

# 精神疾病犯罪者監護處分後再犯的決定因子

郭宇恆 李俊宏 歐陽文貞 吳文正

**研究目的：**臺灣在刑事法規上仿效德、日的規定，但在精神疾病犯罪者監護處分上卻有所不同，由執法單位督導，讓獲判監護處分的精神疾病犯罪者，與一般非犯罪的精神疾病者接受相同治療。此模式是否能有效降低再犯率，值得探究。故本研究探討臺灣精神疾病犯罪者結束監護處分後一年及三年的再犯率與再犯的相關因子。**研究方法：**本研究運用2010至2020年某精神專科教學醫院司法精神醫學資料庫，除病歷回顧外，並以司法判決書檢索系統確認是否再犯，長期追蹤研究74位有監護處分的精神疾病犯罪者1到11年，運用存活分析Cox迴歸模型了解再犯的相關因子。**研究結果：**精神疾病犯罪者結束監護處分後一年及三年的再犯率分別為8.1%及21.6%；監護處分三至五年者的再犯率極低。再犯的決定因子包括：犯罪行為時小於30歲 { 風險比(hazard ratio, HR) = 21.8,  $p = 0.005$  } 監護處分期間短於1年( $HR = 15.0$ ,  $p = 0.015$ )、犯罪時責任能力喪失者( $HR = 11.8$ ,  $p = 0.024$ )及有物質使用相關診斷( $HR = 4.7$ ,  $p = 0.028$ )。**研究結論：**本研究提出精神疾病犯罪者監護處分結束後再犯的相關因素，可作為監護處分裁判及執行的參考。本研究建議「精神疾病犯罪者監護處分三年可能已經足夠」。當監護處分期間超過三年，要再延長時，建議要謹慎的評估必要性。

**關鍵詞：**精神疾病、瘋狂抗辯、監護處分、再犯、刑事責任

郭宇恆：衛生福利部嘉南療養院成癮暨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：衛生福利部桃園療養院副院長暨一般精神科主治醫師；義守大學資訊工程學系博士；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。

歐陽文貞：高雄市立凱旋醫院高年精神科主治醫師兼教學研究部主任、高雄醫學大學醫學院精神學科兼任教授；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、社區精神醫學及流行病學。(通訊作者；E-mail: d88904@gmail.com)

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。

收稿：2023年10月06日；接受：2024年2月16日

## 一、緒 論

臺灣在刑事法學上，仿效德國、日本的規定，對於精神障礙及心智缺陷的犯罪者，得以減、免刑事責任 (criminal responsibility)，因此在判決上，可減刑或無罪 (精神疾病與心智缺陷抗辯，即 insanity defense，有人翻譯為「瘋狂抗辯」)。在臺灣，對於在法律上被判定在犯罪行為時有精神障礙 (mental disturbance) 或罹患精神疾病 (mental disorders) 之犯罪者，法官須評估有無監護處分的必要。

日本實施《因心神喪失等狀態所為的重大危害他人行為者的醫療與觀察法》(Medical Treatment and Supervision) 針對犯下嚴重犯罪行為 (縱火、強制性交與猥褻、殺人及傷害) 的精神疾病犯罪者，經司法精神鑑定確認受精神疾病影響導致責任能力 (criminal competency) 下降、精神疾病有可治療性及具有再次發生類似行為的風險，可由法院裁定納入醫療觀察體系持續追蹤及治療 3 至 5 年。若因精神疾病惡化而重新進入治療體系，將重新計算追蹤時間。此制度讓精神疾病患者可持續接受治療以穩定其精神症狀，並於症狀惡化時可立即接受精神科治療 (林詩韻等，2020)。

德國對於精神疾病犯罪者，有安置精神病院 (mental hospital) 及行為監督的處遇方式。安置精神病院屬拘束人身自由的處分，目的是希望藉由醫療改善其精神疾病，拘束人身自由僅是附隨的目的。德國刑事監護制度，對於安置於精神病院的實質要件，有學者翻譯為需要有「給予行為人未來法律行為負面的診斷」(馬躍中，2020)，意思是當司法精神鑑定結果，認為有再出現嚴重犯罪行為的可能，就會裁定安置於精神病院，基於醫學及保護公眾等多重利益，採取將精神疾病犯罪者與公眾隔離之措施。

臺灣的刑事責任不是由陪審團 (jury) 決定，而是由法官決定。現行制度對於最輕本刑 10 年以上有期徒刑，以及故意犯罪因而發生死亡結果之罪 (排除少年刑事案件與毒品危害防制條例案件)，則有可能會有國民法官參與審理。但法官、國民法官，皆無相關精神醫學的知識，需要參考司法精神鑑定，才能做出判決。臺灣的司法精神鑑定自 2005 年刑法中的責任能力條文修法後，經過十幾年的發展，司法精神醫學專家就刑事責任的醫學觀點形成了共識，並且高達 95.6% 的案件可說服法官採

納(Yang et al., 2017)。臺灣在責任能力的評估上，參考德、日的觀點(刑法第 19 條第一項、第二項)，但對於有再犯風險的精神疾病犯罪者，在監護處分上卻自成一系統，有獨特的監護處分執行方式：臺灣執行監護處分的「要件」需要符合犯罪行為時，因精神障礙或心智缺陷，造成責任能力顯著減低或喪失，且有再犯的風險(郭宇恒等，2021)，欲透過治療精神障礙來減少再犯風險，所以讓這些精神疾病犯罪者在醫院接受治療。因此，臺灣執行監護處分的執行「地點」多為醫院，各地檢署以簽約方式委託醫院執行監護處分。而因審判需要時間，犯罪行為時的精神狀態，與判決確定時的精神狀態可能不同，所以在監護處分的「模式」上，分住院或門診，原則上雖以住院為主，但如果病情穩定，不需要住院治療，也可以改成門診的方式執行監護處分(吳忻穎、林晉佑，2020)。

換句話說，臺灣執行監護處分時是否住院以醫療上判斷為主，精神狀態穩定則不需住院監護處分，但若仍需治療則改門診追蹤(需報請檢察官同意)，若已不須治療則停止監護處分(須法官裁定，通常停止監護處分後，回到司法系統監控，不再由醫院負責，例如進行保護管束)。住院監護處分則依病情分為急性期(積極治療症狀)與慢性期(精神復健)，若已無住院必要，可以改為門診或停止監護處分。不論何種犯罪型態，皆與一般精神科急、慢性病人混合居住，而非特別的病房，費用亦是由全民健保支付。住院中，司法體系僅每個月訪視監護處分患者，醫院則需定期向司法體系回報病人狀況，司法單位不會指揮監督醫療(吳忻穎、林晉佑，2020)。臺灣執行監護處分「期間」原定有上限為 5 年，2022 年 2 月 18 日刑法修法後，增訂延長監護期間規定，第一次延長為 3 年以下，第 2 次以後每次延長期間為 1 年以下，無次數限制，可達到無上限之程度(刑法第 87 條)。

臺灣每年新增約 200 位具精神疾病且犯罪而獲判監護處分的患者，2015 年有 198 位、2016 年有 213 位、2017 年有 217 位、2018 年有 188 位、2019 年有 195 位、2020 年有 204 位(法務部統計處，2022)，監護處分時間若無上限，逐年累積，將有可觀的精神疾病患者留置於醫院，會導致醫院精神科住院過載之問題，而須有適當的評估機制，讓精神疾病病患可以離開醫院返回社區，因此，「精神疾病犯罪者結束監護處分後的再犯風險」是一重要議題。儘管臺灣在司法精神鑑定上有不錯的發

展及研究，但除因應法律突然修改，尚無配套措施之外，臺灣在監護處分的判定上不但沒有共識，監護處分的執行效果如何也無相關資料。

本研究分析臺灣精神疾病犯罪者監護處分相關病歷資料以及後續追蹤是否有再犯罪 (recidivism，以下簡稱再犯) 的狀態，發掘臺灣精神疾病犯罪者監護處分模式下再犯的相關因子，並計算「結束監護處分後一年及三年的再犯率」，並與國外的情況比較，作為精神疾病犯罪者處遇的參考。

## 二、研究方法

### (一) 研究設計及樣本

本研究為一回溯性追蹤研究 (retro-prospective study)。臺灣 2021 年 1 月 8 日前仍有收治監護處分患者之醫院共有 32 間公、私立醫院收治精神疾病犯罪者需監護處分患者 (王幼玲、高涌誠，2022)。以醫院層級而言，並無醫學中心收治監護處分患者，較高的收治層級為區域醫院或精神專科醫院，其次為地區醫院。本研究的資料庫來自南臺灣某一區域醫院級的公立精神專科教學醫院，該院歷年來最多的情況下，一年收治監護處分人數，可達當年度全國新增監護處分人數的 8.1%(2015 年全國共收治 198 位監護處分患者，而該院收治 16 位) (王幼玲、高涌誠，2022) (法務部統計處，2022)，因而該院的數據有一定程度代表性。

以時間而言，臺灣刑法自 2005 年修法後，在監護處分的條文上修改用語，貼近醫療上的觀念，進而影響到監護處分的判決。因修法後，在新舊刑法適用上，可能有一段時間的競合，為避免新舊刑法交替造成的適用問題，本研究在新刑法實施後 5 年，即蒐集該院自 2010 年至 2020 年，共 11 年間在該醫院曾經接受「住院模式監護處分」治療後的出院患者，起始收集總共 91 位監護處分患者的完整醫療病歷。本研究分析之資料均去連結、加密及分開保存，無法辨識個案之個人資料，減少易受傷害族群之風險。本研究因涉及病歷資料回顧，申請人體試驗委員會審核，准予簡審 (核准文號：人試字第 1100007257 號)。



## (二) 是否再犯的最終結果(outcome)確認

在臺灣，精神疾病犯罪者的監護處分比照一般沒有犯罪的精神疾病病患的精神科住院治療，需有完整的病歷紀錄，唯一的差別是，監護處分患者的病歷多了最終判決的判決書。本研究的資料來自精神疾病犯罪者的病歷回顧。透過分析病歷記錄的內容，對 74 名監護處分患者進行編碼，去連結並且去識別化。從病歷中，整理出精神疾病犯罪者監護處分患者相關人口學變項、過去犯罪史、酒精或物質使用是否存在？是否達成癮、精神疾病史、此次監護處分前的犯罪類型、責任能力程度、以及住院中暴力或自傷行為等自變項部分，屬於類別變項 (categorical variable)。在診斷的部分，皆經精神科專科醫師確定診斷，「酒精使用障礙」相關的診斷，診斷碼為 F10 開頭的所有暫時狀態，不包括 F10.96、F10.97 持續的失憶或失智；其他「物質使用障礙」則是診斷碼為 F11 至 F19 開頭之診斷。

而精神疾病犯罪者結束監護處分是否有再犯情形，即依變項，取得方法則自「此次監護處分的出院後」（包括監護處分期滿，或監護處分因無住院必要而提早結束）才開始追蹤，而不論在此次監護處分的住院前，是否已經接受過其他司法處遇。測量方式分為：若仍留在該醫療體系（慢性病房、康復之家、護理之家、日間留院、門診、社區居家治療或巡迴醫療），則由醫療相關人員追蹤（電訪、家訪等）、若未接受該醫院精神科治療，則由社政、衛政單位精神列管個案等關懷等方式追蹤（心衛社工、公衛護理師等）；另外若回到司法體系，則透過司法相關聯繫會議等方式追蹤（派出所、觀護人等），最後再以司法判決書檢索系統確認有無「再犯」。離開監護處分處所後，追蹤時間以月為單位，如 108 年 1 月出院、109 年 2 月再犯，則列為 13 個月後再犯。至於追蹤頻率是否影響結果，則因為本研究以判決書為最後確認再犯之依據，追蹤過程中家屬或精神疾病犯罪者可能會隱瞞自己犯罪的事實，但當犯罪事實被發現，進入審判程序並得到判決結果，則無法隱瞞，故本研究採判決書的紀錄作最終確認，而非僅參考回報的資料。

監護處分的要件是「刑事確定判決」上，因精神障礙或心智缺陷，使得判斷是非能力或衝動控制能力減低，導致犯罪行為。而監護處分的目標，便是要用醫療的方式，治療精神障礙或精神疾病（急性期），以及發展較佳的適應模式（慢性期，即

精神復健)，降低精神疾病犯罪者監護處分出院後再犯行為的發生。因此，在衡量精神疾病犯罪者監護處分的成效時，重要的指標便是：精神疾病犯罪者監護處分出院後有沒有再犯的行為出現，包括因精神疾病相關的再犯與非精神障礙或精神疾病影響下的再犯。故本研究將再犯的定義為「刑事確定判決」上，「有罪（不論有沒有減刑）」或「無罪，但須接受保安處分 [ 監護處分及為保安處分的方式之一 ]」（表示有犯罪的行為，但不用負擔罪責）。對於再犯率的定義，分母則為追蹤人數，分子則為總再犯人數，本研究計算累積再犯率及第一年、第三年再犯率。

### (三) 統計分析

以 SPSS Chinese version 14.0 for Windows 進行統計分析。將精神疾病犯罪者監護處分結束後，以卡方檢定、 $t$  檢定，及採取 Yate's correction test，計算細格內的期望次數小於 5 的變項，將再犯者和沒有再犯者之間的相關變項進行比較，並選取有顯著差異及必要的變項（包括藥酒癮、犯罪史、監護處分形式變更、監護處分提早結束、住院暴力、住院自傷、性別、職業、責任能力、診斷物質與非物質、監處時間、婚姻、教育程度、轉歸）作為存活分析 (Cox 迴歸分析) 的自變項，以分析預測精神疾病犯罪者監護處分結束後再犯的相關因素、再犯的時間，以及再犯風險比 (hazard ratio, HR)。所有統計分析中  $p$  值都是雙尾的，顯著性定義為  $\alpha$  值小於 0.05。

## 三、研究結果

本研究最終收案數為 74 人，如圖 1 所呈現，本研究排除 17 位個案，包括經門診評估後，未收住院治療之患者 ( $n = 6$ )，其中有：因生理問題，需積極治療而無法在精神科專科醫院處理的患者 ( $n = 1$ )、智能不足問題，無法經醫療改善的患者 ( $n = 3$ )、已規則接受治療，可配合門診而改門診監護的患者 ( $n = 2$ )；另外也排除有監護處分未到期，仍在住院中的患者 ( $n = 11$ )。74 位個案的分析結果如下：。

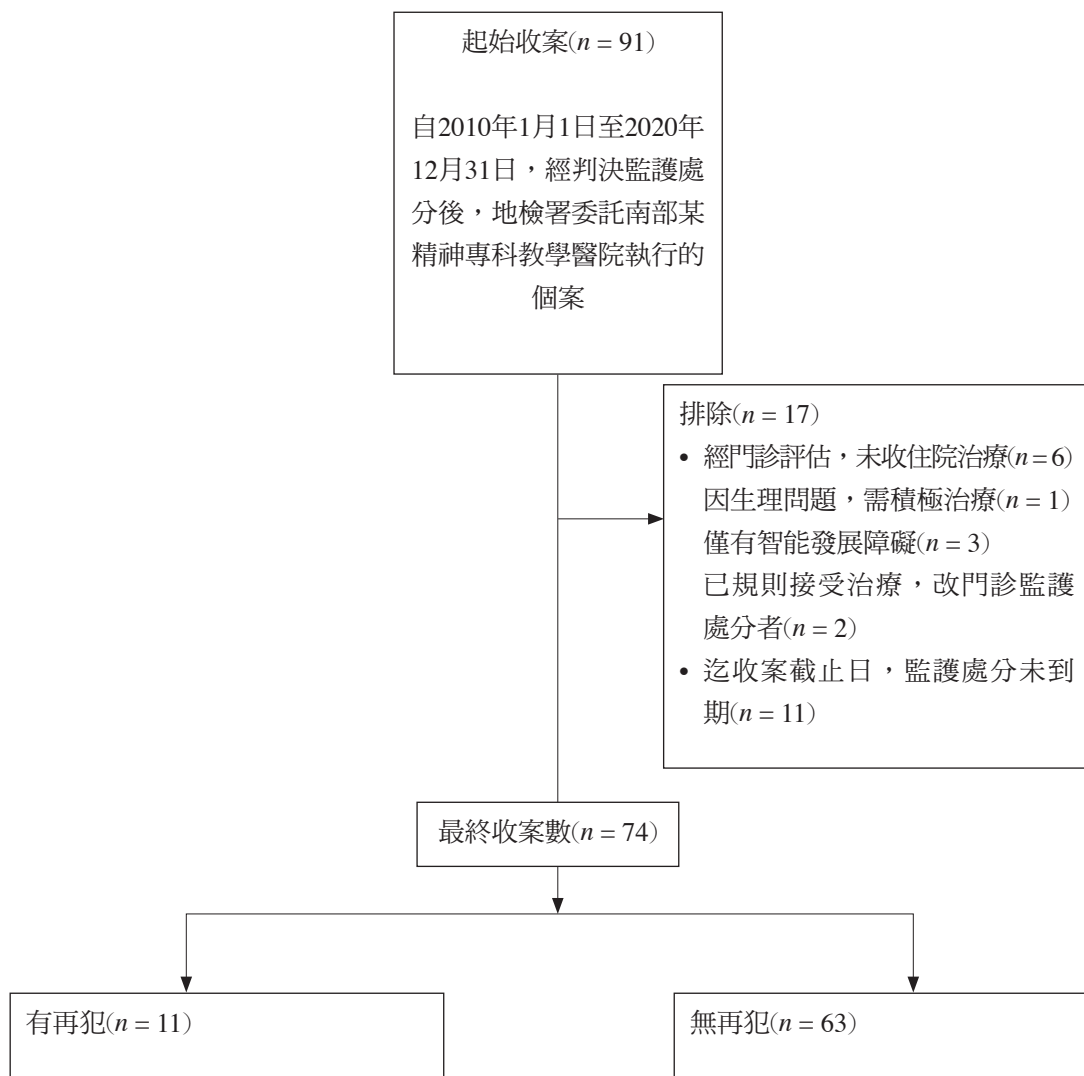


圖 1 某精神專科教學醫院有監護處分的精神疾病犯罪者再犯研究樣本篩選流程圖

### (一) 有監護處分的精神疾病犯罪者的社會人口學特徵

此部分呈現社會人口學特徵的分布，如表一。個案追蹤平均時間為 4 年 2 個月（最少追蹤 1 年 1 個月、最多追蹤 9 年 10 個月，中位數為 4 年 5 個月）。個案犯罪時的平均年齡為 45.1 歲；國小以下佔 71.6%、國小至國中以下佔 10.8%、國中至高中以下佔 9.5%、高中畢業佔 6.8%、大學及以上佔 1.4%；責任能力喪失佔 33.8%、顯

表 1 有監護處分的精神疾病犯罪者基本資料表及監護處分執行狀況 (N = 74)

	無再犯 N = 63(%)	再犯 N = 11(%)	再犯率%	p value
個人史部分				
犯案行為時年齡 <sup>a</sup>	46.6 ± 10.5 <sup>1</sup>	36.5 ± 10.1 <sup>1</sup>		0.004
年齡分組 <sup>b</sup>				0.001
<30	3 (4.7)	2 (18.2)	40.0	
30-40	18 (28.6)	8 (72.7)	30.8	
>41	42 (66.7)	1 (9.1)	2.3	
性別 <sup>c</sup>				0.426
男	52 (82.5)	8 (72.7)	13.3	
女	11 (17.5)	3 (27.3)	21.4	
教育程度 <sup>c</sup>				0.93
<6年	12 (19.0)	1 (9.1)	7.7	
>6年	51 (81.0)	10 (90.9)	16.4	
婚姻狀態 <sup>c</sup>				0.148
穩定(已婚)	7 (11.1)	3 (27.3)	30.0	
不穩定	56 (88.9)	8 (72.7)	12.5	
職業狀態 <sup>c</sup>				0.747
有	34 (54.0)	5 (45.5)	12.8	
無	29 (46.0)	6 (54.5)	17.1	
犯罪史 <sup>c</sup>				0.19
有	37 (58.7)	9 (81.8)	19.6	
無	26 (41.3)	2 (18.2)	7.1	
精神疾病診斷 <sup>b</sup>				<0.001 <sup>a</sup>
思覺失調症	46 (73.0)	4 (36.4)	8.0	
雙相情感性精神病	6 (9.5)	1 (9.1)	14.3	
物質相關精神疾患	9 (14.3)	6 (54.5)	40.0	
失智症	2 (3.2)	0 (0)	0	
藥酒癮史 <sup>c</sup>				0.029 <sup>b</sup>
有	16 (25.4)	7 (63.6)	30.4	
無	47 (74.6)	4 (36.4)	7.8	
責任能力減損 <sup>c</sup>				0.086
完全喪失	24 (38.0)	1 (9.1)	4.0	
部分減低	39 (62.0)	10 (90.9)	20.4	



表 1 有監護處分的精神疾病犯罪者基本資料表及監護處分執行狀況 (N = 74) (續)

	無再犯 N = 63(%)	再犯 N = 11(%)	再犯率%	p value
監護處分部分				
監護處分時間 <sup>°</sup>				0.004 <sup>a</sup>
<1年	28 (44.4)	10 (90.9)	26.3	
>1年	35 (55.6)	1 (9.1)	2.8	
監護處分形式變更 <sup>°</sup>				1
有	3 (4.8)	0 (0)	0	
無	60 (95.2)	11(100.0)	15.5	
提早結束監護處分				1
有	1 (1.6)	0 (0)	0	
無	62 (98.4)	11(100.0)	15.1	
住院中暴力 <sup>°</sup>				0.482
有	3 (4.8)	1 (9.1)	25.0	
無	60 (95.2)	10 (90.9)	14.3	
住院中自傷 <sup>°</sup>				0.039 <sup>b</sup>
有	3 (4.8)	3 (4.8)	50.0	
無	60 (95.2)	8 (95.2)	11.8	
出院轉歸 <sup>b</sup>				0.267
門診	34 (54.0)	8 (72.7)	19.0	
居家	8 (12.7)	2 (18.2)	20.0	
機構	21 (33.3)	1 (9.1)	4.5	

註<sup>1</sup>：平均數±標準差。<sup>a</sup>: independent *t*-test。<sup>b</sup>:卡方檢定( $\chi^2$ )。<sup>c</sup>: Yates連續校正(Yate's correction)。

著減低佔 66.2%。性別方面，男性佔 81.1%，女性佔 18.9%；已婚佔 13.5%，失業佔 47.3%，物質使用病史佔 31.1%。經過卡方檢定或 *t* 檢定發現，上述變項中除犯罪行為時年齡小於 30 歲 (vs 年齡大於或等於 41 歲)、有物質使用相關障礙症之診斷 (vs 其他各種精神疾病診斷)，及有酒藥癮史 (vs 無酒藥癮史) 與再犯率有達統計關聯外，其餘變項均未達到統計上顯著意義。針對責任能力減損程度之卡方檢定，完全喪失者與部分減低者並未達到顯著差異 (卡方值為 3.522,  $p = 0.086$ )。

## (二)精神疾病犯罪者監護處分執行狀況

此部分詳如表一，以監護處分小於或等於一年、大於一年作為區分，比較出院後再犯的狀況。此外，亦將住院中有無暴力行為、有無自傷行為、有無改變監護處分模式（如轉換成門診追蹤或改為保護管束等）、有無提早結束監護處分，以及監護處分結束後轉歸的狀況等，皆列入考慮。卡方檢定發現上述變項中除監護處分時間小於一年者與監護處分時間超過一年者的再犯率有達顯著差異（卡方值為 8.093， $p = 0.004$ ），及住院中有自傷者與無自傷者的再犯率有達統計差異（卡方值為 6.369， $p = 0.039$ ）外，其餘變項均未達到統計上顯著意義。另外，本研究注意到監護處分三年以上者，結束監護處分後皆未再犯（在 2022 年 1 月 27 日修法前，監護處分期間最長為五年。本研究個案當中有 14 位是三年監護處分、5 位是五年監護處分）。

## (三)精神疾病犯罪者結束監護處分後的再犯率及再犯相關因子

精神疾病犯罪者結束監護處分後的累積再犯率為 14.9%（74 位追蹤個案，有 11 位再犯）。精神疾病犯罪者結束監護處分後的再犯時間分布上，平均再犯為出院後 1.36 個月，1 年內再犯有 6 位、3 年內再犯有 11 位，最長的再犯時間為出院後 1 年 7 個月。若以追蹤時間來看，精神疾病犯罪者結束監護處分後 1 年內再犯率為 8.1%（74 位追蹤個案，有 6 位再犯）、3 年內再犯率為 21.6%（51 位追蹤個案，有 11 位再犯；23 位追蹤未滿 3 年），追蹤到精神疾病犯罪者結束監護處分後的 3 至 11 年，共 22 位追蹤個案，並無新增的再犯者。也就是說精神疾病犯罪者，結束監護處分後再犯的高危險期是在 3 年以內，超過 3 年的再犯率極低。

進行 Cox 迴歸分析時，將表一當中顯示有潛在關聯性（ $p < 0.1$ ）的變項納入，然而精神疾病診斷與藥酒癮史存在共線性，因此將兩者定義重疊之「物質精神疾患」納入迴歸分析，因此共有下列五個變項納入多變項迴歸分析：犯罪行為時年齡、犯罪時責任能力狀態、有無物質使用相關診斷、住院中自傷，與監護處分時間，結果顯示住院中自傷在校正其它變項後未顯示與再犯有關（ $p > 0.05$ ），得到以下四個因素顯著增加了精神疾病犯罪者結束監護處分後再犯風險，也就是說精神疾病犯罪者結束監護處分後再犯的相關因子包括：犯罪行為時小於 30 歲（ $HR = 21.8, p = 0.005$ ）、

監護處分時間小於 1 年 ( $HR = 15.0, p = 0.015$ )、犯罪時責任能力喪失者 ( $HR = 11.8, p = 0.024$ ) 及有物質使用相關診斷 ( $HR = 4.7, p = 0.028$ )，詳如表二。

表 2 精神疾病犯罪者結束監護處分後存活分析的再犯相關因子

自變項	迴歸係數( $B$ )	風險比( $HR$ )	95%CI	$p$ 值
犯罪時年齡				
>41	0	1		
31-40	2.3	10.2	0.8 - 125.7	0.07
<30	3.1	21.8	2.6 - 185.1	0.005
責任能力				
顯著減低	0	1		
喪失	2.5	11.8	1.4 - 101.0	0.024
物質成癮診斷				
無	0	1		
有	1.6	4.7	1.2 - 18.9	0.028
監護處分時間				
>1年	0	1		
<1年	2.7	15.0	1.7 - 132.5	0.015

註：迴歸係數：Regression Coefficient；風險比：Hazard Ratio。

## 四、討論與結論

### (一) 臺灣的精神疾病犯罪者結束監護處分後再犯的預防方面

以臺灣現行的監護處分制度目的是對於有精神疾病的犯罪者實施治療，減少再犯風險。本研究的發現與國外研究比較，臺灣有住院監護處分的精神疾病犯罪者累積再犯率 14.9% (74 個追蹤個案中，共 11 個再犯)，遠低於挪威 Örebro 中度戒備司法精神病院的 38% (Tabita et al., 2012)、以及瑞典的 47% (Lund et al., 2013)，瑞典的研究以被定罪 (conviction) 作為再犯之定義，與本研究再犯的定義相同。

若以和臺灣採類似監護處分制度的德國與日本來看，德國相關統計資料中，精神疾病犯罪者監護處分後的再犯率，早期(2001年)德國統計資料的5年再犯率約為26~28%，較新的統計資料(2010年，平均追蹤7.5年結果)再犯率則為17%(Dessecker, 2013)，臺灣相對較低。日本處遇的對象為精神疾病犯罪者，且有嚴重犯罪行為如殺人、強盜、傷害、縱火、性犯罪(除傷害外，皆包括未遂；輕傷則視情況而由檢察官決定)等，僅知其監護處分可有效降低再犯，但從研究文獻中無從得知再犯率(Nakatani et al., 2010)。而我國與國外之不同處，包括法律規定不同、納入個案不同、追蹤方式不同，以及計算再犯率的方式不同等，因此欠缺比較之共同基礎，不過由這些國外的研究可以知道，讓精神疾病犯罪者接受治療來減少再犯風險，是目前許多國家的做法。本研究再與臺灣不同地區執行監護處分之機關比較，曾有學者以臺灣東部及中部精神醫療機構中，探究40名男性精神疾病犯罪者加以分析，發現監護處分結束後3年內再次「遭起訴」之比率有50%(林詩韻等，2020)。因被起訴未必會定罪，因此遭起訴的比率，會比實際再犯率為高，與本文之再犯定義不同。

臺灣精神疾病犯罪者監護處分後再犯率低，可能與監護處分者在住院執行監護處分前，需先經過門診詳細評估，如司法精神鑑定或住院前評估，故住院者原則上以純粹的精神疾病為主，而住院治療對於精神疾病者，確實有效，包括在精神科急性病房住院治療可減少精神症狀干擾，精神科慢性復健病房的治療與精神復健則可以增加社會適應。以此可知，當精神疾病犯罪者之犯罪原因，是因為精神障礙導致辨別是非能力或衝動控制能力有顯著減低或喪失時，治療其精神疾病確實有助於減少再犯率，不論國外的方法(Hwang et al., 2020)或臺灣的健保模式皆然，精神疾病犯罪者監護處分制度是必要且有效，這樣的立法應該是符合臨床操作，且有必要繼續進行。

有別於國外研究的發現，即有監護處分的精神疾病犯罪者再犯風險與犯罪史有關(Bonta et al., 1998)、過去犯罪史為精神疾病犯罪者再犯的危險因子(Skeem et al., 2014)，本研究發現過去曾發生犯罪(卡方值 2.122,  $p = 0.19$ ，未達顯著)及住院中有暴力行為(卡方值 0.343,  $p = 0.482$ ，未達顯著)與出院後再犯無關，可能因臺灣

監護處分在收治前，已經盡可能排除反社會型人格障礙症，而降低了部分風險(Skeem et al., 2014)，因此，不論過去曾犯罪、或住院中暴力行為等，可能只是精神症狀不穩導致，屬於不可控制的衝動，與監護處分的精神相同，因此，在治療後便可有效減少犯罪。此一發現另一層面的意義是，可能有許多精神疾病犯罪者，在前幾次的犯罪行為時，已受精神疾病的影響，但因為沒有妥善的評估，如因輕罪而沒有安排司法精神鑑定，而忽略了這些人需治療的必要性，只單純的以刑罰處罰卻沒有治療，導致再犯。國外研究亦發現，90.2% 的受刑人有精神疾病(Bessler et al., 2019)，須妥善的照料。由此可知，司法精神鑑定應該更廣泛的使用，當司法體系因任何原因而沒有安排司法精神鑑定，使得精神疾病犯罪者在前幾次犯罪時沒有發現是精神障礙造成，而未能即時給予醫療協助時，很可能因此導致再犯的發生，直到終於發現犯罪行為與精神疾病有關。故編列足夠的鑑定預算應為必要，對於精神疾病犯罪者，妥善治療才能有效降低再犯行為。

## (二)精神疾病犯罪者監護處分後再犯問題分析

### 1. 精神疾病診斷

雖然監護處分對於精神疾病犯罪者有效，但對於物質使用的相關障礙症(substance-related disorders)，監護處分的治療模式對於再犯預防效果並不顯著，一旦離開限制性的環境，就有高再犯率，故對於物質使用的相關障礙症患者，應考慮在監護處分外是否有更有效的處遇方式。換句話說，對於物質使用相關障礙症患者，監護處分之效果可能在於，患者在監護處分期間能短暫使其無法再使用物質，而一離開監護處所，就可能再使用物質而再犯，因此，將物質使用障礙症的患者，分流到其他處遇方式，才能有效利用資源並且減少再犯。

精神疾病犯罪者監護處分後再犯的案由，部分是因為物質使用後，不能安全駕駛而觸犯刑事法律，平均再犯時間為出院後 1.36 個月，且大部分的再犯時間在出院後 7 個月，與國外研究發現，50% 再犯約為出院後一年內，其中 36% 約在六個月內再犯，23% 約在三個月內再犯類似(De Rooy et al., 2019)。除了物質使用問題本身便是再犯的危險因子外(Yukhnenko et al., 2020)，可能的原因為監護處分所針對的是會



導致衝動控制力及判斷力減低的精神疾病，物質使用的問題則非監護處分可以改善的標的，司法處遇的手段與目的需相符才滿足比例原則，無從強制患者接受戒癮、礙於健保不給付、且與一般病患混住，動機式晤談與戒酒團體等在一般精神病房不易進行，因此，在監護處分中無法處遇此部分問題，導致有這些病史的人，出院後有較高的再犯率。國外相關研究也發現，物質使用者在離開機構的轉銜上需要另外的準備 (Sullivan et al., 2019)。

我國精神疾病犯罪者監護處分制度由健保給付，在健保強制納保之原則下，每個人皆享有健保福利。但由本研究可知，刑事司法政策下，使用醫療社會福利對於單純物質使用者（單獨物質使用障礙症造成的精神病或物質嚴重中毒等暫行性的狀態）未必有正面助益，因監護處分者，以健保給付了住院費用，相較於非監護處分之物質使用者就醫需自費而言，算是一種福利，也就是說，物質使用者因為需要自費治療而缺乏求助動機，但因犯案而監護處分時，反而可以使用健保，但再犯率未因此減低，可知單純醫療的效果有限。國外研究亦發現，現金補助對物質使用者沒有助益，應加上其它治療。而物質使用者的需求不只是醫療，還需要其它的社會與社區介入，因此單純住院治療無法減少其再犯 (Costopoulos et al., 2017)，且物質使用障礙症的患者與一般精神障礙者功能有別，物質使用障礙症患者未必適合精神障礙者之治療模式。因此，在保安處分上，監護處分應與自費的禁戒處分（即根據刑法第 88 條與 89 條之規定，因毒癮、酒癮而有再犯風險，而有戒癮必要的保安處分）確實分流，以免資源不當使用。如目前毒品使用者緩起訴，不適用健保給付，而有另外不同方案評估，才能讓不同精神疾病診斷者，有不同的治療模式，以有效減少物質使用問題 (Fujii et al., 2014)。

## 2. 精神疾病犯罪者監護處分後再犯的相關因子

監護處分前犯罪行為時精神症狀的嚴重度：臺灣司法精神鑑定會說明精神疾病犯罪者行為時的症狀嚴重度供以法官參考，分成「嚴重症狀造成責任能力喪失」、「嚴重症狀造成責任能力顯著減低」，以及「雖有症狀但未達責任能力顯著減低」。因此，從分析病歷中對於責任能力的判斷，可知精神疾病犯罪者行為時的症狀嚴重程度。行為時症狀越嚴重，可能代表精神疾病未曾治療、難以治療，或功能退化等



問題，而導致再犯率較高。因此，對於這樣的病人，出院後應轉銜社區治療、強制社區治療，或者至精神復健機構等，並且提升服藥順從性、施打必要的抗精神病藥 (antipsychotics) 長效針、增加病識感，及提升民眾的精神健康識能 (mental health literacy)，以避免精神疾病犯罪者再犯。而對於監護處分少於 3 年的患者，本研究發現再犯的時間點多為結束監護處分的 3 年內，因此，在監護處分患者離開醫療院所的前 3 年，應該有更密集的服務及追蹤，挹注更多的社會資源實有必要。

精神疾病犯罪者年齡：精神疾病犯罪者犯罪時年紀越輕，再犯風險越高，此與國外的研究發現相同 (Walters & Crawford, 2014)，可能的原因是因為精神疾病早發的預後較不佳、年紀較輕衝動性可能較高等，故應及早辨識或篩選出有精神疾病的個案。對於年紀較輕的精神疾病犯罪者，在出院安排上可參考國外的制度，投入較多的社區資源以關懷特殊的患者 (McKendy & Ricciardelli, 2019)，並為這些年紀較輕的精神疾病犯罪者及其家庭提供有關心理健康、自殺關懷與工作培訓等支持及資源等 (Stewart et al., 2017)，以預防再犯。

精神疾病犯罪者監護處分時間：本研究所見，雖然監護處分超過 1 年的再犯率遠低於 1 年內的再犯率，但值得注意的是，監護處分 3 年以上幾乎不會再犯 (本研究共 19 位監護處分期間超過 3 年，皆未再犯)，目前監護處分 5 年之制度應已足夠有效預防再犯，不須再延長。

### (三) 結論及建議

精神疾病犯罪者的處遇在世界各國都是一個重要的議題，在臺灣，是以司法單位委託醫院執行的監護處分形式為主，在新刑法從 2005 年施行至今，已有十幾年。本研究發現犯罪時年齡小於 30 歲、監護處分期間短於 1 年，與藥酒癮病史為精神疾病犯罪者監護處分結束後再犯的危險因子；而精神疾病犯罪者監護處分超過三年後再犯率極低，需再斟酌是否要將精神疾病犯罪者監護處分時間延長為超過三年。精神疾病犯罪者監護處分後再犯原因的分析，可提供將來在立法、監護處分執行，以及研究上的啟發，盼能對於精神疾病犯罪者的處遇有所貢獻。

由本文結論可推得，在立法方面，精神障礙與心智缺陷犯罪者，當有責任能力

減損時、且有再犯風險時，是否一併適用相同的監護處分則不無疑義。因為監護處分涉及限制人身自由，所以後考量比例原則。可治療的精神障礙，按照監護處分的原意，須兼顧「監視及治療」，而至醫療院所監視及治療當然符合比例原則，然而監護處分的本質，是為了處理精神障礙所造成的判斷是非、衝動控制能力顯著減低或喪失，而非涵蓋所有的精神疾病。亦即，並非所有的精神疾病皆適合監護處分，以醫療的角度而言，反社會人格障礙症(Nathan et al., 2019)與酒精、成癮物質或藥品等物質使用障礙症，本非監護處分適用的範圍，在執行監護處分前就應該分流，而非混為一談；無法治療的心智缺陷如智能不足，至醫療院所僅存監視功能，以醫療之名行監禁之實，變成刑罰的延伸，對於心智缺陷者的人權並無保障，因此，心智缺陷者的監護處分時間應與精神障礙者區分，且應有專門處所，而非與精神障礙者等同視之。但臺灣監護處分制度也將心智缺陷者列為處遇對象，如智能發展障礙症(disorders of intellectual development)，雖然智能發展障礙症也有可能因認知功能不佳而犯罪而進入司法體系中(Nielssen et al., 2019)，但目前除醫院外罕有其他處遇處所，僅得安置於醫院中。然而，在醫療無法改善智商之情況下，智能發展障礙症者在醫療院所執行監護處分並無法減少再犯，故須另覓處所或另設機構，但因缺乏相關資料，建議應有相關研究。另外，對於物質使用障礙症的患者，不宜只將監護處分列入處分考慮，針對每個不同患者的特性設計適當的處遇制度，才符合刑法雙軌制的精神，如刑法中對於「施用毒品成癮者」(物質使用障礙症)與「因酗酒而犯罪者」(酒精使用障礙症)設有禁戒處分(刑法第 88 條、89 條)，應妥善運用，而非讓物質使用障礙症之患者與一般精神疾病患者接受相同的監護處分模式，才可有效避免再犯，以及有效利用資源。

除監護處分外，目前尚有許多的司法處遇是由醫療院所來執行，但在追蹤成效上困難重重。臺灣雖有健保資料庫，但牽涉司法案件的醫療處遇，還需要司法端的資訊，才能知道病患醫療結束後的確實狀況。因缺乏醫學法律相關資料庫，如本研究追蹤 74 位患者之後續變化的相關文獻極為少見。建議司法與醫學應基於維護病人權益的目的，建置相關資料庫進行相關統計研究，以取得科學上的實證，才能有效地基於比例原則，避免以醫療之名行監禁之實。至於在監護處分的時間上，以醫療

而言，急性期加上慢性期精神復健，通常 1 年內已足夠，如以 2020 年平均住院日而言，精神科急性病房平均住院日為 39.05 天、精神科慢性病房平均住院日為 282.81 天，加起來未滿 1 年（行政院性別平等會，2023）。處以 5 年之監護處分，恐有部分並非基於醫療上的考量，而有社會預防的功能。但從本研究結果可知，監護處分期間達 3 年者，出院後再犯風險極低，5 年的監護處分已經超過社會預防的必要性，實在無延長的必要。然而，2022 年 1 月 27 日立法院臨時會院三讀通過刑法第 87 條修正條文，在現行監護期間最長 5 年外，增訂延長監護期間的規定，第一次為 3 年以下，第 2 次以後每次延長期間為 1 年以下，無次數限制，讓監護處分期間得以無限期延長，這樣的修法是否妥當，仍有討論的空間。

#### (四) 研究限制

本研究有許多的限制，首先，雖然本研究選擇的是臺灣具有代表性的單一機構，且病歷回顧期間長達十年，但樣本數仍有限。像本研究這樣的追蹤並不容易，需醫療、司法界、社政及衛政的整合，且本研究呈現出一個先驅模型，可作為將來研究的參考。監護處分是法律與醫療的交錯，期待將來這樣的整合可以有更完善的發展，如與更多間收治監護處分患者之機構合作，以得到更多的資訊，完整的統計出監護處分等相關司法處遇的相關資訊。第二，病歷中的資料以醫療相關資訊為主，如果個案或家屬隱瞞，相關的法律事件未必可完整記載，而醫療無法查到如前科紀錄等，僅能以司法單位移送至醫療院所的資料為主，換句話說，因為法學資料沒有像醫療資料一樣有資料庫可以呈現，因此，個案若不實陳述，如隱匿過去犯罪史、謊報職業史等，病歷回顧資料可能會造成偏誤。目前臺灣有著名的健保資料庫，卻無相對應的法學資料庫可供研究，若可將司法相關資料整理，提供學術上研究用途，將可對於人權更有保障。第三，臺灣的監護處分僅針對精神疾病患者的一般刑事犯罪，以非性侵害案件為主，在結果的呈現上會與單純以性侵害犯罪者為主題的論文不同（Lee et al., 2010），也多半排除單純因酗酒或使用毒品而犯罪者，並排除反社會型人格疾患者，因此可能較為侷限。第四，監護處分或國外類似讓精神疾病犯罪者接受住院治療的方式，雖然行之有年，但我國缺乏比較精神疾病犯罪個案「有接受監護

處分」與「無接受監護處分」之研究，以得知在臺灣現行的監護處分制度下，有監護處分是否確實可以減少精神疾病犯罪者再犯。第五，本文再犯定義為「刑事確定判決」，係採取較嚴格的認定標準，與其他研究在再犯的定義上未必相同，如是否有個案已經起訴、或是緩起訴，但被排除在再犯定義之外；或若是個案有另案執行、受醫療機構住院治療，例如強制住院等，或類似醫療機構的機構收容等，也排除在外，以上因素都可能造成研究再犯率較低的結果。然因每種司法處遇有其立法上的限制，以我國保安處分與治療相關者，除監護處分外，還有戒毒的禁戒處分（刑法第 88 條）、戒酒的禁戒處分（刑法第 89 條），以及對於性侵害加害人的強制治療（刑法第 91-1 條），所以會出現保安處分競合的問題，如吸毒且喝酒者，若因酒後產生精神障礙而去性侵他人，有可能判成戒毒、戒酒或性侵害強制治療，而非進入監護處分流程，這是因為法官在判決適用何種司法處遇上，可能也會遇到一定程度的困難，而影響到研究收案上的全面性，因此，本研究的結果無法代表全部的犯罪型態，需全國性的大型研究才可一探全貌。最後，本研究屬於量性資料的分析性研究，採用既存的追蹤資料來進行回溯分析，研究設計為「回溯性世代研究」(retrospective cohort study)，因此使用存活分析。但幾乎沒有過去相同族群的相關研究成果，或是理論架構，來擬定出特定的研究假說（某特定的「因」導致「精神病患獲監護處分結束後再犯」這個「果」），以致於沒有一個主要的研究暴露變項 (major exposure of interest) 來據以思考需要控制的干擾因素 (confounders)，導致本研究的結果部份僅限於單變項分析。換言之，因無從確定研究假說中的「因」，因此難以擬定出控制干擾因素的策略，尚不能稱是最好的策略。不過本研究可作為法律與精神醫學科技整合的初期研究成果，也期待將來在醫學與法律的資料庫建置更為完備後，能讓研究更加完美。

## 致 謝

感謝衛生福利部嘉南療養院成癮暨司法精神科團隊人員協助提供相關的司法精神鑑定資料！

## 參考文獻

- 王幼玲、高涌誠(2022年1月4日)。監察院110司調0044調查報告表5。https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=17726
- 行政院性別平等會(2023年10月3日)。國內指標—醫院平均住院日數。重要性別統計資料庫。https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat\_Statistics\_Field.aspx
- 吳忻穎、林晉佑(2020)。責任能力調查與監護處分執行現況之探討。矯正期刊，9(1)，71-107。https://doi.org/10.6905/JC.202001\_9(1).0003
- 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋(2020)。受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析。刑事政策與犯罪防治研究，(25)，183-243。https://doi.org/10.6460/CPCP.202008\_(25).05
- 法務部統計處(2022年6月1日)。法務統計年報(110年)表3-12.地方檢察署辦理保安處分情形。https://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/book/Book.aspx?category\_id=4
- 馬躍中(2020)。我國刑事監護制度的現狀與未來—德國法的觀點。刑事政策與犯罪防治研究，(25)，49-83。https://doi.org/10.6460/CPCP.202008\_(25).02
- 郭宇恒、李俊宏、吳文正、歐陽文貞(2021)。精神疾病犯罪者監護處分時間的決定因子。中華心理衛生學刊，34(2)，157-179。https://doi.org/10.30074/FJMH.202106\_34(2).0003
- Bessler, C., Stiefel, D., Barra, S., Plattner, B., & Aebi, M. (2019). Mental disorders and criminal recidivism in male juvenile prisoners. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(1), 73-88. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000612
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142. https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123
- Costopoulos, J. S., Plewinski, A. M., Monaghan, P. L., & Edkins, V. A. (2017). The impact of US Government assistance on recidivism. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 27(4), 303-311. https://doi.org/10.1002/cbm.1997



- De Rooy, K., Bennett, S., & Sydes, M. (2019). Women Released From Custody: Investigating Risk Factors and Reoffending. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(13), 2239-2263. <https://doi.org/10.1177/0306624x19845778>
- Dessecker, A. (2013). Der psychiatrische Maßregelvollzug: Patientenzahlen und Wirkungen. *Soziale Probleme*, 24(1), 66-86.
- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A., & Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: Working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-21>
- Hwang, Y. I. J., Albalawi, O., Adily, A., Hudson, M., Wand, H., Kariminia, A., O'Driscoll, C., Allnutt, S., Grant, L., Sara, G., Ogloff, J., Greenberg, D. M., & Butler, T. (2020). Disengagement from mental health treatment and re-offending in those with psychosis: A multi-state model of linked data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1639-1648. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01873-1>
- Lee, C. Y., Chao, S. S., Chen, S. P., Chou, F. H., Su, C. Y., & Ho, W. W. (2010). The characteristics of and risk factors associated with incarcerated sex offenders in Taiwan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 144-148. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.03.003>
- 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(3-4), 250-257. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.015>
- McKendy, L., & Ricciardelli, R. (2019). Women Offenders Under Community Supervision: Comparing the Profiles of Returners and Non-Returners to Federal Prison. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 875. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00875>



- Nakatani, Y., Kojimoto, M., Matsubara, S., & Takayanagi, I. (2010). New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.005>
- Nathan, R., Centifanti, L., Baker, V., & Hill, J. (2019). A pilot randomised controlled trial of a programme of psychosocial interventions (Resettle) for high risk personality disordered offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101463. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101463>
- Nielssen, O., Yee, N. Y., Dean, K., & Large, M. (2019). Outcome of serious violent offenders with psychotic illness and cognitive disorder dealt with by the New South Wales criminal justice system. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(5), 441-446. <https://doi.org/10.1177/0004867418771751>
- Skeem, J. L., Winter, E., Kennealy, P. J., Louden, J. E., & Tatar, J. R., 2nd. (2014). Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: Toward recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 38(3), 212-224. <https://doi.org/10.1037/lhb0000054>
- Stewart, L. A., Farrell-MacDonald, S., & Feeley, S. (2017). The impact of a community mental health initiative on outcomes for offenders with a serious mental disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 27(4), 371-384. <https://doi.org/10.1002/cbm.2005>
- Sullivan, E., Ward, S., Zeki, R., Wayland, S., Sherwood, J., Wang, A., Worner, F., Kendall, S., Brown, J., & Chang, S. (2019). Recidivism, health and social functioning following release to the community of NSW prisoners with problematic drug use: Study protocol of the population-based retrospective cohort study on the evaluation of the Connections Program. *BMJ Open*, 9(7), e030546. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030546>
- Tabita, B., de Santi, M. G., & Kjellin, L. (2012). Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 283-289. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.644578>

- Walters, G. D., & Crawford, G. (2014). Major mental illness and violence history as predictors of institutional misconduct and recidivism: Main and interaction effects. *Law and Human Behavior*, 38(3), 238-247. <https://doi.org/10.1037/lhb0000058>
- Yang, T. W., Yu, J. M., & Pan, C. H. (2017). Analysis of concordance between conclusions of forensic psychiatric evaluation and court decisions after 2005 Criminal Code Amendment in a Taiwan psychiatric hospital. *International Journal of Law and Psychiatry*, 54, 148-154. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.06.010>
- Yukhnenko, D., Blackwood, N., & Fazel, S. (2020). Risk factors for recidivism in individuals receiving community sentences: A systematic review and meta-analysis. *CNS Spectrums*, 25(2), 252-263. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001056>

# The Determinants of Recidivism after Release from Custodial Protection among Offenders with Mental Disorders

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

**Purpose:** The regulations on criminal responsibility in Taiwan are derived from those in Germany and Japan. However, Taiwan, Germany, and Japan have different judicial treatment and supervision systems for offenders with mental illness. Unlike in Germany and Japan, in Taiwan, offenders with mental illness under custodial protection are treated in the same way as ordinary mental illness patients without legal problems, and they are cared for in the same healthcare system. Judicial agencies in Taiwan do not directly intervene in medical matters; they only supervise medical institutions. In order to investigate whether the different judicial treatment systems for custodial protection of offenders with mental illness can effectively reduce recidivism, we examined the recidivism factors and rates within the first year and the first 3 years after release. **Methods:** We analyzed a forensic psychiatric database from a psychiatric teaching hospital in Southern Taiwan with data collected from 2010 through 2020 that included medical records for 91 custodial protection offenders with mental illness (81% male, 19% female) who had been followed for 1 to 11 years after release from custodial protection. We confirmed whether there was recidivism by searching the judicial judgment retrieval system. The results of the survival analysis (Cox regression) were used to identify the factors related to recidivism after release from custodial protection. **Results:** The first-year and the first-three-year recidivism rates were 8.1% and 23.8%, respectively. The factors related to recidivism include being under 30 years old at the time of the offence, the length of custodial protection being less than 1 year, a ruling of no criminal responsibility at the time of the offence, and a history of drug or alcohol dependence. We identified no instances of recidivism when the duration of custodial protection exceeded 3 years (with a maximum of 5 years). **Conclusion:** This study identified factors related to recidivism among offenders with mental illnesses after the end of custodial protection in order to provide a reference for judicial decisions and the execution of custodial protection. We conclude that a 3-year custodial protection sentence may be sufficient to prevent recidivism in offenders with mental disorders. If it is necessary to extend the duration of custodial protection beyond 3 years, we recommend carefully evaluating the necessity of such an extension

**Key words:** mental disorder, insanity defense, custodial protection, recidivism, criminal responsibility

---

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

Chun-Hung Lee: Vice-Superintendent and Consultant Staff, Department of General Psychiatry, Taoyuan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan.

Wen-Chen Ouyang: Director, Department of Education and Research, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Taiwan; Adjunct Professor, Department of Psychiatry, Medical College, Kaohsiung Medical University, Taiwan. (Corresponding author, E-mail: d88904@gmail.com)

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

