

精神疾病犯罪者監護處分時間的決定因子

郭宇恆 李俊宏 吳文正 歐陽文貞

研究目的：在台灣，精神疾病犯罪者符合刑法19條第1、2項可減、免刑責。符合上述情形可依刑法87條判監護處分。本研究想了解法院判決精神疾病犯罪者之「監護處分期間長短」的決定因子。**研究方法：**藉由 2006 年 7 月 1 日至 2019 年 5 月 1 日「司法院法學資料檢索系統」回顧符合條件的公開判決書 243 件，對「監護處分期間長短」與「是否屬於重大精神疾病、輕型精神疾病或智能不足」及「所犯罪最重本刑的刑期」進行分析。**研究結果：**精神疾病犯罪者所犯最重本刑為「訂有上限的有期徒刑者」，其「所犯罪最重本刑的刑期」與「監護處分期間長短」達統計顯著相關(皮爾森相關係數 $r = 0.185$, $p = 0.019$)。再將精神疾病分 3 組與「監護處分期間長短」進行變異數分析，發現「是否屬於重大精神疾病」等 3 組的「監護處分期間長短」沒有達統計顯著差異($p = 0.250$)。**研究結論：**精神疾病犯罪者監護處分時間僅與最重本刑有關；唯監護處分應以精神疾病治療為依歸，改善此社會安全議題應增加「精神健康識能」等方式為之。

關鍵詞：精神疾病、精神疾病與心智缺陷抗辯、監護處分、最重本刑、司法精神醫學

郭宇恆：衛生福利部嘉南療養院成癮司法精神科主治醫師；中正大學法律學系博士班在學；專長領域與研究興趣為司法精神醫學、精神鑑定、家暴性侵與少年事件評估及處遇。

李俊宏：衛生福利部嘉南療養院成癮司法精神科主治醫師；義守大學資訊工程學系博士班在學；專長領域與研究興趣為成癮醫學、司法精神醫學、自然語言與人工智慧。

吳文正：衛生福利部嘉南療養院院長；國立台灣大學法律學研究所博士；專長領域與研究興趣為法律與醫學。

歐陽文貞：衛生福利部嘉南療養院副院長暨高年精神科主治醫師；高雄醫學大學精神學科與樹人醫護專科學校護理科兼任助理教授；國立陽明大學公共衛生研究所哲學博士；專長領域與研究興趣為老年精神醫學及精神疾病流行病學。(通訊作者；E-mail: d88904@gmail.com)

收稿：2020年9月29日；接受：2021年2月21日

一、緒 論

監護處分(custodial protection)是保安處分(rehabilitative measures)的一種，為刑法雙軌下的「特別預防理論(德文：Spezialprävention)」¹。保安處分乃出於社會安全與預防再犯罪的目的，對受處分人施加教育或治療等制裁措施，以期回歸社會，具有替代刑罰的作用。法律實務上，「鑑定人(expert witness)」提供法院資訊，讓法官參考，但通常僅止於建議「需監護處分」，至於需監護期間多久，並不例行性提供建議。司法精神醫療相關的鑑定人不提供「監護處分時間(duration of custodial protection)」的可能原因有：病情可能會有變化、治療反應無法預知、有無人格障礙症(personality disorder)在司法精神醫學鑑定時不全然能發現等，使得該鑑定人亦不知道到底有精神疾病(mental disorders)犯罪者需監護處分多久。

衛生福利部所屬的精神專科教學醫院承接法務部委託監護處分業務的門診或住院醫療部分，其中有精神疾病犯罪者到底需要監護處分住院多久，不只為判決時遭遇到的困難，亦為執行監護處分過程中，臨床精神醫療上遭遇的難題。法律實務上，若於司法精神醫學鑑定報告中僅建議需監護處分，而未提供法院建議監護處分的參考時間，將造成法院在判決上無可參考的情況，也勢必造成法務部地檢署及執行監護處分的精神專科醫院在執行醫療或精神復健上的困難。而精神疾病犯罪者到底需監護處分多久呢？監護處分屬保安處分制度，幾經沿革，觀念從防止社會危險而禁制自由，未提及具治療目的之「監禁處分」²，逐漸演變成現行「監護處分」的觀念³；且2006年7月1日施行之刑法，強調對於精神疾病犯罪人的監護處分(以下簡稱

1 民國元年公布施行之新刑律第12條第1項：「精神病人之行為不為罪，但因其情節得施以監禁處分。」另參1909年前大理院非字第337號判例。

2 民國17年公布施行之刑法第31條第1項：「心神喪失人之行為不罰，但因其情節得施以監禁處分。」、同條第2項：「心神耗弱人之行為減輕本刑，但因其情節得於執行完畢或免除後施以監禁處分。」但到此時，對於監禁處分的期間與處所，仍未加以規定。民國24年公布施行之刑法首次出現「監護處分」之用語。該法第87條第1項：「因心神喪失而不罰者，得令入相當處所，施以監護。」、同條第2項：「因精神耗弱或瘖啞而減輕其刑者，得於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。」、同條第3項：「前2項處分期間，為3年以下。」

「監護處分患者」)，不以監督保護而已，並應注意治療(精神醫療包括精神復健)及預防對社會安全的危害，監護並具精神治療的意義。至此，監護處分的目標明確，對監護處分患者不只消極的監視保護，亦須積極的治療疾病，期能消滅犯罪行為人的危險性，藉以確保公共安全及社會安全。此外，刑法第87條第2項賦與監護處分得於刑前執行，即若需先治療精神疾病，應先於刑前為之，亦顯示監護處分重視醫療。另，保安處分執行法第47條規定：「受執行監護之精神病院、醫院，對於因有刑法第19條第1項或第2項之情形，而受監護處分者，應分別情形，注意治療及監視其行動。」因監護處分本質屬保安處分，具有替代刑罰(監禁)的作用、需不需要監護處分需參考鑑定報告、目前執行處所由醫療建議為主，可以於病房或門診等方式為之、治療時間可於刑前或刑後依醫療判斷，或可解釋為在監護處分中，以治療為主，監禁為輔的概念。

由上述可知，監護處分的本質仍為醫療，主要是對於有精神疾病或其他心智缺陷，使得判斷力或衝動控制力顯著減損者，若任其沒有治療下，恐有再犯或有危害社會安全的高度危險，故需藉由精神科的治療，讓精神疾病症狀獲得控制，以減少再犯、危害公共安全的風險，而這樣的治療普遍被認為是有效的(Jeandarme et al., 2016)。學者比較各國在精神疾病犯罪者的犯罪處遇制度(曾淑瑜，2005)，英國法院以入保安醫院命令取代刑罰，使罹患精神病症(psychotic disorders)、心智發育不全的犯人，因犯罪被處有有期徒刑以上的刑罰，法院經2位醫師之建議，有治療可能性，且有再犯風險時，得以強制入院代替刑罰的處分；縱使有罪判決尚未確定，亦可為暫時強制入院命令為精神治療的保護觀察。住院期間，依不同的保安醫院等級，從平均幾週到8年皆有。德國將無責任能力或限制責任能力者，若有再犯風險，收容於精神病醫院，但無期間限制，端視有無再犯危險性。另對於治療有成效而出院者，必要時可執行「行為監督」，同樣亦無時間限制。法國將精神疾病犯罪者從刑事司法系統移至精神保健系統，由精神疾病犯罪者所屬地區的市長，施行強制精神醫療的行政處分，常於公立精神病醫院執行，與其他精神疾病患者相同，住院時間不長。日本精神疾病犯罪者處遇，當犯罪行為與精神障礙有關，且有治療的必要性時，才會強制入院，只是強制入院的時間長短有地區性的差異，有些縣的強制入院時間可長達20年以上。

監護處分之處所則依保安處分執行法第46條規定：「因有刑法第19條第1項、第2項或第20條的情形，而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定精神病院、醫院、慈善團體及其最近親屬或其他適當處所。」依法務部資料，1998年7月以前，因心神喪失或精神耗弱而受監護處分宣告者，除了由檢察官依上述法條規定，交其親屬監護外，其他精神疾病較為嚴重且無家屬或家屬不願領回者，大部分都交由法務部的病監執行。自1998年7月以後，各地方法院檢察署開始以簽約模式委託醫療機構代為執行方式行之(簡至鴻，2009)。因精神疾病治療需高度專業化照護及治療能力，慈善團體及親屬等其他處所，照顧及治療監護處分患者有所困難，尤其是高暴力風險的患者，在急性期需要有特別的環境(Trestman, 2017)、特別的技巧(Tolisano et al., 2017)，且需要有評估暴力風險的能力(Andreasson et al., 2014)，故目前多為公私立精神專科醫院與鄰近地區的地檢署簽約，之後進行精神疾病犯罪者的監護處分。不論是綜合醫院精神科病房，或精神專科醫院的病房，不論治療急性期精神疾病患者的急性病房，或治療慢性期的慢性病房(或稱復健病房)，皆因精神病患照護上的需要，而形成管制模式(而非開放的病房空間)。換言之，住院的精神疾病患者無法自由進出病房，其活動空間受限於病房內；另對於菸、酒等物質，通常亦被禁止使用。因此，住院對於監護處分患者的自由，不能說沒有限制。在英國，司法精神醫院有分等級，依其精神衛生相關法規(Mental Health Act 1983)，可將患者由監獄轉到醫院(Section 47 Mental Health Act 1983)，患者無拒絕治療的權益；這樣的制度，目的純粹是為了治療，讓治療可以延續較長期間，而不是要患者負刑事責任(Edworthy et al., 2016)。在德國，因精神疾病或其他心智缺陷而減刑或無罪後，可能會須在專屬司法精神科醫院中長期保安監護；對於治療無明顯效果的病患，或者是性侵害犯罪者，另有所謂保安監禁的制度(姬健梅，2017)，而需更長的時間。加拿大有條件釋放因精神疾病患者而免刑責者，讓其回到社區；但若又有物質濫用、違反釋放條件以及暴力，則須再回到醫療院所(Wilson et al., 2016)。但長期限制精神疾病患者於醫療院所，雖可降低暴力風險(Pinna et al., 2016)，仍有許多爭議(Laberge et al., 1995)，非目前精神醫療的主流。精神疾病患者由於長期隔離，容易使得患者易怒、精神症狀不穩，更容易造成違法亂紀(Iftene, 2016)。此外，精神醫療目標之一是讓病患回到

社區，故有社區精神治療命令(community treatment orders) (O'Reilly et al., 2016)與積極性社區精神治療(assertive community treatment)的發展(Vugt et al., 2016)，亦有要求病患於門診中接受精神治療的法律規定(Kendra's Law) (Player, 2015)。但於社區中、門診中治療的法律規定，與我國精神衛生法強制治療的相關規定相似，本質上非刑事上的裁判，於是義大利逐漸將因精神疾病患者減、免刑責者的照顧責任，由司法體系轉至衛政體系(Carabellese et al., 2014)。因此，不論是刑事上的特殊預防，或與精神衛生法強制治療的概念上，兩者有諸多相同點，例如：皆為了預防自傷傷人的情形發生，都是治療，同為違反患者意願不得已的最小限制手段，甚至連處所皆類似。故雖實體法上不同，觀念應可互補不足。

此外，精神疾病犯罪者除急性精神症狀治療、長期精神復健外，另需考量社會預防的觀念，進而整體評估再犯風險。在再犯風險、暴力預測之評估上，有許多文獻資料：早期有暴力風險評估指引(The Violence Risk Appraisal Guide) (Loza et al., 2002)、後有各種理論應用，像精神病理學的理論等，可有效預測暴力(Haas et al., 2015)；另在精神疾病犯罪者，再犯的問題上，有評估疾病診斷與出院後再犯風險之資料(Coid et al., 2015)、以及統計再犯者的特色的研究(Lund et al., 2013)，發現合併毒品使用者、有多次再犯紀錄者等，與再犯較有關係，但住院或入獄時間長短，與再犯關係不大。另在實務上，可參考國外以專家學者會議做出司法相關的精神疾病治療決定(Buchanan et al., 2016)。也就是說，精神疾病犯罪者的監護處分理因有精神醫療的部分，故理論上應有跡可循，像是思覺失調症患者，急性期住院通常為一個半月一樣，監護處分患者，應該可以從精神疾病的嚴重度、病史等，決定監護處分時間的長短。但是實務上，「法官判定監護處分時間的長短」與精神疾病的相關性如何？國內目前仍無資料。

但即使目前暫無相關實證資料，以監護處分的本質為治療之法理來看，越嚴重的精神疾病，治療的期間(包括精神科急性病房住院加上精神科復健病房住院治療的時間)應該越久，故假設「精神疾病嚴重度與監護處分期間有關」；亦即「精神疾病犯罪者的精神疾病越嚴重，被判決的監護處分期間越長」。

然而，我國近年發生重大刑案，網路及媒體常出現將「精神疾病」與「犯罪」一同討論的文章，如「湯姆熊割喉案—思考刑法與精神疾病的關係」（龍建宇，2019）、「精神疾病遭譏『免死金牌』？律師無奈道出真相：我們每次去法院看鑑定報告，手都會發抖…」（謝孟穎，2019）、「精神病是犯罪保護傘？律師曝背後關鍵」（張雅筑，2020）。此外，研究發現，媒體多以負面形象報導精神疾病或心智功能類的身心障礙者（李怡芳，2017），這在在顯示台灣社會對精神疾病的不了解、刻板印象及汙名化（stigmatization）。然而，在台灣往往是一般無明顯嚴重精神疾病的人所犯的重大刑案的盛行率高於嚴重持續精神疾病（serious and persistent mental illness, SPMI），呼應了國外研究，顯示「精神疾病的嚴重度不一定跟所犯罪的嚴重損害有關」（Penney et al., 2018）。2018年一項加拿大研究（Penney et al., 2018）以安大略省從1987到2012年間，罹患精神病症者（psychotic disorders）發生重大暴力事件的發生率與發生型態作為分析，結果顯示，因精神異常所導致的謀殺，只佔了總謀殺案件的3.7%（其中精神病症者占大多數，而精神病症屬於嚴重持續精神疾病之一）。也就是說，大多數的重大案件都非嚴重精神疾患者所為；亦有研究指出，社會似乎過分強調了精神疾病造成的暴力風險，造成精神疾病的汙名化（Rueve et al., 2008）。汙名化的結果，導出一個「錯誤的」但卻常見的假設：「在精神疾病影響下所犯的罪，其侵害的法益應越嚴重，而侵害的法益越重，刑罰的時間應越久」。社會大眾可能誤以為精神疾病越重，犯罪行為也越嚴重，所以刑期也越長，從而推斷「精神疾病嚴重度與最重本刑的刑期有關」。

而基於法理，假設「精神疾病嚴重度與監護處分期間有關」，及在精神疾病汙名化的影響下，假設「精神疾病嚴重度與最重本刑的刑期有關」，於是「精神疾病犯罪者所犯罪最重本刑的刑期」與「監護處分期間」亦應有所關聯。換句話說，基於研究監護處分決定因子，以及嘗試減少精神疾病汙名化的問題，本研究欲透過司法判決書系統的資料，試圖分析及驗證以下三個問題：（一）監護處分期間與精神疾病的嚴重程度是否有相關性、（二）精神疾病的嚴重程度與所犯罪的最重本刑是否有相關性、（三）精神疾病犯罪者被判決的監護處分期間與其犯罪的最重本刑是否有相關性。我們透過研究，期待能有助於提供司法精神醫學鑑定人在撰寫司法鑑定報告

時有所依歸外，也期待本研究能讓司法界及社會大眾更了解「監護處分的本質是治療，應該僅與精神疾病嚴重度有關」，不應有其他因子影響監護處分的期間。

二、研究方法

(一) 研究問題

精神疾病犯罪者，其監護處分期間長短，目前並無定論，有無單一可參考的決定因子，如本文以其所犯罪的最重本刑刑期做為分析，討論其關聯性、是否也與精神疾病嚴重度有關、以及精神疾病嚴重度與犯罪嚴重度的關係等，亦值得探討。目標盼能結合目前精神醫學對於精神疾病犯罪者的治療及處遇、對司法相關的心理衛生政策做出建議。

(二) 研究假設

監護處分的本質為治療，越嚴重的精神疾病，治療的期間(包括精神科急性病房住院加上精神科復健病房住院治療的時間)應該越久，這樣才符合監護處分設計的目的，且讓執行監護處分的醫院或機構可以發揮醫療的專長，以處理精神疾病為主，而非僅只將精神疾病犯罪者關起來。也就是說本研究要驗證以下假設：假設一，「精神疾病嚴重度與監護處分期間有關」。其次，在社會對精神疾病汙名化的影響下，似乎讓大眾誤以為精神疾病會增加犯罪的嚴重度；以這樣的錯誤觀念，也因此推演出假設二，「精神疾病嚴重度與所犯罪的最重本刑之刑期」有關。最後，前兩項假設可推導出第三個假設，「監護處分期間與所犯罪的最重本刑刑期應有所關聯」。

(三) 研究方法

本研究蒐集法院判決書進行分析，使用司法院供公開查詢的判決書系統「司法院法學資料檢索系統」，作線上的「判決書」搜尋，非以「人」為研究對象。本文以關鍵字「監護處分」進行查詢，尋找至少上訴至最高法院以上的判決。因高等法

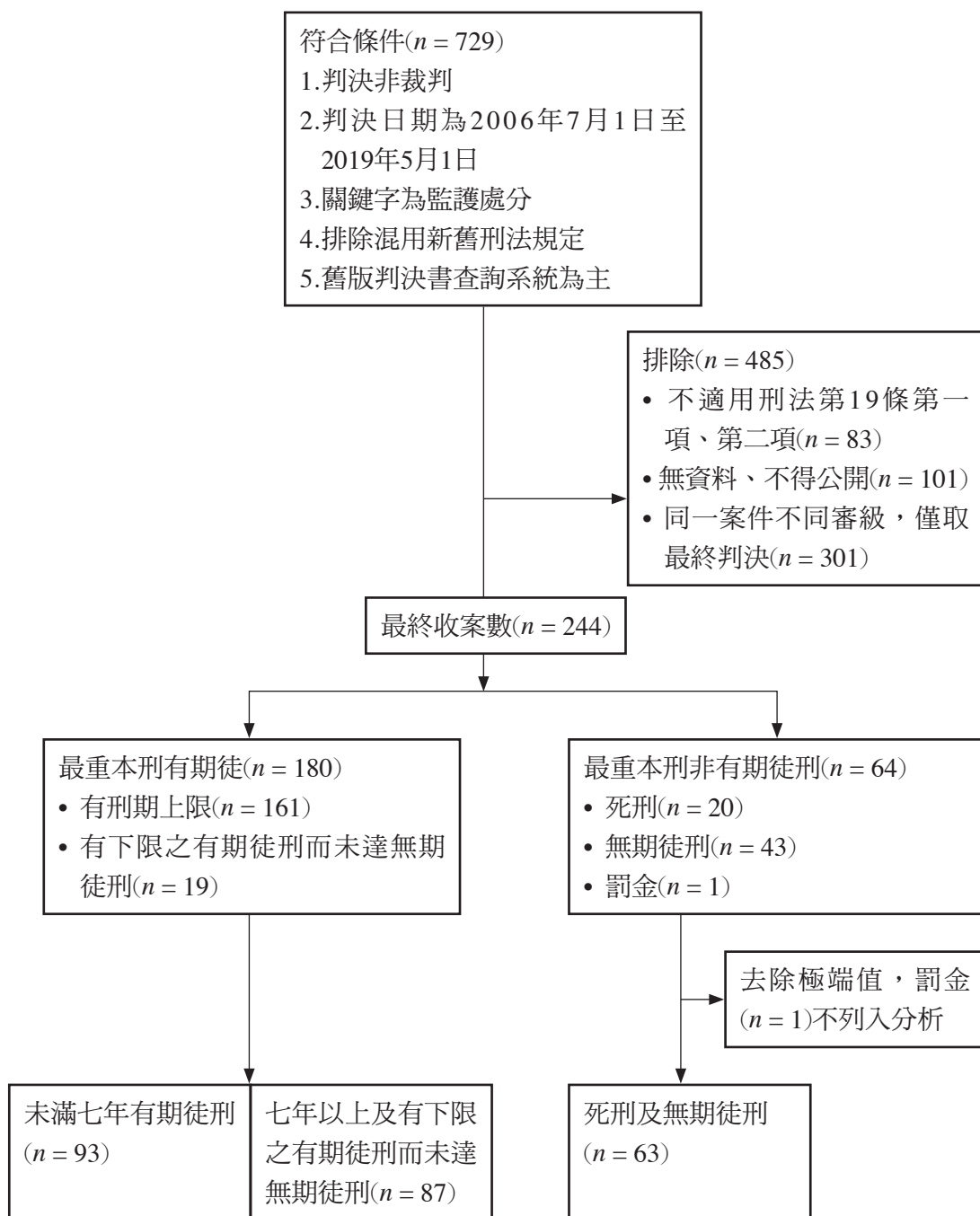


圖1 篩選流程圖

院的法官審判經歷較多，相較於地方法院的判決較有代表性，且不論贊成或反對地方法院的判決，都有詳述理由。也因此，上訴到高等法院的判決通常也較為完整。以其作為研究素材，可減少資訊上的誤差(information bias)。

因判決書查詢系統有變更(下拉式頁面改為目前的頁面、有限制查詢判決數)，目前系統查得的資料與舊版判決書查詢系統有部分上傳的判決不同；本文以舊版判決書查詢系統所得的資料為主，僅少部分判決為新版頁面判決。

另外，為縮小司法精神鑑定醫師與法院見解歧異的狀況，故搜尋「判決為刑法用語修正後的判決」，即2005年1月7日刑法修正，2006年7月1日起施行之後的判決至2019年5月10日間，此即刑事案件的司法精神鑑定隨著刑法上用語的修改。修改案例如第19條由原「心神喪失、精神耗弱」等純為法律學上的概念，改成現行：「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。(第一項)」、「行為時因前項之原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，得減輕其刑。(第二項)」等，以更接近精神醫學之用語，使實務上得以因判斷標準較為一致而減少歧見。黃冠綸(2016)等於台灣精神醫學會55週年年會暨學術研討會中之發表之「刑事責任能力判斷標準修正對精神鑑定與法院判決一致性之效應」，指出衛生福利部草屯療養院之精神鑑定結論法院不採用之比例在修法前為6.5%，修法後降為1.6%；此外，最重本刑在修法後亦可能會有所改變，而影響統計結果。因此本文排除行為時、一審判決時間在2005年7月1日以前者。

此外，本文統計期間，已有數度更改最重本刑，復因2019年5月10日刑法修法、同年月29日總統華總一義字第10800053451號令修正公布第 10、61、80、98、139、183、184、189、272、274~279、281~284、286、287、315-2、320、321 條條文；刪除第 91、285條條文。也就是說，在2019年5月10日又有重大更改，如監護處分常見的普通傷害罪³，故本文為減少因為司法系統改變而產生的誤差，將判決期間

3 舊刑法第277條：「(第1項)傷害人之身體或健康者，處三年以下有期徒刑，拘役或一千元以下罰金。」新刑法第277條：「(第1項)傷害人之身體或健康者，處五年以下有期徒刑、拘役或五十萬元以下罰金。」因本文主要討論法定最重本刑，新舊法最重本刑不同，故僅蒐集本次修法前之判決。

縮短為2019年5月10日前之判決。最後，當判決意見不一時，以定讞的判決為依據。依照此搜尋條件，總共獲得729判決，其中309件為刑案。

(四) 分析工具

1. 本研究查詢並分析判決書，從判決書中抽取相關資訊。判決書有固定格式，便於整理以下資料：

- (1) 從判決主文中，找出「監護處分期間」，以及「犯什麼罪」，依此對照刑法規定、或由判決書末附帶的法條，找出「所犯罪的最重本刑」。
- (2) 從判決理由中，找出精神鑑定的摘要，其中會有對於精神科診斷的描述，找出「精神疾病」診斷。

2. 本研究以SPSS軟體，做以下相關性分析：

- (1) 分析及了解「精神疾病診斷」、「所犯罪的最重本刑的時間」與「被判決的監護處分期間」的描述性統計分布，分析結果將在表1呈現。
- (2) 透過所犯罪的最重本刑分成三組，並進行相關性分析：本研究除最重本刑刑期為有上限之徒刑者外，另有最重本刑有下限之有期徒刑而未達到無期徒刑者共有19件；最重本刑為無期徒刑者共有43件；最重本刑為死刑者共有20件。我們依所犯罪的最重本刑期間分為三組，第一組為「未滿七年之有期徒刑」、第二組為「七年以上及僅訂有下限之有期徒刑而未達無期徒刑之刑」、第三組為「無期徒刑或無期徒刑以上之刑，包含死刑」，並比較三組被判決的監護處分期間之差異。
- (3) 依精神疾病診斷分為三組：「重大精神疾病(severe and persistent mental illness, SPMI)組」、「輕型精神疾病(minor psychiatric disorders)組」、「智能障礙組」。「重大精神疾病」包括「智能障礙與自閉症類群障礙症合併精神病症(psychotic disorders)」及「精神病症或躁症」，此組為嚴重精神疾病，概念類似符合重大傷病卡的診斷，或是精神衛生法中，所謂有「奇特思想、怪異行為」的樣態；「輕型精神疾病」即「輕型精神疾病及單純成癮物質使用障礙症」，此組則指輕症，相對於上組，屬於不符合重大傷病卡、未達奇特思想、

怪異行為的診斷；「智能障礙」即「只有智能障礙與自閉症類群但無任何精神疾病」，此組則屬於先天心智發展上的異常，偏向精神衛生法中，非病人的概念，治療並無實益。因判決書中僅有診斷，無評估精神疾病嚴重度的資料，依診斷分為三組，與一般認知較嚴重的診斷(如符合重大傷病卡資格)、較輕症，以及治療無實益的非病人。

- (4)最後，本研究以ANOVA、卡方檢定分析來考驗「精神疾病診斷」、「所犯罪的最重本刑的時間」與「被判決的監護處分期間」的相關性。

三、研究結果

(一)精神疾病診斷與監護處分相關性

刑法第19條第一項，指因為精神障礙或其他心智缺陷，造成責任能力喪失的情形，等同於比較嚴重的精神疾病患者；而刑法第19條第二項，指因為精神障礙或其他心智缺陷，造成責任能力顯著減低的狀況，也就是疾病嚴重度比刑法第19條第一項輕的患者，這兩群之分布，經卡方檢定，未達統計上顯著差異，亦即，精神疾病診斷與刑法第19條第一項或第二項沒有明顯差異；最重本刑分組與刑法第19條第一項或第二項之分布，經卡方檢定，未達統計上顯著差異，亦即，最重本刑與刑法第19條第一項或第二項沒有明顯差異；監護處分時間與刑法第19條第一項、第二項F檢定後的結果，未達統計上顯著差異，亦即，符合刑法19條第一項與同條第二項的監護處分期間**沒有顯著差異**(如表1)。

(二)最重本刑與監護處分相關性

精神疾病患者犯最重本刑為「有上限有期徒刑」者共有161件，最重本刑的刑期與被判決監護處分時間之Pearson相關 r 值為0.185，達顯著差異($p = 0.019$)，表示在「有上限有期徒刑」的患者中，被判決「監護處分時間」與「所犯最重本刑的刑期」有相關，精神疾病犯罪者，所犯罪之最重本刑的刑期越長，其被判監護處分時間亦越長。但因 r 值不高，強度稍嫌薄弱，仍有待後續更多資料研究。

表1 基本資料¹

	刑法第19條 第一項 <i>n</i> (%)	刑法第19條 第二項 <i>n</i> (%)	總和 <i>n</i> (%)
精神疾病診斷 ²	83	160	243
只有智能障礙與 自閉症類群但無精神疾病	4 (19.0)	17 (81.0)	21 (100)
智能障礙與自閉症類群 合併精神病症 ³	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100)
精神病症 ³ 或躁症	68 (37.5)	113 (62.5)	181 (100)
輕型精神疾病及單純成癮物 質使用障礙症	7 (21.9)	25 (78.1)	32 (100)
診斷不詳	0	1 (100)	1 (100)
最重本刑 ⁴			
未滿七年有期徒刑(A組)	34 (36.6)	59 (63.4)	93 (100)
七年以上及有下限之有期徒 刑而未達無期徒刑(B組)	31 (35.6)	56 (64.4)	87 (100)
無期徒刑、死刑(C組)	18 (28.6)	45 (71.4)	63 (100)
監護處分時間 ⁵	1.54 ± 1.52	1.55 ± 1.41	
5年	5 (45.5)	6 (54.5)	11 (100)
4年至未滿5年	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (100)
3年至未滿4年	20 (39.2)	31 (60.8)	51 (100)
2年至未滿3年	14 (31.1)	31 (68.9)	45 (100)
1年至未滿2年	10 (25.6)	29 (74.4)	39 (100)
未滿1年	33 (37.1)	56 (62.9)	89 (100)

註：¹ 本研究所查詢之資料庫，並未完整呈現性別、年齡及教育程度等資料。

² 精神症狀診斷與刑法第19條第一、二項，兩組變異數並無顯著差異($p = 0.157$)。

³ 精神病症的英文DSM-5精神疾病診斷分類中為 psychotic disorders。

⁴ 最重本刑分組與刑法第19條第一、二項，兩組變異數並無顯著差異($p = 0.550$)。

⁵ 監護處分時間與刑法第19條第一、二項 F 檢定後的結果， $p = 0.219$ ，兩組變異數並無顯著差異；計算後的 t 統計值為-0.019，顯著性 p 值= 0.985，即「符合刑法19條第一項與同條第二項的監護處分期間沒有顯著差異」。

(三) 分組相關性分析

除最重本刑刑期為「有上限之有期徒刑」者外，另有最重本刑刑期為「有下限之有期徒刑而未達無期徒刑」者共有19件；最重本刑為無期徒刑者共有43件；最重本刑為死刑者共有20件；將最重本刑期間分為三組，第一組為「未滿七年之有期徒刑」、第二組為「七年以上及僅定有下限之有期徒刑而未達無期徒刑之刑」、第三組為「無期徒刑以上之刑」，比較三組之差異。(如表2、表3)分析結果如下：

表2 精神疾病犯罪者不同本刑與監護處分期間相關之分析

分組	監護處分平均數	監護處分標準差	Dunnett T3 檢定 [#]
未滿七年有期徒刑(A)	1.03	1.17	C>A ^{***}
七年以上及有下限之 有期徒刑而未達無期徒刑(B)	1.47	1.26	C>B ^{***}
無期徒刑、死刑(C)	2.40	1.67	B與A之間，檢定未 達統計上顯著性， $p = 0.052$

[#] 在進行事後多重比較之前，先檢視各組是否符合變異數同質性假設，「誤差變異量的Levene檢定等式」，Levene的 F 值為6.798，顯著性為0.01，小於0.05，表示各組的離散情形並有明顯差別，表示顯著違反了變異數同質性假設。「多重比較」，則因前面的變異數同質性檢定為不符合，以Dunnett T3檢定的結果為主。

^{***} 平均差異在 $p < 0.05$ 水準是顯著的

表3 重大或輕型精神疾病與監護處分期間及最重本刑期間的相關性分析*

	重大精神疾病	輕型精神疾病	智能不足	p
監護處分時間	1.6 ± 1.5	1.4 ± 1.5	1.1 ± 1.0	0.250 [#]
最重本刑分組	n (%)	n (%)	n (%)	
未滿七年有期徒刑(A)	80 (41.8)	5 (14.7)	8 (38.1)	0.007 [§]
七年以上及有下限之有期徒刑 而未達無期徒刑(B)	60 (32.1)	15 (44.1)	11 (52.4)	
無期徒刑、死刑(C)	47 (25.1)	14 (41.2)	2 (9.5)	

[#] 本檢定以ANOVA檢定

[§] 本檢定以卡方檢定

* 其中，有一例為診斷不詳、單純智能不足無法治療，故此處總樣本數僅有242件

1. 描述統計

由表3可知3組的監護處分期間的平均數、標準差、個數。3組的平均數為1.03、1.47、2.40；第3組平均數最長、第1組個數最多。

2. 檢定力分析(Power analysis)

因本研究探討的問題，在統計方法上屬於虛無假設的驗證，需考量型二錯誤機率，作為評估的判準，因此，本研究將檢定力亦一併分析，在「單變量檢定」中，對比的「觀察的檢定能力」為1，超過檢定力為0.8的目標，表示此本研究的樣本數可以正確拒絕虛無假設之機率。

3. 組間平均數差異檢定(ANOVA)

由自由度 df 、 F 值跟顯著性來看，分子自由度(v_1)為2、分母自由度(v_2)為240， F 值為19.671，顯著性為 <0.001 ，表示不同分群的監護處分期間的確有顯著差異。

4. 事後多重比較(Post Hoc test)

以「誤差變異量的Levene檢定等式」檢視，Levene的 F 值為6.798，顯著性為0.01，小於0.05，表示各組的離散情形有明顯差別，表示顯著違反了變異數同質性假設，故「多重比較」以Dunnett T3檢定的結果為主。表示第一組到第二組之間的平均差異為 -0.4334、第一組到第三組之間的平均差異為 -1.3707，皆達到統計上顯著差異。也就是說，第一組的監護處分期間明顯比第三組還要少，第二組的期間明顯比第三組還要少。

5. 最重本刑對監護處分期間的關聯性(Eta square)

本研究所分的三組，「淨相關Eta平方」結果為0.141，表示自變項分組變項能夠解釋依變項合約期間的14.1%資料，屬高關聯強度。

6. 趨勢分析(Trend analysis)

分析結果，「第一組」對比「第二組、第三組」的差異，達0.05顯著水準。而「第一組」對比「第二組」的差異，亦達0.05顯著水準。

監護處分分組結果對於最重本刑合約期間的解釋力，以 η^2 (eta squared，淨相關

Eta平方)係數來看，達到14.1%，為高度關聯強度。此結果的統計檢定力達1，表示統計檢定能力是可接受的程度。

(四)精神疾病嚴重度與監護處分期間及最重本刑期間的相關性

「重大精神疾病組」、「輕型精神疾病組」、「智能不足組」三類診斷的被判決監護處分時間，以ANOVA檢定結果， $p > 0.05$ ，顯示「重大精神疾病組」、「輕型精神疾病組」、「智能不足組」三類診斷的監護處分期間沒有顯著差異，即精神疾病越嚴重，監護處分並沒有比較長。

「重大精神疾病組」、「輕型精神疾病組」、「智能不足組」三類診斷與最重本刑間，以卡方檢定結果， $p < 0.05$ ，表示「重大精神疾病組」、「輕型精神疾病組」、「智能不足組」三類診斷與最重本刑間有顯著相關。

表3顯示重大精神疾病所犯的罪大多是「最重本刑刑期為未滿七年有期徒刑」，輕型精神疾病者所犯的罪中以無期徒刑的比率較高。意味著並不是精神疾病越嚴重，其犯的罪都是越嚴重的罪。

四、討論與結論

(一)本文主要發現

本研究的主要發現監護處分期間長短與最重本刑期間長短之間存在相關性，亦即：

- 1.精神疾病犯罪者，其所犯之罪，最重本刑越重，則監護處分期間越久；
- 2.監護處分時間長短，與精神疾病嚴重程度無關；
- 3.精神疾病犯罪者，其精神疾病越嚴重，所犯的罪未必越嚴重。

(二)討論

研究結果不符合本文假設一，「精神疾病嚴重度與監護處分期間有關」，此假設在本研究中並未被支持，但監護處分本質應該是要治療精神疾病，越嚴重的疾病

治療時間理論上應該越長，此歧異則有賴司法精神鑑定與法院的持續對話；在假設二，「精神疾病嚴重度與所犯罪的最重本刑之刑期」上，本研究與國外的研究結論相同，精神疾病嚴重度與犯行的嚴重度無關；反而是假設三「被法官判決的監護處分時間」跟「精神疾病犯罪者所犯的最重本刑刑期」有關。未來，由本文之統計結果，司法精神鑑定人(專家證人)在建議監護處分時間長短時，更應審慎提出精神疾病嚴重程度及神疾病犯罪者的犯罪行為嚴重度(即最重本刑長短)，以期給予法界人員參酌，並期待能發揮監護處分的社會預防意涵及精神治療的本質。

也就是說，需注意的是，精神疾病犯罪者犯下重大刑案的國外研究顯示，精神疾病的嚴重度不一定跟所犯罪的嚴重損害有關，往往是一般無明顯嚴重精神疾病的人所犯的重大刑案的盛行率高於嚴重持續精神疾病(*serious and persistent mental illness, SPMI*)，如2018年加拿大研究發現(Penney et al., 2018)，以安大略省從1987到2012年間，精神病患發生重大暴力事件的發生率與發生型態作為分析，結果顯示，因精神異常所導致的謀殺，只佔了謀殺案件的3.7%。也就是說，大多數的重大案件都是正常人所為；亦有研究指出，社會似乎過分強調了精神疾病造成的暴力風險，造成精神疾病的污名化(Rueve et al., 2008)。

此外，我國刑法採刑罰與保安處分雙軌制，「監護處分」屬刑法的保安處分，雖出於特別預防的考量，但此時的預防目標，為精神疾病犯罪者的再犯風險，亦即，精神疾病病人已受嚴重精神疾病影響而有犯罪行為，因精神疾病而減、免罪責，但同時因精神疾病而有高再犯風險，才會進入監護處分。故可能已發生憾事，如北一女潑酸、殺警案的第一審判決等，緩不濟急。因此，值得思考的是，在犯罪行為發生前的預防，應較犯罪行為發生後的補救更為重要，換句話說，如何建構在精神衛生法規，使得嚴重精神疾病病人，得以在有暴力「風險」時，便即時治療，或在目前，監護處分定有五年上限之情境下，銜接結束監護處分的精神疾病犯罪者，復歸社區後，精神衛生法規如何協助，才能有效協助精神疾病病人，以及避免社會遭受危害。

(三) 建議

1. 本研究為嘗試從判決書查詢系統中蒐集資料並分析，提供醫師撰寫報告時，建議監護處分時間長短的參考，以及相關之結果建議。除研究結果外，了解到資料判決書中有大量資訊，有助於司法精神醫學研究，但受限於判決書查詢系統揭露訊息有限，研究貢獻度亦隨之受限。若判決書可以透過一定程序申請及合理使用，以利學術研究，將有助於司法精神醫學發展，以及相關政策之研擬。建議司法精神醫學相關的判決書，亦可比照健保資料庫方式，有條件開放研究。
2. 現行監護處分時間最長五年，本研究分析結果，監護處分時間與精神疾病犯罪者所犯最重本刑刑期之間有相關，但與精神疾病嚴重程度無關，此與監護處分為醫療的本質略有出入，監護處分或可能被當成刑罰的延伸，或著重於社會預防的方面，亦即，目前的監護處分除了治療外，仍需要有預防再犯的期望，但如此一來，嚴重精神疾病者，可能治療未完全便須結束監護處分，現行監護處分最長僅五年似乎不足，如何在監護處分結束後，有效將治療延續，顯得非常重要。因此，需要善用目前相關規定，投入更多人力及經費，以提高精神疾病犯罪者的治療完整性，如監護處分結束後，有效的進行出院後的持續追蹤，評估有無需要轉銜社區治療或強制社區治療、有效利用衛生福利部心理及口腔健康司之「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」，讓精神疾病犯罪者得以在更完善的社會安全網中回歸到社會中。另外智能不足與自閉症的出院後追蹤更是另外的重要議題，這些患者可能適用長照資源，也可能適用醫療資源，或機構安置。
3. 延續上述內容，增加「精神健康識能(mental and health literacy)」，包含以下四點：
 - (1) 讓民眾了解什麼是精神健康及如何維持精神健康、
 - (2) 預防精神疾病發生及再復發、
 - (3) 去汙名化、
 - (4) 協助精神疾病病人就醫，亦應為照顧精神疾病病人、避免發生憾事的「超前部署」。以近期殺警案的被告為例，在殺警案發生前，於2017年2月3日看診後即失聯、

於案發前2日思覺失調症已發作，妄想遭朋友設計要和被告女兒一起謀害被告，以詐領保險金，被告並於案發當天搭乘火車前，陸續前往2處派出所、臺南市政府社會局、保險公司、議員服務處等地，四處陳述有人要殺他以牟取保險金，希望解除保險契約等。但被告認為這些單位無法解決其問題，故最後搭火車北上，進而發生本件憾事⁴。當被告到處求救、深深陷在症狀影響的無助困境，卻未能獲得即時的協助，使得被害人家屬、被告家人也承受極度的痛苦。因此，除監護處分是犯罪行為後的「預防」再犯方式外，未發生犯罪行為前的「預防」也是必要的，此即增加「精神健康識能(mental and health literacy)」之重要性。若社會對疾病更加了解、將精神醫療系統深入社區、增加服務的人力資源、健全社區精神醫療，才有機會將「預防」提早到憾事發生之前，且須更加著力的地方。

4. 投入更多資源在司法精神醫學上，除加強司法與精神醫學之雙邊對話外，對於從事司法精神鑑定之醫師提升法學素養(如對於司法精神醫學從業醫師進修法律相關領域設有獎勵措施)、法務人員增加精神醫學知識(如司法官訓練課程中，增加至精神科相關見習內容)之外，在研究上，有條件開放判決書資料庫的利用，有助於了解監護處分後再犯情形、評估監護處分治療效果、統計精神疾病犯罪者之類型等。判決書中，有許多健保資料庫欠缺之資料，但目前未有妥善利用，而大大限縮了整合司法以及精神醫學之機會。由此可知，司法精神醫學仍有發展的空間，有待開發。
5. 由本研究結果，另可看出，精神疾病犯罪者，其精神疾病嚴重度與其犯罪的最重本刑刑期不一定有相關，亦即，精神疾病的重症不代表犯罪行為越嚴重，但犯罪與精神疾病的關聯性，不應過度被強調，且應避免將精神疾病病人汙名化。而精神疾病犯罪者，雖可能減刑或無罪，但監護處分可能取代了刑罰，變成把精神疾病犯罪者「關」在醫院中，此亦為精神疾病犯罪者，身兼病人及犯人雙重身分，使得這些人更難回到社區中，因此，在報導上，更需謹慎。
6. 從汙名化的另一角度思考，有無可能也忽略了一部分犯人受精神疾病影響？換句話說，因精神鑑定並非每個犯罪被告都做，當然有些太過聰明的犯罪手法，不須

4 臺灣嘉義地方法院108年度重訴字第6號刑事判決。

鑑定便知道不符合刑法第19條第一、第二項，但並不代表沒有做鑑定的犯人，在犯罪行為時都沒有受到精神疾病或其他心智缺陷的影響。既有這樣的可能性，且全面精神鑑定不可行且無必要，則受刑人心理健康評估，似乎也值得重視，因若受刑人的犯罪是因為精神疾病，則在未妥善治療下，刑期期滿出獄，再度因精神疾病而再犯不無可能。此時，實施心理健康評估，早期發現精神疾病且在獄中便適度治療，也是避免再犯的方法之一。

(四) 研究限制

本研究受限於判決書揭露項目有限，對於精神疾病犯罪者，判決書中對於性別、年齡、學歷、工作、居住地……等，皆未公布，主文中，更常見以匿名方式保護個人資料。因此，以目前判決書查詢系統而言，僅能以時間長短做統計分析，無法考慮其他變項如性別、年齡及學歷等干擾因子，但實務上判決有加重減輕等考量，單以最重本刑之長短作為判斷標準，無法確實反應出罪責之輕重、雖為實際案例，但不知法官有無參考鑑定報告、不知鑑定報告有無建議監護處分期間、最重本刑除了有期徒刑之期間長短為連續變項外，不論死刑、無期徒刑或僅定有下限之有期徒刑，皆為類別變項，在統計上為比較相關性，以七年有期徒刑等作為分組，有將罪責區分成輕、中、重之用意，然此與法律實務上不符合，蓋法律上並無輕重罪之定義，此種分法實為了統計上而分，為本研究之限制。最後，如思覺失調症、憂鬱症等精神疾病，或智能不足、自閉症等心智缺陷，本身就是一個異質性疾病，同樣是憂鬱症或思覺失調症，嚴重程度常不一樣，判決書中無法得知評估症狀的嚴重度的量表(PANSS或BPRS)，很難去判斷個案的精神病嚴重度，而僅能以診斷分組討論，亦有所不足。而本研究雖樣本代表性可能不足，但可做為間接證據，顯示出判決書中可能有大量未探索的資訊，提供一後續研究之方向，有待更多的努力去發掘，當可取得的資訊增加時，誤差便會相對減少，而得到更精準的結果。

致 謝

感謝109年度衛生福利部研究計畫「老年或年長者與小於50歲思覺失調症社區個案的身體意象、身體疾病及自我覺察支持續衛教介入研究」(計畫編號：10963)及「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」。

參考文獻

- 李怡芳(2017)。**身心障礙者形象研究—以2007至2015年報紙報導內容分析為例**(未出版之碩士論文)。取自華藝線上圖書館。doi: 10.6342/NTU201703111
- 曾淑瑜(2005)。**精神障礙者犯罪處遇制度之研究**。刑事政策與犯罪研究論文集，8，67-93。
- 黃冠綸、黃聿斐(2016)。**刑事責任能力判斷標準修正對精神鑑定與法院判決一致性之效應**。台灣精神醫學會55th年會暨學術討論會論文摘要集，21-22。
- 姬健梅(譯)(2017)。**告訴我，你為什麼殺人**(原作者：N. Saimeh)。臉譜出版社。
- 簡至鴻(2009)。**刑事責任能力判斷之本質—刑法解釋學與精神醫學之交錯**(碩士論文)。國立臺北大學法律學系研究所，新北市。
- Andreasson, H., Nyman, M., Krona, H., Meyer, L., Henrik, A., Nilsson, T., & Hofvander, B. (2014). Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 635-642. doi: 10.1016/j.ijlp.2014.02.038
- Buchanan, A., Norko, M., Baranoski, M., & Zonana, H. (2016). A consultation and supervision model for developing the forensic psychiatric opinion. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 44, 300-308.
- Carabellese, F., & Felthous, A. R. (2016). Closing Italian forensic psychiatry hospitals in favor of treating insanity acquittees in the community. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(2-3), 444-459. doi: 10.1002/bsl.2234

- Coid, J. W., Yang, S. U. M., Hickey, N., Kahtan, N., & Freestone, M. (2015). Psychiatric diagnosis and differential risks of offending following discharge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 68-74. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.009
- Danielle Laberge, D., & Morin, D. (1995). The overuse of criminal justice dispositions: Failure of diversionary policies in the management of mental health problems. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 389-414. doi: 10.1016/0160-2527(95)00019-E
- Edworthy, R., Sampson, S., & Völlm, B. (2016). Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 18-27. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.027
- Haas, H., & Cusson, M. (2015). Comparing theories' performance in predicting violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 75-83. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.010
- Iftene, A. (2016). Unlocking the doors to Canadian older inmate mental health data: Rates and potential legal responses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 36-44. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.032
- Jeandarme, I., Habets, P., Oei, T.I., & Bogaerts, S. (2016). Reconviction and revocation rates in flanders after medium security treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 45-52. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.033
- Loza, W., Villeneuve, D. B., & Loza-Fanous, A. (2002). Predictive validity of the violence risk appraisal guide: A tool for assessing violent offender's recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 85-92. doi: 10.1016/S0160-2527(01)00092-9
- Lund, C., Hofvander, B., Forsman, A., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2013). Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: A follow-up study of 13–20 years through different sanctions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 250-257. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.015
- O'Reilly, R., Corring, D., Richard, J., Plyley, C., & Pallaveshi, L. (2016). Do intensive services obviate the need for CTOs? *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 74-78. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.038

- Penney, S. R., Prosser, A., Grimbos, T., Darby, P., & Simpson, A. I. F. (2018). Time trends in homicide and mental illness in Ontario from 1987 to 2012: Examining the effects of mental health service provision. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(6), 387-394. doi: 10.1177/0706743717737034
- Pinna, F., Tusconi, M., Dessi, C., Pittaluga, G., Fiorillo, A., & Carpinello, B. (2016). Violence and mental disorders: A retrospective study of people in charge of a community mental health center. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 122-128. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.015
- Player, C. T. (2015). Outpatient commitment and procedural due process. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 100-113. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.013
- Rueve, M. E., & Welton, R. S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry*, 5(5), 34-48.
- Tolisano, P., Sondik, T. M., & Dike, C. C. (2017). A positive behavioral approach for aggression in forensic psychiatric settings. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 45, 31-9.
- Trestman, R. L. (2017). Treating aggression in forensic psychiatric settings. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 45, 40-43.
- Vugt, M. D., HansKroon, Delespaul, P. A.E.G., & L. Mulder, C. (2016). Assertive community treatment and associations with delinquency. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 93-97. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.08.001
- Wilson, C. M., Nicholls, T. L., Charette, Y., Seto, M. C., & Crocker, A. G. (2016). Factors associated with review board dispositions following re-hospitalization among discharged persons found not criminally responsible. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(2-3), 278-294. doi: 10.1002/bsl.2220

Correlates with the Custodial Protection Sentence for Criminal Offenders with Mental Illness in Taiwan

YU-HENG KUO, CHUN-HUNG LEE, WEN-CHENG WU, WEN-CHEN OUYANG

Purpose: Criminal offenders in Taiwan with a mental illness that meets the requirements for an insanity defense can reduce or eliminate their criminal liability (a criminal sentence of fixed-term imprisonment, life imprisonment or death penalty), and instead be sentenced to custodial protection (involuntary admission to a mental facility for management of mental illness). The goal of this study is to identify factors that may correlate with the length of an individual's custodial protection sentence. **Methods:** Through a public judgment inquiry, we obtained the records for 243 court verdicts (from July 1, 2006 to May 1, 2019) for criminal offenders with mental illness. We extracted the data on the correlation among length of custodial protection, severe and persistent mental illness (SPMI), minor mental illness or intellectual disability, and the most severe sentence for the crime committed. **Results:** Our analysis showed a statistically significant positive correlation between the most severe sentence for the crime committed and the length of custodial protection ($r = 0.185$; $p = 0.019$). Next, we divided offenders into 3 groups: those with SPMI, minor mental disorders, and an intellectual disability group. We found no significant difference in the length of custodial protection among these 3 groups ($p = 0.250$). **Conclusions:** The study supports the hypothesis that the length of custodial protection correlates with the most severe sentence for the crime committed. However, the length of custodial protection should be first considered according to the different severity level of mental illness, namely whether the criminal offenders with mental illness are suffered from SPMI or not. When the social security issue is taken into account, other methods such as mental health literacy should be promoted.

Keywords: mental illness, insanity defense, custodial protection, the most severe sentence, forensic psychiatry

Yu-Heng Kuo: Attending Psychiatrist, Department of Addiction and Forensic Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan.

Chun-Hung Lee: Director, Department of Addiction and Forensic Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan.

Wen-Cheng Wu: Superintendent, Department of Addiction and Forensic Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan.

Wen-Chen Ouyang: Vice-Superintendent & Consultant Staff, Department of Geriatric Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare; Adjunct Assistant Professor, Department of Psychiatry, Medical College, Kaohsiung University; Adjunct Assistant Professor, Department of Nursing, Shu-Zen Junior College of Medicine and Management, Taiwan. (Corresponding author, E-mail: d88904@gmail.com)

