

# 2022 刑事政策與犯罪防治研究學術發表會

## 我國監護制度發展與變革之研究(111-A-002)

### 一、學術發表會：日期

時間：111 年 12 月 13 日 (星期二)

地點：法務部司法官學院大禮堂

主辦單位：法務部司法官學院

共同執行單位：中央警察大學

### 二、學術發表會：

主持人：張斗輝檢察長

報告人：蔡田木教授、李衍儒助理教授、潘怡宏助理教授

與談人：王金聰主任檢察官、陳亮妤主任

本場次由法務部張檢察長斗輝主持，研究論文報告由中央警察大學蔡田木教授、東海大學李衍儒助理教授、中央警察大學潘怡宏助理教授發表，並邀請臺灣高等檢察署王金聰主任檢察官及臺北市立聯合醫院陳亮妤主任蒞臨與談。本研究以次級資料分析法、深度訪談法、專家問卷調查法及焦點團體座談法 4 種不同的研究方法進行研究，主要目的在探討各國及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，最後再提出制度修正或執行之建議。希冀透過研究團隊之努力，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。

#### (一)研究團隊報告摘要

首先，報告人蔡田木教授提出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 項規定後判決其無罪，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刑法監護處分之規定、刑事訴訟法有關監護處分之宣告程序暨保安處分執行法應如何規範監護處分之執行。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，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，問題是針對刑法修正案以

及保安處分執行法修正案之內容，是否符合法治國之要求？於具體的實踐時會產生那些問題？均待進一步之研究。本研究以次級資料分析法、深度訪談法、專家問卷調查法及焦點團體座談法 4 種不同的研究方法進行研究，主要目的在探討各國及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，最後再提出制度修正或執行之建議。本研究主要針對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，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，另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，最後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；具體政策建議方面，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。

接著由潘怡宏助理教授報告有關監護法制之比較法研究部分：

1. 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. 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. 關於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. 關於收容於精神病院處分之對象，應否包括瘡啞人，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，而不包括瘡啞人。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，而不包含瘡啞人在內。
5. 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。
6. 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。
7. 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。

8. 關於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？應否宣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。

有關我國監護處分狀況、困境與防治對策及相關研究結果，由李衍儒助理教授報告：

本研究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，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。在醫療機構的部分，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。

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% )，各地資源不一致，配合醫療院所之家數亦不相同。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；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；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。綜上，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。

針對我國監護處分問題與策略之專家共識，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：

1. 社安處理與資訊分享層面：在執行監護處分之第一線社安處理、資訊分享部分，僅二項未達共識標準，其他所有項目均達 70%以上的共識標準。
2. 監護處分之收案、分級分流機制層面：在執行監護處分之收案及分級分流機制部分，平均數大多為 4 分以上；在共識度部分有四項未達 70%以上的共識標準。
3. 醫療執行層面：在執行監護處分之醫療執行層面，平均數大多為 4 分以上；在共識度部分，僅二項未達到共識程度之標準，其他所有項目均達 70%以上的共識標準。
4. 社會復歸層面：在執行監護處分之社會復歸層面，平均數大多為 4 分以上；在共識度部分，僅二項未達到共識程度之標準。
5. 執行人力與資源評估層面：在執行人力與資源評估層面，平均分數除一題外，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，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。

最後，根據上述研究發現，研擬立即可行建議及中長期建議，立即可行建議包含：資訊分享與連繫協調、分級分流機制、針對提升矯正處遇效能、提升社會復歸與保護、及補充他國現有制度可作為我國監護主分之借鏡；中長期建議包含針對規範修正，如：監護處分性質之定性、限縮監護處分之發動、刑事程序法及刑事執行法的

修正建議。

## (二)座談會及與談實錄

### 1.與談人王金聰主任檢察官：

王主任檢察官彙整監護新制之重點，包含：監護期間可延長、多元處遇、設置評估小組、期滿前轉銜會議。研究團隊所提多元處遇的問題，也是今日與談最大的重點，的確在未來會帶給實務上非常大的困擾，在保安處分執行法第 46 條，皆將以下納入監護處分執行方式，包含令入司法精神醫院、精神復健機構、精神護理機構、身心障礙福利機構、交由法定代理人或最近親屬照顧、接受特定門診治療及其他適當之處遇措施。除了病房的欠缺，最大的困難就是送門診治療，包含法定代理人是否合適協助執行公權力(監護處分)，另精神病患顯少有提前免除，就會持續門診長達 10 幾年，持續維持監護處分狀態，與刑前監護處分原則相違悖，無法執行後續流程。

王主任檢察官分享實務對監護處分期滿前免除的見解：

駁回的觀點：以臺灣高等法院 108 年度聲字第 1491 號為例，本件不適宜醫院收治，但尚有門診、機構安置、交付親屬等方式可供選擇，並應開立指揮書；檢察官對監督保護受處分人之人或相關機構是否持續對受處分人保持適當之安置、照護、輔導或治療措施，同時瞭解受處分人是否仍有公共安全之危害性未置一詞，則難認是否確無執行監護處分之必要。

准許的理由：

- (1) 在監護治療期間，診斷由思覺失調症改為物質引致精神病，經治療下已無幻聽、妄想等精神症狀。
- (2) 無主要精神疾病，以人格問題為主，其反社會人格特質部分可治療空間有限。
- (3) 受處分人情緒尚穩定且無明顯暴力攻擊行為，且心理測驗報告亦顯示無明顯精神病症，故建議停止住院治療，可改由門診繼續治療，故已不適宜繼續執行監護處分。

在落實轉銜會議的功能，王主任檢察官認為應評估：原受監護處分之犯罪類型、是否仍接受社區處遇及其形態、住居狀態、中斷社區處遇之原因；最後，王主任檢察官提供監護處分免除與轉銜會議結案參考指標，包含精神疾病已有減輕或能控制、自我照顧能力提升、未再有酒癮、毒(藥)癮行為或暴力通報、家庭支持度能維持或提升、社會資源量能足夠、轉銜會議後能持續有效聯繫。

### 2.與談人陳亮妤主任：

陳主任今日以精神科醫師的身分，以精神醫學的角度探討監護處分的制度與變革。首先

陳醫師，簡述了 2014-2021 年與精神疾病相關的重大案件，這些案子主要推升了社會安全網 1.0 及 2.0，也促成了近期精神衛生法修法三讀通過。但精神疾病種類繁多，且有不穩定的情形，故一套制度要適用在這麼多不同種人身上，可能是反社會人格，也可能是反社會人格共病思覺失調，或併同酒癮/藥癮，這是完全不同的概念，一套制度去實施是相當困難的。今年為社安網 2.0 第 1 年，就陳醫師所知，除了台北市以外，各大縣市的心理衛生社工無法聘滿，雖然預算到位，但醫療院所人力無法轉移，另無足夠已具工作經驗(應屆大學畢業生)的皆須再受訓，人力明顯不足。陳醫師透過強調監護處分適用條件及目的，希望避免只是消極地把精神病犯跟社會做隔離，應以積極治療後可社會復歸為目標。

陳醫師提出，因病犯具有自傷暴力風險、就醫服藥不穩定、物質使用影響精神病程(酒癮、毒品)、較多家庭議題、較多身體共病，希望監護處分不要只有醫療機構，以免病犯在司法精神病治療後，出院後無人督導，產生旋轉門效應，造成應病犯罪，無法完全避免，應有中繼機構輔助，而不是無緩衝直接賦歸社會，或是需提供病犯社會資源，如接受度較高的社區。

另陳醫師也說明精專醫院的治療困境，包含因身體問題就醫之困難、轉院過程之成本及安全、較差的家庭和社會接受度、可能之醫療糾紛仍存在、醫院外的社區資源銜接。

最後陳醫師提出監護處分走向社會賦歸之建議：

- (1) 進入司法處遇當天，就得開始賦歸社會的準備。
- (2) 刑法八十七條的令入適當處所，在醫療執行到某個程度後，應該討論如何轉銜到其他合適處所 (例如康家、護家、日間、社區復元中心)，才能避免患者機構化，反而不利其賦歸。(旋轉門效應)
- (3) 賦歸社會轉銜機制，除衛政、社政、警政、勞政，更保、家屬外，建議納入其他民間機構，如病友組織、病友家屬組織、社福單位等，並培力民間機構承接協助賦歸。
- (4) 應針對高風險的個案，建議從進入刑事司法體系就開始定期評估、介入、準備賦歸社區。

3.鍾志宏專門委員：精神衛生法第三條中，精神疾病排除反社會人格，但根據研究報告指出反社會人格對社會危害是最大的，是否真的要等到反社會人格犯最後透過司法處理，能否更早一步由社安網介入？

4.陳亮妤主任：反社會人格目前尚無有效治療，故我國未將反社會人格納入是與各國相同，美國 APA 直接指出不治療反社會人格，因為沒有任何有效治療，行為治療、心理治療及藥物治療皆無效。思覺失調納入精神疾病範疇，因可以治療，透過長效針劑，住院率下降 2 成、自殺率下降 4 成及提早死亡率下降 4 成 6 皆有顯著下降。包括躁鬱

症、藥癮及酒癮等等，已公認透過治療手段會比單純戒治成功率高很多。

#### 5. 潘怡宏助理教授：

謝謝矯正署鍾志宏專門委員的提問，針對反社會人格的犯罪行為人處遇問題，接續陳亮妤醫師的回應。德瑞奧三國的實務見解，亦同樣認為無法經由精神醫學醫療之方式矯治反社會人格者，故對於具有再犯危險性與危害公共安全之虞之反社會人格犯罪行為人，另設「保安監禁」之制度，使之與社會隔離，以防衛社會安全。

其次，基於憲法上之明顯區隔原則，德國法制為避免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。我國現行監護處分之執行處所已完全與監獄有明顯區隔，但依刑事訴訟法第 121 條之 6 規定，暫時安置之執行適用或準用保安處分執行法之規定，則可能有違反無罪推定原則以及憲法上明顯區隔原則的疑慮，為使我國之監護處分之執行以及暫行安置處分之執行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。



### 三、現場花絮



學術發表會議



研究計畫主持人蔡田木教授報告



研究計畫協同主持人潘怡宏助理教授報告



研究團隊李衍儒助理教授報告



與談人報告



與談人報告



綜合座談時間