

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

監護處分與強制住院處分間的交錯

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2414-H-002-033-

執行期間：92年08月01日至93年12月31日

執行單位：國立臺灣大學法律學系暨研究所

計畫主持人：李茂生

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 94 年 5 月 30 日

我國採取刑罰與保安處分的二元主義，對於因為無責任能力而無法認定犯罪進而科處刑罰的行為人，以及因限制責任能力而減輕其刑的行為人，得科以保安處分中的監護處分，而判定監護處分的基準則在於「再犯或危害公共安全之虞」。雖然學說上有認為保安處分亦有其賦予利益的一面，並不僅止於惡害而已，但是第一，監護處分是原則上後於刑罰而被執行，第二，所謂的「危害公共安全」不外是一種社會上的不安全感覺而已（若謂公共安全即是刑法所欲保護的法益，則應該會包含在「再犯」或犯罪的範疇內，而不會成為獨立的判斷基準）；據此，監護處分可以說是完全是為了社會保安或社會防衛而設計出來的制度，縱或對於受處分人有些微的利益賦予，此亦僅是口頭上的恩惠而已。

不過縱或刑法設計了這種主要是為了社會防衛的保安處分，實際上卻沒有適當的場所來加以執行，所以通常都是用保護處分替代了監護處分。當然如果法院硬是要裁定監護處分，亦不是不可，不過此際司法單位即必須負擔所有的收容費用，而這不是現在的司法財政所能承擔。於這種情事下，唯一可以作為替代方案的措施不外是精神衛生法中的強制住院處分。

精神衛生法中的強制住院處分是指地方政府對於有自傷他害之虞的精神病患在一定的條件下令其收容於精神病院的行政處分。這種處分原本是為了國民的精神健康而為的強制治療處分，不過如今卻有明顯的變質現象。不僅是因床位有限導致收容期間不是以個案精神健康的康復而定，甚至於在國民健保制度的給付額度有差異的情況下，精神醫療單位毋寧是比較歡迎有較高支付額度的同意住院，而不歡迎額度較低的強制住院處分。當然這不是不能改革的現象，但是更根本的問題還是存在於現在的精神醫療體制內。

於前一世紀的七零、八零年代時，因為藥物治療的發達以及精神病院開放化的趨勢，導致醫療設施收容措施的質變，精神病院變成僅會收容一些處遇困難或甚至於已經放棄治療的嚴重精神病患。此再加上人權重視的傾向，導致收容程序上的司法化現象（例如準司法機關的介入等）。這些都會使得原本具有醫療處分的性質的強制住院處分變得愈來愈類似於刑事上的保安處分。

於財政上醫療院所不願意接受強制住院處分，但是另一方面制度的變化卻使得強制住院處分日益變質成需求愈來愈高的保安處分替代措施。在這種矛盾的情事下，我國未來制度的走向可能是區隔兩種住院措施的性質，一方面強調財政上的需求以及治療傾向，而將正常精神院所的收容措施對象限定在較無公共安全顧慮且不會影響到醫療單位的日常安寧的病狀輕微但令社會困擾的精神病患上，另一方面則是另籌經費創設完全長期隔離且較無治療取向的精神病患收容設施，以便容納有再犯之虞或引起社會恐慌的精神病患。當然後者即是未來法院裁定監護處分後，真正執行該保安處分的場所。

日本本無保安處分的制度，於其刑法草案中雖然一直強調需要創設治療精神疾病以及協助戒毒的保安處分，但是至今仍無法予以實現。不過，日本在 2003 年訂定了「心神喪失者等醫療觀察法」，並於 2005 年開始實施，其正是在精神醫療行政體系中，創設了對於有犯罪傾向的精神病患的強制住院處分，而這個處分

的本質即是我國的監護處分。雖然日本於法律中不斷強調治療的傾向或目標，但一般而言，論者皆認為這僅是掛羊頭賣狗肉。

我國具有名目上的監護處分制度，雖然現在沒有發揮任何作用，但是如果社會上連續發生數起精神病患所為的嚴重犯罪行為，則制度的改革方向應該是如前述所分析，監護處分將會逐漸落實，而且其性質將會是一種無治療傾向的單純收容處分。根據調查，無責任能力的精神病患其再犯率低於一般健全者，而限制責任能力的精神病患的犯罪率也不見得高於一般人，不過可預期的是這些人都會因為制度上的缺失以及社會不安全感的作祟而長期地被收容到醫療品質以及傾向都有所不足的場所。或許這才是我國現行「寬嚴並濟」的刑事政策的本來面貌。

若不想走上這種慘烈的排除淘汰的不歸路，或不想製造出這種毫無寬容的社會風氣，則我國應該從現在開始著重精神醫療的體制改革，或甚至於應該開始反省精神醫療理論與實務方面過度著重藥物治療以及無謂地強調開放設施的必要性的弊害。