

我國監護制度發展與變革之研究

成果報告

法務部司法官學院委託研究報告

中華民國 111 年 12 月 20 日

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

我國監護制度發展與變革之研究

成果報告

受委託單位：中央警察大學
計畫主持人：蔡田木教授
共同主持人：孟維德教授
潘怡宏助理教授
研究員：李衍儒助理教授
研究員：林政佑助理教授
研究員：林昕璇助理教授
研究助理：蔡文瑜
研究助理：洪碧均

法務部司法官學院委託研究報告

中華民國 111 年 12 月 20 日

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

目錄

| | |
|------------------------------------|------------|
| 目錄 | I |
| 表目錄 | III |
| 圖目錄 | V |
| 摘要 | VII |
| ABSTRACT..... | IX |
| 第一章 緒論 | 1 |
| 第一節 研究緣起..... | 1 |
| 第二節 研究目的..... | 3 |
| 第三節 相關名詞詮釋..... | 4 |
| 第二章 相關文獻探討 | 7 |
| 第一節 我國監護處分案件狀況分析..... | 7 |
| 第二節 監護處分之本質與理論基礎..... | 11 |
| 第三節 我國監護處分制度之規範與沿革..... | 15 |
| 第四節 各國監護處分相關制度之狀況..... | 20 |
| 第五節 綜合評析..... | 33 |
| 第三章 研究設計與實施 | 35 |
| 第一節 研究設計..... | 35 |
| 第二節 研究方法..... | 36 |
| 第三節 研究流程..... | 39 |
| 第四節 研究工具..... | 41 |
| 第五節 研究對象..... | 54 |
| 第六節 研究倫理..... | 56 |
| 第七節 資料處理與分析..... | 56 |
| 第四章 各國監護處分制度之比較分析 | 59 |
| 第一節 德國之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分制度..... | 59 |
| 第二節 奧地利之監護制度..... | 67 |
| 第三節 瑞士之監護制度..... | 72 |
| 第四節 日本之監護制度..... | 78 |
| 第五節 韓國之監護制度..... | 86 |
| 第六節 美國之監護制度..... | 95 |
| 第七節 英國之監護制度..... | 107 |
| 第八節 綜合評析..... | 114 |
| 第五章 我國監護處分執行狀況與因應策略..... | 117 |
| 第一節 監護處分執行現況分析..... | 117 |
| 第二節 未來執行監護處分策略分析..... | 127 |

| | |
|-----------------------------------|------------|
| 第三節 小結..... | 140 |
| 第六章 監護處分量能及策略評估分析..... | 147 |
| 第一節 監護處分執行量能分析..... | 147 |
| 第二節 監護處分執行困境及策略評估分析..... | 165 |
| 第七章 結論與建議..... | 187 |
| 第一節 研究發現..... | 187 |
| 第二節 政策建議..... | 213 |
| 參考文獻..... | 223 |
| 附錄一、執行監護處分醫療單位..... | 229 |
| 附錄二、研究團隊學術倫理修課證明..... | 231 |
| 附錄三、訪談人員工作手冊..... | 239 |
| 附錄四：深度訪談紀錄..... | 249 |
| A1 深度訪談摘要..... | 249 |
| A2 深度訪談摘要..... | 257 |
| A3 深度訪談摘要..... | 264 |
| A4 深度訪談摘要..... | 270 |
| A5 深度訪談摘要..... | 275 |
| A6 深度訪談摘要..... | 280 |
| A7 深度訪談摘要..... | 307 |
| A8 深度訪談摘要..... | 315 |
| A9 深度訪談摘要..... | 321 |
| A10 深度訪談摘要..... | 326 |
| A11 深度訪談摘要..... | 332 |
| A12 深度訪談摘要..... | 340 |
| 附錄五、焦點團體座談會議資料..... | 349 |
| 附錄六、焦點團體座談會議紀錄..... | 363 |
| 附錄七、調整修正後之專家調查問卷..... | 369 |
| 附錄八、醫療院所監護處分執行狀況調查表..... | 381 |
| 附錄九、各地方檢察署監護處分執行狀況調查表..... | 383 |

表目錄

| | | |
|---------|--|-----|
| 表 1-1-1 | 我國近年精神障礙犯罪及被害狀況..... | 2 |
| 表 2-1-1 | 2016~2021 年檢察機關執行監護處分罪名及期間..... | 7 |
| 表 2-1-2 | 2021 年檢察機關執行監護處分中之犯罪罪名及期間..... | 8 |
| 表 2-1-3 | 2016 年至 2021 年地方檢察署執行裁判確定案件監護處分情形..... | 9 |
| 表 2-1-4 | 2016 年至 2020 年檢察機關執行監護處分病名統計表..... | 9 |
| 表 2-1-5 | 2016 年至 2020 年檢察機關執行監護處分狀況表..... | 10 |
| 表 2-1-6 | 2016 年至 2020 年執行監護處分入出院狀況表..... | 10 |
| 表 2-1-7 | 2016 年至 2020 年判決有罪監護處分執行時間狀況表..... | 11 |
| 表 2-2-1 | 2010-2020 年保安處分人數統計表..... | 12 |
| 表 3-4-1 | 目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式量表..... | 43 |
| 表 3-4-2 | 目前各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式量表..... | 45 |
| 表 3-4-3 | 目前執行監護處分之執行監護困境與解決困境方式量表..... | 48 |
| 表 3-4-4 | 目前執行社會復歸困境與解決困境方式量表..... | 50 |
| 表 3-4-5 | 各單位執行人力與資源評估量表..... | 52 |
| 表 3-5-1 | 訪談對象一覽表..... | 54 |
| 表 3-5-2 | 焦點團體座談執行概況表..... | 55 |
| 表 3-5-3 | 專家問卷調查對象概況表..... | 55 |
| 表 4-1-1 | 德國 1995~2019 收容狀況..... | 67 |
| 表 4-8-1 | 德、奧、瑞、日、韓、美、英、臺等國監護制度規範面問題綜合比較表..... | 114 |
| 表 4-8-2 | 德、奧、瑞、日、韓、美、英、臺等國監護制度審判面問題綜合比較表..... | 115 |
| 表 4-8-3 | 德、奧、瑞、日、韓、美、英、臺等國監護制度執行面問題綜合比較表..... | 116 |
| 表 5-3-1 | 我國精神疾病患者犯罪後司法處遇措施..... | 146 |
| 表 6-1-1 | 醫療院所執行監護處分狀況表..... | 148 |
| 表 6-1-2 | 醫療院所執行地檢署監護處分狀況表..... | 149 |
| 表 6-1-3 | 醫療院所醫療量能與監護處分需求狀況表..... | 150 |
| 表 6-1-4 | 醫療院所拒收監護處分狀況及未來建議表..... | 152 |
| 表 6-1-5 | 各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況..... | 154 |
| 表 6-1-6 | 各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況..... | 156 |

| | | |
|----------|---------------------------------|-----|
| 表 6-1-7 | 各醫療機構執行地方檢察署監護處分狀況..... | 157 |
| 表 6-1-8 | 各地方檢察署目前執行監護處分之困境..... | 159 |
| 表 6-1-9 | 未來監護處分可採行多元處遇方式之協力單位..... | 162 |
| 表 6-1-10 | 各地方檢察署對目前及未來監護處分制度之建議..... | 164 |
| 表 6-2-1 | 針對精神疾患處理、資訊分享困境之意見分佈情形..... | 166 |
| 表 6-2-2 | 針對精神疾患處理、資訊分享解決方式之意見分佈..... | 167 |
| 表 6-2-3 | 針對精神疾患處理、資訊分享困境之意見分佈..... | 168 |
| 表 6-2-4 | 針對精神疾患收案、分級分流解決方式之意見分佈..... | 171 |
| 表 6-2-5 | 針對監護處分醫療及執行困境之意見分佈..... | 173 |
| 表 6-2-6 | 解決監護處分醫療及執行困境方式之意見分佈..... | 174 |
| 表 6-2-7 | 目前執行社會復歸困境之意見分佈..... | 176 |
| 表 6-2-8 | 解決執行社會復歸困境方式之意見分佈..... | 177 |
| 表 6-2-9 | 各單位執行人力與資源評估之意見分佈..... | 178 |
| 表 7-1-1 | 各國可以供我國參考的制度..... | 199 |
| 表 7-1-2 | 地方檢察署執行監護處分狀況..... | 201 |
| 表 7-1-3 | 各醫療機構執行地方檢察署監護處分狀況..... | 202 |
| 表 7-1-4 | 各醫療機構收容量能狀況..... | 203 |
| 表 7-1-5 | 針對社安處理、資訊分享困境與解決方式之意見摘要表..... | 206 |
| 表 7-1-6 | 監護處分收案、分級分流機制困境與解決方式之意見摘要表..... | 207 |
| 表 7-1-7 | 監護處分醫療執行層面困境與解決方式之意見摘要表..... | 209 |
| 表 7-1-8 | 監護處分社會復歸困境與解決方式之意見摘要表..... | 211 |
| 表 7-1-9 | 監護處分執行人力與資源評估之意見摘要表..... | 212 |

圖目錄

| | | |
|---------|-----------------------------------|-----|
| 圖 2-2-1 | 2016~2021 年檢察機關執行監護處分罪名及期間..... | 8 |
| 圖 3-1-1 | 研究設計..... | 36 |
| 圖 3-2-1 | 研究方法..... | 38 |
| 圖 3-3-1 | 研究流程圖..... | 40 |
| 圖 4-7-1 | 精神障礙、缺乏行為能力和對他人的危險之間可能存在的關係圖..... | 108 |
| 圖 5-2-1 | 績效指標類型..... | 138 |
| 圖 6-1-1 | 各地檢署評估醫療院所是否足夠結果..... | 155 |

摘 要

近年來數起社會關注案件之犯罪者，因行為時具有精神障礙，經法院認定符合刑法第 19 條第 1 項要件後判決免除刑責，並依同法第 87 條科處監護處分，而衍生社會廣泛議論，並促使法務部等機關研議執行監護處分之司法精神病院對策。行政院並於 2021 年 3 月 4 日通過保安處分執行法部分條文修正草案，以使監護處分之執行得依受處分人之情況予以多元處遇；另一方面，司法院於 2020 年 12 月提出刑事訴訟法修正草案，規劃對於犯罪嫌疑重大、符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件，且有危害公共安全之虞的被告，得由檢察官聲請法院裁定緊急監護。基此，對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件之犯罪者，亟待研議如何能提供合適處遇、及足以維護公共安全之設施與相關配套。

基此，本研究之具體目的在於：蒐集我國監護處分之相關官方統計數據。整理比較分析世界主要國家之監護處分制度、措施，以作為我國規劃、設計、執行監護處分之參考。邀請攸關監護處分執行的第一線機關、人員，含警察、檢察、矯正、醫療等單位，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題，並根據研究期間監護處分相關制度、政策進展，對監護處分新制發展，包括人力監護、軟硬體措施進行量能評估。最後作成制度精進建議與實務執行指南，提供政府機關參考。

本研究主要之研究發現與建議說明如次：研究發現部分；一、針對德、奧、瑞、日、韓、英、美各國可以供我國參考的制度層面，分別就規範面、審判面、鑑定面、執行面及資源面進行比較分析，並提出具體可行之建議；二、依據我國監護處分制度運作及執行經驗，進行需求調查，提出執行現況全貌與量能調查結果；三、本研究邀請第一線執行監護處分的機關、人員，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題，並提出具體解決方案；四、本研究並透過專家問卷調查方式，請專家評估目前實務困境及解決策略之可行性。在具體政策建議方面，研究團隊針對我國監護處分制度提出 9 大面向之立即可行建議，以及 7 項中長期建議。最後，希冀本研究團隊之努力，對於各國監護處分制度之引介分析與我國監護處分制度之實務問題及解決方案，有所具體貢獻。

關鍵詞：監護處分、多元處遇、緊急監護

Abstract

In recent years, there have been several cases of criminals who have been concerned by the public because of mental disorders at the time of their behavior. After the court found that they met the requirements of Paragraph 1 of Article 19 of the Criminal Law, they were sentenced to be exempted from criminal responsibility, and they were punished by guardianship in accordance with Article 87 of the same law. Widespread discussions in the society prompted the Ministry of Justice and other agencies to consider measures for judicial mental hospitals to implement guardianship. On March 4, 2021, the Executive Yuan passed a draft amendment to some provisions of the Security Disciplinary Enforcement Act, so that the enforcement of guardianship dispositions could be dealt with in a variety of ways according to the circumstances of the person being punished; on the other hand, the Judicial Yuan proposed in December 2020 The draft amendment to the Criminal Procedure Law stipulates that for a defendant who is suspected of a serious crime, meets the requirements of Article 19 Item 1 or 2 of the Criminal Law, and is in danger of endangering public safety, the prosecutor may apply to the court for emergency custody. Based on this, for criminals who meet the requirements of Article 19, Paragraph 1 or Paragraph 2 of the Criminal Law, it is urgent to study how to provide appropriate treatment, facilities and related facilities sufficient to maintain public safety.

Based on this, the specific purpose of this study is to collect the relevant official statistical data of guardianship in my country. Sort out, compare and analyze the guardianship sanction systems and measures of major countries in the world, as a reference for my country's planning, design, and implementation of guardianship sanctions. Invite front-line agencies and personnel related to the implementation of guardianship sanctions, including police, procuratorial, correctional, medical and other units, to conduct in-depth interviews or questionnaires to understand the current practical situation and problems in the implementation of guardianship sanctions. Institutional and policy progress, the development of the new system of guardianship and punishment, including human guardianship, software and hardware measures, and quantitative assessment. Finally, a system improvement suggestion and a practical implementation guide are made for reference by government agencies.

The main research findings and suggestions of this study are as follows: the research findings part; 1. For the institutional aspects of Germany, Austria, Switzerland, Japan, South Korea, the United Kingdom, and the United States that can be used by my country as a reference, respectively, on the normative side, the trial side, the appraisal side 2. Based on the operation and implementation experience of my country's guardianship sanction system, conduct a demand survey, and put forward

the overall situation of the implementation and the results of the survey; 3. This research invites the first Front-line agencies and personnel carrying out guardianship sanctions conduct in-depth interviews or questionnaires to understand the current practical situation and problems in the implementation of guardianship sanctions, and propose specific solutions. Dilemma and feasibility of solution strategies. In terms of specific policy suggestions, the research team put forward 9 immediate and feasible suggestions for my country's guardianship and punishment system, as well as 7 medium and long-term suggestions. Finally, it is hoped that the efforts of this research team will make concrete contributions to the introduction and analysis of the guardianship sanction system in various countries and the practical problems and solutions of the guardianship sanction system in our country.

Keywords: Custody and Protection, Multiple Treatments, *Emergency custody*

第一章 緒論

本章旨在說明本研究之研究緣起、研究目的及相關名詞詮釋，茲分述如下：

第一節 研究緣起

近年來數起社會關注案件之犯罪者，因行為時具有精神障礙，經法院認定符合刑法第 19 條第 1 項要件後判決免除刑責，並依同法第 87 條論以監護處分，而衍生社會廣泛議論，並促使法務部等機關研議司法精神病院如何執行精神病之監護處分。

行政院前於 2021 年 3 月 4 日通過保安處分執行法部分條文修正草案，以使監護處分之執行得依受處分人之情況予以多元處遇，並視受處分人治療、照護及輔導之情況予以彈性變更；另一方面，司法院於 2020 年 12 月提出刑事訴訟法修正草案，規劃對於犯罪嫌疑重大、符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件，且有危害公共安全之虞的被告，得由檢察官聲請法院裁定緊急監護。上開草案嗣於 2022 年 1 月 27 日，立法院臨時會三讀通過，法務部提出的刑法第 87 條、第 98 條修正草案，明定延長監護處分期間，並採定期延長、法官保留及定期評估原則，以兼顧當事人權益及公共安全。又配合刑法修正，本次修法立法院亦同時修正通過《保安處分執行法》有關監護處分執行之規定，採「分級分流」、「多元處遇」、「流動迴轉」、「定期評估」及「轉銜機制」等制度。亦即，依據法務部新聞稿，本次保安處分執行法關於監護處分執行規定之修正，旨在「視受處分人情況予以不同處遇，除監護處分執行之初，依受處分人之狀況予以分級分流外，於執行監護處分期間，得依具體醫療之情形而變更執行方式，如對於狀況好轉之受處分人，原收治於司法精神醫院者可轉至地區醫療機構繼續治療，或交由家屬、調整為門診治療；又如對於狀況惡化之受處分人，得由門診治療，改收治於精神醫療機構或司法精神醫院，據以妥適執行等。另對受處分人予以定期評估，即執行監護處分之處遇方式、延長或免其監護處分時，均得參酌評估小組之評估意見，並得徵詢醫師等專業人員之意見。而於監護處分期間屆滿前，由檢察機關召開轉銜會議，將受處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由主管機關依權責提供受處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務，以無縫接軌。¹」此外，對於有精神障礙或其他心智缺陷之被告，於偵查、審判過程中，雖未符合羈押要件，但有危害公共安全之虞，並有緊急必要時，應採取必要且適當之保全措施，以維被告生命、身體、健康及保護社區安全，該部分亦於這一次立法院

¹ 法務部 1 月 27 日新聞稿，「刑法及保安處分執行法有關監護處分制度修正條文及「暫行安置」制度，今（27）日立法通過，完善社會安全網，並兼顧人權保障！」網址：<https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/127684/post> 最後瀏覽日：2022 年 4 月 25 日。

的修法同步地三讀通過。「將來於偵查及審判中，對於精神障礙或其他心智缺陷之被告，若犯罪嫌疑重大，然有事實足認為有喪失責任能力或責任能力減低的情形，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，可經法官裁定 6 個月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以「暫行安置」，將可有效保全被告到庭，避免被告於偵審期間再犯，並確保被告立即接受醫療處置以穩定病情，俟無緊急必要，即予撤銷暫行安置。²」

上開刑法、保安處護執行法以及刑事訴訟法有關精障犯人處遇之修法通過，堪為我國整體刑事法關於監護法制之樹立一座新的里程碑，同時對於社會安全網的防護作了更進一步的補強，問題是上開刑法修正案以及保安處分執行法修正案之內容，是否符合法治國之要求，於具體的實踐，會否產生一定之問題，均待吾人進一步之研究。

此外，在研議自偵查階段至矯正階段的精神障礙者處遇措施時，所面臨的思考點，會是對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項的精神障礙者進行監護處分，在過去的執行經驗上，所面臨的狀況與爭議為何？會不會對新制度的建立形成干擾？新的執行量體有多大？是否為現有政府資源所能容受？尤其是本制度的建立，攸關司法與社福等人力、物力資源的支援與整合，政府機構的整備工作，是否業已完成？凡此，均有賴於隨著制度的發展與運作，進行整體性或者帶狀的思考與規劃，以利制度之革新與建立全面性的社會安全防護網。

關於近年精神障礙犯罪及被害狀況相關新聞事件，例如：2020 年 6 月 4 日的臺北車站周邊隨機砍人案；2019 年的臺南王女殺夫案、臺鐵嘉義車站刺警命案；2018 年的臺北車站隨機砍人、剝母頭顱案、嘉義榮總女護理師遭病患家屬砍傷、臺中牙醫診所命案；2016 年新北投捷運站砍警、內湖無故冤殺事件（小燈泡）及 2015 年臺北市文化國小襲擊事件等，綜整如下表 1-1-1：

表 1-1-1 我國近年精神障礙犯罪及被害狀況

| 新聞事件 | 日期 | 犯罪嫌疑人 | 犯罪時精神狀況 | 被害人及被害狀況 |
|-------------|-----------|-------|---------|--|
| 臺北市文化國小襲擊事件 | 2015/5/29 | 龔姓男子 | 思覺失調症 | 劉姓女童(頸部的氣管、血管、肌肉被割斷，死亡) |
| 內湖無故冤殺事件 | 2016/3/28 | 王姓男子 | 思覺失調症 | 周歲女童-小燈泡(身首異處死亡) |
| 新北投捷運站砍警 | 2016/3/29 | 詹姓男子 | 思覺失調症 | 黃姓男子(背部、頭部多處受傷) |
| 臺中牙醫診所命案 | 2018/5/24 | 賴姓男子 | 思覺失調症 | 王姓醫師(頸部被刺傷，送醫後宣告不治)及兩名牙助(翁女氣管破裂，臉部、手臂多處穿刺傷；羅女肩膀刺傷) |

² 同前註。

| | | | | |
|-----------------|------------|------|---------------------------------|--|
| 嘉義榮總女護理師遭病患家屬砍傷 | 2018/05/25 | 王姓女子 | 焦慮憂鬱，精神狀況陷入暫時性的解離狀態 | 蔡姓女護理師（胸部、頸部和手臂共六處刀傷） |
| 剝母頭顱案 | 2018/10/18 | 梁姓男子 | 安非他命中毒有精神障礙 | 梁母（全身 37 道刀傷出血、腦髓挫傷、蜘蛛網膜下腔出血，休克死亡） |
| 臺北車站隨機砍人 | 2018/11/24 | 李姓男子 | 受到幻聽及被害妄想等精神病症影響 | 林姓男子（右下背「長 7 公分、深 8 公分」深度撕裂傷，右肩及右上臂也各有撕裂傷） |
| 臺鐵嘉義車站刺警命案 | 2019/7/3 | 鄭姓男子 | 思覺失調症 | 李姓員警（以工作用尖刀刺傷腹部，急救後傷重不治而殉職） |
| 臺南王女殺夫案 | 2019/12/25 | 王姓女子 | 思覺失調症 | 前夫（心臟遭穿刺傷休克，經送醫急救撿回一條命） |
| 臺北車站周邊隨機砍人 | 2020/6/4 | 黃姓男子 | 領有身心障礙手冊及重大傷病卡，若法院認為黃男辨識力、控制力減低 | 余姓男子（手部受有刀傷） |

資料來源：本研究整理。

另查於本案委託執行期間，監察院於 2021 年 12 月 15 日完成 2022 年 1 月 4 日公告：「王幼玲委員、高涌誠委員調查『據報，一名留美博士在 2011 年涉犯縱火，經法院無罪判決、5 年監護處分後，於 2019 年再度縱火。2005 年修正刑法第 87 條第 3 項，將監護處分期間為 3 年以下，修正為 5 年以下，究竟我國監護處分如何實施？受監護處分人樣態？監護處分的場所是否適宜？監護處分結束後如何轉銜至社區精神照護？有深入調查之必要案』報告」。以及立法院於本（2022）年 1 月 27 日立法通過「刑法及保安處分執行法有關監護處分制度修正條文及『暫行安置』制度」有關明定延長監護處分期間，並採定期延長、法官保留及定期評估原則，以兼顧當事人權益及公共安全之修正規定。前述相關法令修正亦將納入本研究團隊之研究範圍及後續制度精進之參考，併此敘明。

第二節 研究目的

本研究主要目的在釐清過去執行監護處分的實務經驗與困境，並據以評估未來監護處分機制調整後，可能延續或新增的爭議與困境，並以前述評估結果為基準，緊密結合研究執行階段的監護處分法制、政策進展，提出制度建議與實務執行指南。具體研究目的如下：

一、蒐集我國監護處分之相關官方統計數據，包括監護原因、人數、性別、社會適應以及是否

再犯等變項，據以歸納我國過去執行監護處分之狀況；並進行交叉分析，比較不同特性指標之執行差異。

- 二、整理世界主要國家之監護處分制度、措施（包括德、奧、瑞、日、韓、美、英等 7 國），並據以比較、分析我國過去執行監護處分之概況、成效，及相關討論，作為我國規劃、設計、執行監護處分之參考。
- 三、邀請攸關監護處分執行的第一線機關、人員，含警察、檢察、矯正、醫療等單位，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。
- 四、結合前述（一）、（二）之研究發現，並根據研究期間監護處分相關制度、政策進展，對監護處分新制發展，包括人力監護、軟硬體措施進行量能評估。
- 五、邀集學者專家，針對前揭研究內容，進行焦點座談，並作成制度精進建議與實務執行指南。
- 六、將研究成果，提供政府機關參考，並濃縮成論文格式以及翻譯英文版，配合舉辦學術發表會。

第三節 相關名詞詮釋

一、監護處分制度

監護在我國法制上有刑事監護與民事監護制度。民事監護制度，旨在保障尚未成熟之兒少以及因精神障礙或其他心智缺陷而致欠缺完全行為能力之人之權利或其他法律上利益，免因欠缺完全之行為能力，無法為有效之法律行為而受損害；現行刑事監護制度，係指對於行為時因為精神障礙或心智缺陷，致辨識其行為違法與否或依其辨識而為行為之能力完全喪失或顯著降低，而為刑法所不罰或減輕其刑的犯罪行為人，法院按其情狀，足認行為人有再犯或有危害公共安全之虞時，令入精神病醫院或其他相當處所，加以監禁並給予適當必要之治療，同時保護社會大眾，免於遭受其再犯之威脅，以防衛社會安全的制度。

二、監護處分對象

依刑法第 87 條規定，監護制度之對象有二，即（1）因第十九條第一項之原因（無實質責任能力）而不罰，且其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞者，以及（2）以及有第十九條第二項及第二十條之原因（僅具限制實質的責任能力），其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時。

三、無（完全）責任能力

稱無（實質）責任能力者，係指刑法第 19 條第 1 項所定，行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，而不罰者。

四、限制（完全）責任能力

稱限制（完全）責任能力，係指刑法第 19 條第 2 項所定，行為時因前項之原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，而得減輕其刑者，以及刑法第 20 條所定，行為時係屬瘡啞人之而得減輕其刑者。

第二章 相關文獻探討

第一節 我國監護處分案件狀況分析

為瞭解我國監護處分案件狀況，本研究先蒐集監察院 2020 年調查報告，另外，亦請法務部提供相關執行統計資料。分析 2016 年至 2021 年期間我國監護處分案件狀況，包括監護罪名及收案狀況、案件執行狀況，相關分析如下：

一、監護處分案件罪名及收案狀況

依據監察院 2020 年調查報告及法務部統計處提供之統計資料，如表 2-1-1 及圖 2-1-1 所示，2016 年至 2021 年期間，檢察機關執行監護處分共計 1,221 件，平均每年約有 200 件，2016 年最多（223 件），2021 年最少（154 件）；就犯罪類型而言，涉犯竊盜罪共計 377 件為最多，占 30.9%，其次為其他 202 件（16.5%）、殺人罪 143 件（11.7%）、傷害罪 139 件（11.4%）、公共危險罪 122 件（10.0%）、搶奪強盜罪 69 件（5.7%）、妨害自由罪 53 件（4.3%）、妨害性自主罪 53 件（4.3%）。

表 2-1-1 2016~2021 年檢察機關執行監護處分罪名及期間

| 年度 | 竊盜罪 | 殺人罪 | 傷害罪 | 重傷罪 | 強制性交罪 | 恐嚇取財罪 | 公共危險罪 | 妨害自由罪 | 搶奪強盜罪 | 妨害性自主罪 | 其他 | 合計 |
|--------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| 2016 年 | 72 | 23 | 21 | 5 | 2 | 3 | 20 | 16 | 14 | 10 | 37 | 223 |
| % | 32.3% | 10.3% | 9.4% | 2.2% | 0.9% | 1.3% | 9.0% | 7.2% | 6.3% | 4.5% | 16.6% | 100.0% |
| 2017 年 | 74 | 29 | 30 | 5 | 4 | 1 | 17 | 9 | 14 | 9 | 35 | 227 |
| % | 32.6% | 12.8% | 13.2% | 2.2% | 1.8% | 0.4% | 7.5% | 4.0% | 6.2% | 4.0% | 15.4% | 100.0% |
| 2018 年 | 62 | 21 | 15 | 3 | 5 | 2 | 26 | 9 | 4 | 9 | 42 | 198 |
| % | 31.3% | 10.6% | 7.6% | 1.5% | 2.5% | 1.0% | 13.1% | 4.5% | 2.0% | 4.5% | 21.2% | 100.0% |
| 2019 年 | 75 | 18 | 21 | 3 | 5 | 2 | 18 | 11 | 7 | 10 | 35 | 205 |
| % | 36.6% | 8.8% | 10.2% | 1.5% | 2.4% | 1.0% | 8.8% | 5.4% | 3.4% | 4.9% | 17.1% | 100.0% |
| 2020 年 | 64 | 31 | 32 | 1 | 7 | 2 | 24 | 6 | 15 | 9 | 23 | 214 |
| % | 29.9% | 14.5% | 15.0% | 0.5% | 3.3% | 0.9% | 11.2% | 2.8% | 7.0% | 4.2% | 10.7% | 100.0% |
| 2021 年 | 30 | 21 | 20 | 1 | 6 | 2 | 17 | 6 | 15 | 6 | 30 | 154 |
| % | 19.5% | 13.6% | 13.0% | 0.6% | 3.9% | 1.3% | 11.0% | 3.9% | 9.7% | 3.9% | 19.5% | 100.0% |
| 合計 | 377 | 143 | 139 | 18 | 29 | 12 | 122 | 57 | 69 | 53 | 202 | 1221 |
| | 30.9% | 11.7% | 11.4% | 1.5% | 2.4% | 1.0% | 10.0% | 4.7% | 5.7% | 4.3% | 16.5% | 100.0% |

資料來源：監察院 2020 年調查報告，2021；法務部統計處，2022。

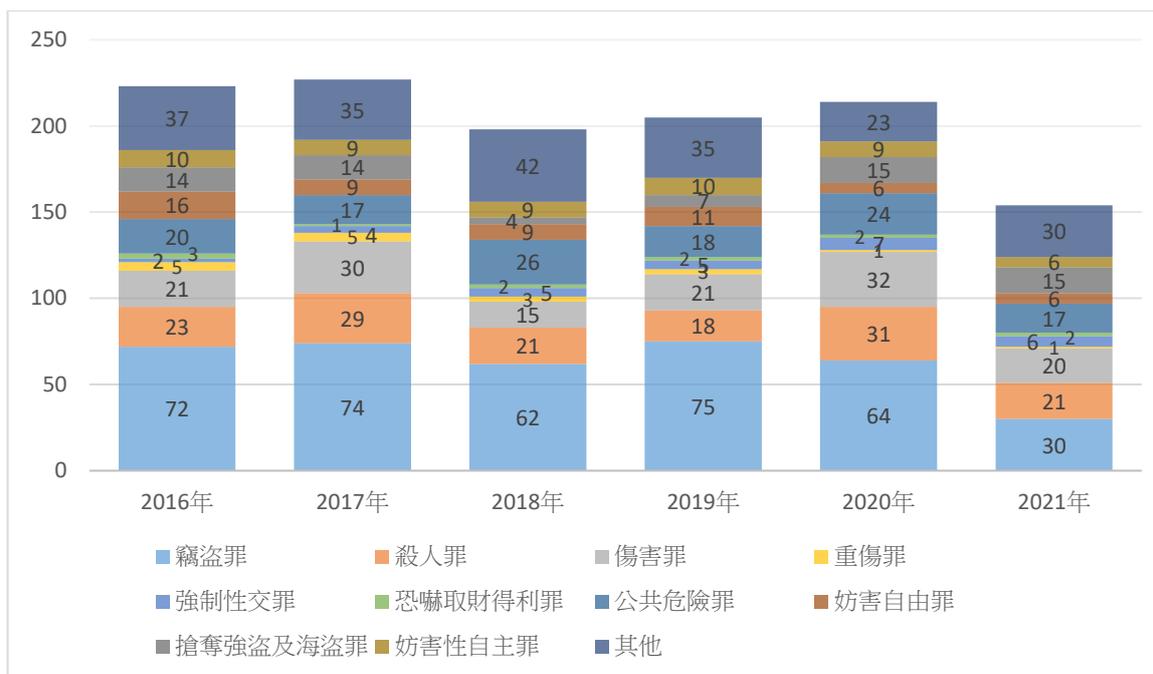


圖 2-2-1 2016~2021 年檢察機關執行監護處分罪名及期間

資料來源：監察院 2020 年調查報告，2021；法務部統計處，2022。

另據監察院 2020 年調查報告及法務部統計處提供之統計資料，如表 2-1-2 所示，2021 年檢察機關執行監護處分共計 145 件，其中監護 1 年 57 位 (39.3%)、監護 2 年 49 位 (33.8%)、監護 3 年 22 位 (15.2%)，超過 3 年有 17 位 (11.7%)。不同犯罪類型監護處分年度亦不同，監護處分 2 年以上以暴力犯罪為多數，其中殺人罪監護 2 年有 5 人 (23.8%)、監護 3 年有 8 人 (38.1%)、監護 3 年以上有 6 人 (28.6%)，合計 2 年以上有 90.5%；強制性交罪監護 2 年有 4 人 (66.7%)、監護 3 年有 1 人 (16.7%)，合計 2 年以上有 85.3%，顯見目前對具暴力攻擊傾向之精神障礙者之監護處分，監護期間以較長時間的監護處分為主。

表 2-1-2 2021 年檢察機關執行監護處分中之犯罪罪名及期間

| | 竊盜罪 | 殺人罪 | 傷害罪 | 重傷罪 | 強制性交罪 | 恐嚇取財罪 | 公共危險罪 | 妨害自由罪 | 搶奪強盜罪 | 妨害性自主罪 | 其他 | 合計 |
|----------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|---------------|
| 監護 1 年 | 18 60.0% | 2 9.5% | 7 35.0% | 1 100.0% | 1 16.7% | 1 50.0% | 5 29.4% | 2 33.3% | 3 20.0% | 3 50.0% | 17 56.7% | 57 39.3% |
| 監護 2 年 | 9 30.0% | 5 23.8% | 8 40.0% | 0 0.0% | 4 66.7% | 0 0.0% | 6 35.3% | 3 50.0% | 7 46.7% | 2 33.3% | 9 30.0% | 49 33.8% |
| 監護 3 年 | 2 6.7% | 8 38.1% | 1 5.0% | 0 0.0% | 1 16.7% | 1 50.0% | 3 17.6% | 1 16.7% | 4 26.7% | 1 16.7% | 2 6.7% | 22 15.2% |
| 監護 3 年以上 | 1 3.3% | 6 28.6% | 4 20.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 3 17.6% | 0 0.0% | 1 6.7% | 0 0.0% | 2 6.7% | 17 11.7% |
| 合計 | 30 100.0% | 21 100.0% | 20 100.0% | 1 100.0% | 6 100.0% | 2 100.0% | 17 100.0% | 6 100.0% | 15 100.0% | 6 100.0% | 30 100.0% | 145 100.0% |

資料來源：法務部統計處，2022。

依據法務部統計處提供之統計資料，如表 2-1-3 所示，2016 年至 2021 年地方檢察署執行暴力犯罪案件裁判確定監護處分共計 1,223 人，其中男性 1,031 位、女性 192 位。不同性別在各犯罪類型監護處分之分佈，本研究以卡方檢定中之同質性檢定，Pearson 卡方值為 39.978； p 值為.000， p 值<.001，達統計上顯著不同。其中男性以竊盜罪 300 人（29.1%）、其他有 155 人（15.0%）、殺人罪有 108 人（12.0%）、公共危險罪有 120 人（11.6%）；女性以竊盜罪 77 人（40.1%）、其他有 47 人（24.5%）、傷害罪有 20 人（10.4%），顯見目前不同性別在各犯罪類型監護處分之分佈有顯著不同，其中男性以暴力犯罪為主，女性則以財產犯罪為主。

表 2-1-3 2016 年至 2021 年地方檢察署執行裁判確定案件監護處分情形

| 項目別 | 竊盜罪 | 殺人罪 | 傷害罪 | 重傷罪 | 強制性交罪 | 恐嚇取財罪 | 公共危險罪 | 妨害自由罪 | 搶奪強盜罪 | 妨害性自主罪 | 其他 | 總計 |
|-----|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| 男性 | 300 | 124 | 108 | 16 | 29 | 13 | 120 | 52 | 46 | 68 | 155 | 1,031 |
| % | 29.1% | 12.0% | 10.5% | 1.6% | 2.8% | 1.3% | 11.6% | 5.0% | 4.5% | 6.6% | 15.0% | 100.0% |
| 女性 | 77 | 19 | 20 | 2 | 0 | 1 | 13 | 8 | 5 | 0 | 47 | 192 |
| % | 40.1% | 9.9% | 10.4% | 1.0% | 0.0% | 0.5% | 6.8% | 4.2% | 2.6% | 0.0% | 24.5% | 100.0% |
| 總計 | 377 | 143 | 128 | 18 | 29 | 14 | 133 | 60 | 51 | 68 | 202 | 1,223 |
| % | 30.8% | 11.7% | 10.5% | 1.5% | 2.4% | 1.1% | 10.9% | 4.9% | 4.2% | 5.6% | 16.5% | 100.0% |

1. Pearson 卡方值：39.978；自由度=2； p 值=.000

2. 資料來源：法務部統計處，2022。

就執行監護處分病名而言，依據監察院 2020 年調查報告（監察院，2021），2016 年至 2020 年 3 月期間，監護處分執行醫療院所後統計發現，患有思覺失調症占 40%，其次為智能不足者 23.0%、酒癮 17.0%、器質症 10.0%、妄想症 5.0%、情感型精神病 5.0%。

表 2-1-4 2016 年至 2020 年檢察機關執行監護處分病名統計表

| 年度 | 人數 | 思覺失調症 | 智能不足 | 器質症 | 妄想症 | 酒癮 | 情感型精神病 |
|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 2016 年 | 54 (100%) | 39.0% | 35.0% | 4.0% | 2.0% | 15.0% | 5.0% |
| 2017 年 | 54 (100%) | 40.0% | 28.0% | 1.0% | 6.0% | 22.0% | 2.0% |
| 2018 年 | 55 (100%) | 38.0% | 18.0% | 10.0% | 4.0% | 22.0% | 7.0% |
| 2019 年 | 51 (100%) | 41.0% | 14.0% | 19.0% | 4.0% | 18.0% | 4.0% |
| 2020 年 | 30 (100%) | 43.0% | 20.0% | 20.0% | 10.0% | 3.0% | 4.0% |
| 合計/比例 | 244 (100%) | 40.0% | 23.0% | 10.0% | 5.0% | 17.0% | 5.0% |

資料來源：監察院 2020 年調查報告，2021。

二、監護處分案件執行狀況

2016年至2020年檢察機關執行監護處分件數以住院為主，依據監察院2020年調查報告（監察院，2021），住院比例達78.4%~85.5%，2020年有106人（佔81.5%），門診次之，比例7.0%~11.3%，2020年有9人（佔6.9%）；其他非機構式處遇部分，聲請免除繼續執行監護處分，比例1.9%~8.0%，2020年有4人（佔3.1%）；保護管束代替監護處分，比例0.0%~0.9%，2020年有8人（佔6.2%）；聲請撤銷保護管束數比例0.0%~0.9%，2020年有1人（佔0.8%）；繼續執行殘餘監護處分比例0.0%~1.5%，2020年有2人（佔1.5%）。

表 2-1-5 2016 年至 2020 年檢察機關執行監護處分狀況表

| 年度 | 合計 | 執行監護處分件數 | | 聲請免除繼續執行監護處分件數 | 聲請延長刑後監護處分數 | 以保護管束代替監護處分數 | 聲請撤銷保護管束數 | 繼續執行殘餘監護處分件數 |
|--------|--------|----------|-------|----------------|-------------|--------------|-----------|--------------|
| | | 門診 | 住院 | | | | | |
| 2016 年 | 150 | 12 | 121 | 12 | 0 | 4 | 1 | 0 |
| % | 100.0% | 8.0% | 80.7% | 8.0% | 0.0% | 2.7% | 0.7% | 0.0% |
| 2017 年 | 171 | 12 | 140 | 14 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| % | 100.0% | 7.0% | 81.9% | 8.2% | 0.0% | 2.9% | 0.0% | 0.0% |
| 2018 年 | 159 | 18 | 136 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| % | 100.0% | 11.3% | 85.5% | 1.9% | 0.0% | 0.6% | 0.0% | 0.6% |
| 2019 年 | 116 | 13 | 91 | 4 | 0 | 6 | 1 | 1 |
| % | 100.0% | 11.2% | 78.4% | 3.4% | 0.0% | 5.2% | 0.9% | 0.9% |
| 2020 年 | 130 | 9 | 106 | 4 | 0 | 8 | 1 | 2 |
| % | 100.0% | 6.9% | 81.5% | 3.1% | 0.0% | 6.2% | 0.8% | 1.5% |

資料來源：監察院 2020 年調查報告，2021。

2016年至2020年執行監護處分，依據監察院2020年調查報告（監察院，2021），各年度在院人數比例約在70.0%~77.6%，2016年住院人數168最低，2019年259人最多；年度結束監護處分，比例在20.8%~26.8%，以2019年出院98人（26.5%）、2020年出院84人（26.8%）；提前結束監護處分，比例在1.9%~3.2%。

表 2-1-6 2016 年至 2020 年執行監護處分入出院狀況表

| 年度 | 年度在院人數 | 年度結束處分人數 | 提前結束處分人數 | 其他 | 合計 |
|--------|-------------|------------------------------|-------------|----------------------------------|------------|
| 2016 年 | 168 (71.2%) | 出院 61 (25.8%) | 出院 6 (2.5%) | 以保護管束代之 1 人 (0.4%) | 236 (100%) |
| 2017 年 | 232 (77.6%) | 出院 50 (16.7%) 死亡 6 (2.0%) | 出院 6 (2.%) | 居家 5 人 (1.7%) | 299 (100%) |
| 2018 年 | 208 (73.2%) | 出院 59 (20.8%) | 出院 9 (3.2%) | 以保護管束代之 1 人 (0.4%)、居家 7 人 (2.5%) | 284 (100%) |
| 2019 年 | 259 (70.0%) | 出院 98 (26.5%) | 出院 10 (2.%) | 居家 3 人 (0.8%) | 370 (100%) |
| 2020 年 | 223 (71.0%) | 出院 84 (26.8%) | 出院 6 (1.9%) | 經法院裁定免予繼續執行監護處分、居家 1 人 (0.3%) | 314 (100%) |

資料來源：監察院 2020 年調查報告，2021。

2016 年至 2020 年法院判決有罪監護處分中，依據監察院 2020 年調查報告（監察院，2021），刑前監護件數共計有 290 件（33.6%），歷年比例約在 29.3%~44.2%，有逐年上升趨勢；刑後監護件數共 572 件（66.4%），歷年比例約在 55.8%~71.1%，有逐年下降之趨勢。

表 2-1-7 2016 年至 2020 年判決有罪監護處分執行時間狀況表

| 年度 | 刑前監護件數 | 刑後監護件數 | 合計 |
|------|-------------|-------------|---------------|
| 2016 | 36 29.3% | 87 70.7% | 123 100.0% |
| 2017 | 35 28.9% | 86 71.1% | 121 100.0% |
| 2018 | 41 38.3% | 66 61.7% | 107 100.0% |
| 2019 | 44 43.1% | 58 56.9% | 102 100.0% |
| 2020 | 46 44.2% | 58 55.8% | 104 100.0% |
| 小計 | 202 | 355 | 557 |
| 合計 | 36.3% | 63.7% | 100.0% |

資料來源：監察院 2020 年調查報告，2021。

第二節 監護處分之本質與理論基礎

我國現行監護制度，係指行為人於行為時，因為精神障礙或心智缺陷，致辨識其行為違法與否，或依其辨識而為行為之能力完全喪失或顯著降低，因而使得該行為人之刑事不法行為係刑法所不罰或減輕其刑，再經審判者按其情狀，足認行為人有再犯或有危害公共安全之虞時，令入精神病醫院或其他相當處所，限制其人身自由，俾給予必要且適當之治療，並保護社會大眾，免於遭受其再度因因為精神障礙或心智缺陷而為犯罪行為之威脅，以達防衛社會安全的目的，係拘束人身自由之保安處分的類型之一，茲就其本質與理論基礎分述如下：

一、監護處分之本質

（一）監護處分係保安處分中的一種處分

在刑法規範體系中，保安處分包括：感化教育、監護、禁戒、強制治療、保護管束與驅逐出境，保安處分係在一般刑法之外的處分，係獨立於一般刑事處罰之外的一種制裁措施，如表 2-2-1 所示，2020 年接受保安處分總人數為 18,577 人，其中接受監護處分人數為 204 人。就本質上而言，監護並非刑罰，受監護處分人並非受刑人，不能給予受刑人的待遇，否則即違反憲法上之明顯區隔原則。易言之，監護處分係保安處分之一種，旨在對於具有再犯危險性，且具有危害公共安全之虞的精神障礙或心智缺陷之犯罪行為人的一種處分，既然監護處分係一種保安處分，則監護處分宣告之正當性基礎僅能植基於防衛社會、維護公共安全之目的。易言之，

對於無再犯危險性，或僅具有再犯危險性，而無危害公共安全之虞或沒有社會危險性的精神障礙或心智缺陷之犯罪行為人並不能為監護處分之宣告，否則即欠缺憲法之正當性³。

(二) 監護處分為拘束人身自由的基本權干預措施

監護處分之執行，原則上必須將受處分人收容安置於精神病院、精神疾病之專業醫療機構或相當之處所，將其人身自由拘束於精神病院、醫療機構內，施予其必要且適當之精神治療或處遇，核其性質乃是一種拘束人身自由之保安處分⁴。既然刑事監護之性質為拘束人身自由之處分，就基本權干預之性質而言，自須與自由刑或其他拘束人身自由之保安處分一樣，受憲法第 8 條、第 23 條規定以及其他憲法基本原則之規範⁵。

為人

表 2-2-1 2010-2020 年保安處分人數統計表

| 項 目 別 | 2010 年 | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 | 2014 年 | 2015 年 | 2016 年 | 2017 年 | 2018 年 | 2019 年 | 2020 年 |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 保安處分人數 | 15,319 | 17,026 | 15,934 | 16,595 | 17,470 | 17,566 | 17,344 | 17,533 | 16,055 | 18,029 | 18,577 |
| 監護 | 156 | 176 | 186 | 196 | 205 | 198 | 213 | 217 | 188 | 195 | 204 |
| 因精神障礙或心智缺陷致不能 或欠缺辨識行為能力不罰 | 28 | 34 | 43 | 50 | 51 | 36 | 39 | 50 | 33 | 28 | 35 |
| 因精神障礙或心智缺陷致辨識 行為能力減低而減輕其刑 | 127 | 139 | 142 | 144 | 153 | 162 | 174 | 167 | 154 | 167 | 169 |
| 因瘡啞而減輕其刑 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | — | — | — | 1 | — | — |
| 禁戒 | 42 | 44 | 64 | 66 | 51 | 54 | 24 | 37 | 57 | 39 | 24 |
| 施用毒品成癮 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — |
| 因酗酒而犯罪 | 42 | 44 | 64 | 66 | 51 | 54 | 23 | 37 | 57 | 39 | 24 |
| 強制工作 | 216 | 226 | 205 | 168 | 120 | 81 | 54 | 46 | 86 | 89 | 152 |
| 有犯罪習慣或因遊蕩 或懶惰成習而犯罪 | 79 | 95 | 74 | 59 | 46 | 31 | 16 | 15 | 62 | 25 | 35 |
| 竊盜犯贓物犯保安處分條例 | | | | | | | | | | | |
| 竊盜犯 | 117 | 112 | 105 | 83 | 65 | 45 | 29 | 23 | 17 | 11 | 24 |
| 贓物犯 | 3 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| 其他 a | 17 | 17 | 24 | 25 | 9 | 5 | 9 | 8 | 7 | 53 | 93 |
| 強制治療（性侵害犯罪） | 126 | 81 | 60 | 58 | 28 | 10 | 16 | 17 | 21 | 9 | 14 |
| 保護管束 | 14,590 | 16,236 | 15,164 | 15,919 | 16,832 | 17,004 | 16,793 | 16,901 | 15,401 | 17,344 | 17,808 |
| 代替其他保安處分 b | — | — | — | — | — | 3 | 2 | 17 | 20 | 19 | 23 |
| 停止強制工作 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — |
| 緩刑期間 | 5,161 | 4,757 | 4,644 | 4,719 | 5,191 | 5,840 | 5,319 | 5,315 | 5,141 | 5,563 | 6,132 |
| 假釋中 | 9,429 | 11,478 | 10,520 | 11,200 | 11,641 | 11,160 | 11,472 | 11,569 | 10,240 | 11,761 | 11,653 |
| 驅逐出境 | 189 | 263 | 255 | 188 | 234 | 219 | 244 | 315 | 302 | 353 | 375 |

資料來源：法務統計年報，2021。

³ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 104。

⁴ Vgl. Friedrich Dencker, Unterbringung nach § 64 StGB und Beschwer, in: Festschrift für Volkmar Mehle, 2009, S. 43 ff.

⁵ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 104。

二、監護處分之理論基礎

監護處分係保安處分之一種，其理論基礎可溯源至為刑事制裁之預防理論、社會防衛理論，分述如下⁶：

(一) 預防理論

依「預防理論」，包括刑罰與保安處分在內之刑事制裁之目的，並非對於犯罪作出公正之應報，而係預防將來犯罪行為之發生，以保護社會大眾免受犯罪危害並維護法秩序和平⁷。預防理論又分為一般預防理論與特別預防理論，分述如下⁸：

1. 一般預防理論

依一般預防理論，刑事制裁的目的，並非在對於犯罪行為人的報應，而是要藉由刑事制裁的嚴厲性、苛酷性，嚇阻社會大眾，使潛在的犯罪之人放棄其犯罪的念頭或想法，也讓社會大眾知所警惕，不敢為犯罪⁹。換言之，依一般預防理論，刑事制裁之目的在於警惕社會大眾，預防社會大眾將來從事與行為人相同的犯罪行為，而破壞法秩序的和平¹⁰。

2. 特別預防理論

依特別預防理論，刑事制裁之目的，不在於報應犯罪，而在於教化或矯治具有社會危險性之行為人，消弭其再犯之危險性，預防其再犯，並使其得以再社會化，俾順利復歸社會¹¹。易言之，依特別預防理論，刑事制裁之目的既在於預防行為人再犯，則對於犯罪行為人是否科處何種以及如何程度之刑事制裁，甚至如何執行刑事制裁，所應考慮者僅有犯罪行為人經由其犯罪行為所表彰之社會危險性的人格，以及如何得使犯罪者有效再社會化¹²。換言之，依特別預防理論，不論是刑罰或保安處分之宣告必須針對個別犯罪行為人之「再犯危險性」，以及「教育需要性」或是「矯治必要性」¹³。伸言之，特別預防理論本諸犯罪學之實證研究結果，認為行為人之所以為犯罪行為，就像人類患病一樣，必有其生理、心理或環境因素，如果犯罪是行為人個人所具之危險性所致，而該危險性，可以經由治療或矯正之方法加以改善，即應給予適

⁶⁶ 潘怡宏(2021)，前揭註3文，頁106至頁111。

⁷ Vgl. Jörg-Martin Jehle, Grenzen der Spezialprävention am Beispiel der Maßregeln, in: Festschrift für Franz Streng zum 70. Geburtstag, 2017, S. 295 ff.; Johannes Wessels/Werner Beulke/Helmut Satzger, Strafrecht allgemeiner Teil: die Straftat und ihr Aufbau, 46. Aufl., 2016, Rn. 23.

⁸ 潘怡宏(2021)，前揭註3文，頁106至頁106。

⁹ Vgl. Axel Montenbruck, Deutsche Strafrecht, 3. Aufl., 2018, S. 233 ff.; Sabine Hohmann-Fricke, Strafwirkungen und Rückfall – Lässt sich mit Hilfe prozessbezogener Daten der Strafrechtspflege der spezialpräventive Anspruch des Strafrechts prüfen?, 2013, S. 10-11.

¹⁰ 潘怡宏(2021)，前揭註3文，頁106至頁107。

¹¹ Vgl. Montenbruck, aaO., S. 250 ff.; Hohmann-Fricke, aaO., S. 11

¹² Vgl. Montenbruck, aaO., S. 250 ff.; Hohmann-Fricke, aaO., S. 11.

¹³ Vgl. Montenbruck, aaO., S. 250 ff.; Hohmann-Fricke, aaO., S. 11.

當的治療、矯正，除非行為人個人之人格危險性，並非當今矯治水準可以矯正，始得基於防衛社會安全之理由將其拘禁，再徐圖尋找可以有效降低行為人社會危險性的方法¹⁴。監護處分既旨在針對因精神障礙或心智缺陷而實施刑事不法行為，且有再犯危險性以及有危害公共安全之虞的犯罪行為人，將其收容安置在適於精神醫學照護治療或矯正其精神疾病或心智缺陷的精神病院或其他相當處所，施予妥適之精神醫學照護精神醫學照護治療或矯正處遇，俾消弭其再犯危險性或至少使之降低至社會大眾所能容許之範圍，以避免其再犯¹⁵。

(二) 社會防衛論

依社會防衛論，安全乃是自由的前提¹⁶，沒有安全，即無自由，要使人民可以自由行使其權利，必先提供其充分社會安全保障，此乃國家存立的主要目的之一¹⁷。蓋人民組成國家並賦予國家得行使一定的權力以限制人民之自由、權利，無非希望國家可以提供人民一個安全的環境，俾人民可以安居樂業，自由地經營社會生活，發展其人格、實現自我¹⁸。犯罪乃是危害他人法益且具社會危害性之行為，為抗制並預防犯罪，以避免人民受犯罪之危害，人民乃賦予國家擁有得以最嚴厲之刑事制裁手段對抗犯罪、預防犯罪的權力¹⁹。易言之，依社會防衛論，人民授權國家得以為了抗制、預防犯罪而以刑法作為社會防衛(*Strafrecht als soziale Verteidigung*)工具，並在合乎社會防衛目的以及憲法比例原則之前提下，因應各種行為人所具有之社會危險性不同，而採行一種或數種刑事制裁措施，俾消弭行為人之社會危險性，或使其社會危險性顯著降低到社會大眾可以容忍或接受的程度²⁰。

綜合上述，關於刑事監護制度之理論基礎，潘怡宏(2021)指出，刑事監護制度有雙重之目的，亦即精障者之治療、矯正與犯罪預防暨社會防衛。理由如下：一、對於受處分人而言，從特別預防理論，可以導出刑事監護之目的，旨在治療、矯正或改善受處分之精神障礙或心智缺陷，降低其再犯之危險性，俾助其再社會化，順利復歸社會；二、對於社會大眾之安全保障的需要性而言，由於監護處分，係屬不定期之拘束人身自由的基本權干預性處分，與不定期自由刑具有相類的人身自由干預性質，相當嚴厲，足以對於社會大眾產生嚇阻之效果，縱此身陷精神障礙或心智缺陷狀態，仍可能受到不定期的人身自由干預，遑論一般犯罪，因而產生不敢

¹⁴ Vgl. Angelika Bode, Konkurrenz freiheitsentziehender Unterbringungen: eine vergleichende Untersuchung der länderrechtlichen Unterbringenvorschriften und der Maßregeln der Besserung und Sicherung nach StGB, 2004, S. 58 f.

¹⁵ Vgl. Florian J. Schmitz-Remberg, Verständigung und positive Generalprävention: eine Untersuchung der Verständigung im Strafverfahren gemäß § 257 c StPO hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit der positiven Generalprävention; zugleich ein Beitrag zu den Straftheorien und der Strafzumessung, Düsseldorf: Univ.- und Landesbibl., 2014, S. 12 ff.

¹⁶ Vgl. Bijan Moini, Freiheit und Sicherheit – Versuch einer Rationalisierung der Rolle des Rechts angesichts terroristischer Bedrohung im Rahmen des 2-Güter-Modells, HFR 11/2009, S. 1.

¹⁷ Vgl. aaO., S. 1.

¹⁸ Vgl. aaO., S. 2.

¹⁹ 潘怡宏(2021)，前揭註3文，頁109。

²⁰ 潘怡宏(2021)，前揭註3文，頁110。

輕易以身試法，輕易犯罪之念頭，進而發生預防一般人犯罪之效果。又不論是治療、矯正或改善受處分之精神障礙或心智缺陷以預防其再犯，或以拘束人身自由之效果威嚇一般社會大眾，預防一般人犯罪，結論都會導向於滿足社會大眾共同之社會安全需要，所以社會防衛論亦可以證立刑事監護制度目的的正當性²¹。

第三節 我國監護處分制度之規範與沿革

我國刑法雖於 1912 年之暫行新刑律第 12 條第 1 項：「精神病人之行為不為罪，但因其情節得施以監禁處分。」即有類似現行監護制度之保安處分。另 1928 年之舊刑法第 30 條規定少年犯罪行為人之感化教育處分，以及第 31 條：「心神喪失人之行為，不罰。但因其情節，得施以監禁處分。（第 1 項）心神耗弱人之行為，減輕本刑，因其情節，得於刑之執行完畢或赦免後，施以監禁處分。（第 2 項）」具有現今監護處分之雛形²²。

1934 年 10 月 31 日制定通過、1935 年 1 月 1 日公告、同年 7 月 1 日生效施行之現行中華民國刑法，其可與 1930 年公告施行之義大利刑法、1932 年公告施行之波蘭刑法，1933 年 11 月 24 日修正通過、1934 年 1 月 1 日施行之德國刑法比肩，同列為當時的成文法國家中率先採取刑事法律效果兼含「刑罰」與「保安處分」之「刑罰雙軌制」（Zweispurigkeit des Strafrechts）或「刑事法律效果雙軌制」（Dualistisches Rechtsfolgensystem）或「刑事制裁雙軌制」（Zweispurigkeit des Strafrechts）的先進立法例²³。其中保安處分制度，兼括具有「拘束人身自由之處分」（Freiheitsentziehende Maßregeln）性質之感化教育（刑 § 86）、監護（刑 § 87）、禁戒（刑 § 88、89）、強制工作（刑 § 90）【已廢除】、強制治療（舊刑 § 91、刑 § 91-1）處分，以及「非拘束人身自由」之保護管束（刑 § 92-94）與驅逐出境（刑 § 95）等處分。考據我國刑法保安處分制度，乃係沿襲德國刑法之規定，因此解釋、適用乃至立法修正我國刑法上之保安處分制度相關規定，理論上乃可以參酌德國刑法相關規定之立法沿革、學說闡釋以及實務見解²⁴再就監護制度之法制的修正沿革而言，刑法第 87 條規定之監護制度，自 1934 年 10 月 31 日制定通過以來，歷經 2005 年 1 月 7 日，以及 2022 年 2 月 18 日二次修正，其內容、立法理由以及問題點，分述如下：

一、1935 年生效之刑法第 87 條

1934 年 10 月 31 日制定通過之刑法第 87 條規定：「因心神喪失而不罰者，得令入相當處

²¹ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 110-111。

²² 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 117。

²³ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 117-118。

²⁴ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 119。

所，施以監護。(第 1 項)因精神耗弱或瘡啞而減輕其刑者，得於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。(第 2 項)前二項處分期間，為三年以下。(第 3 項)」上開規定之立法理由如何，於立法院之法律系統，並無記載²⁵。

二、2005 年修正之刑法第 87 條

2005 年 01 月 07 日修正之刑法第 87 條：

第一項：因第十九條第一項之原因而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護。

第二項：有第十九條第二項及第二十條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。

第三項：前二項之期間為五年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。

根據立法院法律系統 (2022)，其立法理由如下：²⁶

一、保安處分之目標，在消滅犯罪行為人之危險性，藉以確保公共安全。爰參考德國現行刑法第六十三條之規定，於第一項、第二項增設此一要件，並採義務宣告，而修正第一項、第二項「得」令人相當處所之規定。

二、監護並具治療之意義，行為人如有第十九條第二項之原因時，於刑之執行前，即有先予治療之必要。惟判決確定後至刑之執行前，能否將受刑人先付監護處分，則欠缺規定，爰於第二項但書增設規定，使法院於必要時，宣告監護處分先於刑之執行。

三、對精神障礙者之監護處分，其內容不以監督保護為已足，並應注意治療及預防對社會安全之危害。原第三項規定監護處分期間僅為三年以下，尚嫌過短，殊有延長必要，故將其最長執行期間提高為五年以下。

四、受處分人於執行中精神已回復常態、或雖未完全回復常態，但已不足危害公共安全、或有其他情形（如出國就醫），足認無繼續執行之必要者，自得免其處分之繼續執行。特參酌原法第九十七條前段意旨，修正如第三項後段。

²⁵ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 119。

²⁶ 立法院法律系統：

<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?008C0D91E65A0000000000000000A00000003FFFFFFA00^04536094010700^0000000000>，查詢日期：2022.08.05。

三、2022 年修正之刑法第 87 條

2022 年 1 月 27 日修正之刑法第 87 條規定

第一項：因第十九條第一項之原因而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所或以適當方式，施以監護。

第二項：有第十九條第二項及第二十條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所或以適當方式，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。

第三項：前二項之期間為五年以下；其執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。

第四項：前項執行或延長期間內，應每年評估有無繼續執行之必要。

根據立法院法律系統（2022），其立法理由如下：²⁷

一、我國監護處分之執行，依保安處分執行法第四十六條規定，檢察官應按其情形，指定令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療，或令入適當精神復健機構、精神護理機構、身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧、照護、復健或輔導，或接受特定門診治療、交由其法定代理人或最近親屬照顧，亦得為其他適當處遇措施，以使受監護處分人適時接受適當方式之監護，有效達成監護處分之目的。原第一項、第二項規定「令入相當處所施以監護」，應增列「或以適當方式施以監護」，以符時需。又增列後，監護處分為同時包含拘束人身自由與非拘束人身自由之保安處分，為符合治國原則並兼顧受處分人之利益，仍應有本法第一條後段之適用，併予指明。惟法院裁判時，應為「令入相當處所或以適當方式，施以監護」之主文宣示，使保安處分執行法所規定執行之方法一體適用於受處分人，以免生爭議。

二、鑑於原條文規定監護期間均為五年以下，未能因應個案具體情節予以適用而缺乏彈性，且於行為人仍有再犯或危害公共安全之虞時，將因期限屆至而無法施以監護，顯未能達保護社會安全之目的，爰參考瑞士刑法第五十九條、德國刑法第六十七條 e、奧地利刑法第二十五條、本法第九十二條第二項之規定，增訂延長監護期間及評估機制之規定，以達刑法之預防功能。

三、按延長監護期間對於受監護處分人之權利影響甚鉅，應採法官保留原則，並參酌本法

²⁷ 立法院法律系統：

<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?008C0D91E65A00000000000000000000A000000003FFFFFFA00^04536094010700^0000000000>，查詢日期：2022.08.05。

第五十條、第七十七條之立法體例，賦予檢察官聲請權，爰規定於執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院裁定許可延長之。又監護處分為同時包含拘束人身自由與非拘束人身自由之保安處分，隨著執行時間愈長，由法官定期審查之頻率即應愈高，以保障受處分人之權益，爰規定監護處分之期間為五年以下，第一次延長期間，無論原五年期間是否屆滿，為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。又本條第三項所稱「以後」，參考本法第十條規定，應俱連本數計算。另延長監護處分之期間，必須於執行期間屆滿前聲請，如執行期間屆滿後，因已無監護處分之存在，自不得再聲請延長之。

四、因監護處分為保安處分之一種，保安處分非以罪責為基礎，而係以行為人之社會危險性為預防目的，如受監護處分之人仍有再犯或有危害公共安全之虞，自仍有受監護處分之必要，因此，有關延長次數未予限制。又監護處分之執行已採多元處遇制度，且有分級分流等機制，已非完全拘束人身自由之保安處分，縱延長次數未予限制，亦無過度侵害人身自由之疑慮，應與憲法比例原則無違。惟應遵循上述程序經法院許可後延長之，以兼顧當事人權益及公共安全。

五、無論執行監護處分期間或延長期間，執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行之規定，均應一體適用，以為調節。

六、為保障人權，另於第四項增訂執行監護處分期間或延長期間內，監護處分應每年評估有無繼續執行之必要，並於保安處分執行法為具體作法之相關規範，以維衡平，並求完備。

四、2022 年修正之保安處分執行法第 46 條並增訂第 46-1 至 46-3

原保安處分執行法第 46 條規定：因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，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。

2022 年 1 月 27 日修正第四十六條：(2022 年 2 月 18 日公布)²⁸

第一項：因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：

- 一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。
- 二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。
- 三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。
- 四、交由法定代理人或最近親屬照顧。

²⁸ 立法院法律系統：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=I0030002>，查詢日期：2022.08.05。

五、接受特定門診治療。

六、其他適當之處遇措施。

第二項：檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。

2022年1月27日增訂第四十六條之一：(2022年2月18日公布)

檢察官為執行監護處分，於指定前條第一項之執行方式前，得參酌評估小組之意見。

檢察官於執行監護處分期間內，認有必要時，得依職權或前條第一項各款受指定者之請求，變更執行方式。變更時，得參酌評估小組之評估意見。

2022年1月27日增訂第四十六條之二：(2022年2月18日公布)

執行監護處分期間，檢察官應依刑法第八十七條第四項所定期間，將受處分人送請前條第三項所定評估小組評估有無繼續執行之必要。

檢察官為延長或免其處分之執行聲請時，得參酌前項之評估意見，並得徵詢第四十六條第一項各款受指定者、法定代理人或最近親屬、醫師、心理師、職能治療師、護理人員、輔導人員、社工人員或其他專業人員之意見。

2022年1月27日增訂第四十六條之三²⁹：(2022年2月18日公布)

監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。

當地直轄市或縣(市)政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣(市)政府辦理。檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。

2022年1月27日刪除第四十七條：(2022年2月18日公布)

第四十七條受執行監護之精神病院、醫院，對於因有刑法第十九條第一項或第二項之情形，而受監護處分者，應分別情形，注意治療及監視其行動。

²⁹ 立法院法律系統：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=I0030002>，查詢日期：2022.08.05。

第四節 各國監護處分相關制度之狀況

有關各主要國家類似監護處分制度部分，本研究蒐集德國、奧地利、瑞士、日本、美國、英國等國家的監護處分制度，茲分述如下：

一、德國刑法之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分制度

德國刑法上，類似我國監護處分之制度，為「將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分」，茲簡述其內容如下：

1. 宣告要件

依德國刑法第 63 條規定：「行為人之違法行為係於無罪責能力（第 20 條）或減輕罪責能力（第 21 條）之狀態下實行，而經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性者，法院應諭知將行為人收容於精神病院之處分。行為人所犯之違法行為並非第 1 句所稱之重大的違法行為者，法院僅能於根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態而犯下此類重大之違法行為時，始得諭知將行為人收容於精神病院。」

30

2. 收容期間

德國刑法關於拘束人身自由之矯正與保安處分之收容期間（Dauer der Unterbringung），係採「不定期處分」原則，除「收容於戒治所處分」定有 2 年之收容期限外，其餘之「將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分」或「保安監禁處分」均無收容期間之限制³¹。易言之，德國刑法上之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分，乃係不定期之處分。

3. 執行次序

依德國刑法第 67 條第 1 項規定：「除受有期徒刑之宣告外，另，依第 63 條、第 64 條規定之收容於相當機構處分之宣告者，保安處分優先於徒刑之執行。」據此，如果犯罪行為人同時受自由刑與收容於精神病院處分之宣告者，應先執行收容於精神病院處分³²。

4. 刑前執行之刑期折抵

德國刑法第 67 條第 4 項規定：「保安處分之全部或一部優先於刑罰之執行者，保安處分執

³⁰ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 144-145。

³¹ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 150。

³² 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 152。

行期間應折抵刑期，最多可折抵刑期之三分之二。」³³

5. 易處其他處分

依德國刑法第 67a 條第 1 項規定：「受收容於精神病院或戒治所處分之宣告後，如認轉換為其他保安處分之執行更有助於受收容人再社會化者，法院得事後宣告將受收容人轉為執行其他處分。」³⁴

6. 中止或暫緩繼續處分之執行以付觀護考核

依德國刑法第 67d 條第 2 項第 1 句規定：「(將受判決人收容於一定處所之保安處分)無最高期限之規定或其期限尚未屆至者，如可以期待，即使對於受收容人不再繼續執行其保安處分，受收容人離開保安處分執行處所後，亦不會再犯重大違法行為，法院應暫緩或中止其保安處分之繼續執行，並將受處分人交付觀護考核。」同條項第 3 句規定：「對於依第 1 句與第 2 句規定之諭知暫緩繼續執行保安處分者，應予以行為監督。」³⁵上開規定類似自由刑之執行的「假釋」規定，其目的在於驗證將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分處分之執行成效，並緩和對於人身自由之基本權的干預，並促使受處分人早日復歸社會³⁶。

7. 執行終結

依德國第 67d 條第 6 項規定，受收容於精神病院處分宣告之人，經執行後滿足一定之條件者，法院得宣告其處分已經執行完畢³⁷。

8. 法院之審查

由於德國刑法上之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分之性質，乃係拘束人身自由之處分，雖其目的旨在防衛社會安全，並踐行國家對於人民之健康照護義務，但為避免對於受處分之人身自由權造成過度之干預，理應賦予法官高度的審查義務³⁸。是以德國刑法第 67e 條第 1 項第 1 句即規定，法院得隨時審查，是否應暫緩或中止將實行違法行為人收容於精神病院之保安處分的繼續執行以交付觀護考核或宣告該保安處分業已執行完畢；第 2 項更規定，對於收容於精神病院之處分，法院至少要每一年審查一次，是否應暫緩或中止將實行違法行為人收容於精神病院之保安處分的繼續執行以交付觀護考核或宣告該保安處分業已執行完畢³⁹。

³³ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 153。

³⁴ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 153。

³⁵ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 154-155。

³⁶ Vgl. Hans-Ludwig Kröber, Befristung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB?, in: Gemeingefährliche psychisch kranke Personen in Untersuchungs- und Sicherheitshaft/Hugentobler, Markus, 1967 -, 2004, S. 50 ff.

³⁷ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 156。

³⁸ Vgl. Karin Neßeler, Die sachliche Zuständigkeit für die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und Folgeentscheidungen nach § 67e StGB im Jugendstrafrecht, in: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 30, 2, 2019, S. 146 ff.

³⁹ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 158。

若是項處分之執行已經超過 10 年後，則法院至少應每 9 月審查一次。另考量收容於精神病院處分之執行，需要一定之時間始能見其成效，同時為免受處分人恣意聲請法院審查，浪費國家有限之司法資源，德國刑法第 67e 條第 3 項乃規定，法院得縮短審查之期限，同時法院亦得於法定審查期限範圍之內另定一個審查期限，並於該期限屆至前駁回審查之聲請，以免浪費司法資源⁴⁰。

二、奧地利刑法之將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分制度

奧地利刑法中類似我國監護處分之制度者，為「將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分」，分述如下：

1. 宣告要件

依奧地利刑法第 21 條規定：「(1) 行為人因嚴重之精神障礙或心智缺陷，致陷於阻卻責任能力之狀態（第 11 條）下，而違犯最輕本刑 1 年以上有期徒刑之犯罪行為者，法院於審酌行為人之人格特質、身心狀況與犯罪行為之類型後，如認為行為人仍有再度因為受到精神障礙或心智缺陷之影響，而實施應受刑罰處罰而且會造成嚴重後果之犯罪行為之虞，得諭知將行為人收容於專為安置有精神障礙之違法行為人的機構。(2) 行為人在嚴重的精神障礙或心理缺陷的影響下，實施最輕本刑為 1 年以上有期徒刑之犯罪行為，但於行為時並未完全喪失責任能力者，如法院審酌行為人之狀況後認為，行為人有再犯之虞時，亦應諭知將行為人收容於專為安置有精神障礙之違法行為人的機構的處分，此一收容處分應與刑罰之宣告同時為之。(3) 第 1 項或第 2 項規定所稱之原因犯罪行為，不包括違犯侵害他人之財產法益之犯罪行為，除非該犯罪行為，係以對於他人施用強暴或脅迫對於他人之生命或身體造成立即危險的方式而犯之者。⁴¹」

2. 處分期間

依奧地利刑法第 25 條第 1 項第 1 句規定：「保安處分，無庸諭知確定之執行期間。執行期間之久暫，端視實現該保安處分之目的需要多久的時間而定。但諭知將有毒癮或酒癮等癮癖之違法行為人收容於戒治所之保安處分的執行期間，為 2 年以下；收容於專為具有危險性之再犯行為人設置之矯正機構之處分的執行期間，為 10 年以下。」據此可知，收容精神病院之處分

⁴⁰ Vgl. Fabian Novara, Die Vollstreckung der Maßregel in einem psychiatrischen Krankenhaus: erste Praxiserfahrungen nach neuem Recht, in: Strafverteidiger, 38, 6, 2018, S. 383 ff.

⁴¹ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 159-160。

於奧地利刑法乃係「不定期」之拘束人身自由的保安處分⁴²。

3. 執行次序

關於將違法行為人收容於精神病院處分之執行順序，依奧地利刑法第 24 條第 1 項規定，係採「刑前執行原則」，亦即犯罪行為人同時受自由刑以及收容於精神病院處分之宣告者，收容於精神病院處分之執行，應先於自由刑之執行⁴³。

4. 刑前執行之折抵刑期

由於奧地利刑法就收容於精神病院處分之執行，係採「刑前執行原則」，而是項處分之性質，又與自由刑同屬拘束人身自由之措施，為免對於受處分人之自由造成過度之干預，奧地利刑法第 24 條第 1 項第 2 句規定，收容於精神病院處分執行之期間，可以折抵自由刑之刑期⁴⁴。

5. 處分之暫緩執行與假釋以付觀護考核

依奧地利刑法第 45 條規定，對於受收容於精神病院處分之犯罪行為人，經法院審酌受處分人之身心健康狀況、個人之生活經歷，犯罪行為之性質與種類，以及從事社會正常生活，不再為犯罪行為之可能性，特別是依據犯罪行為人受刑事訴訟法第 429 條第 4 款之暫時安置處分期間，或於羈押執行期間，依刑事訴訟法第 438 條被施以暫時收容於精神病院治療之成效，同時審酌命令受處分人接受社區性之精神治療或處遇的可能性，認為法院僅為將違法行為人收容於精神病院處分之宣告，同時科處奧地利刑法第 50 條至第 52 條規定之其他處分，即足以防除受處分之再犯危險性以及社會危險性之目的者，得對於受收容於精神病院處分之犯罪行為人為暫緩其處分之執行以付觀護考核宣告。但依奧地利刑法第 21 條第 2 項規定宣告之收容於精神病院之處分，即針對限制責任能力人而為之收容處分，因該處分係與自由刑同時受法院之宣告，則該處分之暫緩執行，必須與該自由刑之暫緩執行同時為之。至於暫緩執行收容處分以付觀護考核之期間，依奧地利刑法第 45 條規定，為 10 年以下，但導致犯罪行為應受收容於精神病院處分之宣告的原因行為，係屬最重本刑 10 年以下有期徒刑者，暫緩執行收容處分以付觀護考核之期間為 5 年以下⁴⁵。

6. 法院之審查

為避免收容於精神病院之處分對於受處分人之自由造成過度之干預，奧地利刑法第 25 條第 3 項乃規定，法院至少應每年一次依職權審查，是否仍有將受處分人收容於專為安置

⁴² 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 161-162。

⁴³ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 162-163。

⁴⁴ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 163。

⁴⁵ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 163-164。

有精神障礙之違法行為人之機構或精神病院的必要性。如經審查之結果，法院認為無繼續收容之必要者，應依同條第 2 項規定，免除是項處分之執行⁴⁶。

三、瑞士刑法之安置於精神病醫院強制住院治療或精神病醫院門診治療制度

瑞士刑法中類似我國監護處分之制度者，為將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院強制住院治療處分或精神病醫院之門診治療處分，分述如下：

1. 宣告要件

依瑞士刑法第 56 條第 1 項與第 59 條第 1 項規定，宣告住院治療處分，應具備下列之要件：(1) 僅科處行為人一定之刑罰並不足以排除犯罪行為人再犯的風險；(2) 犯罪行為人有治療上之需要或保安處分對於公共安全維護係有必要者；與 (3) 行為人罹患重大之精神障礙，且有下列情形者，法院得諭知住院治療處分：(a) 行為人係於重大之精神障礙狀態下，違犯重罪或輕罪之行為，且 (b) 可以預期，經由住院治療處分之執行，可以避免行為人再度於精神障礙狀態下實施犯罪行為⁴⁷。又依瑞士刑法第 56 條第 2 項規定，保安處分宣告之條件是，因該項保安處分之執行，對犯罪行為人之人格權的干預，與其再犯之可能性以及嚴重性必須並非不成比例⁴⁸。再者，瑞士刑法第 56 條第 3 項規定更要求，法院欲為宣告科處犯罪行為人住院治療處分者，必須依據鑑定人之鑑定報告意見⁴⁹。鑑定報告內容必須載明：(a) 對於犯罪行為人實施治療之必要性與可行性；(b) 犯罪行為人再犯之犯罪種類以及可能性如何；與 (c) 對於犯罪行為人可以採取之處分的種類若干。如果犯罪行為人係違犯第 64 條第 1 項規定所稱之犯罪行為，則其鑑定報告，必須由既未曾對於行為人施以治療，亦未以其他方式施以照護之鑑定人為之⁵⁰。瑞士刑法第 64 條第 1 項所稱之犯罪行為，包括違犯謀殺罪 (einen Mord)、故意殺人罪 (eine vorsätzliche Tötung)、重傷罪 (eine schwere Körperverletzung)、強制性交罪 (Vergewaltigung)、強盜罪 (einen Raub)、劫持人質罪 (Geiselnahme)、放火罪 (eine Brandstiftung)、危害他人之生命罪 (eine Gefährdung des Lebens) 或其他最輕法定本刑 5 年以上之犯罪⁵¹。

2. 執行處所

瑞士刑法第 59 條第 2 項規定：「諭知住院治療處分，應於適當之精神病治療機構或保安處分執行機構執行。⁵²」又瑞士之精神病治療機構或保安處分執行機構，按照戒護強度之不同，

⁴⁶ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 164。

⁴⁷ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 30 ff.

⁴⁸ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 34 ff.

⁴⁹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 38 ff.

⁵⁰ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 165。

⁵¹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 44 ff.

⁵² 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 166。

區分為開放性與封閉性之執行機構，原則上受住院處分宣告之行為人，係收容安置於開放性之執行機構，但「行為人有脫逃之危險或再犯之虞者，應將其收容於封閉性之機構實施住院治療處分。⁵³」(瑞士刑法第 59 條第 3 項第 1 句規定)，再者，瑞士刑法第 59 條第 3 項第 2 句規定，如果經由專業人員保證將行為人收容於刑罰執行機構(即俗稱之監獄)執行住院治療處分，亦可以獲得必要的治療處遇者，亦得將行為人移送至刑罰執行機構接受治療⁵⁴。

3. 處分期間

瑞士刑法第 59 條第 4 項規定：「諭知拘束人身自由之住院治療處分之執行期間，原則上為 5 年以下。但住院治療處分已經執行逾 5 年之後，仍然無法滿足得將受處分人附條件釋放之法定要件，而且可以預期，經由住院治療處分之繼續執行，可以避免行為人再度於精神障礙下實施犯罪行為者，法院得依執行機關之聲請，延長治療處分之執行期間，但每一次不得超過 5 年。⁵⁵」據此可知，瑞士刑法關於具有拘束人身自由性質之住院處分之執行期間，表現形式雖係採「定期處分制」，即最長的期限為執行期間為「5 年」，但因為可以延長，又無延長次數之限制，實質上是無異於德國與奧地利之「不定期處分制」⁵⁶。

4. 執行次序

依瑞士刑法第 57 條第 2 項規定，住院治療處分，優先於其他與該處分同時宣告之自由刑以及因撤銷假釋或恢復執行而得加以執行之自由刑的執行⁵⁷。

5. 刑前執行之折抵刑期

依瑞士刑法第 57 條第 3 項規定，受處分人因執行保安處分而受人身自由拘束的期間，應折抵刑期⁵⁸。

6. 處分之暫緩執行與假釋以付觀護考核

依瑞士刑法第 62 條規定：「1. 依據犯罪行為人之狀況，足認給予受處分人證明其已經適於回復自由之生活的機會係屬正當者，得附條件將受處分人自治療處分之執行機構釋放(假釋)。2. 依第 59 條規定執行之治療處分的附條件假釋，觀護考核期間為 1 年以上 5 年以下，第 60 條和第 61 條規定執行之保安處分的附條件假釋，觀護考核期間為 1 年以上 3 年以下。3. 受處分人經假釋後，負有義務，於觀護考核期間，必須至精神病院接受門診治療。執行機關可以下令其於觀護考核期間接受觀護考核之輔助，並授予其應行遵守之指令。(…)」⁵⁹

⁵³ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 166。

⁵⁴ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 59 N 63 ff.

⁵⁵ 潘怡宏(2021)，前揭註 3 文，頁 167。

⁵⁶ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 59 N 123 ff.

⁵⁷ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 57 N 5 f.

⁵⁸ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 57 N 4.

⁵⁹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62 N 19 ff.

7. 住院處分之免除

依瑞士刑法第 56 條第 6 項規定，住院治療處分，不再符合法定之要件者，應予免除⁶⁰。

8. 執行完畢／終局釋放

依瑞士刑法第 62b 條第 1 項規定，如果假釋之受處分人在假釋的試驗期結束前通過考核，證明其自己適於自由的生活，則得將其終局釋放。同條第 3 項規定，因拘束人身自由保安處分之執行而遭受人身自由被剝奪的期間短於其因先執行保安處分先暫緩執行之自由刑者，於釋放後不用再執行其殘餘刑期⁶¹。

9. 免除處分之執行

依瑞士刑法第 62c 條第 1 項規定，如果住院治療處分之執行或繼續執行，顯然不能達成其目的者；欠缺適合執行其處分之機構或適合執行之機構已不再存在者，法院應免除該項住院治療處分之執行⁶²。

10. 繼續或免除執行之審查

為避免收容於精神病院之處分對於受處分人之人身自由造成過度之干預，瑞士刑法第 62d 條第 1 項乃規定，主管機關應依據聲請或依職權審查，是否以及何時將受處分人附條件地從執行機構加以釋放，或者是否應免除該處分。主管機關每年至少要審查一次並作成決定。在主管機關裁決前，應給予受處分人陳述意見之機會，並聽取執行機構首長之報告。

四、日本之醫療觀察制度

日本刑事司法體系儘管過去有保安處分的立法爭論，但是像是以日本辯護士連合會為首即認為比起以保安為優先的刑事政策，相關的醫療政策與社會福利政策的健全更為重要⁶³。所以至今刑法典中未如臺灣有保安處分的規定，對於受保安處分者的未來再犯危險進行處遇。但是日本對於精神障礙觸法者並非毫無處遇規定。日本原以「精神保健福祉法」的透過行政方式的強制住院手段處遇精神障礙觸法者。後來，因應 2001 年 6 月年池田小學殺人事件，日本於 2003 年 7 月 10 日成立，2005 年 7 月 15 日起施行「心神喪失狀態造成重大他害行為者之醫療及觀察法」（下稱醫療觀察法），該法既非保安處分，故其強調的目的並非未來再犯危險的去除，而是以促進社會復歸為目的。

醫療觀察法主要針對心神喪失或心神耗弱狀態下所為重大他害行為（如：殺人、放火、強

⁶⁰ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 95 ff.

⁶¹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62b N 1 ff.

⁶² Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62c N 17 ff.

⁶³ 日本弁護士連合会刑事法制委員会編，Q&A 心神喪失者等医療観察法解説，三省堂，2005 年，

盜、強制性交等、強制猥褻、傷害 6 項罪種) 之人，為以醫療方式改善其精神障礙狀況，促進其社會復歸，以作為強制處遇的入院醫療和保護觀察下的定期診療為手段。醫療觀察法分成審判階段與處遇階段。審判階段是由檢察官針對心神喪失或心神耗弱狀態下為重大他害行為者，不起訴或無罪或緩刑等，向地方裁判所提出聲請（33 條第 1 條），進而就入院，定期診療或不處遇等為決定。受理檢察官聲請的法官可以發出鑑定入院命令，讓對象住院，接受鑑定及醫療觀察。審理客體有對象行為是否存在（第 40 條第 1 項第 1 款）；責任能力存在與否（第 40 條第 1 項第 2 款）；依法醫療的必要性，亦即處遇要件的有無（第 42 條第 1 項，通常依照疾病、治療反應性、社會復歸原因等三要件來判斷）。

處遇階段主要是到指定醫療機關入院治療與通院診療。入院治療分成幾個階段：急性期（3 個月）、回復期（9 個月）、社會復歸期（6 個月）⁶⁴。醫療院區也會據此區分。雖然制定的指導綱領是以 18 個月讓受觀察者出院，但實際上超過 18 個月亦非新鮮事。在入院治療期間，醫院管理者認為繼續治療的必要性有變更或延長之時，向地方裁判所提出（第 49 條）。通院診療是不需住院，但須接受治療，此延續精神保健福祉法而來，將福祉等相關資源提供給精神障礙觸法者使用。實際運作上，日本的入院患者人數有增加傾向⁶⁵，雖然希望從入院中心主義轉向定期診療的社區醫療中心，但似乎仍有困難。

將日本的醫療觀察法與我國監護制度處分相比，由於是否為保安處分導致在判斷上會有所不同。保安處分著眼於再犯可能性，但是再犯可能性的要件在法律上無法限定，使用現代科學無法正確預測，在無法確實的基礎上限制人身自由，難以保障人權。這樣的提醒對於採用保安處分的我國，可以帶來什麼樣的反省？其次，醫療觀察法是以醫療優先作為主要的處遇，而非是刑事制裁，從而醫療行為是否接受與否，應由病患的自我決定。可是醫療觀察法又沒有保障精神障礙觸法者的治療拒絕權或醫療機關選擇權，所以對於對象現實上有帶來重大權利侵害可能。如此，我國監護制度在司法與醫療之間，如何求取平衡和定性，可以透過日本醫療觀察法的相關討論進一步深化加強醫療部分的措施與設計。最後，日本醫療觀察法著重在促進社會復歸為目的，臺灣可以藉由日本法的社會復歸的相關評量與措施，思考未來如何在監護制度中加強此環節的措施，避免只是單純延長收容年限卻無助於觸法精神障礙者社會復歸的惡性循環。

五、韓國之治療監護制度

相較於日本醫療觀察非保安處分，韓國刑事司法體系與我國有同樣的刑罰與保安處分雙軌制。治療監護是針對精神障礙觸法者以及藥物、酒精中毒依存者所進行的保安處分。主要將治

⁶⁴ 平林直次、新井薰，醫療觀察法における指定入院医療機関の役割と機能：現状と課題，犯罪と非行，第 174 期，2012 年，頁 42

⁶⁵ 医療観察法の医療体制に関する懇談会（第 5 回）議事録，參考網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/iryokansatu.4rd.kondankai_00002.giziroku（最後瀏覽日期：2022 年 8 月 14 日）

療監護處分者收容於治療監護設施中，屬於剝奪人身自由的保安處分。治療監護法第 2 條定義治療監護者對象有三種：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，刑雖得減輕者，該當禁錮以上之罪（第 2 條第 1 項第 1 款）。即精神障礙觸法者。二，因毒品或酒精或其他藥物中毒者，該當禁錮以上之刑者。犯罪行為和毒品等的習性或中毒應存在因果關係，如果兩者不具備因果關係，則不能處以治療監護（第 2 條第 1 項第 2 款）。其三，具有戀童癖等性癖好的精神性障礙者，該當禁錮以上的性暴力犯罪（第 2 條第 1 項第 3 款）。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：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。二，需具備再犯危險性⁶⁶。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，可以向管轄法院申請治療監護。

依照治療監護法第 16 條規定，第 2 條第 1 項第 1 款及第 3 款該當者，最常收容期間為 15 年；第 2 條第 1 項第 2 款該當者為 2 年。治療監護與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。治療監護審議委員中，6 名來自法官、檢察官或律師，另外 3 名則需要具備精神健康醫學專業。委員會就以下事項進行審查和決定：1.被治療監護者的治療監護期間移送相關事項；2.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；3.保護觀察的遵守事項之課與、指示和監督以及違反時的制裁；4.其他第 1 款到第 3 款有關之情形。被宣告治療監護者依照之場所有三種方式實施治療監護：治療監護設施收監、指定法務醫院內處遇、設施外委託治療處遇。治療監護設施主要在公州國立法務醫院。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。另外，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。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、兄弟姐妹等於設施外實施治療。在 2016 年，法務部就輕症者導入治療命令制度，採取定期門診治療的方式，由國家提供治療。治療命令規定的治療期間是在宣告猶豫或緩刑期間，必須併科保護觀察。

實際運作上，韓國治療監護也遇到一些問題⁶⁷：一，治療監護設施過少，受治療監護者收容於此，業已形成超收的問題。再加上設施面以及人才面仍有不足。需要大規模地增加預算，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。但因矯正設施的鄰避效應，使得增加治療監護所有所困難之外，預算增加亦是困難。其次，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

⁶⁶ 林政佑，韓國治療監護制度之介紹，刑事政策與犯罪防治研究，第 28 期，2021 年 6 月，頁 12。

⁶⁷ 林政佑，韓國治療監護制度之介紹，刑事政策與犯罪防治研究，第 28 期，2021 年 6 月，頁 32-36。

夠雇用被治療監護者，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。第三，保護觀察人力不足的問題。最後，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。

對照韓國的治療監護制度，可以發現我國對於強制監護的處遇規範，規範的位階和事項有限。另外，受處分人回歸社會之後需要如何的追蹤，這方面的規範都仍有不嚴密之處。韓國在這一部份，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，而且因應實際狀況多次修法。第二，韓國有精神障礙觸法者的專門處遇機構⁶⁸，而我國仍較欠缺，缺乏更細緻地對受監護處分者之相關治療的規範。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聯繫合作。我國在結束處分之後則移轉至觀護人處理後，缺乏相關的聯繫合作。另外韓國尚有治療命令等非限制人身自由的方式進行治療，對於輕症精神障礙觸法者的處遇方式，可以納入比較探討。我國對於受處分人的類型並未多加以區分，如何區分和處遇可以作為我國的參考。

六、美國之監護制度

有關美國監護制度現行主要的法令規範，實務運作概況及其關鍵特色，茲分述如下：

1、美國監護制度現行法令規範

監護制度在美國乃一交錯適用刑事實體法及程序法之爭議。刑事實體法上，如何判斷行為人處於「精神疾病或障礙狀態」之認定標準一節，「美國模範刑法典」(Model Penal Code Test)認為，因精神疾病或障礙，使得行為時無法瞭解自己行為之犯罪性，或欠缺使自己行為合乎法律要求之足夠能力者，對其犯行不負責任，但不包括反覆的犯罪行為及反社會行為。此外，英美法數世紀以來皆接受以「極度的情感痛苦」(Extreme Emotional Distress)或「情感痛苦高漲」(Heart of Passion)作為抗辯之理由而可能因此「難於控制其行為」而獲得減輕獲改判較輕罪名，甚至獲判無罪(吳忻穎、林晉佑，2020)。

程序法上美國監護制度於1960年起以「去機構化」(De-institutionalization)政策為主要潮流(Flaschner,1974;林詩韻、黃聿斐、沈伯洋，2020)。精神醫療機構執行監護處分以治療精神疾病為主，醫療機構執行監護可積極治療精神疾病與穩定症狀。固然聯邦政府制定了心理健康立法，惟各州仍得針對各州管轄範疇內之監護與多元處遇提供額外支持。

1946年杜魯門總統簽署《國家心理健康法案》(National Mental Health Act)，為聯邦立法樹立基本規範框架。該法案創建國家心理健康研究所(NIMH)，並負擔統籌分配政府資金用

⁶⁸ 林政佑，韓國治療監護制度之介紹，刑事政策與犯罪防治研究，第28期，2021年6月，頁19。

於研究精神疾病的原因和治療處遇措施 (Mannekote, Pillai & Harbishettar, 2019)。美國政府於 1960 年創建醫療保險和醫療補助，使支付精神障礙患者的護理費用分散式地轉由社會共同體集體承擔。

至 1990 年起有學者建議將嚴重精神疾病犯罪者轉移到以社區治療為基礎的精神衛生服務系統，藉以代替監獄監禁 (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams & Murray, 2009)。約 1990 年代末期，美國各地方政府開始發展「精神衛生法庭」(mental health court)，其法規授權依據為身心障礙法案 (Americans with Disabilities Act)，專責處理精神障礙之被告 (劉邦揚，2018)。

2、美國監護制度實務運作概況

值得注意者，在精神衛生法庭的設置意旨和多元處遇的精神下，相對於監禁，美國精神衛生法庭以採取治療為優先，且運作上由精神衛生治療人員和刑事司法系統人員保持密切的聯繫。循此，行為人在符合認罪等一定條件下，可由刑事司法系統轉入精神健康法庭，並在完成治療計畫並且接受評估後，取消刑事處分。社區治療主要訴諸精神衛生治療人員和刑事司法系統人員之間密切聯繫，評估病人病情進展和需求，促使精神疾病犯罪者接受持續穩定治療精神疾病或持續監控機制，並增加其自願參與社區治療處遇，遵守治療計畫，以延長再犯時間或減少再犯 (Moore & Hiday, 2006; McNeil & Binder, 2007)。

美國各州精神衛生法庭運行方式各異，對於精神疾病犯罪者處理模式和預防再犯的比例成效亦隨之不同。Herinckx 等人 (2005) 就內華達州之克拉克縣 (Clark County)，精神衛生法庭裁定轉入以社區治療為基礎的精神衛生服務系統之精神疾病犯罪者進行次級資料之分析，比較接受精神衛生法庭強制社區治療者及監獄內接受精神治療者的再犯率，研究結果顯示，參與精神衛生法庭精神疾病者的再犯時間延長或無新犯罪發生，克拉克縣的精神衛生法庭參與者的整體犯罪率在其接受法庭處分後降低了 4 倍，且於一年後有 54% 的參與者沒有再次因犯罪遭受逮捕，緩刑違規行為亦減少 62%。其他諸如針對佛羅里達州布洛瓦郡 (Broward County) 之行為人於接受精神健康法庭治療完成後，其再犯率及暴力風險程度亦呈現下降趨勢 (Christy et al., 2005)。

3、美國監護制度與他國之異同與觀察重點

值得注意者，在借鑑美國精神健康法庭的施行現況，作為比較法制的他山之石之際，需要考量的重點有：

依據美國精神健康法庭之現行運作，符合一定條件之犯罪行為人可以在完成治療後，不再受到犯罪的追訴，如此法律效果之設計與大眾信賴的公益相權衡，是否能得到我國社會的廣泛支持，又如何與我國現行刑事實體法與刑事程序法予以移植適用上的耦合，誠有進一步根據我國實證研究探究之必要。

誠如美國學者精確地指出，美國目前已有高達 86 個於各州之地方自治體廣設精神健康法庭，作為監護制度的重要多元處遇之社區治療替代手段，惟各州應遵循之正當法律程序、法庭設計、運行模式和多元處遇社區治療，各有制度設置上的不同與特殊考量(Slate,2003; Steadman, Davidson, & Brown,2001)。是否及在何種程度內得以做為我國法制之參考，誠為重要研究問題。

美國以社區治療為優先之多元處遇措施多以行為人犯輕罪為前提，重罪者是否得遽然適用社區處遇與治療，箇中涉及之精神障礙者犯罪處遇制度的替代性、防杜再犯率與監獄矯治效能等交叉關聯因素之影響，是否因罪責輕重不一而導致適用嗣後監護程序的區辨差異，亦為本研究後續擬探究之焦點。

七、英國之監護制度

有關英國監護制度現行主要的法令規範，實務運作概況及其關鍵特色，茲分述如下：

1、英國監護制度現行法令規範

英國關於精神病患健康與刑法認定的法案，始於 1742 年的該國 Tracy 法官所提出的「野獸法則」(Wild Beast Test)，該法則係以「是否具有辨識能力」作為量刑或免責之準據。俟於 1774 年提出「瘋人院法」(Madhouse Act)、1808 年提出「庇護法案」開始為貧困的精神病患設立公共的精神衛生庇護所。1843 年英國 Tindal 法官提出的「馬克諾頓法則」(M'Naghten rule)，提出被告犯罪行為若是肇因於其精神疾病或心智缺陷的產物，應予以免責的主張。其後於 1907 年的「罪犯保護觀察法」、1908 年的「未成年人犯罪法」及同年的「預防犯罪法」採取了監護處分制度(Ayers, 1971; Melling et al., 1997; Unsworth, 1991; 許華孚、黃光甫, 2021: 55-57)。

英國監護制度現行法令主要為「精神衛生法」。該法制定於 1959 年，迄今共歷經 1983 年、1995 年與 2007 年三次之修正(張淑婷, 2017; 許華孚、黃光甫, 2021)。另於 2020 年 10 月 1 日發布有關「精神障礙犯罪人、發育遲滯犯罪人和神經系統障礙犯罪人之量刑指南」(Sentencing Council, 2020)。

綜上，英國監護制度現行法令規範主要依據為該國的「精神衛生法」及「精神障礙犯罪人、發育遲滯犯罪人和神經系統障礙犯罪人之量刑指南」。

2、英國監護制度的實務運作概況

依據英國精神衛生法、司法精神醫學相關條款，精神疾病犯罪者由法院裁定或由監獄轉出兩種方式進入司法精神醫療機構，評估精神健康問題、住院及出院治療計畫(Rutherford & Duggan 2008; 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋, 2020)。英國針對精神疾病與心智障礙的監護處分判

決有三種，醫院治療（強制、自願與返回監獄）、社區處遇與無罪釋放（許華孚、黃光甫，2021）。英國設有不同安全戒備等級的司法精神醫院，分別為高度戒備、中度戒備及普通精神醫院（Coid, Hickey, Kahtan, Zhang & Yang, 2007；林詩韻、黃聿斐、沈伯洋，2020；許華孚、黃光甫，2021）。高度戒備機構長期收容嚴重的精神病患者，中度戒備機構則是成為回歸監獄、復健或出院後銜接一般醫療機構的緩衝機制（Doyle & Carballedo, 2014）。

社區照護部分，英國在 2000 年提出國民保健署 10 年健康照護計畫（NHS Plan）期望社區照護能夠朝向去懲罰機構化的醫療，並設有為期 6 個月社區治療的原則性規定與限制。個案如有必要，得再度延長 6 個月，若無改善再延 1 年，直到改善為止。社區治療處分依精神衛生法第 3、37、47、48 條等規定大多附帶限制令，限定患者只能在特定地區、時間或地點參與治療或服藥，藉此免除社區居民之抗爭（許華孚、黃光甫，2021）。

此外，在英國如經鑑定被告犯案時係受精神病的影響所致，即可裁決進入司法精神病院體系，且無交保機制與年限設定，需至醫生認定康復後方能出院。也就是說，依該國制度，病犯若未經治癒，是容許長期、甚至終身監禁於醫院（吳政峰、吳書緯、吳亮儀，2020）。

3、英國監護制度的特色

根據學者許華孚及黃光甫（2021：76-77）的研究指出英國司法精神醫學體系有如下特色：

- （1）分別透過醫院、社區及監獄等 3 大體系，同時引進醫療照護專業與社會照護療養資源，共同納入刑事司法系統的運作網絡。
- （2）強制精神病患於司法精神醫學委託的機構內進行治療，以迴護病患權益並保重公共安全。
- （3）司法精神醫療體系彈性靈活，容許病患於醫院、社區及監獄移轉，但醫療服務品質則屬一致。
- （4）司法精神醫療體系提供一個安全的環境、使病患的醫療需求與治療服務能不受其他因素干擾。
- （5）強調橫向與直向的全方位整合，將醫療、社會照護及刑事司法系統無縫銜接。
- （6）無論成因為何所有精神疾病患者，均享有等量且公平的醫療照護。
- （7）精神醫療體系與刑事司法系統運作整合，將醫療處遇等所有程序加以連結，以確保高風險病患與罪犯能夠安全的管理下，接受有效的治療，並在各領域建立良好的信任關係。

第五節 綜合評析

綜合上述，茲就我國相關目前監護處分制度及其執行狀況之問題歸納如下：

一、我國監護處分實施狀況，有再深入研究之必要

針對監察院於 2022 年 1 月 4 日公告：「王幼玲委員、高涌誠委員調查『據報，一名留美博士在 2011 年涉犯縱火，經法院無罪判決、5 年監護處分後，於 2019 年再度縱火。2005 年修正刑法第 87 條第 3 項，將監護處分期間為 3 年以下，修正為 5 年以下，究竟我國監護處分如何實施？受監護處分人樣態？監護處分的場所是否適宜？監護處分結束後如何轉銜至社區精神照護？有深入調查之必要案』報告」一案所提之延伸問題，經王幼玲委員、高涌誠委員調查結果，對實施狀況已具備雛型，但有關實施困境及量能，實有再深入研究之必要。

二、各國監護處分規範、制度、執行及其相關配套措施，有進一步探討需要

由於數起社會關注案件之犯罪者，因行為時具有精神障礙，經法院認定符合刑法第 19 條第 1 項要件後判決免除刑責，並依同法第 87 條論以監護處分，而衍生社會廣泛議論，並促使法務部等機關研議司法精神病院如何執行精神病之監護處分。司法院於 2020 年 12 月提出刑事訴訟法修正案，對於犯罪嫌疑重大、符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件，且有危害公共安全之虞的被告，得由檢察官聲請法院裁定緊急監護。基此，對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件之犯罪者，如何能提供合適處遇、及足以維護公共安全之設施與相關配套；並於 2022 年 1 月 27 日修正通過刑事訴訟法第 481 條配合刑法第八十七條第三項前段增訂得經許可延長處分。另外，立法院於 2022 年 1 月 27 日修正之刑法第 87 條，保安處分執行法第 46 條並增訂第 46 之 1 至 46 之 3，使監護處分之執行得依受處分人之情況予以多元處遇，並視受處分人治療、照護及輔導之情況予以彈性變更。惟，修法後，參照各國監護處分措施，各國規範、制度、執行及其相關配套措施，則有進一步探討必要。

三、因應監護處分制度的發展，需進行整體性規劃評估，以建立全面性的社會安全防護網

在研議自偵查階段至矯正階段的精神障礙者處遇措施時，所面臨的思考點，會是對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項的精神障礙者進行監護處分，在過去的執行經驗上，所面臨的狀況與爭議為何？會不會對新制度的建立形成干擾？新的執行量體有多大？是否為現有政府資源所能容受？尤其是新監護處分制度的建立，攸關司法與社福等人力、物力資源的支援與整合，政府機構的整備工作，是否業已完成？於隨著制度的發展與運作，如何進行整體性或者帶狀的思考與規劃，以利制度之革新與建立全面性的社會安全防護網，均為本研究之重點。

第三章 研究設計與實施

第一節 研究設計

根據本研究需求書，本研究目的為「釐清過去執行監護處分的實務經驗與困境，並據以評估未來監護處分機制調整後，可能延續或新增的爭議與困境，並以前述評估結果為基準，緊密結合研究執行階段的監護處分法制、政策進展，提出制度建議與實務執行指南。」具體的研究內容包括：1、蒐蒐有關我國監護處分之相關官方統計數據，包括監護原因、人數、性別、社會適應以及是否再犯等變項，進行交織分析，以瞭解不同指標之執行差異。2、整理其他國家之監護處分制度、措施（至少包括3個以上不同地域之國家；本研究團隊擬整理分析美、英、德、日、韓、奧、瑞等7國之監護處分制度、措施），據以比較、分析我國過去執行監護處分之概況、成效與相關討論。3、邀請攸關監護處分執行的第一線機關、人員，含檢察、矯正、醫療等單位，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。4、結合前述一、二之研究發現，並根據研究期間監護處分相關制度、政策進展，對監護處分新制發展，包括人力監護、軟硬體措施進行量能評估。5、邀集學者專家，針對前揭研究內容，進行焦點座談，並作成制度精進建議與實務執行指南。6、將研究成果，提供政府機關參考，並濃縮成論文格式以及翻譯英文版，配合舉辦學術發表會。

因此，本案研究架構係以達成前述研究目的與內容加以擘劃，首先，確立研究主題並繼以進行研究設計，復次透過國內監護處分之相關官方統計數據之次級資料分析及美、英、德、日、韓、奧、瑞等7國之監護處分制度、措施之制度比較，以具體分析我國過去執行監護處分之概況、成效的實務經驗與困境，並據以評估未來監護處分機制調整後，可能延續或新增的爭議與困境，同時進行人力監護、軟硬體措施之組織（含員額）評估。最後邀集學者專家，針對研究結果作成制度精進建議與實務執行指南，而後舉辦學術發表會。本研究之研究架構如下圖3-1-1所示：

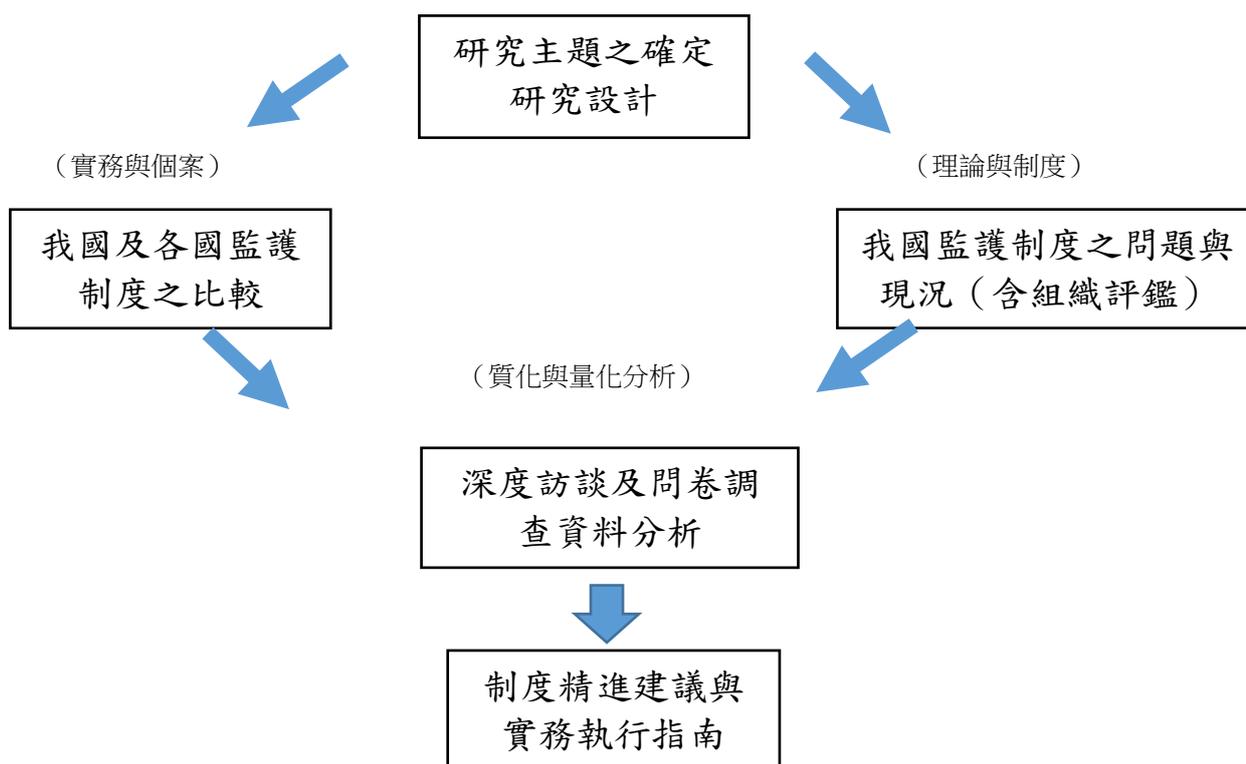


圖 3-1-1 研究設計

資料來源：本研究整理。

第二節 研究方法

本研究為達研究目的，本研究計畫將兼含質化與量化並重的分析方法，以 4 種不同的研究方法進行：(一) 文獻探討法與次級資料分析法；(二) 深度訪談法；(三) 專家問卷調查法；(四) 焦點團體座談法。期以質化與量化並重的研究設計，針對本案研究目的及內容，具體客觀且廣泛地蒐集我國監護處分之相關官方統計數據，包括監護原因、人數、性別、社會適應以及是否再犯等變項，進行交織分析，以瞭解不同指標之執行差異。同時蒐集整理及分析美、英、德、日、韓、奧、瑞等 7 國之監護處分制度、措施，以利後續與我國之制度比較與政策學習；而後透過邀集攸關監護處分執行之第一線機關、人員，含檢察、矯正、醫療等單位，進行深入訪談及問卷調查，以瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。復次，根據相關研究成果就監護處分相關制度、政策進展，對監護處分新制發展等，包括：人力監護、軟硬體措施實地進行組織（含員額）評鑑的量能評估。最後，依據上述研究發現，邀集學者專家，針對前揭研究內容，進行焦點座談，並作成制度精進建議與實務執行指南。同時本研究團隊承諾依據機關需求規範將研究成果濃縮成論文格式，以及翻譯英文版，並配合舉辦學術發表會。本案研究設計，

如下圖 3-2-1 所示。

(一) 文獻探討法與次級資料分析法：

蒐集整理及分析美、英、德、日、韓、奧、瑞等 7 國之監護處分制度、措施，以利後續與我國之制度比較與政策學習，同時具體客觀且廣泛地蒐集國內既有監護處分之相關官方統計數據，包括監護原因、人數、性別、社會適應以及是否再犯等變項，進行次級資料之交織分析，以瞭解不同指標之執行差異。

(二) 深度訪談法

邀請攸關監護處分執行的第一線機關、人員，含檢察、矯正、醫療等單位之學者專家與實務工作者，進行深度訪談與資料蒐集，以田野調查方式，深入瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題所在。

(三) 專家問卷調查法

為瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。本研究將針對監護處分執行的第一線機關、人員，含檢察、矯正、醫療等單位，進行問卷調查，同時蒐集相關政策建議並進行評估。專家問卷調查法係參考德菲法 (Delphi Technique) 而來，為針對複雜議題或問題時，建立共識最有用的研究方法 (Linstone & Turoff, 1975)。本研究依據前述文獻探討、次級資料分析及深度訪談所獲之資訊擬具專家問卷後，並輔以焦點團體座談法，以取得該問卷之專家效度，而後發放並回收專家調查問卷 35 份。

(四) 焦點團體座談

邀集與本研究相關領域 (含檢察、矯正、醫療、心理衛生等專業單) 之學者專家，進行焦點團體座談，針對專家調查問卷之內容，進行焦點座談，提出具體修正建議，以取得該問卷之專家效度。

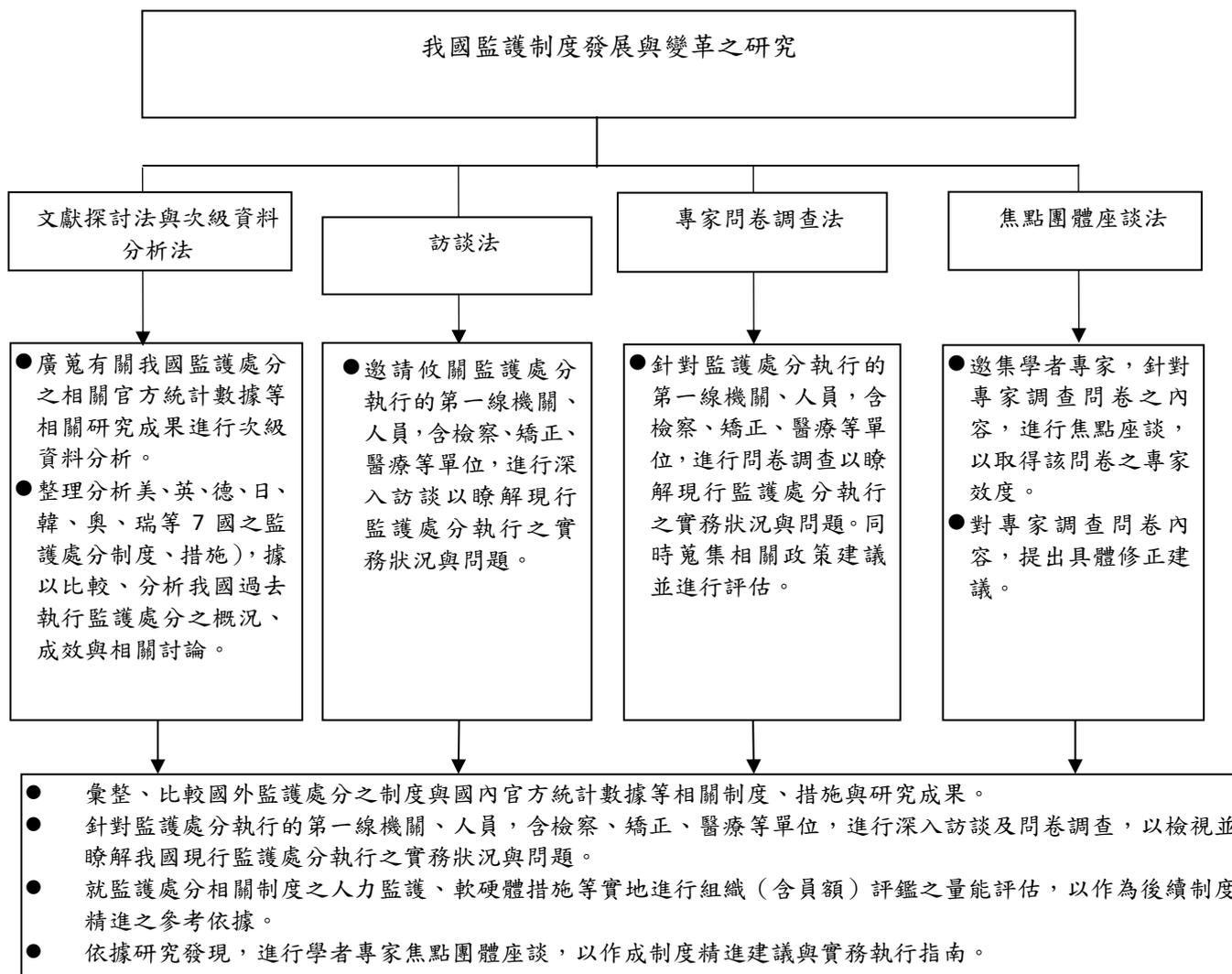


圖 3-2-1 研究方法

資料來源：本研究整理

第三節 研究流程

本研究之工作流程及步驟如圖 3-3-1 所示，並依序臚列如下：

- (一) 確立研究目的與研究重點
- (二) 研究規劃與研究設計
- (三) 我國官方次級資料蒐集與分析
- (四) 蒐集與檢閱我國與各國相關文獻並進行比較分析
- (五) 問卷設計、訪談內容大綱建構
- (六) 焦點團體座談
- (七) 訪談大綱定稿
- (八) 進行個案深度訪談
- (九) 完成調查問卷初稿
- (十) 期中報告及審查
- (十一) 實施抽樣及問卷調查
- (十二) 完成期末報告
- (十三) 完成中英文版濃縮論文
- (十四) 舉辦學術發表會

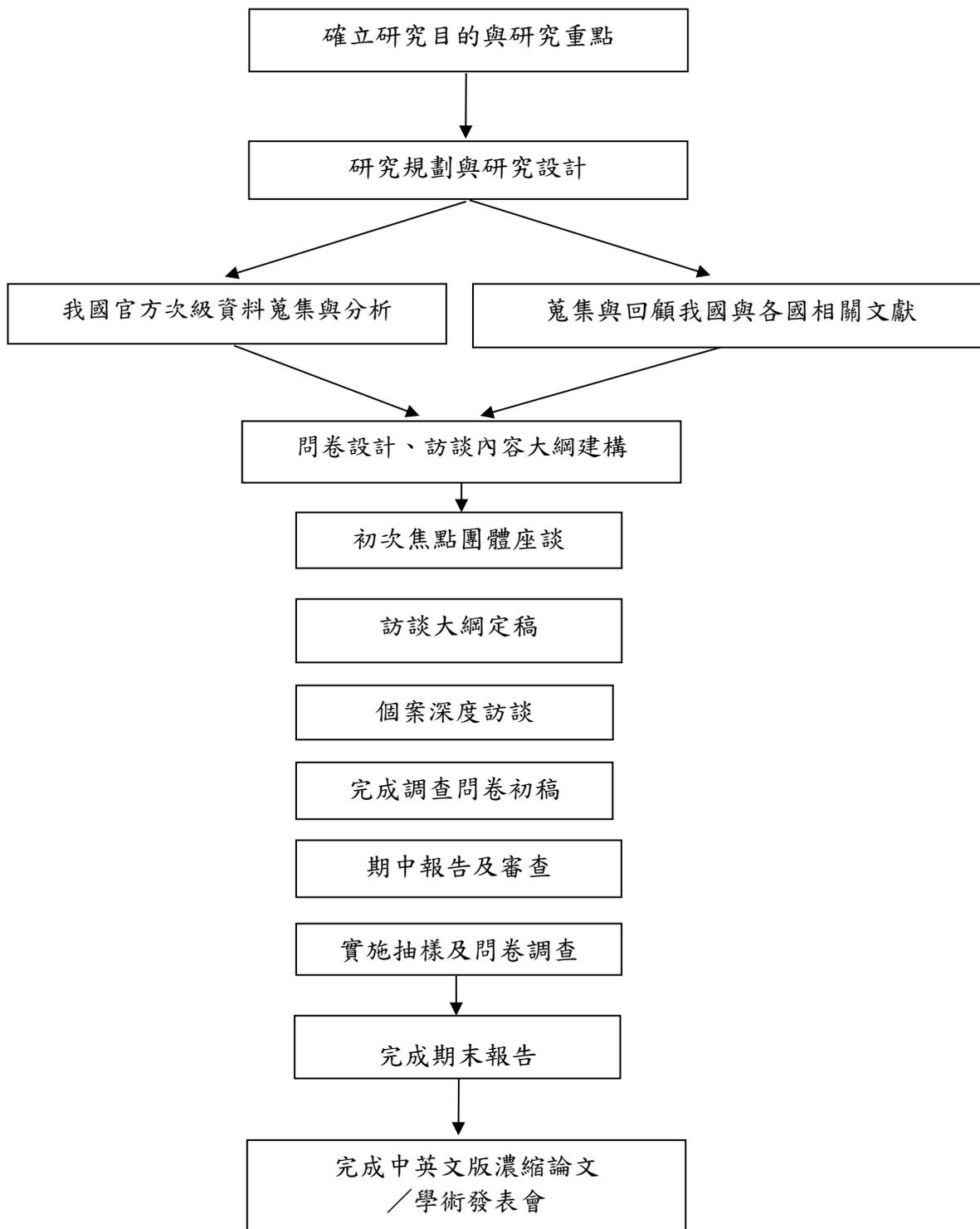


圖 3-3-1 研究流程圖

資料來源：本研究整理

第四節 研究工具

一、次級資料工具

為瞭解我國監護處分執行現況，本研究除了函請委託單位轉請法務部提供我國監護處分之相關官方統計數據外（包括監護原因、人數、性別、及是否再犯等變項），同時函請現行執行監護處分之矯正、醫療處所，提供我國現行執行監護處分之現況及能量，受監護人部分，包括監護原因、人數、性別、社會適應、前科、等變項，執行監護單位部分，包括執行監護經驗、人力、軟硬體措施、最大容額及針對未來實施新制度之建議，根以描述我國過去執行監護處分之狀況，並進行交叉分析，比較不同特性指標之執行差異，並根據研究期間監護處分相關制度、政策，對監護處分新制發展，包括人力監護、軟硬體措施進行量能評估。

有關函請現行執行監護處分之矯正、醫療處所提供相關資料之工具如下：

（一）受監護人部分

受監護人性別、出生年月、收案年月、罪名、病名、監護階段（刑前、刑後、單純監護）、監護期間、症狀嚴重程度、行為危險程度、未來期待程度（不傷害別人）、治療需求程度、監護處分方式、治療效果、延長期間之必要程度、入院前前科、職業等變項

（二）執行監護處分醫療單位部分（如附錄一）：

監護收案標準、拒絕收案標準、收案流程、執行監護經驗、監護處分方式、人力、軟硬體措施、最大容額及針對未來實施新制度之建議。

二、深度訪談構念與訪談題綱

構念（construct）是指研究者透過文獻的蒐集與理論的彙整，建構出屬於各自研究的關係圖像，而此構念是整個研究的核心，亦是貫穿整個研究的枝幹。構念與量化研究的變項（variable）不同，變項是用來測量多寡，而構念是描述內涵（蕭瑞麟，2007：114-115）。

本研究之深度訪談之目的在於針對監護處分執行的第一線機關、人員，包括：警察、檢察、矯正、醫療及社會福利（含非營利組織）等單位，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。緣此，深度訪談綱之設計與後續之分析即環繞警察、檢察、矯正（監獄）、醫療及社會福利（含非營利組織），並以此 5 大實務現場之真實情況、問題及其解決之道，作為圍繞本研究的核心構念，並作為訪談題綱設計的基礎，本研究之訪談題綱採半結構方式，選取研究問題中重要的面向，據以向訪談對象提出問題，訪問中雖含括機動及開放問答的部分，惟仍規劃設計有訪談之重點及焦點問題，俾作為後續訪談之依據。以下謹說明訪談題綱之要旨（訪談人員工作手冊請詳見附錄三；深度訪談紀錄請詳見附錄四）：

- (一) 請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。
- (二) 就您所知，目前在實務運作上，您所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？
- (三) 就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？
- (四) 法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？
- (五) 有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？
- (六) 監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？
- (七) 有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？
- (八) 請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？
- (九) 請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？
- (十) 請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

(十一) 其他與本研究相關之興革建議。

三、專家問卷調查問卷

本研究團隊首先依據相關文獻蒐集分析及焦點團體訪談結果，並經詳慎討論後，擬具「我國監護制度發展與變革之研究」專家問卷調查之問卷，為期使本問卷更具專家效度，前於本年7月22日(五)下午2時至4時，舉辦學者專家焦點團體座談會議(焦點團體座談會議資料請詳見附錄五；焦點團體座談會議紀錄請詳見附錄六)，針對專家問卷題項進行深入討論，以取得學者專家對於該專家問卷修正之重要意見，並據以進行調整修正，調整修正後之問卷請詳見附錄七。另由於本次焦點團體會議座談會議討論目的，在於請與會學者專家針對專家調查問卷進行調整修正，並取得該問卷之專家效度，本研究均已參採，然此一會議並非探詢學者專家對於每個問題的偏好與強度，因此無法取得全面詳盡之研究資訊，爰擬不將此一部分之意見納入質性分析內容，併此說明。

本研究採用專家問卷調查法蒐集資料，根據研究設計，並參據文獻分析、深度訪談及第一場次之學者專家焦點座談會議後，釐訂本研究之量表包括：1、目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式量表；2、目前各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式量表；3、目前執行監護處分之執行監護困境與解決困境方式量表；4、目前執行社會復歸困境與解決困境方式量表；以及5、各單位執行人力與資源評估量表；茲分述如下：

(一) 目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式量表

表 3-4-1 目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式量表

| 本研究發現，執行監護處分之社安處理、資訊分享，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 1. | 衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予第一線危機處理執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | 警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | 社區中妨害社會秩序精神疾患經常有就醫的困難 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 鼓勵警察協助監護處分個案送醫 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | | | | | | | | 鼓勵警察協助關心監護處分個案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| 5. | 針對精神疾患第一線危機處理還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | 醫療專業人員未能及時抵達現場處理及判斷 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | 警、消人員未具精神衛生醫療專業知識。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | | | | | | | | 第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | | | | | | | | 落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之宣導。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | 警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. | 偵查時無法查詢犯罪者是否為衛政精神列管之對象及相關資訊 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. | | | | | | | | 可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. | 針對目前監護處分個案之社安處理與資訊分享，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

資料來源：本研究整理

(二) 目前各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式量表

表 3-4-2 目前各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式量表

| 本研究發現，執行監護處分之收案、分級分流機制，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 1. | 監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | | | | | | | | 針對精神病個案，應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | | | | | | | | 比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | 現行體制欠缺多元處遇措施（機制）供監護處分之分級分流應變使用 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 擴充多元處遇機構（機制）的建置與服務量能（含處遇精神病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 雖有多元處遇規定，惟開始執行前，實務上難以確實評估個案適當執行方式 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位評估小組使用。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. | 檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組如何有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | | | | | | | | 落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | | | | | | | | 可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | 精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | 針對監護處分者收案、分級分流之評估機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

| 本研究發現，執行監護處分之收案、分級分流機制，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|--------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | | |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | 0 不知道 | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 |
| 11. | 醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡間成員，彼此間並不瞭解各單位間之權責劃分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. | 保安處分執行法主管機關為法務部，法務部對司法精神處遇之推動，經費編列及處遇內容之專業度均不足，目前仰賴衛福部協助及規劃，致無法基於主管機關角色深入掌握本項業務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. | | | | | | | | 針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜（尤其需要就執行方式），由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. | 現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 保安處分執行法第46條之1設有評估小組機制，已解決問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | 保安處分執行法第46條之3第2項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣（市）政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 「當地」之操作性定義為：「戶籍地」，由個案戶籍所在地之直轄市、縣（市）政府擔任該個案之主管機關 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. | 刑前執行監護處分時間點出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」，已解決刑前空窗問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. | 刑後執行監護處分時間點出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，俾為有效之監督 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. | | | | | | | | 建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. | 醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者不願收治，出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| | |
|-----|---|
| 20. | <p>依據保安處分執行法第 46 條規定：「1.第四十六條因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：(1)令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。(2)令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。(3)令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。(4)交由法定代理人或最近親屬照顧。(5)接受特定門診治療。(6)其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」</p> <p>上述監護處分方式，有關分級分流機制，就您個人經驗，還可以有那些策進作為？請說明： （例如：有那些單位、機構可協助加入監護處分）</p> |
|-----|---|

資料來源：本研究整理

(三) 目前執行監護處分之執行監護困境與解決困境方式量表

表 3-4-3 目前執行監護處分之執行監護困境與解決困境方式量表

| 本研究發現，目前監護處分之執行，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 1. | 醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | 執行監護處分欠缺足夠的醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等照護資源 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | | | | | | | | 應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | 目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處理。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支出費用之編列 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. | 具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 醫療費用由健保給付及當事人自付。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | | | | | | | | 可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | | | | | | | | 由地檢署依保安處分執行法第46條之規定「請衛生、警政機關派員協助」 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| 本研究發現，目前監護處分之執行，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 9. | 現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再充實監護處分之安全管理設備 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | 現行監護處分醫療處所之戒護人力不足 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再增加監護處分之戒護人力 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. | | | | | | | | 增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. | 現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再提升監護處分執行人員執業安全 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. | 因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可採取獨立病房、治療模式執行監護處分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. | 執行監護處分時，會有處理困難或不適合之個案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 請指揮執行單位提供適當支援與後送單位。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | | | | | | | | 由執行單位評估轉銜至適當機構。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. | 充實精神醫療照護資源，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 17. | 監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. | | | | | | | | 監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. | 針對身心障礙者合併反社會人格之監護處分對象，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 20. | 就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 完善監獄精神醫療體系 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. | 監護個案增加監獄管理量能負擔 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 22. | 針對監護處分者在矯正機構內之處遇，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

資料來源：本研究整理

(四) 目前執行社會復歸困境與解決困境方式量表

表 3-4-4 目前執行社會復歸困境與解決困境方式量表

| 本研究發現，執行監護處分之社會復歸，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 1. | 現行監護處分處遇模式 缺乏監護期間社區復健、 社區適應轉銜機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 落實社安網社會復歸計畫， 可強化民間社會（非營利組 織）之協力參與 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | | | | | | | | 擴展、納入已有之社福機構，並 建置多元處遇機構資料庫，供處 遇、轉銜參考 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | | | | | | | | 可加強回歸社區後個案原生 家庭的追蹤與輔助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | | | | | | | | 社區處遇關懷計畫，應再補 充心衛社工量能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 針對監護處分個案收案機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | 民間非營利組織在監護處 分中的協力與角色扮演未 臻明確（缺乏參與著力 點） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可考量公私協力建置社會復歸 中心，落實社安網社會復歸計 畫，強化民間社會（非營利組 織）之協力參與結合非營利組 織之服務項目，例如日間、夜 間、全天與就業服務協助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | 社會福利（含非營利組 織）機關（構）方面，一 般民眾可以尋求協助的資 源、種類非常的稀少 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 參考美國 clubhouse（會所） 模式，由非營利組織設立社區 支持機構，採取社區工作與支 持的方式，提供精神康復者創 造機會的中間處遇轉銜機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | | | | | | | | 增加就醫補助，協助社會復歸 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | 部分個案非更保服務對象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 修正更生保護法，增訂「經檢 察官依個案情節認定有接受更 生保護之必要而轉介者」，得 受更生保護會之服務。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| 本研究發現，執行監護處分之社會復歸，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 10. | 2022年2月18日刑法第87條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 修法前之個案，由當地主管機關之社工人員，採輔導模式列案輔導。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. | 針對監護處分個案之社會福利機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | 未建立監護處分政策成效評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持」作為主要的績效評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. | | | | | | | | 可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. | | | | | | | | 可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）」作為評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | 針對監護處分政策成效評估指標，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

資料來源：本研究整理

(五) 各單位執行人力與資源評估量表

表 3-4-5 各單位執行人力與資源評估量表

| 題號 | 題 項 | 低 ←→ 高 | | | | | 0 不知道 | 其他意見或理由 |
|-----|---|----------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------|
| | | 1 非常 不同意 | 2 不 太 同意 | 3 沒 意 見 | 4 還 算 同 意 | 5 非 常 同 意 | | |
| 1. | 現有 檢察官人力 能有效協調相關人員執行監護處分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 2. | 現有 監護資源 足供檢察官指揮監護處分之執行 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 3. | 針對受監護處分者，檢察官還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 4. | 現行 衛政人力 能有效完成受監護者 醫療連結、復歸、轉銜 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 5. | 現有 衛政資源 足供完成受監護者 醫療連結、復歸、轉銜 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 6. | 針對受監護處分者，有關 衛政資源 或 機構 方面，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 7. | 現行 醫療人力 能有效完成受監護者 心理治療、諮商等就醫 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 8. | 現有 醫療資源 足供完成受監護者 心理治療、諮商等就醫 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 9. | 針對受監護處分者，有關 醫療資源 或 機構 方面，還可以有那些策進作為： | | | | | | | |
| 10. | 現行 精神復健、護理人力 能有效完成受監護者 照復 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 11. | 現有 精神復健、護理資源 足供完成受監護者 照復 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 12. | 針對受監護處分者，有關 精神復健、護理資源 或 機構 方面，還可以有那些策進作為： | | | | | | | |
| 13. | 現有 社福人力 能有效完成受監護者 就養、社區照顧服務、輔導 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 14. | 現有 社福資源 足供完成受監護者 就養、社區照顧服務、輔導 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 15. | 針對受監護處分者，有關 社會福利資源 或 機構 方面，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 16. | 現有 警政人力 能有效完成受監護者 治安（行為）監控 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 17. | 現有 警政資源 足供協助受監護者 治安（行為）監控 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 18. | 針對受監護處分者，有關 警政資源 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 19. | 現有 教育主管機關人力 能有效協助受監護者 就學 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 20. | 現有 教育資源 足供協助受監護者 就學 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 21. | 針對受監護處分者，有關 教育資源 還有那些策進作為： | | | | | | | |

| 監護處分轉銜機制中，有關各單位監護處分執行的人力與資源評估，以下問題，請就您個人看法表示意見：您只要選出符合自己想法的答案，在該題答項上畫圈，或在空格內作答即可 | | | | | | | | |
|--|---|----------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------|
| 題號 | 題 項 | ←低→ 高 | | | | | 0 不知道 | 其他意見或理由 |
| | | 1 非常 不同意 | 2 不 太 同意 | 3 沒 意 見 | 4 還 算 同 意 | 5 非 常 同 意 | | |
| 22. | 現有 <u>勞動主管機關</u> 人力能有效協助受監護者之 <u>就業</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 23. | 現有 <u>勞動資源</u> 足供協助受監護者之 <u>就業</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 24. | 針對受監護處分者，有關 <u>勞動資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 25. | 現有 <u>更生保護</u> 人力能有效協助受監護者之 <u>更生保護</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 26. | 現有 <u>更生保護資源</u> 足供協助受監護者之 <u>社會復歸</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 27. | 針對受監護處分者，有關 <u>更生保護資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 28. | 現有 <u>矯正</u> 人力能有效完成受監護者 <u>接受刑事處罰</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 29. | 現有 <u>矯正資源</u> 足供協助受監護者 <u>接受刑事處罰</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 30. | 針對精神疾患受刑人， <u>矯正機關</u> 之人員能 <u>協助完成個案轉銜</u> 工作 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 31. | 針對精神疾患受刑人， <u>矯正機關</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 32. | <u>受監護處分者</u> 之 <u>最近親屬</u> 能有效照顧受監護者 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 33. | 現有 <u>受監護處分者最近親屬</u> 之 <u>資源</u> 足供照顧受監護者 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 34. | 針對 <u>受監護處分者最近親屬</u> 之 <u>照顧工作</u> ，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 35. | <p>依據保安處分執行法第 46 條之 3 規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」</p> <p>上述監護處分轉銜機制，就您經驗，還可以有那些策進作為？請說明： （例如：還可以有那些策進作為、有那些人員或措施可以協助執行監護處分之執行）</p> | | | | | | | |

資料來源：本研究整理

第五節 研究對象

一、深度訪談抽樣與訪談對象

質性研究抽樣首要思考的是樣本能提供的「深度」和反映多元社會實狀之「廣度」，著重於資訊的豐富內涵，本研究訪談對象之抽樣方式將以立意抽樣法(purposive sampling)為原則，並將把握質性研究重視動態過程的性質，使抽樣上能具備「彈性化」和「隨研究進展而演變的特質」，視已進行的狀況和需要，以「避免重複」和「捕捉進展」(胡幼慧、姚美華，1996：149-150)，並視實際的研究狀況，活用 Kuzel (1992: 38) 所提的質性研究抽樣策略如分層目的(stratified purposeful)、符合標準策略(criterion)等來選取訪談對象。

本研究訪談對象為攸關監護處分執行的第一線機關人員，包含：警察(1人)、檢察官(2人)、監獄(設有收容精神病患者之療養專區，2人)、醫療(4人)、公民團體(2人)、公衛政策學者專家(1人)等利害關係人計6類，訪談對象人數共計12人。實際擇定訪談對象時，為避免發生系統性偏誤，業已儘量兼顧正、反及中立立場者之分配，本研究訪談對象一覽表，請詳見表3-5-1。

表 3-5-1 訪談對象一覽表

| 代號 | 地區 | 類型 | 職稱 |
|-----|----|------|-------|
| A1 | 新北 | 警察 | 督察 |
| A2 | 臺北 | 司法 | 檢察官 |
| A3 | 臺北 | 司法 | 副司長 |
| A4 | 臺中 | 監獄 | 主任管理員 |
| A5 | 桃園 | 監獄 | 科長 |
| A6 | 臺北 | 醫療 | 醫師 |
| A7 | 南投 | 醫療 | 醫師 |
| A8 | 臺中 | 醫療 | 醫師 |
| A9 | 臺北 | 醫療 | 醫師 |
| A10 | 臺北 | NPO | 總幹事 |
| A11 | 臺北 | NPO | 前主任 |
| A12 | 南港 | 衛政機關 | 司長 |

資料來源：本研究整理

二、焦點團體座談對象

茲如前述本研究係兼採質化及量化的研究設計，除深度訪談外，並擬藉由專家焦點團體座談意見調查；以及專家問卷調查，以期能在信度與效度上做到具體客觀的呈現，因此，焦點團

體座談之學者專家為本案質性資料來源重要依據，同時本次焦點團體座談明確聚焦於討論研析專家問卷調查之問卷內容，以取得該問卷之專家效度。

本研究團隊首先依據相關文獻蒐集分析及問點團體訪談結果，並經詳慎討論後，擬具「我國監護制度發展與變革之研究」專家問卷調查之問卷並研擬論題綱，前於本年7月22日(五)下午2時至4時，舉辦一場次之學者專家焦點團體座談會議，以取得調查問卷初稿之專家效度，並根據訪談題綱，取得學者專家對於問卷修正之重要意見，該場次焦點團體座談會議之執行概況綜整如表3-5-2。

表 3-5-2 焦點團體座談執行概況表

| 執行方式 | 受訪人員代碼 | 服務單位 | 職稱 | 執行日期 |
|-----------|--------|------------|-----|----------------------|
| 第一場焦點團體座談 | B1 | 臺灣高等檢察署 | 檢察官 | 2022年7月22日(五)下午2時至4時 |
| | B2 | 高雄市立凱旋醫院 | 醫師 | |
| | B3 | 新北市衛生局 | 股長 | |
| | B4 | 衛生福利部桃園療養院 | 醫師 | |
| | B5 | 中央警察大學 | 心理師 | |

資料來源：本研究整理

三、專家問卷調查對象

研究團隊為期審慎周延，於是將涉及執行監護處分過程之相關利害關係人及學者專家，均予納入專家問卷調查之範疇，計有以下10類，共計35人，謹說明如下：1、警政人員3人；2、衛政人員2人；3、檢察官5人；4、醫療院所醫療人員7人；5、醫療院所護理人員2人；6、精神復健機構、精神護理機構照護或復健人員3人；7、身心障礙福利機構或其他相關處所照顧或輔導人員2人；8、矯正機構人員5人；9、觀護人3人；10、更生保護人員3人；前述專家問卷調查對象屬性及人數，綜整如表3-5-3。

表 3-5-3 專家問卷調查對象概況表

| 對象屬性 | 人數 |
|-------------------------|----|
| 1. 警政人員 | 3 |
| 2. 衛政人員 | 2 |
| 3. 檢察官 | 5 |
| 4. 醫療院所醫療人員 | 7 |
| 5. 醫療院所護理人員 | 2 |
| 6. 精神復健機構、精神護理機構照護或復健人員 | 3 |

| | |
|---------------------------|----|
| 7. 身心障礙福利機構或其他相關處所照顧或輔導人員 | 2 |
| 8. 矯正機構人員 | 5 |
| 9. 觀護人 | 3 |
| 10. 更生保護人員 | 3 |
| 合計 | 35 |

資料來源：本研究整理

第六節 研究倫理

本研究的主要研究對象是對於監護處分執行的第一線機關、人員，含檢察、矯正、醫療等單位人員或學者專家，為顧及研究對象的權益，本研究於進行實證研究前，除了謹遵守「以誠實且尊重的態度對待研究參與者」、「取得研究參與者的知情同意」、「尊重研究參與者的隱私及注意匿名保密原則」、「讓研究參與者受惠並避免受到傷害」、「確保研究參與者擁有資料和得知研究結果的權利」及「適當處理和研究參與者間關係」等6項倫理守則外，研究人員於進行研究前均接受一定時數以上的學術研究倫理教育課程（請詳見附錄二），並取得證書。在研究進行前研擬訪談人員工作手冊（請詳見附錄三），包括：研究背景與目的、訪談對象說明、研究方法、訪談實施流程，且經當事人同意後，始進行實證資料蒐集。本研究所有受訪者，均由研究團隊成員親自進行面訪工作，並於雙方聯繫確定之時間及地點順利完成訪談。面訪之過程，均經所有受訪者同意同步錄音。於訪談結束後，作成之訪談紀錄初稿，並經回傳受訪者本人核閱及繕正，以確認符合受訪者之原意後，方予以確定。論者於訪談前均向受訪者敘明，為恪遵學術倫理，本研究以匿名訪談為原則，除少數受訪者表示匿名與否均可之外；由於大多數之受訪者堅持採取匿名受訪，為考量分析時之一致性，本研究均採匿名方式處理。

此外，本研究除在本章節詳細說明研究方法及相關的研究工具外，在資料蒐集前，亦謹遵研究者應要真實且正確的呈現研究方法和結果的規範，未預設研究之結論，而以資料分析之結果為依據。研究對象的資料收集均由本研究之研究團隊人員輸入及分析，研究團隊人員對本研究資料的真實性負完全責任。最後，在論文寫作倫理方面，亦恪遵尊重他人智慧財產權原則，本研究於研究中引用他人研究之文獻、論述與次級資料部分，均詳細載明出處，力求正確引注他人之資料，避免有剽竊或抄襲之情形。

第七節 資料處理與分析

本研究擬採用量化及質化資料分析方法進行資料處理與分析

一、量化分析

使用 SPSS 22.0 統計套裝軟體分析本研究的官方統計數據資料（包括近 20 年受監護處分案件之件數、案件特性及受監護者個人特性）及問卷調查資料，選擇適當之方法進行分析，採用的統計方法有：

- （一）次數分配：以次數分配百分比，描述分析各變項分配之情形，如樣本的年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、監護類型、案件特性等之分配情形。
- （二）卡方(χ^2)獨立性檢定：用以檢定兩個類別變項(Nominal variables)或次序變項(Ordinal variables)之關聯性，如監護類型變項與犯罪類型的關聯性。
- （三）信度分析：以 Cronbach's Alpha 係數檢定本研究問卷各分量表之內部一致性，凡 Cronbach α 係數愈高者，則表示該分量表各題目之性質與整個分量表趨於一致。
- （四）效度分析：運用因素分析，將研究問卷各分量表之問項進行資料縮減，以符合本研究所測量之各項概念，例如自我控制量表等；以直交轉軸之最大變異法選取因素負荷量較大的題目，組成各分量表，進行檢驗並提高各分量表之效度。
- （五）皮爾森(Person)積差相關：用以檢驗兩個連續變項(continuous variables)之相關情形，如住院次數變項與犯罪行為變項間之相關情形。
- （六）t 檢定：用以考驗個人變項在分量表平均數之差異情形，如比較不同特性監護類型及有無前科各樣本群在各分量表的得分是否具有顯著的差異。
- （七）單因子變異數分析：瞭解各組樣本間平均數之差異是否達統計上顯著水準，用以考驗各變項在各分量表上之差異情形。如不同特性監護之各樣本群在各特性量表上之差異情形。
- （八）專家間共識一致性及共識程度

本研究以標準差及共識程度進行判斷，專家間共識一致性的計算標準如下(林生傳,2003):

- 1.標準差：小於 0.6 代表專家成員的意見有高度共識，介於 0.6~1 之間代表中度共識，大於 1 代表專家們的意見只有低度共識。
- 2.共識程度 (Degree of Consensus, 縮寫 D.C)：變異係數 (Coefficient of Variation, 縮寫 C.V) 是判定一組資料分散情形的統計方法，亦可作為共識性評判標準，當變異係數越小表示該題項變異越小，專家看法越趨一致。

為方便理解專家間的共識性，本研究遂定義以專家共識程度 (D.C) 表示之，當 D.C 越高即表示共識程度越高。

因多位專家間意見要達到 100% 共識實屬不可能，故本研究事先擬訂共識程度門檻值，當共識程度達 70% 以上，則認定該題項的專家意見達到共識；反之，若共識程度未達 70%，則

認定該項目未達共識程度。

二、質化分析

質化資料的分析是一個動態性的資料蒐集與歸納過程，透過分析使研究者可對進行深度訪談之研究目的有更深入的了解。對焦點團體之專家學者針對討論之議題所提出之內容進行歸納分析，期能據此提出有效因應對策。

本研究將所獲得的質性資料進行編碼、歸類、分析、整合，根據訪談綱要與理論概念發展主軸譯碼架構，並針對受訪者之回答，詮釋開放式譯碼，期能從系統性資料分析中，進行了解、發現意義與思考脈絡，並能進一步進行無特定對象殺人行為之意義描述或解釋。

第四章 各國監護處分制度之比較分析

本研究主要目的之一，在整理世界主要國家之監護處分制度、措施，並據以比較、分析我國過去執行監護處分之概況、成效，及相關討論，作為我國規劃、設計、執行監護處分之參考分析、比較我國與各國監護處分之執行概況、成效。茲就德國、奧地利、瑞士、日本、韓國、美國及英國之監護制度介紹及分析如下：

第一節 德國之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分制度

行為時因精神障礙或其他心智缺陷致陷於無責任能力或限制責任能力者，如經評鑑認其於將來可能再因精神障礙或其他心智缺陷而有再為犯罪行為之風險以及危害公共安全之虞者，於德國係由法院諭知將犯罪行為人安置於精神病醫院處分，其性質為拘束人身自由之處分。依我國刑法第 87 條規定，行為時因精神障礙或其他心智缺陷致陷於無責任能力或限制責任能力者，得令入相當處所，施以監護。至於執行監護處分之處所，依保安處分執行法第 46 條規定：「1. 因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。2. 檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」我國刑法上之監護制度，未必均於精神病院執行。因此，我國的監護處分，未必均係收容於精神病院之拘束人身自由的處分；易言之，德國刑法對於行為時因精神障礙或其他心智缺陷致陷於無責任能力或限制責任能力者之處分，與我國刑法第 87 條規定，僅具相當程度的類似性，並不完全相同。

德國刑法上，類似我國監護處分之制度，為將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分，法源依據為德國刑法第 63 條以下規定，其內容概念如下：

一、宣告要件

依德國刑法第 63 條規定：「行為人之違法行為係於無罪責能力（第 20 條）或減輕罪責能力（第 21 條）之狀態下實行，而經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性者，法院應諭知將行為人收容於精神病院之處分。行為人所犯之違法行為並非第 1 句所稱之重大的違法行為者，法院僅能於根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態而犯下此類重大之違法行為時，始得諭知將行為人收容於精神病院。」

從上開規定可知，德國之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分，顯然係按行為人所實施之違法行為是否具有重大性（Erheblichkeit），而分別規範其適用要件⁶⁹。原則上，將違法行為人收容於精神病院之處分的對象，係以違犯重大違法行為之行為人為原則⁷⁰，如果行為人所犯之違法行為，並非重大之違法行為，則依據德國刑法第 63 條第 2 句規定，必須根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態可能陷於無責任能力或限制責任能力之情形下，而違犯重大之違法行為時，法院始得諭知將行為人收容於精神病院⁷¹。至於違法行為是否重大，則視其是否對於法律秩序或法律和平造成嚴重之破壞（schwere Störung des Rechtsfriedens）而定，如果行為人所為之違法行為，可認係一嚴重破壞法律和平之違法行為者，即可認其為重大之違法行為⁷²。

其次，不論行為人所實施違法行是否重大，要宣付將其收容於精神病院之處分，必須先經由司法精神醫學專家鑑定，確認行為人於行為時，係處於無罪責能力或減輕罪責能力之狀態，始得當之⁷³。所謂行為時處於無罪責能力狀態，依德國刑法第 20 條規定，係指行為人行為時因疾病引起之精神障礙、深度之意識障礙、智能障礙或其他嚴重之精神疾病，致不能辨識其行為不法或依其辨識而為行為之情形；至於所謂行為時處於減輕罪責能力狀態，依德國刑法第 21 條規定，係指行為人行為時因疾病引起之精神障礙、深度之意識障礙、智能障礙或其他嚴重之精神疾病，致辨識其行為不法或依其辨識而為行為之能力顯著降低者，得依第 49 條第 1 項規定減輕其刑之情形⁷⁴。

⁶⁹ Vgl. Wolfgang Heinz, Freiheitsentziehende Maßregeln im Spiegel der Strafrechtspflegestatistiken, in: Vom Bedeutungsverlust der Hauptverhandlung/Strafverteidigertag (38.: 2014: Dresden), 2015, S. 107 ff.; Klaus Hoffmann, „Die Renaissance der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“: Herausforderungen für die forensische Psychotherapieforschung, in: Festschrift für Wolfgang Heinz zum 70. Geburtstag, 2012, S. 642 ff.; Sang-Min Park, Die strafrechtliche Behandlung gefährlicher Straftäter – ein deutsch-koreanischer Vergleich, Universitätsverlag Göttingen, 2015, S. 12 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 145。

⁷⁰ Vgl. Loos, aaO. (Fn. 42), S. 681 ff.; Ursula Schneider, Wohin mit spielsüchtigen Straftätern?, in: Festschrift für Klaus Tolksdorf zum 65. Geburtstag, 2014, S. 413 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 145。

⁷¹ Vgl. Ulrich Eisenberg, Zuwiderhandlung gemäß § 4 Gewaltschutzgesetz bzw. Nachstellen gemäß § 238 StGB und Voraussetzungen der Unterbringung gemäß § 63 StGB, in: Festschrift für Werner Beulke zum 70. Geburtstag, 2015, S. 1117 ff.; Hans Joachim Faller, Unterbringung des Täters gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus nach Diagnose „Borderline“-Persönlichkeitsstörung, in: Neue juristische Wochenschrift, 46, 1997, S. 3073 f.; Rolf Grünebaum/Bernd Volckart, Maßregelvollzug: das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Erziehungsanstalt, 2015, S. 20 ff.; Christin Promnitz, „Besserung“ und „Sicherung“: eine terminologisch-historische Untersuchung zur Bezeichnung der strafrechtlichen Maßregeln, 2016, S. 6 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 146。

⁷² Vgl. Thomas Fischer, Strafgesetzbuch: StGB, 68. Aufl., 2021, § 63 Rn. 26. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 146。

⁷³ Vgl. Heinz Kammeier, Reform der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB, in: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 21, 2014, 1, S. 8 ff.; Sánchez Lázaro/Fernando Guanarteme, Eine Dekonstruktion der Maßregeln der Besserung und Sicherung, in: Strafrecht als scientia universalis, 2, 2011, S. 1215 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 146。

⁷⁴ Vgl. Heinz Kammeier, Die psychiatrische Maßregel nach § 63 StGB im Spannungsfeld von Sicherheitsauftrag und

再者，不論行為人所實施違法行為是否重大，要宣付將其收容於精神病院之處分，必須委由司法精神醫學專家以及犯罪學專家對於犯罪行為人作進一步之鑑定。易言之，對於精神障礙或心智缺陷之行為從事再犯之預測及其人格之社會危險性的判斷，必須經由專家對於行為人以及其所為之違法行為作整體性之評價後之結果，可以肯認依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將來仍有可能因疾病引起之精神障礙、深度之意識障礙、智能障礙或其他嚴重之精神疾病，致不能辨識其行為不法或依其辨識而為行為之情形（無責任能力）下，或致辨識其行為不法或依其辨識而為行為之能力顯著降低情形（限制責任能力）下，而再度實行重大違法行為者，始得諭知將違法行為人收容於精神病院之處分⁷⁵。如果經由對於行為人以及其所為之違法行為作整體性之評價後之結果，不認為行為人之身心狀態會再因處於疾病引起之精神障礙、深度之意識障礙、智能障礙或其他嚴重之精神疾病，而致陷於無責任能力或限制責任力之狀態，即不能諭知將違法行為人收容於精神病院之處分。縱使對於行為人以及其所為之違法行為作整體性之評價後之結果，認為依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將來仍有可能再度因陷於無責任能力或限制責任能力之狀態下而再度實行違法行為，但只要其所實施之違法行為不必然是重大之違法行為，亦不能諭知將違法行為人收容於精神病院之處分，唯有經犯罪預測之結果，可以預見行為人可能再犯重大之違法行為時，始得諭知是項處分⁷⁶。易言之，對於實施重大違法行為之行為人，經犯罪預測鑑定之結果，可認其有再犯重大違法行為之虞者，固勿論；如經犯罪預測鑑定之結果，不認為其有再犯重大違法行為之虞者，即不能諭知是項處分。至於對於非實施重大違法行為之行為人，唯有經犯罪預測鑑定之結果，可認其有再犯重大違法行為之虞者，始得諭知將行為人收容於精神病院之處分；如經犯罪預測鑑定之結果，不認為其有再犯重大違法行為之虞者，即不能諭知是項處分⁷⁷。

除了上開經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為外，尚須進一步評價預測，經由行為人再度可能違犯之重大違法行為，是否可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的

Freiheitsanspruch, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 132, 1, 2020, S. 133 ff.; Georg Royen, Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. in einer Entziehungsanstalt nach §§ 63, 64 StGB als kleine Sicherungsverwahrung?, in: Strafverteidiger, 25, 7, 2005, S. 411 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 147。

⁷⁵ Vgl. Karl-Ludwig Kunz, „Gefährliche“ Rechtsbrecher und ihre Sanktionierung, in: Menschengerechtes Strafrecht, 2005, S.1375 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 147。

⁷⁶ Vgl. Wolfgang Pfister, Neues (und nicht so Neues) im Recht der Unterbringung nach § 63 StGB, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 11, 1, 2017, S. 31 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 148。

⁷⁷ Vgl. Heinz Schöch, Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus im Wandel, in: Rechtsstaatliches Strafen, 2017, S. 695 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 148。

損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性？必須經評價之結果，答案為肯定，始得將諭知將行為人收容於精神病院之處分；如果答案為否定，則否。蓋收容於精神病院處分之性質，乃是拘束人身自由之保安處分，其目的旨在防衛社會安全，則必以行為人具有社會危險性為前提；從而，縱使行為人有再犯重大違法行為之虞，如其可能再犯之違法行為，對於社會大眾欠缺危險性，亦即無社會危害性，自亦無社會防衛之必要性，當然不能諭知將行為人收容於精神病院之處分⁷⁸。

二、收容期間

德國刑法關於拘束人身自由之矯正與保安處分之收容期間（Dauer der Unterbringung），係採「不定期處分」原則，除「收容於戒治所處分」定有2年之收容期限外，其餘之「將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分」或「保安監禁處分」均無收容期間之限制。至於德國刑法為何對於「拘束人身自由之矯正與保安處分」採行「不定期處分」原則？其理由很簡單，因為這些「收容於精神病院處分」或「保安監禁處分」的對象，係具有再犯危險性與危害社會可能性性格之人，而依照經驗，這些受處分人之再犯危險性與社會危險性的人格，並非短時間或一定時間可以治癒或矯正，故基於國家保障任一國民免受這些具有再犯危險性與危害社會可能性性格之犯罪行為人再度犯罪可能導致之法益侵害，以及維護公共安全並社會防衛之義務，為達到防衛社會安全、保障公共利益暨個人自由、權益之目的，對於「收容於精神病院處分」或「保安監禁處分」之規制，必須要能確認這些處分之執行，可以完全消滅受處分人之再犯危險性與社會危險性，或至少得以使其再犯危險性與社會危險性顯著降低，始能使受處分人復歸社會。如果這些處分經過一段時間執行之結果，不能使受處分人之再犯危險性與社會危險性完全消滅或顯著降低，則該處分之目的即不能認為已經達成，從而對於該受處分人仍有社會防衛之必要性，自不能使之回歸社會，否則無以防衛社會之安全。此與我國現行刑法第87條關於監護處分之期間，係採限期處分為原則，並以五年為限，不論五年執行期滿，受處分人之社會危險有否降低，均應一律加以釋放，全然不同⁷⁹。

三、執行次序

如果行為人除受收容於精神病院處分之諭知，另受自由刑之宣告，則該收容於精神病院處分，究應於自由刑之執行前為之或執行後為之，各國立法例或有不同，但依德國刑法第67條

⁷⁸ Vgl. Ralf Kudling, Erneute Straffälligkeit nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB), in: *Bewährungshilfe*, 54, 1, 2007, S. 65 ff.; Dieter Seifert/Norbert Leygraf, Straftaten während und nach einer Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, in: *Deutsche Richterzeitung*, 75, 8, 1997, S. 338 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第28期，2021年6月，頁149。

⁷⁹ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第28期，2021年6月，頁150。

第 1 項規定：「除受有期徒刑之宣告外，另受依第 63 條、第 64 條規定之收容於相當機構處分之宣告者，保安處分優先於徒刑之執行。」據此，如果犯罪行為人同時受自由刑與收容於精神病院處分之宣告者，應先執行收容於精神病院處分。其理由在於，因精神障礙或心智缺陷而實施犯罪行為之人，如於裁判後，其身心狀態仍處於精神障礙或心智缺陷下者，難認其有充分認知、理解、內化監獄教誨、教化之受刑能力，本不適用於自由刑之執行，縱予執行亦難達成自由刑執行旨在使受刑人得以改悔遷善之目的；同時，犯罪行為人既有精神障礙或心智缺陷，國家對之本有照護其健康之義務，理應儘早給予妥善之治療、照護，自應先執行收容於精神病院處分。但如果先執行自由刑對於犯罪行為人較為適當者，不能沒有例外，是以德國刑法第 67 條第 2 項第 1 句乃規定：「刑罰之全部或一部優先於保安處分執行，較易達成保安處分之目的者，法院應諭知，優先執行刑罰之全部或一部。」簡言之，德國刑法關於安置於精神病醫院處分之執行次序，係以刑前執行為原則，刑後執行為例外。所謂刑罰之全部或一部優先於保安處分執行，較易達成保安處分之目的者，依照實務見解，係指經由刑事政策或犯罪學式之評量（Erwägungen rechtspolitischer oder Kriminologischer Art）的結果，認為以先執行自由刑較先執行保安處分，更容易達成保安處分之目的的意思⁸⁰。如此規定適與我國刑法第 87 條第 2 項規定，監護處分係以「刑後執行為原則，刑前執行為例外」，正好相反。

四、刑前執行之刑期折抵

承上述，德國刑法關於收容於精神病院之處分之執行，係以刑前執行為原則，刑後執行為例外，由於收容於精神病院之處分與自由刑之性質，同屬拘束人身自由之措施，從而如果先執行前者，可否折抵刑期？不無討論空間。對此，德國刑法第 67 條第 4 項規定：「保安處分之全部或一部優先於刑罰之執行者，保安處分執行期間應折抵刑期，最多可折抵刑期之三分之二。」易言之，收容於精神病院之處分如先於自由刑之執行者，其所受之處分執行期間，乃可以折抵刑期，只是無法抵免全部，最多僅得折抵刑期之三分之二而已。相對的，我國刑法對於監護處分先於有期徒刑之執行者，並無折抵刑期之規定。

五、易處其他處分

依德國刑法第 67a 條第 1 項規定：「受收容於精神病院或戒治所處分之宣告後，如認轉換為其他保安處分之執行更有助於受收容人再社會化者，法院得事後宣告將受收容人轉為執行其他處分。」據此，犯罪行為人原受收容於精神病院之諭知者，於執行前或執行後一段時間，如認為改以執行其他處分，更能執行保安處分執行之目的，使受處分人更容易再社會化者，即得

⁸⁰ Vgl. Fischer, aaO. (Fn. 42), § 67 Rn. 5. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 152。

改以其他處分之執行以替代原安置於精神病醫院處分之執行。其理由在於安置於精神病醫院處分之執行目的，原在矯正犯罪行為人之社會危險性格，使其得以順利復歸社會，俾達防衛社會安全之目的，是基於合目的性之考量，如果認為改以其他處分之執行，較原處分更能達成預設之目的，自應容許變易其他保安處分之執行。只是，於易處其他保安處分之執行後，如法院事後認為，變更或撤銷先前改以其他保安處分之執行以代原處分執行之裁定，更有利於促進受收容人之再社會化者，依德國刑法第 67a 條第 3 項規定，法院亦得變更或撤銷原本所作之裁定⁸¹。

六、中止或暫緩繼續處分之執行以付觀護考核

依德國刑法第 67d 條第 2 項第 1 句規定：「(將受判決人收容於一定處所之保安處分)無最高期限之規定或其期限尚未屆至者，如可以期待，即使對於受收容人不再繼續執行其保安處分，受收容人離開保安處分執行處所後，亦不會再犯重大違法行為，法院應暫緩或中止其保安處分之繼續執行，並將受處分人交付觀護考核。」同條項第 3 句規定：「對於依第 1 句與第 2 句規定之諭知暫緩繼續執行保安處分者，應予以行為監督。」

上開規定，乃是拘束人身自由之保安處分制度之類似自由刑之執行的「假釋」規定，其目的在於檢驗拘束人身自由之保安處分之執行成效，並緩和對於人身自由之基本權的干預，並促使受處分人樂於配合刑事司法執行機構施以之各種矯正處遇措施，以求早日復歸社會，經營正常生活⁸²。據此，由於將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分之性質，係屬不定期之處分，並無最高或最長處分之期限，如果受處分人於該處分之執行後，依據客觀之鑑定評價之結果，認為受處分人經過矯正性的治療、處遇效果良好，其再犯危險性或社會危險性已然顯著降低，從而可以期待，對於受處分人即使不再對其繼續執行其治療處分而將受處分人釋放，使其復歸社會，受處分人離開保安處分執行處所（即精神病院）後，亦不會再犯重大違法行為，法院應暫緩或中止其保安處分之繼續執行，只是法院應同時諭知將受處分人「交付觀護考核」處分以及「行為監督處分」，使其受觀護人以及行為監督人之幫助與監督，避免其再犯⁸³。

七、執行終結

將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分之性質，雖為「不定期」之保安處分，但究非「無期」之保安處分；同時是項處分之目的，乃在於「治療」、「矯正」，而不在於監禁與隔離，因此只要經執行一段時間後，可以認為受處分人之精神障礙或心智缺陷已經治癒或改善，

⁸¹ Vgl. Florian Walter, Die Maßregel der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, in: Juristische Arbeitsblätter, 47, 2, 2015, S. 87ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 154。

⁸² Vgl. Hans-Ludwig Kröber, Befristung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB?, in: Gemeingefährliche psychisch kranke Personen in Untersuchungs- und Sicherheitshaft/Hugentobler, Markus, 1967 –, 2004, S. 50 ff.

⁸³ Vgl. Kudling, aaO. (Fn. 48), 54, 1, S. 65 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 155。

已無再犯危險性或社會危險性者，即應認為該處分之執行目的已達，應宣告該處分之執行終結，將受處分人釋放，使其復歸社會，不能再繼續將其收容於精神病院中。依德國第 67d 條第 6 項規定，受安置於精神病醫院處分宣告之人，經執行後滿足一定之條件者，法院得宣告其處分已經執行完畢。詳言之，(一)處分已經執行(未逾 6 年)：即法院諭知將實行違法行為人收容於精神病院之處分已經開始，至於要達多久之時間，始得為執行完畢之宣告，是項規定並無明文；(二)受處分人經執行後(經由鑑定結果)確認，諭知該項保安處分之要件已不復存在，或繼續執行該項保安處分有違反比例原則之虞。所謂「諭知該項保安處分之要件已不復存在」，係指「經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性者」而言。至於「繼續執行該項保安處分有違反比例原則」，則須就具體個案，按其情形，分別依比例原則之下位原則之「適當性原則」「必要性原則」「衡平性原則」(或「禁止過度原則」)逐一審查，繼續執行是項處分，是否有違比例原則。但如果將實行違法行為人收容於精神病醫院之處分之執行已逾 6 年，且受收容人已無因其身心狀態而再犯對於被害人身體或心理有重大損害，或有重大損害之虞之重大違法行為的危險性者，依德國第 67d 條第 6 項後段規定，原則上可以認為繼續執行該收容於精神病醫院之處分有違比例原則⁸⁴。

應注意者，如果將實行違法行為人安置於精神病醫院處分之執行已逾 10 年之久，依德國第 67d 條第 6 項後段規定，得準用第 3 項第 1 句之規定，宣告該處分已經執行完畢，而同條第 3 項第 1 句規定之內容為「受保安監禁處分之執行已逾 10 年，且受收容人經評估已無對於被害人實施足以嚴重損害其身體或心理之重大犯罪行為的危險性者，法院應宣告該保安監禁處分之執行完畢。」易言之，將實行違法行為人安置於精神病醫院處分之執行已逾 10 年，而經過專家鑑定評價之結果，可以認為受處分人已無對於被害人實施足以嚴重損害其身體或心理之重大犯罪行為的危險性者，法院應宣告該保安監禁處分之執行完畢，以符憲法比例原則之要求。但為確保執行之效果，並督促受處分人保持善行，不再犯罪，依德國第 67d 條第 6 項後段規定，於受收容人釋放後，法院應同時對於受處分人諭知其應受「行為監督」處分，除非可以期待受收容人於釋放後，即使無行為監督亦不會再犯者，法院始可不為行為監督處分之宣告⁸⁵。

八、法院之審查

由於將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分之性質，乃係剝奪受處分人之入身自由

⁸⁴ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 156。

⁸⁵ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 157。

的重大基本權干預措施，雖其目的旨在防衛社會安全，並踐行國家對於人民之健康照護義務而具有憲法上之正當性，但為避免對於受處分之人權造成過度之干預，變相成為無期之保安處分，理應賦予法官高度的審查義務，隨時或至少間隔一定之時間，審查對受處分人有無免予執行或繼續執行之必要⁸⁶。是以德國刑法第 67e 條第 1 項第 1 句即規定，法院得隨時審查，是否應暫緩或中止將實行違法行為人收容於精神病院之保安處分的繼續執行以交付觀護付考核或宣告該保安處分業已執行完畢。第 2 項更規定，對於收容於精神病院之處分，法院至少要每一年審查一次，是否應暫緩或中止將實行違法行為人收容於精神病院之保安處分的繼續執行以交付觀護付考核或宣告該保安處分業已執行完畢。至於法院審查期限之起算時點，德國刑法第 67e 條第 4 項規定：「法院之審查期限自將違法行為收容於一定處所之處分開始執行時起算。法院如拒絕宣告暫緩繼續執行保安處分或宣告保安處分已經執行完畢者，法院之審查期限應自拒絕宣告暫緩繼續執行保安處分或宣告保安處分已經執行完畢之裁判時起重新起算。⁸⁷」

應注意者，如果是項處分之執行已經超過 10 年後，則法院至少應每 9 月審查一次。另考量安置於精神病醫院處分之執行，需要一定之時間始能見其成效，同時為免受處分人恣意聲請法院審查，浪費國家有限之司法資源，德國刑法第 67e 條第 3 項乃規定，法院得縮短審查之期限。法院亦得於法定審查期限範圍之內另定一個審查期限，並於該期限屆至前駁回審查之聲請⁸⁸。

九、德國監護制度之實務運作概況

關於刑事制裁之執行，德國採聯邦制，包括自由刑之執行、保安處分以及沒收制度之執行以及羈押處分之執行，均屬各邦權責，而由各邦政府之法務部負責刑罰、保安處分與沒收之執行。其中，自由刑、羈押處分以及保安監禁處所之執行，由各邦法務部門統轄之「刑事司法執行機構」(類似將我國的監獄與看守所二機構合併的刑事執行機構)。而類似我國監護制度的將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分以及禁戒處分，則是將犯罪行為人收容於司法精神病院或精神科醫院的司法精神醫學部門。德國專為收容精神障礙或心智缺陷犯人之司法精神病院或精神科醫院的司法精神醫學部門，雖然在法律體制上係受各邦法務部管轄，由法務部統合

⁸⁶ Vgl. Kammeier, Heinz/ Pollähne, Helmut (Hrsg.)(2018): Maßregelvollzugsrecht - Kommentar. de Gruyter, 4. Auflage, 2018, S. 455ff. Karin Neßeler, Die sachliche Zuständigkeit für die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und Folgeentscheidungen nach § 67e StGB im Jugendstrafrecht, in: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 30, 2, 2019, S. 146 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 158。

⁸⁷ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 158。

⁸⁸ Vgl. Fabian Novara, Die Vollstreckung der Maßregel in einem psychiatrischen Krankenhaus: erste Praxiserfahrungen nach neuem Recht, in: Strafverteidiger, 38, 6, 2018, S. 383 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 159。

該邦之司法以及醫療衛生資源負責執行，但司法精神醫院或精神科醫院的司法精神醫學部門，不一定均係由各邦政府設立，易言之，司法精神病院可以由各邦法務部自行設立自行管理，亦得以公辦民營或委託民營的方式執行。務必要求提供精神障礙或心智缺陷犯人最妥適的照護，俾使其早日回歸社會以營社會正常生活。至於收容狀況，以德國為例，據最新官方統計，自 1995 至 2019 年，總計 20,947 人，平均每年約 838 人。詳細收容狀況，如下表所示：

表 4-1-1 德國 1995~2019 收容狀況

| Jahr | Unterbringungen nach § 63 StGB | Unterbringungen nach § 64 StGB |
|------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1995 | 559 | 757 |
| 1996 | 628 | 874 |
| 1997 | 739 | 1.116 |
| 1998 | 770 | 1.061 |
| 1999 | 709 | 1.191 |
| 2000 | 758 | 1.267 |
| 2001 | 790 | 1.370 |
| 2002 | 864 | 1.532 |
| 2003 | 876 | 1.643 |
| 2004 | 968 | 1.609 |
| 2005 | 861 | 1.628 |
| 2006 | 796 | 1.602 |
| 2007 | 1.023 | 1.812 |
| 2008 | 1.104 | 1.881 |
| 2009 | 968 | 2.176 |
| 2010 | 948 | 2.323 |
| 2011 | 881 | 2.427 |
| 2012 | 817 | 2.426 |
| 2013 | 815 | 2.457 |
| 2014 | 770 | 2.486 |
| 2015 | 818 | 2.460 |
| 2016 | 805 | 2.565 |
| 2017 | 804 | 2.829 |
| 2018 | 907 | 3.030 |
| 2019 | 969 | 3.317 |

(Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode, Drucksache 19/25692, 05.01.2021, S. 3.)

第二節 奧地利之監護制度

奧地利刑法中類似我國監護處分之制度者，與德國刑法相同，稱為「收容於精神病院之處分」，其法源依據乃在該國刑法第 21 條以下規定，分述如下：

一、宣告要件

依奧地利刑法第 21 條規定：「(1) 行為人因嚴重之精神障礙或心智缺陷，致陷於阻卻責任能力之狀態（第 11 條）下，而違犯最輕本刑 1 年以上有期徒刑之犯罪行為者，法院於審酌行為人之人格特質、身心狀況與犯罪行為之類型後，如認為行為人仍有再度因為受到精神障礙或心智缺陷之影響，而實施應受刑罰處罰而且會造成嚴重後果之犯罪行為之虞，得諭知將行為人收容於專為安置有精神障礙之違法行為人的機構。(2) 行為人在嚴重的精神障礙或心理缺陷的影響下，實施最輕本刑為 1 年以上有期徒刑之犯罪行為，但於行為時並未完全喪失責任能力者，如法院審酌行為人之狀況後認為，行為人有再犯之虞時，亦應諭知將行為人收容於專為安置有精神障礙之違法行為人的機構的處分，此一收容處分應與刑罰之宣告同時為之。(3) 第 1 項或第 2 項規定所稱之原因犯罪行為，不包括違犯侵害他人之財產法益之犯罪行為，除非該犯罪行為，係以對於他人施用強暴或脅迫對於他人之生命或身體造成立即危險的方式而犯之者。」依據上開規定可知，奧地利刑法對於宣付將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之要件相當嚴格，首先，在原因行為方面，行為人所違犯者，須為最輕本刑 1 年以上有期徒刑之犯罪，如果行為人所犯者，非屬最輕本刑 1 年以上有期徒刑之犯罪者，縱使其於行為時處於無責任能力或限制責任能力之狀態，甚或再犯之危險，均不得對之諭知收容於精神病院之處分⁸⁹。

其次，與德國法相同，奧地利刑法對於收容於精神病院處分宣告，均要求行為人實施刑事違法行為時，須處於因精神障礙或心智缺陷致陷於無責任能力或限制責任能有之狀態，始有宣告是項處分之可能⁹⁰。

再者，法院於經委由專家鑑定審酌行為人之人格特質、身心狀況與犯罪行為之類型後之鑑定結果，認為行為人仍有再度因為受到精神障礙或心智缺陷之影響，而實施應受刑罰處罰而且會造成嚴重後果之犯罪行為之虞，始得為將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之宣告。易言之，縱使行為人於實施違法行為時，係處於因精神障礙或心智缺陷之狀態，並不當然代表行為人於裁判時，乃至裁判後仍會處於精神障礙或心智缺陷之狀態，如果經鑑定之結果，足為行為人未來不會再因精神障礙或心智缺陷而陷於無責任能力或限制能力之狀態者，即不能為將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之宣告⁹¹。即便行為人將來仍有可能再度因為受到精神障礙或心智缺陷之影響，而實施

⁸⁹ Vgl. Daniela Höttl, Die Unzurechnungsfähigkeit als März 2017 Voraussetzung für § 21 Abs 1 StGB: medizinisch-juristisches Spannungsfeld, Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades vom Johannes Kepler Universität Linz, 2017, S. 8. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 160。

⁹⁰ Vgl. Höttl, aaO., S. 9. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 160。

⁹¹ Vgl. Johannes Klopff, Bemerkungen zum Österreichischen Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs 2 StGB auf dem

應受刑罰處罰行為，但只要該具有刑罰性之行為，並非最輕本刑 1 年以上有期徒刑之罪而且造成嚴重後果之虞者，仍不能對之為將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之宣告。相較於我國刑法第 87 條監護處分之宣告，未限定原因行為須為最輕本刑 1 年以上有期徒刑之罪，亦未限定行為人須有再度因為受到精神障礙或心智缺陷之影響，而實施應受刑罰處罰而且會造成嚴重後果之犯罪行為之虞時，始得將行為人宣付監護處分，奧地利刑法第 21 條規定，對於發動將違法行為人收容於精神病院之處分的要件，顯然較為嚴格，於行為人人身自由之保障，自較相對周全⁹²。

二、處分期間

依奧地利刑法第 25 條第 1 項第 1 句規定：「保安處分，無庸諭知確定之執行期間。執行期間之久暫，端視實現該保安處分之目的需要多久的時間而定。但諭知將有毒癮或酒癮等癮癖之違法行為人收容於戒治所之保安處分的執行期間，為 2 年以下；收容於專為具有危險性之再犯行為人設置之矯正機構之處分的執行期間，為 10 年以下。」據此可知，收容精神病院之處分於奧地利刑法乃係「不定期」之拘束人身自由的保安處分，並與德國法同，非屬「無期」之保安處分，其執行期間之久暫，端視該處分之目的何時能夠達成為據，而收容於精神病院之保安處分的執行目的，無非在於矯正違法行為人之再犯危險性以及社會危險性格，俾達防衛社會安全之目的。職是，收容於精神病院之處分經執行後，如經鑑定之結果，足認受處分人對精神障礙或心智缺陷已經復原或獲得控制，已無再於精神障礙或心智缺陷之情況下，實施違法行為之危險或危害社會大眾安全之虞，或其再犯或危害公共安全之危險已然顯著降低時，即應認其處分之目的已達，應宣告該處分已經執行完畢，不能再繼續執行該項處分⁹³。

三、執行次序

關於將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行順序，依奧地利刑法第 24 條第 1 項規定，係採「刑前執行原則」，亦即犯罪行為人同時受自由刑以及將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之宣告者，將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行，應先於自由刑之執行。

Hintergrund von Begutachtungserfahrungen, in: Massnahmenvollzug, Menschenrechte Weggesperrt und Zwangsbehandelt, 2016, S. 40 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 161。

⁹² Vgl. Höttl, aaO. (Fn. 55), S. 24. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 161。

⁹³ Vgl. Höttl, aaO. (Fn. 55), S. 9. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 162。

四、刑前執行之折抵刑期

由於奧地利刑法就將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行，係採「刑前執行原則」，而是項處分之性質，又與自由刑同屬拘束人身自由之措施，為免對於受處分人之人身自由造成過度之干預，奧地利刑法第 24 條第 1 項第 2 句規定，將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分執行之期間，可以折抵自由刑之刑期⁹⁴。

五、處分之暫緩執行與假釋以付觀護考核

依奧地利刑法第 45 條規定，對於受安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之犯罪行為人，經法院審酌受處分人之身心健康狀況、個人之生活經歷，犯罪行為之性質與種類，以及從事社會正常生活，不再為犯罪行為之可能性，特別是依據犯罪行為人受刑事訴訟法第 429 條第 4 款之暫時安置處分期間，或於羈押執行期間，依刑事訴訟法第 438 條被施以暫時收容於精神病院治療之成效，同時審酌命令受處分人接受社區性之精神治療或處遇的可能性，認為法院僅為將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之宣告，同時科處奧地利刑法第 50 條至第 52 條規定之其他處分，即足以防除受處分之再犯危險性以及社會危險性之目的者，得對於受安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分宣告之犯罪行為人為暫緩其處分之執行以付觀護考核宣告。但依奧地利刑法第 21 條第 2 項規定宣告之收容於精神病院之處分，即針對限制責任能力人而為之收容處分，因該處分係與自由刑同時受法院之宣告，則該處分之暫緩執行，必須與該自由刑之暫緩執行同時為之。至於暫緩執行收容處分以付觀護考核之期間，依奧地利刑法第 45 條規定，為 10 年以下，但導致犯罪行為人應受將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之宣告的原因行為，係屬最重本刑 10 年以下有期徒刑者，暫緩執行收容處分以付觀護考核之期間為 5 年以下⁹⁵。

六、法院之審查

為避免收容於精神病院之處分對於受處分人之人身自由造成過度之干預，奧地利刑法第 25 條第 3 項乃規定，法院至少應每年一次依職權審查，是否仍有將受處分人收容於專為安置有精神障礙之違法行為人之機構或精神病院的必要性。如經審查之結果，法院認為無繼續收容之必要者，應依同條第 2 項規定，免除是項處分之執行⁹⁶。

⁹⁴ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 163。

⁹⁵ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 164。

⁹⁶ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 164。

七、奧地利監護制度之實務運作概況

奧地刑均採聯邦制，關於刑事制裁之執行，包括自由刑之執行、保安處分以及沒收制度之執行以及羈押處分之執行，均屬各邦權責，而由各邦政府之法務部負責刑罰、保安處分與沒收之執行。其中，自由刑、羈押處分以及保安監禁處所之執行，由各邦法務部門統轄之「刑事司法執行機構」，類似將我國的監獄與看守所二機構合併的刑事執行機構。而類似我國監護制度的將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分以及禁戒處分，則是將犯罪行為人收容於司法精神病院或精神科醫院的司法精神醫學部門。奧地刑專為收容精神障礙或心智缺陷犯人之司法精神病院或精神科醫院的司法精神醫學部門，雖然在法律體制上係受各邦法務部管轄，由法務部統合該邦之司法以及醫療衛生資源負責執行，但司法精神病院或精神科醫院的司法精神醫學部門，不一定均係由各邦政府設立，易言之，司法精神病院可以由各邦法務部自行設立自行管理，亦得以公辦民營或委託民營的方式執行。要求提供精神障礙或心智缺陷犯人最妥適的照護，俾使其早日回歸社會以營社會正常生活。

第三節 瑞士之監護制度

行為時因精神障礙或其他心智缺陷致陷於無責任能力或限制責任能力者，如經評鑑認其於將來可能再因精神障礙或其他心智缺陷而有再為犯罪行為之風險以及危害公共安全之虞者，依瑞士刑法，按其情節分別諭知拘束其人身自由之安置於精神病醫院強制住院治療處分以及非拘束人身自由之門診治療處分。亦即，瑞士刑法於行為人因精神障礙而為刑事違法行為，且有再犯危險性之行為人，所得採取之處遇方式有二種，即「住院治療」與「門診治療」二種處遇⁹⁷。

一、強制住院治療處分

(一) 宣告要件

綜合瑞士刑法第 56 條第 1 項與第 59 條第 1 項規定，宣告住院治療處分，應具備下列之要件：(1) 僅科處行為人一定之刑罰並不足以排除犯罪行為人再犯的風險；(2) 犯罪行為人有治療上之需要或保安處分對於公共安全維護係有必要者；與 (3) 行為人罹患重大之精神障礙，且有下列情形者，法院得諭知住院治療處分：(a) 行為人係於重大之精神障礙狀態下，違犯重罪或輕罪之行為，且 (b) 可以預期，經由住院治療處分之執行，可以避免行為人再度於精神障礙狀態下實施犯罪行為⁹⁸。又依瑞士刑法第 56 條第 2 項規定，保安處分宣告之條件是，因該項保安處分之執行，對犯罪行為人之人格權的干預，與其再犯之可能性以及嚴重性必須並非不成比例⁹⁹。再者，瑞士刑法第 56 條第 3 項規定更要求，法院欲為宣告科處犯罪行為人住院治療處分者，必須依據鑑定人之鑑定報告意見¹⁰⁰。鑑定報告內容必須載明：(a) 對於犯罪行為人實施治療之必要性與可行性；(b) 犯罪行為人再犯之犯罪種類以及可能性如何；與 (c) 對於犯罪行為人可以採取之處分的種類若干。如果犯罪行為人係違犯第 64 條第 1 項規定所稱之犯罪行為，則其鑑定報告，必須由既未曾對於行為人施以治療，亦未以其他方式施以照護之鑑定人為之。瑞士刑法第 64 條第 1 項所稱之犯罪行為，包括違犯謀殺罪 (einen Mord)、故意殺人罪 (eine vorsätzliche Tötung)、重傷罪 (eine schwere Körperverletzung)、強制性交罪 (Vergewaltigung)、強盜罪 (einen Raub)、劫持人質罪 (Geiselnahme)、放火罪 (eine Brandstiftung)、危害他人之生命罪 (eine Gefährdung des Lebens) 或其他最輕法定本刑 5 年以上之犯罪¹⁰¹。

⁹⁷ Vgl. Peter Albrecht, Auf der Suche nach einer Legitimation der therapeutischen Massnahmen im schweizerischen Strafrecht, in: Festschrift für Ulrich Eisenberg zum 70. Geburtstag, 2009, S. 755. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 164。

⁹⁸ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 30 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 165。

⁹⁹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 34 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 165。

¹⁰⁰ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 38 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 165。

¹⁰¹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 44 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策

(二) 執行處所

瑞士刑法第 59 條第 2 項規定：「諭知住院治療處分，應於適當之精神病治療機構或保安處分執行機構執行。」又瑞士之精神病治療機構或保安處分執行機構，按照戒護強度之不同，區分為開放性與封閉性之執行機構，原則上受住院處分宣告之行為人，係收容安置於開放性之執行機構，但「行為人有脫逃之危險或再犯之虞者，應將其收容於封閉性之機構實施住院治療處分。」(瑞士刑法第 59 條第 3 項第 1 句規定)，再者，瑞士刑法第 59 條第 3 項第 2 句規定，如果經由專業人員保證將行為人收容於刑罰執行機構(即俗稱之監獄)執行住院治療處分，亦可以獲得必要的治療處遇者，亦得將行為人移送至刑罰執行機構接受治療¹⁰²。

(三) 處分期間

瑞士刑法第 59 條第 4 項規定：「諭知拘束人身自由之住院治療處分的執行期間，原則上為 5 年以下。但住院治療處分已經執行逾 5 年之後，仍然無法滿足得將受處分人附條件釋放之法定要件，而且可以預期，經由住院治療處分之繼續執行，可以避免行為人再度於精神障礙下實施犯罪行為者，法院得依執行機關之聲請，延長治療處分之執行期間，但每一次不得超過 5 年。」據此可知，瑞士刑法關於具有拘束人身自由性質之住院處分之執行期間，表現形式雖係採「定期處分制」，即最長的期限為執行期間為「5 年」，但因為可以延長，又無延長次數之限制，實質上是無異於德國與奧地利之「不定期處分制」¹⁰³。

(四) 執行次序

依瑞士刑法第 57 條第 2 項規定，住院治療處分，優先於其他與該處分同時宣告之自由刑以及因撤銷假釋或恢復執行而得加以執行之自由刑的執行¹⁰⁴。

(五) 刑前執行之折抵刑期

依瑞士刑法第 57 條第 3 項規定，受處分人因執行保安處分而受人身自由拘束的期間，應折抵刑期¹⁰⁵。

(六) 處分之暫緩執行與假釋以付觀護考核

依瑞士刑法第 62 條規定：「1. 依據犯罪行為人之狀況，足認給予受處分人證明其已經適於

與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 166。

¹⁰² Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 59 N 63 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 166。

¹⁰³ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 59 N 123 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 167。

¹⁰⁴ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 57 N 5 f. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 167。

¹⁰⁵ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 57 N 4. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 167。

回復自由之生活的機會係屬正當者，得附條件將受處分人自治療處分之執行機構釋放(假釋)。

2.依第 59 條規定執行之治療處分的附條件假釋，觀護考核期間為 1 年以上 5 年以下，第 60 條和第 61 條規定執行之保安處分的附條件假釋，觀護考核期間為 1 年以上 3 年以下。

3.受處分人經假釋後，負有義務，於觀護考核期間，必須至精神病院接受門診治療。執行機關可以下令其於觀護考核期間接受觀護考核之輔助，並授予其應行遵守之指令。

4.如果在觀護考核期間結束後，受處分人仍然顯有繼續接受門診治療、觀護考核幫助或指令之必要，以避免受處分人於其假釋之情況下再次違犯重罪或輕罪犯罪行為的風險，則法院得依執行機關的聲請延長受處分人之觀護考核期間如下：(1) 對於依第 59 條規定執行之治療處分的附條件假釋者，每一次得延長 1 年至 5 年。(2) 對於依第 60 條和第 61 條規定執行之保安處分的附條件假釋者，每一次得延長 1 年至 3 年。

5.對於依第 60 條和第 61 條規定執行之保安處分的附條件假釋者，其觀護考核期間，總計不得超過 6 年。

6.犯罪行為人係違犯第 64 條第 1 項規定之犯罪行為者，如果延長其觀護考核期間，對於預防其再犯這些犯罪行為，顯屬必要，則應盡可能延長其觀護考核期間，以預防其再犯。」¹⁰⁶

依瑞士刑法第 62a 條規定：「1.如果附條件假釋之受處分人在假釋期間內違犯某一犯罪行為，並因此顯示據以對於受處分人諭知一定保安處分的危險性仍然存在，則負責審判其再犯之犯罪行為的管轄法院，得於徵詢執行機關之意見後，為下列之處置：(1) 命令將受處分人再收容於保安處分執行機構，回復原處分之執行；(2) 廢止原處分，並在滿足宣告新處分的要件下，宣告新的保安處分；或 (3) 廢止原處分，並在滿足執行自由刑之條件下，命令執行其徒刑。

2.如果因再犯之新的罪行而滿足了科處無期徒刑的條件，並且這與因先執行該處分而暫緩執行之徒刑發生之數罪併罰之情形況，則法院應適用第 49 條規定對於受處分人宣告一個總體刑。

3.如果根據附條件假釋之受處分人於其假釋付觀護考核期間內的行為，可以審慎嚴肅地預見受處分人可能會實施第 64 條第 1 項規定所稱之犯罪行為，則法院得依執行機關之聲請撤銷假釋，將受處分人再次收容於執行機構執行住院處分。

4.恢復執行住院治療處分之期間，依據第 59 條規定宣告之處分者，為 5 年以下；依據第 60 條與第 61 條規定宣告之處分者，為 2 年以下。

5.如果法院拒絕恢復原處分之執行或宣告新的保安處分，則得諭知下列處分：(1) 對於附條件假釋之受處分人施以訓誡；(2) 諭知接受門診治療處分或觀護考核之輔助；(3) 給予附條件假釋之受處分人指令；與 (4) 將依第 59 條規定宣告之住院治療處分的假釋付觀護考核期間延長 1 年至 5 年，第 60 條和第 61 條規定宣告之住院治療處分的假釋付觀護考核期間延長 1 年至 3 年。

6.如附條件假釋之人逃避觀護考核輔助或不遵守指令者，則得適用第 95 條第 3 項至第 5

¹⁰⁶ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62 N 19 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 169。

項之規定。」¹⁰⁷

(七) 住院處分之免除

依瑞士刑法第 56 條第 6 項規定，住院治療處分，不再符合法定之要件者，應予免除¹⁰⁸。

(八) 執行完畢／終局釋放

依瑞士刑法第 62b 條第 1 項規定，如果假釋之受處分人在假釋的試驗期結束前通過考核，證明其自己適於自由的生活，則得將其終局釋放。同條第 3 項規定，因拘束人身自由保安處分之執行而遭受人身自由被剝奪的期間短於其因先執行保安處分先暫緩執行之自由刑者，於釋放後不用再執行其殘餘刑期¹⁰⁹。

(九) 免除處分之執行

1. 免除住院治療處分之要件

依瑞士刑法第 62c 條第 1 項規定，如果住院治療處分之執行或繼續執行，顯然不能達成其目的者；欠缺適合執行其處分之機構或適合執行之機構已不再存在者，法院應免除該項住院治療處分之執行¹¹⁰。

2. 住院治療處分免除後之處置

依瑞士刑法第 62c 條第 2 項規定，受處分人因執行住院治療處分而受拘束人身自由的時間短於因先執行該處分而暫緩執行之自由刑者，於該處分廢止後，應執行自由刑；如果對殘餘刑期，滿足宣告附條件假釋或附條件之自由刑的法定要件，則延遲其殘餘刑期的執行¹¹¹。

再依瑞士刑法第 62c 條第 3 項復規定，如果可以預期以另一種保安處分之執行以替代刑罰（自由刑）之執行，得以避免犯罪行為人因其精神狀態而再次違犯重罪與輕罪的危險，則法院得諭知另外一種保安處分措施以代替刑罰（自由刑）之執行。

又，如果犯罪行為人因違犯第 64 條第 1 項規定之犯罪而受住院治療處分之宣告，而於該處分被廢止後，可以審慎嚴肅地預見，犯罪行為人將會再度因精神障礙而違犯相類的犯罪行為，則法院可依執行機關的聲請，對於受處分人為保安監禁處分之宣告（瑞士刑法第 62c 條第 4 項

¹⁰⁷ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62a N 1 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 170。

¹⁰⁸ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 56 N 95 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 170。

¹⁰⁹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62b N 1 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 170。

¹¹⁰ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62c N 17 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 171。

¹¹¹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62c N 27 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 171。

規定)¹¹²。

依瑞士刑法第 62c 條第 5 項規定，主管機關認為對於受處分人於其住院治療處分廢止後，適合對其實施成年更生保護措施者，得下令對受處分人採取成年保護措施¹¹³。

此外，如果可以預期，對於受處分人實施另一種住院治療處分，更能明顯有助於預防受處分人再次因精神障礙而違犯重罪與輕罪，則法院還可以在實施住院治療處分之前或該處分執行期間廢止該住院治療處分，並諭知採取另一項新的住院治療處分（瑞士刑法第 62c 條第 6 項規定）¹¹⁴。

（十）繼續或免除執行之審查

為避免收容於精神病院之處分對於受處分人之人身自由造成過度之干預，瑞士刑法第 62d 條第 1 項乃規定，主管機關應依據聲請或依職權審查，是否以及何時將受處分人附條件地從執行機構加以釋放，或者是否應免除該處分。主管機關每年至少要審查一次並作成決定。在主管機關裁決前，應給予受處分人陳述意見之機會，並聽取執行機構首長之報告。又依同條第 2 項規定，如果犯罪行為人違犯本法第 64 條第 1 項規定所稱之犯罪行為，主管機關應根據公正獨立之鑑定人的鑑定意見並在徵詢由刑事追訴機關、保安處分執行機關之代表人與精神醫學專家共同組成之委員會的意見後，始作出決定。曾經治療過犯罪行為人之人，或以治療以外之方法照護過犯罪行為人者，不得成為上開鑑定人、機關代表與精神醫學專家¹¹⁵。

二、門診治療處分

（一）宣告要件

依瑞士刑法第 63 條第 1 項規定，犯罪行為人經診斷有重大的精神障礙，如其犯罪行為，係於其精神有障礙之情況下為之，且可以預期，經由門診治療處分之執行，可以避免行為人再度於精神障礙狀態下實施犯罪行為之危險，法院得不宣告住院治療處分，而僅諭知門診治療處分¹¹⁶。

（二）執行次序

受門診治療處分宣告之行為人如同時受刑罰之宣告，應如何執行其處分？依瑞士刑法第

¹¹² Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62c N 40. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 171。

¹¹³ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art.62c N 41 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 171。

¹¹⁴ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 62c N 38 f. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 172。

¹¹⁵ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 172。

¹¹⁶ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63 N 24 f. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 173。

63 條第 2 項第 1 句規定，法院為便利門診治療處分之執行，得延遲 (Aufschub) 一項與該處分同時宣告之無期徒刑之執行，或一項可得撤銷之自由刑的執行，以及一項可以經由撤銷假釋後執行之殘餘自由刑的執行¹¹⁷。同時，法院得諭知受處分人於接受門診治療處分期間，受觀護考核之輔助，並諭知其遵守一定之指示 (瑞士刑法第 63 條第 2 項第 2 句規定)¹¹⁸。如果受處分人拒絕接受觀護考核輔助或不遵守指令者，觀護考核幫助人，得向法院或執行機關報告，如果可以預期行為人可能再為犯罪行為時，得請法院撤銷該門診治療處分，執行其刑罰 (瑞士刑法第 63a 條準用第 95 條規定)¹¹⁹。

(三) 執行期間

依瑞士刑法第 63 條第 4 項規定，門診治療處分之期間，原則上為 5 年以下。門診治療之最長期限屆至後，客觀上顯示仍有繼續實施門診治療，以避免受處分人因精神障礙而再次為犯罪行為之必要者，法院得依執行機關之聲請，每一次延長門診治療處分 1 年至 5 年¹²⁰。

(四) 暫時性之住院治療處分

依瑞士刑法第 63 條第 3 項規定，為開始實施門診治療處分而有必要先對受處分人實施暫時性的住院治療者，主管機關 (Die zuständige Behörde)，即各邦專責刑事司法執行之機關，得為暫時住院治療處分 (vorübergehend Stationäre therapeutische Massnahmen) 之命令。住院治療期間，總計不得超過 2 個月¹²¹。

(五) 繼續或中止門診治療處分之審查

依瑞士刑法第 63a 條第 1 項規定，主管機關每年至少應審查一次，是否應繼續或中止門診治療處分之執行。主管機關裁決前，應聽取犯罪行為人陳述意見，並取得治療師之報告¹²²。

(六) 門診治療處分之免除

依瑞士刑法第 63a 條第 2 項規定，門診治療之目的已經實現或門診治療之延續顯無可能，主管機關應免除門診治療之處分之繼續執行¹²³。

¹¹⁷ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63 N 33 f. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 173。

¹¹⁸ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63 N 39 f. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 173。

¹¹⁹ 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 174。

¹²⁰ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63 N 83. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 174。

¹²¹ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63 N 77. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 174。

¹²² Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63a N 2. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 174。

¹²³ Vgl. BSK StGB-Marianner Heer/In, Art. 63a N 9 ff. 潘怡宏(2021)，刑法監護處分制度之修正芻議，刑事政策與

三、瑞士監護制度之實務運作概況

關於刑事制裁之執行，瑞士亦均採聯邦制，包括自由刑之執行、保安處分以及沒收制度之執行以及羈押處分之執行，均屬各邦權責，而由各邦政府之法務部負責刑罰、保安處分與沒收之執行。其中，自由刑、羈押處分以及保安監禁處所之執行，由各邦法務部門統轄之「刑事司法執行機構」。有關類似我國監護制度的安置於精神病醫院強制治療處分以及禁戒處分，則是將犯罪行為人收容於司法精神病院或精神科醫院的司法精神醫學部門。瑞士專為收容精神障礙或心智缺陷犯人之司法精神醫院或精神科醫院的司法精神醫學部門，雖然在法律體制上係受各邦法務部管轄，由法務部統合該邦之司法以及醫療衛生資源負責執行，但司法司法精神醫院或精神科醫院的司法精神醫學部門，不一定均係由各邦政府設立，司法精神病院可以由各邦法務部自行設立自行管理，亦得以公辦民營或委託民營的方式執行，要求提供精神障礙或心智缺陷犯人最妥適的照護，以使其早日回歸社會以營社會正常生活。

第四節 日本之監護制度

一、前言

修正監護處分的討論過程中，吾人常可以看到日本法作為重要的參照¹²⁴，這些研究提供了醫療觀察法制度的宗旨與內容之外，強調日本醫療觀察法非作為保安處分，與作為保安處分的我國監護處分有別，也同時揭示了另外一種可能對待精神障礙觸法者的方式。日本醫療觀察法的指定醫療機關與目前我國討論中的司法精神醫院，有其類似之處，像是強調司法精神醫療的資源與處遇、戒護充足，不過不同於我國目前規劃集中式地從無到有新造司法精神醫院，日本厚生勞動省通常是指定原有的醫療機關，再加以整備成指定入院醫療機關¹²⁵。日本醫療觀察法的指定醫療機關入院處遇體系及其制度實踐，以及結合身心障礙者公約視角檢視的話，對於我國討論司法精神病院的部分，可以有哪些參考的部分？在中文學界仍有可以再探討挖掘之處，本文擬就此問題進行探討。

犯罪防治研究專刊，第 28 期，2021 年 6 月，頁 175。

¹²⁴ 中文先行研究，如：洪士軒，簡評臺灣司法精神鑑定與監護處遇制度：以日本法為比較中心，法官協會雜誌，即將刊行，在此感謝洪律師賜稿。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？參考網址：<https://www.twreporter.org/a/japan-indiscriminate-homicide-aftermath-medical-treatment-for-criminal-insanity>。（最後瀏覽日期：2022 年 1 月 23 日）。洪士軒，精神障礙犯罪者相關法制之芻議——以臺灣監護處分與日本醫療觀察法之比較為中心，李茂生教授六秩晉五祝壽論文集編輯委員會，新學林出版，2020 年，頁 259-286。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，參考網址：<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/16811/28567/post>。（最後瀏覽日期：2022 年 1 月 23 日）。

¹²⁵ 例如：罪犯した心神喪失者の治療施設、岩手に 2カ所目、危うい新法施行，朝日新聞，2004 年 11 月 7 日，頁 38。

二、宣告要件

該當於醫療觀察法所定的重大他害行為，並符合醫療觀察法揭示需要醫療必要性者，為主要處遇對象。醫療必要性可以細分為三要素¹²⁶。

首先是疾病性。對象者在施行違法行為時的心神喪失或心神耗弱狀態之精神障礙或有同樣的精神障礙。從精神醫學的角度出發，觀察是否為重症、精神障礙與他害行為的關聯性。像是幻覺或妄想與對象行為是否有關係。依照 ICD-10 進行診斷，掌握精神疾病之症狀如何誘發對象行為，如何具體評價對象與疾病的關係是此要素的重要課題。精神障礙診斷如果有所變更，會影響到治療反應性與社會復歸妨害原因的判斷¹²⁷。當精神障礙疾病與原先形成對象行為的精神障礙疾病具備同一性時，則不過是對於精神醫學評價之變更，仍應基於醫療必要性判斷¹²⁸

其次，治療反應性。依照醫療觀察法，唯有在具備治療反應性，方得以透過本法進行處遇¹²⁹。精神狀態是否有朝向期待的方向有所變化。治療反應性並非單純治療可能性有無，而是綜合觀察治療者在一定程度水準下有無反應，治療反應性可以分四階段：就治療提供動機、對治療的同意、治療效果、治療類化（generalization）。從精神醫療關係者的角度來看，醫療觀察法的案例主要都是思覺失調者，而缺乏治療反應性的人格違常者、智能障礙者、發展障礙者，較少成為本法的對象¹³⁰。治療反應性其實也是個困難的概念，多會仰賴鑑定醫師的意見，由此也出現了不同地域的鑑定醫師有不同見解，造成有些地方入院處遇多，有些地方則是通院處遇多

¹²⁶ 鑑定ガイドライン関係，參考網址：<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/11/dl/tp1104-1h.pdf>。(最後瀏覽日期：2022年1月30日)。平林直次、新井薫，医療観察法における指定入院医療機関の役割と機能：現状と課題：犯罪と非行，第174期，2012年，頁39。又，是否三個條件皆須達到一定程度滿足的三要件說，或是綜合考量的三要素，此處容有爭議，參見：椎名明大，医療観察法に関する精神鑑定，收於：五十嵐禎人、岡田幸之編，刑事精神鑑定ハンドブック，中山書店，2019年，頁57。

¹²⁷ 鑑定ガイドライン関係，參考網址：<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/11/dl/tp1104-1h.pdf>。(最後瀏覽日期：2022年1月30日)。稗田雅洋，医療観察法の入院継続確認申立て事件において、入院決定時と異なる診断名の疾病を認定した上で、同法51条1項1号の該当性を認めて対象者の入院を継続すべきことを確認した原決定について、一件資料のみからは、診断名が変更された具体的な理由、新しく認定された疾病と「対象行為を行った際の精神障害」との実質的同一性や本件対象行為との関係性、治療反応性が明らかとはいえず、十分な資料に基づく合理的なものとはいえないから、疾病性、治療反応性等について更に調査を遂げた上、その結果を踏まえて入院継続の必要性の有無を判断すべきであるとして、これを取り消して原裁判所に差し戻した事例[東京高裁平成30.1.12決定]，刑事法ジャーナル，第61期，2019年，頁165-174。

¹²⁸ 稗田雅洋，医療観察法 心神喪失者等医療観察法による審判手続の運用の実情と留意点，收於：植村立郎判事退官記念論文集編集委員会編 植村立郎判事退官記念論文集：現代刑事法の諸問題 第2卷(第2編(実践編))，立花書房，2011年，頁400。

¹²⁹ 中村秀郷，医療観察の制度、機能、課題，收於：伊藤富士江編，司法福祉・実践と展望，ぎょうせい，2021年，頁187

¹³⁰ 竹田康二、河野稔明、平林直次，医療観察法病棟の現況と展望，精神医学，第62卷第4期，2020年，頁447。山本輝之，柑本美和，心神喪失者等医療観察法における法的課題の検討，犯罪と非行，第174期，2012年11月，頁12。人格違常者、智能障礙者、發展障礙者在責任能力鑑定上多被認為是具備完全責任能力或是心神耗弱，如此這些患者將會到一般的監獄，可是監獄中缺乏更完整的心理處遇計畫和治療，所以也有認為上述這些治療反應性較低者，應該也要提供醫療處遇，參見：山本輝之，柑本美和，心神喪失者等医療観察法における法的課題の検討，犯罪と非行，第174期，2012年11月，頁13。

¹³¹。實務上也有外國人精神障礙觸法者收容於醫療觀察病院之中，但是如果不懂或不熟悉日語的狀況底下，其實治療的反應有其侷限存在¹³²，因此將外國人精神障礙觸法者施以入院處遇是否妥適，不無疑問。

最後則是社會復歸要因。讓對象者接受醫療觀察法的醫療時，其因精神障礙妨害社會復歸的同樣行為行使的具體或現實可能性。對其社會復歸的有利與不利要素，社會復歸要因可以區分為阻礙要因與促進要因。此處會特別以危險評估來計算¹³³。

將上述三要素，放在時間軸考量，時間軸之中包含對象者的生活經歷、犯罪經歷、犯行時、未來等¹³⁴，不僅是醫療觀察法處遇的入口處遇方向是依照此三要素判斷，出口亦由這三個評價基準來決定。

由於醫療觀察法之外，尚有精神保健福祉法制度，兩者在處遇上如何競合？如果基於精神保健福祉法的醫療提供就已經充足時，不需要接受醫療觀察法的醫療處遇時，是否可以允許不使對象者接受醫療觀察法第 42 條第 1 項第 3 款的治療？最高裁判所採取否定的見解，顯示醫療觀察法相較於精神衛生保健法有其優先性¹³⁵。但是這樣的見解忽略精神障礙者的病狀不同，有些精神障礙者透過精神保健福祉法的處遇可能更為妥適，尤其有的入院處遇後續如果無法順利轉為通院處遇時，不如透過精神保健福祉法的措置入院來使對象者進入到居住地較近的醫院接受醫療。但此最高法院見解則打斷這樣的可能性¹³⁶。理想上，對於醫療觀察法第 42 條的依本法使其接受處遇必要性的判斷應該綜合考量精神保健福祉法作為選項。

三、處分期間

指針希望 1 年 6 個月為處遇期間，實際上超過這段處分時間的情形亦所在多有。對象者入院最剛開始是進入到「急性期¹³⁷」(12 周)。急性期以精神疾病的輕減和治療，適應醫院生活為目標。經判斷對象者已經達到急性期的目標之後，則是進入回復期。回復期的目標是病識感的

¹³¹ 岡江晃，医療觀察法の運用に地域差などのかたよりはなく--現状と問題点，日本精神科病院協会雑誌，第 28 卷第 2 期，頁 77-83。淺野詠子，ルポ 刑期なき收容—医療觀察法という社会防衛体制，現代書館，2014 年，頁 64。

¹³² 淺野詠子，ルポ 刑期なき收容—医療觀察法という社会防衛体制，現代書館，2014 年，頁 52-53。

¹³³ 鑑定ガイドライン関係，參考網址：<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/11/dl/tp1104-1h.pdf>。(最後瀏覽日期：2022 年 1 月 30 日)。富田三樹生，精神病院の改革に向けて：医療觀察法批判と精神医療，青弓社，2011 年，頁 150。

¹³⁴ 富田三樹生，精神病院の改革に向けて：医療觀察法批判と精神医療，青弓社，2011 年，頁 150。

¹³⁵ 平成 19 年 7 月 25 日 最高裁判所第二小法廷決定。

¹³⁶ 山本輝之，柑本美和，心神喪失者等医療觀察法における法的課題の検討，犯罪と非行，第 174 期，2012 年 11 月，頁 16-17。

¹³⁷ 對照臺灣實務狀況亦有類似時期區別，參見：李俊宏，精障犯罪監護處分的成效與反思，參考網址：http://www.cares.org.tw/CaresPortal/benefit/forumPdf.do?forum_id=4116c3c2700000042f95。(最後瀏覽日期：2022 年 1 月 30 日)。

獲得、理解治療必要性、訓練表現能力、控制衝動，以及能夠安全地從醫院外出¹³⁸。在硬體設施上，日本在各地域多有精神科急救病院，可以提供短期的密集治療。並且，醫療觀察病棟針對急性期的藥物治療法，似與自治體的精神科急救病院沒有太大差異，所以有論者會質疑如此為何不讓觸法患者可以選擇在地區接受治療。甚至有認為其實妥善地運用精神科急救病院，就無須再花費金錢建置醫療觀察病院¹³⁹。接著到「回復期」(36周)的話，會在病院裡頭設置個室¹⁴⁰。醫療觀察病院中MDT每週舉行一次治療評價會議，將患者的評價每週予以點數化，從精神症狀、就他害行為的的內省、洞察、共感性、生活能力、治療效果等17個項目進行評價，並決定日後的目標與治療方針¹⁴¹。回復期的目標達成之後，進入到「社會復歸期」(24周)。在這個階段對象者接受外住訓練，調整對象者與家人或援助者的關係。深化其對疾病的認識、以及對自身行為的反省，使其具備維持健康生活的動機¹⁴²。對象者的生活區域原則上依照其性別與治療進度區分之。女性因為人數少，所以沒有因治療進度而區別生活區域¹⁴³。入院對象者會分成數個小團體，各小團體不只是共有生活區域，每天早上在職員的協助之下進行會議，討論生活上的事項，像是電視頻道、食堂的座位等，也可以討論彼此之間的糾紛

四、執行次序與刑前執行之刑期折抵

醫療觀察法的處分並非屬於保安處分，採取與刑罰系統不同的措施，故無刑期折抵之問題。

五、法院之審查

對象者如果認為有心神喪失、心神耗弱而不起訴的情形、裁判確定無罪或減刑的情形，檢察官向地方法院申請醫療觀察法審判。所以醫療觀察的對象是：為了違法行為者、必須具備醫療必要性的精神障礙者，在這兩個層面來建構出須接受醫療觀察處遇者。

檢察官為了判斷對象者是否責任能力有所欠缺而行不起訴判斷，通常會委由精神科醫師進行簡易鑑定¹⁴⁴。至於接受聲請的裁判所，會委託接受過研修課程的精神科醫師，作為精神保健審判員參與審判，與法官形成合議制。地方裁判所可以請求精神保健福祉士作為精神保健參與

¹³⁸ 平林直次、新井薰，醫療觀察法における指定入院医療機関の役割と機能:現状と課題，犯罪と非行，第174期，2012年，頁41。

¹³⁹ 淺野詠子，ルポ 刑期なき収容—医療観察法という社会防衛体制，現代書館，2014年，頁26、40-41。

¹⁴⁰ 淺野詠子，ルポ 刑期なき収容—医療観察法という社会防衛体制，現代書館，2014年，頁39。

¹⁴¹ 淺野詠子，ルポ 刑期なき収容—医療観察法という社会防衛体制，現代書館，2014年，頁95。

¹⁴² 平林直次、新井薰，醫療觀察法における指定入院医療機関の役割と機能:現状と課題，犯罪と非行，第174期，2012年，頁42。

¹⁴³ 平林直次、新井薰，醫療觀察法における指定入院医療機関の役割と機能:現状と課題，犯罪と非行，第174期，2012年，頁42。

¹⁴⁴ 精神障礙者觸法事件，起訴前進行鑑定的狀況不少，特別是裁判員制度施行後，檢察廳有積極地在起訴前進行鑑定的傾向。其中有的是簡易鑑定，無需鑑定留置，透過一次對嫌疑人的問診，沒有包含對家人的訪談，智力測驗、簡單的心理測驗以及搜查機關做成的筆錄，進行判斷。但因為簡易鑑定通常只有2-3日，書面作成時間只花1-2小時，所以鑑定內容信用度較容易受到質疑。參見：姜文江、辻川圭乃，自由を奪われた精神障害者のための弁護士実務：刑事・医療観察法から精神保健福祉法まで，現代人文社，2017年，頁45。

員參與審判，但精神保健參與員並非是必要，只不過實務上第一次審判時幾乎都有精神保健審判員¹⁴⁵。像是關於地方通院處遇的個案管理，照護計畫中的疾病性與社會復歸要因的平衡，通常都會詢問精神保健參與員¹⁴⁶。可以看到精神保健參與員對於社會復歸的部分有其深入觀察，醫療觀察法強調社會復歸之外，CRPD 強調對障礙者的社會模式思維，而精神保健參與員的意見與加入應能夠提供基於社會環境與結構考量下的意見，所以應該讓精神保健參與員必要參與合議為佳¹⁴⁷。

除此之外，裁判所也會將對象者鑑定留置，向鑑定醫師尋求診療、責任能力有無之意見。並委託保護觀察所的社會復歸調整官¹⁴⁸進行生活環境調查，獲得對象者的病歷、家族狀況、經濟狀況等資訊。原則上經過兩個月的鑑定與調查。相較於精神保健福祉法，醫療觀察法是法院透過鑑定機制決定如何提供適切的處遇，有醫療必要時課與入院決定或通院決定¹⁴⁹。如果認為入院處遇為佳，則會進入到指定入院醫療機關。許多的地方裁判所會依照醫療觀察審判規則第 40 條，於審判期日前先進行事前協議。通常精神保健審判元與法官的意見一樣時決定之，如果意見有不同時，在相同範圍內決定之，像是一人認為不處遇時，一人認為是通院決定，則認為不處遇之。如果一人認為入院，一人認為通院時，則會以通院決定為之¹⁵⁰。

醫療觀察法不若刑事訴訟法的對審結構、審判非公開、缺乏告知緘默權與證據法則等，所以就此有認為違反憲法第 31 條，科處刑罰時，依照刑事訴訟程序規定為之，刑事訴訟以外的情形也適用或準用。但最高裁認為醫療觀察法的程序不一定要和刑事訴訟程序一樣，也可以依照其性質的不同而有不同規範，從而沒有違憲¹⁵¹。

六、執行終結

法院在進行裁定處遇方式時，有入院處遇與通院處遇（定期回診處遇）。接受入院處遇者可以在入院處遇一定時間之後，聲請轉為通院處遇。根據醫療觀察法第 108 條與第 109 條，地域的支援體制是以醫療、福利和行政相關機關合作聯繫，形成多種職業跨域合作的網絡。在司

¹⁴⁵ 伊東秀幸，医療觀察法の光と影，田園調布学園大学紀要，第 4 號，2009 年，頁 36。

¹⁴⁶ 伊東秀幸，医療觀察法の光と影，田園調布学園大学紀要，第 4 號，2009 年，頁 40

¹⁴⁷ 山本輝之，柑本美和，心神喪失者等医療觀察法における法的課題の検討，犯罪と非行，第 174 期，2012 年 11 月，頁 19

¹⁴⁸ 社會復歸調整官具備精神障礙者保健福祉相關知識，促進醫療觀察法受處分者の社會生活之調査與調整，從事精神保健福祉業務，配置在全國保護觀察所，與其他有關機關和醫院進行聯繫合作，就醫療觀察法的個案自一剛開始的調查到審判以及處遇進行參與，提供受處分者相關生活建議與支援網絡。

¹⁴⁹ 中村秀郷，医療觀察の制度、機能、課題，收於：伊藤富士江編，司法福祉・実践と展望，ぎょうせい，2021 年，頁 183。

¹⁵⁰ 中村秀郷，医療觀察の制度、機能、課題，收於：伊藤富士江編，司法福祉・実践と展望，ぎょうせい，2021 年，頁 187。

¹⁵¹ 平成 29 年 12 月 18 日最高裁判所第三小法廷決定。對此亦有論者認為與其將醫療觀察法對比刑事訴訟法，不如對比少年法更有實益，參見：上原大祐，心神喪失者等医療觀察法の規定する処遇及び要件が憲法に違反しないとされた事例：最決平成 29 年 12 月 18 日刑集 71 卷 10 号 570 頁，医事法研究，第 3 期，2021 年，頁 188

法的視角下是社會復歸調整官作成處遇計畫，在醫療的視角下由訪問看護師做成。但彼此之間的視角會有衝突。像是司法重視再他害行為的危險因子，可是醫療則是著重疾病與生活管理。如果過度重視危險因子的話，就有可能對於社會復歸產生阻礙。一般實際狀況是從事精神科訪問看護的護理師承擔工作較多，實際上不少護理師表示他們對對象者的行動之掌握仍是有所困難，也會擔心對象者的舉動¹⁵²。又，訪問看護師人數、就業訓練等社會福利服務也不足¹⁵³。患者的精神保健觀察需要仰賴社會復歸調整官的支援，如果欠缺社會復歸調整官的話，通院處遇難以成立。但是一名社會復歸調整官所負擔的件數為 30 件以上¹⁵⁴。通院處遇的話也涉及到指定通院醫院是否充足，實務上也有出現因為通院處遇者需要頻繁地通院，但習慣居住的社區缺乏指定醫院，不得不使對象者轉居的情形亦是存在¹⁵⁵。但因為醫療觀察法將通院處遇等需要跨機關聯繫合作義務化，所以目前實際上通院處遇的效果尚一定的實績¹⁵⁶。

七、實務運作

醫療觀察法的處遇理念有三：其一，以規範化的觀點促進早期社會復歸。其二，以標準化的臨床經驗之累積，跨域團隊提供醫療。跨域團隊：醫師、護理師、心理療法士、作業療法士與精神保健福祉士五種構成。跨域合作所為的心理社會療法或社區關係者共同會議組成照護計畫會議（care program approach，簡稱 CPA）。CPA 會議每 3 個月舉行 1 次，以對象者、跨域團隊成員，對象者擔當的社會復歸調整官，出院後的社區支援者（市區町村職員、保健所職員、精神保健福祉中心職員、訪問看護職員、預定的指定通院醫療機關的職員、家人等）¹⁵⁷。其三，對隱私等權利進行照料，提供高透明性的醫療¹⁵⁸。為了確保透明性，醫院招聘人權擁護的外部委員，外部律師定期訪視醫院，如果對象者希望的話，也可以和外部律師會面¹⁵⁹。

非常重要的是入院處遇指針中強調應盡可能獲得對象者的同意。醫療觀察法重視對象者本

¹⁵² 奥田淳，医療観察法通院処遇対象者への訪問看護に携わる看護師の困難，日本精神保健看護学会誌，第 28 卷第 2 號，2019 年，頁 16-17。

¹⁵³ 美濃由紀子，宮本真巳，医療観察法における訪問看護の現状と課題，精神看護，第 11 卷第 3 期，2008 年，頁 60-63。松原三郎，触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか，臨床精神医学，第 39 卷第 10 期，2010 年，頁 1323。

¹⁵⁴ 浅野詠子，ルポ 刑期なき収容—医療観察法という社会防衛体制，現代書館，2014 年，頁 83-84。

¹⁵⁵ 今福章二，医療観察制度の現状と課題：保護観察所の立場から，犯罪と非行，第 174 期，2012 年，頁 109。但有論者指出像是藥物成癮者的通院處遇，回到熟悉的社區，可以跟原本的藥物取得來源，參見：武田俊信、石塚伸一、長谷川直実，物質使用障害における医療観察法通院処遇の現状と課題，臨床精神医学，第 50 卷第 8 期，2021 年，頁 878。

¹⁵⁶ 松原三郎，触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか，臨床精神医学，第 39 卷第 10 期，2010 年，頁 1323-1324。

¹⁵⁷ 竹田康二、河野稔明、平林直次，医療観察法病棟の現況と展望，精神医学，第 62 卷第 4 期，2020 年，頁 448

¹⁵⁸ 入院処遇ガイドライン，參考網址：<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000485855.pdf>

¹⁵⁹ 平林直次、新井薫，医療観察法における指定入院医療機関の役割と機能：現状と課題，犯罪と非行，第 174 期，2012 年，頁 40

人為中心，此為其一大特徵，希望結合本人的觀點、希望與意向作為處遇的核心¹⁶⁰。此一部份亦一定程度上能夠節制警察權力所帶來的強制性之外，也必須注意到如果沒有對象者本人的意思，處遇往往很難具有實際效果¹⁶¹。尤其是醫院如果實施高風險的治療時，像是氣氮平、電痙攣療法時，應該具備對象者同意為佳。

整個入院處遇的設置，除了前述提到為了確保透明性的外部評價會議（1年2次）外，還有倫理會議（針對治療內容進行評定，協議特殊治療實施與重要處遇）、緊急營運會議（重大事故發生時的對應協議）、處遇評價會議（決定各時期的變動、外宿、出院、繼續入院等）、治療評價會議（必要時社會復歸調整官也會參加，每週1次）、社區聯絡會議¹⁶²。

入院處遇時，社會復歸調整官也扮演重要的角色，特別是與相關機關合作，實施生活環境的調整，像是入院後沒多久，與對象者見面，以及之後定期地與對象者見面，確認對象者在出院之後希望過什麼樣的生活，了解社區相關醫療、社會福利等資源如何整合，由此促進對象者未來回歸社會的順利¹⁶³。

相較於入院處遇，日本政府投入不少資源，但是通院處遇的資源投入較為不足，如此是否能達到醫療觀察法所期待的社會復歸，不無疑問¹⁶⁴。日本全國通院處遇人數在2017年共670人，人口數約每百萬才5-6人¹⁶⁵。如此人數較少，實務上較缺乏累積經驗的機會¹⁶⁶，有可能使得通院處遇在對應上較不足夠，如此變相地造成實務越來越傾向入院處遇。

對患者的家屬而言，入院處遇一定程度上帶給家屬安心和喘息，但其實家屬也要煩惱未來特別當面臨到患者的復歸時，如何重建與患者乃至於社區的關係，對於家屬而言其也成為了當事人，面臨到社會的眼光如何化解，以及如何重新建立自身的角色與定位等課題¹⁶⁷。另外，在近代社會中，社區人民越來越像是旁觀者，缺乏作為當事人的身份來召喚社區人民共同的關心，這也是一個難題¹⁶⁸。有待社區的精神衛生專業體制協助調整和對應，建立連結。

對臺灣啟發的部分。對於刑法第87條的判斷要件應該更加明確，並且應結合醫療、社會福利等角度共同檢視和裁定。臺灣監護處分相較於醫療觀察法的處遇明顯不同之處，在於明確

¹⁶⁰ 今福章二，医療観察制度の現状と課題：保護観察所の立場から，犯罪と非行，第174期，2012年，頁118

¹⁶¹ 今福章二，医療観察制度の現状と課題：保護観察所の立場から，犯罪と非行，第174期，2012年，頁119

¹⁶² 入院処遇ガイドライン。

¹⁶³ 今福章二，医療観察制度の現状と課題：保護観察所の立場から，犯罪と非行，第174期，2012年，頁108。

¹⁶⁴ 富田三樹生，精神病院の改革に向けて：医療観察法批判と精神医療，青弓社，2011年，頁125。

¹⁶⁵ 三澤孝夫，医療観察法における地域(通院)処遇の現状と課題，こころの科学，第199期，2018年5月，頁48。

¹⁶⁶ 三澤孝夫，医療観察法における地域(通院)処遇の現状と課題，こころの科学，第199期，2018年5月，頁48。

¹⁶⁷ 深谷裕，触法精神障害者をめぐる実証的考察，日本評論社，2015年，頁225-240。

¹⁶⁸ 深谷裕，触法精神障害者をめぐる実証的考察，日本評論社，2015年，頁250-251。

定位是監護處分是保安處分之一種，其主要的理論根據在於特別預防理論，特別預防理論主張「再社會化」是其目的，保安處分的運用上即是以再社會化和危險性為基礎，從而會結合危險性預測¹⁶⁹。如果過度強調危險性預測，著重於犯罪成因的抑止，則可能會忽視障礙者的需求，違反 CRPD¹⁷⁰。

除此之外，由於監護處分具備醫療性質，所以治療可能性的部分亦會成為判斷的要件之一。但是同樣的醫療處遇計畫並非皆適用在所有的精神障礙觸法者，日本法顯示醫療觀察法的主要對象是思覺失調症，從而吾人必須清楚司法精神醫院所提供醫療處遇的有限性。倘若非當下醫療處遇所能夠進行治療者，則可能需要重新回到社區精神衛生體系或以其他方式進行處理。從而，除了關注司法精神醫院外，所以我們必須也同時提升矯正機關醫學內涵與設備，針對矯正機關內部的精神障礙收容人提供充實的醫療照料。除了設施內的精神醫學設備，社區的精神醫學以及社會福利設備的整備亦至為重要，否則將會過度仰賴入院處遇。

日本在整備醫療觀察醫院時有遭遇到地方居民反對或溝通不足的情形，未來我國設置司法精神醫院或病房時，應將司法精神醫院的內涵、制度本旨、預計收容狀況、相關精神疾病的介紹，向地方居民進行說明，讓居民與使用者安心。如同現在因應新冠肺炎的防疫，可以看到電視不斷地宣導如何面對新冠肺炎，如果政府也能夠採取這樣的毅力持續地向社會大眾宣導如何面對精神障礙，以及如何共存，應也能降低焦慮與誤解。

司法精神醫院應具備戒護與醫療兩性質，但是應注意到戒護程度可以有所區分，先行研究已經指出醫療應該優先於戒護保安¹⁷¹，精神障礙症狀程度各有不同，所以並非全部一律需要送至高度戒護的司法精神醫院，而是可以區別低度、中度、高度的司法精神醫院，並且有效地結合機構外的治療方式為之。司法精神醫院裡頭應有充實的跨域人力資源、設備與充實的處遇計畫。

機構外¹⁷²的處遇以及相關資源的整備亦至為重要，先行研究業已指出在社區復歸和治療的資源整合與投入，我國是有所不足¹⁷³，但是這一部分卻是在強調社會復歸或再社會化的處遇理念之下，不可或缺的部分，否則我們會仰賴機構來處理精神障礙觸法者，無法真正地建立包容

¹⁶⁹ 張麗卿，司法精神醫學：刑事法學與精神醫學之整合，元照，2011年，頁153以下。

¹⁷⁰ C. Matthew J. Frize，水藤昌彦翻譯，地域生活支援の理論モデル 知的障害のある犯罪行為者のための「相乗モデル」による更生支援，收於：生島浩編，触法障害者の地域生活支援 その実践と課題，金剛出版，2017年，頁211。

¹⁷¹ 張麗卿，司法精神醫學：刑事法學與精神醫學之整合，元照，2011年，頁292。

¹⁷² 但同時也需要注意到先行研究指出就機構化與去機構化兩者不應以線性邏輯思維來看待，仍是要看到病患與家屬的經驗和需要，參見：黃媛齡，治療性社區玉里模式的在地實踐，收於：蔡友月、陳嘉新編，不正常的人？臺灣精神醫學與現代性的治理，聯經出版，2018年，頁547-551。

¹⁷³ 李俊宏，精障犯罪監護處分的成效與反思，參考網址：http://www.cares.org.tw/CaresPortal/benefit/forumPdf.do?forum_id=4116c3c2700000042f95。(最後瀏覽日期：2022年1月30日)。

式的社會。特別是建立多元的監護處分體系，結合醫療、教育、社會福利等資源協助和轉銜¹⁷⁴，如此方有可能促成社會復歸的目的。最後，制度的運用在人，人的相關知識與經驗的累積非常重要，所以像是加強開設司法精神醫學、矯正醫學等，讓不同學科、理論與實務工作者能夠相互交流學習，釐清彼此的定位和功能。最後，像是指定通院處遇如何進行，本研究尚未詳細觸及，未來可以再另行討論。

第五節 韓國之監護制度

一、前言

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。

二、宣告要件

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¹⁷⁵。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。

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

¹⁷⁴ 楊添園，精神障礙或心智缺陷犯罪者之處遇，收於：楊添園等編，精神醫學與法學的交錯，元照出版，2020 年，頁 109-110。

¹⁷⁵ 천정환, 선형연구와 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。

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（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¹⁷⁶。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¹⁷⁷。

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¹⁷⁸，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¹⁷⁹。

¹⁷⁶ 大法院 2003. 4. 11. 宣告 2003 감도 8 判決。

¹⁷⁷ 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。

¹⁷⁸ 例如：大法院 2005. 9. 30. 宣告 2005 도 3940 判決。

¹⁷⁹ 首爾高等法院 2007. 6. 29. 宣告 2007 노 550, 2007 감노 15 判決。

三、處分期間

依照治療監護法第 16 條第 2 項規定，第 2 條第 1 項第 1 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¹⁸⁰。

四、執行次序與刑期折抵

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¹⁸¹。

五、易處其他處分

被宣告治療監護者之執行場所有 3 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。可以透過向治療監護審議委員會聲請易處其他處分。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。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

¹⁸⁰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 처치 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)。

¹⁸¹ 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。

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¹⁸²。

六、法院之審查

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檢查病棟，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¹⁸³。

¹⁸² 최정환, 선형연구와 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 106。

¹⁸³ 권수진, 신권철, <정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구> (精神保健法院與司法病棟之研究), 형사정

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。

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¹⁸⁴。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）保護觀察的遵守事項一部或全部之課予及追加、變更或删除；（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）。

七、執行終結

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

책연구원 연구총서, 2015 年, 頁 50。

¹⁸⁴ 金正煥, 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 105-106。

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，直接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¹⁸⁵。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。

八、實務運作

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¹⁸⁶，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，再經診療審議委員會審議，由所長決定，明確分類級

¹⁸⁵ 법早早, 법무연감 (法務年鑑), 2020 年 6 月, 頁 563。

¹⁸⁶ 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。

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¹⁸⁷。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¹⁸⁸。

¹⁸⁷ 김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구(治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019年, 頁 114-115。

¹⁸⁸ 권수진, 신권철, <정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구>(精神保健法院與司法病棟之研究), 형사정책

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¹⁸⁹。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¹⁹⁰。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¹⁹¹。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¹⁹²。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¹⁹³。

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。

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。

연구원 연구총서, 2015 年, 頁 73。

¹⁸⁹ 김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구(治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019 年, 頁 115-116。

¹⁹⁰ 김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구(治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019 年, 頁 67-68。

¹⁹¹ 김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구(治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019 年, 頁 155。

¹⁹² 박상열, 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 期, 2016 年 12 月, 頁 115-138。

¹⁹³ 김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구(治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019 年, 頁 157。

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¹⁹⁴。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。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。

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。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。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

¹⁹⁴ 법무부, 법무연감 (法務年鑑), 2020 年 6 月, 頁 560。

處分，如此作法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。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，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會，造成司法精神鑑定與監護處分的精神無法落實。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。精神保健法院設置與否，亦值得我國思考面對。

最後，像是治療命令處遇等如何進行，本研究尚未詳細觸及，未來可以再另行討論。

第六節 美國之監護制度

一、美國法制之現況與興革方向

(一) 美國監護制度現行法令規範

監護制度在美國乃一交錯適用刑事實體法及程序法之爭議。刑事實體法上，如何判斷行為人處於「精神疾病或障礙狀態」之認定標準一節，「美國模範刑法典」(Model Penal Code Test)認為，因精神疾病或障礙，使得行為時無法瞭解自己行為之犯罪性，或欠缺使自己行為合乎法律要求之足夠能力者，對其犯行不負責任，但不包括反覆的犯罪行為及反社會行為。此外，英

美法數世紀以來皆接受以「極度的情感痛苦」(Extreme Emotional Distress)或「情感痛苦高漲」(Heart of Passion)作為抗辯之理由而可能因此「難於控制其行為」而獲得減輕或改判較輕罪名，甚至獲判無罪¹⁹⁵。

程序法上美國監護制度於1960年起以「去機構化」(De-institutionalization)政策為主要潮流(林詩韻、黃聿斐、沈伯洋, 2020)¹⁹⁶。精神醫療機構執行監護處分以治療精神疾病為主，醫療機構執行監護可積極治療精神疾病與穩定症狀。固然聯邦政府制定了心理健康立法，惟各州仍得針對各州管轄範圍內之監護與多元處遇提供額外支持。

1946年杜魯門總統簽署《國家心理健康法案》(National Mental Health Act)，為聯邦立法樹立基本規範框架。該法案創建國家心理健康研究所(NIMH)，並負擔統籌分配政府資金用於研究精神疾病的原因和治療處遇措施¹⁹⁷。美國政府於1960年創建了醫療保險和醫療補助，使支付精神障礙患者的護理費用分散式地轉由社會共同體集體承擔。

至1990年起有學者建議將嚴重精神疾病犯罪者轉移到以社區治療為基礎的精神衛生服務系統，藉以代替監獄監禁(Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams & Murray, 2009)。約1990年代末期，美國各地方政府開始發展「精神衛生法庭」(mental health court, 以下簡稱MHC)，其法規授權依據為身心障礙法案(Americans with Disabilities Act)，專責處理精神障礙之被告¹⁹⁸。

(二) 美國監護制度實務運作概況

值得注意者，在精神衛生法庭的設置意旨和多元處遇的精神下，相對於監禁，美國精神衛生法庭以採取治療為優先，且運作上由精神衛生治療人員和刑事司法系統人員保持密切的聯繫。循此，行為人在符合認罪等一定條件下，可由刑事司法系統轉入精神健康法庭，並在完成治療計畫並且接受評估後，取消刑事處分。

社區治療主要訴諸精神衛生治療人員和刑事司法系統人員之間密切聯繫，評估病人病情進展和需求，促使精神疾病犯罪者接受持續穩定治療精神疾病或持續監控機制，並增加其自願參與社區治療處遇，遵守治療計畫，以延長再犯時間或減少再犯¹⁹⁹。

美國各州精神衛生法庭運行方式各異，對於精神疾病犯罪者處理模式和預防再犯的比例成

¹⁹⁵ 吳忻穎、林晉佑，責任能力調查與監護處分執行現況之探討，矯政期刊，第9卷第1期。

¹⁹⁶ 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋(2020)。受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析，刑事政策與犯罪防治研究專刊。25: 183-243;

¹⁹⁷ Mannekote, S., Pillai, A., & Harbissettar, V. (2019). Civil commitment of persons.

¹⁹⁸ 劉邦揚，隔絕或復歸？淺介美國精神健康法庭制度，刑事政策與犯罪防治研究專刊。18: 46-51。

¹⁹⁹ McNeil, D. E., & Binder, R. L. (2007). Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1395-1403; Moore, M. E., & Hiday, V. A. (2006). Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants. *Law and human behavior*, 30(6), 659-674.

效亦隨之不同。Herinckx 等人 (2005) 就內華達州之克拉克縣 (Clark County)，精神衛生法庭裁定轉入以社區治療為基礎的精神衛生服務系統之精神疾病犯罪者進行次級資料之分析，比較接受精神衛生法庭強制社區治療者及監獄內接受精神治療者的再犯率，研究結果顯示，參與精神衛生法庭精神疾病者的再犯時間延長或無新犯罪發生，克拉克縣的精神衛生法庭參與者的整體犯罪率在其接受法庭處分後降低了 4 倍，且於一年後有 54% 的參與者沒有再次因犯罪遭受逮捕，緩刑違規行為亦減少 62%。其他諸如針對佛羅里達州布洛瓦郡 (Broward County) 之行為人於接受精神健康法庭治療完成後，其再犯率及暴力風險程度亦呈現下降趨勢²⁰⁰。

二、精神衛生法庭之運作實況與成效評估

MHC 主要係為解決三個重要問題而生，分別是：嚴重精神疾病患者所帶來的公共衛生風險、將嚴重精神疾病患者安置於人滿為患的地方監獄的挑戰與成本、刑事司法系統並無法有效且人道地應付嚴重精神疾病患者及其衍生問題。以下三個是最先建立 MHC 之司法管轄區。

(一)、Broward County, Florida

1. 處理案件類型：涉及非暴力或輕罪，但不包含酒駕或家庭暴力之嚴重精神疾病患者。
2. MHC 之目標：平衡患有精神疾病與智能障礙之被告之賞罰問題。
3. 處遇計畫之團隊與服務

經被告為明示參與之真意且有達目的之可能時，即可被允許列入由具備心理健康訓練之法官、州檢察官、公設辯護人與法院監督人所組成主導之處遇計畫；而身為專業治療人員之法院協調員則為被告提供精神疾病服務與社會服務。

4. 處遇計畫之進行

先初步評估被告的能力，必要時轉介其住院或門診治療，而有受審能力者則可出庭聽審。而 MHC 的團隊有決定其是否適合程序或可否返回社區之權，經團隊認可後將對被告擬定處遇計畫，再由個案管理人與法院監督人定期向法院報告各被告參與治療的進程。當被告成功參與療程且為長期精神照護後，MHC 法官即可駁回控告以資獎勵。

(二)、King County, Washington

1. 處理案件類型：非暴力或滋擾的犯罪。
2. MHC 之目標

主要目標為保護公共安全，次為迅速處理當事人案件，以減少其再犯率與再住院率並改善精神健康狀況。

²⁰⁰ Christy, A., Poythress, N. G., Boothroyd, R. A., Petrila, J., & Mehra, S. (2005). Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward County mental health court. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(2), 227-243.

3. 處遇計畫之團隊與服務

由法官、檢察官、公設辯護人、治療協調員和觀護人組成的單一聯絡處；再由法院協調員制定治療計畫並結合心理健康服務，而觀護人則必須提供嚴重精神疾病患者所需之服務 (Barker, 1999)，法院則須定期聽取及記錄當事人的療程。

4. 處遇計畫之進行

告知被告得自願參與處遇計畫進而接受治療，而非通常的審判，倘成功參與計畫者則得駁回控告。

(三)、Anchorage, Alaska

1. 處理案件類型：非暴力、低風險、犯輕罪之弱智人士。

2. MHC 之目標

將正處於保釋期間或觀察期之被告，自監獄移轉至社區處遇措施，以舒緩監獄人滿為患的情形。

3. 研究結果

1. 審前移轉模式被認為是不可行的。
2. 大多數自願且適格的 PSMI 常伴存藥物濫用或物質依賴的情況。
3. 法院與監獄移轉計畫提供了急需的觀護服務，減輕了當地緩刑部門處理案件的壓力

大約 25% 的 MHC 要求當事人須有「嚴重且持久的精神疾病」，而另有 4% 的法院將其定義擴張及於精神分裂症、分裂情感性障礙、雙相情感障礙和重度抑鬱症，而大多數 MHC 處遇計畫的當事人都患有此類精神障礙²⁰¹。且有大量的當事人同時患有物質使用障礙症；25% 的 MHC 則指明有精神疾病及毒癮者為適格之人²⁰² (NAMI et al., 2005)。

(四) 小結：

1. 依照犯罪類型區分

對四家 MHCs 的研究中，有三家僅限於被控輕罪的被告始有參與資格 (Griffin, Steadman, and Petrila, 2002)。而在全國 MHCs 調查中，27% 的法院亦將資格限制在輕罪指控上，46% 限制在非暴力輕罪或重罪指控上，3% 限制在重罪指控，而只有 5% 的 MHC 考慮了所有犯罪控告的類型 (NAMI et al., 2005)。例外排除如虐童、初犯、慣犯、性犯罪或持槍犯者，部分 MHC 也排除了被控酒駕和家庭暴力的情況，因為此類犯罪可由當地專業法庭進行審理。MHC 原則上將資格標準定為患有第一軸向疾患或物質使用障礙症之被告，而大多數法院則依犯罪類型限制資格 (不含重罪或暴力犯罪)；不符合資格標準的嚴重精神疾病患者則將從法院的待審案件

²⁰¹ Steadman, H. J., Davidson, S., & Brown, C. (2001). Mental health courts: Their promise and unanswered questions. *Psychiatric Services*, 52, 457–458.

²⁰²

中刪除；被告亦可拒絕認罪，即不需參與處遇計畫。有論者發現，MHC 的監督頻率自「需要時」變為「每周」與法院會面 (Griffin et al., 2002)；亦有論者提出三種 MHC 監管模式：1.MHC 的工作人員將當事人轉介社區治療，並定期向法院報告；2.MHC 的工作人員直接監管當事人；3.MHC 的工作人員團隊監管當事人 (Griffin, Steadman, and Petrila, 2002)。

2. 當事人違反監管條件時之處罰方式

有 60% 的 MHC 將未遵守監管條件之當事人送進監獄，而有 39% 係因當事人違反法院命令而修改處遇計畫 (NAMI et al. 2005)。與犯輕罪之當事人相比，以監獄作為懲罰的方式更常被用於犯重罪之當事人。因此，MHC 常以廣泛的處罰方式 (例如拘留) 使當事人服從院方的指示 (Lurigio & Snowden, 2009)。

(三) 實務標竿案例

在 Ford v. Wainwright 乙案中²⁰³，最高法院裁定根據美國聯邦憲法增修條文第八條規定之「殘忍和不尋常的懲罰條款」(cruel and unusual punishment clause)，禁止州政府對心理健康惡化之嚴重程度的被告執行死刑。換言之，倘若受處分人之心理健康狀況若惡化到無法為刑之執行的程度，現行美國絕大部分州皆試圖以法規或判例法承認，於被告無行為能力期間應暫停執行無行為能力的死刑，且必須在成功恢復精神健康的治療後方能繼續執行。

隨之於 1990 年 Perry v. Louisiana 乙案²⁰⁴中，美國醫學協會和美國精神病學協會提交了一份聯合法庭之簡報，其主張這種強制性治療恐有違醫療倫理。在本案中，被告主張基本拒絕侵入性心理健康治療的憲法權利，反之國家則主張政府在實施這種治療方面具有令人信服的公共正當化目的以為抗辯。最高法院決定暫時迴避本案核心問題意識，並根據其在 Washington v. Harper 案中的干預決定將該案發回州法院重新考慮。²⁰⁵

針對前揭兩項判決，學者 Wexler & Winick 提出值得深思的問題意識：首先，吾人應該考慮對治療專業、要求提供這種治療的精神科醫生和心理學家的裁斷是否會侵蝕他們作為醫療行業成員獨立做出醫療判斷的專業裁量？是否會引發嚴重的道德和情感衝突，從而抑制許臨床醫生在監護處分或矯正處分的環境中工作的意願？是否會降低這些子群體在其他專業同行中的地位？是否會在患者間普遍產生不信任？

就上揭問題意識，Wexler & Winick 指出，倘若至少其中一些提問的答案為肯定，那麼對嚴重精神疾患進行強制治療的做法可能會嚴重降低其所接受的治療品質，並驅使許多道德和

²⁰³ Ford v. Wainwright, 477 U.S. 399 (1986)

²⁰⁴ Perry v. Louisiana, 498 U.S. 38 (1990).

²⁰⁵ Washington v. Harper, 494 U.S. 210 (1990).

敏感的從業者離開或阻止他們投入該領域。值得注意者，Wexler & Winick 之研究結果指出倘若上述負面影響被證明存在，則應將這些負面影響納入法院在分析這種情況下非自願治療的合憲性與否的評估因子。基此，在 *Gregg v. Georgia* 乙案²⁰⁶，法院基本上認定，州對執行死刑的利益凌駕被宣告死刑之精神疾患者的生命法益。

值得注意者，倘若上述負面影響被證明存在，則應將這些負面影響納入法院在分析這種情況下非自願治療的合憲性時需要執行的不可避免的平衡。在 *Gregg v. Georgia* 乙案中，法院傾向認為，州對死刑的利益超過了死囚對其生命的利益。當問題癥結為使囚犯能夠被處決的非自願治療的合憲性時，除了國家在執行死刑方面的利益、囚犯在避免死刑方面的利益以及不必要的心理健康治療的侵入外的嚴重的侵犯人權的狀況將導致司法者傾向認定此種治療應屬違憲。學者 Wexler & Winick 指出的觀點，頗值參考，渠等認為自動減刑會使被認定無能力執行死刑的狀態更能被實務界和司法界所接受，且可能會對死囚產生可預測的行為反應²⁰⁷（Wexler & Winick, 1991）。

Wexler & Winick 的研究亦發現，固然在評估受審能力一事上，當前仍然缺乏足夠的實證研究考察對被認定無受審能力的刑事被告人的處理過程是否妥適。因此，對處於這種狀態的被告所提供的待遇幾乎仍處於一無所知的狀態。有鑑於臨床評估人員在文獻中記錄的混淆，他們經常將無能力接受審判標準等同於精神疾病的存在，很可能大多數被認定無能力的被告被視為具有相同精神病診斷的民事患者。（Wexler & Winick, 1991）。

根據前揭的研究發現，Winick 曾建議若干建議方案歸納如下：第一、可要求律師證明是出於善意和合理的理由尋求延續，並提出構成其請求基礎的被告的具體意見和陳述。其次、續約請求宜以辯護律師提交臨床醫生的聲明為條件，證明被告無能力接受審判，聲明被告正在接受適當的治療，並預測被告將在合理期限內恢復能力。第三、前揭該聲明可以包括具體的治療計劃，詳細說明嘗試和建議的治療類型以及預期結果。被告將被允許在選擇治療類型以恢復其能力方面享有很大的自由。當然，治療地點將取決於被告的保釋情況。如果被告被拘留，治療將在監獄或安全的精神衛生設施中進行；如果獲釋，治療將作為門診病人或自願住院病人在社區進行²⁰⁸（Wexler & Winick, 1991）。

（四）精神衛生法庭之運作情形和演進沿革

美國精神衛生法庭的數量自 1990 年代後期開始增加，並趨於多元化，美國州政府委員會

²⁰⁶ *Gregg v. Georgia*, 428 US 153 (1976).

²⁰⁷

²⁰⁸

刑事司法中心（Council of State Governments Justice Center Criminal Justice）歸納出各州須共同面對之法律興革建議（Mental Health Consensus Project, 2007）。第一、有別於傳統的法庭程序，精神衛生法庭會針對具有某些精神障礙之被告採取特殊的訴訟程序，以解決問題。其次、精神衛生法庭會與精神健康專家共同為每一位需出庭之被告研擬出治療計畫。第三、在聽證會上，精神衛生法庭會定期檢視治療計畫與其他狀況，並針對被告是否如實遵守上述治療計畫來給予獎懲。最後、精神衛生法庭會制訂若干標準，來評估被告是否有落實上述之治療計畫。當前美國各州之精神衛生法庭高度仰賴刑事司法、精神健康、藥物濫用治療等專業部門人員或服務系統之間的「跨部門」合作。其執行現況和運作情形析述如下：

第一點 規畫與行政

有鑑於精神障礙法庭的跨領域特性，刑事司法、精神健康、藥物濫用治療等有關部門或社會福利系統之各方利害關係人、專業工作人員及政策制定者責成籌備委員會，以主導精神障礙法庭之規畫與行政事務。籌備委員會的工作要點包含：建立監督機制、訂定目標、設置評量標準來核定資格（eligibility）、推動教育訓練、支援及補足行政專員、實施上述政策並進行通盤檢討等。

在實務規劃上應將執法、法庭與矯正等層面一併納入考量，並在設計時廣泛聽取多方意見，包含警察、法官、檢察官、辯護律師、法庭行政人員、審判前各項業務之職員、矯正部門官員、精神健康及治療專業人員、藥物戒治專業人員、住宿供應者、精神障礙者權益倡議人士、罪犯、家屬乃至社區成員等等。籌備委員會並應召集上述各方之領袖、代表與政策制定者，來組成諮詢小組。諮詢小組一方面需監督精神障礙法庭之營運，並視需求適時地修改營運方針，一方面亦需負責跨部門協調與經營對外關係。而在許多轄區，司法部門最終都會負責精神障礙法庭之設計與行政，並主導前述之籌備委員會與諮詢小組（Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007）。

第二點 界定目標群眾

精神障礙法庭乃針對具有精神障礙之被告而生，故必須根據被告可能對其所處社區所造成之公共安全影響、以及該社區之醫療量能與審判前關押的替代方案等等，來予以明確界定並評估資格。同時，被告之精神障礙及其所犯罪行兩者間的關係亦必須依照個案來加以界定。

精神障礙法庭可提供符合標準、同時未被逮捕或審前羈押的被告綜合性的服務與監督。為貫徹此一目標，精神障礙法庭必須根據被告之身份與狀態、時時與多方協調，包含藥物法庭與社

區法庭等。另外，精神障礙法庭亦需根據一社區之醫療量能來制定治療資格及標準，並致力於提升社區內的治療效能與可近用性（accessibility）。再者，為釐清被告所犯之罪行及其精神障礙之間的關聯性，籌備委員會亦需諮詢精神醫學專業人員，並根據其意見來建立一套機制，使法庭之有關職員有權能夠對出庭的被告進行判定（Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007）。

第三點 即時判定被告之適格性，並儘速將其移交至相關機構接受管束計畫

為快速過濾出合格的精神障礙被告有助於加速程序，使被告得以盡快返回其所屬之社區、接受專門治療或安全性監督計畫，進而減少刑事司法部門之負擔（如關押或其他「非社區」之治療計畫等）。為儘速判別確認被告是否適用於精神障礙法庭之計畫，精神障礙法庭應廣泛諮詢相關人士之意見，包含執法官員、監獄和審前事務有關職員、辯護律師、法官以及家屬等轉介方（referral sources）。同時，為確保上述人員能協助正確判別被告之狀態，精神障礙法庭亦必須加強宣導及教育。除此之外，精神障礙法庭也應指派一至兩名同時兼備精神醫學專業、且熟知司法流程與判定標準的專員或專門機構，來充當主要的轉介方。

檢察官、辯護律師及醫師應盡快審核各轉介方所提供、有關被告之資訊，以判別被告之所屬之身份資格是否適用於精神障礙法庭之有關治療或安全計畫；而其所受計畫之所需時間長，則不應超過該被告依據傳統法庭程序所受之刑期。又關於被告適格性之最終判定應由小組共同決議。但為被告擬定合適的管束計畫恐怕曠日費時，且非精神障礙法庭所能控制，故可能導致被告延遲接受此計畫，而此一問題在涉及重罪時將尤為嚴重。所以還是如同前述，精神障礙法庭之成功運作需仰賴多方之間的跨部門合作，以求能在短時間內盡可能地顧及各種面向，並完成任務（Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007）。

第四點 擬定管束計畫之同意書與各項評估指標

前節提及精神障礙法庭應評估被告或潛在被告之適格性，並視需求來擬定管束計畫，而本節之重點則在於探討管束計畫的一些重要條款。精神障礙法庭應針對一般管束計畫之參加同意書、計畫時長、計畫期間之監督情形、以及預期成效等各方面制定範本與量尺。之所以需要制定範本與量尺是因為每個案件中的被告情形與嚴重程度皆有所不同，因而必須視情形將管束計畫「客製化」，以確保計畫之成效，然而即便是客製化，管束計畫亦不可過大幅度地脫離（如遠高於或遠低於）某些標準，因此才必須事先擬定出參考範本與量尺。在實務上，每個管束計

畫之各項條款必須在被告同意接受該計畫之前、以書面方式呈現。根據這些條款，被告可能必須配合接受某些療程，而法庭在事前亦必需讓被告充分認知到如果不配合計畫內容的後果。另外，每當精神障礙法庭向被告或潛在被告提交管束計畫同意書時，亦必須讓被告或潛在被告充分認知到被定罪的可能性。而一旦被定罪，將可能會影響被告或潛在被告之居住選擇權、就業機會或各種治療計畫之近用權等等。倘若被告只有犯下輕罪、違法行為（ordinance offense）或非暴力罪行，那麼精神障礙法庭必須明確地告知前述之可能後果。

關於管束計畫之時程長度，則不應超過被告依照傳統法庭程序所判處之最長刑期或緩刑期間。而在實務上，管束計畫之時長應取決於被告之實際進展情形。至於要如何判定被告是否真正完成了管束計畫的要求（或者說從管束計畫中畢業），則必須考量其是否已達成精神障礙法庭的各項要求，以及被告在「社區內」所接受之治療強度。另一方面，就監視措施來說，應該盡可能地考慮對所有被告（尤其是輕罪犯）採取最輕微的監控條件。必須注意的是，若採取較嚴苛的監控條件，則有可能導致被告在接受管束計畫時發生輕微的違規情形，並進一步將被告推向刑事司法系統。

當被告完成其管束計畫時，精神障礙法庭必須在法律上給予其相當之獎勵（positive legal outcome）。在此情況下，如法庭採 pre-plea 模式，便應考慮大幅減低被告刑度；而若法庭採 post-plea 模式，則應考慮提前終止監視、廢棄認罪或是免除罰款等措施。而若被告配合參與管束計畫，則必須確保被告有權能隨時退出計畫，且此事亦不應為被告留下負面的刑事前科案底（Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007）。

第五點 必須充分地告知被告他們有哪些選項可選

被告必須在出庭精神障礙法庭前充分地了解管束計畫的所有要求，法庭必須提供被告法律顧問，以確保被告知道他們在計畫中所享有的各項決定權。倘若被告的能力（判斷、行為之能力及精神狀況）在過程中出現問題，法庭亦可「隨時」提出特定程序以因應此種狀況。如同前述，判定一個被告的「能力」頗為耗時，因此法庭在規劃階段時，就必須針對被告之能力、擬定出一套有效的判斷方針與快速的決策模式。但即使被告的能力完全沒有問題，法庭仍須確保被告充分了解管束計畫中的各項條款，包括不遵守計畫內容會衍生出哪些結果。因此，所有與被告有關之計畫條款都必須以書面方式清楚地呈現出來；而在出庭前，被告亦必需被賦予權利，使其能在有法律顧問陪同諮詢的情況下來閱覽上述各項條款。

職此，辯護律師在此過程中扮演極為重要的角色，確保被告能充分理解他們所擁有的各項選擇權；此外，精神障礙法庭中的辯護律師亦必須接受關於精神障礙之特殊訓練。法庭仍應盡可能地確保被告能夠取得辯護律師之專業服務與協助（Council of State Governments Justice

Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007)。

第六點 即時提供被告醫療支援與服務

為確保被告維持良好的健康狀態、與確保程序能夠妥善且順利地進行，精神障礙法庭需要統整相當多面向且大量的資源，並與該社區內之每項資源或專業服務的供應方定期溝通協調，包括醫藥、諮詢、藥物戒斷治療（很多被告有毒癮問題）、福利、住宿、社會扶持服務、同儕支援與專案管理等事務。在實務上，精神障礙法庭團隊必須針對每位被告研擬出一套完整的方案，內容需涵蓋被告之精神狀況、藥癮評估、消費需求以及可能對公共安全所造成之疑慮。更重要的是，在研擬上述方案時，亦必須將被告本人之意願與想法納入考量，以避免法庭單方面的專斷及其可能造成之侵害。此外，針對女性與少數族裔之被告，法庭亦必須格外予以重視，並視其需求來給予特殊服務，以妥善處理涉及文化與性別敏感之事項。

關於前述多項資源與服務之供應者，他們必須定期向法庭職員溝通會報並視情形建議調整療程。另一方面，法庭也必須定期和他們檢討管束計畫在實施時所遭遇到的各項挑戰。為確保被告能穩定地從供應者端獲取各項資源與服務、並遵守法庭規定，法庭應指派專案管理人來統籌並監督每一「個案」之管束計畫執行。即便管束計畫中的監視項目已終止，專案管理人亦繼續負責確保被告能取得各項資源與服務；而若被告已從管束計畫中「畢業」，精神障礙法庭亦可視需求來對被告提供後續輔導，例如組織「畢業生支援會」等等，以防止被告故態復萌。

(Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007)。

第七點 保密性

被告的各項隱私、健康個資、法律資訊與憲法權利皆應予以保障；但凡被告在接受法院命令之管束計畫時所產生之數據或收集到的訊息，在被告轉為採用傳統法庭程序後，都必須予以保護。

在判定被告適格性以及擬定和執行管束計畫時，法庭必須取得被告健康狀態之個資，而當法庭與第三方共享被告個資時，亦應考量到被告本人之意願。同時，法庭及有關第三方在運用及處理被告個資時，亦須遵守聯邦及各州法規。因此，針對被告每項個資之訪問權（向誰基於何種目的透露被告的何種資訊），法庭及各個利害關係人亦必須研擬及簽訂相關契約（release forms）。這些契約的研擬及簽署，都應該向法律顧問進行專業諮詢，同時也必須符合聯邦與個州法規，而契約之內容則必須明確指出哪些資訊將被透露給誰。從被告的立場出發，被告應有

權在法律顧問與治療供應者的陪同與建議下、來閱覽契約全文。而且，在尚未被釐清被告是否具有行為能力之前，亦不可要求被告簽署此契約。

為避免污名化，當被告可能將要接受精神障礙法庭計畫時，應立即停止任何關於被告病情之公開討論。法庭在諮詢前述各個轉介方（referral sources）時，亦必須妥善保護被告個資，因為被告後來有可能選擇不參與精神障礙法庭之計畫。此外，為避免被告健康個資對其刑事案底造成負面影響，法庭應將被告之醫療檔案與刑事卷宗分開處置與放置，同時避免涉及醫療資訊的部分變成公開紀錄的一部分。而一旦被告決定接受法庭的計畫後，計畫期間之產生之所有被告醫療訊息與隱私都必須保持隱蔽。即便是精神衛生法庭，也只能獲取其所需之被告醫療隱私、來協助制定決策；而且在處理及討論這些隱蔽資訊時，亦必須以閉門會議的形式進行，並避免以公開法庭的方式進行（Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project, 2007）。

第九點 即時監控被告是否遵守法庭之各項要求

精神衛生法庭團隊必須隨時掌控被告的最新狀態，例如是否服藥、是否參加療程、是否正在戒毒戒酒、是否遵守各項計畫規範等等。上述資訊須仰賴多方定時監測、匯報、統整與定期向全體成員報告與開會，如此整個團隊才能即時掌握被告情形，並據以作出必要的調整，如對被告施以獎懲（須在一開始就向被告說明清楚）、或是隨著被告情形日益改善而減少彙報頻率等等。

被告不遵守法庭要求並非罕見，但即使如此，團隊也不應忽視此種行為；當此種行為發生時，團隊就必須重新檢討先前的計畫並作出調整（如被告的醫藥狀況、生活情形或其他需求）。如果被告發生嚴重違規情形，法庭亦可祭出入獄等重罰來予以嚇阻。至於獎勵手段，則包含給予優惠券、核發階段性證書（證明被告已達成某項要求）、以及減少出庭次數等措施。

第十點 長遠發展

為求長遠發展，精神衛生法庭應在執行業務時一併收集各項實際數據，並定期分析這些數據（像是透過 KPI），以評估工作績效、以及改善組織與流程之各種問題。這些數據包含：被過濾掉的潛在被告數目、被收治的被告數目、日後再次被逮捕或關押的被告數目等等。同時，收集執行業務時的各項資料也有助於維持後續作業的一致性，此政策頗值我國參酌，蓋人員流動可能相當頻繁（必須考量到有團員中途退出），而後進者則可透過參閱先前檔案卷宗等資料、來熟悉法庭團隊的運作模式與政策或處理原則。

(五) 結論

整體而言，美國的精神衛生法庭數量顯著增加；這些非傳統的法庭採取了廣納性的途徑，並以多元處遇的制度設計的宗旨，整合精神醫學、刑事司法、各州政策制定者與社區力量來提供精神障礙被告更為有效、且尊重人權的戒治措施。茲就相關特色分述如下：

- 1、各州精神衛生法庭轉銜進入社區治療的次級資料分析顯示，參與精神衛生法庭精神病者的再犯時間較為延長且甚至無新犯罪發生，其他如佛羅里達州布洛瓦郡之行為人於接受精神健康法庭治療完後，其再犯率及暴力風險程度亦呈現下降趨勢。
- 2、精神衛生法庭也配套有周延的正當法律程序，舉例而言：有別於傳統的法庭程序，精神衛生法庭會針對具有某些精神障礙之被告採取特殊的訴訟程序，以解決問題。其次、精神衛生法庭會與精神健康專家共同為每一位需出庭之被告研擬出治療計畫。第三、在聽證會上，精神衛生法庭會定期檢視治療計畫與其他狀況，並針對被告是否如實遵守上述治療計畫來給予獎懲。最後、精神衛生法庭會制訂若干標準，來評估被告是否有落實上述之治療計畫。當前美國各州之精神衛生法庭高度仰賴刑事司法、精神健康、藥物濫用治療等專業部門人員或服務系統之間的「跨部門」合作。
- 3、精神衛生法庭也及時提供被告良好周全的醫療支援與服務，為確保被告維持良好的健康狀態、與確保程序能夠妥善且順利地進行，精神障礙法庭需要統整相當多面向且大量的資源，並與該社區內之每項資源或專業服務的供應方定期溝通協調，包括醫藥、諮詢、藥物戒斷治療（很多被告有毒癮問題）、福利、住宿、社會扶持服務、同儕支援與專案管理等事務。在實務上，精神障礙法庭團隊必須針對每位被告研擬出一套完整的方案，內容需涵蓋被告之精神狀況、藥癮評估、消費需求以及可能對公共安全所造成之疑慮。更重要的是，在研擬上述方案時，亦必須將被告本人之意願與想法納入考量，以避免法庭單方面的專斷及其可能造成之侵害。此外，針對女性與少數族裔之被告，法庭亦必須格外予以重視，並視其需求來給予特殊服務，以妥善處理涉及文化與性別敏感之事項。
- 4、另外在人權保障的面向上，也對於針對限制行為人進行強制治療的合憲性，是否有違醫學倫理以及美國聯邦憲法增修條文第八條規定之「殘忍和不尋常的懲罰條款」，存在正反激辯，這也反映美國法制下相當重視強制治療的合法與合憲的邊界；從醫療人員的角度觀之，要求精神科醫生和心理學家在法院中做出具有一定參考價值的裁斷是否會侵蝕他們作為醫療行為成員獨立做出醫療判斷的專業裁量？這種裁斷是否能充分或許被告和法庭的信賴？等涉及道德衝突和醫療倫理之難題，也持續困擾著美國監護制度的臨

床與實務界。

第七節 英國之監護制度

一、英國法制之發展與現況

1959 年的《精神健康法》標誌著從法律主義向家長制的過渡。精神健康專業人員被賦予了廣泛的自由，可以為精神障礙患者的健康利益採取行動。1983 年《精神健康法》(Mental Health Act 1983, MHA) 削減了其中的一些權力，並加強了病人反對家長制干涉的權利。1990 年代出現了另一種轉變的多元處遇模式—「社區護理」²⁰⁹ (Szmukler & Holloway, 2000)。

(一) 基本原則：「能力」和「最佳利益」

英國政府於 1998 年成立了專家委員會，為《精神健康法》的改革提供建議，該委員會認可了兩個基本原則：不歧視精神疾病患者，精神疾病患者得與其他疾病患者享有相同待遇，以及尊重患者的自主權。這導致了對非自願治療的重新考慮，並得出結論：這必須與病人缺乏做出治療決定的能力有關。最簡單地說，「能力」(capacity) 係指病人理解建議的治療性質和目的的能力，包括接受或不接受治療的後果，以及利用這些資訊進行推理的能力²¹⁰ (Szmukler & Holloway, 2000)。

英國法制下，「能力」構成精神健康立法框架的關鍵。在關於非自願治療的決定中，「精神障礙」定義的重要性已經下降了。更重要的是兩個問題：患者是否缺乏為自己做出治療決定的精神能力，如果缺乏那麼強制治療是否符合患者的最大利益？因此，委員會接受了精神障礙的廣泛定義。「能力」還迫使我們解決隱藏在治療背後是「為了病人的健康或安全」或「為了保護他人」的模糊區別。

(二) 「家長制」與「保護他人」之對峙

家長制關心的是病人的健康利益。Szmukler & Holloway 的研究指出，英國醫學界公認，除了精神病學外，唯有當病人缺乏能力，並且有理由相信未經同意或違背病人反對的治療符合病人的最大利益時，並以恢復病人健康及恢復精神病患者的自主權或判斷能力。與此同時，「維護社會治安」則是另外一端的問題。為保護他人而干預一個人的事務的理由，取決於對他人造成傷害的風險。這種風險可能與疾病有關，也可能與病人做出治療決定的能力沒有直接密切的實質關聯²¹¹ (Szmukler & Holloway, 2000)。

下圖 (圖 5-7-1) 顯示精神障礙、缺乏行為能力和對他人的危險之間可能存在的關係。對有能力的病人來說，最佳利益沒有任何意義，因為有能力的人可以自由選擇他或她認為合適的

209

210

211

方式，無論其他人是否認為這種選擇是謹慎的，只有病人自己決定什麼是他或她的最佳利益。只有在喪失能力之後，才會出現替代最佳利益判斷的情況。

本圖顯示了3種可能的病人類別，精神障礙和對他人的危險之間的重疊。患有精神障礙並被評估為危險的。

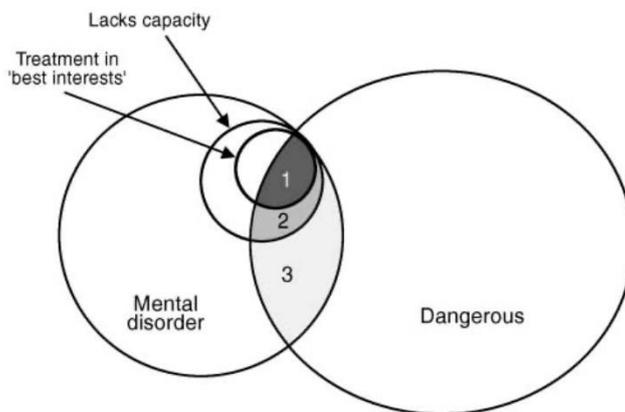


圖 4-7-1 精神障礙、缺乏行為能力和對他人的危險之間可能存在的關係圖

資料來源：Szmukler & Holloway, 2000

英國學者 Szmukler & Holloway 進一步加以闡釋，第一類的病人缺乏做出治療決定的能力，而治療符合病人的最大利益；第二類的病人缺乏做出治療決定的能力，但治療不符合病人的最大利益；第三類的病人有做出治療決定的能力。茲分述如下²¹²：

第一類：如果病人缺乏行為能力，而治療又符合他或她的最大利益，那麼無論病人是否有危險，非自願治療都是合理的。考慮到暴力對病人的影響，後者對判斷治療是否符合病人的最大利益可能很重要，並可能促使採取特別緊急的行動以確保安全。

第二類：病人缺乏行為能力，但不符合病人的最佳利益的治療，也許是因為對所有可用的治療方法沒有反應。如果病人對他人構成危險，這種事況本身就即可成為遏制的理由，蓋對於他人造成嚴重傷害會對病人產生影響，只會讓事態更形惡化。

第三類：假設對於某個特定的人來說，危險性與精神障礙有關，而且某種形式的治療可以減少風險。如果病人有行為能力，那麼對他人的危險是否是倫理上可以接受的非自願治療的理由？學者 Szmukler & Holloway 主張若然在這種情況下實施非自願治療，那麼患者的健康利益並沒有得到滿足，保護公眾是唯一的利益，這種措施不應存在於在精神健康法中。

若論及對第三類的病人進行自願治療的理由為何？也許暴力的頻率或可預測性使那些患有精神疾病的人成為值得採取特別措施的特殊群體？然而，暴力的風險只在某些病人群體中略

²¹² *Id.*

有增加，特別是與藥物濫用有關的。絕大多數的暴力是由沒有精神障礙的人實施的。也沒有任何證據表明，有精神疾病的人的暴力是更可預測的。對暴力的預測是全面的，而且它不可能在有精神障礙的人中比在沒有精神障礙的人中更可預測，例如，虐待妻子的人或酗酒者。即使暴力在有精神障礙的人身上更常見，為什麼要對他們進行預防性拘留，而不是對同樣危險的飲酒者或脾氣暴躁的虐待配偶者進行預防性拘留？有人會說因為可以「治療」。對這種回答至少有三點反對意見。

第一，如前所述，只有在一個人缺乏行為能力的情況下，出於對其健康的考慮，非自願治療才是合理的。其次，這一論點並非基於最難治療的精神障礙患者被拘留的時間最長的事實。第三，沒有精神障礙的危險人物可能和「可治療」的患者一樣，甚至更多。例如，危險駕駛的飲酒者可能對「社會心理干預」反應良好，例如接觸受害者、集體諮商、嚴厲的刑罰可能比大多數精神障礙患者的治療效果更好，而且對社會的危害也會大大減少。學者 Szmukler & Holloway 主張，以公共安全為由，對於特定精神障礙的進行預防性拘留或非自願治療欠缺足夠正當化基礎。換句話說，如果政策欲制定公共安全立法，那麼它應該是通用於所有潛在對社會秩序造成危害者，而且首先要基於造成傷害的風險程度而異其處遇標準²¹³。

（三）在社區進行非自願治療

如果病人缺乏行為能力，而治療又符合其最大利益，那麼治療不一定要在醫院進行。如果可以在社區環境中有效進行治療，並且符合患者的最大健康利益，就應該允許。但是，非自願治療應該在病人恢復能力時結束，只有持久的無能力的人，才有必要進行長期的非自願治療。為了保護他人而在社區對有能力的病人進行非自願治療，在任何健康利益基礎上都可能存在某種程度的疑慮。鑒於公眾對保護他們不受他們認為有威脅的人干擾的期望越來越高，也連帶導致社區精神健康團隊在採取強制措施方面的壓力不斷增加。取消行為能力標準，雖然留下了精神障礙的廣泛定義，以及純粹為了保護他人而進行「治療」的能力，但留下了濫用的巨大的空間²¹⁴。

（四）預先聲明

專家委員會強調了預先聲明的價值。這直接源於以能力為基礎的非自願性治療方法。據推測，病人的最佳利益最好由病人在有能力的時候來界定。在可以預見的能力喪失的情況下，比如在精神病復發期間，預先指示應該提供一份關於病人在這種情況下會選擇什麼的真實陳述²¹⁵。

²¹³ *Id.*

²¹⁴ *Id.*

²¹⁵ *Id.*

(五) 罪犯

專家委員會向來對於精神失常的罪犯都有含糊其詞的缺漏。前者所表達的原則似乎指向了正確的方向。罪犯由於犯罪行為而使自己有可能被拘留。公共安全利益佔據利益衡量上的主導地位，法律規定了對他們的懲罰。患有精神疾病且缺乏行為能力的罪犯，其治療符合他們的最大利益，在他們反對的情況下，應在最適合他們的護理需要和公共安全需要的環境下進行治療²¹⁶。

二、融合框架下的司法護理

將能力原則應用於司法護理的後果衍生的問題亦不可忽視。有些司法病人如果恢復了行為能力並拒絕治療，就可以被送回監獄。又有些人則不能被送回監獄，因為他們目前沒有被判處徒刑。若後一類人的拘留不再被批准，他們將被立即釋放。如果該人仍有嚴重的傷害風險，那麼這種結果在政治上或社會上可能無法接受。這表明，保護有行為能力的病人的治療自主權並不是這一領域唯一重要的倫理原則。另一個重要原則是需要保護其他人免受嚴重傷害。因此，在司法護理領域可能需要對能力原則進行一些修改。如果採用以下原則，司法領域的大多數困難都可以克服。

首先，任何具有行為能力且同意接受治療的精神失常罪犯都可以在適當的設施中接受治療。

第二，任何缺乏行為能力的精神紊亂的罪犯都可以像其他任何無行為能力的病人一樣被非自願地治療。

第三，任何因精神錯亂而被認定為不適合認罪或無罪的刑事被告，即使他們保留或恢復了行為能力，在某些情況下，仍然可以不經他們同意而接受治療。其適用條件為：

- 該人犯下了構成嚴重罪行的行為或不行為
- 嚴重的精神障礙或干擾在很大程度上導致了該行為
- 可以提供有效的治療，預計可以減少該障礙再發生的風險

此外，學者 Szmukler & Daw & Dawson 建議，被判定犯有嚴重刑事罪的精神障礙罪犯可以被判處通常的監禁，但如果他們缺乏行為能力並需要治療，他們可以被轉移到醫院接受必要的護理。如果在醫院恢復了行為能力，該人可以選擇在同意的情況下繼續治療，如果不同意，該人將被轉移到監獄服完餘下的刑期。值得注意者，除了與病人能力有關的問題外，非自願治療的法律還有許多其他有爭議的問題。²¹⁷

三、示範法案的概要

²¹⁶ *Id.*

²¹⁷ Szmukler, George, Rowena Daw, and John Dawson. "A model law fusing incapacity and mental health legislation." *Special Ed. J. Mental Health L.* (2010): 11.

旨在確保對缺乏行為能力但將接受具有侵入性、不可逆的或可能有特殊風險的治療的病人的保護。在提供治療之前，必須徵得當事人的替代決策人（substitute decision maker）的同意。如果沒有這樣的人，或者沒有行為能力指定這樣的人，則必須指定一名辯護人，以便獨立代表當事人的利益。也應諮詢當事人的主要照顧者。²¹⁸根據示範法案，在對一個人進行強制護理和治療之前，必須滿足一系列的條件。這些條件為一個人接受非自願的治療以及在必要時被拘留以進行治療提供適當的法律依據。²¹⁹

緊急評估和治療、拘留、使用武力和強制治療的過程都有明確的規定。

- (1) 該人有心智障礙或功能失調
- (2) 該人缺乏對其護理或治療做出決定的能力
- (3) 該人需要符合其最大利益的護理或治療
- (4) 該人反對與他或她的護理或治療有關的決定或行為，而該決定或行為沒有得到一般授權
- (5) 擬議的目標不能以限制性較小的方式實現
- (6) 有可能緩解或防止當事人病情惡化的治療
- (7) 行使強制權力對該人或任何其他人所面臨的傷害風險必要且相稱

五、強制治療評估

英國強制治療則設有一系列評估階段以茲遵循：

初步審查（最長 24 小時）

- (1) 如果有合理的要求對某人進行評估，並且醫生在檢查後認為似乎符合必要的條件，該人可以被拘留在醫院，時間不超過 24 小時，並提供緊急治療。指定一名負責任的臨床醫生並與主要照顧者或替代決策人的協商，以及需要告知是否有辯護人。警方也有權在必要時通過進入私人場所將其帶到安全的地方，條件是，該人似乎缺乏行為能力並且正在受到虐待或忽視，或不在適當的控制之下，或在獨居時，不能照顧自己，並處於危險之中。必須由法官簽發搜查令進入，也有權力將其送往醫院。
- (2) 初步評估（最長 7 天）
- (3) 初步評估 24 小時後，該人必須出院，除非有第二名精神健康專業人員對該人進行

²¹⁸ *Id.*

²¹⁹ *Id.*

檢查，並確定該人的病情符合要求。然後可以對該人進行評估，並在其後的 7 天內給予緊急治療。這可以在醫院或社區進行。

(4) 評估令（最長 28 天）

倘若欲使該人接受評估和治療的時間超過 8 天，就必須法庭必須批准進一步的拘留期。拘留時間最長為 28 天。在申請此類命令之前，負責的臨床醫生必須準備一份初步護理計劃，並與替代決策人或主要照顧者協商。

(5) 強制治療令（最長 6 個月）

強制治療令是由一個由法律、醫學和專業人員組成的全體法庭作出的。並可能持續長達 6 個月。該命令將基於一名醫生和另一名健康或社會護理人員的建議。如果該命令是在社區內執行，該命令將包括一些條件，可能包括對該人的行為進行適度的行動自由的限制。負責的臨床醫生必須確信這將符合安全和有效的護理，並且可以獲得適當的治療。必須考慮病人的意見，以及替代決策人和照顧者的意見。應與替代決策人和主要照顧者協商，起草一份書面護理計劃。法庭必須授權該護理計劃，並可對其進行修改，但如果這些修改包括對治療制度的改變，則應由負責的臨床醫生和法庭的醫療成員批准。護理計劃的副本必須提供給病人和替代決策人。在替代決策人的同意下，可以對護理計劃進行後續修改。對強制治療規定或病人在社區治療的附加條件的任何改變，或治療地點的改變，必須得到替代決策人的同意。如果替代決策人不同意，則有必要獲得被指定提供第二意見的醫生的批准。如果治療包含在經批准的護理計劃中，或屬於一般授權範圍，或者需要作為緊急事項，以挽救病人的生命或防止病人的健康狀況嚴重和急劇惡化，需要緊急處理。強制治療令可以由法庭延長或解除。

3、在司法訴訟程序中，治安法庭（Magistrate's Court）或是皇家法庭（Crown Court）在等候審理前或是裁判前，可依照精神衛生法第三十五條命被告到指定之精神醫療機構進行精神狀態評估（remand to hospital for report on accused's mental condition），

4、並基於上述評估，在醫師評估有需要接受治療的情形下，依照三十六條命被告到醫院接受治療（remand of accused person to hospital for treatment），然則這樣的治療時間單次不得超過 28 天，經法庭延長總時數不得超過 12 周，若法庭認為病患的情形改善，隨時亦可予以終止。在精神衛生法第三十七條（section 37）賦予了法庭監護裁判（custodial sentence）醫院命令（hospital order）的權力，但這必須基於其具有犯罪事實，且法庭必須由兩位醫療專業人員（至少其中一位需要是精神科醫師）提出足夠的

證據證明:

- 被告罹患精神疾病，且在本質或程度上適合被留置在醫院進行醫療
- 對於具有精神病態或心智缺陷的被告，這樣的治療需可能減少或預防其狀況的惡化
- 考量犯罪的性質與被告的犯罪紀錄，這必須要是最適合病患的安置方案，亦即其並不適合如社區治療等其他處遇
- 基於將要治療被告的精神科醫師或是醫院代表所提供的證據，被詢問的醫院同意在 28 天內提供床位收治。大部分經由醫院命令裁判的被告，其地位幾乎與其為一般民眾相同，形同法院將病患交到醫療系統而非矯正系統（penal system）。其出院係為醫療決定，由其主治之精神科醫師決定何時出院，且不須經由其他單位評估，這樣的病患在院時間可能僅為 6 個月，除非其主治醫師機於臨床考量建議更新治療命令。

除此之外，法院亦可依據三十七條裁判監護命令（guardianship order），為社區強制治療，需要病患住在特定地址，並且定期與社區精神科醫師與社工約定診察。若病患所犯係為重罪（serious offence），皇家法庭為了保護公眾關於可能造成的嚴重危害（for protection of the public from serious harm），考量病患過去的犯罪紀錄與現在的危險性與預後，針對高風險的精神疾病患者，有權依照精神衛生法的第四十一條（section 41）在醫院命令下隨附限制令（restriction order）。此時，病患出院則非由其主治醫師決定，而係由獨立的精神衛生法庭（Mental Health Review Tribunals）來決定是否可從醫院釋放。

五、結論

Szmukler & Holloway 的研究表明，英國監護制度現行法制，對於非自願治療的適當限制劃定更清晰的準據，健康和公共保護利益之間的區別也隨之變得明顯。英國學界與實務界均將重心置於能力（capacity）的評估之上，藉由適度周延的培訓和經驗，兼顧病人的利益與公共安全利益之衡平性，並同時有效防止多元處遇措施的濫用。值得注意的是，學者研究與實證研究均顯示倘若欲透過立法途徑和規範形成以促進公共安全，則吸引相關專業人員的同意和合作的橫向聯繫乃不可或缺的步驟²²⁰。

²²⁰ Szmukler, George, and Frank Holloway. "Reform of the Mental Health Act: health or safety?." *The British Journal of Psychiatry* 177.3 (2000): 196-200.

第八節 綜合評析

綜合比較上述各國有關刑事監護制度之介紹，本研究分別就規範面、審判面、執行面、等進行比較，發現各國對於發動刑事監護之要件、過程並不相同，茲綜合評析如下：

一、規範面

- 1.關於是否應將發動刑事監護處分之前提的「原因犯罪行為」，限定重大犯罪或犯罪情節重大者，而排除輕微犯罪？德國、瑞士、奧地利以及日本刑法，均採肯定之見解，而臺、韓、英、美國則否。
- 2.關於受處分人可能再犯之犯罪行為，是否限於重大犯罪或犯罪情節重大者，而排除輕微犯罪？德國、瑞士、奧地利以及日本刑法，均採肯定之見解，而臺、韓、英、美國則否。
- 3.關於受處分之對象，是否僅限行為時處於精神障礙或心智缺陷犯人，而不包括瘖啞人？德國、瑞士、奧地利、日本、韓、英、美國刑法，均不包括之，但我國刑法則包括瘖啞人。

表 4-8-1 德、奧、瑞、日、韓、美、英、臺等國監護制度規範面問題綜合比較表

| 規範面問題 | 德 國 | 奧地利 | 瑞 士 | 日 本 | 韓 國 | 英 國 | 美 國 | 臺 灣 |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.「原因犯罪行為」，是否限定重大犯罪或犯罪情節重大者，而排除輕微犯罪？ | Yes | Yes | Yes | Yes | No | No | No | No |
| 2.受處分人可能再犯之犯罪行為，是否限於重大犯罪或犯罪情節重大者，而排除輕微犯罪？ | Yes | Yes | Yes | Yes | No | No | No | No |
| 3.受處分之對象，是否僅限行為時處於精神障礙或心智缺陷犯人，而不包括瘖啞人？ | Yes | No |

二、審判面

1. 關於受處分人是否須同時具備再犯危險性與社會危險性，始得為處分之宣告？德國、瑞士、奧地利均採肯定之見解，而日、臺、韓、英、美國刑法，則採不同見解。
- 2.關於處分期間，是否採不定期處分原則？德國、瑞士、奧地利、日本、韓、英、美國刑法，均採不定期處分原則。
- 3.關於法院於為收容處分之宣告前，是否須經必要之鑑定？除美國各州規定不一外，德國、瑞士、奧地利、日本、韓國、臺灣以及英國刑法，均採肯定之見解。
臺灣刑法並無此程序保障之規定。

4.關於法院於收容處分之審理程序，是否須給予受處分人相當之程序保障？不論是大陸法系之德國、瑞士、奧地利以及日本、韓國或海洋法系之英國與美國刑法，均採肯定之見解。

表 4-8-2 德、奧、瑞、日、韓、美、英、臺等國監護制度審判面問題綜合比較表

| 審判面問題 | 德 國 | 奧地利 | 瑞 士 | 日 本 | 韓 國 | 英 國 | 美 國 | 臺 灣 |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|
| 1.受處分人是否須同時具備再犯危險性與社會危險性，始得為處分之宣告？ | Yes | Yes | Yes | No | No | No | No | No |
| 2.處分期間，是否採不定期處分原則？ | Yes | YES |
| 3.法院於為收容處分之宣告前，是否須經必要之鑑定？ | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 各州規定不一 | YES |
| 4.法院於收容處分之審理程序，是否須給予受處分人相當之程序保障？ | Yes | No |

三、執行面

- 1.關於執行處所，是否僅限精神病院？德國、瑞士、奧地利，均採肯定之見解，而臺、日本、韓、英、美國則否。
- 2.關於對於同時受自由刑宣告之受處分人，是否於刑前先執行處分為原則？德國、瑞士、奧地利、韓以及英國刑法，均採肯定之見解，而臺、日本刑法與美國法制則否。
- 3.關於收容處分先於刑罰執行者，可否折抵刑期？德國、瑞士、奧地利、韓以及美國刑法，均採肯定之見解，而日本刑法與英國法制則無規範。
- 4.關於收容處分經宣告後，可否暫緩執行或假釋以中止執行並交付觀護考核？德國、瑞士、奧地利以及英國與美國刑法，均採肯定之見解，而臺、日本、韓國刑法則否。
- 5.關於收容處分經宣告後，易處他種保安處分，是否應採法官保留原則？德國、瑞士、奧地利、韓國、臺灣以及美國刑法，均採肯定之見解，而日本刑法及英國則否。
- 6.關於關於收容處分之執行，是否應加重法院之審查義務？除美國各州規定不一外，德國、瑞士、奧地利、日本、韓國、臺灣以及英國刑法，均採肯定之見解。

表 4-8-3 德、奧、瑞、日、韓、美、英、臺等國監護制度執行面問題綜合比較表

| 執行面問題 | 德 國 | 奧地利 | 瑞 士 | 日 本 | 韓 國 | 英 國 | 美 國 | 臺 灣 |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|------------|--------|-----|
| 1. 執行處所，是否僅限精神病院？ | Yes | Yes | Yes | No | No | No | No | No |
| 2. 對於同時受自由刑宣告之受處分人，是否於刑前先執行處分為原則？ | Yes | Yes | Yes | No | Yes | N/A | N/A | No |
| 3. 收容處分先於刑罰執行者，可否折抵刑期？ | Yes | Yes | Yes | 非保安處分 | Yes | 可永久治療無時間限制 | N/A | No |
| 4. 收容處分經宣告後，可否暫緩執行或假釋以中止執行並交付觀護考核？ | Yes | Yes | Yes | No | No | Yes | Yes | No |
| 5. 收容處分經宣告後，易處他種保安處分，是否應採法官保留原則？ | Yes | Yes | Yes | 非保安處分 | Yes | N/A | Yes | No |
| 6. 關於收容處分之執行，是否應加重法院之審查義務？ | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 各州規定不一 | YES |

第五章 我國監護處分執行狀況與因應策略

本章旨在根據訪談資料，分析我國現行監護處分執行之實務狀況與困境等相關問題，茲依序就監護處分執行現況及其因應策略，以及未來執行監護處分困境與因應策略等二部分，加以深入說明如下。

第一節 監護處分執行現況分析

本節旨在說明監護處分第一線執行機關，包括：警察機關、檢察機關、矯正機關、醫療機構及社會福利機構，於執行監護處分時的角色扮演與實務困境，以真實呈現第一線執行機關所面臨的實務概況與問題。並依據文獻檢閱及深度訪談等質性研究之結果，針對前述監護處分第一線執行機關所遭遇的實務困境，研提相關初步解決之道，俾作為後續專家問卷及焦點團體座談廣續討論之基礎。

一、警察機關（構）執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

以下說明警察機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道。

（一）警察機關（構）執行監護處分時的角色，兼具社會安全與協助角色。

關於警察機關（構）於執行監護處分時的角色，依警察法第二條規定，警察任務為依法維持公共秩序，保護社會安全，防止一切危害，促進人民福利。同法第九條亦敘明：「警察依法行使下列職權：一、發佈警察命令。二、違警處分。三、協助偵查犯罪。四、執行搜索、扣押、拘提及逮捕。五、行政執行。六、使用警械。七、有關警察業務之保安、正俗、交通、衛生、消防、救災、營業建築、市容整理、戶口查察、外事處理等事項。八、其他應執行法令事項。」因此犯罪者無論其精神狀態為何，於有刑事犯罪偵防等之必要時，由警察機關加以查緝、逮捕殆無疑義。

惟犯罪行為人屬於監護處分，或單純精神病人未有犯罪行為時，依精神衛生法等相關規定，警察機關僅係協助單位。員警依法屬於協助人員：主政單位為衛福單位，警察與消防警察均屬行政職務協助工作，主要工作以治安與交通為主；對派出所員警而言，案件只要能和解或依法移送偵辦，其他的範疇即不是警察的處理範圍，即使在後續過程中扮演些微的角色，也僅是「為民服務」為主，故警察在監護處分也有學者方家認為，僅是協助及協同角色。

1、強調警察機關僅為協助角色

強調警察機關僅為協助角色之學者方家認為，依精神衛生法等相關規定，警察在執行監護處分時，於第一線線上民眾報案時，在第一時間抵達現場後，原本員警本身的認知也僅是協

助的角色，對於執行的投入相對較低，且因為衛福單位專責醫師及護理師均未到場，亦增加危害人民之生命身體財產之風險及相關訴訟爭議，誠如受訪者 A1-2-1 所言：

「現場員警因非專業醫療人員，致先行處置致生處置不當或衍生重大瑕疵，易生刑事司法及民、刑訴訟等問題。（A1-2-1）」

2、強調警察機關社會安全的角色

強調警察機關社會安全角色之學者方家認為，社會安全網的許多措施都是追蹤輔導，警政當然是一個部分，用有治安疑慮人口去做。衛政即是心衛社工、社區觀訪員、公衛護士則是做一般民眾健康維護。這些都是屬於支持與協助的部分，並認為強制力跟約束力的來源只有警察，誠如受訪者 A8-3-7 及 A11-2-5 所言：

「所謂強制社區治療，就是醫生跟護士可以到你家裡訪視你，可以給你打針給你吃藥，如果你不合作可以申請警察配合來找你，你一定要接受治療。……但是實務上常上演你追我跑的戲碼。（A8-3-7）」

「急性發作的時候，他第一步要跟誰求助？他不是跟醫療院所，而是跟警察。因為他要叫警察把他送到醫院。（A11-2-5）」

3、強調警察機關兼具社會安全與協助角色。

受訪的學者方家也有認為警察機關除維護社會安全的職責以外，亦兼具社會關懷與為民服務的角色，無法截然二分，民眾報案如涉有具體犯罪事實會危害社會安全之事項，當然責無旁貸，但只要涉及擾亂社會秩序、或有侵害社會安全之虞時，亦可預防性介入，對民眾加以關心與關懷，誠如受訪者 A12-3-9 所言：

「警察在社會安全扮演重要角色，但是警察的概念也在改變，慢慢轉向偏服務的概念，……，不會只是管說有沒有犯法，也會關心會不會需要協助。（A12-3-9）」

（二）警察機關（構）執行監護處分的實務困境

經綜整學者方家意見後，歸納當前警察機關（構）執行監護處分之實務困境如下：

- 1、員警接獲 110 通報後，衛福單位列管之精神病患名單未能及時給予執勤員警參考，抵達現場無法即時了解是否為精神病患者，執勤時易生問題與困擾。
- 2、家屬未能及時抵達現場，警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。
- 3、專業衛福部門護理人員未能及時抵達現場處理及判斷，增加現場實務作業處理困難。

- 4、警察與消防人員未具精神衛生醫療專業知識，且無法判斷個案為列管病患，容易造成執法不當，甚至衍生後續民刑事訴訟案件。
- 5、警消第一線人員缺少精神疾病專業知識及能力，未接受定期、定時及專業教育與訓練。

（三）警察機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

經綜整學者方家意見後，歸納當前警察機關執行監護處分實務困境的解決之道如下：

- 1、建議衛福單位列管之精神病患名單，應提供警消掌握及執勤參考。
- 2、結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得聯繫取得處理資訊。
- 3、建議由醫療專業人員成立精神醫療專業小組，處理精神疾患危安事件，專業醫療人員可採取類似快打部隊模式，針對精神病患相關案件成立及時抵達現場及處理判斷機制。
- 4、建立警察及消防人員處理精神障礙病患或是失能失調病患案件處理之標準作業流程，以免造成執法不當。
- 5、加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練，以提供警消人員處理精神障礙病患或是失能失調病患案件之專業職能。

二、檢察機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

以下說明檢察機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道。

（一）檢察機關（構）執行監護處分時的角色扮演

就監護處分之實際運作而言，檢察機關的角色，就是依據法律規定，指揮監護處分之執行。特別是依《檢察機關執行因精神障礙或其他心智缺陷受監護處分應行注意事項》第3條規定：「檢察官執行監護處分，應按受監護處分人情形，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。為執行監護處分，檢察機關得與設有精神科設備之醫療機構訂定契約以執行監護處分，將受監護處分人委由特約醫療機構醫護之；其屬心智缺陷而具智能障礙者，得聯絡衛生福利部或縣市政府所屬之社政機構或其他啟智教養機構監護之。」第4條規定：「執行檢察官應委請受託醫療機構精神專科醫師先行調閱受監護處分人病歷資料，並門診評估，以決定監護處分之方式（如住院或門診），除依保護管束代之者外，有需接受醫治者，執行檢察官應令入設有精神科設備之醫療機構接受治療，其屬精神衛生法第三條第四款所稱嚴重病人者，應令入經衛生福利部指定之辦理精神疾病嚴重病人強制住院醫療機構接受治療，並通知其家屬或依精神衛生法設置之保護人就近照護。」而就指揮執行監護處分之實務而言，檢察官通常是

按照受處分人精神障礙或心智缺陷的程度，決定要受處分人送入精神醫院，或其他相當處所或責付其親人執行。實際的情況是大部分送入與我們檢察署有簽約的精神病執行，只有少數病症較輕微的，會責付給其家人監護。

（二）檢察機關（構）在執行監護處分時的實務困境

1、現行法制欠缺多元處遇措施

關於檢察機關實務上的困境在於指揮監護處分之執行時，現行法制欠缺多元的處遇措施、可供我們執行檢察官，可以按個別受處分人情況的不同，而為較妥當的處理。誠如受訪者 A3-2-1 所言：

「就現行實務而言，我覺得我們面臨困境是，欠缺多元的處遇措施可供選擇；其次是欠缺足夠的精神醫療照護資源。（A3-2-1）」

2、欠缺足夠的精神醫療照護資源

願意承接監護處分執行之醫院並不多，而就已簽約的醫院而言，其病床數又有限，可以收治的人數有限，以致於檢察機關很多需要送交醫院執行的場合，都必須拜託已簽約的醫院儘量收治。誠如受訪者 A3-2-1 所言：

「就現行實務而言，我覺得我們面臨困境是，.....；其次是欠缺足夠的精神醫療照護資源。（A3-2-1）」

（三）檢察機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

經綜整學者方家意見後，歸納當前檢察機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道如下：

- 1、為實現保安處分執行法第 46 條監護之多元處遇，需有多樣的司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等處所的設置，以供檢察官擇以指揮執行，因此擴充前述多元處遇機構的建置與服務量能，並結合公民社會非營利組織協力參與監護處分之運作時為當務之急。
- 2、充實精神醫療照護資源兼採分級分流及迴轉機制，監護處分可以分級分流，將高度暴力風險及反社會人格者令入司法精神醫院，中低風險令入司法精神病房，至於無暴力風險的不見得要安置於醫院也可以回到門診或家人照護；且可考量建立迴轉機制，如果病人故態復萌，可以配合分級分流，彈性轉向。

三、矯正（監獄）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

以下說明矯正（監獄）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道。

（一）矯正（監獄）機關（構）之角色在精神病患者執行監護處分時與執行自由刑之一般收容人並無不同

矯正署管轄下的監獄，在監獄中精神病患者執行監護處分，於本質上與執行自由刑之一般收容人並無不同。導致監獄中對於執行徒刑之自由刑、治療及預防思想之保安處分，無法明確地區分。監獄中之監護處分是基於隔離保護之思想為基礎。監獄並非監護處分執行之適當處所，因為監獄為機構性處遇，高度安全管理，此外，精神病犯需要療養，需要安靜的場域，因為這些病犯對所處環境的噪音、擁擠的空間很敏感，可能會引發幻覺、幻聽的症狀，監獄顯然非執行監護處分妥適之場所。

矯正（監獄）機關（構）在精神病患者執行監護處分時，無論男女監獄，均提供必要的精神醫療服務，惟矯正機關並非醫療機構，並沒有如醫療機構般有充足的醫事人員編制，且矯正機關雖有精神科醫師的編制，但實際上願意前來任職的醫事人員意願很低，導致矯正機關在精進醫療照護和改善醫療資源上的障礙，誠如受訪者 A4-2-2、A4-2-3 及 A5-2-1 所言：

「監獄中對於執行徒刑之自由刑、治療及預防思想之保安處分，無法明確地區分。（A4-2-2）」

「臺中監獄目前每天都由本監獄委外之精神醫療團隊（中國醫藥大學）醫師進駐看診。（A4-2-3）」

「以桃園分監來說是以健保合作醫院來提供精神醫療門診，分監主要是提供慢性精神病犯的療養照護，若遇急重症發作仍須送醫院治療。（A5-2-1）」

（二）矯正（監獄）機關（構）在執行監護處分時的實務困境

1、監獄並非適合執行監護處分的場所

監獄（Prison Penitentiary）是執行自由刑，限制受刑人的自由，加以輔導、教化矯治，促其能改過遷善，適於社會生活的場所。藉由公營造物與管理人員執行公權力以限制受刑人之自由刑，亦即剝奪犯罪人身體行動自由的刑罰，包含徒刑與拘役。以前述自由刑限制為手段，以便予於教化與矯治，使受刑人能改過遷善、適於社會生活。顯然一般監獄與精神衛生法對於精神障礙者的保障與治療，在本質上有結構性的扞格，誠如受訪者 A4-2-4、A5-2-2 及 A11-7-3 所言：

「因為監獄的管理是以工場或舍房統一集中管理，無法對執行保安處分的治療預防目的有進一步的治療效果。（A4-2-4）」

「精神病犯需要療養，需要安靜的場域，因為這些病犯對所處環境的噪音、擁擠的空間很敏感，可能會引發幻覺、幻聽的症狀.....。（A5-2-2）」

「沒有生病的人去面對監獄就已經很困難，但如果又發作呢？他又有狀況呢？他在監獄裡面受到的狀況會不會加深了他的疾病的狀態？（A11-7-3）」

2、監護個案增加監獄管理量能負擔

有些精神病犯同時有反社會人格，因反社會人格藥物治療成效有限，醫師多建議行為矯正，不能任其為所欲為，要使其遵守規範。因為要予以行為矯正，就會有衝突。這些反社會人格者衝撞體制、不在乎規定，且會慫恿他人鬧事，對矯正機關造成很大的負擔，誠如受訪者 A5-2-2 所言：

「處理他一個人的量能，可能足夠處理對一般人 100 人的量能，因而對監獄管理上造成沉重的負擔。.....此外.....精神病犯的生心理狀態需要細心觀察照護，這些都需要更多的人力空間來處理因應。（A5-2-2）」

（三）矯正（監獄）機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

經綜整學者方家意見後，歸納當前矯正（監獄）機關執行監護處分實務困境的解決之道如下：

- 1、完善監獄精神醫療體系。監獄是執行自由刑之場域，是以隔離保護之思想為基礎。醫療院所之監護處分則是基於治療及預防再犯之思想為基礎。因此監獄並非執行保安處分監護的適當處所，為避免個案於徒刑之執行期間病情惡化，允宜於刑之執行期間，提供完善之精神醫療服務。
- 2、因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。為避免監護處分個案過多，允宜彈性調整監獄人力、經費及設備等，以提升管理量能。

四、醫療機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

以下說明醫療機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道。

（一）醫療機關（構）在執行監護處分時的角色扮演

1、提供醫療專業服務

執行監護處分之醫療機構，含括公、私立醫療院所之精神科或精神專科醫院，然而由於一般精神醫療單位床位有限，導致各大公立醫療院所接受監護業務的意願普遍低落；法務部亦有專案委託私立精神醫療院所執行監護處分之情形，且當法務部將受監護處分者交給醫院後，即改由醫療院所針對受監護處分者做精神醫療的工作，也就是說醫療機關（構）在執行監護處分時最重要的角色扮演就是醫療專業服務的提供，誠如受訪者 A8-2-1 所言：

「法務部交給我們醫院，針對受監護處分者做精神醫療的工作，其他的事情通常不太介入。（A8-2-1）」

2、支持設立專門的司法精神病院

囿於醫療量能護病比不足及卻乏監護處分專業病房之設置等因素，實際上各大醫療院所接收監護處分的個案並不多，且受訪者均支持設立專門的司法精神病院，誠如受訪者 A3-3-1、A6-3-5、A6-3-8、A7-9-4、A12-4-2 所言：

「現行的醫療院所普遍欠缺安全戒護之人力，以致於各簽約醫院普遍不願接受具有暴力、攻擊傾向的精障犯人，為了改善這樣問題，理應建立一個專責的執行機構或現在討論很多的司法精神醫院，並擴增監護處分的醫療照護人力以及物力資源，同時增加多元處遇的可能性。（A3-3-1）」

「在目前醫療院所成立司法精神病房，因為大家還是用現在的精神醫療架構去想，只是多了一個執法安全、多了一個防護班這樣，那個對於精神醫療系統是不夠的，.....整個病房的设计、人力比的设计、費用都要考量進去。（A6-3-5）」

「支持設立司法精神病院，司法精神病房不適合放在原本就有、已設計的床位去直接挪幾床.....，這不適合（A6-3-8）」

「司法精神醫院是衛福部要辦理的，但是衛福部又不能立刻蓋一間醫院出來，暫時先找一些醫院來辦理司法病房，撥補經費去補強，設備設施、人員.....。（A7-9-4）」

「現在要蓋司法精神醫療監護處分處所，這樣的地方他是高強度的單位，這些被拒收、評估高暴力的個案，有些只能送到這個地方來，裡面的結構就必須高強度，所以後來的監護處分可以分級分流，高度暴力風險的放在司法精神醫療監護處分處所，中低風險放在司法精神病房，無暴力風險的不見得要放在醫院裡面，可以回到門診或家人照護。（A12-4-2）」

（二）醫療機關（構）在執行監護處分時的實務困境

1、醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計

精神醫療院所一般病床收容設計為短期 2 個月精神疾病醫療目的為主，目的不在服務合作度低、急性醫療的 3-5 年長期監護處分者，也沒有適合他的心理治療，也沒有適合他的職業復健治療，誠如受訪者 A6-2-6、A6-2-7 所言：

「一般病房本是設計讓病人來住一到兩個月，不是設計來住五年六年，所以他整個人關在那裏，他的合作度會很低，也沒有適合他的心理治療，也沒有適合他的職業復健治療，這些東西都沒有，因為病房本來就不是為監護處分的個案設計的。（A6-2-6）」

「臺大、榮總、林口長庚，這個絕對是比這幾家部立醫院或精神科的醫院的資源龐大很多，但是為什麼他們都不做？這是因為他們的病房設計本來就不是用來照顧這樣的病人，在這樣的狀況下，以醫護的資源不夠來講，照顧病人的狀況可能也沒辦法太好，對病人的治療可能也不太好。（A6-2-7）」

2、因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全

精神醫療院所醫師的編制都是以照顧一般精神病人加以設計，如果將監護處分視為一般精神病人在治療，就必須考慮監護處分的個案，可能還要有犯罪預防的效果，然而監護處分的個案，存有較大風險，例如暴力行為、或之前為殺人犯，這樣的犯罪背景，將對工作人員產生心理上的威脅。誠如受訪者 A3-9-2、A4-9-3、A7-2-2、A12-9-1 所言：

「就戒護人力的問題而言，醫院本身根本沒有戒護的人力，如果醫院立端有戒護人力的需求，通常需向執行檢察官反應，而後配置法警前去支援。（A3-9-2）」

「關於執業人員之執業安全問題，應該需要有一定比例的戒護人力及防衛性戒具及武器的配置，更有待之法上的加強。（A4-9-3）」

「醫院沒有編列額外的戒護能力，所以在討論監護處分的執行的時候，我們也問說，你期待一般專科醫院以現有的能力去做監護處分的話，你沒辦法去期待他有其他的再犯預防。（A7-2-2）」

「對醫院來講安全人力是個大問題，醫院本身的安全能力是很薄弱的。人員、設備、戒護都是不足的。（A12-9-1）」

3、監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題

多數監護處分個案的支持系統不佳、當其於醫療體系進行治療後，渠等之家屬也沒辦法提供相關支援，若再合併反社會人格，更易進行違法或犯罪行為，類此的個案在病房除須治療

其精神疾病外，因其反社會行為，醫院須耗費更多資源去處理，誠如受訪者 A3-5-2、A6-2-5、A7-3-3、A7-5-5 所言：

「反社會性人格傾向的受處分人，無法施以有效的精神醫療，如果加上有暴力前科或傾向，醫院都會害怕危及醫院其他病患的安全，且會造成醫院管理上的困擾。（A3-5-2）」

「監護處分的案子。類似這樣的病人，他在病房除了精神科疾病之外，會有許多反社會的行為，要花很多力氣去處理這些事情。（A6-2-5）」

「有些是人格異常的問題，例如反社會人格違常，人格敗壞、道德感低，就不是精神疾病。所以司法單位不能要求治療是無限制的延長去處理這些事情，這些個案是犯罪，除了治療之外，還要有懲罰、教育及社會監督的系統。（A7-3-3）」

「反社會人格者的矯正，應該放在司法精神病院：因為有一些人就是反社會，所以我們要特別設置一個非常嚴密、高戒護的單位來處理這些個案。我們那時候跟心口司討論這件事情的時候，我們就覺得很高危險、高暴力就應該放在司法精神醫院。（A7-5-5）」

（三）醫療機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

經綜整學者方家意見後，歸納當前醫療機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道如下：

- 1、加速司法精神醫院之建置，強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房之設施、醫病比及戒護人力與經費；並適度連結職能訓練與社會復歸之功能。
- 2、依據個案狀況採取分級分流措施，強化司法精神醫院及司法精神病房功能，至於一般精神醫療院所，則儘量回歸服務一般精神病患之功能。
- 3、反社會人格者的矯正，允宜令入司法精神病院，採取嚴密、高戒護的單位來處理這些個案。同時反社會人格違常，人格敗壞、道德感低，未必屬於精神疾病，如係人格異常，除治療外，能須結合懲罰、教育及社會監督的系統。

五、社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

以下說明社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道。

（一）社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演

社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演，主要服務內容為身心障礙者權利保障法、精神衛生法下的各種服務，例如：家庭支持、社區居住、社會復歸及就業服務等，誠如受訪者 A10-2-2、A11-2-2、A11-2-4、A11-2-5、A11-6-1 所言：

「我們服務的對象大部分病情相對穩定，他需要有外出、參與社區服務的動機，譬如他想要就業、學習，以及居住服務，所以我們服務是日間型、夜間型、就業型、照護型的都有。（A10-2-2）」

「我們這提供開放式對話是希望去了解其工作、家庭甚至包括了他的整個社會網絡，所以我們希望溝通到他們都願意。因為我們跟諮商不一樣的是，我們要的不是治療目標，我們工作的方式是在促進家庭或者跟社會網絡的對話。（A11-2-2）」

「我任職的單位一開始創立是做 club house，一個社區工作的模式。它是在紐約開始的，1948 年到現在全世界有 300 家左右，然後它是在國際是做認證的，最近 WHO 有一個希望全世界加強做社區支持的模式，裡面有一個模式就是 club house，一個典範在那邊。（A11-2-4）」

「我們單位後來有精神疾病照護者專線，這個專線是專門來支持家屬的，屬於支持照護者的專線，但是後來因為我們前面有做 club house，這是一個服務當事人的。（A11-2-5）」

「我們機構主要就是有關多元處遇與社會安全網的部分，主要聚焦於復歸的階段，治療的階段還是要交給醫療院所，但我們希望不管是在刑前還是刑後，可以先跟監護處分者先做接觸，預先建立信任與陪伴，並提供復歸計畫的規劃。（A11-6-1）」

（二）社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的實務困境

1、民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確

對民間來講比較困難的是，比較沒有接觸這類的對象，非營利組織會擔憂要怎麼介入、給予服務，且因此類非營利組織過去沒有與司法機關、檢察機關合作的經驗將導致渠等不知道應如何準備。誠如受訪者 A10-2-3 所言

「制度上，雖然法令有說令入相當處所，有提到慈善機構，但過去沒有任何案例可參考，我們不太知道我們要扮演什麼角色跟任務，像是如何提供合適醫療、銜接社區，到底有哪些資源可以介入，現在這些資源有沒有、要怎樣把這些資源長出來，目前都沒有任何政府單位跟民間討論到這一塊。且現在的精神醫療跟社區服務脫鉤蠻嚴重，沒有銜接在一塊，醫院做醫院的，社區做社區的，這是很大的問題。（A10-2-3）」

2、精神衛生方面一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少

過往由於政府不夠重視精神衛生方面，以至於國民在精神健康的上面通常都已經走到病的階段，使得後續處理偏向於治療與復健，未能事先預防。誠如受訪者 A11-2-7 所言：

「一般民眾可以能夠尋求協助的資源、種類非常的稀少。過往我們政府太不重視了，以至於我們在精神健康的上面通常都已經走到病的狀況。此得後續處理偏向於復健，但是我認為生病的人更需要的是他對人生的探索。或是預防勝於治療的概念，這個部分政府其實是缺乏的。（A11-2-7）」

（三）社會福利（含非營利組織）機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

經綜整學者方家意見後，歸納當前社會福利（含非營利組織）機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道如下：

- 1、落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助。並可考量公私協力建置社會復歸中心。
- 2、非營利組織可以參採美國 club house 模式，採取社區工作與支持的方式，並進行國際認證，WHO 對於精神醫療及藥酒癮戒治希望全世界能加強社區支持系統，其中 club house 即是推動的典範之一。

第二節 未來執行監護處分策略分析

本節旨在就監察院於 2021 年 12 月 15 日完成，2022 年 1 月 4 日公告：「王幼玲委員、高涌誠委員調查『據報，一名留美博士在 2011 年涉犯縱火，經法院無罪判決、5 年監護處分後，於 2019 年再度縱火。2005 年修正刑法第 87 條第 3 項，將監護處分期間為 3 年以下，修正為 5 年以下，究竟我國監護處分如何實施？受監護處分人樣態？監護處分的場所是否適宜？監護處分結束後如何轉銜至社區精神照護？有深入調查之必要案』報告」之延伸問題，進行深度訪談後進行質性分析結果。謹說明如下：

一、有關法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。

有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

關於政府相關主管機關進行多元處遇、彈性與跨領域合作規劃之配套措施之建議部分，茲以刑法第 87 條監護處分的規定，業於今（2022）年 1 月 27 日完成三讀、2 月 18 日經總統公布施行，依照該法規定，監護處分的期間，已無期間的限制，就社會防衛以及國家對於人民之健康照護而言，具有合理性與必要性，又有外國法制可供參酌，其合憲性亦無庸置疑。另外，

因應新刑法第 87 條的修正，法務部主管的保安處分執行法有關監護處分之執行的部分，亦已經同時修正，導入多元的處遇措施，增訂彈性與跨領域合性的規範，用以保障人權，應值贊同。問題在於，這些多元的處遇措施，具體上應該如何執行，則仍需主管機構，再作更進一步的規範。

(一) 監護處分可依個案狀況分級分流處理

精神障礙者殺人案層出不窮，連家屬也無法處理，若任其發展及任意活動，形成社會之不定時炸彈隨時引爆，然而精神病可以分為具危險性與沒有危險性 2 種，非常少數是有危險性，絕大多數是沒有危險性。因此為使國家資源發揮最大效益，建議依據監護處分個案實際狀況，採取分級分流方式處理，誠如受訪者 A1-4-2、A1-4-3、A8-4-2、A12-4-1、A12-4-2 所言：

「1.有攻擊行為者：故應將精神障礙者或失能失調病患有攻擊行為者，應延長監護期間，無次數限制，強力用藥治療並強制送醫。(A1-4-2)」

「2.無攻擊行為者：應將精神障礙者或失覺失調病患，應以多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以社區處遇方式為之，建議組成以美國精神衛生法庭及強制社區治療委員會制，以法官、檢察官、律師、警察、醫師、護理師、消防警察、社工及公正人士，共同參與決策處理，讓病患回歸社區及社會。(A1-4-3)」

「符合學理認定的精神病，絕大多數都是長期、慢性的，絕大多數是不會好的。但是這裡面還可以分為具危險性與沒有危險性兩部分，非常少數是有危險性，絕大多數是沒有危險性。(A8-4-2)」

「個案類型各不相同，可分級分流彈性處遇：監護處分的個案有很多類型，精神病只是其中一種，其他還有智能障礙、自閉症，處理上的原則都不太一樣。(A12-4-1)」

「司法精神醫療監護處分處所收容被拒收、評估高暴力的個案，中低風險放在司法精神病房，無暴力風險的不見得要放在醫院裡面，可以回到門診或家人照護。(A12-4-2)」

(二) 建置整合社區資源的配套措施

對於精神病患，無論是國家或社會，均希望能藉由適當之處遇措施，使渠等仍能有社會復歸社會之可能，尤其是保安處分的個案，兼患有精神疾病，均希望渠等能於經過治療之後，可以慢慢的在社會上發揮他一定程度的功能，因此建置整合社區資源、結合/社區轉銜機制等配套措施有其必要性，如：社安網的社工或中途之家等非營利組織，協助個案回診、復歸社區，誠如受訪者 A6-4-3、A6-4-5、A11-4-2 所言：

「配套措施就是社區的資源必須長出來，那這個社區的資源是指說當病人出院之後，也就是說監護處分的個案一旦離開醫療院所，大家不要想像說他就好像就放飛了好像沒人管他，

其實不是的，我們社區還是有很多資源可以協助，譬如說我們醫院這邊會做出院準備，出院準備的團隊會必須銜接社安網的社工（A6-4-3）」

「社安網的社工必須要充分發揮個案管理的角色，充分掌握這個病人在出院後的相關配套，例如什麼時候看精神科……。（A6-4-5）」

「過去的監護處分沒有這次修法多出來的多元處遇，所以以前只能在相關的醫療院所，並沒有把社福機構算進去，多元處遇是希望社福機構還有居家治療等各方面都放進去。（A11-4-2）」

（三）完善中間處遇的轉銜機制

目前我國保安處分機制缺少轉銜中間處遇、個管社工等機制，因此政府必須將資源配置在社區，以銜接獄政、醫療，而後將病人從住院銜接到復歸社會，因此需要將中間處遇機制，如中途之家等社區資源加以建置完善，誠如受訪者 A6-4-7、A6-4-13 所言：

「保安處分修法事實上他不是只有說住院，他還有提到門診，還有提到社區治療，還有提到甚至像中途之家，我國政府在栽培中途之家，資源一直沒有到位，第二是我知道有少數經營的幾個也沒有很順利，大家要知道美國真是超級無敵多的中途之家，他們有不同的 NGO 與政府合作，有針對各種不同對象的中途之家。（A6-4-7）」

「臺灣目前匱乏中途之家，甚至像中繼職場也付諸闕如。（A6-4-13）」

二、有關監護處分個案執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制

監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

關於如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺之問題，歸納受訪者所提出之建議包括：針對精神病個案，應成立專責之處理團隊平臺及機制；逐案成立專責之處理團隊並列管；比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合；採取獨立病房、治療模式執行監護處分，茲分述如下：

（一）針對精神病個案，應成立專責之處理團隊平臺及機制

由於現代人壓力大，許多人患有輕微精神疾病，政府應建立地區專責處理院所，成立針對精神病專責處理團隊，並給予適當福利。因此當法務部有需要執行的個案時，便送往該地區專

責處理院所，不得拒收。除此之外，應成立跨部會之溝通平臺及機制。誠如受訪者 A1-5-2 所言：

「針對精神病個案，應成立跨部會之溝通平臺及機制，建議組成以美國精神衛生法庭及強制社區治療委員會制，以法官、檢察官、律師、警察、醫師、護理師、消防警察、社工及公正人士，共同參與決策處理。(A1-5-2)」

(二) 逐案成立專責之處理團隊並列管

針對每一個案採取逐案列管方式，配置專責處理之醫療人員、社工人員，並有網路平臺進行建檔及管理，當若有跨區安置時，可即時查詢過往處遇狀況，且醫療人員需與跨區安置的相關人員共同追蹤治療一段時間(例如半年)，以避免交接不確實時，造成患者逸脫後續追蹤困難。誠如受訪者 A1-11-2 所言：

「針對精神病個案，逐案成立專責之處理團隊、平臺及機制，並列管……(A1-11-2)」

(三) 比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合

關於部會層級協調不易的問題，允宜參採毒品緩起訴的模式，由行政院層級指派政務委員 1 名來進行跨部會整合，並責成該名政委負最終決策之權責。誠如受訪者 A6-5-2 所言：

「協調的部分我認為毒品的緩起訴是一個很好的模式，就是橫跨法務部與衛福部，當時其實最高層級是必須由羅秉成政委來拍板。(A6-5-2)」

(四) 採取獨立病房、治療模式執行監護處分

監護處分之治療，最好要有獨立的病房、治療模式，由於過去沒有專門的病房，健保也沒有針對此一項目進行給付，所以就是把病人打散在各個病房，另一個考量是有些病人不全然是生病才犯法，他可能本來行為上就不太好又正好生病，這些個案如果把它群聚在一起，將更難以治療與管理，綜上，建議針對監護處分個案，採取獨立病房及獨立治療之模式，來加以執行。誠如受訪者 A6-2-6、A7-5-4、A12-5-2 所言：

「病房本來就不是為監護處分的個案而設計--病床收容設計為短期 2 個月疾病醫療目的為主，目的不在服務合作度低、急性醫療的 3-5 年長期監護處分者。(A6-2-6)」

「我們目前的病房設置，是按照一般精神病人的規格在設的。(A7-5-4)」

「監護處分理論上最好要有獨立的病房、治療模式。(A12-5-2)」

三、有關監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制

監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

關於強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」規定之問題，經歸納受訪者意見如下：

(一) 依照現行法制規定，監護處分係採多元處遇措施

監護處分執行的目的之一，乃在防衛社會安全，因此，監護處分之執行理應為社會安全網之一環。而關於監護處分之執行，依照新的保安處分執行法第 46 條規定：「1.因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」再依第 46 條之 1 規定：「1.檢察官為執行監護處分，於指定前條第一項之執行方式前，得參酌評估小組之意見。2.檢察官於執行監護處分期間內，認有必要時，得依職權或前條第一項各款受指定者之請求，變更執行方式。變更時，得參酌評估小組之評估意見。3.前二項評估小組之組成、其委員資格、遴（解）聘、評估程序及其他相關事項之辦法，由法務部定之。」據此，新法採之監護處遇措施，係採多元處遇措施，殆無疑義。誠如受訪者 A1-4-3、A1-6-2、A3-6-1、A5-10-1 所言：

「精神障礙者或失覺失調病患，應以多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃。(A1-4-3)」

「目前監護處分『多元處遇』規範設計完整，……現行監護處分與過去相比，不僅消極方式來維護公共安全，更包含積極提供治療，具有監禁與治療意義。(A1-6-2)」

「依照新的保安處分執行法第 46 條規定，……新法採之監護處遇措施，係採多元處遇措施。(A3-6-1)」

「為實現保安處分執行法第 46 條監護之多元處遇，需有多樣的司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等處所的設置，以供檢察官擇以指揮執行(A5-10-1)」

(二) 現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確

保安處分執行法第 46 條有關多元處遇機制之規範，諸如條文所稱「司法精神醫院、醫院或其他

精神醫療機構」、「精神復健機構、精神護理機構」或「身心障礙福利機構或其他適當處所」法務部並未提供相關名冊，以及在什麼情況下，應該送入哪一個機構的標準作業流程。均未臻具體明確，恐衍生日後執行之困難。誠如受訪者 A1-6-2、A3-6-1、A5-6-1 所言：

「目前監護處分『多元處遇』規範設計完整，惟問題複雜，難以落實。(A1-6-2)」

「保安處分執行第 46 條之 1 第 2 項有規定，檢察官得參酌評估小組之意見，但評估小組，該如何組成、其委員資格、遴（解）聘、評估程序如何，我們都還不清楚，這些都有待上級進一步的研議……。(A3-6-1)」

「現有我國的心衛社工的量能是否能支撐新法多元處遇的理念，心衛社工多久要回去訪視一次？又能夠在多短的期間內去定期訪視？訪視的時候真的能夠實際掌握到個案具體真實的服藥狀況嗎？這些都還是制度上懸而未決的難題。(A5-6-1)」

（三）現行實務的轉銜機制，已明文規範於新修正之保安處分執行法第 46 條之 3

保安處分執行法第 46 條之 3 規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」已將現行實務的轉銜機制，進一步的明文化。誠如受訪者 A3-6-2、A6-4-9、A6-8-3 所言：

「新的保安處分執行法第 46 條之 3，……已將現行實務的轉銜機制，進一步的明文化。(A3-6-2)」

「目前我國保安處分機制必需建置中間處遇的轉銜機制……我認為轉銜的機構必須長出來。(A6-4-9)」

「轉銜機制配合的單位包括檢察官、醫療院所、精神醫學會、各地的心理衛生科、警政、矯正系統。(A6-8-3)」

（四）社區處遇關懷計畫，心衛社工量能仍須進一步評估

我國目前社安網第二期計畫針對監護處分的社區處遇關懷計畫的因應機制，要求心衛社工定期訪視，但實務個案上，現有我國的心衛社工的量能是否能支撐新法多元處遇的理念，以及如何落實社安網督導機制，以及網網相連機制，尤其是橫向聯繫作業等，均為制度上懸而未決的難題。誠如受訪者 A5-6-1 所言：

「實務個案上，現有我國的心衛社工的量能是否能支撐新法多元處遇的理念，心衛社工多久要回去訪視一次？又能夠在多短的期間內去定期訪視？訪視的時候真的能夠實際掌握到個案具體真實的服藥狀況嗎？這些都還是制度上懸而未決的難題。（A5-6-1）」

（五）加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助

個案在指定機構處遇時，衣食無虞，回歸社區後，各項壓力隨之而來，個案的家庭本身可能狀況連連，經濟條件各自也都有相當程度的落差，家人之間相處的問題等等很多的負向原因可能會漸漸浮現，而讓原本多元處遇的網絡有隨時動搖的可能，因此如何加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助，將是新法多元處遇方案亟待解決的實際癥結。誠如受訪者 A1-4-3、A5-6-4、A12-2-4 所言：

「精神障礙者或失覺失調病患，應以多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以社區處遇方式為之，建議組成以美國精神衛生法庭及強制社區治療委員會制，以法官、檢察官、律師、警察、醫師、護理師、消防警察、社工及公正人士，共同參與決策處理，讓病患回歸社區及社會。（A1-4-3）」

「回歸社區後個案的原生家庭的狀況也可能成為問題，因為個案在指定機構處遇時，是吃住無虞，精神壓力小，但是回歸社區後，各項壓力也隨之而來。（A5-6-4）」

「回歸社區及後續追蹤困難問題：回歸社區也是一個大的挑戰，過去經歷到的是檢察官同意，一紙公文來病人就離開，後續很難追蹤他，……不太能了解他後續的狀況。（A12-2-4）」

（六）落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與

新的精神衛生法，非常強調社會復歸的部分。當精神病人回到社區的時候，將依照一般精神病的方式做復健與治療，只要他的精神症狀可以穩定，按照他的能力去安排社會復健機構。目前許多非營利組織均有提供各種服務，可配合多元處遇無論是日間、夜間、全天與就業服務，均有提供協助。此外，就業服務可以結合其他支持性策略，另或可考慮參據長照據點的設置，建立社會復歸中心。誠如受訪者 A7-6-1、A10-6-2、A11-6-7 所言：

「新的精神衛生法，非常強調社會復歸的部分。當精神病人回到社區的時候，我們會按照一般精神病的方式做復健與治療，只要他的精神症狀可以穩定，按照他的能力去安排社會復健機構。（A7-6-1）」

「目前協會提供各種服務，可配合多元處遇：日間、夜間、全天跟就業的服務我們都有，我們都可以提供協助，對監護處分個案不是只提供他住而已，一定會提供相關的服務，譬如他經濟弱勢提供就業、找工作，有點像更生人要回職場，類似的相關服務。（A10-6-2）」

「希望一個人不管是在居住上還是就業上面都能得到支持，我其實希望應該要有一個社會復歸中心。（A11-6-7）」

四、有關刑前執行監護處分時間點出現之空窗期

有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

本議題茲因研究訪談進行期間，我國為完整建構精神障礙或心智缺陷犯罪嫌疑人之社會防護機制，立法院前於本（2022）年 1 月 27 日已三讀修正通過「刑法」、「保安處分執行法」及「刑事訴訟法」等法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」兩大制度，現行監護期間最長 5 年外，增訂延長監護期間規定；監護處分方式包含令入司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等適當處遇措施，以完善社會安全網。

根據今年新修正施行的刑事訴訟法第 121 條之一的規定：「被告經法官訊問後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，先裁定諭知六月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置。」這個暫行安置規定，依照同條第三項規定，在暫行安置期間有延長之必要時，被告經法官訊問後，認有延長之必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，以裁定延長之，依法延長六個月，總計的暫行安置期間不得超過五年，已經有相應的因應解決方案加以改善。因此已無過去緊急安置制度未臻完備之情形，故已無賡續討論分析之必要，謹此說明。

五、有關地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院所的履約情形能否確實維護受監護處分人的權益

請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院所的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

（一）關於地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度部分

1、多數執行檢察官均依保安處分執行法第 48 條規定執行視察業務

地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度，依照保安處分執行法第 48 條規定，檢

察官對於受監護處分之人，於指揮執行後，至少每月應視察一次，並制作紀錄。根據訪談結果，有受訪者認為，多數執行檢察官都有依據上開規定執行視察業務，每月視察 1 次，誠如受訪者 A3-8-1、A7-8-3、A8-8-1、A8-8-2 所言：

「即使在疫情期間，我們也會配合政府以及醫院端的防疫措施，不親自視察，而是去函簽約醫院，詢問受處分人接受監護處分執行的狀況如何，並請簽約醫院提供相關的醫錄紀錄。(A3-8-1)」

「當然也有一些地檢署的檢察官我就滿欣賞的，即便很遠，還是會來看個案，會比較好溝通，每個人都跟他說病人變化如何，搞不好有一天病人可以離開。(A7-8-3)」

「地檢署檢察官他們真的每個月都照時間來視察本院及受監護處分人，我們也會跟他排時間。如果我個人有事無法參與，也會指派院內的主管來陪同。(A8-8-1)」

「他們每個月都會來一次，甚至常常會帶實習學生、實習法官過來，最少 1 位檢察官、1 位書記官一定會來本院訪視，應能確實維護受監護處分人的權益。(A8-8-2)」

2、少數檢察官對於受監護處分人，並未落實定期視察

關於地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度，也有受訪者認為檢察官對於受監護處分人，並未落實定期視察，誠如受訪者 A4-4-5、A4-8-1、A4-8-2、A6-8-2、A7-8-1、A7-8-2 所言：

「就我所知，檢察機關並未落實定期視察監護者，而是醫療院所就監護者刑滿前行文檢察機關，再行裁定有無停止執行之必要。受監護者並無明瞭可提前於監護期間停止執行之必要。(A4-4-5)」

「就我所接觸的案例中，檢察官對於受監護處分人，並未落實定期視察。(A4-8-1)」

「依刑法第 87 條現行條文及新修之條文於法條中明示：監護處分為 5 年以下，但執行中認為無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。如檢察官未定期主動視察受處分人，而受處分人亦無法明瞭於執行中得免其處分之執行，而執行監護處所門診之醫生，亦無定期評估的機制，則免其處分之執行形同虛設，有失其美意。(A4-8-2)」

「醫療資源不平均，北中南東實行落差非常大：我認為目前如果沒有我剛剛講更高的長官、法務部跟衛福部雙方的共識，他的落實程度會有很大的城鄉差距，那在這樣的狀況之下其實沒有辦法好好維護受監護處分人的權益，包含提供給他合適的治療。(A6-8-2)」

「我之前接過金門委託，像監護處分、保安處分執行法中說檢官每個月要來 1 次。金門不會來，金門委請 OO 地檢署的檢察官來，但是他們常常也沒來。條文中這樣寫，他們其實不一定會這樣子做。有時候講了才會來，我同事也有接到另一個 OO 地檢署檢察官有來訪視的紀

錄單，意思就是要我們幫他簽名，類似這種情形還滿常出現的。(A7-8-1)」

「OO地檢署這樣做，我也覺得很驚訝，不是規定一個月要來1次，怎麼你又來這1張訪視紀錄單，強制我們要做偽證。(A7-8-2)」

(二) 關於簽約醫療院所的履約情形

簽約醫療院所的履約狀況，多數受訪者均認為各簽約醫院的履約狀況良好，均依規定提供受處分人適切之治療處遇措施，但也有受訪者認為受監護處分者於監護處分期間能維護受監護處分人權益，但離開醫療院所後即失控，誠如受訪者A1-8-1、A3-8-2、A9-8-1及A12-8-1所言：

「監護處分期間能維護受監護處分人權益，但離開醫療院所後即失控：個人覺得應無法落實執行，因為在處理相關受監護人時，均能確實維護受監護處分人的權益；惟受限於人權、法律及法規限制，檢方及院方只能依法依限處置醫療，在院期間均能依時依限服藥，治療期限到後即無法依法持續監控，離開醫療院所後如未能每日定時用藥治療，定有復發情事發生，此乃現階段困境。(A1-8-1)」

「依據我個人視察的經驗，以及執行檢察官視察回報的結果來看，各簽約醫院的履約狀況良好，都有依規定提供受處分人適切之治療處遇措施，並沒有侵害受處分人人權的情事發生。(A3-8-2)」

「這一個部分我覺得實務上影響程度沒有那麼大，重點是醫院有多少資源執行。但是我覺得臺灣目前醫療狀況，這個並沒有想像中的那麼不足。重點是資源和溝通協調機制的磨合過程。(A9-8-1)」

「制度設計良善，但實際落實困難，監護處分執行的情形，亦須考慮檢察官人力問題，有沒有時間可以去了解個案狀況，監護處分係界於醫法之間的問題，如何把醫療和法律結合，就像警察怎麼跟衛生單位結合，是目前我覺得最重要、最大的挑戰。(A12-8-1)」

六、有關監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源問題

請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

(一) 關於監護處分執行處所辦理監護處分業務受訪者普遍認為有資源不足、配置未盡合理，安全管理設備、戒護人力，以及執行處所人員執業安全等問題

1、受訪者普遍認為關於監護處分執行處所辦理監護處分業務有資源不足、配置未盡合理，誠如受訪者 A1-9-1、A1-9-2 及 A12-9-1 所言：

「第一線員警處理精神病患時，公衛之專業醫師及護理師第一時間均無法抵達現場處置，惟公立署立依醫療院所均有依法配置，只是未能建立即時處理機制及平臺，致案件在第一時間時喪失處理先機，使病患在現場無人處理或安撫，產生攻擊他人或自傷情事。(A1-9-1)」

「衛生所之護理師在做病患訪談或訪視時，亦無法掌握渠行蹤，家人亦無法知曉，致形成流動之不定時炸彈，以社會安全網之模式亦無法補足此問題缺口，故立法限制維護渠人權或維護民眾安全間之鴻溝，是最難釐清及劃分的，此乃立法層面與執法間之困境，實值當局思考克服之課題。(A1-9-2)」

「現行監護處分資源、安全嚴重不足(人員、設備、戒護不足)，所以後續要做司法精神病房、司法精神醫療監護處分處所，目的都是為了補足經費、安全人力上的問題，對醫院來講安全人力是個大問題，醫院本身的安全能力是很薄弱的。人員、設備、戒護都是不足的。(A12-9-1)」

2、受訪者普遍認為關於監護處分執行處所辦理監護處分業務，有配置未盡合理，安全管理設備、戒護人力，以及執行處所人員執業安全等問題，誠如受訪者 A1-9-3、A3-9-2、A4-9-2 及 A4-9-3 所言：

「執行人員安全管理設備及戒護人力不足，且執業安全依法無據……，依法無據才是真正問題之所在。(A1-9-3)」

「就戒護人力的問題而言，醫院本身根本沒有戒護的人力，如果醫院立端有戒護人力的需求，通常需向執行檢察官反應，而後配置法警前去支援。(A3-9-2)」

「執行監護處分之醫療院所，其戒護之人力為外聘之保全，於執行國家公權力之執行，其有無身分上之疑慮，其亦是一大課題。(A4-9-2)」

「關於執業人員之執業安全問題，應該需要有一定比例的戒護人力及防衛性戒具及武器的配置，更有待之法上的加強。(A4-9-3)」

(二) 受處分人醫療處遇編列不合理，且目前之人力資源比仍然嚴重不足，導致難以發揮效果

受訪者普遍認為關於受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理，誠如受訪者 A1-9-4、A8-9-1、A8-9-2 所言：

「現階段不合理，戒護處分之執行涉及精神病患生心理、社會功能，層面廣且複雜，需有高度的人力比及資源投入方能達到治療效果，減少精神病患再犯，目前之人力資源比仍然嚴重不足，導致難以發揮效果、惡性循環。(A1-9-4)」

「我們是法務部委託執行監護處分的私立醫療院所，在醫療方面使用健保給付，這是沒有問題的，但我們沒有所謂的委託管理費，法務部委託我們以後，唯一支付的就是伙食費。(A8-9-1)」

「我們無法漲價，法務部都說沒錢，不然就說會跟上級反應，但最重要的是說有些病人家裡人已經不管他，他在這邊健保給付的是醫療費用，沒有給他自己個人的生活費。所以很多東西都是我們的社工單位去募捐給他們的。(A8-9-2)」

七、有關監護處分政策成效評估指標

請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

要瞭解監護處分政策之執行成效，以及監護處分績效評估的指標允宜為何？需先就績效管理中有關績效指標與關鍵績指標之相關意涵有所領略。關於績效指標的類型，學者 Carter Klein & Day (1992) 將其區分為投入、過程、產出及成果指標等 4 種態樣，茲分述如下：

- (一) 投入指標：係指組織活動所需的資源，諸如：人員、設備、消耗品等。
- (二) 過程指標：係指組織傳送服務的路徑與方式。
- (三) 產出指標：係指組織活動所製造出的財貨或服務。
- (四) 成果指標：係指每個產出對於服務接受者所產生的衝擊或長期性的影響。

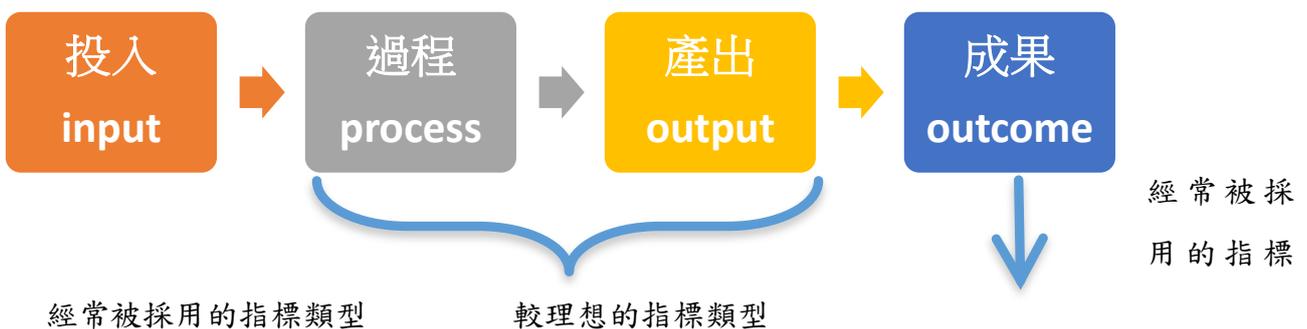


圖 5-2-1 績效指標類型

資料來源：Carter Klein & Day, 1992

至於關鍵績效指標 (Key Performance Indicator, 簡稱 KPI)，為顯示組織策略目標達成情況的質性或量化指標。關鍵績效指標在績效管理過程中最主要的角色則是把重大策略目標轉化

為可衡量的具體行動標準。

關於監護處分之績效評估，學者方家多肯認以「再犯率」作為主要的績效評估指標，誠如受訪者 A1-11-3、A4-10-2、A6-10-2、A7-10-1、A9-10-1 及 A10-10-1 所言：

「我認為可透過檢視受監護處分者之生、心理社會功能之改善狀況、受監護處分者執行完畢後於社區適應狀況、受監護處分執行完畢後之再犯率直接評估受監護處分後之成效，是否有效改善受監護處分者之整體功能……另外透過檢視精神疾病患者整體犯罪率是否下降，可評估整體執行成效對精神疾病犯罪之現況是否有相關。(A1-11-3)」

「以再犯預測為例，可將陷於再犯之危險因子，依程度輕重計分，包括：犯次、家庭支持度、發病的頻率、罪名服藥的改善程度等，予以量化計分。(A4-10-2)」

「我認為治療完成率是一個好的績效評估，就代表說醫療院所做得下去、病人也能夠配合，那以社會安全的角度來講，以犯罪再犯率，一年再犯、三年再犯、五年再犯這會是一個可以評估的指標。(A6-10-2)」

「關於政策評估或績效管理的指標，我們會從醫療的指標來看，我認為復歸社會需要建立長期的指標來監測，例如 1 年內都沒有再犯罪、入院之紀錄等。(A7-10-1)」

「就醫療面而言，應該要讓病人盡早得到比較妥適的治療，減少疾病慢性化。……另一個主觀指標，再犯率的評估。(A9-10-1)」

「核心的指標我覺得法律層面來講應該是減少他的再犯率，跟縮短監護處分的期間，就是提早結束監護處分，讓他可以脫離司法監管、回到自己的生活。(A10-10-1)」

但也有受訪者 A5，針對以再犯率作為監護處分主要的績效評估指標，提出不同意見如下：

「至於其他如犯罪率、監護後的再犯率，以刑後監護而言，假如是如殺人或縱火等重大刑案，若要等到服完刑期或假釋期滿後，接續執行監護，當事人其實年齡都蠻大了，已經步入中老年，若是要用監護處分後的再犯率等量化指標可能實際上不是一個有效的評估。(A5-10-3)」

「如再犯率這種具體量化的評估因子一出現，各機關在交換溝通意見的時候可能就會立即轉變為自我防禦的模式，認為這不是我的核心執掌的業務領域，為何要被半強迫地被成為評鑑的對象，扛起指標評鑑的壓力，而且司法與醫療端對「再犯」的理解不同，從醫療的觀點是疾病復發，復發就是再接受治療，不會追求如司法觀點不再犯般的以不再復發為目標。因此我傾向一律用量化的指標去評估不全然是最佳的作法。(A5-10-5)」

其他評估指標包括：多元處遇機構的建置量能；以及醫療相關量表(例如：自殺強度量表、

生活品質量表，以及暴力評估量表等）茲分述如下：

1、多元處遇機構的建置量能

多樣的司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等處所的設置，為落實保安處分執行法第 46 條監護之多元處遇所需投入之基礎設施，以績效管理理論而言，多元處遇機構的設置，屬於投入指標之一環，誠如受訪者 A5-10-1 所言：

「為實現保安處分執行法第 46 條監護之多元處遇，需有多樣的司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等處所的設置，以供檢察官擇以指揮執行，這些多元處遇機構的建置量能是否足夠本身就是個很重要的評估指標。（A5-10-1）」

2、醫療相關量表（包括：自殺強度量表、生活品質量表及暴力評估量表等）

關於醫療績效評估標準，針對不同種類的神經疾病有不同的評估量表，例如自殺強度量表、生活品質量表，憂鬱評估量表及暴力評估量表等，誠如受訪者 A6-10-7、A8-10-1 所言：

「關於精神醫療成果評鑑，例如：生活品質量表、憂鬱評估量表，都是以病人醫療成效為出發點，又如自殺強度量表、生活品質量表等，還有暴力的量表。（A6-10-7）」

「關於精神醫療成果評鑑的各種相關指標太多了，這是我們醫療的本行，必須由我們醫院做一個介面呈現給法務部，讓法務部了解我們做得成果怎麼樣。（A8-10-1）」

第三節 小結

本節旨在就前兩節有關監護處分執行現況，以及未來執行監護處分因應策略之分析結果，進行條列式的說明，謹摘陳如下：

一、監護處分執行現況分析

（一）警察機關（構）執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

1、警察機關（構）執行監護處分時的角色，兼具社會安全與協助角色。

2、警察機關（構）執行監護處分的實務困境

（1）員警接獲 110 通報後，衛福單位列管之精神病患名單未能及時給予執勤員警參考，抵達現場無法即時了解是否為精神病患者，執勤時易生問題與困擾。

（2）家屬未能及時抵達現場，警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。

（3）專業衛福部門護理人員未能及時抵達現場處理及判斷，增加現場實務作業處理困難。

(4) 警察與消防人員未具精神衛生醫療專業知識，且無法判斷個案為列管病患，容易造成執法不當，甚至衍生後續民刑事訴訟案件。

(5) 警消第一線人員缺少精神疾病專業知識及能力，未接受定期、定時及專業教育與訓練。

3、警察機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

(1) 建議衛福單位列管之精神病患名單，應提供警消掌握及執勤參考。

(2) 結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得聯繫取得處理資訊。

(3) 建議由醫療專業人員成立精神醫療專業小組，處理精神疾患危安事件，專業醫療人員可採取類似快打部隊模式，針對精神病患相關案件成立及時抵達現場及處理判斷機制。

(4) 建立警察及消防人員處理精神障礙病患或是失能失調病患案件處理之標準作業流程，以免造成執法不當。

(5) 加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練，以提供警消人員處理精神障礙病患或是失能失調病患案件之專業職能。

(二) 檢察機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

1、檢察機關（構）執行監護處分時的角色扮演

就監護處分之實際運作而言，檢察機關的角色，就是依據法律規定，指揮監護處分之執行。特別是依《檢察機關執行因精神障礙或其他心智缺陷受監護處分應行注意事項》第3條及第4條規定依據受處分人精神障礙或心智缺陷的程度，決定要受處分人送入精神醫院，或其他相當處所或責付其親人執行。

2、檢察機關（構）在執行監護處分時的實務困境

(1) 現行法制欠缺多元處遇措施。

(2) 執行監護處分欠缺足夠的精神醫療照護資源。

3、檢察機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

(1) 為實現保安處分執行法第46條監護之多元處遇，需有多樣的司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等處所的設置，以供檢察官擇以指揮執行，因此擴充前述多元處遇機構的建置與服務量能，並結合公民社會非營利組織協力參與監護處分之運作時為當務之急。

(2) 充實精神醫療照護資源兼採分級分流及迴轉機制，監護處分可以分級分流，將高度暴力

風險及反社會人格者令入司法精神醫院，中低風險令入司法精神病房，至於無暴力風險的不見得要安置於醫院也可以回到門診或家人照護；且可考量建立迴轉機制，如果病人故態復萌，可以配合分級分流，彈性轉向。

(三) 矯正（監獄）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

1、矯正（監獄）機關（構）之角色在精神病患者執行監護處分時與執行自由刑之一般收容人並無不同。

2、矯正（監獄）機關（構）在執行監護處分時的實務困境

(1) 監獄並非適合執行監護處分的場所

監獄（Prison Penitentiary）係執行自由刑之刑事處罰機構，以限制自由為手段，以便施予教化與矯治，使受刑人能改過遷善、適於社會生活。顯然一般監獄與精神衛生法對於精神障礙者的保障與治療，在本質上有結構性的扞格。

(2) 監護個案增加監獄管理量能負擔

3、矯正（監獄）機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

(1) 完善監獄精神醫療體系。監獄是執行自由刑之場域，是以隔離保護之思想為基礎。醫療院所之監護處分則是基於治療及預防再犯之思想為基礎。行為人進入監獄係執行犯罪行為所應受之刑事處罰，考量刑罰的功能、角色，監獄並非執行保安處分監護的適當處所，但是，從整體社會安全角度思考，為避免個案於徒刑之執行期間病情惡化，允宜於刑之執行期間，提供完善之精神醫療服務。

(2) 因應監護個案人數，彈性增加監獄管理量能。為避免監護處分個案過多，允宜彈性調整監獄人力、經費及設備等，以提升管理量能。

(四) 醫療機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

1、醫療機關（構）在執行監護處分時的角色扮演

(1) 提供醫療專業服務。

(2) 支持設立專門的司法精神病院。

2、醫療機關（構）在執行監護處分時的實務困境

(1) 醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計。

(2) 因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全。

(3) 監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題，醫療處分難有成效。

3、醫療機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

(1) 加速司法精神醫院之建置，強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房之設施、醫病比及戒護人力與經費；並適度連結職能訓練與社會復歸之功能。

(2) 依據個案狀況採取分級分流措施，強化司法精神醫院及司法精神病房功能，至於一般精神醫療院所，則儘量回歸服務一般精神病患之功能。

(3) 反社會人格者的矯正，允宜令入司法精神病院，採取嚴密、高戒護的單位來處理這些個案。同時反社會人格違常，人格敗壞、道德感低，未必屬於精神疾病，如係人格異常，除治療外，能須結合懲罰、教育及社會監督的系統。

(五) 社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演、實務困境及其解決之道

1、社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的角色扮演，主要服務內容為身心障礙者權利保障法、精神衛生法所律定的各種服務。

2、社會福利（含非營利組織）機關（構）在執行監護處分時的實務困境

(1) 民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確。

(2) 精神衛生方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少。

3、社會福利（含非營利組織）機關（構）執行監護處分實務困境的解決之道

(1) 落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助。並可考量公私協力建置社會復歸中心。

(2) 非營利組織可以參採美國 club house 模式，採取社區工作與支持的方式，WHO 對於精神醫療及藥酒癮戒治，希望全世界均能加強社區支持系統，其中 club house 即是推動的典範之一。

二、未來執行監護處分策略分析

(一) 修訂刑法保安處分，有關延長監護期間及無次數限制部分

1、監護處分可依個案狀況分級分流處理。

2、建置整合社區資源的配套措施。

3、完善中間處遇的轉銜機制。

(二) 有關監護處分個案執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制

- 1、針對精神病個案，應成立專責之處理團隊平臺及機制。
- 2、逐案成立專責之處理團隊並列管。
- 3、比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合。
- 4、採取獨立病房、治療模式執行監護處分。

(三) 有關監護處分現行處遇模式，缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制

- 1、依照現行法制規定，監護處分係採多元處遇措施。
- 2、現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確。
- 3、現行實務的轉銜機制，已明文規範於新修正之保安處分執行法第 46 條之 3。
- 4、社區處遇關懷計畫，心衛社工量能仍須進一步評估。
- 5、加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助。
- 6、落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與。

(四) 有關刑前執行監護處分時間點出現之空窗期

本議題茲因研究訪談進行期間，我國為完整建構精神障礙或心智缺陷犯罪嫌疑人之社會防護機制，立法院前於 2022 年 1 月 27 日已三讀修正通過「刑法」、「保安處分執行法」及「刑事訴訟法」等法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」兩大制度，現行監護期間最長 5 年外，增訂延長監護期間規定；監護處分方式包含令入司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等適當處遇措施，以完善社會安全網。

根據前述 2022 年新修正施行之刑事訴訟法第 121 條之一的規定：「被告經法官訊問後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，先裁定諭知六月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置。」這個暫行安置規定，依照同條第三項規定，在暫行安置期間有延長之必要時，被告經法官訊問後，認有延長之必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，以裁定延長之，依法延長六個月，總計的暫行安置期間不得超過 5 年，已經有相應的因應解決方案加以改善。因此已無過去緊急安置制度未臻完備之情形，故已無賡續討論分析

之必要，謹此說明。

(五) 有關地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院所的履約情形能否確實維護受監護處分人的權益

1、關於地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度部分。

(1) 多數執行檢察官均依保安處分執行法第 48 條規定執行視察業務。

(2) 少數檢察官對於受監護處分人，並未落實定期視察。

2、關於簽約醫療院所的履約情形

簽約醫療院所的履約狀況，多數受訪者均認為各簽約醫院的履約狀況良好，均依規定提供受處分人適切之治療處遇措施，但也有受訪者認為受監護處分者於監護處分期間能維護受監護處分人權益，但離開醫療院所後即失控。

(六) 有關監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源問題

1、關於監護處分執行處所辦理監護處分業務受訪者普遍認為有資源不足、配置未盡合理，安全管理設備、戒護人力，以及執行處所人員執業安全等問題。

(1) 受訪者普遍認為監護處分執行處所辦理監護處分業務有資源不足、配置未盡合理問題。

(2) 受訪者普遍認為關於監護處分執行處所辦理監護處分業務，有安全管理設備、戒護人力，以及執行處所人員執業安全等問題。

2、受處分人醫療處遇編列不合理，且目前之人力資源比仍然嚴重不足，導致難以發揮效果。

七、有關監護處分政策成效評估指標

1、關於監護處分之績效評估，學者方家多肯認以「再犯率」作為主要的績效評估指標，但也有受訪者認為以再犯率作為監護處分主要的績效評估指標並不妥適，並提出不同意見略以：假如是殺人或縱火等重大刑案，等到服完刑期或假釋期滿後執行監護，當事人已步入中老年，導致監護處分後的再犯率不是一個有效的評估指標。

2、其他評估指標包括：多元處遇機構的建置量能；以及醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）。

表 5-3-1 我國精神疾病患者犯罪後司法處遇措施

| | 警察機關 | 檢察機關 | 矯正機關 | 醫療機關 | 社會福利機構 |
|------------|---|---|---|---|--|
| 執行監護處分時的角色 | 兼具社會安全與協助角色。 | 依據法律規定，指揮監護處分之執行。 | 在矯正機關執行自由刑之精神病患者與一般收容人並無不同。 | 1、提供醫療專業服務。 2、普遍支持設立專門的司法精神病院。 | 主要服務內容為身心障礙者權利保障法、精神衛生法下的各種服務。 |
| 執行實務困境 | 1、衛福單位列管之精神病患名單未能及時給予執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。 2、警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。 3、專業衛福部門護理人員未能及時抵達現場處理及判斷。 4、警察與消防人員未具精神衛生醫療專業知識。 5、未接受定期、定時及相關專業教育與訓練。 | 1、現行法制欠缺多元處遇措施。 2、執行監護處分欠缺足夠的精神醫療照護資源。 | 1、監獄並非適合執行監護處分的場所。 2、監護個案增加監獄管理量能負擔。 | 1、醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計。 2、因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全。 3、監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題。 | 1、民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確。 2、精神衛生方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少。 |
| 解決困境方式 | 1、衛福單位列管之精神病患名單，應提供警消掌握及執勤參考。 2、結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。 3、由醫療專業人員成立精神醫療專業小組，及時抵達現場處理。 4、建立警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。 5、加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。 | 1、擴充多元處遇機構的建置與服務量能，並結合公民社會非營利組織協力參與監護處分之運作。 2、充實精神醫療照護資源兼採分級分流及迴轉機制。 | 1、完善監獄精神醫療體系。 2、因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。 | 1、加速司法精神醫院之建置，強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房之設施、醫病比及戒護人力與經費；並適度連結職能訓練與社會復歸之功能。 2、依據個案狀況採取分級分流措施，強化司法精神醫院及司法精神病房功能。 3、反社會人格者的矯正，允宜令入司法精神病院，採取嚴密、高戒護的處理。 | 1、落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會協力參與，並可考量公私協力建置社會復歸中心。 2、非營利組織可參採美國 club house 模式，採取社區工作與支持的方式，並進行國際認證。 |

資料來源：本研究整理。

第六章 監護處分量能及策略評估分析

本章主要目的係分析我國目前醫療院所、各地方檢察署執行狀況及其量能，並根據各國文獻、訪談資料整理後，再召集專家進行焦點座談，歸納目前執行監護處分實務困境及解決建議，探討並評估初步策略建議之量能及其可行性，茲就相關研究結果於如下各節說明之。

第一節 監護處分執行量能分析

依據保安處分執行法第 46 條規定，行為人因精神障礙或其他心智缺陷，致不能或顯著減低其辨識能力而不罰或減輕刑罰，進而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定「(1) 令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。(2) 令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。(3) 令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。(4) 交由法定代理人或最近親屬照顧。(5) 接受特定門診治療。(6) 其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項」，目前保安處分採「分級分流」、「多元處遇」、「流動迴轉」、「定期評估」及「轉銜機制」等制度，上述監護處分方式，涉及之機構、人員很多，包括精神醫療機構、精神照護或復健機構、身心障礙福利照顧或輔導機構、最近親屬及其他其他適當之處遇，如本研究表 2-1-7 所示，2020 年執行 130 件監護處分案件，其中，106 件 (81.5%) 為住院處分，9 件 (6.9%) 為門診，其他為免除、以保護管束代替監護處分，換言之，目前針對精神障礙或其他心智缺陷之受監護處分人，仍以醫療院所為主要單位。

本研究參酌監察院 2020 年調查報告及法務部統計處提供之統計資料等相關文獻，目前執行監護處分醫療單位共計 39 個單位 (如附錄一)，為瞭解我國目前醫療院所及各地方檢察署執行監護處分狀況及其量能，本研究擬具醫療院所監護處分執行狀況調查表 (請詳見附錄八) 及各地方檢察署監護處分執行狀況調查表 (請詳見附錄九) 後，請委託單位協助函請各醫療院所、各地方檢察署提供其目前執行監護處分狀況，其中，地檢署部分，司法官學院發文文號為法院犯字第 11100821190 號，醫療單位部分，司法官學院發文文號為法院犯字第 11100816040 號，茲就調查結果分述如下：

一、 醫療院所執行狀況分析

由於本研究並無強制力，在 39 個醫療院所中，計有 14 個醫療院所回覆其執行監護處分狀況說明如下，並請詳見表 6-1-1。

- 1、各單位執行監護處分經驗，執行 5~24 年不等，計有高雄市立凱旋醫院、慈惠醫院、八里療養院、桃園療養院、靜和醫院等五家超過 15 年執行監護處分之經驗。
- 2、目前各單位接受監護處分人數：住院治療合計 94 人、門診治療合計 7 人。
- 3、可執行監護處分最大容額：住院治療 154 人、門診治療 90 人。
- 4、執行監護處分方式：藥物治療 72 人、心理治療 51 人、其他處遇方式 13 人，包括：護理、心理、社工處遇、職能治療、產業治療、家族治療、出院準備服務等方式。
- 5、尚可執行住院容額：住院治療 64 人、門診治療 83 人。

表 6-1-1 醫療院所執行監護處分狀況表

| 編號 | 院所名稱 | 執行監護處分(年) | 接受住院人數 | 接受門診人數 | 可執行住院最大容額(人) | 可執行門診最大容額(人) | 執行方式-藥物治療人數 | 執行方式-心理治療人數 | 執行方式-其他處遇人數 | 其他處遇方式 | 尚可執行住院容額(人) | 尚可執行門診容額(人) |
|-----|----------|-----------|--------|--------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|
| 1. | 宏恩醫院龍安分院 | 10 | 19 | 0 | 25 | 0 | - | - | - | 社工處遇、職能治療處遇 | 6 | 0 |
| 2. | 信安醫療信安醫院 | 14 | 1 | 0 | 5 | 0 | 1 | - | - | 住院治療醫療團隊依需求提供處遇 | 4 | 0 |
| 3. | 高雄市立凱旋醫院 | 18 | 35 | 0 | 60 | - | 35 | 35 | - | 依醫療團隊評估個案，給予藥物及各職類別之治療 | 25 | 0 |
| 4. | 臺大竹東分院 | 7 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | | | 0 | 4 |
| 5. | 國軍桃醫新竹分院 | 7 | 0 | 1 | 3 | 10 | 1 | 1 | | 目前一人執行門診監護處分，停時進行藥物與心理治療 | 3 | 9 |
| 6. | 慈惠醫院 | 23 | 3 | 0 | 5 | 10 | 2 | | | 住院患者以藥物為主，門診含藥物及心理 | 2 | 10 |
| 7. | 維新醫院 | 5 | 0 | 0 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | | 2 | 5 |
| 8. | 臺北榮總員山分院 | 9 | 4 | | | | 4 | 4 | 4 | 產業治療、家族治療、出院準備服務等方式 | 0 | 0 |
| 9. | 八里療養院 | 25 | 1 | 0 | 10 | 10 | 1 | 1 | | | 9 | 10 |
| 10. | 玉里醫院 | 16 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | 5 | 5 | 醫療、護理、社工、心理、職能 皆會介入治療 | 0 | 0 |
| 11. | 金門醫院 | 3 | 0 | 0 | 3 | 10 | - | - | - | | 3 | 10 |
| 12. | 桃園療養院 | 24 | 9 | 4 | 10 | 10 | - | - | - | 依據臨床精神症狀處置 | 1 | 6 |
| 13. | 嘉南療養院 | 7 | 16 | 1 | 20 | 10 | 18 | | | | 4 | 9 |
| 14. | 靜和醫院 | 20 | 0 | 0 | 5 | 20 | 0 | 0 | 0 | | 5 | 20 |
| | 合計 | - | 94 | 7 | 154 | 90 | 72 | 51 | 13 | | 64 | 83 |

資料來源：本研究整理

有關醫療院所執行地檢署監護處分狀況：各醫療院所配合執行之地檢署 1~6 個不等，其中高雄市立凱旋醫院配合之地檢署最多，包括：高雄地檢署（19 人）、橋頭地檢署（8 人）、臺南

地檢署(2人)、臺東地檢署(4人)、屏東地檢署(1人)、彰化地檢署(1人)，共有6個地檢署，執行人數35人；請詳見下表6-1-2所示。

表 6-1-2 醫療院所執行地檢署監護處分狀況表

| 編號 | 院所名稱 | 指揮機關 1 | 指揮機關 1 人數 | 指揮機關 2 | 指揮機關 2 人數 | 指揮機關 3 | 指揮機關 3 人數 | 指揮機關 4 | 指揮機關 4 人數 | 指揮機關 5 | 指揮機關 5 人數 | 指揮機關 6 | 指揮機關 6 人數 |
|-----|----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| 1. | 宏恩醫院龍安分院 | 台中檢察署 | 12 | 彰化檢察署 | 6 | 嘉義檢察署 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 2. | 信安醫療信安醫院 | 雲林檢察署 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 3. | 高雄市立凱旋醫院 | 高雄地檢署 | 19 | 橋頭地檢署 | 8 | 臺南地檢署 | 2 | 臺東地檢署 | 4 | 屏東地檢署 | 1 | 彰化地檢署 | 1 |
| 4. | 國軍桃醫新竹分院 | 新竹地檢署 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 5. | 慈惠醫院 | 高雄地檢署 | 3 | 屏東地檢署 | 0 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 6. | 維新醫院 | 台中地檢署 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 7. | 臺北榮總員山分院 | 宜蘭地檢署 | 3 | 台北地檢署 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 8. | 八里療養院 | 新北地檢署 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 9. | 玉里醫院 | 花蓮地檢署 | 4 | 台東地檢署 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 10. | 金門醫院 | 金門地檢署 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 11. | 桃園療養院 | 桃園地檢署 | 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 12. | 嘉南療養院 | 臺南地檢署 | 16 | 橋頭檢察署 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 13. | 靜和醫院 | 台中地檢署 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

資料來源：本研究整理

有關醫療院所醫療量能與監護處分需求狀況，說明如下，並請詳見表 6-1-3：

- 1、專責監護處分病房(床)在有回函的14家醫療院所中，其中高雄市立凱旋醫院有設置專責病房收治監護處分人，無專責監護病房計13家。
- 2、目前一般精神病房(床)平均有10.2房 300.1床。
- 3、目前治療一般精神病患之醫病比，(1)醫師 1：病人 22.3；(2)護理人員 1：病人 12.0
- 4、目前執行監護處分病患之醫病比，(1)醫師 1：病人 5.1；(2)護理人員 0.7：病人 3.7
- 5、目前監護處分戒護人力與受監護處分者之比，戒護人員0.2：病人 4.4
- 6、您認為理想中執行監護處分之醫病比，①醫師 1.0：病人 8.1；②護理人員 1：病人 2.9
- 7、您認為理想中執行監護處分戒護人力與受監護處分者之比，戒護人員 1：病人 4.0

綜合上述，若以平均數進行評估，目前執行監護處分病患之醫師 1：5，低於理想中執行監護處分之醫病比 1：8，醫師人數尚足夠；但若以目前執行監護處分人數最多的高雄市立凱旋醫

院提供資料進行評估，目前執行監護處分病患之醫師 1：15，高於理想中執行監護處分之醫病比 1：8，醫師人數尚不足，需再增加一倍；

目前護理人員大約 1：4，略高於理想中執行監護處分之護理人員比 1：3，護理人員稍不足；但若以凱旋醫院提供資料進行評估，目前執行監護處分病患之護理人員 1：2.7，高於理想中執行監護處分之醫病比 1：2.3，護理人員人數尚不足，需再增加；

目前監護處分戒護人力與受監護處分者之比，0.2：4.4，大約為 1：22，為理想中執行監護處分戒護人力與受監護處分者之比，戒護人員 1：病人 4.0；但若以凱旋醫院提供資料進行評估，目前執行監護處分無戒護人員，理想中執行監護處分之戒護人員比 1：6，若以目前執行 170 件監護處分個案進行估計，需要 28 位戒護人員；若每醫院配置一人，則需再增加約 40 人，顯然目前執行監護處分戒護人力嚴重不足。

表 6-1-3 醫療院所醫療量能與監護處分需求狀況表

| | | 專責病房 | | 一般精神病房數 | 一般精神病床數 | 一般精神醫病比 | | 一般精神醫病比 | | 執行監護醫病比 | | 執行監護醫病比 | | 戒護人力與戒護病人 | 監護處分比 | 理想中監護醫病比 | | 理想中監護醫病比 | | 理想中監護戒護比 | |
|-----|----------|----------|-----|---------|---------|---------|-----|---------|-----|---------|----|---------|-----|-----------|-------|----------|----|----------|-----|----------|-----|
| | | 1無 2有 | 病房數 | | | 醫師 | 病人 | 護理 | 病人 | 醫師 | 病人 | 護理 | 病人 | | | 醫師 | 病人 | 護理 | 病人 | | 戒護 |
| 1. | 宏恩醫院龍安分院 | 1 | - | - | 184 | 1 | 55 | 1 | 13 | 1 | 7 | 1 | 13 | 1 | 7 | 1 | 10 | 1 | 10 | 1 | 5 |
| 2. | 信安醫療信安醫院 | 1 | | 4 | 230 | 1 | 20 | 1 | 3.5 | - | - | - | - | 1 | 14 | 1 | 20 | 1 | 3.5 | 1 | 10 |
| 3. | 高雄市長凱旋醫院 | 2 | 20 | - | 820 | 1 | 16 | 1 | 2.8 | 1 | 15 | 1 | 2.8 | - | - | 1 | 8 | 1 | 2.3 | 1 | 6 |
| 4. | 臺大竹東分院 | 1 | 0 | 1 | 40 | 1 | 10 | - | - | 1 | 1 | - | - | 0 | | - | - | - | - | 1 | 2 |
| 5. | 國軍桃園新醫院 | 1 | 0 | 2 | 67 | 1 | 17 | 1 | 12 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 6. | 慈惠醫院 | 1 | | | 250 | 1 | 10 | 1 | 12 | - | - | - | - | - | - | 1 | 10 | 1 | 2.5 | 1 | 10 |
| 7. | 維新醫院 | 1 | 0 | 45 | 200 | 1 | 50 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 8. | 臺北榮總員山分院 | 1 | - | - | 297 | 1 | 10 | 1 | 6 | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - | - | - | - |
| 9. | 八里療養院 | 1 | | 4 | 150 | 1 | 16 | 1 | 2.8 | 1 | 16 | 1 | 2.8 | 0 | - | 1 | 10 | 1 | 2.3 | 1 | 1 |
| 10. | 玉里醫院 | 1 | 0 | 6 | 484 | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 | - | 1 | 10 | 1 | 2.3 | 1 | 1.1 |
| 11. | 金門醫院 | 1 | 3 | 10 | 26 | 1 | 1.2 | 1 | 1.5 | 3 | 0 | - | - | - | 0 | - | - | - | - | 1 | 1 |
| 12. | 桃園療養院 | 1 | 0 | 13 | 622 | 1 | 15 | 1 | 11 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 13. | 嘉南療養院 | 1 | | 11 | 482 | 1 | 50 | 1 | 56 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 14. | 靜和醫 | 1 | - | 6 | 350 | 1 | 20 | 1 | 3.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | | 1 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----|-----|------|-------|-----|------|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平均 | 1.1 | 3.3 | 10.2 | 300.1 | 1.0 | 22.3 | 1 | 12.0 | 1.0 | 5.1 | 0.7 | 3.7 | 0.2 | 4.4 | 1.0 | 8.1 | 1.0 | 2.9 | 1.0 | 4.0 |

資料來源：本研究整理

有關醫療院所拒收監護處分狀況及未來建議，綜整說明如下（請詳見表 6-1-4）：根據資料顯示調查的醫療院所中，有 13 家有拒收監護處分狀況，其原因為：1、反社會人格疾患或特質者；2、無精神症狀或障礙者；3、嚴重生理疾病者；4、高暴力、重大刑案或性侵犯因無法提供足夠戒護人力，會影響其他病患住院權益；5、考量硬體設施與工作人力難以收治者，例如：無法收治肢障個案。

有關針對目前及未來監護處分制度之建議部分，摘陳如下：

- 1、現有精神科病房因已服務其他精神病患，為顧及現有病患權，並無額外獨立空間，故不適合收治監護處分犯人，建議另闢財源及軟硬體空間，規劃獨立人力執行，並非以現有調查醫護病比就能擠出人力來被迫執行。
- 2、健保遭濫用，監護處份病人若無重大傷病或其他福利身分，在現行做法下，無法支付所有病患自費之醫療費用，監護處分個案受健保局定期加強審核，不時被扣錢；另外，個案病情穩定應轉門診治療，但因家屬或社會支持度不足，導致長期住院，形成健保核刪問題。建議法務部應正視此問題，需有專款專責機構較合適。
- 3、住在類精神科病房有違反人權的疑義，應思考此類犯人的危險性再行釋疑，再與人權及安全中取得再平衡。而非將問題轉嫁給醫療院所，失去針對該議題於原有架構下再尋求解決的方式。
- 4、部分醫院是秉持相互合作神，協助司法單位收療部分監護處分者，收治前仍需進行評估，以避免影響一般病人權益。
- 5、理想中要執行監護分，建議應以專責醫院或專責病房為主，一般精神科病房為輔，高暴力、性侵害險者或反社會人格者由專責醫院收治，一般精神科病房可分擔其餘精神疾患，並視個案治療狀況適時轉介精神復健機構，以建精神疾患受刑人得以重返並融入社會。現階段採分散式收治，未來建議規劃專責司法精神病房，足夠的公務預算補助，智慧化安全設備設施改善，人員與流程補強。重度暴力風險個案，在高監控的司法精神病院處置。
- 6、建議需有足夠之法定戒護人員配置，以利醫療業務執行，否則在無安全保障下，所有制度皆會流於形式，建議可提供司法之戒護人力執行。
- 7、需盤點目前分級分流所需的人力、設施、設備，是否足以進行「分級分流」，「多元處遇」亦同，例如單純智能不足之監處，有多少教養院或機構能收容，若要安排日間照護又有多

少地點能收容。

8、當受監護處分人罹有急性傳染病、重大疾病，本院為專科醫院，依規定保安處分處所無法施以適當或無相當醫療設備的情況下，在監督機關許可後，送醫治療，也就是說，若是危及性命之狀態，緊急外醫之後，仍必須向指揮執行的檢察官報告，期望分級分流的多元處遇，可依現況做適當的安置受監護處分之個案。

表 6-1-4 醫療院所拒收監護處分狀況及未來建議表

| 編號 | 名稱 | 無法接收監護處分者的經驗 | 無法接收監護處分者的原因 | 針對目前及未來監護處分制度之建議 |
|----|----------|--------------|---|--|
| 5 | 宏恩醫院龍安分院 | 有 | 內外科疾病、癌末 | |
| 8 | 信安醫療信安醫院 | 有 | 人格疾患不屬於精神科範疇，無法收治 | |
| 14 | 高雄市立凱旋醫院 | 有 | (1)反社會人格疾患或特質者，(2)無精神症狀或障礙者，(3)嚴重生理疾病者 | 目前本院監護住院治療模式已有分級分流、流動迴轉、定期評估之樣態，轉銜機制已在去年法務部要求各地檢署在監護個案結案前三個月召開，唯後續社區追蹤成效如何尚待評估。至於多元處遇，已於今年 2 月保安處分執行法修法後預實施。 |
| 16 | 臺大竹東分院 | 有 | 1.非精神病患，2.重大刑案或性侵犯因無法提供足夠戒護人力，也會影響其他病患住院權益。 | 1.現有精神科病房因已服務其他精神病患，為顧及現有病患權，並無額外獨立空間，故不適合收治監護處分犯人。 2.建議另闢財源及軟硬體空間，規劃獨立人力執行，並非以現有調查醫護病比就能擠出人力來被迫執行。 3.健保已淪為廉價垃圾桶，已遭濫用，監護處份病人若無重大傷病或其他福利身分，在現行做法下，無法支付所有病患自費之醫療費用，法務部應正視此問題。 4.如果住在培德監獄違反人權，住在類精神科病房就不會有違反人權的疑義嗎?應思考此類犯人的危險性再行釋疑，再與人權及安全中取得再平衡。而非將問題轉嫁給醫療院所，失去針對該議題於原有架構下再尋求解決的方式。 |
| 17 | 國軍桃醫新竹分院 | 有 | 1.高暴力、性侵害風險者 2.反社會人格者 | 1.對於問卷 9-12 題，因本院未設有專責監護處分病房，以本院場域未來亦無空間可增設，另因本院未曾收治困難個案(高暴力、性害風險者及反社會人格者)，未有經驗需維持多少戒護人力，故無法作答。 2.就本院監護治療而言，本院是秉持相互合作神，協助司法單位收療部分監護處分者，收治前仍需進行評估，以避免影響一般病人權益。 3.本院同時收治監護處分住院病人最多為 3 人，因收治對象不具高暴力風險與反社會人格，故與一般精神科病人採取相同人力配置，未特別針對監護處分個案另行考慮醫病比或護病比， |

| | | | | |
|----|-------|---|---|---|
| | | | | 也未增設戒護人力。 4.理想中要執行監護分，建議應以專責醫院或專責病房為主，一般精神科病房為輔，高暴力、性侵害險者或反社會人格者由專責醫院收治，一般精神科病房可分擔其餘精神疾患，並視個案治療狀況適時轉介精神復健機構，以建精神疾患受刑人得以重返並融入社會。 |
| 20 | 慈惠醫院 | 有 | 1.暴力風險過高 2.嚴重內外科疾患 | 監護處分個案受健保局定期加強審核，不時被扣錢，需有專款專責機構較合適 |
| 21 | 維新醫院 | 有 | 依監護處分者精神狀態評估，考量本院硬體設施與工作人力難以收治 | |
| 26 | 八里療養院 | 有 | 身體疾病、反社會人格無法收治 | |
| 27 | 玉里醫院 | 有 | ”因行為問題”造成其他病患人身安全危險或治療權益受損時，會建議受監護處分者返回矯正機關。 | 建議需有足夠之法定戒護人員配置，以利醫療業務執行，否則在無安全保障下，所有制度皆會流於形式。 |
| 28 | 金門醫院 | 有 | 經評估後不適合於金門執行監護處分 | |
| 29 | 桃園療養院 | 有 | 本院為精神專科醫院，如有重生理疾病、無精神症狀或障礙、反社會人格、其他(無治療潛能)，建議由其他醫院或其他機構執行監護及治療。 | 1.本院需額外增加病服員與保全擔任戒護工作負荷，建議可提供司法之戒護人力執行。 2.個案病情穩定應轉門診治療，但因家屬或社會支持度不足，導致長期住院，形成健保核刪問題。 3.現階段採分散式收治，未來建議規劃專責司法精神病房，足夠的公務預算補助，智慧化安全設備設施改善，人員與流程補強。重度暴力風險個案，在高監控的司法精神病院處置。 |
| 31 | 嘉南療養院 | 有 | 本院維精神專科病院，對於少部分心智障礙或心智缺陷之個案，較不適合收智於本院。另有部分個案有生理慢性疾病，本院之設施設備較無法照料。而本院無障礙設備較薄弱，亦無法收治肢障個案。 | 1.需盤點目前分級分流所需的人力、設施、設備，是否足以進行「分級分流」，「多元處遇」亦然，例如單純智能不足之監處，有多少教養院或機構能收容，若要安排日間照護又有多少處？ 2.針對「流動迴轉」、「轉銜機制」、應比照美國設置辦公室(mental health casework session).作為核心，以利調動與調整相關資源。 |
| 34 | 靜和醫院 | 有 | 有內外科疾病或有明顯的反社會行為，本院則無法執行醫療監護 | 當受監護處分人罹有急性傳染病、重大疾病，本院為專科醫院，依規定保安處分處所無法施以適當或無相當醫療設備的情況下，在監督機關許可後，送醫治療，也就是說，若是危及性命之狀態，緊急外醫之後，仍必須向指揮執行的檢察官報告，期望分級分流的多元處遇，可依現況做適當的安置受監護處分之個案。 |

資料來源：本研究整理

二、 各地方檢察署執行狀況分析

關於各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況，經本研究團隊函請各地方檢察署協助提供目前監護處分及醫療資源狀況，茲就調查結果分述如下：

(一) 各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況

經本研究團隊致函各地方檢察署盤點各地方檢察署執行監護處分及醫療資源現況，目前合計執行監護處分 188 人，其中住院治療處分 172 人 (91.5%)、門診治療處分 12 人 (6.4%)、其他處分 4 人 (2.1%)。其中，人數最多為高雄地方檢察署 25 人 (13.3%)，其次為台北地方檢察署 22 人 (11.7%)，綜整如下表 6-1-5。

表 6-1-5 各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況

| 地方檢察署 | 住院治療處分 | 門診治療處分 | 其他處分 | 合計 | % | 醫療院所是否足夠 | 配合家數 | 說明 |
|-------------|--------|--------|------|------|---------|----------|------|----------------------------------|
| 1. 臺北地方檢察署 | 22 | 0 | 0 | 22 | (11.7%) | 足夠 | 3 | |
| 2. 士林地方檢察署 | 8 | 0 | 0 | 8 | (4.3%) | 足夠 | 3 | |
| 3. 新北地方檢察署 | 15 | 0 | 1 | 16 | (8.5%) | 不夠 | 4 | |
| 4. 桃園地方檢察署 | 9 | 6 | 0 | 15 | (8.0%) | 足夠 | 1 | |
| 5. 新竹地方檢察署 | 1 | 2 | 0 | 3 | (1.6%) | 足夠 | 2 | |
| 6. 苗栗地方檢察署 | 12 | 0 | 0 | 12 | (6.4%) | 足夠 | 2 | |
| 7. 臺中地方檢察署 | 14 | 0 | 0 | 14 | (7.4%) | 不夠 | 3 | 針對高暴力風險、反社會性人格之監護個案，仍有不願收治之疑慮。 |
| 8. 彰化地方檢察署 | 7 | 0 | 0 | 7 | (3.7%) | 不夠 | 4 | 高暴力傾向之個案，常遭拒絕收治。 |
| 9. 南投地方檢察署 | 0 | 1 | 0 | 1 | (0.5%) | 足夠 | 1 | |
| 10. 雲林地方檢察署 | 8 | 0 | 0 | 8 | (4.3%) | 足夠 | 4 | |
| 11. 嘉義地方檢察署 | 13 | 0 | 0 | 13 | (6.9%) | 不夠 | 3 | 收治病床不足 |
| 12. 臺南地方檢察署 | 17 | 0 | 0 | 17 | (9.0%) | 足夠 | 3 | |
| 13. 高雄地方檢察署 | 22 | 0 | 3 | 25 | (13.3%) | 不夠 | 2 | 上開醫療院所目前無法收治評估為高暴力風險或多重疾病之受監護處分人 |
| 14. 橋頭地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 0 | 病床數太少 |
| 15. 屏東地方檢察署 | 7 | 1 | 0 | 8 | (4.3%) | 不夠 | 5 | |
| 16. 臺東地方檢察署 | 5 | 1 | 0 | 6 | (3.2%) | 不夠 | 3 | 衛生福利部臺東醫院病床數太少 |
| 17. 花蓮地方檢察署 | 4 | 0 | 0 | 4 | (2.1%) | 足夠 | 3 | |
| 18. 宜蘭地方檢察署 | 3 | 0 | 0 | 3 | (1.6%) | 不夠 | 1 | |
| 19. 基隆地方檢察署 | 5 | 1 | 0 | 6 | (3.2%) | 足夠 | 3 | |
| 20. 澎湖地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 1 | |
| 21. 金門地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 1 | |
| 22. 連江地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 0 | |
| 合計 (人數) | 172 | 12 | 4 | 188 | (100%) | | | |
| 合計 (%) | 91.5% | 6.4% | 2.1% | 100% | | | | |

資料來源：本研究整理

超過 10 人以上計有：臺北、新北、桃園、苗栗、臺中、嘉義、臺南、高雄等 8 個地方檢察署；另外，澎湖、金門及連江等 3 個地方檢察署均無執行監護處分之個案。

各地檢署評估醫療院所是否足夠方面，由圖 6-1-1 可知，在 22 個地檢署中，認為不夠有 12 個（55.0%），足夠有 10 個（45.0%），各地資源不一致，配合醫療院所之家數亦不相同，其配合家數由 0 至 5 家不等。

另外，臺中地方檢察署指出：針對高暴力風險、反社會性人格之監護個案，仍有不願收治之疑慮。彰化地方檢察署指出：高暴力傾向之個案，常遭拒絕收治。嘉義地方檢察署指出：收治病床不足。高雄地方檢察署指出：醫療院所目前無法收治評估為高暴力風險或多重疾病之受監護處分人。橋頭地方檢察署指出：病床數太少。臺東地方檢察署指出：衛生福利部臺東醫院病床數太少。

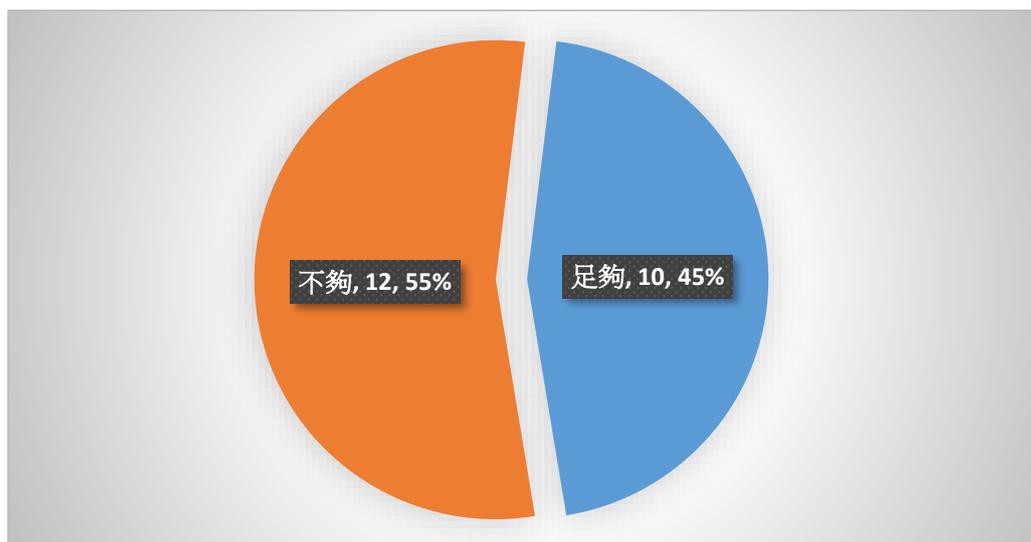


圖 6-1-1 各地檢署評估醫療院所是否足夠結果

資料來源：本研究整理

（二）目前配合執行監護處分機關

由於各地城鄉發展及醫療資源並不一致，故各地方檢察署監護處分配合醫療院所之家數亦不相同，同時各醫療院所收容醫院及門診狀況亦不一致，其中住院超過 10 人以上有：臺北榮總玉里分院、宏恩醫院龍安分院、高雄市立凱旋醫院。各地方檢察署監護處分及醫療資源概況總整如下表 6-1-6。

表 6-1-6 各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況

| 地檢署 | 院所 | 住院 | 門診 | 其他 | 院所 | 住院 | 門診 | 其他 | 院所 | 住院 | 門診 | 其他 | 院所 | 住院 | 門診 | 其他 | 院所 |
|------------|-------------|----|----|----|----------|----|----|----|----------|----|----|----|----------|----|----|----|-------|
| 1.臺北地方檢察署 | 三總北投分院 | 6 | 0 | 0 | 臺北榮總玉里分院 | 16 | 0 | 0 | 衛福部八里療養院 | | | | | | | | |
| 2.士林地方檢察署 | 南光神經精神科醫院 | 6 | 0 | 0 | 三總北投分院 | 1 | 0 | 0 | 未具名 | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| 3.新北地方檢察署 | 三總北投分院 | 6 | | | 八里療養院 | 1 | | | 南光醫院 | 5 | | | 宜蘭員山醫院 | 3 | | | |
| 4.桃園地方檢察署 | 桃園療養院 | 9 | 6 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| 5.新竹地方檢察署 | 臺大醫院竹東分院 | 1 | 2 | | 國軍新竹醫院 | 0 | 0 | | | | | | | | | | |
| 6.苗栗地方檢察署 | 為恭醫院 | 6 | 0 | 0 | 南勢醫院 | 6 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| 7.臺中地方檢察署 | 宏恩醫院龍安分院 | 12 | 0 | 0 | 賢德醫院 | 1 | 0 | 0 | 草屯療養院 | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| 8.彰化地方檢察署 | 宏恩醫院龍安分院 | 4 | 0 | 0 | 明德醫院 | 1 | 0 | 0 | 草屯療養院 | 1 | 0 | 0 | 高雄市立凱旋醫院 | 1 | 0 | 0 | |
| 9.南投地方檢察署 | 草屯療養院 | 0 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.雲林地方檢察署 | 斗六信安醫院 | 1 | 0 | 0 | 臺中榮總灣橋分院 | 5 | 0 | 0 | 斗六成大分院 | 1 | 0 | 0 | 草屯療養院 | 1 | 0 | 0 | |
| 11.嘉義地方檢察署 | 臺中榮總嘉義分院 | 6 | 0 | 0 | 臺中榮總灣橋分院 | 5 | 0 | 0 | 高雄凱旋醫院 | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| 12.臺南地方檢察署 | 文華護理之家 | 1 | 0 | 0 | 凱旋醫院 | 2 | 0 | 0 | 嘉南療養院 | 14 | 0 | 0 | | | | | |
| 13.高雄地方檢察署 | 市立凱旋醫院 | 19 | 0 | 0 | 慈惠醫院 | 3 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| 15.屏東地方檢察署 | 屏安醫院 | 2 | | | 迦樂醫院 | 4 | | | 凱旋醫院 | 1 | | | 慈惠醫院 | | | | 嘉南療養院 |
| 16.臺東地方檢察署 | 市立凱旋醫院 | 4 | | | 衛福部玉里醫院 | 1 | | | 衛福部臺東醫院 | | | | | | | | |
| 17.花蓮地方檢察署 | 衛福部玉里醫院 | 3 | 0 | 0 | 榮總蘇澳醫院 | 1 | 0 | 0 | 榮總玉里醫院 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| 18.宜蘭地方檢察署 | 臺北榮總員山分院 | 3 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| 19.基隆地方檢察署 | 維德醫院 | 2 | 2 | 0 | 桃園聯新國際醫院 | 3 | 0 | 0 | 未具名 | 0 | 1 | 0 | | | | | |
| 20.澎湖地方檢察署 | 澎湖醫院 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| 21.金門地方檢察署 | 衛福部金門醫院 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| 22.連江地方檢察署 | 無配合執行監護處分機關 | | | | | | | | | | | | | | | | |

資料來源：本研究整理

此外，各醫療機構執行各地檢署案件亦不一致，其中住院超過 10 人以上有 7 家，依次為：高雄市立凱旋醫院（28 位）、玉里醫院（20 位）、宏恩醫院龍安分院（16 位）、嘉南療養院

(14 位) 、三總北投分院 (13 位) 、南光神經精神科醫院 (11 位) 、臺中榮總灣橋分院 (10 位) ，綜整如下表 6-1-7。

表 6-1-7 各醫療機構執行地方檢察署監護處分狀況

| 編號 | 院所名稱 | 指揮機關 1 | 人數 | 指揮機關 2 | 人數 | 指揮機關 3 | 人數 | 指揮機關 4 | 人數 | 指揮機關 5 | 人數 | 指揮機關 6 | 人數 | 合計 (住院) | 合計 (門診) |
|-----|-----------|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|------------|
| 1. | 高雄市立凱旋醫院 | 8.彰化地方檢察署 | 1 | 11.嘉義地方檢察署 | 1 | 12.台南地方檢察署 | 2 | 13.高雄地方檢察署 | 19 | 15.屏東地方檢察署 | 1 | 16.台東地方檢察署 | 4 | 28 | |
| 2. | 玉里醫院 | 1.台北地方檢察署 | 16 | 16.台東地方檢察署 | 1 | 17.花蓮地方檢察署 | 3 | 17.花蓮地方檢察署 | 0 | | | | | 20 | |
| 3. | 宏恩醫院龍安分院 | 7.台中地方檢察署 | 12 | 8.彰化地方檢察署 | 4 | | | | | | | | | 16 | |
| 4. | 嘉南療養院 | 12.台南地方檢察署 | 14 | 15.屏東地方檢察署 | 0 | | | | | | | | | 14 | |
| 5. | 三總北投分院 | 1.台北地方檢察署 | 6 | 2.士林地方法檢察署 | 1 | 3.新北地方檢察署 | 6 | | | | | | | 13 | |
| 6. | 南光神經精神科醫院 | 2.士林地方法檢察署 | 6 | 3.新北地方檢察署 | 5 | | | | | | | | | 11 | |
| 7. | 臺中榮總灣橋分院 | 10.雲林地方檢察署 | 5 | 11.嘉義地方檢察署 | 5 | | | | | | | | | 10 | |
| 8. | 桃園療養院 | 4.桃園地方檢察署 | 9+6 | | | | | | | | | | | 9 | 6 |
| 9. | 為恭醫院 | 6.苗栗地方檢察署 | 6 | | | | | | | | | | | 6 | |
| 10. | 臺中榮總嘉義分院 | 11.嘉義地方檢察署 | 6 | | | | | | | | | | | 6 | |
| 11. | 南勢醫院 | 6.苗栗地方檢察署 | 6 | | | | | | | | | | | 6 | |
| 12. | 迦樂醫院 | 15.屏東地方檢察署 | 4 | | | | | | | | | | | 4 | |
| 13. | 宜蘭員山醫院 | 3.新北地方檢察署 | 3 | | | | | | | | | | | 3 | |
| 14. | 慈惠醫院 | 13.高雄地方檢察署 | 3 | 15.屏東地方檢察署 | 0 | | | | | | | | | 3 | |
| 15. | 臺北榮總員山分院 | 18.宜蘭地方檢察署 | 3 | | | | | | | | | | | 3 | |
| 16. | 草屯療養院 | 7.台中地方檢察署 | 1 | 8.彰化地方檢察署 | 1 | 9.南投地方檢察署 | 0+1 | 10.雲林地方檢察署 | 1 | | | | | 3 | 1 |
| 17. | 賢德醫院 | 7.台中地方檢察署 | 1 | 維德醫院 | 2+2 | | | | | | | | | 3 | 2 |
| 18. | 桃園聯新國際醫院 | 19.基隆地方檢察署 | 3 | | | | | | | | | | | 3 | |
| 19. | 屏安醫療屏安醫院 | 15.屏東地方檢察署 | 2 | | | | | | | | | | | 2 | |
| 20. | 文華精神護理之家 | 12.台南地方檢察署 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | |
| 21. | 信安醫療信安醫院 | 10.雲林地方檢察署 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | |
| 22. | 成大斗六分院 | 10.雲林地方檢察署 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | |
| 23. | 臺大竹東分院 | 5.新竹地方檢察署 | 1+2 | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 24. | 八里療養院 | 0.台北地方檢察署 | 0 | 3.新北地方檢察署 | 1 | | | | | | | | | 1 | |
| 25. | 明德醫院 | 8.彰化地方檢察署 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | |

不到案時，又需再次拘提及通緝，以致此類個案，難以及時有效執行。另刑後監護處分於徒刑執行期滿當日或翌日是假日者亦有相同困境。(建議成立緊急安置中心)

- 3、法警需戒護就醫，人力不足，影響勤務運作：受處分人有精神疾病以外之就醫需求時，皆需派法警戒護就醫，甚至受處分人因病入住其他醫院時，住院期間也需法警編排人力戒護，對於法警人力、勤務運作，影響甚大；包括：臺北地方檢察署、彰化地方檢察署、橋頭地方檢察署、宜蘭地方檢察署。(建議需增加法警或戒護人力)
- 4、收治病床不足：離島之澎湖地方檢察署，金門地方檢察署及連江地方檢察署則同樣面臨醫療資源不足，或多仍須轉介至本島收治的情形。(建議需增加監護處分收治病床)
- 5、家庭支持系統不佳者，回歸社區困難：經醫師評估後從住院治療改為門診，家屬如不願接納受監護處分人返家，地檢署及社會局無其他緊急處所得以安置，個案行蹤難以掌握，亦無法強制繼續住；另外，個案經濟狀況欠佳，家庭支持度不強，監護處分結束後，回歸社區產生困難。(建議成立緊急安置中心或建全輔導補助)
- 6、監護處分評估小組多為兼職，不易完整全面評估：目前成立監護處分評估小組只是第一步，如何讓評估小組的運作有效率，必須挹注相當的經費，包括如何讓來自各界的委員，對於每次開會資料能快速瞭解狀況，並於每次開會時，都能聚焦在個案上，如何安排、報告個案的狀況，如何安排事先面審個案或是面訪治療，檢察機關於監護處分評估小組只是協助、列席的角色，但這些個案所需的資料初審、面審等過程，都需要投入相當的心力，很難以無給職的方式要求委員必須要為個案做這麼多事情，未來人力、經費的挹注，是地檢署執行監護處分最大的困境。(增加地檢署承辦評估小組人力)

表 6-1-8 各地方檢察署目前執行監護處分之困境

| 地檢署 | 執行監護處分困境 |
|------------|---|
| 1. 臺北地方檢察署 | <ol style="list-style-type: none"> 1、目前執行監護處分，於受處分人有精神疾病以外之就醫需求時，皆需派法警戒護就醫，甚至受處分人因病入住其他醫院時，住院期間也需法警編排人力戒護，對於法警人力、勤務運作，影響甚大。 2、監護處分個案，經傳喚未到案後，若是於夜間或假日通緝或拘提到案，並非所有醫療院所均 24 小時收治病患，內勤檢察官只能當庭改期，受處分人不到案時，又需再次拘提及通緝，以致此類個案，難以及時有效執行。另刑後監護處分於徒刑執行期滿當日或翌日是假日者亦同。 3、執行監護處分時，醫療院所曾有因個案具有極重的反社會人格或是有縱火習性而不願收治，或是已收治一段期間後卻以此為由，要將個案退還地檢署，而個案所犯情節重大，亦不適合改為居家監護，檢察官難以處理，甚為困擾，實需儘速成立司法精神醫院以茲因應。 |

| | |
|------------|--|
| 3.新北地方檢察署 | 本署與醫療院所係以「監護處分醫療合作契約」形式執行，經醫院評估願意收治始可將受監護分人送入機構執行，惟醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者均不願收治，致本署難以執行。且本署人力始終不足，未有專人可處理該業務，與醫院之溝通尚有不足。 |
| 4.桃園地方檢察署 | 本署與衛生福利部桃園療養院簽訂契約，以該院作為執行監護處分之處所，目前業務運作順暢。惟針對癲癇或智能障礙者判處監護處分時，難覓收治處所，執行監護處分亟需成立司法精神病院（房）以解決困境。 |
| 5.新竹地方檢察署 | 1、個案經濟狀況通常欠佳，家屬（家庭）支持度不強，故於監護處分結束後，回歸社會會產生困難。 2、監護處分個案治療方式，經醫師評估後從住院治療改為門診，家屬如不願接納受監護處分人返家，本署及社會局無其他緊急處所得以安置，個案行蹤難以掌握，亦無法強制繼續住。 3、受監護處分人住院期間因有醫療人員定時投藥，故行為表現均正常，經評估改為門診後，無人約束、家庭支持功能薄弱是常態。因此容易導致情況又惡化，另外又再犯案件，且行蹤難以掌握。故受監護處分人在醫療院所以外之期間，常需投入大量人力定期查訪、監控，對司法、警政單位而言，是沈重的負擔。 |
| 6.苗栗地方檢察署 | 高風險暴力案件醫院較不願意收治，故仍須由上級統一簽訂醫療機構供各地檢署移送執行 |
| 7.臺中地方檢察署 | 監護場所醫院，針對高暴力風險、反社會性人格之監護個案，仍有精神醫學無法治療、醫護人員人身安全、戒護問題而無意願收治之疑慮。 |
| 8.彰化地方檢察署 | 受監護處分人需高度戒護之醫療處所，無醫療機構願意收治，以致於面臨嚴峻考驗。 |
| 10.雲林地方檢察署 | 有新的監護個案，醫院評估後會拒收，故常常找不到醫療院所執行監護。通常需要找很久才有醫院願收。 |
| 11.嘉義地方檢察署 | 1、收治病床不足 2、高暴力傾向受監護處分人醫院無意願收治 |
| 12.臺南地方檢察署 | 監護執行機構於入院前，須經評估程序，若拘提、通緝到案之受處分人好甄夾階段未經評估鑑定，該監護執行機構無法於強制到案當日收治 |
| 13.高雄地方檢察署 | 刑法及保安處分執行法修法後，未來有關監護處分之執行方式、變更、聲請延長或免除，檢察官得參酌監護處分評估小組的意見。為此，法務部於2022年5月20日訂頒了監護處分評估小組作業辦法，規範各檢察機關未來在執行監護處分上，必須遵照該作業辦法的流程，而高雄地檢署也於2022年7月21日聘請4位專家學者、3位精神科專科醫師、7位心理師、6位社會工作師、2位身心障礙代表擔任本署監護處分評估小組委員，期待評估小組早日運作，讓監護個案於監護處分期間受到的是更完善的治療，盡早復歸社會。 成立監護處分評估小組只是第一步，如何讓評估小組的運作有效率，其實必須挹注相當的經費，包括如何讓來自各界的委員，對於每次開會資料能快速瞭解狀況，並於每次開會時，都能聚焦在個案上，由誰負責報告個案的狀況，倘若需事先面審個案或是面訪治療個案的醫師，又需如何安排？其實每位委員都有自己正規的職業要忙碌，檢察機關於監護處分評估小組只是協助、列席的角色，但這些個案所需的資料初審、面審等過程，都需要投入相當的心力，很難以無給職的方式要求委員必須要為個案做這麼多事情，所以未來經費的挹注，是我們認為執行監護處分最大的困境。 |
| 14.橋頭地方檢察署 | 具有高度危險性之病患，醫院有時因人員、安全、戒護人力之考量致拒絕收治，造成病患無法即時接受有效之醫療照顧；國家支出費用可觀 |
| 16.臺東地方檢察署 | 1、轄區內病房不足。 2、本轄醫院（如部東醫院）病房優先提供一般急性病患使用，病房不足情況下，較無法接受本署執行案件，本署監護人需遠送花蓮-衛生福利部玉里醫院，高雄-高雄市立凱旋醫院，家屬訪視極不方便。 |

| | |
|------------|--|
| 18.宜蘭地方檢察署 | 1、醫療機構床難以配合 2、無人力戒護外醫 3、非精神疾病自付額難以報支 |
| 19.基隆地方檢察署 | 目前執行監護處分之醫療院所係由各地檢署自行洽精神科醫院簽立監護處分醫療委託契約後，方予指揮執行，在司法精神醫院尚未完成建置之前，針對高暴力風險之受監護處分人，一般之精神科醫院為顧及院內之管理及其他病患之安全，往往無收治意願，造成執行上之困難。 監護處分制度為因應完善社會安全網及兼顧人權保障，已完成部分修法，除增加監護處分期間屆滿前召開「轉銜會議」，討論受監護處分人離開機構後，由主管機關依權責提供受處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務外，亦需對於受處分人在執行監護處分期間由監護處分評估小組予以定期評估，增加執行科書記官就相關會議召開前之資料蒐集、製作開會通知、會議紀錄等之業務，惟各地檢署執行科人力原即短缺，再增加此等業務，更形窘迫，亟待上級增補人力。 |
| 20.澎湖地方檢察署 | 澎湖醫院精神科院區主要照顧病患為慢性精神病患者或少數年邁失智精神行為問題短期住院，依目前該院硬體設備及病患屬性，不適合禁戒處分案件惟監護處分工作勉以收治。 |
| 21.金門地方檢察署 | 本屬地處離島，醫療資源不足，雖有和金門醫院簽訂契約，但金門醫院仍會依個案情形評估，若評估為無法收治時，仍須轉介至臺灣收治。(先前已執行完畢個案即屬此狀況) |
| 22.連江地方檢察署 | 本署轄內僅有縣立醫院，該院因人力、設備不足，無法辦理監護處分，待洽談可執行監護處分之醫院。 |

資料來源：本研究整理

(四) 可以參與或協助執行多元監護處分之單位

有關未來監護處分將採取多元處遇方式進行，經彙整各地方檢察署之意見如下，請詳見表 6-1-9：

1. 成立庇護或緊急安置中心：轄區內有多少機構可以接受犯過罪的監護處分個案，對機構來說，會擔心照顧這些有犯罪傾向的個案，會影響到其他機構內的病患，或者根本沒有充足的人力可以看照這些監護個案。若評估小組認為個案無須進入司法精神醫院時，有哪些精神復健、護理、身心障礙機構是檢察機關可以指定的機構。而這部分轄區衛政、社政是否有足夠的資源可以支援，目前都是執行多元監護處分之困境。可設有緊急安置處所，得以適當安置從住院治療改為門診之監護處分人，在銜接的期間內或未有家屬願意接納的期間內可臨時居住，避免又陷入無固定居所，另外犯案的機會。
2. 健全監護處分轉銜會議組織與功能：監護處分期間屆滿前 3 個月召開轉銜會議，可邀集執行監護處分之醫院、衛生局、社會局、警察局、勞動部勞動力發展署、就業職訓服務處、財團法人臺灣更生保護會等機關(構)，及視個案狀況聯繫家屬等，開會進行轉銜，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務，以有效協助受處分人得早日復歸社會，並維護社會之安全。
- 3.

表 6-1-9 未來監護處分可採行多元處遇方式之協力單位

| 地檢署 | 可以參與或協助執行多元監護處分單位之作為 |
|------------|--|
| 1.臺北地方檢察署 | 未來監護處分將採取多元處遇方式進行，本署建議宜將衛政、社政、教育、警政、勞政等均納入協助受監護處分人及其家屬之需求。 |
| 2.士林地方檢察署 | 現行保處分執行法第 46 條第 2 項已有明定，檢察官執行前項監護處分時，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。 |
| 4.桃園地方檢察署 | 執行監護處分案件，需於監護處分期間屆滿前 3 個月召開轉銜會議，建議可邀集執行監護處分之醫院、衛生局、社會局、警察局、勞動部勞動力發展署、就業職訓服務處、財團法人臺灣更生保護會等機關（構），及視個案狀況聯繫家屬等，開會進行轉銜，以有效協助受處分人得早日復歸社會，並維護社會之安全。 |
| 5.新竹地方檢察署 | 設有緊急安置處所，得以適當安置從住院治療改為門診之監護處分人，在銜接的期間內或未有家屬願意接納的期間內可臨時居住，避免又陷入無固定居所，另外犯案的機會。 |
| 6.苗栗地方檢察署 | 目前召開之轉銜機制會議，就已開過之個案會議，本署有通知衛、警、消、勞政等主管機關，另有更保、本署觀護人室、醫院、家屬等單位列席，並就個案之需求提出解決方案 |
| 7.臺中地方檢察署 | 依照保安處分執行法 46-3 條，監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。若由醫院評估後，適合進行監護多元處遇方式，應該醫院出具評估報告後，由檢察官依照醫療專業報告下建議之模式，配對上述適合之單位，進行提早處遇、提早轉銜、復歸社會之目標 |
| 8.彰化地方檢察署 | 根本解決應儘速成立司法精神病院，以解決困境。 |
| 9.南投地方檢察署 | 社會局可多去訪察受刑人，提供其生活相關的協助 |
| 12.臺南地方檢察署 | 衛生、警政、社福、勞動 |
| 13.高雄地方檢察署 | 監護處分方式雖然採取多元處遇，但每種方式都有需要要不同單位適時的介入，才有辦法執行，並非檢察機關可以獨立運作。目前最運用的監護處分執行方式，都是將個案安排至精神專科醫院接受治療，檢察官每月會去醫院視察個案。對於未來可能的執行方式如是在精神復健或護理機構或身心障礙福利機構，比較有疑慮的是，轄區內是否有這樣的機構可以接受這些犯過罪的監護處分個案？對機構來說，是否會擔心照顧這些有犯罪傾向的個案，會影響到其他機構內的病患，或者根本沒有充足的人力可以看照這些監護個案。如果評估小組認為個案無須進入司法精神醫院時，究竟有哪些精神復健、護理、身心障礙機構是檢察機關可以指定的機構，目前真的有困難。而這部分轄區衛政、社政是否有足夠的資源可以支援，也是值得商榷。 |
| 16.臺東地方檢察署 | 本署於今（111）年 6 月 14 日辦理「2022 年第 1 次「研商受監護處分人個案監護期滿復歸社會轉銜會議」1 場次。邀請衛生福利部玉里醫院（受理監護處分醫院）、臺東縣政府社會處、臺東衛生局、臺東縣警察局、勞動部勞動力發展署高屏澎東分署、財團法人臺灣更生保護會臺東分會，如能多元處遇方式進，對受監護處分人相對多方協助，對未來復歸社會將提升生活品質或減輕家庭負擔。 |

資料來源：本研究整理

(五) 對目前及未來監護處分制度之建議

關於各地方檢察署對於目前及未來監護處分制度之建議主要涵括：「分級分流」、「多元處遇」、「流動迴轉」、「定期評估」及「轉銜機制」等制度面之建議，請詳見表 6-1-10，茲說明如下：

- 1、依據受監護處分個案狀況，採取分級分流處理模式，輔導照顧受監護處分人：為使受監護處分人於得到妥適之輔導、照顧，建請依據受監護處分個案之情形，採取分級分流處理模式，受訪之地方檢察署中包括：新北地方檢察署、苗栗地方檢察署及高雄地方檢察署均提出此建議。
- 2、各地檢署不熟悉多元處遇處所、資源及個案狀況，應建置監護處分多元處遇資料庫，以供參考：多元方式執行監護處分，檢察機關除過去令入精神醫院之方式，應儘速熟悉其他可採取之方式諸如：委託精神復健機構、精神護理機構、身心障礙福利機構或其他適當處所，如：非營利組織執行之模式。受訪之地方檢察署中包括：士林地方檢察署、苗栗地方檢察署、南投地方檢察署、臺南地方檢察署及高雄地方檢察署，均提出此建議。另外，新修正關於精神復健機構、精神護理機構、身心障礙福利機構或其他適當處所等，並非檢察機關原所熟悉，且所針對的收治對象之精神疾患及身心障礙的輕重程度不一。再者，受監護處分人之精神鑑定報告及判決書等相關資料亦不詳，常需重新建置評估。建議衛福部及法務部將適合的相關機構作成資料庫，並載明該等機構服務之內容及適合收治之對象，讓檢察官於執行時可以更方便清晰，個案也可以進入真正適合的場所進行監護處分。
- 3、依病況定期評估，流動迴轉調整是否持續住院治療或轉由門診治療追蹤，以漸進式方式幫助受處分人回歸社會：落實定期評估機制，並允宜就辦理定期評估成員之組成、方式等加以檢討，並依據定期評估結果，結合分級分流、多元處遇與流動迴轉等機制加以處遇；另外，依照精神醫療法，社區主管單位為社區心理衛生中心，監護期滿前轉銜至社區，由社區心理衛生中心進行無縫接軌，進而完善司法監護處遇後銜接社會安全網中社區的部分。受訪之地方檢察署中包括：臺北地方檢察署、新北地方檢察署、苗栗地方檢察署及高雄地方檢察署，均提出此建議。
- 4、健全監護處分轉銜會議組織與功能：強調監護期滿前轉銜至社區階段的重要性，另受監護處分人的意願、配合度及家庭的支持度是決定個案復歸社區過正常人生活的重要關鍵。並建議醫療院所、檢方與社區及多元處遇機構等落實橫向聯繫。受訪之地方檢察署中包括：臺北地方檢察署、新北地方檢察署、苗栗地方檢察署、臺中地方檢察署、彰化地方檢察署及高雄地方檢察署，均提出此建議。

5、儘速成立司法精神病院，解決難治、緊急、未符收院標準個案之收治問題：目前地檢署均是以契約與醫療院所合作，並無主動權，遇有不願收治者，往往無從執行，建議儘速成立司法精神病院，對修法後增加之業務才能有效執行，並解決地檢署基層之困境。

表 6-1-10 各地方檢察署對目前及未來監護處分制度之建議

| 地檢署 | 對目前及未來監護處分制度之建議 |
|------------|--|
| 1.臺北地方檢察署 | 針對目前及未來監護處分之執行，就「定期評估」應於屆滿周年前三個月召開評估小組會議，連續數年評估結果應繼續執行者，應審酌於下次評估囑託其他地檢署評估小組評估，惟受囑託之評估小組成員與原評估小組成員不應完全相同。經囑託其他評估小組評估後，仍無法免除繼續執行時，應研議是否變更執行場所，惟宜兼顧人權及社會考量。 「轉銜機制」於監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關邀集衛政、社政、警政、勞政、更保等相關權責機關及家屬召開轉銜會議，並請權責機關依轉銜會議記錄決議，進行後續追蹤與關懷。惟權責機關之權限如何，是否有依會議決議執行，檢察機關無可監督。另受監護處分人的意願、配合度及家庭的支持度是決定個案復歸社區過正常生活的重要關鍵。 |
| 2.士林地方檢察署 | 現行保安處分執行法 46 條已修正為多元方式執行監護處分，目前地檢署多係以令入精神醫院之方式執行之，惟新修正關於精神復健機構、精神護理機構、身心障礙福利機構或其他適當處所等，並非檢察機關原所熟悉，是否有可能良莠不齊，且所針對的收治對象之精神疾患及身心障礙的輕重程度不一，建請衛福部及法務部將適合的相關機構作成資料庫，並載明該等機構服務之內容及適合收治之對象，讓檢察官於執行時可以更方便清晰，個案也可以進入真正適合的場所進行監護處分。 |
| 3.新北地方檢察署 | 為使受監護處分人於得到妥適之輔導、照顧，採分級分流是必要的，經定期評估及期滿前轉銜機制，使受監護處分復歸社會能有適當之處理，對於其疾病及社會均有正面之幫助。惟目前地檢署均是以契約與醫療院所合作，並無主動權，遇有不願收治者，往往無從執行，建議儘速成立司法精神病院，對修法後增加之業務才能有效執行，並解決地檢署基層之困境。 |
| 4.桃園地方檢察署 | 建議可將受監護處分人之精神鑑定報告及判決書等相關資料提供醫院，安排門診評估受處分人，以明瞭係屬輕、重症或急症等症狀後，檢察官再依該院提供之評估結果，決定受處分人以住院之方式抑或門診治療之方式執行監護處分。執行中亦依病況調整是否持續住院治療或得轉由門診治療追蹤，以漸進式方式幫助受處分人回歸社會。 |
| 5.新竹地方檢察署 | 1、對精神疾病方面之受監護處分人，如係屬於家庭功能支持薄弱或無親屬者，結束監護處分前或治療方式改為門診時，建議從嚴審核及評估狀況，並安排適當之住居所，以利掌握行蹤及追蹤個案服藥狀況。 |
| 6.苗栗地方檢察署 | 就轉銜機制會議所邀請之機構、單位，為落實社會安全網之目的，並請與會機關、單位確實追蹤列管個案令本署執行監護處分案件均會將資料先送醫院評估同意後再送執行，應可達分級分流「多元處遇」之目的定期評估；因尚未開始辦理，故無法提供意見 |
| 7.臺中地方檢察署 | 依照精神醫療法，社區主管單位為社區心理衛生中心，監護期滿前轉銜至社區，由社區心理衛生中心進行無縫接軌。進而完善司法監護處遇後銜接社會安全網中社區的部分。 |
| 8.彰化地方檢察署 | 目前推動「轉銜機制」，應有成效，使社政、衛政、警政、更生保護會、勞政無縫接軌，協助個案賦歸社會。 |
| 9.南投地方檢察署 | 可採多元處遇方式，由醫院做門診治療，讓受監護處分人不至於與社會脫節 |
| 12.臺南地方檢察署 | 執行多元處遇流動迴轉，轉換間標準及程序制訂，是制度執行落實關鍵，期待新制度運作會對社會更好、更相信司法。 |
| 13.高雄地方檢察署 | 因為監護處分評估小組的成立，未來監護個案如何分級分流、多元處遇、流動迴轉、定期評估，均有賴小組委員的討論與意見，就檢察機關的運作上，是較能因應與處理的，但是 |

| | |
|------------|---|
| | <p>如何落實讓每位小組委員掌握個案真實的狀態，而非流於形式，應該會是未來監護處分制度成敗的關鍵，如同前面所述，每位委員都有自己的專業領域，是否真的只靠書審，就對個案做出最準確的判斷，確實也是有所疑慮。又委員工作繁忙，要如何面審個案，讓每位委員都能感受到個案的真實狀況，也是未來運作後可能會遇到的困難。</p> <p>另外轉銜機制的啟動，以高雄地檢署運作來說，目前橫向聯繫（包括衛政、社政、勞政、警政、更生保護協會、家屬）上尚屬暢通，大概僅有會議前所需精神專科醫生出具的報告，因為醫生都很忙碌，報告還是會有延誤的情形。</p> |
| 16.臺東地方檢察署 | <p>建議：尋求受理監護處分人之醫療院所，多意願不高或沒意願，尤其東部地區醫療院所少，造成地檢署處理相關案件耗費時日與院所溝通或定約，或病房不足遠送外縣市（高雄或花蓮），亦造成家屬訪視不便。建請上級統一簽定醫療院所或衛生福利部制定受理監護處分之配合醫院，期能順利辦理監護處分案件。</p> |

資料來源：本研究整理

第二節 監護處分執行困境及策略評估分析

為瞭解我國監護處分之執行困境，並評估未來執行之量能與需求，本研究根據訪談資料整理後，再召集專家進行焦點座談，歸納目前執行監護處分實務困境及解決建議，探討並評估初步策略建議之量能及其可行性，透過專家問卷調查方式，探討目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享、各單位執行收案、分級分流機制、執行社會復歸等執行監護之困境與解決方式，並針對各單位執行人力與資源進行評估評估。茲就專家意見及評估發現分述如下：

一、目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式

有關目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式，如表 6-2-1：其中以「警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊」、「社區中妨害社會秩序精神疾患經常有就醫的困難」共識程度最高（79.1%），其他依序為「警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練」、「偵查時無法查詢犯罪者是否為衛政精神列管之對象及相關資訊」、「警、消人員未具精神衛生醫療專業知識」，其平均數均為 3 分以上；另外「衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予第一線危機處理執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾」、「醫療專業人員未能及時抵達現場處理及判斷」則未達共識標準（70%以下）。有關緩護療之其他正面效果如下：

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境，包括：「警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊」、「社區中妨害社會秩序精神疾患經常有就醫的困難」、「警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練」、「偵查時無法查詢犯罪者是否為衛政精神列管之對象及相關資訊」、「警、消人員未具精神衛生醫療專業知識」。受訪專家針對精神疾患處理、資訊分享困境之意見分佈情形，請詳見表 6-2-1。

表 6-2-1 針對精神疾患處理、資訊分享困境之意見分佈情形

| 項 目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 | |
|--|-------|-------|------|-------|------|-------|--------|------|------|
| | 太同意 | | 常同意 | | 常同意 | | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | | |
| 202 警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。 | 2 | 7.1% | 2 | 7.1% | 24 | 85.7% | 4.3 | 0.9 | 79.1 |
| 203 社區中妨害社會秩序精神疾患經常有就醫的困難 | 2 | 7.1% | 2 | 7.1% | 24 | 85.7% | 4.4 | 0.9 | 79.1 |
| 210 警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練。 | 3 | 12.0% | 4 | 16.0% | 18 | 72.0% | 3.8 | 0.9 | 76.0 |
| 211 偵查時無法查詢犯罪者是否為衛政精神列管之對象及相關資訊 | 2 | 8.3% | 2 | 8.3% | 20 | 83.3% | 4.3 | 1.1 | 74.7 |
| 207 警、消人員未具精神衛生醫療專業知識。 | 3 | 10.3% | 5 | 17.2% | 21 | 72.4% | 4.1 | 1.0 | 74.6 |
| 201 衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予第一線危機處理執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。 | 5 | 19.2% | 2 | 7.7% | 19 | 73.1% | 4.0 | 1.2 | 68.5 |
| 206 醫療專業人員未能及時抵達現場處理及判斷 | 6 | 22.2% | 6 | 22.2% | 15 | 55.6% | 3.6 | 1.3 | 64.0 |

資料來源：本研究整理

有關受訪專家就精神疾患處理、資訊分享解決方式之同意程度(請詳見表 6-2-2)，其中偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道(共識程度達 91.0%)，警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序(89.7%)、第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程(89.4%)、加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練(88.8%)、落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之宣導(88.1%)、可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制(85.1%)、結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊(81.1%)，共識程度均達八成以上；另外，衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考(75.9%)、鼓勵警察協助監護處分個案送醫(75.9%)、由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式(75.5%)、鼓勵警察協助關心監護處分個案(72.7%)，共識程度亦達七成以上，其平均數均為 4 分以上。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為目前解決精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境之方式，包括：「偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道」、「警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序」、「第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程」、「加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練」、「落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之宣導」、「可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制」、「結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊」、「衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考」、「鼓勵警察協助監護處分個案送醫」、「由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式」、「鼓勵警察協助關心監護處分個案」。

表 6-2-2 針對精神疾患處理、資訊分享解決方式之意見分佈

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 | |
|--|-------|-------|------|-------|------|--------|--------|------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | | |
| 211 偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道 | 0 | 0% | 0 | 0% | 30 | 100.0% | 4.8 | 0.4 | 91.0 |
| 207 警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。 | 0 | 0% | 0 | 0% | 30 | 100.0% | 4.7 | 0.5 | 89.7 |
| 208 第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程。 | 0 | 0% | 0 | 0% | 27 | 100.0% | 4.6 | 0.5 | 89.4 |
| 210 加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。 | 1 | 3.4% | 0 | 0% | 28 | 96.6% | 4.7 | 0.5 | 88.8 |
| 209 落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之宣導。 | 1 | 3.7% | 0 | 0% | 26 | 96.3% | 4.7 | 0.6 | 88.1 |
| 212 可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制。 | 1 | 3.6% | 0 | 0% | 27 | 96.4% | 4.6 | 0.7 | 85.1 |
| 202 結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。 | 2 | 7.1% | 0 | 0% | 26 | 92.9% | 4.4 | 0.8 | 81.1 |
| 201 衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考 | 4 | 13.8% | 0 | 0% | 25 | 86.2% | 4.2 | 1.0 | 75.9 |
| 203 鼓勵警察協助監護處分個案送醫 | 2 | 6.9% | 3 | 10.3% | 24 | 82.8% | 4.3 | 1.0 | 75.9 |
| 206 由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式 | 3 | 10.0% | 1 | 3.3% | 26 | 86.7% | 4.3 | 1.1 | 75.5 |
| 204 鼓勵警察協助關心監護處分個案 | 3 | 11.1% | 3 | 11.1% | 21 | 77.8% | 4.1 | 1.1 | 72.7 |

資料來源：本研究整理

二、目前各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式

有關各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式，如表 6-2-3：其中「檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組如何有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制」，共識程度達(90.2%)，平均數均為 4.7 分；「現行體制欠缺多元處遇措施(機制)供監護處分之分級分流應變使用」(85.4%)、「精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現」(80.9%)、「刑前執行監護處分時間點出現空窗現象」(80.1%)，共識程度達 8 成以上，平均數均為 4.2 分以上；另外，「現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確」(79.3%)、「雖有多元處遇規定，惟開始執行前，實務上難以確實評估個案適當執行方式」(78.3%)、「醫療、復

健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡間成員，彼此間並不瞭解各單位間之權責劃分」(75.5%)、「保安處分執行法主管機關為法務部，法務部對司法精神處遇之推動，經費編列及處遇內容之專業度均不足，目前仰賴衛福部協助及規劃，致無法基於主管機關角色深入掌握本項業務」(75.4%)、「保安處分執行法第 46 條之 3 第 2 項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣(市)政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成」(74.4%)、「監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制」(70.2%)，共識程度達七成以上，平均數均為 4 分以上；另外，「醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者不願收治，出現空窗現象」(69.9%)、「刑後執行監護處分時間點出現空窗現象」(66.3%)，共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準(70%)。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為各單位執行收案、分級分流機制困境，可採取下列作法：「檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組如何有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制」、「現行體制欠缺多元處遇措施(機制)供監護處分之分級分流應變使用」、「精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現」、「刑前執行監護處分時間點出現空窗現象」、「現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確」、「雖有多元處遇規定，惟開始執行前，實務上難以確實評估個案適當執行方式」、「醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡間成員，彼此間並不瞭解各單位間之權責劃分」、「保安處分執行法主管機關為法務部，法務部對司法精神處遇之推動，經費編列及處遇內容之專業度均不足，目前仰賴衛福部協助及規劃，致無法基於主管機關角色深入掌握本項業務」、「保安處分執行法第 46 條之 3 第 2 項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣(市)政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成」、「監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制」。

表 6-2-3 針對精神疾患處理、資訊分享困境之意見分佈

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | Mean | SD | 共識程度 |
|---|-------|-------|------|------|------|--------|------|-----|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | | |
| 306 檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組如何有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 28 | 100.0% | 4.7 | 0.5 | 90.2 |
| 304 現行體制欠缺多元處遇措施(機制)供監護處分之分 | 3 | 10.3% | 0 | 0.0% | 26 | 89.7% | 4.6 | 0.7 | 85.4 |

| 級分流應變使用 | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---|-------|----|-------|-----|-----|------|
| 309 精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現。 | 2 | 7.4% | 0 | 0.0% | 25 | 92.6% | 4.3 | 0.8 | 80.9 |
| 316 刑前執行監護處分時間點出現空窗現象 | 2 | 7.4% | 1 | 3.7% | 24 | 88.9% | 4.2 | 0.8 | 80.1 |
| 314 現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確 | 2 | 6.9% | 2 | 6.9% | 25 | 86.2% | 4.3 | 0.9 | 79.3 |
| 305 雖有多元處遇規定，惟開始執行前，實務上難以確實評估個案適當執行方式 | 3 | 10.7% | 0 | 0.0% | 25 | 89.3% | 4.2 | 0.9 | 78.3 |
| 311 醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡間成員，彼此間並不瞭解各單位間之權責劃分 | 3 | 10.0% | 1 | 3.3% | 26 | 86.7% | 4.2 | 1.0 | 75.5 |
| 312 保安處分執行法主管機關為法務部，法務部對司法精神處遇之推動，經費編列及處遇內容之專業度均不足，目前仰賴衛福部協助及規劃，致無法基於主管機關角色深入掌握本項業務 | 3 | 10.0% | 4 | 13.3% | 23 | 76.7% | 4.2 | 1.0 | 75.4 |
| 315 保安處分執行法第 46 條之 3 第 2 項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣（市）政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成。 | 4 | 13.8% | 2 | 6.9% | 23 | 79.3% | 4.1 | 1.1 | 74.4 |
| 301 監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制 | 5 | 17.9% | 1 | 3.6% | 22 | 78.6% | 4.0 | 1.2 | 70.2 |
| 319 醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者不願收治，出現空窗現象 | 5 | 17.9% | 2 | 7.1% | 21 | 75.0% | 3.9 | 1.2 | 69.9 |
| 317 刑後執行監護處分時間點出現空窗現象 | 7 | 26.9% | 1 | 3.8% | 18 | 69.2% | 3.7 | 1.2 | 66.3 |

資料來源：本研究整理

表 6-2-4 為受訪專家就解決收案、分級分流機制困境方式之同意程度，其中「檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制」(91.4%)、「落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇」(91.4%)、「可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式」(90.8%)、「擴充多元處遇機構(機制)的建置與服務量能(含處遇精神疾病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構)」(90.5%)等四項，其共識程度達九成以上，平均數均為 4.7 分以上；「針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜(尤其需要就執行方式)，由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則」(89.2%)、「法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難」(87.3%)、「針對精神病個案，應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制」(84.0%)、「應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分」(83.7%)，共識程度達八成以上，平均數均為 4 分以上；「刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，

俾為有效之監督」(77.4%)、「由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇」(76.8%)、「比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合」(75.1%)、「建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之」(75.1%)、「由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考」(73.7%)、「司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案」(72.8%)、「由主管單位研擬評估量表，供執行單位評估小組使用」(71.7%)、「保安處分執行法第46條之1設有評估小組機制，已解決問題」(70.9%)，共識程度達七成以上，平均數均為4分以上；「刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂“暫行安置”與強化“監護處分”，已解決刑前空窗問題」(67.7%)、「“當地”之操作性定義為“戶籍地”，由個案戶籍所在地之直轄市、縣(市)政府擔任該個案之主管機關」(60.5%)，共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準(70%)。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為解決收案、分級分流機制困境之具體操作方式，可採取下列作法：「檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制」、「落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇」、「可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式」、「擴充多元處遇機構(機制)的建置與服務量能(含處遇精神疾病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構)」、「針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜(尤其需要就執行方式)，由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則」、「法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難」、「針對精神病個案，應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制」、「應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分」、「刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，俾為有效之監督」、「由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇」、「比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合」、「建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之」、「由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考」、「司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案」、「保安處分執行法第46條之1設有評估小組機制，已解決問題」。此外，研究團隊認為允宜配合司法精神病院或專屬病房之建置進度，釐訂個別收案標準；以及針對收治個案病程演化，訂定具體查核評估時機與標準之相關規定。

表 6-2-4 針對精神疾患收案、分級分流解決方式之意見分佈

| 項 目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 |
|---|-------|-------|------|-------|------|--------|---------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | |
| 301 檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制 | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 100.0% | 4.8 0.4 | 91.4 |
| 307 落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇 | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 100.0% | 4.8 0.4 | 91.4 |
| 308 可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式 | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 100.0% | 4.8 0.4 | 90.8 |
| 304 擴充多元處遇機構（機制）的建置與服務量能（含處遇精神疾病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構） | 0 | 0% | 0 | 0% | 30 | 100.0% | 4.7 0.4 | 90.5 |
| 313 針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜（尤其需要就執行方式），由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則。 | 0 | 0% | 0 | 0% | 28 | 100.0% | 4.6 0.5 | 89.2 |
| 312 法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難 | 1 | 3.3% | 0 | 0% | 29 | 96.7% | 4.8 0.6 | 87.3 |
| 302 針對精神病個案，應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制 | 1 | 3.4% | 1 | 3.4% | 27 | 93.1% | 4.6 0.7 | 84.0 |
| 311 應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分 | 4 | 13.3% | 0 | 0% | 26 | 86.7% | 4.5 0.7 | 83.7 |
| 317 刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，俾為有效之監督 | 2 | 7.1% | 1 | 3.6% | 25 | 89.3% | 4.4 1.0 | 77.4 |
| 309 由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇。 | 3 | 10.3% | 2 | 6.9% | 24 | 82.8% | 4.2 1.0 | 76.8 |
| 303 比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合 | 3 | 10.3% | 1 | 3.4% | 25 | 86.2% | 4.3 1.1 | 75.1 |
| 318 建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之。 | 2 | 7.7% | 6 | 23.1% | 18 | 69.2% | 4.1 1.0 | 75.1 |
| 306 由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。 | 4 | 13.8% | 0 | 0% | 25 | 86.2% | 4.1 1.1 | 73.7 |
| 319 司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案 | 3 | 10.3% | 1 | 3.4% | 25 | 86.2% | 4.3 1.2 | 72.8 |
| 305 由主管單位研擬評估量表，供執行單位評估小組使用。 | 5 | 17.2% | 0 | 0% | 24 | 82.8% | 4.0 1.1 | 71.7 |
| 314 保安處分執行法第 46 條之 1 設有評估小組機制，已解決問題 | 5 | 17.2% | 7 | 24.1% | 17 | 58.6% | 3.5 1.0 | 70.9 |
| 316 刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」，已解決刑前空窗問題 | 5 | 17.9% | 5 | 17.9% | 18 | 64.3% | 3.6 1.2 | 67.7 |
| 315 「當地」之操作性定義為：「戶籍地」，由個案戶籍所在地之直轄市、縣（市）政府擔任該個案之主管機關 | 11 | 36.7% | 0 | 0% | 19 | 63.3% | 3.5 1.4 | 60.5 |

資料來源：本研究整理

三、目前執行監護處分之醫療及執行困境與解決困境方式

本研究有關目前精神疾患個案之醫療、執行之困境，如表 6-2-5：其中「醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計」(92.9%)、「現行監護處分醫療處所之戒護人力不足」(91.0%)、「執行監護處分時，會有處理困難或不適合之個案」(90.5%)等三項，其共識程度達九成以上，平均數均為 4.7 分以上；「現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足」(89.8%)、「監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題」(87.7%)、「因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全」(84.4%)、「監護個案增加監獄管理量能負擔」(82.9%)、「執行監護處分欠缺足夠的醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等照護資源」(81.8%)、「目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難」(81.7%)、「具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難」(80.4%)，共識程度達八成以上，平均數均為 4.4 分以上；「現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題」(79.1%)、「受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理」(72.8%)、「就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人」(71.1%)，共識程度達七成以上，平均數均為 4 分以上。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為目前精神疾患個案之醫療、執行之困境，如下：「醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計」、「現行監護處分醫療處所之戒護人力不足」、「執行監護處分時，會有處理困難或不適合之個案」、「現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足」、「監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題」、「因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全」、「監護個案增加監獄管理量能負擔」、「執行監護處分欠缺足夠的醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等照護資源」、「目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難」、「具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難」、「現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題」、「受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理」、「就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人」。

表 6-2-5 針對監護處分醫療及執行困境之意見分佈

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 | |
|--|-------|-------|------|-------|------|--------|--------|------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | | |
| 401 醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 30 | 100.0% | 4.9 | 0.3 | 92.9 |
| 410 現行監護處分醫療處所之戒護人力不足 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 26 | 100.0% | 4.8 | 0.4 | 91.0 |
| 414 執行監護處分時，會有處理困難或不適合之個案 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 30 | 100.0% | 4.7 | 0.4 | 90.5 |
| 409 現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 25 | 100.0% | 4.7 | 0.5 | 89.8 |
| 417 監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題 | 1 | 3.6% | 0 | 0.0% | 27 | 96.4% | 4.6 | 0.6 | 87.7 |
| 413 因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全 | 1 | 3.7% | 0 | 0.0% | 26 | 96.3% | 4.5 | 0.7 | 84.4 |
| 421 監護個案增加監獄管理量能負擔 | 1 | 3.8% | 1 | 3.8% | 24 | 92.3% | 4.3 | 0.7 | 82.9 |
| 402 執行監護處分欠缺足夠的醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等照護資源 | 1 | 3.3% | 0 | 0.0% | 29 | 96.7% | 4.5 | 0.8 | 81.8 |
| 404 目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難。 | 1 | 3.8% | 2 | 7.7% | 23 | 88.5% | 4.4 | 0.8 | 81.7 |
| 406 具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難 | 2 | 6.9% | 1 | 3.4% | 26 | 89.7% | 4.4 | 0.9 | 80.4 |
| 412 現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題 | 2 | 7.1% | 2 | 7.1% | 24 | 85.7% | 4.3 | 0.9 | 79.1 |
| 405 受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理 | 3 | 11.5% | 6 | 23.1% | 17 | 65.4% | 4.0 | 1.1 | 72.8 |
| 420 就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人 | 4 | 14.8% | 2 | 7.4% | 21 | 77.8% | 4.1 | 1.2 | 71.1 |

資料來源：本研究整理

表 6-2-6 為受訪專家就解決監護處分醫療及執行困境方式之同意程度，其中「應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費」(93.7%)、「應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源」(92.9%)等 2 項，其共識程度達九成以上，平均數均為 4.9 分；「應再增加監護處分之戒護人力」(89.6%)、「可採取獨立病房、治療模式執行監護處分」(89.0%)、「應再充實監護處分之安全管理設備」(88.9%)、「應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護」(85.6%)、「應再提升監護處分執行人員執業安全」(84.5%)、「法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支

出費用之編列」(83.8%)、「完善監獄精神醫療體系」(83.8%)、「監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能」(83.7%)、「增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔」(83.2%)、「因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能」(82.3%)、「於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處」(81.6%)、「請指揮執行單位提供適當支援與後送單位」(80.7%)等十二項，共識程度達八成以上，平均數均為 4.4 分以上；「可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫」(77.2%)、「由地檢署依保安處分執行法第 46 條之規定”請衛生、警政機關派員協助”」(72.4%)、「反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇」(72.1%)等二項，共識程度達七成以上，平均數均為 4 分以上；另外，「由執行單位評估轉銜至適當機構」(69.4%)、「醫療費用由健保給付及當事人自付」(59.8%)共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準(70%)。

綜合上述，在政策上，解決監護處分醫療及執行困境，可採取下列作法：「應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費」、「應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源」、「應再增加監護處分之戒護人力」、「可採取獨立病房、治療模式執行監護處分」、「應再充實監護處分之安全管理設備」、「應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護」、「應再提升監護處分執行人員執業安全」、「法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支出費用之編列」、「完善監獄精神醫療體系」、「監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能」、「增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔」、「因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能」、「於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處」、「請指揮執行單位提供適當支援與後送單位」、「可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫」、「由地檢署依保安處分執行法第 46 條之規定”請衛生、警政機關派員協助”」、「反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇」。

表 6-2-6 解決監護處分醫療及執行困境方式之意見分佈

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 |
|---|-------|------|------|----|------|--------|---------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | |
| 403 應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費 | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 100.0% | 4.9 0.3 | 93.7 |
| 402 應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源 | 0 | 0% | 0 | 0% | 30 | 100.0% | 4.9 0.3 | 92.9 |
| 410 應再增加監護處分之戒護人力 | 1 | 3.6% | 0 | 0% | 27 | 96.4% | 4.8 0.5 | 89.6 |

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 | |
|---|-------|-------|------|-------|------|-------|--------|------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | | |
| 413 可採取獨立病房、治療模式執行監護處分 | 1 | 3.3% | 0 | 0% | 29 | 96.7% | 4.7 | 0.5 | 89.0 |
| 409 應再充實監護處分之安全管理設備 | 1 | 3.7% | 0 | 0% | 26 | 96.3% | 4.7 | 0.5 | 88.9 |
| 401 應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護 | 1 | 3.4% | 0 | 0% | 28 | 96.6% | 4.7 | 0.7 | 85.6 |
| 412 應再提升監護處分執行人員執業安全 | 1 | 3.3% | 1 | 3.3% | 28 | 93.3% | 4.6 | 0.7 | 84.5 |
| 405 法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支出費用之編列 | 1 | 3.4% | 1 | 3.4% | 27 | 93.1% | 4.6 | 0.7 | 83.8 |
| 420 完善監獄精神醫療體系 | 1 | 3.3% | 1 | 3.3% | 28 | 93.3% | 4.5 | 0.7 | 83.8 |
| 418 監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能 | 1 | 3.4% | 1 | 3.4% | 27 | 93.1% | 4.5 | 0.7 | 83.7 |
| 411 增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔 | 4 | 16.0% | 0 | 0% | 21 | 84.0% | 4.6 | 0.8 | 83.2 |
| 421 因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。 | 5 | 17.2% | 0 | 0% | 24 | 82.8% | 4.4 | 0.8 | 82.3 |
| 404 於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處理。 | 1 | 3.4% | 3 | 10.3% | 25 | 86.2% | 4.5 | 0.8 | 81.6 |
| 414 請指揮執行單位提供適當支援與後送單位。 | 1 | 3.3% | 4 | 13.3% | 25 | 83.3% | 4.5 | 0.9 | 80.7 |
| 407 可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫。 | 3 | 10.7% | 1 | 3.6% | 24 | 85.7% | 4.3 | 1.0 | 77.2 |
| 408 由地檢署依保安處分執行法第 46 條之規定「請衛生、警政機關派員協助」 | 4 | 14.3% | 1 | 3.6% | 23 | 82.1% | 4.1 | 1.1 | 72.4 |
| 417 反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇 | 4 | 13.8% | 2 | 6.9% | 23 | 79.3% | 4.2 | 1.2 | 72.1 |
| 415 由執行單位評估轉銜至適當機構。 | 3 | 10.7% | 5 | 17.9% | 20 | 71.4% | 4.1 | 1.3 | 69.4 |
| 406 醫療費用由健保給付及當事人自付。 | 10 | 34.5% | 2 | 6.9% | 17 | 58.6% | 3.6 | 1.4 | 59.8 |

資料來源：本研究整理

四、目前執行社會復歸困境與解決困境方式

有關目前監護處分執行社會復歸困境，如表 6-2-7：其中「2022 年 2 月 18 日刑法第 87 條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論」(88.9%)、「民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確(缺乏參與著力點)」(85.6%)、「現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制」(85.0%)、「未建立監護處分政策成效評估指標」(83.3%)等三項，共識程度達八成以上，平均數均為 4.3 分以上；「部分個案非更保服務對象」(79.0%)、「社會福利(含非營利組織)機關(構)方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少」(74.7%)等二項，

共識程度達七成以上，平均數均為 4.2 分以上。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為目前監護處分執行社會復歸困境，如下：「2022 年 2 月 18 日刑法第 87 條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論」、「民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確（缺乏參與著力點）」、「現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制」、「未建立監護處分政策成效評估指標」（83.3%）等三項、「部分個案非更保服務對象」、「社會福利（含非營利組織）機關（構）方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少」。

表 6-2-7 目前執行社會復歸困境之意見分佈

| 項 目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 |
|---|-------|-------|------|------|------|--------|---------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | |
| 510.2022 年 2 月 18 日刑法第 87 條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論。 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 29 | 100.0% | 4.6 0.5 | 88.9 |
| 506.民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確（缺乏參與著力點） | 2 | 7.4% | 0 | 0.0% | 25 | 92.6% | 4.4 0.6 | 85.6 |
| 501.現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制 | 1 | 3.3% | 0 | 0.0% | 29 | 96.7% | 4.5 0.7 | 85.0 |
| 512.未建立監護處分政策成效評估指標 | 4 | 14.3% | 0 | 0.0% | 24 | 85.7% | 4.3 0.7 | 83.3 |
| 509.部分個案非更保服務對象 | 8 | 30.8% | 0 | 0.0% | 18 | 69.2% | 4.1 0.9 | 79.0 |
| 507.社會福利（含非營利組織）機關（構）方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少 | 4 | 14.3% | 1 | 3.6% | 23 | 82.1% | 4.2 1.1 | 74.7 |

資料來源：本研究整理

表 6-2-8 為受訪專家就解決執行社會復歸困境方式意見之同意程度，其中「擴展、納入已有之社福機構，並建置多元處遇機構資料庫，供處遇、轉銜參考」（91.4%）、「可加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助」（90.8%）等二項，其共識程度達九成以上，平均數均為 4.8 分；「社區處遇關懷計畫，應再補充心衛社工量能」（89.8%）、「落實社安網社會復歸計畫，可強化民間社會（非營利組織）之協力參與」（87.8%）、「參考美國 clubhouse（會所）模式，由非營利組織設立社區支持機構，採取社區工作與支持的方式，提供精神康復者創造機會的中間處遇轉銜機制」（87.7%）、「增加就醫補助，協助社會復歸」（83.6%）、「修法前之個案，由當地主管機

關之社工人員，採輔導模式列案輔導。」(83.1%)、「可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標」(81.8%)、「可以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持」作為主要的績效評估指標」(80.8%)、「可考量公私協力建置社會復歸中心，落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助」(80.6%)、「可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）作為評估指標」(80.2%)等九項，共識程度達八成以上，平均數均為 4.2 分以上；「修正更生保護法，增訂「經檢察官依個案情節認定有接受更生保護之必要而轉介者」，得受更生保護會之服務。」(68.8%) 共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準（70%）。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為解決執行社會復歸困境方式如下：「擴展、納入已有之社福機構，並建置多元處遇機構資料庫，供處遇、轉銜參考」、「可加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助」、「社區處遇關懷計畫，應再補充心衛社工量能」、「落實社安網社會復歸計畫，可強化民間社會（非營利組織）之協力參與」、「參考美國 clubhouse（會所）模式，由非營利組織設立社區支持機構，採取社區工作與支持的方式，提供精神康復者創造機會的中間處遇轉銜機制」、「增加就醫補助，協助社會復歸」、「修法前之個案，由當地主管機關之社工人員，採輔導模式列案輔導。」、「可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標」、「可以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持」作為主要的績效評估指標」、「可考量公私協力建置社會復歸中心，落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助」、「可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）作為評估指標」。

表 6-2-8 解決執行社會復歸困境方式之意見分佈

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 |
|---|-------|-------|------|------|------|--------|---------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | |
| 502 擴展、納入已有之社福機構，並建置多元處遇機構資料庫，供處遇、轉銜參考 | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 100.0% | 4.8 0.4 | 91.4 |
| 503 可加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助 | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 100.0% | 4.8 0.4 | 90.8 |
| 504 社區處遇關懷計畫，應再補充心衛社工量能 | 0 | 0% | 0 | 0% | 28 | 100.0% | 4.7 0.5 | 89.8 |
| 501 落實社安網社會復歸計畫，可強化民間社會（非營利組織）之協力參與 | 1 | 3.3% | 0 | 0% | 29 | 96.7% | 4.6 0.6 | 87.8 |
| 507 參考美國 clubhouse（會所）模式，由非營利組織設立社區支持機構，採取社區工作與支持的方式，提供精神康復者創造機會的中間處遇轉銜機制 | 1 | 3.6% | 0 | 0% | 27 | 96.4% | 4.6 0.6 | 87.7 |
| 508 增加就醫補助，協助社會復歸 | 3 | 13.0% | 0 | 0% | 20 | 87.0% | 4.4 0.7 | 83.6 |
| 510 修法前之個案，由當地主管機關之社工人員，採輔導模式列案輔導。 | 1 | 3.8% | 1 | 3.8% | 24 | 92.3% | 4.5 0.8 | 83.1 |

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 |
|--|-------|-------|------|-------|------|-------|---------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | |
| 513 可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標 | 1 | 3.8% | 2 | 7.7% | 23 | 88.5% | 4.3 0.8 | 81.8 |
| 512 可以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持」作為主要的績效評估指標 | 2 | 6.7% | 1 | 3.3% | 27 | 90.0% | 4.2 0.8 | 80.8 |
| 506 可考量公私協力建置社會復歸中心，落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助 | 1 | 3.4% | 1 | 3.4% | 27 | 93.1% | 4.5 0.9 | 80.6 |
| 514 可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）」作為評估指標 | 2 | 7.1% | 1 | 3.6% | 25 | 89.3% | 4.2 0.8 | 80.2 |
| 509 修正更生保護法，增訂「經檢察官依個案情節認定有接受更生保護之必要而轉介者」，得受更生保護會之服務。 | 3 | 11.1% | 5 | 18.5% | 19 | 70.4% | 4.1 1.3 | 68.8 |

資料來源：本研究整理

五、各單位執行人力與資源評估

有關各單位執行人力與資源評估，相關統計數據臚列於下表 6-2-9：針對 23 項評估問題，全部問題之共識程度均為 7 成以下，未達到共識程度之標準（70%），且其平均分數除一題（現有檢察官人力能有效協調相關人員執行監護處分）都在 3 分以下，顯見，目前各題各單位執行人力與資源仍不足夠因應執行監護處分之需要。

表 6-2-9 各單位執行人力與資源評估之意見分佈

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 |
|---|-------|-------|------|-------|------|-------|---------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | |
| 630 針對上述身份之受刑人，矯正機關人員能協助完成個案轉銜工作 | 12 | 37.5% | 10 | 31.3% | 10 | 31.3% | 2.9 0.9 | 67.2 |
| 601 現有檢察官人力能有效協調相關人員執行監護處分 | 8 | 29.6% | 7 | 25.9% | 12 | 44.4% | 3.3 1.1 | 65.3 |
| 629 現有矯正資源足供協助受上述身份受刑人接受刑事處罰之任務 | 11 | 36.7% | 11 | 36.7% | 8 | 26.7% | 2.9 1.1 | 62.5 |
| 628 部分精神耗弱受刑人在入監前或出監後需接受監護處分，現有矯正人力能有效完成該受刑人接受刑事處罰之任務 | 11 | 36.7% | 10 | 33.3% | 9 | 30.0% | 2.9 1.1 | 62.3 |
| 602 現有監護資源足供檢察官指揮監護處分之執行 | 17 | 68.0% | 5 | 20.0% | 3 | 12.0% | 2.3 0.9 | 60.9 |
| 616 現有警政人力能有效完成受監護者治安（行為）監控之任務 | 16 | 59.3% | 4 | 14.8% | 7 | 25.9% | 2.7 1.1 | 60.5 |
| 617 現有警政資源足供協助受監護者治安（行為）監控任務 | 16 | 59.3% | 4 | 14.8% | 7 | 25.9% | 2.7 1.1 | 60.5 |

| 項目 | 非常不同意 | | 沒有意見 | | 還算同意 | | MeanSD | 共識程度 | |
|------------------------------------|-------|-------|------|-------|------|-------|--------|------|------|
| | 不太同意 | | | | 非常同意 | | | | |
| | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | | | |
| 604 現行衛政人力能有效完成受監護者醫療連結、復歸、轉銜之任務 | 13 | 50.0% | 5 | 19.2% | 8 | 30.8% | 2.8 | 1.2 | 58.2 |
| 605 現有衛政資源足供完成受監護者醫療連結、復歸、轉銜之任務 | 17 | 65.4% | 3 | 11.5% | 6 | 23.1% | 2.6 | 1.2 | 55.3 |
| 633 現有受監護處分者最近親屬之資源足供照顧受監護者 | 21 | 75.0% | 2 | 7.1% | 5 | 17.9% | 2.2 | 1.0 | 55.1 |
| 622 現有勞動主管機關人力能有效協助受監護者之就業任務 | 18 | 66.7% | 5 | 18.5% | 4 | 14.8% | 2.4 | 1.1 | 55.0 |
| 614 現有社福資源足供完成受監護者就養、社區照顧服務、輔導之任務 | 19 | 76.0% | 4 | 16.0% | 2 | 8.0% | 2.2 | 1.0 | 54.8 |
| 611 現有精神復健、護理資源足供完成受監護者照復之任務 | 19 | 76.0% | 1 | 4.0% | 5 | 20.0% | 2.3 | 1.1 | 53.9 |
| 613 現有社福人力能有效完成受監護者就養、社區照顧服務、輔導之任務 | 18 | 72.0% | 4 | 16.0% | 3 | 12.0% | 2.3 | 1.1 | 53.9 |
| 610 現行精神復健、護理人力能有效完成受監護者照復之任務 | 17 | 68.0% | 3 | 12.0% | 5 | 20.0% | 2.4 | 1.1 | 52.8 |
| 632 受監護處分者之最近親屬能有效照顧受監護者 | 20 | 69.0% | 3 | 10.3% | 6 | 20.7% | 2.4 | 1.2 | 52.4 |
| 625 現有更生保護人力能有效協助受監護者之更生保護任務 | 15 | 55.6% | 6 | 22.2% | 6 | 22.2% | 2.5 | 1.2 | 51.5 |
| 619 現有教育主管機關人力能有效協助受監護者就學之任務 | 14 | 60.9% | 5 | 21.7% | 4 | 17.4% | 2.5 | 1.2 | 50.9 |
| 620 現有教育資源足供協助受監護者就學之任務 | 14 | 60.9% | 3 | 13.0% | 6 | 26.1% | 2.6 | 1.3 | 50.0 |
| 607 現行醫療人力能有效完成受監護者心理治療、諮商等就醫之任務 | 16 | 61.5% | 4 | 15.4% | 6 | 23.1% | 2.5 | 1.2 | 49.6 |
| 608 現有醫療資源足供完成受監護者心理治療、諮商等就醫之任務 | 17 | 63.0% | 2 | 7.4% | 8 | 29.6% | 2.5 | 1.3 | 49.1 |
| 623 現有勞動資源足供協助受監護者之就業任務 | 19 | 70.4% | 4 | 14.8% | 4 | 14.8% | 2.3 | 1.2 | 48.5 |
| 626 現有更生保護資源足供協助受監護者之社會復歸任務 | 16 | 59.3% | 7 | 25.9% | 4 | 14.8% | 2.3 | 1.2 | 48.2 |

資料來源：本研究整理

另外，受訪專家針對不同監護處分執行人員，建議下列策進作為：

(一) 檢察官或檢察機構：

- 1、請社區心理衛生中心的個案管理組協助追蹤後續。
- 2、提升知能學習與資源認識與掌握。
- 3、加入心理、職能、社工等專業。
- 4、協調非營利組織共同協助參與監護重返社會、適應日常生活的輔導機制。
- 5、應請專家學者表示意見。

(二) 衛政人員或機構

- 1、須視個案狀況連結社政資源。
- 2、建立完整團隊及單一窗口。
- 3、衛政人力效能尚未完全發揮，應提升其服務量能。
- 4、衛政機構應和司法警政單位建立聯繫平臺。
- 5、加強衛政人力之司法專業。

(三) 社政人員或機構

要把社政拉進來才對，同時要發展在社區危機處理機制。

(四) 醫療人員或機構

- 1、提供輔助人力（如巡迴輔導人力等）。
- 2、心理治療是長期的，因此在預算上每個人是可以得到長期性的心理治療才行。
- 3、人員編制、硬體設備皆需依量增加。
- 4、醫療單位應結合司法警政單位建立多元化處遇。
- 5、共病醫療資源之協助與支援。
- 6、目前未納入完整醫療團隊人員，例如：職能治療師、社區個案師等難以完整評估介入。

(五) 精神復健、護理資源或機構

- 1、提供補充人力及獎勵辦法。
- 2、社區機構相較醫療單位，曾無力處理個案的犯罪行為、或是預防犯罪，反而會對其他人造成傷害，包括言語或行為上的霸凌等。
- 3、人力比太高，因此無法有效發揮職能。
- 4、另外增加外展（外部訪查）團隊，承接高再犯風險的後續追蹤和處遇。
- 5、加強和司法警政單位的連結。
- 6、加強照護人員之司法專業。

(六) 社會福利資源或機構

- 1、精神照護了解缺乏，心理衛生知能提升。

- 2、要先充實前端，自然就有辦法處理。
- 3、目前的社工體系面臨嚴重的人力、經費不足的問題，除了社工人力不足以外，精神病患的家屬若是處於社會弱勢，目前也沒有足夠的配套社會福利措施給予經濟或醫療支援。
- 4、開發社會福利資源並加強社福機構人員之司法專業訓練。

(七) 警政人員或機構

- 1、精神疾患認識、溝通技巧等學習
- 2、承辦同仁應有監護處分專業訓練
- 3、加強警政人員專業醫療訓練俾於第一時間提供最適之處遇或轉介。

(八) 教育人員或機構

- 1、去污名化，及有專輔人員介入協助。
- 2、就學轉銜必需從監護結束前介入，提早做準備。
- 3、建議相關教育機構積極發覺有弱勢需救助者，並盡早轉介相關社會資源及提供適切輔導措施，盡早介入，可避免未來犯罪於無形。
- 4、針對教育人員訓練其對監護之專業認識。

(九) 勞動人員或機構

- 1、污名化的情況嚴重，勞政單位配合消極。
- 2、主動提供，不因其曾有犯罪、暴力史，以及不以治療穩定與否拒絕服務。
- 3、任務編組，需受專業訓練，面對受監護處分者能同理並適切媒合就業之個管就業促進人員。
- 4、建議增加專業諮商及就業追蹤輔導人員。
- 5、開發願意提供就業機會之業主資源。

(十) 更生保護工作人員或機構

- 1、更生保護工作人員人力不足，服務業務不斷擴增，沒有心衛相關專業人員，連社工人員都不充足，對監護處分社會復歸任務需如毒品處遇方案另設個管師處理。
- 2、首先更保的人力並不足夠，又身為一個民間機構，於協助個案之時並不具有強制力。除此之外，受監護處分的個案，通常需要有心理衛生醫療專業，更保亦欠缺這一區塊的人

力，專業並不足夠。如果要在這一塊加強的話，專業課程之外，專業人力也很需要補足。

- 3、更保缺乏心衛相關專業人員，對於輔導受監護處分個案相關效能較有限。
- 4、加強更生輔導人員對於監護處分之專業認識。
- 5、缺乏明確工作目標。

(十一) 矯正人員或機構

- 1、監獄沒有專職的精神科醫師才是核心問題。
- 2、應該提升矯正機構中對精障犯罪者的治療能力，讓他們即使在判決未定、被羈押在看守所的時候就能接受治療，而不是非得等到住院時。」
- 3、「矯正機關一定要有足夠的精神醫療和輔導能力，讓精障者最終能夠順利回歸社會。」
「精神醫療必須從羈押時就開始。現在看守所狀況真的很糟，有些案子如果要花2-3年才能定讞，當事人狀況只有不斷敗壞而已。」
- 4、精神耗弱者受病症影響，情緒常起伏不定，入監前若未按時接受診治及服藥，其症狀甚為明顯，依現行監所醫療及矯正人力實難負荷監護處分，因精神耗弱者精神狀態多有週期性發病，需投入較多心力之治療與照護。若入監前或出監後於有專業精神醫療團隊院所或機構接受有系統治療，對渠等身心靈皆能全方位照護，治療成效始能顯現。
- 5、監所受刑人依其所犯案由、身分（如毒品、家暴、性侵等）規劃個別化處遇，但對於精神耗弱者，首先應以專業精神醫療為先，情緒症狀穩定有認知能力，方能進行下一階段的治療（如心理、諮商、職能），而部分精神耗弱者病情時好時壞，對於其他多元治療無法配合，仍須回歸醫療讓其生活正常化才是重要的。因此醫療是最重要的一環，收容環境軟硬體設施亦應考量，矯正機關的設施與醫療院所相比還是有所差別，對精神耗弱者而言，更需醫療機構照護而非拘禁於矯正機構。因此矯正機關目前之醫療頻率量能及收容環境並非首選，針對是類受刑人除應配有精神專科醫師診治外，需全天觀察其病程發展或發病時，常有情緒焦慮躁動不安情形，更須由醫師立即診治緊急開藥處置，矯正機關非醫療院所，無法如同精神療養院所可立即由醫護人員協助處置，若戒護外醫對人力是一大負擔。精神耗弱者病程時有反反覆覆，用藥反應亦需由專業醫護人員觀察後再予藥物調整，對矯正人員來說缺乏專業醫療素養難以勝任。
- 6、行前監護個案在入監服刑時，矯正機關應持續關注個案精神狀況，適當引進相關資源，控制個案病情，並於出監前召開轉銜會議，讓個案出監後由相關單位持續關懷。

- 7、除精神醫療藥物使用外，建議可再提供社會心理評估處遇。
- 8、在矯正機構中針對監護處分的應有醫療衛生機構或專業人員做一致性的評估和連續性的精神治療、監護、回歸社區治療計畫
- 9、協調醫院入監進行功能鑑定，並協助處理身障手冊事宜，讓受刑人出監能夠無縫接軌獲得相關福利。
- 10、增加專業評估能力落實轉銜工作。
- 11、除教誨師外，安排心理師、社工輔導，必要時接受醫師診治；安排健康狀況良好之收容人協助上述個案之生活起居；個案離間時通知相關單位（如衛生局）；累進處遇分數生活管理（處遇）上之適當調整，個別化處遇。
- 12、傳統戒護、教化人員對於監護處分之精神耗弱個案專業知能並不充足，最保險的方式係依矯正法規執行公務如能在教化、調查甚至是衛生等 3 科室配置足夠心理、社工專業人力（參考衛生局、社會局的概念），獲績能有效提升處遇效能。
- 13、監護處分個案於裁判時多數為徒刑附帶監護處分宣告，因此，此類個案多數會移入矯正機關執行徒刑，然從實務上可見此類個案並不適宜於矯正機關執行，主要是個案長期受疾病問題困擾，即便我國矯正機關醫療已導入社區健保醫療，終究無法比擬精神醫療機構，此等人員移入是否妥當，有待商榷。
- 14、目前矯正機關除有上述健保醫療資源導入外，亦有戒送外醫、戒護住院及精神病療養專區之多元處遇制度，尚能協助個案服刑完畢，惟對於此類收容人究竟單純接受刑事處罰，抑或是積極穩定病情及提升個案病識感，立基於當事人最佳利益之立場應以後者為主，並送入專業精神醫療機構執行為宜。
- 15、倘若我國刑事政策為有效解決此問題，應採取刑前監護處分制度，並同時設有免除徒刑之執行機制若個案接續徒刑並非病人最佳利益時，應考慮免除徒刑之執行或以其他方式代之，始為妥當。
- 16、矯正機關原則上於個案出監前均依法進行出監調查，從個案就醫評估、家庭支持、就業意願等不同面向進行綜合評估，並視需要轉介社政、勞政及衛政等網絡單位，銜接後續服務輸送，若遇有多元需求或轉銜困難個案，則可依社會安全網第二期計畫意旨，召開轉銜會議，共商個案輸送機制。
- 17、經查歷次承辦轉銜會議過程中可現，矯正人員雖能有完整的個案需求評估，惟社區網

絡單位經常以法源依據不足、不符安置條件等理由，導致轉銜社區時易有所窒礙。換言之，轉銜並非矯正人員即能獨立完成，即便矯正人員能夠轉介給適當單位，但社區網絡單位多有挑選個案，尤其時合併有暴力行為於轉銜時困難重重。因此，建議精神衛生法應明文規定各網絡單位業職掌及應行事項，始能讓轉銜工作符合社會安全網核心意旨。

18、現行的監所、看守所等都沒有針對精神病犯設計的勞動作業和輔導模式，讓後續的監護或復歸社會轉銜益發困難。

(十二) 最近親屬之照顧工作人員

- 1、需社會資源幫助。
- 2、親屬最有可能是家暴對象，恐無心力照顧，應另覓照顧資源。
- 3、建議有輔助人機制提供家屬諮詢及協助，減輕家屬負擔。
- 4、不要為難沒有辦法的親屬了。
- 5、建置受監護處分人回歸社會後所需的社區資源供親屬運用。
- 6、如果是交由最近親屬進行照護，也要有適切的評估，有許多的家庭破碎以及不幸，源於無止盡的照護，家庭可能會因此而更加的脆弱。
- 7、建議最近親屬能主動學習受監護處分者之專業照顧。
- 8、除了最近親屬外，可增加專業人員的協助，讓最近親屬更能發揮更好的功能及角色。

(十三) 轉銜機制或平臺

- 1、個案期滿後，接手的各該主管機關如何做橫向聯繫，應該是有效控管個案成敗的關鍵，建議像性侵、兒虐、家暴事件一樣，有一個主責單位做個案控管的窗口（承辦人），定期檢討個案的狀況，應是較有效率的方式。
- 2、法令再完善，也須確實落實方能有其正面效應。但現況是參與者多欠缺精神疾病專業知識，應加強在職教育訓練。
- 3、社區服務不該始於轉銜會議後，會議前的關係建立評估及生活計畫討論才能使得服務得以連結及延續。
- 4、編列監護處分相關處遇的必要經費，增加監護處分相關復歸社區處遇的社區工作者。
- 5、建置完善受監護處分人回歸社會後所需的社區資源。

- 6、將難處理的個案集中，多點人力或增列現行的醫療機構或健保體制無法處理個別化治療。
- 7、為提供監護處分個案之最佳處遇，應加強相關人員之專業評估能力之訓練養成，並充分進行意見交流，避免資源重複使用或遺漏必要處遇措施。
- 8、需要有專門機構設立專責病房來負責照顧及訓練這些監護處分個案，讓他們在住院期間不斷訓練及教導正確觀念及行為，減少下次再犯法行為發生，造成社會不安。
- 9、目前之精神醫療機構並未針對司法轉銜之監護個案做設計，如遇特殊情況，應讓有意接收之醫療機構給予專業輔導及人力資源。
- 10、轉銜會議之召開是很好的溝通和討論平臺，轉銜會議主持人（主任檢察官）功能非常重要，建議有一致標準、明確服務的計畫與共識，主管機關之社工、警政、法政人員一律開案並共案處理。

綜合上述，在政策上，受訪專家提出之其他意見，除原問卷所題建議外，下列建議具參考價值：「增加外展（外部訪查）團隊，承接高再犯風險的後續追蹤和處遇」、「目前的社工體系面臨嚴重的人力、經費不足的問題，除了社工人力不足以外，精神病患的家屬若是處於社會弱勢，目前也沒有足夠的配套社會福利措施給予經濟或醫療支援」、「更生保護工作人員人力不足，服務業務不斷擴增，沒有心衛相關專業人員，連社工人員都不充足，對監護處分社會復歸任務需如毒品處遇方案另設個管師處理」、「加強更生輔導人員對於監護處分之專業認識」、「監獄沒有專職的精神科醫師才是核心問題」、「應該提升矯正機構中對精障犯罪者的治療能力，讓他們即使在判決未定、被羈押在看守所的時候就能接受治療，而不是非得等到住院時」、「協調醫院入監進行功能鑑定，並協助處理身障手冊事宜，讓受刑人出監能夠無縫接軌獲得相關福利」、「應採取刑前監護處分制度，並同時設有免除徒刑之執行機制若個案接續徒刑並非病人最佳利益時，應考慮免除徒刑之執行或以其他方式代之，始為妥當」、「個案期滿後，接手的各該主管機關如何做橫向聯繫，應該是有效控管個案成敗的關鍵，建議像性侵、兒虐、家暴事件一樣，有一個主責單位做個案控管的窗口（承辦人），定期檢討個案的狀況，應是較有效率的方式」、「社區服務不該始於轉銜會議後，會議前的關係建立評估及生活計畫討論才能使得服務得以連結及延續」。

第七章 結論與建議

為瞭解現行我國監護處分狀況、困境與防治對策，本研究以質化及量化並重的研究設計，使用文獻探討、官方資料分析法、深度訪談法、問卷調查法及焦點團體座談等5種不同的研究方法，具體客觀地針對我國監護處分狀況，進行實證性研究，最後依據研究發現提出研究建議，提供相關單位研擬監護處分政策之參考，茲就相關研究結果分述如下：

第一節 研究發現

依據本研究分析內容，茲就各國監護處分制度、我國監護處分制度運作及執行狀況、我國監護處分困境與方向及專家針對我國監護處分之評估結果等單元，分述如下：

一、各國監護處分制度分析

本研究整理世界主要國家之監護處分制度、措施，包括美、英、德、日、韓、奧、瑞，並據以比較、分析我國過去執行監護處分之概況，作為我國規劃、設計、執行監護處分之參考，其中德國、奧地利、瑞士係歐陸法系，其監護制度較相似，合併為德、奧、瑞(以下簡稱為德、奧、瑞)進行討論，茲就各國監護處分制度特色及可以供我國參考的制度分別說明如下：

(一) 各國刑事監護制度特色與比較分析結果

有關各國刑事監護之制度進行比較，茲綜合分析如下：

1. 監護處分之原因行為之限定

關於發動監護處分或收容於精神病院之處分，德、奧、瑞刑法上之收容於精神病院處分，均將原因行為限於重大犯罪或犯罪情節重大者，而排除輕微犯罪；但臺灣刑法上之監護處分的原因行為，並不限於重大犯罪或犯罪情節重大之犯罪者，亦包括最重本刑一年以下有期徒刑、拘役或罰金之罪。從法治國特別保障個人人身自由之角度言，德、奧、瑞三國刑法上將輕微犯罪者，排除在「收容於精神病院處分」宣告之原因行為外，較符合憲法比例原則要求。日本的醫療觀察法適用對象亦是限於重大他害行為，排除輕微他害行為。韓國的治療監護處分雖不限於重大犯罪，也限於禁錮以上之刑。美國與英國均未特定將原因行為限定於重大犯罪或犯罪情節重大者。

2. 再犯之犯罪性質之限定

精神障礙或心智缺陷犯人於未來具有再度犯罪之危險性，乃是發動監護處分或收容於精神病院處分之必要條件。問題是，行為人可能再犯之犯罪性質，要否限於重大犯罪或犯罪情節重大之罪，容有不同之見解。對此，德、奧、瑞刑法均將行為人可能再犯之犯罪行為限於重大犯

罪或犯罪情節重大者，而排除輕微犯罪。日本的醫療觀察法非保安處分，限於重大他害行為，排除輕微他害行為。韓國的治療監護處分雖不限於重大犯罪，限於禁錮以上之刑，也需要具備再犯危險性。美國與英國對於受處分人再犯性質，均未特別限定於重大犯罪或犯罪情節重大者。

3. 行為人社會危險性的考量

按照一般文獻，監護處分或收容於精神病院處分之目的，旨在防衛社會。理論上系爭處分必以精神障礙或心智缺陷犯人本身具有社會危險性為前提，而所謂的社會危險性，並不等於再犯危險性，毋寧再犯危險性僅係社會危險性之前提，行為人無再犯危險性者，原則上固無社會危險性，但有再犯危險性者，未必即有社會危險性，因為行為人可能再犯之犯罪，如果僅係相當輕微之犯罪，根本欠缺社會重要性，無社會危險性之可言，但若行為人可能再犯之犯罪的性質係屬重大犯罪或情節重大之犯罪，因其可能造成社會大眾或一般人之危懼感，具有社會重要性，原則上可認其具有社會危險性。惟德國、奧地利與瑞士刑法，對於收容於精神病院處分之發動，除要求行為人要有違犯重大犯罪行為或情節重大之犯罪的危險性外，還要求行為人必須具有「社會危險性」，始能對之為收容於精神病院處分之宣告。日本的醫療觀察法考量的是受處分人的疾病性、治療可能性與社會復歸。韓國考量治療監護的必要性與再犯危險性，其二，需具備再犯危險性：具有再次犯罪的相當蓋然性，依據：1.判決宣告時當時被監護請求人的習癖或中毒症狀程度、治療難易程度、心神障礙程度，是否具備後續能夠持續接受治療的環境、被監護請求人自身有無治療的意志及程度；2.被監護請求人的年齡、個性、家族關係、職業、財產狀況、前科事實、悔改情狀等；3.呈現被監護請求人的習癖或中毒依存表徵的該監護請求原因之犯罪行為動機、手段和內容；4.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，就此進行綜合評價與客觀判斷。關於受處分是否需同時具備再犯危險性與社會危險性，使得為處分之宣告一節，英美法制均未為特別規定。

4. 處分之對象不含瘖啞人

關於收容於精神病院處分之對象，應否包括瘖啞人，各國立法例或有不同。德、奧、瑞刑法上之收容於精神病院處分的對象，則均僅限行為時處於精神障礙或心智缺陷犯人，而不包括瘖啞人。日本與韓國對此似無特別限制。就英美法的實務案例以觀，收容於精神病院處分之對象，係以行為時處於精神障礙或心智缺陷犯人為限，而不包含瘖啞人在內。

5. 不定期處分之原則

關於收容於精神病院處分之期間，德國、奧地利刑法係採「不定期處分」原則，未限定處分之期間，執行期間之久暫，端視精神障礙或心智缺陷犯人，經治療或矯正處遇之結果，其再犯危險性與社會危險性是否完全消滅或至少已經顯著降低而定，以符社會防衛目的之要求；而瑞士刑法雖然有限定收容於精神病院處分之期間，但同時亦規定法院得容許延長該處分期間，

且不限制延長之次數，實質上與德國與奧地利刑法上之不定期處分制度相當，亦能符合社會防衛的目之需要。日本入院處遇並無限制處分之期間，但有指示希望於1年6個月內結束入院處遇。韓國則如同前述有針對不同類型的受監護人規定監護期間限制。英美法制入院處遇並無限制處分之期間。

6. 處分執行之場所應限於精神病院

關於收容安置、治療或矯正精神障礙或心智缺陷犯人之處分的執行處所，德、奧、瑞刑法上之收容於精神病院處分均僅限於精神病院；但臺灣刑法上監護處分執行處所之「相當處所」，則不以精神病院為限。日本與韓國也不限於精神病院，可以包含社區處遇。英國與美國，就處分執行之場所而言，並不限於精神病院，社區的多元處遇模式毋寧扮演更積極活躍的功能。

7. 刑前執行原則

關於處分之執行次序，如果行為人同時受收容於精神病院處分或監護處分與自由刑之宣告，而形成系爭處分與自由刑之執行競合時，依德、奧、瑞刑法之規定，係以先執行系爭處分，再執行自由刑為原則，除非先執行自由刑有利系爭處分目的之實現。日本醫療觀察法非保安處分，所以基本上判定受處分者則進入到醫療觀察程序。韓國治療監護之執行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。英美法制對此並無特別規定。

8. 刑前執行與折抵刑期

刑前已受羈押處分之執行者，羈押期間得折抵刑期，以避免形成雙重制裁，乃係法治國之共識。監護處分或收容於精神病院處分之性質與羈押處分一樣，均屬對於人身自由基本權的重大干預，同時使人民成為國家為實現特定公益目的而受到特別犧牲之人，從而於系爭處分與自由刑之執行發生競合時，如果使系爭處分先於自由刑之執行，則系爭處分之執行期間，可否折抵自由刑之刑期，學理上不無疑問。惟基於人身自由之保障，並減輕這二種拘束人身自由之刑事制裁措施接續執行，可能對於受處分人人身自由所造成之雙重限制，德國、奧地利與瑞士刑法均明定，收容於精神病院之處分如先於自由刑之執行者，其所受之系爭處分的執行期間，可以折抵刑期。日本醫療觀察法非保安處分，所以基本上判定受處分者則進入到醫療觀察程序，與刑罰為不同系統。韓國治療監護之執行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。英國與美國法制對此並無特別規定。

9. 處分之暫緩執行與暫時中止執行以付觀護考核

自由刑宣告後，如果認為暫緩執行受判決人所受宣告之刑罰，或者於執行自由刑已經一定時間後，暫時將其釋放，使之復歸社會，有助於受刑罰宣告之人改過遷善、復歸社會者，法治

國刑法多設有「緩刑」與「假釋」之制度，以符特別預防之刑罰目的。問題是，與自由刑同屬拘束人身自由之基本權干預性質的監護或收容於精神病院處分，是否亦應如同自由刑之執行可以緩刑或假釋一般，設置「暫緩執行」系爭處分或暫時中止系爭處分之執行而將受處分人釋放並使之復歸社會，學理上容有爭議。對此，德國、奧地利與瑞士三國刑法均設有「暫緩開始執行」收容於精神病院處分，以及於系爭處分已經執行一定時間後，將受處分人「假釋」並同時將之交付觀護考核的制度。日本受醫療觀察處分者有通院處遇等非設施處遇方式，醫療觀察法第 108 條與第 109 條，地域的支援體制是以醫療、福利和行政相關機關合作聯繫，形成多種職業跨域合作的網絡。在司法的視角下是社會復歸調整官作成處遇計畫，在醫療的視角下由訪問看護師做成。韓國根據治療監護法第 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、兄弟姐妹等於治療戒護所外實施治療，依照受宣告者的病情等定相當期間實施之。美國設置有組織功能類似之精神衛生法庭，針對某些具有精神障礙之被告採取治療計畫，且各州之精神衛生法庭高度仰賴刑事司法、精神健康、藥物濫用治療等專業部門人員和服務系統之間的跨部門合作。英國則在司法訴訟程序中，設有治安法庭或皇家法庭，可依照精神衛生法第三十五條命被告到指定之精神醫療機構進行精神狀態評估。

10. 易執行他種保安處分以代監護處分之執行的法官保留原則

雖然德國、奧地利與瑞士刑法之收容於精神病院處分與臺灣刑法上之監護處分制度，均容許於系爭處分宣告後，如依客觀事實，足認將系爭處分之執行變換為其他保安處分之執行更有助於受處分人再社會化者，得以變更執行他種保安處分以替代系爭處分之執行。不同的地方是，德國、奧地利與瑞士刑法對於收容處分經宣告後，欲易處他種保安處分者，係採法官保留原則。日本醫療觀察法雖然不是保安處分，但也主要是透過法院進行判斷是否可以出院。韓國則由治療監護審議委員會為之。英美法制下，若欲改採其他的多元處遇措施或其他安置方案，均需要經過法官保留原則，分別由精神衛生法庭、治安法庭、或者皇家法庭參酌醫療專業人員之判斷後始得為之。參酌標準略有該人是否存在心智障礙或功能失調；該人缺乏對其護理或治療做出決定的能力；該人需要符合其最大利益的護理或治療；行使強制權力對該人或任何其他他人所面臨的傷害風險必要且相稱等等。

11. 監護處分宣告程序之鑑定必要原則

由於行為人於行為時是否處於精神障礙或心智缺陷之狀態？行為人日後是否仍可能再度處於精神障礙或心智缺陷之狀態下而為犯罪行為？以及行為人是否具有社會危險性？應否交付行為人接受何種保安處分較為適當？乃至於其可能的成效如何？均為法官於審理應否宣告將行為人交付監護處分或收容於精神病院處分時所應考量之要項，而這些要項之考量，無不關

涉司法精神醫學以及犯罪預測科學之專業性，並非僅具法律專業之法官所能勝任，因此，德國、奧地利與瑞士刑法均規定，法官於宣告將行為人收容於精神病院處分前，應先委請專家就上開事項從事鑑定，再將鑑定結果提供給法官作為應否將行為人宣付收容於精神病院處分之依據。日本與韓國也是需要精神科專家之鑑定。美國與英國均需要精神科醫療人員之鑑定，並提出足夠的證據證明被告具有精神病態或心智缺陷，且需考量犯罪的性質與被告的犯罪紀錄，做出最適合病患的安置方案。

12. 監護處分宣告與正當法律程序

由於將行為人收容於精神病院處分，關涉受處分人之人身自由甚鉅，是以德國、奧地利與瑞士刑事訴訟法，均訂有保障受處分人之程序權的特別規範，使受處分人於法院從事系爭處分應否宣告之審理程序，得自行陳述個人之意見或委託辯護人代為陳述。日本的醫療觀察法對此較沒有如同刑事訴訟法的規定，不過最高裁認為醫療觀察法的程序保障不見得需要採取刑事訴訟程序的規定。韓國治療監護法第 15 條規定治療監護請求事件準用刑事訴訟法第 282 與第 283 條辯護人相關規定。美國法制下，對行為人強制治療的合法與合憲性問題屢屢成為聯邦最高法院的爭議焦點，需遵循正當法律程序。英國根據精神衛生法相關規定，則較著重心理健康服務和醫療專業人員的介入與評估。

13. 監護處分執行之加重法官審查原則

由於將行為人收容於精神病院之處分，係屬剝奪受處分人之人身自由的基本權干預措施，為避免國家對於受處分之人身自由造成過度之干預，德國、奧地利與瑞士刑法無不明文賦予法官高度的審查義務，要求法官應隨時或至少間隔一定之時間審查，有無對受處分人免予執行或繼續執行之必要。日本也規定以六個月為期可以向法院請求判斷是否可以出院。韓國則是以治療監護審議委員會為主體判斷。美國要求法官應隨時或至少間隔一定之時間審查，有無對受處分人免予執行或繼續執行之必要。而根據英國之精神衛生法，在醫師評具有接受強制治療的情形下，應並被告到院治療，但不得超過 28 天，且法庭延長總時數不得超過 12 週，情況若有改善可以即刻請求終止之。

(二) 各國可供我國參考的制度

綜合上述研究發現，有關各國可以供我國參考的制度分別說明如下：(詳如表 7-1-1)

1. 德、奧、瑞

(1) 德國法

德國刑法上類似我國刑法上監護制度的將行為時因精神障礙致無責任能力或僅有限制責任能力的犯罪行為人「安置於精神病醫院」(Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)

之處分值得我國法制參考的部分，可以分為幾個層面說明：

首先，在實體法層面而言，由於「安置於精神病醫院」處分本質上為一種拘束人身自由之保安處分，本諸法治國之比例原則的要求，德國刑法第 63 條乃嚴格限定是項處分之發動條件，必須「行為人之違法行為係於無罪責能力（第 20 條）或減輕罪責能力（第 21 條）之狀態下實行，而經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性」，始得對行為人為「安置於精神病醫院」處分之宣告。易言之，德國刑法上之「安置於精神病醫院」處分，顯將發動是項處分之前提要件的精神障礙行為人所為之「原因犯罪行為」以及未來可能再犯之犯罪行為限於「重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害」者，從而排除行為人僅觸犯或未來僅可能再犯輕微犯罪者有被宣告安置於精神病醫院處分之可能性，俾符比例原則；如果行為人所犯之違法行為，即原因犯罪行並非重大的違法行為者，法院僅能於根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態而犯下此類重大之違法行為時，始得諭知將行為人收容於精神病院。此外，德國刑法尚同時限定精神障礙之犯罪行為人，須對於社會大眾具有危險性，亦即有危害公共安之虞，因而有社會防衛之必要性，始得為處分之宣告，以符保安處分制度之本旨。相較我國刑法第 87 條之監護制度，並未排除違犯輕微犯罪之精神障礙行為人有受監護宣告之可能性，亦未要求具有再犯危險性之精神障礙犯罪行為人須同時具有社會危險性，始得對之為監護處分之宣告，發動要件相對寬鬆，可能有違憲法之比例原則，容有修正之必要。至於處分之期間，德國刑法之安置於精神病醫院，係採不定期處分制，只是依德國刑法第 67d 條第 6 項規定，法院於諭知將實行違法行為人安置於精神病院之處分開始執行後確認，諭知該項保安處分之要件已不復存在，或繼續執行該項保安處分有違反比例原則之虞者，法院應宣告該項保安處分業已執行完畢。將實行違法行為人安置於精神病醫院之處分之執行已逾六年，且受收容人已無因其身心狀態而再犯對於被害人身體或心理有重大損害，或有重大損害之虞之重大違法行為的危險性者，原則上可以認為繼續執行該安置於精神病醫院之處分有違比例原則。執行將實行違法行為人安置於精神病院之處分已逾十年者，且受處分人經評估已無對於被害人實施足以嚴重損害其身體或心理之重大犯罪行為的危險性者，法院應宣告該安置於精神病醫院處分之執行完畢。於受安置於精神病醫院處分執行之人釋放後，應予行為監督。但可以期待受處分人於釋放後，即使無行為監督亦不會再犯者，法院不應諭知行為監督。相對的，我國刑法對於受監護處分執行完畢之人並無繼續給予「行為監督」制度之設，未來是否有參酌德國刑法引入行為監督制度之必要，容有討論空間。

其次，就程序法的面向而言，德國法制除了要求法院嚴格審查犯罪行為人是否符合得以宣告安置於精神病醫院之處分的實體要件外、更基於公平法院原則、適正程序原則之要求，特別賦予犯罪行為人相當的程序保障，如辯護權、聽審權、最後陳述權等等；此外德國法制尚要求法院於處分宣告前須為必要的司法精神醫學鑑定以及再犯可能性的鑑定，邀集司法精神醫學專家鑑定犯罪行為人於行為時是否有因精神障礙致陷無責任能力或僅有限制責任能力狀態而為犯罪行為，以及未來是否可能會再度因精神障礙致陷無責任能力或僅有限制責任能力之狀態，同時行為人是否可能再度為違犯重大的違法行為而對於社會大眾具有危險性，亦即有危害公共安之虞而有對該精神障礙之犯罪行為人宣告安置於精神病醫院處分之必要性。以上的程序規範誠值得我國參酌。

再者，在執行層面，德國法上將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分之執行，除恪遵憲法上之區隔原則，避免安置於精神病醫院處分之執行與自由刑之執行或其他拘束人身自由之保安處分的執行混同，以及嚴守法治國原則保障受處分人之人性尊嚴以及各項基本權免受執行機構不當之侵害，並賦予受處分執行之人於其權益受侵害時得向法院提起法律救濟外，尚本諸憲法上之社會國原則，對於安置於精神病醫院處分之執行係基於治療本位，堅採復歸原則，期給予精神障礙犯罪行為人最妥適之治療，消除其再犯危險性以及社會危險性，以助其儘早復歸社會，從事正常的社會生活。具體而言，於德國將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院處分之執行處所，僅限於公立、公辦民營或委託民營之精神病醫院或醫療院所，亦即採機構性處遇，但對於精神障礙犯人之機構性處遇並非一律採行封閉式之機構性處遇，而是按照受處分人之精神障礙之嚴重程度、身心狀況、再犯危險性、脫逃危險性以及精神醫療照護需求性，分別將受處分人收容安置於封閉式、有設置圍籬、採行高強度戒護措施的精神病醫院或醫療院所，或半封閉式、雖有設置圍籬但僅採中強度戒護設施的精神病醫院或醫療院所精神病醫院或醫療院所，抑或開放式、未設圍籬、採行低強度戒護設施的精神病醫院或醫療院所精神病醫院或醫療院所，俾利受處人之以治療處遇以及社會復歸處遇措施之執行。不同於我國法，德國安置於精神病醫院處分經宣告後，尚未執行者，在滿足一定要件的情況下可視情況暫緩其處分之執行以交付觀護考核，而已經執行者，在滿足一定要件的情況下，可以予以假釋以中止執行並交付觀護考核；再者，為保障受處人之權益，依德國刑法第 67e 條規定，於安置精神病醫院處分之執行期間，法院得隨時審查，是否應暫緩或中止將實行違法行為人安置於精神病醫院處分的繼續執行以交付觀護付考核或宣告該安置於精神病醫院處分業已執行完畢。且法院至少要一年為一次上開事項的審查。於執行安置於精神病醫院處分十年後，審查期限為九月，也就是法院至少要九個月審查一次。當然法院得縮短審查之期限，亦即將原定一年的審查期限改定為十個月，或將執行逾十年的九個月的審查期限，改為六個月。同時，法院亦得於法定審查期限範圍之內

另定一個審查期限，並於該期限屆至前駁回審查之聲請。而法院之審查期限自將違法行為人安置於精神病醫院開始執行時起算。法院如拒絕宣告暫緩繼續執行將違法行為人安置於精神病醫院之處分或宣告該處分已經執行完畢者，法院之審查期限應自拒絕宣告暫緩繼續執行該處分或宣告該處分已經執行完畢之裁判時起重新起算。以上各項，均值我國參考。

最後在資源面，由於刑事裁判包括各種刑事處分之執行，乃是各邦之事務，因此將違法行為人安置於精神病醫院之處分之執行所需的各項精神醫療照護的人力與物力資源，乃由德國各邦政府編列預算為之。

(2) 奧地利法

奧地利刑法上類似我國刑法上監護制度的是，將行為時因精神障礙致無責任能力或僅有限制責任能力的犯罪行為人「安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構」(Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher)之處分值得我國法制參考者，可以就以下幾點說明：

第一點，就實體法的面向而言，與德國法相同，有鑑於「安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構」處分之性質係一種拘束人身自由之保安處分，基於法治國之比例原則，奧地利刑法第 21 條乃嚴格限定是項處分之發動條件，必須「行為人因嚴重之精神障礙或心智缺陷，致陷於阻卻責任能力之狀態(第 11 條)下，而違犯最輕本刑 1 年以上有期徒刑之犯罪行為者，法院於審酌行為人之人格特質、身心狀況與犯罪行為之類型後，如認為行為人仍有再度因為受到精神障礙或心智缺陷之影響，而實施應受刑罰處罰而且會造成嚴重後果之犯罪行為之虞」，始得對行為人為「安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構」處分之宣告。易言之，奧地利刑法上之「安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構」處分，顯將發動要件的精神障礙行為人所為之「原因犯罪行為」以及未來可能再犯之犯罪行為限於「違犯最輕本刑 1 年以上有期徒刑之犯罪行為」者，從而排除行為人僅觸犯或未來僅可能再犯輕微犯罪者有被宣告安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構之處分的可能性，以符比例原則。此外，奧地利刑法尚要求精神障礙之犯罪行為人，須有危害公共安之虞，具有對之為社會防衛之必要性，始得為處分之宣告。相較我國刑法第 87 條之監護制度，奧地利刑法上之將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分的發動要件顯然較為嚴格，值得我國參考。至於處分之期間，奧地利刑法之安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構的處分，亦係採不定期處分制，只是依奧地利刑法之規定，安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構之處分，得以暫緩其執行以付觀護考核，即使已經執行，亦得予假釋並付觀護考核。相對的，我國刑法對於受監護處分並無暫緩其處分之執行以付觀護考核，以及得予假釋並付觀護考核制度之設，容

有修正之議的餘地。

第二點，就程序法的面向而言，奧地利法制與德國法相同，除了要求法院嚴格審查犯罪行為人是否符合得以宣告將犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構之處分的實體要件外、更特別賦予犯罪行為人辯護權、聽審權、最後陳述權等程序保障；同時奧地利法制亦要求法院於處分宣告前須邀集司法精神醫學為必要的司法精神醫學鑑定以及再犯可能性的鑑定。這些程序規範亦值得我國法制修正之參考。

第三點，就執行的層面而言，奧地利法上將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行，亦基於憲法上之區隔原則之要求，避免是項處分之執行與自由刑之執行或其他拘束人身自由之保安處分的執行混同，並恪尊法治國原則之要求，充分保障受處分人之人性尊嚴以及各項基本權，避免其受執行機構不當之侵害，並賦予受處分人於其權益受侵害時得向法院提起法律救濟的權利；另與德國法雷同，奧地利法尚本諸憲法上之社會國原則，對於將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行係基於治療本位以及復歸導向，期給予精神障礙犯罪行為人最妥適之治療，消除其再犯危險性以及社會危險性，以助其儘早復歸社會。具體言之，奧地利刑法上將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行，其執行處所，僅限於公立、公辦民營或委託民營之司法精神病醫院或醫療院所，採機構性處遇之措施，但按照受處分人之精神障礙之嚴重程度、身心狀況、再犯危險性、脫逃危險性以及精神醫療照護需求性還有需要戒護之強度，分別將受處分人收容安置於封閉式、封閉式或開放式之司法精神病醫院或醫療院所，以利受處人之以精神醫療照護處遇以及社會復歸處遇措施之執行。此外法院至少要一年為一次之審查應否繼續或停止是項處分之執行。以上各點，亦值得我國法修正之參考。

第四點，在資源面，奧地利法與德國法相同，由於刑事處分之執行，乃是各邦之事務，因此將精神障礙犯罪行為人安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構處分之執行所需的各項精神醫療照護的人力與物力資源，乃由奧地利各邦政府編列預算為之。

(3)瑞士法

瑞士刑法上類似我國刑法上監護制度的是，將行為時因精神障礙致無責任能力或僅有限制責任能力的犯罪行為人安置於精神病醫院的「住院治療處分」(Stationäre therapeutische Massnahmen)以及「門診治療」(Ambulante Behandlung)之處分值得我國法制參考者，可以就以下幾項說明：

首先，就實體法的面向而言，特別值得我國法參考的是，為符合法治國之要求，瑞士刑法第 56 條首揭宣告各種保安處分之基本原則：「1 具下列條件者，應為保安處分之宣告：a. 僅科

處刑罰並不足以排除犯罪行為人再犯的風險；b.犯罪行為人有治療上之需要或保安處分對於公共安全維護係有必要者；與 C.滿足第 59 條、第 61 條、第 63 條或第 64 條規定之要件。2 保安處分宣告之先決條件是，因該項保安處分之執行，對犯罪行為人之人格權的干預，與其再犯之可能性以及嚴重性必須並非不成比例。3 法院於依據第 59 條至第 61 條、第 63 條與第 64 條規定宣告科處犯罪行為人一定之保安處分或依據第 65 條規定變更制裁之之措施時，均必須依據鑑定人之鑑定報告意見。鑑定報告內容必須載明：a.對於犯罪行為人實施治療之必要性與可行性；b.犯罪行為人再犯之犯罪種類以及可能性如何；與 C.對於犯罪行為人可以採取之處分的種類若干。4 如果犯罪行為人係違犯第 64 第 1 項規定所稱之犯罪行為，則其鑑定報告，必須由既未曾經對於行為人施以治療，亦未以其他方式施以照護之鑑定人為之。4-1 如果法院考慮依照第 64 條第 1 項規定諭知終身保安監禁之處分(無期保安處分)，則法院據以作成判決之鑑定報告，至少須由 2 位以上之經驗豐富、彼此各自獨立從事鑑定工作之鑑定人為之，而且擔任鑑定人者，不僅不能是先前對於犯罪行為人施以治療之人，亦不能是曾以其他方式照護犯罪行為人之人。5 如果僅有一適當的機構可供運用，法院原則上只能諭知一項保安處分。6 保安處分，不再符合法定之要件者，應予廢止。」此外，與德國法及奧地利刑法相同，有鑑於將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療之處分之性質係一種拘束人身自由之保安處分，基於法治國之比例原則，瑞士刑法第 59 條乃嚴格限定是項處分之發動條件，必須「行為人罹患重大之精神障礙，且有下列情形者，法院得諭知將行為人收容於精神病院治療處分：①行為人於精神障礙狀態下，違犯重罪之行為，且②可以預期，經由將行為人收容於精神病院處分之實施，可以避免行為人再度於精神障礙狀態下違犯犯罪行為。行為人罹患重大之精神障礙，且有下列情形者，法院得諭知將行為人收容於精神病院治療處分：①行為人於精神障礙狀態下，違犯重罪或輕罪之行為，且②可以預期，經由將行為人收容於精神病院處分之實施，可以避免行為人再度於精神障礙狀態下違犯犯罪行為」，始得對行為人為「安置於專為收容精神障礙之違法行為人之機構」處分之宣告。易言之，瑞士刑法上之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療之處分處分，顯然排除行為人僅觸犯或未來僅可能再犯輕微犯罪者有被宣告將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療之處分的可能性，以符比例原則。此外，瑞士刑法尚要求精神障礙之犯罪行為人，須有危害公共安之虞，具有對之為社會防衛之必要性，始得為處分之宣告。相較我國刑法第 87 條之監護制度，瑞士刑法上之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療之處分的發動要件顯然較為嚴格，值得我國參考。至於處分之期間，依瑞士刑法第 59 條第 4 項規定：「諭知拘束人身自由之住院治療處遇處分的執行期間，原則上不得逾越五年。將行為人收容於精神病院治療之處分已經執行逾 5 年之後，仍然無法滿足得將受處分人付條件釋放之法定要件，而且可以預期，經由住院治療處分之繼續

執行，可以避免行為人再度於精神障礙下違犯犯罪行為者，法院得依執行機關之聲請，延長處分之執行期間，但每一次不得過5年。」易言之，瑞士刑法上之將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療的處分期間，係採定期宣告，但得繼續延長之制度，本質上仍係一種不限定期間的處分，只是依瑞士刑法之規定，將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療的處分，得以暫緩其執行以付觀護考核，即使已經執行，亦得予假釋並付觀護考核。值得我國法借鑑。

其次，就程序法的面向而言，瑞士法制與德國法以及奧地利法制相同，除了要求法院於將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療的處分的宣告前，須嚴格審查犯罪行為人是否符合得以宣告是項處分的實體要件外、尚賦予犯罪行為人辯護權、聽審權、最後陳述權等程序保障；同時瑞士法制亦要求法院於處分宣告前須邀集司法精神醫學為必要的司法精神醫學鑑定以及再犯可能性的鑑定。誠值得我國法制修正之參考。

再者，就執行的層面而言，瑞士法上將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療的處分之執行，本諸憲法上之區隔原則之要求，避免是項處分之執行與自由刑之執行或其他拘束人身自由之保安處分的執行混同，同時嚴格遵守法治國原則之要求，充分保障受處分人之人性尊嚴以及各項基本權，避免其受執行機構不當之侵害，並賦予受處分人於其權益受侵害時得向法院提起法律救濟的權利；另本諸憲法上之社會國原則，瑞士法對於將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療的處分之執行同樣係基於治療本位以及社會復歸導向，以給予精神障礙犯罪行為人最妥適之治療，以消除其再犯危險性以及社會危險性，俾使其得以儘早復歸社會為原則。具體言之，瑞士刑法上將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療的處分之執行，於適當之精神病醫院或其他具有相當精神醫療照護資源、能力與設施的保安處分執行機構執行，雖同樣係採機構性處遇之措施，但與德國法及奧地利法制相同，均會按照受處分人之精神障礙之嚴重程度、身心狀況、再犯危險性、脫逃危險性以及精神醫療照護需求性還有需要戒護之強度，分別將受處分人收容安置於封閉式、封閉式或開放式之司法精神病醫院或醫療院所或其他保安處分執行機構，以利受處人之以精神醫療照護處遇以及社會復歸處遇措施之執行。此外瑞士法亦要求法院至少要一年為一次之審查應否繼續或停止是項處分之執行。以上各點，亦值得我國法之參考。2022年修正公布之刑法第87條的監護新制，對於監護期間之修正，顯然參考瑞士法制，採定期宣告，但得繼續不限次數延長的制度。

最後，在資源面，瑞士法與德國法、奧地利相同，由於刑事處分之執行，乃是各邦之事務，因此瑞士法將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之強制住院治療處分之執行所需的各項精神醫療照護的人力與物力資源，乃由瑞士各邦政府編列預算為之。

(4)小結

綜上言之，在規範面，德、奧、瑞三國「原因犯罪行為」排除輕微犯罪、受處分人可能再犯之犯罪行為排除輕微犯罪，以符憲法比例原則之要求；就處分期間言，德、奧二國之處分期間採不定期處分原則，瑞士採定期宣告但無次數限制的延長。在審判面，德、奧、瑞三國處分宣告前，法院須為必要司法精神醫學鑑定，且須給予精神障礙犯罪行為人相當的程序保障，且需經司法精神醫學專家評估鑑定。在執行面，德、奧、瑞三國法制，均設有暫緩執行或假釋以中止執行並交付觀護考核之制度；此外，德、奧二國執行處所僅限精神病醫院，瑞士執行處所除精神病醫院外，尚包括具有精神醫療照護能力的保安處分執行機構，且依行為人之精神障礙程度、再犯危險性程度、精神醫療照護需求程度以戒護需求程度分為但分為機構處遇性的強制住院治療及門診治療。在資源面，德國、奧地利、瑞士三國對於將精神障礙犯罪行為人安置於精神病醫院之處分的執行由各邦政府編列預算負責執行之。

2.日本

在規範面，日本限定於重大他害行為；審判面，結合精神醫學與重視社會福祉面向，對於刑法第 87 條的判斷要件應該更加明確，並且應結合醫療、社會福利等角度共同檢視和裁定。鑑定面，重視社會的復歸面，除此之外，由於監護處分具備醫療性質，所以治療可能性的部分亦會成為判斷的要件之一。執行面，當事人同意的重視，但是同樣的醫療處遇計畫並非皆適用在所有的精神障礙觸法者，日本法顯示醫療觀察法的主要對象是思覺失調症，從而吾人必須清楚司法精神醫院所提供醫療處遇的有限性。除了關注司法精神醫院外，所以我們必須也同時提升矯正機關醫學內涵與設備，針對矯正機關內部的精神障礙收容人提供充實的醫療照料。資源面，入院處遇的資源充沛且跨領域，除了設施內的精神醫學設備，社區的精神醫學以及社會福利設備的整備亦至為重要，否則將會過度仰賴入院處遇。

3.韓國

在規範面，比較分析韓國治療監護制度，其保安處分法規範詳細，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。在審判及鑑定面，結合精神鑑定，再犯危險性與治療必要性的檢視，由治療監護委員會評估。在執行及資源面，有精神障礙觸法者的專門處遇機構，亦有制度化的非設施處遇方式；採刑前監護治療；治療監護結束後，搭配保護觀察更生保護措施，落實社區的銜接；因應不同類型有不同處遇；並注意其自主選擇的可能。

4. 英國

英國法對臺灣值得借鏡之處在於，英國在監護處分制度上依照其精神衛生法與刑事訴訟法，茲就其規範面、執行面分述如下：英國政府於 1998 年成立了專家委員會，為《精神健康法》的改革提供建議，該委員會認可了兩個基本原則：不歧視精神疾病患者，精神疾病患者得與其他疾病患者享有相同待遇，以及尊重患者的自主權。這導致了對非自願治療的重新考慮，並得出結論：這必須與病人缺乏做出治療決定的能力有關。應國法制尤其重視「能力」(capacity) 作為病人理解建議的治療性質和目的的能力，包括接受或不接受治療的後果，以及利用這些資訊進行推理的能力。在審判及鑑定面，治安法庭或是皇家法庭，採由法律、醫學和專業人員合議制，法院得為監護命令，令入社區強制治療；兩位醫療專業人員（至少其中一位需要是精神科醫師）提出足夠的證據證明。在執行及資源面，設有一系列評估階段以茲遵循，採社區護理處遇模式；定期返診服藥、與社工保持聯繫、限制住所。

5. 美國

由於精神衛生法庭的積極介入，併同多元處遇的精神下，美國精神衛生法庭以採取治療為優先，且運作上係由精神衛生治療人員和刑事司法系統人員保持密切的聯繫。也因為社區治療因各州規定不同，在制度上有幾項足茲參考的面向列點如下：在規範面，國家心理健康法案作為基本法；以去機構化為主流。在審判及鑑定面，精神衛生法庭的積極介入，處理案件類型涉及非暴力、輕罪、低風險；由精神衛生法庭執掌評估事項。在執行及資源面，多元化的社區返歸處遇；多元處遇之理念整合精神醫學、刑事司法、各州政策制定者以追求人權。

表 7-1-1 各國可以供我國參考的制度

| 層面 | 德 國 | 奧地利 | 瑞 士 | 日 本 | 韓 國 | 英 國 | 美 國 |
|-----|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|----------------------|----------------------|---------------|
| 規範面 | 「原因犯罪行為」排除輕微犯罪 | 「原因犯罪行為」排除輕微犯罪 | 「原因犯罪行為」排除輕微犯罪 | 限定於重大他害行為 | 保安處分，法規範詳細 | 精神健康法作為基本法 | 國家心理健康法案作為基本法 |
| | 受處分人可能再犯之犯罪行為排除輕微犯罪 | 受處分人可能再犯之犯罪行為排除輕微犯罪 | 受處分人可能再犯之犯罪行為排除輕微犯罪 | - | 除治療監護法外，施行處遇規則規定較為全面 | 重視於能力 (capacity) 的評估 | 以去機構化為主流 |
| | 處分期間採不定期處分原則 | 處分期間採不定期處分原則 | 採定期宣告但無次數限制的延長 | - | 因應實際狀況需要多次修法 | - | - |

| 層面 | 德 國 | 奧地利 | 瑞 士 | 日 本 | 韓 國 | 英 國 | 美 國 |
|-----|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 審判面 | 處分宣告前·法院須為必要司法精神警學鑑定 | 處分宣告前·法院須為必要司法精神警學鑑定 | 處分宣告前·法院須為必要司法精神警學鑑定 | 結合精神醫學與重視社會福祉面向 | 結合精神鑑定，再犯危險性與治療必要性的檢視 | 治安法庭或是皇家法庭，採由法律、醫學和專業人員合議制 | 精神衛生法庭的積極介入 |
| | 法院於收容處分程序，須給予相當程序保障 | 法院於收容處分程序，須給予相當程序保障 | 法院於收容處分程序，須給予相當程序保障 | 結合醫療、社會福利等角度共同檢視和裁定 | - | 法院得為監護命令，令入社區強制治療 | 處理案件類型涉及非暴力、輕罪、低風險 |
| 鑑定面 | 司法精神醫學專家評估鑑定 | 司法精神醫學專家評估鑑定 | 司法精神醫學專家評估鑑定 | 社會復歸面的重視；治療可能性的部分亦會成為判斷的要件之一 | 由治療監護委員會評估 | 兩位醫療專業人員（至少一位需要是精神科醫師）提出足夠的證據證明 | 由精神衛生法庭執掌評估事項 |
| 執行面 | 以醫療為本位、社會復歸為原則執行處所僅限精神院 | 以醫療為本位、社會復歸為原則執行處所僅限精神院 | 以醫療為本位、社會復歸為原則執行處所僅限精神院，但分為機構處遇及門診治療 | 當事人同意的重視 | 有精神障礙觸法者的專門處遇機構，亦有制度化的非設施處遇方式 | 設有一系列評估階段以茲遵循 | 多元化的社區返歸處遇 |
| | 與自由刑競合時採刑前執行為原則 | 與自由刑競合時採刑前執行為原則 | 與自由刑競合時採刑前執行為原則 | 提升矯正機關醫學內涵與設備 | 採刑前監護治療 | 社區護理處遇 | - |
| | 收容處分經宣告後，可暫緩執行或假釋以中止執行並交付觀護考核 | 收容處分經宣告後，可暫緩執行或假釋以中止執行並交付觀護考核 | 收容處分經宣告後，可暫緩執行或假釋以中止執行並交付觀護考核 | 重視矯正機關內部的精神障礙收容人提供充實的醫療照料 | 治療監護結束後，搭配保護觀察更生保護措施，落實社區的銜接 | - | - |
| 資源面 | 由各邦政府編列預算負責 | 由各邦政府編列預算負責 | 由各邦政府編列預算負責 | 入院處遇的資源充沛且跨領域 | 因應不同類型有不同處遇；並注意其自主選擇的可能 | 定期返診服藥、與社工保持聯繫、限制住所 | 多元處遇理念整合精神醫學、刑事司法、各州政策制定者以追求人權 |

資料來源：本研究整理

二、我國監護處分制度運作及執行經驗與需求之調查發現

為瞭解我國目前醫療院所及各地方檢察署執行監護處分狀況及其量能，本研究請委託單位協助，函請各醫療院所、各地方檢察署提供其目前執行監護處分狀況，茲就調查結果分述如下：

(一) 執行狀況

1. 各地方檢察署監護處分及醫療資源狀況

本研究請委託單位協助函請各地方檢察署調查，盤點各地方檢察署監護處分及醫療資源現況，目前合計執行監護處分 188 人，其中住院治療處分 172 人 (91.5%)、門診治療處分 12 人 (6.4%)、其他處分 4 人 (2.1%)。配合執行之醫療院所部份，由於各地城鄉發展及醫療資源並不一致，故各地方檢察署監護處分配合醫療院所之家數亦不相同，同時各醫療院所收容醫院及門診狀況亦不一致，除連江地方檢察署無配合執行之醫療院所外，其他都有 1 家以上醫療院所配合執行。在執行困境方面，目前針對高暴力風險、反社會性人格之監護個案，大多醫療院所不願收治；另外也有地檢署反應病床數太少的問題，綜整如表 7-1-1。

表 7-1-2 地方檢察署執行監護處分狀況

| 地方檢察署 | 住院治療處分 | 門診治療處分 | 其他處分 | 合計 | % | 醫療院所是否足夠 | 配合家數 | |
|------------|--------|--------|------|----|---------|----------|------|----------------------------|
| 1.臺北地方檢察署 | 22 | 0 | 0 | 22 | (11.7%) | 足夠 | 3 | 三總北投分院、臺北榮總玉里分院、衛福部八里療養院 |
| 2.士林地方檢察署 | 8 | 0 | 0 | 8 | (4.3%) | 足夠 | 3 | 南光神經精神科醫院、三總北投分院、未具名 |
| 3.新北地方檢察署 | 15 | 0 | 1 | 16 | (8.5%) | 不夠 | 4 | 三總北投分院、八里療養院、南光醫院、宜蘭員山醫院 |
| 4.桃園地方檢察署 | 9 | 6 | 0 | 15 | (8.0%) | 足夠 | 1 | 桃園療養院 |
| 5.新竹地方檢察署 | 1 | 2 | 0 | 3 | (1.6%) | 足夠 | 2 | 臺大醫院竹東分院、國軍新竹醫院 |
| 6.苗栗地方檢察署 | 12 | 0 | 0 | 12 | (6.4%) | 足夠 | 2 | 為恭醫院、南勢醫院 |
| 7.臺中地方檢察署 | 14 | 0 | 0 | 14 | (7.4%) | 不夠 | 3 | 宏恩醫院龍安分院、賢德醫院、草屯療養院 |
| 8.彰化地方檢察署 | 7 | 0 | 0 | 7 | (3.7%) | 不夠 | 4 | 宏恩龍安分院、明德醫院、草屯療養院、高雄市立凱旋醫院 |
| 9.南投地方檢察署 | 0 | 1 | 0 | 1 | (0.5%) | 足夠 | 1 | 草屯療養院 |
| 10.雲林地方檢察署 | 8 | 0 | 0 | 8 | (4.3%) | 足夠 | 4 | 斗六信安醫院、中榮灣橋分院、斗六成大分院、草屯療養院 |
| 11.嘉義地方檢察署 | 13 | 0 | 0 | 13 | (6.9%) | 不夠 | 3 | 臺中榮總嘉義分院、臺中榮總灣橋分院、高雄凱旋醫院 |
| 12.臺南地方檢察署 | 17 | 0 | 0 | 17 | (9.0%) | 足夠 | 3 | 文華護理之家、凱旋醫院、嘉南療養院 |
| 13.高雄地方檢察署 | 22 | 0 | 3 | 25 | (13.3%) | 不夠 | 2 | 市立凱旋醫院、慈惠醫院 |
| 14.橋頭地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 0 | |
| 15.屏東地方檢察署 | 7 | 1 | 0 | 8 | (4.3%) | 不夠 | 5 | 屏安醫院、迦樂醫院、凱旋醫院、慈惠醫院、嘉南療養院 |
| 16.臺東地方檢察署 | 5 | 1 | 0 | 6 | (3.2%) | 不夠 | 3 | 市立凱旋醫院、衛福部玉里醫院、衛福部臺東醫院 |
| 17.花蓮地方檢察署 | 4 | 0 | 0 | 4 | (2.1%) | 足夠 | 3 | 衛福部玉里醫院、榮總蘇澳醫院、榮總玉里醫院 |
| 18.宜蘭地方檢察署 | 3 | 0 | 0 | 3 | (1.6%) | 不夠 | 1 | 臺北榮總員山分院 |
| 19.基隆地方檢察署 | 5 | 1 | 0 | 6 | (3.2%) | 足夠 | 3 | 維德醫院、桃園聯新國際醫院、未具名 |
| 20.澎湖地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 1 | 澎湖醫院 |
| 21.金門地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 | (0.0%) | 不夠 | 1 | 衛福部金門醫院 |

| | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------------|---------------|---|-------------|
| 22.連江地方檢察署 | 0 | 0 | 0 | 0 (0.0%) | 不夠 | 0 | 無配合執行監護處分機關 |
| 合計(人數) | 172 | 12 | 4 | 188 (100%) | 不夠 12 (55.0%) | | |
| 合計(%) | 91.5% | 6.4% | 2.1% | 100% | 足夠 10 (45.0%) | | |

資料來源：本研究整理

2. 各醫療機構執行地方檢察署監護處分狀況

目前執行監護處分醫療單位共計 39 個醫療院所，各醫療院所配合之指揮機關亦不相同，其中 26 個單位有收容監護處分人，另外 13 個單位則無；相關資料詳如表 7-1-3。

表 7-1-3 各醫療機構執行地方檢察署監護處分狀況

| 編號 | 院所名稱 | 指揮機關 1 | 指揮機關 2 | 指揮機關 3 | 指揮機關 4 | 指揮機關 5 | 指揮機關 6 | 住院 | 門診 |
|-----|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----|----|
| 1. | 高雄市立凱旋醫院 | 彰化地方檢察署 | 嘉義地方檢察署 | 台南地方檢察署 | 高雄地方檢察署 | 屏東地方檢察署 | 台東地方檢察署 | 28 | |
| 2. | 玉里醫院 | 台北地方檢察署 | 台東地方檢察署 | 花蓮地方檢察署 | 花蓮地方檢察署 | | | 20 | |
| 3. | 宏恩醫院龍安分院 | 台中地方檢察署 | 彰化地方檢察署 | | | | | 16 | |
| 4. | 嘉南療養院 | 台南地方檢察署 | 屏東地方檢察署 | | | | | 14 | |
| 5. | 三總北投分院 | 台北地方檢察署 | 士林地方檢察署 | 新北地方檢察署 | | | | 13 | |
| 6. | 南光神經精神科醫院 | 士林地方檢察署 | 新北地方檢察署 | | | | | 11 | |
| 7. | 臺中榮總灣橋分院 | 雲林地方檢察署 | 嘉義地方檢察署 | | | | | 10 | |
| 8. | 桃園療養院 | 桃園地方檢察署 | | | | | | 9 | 6 |
| 9. | 為恭醫院 | 苗栗地方檢察署 | | | | | | 6 | |
| 10. | 臺中榮總嘉義分院 | 嘉義地方檢察署 | | | | | | 6 | |
| 11. | 南勢醫院 | 苗栗地方檢察署 | | | | | | 6 | |
| 12. | 迎樂醫院 | 屏東地方檢察署 | | | | | | 4 | |
| 13. | 宜蘭員山醫院 | 新北地方檢察署 | | | | | | 3 | |
| 14. | 慈惠醫院 | 高雄地方檢察署 | 屏東地方檢察署 | | | | | 3 | |
| 15. | 臺北榮總員山分院 | 宜蘭地方檢察署 | | | | | | 3 | |
| 16. | 草屯療養院 | 台中地方檢察署 | 彰化地方檢察署 | 南投地方檢察署 | 雲林地方檢察署 | | | 3 | 1 |
| 17. | 賢德醫院 | 台中地方檢察署 | 維德醫院 | | | | | 3 | 2 |
| 18. | 桃園聯新國際醫院 | 基隆地方檢察署 | | | | | | 3 | |
| 19. | 屏安醫療屏安醫院 | 屏東地方檢察署 | | | | | | 2 | |
| 20. | 文華精神護理之家 | 台南地方檢察署 | | | | | | 1 | |
| 21. | 信安醫療信安醫院 | 雲林地方檢察署 | | | | | | 1 | |
| 22. | 成大斗六分院 | 雲林地方檢察署 | | | | | | 1 | |
| 23. | 臺大竹東分院 | 新竹地方檢察署 | | | | | | 1 | 2 |
| 24. | 八里療養院 | 台北地方檢察署 | 新北地方檢察署 | | | | | 1 | |
| 25. | 明德醫院 | 彰化地方檢察署 | | | | | | 1 | |
| 26. | 榮總蘇澳醫院 | 花蓮地方檢察署 | | | | | | 1 | |
| 27. | 大千綜合醫院 | | | | | | | 0 | |
| 28. | 新莊仁濟醫院 | | | | | | | 0 | |
| 29. | 門諾醫院壽豐分院 | | | | | | | 0 | |
| 30. | 海天醫療海天醫院 | | | | | | | 0 | |
| 31. | 高雄慈惠醫院 | | | | | | | 0 | |
| 32. | 國軍桃醫新竹分院 | 新竹地方檢察署 | | | | | | 0 | |
| 33. | 基督教門諾壽豐分院 | | | | | | | 0 | |
| 34. | 童綜合醫院 | | | | | | | 0 | |
| 35. | 維新醫院 | | | | | | | 0 | |
| 36. | 基隆維德醫院 | | | | | | | 0 | |
| 37. | 金門醫院 | 衛福部金門醫院 | | | | | | 0 | |
| 38. | 旗山醫院 | | | | | | | 0 | |
| 39. | 靜和醫院 | | | | | | | 0 | |
| | 合計 | | | | | | | 170 | 11 |

資料來源：本研究整理

(二) 量能需求

有關各醫療機構收容量能狀況，各地檢署評估醫療院所是否足夠方面，本研究調查 22 個地檢署後發現，認為不夠有 12 個 (55.0%)，足夠有 10 個 (45.0%)，各地資源不一致，配合醫療院所之家數亦不相同，相關資料請詳見表 7-1-4。

在執行監護處分之醫護人員方面，在調查 14 個醫療院所後發現，若以各醫療院所平均數進行評估，目前執行監護處分病患之醫師 1：5，低於理想中執行監護處分之醫病比 1：8，醫師人數尚足夠；但若以目前執行監護處分人數最多的高雄市立凱旋醫院提供資料進行評估，目前執行監護處分病患之醫師 1：15，高於理想中執行監護處分之醫病比 1：8，醫師人數尚不足，需再增加一倍；目前護理人員大約 1：4，略高於理想中執行監護處分之護理人員比 1：3，護理人員稍不足；但若以凱旋醫院提供資料進行評估，目前執行監護處分病患之護理人員 1：2.7，高於理想中執行監護處分之醫病比 1：2.3，護理人員人數尚不足，需再增加；目前監護處分戒護人力與受監護處分者之比，若以各醫療院所平均數進行評估，大約為 1：22，為理想中執行監護處分戒護人力與受監護處分者之比，戒護人員 1：病人 4.0；但若以凱旋醫院提供資料進行評估，目前執行監護處分無戒護人員，理想中執行監護處分之戒護人員比 1：6，以目前執行 170 件監護處分個案進行估計，需要 28 位戒護人員；若每醫院配置一人，則需再增加約 40 人，顯然目前執行監護處分戒護人力嚴重不足。

在收容量能方面，在調查 14 個醫療院所後發現，可執行監護處分最大容額：住院治療 154 人、門診治療 90 人，尚可執行住院容額 64 人、門診治療 83 人。(詳見表 7-1-4)

綜合上述，在執行監護處分之醫護人員方面，醫師、護理人員尚不足，目前執行監護處分戒護人力嚴重不足需再增加；在收容量能方面，各醫療單位尚有收容空間，但現有精神科病房因已服務其他精神病患，為顧及現有病患權，並無額外獨立空間，故不適合收治監護處分犯人，建議另闢財源及軟硬體空間，規劃獨立人力執行，並非以現有調查醫護病比就能擠出人力來被迫執行。

表 7-1-4 各醫療機構收容量能狀況

| 編號 | 院所名稱 | 可執行住院最大容額(人) | 可執行門診最大容額(人) | 接受住院人數 | 接受門診人數 | 尚可執行住院容額(人) | 尚可執行門診容額(人) |
|----|----------|--------------|--------------|--------|--------|-------------|-------------|
| 1. | 宏恩醫院龍安分院 | 25 | 0 | 19 | 0 | 6 | 0 |
| 2. | 信安醫療信安醫院 | 5 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 |
| 3. | 高雄市立凱旋醫院 | 60 | - | 35 | 0 | 25 | 0 |
| 4. | 臺大竹東分院 | 1 | 5 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| 5. | 國軍桃醫新竹分院 | 3 | 10 | 0 | 1 | 3 | 9 |
| 6. | 慈惠醫院 | 5 | 10 | 3 | 0 | 2 | 10 |
| 7. | 維新醫院 | 2 | 5 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| 8. | 臺北榮總員山分院 | - | - | 4 | - | 0 | 0 |
| 9. | 八里療養院 | 10 | 10 | 1 | 0 | 9 | 10 |

| | | | | | | | |
|-----|-------|-----|----|----|---|----|----|
| 10. | 玉里醫院 | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 11. | 金門醫院 | 3 | 10 | 0 | 0 | 3 | 10 |
| 12. | 桃園療養院 | 10 | 10 | 9 | 4 | 1 | 6 |
| 13. | 嘉南療養院 | 20 | 10 | 16 | 1 | 4 | 9 |
| 14. | 靜和醫院 | 5 | 20 | 0 | 0 | 5 | 20 |
| 15. | 合計 | 154 | 90 | 94 | 7 | 64 | 83 |

資料來源：本研究整理

三、我國監護處分困境與方向

本研究邀請第一線執行監護處分的機關、人員，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。

有關醫療院所拒收監護處分狀況及未來建議：醫療院所拒收監護處分原因：1、反社會人格疾患或特質者；2、無精神症狀或障礙者；3、嚴重生理疾病者；4、高暴力、重大刑案或性侵犯因無法提供足夠戒護人力，會影響其他病患住院權益；5、考量硬體設施與工作人力難以收治，例如：無法收治肢障個案。

針對目前困境及未來監護處分制度之建議：

- (一) 健保遭濫用，監護處份病人若無重大傷病或其他福利身分，在現行做法下，無法支付所有病患自費之醫療費用，監護處分個案受健保局定期加強審核，合被扣錢；另外，個案病情穩定應轉門診治療，但因家屬或社會支持度不足，導致長期住院，形成健保核刪問題。建議法務部應正視此問題，需有專款專責機構較合適。
- (二) 住在類精神科病房有違反人權的疑義，應思考此類犯人的危險性再行釋疑，再與人權及安全中取得再平衡，而非將問題轉嫁給醫療院所。
- (三) 部分醫院是秉持相互合作神，協助司法單位收療部分監護處分者，收治前仍需進行評估，以避免影響一般病人權益。
- (四) 理想中要執行監護分，建議應以專責醫院或專責病房為主，一般精神科病房為輔，高暴力、性侵害險者或反社會人格者由專責醫院收治，一般精神科病房可分擔其餘精神疾患，並視個案治療狀況適時轉介精神復健機構，以建精神疾患受刑人得以重返並融入社會。現階段採分散式收治，未來建議規劃專責司法精神病房，足夠的公務預算補助，智慧化安全設備設施改善，人員與流程補強。應重度暴力風險個案，在高監控的司法精神病院處置。
- (五) 建議需有足夠之法定戒護人員配置，以利醫療業務執行，否則在無安全保障下，所有制度皆會流於形式，建議可提供司法之戒護人力執行。

- (六) 需盤點目前分級分流所需的人力、設施、設備，是否足以進行「分級分流」，「多元處遇」亦同，例如單純智能不足之監處，有多少教養院或機構能收容，若要安排日間照護又有多少地點能收容。
- (七) 當受監護處分人罹有急性傳染病、重大疾病，依規定保安處分處所無法施以適當或無相當醫療設備的情況下，在監督機關許可後，需送醫治療，亦即，若是危及性命之狀態，緊急外醫之後，仍必須向指揮執行的檢察官報告，建議分級分流的多元處遇，可依現況做適當的安置有其他就醫需求之受監護處分之個案。
- (八) 難治、緊急、未符收院標準個案之收治問題亟待解決：目前各醫療院所係以「監護處分醫療合作契約」形式執行，經醫院評估願意收治始可將受監護分人送入機構執行，惟醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者均不願收治，致各地檢署難以執行。且各地檢署人力不足，未有專人可處理該業務，與醫院之溝通尚有不足。因此，醫療院所因監護處分個案具有極重的反社會人格、性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患、癲癇或智能障礙等情形而不願，也無力收治，包括：臺北地方檢察署、新北地方檢察署、桃園地方檢察署、苗栗地方檢察署、臺中地方檢察署、彰化地方檢察署、雲林地方檢察署、嘉義地方檢察署、橋頭地方檢察署。實需儘速成立司法精神醫院（房）以解決困境。
- (九) 夜間、假日通緝、期滿或拘提到案之個案難以及時有效執行：監護處分個案於夜間或假日通緝或拘提到案，並非所有醫療院所均 24 小時收治病患，檢察官只能當庭改期，受處分人不到案時，又需再次拘提及通緝，以致此類個案，難以及時有效執行。另刑後監護處分於徒刑執行期滿當日或翌日是假日者亦有相同困境。
- (十) 法警需戒護就醫，人力不足，影響勤務運作：受處分人有精神疾病以外之就醫需求時，皆需派法警戒護就醫，甚至受處分人因病入住其他醫院時，住院期間也需法警編排人力戒護，對於法警人力、勤務運作，影響甚大；包括：臺北地方檢察署、彰化地方檢察署、橋頭地方檢察署、宜蘭地方檢察署。
- (十一) 收治病床不足：離島之澎湖地方檢察署，金門地方檢察署及連江地方檢察署則同樣面臨醫療資源不足，或多仍須轉介至本島收治的情形。(建議需增加監護處分收治病床)
- (十二) 家庭支持系統不佳者，回歸社區困難：經醫師評估後從住院治療改為門診，家屬如不願接納受監護處分人返家，地檢署及社會局無其他緊急處所得以安置，個案行蹤難以掌握，亦無法強制繼續住；另外，個案經濟狀況欠佳，家庭支持度不強，監護處分結束後，回歸社區產生困難。

(十三) 監護處分評估小組多為兼職，不易完整全面評估：目前成立監護處分評估小組只是第一步，如何讓評估小組的運作有效率，必須挹注相當的經費，包括如何讓來自各界的委員，對於每次開會資料能快速瞭解狀況，並於每次開會時，都能聚焦在個案上，如何安排、報告個案的狀況，如何安排事先面審個案或是面訪治療，檢察機關於監護處分評估小組只是協助、列席的角色，但這些個案所需的資料初審、面審等過程，都需要投入相當的心力，很難以無給職的方式要求委員必須要為個案做這麼多事情，未來人力、經費的挹注，是地檢署執行監護處分最大的困境。

四、監護處分專家問卷調查結果

根據各國文獻、訪談及問卷調查資料，歸納初步建議，召集專家進行焦點座談，探討並評估初步策略建議之量能及其可行性。本研究透過專家問卷調查方式，請專家評估目前實務困境及策略建議可行性。茲就目前精神疾患個案之第一線人員處理、資訊分享、各單位執行收案、分級分流機制、執行社會復歸等執行監護之困境與解決方式等層面，歸納結果如下：

(一) 社安處理與資訊分享層面

本研究發現，執行監護處分之第一線社安處理、資訊分享，有下列實務困境及解決建議，專家問卷調查結果如下表 7-1-5 所示，在專家意見部分，平均數均為 3 分以上，顯見所有困境及解決方式均獲專家肯定；在共識度部分，僅「衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予第一線危機處理執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾」、「醫療專業人員未能及時抵達現場處理及判斷」未達共識標準，其他所有項目均達 70% 以上的共識標準。

表 7-1-5 針對社安處理、資訊分享困境與解決方式之意見摘要表

| | 困境 | 平均數 | 共識度 % | 解決困境方式 | 平均數 | 共識度 % |
|----|--|-----|-------|---|-----|-------|
| 1. | 衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予第一線危機處理執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。 | 4.0 | 68.5 | 衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考。 | 4.2 | 75.9 |
| 2. | 警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。 | 4.3 | 79.1 | 結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。 | 4.4 | 81.1 |
| 3. | 社區中妨害社會秩序精神疾患經常有就醫的困難 | 4.4 | 79.1 | 鼓勵警察協助監護處分個案送醫 | 4.3 | 75.9 |
| | | | | 鼓勵警察協助關心監護處分個案 | 4.1 | 72.7 |
| 4. | 醫療專業人員未能及時抵達現場處理及判斷 | 3.6 | 64.0 | 由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式 | 4.3 | 75.5 |

| | | | | | | |
|----|-----------------------------|-----|------|--|-----|------|
| 5. | 警、消人員未具精神衛生醫療專業知識。 | 4.1 | 74.6 | 警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。 | 4.7 | 89.7 |
| | | | | 第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程。 | 4.6 | 89.4 |
| | | | | 落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之宣導。 | 4.7 | 88.1 |
| 6. | 警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練。 | 3.8 | 76.0 | 加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。 | 4.7 | 88.8 |
| 7. | 偵查時無法查詢犯罪者是否為衛政精神列管之對象及相關資訊 | 4.3 | 74.7 | 偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道 | 4.8 | 91.0 |
| | | | | 可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制。 | 4.6 | 85.1 |

資料來源：本研究整理

(二) 監護處分之收案、分級分流機制層面

本研究發現，執行監護處分之收案及分級分流機制，有下列實務困境及解決建議，專家問卷調查結果如下表 7-1-6 所示，在專家意見部分，平均數大多為 4 分以上，顯見所有困境及解決方式均獲專家肯定；在共識度部分，僅「醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者不願收治，出現空窗現象」、「刑後執行監護處分時間點出現空窗現象」，共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準（70%）、「刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂“暫行安置”與強化“監護處分”，已解決刑前空窗問題」（67.7%）、「“當地”之操作性定義為“戶籍地”，由個案戶籍所在地之直轄市、縣(市)政府擔任該個案之主管機關」（60.5%），其他所有項目均達 70% 以上的共識標準。

表 7-1-6 監護處分收案、分級分流機制困境與解決方式之意見摘要表

| 困境 | 平均數 | 共識度 % | 解決困境方式 | 平均數 | 共識度 % |
|---------------------------------------|-----|-------|---|-----|-------|
| 1. 監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制 | 4.0 | 70.2 | 檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制 | 4.8 | 91.4 |
| | | | 針對精神病個案應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制 | 4.6 | 84.0 |
| | | | 比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合 | 4.3 | 75.1 |
| 2. 現行體制欠缺多元處遇措施（機制）供監護處分之分級分流應變使用 | 4.6 | 85.4 | 擴充多元處遇機構（機制）的建置與服務量能（含處遇精神疾病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構） | 4.7 | 90.5 |

| | | | | | | |
|-----|---|-----|------|--|-----|------|
| 3. | 雖有多元處遇規定，惟開始執行前，實務上難以確實評估個案適當執行方式 | 4.2 | 78.3 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位評估小組使用。 | 4.0 | 71.7 |
| 4. | 檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組如何有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制 | 4.7 | 90.2 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。 | 4.1 | 73.7 |
| | | | | 落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇 | 4.8 | 91.4 |
| | | | | 可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式 | 4.8 | 90.8 |
| 5. | 精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現。 | 4.3 | 80.9 | 由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇。 | 4.2 | 76.8 |
| 6. | 醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡間成員，彼此間並不瞭解各單位間之權責劃分 | 4.2 | 75.5 | 應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分 | 4.5 | 83.7 |
| 7. | 保安處分執行法主管機關為法務部，法務部對司法精神處遇之推動，經費編列及處遇內容之專業度均不足，目前仰賴衛福部協助及規劃，致無法基於主管機關角色深入掌握本項業務 | 4.2 | 75.4 | 法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難 | 4.8 | 87.3 |
| | | | | 針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜（尤其需要就執行方式），由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則。 | 4.6 | 89.2 |
| 8. | 現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確 | 4.3 | 79.3 | 保安處分執行法第 46 條之 1 設有評估小組機制，已解決問題 | 3.5 | 70.9 |
| 9. | 保安處分執行法第 46 條之 3 第 2 項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣（市）政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成。 | 4.1 | 74.4 | 「當地」之操作性定義為：「戶籍地」，由個案戶籍所在地之直轄市、縣（市）政府擔任該個案之主管機關 | 3.5 | 60.5 |
| 10. | 刑前執行監護處分時間點出現空窗現象 | 4.2 | 80.1 | 刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」，已解決刑前空窗問題 | 3.6 | 67.7 |
| 11. | 刑後執行監護處分時間點出現空窗現象 | 3.7 | 66.3 | 刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，俾為有效之監督 | 4.4 | 77.4 |
| | | | | 建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之。 | 4.1 | 75.1 |
| 12. | 醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者不願收治，出現空窗現象 | 3.9 | 69.9 | 司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案 | 4.3 | 72.8 |

資料來源：本研究整理

（三）醫療執行層面

本研究發現，執行監護處分之醫療執行層面，有下列實務困境及解決建議，專家問卷調查結果如下表 7-1-7 所示，在專家意見部分，平均數大多為 4 分以上，顯見所有困境及解決方式

均獲專家肯定；在共識度部分，僅「由執行單位評估轉銜至適當機構」(69.4%)、「醫療費用由健保給付及當事人自付」(59.8%)共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準(70%)，其他所有項目均達70%以上的共識標準。

表 7-1-7 監護處分醫療執行層面困境與解決方式之意見摘要表

| 困境 | 平均數 | 共識度 % | 解決困境方式 | 平均數 | 共識度 % |
|---|-----|-------|---|-----|-------|
| 1. 醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計 | 4.9 | 92.9 | 應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護 | 4.7 | 85.6 |
| 2. 執行監護處分欠缺足夠的醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等照護資源 | 4.5 | 81.8 | 應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源 | 4.9 | 92.9 |
| | | | 應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費 | 4.9 | 93.7 |
| 3. 目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難。 | 4.4 | 81.7 | 於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處理。 | 4.5 | 81.6 |
| 4. 受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理 | 4.0 | 72.8 | 法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支出費用之編列 | 4.6 | 83.8 |
| 5. 具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難 | 4.4 | 80.4 | 醫療費用由健保給付及當事人自付。 | 3.6 | 59.8 |
| | | | 可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫。 | 4.3 | 77.2 |
| | | | 由地檢署依保安處分執行法第46條之規定「請衛生、警政機關派員協助」 | 4.1 | 72.4 |
| 6. 現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足 | 4.7 | 89.8 | 應再充實監護處分之安全管理設備 | 4.7 | 88.9 |
| 7. 現行監護處分醫療處所之戒護人力不足 | 4.8 | 91.0 | 應再增加監護處分之戒護人力 | 4.8 | 89.6 |
| | | | 增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔 | 4.6 | 83.2 |
| 8. 現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題 | 4.3 | 79.1 | 應再提升監護處分執行人員執業安全 | 4.6 | 84.5 |
| 9. 因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全 | 4.5 | 84.4 | 可採取獨立病房、治療模式執行監護處分 | 4.7 | 89.0 |
| 10. 執行監護處分時，會有處理困難或不適合之個案 | 4.7 | 90.5 | 請指揮執行單位提供適當支援與後送單位。 | 4.5 | 80.7 |
| | | | 由執行單位評估轉銜至適當機構。 | 4.1 | 69.4 |

| | | | | | | |
|-----|-------------------------------|-----|------|--|-----|------|
| 11. | 監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題 | 4.6 | 87.7 | 反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇 | 4.2 | 72.1 |
| | | | | 監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能 | 4.5 | 83.7 |
| 12. | 就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人 | 4.1 | 71.1 | 完善監獄精神醫療體系 | 4.5 | 83.8 |
| 13. | 監護個案增加監獄管理量能負擔 | 4.3 | 82.9 | 因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。 | 4.4 | 82.3 |

資料來源：本研究整理

(四) 社會復歸層面

本研究發現，執行監護處分之社會復歸層面，有下列實務困境及解決建議，專家問卷調查結果如下表 7-1-8 所示，在專家意見部分，平均數大多為 4 分以上，顯見所有困境及解決方式均獲專家肯定；在共識度部分，僅「由執行單位評估轉銜至適當機構」(69.4%)、「醫療費用由健保給付及當事人自付」(59.8%) 共識程度為七成以下，未達到共識程度之標準 (70%)。

表 7-1-8 監護處分社會復歸困境與解決方式之意見摘要表

| 困境 | 平均數 | 共識度 % | 解決困境方式 | 平均數 | 共識度 % |
|---|-----|-------|--|-----|-------|
| 1. 現行監護處分處遇模式 缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制 | 4.5 | 85.0 | 落實社安網社會復歸計畫，可強化民間社會（非營利組織）之協力參與 | 4.6 | 87.8 |
| | | | 擴展、納入已有之社福機構，並建置多元處遇機構資料庫，供處遇、轉銜參考 | 4.8 | 91.4 |
| | | | 可加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助 | 4.8 | 90.8 |
| | | | 社區處遇關懷計畫，應再補充心衛社工量能 | 4.7 | 89.8 |
| 2. 民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確（缺乏參與著力點） | 4.4 | 85.6 | 可考量公私協力建置社會復歸中心，落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助 | 4.5 | 80.6 |
| 3. 社會福利（含非營利組織）機關（構）方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少 | 4.2 | 74.7 | 參考美國 clubhouse（會所）模式，由非營利組織設立社區支持機構，採取社區工作與支持的方式，提供精神康復者創造機會的中間處遇轉銜機制 | 4.6 | 87.7 |
| | | | 增加就醫補助，協助社會復歸 | 4.4 | 83.6 |
| 4. 部分個案非更保服務對象 | 4.1 | 79.0 | 修正更生保護法，增訂「經檢察官依個案情節認定有接受更生保護之必要而轉介者」，得受更生保護會之服務。 | 4.1 | 68.8 |
| 5. 2022年2月18日刑法第87條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論。 | 4.6 | 88.9 | 修法前之個案，由當地主管機關之社工人員，採輔導模式列案輔導。 | 4.5 | 83.1 |
| 6. 未建立監護處分政策成效評估指標 | 4.3 | 83.3 | 可以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持」作為主要的績效評估指標 | 4.2 | 80.8 |
| | | | 可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標 | 4.3 | 81.8 |
| | | | 可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）」作為評估指標 | 4.2 | 80.2 |

資料來源：本研究整理

（五）執行人力與資源評估層面

本研究發現，執行人力與資源評估層面，針對 23 項評估問題，在專家意見部分，平均分數除一題（現有檢察官人力能有效協調相關人員執行監護處分）外，其他各題平均數都在 3 分

以下，顯見所有困境及解決方式均未獲專家肯定；全部問題之共識程度均為七成以下，未達到共識程度之標準（70%），顯見，目前各題各單位執行人力與資源仍不足夠因應執行監護處分之需要，請詳見下表 7-1-9。

表 7-1-9 監護處分執行人力與資源評估之意見摘要表

| | 評估層面 | 平均數 | 共識度 % |
|-----|---|-----|-------|
| 1. | 現有 <u>檢察官人力</u> 能有效協調相關人員執行監護處分 | 3.3 | 65.3 |
| 2. | 現有 <u>監護資源</u> 足供檢察官指揮監護處分之執行 | 2.3 | 60.9 |
| 3. | 現行衛政人力能有效完成受監護者醫療連結、復歸、轉銜之任務 | 2.8 | 58.2 |
| 4. | 現有 <u>衛政資源</u> 足供完成受監護者醫療連結、復歸、轉銜之任務 | 2.6 | 55.3 |
| 5. | 現行醫療人力能有效完成受監護者心理治療、諮商等就醫之任務 | 2.5 | 49.6 |
| 6. | 現有 <u>醫療資源</u> 足供完成受監護者心理治療、諮商等就醫就醫之任務 | 2.5 | 49.1 |
| 7. | 現行精神復健、護理人力能有效完成受監護者照復之任務 | 2.4 | 52.8 |
| 8. | 現有精神復健、護理資源足供完成受監護者照復之任務 | 2.3 | 53.9 |
| 9. | 現有 <u>社福人力</u> 能有效完成受監護者就養、社區照顧服務、輔導之任務 | 2.3 | 53.9 |
| 10. | 現有社福資源足供完成受監護者就養、社區照顧服務、輔導之任務 | 2.2 | 54.8 |
| 11. | 現有 <u>警政人力</u> 能有效完成受監護者治安（行為）監控之任務 | 2.7 | 60.5 |
| 12. | 現有警政資源足供協助受監護者治安（行為）監控任務 | 2.7 | 60.5 |
| 13. | 現有 <u>教育主管機關人力</u> 能有效協助受監護者就學之任務 | 2.5 | 50.9 |
| 14. | 現有教育資源足供協助受監護者就學之任務 | 2.6 | 50.0 |
| 15. | 現有勞動主管機關人力能有效協助受監護者之就業任務 | 2.4 | 55.0 |
| 16. | 現有勞動資源足供協助受監護者之就業任務 | 2.3 | 48.5 |
| 17. | 現有更生保護人力能有效協助受監護者之更生保護任務 | 2.5 | 51.5 |
| 18. | 現有更生保護資源足供協助受監護者之社會復歸任務 | 2.3 | 48.2 |
| 19. | 部分精神耗弱受刑人在入監前或出監後需接受監護處分，現有矯正人力能有效完成該受刑人接受刑事處罰之任務 | 2.9 | 62.3 |
| 20. | 現有矯正資源足供協助受上述身份受刑人接受刑事處罰之任務 | 2.9 | 62.5 |
| 21. | 針對上述身份之受刑人，矯正機關人員能協助完成個案轉銜工作 | 2.9 | 67.2 |
| 22. | 受監護處分者之最近親屬能有效照顧受監護者 | 2.4 | 52.4 |
| 23. | 現有受監護處分者最近親屬之資源足供照顧受監護者 | 2.2 | 55.1 |

資料來源：本研究整理

第二節 政策建議

本研究根據上述研究發現，提出研究建議，茲就立即可行建議及中長期建議，分述如下：

一、立即可行建議

(一) 針對緊急狀況處理的建議

- 1、由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式。
- 2、警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。
- 3、可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制。
- 4、鼓勵警察協助監護處分個案送醫。
- 5、由地檢署依保安處分執行法第 46 條之規定「請衛生、警政機關派員協助」執行監護處分。
- 6、成立緊急安置中心，有效執行夜間、假日通緝、期滿或拘提到案之個案

(二) 針對資訊分享與連繫協調的建議

- 1、衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考。
- 2、結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。
- 3、偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道。
- 4、法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難。
- 5、應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分。

(三) 解決收案、分級分流機制的建議

- 1、針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜（尤其需要就執行方式），由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則。
- 2、檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制。
- 3、落實分流評估機制，依據受監護處分個案狀況，採取分級分流處理模式，輔導照顧受監

護處分人。

- 4、可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式。
- 5、於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處。
- 6、請指揮執行單位提供適當支援與後送單位。
- 7、各地檢署不熟悉多元處遇處所、資源及個案狀況，應建置監護處分多元處遇資料庫，以供參考。

(四) 針對提升個案管理與評估效能的建議

- 1、由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估使用或參考。
- 2、以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持、醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）」作為評估指標。
- 3、監護處分評估小組多為兼職，不易完整全面評估，建議增加地檢署承辦評估小組人力，健全監護處分轉銜會議組織與功能。
- 4、依病況定期評估，流動迴轉調整是否持續住院治療或轉由門診治療追蹤，以漸進式方式幫助受處分人回歸社會

(五) 針對提升監護個案治療成效的建議

- 1、鼓勵警察協助關心監護處分個案。
- 2、針對精神病個案，應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制。
- 3、由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇。
- 4、司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案。
- 5、應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費。
- 6、應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源。
- 7、應再提升監護處分執行人員執業安全。
- 8、可採取獨立病房、治療模式執行監護處分。
- 9、收治病床不足，應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護，並解決

難治、緊急、未符收院標準個案之收治問題。

- 10、法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支出費用之編列。

(六) 針對提升矯正處遇效能的建議

- 1、應該提升矯正機構中對精障犯罪者的治療能力，讓他們即使在判決未定、被羈押在看守所的時候就能接受治療，而不是非得等到住院時。
- 2、監獄沒有專職的精神科醫師才是核心問題。

(七) 針對提升社會復歸與保護的建議

- 1、修法前之個案，由當地主管機關之社工人員，採輔導模式列案輔導。
- 2、刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，俾為有效之監督。
- 3、監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能。
- 4、家庭支持系統不佳者，回歸社區困難，可加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助。
- 5、落實社安網社會復歸計畫，可強化民間社會（非營利組織）之協力參與。
- 6、參考美國 clubhouse（會所）模式，由非營利組織設立社區支持機構，採取社區工作與支持的方式，提供精神康復者創造機會的中間處遇轉銜機制。
- 7、增加就醫補助，協助社會復歸。
- 8、社區服務不該始於轉銜會議後，會議前的關係建立評估及生活計畫討論才能使得服務得以連結及延續。
- 9、個案期滿後，接手的各該主管機關如何做橫向聯繫，應該是有效控管個案成敗的關鍵，建議像性侵、兒虐、家暴事件一樣，有一個主責單位做個案控管的窗口（承辦人），定期檢討個案的狀況，應是較有效率的方式。

(八) 針對提升監護個案處遇專業職能教育訓練的建議

- 1、落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之教育與宣導。
- 2、第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程。
- 3、加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。

4、加強更生輔導人員對於監護處分之專業認識。

(九) 參酌各國文獻增加的建議

- 1、參考德國、奧地利、瑞士法制，限定監護宣告前提的原因犯罪行為以及可能再犯之犯罪行為須非屬輕微之犯罪行為；限定精神障礙之犯罪行為人須同時具有再犯危險性以及社會危險性或社會防衛必要性始得為監護處分之宣告；監護處分與自由刑同時宣告時，應先執行監護處分，即採刑前執行為原則。
- 2、參考日本法制，宜設置社會復歸調整官，協助精神障礙觸法者自刑事程序的前端開始即有介入的空間，直到執行處遇階段與執行完畢後的復歸社會，除了深入了解精神障礙觸法者的個人、家庭等因素，也透過整合政府和社會相關資源協助精神障礙觸法者可以順利回歸社會。
- 2、對比韓國治療監護法、德國各邦的安置於精神病醫院處分之執行法，我國保安處分執行法對於監護處分執行規定仍多有不足之處，如此相關單位的權責和受處分人相關處遇、權利保障尚有可以更為詳盡之處，故建議保安處分執行法有修正之必要。

二、中長期建議

(一) 針對資訊分享與連繫協調的建議

- 1、擴展、納入已有之社福機構，並建置多元處遇機構資料庫，供處遇、轉銜參考。
- 2、比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合。

(二) 解決收案、分級分流機制的建議

- 1、擴充多元處遇機構（機制）的建置與服務量能（含處遇精神疾病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構）。
- 2、法警需戒護就醫，人力不足，影響勤務運作，可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫，。
- 3、反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇。

(三) 針對提升個案管理與評估效能的建議

「增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔」。

(四) 針對提升監護個案治療成效的建議

- 1、應再增加監護處分之戒護人力。
- 2、應再充實監護處分之安全管理設備。
- 3、完善監獄精神醫療體系。

(五) 針對提升矯正處遇效能的建議

- 1、協調醫院入監進行功能鑑定，並協助處理身障手冊事宜，讓受刑人出監能夠無縫接軌獲得相關福利」、「應採取刑前監護處分制度，並同時設有免除徒刑之執行機制若個案接續徒刑並非病人最佳利益時，應考慮免除徒刑之執行或以其他方式代之，始為妥當。
- 2、因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。

(六) 針對提升社會復歸與保護的建議

- 1、目前的社工體系面臨嚴重的人力、經費不足的問題，除了社工人力不足以外，精神病患的家屬若是處於社會弱勢，目前也沒有足夠的配套社會福利措施給予經濟或醫療支援。
- 2、更生保護工作人員人力不足，服務業務不斷擴增，沒有心衛相關專業人員，連社工人員都不充足，對監護處分社會復歸任務需如毒品處遇方案另設個管師處理。
- 3、社區處遇關懷計畫，應再補充心衛社工量能。
- 4、可考量公私協力建置社會復歸中心，落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助，增加外展（外部訪查）團隊，承接高再犯風險的後續追蹤和處遇。
- 5、建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之。

(七) 針對規範修正的建議

- 1、對於刑事實體法的修正建議

(1) 監護處分性質之定性

1935 年我國刑法始設監護制度，淵源於德國之安置精神病醫院之處分，為對犯罪行為人之機構性處遇之一種，其性質為拘束人身自由之矯治系保安處分，並為 2005 年刑法修正第 1 條規定後段「限制人身自由之保安處分」之一種，惟依 2022 年修正之保安處分執行法第 46 條規定：「1. 因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精

神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。2. 檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」採多元處遇措施，立意良善，但變更原本監護處分之拘束人身自由之矯治係保安處分的性質，形成監護制度之實體法與執行法規範的衝突，更與監護制度之本質有所扞格，建議未來於刑法修正時，應明確定位監護處分之性質。

(2) 限縮監護處分之發動

由於監護處分之本質為拘束人身基於拘束人身自由處分之矯治性質的保安處分，基於國家拘束人民之人身自由必須遵守憲法比例原則誠命要求之最後手段性原則，目的正當性原則以及手段與目的之相當性原則，監護處分之發動，除應限定行為人行為時須因精神障礙或心智缺陷致陷於無責任能力或限制能力狀態下而為不法行為外，理應將發動監護處分的前提之「原因行為」與行為人日後可能再犯之犯罪性質限於重大犯罪，或最重本刑為一年以下有期徒刑、拘役或罰金以外之犯罪，排除輕微犯罪之精神障礙犯人受監護處分宣告之可能性，始能符合憲法比例原則之要求；又因監護處分之性質既為保安處分之一種，其發動自須以行為人具有社會危險性因而社會對之具有社會防衛必要性為前提，因此監護處分之宣告除要求行為人須具有再犯危險性外，必須同時限定行為人須有社會的危險性或有危害公共安全之虞始為妥當。現行刑法第 87 條，未將發動刑事監護處分之要件的原因犯罪行為及行為人可能再犯之犯罪行為限於重大之犯罪或最重本刑一年以下有期徒刑、拘役或罰金以外之犯罪，亦即未排除輕微犯罪，亦未限定具有再犯危險性之行為人必須同時具有社會危險性或有危害公共安全之虞，始能對之為監護處分之宣告，致使僅犯輕微犯罪，或雖有再犯危險性但無危害公共安全之虞的精神障礙行為人，可能遭受監護處分之宣告，因而有被長期剝奪人身自由的可能，可能有違比例原則，建議應予修正。

其次，關於收容於精神病院處分之對象，應否包括瘖啞人，各國立法例或有不同。德、奧、瑞刑法上之收容於精神病院處分的對象，則均僅限行為時處於精神障礙或心智缺陷犯人，而不包括瘖啞人。日本與韓國對此似無特別限制。就英美法的實務案例以觀，收容於精神病院處分之對象，係以行為時處於精神障礙或心智缺陷犯人為限，而不包含瘖啞人在內。因此我們建議未來刑法研修時，應刪除得逕對瘖啞人為監護處分之宣告。

(3) 刑前執行原則與刑期之折抵

當自由刑與監護處分競合時，究應先執行自由刑或監護處分，不僅關涉自由刑與監護處

分目的是否能實現，更關涉受處分之身體健康，由於受監護處分者，意謂其本質上根本欠缺受刑能力，本不適於自由刑之執行，如果先執行自由刑，不僅會延誤受處分及時受到妥適之精神醫療照護以回復健康的機會，更有害於監獄的管理，因此我們建議未來刑法研修時應參考德國、奧地利、瑞士法制，於自由刑與監護處分競合時，應先執行監護處分，而先執行保安處分之期間，得折抵刑期。

2、對於刑事程序法的修正建議

夷考德、奧、瑞三國有關安置於精神病院處分之宣告程序相關的法制，除了要求法院嚴格審查犯罪行為人是否符合得以宣告安置於精神病醫院之處分的實體要件外、更基於公平法院原則、適正程序原則之要求，特別賦予犯罪行為人相當的程序保障，如辯護權、聽審權、最後陳述權等等；此外德奧瑞三國法制尚要求法院於處分宣告前須為必要的司法精神醫學鑑定以及再犯可能性的鑑定，邀集司法精神醫學專家鑑定犯罪行為人於行為時是否有因精神障礙致陷無責任能力或僅有限制責任能力狀態而為犯罪行為，以及未來是否可能會再度因精神障礙致陷無責任能力或僅有限制責任能力之狀態，同時行為人是否可能再度為違犯重大的違法行為而對於社會大眾具有危險性，亦即有危害公共安之虞而有對該精神障礙之犯罪行為人宣告安置於精神病醫院處分之必要性。以上的程序規範誠值得我國參酌，為符合正當法律程序原則之要求，我們建議對於監護處分之宣告，除須恪遵法官保留原則外，對於發動刑事監護處分之各項要件的審查，應經專家鑑定，法官始能認定精神障礙或心智缺陷犯人是否具再犯危險性與社會危險性，以及應否為刑事監護處分之宣告；最重要的是，要賦予精神障礙或心智缺陷之犯罪行為人充分的程序保障，應賦予精神障礙或心智缺陷犯罪行為人辯護權、聽審權，以及有親自或委由辯護人陳述意見之機會。

3、對於刑事執行法的修正建議

首先，為保障受處分人之權益，免受國家過度之侵害，或可參考德國、奧地利、瑞士三國法制，於執行期間，賦予法官定期審查刑事監護制度之執行成效以及應否暫時中止或終止監護處分之執行，以符正當法律程序原則之要求。

其次，為符合憲法上之明顯區隔原則，監護處分之執行應與自由刑之執行有所區隔。蓋區隔原則(Trennungsgrundsätze)，淵源於憲法之平等原則，意謂事物本質不同之事物，應為不同之處理，禁止不合理的同等對待。少年犯罪與成年犯罪，因犯罪行為人之不法意識能力、自我控制能力有本質上的差異，因此關於成年犯罪與少年犯罪之實體法與程序法乃至執行法須恪守「成少分離原則」固勿論。在拘束人身自由之刑事制裁措施採行「自由刑」與「拘束人身自由之保安處分」並行的雙軌制(System der Zweispurigkeit)下，拘束人身自由之保安處

分與自由刑之本質、目的與宣告要件既不同於自由刑，關於拘束人身自由之保安處分之執行 (Der Vollzug der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung) 的執行處所、執行方式與管理自然必須與自由刑之之執行處所、執行方式與管理有所區別，即使同樣係屬拘束人身自由之保安處分的「安置於精神病院處分」、「禁戒處分」與「強制治療處分」，其制度目的。發動之實體要件以及程序要件，乃至執行處所、方式與管理，均應有所不同，必須堅守區隔原則。司法院大法官釋字第 799 號解釋特別強調：「強制治療制度應符合憲法明顯區隔之要求」，其理由在於，「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。因此，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。從而，強制治療制度之具體形成，包括規範強制治療之制度與其實際執行，無論涉及者為強制治療之治療處所（包含空間規劃及設施）、施以治療之程序、管理及專業人員之配置、參與等，整體觀察，須與刑罰之執行有明顯區隔，始為憲法所許。強制治療制度如符合憲法明顯區隔之要求，即不生抵觸以犯罪之處罰為前提之罪刑法定或一事不二罰原則之問題。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。次就受治療者生活管理方面而言，受治療者之生活起居與行為活動之紀律要求，均應以達成治療目標之必要範圍為其限度，於不妨礙實施治療之前提下，應盡可能使受治療者享有正常生活，以作為復歸社會生活之準備，並與監獄受刑人之矯治處遇明顯有別。再就如何治療方面而言，治療應由專業人員本於專業性、個別性原則，依據受治療者之具體情狀而主導實施，並應以有效降低其再犯危險，從而使其得以復歸社會為貫串整體治療程序之目標。」又釋字第 812 號解釋亦謂：「我國刑事法採刑罰與保安處分雙軌之立法體制，立法者針對具有社會危險性之犯罪行為人，除就其犯罪行為依法處以刑罰外，另就其反社會人格或危險性格，施以各種保安處分，以期改善、矯治其偏差性格，維護社會大眾之安全。換言之，保安處分並非針對犯罪行為人過去之犯罪行為所科處之刑罰，而是針對犯罪行為人之危險性，為預防其未來犯罪，危害社會大眾安全，所實施之矯治性措施，其與刑罰之憲法上依據及限制有本質性差異。從而，保安處分，尤其是拘束人身自由之保安處分，其制度之具體形成，包括規範設計及其實際執行，整體觀察，須與刑罰有明顯區隔，始為憲法所許（本院釋字第 799 號解釋參照）。強制工作係屬拘束人身自由之保安處分，立法者如針對具有社會危險性之犯罪行為人，除刑罰之制裁外，另施以強

制工作，以期改善、矯治其偏差性格，並維護社會大眾之安全，有關強制工作之規範與其執行，即須與刑罰及其執行明顯有別，以符合憲法明顯區隔原則之要求。」夷考德國法制，為恪遵拘束人身自由之保安處分之執行應與自由刑之執行有明顯之區隔，各邦關於各種拘束人身自由保安處分之執行，均有特別的明文，如《德國柏林邦保安監禁處分執行法》第 10 條即為落實憲法上區隔原則之明文：「(1) 強制治療處分之強制治療處所的受收容人應與監獄收容之受刑人區隔。(2) 不同性別的受收容人應予區隔。在個別情況下，考慮到受收容人的個人的人格特質或個性、需要與強制治療處分之執行目標之實現，以及強制治療處所之安全或秩序，包括其他受收容人之需要，特別是在下列情況下，可以為與分別收容原則或區隔原則相異的措施。1. 基於受收容人的性別認同，不是他們的公民身份證件上性別欄位上註明的性別認同，而是不同性別者，或 2. 恆覺得自己既不屬於男性也不屬於女性者。(3) 相異於第 1 項之規定，應允許在職業治療、職業訓練、學業與職業之能力、資格檢定、工作、休閒與宗教教誨之領域內採取全體共同之處遇措施，以確保可以提供受收容人符合區隔原則之處遇措施。對於其他措施，如果根據刑法第 66c 條第 1 項第 1 款規定，有特別例外處理之必要，則得例外地適用此一共同處遇之規定。(4) 如果對於受收容人有實施刑法第 66c 條第 1 項第 1 款規定之處遇措施的必要，則可例外地作出不同於第 1 項規定的分別或區隔收容之原則的處遇措施。這也包括將受收容人安置於社會治療部門接受治療處遇措施或將受收容人安置於開放式的強制治療處所中以作為未來釋放受收容人的預備措施。依據第 14 條第 3 項與第 4 項規定，而進行的移監或轉監作業，也允許作出不同於分別或區隔收容原則的處遇措施，即得為共同的移轉與解送。除第 14 條第 4 項規定之情況外，收容安置受處分人的條件，必須在現有情況的框架內，盡可能與原本的強制治療處所的條件相當。(5) 相異於第 2 項之規定，全體共同的處遇措施，特別是教育和職業訓練的資格或能力檢定措施，得允許之。(6) 第 1 項和第 2 項規定，對於以醫療為目的的收容安置處遇措施，不適用之。」同法第 99 條第 1 項亦規定：「為了保安監禁處分之執行，應設置可以與刑罰(自由刑)之執行相區隔之獨立的強制治療處所，或於刑事司法強制治療處所中，建置與刑罰之執行有所區別的分支機構或獨立的執行部門作為執行處所。強制治療處所的劃設設計必須滿足受收容人各種治療的需求，並能夠實施住居生活共同體式的集合住宅(團體家屋/團體家庭)型式的執行。」第 3 條第 6 項規定：「個別受收容人的不同需求，特別是在性別、年齡、出身、宗教、信仰、殘疾和性別認同等方面的特性，在從事強制治療之執行的規劃時，應予以通盤考慮以及個案審酌。」就安置於精神病院處分而言，為堅守區隔原則，不使安置於精神病院處分之執行與自由刑之執行與保安監禁處分之執行產生混淆，德國各邦之保安處分執行法均規定安置於精神病院處分之執行，應於司法精神醫院、公私立精神醫院、公私立醫院的精神醫學部門執行之，不得於自由刑之執

行機構或保安監禁處分之執行機構為之；安置於精神病院處分之執行處所人員，不論是醫護人員或戒護管理人員對於受收容人，應視其如同一般的精神病人，給予其最適之醫療照護，而不能將處分人當作犯罪行為人一樣地對待。即使對於性質較為相近之於刑事訴訟程序中受「暫時安置處分」人，德國各邦之安置於精神病院處分執行法以及暫時安置執行法，如巴伐利亞邦之拘束人身自由的《矯正與保安處分暨暫時安置執行法》(Gesetz über den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie der einstweiligen Unterbringung (Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz – BayMRVG)) 第 38 條即明定，暫時安置處分之執行與安置於精神病院處分之執行，應予以區別，以符憲法之無罪推定原則與區隔明原則。為使我國之監護法制亦能符合憲法上之明顯區隔原則之要求，我們建議於保安處分執行法中，增訂監護處分之執行應與自由刑之執行有明顯之區隔。

此外，參考日本法制，設置社會復歸調整官，協助精神障礙觸法者自刑事程序的前端開始即有介入的空間，直到執行處遇階段與執行完畢後的復歸社會；再者參考韓國治療監護法、德國各邦的安置於精神病醫院處分之執行法，修正我國保安處分執行法對於監護處分執行之規定，建立以精神醫療體現國家對於人民之健康照顧義務以及以社會復歸為本旨之監護執行制度。

參考文獻

一、德文文獻

- Kammeier, Heinz/ Pollähne, Helmut (Hrsg.)(2018): Maßregelvollzugsrecht - Kommentar. de Gruyter, 4. Auflage, 2018
- Saimeh, Nahlah (Hrsg.)(2018): Straftäter behandeln : Therapie, Intervention und Prognostik in der Forensischen Psychiatrie, Berlin : MWV Medizinisch Wiss. Verl.-Ges., 2016
- Rüdiger Müller-Isberner / Petra Born / Sabine Eucker / Beate Eusterschulte (Hrsg.)(2017): Praxishandbuch Maßregelvollzug - Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie, 3. Auflage, 2017
- Schmidt-Quernheim, Friedhelm/ Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hrsg.)(2018): Praxisbuch. Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3. Auflage, 2018
- Albrecht, Peter (2009) . Auf der Suche nach einer Legitimation der therapeutischen Massnahmen im schweizerischen Strafrecht, in: Festschrift für Ulrich Eisenberg zum 70. Geburtstag, S. 755-766.
- Bode, Angelika (2004) . Konkurrenz freiheitsentziehender Unterbringungen: eine vergleichende Untersuchung der länderrechtlichen Unterbringenvorschriften und der Maßregeln der Besserung und Sicherung nach StGB. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang.
- Dencker, Friedrich (2009) . Unterbringung nach § 64 StGB und Beschwer, in: Festschrift für Volkmar Mehle, S. 143-155.
- Dessecker, Axel (2004) . Gefährlichkeit und Verhältnismäßigkeit: eine Untersuchung zum Maßregelrecht. Berlin: Duncker & Humblot.
- Dölling, Dieter (2002) . Gerechtigkeit, Hilfe und Kontrolle: über Entwicklungen bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung und bei der Anordnung von Maßregeln der Besserung und Sicherung, in: Festschrift für Klaus Rolinski, S. 55-79.
- Eisenberg, Ulrich (2015) . Zuwiderhandlung gemäß § 4 Gewaltschutzgesetz bzw. Nachstellen gemäß § 238 StGB und Voraussetzungen der Unterbringung gemäß § 63 StGB, in: Festschrift für Werner Beulke zum 70. Geburtstag, S. 1117-1127.
- Faller, Hans Joachim (1997) . Unterbringung des Täters gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus nach Diagnose „Borderline“-Persönlichkeitsstörung, in: Neue juristische Wochenschrift, 46, S. 3073-3074
- Fischer, Thomas (2021) . Strafgesetzbuch: StGB, 68. Aufl. C.H.Beck.

Fletcher, George P. (2000). Der Platz des Opfers in einer Vergeltungstheorie, in: Die Stellung des Opfers im Strafrechtssystem, S. 75-84.

Frisch, Wolfgang (2015). Strafe, Straftat und Straftatsystem im Wandel, in: Goltdammer's Archiv für Strafrecht, 162, 2, S. 65-85.

Grünebaum, Rolf/Volckart, Bernd (2015). Maßregelvollzug: das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Erziehungsanstalt. Heymanns.

Hassemer, Winfried (2010). Glanz und Elend der Maßregeln im Strafrecht, in: Recht – Wirtschaft – Strafe, S. 31-42.

Heinz, Wolfgang (2006). Freiheitsentziehende Maßregeln der Besserung und Sicherung: Stand und Entwicklung anhand statistischer Eckdaten der amtlichen Strafrechtspflegestatistiken, in: Kriminalpolitik und ihre wissenschaftlichen Grundlagen, S. 893-925.

Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). The delphi method: Techniques and applications. Reading, MA: Addison-Wesley.

二、日本部分

大場史朗，医療観察法の合憲性(最決平成二九年一二月一八日刑集七一巻一〇号五七〇頁)，大阪経済法科大学法学論集 (84)，頁 61-100, 2021 年 3 月。

中谷陽二，刑事司法と精神医学—マクノートンから医療観察法へ，弘文堂，2013。

吉岡隆一，医療観察法と精神保健福祉法の根本問題 刑事手続と治療提供を再考する，精神医療. 第 4 次 (96)，36-46, 2019。

有我讓慶，医療観察法と人権をめぐる現場から，精神医療. 第 4 次 (96)，77-85, 2019 年。

竹田康二,河野稔明,平林直次，医療観察法病棟の現況と展望，精神医学，62(4)，445-454, 2020 年 4 月。

町野朔，中谷陽二，山本輝之，触法精神障害者の処遇 増補版，信山社出版，2006。

姜文江，自由を奪われた精神障害者のための弁護士実務：刑事・医療観察法から精神保健福祉法まで，現代人文社，2017。

深谷裕，触法精神障害者をめぐる実証的考察，日本評論社，2015。

富田三樹生，精神病院の改革に向けて：医療観察法批判と精神医療，青弓社，2011。

樋澤吉彦，保安処分構想と医療観察法体制——日本精神保健福祉士協会の関わりをめぐって，生活書院，2017。

壁屋康洋，触法精神障害者への心理的アプローチ，星和書店，2012。

藤川洋子、井出浩，触法発達障害者への複合的支援—司法・福祉・心理・医学による連携，福村出版，2011。

三、韓國部分

차승민, 나의 무섭고 애처로운 환자들 : 치료감호소 정신과 의사가 말하는 정신질환과 범죄 이야기, 고양: 아몬드, 2021.

김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구 (治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019.

김성돈, 보안처분의 합목적성과 정당성 (保安處分の合目的性與正當性), 성균관법학 (成均館法學), 25 (4), 1-34, 2015.

김병수, 한국형 치료명령 모델의 개발 (韓國型治療命令模型之開發),釜山大學校法學研究, 60 (1), 195-217, 2019.

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 (2), 109-137, 2016.

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, 99-135, 2018.

박상열, 한국법무보호복지공단 갱생보호사업의 개선방안 (韓國法務保護福祉公團更生保護事業改善方案),矯正研究, 73, 115-138, 2016.

법무부, 법무연감 (刑法總論), 과천: 법무부 기획재정담당관실, 2019.

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),矯正研究, 66, 7-32, 2015.

오영근, 刑法總論, 서울: 박영사, 2019.

권수진, 신권철, 정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구 (精神保健法院與司法病棟之研究), 형사정책연구원 연구총서, 2015.

四、美國部分

Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. & Murray, O. J. (2009). Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door. American Journal of Psychiatry, 166 (1), 103-109.

Christy, A., Poythress, N. G., Boothroyd, R. A., Petrila, J., & Mehra, S. (2005). Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward County mental health court. Behavioral Sciences & the Law, 23 (2), 227-243.

- commitment of the mentally ill in the u.s.a.: Rights to liberty and therapy, 18 (3) Int. J. Offender Therapy & Comp. Criminology 283 (1974) .
- Herinckx, H. A., Swart, S. C., Ama, S. M., Dolezal, C. D., & King, S. (2005) . Rearrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program. *Psychiatric Services*, 56 (7) , 853-857.
- Mannekote, S., Pillai, A., & Harbishettar, V. (2019) . Civil commitment of persons
- McNiell, D. E., & Binder, R. L. (2007) . Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *American Journal of Psychiatry*, 164 (9) , 1395-1403.
- Moore, M. E., & Hiday, V. A. (2006) . Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants. *Law and human behavior*, 30 (6) , 659-674.
- Slate, R. N. (2003) . From the jailhouse to Capitol Hill: Impacting mental health court legislation and defining what constitutes a mental health court. *Crime and Delinquency*, 49, 6–29.
- Steadman, H. J., Davidson, S., & Brown, C. (2001) . Mental health courts: Their promise and unanswered questions. *Psychiatric Services*, 52, 457–458.
- with mental illness: Comparison of the Mental Healthcare Act 2017 with corresponding legislations of the USA. *Indian journal of psychiatry*, 61 (Suppl 4) , S821.

五、英國部分

- Ayers, Gwendoline M. (1971) . *England's First State Hospitals and the Metropolitan Asylums Board, 1867-1930*. University of California Press.
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T. & Yang, M. (2007) . Patients Discharged from Medium Secure Forensic Psychiatry Services: Reconvictions and Risk Factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190 (3) : 223-229.
- Doyle M, Carballedo A. . (2014) . Infertility and Mental Health. *Adv Psychiatr Treat* ; 20 (5) :297. LP-303.
- Melling, J., Adair, R. and Forsythe, B. (1997) . A proper lunatic for two years': Pauper lunatic children in Victorian and Edwardian England, *Child Admissions to the Devon County Asylum, 1845-1914*. *Journal of Social History*, 31 (2) : 371-405.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2008) . Forensic Mental Health Services: Facts and Figures on Current Provision. *The British Journal of Forensic Practice*, 10 (4) : 4-10.

- Sentencing Council, (2020). Overarching Principles: Sentencing Offenders with Mental Disorders, Developmental Disorders, or Neurological Impairments: Response to Consultation. London: Sentencing Council. <https://www.sentencingcouncil.org.uk/publications/item/overarching-principles-sentencing-offenders-with-mental-disorders-developmental-disorders-or-neurological-impairments-response-to-consultation/>
- Unsworth, C. (1991). Mental Disorder and the Tutelary Relationship: From Pre- to Post-Carceral Legal Order. *Journal of Law and Society*. 18 (2) : 254-278. <https://www.jstor.org/stable/1410140>

六、我國部分

- 吳忻穎、林晉佑，責任能力調查與監護處分執行現況之探討，*矯政期刊*，第9卷第1期。
- 吳政峰、吳書緯、吳亮儀(2020)。殺警因病無罪/治療5年沒好一樣放人 只能等著他再犯...，自由電子報。取自：<https://news.ltn.com.tw/news/society/paper/1369877>。
- 林生傳(2003)，*教育研究法：全方位的統整與分析*。臺北：心理出版社。
- 林進嘉(2021)，殺警案逆轉判17年，然後呢？～精神病患需要的是治療，不是關起來。新聞網路資料2021年09月10日。
- 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋(2020)。受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析，*刑事政策與犯罪防治研究專刊*。25: 183 - 243。
- 張淑婷(2017)。精神障礙犯罪者處遇制度之研究，國立臺北大學碩士論文。取自：<https://hdl.handle.net/11296/sh4ryr>。
- 許華孚、黃光甫(2021)。初探英國司法對監護處分實務作為-精神疾病罪犯之處置策略，*刑事政策與犯罪防治研究*。28: 43-93。
- 潘怡宏(2021)。刑法監護處分制度之修正芻議—取徑德國、奧地利與瑞士刑法，*刑事政策與犯罪防治研究專刊*。第28期，2021年6月，95-242頁
- 新北市政府警察局(2021)，新北市政府警察局108-110年8月處理精神病患強制送醫件數統計數據。
- 新北市政府警察局(2021)，新北市政府警察局處理精神病患之標準作業程序(SOP)。
- 劉邦揚，隔絕或復歸？淺介美國精神健康法庭制度，*刑事政策與犯罪防治研究專刊*。18: 46-51。

頭前派出所（2021），新北市政府警察局新莊分局頭前派出所案例分析。

附錄一、執行監護處分醫療單位

1. 國軍總醫院北投分院
2. 大千綜合醫院
3. 文華精神護理之家
4. 台北仁濟院附設新莊仁濟醫院
5. 宏恩醫院龍安分院
6. 宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院
7. 門諾醫院壽豐分院
8. 信安醫療社團法人信安醫院
9. 南光神經精神科醫院
10. 屏安醫療社團法人屏安醫院
11. 為恭醫院
12. 海天醫療社團法人海天醫院
13. 財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院
14. 高雄市立凱旋醫院
15. 國立成功大學醫學院附設醫院
16. 國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院（竹東）
17. 國軍桃園總醫院新竹分院
18. 基督教門諾會醫院壽豐分院
19. 童綜合醫療社團法人童綜合醫院
20. 慈惠醫院
21. 維新醫院
22. 維德醫療社團法人基隆維德醫院
23. 臺中榮民總醫院嘉義分院
24. 臺中榮民總醫院灣橋分院
25. 臺北榮民總醫院員山分院
26. 衛生福利部八里療養院
27. 衛生福利部玉里醫院
28. 衛生福利部金門醫院
29. 衛生福利部桃園療養院
30. 衛生福利部草屯療養院
31. 衛生福利部嘉南療養院
32. 衛生福利部旗山醫院
33. 賢德醫院
34. 靜和醫院
35. 南勢醫院
36. 明德醫院
37. 迦樂醫院
38. 榮總蘇澳醫院
39. 桃園聯新國際醫院

二、共同主持人：孟維德



財團法人醫學研究倫理基金會
Medical Research Ethics Foundation

證書編號：20140920-1

訓練證明

茲證明 孟維德 君(身分證字號前五碼 J1202****)參加 2014 年 9 月 20 日由財團法人醫學研究倫理基金會與中央警察大學聯合舉辦之「人體試驗研究倫理講習班」，共計 9 小時(含認證考試及格 2 小時)，特此證明。

課程與講師：

| | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 人體研究法介紹- 人體研究之範圍與應用 | 國立臺北護理健康大學 曾育裕 副教授 |
| 審查實務經驗分享 免審、簡審及免除同意(書) | 國立臺北護理健康大學 曾育裕 副教授 |
| 計畫主持人應具備的統計知識 | 長庚大學 臨床資訊與醫學統計研究中心 林志榮 助理教授 |
| 社會行為研究之 同意書與知情同意 | 國家實驗研究院 顧長欣 助理研究員 |
| 研究之風險及利益評估 (含易受傷害族群之特殊保護) | 國家實驗研究院 顧長欣 助理研究員 |
| 社會行為科學研究的 倫理審查 | 國立清華大學 研究倫理專案辦公室 范瑞紋 博士/執行秘書 |
| IRB 申請原則、流程 和必須遵守之重要注意事項 | 國立陽明大學 林明薇 教授 |

何橈通

財團法人醫學研究倫理基金會
董事長

中 華 民 國 103 年 9 月 20 日

三、共同主持人：潘怡宏

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 P107165195-1 號

個人註冊

潘怡宏 Yi-Hung Pan 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 8 小時 40 分鐘。

| 修業課程單元 (20 分鐘/單元) | 測驗通過日期 |
|---------------------|-----------|
| 0101_研究倫理定義與內涵 | 108/12/26 |
| 0102_研究倫理專業規範與個人責任 | 108/12/26 |
| 0103_研究倫理的政府規範與政策 | 108/12/26 |
| 0104_不當研究行為：定義與類型 | 108/12/26 |
| 0105_不當研究行為：捏造與篡改資料 | 108/12/26 |
| 0106_不當研究行為：抄襲與剽竊 | 108/12/26 |
| 0108_學術寫作技巧：引述 | 108/12/26 |
| 0109_學術寫作技巧：改寫與摘寫 | 108/12/26 |
| 0107_不當研究行為：自我抄襲 | 108/12/26 |
| 0111_論文作者定義與掛名原則 | 108/12/26 |
| 0112_著作權基本概念 | 108/12/26 |
| 0113_個人資料保護法基本概念 | 108/12/26 |
| 0114_隱私權基本概念 | 108/12/26 |
| 0115_受試者保護原則與實務 | 108/12/26 |
| 0201_研究中的利益衝突 | 108/12/26 |
| 0110_學術寫作技巧：引用著作 | 108/12/26 |
| 0202_科技部對學術倫理的相關規範 | 108/12/26 |
| 0203_適當的使用研究經費 | 108/12/26 |
| 0204_利益衝突：案例探討 | 108/12/26 |
| 0205_研究資料處理：案例探討 | 108/12/26 |
| 0116_研究資料管理概述 | 108/12/26 |
| 0117_認識學術誠信 | 108/12/26 |

此證



中 華 民 國 108 年 12 月 26 日

四、研究員：李衍儒

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 P107054414 號

李衍儒 Yen-Ju, Lee先生/小姐 (個人註冊)

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 7 小時 20 分鐘。

修業課程單元 (測驗通過日期):

| | |
|---------------------|------------|
| 0101_研究倫理定義與內涵 | 09/28/2018 |
| 0102_研究倫理專業規範與個人責任 | 09/28/2018 |
| 0103_研究倫理的政府規範與政策 | 09/28/2018 |
| 0104_不當研究行為：定義與類型 | 09/28/2018 |
| 0105_不當研究行為：捏造與篡改資料 | 09/28/2018 |
| 0106_不當研究行為：抄襲與剽竊 | 09/28/2018 |
| 0108_學術寫作技巧：引述 | 09/28/2018 |
| 0109_學術寫作技巧：改寫與摘寫 | 09/28/2018 |
| 0107_不當研究行為：自我抄襲 | 09/28/2018 |
| 0111_論文作者定義與掛名原則 | 09/28/2018 |
| 0112_著作權基本概念 | 09/28/2018 |
| 0113_個人資料保護法基本概念 | 09/28/2018 |
| 0114_隱私權基本概念 | 09/28/2018 |
| 0115_受試者保護原則與實務 | 09/28/2018 |
| 0201_研究中的利益衝突 | 09/28/2018 |
| 0110_學術寫作技巧：引用著作 | 09/28/2018 |
| 0202_科技部對學術倫理的相關規範 | 09/28/2018 |
| 0203_適當的使用研究經費 | 09/28/2018 |
| 0204_利益衝突：案例探討 | 09/28/2018 |
| 0205_研究資料處理：案例探討 | 09/28/2018 |
| 0116_研究資料管理概述 | 09/28/2018 |
| 0117_認識學術誠信 | 09/28/2018 |

此證

臺灣學術倫理教育資源中心



中華民國 107 年 9 月 28 日

五、研究員：林政佑

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 P107162561 號

個人註冊

林政佑 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 7 小時 20分鐘。

| 修業課程單元 (20 分鐘/單元) | 測驗通過日期 |
|---------------------|-----------|
| 0101_研究倫理定義與內涵 | 108/12/13 |
| 0102_研究倫理專業規範與個人責任 | 108/12/13 |
| 0103_研究倫理的政府規範與政策 | 108/12/13 |
| 0104_不當研究行為：定義與類型 | 108/12/13 |
| 0105_不當研究行為：捏造與篡改資料 | 108/12/13 |
| 0106_不當研究行為：抄襲與剽竊 | 108/12/13 |
| 0108_學術寫作技巧：引述 | 108/12/13 |
| 0109_學術寫作技巧：改寫與摘寫 | 108/12/13 |
| 0107_不當研究行為：自我抄襲 | 108/12/13 |
| 0111_論文作者定義與掛名原則 | 108/12/13 |
| 0112_著作權基本概念 | 108/12/13 |
| 0113_個人資料保護法基本概念 | 108/12/13 |
| 0114_隱私權基本概念 | 108/12/13 |
| 0115_受試者保護原則與實務 | 108/12/13 |
| 0201_研究中的利益衝突 | 108/12/13 |
| 0110_學術寫作技巧：引用著作 | 108/12/13 |
| 0202_科技部對學術倫理的相關規範 | 108/12/13 |
| 0203_適當的使用研究經費 | 108/12/13 |
| 0204_利益衝突：案例探討 | 108/12/13 |
| 0205_研究資料處理：案例探討 | 108/12/13 |
| 0117_認識學術誠信 | 108/12/13 |
| 0206_注意掠奪性期刊 | 108/12/13 |

此證



中 華 民 國 108 年 12 月 13 日

六、研究員：林昕璇

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 P110045677 號

個人註冊

林昕璇 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

| 修業課程單元 (20 分鐘/單元) | 測驗通過日期 |
|------------------------|-----------|
| 0101_研究倫理定義與內涵 | 110/11/11 |
| 0102_研究倫理專業規範與個人責任 | 110/11/12 |
| 0103_研究倫理的政府規範與政策 | 110/11/12 |
| 0108_學術寫作技巧：引述 | 110/11/11 |
| 0109_學術寫作技巧：改寫與摘寫 | 110/11/11 |
| 0111_論文作者定義與掛名原則 | 110/11/11 |
| 0112_著作權基本概念 | 110/11/11 |
| 0113_個人資料保護法基本概念 | 110/11/11 |
| 0114_隱私權基本概念 | 110/11/12 |
| 0115_受試者保護原則與實務 | 110/11/12 |
| 0201_研究中的利益衝突 | 110/11/12 |
| 0202_科技部對學術倫理的相關規範 | 110/11/12 |
| 0203_適當的使用研究經費 | 110/11/12 |
| 0116_研究資料管理概述 | 110/11/12 |
| 0117_認識學術誠信 | 110/11/12 |
| 0207_科學家的社會責任 | 110/11/11 |
| 0208_學術界的同儕審查制度與審查者的責任 | 110/11/11 |
| 0206_注意掠奪性期刊 | 110/11/11 |

此證



中 華 民 國 110 年 11 月 12 日

七、研究助理：蔡文瑜

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 P110019058 號

個人註冊

蔡文瑜 Tsai, Wen-Yu 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

| 修業課程單元 (20 分鐘/單元) | 測驗通過日期 |
|---------------------|-----------|
| 0101_研究倫理定義與內涵 | 110/07/19 |
| 0102_研究倫理專業規範與個人責任 | 110/07/19 |
| 0103_研究倫理的政府規範與政策 | 110/07/19 |
| 0104_不當研究行為：定義與類型 | 110/07/19 |
| 0105_不當研究行為：捏造與篡改資料 | 110/07/19 |
| 0106_不當研究行為：抄襲與剽竊 | 110/07/19 |
| 0108_學術寫作技巧：引述 | 110/07/19 |
| 0109_學術寫作技巧：改寫與摘要 | 110/07/19 |
| 0107_不當研究行為：自我抄襲 | 110/07/19 |
| 0111_論文作者定義與掛名原則 | 110/07/19 |
| 0112_著作權基本概念 | 110/07/19 |
| 0113_個人資料保護法基本概念 | 110/07/19 |
| 0114_隱私權基本概念 | 110/07/19 |
| 0115_受試者保護原則與實務 | 110/07/19 |
| 0201_研究中的利益衝突 | 110/07/19 |
| 0110_學術寫作技巧：引用著作 | 110/07/19 |
| 0116_研究資料管理概述 | 110/07/19 |
| 0117_認識學術誠信 | 110/07/19 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

此證



中 華 民 國 110 年 7 月 19 日

八、研究助理：洪碧均

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 P110034650 號

個人註冊

洪碧均 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

| 修業課程單元 (20 分鐘/單元) | 測驗通過日期 |
|---------------------|-----------|
| 0101_研究倫理定義與內涵 | 110/10/04 |
| 0102_研究倫理專業規範與個人責任 | 110/10/04 |
| 0103_研究倫理的政府規範與政策 | 110/10/04 |
| 0104_不當研究行為：定義與類型 | 110/10/04 |
| 0105_不當研究行為：捏造與篡改資料 | 110/10/04 |
| 0106_不當研究行為：抄襲與剽竊 | 110/10/04 |
| 0108_學術寫作技巧：引述 | 110/10/04 |
| 0109_學術寫作技巧：改寫與摘寫 | 110/10/04 |
| 0107_不當研究行為：自我抄襲 | 110/10/04 |
| 0111_論文作者定義與掛名原則 | 110/10/04 |
| 0112_著作權基本概念 | 110/10/04 |
| 0113_個人資料保護法基本概念 | 110/10/04 |
| 0114_隱私權基本概念 | 110/10/04 |
| 0115_受試者保護原則與實務 | 110/10/04 |
| 0201_研究中的利益衝突 | 110/10/04 |
| 0110_學術寫作技巧：引用著作 | 110/10/04 |
| 0116_研究資料管理概述 | 110/10/04 |
| 0117_認識學術誠信 | 110/10/04 |

此證



中 華 民 國 110 年 10 月 4 日

附錄三、訪談人員工作手冊

壹、研究背景與目的

一、研究主題：我國監護制度發展與變革之研究。

二、問題背景：

近年來數起社會關注案件之犯罪者，因行為時具有精神障礙，經法院認定符合刑法第 19 條第 1 項要件後判決免除刑責，並依同法第 87 條論以監護處分，而衍生社會廣泛議論，並促使法務部等機關研議司法精神病院如何執行精神病之監護處分。

行政院前於 2021 年 3 月 4 日通過保安處分執行法部分條文修正草案，以使監護處分之執行得依受處分人之情況予以多元處遇，並視受處分人治療、照護及輔導之情況予以彈性變更；另一方面，司法院於 2020 年 12 月提出刑事訴訟法修正草案，規劃對於犯罪嫌疑重大、符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件，且有危害公共安全之虞的被告，得由檢察官聲請法院裁定緊急監護。基此，對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件之犯罪者，亟待研議如何能提供合適處遇、及足以維護公共安全之設施與相關配套。

因此，在研議自偵查階段至矯正階段的精神障礙者處遇措施時，所面臨的思考點，會是對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項的精神障礙者進行監護處分，在過去的執行經驗上，所面臨的狀況與爭議為何？會不會對新制度的建立形成干擾？新的執行量體有多大？是否為現有政府資源所能容受？尤其是本制度的建立，攸關司法與社福等人力、物力資源的支援與整合，政府機構的整備工作，是否業已完成？凡此，均有賴於隨著制度的發展與運作，進行整體性或者帶狀的思考與規劃，以利制度之革新與建立全面性的社會安全防護網。

三、研究目的

本研究主要目的在釐清過去執行監護處分的實務經驗與困境，並據以評估未來監護處分機制調整後，可能延續或新增的爭議與困境，並以前述評估結果為基準，緊密結合研究執行階段的監護處分法制、政策進展，提出制度建議與實務執行指南。具體研究目的如下：

- (一) 蒐集我國監護處分之相關官方統計數據，包括監護原因、人數、性別、社會適應以及是否再犯等變項，據以歸納我國過去執行監護處分之狀況；並進行交叉分析，比較不同特性指標之執行差異。
- (二) 整理世界主要國家之監護處分制度、措施（包括德、奧、瑞、日、韓、美、英等7國），並據以比較、分析我國過去執行監護處分之概況、成效，及相關討論，作為我國規劃、設計、執行監護處分之參考。

- (三) 邀請執行監護處分的第一線人員，含警察、檢察、矯正、醫療等人員，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。
- (四) 結合前述(一)、(二)之研究發現，並根據研究期間監護處分相關制度、政策進展，對監護處分新制發展，包括人力監護、軟硬體措施進行量能評估。
- (五) 邀集學者專家，針對前揭研究內容，進行焦點座談，並作成制度精進建議與實務執行指南。
- (六) 將研究成果，提供政府機關參考，並濃縮成論文格式以及翻譯英文版，配合舉辦學術發表會。

貳、訪談對象說明

本研究訪談對象為攸關監護處分執行的第一線機關人員，包含警察、檢察、矯正(監獄)、醫療等單位、公民團體及學者專家，共計 12 人，相關人員名冊經研議後，請訪談人員先與受訪者連絡，並約定訪談時間、地點，具體訪談對象與分工，請詳見附件一深度訪談對象及分工規劃表。

一、警察(1人)

二、檢察(2人)

三、監獄(設有收容精神病患者之療養專區 共2人)

臺中監獄(男)：第一線人員 1 人

臺北監獄桃園分監(女)：第一線人員 1 人

四、醫療(4人)

五、公民團體(2人)

六、學者專家(1人)

參、訪談實施流程

一、訪談前準備與聯繫

- (一) 熟悉調查內容與目的：訪員應熟悉本研究之目的、相關名詞等背景資料及訪談大綱，如附件二深度訪談大綱，向受訪者說明。

- (二) 備妥相關資料：進行訪談工作前，請先確認備齊所有相關資料，包括：錄音設備、訪談大綱、訪談同意書（如附件三）以及受訪者的訪談費、領據（如附件四）等。

二、整理訪談紀錄

完成訪談後，應盡速完成訪談紀錄（如附件五訪談紀錄範例）。

肆、名詞解釋

一、監護處分制度

監護在我國法制上有刑事監護與民事監護制度。民事監護制度，旨在保障尚未成熟之兒少以及因精神障礙或其他心智缺陷而致欠缺完全行為能力之人之權利或其他法律上利益，免因欠缺完全之行為能力，無法行使有效之法律行為而受損害；現行刑事監護制度，係指對於行為時因為精神障礙或心智缺陷，致辨識其行為違法與否或依其辨識而行使行為之能力完全喪失或顯著降低，而為刑法所不罰或減輕其刑的犯罪行為人，法院按其情狀，足認行為人有再犯或有危害公共安全之虞時，令入精神病醫院或其他相當處所，加以監禁並給予適當必要之治療，同時保護社會大眾，免於遭受其再犯之威脅，以防衛社會安全的制度。

二、監護處分對象

依刑法第 87 條規定，監護制度之對象有二，即（1）因第十九條第一項之原因（無實質責任能力）而不罰，且其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞者，以及（2）以及有第十九條第二項及第二十條之原因（僅具限制實質的責任能力），其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時。

三、無（完全）責任能力

稱無（實質）責任能力者，係指刑法第 19 條第 1 項所定，行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，而不罰者。

四、限制（完全）責任能力

稱無（實質）責任能力者，係指刑法第 19 條第 2 項所定，行為時因前項之原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，而得減輕其刑者，以及刑法第 20 條所定，行為時係屬瘡啞人之而得減輕其刑者。

訪談人員工作手冊
附件一、深度訪談對象及分工規劃表

| 分類 | 代號 | 地區 | 屬性 | 訪談機構 | 訪談人員 |
|------------|-----|----|-----|------------------|-------------------|
| 警察 (1 人) | A1 | 新北 | 警察 | 新北市警察局 | 蔡田木 孟維德 洪碧均 |
| 檢察 (2 人) | A2 | 臺北 | 司法 | 臺北地檢署 | 李衍儒 |
| | A3 | 臺北 | 司法 | 法務部檢察司 | 潘怡宏 |
| 監獄 (2 人) | A4 | 臺中 | 監獄 | 臺中監獄 (男) 第一線管理人員 | 李衍儒 |
| | A5 | 桃園 | 監獄 | 臺北監獄桃園分監第一線管理人員 | 林昕璇 |
| 醫療 (4 人) | A6 | 臺北 | 醫療 | 臺北毒防中心主任，機關指定 | 蔡田木 蔡文瑜 |
| | A7 | 南投 | 醫療 | 草屯療養院 | 李衍儒 |
| | A8 | 臺中 | 醫療 | 臺中市宏恩醫院龍安分院院長 | 李衍儒 |
| | A9 | 臺北 | 醫療 | 臺北市立聯合醫院松德院區 | 林政佑 |
| 公民團體 (2 人) | A10 | 臺北 | NPO | 臺北市康復之友協會 | 蔡田木 洪碧均 |
| | A11 | 臺北 | NPO | 臺灣伊甸基金會活泉之家 | 潘怡宏 |
| 學者專家 (1 人) | A12 | 南港 | 機關 | 衛生福利部心理及口腔健康司 | 蔡田木 孟維德 蔡文瑜 |

附件二、深度訪談大綱

訪談時間：2022 年___月___日/___時___分 至 ___時___分

受訪人編號：_____；訪談地點：_____；訪談人：_____

本研究之訪談題綱係採半結構方式，選取研究問題中重要的面向，據以向受訪者請益，訪問中雖含括機動及開放問答的部分，惟仍規劃設計有訪談之焦點問題臚列如下：

- 一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。
- 二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關(構)在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？
- 三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？
- 四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思(避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由)。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？
- 五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？
- 六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？
- 七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

- 八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？
- 九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？
- 十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？
- 十一、其他與本研究相關之興革建議。

附件三、訪談同意書

為深入瞭解我國監護制度發展與變革，釐清過去執行監護處分的實務經驗與困境，並據以評估監護處分機制調整後，可能延續或新增的爭議與困境，提出未來制度建議與實務執行指南，法務部特別委託本研究團隊進行相關研究。本訪談主要係邀請攸關監護處分執行的第一線機關、人員，含警察、檢察、矯正、醫療等單位、公民團體及學者專家，進行深入訪談，以瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。

本研究為妥善進行訪談資料整理與分析，會在取得您同意後使用錄音器材，錄音內容僅作為研究者分析使用，且為保護受訪者，未來報告書中您的姓名與服務機關將予以隱匿，並以代碼取代之。訪談期間您隨時有權利選擇退出，且沒有義務告知原因，我們將立即銷毀錄音檔；若有不想回答之問題，亦可選擇拒絕回答，您有權力隨時中止錄音。因此，訪談過程中希望您能盡量提供真實想法和經驗，以增加研究資料的正確性。

本研究結果將供政府精進監護制度之政策與執行之參考，誠摯邀請您參與並分享您的看法與經驗。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，請放心回答。若您對本研究有任何相關意見，亦歡迎隨時提供給研究團隊人員，非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

中央警察大學蔡田木教授及全體研究團隊 敬上

2022年02月

同 意 書

經研究者說明後，本人同意參與本項訪談，研究人員對於訪談內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益，且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：_____（簽名）

年 月 日

附件四、領據

茲 領 到

中 央 警 察 大 學 發 給 深 度 訪 談 受 訪 費
新 台 幣 貳 仟 元 整 ， 此 據 。

具領人：

身分證字號：

地 址：

時間： 年 月 日

附件五、訪談紀錄範例

A1深度訪談摘要

訪談時間：000年00月00日（星期0）

下午00時00分至00時00分（共00小時00分鐘）

地點：000會議室

訪談者：000

訪談內容：

二、就您所知，目前在實務運作上，執行監護處分實務機構各有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？您所任職的機關（構）實際扮演何種角色，有何困境及改善精進的方法？

（一）執行監護處分實務機構(標題)

（1）執行監護處分實務機構有000、000等。(A1-1-1) (A1受訪者-1 第一個問題-1 第1個回答) (請以底線劃出重點)

（2）其他還有000、000等。(A1-1-2) (A1受訪者-1 第一個問題-1 第2個回答)

（二）扮演角色(標題)

（1）我認為有000、000等。(A1-1-3) (A1受訪者-1 第一個問題-1 第3個回答)

（三）提供服務(標題)

（2）我認為有000、000等。(A1-1-4) (A1受訪者-1 第一個問題-1 第4個回答)

附錄四：深度訪談紀錄

A1 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月4日（星期五）

下午2時00分至4時00分（共2小時00分鐘）

地點：中央警察大學警光樓108

訪談者：蔡田木教授

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

年齡：年齡為 61 歲。

教育程度：國立中正大學犯防所博士；

學經歷：歷任警員巡官、分隊長、偵查員、警正分局員、警正偵查員、警正科員、股長、組長、朴子分局長、礁溪分局長、橫山分局長、副分局長、專員及督察；

實務與專業背景：行政、保防、特種與刑事警察工作為主；

職稱及工作：新北市政府警察局督察，年資任警職 45 年。

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

角色

依照精神衛生法員警依法均是協助人員：主政單位為衛福單位，警察與消防警察均屬行政職務協助工作，主要工作以治安與交通為主；對派出所員警而言，案件只要能和解或依法移送偵辦，其他的範疇即不是警察的處理範圍，即使在後續過程中扮演些微的角色，也僅是「為民服務」為主，故警察對於監護處分僅是協助及協同角色。因此在執行監護處分時，惟在第一線線上民眾報案時，於第一時間抵達現場，原本員警本身的認知也僅是協助的角色，對於執行的投入相對較低，且因為衛福單位專責醫師及護理師均未到場，致第一時間即產生危害人民之生命身體財產之危害時，現場員警因非專業醫療人員，致先行處置致生處置不當或衍生重大瑕疵，而產生刑事司法及民刑訴訟問題。（A1-2-1）

困境及改善精進的建議如後：

- (一) 員警無法掌握現場狀況，建議列管之精神病患名單，應提供警消掌握及執勤參考：員警接獲 110 通報後，衛福單位列管之精神病患名單未給予執勤員警參考，抵達現場無法即時了解是否為精神病患者，執勤時易生問題與困擾，建議列管之精神病患名單，應提供警消掌握及執勤參考。(A1-2-2)
- (二) 家屬未能及時抵達：抵達現場無法與其家屬取得認知及處理資訊！(A1-2-3)
- (三) 專業衛福部門護理人員未能抵達現場處理及判斷：抵達現場後無法立即通知衛福部門護理人員到場！(A1-2-4)
- (四) 護理人員未抵達現場時，警察與消防人員未具專業知識無法判斷為列管病患，造成執法不當：實務上，護理人員未抵達現場時，警察與消防人員未訂定標準作業程序，亦不具醫療專業，警察及消防警察人員無法立即判斷當事人是否為列管之精神障礙病患或是失能失調病患，致無法溝通、處理。警消人員執行不當，甚至造成民刑事訴訟案件，例如，頭前派出所案例，員警執法時，因為不瞭解當事人攻擊民眾傾向，係因有精神疾病，員警執法壓制，造成當事人送醫不治死亡。(A1-2-5)
- (五) 衛福單位人員經常無法在第一線現場即時執行勤務：衛福單位人員經常無法在第一線現場即時執行勤務，衛福單位應以署立醫院及各地區醫院成立專業編組，推動全日編排專業醫師及護理人員待命支援，不能只憑一專線電話，以電話敘述現場狀況及模式，請警消現場人員判定及處理。(A1-2-6)
- (六) 應修正精神衛生法，由醫療專業人員成立精神醫療專業小組，處理精神疾患危安事件：有關神疾患危安事件，應回歸專業，由醫療專業人員負責執行，雖有律定各單位之責任與分工，維均未依法執行！應比照美國警消處理精神病患者標準，編制精神專科醫師及護理人員隨時待命出勤！建議衛福單位應配置醫療專業人員編組配合警消服勤，處理精神疾患危安事件。(A1-2-7)
- (七) 應加強警消精神疾病專業之教育訓練：警消第一線人員缺少專業知識及能力，未接受定期、定時及專業教育與訓練，建議加強警消精神疾病專業之教育訓練。(A1-2-8)
- (八) 專業醫療人員與查訪應經常對監護對象屢查不遇，致無法掌握監護對象行蹤及家庭狀況，連家屬亦無法了解，產生無法追蹤及用藥情形。(A1-2-9)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

執行監護處分實務機構：除了警察及消防警察之外，還會與公衛醫師、護士、社會局與教育局、醫院相關人員、社工合作，公衛護士對醫療體系及疾病的瞭解負責醫療相關追蹤，社工可協助增進精神疾病者心理社會功能，而警察則在相關單位需要時提供協助，例如保障工作者的人生安全、協助告誡精神病患配合司法處遇等。（A1-3-1）

各自扮演何種角色或是提供何種服務：

機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況困境：機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況，均無互動，無合作狀況亦未建立溝通平臺，均稱人力不足推託；目前公務人員均是多一事不如少一事的心態，一般行政公務人員均以職務協助名義，聲稱自己沒有執法權請現場警察直接處理，理由均是無執行法律強制力權限，來規避處理事情意願，造成多頭馬車，致一事無成。

改善精進的建議：應比照美國毒品法庭模式採委員會制。故應修法統一律定各部會之權責及分工，避免規避各自工作項目，警方依以治安及交通為主，依據「職務協助」立場，以戒護警戒為主，以免喪失去主從關係。（A1-3-2）

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

延長監護期間，無次數限制：精神障礙者殺人案層出不窮，對於有精神疾病的患者的人身自由問題，亦是社會矚目的話題，大部分認為應該治療精神疾病加以拘束人身自由，另一方面卻又有侵犯人權的疑慮。建議可參考現在 AI 遠端監控資訊設備輔助，例如精神科醫生醫療過後，且有定時服藥的病患，為了避免出院後未定時服藥，在身上加裝監測心跳、脈搏等生理數據設備，藉以判斷是否有定時服藥的依據。（A1-4-1）

進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權：精神障礙者殺人案層出不窮無法掌控，連家屬也無法處理，均任其發展及任意活動，形成社會之不定時炸彈隨時引爆，例如鄭杰捷運殺人案即是最好的案例，應區分為如后：

1、有攻擊行為者：故應將精神障礙者或失能失調病患有攻擊行為者，應延長監護期間，無次數限制，強力用藥治療並強制送醫，惟因強制送醫期間過短，故無法達到醫療效果，回歸家庭或社區時依然無法有效遏止，成效不彰。（A1-4-2）

2、無攻擊行為者：應將精神障礙者或失覺失調病患，應以多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以社區處遇方式為之，建議組成以美國精神衛生法庭及強制社區治療委員會制，以法

官、檢察官、律師、警察、醫師、護理師、消防警察、社工及公正人士，共同參與決策處理，讓病患回歸社區及社會。(A1-4-3)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制：

拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難：監護處分實際執行困境包括監護經費。根據 2011 年修正的《全民健康保險法》(又稱二代健保法)，其中第 10 條第 4 類被保險人於 2013 年 1 月 1 日起正式納入健保體系，因此監護處分治療單位完全由公立或特約精神醫療院所執行，費用亦使用全民健康保險費用，費用支出部分應該沒有問題；只有跨區安置及監護處分結束後續追蹤治療之困難實質面是無法克服的。(A1-5-1)

協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺：

針對精神病個案，應成立專責之處理團隊平臺及機制：由於現代人壓力大，許多人患有輕微精神疾病，政府應建立地區專責處理院所，成立針對精神病專責處理團隊，並給予適當福利。因此當法務部有需要執行的個案時，便送往該地區專責處理院所，不得拒收。除此之外，應成立跨部會之溝通平臺及機制，建議組成以美國精神衛生法庭及強制社區治療委員會制，以法官、檢察官、律師、警察、醫師、護理師、消防警察、社工及公正人士，共同參與決策處理。(A1-5-2)

逐案成立專責之處理團隊並列管：每案逐案列管，應該配有專責處理的醫療人員、社工人員，並有網路平臺進行建檔及管理，當若有跨區安置時，可即時查詢過往處遇狀況，且醫療人員需與跨區安置的相關人員共同追蹤治療一段時間(例如半年)，以避免交接不時造成患者脫離後續追蹤。(A1-5-3)

個案加裝 AI 遠端監控資訊設備監測生理變化：建議可參考現在 AI 遠端監控資訊設備輔助，在身上加裝監測心跳、脈搏等生理數據設備，藉以判斷是否有定時服藥的依據，以免因為用藥而造成攻他人擊行為或自傷情事。(A1-5-4)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

第一線專業護理師或醫師無法落實運作，無法提供受監護處分人多元復歸社會的機制：強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等機構，理想機制跟狀況但是不可能達到，因為受監護處分人在查訪時，很多社工人員（大部分均屬女性且為約聘雇人員）因無法察訪或訪談，均前往派出所求助，請求職務協助是以均增加第一線員警之工作量，故第一線之專業護理師或醫師均無法落實運作，致使多元復歸社會的機制落空，形同虛設。（A1-6-1）

符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定：

目前監護處分「多元處遇」規範設計完整，惟問題複雜，難以落實：監護處分為我國針對受精神疾病或其他心智缺陷犯罪者的特殊處遇，列於刑法第 87 條及其他相關法條，以社會防衛觀點出發，保護社會整體秩序與安全。現行監護處分與過去相比，不僅消極方式來維護公共安全，更包含積極提供治療，具有監禁與治療意義。惟精神疾病患者犯罪不僅是精神疾病問題，仍包含其他非疾病相關因素，以我國思覺失調症與犯罪相關研究發現，思覺失調症犯罪者犯行前之住院經驗、反社會性人格疾患、首次犯罪年齡、前科數大於 4 次有較高再犯（A1-6-2）

監護處分為保安處分其中一項措施，依據保安處分執行法第 46 條至第 48 條，犯罪行為時因精神疾病或其他心智缺陷影響，導致犯行時之責任能力被判定為顯著減低或喪失，有再犯或危害公共安全之虞者進行監護，對受監護者提供治療及監視行動。主要用意為消除觸法精神疾病者之危險性，且這精神疾病犯罪者多有治療之必要，企圖藉由監護處分治療其精神疾病，消除精神疾病者未來再犯罪可能性（A1-6-3）

應補足相關人力，以團隊式的個案管理服務模式增進精神病患生心理功能，並健全社區資源：精神病人往往有多重原因影響，身心狀況都需要耗費心力、社會資源共同協助，然目前社區相關機構及心衛社工、護理人員量能仍不足，處遇關懷計畫亦形同虛設難以執行，故補足相關人力為當務之急，並以團隊式的個案管理服務模式增進精神病患生心理功能，另外健全社區資源，並營造友善社區復健環境及社會氛圍，以利增進精神病患的社會功能。（A1-6-4）

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

針對急性期個案，可引進醫療資源評估機構或設置精神衛生法庭或委員會進行緊急性之處置：建議可先引進醫療資源評估機構或設置精神衛生法庭或委員會進行配套，若有自傷、傷人之虞之急性期收容人，即須先安排住院由醫療院所進行緊急性之處置，避免再引發公共安全之問題，若尚未到達強制住院之收容人，則須與社區公衛護士及心衛社工及收容人家人共同擬訂計畫，確保收容人能持續有相關社會資源、家庭資源介入，避免狀況惡化。（A1-7-1）

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約狀況：

監護處分期間能維護受監護處分人權益，但離開醫療院所後即失控：個人覺得應無法落實執行，因為在處理相關受監護人時，均能確實維護受監護處分人的權益；惟受限於人權、法律及法規限制，檢方及院方只能依法依限處置醫療，在院期間均能依時依限服藥，治療期限到後即無法依法持續監控，離開醫療院所後如未能每日定時用藥治療，定有復發情事發生，此乃現階段困境。（A1-8-1）

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠：

辦理監護處分業務之資源、人力均不足：個人認為不足，以我們第一線員警處理警神病患時就可得知，公衛之專業醫師及護理師第一時間均無法抵達現場處置即是，均聲稱人力不足，惟公立署立依醫療院所均有依法配置，只是未能建立即時處理機制及平臺，致案件在第一時間時喪失處理先機，使病患在現場無人處理或安撫，產生攻擊他人或自傷情事。（A1-9-1）

另外衛生所之護理師在做病患訪談或訪視時，亦無法掌握渠行蹤，家人亦無法知曉，致形成流動之不定時炸彈，以社會安全網之模式亦無法補足此問題缺口，故立法限制維護渠人權或維護民眾安全間之鴻溝，是最難釐清及劃分的，此乃立法層面與執法間之困境，實值當局思考克服之課題。（A1-9-2）

配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適：

執行人員安全管理設備及戒護人力不足，且執業安全依法無據：安全管理設備及戒護人力不足，執行處所人員執業安全等部分，均屬後端問題處理及管理，只要依法通過配置規畫，法制化後在執行面（社工）、管理面（護理師或醫師）及安全面（安全人員）均可依法建構完成，如此即能落實執行，依法無據才是真正問題之所在。（A1-9-3）

受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理：

受處分醫療處遇編列不合理，且目前之人力資源比仍然嚴重不足，導致難以發揮效果、惡性循環：現階段不合理，戒護處分之執行涉及精神病患生心理、社會功能，層面廣且複雜，需有高度的人力比及資源投入方能達到治療效果，減少精神病患再犯，目前之人力資源比仍然嚴重不足，導致難以發揮效果、惡性循環。（A1-9-4）

監護處分實際執行困境包括監護經費。根據 2011 年修正的《全民健康保險法》（又稱二代健保法），其中第 10 條第 4 類被保險人於 2013 年 1 月 1 日起正式納入健保體系，因此監護處分治療單位完全由公立或特約精神醫療院所執行，費用亦使用全民健康保險費用。（A1-9-5）

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

未來如何評估監護處分政策之執行成效：

監護處分政策之執行成效難以評估：只要是人的問題其變數及狀況常受環境因素、時間因素、人的因素、地的因素及事的因素所影響，評估監護處分政策之執行成效事無法予以評估，是以，建議以建議可參考現在 AI 遠端監控資訊設備輔助，在身上加裝監測心跳、脈搏等生理數據設備，藉以判斷是否有定時服藥的依據，此方式較能對執行成效予以評估。（A1-10-1）

績效評估的指標：

以有無準時用藥來評估治療成效：因受監護人非屬犯罪人屬刑法之限制行為能力人，無法以量表方式呈現予以評估，只能以有無準時用藥來評估治療病患，故是否應以此為評估的指標較為妥當。（A1-10-2）

十一、其他與本研究相關之興革建議。

相關之興革建議：

1. 建議一：受監護處分個案加裝 AI 遠端監控資訊設備監測生理變化：

可參考現在 AI 遠端監控資訊設備輔助，在身上加裝監測心跳、脈搏等生理數據設備，藉以判

斷是否有定時服藥的依據，以免因為用藥而造成攻他人擊行為或自傷情事。(A1-11-1)

2. 建議二：針對精神病個案，逐案成立專責之處理團隊、平臺及機制，並列管：

組成以美國精神衛生法庭及強制社區治療委員會制，以法官、檢察官、律師、警察、醫師、護理師、消防警察、社工及公正人士，共同參與決策處理。(A1-11-2)

3. 建議三：監護處分政策之執行成效可請相關工作人員（護士、社工、員警）評估，包括受監護處分者生心理社會功能之改善狀況、執行完畢後於社區適應狀況、受監護處分執行完畢後之再犯率：

我認為可透過檢視受監護處分者之生、心理社會功能之改善狀況、受監護處分者執行完畢後於社區適應狀況、受監護處分執行完畢後之再犯率直接評估受監護處分後之成效，是否能有效改善受監護處分者之整體功能；另外也可透過與相關工作人員（護士、社工、員警）等人之回饋檢視執行現況及困境，另外透過檢視精神疾病患者整體犯罪率是否下降，可評估整體執行成效對精神疾病犯罪之現況是否有相關。(A1-11-3)

A2 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月28日（星期一）

上午14時30分至16時00分（共1小時30分鐘）

地點：毒品犯罪研究智庫會議室（臺北市衡陽路77號2樓）

訪談者：潘怡宏助理教授

紀錄者：潘怡宏助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

我是臺北地檢署檢察官林達。我任職檢察官迄今已逾 20 年，一直都在臺北地檢署服務。曾擔任執行科檢察官兩年，所以對於堅固的部分有實際職務的經驗。唸學歷臺大法律系法律研究所政治研究所博士，然後。目前就還在臺北地檢。(A2-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）實務困境

目前關於監護處分的執行，依照現行法制，就是由執行科的執行檢察官負責。而就實務運作的情況而言，如果法院為監護分之判決，也就是主文裡面有監護處分的時候，當法院的判決及卷宗送到執行科後，首先第一步會先由執行書記官，來進行這個案卷審查，確定要做監護處分的執行，就會分成刑前監護，或者是刑後監護的執行，如果是刑前監護的話，那我們就要立刻去找跟我們法務部有簽約的精神醫療照護的機構或醫院，也就是適於執行監護的適當處所，就一北檢來說，原則上就是送「八里療養院」以及「國軍北投醫院」等等醫院，當然在執行之前，我們的執行科書記官都會先去詢問他們有沒有病床，可否幫忙執行，因為這些簽約醫院可以幫忙收容的病床，實際上常常是很不足夠。如果簽約醫院剛好有病床的話，我們書記官就會跟他們聯絡好可以收治的時間，然後接下來我們就會通知受監護處分的執行人來執行科報到，當然發傳票工作，是由我們執行檢察官簽發傳票通知交由執行書記官執行，而待受處分人來到我們執行科報到之後，會先由執行科書記官先對受處分進行這個初步的訪談筆錄，再由檢察官與受處分人會談了解受處分人之現況然後作成詢問筆錄以後，然後檢察官把受處分發交給簽約醫院執行。當送去執行以後。我們執行檢察官就會依照保安處分執行法，每一個月去訪視受執行人一次。而在訪視的過程當中，我們也會去跟受處分人訪談，也

會對醫護人員直接做一個簡單的對談，了解受處分人在這一個月的情况，那如果受處分有反應任何的這個異狀的話，我們就會跟醫生直接商討處理的方法。當然那也有少數的個案是交付家屬監護的。至於為什麼會讓受處分人在家執行監護呢？有可能的因素，主要是因為床位不夠，不得不讓受處分人先在家裡等病床，但也有可能是因為他已經在監護處所執行一段時間了，經醫生評估可以讓其回家監護以適應在家生活，然後也經受監護人同意，我們就讓他提早回家，那這個時候我們也會每個月去他們家一次訪查其狀況如何，如果狀況好的話，可以自己繼續在家監護，並要求他固定來我們執行科報到，他可能會自己來，也可能由家人陪同他來拿它來，同時受處分人來報告時，都會帶著他的診斷證明，或者他每個月有去看醫生的那個藥袋藥單來證明說他都有乖乖的去吃藥。如果說他的狀況。但如果受處分在家監護的狀況，並不是很穩定的話，檢察官也可能會再給予受處分一些曉諭。易言之，關於監護處分之執行，執行檢察官大概是在這裡面扮演整個實際執行與控管還有機構性處遇或非機構性處遇的決定的角色。(A2-2-1)

其次，就執行困境上的話。在舊法時代，因有 5 年監護期間的限制，所以有時候會發現，有些犯比較重的罪的精障犯罪，像違犯殺人罪的精障犯罪，在這個 5 年的監護期間一到，就必須加以釋放，不論其精障情況或再犯危險性是否降低，都要放人。如果說他這 5 年內都在幾乎都有好好地接受治療，精神障礙的情況，有受到控制，可是一旦釋放，如果後面的銜接狀況不好的話，一定會造成治安的疑慮。再者，實務上也常會發生，家屬拒接的情況，事實上，我我也曾經遇過，受處分人必須釋放，可是家人不願意接他回去，甚至有時候受處分人還是殺害家人的行為人時，家屬更不願意思，而到了這個階段，一出去以後，受處分人是立刻就處於不穩定的情況，只是那以後續怎麼樣發生什麼事情，我們自己也不知道。當然我們心裡也怕怕，擔心這些具有暴力傾向的精障犯人於監護期滿回歸社會社會上另外再生暴力事件。還好這個監護處分期僅限 5 年的情況，在今年修法已有修正，同時保安處分執行法，也有修正，應該可以避免我們執行檢察官最擔心的情況了。(A2-2-2)

至於有關現行實務上的困境問題，最主要的還是我們執行檢察官可以送去收容的醫療院所普遍不足的問題，以致於可供我們執行檢察官的送交執行的醫療院所相當有限，加上簽約醫院常有病床不足無法收治，或不願收治具有暴力傾向之精障犯人時，會讓我們執行檢察官很為難，必須千拜託、萬拜託地請求簽約醫院無論如何要幫忙收治，所以我個人建議法務部應與衛福部協調擴增可以收治精障犯人的醫院。(A2-2-3)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

在監護處分之實際運作者，如上所述，我們執行檢察官是擔任監護處分執行的指揮與監督工作，最主要從事監護處分執行的實務機構，應該是與我們檢察署有簽約的醫療院所，因此這些簽約醫院的任務，就是要提供受處分妥適的精神醫療照護，當於於監護處分之執行，居於最重要的地位。由於我們執行檢察官與有簽約醫院，如上述的八里療養院與北投國軍醫院等，因已經有很長期的合作關係，所以我們的互動與配合情況都非常良好。(A2-3-1)

至於監護處分在實務執行的困境，我想最主要的是，簽約醫院有限，以及簽約醫院的欠缺足夠的醫護照護以及看護人力，這可能會導致醫護過勞的現象，其次是，現行的簽約醫院都欠缺安全戒護之人力，這也就導致各簽約醫院大多不願接受具有暴力、攻擊傾向的精障犯人，這是很嚴重的問題，值得法務部與衛福部重視，而為了改善這樣問題，我個人也贊同應該儘早建立一個專責的執行機構或司法精神醫院，而且要提高這些從事監護處分執行的醫療照護人員的待遇，並給予充分的醫療照護資源。(A2-3-2)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病患者行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

舊刑法第 87 條，僵固監護處分之執行期間，可能會造成社會安全網的破洞，剛剛已經有所說明了。而依新刑法第 87 條法規定，監護處分的期間，已無舊法的期間的限制，對於社會防衛以及國家對於人民之健康照護而言，應屬合理、妥當且必要。此外，新修正保安處分執行法也因應新刑法之修正，導入多元的監護處遇措施，增訂機構性處遇與非機構性處遇可彈性運用，以及與跨領域合作的措施，可以針對不同精障犯人的需要而施，值得贊同。(A2-4-1)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

這裡面有兩個大的問題，第一個是資源問題，第二個是安全戒護問題，這二大問題是，是我們在實務上，遇到第一線的精神醫師他們拒接受監護處分執行人，特別是具有暴力或攻擊傾向之精障犯人的主要原則。其實說真的，就簽約醫院而言，他們即使站在醫師的角度，他們當然也可以選擇要不要治療這個個案。而所謂的收治標準問題，老實講哦，並沒有統一的或一致性的收治標準，還是取決於醫生願不願意收治特定的精障犯人。雖然醫生，就其法定

義務而言，其實是不能拒絕收治病患，但是如果說收治這個精障犯人對醫生來講根本沒實益，例如該受監護處分之人，本身就不具有治療的可能性的話，簽約醫院的醫生可能會用這樣的理由來覺得說我不能治療他，或者說該處分人雖然可以認為是有病之人，但醫生不能治療它，好比說反社會人格，這些反社會人格者可能對精神醫院的醫生來說，它就是不能治療的。而對那這一種反社會人格者其實應該是屬於應該送交類似德國的保安監禁執行的，而不是應該送交精神醫院治療。可是我國因為目前原則上全部都還是送給簽約醫院去執行，所以對簽約醫院來說，他們在接受個案上就產生抗拒，而目前會願意接的個案的醫生呢？第一個就是說他們，得自行吸收醫療的費用，第二個在安全戒護上面，他們也就硬著頭皮撐，那依我個人的見解，會覺得說，在我國現在的法制下的話，法務部跟衛福部還是應該共同的釋出更多的資源，第一個就是資源問題。要能夠讓這些願意做的醫生有更多的給付以及資料。這個特別的醫療加給是很重要的，因為這項監護執行的任務，對於簽約醫院而言，真的是多做的，而且這一塊的風險性高，另外，如果他們有一些資源支出的話，其實不應該有醫院來吸收，應該是用特別監護執的預算來對應。第二個就是戒護的問題，因為實務上我們就發生很多監護的個案，他本來就是具有暴力性危險的事情，那甚至以前還發生過，有人就是為了想要逃出去呀，實務上還發生就拿那個燈管要刺殺醫護人員的案例，這對於沒有經過戒護專業訓練的人員而言，勢必造成莫大的心理負擔。那這也是為什麼實際上在很多的療養院醫院，他們會抗拒收治受監護處分的精障犯罪，就是因為他們的醫療照護人力以及戒護人力不足所致。所以我個人認為，所以我覺得說，如果我們要能夠把監護處分的執行讓簽約醫院願意來收治的話，我們就必須為他們解決上開二大問題。(A2-5-1)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

依照新的保安處分執行法第 46 條規定：「1.因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」再依第 46 條之 1 規定：「1.檢察官為執行監護處分，於指定前條第一項之執行方式前，得參酌評估小組之意見。2.檢察官於執行監護處分期間內，認有必要時，得依職權或前條第一項各款

受指定者之請求，變更執行方式。變更時，得參酌評估小組之評估意見。3.前二項評估小組之組成、其委員資格、遴（解）聘、評估程序及其他相關事項之辦法，由法務部定之。」據此，現行的監護處分，已經採取多元處遇措施，應該不至於出現「缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制」的問題。當然新刑法與新保安處分執行採取多元處遇措施的立法良善，只是未來實際施行的結果如何，仍有有待進一步的觀察（A2-6-1）

其次，監護處分之執行，本來就是整體社會安全網的一部分，其目的無非希望給予精障犯人最適切的精神醫療照護，使其能夠及早復歸社會，至於監護處分執行完畢轉銜至社會處遇的問題，依據我個人的執行經驗，通常我們執行書記官會在執行期間屆滿前 2 個月，發函給警政社政衛政勞政等單位召開轉銜會議，研議受處分人的轉銜問題，避免漏接的情況發生。（A2-6-2）

此外，依照新的保安處分執行法第 46 條之 3 規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」如果能夠確依照此一規定執行，理論上也應該不會發生轉銜上的問題才是。（A2-6-3）

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

依據我個人的實務觀察，於監護處分，確實是刑後執行的情況較多於刑前執行的。至於會否出現執行的空窗期的問題，我想是不會的，因為我們的執行書記官於接受監護處分執行的案件，都會立刻作好個案的管理工作。如果是刑後執行的案件，我們的執行書記官對於刑後尚有監護處分待執行者，都會在刑期執行期滿前一定期間，即發函給正在執行徒刑的監獄，請其作好轉銜的準備，同時也會通知簽約醫院，讓其有充分的準備時間。（A2-7-1）

至於刑前執行，如果沒有採取特別措施，確實可能會出現執行的空窗期問題，例如前年的嘉義鐵路殺警案，但依據今年新修正施行的刑事訴訟法第 121 條之一的規定：「被告經法官訊問後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢

察官聲請或依職權，先裁定諭知六月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置。」理論上，應該不會再發生執行空窗的問題了。(A2-7-2)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

依照我個人從事執行檢察官的實務觀察上，我們執行檢察官每個月都會去簽約醫院視察的。更何況依照保安處分執行法第 48 條規定，檢察官亦有義務於指揮執行後，對於受監護處分之人，至少每月應視察一次，並制作紀錄。雖然前幾年，曾發生某地檢署檢察官未依法每月視察而被監察院糾正的案例，但此後，據我所知每月視察監護處分執行處所已成檢察官每月的工作重點，無人敢輕忽。(A2-8-1)

而依我個人的視察經驗而言，我每一次視察，都會約談受處分人，了解其接受治療後的情況，同時也會約談醫療照護人員，了解他們對於受處分人的治療狀況，以及受處分人的受治的情形如何，依我個人的觀察，各簽約醫院都有依照我們的簽約內容，確實履約，都有依規定提供受處分人適切之治療處遇措施，並沒有侵害受處分人人權的情事發生 (A2-8-2)。

當然偶而也會碰到受處分人前來申訴的情況，不過多半是抱怨簽約醫院的伙食不好或醫護人員的態度不好等等細瑣問題，經查醫院並無不法、不當對待受處分人之事。(A2-8-3)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

(一) 資源配置的問題

關於監護處分執行處分的資源配置問題，具體詳細的情況如何，我手中沒有具體的數據，所以不敢置喙，但依我個人擔任執行檢察官，執行監護處分的實務觀察而言，簽約醫院在照顧受處分人上的人力與物力資源，基本上是很吃緊的，願意配合法務部幫忙從事監護處分執行的簽約醫生，基本上都是緊著牙在作的，白話說，願意收治這些受監護處分人的醫院以及願意照顧這些受處分人的醫師，可以說都是有使命感之人，都是在作公益的，但我們政府執行監護處分，事實上不應該虧待這些願意配合的精神醫療照護人員，因此，我個人認為政府應該提高這些願意配合政府執行監護處分之醫院以及醫護人員的待遇，這樣才能吸引更多的醫療院所加入監護處分執行處所的行列；否則，醫療院所勢必將把監護處分的執行，視為畏途，避之唯恐不及，勢必造成社會安全網的漏洞 (A2-9-1)。

此外，關於監護處分執行處所的人力資源不足的問題，我以個人實務觀察結果，發現一個重大問題，也就是簽約醫院面對無法自理生活的受處分人經現出發的窘況，因為這些無法自

理生活的受處人，特別需要更多的照顧，例如為其洗澡、餵食，可是簽約醫院，未必編有為其打理生活的預算以及看護人力，常常讓簽約醫約很頭痛，我們執行檢察官也沒有預算可以幫忙支應，只能協請家屬幫忙負擔該受處分人的看護費用，可是並非所有的家屬都有能力以及意願幫忙負擔的，所以對於無自理能力的受處分，應為如何的處遇，也是未來於監護處分執行之政策制訂上，應該妥善注意的部分。(A2-9-1)

(二) 戒護人力

再就保安處分執行處所的戒護人力的問題而言，這是一個存在已久，亟待解決的問題了。因為我們的簽約醫院的醫生以及護理人員，都沒有受過戒護的訓練，同時也不能要求這樣醫護人員必須接受戒護的訓練，但是在監護執行的過程，需用的戒護的情況，所在多有，特別是收治具有攻擊或暴力傾向的受處分，更需戒護的人力，可是我們現行實務並未配予簽約醫院足夠的監護人力，而只要監護人力的問題不解決，我們就很難要求簽約醫約收治那些具有攻擊或暴力傾向的精障犯人了，所以我個人覺得政府部門一定要正視這個問題，儘快幫簽約醫院解決戒護人力的問題。(A2-9-3)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

關於這一個問題，我個人並沒有太多的想法，也很難想像應該要用什麼樣的方式來評估監護處分政策的執行成效，遑論其績效評估的指標為何？可能想像得到的方式，應該是所謂的再犯率指標吧。不過，我個人覺得如果要製訂評估監護處分政策之執行成效的指標，一定要很小心。因為這個指標一旦訂下來了，那麼就可能影響各執行單位的執行方式，可能會使用執行方式僵化，不可不慎！(A2-10-1)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

首先，我建議未來不管是刑法或保護處分執行法的修正，應該增訂法官參與的制度。因為我國刑法關於監護處分之發動與延長均係採取絕對的法官保留原則，但我國現行法制並未要求法官必須如檢察官一，每月須視察監護處分之執行狀況，可是如果法官不了解監護處分執行之現況，包括執行處所的環境如何？是否有足夠的精神醫療照護資源？受處分人之適應性如何？執行過程中可能遭遇的問題如何？等等，很難期待法官可以作出最適的監護判決，因此我個人建議未來在立法上，應該增訂法官的參與制度。(A2-11-1)。

其次，我個人亦建議法官於監護判決書，應該明確諭知，對於受處分人應該採取機構性的處遇措施或非機構性的處遇措施，因為事關受處分人身自由的限制，應該由法官具體裁決，然後再交由檢察官執行較妥。(A2-11-2)。

A3 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月28日（星期一）

上午14時30分至16時00分（共1小時30分鐘）

地點：臺北地檢察官執行科會議室

訪談者：潘怡宏助理教授

紀錄者：潘怡宏助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

我現年47，大學法律系畢業。現職為臺北地檢署執行科主任檢察官，自2004年司訓所畢業分發擔任檢察官起，一直擔任檢察官的職務，迄今約有18年的工作年資。(A3-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）實務困境

我們任職的機關為地檢署的執行科，專責為各種刑事制裁措施的執行，就監護處分之實際運作而言，我們執行檢察官的角色，就是依據法律規定，指揮監護處分之執行。特別是依《檢察機關執行因精神障礙或其他心智缺陷受監護處分應行注意事項》第3條規定：「檢察官執行監護處分，應接受監護處分人情形，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。為執行監護處分，檢察機關得與設有精神科設備之醫療機構訂定契約，以執行監護處分，將受監護處分人委由特約醫療機構醫護之；其屬心智缺陷而具智能障礙者，得聯絡衛生福利部或縣市政府所屬之社政機構或其他啟智教養機構監護之。」第4條規定：「執行檢察官應委請受託醫療機構精神專科醫師先行調閱受監護處分人病歷資料，並門診評估，以決定監護處分之方式（如住院或門診），除依保護管束代之者外，有需接受醫治者，執行檢察官應令入設有精神科設備之醫療機構接受治療，其屬精神衛生法第三條第四款所稱嚴重病人者，應令入經衛生福利部指定之辦理精神疾病嚴重病人強制住院醫療機構接受治療，並通知其家屬或依精神衛生法設置之保護人就近照護。」而就指揮執行監護處分之實務而言，我們檢察官通常是按照受處分人精神障礙或心智缺陷的程度，決定要受處分人送入精神醫院，或其他相當處所或責付其親人執行。實際的情況是大部分送入與我們檢察署有簽約的精神病執行，只有少數病症較輕微的，會責付給其家人監護。

關於實務上的困境而言，就我們執行檢察官而言，於指揮監護處分之執行時，遇到的最大困境是，現行法制欠缺多元的處遇措施可供我們執行檢察官可以按個別受處分人情況的不同，而為較妥當的處理。其次是願意承接監護處分執行之醫院，老實說並不多，而就已簽約的醫院而言，其病床數又有限，可以收治的人數，很有限，以致於我們很多需要送交醫院執行的場合，都要千拜託，萬拜託那些已經簽約的醫院儘量收治。雖然，我們知道這些簽約的醫院的醫護資源，並不是那麼充足，但我們也沒辦法。所以，就現行實務而言，我覺得我們面臨困境是，欠缺多元的處遇措施可供選擇；其次是欠缺足夠的精神醫療照護資源。(A3-2-1)

最近修正通過的《保安處分執行法》第46條規定：「因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」第46條之1規定：「檢察官為執行監護處分，於指定前條第一項之執行方式前，得參酌評估小組之意見。檢察官於執行監護處分期間內，認有必要時，得依職權或前條第一項各款受指定者之請求，變更執行方式。變更時，得參酌評估小組之評估意見。前二項評估小組之組成、其委員資格、遴（解）聘、評估程序及其他相關事項之辦法，由法務部定之。」雖然補強欠缺多元處遇措施的問題，但上開規定的評估小組，應該要如何運作，我們尚未接到進一步的通知與指示，這可能還需多點時間加以進一步的研究。(A3-2-2)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

就監護處分之執行之，我們執行檢察官是擔任指揮與監督監護處分執行的工作，除了我們執行檢察官外，最主要的實務機構，當然就是與我們檢察署有簽約的醫療院所，這些醫療院所的任務，乃在提供受處分妥適的精神醫療照護，於監護處分之執行，居於最重要的地位。我們執行檢察官與有簽約協助收治受處分人的醫療院所，因已經有很長期的合作經驗，所以互動與合作狀況非常良好。至於實務的困境，乃在於醫療院所欠缺足夠的醫護人力，可能會導致醫護過勞的現象，同時現行的醫療院所普遍欠缺安全戒護之人力，以致於各簽約醫院普遍不願接受具有暴力、攻擊傾向的精障犯人，為了改善這樣問題，理應建立一個專責的執行機構或現在討論很多的司法精神醫院，並擴增監護處分的醫療照護人力以及物力資源，同時增加多元處遇的可能性。(A3-3-1)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

刑法第 87 條監護處分的規定，已經於今年（2022 年）1 月 27 日完成立法、2 月 18 日的經總統公布施行，依照依法規定，監護處分的期間，已無期間的限制，就社會防衛以及國家對於人民之健康照護而言具有合理性與必要性，又有外國法制可供參酌，其合憲性亦無庸置疑。另外，因應新刑法第 87 條的修正，法務部主管的保安處分執行法有關監護處分之執行的部分，亦已經同時修正，導入多元的處遇措施，增訂彈性與跨領域合性的規範，用以保障人權，應值贊同。問題只在於，這些多元的處遇措施，具體上應該如何執行，可能還需要主管機構，再作更進一步的規範（A3-4-1）

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

首先關於明確化、具體化的收案機制的問題，於現行的實務上，確實存在，一來法規本身就沒有的標準，二來判決書的內容也沒有明確的指示，我們執行檢察官，通常也只能依判決書內容，以及判決書中所附的鑑定報告指出的被告精神障礙的程度來決定要否將受處分送交精神醫院執行，而在大多數的情況下，簽約醫院也都會配合收治，運作上並沒有太大的問題（A3-5-1）

至於簽約醫院拒收的問題，我們執行檢察官在實務上，確定偶爾會碰到簽約醫院拒收那些反社會人格傾向的精神疾病受處分人，主要的理由，可能在於那些具有反社會性人格傾向的受處分人，無法施以有效的精神醫療，如果加上有暴力前科或傾向，醫院都會害怕危及醫院其他病患的安全，且會造成醫院管理上的困擾，而遇到這種情況，我們執行檢察官，也只能不斷地拜託、再拜託醫院幫忙，如果醫院堅持不收，我們只能呈請法務部與衛福部會商協調醫院收容。（A3-5-2）

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的

功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

首先，依照我們的認知，監護處分執行的目的之一，乃在防衛社會安全，因此，監護處分之執行理應為社會安全網之一環。而關於監護處分之執行，雖然依照新的保安處分執行法第 46 條規定：「1.因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」再依第 46 條之 1 規定：「1.檢察官為執行監護處分，於指定前條第一項之執行方式前，得參酌評估小組之意見。2.檢察官於執行監護處分期間內，認有必要時，得依職權或前條第一項各款受指定者之請求，變更執行方式。變更時，得參酌評估小組之評估意見。3.前二項評估小組之組成、其委員資格、遴（解）聘、評估程序及其他相關事項之辦法，由法務部定之。」據此，新法採之監護處遇措施，係採多元處遇措施。問題是，法務部並沒有提供給我們這些「司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構」、「精神復健機構、精神護理機構」或「身心障礙福利機構或其他適當處所」的名冊，以及在什麼情況下，應該送入哪一個機構的標準以及作業流程的 SOP。即使上開第 46 條之 1 第 2 項有規定，檢察官得參酌評估小組之意見，但評估小組，該如何組成、其委員資格、遴（解）聘、評估程序如何，我們都還不清楚，這些都有待上級進一步的研議，希望能早日確定。（A3-6-1）

至於轉銜的問題，我們執行檢察官都有依規定確實執行，通常是執行期間屆滿前 2 個月，我們就會發函給警政社政衛政勞政等單位召開轉銜會議，研議受處分人的轉銜問題。此外，新的保安處分執行法第 46 條之 3 亦明文規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」已將現行實務的轉銜機制，進一步的明文化。（A3-6-2）

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

關於刑前或刑後執行的詳細數據，我手中並沒有，但依據我們的實務經驗，可以確定的是，刑後執行的情況確實多於刑前執行的情況。

至於會否出現執行的空窗期的問題，如果是刑後執行監護處分，應該不會有這問題，因為我們的執行書記官都很負責，對於刑後尚有監護處分待執行者，我們執行書記官都會在刑期執行期滿前一定期間，即發函給執行徒刑的監獄，請監獄預做轉銜的準備，同時我們也會知會簽約醫院，請其預先準備。

至於刑前執行，如果沒有採取特別措施，確實可能會出現執行的空窗期問題，但依據今年新修正施行的刑事訴訟法第 121 條之一的規定：「被告經法官訊問後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，先裁定諭知六月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置。」應該可以防杜執行空窗期的現象發生。(A3-7-1)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

依照保安處分執行法第 48 條規定，檢察官對於受監護處分之人，於指揮執行後，至少每月應視察一次，並制作紀錄。在實務上，我們執行檢察官都有依據上開規定執行視察業務，每月視察 1 次，即使在疫情期間，我們也會配合政府以及醫院端的防疫措施，不親自視察，而是去函簽約醫院，詢問受處分人接受監護處分執行的狀況如何，並請簽約醫院提供相關的醫錄紀錄。(A3-8-1)

依據我個人視察的經驗，以及執行檢察官視察回報的結果來看，各簽約醫院的履約狀況良好，都有依規定提供受處分人適切之治療處遇措施，並沒有侵害受處分人人權的情事發生(A3-8-2)。

雖然我們執行檢察官在視察的時候，也會碰到受處分人前來申訴的情況，但大多情況是抱怨簽約機構的伙食不好啦！醫護人員照顧不周等等，但經查簽約醫院多能依照規章行事，並無不法之情事。(A3-8-3)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

(一) 資源配置的問題

現行法務部有關保安處分執行的預算，是統一編列在高檢置，在執行上沒聽說過有什麼樣的問題，至於醫院端的部分，是常聽到他們是人力、物力資源不夠的，但詳細情形，我們並不清楚，這部分可能要問衛福部或醫院端。(A3-9-1)

(二) 戒護人力

其次就戒護人力的問題而言，醫院本身根本沒有戒護的人力，如果醫院立端有戒護人力的需求，通常會向我們執行檢察官反應，我們就會配法警前去支援。而針對醫院執行監護處分欠缺戒護人力的問題，據我所知法務部已經有制定支援醫院戒護人力的辦法了。(A3-9-2)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

關於這一個問題，也就是如何評估監護處分政策之執行成效，以及其績效評估的指標為何的問題，我沒有特別的看法。畢竟執行檢察官的專業，僅在於各種刑事制裁的指揮執行，至於政策的檢驗與評估方面，則非我們的職責所在 (A3-10-1)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

首先，我們希望未來於法官判決書上，法官能夠明白指出受處分人精神障礙或心智缺院的嚴重程度，以及應對於受處分人採取如何的機構性處遇措施或社區處遇的措施 (A3-11-1)。

其次，我們希望部裏趕快研議出，鑑定評估小組，應該要如何運作，讓我們執行檢察官，比較有明確的執行依據 (A3-11-2)。

再者，我們希望法務部能夠進一步明確規範新保安處分執行法第 46 條規定的各種「司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構」或「精神復健機構、精神護理機構」乃至於「身心障礙福利機構或其他適當處所」的收治標準及機構的名冊，讓我們執行檢察官好作事 (A3-11-3)。

最後，我們希望我們的上級法務部能早日與衛福部共同完成司法精神醫院的籌建，並給予充足的精神醫療照護資源，讓受處分人有個更妥適的去處 (A3-11-4)。

A4 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月4日（星期五）

上午10時20分至12時00分（共1小時40分鐘）

地點：會議室

訪談者：李衍儒助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

本人任職於臺灣的監獄系統，目前的職稱為主任管理員，54歲，大專畢業，自2010年起即於「醫療新收」單位任職迄今。所謂醫療新收舍，係指機構特性，屬於密集觀察期，高度安全管理的機構，工作年資約20年（A4-1-1）。

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）執行監護處分實務機構

我任職的機構是矯正署轄下的監獄，在監獄中精神病患者執行監護處分，於本質上與執行自由刑之一般收容人並無不同。（A4-2-1）

（二）扮演角色

監獄中對於執行徒刑之自由刑、治療及預防思想之保安處分，無法明確地區分。（A4-2-2）

獄中仍有提供精神醫療之服務，目前每天都由本監獄委外之精神醫療團隊（中國醫藥大學）醫師進駐看診。（A4-2-3）

（三）實務困境

因為監獄的管理是以工場或舍房統一集中管理，無法對執行保安處分的治療預防目的有進一步的治療效果。（A4-2-4）

（四）改善措施

監獄並非執行保安處分監護的適當處所，應該委由醫療院所執行之。如於監獄執行監護處分會有一罪二罰的疑慮。（A4-2-5）

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

(一) 執行監護處分的實務機構

據我所知執行監護處分的實務機構，例如：臺中草屯療養院、高雄凱旋醫院等精神醫療院所，其扮演的角色與監獄有所不同。(A4-3-1)

(二) 角色扮演

監獄中之監護處分是基於隔離保護之思想為基礎。醫療院所監護處分是基於治療及預防再犯之思想為基礎。(A4-3-2)

一般執行徒刑之收容人，於刑之執行完畢，由地檢署之法警或監獄之調查科，護送該員至醫療院所執行監護處分。(A4-3-3)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

(一) 適法性、合理性及必要性之省思

個人以為法務部於 2022 年 2 月 18 日修法通過延長監護處分，無次數之限制。就社會保安的防衛思想，延長監護處分的期間及次數，有社會輿論的支持，至於其必要性及適法性則有待商榷與討論。(A4-4-1)

(二) 配套措施：

我認為可以採取以下的配套措施包括：1、停止執行監護處分及延長次數之監護處分，因涉及評估之價值觀及生活背景等主觀判斷，無法做客觀的評估分析。(A4-4-2)；2、應採行多人陪審制度，並採合議制方式行之。(A4-4-3)；3、盡量少採用機構性處遇，而以治療及保護的醫療院所為主，使監護者的自由度提高，以保障人權。(A4-4-4)；4、就我所知，檢察機關並未落實定期視察監護者，而是醫療院所就監護者刑滿前行文檢察機關，再行裁定有無停止執行之必要。受監護者並無明瞭可提前於監護期間停止執行之必要。(A4-4-5)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造

成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

反社會人格，屬認知偏差，自屬心理性的疾病，更不該自絕於治療的範圍之外，理應更是需加強治療，以心理諮商輔導，改變其認知錯誤的偏差。(A4-5-1)

反社會人格者，雖無明顯思覺失調症之症狀，其治療方式也一定和思覺失調症有別，看診及服藥治療亦有所不同，應該是採行類似強制治療模式之心理治療。(A4-5-2)

至於跨區安置的問題，應該是無適當之安置所，須協調衛福部針對監護處分之處所及容額予以適當的增加。(A4-5-3)

監護處分屬保安處分社會預防的一部分，強調再犯預防，採行治療及保護雙軌方式並進，政策方面由法務部制定並統籌管理，執行機關由衛福部擔崗，由矯正署成立保安處分執行小組，定期評估追蹤保安處分執行成效，及後續的銜接工作。(A4-5-4)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

關於受監護處分人多元復歸社會的機制：我認為監護處分其執行之強度雖不及機構性處遇之自由刑，但仍不失為拘束人身自由之保護措施，對於受處分人之身心亦有所影響。(A4-6-1)

在執行監護處分之處所，應採行較為輕便之職能治療，安排類似之種花、種菜、養魚、著色繪畫、音樂教唱等課程，以減少其與現實環境的差距，配合精神科醫師之門診，在心理治療及病理治療二者並行。以其避免機構性之人格，才有利其復歸社會。(A4-6-2)

據我所知，以草屯療養院為例：其分為急症病房及一般病房之配置，對於症狀較輕微之一般病房，可以使其返家探視，並於約定時間返回治療處所，甚至可以白天離開治療處所，於特定之民間機構或公司工作或職業訓練，並於夜間返回治療處所，以期有效的控管其行蹤，使其有利於復歸社會，以健全社會安全網之構想，在社會保安及人權公約之間取得平衡點。(A4-6-3)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

監護處分屬保安處分之社會保安預防思想，於執行自由刑之後，有 66.36%採刑後監護，是一個正確的方向，監禁有四大功能：應報、嚇阻、隔離、矯正，而保安處分僅具有隔離及矯正二大功能，有三分之二左右的收容人於刑之執行完畢或赦免後接續保安處分監護之執行，才能達到社會保安，預防再犯的作法。(A4-7-1)

刑前監護處分：係指犯罪人於判決確定後由法官宣告徒刑及監護處分之執行，於徒刑執行前先執行監護處分，亦即先治療病情，後執行有期徒刑。(A4-7-2)

犯罪人於犯罪發生後，尚未羈押或判決確定前，應該修法、立法，賦予偵查犯罪之檢察官，報請法官核准，採行緊急監護權，以避免犯罪人於判決確定前，成為再犯，以彌補這段期間之空檔期。(A4-7-3)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

就我所接觸的案例中，檢察官對於受監護處分人，並未落實定期視察，依刑法第 87 條現行條文及新修之條文於法條中明示：監護處分為五年以下，但執行中認為無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。(A4-8-1)

如檢察官未定期主動視察受處分人，而受處分人亦無法明瞭於執行中得免其處分之執行，而執行監護處所門診之醫生，亦無定期評估的機制，則免其處分之執行形同虛設，有失其美意。(A4-8-2)

建議應該由執行監護處分之執行機關訂定辦法，採定期評估的方式行之。(A4-8-3)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

(一) 監護處分業務之資源

監獄並非監護處分執行之適當處所，因為為機構性處遇，高度安全管理，有為保安處分之預防思想，應該由衛福部多尋覓適當之專責收容處所，減少一位難求及跨區安置的窘境。(A4-9-2)

(二) 監護處分業務之戒護人力

執行監護處分之醫療院所，其戒護之人力為外聘之保全，於執行國家公權力之執行，其有無身分上之疑慮，其亦是一大課題。(A4-9-2)

(三) 執行處所人員執業安全

關於執業人員之執業安全問題，應該需要有一定比例的戒護人力及防衛性戒具及武器的配置，更有待之法上的加強。(A4-9-3)

(四) 醫療處遇及生活支出費用之合理性

監護處分人有關其全民健保、看診、住院等一切費用，均由全民健保負擔。至於生活支出費用因與監獄之運作不同，無法做進一步的評論。(A4-9-5)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

(一) 監護處分政策之執行成效評估

建議於法務部成立一小組定期評估監護處分之執行成效，因保安處分由地檢署指揮執行，而由醫療院所實際辦理執行，評估再犯之危險性，須採科學的量化指標。(A4-10-1)

以再犯預測為例，可將陷於再犯之危險因子，依程度輕重計分，包括：犯次、家庭支持度、發病的頻率、罪名服藥的改善程度等，予以量化計分。(A4-10-2)

(二) 績效評估的指標

新修正刑法第 87 條之延長監護處分，即表示每年受監護處分人有逐年增加之趨勢，再和歷年犯罪統計二者交叉比較，即可明白新修訂之延長監護處分，是否有實證的效果。(A4-10-3)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

依現行刑法第 87 條新修正條文，採原則以 5 年以下，第一次延長為 3 年以下，之後每次延長以 1 年以下，其並無次數上的限制，雖有利於社會保安之預防思想，其性質上屬「相對不定期刑」，實有違法治國之罪刑法定主義，而其延長監護處分執行，須符合比例原則、妥適使用。(A4-11-1)

A5 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月24日（星期四）

上午10時30分至11時45分（共1小時15分鐘）

地點：會議室

訪談者：林昕璇助理教授

紀錄者：林昕璇助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

我是 1976 年出生，我畢業於臺北大學犯罪學研究所碩士。在矯正機關已經服務超過 23 年，迄今的工作領域都是在女子監獄為主，因此在女子監獄我擔任過教化科長、戒護科長、總務科長，科長年資迄今累積有 10 餘年。我曾在臺北監獄桃園分監擔任監長 3 年，那裏是收容我國全國嚴重女子精神病犯的一個專責收容單位，因此對於女子精神病犯有一些工作上的了解。現在任職於矯正署擔任科長，負責毒品酒駕的一些相關處遇工作。(A5-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）實務困境

因為我們是在矯正機關，並非執行保安及監護處分機關，因此我大概類比類推討論。因為矯正機關並非醫療機構，因此它並沒有如醫療機構般有充足的醫事人員編制，以桃園分監來說是以健保合作醫院來提供精神醫療門診，分監主要是提供慢性精神病犯的療養照護，若遇急重症發作仍須送醫院治療。(A5-2-1)

以女子監獄來說，有些精神病犯也有刑後監護處分，這些病犯大多都沒有病識感，沒有辦法配合服藥治療，我到那邊服務後才了解，其實服藥扮演很重要的角色，一定要等到規律服藥精神狀態穩定後，後續的心理諮商、社會支持系統才有辦法介入，否則她們處於混亂狀態。再者，有些精神病犯同時有反社會人格，因反社會人格藥物治療成效有限，醫師多建議行為矯正，不能任其為所欲為，要使其遵守規範。因為要予以行為矯正，就會有衝突。這些反社會人格者衝撞體制、不在乎規定，且會慫恿他人鬧事，對矯正機關造成很大的負擔，處理他一個人的量能，可能足夠處理對一般人 100 人的量能，因而對監獄管理上造成沉重的負擔。

另外，精神病犯需要療養，需要安靜的場域，因為這些病犯對所處環境的噪音、擁擠的空間很敏感，可能會引發幻覺、幻聽的症狀，所以需要安靜的環境，因此精神病犯的生心理狀態需要細心觀察照護，這些都需要更多的人力空間來處理因應。(A5-2-2)

剛剛提到，我們的矯正機關雖有醫師的編制，但實際上編制的醫事人員大多前來任職的意願很低，這也導致矯正機關在精進醫療照護和改善醫療資源上的一些障礙。(A5-2-3)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

矯正機關為司法機關，以監禁為主，監護機構為醫療機構，以醫療照護為主，二者性質不同。監護處分由檢察官指揮執行，目前由各地檢署與醫療機構（如療養院）簽約床位收治。

在各矯正機關間的合作狀況則是精神病犯由檢察官指揮執行到各監獄後，基本上倘若原來機關可以處理、施以藥物治療，就在原機關繼續執行；但若她的醫療配合度很低，或者病情較嚴重原有的執行機關無法處理，就會再報請移送到桃園分監這樣的精神病犯的專責收容單位。(A5-3-1)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

精神病犯的治療需要時間，無法立即見效，且每個人的病情不同，有些個案規律服藥，病情也穩定一段時間了，但在未預期的情況下就又發病了，我遇過這樣的個案，也是很嚴重的思覺失調症，發病後再藥物治療，也要長達半年之久病情才又好轉，所以我們比較擔心的是，原本一旦狀況穩定的精神病犯，若事後再發病，他的社會支持或來自家庭、親友、父母的照顧網絡無法及時跟上的時候，若能在經過適當評估機制的前提下，延長監護期間，其實也可以保護他們，並不一定是件壞事。(A5-4-2)

而且現在實務操作上，都有一些評估小組機制的設置，依照精神衛生法，若要強制住院，早期只需要有醫生的診斷即可，但修法後，則必須要有法官的裁定方可為之，某種程度可以說是給予受處分人的人身自由和一般行為自由一定程度的保障，也能避免醫師恣意判斷或者檢察官濫權的問題。(A5-4-3)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案

流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

監護處分的個案，一定是經過審判程序，根據刑法 19 條所定「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰」，在法定程序上必定會經過法院的精神鑑定，抑或法院去調他的就醫就診紀錄，一定是經過法定程序確定他是精神疾病患者，醫院端不會有不符合收治標準的問題。(A5-5-1)

依社安網第二期計畫，建立監護處分個案評估及分級、分流處遇機制，「...經評估未具高暴力風險、非反社會人格傾向之精神疾病受處分人，可收治於一般精神醫療機構內之司法精神病房；具高暴力風險、反社會人格傾向之精神疾病受處分人，則應收治於高度戒護之司法精神醫院。」(社安網第二期計畫書第 106 頁)

至於期限屆至跨區安置導致監護處分結束後續追蹤治療之困難性，因監護處分床位是與醫療機構簽約，應該不會有像健保病床期限到需轉院的情形。至於有沒有可能存在說期限屆至，衛福部督導的醫事服務機構或醫療院所拒絕延長收治，或者產生不配合檢察官的情況，實務的處理因應方式可能會由檢察機關再另外找別的醫事服務機構簽約收治。(A5-5-2)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

就如同我剛剛說的，健全社區轉銜機制固然是一個良善的立法，但我從實務上經驗，最大的問題還是規律服藥，實際上，若是收容人回到社區或家裡，家人的衛教要如何進行（有些家人認為精神科藥物傷身，會不希望個案繼續服藥），家人能夠監督個案規律服藥嗎？我國目前社安網第二期計畫針對監護處分的社區處遇關懷計畫的因應機制，是要求心衛社工要定期訪視，但實務個案上，現有我國的心衛社工的量能是否能支撐新法多元處遇的理念，心衛社工多久要回去訪視一次？又能夠在多短的期間內去定期訪視？訪視的時候真的能夠實際掌握到個案具體真實的服藥狀況嗎？這些都還是制度上懸而未決的難題。(A5-6-1)

值得一提的補充是，現在醫療進步，有研發一些長效針劑，打一針的效期可以長達三個月或半年，或是能搭配醫療處置上的長效針劑，或許更能有助於社區復歸達成。(A5-6-2)

還有一點是，回歸社區後個案的原生家庭的狀況也可能成為問題，因為個案在指定機構處遇時，是吃住無虞，精神壓力小，但是回歸社區後，各項壓力也隨之而來，個案的家庭本身

可能狀況連連，經濟條件各自也都有相當程度的落差，家人之間相處的問題等等很多的負向原因可能會漸漸浮現，而讓原本多元處遇的網絡有隨時動搖的可能，因病人社會功能弱時容易復發，因此如何確保這些負向原因或對個案的身心不利因素的干擾降到最低，可能是新法多元處遇方案亟待解決的實際癥結。(A5-6-4)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

根據今年新修正施行的刑事訴訟法第 121 條之一的規定：「被告經法官訊問後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，先裁定諭知六月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置。」這個暫行安置規定，依照同條第三項規定，在暫行安置期間有延長之必要時，被告經法官訊問後，認有延長之必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，以裁定延長之，依法延長六個月，總計的暫行安置期間不得超過五年，已經有相應的因應解決方案加以改善。(A5-7-1)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

矯正機關會提供精神病犯的醫療照護，若病情較嚴重原機關無法處理，則報請移送分監。精神病分監主要是提供慢性病犯的療養照護，配合醫囑提供醫療處遇，若病犯的病情改善，經醫師評估後，則再移回原執行機關繼續執行。(A5-8-1)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

(一) 人力配置建議

監護處分執行處所為醫療機構，相較於矯正機關，能提供病犯更好的醫療照護，譬如他們有保護室，當病犯病情發作、精神狀態不穩定時，醫療機構可以馬上診斷、醫生下處方箋，進而注射鎮定劑，甚至移到保護室，予以保護約束等，醫療可以即時介入，可保護病人及執行處所人員的安全。若在矯正機關，可能沒有辦法有即時性的醫療處置，矯正機關只能給予固定保護或收容於保護室，而且執行固定保護也有一定的期間限制—4 小時，能加諸的處分選項沒有像醫療機構那麼健全且周延 (A5-9-1)

從矯正機關的人力資源和法制配套措施有限的角度來看，屬於醫療機構的精神病院從各項條件和軟硬體來看，都能提供精神病犯較周延完善的診治、甚至管束與保護。

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

為實現保安處分執行法第 46 條監護之多元處遇，需有多樣的司法精神醫院、精神復健機構、身心障礙福利機構等處所的設置，以供檢察官擇以指揮執行，這些多元處遇機構的建置量能是否足夠本身就是個很重要的評估指標。(A5-10-1)

畢竟檢察官的專業是在法律，有些醫療方面的專業判斷，很大程度仍須仰仗衛福部這個主責機關，看是否能從主責督導的角度出發制定一些規範性或指導性的 Guidelines，讓各級醫療院所都願意去接受這樣的任務，積極地跟法務部和檢察官配合。(A5-10-2)

至於其他如犯罪率、監護後的再犯率，以刑後監護而言，假如是如殺人或縱火等重大刑案，若要等到服完刑期或假釋期滿後，接續執行監護，當事人其實年齡都蠻大了，已經步入中老年，若是要用監護處分後的再犯率等量化指標可能實際上不是一個有效的評估(A5-10-3)

還有各部會的橫向聯繫上，尤其是權責或多或少有重疊的法務部和衛福部的溝通成本也是不容小覷，從過往的經驗來看，若一旦有量化的結果指標，如再犯率這種具體量化的評估因子一出現，各機關在交換溝通意見的時候可能就會立即轉變為自我防禦的模式，認為這不是我的核心執掌的業務領域，為何要被半強迫地被成為評鑑的對象，扛起指標評鑑的壓力，而且司法與醫療端對「再犯」的理解不同，從醫療的觀點是疾病復發，復發就是再接受治療，不會追求如司法觀點不再犯般的以不再復發為目標。因此我傾向一律用量化的指標去評估不全然是最佳的作法(A5-10-5)。

十一、其他與本研究相關之興革建議。

實務上有些精神疾病患者，治療了五年、十年，他的狀況都不會有太顯著的改善，那對於這種長期治療的精神疾病患者，繼續讓他們留在醫療系統裡面已經無法有太多改善的空間和可能性，所以從荷蘭的經驗觀察，顯示多元司法精神的長照機構的介入是一個頗值得思考的方向。這些司法精神的長照機構，多半設置在偏遠地區，它雖是司法精神醫療機構，但性質上比較類似社區性機構，機構目的不在積極治療，而是穩定居民身心，提升其生活品質。病患可能有自己的房間、獨立空間、有課程、手工藝，休閒設施，也會定期有人員督導他們服藥，但在那個空間可以自由活動。希望臺灣未來能有這樣的機制。另外要強調一點是，這些精神病患者，不一定是性格兇殘或暴力犯罪者，有些經過治療後，性情是很可愛的，只是若一稍加不注意，還是會有故態復萌的危險，現在的多元處遇方案，有勾勒一個初步的方向出來，但是這個多元處遇方案的具體實施成效如何，仍有待時間的檢驗(A5-10-4)。

A6 深度訪談摘要

訪談時間：2022年2月18日（星期五）

上午10時10分至11時45分（共1小時35分鐘）

地點：線上

訪談者：蔡田木教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

答：我今年 40，我是成大醫學系，到美國約翰霍普金斯拿公共衛生博士。我的實務跟專業背景是這樣子，我在醫學系畢業之後就到臺北市立療養院，也就是現在的聯合醫院松德院區，來做住院醫師的訓練、拿到專科執照。拿到專科執照那一年我就直接出國拿博士，出國三年後就拿到了，所以我在 2014 年就回國，之後就在臺北市立聯合醫院松德院區擔任成癮科的主治醫師，同時也掌管整個成癮病房。我們成癮病房偶爾會收幾個司法個案，也是臺灣目前唯一一個成癮病房，主要屬性是酒癮、海洛因、安非他命、精神病，還有甚至有一段時間包含笑氣、愷他命都很多，還有咖啡包。(A6-1-1)

當時院方開始收少數幾個監護處分的時候，會以最有暴力經驗的病房送，不會送那種憂鬱症的病房，所以那個時候有接觸一些。到大概去年吧，昆明院區的顏慕庸院長退休，我就由局長和聯合醫院的總院長邀請，所以我現在是接顏慕庸院長的位置，現在是掌管臺北市的毒品、愛滋的服務，同時手上也有一些防疫的業務，因為這邊還是有很龐大的傳染病防治資源。(A6-1-2)

我現在的工作性質，算是一半醫療一半公共衛生，所以我事實上是在做臺北市的防疫、愛滋、毒品防制。工作年資如果不算那四年博士，目前是 12 年吧，那 4 年就是我同事在工作的時候我人在美國讀博士。我另外的身分是臺大的公共衛生跟醫學院的合聘助理教授，臺大那邊，因為我不是在臺大醫院工作，兼任的話需要 6 年升等，所以我目前在等 6 年時間到。這大概是我目前實務上做精神醫療，還有尤其是後來的酒癮、藥癮的防治。(A6-1-3)

目前的機構屬性大概就兩個，一個是聯合醫院的昆明防治中心，但是先前很長時間其實都是在松德院區，工作年資大概是這樣，應該是目前的狀況。我還有一些學經歷的身分是跟精神醫療比較有關係的，可能會比較有代表性，我早年做過成癮醫學會的秘書長，也是在那時候有緩起訴的修法嘛，所以我那時候代表整個學會進去修法，我記得那時候

主席是張斗輝次長，修法完畢去年 5 月公布，在去年的時候我就被邀請接了整個精神醫學會的秘書長，所以今天的這個議題在我們精神醫學會是有一些討論的，包含我們有些會員事實上意見並不一定完全一致，所以做為大會的代表，其實我們也問了一些會員的意見。(A6-1-4)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

答：

一般精神醫療單位床位有限，接收監護處分的個案不多：我在職的機關，以我待最長期的松德院區有在收監護處分的個案來講，案數非常的少，我先講一下為什麼，因為絕大多數、舉例來講，在 8 個急性病房裡面，事實上長年都是滿床的，它基本上擔負了臺北市醫療、公共衛生龐大的醫療責任，也就說其實長年都是躁鬱症、憂鬱症、思覺失調很龐大的，再加上我們是全臺灣唯一的藥酒癮病房，所以不要說是臺北市，幾乎大臺北市甚至是桃園，只要是喝酒吸毒需要住院的通通都往這邊送。所以它其實這個所謂的醫療運用是有一些競爭關係，所以說我們必須收這麼多急性的精神病等等的。(A6-2-1)

因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全：在這個監護處分的個案呢，它常常是在並沒有特別為這個監護處分的個案設計的精神病房，譬如說不會是司法精神病房，在這樣的狀況之下，病人要融入這種一般的健保床，老實說是有一些些困難，包含護病比也不足，譬如說我們才三個護士就要顧這麼多病人，這些病人可能有的喝酒有的吸毒有的思覺失調有的躁鬱症，滿床是 32 床，只有兩個醫師三個護士就要顧這些，還有小夜班、大夜班。在這樣子實務的狀況之下，譬如說放了兩個假設是比較高度暴力的監護處分的話，這個病房可能為了這兩個，其他的病人其實照顧上都會有疏失，如果是說為了這兩個病人，醫院再 hire 一整個主治醫師、護理，其實在成本上是不合的。所以基本上在監護處分，它事實上要 fit in 現行已經 run 很久的（病房），以松德院區來講都已經過 50 年，這幾個承擔相當多公共業務的醫院事實上已經做很多其他醫院不做的，例如說酒癮、藥癮、酒駕緩起訴，或者是性侵等等，這些業務醫院都在做，那監護處分他們也接，問題是在完全的承攬這麼龐大的業務的時候，其實它們原本的業務會受到一些壓力，這個是目前我所知道的困境。(A6-2-2)

問：您剛剛說 32 床裡有多少個監護處分人？

答：很少，因為基本上都是滿床，以松德院區來講。(A6-2-3)

問：所以你們也沒辦法收多少監護處分人？

答：非常少，因為收了少數幾個，其他三十幾個床就不用顧了。(A6-2-4)

問：跟其他的病人比起來，這些監護處分人有沒有比較特殊？

答：

監護處分個案支持系統不好、混合反社會人格行為問題：應該這樣講，他們的支持系統常常都不好嘛，我們在講公共衛生的話，他是一個精神科病人，即使他生病相當嚴重，那如果說他支持系統很差，我們把他治療好，他家人也沒辦法讓他服藥，就是假如把他打針藥效有一個月，他那個月就是人不在不知道跑去哪裡，這樣的人如果在精神狀況不穩定的時候，再合併一些反社會人格，違規或犯罪的話，最後就會變成監護處分的案子。類似這樣的病人，他在病房除了精神科疾病之外，會有許多反社會的行為，要花很多力氣去處理這些事情，譬如說大家都好好的在治療憂鬱症、躁鬱症，甚至有一些是混過的大哥，他來戒海洛因的時候，基本上也是自願來戒的，跟我們都配合。(A6-2-5)

病房本來就不是為監護處分的個案而設計--病床收容設計為短期 2 個月疾病醫療目的為主，目的不在服務合作度低、急性醫療的 3-5 年長期監護處分者，也也沒有適合他的心理治療，也沒有適合他的職業復健治療：可是像監護處分，他一個人要放進一個關 32 床的病房，這個病房本是設計讓病人來住一到兩個月，不是設計來住五年六年，所以他整個人關在那裏，他的合作度會很低，也沒有適合他的心理治療，也沒有適合他的職業復健治療，這些東西都沒有，因為病房本來就不是為監護處分的個案設計的。(A6-2-6)

問：您剛剛提到了說監護處分的這些病人他們的支持系統比一般的精神患者差，反社會的狀態（比例）比較嚴重，合作的程度也比較低，行為問題更複雜，在這個地方你覺得說他們不適合擺到一般的醫療院所來？

答：一般精神患者的治療除了住院還有其他治療方法，監護處分者則無選擇空間：就我知道，其它有些醫院，因為監護處分的病人也不是都這樣，還是有一些是剛剛好有重大精神疾病，那重大精神疾病治療穩定之後他其實沒有什麼人格違常和家族不配合的問題。就我知道其它有些醫院會只能想辦法承受可接受的個案，就是覺得說這個病人進來住時間長一點還可以接受，他們的病房還能容納這樣的個案，他們可能就會收。所以目前的狀況是這樣，要理解的是監護處分的人即使是病人，他事實上治療除了住院還有其他的選擇，就算他是精神科病人還有其他選擇，但是全臺灣的精神科病房事實上都是設計我剛剛講的短期急性處理，大概住院，像健保給付相當清楚就是一個月，就是這個月就要把他治療完成，如果需要更多，頂多到兩個月，這也就是為什麼當初精神衛生法強制住院是設

計兩個月，絕大多數假設他真的是精神疾病的話，不管是躁鬱症還是思覺失調還是用藥引起的精神病，在這麼短的時間內就可以穩定了，他們的問題其實是出院之後這個治療能不能延續，如果出院之後家屬能夠讓他延續，或是社區的社安網志工能夠想辦法讓他延續，事實上就不需要一直關在醫院裡面。(A6-2-8)

問：剛剛提到健保，監護處分的人可以用健保給付嗎？

答：監護處分醫療費用不同於一般個案：目前是另外談價錢，就我知道是跟地檢署另外談價錢，這個困難的個案用健保給付應該會找不到醫院能接。(A6-2-9)

問：一般價錢如何計價？

答：監護處分醫療費用希望是一般住院的 1.5 到 2 倍：我講一下其它醫院的，因為松德院區在當年接了幾個個案之後，其它的時間病房就比較滿，就有其它的醫療需求，包含我們有扮演社區緊急精神衛生的角色，所以整個大臺北精神病人都是送來這裡。其它醫院他們大概會談一個價錢，這個價錢希望是一般住院的 1.5 到 2 倍，當然比較理想是 2 倍。一般所謂的一倍是指健保價，健保價是思覺失調、他只有這個病、家屬過來也都很合作，如果是監護處分這樣子，包含要跟家屬聯絡、病情、行為違常、人格違常、配合度低很多，在這樣的狀況之下，他需要的人力 power 其實是相當的龐大，以目前的健保給付實質上光是以現行的精神醫療就已經不足，從 1994 年到現在都沒有調過價錢。就是用當時價在給醫護人員，那所以說如果監護處分也用健保，應該就會找不到醫院接。目前是建議 1.5 到 2 倍，以比較重度的病人，包含說罪行比較重大、共病症比較多，譬如說他又思覺失調又藥癮，然後又有暴力行為，然後又有一些性侵其他人的前科等等這樣困難個案，那樣大概要到兩倍。(A6-2-10)

問：那你們如果這樣的話，拒收的狀況普遍嗎？

答：醫院不會拒收患者，只會因沒有能力治療而無法收案：拒收嗎？也不能說拒收，我們醫院不會拒收病人，可是我們在收病人總是要評估說我們有沒有能力治療，就（假設）我沒有心導管，你送一個急性心臟病的來，那就說你們拒收，那收了也無法治療，對吧？那所以我這個精神醫療我現在的病房狀況是這樣，收了一個高度暴力的告訴我說他要住五年，這也不是拒收，應該是跟他說這個我們醫院沒有能力治療他。(A6-2-11)

問：如果說就比例來講，你們這種沒有辦法收案治療的比例，大概有多高？

答：無法收案狀況因醫院而有差異，不提供就沒有無法收案問題：以松德院區來講，因為後來就沒有來談了，所以沒有什麼後來拒絕治療的比例；那以像嘉南療養院在跟臺南地檢

署，他們本來就很合作愉快，所以他們會自己去談，他們看完這個個案，他們可以收就收，不可以收他們就會直接拒絕說這個我們醫院現在沒辦法收。(A6-2-12)

問：如果說以你現在 32 床的狀況，是滿床的對不對？

答：松德院區我們現在就沒有在做再收案了，就專心做藥癮酒癮，我們光藥癮酒癮就收不完了。(A6-2-13)

問：所以現在也沒有做執行監護處分了？

答：這兩年都沒有做執行了，當年收幾個發現沒有辦法 fit in 整個病房的設計，之後就都沒有，那之前也沒有，中間是試做的。(A6-2-14)

問：有試做執行過就對了？

答：沒有院長會接收監護處分個案：試做執行過沒幾個啦，其實整個院方是相當有共識，不管接手的院長是誰、主任是誰，大概也知道這個病房的設計就是用來處理整個大臺北的藥癮酒癮，那全臺、跨臺北、北北基、桃園都往這邊送，甚至是很多人等病床都等很久，把這樣的床挪去給監護處分是有點可惜的啦，因為只有我們有能力處理藥癮酒癮，所以這個當然還是牽涉到病房的設計，所以後來就都沒有收。(A6-2-15)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

答：公立醫院才會接收監護處分個案：因為這兩年其實松德就沒有收了，所以等於是說最後那梯可能就沒有辦法抵達，那我回答一下實務上我知道都是一些衛福部部立的醫院在做，可能像臺大、榮總這種精神，應該是說他們是醫學中心吧，大概就不會承攬這樣的業務，如果是私立醫院有錢的，像北醫附設、松和這種，或者是長庚系統的，這個他們也不會做，前面我已經敘明這對醫院來講是功德業務，他是用健保價錢去承攬這個非常困難的個案，所以基本上都是公家醫院，那公家醫院也有比較弱勢的醫院，像臺大、榮總這種醫學中心就會直接說他們有更重要的醫療業務，所以說基本上做的都是部立醫院，臺北市立療養院的角色比較像部立醫院，只是說他主要的主管機關是臺北市政府。(A6-3-1)

醫院屬性不是監獄，醫院會評估自己本身治療承受能力：那所以呢，各自扮演角色跟服務，就是說這些部立醫院會在衛福部的要求下，跟當地的地檢署討論跟合作，絕大多數因為這些除了監護處分，其實原本就有承擔包含藥癮、酒癮、緩起訴、酒駕這樣子的業務，所以本來就跟這些司法單位的長官也都認識，所以他們也會直接講說目前醫院的

capacity 到哪裡、大概可以扮演什麼角色，互相地溝通。如果說像醫院的病房多、人力多、營運狀況不錯、其它的業務沒有接太多，比較可以接監護處分，譬如說像凱旋，就會比較願意接比較多，那嘉南療養院他們會看醫院的狀況再看合不合適。我舉例來講松德，因為是被包在市立醫院裡面，去年到今年疫情爆發的時候，扮演不管是疫調、疫苗相當重要的角色，即使是精神科醫院團隊也全力協助了，整個大臺北的疫苗都是這些醫院在打，所以說以各狀況來講當然沒有辦法說收就收，我覺得現在的服務狀況至少雙方的溝通是互動的，這點上還不錯，並不是說司法單位說這個病人 assign 去哪裡然後那家醫院就收，因為醫院是醫院不是監獄，醫院還要評估我們有沒有能力承受這樣的治療，或者是我們有沒有辦法協助這樣子的病人，所以醫院那關的把關是絕對必要的。(A6-3-2)

問：那陳醫師有提到醫院不是監獄，因為如果是監獄的話，那收容人有另外的身分，他們來到這個地方看起來是病人，加上特別需要限制行動的人。剛剛有提到一個就是收容這些人的單位一般來講是比較特殊的部立醫院為主，如果就你經驗來講，這些部立醫院目前收容的能量夠嗎？需不需要成立一個監護醫療中心？

答：監護處分不等於醫療處分，醫院會評估自我醫療能量：應該這樣說，這些部立醫院有自己的評估與執行方式，醫院並不是法務部的下屬，所以如果檢察官跟他說，今天有案子想要過去監護處分可不可以，然後公文過去，醫院如果說不可以，他就不收了。所以他本來就可以評估我要不要收這個病人，我是指監護處分的話，今天如果病人緊急身體有狀況，上門掛急診，或是來門診求助，依照醫事法是不得拒絕，如果是能力上不行我們再幫病人轉診，可是監護處分是完全另外一回事，這是司法單位 assign 的，司法單位本來就必須 assign 吃得下這些病人的人、的機構，或者是對方願意從事這樣服務。(A6-3-3)

所以說目前的狀況就像您說的，假設這個東西日後擴大，那日後擴大以後醫院吃不吃得下，醫院吃不下來他就會在他那關說我吃不下來，我還有別的病人要處理，那就會陷入說監護處分的病人影響到現行的精神醫療，對政府來講其實還是會有另外的考量，因為現行的精神醫療的重要性也是蠻高的，對於社會安全的穩定性也是蠻高的，他們也不是都思覺失調、躁鬱症，他們也相當龐大的酒成癮像是譬如說憂鬱症啦躁鬱症啦，其實就是一般人，所以事實上這些人其實很多人就在我們身邊，我是指我們的精神醫療服務，以門診來講，門診一部分才會去住院嘛，住院的一部分才會說因為重大精神疾病又犯法，最後才會有監護處分要到精神醫療機構的這件事，所以這是一個很龐大的層次，整個精神醫療服務的人是相當多的。周圍問問看大概找很少親朋好友都沒看過或就醫過，或家屬來看過，幾乎很少，我自己的病人什麼立法委員、CEO、恐慌症銀行的大學教育一大

堆，醫生護士都有，所以我的意思是說，精神醫療跟其它醫療一樣，就在我們身邊，如果用了一個制度，那這個制度直接的吃掉現在原本的精神醫療量能，就會影響到非常多人，所以變成就像您說的，必須要考量這些精神醫療機構，有沒有能力或現行的人力比，有沒有辦法乘載未來假設比較龐大的監護處分個案，這是我們今天坐在這的原因，實務的討論。(A6-3-4)

在目前醫療院所成立司法精神病房，不只是多了一個執法安全、多了一個防護班，那個對於精神醫療系統是不夠的：那我知道現在的各大醫院院長，因為他們會擔心影響現在的精神醫療，總不能說我病人病房接兩個，另外三十個就出院，十六個就過門不入去住別的地方，那其實這個醫院就垮了，所以他們要接這個病人的團隊基本上會去評估說我們現在能不能接這個個案，未來如果說司法院這邊、法務部這邊要直接 assign，是否適合成立，我認為那個要另外討論，因為那個成立有點類似司法精神病房，因為大家還是用現在的精神醫療架構去想，只是多了一個執法安全、多了一個防護班這樣，那個對於精神醫療系統是不夠的，因為現在精神醫療系統就不是在容納現在的病人，假設是監護處分那種相當困難的病人，他的整個病房的設計、人力比的設計、費用都是另外一件事，所以假設是監護處分未來到司法精神病院或司法精神病房，那樣子的情境可能就要考量進去，那如果是現在監護處分直接入現在的病房，那就會是現在整個法務部團隊現在看到的這樣子，院長這邊或者是醫療這邊，他會設一個 schedule holder，說現在我們沒有辦法收這麼多，你可能五個我先收三個，類似這樣子，因為他其它醫療服務還是得繼續。(A6-3-5)

問：剛剛陳醫師提到兩個方法，一個是在一般的醫院，像現在所有的收容精神疾病的這些院所都成立病房或是病床，例如，在你們 32 床裡面，可以留 2 床或是額外再加 2 床；另外一種方式就是成立所謂的司法精神衛生中心，收容這些所有的司法精神患者，一年目前大概差不多有兩百到三百個。那如果這兩種方式，一個就是在現有的醫療院所再增加資源給你們，另外一個就是在特定的地方成立一個司法精神衛生中心，你覺得哪一個建議會比較好一點？

答：現有醫療院所再增加資源接收監護處分人不可行，會造成排擠效應：應該這樣說，現在已經在談的就是司法精神病房跟司法精神病院嘛，就我知道已經在談的，那衛福部也已經在進行，那司法精神病房進行的狀況很差啦，我先講一下原因，像您剛剛說 32 床加 2 床，病房不可能這樣來，所以他的改法一定是現在 32 床裡頭我挪 2 床給你，只有 30 床收現行的病人，可是大家有看過精神病房就知道說，那是一個蠻狹小的空間，啊有了醫生護士跟 32 床，因為真的也不可能給他們那麼大的空間，空間也是錢啦，說真的啦，就

是資源不夠的意思。那這兩個病人事實上也會給他病房跟其他人互動，尤其是監護處分的時間這麼長，他們不可能都關在、綁在床上 24 小時，這也不人道，也失去我們監護處分要治療的目的，那在這樣的狀況之下，常常我們先前的經驗是這兩個人可能就會影響到其他人的正規治療，例如說病房有老奶奶她思覺失調症，我們看她從她三十幾歲到後來六十幾歲，我的前輩再把他交給我，她在病房也乖乖的服藥啦，雖然會自言自語，乖乖的在走，阿來了一個監護處分的沒事就弄她，把她的菜打翻，那事實上這個人就住不下去了，我們還要一直跟對方賠不是。(A6-3-6)

我現在講的都是真實發生過的事，那或者是我們在病房、醫療院所、公家地方本來就不能抽菸，我們蠻常遇到思覺失調症他一進來要抽菸，我們叫他貼戒菸貼片，讓他尼古丁上來好好的接受我們精神病藥物的調整，但是如果是監護處分合併一些反社會人格，他是不當這回事的，他是當著醫生的面就是偷渡菸然後當著你的面前點菸還偷渡打火機，造成公安。那我們急診也被燒掉過，甚至院長都還要去市議會報告，所以說像這樣子的個案事實上要能夠耗費的醫療量能還有這個所謂的防護、保全人員的量能都是相當龐大，他不是大家想像的兩個病床或三個病床這樣這麼簡單，所以那兩個病人就足以讓病房的另外三十床的可能十五床就直接跟你說我們要自動出院、我們不住了、我們帶回家，那他帶回家會去哪裡？他可能去現在譬如說臺大、振興，就直接去那種有提供住院的地方，他們甚至可能說那我打打長效針好了，阿打打長效針就勉強自己藥還沒有調好先出院，這個是很有可能發生的。所以監護處分的病人要放在這個一般精神醫療裡面，其實大家設身處地想，我手上有法官的兒子阿，他是躁鬱症，他自己也是律師，假設住院他旁邊有一個那麼多前科的，每天在病房鬧，他做何感想？大家這樣想就很近嘛，其實每個人、很多人都會有精神病的家屬，輕則是一般的憂鬱症、恐慌症，重則到躁鬱症、思覺失調症，一旦不幸我們評估說這個可能要住院調藥速度比較快，在門診慢慢調可能速度會來不及會惡化，好那可以住院了，住院這個時候三十二床你住這個病房裡，裡頭就有兩床是前科很多的監護處分的個案，那在病房有相當多行為問題，那當然會造成一些排擠效應，接受正規精神醫療的人會說：唉呦你們怎麼會搞這些事情，那可能他們做的事情都是我們要去賠罪，甚至我們也要負責其它人的安全，甚至我們自己醫護人員的安全都不見得能夠保障，在這樣子的狀況之下當然是另外設一個機構會比較好，這也是為什麼目前衛福部去談司法精神病房，基本上醫院都接得有點勉強，因為現在執行的好好的，那現在就能夠營運了，所以其實是沒有必要特別去接這樣的業務回來排擠掉他原本就在治療的病人。(A6-3-7)

問：所以您支持司法精神病院？

答：支持設立司法精神病院：司法精神病院支持，司法精神病房不適合放在原本就有、以剛剛設計的三十二床直接挪兩床或直接挪幾床，這不適合；第二種是說，我這家醫院我有八個病房，直接改一個病房，有人這樣說，那這個事情我去問過其實也不適合，譬如說保全人員，一層樓假設一個或者是整棟可能才二到三個，那假設有個病房是這樣，就勢必那一個病房就需要非常多的保全人員，那其它的原有的精神病房還是會有一些暴力的、幻聽妄想的，保全人員人力就會不夠，所以一樣還是資源排擠問題，除非這個東西進來他全部自帶，（不然）這樣醫院就不願意，譬如說我進來，我帶錢，帶足夠的錢來聘醫護人員，我也帶保全人員而不是占用你現有的醫護人員叫原有的去跑，那目前的公家醫院因為不要說是監護處分，他光是接了藥癮、酒癮、性侵就已經蠻多人離職了，所以我們現在看到很多精神科醫師他們做到中年，甚至做到副院長都突然跑去開業說太累了、身體受不了，這是我們目前全臺灣有在接這些業務看到的。(A6-3-8)

所以監護處分如果以那樣的方式進來，應該會是最後一根稻草，所以大家未來會看到院長越來越年輕，因為有本錢走的都走了，那事實上對於政府這樣的業務是無力的，因為執行的是不成熟的團隊，然後他可能不太知道怎麼建一個合適的、讓雙方永續的方案，這個是目前的狀況，所以我剛剛提到的是在監護處分的個案龐大的進來精神醫療系統之前，那目前學會已經看到部立醫院有離職潮，就是說這些要教他們比較年輕的團體治療，教他們接藥癮、酒癮或酒駕團體治療，都已經快離職光了，沒有再引新人，那如果這個東西在進來有可能會是最後一根稻草，老實說是這樣，大家要思考說這麼龐大的、國家的這些所謂公共衛生的業務都壓在幾家公家醫院身上，仔細想賺錢的長庚有接這些業務嗎？所以就這麼幾家再接，這麼幾家看起來醫護十幾個到二十幾個不等，可是在做的就是這些人，所以可能你會碰到說你以前看到我，監護處分也看到我，社會安全維護網也看到我，其實就是我們這些人在做，那目前就是這個樣子，這些人做到一個程度，那如果說這個業務他真的做不來，或者是說超過他所能夠承受的，他可能選擇交給更年輕一輩的，較資淺的可能外面也沒什麼選擇，病人也不夠多沒辦法開也可能就勉強接了，這個業務可能是延續的事實上是做爛的，因為我們希望說能夠培養這部分的司法精神醫療人員來嘛，我們並不是希望說這個新人都覺得這是燙手山芋趕快丟給下一檔。(A6-3-9)

那目前看到以精神醫療的角度說實話是這樣的，就是公立的精神醫療專科醫院乘載著幾乎全部的公共衛生業務，酒駕、性侵、家暴，然後毒品，全部都是接，你仔細看各大縣市沒有醫學中心，也沒有私立醫院，更不要說診所，這是不可能加入的，在這樣的狀況之

下再加了額外的這樣的業務進來，其實還是這些人在做。所以如果沒有帶資源的話，接的意願非常低。(A6-3-10)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

答：必須建置整合社區資源的配套措施：我覺得這是今天最重要的問題之一，我知道已經成形了，可是他那個成形其實是把五年的上限修掉嘛，那事實上我的想法是重要的是配套而不是次數，也就是說他的那個上限拿掉，意思就是說這個人回到、復歸社會的狀況是完全沒有任何配套可以讓他復歸社會的，只好繼續用監護處分的形式關在醫療院所裡面，讓社會民眾感到安全，某個程度是有這個意味在，但是果說配套完整的話，事實上到底是五年還是六年還是三年，那個事實上大概不是這個問題的重點。(A6-4-1)

我覺得重點還是在您提到的，配套措施以及如何銜接社會復歸，這一直是問題，這一直是問題。像這樣子的個案假設在精神醫療的處理，事實上可能半年一年就相當的穩定，相當的穩定是指說他急性精神病處理下來，處理下來之後可能開始啟動一些復建的療程，可是他回到社區以後，相當可能他原生家庭的支持系統是非常低的，支持系統很低的話，可能就是我們給好的治療就立刻爛掉，就立刻幻聽妄想跑出來，就立刻可能就又有這個微罪的，又或是又有犯罪的可能，因為精神病而犯罪的可能，可能就立刻就出事了，所以大家會基於這樣的理由不敢讓他回去，真正比較長治久安的方法還是必須要讓他把社區的資源長出來，這個是世界潮流，這是國際趨勢，也就是說，如果說，國際因為治療相當昂貴，不是像臺灣健保這樣有點濫用，反正不管用幾次我最後就給你打折，目前臺灣健保被詬病是這樣，所以其實所需要的經費是很龐大的，只是健保在那邊給你設個總額，那即使你用很龐大還是會被打折，我舉例來講，像以美國來講，他的治療相當龐大，他們真的要這樣子用住院是不太可能，他們的急性精神病房住院是七天，我們這邊是二十八天，那他們怎麼做，他們也不可能滿路都是這個不穩定的病人，不太可能是這樣子，所以真正做的是他們有非常多的社工在社區裡頭服務，跟做個案管理的轉協，譬如說這個病人出院之後，他下次得去哪裡會有一個社工師或者一個個案管理師，來做說你時間到就得去哪裡得做什麼聯繫，跟家屬聯繫，有家屬的聯繫家屬，沒有家屬的話這個社工就是他的家屬，就要親自帶著她說下個禮拜要回門診打針，那我們看到這樣的個案如果他真有本事，兩個禮拜到一個月會回門診打一次針，說真的他 run 到哪裡去，他都有本事回來打，體內藥物濃度一直在，說真的他 run 到哪裡去他剩下的問題都是他人格的問題，

他的精神醫療疾病針劑下去，基本上可以維持相當程度非常大的穩定。這一點衛福部也有做事，所以衛福部特別把這個強制、強效針劑的預算獨立匡列，他知道如果讓健保局在後面刪沒有醫生沒辦法看，大概是這樣，這個是題外話。(A6-4-2)

社安網的社工協助個案回診、復歸社區：回到這個部分，我認為配套措施就是社區的資源必須長出來，那這個社區的資源是指說當病人出院之後，也就是說監護處分的個案一旦離開醫療院所，大家不要想像說他就好像就放飛了好像沒人管他，其實不是的，我們社區還是有很多資源可以協助，譬如說我們醫院這邊會做出院準備，出院準備的團隊會必須銜接社安網的社工，這樣子個案一定會有社會安全網的社工，那社會安全網的社工以現在的是行政區做劃分，假設他是家暴個案的話就是家暴社工要出來，假設他是精神傷害就是精神傷害社工要出來，假設他兩個都有就是兩個都要來，那這兩個社工都必須 make sure 他在家暴跟精神醫療的治療部分都是穩定的，所以這樣社安網的社工就會知道要跟我們這個出院前準備團隊做聯繫，然後呢確認說好，那我們不要讓他隔太久，禮拜五出院禮拜二就回診，所以事實上只有三天嘛，那這樣子是不是很難出事，禮拜五出院禮拜二回診，禮拜二回診的時候長效針劑就打下去了，打下去基本上可以維持一個月，那我們為了要小心不會等到一個月，會跟他說那你兩周到三周就必須回來，其它的時間他在社區的狀況社工會每個禮拜去看，直接到家裡看，甚至時間沒辦法允許到家裡看還會每個禮拜電話到家裡去，跟病人建立關係確定病人是穩定的，病人沒辦法講就跟家屬建立關係，這才是四百零七億社會安全網要做的事，他必須要把社區的銜接資源長起來。(A6-4-3)

社區資源沒有增加，監護處分個案造成精神醫療、個人、社會的負擔：大家現在會壓這麼多東西在精神醫療的情況下是因為社區資源沒有增長維持，那沒有長之後每次我們顧好出去就出事，顧好出去就出事，出事以後治療又便宜，反正就都健保嘛，又丟回來，目前你會看到這樣子的旋轉門，那在美國沒辦法有這樣的旋轉門因為住院太貴了，是臺灣的三十到四十倍，我的病人住七天就花一百多萬臺幣，所以說他們沒有可能這樣丟病人，在（臺灣）這樣子的系統之下，當然會變成是社區的資源沒有必要長，因為出事就是送來醫院，但是對於這個人來講，他沒有復歸阿，他基本上就是被社會認為說，你只要不要出事就好，你這個人的其它 potential 我都不要管，那你回到社會你不好好吃藥或者是你會病識感不好好吃藥，或者是你支持系統太差沒有人管你，那是你的事，那你病情惡化以後，反正這個社會會有個機制把你送到醫院強制治療，這個人的人生就一直歷經這樣的過程，不只是對精神醫療不好，對這個人更不好，對這個社會也是不對的。(A6-4-4)

社安網社工發揮個案管理角色，協助個案復歸：我們基本上還是希望身為一個人在臺灣社會能夠有社會復歸的可能，尤其是如果是保安處分的個案，他假設還有精神疾病的話，他並不是單純反社會人格純粹犯案，他基本上還有精神醫療疾病的，在這樣的狀況之下，我們希望他在經過治療之後，可以慢慢的在社會上發揮他一定程度的功能，所以在這裡的配套措施就是第一個，他的這個社安網的社工必須要充分發揮他這個個案管理的角色，他要充分掌握這個病人現在出院了，他還有後續的其它配套，什麼時候看精神科，還有我們不要忘記他是一個人，他還有其他的問題，我們相當多這樣的病人他有喝酒的問題有吸毒的問題有抽菸的問題。(A6-4-5)

所以我自己花了很多時間去評估他們，他肺部 COPD 要去看，心臟科你也要看等等等等，這些東西社安網的社工其實是要負擔的，必須要確認這個人有接收到合理的醫療照顧，那醫療照顧在額報上去是指我們的復建治療，就是這個復建是指譬如說未來政府要做這個社區心理衛生中心，社區心理衛生中心可能會有一些心理治療等等，未來他們這樣子的個案可以慢慢去用這樣子治療，也就是說當精神醫療所謂的住院資源是合理的被使用，其實會是大家很歡迎的，因為精神醫療的急性病房，他之所以一開始就是設計二十八天，甚至美國設計七天，最重要的原因就是因為他本來就是用來穩定急性期的精神病患，所以他這個人身的自由設定的限制是不高的，他在這二十八天就必須要把身體處理好藥物調整好出院準備計畫做好，做好之後就讓病人出院，然後來門診慢慢討論這些事情，這才是一般精神醫療病人治療的常態。(A6-4-6)

保安處分個案以中途之家模式處遇，美國醫療以服務急性醫療個案為主：但是在保安處分，因為他一進來就關好久好久，所以就變成是他這些事情，整個病房的設計、設備其實不是為了這樣的病人設計的，他也會很不舒服，譬如說我們其它病人可能會關三十天、六十天就要出院了，可是保安處分假設我講三年好了，假設不要講到五年二十年，假設三年好了，他可能就受不了，哪一個人有辦法在那樣病房，其它人都出出入入，然後他一個人在那邊關三年，那所有治療活動他可能都不能參與，因為其實都不是為了他設計，是為了其它廣大的精神醫療病人設計，所以這個是我剛剛提到說為什麼我覺得直接在病房設計有點困難，可能要另外有病院，有病院我是非常贊成。那關於的話就是我剛剛提到說，其實還有門診嘛，因為我知道保安處分修法事實上他不是只有說住院，他還有提到門診，還有提到社區治療，還有提到甚至像中途之家，那中途之家國家政府在栽培中途之家，一直，第一是資源沒有給很多，第二是我知道有少數經營的幾個也沒有很順利，大家要知道美國是超級無敵多中途之家，非常多，我舉例來講我在約翰霍普金斯讀博士，約翰霍普金斯當然是美國第一的醫院、第一的醫學院、第一的公衛學院，他就一棟在那

邊，他們有不同的 NGO 跟他合作，有不同的中途之家，有藥癮的、有藥癮加愛滋的，因為有些 HIV 不想跟非 HIV，他們就設計到這個程度，讓這些人有地方去，而不是全部卡在醫院說不管不管我就不出院，那因為他們醫療相當昂貴嘛，所以他們大概不會遇到這種事我賴在醫院不走，很少，因為太貴了，但是基本上他們也不能讓這些病人七天出去或十四天出去後就沒有地方去，總不能每個都在做 homeless 每個都 self talking 嘛，不太可能，所以他們的做法是，他們講了非常多住宿的治療機構，這個住宿的治療機構不必是像我們這種關起來二十四小時兩道鐵門的，有醫生有護士這樣的團隊，這麼高等級的團隊，那個住宿的治療機構可以是類似醫生兩個禮拜看個一次，看看有沒有要調藥，沒有就先這樣，其它的時候都是有經驗的一個護理師、一個個案管理師那當然也可能是社工師，確定一下大家都 OK，那大家晚上有地方住，白天去打打零工，可以先做為一個中繼，這樣子的住宿方式講好之後，你這樣白天做事晚上回這個家你都 OK，病情沒有發作，你的藥癮酒癮也都沒有發作，再銜接你去下一步，也許你就準備好了，也許你真的可以回家了，只看門診，像一般病人這樣子。(A6-4-7)

目前我國保安處分機制缺少轉銜中間處遇、個管社工等機制：所以我們中間是少了很多環，現在大家才會坐在這裡說到底是要關還是要住院，可你仔細去看國外的制度，他們住院這麼昂貴基本上不太讓病人住，那他們怎麼辦？他們沒有真的放著病人在社區，當然大家去美國會看到很多 homeless 阿 self talking 阿在那邊用藥，基本上並沒有極高的比例一天到晚是這種精神病員跟社會安全事件，他們的槍擊案可能比精神病的社會安全事件還多，大家都知道是這樣嘛，他們一般槍擊案比這個多很多，所以我認為，第四題我回答特別久就是，我真心的覺得，政府的很多資源，必須要在社區裡頭把病人從住院銜接到復歸社會，在社區把資源長出來，才不會變成是獄政系統跟醫院互相推，這不是二分法，獄政系統跟醫療院所尤其是住院病房這樣子的設計，原本就有他的樣子的一個機構，所以你去問獄政系統的人，我也認識很多，他們會覺得這不適合在這裡，那麼亂，其它的病人就是兇惡而已，阿這些人在這裡亂，我也不知道怎麼辦，我也不是精神科醫師，可是精神科醫師你問他，他也會向我說，阿我們就是設計給一般的的精神醫療，他們突然進來我們的配備也都不對，全部都要換掉，我們一時塞不慣，會排擠到現有的醫療。所以我覺得如果我們想長久一點，五到十年，這個問題的核心問題是這中間的東西的資源都沒有持續挹注，資源都沒有長的話你靠一個社工聯絡的話，你現在要住院現在要門診，那社工也會跟你跳（腳）阿，就是說我不行啊，我問 A 他不收、問 B 他不收，現在病人就掛在我手上，就在社區，類似這樣子。(A6-4-8)

目前我國保安處分機制必需建置中間處遇的轉銜機制：那我們回到事情的源頭，我認為轉銜的機構必須長出來，這個轉銜呢可能是急性精神病房出院，他家又回不去，大家又不放心他靠長效針在社區的話，他其實就可以去中繼，那以我的理解在美國，他們的中繼，我們講 half-way house，大概是起碼住半年，起碼。那半年就是讓這個人整個人穩定，可這半年是在有監督有協助的狀況之下慢慢地接觸社會，也就是說他今天去公司跟老闆嗆聲，回家個案管理師就知道了，趕快就處理，那經過這半年到一年他穩定的時間，大家才敢真的讓他回社會嘛，阿現在大家怕的就是說，假設他都在我們醫院，我藥也都幫他調好了，出院的 plan 都好了，「磅」的一聲他就回到社會，回到社會就是他原本原生家庭那個樣子，阿完蛋了阿，他就是原生家庭那個樣子他才會今天來這個保安處分來精神醫療嘛，是不是？所以如果回到社會沒有長出其它的配套，只靠醫療說吃藥阿打針阿社工師確定他要回診，他還是癒後不會非常好的，這個是我的想法。(A6-4-9)

問：剛剛陳醫師針對這個議題給我們很多的啟發，如果採取居家監護處分，就是把這個案擺在家裡，現在社會是不能接受的，然後這個精神衛生中心，目前衛福部也還沒有成立，你剛剛有提到了一個很好的概念就是中途之家，或是庇護所，或是轉銜中心。那美國現在很多中途之間，在收容這些有監護處分必要的人，那這些中途之家的組織如何？是公立、私立還是政府提供怎麼樣的資源讓他成立這些中途之家，例如說有些 NGO 的團體或者是一些個人成立的，美國怎麼讓中途之家在這個地方扮演這麼重要的角色？

答：美國中途之家採公私合力模式：謝謝蔡教授這個問題。美國的中途之家假設在承攬這個公家業務的時候，他們就會是公私合力，譬如說我政府出一部分的經費跟資源，讓所謂的 NGO 去標案去承攬，政府來做評審，覺得那些比較合適，然後慢慢的，政府還是有監督這個 NGO，並不是放著 NGO 就這樣做，他不太可能都放著給私立的，因為私立一定會有私立的作法，就算他是 NGO，也要很擔心他未來會不會完全營利為走向，所以政府一定要扮演一定的角色，但是呢，因為你要跟 NGO 合作，你不可能讓 NGO 賠錢嘛，你不可能因為說你是 NGO 我就回你啊，我們這些人，什麼 NGO 的社工都要做功德，這也不太可能，所以他會給一個合理方案合理的資源，讓 NGO 來承攬，那如果是這樣的狀況之下，NGO 其實是願意的，因為一開始大家會怕，會怕說承攬這樣的東西怎麼樣，後來發現說他們其實都在醫院處理過了，都穩定了、好好的一個人，只是說他家回不去，或我們認為他回家之後很有可能立刻的再犯，我們不希望社會發生這樣。(A6-4-10)

說真的醫院也不希望，在這樣子過度回到社會的過程是不是有個中繼的地方讓他有地方可以去，讓他譬如說是 partial 的復歸社會，OK 我們再讓他完全復歸社會，因為現在大家的困難是，不管是出獄的還是出院的，都是出來就直接回到社會，那就是以他原本那樣

的狀態在面對社會上發生的各種大小事情，包含他的什麼 psychological resilience，他的心理韌性可能也很低，他可能在職場上一件小事他就衝起來了，結果就發生小的社會安全事件，這個是非常常發生的。那如果給這樣的個案，他是有點像半暴露的復歸社會，我覺得這對政府來講不是太困難，也就是並不是指說這個人就回到社區，因為我很清楚這個可能里長、議員接著就質詢了，所以一直某某人怎麼可以回到我們這棟大樓，他的那個刑期已經設完了阿，醫院評估也都穩定，可是基本上社區不能接受嘛，所以我也清楚蔡教授講的就是說，目前直接居家的保安處分在臺灣有困難，我清楚。(A6-4-11)

第二個部分是說回門診，那回門診呢如果挑一點點個案，真的超穩定的，真的是一個月一個月打一次針的，這個是有的，那個案都帶來，慢慢的社區也都知道，隔壁那個就是少年的時候怎樣現在都乖乖的有在吃藥，這也都還好，這個個案大概不會太多。另外一部分就是說，他真的是復發的可能性很高，或者是我們講再犯的可能性很高，不管是精神醫療不夠穩定，還是他所謂的犯罪不夠穩定，不管是哪一種，他可能都不適合回家，但是他不是說急性精神病患一直得關在那裏，兩年三年一直處理，這樣的狀況之下如果長一個中途之家給他，我覺得對彼此都有好處，對於監護系統有好處、對醫療有好處、對社區有好處、對他也有好處，因為他要練習，對於一個在機構待很久的，不管是在監護的機構還是在精神醫療的機構，都會有機構化這件事，那他必須還是要練習所謂慢慢復歸社會是怎麼回事，他必須在熟悉精神醫療的人的歸化下，讓他知道說今天去上班怎麼樣，老闆跟你說了什麼、老闆不是這個意思、你不要動不動就衝起來，類似這樣慢慢帶著他像 life coach 這樣子，慢慢帶著他這樣半年一年，其實我們病人慢慢未來可以復歸社會，這個是可能的，這並不是完全不可能，只是在臺灣社會沒有看過這樣的機構，也沒有看過那樣的模式，所以比較難落實那樣的想像，那國外他們比較有經驗的社工真的可以做到這樣，所以大家看電影都有看到，像大哥哥這樣子，你如果怎樣就怎麼樣、下次你遇到你就怎麼、你有事情你就來找我、你那天必須不能遲到喔‘你遲到你就知道你會接到電話，有胡蘿蔔有棒子的一個社工，軟的硬的跟他講，其實還是慢慢讓他復歸社會，這個人就會帶著他的過去，把他過去慢慢拋下慢慢地回到社會上做他原本該做的事情，那這個事情是我們有看到有不少成功的案例，當然前提是，每個州差很多啦，但是前提是說他們的資源是有下來的，主要是有挹注這個東西、有挹注那個東西。(A6-4-12)

臺灣目前匱乏中途之家：那臺灣目前這個中途之家，可以說是匱乏嘛，甚至像中繼職場，我們以毒品來講，基本上從草屯療養院的那一個，到現在 1995 年到現在，中間也沒挹注別的資源了，就沒有了，所以大家可以理解說為什麼不管是酒癮、藥癮，或是像這樣子因為精神醫療有一些刑法問題以至於需要動用到保安處分的個案，基本上好像都是這兩

邊在跑，精神院所、社區跟監所，那事實上因為中間在社區的部分，醫療還沒有長出來的話就會變成在社區的過程沒有人協助他慢慢復歸社會，他就變成一掉下去生病就是住院、犯法就是去關，這是我們目前看到的狀況。(A6-4-13)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

答：提供醫療單位資源也無法解決收案問題：應該是這樣講，因為這件事情其實法務部跟衛福部本來就要共同討論，那現行的醫療本來就 run 好 run 滿，事實上現在醫療並不是非常有餘裕而願意接嘛，我剛提到這個醫療是會有排擠性的，所以說硬要把現行的醫療機構塞這些人進來然後就說那我錢都給你、多給你一點，還是會影響到現行的醫療運作。(A6-5-1)

比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會（法務部跟衛福部）整合：第二個部分就是說，協調的部分我認為毒品的緩起訴是一個很好的模式，他就是橫跨這個法務部跟衛福部，那當時其實最高層級是必須羅秉成政委，然後到衛福部跟法務部對於很多業務有歧異的時候，由他來拍板，而不是讓心口司跟法務部下面矯正署或什麼，兩個在那邊吵，沒有什麼辦法做全國性的決定性業務。那我覺得毒品緩起訴，去年我代表全臺灣的成癮科醫師，前年喔，2019，開了七次會，一條一條講，什麼情況你收、什麼情況我收、什麼情況我可以接受怎麼樣，那我們提案哪一條修掉，雙方各路人馬都到場，有代表性的都到場，講完了喔、拍板了喔，法務部跟衛福部爭執不下的，那當然就更大的，就政委阿，那政委就我知道監督這個法務部的常常都是羅政委，那就他下來拍板，我來聽聽雙方目前困難在哪裡，最後拍板。(A6-5-2)

拍板結束之後，那大家都同意囉，everyone 都有與會，以後我們就照這個流程做，請不要臺北這樣做、臺南那樣做，也不要讓這些病人或者是所謂的病犯就沒有地方去，我覺得這就是一個很好的模式，在那個場合，大家才有機會知道彼此的困難在哪裡，像我自己知道醫療院所的困難當然是相當清楚，但是我相信司法系統也有司法系統的困難，剛好我也認識不少人，因為我本來就做臺北市的毒品，所以我大概也知道他們的困難在哪裡，

也清楚他們目前的工作量其實非常的龐大，不可能為了一個人，醫院一家接一接打（電話），然後最後就在他手上沒有人要收，這個也不行、這個也不行。(A6-5-3)

整合法務、衛福部、民間資源：但我覺得像緩起訴你看不到這樣的病人，你看不到這樣的狀況阿，大家有沒有發現毒品緩起訴你幾乎不會看到有人說，這個檢察官怎麼樣、醫院也不收、什麼病人就在那邊沒有人管，好像不會遇到這樣的狀況，因為緩起訴是有雙方具有代表性的學會、醫院，然後全臺灣的地檢署坐下來談，我記得總共開了七次（會議），連包含衛生局下面的毒防中心都進去，那大家就沒話講。所以未來的監護處分，我的建議也是這樣，就是說法務部跟衛福部有代表性的、官方的跟民間，民間的是譬如說像學、協會，那法務部可能就不像有民間，可能就是全臺灣具有代表性的各大縣市出席，這樣大概開個兩次到三次，把大家有爭議的東西講完，講完之後我們就公佈說，好以後我們的行政流程，這是我們的行政規則，基本上以這樣的原則來作收治，有問題的特例我們另案討論，因為這不是法律。那我覺得這樣就可行，那有問題的特例我想一年不見得到五個，絕大多數雙方都拍板的共識，那就照這樣收，包含經費怎麼出、責任的歸屬、流程，那尤其是現在的狀況其實是出在流程上面嘛，我剛剛提到嘉南療養院他們是自己跟臺南那邊自己談說，那以後就是我看過，這個我可以這個不行，他們已經有個默契了，所以大家沒有覺得造成問題。問題是現在是監護處分修法完，全臺灣要做了，不是每家醫院當地的司法單位都有默契，那勢必會很混亂。(A6-5-4)

如果全臺灣有一個 above 法務部跟衛福部的長官可以先做初步的協調，我覺得會很好，那衛福部也不見得都要部長出來、法務部也不見得要部長出來、可能次長阿，衛福部可能司長阿，學、協會可能我們精神醫學會就我出來啊、秘書長阿，然後或者是像那個成癮醫學會我們請他來，因為太多毒品了，全部坐在那邊，流程以後就是這樣，那大家拍板，這樣 OK 嗎？OK，那就這樣。那開會的過程我們當時也有邀請重要的醫院院長，譬如說會承攬這個業務的北中南東的幾個重要醫院院長也都到場，請他們表達他們的困難，那一但都 OK 了，事實上毒品緩起訴實行到現在也就沒有問題，基本上沒有看到有人拒收。(A6-5-5)

問：就是參考我們毒品緩起訴的制度，由行政院の政委出面來協調，依照個案的特性跟需求建立處理的模式？

答：參考毒品緩起訴制度，由行政院の政委協調，成立個案審查小姐，依照個案特性、需求建立處理的模式：對，完美。我的想法是先給個通則的流程，因為全大多數一定有特定分類，只有極少社會矚目，沒辦法用現行流程做的，我覺得那個再另案討論，我覺得至少基本的 SOP 出來，大家先 follow，才不會讓各大縣市吵，那為什麼我會說毒品可以參

考，因為在那一次政委出來協調之前，是各大縣市自己吵，譬如說臺北，我自己是主任，我跟地檢本來就熟，我跟士林講一講，我跟臺北地檢署講一講就 OK 了，但是其它縣市不是這樣，所以其它縣市就會發生說，他們送去新竹、新竹醫院拒收，就發生這樣子事情，但是在那次協調之後就沒有這個事了。(A6-5-6)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

答：「多元處遇」方式：

第一，落實社安網督導機制：第一，社安網的功能我認為要落實督導機制，我覺得現在沒有，因為今年才納入，老實說沒有，所以很多社工很茫然，出事也不知道怎麼、要問誰，那事實上應該像我們醫生有什麼主治醫師、住院醫師、XX 醫師，下面做了什麼事情都是我要扛，一樣的道理，再來往上就是像我這樣主任，下面一堆出事都我要處理，一樣的意思，所以督導機制我認為都要落實。(A6-6-1)

第二，落實網網相連機制：第二，沒有落實網網相連，沒有。譬如說毒品跟精障的、精障跟家暴的，那目前所謂的每個社工都有每個社工的 KPI，假設你是社會局社工，你處理家暴，那中央政府規定你這個家暴的病人，你必要需要 ABCDEFG 做完幾次家訪、做完幾次電訪，確定什麼，他就做完了阿，做完了他就沒有了，問題是做完這個人有沒有辦法社會安全？沒有阿，因為他可能還有別的議題，他可能還有思覺失調、他搞不好還吸毒，那所以說像這樣子的個案，所謂的網網相連就是說，多重問題的個案通常都是重大社會案件的個案，單純的思覺失調很少變成重大社會案件，單純的家暴基本上就是司法處理，那也不用管他，但是如果是多數的重大社會案件，從王景玉以降，一路看過來，多數都有家暴問題、多數都有重大精神疾病、多數也都有喝酒吸毒這個成癮問題，他身上起碼三個問題，那是起碼掛三個社工，理論上，社會局的社工、精障的社工、毒防個管師，起碼掛三個，那這三個在協助病人社會復歸的過程，到底怎麼樣協助他，還是各做各的 KPI，把病人搞得很煩，所以他們最近社工都開始說，為什麼打電話的時候病人都常常掛電話阿，或者是說你們煩不煩，因為對病人講他聽不懂，他只知道社工又來打電話、確定他有沒有在家、有沒有服藥，他聽不懂你是社會局的還是毒防個管師還是你是精障的，他可能會這樣做是因為他身上有三個問題，以社會安全網來講就有三個機轉要去確定 OK，那可是目前的橫向聯繫還不夠好，就變成病人一個人在接受單向的服務，那這個是目前我認為比較大的問題。(A6-6-2)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

答：司法精神病院（房）收案、社安網社工轉銜服務：他是判刑前對不對？那所以已經有是 吧，這個國外很多制度可以參考，比照日本的話，他是有法務部社工，比較歐美的話，他們是從法務部社工一路延續到譬如說社安網的社工，這個是可以討論的，那社安網的 社工如果發現他有什麼狀況，真的有需要住院的話，再來聯繫住院。這個可能會是一個 配套，那更另外一步的配套其實就是現在在講的，包含司法精神病院跟司法精神病房可 不可以做刑前的處遇，這個其實也是關鍵，所以其實這個可做的的方式有非常多國外的模 式可以參考，像日本他們就法務部很大，然後法務部資源多，所以他們法務部延伸出來 的東西很多，那因為這畢竟是跟刑法相關的刑前、刑後，所以最好的方案，假設問我個 人的話，我認為法務部這邊可以長社工出來，來銜接往醫療的路。(A6-7-1)

因為都是醫療，其實醫療就是醫療，他要拒絕就拒絕，就結束了，醫療就是醫療，除非 啟動這個精神衛生法強制住院強制社區治療，那個還不一定能符合，因為像這種刑前、 刑後的常常不符合，那個必須要真的跟現實脫節，而且還要自傷傷人才可以，不是說犯 了罪然後有監護處分就可以，所以那兩個法是不 fit 的，不 fit，變成是你說來到醫院，醫 院有可能說這個目前穩定、這個目前我也沒辦法違背他意志叫他住院，病人如果又不願 意住院，其實就放走了，還是一樣在社區。所以我認為假設這件事情，討論的是刑前處 遇，我覺得何妨可以思考國外的制度，譬如說日本，他的法務社工他們怎麼處理，那假 設要刑前處分的話，也可以討論，刑前處分是不是也適用司法精神病房跟司法精神病院， 那如果是適用的話，他的配套就會是一樣的，因為就不太適合是說，明明是刑前處分卻 直接讓他關在醫院裡面，這個也不符合現行的精神醫療做法，我們是希望治療病人嘛， 我們只有強制住院是違反病人意願，其它的時候都是尊重病人意願再進行治療。(A6-7- 2)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是 否能確實維護受監護處分人的權益？

答：醫療資源不平均，北中南東實行落差非常大：我覺得這個機制必須在我們剛剛講的那個 前提下，那個前提就是說法務部跟衛福部全國的共識要有，因為這個相當有可能會變成 各地的檢察官自己去找各地的醫院簽約，最後大家還是會發現，最後還是會可能發現說，

這個北中南東的實行落差非常大，這有幾個問題，一個問題是各地的醫療資源本來就不一樣，我舉例來講像臺東，臺東如果真的要落實，要去找哪一家醫院？可能都還要想，那一家醫院搞不好精神科醫師才一個，也很有可能是這樣子，所以說這個假設，因為檢察官畢竟不見得熟悉醫療院所的量能跟資源，那假設是說用很便宜的價錢，然後不符合現在成本的，有可能醫院又不接，所以這中間呢，要怎麼樣確定我們這樣的制度是提供好的精神醫療，而且能夠落實，我覺得最好的方法是第八點落實的上面有個前提，那個前提就是法務部跟衛福部有一個這樣子的轉銜流程的共識，包含這個維安是由法務部處理、費用跟人力，包含醫療費用是精神醫療願意承攬、可以負擔的，至少不要是做功德，包含第三點轉銜的流程，就譬如像您說的，如果拒收怎麼辦，困難個案怎麼辦，那個 SOP 絕大多數的人其實是不會這麼兇狠的，是可以精神醫療處理的，所以那個 SOP 怎麼落實，而不是讓地檢署自己去撞，他們也很可憐阿，自己去拜託醫院看誰要收，有些是這樣子，有些就直接打給衛生局，叫衛生局 assign 一家醫院，我知道有的也是這樣，那那個畢竟就不是一個比較長治久安的保安處分的一個制度。(A6-8-1)

所以我覺得像緩起訴我就有相當的把握，因為我自己進去七次，那個時候我是秘書長，毒品的緩起訴我就有信心說，這個就長治久安沒有問題，醫院不會叫，然後地檢署跟我們合作也愉快，毒防中心也納進來，這大概是這樣。所以第八題來講，我同意，那但是呢我認為目前如果沒有我剛剛講更高的長官、法務部跟衛福部雙方的共識，他的落實程度會有很大的城鄉差距，那在這樣的狀況之下其實沒有辦法好好維護受監護處分人的權益，包含提供給他合適的治療。(A6-8-2)

問：就是轉銜機制要配合的單位有很多，要配合的單位有哪些？

答：轉銜機制配合的單位包括檢察官、醫療院所、精神醫學會、各地的心理衛生科、警政、矯正系統：譬如說就是檢察官是一定得進來的嘛，醫療院所得進來，要有代表性的話，開會的時候，學會得進來，譬如說精神醫學會就代表全臺灣，我現在，然後兩千多個會員嘛，成癮醫學會是代表、百多個專門做毒品的，這個事情跟他們也有關，那在衛生局的部分各地的心理衛生科，因為這個業務在他們下面，假設回到衛生局的話，衛政系統是心衛科，心理衛生科，他們也要進來，因為他才知道，不會說跳過他們，在我轄下的精神醫療院所結果跳過心衛科這個也很奇怪，所以假設像當年的我們的毒品是有把毒防納進來的，大家一起討論，大家都沒問題，那我們就要做囉，那做你們都說好了，你們三方都說好。(A6-8-3)

所以以這個的狀況來講的話，我會建議地檢署各地的要進來開會，學協會要進來，學會這邊我會跟理事長講，我們一定全力支持，那個跟精神醫療的未來方向有關，第三個就

是心裡衛生科，各地可能可以輪流派，會議可能會有幾場，第一場都是北部的心衛科科長，第二場是中部的，第三廠是南部的，可以啊沒有問題，或者是一場叫他們全部來，也沒有問題。像我知道法務部那個是每一場都全臺灣一起出啦，因為是次長主持，類似這樣，所以像那樣子的狀況，三方都在，衛政系統在，執行的醫療機構也在，司法系統也在，那大家都這樣講，都講這個 SOP 好不好，有些會吵詞彙，有些會吵制度，有些會吵空窗期，有些吵錢，沒有問題，大家進去講，總是會有個共識，那最後這個共識真的雙方有歧異的點其實不多，可能就那麼一兩點，那一兩點再由 above 衛福部跟法務部的人下來拍板，那個人相當可能會是政委，因為不太可能是衛福部或法務部拍板，假設是這樣的話，拍板完大家講好，公文出去大家照做，就不會變成是檢察官自己去拜託醫院這樣的狀況，因為檢察官也有檢察官的辛苦嘛，他拜託醫院如果醫院都跟你說不行、我不能做、我的病人全部跑光、我的醫生都跑光，他也玩不下去，所以其實雙方都有雙方的困難，我想透過這樣互相了解的機制，把大家的困難講清楚，資源不夠的不是叫檢察官生也不是叫醫院現有的自己生，而是中央政府生出來，然後再來分配資源，我覺得這樣子可行。(A6-8-4)

問：有幾個單位，一個是司法檢察官，一個就是學會，第三個是衛政，第四個是醫療單位。那你剛剛我們前面一直講到的有幾個單位，像社政、警政，這個有沒有必要進來？

答：社政其實就是心衛科，衛生科的社工其實就是社安網 2.0 裡頭的社工，所以如果說在邀請的過程，社安網、心衛科有進來，他們就代表社政，只是說有家暴才會扯到社會局，所以那個倒是還好，因為現在大家講得是精神醫療，所以變成是心裡衛生科的社工必須進來，那重要的、會承攬這些業務的院長可能可以進來，如果沒有同時都來，至少重要的先來個兩個，下一場再邀另外一個，這是可以的，譬如說第一場我先邀楊添園院長，松德的桃療的院長，這個邱院長，先這樣，下一場再約八里的院長，再約凱旋的院長周煌智，類似這樣其實就大家的聲音都有聽到，然後最後拍板一個共識。(A6-8-5)

問：有兩個單位為什麼沒講，一個是警政一個是矯正，這兩個單位有必要參加嗎？

答：要要要，我的意思是司法系統不好意思，我的意思是司法系統這邊具代表性的就出來吧。
(A6-8-6)

問：司法系統裡面就應該要包含警政、檢察、矯正系統？

答：認同，抱歉這我剛剛的失誤，那因為醫療系統我比較熟，所以我點名就點得很清楚，各大院長、學會、心衛科這樣子。司法系統這個可能蔡教授您比較清楚，幾個重要的跟他們有關的可能都出面。(A6-8-7)

問：所以這個檢察官的視察，現在有兩個角度，一個是保護受處分人的權益，另外，是要去視察目前執行的效益，你覺得？

答：這兩件事情我們可以把他想成同一件事。(A6-8-8)

~1:25:06，下接第十題

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

答：監護處分要給醫院適當的資源，建議是經費由法務部出，防護人員是由法務部給：第九個問題就是法務部要支援保全這部分，因為我剛提到了，只要是監護處分對醫院來講是額外的事，所有的精神醫療院所原本就是用來設計給現行的精神科病人，自願就醫的精神科病人，那為了強制社區住院或強制住院，有另外設計的公務預算，另外的在支援這部分，已經撐了蠻辛苦的，這個保安其實也已經快招不到人，醫院的營運其實，因為這些都是、老實說都是功德業務、賠錢業務，所以其實也因為這樣做的沒有辦法要聘人的意思，因為他不是要幫醫院賺錢，他是長官要的、硬做的。監護處分如果真的要成、真的要讓他長治久安可以成，要給醫院適當的資源，這個適當的資源我們就會建議是經費由法務部出，防護人員是由法務部給，這必須跟醫院的保安分開，醫院的保全就是大家現在去臺大醫院看的門口保全那樣子而已，他們事實上也不是真的有精神醫療的經驗，絕大多數的醫院保全都是外包的，大概是這樣子。(A6-9-1)

問：陳醫師那我想請問一下，有個問題，剛您提到就是醫院裡面有那個 security 的那個問題，那我想問一下您提到的那個 security 是指醫院內編制內的保全人員，還是指警衛，還是指？

答：目前保全人員不夠：目前的保全人員是絕對不夠的，譬如說松德院區一棟才三個人，他到夜間才兩個人，那他們一個病房出事就是全部人過去壓制，所以其實是，假設是這樣的強度，現行的 security 是確定一定不夠，現在都很困難。(A6-9-2)

問：所以那 security 也是醫院內編制內的人員嗎？還是另外的？

答：security 由法務部提供：我現在是講的是精神醫療室，但是司法精神病房跟司法精神病院，包含立法委員在問我們意見，我都堅持是法務部要給，那目前有幾個立委也都說他們問到的是法務部也承諾要給，因為司法精神（病院／病房）是由衛福部和法務部共同完成

的，所以 security 的部分，包含病人逃跑的風險分擔，是法務部要負責，醫療就是負責醫療的部分，因為這才是我們的專業，我們的專業不是在怕病人逃跑阿。(A6-9-3)

問：所以你這個地方就是，他們各項必要的醫療處遇跟生活支出費用，目前的編列是不合理的是不是？

答：醫療處遇、生活支出費用不合理：不合理阿，如果合理就有人要接了阿。(A6-9-4)

問：那合理是怎麼樣？要道怎麼樣的程度？你剛剛講是兩倍，健保的兩倍，那兩倍夠嗎？

答：醫療處遇、生活支出費用需目前的兩倍才合理：兩倍以醫療這邊會有人接，我可以這樣講，醫療這邊會有人接。但是我的兩倍是指精神醫療的部分，我剛剛提到的譬如說病房要重建，這個當然不會是叫原本的醫院自己出錢重建嘛，因為他本來就是被 assign 要接這個、公家醫院跑不掉，這是第一個。(A6-9-5)

第二個是指說像保安人員，醫院現在請保安人員跟保全是一樣的，大家不要想像精神醫院有多了不起、請的保安人員很特別，沒有，他們就是保全，就是大家去臺大醫院、榮總醫院門口看到的那個等級的保全而已，他事實上也不太知道怎麼 handle 這個精神科病人，所以他只能說病人有高度暴力，對其它病人、對自己或對醫護人員，譬如說拿筆要捅醫生的眼睛，這個都發生在我學弟身上，真的眼睛要捅下去，趕快衝上去趕快壓制病人，這個等級的保全。(A6-9-6)

需提供保全人員：那就樣子的保全病人，醫院這樣的營運其實只能負擔這麼幾隻小貓，是 run 整個醫院的，復健病房、亞急性病房、藥酒癮病房、老人病房，run 整個醫院的，如果還要有司法精神病房的話，變成這個司法精神病房除了經費要給到兩倍以外，他的保全是另外帶的，那目前我們聽到的是他的保全是法務部要出經費跟人力，我們目前聽到的是這樣，如果是這樣就可行，那如果叫醫院現有的再去，或者額外花錢再聘，我覺得可行性就不大，就會發生蠻多醫院就會不願意去接的狀況。(A6-9-7)

問：您剛剛講兩倍，您可不可以講一下、提供訊息給我們，就是一個精神病患，一般給的、就是一個月大概要多少經費才夠？監護處分的病患要多少經費才夠？

答：如果是強制住院的話是十萬一個月。(A6-9-8)

問：如果十萬成以二的話就是二十萬，要二十萬？

答：強制住院每月 20 萬：對。(A6-9-9)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

答：每一個 Program 要執行都必須要有 program evaluation indicator，所以我們現在在講得就是這件事。(舉例) 公共衛生要推安全帽，program evaluation 要找一個合理的 indicator。國外的監護處分的執行他們會找幾個 indicator，譬如說一年內再犯，三年內再犯，還有就是說治療的 dropout rate，譬如說治療有沒有辦法完成，我現在盼你說你要去接受監護處分精神醫療治療五年，阿當然第二年心臟病發這個沒有辦法，可是中間發生的一些其他的事情，譬如說我在病房重大傷害我另外一個人，我多一條，這個有可能阿，譬如說 A 病人在病房住院的時候，拿筷子捅另一個病人的眼睛，是不是刑事上就多一條，不能說你是精神病人做什麼事情都無罪，根本不是這件事啊，可能他現行的監護處分就不見得能夠完成，這有可能，所以這可能性有非常多種，非常非常多種，我剛講什麼拿筷子捅眼睛、把護理直接拉到草叢要強暴，後來我們還發動人去找，這個都是發生過的，這都還不是監護處分的個案喔，這個是指重大暴力的精神病患，我們都還得處理，所以在容納監護處分的個案，現行的 security 真的不夠，所以這個是務必要講的。(A6-10-1)

治療完成率、犯罪再犯率：關於這個執行成效簡單的說，以犯罪司法系統的話，一年再犯率、三年再犯率、甚至假設要看五年再犯率，我覺得可以先看看這個您比較清楚的法務部這邊目前比較慣用的 cut point，那以醫療來講的話就是指治療完成率，因為他們可能每個人都是不同的病，到底是有思覺失調、喝酒、吸毒，或者是甚至是躁鬱症，這個每個人都不一樣，所以不太可能用病情穩定這種東西，這東西太模糊，憂鬱症的指數、自殺指數這個太模糊，這個是給一般人用的，所以以這個所謂的績效評估的話，我認為治療完成率是一個好的績效評估，就代表說醫療院所做得下去、病人也能夠配合，那以社會安全的角度來講，以犯罪再犯率，一年再犯、三年再犯、五年再犯這會是一個可以評估的指標。(A6-10-2)

問：因為這些監護處分就是一年兩年三年，或是五年，這段時間他可能就是高度的監護或是監督他們，這個起算點是在離開之後？還是包括執行的期間？

答：我剛指得是離開之後，假設指再犯的話，他在裡頭除了我剛剛講的那種一年可能指發生一次拿筷子戳人家眼睛，其他根本就在裡面了，有事情就處理了，所以大部分我們講 program evaluation 是指說，這個 program 實施之後我們來看他效果嘛，所以有做可能可以跟之前比，開始這個 program 之後，這群人他們的再犯率可能就多少，可是沒有做之前他們可能是多少，這可以是一個評估的指標，那如果剛剛蔡教授指得是指說，實施的

過程嗎？實施的過程要怎評估監護處分的執行成效，我覺得這個可能醫療的看法就會跟司法的看法不太一樣，不過對大家來講，譬如說案量就不是一個好得指標，因為案量太看狀況了，所以案量可能不是一個好的指標。這個問題我可能要想想，因為我之前看的學術文章大部分都是講 intervention 完之後，譬如說緩起訴我們會說，他接受完我的治療他之後有沒有吸毒？驗尿有沒有陽性？這個很清楚。那所以任何一個 intervention 我們都會講說完成之後，他一年內有沒有再去做先前的他慣用的，譬如說他縱火犯有沒有一天到晚去縱火，三年內、五年內，類似這樣子，我們會那樣去看。(A6-10-3)

那還在監護處分內的狀況下怎麼去看執行成效，我覺得這可能雙方在法務部衛福部討論的時候可以想一下，因為我猜雙方的觀點會不太一樣，那可能訂立一個雙方都可以接受的指標，對於這件事情的後續評估可能也會比較公平。(A6-10-4)

問：有關接受我們治療的這種狀況，譬如說吃藥的、打針的這種接受處遇的狀況，違規的狀況，在執行過程當中他服從的程度、違規的程度，還有他適應的程度，有些人在這地方能夠適應，有些人不能夠適應，但是適應有時候是我們執行人的問題，執行者的問題，有時候是本身當事人的問題，就是所謂的適應的狀況，我是想到這些，不曉得這些妥不妥適，從陳醫師的角度來看？

答：

評估指標包括機構執行者及被執行者二大面向：很謝謝蔡教授的意見，我覺得這倒是有給我一些靈感，像剛剛您提到適應的程度，我覺得那是會很好的指標，就是說他能不能 fit in，他的生活滿意度等等，但是例如說我們也可以另外一個更客觀的東西叫暴力評估量表，暴力評估量表可能會比較適合醫療院所，比較不是這個違不違規，因為我舉例來講，我們醫療院所會設定一些他必須要配合的、身為行為指引，那假設把違規這件事情變成 KPI 的話，完全可以想像這個醫療院所會在病人違規的時候很有可能會低報，假設我是我們五家醫院最後用了我們 5 個醫院可以接受的價錢，還有資源還有怎樣，接了這個司法精神病房，假設是這樣好了，臺灣五家醫院都接，各開一個病房，那我們有一個指標叫做我們的病人跟我們的配合度，假設這個病人一直違規，我的指標就很難看，A 的院長可能就會說那盡量用勸的盡量怎麼樣，盡量不要讓他往上報，所以我會建議這樣新的制度在一開始盡量要透明，我的透明意思是指說要鼓勵執行者呈現問題，未來我們有機會改善這個問題，呈現問題並不是說就不講他暴力，譬如以醫院來講，他們病房有個叫做暴力評估指標，那我們就說那你就評估他的暴力阿，評估他有沒有什麼傷害別人阿，有沒有其他違法行為，就是您提到的這些犯罪行為，全部都納入評估，但是這個納入的評估不要變成這家醫院的績效，我覺得如果一開始就變成這家醫院的績效，第一他有可能就

挑病人，因為你這個病人進來我績效就很差，你就是前面縱火十次、揍了幾十個人，然後進來難以讓他穩定呢，所以會變成有人球問題，會發現有的病人假設他是高度暴力、高度反社會，而且他合作度很低的，又把這個績效算在醫療院所上，完全可以想像沒有辦法呈現真實的狀況，那這樣子的情形在一個新的制度實施的時候，我個人認為是危險的，因為一個新的制度在實施本來就要滾動性調整，可是我們設了一個指標讓該醫療院所或院長，他有一個意圖是想要 hide，想要隱藏，這個指標其實我們是做的很爛，因為這個績效會算我身上，所以我全部報低就好，在這樣的狀況之下，我們就不會知道目前監護處分在這家醫療院所呈現的問題。(A6-10-5)

所以我會建議說假設是以監護處分中的話，他的績效評估指標要盡量客觀，盡量 KPI 就不要壓在那個機構的執行者上，因為其實可以想像他未來會怎麼做。(A6-10-6)

問：你剛提到的就是如果我們機構的配合度，還有受處分人的配合度，還有暴力的評估量表，還有改善狀況的評估調表。

答：其他評估指標包括自殺強度量表、生活品質量表等，還有暴力的量表：譬如說生活品質量表、憂鬱的量表，就都是以病人為出發點的話，樣子大概會長（這樣），譬如說自殺強度量表、生活品質量表等，還有暴力的量表。(A6-10-7)

問：這些都有量表嗎？

答：有的，精神醫療這些都有量表，那我會建議這個評估指標除了醫療以外，也要有司法的，司法的就像您講的，有沒有犯罪，有沒有違規，有沒有什麼，這是一起的，因為他畢竟就是一個病犯，同時具有病人跟犯人的身分，他的評估不能像一般憂鬱症或思覺失調症，全部都是這些以病人中心的量表，所以我想這個量表如果是綜合的可能會比較客觀，我們可以譬如說司法上他有那些違規，也可以看精神醫療上他有那些進步。(A6-10-8)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

答：新制度應先多面向溝通：很謝謝蔡教授還有文瑜今天的訪問，我覺得都是問到臺灣現在最重要的問題，因為這個制度是剛剛開始又剛剛修法要做嘛，是一個新的 intervention，絕對可以想像現有的機構一定會跟新的制度有一些磨合，所以我其實對於所有的 discussion 都是 open 的，我也都建議我們自己的會員，尤其是那些年紀又比我資深一點的要更 open，不要一直要用舊的方式來 run，而是說遇到困難我們要討論說那我要麼支援以後我要怎麼 run，而不是說我不要、我不要，我這個都不懂我不要，我現在 run 的好好的我就賺錢我不要這樣做，所以這個是醫療的部分我可以去溝通的。(A6-11-1)

溝通面向包括法務部、衛福等官方與民間：法務部的部分也需要長官去協助的是說，其實因為現行的醫療有現行醫療已經 run 很久的樣子，從早年臺灣沒有精神醫療，都叫龍發堂時代，後來終於有了精神科專科醫院，有了什麼，後來到有精神科，後來到我們會員有兩千多人，全臺灣有第五大的醫師協會，這麼龐大的協會在執行這個東西，所以這個是有一些變革的，這個變革現在大家手上一定不會是沒事做的，一定每個人手上事情都滿滿，所以說如果有個新的制度要引進的話，這個新的制度必須是帶資源的，讓懂得人來做沒有錯，但是這個新的制度不能是吃我們現有的資源，這樣子的話醫療院所在承攬計畫的時候意願真的會比較低，或者是他即使承攬了，他做出來的品質其實也會很差，這個是我必須談到和看到的。(A6-11-2)

應考量城鄉差距、盤點全國資源：那第三個其實是在看所有全國型計畫，包含酒駕防制，心口師也是請我去當顧問，一樣，都有的問題其實是城鄉差距。我覺得這個問題蠻大的，假設您在臺北問我說我要去委託那些，我覺得還不是太難找，精神科醫師這麼多、醫院這麼多，在比較偏遠的地方就很困難，就是比較困難，他們可能連現有的、身體的醫療都比較少，精神醫療也比較少，叫他要生出這個等級的人能夠接這個監護處分的也不多，所以我也在想說，也許整個全國性的建議的話，在思考這間事情的時候，雙方坐下來談，談到一個雙方有的共識之後，全國就照做，因為這樣子的狀況呢偏鄉的意見也可能會被聽到，所以當時我們在談毒品緩起訴我們都是用雙北模式，臺北跟新北醫院都一大堆，完全不是問題，我們就發現說，屏東只有一個人可以看緩起訴，我們剛剛講的所有事情都壓在一個人身上，他就會出席就講說這不行我做不到，ABCD 我無法配合，我們就因為他這樣我們考量偏鄉，我們那些部分放寬一點，雙北能夠做的多做，但是那些部分放寬一點，我們緩起訴還是可以完成，最後就這樣拍板了阿，就代表說這是一個雙方坐下來談有共識，而且 sustainable，我們講永續，是可以自己支持自己的一個制度，我覺得這樣子就很好，樂見其成，因為這個臺灣絕對不會是第一個做，監護處分刑前刑後，世界各國都有 model，現在要討論的只是說落實在臺灣，盤點現有的資源，我們要用什麼樣的模式去做，我覺得這是現在大家坐在這邊討論的。也非常謝謝蔡教授，非常謝謝文瑜，就是很開的心胸在聽我們的討論，我覺得相信這個計畫在蔡教授的主持之下一定能夠直指問題的核心，甚至能夠引導政府真的落實這件事情，把這件事情做好，再次謝謝！（A6-11-3）

再次謝謝！（A6-11-3）

A7 深度訪談摘要

訪談時間：2022年2月25日（星期五）

上午10時15分至11時30分（共1小時15分鐘）

地點：會議室

訪談者：李衍儒助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

本人為精神科專科醫師、學歷為醫學院學士、公衛碩士及法律碩士，曾任衛生福利部所屬○○療養院主治醫師、一般精神科主任等職務，在精神鑑定領域擁有10餘年的經驗，也具有豐富的演講經驗，並曾榮獲衛生福利部第○屆優良醫師的榮譽，任職年資22年。(A7-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）實務困境

公立醫療院所醫師的編制都是以照顧一般精神病人為標準，如果是監護處分的個案，他可能還要有犯罪預防的效果，但是我們只能當一般病人來治療，不過監護處分的個案，是有其他風險存在，例如他的暴力行為、又之前是殺人犯……等，其實這樣的犯罪背景，對工作人員會有心理上的威脅。(A7-2-1)

我們醫院沒有編列額外的戒護人力，所以在討論監護處分的執行時，我們只能說，如果你期待一般專科醫院以現有的人力去進行監護處分，就沒辦法去期待他有再犯預防的效果。(A7-2-2)

我們過去曾經對現有的監護處分的個案做一些探討，最有效的就是治療精神疾病，再犯預防的效果沒有那麼明顯，因為監護處分的個案大部分為男性，所以我們研究的對象也是男性，案量沒有很多，主要原因是因為早期監護處分不是二代健保，是要高檢署籌錢來做。根據早期的資料，我們會發現其實在監護處分的期限之前，囿於經費就會把病人帶到別的地方，像是私人的醫療機構，比較便宜，或可能就直接責付予家屬。(A7-2-3)

在實施二代健保後，受刑人可以納入健保，就有一些改變，像是希望可以在醫院待到監護處分期滿，因為大部分費用都是由健保支付，高檢署不用負擔那麼多費用，因此不會去在意錢的事情，但是有一些事情，像是檢察機關執行監護處分的給付要點，有一些個案於監護處

分期間因為其他疾病外診衍生的費用，或非健保給付藥品，高檢署就會說因為這不是精神醫療的費用，我們沒辦法給付，顯不合理。(A7-2-4)

(二) 改善精進建議

合理監護處分相關給付項目，例如感冒藥及胃藥都不是健保給付項目，個案在住院過程中，如果開了不是健保給付項目的用藥，就必須向高檢署申請給付，可是審核標準過於嚴格。有一次為了25塊的感冒藥，我們向高檢署發文往返數次。試想個案由醫院執行監護處分，醫院怎可能只治療他的精神疾病，而不治療其他如感冒或婦科疾病等。(A7-2-5)

委外就醫之戒護費用，允宜合理補助：監護處分個案在專科醫院最困難的是，當他有其他生理疾病要外醫，因為監護處分相關法規有規定要監視受處分人的行動，所以當他要離開醫院病房的時候，我們就要思考要幾個人陪同，至少要兩個人跟著，這兩個人的錢誰出？如果法務部那邊願意派人來幫忙，那就請他們幫忙，那如果他們不願意派人的話，我們是不是要找保全一起去？那保全要錢耶，所有費用要跟誰申請？(A7-2-6)

委外就醫之其他費用，允宜核實補貼：到其他機構治療生理疾病時，法務部願不願意支額額外費用，像是看護費用及其他延伸費用，對於專科醫院要執行監護處分，我覺得外醫是一個很大的問題。(A7-2-7)

目前我們是還沒有遇到窮困的家屬，如果真的有，我們會尋求基金會、社工來協助。一般精神病人如果他的功能還不錯，可以轉介他在醫院工作，在醫院裡自由活動。但是若是監護處分的個案我們不太可能安排這類工作性質，當病人功能恢復到可以工作後，可以安排復健工作讓他賺零用錢。但當他是監護處分的身分時，職能治療師或其他工作人員在監視他的行動時會有壓力，也因此限制復健活動的安排。(A7-2-8)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

法務部現在把很多類型的強制治療個案都要交給醫療處理，我們不能理解為什麼你覺得有「治療」就一定是醫師、醫院來負責。例如性侵害加害人，你說他是病人，我也覺得很莫名其妙，性侵害加害人是因為犯罪行為進入這個體系，是法律規定他要做治療，但是這個治療並不是醫療意義上的疾病治療，你說性犯罪是一種病嗎？(A7-3-1)

為了把這些人移開他的矯正體系，矯正體系認為治療就是醫療的責任。像性侵害刑後強制治療的個案(釋字799)現在被認為是有病需要治療。藥酒癮處置也被認為成癮是應該用治療來處理，醫療可以治療他的成癮藥物帶來的身心症狀、治療他的精神病，但醫療沒辦法完全

處理他的行為，如果他的成癮跟性犯罪行為、跟疾病有關，那可能會因為治療身心症狀使可辨認的疾病有改善。他的行為如果與上述因素關連不大，危險性仍會存在，治療也未必有效，法務部常會以法律上的處罰已經完成，無法再施以額外的處理，使壓力都在醫療及處遇人員身上。(A7-3-2)

有些是人格異常的問題，例如反社會人格違常，人格敗壞、道德感低，就不是精神疾病。所以司法單位不能要求治療是無限制的延長去處理這些事情，這些個案是犯罪，除了治療之外，還要有懲罰、教育及社會監督的系統。(A7-3-3)

處遇人員無法追蹤個案的行為，沒辦法預防再犯，處遇人員沒有管束個案的權力。很多個案會落在強制治療的範疇，但是缺乏社會監督，社會監督系統沒出來，能期待醫療做多久。現在常常有狀況是說，公務員不看，檢察官也說，個案不到需要經常查訪的程度，剩下治療師在做治療。如果最後強制治療的處分時間過了，出去也許會再犯，結果會變成大家不敢讓治療結束，我會覺得這件事非常奇怪。(A7-3-4)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

光靠醫生專業判斷這個人未來行為到底有沒有危險之虞，然後就決定是否可以無限期延長監護處分，我覺得這個在醫學上是無法精確判斷的，原因是醫生不是神，沒辦法預期每位病患他的治療效果到底如何。根據我的經驗，精神病人中只有三分之一的人，可以吃了藥就完全沒有症狀。(A7-4-1)

修法前的監護處分是說 5 年，但是法官在鑑定的時候會問，你可以幫我判斷應該要監護幾年，在沒有幫個案進行治療前，我們醫生怎麼會知道藥物的療效，如何知道他何時會好？我去做精神鑑定時，是依據鑑定量表的數據來判斷，但你問我他未來何時會好？涉及的是後續的治療，他也可能沒有好好接受治療，當然我也無法回答未來他要治療多久才會好、吃哪種藥會好、會好到哪種程度。(A7-4-2)

受監護處分者於監護處分後出來，對社會有沒有危險性，涉及到他的精神狀況與犯行的內容是否相關。例如：殺人、傷害、縱火也許跟他的精神病症狀有關。可是如果是因為無生活能力而去進行竊盜等犯罪行為，則未必與精神疾病有關。(A7-4-3)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案

流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

我們確實會挑選個案。主要是因為過去在執行的時候很少外援，最大的原因是法官審判、檢察官指揮、醫院執行，三方各行其是。醫院在執行上遇到的困難，檢察機關、司法院很少給予協助。(A7-5-1)

如果是單純的精神病人，因為是我們的專長，所以我們照顧起來很容易；但是如果有反社會人格，就非常麻煩，尤其這些個案常伴隨著藥、酒、毒癮之問題。(A7-5-2)

個案在毒品或酒精的影響之下出現犯罪行為，我們在做鑑定的時候，若他確實精神狀況受影響要寫有受影響。但是藥酒癮跟酒精的問題，影響腦部的辨識能力或控制能力問題，通常都是短暫性的。很有可能他在犯案的時候的確受到影響，但他在歷經整個審判的過程，可能為入獄、進看守所，沒有再碰這些東西心智能力會恢復到正常。那這種時候你又要他做監護處分的時候，就會發現一個問題，就是精神症狀已經不存在了，他其實已經沒有積極精神治療的必要了。(A7-5-3)

我們在寫鑑定報告時，會寫他如果持續使用毒品，可能會有再犯之虞。他有再犯之虞的原因是與毒品有關係，而不是精神病。如果他到醫院來是因為他的人格與行為問題，尤其是反社會人格違常，我們很難處理。主要是我們目前的病房設置，是按照一般精神病人的規格在設的。(A7-5-4)

反社會人格者的矯正，應該放在司法精神病院：因為有一些人就是反社會，所以我們要特別設置一個非常嚴密、高戒護的單位來處理這些個案。我們那時候跟心口司討論這件事情的時候，我們就覺得很高危險、高暴力就應該放在司法精神醫院。(A7-5-5)

我們在討論司法精神醫院的規格時，其實就會根據高風險、高再犯的去設計戒護能力、設備設施。但是在一般的精神醫院，因為人員的訓練，我們照顧病人的人不是只有醫生，還有護理師、戒護人員、保全保安，都是處理一般精神病人。所以與處理有犯罪前科的個案是不一樣的。(A7-5-6)

反社會人格最麻煩的是他會攻擊其他病人，可能也會攻擊工作人員，整個團隊的心理威脅很大。我們最無助的狀況是，我覺得他沒有精神病的症狀，他真的要處理的是行為跟人格的問題時，我們會向檢察官說他可能精神疾病治療的差不多，可以離開了，但法院沒有同意他離開。(A7-5-7)

我們曾經有一個個案，他是酒精使用下，傷害他的朋友，所以是傷害罪，出獄後需要監護處分一年，結果他那一年就在我們醫院的急性病房跟慢性病房間轉來轉去。他不喜歡慢性病房，因為慢性病人比較穩定，年紀也比較大，氣氛就比較沒有那麼活潑。他喜歡去急性病房，因為急性病房比較多的活動。有次他想要轉去急性病房，沒有得到滿足，結果他就打斷一個病人的手。最後因為有攻擊行為而轉到急性病房。(A7-5-8) 這種行為造成其他病人跟工作人員的威脅，我們不太能夠去收像這樣子的個案。如果真的要收類此病患，也許要等到司法精神醫院成立之後。(A7-5-9)

此外，由於鑑定醫師跟執行治療醫生通常不是同一個人。法院委託我們(醫師)做鑑定報告，我們跟他說有再犯危險性，法官判了監護之後，交給檢察官去執行，但是法官要判幾年，沒有人可以告訴他，因為鑑定的醫師沒有治療過他，沒有辦法跟他說，所以法官就自由心證的裁判需要監護幾年。(A7-5-10)

檢察官委託醫院治療之後，醫院覺得這個病人可以提早離開，這個事情要與檢察官商量，要寫公文向檢察官報告說明這個個案改用保護管束來治療，無須一直住在醫院。可是有時候檢察官或法官不一定會聽從我們的建議，如果說治療 2 年之內就夠了，那就沒事了，但我們怕不夠怎麼辦，我們修法過程時曾討論，希望監護處分的年限不要固定。目的也不是要無限期監禁，其實是說，你讓他去做監護先判 3 年，在這當中你覺得他好了，我們會提出來，跟他說這個個案可以改用保護管束。後來修法修到刑法 92 條，保護管束 3 年，效果不好的話，可以再回去執行他的監護處分。(A7-5-11)

也就是說現在新的監護處分制度，沒有固定的年限，沒有說 5 年一定要離開，但我們可以在這過程中，例如病人雖然是重刑犯，但是治療效果還不錯，有可能就跟檢察官商量提早結束，我們的最終目的還是要讓病人可以好好的復歸社會。(A7-5-12)

在他精神狀況好的時候，我們就可以跟檢察官商量，試試看社會復歸，用保護管束來代替一段時間。因為檢察官這邊的監護處分覺得一定要住院，但是醫院的社區復健不會只有全日住院，還有日間病房。但日間病房不是監護處分，而是以保護管束來代替。(A7-5-13)

我們曾經有一些監護處分的病人，他在日間病房每天來醫院做復健治療，但他其實在保護管束底下執行監護處分。所以我們在討論希望可以彈性、時間上不要有這麼明顯的限制，可以靈活的運用各種精神治療的方式，來處理犯罪精神病人，使其好好復歸社會。(A7-5-14)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的

功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

新的精神衛生法，非常強調社會復歸的部分。當精神病人回到社區的時候，我們會按照一般精神病的方式做復健與治療，只要他的精神症狀可以穩定，按照他的能力去安排社會復健機構。但不是所有病人都有辦法進入職場工作，立法院研商會議中說要找一些勞動、就業服務、更生人協會等單位協助病人在恢復之後可以進入職場工作，但是常要求個案要有工作動機、工作能力，這正是嚴重精神病人經常缺乏的。(A7-6-1)

所以，更生人保護的部分效果是有限的，當然他們在急難救助或許可以有一些協助。德國對於藥酒癮成癮個案與精神病人的監護是分兩區塊。藥酒癮成癮個案需要更多的社會監督，需要檢察官監督行為，比較不是精神醫療可以著墨太多的。(A7-6-2)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

關於急性期收容人之醫療我們會挑選。主要是因為過去在執行的時候很少外援，最大的原因是法官判、檢察官指揮、醫院執行。但是醫院執行上遇到的困難，檢察機關、司法院很少給予協助。(A7-7-1)

我理想中的司法精神醫院應該是司法機構要去實施，因為解決的是監護處分個案的問題。雖然國家有在規劃這件事，但衛福部、法務部協調，最後是衛福部主管這件事。德國是司法單位在管，醫療人員只是進去做治療。(A7-7-2)

關於精神病犯罪者監護的相關制度，我們只是繼受日本、德國法，日本的法制沒有監護處分，有醫療行為觀察法，但是法務單位承擔比較多的責任，醫師還是只做專業治療。我們這邊不是，檢察官帶來後，我們說可以出院了，但還要檢察官同意。(A7-7-3)

現在我們正在規劃中的司法精神醫院由衛福部主導。法務部很妙，一起經營沒關係，但是誰要當院長、副院長。我認為至少應該要派幾個法警吧，他們卻說沒有，但可以幫忙訓練保全。(A7-7-4)

司法精神醫院，參照各個國家的制度，以英國為例，戒護醫院是以司法體系為主，但臺灣覺得治療就應該要是衛福部的事情；可是我們都覺得在處理高風險的個案的時候，你要有風險控管機制，至少要能夠執法公權力的人，例如法警，能夠在場。(A7-7-5)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

我之前接過 OO 外島地檢署委託 AA 地檢署執行監護處分的個案，保安處分執行法中規定檢察官每個月要來 1 次。OO 外島地檢署不會來，OO 外島委請 AA 地檢署的檢察官應該來，但是他們常常也沒來。條文中這樣寫，他們其實不一定會這樣子做。有時候講了才會來，最近同事也有接到另一個 OO 地檢署檢察官寄來檢察官訪視的紀錄單，意思就是要我們幫他簽名，類似這種情形還滿常出現的。(A7-8-1)

OO 地檢署這樣做，我也覺得很驚訝，不是規定一個月要來 1 次，怎麼你又來這 1 張，強制我們要做偽證。(A7-8-2)

當然也有一些地檢署的檢察官我就滿欣賞的，即便很遠，還是會來看個案，比較好溝通，可以經常說明病人變化，或許病人狀況好轉就可以提早離開。(A7-8-3)

其實有一件事不一定跟監護處分有相關，是保護管束的個案。有一些保護管束的個案住院中，會要我們的社工，幫他們填訪視紀錄單，這並不是病房社工的工作，確叫醫療人員幫他執行。(A7-8-4)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

(一) 人力配置建議

我們有個個案，他其實在獄中做過心導管手術。可是他來的資料裡面，只有附監護處分的執行書，沒有告知曾經進行過心臟手術。我們照顧一段時間，覺得這個人怎麼越來越虛弱、越來越蒼白。後來我們就送去心臟內科做治療，結果一檢查，才知道曾經心肌梗塞，心臟有做支架，現在心臟長了一個贅生物外診看到的心臟內科醫師非常生氣，打電話到病房告知，這個病人一定要開刀，不然會猝死。(A7-9-1)

那陣子照顧這個病人壓力很大，他一個人耗盡病房照顧能量的一半以上，剩下一半人力去照顧其他 49 床的慢性病人。。可是我們人力有多少？我們白班兩個護理師、小夜班及大夜都只有一個護理師。我們如何能隨時注意他的狀況，所以只能請看護，但是看護負擔費用又很高，我們可以請好幾個月嗎？跟家屬討論這件事情，家屬住臺北，光是要跟他們約開刀、說明的時間，都很難約。甚至家屬說：「手術完是不是再送來你們這裡？」我就想說手術完，我們沒辦法照顧啊。(A7-9-2)

手術完還有一段恢復期，就只好與地檢署溝通之後應到有內外科的精神科病房繼續照顧，整個溝通協調的過程長達半年以上。後來終於讓他去開刀，然後地檢署找到一家綜合醫院，可以在那間醫院繼續監護處分，由他們的內外科來照顧他的身體。只要遇到一件這種事情，我們就會遭遇很大的困難。(A7-9-3)

(二) 司法精神病院設備建議

現在要蓋司法精神病院，中間有談到設備設施的問題，一般的病房的天花板可能是輕鋼架，是不行的，病人會爬出去。我當住院醫生的時候曾經有病人從天花板爬出去。也有病人是鎖匠，沒辦法鎖住他。現在病房的安全性都不一定防得了一般精神病人，更何況是特殊的個案。設備需要補強，衛福部後來有針對這個問題編寫計畫處理，經過部會協調，司法精神醫院由衛福部辦理，但是衛福部不可能立刻蓋出一間醫院，所以先找一些醫院來做司法精神病房，撥補經費去進行設施設備的補強，人員教育訓練，計畫將未來的監護處分個案進行集中治療。(A7-9-4)

現在有些私人單位有幫政府做監護處分的個案，但是醫療環境不是很好。因此期待能夠集中幾家醫院治療，發展出臺灣自己的模式。目前規劃司法精神病房主要是處理中低風險個案，而不會去處理高風險個案，才不會超出大家能處理的範圍。再來就是監護的人力要配置多一點，須因應風險程度的高、中、低，而有不同的設置。(A7-9-5)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

關於政策評估或績效管理的指標不是我的專業 我們會從醫療的指標來看，我認為復歸社會需要建立長期的指標來監測，例如 1 年內都沒有再犯罪、入院之紀錄等。(A7-10-1)

我想像中的監護處分，不僅僅是精神疾病的治療與復健，而是可以針對他們進入監護處分的核心問題進行處理。例如：我們可以開個犯罪行為人（精神病人）的治療團體，討論他們是如何與犯罪發生關係，自己的犯罪行為與疾病的關連性，如何避免再犯罪。希望他們能對自己的疾病與後來的犯罪行為有一些深入的反思。因為有深入的反思，才能避免再去做這件事，也才能有機會重新回到社會生活。(A7-10-2)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

無。

A8 深度訪談摘要

訪談時間：2022年2月15日（星期二）

下午15時00分至16時25分（共1小時25分鐘）

地點：會議室

訪談者：李衍儒助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

我的學歷是國防大學醫學院的醫學士，現任英國兒童/青少年精神專科醫學會會員、美國精神醫學會會員，曾任三軍總醫院主任醫師、國軍八一八精神專科副院長等職務，在醫學院讀書時並不分科，等到任職時分發至醫院才分科。分科後一直任職於精神專科，在軍方期間有很多案例，尤其是以前徵兵制時期，有做過像是兵役篩檢、兵役鑑定的經驗，精神醫療專業的年資約40年。(A8-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）實務困境

法務部交給我們醫院，針對受監護處分者做精神醫療的工作，其他的事情通常不太介入。但現在就是說，除了精神上的問題之外，還有生理上的疾病，生理上的疾病通常需要外診，需要到別的醫院去就診，例如因感冒或女性婦科問題，需要到院外去。(A8-2-1)

如果需要保外就醫。據我了解，保外就醫的那段時間內是扣除監護處分期間的計算，因為他們保外就醫時通常須要戒護，現在多是責付家屬帶回自行辦理，若不經由家屬辦理，則會在程序、戒護及人力方面額外增加很多負擔。(A8-2-2)

責付家屬具結保證，由家屬帶回自己尋覓適當醫療院所治療，治療到一段落後，醫院覺得ok、可以回去了，改門診追蹤了，就可以回到這裡來。(A8-2-3)

門診追蹤時我們也會通報法務部，單日也是有責付家屬具結保證，簽名帶出去就診之後，再帶回來的情形。(A8-2-4)

（二）改善精進建議

有部分的監護病人，有好一點的家庭背景，他們在監護處分之前會強調他患有精神上的疾病，等到一旦進入監護處分的醫院，則會反過頭來講強調他很好，可以希望不用監護處分或提早結束，藉此來躲避刑期。(A8-2-5)

在法務部要認定這個病人有精神疾病、給予減刑或是到醫院執行監護處分前，必須要有醫院的證明、鑑定。我們希望醫院鑑定這方面要稍微詳細慎重，這是我們醫療界本身的問題，跟法務部沒有關係。但我認為醫療界要更嚴謹一點，不能只聽病人與家屬的說法，尤其是律師在旁邊教導、下指導棋。這牽涉到醫療專業，與法務部沒有關係，但是我們確實是碰到少數幾個我們看起來是還不錯，沒有那麼嚴重，但在判決時是有很嚴重的疾病。一進來我們看好像也沒這樣子，這個在醫療上會造成我們的困擾。(A8-2-6)

「這個病人的情況也沒到那個程度……」，所以這個有時候會造成我們這些內行人一看大概就知道的狀況，因此建議第一關在醫學中心要可能嚴謹一點，這個診斷一看就知道是有問題的。但因為送來的時候已經下判決了，如果打回票的話法院的執行科會很頭痛。(A8-2-7)

法院已經判了之後，法院執行科務必執行，連哪一天都不能錯。因為法律是死的條文，沒有裁量空間，那我們必須跟他們做配合。我知道有些醫院比較站在醫療專業的立場，用醫生的角度說你這個不需要監護處分，就把他打回票。此時執行科就會找別家醫院，因為法官已經判了，必須執行。我知道有些醫生他是比較站在醫療的角度，這個沒有錯，那這個就是說可能有沒有什麼救濟的方式，如果門診覺得他不行、不適合，沒有到這個程度的話有什麼樣的一個方法？因為你法院判了是黑紙白字、沒有裁量空間，有沒有什麼補救方式呢？(A8-2-8)

有些醫院的醫生會比較執著，覺得這個病人根本不需要到住院的程度。一定有這種個案，這個部分就要設計一個救濟的管道，或是在源頭在做鑑定的時候，就更應該要審慎嚴謹，法官多諮詢確認一下。但這個不是我們醫療界管的，只是在我們這邊發現的問題。(A8-2-9)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

(一) 執行監護處分的相關實務機構

我們現在的精神醫療的網絡還算完善，但如果涉及性侵害案件的受監護處分者，我們還會與市政府性侵害防治小組的委員會，跟他們做聯繫，他們會固定派人來訪視，當然我們站

在專業的立場，醫院會安排相關的課程，這個一路會連結到社區轉銜的過程，屬於社會安全網的一環。此時各地方政府的性侵害防治委員會就會介入。(A8-3-1)

(二) 實務困境

法務部在上次監察委員來巡訪之後，有個新的作為就是，當這個病人監護時間期滿，要出院了，會找我們過去開會報告，對醫院來講我們過去是沒有這個業務的。去地方法院報告總結該員適不適合回歸社會、進入銜轉社區。但是該報告，首先，他們判監護處分的時間如果是今天，你絕對不能遲延，今天晚上 24 時前你一定要讓他走，沒有彈性空間，所以你做任何方式都沒有效，就得打開門讓他走，改變不了事實。(A8-3-2)

如果你在那個時間之前，覺得說這個病人不行，提出說這病人可能還有再犯之虞，希望能夠延長其監護（住院）期間，沒有一個管道。因為他判刑到什麼時候就是什麼時候，他必須要法院再為了他重新再審判，這時重新判他沒有任何根據只能根據醫療報告，因為他沒有犯罪事實，但我們覺得他的症狀還有一些妄想、幻想、還有攻擊別人的衝動或是甚至於放火的衝動等還沒有治好，那麼他可能放出去到社群裡還是有危險性。(A8-3-3)

最後的總結報告牽涉到法院審查程序要多久，我們醫院方面太早提出來，萬一中間又有變化、他又好了，你也不知道。所以這個時間雙方要抓好、要協商。(A8-3-4)

要不然建立銜轉機制除非你有強制性，要入法，否則不容易。現在是有精神衛生法的相關規定，但他強制力不太那麼完善。(A8-3-5)

此外，我們有一個叫做強制治療，強制治療它有住院強制治療跟門診強制治療，實施住院強制治療，這是可以補救的，讓他繼續再住。但是這個呢要通過審查會同意。但是審查會的時間要算進來，不然時間到了，沒有任何依據就一定要放，不然我們就算妨礙自由了。(A8-3-6)

至於強制社區治療。如果說這個人屬於極端危險，他到了社區，你要給他做治療。也就是說，所謂強制社區治療，就是醫生跟護士可以到你家裡訪視你，可以給你打針給你吃藥，如果你不合作可以申請警察配合來找你，你一定要接受治療。那這個是針對醫療方面，認為這個病人是很嚴重，非要強制治療，但是他又不到住院，我們叫做強制社區治療。這個可以做，但是實務上常上演你追我跑的戲碼。(A8-3-7)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

這個修正案當然是對社會安寧是有保障的，因為確實有些病人，醫生就知道他治不好了，但最重要的是他們根本不認為自己有病，沒有病識感，你放他出去，他可能會再犯。(A8-4-1)

精神病雖可治療，但絕大多數的病人都不會好。只要是符合學理認定的精神病，絕大多數都是長期、慢性的，絕大多數是不會好的。但是這裡面還可以分為具危險性與沒有危險性兩部分，非常少數是有危險性，絕大多數是沒有危險性。(A8-4-2)

有些自我傷害有包括在危險性內，自我傷害分成很多種，但是真的憑良心說，佔整體而言並不是很多。精神病患中會傷害別人的其實是少之又少，但是它也是絕大部分屬於不會好的那一個部分。(A8-4-3)

我們在精神衛生法中有做精神病與非精神病的區隔，所謂精神病（思覺失調）是指，它的思考邏輯是很怪異的，譬如說他可能覺得有人要操控他，或是覺得自己是兩個人，就是這種超乎常人的想法，英文叫作 Psychosis。Psychosis 不會好，那其他非 Psychosis、不是精神病的，我們廣泛稱它為「精神疾病」。精神疾病不等於精神病，精神病它是不能好的，它是終身長期的。當然裡面需要永久與社區隔離的不是很多，但確實是有的。(A8-4-4)

法院修法當然是顧及到其周延性，雖然是少數，畢竟需要永久隔離的不多。關於精神病的強制治療是說，當你的症狀會影響到有死亡或是殺別人、對自己有害的具體行為的疑慮，我們都可以強制。(A8-4-5)

其他疾病例如癌症並不需要啊，你問為什麼？就是因為精神病腦筋不清楚嘛，它失去了判斷能力；癌症的病人他可以選擇他不要治療他選擇要死，因為他腦筋清楚啊，他表達他的自由意志啊，我們尊重他。但是精神病的腦筋不清楚，所以要強制。(A8-4-6)

但有些人假託精神病，法律的義務不遵守，講權力的時候又說我沒有病，我不要治療，但是我要申請身心障礙手冊，可以領補助。這就要由整個司法體系甚至整個社會去研議處理。(A8-4-7)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

本院收案來源有兩個部分，一是法務部轉接過來的，法務部判刑的，他們判他監護處分，我們一定要收，你不收他就沒地方走了。我收進來以後，因為我是有法律的依據，收進來如

果我們經過評估覺得你不需要，我們可以打報告。我們平常收住院當然有平常收住院的條件，最主要的是疾病的考量。衛福部或是健保局對我們其實也沒有限制，也是尊重醫院的專業判斷。(A8-5-1)

我們通常是比較傾向於如果是 Psychosis 一定要收，那是毫無疑問的，因為他失去邏輯、失去理智，他覺得樓上、樓下的鄰居都是要針對他、要害他、對他下毒，這我碰到很多，這種一定收。(A8-5-2)

一般精神疾病非精神病的患者就看嚴重程度，有些狀況很輕微，你叫他住院他也不想住、因為實際上就不符合住院標準，有些譬如說他有恐慌症，他在某種狀況之下會產生恐慌，但他上班沒有問題，只是他不能進密閉空間，那不要進去就好了，這並不影響他的上下班及居家生活，日常生活他只要迴避某些狀況，是不至於需要用到住院的，甚至住院對他的狀況也不是有很大的幫助。所以像這種我們都有一定的條件。(A8-5-3)

另外各大醫院普遍都對人格異常不太詳熟的，因為人格異常是不太能夠用藥物來治療的，但不屬於精神病，人格異常是指他個性跟人家格格不入、偏頗，但他沒有幻想、幻覺。精神病它有兩個主要特質：一個是幻想；一個是幻覺。我剛剛講有些醫學中心它就很大牌，他說你這個不適合住院，但法院判決書都已經有了，就只好找我們（委託的私立醫療院所），我們也只能配合，就說我們先收進來觀察一段時間，如果覺得他可以提早走，我們會打報告讓他提早走。我剛剛雖然講有些醫院很大牌，但其實那些醫生也沒有錯，他只是盡他醫生的本分，但他不需要配合法院。只是一開始在判斷是否有精神病時，源頭要把關緊一點。(A8-5-4)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

關於受監護處分人多元復歸社會的機制，建議多利用居家治療與社區強制治療的方式，但是其先決條件是「沒有立即的攻擊性及危險性」。(A8-6-1)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期的問題，涉及司法政策與醫療專業無關。(A8-7-1)

至於急性期收容人的醫療判斷，則允宜由精神醫療專業醫師，本於精神醫療專業予以判斷，不過據我所知，一般私立（人）精神醫療院所，沒義務也不一定都願意配合法務部，進行急性醫療容留之診斷。(A8-7-2)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

地檢署檢察官他們真的每個月都照時間來視察本院及受監護處分人，我們也會跟他排時間。如果我個人有事無法參與，也會指派院內的主管來陪同。(A8-8-1)

他們每個月都會來一次，甚至常常會帶實習學生、實習法官過來，最少 1 位檢察官、1 位書記官一定會來本院訪視，應能確實維護受監護處分人的權益。(A8-8-2)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

我們是法務部委託執行監護處分的私立醫療院所，在醫療方面使用健保給付，這是沒有問題的，但我們沒有所謂的委託管理費，法務部委託我們以後，唯一支付的就是伙食費。(A8-9-1)

我們無法漲價，法務部都說沒錢，不然就說會跟上級反應，但最重要的是說有些病人家裡人已經不管他，他在這邊健保給付的是醫療費用，沒有給他自己個人的生活費。所以很多東西都是我們的社工單位去募捐給他們的。(A8-9-2)

現在發生一個問題，就是說當病人是有重大傷病時，法務部會全部買單；但有些是沒有重大傷病的，沒有重大傷病產生的叫部分負擔。部分負擔是法務部要給，但法務部會經過嚴格的審核與刪減。(A8-9-3)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

關於精神醫療成果評鑑的各種相關指標太多了，這是我們醫療的本行，必須由我們醫院做一個介面呈現給法務部，讓法務部了解我們做得成果怎麼樣。(A8-10-1)

至於醫療績效評估標準，則應針對不同種類之精神疾病而有不同的標準。(A8-10-2)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

法務部有很多撈過界，管到醫療方面；而醫療界也同樣的撈過界管到人權，這都不太對。應該要站在中立、專業的觀點來面對這個問題，讓醫療歸醫療；法律歸法律。(A8-11-1)

A9 深度訪談摘要

訪談時間：2022年 月 日

地點：

訪談者：林政佑助理教授

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

我於 1963 年出生，於 1982 年進入高雄醫學院，服役後即進入臺北市立療養院，為非「陽明體系」的第一屆私校公費生。剛當上醫師的時候，精神科還叫做「人才羅致困難科」，所以公費生就被安排到公立精神科服務。(A9-1-1)

我大概在 1993-1994 年間取得專科醫師後，因緣從事鑑定工作，也接觸到犯罪防治中精神醫療的部分。於此同時，精神科醫院開始要承接毒品危害防制條例，市療於 1994 年左右接下臺北市煙毒勒戒所，正好在精神醫療擴張至毒品防治的階段。我們醫院通常是零星地承接個案，通常還是以「酒藥癮」為主，當時承接的個案幾乎占了全臺灣的六分之一。後來家庭暴力防治法及性侵害犯罪防治法制定後，精神科的觸角就進入了其中的精神治療。可以說，我跟著臺灣的法律結構一起成長。(A9-1-2)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

扮演角色：針對「非自願」的案主，進行治療。

對於保安處分中的監護處分，我認為這比較單純，因為它是傳統嚴重精神疾病病人，主要還是著重在疾病治療，理論上他若只是患有疾病而沒有其他人格特質的話，治療疾病就可以減少他再犯。至於像是家庭暴力個案會來做精神治療，多半是有「酒藥癮」。性侵害則是最困難，因為疾病色彩不高，但是大家對精神醫療有蠻多期待，而且性侵害犯罪防治法委託給衛服部，脫離了純粹犯罪防治，所以它又好像變成了精神醫療。我們只好透過精神醫學或是心理衛生技術來對這些「非自願」的案主矯治。(A9-2-1)

困境：特殊犯罪類型不具備疾病色彩，屬於人格診斷的部分，此部分為監護處分難以處理。若要把疾病治療跟行為矯正作為兩端，我覺得監護處分是最明確的疾病治療，再來就是藥癮，再來就是家暴。另外一端，就是性侵害犯罪。釋字第 791 號解釋為什麼會說「治療成分這麼少」，我覺得是這些特殊犯罪類型本來就沒有那麼多疾病色彩，它比較會是屬於人格診斷的部分。(A9-2-2)

精進的建議：參照（A9-3-3, A9-3-4）

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

其他執行監護處分之機構：多為公立醫院或是軍方的精神科醫院。

鑒於健保制度的種種因素，導致精神疾病醫院多是公立醫院的情況發生。未來監護處分若真的要成立「司法精神病房」，我們都認為最後都會是公立精神醫院承接，或是軍方的精神科醫院。高雄凱旋醫院本來就希望有這部分的發展，松德選擇是希望還是做「藥酒癮的部分」，因為藥酒癮還是毒品危害防制中的主要部分，我們不太可能全部都做，因為沒有那麼多的資源。（A9-3-1）

扮演之角色與提供之服務：松德希望仍是做藥癮酒癮等部分，因為資源不足，不可能全部都做。

我們一年大概會收五百到六百個緩起訴，那如果已追蹤人次是六七千人，這個人數已經過多，我們比較不容易再去做司法精神病房的部分。我們在緩起訴的部分是跟北檢合作，另外衛服部把我們當成藥癮醫療示範中心，它每年會提供我們兩千萬的經費，我們就用這筆錢雇用二十個人力，請他們追蹤緩起訴的對象。（A9-3-2）

人員互動狀況為何？無太大問題，透過溝通解決即可。

人員的互動上，透過溝通往往可以處理。（A9-3-3）

有無改善建議？資源使用上有比較多問題，挹注資源並提高醫院收治此類型精神障礙者的誘因。

比較大的問題在於實務上資源的使用。最早監護處分是專款撥款，沒有納入健保，現在又要回到使用專款，其實大家都卡在很實務的爭議上。以前臺大雲林分院曾經有個監護處分的案例，受處分人得了盲腸，開刀以後要跟地檢署申請盲腸炎的手術費用。地檢署就說因為盲腸炎並非監護處分的治療內容，所以沒辦法付這筆錢，最後就是用急難救助金，但是這產生一個問題，對醫院管理階層就產生負擔。另一個問題，健保是治療疾病，所以有住院期間的限制，醫院會有審查。監護處分一住至少三年，雖然後來縮減到一年半，可是病人通常在住院第四個月後，健保就核刪。如果再去向地檢署申請經費，地檢署會說又不是他們核刪的，所以還是不付這筆錢。又要跟健保的醫療資源競爭，所以就會有現實上的問題，業績不好的醫院可能會願意接，但是治療能力不錯、業績接近八九成滿的醫院不想做。如此形成誇張的

窘境，醫院在執行國家任務，醫院將產生自我傷害的行為。所以若把這個放在跟健保競爭的場域就會產生這種問題，最後才會希望專款專用—司法精神病房的設計，就是因為經費問題跟戒護人力的問題，人際互動部分則較無問題。這也涉及到就職能治療能否包括讓病人回家短住部分，我認為臺灣現在不太可能做到。雖然在新的保安處分執行法是有說，希望讓病人未來可以到護理機構，或是精神復健機構，我認為這個是遙不可及。因為病人要去哪？一般的精神復健護理機構他為什麼要再收治這樣的病人？沒有誘因，現在能找到的只有醫院。你把他跟一般醫療的病人來比較，這群人一定會被人家特殊看待，因為必須要有更多額外的人力及資源，你有給他比較好的薪水嗎？法律這樣規定是好的，但現實上我認為除了醫療機構以外的單位願意收置這樣的病人。(A9-3-4)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

應如何保障受監護處分者之人權？加強分流與社區處遇制度。

我認為應該要加強分流，另外是不是我們有可能有社區處遇的法令？而不是單純靠矯治處所跟醫院機構，因為這兩個都是關起來圍住，你總是要有一部法令得讓他回到社區。(A9-4-1)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？透過跨部會修法來資源重分配。挹注更多資源投入精神醫療。

或許一般人會這樣認為機關互推皮球，不過確實是因為大家的資源都不足，所以我覺得資源重分配是修法需面對的問題。應該如何修法，我認為行政院應該要有跨部會的會議，法務部跟衛服部都常說自己資源不夠，到底問題到底在哪，看起來層次就不適部會本身的問題了，必須要有一個媒合點。我認為社會安全網花太多資源在追蹤協助，他沒有重新投資精神醫療或該有的醫療服務。精神醫療在這十幾年，他的收入沒有增加，但他的成本增加，因為我們的勞動條件進步了，精神醫療就是要靠人當治療基礎，所以在成本增加部分是最敏感的。

(A9-5-1)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

如何提供多元處遇？警政、衛政、觀護人等的合作，調整刑事政策，建構社會安全網。至於監護處分本身與身心障礙權利公約本身即存在衝突，不如承認一開始就無法完全達到身障者公約的要求。

其實跨領域一旦回到社區，大家會想到社會安全網，現在很多都是追蹤輔導，警政當然是一個部分，用有治安疑慮人口去做。衛政即是心衛社工、社區觀訪員、公衛護士則是做一般民眾健康維護。這些都是屬於支持與協助的部分，強制力跟約束力的來源只有警察，觀護人也沒有強制力。社會安全網也必須面對，真得要有具約束力的法令等等，才有可能配套是支持性的。另外一個問題是，我們交付給他們的都是一群比較高風險的病人，但是事實上執行的人年資都很淺，真的很像把菜鳥拿去當特勤隊的感覺。實務上他們除了去追蹤輔導之外，後續處理的法源或資源很有限，所以我總覺得不能只有社會安全網去處理，你得刑事政策一定得去慢慢面對問題。為什麼臺灣的社會安全網一直都沒辦法做好，其實也反應我們的社會只重視經濟發展，可是我們又很怕社會有發生什麼狀況，其實臺灣的治安沒有那麼亂，可是民眾感受就是一直很不好，所以永遠彌補不了。(A9-6-1)

若按照兩公約的內容，我們本來就不應該要有監護處分，你也不應該要有強制治療，你也不可以用民法的監護宣告，因為你這是替代性決策。那也不應該要有刑法 19 條，因為這就承認身心障礙者的責任能力不足。所以政府應該勇於面對價值選擇的問題，但是我們沒有遵守真的不對嗎？身心障礙權利公約確實是一個進步，但是真的不願打腫臉充胖子，承認我們沒有違反它，我們真的沒有辦法全部符合。臺灣的強制治療跟強制治療內容是不是可以分離，一直在討論，現在的法律大部分是默認強制治療的內容是不需要對方同意。我們一直在討論，我們的強制性內容可以到多少，現在就是法律空白授權啊，幾乎什麼都可以做。在住院或者機構，幾乎不太可能有同意權，可是在社區就很難施以強制，在實務上就產生能不能強押病人打針的問題。這個是不是要馬上立法討論，我在這個地方比較保守，像這種實務面的問題，不如先處理大結構性問題，再慢慢推演。不然常常會造成執行上的一些障礙。(A9-6-2)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

空窗期有無配套措施？加強即早診斷和分流

如果我們把所謂的即早診斷跟分流放在偵查中，而不是一定要有暫行安置這個制度，其實他可以分流到醫院，現在新修的法是有這樣的考量。當病人若有機會得到比較充分的治療，其實就會減少疾病對他的影響，若偵查中就可以鑑定，這樣是越早越好。我們鑑定最重要的是必須要有嚴重疾病的存在，法官最後當然有判斷的餘地，為什麼第 19 條要讓病人減責或無罪，是因為處分一個生病的人是不合理的。如果及早治療，可以讓後端較複雜的事情可以減少，可是就是前面的資源必須充分。我的終極希望是最小的精神病院病房，最早的即早治療。(A9-7-1)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

是否確實維護受監護處分人權益與否？醫療狀況問題不大。

這一個部分我覺得實務上影響程度沒有那麼大，重點是醫院有多少資源執行。但是我覺得臺灣目前醫療狀況，這個並沒有想像中的那麼不足。重點是資源和溝通協調機制的磨合過程。(A9-8-1)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

監護處分等相關資源配置是否合理？有預算資源的問題。至於人力戒護涉及法務部事項。

醫療處遇的預算資源問題如上所述。至於安全管理設備及戒護人力，涉及到法務部的部分，我知道他們會聘用一些有獄政經驗的保全人員。就強制力部分，好像是會用行政特別法，讓他也有部分的強制力。(A9-9-1)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

如何評估成效？以早期得到治療與減少疾病慢性化評估

指標為何？由法務部規劃以及將再犯率放入評估指標中。

就醫療面而言，應該要讓病人盡早得到比較妥適的治療，減少疾病慢性化。因為我覺得其他成效指標應該是法務單位去想，對醫療來講，如果這制度能夠經由分流，跟資源的重分配，簡短他疾病的慢性化應該就是成功的案例。不過不要期待一兩年就能成，這一定得磨合很久。另一個主觀指標，再犯率的評估。(A9-10-1)

十一、其他與本研究相關之興革建議。無

A10 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月2日（星期三）

上午10時00分至11時20分（共1小時20分鐘）

地點：線上

訪談者：蔡田木教授

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

實務與專業背景、任職機構屬性、工作年資：我是心理背景，主要是臨床，協助精障朋友相關的社區服務，在這個領域的工作年資是二十年。過去比較多是從事就業服務，協助精障朋友順利找到工作，穩定在職場上任職，近幾年發展其他服務，例如日間服務、住宿型、倡議型的服務，協會目前服務方案大概是十五個，從日間型就業服務到住宿型的都有，在全國相關的服務精障協會裡算是最完整的。(A10-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

接觸一般精障個案 20 年：協會成立至今快四十年，我個人在協會工作也二十年，就我個人而言，直到發生臺鐵殺警案一審被判無罪的時候，我才知道有監護處分這件事情，意思是說臺灣司法的監護處分跟民間服務脫鉤非常久，甚至可能根本沒有連在一塊。我們協會沒有接觸過監護處分相關的服務，也不曾有司法單位、檢查機構跟我們聯繫要一起服務監護處分期間或之後銜接的問題，這個狀況我覺得是普遍的現象，因為我們協會在臺北市資源算多的，規模算全國最大，其他地方更不可能。(A10-2-1)

服務內容主要是身心障礙者權利保障法下的各種法定服務：現在走的服務大概是身心障礙者權利保障法下面的服務，有許多法定服務，例如社區居住、社區型的作業單位。我們服務的對象大部分病情相對穩定，他需要有外出、參與社區服務的動機，譬如他想要就業、學習，包含剛剛提到的就業服務，我之前就是在做就業服務，現在有發展很多日間型的，很多精障朋友不能馬上就業，但又不希望他一直待在家，白天他們就來參加活動，晚上就回家，如果無家可歸或家人相處不好，還有居住服務，所以我們服務是日間型、夜間型、就業型、照護型的都有。(A10-2-2)

民間不太知道在監護處分中需要扮演什麼角色：對民間來講比較困難的是，比較沒有接觸這類的對象，就我們協會來講多少都會擔憂要怎麼介入、給予服務，因為我們過去沒有跟司法機關、檢察機關合作的經驗。我們不會拒絕需要幫助的精障朋友，只是因為過去沒有接觸，所以問我們這些民間團體準備好了沒有，我們完全不知道該怎麼準備。譬如說制度上，雖然法令有說令入相當處所，裡面有指到慈善機構，但過去沒有任何案例可參考，我們不太知道我們要扮演什麼角色跟任務，像是如何提供合適醫療、銜接社區，到底有哪些資源可以介入，現在這些資源有沒有、要怎樣把這些資源長出來，目前都沒有任何政府單位跟民間討論到這一塊。且現在的精神醫療跟社區服務脫鉤蠻嚴重，沒有銜接在一塊，醫院做醫院的，社區做社區的，這是很大的問題。(A10-2-3)

經費來源及花費：大部分是政府補助，目前一年的經費，單純服務大概是八千萬，一年平均服務一千個左右的病人，平均一位是八十萬左右。(A10-2-4)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

目前大部分監護處分個案往醫療機構放：目前我知道的，都是殺警案後相關社會的關注、立委的關注，包含召開公聽會後我們才提到的資訊。之前公聽會有聽過草屯療養院的醫師，提到他們收容很多監護處分個案，代表檢察機關在執行監護處分時大部分都往醫院塞，畢竟醫院屬於比較封閉、保護型的場域，也有聽過比較輕罪的如偷竊慣犯，把他放在精神療養院沒有太大意義，但因為社區沒有地方放，所以都往醫院塞，這也反映出社區資源不足跟還沒準備好服務，所以目前就我所知大部分還是都往醫療機構放。(A10-3-1)

如何合作需要討論：原則上我們不會拒絕需要幫助的病人，但是要怎麼合作是需要討論的，譬如說合作期間檢察機構擔任什麼角色、我們的目標是什麼，那個跟我們現行服務會有重疊，但一定有不同之處，要有討論的機制，像之前官方就沒有和我們接觸。我覺得我們有足夠的條件來執行，但是還不太清楚實際狀況。(A10-3-2)

保密性與鄰避效應的顧慮：我們協會目前是有社區式的長照機構，另外有提供社區居住，但是社區居住是在社區內，可能要考量到相關的保密性或是鄰避效應。如果是像老師提到的他一定要住，服務可能相當困難，我剛剛提到我們協會的住宿單位，比較封閉式的全國只有我們有，如果是鄰里間的社區居住，有些縣市也有，但是要用來做監護處分個案服務的話顧慮會比較大。(A10-3-3)

確切提供的床位要看狀況：社區居住有十八床，現在幾乎滿床，能夠提供的床位不一定，如果是滿床的情況就要等，未來可能需要用特約，譬如說跟檢察機構簽訂一些契約，包含服務範圍、經費，民間團體比較沒有能量把床位空著等檢察機關來轉介。像現在我們跟社會局簽的合約都是收到滿床，如果不確定的情況之下不太會刻意留下空床來等入住。剛剛提到的一人八十萬是整個協會的，但如果以社區居住的單位說的話一人大概是五十到六十萬左右。(A10-3-4)

臺北除康復之友協會外還有心生活協會：臺北市比較有在運作的就是兩個，一個是我們協會，另一個就是心生活協會。心生活協會相對小很多，員工人數大概不到十個。伊甸基金會是全國性的，過去是服務肢體障礙跟視覺障礙的朋友，那目前伊甸基金會比較專屬服務精障的單位只有兩個，活泉之家跟真福之家，這兩個其實我們協會也有，我們協會有三個，向陽會所、興隆會所跟慈芳關懷中心，是日間型的照顧單位。(A10-3-5)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

無限延期偏向回應社會輿論，當前社區服務與轉銜機制未完善下並不合理：我覺得這次的修法比較是在回應社會輿論，尤其是鄭再由的案件，以民間團體的角度來說，我們想到的是怎樣發展多元處遇或社區服務來承接這一塊，我覺得這些議題是綁在一塊的：無限期的議題跟社區處遇。意思是說社區處遇或銜接的配套措施如果可以發展起來，還有必要無限期嗎？無限期背後當然有他的因素，但我覺得現在就是社區跟銜接端都還沒有服務的情況下，當局為了保全社會安全，暫時用無限期的方式來安置，我們會覺得不合理，而後面的多元處遇要怎麼架構起來，是要同步一起討論的。(A10-4-1)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

沒意見

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

應由前端安置妥當後，再結合後續的社區服務：我覺得這個分一些層次，我剛提到協會有很多服務，在臺北市協會有一百多個員工做很多服務，但是到外縣市都沒有，意思是說外縣市的一般精障者就用不到這些服務，更何況是受監護處分的精障者。所以還是要由前端去，前端可以達到預防，先把這些人安頓好，安頓好之後社區服務的量能會長出來，再同時來服務這群受監護處分者，這是比較理想的狀態，但是現在卻是倒過來，因為我們有這群指標型的個案，所以要有服務，但是民間沒有能量，他們根本沒有辦法想像要怎麼服務這群監護處分的朋友。(A10-6-1)

目前協會提供各種服務，可配合多元處遇：日間、夜間、全天跟就業的服務我們都有，我們都可以提供協助，對監護處分個案不是只提供他住而已，一定會提供相關的服務，譬如他經濟弱勢提供就業、找工作，有點像更生人要回職場，類似的相關服務。(A10-6-2)

就業服務可以結合其他支持性策略，提供的工作機會勞務性質居多：就業服務我們媒介成功率大概兩個精障朋友可以成功一個，百分之五十左右，而後面離職率要看給他多少支持和協助。我們政府目前就業服務還是比較片段，指標是工作滿三個月可結案，這有時候會造成工作一兩年精障朋友會離職換工作，還是要發展一些其他支持性的策略，目前勞動部還在規劃，目前我們都是階段性的服務，協助個案找到工作，穩定三個月後結案，再去服務其他人。工作性質我們媒介的是勞務性質居多，比較是體力、非技術工，像是清潔、加油、洗車員、超商賣場排補貨員、收銀員，大概是這些職類比較多。(A10-6-3)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

可以參考精神衛生法的審查會機制：我會比較建議用過去的強制住院，強制住院過去要召開審查會，審查會算是一個保障機制，讓多元專業在裡面，包含人權團體、病人代表，我覺得可以走審查會的機制，讓他可以留置在適當的處所，在空窗期時接受治療。因為把他放

回去大家也會不安心，審查會應該是過去操作下來可以平衡人權跟社會安全的機制。(A10-7-1)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

第八題本身無法回答：沒有任何經驗。

接受委託執行工作，相關政府機關如何監督執行的落實狀況：我們跟相關局處，像跟社會局、衛生局、勞工局，我們有簽訂服務契約，每年度要達到多少績效，例如穩定就業多少人、居住單位服務多少人，目前大概是用量來控管，每年度有一定要達到的量。也都會到現場視察，像社會局會定期派局內或外聘的專家學者督導，也有評鑑機制，評鑑所有的服務項目，包含數量、服務方式、場所安全性，比較整體性的，多久評鑑一次不一定，有些是三年、有些是兩年。(A10-8-1)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

都要審慎去評估，不然協會也不敢接：因為都沒有接觸過，但這裡提到的，如果以我來說，未來如果有機會要執行這個的話，我也會希望去了解我所要負擔的責任是什麼，給我多少資源、要達到什麼目標，都要審慎去評估，不然協會也不敢接。(A10-9-1)

居住服務不是收容跟管制的機構，安全管理程度較低：我們的居住服務是服務狀況比較穩定的病人，安全管理基本的都會有，但是因為我們的社區型居住方案不是收容跟管制的機構，就像我們一般的住家，門不會上鎖，也不會強制要求不能外出，它就像學生宿舍，白天出去上課、工作，晚上回來居住，我們是要促進他的生活功能，並不是要管束他們。所以我們社區居住不曉得是不是適用在監護處分，應該某種程度可以適用，如果說他的狀況不是太嚴重，那我們服務的方向一定是讓他越少拘束、越多選擇自己要過什麼樣的生活的目標來執行。(A10-9-2)

社區居住費用：三到五千一個月，三千是雙人房，四千跟伍仟都是單人房，這是社會局規定的。公家補助大概就是剛剛提到的，一個處所裡面一年服務六個人，營運的經費大概就是三百多萬（一人五六十萬，在第三題床位狀況提到）。(A10-9-3)

社區居住沒有發生過嚴重的暴力事件：沒有遇過，偶爾人跟人之間的爭執、摩擦都會有，但沒有比較嚴重的暴力行為，因為第一關就會評估是否要收容。(A10-9-4)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

核心指標可以是再犯率和縮短監護處分的期間，加上一些病情穩定等輔助指標：我覺得這個部分的話，一個也許是收監護處分期間的長短，因為受監護處分期間的長短，有可能是他可以接受到適當的社區服務，讓他的狀況改善比較快，所以相對的監護期間會縮短。另一個是再犯率，因為我對監護處分比較不是這麼清楚，這是從我目前接受到相關的經驗來推。再來是說，對於疾病的穩定，譬如接受治療的次數、住院的次數、服務的次數或深度等等，這些都可以作為輔助的指標，核心的指標我覺得法律層面來講應該是減少他的再犯率，跟縮短監護處分的期間，就是提早結束監護處分，讓他可以脫離司法監管、回到自己的生活。(A10-10-1)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

對監護處分執行沒有信心：必須說還蠻沒有信心的，因為現在談監護處分，不管是從法律層面，法裡面訂到的轉銜、社區服務，都還太空泛了，都在文字上討論，沒有落到實質該如何執行、做比較深度的意見交流或者困難的處遇，很難想像未來會長什麼樣子。剛剛跟老師分享的都是以我的經驗推斷，因為過去完全沒有經驗，最多就是有接過家防中心的轉介，轉介到一些偷竊慣犯，他其實已經不是在監護處分期間，我覺得我們真的沒有太多經驗來評估未來監護處分。(A10-11-1)

A11 深度訪談摘要

訪談時間：2022年3月1日（星期二）

上午11時15分至12時45分（共1小時30分鐘）

地點：咖啡館

訪談者：李衍儒助理教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

我今年 40 歲，教育程度大學，二月離職，距離現在不到兩個禮拜。在此之前我在這個單位工作了 14 年多。我的專業領域屬於是社工，只是因為在精神疾病社會工作領域裡，一定要跨到做心理輔導，因為這個領域是很難不這樣子跨的。(A11-1-1)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

（一）任職機構角色扮演

幻聽跟妄想其實在精神醫療裡面現在大概最多就一半，會真的減低或不見。在透過穩定醫療之後，這兩個症狀是最難處理的。那所以說我會講這個的原因是說為什麼我們會採取這種方式就是去像你講的這裡面可能有什麼創傷，或者什麼不被理解的經驗，所以我們就做了一個叫敲敲話入家行動。這個是一個我們辦了國際研討會之後推這個東西給人約盟啊、給很多不同的單位，就是會討論這個問題的單位，因為 CRPD、兩公約都有關係，然後因為他剝奪人身自由嘛，(CRPD) 14 條的部分，那所以說我們的開放式對話就是在實務上面想要對於強制住院有其他種選擇，所以做了敲敲話的入家行動。(A11-2-1)

在這個階段就以電話為主。但是我們這個開放式對話是希望去工作整個家庭甚至包括了他的整個社會網絡，所以我們希望溝通到他們都願意。因為我們跟諮商不一樣的是，我們要的不是治療目標，我們工作的方式是在促進家庭或者跟社會網絡的對話。(A11-2-2)

這個工作另一個的意涵是很多人不願意就醫，不願意服藥的人很多是認為自己沒有病，但我們這個工作方法的好處是在於說不是因為你有病，所以我們來跟你討論；而是你感覺到家庭裡面你經歷到了什麼困難，你需不需要人來跟你的家人協調，然後我們不是用病的觀點，在跟你工作，我們是用你生活裡面的困境，或者甚至是你現在每天都睡不好，你沒有生活重心，你覺得你不被瞭解甚至是你覺得你被歧視，這些都可以作為一個主題。我們不用一

定要你有病你有病，你要承認你有病，然後我用病來治療你，所以相對的他對於有些不願就醫、不願服藥的人相較軟性。他相對的比較尊重他自己覺得現在的經驗不是病，而是某種困難、某種危機。(A11-2-3)

我任職的單位一開始創立是做 club house，一個社區工作的模式。它是在紐約開始的，1948 年到現在全世界有 300 家左右，然後它是在國際是做認證的，最近 WHO 有一個希望全世界加強做社區支持的模式，裡面有一個模式就是 club house，一個典範在那邊。(A11-2-4)

我們單位後來有精神疾病照護者專線，這個專線是專門來支持家屬的，屬於支持照護者的專線，但是後來因為我們前面有做 club house，這是一個服務當事人的，我們專線常常接到一個衝突是，依據我過去的工作經驗，不願就醫、不願服藥，或者被發動強送之後，我看到很多的斷裂處，其中有一個是當一個家人出現危機，或者所謂的急性發作的時候，他第一步要跟誰求助？他不是跟醫療院所，而是跟警察。因為他要叫警察把他送到醫院。(A11-2-5)

因為當事人有自傷或傷人的傾向，不一定是傷人，也有可能是自傷。送到醫院後，醫院就要看他是否符合強制就醫的要件，當不符合時就退貨，但可以開始思考，退貨之後，家人要去面對那個危機，所以之前曾經發生過有一個個案強制住院被退貨後，回到家裡引爆家裡的瓦斯桶。(A11-2-6)

(二) 實務困境

關於我們機構服務的範圍目前是著重於北部比較多，但如果中部有需要的話，我其實也可以轉介到中部看有什麼需求。但困難就在於一般民眾可以能夠尋求協助的資源、種類非常的稀少。這為什麼監護處分他的成效會出不來，因為過往我們政府太不重視了，以至於我們在精神健康的上面通常都已經走到病的狀況。此得後續處理偏向於復健，但是我認為生病的人更需要的是他對人生的探索。或是預防勝於治療的概念，這個部分政府其實是缺乏的。(A11-2-7)

(三) 改善建議

強制住院裡面因為這樣的狀況有很多的問題，但是也有強制住院成功之後，他出院之後恨家人，家人關係破裂。那所以當我們單位我的工作經驗去細數這件事，為什麼我們不是侵害家人的人權就是當事人的人權？為什麼沒有第三個兩者兼顧的選擇？(A11-2-8)

所以當我們去找一些工作文獻的時候，紐約有一個叫 open dialogue 的模式，他不是我需要的時候打給警察，他有需要的時候打給某一個做開放式對話的醫院，然後是醫院直接進到家裡裡面，醫院的工作團隊進到家裡面，在家裡陪你對話。然後在真的很危急的時候，他

們會有專業人士陪在家裡過夜。密集的時候甚至有連續 10 天陪在家庭裡。他的工作方式是比較配合家人的。(A11-2-9)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

我比較熟悉的是跟我們機構比較類似協助精神障礙者的社區協助及復歸的社區組織，這類型的社區有些是精神復健機構，就像康復之家、社區復健中心，還有特別的是臺北市的精神障礙會所。(A11-3-1)

至於我們與這些機構或人員互動、合作狀況比較接近非營利組織間的互動，與執行監護處分其他的實務機構，如：醫院及監獄等比較沒有關係。(A11-3-2)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病犯罪行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

我覺得法務部日前啟動刑法保安處分修正非常違反人權。因為 CRPD 2017 年國際審查時就明確的表示，不能以身心障礙為由去禁錮人身的自由。(A11-4-1)

過去的監護處分沒有這次修法多出來的多元處遇，所以以前只能在相關的醫療院所，並沒有把社福機構算進去，多元處遇是希望社福機構還有居家治療等各方面都放進去。(A11-4-2)

如果要機構，可以選擇像我們這樣的機構。那時候民間連署我是發起人之一，為什麼我要發起這個？是因為我有一些朋友在醫院，我自己又在社區工作，所以會發現就是說你如果塞到社區的時候，社區裡面一群我們本來的會員們，我們本來的工作方式是我們生病的人叫會員，而這些會員，當他們碰到要發現有一個人他有一些受監護處分狀況，當然我們不會講，但如果他們自己發現了，他們會不會害怕？(A11-4-3)

我們也必須要處理他們的不安，以及當他們碰到衝突的時候，那個衝突可能不見得是我本來單位有的人力要去做；還有就是在精神病房，在社區裡面我們面對衝突的時候我們會花很多時間去了解原因及處理後續問題，這些是要花很多時間跟力氣的。(A11-4-4)

我覺得目前我們不管是社區還是民間都沒有準備好，或者說我們整個體制面對這件事，到底為什麼一個人走到監護處分這件事，我覺得我們都用要嘛就是病，要嘛就是犯罪，去看

待這件事。沒有看到這件事背後，人之所以變成這樣的原因，以至於我們在做服務設計或者訂定制度的時候，根本是不踏實的。所以說我覺得最大的困境還是「政府只是在回應民意」而已，所以我只要有做一個樣子就好了。(A11-4-5)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

這個涉及醫療專業及政策的部分我比較沒有辦法表示意見，但是我可以站在社工的立場來看，有一個狀況是，一個所謂的生病的人在醫院會做職能復健、職能治療。但是有時候病房裡面為了怕如果他去做復健跑掉，相關人員會被究責。於是乎這些生病的人不會讓他們去做復健，這些我們認為他要做社會復歸的人安排反而被安排在病房，所以我覺得在安排司法精神病房的時候，我覺得要注意到這種你怎麼真的能在執行端，真的有辦法執行？(A11-5-1)

另外我覺得是資源配置的問題，現在司法精神病病房或者病院在找設置的地方，北部某大家醫院，他把他的護理之家的病房部分裁撤，拿來變成精神病房。其實精神護理之家本來就是少的，我們已經花了這麼多錢說要發展，但是我們最後為什麼要裁撤它？本來很多人都需要的服務，然後刪掉這些去改成其他的形成資源排擠，明明編了 30 幾億在做司法精神病房，卻造成這樣的狀況。(A11-5-2)

強制住院這種限制人身自由的，到底他是法的層次還是治療的層次？那最後我們認為是在你要違反人身自由，還是得回到法的層次？所以我覺得在法庭判定上面你還是得用法官來判定。但我認為後面的處置，還是要交給專業，就是相關真正醫療的人來認識跟做治療。(A11-5-3)

監護處分的這個修法過程當中有聽醫療的想法嗎？沒有。以致於到最後，衛福部只能在沒有選擇之下被法務部強迫了。我覺得我不會在法務部還是衛福部要處理的問題上糾結，而是升回到國家這個層次。(A11-5-4)

國家認為一個生病的人，或者觸法者他應該相關要有哪些的配套。這些做完了，我覺得才不會讓司法或醫療的人都為難。回到現在的狀況我認為是司法上就是法務部，但是回到後面的處遇這件事，我覺得還是必須是衛福部處理。其實精神衛生法也還在修法，本來就不完整。也可以藉此機會做一完整配套。(A11-5-5)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

我們機構主要就是有關多元處遇與社會安全網的部分，主要聚焦於復歸的階段，治療的階段還是要交給醫療院所，但我們希望不管是在刑前還是刑後，可以先跟監護處分者先做接觸，預先建立信任與陪伴，並提供復歸計畫的規劃。(A11-6-1)

精神障礙者的社會復歸本來就是社安網裡面的計畫了。就可能我跟你講是說，本來精神障礙會所是臺北市的，但是現在已經推行到這第 2 期的協作模式。協作模式裡面包含適性計畫，精神障礙者社區日間是適性計畫，或者社區居住。他本來就是這個協助計畫的一部分，所以社區其實開始在設計這些但是我覺得還是很不夠，我覺得居住型跟就業型要再增加。(A11-6-2)

勞動部勞發署有在跟我們討論怎麼增加精神障礙者的就業。我會覺得說多元處遇裡面居住跟就業一定要，為什麼？剛剛我講的，如果家人擔心他跑回家，這代表是可能沒有替代的地方啊！比如醫院跟家裡沒有其他可以住的地方，那如果他住的地方我必須說，你安置他去康復之家就會形成是他如果某些東西是還在學習控制的，像衝動控制什麼控制，那如果他在社群生活一下子這麼緊密，他康復之家的話我覺得很難提供妥適的場地。(A11-6-3)

當沒有辦法安排六人以下之社區居住，他就一定是選擇回家或只能留在醫院。所以居住是第一步嘛，第二步其實就是就業嘛，那要怎麼協助他？我甚至覺得就業這件事有沒有可能在他在監所或者是監護處分的時候你就要一併被思考？所以這會是另外一個獄政的問題。(A11-6-4)

我要強調就業的部分，就是說我為什麼會認為半年前就建立關係？是當我心衛社工建立關係時，我覺得我開始必須把其他人拉到這個計畫裡面。那我後面就業支持的人我覺得我可以帶團隊進去跟他討論。(A11-6-5)

我為什麼要覺得要提早啟動，不然這些資源最後都會漏掉，還有到時候社會復歸的計畫我覺得會更堅持、更確實。然後跟他現實真的比較能夠連結。(A11-6-6)

居住能夠做好、就業能夠連結，這個人比較能夠自立生活，因為最重要還是在身心障礙保障法裡有一個自立生活，自立生活是就會有一些同儕支持跟個人助理，或者自立生活中心。其實也就是希望一個人不管是在居住上還是就業上面都能得到支持，我其實希望應該要有一個社會復歸中心。(A11-6-7)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

處理強制住院很容易被告，有被告的風險。有些醫師就會對這件事害怕，太害怕被告。事後不管是被他家人告還是被當事人，可能恐嚇威脅。或者你沒有符合要件。因為強制住院在沒有法院判定前你的行政程序是什麼？送審查會。那審查會審完確認，有時候還會駁回，他同意之後才能真的啟動。這個安置期間其實最多就是 5 天，對醫生來講，如果我沒有送審查會我自己判斷的，病人提出來我那時候沒有怎樣啊，那他就會告你了。(A11-7-1)

強制住院臺灣從 1000 多件到現在 600 多件，這他的黑數在於醫院想辦法去讓你自願。所以對我來講其實看那個件數，因為臺灣喜歡說我們減少這件數代表我們更符合人權、國際。(A11-7-2)

事實上我覺得是因為我們想辦法讓他們自動簽。這其中還是隱含某些問題。他刑前跟刑後我覺得會員會有一個狀況，先不談空窗期，我覺得它會有一個狀況是，我醫好之後，所謂的治療穩定，治療穩定不等於痊癒。所謂的痊癒沒有癥狀哦。但是他要再去面對刑期，但你知道沒有生病的人去面對監獄就已經很困難，但如果又發作呢？他又有狀況呢？如果你是刑後在做，他在監獄裡面受到的狀況會不會加深了他的疾病的狀態？那你再去兼顧那時候，哇更困難。(A11-7-3)

所以我自己覺得要回到就是我剛才前面會講獄政帶到這個的原因，是因為獄政裡面其實對於治療本身是就沒有太多的治療職員。比方說就有人在提議。當然也有人到刑後的時候精神障礙狀況後來已經好很多了，或是他根本就是裝的。(A11-7-4)

這件事如果回到重點是治療部分，我覺得是監獄本身的治療夠不夠去讓精神治療真的能夠在監獄裡面落實。比方說現在監獄裡面沒有精神專科醫師的配置。但是其實司法精神醫學會其實有在說他應該要新增，他應該要有，這是一個。第二個是跟前面講的就業這件事，但是就業前還有復建。你監獄有沒有提供復建的功能？這也是另外一塊我覺得要進場的部分。(A11-7-5)

所以說我覺得刑前刑後的重點是在於不能把治療跟監獄完全分開，不然他就會造成我前面講了刑前刑後都會有一個可能是他治療好，但到監獄又發病。或者是說他住監獄之後更嚴重，然後進入監護處分。所以我覺得是監獄本身他應該就要具備治療復建的功能。(A11-7-6)

為什麼我們機構要做「敲敲話行動」的原因就是覺得空窗期時是不是真的有一組人，可以跟他談他的狀況與陪伴。我認為在空窗期的時候 NPO、NGO 就可以切入，我覺得我們比較能夠用多元的方式去做處遇。(A11-7-7)

但是 NPO、NGO 現在在臺灣幾乎看不到，是因為政府不會投入太多資源，以澳洲的模式為例，其實我有做一個圖表。之前公視的「有話好說」節目中我有製圖。下面澳洲最底層是什麼？是 NPO、NGO。上面才開始試各種不同密度的居家治療。(A11-7-8)

所以說臺灣當沒有投入大量的資源在裡面，大家其實不敢想。連醫院都不敢想。是醫院一定會覺得，為什麼要把在社區裡面接不住的人丟到醫院呢？醫院等於是他們在社區裡面接不住的垃圾場，講白了有些醫生會直接這麼說。那回過頭一樣，政府的思考就不能只有心口。他都沒有把社家署、沒有把其他的勞政，甚至教育拉進來。所以以致於有出現很多的問題。(A11-7-9)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

我們機構不是醫療院所比較不會去直接的接觸到檢察官。而是希望檢察官在社會復歸的計劃裡提供社會支持，讓心衛社工可以去落實後面社會復歸的部分。(A11-8-1)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

我認為監護處分業務最重要的是有關社會復歸的部分，社會復歸罪重要的第一個是他的健保費。第二個是他的生活費，第三個就是居住的費用了。我覺得你至少這三個部分要有辦法去做最基本的維持，第四個就是就業這件事。勞動部應該要針對這些人有什麼樣的配合，以及他後面就業的職訓措施。(A11-9-1)

雖然本來就有身心障礙者的職訓，可是我必須說身心障礙者職訓一批不管 30 人還是 40 人會再去就業的，一批有一個就很燒香拜佛了。為什麼？這很重要的就是訓練內容跟他們能夠去就業是另外一回事。(A11-9-2)

到底要怎麼復歸？精神障礙去就業本身就困難，更何況我再加上一個受監護處分的人的標籤。一個更生人再加上精神障礙的標籤去找就更難，所以他們不行動。那麼精神疾病有另外一個特殊，就是說如果我看醫生就是為了吃藥回診，但是我的生活沒有意義，那我幹嘛吃藥？幹嘛去看醫生？我只是延長了這種看不見的牢籠。(A11-9-3)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

美國 ACT 有個積極性社區處遇，它會有一個指標是在這個服務裡面他接觸到哪些的作者，跟他學做了什麼計劃？他如果能夠接觸到心衛社工，接觸到就業服務員，他接觸機構社工，就是他要接觸到比如說哪些類型的人，做哪些服務類型的人。(A11-10-1)

復歸計畫應該是一套的，可是跟著這個計畫裡面，他會碰到各式各樣的限制。所以我覺得就是可以居住、就業跟各館，然後就業準備或職訓，我覺得有沒有可能是這些東西如果他要是一個骨架可以支撐一個人可以自立生活，我覺得他就接觸到這些。(A11-10-2)

目前社會復歸轉銜計畫，也是找勞動部、醫療院所、社工及相關單位開會，開完會好像都做成了一個社會復歸的計劃，但大家都沒有執行啊！但是看會議紀錄大家也覺得非常被動，是留給心衛社工去處理，所以我覺得指標的重點是這些人跟他們協作了些什麼，如何從被動變成主動。(A11-10-3)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

無

A12 深度訪談摘要

訪談時間：2022年2月23日（星期三）

下午2時16分至3時50分（共1小時34分鐘）

地點：線上

訪談者：蔡田木教授

訪談內容：

一、請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。

答：年齡、教育程度、學經歷：我是桃園人，畢業於國防醫學院醫學系，1984年畢業。畢業後除了到部隊服務以外，就到三軍總院精神科擔任住院醫師，升主任醫師一年後，到美國約翰霍普金斯大學讀書，讀精神疾病流行病學，或是叫精神科流行病學，拿到碩士後回三軍總醫院工作，擔任主治醫師。(A12-1-1)

實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資：一兩年後因軍方要在國軍桃園總醫院成立精神科，被調去擔任精神科主任，在那邊工作十年，因此對社區精神醫療醫療業務比較了解，也曾經到那邊的女子監獄看診、藥酒癮評估等，再之後到國軍北投醫院接任院長，兩年後又調回國軍桃園總醫院接副院長，在那當副院長一年後，又到軍醫局接處長，做衛生行政的業務，大概一年六個月吧，之後正好新北市衛生局局長打電話來，要招一個醫療副局長，問我有沒有興趣，大概2011年，我從軍方退下來去新北市衛生局接醫療副局長，在那邊待了四年，四年後心口司司長出缺，在104年8月就來接心口司司長直到現在。(A12-1-2)

二、就您所知，目前在實務運作上，你所任職的機關（構）在執行監護處分時，扮演何種角色，有何困境及改善精進的建議？

答：困境

目前遇到的困難主要有：

護理人員、其他病友安全問題：過去遇到的困難大部分不外乎幾類，有些個案有蠻多的行為問題，就是他不只是來治病，他過去在社區生活中可能就蠻多行為不檢，或是跟人的互動上態度很惡劣，在人格上比較難相處，在病房時也會威脅護理人員、其他病友，這種行為問題對醫院來講是比較困難的，要治療他的病其實沒有那麼困難，可是要處理他的行為問題，針對不良行為進行矯治，對醫院來說大概最困難的點。(A12-2-1)

補助費用不足問題：再來就是費用的問題，因為只能用健保慢性病房的費用，非常低，大概兩萬塊錢，已經幾十年都沒有變了，對醫院來講要照顧這麼 trouble 的病人，常常覺得是很不划算的事情。(A12-2-2)

家庭支持不良問題：另外一方面，這樣的個案往往他的家庭支持也不好，他跟家人的關係不良，原有的社經狀況也不好，而他在住院的時候難免會發生花費的時候，如衛生紙、盥洗用品等開銷，或者是他要外醫，如果個案有一些嚴重的生理問題，會衍生出其他很多的問題，比如掛號費、自費的部分，或者病情比較嚴重，如心臟病，要住院的話因為他情緒又不穩定，還要有人照顧，請看護來照顧他，這些費用都是問題。(A12-2-3)

回歸社區及後續追蹤困難問題： 出院的時候他怎麼回歸社區也是一個大的挑戰，過去現在未來都會有些不太一樣。過去經歷到的是說，他要出去時我們跟檢察官報告，檢察官同意，一紙公文來病人就離開，後續很難追蹤他，他也不見得在你醫院附近，不太能了解他後續的狀況。(A12-2-4)

健保給付的費用多少才足夠？

目前健保預算無法完成回歸社區的目標：關鍵在於說對這些個案治療的期待是什麼？要多積極的去治療他？就像他離開醫院，表面上看起來他完成監護處分離開了，但若我們把目標提高到希望他能回歸社區，能夠不要再犯、好好生活，原有單純住院的方式就沒辦法完成。(A12-2-5)

如果希望對他其它的行為也能夠加以矯治的話，或是要協助他的話，也不是那麼容易，考慮上比較多，要希望比較 intensive、比較積極、強度比較夠的，勢必得花上比較多的費用。(A12-2-6)

過去衛生局對監護處分不沒有插手餘地，希望未來衛生局能夠扮演更多的角色：擔任新北市衛生局醫療副局長，以及心口司司長期間，執行監護處分的經驗，過去衛生局對監護處分不太有插手的餘地，比較少拉衛生局進來協助，目前心口司規劃的監護處分就希望說，未來衛生局能夠扮演更多的角色。(A12-2-7)

建議

監護處分的個案出院後，由衛生局的公衛護士或個案管理師追蹤訪：這些監護處分的個案出院的時候，我們希望他能通報衛生局，由衛生局的公衛護士或個案管理師追蹤訪視，但過去這部分的人力建置非常低，衛生局沒有太多人力來做這件事情，所以在這一次社會安全網的計畫裡面，就把這邊的人力調高，補了許多心理衛生社工來協助，未來的治療或照顧會漸漸從醫療機構轉向社區，以社區照顧為主，需要大量人力，和過去不太一樣，這也

影響到監護處分，除了強調漸進式回歸社區，也有迴轉機制，從封閉的場域進入開放場域，如果故態復萌，經過評估之後，就再迴轉回去、返回病房，這樣比較可以針對他的行為加以處理，第三個是回到社區後，銜接這一塊有心理衛生社工，能比較專業地協助在社區的情況。(A12-2-8)

過去制度和現在不同，未來理想是如何讓個案能逐漸復歸社區？醫院的慢性病房，這種制度某種程度已經不適合現在環境，病人一直有症狀、回不了家，就把他長期關在醫院，這種概念已經慢慢在改變。(A12-2-9)

建議由醫院內治療轉向社區精神醫療：現在強調社區化，回到社區，我們叫社區精神醫療，從過去在醫院裡面治療，有一部分要把他轉向社區裡面，最後是希望他能在社區生活，而不是由政府設計一個超級大的療養院，把病人都養在裡面，現實上是有困難的，病人出院之後也不會有太多改善，在醫院住習慣了，回到社區不懂得如何生活，反而變成遊民、流離失所。(A12-2-10)

後來的概念強調說，除非他真的很嚴重，才會長期放在醫院裡，只要他自己還能夠維持生活，雖然有部分症狀，仍然希望他能回到社區生活。(A12-2-11)

設置中途之家、康復之家，有一些設有社區復健中心、日間病房，逐漸協助回歸社區：以往監護處分是離開醫院就切清楚，頂多要回來門診，跟我們理想上有距離，未來強調社區的精神醫療或照護，是希望說他不要只是在精神科病房裡，像很多療養院有設一些中途之家、康復之家，有一些設有社區復健中心、日間病房，我們希望這些病人能逐漸過渡回歸社區，國外的資料也是這樣的概念，監護處分的結束有一個漸進的過程。(A12-2-12)

三、就您所知，目前在實務運作上，除了你們機構外，執行監護處分實務機構還有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？你們機構或您個人跟這些機構或人員互動、合作狀況如何？有何困境及改善精進的建議？

答：建置精神衛生法庭或精神衛生委員會決定、監督監護處分之執行：重點在於確立權責與如何合作？我的看法是說，現行有監護處分評估小組，至於精神衛生法庭或精神衛生委員會，不管是什麼機制，他的重點第一是有什麼權責可以做什麼改變，如果像精神衛生法庭在上游，能夠在個案犯案之後做一些處理是 OK 的，精神衛生法庭在我來看是樂觀其成。(A12-3-1)

但現實上牽涉到司法系統，專業的法庭需要專業的判斷，現實上不好做到，如果是剛剛講的委員會，不失為是替代的方式，決定是否要監護處分或已被判處，由委員會決定後續的處分，比較麻煩的是他被賦予怎麼樣的權力，有什麼決策權可以做決定。(A12-3-2)

目前面臨成本、執行效益及執勤安全的問題：我不反對那樣的想，但主要成本跟執行效益的問題，還有體制上的問題，例如法官會不會接受，整個系統我們感受上比較孤單，好像丟給你就要去接，對醫療系統來講，我們不反對去接，可是很怕他造成的安全問題，回到社區也是，我們的心衛社工要去訪視個案時，某種程度也有安全顧慮，我們通常會跟警察單位講說，如果發現風險，是不是能夠陪我們去訪視，所以對衛生系統來講，怕的是安全受到威脅，實務上面對的是另外一些問題，我們是用個案管理的概念，心衛社工想辦法把政府、民間的各種資源做連結，協助個案取得資源，但資源夠不夠又是一個挑戰，從使用者角度來看，其實資源是不夠的，例如社會支持資源。(A12-3-3)

如何解決個案的工作機會與居住問題？

實務最常見的兩個問題-工作機會、居住問題：實務大概最常見是兩個問題，一個是工作機會，我知道勞政單位有努力在做，但往往不是那麼容易幫助這些個案取得工作機會，取得之後如何持續進行也是挑戰。(A12-3-4)

再來是居住問題，整體來講有十分之一的個案獨居社區裡面，沒有跟家人住，很容易流離失所，或者他長期住院、監所出來的個案，往往都沒有地方住、無家可歸，以社福的角度，有沒有場所可以讓他們住也是一個很大問題，這些統稱叫支持性的資源，這些應該是要去努力固建的。(A12-3-5)

機構式居住的方式大都失敗，讓個案失去獨立機會：過去用機構式的方式，幾乎都失敗，因為機構就牽涉管理，讓個案失去獨立的機會，這邊比較麻煩，又希望提供支持資源，又不希望過度照顧或是限制他面對現實環境的機會。(A12-3-6)

支持性居住可解決住的問題：國外的做法大多是用「支持性居住」，他的概念像是政府租了一間公寓，個案也要付一點錢，有政府補助，會有心衛社工定期訪視，協助處理生活上遇到的問題。(A12-3-7)

不同部門之間的合作是重點：臺灣目前在處理單純歸於某單位處裡的問題已經做得非常好，但介於兩個系統中間的問題就比較麻煩，像監護處分兼社會安全和醫療問題，常常造成大家都不想管，但這不是個別單位可處理。(A12-3-8)

警察兼具維護社會安全及關心協助角色：像警察在社會安全扮演重要角色，但是警察的概念也在改變，慢慢轉向偏服務的概念，這個概念我覺得就是跟其他系統接起來、合作，不會只是管說有沒有犯法，也會關心會不會需要協助。(A12-3-9)

資源挹注到何處並不限定，可集思廣益：我覺得當國家在重視這件事情的時候，大家都可以去申請，像社會安全網的計畫。現在整個公務員的狀況，大家某種程度會對新的改變

有所擔心，我覺得資源的來源並沒有限制要特定單位才能申請，警政單位可以從不同角度的思維來助益。(A12-3-10)

四、法務部日前啟動刑法保安處分修正案，延長監護期間，無次數限制。有專家主張：其無限期延期之適法性、合理性及必要性，殊值省思（避免以治療為理由，而長期拘束精神病患者行為人之人身自由）。請問您認為政府相關主管機關應制定何種配套措施，如何進行多元處遇、彈性與跨領域合作之規劃，以保障人權？

答：

個案類型各不相同，可分級分流彈性處遇：監護處分的個案有很多類型，精神病只是其中一種，其他還有智能障礙、自閉症，處理上的原則都不太一樣。(A12-4-1)

司法精神醫療監護處分處所收容被拒收、評估高暴力的個案：現在要蓋司法精神醫療監護處分處所，這樣的地方他是高強度的單位，這些被拒收、評估高暴力的個案，有些只能送到這個地方來，裡面的結構就必須高強度，所以後來的監護處分可以分級分流，高度暴力風險的放在司法精神醫療監護處分處所，中低風險放在司法精神病房，無暴力風險的不見得要放在醫院裡面，可以回到門診或家人照護。(A12-4-2)

針對再犯個案，建立迴轉機制：分級的機制目前還沒訂定，可以由前面說的精神衛生委員會，或是監護處分評估小組評估，第二個機制是迴轉機制，如果病人故態復萌，可以配合分級分流彈性轉向，另外是像智能障礙放在監護處分處所或司法精神病房並不恰當，因為這些場所設計比較偏精神病人，智能障礙放在那邊有其困難，收可能沒問題，後續的復歸是個問題。(A12-4-3)

五、有關監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制；部分醫療機構有明確收案標準，但卻拒收反社會人格者、無具體生理疾病及精神症狀者，或有收案流程須經門診或急診醫師診視評估，致使部分個案安置不易，或有時限將屆而跨區安置，造成監護處分結束後續追蹤治療之困難，請問您認為應如何協調法務部及衛福部，強化橫向聯繫及轉院機制平臺？

答：急、慢性病房目的不同，監護處分應有獨立病房：醫院病房主要分成急性、慢性兩類，人力比是不一樣的。慢性病房有點像養護，人力比較低、提供簡單的治療像是藥物治療，心理治理、活動治療較少。急性病房主要是應付新發病、從社區住到醫院的病人，我們這種監護處分的個案，可能它的症狀半年內就消失，但後面要做的事很多，比較偏復健、心理治療，難以在急性病房裡面做。(A12-5-1)

獨立病房、治療模式執行監護處分：監護處分理論上最好要有獨立的病房、治療模式，但在過去沒有專門的病房，健保也沒有針對的給付，所以就是把病人打散在病房裡面，另一個考量是有些病人不全然是生病才犯法，他可能本來行為上就不太好又正好生病，這些個案如果把它群聚在一起，病房大概會崩潰，所以醫院出於安全考量把這些病人稀釋掉，比較容易照顧、管理，不易出問題。(A12-5-2)

醫院在接受監護處分個案時，會先行評估：另外一個角度是，醫院在接受監護處分個案時，會先行評估，評估他的個性、與人相處，病情反而不是問題，好不好照顧才是問題，如果過去就素行不良的病人，醫院大部分都拒收，這也造成地檢署相當程度的困擾。(A12-5-3)

六、監護處分現行處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制，對社區復歸影響至鉅。請問您認為要如何提供受監護處分人多元復歸社會的機制，例如：要如何強化社會安全網的功能，健全社區轉銜機制，完備社區處遇關懷管理計畫等，以符合身心障礙權利公約相關規定及保安處分執行法第 46 條「多元處遇」的規定？

答：

社會安全網著經濟及支持性資源，協助降低弱勢個案再犯：社安網是從比較多重經濟安全跟支持性資源的角度，不是從警政的社會安全角度，比較是從經濟安全的角度，間接協助社會事件的降低、弱勢個案犯法行為的可能性，在社安網設立的種種機制，也是為了達到這樣的目的。(A12-6-1)

多元處遇在硬體上建置司法精神醫療監護處分處所、司法精神病房，軟體上建置迴轉機制、分級分流機制：多元處遇硬體上司法精神醫療監護處分處所、司法精神病房，軟體上包括迴轉機制、分級分流。(A12-6-2)

七、有關執行監護處分時間點，概括刑前約為 33.64%，刑後約為 66.36%，各審級法院依刑法第 19 條之規定判決定讞前，與執行監護處分時間點出現空窗期，不利於急性期收容人之醫療，亦恐引發危害公共安全之社會焦慮。請問您認為有何具體配套機制可加以改善？

答：

目前已實施緊急監護處分機制：最近是採取法務部的方法，在空窗期仍然可以要求做類似監護處分的安置，有點像收押之後需要做一些治療。(A12-7-1)

八、請問您認為目前地檢署檢察官視察受監護處分人之執行落實程度及簽約醫療院的履約情形是否能確實維護受監護處分人的權益？

答：

制度設計良善，但實際落實困難：基本是最少要有一個人去關切這件事情，監護處分執行情形，但也要考慮檢察官人力問題，有沒有時間可以去了解個案狀況，監護處分世界於醫法之間的問題，如何把醫療和法律結合，就像警察怎麼跟衛生單位結合，是目前我覺得最重要、最大的挑戰。(A12-8-1)

檢察官扮演司法執行角色，心衛社工扮演輔導協助角色：檢察官在此可以扮演重要的角色，給予關心、鼓勵、警告，這方面心衛社工難取代，心衛社工的概念是個案管理，他的角色第一重要是資源連結，連結居住、經濟、就醫的資源，偏柔性角色，只是個管師，沒有什麼 power。(A12-8-2)

心衛社工的設計本來不是為了監護處分，而是社區裡的其他病人。至於給予權力，像有些國家的司法社工，社工要偏向醫療系統還是法律系統，都可以，重點是兩個系統之間的合作。(A12-8-3)

九、請問您認為監護處分執行處所辦理監護處分業務之資源是否足夠，配置是否合理，安全管理設備及戒護人力，執行處所人員執業安全等是否妥適；受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列是否合理？

答：

現行監護處分資源、安全嚴重不足(人員、設備、戒護不足)：現行當然不合理也不足夠，缺非常大，所以後續要做司法精神病房、司法精神醫療監護處分處所，目的都是為了補足經費、安全人力上的問題，對醫院來講安全人力是個大問題，醫院本身的安全能力是很薄弱的。人員、設備、戒護都是不足的。(A12-9-1)

現行監護處分橫跨衛福部、法務部，整合困難：當初討論監護處分處所時時是由衛福部負責醫療、法務部負責安全部分，這邊牽涉很多合作的議題，現在的做法是衛服部主導，可是法規在法務部那邊，錢也在那邊，這邊就會產生很多爭議。(A12-9-2)

十、請問您認為未來如何評估監護處分政策之執行成效？其績效評估的指標為何？

答：

監護處分成效應分階段評估—初期：涵蓋率(初期受到適當照顧比例、回到社區後被照顧率，心衛社工服務率)：績效指標要看整個案子的發展階段，剛開始從涵蓋率，多少比例的個案有受到適當照顧，至於適當照顧後的結果指標，要等到進入狀況後再思考，

前面要努力的是涵蓋率，涵蓋率還包含回到社區後有沒有真的被照顧到，心衛社工的服務狀況。(A12-10-1)

監護處分成效應分階段評估—中期：意外、不良事件發生次數、護理人員受傷、暴力攻擊次數：還有就是現在建立多元處遇的系統，這些機制運作的狀況也應是評估的狀況，例如是否有大量個案過度集中在某些地方、智能障礙能不能找到特定機構來處理。先要解決涵蓋率，再來是意外、不良事件的發生、護理人員受傷、暴力攻擊等的評估。(A12-10-2)

十一、其他與本研究相關之興革建議。

答：

整合衛生單位、警政、法務等單位，建立良好合作關係，並加強執法人員執行精神醫療的教育訓練：對國家來講這是一個重要的機會，對社安或精神照顧品質的角度都有幫助，比較大的期待是跟衛生單位、警政、法務的關係可以是合作的關係來把事情做好，必須有這樣的共識，各個系統也可以加強教育訓練，了解應扮演的角色、需要那些額外的專業知識。(A12-11-1)

附錄五、焦點團體座談會議資料

| | |
|------|---|
| 會議時間 | 2022 年 7 月 22 日（五）下午 2 時至 4 時 |
| 會議地點 | Google Meet 會議視訊通話連結： https://meet.google.com/qkr-yygp-yxq 會議室 |
| 會議主題 | 討論「我國監護制度發展與變革之研究」專家問卷調查工具內容周延性與妥適性。詳細議題請詳見討論題綱。 |
| 主持人 | 蔡田木（中央警察大學教授） |
| 出席人員 | B1（高等檢察署檢察官）、B2（高雄市立凱旋醫院醫師）、B3（新北市衛生局實務專家）、B4（衛生福利部桃園療養院醫師）、B5（心理師） |
| 列席者 | 委託機關：司法官學院 研究團隊： 孟維德教授、潘怡宏助理教授、李衍儒助理教授、林政佑助理教授、林昕璇助理教授、蔡文瑜助教、洪碧均研究助理 |
| 備註 | 本次會議提案均為研究團隊初擬，不代表委託機關政策立場 |

壹、會議背景與目的

一、研究主題：我國監護制度發展與變革之研究。

二、問題背景：

近年來數起社會關注案件之犯罪者，因行為時具有精神障礙，經法院認定符合刑法第 19 條第 1 項要件後判決免除刑責，並依同法第 87 條論以監護處分，而衍生社會廣泛議論，並促使法務部等機關研議司法精神病院如何執行精神病之監護處分。

行政院前於 2021 年 3 月 4 日通過保安處分執行法部分條文修正草案，以使監護處分之執行得依受處分人之情況予以多元處遇，並視受處分人治療、照護及輔導之情況予以彈性變更；另一方面，司法院於 2020 年 12 月提出刑事訴訟法修正草案，規劃對於犯罪嫌疑重大、符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件，且有危害公共安全之虞的被告，得由檢察官聲請法院裁定緊急監護。基此，對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項要件之犯罪者，亟待研議如何能提供合適處遇、及足

以維護公共安全之設施與相關配套。

因此，在研議自偵查階段至矯正階段的精神障礙者處遇措施時，所面臨的思考點，會是對於符合刑法第 19 條第 1 項或第 2 項的精神障礙者進行監護處分，在過去的執行經驗上，所面臨的狀況與爭議為何？會不會對新制度的建立形成干擾？新的執行量體有多大？是否為現有政府資源所能容受？尤其是本制度的建立，攸關司法與社福等人力、物力資源的支援與整合，政府機構的整備工作，是否業已完成？凡此，均有賴於隨著制度的發展與運作，進行整體性或者帶狀的思考與規劃，以利制度之革新與建立全面性的社會安全防護網。

三、研究目的

本研究目的如下：

- (一) 蒐集我國監護處分之相關官方統計數據，包括監護原因、人數、性別、社會適應以及是否再犯等變項，據以歸納我國過去執行監護處分之狀況；並進行交叉分析，比較不同特性指標之執行差異。
- (二) 整理世界主要國家之監護處分制度、措施（包括德、奧、瑞、日、韓、美、英等7國），並據以比較、分析我國過去執行監護處分之概況、成效，及相關討論，作為我國規劃、設計、執行監護處分之參考。
- (三) 邀請執行監護處分的第一線人員，含警察、檢察、矯正、醫療等人員，進行深入訪談或問卷調查，瞭解現行監護處分執行之實務狀況與問題。
- (四) 結合前述（一）、（二）之研究發現，並根據研究期間監護處分相關制度、政策進展，對監護處分新制發展，包括人力監護、軟硬體措施進行量能評估。
- (五) 邀集學者專家，針對前揭研究內容，進行焦點座談，並作成制度精進建議與實務執行指南。
- (六) 將研究成果，提供政府機關參考，並濃縮成論文格式以及翻譯英文版，配合舉辦學術發表會。

據此，本研究旨在彙集各國監護處分相關制度措施，釐清我國過去執行監護處分的實務經驗與困境，並據以評估未來監護處分機制調整後，可能延續或新增的爭議與困境，並以前述評估結果為基準，緊密結合研究執行階段的監護處分法制、政策進展，提出制度建議與實務執行指南。爰就前述議題就教與會之學者方家，以期使研究成果更具專家效度。

貳、進行程序

| 時 間 | 活 動 內 容 |
|---------------|---------------|
| 13：50 - 14：00 | 報到 |
| 14：00 - 14：15 | 計畫背景與執行進度報告 |
| 14：15 - 15：50 | 題綱討論 |
| 15：50 - 16：00 | 其他意見交流與對本計畫建議 |
| 16：00 | 結束 |

參、討論題綱

題綱一：有關目前各單位執行監護處分之分級分流機制困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

說明：依據保安處分執行法第 46 條規定：「1.第四十六條因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：(1) 令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。(2) 令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。(3) 令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。(4) 交由法定代理人或最近親屬照顧。(5) 接受特定門診治療。(6) 其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」

題綱二：有關監護處分第一線醫療機關之醫療困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

題綱三：關目前執行監護處分之收案、社會復歸困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

題綱四：目前監護處分個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

題綱五：目前各單位監護處分執行的人力與資源評估，問題內容是否周延、妥適？請討論。

說明：依據保安處分執行法第 46 條之 3 規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」

題綱六：上述監護處分執行相關機制、困境與解決方式，就您經驗，還可以有那問題可再加進專家問卷調查工具內，請討論。？

【會議資料附件】

監護處分專家意見調查問卷

辛苦執行監護處分的同仁您好：

首先，對您平日執行監護處分工作的辛勤與貢獻，表示由衷的敬佩，同時在百忙中麻煩您抽空填寫本問卷，敬表謝意。

為深入瞭解我國監護處分之執行狀況，並希望能評估未來執行之量能與需求，法務部司法官學院特別委託本研究小組進行本項研究。素仰您在監護處分領域具有豐富實務工作經驗，本研究特別邀請您進行本次問卷調查，希望您能提供個人之想法和經驗。本項意見調查約 30-40 分鐘；本研究會在取得您的同意後進行，過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權力隨時中止。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

為了供政府相關單位研擬監護處分政策的參考，您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在空格內作答即可。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，您的意見也會用匿名化處理，請您放心回答。為感謝您的協助，完成本問卷後，本研究將會以匯款方式致上 1,000 元問卷調查費（煩請填具領據），非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

研究主持人：中央警察大學 蔡田木 教授

暨全體研究成員 敬上

2022 年 7 月

同 意 書

經研究者說明後，本人同意參與本項問卷調查，研究人員對於調查內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：

（簽名）

年 月 日

一、目前各單位執行監護處分之分級分流機制困境與解決困境方式

| 本研究發現，執行監護處分之分級分流機制，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|--------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | | |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | 0 不知道 | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 |
| 1. | 現行體制欠缺多元處遇措施供監護處分之分級分流應變使用 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 擴充多元處遇機構的建置與服務量能（含精神疾病、智能不足、過動、情緒障礙等） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | | | | | | | | 落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | 現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 現行的轉銜機制，已規範於新修正之保安處分執行法第46條之3，已解決問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | 現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 社區處遇關懷計畫，應再補充心衛社工量能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | | | | | | | | 納入已有之相關機構，並建置多元處遇機構資料庫，供轉銜參考 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. | | | | | | | | 可加強回歸社區後個案原生家庭的追蹤與輔助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | | | | | | | | 落實社安網社會復歸計畫，可強化民間社會（非營利組織）之協力參與 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | 刑前執行監護處分時間點出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」，已解決刑前空窗問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | 刑後執行監護處分時間點出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 再修正規範，已解決刑後空窗問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | 依據保安處分執行法第46條規定：「1.第四十六條因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：(1)令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。(2)令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。(3)令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。(4)交由法定代理人或最近親屬照顧。(5)接受特定門診治療。(6)其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」 上述監護處分方式，有關分級分流機制，就您個人經驗，還可以有那些策進作為？請說明： （例如：有那些單位、機構可協助加入監護處分） | | | | | | | | | | | | | |

二、目前執行監護處分之醫療困境與解決困境方式

| 本研究發現，執行監護處分之醫療，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------|---------------|--------------|-----------------------|-------------------|----------|---------------------------------------|--------------------|---------------|--------------|-----------------------|-------------------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常 不同意 | 2 不太 同意 | 3 沒 意見 | 4 還 算 同 意 | 5 非常 同 意 | | | 1 非常 不同 意 | 2 不太 同意 | 3 沒 意見 | 4 還 算 同 意 | 5 非常 同 意 | |
| 1. | 醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應加速司法精神醫院之建置 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | 執行監護處分欠缺足夠的精神醫療照護資源 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再充實強化司法精神醫院及司法精神病房功能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | | | | | | | | 應依據個案狀況採取分級分流措施 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | | | | | | | | 應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房之設施、醫病比及戒護人力與經費 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再增加醫療處遇及生活支出費用之編列 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. | 現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再充實監護處分之安全管理設備 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | 現行監護處分醫療處所之戒護人力不足 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再增加監護處分之戒護人力 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | 現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再提升監護處分執行人員執業安全 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | 因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 可採取獨立病房、治療模式執行監護處分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | 充實精神醫療照護資源，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | 監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 反社會人格者的矯正，可令入司法精神病院，採取嚴密、高戒護的處理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. | | | | | | | | 監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. | 針對反社會人格者監護處分，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | 就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 完善監獄精神醫療體系 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | 監護個案增加監獄管理量能負擔 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. | 針對監護處分者在矯正機構內之處遇，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

三、目前執行監護處分之收案、社會復歸困境與解決困境方式

本研究發現，執行監護處分之收案、社會復歸，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見：

| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | |
|-----|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 |
| 1. | 監護處分個案執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 檢察機關與醫療機構應建立明確化、具體化之收案機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | | | | | | | | 針對精神病個案，可成立專責之處理團隊平臺及機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | | | | | | | | 可逐案成立專責之處理團隊並列管 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | | | | | | | | 比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 針對監護處分個案收案機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | 民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可考量公私協力建置社會復歸中心，落實社安網社會復歸計畫，強化民間社會（非營利組織）之協力參與結合非營利組織之服務項目，例如日間、夜間、全天與就業服務協助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | 社會福利（含非營利組織）機關（構）方面，一般民眾可以尋求協力的資源、種類非常的稀少 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 參考美國 clubhouse（會所）模式，由非營利組織設立社區支持機構，採取社區工作與支持的方式，提供精神康復者創造機會的中間處遇轉銜機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | 針對監護處分個案之社會福利機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | 未建立監護處分政策成效評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可以「再犯率」作為主要的績效評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | | | | | | | | 可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. | | | | | | | | 可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）」作為評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. | 針對監護處分政策成效評估指標，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

四、目前監護處分個案之社安處理、資訊分享困境與解決困境方式

| 本研究發現，執行監護處分之社安處理、資訊分享，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 1. | 衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 衛福單位列管之精神病患名單，應提供警、消掌握及執勤參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | 警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | 針對精神疾患監護處分者資訊分享還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | 專業衛福部門護理人員未能及時抵達現場處理及判斷。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由醫療專業人員成立精神醫療專業小組，及時抵達現場處理。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 警消人員未具精神衛生醫療專業知識。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 建立警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. | 警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. | 針對目前監護處分個案之社安處理與資訊分享，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

五、各單位監護處分執行的人力與資源評估

| 監護處分轉銜機制中，有關各單位監護處分執行的人力與資源評估，以下問題，請就您個人看法表示意見：您只要選出符合自己想法的答案，在該題答項上畫圈，或在空格內作答即可 | | | | | | | | |
|--|--|----------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------|
| 題號 | 題 項 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 其他意見或理由 |
| | | 1 非常 不同意 | 2 不 太 同意 | 3 沒 意 見 | 4 還 算 同 意 | 5 非 常 同 意 | | |
| 1. | 檢察官能 <u>有效轉銜</u> 相關機關人員執行監護處分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 2. | 現有 <u>監護資源</u> 足供檢察官指揮監護處分之執行 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 3. | 針對受監護處分者，檢察官還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 4. | 現行 <u>衛政人員</u> 能有效完成受監護者 <u>心理治療、諮商</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 5. | 現有 <u>衛政資源</u> 足供完成受監護者 <u>心理治療、諮商</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 6. | 針對受監護處分者，有關 <u>衛政資源或機構</u> 方面，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 7. | 現行 <u>醫療人員</u> 能有效完成受監護者 <u>就醫</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 8. | 現有 <u>醫療資源</u> 足供完成受監護者 <u>就醫</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 9. | 針對受監護處分者，有關 <u>醫療資源或機構</u> 方面，還可以有那些策進作為： | | | | | | | |
| 10. | 現行 <u>精神復健、護理人員</u> 能有效完成受監護者 <u>照復</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 11. | 現有 <u>精神復健、護理資源</u> 足供完成受監護者 <u>就醫</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 12. | 針對受監護處分者，有關 <u>精神復健、護理資源或機構</u> 方面，還可以有那些策進作為： | | | | | | | |
| 13. | 現有 <u>社福人員</u> 能有效完成受監護者 <u>就養、社區照顧服務、輔導</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 14. | 現有 <u>社福資源</u> 足供完成受監護者 <u>就養、社區照顧服務、輔導</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 15. | 針對受監護處分者，有關 <u>社會福利資源或機構</u> 方面，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 16. | 現有 <u>警政人員</u> 能有效完成受監護者 <u>治安（行為）監控</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 17. | 現有 <u>警政資源</u> 足供協助受監護者 <u>治安（行為）監控</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 18. | 針對受監護處分者，有關 <u>警政資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 19. | 現有 <u>教育主管機關</u> 能有效協助受監護者 <u>就學</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 20. | 現有 <u>教育資源</u> 足供協助受監護者 <u>就學</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 21. | 針對受監護處分者，有關 <u>教育資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |

| 監護處分轉銜機制中，有關各單位監護處分執行的人力與資源評估，以下問題，請就您個人看法表示意見：您只要選出符合自己想法的答案，在該題答項上畫圈，或在空格內作答即可 | | | | | | | | |
|--|---|----------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------|
| 題號 | 題 項 | ←低→ 高 | | | | | 0 不知道 | 其他意見或理由 |
| | | 1 非常 不同意 | 2 不 太 同意 | 3 沒 意 見 | 4 還 算 同 意 | 5 非 常 同 意 | | |
| 22. | 現有 <u>勞動主管機關</u> 能有效協助受監護者之 <u>就業</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 23. | 現有 <u>勞動資源</u> 足供協助受監護者之 <u>就業</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 24. | 針對受監護處分者，有關 <u>勞動資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 25. | 現有 <u>更生保護人員</u> 能有效協助受監護者之 <u>更生保護</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 26. | 現有 <u>更生保護資源</u> 足供協助受監護者之 <u>社會復歸</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 27. | 針對受監護處分者，有關 <u>更生保護資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 28. | 現有 <u>矯正人員</u> 能有效完成受監護者 <u>接受刑事處罰</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 29. | 現有 <u>矯正資源</u> 足供協助受監護者 <u>接受刑事處罰</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 30. | 針對精神疾患受刑人， <u>矯正機關</u> 之人員能 <u>協助完成個案轉銜</u> 工作 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 31. | 針對精神疾患受刑人， <u>矯正機關</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 32. | <u>受監護處分者</u> 之 <u>最近親屬</u> 能有效照顧受監護者 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 33. | 現有 <u>受監護處分者</u> 最近親屬之 <u>資源</u> 足供照顧受監護者 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 34. | 針對 <u>受監護處分者</u> 最近親屬之 <u>照顧</u> 工作，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 35. | <p>依據保安處分執行法第 46 條之 3 規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」</p> <p>上述監護處分轉銜機制，就您經驗，還可以有那些策進作為？請說明： （例如：還可以有那些策進作為、有那些人員或措施可以協助執行監護處分之執行）</p> | | | | | | | |

六、其他執行監護處分困境與解決方式

| 本研究發現，執行監護處分之收案、治療，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 1. | 雖有多元處遇之規定，惟開始執行前實務上難以確實評估適當執行方式。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. | 目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處理。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. | 具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診之需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 醫療費用由健保給付。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. | | | | | | | | 可採增加戒護人力或保全委外模式。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. | 精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由評估小組依個案狀況提出醫療需求，請求醫療院所依個案需求進行處遇。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. | 檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組能否有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
|----|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|---------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 7. | 保安處分執行法第 46 條之 3 第 2 項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣（市）政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 「當地」之操作性定義為：「居住地」。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | 2022 年 2 月 18 日刑法第 87 條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 修法前之個案，由當地主管機關，採輔導模式列案輔導。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | 針對監護處分執行，還有那些建議或策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

※ 您的回答非常重要，再煩請從頭到尾檢查一遍
看看有無漏答，如果有漏答，請補填 ※
最後非常感謝您寶貴的意見！

附錄六、焦點團體座談會議紀錄

一、開會時間：2022 年 7 月 22 日（五）下午 2 時

二、會議地點：<https://meet.google.com/qkr-yygp-yxq> 會議室

三、主持人：蔡田木教授

四、與談人：B1（高等檢察署檢察官）、B2（高雄市立凱旋醫院醫師）、B3（新北市衛生局實務專家）、B4（衛生福利部桃園療養院醫師）、B5（心理師）

五、出（列）席人員：孟維德教授、潘怡宏助理教授、李衍儒助理教授、林政佑助理教授、林昕璇助理教授、蔡文瑜助教、洪碧均研究助理。

六、主持人致詞及簡報：（略）

七、與談人發言紀要：

提綱一、有關目前各單位執行監護處分之分級分流機制困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

B1：

在執行監護處分欠缺足夠的精神醫療照護資源部分，應依據個案狀況採取分級分流措施，加上並彈性變更執行方式。分級分流依照保安執行法 46 條，為六款擇一，希望能未來能讓檢察官能隨時彈性執行，相較妥當。

在受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理部分，目前依照衛福部所給收支標準表來編列預算，立法院並未依照所編列之預算全額編列，故解決方式修改為法務部應隨時調整，較切合醫院端之需求。

蔡田木（中央警察大學教授）

在受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理部分改成，法務部應隨時適當調整醫療處遇及生活支出費用之編列。

B1：

目前實務對於開始執行不易確實評估，拘提通緝到案須在 24 小時送至醫院評估，教授擬之方案為由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。實務上對於評估小組時間不足，個案可能臨時被拘提，評估小組無法隨傳隨到，故建議由主管單位研擬評估量表，供執行單位（包括檢察單位及醫院）評估參考，無需將評估小組納入。

在具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診之需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難方面，為目前實務上最大困難，雖然針對監護處分個案進行處理，但常發生非精神醫療之問題，也會產生醫療支出，目前所編列之預算都僅限於精神醫療之支出，一旦個案發生精神醫療以外之症狀，費用往往成為醫療呆帳，醫療費用由健保給付之處遇模式沒錯，但健保另有自費與自付額部分，這些受監護處分人基本上家庭經濟都不太好，無法負擔健保部分負擔與自付部分。在此提出社會救助法第五條第三項第七款概念，要減輕醫院呆帳，內政部與衛福部須適當加但書，經執行機關或機構遇到情況特殊請求時，是否

可例外將中低收入戶納入醫療補助。

在其他執行監護處分困境與解決方式中，可採增加戒護人力或保全委外模式。目前對於保安處分受處分人，若脫逃則有刑法脫逃罪，對於醫院端增加戒護人力或保全委外雖贊成，但實際照顧受監護處分人之機關與從業人員則有過失脫逃罪之適用，若醫療端有將受監護處分人送至醫療院所以外去轉診時，仍須由地檢署之法警戒護較無法律上之責任。除再增加戒護人力或保全委外模式之外，須再加或依保安處分執行法 46 條第二項，請警政或衛政機關派員協助。

在精神醫療院所執行監護處分個案，收治方式與一般精神病患未明顯區隔方面，教授所提出由評估小組依個案狀況提出個別處遇，請求醫療院所依個案需求進行處遇，在設計上可能有超過法條權限，基本上評估小組不針對醫院，評估小組為檢察官之執行機關，故改為由評估小組依個案狀況提出各別處遇，建議檢察官協調醫療院所為適當之醫療處置。

目前檢察官在決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行，制度上非常依賴評估小組，故由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考，非常樂見。

2022 年 2 月 18 日刑法第 87 條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論。教授所提出修法前之個案，由當地主管機關，採輔導模式列案輔導，是否能請衛生福利或警政機關提出較具體措施，能夠在開轉銜會議之前對個案有些了解，以便檢察單位日後執行銜接。

B2：

現行體制欠缺多元處遇措施供監護處分之分級分流應變使用，分級分流分為兩種，內部分級分流與外部分級分流在保安處分執行法修法前，就本院做法已有內部分級分流，而在外部分級分流，早期在本院有先例，在執行前先請示檢察官，個案是否可先至日間或社區分區中心，後在保案處分執行法修正後，46 條之 1 至之 3，有監護前評估，已有初步分級分流措施，因涉案至判決確定監護處分期間有間隔，個案在監獄也有做相關處置，並配合相關治療，在藥物上能有施以，相對會比涉案行為時更穩定，是否不一定監護處分的個案。要執行監護處分時一定都要住進醫院或急性病房內，若個案已有慢性化，甚至可轉至收容機構或安置機構甚至是復健機構做處理，在 46 條修正後有監護前評估為非常重要。後續個案在醫院治療，從內部分級分流轉至外部分級分流，狀況已更穩定，功能也恢復良好，更適應社區種種狀況，可變成 46 條之 1 做處理，由檢察官或法官召開個案可至社區做分級分流的社會適應方式處理。

在現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制方面，這些機構在很多醫院都有但數量是否足夠有待討論，可能須配合民間社區分區中心機構做處理，至於該如何納入，須由有關單位另行討論處理。

在有關刑前執行監護處分時間點出現之空窗方面，目前現行暫行安置以解決某部分問題，解決個案至涉案之後到確定執行前期間之空窗期如何執行，使個案精神狀況穩定，大部分個案都因精神問題而涉案，在個案犯案當下馬上治療，個案狀況也會相較穩定，也可將治療時間往前，對個案甚至社區更為安全。目前暫時安置法令，目前本院收置 3 個個案，目前最大問題在於個案收治前是否真的屬於精神障礙？暫行安置在評估是否有精神障礙前，應由專家參與評估。

B3：

在多元處遇分內部和外部部分，當個案到底是因精神疾病或是其他議題而需執行監護處分原因，在開過多場會議後發現，有部分為智能不足，在監護處分執行法中，應令其入身心障礙機構，更能符合其需求。

在現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制方面，屬於監護處分中之醫療機構或福利機構之執行層面，建議移至議題三。另監護中個案非屬心衛社工在監護處

分之權責。且如於監護處分中個案逃逸其責任歸屬難以釐清。

在落實分流之前應先評估，將不須納入監護處分對象排除，包含智能不足、過動、情緒障礙於已排除。

B4：

在有關刑前執行監護處分時間點出現之空窗方面，除行前空窗外，另有刑後空窗，而空窗可能會有危險性，看有關單位是否有辦法處理。

後面有提到令其至相關適當處所，除至適當安置處所以外，檢察單位若有其他相關資源可協助更好，例如有些需外出就醫，理論上需有司法公權力人員陪同，實務上較難做到，有關單位是否能協助，醫院方面也較難執行。

目前科技發達，已有電子圍籬及電子手環等較不污名化之方式輔助監護處分的執行。

B5：

在多元處遇部分，分級分流原則需再明確化，在解決困境，可能為分級分流之原則，接者為機構擴充及多元措施。

在現行監護處分處遇模式缺乏監護期間社區復健、社區適應轉銜機制方面，解決困境為擴充量能，是否有可能再轉銜小組至何處並擴充社區復健機構或社區適應模式。

提綱二、有關監護處分第一線醫療機關之醫療困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

B2：

在醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計及執行監護處分欠缺足夠的精神醫療照護資源方面，涉及到另一種分級分流，精神障礙者及監護處分人，從犯行症狀來看分為低、中、高的危險度，呈現低、中危險度在司法病房即可處理，對於高危險性個案，尤其是涉及人格問題，在處置上有較大的風險，又涉及到監護人力不足之問題，如何去收置警戒更高危險性的個案，有更進一步觀念上之溝通。

B3：

在加速司法精神醫院之建置之議題，雖有設置六處精神病院，但原則上仍是排擠原有之病床去做司法精神醫院之設置，剝奪一般病人之權益。

反社會性人格其於現行精神衛生法或通過一讀之新版精神衛生法皆將此類排除於法規中。顯而是類個案並非可以透過醫療體系協助。將是類個案令入司法精神病院非無法約制或逞罰個案，且將其他真正因疾病症狀干擾犯罪之個案置於危險之中。因反社會性人格其智商多為正常，相反真正的病人會因服藥而致思考邏輯較緩慢。

在監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題中，混合反社會人格，是否真的為精神疾病之症狀或是單純反社會性人格，反社會性人格不是放進精神醫療體系就可被解決，將反社會性人格放入司法精神病院，採取嚴密、高戒護之處理，只是讓大家陷入危險之中。

B4：

反社會人格雖有些伴隨精神疾病，但在治療過後仍是以反社會人格為主，對於個案及工作人員都非常危險，因此是否有其他處所更適當之處所可對這些人進行安置處理。

B5：

在加速司法精神醫院之建置部分，可加病房，雖有加六間醫院，但若監製不順利，仍需有部分專責病房之設立。

提綱三、有關目前執行監護處分之收案、社會復歸困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

B2：

在監護處分個案執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制，在今年保安處分執行法第 46 條之 1 之 2 之 3 裡已有詳細實列，在 46 條已有監護權之評估，在法條設計上以有詳細內容，到時在執行上後續相關內容層需要更進一步追蹤。

在民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確，這部分為民間機構尚不了解，及擔心危險性，對於普通精神障礙者在求職路上多首會受異樣眼光，更何況這些曾受法令問題之精神障礙者，若要請求民間非營利機構去做這項相對處理，政府可能需要更大的著力點。

在社會福利（含非營利組織）機關（構）方面，一般民眾可以尋求協助的資源、種類非常的稀少方面，例如殘障手冊與社會福利補助，若個案在縣市某些項目不給付，這些精神障礙者工作不順利，並無經濟上來源，而在監護處分期間社會福利又短缺，造成家屬與個案之困難，各縣市社會局可能需作改變或檢討。

若個案之前完全無受刑人身份，甚至個案完全符合刑法 76 條之 1 無罪去做監護處分，是否還符合更生保護協會的協助範圍之內。

B3：

在監護處分個案執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制方面，除收案機制沒有很明確以外，另外在前端支援部分沒有很多，目前檢查機構都是以醫療院所做監護處分，因此需拓展社會福利機構，以補足這面不足。

另在社會復歸困境部分，個案在執行完監護處分之後，即為自由身，對於各縣市政府並無強制力，因此立法在前，執行上所需資源仍亟待跟進補足，在未完備地方社區資源前，復歸社會後即便地方政府就現行機制介入，恐仍難免有所能力未及之處。

在未建立監護處分政策成效評估指標方面，可以「再犯率」作為主要的績效評估指標，再犯率之定義應由法務部做較清楚之釐清。

B4：

在民間非營利組織在監護處分中的協力與角色扮演未臻明確方面，警察若可幫忙輔導個案就醫，也可預防犯罪更可促進社會安全之作法。

B1：

在強制力與增加警力方面，這部分較麻煩，這些受監護處分者離開監獄後即為自由狀態，這些受監護處分者無病識感，欠缺家人支持，又不願入住安養機構，無法輔導及做有效追蹤，警政機關在保安處分執行法，在其受處分期間還有法律依據可請處分機關或公衛機關協助，離開之後無法律依據，無法約束受監護處分者之自由。

另在更生保護協會方面，對於無犯罪者或曾有緩起訴處分，不具有更生人身份，希望修法縱使無罪、無前科加概括條款，經檢察機關依照個案來認定，認為有協助之必要者看轉介個案，做一概括規定。

再犯部分，監護處分為治療精神疾病，目前刑法 87 條用降低再犯危險，或不再具有危害社會安全等字眼，已超過精神醫療之範疇，等於讓醫師做犯罪學之評估，有點太超過。

提綱四、目前監護處分個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式，初步研擬詳見附件，問題內容是否周延、妥適，請討論。

B2：

在衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。現行已有此操作，不清楚為何仍有問題，若儘管區了解，則警政單位須加強內部系統強化。

在專業衛福部門護理人員未能及時抵達現場處理及判斷。解決方式由醫療專業人員成立精神醫療專業小組，及時抵達現場處理。在精神醫療單位都有危機處理小組，發生撞奔有透過電話去了解，馬上送至醫院加以評估處理，若皆要醫療人員到場評估處理，則醫療人員將忙不完。

B3：

前端緊急護送就醫，在社區發生危及事情時，認為沒有掌握個案名單，且無醫護人員到現場，無法判斷，且無專業知識。在無法掌握名單方面，一、在監護處分個案在結束監護，做轉銜會議，公文會發至各個警察局。二、衛福部在 2020 年已成立精神醫療網緊急線上諮詢專線且為 24 小時全國性電話，提供第一線基層員警、消防局人員或機構社工等專業人員去諮詢這個人狀況，包含此人是否為衛福部系統納管追蹤關懷照顧個案。

在警消人員未具精神衛生醫療專業知識方面。每年衛生局都會對警察局與消防局第一線工作人員做相關教育訓練。

B4：

對於警消人員將精神疾病患者送醫，績效是否可提高，另加強相關教育訓練，對於醫療人員到場協助，實屬困難，若經銷人員需專業醫療人員協助，是否可採用視訊支援方式提供諮詢。

B5：

在社安處理與資訊分享部分，其中專業衛福部護理人員未能及時到場達現場處理及判斷，擔心太過針對，對護理人員感覺不太好，可改為醫療專業人未能及時到場達現場處理及判斷。

題綱五、目前各單位監護處分執行的人力與資源評估，問題內容是否周延、妥適？請討論。

B1：

更生保護人員，改為更生保護人力。

B2：

受監護處分在社福資源上，若因受監護處分而被停止社會福利，需請社福單位做資源再評估。

另勞動資源與更生保護資源沒有落實處理，可能在人力上限制可能沒有很落實協助，這些仍需要有關單位檢討，這些受監護處者能有更堅實之協助。

再行前監護處分，個案入監服刑後，效果有所減損，因此監所矯正方面，在人力、資源上或整體與醫療單位配合上需在做協調處理。

B3：

監護處分有執行前為檢察官，執行中為醫療人員，執行後才會有衛、政、社服、警政、教育、主管機關、勞政等等，整個程序有些雜亂，整個題序上可能要再做調整。

現行衛政人員能有效完成受監護者心理治療、諮商之任務，衛政人員應針對的是完成監護處分者，復歸社區之後要做的事，對於衛政人員最大任務並非心理治療，也非諮商，最大任務為精神醫療之連結，去追蹤個案精神醫療就醫狀況。

B5：

衛政人員並非做心理治療與諮商，故需修正，主要是轉銜部分。

題綱六、上述監護處分執行相關機制、困境與解決方式，就您經驗，還可以有那問題可再加進專家問卷調查工具內，請討論。

B1：

保安處分執行法第 46 條之 3 第 2 項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣（市）政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成。行政機關轉銜與檢察機關之轉銜，相差甚遠，各縣市政府對於當事人之轉銜並不順暢，當地操作為居住地也較困難，若非戶籍縣市名，參加轉銜會議之意願非常低，故希望將當地改回戶籍地，由戶籍地政府負責轉銜會議。在回歸修法戶籍之前，檢察機關有辦理轉銜會議處理原則，雖操作為檢察機關及監護處分處所，若改回戶籍地，那將來將對受處份者提供社會救助之主管機關皆須發公文請其參加視訊會議，避免縣市政府再將不相關之人在轉銜回去。

八、散會：2022 年 7 月 22 日（五）下午 4 時。

附錄七、調整修正後之專家調查問卷 監護處分執行狀況與因應對策問卷調查表

辛苦執行監護處分的同仁您好：

首先，對您平日執行監護處分工作的辛勤與貢獻，表示由衷的敬佩，同時在百忙中麻煩您抽空填寫本問卷，敬表謝意。

為深入瞭解我國監護處分之執行狀況，並希望能評估未來執行之量能與需求，法務部司法官學院特別委託本研究小組進行本項研究。素仰您在監護處分領域具有豐富實務工作經驗，本研究特別邀請您進行本次問卷調查，希望您能提供個人之想法和經驗。本項意見調查約 30-40 分鐘；本研究會在取得您的同意後進行，過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權力隨時中止。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

為了供政府相關單位研擬監護處分政策的參考，您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在空格內作答即可。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，您的意見也會用匿名化處理，請您放心回答。為感謝您的協助，完成本問卷後，本研究將會以匯款方式致上 1,000 元問卷調查費(煩請填具領據)，非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

研究主持人：中央警察大學 蔡田木 教授

暨全體研究成員 敬上

2022 年 7 月

同 意 書

經研究者說明後，本人同意參與本項問卷調查，研究人員對於調查內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：

(簽名)

年 月 日

一、基本資料

(一) 您的身分屬性：

- 1.警政人員
- 2.衛政人員
- 3.檢察官
- 4.醫療院所醫療人員（醫師、心理師、諮商師）
- 5.醫療院所護理人員
- 6.精神復健機構、精神護理機構照護或復健人員
- 7.身心障礙福利機構或其他相關處所照顧或輔導人員
- 8.矯正機構人員
- 9.觀護人
- 10.更生保護人員
- 11.其他人員：請說明_____

(二) 您的工作年資：_____年

(三) 您執行（接觸）監護處分者的經驗：_____年

二、目前精神疾患個案之社安處理、資訊分享困境與解決方式

| 本研究發現，執行監護處分之社安處理、資訊分享，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|--------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | | |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | 0 不知道 | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 |
| 8. | 衛福單位列管之精神疾患名單未能及時給予第一線危機處理執勤員警參考，執勤時易生問題與困擾。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 衛福單位列管之精神病患名單，應落實提供第一線危機處理執勤警、消掌握及執勤參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | 警察人員無法及時與其家屬取得認知及獲知處理資訊。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 結合衛政、戶政及警政系統，即時與家屬取得處理資訊。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | 社區中妨害社會秩序精神疾患經常有就醫的困難 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 鼓勵警察協助監護處分個案送醫 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. | | | | | | | | 鼓勵警察協助關心監護處分個案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. | 針對精神疾患第一線危機處理還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | 醫療專業人員未能及時抵達現場處理及判斷 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由醫療專業人員成立危機處理小組，設立專線及時以視訊方式提供應變處理方式 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. | 警、消人員未具精神衛生醫療專業知識。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 警察及消防人員建立精神障礙病患案件處理標準作業程序。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | | | | | | | | 第一線人員應瞭解衛生福利部及各縣市精神障礙病患案件處理之處理流程。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. | | | | | | | | 落實警消第一線人員危機處理資訊及標準作業流程之宣導。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. | 警消人員未接受定期、定時及相關專業教育與訓練。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 加強警消第一線人員定期、定時及專業之教育與訓練。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. | 偵查時無法查詢犯罪者是否為衛政精神列管之對象及相關資訊 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 偵察機關與衛生局應建置足夠暢通諮詢之管道 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. | | | | | | | | 可將相關資訊併入移送書中供檢察官及法官參考，協助判斷是否符合羈押要件，是否啟動「暫行安置」或緊急護送就醫之機制。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 20. | 針對目前監護處分個案之社安處理與資訊分享，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

三、目前各單位執行收案、分級分流機制困境與解決方式

| 本研究發現，執行監護處分之收案、分級分流機制，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 13. | 監護處分個案之執行，檢察機關與醫療機構尚未有明確化、具體化之收案機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 檢察機關與醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處分機構應建立明確化、具體化之收案機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. | | | | | | | | 針對精神病個案應逐案成立專責處理團隊平臺及處理、列管機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | | | | | | | | 比照毒品的緩起訴模式，由行政院層級進行跨部會整合 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. | 現行體制欠缺多元處遇措施（機制）供監護處分之分級分流應變使用 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 擴充多元處遇機構（機制）的建置與服務量能（含處遇精神病、心智缺陷、過動、情緒障礙之醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等機構） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. | 雖有多元處遇規定，惟開始執行前，實務上難以確實評估個案適當執行方式 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位評估小組使用。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. | 檢察官決定繼續執行、聲請延長執行或期滿前免除執行等，負責收治之精神醫療院所及地檢署評估小組如何有效判斷其再犯或危害公共安全之危險程度高低，亟須建立標準機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由主管單位研擬評估量表，供執行單位之評估小組評估參考。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. | | | | | | | | 落實分流評估機制，依個案狀況分流合適機構實施保安處遇 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 20. | | | | | | | | 可依據個案執行狀況，彈性變更執行方式 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. | 精神醫療院所執行監護處分個案，其收治方式與一般精神病患未明顯區隔或予以特殊之個別處遇，刑法所要求之降低再犯風險以免除繼續執行甚或建立其復歸社會之能力，難以實現。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 由評估小組依個案狀況提出醫療需求，由檢察官請求醫療院所依個案需求進行處遇。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 22. | 針對監護處分者收案、分級分流之評估機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

| 本研究發現，執行監護處分之收案、分級分流機制，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|--------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | | |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | 0 不知道 | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 |
| 23. | 醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡間成員，彼此間並不瞭解各單位間之權責劃分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應強化醫療、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等保安處分網絡機構及成員間之權責劃分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 24. | 保安處分執行法主管機關為法務部，法務部對司法精神處遇之推動，經費編列及處遇內容之專業度均不足，目前仰賴衛福部協助及規劃，致無法基於主管機關角色深入掌握本項業務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 法務部與衛福部應落實部會間橫向連繫協調，徹底解決醫療機構與檢察機關之困難 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 25. | | | | | | | | 針對強化社會安全網第二期計畫中監護處分個案轉銜（尤其需要就執行方式），由中央主機關各部會訂定全國一致之作法原則。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 26. | 現行多元處遇機制之規範，未臻具體明確 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 保安處分執行法第46條之1設有評估小組機制，已解決問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 27. | 保安處分執行法第46條之3第2項規定參與轉銜會議之主管行政機關為「當地」直轄市、縣（市）政府各主管機關，於受處分人「戶籍」在其他縣市時，轉銜會議效果難以達成。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 「當地」之操作性定義為：「戶籍地」，由個案戶籍所在地之直轄市、縣（市）政府擔任該個案之主管機關 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 28. | 刑前執行監護處分時間點出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 刑法、保安處分執行法及刑事訴訟法，增訂「暫行安置」與強化「監護處分」，已解決刑前空窗問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 29. | 刑後執行監護處分時間點出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 刑後監護處分人假釋出獄者，觀護人應緊密連結警政、衛生、社會福利單位共同輔導受保護管束人，俾為有效之監督 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 30. | | | | | | | | 建議修正保安處分執行法，使刑後監護與假釋付保護管束同時執行之。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 31. | 醫療院所對於性侵害、暴力犯罪、智能障礙、愛滋病患者、不能自理生活者不願收治，出現空窗現象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 司法精神醫院成立前，編列經費，協調特約醫療院所成立專責病房接收特殊個案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| | |
|-----|---|
| 32. | <p>依據保安處分執行法第 46 條規定：「1.第四十六條因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：(1)令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。(2)令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。(3)令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。(4)交由法定代理人或最近親屬照顧。(5)接受特定門診治療。(6)其他適當之處遇措施。2.檢察官為執行前項規定，得請各級衛生、警政、社會福利主管機關指定人員協助或辦理協調事項。」</p> <p>上述監護處分方式，有關分級分流機制，就您個人經驗，還可以有那些策進作為？請說明： (例如：有那些單位、機構可協助加入監護處分)</p> |
|-----|---|

四、目前執行監護處分之執行監護困境與解決困境方式

| 本研究發現，目前監護處分之執行，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 14. | 醫療院所精神病房本來就不是為監護處分的個案而設計 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應加速司法精神醫院或病房之建置，避免排擠一般病患之療護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | 執行監護處分欠缺足夠的醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等照護資源 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再充實強化司法精神醫院、司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導、門診、更保等照護資源 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. | | | | | | | | 應強化受委託執行監護處分醫療院所司法精神病房、復健、護理、照顧、輔導之設施、醫病比及戒護人力與經費 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. | 目前正籌設司法精神醫院、司法精神病房，提高戒護能量，集中收治全國高暴力風險、反社會性格之受處分人；然受處分人於監護期間發生精神疾病以外之傷病，治療困難。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 於司法精神醫院內，強化一般醫療能量，重大傷病採戒護外醫模式處理。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. | 受處分人各項必要醫療處遇及生活支出費用之編列並不合理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 法務部應隨時檢視收治標準，適當調整醫療、復健、護理、照顧、輔導或門診等保安處遇及生活支出費用之編列 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. | 具有精神醫療資源之院所其專業服務範圍與規模仍非一致，個案常有另外再送轉診需求，衍生醫療費用支付之困擾及戒護困難 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 醫療費用由健保給付及當事人自付。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 20. | | | | | | | | 可採增加戒護人力或保全委外模式轉診就醫。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. | | | | | | | | 由地檢署依保安處分執行法第46條之規定「請衛生、警政機關派員協助」 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| 本研究發現，目前監護處分之執行，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 22. | 現行監護處分醫療處所之安全管理設備不足 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再充實監護處分之安全管理設備 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 23. | 現行監護處分醫療處所之戒護人力不足 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再增加監護處分之戒護人力 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 24. | | | | | | | | 增加電子化健康與行動化個案管理措施，降低工作人員負擔 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 25. | 現行監護處分醫療處所執行人員有執業安全問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 應再提升監護處分執行人員執業安全 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 26. | 因人力、床位不足、監護處分個案會威脅醫護人員及其他病人安全 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可採取獨立病房、治療模式執行監護處分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 27. | 執行監護處分時，會有處理困難或不適合之個案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 請指揮執行單位提供適當支援與後送單位。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 28. | | | | | | | | 由執行單位評估轉銜至適當機構。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 29. | 充實精神醫療照護資源，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 30. | 監護處分個案支持系統不佳並混合反社會人格行為問題 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 反社會人格者的處分，可令入司法精神病院或專屬病房，針對個案需求，採取嚴密、高戒護處遇 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 31. | | | | | | | | 監護處分個案可適度連結職能訓練與社會復歸之功能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 32. | 針對身心障礙者合併反社會人格之監護處分對象，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 33. | 就醫療專業而言，目前監獄並不適合收容受監護處分宣告之受刑人 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 完善監獄精神醫療體系 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 34. | 監護個案增加監獄管理量能負擔 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 因應監護個案數據，彈性增加監獄管理量能。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 35. | 針對監護處分者在矯正機構內之處遇，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

五、目前執行社會復歸困境與解決困境方式

| 本研究發現，執行監護處分之社會復歸，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | 0 不知道 |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | |
| 7. | 現行監護處分處遇模式 缺乏監護期間社區復健、 社區適應轉銜機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 落實社安網社會復歸計畫， 可強化民間社會（非營利組 織）之協力參與 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. | | | | | | | | 擴展、納入已有之社福機構，並 建置多元處遇機構資料庫，供處 遇、轉銜參考 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. | | | | | | | | 可加強回歸社區後個案原生 家庭的追蹤與輔助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. | | | | | | | | 社區處遇關懷計畫，應再補 充心衛社工量能 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. | 針對監護處分個案收案機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | 民間非營利組織在監護處 分中的協力與角色扮演未 臻明確（缺乏參與著力 點） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可考量公私協力建置社會復歸 中心，落實社安網社會復歸計 畫，強化民間社會（非營利組 織）之協力參與結合非營利組 織之服務項目，例如日間、夜 間、全天與就業服務協助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. | 社會福利（含非營利組 織）機關（構）方面，一 般民眾可以尋求協助的資 源、種類非常的稀少 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 參考美國 clubhouse（會所） 模式，由非營利組織設立社區 支持機構，採取社區工作與支 持的方式，提供精神康復者創 造機會的中間處遇轉銜機制 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. | | | | | | | | 增加就醫補助，協助社會復歸 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. | 部分個案非更保服務對象 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 修正更生保護法，增訂「經檢 察官依個案情節認定有接受更 生保護之必要而轉介者」，得 受更生保護會之服務。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| 本研究發現，執行監護處分之社會復歸，有下列實務困境及解決建議，請就您個人看法表示意見： | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|--------|--|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 題號 | 困境 | 低 ← → 高 | | | | | 解決困境方式 | 低 ← → 高 | | | | | | |
| | | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | | 0 不知道 | 1 非常不同意 | 2 不太同意 | 3 沒意見 | 4 還算同意 | 5 非常同意 | 0 不知道 |
| 16. | 2022年2月18日刑法第87條修正前之受處分人，並無延長其監護期間之機制，結束監護後即取得人身自由，其中若有欠缺家庭支持或病識感不佳者，又不願接受轉介養護機構，目前追蹤輔導機制似不足以因應，轉銜會議不易獲致有效之結論。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 修法前之個案，由當地主管機關之社工人員，採輔導模式列案輔導。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. | 針對監護處分個案之社會福利機制，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | 未建立監護處分政策成效評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 可以「再犯可能、配合程度、服藥狀況、家人支持」作為主要的績效評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. | | | | | | | | 可以「多元處遇機構的建置量能」作為評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 20. | | | | | | | | 可以「醫療相關量表（例如：自殺強度量表、生活品質量表，以及暴力評估量表等）」作為評估指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. | 針對監護處分政策成效評估指標，還可以有那些策進作為： | | | | | | | | | | | | | |

六、各單位執行人力與資源評估

| 題號 | 題 項 | 低 ←————→ 高 | | | | | 0 不知道 | 其他意見或理由 |
|--|---|----------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------|
| | | 1 非常 不同意 | 2 不 太 同意 | 3 沒 意 見 | 4 還 算 同 意 | 5 非 常 同 意 | | |
| 24. | 現有 檢察官人力 能有效協調相關人員執行監護處分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 25. | 現有 監護資源 足供檢察官指揮監護處分之執行 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 26. | 針對受監護處分者，檢察官還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 27. | 現行 衛政人力 能有效完成受監護者 醫療連結、復歸、轉銜 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 28. | 現有 衛政資源 足供完成受監護者 醫療連結、復歸、轉銜 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 29. | 針對受監護處分者，有關 衛政資源 或 機構 方面，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 30. | 現行 醫療人力 能有效完成受監護者 心理治療、諮商等就醫 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 31. | 現有 醫療資源 足供完成受監護者 心理治療、諮商等就醫 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 32. | 針對受監護處分者，有關 醫療資源 或 機構 方面，還可以有那些策進作為： | | | | | | | |
| 33. | 現行 精神復健、護理人力 能有效完成受監護者 照復 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 34. | 現有 精神復健、護理資源 足供完成受監護者 照復 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 35. | 針對受監護處分者，有關 精神復健、護理資源 或 機構 方面，還可以有那些策進作為： | | | | | | | |
| 36. | 現有 社福人力 能有效完成受監護者 就養、社區照顧服務、輔導 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 37. | 現有 社福資源 足供完成受監護者 就養、社區照顧服務、輔導 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 38. | 針對受監護處分者，有關 社會福利資源 或 機構 方面，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 39. | 現有 警政人力 能有效完成受監護者 治安（行為）監控 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 40. | 現有 警政資源 足供協助受監護者 治安（行為）監控 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 41. | 針對受監護處分者，有關 警政資源 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 42. | 現有 教育主管機關人力 能有效協助受監護者 就學 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 43. | 現有 教育資源 足供協助受監護者 就學 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 44. | 針對受監護處分者，有關 教育資源 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 監護處分轉銜機制中，有關各單位監護處分執行的人力與資源評估，以下問題，請就您個人看法表示意見：您只要選出符合自己想法的答案，在該題答項上畫圈，或在空格內作答即可 | | | | | | | | |

| 題號 | 題 項 | ← 低 高 → | | | | | 0 不知道 | 其他意見或理由 |
|-----|---|----------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------|
| | | 1 非常 不同意 | 2 不 太 同意 | 3 沒 意 見 | 4 還 算 同 意 | 5 非 常 同 意 | | |
| 45. | 現有 <u>勞動主管機關人力</u> 能有效協助受監護者之 <u>就業</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 46. | 現有 <u>勞動資源</u> 足供協助受監護者之 <u>就業</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 47. | 針對受監護處分者，有關 <u>勞動資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 48. | 現有 <u>更生保護人力</u> 能有效協助受監護者之 <u>更生保護</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 49. | 現有 <u>更生保護資源</u> 足供協助受監護者之 <u>社會復歸</u> 任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 50. | 針對受監護處分者，有關 <u>更生保護資源</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 51. | 現有 <u>矯正人力</u> 能有效完成受監護者 <u>接受刑事處罰</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 52. | 現有 <u>矯正資源</u> 足供協助受監護者 <u>接受刑事處罰</u> 之任務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 53. | 針對精神疾患受刑人， <u>矯正機關</u> 之人員能 <u>協助完成個案轉銜</u> 工作 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 54. | 針對精神疾患受刑人， <u>矯正機關</u> 還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 55. | <u>受監護處分者</u> 之 <u>最近親屬</u> 能有效照顧受監護者 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 56. | 現有 <u>受監護處分者最近親屬</u> 之 <u>資源</u> 足供照顧受監護者 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | |
| 57. | 針對 <u>受監護處分者最近親屬</u> 之 <u>照顧</u> 工作，還有那些策進作為： | | | | | | | |
| 58. | <p>依據保安處分執行法第 46 條之 3 規定：「1.監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。2.當地直轄市或縣（市）政府所屬衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關應指定人員參與前項會議，如認受監護處分人屬於他轄，應於參與前項會議後，再轉銜至該管直轄市或縣（市）政府辦理。3.檢察機關召開第一項之會議，應通知更生保護會參與，更生保護會得依更生保護法辦理保護事項。」</p> <p>上述監護處分轉銜機制，就您經驗，還可以有那些策進作為？請說明： （例如：還可以有那些策進作為、有那些人員或措施可以協助執行監護處分之執行）</p> | | | | | | | |

※ 您的回答非常重要，再煩請從頭到尾檢查一遍
看看有無漏答，如果有漏答，請補填 ※
最後非常感謝您寶貴的意見！

附錄八、醫療院所監護處分執行狀況調查表

辛苦執行監護處分的同仁您好：

首先，對您平日執行監護處分工作的辛勤與貢獻，表示由衷的敬佩，同時在百忙中麻煩您抽空填寫本問卷，敬表謝意。

我們目前正在執行法務部司法官學院委託研究案，研究主要目的在瞭解目前監護處分之執行狀況，並希望能評估未來執行之量能與需求，因此，要煩請您惠予協助，針對貴單位實際狀況填寫。期望經由您的幫忙，讓我們能提出更周全的建議，作為精進未來監護處分制度之參考。非常感謝您大力協助，並提供寶貴意見。敬祝
鈞安

中央警察大學犯罪防治學系
蔡田木教授暨全體研究成員敬上

1. 貴單位執行監護處分經驗：執行監護處分_____年。
2. 目前接受監護處分人數：住院治療_____人、門診治療_____人。
3. 可執行監護處分最大容額：住院治療_____人、門診治療_____人。
4. 指揮執行機關：_____檢察署_____人、_____檢察署_____人
_____檢察署_____人、_____檢察署_____人
_____檢察署_____人、_____檢察署_____人
5. 執行監護處分方式：藥物治療_____人、心理治療_____人、其他處遇方式_____人，請說明_____。
6. 專責監護處分病房（床） 1. 無專責監護病房，但有監護病床_____床
2. 有專責監護病房，_____房_____床。
7. 目前一般精神病房（床）有_____房_____床。
8. 目前治療一般精神病患之醫病比，(1) 醫師_____：病人_____；(2) 護理人員_____：病人_____
9. 目前執行監護處分病患之醫病比，(1) 醫師_____：病人_____；(2) 護理人員_____：病人_____
10. 目前監護處分戒護人力與受監護處分者之比，戒護人員_____：病人_____
11. 您認為理想中執行監護處分之醫病比，(1) 醫師_____：病人_____；(2) 護理人員_____：病人_____
12. 您認為理想中執行監護處分戒護人力與受監護處分者之比，戒護人員_____：病人_____

13. 貴單位是否有無法接收監護處分者的經驗？

1. 無，都會收治。

2. 有，請說明原因：

14. 針對目前及未來監護處分制度（採「分級分流」、「多元處遇」、「流動迴轉」、「定期評估」及「轉銜機制」等制度）之建議，請說明：

本問卷共有 2 頁，麻煩您再次檢查是否有漏未作答的題目!!

-----作答完畢，非常感謝您的協助-----

附錄九、各地方檢察署監護處分執行狀況調查表

辛苦執行監護處分的同仁您好：

首先，對您平日執行監護處分工作的辛勤與貢獻，表示由衷的敬佩，同時在百忙中麻煩您抽空填寫本問卷，敬表謝意。

我們目前正在執行法務部司法官學院委託研究案，研究主要目的在瞭解目前監護處分之執行狀況，並希望能評估未來執行之量能與需求，因此，要煩請您惠予協助，針對貴署實際狀況填寫。期望經由您的幫忙，讓我們能提出更周全的建議，作為精進未來監護處分制度之參考。非常感謝您大力協助，並提供寶貴意見。敬祝
鈞安

中央警察大學犯罪防治學系
蔡田木教授暨全體研究成員敬上

1. 單位名稱：_____
2. 目前執行監護處分人數：住院治療_____人、門診治療_____人。
其他監護處分方式：_____人，請說明：_____。
3. 目前配合執行監護處分機關：
_____ 醫院（機構），住院_____人、門診_____人、其他治療_____人，請說明：_____
_____ 醫院（機構），住院_____人、門診_____人、其他治療_____人，請說明：_____
_____ 醫院（機構），住院_____人、門診_____人、其他治療_____人，請說明：_____
_____ 醫院（機構），住院_____人、門診_____人、其他治療_____人，請說明：_____
_____ 醫院（機構），住院_____人、門診_____人、其他治療_____人，請說明：_____
4. 上述醫療院所是否足夠承擔目前貴單位執行監護處分之需求：
1.足夠 2.不夠 3.其他，請說明_____
5. 目前執行監護處分之困境：

-
6. 未來監護處分將採取多元處遇方式進行，貴單位建議有那些單位可參與（協助）監護處分之執行：（含衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關或其他單位）

7. 針對目前及未來監護處分制度（採「分級分流」、「多元處遇」、「流動迴轉」、「定期評估」及「轉銜機制」等制度）之建議，請說明：

本問卷共有 2 頁，麻煩您再次檢查是否有漏未作答的題目!!

-----作答完畢，非常感謝您的協助-----