

我國性侵害犯刑後強制治療之檢討

中央警察大學行政警察學系暨警察政策研究所教授 許福生

目 次

- 壹、前言
- 貳、性侵害犯刑後強制治療規範之變革
- 參、建構刑後強制治療之檢討
- 肆、結論

摘 要

按性侵害犯防治法制之變革，如何強化性侵害加害人之處遇監督及再犯預防機制，一直成為討論重點。特別是於2005年刑法第91條之1建構刑後強制治療之保安處分，以及為填補刑法第91條之1刑後空窗期的漏洞，於2011年增訂性侵害犯罪防治法第22條之1，而將刑後強制治療溯及擴大至2006年6月30日以前犯性侵害犯罪之加害人，充分表現出朝向「管理」、「監控」、「隔離」的趨勢發展。現行刑法第91條之1對於性侵害犯罪加害人所施行之強制治療保安處分，具有剝奪其人身自由及強制之性質，且處分期間至其「再犯危險顯著降低為止」，並委由每年的鑑定、評估，難免有違法律明確性原則之虞，況且因而此種不定期之強制治療處分，難免有成為近乎於終身監禁式的可能，而遭受合憲性之疑慮，因而對於處所及鑑定評估，均須積極研謀改善，以資適法並弭爭議。同樣地，增訂之性侵害犯罪防治法第22條之1無論在功能或目的上，以及透過比例原則衡量信賴利益與公益二者衝突上，均有違憲之虞。因而本條應定位為治療安置，且對次高或中高危險而經評估有需要者，應補強訂定「輔導監督」，針對最高危險者，才能實施刑後強制治療，如此設計，才能符合比例原則之合憲性檢驗。另外，強制治療處所及鑑定評估也須積極研謀改善，以避免加深本條違憲之虞。

關鍵詞：性侵害犯罪、強制診療、強制治療、刑後強制治療

壹、前言

按性侵害犯防治法制之變革，如何強化性侵害加害人之處遇監督及再犯預防機制，一直成為討論重點。我國在 1994 年以前，在法制上將性侵害犯罪當作是一般的犯罪行為，法制對於性侵害加害人的處遇方式，與對其他犯罪類型加害人的處遇方式並無二致。然而，隨著女性權益意識之抬頭，以及 1990 年代後多起重大的性暴力犯罪事件的發生，而引起社會廣泛的關注，1994 年刑法之修正納入強制診療之規範，首度將性罪犯應經「診療」的觀念引進國內；1997 年制定公布性侵害犯罪防治法，以為防治性侵害犯罪及保護被害人權益；另外 1997 年修正監獄行刑法以及 1999 年再度修正刑法，以強化性侵害犯罪之防制。綜觀 1994 年至 1999 年我國對性侵害防治之立法，有別於其他人犯之處遇型態，建立起相當特殊之「刑前鑑定治療」、「獄中治療輔導」及「刑後社區治療輔導」制度。

然而，由於缺乏一貫性之整體制度規劃，也因而讓性侵害犯罪者治療處遇及觀護監督問題更加明朗化，便也促成後續相關立法，以改善原有性侵害犯罪處遇計畫之不足。因而為解決我國之前所言之困境，2005 年修訂了相關法律規定，為加害人建立全面強制治療輔導制度（包含刑中、刑後及社區強制治療）、社區監控制度以及登記及查閱制度，以便能整合治療與司法處遇來治療及監控性侵害犯罪者，特別是於刑法第 91 條之 1 建構刑後強制治療之保安處分。此外，2011 年 3 月間發生「林○政性侵殺害女童案件」，為填補刑法第 91 條之 1 刑後強制治療之空窗期的漏洞，再次修正性侵害犯罪防治法，而將刑後強制治療溯及擴大至 2006 年 6 月 30 日以前犯性侵害犯罪之加害人，充分表現出朝向「管理」、「監控」、「隔離」的趨勢發展¹。

然而，為確保婦女人身安全的目的，增訂的刑法第 91 條之 1 以及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1，並也引起有違憲之疑慮。因此，本文最主要目的，在探討我國有關性侵害犯刑後強制治療規範之變革，以及建構刑後強制治療規範相關疑慮之檢討並提出改進建議，以作為本文之結論。

¹ 許福生，「論風險社會與性侵害犯治理法制之變革」，中央警察大學警政論叢第 12 期，2012 年 12 月，頁 2。

貳、性侵害犯刑後強制治療規範之變革

一、從強制診療到刑前治療、獄中治療與刑後社區治療

1. 強制診療

我國在 1994 年以前，在法制上將性侵害犯罪當作是一般的犯罪行為，刑法對於性侵害加害人的處遇方式，與對其他犯罪類型加害人的處遇方式並無二致。惟 1994 年鑑於當時多起重大強姦案，皆由妨害風化前科累犯者甫出獄所犯，對於婦女人身安全構成強烈的威脅，因而為了保護婦女以及給予性侵害犯罪者矯治機會，於刑法假釋修改時，除放寬假釋要件外，亦新增訂刑法第 77 條第 3 項強制診療規定：「犯刑法第十六章妨害風化各條之罪者，非經強制診療，不得假釋。」這亦是我國首度將性罪犯應經「診療」的觀念引進國內，要求性侵犯非經強制診療不得假釋，建立獄中強制診療的法源，開啟國內性侵犯必須接受治療的大門。惟此次修正除典型性侵害犯外，更包括其他妨害風化等罪在內，似有範圍過大之餘。況且並無其他關於性侵害加害人之評估或後續執行強制診療之配套規定存在，致使實務操作上產生問題，各監所執行標準不一，作法歧異的情形。

2. 精神病犯之獄中治療輔導

1997 年監獄行刑法修正公布第 81 條條文，規定犯刑法第 221 條至第 230 條及其特別法之罪，而患有精神疾病之受刑人，於假釋前，應經輔導或治療。受刑人之假釋並應附具曾受輔導或治療之紀錄。係因犯強姦等妨害風化罪而患有精神疾病之受刑人，在實務上屢見假釋後再犯罪，顯有加強輔導或治療之必要，另外為落實強制診療之政策及假釋程序，增訂犯強姦等妨害風化罪而患有精神疾病之受刑人之假釋應附具曾受輔導或治療之紀錄。開啟性侵害犯應接受治療輔導之先例，即所謂「獄中治療輔導」制度，惟該條明定接受治療者限於強姦等妨害風化罪而患有「精神疾病」之受刑人，乃為美中不足者，蓋性侵害犯多非屬患有精神疾病者。

3. 刑前鑑定治療

由於在刑法假釋上增訂強制診療規定，在法理上引起若干爭議，此乃因強制診療，應於保安處分處規定較妥，似乎不宜作為假釋的要件。況且這樣規定，更及於刑法第十六章妨害風化各條之罪，其中若干條文所規定之罪，

不發生強制診療問題，如何執行，均不無問題。再者隨著性罪犯治療理論的提出，普遍肯定性罪犯之強制治療尚具有幫助，以達預防再犯之保安處分性質。有鑑於此，1999年4月23日修正公布的刑法，於保安處分罪章中，增訂刑法第91條之1規定，犯第221條至第227條、第228條、第229條、第230條、第234條之罪者，於裁判前應經鑑定有無施以治療之必要。有施以治療之必要者，得令入相當處所，施以治療，即所謂「刑前鑑定治療」。而將原本只是作為假釋要件，獄中教化措施一環之強制診療，提昇至須由法院宣告之保安處分之位階，此成為性侵害加害人鑑定與強制治療之新法源，且將原刑法第77條第三項強制診療規定刪除。惟有關假釋前獄中之強制診療規定，則有監獄行刑法第81條可資規範，繼續保留在獄中執行，如此便建立起性侵害犯罪「刑前鑑定治療」、「獄中治療輔導」之處遇模式。

4. 刑後社區治療輔導

1997年公布實施性侵害犯罪防治法第18條規定，犯刑法第221條至第229條及第231條之加害人，於刑及保安處分執行完畢、假釋、緩刑、免刑或赦免後，應接受身心治療及輔導教育。如此，便建立對於性罪犯回到社區後的「社區治療輔導」體制²。

此外，1998年底通過「性侵害加害人身心治療及輔導教育辦法」後，各縣市「性侵害防治中心」開始負責執行緩刑或假釋及出獄之性侵害加害人回到社區之後的身心治療及輔導教育。其目的主要在落實延續在監獄期間的教化與矯治治療，使性侵害加害人假釋期間，儘管生活在充滿刺激誘惑的現實社區當中，仍然能持續保有在監獄當中之「恢復(recovery)」過程進行，還能得到適當的監控與身心治療，以期能協助加害人更有行為控制能力，學習如何確認並避開具誘惑的危險情況，以及學習在社區當中的生活適應的技

² 國內婦女團體為了解決婦女人身安全等相關問題，乃於1990年組成「婦女人身安全問題之研究—從法律觀點探討強姦、性騷擾、婚姻暴力及人口買賣、婦女賣淫」等研究小組。歷經多年討論，針對性侵害部分，於1994年曾草擬「性侵害犯罪防治法草案」，期望藉由制訂此法律，而能對性犯罪有一較完善的處理方式。由於本草案具有導致「特別刑法肥大症」之虞慮，以及包含諸如夫妻間有無成立強姦罪可能等爭議性條文，以致於1994年5月2日及6月8日，先後舉行二次司法、內政及邊政兩委員會，審查「性侵害犯罪防治法草案」聯席會議後，即受到擱置的命運。直至1996年12月1日，民進黨婦女發展部主任彭婉如女士遇害之後，性侵害防治的議題又受到媒體的關注成為焦點。在立法委員極力推動下，立法院於1996年12月31日立法院三讀通過性侵害犯罪防治法。參照許福生，「性侵害犯罪防治法立法之探討」，警大法學論集第五期，2000年3月，頁59。

巧，以杜絕再犯的發生³。

綜觀 1994 年至 1999 年，有關我國對性侵害加害人之強制治療之立法發展，以刑法第 77 條、第 91 條之 1、監獄行刑法第 81 條第二項以及性侵害犯罪防治法第 18 條之規定為主軸，有別於其他人犯之處遇型態，遂建立起相當特殊之從強制診療到「刑前鑑定治療」、「獄中治療輔導」及「刑後社區治療輔導」制度⁴。

5. 當時困境

- (1) 刑前鑑定之困境：依據刑法第 91 條之 1 規定，對於性罪犯之鑑定，係於裁判前應經鑑定有無施以治療之必要。對此，在實務上常引起鑑定人質疑行為人有無犯罪不明下，無以憑作鑑定之質疑，亦或有判決與鑑定意見相左之情形，而認有修正裁判前應經鑑定之必要。
- (2) 治療時機之問題：依當時法律之規定，其治療係於刑之執行前為之，其後再入獄服刑，除非該加害人係犯有精神疾病之受刑人，於假釋前，應經輔導或治療，否則將無須再次治療。然參酌美國多年對性罪犯治療之經驗，確定其治療目標並非對其治癒，而是協助加害人內在自我管理以及引進外在監督力量，以有效阻斷潛在之再犯循環藉以防治再犯，故其治療時間點以假釋前一至二年為佳，不宜過早，否則其內在自我管理及引進外在監督力量，隨者時間因素而減弱，而失去其效果。
- (3) 社區治療輔導之困境：對於性侵害犯罪加害人出獄後，依性侵害犯罪防治法第十八條規定，由地方主管機關對其進行身心治療及輔導教育。此法雖立意良善，惟法令對性罪犯不接受身心治療或輔導教育，或接受之時數不足者，即便假釋及緩刑者尚可依據違反保安處分執行法對之為適當之處理，惟其拘束力仍缺乏實質效果。且其餘刑及保安處分之執行完畢、免刑或赦免者，如不接受身心治療或輔導教育，或接受之時數不足者，主管機關僅得處行政罰鍰，或請求警勤區警察協助前往瞭解情形。實際上，地方政府在執行該項處分時困難重重，由於加害人經常居無定所，聯絡極不易，無論是行政處分書之送達，或是由警察訪查，都有實質之困難處，惟礙於法律規定，行政機關僅能依法行政，卻也徒增行政

³ 沈勝昂，建構本土化之性侵害加害人社區監控模式，內政部性侵害防治委員會委託研究報告，2003 年 12 月，頁 2。

⁴ 許福生，風險社會與犯罪治理，元照，2010 年 8 月初版，頁 157。

作業及人力之浪費，對性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育毫無影響力，防治其再犯更是遙不可及。此外，根據國內辦理性罪犯之身心治療與輔導教育之經驗所得，及美國司法部評估對性罪犯治療績優之治療方案，對於性罪犯社區治療係以社區監控為其預防再犯策略，其監控系統由司法系統主導，配合治療機構、警察巡防及社區力量等達其目的。而對於刑及保安處分之執行完畢、免刑或赦免者，經專業評估為高再犯危險之加害人，則依高危險連續性罪犯之特別法 SVP 法案 (sexually violent Predator Law) 加以監禁治療，或配合公告登記制度管控行蹤。換言之，性侵害犯罪加害人社區身心治療與輔導教育，其目的係引進外在社會監督力量，及內在管理自己之能力，以達預防再犯。惟在當時制度下，欲達此功能，是有其困難處，有待積極就性侵害犯罪加害人社區身心治療與輔導教育，作全面性、整體性修法之必要⁵。

二、建立全面之強制治療輔導制度

由於性侵害犯罪乃特殊類型之犯罪行為，為建立性侵害犯罪預防機制，需結合矯正、觀護、醫療、社工，警察等相關領域之工作人員，建立專業化、系統化、制度化之合作模式，才達到降低加害人再犯罪之機率。因此，2005年修訂了相關法律規定，為加害人建立全面強制治療輔導制度、社區監控制度以及登記及查閱制度，以便能整合治療與司法處遇來治療及監控性侵害犯罪者。至於全面強制治療輔導制度，則包含刑中強制治療、刑後強制治療與接續社區強制治療，分別說明如下。

1. 刑中強制治療

性侵害加害人經法院判處有期徒刑入監服刑時，依刑法第 77 條第二項第三款規定，於徒刑執行期間接受輔導或治療後，如經鑑定、評估其再犯危險未顯著降低，雖符合其他假釋條件者，仍不得假釋。再者，依監獄行刑法第 81 條規定，性侵害犯罪受刑人之假釋並應附具曾受輔導或治療之紀錄，而其輔導或治療辦法，由法務部定之。

故修正後，性侵害犯罪之假釋除要審核是否有懊悔之實據外，尚要評估其再犯危險是否已顯著降低，為此 2005 年 6 月 1 日修正公布，於 2006 年 7

⁵ 張秀鶯，「性侵害犯罪面面觀」，婦女與性別研究通訊第 61 期，2001 年 12 月，頁 3。

月1日始施行之新監獄行刑法第81條第四項亦配合此次刑法之修正而規定接受治療或輔導之受刑人「應附具曾受治療或輔導之紀錄及個案自我控制再犯預防成效評估報告，如顯有再犯之虞不得報請假釋。」當然，限制假釋之目的使性罪犯得在監所繼續接受治療或輔導，於其再犯危險顯著降低後，再報請假釋，如屆至刑期將滿其再犯危險仍居高不下時，檢察官即應依新刑法第91條之1規定向法院聲請宣告強制治療。

2.刑後強制治療

2005年刑法修正時，將刑法第91條之1「刑前鑑定治療」修正「刑後強制治療」，規定「犯第221條至第227條、第228條、第229條、第230條、第234條、第332條第二項第二款、第334條第二款、第348條第二項第一款及其特別法之罪，而有下列情形之一者，得令入相當處所，施以強制治療：一、徒刑執行期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。二、依其他法律規定，於接受身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。前項處分期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。」

本條之修訂，除增訂強制性交之結合犯及其特別法等罪得施以強制治療外，並認為行為人之矯治應以獄中強制診療（輔導或治療）或社區身心治療輔導教育程序為主，若二者之治療或輔導教育仍不足矯正行為人偏差心理時，再施以保安處分。此外，性罪犯之矯治以再犯預防及習得自我控制為治療目的，其最佳之矯正時點咸認係出獄前一年至二年之期間。現行依監獄行刑法之輔導或治療，即在符合此項理論下，於受刑人出獄前一至二年內進行矯治。如刑期將滿但其再犯危險仍然顯著，而仍有繼續治療必要時，監獄除依第77條第二項第三款規定，限制其假釋外，亦須於刑期屆滿前提出該受刑人執行過程之輔導或治療紀錄、自我控制再犯預防成效評估報告及應否繼續施以治療之評估報告，送請檢察官審酌是否向法院聲請強制治療之參考。

再者，依性侵害犯罪防治法第18條規定對於刑及保安處分之執行完畢、假釋、緩刑、免刑、赦免之性侵害犯罪加害人，主管機關應對其施以身心治療或輔導教育，依現有之社區治療體系進行矯治事宜，如經鑑定、評估有強制治療之必要，再由各縣市政府性侵害防治中心提出評估、鑑定結果送請檢察官向法院聲請強制治療之依據，以落實此類犯罪加害人之治療。換言之，性侵害犯罪之加害人有無繼續接受強制治療之必要，係根據監獄或社區

之治療結果而定，如此將可避免以往規定之鑑定，因欠缺確定之犯罪事實，或為無效之刑前強制治療，浪費寶貴資源，使強制治療與監獄或社區之治療結合，為最有效之運用。然而，加害人之強制治療是以矯正行為人異常人格及行為，使其習得自我控制以達到再犯預防為目的，與尋常之疾病治療有異，學者及醫界咸認無治癒之概念，應以強制治療目的是否達到而定，故期限以「再犯危險顯著降低為止」為妥。惟應每年鑑定、評估，以避免流於長期監禁，影響加害人之權益。

此外，為配合刑法第 91 條之 1 修正之目的，爰修正監獄行刑法第 82 條之一，明定受刑人依刑法第 91 條之 1 規定，經鑑定、評估，認有再犯之危險，而有施以強制治療之必要者，監獄應於刑期屆滿前三月，將受刑人應接受強制治療之鑑定、評估報告等相關資料，送請該管檢察署檢察官，檢察官至遲應於受刑人刑期屆滿前二月，向法院聲請強制治療之宣告。

3. 接續社區強制治療

依照性侵害防治法相關規定，性侵害加害人於有期徒刑或保安處分執行完畢、假釋、緩刑、免刑、赦免或緩起訴處分，經評估認有施以治療輔導之必要者，直轄市、縣(市)主管機關應命其接受身心治療或輔導教育。倘若加害人無正當理由不到場或拒絕接受評估、身心治療或輔導教育，以及或經直轄市、縣(市)主管機關通知，無正當理由不按時到場接受身心治療或輔導教育或接受之時數不足者，皆得處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並限期命其履行。甚至，前開加害人屆期仍不履行者，得處一年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣五萬元以下罰金。若加害人為假釋、緩刑或受緩起訴處分者，則可能遭撤銷假釋或遭受原機關向法院、軍事法院聲請撤銷緩刑或依其職權撤銷緩起訴處分。

又性侵害加害人接受身心治療或輔導教育，經鑑定、評估其自我控制再犯預防仍無成效者，直轄市、縣(市)主管機關得檢具相關評估報告，送請該管地方法院檢察署檢察官、軍事檢察署檢察官依法聲請強制治療。

4. 修正後之問題

按以刑法第 91 條之 1 強制治療處分而言，此乃因為對於有犯性侵害犯罪之習慣者，目前學者專家一致之看法，均認為此等行為人，本身往往不能有效控制其心理上或生理上之異常病變，若不施以治療，出獄後仍可能再

犯，因而非常需要施以治療。因此，刑法為使性侵害犯罪者之治療處分能納入保安處分，藉以醫療處遇矯治其偏差行為，避免再犯，特增訂刑法第 91 條之 1 刑後強制治療處分。

惟對於性侵害犯罪加害人所施行之刑後強制治療保安處分，具有剝奪其人身自由及強制之性質，且依目前條文規定，處分期間至其「再犯危險顯著降低為止」，只是執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要；亦即性侵害犯罪加害人如再犯危險無顯著降低，即必須持續接受強制治療，至於「再犯危險有無顯著降低為止」，委由每年的鑑定、評估，難免有違法律明確性原則之虞。因而此種不定期之強制治療處分，難免有成為近乎於終身監禁式的可能，而遭受合憲性之疑慮，本文將檢討於後。

縱使本條在適用上有上述疑義，但針對 2006 年 6 月 30 日以前犯性侵害犯罪者，於接受獄中治療或社區身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險，而不適用刑法第 91 條之 1 規定者，如何再強化監控與治療刑滿出獄性侵害犯，以強化性侵害犯之防治，亦成為將來修法之重點。

三、增訂刑後強制治療溯及既往條文

1.2011 年之立法緣起

按我國現行為性侵害加害人所建立之全面強制治療輔導制度、社區監控制度以及登記查閱制度，如能確實執行，當可發揮一定防止再犯及防治性侵害之功能。然而，2011 年 3 月 13 日，發生性侵害累犯林○政姦殺國二女學生葉姓少女案後，引發社會悲憤。林○政曾因 2 次性侵案入獄，1996 年他性侵未成年少女，被判刑 5 年 8 個月，2000 年假釋出獄，又在 2002 年持刀在斗六一處工業區性侵女子，被判刑 9 年。林○政在台中監獄服刑 9 年期間，曾進行 18 次矯正，全數沒有通過，再犯機率很高，原安排他在 4 月初報到再評估與輔導，必要時就配戴電子腳鐐，然而他卻在 2011 年 3 月的空窗期，出獄 1 個多月就犯下姦殺案，引發外界對於性侵犯治療處遇的不信任與檢討聲浪。觀諸性侵犯林國政於服刑期間雖未通過獄中治療之評估，但礙於刑後強制治療僅適用於犯罪行為在 2006 年 7 月 1 日以後之事件，故林國政無法適用此規定，因而為填補此法律空窗期之漏洞，除政府部門提出一系列強化無縫接軌作為外⁶；國內婦

⁶ 如法務部在 2011 年 5 月召開會議，提示統一相關無縫銜接工作之「性侵害加害人出監後與社區身心治療及輔導教育銜接精進作為」；又於 2011 年 9 月 1 日頒布《法務部所屬檢察、

幼保護團體推動「白玫瑰運動」，提出國內有關性侵害犯罪防治乃待解決之問題及「性侵害犯罪防治法部分條文修正案」。

其中有關刑後強制治療之問題，白玫瑰社區關懷協會指出：「(1)近半年雖已開辦刑後強制治療，但對於立法前之危險性罪犯將刑滿者除釋放外卻無他法。因刑後強治療之本質為治療而非刑罰，故建議立法適用修法後之在監者，不涉一罪二罰與刑罰不溯既往。(2)若釋放回社區而刑期屆滿者其毫無殘刑中應有保護管束而接受觀護人監督，此漏洞甚大，使該類性侵者除警局登記外毫無觀護人之監督介入。建議應增美國與德國已有之終身保護管束。」因而於2011年4月1日提出以下有關刑後強制治療之修正案如下：「(1)刑後強制治療得適用裁判時之法律，即可溯及既往至目前在監與在社區輔導治療之高危險性罪犯（刑法第2條）。(2)比照美德訂定終身保護管束（性侵法第20-1條）。」之後白玫瑰社區關懷協會，參考各方意見，擬再將原修法建議條文增改以下若干點：「(1)原刑後強制治療從修改刑法第二條改為增訂性侵害犯罪防治法第22-1條引用精神衛生法對嚴重病患強制住院之概念。(2)在最高危險者經裁定後進入刑後強制治療者之外，對於次高或中高危險性侵害加害人補上刑後保護管束之制度對積極防範再犯仍是有必要。」⁷

另外，有鑑於「性侵害犯罪防治法」自2005年2月修正公布後，由於監控性侵害犯罪加害人之科技設備功能提升，為促進社區監控更為緊密，內政部於98年底著手研修「性侵害犯罪防治法」，邀集相關部會、學者專家及民間團體共同研商，並於2011年1月31日擬具「性侵害犯罪防治法」部分條文修正草案報請行政院審查，而於同年5月26日行政院院會討論通過，增訂第22條之1有關彌補刑後強制治療之空窗規定、修正保護管束社區監督處遇措施、擴大加害人登記報到及資料提供查閱之適用對象及警察查訪等規定，計修正9條，增訂1條、刪除1條，並於同日函送立法院審議。就在各方努

矯正機關強化監控及輔導性侵害付保護管束行動方案》，針對性侵害受保護管束人提前建立評估及分級處遇機制，期以暢通防治網絡聯繫與交流，建構社會安全防護網，加強外控及提升支持系統力量，並保障婦幼人身安全，防治性侵害再犯。而負責此性罪犯社區處遇銜接機制，最重要的是地檢署、觀護人之保護管束、警察登記報到及查訪、衛生局之治療評估會議及防治中心之協調聯繫會報等。有關性罪犯社區處遇銜接機制，可參照許福生，「台灣地區性罪犯社區處遇銜接機制之現況與檢討」，警學叢刊第四十四卷第六期，2014年6月，頁1-34。

⁷ 有關白玫瑰社區關懷協會所提出之修正版本，可參照陳慈幸，「二〇一一年性侵害犯罪防治法新修正與強制治療之闡述」，月旦法學雜誌 No.205，2012年6月，頁67-81。

力下，2011年9月27日性侵害犯罪防治法草案完成黨團協商，2011年10月25日立法院三讀通過性侵害犯罪防治法部分條文修正案，並自2012年1月1日施行。

2.2011年之修正重點

2011年性侵害犯罪防治法修正第4條、第7條至第9條、第12條至第14條、第20條、第21條、第23條及第25條條文；增訂第22條之1及第23條之1條文；並刪除第5條條文。其中除第4條為中央主管機關應辦理下列事項；第7條各級中小學所應舉辦各性侵害防治教育課程；第8條醫事、社工人員相關條款；第9條中央主管機關應建立全國性侵害加害人之檔案資料；第12條對被害人之保密條款；第13條宣傳品、出版品等不得報導或記載被害人資訊；第14條法院、檢察署等機構應由經專業訓練之專人處理性侵害事件等外，最重要修正如下（如圖1所示）。

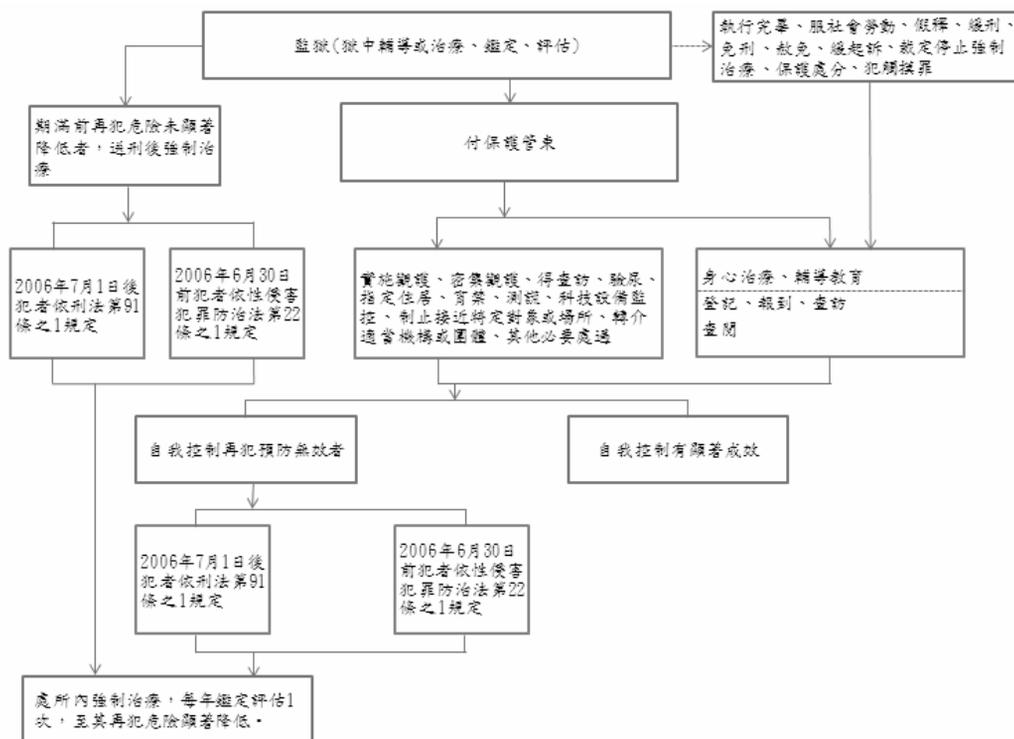


圖1 2011年性侵害犯全面強制治療輔導措施

資料來源：作者自繪

- (1)修正第20條及第21條：1.將科技設備監控列為獨立處遇方式，不須以宵禁或指定居住處所為前提，使實務運作得以符合社會期待；又擴大預防性測謊實施對象，配合科技設備監控及身心、治療，保障婦幼安全，維護社會治安。2.明定經評估認有治療、輔導之必要者，於易服社會勞動期間內亦應接受身心治療或輔導教育，以避免治療、輔導之空窗期。3.將違反性騷擾防治法第25條及少年犯性侵害犯罪之犯罪納入接受身心治療或輔導教育之範圍。4.增訂性侵害犯罪加害人經易服社會勞動，違反接受身心治療輔導教育之規定者，得由檢察官撤銷易服社會勞動。
- (2)增訂第22條之1：對於2006年6月30日以前犯性侵害犯罪之加害人，於接受獄中治療或社區身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者，增加得聲請法院裁定強制治療之規定，即增訂刑後強制治療溯及既往規範。
- (3)修正第23條：增訂犯刑法強制猥褻罪、利用權勢性交或猥褻罪及曾對未成年人性侵害再犯之加害人一併納入登記、報到範圍，並依最輕本刑之不同，修正登記、報到之期間。
- (4)增訂第23條之1：對於第21條第2項之被告或判決有罪確定之加害人逃亡或藏匿經通緝者，該管警察機關得將其身分資訊登載於報紙或以其他方法公告之。

3.修正之爭議

按性侵害犯防治法制之變革，如何強化性侵害加害人之處遇監督及再犯預防機制，一直成為討論重點⁸。特別是現行性侵害犯罪防治的重點逐漸走向

⁸ 1990年代開始，犯罪學也注意到風險社會概念的發展，開展了一系列相關探討，其中以風險概念發展出來最有滲透力的公共政策是對「性與暴力犯罪者」(sexual and violent offenders)的管理，目前各國對於性與暴力犯罪者管理政策，思考的重點乃是「該如何預防他們所引起的犯罪？」於是產生了事先預警(precaution)的機制，對被定位成「危險」的人採取某些預防措施，以提供婦女與幼童更安全的作為。目前對於此類犯罪者，採取的事先預警措施，乃是利用如Ericson所言的反法(counter law)觀念，來管理此類危險的犯罪人。簡言之，這種反法的基本觀念，乃是主張必須違反法治程序以拯救社會秩序，其主要策略為：(1)法律對抗法律(law against law)，就是採用法律對抗法律的態度，以減少或是規避在預防犯罪上所會遇到程序上的阻礙，如減少正當法律程序上的要求，讓警方對於恐怖的犯罪嫌疑人有更加強大的偵查權。(2)增加新的監視措施(new surveillant assemblages)，如利用電子資料庫、電子監控等措施，並找出造成傷害或災害的來源，當

監控隔離的時候，如何強化刑滿犯罪者之處遇，便成為此次修法的重點。民間團體及部分學者專家建議參採德國、美國有關性侵害治療輔導監督機制及梅根法案相關規定，以為檢討我國防治性侵害之借鏡。特別是有關「刑後強制治療規定違憲與否」、「性侵害加害人登記公告制度」、「採用性激素藥物治療法」及「增訂刑後輔導監督機制」，涉及加害人人權及回歸社會與社會公益及安全感的如何平衡，修法過程中爭論頗大，便也成為 2011 年性侵害犯罪防治法修法最主要爭議所在⁹。

就以「刑後強制治療規定違憲與否」而言，修法過程中，依據當時內政部家防會針對「刑後強制治療」之相關意見的彙整，贊成者認為：(1)按性侵害犯罪具特殊性，與一般犯罪行為迥然不同，相關再犯預防機制，自亦有所不同。有關性侵害犯罪再犯預防，乃跨領域之防治工作，目前世界先進國家包括我國在內，有關加害人之犯罪預防，非僅止於行為矯治與輔導教育，尚包括警政、法務及刑事司法處遇等相關配套措施，除透過獄中及社區治療輔導，強化加害人之內在自我控制能力外，並對於在社區活動之加害人強化對其外在之監控力量，包括：定期不定期之查訪、測謊、限制住居、限制接近特定對象或場所、科技設備監控等作為，始可達到再犯預防效果。(2)按對於經評估有再犯危險者，其一旦未經治療即回歸社區時，即有可能再犯，因此為強化加害人之內在自我控制，應先命加害人進入醫療機構或指定處所接受治療，至其再犯危險顯著降低，以避免其出獄後即再犯性侵害犯罪，爰於性侵害犯罪防治法增訂第 22 條之 1，其立法目的乃為對加害人進行「處遇」，而非對其施以「懲罰」，其再犯危險顯著降低後，即得銜接社區身心治療及輔導教育，並輔以社區監督機制，透過社區治療輔導之強化內在控制及外在監控力量，雙管齊下，持續對其施以監督及處遇，以達到相輔相成之再犯預防效果。(3)性侵害犯罪防治法第 22 條之 1，並明定鑑定評估機制及相關治療之聲請程序、執行程序、處所、方式等之授權規定，以完備其法定程序，該條係立基於社會公益與維護人權之衡平考量，尚難謂有違憲之情形。反對者認

然這些配置系統在執行上，可能會慢慢破壞法律上的規範或是程序，如此的作為，無非是要讓對於公共安全會產生危害的人，採取事先預警，以使其受到監禁或監控。參照 Bill Heberton and Toby Seddon (2009), *From Dangerousness to Precaution --Managing Sexual and Violent Offenders in an Insecure and Uncertain Age*, BRIT.J.CRIMINAL 49, p347-351；許福生，*風險社會與犯罪治理*，元照出版，2010 年 8 月初版，頁 4。

⁹ 相關之爭議，可參照許福生，「性侵害防治法制之變革與發展」，收錄於林明傑主編，*家庭暴力與性侵害的問題與對策*，元照出版，2013 年 10 月初版，頁 404-413。

為：(1)「罪刑法定主義」是法治國之基礎，「禁止溯及既往」使刑法效力只能及於法律生效後發生的行為，而不得追溯處罰法律生效前業已發生之行為。(2)行政院函請立法院審議的「性侵害防治法部分條文修正草案」中，明定刑法 95 年 7 月 1 日修正施行前犯性侵害犯罪之加害人，雖服刑期滿但經鑑定、評估認有再犯之危險者，檢察官、直轄市、縣（市）主管機關聲請法院裁定，命其進入醫療機構或指定處所接受強制治療，至其再犯危險顯著降低為止（增訂第 22 條之 1），此項規定之性質似屬具有拘束人身自由之保安處分，而有「罪刑法定主義」所衍生之「禁止溯及既往」之問題，是否即可視為非屬保安處分性質的安置治療？是否會有違憲之虞？

最後，立法院為回應「林○政性侵殺害女童案件」所引起社會大眾之關注，藉以填補刑法第 91 條之 1 所產生法律適用空窗期之漏洞，還是增訂性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 刑後強制治療之溯及既往條文，惟此條之增訂確實也引來「刑後強制治療溯及既往規定違憲與否之疑慮」，本文將檢討於後。至於針對各界關注以性激素藥物治療（即俗稱化學去勢）作為性侵犯治療選項部分，由於未達共識，並未納入本次修正，惟立法院附帶決議，請行政院衛生署、法務部及內政部邀集相關專家召開公聽會，就其適法性、醫學倫理、人權及社會公義與相關執行配套等，廣泛蒐集意見進一步研酌。另外，立法院也附帶決議請內政部研議參酌直轄市、縣（市）轄區幅員大小，分區公布具高再犯危險之性侵害加害人人數之作法，並持續積極檢討改進，以提醒民眾注意防範，提高警覺（參照 2011 年 10 月 25 日法務部新聞稿）。此外，有關「增訂刑後輔導監督機制」，因考量國情及執行面上的困難，亦未通過此次立法，惟對於刑滿之性侵害犯，但尚未達到送至刑後強制治療需要之人，如何強化輔導監督，仍是未來修正之重點所在。

參、建構刑後強制治療之檢討

一、刑法第 91 條之 1 之疑義

1. 保安處分之限制

針對觸犯刑法第 221 至 227 條、第 228 條、第 229 條、第 230 條、第 234 條、第 332 條第 2 項第 2 款、第 334 條第 2 款、第 348 條第 2 項第 1 款及其特別法之罪受刑人，本身往往不能有效控制其心理上或生理上之異常

病變，為強化加害人之內在自我控制，應先命加害人進入公私立醫療機構接受治療，至其再犯危險顯著降低為止，以避免其出獄後即再犯相關性侵害犯罪。因此，刑法為使性侵害犯罪者之治療處分能納入保安處分，藉以醫療處遇矯治其偏差行為，避免再犯，特增訂刑法第 91 條之 1 強制治療處分。

惟從保安處分之歷史演進可以得知，其出現乃是為了彌補刑罰之不足，因而特別著重在個別犯罪行為人之危險性。所以刑法上之保安處分，必須是行為人之行為符合刑法上不法行為構成要件及具備違法性，而且就該行為顯示出行為人將來有再度犯罪之可能性時，才能對之科處保安處分。也就是說保安處分的對象必須具備反覆為犯罪行為之危險性，並且應該以危險性消滅時為保安處分終了之時，所以保安處分之科處應該以不定期刑為原則。然而其危險性乃以行為人將來犯行為預測基準，難免缺乏客觀準確的標準，導致很容易侵害人權。因而保安處分仍須受到法治國原則之限制，而須遵守法定原則及罪責原則。立法時應將保安處分之種類、對象、內容、期間等明確地加以規定，特別是「危險性」的要件，必須在儘可能之範圍內加以客觀化。亦即關於保安處分也應該如同刑罰般要求嚴格的法定主義，以及禁止不利於受處分人之類推適用。因此，現代法治國家的保安處分，除考慮到社會保安需要的「有效性」與「目的性」之外，尚應注意到「倫理的容許性」，且須考量到「比例原則之適用」¹⁰。

現行刑法第 91 條之 1 對於性侵害犯罪加害人所施行之強制治療保安處分，具有剝奪其人身自由及強制之性質，且依目前條文規定，處分期間至其「再犯危險顯著降低為止」，只是執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要；亦即性侵害犯罪加害人如再犯危險無顯著降低，即必須持續接受強制治療，至於「再犯危險有無顯著降低為止」，委由每年的鑑定、評估，難免有違法律明確性原則之虞。因而此種不定期之強制治療處分，難免有成為近乎於終身監禁式的可能，而遭受合憲性之疑慮。事實上，本條也顯示出以無限期的剝奪人身自由，來彰顯治療無效之實，亦即本條立法最主要動機似乎已並不在於「治療」而在於「保安監禁」，藉以隔離性罪犯以降低社會對於性罪犯的恐懼感。因而本條今後是否能通過合憲性的考驗，端賴於今後處遇處所以及再犯危險顯著降低之鑑定評估狀況而定。

¹⁰ 許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，2012 年 9 月修訂版，頁 352。

2.就處所而言

現行性侵害犯罪加害人接受強制治療的階段，可分為刑中強制治療、刑後強制治療及社區治療等三部分。刑中強制治療是在獄中依監獄行刑法規定實施，社區治療則是依據性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法規定，由各直轄市、縣市主管機關辦理身心治療須輔導教育。至於刑後強制治療，依刑法第 91 條之 1 的規定，接受刑後強制治療處遇之性侵害加害人，應入「相當處所」接受治療，此相當之處所，依保安處分執行法第 78 條規定「強制治療處所應設於公立醫院」。

因此，為因應刑法第 91 條之 1 之修正，法務部於 2006 年 9 月間訂定「法務部性侵害犯罪加害人強制治療制度檢討評估計畫」，並成立「性侵害犯罪加害人強制治療制度檢討評估小組」，於 2006 年 12 月 1 日第一次會議即決議刑後強制治療處所應設在「醫療院所」，不在監所，自此確立法務部規劃建置刑後強制治療處所之基本原則，並開始積極與行政院衛生署協調公立醫院接受委託設置刑後強制治療專區。然而，協調的過程並不順利，先後協調國軍北投醫院及軍高雄總醫院，兩家醫院均表示執行上有困難，無法配合¹¹。

此外，法務部為實施性侵害犯罪加害人刑後強制治療制度，再推動「月光守護計畫」，陸續與國軍台中總醫院中清院區、草療戒癮治療中心茄荖山莊、國軍北投醫院、花蓮玉里醫院、玉里榮民醫院等洽商專區規劃案，皆因各平面電子媒體報導而招民眾抗爭或地處偏遠、治療專業及經驗不足，而未有結果，促使 2008 年 5 月 13 日法務部新聞稿聲明取消和國軍台中總醫院合作契約與不會在南投擇地辦理刑後強制治療處所。

確實，法務部為落實上開保安處分執行法相關規定，爰提具「法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院籌建性侵害加害人強制治療處所計畫」，陳經行政院核定後旋由臺中監獄辦理細部規劃設計及招商作業，至 2012 年 3 月 23 日開工，並將啟用開辦日期由 2014 年提早至 2013 年初完成。然自 2012 年 6 月起，因社區民眾及民意代表強烈反彈並率眾抗議，為避免造成鄰近居民恐慌與疑慮，性侵害犯罪加害人強制治療醫院遂於 2012 年 6 月 13 日起暫緩施工，期間雖與臺中市政府、地方代表多次溝通協調，仍無法有效化解民眾對社區治安危害之疑慮，而未獲同意核准復工。

¹¹ 陳佳秀，性侵害犯罪加害人刑後強制治療制度規劃現況，收錄於 2008 年家庭暴力與性侵害防治實務工作研討會：補網與承擔論文集，未出版，2008 年。

法務部復為避免該強制治療專區啟用前，經法院裁定之刑後強制治療受處分人無處收容，造成婦幼安全之疑慮，遂於 2010 年 8 月 23 日在刑後強制治療處所設置前，先由臺中監獄附設培德醫院先行接辦，於培德醫院內劃分專屬病房，作為刑後強制治療受處分人之「暫時收治專區」分區管理，計畫收治容額為 15 名，相關強制治療業務由中國醫藥大學附設醫院成立「性侵害強制治療小組」依「辦理性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業要點」等相關規定辦理。足見法務部目前將性侵害犯罪加害人刑後強制治療受處分人治療處所設於臺中監獄培德醫院暫時專區內，係屬因應強制治療專區完工前暨民眾抗爭之權宜措施。臺中監獄培德醫院暫時收治專區計畫收治對象，原是適用刑法第 91 條之 1 者，惟為配合性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 條處所指定，法務部 2012 年 2 月 3 日函示指定臺中監獄附設培德醫院為性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療處所（如表 1 所示）。

表 1 性侵害犯罪加害人強制治療暫時收治計畫

1.依據	2010 年 8 月 23 日法務部長核示，刑後強制治療處所設置前，先由臺中監獄附設培德醫院先行接辦。
2.刑法第 91 條之 1 容額規定	於培德醫院內劃分專屬病房，作為刑後強制治療受處分人之「暫時收治專區」分區管理，計畫收治容額為 15 名。
3.治療業務委託	相關強制治療業務由中國醫藥大學附設醫院成立「性侵害強制治療小組」依「辦理性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業要點」等相關規定辦理。
4.性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 條處所指定	法務部 2012 年 2 月 3 日函示指定臺中監獄附設培德醫院為性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療處所。
5.性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 條容額規定	於培德醫院內劃分專屬病房，作為性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人「暫時收治專區」分區管理，計畫收治容額為 10 名。

6.性侵害犯罪防治法第 22 之 1 條受處分人業務規範	相關業務由承攬委託之醫療機構依「性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療作業辦法」等相關規定辦理。
------------------------------	--

資料來源：臺中監獄

換言之，現行培德醫院暫時收治對象計分 2 類，第 1 類為犯行於 2006 年 7 月 1 日以前，適用性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 者，收治於該院 101 房、102 房，計 10 人；第 2 類為犯行於 2006 年 7 月 1 日以後，適用刑法第 91 條之 1 者，收治於該院 103 房、104 房，計 15 人，二類合計收治容額雖僅 25 人，然自 2010 年 10 月 27 日開始收治至 2014 年 9 月 30 止，實際收治人數已高達 50 人（第 1 類 15 人、第 2 類 35 人），顯已超額收容達 2 倍（如表 2 所示）。

確實，刑後強制治療既然已立法便必須執行，但囿於治療處所民眾之抗爭，不得不暫時收治於臺中監獄附設培德醫院，而醫療資源則來自於中國醫藥大學專業的治療小組，雖美其名諉還是設置在醫院，似不違背當初決議刑後強制治療處所應設在「醫療院所而不在監所」，只是這個「醫療院所」是附設在監獄內，畢竟附設在監獄內的「醫療院所」還是在監所內，其治療場域難免會對治療結果產生影響；再加上委託中國醫藥大學附設醫院成立強制治療小組，目前人力配置只包含 1 名精神科主任醫師、4 名臨床心理師、2 名社會工作師、1 名外聘職能治療師、2 名職能治療師（只參與聯合評估），另再加 1 名臺中監獄辦理刑後強制治療業務之社工員，其人力配置比起一般「醫療院所」仍有許多不足之處；若再加入收治性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 者，其容量更是不足。無怪乎監察院的調查報告指出：就刑後強制治療處所囿於「民眾抗爭」及「國內醫療機構意願及戒護人力不足」等因素，設置啟用日期恐遙遙無期以觀，該「暫時收治專區」無異成為「常設專區」，超額收治情勢將隨時間之遞增而日趨惡化；倘此景遲未改善，屆時極可能發生經法院裁定須接受強制治療之高再犯危險個案，因滿床而無法收治之窘況。況且該監培德醫院並未對外開放營業，仍屬限制人身自由之監獄附屬設施，尚非完全歸屬保安處分執行法第 78 條規定之公私立醫療機構，肇生該等受處分人家屬因渠等家人既已服刑期滿卻仍被收治於監獄內而迭有抗議之舉，亦與最高法院 100 年度臺抗字 460 號刑事裁定要旨尚難契合，亟應持續積極研

謀改善，以資適法並弭爭議¹²。

表 2 法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院收治情形

項目	刑法第 91 條之 1	性侵害犯罪防治法第 22 條之 1
身分界定	刑法保安處分	民事監護行政處分
暫時收治計畫容額	15	10
實際裁定強制治療人數	64	19
裁定停止強制治療	29	1
出院人數	29	3
現有收治人數	35	15
超收人數	20	5

資料來源：臺中監獄（統計至 2014.9.30）

3.就處理程序與鑑定評估而言

就以現行性侵害受刑人強制治療流程而言，針對觸犯刑法第 91 條之 1 之性侵害受刑人，各監獄於性侵害受刑人入(移)監一個月內進行測驗、調查與晤談後，彙整個案執行指揮書、判決書、前科紀錄、基本資料、家庭、生理、犯罪、社會及心理、職業等狀況以及間接調查表等相關資料，移送至法務部指定之監獄（現包含台北、台中、嘉義、高雄、宜蘭、花蓮、台中女子等監獄及明陽中學等指定 8 所性侵害受刑人處遇專責監獄）。由指定監獄定期召開「篩選評估會議」，進行初步診斷篩選工作，並依評估結果區分「只

¹² 按性侵害犯罪加害人刑後強制治療均屬保安處分之一種，而非自由刑之刑罰，其目的係為戒除渠等侵害他人之性慾，旨在「治療」，而非「制裁」或「報復」，治療目標則非「治癒」，而為「終身控制」，亦即讓加害人得以成功並有效處理與控制各類危險情境，促成自我控制之重新建立，以阻止再犯過程的發生；縱「強制」具有干預個人意願之意，然其屬上位概念，如其下位之終身控制目的已達成，即無再剝奪渠等人身自由之必要，洵不能藉「強制」之名而率行剝奪自由之實。易言之，如能以間接強制達成目的，或多種執行方法均能獲致目標時，自應選擇損害最少之方式為之，始符合憲法所保障之比例原則，此有最高法院 100 年度臺抗字 460 號刑事裁定。且依保安處分執行法規定：「強制治療處所為公私立醫療機構」。是法務部及衛福部自應依前開規定落實辦理，自不得率將執行自由刑而限制人身自由之監獄附屬設施認屬「醫療機構」。參照李復甸、尹祚芊監察委員調查報告，

[https://www.cy.gov.tw/AP_HOME/Op_Upload/eDoc/%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A/102/102000547%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A\(%E6%8E%9B%E7%B6%B2\).pdf](https://www.cy.gov.tw/AP_HOME/Op_Upload/eDoc/%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A/102/102000547%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A(%E6%8E%9B%E7%B6%B2).pdf)，2014 年 7 月 28 日造訪。

需輔導教育」或「需強制身心治療」。針對施予身心治療，區分為個別治療及團體治療，需由治療師（精神科醫師、心理師、社工師）執行並每次填寫治療紀錄表。此外，施予身心治療，須填評估報告書，其內容包括：(1)個人基本資料，(2)犯罪資料，(3)家族史，(4)學校經驗，(5)異性交往史，(6)婚姻家庭互動關係，(7)工作經驗，(8)性犯罪危險評估，(9)目前的生理、精神狀態，(10)性侵害加害人精神、智能和危險再犯性評估，(11)Static-99 and RRASOR，(12)強制治療評估總表及治療目標。之後將此資料提交定期召開之「治療評估會議」決定之，惟治療師須於會議前提出「再犯危險評估書」（包含強制診療評估總表、static-99、出獄後身心治療或輔導教育建議、特殊觀護處遇）、「身心治療或輔導教育處遇建議書」（包含事先存在因素、後續持續因素、立即觸發因素、犯罪循環、協助資源、出獄計畫、後續治療建議）及「治療成效報告書」（包含獄中執行情況、獄中治療情況、個人對獄中處遇的認知、治療成效評估、總結敘述），並蒞會報告及答詢。倘若經鑑定、評估，認有再犯之危險，而有施以強制治療之必要者，監獄應於刑期屆滿前4月將相關資料送該管檢察署檢察官向法院聲請強制治療，由法院宣告是否施以刑後強制治療（其流程如圖2所示）。

我國性侵害犯罪後強制治療之檢討

性侵害受刑人強制治療流程圖

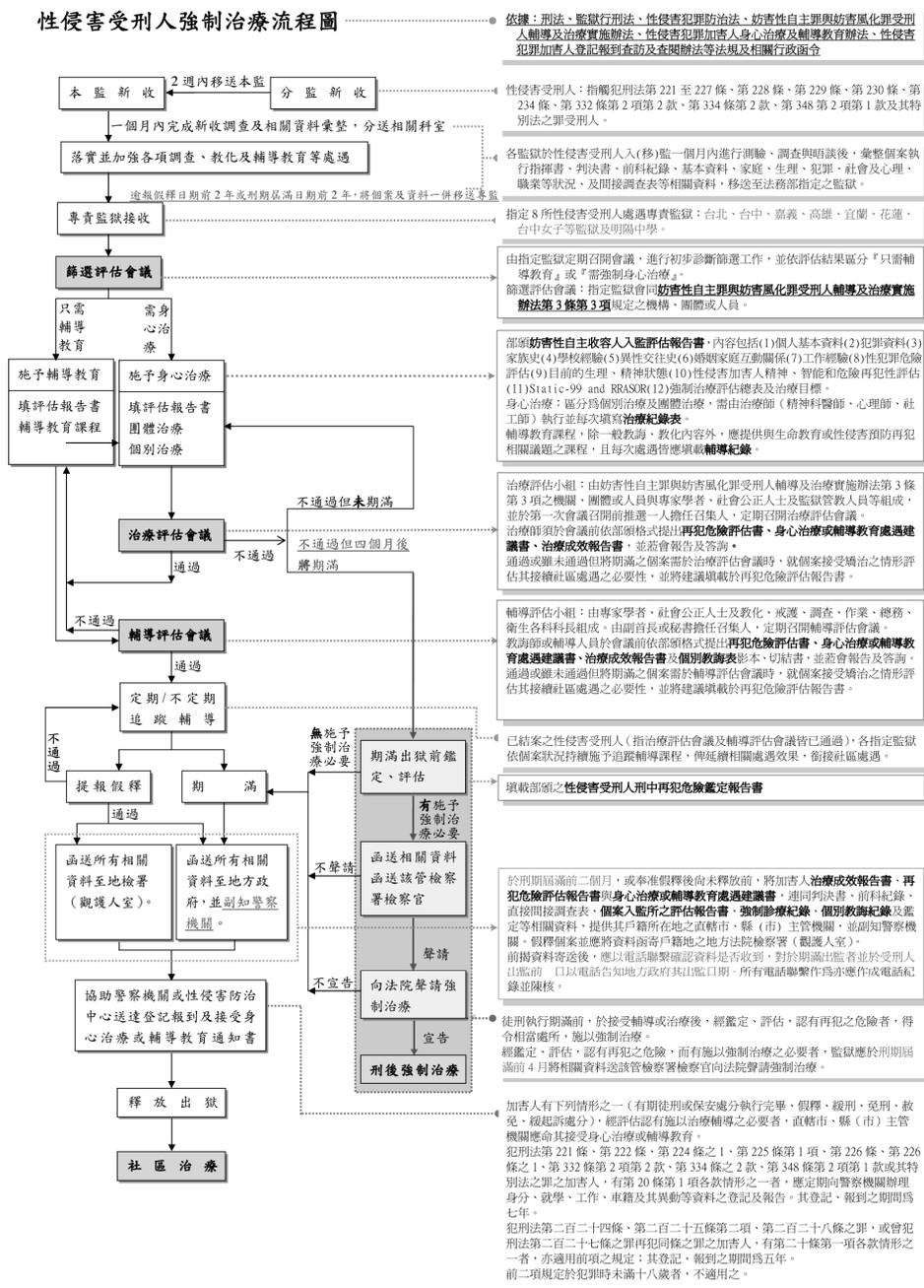


圖 2 性侵害受刑人強制治療流程圖

資料來源：臺中監獄

當檢察官認性侵害犯罪加害人有再犯之危險，向犯罪事實最後裁判之法院聲請裁定強制治療，而獲法院裁准時，便送刑後強制治療處所進行治療前

評估並實施治療。並由治療評估小組會議每年函送治療、鑑定及評估等相關資料予檢察官，若無疑慮，認再犯危險未顯著降低，三個月內書面通知受強制治療受處分人，若不服向裁定強制治療之法院聲明異議；若認有虞慮，再送鑑定評估小組鑑定評估，將鑑定評估結果送檢察官，認再犯危險未顯著降低，三個月內書面通知受強制治療受處分人，若不服向裁定強制治療之法院聲明異議。若認再犯危險顯著降低，三個月內向法院聲請停止治療（如圖 3 所示）。

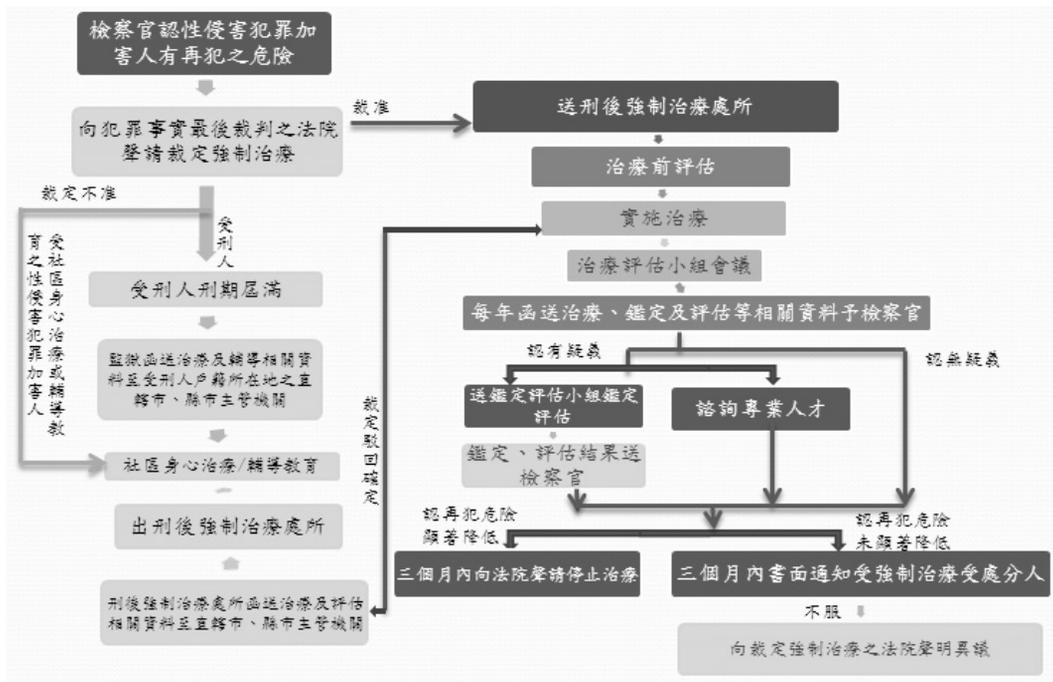


圖 3 刑後強制治療實施流程圖

資料來源：臺中監獄

看似很詳盡的流程圖，重點是能施予多少的個別治療及團體治療；再加上現行的評估工具之多樣化，如病態人格檢核表（The Hare Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R）、性犯罪再犯危險評估（Static-99/PRASOR）、明尼蘇達性罪犯篩選評估表（Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised, MnSOST-R）及魏氏智力測驗（WAIS-III）等，判斷上更顯得複雜化及無結構化。如同 2014 年 5 月 15 日黃健臨床心理師，在台灣防暴聯盟的評議委員會中的簡報所言：「1.不論身心治療或輔導教育，均有：(1)團體人數過多影

響治療成效。(2)未針對不同風險分級來安排處遇層次。(3)處遇時數嚴重不足(6個月→24次*2小時(監獄)或12次*1.5 or 3小時(社區))。2.處遇流程中治療評估的判斷，無結構化評估的問題。3.無輔導教育成果的評量。

這樣的現象，讓我們了解是否能落實藉由保安處分來治療改善性罪犯的危險性，深值得懷疑，特別是將這些性罪犯拘禁在一個封閉的場所強迫其接受治療，更是困難。況且這些性罪犯有些是具精神疾病診斷者、有些是智能障礙者、有些是反社會人格違常者，針對具精神疾病診斷者應轉送至精神科醫院，智能障礙者應轉送其他教養機構，反社會人格違常者才送公立醫療機構，而非現行的一律在培德醫院接受強制治療，分類處遇確實有必要。如此現象，無怪乎日本1974年改正刑法草案中，規定了治療處分及戒治處分等兩種保安處分，便引來如下的強烈批評：(1)優先強調保安上的必要性而無視於治療、改善；(2)危險性能預測嗎？再者，科學已發展到了允許以治療、改善的名義剝奪自由的程度了嗎？(3)拘禁於保安措施的治療可能嗎？難道不是政治迫害的一種手段嗎？(4)導入保安處分會加大對精神病人的歧視和人權的侵害等¹³。

二、以性侵害犯罪防治法第22條之1填補刑法漏洞之疑義

1.本條定位與合憲性之問題

2011年性侵害犯罪防治法再修法過程中，最大的共識便是須填補刑法第91條之1刑後附制治療空窗期的漏洞，至於要如何修正剛開始各方意見不一。白玫瑰社區關懷協會最早提出刑後強治療之本質為治療而非刑罰，故建議立法適用修法後之在監者，不涉一罪二罰與刑罰不溯既往，而主張刑後強制治療得適用裁判時之法律，即可溯及既往至目前在監與在社區輔導治療之高危險性罪犯(修改刑法第2條)，之後又參考各方意見，擬將原刑後強制治療從修改刑法第二條，改為增訂性侵害犯罪防治法第22-1條，而引用精神衛生法對嚴重病患強制住院之概念。

另有關劉建國委員版本(參照立法院議案關係文書院總第1642號委員提案第10445號)主張增例本法第22條第2項：「前項強制治療以治療為本質，實施對象含及本條文通過後釋放之性侵害犯罪加害人」，即增訂「溯及適用」之規定。劉建國委員此版本卻遭來法務部的書面報告答覆之反對，認為「罪

¹³ 大谷實，刑事政策講義，弘文堂，2009年新版，頁164。

刑法定主義」是法治國基礎，「禁止溯及既往」使刑法效力只能及於法律生效後發生的行為，而不得追溯處罰法律生效前業已發生之行為。其目的在於貫徹法治主義，保障人權，避免因法律溯及既往而致人民行為失所準據。參諸刑法第一條修正理由認：「拘束人身自由之保安處分（如強制工作），係以剝奪受處分人之人身自由為其內容，在性質上，帶有濃厚自由刑之色彩，亦應有罪刑法定主義衍生之不溯及既往原則之適用，爰於後段增列拘束人身自由之保安處分，亦以行為時之法律有明文規定者為限，以來允當」，則縱依性侵害犯罪防治法第 22 條聲請依刑法第 91 條之 1 之刑後強制治療，亦將因屬具有拘束人身自由之保安處分，而有「罪刑法定主義」所衍生之「禁止溯及既往」問題，故在本條第二項增訂「溯及適用」之規定，仍無法因此即可溯及適用。故為求妥善解決法理爭議，並避免防治上之漏洞，法務部參考美國民事監護精神，建議性侵害犯罪防治法主管機關，於該法增訂非屬保安處分性質之安置治療規定¹⁴。

同樣地，在中國國民黨立法院黨團於 2011 年 7 月 14 日舉辦「性侵害犯罪防治法」修法公聽會上，法務部代表吳陳鏗次長表示，2006 年 6 月 30 日以前的性侵害行為，可不可以在刑法中用刑後強制治療制度來加以規範的問題，應該是不能溯及既往，此乃因縱使是保安處分，如果是涉及剝奪人身自由的，是有罪刑法定主義原則的適用，也有不溯及既往原則及從舊從輕原則的適用。但如果參考了美國制度，美國刑後強制治療，目前最高法院的見解是認為，如果是定位為民事或行政的性質，而不是刑事性質的話，是可以容許的，但是必須要符合正當法律程序，因為這是美國憲法的規定。相同地，司法院代表陳明富副廳長也表示，刑後強制治療到底是民事還是刑事？假如政策決定是民事監護行政，就不會牴觸到人權公約這一塊，但如果是刑事性質的話，就必須要很審慎，因為這群人有不溯及既往的問題，我們定一個法律把這些人再重新抓回去，那恐怕有違溯及既往的原則，所以罪刑法定主義跟不溯及既往，還有法律安定性跟法律可預測性這四個原則一定要做深層的考慮，全世界會來檢視我們。再者，筆者也應邀出席此會議，特別指出本法行政院版第 22 條之 1 是否會有違憲之虞？有幾個觀察指標：（1）定位何在？（2）處所在哪？（3）程序為何？（4）再犯如何評估？若未好好處理，恐將

¹⁴ 立法院議案關係文書院總第 1642 號，2011 年 6 月 10 日印發，討 22。

走向釋憲甚至可能會被宣告違憲¹⁵。

因此，立法過程中，大家均知若將性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項之規定定位為保安處分，將有違「罪刑法定主義」之「禁止溯及既往」問題，而有違憲之虞，因而特別強調本條是規範在具行政法性質的性侵害犯罪防治法上，其立法目的乃為對加害人進行「處遇」，而非對其施以「懲罰」。

縱使如此，周佳宥教授指出本條問題的關鍵不在強制治療是否屬於刑罰，而係強制治療係一種拘束人身處分。現若為解決法律適用問題，透過修正行政法方式，改變刑法適用之條件，此舉不正是間接破壞罪刑法定主義；況且性侵害犯罪防治法縱屬行政法，惟增訂本法第 22 條之 1 無論在功能或目的上，均在彌補刑法第 91 條之 1 之漏洞，故其屬性應屬刑法規範，該條規範係違反溯及既往禁止原則且有違憲之虞。周佳宥教授更指出，縱使不將本法第 22 條之 1 定位為刑法規範，而屬行政法規範，且此規範係屬對尚未完全發生之事件進行規範，即性侵害犯加害人出獄後是否仍有高度再犯危險，係屬尚未完全發生之事件，故類型上應屬不真正溯及既往之規範類型，現若對性侵害犯加害人溯及既往是否損害其信賴保護原則，在此可以比例原則衡量信賴利益與公益二者衝突。修法前對性侵害犯加害人係先採預防性管理方式，若無法達成預防犯罪目的時，才能進一步採取強制治療手段，惟新法修正結果導致對具有再犯之虞之受刑人採取強制治療手段，剝奪其再社會化可能，儘量上述手段可以達到防止再犯目的，但在手段選擇上似已逾必要程度，畢竟對性侵害犯加害人之管理，尚有其他如科技設備監控等其他措施可實施，而非直接採取最嚴厲之手段，故本條之規定是無法通過合憲性檢驗¹⁶。

確實，為避免本條有違憲之虞，本條現行之規定似是直接移植刑法第 91 條之 1 的規定，將產生是否屬於保安處分之疑慮，畢竟如認為此條之原意是以治療為出發點，卻賦予其「再犯之危險」的條文字眼，將可能定位為保安處分，而產生以治療為名，行監禁之實，而侵害人身自由。以日本為例，其 2003 年實施的「醫療觀護法」，當初立法時對精神病患治療的定位就引起很大爭議，草案是將「不繼續治療便有再犯對象行為之危險」作為入院的要件，但很多反對者認為將「再犯之危險」作為要件，便是認可了保安處分，因而

¹⁵ 參照中國國民黨立法院黨團公聽會紀錄，2011 年 7 月 14 日於立法院群賢樓 101 會議室。

¹⁶ 周佳宥，性侵害犯罪防治法第二條之一第一項規定之合憲性研究—以溯及既往禁止原則為討論中心，法學新論第 44 期，2013 年 10 月，頁 38-43。

最後通過的「醫療觀護法」第42條第1項第1款條文規定：「是為改善實施對象行為時所具有的精神疾病，並不再實施同樣的行為，促使其再復歸社會，在確認有必要讓其入院接受本法所規定的治療時，讓其接受治療的決定。¹⁷」無非強調強制醫療的正當化事由，乃是透過醫療改善對象人的精神病，使其再復歸社會，而非以有「再犯之危險」而施以保安處分。

現行性侵害犯罪防治法第22條之1雖不定位成保安處分，而是治療改善性侵害加害人的性侵行為，但條文中「...認有再犯之危險...」，又具有濃厚的再犯預防的味道，仍不能脫離屬於保安處分之虞慮，而遭受本條定位解釋的問題。因而建議可以參考法務部在委員會審查時的口頭報告中所說：「...在法律中增訂非屬保安處分性質的安置治療規定。」，如此定位及用語比強制治療好，並且在說明欄一併敘明。事實上，中央警察大學安全管理研究中心與社團法人台灣防暴聯盟於2011年8月18日所舉辦的座談會，針對此條提出修正條文如表4所示，強調本條之定位為治療安置，治療安置乃以醫療為目的，而非以「認有再犯之危險」為考量，可供將來修法之參考。

再者，為使本條之規定能通過合憲性檢驗，以比例原則來衡量信賴利益與公益二者衝突確有必要，故對於性侵害犯加害人預防性管理方式之手段應按其危險程度不同而採取不同預防措施，以避免手段選擇上逾必要程度。因而性侵害加害人進入社區應參加身心治療輔導教育此為社區第一道防線，但仍不免有再犯危險高之加害人需要輔導治療卻已無觀護人之監督之可能，所以對次高或中高危險而經評估有需要者，應補強訂定「輔導監督」，即刑後輔導監督是對中高或次高危險性侵害犯罪者進入社區的第二道防線，惟國內目前無此法制，而美國與德國均已立法，確實有必要引入。最後，對最高危險者，才能實施刑後強制治療。如此設計，才能符合比例原則之合憲性檢驗。事實上，中央警察大學安全管理研究中心與社團法人台灣防暴聯盟所舉辦的座談會，針對「輔導監督」便提出修正條文如表4所示，可供將來修法之參考。

2. 本條現行處所之問題

按性侵害犯罪防治法第22條之1既然已定位為不屬於保安處分，當然其執行處所便須與刑法第91條之1有所區別，且應著重在治療而非在監禁，況

¹⁷ 大谷實，前揭書，頁429。

且基於兩者定位的相異，處所當然應所有區別。

依現行性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 之規定「...強制治療之執行機關(構)、處所...由法務部會同中央主管機關、行政院衛生署(已於 2013 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)及國防部定之。」又性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 強制治療作業辦法第 2 條第 3 點規定「強制治療處所：指經法務部、國防部指定之醫療機構或其他處所。」只是現行處所之尋覓，同樣面臨「民眾抗爭」及「國內醫療機構意願及戒護人力不足」等困境，法務部不得不於 2012 年 2 月 3 日指定台中監獄附設培德醫院為性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療處所，且於 2012 年 3 月 14 日臺中監獄附設培德醫院與中國醫藥大學附設醫院簽定依性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 裁定刑後強制治療受處分人強制治療合約書，導致現行培德醫院暫時收治對象如前述分 2 類，第 1 類為適用性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 者，第 2 類為適用刑法第 91 條之 1 者，看似不同的收治標準(如表 3 之比較表)，實質上處所及處遇並無太大差別，更加強化本條違憲之虞慮，並也導致培德醫院床位之不足，致無法執行強制治療之困境。

表 3 刑法第 91 條之 1 及性侵害犯罪防治法第 22-1 條刑後強制治療比較

	刑法第 91 條之 1	性侵害犯罪防治法第 22 條之 1
作業規定	性侵害加害人刑後強制治療作業要點	性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 強制治療作業辦法
處所指定法源	1.保安處分執行法第 78 條「強制治療處所為公私立醫療機構。」 2.性侵害加害人刑後強制治療作業要點第九點「刑後強制治療之處所由法務部設置，其實施受法務部之指揮、監督…」 3.最高法院刑事裁定 2011 年 6 月 23 日 100 年度台抗字第 460 號「...就性侵害犯罪之強制治療處所而言，當指專門的公立醫院…」	1.性侵害犯罪防治法第 22 條之 1「...強制治療之執行機關、處所...由法務部會同中央主管機關、行政院衛生署(已於 2013 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)及國防部定之。」 2.性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 強制治療作業辦法第二條第三點「強制治療處所：指經法務部、國防部指定之醫療

		機構或其他處所。」
指定培德醫院依據	<ol style="list-style-type: none"> 1.法務部長於 2010 年 8 月 23 日核示刑後強制治療處所設置前，先由臺灣臺中監獄培德醫院先行接辦。(臺灣臺中監獄附設培德醫院性侵害加害人刑後強制治療暫時收治計畫) 2.法務部 2010 年 10 月 25 日函請臺中監獄即日起確實依暫時收治計畫辦理。 3.2012 年 3 月 14 日法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院與中國醫藥大學附設醫院簽定依刑法第 91 條之 1 裁定刑後強制治療受處分人強制治療合約書。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.法務部 2012 年 2 月 3 日函指定臺中監獄附設培德醫院為性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療處所。 2.2012 年 3 月 14 日法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院與中國醫藥大學附設醫院簽定依性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 裁定刑後強制治療受處分人強制治療合約書。
收治容額	15 (依暫時收治計畫)	10 (依合約)
現有人數	35	15
收治依據	各地方法院檢察署執行指揮書	<ol style="list-style-type: none"> 1.各地方法院檢察署執行指揮書。 2.各縣市政府函送。
經費來源	法務部	衛生福利部

資料來源：臺中監獄

鑑於目前經法院裁定需強制治療之受處分人，因培德醫院滿床而無法繼續收治，只能改以社區監控而造成性侵害加害人再犯之高度風險，自 2013 年起已有新北市、台中市、台南市及雲林縣政府等屢次至台灣防暴聯盟（以下簡稱聯盟）反映此問題¹⁸。為協助宜轄市、縣市政府解決此問題，聯盟透

¹⁸ 實務上如台南市政府曾面臨加害人陳○○係高雄市轉入之期滿出監個案，於嘉南療養院接受身心治療時，因威脅治療者及表示要炸毀醫院等言詞，經評估有精神症狀，且疑似有反社會性人格違常，因該員攻擊危險高且配合度低，故建議申請刑後強制治療。案經臺灣高等法院高雄分院裁定須施以強制治療後，家防中心電話詢問培德醫院床位一事，其表示有

過法務部安排，於 2013 年 10 月 1 日與法務部官員一同前往培德監獄實際了解床位分配情形。筆者因身為聯盟的常務理事，除陪同前往外，並一同提出如下參訪培德醫院後討論意見：(1)刑後治療專區未明顯劃分為刑事監護及民事監護，恐有違憲之虞。(2)刑後強制治療專區目前收容 23 名高再犯危險之性侵害加害人，其中有 19 名為智能障礙者，而其治療成效相當有限，甚至難以評估其治療效果，施以輔導教育或治療之人有無特殊教育專長？若無法治療是否因而佔用床位，使得明顯需要進入治療專區之加害人在社區，反而對社區民眾造成更大的威脅或傷害？(3)刑後治療專區之治療或輔導教育課程內容、時數、實施方式是否妥適？對處遇人員是否建立督導制度？對評估小組有無監督機制？(4)2006 年 6 月 30 日以前，會在培德醫院身心治療、輔導教育又不能假釋的都是情節比較嚴重的，現在已經會慢慢刑滿要出來，所以這個問題會越來越嚴重；反而是 2006 年 7 月 1 日以後犯者比較多是再犯率高但情節較輕的，但是評估他們也會再犯，所以依刑法第 91 條之 1 進去培德，因此造成培德監獄很快滿床，建議依類型之不同而將部分床位挪出來，把比較急的個案放進去。

參訪後聯盟也多次召開專案會議，邀請學者專家及衛福部與法務部討論此問題，最後透過聯盟理事長也是行政院性平會委員張錦麗教授於該會人身安全組提案，就性侵害犯罪加害人依刑法第 91 之條 1 及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 條需接受強制治療，但強制治療處所收治容量不足案，提請討論。針對此提案，目前衛福部相關因應措施摘要如下：(1)對於合併精神疾病診斷之受處分人：請刑後治療專區儘速依「性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療作業辦法」第 8 條及「辦理性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業要點」第 17 點，評估轉送至適當精神醫療機構治療。(2)協調精神醫療網核心醫院，向法務部申請指定為性侵害加害人強制治療處所。(3)對於智能障礙之受處分人：除請法務部另行指定其他適當強制治療處所，並請衛福部社會及家庭署評估所屬教養機構，申請指定為強制治療處所之可行性，以符合該類型個案處遇、照護需要。(4)對於最具危險之人格違常受處分人：請法務部評估所屬矯正機關，依台中監獄附設刑後治療專區模式擴充或設置強制

空床位，得將該員送入執行強制治療，然當家防中心函文當事人並告知須於規定之期限至培德醫院報到時，培德醫院即函文該中心並告知已無床位，該中心只能再行通知當事人將另行通知強制治療時間。

治療處所之可行性。換言之，現行政策上，對於性侵害加害人強制治療處所設置之規劃，仍是依據個案類型區分為(1)具精神疾病診斷者轉送精神科醫院，(2)經鑑定智能障礙者轉送其他處所，(3)反社會人格違常者指定、擴充強制治療處所等三類，而分送至不同處所(如圖4所示)。至2013年11月底止，已協調草屯療養院及高雄市立凱旋醫院向法務部正式行文申請指定為強制治療處所，並由衛福部與法務部協調智能障礙受處分人收治問題。至於人格違常受處分人之收治處所，則請法務部評估擴充或指定其他處所。而刑後治療專區現所收治合併精神疾病診斷之受處分人，請台中監獄儘速協調轉送適當精神醫療機構¹⁹。

確實，依個案類型不同而分類處遇是正確作法。惟依性侵害犯罪防治法第22條之1立法精神是在治療而非在監禁，縱使是反社會人格違常者，仍應安置在醫療院所而儘量避免附設在監所中的醫院，畢竟在監所中附設的醫院在弄個再怎麼像樣的醫院仍是在監所內，在一般的醫療院所弄個再怎麼像樣的監獄還是醫療院所，其治療心理及效果還是有所不同，否則會加深本條違憲之虞。

¹⁹ 參照民間團體拜會衛生福利部邱部長書面資料，2014年4月23日於衛福部6樓1601會議室。筆者亦陪同台灣防暴聯盟出席此拜會活動，聯盟並提出「請支持家庭暴力防治法修法成立防暴基金」及「盡速另覓處所收治應強制治療之性罪犯，避免高再犯危險加害人因無收治床位而四處流竄導致民眾被害憾事」等訴求。並也獲得衛生福利部針對刑後強制治療如下回應：(1)法務部若有新的收治處所，衛福部也會積極指派專業團隊進駐，並協助高危險再犯者。(2)面對性侵害加害者多元的型態，衛福部亦會研議發展多元的處遇方案，以回應實際問題。

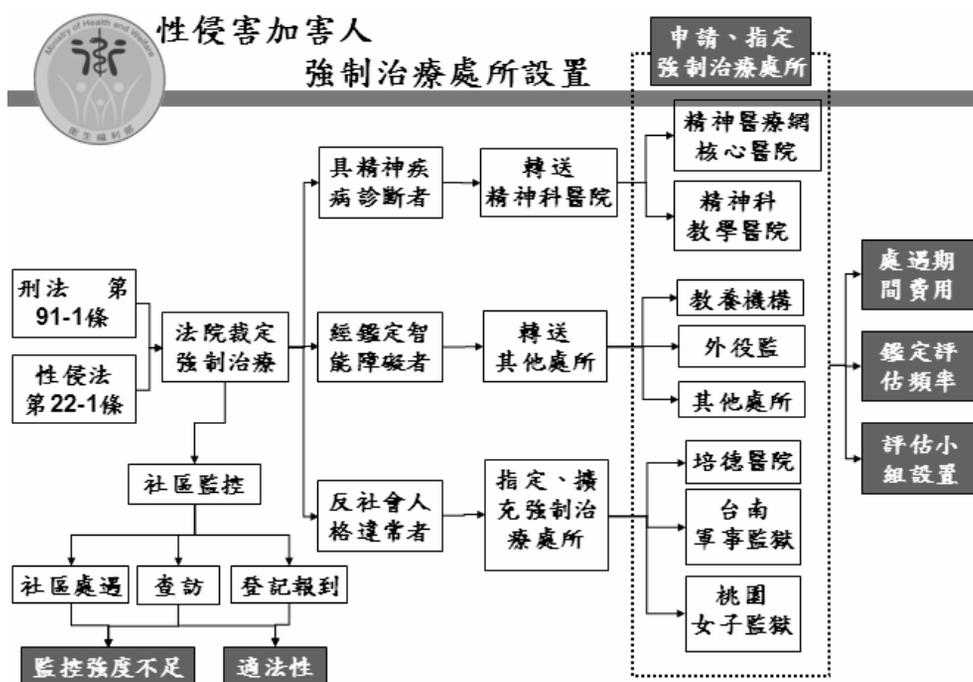


圖 4 性侵害加害人強制治療處所設置

資料來源：衛生福利部

3.處理程序與鑑定評估問題

目前依據性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療作業辦法之規定，對於本法第 22 條之 1 第一項之加害人，其刑期即將於四個月內屆滿，且經監獄、軍事監獄內之治療或輔導評估小組鑑定評估有再犯之危險者，監獄、軍事監獄應儘速檢具下列有關資料，送請該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官，以書面向法院、軍事法院聲請裁定對加害人施以強制治療：一、入監評估報告書。二、身心治療紀錄表。三、再犯危險評估報告書。四、身心治療或輔導教育處遇建議書。五、治療成效報告書。六、再犯危險鑑定報告書。第一項之書面應記載下列事項：一、加害人之姓名、性別、年齡、住所或居所或其他足資辨別之特徵。二、有再犯危險之依據（如圖 5 所示）。

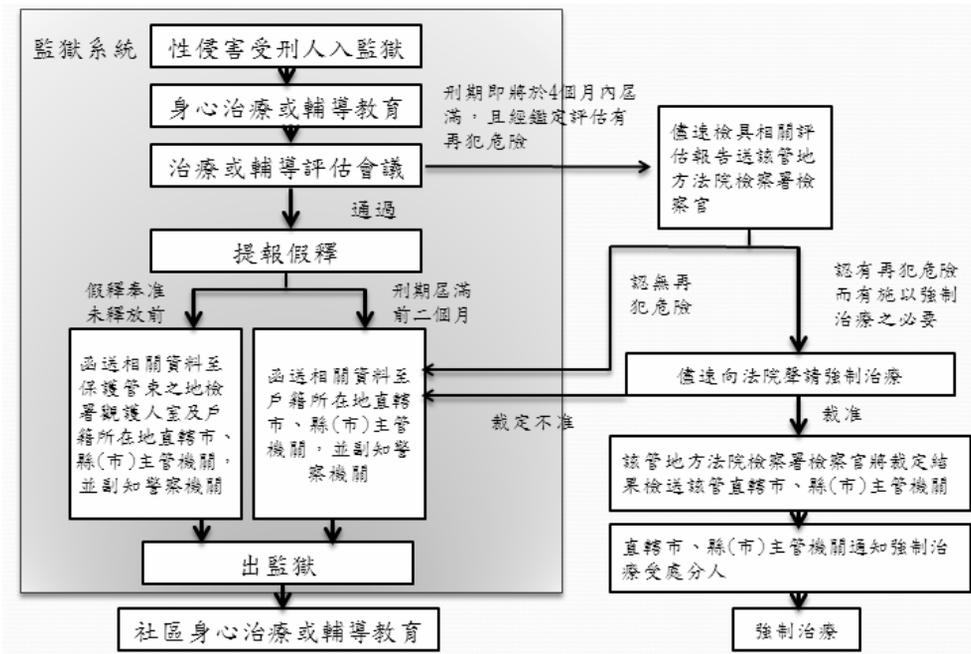


圖 5 性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第一項加害人聲請強制治療流程圖

資料來源：臺中監獄

另對於本法 22 條之 1 第二項之加害人接受身心治療或輔導教育後，經定期成效評估認其自我控制再犯預防仍無成效，直轄市、縣（市）主管機關應儘速檢具下列資料，以書面向法院、軍事法院聲請裁定對加害人施以強制治療：一、社區身心治療及輔導教育評估報告書。二、整體性評估表。三、身心治療或輔導教育紀錄表。四、急性動態危險因素量表。五、穩定動態危險因素量表。六、社區身心治療或輔導教育處遇成效評估報告。七、再犯危險鑑定評估報告書。第一項之書面應記載下列事項：一、加害人之姓名、性別、年齡、職業、住所或居所或其他足資辨別之特徵。二、自我控制或再犯預防無成效之依據。直轄市、縣（市）主管機關請求該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官向法院、軍事法院聲請強制治療，準用前二項之規定（如圖 6 所示）。

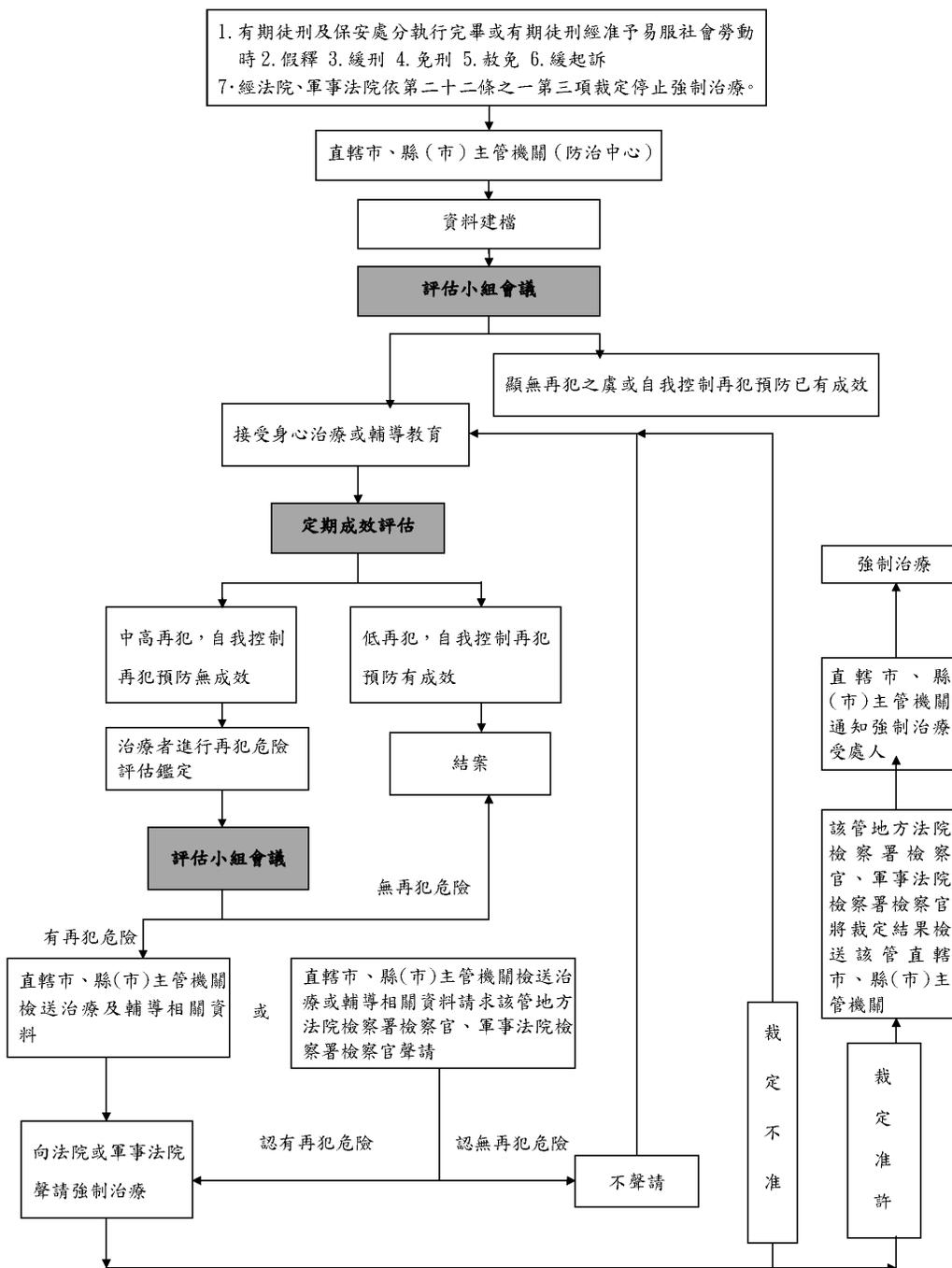


圖 6 性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第二項加害人聲請強制治療流程圖

資料來源：衛生福利部

而該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官於收受前項法院、軍事法院強制治療之裁定後，應即將裁定檢送該管直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關收受法院、軍事法院依本法第二十二條之一第一項、第二項規定所為之強制治療裁定後，應即通知強制治療受處分人至強制治療處所接受強制治療。

此外，強制治療處所應成立治療評估小組，鑑定、評估治療之成效及受強制治療處分人之再犯危險是否顯著降低。況且強制治療處所應於強制治療受處分人入所接受強制治療時起，每屆滿一年前，檢具治療、鑑定、評估等結果通知強制治療受處分人、該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官或直轄市、縣（市）主管機關。該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官或直轄市、縣（市）主管機關如認強制治療受處分人經鑑定、評估再犯危險已顯著降低，無繼續強制治療之必要時，得向法院、軍事法院聲請停止強制治療。強制治療受處分人於收受第一項通知後，得自行聲請法院、軍事法院裁定停止強制治療（如圖 7 所示）。

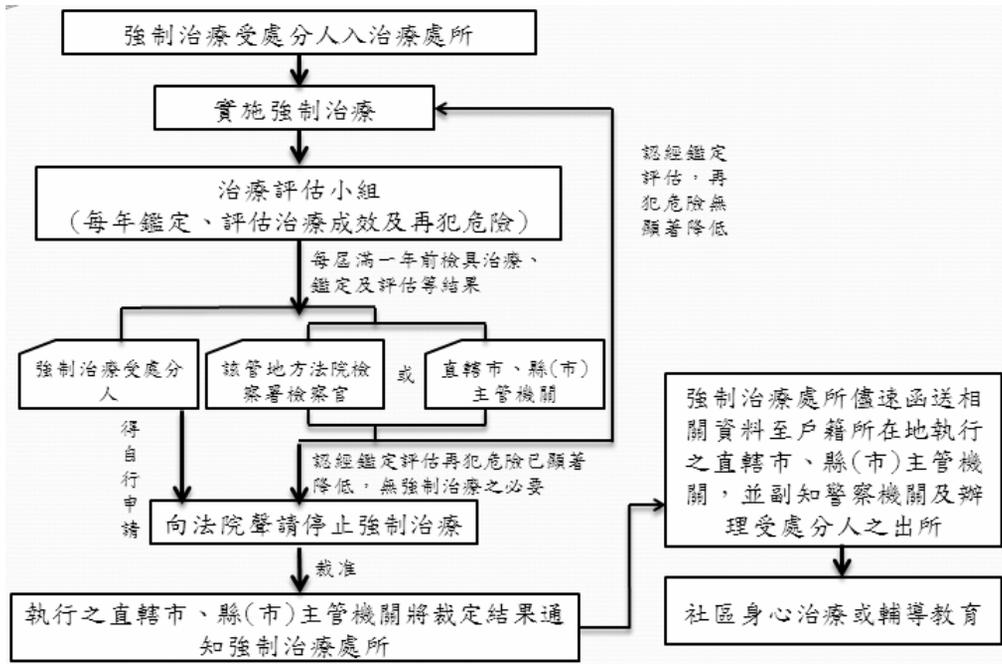


圖 7 性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 加害人強制治療流程圖

資料來源：臺中監獄

就以本法第 22 條之 1 監獄系統內之處理程序與鑑定評估問題，同樣面臨前述刑法第 91 條之 1 之問題。另本法第 22 條之 1 第二項聲請程序與鑑定評估問題，如筆者所參與之研究所得，亦面臨案件(1)進入易結案難、(2)數量太大討論不足、(3)標準不一未全面了解、(4)對再犯成因認知不足等困境²⁰。因而，為避免假科學之名的治療改善行剝奪人身自由之實，應明訂每次安置治療之期限為一年，必要時得延長之，以避免過度限制受安置治療人之人權(如表 4 修正建議)。

肆、結論

按性侵害犯防治法制之變革，如何強化性侵害加害人之處遇監督及再犯預防機制，一直成為討論重點。1994年至1999年我國對性侵害防治之立法，有別於其他人犯之處遇型態，建立起相當特殊之「刑前鑑定治療」、「獄中治療輔導」及「刑後社區治療輔導」制度。2005年修訂了相關法律規定，為加害人建立全面強制治療輔導制度、社區監控制度以及登記及查閱制度，特別是於刑法第91條之1建構刑後強制治療之保安處分。此外，2011年3月間發生「林○政性侵殺害女童案件」，為填補刑法第91條之1刑後空窗期的漏洞，再次修正性侵害犯罪防治法，而將刑後強制治療溯及擴大至2006年6月30日以前犯性侵害犯罪之加害人，充分表現出朝向「管理」、「監控」、「隔離」

²⁰就以研究者於 2012 年 7 月觀察桃園縣評估小組會議情形而言，當天出席人員為主席桃園縣衛生局科長，各醫院心理治療師共 15 人，觀護人 1 人，專家委員 1 人等。評估小組會議每月開會一次，主要目的是審核個案資料並決定如何處遇。本次會議共審核 34 案，分為五個項目：A 特殊個案、B 身心治療及輔導教育、C 初階結束、D 緩刑新案評估、E 衛生局報告(含在監個案三案)。審議過程先由治療師報告個案目前狀況，其內容包含案情摘要、刑期(例如刑期多久假釋時間多久)、報到日期、治療情形、再犯危險性、上次評估會議決議處理期程(例如進階輔導教育六次)、治療成效評估及處遇建議(如結案或繼續治療輔導)。再由其他治療師、觀護人或與會委員提出問題。如討論某個案時，當主軸治療師報告完後，便有與會其他治療師提出「有無前往個案住處確認或詢問其家人等」問題，另與會委員亦提出如「個案生活看來鬆散毫無積極目標」或「本案前次所提資料即是如此，現在依然一樣，看來沒有進一步的消息足資判斷」等問題。在委員等提問後，負責報告的治療師會再作說明及補充，最後，由主席裁定個案如何處理，例如初階治療結束或繼續第二階段治療輔導。倘若加害人依規定接受身心治療或輔導教育，經鑑定、評估其自我控制再犯預防仍無成效者，直轄市、縣(市)主管機關得檢具相關評估報告，送請該管地方法院檢察署檢察官、軍事檢察署檢察官依法聲請強制治療。參照沈勝昂、許福生、謝文彥、鄭善印等，性罪犯假釋審查制度及銜接處遇機制之研究，法務部 101 年度委託研究報告，2013 年 5 月，頁 278。

的趨勢發展。

現行刑法第 91 條之 1 對於性侵害犯罪加害人所施行之強制治療保安處分，具有剝奪其人身自由及強制之性質，且處分期間至其「再犯危險顯著降低為止」，並委由每年的鑑定、評估，難免有違法律明確性原則之虞，況且因而此種不定期之強制治療處分，難免有成為近乎於終身監禁式的可能，而遭受合憲性之疑慮。縱使本條之處所決議應設在「醫療院所」而非在監所，但礙於「民眾抗爭」及「國內醫療機構意願及戒護人力不足」等因素，設置啟用日期恐遙遙無期以觀，目前只能先由臺中監獄附設培德醫院先行接辦，該「暫時收治專區」無異成為「常設專區」；再加上目前身心治療或輔導教育均有團體人數過多影響治療成效、未針對不同風險分級來安排處遇層次、處遇時數嚴重不足及處遇流程中治療評估的判斷無結構化評估的問題，更加强本條違憲侵害人權之虞，亟待持續積極研謀改善，以資適法並弭爭議。

同樣地，增訂之性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 無論在功能或目的上，均在彌補刑法第 91 條之 1 之漏洞，故其屬性應屬刑法規範，而有違反溯及既往禁止原則且有違憲之虞。縱使不將本條 1 定位為刑法規範，而屬行政法規範，但透過比例原則衡量信賴利益與公益二者衝突，其在手段選擇上似已逾必要程度，畢竟對性侵害犯加害人之管理，尚有其他如科技設備監控等其他措施可實施，而非直接採取最嚴厲之手段，故本條之規定可能無法通過合憲性檢驗。因而，為避免本條有違憲之虞，本條應定位為治療安置，而非以「認有再犯之危險」為考量，且對次高或中高危險而經評估有需要者，應補強訂定「輔導監督」，針對最高危險者，才能實施刑後強制治療，如此設計，才能符合比例原則之合憲性檢驗。另外，針對處所之選定應依個案類型不同分別安置於不同處所，且應安置在醫療院所而儘量避免附設在監所中的醫院，畢竟其治療心理及效果還是有所不同。再者，為避免假科學之名的治療改善行剝奪人身自由之實，應明訂每次安置治療之期限為一年，必要時得延長之，以避免過度限制受安置治療人之人權（其修正條文如表 4 所示）。

表 4 中央警察大學安全管理研究中心與社團法人台灣防暴聯盟性侵害
犯罪防治法條文修正建議

建議修正條文	現行條文	說明
<p>第二十條之一（輔導監督處分）</p> <p>加害人經鑑定、評估有再犯之虞者，得由法院、軍事法院依職權或依檢察官、軍事檢察官之聲請，以判決或裁定宣告輔導監督處分。輔導監督處分期間為五年。經鑑定、評估仍有再犯之虞者，得由法院、軍事法院宣告延長之。</p> <p>輔導監督處分期間依下列情形起算之：</p> <p>一、法院、軍事法院裁定確定宣告時起。</p> <p>二、有期徒刑或保安處分執行完畢時起。但有期徒刑經易服社會勞動者，於易服社會勞動之執行時起。</p> <p>二、假釋時起。</p> <p>三、緩刑時起。</p> <p>四、免刑時起。</p> <p>五、經法院、軍事法院依第二十二條之一第三項裁定停止強制治</p>	<p>（本條新增）</p>	<p>一、為預防性罪犯再犯，美國弗蒙特州發展「性罪犯社區監控鑽石模式」，該處遇模式藉由定期之測謊、社區之輔導治療師、案主之支持網路及社區監督（實施科技設備監控），形成嚴密之預防再犯機制。</p> <p>二、我國性侵害加害人進入社區應參加三年內之身心治療輔導教育此為社區第一道防線，但仍不免有再犯危險高之加害人需要監督卻已逾治療期間或保護管束期間。又因我國為保護管束之觀護人人力極為有限，對於中高或次高危險性侵害犯罪者進入社區的第二道防線，但國內並無，而德國已有相關機制，稱之引導監督，若法院認為該性侵者有再度犯罪的危險性，則可以在判刑之外科</p>

療時起。

六、保護處分執行完畢時起。

輔導監督人對於受輔導監督處分宣告之加害人，得採取下列一款或數款之輔導監督措施：

一、實施約談、訪視，並得進行團體活動或問卷等輔助行為。

二、有事實足認其有再犯罪之虞或需加強輔導及管束者，得密集實施約談、訪視；必要時，並得請警察機關派員定期或不定期查訪之。

三、有事實可疑為施用毒品時，得命其接受採驗尿液。

四、無一定之居住處所或其居住處所不利保護管束之執行者，得報請檢察官、軍事檢察官許可，命其居住於指定之處所。

五、有於特定時間犯罪之習性，或有事實足認其有再犯罪之虞時，得報請檢察官、軍事檢察官，命於監控時段內，

予一定期限並得延長之「引導監督」。並且德國在違反法院之引導監督命令者，於刑法第145條a處有期徒刑三年以下有期徒或罰金。

三、鑑於社區中對性犯罪人監督措施之重要，故增訂輔導監督處分以及輔導監督措施，並設置輔導監督人執行之。

未經許可，不得外出。

六、得報請檢察官、軍事檢察官許可，對其實施測謊。

七、得報請檢察官、軍事檢察官許可，對其實施科技設備監控。

八、有固定犯罪模式，或有事實足認其有再犯罪之虞時，得報請檢察官、軍事檢察官許可，禁止其接近特定場所或對象。

九、轉介適當機構或團體。

十、其他必要監督措施。

第一項、二項評估之內容、基準、程序等事項之辦法，由中央主管機關會同司法院、法務部、國防部及行政院衛生署定之。

第四項之輔導監督人之組織、人員配置及權限，由中央主管機關會同法務部、國防部及司法院定之。

第四項第三款採驗尿液之執行方式、程序、期間、次數、檢驗機構

<p>及項目等，中央主管機關會同法務部、國防部及司法院定之。</p> <p>第四項第六款之測謊及第七款之科技設備監控，其實施機關(構)、人員、方式及程序等事項之辦法，中央主管機關會同法務部、國防部及司法院定之。</p> <p>不履行或違反本條第四項之各項處遇或監督措施，處三年以下有期徒刑。</p>		
<p>第二十二條之一（治療安置）</p> <p>加害人於不符合刑法第九十一條之一以及本法第二十二條之適用，而符合下列要件者，得依該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官或直轄市、縣(市)主管機關之聲請，由法院、軍事法院裁定宣告治療安置：</p> <p>一、其具有精神疾病、心理缺陷或人格違常等問題，經綜合評估其身心狀況、犯罪歷程以及生活現況，認為對於</p>	<p>加害人於徒刑執行期滿前，接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險，而不適用刑法第九十一條之一者，監獄、軍事監獄得檢具相關評估報告，送請該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官聲請法院、軍事法院裁定命其進入醫療機構或其他指定處所，施以強制治療。</p> <p>加害人依第二十條接受身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估其</p>	<p>一、性犯罪人於接受獄中治療或社區身心治療或輔導教育後，若因其具有精神疾病、心理缺陷或人格違常等現象而對他人有危害之虞，若有不能適用九十五年七月一日修正施行後之刑法第九十一條之一以及本法第二十二條有關刑後強制治療的規定，將產生治療上之漏洞，衍生法律空窗之爭議，為避免產生本質上屬保安處分之強制治療不得溯及既往之違憲爭議，爰增</p>

他人之生命、身體或性自主自由有重大危害之虞，並有治療之必要；

二、出於保護公眾安全之必要。

治療安置期限為一年，經綜合評估認為有延長之必要時，得由法院、軍事法院裁定延長之。

前二項裁定之審理程序，法院、軍事法院應傳喚受裁定者、其法定代理人或律師輔佐人以及檢察官、軍事檢察官，針對綜合評估之意見與相關資料，以言詞、非公開方式進行之。第一項、第二項之綜合評估與聲請程序，其內容、基準、程序等事項之辦法，由中央主管機關會同司法院、法務部、國防部及行政院衛生署定訂之。

第一項治療安置機構為封閉性設施，但應具備充足之醫療專業人員與相關設備，而能達到受安置者之治療目

自我控制再犯預防仍無成效，而不適用刑法第九十一條之一者，該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官或直轄市、縣（市）主管機關得檢具相關評估報告聲請法院、軍事法院裁定命其進入醫療機構或其他指定處所，施以強制治療。

前二項之強制治療期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。其經鑑定、評估認無繼續強制治療必要者，加害人、該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官或直轄市、縣（市）主管機關得聲請法院、軍事法院裁定停止強制治療。

第二項之加害人經通知依指定期日到場接受強制治療而未按時到場者，處一年以下有期徒刑、拘役、科或併科新台幣五萬元以下

列本條。

二、治療安置乃以醫療為目的，故需經綜合評估其身心狀況、犯罪歷程以及生活現況而有治療之必要，並為保護公眾安全，始得令入治療安置機構。並明文治療安置機構為封閉性設施，但應具備充足之醫療專業人員與相關設備，而能達到受安置者之治療目的。

三、為使治療安置與獄中治療或社區身心治療及輔導教育得以無縫銜接，爰於第一項明定由該管地方法院檢察署檢察官、軍事法院檢察署檢察官或直轄市、縣（市）主管機關向法院、軍事法院聲請安置治療。相關綜合評估以及聲請程序，由中央主管機關會同司法院、法務部、國防部及行政院衛生署定訂之。

四、為免過度限制受安置治療人之人權，爰於第二項明訂每次安置治療之期限為一年，於

<p>的。治療安置機構之組織、人員設施配置等事項之辦法，由中央主管機關會同法務部、國防部及行政院衛生署定訂之。</p>	<p>罰金。 第一項、第二項之聲請程序、強制治療之執行機關（構）、處所、執行程序、方式、經費來源及第三項停止強制治療之聲請程序、方式等，由法務部會同中央主管機關、行政院衛生署及國防部定之。</p>	<p>之必要時得延長之。並為保障受安置治療人之權益，並符正當法律程序，爰於第三項明定法院與軍事法院於裁定治療安置前之言詞、非公開審理程序。 五、治療安置機構為封閉性之醫療機構，有關執行機關、處所、人員、經費等事項之辦法，宜由由中央主管機關會同法務部、國防部及行政院衛生署定訂之。</p>
---	--	---

備註：本表由盧映潔教授、許福生教授及張錦麗教授共同草擬，並由盧映潔教授主筆，另感謝所有參與座談會的專家、學者所提出之寶貴意見。