

# 調 查 報 告

壹、案由：現行矯正機關對於重大疾病收容人之處遇是否周妥？相關主管機關是否落實依精神衛生法第30條及第41條等規定，對於前開重大疾病收容人之預防、治療及病人權益保障等，有無具體完善醫療及照顧安全機制，事涉精神疾病收容人健康人權，均有深入瞭解之必要案。

貳、調查意見：

一、精神障礙觸法者的處遇雖有羈押法第44條及精神衛生法第30條及第41條等規定，但是重大傷害罪被收押收容人出現精神症狀，若有病識感，願意接受治療，各收容所的協助亦有積極程度的不同。對於拒絕醫療者，則沒有符合收容人利益的評估及醫療處遇機制；亦有監所收容場所，並未適宜身心障礙者的情狀。矯正機關及衛生福利機關對於精神障礙觸法者的處遇各有其見解及作法，如何兼顧治療的需要、社會風險及人權要求，亟待行政院督同衛福部及法務部，並與司法院跨院際研議，協力合作：

(一)身心障礙者權利公約(CRPD)第14條第2項規定：「締約國應確保，於任何過程中被剝奪自由之身心障礙者，在與其他人平等基礎上，有權獲得國際人權法規定之保障，並應享有符合本公約宗旨及原則之待遇，包括提供合理之對待。」；同公約(4)第25條規定：「締約國確認，身心障礙者有權享有可達到之最高健康標準，不因身心障礙而受到歧視。締約國應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別敏感度之健康服務，包括與健康有關之復健服務。」；身心障礙者權利公約施行法第5條規定：

「(第1項)各級政府機關應確實依現行法規規定之業務職掌,負責籌劃、推動及執行公約規定事項。」

(二)憲法第15條規定:「人民之生存權應予保障。」;羈押法第2條規定:「本法之主管機關為法務部。看守所之監督機關為法務部矯正署。」;同法第44條規定:「(第1項)看守所應掌握被告身心狀況,辦理被告疾病醫療、預防保健、篩檢、傳染病防治及飲食衛生等事項。(第2項)看守所依其規模及收容對象、特性,得在資源可及範圍內備置相關醫事人員,於夜間及假日為戒護外醫之諮詢判斷。(第3項)前二項業務,看守所得委由醫療機構或其他專業機構辦理。(第4項)衛生福利部、教育部、國防部、國軍退除役官兵輔導委員會、直轄市或縣(市)政府所屬之醫療機構,應協助看守所辦理第一項及第二項業務。(第5項)衛生主管機關應定期督導、協調、協助改善前四項業務,看守所並應協調所在地之衛生主管機關辦理之。」;羈押法施行細則第2條規定:「看守所人員執行職務,應注意羈押被告之利益。」;精神衛生法第30條規定:「矯正機關……,如有病人或有第三條第一款所定狀態之人,應由該機關、機構或場所提供醫療,或護送協助其就醫。」;同法第41條規定:「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞,經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者,其保護人應協助嚴重病人,前往精神醫療機構辦理住院。……緊急安置、申請強制住院之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法,由中央主管機關(衛福部:本法第2條參照)定之。」另查衛生福利部心理及口腔健康司掌理事項包括<sup>1</sup>:五、……身心

---

<sup>1</sup> 資料來源網址: <https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-499-2377-107.html>

障礙者、……事件之加害人處遇及預防服務方案之規劃、推動及督導。

(三)本院履勘調查發現，案關收容人之病情及困境有諸多態樣，如反社會人格等，即便在收容期間也願意看精神科門診，亦有服藥，惟對於病情無太大改善，精神科醫師亦有可能退診（因不說話、不合作等原因），部分則於事發時都有在精神科控制，因故斷藥後產生暴力行為，另有多重障礙合併瘖啞、不識字等個案，以臨床經驗判斷，事發時都是急性發作期，從醫療角度是較需要治療的時點；另有嚴重精神病患在偵查中被告之治療，先治療再處理刑事責任洵屬必要，即使是一審判決再治療容屬為時已晚；心智障礙或智能不足並不是精神科所能處理，監護並沒有意義（尤其是竊盜罪）；天生心智障礙者可能造成社會困擾，或有自傷或傷人之虞等，爰於羈押裁定同時如何顧慮當事人本身精神疾病治療之權益……等議題，在在需要跨院、跨部會解決，惟均收容於矯正機關，肇致現行矯正機關對於重大疾病收容人之處遇未盡周妥（詳如前開調查意見所載），相關主管機關洵未落實依羈押法第44條及精神衛生法第30條及第41條等規定，對於前開重大疾病收容人之預防、治療及病人權益保障等，容無具體完善醫療及照顧安全機制，影響渠等醫療權益及健康人權，殊值政府重視。

(四)諮詢重點摘要（詳如附表六）：

- 1、部會合作才是社會安全的未來！法務部與衛福部對監所內嚴重精神病人之處遇及治療允應明確分工。
- 2、法務部與衛福部對落實精神衛生法照顧監所內嚴重精神病人，未建立橫向聯繫機制，兩部會未

有執行面之共識。

- 3、偵查、審判階段之收容人如有精神疾患，有就審能力、精神鑑定、羈押處遇、監護處分……等問題亟待解決。
- 4、建議應設立司法專責醫院。
- 5、建議不設立司法專責醫院。
- 6、監護期間不宜改成沒有期間限制。
- 7、現行矯正機關及執行監護處分機構針對精神醫療相關資源應更充裕；執行監護處分機構的相關資源有待提升。
- 8、法務部似乎想將審判、偵查中病人都進行收容，這並非原先初衷，各部會現在正在切割責任。
- 9、看守所門診資源不足，法官又不肯放人，醫療亦無法協助，需要解套。
- 10、法務部與衛生福利部組成團隊，但似乎要更加強聯繫。
- 11、長程的國家政策要有精神醫療計畫、社區處遇，司法精神醫院是必要之惡，規模愈小愈好。
- 12、荷蘭TBS處分機構之診所為精神疾患提供完整的個別化日間活動計畫，就風險較低之身心障礙人士的設計專門計畫，對患者進行行為治療和監督，更多地目的係基於風險管理，而非基於身心障礙疾患。

(五)詢據主管機關說明資料要以：

1、衛福部說明內容摘要：

- (1) 查現行法務部已於中監獄及臺北監獄桃園分監設置精神醫療養護區，建議法務部於監所內宜以3級照護模式(加強管理人員知能，早期評估及轉介，充實患者照護資源)適時做分級分流照護，未來法務部邀請時，該部可共同研擬相

關照護服務流程。

- (2) 現行54所矯正機關(含3所分監)中已有49所提供矯正機關內精神科門診，每月由精神科醫師提供矯正機關內精神科門診。惟其設施設備、藥品、醫療人力及協同人之力資源、資金足夠性，建議需由法務部個別檢視及強化矯正人員教育訓練。
- (3) 對於重大疾病收容人或受刑人，具自傷或傷人之危險性，若轉送至一般精神醫療機構，就醫療服務、安全戒護與危險防範而言，並非妥適處置，仍建議由法務部統籌規劃設置適當之病監收治此類收容人。
- (4) 若矯正機關個案出現類似精神衛生法第3條第4款之情形，則建議由矯正機關轉請合約院所，由精神科專科醫師評估，惟後續若有住院之需求，則建議由法務部統籌規劃設置適當之病監收治此類收容人。
- (5) 建議於全民健康保險提供之醫療服務外，由法務部另編列預算，統籌提供個案所需之醫療服務及規劃設置適當之醫療處所，該部可提供相關資源連結。
- (6) 我國對於重大疾病收容人之權益保障相關規範散見於羈押法、監獄行刑法、保安處分執行法、更生保護法等相關法規及行政作業規範，故宜由法務部統籌檢討及盤點，邀集相關單位共同討論，並爭取所需之預算及人力，以補足需求缺口。
- (7) 依身心障礙者權益保障法第85條規定略以，身心障礙者依法收容於矯正機關時，法務主管機關應考量矯正機關收容特性、現有設施狀況及

身心障礙者特殊需求，作必要之改善。爰監獄行刑矯治處遇部分宜由法務部依權責辦理。另擬定個別服務計畫部分，建議法務部聘請身心障礙福利專家提供專業意見及協助，相關名單本部可協助提供。

## 2、法務部說明內容摘錄：

- (1) 二代健保已將健保資源引進矯正機關，擴大矯正機關可用的醫療資源，由醫療機構提供與當地社區一般民眾相同的標準提供健康照護。該部矯正署將持續配合衛生福利部偕同各健保醫療院所，提供收容人與民眾相同品質之醫療資源。
- (2) 該部矯正署所屬各矯正機關依全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，就收容人之醫療需求，請衛福部健保署及承作醫療機構，持續協助妥予提供醫療服務，俾使矯正機關與社區醫療更為緊密結合，完善矯正機關之醫療環境。該部將持續依照羈押法相關規定，提供被告妥適之處遇。
- (3) 我國在矯正與健保二大公務系統的通力合作下，已將收容人納入一般正常人之健康照護體系，並以當地社區一般民眾相同的標準，對收容人提供健康照護。該部矯正署將配合衛福部偕同各健保醫療院所，持續提供收容人與民眾相同品質之醫療資源，確保其健康權益。
- (4) 依精神衛生法第29條第3項規定，經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，係由醫療機構將其資料通報直轄市、縣（市）主管機關，109年迄今本部矯正署所屬各矯正機關經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者共計2人。

- (5) 倘中央衛生主管機關認有相關醫療照護預防及調整指引，建請中央衛生主管機關頒布指引措施，俾供相關部會及社區參酌。
- (6) 精神衛生法第4條第2、6、9款等，均明定中央衛生主管機關掌理業務，包含精神病人服務及權益保障政策、方案之規劃及訂定、保護業務及權益保障之策劃與督導事項，若未來中央衛生主管機關認有另行設置必要，宜請中央衛生主管機關依掌理事項協助統籌規劃處所策劃、方案訂定及權益保障等內容。至若另行規劃設置病監收容，本署目前在臺中監獄及臺北監獄桃園分監均設有精神病療養專區，似無必要再另行設置病監。
- (7) 矯正機關尚無權責拒絕被告收容之規範(因裁定羈押主要目的係為保全證據)。
- (8) 個案係重大疾病患者，確有不適刑罰或有刑法第19條、第20情形者，自得依保安處分執行法，檢察官對於應付監護處分之人，於偵查中認先付保安處分之必要者，亦得聲請法院裁定之，抑或透過司法院刻正研修之刑事訴訟法修正草案(增訂裁定監護條文)，以避免是類個案收容於矯正機關，盡量使個案收容於專業醫療機構，以獲得更完善診治。
- (9) 參酌公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約中華民國第二次國家報告審查會議點次66點建議，針對改善監所衛生服務部份，應將責任移交至中央衛生主管機關(衛生福利部)，以利統籌全國醫療資源。
- (10) 查精神衛生法第4條第2、9款，均載明中央衛生主管機關掌理業務：精神病人服務及權益保

障政策、方案之規劃及訂定、服務權益及權益保障之策劃與督導事項，故此，未來若針對嚴重病人收容矯正機關有須更周延之規劃及訂定，宜回到精神衛生法明定，避免法例體系混淆。

- (11) 若收容人罹重大疾病者自應回歸精神衛生法之規範，依規定進行通報跟出監轉銜通知措施。
- (12) 建議請主管單位(衛福部)修正業管法規，矯正署將適時給予必要之協助。
- (13) 矯正機關自得依羈押法第54條規定，應即逕行就治，以給予妥善醫療保護。
- (14) 目前衛福部若認針對是類病患收容於矯正機關者確有適用精神衛生法第41條之規定，其相關權益保障及程序事項自應明訂於精神衛生法(如精神衛生法30、31條)，以避免法例體系混淆。
- (15) 建議中央衛生主管機關統籌盤點全國醫療資源，且指揮公(私)立醫療機構評估成立司法精神病房(院)，針對個案不適合收容於矯正機關者，刑事司法偵審階段即可裁定收容於上開病房(司法精神病院)，以給予妥善醫療照護。
- (16) 未來我國有否必要參酌日本「醫療觀察法」推動立(修)法，考量其主要涉公衛議題及制度，宜由中央衛生主管機關統籌評估，會商法務部及司法院等相關部會，以臻妥適，相關內容涉及本署部分，定將配合辦理。

(六) 詢據法務部、衛福部對相關議題說明重點摘要<sup>2</sup>：

1、法務部與衛福部對監所內嚴重精神病人之處遇

---

<sup>2</sup> 109年11月25日詢問法務部、衛生福利部口頭說明。

及治療未盡妥適：

「(調查委員問：本案關注矯正機關收容審前羈押，對嚴重精神病收容人、羈押被告權益問題，為系統性問題，事前有請各位了解劉○○、曾○○、樊○○、吳○○、梁○○等媒體關注精神症狀收容人。從國家人權委員會立場，要從邊緣人之個案發現系統性問題。從衛福部角度，醫療資源有限，十分寶貴，惟社會關心重點為社會安全，不要對社會安全造成危害，民眾不會是第一線的人員，衛福部也有大致看法。在精神病院不會亂跑，羈押在監獄也不會亂跑，不會造成立即性危險，衛福部也認為不急、慢慢處理。有關日本精神障礙觸法者處遇制度，已經進步到定義收容人為病人，不是犯罪者。)(調查委員問：臺南看守所對衝動及反社會人格等疾患收容人曾○○之收容處遇是否周妥？臺南看守所對沒有病識感、不說話之收容人劉○○之收容處遇是否妥適？高雄第二監獄對罹患思覺失調症收容人樊○○之收容處遇是否適當？宜蘭看守所收容人吳○○為極重度身心障礙之人、瘖啞人，宜蘭看守所對吳員收容處遇是否周全，該員從去年就遭通報家暴，由身障個管支持，對母親有暴力行為，也有照會衛生所訪視，究是否需要社區醫療照顧，最後沒有開案，一週後即發生殺母案？桃園監獄/看守所對吸食安非他命後殺害母親之收容人梁○○之收容處遇是否妥當？進入看守所後似隔絕外界支持與資源，對個案當事人並非最佳處遇。請衛福部說明有精神狀況收容人處遇，如何兼顧人權與社會安定。)衛福部政務次長李麗芬答：協助就醫部分不能違反人權強迫他，當然希

望在看守所有相關機制協助就醫，依法律規定要醫師鑑定後才有可能，要討論在矯正署需要何種資源協助，醫生可以進行鑑定，但要設法讓病人就醫，例如透過諮商師或社工的協助。」；「(調查委員問：目前臺南看守所醫生無法處理，情況持續惡化。監所內的醫療品質，與社區就是不一樣，你們完全忽略了此重點。衛福部認為包含在監所內之醫療品質全國一致，我個人不認同，請貴部再行研議。)李麗芬答：好。」

2、法務部與衛福部未能落實精神衛生法照顧監所內嚴重精神病人之意旨，且未建立橫向聯繫機制，兩部會未有執行面之共識：

「(調查委員問：精神衛生法第41條究竟能否適用?)衛福部簡任技正鄭淑心答：矯正機關有門診醫療，是否需要更積極的醫療服務，我也認同，是本部努力的方向，矯正機關內門診是不夠的，可以考量增加診次，如果嚴重病人需要急性住院治療，矯正機關附設醫院只有培德醫院，是否足夠，法務部應該進行評估，如果矯正機關醫療資源不夠，本部可以媒合相關資源協助。」；

「(調查委員問：有無可能進行精神衛生法第41條橫向聯繫機制之建立?)李麗芬答：可以。本部立場都沒有拒絕。」；「(調查委員問：監所與看守所在何種情況啟動強制治療機制，與衛福部管轄醫院能否配合?)李麗芬答：可以配合。」；「(調查委員問：司法程序中監護處分機制目前研議進度?)法務部政務次長陳明堂答：用暫時安置的方式。上週預計要審理，但尚未審理。」；「(調查委員問：可否續行研議?)陳明堂答：可以。」；

「(調查委員問：兩部會沒有進行協調。)陳明堂

答：特約醫院沒有集中型的診療措施，可考慮專設醫院的可能性。如果有此機制，啟動強制治療。」

- 3、偵查、審判階段之收容人如有精神疾患，有就審能力、精神鑑定、羈押處遇、監護處分……等問題亟待解決：

「(調查委員問：法務部可仿日本方式，偵、審要依法偵查、判決，如果能夠推動、通過，偵審中病人就審能力，法務部陷入窒礙，誰要主責?)陳明堂答：如果放在刑事訴訟法是司法院主責沒錯，應該強化鑑定。本部也有找精神醫學會討論，現在要強化偵查階段鑑定機制，離案發時比較近，以前的鑑定只有半天，效果較差，我們也請衛福部幫忙。前端用行政措施的強化，請檢察官直接送，以前是有經費的問題，目前設法改善中，住院住半個月或一個月，不一定能改善其狀況，可能需要更久的醫療處置。相關問題本部會續行處理。」；「(調查委員問：收容人無就審能力，如有相關規定可以讓法官遵循，偵查、審判中醫療觀察法可以解決部分問題。衛福部尤詒君組長答：入監檢查有相關措施，如果需要本部身障福利專家協助，本部可以給名單，依羈押法規定，監所的設施要依身心障礙者狀況有合理調整，本部將協助進行整合，建議法務部可藉此機制漸漸建立監所對身障者合理調整機制。」

- 4、醫療設施與社區就醫品質不同，執行監護處分機構及相關資源有待提升：

「(調查委員問：監獄對收容人吳員來說的意義究竟為何?)陳明堂答：在監所確實是沒用。但院、檢怕放出去要負責，目前只有隔離作用，醫

療設施與社區就醫品質不同，如果可以通過監護制度，偵、審中監護送醫療機構，或許可以解決一部分。李麗芬答：此部分還要盤點機構能力，有無相關知能培訓，要有相關整備與訓練。收容機構大部分都是私立，需要設計相關機制。從專業提升或相關誘因，本部將續行研議。陳明堂答：能否請衛福部先盤點適合的收容場所？請衛福部先盤點。李麗芬答：本部所有安置資源在網路上都有，惟另有安置費用、戒護人力等問題，需要法務部解決。」；「(調查委員問：本案雖為系統性問題，但個案應該也不多，應找到好的處理方法。宜蘭看守所吳員就是經典的案例，無明顯的傷害性。)黃俊棠答：請容本部循院、檢的體系處理陳明堂答：司法鑑定部分，本部將建立標準作業程序。同時考慮修正刑事訴訟法。衛福部鄭淑心簡任技正答：有關執行監護處分機構分散問題，未來將依危險程度進行分流；本部目前也在盤點設置司法精神病房機構，惟因設備與原病房不同，需要時間。以兼顧醫療人權與社會安全。需要跨體系合作，本部有進行規劃及研究。

(七)詢據行政院對相關議題說明資料重點摘要：(詳如附表七)。

- 1、有關設立專責收治「合併精神病受監護處分人」之司法精神醫院，目前法務部及衛福部刻正積極規劃辦理中，期提供合併精神病受監護處分人最適切與完整之矯正處遇與醫療照護。
- 2、為強化醫療照護可近性，矯正署並於臺中監獄與臺北監獄桃園分監分別設有精神療養專區。目前矯正署為提高服務量能，已責請臺中監獄與臺北監獄桃園分監評估擴大收容之可行性，以發揮妥

適照護及療養效益。

- 3、經衛福部諮詢專家學者，考量部分受監護處分人具暴力風險或反社會人格傾向，爰其監護處分執行應採分級、分流處遇，並配置戒護人力。
- 4、為協助受監護處分人順利復歸社區，法務部刻正研修「保安處分執行法」，以協助受處分人復歸社區，延續監護處分成效。
- 5、矯正署將配合衛福部偕同各健保醫療院所，持續提供收容人與民眾相同品質之醫療資源，確保收容人健康權益。
- 6、有關偵查、審判階段之緊急監護處分機制，司法院業已提出「刑事訴訟法」部分條文修正草案送請本院會銜。
- 7、現行監護處分期間規定為5年以下，法務部業於109年5月14日向該院陳報「刑法」第87條修正草案，採定期延長制、法官保留、每年鑑定評估等制度規定，現由該院積極審查中。
- 8、為與時俱進，已研提「保安處分執行法」第46條以下修正草案，採多元處遇、流動迴轉、每年評估及轉銜機制，於109年6月12日陳報，現由該院審查中。
- 9、有關智能障礙者如依「刑法」第87條之規定施以監護處分者，草案規定執行方法亦採多元處遇機制。
- 10、法務部刻正研議擬具「精進偵查中司法精神鑑定方案」，以強化偵查中司法精神鑑定之功能及提升司法精神鑑定品質。
- 11、法務部提出「刑法」及「保安處分執行法」之修正草案，現由該院審查中，此次修正草案主要係參考瑞士、德國及奧地利刑法制度，為保護社會

安全，採監護處分期間延長制、每次3年、無次數限制，由法院裁定許可為之，而執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。又每年應經鑑定、評估，以兼顧人權之保障。

12、針對監護處分結束個案，為強化其精神疾病之追蹤保護，「強化社會安全網第二期計畫」(110年至113年)草案，已研議相關配套作為：

(1) 法務部已規劃於受監護處分人執行監護處分期間屆滿前2個月，由檢察機關邀集當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關及更生保護會，召開社區銜接會議，協助受處分人復歸社區。

(2) 至於社區關懷訪視員或心衛社工經評估個案暴力等級或安全議題後，認有必要，得向警察機關請求陪同訪視或提供安全協助事宜。

(3) 目前「強化社會安全網第二期計畫(110年-113年)」草案，預計將研訂出監(所、校)轉銜機制，避免社區心理衛生單位或團體銜接空窗。

13、二部會已就法規、制度、服務流程及系統介接等面向，強化跨部會合作聯繫機制，以共同強化對精神疾病收容人之照護。

14、至提升司法精神鑑定品質及培訓專業人才，衛福部已與台灣精神醫學會合作，編訂「司法精神醫學訓練手冊」，以提供新進醫師訓練、專科醫師繼續教育之用；另為優化司法精神鑑定專業服務品質與量能，衛福部已於109年12月委託台灣司法精神醫學會辦理「司法精神鑑定品質提升計畫」，以強化司法精神鑑定品質。

15、為兼顧降低社會風險之需求及精神疾病收容人之人權保障，針對「刑法」、「保安處分執行法」

所涉及監護處分相關條文，法務部刻正會同司法院、衛福部進行研修，修正重點包括：考量受監護處分人之暴力危險及精神病情程度，將採分級、分流方式執行監護處分，研議修正納入多元執行處所、處遇處所得置戒護人力、由地檢署成立跨專業評估小組定期評估執行成效、監護處分執行結束個案由地檢署召開社區銜接會議等。另偵審期間被告，法官若有足夠事實，認為其犯案時因精神病情影響，而降低或喪失辨識能力，並有危害公共安全之虞，司法院亦已針對其處置方式及程序，刻正會同法務部、衛生福利部著手研修「刑事訴訟法」中。

#### 16、策進作為：

- (1) 考量受監護處分人部分具暴力風險、反社會人格特質，且係以維護社會安全為其監護處分執行目的之一，現行精神醫療機構因無配置戒護人力，爰設置具高度安全戒護人力及設施設備之司法精神醫院有其必要性。
- (2) 至監護處分若能依執行需要及受處分人病情程度或心智缺陷情形，提供多元處遇方式、增加執行處所轉換彈性、強化監護處分執行結束後之社區銜接機制，以及提升精神疾病犯罪者在監精神醫療照護品質，應可達減少受處分人反復再犯之效果。
- (3) 有關監護處分期間限制部分，因監護處分性質為保安處分，具有社會防衛之效果，法務部已參酌德國、瑞士等法制，擬將監護處分期間定期延長，並採法官保留、每年鑑定評估機制，且保留原條文隨時得免監護處分執行之規定，以為調節，兼顧社會安全及人權保障。而司法

院於109年12月31日作成釋字第799號解釋，對於強制治療規定並無期限限制，不認為違憲，亦均為未來修法之參考。

- (4) 「強化社會安全網第二期計畫」(110年至113年)草案中，針對強化矯正機關精神醫療照護，業明定未來應視收容人之需求，請合作醫療機構配合調整身心科門診診次，並視需求與衛福機關(衛福部中央健康保險署)及承作醫療機構研議增加特約精神科門診診次，提升精神醫療照護強度。
- (5) 有關偵查、審判階段之緊急監護處分機制，司法院業已提出「刑事訴訟法」部分條文修正草案送請本院會銜，本院刻正研商中，關於被告施以監護或暫時安置，均須審慎研究。
- (6) 法務與衛福二大公務系統，就本次議題之各項困難，均將持續攜手合作，共同努力逐一克服，提升司法精神醫療照護之強度與能量。

17、有關本次約詢之議題甚廣，不僅涉及我國矯正機關收容人相關精神醫療之設備資源、服務量能、與相關專業人力等軟硬體之補充，亦有司法精神法律制度之檢討與修正。有關法務部與衛福部之資源合作、分工，自當由該院協調整合與督導外，該院亦當致力與司法院展開跨院際之協力，共同健全我國司法精神之法律制度，同時持續充實司法精神醫療之資源。

(八)詢據司法院對相關議題說明資料重點摘要：

- 1、該院尊重行政院權責機關設立司法精神醫院之職權與規劃。
- 2、符合個案做最適當治療洵屬重要，允應因人而異。

- 3、該院尊重、支持與建議偵查中檢察官及早先行鑑定部分，該院並提出偵查中可聲請緊急監護及相關鑑定之修正條文。
- 4、精神醫師執行精神鑑定只辦理半天容屬不足；允應於法官學院辦理相關課程教育宣導。
- 5、精神衛生法相關執行事項屬於法務部與衛福部之職權，該院認兩部應緊密合作，並尊重權責機關之權限及職權行使。另有關精神衛生法第41條關於強制住院規定，如修法後改採法官保留原則，建議保留「嚴重病人強制住院及強制社區治療審查會」的行政功能，亦即可先由審查會判斷，如認有強制住院之必要，再向法院聲請許可強制住院，以兼顧專業及中立性。
- 6、另建議法務部與衛福部充分合作，並應注意釋字第799號解釋意旨，檢討引進多元處遇措施，以輔助或補充常態治療程序，以作為受治療者復歸社會之準備。
- 7、司法院允應參酌、研議先進國家成立司法精神專庭作法，以提升類案處置效能。

(九)釋字第799號解釋重點摘要<sup>3</sup>：(詳如附表十六)。

- 1、刑事訴訟法及性侵害犯罪防治法均未規定應賦予受處分人於法院就聲請宣告或停止強制治療程序，得親自或委任辯護人到庭陳述意見之機會，以及如受治療者為精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有辯護人為其辯護，於此範圍內，均不符憲法正當法律程序原則之意旨。

---

<sup>3</sup> 資料來源：司法院網站(<https://cons.judicial.gov.tw/jcc/zh-tw/jep03/show?expno=799>)

- 2、治療期間越長，越有必要採取替代方式，否則即有違憲可能。
- 3、解釋文指出現行的強制治療制度長年運作有趨近刑罰的可能，悖離與刑罰執行應明顯區隔的憲法要求。因此，要求有關機關在解釋公布3年內為有效的調整改善，以確保強制治療運作結果，符合憲法明顯區隔要求的意旨。

(十)世界各先進國家對精神病犯之處遇情形：

表1 世界各先進國家對精神病犯之處遇比較表

國家 監護處分制度	臺灣	美國	英國	德國	荷蘭	挪威	日本
精神病犯 量刑依據	刑法第19條。	1984年通過改革法。	對有心理障礙、發展障礙或創量之原則。	刑法第20、21條規定精神障礙者之刑。	刑法亦有類似規定。	刑事法第20條有規定。	刑法第39條；日本最高裁判所（あ）876號判例；醫療觀察法。
精神病犯 量刑單位	於必要時參酌醫院醫療鑑定報告。	聯邦量刑委員會。	獨立運作之委員會。	授權對精神障礙者不能為情形。	法院經至少2名專家鑑定。	醫師開具證明書方能成立。	厚生省（臺灣類及之單位）。
減刑評估 重要依據	為時因礙心致識違缺識之不項致行或識之顯著 為其能辨為欠辨者；因前識法辨為顯 行精或智不其法依而能罰之其為依而能	緩刑及監條 釋放概要。	雖犯人是精神惟行症其充性予 官量為有創礙，認之與有聯得 法考行否受理障確人確行關足時，以減刑。	病之精 理障、意、或重異常； 神障、心、或重異常； 度障、弱、或重異常； 薄障、弱、或重異常； 他障、弱、或重異常； 精障、弱、或重異常； 神障、弱、或重異常； 刑64、67及68 法條事則。	專家鑑定及 報告、性科 罪犯前科。	嚴重障礙當則；確上制分醫醫師面能有師動他構 行免罰並律強處之，具書方倘醫主其機 法查法護定後開證成必則或在行 合護定後開證成必則或在行	有障程無理及除之及所鑑提在則應重該 人神其有心素，人性有或前存否所尊定 事精及與響要程度，正力慮之件，判分認 當無礙度影學其鑑公能疑定條問裁充並



資料來源：本院依行政院110年5月26日院臺法字第1100175363號函、外交部110年2月24日外國會二字第11051500910號函報資料彙整製表。

### (十一)相關論述：

- 1、「直視刑罰與治療的極限-如何務實修正精神障礙犯罪監護處分？」<sup>4</sup>
- 2、「以『復歸社會』取代危險迷思，日本精神障礙觸法者處遇制度如何誕生？」<sup>5</sup>
- 3、「精神病人社區照顧需求探討及評估」<sup>6</sup>

<sup>4</sup> 「近年發生在嘉義的台鐵殺警案、桃園的曾男弑母案，今年分別在一、二審被判無罪，加上連續數年幾起殺人案件在精神鑑定後獲判減刑，違背常民『罪有應得』的素樸正義觀，不滿的集體情緒在社會蔓延。針對該如何處理精神疾病犯罪者的問題，立法院各黨團在這個會期更先後提出10多個版本的修法草案，顯示出回應民意的急迫壓力。因精神狀態無罪或減刑的犯罪者，我國長期以在醫院『監護處分』作為刑罰之外預防犯罪的手段之一。為因應日益高漲的不安情緒與風險意識，政府已研議將最高期限5年向上延伸至無期限，並設立司法精神病院收容高風險患者。……無限期延長是否會成為另一個公辦龍發堂？患者人權與社會安全之間的比例又要如何衡量？……據法務部統計，每年平均有200人，分散在全國35家醫院中執行監護處分，大多是服完刑後（或無罪免刑）執行，也有少數先送進醫院治療才入監服刑。這群長久隱沒在大眾視野的特殊族群，現在正獲得前所未有的關注。」資料來源：報導者，張子午，2020年10月29日，<https://www.twreporter.org/a/criminal-custodial-protection-prolonging-dabate>

<sup>5</sup> 從處遇實務到社會期待，台灣監護處分仍有改善空間；日本精神障礙觸法者處遇制度，20世紀持續半世紀正反論爭；將精神障礙觸法者「導出」刑事司法程序，宣示應視其為「病人」；由日本現行制度可知：確保對於精神障礙觸法者持續性醫療之重要性，不言可喻。為確保醫療持續性，處遇期間中，除提供必要醫療外，也藉由「復歸社會調整官」協調各機關，以確保各相關機關間不會出現聯繫失誤，同時對於被處遇者給予必要協助與指導，及居間協調出院後住居所與得接受門診之醫院，使其能於出院後持續穩定地接受醫療，進而順利復歸社會。從日本經驗，重思台灣監護處分改革可能：我國現今規定於《刑法》中的監護處分不僅有對於「危險性」認定標準不一的問題，也有可能造成一般人陷入「明明有觸法，為何被認定無罪或減刑？」、「判無罪／減刑後的處分，卻還是由司法機關加以執行？」的矛盾中。既然有這些問題，或許應該務實檢討是否仍需要以危險性作為精神障礙觸法者的衡量標準，更進一步的說，是否有維持《刑法》中保安（監護）處分之必要？考察日本制度後，不難發現若精神障礙觸法者得順利藉由國家所提供的妥適治療，而減少再度觸法之可能，對社會（潛在被害人）、政府、精神障礙觸法者三方而言可以說是最好的處遇方式。建構此一制度，國家需為精神障礙觸法者主動提供醫療服務，且該醫療服務應能確保其得以接受持續性及有效性之醫療之體系，前提是需建置足夠的精神科醫療基礎建設與培育相關人才（如復歸社會調整官），此亦為台灣就精神障礙觸法者之制度改革之首要任務。」資料來源：報導者，洪士軒（寰瀛法律事務所律師、日本早稻田大學法學博士），2020/11/23<https://www.twreporter.org/a/japan-indiscriminate-homicide-aftermath-medical-treatment-for-criminal-insanity>

<sup>6</sup> 「落實以復元為導向的社區精神醫療照護：該研究建議未來應該以『復元』為導向的社區精神醫療照護當作整體目標，建議四個行動方向，包括：(1) 提升精神照護主管機關的位階、資源、量能及跨部會的合作；(2) 整合串聯各種多元就學、就醫、就養、就業的精神照護與社會服務；(3) 建置完整、充足、專業的社區個案管理團隊；(4) 營造對精神康復者與

4、「當犯罪者也是病人時，法律是黑衣天使或白衣惡魔？」<sup>7</sup>

5、補社會安全破網 沒有人可以脫隊 呼籲各機關同心合作<sup>8</sup>。

---

家庭的支持與友善的社區環境。」資料來源：國家衛生研究院，109年4月，<https://forum.nhri.edu.tw/book-108-5/>。

<sup>7</sup> 「在監所裡面最影響收容人心情的就是假釋，最擔心害怕的事情就是生病。無論是小自很難痊癒的疥瘡（監所病），大致癌症的發現治療等，能健健康康走出監所，幾乎是每個收容人和家屬最平凡而重要的心願了。人會病、也會老，收容人也是。但是長照不管幾點零，收容人都不符資格。監所收容人是自2013年起才開始納入二代健保，自此才開始每間監所有搭配的健保醫院和固定開設的門診，大幅改善了之前醫療無法走進監所之門的情況。即便如此，歷年來，有關監所收容人醫療問題的個案救濟，始終都是很困難討論的一題。近年來尤其是精神司法愈來愈受重視，人在監所內，受到身心折磨，如何安置己身，我們究竟能做些什麼？當犯罪者也是病人時，法律究竟是披著黑衣的天使，或是穿著無暇白衣的惡魔？」洪士軒律師，文房，2021年9月，資料來源：<https://hi-in.facebook.com/prisonwatch/posts>

<sup>8</sup> 立法院即將審查刑法、刑事訴訟法、法院組織法、保安處分執行法有關精障者犯罪相關處遇措施之條文，希望能夠在兼顧人權的前提下，讓既有的社會安全網能夠更為緊密，使精障者能夠得到必要的治療，也讓社會歸於安定，本會基於維護人權、實現正義的理念，謹給予高度之肯定，並對本次修法，為以下之呼籲：

（一）應在現有法制之下，構築更緊密的社會安全網，不宜輕言打掉重練，造成更多法制危機

盤點現有制度中，已有諸多針對精障者犯罪之規定（如刑法、刑事訴訟法、保安處分執行法等），均為各主管機關參考多國法制及實務運作方式，經立法院審慎審議通過之法律，實施以來，或有不足而待改善之處，但從未有聞違憲之議。近期有論者一改過去見解，援引特定一國之法律，點名我國某些現有規定已屬違憲，應該全盤廢棄云云，但卻未聞詳細之法制比較爬梳，憑空欲創設本國所無而屬「另類羈押」的安置處遇制度，主張安置不算判決確定前的執行，故不違憲。本會作為第一線的司法團體，認為此誠屬危險之舉，且有雙重標準之嫌（其等認判決前監護是執行，判決前安置不是執行）。特此呼籲：立法之目的，在求我國法制之完善，而非求外國法制之繼受或僅借用國外制度之「名詞」而欠缺實質內容（形同借殼上市）。應在現有法制之下，思考如何構築更緊密的社會安全網，並兼顧人權，方屬正辦。

（二）應本於功能最適之觀點，妥適分配各機關的職責，以達事半功倍之效

本會認為，精障者犯罪之防治，牽涉到法院、檢察官、醫療體系等各個領域，沒有人可以置身事外，也沒有人可以推諉卸責，在事權之分配上，更應秉持專業優先、功能最適之原則進行。例如正當法律程序之確保，乃是法院的責任；收治精障者並給予專業治療與評估，則是醫療體系的工作；基於公益代表人之角色，注意人權及負責刑事案件之執行，則是檢察官的職責所在。例如我國刑事訴訟法第457條第1項規定：「執行裁判由為裁判法院對應之檢察署檢察官指揮之」；德國刑事訴訟法第36條第2項第1句規定：「需執行之裁判，應送達檢察官，並由檢察官為必要之進行」，即屬適例，此所謂「裁判」，即包括有罪無罪的判決，以及單獨宣告保安處分的裁定在內。更重要者，法院應堅守正當法律程序，居於中立第三者角色，不宜球員兼裁判，負責指揮執行精障患者之治療，這是普世觀念。故本會特此呼籲，精障者犯罪之處遇，應本於專業優先、功能最適原則進行分工，並建構高度合作之工作模式，以收事半功倍、群策群力之效。

（三）犯罪之精障者在偵查、審判階段的處遇，乃是社會安全網最重要的一環，應該綜合各國法制，謀其周延有效

綜觀世界各國（如英國、美國、德國、日本），對於精障者犯罪於判決確定前之處遇，亦設有各種規定，向以治療為目的。是以本會呼籲，若欲謀求相關制度之完善，應先在我國既有制度的基盤下擴充功能，即速又見效，有不足之處，再汲取執行成效良好國家之經驗，採取

(十二)約詢重點摘要<sup>9</sup>：

- 1、「(調查委員問：司法院要緊急監護，法務部認為暫時安置，那與精神衛生法的有何不同?)法務部政務次長陳明堂答：精神衛生法是衛生福利部的處分，但暫時安置是司法機關所為。」
- 2、「(調查委員問：如果你們真的質疑司法院版本違反無罪推定，那為何不放衛福部?)陳明堂答：精神衛生法主要是醫病為主，也就是病患主動去的；暫時安置是被動，因此強度比精神衛生法來的高。」
- 3、「(調查委員問：如果不看成是刑事案件的話，醫生也要接受吧？我同意需要一個高強度的戒護醫療機構，有沒有辦法跳脫這個架構來思考？回到行政院的角度，如果精神衛生法可以處理，為何要另外再暫時安置？如果是緊急安置，衛福部也來幫一把？而在司法院的部分也願意作司法精神專庭?)司法院刑事廳廳長彭幸鳴答：如果精神衛生法已經作妥善處理，我們也樂見，前端可接受，不用到後端來。但如果精神衛生法不足，被告進入司法程序中，被放在看守所，在此時司法院認為應該給他醫治之途，當成病人，這個階段是要叫作安置或是監護，不管名稱是什麼，實質目的均相同；因為目前保安處分執行法已有明文監護處分司法院係完善其程序，已送到立法院審議。衛福部心理及口腔健康司長譚立中答：精神衛生法有強制住院的規定，各國都有，但CRPD

---

其中能適應於我國採改良式當事人進行原則之作法，逐步調整，並非打掉重練而謂僅能以某一國制度之名詞為師，而行實質隔離之目的，唯有全面觀察、謹慎思考，以治療為本，才能讓社會安全網真正發揮功效，也真正讓精障患者獲得最有效的監護治療。

<sup>9</sup> 110年8月23日約詢行政院及司法院紀錄。

是不允的，因此目前正在修法中，精神衛生法要處理的是虞犯，也就是高風險的情況，送進去的目的是為了治療，因此期間很短，大約是2個月，因此這個與緊急監護不同的，這不是精神衛生法要規範的，精神衛生法主要還是尊重病人是否就醫。除了時間、暴力性也要考量，會到法院的案件大部分是暴力性很大的。如果是在醫院的話羈押禁見等措施無法施行。我想病犯給予醫療是普世價值。羅秉成政委：會銜過程增加的條文，行政院對於制度本身並沒有反對，只是有幾個條文，就301條之1，其他大體上只是用字差異，法務部建議採取德國法制，如果要採此制度，要創設新的制度且與精神衛生法的強制住院不同。當時因為時間的考量，但立法院已經有提出德國法的版本，因此不堅持。兩套制度各有利弊，端看立院討論。」

- 4、「(調查委員問：保安處分除了監護處分外，法規定『其他適當場所』，我們在看的時候有一個例子，應該不是精神障礙者，但縣內也沒有收治機構，那除了精神病院外的安置處所？)林萬億政委答：智能障礙者成為受害者比起加害者來的高，肯納症情緒困擾比較容易成為加害者，實務上，精神障礙與發展遲緩等是不同的對待的，如果讓身心障礙者進入精神病院，這是對他們不適宜的。」

(十三)綜上論述，行政院2025年衛生福利健康白皮書明確揭示：「深化精神照護防治」為未來政府主要課題。現行矯正機關及衛生福利機關對於重大疾病收容人之處遇未盡周妥，洵未落實依羈押法第44條及精神衛生法第30條及第41條等規定，對於前開重大

疾病收容人之預防、治療及病人權益保障等，研議具體完善醫療及照顧安全機制(諸如我國矯正機關收容人相關精神醫療之設備資源與服務量能、精神鑑定及心理衡鑑機制、嚴重精神病犯醫療時機、與相關專業人力等軟硬體之補充，亦有司法精神法律制度之檢討與修正、成立司法精神專庭、設立司法精神專責病院收容高風險患者、仿效先進國家完善監護機制、落實以治療、復元為導向的社區精神醫療照護、合理調整……等議題)，影響渠等醫療權益，與首揭相關規定意旨有悖，復以矯正機關、衛生福利機關對重大疾病收容人治療及處遇各有其見解及作法，對收容人復歸社會之時效容有遲滯而未盡妥適，核有怠失。行政院於接受本院詢問時亦坦認有關法務部與衛福部之資源合作、分工，自當由該院協調整合與督導外，該院亦當致力與司法院展開跨院際之協力，共同健全我國司法精神之法律制度，有本院詢問紀錄在卷可稽。行政院身為國家最高行政機關，允應本於權責(憲法第53條及第58條參照)督(協)同相關主管機關儘速會同研議，綜合各國法制，謀其周延有效，妥適分配各機關的職責，在現有法制之下，建構是類收容人更緊密之醫療處遇完善社會安全網，用以維護憲法保障國民之健康人權並兼顧社會安全。

二、本院調查發現，嚴重精神病犯之鑑定期間通常僅1日，洵礙難發現真實，凸顯現行被告「留置鑑定」相關規範密度不足，影響當事人訴訟權益及司法人員正確適用法律審判實務至鉅，容有研謀策進之必要，以維護嚴重精神健康人權及司法正義：

(一)「留置鑑定」規定：

刑事訴訟法第203條規定：「審判長、受命法官

或檢察官於必要時，得使鑑定人於法院外為鑑定。前項情形，得將關於鑑定之物，交付鑑定人。因鑑定被告心神或身體之必要，得預定7日以下之期間，將被告送入醫院或其他適當之處所。」；同法第203-1條規定：「前條第三項情形，應用鑑定留置票。」另法務部所訂之檢察機關辦理刑事訴訟案件應行注意事項第66點、第79點至第81點就「傳聞證據排除之適用範圍」、「鑑定留置之聲請」、「審酌提出鑑定留置聲請」及「鑑定留置期間之戒護」之應注意事項亦有規範。

- (二)有關「現行被告『留置鑑定』相關規定；權責機關執行留置鑑定相關配套規定（鑑定留置票使用，留置期間之限制、縮短及延長，鑑定留置之執行、處所變更及留置期間視為羈押日數等）之現況、闕漏及窒礙情形；策進作為」等議題，查據司法院復稱<sup>10</sup>：

關於法院刑事案件審判中被告進行精神鑑定之平均日數等資料部分，因事涉具體個案，該院無相關資料提供。

- (三)有關「現行『留置鑑定』實務、闕漏、窒礙及策進作為」等議題，查據法務部復稱<sup>11</sup>：

1、目前實務一般係由司法警察帶同經羈押之被告前往醫院精神科門診，請精神科醫師對被告實施精神鑑定（時間均不超過1天），少有將被告送入醫院留置之情況。

2、所遇闕漏及窒礙難行之處彙整如下：

(1)精神鑑定專家名單之資訊欠缺，以致檢察官於

<sup>10</sup> 司法院110年7月22日院台廳刑一字第1100019731號函。

<sup>11</sup> 法務部110年8月3日法檢字第11000123510號函。

偵查中無法即時選任精神專家。

(2) 刑事訴訟法就精神鑑定(含鑑定留置)僅有原則性規定，對精神鑑定細節性事項欠缺規範指引，不利檢察官實務操作。

(3) 檢察機關就精神鑑定費用預算編列之妥適性與充足性，尚有精進空間。

3、策進作為部分：為強化偵查中司法精神鑑定之功能及提升司法精神鑑定品質，使檢察官於偵查中對於被告行為有無責任能力(刑法第19條第1項、第2項)一節，詳為調查認定，以即時對因精神障礙或其他心智缺陷以致責任能力欠缺或顯著減低之被告，給予適當之處遇，並排除其對公共安全之危害性，經該部邀集司法院、衛生福利部及台灣司法精神醫學會等共同研議前述議題後，該部已擬具「偵查中司法精神鑑定機制精進方案」草案，並於110年2月24日報請行政院審查。

4、檢察機關105年至110年6月偵查中被告進行精神鑑定之案件類型及平均件數統計表如下表，至於所詢平均日數、時間等，因無此項統計，故未能提供。

表2 檢察機關105年至110年6月偵查中被告進行精神鑑定之案件類型及平均件數統計表：

案件類型(案由)	105年	106年	107年	108年	109年	110年	總計
公共危險		4	1		1	1	7
利用權勢猥褻					1		1
妨害公務等				1			1
妨害性自主	5	18	29	19	28	11	110
妨害婚姻				1			1
兒少性剝削				1			1
性侵害防治法				1			1

案件類型(案由)	105年	106年	107年	108年	109年	110年	總計
乘機性交						1	1
恐嚇取財得利					1	1	2
強制性交				1			1
強制猥褻					1		1
強盜		1					1
詐欺			1	1			2
搶奪等		2					2
毀損	1						1
監護處分	1						1
遺棄						1	1
聲請監護宣告	1		4	1	2		8
竊盜	3	3	2	1	4		13
殺人等(含未遂)					7	3	10
傷害(含重傷)	1				4		5
過失傷害					1		1
總計	12	28	37	27	50	18	172

監察院製表；資料來源：法務部

#### (四)相關論述：

- 1、「論鑑定留置制度<sup>12</sup>」。
- 2、「鑑定留置制度之研究<sup>13</sup>」。

<sup>12</sup> 「本文以鑑定留置的新法為研究主題，並參考德國鑑定留置制度，**結論認為我國新法規範密度不足**，並進而提出新法實施後可能發生的實務問題與解決方向，認為：1. 鑑定留置之運用範圍，除一般偵查中、審判中的刑事程序外，亦包含保安程序。2. 鑑定被告心神或身體皆屬鑑定留置之合法目的，證據主題兼及：責任能力、公眾危險性、就審能力、性犯罪者有無強制治療之必要、因心神疾病所致的反覆犯罪之虞(預防性羈押)。3. 重大犯罪嫌疑門檻及比例原則之要求，解釋上屬實質要件。4. 鑑定留置雖得重複或延長，但不可超過兩個月又七天的總天數的限制。此外，鑑定留置，審判中訴訟關係人之聲請依據、參與權利及審查基準，應以一般調查原則為斷，並據此連結上訴救濟。法院應善用指定辯護規定。5. 未得被告同意者，鑑定留置期間不得施以身體檢查處分、主動配合義務或治療措施。6. 鑑定留置裁定或處分確定前，宜先停止執行。7. 最高法院對心神鑑定必要性之裁判搖擺不定，應先統一見解。」，「論鑑定留置制度」，林鈺雄，月旦法學雜誌，200410(113期)，元照出版公司，頁51-65，資料來源：<http://lawdata.com.tw/tw/detail.aspx?no=3697>。

<sup>13</sup> 「摘要：民國九十二年九月一日起實施的我國刑事訴訟法證據章草案，增訂被告留置鑑定之相關規定(修正條文第二百零三條、第二百零三條之一、第二百零三條之二、第二百零三條之三、第二百零三條之四)。立法理由說明提到，為發見真實或正確適用法律，實務上時有將被告送鑑定之必要，惟如將被告送入醫院或其他適當處所鑑定，影響人身自由，自應依令狀執行，以保障其人權，爰明定鑑定留置應用鑑定留置票，並規定留置期間之限制、縮短及延長，鑑定留置之執行、處所變更及留置期間視為羈押日數等相關配套規定。鑑定留置制度亦見於其他立法例。以德國法為例，其刑事訴訟法早有明文的要件及程序規定(§81 StPO)：為了鑑定被告心神狀態之必要，法院得於聽取鑑定人及辯護人之意見後，命被告入公立精神醫院受鑑定觀察。前言：鑑定留置，指為鑑定被告心神或身體狀態而將被告送入醫

### 3、「鑑定制度之改革<sup>14</sup>」。

(五)約詢重點摘要：「(調查委員問：若以精神犯殺家人，檢察官起訴，法官這時審酌第19條發覺他是思覺失調不罰，這時精神衛生法不介入嗎？假設剛才的例子是1天內完成，請問這時制度要怎麼設計？)衛福部謹立中司長答：剛才委員所說的正是我們要推動

院或其他適當處所之處分，關此，我國刑事訴訟法（下稱刑事訴訟法）原有簡略的規範：「因鑑定被告心神或身體之必要，得預定期間，將被告送入醫院或其他適當之處所。」（舊法第二〇三條第三項），但關於進一步的實體要件及程序踐行，完全付之闕如，……。儘管良法美意，但**整體而言，立法規範密度卻仍嚴重不足，……**。五、結論與建議：**我國新法規範密度不足**，依照本計畫所提出、歸納的新法實施後**可能發生的實務問題與解決方向**，如下：1、就運用範圍言：除一般刑事程序（含偵查中、審判中）外，在保安程序，即檢察官聲請法院對因心神喪失而受不起訴者宣告保安處分之程序（刑事訴訟法第四八一條第二項），仍有適用鑑定留置之餘地。再審有無理由之審查階段（刑事訴訟法第四三四條第一項），亦同。2、就目的限制與證據主題言：鑑定被告心神或身體皆屬鑑定留置之合法目的，前者涵蓋的證據主題兼及責任能力、公眾危險性、就審能力；而「性犯罪者有無強制治療之必要」（刑法第九十一條之一）、「因心神疾病所致的反覆犯罪之虞」（刑事訴訟法第一〇一條之一）的預防性羈押事由，亦屬鑑定留置的證據主題。3、就其他實質要件言：重大犯罪嫌疑門檻及比例原則之要求，解釋上仍應遵守。4、就形式要件言：鑑定留置雖不禁止重複或延長實施，但無論如何不可超過兩個月又七天的總天數的限制（刑事訴訟法第二〇三條第三項、第二〇三條之三第一項）。此外，鑑定留置得依職權或依聲請而發動，審判中訴訟關係人之聲請依據、參與權利及審查基準，應以一般調查原則為斷，並據此連結上訴救濟（刑事訴訟法第一六三條第一項、第一六三條之二、第三七九條第十款）。再者，法院應善用指定辯護（刑事訴訟法第三十一條第一項），以充實被告之聽審及防禦權。5、就執行措施言：基於鑑定留置之授權範圍，若有進一步施以身體檢查處分之必要者，應先得被告之同意，或依照特別的授權規定（刑事訴訟法第二〇四條第一項、第二〇五條之一參照），且被告基於不自證己罪原則並無主動配合之義務，亦毋庸於此階段接受治療措施。6、就救濟途徑言：鑑定留置雖得（準）抗告救濟，但立法漏未規範停止執行問題，實務宜善用裁定停止之條款以資調節（刑事訴訟法第四〇九條第一項但書、第二項）。7、就前提問題言：有鑑定必要始有鑑定留置之必要，然最高法院對心神鑑定之裁判搖擺不定，似應先統一見解。」，「鑑定留置制度之研究」，林鈺雄，國立臺灣大學法律學系暨研究所，2004，資料來源：

<https://scholars.lib.ntu.edu.tw/handle/123456789/126165>。

<sup>14</sup> 「鑑定制度的改革」為二三刑訴修法的重點之一，本文處理的脈絡從鑑定證據現在所面臨的困境：在實務操作上所存在的疑慮，以及鑑定意見對於法院並不具有拘束力，說明鑑定制度修法變革的原因。縱觀本次鑑定制度的修法，明確將鑑定留置定位為基本權干預的型態，對其發動作較為詳盡的規範，並劃入法官保留範圍；對其它相關的檢查身體處分（實際上亦具有基本權干預面向）亦給予破碎但至少存在的法律授權規定；並增加對實際鑑定人課予報告義務、當事人在場權保障等規定。此次修法，對當事人權益保障、明確區分不同鑑定處分之種類及要件、令狀原則的遵守等值得肯定；但「**鑑定留置**」的用語、**鑑定處分與其他強制處分概念上的混淆、破碎授權的檢查身體處分與法官保留原則的背離、要件規定的過度簡略等，實有未盡理想之憾**。張麗卿教授認為此處應該稱為「留置鑑定」，而非鑑定留置，稱「鑑定留置」，應該是指，鑑定是一種手段，留置是目的。「鑑定制度之改革」，張麗卿，月旦法學雜誌，200306（97期），元照出版公司，資料來源：

<http://lawdata.com.tw/tw/detail.aspx?no=3460>。

的，現在社安網1.0、2.0就是朝向分級、分流，還有迴轉機制，而且是採取漸近式的，中間會有過渡階段，由評估小組來設立。林萬億政委答：現在要改革，我們希望更細緻的設計，希望把制度建立起來。」

- (六)按留置鑑定係審判長、受命法官或檢察官因鑑定被告心神或身體之必要，依據刑事訴訟法第203條第3項之規定，預定7日以下之期間，將被告送入醫院或其他適當之處所予以留置實施鑑定之強制處分，旨在發現真實；次按鑑定人為向檢察官或法官提出貼近真實之鑑定結果與經過，通常需要一定的準備與實施時間，方能提出詳實周全鑑定結果，提升鑑定報告之證明力，進而對偵審產生關鍵性之影響。惟經本院調查發現，嚴重精神病犯之鑑定期間通常僅1日，洵礙難發現真實，另實務執行所遇闕漏及窒礙，均凸顯相關規範密度不足，影響當事人訴訟權益及司法人員正確適用法律審判實務至鉅，容有研謀策進之必要，以維護嚴重精神健康人權及司法正義。

三、現行精神衛生法第41、42條「緊急安置」的規定和刑法第89條的監護處分，如違反當事人意願，皆違反CRPD第14條和聯合國身心障礙者權利委員會於2015年發布之《身心障礙者的人身安全與自由準則》的規定。在尚未建立精神障礙觸法者的合理調整處遇原則之前，對於精神障礙收容人的強制處分，須符合法律保留與比例原則，審酌發動門檻標準，謹慎研酌處分的必要性及正當性，以維護障礙者的權益：

- (一)精神衛生法第41條規定：「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療

機構辦理住院。前項嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，直轄市、縣（市）主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定。……。緊急安置、申請強制住院之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」同法第42條規定：「緊急安置期間，不得逾五日，並應注意嚴重病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自緊急安置之日起二日內完成。經鑑定無強制住院必要或未於前開五日期間內取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。強制住院期間，不得逾六十日。但經二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣（市）主管機關。強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或保護人對於法院裁定有不服者，得於裁定送達後十日內提起抗告，對於抗告法院之裁定不得再抗告。聲請及抗告期間，對嚴重病人得繼續緊急安置或強制住院。前項之聲請及抗告期間，法院認有保障嚴重病人利益之必要時，得依聲請以裁定先為一定之緊急處置。對於緊急處置之裁定不得聲明不服。經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制治療、緊急安置進行個案監督及查核；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施，並得基於嚴重病人最佳利益

之考量，準用第三項規定，向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。」衛福部爰依精神衛生法第41條第4項規定，訂定「精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法」，該辦法對緊急安置之處置程序、方式等均定有明文。

(二)現行被告「緊急安置」之相關規定；權責機關執行之現況、闕漏及窒礙情形；策進作為：

1、查據法務部復稱：

現行刑事訴訟法並無對被告「緊急安置」之規定，而依精神衛生法第41條及第42條，則有「緊急安置」之規定，即嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，直轄市、縣(市)主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定。惟該法主管機關為衛生福利部，此非該部職掌。

2、精神衛生法修正草案有關強制住院審查、知情同意及強制住院、延長強制住院及強制社區治療改由法院審查及裁定之相關規定已於108年5月31日函送行政院審查<sup>15</sup>。

(三)相關論述：「『強制住院』的定義與操作困境<sup>16</sup>」。

<sup>15</sup> 參見：衛生福利部社會及家庭署，108年7月至12月CRPD初次國家報告國際審查會議結論性意見管考進度表辦理情形，

[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=D&bulletinId=1182](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=1182)。

<sup>16</sup> 精神衛生法中的緊急安置與強制鑑定

依照精神衛生法的規定，當嚴重病人有傷害他人或自己或有傷害之虞時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要後，若病人仍拒絕住院治療，便得經主管機關予以緊急安置並進行強制鑑定；若鑑定結果仍需要全日治療時，便得向審查會申請許可將病人強制住院。從法條的文字中可以發現強制住院需要經過層層關卡，然而這些看似模糊難以判斷的要件在操作上卻又會遇到重重的問題。

須經專業人士組成審查會加以審查

首先「嚴重病人」並非由外界憑藉主觀的認定或是罹患疾病的病名而定，必須是經過專科醫師診斷認定病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為造成不能處理自己事務才符合這個定義。另外，單單是嚴重病人並不足以構成強制住院的前提要件，仍必須同時符合傷害他人或是自傷的可能性，例如：若具有自傷傷人的可能性是因為喝酒或服用藥物所導致，便不具備前面所說明「嚴重病人」因素，因為他並非經過專科醫師診斷具有特定脫節的思想或行

(四) 諮詢會議關此重點摘要：(詳如附表六)。

1、「緊急監護修正草案，如果在符合法律保留原則與比例原則的前提下，無違憲的疑慮<sup>17</sup>」。

為，所以不符合強制住院的要件；又或者，僅是為嚴重病人，但沒有可能傷害他人或自傷的證據，也是不符合強制住院的要件。同時，制度設計為了避免僅是專科醫師單方的判斷就能限制病人的行動自由，因此前面提到的要件必須再經過由專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、法律專家及其他相關專業人士組成的審查會加以審查，透過不同的面向評估強制住院必要與否。

#### 審查操作的複雜性

以上說明看似清楚明確，但實際上審查操作卻是十分困難，畢竟案件的背後並不僅是案主病人本身，也同時參雜了家庭家屬的請求、財富資源多寡、輿論、社會的期待，因此權衡的基準便有可能隨者案件而變化，當案主與案主人家的意向有所衝突時，應如何看待？而且，雖然病人當下沒有明顯傷害他人的行為，但因為家中有年幼的嬰兒，若發生有傷害的行為可能會引發難以回覆的後果，當發生這些狀況時，是否要放寬自傷傷人之虞的認定？當社會輿論傾向強制住院時，要件認定是否也會隨時調整，皆是審查實務上的難題。必須要強調的是，強制住院類似強制隔離而受限於醫院中，已經達到類似刑罰拘禁的效果對於病患權益可謂造成莫大傷害，更應謹慎拿捏。讀者不妨思考片刻，當面臨是否要限制病人的行動自由抉擇時，外在過多的不確定性因素或是情緒壓力參雜是否適當？若您身為審查委員時又會因會哪些因素被影響呢？

#### 社會輿論與身心障礙保護的拉扯

污名、副作用、住院環境、禁止探視等原因就如同胎記一樣烙在身心障礙者的身體上，為了避免被看見，被異樣眼光看待，只能不斷的抗拒、隱藏、拒絕治療，以上便是當前社會真實上演的景象。尤其當重大矚目案件甫發生的時日裡，民眾對於身心障礙者的恐懼更顯加劇，逆耳的激進言論亦是層出不窮，營造出「恨不得將這些人全部關起來」的不健康情境。社會輿論與身心障礙保護的拉扯應該如何化解即是近年來亟力需解決的問題。2017年國際審查委員會(International Review Committee, IRC)結論性意見中建議我國應禁止以身心障礙為由進行非自願的安置，並設置相關的保障機制，我國亦回應將由法院審查作為目標，並將相關病人權利納入精神醫療機構之評鑑指標。直至2020的今日，雖有見相關的法案已函送行政院審查，但迄今仍上未見較顯著的改革成效。在強制住院改革的這條路上應如何前進以及如何改善大眾對於身心障礙者的偏見，我認為是我們應該繼續關切的議題並努力的方向，也唯有化解偏見與對立才能使社會更加健全成熟。「『強制住院』的定義與操作困境」，杜韋摯，財團法人法律扶助基金會，最後審閱時間：110年8月4日，資料來源：

<https://www.laf.org.tw/index.php?action=LAFBaoBao-detail&tag=233&id=250>

<sup>17</sup>「回應：1.符合法律保留原則與比例原則的前提下，無違憲的疑慮；2.用語上，採用「暫時安置處分」較為妥適。現行草案，建議仍有以下三方向調整：一、基於正當法律程序，審酌發動門檻的標準：德國刑事訴訟法第126a條規定：1.以精神病犯有「未來危險性」之「重大理由」為要件；2.法院尚需深入判斷，被告「未來」是否真的有可能受監護處分宣告。此項作法值得我國未來參考。二、法院審酌處分的適法性與必要性之具體認定：德國法院審查的要件，依序認定是否為「重大理由」：1.被告在無責任能力或減輕責任能力下，實施違法行為；2.被告「未來」必然在判決確定後，受到德國刑法第63、64條規定處以保安監禁，安置於精神病院或戒癮處所；3.被告對於公共安全可能帶來危害。重大理由的依據，僅須足夠證據支撐即可，無需鑑定釐清，我國法院未來審查過程，是否需專家提供意見，應審慎考量。三、司法院草案與其他相關法律的調和：檢討保安處分執行法第4條第2項是否落實正當法律程序？保安處分執行法第4條第2項：「法院對於應付監護、禁戒、強制治療之人，認為有緊急必要時，得於判決前，先以裁定宣告保安處分。」該等保安處分嚴重干預人身自由，允許法院判決確定前就以裁定為之，是否落實正當法律程序？是否予受處分人陳述意見機會（聽審權）？而非只是給予事前適當時間的答辯準備 (§121-2III)」高雄大學特聘教授張麗卿，監察院國家人權委員會「精神障礙觸法者處遇制度」座談會，2021/07/09

2、「草案中緊急監護處分期間(一年、六個月)更遠長於精衛法強住、羈押之被告，縱有評估機制，在判決前施以緊急監護處分，實有違憲之疑義<sup>18</sup>」。

(五)2017年國際審查委員會(International Review Committee, IRC)結論性意見中建議我國應禁止以身心障礙為由進行非自願的安置，並設置相關的保障機制<sup>19</sup>。

(六)約詢重點摘要：「調查委員問：我們也有訪問到監護處分結束後又回鍋的人，或是完全沒有病識感的人，或是反社會人格，這些人評估大概都不會過，那些這人要放在那裡？」林萬億政委答：社會擔心5年後不再犯或不復發，在治療成效方面、社會風險的評估、疾病復發，只要不復發再犯就會少了，因

---

<sup>18</sup> 「**再次重申**：政府以身障者的身心狀況為要件，施以監護處分，並違反身障者意願，予以強制治療，已違反身權公約。以被告(人犯)有心智障礙為由，於判決前施以緊急監護處分，更有違憲疑義。**小結：草案以被告「足認有精神障礙或其他心智缺陷」作為施以緊急監護要件**，違反身權公約第2條、第12條、第14條及前開14條準則與障礙者近用司法之國際原則與指引，**構成對於身心障礙者的歧視**。保安處分與刑罰不同，但實際上受保安處分之心智障礙者，受到的行動限制與受刑人並無太大差異。甚至相較監所被告、受刑人更不利益(受刑人定期放封，參與志願作業)；草案中緊急監護處分期間(一年、六個月)更遠長於、精衛法強住、羈押之被告，縱有評估機制，**在判決前施以緊急監護處分，實有違憲之疑義**。」法扶基金會執行長周漢威律師，監察院國家人權委員會「精神障礙觸法者處遇制度」座談會，2021/07/09

<sup>19</sup> 國際審查委員會(IRC)2017年11月3日就中華民國(台灣)施行身心障礙者權利公約(CRPD)初次國家報告結論性意見：(107年2月12日行政院身心障礙者權益推動小組第2屆第3次會議通過；108年1月8日行政院身心障礙者權益推動小組第2屆第5次會議修正通過)

人身自由與安全(第14條)

42. 國際審查委員會對下列方面表示關切：

- a) **精神衛生法的內容與適用，特別是強制安置及治療制度，已侵害身心障礙者之人權**。現行精神衛生法容許將身心障礙者強制安置於醫院、機構及社區，**且所提供的程序保障亦不足**，使身心障礙者無法要求針對此類處置實施行政審查。以及
- b) 基於身心障礙者具可預見之危險，有照護、治療或安置需求而剝奪其自由。

43. 國際審查委員會建議：

- a) **國家修訂相關法規及政策，包括精神衛生法，禁止以身心障礙為由進行非自願安置，並設置程序保障機制**，包括立即法律協助及自願知情同意規定。以及
- b) 國家依 CRPD 第 3(a)條之原則，**保障個人選擇自由**，並禁止基於實際或潛在障礙剝奪人身自由。

此要區分不同的類型，不同的療程、不同的支持系統。」；「(調查委員問：那以後類案是不是就集中在剛才說的司法精神醫院(病房)地點?)法務部政務次長陳明堂答：重度的才是，中、輕度的則否，不是全部。」；「(調查委員問：那要全部集中還是分散?)林萬億政委答：我們是分區，不會都在北部。太少對醫院來說成本太高，太多會像分院。以凱旋醫院原本就是30幾位。有些需要高戒護的會移到司法精神病院。」

(七)經核，精神衛生法「緊急安置」制度設計，旨在避免僅由專科醫師單方之判斷即可限制病人行動自由。惟查現行強制住院類似強制隔離而受限於醫院中，已達類似刑罰拘禁效果，對於病患權益洵造成莫大傷害，2017年國際審查委員會(International Review Committee, IRC)結論性意見亦作相同認定：「精神衛生法的內容與適用，特別是強制安置及治療制度，已侵害身心障礙者之人權」，並建議「國家修訂相關法規及政策，包括精神衛生法，禁止以身心障礙為由進行非自願安置，並設置程序保障機制」。據上，政府相關主管機關(構)自應謹慎以對，妥適處置，避免違憲之疑義，以維護嚴重精神病犯之權益。

四、政府主管機關允宜針對刑事程序中出現嚴重精神症狀的被告請求停止審判的權利，予以合理調整(研議修法、停止審判、先治療再審判……等)，方能促進被告行使防禦權、辯護權等憲法授予的程序保障，進而符合憲法賦予人民之訴訟權及CRPD合理調整規定；另現行偵查程序之始，尚無對疑似罹患精神疾病之犯罪嫌疑人實施篩檢或評估等流程，使處於精神疾病急性發作期之病犯難以獲致續行醫療等處遇，惟法務部認為「先

治療再偵審」不利相關事證蒐集的見解，恐有違被告訴訟權的行使：

(一)憲法第16條規定人民有訴訟權，旨在確保人民有受公平審判之權利，依正當法律程序之要求，刑事被告應享有充分之防禦權，包括選任信賴之辯護人，與辯護人有自由溝通權利，享受公平審判之保障，使能發揮防禦權的功能<sup>20</sup>，另查據有關規定，現行偵查程序之始，尚無對疑似罹患精神疾病之犯罪嫌疑人實施篩檢或評估等流程：

1、刑事訴訟法第27條第3項規定，被告或犯罪嫌疑人因精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應通知前項之人得為被告或犯罪嫌疑人選任辯護人。但不能通知者，不在此限。同法第31條第1項規定，有下列情形之一，於審判中未經選任辯護人者，審判長應指定公設辯護人或律師為被告辯護：……三、被告因精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者。

2、刑事訴訟法第294條規定：「被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判。被告因疾病不能到庭者，應於其能到庭以前停止審判。」

(二)CRPD(「身心障礙者權利公約」(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD))「合理調整」規定：

依照CRPD第2條第4項之定義，合理調整是指「根據具體需要，於不造成過度或不當負擔之情況下，進行必要及適當之修改與調整，以確保身心障礙者在與其他人平等基礎上享有或行使所有人權及基本自由」，而同條第3項有關「基於身心障礙之歧視」

---

<sup>20</sup> 憲法第16條規定：「人民有請願、訴願及訴訟之權。」

之定義後段明文：「基於身心障礙之歧視包括所有形式之歧視，包括拒絕提供合理調整」。

(三)「停止審判」執行現況<sup>21</sup>：

1、有關「現行被告『停止審判』相關規定？『停止審判』之標準？是否周妥？權責機關執行『停止審判』相關配套規定之現況、闕漏及窒礙情形各為何？具體策進作為」部分：

(1) 刑事訴訟審判程序如遇有下列情形，法院應或得以裁定停止其進行，法官並依個案具體情狀，本於法律確信，決定停止審判與否：

〈1〉法官被聲請迴避(急速處分或以法官有自行迴避以外之事由，認其執行職務有偏頗之虞之理由聲請者除外)(刑事訴訟法第22條參照)。

〈2〉被告心神喪失或因疾病不能到庭(刑事訴訟法第294條參照)。

〈3〉犯罪是否成立以他罪為斷；或被告犯有其他重罪，本罪科刑於應執行刑無重大關係；或犯罪是否成立、刑罰應否免除，以民事法律關係為斷(刑事訴訟法第295條至297條及第333條參照)。

(2) 惟刑事案件停止審判後，將使起訴之犯罪事實是否成立，處於未定狀態，亦可能使追訴權罹於時效，攸關國家刑罰權之行使，法院允於相當期間調查該原因是否消滅。如停止原因已消滅，即應續行審理，否則坐由追訴權時效進行，自非所宜。是以，相關督導措施如下：

〈1〉依「各級法院辦案期限實施要點」第2點規

---

<sup>21</sup> 司法院110年7月22日院台廳刑一字第1100019731號函。

定，刑事通常程序案件之第一審辦案期限為1年4個月、第二審為2年，案件如有3個月未進行，法院將發書面促請承辦股儘速進行。如案件因依刑事訴訟法或其他法律規定停止審判程序者，承辦法官得敘明理由報請法院院長核可後，視為不遲延案件，並由法院列管，隨時注意不遲延之原因是否消滅，如已消滅應即依法進行(該要點第14點、第18點參照)。至於被告心神喪失、因疾病不能到庭，經依刑事訴訟法第294條第1項、第2項規定停止審判之案件，如非短期間得以回復，承審法官得於簽准視為不遲延案件屆滿一年後，改分「他調」案件列管，並應持續每半年至少調查一次其原因已否消滅(「民刑事件編號計數分案報結實施要點」第85點規定參照)，以兼顧國家刑罰權之實現及被告權益之保障。

〈2〉該院並定期派員視察督導各法院之刑事遲延、視為不遲延及「他調」字別案件，於必要時，並辦理專案視導，以督促案件妥速審結。

2、有關「地方法院、高等法院105年至110年6月依刑事訴訟法第294條第1項、第2項裁定停止審判案件數」：

表3 地方法院、高等法院105年至110年6月依刑事訴訟法第294條第1項、第2項裁定停止審判案件數統計一覽表

年度	刑事訴訟法第294條第1項		刑事訴訟法第294條第2項		合計	
	地方法院	高等法院	地方法院	高等法院	地方法院	高等法院
105年	16	0	70	10	86	10

年度	刑事訴訟法 第294條第1項		刑事訴訟法 第294條第2項		合計	
	地方法院	高等法院	地方法院	高等法院	地方法院	高等法院
106年	19	1	84	6	103	7
107年	10	1	64	3	74	4
108年	17	1	81	3	98	4
109年	17	1	97	6	114	7
110年 1-6月	7	0	33	6	40	6
合計	86	4	429	34	515	38

監察院製表；資料來源：司法院法學資料檢索系統

(四)有關「先治療再偵審」部分，法務部之見解，不利相關事證蒐集的見解，恐有違被告訴訟權的行使：

- 1、法務部復稱，依刑事訴訟法第294條第1項、第2項規定「被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判」、「被告因疾病不能到庭者，應於其能到庭以前停止審判」，準此，若被告有前述情形，審判應先予停止，而現行實務一般均為治療與偵審併行，若被告於收容中，亦有醫療人員對被告為相關之診治與照護，倘「先治療再偵審」係指先治癒被告後始進行偵審，恐與現行法制有違，且若先行停止偵審，亦不利於相關事證之蒐集，對被害人可能不公平，容有斟酌餘地。
- 2、惟相關研究及論述指出，我國刑事法院抱殘守缺、死守落伍判例見解的怠惰心態，使精神病犯無法獲得適當的精神醫療照護，導致其精神分裂症病情日益惡化，刑事訴訟第294條的立法意旨中，已明示其目的在於確保被告可「依其自由意思」行使防禦權，倘法院判斷被告沒有就審能力，應依刑事訴訟法第294條第1項或第2項之規定停止審判程序；而法務部表示：「先治癒被告後始進行偵審，恐與現行法制有違，且若先行停止偵審，亦不利於相關事證之蒐集」等見解，恐有違被告

## 訴訟權的行使：

### (1) 翁國彥律師於「刑事程序中精神障礙被告請求停止審判的權利<sup>22</sup>」一文之重點摘要：

<sup>22</sup> C為具有碩士學歷的大學講師，遭檢察官指控因不滿隔鄰的洗衣店長期於夜間發出洗滌衣物的聲響，擾亂睡眠，乃利用夜間以自製的汽油彈丟擲於洗衣店門口，導致屋主一家四死一重傷，檢察官遂以殺人罪、放火罪起訴並向法院求處死刑。但C罹患精神分裂症長達十餘年，始終未持續接受精神醫學治療；被逮捕後又因一直羈押於看守所內，無法獲得適當的精神醫療照護，導致其精神分裂症病情日益惡化(包括聽幻覺、被害妄想、被監控妄想等)，除了開庭時一再主張遭國安局長期監控、羅織入獄，並在法庭中咆哮、以三字經等粗話辱罵法官及檢察官。不過，儘管公設辯護人及C母親委任的辯護人，一再主張C已達到刑事訴訟法第294條規定的心神喪失程度，但法院仍以C審判時能陳述法律見解、具狀表示意見並詰問證人，尚未達到「對外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用而無自由決定意思之能力」的心神喪失程度為理由，繼續審理。最後法院並以C行為時已達精神耗弱為由，判處無期徒刑。

這是個真實發生、現在並仍在審理而尚未終結的刑事案例。但法院的處理方式，反映的不僅是刑事訴訟法第294條規範內涵的老舊落後，也突顯對於精神障礙被告的案件是否已達停止審判的程度，我國刑事法院抱殘守缺、死守落伍判例見解的怠惰心態。

刑法第19條在2005年修正前，對於行為人責任能力的判斷，採取「心神喪失人之行為—不罰；精神耗弱人之行為—得減輕其刑」的區分模式。至於個別概念的具體判斷標準，司法實務上普遍認為心神喪失指：「如行為時之精神，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力」；精神耗弱則指：「前述能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退」。以上區分方式，源自於超過半世紀前的最高法院26年度渝上字第273號刑事判例，至今仍反覆出現在涉及心智障礙者的刑事判決理由中，成為鮮少受到質疑的固定公式。

不過，何謂「心神喪失」或「精神耗弱」，本已十分模糊、不易在實際案例中區分判斷；再加上心神喪失、精神耗弱都不是精神醫學的專有名詞，當刑事法院普遍仰賴醫學專家的鑑定意見製作裁判時，如何讓醫學專家了解心神喪失、精神耗弱等抽象法律概念，或如何讓精神鑑定報告結果轉化、分別套入「心神喪失」、「精神耗弱」的概念區辨，就成為實務上的一大難題。因此，刑法第19條在2005年進行全盤修正，參考國外立法例與刑法理論，改為生理學及心理學的混合立法，亦即心智障礙者在行為時因精神障礙或其他心智缺陷，「致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者—不罰；致其辨識行為違法或依其辨識而為行為之能力顯著減低者—得減輕其刑」的區分模式。

令人感到遺憾的是，刑法雖已在2005年修正時拋棄「心神喪失」的傳統責任能力概念，但刑事訴訟法第294條卻未一併進行修正、仍保留「心神喪失」的文字。因此，當被告審判時已因精神障礙而影響其理解或判斷能力，辯護人若引用該條規定請求法院停止審判，法院仍會繼續援引半世紀前的最高法院判例，審查被告是否已「對外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力」。然而，此一判例作成於超過一甲子以前，而今日精神醫學的發展早已超乎當時法律人的想像空間，但我國法院卻仍未經思索地援用老舊判例進行審判，著實匪夷所思、難以理解。此外，若要求行為人必須「對外界全然缺乏知覺理會及判斷作用」方屬於心神喪失，精神醫學研究已認定臨床上，恐怕只有嚴重失智、極重度智障、癱瘓、夢遊等極少數狀況，方符合此一要件。換言之，此一判例在實務運作上，將過度限縮「心神喪失」的範圍：絕大多數有能力觸犯刑法罪名的被告，都不符合此一定義，進而導致刑事訴訟法第294條淪至毫無用武之地。

我國法院慣習的處理方式，反映的是實務工作者未曾深思「停止審判」的規範目的。刑事訴訟法第294條的立法意旨中，已明示其目的在於確保被告可「依其自由意思」行使防禦權。換句話說，被告必須理解其被控訴的罪名、刑事程序及各項強制處分的意義，才能行使防禦權、辯護權等憲法授予的程序保障；若被告已因精神障礙而無法理解被訴的犯罪事實，或無法為自己或協助律師進行辯護，本應停止審判，透過醫療手段回復被告的心智狀態，否則將侵害被告的正當法律程序權利。對此在美國法上，最高法院在1960年的Dusky v. US (362

- 〈1〉精神病犯被逮捕後又因一直羈押於看守所內，無法獲得適當的精神醫療照護，導致其精神分裂症病情日益惡化。
- 〈2〉當刑事法院普遍仰賴醫學專家的鑑定意見製作裁判時，如何讓醫學專家了解心神喪失、精神耗弱等抽象法律概念，或如何讓精神鑑定報告結果轉化、分別套入「心神喪失」、「精

---

U.S. 402 (1960)) 案件中，首次確認「受審能力」的概念(competence to stand trial)，認為在刑事審判開始之前，法院必須先衡量被告有無接受審判的能力；若無，審判應暫停，被告並應強制住院接受治療。最高法院並提出二階段的審查標準：若被告(1)具備足夠的理性理解能力與律師進行諮詢；(2)理性並已事實上了解其罪名及刑事程序的內容，即屬具有受審能力。其後，最高法院又在1972年的Drope v. Missouri (420 U.S. 162 (1975)) 案件中，提出第三項審查標準：被告必須有能力協助律師進行辯護(420 U.S. 171 (1975))。迄今，大多數美國州法及美國律師協會(American Bar Association, ABA)1984年公布的「刑事司法精神健康標準」(Criminal Justice Mental Health Standards)，均沿襲最高法院在Dusky與Drope案中建構的三重審查標準，以便在審判開始前確認被告的受審能力。

因此，縱使刑事訴訟法第294條至今仍未修正，但實務上顯然不應繼續適用傳統心神喪失的概念及上述最高法院的老舊判例，而應另由實質層面判斷被告的心智狀態，以被告能否實質理解程序意義、行使防禦權作為判斷標準。本案C受到精神分裂症的影響，實際上已喪失判斷現實、虛妄的能力，也無法實質理解詰問、證據、鑑定等刑事程序的意義為何。縱使C時而回復平靜，辯護人也無法確認C的何段陳述具有可信度，如何與其討論事實背景、案情過程及防禦方向？而C一再由國安局密謀監控、陷害的方向詰問證人問題，法院又如何確認C確實理解刑事程序的意義？因此，C既已喪失理解程序及實質防禦的能力，辯護人也難以與其溝通以提供實質辯護，法院實應依法停止審判並令其強制住院，或盡速對C進行精神鑑定以確認是否達到停止審判的門檻，方符合刑事訴訟法第294條的立法目的。

可惜的是，刑事訴訟法第294條「『應』於其回復以前停止審判」的規定，限縮了法院面對精神障礙者案件的訴訟裁量權。在此一案件中，C被控暗夜縱火燒死四名無辜民眾，已觸發社區居民的強烈公憤；當法官憚於龐大的公眾壓力，或為追求自認的司法正義，經常不樂見裁量空間遭到限縮擠壓，而傾向於認定被告並未心神喪失、有繼續審判的必要。然而，法院若無視於C的精神分裂症病情在審判中急遽惡化，只想盡速走完法定的審判程序，不但將侵害被告的刑事程序保障權利，也影響程序進行及判決內容的合法性。舉例而言，C曾因不斷在法庭中咆哮、辱罵法官及檢察官，審判長迫不得已只好命法警將其押解至拘留室以穩定情緒，導致C在部分審判程序中竟缺席不在場。即使不論被告缺席審判的合法性問題，法院先認定C仍有知覺理會而可繼續受審，之後又判定C因情緒不穩而不得出席審判，豈非前後自我矛盾？對於一個在今日早就應棄置於故紙堆中的老舊判例，我國司法實務從未深思精神醫學發展的巨大落差，卻長期自我設限於心神喪失、精神耗弱的古板概念操作，導致在個案適用上過度限縮「心神喪失」的範圍，顯然已侵害精神障礙被告的程序保障權利。

對於是否應因被告心神喪失而停止審判，刑事訴訟法第294條雖尚未修正，但不代表實務工作者就要繼續適用老舊的判例見解。在本案中，我們不但見到法院對於被告心神喪失的認定前後矛盾，法院的處置方式甚至都隱隱指向「速審速結」的最終目的，而無視於C恐怕早已喪失自我或協助辯護人進行防禦的能力。在可預見的未來，若實務工作者若仍無法擺脫對於精神障礙者的迷思與偏見，或揚棄那猶如史前遺跡的老舊司法判例，我們似乎仍難以期待法院會願意主動停止審判，以保護被告獲得憲法保障的防禦權與辯護權。「刑事程序中精神障礙被告請求停止審判的權利」，翁國彥律師，元貞聯合法律事務所，瀏覽日期：110年8月2日，資料來源：[http://www.justuslaw.com.tw/news\\_detail.php?class=75](http://www.justuslaw.com.tw/news_detail.php?class=75)。

神耗弱」的概念區辨，就成為實務上的一大難題。

〈3〉刑法雖已在2005年修正時拋棄「心神喪失」的傳統責任能力概念，但刑事訴訟法第294條卻未一併進行修正、仍保留「心神喪失」的文字……此一判例作成於超過一甲子以前，而今日精神醫學的發展早已超乎當時法律人的想像空間，但我國法院卻仍未經思索地援用老舊判例進行審判，著實匪夷所思、難以理解。

〈4〉絕大多數有能力觸犯刑法罪名的被告，都不符合此一定義，進而導致刑事訴訟法第294條淪至毫無用武之地。

〈5〉我國法院慣習的處理方式，反映的是實務工作者未曾深思「停止審判」的規範目的。刑事訴訟法第294條的立法意旨中，已明示其目的在於確保被告可「依其自由意思」行使防禦權。

(2) 李欣樺於「刑事訴訟程序中，法官怎麼判斷被告有沒有參與審判、接受審判的能力<sup>23</sup>？」一文重點摘要：

〈1〉法院應主動職權調查被告能否有效的參與

---

<sup>23</sup> 案例：在準備程序中，中度智力障礙的被告A對於受命法官詢問自己或子女歲數、當天日期或基本算術等問題，都無法正確回答。另外，辯護人也表示在開庭前與被告接觸，根本無法就起訴事實進行溝通。在本案，法院應該如何進行審判？

案例中的法院，應該主動職權調查被告能否有效的參與審判與接受審判，亦即被告是否具有在「審判程序中」為自己辯護，進而保護自己利益的能力，這樣的能力稱為「就審能力」（又叫作受審能力）。如果法院認為被告不具備就審能力，那麼依照刑事訴訟法第294條第1項或第2項的規定，法院應停止審判。

案例說明：案例中的法院，有義務主動調查被告A的就審能力。如果法院判斷被告A沒有就審能力，那麼依照刑事訴訟法第294條第1項或第2項的規定，法院應停止審判程序。「刑事訴訟程序中，法官怎麼判斷被告有沒有參與審判、接受審判的能力？」李欣樺，2019-08-30，資料來源：<https://www.legis-pedia.com/article/crime-penalty/605>

審判與接受審判，亦即被告是否具有在「審判程序中」為自己辯護，進而保護自己利益的能力，這樣的能力稱為「就審能力」（又稱受審能力）。

〈2〉如果法院判斷被告A沒有就審能力，那麼依照刑事訴訟法第294條第1項或第2項的規定，法院應停止審判程序。

(五)約詢重點摘要：「(調查委員問：在偵審中面對被告是身心障礙或精神障礙，如何符合CRPD的合理調整，這部分刑事訴訟法修改的情況如何？有沒有一個簡單的量表歸選出來讓這些人走另一套程序?)」  
林萬億政委答：CRPD不只是精神障礙，還包括身心障礙，心智表達等均包括在內，這些人進入司法體系，這時如果只有司法精神鑑定夠嗎？一定不夠，有些是合併到其他種類疾病，情緒障礙不代表就是精神疾病，這些如果沒有好好處理，反而是違反CRPD。法務部已經意識到這些，希望司法院也一併加入。法務部政務次長陳明堂答：保安處分執行法第46條草案，令入精神病院或其他精神醫療機構、令入身心障礙福利機構及其他概括條款。嚴重的進入機構，輕度的在社區。在結束前2個月都要有轉銜機制，這部分要有警政、勞政等。這部分補充精神衛生法。剛才提到的偵查中精神鑑定進行方案，刻正報行政院審查，也就是在偵查中就鑑定，過去有些案子有鑑定，但有些沒有案子就到了法院。司法院刑事廳廳長彭幸鳴答：合理調整部分也與行政院會銜法案送入立法院，就身心障礙者部分可以通知其親友選任辯護人，原先審理中已有強制辯護，本次修正我們希望在偵查中也強制辯護，身心障礙者的保護，除了修正歧視性用語，保障放寬，包括身

心障礙者另有第294條停止審判的規定。」

- (六)經核，刑事訴訟第294條的立法意旨中，已明示其目的在於確保被告可「依其自由意思」行使防禦權，惟查宜蘭看守所收容人吳○○為極重度身心障礙之人、瘖啞人，致心智及言語均有所欠缺(詳如調查意見四)，司法機關之處置現況，洵已侵害精神障礙被告的程序保障權利。基此，政府主管機關允宜依首揭規定，針對類案予以合理調整(研議修法、停止審判、先治療再審判等)，方能促進被告行使防禦權、辯護權等憲法授予的程序保障，進而符合憲法賦予人民之訴訟權及CRPD合理調整規定。

參、處理辦法：

- 一、調查意見，函請行政院、司法院本於權責督同所屬妥予研處見復。
- 二、調查意見五、六、十三，函復陳訴人。
- 三、調查意見一至四(含附表)，遮隱個人資料後上網公布。

調查委員：高涌誠

王幼玲

附表六、諮詢會議紀錄：

【第一場】

發言人	發言紀錄摘要
監察委員	本案為瞭解矯正機關對嚴重精神病人之權益保障，包含審判前、審判中、判決確定後之處遇情形，另亦討論刑後監護議題。
監察委員	刑後監護不在矯正機關。
監察委員	釋字第 799 號解釋 <sup>24</sup> 仍較為保守，主張社會安全網係重大社會公益，言下之意是可以犧牲少數人的權益。有關「世外桃源或與世隔絕—荷蘭如何處置犯下重罪的精神疾患者？」一文所提荷蘭經驗，咨請提供專業意見。
學者專家	(詳如簡報) 荷蘭有強制性 TBS 處分 (at the disposal of the government)，類似我國強制監護系統，目的並非懲罰而係治療，讓他們有機會重返社會並降低再犯率，通常透過強制限制自由住所，配合醫師及相關工作人員，第一種型態在某處接受治療，第二種型態類似緩刑制度，跟觀護人定期報到等附帶條件，適用刑期 4 年以上重罪者。
監察委員	無/部分完全行為能力，還是有犯罪者，如何進行後續處理？

<sup>24</sup> 釋字第 799 號解釋文：

刑法第 91 條之 1 第 1 項及第 2 項前段規定，與法律明確性原則尚無違背；刑法第 91 條之 1 第 1 項規定未牴觸比例原則，與憲法保障人身自由之意旨尚屬無違。

刑法第 91 條之 1 第 2 項前段規定及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 3 項規定關於強制治療期間至再犯危險顯著降低為止之部分，與憲法比例原則尚屬無違。惟若干特殊情形之長期強制治療仍有違憲之疑慮，有關機關應依本解釋意旨有效調整改善。

性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項規定，尚不違反法律不溯及既往原則及信賴保護原則。

刑事訴訟法及性侵害犯罪防治法均未規定應賦予受處分人於法院就聲請宣告或停止強制治療程序，得親自或委任辯護人到庭陳述意見之機會，以及如受治療者為精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有辯護人為其辯護，於此範圍內，均不符憲法正當法律程序原則之意旨。有關機關應自本解釋公布之日起 2 年內檢討修正。完成修正前，有關強制治療之宣告及停止程序，法院應依本解釋意旨辦理。

刑事訴訟法第 481 條第 1 項後段規定與憲法保障訴訟權之意旨尚無違背。

現行強制治療制度長年運作結果有趨近於刑罰之可能，而悖離與刑罰之執行應明顯區隔之憲法要求，有關機關應自本解釋公布之日起 3 年內為有效之調整改善，以確保強制治療制度運作之結果，符合憲法明顯區隔要求之意旨。

發言人	發言紀錄摘要
學者專家	如重罪者行為能力尚未達 100%，可能在監獄服刑後再接受治療，治療期間無固定，一般先治療 2 年，每 2 年法院根據專業處遇之意見延長或終止，荷蘭平均待在 TBS 系統約 7 至 8 年，後續處置部分如已降低對社會危險性，由法官宣布終止處分，由緩刑部門協助復歸社會，如果治療無效，則會進入長期收容機構，為維護社會安全，就治療無效或不願接受治療者，經評估再犯率高可與社會隔絕。重罪患者到 TBS 診所治療，附帶條件為不能喝酒、吸毒或抽大麻等，要求患者在診所接受正規治療，附帶條件不須進入限制人身自由機構，由緩刑部門監督。
監察委員	所謂強制性與附帶條件，TBS 處遇是否較為緩和？緩和之具體定義？可以回家？
學者專家	強制性處分要住在機構，附帶條件式則是接受門診治療。如果附帶條件式無法改善，法官得轉為強制性之 TBS 式。附屬機構包括生活協助機構、成癮治療機構、精神疾病治療醫院等。2017 年荷蘭曾發生性侵犯接受附帶條件 TBS 處分（限制人身自由程度較低），因為遵守規定，吸毒後在 TBS 處分期間離開診所，在診所附近之森林，姦殺當地騎腳踏車路過之女性，在荷蘭當地產生震撼，TBS 處分僅荷蘭有，後來遭判刑 16 年。
監察委員	荷蘭的制度要面對 16 年期滿後如何處置。
學者專家	要評估能否完全歸責，可能於刑後接受 TBS 處分。
監察委員	類似刑後監護。
學者專家	診所部分考量治療、人身安全等， <u>如果是強制性機構，部分有管理人員，如果是診所式則不會有管理人員。</u> 個人之精神疾病、多重成癮等問題，利用 TBS 處分處理可以治療的部分。治療方法有很多，包括行為治療、藥物治療等。
監察委員	治療時間多久要重新評估？
學者專家	2 年會評估 1 次， <u>在機構會允許收容人接受教育或工作為回歸社會做準備。</u>
監察委員	強制處分治療效果好，在 2 年期間到期前，能否轉為限制人

發言人	發言紀錄摘要
	身自由程度較低之附帶條件 TBS 處分？
學者專家	患者要接受治療成功後，才能離開機構，成功之定義係再次犯下相同罪刑機率低，且不會造成危險。
監察委員	如 TBS 治療無效，經評估仍有高風險，荷蘭有長期照護機構，該機構並非醫院，不以治療為目的，係站在社會風險的角度，給收容人較高的自由度，惟仍然是限制人身自由，在荷蘭有無討論過？
學者專家	在機構內給予最高限度之自由，還是與社會隔離，是較為務實的做法，因再犯率高，且為重罪，對社會造成危險，衡量社會風險與限制部分人身自由，爭議可能存在，現行 TBS 做法已歷時 80 年，陸續修正後，使各界能夠接受。荷蘭緩刑服務機構包括：荷蘭緩刑服務處、救世軍青少年護理和緩刑服務處、GGZ 成癮康復基金會等。
監察委員	與 TBS 處分之差異？
學者專家	透過釋放前之介入，協助逐步回歸社會，實際執行面仍須瞭解。無法成功降低再犯者，移入長期精神照顧機構後之處遇，採「美好生活模式」(Good Lives Model, GLM)，會注意收容人之身心狀況是否安定，可以獲得一般性心理或醫療護理治療。可以受到必要之安全保障，部分機構仍有圍牆或圍籬，進入機構時有安檢流程。評估則是由專門委員會 3 年評估 1 次，可能轉回前階段到診所治療。如係有智力缺陷之收容人，會由另外的機構處遇，高風險者亦有智能不足者，會有個別化計畫處遇，收容人在機構內有自己的房間，有自己的鑰匙，可以做木工、上教堂，惟如有智力缺陷，生活可能產生問題，工作人員會特別關注。
監察委員	類此機構荷蘭有幾個單位？
學者專家	約 3 至 4 個，收容 200 多位。
監察委員	工作人員人數？有無商店？
學者專家	有木工材料或修理腳踏車之商店。
監察委員	所以仍類似牢房？
學者專家	有生活公約，會要求個人要負責。

發言人	發言紀錄摘要
監察委員	違規懲罰機制？
學者專家	如違反規定，工作人員會予導正，至於有無類似監獄內之處罰，仍需瞭解。如有違規，在評估轉移時可能納入考量。
監察委員	那還是跟監獄有點像。
學者專家	TBS 處分於審判期間法官認有必要時， <u>會導入觀察機構</u> ，住宿幾週後由專業人員鑑定，觀察收容人之言行舉止，判斷是否有精神疾病。
監察委員	在機構內進行工作時，有無管制危險物品？（刀械等）
學者專家	有工作人員協助，收工後亦會進行物品清點。
監察委員	紐西蘭監獄會有數人共同住宿型，廚房內會有刀具。視戒護強度不同而有不同做法。
學者專家	公用空間尚未見放置危險物品，如自行料理，可能以輕食為主，不一定需要用刀。
監察委員	可能會儘量減少危險物品接觸？
學者專家	對，如果精神狀況不穩定有管制需要。有關 TBS 之爭議，曾討論長期收容機構只是任由患者被社會遺忘並安靜死去等，如已轉至長期收容機構，有一半患者離開，只有大概 26 人在機構內或在離開後死亡者，尚無「關到死」的情形。TBS 處分並非懲罰，亦並非剝奪人身自由，但還是會強制驗尿，亦與治療有關，不能用藥，不能喝酒。有關 TBS 的實行成果，因此系統僅存在於荷蘭，尚無比較基準，但會比單純處罰有效，從監獄被釋放者 2 年內再犯率為 47%，而在 TBS 處分之後的再犯率不到 34%，惟仍須考量長期收容或年紀漸長後之因素，並非能推論為完全成功，惟目前尚無人質疑經費投入效果。荷蘭矯正機構提出之報告，收容在機構中 1 天花費成本約為 600 歐元。可以讓臺灣的收容人使用 3 至 4 個月。
監察委員	荷蘭對此類機構之社會評價？
學者專家	在有重案發生時可能會討論，荷蘭之矯正機構，不會因為某突發或意外事件否定整個系統。附設女監內有男性戒護人員與女性收容人在操場跑步，在臺灣都是同一性別，如非同

發 言 人	發 言 紀 錄 摘 要
	一性別，英國曾有收容人與管理員發生感情或性行為等。如有發生問題，會進行適當處置，不會因為少數例外事件調整為單一性別戒護。戒護人員亦不會隨意檢視瞻視孔，與一般人生活並無兩樣，保有隱私。英國曾於 2001 年設置類似機構，為考量成本效益，於 2011 年結束。
監察委員	此與釋字第 799 號解釋有關。基於重大社會公益而不違憲，某些憲法上權益之特別犧牲，國家應給予特別補償，不能用 CP 值 (cost - performance ratio) 檢視。臺灣可參考 TBS 制度，內有專家面對高風險者，可支給高薪等。
學者專家	審判中之精神鑑定，可參考司法精神衡鑑中心 (Pieter Baan Centrum, PBC) 長達數週之觀察；強制精神治療機之設置，應考量是否面臨刑後治療之相同困境；再犯率降低之幅度與高昂花費、公私部門間之合作與責任歸屬均仍須討論。前於矯正機關服務時曾期待有駐監醫師，治療精神疾病收容人應與精神疾病民眾差異不大。
監察委員	在精神鑑定中心會做治療嗎？
學者專家	不會。
監察委員	有關 CRPD 合理調整之規定？
學者專家	在機構內進行密集、強度較高之治療，專區內有精神科專業人員，並非僅戒護人員。
監察委員	係用語問題，並非隔離。
監察委員	CRPD 規範就算係精神疾病者亦不能強制治療。
學者專家	個人人權與社會大眾的安全，依荷蘭經驗目前可達平衡。讓一般社會大眾產生共識，TBS 的理念雖好，惟仍須考量時空背景，英國即有停辦之案例，系統有一定的作用，需要時間，尚非能立竿見影。
監察委員	案發時沒有完全責任能力才會犯案，犯案時為精神疾病急性發作期，荷蘭的處理方式？如何掌握黃金治療期？收容機構之設點考量？機構面積？敬請續行瞭解。
學者專家	荷蘭土地使用效率高，平地多，收容機構類似與世隔絕的小村莊，收容人雖住在村莊，惟仍有圍籬與柵欄。

發 言 人	發 言 紀 錄 摘 要
監察委員	對臺灣矯正機構有何建議？
學者專家	因臺灣矯正機構醫療專業人員較為不足。荷蘭地平、交通快速，專業人員來往較無問題。女子監獄許多收容人有精神疾病，在監所中生活壓力更大。
監察委員	收容人沒有好的治療。
學者專家	頂多看精神科、吃藥，如能有更多專業人員，可減輕戒護人員壓力。
監察委員	感謝提供專業意見。

### 【第二場】

發 言 人	發 言 紀 錄 摘 要
監察委員	本案探討矯正機關對嚴重精神病收容人之權益保障。釋字第799號解釋，不無可議空間。審判中就審能力問題、判決確定後之移監執行，有不同階段的問題。本案著重於法院同意羈押後，在看守所內治療問題，即使達到精神衛生法嚴重病人之條件，也難以鑑定治療。看守所會將責任歸屬給法官或檢察官。本案曾訪視醫學系畢業生放火燒死父親，母親替女兒說情，表示有生病情形，訪視時精神狀況不佳，有幻聽、幻覺，會跟空氣講話，看守所表示有協助就醫，惟無就醫意願時亦無法強制，導致病情惡化。類此不適合在監所內羈押或執行者，是否應有專責機構？請各位專家學者惠賜卓見。
監察委員	本案曾訪視多位個案，部分過去有精神科診治紀錄與病史，並願意接受治療，另有智能障礙情緒控制困難、反社會人格等不同樣態，能否構成嚴重病人強制就醫，衛福部說明尚非容易。部分精神病收容人存有幻覺，刑期滿後難以復歸社會，如有急性殺人事件多是精神狀態較差時，刑前或刑後再處理病症問題，有些看守所利用飯菜滴劑等治療病人。另有一個案被判無罪後，5年後又再犯，監護處分、醫療有效性將另案處理。此類羈押被告如何處置？其他國家實際做法？請各位專家學者賜教。

發言人	發言紀錄摘要
學者專家	<p>建議應設立司法專責醫院，尤其是精神疾病狀況尚非精神障礙、智能障礙、藥物成癮等，要有相對應之處遇計畫。專業的司法精神醫院，有充足的專業醫師與設備。司法精神醫院是否可視為小型醫院，至於是否有醫生願意服務，亦須考量解決。嚴重精神病人需要強制就醫治療，惟監護必須有一定期限，採取絕對不定期制，非但不利於精神病犯的治療與復歸社會，且有侵害人權及違憲疑慮（釋字 799 解釋）。社區矯治是法務部刻正研議專法，法務部認為社區矯正很重要，惟僅開過 1 次會議。</p>
學者專家	<p>日本設有「社會環境調整官」。環境調整可到外部連結資源，並非要進行醫療為主要目的，社會復歸並非要將病醫好，而是要活下去。日本醫觀法是沒有期限的，6 個月檢視病人狀況 1 次，類似療養院。</p>
監察委員	<p>再社會化無法期待時，係另一問題。</p>
學者專家	<p>還是要有社會復歸權利，精神病收容人亦為社會之一分子。有些人是長期治不好者。監護處分期間應如何做，立法院有開過公聽會，相關草案完全係注重社會防衛的趨勢，只有王婉諭委員認為要有期間的限制。</p>
學者專家	<p>社會資源全部斷掉，長期將病人收容就是養老院的作法，有期限也不對，無期限也不對。</p>
學者專家	<p>所以不會特別注重後續這套。刑法第 87 條相當程度係仿德國刑法第 63 條，德國雖採無期間限制，惟有精密法律做嚴格的限制，德國刑法第 63 條要件非常嚴格，除無責任能力或限制責任能力以外，以行為人及行為之整體評估顯示，該行為人因其精神狀況很可能將來實行重大違法行為，</p>

發言人	發言紀錄摘要
	<p>該行為將對被害人之心裡或身體造成重大損害或重大危險或導致嚴重的經濟損失，並有公共危險者為限。德國刑法第67e 及法院得隨時檢驗行為人是否仍有必要繼續進行安置，或者是否能以假釋停止或取消安置之後續執行。保障精神病犯之權利：沒有辯護人者，應為被安置者指定辯護人為其辯護。</p>
學者專家	<p>公立醫院醫師愈來愈想離開。公家任務愈來愈重。</p>
學者專家	<p>德國 2016 年修法增訂 6 年及 10 年的評斷標準，以限縮原有的無限期制。現行社會輿論認為應將精神病人收容至治療完成。<u>監護期間不宜改成沒有期間限制</u>。如果沒有辦法改成德國的立法配套是不宜輕忽引進的。參考德國的「年度檢驗制度」；檢驗專家的資格應盡量中立；執行監護應先於執行刑罰（87 條第 2 項），限制責任能力的精神疾病犯罪人，可能同時被宣告刑罰與監護處分；應當先執行監護處分，然後刑罰。由於保安處分執行法第 4 條第 2 項，法院「認為有緊急必要時，得於判決前，先以裁定宣告保安處分。」第 3 項，檢察官「於偵查中認為有先付保安處分之必要，亦得聲請法院裁定之。」為周全保障精神病犯及公共安全，於偵查審判過程中可仿德國刑事訴訟法第 126a「暫時安置處分」，於刑事訴訟法第 121 之 1 以下，增定相關程序。「緊急監護」之用語，可能不宜。有關「相關主管機關是否落實依精神衛生法第 30 條及第 41 條等規定，對於重大疾病收容人之處遇等，有無具體完善醫療及照顧安全機制網」議題之意見為何？精神衛生法§30：矯正機關、保安處分處所及其他以拘禁、感化為目的之機構或場所、社會福利機構及其他收容或安置民眾長期生活居住之機構或場所提供醫療，或護送協助其就醫的義務！精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法（2008）。精神疾病嚴重病人強制社區治療作業辦法（2014）。精神疾病嚴重病人強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法（2013）§4 必要時得以書面或訪查為之不開會。</p>
學者專家	<p>現行開會次數較多。</p>
學者專家	<p>至少會有視訊。社區治療主要問題是經費。</p>

發言人	發言紀錄摘要
學者專家	強制治療與強制社區治療，其實是處罰醫師，社區治療無強制權，頂多有暫時性限制自由等治療方式。
學者專家	嚴重病人（精神衛生法§3IV：病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者）進入審查會：強制社區治療（精神衛生法§45II）。精神疾病嚴重病人則以強制社區治療作業辦法處理。現行精神衛生法第 41 條規定，傷害他人或自己或有傷害之虞者，不接受全日住院治療，以緊急安置及強制鑑定（2 位專科醫師鑑定），
學者專家	5 日未完成就會被違規記點，衛生局就會督促檢討，主任負責行政業務，有關第一線強制住院，法令所提其他心智缺陷，智能障礙、發展性精神障礙者等，與司法銜接容有問題。醫病關係在保障權益的情況下進行，強制治療本身對醫院是重大的行政負擔。醫師做強制治療時，要不斷跟病人提醒相關權益保障制度，如果沒有善盡提醒義務，則會處罰行為人跟機構負責人，病人審查會要視訊審查， <u>在前 1 週住院時，會有多次視訊審查的情形。</u>
學者專家	法官無專業知識，專家參審後，審查會保留，讓法官當審查會主席，可解決部分問題。
學者專家	心口司態度暫時保留。
學者專家	審查會專家只是給意見而已。
學者專家	衛福部不願意調整之原因，家長團體力量反對，認為精神衛生法都在限制強制住院條件，希望回到 79 年的立法， <u>很多立委提案降低嚴重病人的門檻。但我會極力反對，因所有病人都會到精神科醫院。</u>
學者專家	現在將醫院當作療養院在使用。監所亦有相同情形，但監所花費比較便宜。
學者專家	醫生也愈來愈便宜。精神衛生法修正時，在院會被退回，因為部長認為修法應符合人民的期待。從病人自主權益法到醫療法修正，都讓精神衛生法不可能再倒退。
學者專家	現行醫療體系無法負荷。

發言人	發言紀錄摘要
學者專家	有關玉里療養院之作法，設有農場，1棟房子住3至4個人，病人已經無太大危險性。
學者專家	非醫療法規範。屬非法床。人數減少原因係收容人陸續死亡。現在問題是要合法化，會墊高成本。
監察委員	是社福安置。
學者專家	大門口進去到邊緣處，有3棟建築，1至2位護理人員照顧100至200位病人，農場內採自主管理，類似「公立龍發堂」。如採日本模式，要有官員檢視後安排接手者，如無接手者，社會無法承接，家屬亦有不願意承接者。現行政府不承接，又須重視民意，得將玉里模式合法化。桃園偏遠地區或可規劃相關收容機構，惟基於政治利益考量，可能遭反對。
學者專家	玉里醫院設立時之社會氛圍，居民尚無法反對。
學者專家	綠島監獄如果廢掉居民會沒工作。
學者專家	<p>「暫時安置處分」制度之重要內涵，係精神病犯在未受法院確定判決前，即令入監護處所。類似於保全羈押與預防羈押，對於具有攻擊傾向的精神障礙被告施以暫時安置藉以保障社會安全。暫時安置處分是一種和羈押平行的暫時性拘束人身自由制度。對於預期將因精神疾病而被命監護保安處分的被告，不能用羈押處分來取代暫時安置處分，也不能將其與一般受羈押人一起監禁在看守所內，而是應另行安置於專門的精神病所。</p> <p>只不過基於在未受確定判決前，就施以暫時監護，不但可能有違無罪推定原則，也涉及人身自由的侵害。其發動門檻的標準為何，頗有爭議。「暫時安置處分」發動門檻的標準，根據司法院草案，於刑事訴訟法第121條之1規定，被告須犯罪嫌疑重大，且有精神障礙或心智欠缺等原因而有危害公共安全與緊急必要者方能為之。參照德國刑事訴訟法第126a條規定則是以精神病犯「未來危險性」之「重大理由」為要件，法院尚需深入判斷被告「未來」是否可能受監護處分的宣告。與我國保安處分執行法第4條第2項規定：「法院對於應付監護、禁戒、強制治療之人，認為有緊急必要時，得於判決</p>

發言人	發言紀錄摘要
	前，先以裁定宣告保安處分。」本規定忽略監護、強制治療等保安處分本身具有嚴重干預人身自由的特質，允許法院判決確定前就能以裁定為之，這項裁定是否有落實正當法律程序，值得檢討。
學者專家	暫時安置處分係為將被羈押者收容所設制度。
監察委員	處理社會安全網漏洞。
學者專家	判決前緊急處置包括羈押(重大、逃亡之虞等)、責付等。暫時安置法源依據可從精神衛生法引出。
學者專家	長庚醫學生個案於本院治療，尚未定讞前做刑前監護，希望就由醫療力量出院後，可以正常生活，該個案家庭支持度好。假設2年監護期間已做好復歸社會準備，惟又接續進入監所，可能產生問題。
監察委員	究集中式或分散式司法精神病院較好，可建議矯正署。
學者專家	<p>分流制度面臨系統上問題，性侵之智能障礙加害人沒有單位願意收容，監護處分個案亦類似，最後都到醫院收容。智能不足要做監護處分者找不到處所，都到精神科治療，大部分智能不足個案要放在精神科治療也不難，情緒障礙症也跑到精神科醫院就醫，<u>目前人力、設施、設備、資源，完全不足以處理此類個案，建議回到單純醫療最恰當。</u>司法精神病院已結束刑期後，治療協助復歸社會，戒護人力要求與一般精神科病院不一樣，<u>現行矯正機關針對精神醫療相關資源應更充裕</u>，國外精神病監，監所內可辦治療性社區，玉里模式就可以在服刑時做了，矯正機關內部資源無法處理此類個案，前階段在醫療院所做的復歸協助，形同無效。如矯正機關資料充裕，似不用做刑後處遇，現行很難找到精神科醫師或願意投入者。<u>究集中式或分散式司法精神病院較好，應檢視個案狀態，如有特殊狀態無法收容，或單純社人力資源配比沒那麼高者，就要回到專責司法精神病院。</u>要有上行、下行機制，在社區所收個案，會有交接問題，如在高維安處所收容，經評估後可到社區端做社會復歸訓練，與英國類似。司法端強制社區治療，與司法端精神衛生法不同。法條不會管自殺</p>

發言人	發言紀錄摘要
	問題，但傷人未遂會有刑責，避免犯案導致權益受損，希望收容人在穩定治療下不要觸法，精神衛生法是要保護病人的，並不是限制收容人不能傷害別人。如要適用精神衛生法，核心精神與現行刑事訴訟法應有不同思考模式，如果硬要套用精神衛生法，就會有很多無法契合之處，將遭人權團體批評。
監察委員	監護處分之型態，長期羈押部分，如何適用精神衛生法處理？
學者專家	精神衛生法基於保護病人採最小限制原則，立即或短期可預見之風險性，
學者專家	虞犯之立即性危險有客觀標準。
監察委員	有關社區矯治法之可能性，荷蘭 TBS 作法係在矯正機構有相同醫療體系，結束後之長期收容機構，是否需要司法精神醫院？
監察委員	犯 4 年以上重罪才進到司法精神醫院。
學者專家	司法精神病院係為解決一群有危險又無法在醫療機構處理者，
學者專家	200 位中有多少人具有危險性？
學者專家	一成左右。 <u>法務部似乎想將審判、偵查中病人都進行收容，這並非原先初衷，各部會現在正在切割責任。</u> 設立司法精神醫院將創造需求，部立醫院要處理一般民眾需求，大家會愈來愈希望司法精神醫院存在，與整合分流理念背道而馳。
學者專家	司法精神病院設立後，各方個案都將進入收容，最後無法負荷後，可能產生廢除結果。
監察委員	基於憲法保障社會重大公益，憲法犧牲之特別補償，政府投入高於成本的資源。
學者專家	如用特別補償觀念，不是盡可能減少冤罪可能性，一但有冤最後再進行補償就好了，可能產生更多冤案。「垃圾桶理論」即會出現，大法官尚無政策概念。
學者專家	精神病患如只有精神專責醫院之出路，最後會產生超出負荷之情。

發言人	發言紀錄摘要
學者專家	精神病犯從刑事系統出去過程有多少途徑，可以將這些個案收下，有些個案在醫院服刑，利用保護管束附帶條件治療，這種運用機會很少。
學者專家	成人觀護人員額不足。
學者專家	日本設有「保護觀察所」。
學者專家	類似矯正署以外之機構，又不是屬於地檢署，屬於社會類處遇機構，我國無此機構。
學者專家	究審酌證明程度如何，判決前能否恣意安置於司法精神醫院，均應進行考慮， <u>刑法</u> 、 <u>刑事訴訟法</u> 、 <u>保安處分執行法</u> 需要調節。
學者專家	臺灣現行有很多系統，整合之可能性？
學者專家	社區矯治。
學者專家	大家都不想處理時精神科醫院即要接手處理。因為社政單位無任何強制力。
監察委員	剛犯罪者在監所如何處理？
學者專家	有關社會公共安全部分，其他國家有受審能力鑑定制度，病人上法庭胡言亂語，媒體報導後民怨沸騰。部分國家採 2 條路徑，可到治療處所接受治療，嗣承審能力達到標準後，再進行審判。
監察委員	對法務部、衛生福利部之政策規劃有何建議？
學者專家	社區矯治法草案中，得以監護處分代替，要進入司法精神病院，另保安處分執行法草案中，法務部打算將保護管束措施刪除。臺灣有城鄉差距，部分國家要充裕矯正機關精神資源，原因係會衝擊到健保醫療系統。
學者專家	一個地方法院一個看守所，五都及花蓮以外，可能做不到。看守所需收容羈押被告。
監察委員	有逃亡、串證、再犯之虞等。
學者專家	嘉義所有醫院沒有願意評估者，只好由本院衛生福利部嘉南療養院進行評估。
學者專家	醫療無法進入羈押場所。

發 言 人	發 言 紀 錄 摘 要
監察委員	法務部無法決定法官判斷。
學者專家	看守所門診資源不足，法官又不肯放人，醫療又無法進入，需要解套。
監察委員	檢察官要願意交保或責付。
學者專家	精神衛生法強制社區治療要件過寬，依此條件門診嚴重病人大部分可適用。許多法令配套措施，致難以執行此業務，精神衛生法規定之強制治療，未授權破門等強制措施。警察亦表示無此職權。
學者專家	看守所羈押有一定期限，判決後刑前保安處分、精神科司法精神醫院，將收容所有精神病收容人。
學者專家	現行有 13 家醫院到矯正機關做成癮治療，因法務部認為醫療資源不足，引進醫療資源。
學者專家	精神醫療資源愈來愈少，衛福部以總額增加、點值下降方式處理。
學者專家	在醫院內設置小型院區？
學者專家	類似臺中榮總精神病院在另外一區。
學者專家	很多是處遇的問題。
監察委員	可藉此督促法務部改進。
學者專家	你要叫法務部做什麼？
學者專家	法務部與衛生福利部組成團隊，但似乎要更加強聯繫。
學者專家	戒護就醫以內科疾病為主。
學者專家	看守所不會提供更好的醫療資源，如將精神疾病收容人移送到醫院內設置小區，類似看守所分身。
監察委員	要如何修法？
學者專家	似可採責付方式。
學者專家	衛生局無強制力。長程的國家政策要有精神醫療計畫、社區處遇，司法精神醫院是必要之惡，規模愈小愈好。
監察委員	可邀請林萬億政務委員討論。

發言人	發言紀錄摘要
學者專家	<p>因需定期評估與鑑定，司法精神鑑定皆監護處分單位，就算檢附報告，亦未提及如何治療。治療計畫、是否為病人之判斷，允應分流。許多病人第1次見到，判斷可能不適合精神治療。自閉兒犯法是社會問題，被迫送到精神醫院打針給藥。對醫院及家屬都是噩夢一場。</p>
監察委員	<p>監護處分前就應該收到報告。</p>
學者專家	<p>立法過程中，部分個案違反性自主案件，並非得以精神治療處理，此係行為問題，回到社區須衛生福利部主責，負責監護。臺灣做過相關研究，以現行接受監護處犯個案，3年追蹤再犯率56.7%，仍偏高，但仍比監所好一點，部分收容人非在地人，結束監護處分回到居住地後，還是會遇到問題，沒有社會復歸調整，在犯率就會偏高。反社會人格、合併精神疾病者沒人想收，中部收容人之（草屯療養院）3年再犯率約為三成。本院衛生福利部嘉南療養院，曾調整為病房最多收1個病人，減少收容員額後地檢署無法送醫。反社會人格者，亦請地檢署另設他法，本院收容人之3年再犯率為17.8%。另有東吳大學碩士論文，另探討酒癮、藥癮問題。國家將司法精神病院當作萬靈丹，衍生沒完沒了的結果。變成無期徒刑中之無期徒刑。</p>
監察委員	<p>精神病監定位，本院曾在巡察行政院時討論。</p>
學者專家	<p>美國精神醫學會反對性侵害犯強制治療。因係用醫療技術矯正犯罪人，並非治療疾病。</p>
監察委員	<p>荷蘭長期收容機構做法，只會控制，不會治療，以求病情穩定。</p>
學者專家	<p>最早產生問題之楊姓收容人，後來到東部去就沒有再犯案。</p>
監察委員	<p>感謝各位專家學者提供卓見。</p>

## 【第三場】

議題	說明內容摘要
<p>1、「行政院籌建中之司法精神病院，是否符合聯合國身心障礙者權利公約？」</p>	<p>「第 13 條 司法保護（政府要對司法系統的人，如：法官、檢察官、律師進行人權教育訓練）；第 14 條 自由和安全（不能強迫住院或接受治療）；第 15 條 不能實施殘忍的處罰（政府要幫助他們了解醫療過程會發生的狀況，並協助他們做決定，對身心障礙受刑人進行合理調整）；第 16 條 不被利用和虐待（政府對可能會被利用、暴力跟虐待的情況要有監督機制）。回應：1. 應謹守保障精神障礙觸法者處遇的基本原則：監護處分執行，應包含：消極的監視保護+積極的疾病治療（保安處分執行法第 47 條、德國刑罰執行法第 136 條）；執行監護處分，應謹守基本原則，方能公約保障精神病患人身自由的意旨，達到立法預期；2. 司法精神醫院：應配置充足專業人員，兼顧執行方法之特殊性：專業司法精神醫院：有充足的專業醫師與設備，並兼顧執行方法之特殊性，符合執行監護處分基本原則，才能實踐監護處分的理想。（1）多元的執行專業團隊：應符合醫療機構設置標準第 5 條「精神科教學醫院」設置標準；（2）兼顧監護執行方法的特殊性；不同的治療方法，也應兼顧病犯的利益與社會安全；3. 社區矯治法：彌補監護處分不足，兼顧病犯人權與社會安全：精神病犯無法在合理期間得到治療效果-刑事法律任務已盡，須轉由其他法律途徑解決。【本人建議】《社區矯治法》可承接監護處分不足，兼顧病犯人權與社會安全，符合公約第 14 條「於任何情況下均不得以身心障礙作為剝奪自由之理由」之意旨以及第 15 條「不能實施殘忍的處罰對身心障礙受刑人進行合理調整」。</p>
	<p>「身權公約第 14 條 人身自由與安全：1. 締約國應確保身心障礙者在與其他人平等基礎上：(a) 享有人身自由及安全之權利；(b) 不被非法或任意剝奪自由，任何對自由之剝奪均須符合法律規定，且於任何情況下均不得以身心障礙作為剝奪自由之理由。2. 締約國應確保，於任何過程中被剝奪自由之身心障礙者，在與其他人平等基礎上，有權獲得國際人權法規定之保障，並應享有符合本公約宗旨及原則之待遇，包括提供合理之對待。身心障礙者權利公約第 14 條準則：三、絕對禁止因損傷而拘禁；四、非自願或未取得同意之精神衛生機構安置；七、因被認為危險，或聲稱基於照護、治療之需要或其他理由而剝奪身心障礙者的自由；保安措施 (Security measures)：針對因「精神異常」(insanity) 被判決免責和無刑事責任能力者所施加之保安措施，本委員會已提出見解。本委員會建議取消這些保安措施，包括在機構中進行強制醫學與精神治療。本委員會也憂心無限期剝奪人</p>

議題	說明內容摘要
	<p>身自由的保安處分，以及在刑事司法體系缺乏正規保障 (regular guarantees)。障礙者近用司法之國際原則與指引：原則 1：(m)廢止或修正那些因為安全或護理原因致使障礙者被告長期或短期拘留在監獄、精神衛生處所或其他機構（有時也被稱「照護相關的住院治療」、「保安處分」或「依管理者之喜好而拘禁」）的法律、法規、政策、準則和慣例（包括法院命令）。CRPD 初次國家報告結論性意見：人身自由與安全（第 14 條）-國際審查委員會對下列方面表示關切：b)基於身心障礙者具可預見之危險，有照護、治療或安置需求而剝奪其自由。國際審查委員會建議：b)國家依 CRPD 第 3(a) 條之原則，保障個人選擇自由，並禁止基於實際或潛在障礙剝奪人身自由。」</p>
<p>2、行政院擬修法取消監護處分五年上限，如何保障受處分人之基本人權？</p>	<p>「回應：1. 監護的期限不宜取消監護處分五年上限；2. 宜強化執行監護的程序及其配套。1、監護的期限不宜改為無期間限制；兼顧病犯人權與社會安全，可增定「社區矯治法」在社區矯治法中設置「社區矯正科技監控制度」</p> <p>補足社會安全網的缺漏。2、德國法雖採無限期制，但要件嚴格且有配套：德國刑法第 63 條要件非常嚴格除無責任能力或限制責任能力以外，以行為人及行為之整體評估顯示，該行為人因其精神狀況很可能將來實行重大違法行為，該行為將對被害人之心理或身體造成重大損害或重大危險或導致嚴重的經濟損失，並有公共危險者為限。期限：無限期；但有嚴格配套以保障人權：配套一：「年度檢驗」；配套二：刑事訴訟法第 463 條第 4 項「法院的專家意見報告」；配套三：檢驗「專家」之資格限制；配套四：2016 年修法（延長成為困難及例外）。3、不宜取消監護五年上限，立法上適度延長應已足夠：【本人修法建議】刑法第 87 條：」因第十九條第一項之原因而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入司法精神醫院或其他適當處所，施以監護。有第十九條第二項及第二十條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，應於刑之執行前，令入司法精神醫院或其他適當處所，施以監護。前二項之期間為五年以下，期間屆滿前，法院認為受處分人仍有顯著之犯罪危險性，得諭知延期監護三年，以二次為限。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。前項執行或延長期間內，應每年鑑定、評估有無繼續令入司法精神醫院之必要或以其他適當方式，施以監護。執行監護須有專設機構、執行方式宜適當：專業的司法精神醫院，有充足的專業醫師與設備，監護處分的目的才能實踐。沒有專設機構，專業的人力物力都有限，執行的時間再怎麼長久，都很難期望很好的成效。精神障</p>

議題	說明內容摘要
	<p>礙、心智缺陷、智能不足、人格違常、物質藥物使用，甚至合併兩種以上之疾病，執行方式必須靈動：監護之處所及方式，應基於受監護處分人之需求差異，分流至司法精神醫院或其他適當之處所，且應接受監護者之需求，提供相應之處遇階段計畫。回應一：監護的期限不宜改為無期間限制：德國法雖沒有期間限制，但其規範體系非常嚴格我國期限第一次最長期五年為限，此部分符合精神疾病治療之黃金期間。據統計：3-5年的治療是較可治癒的期間。超過5年的成效不足，可考慮是否繼續監護，但是繼續的期限不能太久。修法如果改為5年加上兩次3年延期監護，最長11年，已經足夠。超過11年，如病情仍無法治癒或好轉，只得另闢蹊徑，以其他方式替代予以對付此類精神病犯。刑法畢竟有其規範功能的不完整性，無法負擔所有的社會任務。此時應當考量「社區矯治體系」的銜接。1.無必要將監護期間改為絕對的不定期：長期或無期監護，對精神病犯的病情與治療反而有害，無必要將監護期間改為絕對的不定期，【德國實證研究】：精神病犯接受治療3至5年，或超出6年，如依舊不見成效，以5年為度，尚屬恰當。某些精神疾病難治（如思覺失調症），社會危險性也較高，特定情況下，可授權法官延期監護，宣告延長3年，3年期滿，如重大危險性依然存在，再由法院延長3年。最長11年為期之規定，不會阻礙實務上治療計畫的靈活實施，多一道司法上的節制，以免被收容者的自由被忽視，符合比例原則。回應二：宜強化執行監護的程序及其配套：1.可參考德國的「年度檢驗制度」，讓法院審核精神病犯是否還有繼續執行之必要，且為了避免法院怠惰，至少每一年均應針對個案審核有無必要繼續監護。2.檢驗專家的資格應盡量中立，雖然台灣進行精神鑑定醫師不多，且可能互相認識，但是仍應盡可能利益迴避3.執行監護應先於執行刑罰（87條第2項）有第十九條第二項及第二十條原因之限制責任能力的精神疾病犯罪人，可能同時被宣告刑罰與監護處分應當先執行監護處分，然後刑罰。先把行為人的精神障礙改善，才能夠在監獄裡接受教誨，徒刑的執行才會有意義。1.第87條第2項：應修正而未修正（應先治療精神疾病，再執行刑罰）：先執行刑罰，對病情有害，且刑罰感受性較差；應以治療精神疾病為先，嗣病情穩定或好轉，再執行刑罰。2.定期檢驗（年度檢驗制度）的配套措施：須每年對被收容者鑑定，評估有無繼續收容之必要，或以其他適當方法，施以監護以保障精神病犯之人權，符合公約第15條的精神：不能實施殘忍的處罰（政府要幫助他們了解醫療過程會發生的狀況，並協助他們做決定，對身心障礙受刑人進行合理調整）。行政院版本的刑法第87條草案採</p>

議題	說明內容摘要
	<p>類似德國制度（110年3月）：德國6年就開始嚴格，增訂六年及十年的評斷標準，以限縮原有的無限期制；台灣10年後，每九個月評估，看不出有隨時間上升提升評估的嚴格程度要求，僅有9個月期間的縮短。」</p> <p>「94年02月02日刑法87條保安處分立法目的：立法理由(一)：保安處分之目標，在消滅犯罪行為人之危險性，藉以確保公共安全。立法理由(三)、對精神障礙者之監護處分，其內容不以監督保護為已足，並應注意治療及預防對社會安全之危害。本次刑法修法理由：鑑於行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，或其能力顯著減低者，若因其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞而施以監護，其監護期間均為5年以下，未能因個案具體情節予以適用而缺乏彈性，且於行為人仍有再犯或危害公共安全之虞時無法施以監護，而未能達保護社會安全之目的，爰擬具「中華民國刑法」第87條、第98條修正草案，擬由院函請司法院會銜送請立法院審議。→歷經5年的監護處分仍無法治癒，還需要依個案情節再延長？（這是醫學還是法學有問題？）行政院擬修法取消監護處分五年上限：重申：以身障者身心狀況，違反身障者意願施以監護處分，予以強制治療，違反人權公約。經過「刑之執行」+「監護處分」行為人仍有再犯或危害公共安全之虞時將因期限屆至而無法施以監護，顯未能達保護社會安全之目的……→這是誰的問題？誰的責任？有再延長監護期間就能治癒，具有醫學上的基礎嗎？長期監護並無法「消滅犯罪行為人之危險性」只發生實質監禁之效果：精神障礙或心智缺陷併有人格障礙者之監護處分：再犯之危險無法經治療而降低，才是問題癥結所在。因此，再長的監護期間，對於人格障礙者，常常僅止於限制人身自由，而無治療之效益。這樣的治療極限與困難，應該受到重視。智能障礙或發展性障礙之處遇處所：因為此類障礙者並無可受治療之「疾病」。然而，目前監護處分之處所，並未加以區分。實際上，智能障礙或其它發展性障礙者，應有特殊的教養機構施以特殊教育與協助，非能謂其等同於精神障礙，而入精神病院等專業醫療機構。精神障礙與心智缺陷犯罪者需要不同法規範及社會支援體系的協助才可能降低風險、復歸社會：監護處分即使短期內在現實上無法廢除，應考量公約之意旨，不應取消監護處分五年上限，只有「在多元、彈性與跨領域合作的前提下，使得精神障礙與心智缺陷犯罪者之刑事強制治療，與精神衛生法之強制治療、特教體系等，彼此間交互支援，或於不同法規範體系間轉銜，如此，才有利精神障礙與心智缺陷犯罪</p>

議題	說明內容摘要
	<p>者的社會復歸。」(楊添圍，精神障礙或心智缺陷犯罪者之處遇 2018/06 月旦醫事法報告。)」</p> <p>「延長監護處分之次數未予限制，亦未規定最長執行期間，卻欠缺相關配套規範，恐使受處分人有遭受長期甚至終身監護之可能，存有違反憲法比例原則之疑慮。1. 監護處分為有拘束人身自由可能之保安處分性質，其規範(如期間長短、延長與否及其次數)應符合憲法比例原則；2. 為符憲法比例原則之要求，對經過長時間監護處分仍無明顯降低再犯危險之受治療者，制度上應建立促進其得以停止治療而重獲自由、復歸社會之配套機制或措施；3. 實體面：配套是否完足，尚有疑義；4. 程序面：未隨期間愈長，增加法官定期審查之頻率」「行政院擬修法取消監護處分五年上限，如何保障受處分人之基本人權？；5. 增訂之定期評估機制，非屬法官審查；6. 結論：憲法比例原則。經過長時間監護處分仍無明顯降低再犯危險之受治療者，制度上應建立促進其得以停止治療而重獲自由、復歸社會之配套機制或措施-實體面：引進多元處遇措施，以輔助或補充常態治療程序，以作為受治療者復歸社會之準備。程序面：隨執行時間愈長，應愈增加法院審查之頻率。行政院草案容有下列疑義：草案欠缺假釋中施以監護之相關規定，恐造成社會安全網漏洞。建議刑法第 87 條第 2 項規定修正草案：有第 19 條第 2 項及第 20 條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於假釋中、刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所或以適當方式，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。建議增訂刑法第 87 條第 5 項規定之修正草案：假釋中執行監護處分，經撤銷假釋執行殘餘刑期者，撤銷前已執行監護處分之期間，與其後執行之期間合併計算。建議修正刑法第 93 條第 2 項規定之草案：假釋出獄者，除執行監護處分者外，在假釋中付保護管束。建議修正刑法第 98 條第 1 項規定：第 98 條 依第 86 條第 2 項、第 87 條第 2 項、第 3 項規定宣告之保安處分，其先執行徒刑者，於刑之執行完畢或赦免後，認為無執行之必要者，法院得免其處分之執行；其先執行保安處分或於假釋中執行監護處分者，於處分執行完畢或一部執行而免除後，認為無執行刑之必要者，法院得免其刑之全部或一部執行…。」</p>
3、司法院擬修法新增刑事訴訟判決前的緊急監	<p>「回應：1. 符合法律保留原則與比例原則的前提下，無違憲的疑慮；2. 用語上，採用「暫時安置處分」較為妥適。現行草案，建議仍有以下三方向調整：一、基於正當法律程序，審酌發動門檻的標準：德國刑事訴訟法第 126a 條規定：1. 以精神病犯有「未來危險性」之「重大理由」為要件；2. 法院</p>

議題	說明內容摘要
<p>護處分，是否有違憲疑慮？</p>	<p>尚需深入判斷，被告「未來」是否真的有可能受監護處分宣告。此項作法值得我國未來參考。二、法院審酌處分的適法性與必要性之具體認定：德國法院審查的要件，依序認定是否為「重大理由」：1. 被告在無責任能力或減輕責任能力下，實施違法行為；2. 被告「未來」必然在判決確定後，受到德國刑法第 63、64 條規定處以保安監禁，安置於精神病院或戒癮處所；3. 被告對於公共安全可能帶來危害。重大理由的依據，僅須足夠證據支撐即可，無需鑑定釐清，我國法院未來審查過程，是否需專家提供意見，應審慎考量。三、司法院草案與其他相關法律的調和：檢討保安處分執行法第 4 條第 2 項是否落實正當法律程序？保安處分執行法第 4 條第 2 項：「法院對於應付監護、禁戒、強制治療之人，認為有緊急必要時，得於判決前，先以裁定宣告保安處分。」該等保安處分嚴重干預人身自由，允許法院判決確定前就以裁定為之，是否落實正當法律程序？是否予受處分人陳述意見機會（聽審權）？而非只是給予事前適當時間的答辯準備 (§121-2III)」</p> <p>「再次重申：政府以身障者的身心狀況為要件，施以監護處分，並違反身障者意願，予以強制治療，已違反身權公約。以被告(人犯)有心智障礙為由，於判決前施以緊急監護處分，更有違憲疑義。小結：草案以被告「足認有精神障礙或其他心智缺陷」作為施以緊急監護要件，違反身權公約第 2 條、第 12 條、第 14 條及前開 14 條準則與障礙者近用司法之國際原則與指引，構成對於身心障礙者的歧視。保安處分與刑罰不同，但實際上受保安處分之心智障礙者，受到的行動限制與受刑人並無太大差異。甚至相較監所被告、受刑人更不利益(受刑人定期放封，參與志願作業)；草案中緊急監護處分期間(一年、六個月)更遠長於、精衛法強住、羈押之被告，縱有評估機制，在判決前施以緊急監護處分，實有違憲之疑義。」</p>

監察院製表；資料來源：與談人簡報

附表七、110年2月17日約詢行政院重點彙整表：

約詢重點	辦理情形
<p>一、經查，109年新入監收容人經篩選為疑似精神病者、領有身心障礙手冊或證明、精神科醫師診斷者，造冊安排轉介精神科評估診治人次計有5,657名。請貴院續行提供109年1月至12月新收人數、安排轉介精神科評估診治占新收人數比率等統計數據。</p>	<p>109年1月至12月新收入監收容人計有32,547人，經篩選為疑似精神病者、領有身心障礙手冊或證明、精神科醫師診斷者，立即造冊安排轉介精神科評估診治人次計有5,657名，占比約17.4%。(統計新收立即轉介精神診治人次)</p>
<p>二、請表列說明心智障礙（精神障礙、智能障礙）、非心智障礙（反社會人格、性侵害案件、藥癮或酒癮等）之精神疾病收容人收容現況</p>	<p>依據「精神衛生法」及國際疾病分配標準ICD10，目前精神疾病收容人收容現況計有2876名，其中成人人格和行為障礙(F60-69)計有24名、使用精神活性物質引起的精神和行為障礙(F10-F19)計有168名，檢附精神疾病收容人數病名統計表(以109年12月31日為調查日，詳附件1)。</p>
<p>三、本院前函請提供「衛生福利部與法務部研商『設立專責醫院』之具體進度。」貴院查復「矯正機關內是否有設立專責醫院收治身心障礙收容人需要，將盤點現行矯正機關精神醫療資源，強化矯正機關內各項精神醫療照護服務，或增設專責醫院（可採培德醫院模式委託醫療機構</p>	<p>一、有關政府主管機關設立「精神專責醫院」（綜合醫院）之規劃、執行現況，說明如下：</p> <p>(一) 合併精神疾病受刑人與受監護處分人，兩者所受處分目的迥異。被科以刑罰之受刑人，旨於透過自由刑方式，矯正其犯罪行為，具懲罰性質。監護處分雖亦旨在消滅受監護處分人之危險性、確保公共安全，惟該處分兼具治療、保護性質。因二者處分目的有別，爰其處遇內涵與戒護強度均有差異，且應分別收置於不同處所。</p> <p>(二) 有關設立專責收治「合併精神病受監護處分人」之司法精神醫院，由法務部主責司法議題相關業務，如監護處分之裁</p>

約詢重點	辦理情形
<p>經營管理) 並應針對合併精神疾病受刑人建立出監社區轉銜機制。法務部若有前開醫療資源連結需要, 將全力予以協助。」爰請說明下列問題:</p> <p>(一) 政府主管機關設立「精神專院」(綜合醫院)之規劃、執行現況為何?</p> <p>(二) 承上, 前揭收容人於精神病監、司法精神醫院、一般特約精神醫院之處遇情形為何? 是否周妥?</p> <p>(三) 司法精神病院的定位? 監護處分應於司法精神病院或社區醫院執行? 目的係為回歸社會做準備?</p>	<p>定與指揮執行、戒護、監護處分結束後之更生保護及與社區銜接等, 另由衛生福利部(以下簡稱衛福部)主責司法精神醫療業務。因該醫院之開設, 涉及處所地點、安全管理、戒護人力、費用來源、工程興建及社區轉銜等整體制度之全面性規劃與研議, 且須同步完善相關法律規範, 目前法務部及衛福部刻正積極規劃辦理中, 期提供合併精神病受監護處分人最適切與完整之矯正處遇與醫療照護。</p> <p>二、承上, 前揭收容人於精神病監、司法精神醫院、一般特約精神醫院之處遇情形, 除司法精神醫院收治對象及處分目的, 已於前項說明外, 餘說明如下:</p> <p>(一) 為保障精神疾病收容人之醫療人權, 矯正機關收容人符合「全民健康保險法」第8條及第9條納保資格者, 依同法第10條已納入全民健康保險, 特約醫療機構亦已進入矯正機關開設門診。依衛福部中央健康保險署(以下簡稱健保署)109年10月調查各矯正機關開診資料, 現行54所矯正機關(含3所分監), 計有49所已於矯正機關內提供精神科門診, 精神科醫師每月所提供門診診次超過300診。未來亦將定期調查矯正機關之收容人精神醫療需求, 合宜調整精神醫療診次, 以滿足矯正機關收容人需求。</p> <p>(二) 為強化醫療照護可近性, 法務部矯正署(以下簡稱矯正署)並於臺中監獄與臺北監獄桃園分監分別設有精神療養專區, 收治經精神科醫師評估具實際醫療需求之收容人, 對其實施三階段處遇(密集觀察期、一般觀察期、穩定期), 處遇內涵包含藥物治療、娛</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>樂治療、加強病識感及心理支持等，並設有適切評估機制，定期由精神科醫師進行評估，以作為後續移返原監或賡續治療之參據。目前矯正署為提高服務量能，已責請臺中監獄與臺北監獄桃園分監評估擴大收容之可行性，以發揮妥適照護及療養效益。</p> <p>(三) 至精神疾病收容人若有醫療急迫情形，或經醫師診治後認有必要，依「監獄行刑法」第62條，矯正機關應戒送其至醫療機構醫治，倘經醫師評估有住院治療必要，則由醫療機構收治住院，提供適切之醫療照護，住院期間並由矯正機關調派人力戒護，以兼顧醫療照護及戒護安全之目的。</p> <p>三、針對司法精神醫院定位、監護處分應於司法精神病院或社區醫院執行，及其目的是否為回歸社會做準備，說明如下：</p> <p>(一) 司法精神醫院設立目的，係針對犯罪行為時因精神障礙，致不能辨識或欠缺辨識行為能力，符合「刑法」第19條不罰或減輕其刑等要件，復依同法第87條裁判施以監護處分者，提供兼具精神醫療及矯正教化介入處置之處所，期藉由司法強制力，命其至該處所接受治療或處遇，以收預防再次危害社會公共安全之效果。</p> <p>(二) 經衛福部諮詢專家學者，考量部分受監護處分人具暴力風險或反社會人格傾向，爰其監護處分執行應採分級、分流處遇，並配置戒護人力。經評估未具高暴力風險、非反社會人格傾向者，可於一般精神醫療機構之司法精神病房收治；至具高暴力風險、反社會人格傾向者，則應收治於高度戒護之司法精神醫院。</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>(三) 為協助受監護處分人順利復歸社區，法務部刻正研修「保安處分執行法」，明定檢察官於執行監護處分時，得依受處分人之病情及處遇需要，予以多元處遇，並設立流動及迴轉機制，以達監護處分目的及協助受處分人逐步適應與回歸社區；另同法並研議增訂社區銜接機制，由檢察機關於監護處分期間屆滿前2個月，邀集直轄市、縣（市）政府網絡單位召開社區銜接會議，以協助受處分人復歸社區，延續監護處分成效。</p> <p>四、102年起矯正署與健保署合作下，已將收容人納入一般民眾之健康照護體系，提供收容人與社區民眾相同之健保醫療資源。矯正署將配合衛福部偕同各健保醫療院所，持續提供收容人與民眾相同品質之醫療資源，確保收容人健康權益。另為強化醫療照護可近性，目前矯正機關設有二處精神療養專區，澈底發揮馳援效益，且為提高服務量能，並已責成臺中監獄與桃園分監評估擴大收容之可行性，以發揮妥適照護效益。前開二處醫療專區均有實施三階段處遇，並對於個案建有適切之評估機制，定期由精神科專科醫師進行審查、評估，以作為移返原監或賡續治療之參據。</p>
<p>四、對於偵查、審判階段之緊急監護處分，判決確定後之刑前監護、刑後監護等其他保安處分之「期間」及「實際成效」之看法？對治療無顯著效果之個案（如智能障</p>	<p>一、有關偵查、審判階段之緊急監護處分機制，司法院業已提出「刑事訴訟法」部分條文修正草案送請本院會銜。因緊急監護與判決確定後之監護處分之若干要件尚有差異，是否得一律適用刑法與保安處分執行法等規定，刻正研商中。</p> <p>二、有關判決確定後之刑前監護、刑後監護之期間及實際成效部分：</p>

約詢重點	辦理情形
<p>礙者)，是否應為其他處遇模式？</p>	<p>(一) 現行監護處分期間規定為5年以下，法務部業於109年5月14日向本院陳報「刑法」第87條修正草案，採定期延長制、法官保留、每年鑑定評估等制度規定，現由本院積極審查中。</p> <p>(二) 監護處分制度實施至今，解決社會上有關精神障礙或心智缺陷犯罪者之問題，具有社會防衛之效果，惟為與時俱進，已研提「保安處分執行法」第46條以下修正草案，採多元處遇、流動迴轉、每年評估及轉銜機制，於109年6月12日陳報，現由本院審查中。</p> <p>(三) 有關智能障礙者如依「刑法」第87條之規定施以監護處分者，草案規定執行方法亦採多元處遇機制，例如令入身心障礙福利機構、交由家屬照護等執行方式，以符受處分人之實際狀況。</p>
<p>五、承上，就偵查、審判階段羈押中被告，因精神狀態與案發時點較為接近，政府主管機關對於急性症狀之精神疾病收容人處遇策進之建議（精神鑑定、醫療處遇……等）？</p>	<p>一、為使檢察官於偵查中對於被告行為有無責任能力(刑法第19條第1項、第2項)一節，詳為調查認定，以即時對因精神障礙或其他心智缺陷以致責任能力欠缺或顯著減低之被告，給予適當之處遇，並排除其對公共安全之危害性，法務部刻正研議擬具「精進偵查中司法精神鑑定方案」，以強化偵查中司法精神鑑定之功能及提升司法精神鑑定品質。</p> <p>二、針對經檢察官或法官裁定之羈押被告者，渠等新收入所時，看守所即依「羈押法」第11條規定，施行健康檢查，且被告不得拒絕。倘經醫師診治有收容於病舍、隔離、戒送醫院等適當處置時，看守所自當依醫囑指示辦理，並將後續處置通報裁定羈押之法院或檢察官。</p>

約詢重點	辦理情形
<p>六、執行監護處分與再犯率之關聯性？如何兼顧降低社會風險之需求及精神疾病收容人之人權保障？</p>	<p>一、再犯率詳附件2。  二、現行監護處分執行期間最長為5年，惟當受處分人仍有高再犯風險時，卻無法使其繼續接受治療，故為降低社會風險、強化監護處分機制，法務部提出「刑法」及「保安處分執行法」之修正草案，現由本院審查中，此次修正草案主要係參考瑞士、德國及奧地利刑法制度，為保護社會安全，採監護處分期間延長制、每次3年、無次數限制，由法院裁定許可為之，而執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。又每年應經鑑定、評估，以兼顧人權之保障。</p>
<p>七、本院前函請提供「內政部研議修正警察職權行使法，強化監護處分結束個案之社區監控辦理情形。」行政院查復「相關查訪工作仍應回歸專業，由衛政機關落實執行，若社區關懷訪視員或心衛社工於執行職務前，經暴力等級分類或安全評估後，認有必要，得向警察機關請求陪同訪視或提供安全協助事宜。」爰請行政院續行提供「衛政機關落實強化監護處分結束個案之社區監控執行情形」</p>	<p>針對監護處分結束個案，為強化其精神疾病之追蹤保護，「強化社會安全網第二期計畫」（110年至113年）草案，已研議相關配套作為：</p> <p>一、依該計畫策略四，法務部已規劃於受監護處分人執行監護處分期間屆滿前2個月，由檢察機關邀集當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關及更生保護會，召開社區銜接會議，協助受處分人復歸社區。</p> <p>二、依「精神衛生法」第31條規定，精神疾病受監護處分人出院時，監護處分執行處所應即通知其住(居)所在地直轄市、縣(市)主管機關，予以追蹤保護，並給予必要之協助。爰受處分人執行監護處分結束後，符合前開對象者，現行由關懷訪視員或公衛護士提供社區追蹤保護。但考量其案量負荷及是類個案多合併有多元議題需求，已研議將出監護處分處所之個案納為心理衛生社工服務對象，由心理衛生社工就其精神病情及家庭需求進行綜合評估，並協助連結相關資源。至於社區關懷訪視員或心衛社工</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>經評估個案暴力等級或安全議題後，認有必要，得向警察機關請求陪同訪視或提供安全協助事宜。</p>
<p>八、世界先進國家（日本、荷蘭、美國、德國……等國）對涉重傷害案件之精神疾病收容人採行適當處遇之概況與評析？</p>	<p>一、德國：有關精神疾病之收容人，分為第一級監護處分（重案監護）、第二級監護處分（非重案監護）。有關第一級監護處分，法院應諭知將違法行為人收容於精神病院之處分的條件如下：（1）行為人之違法行為係於無罪責能力（第20條）或減輕罪責能力（第21條）之狀態下實行。（2）行為人具有社會危險性，亦即經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性者。有關第二級監護處分，於行為人所犯之違法行為並非上開所稱之重大的違法行為者，法院僅能於根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態而犯下此類重大之違法行為時，始得諭知將行為人收容於精神病院之處分。</p> <p>二、荷蘭：有關精神障礙者犯罪之處遇，犯罪嫌疑人有精神障礙者，於開始審判程序前之準備程序中，法官如懷疑犯罪嫌疑人有精神障礙者，得命令其提出精神醫學報告書，此命令屬法官之權限，如檢察官認為法官有行使此權限之必要或是辯護人提出報告書向檢察官請求為精神障礙鑑定時，檢察官不能逕行命令為之，只能向法官請求命令犯罪嫌疑人為鑑定。準備程序之</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>法官只能命令司法精神科醫師或心理學專家進行鑑定。鑑定期間由法官認定，必要時得命令延長。又如果懷疑犯罪嫌疑人無訴訟能力時，依荷蘭刑事訴訟法第16條規定，法院於接到治療報告後應停止訴訟程序，實務上被延期者僅限於重度精神障礙者始有本規定之適用。鑑定報告書之作成一共有2種方式，一為將犯罪嫌疑人拘禁於法院外留置所進行訪談，另一為於專門機構內為留置鑑定，通常指荷蘭中央之精神鑑定中心 (Pieter Baan Centrum)，大約7週鑑定之內容包括精神障礙之有無、行為及精神障礙之因果關係、責任能力之程度、再犯之可能性，及是否有治癒之可能性等。在許多情形下法官均會遵從鑑定報告書之意見，但為最終判斷者仍是法官本人，法官重視的是被告在犯罪行為時對犯罪行為之性質與結果是否有認識，被告違法性之意識及是否有控制自由決定意思之能力。</p> <p>三、美國有關精神障礙者犯罪之處遇-以加州聖塔克拉拉郡為例：法院應諮詢檢察官、被告辯護律師、保護管束部門及適當之區域中心之意見，以決定被告是否須予以司法外處遇，如果被告無律師為其代表，法院應加定律師為其代表，當法院懷疑被告可能有精神障礙之情形，且被告也同意進行處遇之程序而接受區域中心之評估以判斷其是否符合該中心提供服務，並放棄儘速進行審判之權利時，法院應即命檢察官、區域中心、保護管束部門針對被告之個案準備提出報告。區域中心 (Regional center): 係指在Lanterman</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>Development Disabilities Services Act下為發展中精神障礙者所設立之區域中心，其屬於一種私人、非營利之社區機構組織，其功能在計劃、取得及協調因發展中精神障礙者所處之特殊之地理位置以致州立機構無法提供之服務，此機構亦由州政府之發展服務部門予以核准並補助。區域中心應於法院所命之25司法工作天(judicial days)內向保護管束部門提出報告，報告之內容應包括對於被告是否有精神障礙之問題，而且符合區域中心所提供處遇性之治療及安置之服務，同時區域中心亦必須向法院提出處遇計劃之提議，此一計畫之內容制定應符合被告在福利及機構法規定下之個人計畫之需求。</p>
<p>九、有關荷蘭有強制性TBS處分 (at the disposal of the government)，我國監護處分制度可資參照之作為？</p>	<p>有關荷蘭TBS處分，與我國監護處分制度相似，惟TBS處分限於重大犯罪，且執行人員為醫療人員，而我國監護處分不限於重大犯罪，且指揮執行監護處分者為檢察官，二者制度上各有優劣，於修法時已考量我國國情及現行社會情況予以參酌。</p>
<p>十、有關日本之「復歸社會調整官」、「保護觀察所」制度，我國強制住院治療、保護觀察……等政策可資參照之作為？</p>	<p>一、有關研修監護處分修法草案，已規劃於監護處分期間，採多元處遇、流動迴轉制度，並增訂轉銜機制，朝受處分人復歸社會準備之方向設計。因此，相關制度是否參照日本保護觀察所等制度，應再通盤考量。</p> <p>二、機構與社區間轉銜機制：我國目前未設置有復歸社會調整官，惟就其設置目的為安排或調整接受醫療觀察者出院後的生活環境及後續社區門診治療，並協調各機關，以確保各相關機關間不會出現聯繫失誤，已於「強化社會安全網第</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>二期計畫」(110年至113年)草案中研擬建立執行監護處分或精神疾病受保護管束人期滿前之機構與社區間的轉銜機制：</p> <p>(一) 於執行監護處分期滿2個月前，由檢察官邀集治療之院所醫事人員、當地或戶籍地衛政、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的轉銜會議。透過結合法務、社福、心理衛生、教育、就業及警政等有關部門合作建立機制，提供個案更生保護、持續治療、社區治安與關懷、就學及就業服務等。</p> <p>(二) 精神疾病受保護管束人保護管束期滿前2個月，由執行主任檢察官邀集觀護人及當地衛政、社政、警政、勞政、更生保護會及相關單位人員召集期滿前之轉銜會議。</p> <p>(三) 針對精神病況較輕之受監護處分人，在保護管束中仍應以醫療單位治療為主者，觀護人負責資源結合及監督輔導。</p> <p>三、培育專業相關人才：日本醫療觀察制度著重於行為人之社會復歸，國家為因精神障礙而觸法者主動提供醫療服務，且該醫療服務應能確保其得以接受持續性及有效性之醫療體系，前提是需建置足夠之精神科醫療資源及培育相關專業人才(如復歸社會調整官)，由具有精神醫療及社會工作背景之專業人員協助其獲得妥適治療，才可能減少再犯觸法可能。</p>
<p>十一、對「相關主管機關是否落實依精神衛生法第30條及第41條等規定，對於重大疾病收</p>	<p>一、考量羈押被告／受刑人／受處分人之醫療人權，「精神衛生法」第30條已規定，矯正機關、保安處分處所及其他以拘禁、感化為目的之機構或場所，其所收治對象如罹患精神疾病，應提供醫療或</p>

約詢重點	辦理情形
<p>容人之處遇等，有無具體完善醫療及照顧安全機制網」議題之意見為何？</p>	<p>護送協助其就醫。因醫療機構之職責為治療病人疾病，並不具有戒護功能，爰前開個案護送就醫後，需否住院治療，應由精神科醫師評估；倘有住院治療之必要，則由醫療機構收治住院，提供適切之醫療照護，住院期間並由矯正機關調派人力戒護，以兼顧醫療照護及戒護安全之目的。</p> <p>二、收容人如符「精神衛生法」第3條第4款定義嚴重病人，經專科醫師診斷認定後，依「監獄行刑法」、「羈押法」及「精神衛生法」等相關法規，由專科醫師提供適切的醫療照護及處遇建議，矯正機關均配合醫囑指示辦理；嗣後個案如有生命危險之虞時，即可逕依「監獄行刑法」第60條及「羈押法」第54條規定，由醫師逕行救治或送醫療機構治療，收容人如有拒絕門診或住院治療之情形，亦由矯正機關依醫囑安排後續處遇以保障是類收容人健康權益。</p> <p>三、依「精神衛生法」規定，是類收容人於離開矯正機關時，皆由醫師評估並填寫出監(所)通知書，函送地方主管機關，予以追蹤保護。目前「強化社會安全網第二期計畫(110年-113年)」草案，預計將研訂出監(、所、校)轉銜機制，避免社區心理衛生單位或團體銜接空窗。</p>
<p>十二、相關學者專家表示：「部會合作才是社會安全的未來」！爰行政院有關下列議題之看法暨對於「法務部」、「衛生福利部」(下稱衛福部)等主管機關權責</p>	<p>一、基於精神醫療照護具特殊專業性，透過中央衛福主管機關協助將精神醫療資源導入矯正機關內，以保障精神疾患者醫療權益。另每年亦與健保署分區業務組共同研商調整需求診別及診次，以符實況；嗣後有關精神病人醫療處置皆由精神專科醫師提供適切的醫療照護及處遇建議，矯正機關均配合醫囑辦理。</p> <p>二、法務部與衛福部對落實「精神衛生法」照</p>

約詢重點	辦理情形
<p>事宜之說明：</p> <p>(一) 法務部與衛福部對監所內嚴重精神病人之處遇及治療如何分工。</p> <p>(二) 法務部與衛福部對落實精神衛生法照顧監所內嚴重精神病人，未建立橫向聯繫機制，兩部會未有執行面之共識。</p> <p>(三) 偵查、審判階段之收容人如有精神疾患，有就審能力、精神鑑定、羈押處遇、監護處分……等問題亟待解決。</p> <p>(四) 執行監護處分機構的相關資源有待提升。</p>	<p>顧收容人之橫向聯繫機制部分：</p> <p>(一) 基於保障收容人醫療人權，已透過收容人納入全民健康保險，將醫療資源導入矯正機關，充實矯正機關醫療資源。復以每年矯正機關與健保署分區業務組共同研商調整需求診別及診次，以符實況；遇有收容人須戒護外醫情形者，亦依「監獄行刑法」、「羈押法」等規定辦理，醫療機構並配合診斷評估個案醫療需求及提供適切醫療。收容人出監所時，矯正機關亦依「精神衛生法」第31條規定通知地方主管機關予以追蹤保護。</p> <p>(二) 又為加強矯正與公共衛生體系之服務銜接，衛福部精神照護資訊管理系統已與法務部獄政系統、刑案資訊系統進行資料介接，以利矯正機關於收容人入監時，協助其持續接受精神醫療，並於出矯正機關時通報地方衛生主管機關，以利後續追蹤保護或轉介醫療機構接續治療。</p> <p>(三) 另為落實出監社區轉銜，「強化社會安全網第二期計畫」(110年至113年)草案，已研議矯正機關應於精神疾病受刑人出監前2個月，召集受刑人住(居)所在地衛政、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，強化收容人於出監後之社區支持服務，協助復歸社會。</p> <p>(四) 綜上，二部會已就法規、制度、服務流程及系統介接等面向，強化跨部會合作聯繫機制，以共同強化對精神疾病收容人之照護。</p> <p>三、偵查、審判階段收容人，如有精神疾患之就審能力、精神鑑定、羈押處遇及監護處分執行共識：</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>(一) 為精進司法精神鑑定程序，法務部刻正邀集司法院及衛福部共同研議擬具「精進偵查中司法精神鑑定方案」，俾利檢察官於偵查階段對於被告犯罪行為之責任能力(刑法第19條)詳為調查認定，並即時對因精神障礙或其他心智缺陷致責任能力欠缺或顯著減低之被告，給予適當處遇，以排除其對公共安全之危害性。</p> <p>(二) 至提升司法精神鑑定品質及培訓專業人才，衛福部已與台灣精神醫學會合作，編訂「司法精神醫學訓練手冊」，以提供新進醫師訓練、專科醫師繼續教育之用；另為優化司法精神鑑定專業服務品質與量能，衛福部已於109年12月委託台灣司法精神醫學會辦理「司法精神鑑定品質提升計畫」，以強化司法精神鑑定品質。</p> <p>(三) 為兼顧降低社會風險之需求及精神疾病收容人之人權保障，針對「刑法」、「保安處分執行法」所涉及監護處分相關條文，法務部刻正會同司法院、衛福部進行研修，修正重點包括：考量受監護處分人之暴力危險及精神病情程度，將採分級、分流方式執行監護處分，研議修正納入多元執行處所、處遇處所得置戒護人力、由地檢署成立跨專業評估小組定期評估執行成效、監護處分執行結束個案由地檢署召開社區銜接會議等。另偵審期間被告，法官若有足夠事實，認為其犯案時因精神病情影響，而降低或喪失辨識能力，並有危害公共安全之虞，司法院亦已針對其處置方式及程序，刻正會同法務部、衛生福利部著手研修「刑事訴訟法」中。</p> <p>四、監護處分執行機構資源提升議題：</p>

約詢重點	辦理情形
	<p>為瞭解監護處分執行現況，衛福部、法務部及專家學者，已至6家監護處分執行醫療機構實地訪查，瞭解現行監護處分之執行問題，並會從法規修正、資源布建等面向，進行全面性規劃：</p> <p>(一) 法規面部分，考量監護處分執行需要，針對「刑法」、「保安處分執行法」所涉及監護處分相關條文，已研議修正納入多元處遇處所、處遇處所得置戒護人力、由地檢署成立跨專業評估小組定期評估執行成效、監護處分執行結束個案由地檢署召開社區銜接會議等條文。</p> <p>(二) 資源布建部分，將依受處分人暴力風險程度，採分級、分流方式，收治於司法精神醫院或司法精神病房；並已重新檢視與訂定精神障礙受監護處分人監護處分執行期間合理收治費用，俾編列預算支應。</p>
<p>十三、有關下列專家學者建議事項，貴院之看法與精進作為：</p> <p>(一) 建議應設立司法專責醫院。</p> <p>(二) 建議不設立司法專責醫院。</p> <p>(三) 監護期間不宜改成沒有期間限制。</p> <p>(四) 現行矯正機關針對精神醫療相關資源應更充裕。</p> <p>(五) 法務部似乎想將審判、偵查中病人都進行收容，這並非原先初衷，</p>	<p>一、針對司法專責醫院議題，回復說明同約詢重點三之說明第1點，復考量受監護處分人部分具暴力風險、反社會人格特質，且係以維護社會安全為其監護處分執行目的之一，現行精神醫療機構因無配置戒護人力，爰設置具高度安全戒護人力及設施設備之司法精神醫院有其必要性。</p> <p>二、至監護處分若能依執行需要及受處分人病情程度或心智缺陷情形，提供多元處遇方式、增加執行處所轉換彈性、強化監護處分執行結束後之社區銜接機制，以及提升精神疾病犯罪者在監精神醫療照護品質，應可達減少受處分人反復再犯之效果。</p> <p>三、有關監護處分期間限制部分，因監護處</p>

約詢重點	辦理情形
<p>各部會現在正在切割責任。</p> <p>(六)看守所門診資源不足，法官又不肯放人，醫療亦無法協助，需要解套。</p> <p>(七)法務部與衛生福利部組成團隊，但似乎要更加強聯繫。</p> <p>(八)長程的國家政策要有精神醫療計畫、社區處遇，司法精神醫院是必要之惡，規模愈小愈好。</p>	<p>分性質為保安處分，具有社會防衛之效果，法務部已參酌德國、瑞士等法制，擬將監護處分期間定期延長，並採法官保留、每年鑑定評估機制，且保留原條文隨時得免監護處分執行之規定，以為調節，兼顧社會安全及人權保障。而司法院於109年12月31日作成釋字第799號解釋，對於強制治療規定並無期限限制，不認為違憲，亦均為未來修法之參考。</p> <p>四、「強化社會安全網第二期計畫」(110年至113年)草案中，針對強化矯正機關精神醫療照護，業明定未來應視收容人之需求，請合作醫療機構配合調整身心科門診診次，並視需求與衛福機關(衛福部中央健康保險署)及承作醫療機構研議增加特約精神科門診診次，提升精神醫療照護強度。</p> <p>五、有關偵查、審判階段之緊急監護處分機制，司法院業已提出「刑事訴訟法」部分條文修正草案送請本院會銜，本院刻正研商中，關於被告施以監護或暫時安置，均須審慎研究。</p> <p>六、法務與衛福二大公務系統，就本次議題之各項困難，均將持續攜手合作，共同努力逐一克服，提升司法精神醫療照護之強度與能量。</p>
<p>十四、法務部對於身心障礙收容人之處遇，經改善後尚難認均符CRPD等相關國際人權公約規範之意旨，所屬各監所設備老舊情形仍亟須改善；精神醫療及心理輔</p>	<p>一、為強化及維護身心障礙及行動不便者之權益，矯正署於新修正之「監獄行刑法」及「羈押法」，業納入身心障礙者權益保障及合理調整之規定，完備我國矯正法令對於身心障礙收容人之照護，且依法訂有「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」供執行機關參用。另矯正署業於109年1月10日以法矯署勤字第10905000090號函，請各矯正機關再行檢</p>

約詢重點	辦理情形
<p>導及醫療等資源仍須持續與衛福主管機關共同研商精進與強化；對於介接身心障礙收容人入監前病歷改善情形亦尚有策進與落實空間。貴院之協調與具體作為？</p>	<p>視，並依所列舉之通路及定著設施等重點，優先辦理改善。</p> <p>二、為貼近收容人醫療實際需求，每年均由健保署分區業務組邀集健保特約醫療院所及矯正機關就實施方式、診科需求及醫療相關問題召開檢討會議調整改善所提供門診服務，以符機關精神醫療需量。</p> <p>三、收容人健康檢查資料之運用，係為提供醫師進行後續醫療處置之參考，矯正機關配合醫師就檢查結果擬定之治療方式。收容人健康檢查後，若醫師認為需要收容人入監前就醫資料以供參酌，可由衛福部健保署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢收容人近期的就醫與用藥紀錄，或是請收容人自行提供相關就醫資訊。</p>
<p>十五、對矯正機關執行本案相關議題之檢討及策進作為建議。</p> <p>十六、對衛福機關執行本案相關議題之檢討及策進作為建議。</p> <p>十七、本案有關相關問題、興革建議事項、法令疏漏不足或窒礙難行之處。</p> <p>十八、本案之檢討及策進作為？</p> <p>十九、其他補充說明或意見。</p>	<p>有關本次約詢之議題甚廣，不僅涉及我國矯正機關收容人相關精神醫療之設備資源、服務量能、與相關專業人力等軟硬體之補充，亦有司法精神法律制度之檢討與修正。有關法務部與衛福部之資源合作、分工，自當由本院協調整合與督導外，本院亦當致力與司法院展開跨院際之協力，共同健全我國司法精神之法律制度，同時持續充實司法精神醫療之資源。</p>

資料來源：本院110年2月17日約詢行政院之書面說明資料。

## 附表十六、釋字第799解釋內容一覽表：

解釋字號

釋字第 799 號【性犯罪者刑後強制治療案】

解釋公布院令

中華民國 109 年 12 月 31 日院台大二字第 1090038112 號

解釋爭點

- 一、刑法第 91 條之 1 第 1 項規定「有再犯之危險」及同條第 2 項前段規定「再犯危險顯著降低」是否違反法律明確性原則及比例原則？
- 二、性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 3 項規定「再犯危險顯著降低」是否違反比例原則及憲法第 8 條人身自由之保障？
- 三、刑事訴訟法及性侵害犯罪防治法均未規定應賦予受處分人於聲請宣告或停止強制治療程序，有到庭陳述意見之機會，是否違反憲法正當法律程序原則？
- 四、刑法第 91 條之 1 第 2 項前段規定進行之鑑定、評估程序，是否對受處分人之程序保障不足，而違反憲法保障人民訴訟權之意旨？
- 五、性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項規定，對 95 年 6 月 30 日即刑法第 91 條之 1 規定修正施行前，曾犯性侵害犯罪之加害人施以強制治療，是否違反法律不溯及既往原則及信賴保護原則？

解釋文

刑法第 91 條之 1 第 1 項及第 2 項前段規定，與法律明確性原則尚無違背；刑法第 91 條之 1 第 1 項規定未抵觸比例原則，與憲法保障人身自由之意旨尚屬無違。

刑法第 91 條之 1 第 2 項前段規定及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 3 項規定關於強制治療期間至再犯危險顯著降低為止之部分，與憲法比例原則尚屬無違。惟若干特殊情形之長期強制治療仍有違憲之疑慮，有關機關應依本解釋意旨有效調整改善。

性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項規定，尚不違反法律不溯及既往原則及信賴保護原則。

刑事訴訟法及性侵害犯罪防治法均未規定應賦予受處分人於法院就聲請宣告或停止強制治療程序，得親自或委任辯護人到庭陳述意見之機會，以及如受治療者為精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有辯護人為其辯護，於此範圍內，均不符憲法正當法律程序原則之意旨。有關機關應自本解釋公布之日起 2 年內檢討修正。完成修正前，有關強制治療之宣告及停止程序，法院應依本解釋意旨辦理。

刑事訴訟法第 481 條第 1 項後段規定與憲法保障訴訟權之意旨尚無違背。

現行強制治療制度長年運作結果有趨近於刑罰之可能，而悖離與刑罰之執行應明顯區隔之憲法要求，有關機關應自本解釋公布之日起3年內為有效之調整改善，以確保強制治療制度運作之結果，符合憲法明顯區隔要求之意旨。

#### 理由書

聲請人盧恩本（下稱聲請人一）因犯刑法第225條第2項乘機猥褻罪，經臺灣高等法院臺中分院以97年度上訴字第1368號刑事判決判處有期徒刑1年確定後，入監服刑，與另犯強制猥褻罪共應執行有期徒刑3年5月，於中華民國97年3月26日入監執行。在監執行期間，臺灣高雄監獄（後更名為法務部矯正署高雄監獄）施以身心治療及輔導教育後，以聲請人一曾多次犯妨害風化罪及強制性交罪，考量其犯案狀況具固定犯罪模式，且再犯危險性中高度，經該監評估3次，建議施予刑後強制治療。檢察官爰依刑法第91條之1第1項規定（下稱系爭規定一）聲請令聲請人一入相當處所施以強制治療。臺灣高等法院臺中分院審核後，裁定令聲請人一於刑之執行完畢後，入相當處所施以強制治療，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。聲請人一不服該裁定，提起抗告，經最高法院以100年度台抗字第457號刑事裁定駁回抗告確定（確定終局裁定一）。嗣100年6月26日縮刑期滿執行完畢之同日，臺灣彰化地方法院檢察署以100年度執保更字第10號保安處分執行指揮書，將聲請人一送交法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院接續執行強制治療。聲請人一不服，聲明異議，經臺灣高等法院臺中分院裁定駁回。聲請人一不服，提起抗告，經最高法院以100年度台抗字第835號刑事裁定駁回抗告確定（確定終局裁定二），嗣於109年9月11日停止強制治療。聲請人一認確定終局裁定一及二所適用之系爭規定一未規定強制治療之最長期間，有違反憲法比例原則，侵害人民人身自由之疑義，聲請解釋憲法。

聲請人常方正（下稱聲請人二）因犯刑法第221條第1項強制性交等罪，經臺灣桃園地方法院於94年5月24日判決有罪，應執行有期徒刑10年，並於刑之執行前，令入相當處所施以治療，其期間至治癒為止，但最長不得逾3年。聲請人二不服提起上訴，經臺灣高等法院及最高法院均駁回上訴確定，入監服刑。在監執行期間，臺灣臺中監獄（後更名為法務部矯正署臺中監獄）施以身心治療及輔導教育後，認有高度再犯危險，建議施以強制治療。檢察官以聲請人二為95年6月30日以前犯性侵害犯罪之加害人，雖不適用95年7月1日修正施行之刑法第91條之1有關刑後強制治療之規定。惟經評估、鑑定結果，認為聲請人二有再犯危險，爰依性侵害犯罪防治法第22條之1第1項規定（下稱系爭規定二）及同條第3項規定（下稱系爭規定三），聲請令聲請人二入相當處所施以強制治療。臺灣桃園地方法院審核後，裁定令聲請人二於刑之執行完畢後，入相當處所施以強制治療至其再犯危險顯著降低為止。聲請人二不服該裁定，提起抗告，經臺灣高等法院

以 103 年度侵抗字第 12 號刑事裁定駁回抗告確定（確定終局裁定三），嗣於 109 年 3 月 31 日停止強制治療。聲請人二認確定終局裁定三所適用之系爭規定二及三，明定治療期間須至再犯危險顯著降低為止，無最長期限，剝奪法官就個案裁定治療期間之權，有抵觸憲法正當法律程序原則及法官保留原則，侵害人民人身自由之疑義，聲請解釋憲法。

聲請人曾樹城（下稱聲請人三）前犯刑法第 224 條第 1 項強制猥褻罪，經臺灣高等法院於 91 年 5 月 20 日判處有期徒刑 2 年，並於刑之執行前，令入相當處所，施以治療，聲請人三不服提起上訴，經最高法院以 91 年度台上字第 4641 號駁回此部分之上訴確定；又犯刑法第 332 條第 2 項第 2 款強盜而強制性交罪，於 92 年 2 月 13 日經臺灣高等法院以 91 年度重上更

（四）字第 187 號刑事判決判處有期徒刑 14 年，因未提起上訴而告確定，嗣前開二罪經定應執行刑為有期徒刑 15 年，並於刑之執行前，令入相當處所，施以治療確定在案。聲請人三於 91 年 9 月 17 日入監執行刑前強制治療，迄 94 年 9 月 16 日強制治療執行完畢，復入監執行有期徒刑，原刑期於 103 年 5 月 12 日屆滿。聲請人三於前揭徒刑執行過程中，經臺灣臺北監獄（後更名為法務部矯正署臺北監獄）施以身心治療後，經治療評估會議決議不通過，認其仍有再犯之危險，檢察官因認聲請人三有繼續治療之必要，爰依系爭規定二及三聲請法院裁定對聲請人三施以強制治療。臺灣士林地方法院審核後，於 102 年 7 月 12 日以 102 年聲療字第 2 號刑事裁定令聲請人三於刑之執行完畢後，入相當處所施以強制治療，至其再犯危險顯著降低為止。聲請人三不服該裁定，提起抗告，經臺灣高等法院以 102 年度抗字第 884 號刑事裁定駁回抗告確定（確定終局裁定四）。聲請人三認確定終局裁定四所適用之系爭規定二及三，明定治療期間須至再犯危險顯著降低為止，無最長期限，剝奪法官就個案裁定治療期間之權，有抵觸憲法正當法律程序原則，侵害人民人身自由之疑義，聲請解釋憲法。

聲請人曹炳雄（下稱聲請人四）因犯刑法第 227 條第 1 項對於未滿 14 歲之女子為性交罪，經臺灣彰化地方法院以 99 年度訴字第 1444 號刑事判決處有期徒刑 3 年 2 月，聲請人四不服提起上訴，經臺灣高等法院臺中分院及最高法院均駁回上訴而告確定，入監服刑。在監執行期間，法務部矯正署臺中監獄以聲請人四之犯罪行為，經評估為具有高度再犯危險性，建議施以刑後強制治療。檢察官爰依系爭規定一聲請令聲請人四入相當處所施以強制治療。臺灣高等法院臺中分院審核後，於 104 年 8 月 12 日裁定令聲請人四於刑之執行完畢後，入相當處所施以強制治療，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。聲請人四不服提起抗告，經最高法院以 104 年度台抗字第 687 號刑事裁定駁回抗告而確定（確定終局裁定五）。嗣聲請人四向臺灣高等法院臺中分院聲請停止強制治療，經該院以無理由裁定駁回其聲請，聲請人四不服，提起抗告，經最高法院 106 年度台抗字第 889 號刑事裁定駁回抗告確定（確定終局裁定六），嗣於 107 年 1

月 22 日停止強制治療。聲請人四認確定終局裁定五及六所適用之系爭規定一、刑法第 91 條之 1 第 2 項前段規定（下稱系爭規定四）及刑事訴訟法第 481 條第 1 項後段規定（下稱系爭規定五）有牴觸憲法第 16 條之疑義，聲請解釋憲法。

核前開聲請案與司法院大法官審理案件法（下稱大審法）第 5 條第 1 項第 2 款所定要件相符，爰予受理。

聲請人臺灣雲林地方法院刑事第一庭誠股法官（下稱聲請人五）為審理該法院 105 年度聲療字第 1 號聲請強制治療案件，略以：系爭規定一及四之裁定程序未經言詞審理程序，未保障受處分人為自己辯護或由律師協助其辯護之機會；有無再犯危險之評估報告亦未經法院定期審查，有違憲法第 8 條之正當法律程序原則，且不符憲法第 23 條比例原則，乃裁定停止訴訟程序，向本院聲請解釋憲法。

聲請人臺灣雲林地方法院刑事第六庭良股法官（下稱聲請人六）為審理該法院 106 年度聲療字第 4 號聲請強制治療案件，略以：系爭規定一及四對於有再犯危險之性犯罪者，為強制治療規定，限制人民之人身自由，惟其構成要件涵蓋過廣，既未依危險程度給予不同處遇、治療期間及執行方法，又有終身監禁之虞；而系爭規定五所定之裁定程序未採言詞辯論程序，對於身心障礙者並無強制辯護之規定，均違反實質正當法律程序原則、法律明確性原則及比例原則，牴觸憲法第 8 條及第 23 條規定，乃裁定停止訴訟程序，向本院聲請解釋憲法。

上開二件法官聲請案均核與本院釋字第 371 號、第 572 號及第 590 號解釋所示法官聲請釋憲之要件相符，應予受理。

以上六件聲請案，所聲請解釋之系爭規定一至五均涉及對性犯罪者刑後強制治療之問題，所主張之憲法疑義均相同，爰併案審理（本件釋憲審查客體代稱對照表如附件）。

本院公告言詞辯論事宜後，依大審法第 13 條第 1 項規定通知聲請人一、三、五至六及關係機關包括法務部、衛生福利部及司法院（刑事廳）指派代表及代理人，於 109 年 11 月 3 日上午於憲法法庭行言詞辯論（聲請人四因係於公告言詞辯論期日後始聲請解釋，故未通知其參與言詞辯論），另邀請鑑定人及法庭之友監察院國家人權委員會，到庭陳述意見。

聲請人一、三主張，本案所涉刑法及性侵害犯罪防治法相關規定俱違憲。其理由略以：（一）系爭規定一未規定「相當處所」之定義及強制治療實施之方法，被規範者無從預見將被如何治療。其所稱「有再犯危險」之定義模糊不清。系爭規定四所定「再犯危險顯著降低」，乃價值判斷而非醫學判斷，有違刑法明確性原則。（二）刑法第 91 條之 1 規定之強制治療，將受處分人安置於監獄內，且生活起居、飲食等與受刑人無異，實乃一種刑之懲罰。且與社會隔離造成其失去生活能力，既欠缺目的正當性，所造成之社會醫療資源耗損，相較於部分個案極為有限之治療效果，顯失均衡。受判決

有罪者更可能承受與其行為惡性不成比例之治療方式與期間，有違比例原則。（三）系爭規定三及四，未規定強制治療之最長期限，又未使法院得以介入審查是否停止強制治療，且未賦予當事人或其委任之代理人，於鑑定、評估及停止強制治療程序中得陳述意見，俱違反法官保留原則，侵害憲法第 8 條保障人身自由之意旨，牴觸憲法第 23 條比例原則。（四）系爭規定二對加害人施以強制治療，溯及適用於 95 年 7 月 1 日刑法第 91 條之 1 公布施行前之性侵害犯罪者，違反法律不溯及既往原則及信賴保護原則等語。

聲請人五及六主張，本案所涉刑法及性侵害犯罪防治法相關規定部分違憲部分合憲。其理由略以：（一）現行條文運作下系爭規定一之「相當處所」均無異於監獄。（二）聲請人六認為系爭規定一所定「有再犯之危險」及系爭規定四所定「再犯危險顯著降低」部分，涵蓋過廣，又未區別「危險」程度，易造成恣意執法，已違反法律明確性原則及憲法第 8 條人身自由之保障。聲請人五則認系爭規定四所定「再犯危險顯著降低」並未違反法律明確性原則。（三）系爭規定三及四，未規定強制治療之最長期間或區分不同處遇，違反憲法第 8 條保障人身自由之意旨及第 23 條比例原則。（四）鑑定、評估程序，未賦予當事人於裁定前、執行中之程序有言詞陳述意見之機會，亦未要求法院應行訊問，更欠缺選任辯護人、閱覽卷證等相關程序規定。僅採取部分之法官保留，致法院裁定強制治療後，受強制治療者若無提出救濟，法院亦無從定期介入審查等，顯然違反憲法正當法律程序原則等語。（五）系爭規定二對加害人施以強制治療，溯及適用於 95 年 7 月 1 日刑法第 91 條之 1 公布施行前之性侵害犯罪者之部分，乃不真正溯及既往，故未違反法律不溯及既往原則及信賴保護原則，但仍然違反比例原則等語。

關係機關法務部主張，本案所涉刑法及性侵害犯罪防治法相關規定俱合憲。其理由略以：（一）刑法第 91 條之 1 規定屬拘束人身自由之保安處分，自法條文義及立法目的，並非受規範者所不能預見，亦可憑社會通念加以判斷，得經司法審查予以確認，未違反法律明確性原則。（二）刑法第 91 條之 1 規定之強制治療，具有其特別預防之目的，並非懲罰。為達治療之目的，自須採拘束受處分人之機構式治療，況強制治療乃由專業人士鑑定、評估後，方由法院決定是否施以強制治療，受強制治療者如不服，仍得依法謀求救濟，並未違反憲法第 8 條正當法律程序原則及保障人身自由之意旨。（三）衡酌系爭規定三及四之強制治療立法目的，於尚未開始治療前，無法設定執行期限，須於實施治療後，依其治療成效評估何時停止治療。是強制治療雖未明定最長期限，仍因其乃為保護重大公益所採之合理必要手段，又無其他侵害較小之方法，並未違反憲法第 23 條比例原則。（四）系爭規定二係基於憲法上之重大公益而為之溯及既往規定，具有合憲之正當事由，自非憲法所當然不許等語。

關係機關衛生福利部主張，本案所涉性侵害犯罪防治法相關規定合憲。其理由略以：（一）性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定乃具有民事監護性

質之保安處分，並非刑事處罰，不適用刑事訴訟程序，受強制治療者亦不能要求所有適用於刑事訴訟程序之權利。雖強制治療之期限為不定期，但已規定處分期間係至再犯危險顯著降低為止，且鑑定、評估均由專業人士每年按特定程序作成，目的與手段均已相當，無不明確之處，並未違反法律明確性原則、比例原則及憲法第 8 條保障人身自由之意旨。（二）性侵害犯罪加害人服刑期滿經評估具再犯危險者，須進入適當處所接受強制治療，暫時與社區隔離，以協助加害人之治療輔導預防其再犯罪，已是兼顧人權與社會安全最好之方式，現行並無其他對人身自由侵害較小之替代方式。（三）系爭規定三及四雖未規定每年鑑定、評估結果應經法院審查，亦未予當事人或其委任之代理人有陳述意見之機會。但受強制治療者於收受通知後，得自行聲請法院裁定停止強制治療，認檢察官執行指揮不當者，亦可聲明異議，如不服聲明異議結果者，可依法提出抗告及再抗告。既已有救濟途徑，並未違反憲法正當法律程序原則。（四）系爭規定二對加害人施以強制治療，雖適用於 95 年 7 月 1 日刑法第 91 條之 1 公布施行前之性侵害犯罪者，但因強制治療程序不會構成二次起訴，性質上亦非刑罰，自無重複處罰問題，未違反法律不溯及既往原則及信賴保護原則等語。

關係機關司法院（刑事廳）主張略以：依我國現制，法院裁定未定期限之強制治療處分後，每年由執行機關鑑定、評估決定是否向法院聲請停止執行。程序規範固屬寬鬆，惟衡以執行事項之事物本質，及較之刑罰及其他保安處分之程序並無差異，尚難遽認系爭規定五違反聽審權保障及法官保留原則。惟每年之鑑定、評估及其審查程序仍應賦予受處分人或其代理人陳述意見機會，以完備強制治療各階段合於憲法正當法律程序原則等語。

本院斟酌全辯論意旨，作成本解釋，理由如下：

#### 一、人身自由限制之審查標準

憲法第 8 條所保障之人民身體之自由，乃行使憲法所保障其他自由權利之前提，應享有充分之保障。依本院歷來之解釋，凡拘束人民身體於特定處所，而涉及限制其身體自由者，不問是否涉及刑事處罰，均須以法律規定，並踐行正當法律程序；且其內容須明確並符合憲法第 23 條所定相關之條件。至於對人身自由之限制是否抵觸憲法，則應按其實際限制之方式、目的、程度與所造成之影響，定相應之審查標準（本院釋字第 384 號、第 690 號、第 708 號及第 710 號解釋參照）。

#### 二、強制治療涉及對人身自由之重大限制

系爭規定一（即刑法第 91 條之 1 第 1 項）明定：「犯第 221 條至第 227 條、第 228 條、第 229 條、第 230 條、第 234 條、第 332 條第 2 項第 2 款、第 334 條第 2 項第 2 款、第 348 條第 2 項第 1 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。」乃刑後強制治療之規定，為保安處分之一種，其實施係適用保安處分執行法及相關規定。強制治療處所為公私立醫療機構，治療處所得依法對強制治療受處分人，施以適當之戒護、管理、監視（保安處分執行法第 15 條第 1 項、第 21 條、第 23 條及第 78 條規定參照）。進言之，對於受處分人，應於不妨礙其治療進行之範圍內施以戒護，其施用戒具之情形應依保安處分處所戒護辦法第 12 條規定為之。保安處分處所固許強制治療受處分人與其家屬及親友接見，但請求接見如認為有妨害強制治療處所之紀律，或強制治療受處分人之利益者，得不予准許。接見除另有規定外，應加監視，如在接見中發現有前述不許接見之情形時，應停止其接見。強制治療處所應指定區域，許可強制治療受處分人於限制時間內自由散步活動（法務部頒布之辦理性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業要點第 11 點、第 12 點、第 18 點、第 19 點及第 21 點規定參照）。綜上可知，系爭規定一所定強制治療之實施，已構成對人身自由之重大限制。

系爭規定二（即性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項）明定：「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 91 條之 1 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。」亦屬刑後強制治療之規定。依同條第 5 項規定，其聲請程序、執行機關（構）、處所、執行程序、方式、經費來源及停止強制治療之聲請程序、方式、鑑定及評估審議會之組成等，授權法務主管機關會同中央主管機關及國防主管機關定之。法務部、內政部、行政院衛生署及國防部於 100 年 12 月 30 日依此規定會銜訂定發布性侵害犯罪防治法第二十二條之一加害人強制治療作業辦法（依行政院 102 年 7 月 19 日院臺規字第 1020141353 號公告，上開辦法第 2 條第 3 款所列屬「內政部」之權責事項，自 102 年 7 月 23 日起改由「衛生福利部」管轄）。據此，其治療處所為內政部（102 年 7 月 23 日改由衛生福利部）委託法務部、國防部指定之醫療機構或其他處所。強制治療處所因治療目的，得限制強制治療受處分人之居住場所或行動，並應依性別分離原則辦理及於必要範圍內為之。強制治療處所，於保障受處分人安全之必要範圍內，亦得設置監看設備，但應告知受處分人。另為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件或其他管理之必要時，亦得拘束受處分人身體或限制其行動自由於特定設施內，但不得逾必要之時間及以不正當之方式為之（前揭作業辦法第 7 條規定參照）。綜上可知，系爭規定二所定強制治療之實施，亦已構成對人身自由之重大限制。

### 三、強制治療制度應符合憲法明顯區隔之要求

按對性犯罪者於刑罰執行完畢後，再施以強制治療，旨在使具高再犯危險之性犯罪者，經由強制治療程序而降低其再犯危險，以保護社會大眾安全，並協助受治療者復歸社會。是強制治療本質上應為一種由專業人員主導

實施之治療程序，受強制治療者係立於「病人」之地位接受治療，並以使受治療者有效降低其再犯危險為目的，而非對受治療者之刑事處罰。因此，強制治療制度之建構，自應以使受治療者得受有效治療，俾利日後重獲自由為核心指標，截然不同於犯罪之處罰。從而，強制治療制度之具體形成，包括規範強制治療之制度與其實際執行，無論涉及者為強制治療之治療處所（包含空間規劃及設施）、施以治療之程序、管理及專業人員之配置、參與等，整體觀察，須與刑罰之執行有明顯區隔，始為憲法所許。強制治療制度如符合憲法明顯區隔之要求，即不生牴觸以犯罪之處罰為前提之罪刑法定或一事不二罰原則之問題。

強制治療制度於憲法上應符合明顯區隔之要求，就治療處所（包含空間規劃及設施）而言，強制治療應於與執行刑罰之監獄有明顯區隔之處所為之，且一般人可從外觀清楚辨識其非監獄。次就受治療者生活管理方面而言，受治療者之生活起居與行為活動之紀律要求，均應以達成治療目標之必要範圍為其限度，於不妨礙實施治療之前提下，應盡可能使受治療者享有正常生活，以作為復歸社會生活之準備，並與監獄受刑人之矯治處遇明顯有別。再就如何治療方面而言，治療應由專業人員本於專業性、個別性原則，依據受治療者之具體情狀而主導實施，並應以有效降低其再犯危險，從而使其得以復歸社會為貫串整體治療程序之目標。

四、強制治療制度對人身自由之限制，應符合法律明確性原則及比例原則之要求

強制治療之本質與目的雖在於治療，而非刑事處罰，然於具體實施強制治療時，卻難以避免對受治療者之人身自由構成重大限制，而有類似刑事處罰之拘束人身自由效果。因此，基於憲法保障人身自由之意旨，對受治療者施以強制治療所生人身自由之限制，應符合法律明確性原則及比例原則之要求。

（一）系爭規定一及四與法律明確性原則尚屬無違

法律明確性之要求，非僅指法律文義具體詳盡之體例而言，立法者於制定法律時，仍得衡酌法律所規範生活事實之複雜性及適用於個案之妥當性，從立法上適當運用不確定法律概念而為相應之規定。如法律規定之意義，自立法目的與法體系整體關聯性觀點非難以理解，且個案事實是否屬於法律所欲規範之對象，為一般受規範者所得預見，並可經由司法審查加以認定及判斷者，即無違反法律明確性原則（本院釋字第432號、第521號、第594號、第602號、第690號及第794號解釋參照）。又依憲法第8條之規定，國家公權力對人民身體自由之限制，若涉及嚴重拘束人民身體自由而與刑事處罰有類似效果之法律規定，其法定要件是否符合法律明確性原則，固應提高審查密度（本院釋字第636號及第690號解釋參照），惟強制治療雖拘束人身自由於一定處所，因其乃以保護人民生命安全與身體健康為目的，與刑事處罰之本質不同，且事涉醫療專業，故應適用中度標準予以審查。

系爭規定一對性犯罪者施以強制治療之要件，限於犯所列舉之罪名，且應經鑑定、評估，認有再犯之危險者，始得為之。其中關於所犯罪名部分，系爭規定一已逐一系列，並無不明確情形。又系爭規定一所使用「危險」一詞，乃指發生某一不利事實之可能性，不但為一般人民之日常生活用語，且在各項法律中亦普遍使用，其涵義當為一般人民所能理解。系爭規定一所稱「有再犯之危險」，是指將來有再犯系爭規定一所列舉之性犯罪之可能性，系爭規定四（即刑法第91條之1第2項前段）明定：「前項處分期間至其再犯危險顯著降低為止……」所稱「再犯危險顯著降低」，則指此可能性顯著降低，亦非受規範者所難以理解。又造成性犯罪行為之原因多元，具個案差異性。到達何種程度或處於何種狀態，始為系爭規定一所定必須施以強制治療之「再犯之危險」，以及必須到達何種程度或處於何種狀態，始為系爭規定四所定應停止治療之「再犯危險顯著降低」，固應依性犯罪之原因，個案判斷，然非不能經由專家依其專業知識及社會通念加以認定及判斷，並可由司法審查予以確認，尚無不明確之情形（本院釋字第545號解釋參照）。因此，系爭規定一及四規定分別以「有再犯之危險」、「再犯危險顯著降低」作為對性犯罪者宣告及停止強制治療之要件，尚無違法律明確性原則。

#### （二）系爭規定一尚不違反憲法第23條比例原則

按依系爭規定一之強制治療制度，係基於性犯罪為對於被害人造成重大傷害之犯罪行為，且為此行為者再犯率高之考量；對行為人之強制治療，是以矯正其異常人格及行為，使其習得自我控制以達到預防再犯為目的（94年2月5日修正公布性侵害犯罪防治法第20條修正理由二，及94年2月2日修正公布刑法第91條之1修正理由三參照）。惟依此規定，對性犯罪者施以強制治療，不可避免對受治療者人身自由造成限制，其是否違反比例原則，應採嚴格標準予以審查（本院釋字第690號解釋參照）。查受治療者雖因接受強制治療，致使人身自由遭受限制，然限制受治療者人身自由之目的係為確保治療之有效實施，並避免其於治療期間發生再犯之行為，乃係基於防衛社會安全之考慮，其目的係為維護社會大眾人身安全、性自主權及人格權等特別重要公共利益，核屬正當。至目前實施強制治療之強制方法，係採限制受治療者於固定處所作為治療之方式，其是否屬達成目的之必要手段，雖亦有主張得於固定處所治療與社區治療，交互採用之模式者，或採用電子腳鐐監視作為強制住院之替代手段者，但尚未有被普遍公認，可達成與強制於固定處所治療相同之社會預防效果，又限制受治療者人身自由較小之方法。故依系爭規定一施以強制治療，因而對受治療者人身自由造成限制，乃侵害最小之不得已方法，從而尚不違反憲法第23條比例原則。

（三）系爭規定三及四關於強制治療期間至其再犯危險顯著降低為止之部分，與憲法比例原則尚屬無違。惟若干特殊情形之長期強制治療仍有違憲之疑慮，有關機關應依本解釋意旨有效調整改善。

強制治療係為防免受治療者再為性犯罪行為，致危害社會大眾之安全；經評估仍存有再犯危險之受治療者如持續接受強制治療，社會大眾即得免於受其再犯罪之威脅。另一方面，基於強制治療處分之強制性，受治療者之各種自由，尤其人身自由，於強制施以治療期間，勢將受到極大限制；治療期間愈長，受治療者所蒙受之自由權限制之程度即愈高。因此，強制治療固具維護特別重要公共利益之正當目的，然於設定強制治療之期限時，仍應限於必要之範圍，且基於損益相稱之要求，立法者應於社會大眾安全需求之維護，與受治療者人身自由等自由權所蒙受之限制間，謀求最大可能之均衡，尤應注意可合理期待受治療者承受強制治療之限度，始符憲法比例原則之要求。

系爭規定三及四均規定治療期間「至其再犯危險顯著降低為止」，係以受治療者「再犯危險顯著降低」為施以強制治療之期限，並未另設確定或最長治療期限。查性犯罪行為成因多元，高度取決於行為人個人身心狀況，具個案主觀差異性，難以脫離行為人個別脈絡而抽象歸納、提列共通性之性犯罪原因。因此，欲防範性犯罪行為人於刑罰執行完畢後再為性犯罪之行為，而對社會大眾造成危害，即須針對其個人具體情狀施以強制治療，並應依其具體性犯罪傾向與特徵，設計與規劃個案最適治療方法與程序，使其再犯之危險顯著降低，以保護社會大眾之安全，而就此所需治療期程，理應因人而異，難以齊一化設定。是立法者就強制治療之期間，不設確定期限或最長期限，而是以受治療者經治療後，其再犯危險顯著降低之個別化條件為停止治療之時點，應屬必要，於社會大眾安全需求之維護，與受治療者人身自由等自由權所蒙受之限制兩者間，尚難謂有失均衡。另強制治療係以降低被治療者再犯危險為治療目標，此目標應為受治療者所認知，因此，以治療目標之有效達成作為強制治療之期限，在通常情形下，尚屬可合理期待受治療者得以承受者。綜上，於此範圍內，系爭規定三及四與憲法比例原則尚屬無違。

惟性犯罪者之犯罪成因複雜多變，對此類犯罪者之治療效果，亦因人而異，因此不無可能發生受治療者因其異常人格或身心狀況，致使其雖經相當長期之強制治療，仍未達到或無法達到其再犯危險顯著降低之治療目標之狀況。此等情形下，若仍毫無區別地持續對該等受治療者施以強制治療，將形同無限期施以強制治療，從而使受治療者變相遭無限期剝奪人身自由，甚至形同終身監禁，就受治療者而言，已逾越可合理期待其得以承受之限度。於此範圍內，現行規定即有因社會大眾安全需求之公共利益與受治療者所承受之人身自由遭受限制兩者間嚴重失衡，致使有違反比例原則之損益相稱性要求而抵觸憲法之疑慮。

從而，為避免抵觸憲法之疑慮，縱依個案具體情形而確有必要對受治療者長期持續施以強制治療，立法者亦應於制度上建立更能促進其得以停止強制治療而重獲自由、復歸社會之配套機制或措施。受治療者接受強制治療之時間愈長，協助或促進其得以停止強制治療之配套機制或措施即應更加多

元、細緻。唯有如此，方能確保為維護社會大眾人身安全、性自主權及人格權等特別重要公共利益，而限制受治療者之人身自由之強制治療制度，得以持續地合於憲法比例原則之要求。

對受治療者長期施以強制治療，於制度上所應具備之配套機制或措施，包括實體面與程序面，均應以受治療者得以重獲自由、復歸社會為核心指標。就實體面而言，立法者對於經長期治療仍未達到或無法達到其再犯危險顯著降低治療目標之受治療者，尤應檢討引進多元處遇措施，以輔助或補充常態治療程序，以作為受治療者復歸社會之準備。

就程序面而言，鑑於對受治療者長期於固定處所施以強制治療可能產生治療或療效疲乏效應，甚至使長期受治療者逐漸為社會所遺忘或甚至自我遺棄，進而難以積極護衛其自身之權利，故施以強制治療達一定年限時，是否繼續施以治療，應由法官重為審查決定。至法官審查之頻率，應依強制治療期間之長短而定；強制治療期間愈長，由法官定期審查之頻率即應愈高。

綜上，系爭規定三及四關於強制治療期間至再犯危險顯著降低為止之部分，與憲法比例原則尚屬無違。惟若干特殊情形之長期強制治療仍有違憲之疑慮，有關機關應依本解釋意旨有效調整改善。

五、系爭規定二與法律不溯及既往及信賴保護原則尚無違背

系爭規定二明定：「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 91 條之 1 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。」上開規定係於 100 年 11 月 9 日制定公布，其立法理由稱：

「為解決 95 年 6 月 30 日以前犯性侵害犯罪之加害人，於接受獄中治療……後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者，因不能適用 95 年 7 月 1 日修正施行後之刑法第 91 條之 1 有關刑後強制治療規定，而產生防治工作上之漏洞，導致具高再犯危險之性侵害加害人於出獄後不久即再犯性侵害犯罪，衍生法律空窗之爭議，爰增列本條。」為配合此一修法，內政部於 101 年 2 月 3 日修正發布性侵害犯罪防治法施行細則時，增訂第 12 條之 1 規定：「本法第 22 條之 1 第 1 項……所定加害人，為中華民國 95 年 6 月 30 日以前犯性侵害犯罪者。」足見系爭規定二制定之目的，在規範於 95 年 7 月 1 日刑法第 91 條之 1 規定公布施行前，無從依刑法第 91 條之 1 規定施以強制治療之案件。

查依系爭規定二施以強制治療者，雖係針對 95 年 6 月 30 日即刑法第 91 條之 1 規定修正施行前曾犯性侵害犯罪之加害人，然仍以該等加害人於該法施行後尚在服刑中，且於裁定時經鑑定、評估仍有再犯之危險，為其適用之條件，並非僅因加害人過去曾犯性侵害犯罪行為，即一律依此規定施以強制治療。究其目的，乃為更正確鑑定、評估加害人未來有無再犯之危險，觀察性犯罪者過去之犯罪情形及鑑定、評估其接受治療、輔導後，於裁定時

之狀況，決定是否應採取強制治療措施，以避免該等性侵害犯罪加害人再犯性侵害行為，而嚴重妨害社會安全。易言之，上開規定之意旨，係以再犯之危險仍繼續存在為接受強制治療之前提；反之，如經鑑定、評估已無再犯之危險，即無適用上開規定之餘地，是尚難謂上開規定抵觸法律不溯及既往原則。

惟系爭規定二於100年11月9日修正公布、101年1月1日施行前，已因性侵害犯罪而入監服刑中之加害人，確難以預見該規定所定之刑後強制治療。其中，性侵害犯罪行為如係於95年7月1日刑法第91條之1規定修正施行前所為者，更因行為時尚無刑法第91條之1所定刑後強制治療制度，而無該規定之適用（95年7月1日修正施行之刑法第1條後段及第2條第1項前段參照）。因此，該等受刑人不但無從預見100年11月9日系爭規定二之修正內容，更因其無95年7月1日修正施行之刑法第91條之1規定之適用，而得以正當期待其於服刑期滿後將不受固定處所強制治療之處遇；況95年7月1日刑法第91條之1規定修正施行前，就性侵害犯罪之受刑人，亦設有服刑前之強制治療制度，是95年7月1日前觸犯性犯罪而遭判處徒刑而有施以強制治療之必要者，適用刑前強制治療制度，雖此刑前強制治療得折抵刑期，且期限3年，但其就服刑期滿後無須再接受強制治療，仍享有正當之信賴。整體而言，性侵害犯罪行為完成於95年7月1日刑法第91條之1規定修正施行前之性侵害犯罪加害人，對其於服刑期滿後不受固定處所強制治療處遇，而得以逐漸回歸正常社會生活之經營，尚可認是正當且非不值得保護之信賴利益。

然而，系爭規定二既係針對經鑑定、評估程序而認有再犯性犯罪危險之受刑人所為，其目的即仍在藉由強制治療而使該等受刑人重獲自由後再犯危險顯著降低，以維護社會大眾之安全，係著眼於憲法上之特別重要公共利益，應優先於受治療者不受強制治療之信賴利益。鑑於性侵害犯罪往往對受害人人身安全、性自主權及人格權等重要法益，造成無法或難以復原之鉅大傷害，且受害人通常難以事先預防，此於隨機性犯罪之情形尤然，對社會大眾之安全造成極大之威脅；而此等威脅並不因性犯罪行為係發生於95年7月1日刑法第91條之1規定修正施行前或後而有不同，因此，基於保護社會大眾安全憲法上特別重要公共利益，對有再犯性犯罪危險之受刑人，即有接續其徒刑之執行完畢後施以強制治療之正當性與必要性，性犯罪受刑人個人之信賴利益應行退讓。綜上，系爭規定二與信賴保護原則尚無抵觸。

六、刑事訴訟法及性侵害犯罪防治法均未規定應賦予受處分人於法院就聲請宣告或停止強制治療程序，得親自或委任辯護人到庭陳述意見之機會，以及如受治療者為精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有辯護人為其辯護，於此範圍內，均不符憲法正當法律程序原則之意旨。有關機關應自本解釋公布之日起2年內檢討修正。完成修正前，有關強制治療之宣告及停止之程序，法院應依本解釋意旨辦理

對於性犯罪者施以強制治療，實質上仍屬對受治療者人身自由之重大限制，除應由法院審查決定外，尚應踐行其他正當法律程序，尤其是應使受治療者於強制治療之宣告及停止程序有親自或委任辯護人到庭陳述意見之機會；受治療者如因精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有辯護人為其辯護，始符憲法正當法律程序原則之意旨。

系爭規定五（即刑事訴訟法第 481 條第 1 項後段）明定：「……由檢察官聲請該案犯罪事實最後裁判之法院裁定之。第 91 條之 1 第 1 項之施以強制治療及同條第 2 項之停止強制治療，亦同。」前述系爭規定二及三（即性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 3 項）規定：「前二項之強制治療期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年至少一次鑑定、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。」固均規定關於性侵害防治法強制治療之宣告及停止程序，應經法院或軍事法院裁定。惟刑事訴訟法及性侵害犯罪防治法均未規定應賦予受處分人於法院就聲請宣告或停止強制治療程序，得親自或委任辯護人到庭陳述意見之機會，以及如受治療者為精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有辯護人為其辯護，於此範圍內，均不符憲法正當法律程序原則之意旨。有關機關應自本解釋公布之日起 2 年內檢討修正。完成修正前，有關強制治療之宣告及停止之程序，法院應依本解釋意旨辦理。

七、系爭規定五與憲法保障訴訟權之意旨尚無違背

又系爭規定五固明定停止強制治療，應由檢察官向法院聲請，而未規定受治療者亦得聲請，然依刑法第 91 條之 1 第 2 項後段規定所為之每年鑑定、評估結果，認未達到再犯危險顯著降低而須繼續治療時，受治療者仍得就檢察官繼續強制治療之指揮，依刑事訴訟法第 484 條規定，向法院聲明異議，使該未達到再犯危險顯著降低之鑑定、評估結論，可併受法院之審查，難認系爭規定五與憲法保障訴訟權之意旨有違。

八、現行強制治療制度長年運作結果有趨近於刑罰之可能，而悖離與刑罰之執行應明顯區隔之憲法要求，有關機關應自本解釋公布之日起 3 年內為有效之調整改善，以確保強制治療制度運作之結果，符合憲法明顯區隔要求之意旨

強制治療制度之建構及其實際執行，均須符合與刑罰及其執行明顯有別之憲法明顯區隔要求，已如前述。刑法第 91 條之 1 所建立之強制治療制度，就強制治療對受治療者人身自由之限制而言，無論是實施要件或期限，在法規範圍雖尚無牴觸憲法之虞，然就強制治療之具體實施而言，由於法律規範密度相當低，其實際運作情形高度取決於執行機關之指揮與決定，除受限於行政資源外，亦因強制治療執行機關與刑罰執行機關同一，長年運作結果，已有趨近於刑罰執行之可能，從而悖離憲法明顯區隔之要求。基此，為

避免強制治療制度未來受違憲之指摘，有關機關應自本解釋公布之日起3年內就下列三點事項為有效之調整改善，以確保強制治療制度運作之結果，符合憲法明顯區隔要求之意旨。

首先，刑法第91條之1所定強制治療之具體實施，現制下，除保安處分執行法略有規範外，別無相關法律規定。而保安處分執行法係針對刑法各種保安處分之執行所為之一般性法律規範，性質上得逕行適用於強制治療之規定相當有限，而直接針對強制治療所設之規定僅有4條文，內容亦相當簡略。鑑於強制治療之治療本質與目的，與其他種類保安處分之性質與運作模式存有相當大之差異，因此，其具體實施所應遵循之規範，例如得為治療處所之條件、施以治療之程序、內部管理與紀律要求及專業人員之資格與配置等事項，應有符合治療本質與目的之更詳盡法律明文規範。

其次，刑法第91條之1僅規定令入相當處所，施以強制治療，保安處分執行法則進一步指明強制治療處所為公私立醫療機構，目前強制治療處所設於監獄中主供受刑人醫療服務之附設醫院，並與監獄附設醫院共用同一建築設施。影響所及，除外觀上難以區辨究為刑罰執行處所，抑或強制治療處所外，也因該建築設施對外須有一致之管制、警衛措施，致使受治療者對外亦一律受到有如受刑人般之管制；甚至亦可能因共用內部警衛設施，而使受治療者於內部管制部分，亦受到有如受刑人般之處遇。因此，強制治療處所設於監獄附屬設施內時，長期以往，易使處於同一空間內之受治療者與受刑人受到趨同之處遇；至少不易使強制治療之實施，明顯有別於刑罰之執行。此外，於該處接受醫療服務者，究屬受強制治療者，抑或受刑人，亦非明顯可辨，極易因監獄附屬設施之外觀而產生標籤效應，使受治療者蒙受誤解。凡此均有違反憲法明顯區隔之要求。是強制治療處所應於管理上、空間上與監獄及其附屬設施有足以辨識其不同之明顯區隔，不應設於監獄或監獄附屬醫療院所。

再者，現行強制治療之實際運作，依法務部所訂定之辦理性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業要點之內容觀之，對受治療者於治療期間之處遇，明顯仍較突顯採一致化管理模式，欠缺治療方法與程序之個別性指標規定。惟強制治療既係以預防受治療者未來再犯性侵害犯罪為目標，而非就其過去所為之性侵害犯罪再為追究，其具體實施時，即應與刑罰執行時，受刑人原則上應受到公平且一致之處遇不同。為落實憲法明顯區隔之要求，配合未來強制治療之相關執行性法律規範之制定，執行機關除本於個別性與專業性原則，針對受治療者具體情狀進行鑑定、評估，並擬定個別治療計畫，施以適當之治療外，尚應致力於協助與促成受治療者達成再犯危險顯著降低，因而得以重獲自由、復歸社會之治療目標。其中，應包括藉由共通適用之累進性處遇指標之建立，使受治療者得以預期其接受治療之各階段指標及相應之鬆綁措施，以正向期待停止治療之日。與此同時，治療機構對受治療者於治療期間之人身自由與諸如個人隱私、自由通訊與會客等相關自由權之限制，亦

