



未竟的改革

檢視臺灣心智功能障礙性侵害者之處遇政策

黃芳誼、林明傑

壹、前言

近年來性侵犯的主題備受關切，不論在被害與再犯的研究，都深深牽繫著人們切身的安全問題，而加害人的研究中，心智發展遲緩的加害者族群，卻一直讓人忽略，唯有在刑案出現於媒體中，方為眾人所矚目，但往往又隨著新議題的覆蓋而消逝。心智發展遲緩性侵害犯的監督問題，其實從未間斷地發生著，現行的處遇與監獄處遇後的刑後治療與是否再犯、監督之部分，其正當性與實施成效一直都讓人憂心；藉由本文的闡述，期許能對心智發展遲緩性侵害犯之刑後監督與處遇情況做詳細的檢視，並透過引介美國 Vermont 州的相關政策來為臺灣提供參考方案，以期遏止與減少心智發展遲緩性侵害者再犯之發生。

首先，我們重新檢視下則新聞，這起新聞是近年層出不窮的心智發展遲緩性侵害加害人的代表案例之一：

高雄市一名單親媽媽被自己兩個心智發展遲緩的孩子，性侵長達四年之久。受

害媽媽之所以委曲求全，因為孩子會暴力相向，同時她也擔心，如果不滿足孩子的性慾，兩個智障兒會到外面傷害其他的女性（吳昭君、李讚盛，2003）。

此則新聞，暫不就被害者學面向而言，從犯罪學角度而言，對於心智發展遲緩性侵害犯監禁後的刑後治療，將是處理該案的重要關鍵。

刑後治療的目的是為了預防再犯，針對再犯率評估而言，Quinsey (1977)指出亂倫的再犯與家庭互動跟機會較有相關，而與不適當的性侵害較無關，熟識強暴犯或被害與強暴犯未曾認識，這兩者的雙方互動不同，且犯此兩類型的犯行也因此而不同，故可以期待的是這兩種再犯率也不同（Furby, L., Weinrott, M R., & Blackshaw, L.,1989）。再者，將性侵害加害者作強暴類型、異性戀童癖、同性戀童癖、暴露狂與其他等分類，而不同類型的性偏好類型都會有不同的再犯程度。

除了性侵害犯類型會影響再犯程度之外，另一個重要影響因素則是處遇方式，而

這則帶出本文最關切的問題：刑後的治療成效與否，以及面對性侵害犯的刑後之處遇，要採用機構式監禁或社區處遇以使之復歸生活？何者較易降低再犯？前者的缺點是無窮盡的資源耗費，後者如果治療得當，可減緩再犯機率，逐次降低社會成本，但如果治療不當，對社區的其他人安全之虞將造成疑慮，在臺灣目前即陷於此爭議中，當性侵害犯進行社區處遇時，婦女團體受到梅根法案¹、潔西卡法案²的影響，而期望對其施以嚴格監控；但人權團體的支持者卻認為對性侵害犯予以無止盡的監控根本是違背本國憲法及國際人權公約³的措施。

上述爭議將是本文討論主軸之一，再者，由於本文對象乃就心智發展遲緩性侵害犯來分析，其為特殊的犯罪人，本文認為處理其刑後治療與監督處遇的部分，更應有別於正常的性侵害加害人，舉凡教育的方式與諮商輔導治療方式更需要專業的設計及分析。

據上所述，本文主要研究問題有三：一、瞭解我國刑事政策對心智發展遲緩性侵害犯之刑後處遇狀況之分析；二、分析現行臺灣心智發展遲緩性侵害者監督治療的方式及利弊；三、論述目前美國 Vermont 州之心智發展遲緩性侵害者監督治療的施行現況，及臺灣在本議題中之未來展望。

首先，本文先就研究對象--心智發展遲緩性侵犯加害人的內涵作一定義上的回顧及探討：

一、刑事政策領域對心智發展遲緩之定義文獻探討

張甘妹（1999：72）犯罪學上之分類，犯罪者之精神障礙一般被分為下列四類：精神病（概念與精神學上的概念相同）、精神病質人格（又稱病態人格或異常性格）、心智發展遲緩（又稱精神薄弱）、中毒性精神障礙（此又區分為酒精中毒、麻醉藥劑中毒，以及其他與奮劑、迷幻藥物中毒）。其中，第三類為本文主要探究對象。

而心智發展遲緩的原因與類型，可依三大類群來加以分類，其中以智能障礙程度及智力年齡的類型，使用起來較為簡便，故此分類法自創立以來，各國的精神科醫師都紛紛加以採用。此外，依智商來區別智能的階段，明瞭且易於分辨，因此，在精神鑑定時，對心智發展遲緩者責任能力的判斷，亦依此分類法。依通說智商在 70 以下者應屬心智發展遲緩。包括輕度心智發展遲緩（智商為 70-80）、中度心智發展遲緩（智商為 20-50）、重度心智發展遲緩（智商為 20 以下）三類（林憲，1984：265；張麗卿，2011：131）。

義大利與日耳曼立法沿革觀點看來，關鍵在於行為人是否因為病理的精神障礙導致對行為的無法辨識（林志潔，2009：620）；而英美法部分，要定義何謂刑法上精神障礙與心智缺陷，基本上有兩大主軸：第一是行為人的「認知」有問題，第二是行為人的「控制行為能力」有問題；至於導致此兩種情況的原因，可能是「精神或心理疾病」或者「情緒管控能力異常」（林志潔，2009：622）。精神障礙與心智缺陷抗辯在美國刑法上，屬於罪責免除（excuse）的事由之一（Dressler, 2006: 219；林志潔，2009：622）。

就我國刑法觀點，智能障礙在心智與意識上，乃為低於常人之能力，在新刑法(現行刑法十九條)以是非辨別能力或依辨別行為之能力，將標準判定分為辨識能力與控制能力，乃為合乎綜合生理（因精神障礙或其他心智缺陷）與心理（不能辨識其行為違法或缺依其辨識而行為之能力）的立法例（張麗卿，2007：231）⁴。根據上述學者論述之歸納，本文將採取通說見解--**智商在 70 以下者**，屬本文心智發展遲緩之定義。⁵

二、對性侵害犯罪之定義文獻探討

根據陳若璋、劉志如(1999)的分類，性侵害可分為強制性交（舊稱強姦）與猥褻兩大類：

1. 強制性交是指以暴力、脅迫、恐嚇等違反當事人意願之方式性交，而性交的範疇不僅是傳統上的陽具插入陰道，更包括：口交、肛交、手交、以異物插入生殖器官。換言之，只要被害人的性器官被侵犯到，都算是性交。
2. 猥褻則指行為人為了滿足性慾而對被害人從事的親吻、撫摸等令被害人不舒服的肢體接觸。

綜上，本文對於心智發展遲緩性侵害犯罪的定義乃採**智商在 70 以下之行為人犯下強制性交與猥褻兩類罪行**。心智發展遲緩性侵害加害人特殊的內外行爲，使其性需求無管道合宜抒發，易產生性侵害等罪。而透過性侵害動作的誘導產生正向認知的感覺，屢屢增強其再犯動機。但由於心智發展遲緩者之所以陷於性侵害之犯，乃因其本身的控制力低，且較平常人受到更多的相對剝奪感及

社會排斥，故在刑罰上應有異於常人的處遇。

在瞭解心智發展遲緩性侵害犯罪的定義之後，本文接下來的分析重點將放在心智發展遲緩性侵害犯在監禁後，刑後處遇的實施情形。再者，將從刑罰理論對心智發展遲緩性侵害犯處遇的探討，接著指出臺灣現行處遇政策的運作過程；其次介紹美國 Vermont 州對心智發展遲緩性侵害犯所採取社區處遇模式，最後進一步檢討社區處遇模式的困境，並對於臺灣未來方向提出建議。

貳、對心智發展遲緩性侵事件加害人之「具刑罰性」處遇討論

針對心智發展遲緩性侵害犯的刑後的監督處遇，可以分為機構內處遇與機構外處遇（社區處遇），後者重心放在社區處遇，包含觀護處遇與社區治療，其主要核心乃在於治療與監督（身心治療與輔導教育），白崢智（2006：33）認為受保護管束的性侵害加害人在刑後治療比起未受保護管束僅緩刑的性侵害加害人的刑後監督治療更為有成效。但由於社區治療網路的人員（精神科醫師、觀護人、警察、社工師、諮商治療師等）分屬於不同機構，基於人力與經費、權限短缺，功能無法整併，故而防治空間與配套都有待改善。

就心智發展遲緩性侵害加害人的社區處遇，更有待特殊教育的治療師協助，就溝通與矯治教育的方式均需要佐以生理、心理重新界定評估，建立有效性方案來逐步治療，以對待病犯的態度來進行刑後監督治療模式，更為對社會安全建構、確實降低再犯能

有所助益，倘以單純應報式之刑罰(例如傳統拘禁威嚇主義)對該種犯罪加害人的功效而言，恐難收成效；以下主要欲先對於懲罰、隔離為主要原則之處遇模式為批判。

一、性侵害犯刑後治療立法背景

首先，1994年1月28日，法務部公布刑法修正案第77條增加第三項規定，要求性侵害加害人非經強制診療不得假釋，這項規定可說是國內性罪犯必須接受治療的濫觴(林婉婷，2009)。而後，性侵害防治法也於1997年訂定，在1999年3月30日，刑法修正刪除前述所提有關第77條性罪犯強制診療的部分，而改為刑法第91條，其第一項有如下規定：「如犯相關之罪者(即相關性犯罪)，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，得令入相當場所，施以治療。」因此，在判決刑期之前，若有再犯之虞的風險，就必須先接受強制治療然後再服刑。但是此次修法雖然規定強制治療的處分是於刑之執行前為之，不過卻有規定治癒期間最長不得逾三年。

然而，這樣的立法設計，在實務上卻出現執行困難，特別是在鑑定的評估。因為鑑定人質疑行為人有無犯罪不明下，無以憑作鑑定之質疑，抑或有判決與鑑定意見相左之情形，且多數學者及精神醫學專家咸認為在出獄前一年至二年之治療對於性侵害犯罪加害人是最具成效(林明傑，1998；林明傑、張晏綾、陳英明、沈勝昂，2003；林婉婷，2009)，乃於2005年1月17日修正刑法第91-1條規定，改採刑後強制治療制度，並自2006年7月1日起開始施行(陳佳秀，2008；林

婉婷，2009)。參考立法院，性侵害犯罪防治法修正沿革(立法院，2005)可發現，2005年1月17日將性侵害犯罪加害人接受強制治療的時機從刑前變更到刑後的修正案理由，是因為性侵害犯罪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，如此將可避免原規定之鑑定，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(林婉婷，2009：205-222)。

最末，2012年1月1日即將實施性侵害防治法修正案，其中對性侵害犯最重要的處遇，即是將刑後強制治療處分為溯及立法，藉由如此的規定，雖可彌補現行法制所存有的監控空窗期，卻得面臨更大的法律爭議(吳景欽，2011)。

此乃因2006年7月1日生效的刑法第91條之1，即性侵害犯若經評估具有高度的再犯危險，即便已經服刑期滿，仍必須接受強制治療，直至再犯風險明顯降低為止。此種治療因非刑罰，原可依據保安處分從新原則而得溯及既往。惟依據同樣在此時生效的刑法第1條後段及第2條第2項，即拘束人身自由的保安處分，亦有不溯既往原則的適用，所以只要行為時點在2006年7月1日之前的性侵害犯，即不能適用刑後強制治療的保安處分。而立法院即藉由性侵害防治法的修正，將刑後強制治療溯及至2006年7月1日之前，也就是說，即便犯行在此時點之前，但在接受身心治療後，經評估具有高度再犯風險者，即由檢察官聲請法院為是否強制治療的裁定。如此的規定，算是彌補了目前的

監控空窗期，卻產生了溯及立法的違憲爭議（吳景欽，2011）。

不溯既往原則，雖可以有例外，但在刑法領域，欲為溯及立法，也僅限於有利於行為人的情況，否則即是一種事後法的處罰，而違反罪刑法定原則。雖然強制治療非刑罰，但就拘束人身自由而言，實與刑罰相差無幾，所以此次藉由性侵害防治法，而來調整刑法的規定，已屬一種不利的溯及，而嚴重挑戰著憲法的底線。恐也因此之故，此次修法將強制治療的期間，規定上限為三年，必要時可再延一年，多少緩和了溯及立法的違憲性，惟如此的規定，反凸顯刑法本文的更大缺失（吳景欽，2011）。

然而，由於性侵害防治法中，得施以電子監控者，僅限於性侵害的緩刑與假釋犯，自不能適用於已經服刑期滿者，因此，只能依據此法中所規定的登記報到制度為監控。惟不登記報到的懲罰效果，僅是行政罰，再加以警力有限，必然形成所謂監控漏洞，而使性侵害犯的問題叢生，也是造成最近修法的主因（吳景欽，2011）。經過修法後的性侵害犯罪加害人處遇現況脈絡可說是完整且有系統，如圖一（林婉婷，2009）與圖二所示（法務部，2012）。

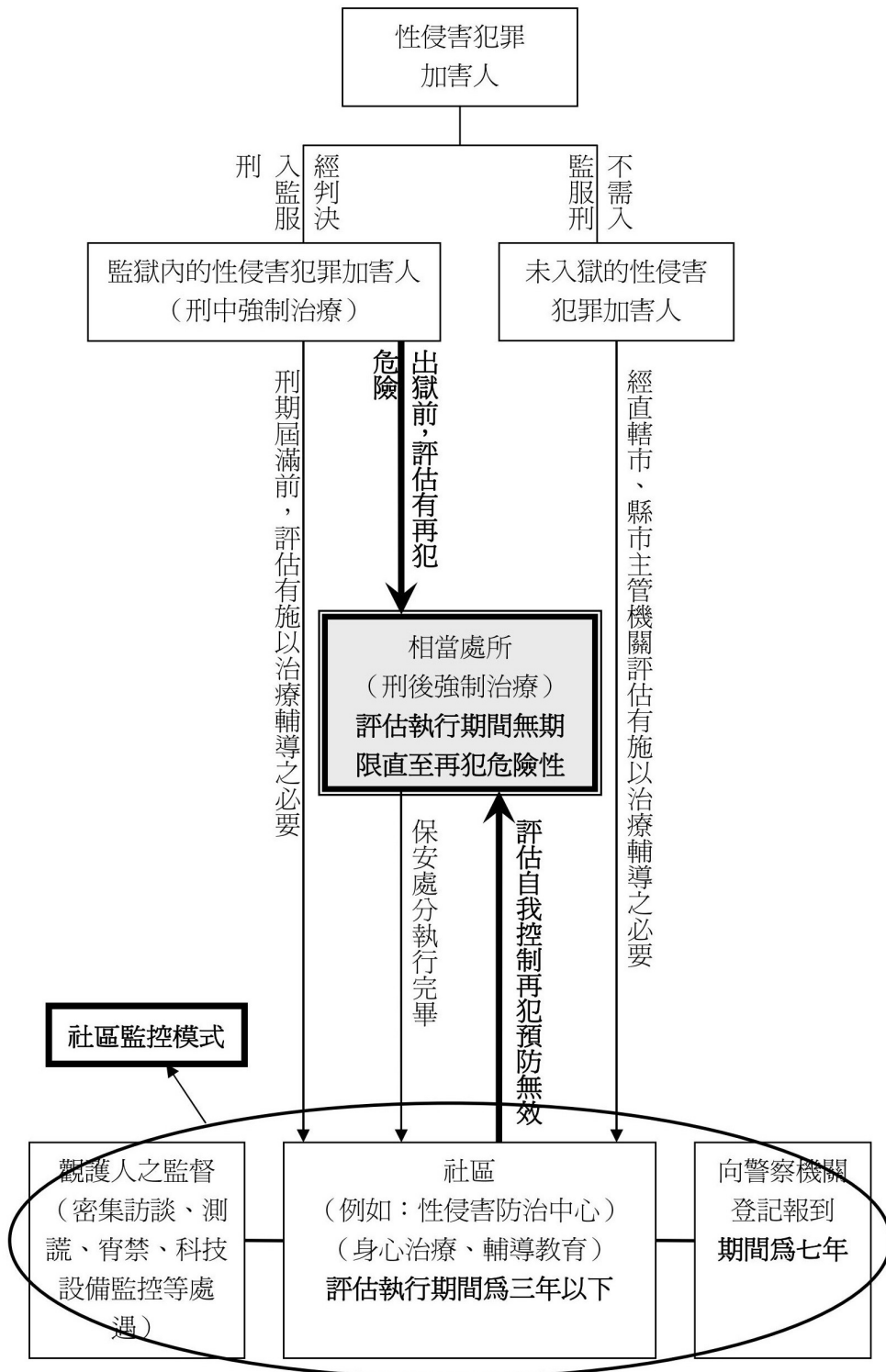
綜上所述，在法源依據上，2012年1月1日起，開啓了完備的法源依據，然而人權團體認為刑後監督治療違背人權的撻伐聲浪也隨之出現，新法後的刑後監督治療淪為激進的抽象危險立法，越界的社會防衛機制因此形成，違背了基本人權，甚有違憲之虞。

二、析論性侵犯加害人刑後治療處遇及其

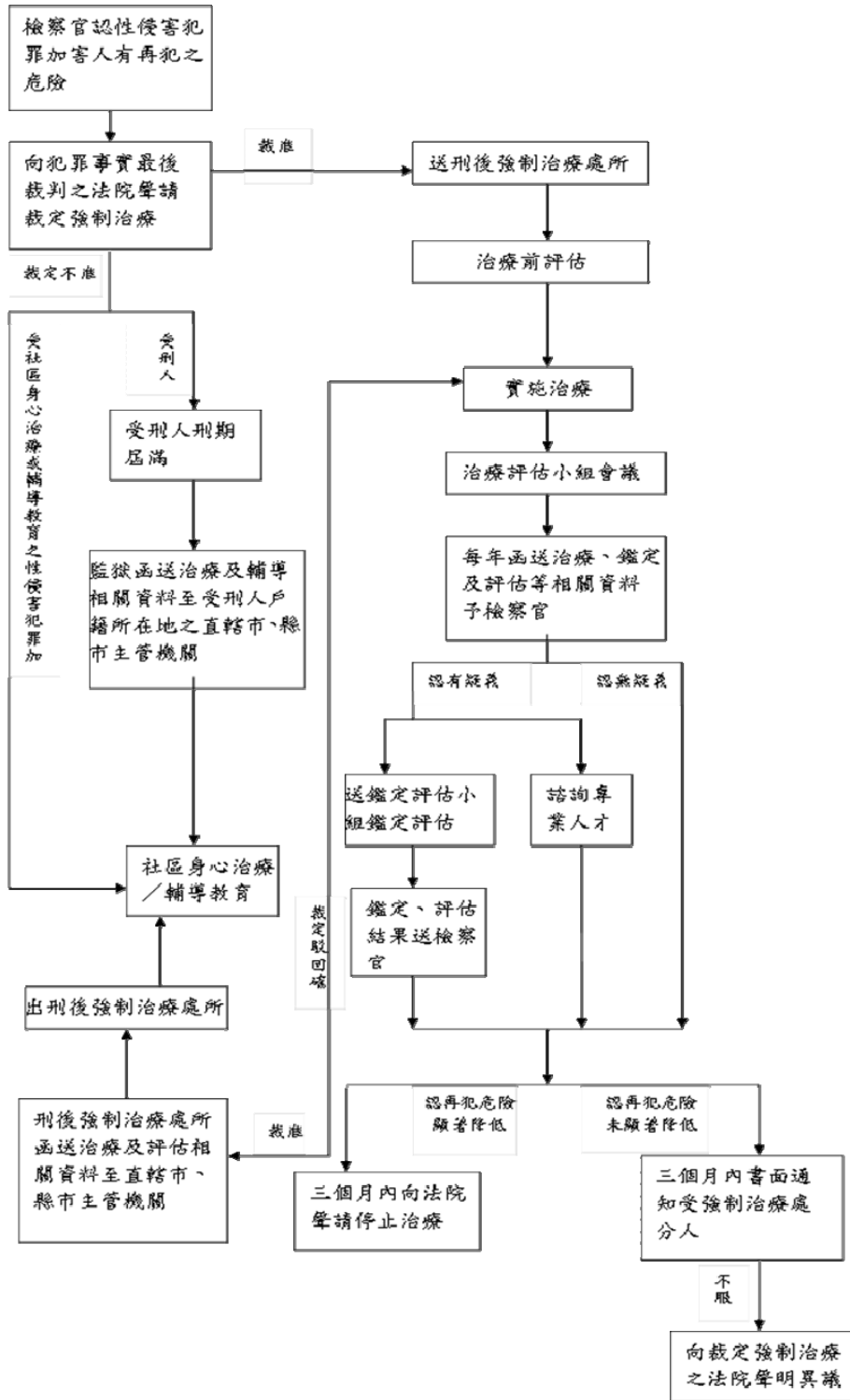
適法性：藉刑法概念『抽象危險』為詮釋

依據不法構成要件規定的行為結果，犯罪類型可區分為實害犯與危險犯（林山田 2005：241），而實害犯係指行為必須對於不法構成要件所要保護的客體造成實際損害的結果，始能既遂的犯罪，例如殺人罪使人死亡，始構成殺人罪之既遂犯。而危險犯則只須對於不法構成要件所要保護的客體造成危險結果，即可成立的犯罪。而所謂的危險乃指發生實害的高可能性，在如此的具體情狀下，依據客觀的觀測，很有可能不久即將發生實害，除非發生突然的變化，例如採取防護措施，否則危險立即成為實害，而依其危險狀態之不同，在立法上，又呈現具體危險與抽象危險兩種型態，具體危險於刑法條款中，法官就具體之案情仍須逐一審酌判斷，有事實上之危險方能成立，如刑法一百七十四條放火致生危險罪，而抽象危險犯可謂具體危險之先前階段，而具高度危險行為，係一種事實上有危險『可能』即可認定，無庸具體而斷（林山田，2005：232）。

抽象危險犯之存在，乃在於其行為對於法益而言，伴隨著典型危險，然而，法益是否真的會產生危險，並非重要，毋寧說，危險是立法者擬制出來的，也可以說是一種立法動機。而抽象危險犯的正當性基礎，在於對法益做提前的保護，亦即是一種前置化的法益保護措施。對價於後現代的思維，更可謂是藉由司法權之介入，對行政權所為之風險管理，進一步構成更完善之「風險治理」（許耀明，2007）。



圖一：性侵害犯刑後處遇流程（林婉庭，2009）



圖二：刑後強制治療實施流程（法檢字第 0990807386 號函--附件）

目前對於性侵害犯刑後治療，立論基礎在於，若不進行此種治療，而將其視為一般犯罪人釋放，其將對社稷製造出一種典型的風險，而倘若探究其再犯率，吾人會發現，其保護管束期間再犯同罪之比率（見圖三），並未比一般犯罪之再犯比率為高，因此我們可以推論的是，此種典型風險係指質的部分---社會的恐慌感、對性侵犯的零容忍（zero tolerance）⁶，而非量的部分---再犯率的問題，也因此不可諱言的，性侵害犯所夾帶的「典型風險」，就正是刑法公共危險立法所常使用的抽象危險之濫觴，一旦有特定舉動（性侵入獄），即使未必具有具體法益侵害或充足的危險性（刑之執行完畢時），就必須要受到刑後治療此種拘束人身自由的保安處分。

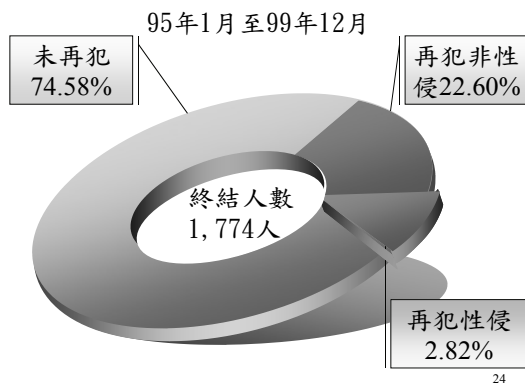
換言之，「刑後治療」彷彿是一種抽象危險之罪，一種犯了性侵害這個舉止後就會莫名成立之罪，抽象危險式的刑罰成爲一個必要之惡，有了社會安全考量的加持，因爲再犯的風險造成大眾恐懼，建立合法化方式的刑後治療，以危險評估作爲是否繼續刑後監

督治療與矯治的關鍵，性侵害者在服刑期滿後，便會自動轉換爲此種「超級」抽象危險犯，且監禁刑期未知，目前臺灣的狀況如此，但就在德國經驗中，此種不定期式立法卻已遭到歐洲人權公約駁斥而被推翻。

德國刑法第六十六條第一項針對故意犯罪以致被判刑處兩年以上之有期徒刑之受刑人，才有在其刑後接著處以安全監禁，在1998年以前，科處於刑罰外的安全監禁為期10年，在1998年遭到刪除⁷。此項法條卻在2009年有巨大轉折，德國在人權法院M.v.Germany一敗塗地，人權法院認定違反公約第七條第一項罪刑法定，成爲修法轉折點，德國之修正條文，於2010年12月22日通過，2011年1月1日施行，該公約並約束著歐盟國家，具有不可低估的跨國刑事程序的重要地位。

『Helmut Satzger (2011), 王士帆譯<《歐洲人權公約》對德國刑法及刑事訴訟法之影響第四屆歐洲人權法院裁判研討會(三)>，《臺灣法學》，189：39-61。』

性侵害犯付保護管束再犯率



圖三：性侵害犯付保護管束再犯率（法務部保護司長報告節錄 100.3）

三、性侵犯中的弱勢者---智能發展遲緩類型的處遇明燈

對於智能發展遲緩之性侵犯者，機構性之處遇除了滿足應報的刑罰思想外，實在不具明顯的特別預防功能，進一步而言，對於一個無法具有常人所擁有的自主控制力者，自由刑抑或是具有拘禁性質的保安處分，實在沒有令其悔悟、改變的空間，而法定刑的隔離效果亦將於其走出機構後消弭無形，只剩下如康德、黑格爾等刑罰形而上的應報思想，然而其對於社會防衛的機能，卻毫無著力點。

觀之臺灣現況刑後治療的立法，正好處於目前此種對於性侵犯者社會排除氛圍強烈的氛圍，當然立法者明言，此種處遇並非刑罰，而是一種治療性質的保安處分，企圖正當化這種絕對不定期的「顯著降低」概念，然而卻選擇性的忽略了刑法第一條及第二條，均特別提及拘束人身自由的保安處分，帶有濃厚自由刑之色彩（見 94.2.2 修正理由）。

另外，值得深思的是，採取絕對不定期之制度，當性侵害人完成其所應服之刑後，隨即進入所謂刑後治療階段，直至其再犯危險顯著降低為止（刑法 91-1 II），而所謂再犯危險降低乃為一種不確定法律概念，其認定憑藉的是「性侵害加害人動態危險評估量表」，以此用來作為釋放與否的篩選，好處是篩選標準公正客觀並輔以驗證理論之基礎，不過，以危險是否存在為限制人身自由的決定基準，也呼應了前述危險犯式的立法，不論是刑後治療該保安處分本身，抑或是其中為人憂心的不定期式的刑期，均係如前所述

的基於風險社會中，人們因為危險源頭的不確定，抑或是對於危險的恐慌程度強烈，而感到極度的不安，但是能夠真正保障安全的社會基礎建設又緩不濟急，為強化市民對於法秩序的忠誠與信賴，而針對特定的法和破壞的結果制定了新的行為規範。

借鏡於美國，性侵害犯刑後處遇似乎沒有刑罰不確定這樣的問題，由於美國乃是海洋法系國家，非如臺灣一般，美國並無保安處分概念，所以在研討美國犯罪者的處遇制度時，切忌套用刑罰及保安處分二元論；而目前對性侵害犯處遇有三種方式，機構處遇、社區處遇、中間處遇，觀察美國近三十年來矯正監督狀況，社區處遇占了七成以上人數，約五百萬人左右（林順昌，2011）遠遠高過機構處遇的三成比例，而其刑後治療採用的是民事收容制度，亦即其於根本上，諸如管理之法令、實質內涵，均非具刑罰性質之處遇。

綜上所述，在這個風險社會高度發展的時代，人民對於性侵害犯的恐慌而導致的國家刑罰不斷加重的趨勢不言可知，矛盾的是，對於心智發展遲緩者，在公民社會人權意識高漲的時勢下，對其採用完全機構式的控制是否又真的妥切？在弱勢人權、社會防衛，與高監禁成本三者之間如何調和，而達到良好的平衡，或許我們需要仿效的正是美國式，長期而有效率監控的社區處遇。

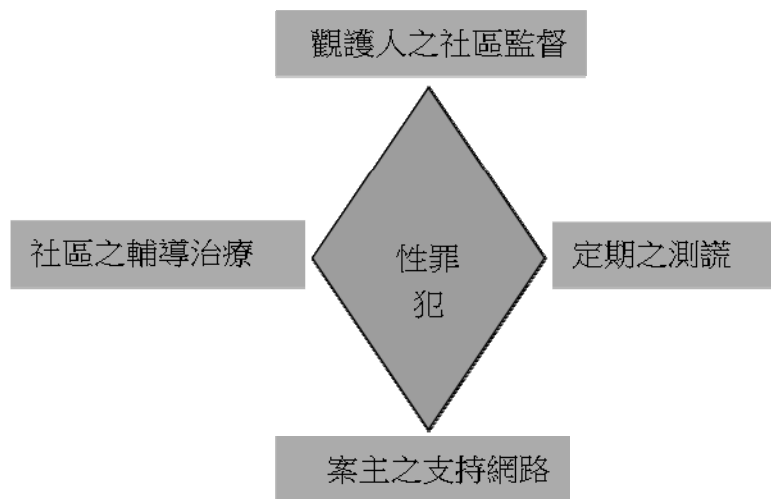
肆、美國心智發展遲緩性侵害犯的處遇方式：以 Vermont 州為例

Vermont 州約有六十二萬多的人口數，屬

於一個鄉村的州，於 2006 年關閉了最後一個機構性質的心智發展遲緩性侵害犯的處遇機構，而同時社區處遇式的機構漸趨取代，如 Brandon 訓練學校開始於 1993 年。(McGrath, Livingston, Falk, 2007:391)。

Vermont 州性罪犯處遇方案之行政主任 Georgia Cumming 及臨床主任 Robert McGrath (2000)提出一個更細緻的名稱叫「性罪犯之社區監督鑽石圖」(supervision diamond)，來說明這個整合型之性罪犯處遇的「抑制模式」(參圖四)，認為性罪犯之社區監督應有如菱形鑽石之四個角且缺一不可，此四個元素為觀護人之社區監督、社區之輔導治療、

導治療師、案主之支持網路(楊士隆，2008：387)(如：好友或輔導中之其他成員)及定期之測謊。在這個抑制模式當中，比較特別的是 Vermont 州的司法部門將定期測謊的操作納入社區處遇的團隊當中，它的目的主要在協助社區處遇的成員，釐清加害人刻意隱藏的事實，如：加害人的犯罪模式、過去的性歷史、對於身心治療與觀護約定的遵守，當然更期待加害人能夠因此對自己的過去與現況做更完整、清楚的揭露，尤其也可以用來瞭解性罪犯如何控制自己不適當的想法與幻想，甚而，在角色上，測謊可以是一種輔助治療與監控進行的重要工具(Scott, 1997)。



圖四 Vermont 社區處遇鑽石模式 (Georgia Cumming & Robert McGrath, 2000)

根據 McGrath, Livingston, and Falk 的研究，Vermont 州在 1993 年後，將性侵犯轉移到社區處遇基礎模式下，於 1993~2004 年間對成年心智發展遲緩男人的性侵害犯再犯率進行的追蹤研究顯示，性侵害再犯率為 10.7% (於 89~97 年是 23%)，大多數的再犯都是

屬於沒有接觸性的暴露狂或在外手淫，大部分的對象為同事成員，親戚或家庭伴侶 (McGrath et al., 2007:391)。

Morton (2003)在許多後設分析研究中發現，性侵害犯五年的再犯率是 14%，認知行為治療等方式介入處遇確實有顯著降低性侵

害再犯。而以下進一步探究關於州層級進行針對心智發展遲緩性侵害犯之社區處遇，長達 11 年之成效為何。

一、方法

由州立 DDAIL(Dismantle Disability Aging Independent Living)心智發展遲緩、老化獨立生活部門進行負責，展開心智發展遲緩性侵害犯的處遇計畫 (McGrath et al.,2007:392)。

二、前置作業與參與人

該研究中參與者有 103 位男性，年紀等於或大於十八歲，於 1993 到 2004 年間接受過發展性機構處遇計畫，其對象為曾有過性暴力行為並為 Vermont 州司法機關審判成立之性侵害犯。且其對心智發展遲緩的定義包含心智發展遲緩與智能障礙者，其為 DSM-IV 中所界定 (McGrath et al.,2007:392)。

三、程序

也是 DDAIP 一部分的 Vermont 州十四個非營利社區發展組織，提供了犯罪檔案、性侵害再犯資料等研究，以及第一、第二研究員評估性侵害再犯量表分數，分數分析為 DDAIP 所採用 (McGrath et al.,2007:392)。

四、方案設計

高風險再犯者被編入專業人員監控與認知行為治療的介入，必需要從事工作與活動以及治療；低風險再犯者被編入自己家中或是居住於原生家庭中，受到友人或家人監控，可以獨自生活但必須受到電話訪問或是

不定時訪查 (McGrath, et al., 2007:392-393)。這樣的設計乃是由於性犯者歸復的環境與機會對於再犯率扮演一個重要的角色，當有密集的社會服務網絡，這些網絡包含犯後的支持團體、工作職位、藥物治療，那麼就會有較低的再犯率 (Furby, L., Weinrott, M R., & Blackshaw, L.,1989)。

五、結果

經過十一年的追蹤，有十一個人再犯，占全部的 10.7%，其中四名有認罪，但另外五名尚未受到法律的制裁，而這十一位犯下了新的二十起性侵害罪，有六位 (54.5%) 承認犯下新的一件，有一個 (9.1%) 承認犯下兩件，有四位 (36.4%) 承認犯下三件性侵害罪，二十位性侵害犯中與被害人為熟識有十一位 (55.0%)，包含員工、友人或同居人 (McGrath et al., 2007:393)。在 1989-1997 年的再犯率為 23%，而 1993-2004 年進行社區處遇後，再犯率於這 5.8 年中有 10.7%。而這其中有許多再犯的危機因子一般而言稱為動態的危機因子，雖然現在的研究並沒有將動態的危機因子與治療結果作一連結比較關係，評估、測量治療需求與過程是此研究的重點，目標是希望可以改進此的能力去提供適當與適量的治療類型、監督與較好效能之處遇機構。(McGrath et al., 2007:394-397)

參、結論與未來方向

針對美國 Vermont 州對於心智發展遲緩性侵害加害者的刑後處遇乃採以完全社區處遇方式，透過州立部門專責處遇內容與營

運，而臺灣目前尚未有完全社區處遇的機構可以協助治療心智發展遲緩性侵害加害者刑後監督處遇，僅僅由有名無實的內政部性侵害防治中心，來進行性侵害加害者處遇的規劃，這實在令人惋惜！

本文冀望可於臺中監獄培德醫院成立的新性侵害加害者治療專區之外，再另行建立社區處遇機構或委外由社區機構收容心智發展遲緩性侵害加害者，尤其針對再犯危險較低的心智發展遲緩性侵害犯之族群從社區機構中進行輔導諮商、或治療，以利其復歸社會，再則，臺灣的社區處遇運作方式可以包括身心治療、輔導教育、或身心治療加上輔導教育三種，並由性侵害加害人評估小組來運作（此小組由精神科醫師、社工師、心理諮商師等專業人士組成）（白崢智，2006：41），而這套系統的運用後，臺灣的刑後治療成效與再犯評估受到研究限制（追溯時間需十年以上）、對象（樣本數不足）而難以估量，加上美國以 Vermont 州鑽石圖為例，觀護功能得以彰顯，臺灣模仿其方式而成立性侵害防治中心卻缺乏法源依據，無法有效約束受保護管束之加害人，而觀護人是司法單位對加害人唯一有監督權限的人物卻缺乏實質的指揮權、指導權、整併其他資源之權利，前者掌控了整個治療處遇的監督計畫，後者成爲一個無足輕重的執行者（白崢智，2006：87），與美國對性侵害加害者強而有力的觀護系統結合正式與非正式的監督網絡大相逕庭。

2013 年將完工的培德醫院治療性侵害加害者專區，以及 2012 年對性侵害加害者刑後治療的法源依據施行，均爲心智發展遲緩性

侵害加害者進行有效的監督治療無形加入一股助力，但是，首先立法的法源依據上，仍然會形成刑罰肥大現象，恐淪爲與德國一樣遭司法介入而終止，未來宜漸次採用美國對於刑後治療以民事監護（Civil Commitment）（Wangenheim, 2010:576）爲其法源依據，這部分可以從美國近期聯邦監護法案之發展趨勢中，在 2006 年建立民事監護方式來處遇性侵害犯以尋求解決之道。

第二，臺灣目前仍缺乏對心智發展遲緩性侵害加害者的監督治療評估模式與刑後處遇方針、專區，未來於培德醫院形成專區監督治療後，宜再形成漸次將機構內的治療改變成社區處遇方式，一方面可以降低社會成本、解決機構的擁擠，或獄政職權的擴張問題，一方面應讓社會相互包容接納、並採納各方意見，透過第三方警政、社區警察、熱點警政、問題導向警政資源、社區民眾與民間團體協力配合監督輔導心智發展遲緩性侵害犯。

第三，國內本身觀護角色問題，導致臺灣雖援引美國 Vermont 州的觀護處遇，但實際在運作上，觀護人對心智發展遲緩性侵害加害者的處遇方式形同斷了翅膀的小鳥，完全失去應發揮之功能。除了觀護制度應在適度情形下賦予司法警察權與強制處分權的改革外，第三代電子腳鐐的援用，能追溯與紀錄心智發展遲緩性侵害加害者的行蹤軌跡，運用電子監控、性罪犯管理系統，增加熱區（hot spot）管制功能，讓民眾有權知悉身邊的情境與人事物，以視犯猶病態度（林順昌，2009：239-280）接納心智發展遲緩性侵害加害人，強化社區監控，以專業正式網絡及非

正式社會控制網路，徹底密集觀護監督方式，一方面使其能復歸社會，另一方面加強社區安全考量，以達強化心智發展遲緩性侵害加害者監督處遇的成效。(本文作者：黃芳誼為國立中正大學犯罪防治學系博士班二年級、教育部民國一百年公費留考錄取留美生；林明傑為國立中正大學犯罪防治學系教

授、臺灣家庭暴力暨性犯罪處遇協會理事長。)

誌謝：承蒙社區發展季刊評論老師的指教與修改建議與臺灣大學政治研究所林竣達先生的潤稿與修改意見，使本研究更臻完整。

關鍵字：心智遲緩、性侵害、社區處遇

📖 註 釋

註 1：《梅根法案》(Megan's Law) 是美國性犯罪者資訊公開法的俗稱，名稱來自一個遭性侵害並被殺害的女童。法案規定美國各州必須建立性罪犯和騷擾兒童罪犯的檔案，並規定各州就必須知會有性罪犯入住的社區，將有性侵兒童前科者的個人資料公開在網際網路上，供民眾查詢及事先採取保護措施。1994 年 7 月 29 日，新澤西州一個女童梅根·康卡 (Megan Kanka) 遭有性侵害前科的男子傑西·提門德誇斯 (Jesse Timmendequas) 性侵並被殺害。受害者的父母不知道犯案者搬到他們居住的地方，因此催生此法案。1996 年，美國總統柯林頓 (Bill Clinton) 簽署法案更進一步推動全國性的性侵犯罪者資料庫。引自 <http://zh.wikipedia.org/>；引用時間：2011 年 12 月 5 日。

註 2：2005 年 2 月，美國佛羅里達州一個名叫潔西卡·倫斯福德的 9 歲小女孩遭性侵累犯約翰·科瑞 (John Couey) 性侵並殺害。此法案因而被提議制定。自此《潔西卡·倫斯福德法案》(Jessica Lunsford Act)，是一個 2005 年美國佛羅里達州法律的非正式稱呼，常簡稱為《潔西卡法案》，此法案的目的在於防止再犯率高的性侵犯出獄後再度進行犯罪。引自 <http://zh.wikipedia.org/>；引用時間：2011 年 12 月 5 日。

註 3：與〈世界人權宣言〉並列為國際人權憲章的《公民與政治權利國際公約 (ICCPR)》和《經濟社會文化權利國際公約 (ICESCR)》，已於 2009 年 3 月 31 日經立法院批准，同時通過《兩公約施行法》，其具有國內法之效力。

註 4：刑法 94.2.2 修正理由第二項。關於責任能力之內涵，依當前刑法理論，咸認包含行為人辨識其行為違法之能力，以及依其辨識而行為之能力。至責任能力有無之判斷標準，多認以生理學及心理學之混合立法體例為優。易言之，區分其生理原因與心理結果二者，則就生理原因部分，實務即可依醫學專家之鑑定結果為據，而由法官就心理結果部分，判斷行為人於行為時，究屬無責任能力或限制責任能力與否。在生理原因部分，以有無精神障礙或其他心智缺陷為準；在心理結果部分，則以行為人之辨識其行為違法，或依其辨識而行為之能力，是否屬不能、欠缺或顯著減低為斷。行為人不能辨識其行為違法

之能力或辨識之能力顯著減低之情形，例如，重度智障者，對於殺人行爲完全無法明瞭或難以明瞭其係法所禁止；行爲人依其辨識違法而行爲之能力欠缺或顯著減低之情形，例如，患有被害妄想症之行爲人，雖知殺人爲法所不許，但因被害妄想，而無法控制或難以控制而殺害被害人。

註 5：礙於篇幅限制，本文僅針對刑事司法學者對於心智障礙者之見解，而省略認知心裡、精神醫學方面之學理探討。

註 6：二〇一〇年八月間，臺灣司法界接連幾起法官輕判性侵幼童案例，引起全民憤怒，臉書網友發起「開除恐龍法官」活動，約卅萬人連署，網友成立的「正義聯盟」更發起「白玫瑰運動」，號召數萬人，扶老攜幼、手持象徵孩子純潔的白玫瑰，在九月廿五日走上街頭抗議司法的荒謬判決。

註 7：導火線爲謀殺未遂及前科累累的 A 嫌犯在 1991~2001 服完安全監禁後，邦地院核准繼續監禁，A 向歐洲人權法院提出申訴成功推翻德國法院觀點。詳見盧映潔（2009：117），以及 Helmut Satzger（2011：39-61）。

📖 參考文獻

中文部分

王皇玉（2008），〈論危險犯〉，《月旦法學雜誌》，159：235-244。

立法院（2005），性侵害犯罪防治法修正沿革，參考網址：<http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw>。

白崢智（2006），《我國性侵害加害人社區處遇之探討，以成年觀護體系爲研究範疇》，成功大學法律與科技法律研究所碩士論文。

李茂生（2008），〈風險社會與規範論的社會〉，《月旦法學雜誌》，159：145-153。

吳景欽（2011），刑後強制治療溯及既往的疑問，nownews 論壇新聞。

<http://www.nownews.com/2011/11/01/142-2753749.htm#ixzz1gwly8kk>。

吳秉祝（2008），《整體法秩序對精神障礙犯罪者之處遇與對待》，東吳大學法律學系碩士論文。

吳昭君、李讚盛，2003，亂倫！智障兄弟性侵母親長達 4 年，見東森新聞，民國 92 年 8 月 24 日，引自 http://www.tvbs.com.tw/news/news_list.asp?no=alisa20030824115017。

林順昌（2011），〈美國性罪犯處遇綜覽〉，《法務通訊》，2575：3-5。

林志潔（2009），〈論美國法上犯罪主觀要件與精神障礙心智缺陷抗辯：Clark v. Arizona 案之判決評析〉，《歐美研究》，39(4)：615-670。

林婉婷（2009），〈性侵害犯處遇之現況與未來發展〉，《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，5(2)：205-222。

- 林山田 (2007),《刑法通論》,臺北:元照。
- 林山田 (2005),《刑法通論(下)》,臺北:元照。
- 林明傑、沈勝昂 (2003),〈我國婚姻暴力加害人之危險評估—DA 量表在我國適用之研究〉,《犯罪學期刊》,6(2): 177-216。
- 林明傑 (1998),〈美國性罪犯心理治療方案之方案及技術暨國內改進之道〉,《社區發展季刊》,82: 175-187。
- 林明傑、張晏綾、陳英明、沈勝昂 (2003),〈性侵害犯罪加害人之處遇: 較佳方案及三個爭議方案〉,《月旦法學雜誌》,96: 160-185。
- 林健陽 (1999),《監獄矯治問題之研究》,桃園:中央警察大學。
- 許耀明 (2009),〈風險管理. 與風險治理—以 GMO/GMF 為例〉,《2007 科技發展與法律規範雙年刊》,臺北:中央研究院法律學研究所,197-239。
- 張麗卿 (2011),《司法精神醫學: 刑事法學與精神醫學之整合》,臺北:元照。
- Helmut Satzger (2011),〈《歐洲人權公約》對德國刑法及刑事訴訟法之影響第四屆歐洲人權法院裁判研討會(三)〉,《臺灣法學》,189: 39-61。

英文部分

- Alexander, M. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(2), 101-116.
- Coleman and Haaven (1998). Adult Intellectual Disabled Sexual Offenders Program Considerations. *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*, 19, 273-285.
- Furby, L., Weinrott, M R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: a review. *Psychological bulletin*, 105(1), 3-30.
- Groth, A. N., Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1977). Rape: Power, Anger, and Sexuality. *Am. J. Psychiatry*, 134(11), 1239-1243.
- Haaven, J., Little, R. & Petre-Miller, D.(1990). *Treatment Intellectual Disabled Sex Offenders*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Marshall, (1993). The Treatment of Sex Offenders: What Does The Outcome Tell Ous? A reply to Quinsey, Harris, Rice and Lalumiere, *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 524-530.
- McGrath, R., Hoke, S., & Vojtisek (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal Justice and behavior*, 25(2), 203-225.
- Melissa Wangenheim (2010)To catch a predator,' are we casting our nets too far?: constitutional concerns regarding the civil commitment of sexual offenders. *Rutgers Law Review* 62(2): 559-593
- Quinsey, V.L. (1997) The assessment and treatment of child molesters: a review. *Canadian Psycho-*

logical Review, 18, 204-220.

Robert J. McGrath, Joy A. Livingston, and Gail Falk (2007) Community Management of Sex Offenders With Intellectual Disabilities: Characteristics, Services, and Outcome of a Statewide Problem, *Intellectual And Developmental Disabilities*45(6), 391-398.

Zevitz, R. G., & Farkas, M. A. (2000). The impact of sex-offender community notification on probation/parole in Wisconsin, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(1), 8-21.