



# 精神障礙者之監護處分

王富強、周煌智、劉素華

## 壹、前言

聯合國在2006年12月為促進、保障及確保身心障礙者完全及平等地享有所有人權及基本自由，促進固有尊嚴受到尊重，降低身心障礙者在社會上之不利狀態，以使其得以享有公平機會參與社會之公民、政治、經濟、社會及文化領域而通過保護身心障礙者人權的《身心障礙者權利公約》（*Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD*）。在身心障礙者權利公約的一般性意見第1號第7段內容，提及各締約國必須全面審查所有領域的法律，確保身心障礙者的法律行為能力不遭受與他人不平等的限制。一向以來由於實施替代性決策，使身心障礙者在法律能力的權利上，多方面遭到歧視和剝奪。政府雖也於2014年將《身心障礙者權利公約》國內法化，制定《身心障礙者權利公約施行法》，以具體行動宣示我國對身心障礙

者權益的保障與重視，這是與國際同步，但監護處分制度本身可能即是一種替代性決策下的產物，被監護人遭受不平等的行為能力上的限制。因此隨著此國際公約的通過及國內法化，是否有助於國內對精神障礙者相關權益的保護呢？現行監護制度須就保安處分相關法令修正，在社會最大利益和被監護人意願、偏好的最佳解釋上取得平衡，以能確保犯罪的精神障礙者在平等的基礎上享有法律權利。

精神障礙者在社會多數民眾的認知上會認為他／她們是屬較易情緒失控或有暴力行為的一群。2009年3月發生了臺灣本世紀第一件的隨機殺人事件（註1）後，引起臺灣社會震驚，引發輿論一片譁然及社會對精神障礙者的害怕。當2014年5月的臺北捷運隨機殺人事件後，在媒體的渲染報導，這樣的刻板印象似乎更被強化而造成更大的社會恐慌。接著後續又發生小燈泡事件、北投文化國小女童案、湯姆熊

割喉案等數起疑似精神障礙者所為的社會重大矚目事件，致而產生「重大犯罪即是精神障礙者所為」的污名化連結。2019年前的嘉義殺警案，一審法院「無罪，並令入相當處所施以監護5年」的判決，又引發了輿論沸騰，在多數民眾仍存「以牙還牙、以眼還眼、以命還命」的「同害報應刑」傳統思維下，社會蔓延「殺人怎會無罪？」的聲音和不滿的情緒，甚而質疑精神鑑定的專業性。因此，迫使政府必須檢討「不符社會大眾情感」的司法制度及面對社會安全網破口的指責，而立法院各黨團更紛紛提出多個版本的修法草案，以回應社會民意的迫切壓力。英國大法學家拉茲（Joseph Raz）在其法律制度要實現的社會作用中，認為「防止不希望有的行為和保證希望有的行為」為法律最基本的作用（沈宗靈、林文雄，1994：235）。因此，本文將討論處置精神障礙者犯罪行為的監護處分制度，而監護處分的執行需仰仗醫療專業始能達成特別預防之目的，故會就現行司法制度和精神醫學的監護處分運作狀況說明和檢視，並也參考先進國家的相關作法，希望能探求更精進的監護處遇模式，防止精神障礙者不希望有的犯罪行為，希望有安全復歸社會的行為。

## 貳、監護處分的理論及緣由

「監護處分」是我國法律對於犯罪

的精神障礙者，基於精神疾病的本質、醫療等情況，認為有再犯或有危害公共安全可能性而設置的司法制度。在說明此制度前需先明白何謂法律上的犯罪行為？精神障礙者的觸法行為如何認定有犯罪？犯罪乃法律所要處罰的行為，是一種人類行為。人類何種行為被視為《刑法》上的犯罪，其成立自須在法律上具備一定條件，就《刑法》結構理論而言，檢驗犯罪行為必須具備「構成要件該當性」、「違法性」、「罪責」三要件。觸法的精神障礙者之具體不法行為在犯罪審查體系有前兩項要件，僅是可能因欠缺「罪責」部分而不成立刑事犯罪。「罪責」原則係以行為人具有自由及正確地判斷合法或非法的能力為基礎，刑罰以罪責為基礎，有罪責的存在，才有刑罰可言，所以「無罪責，即無刑罰」（林山田，1998：255）。在構成罪責的條件中，罪責是以行為人的責任能力為基礎，行為人具有判斷不法的意識能力，並依其判斷而可為行為的控制能力，即為「責任能力」。學者進一步的說法，責任能力客觀意義是指「法律上一定負擔的能力」，主觀意義則指「可以負擔犯罪刑事制裁的精神心理狀態」，而行為人責任能力的具體事實判斷是以年齡和精神狀態為依據。因此，當精神障礙者發生涉嫌違法行為時，刑事責任能力的有無應依行為時的精神狀態定之，而依《刑法》第19條所言，需要判斷精神障礙者的罪責

問題，亦即行為人精神狀態是否有影響涉案行為而致其責任能力欠缺或顯著減低。

《刑法》規定何種行為屬於犯罪，和對於犯罪行為應如何科處刑罰。然而以刑罰作為法律制裁手段的目的，「報應理論」是最早期的理論，源於「以牙還牙、以眼還眼」的報應思想，目的是公平正義，但終將流於報復的正義。基於「殺雞儆猴」的預防觀念應運而生的「一般預防理論」，藉著對於犯罪行為人執行刑罰，以對一般人產生威嚇的效果，使得社會大眾不敢再犯罪。然此二理論無法有刑罰輕重的合理衡量及責任原則的節制，因此未能塑造國民的法意識而產生社會教育的正面功能。故也因前二者理論僵硬且無彈性而無法達到刑罰「再社會化」的主要目的，尤其對於有精神障礙的犯罪人無法提出有效的解決方法，故有學者提出以犯罪人的再犯危險性為立論基礎的「特別預防理論」，強調減輕或去除犯罪人的「再犯危險性」而可使其「再社會化」（張麗卿，2018，頁153-154），故對於犯罪行為人有再犯危險性，刑罰方有發動的理由。至於對於責任能力可能有減損，以及具有一定程度社會危險性的精神障礙犯罪人，恐因無法完全賦予刑罰的制裁，而需另以教育、治療和矯正為取向的制裁措施（吳忻穎、林晉佑，2020）。我國係採以「刑罰」與「保安處分」並列的雙軌制裁體系，而保安處分則源於「特別預防理

論」。刑罰是以罪責為基礎，保安處分則以行為人具有社會危險性前提，所以對於欠缺或減輕責任能力的精神障礙犯罪人，

《刑法》上雖或不科以刑罰，但仍以科處保安處分中的相關處置。簡言之，對精神障礙者致無法正確辨識行為錯誤或難以控制自己行為的人，予以減輕或免除刑罰的法律效果，但仍應受《刑法》保安處分中「監護處分」的執行。因此，對於犯罪的精神障礙者會受到監護處分裁處的前提是需證明其涉案行為時有無法辨識行為錯誤或難以控制自己行為的狀況。總之，監護處分奠基於特別預防理論，然其證明和而後的執行，則須賴以精神醫療專業的鑑定及監護始能達成特別預防之目的。

## 參、監護處分制度和精神醫學治療模式

最好的醫療方式是預防疾病的發生，最好的刑罰政策應是預防犯罪的發生及再發生。保安處分植基於刑罰的特別預防理論，目的主在去除犯罪人的危險特質或情狀而使能再回歸社會，故而是以其能「再社會化」為核心。因此，對於有自由意志的一般犯罪者的回歸社會是有賴於刑罰的威嚇、教育、矯正等功能，而對於欠缺自由意志或自我控制能力的犯罪的精神障礙者的社會復歸，則需賴於監護治療和相關處置。監護處分是現行法規定的保安處分

型式之一，對無責任能力或限制責任能力之精神障礙者所為的治療、監禁與保護。最高法院108年度台上字第1061號刑事判決亦認為「此所定之監護處分，性質上有監禁與保護之雙重意義，一方面使受處分人與社會隔離，以免仍然危害社會；他方面給予適當治療，使其能再回歸社會生活。」（註2）因此，可謂之以法律作為手段，對於具有犯人與病人雙重身分之精神障礙者，採取以精神醫療照護介入的方式替代完全社會隔離的監禁，不僅有提供治療和保護公共安全的效果，同時更是兼顧保障人權的處遇方式。

### 一、監護制度的概況

依據《刑法》第87條的規定，精神障礙的犯罪行為人須要具備以下兩個要件，法院始得宣告監處分：1.符合《刑法》第19條第Ⅰ、Ⅱ項狀況者，2.情狀足認有再犯或危害公共安全之虞。有關要件1已於前面說明，而要件2部分，則要思考存在什麼危險因素，認為精神障礙的犯罪行為人會有再犯或危害公共安全的可能性，此亦是評估個案是否需要監護處分及需要監護多久的問題。然而對此危險情狀的判斷，涉及精神醫學、心理學、犯罪學、社會學，甚而統計學等專業知識，法院難單就犯罪人的犯罪行為和事實等認定（張淑婷，2017）。因此，監護處分與刑事精神鑑定密切相關，尤其近數年來，法院委

託鑑定時，常常會詢問是否需要監護處分及應監護幾年等問題。因此，精神鑑定報告書的結論和建議部分，內容常會包含：被鑑定者之臨床診斷、責任能力的評估、再犯危險性、是否需監護處分、需監護多久和未來精神治療建議等相關意見。在司法實務上，許多法院會參考精神醫療專業者之認定再為斟酌，例如：「犯罪事實有無之判斷固屬法院之職權，但關於被告是否有再犯傾向及有何具體行為堪認有危害公共安全之虞，事涉專業領域，則應囑託精神醫學專家，以其醫學專業知識經驗自被告之精神及身心狀態加以鑑定，並非單自行為人是否有犯罪之事實為斷，此與法院刑之量定係參酌行為人之惡性之情形，有所不同。」（註3）依臨床精神醫學的實務經驗而言，考量的影響因素有：病識感、精神症狀的嚴重度、服藥等的治療遵從性、家庭支持度、過往暴力行為、住院頻率、功能退化狀況、衝動性，尤以反社會行為的人格特質或傾向、含酒精的物質濫用、生活周遭環境、診斷、犯行狀況及前科紀錄、教育程度等。這些因素都與犯罪的精神障礙者的精神病況穩定而「不易有再犯或危害公共安全」的情狀有高度相關，意即沒有病識感就不會規律門診而服藥治療；精神症狀會不穩定而嚴重混亂，易有暴力行為；家庭支持度不佳而未能妥善監督病情，所以會頻繁住院而形成旋轉門效應，功能較易逐漸退化；若個性特質

易衝動，尤其是反社會人格特質，易受周遭生活環境的人事刺激；容易有藥物或酒精的使用，將會使病況更易不穩定，相較上也較有暴力等犯罪行為的前科紀錄。對於如有智能不足等診斷或教育程度不佳者，或因受限治療方式等原因而整體治療效果不彰也是考量因素。以上臨床建議可見於諸多司法判決：「……犯行之嚴重性、危險性及對未來行為之期待性等，及其家人因無法有效約束、照護，在未按時就診、服藥治療之情況下，上訴人再犯之可能性甚高，一旦再為相類犯行，將嚴重危害公共安全，足認其仍有再犯及危害公共安全之虞，……」（註4）。

《刑法》第87條第3項的規定內容：監護處分之執行期間為五年以下，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。所謂「無繼續執行之必要者」的意涵為何？《刑法》87條在2005年2月的修法理由，「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。」即已回復常態和已不足危害公共安全是無繼續執行之必要的條件。然以同條第2項監護理由的另向思考，即是認為再犯或危害公共安全的情狀已減低或不存在，所以無繼續執行監護必要，所以二者的判斷基準應屬一致。研究顯示：50.0%男性精神疾病犯

罪者結束監護處分3年內發生犯罪行為且偵查起訴（林詩韻等人，2019）。臨床實務觀察，病人長年缺乏病識感，未能規律治療，經常有反覆急性復發而再住院者，況且上述討論的危險評估因素，縱使監護處分5年，危險因素可能減少，但不可能完全不存在。因此，這就可能陷入以治療之名而行監禁之實的矛盾，所以監護處分應建立一致性的客觀標準及有定期評估的機制，而能準確地評估受處分人的精神狀態。然這一切仍有待後續研究及專家討論，就無繼續執行之必要能有個較明確具體的評估制度。

## 二、南部某精神科專科醫院監護的醫學治療模式

目前我國尚未設立專門的監護處所，然根據《保安處分執行法》第46條，檢察官可以指定將犯罪的精神障礙者到精神病院、醫院執行監護處分。因此，各地方法院檢察署以簽約模式委託醫療機構代為執行的方式行之，故目前多為公私立的精神科專科醫院與附近地區之地檢署簽約的模式進行。精神疾病治療需高度專業化的照護及治療能力，對於急性期病人更需有特殊環境、技巧及評估暴力風險的能力，尤其治療照護高暴力風險的受監護處分精神病人更是如此，故由精神醫療機構執行監護處分，有較充足的醫療資源提供給犯罪的精神障礙者而得到較佳的精神治療。茲

以南部某精神專科醫院監護司法病房的治療模式為例說明：

### （一）概況

1. 收住對象：被判處監護處分的精神病人。
2. 治療模式：分級分流（集中收治和分散收治）、定期評估、流動迴轉、多元處遇、轉銜機制。
3. 治療目標：穩定精神病況、增強醫療順從性、降低再犯危險性、復元社會化功能。
4. 收案流程：地檢署來電告知個案執行監護處分，並傳送個案之判決書等相關資料，經由專責醫師進行初步書面評估是否收案，並於2日內電話回覆地檢署收案與否。若個案無精神症狀、有嚴重生理問題或有反社會人格疾病等情形，則會決定不適合收案於該院所執行監護處分；若評估可收案，則電話告地檢署且約定安排入院等相關訊息。
5. 設置院內監護處分委員會：設置委員11-15人，由醫師、護理、心理、社工、職能復健相關人員及遴聘院外專家組成，其中院外人士會占三分之一以上聘任，每三個月召開一次會議，必要時得召開臨時會。
6. 監護費用：分三部分。第一，藥物

等醫療費用由健保支付；第二，精神科住院所衍生的部分負擔及伙食費，每月由醫院端向地檢署報帳請領；第三，外醫轉診或其他非精神醫療相關費用則由個案或家屬自行負責。

### （二）治療模式

受監護處分的精神病人由地檢署法警提解或移送至醫院，不論刑前或刑後監護處分，入院後，先於急診加護病房評估其精神狀況，待精神狀況治療而經評估後已較改善，則轉入司法病房繼續後續的精神治療。首先，司法精神醫療團隊會就個案的診斷、過去及現在的精神狀態、身體狀況功能、人格特質、暴力危險狀況、犯罪行為、前科紀錄、心理狀態、工作狀況及家庭關係等作整體評估，並由醫師、護理、社工、心理及職能復健的各醫療專業設計治療計畫及目標。其次，約3個月後，各專業提出急性期治療評估報告，接續由各專業再就個案的整體狀況定期在團隊會議中討論和評估，包括危險性和再犯性，而且適時修改治療計畫及目標。若個案精神狀況已穩定且已達治療目標，無繼續執行監護住院治療之必要，則啟動提前結案程序，由醫療團隊提出完整出院準備服務計畫的結案報告，於定期召開的監護處分委員會中討論、報告及轉銜建議。若個案精神狀況已穩定，但尚未達治療目

標，則轉進慢性病房，繼續精神治療等回歸社區的復元計畫。最後，在個案監護結束前3個月，醫療團隊將提出完整出院準備服務計畫的結案報告，於監護處分委員會中討論、報告及轉銜建議。

綜上所述，監護個案的收治方式和治療流程，採集中收治在司法監護病房，當個案病況穩定或慢性化，則轉入監護性質的慢性病房，但若個案又病況惡化、嚴重行為等問題，則轉入加護病房。換言之，個案依其精神狀況、行為表現等整體病情變化，在加護病房、司法病房及慢性病房流動迴轉及定期評估、分級分流的治療。目前司法病房僅收置男性成人個案，青少年或女性執行監護處分者，則於兒童青少年或其他女性急慢性病房治療。

### （三）統計資料

根據2020年法務統計年報資料（表1），受監護處分人數每年平均約184人，其中男性約占87.3%，女性約占12.7%；

不論男女，因《刑法》第19條第II項而受監護的罪犯明顯多於第19條第I項。自2017年至2020年該精神專科醫院監護的個案數，每年度累積人數約是法務部統計數字的四分之一，男性明顯多於女性個案，診斷上以思覺失調症居多，歷年來監護處分案件罪名的統計以公共危險、傷害罪最多，其次是強盜、竊盜、搶奪罪；監護處分的平均收治時間約2年左右，加上少數禁戒處分個案的收治時間則降為1年多。監護處分結期滿後出院而由家屬領回（刑後治療）或移轉監獄續服刑期者（刑前治療）的個案數約相同。

### （四）實務的挑戰與限制

#### 1. 照護專業人力、安全問題及空間限制

犯罪的精神障礙者的特質、屬性及疾病等的不同造成個別差異性大、行為問題多，常有複雜狀況而有管理上的問題。再者，治療空間的不足也會影響管理和治療

表 1 監護處分人數統計

年度		99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109
總和		156	176	186	196	205	198	213	217	188	195	204
性別	男	135	150	153	161	168	161	182	183	149	159	175
	女	21	26	33	35	37	37	31	34	39	36	29
《刑法》	19 I	28	34	43	50	51	36	39	50	33	28	35
	19 II	127	139	142	144	153	162	174	167	154	167	169

資料來源：作者整理（未列入《刑法》20條之痞啞人士）。

效果，尤其暴力風險高的個案時有突發性衝突暴力，對專業醫療人員的照護壓力及安全構成相當大負荷。因此，應能有相當的專業照顧及維安人力，且能足夠治療空間而不影響監護期間未能得到足夠頻率的治療（Gottfried & Christopher, 2017）。然而醫院現階段病房空間設計與一般精神科急性病房幾無差異，故為強化監護處分的成效而需擴大治療空間，由政府補助經費以重新改建司法精神病房，期能在軟硬體的改善而提升治療成效。

### 2. 期滿結案回歸社區後中斷醫療追蹤

個案或因病識感低、家庭支持度差、生活經濟問題等原因，結案回歸社區後又中斷醫療，致使精神狀況易惡化而再犯風險高，尤其是有精神疾病的遊民、重度精神障礙者或智能不足者。

### 3. 照護網絡缺乏合作及銜接

對於刑前監護或刑後監護的個案，醫療和矯治單位沒有建立雙向處置的銜接，造成中斷病況過程、醫療處置及行為矯治等醫療上的交接，致而無法提供個案在精神治療、社會心理、行為處遇上持續性治療。尤其監護處分個案若有物質濫用、人格狀況或高暴力風險，更需矯治單位的處遇協助。

## 肆、他山之石：先進國家的處遇制度

我國監護處分制度開始於1912年，當時係以《刑法》對犯罪的精神障礙者進行處遇的「監禁處分」，完全忽略治療的重要性，而以監督為手段，僅著重於以社會防衛的觀點。幾經沿革而歷經多次修法，逐漸演變成現行「監護處分」的觀念和制度（郭宇恆，2018；曾淑瑜，2005）。上開制度已有進步，但對建置完整精神障礙者監護處遇制度的願景仍有距離。他山之石，可以攻錯，外國長久以來建立的處遇制度雖非完美，但諸多法治設計仍值得我們借鏡學習。

### 一、英國（許華孚、黃光甫，2021）

英國是世界上實施開放治療精神障礙者之先驅，為維護犯罪的精神障礙者的健康與安全或保護公眾，《精神保健法》同意精神障礙者入院治療、拘禁或未經精神障礙者的同意而進行治療。若所患之精神疾病較為輕微，於監獄中有精神衛生入獄治療小組給予協助。法院依《精神保健法》的規定，以入保安醫院的命令取代刑罰，裁定「命入院處分（hospital order）」，適用對象為犯罪被處有期徒刑以上刑罰、罹患精神疾病或心智發育不全、經2位醫師建議、有住院治療之必要、有再犯風險時，得以強制入院代替刑罰的



處分；縱使有罪判決尚未確定，也能以暫時強制入院命令為精神治療的保護觀察。入院的受命入院處分者，可因負責的臨床醫師、醫院管理者、精神衛生審議會，或基於《精神保健法》之規定而出院。負責的臨床醫師須評估說明病人回歸社區後仍需藥物等相同的精神治療，以及病人精神健康惡化時需再帶回醫院，故認為受命入院處分者於出院後可能需受監督之社區治療。在受監督之社區治療程序中，負責的臨床醫師與經許可之精神衛生專業人員會做出社區治療處分（community treatment order），且依《精神保健法》規定，國民保健署（National Health Service, NHS）與社會服務局應提供免費的後續照護於出院的受命入院處分者。此即有受命入院處分的病人已離開刑事司法體系，而進入了精神衛生體系。再就從一般的精神醫學服務來說，有住宅式居家治療與社區治療的相互配合與支持，以及低中高安全戒護的保安醫院來負責執行危險高的住院業務，在這個部分的三級戒護機構，同時與風險降低的住家支持系統及司法社區精神醫學服務進行體系內的照護與監督，避免這些安全戒護機構的病人復歸社會而產生銜接治療的斷層；最後則是範圍更小的刑事司法系統內的精神醫學服務，從法庭到監獄間進行精神醫學相關治療工作，整個三個層次的精神醫學服務是能夠互相移轉的，顯示出英國的精神衛生體系橫向聯繫非

常完善。另有「精神衛生法庭」（Mental Health Review Tribunals）負責鑑定部分。

## 二、德國（馬躍中，2020）

我國的刑事法學繼受德國，雖同是採取「刑罰」與「保安處分」併行之雙軌制裁體系，但我國都屬於刑事法律的範疇，德國則將犯罪的精神障礙者的處分宣告屬於刑事法律，而處分的執行則屬於行政法律的範疇。德國將無責任能力或限制責任能力者，法院綜合考量行為人及行為，認為會有顯著的犯罪行為或公共危險者，會命令行為人收容於精神病醫院。法官在決定入院治療的保安處分時，以行為人在未來可能有違法行為，而非在行為人犯罪行為時。收容期間，若治療不成功，再犯危險性未減弱或消失，則會繼續執行，故原則上收容期間無期限。另對於治療有成效而預釋放犯罪精神障礙者出院，須附帶「行為監督」，此乃是對出院後的一種病後護理觀察制度，使得有危險性的犯罪精神障礙者可相當的一段時間內在自由社會中受到支持、照顧及監督。一般而言，行為監督的期間為2年以上5年以下。不過，當犯罪行為人不遵守規定或是治療的指示，且經專科醫師判斷有再犯之危險性時，則可無限期監督。

## 三、日本（吳景欽，2008）

日本的《刑法》中無保安處分法的

立法，是以《精神保健及精神障礙者福祉法》（簡稱精神保健福祉法）及《因心神喪失等狀態所為的重大危害他人行為者的醫療與觀察法》（簡稱精神醫療觀察法）的兩套規範予以處遇。前者，規範體例則與我國之《精神衛生法》接近，屬行政法之範疇；後者，須精神障礙者違犯「重大他害」行為，性質略接近保安處分。以下主要就精神醫療觀察法討論，此法的性質並非以確保公共安全為重點的保安處分，從申請入院、決定入院、入院期間醫療，乃至決定退院或繼續留院，都傾向以病人為出發點，進行以治療症狀、避免再犯與促進社會復歸為核心的多項考量。該法所定程序的開啟是以檢察官向法院申請為前提，對於觸犯放火罪、殺人罪、承諾自殺罪、強制性交罪、強制猥褻罪、傷害罪、強盜罪的行為人，因有心神喪失或心神耗弱狀態而未提起公訴，或被法官無罪、減輕判決確定的病人，為能改善行為人精神狀態，不再發生相同行為，與促進社會復歸，向法院申請作成命病人入指定醫院接受治療，或為其他處遇的決定。法院接受申請後，應依鑑定結果及鑑定醫師本於症狀判斷的入院治療必要性意見為基礎，在衡量病人生活環境後而作成入院決定、通院決定或不入院決定。依厚生省為執行入院決定所規劃的指南，病人作成入院治療決定後，須經過約三個階段共計1年6個月的治療，1.3個月的急性期醫療，目標

在復元身體、維持精神安定、確認治療動機、建立醫病信賴關係；2.9個月的回復期醫療，目標在獲得自我控制能力、參與治療計畫以回復日常生活能力，並得在症狀穩定時為院內散步或外出；3.6個月的社會復歸期醫療，目標在症狀穩定時得讓其外出與外宿、透過參與治療計畫接受障礙、回復社會生活能力與準備回歸社會。若為通院治療的決定，即是以社區處遇的治療方式，原則為3年，由保護觀察所為保護管束而為適當的醫療照顧；在3年未滿前就己能適應社會生活，由保護觀察所向法院提出終止保護的聲請。精神醫療觀察法沒有規定入院期間上限，但規範了向法院申請離開醫院（退院）、繼續留院及相關審查機制。依據規定，治療住院病人的醫療機關的在職精神保健指定醫師，有判斷應否繼續留院的職責。治療住院病人的醫療機關管理者，須根據前述精神保健指定醫師的診療結果，考量：1.病人的精神障礙類型、病歷、現在與行為當時的症狀、治療狀況、將來症狀預測、行為情狀、有無過去侵害他人的行為與其情狀、性格；2.留院或退院以能否達成改善行為時精神障礙而不再為同樣行為，及促進社會復歸目的二個要件後，判斷病人有無繼續留院的必要。如果認為病人缺乏繼續住院必要時，應向地方法院申請退院許可；否則應該在法院作成入院決定後的6個月內，向地方法院申請繼續留院確認，而在

繼續留院許可後6個月內，如仍本於前述要件認為病人須再繼續留院，亦應再向地方法院提出申請，其後的繼續留院期間亦同。另一方面，病人本人或其辯護人也可向地方法院申請退院或終結醫療許可。法院審理上，原則應聽取精神保健參與員就處遇的意見，並可調閱保護觀察所所長作成的病人生活環境調查報告，也可以命專業醫師鑑定病人以作為判斷前述2的要件基礎，以不住院的方式繼續醫療的許可退院決定，或是終結醫療決定，或命繼續留院而駁回退院／終結醫療決定。檢察官可於決定作成後的二週內提起抗告。

## 伍、未來展望

行政院2021年公告之強化社會安全網第二期計畫，其中規劃加強司法心理衛生服務，健全司法精神鑑定制度，建構司法精神醫療體系，增設司法精神醫院與司法病房；同時，配合修正保安處分執行法，依受處分人精神病情程度，暴力風險程度採分級、分流處遇。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；而具高暴力風險、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；並且由評估小組定期鑑定、評估執行成效，以有效協助受處分人漸進式復歸社區；此外，亦建置受

刑人或受監護處分之精神疾病患者出獄（院）之轉銜機制，其一，法務部矯正署訂定出監（所、校、院）轉銜機制，由各矯正機關於刑期3個月以上患有精神疾病受刑人出監前2個月，由矯正機關邀集當地衛政、社政、警政、勞政、觀護、更生保護單位、相關專業人員或家屬召開轉銜會議（必要時可用視訊為之）。其二，於執行監護處分期滿前2個月，由檢察機關邀集監護處分處所、入監服刑矯正機關或執行監護處分檢察機關所在地之衛政、社政、警政、勞政、更生保護會及相關單位人員共同進行期滿前轉銜會議（註5）。簡而言之，社會安全網規劃加強司法心理衛生、建構司法精神醫療體系、對受監護處分精神障礙者出獄（院）採跨部會跨領域服務合作模式，茲就司法精神醫療實務呼應社會安全網第二期計畫案之展望分述如下：

### 一、監護期滿轉銜社區復歸社區

法務部因應社會安全網計畫在2020年6月12日召開「研商精障犯罪復歸社會轉銜機制及司法精神鑑定機制會議」，而要求由各地檢署在監護個案期滿前2個月，召開「轉銜會議」，邀集相關醫療人員或家屬，以及衛政、社政、警政、勞政、更生保護會等機構，集結社會資源協助個案在復歸社區後亦能規律治療，實際成效尚待進一步追蹤。事實上或可在監護結案回歸

社區時，仿效德國「行為監督」的制度。

## 二、以實證為基礎的策略規劃

法院要判處監護處分而需認定行為人有「足認有再犯或危害公共安全之虞」的情狀，然此要件究應由法院認定或由精神專科醫師鑑定？認定或鑑定的基準為何？此所以會有疑惑，乃因缺乏監護處分結案後再犯類型、時間及風險等狀況的統計分析，也無法瞭解監護處分的實際成效。未來需要累積本土的實證資料，以規劃符合本土實務需求的執行策略。

## 三、成立專責監護處分之執行處所

我國目前並無專責的監護處分執行處所，而是由各檢察署與精神醫療機構簽定監護處分「醫療委託契約」。鑑於監護處分的對象是違反《刑法》的犯罪人，與一般精神病人的治療方向不應等同視之，執行監護處分的醫療人員除應具有精神醫療的知識，尚應具有再犯預測或犯罪學的訓練，再者並非所有精神障礙者的再犯危險都相同，如精神障礙者併有人格障礙，或併有暴力犯罪史者其風險性高，需有「分級分流」的處置設施。此外受託醫療機構可能因監護處分醫療費用之刪減，與醫療機構管理之考量，而未能以減少受監護處分人再犯危險性為主要的治療方向。因此，社會安全網規劃設立採分級分流處遇機制，設立「司法精神病房」、「司法

精神醫院」使犯罪的精神障礙者的處遇執行專責化，執行期間各項必要費用支付標準、經費來源、執行處所人員安全戒護措施等相關資源與法制規範化，期能達預防再次危害社會公共安全之效果。

## 四、多元處遇的治療模式

臨床精神醫療因病人症狀、功能等狀況，而有不同回歸社區的治療服務方式，例如，日間住院、社區復健中心、康復之家等。監護處分的精神障礙者亦應是如此接受治療，然因法令規範不完備、擔心個案逃跑及安全等問題，致使精神障礙者在監護處分期間僅能以全日住院的方式治療。此不僅造成監禁式的治療，亦延宕復歸社區的適應，致而大大減低治療成效。法務部在社會輿論及民氣的催促下，終於在本次保安處分執行法草案中，提出對於監護處分個案採以「分級分流」、「多元處遇」、「流動迴轉」、「定期評估」及「轉銜機制」的方式（註6）。簡言之，視受監護處分人病症情況予以不同治療處遇方式。

## 五、跨領域合作與溝通

精神醫學界與司法界因精神障礙者犯罪有了更進一步的接觸，但卻產生了角色矛盾與問題爭辯的歧見。司法界認為精神科醫師似乎傾向給「罪犯」疾病化，先下個診斷而後告訴法官這個人有精神異常，

不應受罰而必須治療；精神醫學界則抱怨司法界不重視專家意見，無法理解精神醫學的語言，結果是將精神疾病的犯罪人於罪（sin）與病（sickness）之間清楚地劃分，使其在後續的保安處分和精神治療上未能充分結合，致而弱化社會安全及影響精神病人在犯罪後的治療、社會復歸等的權益。然以「功能最適」理論，國家功能應衡量系爭事務之特性、當前國家機關組織結構、正當性基礎、針對系爭事務決定所採用之程序與方式，何機關最有資格、最合適做出正確決定。因此，就監護處分之刑事執行而言，依刑事法律規定而由司法體系執掌，監護處分的核心內容及後續處置，尤其是治療精神疾病、改善心理健康、社會復歸等，則屬衛政體系的業務。

## 陸、結論

精神醫療專注範疇為治療瘋狂行為的精神障礙者，而刑事司法關注在犯罪者的刑罰與矯正。犯罪的精神障礙者恰兼具有瘋狂與犯罪的結合，同時具有醫療與司法二項行為特質的社會問題。換言之，疾病與犯罪對社會都具有高度的傷害性及危險

性，而它們的防治應首重於預防。精神病是一種疾病，犯罪的精神障礙者則是兼具有病與罪的性質，預防則在於能隨時追蹤病人的病情，當發現其病況不穩定時，能及早送醫治療，甚至必要時需強制住院治療。一旦精神病人因受疾病的影響未能適度防治而觸犯國家法令時，責任能力減損的判定開啟了後續的監護處置，需積極治療及預防再犯而非懲戒處罰。因此，從醫療及司法的面向，如何制定完善的保安處分制度即是個相當重要的課題。最後，期盼司法界與精神醫學界能共同攜手努力，克服各種軟硬體上的障礙，使犯罪的精神障礙者都可在適當處所得到的適當的監護治療，對於預後、危險評估和社會復歸皆能有妥善的處理，而可真正達到維護社會安全的保安目的。

（本文作者：王富強為高雄市立凱旋醫院主治醫師；周煌智為高雄市立凱旋醫院院長；劉素華為高雄市立凱旋醫院社會工作部主任）

**關鍵詞：**犯罪的精神障礙者、監護處分、責任能力、司法精神醫學

## 註 釋

註1：〈黃富康隨機殺人事件〉。維基百科，<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%BB%83%E5%AF%8C%E5%BA%B7%E9%9A%A8%E6%A9%9F%E6%AE%BA%E4%BA%BA%E4%BA%8B>

%E4%BB%B6

註2：如最高法院108年度台上字第1061號刑事判決。

註3：如臺灣高等法院106年度上重訴字第14號刑事判決。

註4：臺灣臺北地方法院102年度重訴字第11號判決，高雄地方法院101年度重訴字第55號判決亦係採此見解。

註5：強化社會安全網第二期計畫核定本（110-114年），<https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4515-62472-204.html>。

註6：詳見法務部110年3月5日新聞稿。

## 參考文獻

吳忻穎、林晉佑（2020）。〈責任能力調查與監護處分執行現況之探討〉，《矯政》，9（1），71-107。

吳景欽（2008）。〈對精神障礙犯罪者的刑事處遇——以日本精神醫療觀察法為比較觀察〉，《國會季刊》，36（9），40-56。

沈宗靈、林文雄（1994）。《法理學》。五南。

林山田（1998）。《刑法通論》（上冊）。元照。

林詩韻、林育聖、余權訓（2019）。〈男性精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護之效益〉，《醫學與健康期刊》，8（2），27-39。

馬躍中（2020）。〈我國刑事監護制度的現狀與未來——德國法的觀點〉，《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，25，49-83。

張淑婷（2017）。《精神障礙犯罪者處遇制度之研究》（未出版之碩士論文）。國立臺北大學，新北市。

張麗卿（2018）。《司法精神醫學——刑事法學與精神醫學之整合》（3版）。元照。

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專刊》，28，43-93。

郭宇恆（2018）。《我國刑事司法中精神鑑定制度與監護處分的實務問題》（未出版之碩士論文）。國立中正大學，嘉義。

曾淑瑜（2005）。〈精神障礙者犯罪處遇制度之研究〉，《刑事政策與犯罪研究論文集》，8，67-93。

Gottfried, E. D., & Christopher, S. C. (2017). Mental Disorders Among Criminal Offenders: A Review of the Literature. *J Correct Health Care*, 23(3), 336-346. <http://dx.doi.org.10.6387/intergrams.201012.0045>

Jeandarme, I., Habets, P., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2016). Reconviction and revocation rates in Flanders after medium security treatment. *Int J Law Psychiatry*, 47, 45-52. <http://dx.doi.org.10.1016/j.ijlp.2016.02.033>