

壹、前言

對於大院大法官審理聲請人盧恩本等所提有關刑法第 91 條之 1 及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1、性侵害犯罪防治法施行細則第 12 條之 1 等規定釋憲案，本部認為：前述規定並未違反法律明確性、罪刑法定原則、憲法第 8 條之人身自由保障、第 23 條之比例原則、正當法律程序原則、信賴保護原則與法律不溯及既往原則，理由如下：

貳、爭點提綱

一、刑法第 91 條之 1 第 1 項規定「有再犯之危險」、第 2 項規定「再犯危險顯著降低」，是否違反法律明確性、憲法罪刑法定原則及憲法第 8 條人身自由之保障？

（一）按法律明確性之要求，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，自法條文義及立法目的與法體系整體關聯性觀點觀察非難以理解，且個案事實是否屬於法律所欲規範之對象，為受規範者所得預見，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（司法院釋字第 432 號、第 491 號、第 594 號、第 636 號、第 690 號及第 768 號解釋參照）。

（二）蓋「再犯之危險」，意同刑法第 89 條第 1 項所稱之「再犯之虞」，係指按一般人之社會生活經驗或客觀之科學方法，可以認定特定之不法行為人，未來可能再次為犯罪行為之「可能性」或「危險性」而言。亦即從主事者或裁判者之觀點，可認為行為人將來有再為犯罪行為之可能性，並以發生特定事實之可能性，做為科處犯罪行為人一定法律效果之前提，此種立法方式，於我國法律體系亦屬常見，特別係刑法分則中

之「具體危險犯」之概念，亦係將犯罪之具體危險性即法益侵害可能性，做為法律規定之構成要件，如刑法第 174 條第 2 項、第 175 條第 1 項至第 3 項所稱之「致生公共危險者」。此外，刑事訴訟法第 101 條第 1 項規定，「有逃亡之虞」、「勾串共犯或證人之虞」，即謂被告有逃亡、串滅證之「可能性」。而以行為人有再犯之虞或再犯危險性做為宣付行為人一定之處分之要件者，除刑法第 91 條之 1 及刑法第 89 條第 1 項外，尚有刑法第 87 條第 2 項所稱之「再犯或有危害公共安全之虞」與刑事訴訟法第 101 條之 1 第 1 項規定，「有事實足認為有反覆實行同一犯罪之虞」。是以發生特定事實之「危險性」或「可能性」或「虞慮」為法律規定之內容，乃立法之常。

- (三) 因一再為性侵害犯罪者，係肇因於人格違常或認知扭曲。因此，對一個無法控制再犯慾望之性侵害犯而言，僅以外部監控機制，如假釋中之保護管束、電子設備監控、加害人報到登記等，尚非足夠。故透過對性侵害犯之治療，使其認知自己之犯罪循環路徑、再犯因子，並習得如何控制自己之行為（自我控制）及如何預防自己再犯之技巧（再犯預防），即為預防性侵害犯不可或缺之「內控機制」。現行刑法第 91 條之 1 第 1 項所規範之治療對象，限於業經獄中治療或主管機關依性侵害犯罪防治法，進行身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認其等仍未習得自我控制或再犯預防之技巧，且有再犯危險之性侵害犯，始得聲請法院對其等宣告保安處分之強制治療。刑後強制治療並非我國所獨有之制度，參以外國立法例，如德國、瑞士及奧地利均有類似規範¹。德國刑法第 67d 條第 3 項亦以「受收容者，已無對於被害人實施足以嚴重損害

¹ 請參見德國刑法第 66 條第 1 項、第 66c 條第 1 項、第 67a 條第 1 項、第 3 項、第 67d 條第 2 項、第 3 項、第 67e 條第 3 項；瑞士憲法第 123a 條、瑞士刑法第 64 條、第 64c 條；奧地利刑法第 23 條、第 25 條等規定。

其身心之重大犯罪行為之危險性時」，做為法院判斷保安處分是否終結之標準，即將所謂「再犯危險性」之概念，規範在條文中。

- (四) 刑法第 91 條之 1 第 1 項以「有再犯之危險」、第 2 項以「再犯危險顯著降低」，為聲請宣告強制治療及聲請停止強制治療之要件。此處之「危險」係指再犯性侵害罪之危險，為一般民眾均可以理解之概念，且受規範者即性侵害犯，亦能夠自此一規定事先預知其法律上之權利與義務（即可預見性），並預測其行為之後果（即可預測性）。再犯危險之評估，係由治療團隊依據性侵害犯之個案檔案資料（包括相關案情判決書、過去接受治療的官方紀錄與評估報告、就醫與病歷紀錄...等）、各職類專業人員訪談內容（包括家庭成長史、性發展與性犯罪史、親密與人際發展史、社會生活經驗與自陳犯案歷程...等）、精神與心理衡鑑（包括生理檢查與心理測驗）及家屬會談結果（核對釐清個案發展史料、家庭現況與支持系統功能評估），並佐以再犯風險評估量表（static-99、RRASOR、MnSOST-R）等資料，所呈現該性侵害犯在生理、心理與社會各層面之狀態，並以此評估該個案之再犯風險與安排後續治療需求，再交由評估委員審核評估報告及性侵害犯之後續治療計畫。從而，性侵害犯是否仍具「再犯危險」，可依實務具體之治療情形來判斷，並由專家出具之鑑定意見呈現，如同其他專業鑑定一樣，此項鑑定具備司法可審查性，並無違反法律明確性原則。如謂刑法第 91 條之 1 以「再犯危險性」做為宣告強制治療之要件，違反法律明確性原則，不啻認為所有刑法上之具體危險犯規定及其他法律中以發現特定事實之可能性或危險性為內容者，均違反法律明確性原則。

或有論者認為，依現行規定，所謂「再犯危險顯著降

低」之情形，醫師鑑定有困難，將不會有醫師敢認定受處分人再犯危險以顯著降低，此時，受處分人將一直接受強制治療，無法出所，形同不定期刑等語。惟依目前實務執行結果，迄今法院依刑法第 91 條之 1 裁定刑後強制治療之人數總計為 158 人，其中通過治療評估小組會議即認「再犯危險性顯著降低」之人數總計為 98 人，佔總人數比例達 62%，培德醫院現收治人數為 56 人。其中目前收治之 56 人中，在所最長期間 6 至 7 年期間，總計為 3 人，一名將聲請停止強制治療，一名為智能障礙者，自控力及家庭支持功能不足，餘一名受處分人性犯罪為累犯，因情緒控管、疑戀童等因素，尚未能通過治療評估小組會議，實際操作結果，並無因醫師鑑定有困難，致不敢認定再犯危險顯著降低之情形。

（五）刑法第 91 條之 1 並未違反罪刑法定原則

人民身體之自由應予保障，憲法第 8 條設有明文。限制人身自由之法律，其內容須符合憲法第 23 條所定要件。保安處分係對受處分人將來之危險性所為拘束其身體、自由等之處置，以達教化與治療之目的，屬刑罰之補充制度。我國現行刑法採行刑罰與保安處分併存之雙軌體系，刑罰係對犯罪行為之處罰，以罪責原則為界限，保安處分則著重社會防衛及再犯預防，雖不受罪責原則之拘束，然仍應受比例原則之規範²（有關比例原則部分，請參見書面報告二部分）。揆諸實務見解可知³，認刑法第 91 條之 1 所規定之刑後強制治療，其性質屬拘束人身自由之保安處分，故依

² 請參考林鈺雄，保安處分與比例原則及從新從輕原則——評大法官釋字第四七一號解釋，台灣本土法學雜誌，第 1 期，88 年 4 月，第 100 頁。

³ 請參考最高法院 96 年度台上字第 6561 號刑事判決、96 年度台上字第 6563 號刑事判決、97 年度台非字第 23 號刑事判決、97 年度台抗字第 550 號刑事裁定、97 年度台抗字第 725 號刑事裁定、98 年度台上字第 4148 號刑事判決、100 年度台抗字第 835 號刑事裁定、100 年度台上字第 6940 號刑事判決、106 年度台抗字第 889 號刑事裁定等。

刑法第 1 條後段及第 2 條第 1 項但書之規定，有罪刑法定原則及從舊從輕原則之適用⁴，而刑法第 91 條之 1 係針對 95 年 7 月 1 日本條生效後犯刑法第 221 條等罪，於獄中治療或社區接受身心輔導、教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者方有本條之適用，自無違反刑法罪刑法定原則。

(六) 目前執行強制治療程序，符合憲法第 8 條人身自由保障之規定：

1. 刑法第 91 條之 1 之刑後強制治療屬保安處分之性質，係為貫徹預防犯罪為目的，雖為拘束人身自由之保安處分，惟此一人身自由之拘束，並非在處罰性侵害犯，而係進行治療之手段。此由刑法第 91 條之 1 強制治療修正之立法說明可知，現行性侵害犯之刑後強制治療，乃欲藉由醫療，以矯治犯妨害性自主罪人之偏差所為，故增設對於經獄中治療或社區身心治療、輔導教育後，經鑑定、評估而顯有治療必要之性侵害犯，得令入相當處所，為適當治療之法源依據，並依刑事訴訟法第 481 條第 1 項後段、監獄行刑法第 140 條第 1 項與性侵害犯罪防治法第 22 條⁵規定，由監獄、直轄市、縣（市）主管機關檢具鑑定、評估報告等相關資料，送請檢察官向法院聲請刑後強制治療，賦予法院有為此項宣告之權源（即法官保留原則）。因此，刑法第 91 條之 1 之強制治療，係具有矯治、教化及改善性侵害犯

⁴ 又依刑法施行法第 9 條之 3 規定：「於中華民國 94 年 1 月 7 日刑法修正施行前，受強制治療之宣告，94 年 1 月 7 日修正刑法施行後，仍在執行期間者，適用 88 年 4 月 21 日修正公布之刑法第 91 條之 1 規定。」之意旨，已明定依刑法修正前規定宣告刑前強制治療，於修正刑法施行後仍在執行期間者，仍應適用修正前之規定，以杜爭議。

⁵ 監獄行刑法第 140 條第 1 項規定：「受刑人依刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定，經鑑定、評估，認有再犯之危險，而有施以強制治療之必要者，監獄應於刑期屆滿前 4 月，將受刑人應接受強制治療之鑑定、評估報告等相關資料，送請該管檢察署檢察官，檢察官至遲應於受刑人刑期屆滿前 2 月，向法院聲請出監後強制治療之宣告。」性侵害犯罪防治法第 22 條規定：「加害人依第 20 條第 1 項規定接受身心治療或輔導教育，經鑑定、評估其自我控制再犯預防仍無成效者，直轄市、縣（市）主管機關得檢具相關評估報告，送請該管地方法院檢察署檢察官、軍事檢察署檢察官依法聲請強制治療。」

危險性，不使個別性侵害犯再次犯罪之特別預防目的，並無懲罰之目的，刑法第 91 條之 1 強制治療施行迄今，經法院裁定刑後強制治療之人數為 158 人，通過治療評估之人數總計為 98 人，業如前述，大部分之性侵害犯並不會被聲請宣告刑法第 91 條之 1 之強制治療⁶，而接受該治療之性侵害犯，亦絕大多數都可通過治療成效之評估，可證僅有少數經評估仍具有高再犯危險之性侵害犯，始會被聲請刑後強制治療。因刑後強制治療為保安處分，並非對性侵害犯之處罰，自不得僅以罪刑法定主義之視角，狹猛地審視「刑後治療」、「未定期限之治療」，否則無異於使仍具有高度再犯之虞之性侵害犯可率然回歸社區。

2. 另保安處分執行法第 2 條第 2 項亦規定，保安處分之處所（含強制治療處所）係由「法務部或由法務部委託地方行政最高機關設置」，而同法第 78 條規定，強制治療處所為公私立醫療機構。臺中監獄附設培德醫院係於 93 年 1 月 19 日領有臺中市政府醫療機構開業執照，其性質上屬公立醫院，雖處於監所內，然法理上亦符合保安處分執行法第 78 條規定，且臺中監獄附設培德醫院係由中國醫藥大學附設醫院經營，與臺中監獄本質上亦非相同。雖臺中監獄附設培德醫院處於監所內，其性質上屬於公立醫院，並以醫療治療為目的，與以拘禁及秩序維護為最大要求之臺中監獄本質上亦非相同。
3. 機構式治療，應無違反憲法第 8 條人身自由之保障之問題

聲請人固稱刑後強制治療，應於醫院為之，亦不應拘束其人身自由等語，惟刑法第 91 條之 1 既稱「強

⁶ 根據本部矯正署提供之統計資料，自 100 年 1 月起至 109 年 9 月底為止，性侵害實際出獄之受刑人數總計為 8,908 人，統計日期為 109 年 10 月 12 日。

制治療」，即無論受處分人是否有治療之意願，均須配合，如未限制其人身自由，則如何確保其接受治療？又參以精神衛生法亦有「強制住院」之規範，從而，刑後強制治療為達成治療之目的，採拘束受處分人之機構式治療，並無違反憲法第 8 條之疑慮。

二、刑法第 91 條之 1 第 2 項、性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 3 項，未規定強制治療之最長期間，是否違反憲法第 8 條人身自由之保障及第 23 條比例原則？

（一）刑事法採刑罰與保安處分雙軌之立法體制，本於特別預防之目的，針對具社會危險性之行為人所具備之危險性格，除處以刑罰外，另施以各種保安處分，以期改善、矯治行為人之偏差性格（司法院釋字第 528 號解釋參照）。是保安處分係一對受處分人將來之危險所為拘束其身體、自由等，以達教化與治療目的之處置，係針對個別行為人而設之特別預防措施，從而，是否需施以強制治療以及需治療多久，當以該性侵害犯將來是否對社會造成一定之危險來決定，其尚未開始治療之前，無法預設執行期限，而必須於治療期間依其治療成效進行評估，才能決定其何時可停止治療。不定期限之刑後強制治療，其設置之目的是為矯正行為人異常人格及行為，使其習得自我控制以預防再犯，故不定期限不等於「不定期刑」。因此，讓有再犯危險之性侵害犯，學會自我控制，而不再犯罪，即是強制治療制度之目的，此一目的應符合憲法第 23 條維護社會秩序、增進公共利益之目的。

（二）其次，刑法第 91 條之 1 第 2 項雖未明定治療之期限，肇因於性侵害犯之再犯危險性少有因身體疾病所引起，絕大多數屬心理或人格因素，欲治療此些導致再犯之心理問題，並降低其等再犯危險，事涉受治療者

其再犯可能性、每次再犯所生危害之大小而定，故性侵害犯是否有治療之必要，應以其未來再犯危險性之高低為斷，無法於開始治療前，預設治療期限，因此，搭配刑法第 91 條之 1 第 2 項規定，執行強制治療後，應每年鑑定、評估有無停止強制治療之必要，亦即藉由定期審查機制，控制強制治療之必要性。且自人身自由所受侵害角度觀之，刑法第 91 條之 1 及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 之規定固使性侵害犯人身自由受限制，然衡酌受處分人回歸社區再犯性侵害犯罪，而對性侵害被害人身心創傷及危害，兼具社會防衛之再犯預防功能，強制治療乃為保護重大公益所採之合理必要手段。否則，若規定一執行期限，一旦期限屆至，受處分人之再犯危險性仍高時，卻僅有釋放一途，不啻將一不定時炸彈置於社區，將造成社會民眾之恐慌，亦造成不特定大眾（尤其係兒童、婦女⁷）之危險。對性侵害犯之強制治療，使性犯罪者建立自我控制之能力，方為預防犯罪之道，外部監控作為僅係一時之防治，就肇因於心理問題而一再犯罪之性侵害犯，強制治療應係幫助此類性侵害犯建立內控能力之唯一方式，並未牴觸憲法第 23 條之比例原則。

- （三）再者，依現行法律規定，除透過強制治療制度，亦有外部監控即透過假釋期間付保護管束，搭配性侵害加害人資料庫、電子設備監控與加害人登記報到等制度（即性侵害犯罪防治法第 9 條、第 20 條、第 23 條），然對於高再犯危險之性侵害犯，如僅以外部監控，僅屬治標不治本，為治療性犯罪者導致再犯之心理問題，降低其等之再犯危險及社會之恐懼不安等重大公共利益，將經獄中治療或社區治療無效，經鑑定、評估有再犯之危險者，令入指定處所施以強制治療，且

⁷ 依衛生福利部 108 年性侵害事件通報總數 8,160 件中，未滿 18 歲之被害人佔 60.9%，身心障礙被害人佔 14%，女性被害人佔 82.3%。請參考網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2982-113.html>（最後瀏覽時間為 109 年 10 月 19 日）。

因無其他侵害較小之方法，自屬必要且有效預防再犯之手段。況且，是否施以刑後強制治療，依刑事訴訟法第 481 條第 1 項規定，應由法院裁定宣告，且針對法院之裁定，受處分人亦可依抗告程序而尋求司法救濟，已符合法律保留及法官保留原則，應符合憲法第 8 條人身自由之保障，從而，刑法第 91 條之 1 有關性侵害犯之刑後強制治療，並無違憲法本旨。

三、性侵害犯罪加害人因刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定而受強制治療者，其異常人格及行為，有無治癒（矯正至與常人無異）之可能？一般而言，接受強制治療者，需經過多長時間方能達到「再犯危險顯著降低」？實務上是否有受長期強制治療卻仍未治癒者？有無強制治療以外對人身自由侵害較小之替代方式，可使加害人達到「再犯危險顯著降低」之程度？

（一）導因於異常人格之性侵害犯，並無「治癒」之概念，只能以監控方式預防再犯，治療僅得減少性侵害犯之威脅，透過治療幫助性侵害犯學習如何有效自我控制，治療模式係以打破犯罪循環路徑，「不再實施性侵害犯行」為目標，使性侵害犯懂得如何一開始即遠離可能誘發犯罪之事件、情境或移轉情緒，或有察覺自己是否已走在犯罪循環路徑上，並可即時脫離牽引之能力。所有因人格問題而犯罪之性侵害犯都不可能零危險，因此，是否有「再犯危險」不宜從能否被「治癒」的角度來看，否則所有經鑑定或評估有人格或心理問題之性侵害犯，縱使獄中治療或社區之身心治療已有成效，因非達於零危險，豈不是均須接受強制治療。⁸

（二）截至 109 年 10 月 15 日止，強制治療處所出所計 102

⁸ 請參閱孟玉梅，從正當法律程序看我國性侵害犯罪後強制治療之宣告，國立交通大學科技法律研究所碩士在職專班論文，105 年 8 月，第 65 頁、第 73 頁。

人，其在所年數如下表一⁹。

在所期間（年）	人數
9-10	1
8-9	1
7-8	1
6-7	2
5-6	3
4-5	8
3-4	13
2-3	29
1-2	19
0-1	25

表一 在所期間及出所人數

（三）截至 109 年 10 月 15 日為止，強制治療處所在所計 56 人（培德醫院），其等在所年數如下表二¹⁰。

在所期間（年）	人數
6-7	3
5-6	1
4-5	4
3-4	8
2-3	13

⁹ 本部矯正署提供之統計資料，統計日期為 109 年 10 月 15 日。

¹⁰ 本部矯正署提供提供之統計資料，統計日期為 109 年 10 月 15 日。

1-2	9
0-1	17

表二目前在所人數及迄今在所期間

又受處分人究須經過多久時間之治療，方能達到再犯風險顯著降低之程度，因個案間異質性大，如戀童傾向、極難治療之反社會人格者或病態人格者之受處分人等，似無法以目前受處分人之平均在所年間予以認定。

- (四) 目前實務執行情形，業如前述，其中執行最長之個案係於 100 年 6 月 26 日入所，已於 109 年 9 月 11 日出所，在所 9.22 年。至題旨有關「實務上是否有受長期強制治療卻仍未治癒者」乙節，因性侵害犯無「治癒」之概念，只能以監控方式預防再犯，即便該當「再犯風險顯著降低」而得以聲請停止強制治療而出所，也不必然表示其已「治癒」，仍須銜接社區處遇，持續接受治療。
- (五) 電子腳鐐僅能知悉加害人之位置、行蹤，並無治療效果，僅可謂前述「外部監控」之一種方式，無法解決性犯罪者導致再犯之心理問題，故兼衡降低加害人之再犯危險及社會之恐懼不安等重大公共利益，將經獄中治療或社區治療無效，經鑑定、評估有再犯之危險者，令入指定處所施以強制治療，自屬必要且有效預防再犯之手段，目前尚無其他侵害較小之手段，亦能達到「再犯風險顯著降低之程度」。
- (六) 此外，美國加州、韓國、德國與法國等¹¹，實務運作

¹¹ 目前在全球有包括美國（九個州）、捷克、波蘭、韓國等國家都訂有與強制使用化學或外科去治療性侵害犯的法律，亦即將「化學去勢」列為性侵害司法判決的要件之一。另外有些國家雖未直接針對「化學去勢」明訂特殊的法令，但也有其他配套法律允許醫師開立強制治療藥物作為社區性侵害犯管理策略的一部分（例如英國、加拿大、法國），請參閱沈勝昂、廖秀娟、董道興、張英勛，性侵犯犯罪化學去勢的本質與爭議，刑事政策與犯罪研究論文集〈16〉，102年12月，第220頁；林錦村、劉異海，德國、法國檢察官法庭活動實務之考察報告，90年8月，第28至29頁、第52頁。

均在加害人同意下輔以抗男性賀爾蒙之化學療法以降低性慾並壓低再犯可能，然此部分因有高度人權疑慮，是否屬其他侵害較小之手段，容有爭議。

四、依刑法第 91 條之 1 第 2 項、性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 3 項，雖規定每年應進行之鑑定、評估，但相關法律未賦予當事人或其委任之代理人有陳述意見之機會，暨未規定每年鑑定、評估結果，如加害人未達「再犯危險顯著降低」者，應經法院審查，予當事人或其委任之代理人有到庭陳述意見之機會，此等是否違反憲法正當法律程序原則？

（一）依現行刑事訴訟法第 481 條第 1 項規定：「依刑法第 86 條第 3 項、第 87 條第 3 項、第 88 條第 2 項、第 89 條第 2 項、第 90 條第 2 項或第 98 條第 1 項前段免其處分之執行，第 90 條第 3 項許可延長處分，第 93 條第 2 項之付保護管束，或第 98 條第 1 項後段、第 2 項免其刑之執行，及第 99 條許可處分之執行，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」，針對法院如何審查刑後強制治療之聲請，是否賦予加害人或其委任之代理人到庭陳述意見之機會等，刑事訴訟法並未明文規定，現行實務，大多數法院仍採書面審查程序。

（二）本部為辦理刑法第 91 條之 1 所定性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業，訂定「辦理性侵害犯罪加害人刑後強制治療作業要點」，並依本要點第 22 點，成立治療評估小組，鑑定、評估治療之成效及受強制治療處分人之再犯危險是否顯著降低。治療評估小組並依「法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院刑後強制治療處所治療評估小組會議注意事項」所訂流程評估，評估流程包含視訊面審受處分人，使其有陳述意見之機會。

- (三) 如檢察官認刑後強制治療受處分人之再犯危險並未顯著降低，而無停止治療之必要，應儘速以書面通知刑後強制治療受處分人。受處分人於收受送達前項書面通知後，如認檢察官執行之指揮不當，得依刑事訴訟法第 484 條之規定聲明異議。
- (四) 綜上所述，刑法第 91 條之 1 屬刑後強制治療之實體法規範，已針對施以強制治療、停止強制治療之要件，及執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要等為明確規定，並無違反憲法之正當法律程序原則，已如前述，然法院應如何審查，及依何種程序審查，例如，是否應賦予受處分人到庭陳述意見等，要屬程序法事項，允應由程序法規範為宜，從而，自不應以程序規範是否完備，影響刑法第 91 條之 1 合憲之判斷。

五、性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項、第 2 項及同法施行細則第 12 條之 1，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，是否違反信賴保護原則及法律不溯及既往原則？

- (一) 按基於法安定性及信賴保護原則，限制或剝奪人民權利之法律規範（下稱不利性法律規範），原則上不得溯及既往生效；亦即法律原則上不得溯及適用於該法律施行前即已終結之事件。惟立法者制定溯及既往生效之不利性法律規範，如係為追求憲法重大公共利益，仍非憲法所當然不許（司法院釋字第 793 號解釋參照）。
- (二) 而刑法第 91 條之 1 屬拘束人身自由之保安處分，性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 係參考美國民事監護處分之精神而增訂，係非屬保安處分性質之安置治療規

定¹²，兩者性質與法源均不相同。又刑法第 91 條之 1 規定係適用於行為時於 95 年 7 月 1 日刑法修正生效後之性侵害犯罪，性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 則係適用於性侵害行為發生於 95 年 6 月 30 日前之性侵害犯，適用對象亦不相同。刑法第 91 條之 1 之受處分人係由臺中監獄附設培德醫院委由中國醫藥大學附設醫院經營，性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 則由衛生福利部草屯療養院，成立刑後強制治療治療專區「大肚山莊」，收治高再犯風險之性侵害加害人，實際執行之方法亦不同。從而，刑法第 91 條之 1 因屬拘束人身自由之保安處分，故依刑法第 1 條但書規定，雖受法律不溯及既往原則之拘束，惟不代表立法者不得基於追求憲法上之重大公共利益，另制定溯及既往生效之不利性法律規範。而性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 之安置治療規定，係國家基於保護國民之立場，衡酌如令具高再犯危險之受處分人回歸社區，將造成不特定兒童、婦女之身心危害及創傷之高度風險，唯有透過刑後強制治療，讓有再犯危險之性侵害犯，學會自我控制，而不再犯罪，即為強制治療制度之目的，乃憲法上重大公共利益，從而，立法者雖於性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 第 1 項、第 2 項及同法施行細則第 12 條之 1 規定，對加害人施以強制治療，溯及適用於 95 年 6 月 30 日以前犯性侵害犯罪者，其規定之溯及既往效力，具有合憲之正當事由，應非憲法所當然不許。

參、現行強治制療實務執行方式之改善及法規補強

一、刑後強制治療執行處所爭議

¹² 為解決刑法第 91 條之 1 修正施行前於 95 年 6 月 30 日以前之性侵害犯罪者，無刑後強制治療之適用，因而產生防治工作上之漏洞，故於 100 年 10 月 9 日增訂性侵害犯罪防治法第 22 條之 1，請參考立法院公報第 100 卷第 52 期委員會紀錄，第 284 至 285 頁。

1. 法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院收容刑後強制治療加害人之原委

(1) 94 年 2 月 2 日立法院三讀通過刑法第 91 條之 1 條文後，另經無異議通過附帶決議：「為配合刑法第 91 條之 1 鑑定及強制治療之規定，行政院衛生署應即規劃培植鑑定及治療性侵害加害人之專業人員，並與司法院及法務部會商指定合格之鑑定及治療機構」，而保安處分執行法第 78 條亦規定：「強制治療處所為公私立醫療機構」。本部爰自 95 年起陸續與多家公立醫院接洽，並多次協調行政院衛生署協助，其間先後接洽行政院衛生署草屯療養院、南投教養院、國軍北投醫院、國軍高雄醫院、行政院衛生署花蓮玉里醫院及玉里榮民醫院等醫療機構，皆因無法滿足諸多設置處所條件及民意抗爭而未果。

(2) 為執行系爭規定，避免性侵害加害人因無處所執行，造成社會治安之危害，並為避免設置地點附近民眾之疑慮，本部旋即規劃於法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院籌建性侵害加害人刑後強制治療專區，經行政院於 99 年 12 月 29 日核定在案，並指示提前於 101 年底完成建物主體工程，102 年初正式啟用，預估啟用後將可收治 45 床。然於 101 年 6 月 13 日臺中市政府因鄰近居民抗議發函要求臺中監獄暫緩施工，且不予核發使用執照，致刑後強制治療專區終無法完成設置。惟於專區設置前，仍應執行法院依法所為之刑後強制治療裁定，故方由本部矯正署臺中監獄附設培德醫院收容刑後強制治療之加害人，並委由中國醫藥大學附設醫院醫療團隊辦理治療處遇。

2. 臺中監獄附設培德醫院收容刑後強制治療加害人合法性之探討

參以歐、美等先進國家，針對性侵害犯罪加害人於出獄後最終多回歸於社區治療，由社區機構持續施以專

業治療處遇及加強內、外監控，整合法務、警政、社政、衛政等監督及支持力量，以達防衛社會安全、預防再犯為目的，從其等經驗可知，性侵害犯治療從監獄至社區成一連貫體系，社區治療應回歸衛生福利部指定公私立醫院接手，美國加州之阿塔斯卡戴羅醫院即為佳例，以兼顧加害人人權及婦幼安全。

二、應賦予性侵害犯於刑後強制治療審查程序有陳述意見之機會

依前揭規定，性侵害犯針對法院刑後強制治療之裁定，有提出抗告之機會，每年鑑定評估有無再犯危險及再犯危險有無顯著降低，評估小組將與受處分人視訊面審，如檢察官認無再犯危險顯著降低之情形，將以書面通知受處分人，受處分人亦有向法院聲明異議之機會，然此種程序尚與主動使其等可受保障之程序有別，對於受處分人之保障似有不足之處。刑後強制治療之目的既係使再犯危險之性侵害犯，學會自我控制，而不再犯罪，故無從以預設之治療期限，適用於再犯成因各異之各種性侵害犯，必須於實施治療後依其治療成效之評估，決定其何時可停止治療，對受處分人影響甚鉅，自應賦予其較現行法規更充分之程序保障，諸如由委任之代理人，或本人得到庭向法院陳述意見之權利等，並強化受處分人之聽審權、程序參與權等程序，於刑事訴訟法、性侵害犯罪防治法中明確規範，以使法院依明確之程序審查強制治療之宣告、停止及每年治療之成效評估，使受處分人之程序保障，更加完備。

肆、結論

鑒於部分之性侵害犯具有高再犯危險，且性侵害對被害人之傷害甚鉅，不僅僅對其生理，甚而造成心理及行為上之重大影響，國家自應採行適當之防治措施以為因應，即為避免經治療後，仍屬高再犯危險之性侵害犯，於未降低風險之

情形即回歸社區，造成人民之恐懼及不特定人與兒童受到不可預期之危險，刑後強制治療制度實有存在之必要。

又刑法第 91 條之 1 之規定自法條文義及立法目的，並非受法律規範之人民所不能預見，亦可憑社會通念加以判斷，並得經司法審查予以確認，與法律明確性原則尚無違背。

刑法第 91 條之 1 旨在使高再犯危險性之性侵害犯留置於指定之處所，為必要之治療，以令其習得自我控制能力，降低再犯危險，維護社會安全與秩序，其立法目的洵屬正當。對於高再犯危險之性侵害犯，如僅以外部監控，僅屬治標不治本，為治療性犯罪者導致再犯之心理問題，降低其等之再犯危險及社會之恐懼不安等重大公共利益，將經獄中治療或社區治療無效，經鑑定、評估有再犯之危險者，令入指定處所施以強制治療，且因無其他侵害較小之方法，自屬必要且有效預防再犯之手段。

再者，刑法第 91 條之 1 雖未明定治療之期限，肇因於性侵害犯之再犯危險性少有因身體疾病所引起，絕大多數屬心理或人格因素，欲解決此些導致再犯之心理問題，並顯著降低再犯危險，事涉受治療者其再犯可能性、每次再犯所生危害之大小而定，又受處分人每年均須經評估、鑑定，藉由定期審查機制，控制強制治療之必要性，且自人身自由所受侵害角度觀之，上揭規定固使受治療者人身自由受限制，然衡酌受處分人回歸社區再犯性侵害犯罪，而對性侵害被害人身心創傷及危害，兼具社會防衛之再犯預防功能，強制治療乃為保護重大公益所採之合理必要手段，並未牴觸憲法第 23 條之比例原則。

強制治療係已經由專業鑑定、評估，復由法院依刑事訴訟法第 481 條規定，就是否施以強制治療為裁定，受處分人如不服，仍得依刑事訴訟法第 403 條提起抗告謀求救濟，應與憲法第 8 條正當法律程序無違。

性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定，係參考美國監護處分之精神，所制定非屬保安處分性質之安置治療規定，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。

末按，刑法第 91 條之 1 屬刑後強制治療之實體法規範，衡酌刑後強制治療之立法目的，尚未開始治療之前，無法設定執行期限，必須於實施治療後依其治療成效之評估，決定其何時可停止治療，對受處分人影響甚鉅，自應賦予其較現行法規更充分之程序保障，諸如由委任之代理人，或本人得到庭向法院陳述意見之權利等，並強化受處分人之聽審權、程序參與權等程序，於刑事訴訟法、性侵害犯罪防治法中明確規範，以使法院依明確之程序審查強制治療之宣告、停止及每年治療之成效評估，使受處分人之程序保障，更加完備。