



我國監護制度發展與變革之研究

期末報告

投標廠商：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

研究團隊：陳錦明、李衍儒、林政佑、林昕璇、蔡文瑜、洪碧均



報告大綱

壹、緣起、問題與目的

貳、各國監護處分制度之比較分析

參、我國監護處分執行狀況與問題

肆、我國監護處分未來政策建議

壹、研究主旨-研究緣起



- ▶ 具有精神障礙的行為人攻擊民眾案件層出不窮，如何妥適處遇
監護處分人，亟待研究

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 <u>氣管</u> 、 <u>血管</u> 、 <u>肌肉</u> 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）
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，法院認為黃男辨識力、控制力減低	余姓男子（手部受有刀傷）



壹、研究主旨-研究問題

- ▶ 過去執行監護處分狀況及所面臨的爭議為何？
- ▶ 世界主要國家監護處分之制度、措施為何？
- ▶ 新監護處分制度可行性為何？
- ▶ 現行監護處分執行量能為何？
- ▶ 目前司法、警政、衛政與社福等人力、物力等資源整備及合作狀況為何？

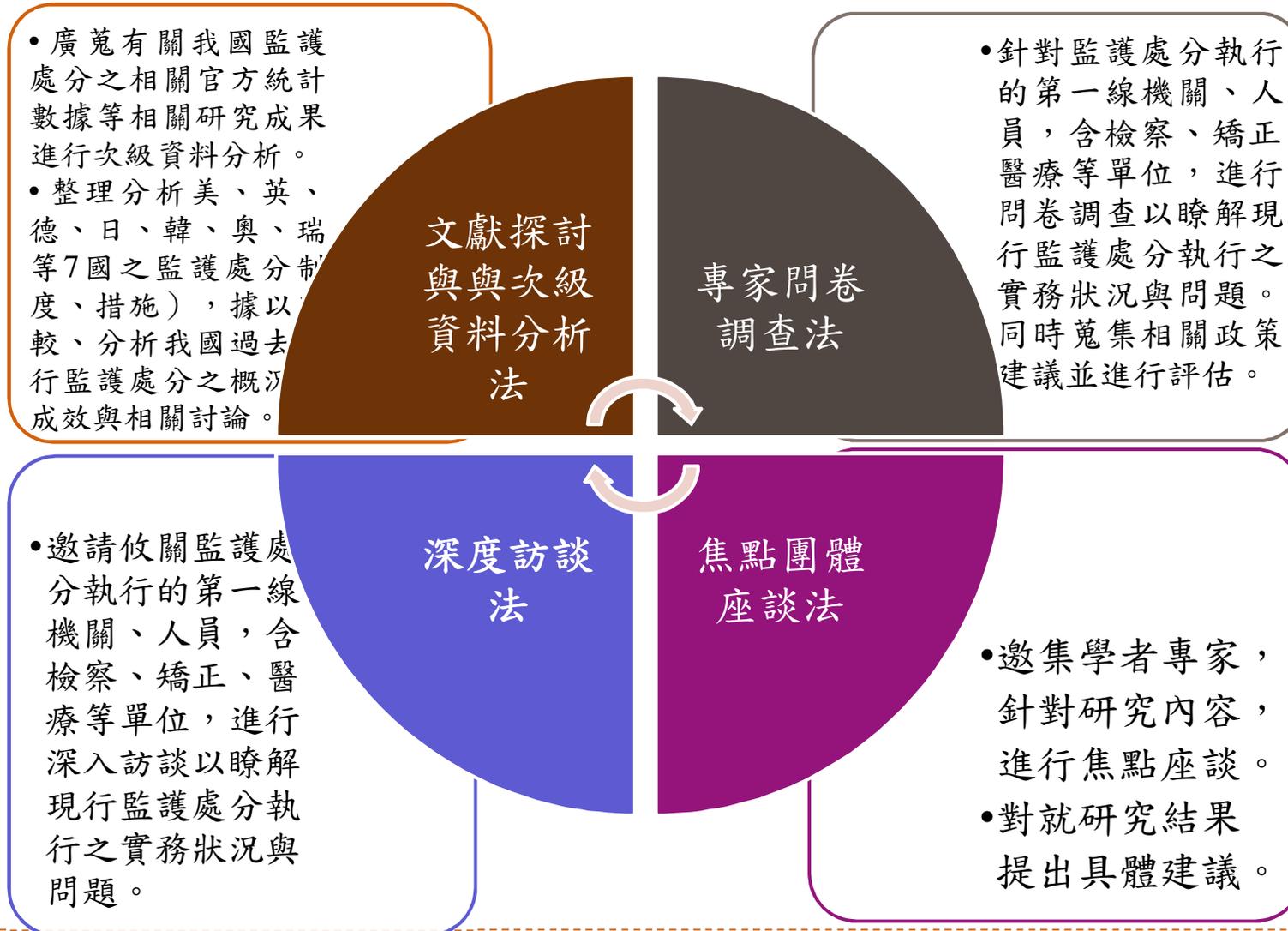


壹、研究主旨-研究目的

- (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。



壹、--二、研究方法





貳、各國監護處分制度分析

怡宏老師



表2-1 各國監護制度規範面問題綜合比較

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						



表2-2 各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						



表2-3 各國監護制度執行面問題綜合比較

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



表2-4 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	「原因犯罪排除 行為輕微」	「原因犯罪排除 行為輕微」	「原因犯罪排除 行為輕微」	限定於重大 他害行為	保安處分， 法規範圍詳細	精神健康法 作為基本法	國家心理健 康基本法
	受處分人可 能再犯之排除	受處分人可 能再犯之排除	受處分人可 能再犯之排除	-	除治療監護 外，規程全 面	重視於能力 (capacity) 的評估	以去機構化 為主
	處分期間採 分期處分	處分期間採 分期處分	採定期宣告 但無延長期	-	因應實際狀 況需要多次 修法	-	-
審判面	處分宣告前 須由司法醫 生鑑定	處分宣告前 須由司法醫 生鑑定	處分宣告前 須由司法醫 生鑑定	醫社向 精神面 重視 結合學 會與福 祉	鑑定治療 精神再與 性結合， 性要 結合，性 要 結合，性 要 結合，性 要	或法由學 庭法由學 法由學 安皇，業 治是庭律 專議	精神衛生法 積極介入
	法院於程序 保障	法院於程序 保障	法院於程序 保障	結合醫療、 福利、社 會、角視	-	法院得為監 護令，強 制令區 治療	處理案件類 型、風、暴、 險、罪、非、

層面	德國	奧地利	瑞士	日本	韓國	英國	美國
鑑定面	司法精神醫學鑑定 專家精評	司法精神醫學鑑定 專家精評	司法精神醫學鑑定 專家精評	面治的成要 歸；性會的 復視能亦斷一 社會重可分判之 社的療部為件	護估 監評 療會 治員 由委	專至要醫足證 療(需科出據 醫員位神提證 位人一精)的 兩業少是師夠明	生評 衛掌 精神執項 由法庭事 法估
執行面	本歸限 復所 為社僅 療社則處院 醫、原行精 以位為執精	本歸限 復所 為社僅 療社則處院 醫、原行精 以位為執精	本歸限 復所，處療 為社則處院構治 醫、原行神機診 以位為執精為門	意 同視 人重 事重 當的	礙專制設式 障的機有非方 神者遇亦的遇 精法處，化處 有觸門構度施	列以 系一階 有估循 設評茲	社遇 的處 化歸 元返 多區
	合行 競執 刑前 由刑則 自採原 與時為	合行 競執 刑前 由刑則 自採原 與時為	合行 競執 刑前 由刑則 自採原 與時為	機涵 正內 矯學備 升醫設 提關與	護 監 前 刑 採 治	處 護 理 社 區 遇	-
	宣緩以交 經暫釋並核 分可假行考 處，或執護 容後行止觀 收告執中付	宣緩以交 經暫釋並核 分可假行考 處，或執護 容後行止觀 收告執中付	宣緩以交 經暫釋並核 分可假行考 處，或執護 容後行止觀 收告執中付	機精容實料 正的收充照 矯部礙供療 視內障提醫 重關神人的	結配更社 護搭察措實接 監，觀護落銜 療後護保，的 治束保生施區	-	-
資源面	編府責 政負 邦算 各預 由列	編府責 政負 邦算 各預 由列	編府責 政負 邦算 各預 由列	的且 遇沛 處充域 院源領 入資跨	類處意擇 同注選 不並主能 應有；自可 因型遇其的	服工、 診社繫所 返與聯住 期、持制 定藥保限	理神事州者權 遇精刑各定人 處合、制求 元整學法策追 多念醫司政以



參、我國監護處分執行狀況與問題

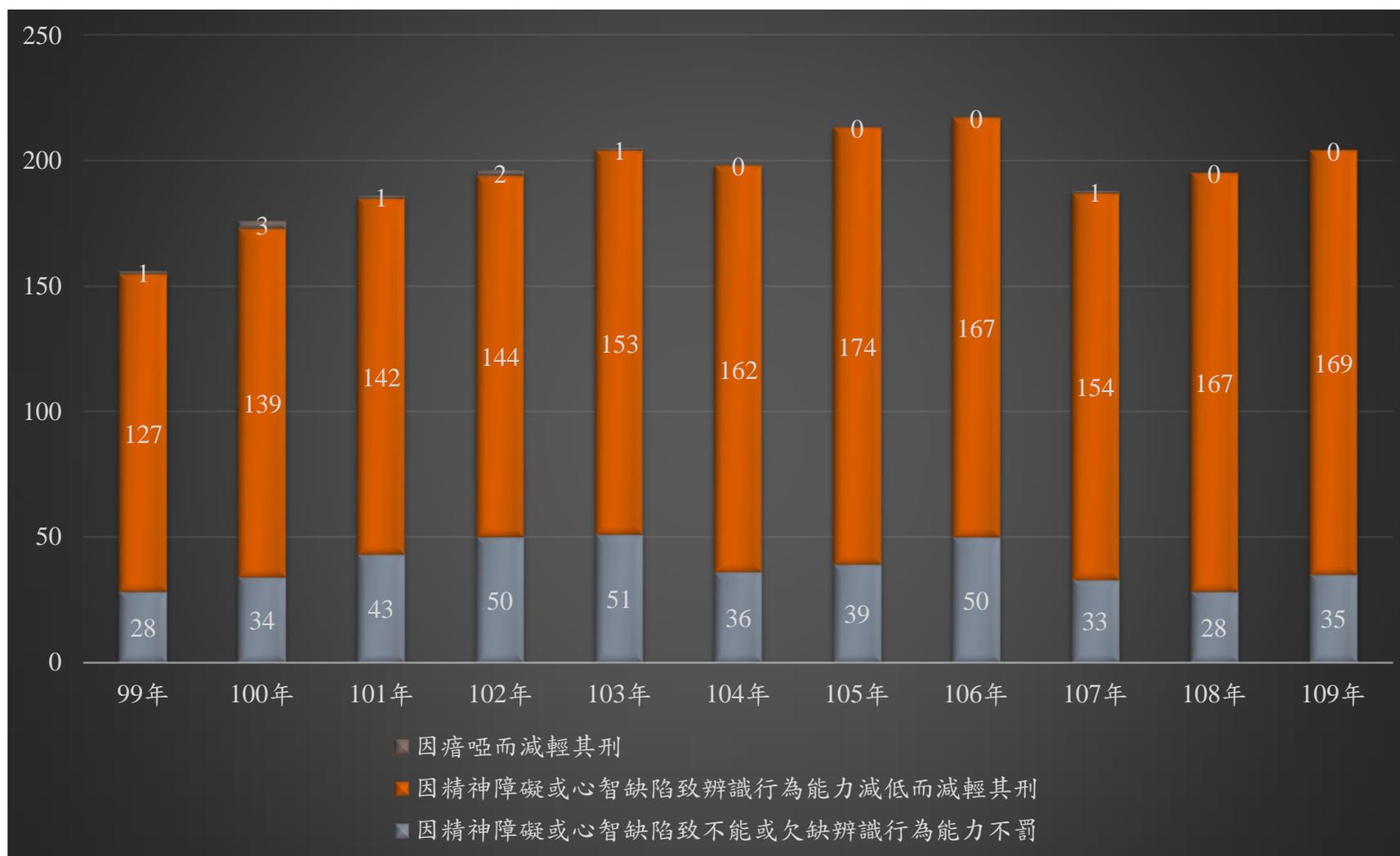
衍儒老師



一、我國監護處分執行狀況



民國99-109年保安處分人數統計表



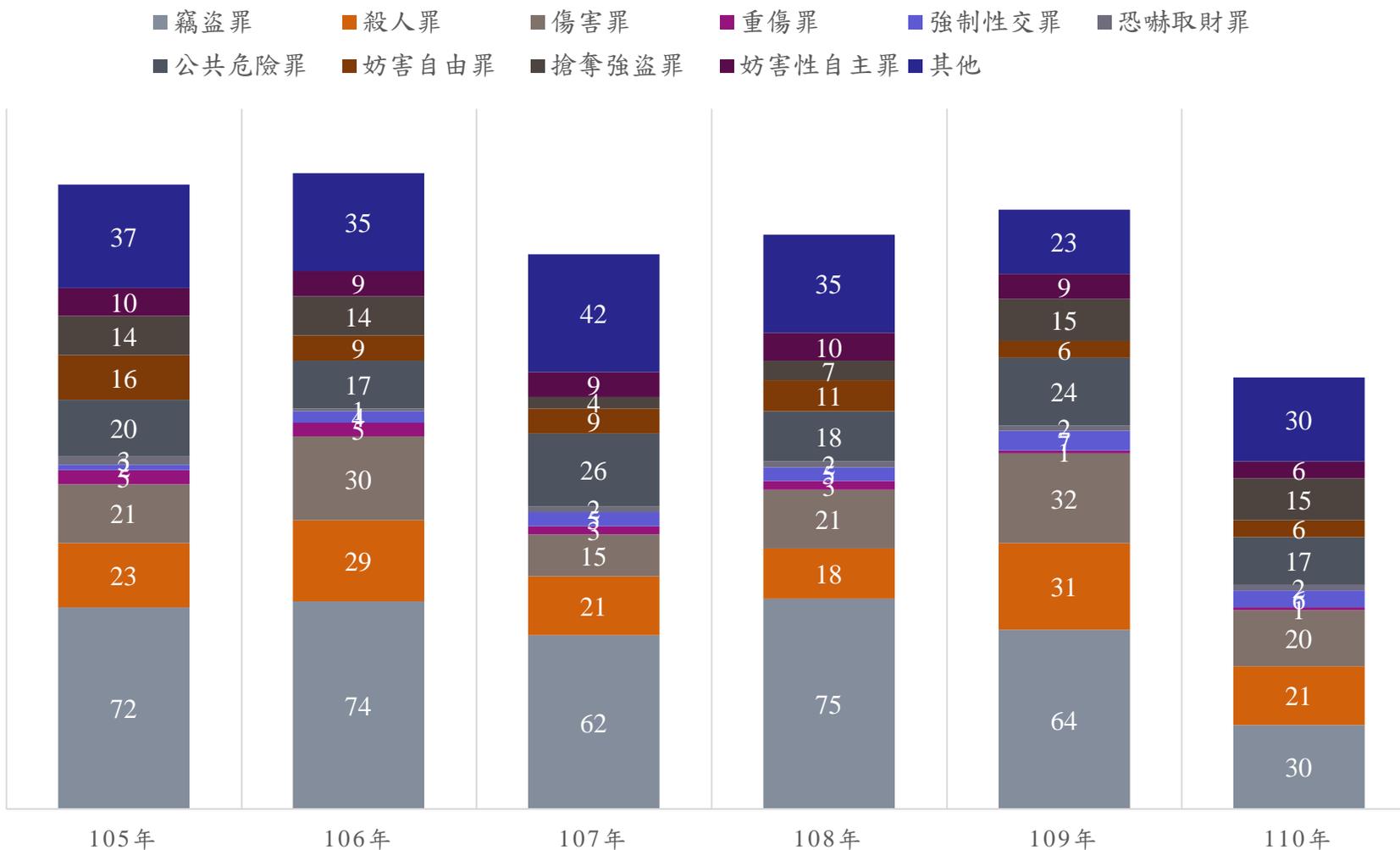


我國監護處分案件狀況分析

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
105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%
106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%
107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%
108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%
109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%
110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%

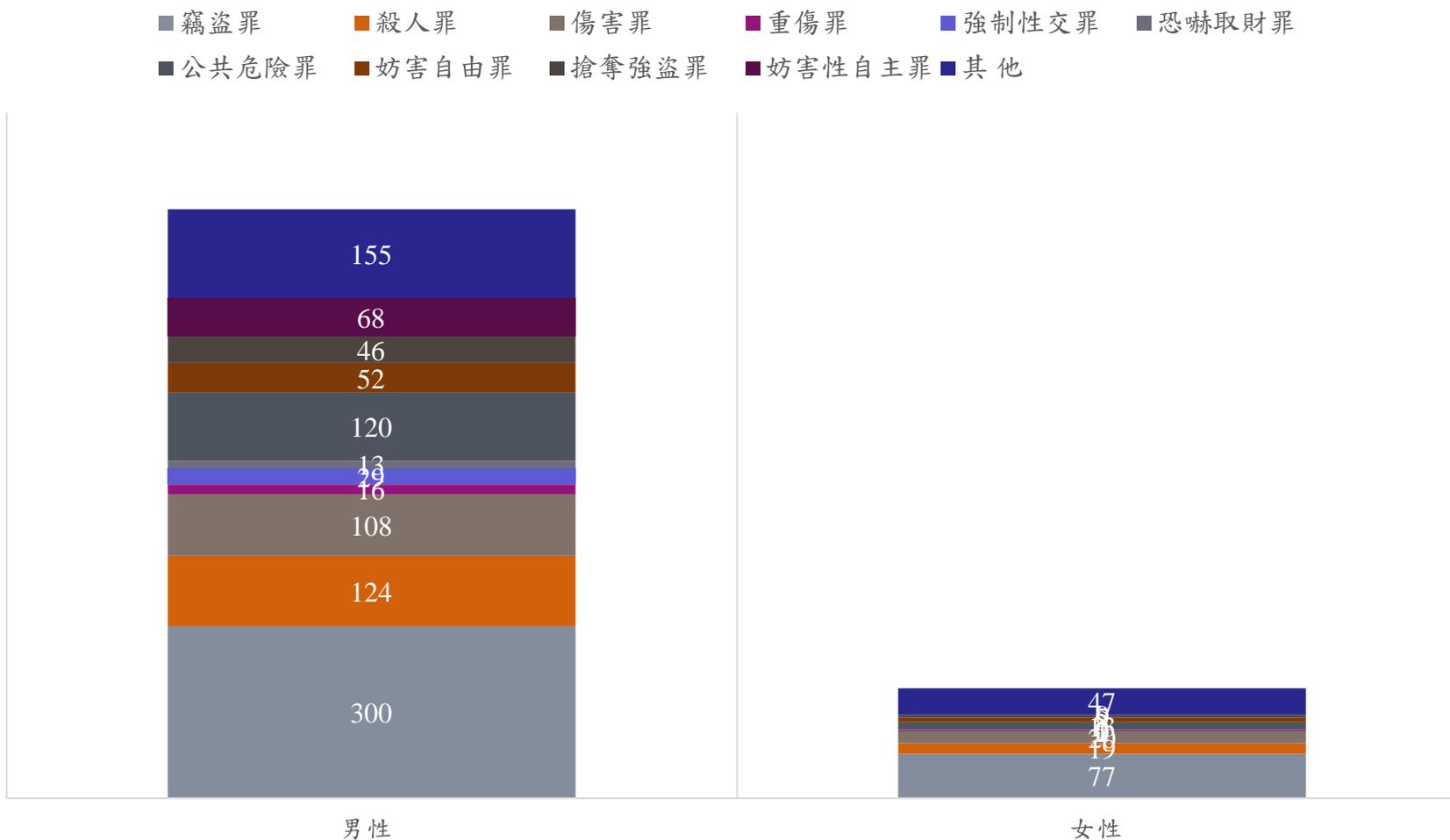


105年至110年監護處分情形





不同性別105年至110年監護處分情形

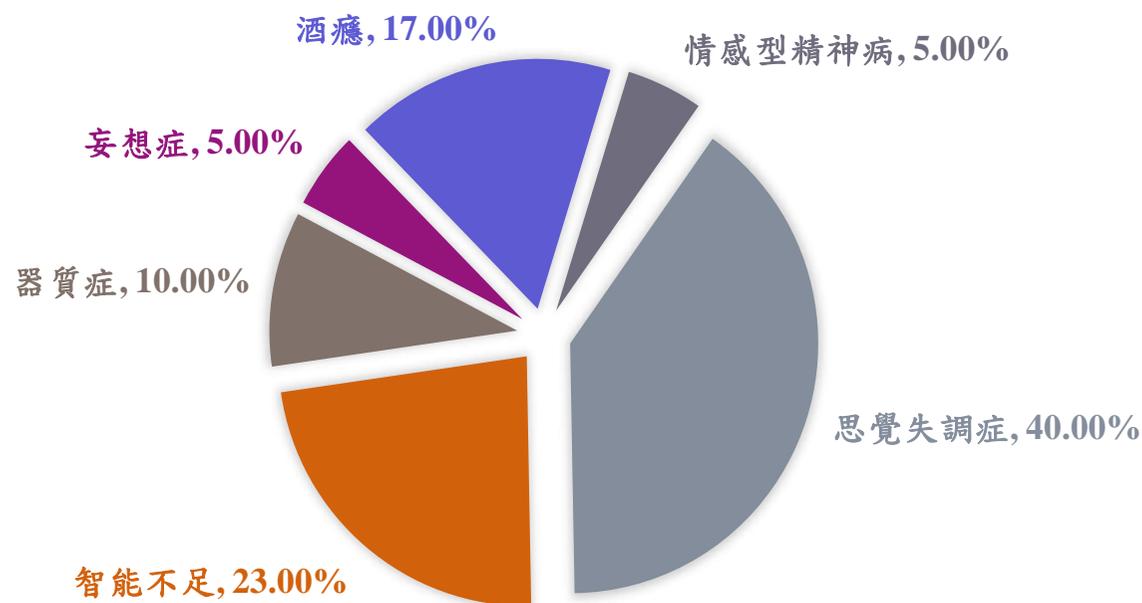


Pearson卡方值：39.978；自由度=2；P值=.000



105~109年檢察機關執行監護處分病名統計表

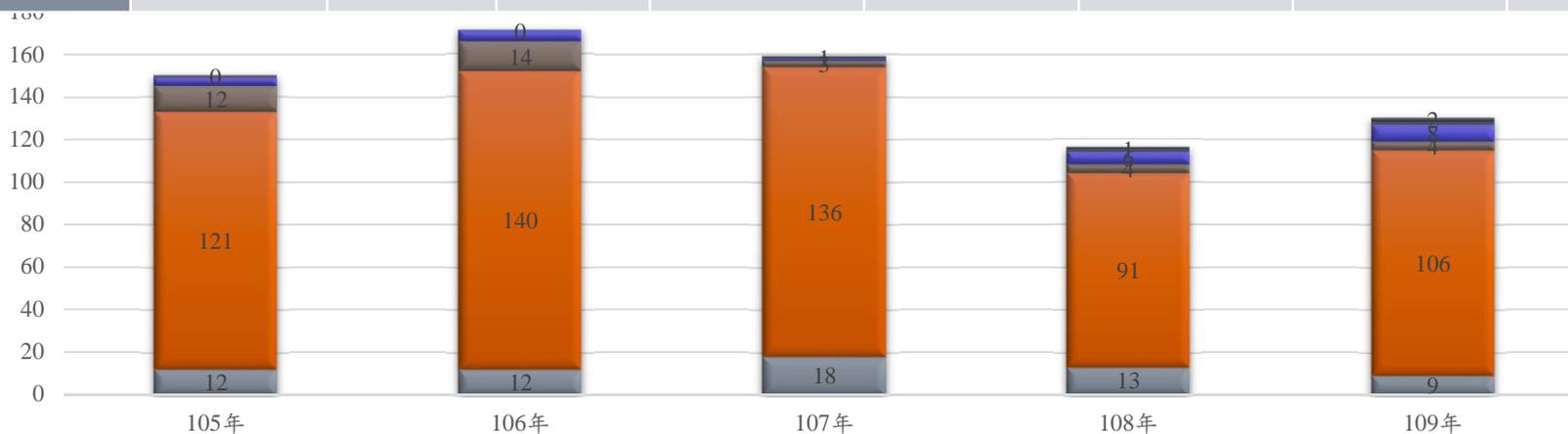
年度	人數	思覺失調症	智能不足	器質症	妄想症	酒癮	情感型精神病
105年	54 (100%)	39.0%	35.0%	4.0%	2.0%	15.0%	5.0%
106年	54 (100%)	40.0%	28.0%	1.0%	6.0%	22.0%	2.0%
107年	55 (100%)	38.0%	18.0%	10.0%	4.0%	22.0%	7.0%
108年	51 (100%)	41.0%	14.0%	19.0%	4.0%	18.0%	4.0%
109年	30 (100%)	43.0%	20.0%	20.0%	10.0%	3.0%	4.0%
合計/比例	244 (100%)	40.0%	23.0%	10.0%	5.0%	17.0%	5.0%





105~109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					
105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%
106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%
107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%
108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%
109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%

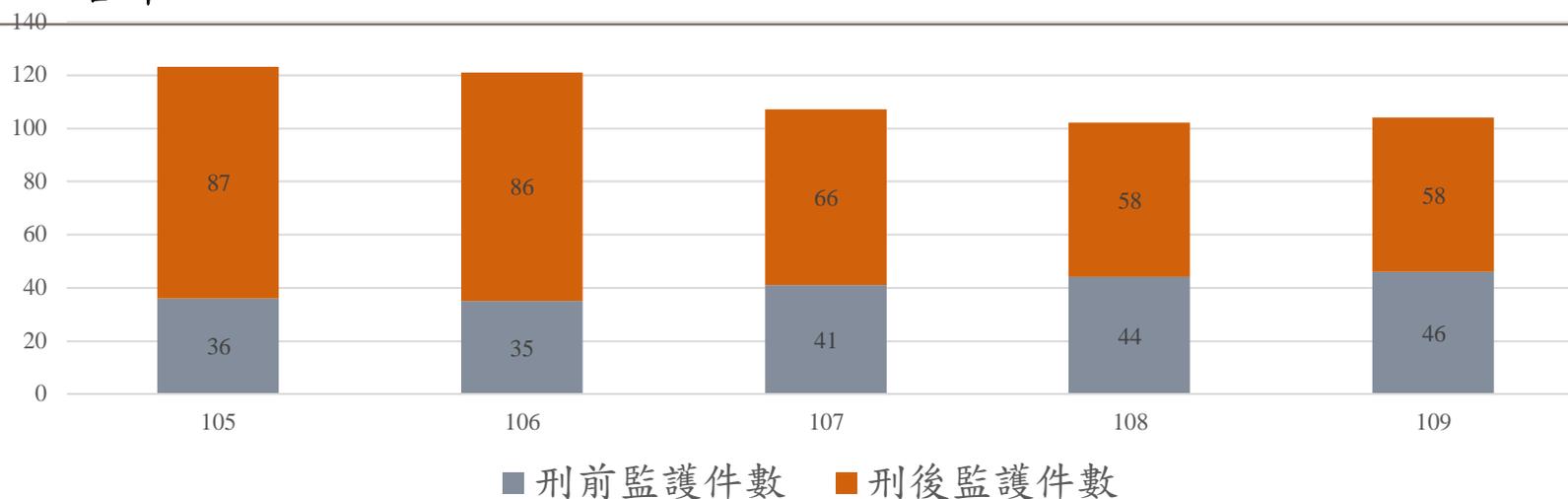


■門診 ■住院 ■聲請免除繼續執行監護處分件數 ■聲請延長刑後監護處分數 ■以保護管束代替監護處分數 ■聲請撤銷保護管束數 ■繼續執行殘餘監護處分件數



105~109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
105	36	87	123
	29.3%	70.7%	100.0%
106	35	86	121
	28.9%	71.1%	100.0%
107	41	66	107
	38.3%	61.7%	100.0%
108	44	58	102
	43.1%	56.9%	100.0%
109	46	58	104
	44.2%	55.8%	100.0%
合計	202	355	557
	36.3%	63.7%	100.0%





二、監護處分執行量能分析



表3-1 各醫療機構收容量能狀況

編號	院所名稱	執行監處(年)	接受院數 接住人	接受門診 接門人	執行最容 可院大額(人)	執行最容 可門診大額(人)	執行- 方藥物 治療 治人	執行- 方心理 治療 治人	執行- 方其他 處遇 人	其他處遇方式	尚 可 行 院 容 額 (人)	尚 可 行 門 診 容 額 (人)
1	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
2	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
3	嘉南療養院	7	16	1	20	10	18				4	9
4	桃園療養院	24	9	4	10	10	-	-	-	依據臨床精神症狀處置	1	6
5	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
6	臺北榮總員山分院	9	4				4	4	4	產院治療、家族治療、出 院準備服務等方式為主，門 診住院患者以藥物為主，門 診住院治療及心理	0	0
7	慈惠醫院	23	3	0	5	10	2			診院治療及心理 治療及心理	2	10
8	信安醫療信安醫院	14	1	0	5	0	1	-	-	診院治療及心理 治療及心理	4	0
9	臺大竹東分院	7	1	1	1	5	1	1			0	4
10	八里療養院	25	1	0	10	10	1	1			9	10
11	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
12	維新醫院	5	0	0	2	5	4	4	4		2	5
13	金門醫院	3	0	0	3	10	-	-	-		3	10
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



表3-3 醫療院所醫療量能與監護處分需求狀況

		專責病房	專責監護	一般精神	一般精神	一般精神病	醫病比	一般精神病	醫病比	執行監護	醫病比	執行監護	醫病比	戒護人力與	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
		無有	病房數	病房數	病床數	醫師	病人	護理	病人	醫師	病人	護理	病人	戒護	病人	醫師	病人	護理	病人	戒護	病人
1	宏恩醫院龍安分院	無	-	-	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	無		4	230	1	20	1	3.5	-	-	-	-	1	14	1	20	1	3.5	1	10
3	高雄市立凱旋醫院	有	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	無	0	1	40	1	10	-	-	1	1	-	-	0		-	-	-	-	1	2
5	國軍桃醫新竹分院	無	0	2	67	1	17	1	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	慈惠醫院	無			250	1	10	1	12	-	-	-	-	-	-	1	10	1	2.5	1	10
7	維新醫院	無	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	無	-	-	297	1	10	1	6	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
9	八里療養院	無		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	無	0	6	484	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	1	10	1	2.3	1	1.1
11	金門醫院	無	3	10	26	1	1.2	1	1.5	3	0	-	-	-	0	-	-	-	-	1	1
12	桃園療養院	無	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	無		11	482	1	50	1	56	1	4	1	4	0	1	1	10	1	1	1	5
14	靜和醫院	無	-	6	350	1	20	1	3.5	0	0	0	0	0	0	1	1	1		1	
	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



表3-4 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%)		



表3-5 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				嘉療
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																



三、監護處分執行困境及策略評估分析



表3-6 針對社安處理、資訊分享困境與解決方式之意見

	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

表3-7(1) 監護處分收案、分級分流機制困境與解決方式之意見12



	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



表3-7(2) 監護處分收案、分級分流機制困境與解決方式之意見

	困境	平均數	共識度 %	解決困境方式	平均數	共識度 %
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 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。	4.8	87.3
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	4.6	89.2
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 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。	4.4	77.4
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	4.1	75.1
					4.3	72.8



表3-8(1) 監護處分醫療執行層面困境與解決方式之意見13

	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



表3-8(2) 監護處分醫療執行層面困境與解決方式之意見

	困境	平均數	共識度 %	解決困境方式	平均數	共識度 %
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



表3-9(1) 監護處分社會復歸層面困境與解決方式之意見6

	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



表3-9(2) 監護處分社會復歸層面困境與解決方式之意見

	困境	平均數	共識度 %	解決困境方式	平均數	共識度 %
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	111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



表3-10 監護處分執行人力與資源評估之意見

	困境	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 <u>衛政人力</u> 能有效完成受監護者 <u>醫療連結、復歸、轉銜</u> 之任務	2.8	58.2
4	現有 <u>衛政資源</u> 足供完成受監護者 <u>醫療連結、復歸、轉銜</u> 之任務	2.6	55.3
5	現行 <u>醫療人力</u> 能有效完成受監護者 <u>心理治療、諮商等就醫</u> 之任務	2.5	49.6
6	現有 <u>醫療資源</u> 足供完成受監護者 <u>心理治療、諮商等就醫就醫</u> 之任務	2.5	49.1
7	現行 <u>精神復健、護理人力</u> 能有效完成受監護者 <u>照復</u> 之任務	2.4	52.8
8	現有 <u>精神復健、護理資源</u> 足供完成受監護者 <u>照復</u> 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 <u>就養、社區照顧服務、輔導</u> 之任務	2.3	53.9
10	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	2.2	54.8
11	現有 <u>警政人力</u> 能有效完成受監護者 <u>治安(行為)監控</u> 之任務	2.7	60.5
12	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	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 <u>就學</u> 之任務	2.5	50.9
14	現有 <u>教育資源</u> 足供協助受監護者 <u>就學</u> 之任務	2.6	50.0
15	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	2.4	55.0
16	現有 <u>勞動資源</u> 足供協助受監護者之 <u>就業</u> 任務	2.3	48.5
17	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	2.5	51.5
18	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	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



肆、我國監護處分未來政策建議

衍儒老師



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。



一、立即可行建議

(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。
- 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



一、立即可行建議

(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。



一、立即可行建議

(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。



一、立即可行建議

(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。
- 3、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。

▶ 43、完善監獄精神醫療體系。



二、中長期建議

(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。



二、中長期建議

(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：

新法採多元處遇措施，變更原本監護處分之拘束人身自由的性質，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：

現行刑法第87條，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，有違比例原則，建議應予修正。

2、對於刑事程序法的修正建議

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、對於刑事程序法的修正建議

- 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。
- 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；
- 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。



報告完畢

敬請指教