

「精神障礙觸法者處遇之研究—
監護處分法制及司法判決研析」
委託研究案

期末報告

研究主持人：張麗卿講座教授（國立高雄大學）

協同主持人：吳文正院長（衛生福利部嘉南療養院）

李俊宏主任（衛生福利部嘉南療養院）

王紀軒副教授（中國文化大學法律學系）

韓政道助理教授（僑光科技大學財經法律系）

中 華 民 國 1 1 1 年 1 1 月

目錄

壹、緒論	5
貳、我國監護處分相關法制之介紹	7
一、台灣的監護處分新制	7
二、台灣暫行安置新制	13
三、台灣籌建中的司法精神醫院	16
四、CRPD 精神對我國法制的檢驗	17
參、德國精神障礙觸法者的司法處遇	23
一、德國的收容制度	23
二、德國的暫時安置制度	31
三、德國的司法精神醫院	35
四、CRPD 精神對德國法制的檢驗	40
肆、日本精神障礙觸法者的司法處遇	43
一、日本「入院處遇」之司法審查	43
二、日本住院鑑定命令的核發	50
三、日本「指定入院」制度之運作	52
四、CRPD 精神對日本法制的檢驗	57
附記：日本參訪觀察心得	59
伍、英國精神障礙觸法者的司法處遇	65
一、英國的監護處分制度	65
二、英國暫時安置	70
三、英國司法精神醫院	70
四、CRPD 精神對英國法制的檢驗	73
陸、美國精神障礙觸法者的司法處遇	77
一、美國監護處分	77
二、美國暫時安置	91
三、美國司法精神醫院	92
四、CRPD 精神對美國法制的檢驗	95
柒、司法判決研析	99
一、概述	99
二、判決評析之研究限制	99
三、案件曾上訴至最高法院之判決評析	100
四、對宣告監護處分之確定判決的分析	112
捌、結論與建議	119
一、關於「監護處分法制」的結論與建議	119
二、關於「司法判決研析」的結論與建議	122

附件一、111 年 10 月 14 日期末報告審查會議逐字稿.....	125
附件二、111 年 7 月 23 日精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點團體會議逐字稿.....	151
附件三、111 年 7 月 23 日精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點團體會議重點整理....	197
附件四、各國精神障礙觸法者處遇制度之比較.....	211
附件五、CRPD 精神對各國法制的檢驗比較一覽表.....	221
附件六、上訴至最高法院案件判決表格.....	227
附件七、民國 94 年~111 年 8 月裁判確定案件監護處分情形一覽表.....	561
附件八、111年4月22日期中報告審查會議紀錄.....	566
附件九、111年2月18日精神障礙觸法者監護處分相關法制研討暨焦點座談會逐字稿..	584

壹、緒論

本研究委託案是以「聯合國身心障礙者權利公約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)」(以下簡稱 CRPD)為主軸，為了保障精神障礙觸法者的人權，以及健全我國監護處分法制，並檢討司法判決作為監護處分實務運作的反思與回饋，作為未來相關單位對精神障礙觸法者處遇之研究基礎與法政策之具體方向。

詳言之，CRPD 的主要精神是，希望各國涉及精神障礙者的處遇，能從人權模式的觀點來思考法規範的建構。諸如，CRPD 第 1 條規定，「本公約宗旨係促進、保障與確保所有身心障礙者充分及平等享有所有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。」然而，如果國家對於精神障礙觸法者的政策，並非基於人權保障與社會復歸，而是投入更多的社會防衛與應刑罰性的色彩，勢必將會牴觸 CRPD，而在本公約於我國生效後，尤其對於本研究的主題「精神障礙觸法者及其監護處分等相關司法處遇」，該如何在能依循 CRPD 的理念指引下來理解與調整，將是計畫的研究主軸。

本項委託研究案由國立高雄大學張麗卿講座教授，衛生福利部嘉南療養院吳文正院長共同推動本項計畫。而參與本項研究案之人員，尚有嘉南療養院李俊宏主任、郭宇恆醫師、中國文化大學法律學系王紀軒副教授、僑光科技大學財經法律系韓政道助理教授。希望透過法律與精神醫學的專業與跨領域合作，能順利的完成本委託案所設定的各項目標。

本研究已依服務建議書完成第一期、第二期之執行工作，除了定期召開 25 次之研究團隊內部會議外，本團隊已依服務建議書規定，舉辦焦點座談會和焦點團體會議各一場次，分別是於民國 111 年 2 月 18 日，在監察院二樓第一會議室實體舉辦「精神障礙觸法者監護處分相關法制研討暨焦點座談會」以及於 111 年 7 月 23 日線上舉辦之「精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點團體會議」，會中邀請司法實務界與醫療實務界國內外之學者專家，以及長期關注精神障者人權保障之社會團體代表等，共同針對我國、英國、美國、德國與日本之相關法制進行研討與交流。

值得說明的是，本研究計畫進行期間恰逢立法院完成監護處分與暫時安置處分的立法增修工作（三讀），故本計畫執行過程中也與時俱進，積極針對本次的修法，進行了深入充分的研究，也特別將修法議題納入兩次會議議程，後續彙整會議中的相關意見後，作為本研究案執行的重要參考。

依照服務建議書，本計畫第三期在決標日起第 12 個月內完成期末報告定稿，主要內容包含：(1) 期末報告審查會議資料（附件一：期末報告審查會議逐字稿）；(2) 「第二次焦點團體座談會會議紀錄」（附件二：專家學者團體會議逐字稿；附件三：與會學者發言重點）；(3) 「國內外相關法制與文獻之介紹（各階段意見徵集資料）」；(4) 「判決之搜集與解析」。據此，本團隊所完成期末報告內容，主要是延續期中報告所整理的國內外法制與文獻，進行比較與分析，以及審視各國法制與 CRPD 精神的衝突與調和，並搜集篩選出的司法判決進行詳細梳理與研析，再參酌焦點團體座談會與專家學者焦點團體會議及期中報告審查會等意見後，主要內容如下：

其一是「我國暨各國監護處分相關法制之介紹」，主要是關本計畫與探討與解決之議題，進行重要的學術文獻的整理與歸納。具體呈現的內容，則是對應於本研究之目標需求，分別針對我國與近似於我國之各國「監護處分」、「暫時安置處分」以及「司法精神醫院」等制度內涵與執行狀況等，以及涉及精神疾病障礙觸法者人權保障等議題進行說明，並以「他山之石」提出各國制度與執行面的優點（各國立法之特色與重點，已依期中報告審查會的委員建議，製成「各國精神障礙觸法者處與比較表」，如附件四），並從中思考有無值得我國參考與借鑑之處，最後則是觀察各國 CRPD 於執行時，與精神障礙者司法處遇的衝突與調和，希望作為未來我國面臨同樣問題時的參考（依期末報告審查會委員建議，CRPD 精神對各國法制的檢驗一覽表，如附件五）。

其二是「司法判決研析」。對此，主要分為二部分，一是以涉及精神障礙觸法者之案件，且有上訴至最高法院的刑事司法判決為優先篩與與整理之標的，由 94 年度修法後開始，至 111 年 9 月共 84 個案件（計 298 件判決）進行觀察（如附件六），主要針對「法院對於被告行為時辨識能力與控制能力的判斷」、「法院對於監護處分必要性的認定」為分析與說明。二是，以「監護處分」為關鍵字，在 94 年至 111 年 8 月此區間的 4201 筆資料中，篩選出判決確定有監護處分宣告的案件共計 1367 件，針對罪名與監護期間統計各年度監護處分情形，製作「歷年裁判確定案件監護處分情形一覽表」（如附件七）。最後，分析兩項數據（84 件群、1367 件群）的差異，並對此資料與趨勢進行剖析說明與提出建議。

貳、我國監護處分相關法制之介紹

一、台灣的監護處分新制

近年，精神障礙觸法者突發性的攻擊事件頻傳，引發民眾的擔憂。為了保障社會安全，同時治療精神障礙觸法者，並協助其回歸社會，刑法第 87 條設有監護處分制度¹。對於精神障礙觸法者而言，若立法上，監護處分設計得宜，治療精神障礙觸法者，乃至於協助其再社會化，並維持社會治安，都將發揮良好作用。為了因應政府社會安全網政策，發揮監護處分的功能，2022 年 1 月，修正刑法第 87 條，並配合修正同法第 98 條。

（一）監護處分的修正

監護處分，規定於刑法第 87 條。

關於監護處分新制，與修法前的差別，主要體現於二處：（1）新制具有多元處遇性質，與過往監護處分重在拘束人身自由的保安處分不同，在刑法第 87 條第 1、2 項的「令入相當處所」施以監護之外，新增「以適當方式」為之，使得監護處分的措施，未必有拘束人身自由性質，進而顯現多元處遇特色。（2）改採定期延長制度，與過往監護處分期間至多五年不同，刑法第 87 條第 3 項規定，監護處分的執行「期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。」並於同條第 4 項規定，「應每年評估有無繼續執行之必要」。關於新舊條文的對照，置於文後。

1. 具有多元處遇性質

修法前的監護處分，通常認為是拘束人身自由的保安處分，因修法前的刑法第 87 條規定，對於「情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」的精神障礙觸法者，「令入相當處所，施以監護」。既然令精神障礙觸法者進入「相當處所」接受監護處分，不難知悉該處分具有拘束人身自由的性質。然而，精神障礙觸法者的病況有別，一概將之拘束於相當處所接受監護處分，恐無法真正發揮監護處分的功能，故修正刑法第 87 條，施以監護處分，除了「令入相當處所」之外，增加「以適當方式」，顯示監護處分的多元處遇性質，以符合實際需求，也使之成為兼具拘束與非拘束人身自由色彩的保安處分。

於 2022 年修正刑法第 87 條的同時，亦修正保安處分執行法第 46 條，以配合刑法「令入相當處所或以適當方式，施以監護」的規定。此即，要求檢察官執行時，應按照個別受監護處分者的情形，指定受監護處分者，「一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治

¹ 附帶一提，世界各國的監護處分對象，主要是以精神障礙觸法者為主；但是，我國的監護處分對象，除了精神障礙觸法者外，兼含瘡啞人。刑法第 87 條第 2 項，對於瘡啞人施以監護處分的處所為「適當處所」；另按保安處分執行法第 46 條，對於瘡啞人施以監護的適當處所及方法。可能是「身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導」、「法定代理人或最近親屬照顧」、「接受特定門診治療」或「其他適當之處遇措施」。由此可見，刑法、保安處分執行法對於瘡啞人的監護處分，均有顧及。法律的制定或修正，倘若立法者認為，監護處分的對象，亦有適用於瘡啞人，似無不妥。

療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。」由此可見，監護處分有拘束人身自由者，如「令入司法精神醫院、醫院」等；也有不具有拘束人身自由者，如「接受特定門診治療」，毋庸將精神障礙觸法者拘束於一定場域，只要接受特定門診治療，精神障礙觸法者的生活、工作、學習等，可以在社會進行，進而發揮社會復歸的效果。

不過，檢察官執行監護處分時，如何判斷精神障礙觸法者的個案狀況，進行最妥適的判斷，可能需要仰賴精神醫學相關領域的專家。是故，保安處分執行法的修法，新增第 46 條之 1 以下的相關規定，設有評估機制、轉銜機制。前者係指，檢察官在決定監護處分的方式時，得參酌專家的評估意見，且於執行期間，每年評估是否有繼續執行的必要；後者則是，監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，視情況將個案轉銜予當地的衛生、警政、社福、教育、勞動等主管機關，使該主管機關能夠持續給予受監護處分人治療及其他復歸社會的必要協助。不過，監護處分的評估及轉銜機制，涉及跨部會的協力合作，所以總統公布保安處分執行法的修法時，一併令「施行之日期及區域，由行政院以命令定之」；對此，2022 年 3 月，行政院院臺法字第 1110009105 號令發布定自 2022 年 3 月 31 日施行，並以臺灣地區為施行區域。

另，法務部於 2022 年 5 月 20 日訂定「監護處分評估小組作業辦法」，明確規範監護處分評估小組的組成，委員資格、遴聘、解聘、評估程序等事項。依監護處分評估小組作業辦法的規定，監護處分評估小組係由檢察機關遴聘，委員任期為一年，期滿得續聘；評估小組的主要任務在於，當檢察官決定監護處分的執行方式或是否予以變更時，以及檢察機關依保安處分執行法第 46 條之 2 辦理定期評估時，向執行監護處分業務的檢察提供意見。又，評估小組「應置委員五人至九人，由精神科專科醫師、心理師、社會工作師、身心障礙團體代表及專家學者組成」，且「其中精神科專科醫師、心理師、社會工作師、身心障礙團體代表之人數均不得少於一人」，並要求精神科專科醫師、心理師、社會工作師必須具備三年以上的實務工作經驗，方能勝任。

比較可惜的是，刑法第 87 條第 2 項但書，沒有相應修正。前開條項但書規定，若精神障礙觸法者為限制罪責能力人，一旦同時宣告刑罰與監護處分，原則是刑後執行監護處分，「但必要時，得於刑之執行前為之。」值得一提的是，在 2005 年刑法第 87 條第 2 項修正前，若精神障礙觸法者為限制罪責能力人，一旦同時宣告刑罰與監護處分，係先執行刑罰，後執行監護處分；2005 年修法後，增設第 2 項但書，「但必要時，得於刑之執行前為之」的規定，稍有改觀。然而，對於精神障礙觸法者而言，先執行刑罰，不僅無助於病情改善，反而可能使之加劇，且若精神障礙觸法者沒有接受良好治療，對刑罰感受亦弱，而不利實現刑罰的矯正或再社會化的功能²。

此外，依刑法第 92 條規定，若對於精神障礙觸法者，已無施以監護的必要實，「按其情形得以保護管束代之」，惟保護管束的期間為三年以下，且「不能收效者，得隨時撤銷之，仍執行原處分。」意即，保護管束執行期間，對於精神障礙觸法者，觀護人運用個案的報到、面談、

² 張麗卿，司法精神醫學－刑事法學與精神醫學之整合，元照，2022 年，頁 353-354。

與家屬或親友建立關係、訪視、活動等方式，確保個案持續就醫，並協助提供就業機會等關懷措施，希望藉此幫助精神障礙觸法者復歸社會；但是，窮盡一切保護管束的方式，仍無法收其成效，則可依法撤銷，改執行原監護處分。此規定亦符合，對於精神障礙觸法者多元處遇的精神。

2.改採不定期暨定期延長制度

除了刑法第 87 條第 1、2 項的修正，使得監護處分成為具備多元處遇精神的保安處分之外，該條第 3 項的修正，將原本執行期限最長為五年的監護處分，改為採取定期延長且無期限。具體言之，原則上的監護處分「期間為五年以下」；惟「其執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。」倘若執行中，有「無繼續執行之必要」時，法院得免除監護處分的執行。

也就是說，監護處分的執行期間，成為「 $5+3+(1 \times N)$ 」年，成為得定期延長的無期限保安處分。修法前，監護處分的期間為「五年以下」，但立法者認為，有再犯或危害公共安全之虞的精神障礙觸法者，一旦監護處分期滿，將無法再施以監護，恐無法滿足社會安全的要求，乃將監護處分執行的期間，改採定期延長的無限制制度。只是，面對無期限的保安處分，恐有違憲疑慮。對此，刑法第 87 條的修正認為，刑法第 87 條第 1、2 項，以及保安處分執行法第 46 條以下的相關規定，使監護處分採取多元處遇，已非完全限制人身自由；又，為了避免過度戕害精神障礙觸法者的人權，刑法第 87 條第 4 項規定，關於監護處分的執行或延長，「應每年評估有無繼續執行之必要」，並非呆板的無限制制度；再次，監護處分的期間延長，依刑法第 87 條第 3 項，採取法官保留原則，即檢察官僅有聲請權，依法於執行屆滿前，向法院聲請裁定許可。

此外，刑法第 91 條之 1，關於有再犯性犯罪可能的強制治療，也採取無限制制度，其強制治療處分的執行期間是「至其再犯危險顯著降低為止」，且「執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要」。對此，司法院大法官第 799 號解釋表示，「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。」易言之，修正後的監護處分，採取定期延長的無限制制度，但新制可以體現多元處遇，且設有評估機制，並符合法官保留原則，所以在規範上，應無違憲的疑慮；惟執行上，是否能夠體現立法者的美意，尚待觀察。

3.小結

針對 2022 年刑法第 87 條的修正，與修正前的不同之處，以「刑法第 87 條修正對照表」呈現（新增內容以底線表示）。綜合前述，今次修法有以下重點：（1）修正該條第 1、2 項，使監護的執行，並不侷限於「令入相當處所」，亦得以「適當方式」為之，增添監護處分的處遇方法多元性。（2）修法前，監護處分的執行，以五年為度，但修法後，監護處分採取定期延長制度，即若受監護處分人有延長監護的必要，於法律規定期間，向法院聲請延長，且無時間上限。是故，本次修法後，不僅修正該條第 3 項，另新增第 4 項，規定第一次監護處分為三年以下，但此後的延長每次一年，且每年都需要評估有無繼續執行或延長監護處分的必要。

然而，監護處分新制，恐不符合 CRPD 的精神。縱然監護處分新制具有多元處遇機制的規

定，依然具有拘束人身自由的性質；何況改採不定期制，必然損及精神障礙觸法者的權益，忽略精神障礙觸法者作為身心障礙者的病人本質。簡單來說，立法上，若要維持監護處分制度的存續，不應採行不定期的制度，反而是修法前的定期制度，較為可採；但舊法的監護處分執行期間以五年為上限，仍嫌過長，宜為三年為上限³。可是，無論是定期或不定期的監護處分，都可能成為法院拘禁精神障礙觸法者的工具，法院可能會利用治療之名，達到限制精神障礙觸法者人身自由的目的。是故，以 CRPD 的精神而言，重點應該在於，並非具有拘束人身自由性質的監護處分，而是如何協助精神障礙觸法者融入社會。

刑法第 87 條修正對照表

現行法（2022 年 1 月 27 日修正）	修正前
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，令入相當處所或以適當方式，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，於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。 前二項之期間為五年以下；其執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。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，應每年評估有無繼續執行之必要。	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，令入相當處所，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，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。 前二項之期間為五年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。

（二）免予執行規定的修正

精神障礙觸法者，可能因該當刑法第 19 條第 1 項，為無罪責能力人，而不成立犯罪；但也可能僅該當刑法第 19 條第 2 項，為限制罪責能力人，而仍成立犯罪，但得減輕刑罰。若是後者，則可能發生刑罰與監護處分的先後執行問題，可能發生免予執行刑罰，或免予執行監護處分的情形，故有刑法第 98 條規定。另，在 2022 年，對於精神障礙觸法者，刑事訴訟法也有相應修正，即新增該法第 121 條之 1 的暫行安置規定，其中也涉及是否免予執行刑罰，亦規定在刑法第 98 條。關於新舊條文的對照，置於文後。

1. 先執行刑罰，而免予執行監護處分

刑法第 98 條第 1 項前段規定，依刑法第 87 條第 2 項宣告監護處分，或依刑法第 87

³ 張麗卿，同前註 2，頁 354。

條第 3 項延長監護處分者，「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」。由此規定可知，延長監護處分的執行，可能在徒刑執行後，方才為之，或可發揮調節效果⁴；但現實上較難想像，精神障礙觸法者有繼續執行監護處分的必要，卻在中間插入徒刑的執行，且於執行徒刑完畢或赦免後，方才認為無執行監護處分必要，而免除處分執行。

再者，學理上認為，對於精神障礙觸法者，宜以治療為先，而不宜行執行刑罰⁵，要言先執行徒刑，而後執行監護處分，可能監護處分的效益將大打折扣，何況監護處分的發動，係精神障礙觸法者處於，「情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」的狀態，在此情境之下，似乎宜全面先行監護處分，提供精神障礙觸法者良好的治療，自難有先行執行刑罰的需要。

2.先執行監護處分，而免予執行刑罰

刑法第 98 條第 1 項後段規定，依刑法第 87 條第 2 項宣告監護處分，或依刑法第 87 條第 3 項延長監護處分者，「先執行保安處分者，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」。

此規定應屬良法，屬於限制罪責能力人的精神障礙觸法者，依刑法第 19 條第 2 項規定，是其於行為時，因精神障礙等事由，「致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低」，方才導致行為觸法。今，屬於限制罪責能力人的精神障礙觸法者，接受監護處分後，病情控制得宜而「無繼續執行之必要」，可認為其辨識能力或控制能力已經大有改善，對社會已經無危害之虞，個案上，可能已無執行刑罰的必要，自得免除刑罰執行的一部或全部，助其早日回歸社會，並能適度節約有限的司法資源。

3.先執行暫行安置，而免予執行刑罰

2022 年刑法修正，刑法第 98 條增訂第 3 項，「依刑事訴訟法第一百二十一條之一第一項或第三項前段宣告之暫行安置執行後，認為無執行刑之必要者，法院得免其刑之全部或一部執行。」此規定，頗值得留意。首先，刑事訴訟法第 121 條之 1 以下，增設暫行安置制度，即在偵查或審判中，有事實足認犯罪嫌疑人或被告，是無罪責能力人或限制罪責能力人，且「有危害公共安全之虞，並有緊急必要者」，法官得依檢察官的聲請或依職權，裁定施以暫行安置，將該犯罪嫌疑人或被告，令入司法精神醫院、醫院等處所安置。

其次，先執行的暫行安置，包含刑事訴訟法第 121 條之 1 第 1、3 項，分別是（1）法官宣告裁定暫行安置，即「被告經法官訊問後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，先裁定諭知六月以下期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置」；以及（2）宣告裁定延長暫行安置，即「暫行安置期間屆滿前，被告經法官訊問後，認有延長之必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，以裁定延長之，每次延長不得逾六月，並準用第一百零八條第二項之規定。但暫行安置期間，累計不得逾五年。」

⁴ 林映姿、李超偉、周芳怡，監護處分與暫行安置制度之修法意旨與歷程系列一，法務通訊，3094 期，2022 年，頁 3-7。

⁵ 張麗卿，同前註 2，354 頁。

至於暫行安置的詳細內容，容後詳述。

個案上，依刑法第 98 條第 3 項規定，可能因執行暫行安置，而得免除刑罰執行的全部或一部；但，並不能因執行暫行安置，而免除監護處分執行的全部或一部。此乃因為，暫行安置的性質，與監護處分不同。質言之，暫行安置是刑事訴訟程序中，具有拘束人身自由性質的強制處分，故得以之免除其刑。又，也因暫行安置與監護處分的性質不同，刑事訴訟法第 121 條之 5 第 2 項規定，「判決宣告監護開始執行時，暫行安置或延長暫行安置之裁定尚未執行完畢者，免予繼續執行。」法院宣告監護處分開始執行時，與已經進行中的暫行安置之間，並無期間計算的關聯性。

4. 小結

針對 2022 年刑法第 98 條的修正，與修正前的不同之處，以「刑法第 98 條修正對照表」呈現（新增內容以底線表示）。一言以蔽之，刑法第 98 條的修正，是為了配合 2022 年刑法第 87 條的修正，以及刑事訴訟法增設暫行安置而設。也就是說，在刑法監護處分、刑事訴訟法暫行安置的新制施行後，刑罰與監護處分或暫行安置的執行之間，可能發生因先執行刑罰，而免予執行監護處分；或先執行監護處分，而免予執行刑罰；亦可能先執行暫行安置，而免予執行刑罰。

刑法第 98 條修正對照表

現行法（2022 年 1 月 27 日修正）	修正前
依第八十六條第二項、第八十七條第二項、 <u>第三項</u> 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。	依第八十六條第二項、第八十七條第二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。
依第八十八條第一項、第八十九條第一項規定宣告之保安處分，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。	依第八十八條第一項、第八十九條第一項、第九十條第一項規定宣告之保安處分，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。
<u>依刑事訴訟法第一百二十一條之一第一項或第三項前段宣告之暫行安置執行後，認為無執行刑之必要者，法院得免其刑之全部或一部執行。</u>	前二項免其刑之執行，以有期徒刑或拘役為限。
前三項免其刑之執行，以有期徒刑或拘役為限。	

二、台灣暫行安置新制

2019 年，發生震驚全台的鐵路殺警案，當時第一審的嘉義地方法院認為被告無罪責能力，判決無罪，乃具保釋放被告；嘉義地方檢察署不服，旋即抗告，後經台灣高等法院台南分院裁定撤銷原具保裁定，發回嘉義地方法院；嘉義地方法院更裁，維持具保裁定，加上限制住居，以及應遵守事項⁶。當時，事經媒體披露，輿論譁然，民眾恐慌。由此可見，對於精神障礙觸法者，若有不符合羈押情形，欠缺程序上的暫時保全機制。也因為如此，2022 年 1 月，刑事訴訟法修正，增訂第 10 章之 1「暫行安置」，以彌補法制缺失。

（一）暫行安置的目的

刑事訴訟法增訂暫行安置，立法者稱，「為兼顧被告醫療、訴訟權益之保障及社會安全防護之需求，並與我國既有法制接軌」。刑事訴訟法增訂暫行安置專章，起因於近年台灣發生數件精神障礙觸法者的攻擊事件，造成民眾恐慌，基於社會安全網的需求，如何避免這些精神障礙觸法者，可能在訴訟期間危害他人，或有拘束其人身自由，以顧及社會安全；然而，若在訴訟期間，拘束精神障礙觸法者的人身自由，恐使其病情惡化，並可能侵害訴訟權益，在制度設計上，亦應顧及精神障礙觸法者的病況，以及其作為犯罪嫌疑人或被告的程序權利。

簡言之，暫行安置的制度設計，必須兼顧社會安全，以及被告醫療、訴訟權益保障。也因為如此，暫行安置是，具有拘束人身自由性質的強制處分，與監護處分不同。監護處分作為保安處分的類型之一，於 2022 年修法後，與過去屬於拘束人身自由的保安處分性質不同，成為多元處遇的保安處分，執行監護的場所可能是機構內，也可能是機構外。惟同時，暫行安置為了兼顧醫療目的，故暫行安置的處所，是「司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所」，這些地方均有精神醫學專業人士，能夠提供精神障礙觸法者，適當的醫療幫助。

又，精神障礙觸法者作為犯罪嫌疑人或被告，雖然可能辨識能力或控制能力有欠缺或喪失，仍因保障其訴訟權利，除非精神障礙觸法者有妨害真實發現的行為，不得禁止其接見通信權利。是故，刑事訴訟法第 121 條之 6 規定，當「執行暫行安置期間，有事實足認被告與外人接見、通信、受授書籍及其他物件，有湮滅、偽造、變造證據或勾串共犯或證人之虞，且情形急迫者，檢察官或執行處所之戒護人員得為限制、扣押或其他必要之處分」；且該必要處分，應即時陳報法院，若法院認為不妥當而不准許，應於陳報三日內撤銷，倘若未撤銷，該處分自處分之日起算七日有效。

（二）暫行安置的要件

裁定暫行安置的要件，可以分為形式與實質要件。形式上，係指暫行安置作為強制處分，於程序上應行的事項，如令狀原則、法官應踐行訊問程序；實質上，則是法官應判斷，該犯罪嫌疑人或被告，是否犯罪嫌疑重大，有無事實足認有刑法第 19 條第 1、2 項的原因存在，有無危害公共安全的可能，以及有無緊急必要性。倘若暫行安置，是由檢察官聲請，法院裁定暫行安置，或

⁶ 自由時報，殺警案鄭嫌 地院更裁仍 50 萬交保、增列 7 條件，<https://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/3152356>（最後瀏覽日：04/06/2022）。

裁定駁回暫行安置的聲請，被告或檢察官均得相應提起抗告，以為救濟。

此外，暫行安置的裁定，應由事實審法院為之，故依刑事訴訟法第 121 條之 4 規定，若案件在第三審上訴中，關於暫行安置事項，由第二審法院裁定，若第二審法院為了裁定暫行安置事項，得向第三審法院調取卷證。

1. 形式要件

暫行安置，是強制處分，故形式上，應符合令狀原則，法院以裁定作成；且法院作成暫行安置裁定，必須經訊問後方得為之，不得僅憑書面作成。又，偵查中的暫行安置，是法官依檢察官聲請為之；審判中的暫行安置，則是法官依檢察官聲請或職權為之。

偵查中，檢察官聲請暫行安置時，依刑事訴訟法第 121 條之 1 第 2 項，「第三十一條之一、第三十三條之一、第九十三條第二項前段、第五項、第六項、第九十三條之一及第二百二十八條第四項之規定，於偵查中檢察官聲請暫行安置之情形準用之。」刑事訴訟法第 31 條之 1，是偵查中羈押審查程序的強制辯護規定，所以偵查中的暫行安置審查，若犯罪嫌疑人沒有選任辯護人，法官應指定辯護人；刑事訴訟法第 33 條之 1，是羈押審查程序的檢閱卷證規定；刑事訴訟法第 93 條第 2 項前段、第 5 項、第 6 項，分別是聲請暫行安置，應在拘捕後二十四小時內進行，且深夜不得訊問的規定；刑事訴訟法第 93 條之 1，是法定障礙時間的計算；刑事訴訟法第 228 條第 4 項，則是拘捕前置原則。這些規定，與偵查中的羈押聲請，有高度適用，可見暫行安置的性質，與羈押相近，都是拘束人身自由的強制處分。

此外，依刑事訴訟法第 121 條之 1、第 121 條之 2，無論是檢察官聲請，或法官依職權裁定暫行安置，都必須經由法官訊問，且法官訊問時，「檢察官得到場陳述意見」，但若是檢察官聲請暫行安置時，檢察官「應到場陳述聲請理由及提出必要之證據」；且在法官訊問前，檢察官、被告及辯護人得請求法官給予適當的準備時間，使檢察官能夠充分準備意見陳述，被告及辯護人可以充分準備答辯。

2. 實質要件

法官依檢察官聲請或職權，判斷要否暫行安置時，必須判斷以下幾點實質要件：犯罪嫌疑人或被告的（1）犯罪嫌疑重大，且（2）有事實足認為刑法第 19 條第 1、2 項的原因存在，（3）有危害公共安全的可能，以及（4）緊急必要性。易言之，當法官認為犯罪嫌疑人或被告，「犯罪嫌疑重大，且有事實足認為刑法第十九條第一項、第二項之原因可能存在，而有危害公共安全之虞，並有緊急必要者」，得以裁定令該名高度可能有精神障礙的觸法者，至司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，接受六月以下期間的暫行安置。

暫行安置，是刑事訴訟程序上的強制處分，與監護處分不同。監護處分的判決宣告，是於審判程序，經嚴格證據法則，調查被告罪責能力有無，以及有無「再犯或有危害公共安全之虞」，法院所作成的慎重判斷；相形之下，暫行安置的裁定，可能在偵查或審判中作成，犯罪嫌疑人或被告的嫌疑是否重大，罪責能力有無，是否有危害公共安全，是否存在緊急必要性的判斷，毋庸達到嚴格證明的程度。

值得注意的是，在暫行安置新制甫於 2022 年 2 月施行後，實務相當重視，且已有數件案例。第一例的暫行安置裁定，由橋頭地方法院於 2022 年 3 月作成（橋頭地方法院 111 年度易字第 71 號刑事裁定）。該案是，被告持刀恐嚇被害人，案經偵查終結，檢察官向地院提起公訴，經法官訊問被告後，以職權裁定被告令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置，期間為三個月。法院的理由，除了該被告犯罪嫌疑重大之外，經鑑定認為被告因罹有精神疾病，控制能力明顯低於常人；且被告會持刀對不特定用路人辱罵，應具有危害公共安全的可能，以及緊急必要性。若能有效運用暫行安置制度，將使精神障礙觸法者，得快速獲得醫療照護，就醫與就審並行；同時，在監護處分之前，獲得醫療專業意見。

另一例，是新北地方法院，改羈押為暫行安置，亦值得重視（新北地方法院 111 年度易字第 411 號刑事裁定）。該案的被告原本羈押在案，後經新北地方法院訊問後，足認刑法第 19 條第 1、2 項之原因可能存在，有危害公共安全之虞，並有緊急必要。新北地院認為，羈押係以保全被告到案或保全證據為目的，與暫行安置制度完善社會安全網，並兼顧精神障礙觸法者的醫療人權，彼此的立法目的有別，乃裁定撤銷羈押，改令被告入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，施以暫行安置，期間為三個月。

回顧暫行安置新制於施行之後，立刻就有個案適用，雖然迄今時間尚短，但已經能證明暫行安置，係與羈押不同的制度，且有其必要性。在制度設計上，將對於有危害公共安全可能，且緊急必要的精神障礙觸法者，施以暫行安置，不僅是對於社會安全能有幫助，更能關照該精神障礙觸法者的醫療人權。接下來應關注的重點，應該放在後續暫行安置的實務運作，如裁定暫行安置的期間長短，以及已入院暫行安置的精神障礙觸法者的治療情況等。

（三）暫行安置的延長

暫行安置的期間是六月以內，但若個案上，精神障礙觸法者的犯罪嫌疑人或被告，可能有延長暫行安置的需要，故刑事訴訟法設有相應的機制。刑事訴訟法第 121 條之 1 第 3 項規定，「暫行安置期間屆滿前，被告經法官訊問後，認有延長之必要者，得於偵查中依檢察官聲請，或於審判中依檢察官聲請或依職權，以裁定延長之，每次延長不得逾六月，並準用第一百零八條第二項之規定。但暫行安置期間，累計不得逾五年。」

也就是說，若偵查或審判中，檢察官認為有延長暫行安置的必要，得提出延長暫行安置的聲請，或審判中法官認為有延長暫行安置的必要，得依職權裁定延長暫行安置。在程序上，受暫行安置的犯罪嫌疑人或被告，仍應接受法官訊問，經法官判斷有延長必要者，方得裁定延長。至於延長的期間，每次延長不得超過六月，總計不得超過五年。惟應注意的是，刑事訴訟法第 121 條之 1 第 4 項，暫行安置的延長聲請，「應至遲於期間屆滿之五日前為之」；且暫行安置的裁定，除非當庭宣示外，應於期滿前以正本送達犯罪嫌疑人或被告，方才發生延長暫行安置的效力；倘若暫行安置期滿，延長暫行安置的裁定未經合法送達，則視為撤銷暫行安置。

同樣地，依刑事訴訟法第 121 條之 1、第 121 條之 2，無論是檢察官聲請，或法官依職權裁定延長暫行安置，都必須經由法官訊問，且法官訊問時，「檢察官得到場陳述意見」，但檢察官聲請延長暫行安置時，檢察官「應到場陳述聲請理由及提出必要之證據」；且在法官訊問前，檢察官、被告及辯護人得請求法官給予適當的準備時間，使檢察官能夠充分準備意見陳述，被告及辯護人可以充分準備答辯。

（四）暫行安置的撤銷

在規範上，暫行安置的撤銷，有二類，分別是裁定撤銷、視為撤銷。所謂裁定撤銷暫行安置，依刑事訴訟法第 121 條之 3 第 1 項規定，當「暫行安置之原因或必要性消滅或不存在」時為之；至於視為撤銷暫行安置，則是依刑事訴訟法第 121 條之 5 第 1 項，「暫行安置後，法院判決未宣告監護者」。另，除了撤銷暫行安置之外，若有「判決宣告監護開始執行時，暫行安置或延長暫行安置之裁定尚未執行完畢者」，依刑事訴訟法第 121 條之 5 第 2 項，免予執行未執行完畢的暫行安置。

在撤銷暫行安置的規定中，裁定撤銷的部分，較為複雜。首先，依刑事訴訟法第 121 條之 3 第 2、4 項，在刑事訴訟上，檢察官、被告，以及被告的辯護人、輔佐人，均得聲請法院為撤銷暫行安置的裁定；面對聲請，法院得聽取被告及其辯護人、輔佐人的意見，但若非檢察官聲請時，應聽取檢察官的意見。至於偵查中，若是檢察官主動聲請撤銷暫行安置，依刑事訴訟法第 121 條之 3 第 3 項，法院應撤銷之，且檢察官可以在聲請之時，就先行釋放受暫行安置人。對於聲請裁定撤銷，法院可能依聲請裁定撤銷，也可能裁定駁回聲請，對於法院的裁定，得依法抗告。

三、台灣籌建中的司法精神醫院

在監護處分新制之下，監護將採取多元處遇方式，依照個案上，精神障礙觸法者的病情不同，「令入相當處所或以適當方式，施以監護」。至於具體的處所及適當方式所指為何，則見保安處分執行法。2022 年，在修正刑法第 87 條的同時，亦修正保安處分執行法第三章「監護」，依該法第 46 條規定，對於受監護處分的精神障礙觸法者，「檢察官應按其情形，指定下列一款或數款方式執行之：一、令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令入精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令入身心障礙福利機構或其他適當處所接受照顧或輔導。四、交由法定代理人或最近親屬照顧。五、接受特定門診治療。六、其他適當之處遇措施。」

由保安處分執行法第 46 條可知，若精神障礙觸法者的病況較為嚴重，檢察官將依法「令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療」；惟其中的「司法精神醫院」，目前尚未建置完成。目前，對於精神障礙觸法者的監護處分，若是令入醫院或醫療機構接受治療，主要以委託合乎醫療機構設置標準第 5 條，即精神科醫院設置標準的醫療院所進行。

進一步言，依 2020 年修正的醫療機構設置標準第 5 條，精神科醫院設置標準的規定，將精神病院細分為「精神科醫院」及「精神科教學醫院」，其中的人員配置，要求有醫師、護理人員、藥事人員、臨床社會工作人員、臨床心理師及職能治療人員。目前實務的人員配置，除了護理人員較為欠缺之外，醫師等相關人員的配置，尚在標準之內，甚至優於標準⁷。醫療服務設施則是針對病床數、急性一般病房、慢性病房、加護病房、日間照護單位、急診室、藥劑設施作業、社會工作及臨床心理設施、職能治療、供應室及病歷管理等設有規定。另外

⁷ 可以參見：譚立中，監護處分執行現況與精進，「2020 醫療科技與法律實務系列學術研討會」—以《健全社會安全網之精神疾病及成癮防治法制》為中心，時間：2020 年 10 月 23 日（五）地點：高雄大學法學院 516 演講廳（高雄市楠梓區高雄大學路 700 號），頁 34。

對於醫院建築物之設計、構造與設備、環境衛生及廢棄物處理等加以規定。

台灣的監護處分實務，已有相當的成果，但整體來說，仍有不足。因為，醫療機構可以提供專業的醫療資源，但不易兼顧安全戒護。部分精神障礙觸法者，具有高度攻擊性，若安全戒護有所不慎，可能造成醫療機構人員，乃至於其他病人的傷亡。是故，國家正在計畫設置專門的機構，在治療精神障礙觸法者的同時，也能兼顧社會安全⁸。

在司法精神醫院的設置上，依 2022 年 7 月 20 日行政院核定的「強化社會安全網第二期計畫⁹」，設置一處司法精神醫院、六處司法精神病房；其中，司法精神醫院「專責收治潛在高暴力風險之監護處分受處分人」。對此，購置司法精神醫院、司法精神病房的安全維護設備，安全維護人力及培訓等事宜，由法務部推動；至於醫療人力及培訓、病人轉運等方面，由衛生福利部推動¹⁰。於此不難發現，司法精神醫院的開展，有賴法務部、衛生福利部的合作。現在，法務部、衛生福利部積極籌設中。不過，在現實上，民眾對於司法精神醫院，通常比較抗拒，而可能使得設置的地點要遠離人民住居處所；但是，若設置的地點偏遠，或能減少民眾的抱怨，卻可能會面臨工作人員上班意願降低的困境。

更值得注意的是，司法精神醫院能否符合身心障礙者權利公約（CRPD）的精神，不無疑問。我國自詡「人權立國」，自 2014 年制定、施行身心障礙者權利公約施行法後，努力落實 CRPD 精神，期許台灣的人權保障，在身心障礙者方面，可以更上一層樓。依 CRPD 第 14、15、19 條等規定的精神之下，對於精神障礙觸法者不宜採取具有拘束人身自由的處遇，而是應致力期融入社會（相關討論可以參見：四、CRPD 精神對我國法制的檢驗）；然而，司法精神醫院具有限制人身自由的色彩，難以符合 CRPD 的精神，長遠來看，司法精神醫院的設置恐怕不是解決精神障礙觸法者處遇的主要方法，或許只是我國監護處分，自一元走向多元，進一步走向社區精神醫療的配套。

四、CRPD 精神對我國法制的檢驗

2006 年 12 月，聯合國大會通過身心障礙者權利公約（CRPD），自 2008 年 5 月生效；我國則是於 2014 年 8 月制定、公布「身心障礙者權利公約施行法」，並自同年 12 月施行。依 CRPD 條約專要文件準則（CRPD/C/2/3），締約國至少每四年進行一次國家報告審查，以檢視國內相關法制是否符合 CRPD 的規範。對此，我國於 2017 年 10 月進行首次身心障礙者權利公約國家報告國際審查會議，後於 2022 年 8 月，我國進行「身心障礙者權利公約第二次國家

⁸ 台灣高等檢察署，設置司法精神病院的必要性，<https://www.tph.moj.gov.tw/4421/4475/632364/807706/post>（最後瀏覽日期：05/19/2022）

⁹ 可以參考：社會安全網，強化社會安全網（第二期計畫 110-114 年），<https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4515-62472-204.html>（最後瀏覽日期：05/19/2022）

¹⁰ 附帶一提，倘若醫療院所非設置司法精神病房而收治個案者，難以整體性布建安全維護設施設備及人員，則由收治的醫療院所，依原本設備及人員辦理；但如果有特殊狀況，而有加強安全維護的必要時，可依實際上聘僱安全維護的人力，計算人力開銷（薪資），向法務部專案申請費用（目前，已經有此類專案核付）。可以參考：社會安全網，強化社會安全網（第二期計畫 110-114 年），<https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4515-62472-204.html>（最後瀏覽日期：05/19/2022）

報告國際審查會議（The ROC's Second CRPD Report Review Meeting）」。

在身心障礙者權利公約第二次國家報告國際審查會議後，對於精神障礙觸法者的處遇，國際審查委員會（IRC）基於 CRPD 精神，檢討我國監護處分、暫行安置及司法精神醫院等，並提供些許建議，以期我國能夠更進一步符合 CRPD 的精神。這些 CRPD 的檢驗，主要是 CRPD 第 12 條「在法律之前獲得平等承認」、第 13 條「近用司法」、第 14 條「人身自由及安全」、第 15 條「免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對待或處罰」、第 19 條「自立生活與融合社區」及第 25 條「健康」等內容。由此可知，我國監護處遇相關法制，在執行 CRPD 之法制面上，仍有以下部分值得檢討與調整¹¹。

（一）關於第 12 條之規定

在 CRPD 第 12 條「在法律之前獲得平等承認」的精神之下，認為面對精神障礙觸法者處遇的制度，從長遠來看，應建立強力的支持系統，取代目前的監護制度；近期的話，則應修正刑法第 87 條的延長監護規定。刑法第 87 條監護處分，於 2022 年 1 月 27 日三讀通過修正案，刪除監護處分執行期間五年之上限，增訂得延長監護期間規定且無次數限制之規定。該條第 3 項規定，「執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。」該延長監護的規定，可能過度侵害精神障礙觸法者的權益。

質言之，2022 年的監護處分修法，刪除監護處分的期間限制，改以不定期，對於精神障礙觸法者的權益，有莫大侵害。其一，不定期的監護處分期間，可能成為法院用以無限期拘禁精神障礙觸法者的武器。也就是，法院恐怕將得以治療之名，利用司法精神醫院，達到無限期限限制精神障礙觸法者人身自由的目的。如此可能獲得社會安全的外觀，但其實嚴重侵害身心障礙者的權益。其二，立法者一律改為不定期監護處分，可能忽略精神障礙觸法者的案件，有行為態樣嚴重性高低、危險性大小之別。由我國歷年監護處分裁判確定案件之中可知，絕大多數為輕罪（如竊盜罪，多佔總數的 30-40%，詳見本報告「柒、四、歷年裁判確定案件監護處分情形」），但監護處分的期間，並未考量受監護處分者的差異性，甚至修法改為不定期，變本加厲。

此外，2022 年刑事訴訟法新增的暫行安置制度，此一類似羈押程序，亦有違反 CRPD 第 12 條的意旨。具體而言，實務上，暫行安置恐怕僅需有簡易鑑定或病歷報告即可執行，且每次六月，累積期間可達五年，恐使精神障礙觸法者在程序上，難期公平；又，暫行安置拘束人身自由期間，無法折抵刑期，亦無刑事補償法之適用，具與一般被告之羈押處分有別，並不公平。更有甚者，一旦辯護律師在偵審階段主張被告有刑法第 19 條之適用，將提高被告施以暫行安置的可能性，再加上判決後得不斷延長期限的監護處分，將使辯護人陷入兩難。

¹¹ 相關訊息，可以參考：衛生福利部社會及家庭署：身心障礙者權利公約，https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletinList&p=b_1&page=1&rows=15&c=D&t=18；
https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=1674（09/09/2022）

（二）關於第 13 條之規定

在 CRPD 第 13 條「近用司法」的精神下，國家必須依身心障礙者的特性，提供合宜的訴訟程序配套，以使精神障礙觸法者能夠近用司法。又，依 CRPD 的精神，為了確保精神障礙觸法者，在司法程序中能夠獲得真正的保護，國家對於司法工作人員，也包含監護處分相關處遇的執行者，進行適當培訓，使相關工作人員增進對於精神障礙觸法者的認知。然而，目前，國家司法人員對於精神障礙觸法者的認知仍有不足，雖然有相關講習，但距離真正落實，仍有距離。

（三）關於第 14 條之規定

在 CRPD 第 14 條「人身自由與安全」的精神之下，刑法第 87 條的監護處分可能導致無限期的人身自由限制，並不利於精神障礙觸法者的社會復歸；此批評與前述相同，都是對於刑法第 87 條第 3 項延長監護規定的疑慮，認為此等規定對於經障礙觸法者的人身自由，造成莫大侵害的疑慮。監護處分的執行處所，大多數在精神醫院進行，故受監護處分者，不得外出、外宿，人身自由受到限制，且治療模式以藥物治療為主，恐過度限制，甚至剝奪精神障礙者的醫療選擇權及意願。

值得思考的是，長期於機構內執行監護處分，似乎已經意味該處遇方式，無法降低精神障礙觸法者的再犯風險。然而，該處遇方式不合適，既限制精神障礙者的人身自由，又未能提供更合適的處遇方式，且現實上，恐怕欠缺其他社區復健的轉銜機制與配套措施。雖然刑法、保安處分執行法，於 2022 年對於多元處遇方式已有修正，但實踐上，仍尚未能見到具體有效的措施。此外，刑事訴訟第 121 條之 1 的暫行安置，有違反比例原則的疑慮，因暫行安置得先裁定六個月以下，得每次延長至多六月，累積不得逾五年，如此一來，將產生長時間的人身自由限制，對於精神障礙觸法者的人身自由保障，恐有侵害。

（四）關於第 15 條之規定

在 CRPD 第 15 條「免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對待或處罰」的精神之下，針對精神障礙觸法者進行強制治療，如強制服用藥物等，恐怕值得商榷。強制治療的實施，仍具有高度社會安全的需求，但若無法取得精神障礙觸法者的同意，貿然運用強制手段為醫療行為，可能抵觸本條精神。如同前述，監護處分、暫行安置等，多在精神醫院進行，受監護處分者的人身自由受到限制，對於人格尊嚴難謂無有所壓抑。不可諱言地，對精神障礙觸法者施以強制治療，具有濃厚的社會安全需求；但是，在實施強制治療行為的過程中，若無法取得精神障礙觸法者的同意，恐怕欠缺對於身心障礙者的尊重。如果無法提供更多元、合適的處遇方式，又欠缺其他社區復健的轉銜機制與配套措施，實與 CRPD 精神相悖。

（五）關於第 19 條之規定

在 CRPD 第 19 條「自立生活與融合社區」精神之下，認為「身心障礙者享有於社區中生活之平等權利以及與其他人同等之選擇，並應採取有效及適當之措施，以促進身心障礙者充分享有該等權利以及充分融合及參與社區」，也就是說，希望精神障礙者能在生活中自立並融

入社會。由此觀之，國家應建構充分的支持系統，幫助精神障礙觸法者融入社區，進行獨立自主的生活。

理想上，國家應積極強化社區支持的資源分配；但現實上，似乎目前正欲採行司法精神醫院的處遇方式，但若如此，只是將精神障礙觸法者隔離於社區之外，恐不合乎 CRPD 精神。目前，關於司法精神醫院的設置，政府投入大量經費建置，但在司法精神病院建置完成前，卻未見其計畫分配更多資源改善監所心理衛生，或發展其他社區服務，對於精神障礙者仍趨向以強制治療、拘束人身自由、隔離的方式處遇。又，監所內之醫療人力與衛生健康標準，顯然與一般民眾差距甚遠，在精神、心理醫療資源不足的情況下，監所人員是否能以適當良好的方式對待精神障礙觸法者，對於精神障礙觸法者於監所內有無受到非人道或有辱人格的待遇，皆值得關注。

（六）關於第 25 條之規定

在 CRPD 第 25 條「健康」精神之下，「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」，且國家「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。」是故，國家應盡力而為，促進精神障礙觸法者的健康，不可因精神障礙觸法者具有智能障礙或其他心智缺陷，而遭受他人歧視。

值得思考的是，對於具有強制治療色彩的司法精神醫院，是否能夠讓精神障礙觸法者，享有如同其他病人般的權利，如拒絕服藥、拒絕治療，終究存有困難。也許，要符合 CRPD 的精神，應該要考慮揚棄傳統上具有強制、拘禁人身自由色彩的監護處遇，將精力放在建構，尊重身心障礙者的精神醫療環境。此外，從事監護處遇的醫事專業人員，應提供與他人相同品質的醫療照護；同時，也應該提升該醫事專業人員對身心障礙者的人權、自主及需求的認知。

（七）展望

對於國際審查委員會（IRC）的建議，相信是日後我國檢視監護制度、暫行安置制度等涉及精神障礙觸法者處遇的重要參考。CRPD 肯認身心障礙者為公民、政治、經濟、社會及文化等各項權利的主體，保障其尊嚴與權利，希望進一步藉由 CRPD 促成身心障礙者的自立發展。在精神障礙觸法者上，也希望我國的監護制度、暫行安置制度等，能符合 CRPD 的精神，避免因歧視而不當侵害精神障礙觸法者的人權。

特別說明的是，CRPD 的理想強調平等對待為先，精神障礙觸法者應循一般訴訟處遇流程，加上合理調整，包括訴訟協助、自願治療、心理與社會支持等。在此之中，精神障礙觸法者作為病人，關於「自願治療」，值得詳加說明。自願治療可以歸類為廣義「健康權」的部分，若要落實到憲法基本權利保護體系上，除了涉及「人民健康不受侵害」之外，也彰顯國家應積極「促進人民健康」的部分。然而，國家能力有限，若要做到積極健康照護，必須將健康權加以類型化、精緻化。以精神疾病強制治療之目的而言，監護處分、精神衛生法強制住院等強制治療之干預措施，都屬於積極健康照護的表現，用以促進人民健康權利。

人民健康權利的具體實現，即為醫療人權。所謂醫療人權，包含病人之醫療人權（patient rights）、一般民眾之醫療人權及醫事人員之醫療人權。病人醫療人權之內容，包含社會基本權所發展出來的受益權（請求國家給付之權），以及基於憲法客觀價值與人權基本理念所發展出來的防禦權（防止國家侵害之權）¹²。質言之，醫療之受益權係指衛生保健請求權、醫療救助請求權及緊急醫療請求權；醫療之防禦權，則指病人自主決定權、平等權及隱私權等權利。

對此，監護處分會牽涉到醫療人權的防禦權部分。監護處分作為強制治療模式，主要是精神障礙犯罪者「醫療拒絕權」之問題。基於病人自主決定權，病人得決定接受治療，亦有權決定拒絕治療。但在實務運作時，當病人決定拒絕醫療時，醫師經常會面臨「行善義務」與「病人自主權」的衝突。在病人自主權中，「知情後拒絕」（informed refusal）必須具備以下要件，包括醫師充分告知病人所需之醫學資訊、病人確定能瞭解醫師所提供之訊息、病人具有決定能力、病人之決定係出於病人之自主與自願，而非受外力影響所致。因此，病人是否具有決定能力，除考慮其行為能力外，仍須考慮病人就醫選擇進行溝通的能力、病人做出合理醫療選擇的能力、病人理解所做的決定及其後果的能力、病人能合理運用資訊的能力，及病人瞭解該決定的能力¹³。依此，精神障礙觸法者，若符合精神障礙而得以減免刑責，進入監護處分的處遇時，與一般病人有本質上的不同，自不可等同視之。

以精神醫學的觀點而言，監護處分是基於改善病人病情的需要，及穩定病人的症狀所必須，附加有維護社會安全的功用。當精神障礙觸法者，行為時達到類似嚴重精神病人的狀態，出現混淆現實與想像的症狀，且受症狀影響而使得其行為亦與現實脫節時，符合責任能力減損，而需監護處分時，對此病人而言，不僅外在行為舉止看起來與常人異，以精神醫學之觀點而言，恐亦已影響嚴重病人之自主能力。監護處分患者，常見有所謂之「精神病症狀」。

「精神病症狀」最常在嚴重病人中出現，且幾乎沒有爭議者，為幻覺、妄想。然而，當精神障礙觸法者，處於精神疾病嚴重的狀態時，其表達之意思與其真意不同，是否有醫療自主能力，則不無疑問。

因此，精神障礙觸法者是否適合自願治療，牽涉到病人嚴重度一個程度時，到底有沒有自主能力的問題。其實，嚴重病人的自主，並不自主，而是受到嚴重精神症狀的影響，宛如傀儡，個人的自主意思被操縱。此可由住院過程中看出，當個人的意願與偏好可能隨著其精神症狀而改變時，或許會在個案的精神症狀改善後，而認為當時的強制治療，未必不是臨床上的應當方式。當面對 CRPD，在重視人權的價值觀之下，如何在尊重病人自主意志的同時，又能兼顧精神醫療的有效性，將成為棘手的問題。對此，在精神醫學上，如何認定嚴重精神障礙觸法者的真實自主，應是未來要努力的方向，如此一來才能符合 CRPD 第 15、25 條要求，尊重身心障礙者的自主意志及健康權保障。

綜此以觀，我國基於人權立國的精神，肯定 CRPD 的精神，並於 2014 年制定身心障礙者權利公約施行法，CRPD 所揭示保障身心障礙者人權的相關規定，自此之後，具有國內法律

¹² 吳全峰、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，148 期，2007 年 9 月，142-146 頁。

¹³ 黃政文、蔡宏斌主編，生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引，國立臺灣大學附設醫院，2019 年 11 月，頁 64-65。

效力。是故，相關法制應遵循 CRPD 的精神，落實對身心障礙者之權利保障。在精神障礙觸法者的處遇法制上，「多元處遇」與「去機構化」是我國努力的方向，以合乎 CRPD 的精神，真正保障身心障礙者的權利。

參、德國精神障礙觸法者的司法處遇

一、德國的收容制度

（一）概述

對於精神障礙觸法者，德國刑法第 63 條，設有收容規定。在德國，對於精神障礙觸法者的收容制度，有悠久的歷史。在羅馬日耳曼法時代，便不以刑罰處罰精神障礙觸法者，而是透過收容加以監護；中世紀時期的普魯士一般邦法，認為刑法不處理精神障礙觸法者，而是由警察行政法處理；十九世紀末，對於精神障礙觸法者的收容，如何合宜為之，成為刑法關心的對象，隨著刑法歷次變革，1969 年德國刑法的修正，奠定今日德國對精神障礙觸法者收容制度的基礎¹。

與台灣相同的是，台灣的監護處分規定於刑法第 87 條，但執行面則是保安處分執行法第 46 條以下；德國的收容，在德國刑法第 63 條，但執行收容的規定，則在德國的刑罰執行法第 136 條。收容，作為國家公權力行使，嚴守比例原則，是當然之理²；此外，德國法對於收容的執行，重視治療先於保安，有疑應利於自由。

追根究底，精神障礙觸法者是病人，唯有妥當的治療才能使之復歸社會，過度強調社會保安，而忽略病人治療，只是治標而非治本。當精神障礙觸法者獲得治療，自然可以達到危險預防的效果，進而滿足社會保安的期待³。有疑應利於自由，是德國聯邦憲法法院肯認的收容執法基本態度，源自於德國憲法第 2 條、第 19 條第 2 項，也就是當事實存有疑慮時，應保護人民的自由⁴。在此意義之下，收容執行時，若對於精神障害觸法者有所懷疑，執法上的裁量，應有利於精神障害觸法者的自由及權利。也因為如此，在執行時，如果對執行的實效性、適當性及必要性有懷疑時，應尊重精神障礙觸法者的意願⁵。

（二）法制內涵

德國刑法第 63 條是收容的規定，該條意旨是，精神障礙觸法者（無罪責能力或限制罪責能力人），且施行違法行為者，法院宣告收容於精神病院；但以該精神障礙觸法者及其行為整體評估，因其精神障礙狀況，未來可能施行重大違法行為（即對被害人身心造成重大損害或危險，或造成嚴重的經濟損害，並有公共危險者）為限；如果精神障礙觸法者的違法行為，並非前述的重大違法行為，法院只有在，可預期精神障礙觸法者可能再犯嚴重犯罪，才可以

¹ 德國收容制度的發展歷史，可以參照：張麗卿，司法精神醫學，元照，2022 年，頁 171-179。也可以參照：R. Baur, Der Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung nach den §§ 63 und 64 StGB in einem Psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt, Diss. 1988, S. 3-11; Bergener/ Heiliger/ Holzschneider, Problematik des Freiheitsentzugs bei Psychisch Kranken, MedR 1991, S.3. F. von Liszt, Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und vermindert Zurechnungsfähige, 1905, S. 9..

² Holtus, Aspekte der Verhältnismäßigkeit der Behandlung in der forensischen Psychiatrie, 1991, S.137.

³ Horn, Der Maßregelvollzug im Spannungsfeld Zwischen Besserung und Sicherung, FS für Heinz Lefernz, 1983, S.486f.

⁴ BVerfG NJW 1983, S.2627.

⁵ Rinke, Therapeutische Zwangsmaßnahmen beim Maßreglvollzug gemäß §63 StGB, NStZ 1988, S.10f; Wagner, Effektiver Rechtsschutz im Maßregelvollzug, 1988, S.213-215.

宣告收容於精神病院。

對於德國收容制度的規定，除了收容的對象與收容處所之外，其餘的規定，難以窺見；此是因為德國執行收容期間、處所的詳細規定，分別主要在德國刑法第 67e 條，以及刑罰執行法第 136 條以下。以下，針對德國收容法制的內涵，即收容的對象、期間、場所，說明如次。

1.收容的對象

德國刑法收容的對象，由該國刑法第 63 條可知，主要條件有二：其一是，精神障礙觸法者，即德國刑法第 20、21 條且行為觸犯刑法之人；其二是，對該人及其違法行為，經整體評估後，將來有施行重大犯罪的可能，或有再犯重大犯罪的可能。換言之，並非所有精神障礙觸法者，都會被收容。基於前述的比例原則、有疑應利於自由等原則，如果經專家評估，未來沒有重大犯罪疑慮者，法院當然不應宣告收容。

德國刑法第 20 條規定，「行為人於行為時，因疾病之精神障礙、深度意識障礙、心智缺陷或其他重大之精神缺陷，缺乏行為不法之認識或依其認知所為者，其行為無罪責。」同法第 21 條規定，「行為人認識行為不法之能力或依此認識而行為之能力，於行為時，基於第 20 條所規定之原因顯著較弱者，得依第 49 條第 1 項減輕處罰」。在立法上，德國刑法第 20、21 條，相當於台灣刑法第 19 條第 1、2 項。這些因精神障礙、深度意識障礙、心智缺陷或其他重大精神缺陷等疾病，依病情輕重，而有無罪責能力或限制罪責能力之分，當這些精神障礙觸法者的行為觸犯刑法，即可能成為收容對象。

個案上，當精神障礙觸法者，有刑事不法行為，依德國刑法第 63 條，必須整體評估該人及其違法行為，未來有無施行或再犯重大犯罪的可能。這些評估的專家，通常以具有精神醫學專業背景的人士參與，主要是精神科醫師、精神病學專家；但若個案上有需要，心理學家、犯罪學家等亦能參與評估⁶。進一步言，應判斷精神障礙觸法者行為的危險性、嚴重性、危險即時性、治療可能性及必要性⁷。危險性的評估，體現收容作為保安處分的特別預防思想；惟在評估時，應注意精神障礙觸法者，將來對大眾的危險程度，與其自身權利限制，是否合乎比例原則⁸。在德國刑法收容制度下，已發生的犯罪並非考量是否收容的要素，是否收容的關鍵是，將來是否有危及公共安全的嚴重違法行為⁹。

至於嚴重違法行為，認定上比較曖昧，通常認為是有使用暴力的犯行；但若精神障礙觸法者有連續犯罪的情形，縱然沒有使用暴力，也可能被認為是嚴重違法行為¹⁰。值得說明的是，是否有危及公共安全的嚴重違法行為，一直以來都是德國法判斷收容要件的依據之一，只是如何斷定，是否屬於對於公共安全的嚴重違法行為，並無絕對的標準，而是綜合評估。在評估的項目中，尤其重視是否會持續破壞法的安定性。因為，對於法安定性的持續性破壞，勢

⁶ Yelena Bonzel, Der Mediziner als Gutachter— am Beispiel der Gefährlichkeitsprognose im Rahmen des § 63 StGB, rescriptum 2016/2, S. 150

⁷ 張麗卿，司法精神醫學－刑事法學與精神醫學之整合，元照，2022 年，頁 179-185。

⁸ Hanack, in: LK StGB, § 62, Rdnr 1.

⁹ BGH vom 27.10.1976 bei Holtz, MDR 1977, 106. 亦可以參見：馬躍中，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專刊，25 期，2020 年，頁 69。

¹⁰ 張麗卿，同前註 7，頁 182-183。

必造成公共安全的危害，甚至導致社會共同體下的人民生活，產生不安定。簡言之，由法院綜合評估，但通常認為，當行為人再犯可能性越高的時候，就越可能造成法安定性破壞，也就「較有可能」被認定為嚴重的違法行為¹¹。

另外，危險即時性，則是指，精神障礙觸法者將來嚴重犯罪行為的發生，並不只是單純潛在而已，而是時間上相當接近，就將有發生可能¹²。又，治療可能性表示，精神障礙觸法者有治療可能，收容係將精神障礙觸法者安置於精神醫院，表示有治療可能；同時，也應該注意，是否需要收容才能達到治療的效果，倘若接受門診治療、藥物治療等，已經足以治療，基於比例原則，當然毋庸收容¹³。收容的必要性，是法院考量是否宣告收容精神障礙觸法者的重點，簡單來說，就是不宣告收容，亦可以達到相同的目的時，就不宣告收容，而應當選擇其他侵害精神障礙觸法者權益較小的手段¹⁴。

2.收容的期間

德國刑法 63 條，雖規定法院得宣告精神障礙觸法者收容於精神病院，但並無收容期間的限制規定。也因為如此，精神障礙觸法者究竟依法收容多久，並無定數，而是依德國刑法第 67e 條第 1 項，採取以具體審查決定收容期限的立法模式，即評估個案的精神障礙觸法者是否需要繼續收容，未立法規定收容期間的上限。又，為了避免過度戕害人權，德國於 2016 年修正刑法第 67d 條，以六年、十年作為界分，設計條件不同的延長收容規定¹⁵。

進一步言，如果執行收容逾六年，且依受收容者的狀態，其將來行為已無重大違法的危險性，對被害人身心也無重大損害危險，若繼續執行收容，則不符合比例原則。德國的立法者，以六年為區分，是因為參酌精神疾病的治療實證資料，德國精神醫院的治療平均超過六年¹⁶。所謂重大損害危險，通常認為，以被害人的傷勢是否必須住院一周而做判斷，或被害人遭受須要長期住院的傷害（如骨折、腦震盪等），或被害人臉部受到重擊¹⁷。如果收容期間達十年之久，法院原則上應宣告撤銷收容，將精神障礙觸法者釋放，改行保護管束；例外是，若該收容人仍有再犯嚴重犯罪的可能，且該可能犯罪的類型，對於被害人將產生嚴重的身心傷害，方能將之繼續收容在精神醫院¹⁸。

對於審查的週期，依德國刑法第 67e 條規定，法院應在收容後的每年評估；且隨著收容時間

¹¹ BGH BeckRS 2019, 23885

¹² Hanack, in: LK StGB, § 62, Rdnr 11, 13.

¹³ 張麗卿，同前註 7，頁 185。附帶一提，具有反社會人格者，未必有精神疾病；故若屬於反社會人格又有精神疾病的精神障礙觸法者，由法院判斷是否有收容於司法精神病院的必要。其中，治療可能性是，法院在判斷個案是否有必要令入司法精神病院的一項指標，是指有治療其精神障礙，且去除其未來危險的可能性。有關於此，通常由司法精神鑑定專家為之，再由法院綜合一切客觀事證進行判斷。

¹⁴ Müller-Dietz, Maßregelvollzugsgesetze in der Bundesrepublik Deutschland, Forensia 1983, S. 145, 149; Wenz, Das Verhältnis der strafrechtlichen Unterbringung geistesgestörter Täter zu außerstrafrechtlichen Maßnahmen der Gefahrenabwehr, Diss Mainz 1970, S.239.

¹⁵ Bernd, in: Heintschel-Heinegg, BeckOK StGB, 47. Aufl, 2020, §67d Rn. 16.

¹⁶ BT-Drs. 18/7244, S. 30 ff.

¹⁷ Schönke/Schröder/Kinzig, StGB, 30. Aufl., 2019, § 67d Rn. 25b.

¹⁸ Ebd. 在德國，這類情形，通常是屬於對兒童的犯罪。

的延長，審查密度將會加強¹⁹，當收容執行超過十年，每九個月必須審查一次；又，基於人權保障，法院也可以更嚴格檢驗，縮短收容的審查期間²⁰。由此亦可知悉，如果精神障礙觸法者，每次審查都被認為有繼續收容的必要，且法院因而宣告收容，則可能成為無期限的收容。

又，依刑事訴訟法第 463 條規定，對於被依刑法第 63 條宣告收容精神障礙觸法者，於根據刑法第 67e 條進行審查時，必須獲取該「『機構內的』專家意見報告」。專家意見報告，並非由法院獲取，而是檢察官徵詢專家意見後，連同相關的文件檔案一併送交法院審核；同時，為了保障該精神障礙觸法者的權益，於徵詢專家意見程序中如果沒有辯護人，應為被安置者指定辯護人為其辯護²¹。又，專家意見報告，並非簡單的醫生信函，或簡易的醫師診斷紀錄，而必須是深入且有充分根據的專業分析。一般來說，專家意見報告的內容包括：收容的精神障礙觸法者，是否仍有危險性；若有危險性的話，可能的危險類型為何，未來犯罪行為發生的可能性、行為頻率、復發機率等專業內容²²。

除了機構內的專家意見報告外，另有「『機構外的』專家意見報告」的機制。此乃是，為了避免機構內審查機制過於制式、偏頗²³，以及為了合乎「最佳專業說明的要求（Gebots bestmöglicher Sachaufklärung）」，德國法嚴格規定法院應每三年獲取「機構外的」專家意見報告；若執行滿六年以上，則是每二年要完成一次「機構外的」專家意見報告。值得注意的是，機構外的專家意見報告，基於最佳專業說明的要求，以及避免利益衝突的原則²⁴，這些專家除了具有充足的司法精神醫學知識和經驗之外，必須與被收容的精神障礙觸法者，在同一間精神病院相處相當的時間，還必須排除曾經接觸被收容的精神障礙觸法者。

3.收容的處所

德國對於精神障礙觸法者的收容處所，依德國刑法第 63 條，係收容於精神病院。可是，法律未進一步規定精神醫院的組織設置，亦未指出精神病院應具備如何的保安預防措施。因此，德國刑法第 63 條的規定，只是執行收容處所的存在前提而已。至於執行收容處所，應當如何設置及處遇，則是依刑事執行法第 138 條規定，授權各邦自行立法。

目前，德國各邦針對精神障礙觸法者的收容機構設立模式，都存所差別，沒有稱得上是最具典範的收容處所²⁵。也因為如此，關於收容精神障礙觸法者的精神醫院，形態各異，主要可以分為「司法的獨立機構」與「與精神醫院結合的機構」二大類型。司法的獨立機構類型，是指專門收容精神障礙觸法者的機構；與精神醫院結合的機構類型，可能是附屬於精神醫院的獨立部門，或將之編入一般精神醫學部門²⁶。又，與精神醫院結合的機構類型之中，附屬於精神醫院的獨立部門是指，在專門且特定的精神醫院內，設立獨立部門，有限度的收容精神

¹⁹ BT-Drs. 17/9874 S. 22

²⁰ Hamm, NStZ 90, 252; Stuttgart, NStZ-RR 14, 123

²¹ Appl, Karlsruher Kommentar zur Strafprozessordnung, 8. Aufl., 2019, § 463 Rn. 4b.

²² Coen, in: Graf, BeckOK StPO, 37. Aufl., 2020, § 463 Rn. 6.

²³ BverfG NStZ-RR 2010, 122.

²⁴ Nestler, in: Knauer/ Kudlich/ Schneider, Münchener Kommentar zur StPO, 1. Aufl., 2019, § 463 Rn. 19.

²⁵ Müller-Isberner/ Born/ Eucker/ Eusterschulte, Praxishandbuch Maßregelvollzug: Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie, 3. Aufl, 2017, S.186.

²⁶ Ebd., S.186.

障礙觸法者；編入一般精神醫學部門者，則是依據精神障礙觸法者的個別病況與危險程度，編入醫院的精神醫學部門，與其他精神病人一起就診。

雖然收容處所的型態有差異，但無論是哪種類型的收容處所，都是以「治療優先」，作為收容的主要目的。德國刑事執行法第 136 條規定，執行收容的處所，應以醫療觀點從事相關業務，故其係以治療而非處罰為目的，因而收容處所，應是精神病院等與醫療有關的機構²⁷。對收容處所而言，如何幫助被收容的精神障礙觸法者，能有適當的治療，最終回歸正常的社會生活，才是最重要的任務；同時，執行收容時，也應當謹慎檢視精神障礙觸法者的基本權是否受到充分保障。

（三）執行狀況

依德國刑法第 63 條收容的精神障礙觸法者，在近半個世紀以來，呈現「V」的態勢。收容的精神障礙觸法者，在 1960 年代，大約是 4,500 人，其後呈持續性減少的傾向，至 1980 年代，大約只剩下 2,300 人左右；但 1990 年代，被收容的人數又逐年走高。2000 年再次回到 4,000 人左右，2014 年達到 6,540 人²⁸。有研究指出，被收容精神病人的人數的顯著增加，主要是思覺失調症的病犯增多²⁹。

至於近年的新增人數：2007 年有 1,023 人、2008 年 1,104 人、2009 年 968 人、2010 年 948 人、2011 年 881 人、2012 年 817 人、2013 年 815 人、2014 年 770 人、2015 年 818 人、2016 年 805 人、2017 年 804 人、2018 年 907 人、2019 年 969 人，可見每年新增人數大約有 800 至 1000 人之多，有媒體統計，截至 2020 年所有收容人數將達到 13000 人以上，儼然存在收容處所人滿為患的問題，促使民眾關心精神病院的制度問題，甚至討論是否應當制定全德統一的精神病院體制等³⁰。

德國之所以近年收容人數不斷成長，與收容實務有關。在德國，2003 年到 2006 年間的收容治療，大約落在 5 至 6 年之間，但是 2008 年到 2012 年之間，平均治療時間落在約莫 8 年左右³¹。總體觀察，德國對於精神障礙觸法者的收容治療，時間越來越長，以超過 10 年的治療比例而言，以目前能夠取得的資料來看，從 2003 年 12.5%，提升至 2006 年 17.1%，因為舊的收容人仍在司法精神病院內，而新的收容人一直擁入，是造成年年累積上升的主因³²。

誠如前述，德國的收容處所，並無統一的型態。收容處所，有屬於司法的獨立機構類型者，例如，尼德薩克森邦（Niedersachsen）的謨林根（Moringen）醫院，專門收容尼德薩克森邦的精神疾病犯罪人³³；收容處所屬於與精神醫院結合的機構類型，有附屬於精神醫院的獨立部門者，如薩克森邦（Sachsen）的羅德文西（Rodewisch）、安斯朵夫（Arnsdorf）等地的塞西奇（Sächsisches）醫院，慕尼黑的哈爾（Haar）區醫院，也有部分邦採取編入一般精神醫學部門

²⁷ OLG Frankfurt R&P 2009, 155 (157).

²⁸ Quelle, Statistisches Bundesamt, 2014.

²⁹ Hartl, Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§63 und 64 StGB? - Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße, Regensburg 2012, S.16.

³⁰ Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25692, 05.01.2021.

³¹ Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25692, 05.01.2021.

³² Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25692, 05.01.2021.

³³ Dirk Hesse, Forschung im Maßregelvollzug – Contra, Ethik in der Medizin 2019, S. 255-260.

的模式³⁴。但截至目前，德國仍無統一的收容處所體制，其所遭遇的收容人數趨多問題，短時間內，似乎也難有解決方案。

此外，德國刑法收容的精神障礙觸法者，均是符合德國刑法第 20、21 條的無罪責或限制罪責能力人。這些精神障礙觸法者的生理原因，在精神病理學上的評價與指標³⁵，基本上是：

（1）病理的精神障礙，如思覺失調症、躁鬱症、嚴重憂鬱症、妄想、腦器質性障礙、包括內因性及外因性精神病狀態；（2）深度的意識障礙，如心因性反應、極度疲憊、憤怒、驚嚇、高度的情緒衝動；（3）心智薄弱，如智能不足、發展遲緩；（4）其他嚴重的精神異常，如人格違常、精神官能症、性行為偏差、慾動障礙。有統計顯示，病理性精神障礙患者的比例，約占全部收容精神障礙觸法者的 41%，意識障礙類患者占 35%，心智薄弱類精神障礙則僅占 11%³⁶。但是，這個資料僅有參考意義，因為被收容的精神障礙觸法者，過半數的人，有二種以上的精神疾病³⁷，而這種同時罹患多種精神疾病的病患比例在近年來呈上升趨³⁸。

（四）他山之石

對於台灣而言，德國法向來是學習的主要對象之一，收容制度亦然。德國的收容制度，歷經長時間的醞釀，而有今日規模。平實言之，2022 年刑法第 87 條監護處分的修正，其實就是以德國收容制度作為主要的參考對象。整體而言，台灣的監護處分新制，尚未累積充足的實務經驗，德國法就此還能給予台灣什麼參考，或有待時間觀察。當下，德國法的經驗，有以下幾點，值得我們注意。

1. 延長監護審核的嚴格化

2022 年台灣刑法第 87 條監護處分的修法亮點之一，是該條第 3 項無期限的定期延長制度，即監護處分的「期間為五年以下」，惟「其執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。」在此規定下，只要檢察官認為個案的精神障礙觸法者，有延長監護的必要，經法院許可，且經評估有繼續執行監護的必要，就可能產生無期限的監護。

相較於德國法的收容制度，德國刑法第 63 條，採取無收容期限的規定，意即在德國法的運作下，可能有無期限收容精神障礙觸法者的情形；但是，為了避免過度侵害人權，德國刑法設有相應的門檻，避免收容的無期限。這些門檻體現在階梯式的評估機制、收容條件。在審查機制上，除了每年或每九個月的機構內評估，更需要每三年或二年進行機構外評估，確認受收容的精神障礙觸法者，是否有收容的必要。在收容條件上，以執行收容滿六年或十年為界，對於受收容的精神障礙觸法者，是否具有重大危險性的判斷，更加嚴格，若收容已逾六年，判斷

³⁴ Müller-Isberner/Born/Eucker/Eusterschulte, a.a.O. (Fn. 25), S.186.

³⁵ Jürgen Leo Müller/ Norbert Nedopil, Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Thieme, 3. Aufl, 2007, S.23-24.

³⁶ Friedhelm Schmidt-Quernheim/ Thomas Hax-Schoppenhorst, Professionelle forensische Psychiatrie, 2. Aufl, 2008, S. 75.

³⁷ Wittchen/ Jacobi, Size and burden of mental disorders in Europa – A critical review and appraisal of 27 studies, European Neuropsychopharmacology 2005, S. 357-376.

³⁸ Müller-Isberner/ Born/ Eucker/ Eusterschulte, a.a.O. (Fn. 25), S.151.

標準不可以與最初的判斷標準相同；若逾十年，原則上應宣告撤銷收容，改行保護管束，除非該收容人仍有再犯嚴重犯罪的可能，且該可能犯罪的類型，對於被害人身心有重大傷害。

由此可知，德國法雖然規定無期限的收容，但在相關規範的交互運作下，已經竭力節制無期限收容的可能性。唯有在最極端的個案，受收容的精神障礙觸法者，仍有極大危險性，才會繼續留在精神醫院內治療，否則須另以其他保安處分加以替代。相形之下，台灣刑法第 87 條監護處分修法，採取定期延長制度，雖然透過每次延長審查把關，避免過度侵害精神障礙觸法者的基本權利，但似乎規範的精緻度，仍有所不足。

監護處分的評估，無論是初次決定施以監護的方式，或是否延長監護，依 2022 年新修正的保安處分執行法第 46 條之 1、第 46 條之 2，由檢察官參酌評估小組意見，或據此向法院聲請。由於前開修法部分，施行日期及區域，係由行政院以命令定之；截至期中報告之時，僅有法務部提出的「監護處分評估小組作業辦法」草案（內有評估小組的委員資格、遴聘、職掌、評估程序及其他相關事項的辦法），日後該辦法的訂定，以及實務操作究竟如何，尚待觀察。

但是，參考德國法，應該留意的是：（1）外部評估機制的導入。就目前的保安處分執行法來看，無論是監護方式的決定，或是否延長監護，評估小組都扮演著專業審查的角色；對此，可以考慮參酌德國法，建立定期的外部審查機制，使延長監護的審查，更加客觀中立，同時發揮保障精神障礙觸法者的基本人權的效果。不諱言地，導入外部評估機制，勢必消耗更多社會資源，立法者應審酌國內實際情況，設計相應合宜的外部評估機制，以期在人權保護與社會防衛之間，取得平衡。（2）延長門檻的嚴格化。由德國法可知，雖然是無期限的收容，但收容逾十年後，其實係以不收容為原則。同理，台灣採取定期延長，或可考慮設計更嚴格的延長監護門檻，特別是到相當期限，如十年，將改以不施行監護為原則，讓後續的社區矯治或國家衛生福利行政接手。

目前，法務部依保安處分執行法第 46 條之 1 的授權，提出監護處分評估小組作業辦法草案，該草案第 3 條第 1 項，「評估小組應置委員五人至九人，由精神科專科醫師、心理師、社會工作師、身心障礙團體代表及專家學者組成之。其中精神科專科醫師、心理師、社會工作師、身心障礙團體代表之人數均不得少於一人。」此評估小組，雖由機構外專家所組成，但性質上，仍近內部評估，因這類小組恐怕在短時間要處理多件個案，無法真正評估受監護處分人的狀況；又，以德國法為例，其外部評估人員，甚至必須與受收容者相處，方能進行有意義的評估。就此觀之，我國的評估制度，恐怕還有努力空間。

2. 轉銜社區照護的精緻化

就人權保障的角度觀之，收容於精神醫院的精神障礙觸法者，置於國家監督管理與治療照護之下，人身自由被限制，故應以自由與治療為導向³⁹，倘若精神障礙觸法者已經沒有必要收容，便應使之離開精神醫院，回歸社會。換言之，德國的收容法制，在收容精神障礙觸法者之初，除了治療照護之外，就已經開始關注其何時能夠回歸社會。

在德國各邦的保安處分執行法律中，通常規定收容精神障礙觸法者後的六或八周之內，應針對個別的精神障礙觸法者，製作專屬於個人的矯治計畫（Behandlungs- und

³⁹ BVerfGE 130, 372 Rn 62.

Eingliederungsplan)，且於收容過程中，不斷調整該計畫，力圖使計畫最適合於個案的精神障礙觸法者⁴⁰。在避免過度侵害人民權利的前提之上，透過該矯治計畫，如果精神障礙觸法者，已經無庸收容於精神醫院，則可以將受收容的精神障礙觸法者，移轉至其他機構或以其他方式進行矯治。值得注意的是，良好的矯治計畫，對於精神障礙觸法者而言，有妥善的治療時期規劃，此甚至使得受收容的精神障礙觸法者，對於收容期間能夠有所預期，可見德國在收容矯治工作上的精緻度；也因為如此，在收容期間結束前，就可以開始規劃轉銜的後續任務。

對於精神障礙觸法者而言，收容是一時的，終究要回歸社會，如果可以不用收容於精神醫院，讓精神障礙觸法者接受門診治療，同時又能兼顧社會安全，則應將之轉銜，使個案接受精神醫院以外的治療，並適應社會生活。在規範上，依德國刑法第 67a 條、第 67d 條，可以將受收容的精神障礙觸法者，移轉給精神病院以外的機構，又或暫緩收容，改以保護管束代替。值得注意的是，如果以保護管束替代，德國刑法第 68b 條規定，法院可以在保護管束期間，指示受保護管束的精神障礙觸法者，接受相關治療。

為了讓受監護處分的精神障礙觸法者，能夠順利回歸社會，2022 年的台灣刑法監護處分修正時，連同修正保安處分執行法，於該法增訂第 46 條之 3，設計監護轉銜社區照護服務的機制，即「監護處分期間屆滿前三個月內，檢察機關應召開轉銜會議，將受監護處分人轉銜予當地衛生、警政、社會福利、教育、勞動主管機關，由各該主管機關依權責提供受監護處分人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。」但是，在監護處分屆滿之前，該精神障礙觸法者，是否已經具備足以離開監護處所，回歸社會的條件，恐怕尚屬未知，或許欠缺一道自監護至社區之間的橋樑。

簡言之，直接於監護處分期滿後，就轉銜至社區照護服務，是否妥當，有待考驗。參考德國法，也許我們可以思考的是：在現行法下，利用保護管束，作為監護期滿，至回歸社會的社區照顧服務之間的轉銜橋樑。也就是，可以加強運用保護管束，讓監護處分與社區照護服務之間，留有一個轉圜空間；又或，建構社區矯治法制⁴¹，在社會防衛與社會復歸之間，取得平衡。就現階段而言，研究團隊認為，關於社區矯治法制的建構，雖然政府不乏關注⁴²，但要制定社區矯治新制，非一時片刻可以完成，遠水難救近火。無論未來是否建構社區矯治法制，當前要保障精神障礙觸法者權益，並將監護處分與社區照護連結，比較有效益的方法，可能是運用保護管束制度，作為精神障礙觸法者監護期滿，銜接至社區照顧服務的橋樑。

⁴⁰ Berlin, § 55 PsychKG; Hessen, § 6 MVollzG HE; Niedersachsen, § 7 Nds MVollzG; Nordrhein-Westfalen, § 16 MRVG; Rheinland-Pfalz, § 13 MVollzG; Thüringen, § 11 III ThürMRVG.

⁴¹ 德國目前沒有社區矯治的專法或專門制度，而是以各種形式，達成社區矯治的目標，其中之一最重要的運用，就是保護管束。相關內容，可以參考：張麗卿，社區矯正法制之比較法檢討—以德日法制為借鑑，月旦法學雜誌，279 期，2018 年，頁 122；馬躍中，德國社區矯治法制之研究，警學叢刊，44 卷 5 期，2014 年，頁 34。

⁴² 在此之中，法務部應該是最積極關注社區矯治議題的政府機關之一。譬如，2020 年 10 月，法務部政務次長蔡碧仲接受媒體採訪時表示，「推社區矯治制度，完善社會安全網」。見：聯合報，監護處分 5 年「天花板」恐打破，2020 年 10 月 22 日 A14 版。又如，2013 年法務部委託研究案「社區矯治法外國發展新趨勢研究與立法建議」，或桃園地檢署 2021 年的研究報告「如何推動我國社區矯治制度未來之發展與轉型」。

二、德國的暫時安置制度

（一）概述

德國刑事訴訟法第 126a 條的暫時安置處分（Die einstweilige Unterbringung），是與羈押平行的拘束人身自由的強制處分，用於偵查中、審判中，對於精神障礙觸法者，得將之移送精神醫院加以治療照護，同時避免精神障礙觸法者有再度危害他人或社會的行為，成為德國刑法收容宣告前的暫時舉措。由此可見，德國的暫時安置處分，目的在於，保護並治療精神障礙觸法者，同時使之與社會暫時隔離，以免再有危害大眾的情事，並且保全刑事訴訟程序的進行。

在德國法上，暫時安置處分與羈押（Untersuchungshaft zur Sicherung des Strafverfahrens）、預防性羈押（Die U-Haft für Wiederholungsgefahr），應予區辨。此三者都是拘束人身自由的強制處分，但功能有別。羈押，是為了確保刑事訴訟程序的進行，對於犯嫌重大的犯罪嫌疑人或被告，有逃亡或破壞證據的高度可能，且有羈押的必要，方才為之，是傾向發現真實的強制處分。預防性羈押，有預防犯罪行為人再犯，並防衛社會安全的目的，與暫時安置處分有近似之處。但是，預防性羈押則是針對有相當自由意志的成年犯，重在預防再犯；反之，暫時安置處分的對象是精神障礙觸法者，除了預防再犯，更重在治療。

自 2022 年，台灣的刑事訴訟法修法後，已經與德國刑事訴訟法制同步，建構了刑事訴訟法第 101 條的羈押、第 101 條之 1 的預防性羈押、第 121 條之 1 的暫時安置處分的強制處分措施。同樣地，台灣的刑事訴訟法暫行安置處分，亦旨在對於偵查中、審判中的將精神障礙觸法者，在於監護處分判決確定前，暫時施以緊急的醫療照護，避免其再犯而危害社會安全，並保全程序進行。惟台灣的暫時安置新制，是否能夠符合對於精神障礙觸法者的保護，德國法或有值得參考之處。

（二）法制內涵

德國刑事訴訟法第 126a 條規定，當有重大理由可以認為犯罪嫌疑人或被告是在無罪責能力或限制罪責能力的狀態下實施違法行為，且將之安置於精神醫院或戒癮處所，能符合維護公共安全的必要，法院得將該犯罪嫌疑人或被告安置其中。關於暫時安置處分的宣告與執行，以及其撤銷與停止，分別說明如後。

1. 暫時安置處分的宣告與執行

德國的暫時安置處分宣告，由法院為之。首先，法院必須判斷，是否有重大理由能夠判斷，犯罪嫌疑人或被告於行為時具有精神障礙情形，即是否符合德國刑法第 20、21 條。其次，在個案中，法院必須判斷有無維護公共安全的必要，也就是說，若不對該人發動暫時安置處分，是否可能造成他人或公共安全的危害。此是基於社會防衛的角度出發，所以判斷是否具有維護公共安全的必要，只要依客觀事實，存有高度可能性便足。再次，暫時安置處分作為拘束人身自由的強制處分，法院決定是否宣告暫時安置處分時，必須考慮是否符合比例原則。

附帶一提的是，德國刑法第 20 條規定，「行為人於行為時，因疾病之精神障礙、深度意

識障礙、心智缺陷或其他重大之精神缺陷，缺乏行為不法之認識或依其認知所為者，其行為無罪責。」同法第 21 條規定，「行為人認識行為不法之能力或依此認識而行為之能力，於行為時，基於第 20 條所規定之原因顯著較弱者，得依第 49 條第 1 項減輕處罰」。德國刑法第 20、21 條，相當於台灣刑法第 19 條第 1、2 項。法院對於犯罪嫌疑人或被告，於行為時，是否處於德國刑法第 20、21 條的情形，即是否為無罪責能力或限制罪責能力的判斷，毋庸達到嚴格證明的程度，只要法院有重大理由認為，該人行為時，應處於精神障礙的狀態。

暫時安置處分的宣告與執行等，規定在德國刑事訴訟法第 126a 條第 2、3 項。暫時安置處分，採取法官保留原則，僅法官有權核發暫時安置處分；且因暫時安置處分作為拘束人身自由的強制處分，與羈押性質相近，故在德國法，有大量準用羈押核發程序的相關規定，如暫時安置處分的作成，須經法官訊問。因為暫時安置處分的對象是，有重大理由認為具有精神障礙的犯罪嫌疑人或被告，所以個案暫時安置的場所是精神醫院，以符合個案需求，可以提早從事治療，以免病情加劇。雖然暫時安置處分具有拘束人身自由的色彩，但畢竟與羈押有所不同，考量精神障礙觸法者的情形，當然不得於押所執行暫時安置處分。

又，於暫時安置處分前，目前的德國刑事訴訟法，並沒有規定暫時安置處分的事前鑑定程序。不過，德國司法實務對於刑事訴訟法第 126a 條，有關於收容人是否符合德國刑法第 20 條及 21 條，即是否為精神障礙觸法者的無行為能力人或限制行為能力人，會先行取得專家意見報告，因為此涉及到醫學事項，故一般法院法官並無專業能力自行判斷，故會委由專家進行鑑定⁴³。另外，針對於被告危險性問題，司法實務有以鑑定為之者，亦有不以鑑定為之者；但是，無論如何，被告有無危險性，是由法院判斷，法院不得憑鑑定報告判斷，仍應當綜合一切客觀事實進行斷定⁴⁴。

關於執行暫時安置處分的期間，德國於 2007 年刑事訴訟法第 126a 條修正後，準用德國刑事訴訟法第 121、122 條的規定，對於邦地方法院發動暫時安置處分，執行滿六個月後，由邦高等法院進行暫時安置審查，如果法院或檢察官認為有延長必要，應向邦高等法院提出聲請，由邦高等法院決定是否延長；又，於聲請時，應提出專家意見等文件⁴⁵，用以說明有延長的必要，且專家意見等文件，並非僅是簡要意見書而已⁴⁶，必須相當詳盡，顯現受暫時安置處分的精神障礙觸法者，仍符合暫時安置處分的要件。值得注意的是，前述的六個月，其計算並不區分偵查或審判，也就是說一旦受暫時安置處分，就開始計算該期間⁴⁷。當邦高等法院審查後，認為不符合暫時安置處分要件者，即應撤銷安置；反之，若認為符合暫時安置處分要件，準用德國刑事訴訟法第 122 條第 4 項規定，核定延長暫時安置，且每次延長都必須三個月評估受暫時安置處分者，是否依舊符合暫時安置處分要件。

附帶一提，依個案情形，暫時安置處分可能轉換為羈押。在刑事程序中，未必能夠確知犯罪嫌疑人或被告於行為時，究竟是否因精神障礙而觸法，或者犯罪嫌疑人或被告狡詐，佯

⁴³ Karlsruhe stop Kommentar, §126a, Rn. 13.

⁴⁴ BVerfG NJW 2012, 513 (515)

⁴⁵ OLG Karlsruhe StraFo 2010, 113; vgl. auch OLG Jena StV 2011, 39

⁴⁶ OLG Stuttgart Beschl. v. 22.2.2010 – 2 HEs 16/10, BeckRS 2010, 23365; OLG Düsseldorf, NStZ-RR 2010, 19

⁴⁷ OLG Düsseldorf, StV 2009, 702 (703).

稱罹有精神疾病，而後被精神醫學專家識破。是故，暫時安置處分作成後，若被暫時安置處分之人，欠缺德國刑事訴訟法第 126a 條的宣告暫時安置處分要件，但卻符合刑法第 112、112a 條宣告羈押的要件，得轉換為羈押；同理，受羈押處分之人，若後來發現不符合宣告羈押的要件，卻符合宣告暫時安置處分的要件，也可能轉換為暫時安置處分。

2. 暫時安置處分的撤銷與停止

法院宣告暫時安置處分後，因個案情形不同，暫時安置處分可能撤銷或停止。關於暫時的撤銷，係依德國刑事訴訟法第 126a 條第 3 項規定，若個案中，後來發現欠缺宣告暫時安置處分的要件，或法院判決並未宣告收容，則應撤銷該暫時安置處分，以免過度限制人權。

另外，關於暫時安置處分的停止，則規定在德國刑事訴訟法第 126a 條第 2 項。由於暫時安置處分的性質，與羈押相近似，規範上有準用德國刑事訴訟法第 116 條第 3、4 項，以及第 123 條的規定，故暫時安置處分，如同羈押處分，若客觀上存有適當的替代措施，且藉此替代措施，得以達到與暫時安置處分的社會防衛效果，就有停止暫時安置處分的可能。

（三）執行狀況

德國的暫時安置處分，行之有年，已經累積相當的實行狀況。就目前掌握的資料來看，只有到 2017 年。理解德國的暫時安置處分，可以由二個面向，分別是每年暫時安置的新增人數，以及暫時安置的年度仍在安置機構內的總人數。

整體來說，暫時安置每年新增人數，穩定增加 900 至 1,000 餘人。具體統計資料，可見德國暫時安置每年新增人數：2007 年 1,072 人、2008 年 1,024 人、2009 年 991 人、2010 年 940 人、2011 年 939 人、2012 年 915 人、2013 年 963 人、2014 年 1,024 人、2015 年 1,076 人、2016 年 964 人、2017 年 1,204 人⁴⁸。就此來看，暫時安置處分的人數增加是穩定的，可能是在社會上，精神障礙者有一定比例，若無法在衛生行政上，給予精神障礙者一定的支持或幫助，一旦觸法將可能進入刑事訴訟程序的暫時安置處分。

就目前能夠取得的德國資料來看，在安置機構的精神障礙觸法者人數，近年呈現增長的趨勢。在觀察上，若略以近十年為度，近年的軌跡是，德國暫時安置年度仍在機構內的總人數：2010 年 592 人、2015 年 667 人、2017 年 739 人⁴⁹。也就是說，受暫時安置處分的精神障礙觸法者，有部分結束暫時安置，可能是因為撤銷或停止，也可能是隨著判決確定而進入執行收容；但是，也有部分精神障礙觸法者，仍在偵查或審判中，受暫時安置處分拘束人身自由。

（四）他山之石

2022 年台灣刑事訴訟法的修正，增設暫行安置制度，此制度受德國暫時安置制度的影響很大。就目前的情形來看，德國的延長暫時安置處分期間，似乎值得台灣參考。具體言之，在初次暫時安置上，台德的安置期間，基本相同，是以六個月為基準。台灣

⁴⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25692, 05.01.2021.

⁴⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25692, 05.01.2021.

刑事訴訟法第 121 條之 1 暫行安置的期間為六個月以下；德國刑事訴訟法第 126a 條，則是準用德國刑事訴訟法第 121、122 條的規定，對於邦地方法院發動暫時安置處分，執行滿六個月後，由邦高等法院進行暫時安置審查，用以決定是否延長。整體來說，相較於德國，台灣的暫行安置制度，對於受暫行安置人的程序保障，可能稍嫌不足；尤其是，關於暫行安置處分的延長規定。

1.延長暫行安置應更慎重

在安置的延長上，台德的規定有所不同。台灣刑事訴訟法第 121 條之 1 規定，暫行安置得依法延長，每次延長不得逾六月，累積不得逾五年。至於德國的暫時安置處分，依德國刑事訴訟法第 126a 條規定，準用德國刑事訴訟法第 122 條，每三個月審查一次。誠然，暫行安置處分的對象，是精神障礙觸法者，立法者希望藉由暫行安置處分，非但滿足民眾對於社會安全網的期待，也要兼顧精神障礙觸法者的醫療、訴訟權利。然而，縱然暫行安置處分的立法目的多元，也無損其作為拘束人身自由強制處分的現實，且其規範於刑事訴訟法中，主要功能如同其他強制處分，皆在確保程序的進行；但在安置期間必須考量精神障礙觸法者的病況，所以立法設計上，頗為不同。台灣刑事訴訟法第 108 條規定，偵查中的羈押期間為二月，得延長一次，且每次延長為二月，共計偵查中的羈押期間上限為四月；但依同法第 121 條之 1 暫行安置處分期間，單次就可以達到六月。

雖是如此，但與德國相比，似乎暫時安置處分的期間，仍不夠精緻。台灣的暫行安置期間，與其後暫行安置處分的延長期間，均是六月；德國的暫時安置處分期間，第一次是六月，但此後每三月就要審查一次。相形之下，台灣暫行安置的單次延長期間恐怕過長，或許有侵害精神障礙觸法者人權的疑慮。是故，或許可以考慮參考德國法的精神，將每次暫時安置處分延長期間縮短為三月，採取密度更高的審查，以保障精神障礙觸法者的人身自由。

又，在聲請延長暫行安置處分上，依台灣刑事訴訟法第 121 條之 1、第 121 條之 2 的規定，法官有權決定是否延長暫行安置處分，若延長是由檢察官聲請時，檢察官「應到場陳述聲請理由及提出必要之證據」。相比之下，在德國，負責決定是否延長暫時安置處分者，是邦高等法院，而發動暫時安置處分者，是邦地方法院；且在聲請暫時安置處分的過程中，法院或檢察官認為有延長必要，必須提出專家意見等文件。台灣的暫行安置處分發動或延長，係由承審案件的法官決定，並非由上級法院審查，以此觀之，德國法制下的延長暫時安置處分審查，更加慎重。

2.暫行安置處分應設評估制度

德國的暫時安置制度，依德國刑事訴訟法第 122 條第 4 項規定，於延長暫時安置處分時，三個月再次評估受暫時安置處分者，究竟是否符合暫時安置處分的要件。倘若，受暫時安置處分者經評估，非屬精神障礙觸法者，則法官個案判斷，是否轉換為羈押，或將之附條件釋放。如此一來，有助於保障人權，以免實際上，不符合暫時安置處分要件，或無暫時安置處分的必要性，卻過度侵害受暫時安置處分者的權益。

我國的暫行安置制度，欠缺評估機制。易言之，依刑事訴訟法第 121 條之 3 第 1 項規定，「暫行安置處分之原因或必要性消滅或不存在者，應即撤銷暫行安置處分裁定。」但若檢察

官或法院沒有主動探知，受暫行安置處分者未提起抗告，可能在個案上，受暫行安置處分者已無暫行安置原因或必要性，人身自由卻持續被限制。基於人權保障的考量，實可以參考德國法的精神，設置暫行安置處分的評估制度。況且，監護處分也有相應的評估制度，暫行安置處分卻無，恐不適當。基此，配合前述的建議，不僅是縮短每次延長暫行安置處分為延長三月，且於每次判斷是否延長暫行安置處分時，均進行評估。

3.暫行安置處分案件應優先集中審理

此外，應注意的是，刑事妥速審判法第 5 條第 1 項規定，「法院就被告在押之案件，應優先且密集集中審理。」既然暫行安置處分的性質，與羈押相近，同樣拘束被告的人身自由，法院就被告在暫行安置處分的案件，也應該優先且密集審理。附帶一提的是，除了應契合速審的要求之外，暫行安置是偵查中或審判中的強制處分，也應當留意無罪推定原則、比例原則。

依身心障礙者權利公約第 14 條，國家應該保障「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。」既然非精神障礙觸法受羈押時，享有優先且集中審理的程序保障，基於精神障礙觸法者的權利保障，亦應如此，以符平等的人權保障精神。基此，刑事妥速審判法第 5 條第 1 項，或可修正為「法院就被告在押『或受暫行安置處分』之案件，應優先且密集集中審理。」

三、德國的司法精神醫院

（一）概述

近年，司法精神醫院的設置，在台灣廣泛討論，特別是 2021 年 10 月，屏東發生便利商店精神障礙觸法者挖眼事件，更使引發民眾關注。2022 年 1 月，台灣的保安處分執行法修正，於該法第 46 條第 1 項第 1 款，受監護處分者，檢察官依照其情形，令入「司法精神醫院」接受治療；但實際上，台灣的司法精神醫院，尚未定調⁵⁰。反觀德國，設立司法精神醫院已經行之有年，用於收容或暫時安置精神障礙觸法者，或有值得台灣借鑑之處。

先予說明的是，德國的司法精神醫院，並非只有單一運作型態，誠如前述，有司法的獨立機構，與精神醫院結合的機構之分。司法的獨立機構，是指專門收容精神障礙觸法者的機構；與精神醫院結合的機構類型，可能是附屬於精神醫院的獨立部門，或將之編入一般精神醫學部門。之所以如此，是因為德國刑罰執行法第 138 條規定，「除聯邦法律另有規定外，執行收容的精神病院或戒治處所，根據各邦法律為之。」也就是說，司法精神醫院的設置，是各邦事務，由各邦自行規劃執行。不過，目前德國面對司法精

⁵⁰ 2021 年 10 月，法務部表示，「行政院通過設置司法精神醫院的預算編列，法務部會與衛福部充分合作、加速設置，在此之前，會先規劃設置司法精神病房。」見：中央廣播，法務部：司法精神醫院成立前 先設司法精神病房，<https://www.rti.org.tw/news/view/id/2113986>（最後瀏覽日：04/06/2022）

神醫院收容的承重負擔，也有在討論是否應制定全德統一的司法精神病院體制⁵¹。

（二）法制內涵

在法制上，德國司法精神醫院法制的特色是，給予各邦極大的權限，設計適合各邦的司法精神醫院。雖然，依德國刑法第 63 條，精神障礙觸法者，只要符合德國刑法第 20 條和第 21 條，就可以收容於精神醫院；依德國刑事訴訟法第 126a 條，偵查中、審判中的疑似精神障礙觸法者，也收容於精神醫院。但是，精神醫院的具體執行內容，德國的刑法、刑事訴訟法均無明文，而是依據德國刑罰執行法的相關規定處理。

依德國刑事執行法第 136 條，司法精神醫院的收容者，相關矯治必須依醫療專業而為，盡可能治療或改善收容者的狀況，使其不具有再犯危險性；同時，對於收容者必要的監管、照護。由此可見，德國的司法精神醫院，重視醫療專業，相關的執行工作，必須在精神疾病的系統內進行。又，依同法第 139 條規定，自由刑、保安監禁，在德國的刑事司法行政機關（監獄）執行。是故，自由刑與保安監禁以外的其他處分，可以在刑事司法行政機關以外的機構執行。由前開條文相互呼應，可以獲悉，對精神障礙觸法者的收容，非由刑事司法行政機關執行，而是由司法精神醫院承擔重責。

不過，應強調的是，德國刑法、刑事訴訟法或刑罰執行法規範的精神醫院，可以理解為司法精神醫院，與德國醫事法律規範的通常醫療院所不同。另，德國的司法精神醫院，雖然在法律上沒有統一的規範，但仍可以從「人員」與「設備」的配置，瞭解德國司法精神醫院的概況。

1. 醫院人員

司法精神醫院能否成功治療精神障礙觸法者，關鍵是醫院人員的質量。在規範上，2019 年，德國聯邦聯合委員會（Gemeinsame Bundesausschuss）公布「精神科、心身科以及兒童暨青少年精神科醫院人員配置準則（Richtlinie über die Personalausstattung in psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken）」，並於 2020 年實施，對於司法精神醫院的人員配置做出最低限度的計畫要求，且在準則所規定的階段計畫中，未能達成計畫的逐步目標者將會受到經濟上的處罰⁵²。

在實踐上，司法精神醫院，用於收容或暫時安置，所以醫院的人員，具備治療者的角色，也要擔負保安的工作。在此種雙重功能的要求下，非傳統精神醫學或護理活動所能承擔。在司法精神醫院內，除了精神醫師及護理人員外，還要有其他的專業人員，如心理師、社會工作者、工作及活動治療人員及教育人員等。以下，介紹司法精神醫院內的人員，以及檢討執行上的困難。

（1）精神專科醫師

依德國刑罰執行法第 136 條，司法精神醫院的相關措施，都要符合醫療專業，故在實務上，必然彰顯精神醫師的地位。為了符合精神醫師在執行上的事實功能，執行機構即由其領

⁵¹ Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25692, 05.01.2021.

⁵² Deutsches Ärzteblatt 2019, Band 116, Heft 51–52, A 2388.

導，有關精神障礙觸法者的治療與照顧，便應由其決定。然而，現實上，司法精神醫院內的精神醫師，十分辛勞，主要原因是，醫師人力不足，加上工作存有衝突性。

司法精神醫院內的精神醫師，相當有限，且十分忙碌；加上支援司法精神病院的醫師人數相當有限⁵³，更加劇這種情形。也因為人力不足，工作量大，且司法精神醫院的精神醫師，忙於精神鑑定及出庭陳述意見，進而阻礙了精神醫師本來應該要有的持續性工作⁵⁴，使得精神醫師之於病人，即有一種如「邊緣人」(Randfigur)的角色⁵⁵。

再者，精神醫師的工作，也處在一個尷尬局面。理論上，他應扮演幫助者的角色，受到精神障礙觸法者的信任，但因其同時扮演社會的保護角色；這種特有的關係，被稱為「雙重忠誠」(Doppelloyaltät)⁵⁶。也就是說，精神醫師之於精神障礙觸法者，一方面要治療他，另一方面又要避免他再犯，使得精神醫師容易與精神障礙觸法者站在對立面。如此一來，在人力有限的窘境，更加重精神醫師工作的負擔。

(2) 心理專業人員

除了精神醫師外，目前德國司法精神醫院的運作，心理師也舉足輕重。司法精神醫院的心理師，日益重要的原因主要有二：其一是，由於精神醫師的缺乏，而考慮到是否有相關的專業人員可以援用；另一是因為臨床心理學的發展亦符合精神醫學及治療上的參與⁵⁷。

但是，精神醫師與心理師之間的界限，有時仍不清楚，尤其在過去，精神醫師總認為心理學只是精神醫學的輔助科學而已。不過，隨著心理學逐漸被放入執行機構之內，從前那種僵化的現象，已隨之鬆動。雖然，心理師在司法精神醫院的定位，似乎並未明朗；但有一現象是，在同一執行機構內，如果精神醫師越少，則有心理師越多；反之，精神醫師越多，心理師的人數就減少⁵⁸。

(3) 護理人員

在德國，司法精神醫院的護理人員，非常重要。因為，精神醫師、心理師的流動性很大，反而是護理人員願意長期留在執行機構⁵⁹。傳統上，司法精神醫院的護理人員，主要是看管及監督的人員，主要是為了保護社會大眾免受精神障礙觸法者的干擾，保護被收容病犯本身的安全。但是，當代的精神醫學，護理人員的角色扮演已有所轉變，工作重點已從警衛功能，

⁵³ 根據 Guth 調查德國 27 個地方的執行機構，顯示病人與精神醫師的比率是從 1：100 至 1：22，平均的狀況是 40 個病人只有一個精神醫師的配置。Vgl. Guth, Untersuchungen zur Situation der psychisch kranken Rechtsbrecher in Deutschland; Psychiat Prax 1983, S.166

⁵⁴ Rasch, Gutachten zur Situation und zu Entwicklungsmöglichkeiten in der Durchführung des Maßregelvollzuges nach den §63 und 64 StGB in forensischen Bereich des Westf, in: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.), Krank und/oder Kriminell?, Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe, 1984, S.29.

⁵⁵ Sluga, Geistesranke Rechtsbrecher: Forensische Psychiatrie und Strafrechtspflege, 1977, S.4.

⁵⁶ Kayser, u.a: Gruppenarbeit in der Psychiatrie Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft, 2. Aufl., 1981, S.110-111.

⁵⁷ Ebd., S.118.

⁵⁸ Guth, a.a.O. (Fn. 53), S.166.

⁵⁹ Kayser, a.a.O. (Fn. 56), S.110.

移轉到照顧功能⁶⁰。

因為如此，德國強化護理人員專業知識背景的要求。專業的培訓，成為護理人員的必要前提條件⁶¹，也使得護理人員成為全才。護理人員必須在法律執行、心理、教育、家政、調查、心理關懷、職業治療以及疾病看護等各方面，有所涉獵⁶²。

（4）其他專業人員

隨著不同職業領域分化的進展，有各種專業人員，如教育、社會工作、工作及活動治療人員等，加入司法精神醫院，攜手協助精神障礙觸法者的治療。

精神障礙觸法者的社會化缺陷及發展障礙，有賴教育人員解決。教育人員能幫助精神障礙觸法者發現自我及潛能⁶³。在此種自我發現的過程，能喚起精神障礙觸法者的能力。但此種過程也很容易與保安需求發生衝突。有鑑於此，教育人員的功能自始即受到很大的限制，此種限制便阻礙工作效能。因此，在執行機構內的教育人員，一直都未有很清楚的職業角色表現出來⁶⁴；可是無論如何，教育人員的努力，在德國仍然受到普遍的肯定⁶⁵。

傳統上，社會工作者只是處理司法精神醫院內，涉及精神障礙觸法者的行政事務⁶⁶；但隨著司法精神醫院運作的發展，社會工作者也可以幫助精神障礙觸法者瞭解社會環境，以及克服社會環境的問題⁶⁷。由於社會工作者，對司法精神醫院和社會成員都有責任，因此他經常要扮演解決精神障礙觸法者與司法精神醫院的利益衝突問題⁶⁸。

值得關注的是，「工作及活動治療」在德國的精神醫學，以及對精神障礙觸法者的治療、照護方面，已有很久的傳統⁶⁹。過去由沒有受過特別訓練的工藝技術人員和護理人員從事工作治療，後來則由通過國家檢驗的人員來承擔此項工作。工作治療的任務，要規定工作日數和訓練精神障礙觸法者的工作能力，希望透過工作治療，讓精神障礙觸法者將來可以投入一般的就業市場⁷⁰。同時，希望透過工作治療，喚起病犯的創造力及在工作中得到快樂，並且可以有意義的度過未來的休閒時間。所以工作及活動治療人員是「人性日常行為（工作及休閒）的專家」。他們工作的主要範圍包括：陪伴精神障礙觸法者外出，如購物、散步、利用交通工具、參觀戲

⁶⁰ Kayser, a.a.O. (Fn. 56), S.98, 105.

⁶¹ Trampe, *Therapeutische Funktionen des Pflegepersonals*, WsFPP 1994, S.67-77.

⁶² Ingvar Leptihn, *Die Aufgaben des pfelegepersonals in der Psychiatrie-Eine Einstellungsuntersuchung zum Selbstund Fremdbild des pfelegepersonals in psychiatrischen Einrichtungen*, in: Laux/ Reimer (Hrsg.), *Klinische psychiatrie, Tendenzen, Ergebnisse, Probleme und Aufgaben heute*, 1982, S.254-257. Kayser, a.a.O. (Fn. 56), S.262.

⁶³ Kayser, a.a.O. (Fn. 56), S.262.

⁶⁴ Rasch, a.a.O. (Fn. 54), S.27.

⁶⁵ Maul, *Zeugnisse heilpädagogischen Denkens im Zeitalter der Aufklärung*, VHN 1983, S.407; G. Theussen: *Absätze zu einer Pädagogik verhaltensauffälliger Erwachsener in Heilpädagogischen Heimen*, VHH 1982, S.192.

⁶⁶ Rasch, a.a.O. (Fn. 54), S.27.

⁶⁷ Ebd., S.27.

⁶⁸ Hügel/ Hupe, *Probleme und perspektiven der sozialarbeit in der forensichen Psychiatrie*, in: Blau/ Kammeier (Hrsg.), *Straftäter in der Psychiatrie*, 1984, S.79.

⁶⁹ Theussen, *Absätze zu einer Pädagogik verhaltensauffälliger Erwachsener in Heilpädagogischen Heimen*, VHH 1982, S.191.; Maul, *Zeugnisse heilpädagogischen Denkens im Zeitalter der Aufklärung*, VHN 1983, S.407.

⁷⁰ Kayser, a.a.O. (Fn. 56), S.142.

院及拜訪精神障礙觸法者將來的雇主。他們的工作，有部分與社工人員重疊，但可將之視為二種不同工作領域的合作⁷¹。

2. 醫院設備

司法精神醫院，除了要有充沛的專業人力外，也必須要有適當的設備，才能確保收容或暫時安置工作能夠順利。

整體而言，司法精神醫院的空間結構、技術設備等的規劃，除了必須適合於治療及照護的需求之外，還必須考慮到管理的便利。換言之，對於這些設備的考量，必須超越監獄，因為司法精神醫院不是單純的監禁，而應該以追求精神障礙觸法者將來復歸社會。為了達到協助精神障礙觸法者復歸社會的目標，司法精神醫院的設備，應符合「近似原則（Angleichungsgrundsatz）⁷²」，也就是讓司法精神醫院的環境，盡可能與外部生活環境近似。

以北萊茵－威斯特法倫邦（Nordrhein-Westfalen）為例，該邦的保安處分執行法（MRVG NRW）第2條，便有符合近似原則的立法要求，要求司法精神醫院的設備，能夠提供精神障礙觸法者，除了適當的治療場所以外，休憩、活動治療和職業治療的處所以及教育措施和其他適當活動，以及公共空間和會客室等，也必須適當設計；同時，精神障礙觸法者的房間，必須配備窗戶與暖氣。北萊茵－威斯特法倫邦的保安處分執行法施行細則（DV-MRVG NRW）第3條，更細緻要求司法精神醫院，提供精神障礙觸法者，能夠分開探視、治療和睡覺的房間，且配置浴室，盡量讓精神障礙觸法者，在司法精神醫院內，能享有舒適的環境，進而使之能有適應社會生活的能力。

（三）他山之石

誠如前文，目前台灣司法精神醫院的設置，尚未明朗，其中主要原因之一，恐怕是主管機關的爭論，也就是，在法務部與衛生福利部之間，由何者充任主管機關較佳。平心而論，這不是法律問題，而是政治問題。因為，在國際上，司法精神醫院的主管機關，有法務行政部門者，也有衛生行政部門者。重點是，無論誰是主管機關，另一機關都要與之協力，共同幫助精神障礙觸法者。

德國的司法精神醫院，可以給台灣的啟示是，要辦好司法精神醫院，相應的資源投入，勢必不可少。眾所周知，德國是世界上的主要經濟體，長年位居世界第四，歐元區第一；但縱然是如此富裕的國家，在司法精神醫院的資源挹注上，也會覺得吃力。是故，回望台灣，我們必須把有限的財力，放在司法精神醫院的重要事務上，以免不當消耗能量。德國法給我們指引方向，即醫院人員、醫院設備，是完善司法精神醫院的重要支柱。

1. 投注更充足的多元專業人員

在司法精神醫院，醫院人員資源的投注，是重中之重。目前，台灣在醫院人員部分，係

⁷¹ Ebd., S.144.

⁷² Laubenthal, Strafvollzug, 8. Aufl., 2019, S. 147 Rn. 196.

依據 2020 年修正的醫療機構設置標準第 5 條，作為標準。按照該規定，精神病院細分為「精神科醫院」及「精神科教學醫院」，其中人員配置，要求有醫師、護理人員、藥事人員、臨床社會工作人員、臨床心理師及職能治療人員。在此之中，德國相當重視護理人員，此應是台灣值得學習之處。在德國，護理人員被視為照護精神障礙觸法者，相當重要的角色。也因為，護理人員通常接觸精神障礙觸法者最深、最廣，所以被期待成為司法精神醫院的通才，希望護理人員必須具有心理、教育、家政、調查、法律、職業治療、疾病看護等基本能力。然而，若台灣要培養如同德國司法精神醫院的專業護理人員，誠如前述，必須投入更多的資源。簡言之，國家衛生福利政策上，挹注更多資源，才能吸引優秀的護理人員投身其中，並打造友善的護理人員在職進修環境，以提升其職能，方才能成為司法精神醫院中堅力量的關鍵。

另外，在德國，對於司法精神醫院的定位，除了治療精神障礙觸法者的疾病以外，也希望藉由司法精神醫院提供的照護，精神障礙觸法者，可以再次回歸社會。是故，在醫院人員的相關配置上，就會隨著不同職業領域分化的進展，有各種專業人員，如教育、社會工作、工作及活動治療人員等，加入司法精神醫院，攜手協助精神障礙觸法者的治療，以協助病患再社會化。其中，比較特別的是「教育」人員，台灣並無此人員要求，頗值得參考。因為，德國的想法是，精神障礙觸法者的社會化缺陷及發展障礙，有賴教育人員解決，幫助精神障礙觸法者發現自我及潛能。

2. 打造接近院外生活的醫院環境

司法精神醫院不是監獄，監護處分也不是單純的監禁，在治療精神障礙觸法者的同時，也應該顧及精神障礙觸法者的社會復歸，使之離開司法精神醫院後，能夠順利適應社會生活。德國相當重視這個觀念，所以在司法精神醫院的人員設置上，如同前述，延攬諸如教育、社會工作、工作及活動治療人員等專業人員，共同加入司法精神醫院，幫助精神障礙觸法者回歸社會。

同理，除了醫院的人員以外，醫院的設備，也應該要發揮幫助精神障礙觸法者回歸社會的效果。是故，在德國法上，有所謂「近似原則」，意即，期待司法精神醫院設備所營造的醫院生活環境，能夠與院外的社會生活環境近似。若司法精神醫院的設備，不重視為受監護處分人打造接近院外生活的空間，則司法精神醫院將會變得冰冷，這些久經監護的精神障礙觸法者，可能難以適應醫院外的生活，與社會脫節，反而不利於再社會化。當然，打造接近院外生活的醫院環境，需要相當資源支持，這也是目前台灣比較欠缺的。

四、CRPD 精神對德國法制的檢驗

CRPD 在德國於 2009 年 3 月 26 日生效後，德國聯邦政府於 2011 年即依照 CRPD 第四條的宗旨，通過人權行動計畫（Menschenrechtlichen Aktionspläne）⁷³，積極採取一切適當措施，於其職責範圍內落實對身心障礙者的權利保護。聯合國 CRPD 委員會於 2015 年初次審查德國之實行情況並發表結論性意見，其內容中的建議為德國實施 CRPD 奠定開創性的基礎。2018

⁷³ Deutsches Institut für Menschenrechte, at <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-von-menschen-mit-behinderungen/aktionsplaene> (last visited 10/03/2022).

年委員會再度向德國發送問題清單，2019 年 9 月經聯邦內閣核准，將德國第二次及第三次合併定期報告⁷⁴提交委員會，預計將於 2023 年 3 月召開會議，審查德國國家報告與 CRPD 的實施情況。

德國人權研究所作為德國獨立的國家人權機構，致力於確保德國在國內外尊重與促進人權，並且監督政府關於 CRPD 等聯合國公約的執行情況，於 2021 年即對於第 20 屆議會任期（2021-2025）如何加強落實 CRPD 提出核心建議⁷⁵，可一窺德國對於執行 CRPD 在法制與實務作為上之檢討，皆為相當值得參考之文件。以下說明理德國執行 CRPD 對於精神障礙觸法者相關法制的檢討：

（一）關於第 12 條之規定

德國人權研究所認為，德國在監護法、刑法及各邦精神衛生相關法律中，仍規定有強制治療及限制精神障礙者自由，可能有悖於 CRPD 第 12 條及第 14-17 條之精神。

另外，德國關於執行 CRPD 第 12 條之討論焦點，在於監護人或監護機構對於替代性決策必要行原則的執行，聯邦政府提出的第二次及第三次國家報告中表示，其目前還未計劃廢除所有形式的替代性決策，因為聯邦憲法法院強調，國家有責任保護需要援助的人，在個人不具備或不再具備行動能力和決策權的情況下，欠缺有自我決定的能力，則監護人可做出並執行替代決定，以保護其免受嚴重傷害。

（二）關於第 13 條之規定

關於 CRPD 司法近用的精神，德國司法機關、監獄人員、員警接受與身障者溝通知相關培訓。包含法官在內，提供定期培訓課程，由精神照護專家與監獄系統，分享相關知識及處理有社會心理障礙的囚犯的最佳做法，並且保留社會心理輔導員清單，法院可依刑事訴訟法規定於刑事訴訟程式中任命社會心理輔導員。

（三）關於第 14 條之規定

自從通過《關於同意強制醫療法案 Act regulating Consent to Compulsory Medical Treatment》後，立法機構已經將強制醫療的同意與監護法中有關機構的非自願安置脫鉤。在嚴格的程式與實體要件下，民法典第 1906a 條規定，強制醫療伴隨住院的要求，被監護者所需的醫療護理，及後續治療都得到確保。但因最後手段性，門診提供強制醫療的可能性被排除。

德國法律只規定在特殊情況下，可以強制收容和使用剝奪自由的措施，包含（1）基於監護法院的決定，只有在嚴格的實質與程式要件下，才允許非自願性監護，並採取剝奪行動自

⁷⁴ Combined 2nd and 3rd reports submitted by Germany under article 35 of the Convention, pursuant to the optional reporting procedure, due in 2019: Convention on the Rights of Persons with Disabilities, available at <https://digitallibrary.un.org/record/3954014> (last visited 10/03/2022).

⁷⁵ Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention. (2021). Empfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der 20. Wahlperiode (2021-2025): 11 Eckpunkte, at <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-75934-9> (last visited 10/03/2022).

由的措施，以避免對相關人健康造成重大損害。(2) 對於因監護和家庭法院裁定的兒童，兒童或青少年非自願安置在精神醫院、福利機構，並對未成年人剝奪行動自由，除需有監護權父母同意外，還需有家庭法院核准，且僅於該措施對避自己或他人重大危險必要，該危險無其他手段可免除時始可授權。(3) 基於刑法第 63 條的規定，但僅是在其另外犯有一項或多項刑事罪行，可能繼續犯其他嚴重罪行，對公眾有危險的情況下始得為之。(4) 根據各邦相關精神衛生法，當精神障礙者對自己或他人有嚴重危險，可違背其意願送醫，此時，精障者無意願接受治療並不能阻止其受安置，但安置需由法院許可。然而，德國人權研究所認為，德國在監護法、刑法及各邦精神衛生相關法律中，仍允許以上強制治療及限制精神障礙者自由的方式，仍有悖於 CRPD 第 12 條及第 14-17 條之精神。

(五) 關於第 16 條之規定

德國研究發現，生活在機構中的三分之二以上的精障婦女已受到暴力影響，聯合國 CRPD 委員會於 2015 年即對此情況表達關切，呼籲聯邦政府、各邦應制定策略，在落實 CRPD 第 16 條免受剝削、暴力和虐待上提供保護，並對各機構進行獨立外部監督。德國人權研究所亦要求政府應對於設施內的暴力情況，提供充足的財力與人力資源予監測機構，進行獨立的外部監測，認為應朝向去機構化，開放設施空間，解散住宿機構，支援門診服務的方向進行。

(六) 關於第 19 條之規定

德國人權研究所認為，德國執行 CRPD 第 19 條值得檢討之處，在於對精障者的支援系統仍以隔離為主要特徵，嚴重缺乏無障礙住所，公共設施和無障礙性服務等。雖然有越來越多的門診資源提供精障者的援助，但大多數精神障礙者，特別是老年人仍生活於特殊住宿的設施中，以機構化護理為特徵，不平等的權力關係可能削弱精障者的自決權，進而衍生各種形式的暴力。

(七) 展望

德國是世界上數一數二的人權國家，但在 CRPD 的檢視之下，仍不難發現，德國的精神障礙觸法者處遇法制，仍發現些許值得改進之處。由此可見，對於德國精神障礙觸法者處遇法制的革新，也是當務之急。對此，德國人權研究所，作為德國獨立的國家人權機構，致力於人權保障，監督政府關於聯合國公約的執行情況，應具有重要性；其中當然包含對於精神障礙觸法者的人權保障，以及 CRPD 在德國的落實情形。首先，德國的強制收容或強制治療制度等，仍有限制人身自由的色彩，雖然在立法上，在精神障礙之外，有其他特殊情況的條件，如犯行嚴重並對公眾有危險可能，但仍有違反 CRPD 精神的疑慮。其次，收容設施內存有暴力問題，有害精神障礙觸法者的人權，應提供充足的資源改善；另外，目前德國對於精障者的支持系統，仍停留在以隔離為主，但長遠來看，更應朝向去機構化，方才符合 CRPD 精神，以落實身心障礙者的人權保障。

肆、日本精神障礙觸法者的司法處遇

一、日本「入院處遇」之司法審查

（一）概述

有關日本針對精神障礙觸法者的司法處遇，早於 1950 年制訂「精神衛生法」，本法當時已包含安置入院制度的規範，也就是可以透過主管機關下達的行政上命令，對有自傷或傷害他人風險的精神障礙者，採取命其住院的行政處分。其後 1987 年，日本完成「精神衛生法」的修法工作，並改稱為「精神保健法」，納入任意住院的制度。1995 年，該法再次更名為「關於精神保健與精神障礙者福利之法律」¹，以下簡稱「精神保健福利法」。

1999 年的日本精神保健福利法修正時，考量「犯重大犯罪之精神障礙者的處遇之應有方式，應從廣泛的觀點進行檢討」的契機，日本於 2003 年終於完成「醫療觀察法」的立法工作。醫療觀察法著眼於再犯危險性的去除，立法目的為：希望「疾病的改善以及防止同樣行為再次發生」，顯然尚存有社會防衛的思維²。

再者醫療觀察法是國家家父主義為出發，容許精神障礙觸法者強制入院，則本法和日本之精神保健福祉法則有相同的目的與精神。實然，日本普遍的看法是認為著強調社會復歸與國家的照護義務。換言之，日本醫療觀察法的立法目的是，主要是考慮在心神喪失等狀態下為重大他害行為之人，除了有罹患精神障礙以外，也有重大的他害行為，故應以必要進行密集的醫療，若無法順利復歸社會，社會將會再次受到傷害，因此，本法是以「希望精神障礙觸法者能順利復歸社會」的法律。

不過，值得注意的是，日本於 2014 年 CRPD 於該國內生效後，由於該公約第一條以「促進、保障與確保所有身心障礙者充分及平等享有所有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。」為主軸，無論是該國的民間團體與民意代表等，都出現不少質疑醫療觀察法的聲音，其中主要認為如同我國監護處分強制指治療的指定入院，違反精神障礙觸法者意願本身，顯然直接牴觸了 CRPD 的主要精神，後續該國是否會透過修法或其他方式予以回應，值得我們持續觀察。

以下將先從本法制度的內容出發，針對本法有關「指定入院」（類似我國目前所定之監護處分）與「指定門診」（我國未有類似規定，意指透過聲請並由法院審查決定對象者應定期到院接受治療）等之聲請途徑與審查程序等進行說明與介紹。

（二）法制內涵

1. 程序之參與人員

（1）適用之對象

不同於我國監護處分與增訂的暫時安置，並未針對受處分對象的「罪名」做出限制，日本依該法第 2 條規定，列舉經驗上容易起因於精神疾病誘發之各種犯罪。這些規定有刑法第

¹ 參照：日本厚生勞動省網站，<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/law.html>（最後瀏覽日：03/10/2022）。

² 多田一路，醫療觀察法の合憲性，ジュリスト臨時増刊，1531 期，2019 年，頁 29。

108 條至第 110 條、第 112 條的放火罪、刑法第 176 條至第 180 條的強制性交罪、刑法第 199 條殺人罪、第 202 條得囑託承諾或教唆幫助自殺罪、第 203 條之殺人未遂罪、刑法第 204 條傷害罪、刑法第 236 條強盜罪、第 238 條準強盜罪、第 243 條強盜未遂罪等。

此外，除了罪名外，也須符合三項實質要件之一。其一，因心神喪失（我國刑法第 19 條第 1 項）或心神耗弱（我國刑法第 19 條第 2 項）而受到不起訴處分確定者；其二，因心神喪失受無罪判決確定者；其三，因心神耗弱而受刑之減輕確定判決者。

（2）參與審理之成員

根據本法的審理程序，依照本法第 11 條規定，是由職業法官與精神科醫師各一名組成合議庭為之。同時，依據本法第 6 條第 1 項與第 2 項規定，組成合議庭的精神科醫師，稱為「**精神保健審判員**」，關於該員的選任方式，依序為，先由厚生勞動省每年先將具有執行本法審判職務時之醫師名簿造冊並移送最高裁判所；再由地方裁判所再依最高裁判所所定的規則預先選任出複數名醫師作為選任人選；最後於實際審理案件時，再從選任名單中任命之。

其次，依照上述第 15 條第 3 項規定，「**精神保健參與員**」作為對精神障礙者之醫療保健與社會福利等具有專業知識者，也會共同參與審判。不過，即使沒有通過國家考試認證，但若經厚生勞動省認定為有關於精神障礙者之保健與福利的專門知識及技術時，仍得依本法選任。

此外，也有律師擔任所謂的「**輔佐人**」的程序參與規定，主要是考量受本法處遇之對象，或有拘束人身自由或對權利有輕重不一的侵害情形，學者指出，為能保障受處遇者的正當權利，且關於處遇是否有必要，以及如有必要應以如何的內容處遇等問題，為期能夠基於豐富的資料納入多方面的意見後，在此基礎上進行判斷，因此納入律師作為對象者之輔佐人的制度，期待律師能夠協助進行審判³。至於輔佐人僅以律師為限，則是因為日本立法者考慮到上述輔佐人職務內容，認為應以律師為適當。

2.治療的啟動與轉換途徑

有關符合本法身分資格（具備精神障礙狀態與有對應到本法所定之犯罪條文規定時）適用本程序的相關途徑，主要以下四種類型，分別說明如下⁴。

（1）聲請指定入院或指定門診

關於聲請的要件，依照本法第 33 條第 1 項，檢察官在認定對象者有進行重大他害的對象行為，且因其心神喪失或心神耗弱而為不起訴處分，或對象者因心神喪失或心神耗弱而受到無罪或減輕其刑之判決時，必須向地方法院進行聲請，並決定是否接受指定入院或指定門診。此外，如第 33 條第 3 項則規定，輕微傷害犯罪，可由檢察官依裁量不提出聲請。

當檢察官依法向地方裁判所提出之聲請被受理後，法院將進行合議審判前，原則上會依照本法第 37 條先進行鑑定。鑑定前為確保精神障礙觸法者能到院鑑定，原則也會同時

³ 參照：白木功、今福章二、三好圭，「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）について(5)」，法曹時報，57 卷 11 号，2005 年，頁 3343；黃士軒，初探日本「醫療觀察法」之審判制度－與我國暫時安置制度的簡要比較，精神障礙觸法者監護處分相關法制研討暨焦點座談會，2022 年 2 月 18 日，監察院二樓第一會議室，頁 132。

⁴ 關於以下說明，主要參照：黃士軒，同前註 3，頁 132-145。

核發「住院鑑定命令⁵」。此外，在審判期日前，除鑑定外，本法第 38 條規定，法院得請求保護觀察所調查對象者之生活環境，諸如居住地與居住家屬的狀況、復歸社會時，家屬有無協助的意思以及其程度、目前的生活狀況與治療狀況、本人生活周圍的環境等。

在審判期日，依照本法第 39 條第 3 項，法院必須履行說明義務，包含類似緘默權保障，不能強迫當事人供述，輔佐人有陳述意見的機會。審理完後，法院在對象者無精神障礙時駁回聲請。但當檢察官原本因認為對象者心神喪失無責任能力而為不起訴處分後，法院經審理認為對象者僅屬心神耗弱，並非完全無責任能力時，從檢察官之立場而言，即仍有可能將有限制責任能力的對象者起訴之餘地，因此本法則有進一步規定，裁判所應通知檢察官，使其於二週內決定是否撤回聲請，並轉而作為被告起訴⁶。

第二，當裁判所經審理後認為對象者符合法定之要件時，即應該依第 42 條第 1 項規定，判斷應當（1）指定入院治療；（2）指定門診定期診療；（3）不進行本法所定醫療。依照第 43 條第 1 項與第 2 項規定，不論是住院醫療，或接受非住院的定期醫療，都應在厚生勞動省所指定的醫療機構進行。而若為非住院之定期醫療，則得以 3 年為期間，並於有必要時透過聲請延長程序，在合計不超過 2 年的期間內將定期醫療期間延長。

（2）聲請出院或繼續住院

本法第 49 條規定，指定入院治療者，原則每 6 個月應由指定住院醫療機關之管理人得向法院聲請確認是否使對象者繼續住院接受治療。顯然這要的規範意旨，主要是考量指定入院本質上就是一種侵害人身自由的處分，在未有天花板與上限時，必然需要較為密集的檢討治療的效果，當欠缺「入院監禁」的治療必要性時，就應當轉為較為緩和的指定門診或其他方式。除此之外，依據第 49 條第 1 項給定，即使法院第一次裁定未滿六個月，或經法院裁定繼續住院接受醫療後，尚未滿六個月，醫療機關如認已無住院治療必要，亦得向法院聲請裁定出院。

此外，第 50 條規定，對象者之保護者與輔佐人亦得向法院聲請出院或使醫療終了。有論者認為，此項聲請權在解釋上，應認為是基於因精神障礙住院病人保護的權利義務所生，屬獨立代理權，可與病人的意思相反，獨立提出聲請⁷。

總之，當法院受理聲請時，依第 51 條第 1 項規定，必須依照以下幾種情況做出裁定：第一種情況是，「確認繼續住院裁定」。第二種情況是，是「許可出院裁定，但是出院後仍需繼續接受治療（廣義上能包含指定門診，或由醫療人員實施居家治療）。第三種情況是，「裁定結束醫療」，意指對象者不需再接受任何形式的治療。

（3）聲請終止或延長指定門診期間

在非住院醫療裁定時，主要是由法務省於各地所設的保護觀察所所長掌理受處遇對象於社區中的狀況。因此，當期間屆滿前是否已無必要接受醫療而應使醫療終了，或期間屆滿後是否應有必要延長？保護觀察所應負責提出聲請之。當準備提出聲請前，應與對象之定期醫療機構人員進

⁵ 本命令功能上貼近於目前我國於刑事訴訟法增訂之暫時安置處分，相關內容將於後述。

⁶ 參照：白木功、今福章二、三好圭，同前註 3，頁 3392。

⁷ 參照：白木功、今福章二、三好圭共著，「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）」について（6・完），法曹時報，57 卷 12 号，2005 年，頁 3569-3570。

行協商與交換意見（第 54 條第 1 項與第 2 項），當雙方形成共識後，再由法院審查判斷。此外，保護者與輔佐人依法亦能向法院聲請終止定期醫療，且不受對象之意思拘束。

對於延長非住院醫療之聲請，或對於使醫療終了之聲請，除了法院認為不適法而以裁定駁回的情形（第 56 條第 2 項）外，法院於有必要時經鑑定（第 57 條），且踐行法定的審理程序後，應分別情形為以下各種類型之裁定：第一，延長指定門診等分住院醫療之裁定（第 56 條第 1 項第 1 款）。第二，醫療終止裁定（第 56 條第 1 項第 2 款），在此情形下，若病人仍有治療必要，則應另改由精神保健福利法等其他法令進行必要的醫療。第三，駁回聲請之裁定（第 56 條第 1 項第 3 款）。主要是針對保護觀察所或病人提出的醫療終止為准駁。

（4）聲請再入院治療

當進行「非住院定期診療」的病人，違反其應受醫療的義務時，或不遵守該法第 107 條所定各款應遵守事項時，為了確保後續治療能夠持續與順利的進行，保護觀察所得與醫療機構協商，向法院聲請「指定入院」裁定。而為了做出正確的判斷，法院得核發命令將病人留置醫院內進行住院鑑定（容待後述）。鑑定住院期間原則為一個月，但法院認為有必要時，得以合計不逾 1 月的期間內延長。

在法院進行必要之鑑定時，以及踐行法定程序後，依第 61 條第 1 項規定為以下的各類型裁定：（1）指定入院治療（第 61 條第 1 項第 1 款）。（2）駁回聲請之裁定，並保持現有定期診療（第 61 條第 1 項第 2 款）。（3）醫療終了裁定（第 61 條第 1 項第 3 款）。

3. 審查判斷事項

至於法院於審查時的具體判斷標準，主要有是在判斷精神科醫師的鑑定結果的妥適性，精神障礙觸法者的行為內容、行為時的精神狀態與審判時的病況、其生活環境等，來綜合判斷是否可以持續接受治療。此外，精神保健審判員也需判斷鑑定結果的內容，同時以對象者的精神障礙病況與生活環境等資料為參考，考量其發展、與未來類似或同樣行為時，是否依然有發病的可能性與風險⁸。

以下將以上述住院醫療聲請的審查的情況來舉例說明⁹。首先，合議庭應考慮病人行為時是否仍患有與行為時造成心神喪失或心神耗弱狀態之同一精神障礙情況（精神障礙同一性要件），並為了改善（包含不使其惡化）其病況，本法之指定入院治療（治療可能性要件）是否能夠有效。再者，合議庭也應衡量，病人若不指定入院，是否有可能因該精神障礙的情況，而有實施危害社會之相同行為與其可能性（為同樣行為之具體、現實的可能性要件）。如前述，關於審查合議庭的組成，是由 1 名職業法官與 1 名精神保健審判員進行跨領域的協力模式。選擇此種合議庭組成的理由，主要有以下兩點考慮。

第一，日本醫療觀察法所定的處遇是否必要，以及應施以何種內容之處遇的判斷上，涉及到精神醫療專業，因此應有專業之醫師即精神保健審判員參與判斷。第二，本法之處遇，具有強制性質，因此程序需在保障受處遇之對象者之正當權利的前提下，基於充分的資料進行中立與公平的判斷。故需由職業法官基於法律專業知識經驗進行判斷，而正式審理程序中，

⁸ 參照：白木功、今福章二、三好圭共著「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）」について(2)，法曹時報，57 卷 1 号，2005 年，頁 39。

⁹ 以下參照：黃士軒，同前註 3，頁 147 以下。

依第 12 條第 1 項是由職業法官主持，評議時則依 13 條規定，由職業法官與精神保健審判員分別依據自己的專業陳述意見。而依 14 條規定，本法的評議制度應為共識決。

（三）執行狀況

根據學者指出¹⁰，目前地方法院醫療觀察法的審查狀況（2005.7.15 至 2019.12.31 止之統計），共計 5,098 人。其中，接受指定入院者為 3,459 人（占 68%），指定門診者為 645 人（占 13%），經審查未接受醫療者為 798 人（占 16%），直接在程序上駁回者為 166 人（占 3%）、程序上撤回聲請者為 30 人。從這項數據可以知悉，指定入院（強制治療）與指定門診的案件幾乎佔據 80% 比例，僅有一成五左右被認定不需接受本法之醫療協助。以下將進一步針對本法審查時的具體標準，並以東京地方法院的運作模式為例，說明審查的執行狀況

1. 厚生勞動省的鑑定指引與標準

關於監護處分的判斷，除了從程序上保障精神障礙觸法者的權益外，關於實務運作上，法院如何審查住院治療的必要性，其判斷基準也是非常重要且具參考必要性的內容。以下將以日本厚生勞動省針對本法揭示需要「醫療必要性」之指引進行說明：

主要有三項判斷標準，其一，「**疾病性**」。由於精神疾病的診斷如果有轉變，將會影響到治療的反應性，以及無法正確找到阻礙病人回歸社會的主要原因，因此這部分必須先從專業的精神醫學的角度來觀察病人當時做出的損害行為是否與本身的精神疾病有所關聯。

再者，所謂的「**治療反應性**」則是指，病人必須對於治療的方式與效果有反應時，才能依據本法進行相關的入院或通院處遇¹¹。這項標準的判斷重點是：「**治療可能性並非唯一關心的標準**，反倒是必須綜合觀察治療者一定的情況水平下，針對治療本身的效果有無實際上的反應。換句話說，治療反應性才是重點。而治療反應性可以分為四項階段：「**治療提供動機**」、「**對治療能否具有同意悞例**」、「**治療效果**」、「**治療類化**」值得說明的是，依據這項標準，主要案例多是用於思覺失調症患者，針對缺乏治療反應性的「**人格違常者、智能障礙者、發展障礙者**」，由於欠缺治療的反應性，自然不太容易成為本法指定入院適用的對象，由此觀之，醫療觀察法依然是偏向於社會復歸的處遇措施，而非偏向一種社會防衛與監禁的想法。

其三，「**社會復歸要因**」。此項標準主要是要判斷病人是否能夠順利回歸社會。包含病人本身對於回歸社會的有利與不利因素，也可區分為阻礙因素與促進因素（例如家人的支持），也會利用危險評估的方式來判斷¹²。

總歸來說，以上三要素，是從精神醫學的觀點，針對指定入院、通院與出院等建構可供依循的判斷模式。

¹⁰ 厚生労働省「医療観察法の地方裁判所の審判の終局処理の状況」網站 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/sinsin/kettei.html（最後瀏覽日：03/10/2022）。

¹¹ 中村秀郷，医療観察の制度、機能、課題，收於：伊藤富士江編，司法福祉・実践と展望，ぎょうせい，2021 年，頁 187。

¹² 鑑定ガイドライン関係，參考網址：<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/11/dl/tp1104-1h.pdf>（最後瀏覽日：03/10/2022）。

2.東京地方裁判所の執行方式

根據學者專家的說明，日本東京地方裁判所的實施方式是值得我們來參考與觀察。該院目前總計有四個審判庭作為本法之專庭¹³，主要考量是希望讓少數案件集中後，協助專庭法官累積相關的技術與經驗，藉此提高審查的專業效率與順暢性，同時也有利法院能與當地的醫療機關、保護觀察所，其他精神醫療福利機構建立較為熟絡的連結與保持溝通與協力管道的暢通。法院受理依前述聲請後，在進行正式的審理期日前，會先邀請相關人員出席進行協商會議的準備工作。以檢察官聲請指定入院或指定門診的協商會議為例，當法院核發鑑定入院命令後，包含法官、精神保健審判員、精神保健參與員、社會復歸調整官、輔佐人、檢察官即會共同為未來的正式審查進行以下三次準備會議¹⁴：

第一次準備會議（事件受理後即會召開）。在此會議中，將進行以下事項：（1）決定鑑定人提出鑑定書與保護觀察所所提出生活環境調查結果報告書的期限；（2）與此期限配合，也會同時確定審判期日與作為準備的三次協商會議日程；（3）在此會議中，法官會先就案件作概括的說明；（4）法官說明後，精神保健審判員與鑑定人也會從醫學的角度，說明就對象者之精神診斷的名稱，是表示其罹患何種精神疾病；（5）輔佐人與檢察官則提供已經釐清的對象者生長經歷、家庭或生活環境、治療經歷等資訊；（6）出席會議者就關於處遇可能成為問題之點，初步交換意見。

由於在這時期，鑑定人已經與對象者有所交流，所以參加協商會議成員，可參考偵查階段由檢察官所做之簡易鑑定或正式鑑定報告，加上聽取鑑定人與對象者面談之報告，得加深對於事件的理解與掌握。法院也可藉此機會向鑑定人確認是否有需要調取關於對象者的學校輔導記錄、領取生活保護紀錄、從前受治療之病例與看護記錄等資料；作為合議庭成員中的精神保健審判員，亦可依其專業來指示鑑定人鑑定時需注意的重點，藉此而能使鑑定能夠聚焦於後續判斷必須考量的重點。

第二次準備會議（中間協商會議），大約在受理聲請後大約1個月，鑑定人的對本案的鑑定意見逐漸成形後召開。主要將進行（1）由鑑定人說明鑑定過程與結果、以及關於鑑定事項的結論；（2）對鑑定人之說明進行討論；（3）當鑑定人之鑑定結論與預想不同時，出席者可請鑑定人進一步詳細說明，再由出席者全體進行討論。（4）由社會復歸調整官說明關於對象者的生活環境調查（住居狀況、生活狀況、家庭環境、近鄰狀況、過去的生活與治療狀況、可利用之指定醫療機關與援助之內容等事項）等。

第三次準備會議：審判前約1週，鑑定人提出鑑定書之後，可召開第3次即最終協商會議。會議進行的事項有：（1）基於鑑定書，就結論與判斷過程向鑑定人提問；（2）適度交換意見，使出席者對本件之理解加深。在東京地方裁判所的實務上，因為鑑定意見的大致方向已經於第2次協商會議時即形成，所以幾乎沒有發生在第3次會議仍異見分陳而無共識的情形。

最後，於正式的「**審判期日**」，由於當日被提出聲請之精神障礙觸法者將會出庭接受提問，相關鑑定內容與資料已經在前幾次協商會議充分準備下，這項詢問過程則會成為主要重點，

¹³ 參照：三好幹夫，心神喪失者等医療觀察法施行後2年の現状と課題について，判例タイムズ，59卷9号，2008年，頁25。

¹⁴ 針對東京地院的運作模式，主要參考：黃士軒，同前註3，頁148以下。

當下也有可能需要鑑定人出庭陳述鑑定報告之內容。由於相關法令並未有具體規定，原則上就是以職權進行的方式，原則上的做法有：(1) 人別訊問；(2) 說明無權強迫陳述，並告知本法第 2 條第 3 項之理由，第 33 條第 1 項的聲請內容；(3) 由法官、精神保健審判員、精神保健參與員、檢察官、輔佐人詢問對象者；(4) 由檢察官、輔佐人陳述最終意見；(5) 受裁定之對象者為最終陳述。

(四) 他山之石

1. 參考日本關於精神障害觸法者の制定入院、通院與終止醫療の出院程序，其相關的標準，包含疾病性、治療反應性與社會復歸要因等判斷標準可知，基於人權保障之理念與精神，除了必須以精神醫學的專業導向外，未來我國也應思考，監護處分本身的必要性與後續持續性等判斷，是否也如同日本的考量順序，基於精神障礙觸法之人權保障，應從疾病本身的治療反應性出發，而非過度強調社會防衛，衍生出終身監禁的不當等質疑。
2. 日本之醫療觀察法，針對精神障礙觸法者の入院、通院處遇等，參與審查與判斷者，主要呈現一種法律與精神醫學專業人員（**精神保健審判員等**）之共同協力審查與做出判斷的模式，此項類似於德國的專家參審的模式，並且須密仔細的準備程序（三次準備會議），都值得我國參考。換言之，針對目前我國法制上，無論是暫時安置處分或監護處分，雖然也能透過專家出具鑑定報告協助判斷，但卻沒有如同日本模式，專家也有主導與決定的權限。考量此項決定的專業性與對象本身權利之保障，如何加深專家參與的力道，應當值得思考。
3. 日本醫療觀察法之處遇對象，與我國最大的不同是，除了針對因精神障礙等原因而受無罪或減輕判決（如同我國刑法第 19 條之規定）外，檢察官在根據偵查對象的狀況做出不起訴處分後，仍能向法院聲請入院處分等處遇。從此設計模式可知，日本法制除了是將精神障礙觸法者定位於「病人」，同時偏向著重社會復歸為主要目標。相較下，我國現行無論從延長監護處分的條件，以及暫行安置處分的立法，某種程度仍是希望在「判決未確定前」，不願選擇讓病人儘早脫離司法訴訟程序，似乎我國依然傾向於社會防衛，並將該者定位為「犯罪嫌疑人」。這項身分定位的差異性，也會影響到相關規範與處置細節模式的邏輯，恐不利於精神障礙觸法者之人權保障。
4. 從處遇本身的多元性來比較，由於日本醫療觀察法主要的目的是為提供社會復歸的治療方案，因此從病人本身的醫療需求來考量，自然會須規劃出不同的醫療選擇與方案。如同上述，依據該法規定，法院得選擇較有彈性的處遇方式，包含指定入院、指定門診（定期前往醫院治療）等，也可以是對象者的狀況，向法院聲請進行方案的轉換（如從指定入院轉為指定門診）或無必要時直接終止醫療等。但是，我國目前監護處分未來對於後續的司法精神病院的配套與轉銜機制的規劃等，恐怕仍要思考效果不彰與人權保障等質疑。
5. 相較於日本醫療觀察法是從治療觀點出發，關於我國監護處分源自於特別預防理論，屬於一種再社會化的保安處分，有學者專家明確指出，如果過度強調再社會化與危險性的

評估與預測，著重於犯罪成因的抑止，則可能會忽視障礙者的需求，違反 CRPD¹⁵。

6. 日本醫療觀察法針對適用對象，有特別限定於「列舉的重大犯罪」，並明確要求審酌治療的必要性與反應性等之考量，可以充分衡平社會防衛與精神障礙觸法者的治療需求，我國是否也能朝向這方向的角度來思考，在目前刑法第 19 條之規定來看，可能只能先仰賴法官於個案考量是否進行監護處分之宣告時，仍須審慎考量個案的施予治療與監護的必要性與需求性，後續應審慎檢討監護處分在本次修法拿掉期間之天花板後，需要考量各項過度侵害精神障礙觸法者人身自由之配套措施¹⁶。
7. 從日本醫療觀察法之指定入院與通院等，也未定有期限，但包含上述「符合比例原則，限定重罪」，以及搭配相關厚生勞動省等醫學判斷準則的建立，加上審查時的鑑定、審前準備與專件參與等之程序，在在顯示出採取不定期間樣態的模式，就須有更加嚴謹與充分的審查流程來作為維護人權之配套措施。例如，依據日本精神醫療經驗，針對長期入院的病人，日本主管機關會不定期召集專家等舉辦「醫療觀察法規範下之醫療體制座談會」針對相關的議題與疑問進行滾動式的修正與檢討¹⁷。本次我國的修正，同樣採取不定期間的模式，未來該如何制訂相對應的程序規則與判斷指引，勢必為後續各界應當關注與探討的重要問題。

二、日本住院鑑定命令的核發

（一）概述

如同前述，日本對於精神障礙處法者之處遇，與台灣最大不同在於，日本針對這類觸法或疑似犯罪者，由於該國刑罰制度不採刑罰雙軌制，故無論是在程序上與實體處遇效果上，也自該身分經定性為「病人」的那一刻起，就與司法程序分離，另外依據上述介紹之醫療觀察所為設置的醫療觀察制度來予以對應。換言之，日本檢察官若於偵查階段認定犯罪嫌疑人有精神障礙或心智欠缺等事由而不起訴，或於審理階段，經法院認定上述狀況而為無罪判決後，被告就會脫離司法程序進入醫療觀察程序。

相較之下，由於我國在刑罰雙軌制的架構下，保安處分也被視為刑罰手段之一，刑事被告後續是否需要接受強制治療或施予監護處分，仍須走完司法程序後方能為之，因此本次修法針對疑似精神障礙觸法者於進入司法審判前的暫行安置處分，也是基於這項制度脈絡下蘊育而生。

因此，由於日本目前不同於我國依然選擇將精神障礙觸法者是為司法審判之對象，在程序分離的前提下，如何在精神障礙觸法者順利入院治療前的法院審理過程中，讓該者仍於社

¹⁵ C. Matthew J. Frize, 水藤昌彦譯, 地域生活支援の理論モデル 知的障害のある犯罪行為者のための「相乗モデル」による更生支援, 收於: 生島浩編, 触法障害者の地域生活支援その実践と課題, 金剛出版, 2017 年, 頁 211。

¹⁶ 有論者認為，此種精神障礙犯罪者，只要有「情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」，不論其所涉犯罪種類（輕微的竊盜也包含在內），均有受到監護處分之可能，此與司法院大法官釋字第 471 號解釋解釋理由書內，保安處分須考量與「行為人所為行為之嚴重性」之意旨不符。請參照：洪士軒，台灣における触法精神障害者に対する保安処分（監護処分）の認定傾向—関連裁判例を材料として—，早稲田大学大学院法研論集 172 号，頁 74 以下，早稲田大学大学院法学研究科編，2019 年，頁 83 以下。

¹⁷ 參照：厚生労働省，「医療観察法の医療体制に関する懇談会」。

會中形成一定的風險，日本目前是採取當檢察官向地方裁判所提出入院審查聲請後，並依醫療觀察法第 37 條進行鑑定的同時，也會一併核發「住院鑑定命令」。這項類似於暫行安置處分的具體作法，以下將進一步說明之。

（二）法制內涵

首先，當檢察官進行指定入院聲請時，法院必須同時進行鑑定，此時原則上就會依照本法第 34 條第 1 項規定，向當事人發出「**住院鑑定命令**」。命令內容是要要求被聲請者（精神障礙觸法者）必須先「住院」，且需留置到是否法院判斷是否確實需要為「指定入院裁定」的時點為止。換言之，這項規定類似於我國的刑事訴訟法的鑑定留置規定，但不同的是，住院鑑定命令依本法第 34 條第 2 項規定，原則上命令期間以 2 個月為限，如需延長，不得超過一個月的期間。就此觀之，本項制度似乎較為貼進最近我國目前的暫行安置處分制度。

再者，核發命令者，依本法第 34 條第 1 項規定，是由地方法院的獨任法官依職權為之。此處主要考量的是，必須迅速判斷對象者是否需要接受醫療或其他必要措施，相關人員如精神保健審判員也非常任於法院的職務，同事選任本身也十分耗費時間等，故以獨任法官職權為之是比較妥當的選擇。

（三）執行狀況

關於本項命令的執行狀況，如同上述，當檢察官依本法第 33 條第 1 項規定聲請法院指定入院處遇時，法院受理後，就會同時依據第 34 條規定核發「住院鑑定命令」。專家學者指出，為能順利準備此等命令與令狀的核發，例如東京地方檢察署的做法就是，檢察官會在數日前先知會法院，可能會提出上開聲請（事前通知）。具體的流程是，法院法官將會先了解事件內容與被聲請人之精神病況，同時進行核發住院鑑定命令之準備。

值得說明的是，相較於指定入院的情況，依照該法第 95 條規定，有所謂的改善處遇的請求權，但關於基於鑑定為目的之「住院鑑定命令」則無。然而，自 1991 年聯合國頒布的「保護精神病患者和改善精神保健的原則」中之第 21 條規定：「**每一位病人都有權通過國內法規定與程序提出去控訴**」，但是，當法院核發住院命令後，相關疑義或爭議，卻僅能透過督促的方式，請法院依據職權來調整或取消，並非是對象者本身享有的權利。

此外，針對受命令住院的對象者，沒有明確規範有接受醫療與醫院必須提供醫療等之義務，尤其是對象者精神疾病處於急性期時，提供醫療是不可或缺，但是因為考量到會影響到對象者責任能力的判斷，因此會制約醫療的行使。隨後於相關單位與法院等協商，如果有獲得對象者同意時，可以在不違反鑑定目的前提下，提供必要的醫療照顧¹⁸。

（四）他山之石

我國目前通過的暫行安置，作為司法程序中補足社會安全網的機制，從德國的立法經驗來看，似能從中找到實證上的依據。但是，如同前述，暫行安置處分的後續銜接者是判決確定後的監護處分，為了配合漫長的刑事司法審判程序，立法者於此次增訂的暫行安置期間，

¹⁸ 山本輝之、柑本美和，心神喪失者等医療觀察法における法的課題の検討，犯罪と非行，174 期，2012 年，頁 24。

以五年為期，作為最長之執行期間。

相較於日本類似的制度，關於住院命令的核發，原則是以二個月為度，最多延長一個月。顯然這正是在日本與我國對於精神障礙觸法者的處遇模式，於根本上將其視為「病人」或是仍須承擔司法訴訟不利益的「精神障礙觸法者」等不同觀點上所形成的差異。自然者，從人權擁護的觀點，我國未來是否能嘗試將罹患精神疾病之病人為主體，給予其社會與純粹醫療環境的支持，勢必也將牽動本次修法的根本思維與模式。

三、日本「指定入院」制度之運作

（一）概述

有關醫療觀察法的「入院處遇」（指定入院制度的部分）。該制度目的有三：其一，以法規作為促進社會復歸的後盾，例如，醫療觀察法之醫療是採取「居住地主義」為原則¹⁹。其二，臨床經驗的累積，透過跨域團隊（由醫師、護理師、心理療法士、作業療法士與精神保健福祉士五種構成）提供醫療。其三，保障精神障礙觸法者的基本人權，強化醫療與制度與程序的透明性²⁰。例如，醫院應聘任具有保障人權等專業之外部委員，如透過律師定期訪視醫院，或提供和律師會面的管道和途徑²¹。

針對上述理念的思維，值得說明的是，關於第二點的跨域團隊，一般是指跨域合作下所進行的心理社會療法或由各領域專家共同組成的「照護計畫會議（care program approach，簡稱 CPA）」。²²會議每 3 個月舉行 1 次，成員包含精神障礙觸法者、社會復歸調整官、跨域團隊成員，出院後，也必須要在社區中有持續給予支持的專業人員（包含有：市區町村職員、保健所職員、精神保健福祉中心職員、訪問看護職員、預定的指定門診醫療機關的職員、家人等）。

從而，目前關於日本類似無我國監護處分的「入院處遇制度」之運作，主要是依據厚生勞動省所頒布的「入院處遇指針」辦理之。該指針較具特色的精神是，強調應盡可能取得入院病人的「同意」。學者即有觀察指出「醫療觀察法重視對象者是以本人為中心，希望結合本人的觀點、希望與意向作為處遇的核心。某程度上也能節制警察權力所帶來的強制性，也必須注意到如果沒有對象者本人的意思，處遇往往很難具有實際效果」²²。

此外，整個入院處遇，除了為了確保透明性的「外部評價會議」（1 年 2 次）外，還有「倫理會議」（針對治療內容進行評定，協議特殊治療實施與重要處遇）、「緊急營運會議」（重大事故發生時的對應協議）、「處遇評價會議」（決定各時期的變動、外宿、出院、繼續入院等）、「治療評價會議」（必要時社會復歸調整官也會參加，每週 1 次）、「社區聯絡會議」等²³。

再者，該法於保護觀察所中特別設置了「社會復歸調整官」，必須是對精神障礙者能具有

¹⁹ 竹田康二、河野稔明、平林直次，医療観察法病棟の現況と展望，精神医学，62 卷 4 期，2020 年，頁 446。

²⁰ 入院処遇ガイドライン，厚生労働省，網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589_00007.html（最後瀏覽日：03/10/2022）。

²¹ 平林直次、新井薫，医療観察法における指定入院医療機関の役割と機能：現状と課題，犯罪と非行，174 期，2012 年，頁 40 以下。

²² 今福章二，医療観察制度の現状と課題：保護観察所の立場から，犯罪と非行，174 期，2012 年，頁 119

²³ 入院処遇ガイドライン，厚生労働省，網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589_00007.html（最後瀏覽日：03/10/2022）。

保健福利專業能力者來擔任，主要的功能是為協助該者順利復歸社會。其職責包含院內之治療與出院後的社會復歸等相關事項，換言之，社會復歸調整官將肩負精神障礙者返回社會後的各項支援工作，包含與醫院和保健所等針對病人的狀況保持聯繫，關心病人的生活狀況、接受病人諮詢，提醒病人定期回診與服用，必要時也會給予必要的建議與指導。這項職務本身，與我國目前希望建構社會安全網的政策不謀而合，值得參考。

（二）指引內涵

以下主要是針對較為貼近我國監護處分（強制治療），日本醫療觀察法中有關於指定入院的運作方式進行介紹，根據學者專家的說明，「入院處遇指針」中，將指定入院的治療方式分為三個階段，分別依據不同階段提出相對應的治療方式與計畫，同時也有非常多元的方案與手段可供我們參考²⁴。

1.循序漸進之分段治療

通常精神障礙觸法者（下統稱「對象者」）剛入院起到第 12 週，通常會屬於「急性期」。此時主要治療目的是讓對象者減輕症狀並適應醫院生活。目前日本各地區的精神科醫院，普遍都能提供短期的密集性治療，醫療觀察法下的醫療觀察病院本身對於此週期的治療方式也與上述的精神病院並無二致，專家學者也有指出，日本也有論者認為，為何不讓對象者可以選擇在地區接受治療，甚至有認為其實應妥善運用精神科急救病院，就無須再花費金錢設置醫療觀察病院²⁵。

當病人經認定治療發揮功效後，則會進入回復期，約需 36 週的治療期間，該期間的目標則是病識感的獲得、理解治療必要性、訓練表現能力、控制衝動，以及能夠安全地從醫院外出。這段期間，將在病人院設置個別治療室，MDT 每週會舉辦一次治療評價會議，將對象者的評價每週予以點數化，從精神症狀、就他害行為的內省、洞察、共感性、生活能力、治療效果等 17 個項目進行評價，並決定日後的目標與治療方針。最後將會進入「社會復歸期」，這段期間需要 24 週。這個階段對象者將可以慢慢開始在醫院外部與其家人等進行互動，深化其對疾病的認識、以及對自身行為的反省，使其具備維持健康生活的動機。

2.多元適性的治療計畫

根據學者專家指出，日本醫療觀察法中，醫療觀察病院的治療方式，首先，有所謂「症狀、服藥管理」計畫，該計畫中同時搭配所謂「內省團隊」，讓已經獲得病識感者，進行對象行為的回顧。與同樣經驗的其他對象者分享相關經驗，由此學習共感和對被害者產生的影響，如此產生防止他害行為再發的可能與自我責任。其次，關於「藥物療法」，基於人權之保障，如果需要醉藥等強力鎮定劑使用時，需要經過倫理會議的評估。如果持續性注射等藥物使用時，當無法會得對象者同意時，也需要倫理會議的同意方能實施。此外，除了傳統的藥物療法外，本法中的精神病院尚有以下幾項較具特色的治療處置與計畫可供參考：

²⁴ 以下相關說明，主要參照：林政佑，日本醫療觀察法入院處遇探討，精神障礙觸法者監護處分相關法制研討暨焦點座談會，2022 年 2 月 18 日，監察院二樓第一會議室，頁 166-170。

²⁵ 淺野詠子，ルポ 刑期なき収容—医療観察法という社会防衛体制，現代書館，2014 年，頁 26、40-41。

（1）教育訓練計畫

根據學者專家的說明，除了藥物治療外，提供對象者充分教育與訓練也是非常重要的治療方式。諸如，「社會生活技能訓練」從持續會話、進行自我主張的會話過程不斷練習，多以跨域團隊職員作為練習對象。其次是「疾病教育」，這是讓剛進入病院的對象，能在理解自己罹患的疾病與症狀後，能夠順利地接受厚好的治療。本項教育計畫分為三個階段，第一階段是讓對象者熟悉病院的環境、第二階段則是理解疾病與治療方式，讓對象者有病識感。最後第三階段則是強化對象者的主體性，讓其有能力在知道自己發病後能避免做出傷害社會的行為。

其餘尚有「他害防止計畫」，是一項有助降低他害行為可能的治療方式，醫院將會透過認知行動療法，其中包含問題解決法、偏向思考、社會推論、溝通技巧。「內省計畫」則是為了讓對象者回顧反省與過往對象行為有關的生活方式，促成改變的可能，與培養對被害者的共感。

此外，醫院也會舉行「法律與權利保障講座」，介紹與說明醫療觀察法的處遇決定後的抗告程序、治療同意、出院、請求處遇改善、行動限制等項目，必要時精神保健福祉法與成年後見制度也會列為內容。又出院後的治療計畫、社區照護計畫、處遇實施計畫等為內容形成「社會復歸講座」，以精神保健福祉士為中心，結合其他專業，像是律師、保護觀察所等實施。

（2）危機處理計畫

這項計畫主要是於「回復期」執行，主要根據日本實際運作經驗，為了穩定對象者的病情，以及因應當病情惡化訊號出現時，該如何對應的對策，醫院會制定一系列的「危機處理計畫（crisis plan）」²⁶。主要是圍繞於對象量身設計，從對象者的個別症狀來進行觀察、思考相對應的處理方式，並將相關內容擬定為一份完整到的計畫。

（三）執行狀況

首先，有關日本指定入院的醫療機構數量，於 2021 年 4 月 1 日為起算時點，全國共有 33 處（合計病床數為 827 床。其中國立醫院共 15 處，合計有 481 床；都道府縣立醫院共 18 處，合計有 346 床），而目前包含北海道、青森縣、秋田縣、宮城縣、福島縣、石川縣、岐阜縣、福井縣、京都府、兵庫縣、和歌山縣、香川縣、德島縣、愛媛縣、高知縣、福岡縣、大分縣、宮崎縣均無指定入院的醫療機關²⁶。相較下，能夠接受對象者的指定門診的機關數量較多，共有 3,854 處（醫院 589 處、診療所 87 處、藥局 2,608 處、訪問看護 570 處）。

再者，根據上述學專家根據相關數據近進一步的分析²⁷，2021 年，共有 781 名接受指定入院，男性為 609 名（占 78%），女性占 172 名（占 22%）。從病情的類型區分，急性期 116 名（占 15%），回復期 441 名（占 56%），社會復歸期 224 名（占 29%），病情的類型中，以思覺失調症患者佔最多 638 名（占 82%）。而根據研究來指出，經轉為通院處遇的對象者再為重

²⁶ 厚生労働省「指定入院医療機関の整備状況」網站 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai-shahukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html（最後瀏覽日：03/10/2022）。

²⁷ 洪士軒，台灣監護處分制度之現在與未來：以日本醫療觀察法為比較對象，精神障礙觸法者監護處分相關法制研討暨焦點座談會，2022 年 2 月 18 日，監察院二樓第一會議室，頁 185。

大他害行為的累積發生率為 3 年 2.1%。此外，如同前述，指定入院後，治療階段原則將採「急性期」、「回復期」、「復歸期」，原則設定 18 個月內出院的目標。「實際運上平均強制住院期間為 951 日，也存在有住院期間超過 10 年的例子，因此於日本，依醫療觀察法之強制住院長期化的問題也受到不少批評，主管機關也就此尋求解決之策²⁸」。

最後，日本縱然是十分重視社會復歸的醫療觀察法，同時在障礙者權利公約批准施行下，從統計數據上觀察，實際上依然是以「指定入院」為主要的大宗。從施行至今，入院日數平均已達到 1033 日²⁹，而根據研究指出，入院長期化的原因主要在於「生活障礙以及能力障礙」與「精神症狀」³⁰。從而，目前根據學者的介紹，有關日本指定入院執行時，可能涉及到兩項重要的人權議題，值得我國未來能共同省思³¹。

1. 治療同意的取得

指定入院就是一種未經同意干預人身自由的措施，而當對象者入院後，關於施加於對象者的各種治療手段時，如果伴隨著風險時，究竟是否應當先取得對象者的同意？假定從「病人」的身分來看，實際就是回歸到醫學倫理的精神，縱然是指定入院，醫療行為本身似乎仍應取得病人同意較為妥適。

然而，從日本的運作經驗可知，有時候會發生當病人不同意治療或不配合計畫時，會遭威脅無法出院或長期住院等間接脅迫的方式來換取對象者的「同意」。這必然成為治療效益的追求與對象者醫療人權之保障間，難以平衡的問題。當然，從社會復歸的角度來看，假定該項治療是必要且無可替代的治療措施，或許為了協助精神障礙觸法者儘早復歸社會，可以利用指定入院，在違反精神障礙觸法者同意的情況下，進行醫療行為。然而，我國的制度與日本相異，暫行安置制度的立法目的，縱然有為精神障礙觸法者提供精神醫療的構想，但若受暫行安置者不願意接受立法美意，抗拒精神醫療，是否能夠強制為之，難謂無討論空間。就現行法而言，暫行安置的精神醫療，應以自願為原則，若要進行強制治療，需有其他法律依據，或修正刑事訴訟法的相關規定，比較妥當。

2. 社會偏見的重視

經學者專家觀察，日本法已經實施二十年，但是地方社會對於精神障礙觸法者依然有很深的偏見，導致該者無法順利復歸社會。尤其各地區的當地居民時常反對政府設置指定入院的醫療機構，再者如 2012 年曾有亞斯伯格症的被告殺害自己的家人，判決理由中就有明確表示，「社會內」難有精神障礙的應對方式，但考量被告有再犯可能性，僅能藉由長期收容來維持社會秩序，顯然這是一個以社會防衛角度的思維。

²⁸ 參照：厚生労働省，「医療観察法の医療体制に関する懇談会」第 1 回，https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-ShakaiengokyokushougaihokenfukushibuKikakuka/shiryout_15.pdf（最後瀏覽日：03/10/2022）。

²⁹ 平林直次、竹田康二，医療観察法医療の現状分析からネクストステップに向けて，司法精神医学，14 卷 1 期，2019 年，頁 29-34。

³⁰ 竹田康二、河野稔明、平林直次，医療観察法病棟の現況と展望，精神医学，62 卷 4 期，2020 年，頁 447

³¹ 林政佑，同前註 24，頁 170 以下。

（四）他山之石

1. 從日本醫療觀察法指定入院的執行狀況可知，相關的治療方式與計畫等，主要的對象多是以「思覺失調症」為主，從而，對於沒有疾病反應性之對象，可能自始就會排除在醫療觀察法的相關處遇範圍內。從日本經驗可知，醫療觀察法並非萬靈丹，為了保障人權等考量，也不會堅持朝向社會防衛為目標，無差別的透過「監禁」的方式來迴避風險。換言之，社區的精神醫療系統與協力機制依然非常重要，我國未來必然需要持續的思考社區精神醫療的量能與轉銜機制，方能在兼顧精神障礙觸法者人權保障的前提下，建構完善的社會安全網。
2. 依循第一點，達到上述目的尚需有很多配套，其中一項重要的考量是，未來我國司法精神醫院必須積極提升內部軟硬體設備、引入多元的醫療照護計畫，後續與社區的協力，例如仿效日本設置「社會復歸調整官」的職位，仰賴專人來銜接社區精神醫療的各項措施，盡量降低司法實務傾向社會防衛，過度仰賴監護處分此過度侵害人權的處遇手段。
3. 如同我國目前可能立即要面對與需要克服的問題，就是設置司法精神醫院地點，該如何與人民有一個良好的溝通與認同。例如，先前在日本在建置醫療觀察醫院時，就有遭遇地方居民反對或溝通不足等情形。如同上述提到的日本判決書的內容，也曾於日本的精神神經學會批判是一個強化社會對精神障礙觸法者偏見的判決。因此，為了消弭這些偏見，未來應當積極的透過教育讓社會理解精神疾病與人權保障等之重要性，並且充分的資訊公開與傳達（如精神病院的目的、運作模式與安全性等），應當也能大幅度的降低當地人民的疑慮。
4. 從日本醫療觀察法對於指定入院措施的期間沒有規定上限，但如同上述，該法第 49 條規定，每 6 個月，醫院就應向法院聲請確認是否繼續治療，同時按照上述日本醫療觀察病院的治療架構，基本上的目標是將剛入院的精神障礙觸法者，分為「急性期」、「回復期」與「復歸期」等三階段療程，順利的話將約 72 週後轉銜於社區內治療。相較下，目前我國之監護處分也將採取不限次數的延長模式，但原則五年的門檻依然未依一併調整，此種以「年」為單位的延長標準，恐怕欠缺治療與轉銜社區的彈性，顯然本次修法的重點是基於社會防衛的思考，對於精神障礙觸法者的人權保障與社會復歸等都造成很嚴重的阻礙。
5. 雖然醫療觀察法依然涉及到司法程序（審查與判斷），但相關主管機關屬於法務省與厚生勞動省共管，同時也會責成專家會議來判斷進行繼續治療的必要性或評估轉銜社區的可行性等，可以確定的是，透過專業評估與建立專業的標準，必然就是精神障礙觸法者一系列處遇時，保障其人權保障的關鍵與底線。
6. 此外，也有學者專家觀察³²，日本入院處遇制度十分耗費人力與物力，故日後施行上是否有足夠人力、物力加以支撐該制度，值得持續注目，尤其在處遇過程中，

³² 洪士軒（2022），簡評台灣司法精神鑑定與監護處遇制度：以日本法為比較中心，法官協會雜誌，23 卷（尚未出刊）。

CRPD 強調「提供合理調整」此種「立即性義務」(ex nunc duty)，在日本也上有很大的討論與落實空間。換言之，我國為了應當思考的是，為了要在司法精神醫院中，落實「合理調整」的需求，要如同日本設計多元與專門客製化的處遇方式與計畫是必要的，在醫療過程中，也必須非常注意對象者對治療的反應，並隨時因應病情狀況做出必要的調整，自然的，未來我國如果也須配合這項 CRPD 的需求，勢必也須思考院內治療成本的提高，是否能有足夠的財源與預算因應。

四、CRPD 精神對日本法制的檢驗

日本之精神障礙觸法者處遇，主要係以醫療觀察法、精神保健福祉法及生活保護法制度等法律構成，貼近我國監護處分的司法處遇制度，主要則藉由醫療觀察法連結了檢察署、法院、保護觀察所與指定入院的醫療觀察病棟（我國的司法精神醫院）所共同針對精神障礙觸法者所組成的處遇體系與模式，確實有其獨到之處。

不過，雖然日本醫療觀察法所強調的是一種「社會復歸」的處遇模式，舉凡精神障礙觸法者之精神鑑定、精神醫療、社會復歸、機構外多元處遇相關法制及實務經驗等，並且在指定入院期間，透過「治療反應性」的判斷以及定期評估對象的治療狀況等來設法落實整套機制是以「病人」和「治療」為主軸的處遇措施，盡力沖淡了保安監禁等社會防衛的色彩，從此點觀之，確實貼近了 CRPD 以保障身障者權利的理念與精神。

然言，經本研究進一步考察日本精神障礙觸法者與 CRPD 之適用，顯然有未達到該公約精神或要求的情況者，主要依序有第 13 條司法保護、第 14 條的人身自由及安全、第 15 條對免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對象或處罰、第 19 條的自立生活及社區融合以及第 25 條關於健康的重視等，以下將進一步說明之³³。

（一）關於第 13 條之規定

本條要求，政府必須依個別身心障礙者特性提供訴訟相關程序配套，廢止所有以心智或精神障礙為由之鑑定留置等歧視性規定。日本醫療觀察法雖然並未如同德國，於訴訟程序中制定有暫時安置等處置，但為了實施鑑定，針對檢察官向法院聲請指定入院的精神障礙觸法者，法院仍能核發鑑定留置的命令，時間則是以兩個月為原則，必要時仍可延長。

由此可知，未來日本當局，依然有義務要完備相關規定，依每個身心障礙者特性，迅速提供程序上配套措施，廢止所有以心智障礙或精神障礙為由之鑑定留置(detention)等歧視性規定。

³³ 相關內容可參照：日本障害フォーラム（JDF），日本の総括所見用パラレルレポート，2021 年 3 月，https://www.normanet.ne.jp/~jdf/data/pr/jdf_report_for_the_session_jp_v2.3c.pdf（最後瀏覽日期:2022 年 9 月 1 日）；障害者権利委員会，日本への事前質問事項向け-日本障害フォーラムのハラルレルレポート，，2019 年 6 月，https://www.normanet.ne.jp/~jdf/data/pr/jdf_report_for_lois_jp_r9d.pdf（最後瀏覽日期:2022 年 9 月 1 日）。

（二）關於第 14 條之規定

第 14 條規定，國家應該要保障身心障礙者的人身自由和安全，不能因為身心障礙者的『障礙』而被剝奪自由。而這項要求也是目前日本國內相關 NGO 組織所倡議，無論是精神保健及精神障礙福祉法第 28 條及第 33 條，以身心障礙及其他要件，剝奪人身自由之非自願住院制度之規定或是醫療觀察法中，針對法院審查後應當採取指定入院措施的精神障礙觸法者，由於都是一種非自願的人身自由之限制與侵害，在根本上就牴觸了本條之規範意旨。

是故，從 14 條的精神可知，應有必要督促與邀情政府致力於制訂相關的方針與計劃，以廢止未經精神障礙者同意之入院或其他限制行動之處遇模式。顯然，未來針對這 14 條規定本身在日本國內一旦落實，將會直接牽動該國對於精神障礙處法者「機構內處遇措施」的法理基礎，如何找調和與找出雙方的平衡點，不僅僅著眼於日本的經驗，後續也應持續關注其他國家的相關立法發展與政策態度。

（三）關於第 15 條之規定

由於醫療觀察法制定的目的，是針對「已觸法」之精神障礙者所為之司法處遇，與精神障礙福祉法不同的是，前者依然是在日本的刑事司法體系中進行相關的處遇，並非全然定位為病人的角色。執行單位除了司法精神醫院外，專責矯治受刑人之保護觀察所，依然是該者的主管機關。

是以，在醫療觀察法的處遇架構下，針對個案進行強制治療，之如服用藥物及維持性電痙攣治療(m-ECT)等，背後依然有積極避免該者再犯與保安社會的需求存在。因此，無論是現行醫療觀察法的指定入院（強制入院）或指定門診（經常性就醫），若無法在事先取得當事人「同意」而運用「強制」方式為治療手段，應當已抵觸本條規定之精神，而在尚未廢止指定入院與具有侵入的治療活動前，為確實保障精神障礙觸法者免受酷刑的權利，建議設置倫理委員會等獨立監督系統(an independent monitoring system)，負責為治療行為的准駁、調查、救濟被強制治療或長期住院之心智或精神障礙者之權利侵害情形。

（四）關於第 19 條之規定

本條之精神是為希望精神障礙者能在生活中自立並積極融入社會，因此政府應當積極強化社區支持之預算分配，從偏重醫療轉換為充實社區福祉服務。例如在就照護機構或長期住院者製作個人計畫，提供資源(包含醫護人員運作)與個人決定之支持(含住宅、家人支援)，作為社區移轉配套，簡單來說就是一種逐漸去機構化，朝向充實社區支持方向邁進。

在此精神下，醫療觀察法顯然仍是以機構內處遇為中心，雖然在符合一定條件下，可經由法院審查轉銜為機構外的指定門診的模式，於回歸社區後的生活照顧，亦有保護觀察所知社會復歸調整官負責銜接與照顧。但是，這些處遇機制依然欠缺對於身心障礙者「自身需求」的尊重，同時，如何讓精神障礙觸法者能順利復歸社會，不僅僅是保護觀察，如何引入外部資源，消除其參與社區活動之限制、強化預算分配避免城鄉社區資源分配不均、解決照護人力不足問題，這些都是目前醫療觀察法無法處理與應對的問題。

（五）關於第 25 條之規定

第 25 條要求醫事人員，包括於徵得身心障礙者自由意識並知情同意之基礎上，提供身心障礙者與其他人相同品質之照護，其中包括藉由提供培訓與頒布公共及私營健康照護之倫理標準，提高對身心障礙者人權、尊嚴、自主及需求之意識。

但是，從日本司法精神醫院的運作經驗可知，當對象者蓄意或因病情導致無法理解事理規則，而有不配合服藥或治療等情況時，如何確實得到「精神障礙觸法者的同意」，實際上有困難之處。最終解決之方式，可能依然要思考廢除醫療觀察法以及包含關於精神保健及精神障礙者福祉相關的法律或精神科等強置入院治療之規定，並完備體制，使身心障礙者不被強迫住院，可與其他人一樣在社區受到安全的醫療。

（六）根本上的問題

從上述可知，醫療觀察法雖然重視的是一種社會復歸精神下的司法處遇措施，但從 CRPD 等上述條文規範等之依序檢驗後，無論從「指定入院」及「治療處遇」或是「指定門診」以及「社區銜接之現況」等觀之，實際上與 CRPD 的精神依然有很大的牴觸與疑慮。因此，針對精神障礙觸法者的處遇，絕非外觀上具有「社會復歸」的色彩就已足夠，未來涉及相關法律的實質內容的部分，也應落實 CRPD 的各條精神。就結論而言，目前日本的醫療觀察法顯然需進行調整，非則無法符合 CRPD 的要求。

附記：日本參訪觀察心得

一、緣起

本研究團隊執行委託研究案，名為「精神障礙觸法者處遇之研究－監護處分法制及司法判決研析」。研究的部分內容，涉及日本有關監護處分的法制。本研究發現，日本醫療觀察法的社會復歸制度以及去機構化的多元處遇措施，有值得探究之處。

適逢監察院的國家人權委員會，規劃「赴日本專案訪察精神障礙觸法者多元處遇法制及實務計畫」，希望藉此了解日本目前針對精神障礙觸法者的司法處遇與治療等實務運作問題。人權委員會邀請本研究團隊的計畫主持人，高雄大學張麗卿講座教授，以及嘉南療養院吳文正院長隨行參訪。透過本次隨行訪察，讓本團隊得以近距離地掌握，日本精神障礙觸法者處遇的法制內涵及各項處遇措施。

二、活動參訪行程概述

本次參訪活動行程，共計五日：

- 第一日抵達東京，下午隨同代表團拜訪駐日代表處，並參與晚宴。
- 第二日上午，開始密集的訪察行程：當日上午先赴身心障礙論壇（JDF）拜會 NGO 團體代表，下午訪察日本的指定門診機構，東京都立松澤醫院。
- 第三日上午，拜會實施日本醫療觀察法的政府主管與執行機關，如法務省及保護觀察

所、厚生勞動省、地方法院與警察廳等代表；下午，參訪日本指定住院醫療機構，國立精神神經醫療研究中心。

—第四日下午，參與專家座談會。

—第五日上午，訪察優能福祉公司（ABILITIES）輔具租賃工場後，下午返國。

本次日本訪察行程緊密，研究團隊深感獲益良多。以下針對本次行程的重要拜會、訪察活動，逐次扼要敘述。

三、重要參訪活動記要

（一）11/8 上午：赴 JDF 會見 NGO 代表

JDF 於 2004 年以促進「亞洲太平洋身心障礙者十年行動議程(Asian and Pacific Decade of Disabled Persons)」及日本身心障礙者措施、推動身心障礙者權利為目的而設立，以 13 個全國性規模的各種身心障礙當事人團體為中心。本次訪察行程第一站，拜會這個日本頗具規模與影響力的身心障礙者權利 NGO 組織，十分難能可貴。

參訪當天，由 JDF 組織團體之中的新日本融合（New Inclusion Japan）聯盟的長瀨修教授接待本訪問團。長瀨修教授同時也是立命館大學教授，長年深耕身心障礙者之人權活動，也曾擔任台灣 CRPD 初次及第二次國家報告國際審查委員會主席、國際融合組織秘書長、東亞障礙研究論壇聯合主席等重要職位。

當天與長瀨修教授相談甚歡。日本雖然沒有類似我國監察院國家人權委員會的政府機構，但從本次拜會活動深刻了解，JDF 為日本身心障礙者推動各項制度與保障權益等熱情與決心。尤其是，2019 年提出的日本身心障礙者之平行報告 JDF 製作本，目的為正確地向聯合國身心障礙者權利委員會報告，關於日本身心障礙者所遭遇的狀況及問題。

JDF 彙整從身心障礙者的立場所見的問題，依 CRPD 公約規定尚未落實的事項及各種問題，期待身心障礙權利委員能夠透過報告，正確掌握日本身心障礙者的實際狀況。JDF 經由事前提出適當的問題和結論性意見，期待日本政府接受，並與身心障礙者團體協力，共同改善日本身心障礙者的政策及措施。令人印象深刻的是，桐原尚之執行委員雖從視訊參與討論，但他從刑法的原理，提出重構精神障礙觸法者的處遇模式，令人敬佩。

從 JDF 的參訪過程，體會到身心障礙者的人權保障，並不是專屬於政府的工作。若要有效率推動法制與相關革新工作，需要民間團體，有組織、有系統地與政府齊心合作。

（二）11/8 下午：訪察東京都立松澤醫院（指定門診醫療機構）

東京都立松澤醫院，位於日本東京都世田谷區上北澤，建於 1879 年，當時名為東京府癲狂院，位於上野公園內。1889 年，遷至東京市巢鴨，更名為東京府巢鴨醫院。之後歷經數次遷院，1919 年 11 月遷至現址，並定名為東京府松澤醫院。1943 年，配合東京府改制東京都，更為現名。

東京都立松澤醫院，是全日本最古老的精神科醫院，除了精神科之外，還擁有內科、外

科、神經外科、齒科等專科。該院同時是醫療觀察法所定的住院及門診醫療機構。未來的展望是，希望以「住院病人為中心」的護理，轉向以「社區為中心」的護理任務。目前也特別針對 20 多歲的青少年開設門診部，對於青年的現代壓力病症為主要治療對象。

松澤醫院的參訪行程，主要由黑田精神科部長接待。除了詳細介紹該院的營運狀況之外，也參訪了該院精神保障福祉法的精神科緊急住院病棟(33 棟)與精神科急性治療病棟(32 棟)，以及醫療觀察法指定入院病棟(80 棟)。最後，與該院的精神醫師、專責護理人員、工作人員與門診治療人員進行意見交流，該等人員對於參訪團所提出疑問，給予詳細的回應。

(三) 11/9 上午：赴日本交流協會會見相關主管機關代表

透過我國駐日代表處李秘書及日本台灣交流協會花井總務部長的精心安排，我們得以會見相關主管機關代表，更進一步了解日本處遇精障觸法者的程序。

《最高法院》堀內法官論述：合議審判指定入院或指定門診前，相關前置準備程序的運作；《保護觀察所》馬淵法務專門官說明：保護觀察所在醫療觀察法的定位與功能，主要在於精神狀態的觀察及生活條件的調整，並針對《法務省》所提精神障礙觸法者於羈押或留置在矯正機構之處理方式，補充說明；《警察廳》南澤警視說明：第一時間面對精神障礙觸法者之處理方式；《厚生勞動省》棟近室長補佐論述：每年就醫師名簿造冊送最高裁判所的選任程序，針對指定住院及指定門診所投入財務及人力的規模。

每個機構的代表，會報的時間不長，但我們看到他們認真準備回覆的精神及態度，令人既感動又感佩。《法務省》更於前一天晚上，以書面追加回答我們所擬的議題，讓我們由衷感謝他們敬業精神。最重要的是，經由此次密集的交流及請教，讓我們更進一步瞭解日本針對精障觸法者的整個程序運作現況。

(四) 11/9 下午：訪察國立精神神經醫院（指定入院醫療機構）

在經過當日上午的政府機關拜會活動後，下午，我們前往日本的指定入院機構「國立精神神經醫療研究中心醫院」進行訪察。該醫院是隸屬於日本厚生勞動省管理的研究開發法人，該法人致力於克服大腦和精神疾病，是日本國內研究精神及神經醫學的研究重鎮。

本次訪察，主要由該院的平林醫療部長接待。先參訪該院的醫療觀察法指定醫院，並針對醫療觀察法的實施狀況進行意見交流。在交流過程中，由該院的大町醫師介紹該院指定入院的營運狀況，並由第二醫療社會事業專業的島田先生，說明醫療觀察法的架構下，有關權利維護、社區合作與環境調整等議題。最後，該院更大陣仗的共計十人，一起針對我們所提出的問題，逐一回覆，解答我們的疑惑。

從本次訪察指定入院的經驗，可以發現日本醫療觀察法的機制，並非如同台灣將精神障礙觸法者定位為精神障礙犯罪者。在日本，無論其醫院的運作方式、照護計畫方案（CPA）會議、多元的治療計畫以及權利保障等機制（如本次訪察醫院有提供律師等法律專家的諮詢與協助服務），都是從治療與人權角度出發所建立的重要機制。

未來我們必須持續思考，我國與日本的精神障礙觸法者處遇模式，既然有本質上的差異，

能否將日本法制的優點融入於我國制度？或者我國需要從事龐大的修法工程，朝向去機構化與多元處遇模式？

（五）11/10 下午：專家座談會

當天的「日本精神障礙觸法者多元處遇法制暨實務」專家座談會，在東京京王廣場飯店舉辦。座談會非常難得，經監察院國家人權委員會的費心安排，邀請到無論在學界或實務界，在精神障礙觸法者及相關法制研究與工作上，都非常資深與著名的學者專家。

本次座談會分為二項議題。第一項議題為「日本精神障礙觸法者多元處遇之執行與挑戰」，主要希望了解日本醫療觀察法制狀況，以及司法審查程序的啟動及轉換評估方式。關於本項議題，特別有收穫的是，研究團隊於計畫執行過程中，對於日本醫療觀察法的司法審查部分，直觀認為是一項法院中的專庭程序，屬於司法程序的一環。但是，經由實務專家三好幹夫律師，以曾經擔任法官實際操作這項程序的經驗分享，指出這個程序雖是在法院中進行，但日本沒有保安處分制度，醫療觀察法的指定入院審理程序，本身自然不能與我國法院在宣告監護處分時的司法程序做相同理解。再來，長舩浩義補導主任也和我們分享他擔任社會復歸調整官的經驗，這是我國沒有的職位，未來研究團隊將會以此為重點思考，希望能提供更多作為我國借鑑的政策建議。

第二項議題是「CRPD 與精神障礙觸法者處遇規範之衝突與調和」。在本項議題中，希望了解日本對於精神障礙觸法者的人權保障，CRPD 的落實狀況，以及醫療機構內與機構外的多元處遇措施的執行現況。非常難得邀請日本刑法學界輩分崇高的上智大學町野朔教授。町野朔教授專精於刑事法領域，尤其針對精神障礙觸法者與醫療觀察法等領域有很深入的研究。此外，日本國立精神神經醫療研究中心醫院的藤井千代部長，為我們分享該院社會復歸研究部的運作。

值得一提的是，日本東海大學法學部柑本美和教授和成城大學法學部山本輝之教授二人，均為町野朔教授的高徒，也都專精司法精神醫學。柑本美和教授事前不但協助聯繫參訪行程，並協同規劃座談會的安排，非常感恩。尤其，他們二人全程參與座談會，卻因自詡僅是町野朔教授的學生，作為老師發表內容的補充角色，而沒有進行及時的發言，但會後的補充與談也十分精彩，為座談會交流劃下完美句點。

整體來說，雖然只是一個下午的座談活動，但在場的每一位參與者，都進行積極的交流，而有圓滿的收穫。研究團隊希望藉由此座談，進一步深化研究內容。

（六）11/11 上午：參訪 ABILITIES

本次訪察活動行程的最後一站，是參訪 ABILITIES 東京東營業所。ABILITIES 是日本著名的輔具公司，成立於 1966 年，是日本專業復健輔具領導品牌。創辦人伊東弘泰會長為身障者，長年推動「不向命運低頭」運動，並成立公司創建輔具王國，一生致力於幫助行動不便者自立回到社會。為此，ABILITIES 從世界各地引進新穎機器，到自家研發技術的不斷精進，現在已是深受日本國民信任的輔具品牌；同時，ABILITIES 在台灣也設立了「優能福祉股份有限公司」，與日本同步提供滿足使用者自立生活的產品用具。

本次參訪的是該公司位於東京的東營業所，除了伊東弘泰會長全程親自接待外，還有該公司的石澤利勝中心長。透過石澤中心長的說明，讓人深刻體會。專業的復健輔具，是讓身障者能順利回歸社會、自立生活的重要工具。同理，法律的功能，也可如同身障者的輔具一般，只要運用得當，都能夠充分保障其人權，讓社會以平等對待的方式，與一般人過著無差別的生活。

四、參訪觀察綜整心得

本次隨行參訪行程順利圓滿，本研究團隊協助參與行前的規劃，也分別擬定了各項問題。從準備與聯繫工作，已經獲得行前的學習。本研究團隊充分準備，擬出有關的各項問題，使日本受訪單位得以事先充分因應，參訪活動也因而得以順利進行。

以下將這趟參訪行程的觀察心得，精要綜合說明。

本次訪察的重點，就是實地觀察日本醫療觀察法的兩項核心處遇手段，分別為指定門診與指定入院。有關指定門診部分，參訪了東京都立松澤醫院。本次主要參訪了提供精神保健福祉法緊急住院的 33 號病棟，以及精神科急性治療病棟。至於醫療觀察法的指定門診，在參訪過程中，也訪談了護理師。整體來說，這樣的分區分類，讓專人可各司其職，值得我們學習參考。

關於國立精神神經醫院的參訪，主要是針對該院內的指定入院病房（醫療觀察病房）。該醫院是國立行政法人轄下的機構，可能因為資源充足，院內的設備與人力配置都非常完善，尤其是醫療觀察程序下的精神障礙病人的各項醫療計畫與相關的支持（如法律諮詢或醫療福利等諮詢措施），都值得我國學習。藉由本次醫療機構的參訪，也體認到對於身心障礙者的各項法制與政策的相關措施，應當要有國家與社會的各項資源與整合，方有機會順利與持續的推動。

關於專家座談會，從日方出席專家學者的學經歷背景與學術聲望，顯示日方對於訪察團的重視。在短短的一個下午時間，順利將本研究團隊研擬的兩項議題與四項子題，進行充分的討論交流。

參與的專家三好幹夫律師，曾經是法官，擔任醫療觀察法中有關指定入院的審查法官。從三好律師的說明，我們方得了解，日本醫療觀察法制與我國現行監護處分間，存有重大差異。我國如果借鑑日本法制，需要一套完整的學理論述及修法的許多配套工程。例如，日本檢察官認定精神障礙觸法者有心神喪失等事由而為不起訴處分前，一般都會送交鑑定；但這項鑑定，往往僅利用一天時間就完成，並讓檢察官據此做出是否不起訴，並進一步向法院申請醫療觀察處遇的決定³⁴。相較之下，我國通常都是檢察官將案件起訴後，再由法院依職權或當事人申請後送交精神鑑定，並依循鑑定結果來審酌有無宣告監護處分的必要性。

³⁴ 參照：藤吉和史，精神鑑定と刑事責任能力，志學館法学，第 11 号，2010 年 3 月，頁 2 以下；刑事責任能力鑑定，NCNP 司法精神医学研究部：https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/shihou/info_keiji_kantei.html（最後瀏覽日：20/11/2022）

回想第二天與代表團共同拜會 JDF 的情境，從與接待人長瀨修教授的交流言談間，充分感受到長瀨修教授與整個 JDF 組織，對於該日本身心障礙者所流露的人性關懷與致力推動相關法制以及人權保障政策的熱忱。雖屬 NGO 組織，沒有官方政府的直接力量，但依然願意提出完整詳實的 CRPD 平行報告，督促政府與相關單位持續重視 CRPD 如何於現行法制面來具體落實。

在 JDF 提出 CRPD 平行報告的要求部分，主要來自 CRPD 第 14 條規定。國家不能因為身心障礙者的『障礙』而剝奪其自由。目前無論是日本國內的精神保健福祉法或醫療觀察法中，如指定入院等措施，由於在根本上就牴觸了該條意旨，故也提出應當廢除相關規定的倡議。反觀我國，依然將監護處分視為刑罰之一環，精神障礙觸法者要脫離社會防衛與監禁色彩濃厚的司法程序，恐怕還有更長的一段路要走。未來研究團隊也希望扮演日本 JDF 的角色，與本次委託機關國家人權委員會合作，持續研究與倡議 CRPD 的理念，並提出相關政策建議，努力推動符合 CRPD 精神的法案。

伍、英國精神障礙觸法者的司法處遇

一、英國的監護處分制度

(一) 概述

英國的精神衛生法於 1959 年制定，前後歷經多次修正。於 1959 年所制定的精神衛生法，包括精神疾病定義、權責單位、治療處所、強制住院治療、精神健康複審法庭（Mental Health Review Tribunal）的成立、刑事訴訟與司法相關程序中的收治與轉向；1983 年的精神衛生法修正案（The 1983 Mental Health Act）¹，則針對精神疾病（mental disorder）與精神障礙（mentally disordered）加以明確定義，精神病患因罹患需要治療的精神疾病（suffering from mental disorder of a nature degree which makes it appropriate for him to receive medical treatment）、預防可能造成病患健康與安全的傷害風險（preventing risk of harm to the patient's health or safety）、以及保護其他人（protecting others），可在經過精神健康法庭審理後處以社區強制治療（supervised community treatment）。

在 2007 年的修正部分²，重點則在於確保病患接受有需要且可避免自傷傷人的治療（to ensure patients receive the care they need to protect themselves and other people from harm）、支持現代化的治療（to support modernised services）、強化病人安全（to strengthen patient safeguards）、救濟人權不足（remedy human rights incompatibilities），並針對部分可能會污名化的狀態予以釐清，例如在學習障礙（learning disabilities）上，必須要合併精神疾病，或是具有嚴重的暴力行為。

雖然藥物或酒精依賴（Dependence on alcohol or drugs）被視為是一種精神疾病，然單純施用藥物或酒精則否。其針對精神疾病基於強制治療需要的人身自由限制條件上（criteria for detention），強調必須要基於風險（risk）與治療需求（need）而非疾病的種類（category），並因應晚近於精神疾病與精神病態（psychopathy）的治療實證，原先於 1983 年的醫院拘留條件（criteria for detention）則強調需要有合適且具有效果的醫療治療（Appropriate Medical Treatment Test: can only detain if medical treatment appropriate to mental disorder），且需要是為了臨床改善或避免疾病症狀或表現惡化而為之，以免醫療院所成為單純拘禁與限制人身自由的處所。例如藥物或酒精依賴的病患，係長期的狀態，不能單純因藥物或酒精依賴滯留於醫院治療，而需考量是否藥物或酒精引發如精神病症狀等狀態而需要治療。

此外，在維繫病況改善或避免惡化上，治療內容不僅止於藥物治療（medical treatment），而擴大到社會心理介入（psychosocial interventions），並在最近親屬（nearest relative）的照護上加上伴侶（civil partners）³，並增加替換不適任照護之最近親屬等條件。其後，亦分別於 2013 年針對歧視（discrimination）、使用強制力（use of force）等進行增修。

¹ 英國成文法資料庫，1983 年精神衛生法：<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>（最後瀏覽日：04/06/2022）。

² 英國成文法資料庫，2007 年精神衛生法：<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents>（最後瀏覽日：04/06/2022）。

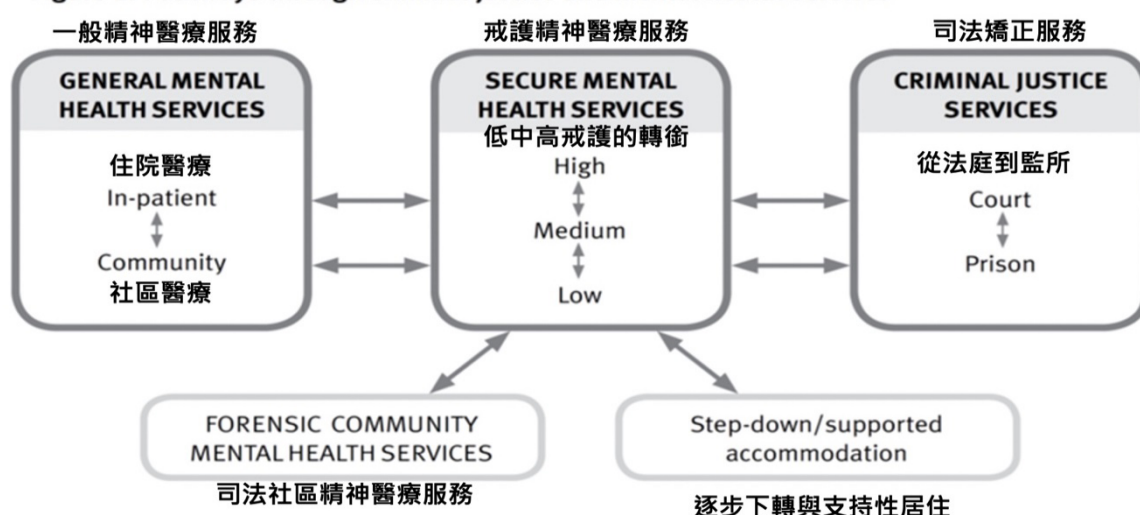
³ 最近親屬的照護，係由法院指定適合的親屬人選擔任照護工作，除針對精神衛生法相關的強制治療可提出評估、出院等要求外，亦可針對刑事訴訟法的病患治療與照顧提供相關意見。資料來源：MHW Wales，<http://mhmwales.org.uk>（最後瀏覽日：04/06/2022）。

由於英國在精神病患的強制治療上，採取法官保留的聽證審理，其在司法專業上常年有協助處遇精神病患的經驗，因此在法制設計上，面對精神病患觸法的過程中，面對從刑事訴訟到矯正治療，對於精神醫療資源的運用亦較為廣泛，針對病患的犯罪樣態、維安風險與治療強度需求，主要分為一般精神健康服務（general mental health services）、戒護精神健康服務（secure mental health services）、與犯罪司法服務（criminal justice services）三個層次⁴。

在一般精神健康服務上，包括一般精神醫療系統中的住院與社區精神醫療、戒護精神健康服務則包含低、中、高不同戒護需求的精神照護機構，而在犯罪司法服務上則包括了從法院到矯正機關的精神醫療相關工作，系統間並設計有轉向機制，並在病患風險逐漸減低後，考量到治療需求，可銜接到司法社區精神健康服務（forensic mental health services）與支持性的居住服務（supported accommodation）以避免病患在復歸社會的過程中產生銜接上的中斷。

圖1：司法矯正服務與精神醫療服務之路徑

Figure 1: Pathways through criminal justice and mental health services



近年來，英國假釋委員會於 2019 年 8 月啟動了《2019-2022 年 NHS 健康與社會護理策略》⁵，該策略的三個核心承諾是：（1）在緩刑假釋監督下改善人們的健康與福祉，並有助於減少刑事司法系統內的不平等（2）通過解決與犯罪行為有關的健康和社會護理相關驅動因素以減少犯罪受害者來減少再犯罪（3）支持為在緩刑監督下的人們提供強而有力的服務途徑，包括改善羈押場所和社區環境之間的護理延續性，最重要的是要了解有關個人的行為和能力的綜合影響，可以看到英國系統也相當強調於緩刑假釋下，對於延續病患的健康照護，以及透過改善與犯罪有關的健康和社會護理相關驅動因素之努力。

⁴ Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH), Guideline for Commissioner Forensic Mental Health Services, 9 (2013).

⁵ Public Health England, Health and social care needs assessment of adults under probation service supervision in the community, at https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/875279/Probation_HSNA_Guidance.pdf (last visited: 04/06/2022).

在經費上各有預算支應，NHS 給付治療的部分，而針對觸法個案在法務部的 MHCS (mental health casework session) 則由法務部支應。惟相較於我國全民健保，英國 NHS 在精神醫療占率約為 10%，較我國來得多出許多，因此較能支應相關經費。

此外，其於強制性的精神醫療的定期統計中⁶，也逐漸著眼於性別、年齡、少數族裔（包括黑人、亞裔與其他少數族裔）的影響，並積極改善刑事司法系統內的精神健康照護，期待能透過法令的修正與策略的落實，同時兼顧人權與社會安全的目標。

（二）法制內涵

英國在精神病患觸法的程序，強調身心障礙者與他人在所有的法律程序都能享有平等，且由於長年司法與醫療的合作關係，在法制內涵運用上，在刑事司法合併裁處評估、入院治療、社區治療命令的運用上，較我國來得更具有彈性，且更因應病患的實際需求。

在刑事司法程序上，警察或檢察官根據「起訴導引指南」(Directors Guidance on Charging)⁷，在經由配合的醫療院所鑑定嫌疑人的精神健康狀況或疾病狀態，同時透過犯罪嫌疑人與朋友、家屬、辯護代表或參與其治療的專業人員，取得評估後的精神健康狀況報告、藥物服用與治療報告、自陳報告與抗辯理由等。檢察官起訴必須考量犯罪和精神疾病關聯的證據力，亦即著重在嫌疑人是否以犯罪、精神健康程度與案件的關聯性、犯罪現場證據、案件嚴重性與社會關注等，確認是否為精神失常導致的犯罪，或其他因素所形成的犯罪，以及嫌疑人的精神健康狀態是否影響並損及現階段的公眾利益 (CPS, 2020)。

在審理階段，英國主要分為幾個不同的法庭，治安法庭 (Magistrate's Court)⁸處理輕罪 (minor offences)，因此精神疾病與心智障礙的刑事案件多從治安法庭開始，較嚴重的案件或是經上訴則由具有法官與陪審團的皇室法庭 (Crown Court)⁹，類似我國的刑事庭來進行審理，對皇室法庭的判決仍可經由上訴至上訴法庭 (Court of Appeal)。整個刑事司法程序力求公平與人權關注，依照精神能力法 2005 (Mental Capacity Act, 2005)¹⁰、刑事訴訟法 (Criminal Procedure Act, 1991)¹¹與精神衛生法¹²，精神疾病與心智障礙的犯罪嫌疑人，其審判程序原則應包括：

⁶ Mental Health Act Statistics, Annual Figures 2020-21, at <https://files.digital.nhs.uk/ED/8F6815/ment-heal-act-stat-eng-2020-21-summ-rep.pdf> (last visited: 04/06/2022).

⁷ Charging (The Director's Guidance)- sixth edition, December 2020, at <https://www.cps.gov.uk/legal-guidance/charging-directors-guidance-sixth-edition-december-2020> (last visited: 04/06/2022).

⁸ 治安法庭由兩名或多名太平紳士 (justices of the peace)，或一名領薪治安官 (stipendiary magistrate) 組成。審理簡易程序 (triable summarily) 案件，以及正是起訴程序審理 (triable either way) 案件。治安法庭還有權主持刑事案件的預審程序，以及決定是否應將被告交付刑事法庭案正式起訴程序審理。資料來源：元照英美法詞典。

⁹ 皇室法庭，又稱刑事法庭，在英格蘭及威爾斯地區與高等法院、上訴法院合稱上級法院。這類法庭專審刑事案件，在架構上從屬於高等法院及其分庭。資料來源：元照英美法詞典。

¹⁰ Mental Capacity Act, 2005, at <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents> (last visited: 04/06/2022).

¹¹ Criminal Procedure Act, 1991, at <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/28-29/18/2006-04-03> (last visited: 04/06/2022).

¹² Mental Health Act, Part III, at <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/part/III/2010-01-01> (last visited: 04/06/2022).

1. 必須確認被告的心智狀態是否適合出席治安法庭辯護和接受審判，本階段強調的事實調查與醫療報告的檢視，確認犯罪事實是否存在，再尋求進一步的醫學證據來進行後續判決。
2. 必須確認被告的心智狀態是否適合出席皇室法庭辯護和接受審判，檢方可提出由英國內政部認可的兩名以上醫師提出的專業報告來決定。
3. 應讓被告盡可能面臨正常的刑事審判程序，確保被告能有效的參與整個審判。
4. 應採取一切合理步驟，鼓勵被告及證人出庭參與，包括讓證人或被告提出最佳證據，並使被告理解訴訟程序並充分參與其辯護。
5. 應盡可能讓被告能與實況連接，由於被告可能有精神疾病或身心障礙等狀況，因此可能無法有效的參與訴訟。法院可提供各種可能的現場聯繫，包括被告、證人、地點等相關有利的證據，不因被告的相關身心狀況而無法完整呈現。
6. 應落實法律代理人制度，確保被告在法院上的各種權利應無受到侵害。
7. 終止訴訟下達時，對於被告的任何判決或限制也應立即終止。

精神衛生法第三十七條（section 37）賦予了法庭監護裁判（custodial sentence）醫院命令（hospital order）的權力，但這必須基於其具有犯罪事實，且法庭必須由兩位醫療專業人員（至少其中一位需要是精神科醫師）提出足夠的證據證明：（1）被告罹患精神疾病，且在本質或程度上適合被留置在醫院進行醫療（2）對於具有精神病態或心智缺陷的被告，這樣的治療可能減少或預防其狀況的惡化（such treatment is likely to alleviate or to prevent a deterioration of his condition）（3）考量犯罪的性質與被告的犯罪紀錄，這必須要是最適合理患的安置方案，亦即其並不適合如社區治療等其他處遇（4）基於將要治療被告的精神科醫師或是醫院代表所提供的證據，被詢問的醫院同意在 28 天內提供床位收治。

大部分經由醫院命令裁判的被告，其地位幾乎與其為一般民眾相同，形同法院將病患交到醫療系統而非矯正系統（penal system）。其出院係為醫療決定，由其主治之精神科醫師決定何時出院，且不須經由其他單位評估，這樣的病患在院時間可能僅為六個月，除非其主治醫師機於臨床考量建議更新治療命令。除此之外，法院亦可依據三十七條裁判監護命令（guardianship order），為社區強制治療，需要病患住在特定地址，並且定期與社區精神科醫師與社工約定診察。

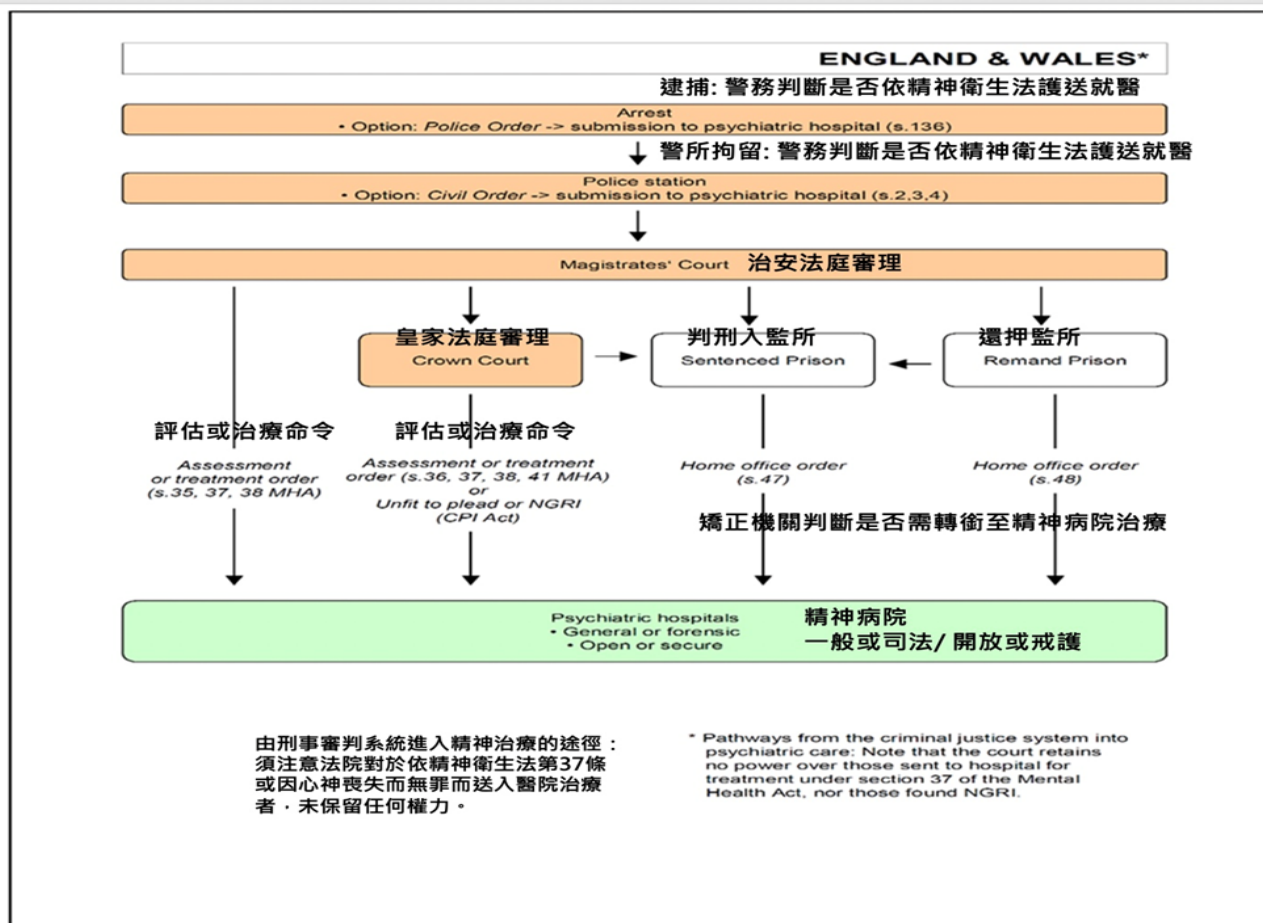
但，若病患所犯係為重罪（serious offence），皇家法庭為了保護公眾關於可能造成的嚴重危害（for protection of the public from serious harm），考量病患過去的犯罪紀錄與現在的危險性與預後，針對高風險的精神疾病患者，有權依照精神衛生法的第四十一條（section 41）在醫院命令下隨附限制令（restriction order）。此時，病患出院則非由其主治醫師決定，而係由獨立的精神衛生法庭（Mental Health Review Tribunals）來決定是否可從醫院釋放。關於裁處限制令的病患從醫院出院，亦可分為完全出院（absolute discharge）與條件式出院（conditional discharge），前者出院後即同一般國民，而後者則必須附帶條件，如需要定期返診服藥、與社工保持聯繫、限制住所等，若違反相關條件則需要被召回住院。

除了上述的治療命令外，為確定被告的精神狀態、診斷與治療建議等，除治安法庭、皇家法庭均可裁處評估命令（assessment order）外，在病患被判刑入矯正機關後，若在收容病患

時發現有急性精神病症狀需要治療，亦依照精神衛生法第四十七條透過聲請，經過至少兩位醫療專業人員的評估，確認（1）病患受苦於精神疾病（2）其精神疾病在本質或程度上適合被留置在醫院進行治療（3）必須要有合適且具有效果的治療，轉銜到精神醫療系統接受治療（removal to hospital of persons serving sentences of imprisonment）。

（三）執行狀況

除了上述基於相關法規的評估治療規範外，英國在 2020 年 10 月 1 日發布了針對精神障礙犯罪人、發展遲緩犯罪人和神經系統障礙犯罪人的量刑指南（Sentencing Council, 2020），其中精神障礙包括思覺失調症、鬱症、雙相情感障礙症、創傷後壓力症候群等，發展遲緩包括自閉症與學習障礙，神經系統障礙則包括腦損傷與失智症等。該量刑指南規定，法院應採個別主義進行犯罪評估，因為精神疾病或心智障礙者在發病當下的犯罪行為，其造成的損害程度會依個體的差異性而有所不同。因犯罪者當下可能因精神障礙或心智缺陷導致可責性降低，因此需要針對案件的所有情況與相關資料進行分析，判決當下亦應同時依照精神衛生法相關規定，考量犯罪性質、心理與生理障礙以及醫療處遇的關聯性，進行裁判，亦包含類似我國監護處分的限制命令。但也因為其複雜性，訂定指南也能夠幫助法官在困難而複雜的領域中採取較具一致性的方式來量刑。下圖呈現英國精障觸法者司法處遇制度之流程。



資料來源: Placement and treatment of mentally ill offenders: legislation and practice in EU member states 2005.

二、英國暫時安置

英國並無暫時安置之制度，但在司法訴訟程序中，治安法庭或是皇家法庭，依照精神能力法 2005（Mental Capacity Act, 2005）¹³、刑事訴訟法（Criminal Procedure Act, 1991）¹⁴與精神衛生法¹⁵之規定，對於精神疾病與心智障礙的犯罪嫌疑人，在前述審判程序應注意之原則下，在等候審理前或是裁判前，可依照精神衛生法第三十五條命被告到指定之精神醫療機構進行精神狀態評估（remand to hospital for report on accused's mental condition），並基於上述評估，在醫師評估有需要接受治療的情形下，依照三十六條命被告到醫院接受治療（remand of accused person to hospital for treatment），然則這樣的治療時間單次不得超過 28 天，經法庭延長總時數不得超過 12 周，若法庭認為病患的情形改善，隨時亦可予以終止。亦即，可在審理過程中要求被告進行醫療評估與治療，但具有時間限制，為類似暫時安置的制度設計。

三、英國司法精神醫院

（一）概述

英國針對精神疾病患者觸法於刑事司法系統的評估與治療，如前所述，透過與刑事訴訟法、精神衛生法、精神能力法等各式法規的整合來確保司法訴訟過程中的正義、病患的健康權以及社會公眾安全能達到相對的平衡。

（二）法制內涵

在高度、中度、低度戒護的司法精神病院治療的個案，在病情逐漸穩定後，部分會回歸到司法矯正系統，而部分個案則轉銜到包括住院、社區等一般精神醫療服務，而若有需要也可以利用社區強制治療來代替。

此外，自司法或矯正系統如法庭、監所等回歸到社區時，也會考量到轉銜治療的重要性，透過矯正機關的精神醫療服務與法庭的分流制度，來達到盡量不漏接的目標。也因此，在彼此轉銜的過程，設有司法精神醫療的協作照會機制，以減少如過去研究指出，在高度、中度戒護之精神患者，其停留時間相對越來越長的問題。總結英國司法精神醫學體系有幾個關鍵特色，分述如下：

1. 英國對於精神疾病與心智障礙者的處遇機構設置有醫院、社區與矯正機關三種，同時引進醫療照護專業與社會照護療養資源，並共同納入刑事司法系統的運作網絡。
2. 為確保精神疾病治療服務與公眾安全，患者會安排至司法精神醫學委託的機構內進行治療，兩者看似衝突，但其目標是相輔相成的。
3. 司法精神醫學體系是高成本低量能的服務，為了少數患者編列高額預算來執行，

¹³ Mental Capacity Act, 2005, at <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents> (last visited: 04/06/2022).

¹⁴ Criminal Procedure Act, 1991, at <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/28-29/18/2006-04-03> (last visited: 04/06/2022).

¹⁵ Mental Health Act, Part III, at <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/part/III/2010-01-01> (last visited: 04/06/2022).

整體的司法精神體系是具有彈性的運作空間，能在醫院、社區與矯正機關彼此移轉，不因病患身處於何種場所而有不同程度的醫療服務，將行政運作的干擾降至最低，而以病患個人健康與社會安全為最大考量。

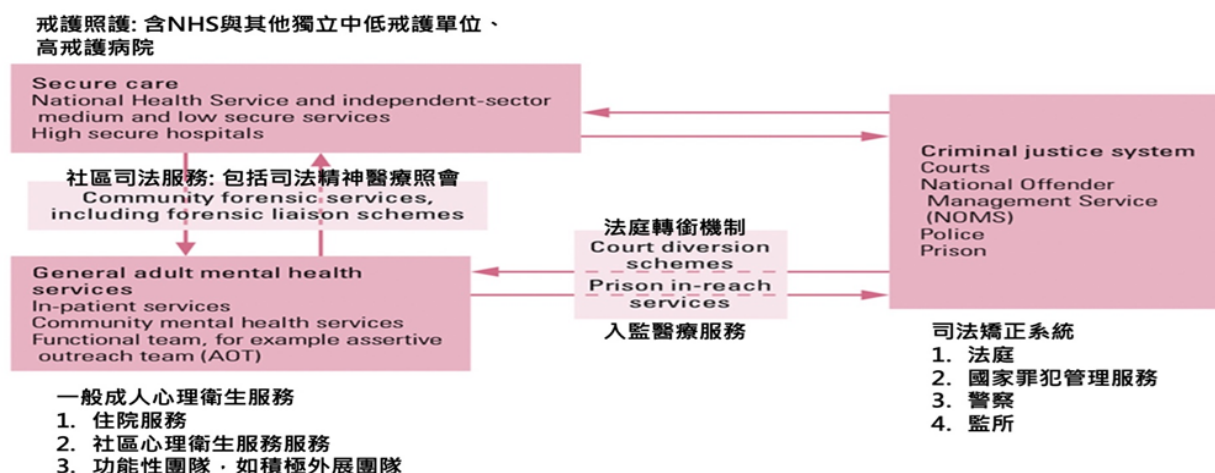
4. 整個司法精神醫療體系提供一個安全的環境，讓病患個人的醫療需求與治療服務能不受其他因素干擾，同時藉由不同系統的介接來讓機構去汙名化。
5. 司法與醫療協力，除醫療端外，司法體系透過國家罪犯管理服務（**National Offender Management Services**，簡稱 **NOMS**）整合司法與醫療，法務部設有精神健康個案部門（**Mental Health Case Sessions**），除在這個過程中負責司法端的銜接外，也協助處理病患與家屬的一些問題，並提供二十四小時專線服務。強調橫向與直向的全方位整合，將醫療、社會照護與刑事司法系統的介接能無縫接軌。
6. 不管司法精神醫療體系的場所、性別、年齡等各種因素，精神疾病患者都享有等量且公平的醫療照護，透過司法精神醫療品質網絡，將所有司法精神醫療服務串聯起來，從住宅、社區、專業醫療機構與矯正機關內的所有組織與機構都納入品質網絡中，透過監督與評鑑讓體系更加完備。
7. 精神醫療體系與刑事司法系統運作上的整合，從早期介入、逮捕、起訴調查、法庭審理程序、監所矯正與社區處遇的所有程序，確保高風險病患能在安全的前提下接受有效的治療處遇，並且在醫療、戒護、社區與矯正等各領域建立良好的信任關係。

（三）執行狀況

在執行上，英國的司法精神醫療照護（**forensic psychiatric care**）針對在矯正機關或法庭上的精神疾病觸法者提供精神醫療，設有不同等級的司法精神病院，分別為高度戒護、中度戒護與低度戒護病房（**Coid et al., 2007; Hare et al., 2018**）。惟在治療需求與公眾安全上，也需要充裕的資源挹注，在英國每位精神醫療患者每年花費約 175,000 英鎊，佔整體醫療衛生預算 10%，遠多過我國。

在業務分工上，高度戒護的司法精神病院收容嚴重的精神病患，中度與低度戒護醫院則成為高度戒護醫院轉銜到矯正機關、復健、出院後銜接社區精神醫療等服務的緩衝（**Doyle et al., 2014**）。在整個治療與轉銜過程中，除了醫療以外，也需要與司法進行良好的整合，因此，英國透過國家罪犯管理服務（**National Offender Management Services**，簡稱 **NOMS**）整合司法與醫療，法務部設有精神健康個案部門（**Mental Health Case Sessions**）¹⁶，除在這個過程中負責司法端的銜接外，也協助處理病患與家屬的一些問題，並提供二十四小時專線服務。強調橫向與直向的全方位整合，將醫療、社會照護與刑事司法系統的介接能無縫接軌，詳如下圖示。

¹⁶ 英國法務部精神健康個案部門指引，參照：<https://www.gov.uk/guidance/noms-mental-health-casework-section-contact-list>(last visited: 04/06/2022).



資料來源: Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 408–415

由於英國的各地資源不同，精神病患的協助各司其職，醫療決策由精神醫療主導，但社會適應協助會由司法幫助，同時設有司法矯正系統與醫療系統的互轉流動機制。

而就身心障礙者權利公約部分 (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)，英國於 2009 年簽署身心障礙者權利公約，雖目前並未像我國已國內法化，正在著手進行相關的法制修正以符合 CRPD，惟於 2018 年 CRPD 的報告¹⁷顯示即便英國已經投入了 10% 的 NHS 經費挹注於精神醫療，並投入大量的心理衛生預算，仍被認為無法完成 CRPD 的相關要求，特別是在強制治療部分，面對 CRPD 建議禁止強制治療的要求，是否反而導致個案因為旋轉門效應而造成觸法，反而拘禁於監所，也導致英國有部分精神科醫師於英國精神醫學期刊¹⁸呼籲應該取消簽署 CRPD，仍有待於凝聚社會共識。

(四) 他山之石

英國之相關制度，係類似在我國精神衛生法另加上刑事訴訟過程中，賦予相關法庭在不同階段給予評估、治療、限制命令的權力，並透過司法精神醫療系統，在低度戒護、中度戒護、高度戒護之醫療機構，與一般精神醫療含住院、社區等來進行轉銜，並設有司法系統與精神醫療系統的協作機制。另外英國雖然沒有暫行安置，但有類似制度，可在審理過程中要求被告進行醫療評估與治療，並且具有時間限制。以上值得我國關注與參考。

¹⁷ <https://www.gov.uk/government/publications/disabled-peoples-rights-information-following-the-uks-first-periodic-review/concluding-observations-on-the-initial-report-of-the-united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland-initial-government-response> (last visited: 04/06/2022).

¹⁸ <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/uk-government-should-withdraw-from-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/2CC67DE761555574DBF4153D70C929D0> (last visited: 04/06/2022).

四、CRPD 精神對英國法制的檢驗

英國係於 2009 年 7 月通過 CRPD，並於 2011 年 11 月發布其關於身心障礙者權利公約的初步報告，聯合國 CRPD 委員會則於 2016 年公布對於英國進行第一次定期審查，英國政府在 2017 年提出回應意見，聯合國則於 8 月發布其結論性意見¹⁹，委員會並針對英國相關社會保障計畫、工作及就業等立法與政策進行調查，最後提出十項建議²⁰，並要求英國政府每 12 個月作成追蹤報告直至下一次定期審查。

英國政府後續於 2018 年 8 月²¹、2019 年 9 月²²皆有發布追蹤報告。最新的一次回應是在 2021 年 12 月 9 日發布，該追蹤報告涵蓋的期間包含了 2020 年及 2021 年，該十項建議在 2017 年結論性意見之文件中，係呈現於 114 點(a)-(j)條，每次追蹤報告，英國政府均逐一就委員會給予之十項建議「建議 114(a)-(j)」，檢討其法制與政策作出追蹤。

以下就 CRPD 委員給予英國政府之結論性意見、以及英國政府逐年所作之追蹤報告中，與本計畫討論之監護處分、司法精神醫院設置、暫行安置制度相關者，依可能涉及之 CRPD 條文進行整理與分析：

（一）關於第 12 條之規定

CRPD 委員會在初次審查的結論性意見指出，英國的立法與實踐中，仍普遍存在替代性決策制度，未充分尊重其自主權利，對於有精神障礙或心智缺陷之尋求庇護者或難民，未充分賦予其平等的權利行使能力，且發現有大量非裔身障者遭受強制住院或強制治療，均有違 CRPD 第 12 條之意旨。

（二）關於第 13 條之規定

英格蘭及威爾斯地區在 2012 年頒佈「法律援助和違法者量刑及處罰法」，對於勞動法庭收費新制，恐對於身障者獲得法律援助有障礙，另外，直接限制禁止有聽障者參加陪審團，而非提供助理或手譯人員的方式協助其平等地參與法院訴訟程序，皆被認為與 CRPD 第 13 調司法近用的精神相悖，CRPD 委員會建議應進一步提供一切必要的支持，並賦予身心障礙者

¹⁹ Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, at <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhspCUnZhK1jU66fLQJyHlkqMIT3RDALiqzhH8tVNxhro6S657eVNwUqlzu0xvsQUehREyYEQD%2BldQaLP3lQDpRcmG35KYFtgGyAN%2BaB7cyky7> (last visited 10/04/2022).

²⁰ Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland: Committee on the Rights of Persons with Disabilities, at <https://digitallibrary.un.org/record/1310654> (last visited 10/04/2022).

²¹ Disabled people's rights: information following the UK's first periodic review, at <https://www.gov.uk/government/publications/disabled-peoples-rights-information-following-the-uks-first-periodic-review> (last visited 10/04/2022).

²² Disabled people's rights: the UK's 2019 report on select recommendations of the UN periodic review, at <https://www.gov.uk/government/publications/disabled-peoples-rights-the-uks-2019-report-on-select-recommendations-of-the-un-periodic-review> (last visited 10/04/2022).

權利可擔任司法系統中地法官、檢察官或其他任何職位。

（三）關於第 14 條之規定

英國法律仍允許醫院對於身心障礙者進行非自願地強制治療與收容，被認為是違反 CRPD 第 14 條之精神。然而，英國在 2019 年通過精神能力法修正案（Mental Capacity (Amendment) Act 2019），加入「自由權保障（liberty protection safeguard）」的程序，取代 2005 年版之精神能力法，授權政府對於缺乏心智能力者提供照護與醫療卻相當於剝奪行動自由的安排，新制則明文要求必須向當事人詢問，以確定當事人對於擬定的安排之意願與感受，對於與當事人關係密切者，也可以透過一個新的「適當人 appropriate person」的角色，代表或支持當事人，抑或當事人可以接受「獨立的精神能力倡導者（Independent Mental Capacity Advocate (IMCA)）」之支持或代表透過程序保護其權利。至於對處於複雜案件核心者的權利保護，則可透過新制中「核可的精神能力專家（Approved Mental Capacity Professional）」角色來捍衛。新制原計畫於 2022 年 4 月實施，但因疫情緣故而受到推遲。

（四）關於第 15 條之規定

CRPD 委員會特別關切在監獄、青年司法系統、醫療和教育設施中，仍存在對身心障礙者使用物理、機械或化學束縛的方式，包含使用電擊等武器以及隔離的做法，或例如北愛爾蘭使用非自願性的電痙攣法，英格蘭和威爾斯地區過度使用精神病藥物的現象，特別是對於黑人或少數族裔的身心障礙者，造成過度影響，且缺乏一統一的審查機制，因此被要求應採取適當措施，調查並杜絕收容機構中虐待身心障礙者的行為，

（五）關於第 16 條之規定

對於身心障礙婦女、兒童、雙性人或老年人，受到凌虐、性暴力及剝削的現象，未有足夠的措施加以防止，特別是對身心障礙者的仇恨性犯罪，在犯罪行為要件的界定及量刑上，均應提出一致且適當的做法，極力加以制止。

（六）關於第 19 條之規定

英國政府在 2010 年以來緊縮其福利制度的政策，已經造成對身心障礙者相當不利的影響，包含住房津貼的資格要件、獲得護理的標準等等，而對於沒有財力負擔個人化支持者，很多身心障礙者因而被強制收容，剝奪其獨立生活融入社區的權利。不過，英國政府在 2021 年 7 月，發布了由身心障礙者觀點出發，關於健康與身心障礙支持的綠皮書，致力於協助身心障礙者實現獨立生活與就業的需求。

（七）展望

自 2018 年起，英國政府幾乎逐年針對 CRPD 委員會於 2017 年所作之建議，提出後續追蹤報告，可以看出英國政府對於 CRPD 以及身心障礙者權利的重視。2017 年委員會對於英國執行 CRPD 的審查，主要聚焦於 CRPD 第 19 條「獨立生活和融入社區」、第 27 條「工作和就業」、第 28 條「適足的生活水準和社會保護」等部分，尤其關注英國進行福利政策緊縮的

情況下，對於身心障礙者的權利造成不利的影響。從後續英國的追蹤報告，可以發現英國政府對於身心障礙者的支持性政策以及經費挹注皆不斷增加。

至於對精神障礙者的強制治療等剝奪行動自由的措施，2018 年英國 CRPD 的報告顯示即便英國已經投入了 10% 的 NHS 經費挹注於精神醫療，並投入大量的心理衛生預算，仍被認為無法完成 CRPD 的相關要求，特別是在強制治療部分，面對 CRPD 建議禁止強制治療的要求，是否反而導致個案因為旋轉門效應而造成觸法，反而拘禁於監所，也導致英國有部分精神科醫師於英國精神醫學期刊呼籲應該取消簽署 CRPD，仍有待於凝聚社會共識。惟由前述 2019 年通過的精神能力修正法案新制，加入自由權保護措施的程序，亦可觀察到英國政府致力於維護精神障礙者自主決定權的努力。

陸、美國精神障礙觸法者的司法處遇

一、美國監護處分

（一）概述

美國對精障者的負面感受，早自殖民時期，美國的法律制度便對精障者不是那麼友善¹。一開始並未將精神障礙者當成是政府需要照顧的對象²，反而認為是家庭的責任，至於沒有家人或無家可歸的精障者，照顧好自己就成為他們對自己和社會的義務，於是乎，一旦沒有履行這項義務，對社會造成威脅甚至觸法時，精障者就會被法律認定為瘋狂（insane），而將他們隔離（segregation）³於沒有提供任何照顧或治療的監獄中。

到了 19 世紀初期，考量到監獄的確無法對精障者提供妥適的治療與適合的生活環境⁴，另一方面，在欠缺自我決定（decision-making）與負擔刑事責任之能力下⁵，單純隔離對精障觸法者來說並沒有任何實質幫助，於是，美國開始出現對精障者改以機構化（Institutionalization）之處遇模式提供法律上的照顧（或治療）⁶，用醫院取代監獄，便成為當時將精障觸法者從監獄轉向至醫院的替代方案，如麻薩諸塞州於 1849 年生效的 Pre-Trial Criminal Commitment⁷便為其中一例。直到 1880 年，在全美已建置 75 間公立精神衛生醫院中，收容了將近 99% 的精障觸法者⁸。然而，當時這套機構化的轉向處遇措施於實際運作後，遭遇到的批評，有被告⁹既然已經被醫院判定有精神障礙之事實，只要法院同意基於公共利益且對被告有利時，自可依法收容並給予治療，因此讓許多精障觸法者終其一生再也無法離開醫院的原因，但是這不是該制度本身基於社會安全或治療精障者之初衷，而是該制度沒有收容期間的上限。然而，亦

¹ Annabelle Frazier & Isabella Callahan, PRE-TRIAL CIVIL COMMITMENT OF CRIMINAL DEFENDANTS 9 (1ST ed. 2021).

² *Id.*; also see Sara Gordon, *The Danger Zone: How the Dangerousness Standard in Civil Commitment Proceedings Harms People with Serious Mental Illness*, 66 CASE W. RES. L. REV. 657, 662 (2016)

³ Alexandra S. Bornstein, *The Facts of Stigma: What's Missing from the Procedural Due Process of Mental Health Commitment*, 18 YALE J. HEALTH POL'Y, L. & ETHICS 127, 130 (2018); see also Jack K. Martin et al., *Of Fear and Loathing: The Role of 'Disturbing Behavior,' Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness*, 41 J. HEALTH & SOC. BEHAV. 208, 134 (2000); see also *The Treatment of Persons with Mental Illness in Prisons and Jails: A State Survey*, Treatment Advocacy Ctr. 9-11 (Apr. 8, 2014), available at <http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/treatment-behind-bars/treatment-behind-bars.pdf>. (last visited: 2022/02/02).

⁴ *Id.*

⁵ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 10.

⁶ *Id.*

⁷ Steven L. Engelberg, *Pre-Trial Criminal Commitment to Mental Institutions: The Procedure in Massachusetts and Suggested Reforms*, 17 CATH. U. L. REV. 163 (1968).（需說明的是，參照當時麻州法律，該制度規定於今日法律的「mental health」乙章中，故亦有文獻將此時期麻州對精障者之人身拘束納入 Civil Commitment 的發展歷程，但本文仍以此文獻之標題與內文，將當時的制度另以 criminal commitment 為題介紹。）

⁸ Alexandra, *supra* note 3, at 134; see also *The Treatment of Persons*, *supra* note 3.

⁹ MASS. GEN. LAWS, ch. 265, §15 (1959).

有學者認為¹⁰，即使制度中存有時間上限之規定，但當法律偏重於將「（對精障者）有利」做為必要性之判準時，卻忽視了當時精神醫療機構根本沒有提供被告有效治療的能力，因此，原本以必要性作為拘束觸法者人身自由之條件，一旦未將「治療之有效性」納入考量，對原本就陷於制度中難以脫身的被告來說，無疑是毫無幫助。若再進一步回顧當時精神醫療機構能對精障觸法者提供的資源，除了消極的拘束人身（*restraints*）或鎮定（*sedation*）外，尚有仍處在實驗階段的試驗藥物或精神外科（*psychosurgery*）¹¹等方法，從現代的觀點來看，當時的醫療資源非但相當有限，而且十分具有爭議。在這樣的醫療環境下，使得原本應該受到「無罪推定」保障的觸法者，卻於 *Pre-Trial Criminal Commitment* 機制中，讓法院能在尚未定罪前，僅憑精神醫療機構認定被告有精神障礙，便可再以對其治療具備必要性，進而讓觸法者轉向到空有治療為名，卻無治療之實的機構中，更在欠缺司法妥善監督治療有效性的情況下，最終放任觸法者受困於永無止盡的不定期之拘束（*indefinite commitment*）¹²。對於這樣的處遇措施，使得社會開始有基於保障人權為本¹³，進而主張應對精神障礙者另以「去機構化（*Deinstitutionalization*）」之模式提供治療的倡議，在此浪潮中，也讓 *Pre-Trial Criminal Commitment* 制度，自 20 世紀開始，黯然地退出了美國刑事司法體系¹⁴。

今日美國各州另有 *Civil Commitment* 制度，翻譯上，有民事監護、民事監禁、民事安置、民事拘禁、強制住院或非刑事之人身自由限制等不同的翻譯，早在 *Criminal Commitment* 失去光環前，美國實務已有主張¹⁵，只要是精障者觸法，無論其精神狀態是否足以影響他參與訴訟的能力，都應該儘早從刑事司法系統轉向到更能提供觸法者治療的環境中，而以社區處遇（*community-based treatments*）為核心的 *Civil Commitment* 就可做為避免精障者觸法後，被以治療為由進入精神醫療機構後，就再難以重獲自由的出口。於此之際，恰逢機構化下的 *Criminal Commitment* 日漸式微，與去機構化結合的 *Civil Commitment* 自然的就成為一時之主流。雖然在細節上存在著或多或少的差異，但一般來說，都是以社區為基礎，為反覆輾轉於醫院、緊急醫療機構與社會福利單位的精障者，提出以「治療為基礎」的處遇措施，通常稱之為 *Community-based Treatment Programs*¹⁶，而這個制度也伴隨著法律對精障者應如何對待的立場改變，而有些許不同的樣貌。

至於 *Mental Health Court* 是近 20 年來，美國刑事司法體系中為精障觸法者建置的另一

¹⁰ Annabelle & Isabella, *supra* note 1.

¹¹ *Id.* (作者指出，當時醫院提供的這些治療方案，時至今日都可能因為對人體有害，而被法律禁止或限制使用。)

¹² Samantha M. Caspar and Artem M. Joukov, *Worse than Punishment: How the Involuntary Commitment of Persons with Mental Illness Violates the United States Constitution*, 47 HASTINGS CONST. L.Q. 499, 508 (2020). (被告一旦被轉介到精神治療機構後，法院對醫院如何照顧被告只扮演聽取其意見的被動角色。)

¹³ Julia Schon, *Why are California's Prisons and Streets Filled with More Mentally Ill than Its Hospitals: California's Deinstitutionalization Movement*, 59 SANTA CLARA L. REV. 269, 276 (2019). (作者指出機構化的缺失浮現台面後，許多倡議去機構化的人認為機構化就是對精障者人身自由與自主權的干擾。)

¹⁴ Alexandra, *supra* note 3, at 134-35.

¹⁵ Engelberg, *supra* note 7, at 177

¹⁶ Maria Slater, *Revolving Doors of Hospitalization and Incarceration: How Perceptions of Procedural Justice Affect Treatment Outcomes*, 27 WM. & MARY J. WOMEN & L. 261, 266-67 (2021). (作者指出，全美沒有任何一州的 *Civil Commitment* 與他州相同，換言之，每個州都有自己所屬的 *Civil Commitment* 制度。)

套轉向系統，最初是為了減輕刑事司法體系的負擔，因應監獄中逐漸難以負荷的精障觸法者人數，故將符合特定條件的觸法者以此機制轉向到以社區為基礎的治療模式¹⁷，目前全美已有約 45 個州完成 Mental Health Court 的建置，總計已有將近 480 間成年人的 Mental Health Court¹⁸。然而，Mental Health Court 這套模式至今仍未成為將精障觸法者，從監獄轉向至精神醫療機構之主流¹⁹，除精障觸法者所屬的司法管轄區域可能尚未建置 Mental Health Court 外，對於有意透過 Mental Health Court 轉向至醫療機構接受治療的觸法者來說，首先他要具備適用 Mental Health Court 的法定條件，也必須有意願且確實參與完整程序並配合專家提供的治療方案，不僅如此，與 Mental Health Court 制度配合的心理健康專家團隊也要評估被告是否為「願意參與完整程序且會遵循治療方案」的候選人，最後，醫療機構本身也必須確實能提供專為被告量身定製的治療，於完全具備前述所有條件後，Mental Health Court 才能成為精障觸法者另一種處遇選項。由此可知，要具備所有條件的個案，似非易事²⁰。

（二）法制內涵

1. 相關法律規定

單就從制度而言，參與刑事司法體系的 Civil Commitment 以及 Mental Health Court，相較於單純隸屬於精神衛生體系的 Civil Commitment 而言，前二者對精神障礙者的處遇決定，顯然需要有更多面向的評估，諸如逮捕後對觸法者立即性的臨床判斷、是否能以治療作為審前不予以拘禁的替代方案，以及相關精神衛生服務的預算與資源配置等²¹，因此，如何將原本由醫療體系對病人的監控模式與刑事司法體系中當事人對抗模式與司法審查的機制融合，一直以來都是美國司法實務與學界關注的焦點²²。

去機構化後，醫療機構中的精障者數量銳減，連帶導致精神醫療資源不再集中於醫院，而是分配於社區之中，在欠缺其他能代替治療的配套措施輔助下，精障者回到了對他們感到恐懼或排斥的社會裡，非但無法成功融入社會，更處於近乎自生自滅的「被放任」狀態，以致大多數的精障者難以避免的再度因為觸法而被逮捕，回到刑事司法體系的框架中，學者稱之為旋轉門（Revolving-Door）或轉機構化（Transinstitutionalization）現象²³。與其在或（去機構化）監獄或（機構化）醫院兩扇大門間躊躇不決，各州紛紛於刑事司法體系中另闢蹊徑，將原非屬該程序的 Civil Commitment 與刑事訴訟程序銜接後，做為對精障觸法者另一種處遇選擇，一方面能藉以讓觸法者於可能入獄之前，即時轉向至精神醫療機構，另一方面更是希冀當觸法者因為不具有受刑事司法審判的能力（如就審能力或責任能力），以致於無法透過刑事司法發揮刑罰之功效時，Civil Commitment 能即時以備位機制之姿，對精障者提供必要的

¹⁷ *Id.*, at 269.

¹⁸ See Mental Health Treatment Court Locator, Substance Abuse and Mentalhealth Services Administration, available at <https://samhsa.gov/gains-center/mental-health-treatment-court-locator>(last visited: 2022/02/06)（美國亦有專門為青少年所設的 Juvenile health treatment courts，目前全美已有超過 50 間法庭。）

¹⁹ Slater, *supra* note 16, at 270.

²⁰ *Id.*（作者直言，在維吉尼亞州成功轉向到 Mental Health Court 的可能性非常的低（extremely low）。）

²¹ *Id.*, at 265.

²² Gordon, *supra* note 2, at 666.

²³ Schon, *supra* note 13, at 289.

協助²⁴。簡言之，政府對精障者提供照顧的「起始點」，既能是以社區為基礎的 Civil Commitment，也可以是透過與刑事司法體系相連結後，再行展開。

2. 人權保障的體現

雖然聯邦最高法院對 Civil Commitment 的法定事由，以避免過於嚴格的要求可能成為精障者接受治療的法律高牆為由，選擇了中間程度的明確證據做為標準，但從歷年判決中，即使聯邦最高法院並沒有總是劃下明確的憲法檢驗標準²⁵，但依然能看出聯邦最高法院對精障者以治療為目的之處遇措施的立場。舉例來說，O' Conner (1975) 案中當聯邦最高法院表明「不能單純以精神障礙為由就限制人身自由」時²⁶，實際上就是一種實質正當程序的檢驗²⁷，而 Addington (1979) 案重申 Civil Commitment 的強制處遇措施侵害了人身自由而需受正當法律程序之拘束²⁸，則言明了程序正當之要求。由此可見，聯邦最高法院雖然在與法定事由相關的實質正當中，不以最嚴格的超越合理懷疑做為憲法界線，但仍認與刑事監禁同樣拘束人身自由的強制處遇措施，必須由法院踐行一定程序之審酌後，方能對精障者施以該處遇。

根據美國憲法第 14 修正條文之規定²⁹，政府不能在沒有正當法律程序下剝奪人身自由，而任何政府所欲拘束人身自由的手段，除必須有必要的國家利益 (compelling interest) 做為目的之外，手段與目的間也必須存在一定的關連性。聯邦最高法院雖然於 Salerno (1987)³⁰ 案同意政府可以保護社會安全的利益，以非屬於刑罰之審前拘束為手段，犧牲具有危險性之被告的人身自由，但也於 Foucha (1992) 案中表示³¹，使人民免於人身自由的限制就是正當法律程序的核心，而要實踐保障人身自由的正當法律程序，就需要確保政府之目的及其手段之間存有「緊密關連性 (narrowly tailored)」，且對被告採取最小的侵害手段³²。

若將前述正當法律程序套用在適用於精障觸法者之 Civil Commitment，學者認為³³，即使實質面向中沒有明確的憲法界線，但並不妨礙其程序與審前拘束相同³⁴，必須符合兩個憲法前提：一、對人身自由的拘束必須以最小侵害的方式促成其目的；二、法院必須在個案中檢驗政府手段之必要性，如此方能正當化個案中以對精障觸法者施以強制處遇措施並追求更重大的利益。

²⁴ Sherry F. Colb, *Insane Fear: The Discriminatory Category of "Mentally Ill and Dangerous,"* 25 NEW ENG. J. ON CRIM. & CIV. CONFINEMENT 341, 350-51 (1999).

²⁵ Salil Dudani, *Unconstitutional Incarceration: Applying Strict Scrutiny to Criminal Sentences*, 129 YALE L.J. 2112, 2124 (2020).

²⁶ O'Connor, 422 U.S. 563 (1975).

²⁷ Dudani, *supra* note 25, at 2112, 2125.

²⁸ Addington, 441 U.S. at 425. (聯邦最高法院說無論何種目的 Civil Commitment 都嚴重侵害了人身自由而需受正當法律程序之拘束，判決原文：「[C]ivil commitment for any purpose constitutes a significant deprivation of liberty that requires due process protection.」)。

²⁹ U.S. Const. amend. XIV, § 1 (requiring state governments to respect due-process protections).

³⁰ Salerno, 481 U.S. at 748-51.

³¹ Foucha, 504 U.S. at 80.

³² Richard H. Fallon, Jr., *Strict Judicial Scrutiny*, 54 UCLA L. REV. 1267, 1268-69 and 1326 (2007).

³³ Dudani, *supra* note 25, at 2123-125.

³⁴ *Id.* at 2127-129. (根據作者整理，若由聯邦最高法院判決做成之時序觀察，實際上應該是 Civil Commitment 正當化了刑事司法程序中審前拘禁的法律地位，且將兩者之間的程序與實質正當法律之要求趨同。)

總歸而言，有關 Civil Commitment 制度本身的合憲性，表現於最高法院表態接受該制度以維護社會安寧的警察權 (police power) 與對精障者照顧的國家親權 (Parens Patriae Doctrine) 為所欲實現的法律利益，而以拘束人身自由的非刑事處罰做為手段，法院並於個案中判斷有拘束人身自由之必要性時，方可對精障觸法者施以最小侵害的方式。

聯邦最高法院於 O' Connor v. Donaldson (1975) 一案做成後³⁵，單純精神疾病已經不足以成為讓精障者受到人身拘束的理由，這也代表著與刑事司法體系合作的 Civil Commitment，即使有精障者觸法的犯罪事實，都仍須另外符合其他的法定事由後，方能施以 Civil Commitment。

目前適用於刑事被告的法定事由主要有三，第一是基於精障者對自己或他人危險 (dangerousness)，第二是為確保被告之就審能力 (Competence to Stand Trial)，最後則是對無法負擔刑事責任之被告提供復原或治療 (restoration or treatment)，而這種機制下最早也最常適用的處遇措施則為強制精障者入院 (Inpatient Commitment) 以接受治療。說明如下：

(1) 基於危險性

聯邦最高法院於 O' Connor (1975) 中表示³⁶，州政府不能只因為精神疾病，就剝奪無危險且有能力自主生活，或仰賴有責任且有意願之親友協助之精障者的個人自由，進而對其施以強制處遇措施。換句話說，聯邦最高法院認為對精障者的處遇措施，不應單純著眼於精神障礙之有無，而應以精障者事實上是否出現「對自己或對他人之危險 (dangerousness to self or others)」做為考量³⁷，至此之後，「危險性」就成為限制精障者人身自由的基本要求之一。

然而，部分欠缺自我狀態認知能力，或情況較為嚴重的精神障礙者時常會發生無法或不願意遵循治療機制的情況，為使精障者獲得政府完整的照顧，精神醫療機構主張對這類病人的拘留 (detention) 實則仍為治療過程中的必要手段³⁸，對此，聯邦最高法院抱持著肯定的立場，表示 Civil Commitment 的法律正當性來自於基於照顧與治療精障者的國家親權 (Parens Patriae Doctrine)³⁹，以及基於保護社會安全的警察權 (Police Power Doctrine)⁴⁰，只要符合 Civil Commitment 的各項法律要件，法院都能於必要時同意政府以精障者的人身自由做為追求其他法律利益的代價⁴¹，故此種違反精障者意願的非自願治療 (involuntary commitment)⁴²，

³⁵ Sherry F. Colb, *Insane Fear: The Discriminatory Category of "Mentally Ill and Dangerous"*, 25 NEW ENG. J. ON CRIM. & CIV. CONFINEMENT 341, 350-51 (1999).

³⁶ O'Connor, 422 U.S. at 573-76. (判決原文：「a State cannot constitutionally confine without more a nondangerous individual who is capable of surviving safely in freedom by himself or with the help of willing and responsible family members or friends.」)

³⁷ Samantha M. Caspar and Artem M. Joukov, *Worse than Punishment: How the Involuntary Commitment of Persons with Mental Illness Violates the United States Constitution*, 47 HASTINGS CONST. L.Q. 499, 508 (2020). (被告一旦被轉介到精神治療機構後，法院對醫院如何照顧被告只扮演聽取其意見的被動角色。)

³⁸ Schon, *supra* note 13, at 284.

³⁹ *Addington v. Texas*, 441 U.S. 418, 426 (1978). (聯邦最高法院表示，州政府基於國家親權，自有對因情緒障礙而無力自助的市民提供照顧之立法利益。判決原文：「the state has a legitimate interest under its parens patriae powers in providing care to its citizens who are unable because of emotional disorders to care for themselves.」)。

⁴⁰ Gordon, *supra* note 2, at 664; see also *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11, 27 (1905).

⁴¹ *Id.*

⁴² Slater, *supra* note 16, at 266.

至今仍屬 Civil Commitment 處遇的方式之一。

將相同的爭議由 Civil Commitment 導入刑事司法體系，聯邦最高法院於 *United States v. Salerno* (1987) 案中表示⁴³，對於逮捕後的被告，若認其對公眾可能有危險，可於審判前即予以拘禁，其理由在於，此時政府保護社會安全的利益凌駕於對社會具有危險性的被告之個人自由，且這種審前拘禁 (pre-trial detention) 本質上並非刑罰，而是一種對釋放被告後可能對社會造成犯罪問題的潛在解決模式，所以自然也不違反美國憲法第 8 增修條文。

若再進一步將隸屬非刑事司法體系與隸屬刑事司法體系的兩個案例互相結合後，目前對精障觸法者是否能以基於危險而施以拘束人身自由的 commitment 之判斷標準，即為「若不予以拘束 (confinement)，被告很可能會故意傷害自己或他人，抑或是因為無力自我照顧而傷害自己或他人」。有學者將此種對精障觸法者之審前拘束稱之為 Pre-trial Dangerousness Holds⁴⁴。目前美國實務上以精障者具有危險性，並對之施以強制入院相關的處遇措施有三種，最緊迫的「psychiatric hold (精神科拘留)」，也有稱為緊急拘留 (Emergency Hold)，如急診，基於一時急迫性而為的強制處遇，以 72 小時為大宗，最久的期限為 10 天，最短的期限為 23 小時，也有州決定不設定期限，讓個案法官能依現況裁量，是期間最短的強制處遇措施；當精神醫療機構完成前項評估後，會與法院再進一步判斷精障者是否需命其入院治療，若不具備，則必須立刻釋放 (讓他出院)，此階段的聽證會由於非刑事訴訟程序進行。最後一種是以「門診」為主的治療機制 (outpatient civil commitment)。因此，審前拘束雖然有刑事司法體系的加入，但與刑事訴訟程序上的暫行安置不同，走的並非刑事訴訟程序。

除此之外，現行美國實務運作中，還有兩種情況亦可基於危險性而將被告自刑事訴訟程序中轉向於 Civil Commitment 後，再至精神醫療機構接受治療。第一種是被告符合其他審前拘禁的要件而受收容後，收容機關認為無法提供適合被告的環境，抑或認為被告尚有對機關內其他人員造成安全疑慮之困擾⁴⁵，第二種則是被告原欲聲請保釋，但被法院以因精神障礙而有危險之虞拒絕時，法院可在同一聽證程序，或是另外展開 Civil Commitment 的聽證會，將觸法者以具有危險性轉向至精神醫療機構⁴⁶。

(2) 確保就審能力與治療或復原⁴⁷

美國當代對被告就審能力要求及判斷該能力之標準，則來自於 *Dusky v. United States* (1960) 乙案⁴⁸，聯邦最高法院認為，被告需要具備能與辯護律師充分溝通的合理能力，對訴訟程序也應具備知悉與理解能力，否則，即使刑事司法體系盡其所能的從偵查、審判到執行都確保被

⁴³ *United States v. Salerno*, 481 U.S. 739, 748-751 (1987).

⁴⁴ *Annabelle & Isabella*, *supra* note 1, at 5.

⁴⁵ *Id.*

⁴⁶ *Id.* at 13.

⁴⁷ *Id.* at 16. (美國實務中，通常被告被認定欠缺就審能力後，就會接續展開治療與復原的 commitment，故一併予以介紹)

⁴⁸ *Dusky v. United States*, 362, U.S. 402, 403 (1960). (判決原文：「test must be whether he has sufficient present ability to consult with his lawyer with a reasonable degree of rational understanding - and whether he has a rational as well as factual understanding of the proceedings against him.」)

告在法律上的權利，對無法理解其意義的被告而言，都是徒勞的。據此，將就審能力定位成「與辯護律師充分溝通」及「對訴訟程序的理解」等兩項標準又可稱為「Dusky Standard」。

另外值得一提的是，雖然美國以 Dusky Standard 作為被告是否具備就審能力之判斷標準，但仍可能會出現專業意見的衝突⁴⁹，因此實務上也有以被告是否具有危險性作為是否具備就審能力之輔助判斷標準，蓋對被告危險性的判斷結果往往與被告的精神障礙嚴重高低相關，故危險性越高的精神障礙者，也越可能因為具備較嚴重的精神障礙，進而被認定不具備就審能力⁵⁰。

倘若被告被認定不具備就審能力，法院需要暫停原案件的程序，等待被告復原，但為了避免被告因為精神障礙被認定不具備就審能力後，陷入不定期拘束的困境，聯邦最高法院又於 *Jackson v. Indiana* (1972)⁵¹ 案指出，相較於一般市民，不具就審能力的被告面對的是相對寬鬆的入院標準，與相對嚴格的出院標準，因此，法院只能對被告施以合理的評估時間⁵²，倘若判定被告無法回復就審能力，除另有符合其他 commitment 之情況外，必須釋放被告（讓他出院）。另一方面，即使認為被告有回復就審能力之可能性，對他的拘禁也必須以符合目的（使他回復就審能力）為之，否則將有違平等權⁵³。這也是美國目前實務將就審能力與以恢復或治療為目的之 commitment 一併適用的原因。

然而，即使聯邦最高法院於 *Jackson* (1972) 案設下了合理性標準做為屏障，藉以避免只為了使刑事司法程序能繼續進行，就讓精障者陷入漫長的復原期，但在欠缺合理性的明確操作基準下，除非被認定不具備回復可能性（non-restorable）後，被告因檢察官撤回起訴而無須再行刑事訴訟程序之外⁵⁴，各州仍以自己的計算方法，對可能有復原機會的被告施以或短或長，或不定期的拘束。舉例而言，截至 2007 年，28%的州將等待期限訂於 1 年以下，20%的州訂為 1 至 10 年，22%的州所幸以被告涉犯犯罪之最高刑期為限（包括無期徒刑），30%的州則仍不另設具體期間，交由法官於個案中判斷⁵⁵，但事實上，州或法院究竟是以何種標準決定「合理期間」則不得而知⁵⁶。

⁴⁹ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 16. (就審能力因涉及被告理解與表達能力，故往往使用智力測驗或其他心理測量方式做為評估方式，故很可能不同機關做出的結果相異。)

⁵⁰ *Id.* at 17. (作者提及一份研究報告顯示，被告如果被診斷出較為嚴重的精神障礙，例如精神分裂(schizophrenia)或思覺失調型精神疾病(psychotic disorder)時，此時無論被告具體病徵為何，都有約 45-65%不等的較高比例同時被判定不具備就審能力。)

⁵¹ *Jackson v. Indiana*, 406 U.S. 715 (1972).

⁵² *Id.* at 731-739. (判決原文：[a] person charged by a State with a criminal offense who is committed solely on account of his incapacity to proceed to trial cannot be held more than the reasonable period of time necessary to determine whether there is a substantial probability that he will attain that capacity in the foreseeable future.) 另有學者認為此時對精障者施以的 commitment 單純是為了評估，故又可稱為 commitment for evaluation; see also Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 5.

⁵³ *Jackson*, 406 U.S. at 738. (判決原文：even if it is determined that the defendant probably soon will be able to stand trial, his continued commitment must be justified by progress toward that goal.)。

⁵⁴ 雖然刑事訴訟程序因為檢察官撤回起訴而終結，但褪去被告的身分後，精障者仍可能面臨其他 Civil Commitment 的處遇措施。

⁵⁵ Kaufman AR, Way BB, Suardi E, *Forty years after Jackson v. Indiana: states' compliance with "reasonable period of time" ruling*, 40(2) J Am Acad Psychiatry Law 261-5 (2012).

⁵⁶ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 17-18

即使聯邦最高法院表示各州須以符合讓被告回復就審能力為目的，方能對該被告施以強制處遇措施，但這樣的判決結果也不見得就此讓被告能完全脫離刑事司法制度下的機構。以德州為例，立法者認為，與其讓情況較為嚴重的精障觸法者在漫長的入院等待清單中排隊住院，不如儘速讓他們進入該州最大的兩間精神治療機構，故德州於 2017 年修法，將監獄納入等待被告復原就審能力之處遇場域（*jail-based treatment*）⁵⁷，原因是該州的治療機構均設立於監獄之內。總歸而言，聯邦最高法院於此所立的憲法標準，終究還是成為觸法者被拘束人身自由的一堵高牆，而非使他們能脫離拘禁，及早復歸於社會的逃生梯。

（三）執行狀況

1. 實務現況探討

目前美國實務上以精障者具有危險性，並對之施以強制入院相關的處遇措施有三種，均需透過法院踐行一定的程序後，方可對精障者實施⁵⁸。

第一種狀況是最為緊迫的「*psychiatric hold*（精神科拘留）」，也有稱為緊急拘留（*Emergency Hold*）⁵⁹，顧名思義，這種處遇措施就像急診一樣，是指精障者處於需要立即送醫或其他精神醫療機構，方能降低其危急性的緊急狀態（通常就是立即危險性；包括對自己或對他人）⁶⁰。這種處遇措施最重要的功能在於，有時處於緊急狀態中的精障者可能無法或不願意接受必要的精神治療，則有必要以法院之命令，方能使其即時送往精神醫療機構展開治療、觀察以及穩定精障者狀態等必要處遇。這種急迫性的強制處遇措施在實務上往往發生於第一線執法人員面對第一時間的精障觸法者之際，或是已經收容於監獄中的精障觸法者的突發狀況⁶¹，考量到其急迫性，故多數的州都將此時的聲請程序簡化，無論是事前或事後，法院可以在收到相關人員之書面聲請（*affidavit*）或直接於法官面前作證精障者符合法定條件後，隨即將該精障者送往醫院或精神醫療機構進行短期的強制處遇措施⁶²。

此種基於一時急迫性而為的強制處遇，與其他 *Civil Commitment* 最大的不同在於「期間」，即使各州的上限不盡一致，但以 72 小時為大宗，最久的期限為 10 天，最短

⁵⁷ Brian D. Shannon, *Texas Mental Health Legislative Reform: Significant Achievements with More to Come*, 53 TEX. TECH L. REV. 99, 105 (2020).（該年德州於刑事訴訟法中新增 Article 46B.091, 將監獄（*jail*）也納入等待復原就審能力之機構, 此外，對於涉犯較輕微犯罪之觸法者，也新增了 Article 46B.0711 鼓勵法院以保釋或定期門診的方式等待觸法者回復就審能力。）

⁵⁸ Slater, *supra* note 16, at 266.

⁵⁹ Leslie C. Hedman, John Petrila, William H. Fisher, Jeffrey W. Swanson, Deirdre A. Dingman, and Scott Burris, *State Laws on Emergency Holds for Mental Health Stabilization*, available at <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.ps.201500205> (last visited: 2022/02/14).（除此之外，尚有諸如 *al72-hour hold*, *a pick-up*, *an involuntary hold*, *an emergency commitment*, *a psychiatric hold*, *a temporary detention order*, or *an emergency petition* 等用語。）

⁶⁰ Slater, *supra* note 16, at 266.（此種處遇的期間相對來說是短暫的且固定的，只要緊急狀態消失，就無須再對精障者施以拘留。）

⁶¹ Leslie et. al., *supra* note 59.

⁶² *Id.*（根據文章表示，有 22 個州仍要求該處遇必須經過法官以 *Probable cause* 來決定，但顧及其急迫性，可以接受事前（9 個州）或事後（13 個州）的聲請。）

的期限為 23 小時，也有州決定不設定期限，讓個案法官能依現況裁量⁶³，是期間最短的強制處遇措施。但即使如此，因為仍然涉及對人身自由之限制，所以並不阻斷適用憲法對 Civil Commitment 所設之標準，故「立即危險」與「精神疾病」仍屬此種緊急強制處遇的法定事宜。於是乎，可以預期的是，此種處遇也很可能會遇到實務上操作法定事由之困境，只是因為通常此時的精神障礙者會有明顯的外在行為供法院以及精神醫療機構判斷，且拘束時間較短，因此對這項處遇措施的討論，自然無法與其他較長時間的強制處遇措施相比。

第二種是當精神醫療機構完成前項評估後，會與法院再進一步判斷精障者是否仍有符合其他 Civil Commitment 之情狀，倘若具備，則法院在於相對應的聽證會後再命被告入院治療⁶⁴，若不具備，則必須立刻釋放（讓他出院）。此階段的聽證會由於非刑事訴訟程序進行，除了精神醫療機構的診斷之外，其他諸如與個案被告相關的傳聞證據、沒有被審理完的起訴或是未經起訴的犯罪事實都可以於聽證會中做為法院判斷的基礎⁶⁵，不過根據數據統計⁶⁶，這種聽證會通常會在 3.8-9.2 分鐘就會結束⁶⁷，且通常代表被告的辯護律師也未經訓練以致於不知如何攻防⁶⁸，學者對於這種虛有其表的聽證程序，認為泰半也起因於前述法定事由的操作障礙所致⁶⁹。

最後一種法院需要介入的 Civil Commitment，則是起因於醫學上可供控制精神疾病的藥物發展越漸成熟後，降低了精障者需長時間入院治療的替代方案⁷⁰，以「門診」為主的治療機制（outpatient civil commitment）因此逐漸進入法律的視野，使得符合條件的精障者⁷¹，得僅以定期回診而非住院的方式做為強制處遇措施，目的是讓精障者能提早回歸於社會環境生活，同時還能持續接受治療。

對精障者而言，如何選擇對其人身自由拘束的較小方式，或可由目前美國實務中常見的強制處遇措施中區分為「方式較輕」或「時間較短」。以方式來論，以門診為本的強制處遇措施最輕微，而以時間而論，則以 Emergency Hold 最輕微，據此，現行制度中讓精障觸法者基於危險性為由而施以強制入院治療之處遇措施，看似都將錯過憲法要求的最小侵害手段。不過，以門診為本的處遇措施所適用的對象，並不會包括具有明顯或高度危險性的精障觸法者，以德州為例，該州於 1995 年後，為了釋放監獄內過多的人口，所以修法允許法院或檢察官僅能對非涉犯對他人身體嚴重侵害等非暴力輕罪

⁶³ *Id.*

⁶⁴ Slater, *supra* note 16, at 266-67.

⁶⁵ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 7-8.

⁶⁶ *Id.*

⁶⁷ Gordon, *supra* note 2, at 677. (作者提出因為法官案件量巨大，對於 Civil Commitment 願意投入的時間自然就被壓縮。)

⁶⁸ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 7-8. (根據作者整理，只有屈指可數的紐約州與紐澤西州有專門針對刑事案件與 Civil Commitment 程序訓練的律師。)

⁶⁹ Gordon, *supra* note 2, at 677.

⁷⁰ *Id.* at 665.

⁷¹ Slater, *supra* note 16, at 267-68. (舉例而言，法院可以直接對於緊急精神拘留期間結束後的精障者，直接命以門診方式追蹤；或是將門診作做為一種預防的措施，對可能會陷入緊急狀態的精障者命其定期回診；抑或是對已經強制住院治療的精障者，改以門診做為治療之替代方案等。)

(nonviolent misdemeanor) 之精障觸法者，於不撤回原本起訴之前提下，另以門診模式做為替代處遇之選項，至於其他重罪的觸法者，則仍以入院治療為主要處遇措施⁷²。

然而，若以時間來判斷，則 Emergency Hold 亦可被認為最短（小）侵害手段，不過，雖然該處遇措施也以「被告立即危險性」為法定事由，但該處遇措施之目的限縮在「減緩」當時之緊急情況。換言之，不一定所有精障觸法者都是在緊急情況下與第一線執法人員接觸，故未必每一名被告都會面臨到該處遇措施，也就是說，大部分的精障觸法者仍以基於危險性而以強制入院為處遇措施為主，且即使被告有緊急情況而先被法院施以 Emergency Hold，其事後的程序規劃也不阻止法院可於確認被告仍有危險性（只是非緊急）時，命之強制入院接受治療。換言之，Emergency Hold 可被視為對被告以基於危險性所為之 Civil Commitment 的前期階段，它的存在並直接不影響強制入院原則上仍可當作對具有危險性之被告的最小侵害手段。

2. 處遇地圖描述

精障觸法者於美國刑事司法體系中的處遇地圖，以維吉尼亞州為例，精障觸法者在美國法制下的處遇途徑如下⁷³：假設有一名有精神障礙者於公開場合做出不雅行為，警察獲報後抵達現場，於此之際，該名警察的決定會直接影響這名精障觸法者的第一個處遇方向，警察可以選擇直接以 Civil Commitment 之方式通報所屬機關，也可以逮捕後先展開刑事訴訟程序⁷⁴。至於究竟觸法者在最開始的階段會被帶往哪一個制度，往往取決於他與執法人員初始互動、執法人員本身受到的訓練，甚至是當地精神衛生資源的布置等因素的影響而有不同⁷⁵。因此，學者也將面對精障觸法者的第一線執法人員稱為「街頭精神醫生 (street corner psychiatrists)」⁷⁶，由他們為此刻的觸法者開立第一張處方簽。

假設警察決定逮捕，循著刑事司法的途徑，精障者將會與辯護律師接觸，此時，若律師發現觸法者可能有精神障礙的事實，可向法官提出評估就審能力之要求。倘若經專家評估後確認被告有精神分裂與雙向情感障礙⁷⁷，且專家同時認為被告因有嚴重精神障礙之事實，而可能造成對自己或他人之危險，法院便可於聽證會後命被告接受 Civil Commitment 中強制入院的處遇措施；但若專家認為觸法者在服藥後即可恢復就審能力，則原案件的刑事訴訟程序將在被告恢復就審能力後繼續進行。另需說明的是，若被告僅以基於危險性為由而受到入院治

⁷² Shannon, *supra* note 57, at 116-17 and 120. (一旦被告符合條件後，將以保釋的模式命被告定期接受門診治療，倘若被告完全遵守，法院最終可以撤銷對他的指控；相反，若被告無法遵循該替代模式，法院可回復原有的刑事訴訟程序。)

⁷³ Slater, *supra* note 16, at 278-79.

⁷⁴ *Id.* at 265.

⁷⁵ 如果該區域精神衛生資源主力放在社區 (community-based treatment)，則觸法者比較高機率直接被帶入 Civil Commitment；反之則可能仍舊以刑事訴訟程序展開。

⁷⁶ Schon, *supra* note 13, at 292. (學者認為第一線執法人員的判斷也可能讓精障觸法者更早脫離刑事司法體系，直接接受治療。)

⁷⁷ 如前所述，現行實務往往會透過危險性判斷被告之就審能力，故此時可認為被告的危險性也已經過評估。

療的強制處遇措施，此時原案的程序會繼續進行，法院並不需要等待被告危險性消失⁷⁸。

接下來，在通常程序進行時，若法官、檢察官或辯護律師認為被告仍有持續接受治療之必要，除可繼續以 Civil Commitment 處遇外，於另有建置 Mental Health Court 程序的法院中，可另向該法院提出將案件檔案轉自 Mental Health Court 所屬的專業醫療團隊先進行評估，由該團隊審查被告病例與參與本案程序之過程，如果團隊認為被告應能遵循治療，原法院可展開是否轉向到 Mental Health Court 的聽證會，由被告選擇繼續完成原案的訴訟程序，抑或於認罪後，法院暫停量刑，並將被告轉向到 Mental Health Court 的程序，隨後展開團隊建議的治療措施。

若被告選擇 Mental Health Court，則被告之於原本程序將視作保釋階段，需完全遵照 Mental Health Court 的指示，包括接受治療與定期回法院聽取醫療機構的報告，一旦被告違反指示，則該法院於聽證會確認後，將命被告回到一般刑事訴訟程序，續行認罪後的量刑階段，對被告施以刑罰。

3.實務的檢討

美國實務之所以出現難以界定法定事由之困境，學者則嘗試以下列四個原因說明，並提供可能的解決方案⁷⁹。

（1）欠缺法律上客觀一致性的定義⁸⁰

「精神疾病」與「危險性」同是聯邦最高法院設下的法定事由，但聯邦最高法院卻都將各該要件的判斷標準交給各州決定，即使各州都嘗試透過聯邦最高法院於其他案例留下的線索界定兩個法定事由的內涵，但由於憲法正當法律程序從來就不追求 50 個州只能有一套標準⁸¹，隨著各州操作各自的模式運作後，最終導致這兩項法定事由，注定無法有客觀一致的定義。無論是「精神疾病」與「危險性」，即使這些臨床診斷的結果已經於不同年代的不同研究中，透露出可能不盡正確的風險⁸²，但個案法院還是只能依賴精神醫療機構的臨床診斷。然而，各州因地至宜的判斷標準，並不會減輕法院案件量的負擔，法律不如及早訂出更具體的定義。

（2）欠缺法律視野的評估標準

這項原因與前項原因實為一體兩面，由於法律欠缺對法定事由的明確定義，導致法院在

⁷⁸ Annabelle & Isabella, *supra* note 1 at 6-7.（換言之，以基於危險性而入院治療的被告，其入院治療之處遇措施的總時常通常不會逾越刑事訴訟程序中所對應的程序期間上限。）

⁷⁹ Svetlana Walker, *The Failure of the Federal Courts to Incorporate O'connor's Dangerousness Requirement into the Standards Utilized in Actions Challenging Wrongful Civil Commitments*, 31 *TOURO L. REV.* 149, 160-66 (2014).（該文章中雖然主要針對「危險性」之定義的困境提出整理，但「精神疾病」與「危險性」都是聯邦最高法院所制訂之法律要件，而實務中法院都仰賴精神醫療專家鑑定之結果，故本文認為兩個法定事由既然在法律上扮演相同的篩選機制，實務中也循相似決定機制，應可一併檢討。）

⁸⁰ *Id.* at 160.（作者以危險性為例，對自己或他人之傷害到底要達到什麼樣的程度才能與拘束被告人身自由呼應，各州認定的基準均不一致。）

⁸¹ *Id.* at 162-63.

⁸² *Id.* at 163.

操作上只能交給精神醫療機構評估，並仰賴評估的結果⁸³。

不過，精神疾病影響就審能力，與精神疾病導致危險性，兩者雖皆基於精神醫學，但仍有不同的評估標準，除了就審能力指的是評估訴訟「當時」的精神狀態，而危險性指的是預測「將來」可能受精神狀態影響的程度。此外，有學者指出⁸⁴，現行法院在認定被告是否具備就審能力時，雖然也是以專家臨床晤談（clinical interview）、查閱被告過去記錄為主，但就審能力的判斷，已可透過精算後得出更為科學的結論。

有鑑於精神醫療依然是相當專業的科學，近年來也已經有相關專業人士投入可供依賴的精密評估工具⁸⁵，現行法院或應考慮改變過去慣性的操作模式，與時俱進，方能避免過於容易符合法律定義的評估標準，使得精障觸法者面臨更長時間的人身拘束，甚至讓他們被帶到比監獄更難脫身的精神醫療系統⁸⁶。

（3）法院於個案中過度依賴精神醫療專家的診斷結果⁸⁷

學者認為⁸⁸，當聯邦最高法院透過判決設下「精神疾病」與「危險性」兩項法定事由，即使沒有明確定義，也沒有設立合乎法律視野的判斷方式，但這都不代表聯邦最高法院默許個案法院只是退居二線的訊息接受者，也就是說，當個案法院幾乎完全依賴精神醫療專家之診斷結果時，正是讓精障觸法者受到錯誤人身自由拘束的原因。

據此，法院應該正視診斷結果未必正確的事實，並於個案中審慎判斷被告之診斷結果是否的確符合法定事由，為免個案法院手足無措，更為了避免將人身自由於診斷結果未必精準的前提下，再交由「明確證據」之標準來驗證，學者進一步建議⁸⁹，應該將適用於具有被告身分，且以拘束人身自由為其手段的 Civil Commitment 之判斷標準，一律以「超越合理懷疑」的證據標準為斷，如此才能降低精神醫療專家與個案法院雙雙出錯的情節，不斷於真實生活中上演⁹⁰。

⁸³ Gordon, *supra* note 2, at 677-78.

⁸⁴ Annabelle & Isabella, *supra* note 1 at 16.

⁸⁵ John Monahan, *A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients*, 92 VA. L. REV. 391, 401 (2006). (文中提到現已有諸如“Violence Risk Appraisal Guide,” “The HCR-20,” 和 “The Classification of Violent Risk” 等更現代化的評估方式。)

⁸⁶ Samantha M. Caspar and Artem M. Joukov, *Worse than Punishment: How the Involuntary Commitment of Persons with Mental Illness Violates the United States Constitution*, 47 HASTINGS CONST. L.Q. 499, 515 (2020). (被告一旦被轉介到精神治療機構後，法院對醫院如何照顧被告只扮演聽取其意見的被動角色。)

⁸⁷ Gordon, *supra* note 2, at 677. (高達 90% 的案例中，法院幾乎直接採納精神鑑定的結果決定是否要施以 Civil Commitment.)

⁸⁸ Walker, *supra* note 79, at 165.

⁸⁹ Alexander Tsesis, *Due Process in Civil Commitments*, 68 WASH. & LEE L. REV. 253, 270-71 (2011). (作者以聯邦最高法院於 Jackson (1972) 年之判決內容為例，認為聯邦最高法院也表示憲法似乎對這些政府權力未曾給予實質性的限制，以致於州政府對精障者的處遇方式越漸擴充，彼此之間的模式差異性也越來越大。)；see also Jackson, 406 U.S. at 736-37..

⁹⁰ Samantha M. Caspar & Artem M. Joukov, *Worse than Punishment: How the Involuntary Commitment of Persons with Mental Illness Violates the United States Constitution*, 47 HASTINGS CONST. L.Q. 499, 512-13 (2020). (被告一旦被轉介到精神治療機構後，法院對醫院如何照顧被告只扮演聽取其意見的被動角色。)(作者不認同聯邦最高

（4）精神醫療體系對應的責任

精神醫療體系在對被告是否施以任何 Civil Commitment 的制度中扮演著舉足輕重的角色⁹¹，但出乎意料的是，法律對這些跨領域合作的專家似乎沒有予以關注。有的精神專家因為擔心自己診斷結果會「縱放」被告，導致他們的臨床診斷結果傾向往法律要件靠近⁹²，而對於那些明顯錯誤的診斷結果，精神醫療專家也幾乎不用負擔法律責任⁹³。有鑑於強制處遇措施需要法律與精神醫療系統合作，精神醫療系統亦可建置以該領域為視野出發，如何與法律要件配合的指導方針，以增強診斷系統的可靠性⁹⁴。

（四）他山之石

現在，美國與我國的監護處分制度，存有以下相似性：（1）二國的監護處分法制，欠缺法律上客觀一致性的定義；（2）二國實務均有過度依賴精神醫療專家的現象；（3）二國的法律，對這些跨領域合作的專家都欠缺應有的關注。雖是如此，美國法制仍有值得台灣參考之處。

1. 足供我國參考之處

學者對美國現今被告以基於危險性施以的 Civil Commitment 提出的具體建議包括：

- （1）隨時檢視法律事由之定義並追求更準確的判斷標準。
- （2）鼓勵法律與精神醫療主動檢視當代科學之發展，以建構更可靠的評估方法⁹⁵。此也是我國需要重視的部分，透過科技整合，如蒐集判決及監護處分執行之情形、後續追蹤結果，建置法學資料庫，才可擬出最符合國情需求之監護處分制度。
- （3）考慮提高證據標準至超越合理懷疑，藉以提高法院於個案審酌時的力道，同時降低精障觸法者錯誤被拘束人身自由之可能。
- （4）或可考慮放棄基於危險性做為對精障者審前拘束人身自由的事由，將其概念與另一法定事由「精神疾病」整合後，以「精神障礙之嚴重性（severity；grave disability）」做為作為判斷標準⁹⁶。

法院所稱「嚴格的證據標準是使精障者無法接受治療的不合理障礙」，作者指出，如果精障者接受治療的需求如此明確，要求政府提出超越合理懷疑之證據，根本不是難事，同時還能兼顧精障者之人身自由。）

⁹¹ Gordon, *supra* note 2, at 677.（作者指出實際上精神醫療專家才是真正手握被告是否會受到人身拘束大權的權威者，法院於此時只是橡皮圖章。）

⁹² William M. Brooks, *The Tail Still Wags the Dog: The Pervasive and Inappropriate Influence by the Psychiatric Profession on the Civil Commitment Process*, 86 N.D. L. REV. 259, 275 (2010).

⁹³ Walker, *supra* note 79, at 166.

⁹⁴ Gordon, *supra* note 2, at 679.

⁹⁵ Walker, *supra* note 79, at 164.

⁹⁶ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 15. 此舉不但能避免誤將不具危險性之精障觸法者施以人身拘禁，更可對部分「情節嚴重，但未生危險」的精障觸法者更早轉向到精神醫療體系之中，但對於 civil commitment 是否應該放棄危險性做為法定事由，即使該主張已經漸漸被美國各州採納，實際上似乎沒有獲得學者普遍性的支持，還是有學者擔心當 Civil Commitment 的法律事由越來越少，適用範圍越來越寬之際，也代表著精障者更容易在不具危險性的前提下，面臨需要以自己人身拘束做為代價來交換妥適治療之困境。See also Shannon, *supra* note 57, at 119. Donald

2. 另外值得思考之問題——我國制度對於精神疾病與危險性之認定

聯邦最高法院所定義的精神疾病，必須包括以下三個要件⁹⁷：符合某種精神病理學（mental pathology）、該精神障礙需嚴重到使人無法控制自己的行為，及前兩項的要件使人做出犯罪行為。對於這些定義應以日常生活的理解作為判斷，抑或是應以符合精神醫學的專業鑑定，明尼蘇達州最高法院曾做出以「日常生活的理解」來認定行為人是否符合法律要件之決定⁹⁸，學者則多有批評，指出若法律以日常生活用語作為判斷是否符合精神疾病之要件，很可能會導致將得以拘束人身自由的 Civil Commitment 交給法庭中不同角色（法官、律師或檢察官）的主觀價值彼此拉扯，更可能在不同案件之間出現因人而異的決定，如此必然使得「精神疾病」這個法律要件失去可預測性⁹⁹。

在危險性的認定上，大多數的州都循此將危險性定義為該判決中所稱之「對自己或他人危險（a danger to self or others）」¹⁰⁰。在定義上，險性的判斷標準有¹⁰¹：「危險」除了必須「非常可能惹起立即性的傷害（an extreme likelihood that if the person is not confined, he will do immediate harm to himself or others）」之外，該傷害也必須達到足以正當化拘束被告人身自由之程度，不僅如此，「立即性」必須體現於近期的外在危險行為（recent overt act of dangerous behavior），並以該一定時間內的外在行為判斷是否有試圖傷害自己或他人。

此一判決所設定之「立即性」與「外在危險行為」且「非基於預測」等標準亦於數年後於聯邦第九巡迴法院的判決中重申¹⁰²。然而，或許是受限於聯邦法院的司法管轄範圍，抑或者是聯邦最高法院於 *United States v. Salerno*（1987）案中同意以「未來危險可能性（likelihood-of-future-dangerousness determination）」做為審前拘禁的標準¹⁰³。因此有的州與所屬法院以「對特定人有立即性的危險」做為危險性之判斷標準¹⁰⁴，但也有的州或法院並沒有採納 *Lessard*（1972）案之標準¹⁰⁵，而是以更為寬鬆的「預測未來危險性

Stone, *Dangerous Minds: Myths and Realities Behind the Violent Behavior of the Mentally Ill, Public Perceptions, and the Judicial Response through Involuntary Civil Commitment*, 42 LAW & PSYCHOL. REV. 59, 61-62 (2018).

⁹⁷ Walker, *supra* note 79, at 158-59.

⁹⁸ In re Knops, 536 N.W.2d 616, 620 (Minn. 1995); see also Eliot T. Tracz, *Mentally Ill, or Mentally Ill and Dangerous? Rethinking Civil Commitments in Minnesota*, 40 MITCHELL HAMLINE L.J. PUB. POL'Y & PRAC 137, 144 (2019).（本文作者以明尼蘇達州為例，該州同時將精神疾病與危險性合併後規定於條文之中，並以「嚴重傷害身體（serious physical harm）」作為判斷精障者是否符合精神疾病與危險性的共同要件。）

⁹⁹ *Id.*

¹⁰⁰ Stone, *supra* note 96, at 62.

¹⁰¹ Schmidt, 349 F. Supp. at 1093.

¹⁰² Suzuki v. Yuen, 617 F.2d 173, 178（9th Cir. 1980）。（判決原文：「“requires a finding of imminent and substantial danger as evidenced by a recent overt act, attempt or threat.”」）

¹⁰³ Salerno, 481 U.S. at 748-51.

¹⁰⁴ 如奧勒岡州與蒙大拿州均採納與聯邦地區法院相似的判斷標準；see also *State v. S.R.J.*, 386 P.3d 99 (Or. Ct. App. 2016) and *In re E.A.L.*, 353 P.3d 1186 (Mont. 2015)；而採行相似判斷標準的州則包括佛羅里達州、麻州、伊利諾州、賓州…等。

¹⁰⁵ 德州最高法院就表示危險性並不以立即性為斷，且其危險性依據也不以「行為」為限，言語亦可做為判斷標準（*State v. K.E.W.*, 315 S.W.3d 16, 20 (Tex. 2010)）；see also Stone, *supra* note 96, at 63.（但值得一提的是，德州的立法採行的則是 *Lessard* 案之模式，而採預測模式的州包括如密西西比州、北達科他州等。）

(*predictions of future dangerousness*)」來判斷被告是否具有危險性¹⁰⁶，其理由在於，無論是法院或是精神醫療機構在決定精障者是否具有危險性時，就其結果之於精障者是否果真有危險性而言，本來就無可避免的帶有預測的特性¹⁰⁷。

的確，如何定義「具有危險」並不是一件容易的事情，過與不及都可能造成對精障觸法者過度拘束或相反對社會與觸法者都保護不周之可能¹⁰⁸。一直以來，以預測做為判斷危險性的方式，多半是由心理學或精神病學等專家先以精障者過去的行為或病史為基礎，再透過與精障者面對面會談後，做出臨床的診斷¹⁰⁹。

因此，藉由精神醫學專家協助鑑定，在精神疾病認定上，應可提供一定程度之協助。有別於我國以往因為缺乏所謂精神醫學專家的認證機制，使得在責任能力之鑑定上，皆以機關鑑定之方式為之，使得機關的等級之爭，常為法庭上辯論的重點，然醫學中心、區域醫院或地區醫院等，並非為了訴訟目的而定，精神科專科醫院，因缺乏內外科等科別，最多僅能列於區域或地區醫院等級，但其實精神科醫師人數及相關人力、病房資源等，未必亞於醫學中心之精神科部門，但卻常因醫院等級不夠，而遭評為鑑定報告證明力不夠高。

參考美國對於精神疾病、危險性上的判斷，可知應檢視當代科學之發展，以建構更可靠的評估模式，此反應到我國，隨著司法精神專科醫師認證已自 2020 年開始實施，將來在鑑定上，建議應逐漸以鑑定人之模式，取代機關鑑定模式，讓機關中之鑑定人可直接接受委託，而不應囿於非訴訟用途之機關等級，才較符合時代之演進。

二、美國暫時安置

美國無相關規定。美國法制中可供我國暫行安置措施對比的選項，僅剩與刑事司法體制協力的 *Civil Commitment*。但以制度所立足之法律體系而論，美國大多數的州都將 *Civil Commitment* 制訂於與行政衛生相關的精神衛生 (*Mental Health*) 專章，目前適用於刑事被告的法定事由主要有：基於精障者的危險、確保被告之就審能力及對於無法負擔刑事責任之被告提供復原或治療。

行政衛生制度中的病人，與刑事司法體系下的暫行安置措施仍有本質上的不同，而非刑事的 *Civil Commitment* 或可作為我國精神衛生法的參考，但非本次研究重點。有關於此，簡扼說明如下：台美制度的相同之處，關於行政衛生的精神科拘留，以及以門診作為強制處遇措施部分，美國有相關規定，我國精神衛生法亦有，分別類似於緊急安置、社區治療、強制社區治療。但是，台美制度也有差異之處，在行政衛生的命被告入院治療上，相較於美國由相關專業人員向法院申請，我國則是由審查會決定；由此亦可發現，美國行政衛生的決定需要由法院監督，但在我國精神衛生法，毋庸受法院監督。

¹⁰⁶ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 14.

¹⁰⁷ Stone, *supra* note 96, at 65.

¹⁰⁸ Annabelle & Isabella, *supra* note 1, at 13-14.

¹⁰⁹ *Id.*

三、美國司法精神醫院

（一）概述

美國雖然有精神衛生法庭作為精神障礙犯罪人接受司法處遇的審判機制，但真正執行治療處遇業務者，為司法精神醫院。換言之，司法精神醫院即是收治因精神障礙而被法院判處無罪或無法入監服刑之犯罪者。

（二）法制內涵

紐約州矯正體系內精神健康治療與處遇內容、各級監獄內精神健康治療與處遇內容¹¹⁰：

第一級：配有精神衛生辦公室（OMH）人員全天候常駐，能夠提供針對嚴重精神病患專業處遇。處遇方案包括：住院危機治療（Residential Crisis Treatment）、住院/日間治療（Residential/Day Treatment）、個案病歷管理（Case Management）、精神科護理人員的藥物監測（Medication Monitoring by Psychiatric Nursing Staff）以及轉診至中紐約精神醫院的機制（Potential Commitment to the Central New York Psychiatric Center）。

第二級：配有精神衛生辦公室人員全天候常駐，能夠提供針對嚴重精神病患專業處遇。能夠被分配至第二級機關的精神病患之症狀，不如第一級機關收容病患之症狀，清楚明確。

第三級：精神衛生辦公室人員並無全天候常駐，僅在部分時段派駐。提供之處遇服務，僅適用於中度精神障礙者、逐漸康復者或者經過精神衛生辦公室人員評估適合派入第三級機關的精神病患。

第四級：精神衛生辦公室人員並無全天候常駐，僅在部分時段派駐。僅能提供有限的處遇方案，但沒有精神藥物治療措施。

第五級：目前並未使用。

第六級：無任何精神衛生辦公室人員派駐。

（三）執行狀況

美國的作法也相當彈性，類似採取多元處遇的概念，即是在醫療系統的前提下，設置專責的司法精神醫院（Forensic Hospitals），或者是在一般精神醫院內設置一個司法精神專區（Forensic Unit），來服務這些精神障礙觸法者。然而，相較於司法精神專區，司法精神醫院提供精神衛生治療外，也提供較高等級的安全戒護規格，防止精神病患的脫逃、攻擊與自傷之情事發生。司法精神醫院的好處在於，這些嚴重精神障礙病患常需要定期服藥，且除服藥外，一些諮商活動也必須進行，例如團體療法，在醫療環境中比較能夠進行這些醫療與諮商活動，營造類似治療社區（Therapeutic Community）的概念，而這些都是監獄較難實現的目標。

¹¹⁰ KiDeuk Kim, Miriam Becker-Cohen, Maria Serakos, The Processing and Treatment of Mentally Ill Persons in the Criminal Justice System. at 25 (2015). <http://webarchive.urban.org/UploadedPDF/2000173-The-Processing-and-Treatment-of-Mentally-Ill-Persons-in-the-Criminal-Justice-System.pdf> (last visited: 2022/03/18).

紐約州為配合精神衛生法庭之運作，讓精神障礙觸法者的醫療與處遇邁向更專業的目標，遂成立精神衛生辦公室（Office of Mental Health, OMH），掌管紐約全州司法精神衛生服務業務（Forensic Mental Health Services），包含經營司法精神醫院，還監管、認證和監督由地方政府和非營利機構所運營的 4,500 多個治療與處遇項目。這些治療與處遇項目包括各種住院和門診計畫、急診、社區支持、住宅和家庭護理計畫等多樣的治療處遇型態¹¹¹。

在機構的司法精神衛生服務業務，除了提供州立監獄中部分病情輕微的精神疾病患者之治療處遇措施外，也設有專責之司法精神醫院來收容因精神疾病嚴重被法院判處接受治療之罪犯，目前有三座經安全認證的專責精神衛生醫院以及一座附設司法精神專區，這三座專責司法精神醫院分別是：柯比司法精神醫療中心（Kirby Forensic Psychiatric Center）、中哈德遜司法精神醫療中心（Mid-Hudson Forensic Psychiatric Center）、羅徹斯特司法精神醫療中心（Rochester Psychiatric Center），而附設司法精神專區則位於中紐約精神醫院附設東北區域司法精神專區（Central New York Psychiatric Center and Northeast Regional Forensic Unit）。

以柯比司法精神中心為例，位於紐約市中心，是三座專責司法精神醫院中屬於最高安全等級之司法精神醫院，大多數的收容精神障礙患者是透過刑事訴訟法（Criminal Procedure Law, CPL）被法院裁定收容至柯比接受治療。然而，有些精神病患亦可以根據紐約州的相關規定（New York State Codes, Rules and Regulations, NYSCRR），自行向精神衛生辦公室（OMH）提出住院之申請。而醫療機構執行之治療方式，包括藥物治療、認知行為療法、個人療法、團體療法等多元型態¹¹²。

紐約州司法精神醫院的目標主要為了提供嚴重精神病犯更高品質與更多元及個人化的處遇措施，並且強調尊重病犯的人權，以治療為重心，期能幫助病犯成功復歸社會。而經過司法精神醫院治療的精神障礙犯罪人如何轉銜順利復歸社會？

根據 2014 年美國州立精神衛生方案首長聯合會（National Association of State Mental Health Program Directors, 2014）白皮書指出，各州做法不同，有些州的司法精神醫院所收治的病犯需要法院批准才會出院，有些州則不用。至於個案無法釋放的原因，主要有：法院或檢察官因病請尚未改善之緣故反對、出院後個案並無固定住居所、再犯風險評估未通過、缺乏出院後處遇資源以及社區居民反對等。

即使個案獲得出院許可，但經常也是有條件釋放，需要接受密切的監督，至於監督的時間多長？大多數的州並未設限。此外，精神障礙觸法者出院後的銜接去處，也相當多元，例如以康乃狄克州的懷特寧司法精神醫院（Whiting Forensic Hospital）為例，個案出院後可能會轉入另一個一般精神醫院，或是轉入另一個住院處遇處所，或是轉入社區指定住所並轉銜門診服務、亦有將病犯轉介至矯正局所屬監獄收容，並沒有固定的銜接作法。

（四）他山之石

我國司法精神醫院尚在建置中，茲就目前精神科專科醫院之狀況，與美國比較。簡言之，

¹¹¹ <https://omh.ny.gov/omhweb/about/>（最後瀏覽日：2022/03/18）。

¹¹² *Id.*

台美二國的司法精神醫院，均有明確的治療目標，也有結構性的要求，並具有司法強制力；但是，在司法與精神醫學連結上，美國有所謂的司法及精神醫學連結資料庫，但我國目前的司法精神醫院設置，尚看不出來是否有顧及此處。

綜合上述美國紐約州精神衛生法庭、司法精神醫院以及矯正機關對於精神障礙觸法者治療模式之介紹得知，平衡個人權利以及顧及公眾安全下的治療服務模式最為恰當¹¹³，換言之，以「實需為基礎的治療思維」(Realitybased treatment philosophy)是有效治療此類犯罪人的最佳模式，包含：

1. 顧及精神疾病患者之需求而明確的治療目標；
2. 必須以司法強制力的脈絡與指引下，進行治療手段與方法；
3. 法庭以及其他監控精神疾病患者的刑事司法機構之間密切聯繫，包括刑事司法和精神衛生系統連結到每位病患的資料庫；
4. 強調對精神病患的結構性要求和監督¹¹⁴。說明如下：

首先，在治療目標方面，應聚焦於精神病患者在社區病情的穩定，強調其獨立的功能性，並維持內在與外在的控制能力以預防精神病患再從事暴力行為或再度犯罪。其次，社區治療必須在司法脈絡下進行，這是上述個人利益與公共安全考量妥協下的治療方式。因此，藉由法庭的受理，法官可以將精神病患置於社區的治療計畫中，輔以相關的監控。

社區的治療計畫，最重要的成分是治療性的住所、社會與職業能力復健、以及一般社會福利服務等提供。其中最關鍵的就是治療者與精神病患者信任關係的建立，因為信任關係建立後，比較能夠誘發其接受治療與改善行為的動力。另外，營造一個安全且免於擔憂被捕風險的醫療與服務環境更顯重要，因此，在專責的司法精神醫院（例如科比司法精神醫療中心）的安全防護設施之完善以確保相關醫護人員或其他服務提供者之安全，讓他們可以免於恐懼中進行治療與諮商活動，亦為成功的關鍵。

再者，就是司法系統與醫療系統的聯繫，需是一個完整且相關的資料庫，可以讓相關人員瞭解精神病患者病情的嚴重程度、決定門診或住院治療是否合適以及可以據以擬定治療計畫，因此，個案資料庫的建立非常重要。資料庫內容應包括精神病患者的逮捕報告、投訴單（rap sheets）、醫院就診記錄、法庭指定的精神科醫生或心理學家的評估結果、心理測驗的結果、緩刑報告以及以前住院、門診與監禁記錄。一個成功的密切聯繫是需要兩個系統（司法系統與醫療系統）之間保持開放、頻繁和持續的聯絡。

此外，雙方都必須尊重對方的觀點，並接受雙方都朝著為精神病患病情穩定的目標而努力。亦即精神衛生和刑事司法系統為了精神疾病患者，必須提供各自的專業知識以共同開發與修改最有效的社區治療計畫。醫療系統之資料庫，包含診斷、治療等人口學變相，有助於流行病學上統計分析，結合司法系統處遇後成效評估，可透過統計方法，找出再犯的危險因

¹¹³ Heilbrun, K., & Griffin, P. A., Community-Based Forensic Treatment, 16 Int. J. Law Psychiatry. 133, 133 (1993).

¹¹⁴ Lamb et al (1999).轉引自賴擁連、駱姿螢提供之資料。

子、將精神疾病患者分流到不同的機構治療，以及安排最適當的治療模式，如社區、門診或住院等。因此，理想上的司法及精神聯絡資料庫，應包括司法處遇的病人及一般在社區中的病人，才能更精確地分析，得到更貼切的科學證據。

在結構性的要求與監督方面，通常這些在社區接受治療的精神疾病患者，缺乏主動前往就診的內在動力，此時外在的控制力就很需要，這就是為什麼精神疾病刑事犯的社區治療要依附於刑事司法，因為司法系統可以結構性的要求、組織他們的行為模式。例如要求他們工作、日間治療處所報到、以及參加多樣的社交諮商活動，讓他們的日常生活具有結構性¹¹⁵。

此外，輔以獎勵或懲罰機制，以強化其結構性的日常活動與行為。做為刑事司法人員在社區治療的角色，他們有時候會動用權威，其目的是在於對於精神疾病患者一些行為的控制與約束，例如附加一些條件要求其遵守，監控他們在社區的行蹤以保障社區民眾以及抽檢他們是否有按時服用處方箋用藥或違法飲酒或使用管制藥品等，透過這樣的監管，發現精神病患者在社區的治療情況相當良好，他們也有權限向法院提出治療完成的建議，讓渠等脫離治療計畫；相反地，如果他們發現精神疾病患者在社區治療的行為不佳、又有再犯之行為時，亦可以建議撤銷治療計畫，回復監禁之途。

值得一提，適當且支持性的居住安排（例如從司法精神醫院治療、到普通精神醫院治療、到中途之家門診治療，到回家的門診治療或獨立自主的不用治療）¹¹⁶、暴力與情緒管理課程（以及認知到家人和重要他人在治療計畫中也扮演著重要角色¹¹⁷，都是美國紐約州對於精神障礙觸法司法處遇成功的重要關鍵¹¹⁸。

四、CRPD 精神對美國法制的檢驗

美國雖為 CRPD 簽約國，但因其國會至今仍未批准，因此尚未有聯合國 CRPD 委員會之相關審查意見。然而，美國 1990 年 7 月 6 日即已由老布希總統簽署生效「身心障礙者法（Americans with Disabilities Act, ADA）」，該法修正案則經小布希總統簽署，於 2009 年生效¹¹⁹。該法即以確保身心障礙者在公共場所中、就業上、交通上及社區生活中，免於受到歧視對待。該法案係由美國各地的身心障礙者，長時間在不同社群中形成多元的組織，各自爭取又集結力量所促成。持續的抗爭最終形成社會意識的群眾壓力，使國會與政府開始重視身心障礙者的權利，該法案使過去以福利補貼、慈善行動彌補身障人士缺陷的方式，轉變成以國家保護義務的高度，肯認身心障礙者的平等權利，也啟發世界各國身心障礙權利運動，最終形成了聯合國 CRPD¹²⁰。惟 CRPD 雖曾於 2009 年歐巴馬總統簽署，但最終美國參議院仍未批

¹¹⁵ Lamb et al (1988).轉引自賴擁連、駱姿螢提供之資料。

¹¹⁶ *Id.*

¹¹⁷ *supra* note 114.

¹¹⁸ Hahn, T., Pinkse, J., Preuss, L., Figge, F. *Tensions in Corporate Sustainability: Towards an Integrative Framework*, 127 J. Bus. Ethic, 297 (2015).

¹¹⁹ What is the Americans with Disabilities Act (ADA)?, at <https://adata.org/learn-about-ada> (last visited 10/04/2022).

¹²⁰ 鋼鐵是怎樣煉成的一 ADA 與美國障礙權利運動史，人權公約施行監督聯盟，<https://covenantwatch.org.tw/ada30/ada30-history/>（最後瀏覽日：10/04/2022）。

准¹²¹。

美國 ADA 法與其修正案之精神與 CRPD 相同，但在部分內容上仍有差異，例如，美國 ADA 法中的身心障礙者定義，必須是具有醫學證明的身心障礙者，要提出身體或精神上有損傷，嚴重限制其生活活動等紀錄，才能享有 ADA 法的保護，此與 CRPD 更全面性的身心障礙者定義較為狹隘，保護亦較不周延¹²²。另外，ADA 法仍是如同其他民權法案般，以個案為基礎處理禁止歧視的問題，但並未解決造成歧視的根本原因，反之，CRPD 則不只是禁止歧視，而是以更高的視野追求實質上的平等，例如 CRPD 第三條即是以促進身心障礙者更充分有效融入社會為意旨，CRPD 認為身障人士遭受不平等待遇，實際上是因為國家行為與長期社會意識所造成，因此，必須以國家的高度力圖扭轉一般民眾的歧視心態¹²³。

美國雖然尚未批准 CRPD，而是適用現行的 ADA 法及其修正案，但如前述，CRPD 較 ADA 法更為全面的保障身心障礙人士，本於相同的檢驗標準，本計畫仍以 CRPD 的精神檢驗美國的立法與政策。CRPD 精神與監護處分、司法精神醫院較相關的，大致為第 13 條司法保護、第 14 條的自由和安全、第 15 條對身障者受刑人必須合理調整可能殘忍的處罰、第 16 條監督機制、第 19 條融入社區及第 25 條享有健康的內容。

（一）關於第 13 條的部分

美國各州的 Civil Commitment 制度，以 CRPD 的精神來看，聯邦最高法院對 Civil Commitment 的法定事由，以避免過於嚴格的要求可能成為精障者接受治療的法律高牆為由，選擇了中間程度的明確證據做為標準，能看出聯邦最高法院對精障者以治療為目的之處遇措施的立場。O' Connor (1975) 案中當聯邦最高法院表明「不能單純以精神障礙為由就限制人身自由」時，實際上就是一種實質正當程序的檢驗，而 Addington (1979) 案重申 Civil Commitment 的強制處遇措施侵害了人身自由而需受正當法律程序之拘束，則言明了程序正當之要求。由此可見，聯邦最高法院雖然在與法定事由相關的實質正當中，不以最嚴格的超越合理懷疑做為憲法界線，但仍認與刑事監禁同樣拘束人身自由的強制處遇措施，必須由法院踐行一定程序之審酌後，方能對精障者施以該處遇。

若將前述正當法律程序套用在適用於精障觸法者之 Civil Commitment，學者認為¹²⁴，即使實質面向中沒有明確的憲法界線，但並不妨礙其程序與審前拘束相同¹²⁵，必須符合兩個憲法前提：一、對人身自由的拘束必須以最小侵害的方式促成其目的；二、法院必須在個案中檢驗政府手段之必要性，如此方能正當化個案中以對精障觸法者施以強制處遇措施並追求更重大的利益。

聯邦最高法院於 O' Connor v. Donaldson (1975) 一案做成後，單純精神疾病已經不足以

¹²¹ 美國殘疾人法案 32 年後，沒有計劃批准聯合國條約，VOA，<https://www.voanews.com/a/years-after-us-disabilities-act-no-plans-to-ratify-un-treaty-it-inspired-/6675363.html>（最後瀏覽日：10/04/2022）。

¹²² Arlene S. Kanter, Let's Try Again: Why The United States Should Ratify The United Nations Convention On The Rights Of People With Disabilities, 35 Touro Law Review 312-316 (2019).

¹²³ *Id.* at 316-319.

¹²⁴ Dudani, *supra* note 25, at 2123-125.

¹²⁵ *Id.* at 2127-129.

成為讓精障者受到人身拘束的理由，這也代表著與刑事司法體系合作的 Civil Commitment，即使有精障者觸法的犯罪事實，都仍須另外符合其他的法定事由後，方能施以 Civil Commitment。

（二）關於第 14 條的部分

聯邦最高法院雖然於 Salerno (1987) 案同意政府可以保護社會安全的利益，以非屬於刑罰之審前拘束為手段，犧牲具有危險性之被告的人身自由，但也於 Foucha (1992) 案中表示，使人民免於人身自由的限制就是正當法律程序的核心，而要實踐保障人身自由的正當法律程序，就需要確保政府之目的及其手段之間存有「緊密關連性 (narrowly tailored)」，且對被告採取最小的侵害手段。

（三）關於第 15 條的部分

有關 Civil Commitment 制度本身的合憲性，表現於最高法院表態接受該制度以維護社會安寧的警察權 (police power) 與對精障者照顧的國家親權 (Parens Patriae Doctrine) 為所欲實現的法律利益，而以拘束人身自由的非刑事處罰做為手段，法院並於個案中判斷有拘束人身自由之必要性時，方可對精障觸法者施以最小侵害的方式。

（四）關於第 16 條的部分

目前適用於刑事被告的法定事由主要有三，第一是基於精障者對自己或他人危險 (dangerousness)，第二是為確保被告之就審能力 (Competence to Stand Trial)，最後則是對無法負擔刑事責任之被告提供復原或治療 (restoration or treatment)，而這種機制下最早也最常適用的處遇措施則為強制精障者入院 (Inpatient Commitment) 以接受治療。

目前美國實務上以精障者具有危險性，並對之施以強制入院相關的處遇措施有三種，最緊迫的「psychiatric hold (精神科拘留)」，也有稱為緊急拘留 (Emergency Hold)，如急診，基於一時急迫性而為的強制處遇，以 72 小時為大宗，最久的期限為 10 天，最短的期限為 23 小時，也有州決定不設定期限，讓個案法官能依現況裁量，是期間最短的強制處遇措施；當精神醫療機構完成前項評估後，會與法院再進一步判斷精障者是否需命其入院治療，若不具備，則必須立刻釋放 (讓他出院)，此階段的聽證會由於非刑事訴訟程序進行。最後一種是以「門診」為主的治療機制 (outpatient civil commitment)。

除此之外，現行美國實務運作中，還有兩種情況亦可基於危險性而將被告自刑事訴訟程序中轉向於 Civil Commitment 後，再至精神醫療機構接受治療。第一種是被告符合其他審前拘禁的要件而受收容後，收容機關認為無法提供適合被告的環境，抑或認為被告尚有對機關內其他人員造成安全疑慮之困擾，第二種則是被告原欲聲請保釋，但被法院以因精神障礙而有危險之虞拒絕時，法院可在同一聽證程序，或是另外展開 Civil Commitment 的聽證會，將觸法者以具有危險性轉向至精神醫療機構。

由以上的機制，可知在美國的制度中，透過精神醫學專家評估、聽證程序等，監督對於精神障礙者的處分，避免單純因為客觀有危險，基於照顧治療的需要，便剝奪精神障礙者的

自由，而盡量貼近醫療上的需求，減少侵害精神障礙者的人權。

（五）關於第 19 條的部分

19 世紀初期，美國開始出現對精障者改以機構化（Institutionalization）之處遇模式提供法律上的照顧（或治療），當時精神醫療機構能對精障觸法者提供的資源，除了消極的拘束人身（restraints）或鎮定（sedation）外，尚有仍處在實驗階段的試驗藥物或精神外科（psychosurgery）等方法，從現代的觀點來看，當時的醫療資源非但相當有限，而且十分具有爭議，僅讓觸法者轉向到空有治療為名，卻無治療之實的機構中，更在欠缺司法妥善監督治療有效性的情況下，最終放任觸法者受困於永無止盡的不定期之拘束（indefinite commitment）。對於這樣的處遇措施，使得社會開始有基於保障人權為本，進而主張應對精神障礙者另以「去機構化（Deinstitutionalization）」之模式提供治療的倡議，自 20 世紀開始，美國刑事司法體系逐漸有所改變。

（六）關於第 25 條的部分

以「實需為基礎的治療思維」（Realitybased treatment philosophy）是有效治療此類犯罪人的最佳模式，包含：顧及精神疾病患者之需求而明確的治療目標、必須以司法強制力的脈絡與指引下，進行治療手段與方法、法庭以及其他監控精神疾病患者的刑事司法機構之間密切聯繫，包括刑事司法和精神衛生系統連結到每位病患的資料庫、強調對精神病患的結構性要求和監督¹²⁶。

（七）仍有不足之處

然而，即使聯邦最高法院於 Jackson（1972）案設下了合理性標準做為屏障，藉以避免只為了使刑事司法程序能繼續進行，就讓精障者陷入漫長的復原期，但在欠缺合理性的明確操作基準下，除非被認定不具備回復可能性（non-restorable）後，被告因檢察官撤回起訴而無須再行刑事訴訟程序之外，各州仍以自己的計算方法，對可能有復原機會的被告施以或短或長，或不定期的拘束。終究還是成為觸法者被拘束人身自由的一堵高牆，而非使他們能脫離拘禁，及早復歸於社會的逃生梯。

換言之，以 CRPD 的精神，要求身心障礙者必須是自願才能接受相關治療；若是非自願的，否定當事人對照顧治療入院的能力、或非自願未取得同意的精神衛生安置機構，就有可能違反公約。據此，美國的制度仍有改善的空間。

¹²⁶ *Id* at 114。

柒、司法判決研析

一、概述

本計畫的司法判決研析，係針對民國 94 年至 111 年 9 月間，涉及精神障礙觸法者監護處分的相關判決進行研析，試圖發現法院就此議題的審判脈絡，進而統整司法實務的審理檢驗標準，並且檢討司法判決是否能在符合 CRPD 精神與精神障礙觸法者的權益之間，取得平衡。

為了執行計畫，研究團隊先在前述的司法判決期間內，進行判決的篩選，實施篩選系統為「Lawsnote 七法法學資料庫」，篩選方式與標準有二，第一群的選擇設定關鍵字「監護處分、最高法院」，蒐集其中涉及精神障礙觸法者、監護處分，且曾上訴至最高法院的案件。之所以案件是否曾經上訴至最高法院作為篩選標準，是因為，案件上訴至最高法院，通常在認事用法上，存有疑難；反之，可能較無疑難。在判決的研析上，自然是以認事用法存有疑難者，較具有研究價值。基此，研究團隊篩選出 84 個案件（計 298 件判決），並就此進行研析¹。於內文提及的個案，均能在「附件六」，找到對應的整理資料，以便利掌握個案的相關內容。第二群篩選方式，則是設定關鍵字「監護處分」的確定判決，計有 4201 筆資料，受限於研究人力、時程的有限性，此部分的整理方式係以「罪名」與「監護期間」統計各年度裁判確定的案件，並以表格方式呈現（詳如附件七）。

在判決研析的成果上，就上述二大類的判決研析方式有以下發現。其一，針對有上訴至最高法院共 84 個案件（298 個判決）研析，發現有兩大重點，分別是，（1）法院對被告行為時辨識能力或控制能力的判斷；（2）法院對於監護處分必要性的認定。首先，關於法院對被告行為時辨識能力或控制能力的判斷上，研究團隊發現，司法實務高度依賴精神鑑定意見，判決理由似乎較欠缺系統性的論述，且調查證據程序恐怕存有不確實之處。再者，法院對於監護處分必要性的認定上，研究團隊彙整五項參考標準，可以供實務或學說參考。

其二，有關 94 年至 111 年 8 月裁判確定監護處分判決的初步分析，藉由觀察罪名與監護期間數據的比例與關聯，大抵上可以理解我國實務的脈動，進而提出相應的檢討。有需要說明的是，因為研究團隊的能量與時間的限，關於歷年判決確定案件的監護情形，只能進行初步的整理，進而簡略分析現象與趨勢，詳細數據呈現於「附件七」。

二、判決評析之研究限制

在判決評析的研究中，必須先予說明的是，在研究上存在的限制。首先，有些涉及精神障礙觸法者的判決，屬於不公開裁判，無法在坊間的法學資料系統上搜尋，研究團隊以「Lawsnote 七法法學資料庫」為搜尋判決的系統，並無法獲得所有涉及精神障礙觸法者的裁

¹ 必須說明的是，這些案件的歷審判決，未必均列為公開裁判資料；但研究團隊由歷審判決之中，公開的裁判資料，經比對後仍可以探知其相關內容者，仍屬於本研究計畫判決研析的研究範圍。

判。其次，受限於計畫期間僅有一年，加以人力有限，研究計畫的工作項目頗多，經研究團隊評估，先以先以關鍵字「監護處分」搜尋相關判決；但有些判決可能並未使用監護處分，而是將之稱為監護或刑法第 87 條等，故相關判決的搜尋，難免存有缺漏。綜此可知，期末報告僅能呈現所有涉及監護處分判決的大部分，而非全部；不過，絕大部分涉及監護處分的判決，相信均有收錄。

再者，2022 年 2 月，監護處分、暫行安置新制方才上路，累積的實務裁判極其有限，甚至截至期末報告提出前，均無發生具有代表性的監護處分新制下的確定判決。換言之，本次研究計畫的判決評析，因為現實因素，反而著重在監護處分舊制進的剖析；雖然如此，仍具有相當的研究價值，研究團隊從中能夠發現我國長久以來的實務困境，進而提出諸多建議，但欠缺對於監護處分新制的相關判決解析，仍屬可惜。惟此亦反映，關於我國涉及監護處分的司法判決研析，仍有持續研究的必要，以探知監護處分新制後的我國司法實務，如何處理精神障礙觸法者的監護處分，是否能夠確保受監護處分人的權益。

法制研究應立足於本土，方才能夠探究適合台灣的制度。雖然，本次研究計畫的判決研析，因為現實上的因素，未能盡如人意，但也種下了持續研究的種籽。對於任何國家而言，國內司法實務的發展，都應該具有持續關注的價值，用以檢驗制度功能是否能夠符合制度設計的預期，尤其是有無符合人權保障的精神。未來若有機會，關於監護處分判決研析，除了關注在新制的實務運作，以及深入持續研究之外，對於無法自坊間法律資料系統搜尋的有關裁判，將商請監察院發函法務部等機關，請求官方協助，以周全司法判決研析的完整性。為了保障精神障礙觸法者的人權，完善我國的監護處分法制，持續性的研究，實屬必要。

三、案件曾上訴至最高法院之判決評析

首先，研究團隊針對民國 94 年至 111 年 9 月間，曾上訴至最高法院，涉及精神障礙觸法者監護處分的確定判決，進行評析。對此共計 84 個案件（298 件判決）的評析，主要有二重點值得關注，分別是：法院對於被告行為時辨識能力與控制能力的判斷，以及法院對於監護處分必要性的認定。

（一）法院對於被告行為時辨識能力與控制能力的判斷

依刑法第 19 條第 1 項或第 2 項規定，若被告行為時，具有精神障礙或其他心智缺陷，致「辨識其行為違法」或「依其辨識而行為」的能力有欠缺，或顯著減低者，則該精神障礙觸法者，將可能判決無罪或減輕其刑。又，個案上，當被告被認為是精神障礙觸法者，且足認有再犯或有危害公共安全之虞時，方才依刑法第 87 條施以監護的可能。於此不難理解，監護處分相關法制的研究，刑法第 19 條的重要性極高，相關的實務議題，有釐清必要。

關於被告是否有精神障礙、精神障礙的程度為何、以及其精神障礙對於辨識能力與控制能力的影響力如何等生理原因，法官須借助專家鑑定意見之精神疾病專業知識與診斷，並且在審理程序上，確實進行證據調查。在本計畫執行的判決研析上，研究團隊發現，法院有以下現象，即法院高度依賴精神鑑定意見，調查證據程序恐不夠確實，且判決的論述似乎較欠

缺系統性。

1. 法院高度依賴精神鑑定意見

在判決研析上，研究團隊發現，法院在判斷被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少上，高度依賴精神鑑定意見。應先說明的是，所謂高度依賴精神鑑定意見是指，個案上，法院在進行被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少的判斷時，幾乎對於精神鑑定意見照單全收，難從判決中體察法院見解。例如，司法判決常見「本院審酌前揭鑑定報告……，且鑑定人之資格、鑑定方法及論理過程上亦難認有所瑕疵，而結論又屬相同，是前揭鑑定結論自可採憑」等語，可見法院仰賴精神鑑定意見，而難獲悉法院的看法。

經研究團隊比對，認為本計畫所解析的 84 個案件（計 298 件判決）中，其中以 111 年彰化誣告案、111 年台南妨害性自主案、111 年台東妨害性自主案、110 年新北殺人未遂案、110 年高雄重傷害案、110 年高雄妨害性自主案、110 年屏東妨害性自主案、110 年台南傷害案、109 年橋頭誣告案、109 年臺北偽造文書案、109 年彰化放火案、109 年新北放火案、109 年雲林弑父案、109 年高雄家暴殺人未遂案、109 年桃園妨害性自主案、108 年新北殺人未遂案、108 年桃園餐廳殺人案、108 年台南殺子案、108 年台中傷害案、108 年台中妨害公務案、107 年南港乘機性交案、107 年橋頭放火案、107 年屏東重傷害未遂案、107 年台中放火案、106 年臺北妨害性自主案、106 年嘉義妨害性自主案、106 年虎尾殺人未遂案、106 年台中殺同事案、106 年中山站殺警未遂案、106 年三重傷害案、105 年臺北毆妻案、105 年雲林強盜案、105 年台中棒打鄰居案、105 年士林郵局放火案、104 年基隆安眠藥殺子案、104 年桃園殺鄰居案、104 年花蓮強取手槍案、104 年台南強力膠殺人案、103 年放火燒死家人案、103 年台南放火案、103 年臺北誣告案、103 年高雄槍殺未遂案、103 年花旗銀行放火案、102 年檳榔攤強盜案、102 年桃園擋門案、101 年基隆水果刀殺人案、101 年台中砍人案、100 年菜刀砍人案、100 年高雄殺人案、98 年醉酒放火案、98 年教唆強姦案、98 年掃刀亂砍案、98 年台南騎車搶奪案、97 年彰化槍擊案、97 年拖行殺人案、97 年水果刀刺殺案、96 年台北剪刀殺人案、95 年新北搶手機案、95 年台南強盜案、94 年雲林車禍案、94 年三峽毆母案，計有 61 個案件，存有這樣的現象，比例高達 73.4%。

（1）說明

在個案上，被告的生理上，是否具有足以影響其辨識能力或控制能力的「精神障礙或其他心理缺陷」，應選任專業的鑑定人（或囑託專業醫療機構）加以鑑定，以釐清真相；至於被告行為時，其辨識能力或控制能力，是否屬於欠缺或顯著減低的心理結果，則應由法院本於職權，綜合全部證據資料予以判斷²。

² 最高法院 96 年度台上字第 6368 號判、98 年度台上字第 5554 號判決之意旨，皆明確表明：行為人是否有足以影響意識能力與控制能力之精神障礙或其他心理缺陷等生理原因，因事涉醫療專業，應選任具該專門知識經驗者或囑託專業醫療機構加以鑑定之必要，若經鑑定結果，行為人行為時確有精神障礙或其他心智缺陷，則其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，是否屬於不能、欠缺或顯著減低之心理結果，應由法院本於職權，綜合全部證據資料予以判斷評價之。

換言之，關於刑法第 19 條規定的認定，法院與鑑定人，依其專業不同，而各司其職。也就是說，鑑定人應就被告是否有精神障礙、其行為時是否有精神障礙、精神障礙的程度、精神障礙影響其辨識能力或控制能力的程度如何等，進行醫療判斷，並向法院提出專業的鑑定意見；另外，被告在行為時的辨識能力、控制能力，究竟是否確實受到其精神障礙影響、受影響程度如何，則應由法官調查所有證據資料後，作出法律評價。

惟，在目前的實務，精神鑑定機關的鑑定事項，貌似包含被告於行為時辨識能力與控制能力的判斷，以及被告的辨識能力或控制能力，是否受到其精神障礙影響及其程度的認定。然而，這些判斷，理論上應歸由法院為之，但現實上恐怕並非如此。其實，造成這樣的現象，也不能責難法官，畢竟被告行為時辨識能力或控制能力，有無欠缺或顯著減低的判斷，仰賴高度的司法精神醫學專業，不是一般法官可以勝任。

進一步言，個案的鑑定意見，並未公開於司法院法學資料檢索系統，故無法明確得知法院囑託機關鑑定的事項；但是，在判決書上，對於刑法第 19 條的認定，法官時常會先行引述或節錄部分鑑定意見的內容，再表示鑑定人具有專業資格、鑑定方法及論理過程並無瑕疵，而直接採用精神鑑定意見結論。同時，由判決內容也可以發現，多數精神鑑定意見書，會透過法院送交的卷證資料中，被鑑定人於案發時的行為情狀、警詢供述等紀錄，判斷被鑑定人行為時是否受到精神障礙的影響，喪失或顯著減低其辨識能力或控制能力。在精神鑑定意見書已作此認定的情形下，縱然法院於判決書中，表達其對於被告行為時辨識能力或控制能力，是否受到精神障礙影響，而有顯著減低或喪失情形的判斷理由；但可以明顯看出，法院認定的結果與鑑定意見之判斷高度一致，其據以判斷的行為樣態、情狀、被告供述等事實，亦有高度重疊性。

值得一提的是，在本計劃於 111 年 7 月 23 日舉辦的「精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點會議」，邀請到橋頭地院王奕華法官分享實務情形。對於法院判斷被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少上，高度依賴精神鑑定意見。對此，王法官特別說明，法院審理時並非只參酌鑑定意見，也會考量被告的病史、證人的口供、被告偵訊時的對答等等都是法院參考的依據，判決中顯示對鑑定意見的高度仰賴，最主要是基於「對鑑定人專業的尊重」，才以鑑定意見為論述基礎，輔以其他事證（以上內容在「附件一」會議逐字稿中詳細呈現）。關於王法官的分享，研究團隊表示理解；但若無法在判決理由中，詳細說明精神鑑定意見以外，用以判斷被告行為時辨識能力、控制能力的事由，仍容易造成外界誤會，而有法院被鑑定人牽著鼻子走的感覺，也使得鑑定人背負「白袍法官³」的誤解。

（2）判決示例

經研究團隊比對，認為本計畫解析的 84 個案件中，高達 61 個案件，有發現法院判決內容，與鑑定意見書的內容相同度甚高的現象，僅以「105 年台南家暴殺人案」作為判決示例，說明該現象的存在。

³ 學說上的討論，可以參考：張麗卿，月旦法學雜誌-新刑法第十九條之法理分析，136 期，2006 年 9 月，頁 173。

茲以 105 年台南家暴殺人案（最高法院 108 年度台上字第 1565 號刑事判決確定）為例。於該案中，一審法院送請嘉南療養院鑑定，鑑定意見認為：被告於鑑定過程中，言談清楚切題，可配合問題回答，並無明顯精神症狀或情緒症狀；惟被告案發前與案發當時均有明顯的躁症症狀，根據被告敘述，與後續台南醫院住院治療記錄，被告於住院期間，亦持續呈現明顯情緒與精神病症狀，如誇大意念、關係與被害妄想等。此外，鑑定過程中，雖然被告情緒症狀緩解，但仍堅信其關係與被害妄想內容，疑似有情感性思覺失調症診斷之可能。依台灣精神醫學會司法精神小組建議的「刑責判準」整體判斷，被告於案發當時應受明顯情緒性精神症狀干擾，而達到無法辨識其行為違法或依其辨識而行為的情形。

基於嘉南療養院的鑑定意見，一審法院認為，依目前精神醫學的診斷標準，被告於案發前後，確處於躁鬱症中躁症發作的不正常精神狀態，其於案發經過因躁症發作當中，受精神症狀干擾無法詳實記憶。被告徒手壓迫其子口鼻及頸部致呼吸道受阻，窒息而死的殺人行為，因其行為已達對於外界事務的知覺、理會及判斷能力，完全為精神疾病症狀所控制的程度，顯然已欠缺依其辨識而行為的能力。被告的殺人之行為，於行為時有刑法第 19 條第 1 項所定，因精神障礙致欠缺依其辨識而行為的能力。

案經上訴至二審，二審法院對於被告有無刑法第 19 條情形的認定，與一審法院的判決幾乎相同：同樣參酌前開鑑定意見，依目前精神醫學的診斷標準，被告於案發前後，確處於躁鬱症中躁症發作的不正常精神狀態，其於案發經過因躁症發作當中，受精神症狀干擾無法詳實記憶。被告徒手壓迫其子口鼻及頸部致呼吸道受阻，窒息而死的殺人行為，因其行為已達對於外界事務的知覺、理會及判斷能力，完全為精神疾病症狀所控制的程度，顯已欠缺依其辨識而行為的能力。由此可見，法院對於被告有無刑法第 19 條情形的認定，高度依賴鑑定意見，法院判決內容，與鑑定意見書的內容相同度甚高。

2.證據調查程序有待改善

在判決研析上，研究團隊發現，法院在判斷被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少上，有時會發生法院證據調查程序不充分、不確實的情況；尤其在第一審的審理程序，此現象更為明顯。也因此，使得涉及精神障礙觸法者的案件審理，易仰賴第二審的證據調查程序。如此一來，不僅造成訴訟遲延、司法資源耗費，也不利於精神障礙觸法者的權利保障。

在 84 個案件（計 298 件判決）中，有 110 年新北殺人未遂案、110 年高雄重傷害案、110 年台中牙醫案、109 年桃園殺母案、109 年台中違反醫療法案、107 年士林小燈泡案、106 年南投殺妻案、106 年台南服裝店砍人案、106 年台中殺同事案、106 年中山站殺警未遂案、105 年雲林強盜案、104 年新北面試殺人案、104 年度桃園改造手槍案、104 年台南強力膠殺人案、103 年士林強制性交案、102 年新北盜帳案、98 年教唆強姦案、98 年掃刀亂砍案、97 年幻聽殺父案、96 年台北剪刀殺人案、95 年新北搶手機案、95 年光復殺童案，計有 22 個案件，存有這樣的現象，大約為 25%。

（1）說明

關於精神鑑定，法院皆係囑託醫院或其他相當的專業機關鑑定；另依刑事訴訟法第 208 條規定，法院囑託機關鑑定者，僅於法院認為必要時，方才傳喚實施鑑定的醫師到庭言詞報告或說明。據研究團隊的觀察有以下兩種現象，其一，多數案件在一審法院審理時，即會送請機關鑑定；但是，上訴至二審後，可能因為當事人之一方就第一審的鑑定意見有爭執，或法官本於職權再次交付精神鑑定，此後才有見解歧異的不同鑑定意見。當鑑定意見有歧異時，法院通常會傳喚鑑定人到庭，接受交互詰問；其二，絕大多數案件並未在偵查階段送精神鑑定，以及少數案件至第一審仍未送精神鑑定，以致錯失鑑定最佳時機。

由此觀之，第一審法院的證據調查程序，可能存有不充分的情況。因為，若第一審法院未能在證據調查程序，給予當事人、辯護人等充分攻防的機會，對第一審的鑑定意見表達意見，或對鑑定人進行交互詰問，便容易致使當事人上訴之後，在第二審法院爭執第一審的鑑定意見，甚或使得第二審法院的法官需要依職權再送鑑定。當第一審送請鑑定後，對於鑑定結果，當事人或辯護人等有表達不服，理應依法要求鑑定人到庭言詞報告或說明，並接受交互詰問；同時，當事人或辯護人等主張另送鑑定時，基於司法對於真實發現的追求，以及精神障礙觸法者的人權保障，若個案上確實有需要，宜找尋第二、第三鑑定人或鑑定機關，進行鑑定。否則，待上訴後，第二審法院才要求鑑定人到庭言詞報告或說明，或找尋第二、第三鑑定人或鑑定機關實施鑑定，不僅不利於真實發現，也可能造成精神障礙觸法者的程序不利益。

關於法院證據調查程序不確實的現象，有一案比較特別，即第一審法院的審理程序中，竟然未將涉嫌精神障礙觸法的被告送請鑑定。該案的第一審（臺灣新北地方法院 109 年度訴字第 428 號判決參照），被告有精神障礙病史，曾經受監護處分；但辯護人聲請法院進行精神鑑定，法院卻以被告對外界事物辨別能力與正常人無異為由，不同意辯護人的聲請；案經上訴二審，始由二審法院送請精神鑑定，而認定被告有刑法第 19 條第 2 項的情形（臺灣高等法院 109 年度上訴字第 3689 號判決參照）。

誠然，是否需要將被告送請精神鑑定，法院固然有權判斷，但當辯護人提出責任能力欠缺的抗辯時，法官應有調查證據，以及於判決理由敘明的義務，且被告是否有足以影響辨識能力與控制能力的精神障礙事由，涉及醫療專業，理應委諸醫學專家鑑定。前揭發生在新北地方法院的案例，雖為少數個案，但亦凸顯出法院在證據調查程序上，恐有不確實，甚至過於草率的現象。

除此之外，值得注意的是，在司法判決研析的過程中，亦發現檢察官在偵查階段，似乎鮮少囑託鑑定。精神鑑定的一大重點是，被告於犯罪行為時的精神狀態，是否因精神障礙或其他心智缺陷，致「辨識其行為違法」或「依其辨識而行為」的能力有欠缺，或顯著減低。眾所周知，偵查階段可謂是最接近被告「行為時」的司法程序，但實務上，卻幾乎沒有在此階段囑託鑑定，可能錯失鑑定的最佳時機，而造成鑑定結果的誤差。之所以造成這樣的現象，可能與實務上檢方人力、物力資源有限，加以偵查具有現實上的時間壓力，使得偵查中未必有充足的時間鑑定。為此，檢方也是提出相應的改善措施，特別是針對重大刑事案件，以及

即將於 2023 年上路的國民法官法。

在重大的刑事案件偵辦上，檢察官應詳實蒐證及鑑定，以強化蒐證。然而，重大刑事案件的鑑定類型涉及各種領域專業能力，鑑定需求增加，故由臺灣高等檢察署統籌編列預算，再由各檢察署依個案需求，依「重大刑事案件鑑定費及執行費支用作業要點」向臺灣高等檢察署申請經費支應，以解決資源不足的困難。另，國民法官法採行當事人進行，對於最輕本刑十年以上案件、故意犯罪發生死亡結果案件，可以預見的是，屆時被告可能多主張精神抗辯，基於檢察官負舉證責任，法務部已於 2021 年 10 月函頒「偵查中司法精神鑑定精進方案」，以提升司法精神鑑定品質，落實發現真實。至於面對 2022 年 2 月，刑事訴訟法修正後，增設的暫行安置制度，意即被告在偵查中、審理中，有可能因暫行安置而獲精神治療。實務上，檢察官如何貫徹該新制的立法目的，令鑑定人在更接近被告「行為時」的時點，也就是偵查中對被告進行鑑定，仍待觀察。

（2）判決示例

研究團隊發現，法院在判斷被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少上，有時在第一審的審理程序會發生法院證據調查程序不盡理想的情況，因而須至第二審的調查程序再行重新調查，且在 84 個案件中，發現 22 個案件有此疑慮。以存有該現象之「107 年台中牙醫案」為例，說明此情況會造成的影響。

茲以 107 年台中牙醫案（最高法院 110 年度台上字第 4955 號刑事判決確定）為例。於該案中，一審法院送請衛生福利部草屯療養院鑑定，草屯療養院的鑑定意見認為：被告為思覺失調症的個案，且過去未規則接受精神科治療，長年以來妄想持續存在，現實感不佳，對人事物之間的關聯性易產生扭曲的解讀，有困難區分現實與妄想並據此行動的傾向，認為被告於行為當時，因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法，或依其辨識而行為的能力，顯著降低。

誠如前述，法院對於鑑定意見高度依賴，本案的一審法院同樣採認草屯療養院的鑑定意見，認為被告的行為，與其罹患思覺失調症，而對妹妹有怪異且固著想法，有密切關連；但其能說明其預備殺人的原因及犯案細節，有辨識能力，知悉其所為確意欲且致被害人等死亡，只是受到思覺失調症影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。

未料，案經上訴，檢察官卻向二審法院聲請，囑託台中榮總重為鑑定。台中榮總的鑑定意見認為：被告於犯案前的精神狀態相對穩定，認知功能未受精神疾患影響而出現明顯改變，具有一般社會應有判斷能力，其犯案動機是基於對妹妹不滿及診所人員阻撓，與思覺失調症無顯著相關。此外，被告於犯案過程顯示行為時，可以理解殺人行為的違法本質，砍殺脖子是人的要害，以及行為後果等，未受精神疾病的影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力，控制能力顯著減低之情形。

二審法院另將本案的被告警詢、偵訊光碟、警察到場秘錄器所拍的光碟，以及診所現場監視器所錄現場光碟等資料，補送草屯療養院負責鑑定的醫師審視，並傳喚該醫師到庭接受交互詰問。鑑定人接受法官訊問時表示：被告不會對無關的人攻擊，其在行為時仍具有選擇

能力，但認為被告是受妄想驅動而殺人，雖因妄想影響與現實脫節，但仍有描述妄想的能力，所以於警詢及偵訊時，皆能清楚說明妄想的內容與細節，亦即犯案經過。

二審法院於證據調查後，採認鑑定人之到庭證述，並認為：被告於行為時預備殺人犯意及殺人犯意形成及行為之著手實行，雖受思覺失調症所致的妄想症狀干擾，然其仍有辨識能力，知悉其所為意欲，且導致被害人等死亡，猶執意為之，其僅係因受思覺失調症影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為的能力，達顯著降低的程度。至於二審法院未採納台中榮總的鑑定意見，理由是：該院鑑定未充分考量前開相關證人之供陳及 LINE 對話，其所顯現案發前被告的言行舉止與精神狀態，確實已受自身所罹患的思覺失調症顯著影響。

本案上訴至最高法院，對於一審、二審法院的鑑定意見不同，指出「當數個適格之鑑定人或機關之鑑定意見彼此互相歧異時，關於其間因醫學意見歧異而形成之爭點，事實審法院允宜傳喚正、反（或折衷）意見之鑑定人，各自說明其意見所憑之精神醫學診斷準則，及判斷本件符合或不符合診斷準則之過程，兼及於其對不同意見之看法，藉由審、檢、辯三方交互詰問程序，以逐步釐清事實，形成確信。若數個鑑定人或機關仍各持己見，法院亦無法形成心證，無妨尋求第三鑑定意見以協助法院正確認定事實（刑事訴訟法第 207 條參照）。」

也就是說，最高法院認為，二審法院未具體說明台中榮總的鑑定意見，何以不能為精神醫學專業領域所普遍接受，或如何不具有醫學合理性的理由，有事實未明、理由欠備的違法，乃發回更審。爾後，更一審法院傳喚台中榮總的鑑定醫師到庭接受交互詰問，並依辯方聲請詢問草屯療養院意見，草屯療養院覆稱尊重臺中榮民總醫院之鑑定報告後，更一審法院採取台中榮總之鑑定意見，被告上訴三審，遭駁回後定讞。

3. 法院認定較欠缺系統性論述

在判決研析上，研究團隊發現，法院在判斷被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少上，除了高度依賴精神鑑定意見之外，法院本身較為欠缺系統性的論述，多是以精神鑑定意見為主，輔以個案發生的零星事態，就對被告的辨識能力或控制能力，是否欠缺或顯著減低，進行相應的判斷。就此而言，似乎難稱論理充分。

在 84 個案件（計 298 件判決）中，111 年彰化誣告案、111 年台南妨害性自主案、111 年台東妨害性自主案、110 年高雄重傷害案、110 年高雄妨害性自主案、109 年橋頭誣告案、109 年臺北偽造文書案、109 年彰化放火案、109 年桃園妨害性自主案、108 年新北殺人未遂案、108 年桃園餐廳殺人案、108 年台中傷害案、108 年台中妨害公務案、107 年南港乘機性交案、107 年台中放火案、106 年嘉義妨害性自主案、106 年虎尾殺人未遂案、106 年中山站殺警未遂案、106 年三重傷害案、105 年臺北毆妻案、105 年台中棒打鄰居案、105 年士林郵局放火案、104 年花蓮強取手槍案、103 年台南放火案、103 年臺北誣告案、103 年高雄槍殺未遂案、103 年花旗銀行放火案、102 年檳榔嶼強盜案、102 年桃園擋門案、101 年基隆水果刀殺人案、100 年菜刀砍人案、98 年醉酒放火案、98 年掃刀亂砍案、98 年台南騎車搶奪案、97 年彰化槍擊案、97 年拖行殺人案、97 年水果刀刺殺案、95 年新北搶手機案、95 年台南強盜案、94 年雲林車禍案、94 年三峽毆母案，計有 41 個案件，存有法院論理欠缺系統化的現象，比例約為 49%。

(1) 說明

依刑法第 19 條規定，以被告行為時，是否因精神障礙，致其「辨識能力」或「控制能力」有欠缺或顯著減低，作為判斷被告是否具有可非難性的標準。換言之，當被告於行為時，同時具備辨識能力與控制能力，始應負擔完全的刑事責任。易言之，所謂「辨識能力」是「『辨識其行為違法』的能力」，所謂「控制能力」則是「『依其辨識而行為』的能力」，二者並不相同。因此，刑法第 19 條 1、2 項的適用情形共有四種狀況⁴。

其一（完全沒有辨識違法之能力，第 19 條第 1 項前段）：行為人因精神障礙或其他心智缺陷，不能辨識外在客觀世界的種種現象，完全不能理解自己所做所為已經觸法，無法辨識行為是違法的，其罪責受到阻卻，不罰，無法成立犯罪。

其二（仍有辨識違法之能力，卻完全無法控制，第 19 條第 1 項後段）：縱使行為人可以識別外在客觀世界的現象，甚至知道自己違法，但也可能因為缺乏自我控制能力而阻卻罪責。換言之，即使行為人具備違法辨識的能力，也要進一步檢驗自我控制能力。

其三（辨識違法之能力，顯著減低，第 19 條第 2 項前段）：行為人雖有精神障礙或其他心智缺陷，仍能辨識客觀世界的種種現象，仍能理解自己所做所為已經觸法，其辨識行為違法的能力，僅是顯著減低者，仍然成立犯罪，只得減輕其刑。

其四（有辨識違法之能力，但控制能力顯著減低，第 19 條第 2 項後段）：行為人雖有精神障礙或其他心智缺陷，行為人仍能識別外在客觀世界的現象，也知道自己的行為違法，仍有是非對錯的認知，但其自我控制能力卻顯著減低者，仍然成立犯罪，只能減輕其刑。

然而，研究團隊發現，法院的論述，有時未嚴格區分辨識能力與控制能力的不同。具體言之，許多判決認定被告有刑法第 19 條第 1 項或第 2 項的情形時，並未清楚說明被告是辨識能力喪失或減低，抑或是控制能力喪失或減低。又，在許多判決之中，法院見解參考精神鑑定意見的判斷，輔以證據資料有關被告行為時的表現，而無系統性的論述，僅以法條內容「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」以及「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者」為論述，顯不夠明確。

例如，臺灣高等法院 109 年度上訴字第 3689 號刑事判決，除了參考鑑定意見之外，便是審酌被告在犯案後，是否如同一般犯罪者有逃跑的舉動；臺灣高等法院台南分院 103 年度上重訴字第 610 號刑事判決，除了參考鑑定意見之外，就是審酌被告有無匿證避責的行為，就直接認定被告的「辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力」喪失或有顯著減低。

在研究團隊進行判決研析的過程中，發現欠缺法院系統論述的判決，和法院高度依賴精神鑑定意見的判決，存有高度重合。若法院高度依賴鑑定意見，將之直接作為法院見解，往往不會再就其他事證進行審理，也不會多加分析被告行為時控制能力與辨識能力的狀態，而

⁴ 張麗卿，刑法總則理論與運用，五南，2022 年，頁 291-293。

是直接引用鑑定報告內容為裁判理由，故而缺乏系統性的論述。

值得一提的是，最高法院 109 年度台上字第 2925 號刑事判決，就精神障礙觸法者的責任能力認定，有較為詳細的判斷：「殺人動機縱然受妄想影響而與現實悖（解）離，如果行為人仍然具有完整辨識違法之能力，可以正確理解其正在殺『人』（不是外星人、魔神或鬼怪），殺人是違法行為，且並無因為妄想或幻聽（覺）而理解為正當防衛或緊急避難之情形，則究竟其因高漲之憤怒情緒進而著手殺人，是行為人『不願』控制或「不能」控制情緒，自應斟酌行為人是否具有（1）選擇之能力；（2）忍耐遲延之能力；（3）避免逮捕之能力；及（4）警察在旁（Police at the elbow）時是否仍不放棄殺人等各項情狀，妥為區別判斷。」又，該判決依此判斷標準，檢視該案被告的行為，於殺人前事先計劃（多方詢問行蹤、準備凶器）；殺人時選擇對象（不及於其他不妨礙其殺害目的之人）、選擇最佳下手時機（趁不備突然下手）；殺人後急欲離去現場，以避免被捕，判斷被告具有正確理解判斷殺人的違法性，以及有效控制其行為的能力。

也因為前開判決，對於被告的辨識能力或控制能力，有比較具有系統性的判斷，不僅受最高法院選為具參考價值裁判，也在該判決於 2020 年 7 月 22 日作成之後，截至本計畫執行作成期末果報告初稿之際，已有九個裁判參考引用，分別是：臺灣高等法院 110 年度上訴字第 806 號、臺灣高等法院臺中分院 109 年度交上訴字第 2440 號、臺灣高等法院臺南分院 109 年度上易字第 651 號、臺灣高等法院高雄分院 110 年度侵上訴字第 12 號，以及臺中地方法院 109 年度訴字第 1861 號判決、109 年度侵訴字第 122 號，屏東地方法院 110 年度訴字第 273 號判決、109 年度重訴字第 22 號判決、109 年度侵訴字第 29 號等刑事判決。未來，法院判斷精神障礙觸法者責任能力的標準，是否會有更細膩的操作，值得繼續關注。

（2）判決示例

研究團隊發現，法院在判斷被告行為時辨識能力、控制能力有無喪失或顯著減少上，有未明確區分辨識能力、控制能力之疑慮，在 84 個案件中，計有 41 個案件，存有法院論述不夠具體的情況。以「109 年桃園妨害性自主案」，舉例說明該現象。

茲以 109 年桃園妨害性自主案（臺灣高等法院 109 年度侵上更一字第 14 號刑事判決認定）為例。於該案中，被告撲倒 A 被害人，欲以強暴方式違反 A 的意願而為性交，經 A 不斷大喊救命及以腳踢，趁機掙脫求救而未得逞；又於同日基於強制性交的犯意，雙手環抱 B，以此強暴方式違反 B 的意願，欲對之性交，因 B 女大聲呼救，被告逃離現場未得逞。於本案，一審法院送桃園療養院鑑定，鑑定意見認為：被告符合思覺失調症的診斷，並認其涉案時的精神狀態，因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已達顯著降低之程度。

對於桃園療養院的鑑定意見，一審法院認為：「本件鑑定機關實施鑑定時，除參酌被告歷來相關精神疾病就醫之病歷資料，以瞭解其先前生活史及病史外，並採取精神狀態檢查、被鑑定人即被告自述之涉案經過、理學檢查、實驗室檢查及心裡鑑衡等鑑定方法，本於專業知識與臨床經驗，且綜合被告病症及之本案卷證資料作為鑑定依據，而就被告犯罪時之精神狀態進行判斷」，且「不論鑑定機關之資格、所採取之鑑定方式、過程及結果，自形式上及實質

上觀察，均無何瑕疵可指，所為鑑定結果之意見，自屬可採，足據以認定被告於為事實欄所示犯行時，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力已然顯著降低」。

案經上訴後，二審法院認為：「本件鑑定機關實施鑑定時，除參酌被告歷來相關精神疾病就醫之病歷資料，以瞭解其先前生活史及病史外，並採取精神狀態檢查、被鑑定人即被告自述之涉案經過、理學檢查、實驗室檢查及心裡鑑衡等鑑定方法，本於專業知識與臨床經驗，且綜合被告病症及之本案卷證資料作為鑑定依據，而就被告犯罪時之精神狀態進行判斷，不論鑑定機關之資格、所採取之鑑定方式、過程及結果，自形式上及實質上觀察，均無何瑕疵可指，所為鑑定結果之意見，自屬可採，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力已然顯著降低，爰依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。」

由前述一、二審法院的判決可見，相關文字敘述，幾乎完全相同，僅說明鑑定意見作成無瑕疵而可採，皆未清楚解釋為何法院認定被告於行為時，因精神疾病致其辨識行為違法，或依其辨識而行為之能力顯著降低。顯見法院不僅未區辨辨識能力與控制能力的不同，亦未有具體的、系統性的判斷標準。

（二）法院對於監護處分必要性的認定標準

依刑法第 87 條的規定，被告有刑法第 19 條第 1 項、第 2 項的情形，「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，得令入相當處所或以適當方式，施以監護。」當法院於審理過程中，認為被告有 19 條第 1 項或第 2 項之適用時，就必須考慮被告是否有宣告監護處分的必要性。監護處分的必要性，依照刑法第 87 條的規定，應視被告的再犯風險，或是否有危害公共安全之虞，作為認定標準。

1.說明

研究團隊發現，法院在個案上，判斷有無施以監護的必要性，似乎已有相應的認定標準。具體來說，法院通常據以判斷是否有必要施以監護處分的依據，有以下幾種：

- (1) 參考鑑定人的鑑定意見書：由法院判決所引述的鑑定意見內容可以看出，多數法院囑託鑑定機關進行精神鑑定時，除會請求鑑定是否有刑法第 19 條之情行外，亦會請求鑑定被告之再犯風險高低，以及是否有危害公共安全之虞。對此，法院的認定結果，通常與鑑定意見高度一致。
- (2) 參考被告於羈押期間（111 年 2 月修法後，應是參考暫行安置期間）的行為：由部分判決可以發現，法院會觀察精神障礙處法者於羈押時的表現，作為判處監護處分之原因，舉凡羈押過程，與其他同住羈押者相處情況，或是羈押期間進行治療情形等。附帶一提的是，對此部分，未來應是參考被告有無暫行安置，以及其在暫行安置期間的行為表現。
- (3) 參考被告過去病史以及治療情況：針對被告過去就醫紀錄及治療情況，就其進行治療的配合度、成效以及病識感，法院以其為由判斷被告再犯風險以及危害公共安全之虞，為執行監護處分與否之判斷。
- (4) 參考被告家人或同居人所述與其相處情況：與被告長期相處之家人或同居人之證詞，以

被告和人相處之普遍情形，作為判斷被告行為時狀態是否為偶然或常態，以此為由認定其再犯風險以及危害公共安全之虞，是否判處監護處分的標準。

- (5) 法院自行判斷，也就是法官直接參考被告犯罪行為，判斷是否有再犯風險以及危害公共安全之虞。

此外，值得一提的是，研究團隊發現，法院關注的重點，似乎與精神醫學領域的專家，存有差別。特別是，本計畫執行 111 年 7 月 23 日舉辦的「精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點團體會議」中，來自醫療實務界的專家，如精神科醫師、心理師、社工師等等對於監護處分必要性的看法，除了再犯與危害公共安全風險外，相較於司法實務界，更為在意個案的「可治療性」。例如，草屯療養院黃聿斐醫師認為，對於即將要進入司法精神醫院的個案，必須考慮個案的可治療性，如果有些人可能對社會具有一些風險，但是沒辦法以現在有的醫療方式得到治療的時候，或許應該考慮以別的方式處理。畢竟，醫院就是一個以治療為主體的地方，不應該是把法律上沒有辦法處理、對社會有危險的人都安置在醫院裡面。

2. 判決示例

研究團隊發現，法院在判斷個案有無施以監護的必要性，已有相應的認定標準，包括：參考鑑定人的鑑定意見書、參考被告於羈押期間（111 年 2 月修法後，應是參考暫行安置期間）的行為、參考被告過去病史以及治療情況、參考被告家人或同居人所述與其相處情况等。「108 年台中家暴殺人案」法院見解具有三種標準，故以此案為例，說明法院對監護處分必要性之認定標準。

茲以 108 年台中家暴殺人案（最高法院 110 年度台上字第 2446 號定讞）為例。於本案中，被告因罹患器質性精神病，使用酒精後幻覺症狀加劇，於飲酒後前往其父親居所，並在雜物間發生爭執，被告毆打父親致死，並致來勸架的外婆顏面輕傷。法院認為，被告於行為時，處於刑法第 19 條第 2 項的情形，進而考量是否有施以監護處分的必要。

對此，在一審時，臺中榮總的鑑定意見認為：被告過去即曾有飲酒後情緒欠穩、精神症狀加劇，出現犯罪之行為，因此若沒有一定的約束力，被告仍有再犯和危害公共安全之虞。除了前述鑑定意見之外，一審法院另參酌以下情形：（1）被告過去治療情況：被告多次入住精神科病房住院，卻都無法配合治療而自動出院，且出院後仍持續喝酒，持續有被害妄想，顯示其治療情況不佳；（2）被告同住人其母證詞：被告之母證稱被告是一個人居住，顯見亦無家屬且無法期待家屬約束管理被告行為；（3）被告的犯罪行為危險性：被告本案所為之殺害直系血親尊親屬犯行，對於他人之生命具有高度危險性。

一審法院綜合考量，認為：被告在無一定的約束力情形下，恐有再犯之虞，對他人實深具潛在危險性，倘未施以妥善監護治療，難保不無再犯之虞。審酌被告所患精神疾病、病史非短、有妄想幻聽之行為、所表現之危險性、家庭監督支持效果不佳及對於未來行為之期待性等各項情狀，認被告有再犯之虞，為期被告能接受妥適治療，避免其再度造成社會危險，及降低其再犯而危害公共安全之可能性，兼衡本案犯罪情節，認有對被告施以監護之必要，使其得至指定之精神病院、醫院、慈善團體或其他適當處所，施以適當治療，以資照顧，並防免再次對於其個人、他人及社會造成難以預料之危害。

由前述判決可以發現，法院對於宣告監護處分的依據及理由，大致有四個主要參考指標，分別是：鑑定意見、過去治療情形、被告同住人情形、以及被告犯罪行為危險性，據此認定被告有再犯風險或危害公共安全之虞，具有宣告監護處分之必要性。

（三）小結

由前述的判決解析，可以發現，在 94 年至 111 年 9 月間，涉及監護處分，且曾上訴至最高法院的案件中，發現司法實務在審理精神障礙觸法者的案件上，有二項特別值得思量改進的現象，分別是：法院對於被告行為時辨識能力與控制能力的判斷能力欠缺，可以考慮導入精神醫學專業的協助；以及法院對於監護處分必要性的認定，似乎在醫療專業的考慮上，有所不足，有關於此二現象，以下進一步說明與建議。

1. 促進專業人員協助法院判斷被告行為時的辨識能力與控制能力

法院對於被告行為時，辨識能力或控制能力是否喪失或顯著降低，在判決理由上，顯得欠缺體系性論述。質言之，監護處分涉及刑法第 19 條，按照我國目前所採的生物學與心理學之綜合立法模式，法官應當從鑑定意見中，尋求可能導致被告觸法的主要病因。基此，法院必須依相關證據論述，判斷被告是否因為受到該項精神疾病而導致實施觸法之行為，以及被告的辨識能力或控制能力喪失或顯著減低。但是，就判決解析的過程中，可以發現，法院大多不會採取前述較有體系性的論述，而是籠統帶過。

之所以如此，其實與法官專業知能有限，高度仰賴鑑定報告，以及恐怕未能確實踐行證據調查程序有關。由判決觀察與分析可知，實務上，多數法院似乎都十分仰賴鑑定報告的內容，用以作為認定被告有無 19 條情形的關鍵，進而造成判決理由時常以法院參酌鑑定報告，且鑑定人的資格沒爭議，鑑定方法沒瑕疵，所以鑑定意見可採，而直接作為認定被告行為時辨識能力或控制能力欠缺或顯著降低的說詞。然而，如此一來，無法呼應刑法第 19 條，立法者採取的生物學與心理學之綜合立法模式。

刑法第 19 條的認定，相當重要，此關係著精神障礙觸法者，在司法程序處遇的權益保障問題，不得馬虎。為了發現真實，並兼顧人權，可以考慮參考外國法制，如專家參審制，或日本醫療觀察法制的經驗，透過法院與專科醫師組成的專庭來共同審理，方為妥適。同時，在證據調查程序上，應更為確實，使鑑定人到庭接受對質詰問；否則，在當前實務上，時有發生第一審調查證據程序不充分，結果上訴至二審，方才要求鑑定人到庭接受對質詰問，或另外送請鑑定等事宜。

此外，應注意的是，應給予當事人及其家屬，實質參與程序的機會，使之能夠暢所欲言。受限於研究期間與人力的有限，雖然無法藉由實際的個案判決，統整精神障礙觸法者及其家屬在法庭上的參與情形，但在判決整理的過程中，約略可以發現，有關於此的保障，似是有所不足。未來若有機會持續研究，此亦應是重要的議題，以保障精神障礙觸法者的人權。

2. 提升專業人員對於法院認定監護處分必要性的影響力

法院在判斷是否需要監護處分時，就個案上有無必要性的判斷，統整對民國 94 年至 111

年 9 月間，曾上訴至最高法院，涉及精神障礙觸法者監護處分的確定判決，發現法院認定的重要依據，主要有鑑定人的鑑定意見書、被告於羈押期間（111 年 2 月修法後，應是參考暫行安置期間）的行為表現、被告過去病史以及治療情況、被告家人或同居人所述與其相處情况等，以及法官本於專業與直覺，逕自判斷個案的被告，是否有再犯風險以及危害公共安全之虞。

不過，透過研究可以發現，法院關注的重點，與精神醫學專家仍有差異。精神醫學專家對於監護處分必要性的判斷，除了再犯與危害公共安全風險外，更為在意個案上精神障礙觸法者的「可治療性」。對於精神障礙觸法者，是否有接受監護處分的必要，理應考量個案是否具有可治療性。倘若有些個案，對社會具有風險，但無法藉由當前的精神醫學獲得治療，或許應該考慮將個案移至其他的處理管道，非困在監護處分裡。整體而言，監護處分的主要處所，就是包含司法精神醫院在內的醫療院所，而醫院是以治療為主要目的的場域，不應該是把法律上沒有辦法處理、對社會有危險的人都安置在醫院裡面。是故，在進行監護處分必要性的判斷上，法院不應忽略精神醫學上的可治療性判斷，以保障精神障礙觸法者的權益。

四、對宣告監護處分之確定判決的分析

雖然，研究團隊完成民國 94 年至 111 年 9 月間，涉及監護處分，且曾上訴至最高法院之案件的判決解析，但為力求計畫執行的完整性，期待能為我國精神障礙觸法者監護處分法制，做出些微貢獻，在人力、物力及時間相當有限的情況下，決定針對 94 年至 111 年 8 月間有宣告監護處分且全案定讞的判決，就「罪名」與「期間」，進行更進一步的分析。

（一）94 年至 111 年 8 月宣告監護處分判決確定案件情形一覽

必須先予說明的是，關於 94 年至 111 年 8 月間，研究團隊針對宣告監護處分判決案件情形的整理，與官方數據（監察院、法務部）會存有差異。此乃因為，研究團隊受限於資料取得的途徑，以及採行的資料篩選與統計方式與官方不同，加上人力、物力及時間有限，而無法大規模的全盤檢驗，所以必然會有此現象。雖是如此，研究團隊相信仍能從中呈現我國目前監護處分的一定情況，作為諸方參考。

1. 資料篩選與統計方式

對於 94 年至 111 年 8 月間，宣告監護處分之確定判決的資料，來自 Lawsnote 七法法學資料庫。對此，研究團隊的判決篩選，係以「監護處分」為關鍵字，時間設定 94 年至 111 年 8 月，共計有 4201 筆資料，其中裁判分佈，地方法院 3145 筆，高等法院 937 筆，最高法院 116 筆，最高行政法院 3 筆。

又，統計以「案件」為單位，如同案件有多個被告，或有上訴至二、三審法院，或同一案件有多個判決字號者，皆只計算一次，且只計算全案定讞的案件，並以該確定判決的年度為主，不重複計算至前審判決年度。另外，因部分案件的特殊性，判決並未公開，故統計僅限於公開的、能在 Lawsnote 上搜尋獲得的判決。又，研究團隊是「案由」和「監護期間」二個面向進行統計。於此，案由包括：竊盜罪、殺人罪、傷害罪、公共危險罪、妨害自由罪、搶奪

強盜罪、妨害性自主罪等七大常見案由，以及其他犯罪類型；監護期間則分為一年以下、一年、二年、三年、四年、五年。

2.與官方數據的差異

在研究過程中，研究團隊發現網路資料裡，有二筆相關的官方數據，其一為監察院調查報告中，105 至 109 年度地方檢察署執行裁判確定案件監護處分情形一覽表⁵；其二為法務部統計年報中，100 至 110 年地方檢察署辦理保安處分情形⁶。此二筆資料，與研究團隊查找範圍有所重疊；但是，從數據上來看，研究團隊所統計監護處分數量與官方數據有明顯差距，故以下特別針對二項官方數據，說明資料來源：(1) **監察院調查報告**：該調查報告是依行政院提供資料，以案由與監護期間整理 105 至 109 年度地方檢察署執行裁判確定案件監護處分情形。(2) **法務部統計年報**：該年報為 100 至 110 年地方檢察署辦理保安處分情形，以因精神障礙或心智缺陷致不能或欠缺辨識行為能力不罰、因精神障礙或心智缺陷致辨識行為能力減低而減輕其刑、因瘖啞而減輕其刑為數量統計。

回到本研究計畫，研究團隊製作的「94 年～111 年 8 月裁判確定案件監護處分情形一覽表」(附件七)，是查詢上述所提到的 4201 筆資料，以人工閱讀、篩選方式，排除重複案件、未宣告監護等判決，以裁判確定監護處分之案件為單位，就其罪名與監護期間納入表格，進而統計各年度裁判確定有宣告監護之案件數量。相比之下，官方數據是由行政院提供每年地方檢察署執行監護處分的人數，包含監護期間尚未結束，仍在監執行者，亦會重複計算至下個年度，故法務部統計年報與監察院調查報告中的數據可明顯看到人數明顯增加趨勢。綜此可知，研究團隊製作的「94 年～111 年 8 月裁判確定案件監護處分情形一覽表」(附件七)列入計算的統計方式，與官方統計不同。

(二) 現象發現

進行判決分析工作，選用 Lawsnote 七法系統，設定關鍵字「監護處分」以及區間為 94 年 1 月 1 日至 111 年 8 月 31 日，共有 4201 筆資料，針對這些資料研究團隊以二種方式進行不同面向的統計與分析。特別說明，由於少數涉及性犯罪案件判決未公開，以及沒有裁判確定監護處分的案件數的公開官方數據，研究團隊透過能找尋到所有和監護相關之公開裁判，希望從確定判決現象趨勢以及表現出來的數據，檢驗立法理由與目的。

首先，4201 筆資料當中，經過篩選與統計，共有 1367 件為裁判確定有監護處分之案件，研究團隊發現，歷年監護處分裁判確定案件，最大比例均為竊盜罪，佔總數的 41.4%，再來依序為公共危險罪 13.3%，殺人罪 12.5%，搶奪強盜罪 6.8%，傷害罪 6.4%，妨害性自主 3.6%，妨害自由 1.6%，其他 14.3%。在歷年監護處分裁判確定案件中，最常見的監護期間為滿一年未達兩年，佔 36.5%，再來依序為監護滿二年未達三年 27.7%，監護滿三年未達四年 14.8%，監護一年以下 11.8%，監護五年 6.2%，監護滿四年未達五年 2.7%。

⁵ 監察院調查報告，頁 4-5，網站：<https://cybsbox.cy.gov.tw>（最後瀏覽日：2022/09/20）

⁶ 法務部統計年報，頁 72-73，網站：<https://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/>（最後瀏覽日：2022/09/21）

其次，研究團隊認為，案件上訴至最高法院，通常在認事用法上，存有疑難，較具有研究價值。故另外針對 94 年至今（2022 年 8 月 31 日），設定關鍵字為「監護處分+最高法院」，一共篩選出 84 件案件，進行詳細的案件分析，包括鑑定機關意見與法院見解重點摘錄等（詳細如附件六）。

84 件之最終判決，其中有宣告監護處分者僅餘 63 件（扣除：因部分判決未公開而無法得知是否有宣告監護處分者 7 件；法院認定無刑法第 19 條適用者 4 件；法院認定被告無監護必要者 10 件）。

因此，若以有最終判決有宣告監護處分的 63 件加以分析，可以發現：重罪比例偏高，主要以殺人罪、傷害罪、公共危險罪、搶奪強盜罪、妨害性自主罪為主，其中以殺人罪比例最大宗，佔 41.2%，再來依序為公共危險罪 12.7%，妨害性自主罪 12.7%，傷害罪 11.2%，搶奪強盜罪 8%，誣告罪 4.7%，其他 9.5%。至於監護期間的比例，最大宗為監護滿三年未達四年，佔 36.5%，再來依序為監護滿一年未達二年 25.4%，監護滿二年未達三年 14.3%，監護五年 12.7%，監護一年以下 6.4%，監護滿四年未達 4.7%。詳細內容，整理如下方表格「有上訴至最高法院裁判確定監護處分案件一覽表」。

監護期間	總計	殺人罪	傷害罪	公共危險罪	搶奪強盜罪	妨害性自主罪	誣告	其他	比例
	63	26	7	8	5	8	3	6	
監護 1 年以下	4	1	0	0	1	0	0	2	6.4%
監護滿 1 年未達 2 年	16	2	0	2	2	4	3	3	25.4%
監護滿 2 年未達 3 年	9	3	1	3	1	0	0	1	14.3%
監護滿 3 年未達 4 年	23	15	4	1	1	2	0	0	36.5%
監護滿 4 年未達 5 年	3	1	1	0	0	1	0	0	4.7%
監護 5 年	8	4	1	2	0	1	0	0	12.7%
比例		41.2%	11.2%	12.7%	8%	12.7%	4.7%	9.5%	

有上訴至最高法院裁判確定監護處分案件一覽表

從上述二種不同群（1367 件群及 63 件群）的篩選方式統計出的數據，可以發現罪名與監護期間比例有所不同。有關於此，彙整如下：

- (1) 歷年裁判確定有監護處分案件，殺人罪所佔 12.5%；有上訴至最高法院案件，殺人罪比例卻高達 41.2%。
- (2) 歷年（1367 件群）裁判確定有監護處分案件的監護期間，最常見為滿一年未達二年 36.5%，有上訴至最高法院案件監護期間，最常見為滿三年未達四年 36.5%。
- (3) 惟無論何種群（1367 件群及 63 件群）統計方式，監護達最高期限五年者，比例皆不

高。歷年 1367 件裁判確定有監護處分案件，其監護期間達五年者 6.2%；有上訴至最高法院案件的 63 件，監護期間達五年者 12.7%。

- (4) 若以有上訴至最高法院的 63 個案件中可以發現，於監護期滿後再犯者，僅有零星 4 案件（104 年新北面試殺人案、104 年度桃園改造手槍案、98 年教唆強制性交案、95 年台南強盜案），且監護期間達到五年者，也是微乎其微。由此可知，犯下重罪者，如殺人、殺人未遂、重傷受害者，高比例者為初犯，而非監護期滿後再犯。至於 1367 件的部分，因為受限於研究時間、人力及物力等，無法完成統計。

（三）小結

由上述現象，研究團隊對此資料與趨勢進行剖析，現階段主要發現有三重點：其一，實務上存有精神障礙觸法者的犯罪類型輕重，影響監護處分期間長短的現象；其二，監護處分期滿後的再犯情形並不嚴重，再犯重罪類型的情況更是鮮見；其三，刑前監護比例過低，不符合以治療為優先之原則。有關於此，進一步說明如下。

1.不宜以犯罪類型輕重決定監護處分期間長短

研究團隊發現，越輕微的犯罪類型，裁判確定監護處分的期間，也通常較短；反之，越嚴重的犯罪類型，監護處分期間則較長。有關於此，在報告內文中已有說明。雖然嚴重犯罪類型的精神障礙觸法者，確實可能病情較為嚴重；但是，監護處分期間的長短，與犯罪類型輕重的高度連結，難免讓人存有，監護處分淪為處罰的觀感。

理論上，監護處分時間長短，應考量被告的精神疾病程度，以及評估所需治療方式與期間，而非取決於犯罪類型是否嚴重。也因為如此，倘若被告經鑑定評估，以現在醫療水平並沒有治療可能性，意味著司法精神醫院可能無用，必須慎思監護的多元處遇，甚至考慮將個案導入精神衛生行政，保障精神障礙觸法者的人權。

2.監護期滿後再犯重罪的風險並不高（以上訴至最高法院者 63 件為例）

2022 年 2 月修法通過監護處分新制，將原本最高五年上限的監護處分，改為不定期制，立法理由稱「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」，並以最著名的案件為「陳昆明案」（95 年光復殺童案的精神障礙觸法者，經法院宣告監護二年，但僅執行五個月，回歸社會後，於工作面試時「再犯」殺人罪，即 104 年新北面試殺人案）為例，而認為必須將監護期間，改為不定期的依據。

但是，在進行判決分析時，發現監護期滿後再犯的風險並不高，僅有四個零星個案，且監護期間達到五年者，更是微乎其微。犯下重罪，如殺人、殺人未遂、重傷受害者，高比例為初犯，亦於判決研析中發現，此類重罪行為人，高機率有家庭功能不健全而無法顧及精神障礙者照護之疑慮。由此推知，監護期間長短並非是能降低再犯風險的主因，在絕大多數重罪行為人皆為初犯的情況下，法律修正著重在延長監護處分期間顯然有誤，應該重視防範勝於事後處罰，回歸到「精神衛生法」的完善，加強預防精神障礙者的觸法風險，而非將重心放於觸法後的司法處遇。

另，如前述的「陳昆明案」，經研究團隊查找判決後發現，相似情況幾乎並未再度發生。其他監護期滿後再犯的被告，罪名初步發現多為竊盜、公共危險罪等（因為受限於研究計畫的時間、人力及物力有限，無法完成統計），而非是重罪。因此，以極低比例特殊個案作為延長監護的立法理由，實難謂合理，不免令人質疑刑法監護處分的修正，只是為安撫社會大眾，而犧牲精神障礙者的人權保障。

值得說明的是，監護處分期望透過治療精神疾病，以避免將來的再犯可能。然而，精神疾病種類繁多，有些為慢性長期狀態，非經治療無法緩解。有些則有自行緩解的可能，甚至有些則被排除於精神疾病之外（精神衛生法第 3 條第 1 款，精神疾病不包括反社會型人格障礙症）。例如，在陳昆明案中，當初監護處分之所以提早結束，是因為執行的醫療院所認為，陳某的可治療的精神疾病已經緩解，另有部分的人格問題無法治療，而提早結束。

不過，有研究指出，監護處分患者的診斷中，有部分是「物質使用相關疾病」，而非單純的精神異常⁷。例如，2018 年 10 月所發生的毒癮者持刀砍殺母親，並砍下其母親頭顱，丟向一樓庭院，亦被認定有施用毒品，陷入不知如何處遇的情形（臺灣高等法院 108 年矚上重訴字第 32 號刑事判決，決定交由衛生局處理）。然而，理論上，毒癮的禁戒處分、酒癮的禁戒處分，都必須與精神疾病適當的分流。換言之，戒毒、戒酒，與單純的精神異常，不應混為一談。是故，涉及醫療的保安處分，應與醫療實證的觀念契合，如運用醫療健保資料庫，可以知道如何治療才有效、哪些狀況容易復發等，而能有效的預防及治療。

因而，如果能更進一步分析不同精神疾病與監護的關係，將判決分析的資料，能夠呈現哪些疾病或行為時如何的精神狀態會被判監護處分；年齡、性別、教育程度、家人支持系統等，是否監護處分的決定有關；監護處分執行中，哪些狀況可能會提早結束、哪些狀況可能會想要延長；監護處分幾年可以有效的避免再犯等。當這些相關的資訊，有更詳細的研究統計分析，並與法規交互比對後，應該可以透過各種與醫療相關的處分，妥當分流到適合的處遇計畫，並避免個案將來再犯，而更符合 CRPD 的人權保障精神。

3. 刑前監護比例過低，不符合以治療為優先之原則

另外，透過相關判決資料的整理可知，在所有裁判確定監護處分案件中，刑前監護約佔 33%，刑後監護約佔 67%。此現象或許是因法條規定刑後監護為常態，必要時才得為刑前監護。但是，以被告治療的角度來看，被告先執行刑罰，會有耽誤治療最佳時機的疑慮，而刑前監護除了更貼近被告行為時的精神狀態，有利於治療以外，先以監護對個案進行治療，讓個案在較佳的精神狀況下入監服刑，也才能達到刑法真正目的，以及有助於個案回歸社會。

其實，病患由於精神症狀的影響下，對於刑罰的感知性也受到影響。在不同的刑事司法體系中，必須有不同的治療需求，也都應該進行受刑能力的鑑定評估，若無受刑能力，則應以治療為優先，待受刑能力恢復後，再回歸刑事矯治系統。若病患在刑前執行監護處分，則

⁷ 郭宇恆、李俊宏、吳文正、歐陽文貞，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 卷 2 期，頁 168（2021 年）。

可等刑前監護處分治療後，轉往矯正機關服刑；而若病患在矯正機關，則應給予完整的精神醫療恢復其受刑能力。因此，不論刑前或刑後監護處分，矯正機關內的精神醫療在 CRPD 對於精神病患監所人權照護上，仍是必要之重點。

綜上所述，今年初通過的監護處分新制，顯然有諸多問題需要去解決，建議政府加強新制上路後實務操作的追蹤，避免精神障礙者人權受到侵害，並應收集各領域專家研究、討論，針對不同面向整合，為下一次的修法做準備。

捌、結論與建議

本計畫「精神障礙觸法者處遇之研究－監護處分法制及司法判決研析」，自執行迄今，均按照研究計畫的規劃時程進行。現按照契約時程，提出期末成果報告，關於研究計畫執行的結論與建議，按照「監護處分法制」、「司法判決研析」，分別說明如次。

一、關於「監護處分法制」的結論與建議

本計畫的重點是，對於與監護處分的外國法制為分析並與我國法制進行比較研究與找出可借鑑之處，有關於此的結論與建議，分別說明如下

（一）結論

關於本計畫法制面的研究，主要是從德國、日本、美國、英國及我國監護處遇制度的比較介紹。對此，各國規範各具特色，我國更是在 111 年 2 月進行相關修法，力圖建設維護社會安全，同時兼顧精神障礙觸法者人權保障的監護處遇制度。再者，有關前述各國及我國監護處遇法制，與 CRPD 之間的關係，CRPD 樹立國際間對於身心障礙者權利保護的目標規範，觀察德日美英及我國在精神障礙觸法者監護處遇的規範與實踐上，是否合乎 CRPD。

如何建設精神障礙觸法者的監護處遇法制，非我國獨有的難題，世界各國均致力於制定合乎社會安全，兼顧人權保障的精神障礙觸法者處遇法制，且各有特色。鄰國日本的醫療觀察法，主要將處遇對象視為病人，雖也有指定入院（強制治療）的手段；但依法規定，每半年就需評估是否出院的規定，具有濃厚的社會復歸色彩。德國法制向來是我國師法的對象，也強調治療先於保安，司法精神病院的人力配置與治療模式，都具有參考價值；但是，平心而論，整體上仍具有社會防衛的精神，如同我國 2022 年刑法、刑事訴訟法、保安處分執行法的修正，正是效法德國，該國的不定期收容、暫時安置等制度，顯然是有緊急保護社會的保安措施。

相較於歐陸法系的德日，海洋法系的英美，也具有參考價值。英國與日本相同，一樣偏向社會復歸，除了強制住院外，機構外的處遇措施非常多元，相當強調居家治療模式的重要性。另，美國採取去機構化，並以治療為基礎的處遇模式，但也有緊急拘留、入院治療等具監禁效果的處遇手段。綜此可見，具有限制精神障礙觸法者人身自由色彩的處遇，世界各國都有，可能是因為，各國在思量精神障礙觸法者監護處遇制度時，都難免考量社會安全，而不得不出此下策；但是，如此一來，能否符合 CRPD 精神，不無疑問。

對於身心障礙者的權利保障，是國際潮流。對此，2014 年，我國制定身心障礙者權利公約施行法，用以「維護身心障礙者權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展」，且 CRPD 揭示的「保障身心障礙者人權之規定，具有國內法律之效力」。精神障礙觸法者，是身心障礙者之一，對於精神障礙觸法者的監護處遇法制，當然也應該盡力符合 CRPD，方能保障人權，彰顯我國「人權立國」的精神。同樣地，對於德國、日本、美國及英國而言，CRPD 對於該國的監護處遇法制，也有相當的影響，值得我國關注。

2022 年 8 月，我國適逢「身心障礙者權利公約第二次國家報告國際審查會議」。在國際審查會議後，對於精神障礙觸法者的處遇，國際審查委員會（IRC）針對 CRPD 第 12、14 條二部分，對我國提出建議。整體來說，IRC 認為，從長遠來看，精神障礙觸法者處遇制度，應以支持系統為主，而非具有拘禁色彩的監護制度；近期則是，應修正刑法第 87 條的延長監護規定，因為現行採取不定期監護處分期間的制度，可能過度侵害精神障礙觸法者的人身自由，也不利於精神障礙觸法者的社會復歸。質言之，IRC 主要批評的重點，就是對於刑法第 87 條第 3 項延長監護規定的疑慮。此外，刑事訴訟第 121 條之 1 的暫行安置，有違反比例原則的疑慮，因暫行安置得先裁定六個月以下，得每次延長至多六月，累積不得逾五年，如此一來，將產生長時間的人身自由限制，對於精神障礙觸法者的人身自由保障，恐有侵害。

對於德國、日本、美國、英國等，法制上是否合乎 CRPD 精神，能否為我國借鏡，也值得關注。譬如，德國的收容制度，與我國的監護處遇制度接近，也遭受類似的批評。基本上，具有拘禁色彩的任何監護處遇措施，都有可能被認為是不符合 CRPD 精神的，縱然日本採行醫療觀察法，強調社會復歸，大致上被認為合乎 CRPD 的精神，但因該國的指定入院措施，具有限制人身自由的性質，也被認為違反 CRPD 之處。同樣的，英美法制面對 CRPD 也有相同的問題，而無法徹底符合 CRPD 的要求。就此來看，CRPD 與各國監護處分法制，最為爭鋒相對之處，就是如何在進行監護的同時，保障精神障礙觸法者的人身自由。

回到我國，111 年 8 月的 IRC 建議，相信是日後檢視監護制度、暫行安置制度等涉及精神障礙觸法者處遇的重要參考。CRPD 肯認身心障礙者為公民、政治、經濟、社會及文化等各項權利的主體，保障其尊嚴與權利，希望進一步藉由 CRPD 促成身心障礙者的自立發展。對於精神障礙觸法者的監護處遇法制，相信在 CRPD 的引領下，透過立法及執法的反覆檢討，真正落實精神障礙觸法者的人權保障。

（二）建議

關於我國監護處分的建議，除有法制建議外，也有提出政策上之建議。

1. 法制建議

為落實 CRPD，彰顯我國「人權立國」的精神，本研究提出以下法制建議，希冀能提升精神障礙觸法者處遇的人權保障。

（1）刑法監護處分的修正

2022 年初，刑法第 87 條監護處分，方才三讀通過修正案，刪除監護處分執行期間五年之上限，增訂得延長監護期間規定且無次數限制之規定。該條第 3 項規定，「執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。」該延長監護的不定期規定，可能過度侵害精神障礙觸法者的權益，不符合 CRPD 精神，而有再修正的必要。

立法上，若要維持監護處分制度的存續，不應採行不定期的制度，反而是修法前的定期制度，較為可採，但舊法的監護處分執行期間以五年為上限，仍嫌過長，宜為三年為上限。

不過，在 CRPD 的精神之下，監護處分作為限制人身自由的處遇，並不符合身心障礙者的權利保障。在 CRPD 第 12 條「在法律之前獲得平等承認」、第 14 條「人身自由與安全」的精神之下，採取不定期的監護處分，對於精神障礙觸法者的人權，造成莫大侵害。也就是說，無論是定期或不定期的監護處分，都可能成為法院用以拘禁精神障礙觸法者的武器，法院恐怕利用治療的名義，達到限制精神障礙觸法者人身自由的目的。如此一來，或許可以獲得社會安全的外觀，但將嚴重侵害身心障礙者的權益。長遠來看，應刪除為宜，重點應該在於，思考如何協助精神障礙觸法者融入社區。

然而，這樣的難處，非我國法獨有，凡是監護處遇具有限制人身自由色彩者，如德國的收容、日本的指定入院等，均難以符合 CRPD 第 12、14 條的精神。具有限制人身自由色彩的監護處分，無助於社會復歸。更何況，長期於機構內執行監護處分，其實已表明該處遇方式，無法降低精神障礙觸法者的再犯風險，所以使能將之繼續囚禁於機構內。多元處遇的落實，連結其他社區復健的轉銜機制與配套措施，尤其重要。站在 CRPD 的精神之上，對於精神障礙觸法者的支持系統，目標應是使精障者融入社區，促進其獨立自主生活；反觀，具有限制人身自由色彩的監護處遇，無法協助精障者融入社區，更可能有過度侵害人權的疑慮。

（2）刑事訴訟法暫行安置的修正

同樣地，刑事訴訟法第 121 條之 1 以下的暫行安置制度，是 2022 年初新增，依立法者的美意，是「為兼顧被告醫療、訴訟權益之保障及社會安全防衛之需求」而設。然而，在 CRPD 第 12 條「在法律之前獲得平等承認」、第 14 條「人身自由與安全」的精神之下，同樣存有改正的空間，方能保障精神障礙觸法者的人權。

具體言之，暫行安置制度，具有拘束人身自由的色彩，實則類似羈押，而違反 CRPD 第 12、14 條的意旨。實務上，暫行安置的發動，恐怕僅有簡易鑑定或病歷報告即可執行，且每次六月，累積期間可達五年，如此長時間的人身自由限制，恐有嚴重侵害，也使得精神障礙觸法者在程序上，難期公平。再者，立法者新增暫行安置制度時，欠缺通盤考慮，使得暫行安置拘束人身自由期間，無法折抵刑期，亦無刑事補償法之適用，與一般羈押有別，並不公平。就此觀之，暫行安置的修正，首應縮短安置期間，以免過度限制人身自由；甚或應該思考，讓精神障礙觸法者脫離刑事訴訟程序，國家以對待病人的方式，於尊重其人身自由、自主權利的情形下，提供醫療照護。

2. 政策建議

為進一步落實 CRPD，以保障精神障礙觸法者人權，提出政策建議。

（1）去機構化的處遇措施

由本研究計畫，比較德國、日本、英國、美國及我國的精神障礙觸法者處遇制度可知，基本上，世界各國對於精神障礙觸法者的處遇，無論名稱或方法的不同，但多少都具有機構處遇的色彩。然而，這樣的政策或法制，並無法落實精障者的人權保障，也難符合 CRPD 的精神。更具體言，依 CRPD 第 19 條「自立生活與融合社區」的精神，認為「身心障礙者享有於社區中生活之平等權利以及與其他人同等之選擇，並應採取有效及適當之措施，以促進身

心障礙者充分享有該等權利以及充分融合及參與社區」，也就是說，精神障礙者能在生活中自立並融入社會，才是真正的平等。

由此觀之，國家應建構充分的支持系統，幫助精神障礙觸法者融入社區，進行獨立自主的生活，而非將之拘禁在機構內，限制其人身自由。由此觀之，目前政府大力推動的「司法精神醫院」，可能也有違反 CRPD 的疑慮。為了保障精神障礙觸法者的人權，國家應積極強化社區支持的資源分配；但是，若投注資源在司法精神醫院上，仍舊是將精神障礙觸法者隔離於社會之外，恐不合乎 CRPD 精神，只是呼應民眾的恐懼心理。也因如此，在司法精神病院建置完成前，似乎也沒有看見有更多資源投入於改善監所心理衛生，或發展其他社區服務。平心而論，我國對於精神障礙觸法者的處遇，仍趨向以強制治療、拘束人身自由、隔離的方式，在政策上，有很大的改進空間。

（2）尊重精障者的病人權利與意見

面對精神障礙觸法者，國家時常習慣居於傳統家主地位，以強制方式將精神障礙觸法者送醫治療，就算國家的出發點是為精神障礙觸法者著想，依舊無法抹去其忽略精神障礙觸法者病人權利與意見的事實。也就是說，在 CRPD 第 15、25 條的精神之下，針對精神障礙觸法者施以強制治療，如強制服用藥物、強制住院等，恐怕值得商榷。其實，強制治療的實施，具有濃厚的社會安全需求，但在實施治療行為的過程中，若無法取得精神障礙觸法者的同意，也只是蔑視精神障礙觸法者的人格。

在現行法下，監護處分、暫行安置等，多在精神醫院進行，受監護處分者的人身自由受到限制，對於人格尊嚴難謂無有所壓抑。如果無法提供更多元、合適的處遇方式，又欠缺其他社區復健的轉銜機制與配套措施，實與 CRPD 精神相悖。基於對於人性尊嚴的維護，應該讓精神障礙觸法者，享有如同其他病人般的權利，如拒絕服藥、拒絕治療，而非堅持使用強制手段，將之關押在醫院，反而使醫院成為監獄。是故，要符合 CRPD 的精神，必須揚棄具有強制及拘禁人身自由色彩的監護處遇，將精力放在建構，尊重身心障礙者的精神醫療環境。

（3）提升司法人員的相關知能

一般人對於精障者的事務，其實是陌生的；司法人員亦是如此。然而，若司法人員對於精障者的相關事務，渾然不知，恐怕在處理精神障礙觸法的案件時，對於精神障礙觸法者的權益，將生妨害。是故，為了保障精神障礙觸法者的人權，使其在司法程序中能夠獲得真正的保護，國家對於司法工作人員，應進行適當培訓、講習，使相關工作人員增進對於精神障礙觸法者的認知，如此一來，方能合乎 CRPD 第 13 條的精神。目前，相關單位已有開設相關提升司法人員知能的研習，固然值得肯定；但是，整體來說，仍嫌不足，與真正落實 CRPD 的精神，尚有一大段距離，仍待努力。

二、關於「司法判決研析」的結論與建議

本計畫的另一重點在於，對於與監護處分有關的判決研析，進行整理評析，以助於瞭解我國監護處遇的實況，進而檢討司法實務。有關於此的結論與建議，分別說明如下。

（一）結論

關於與監護處遇有關的判決，研究團隊的研析⁸，分為二部分：其一部分是，針對民國 94 年至 111 年 9 月，且曾上訴至最高法院，與監護處分有關的判決，共計 298 件判決、84 個案件，對之進行全面性的檢討；另一部分是，針對 94 年至 111 年 8 月，宣告監護處分的確定判決，粗估有 4201 件判決，對之進行宏觀的案件類型、監護期間的比較與整理。

在第一部分，研究團隊針對 94 年至 111 年 9 月，且曾上訴至最高法院，與監護處分有關的 298 件判決，整理出 84 個案件，進行研析。經研析發現，法院對於被告行為時辨識能力與控制能力的判斷，多數法院高度依賴鑑定意見；部分法院的證據調查程序恐怕不夠確實；部分法院判決較欠缺體系性的論理，未能於判決理由中清楚體現辨識能力與控制能力的差異。另外，從解析範圍內的相關裁判之中，發現法院時常用以判斷是否具監護必要性的內容，有參考鑑定人的鑑定意見書；參考被告於羈押期間（111 年 2 月修法後，應是參考暫行安置）的行為；參考被告過去病史以及治療情況，如被告的就醫紀錄及治療情況等；參考被告家人或同居人所述，以及與其相處的情況；另外，就是法院也可能參酌個案的被告犯行，作為判斷有無監護必要性的依據。

在第二部分則是，研究團隊針對 94 年至 111 年 8 月，宣告監護處分的 4201 件確定判決，進行研析。在有限的時間、人力之下，研究團隊對於全國法院涉及監護處分的判決進行初步整理，就相關的犯罪類型及監護期間，相互比較，而有以下發現：受監護處分宣告的被告，其犯罪類型相似，其以竊盜罪為大宗，或其他較輕微的犯罪，但也有殺人罪或公共危險罪等。至於民眾可能擔心的，精神障礙觸法者是否監護期滿後容易再犯，其實在實務上，監護處分期滿後的再犯情形並不嚴重，再犯重罪類型的情況更是鮮見。

又，研究團隊發現，刑前監護比例過低，不符合以治療為優先之原則，此並不理想，實務應予以改善。另，監護處分的期間，粗估逾八成的個案，都在二年以下。在犯罪類型與監護期間的關係上，通常犯罪類型越嚴重，監護期間越長；犯罪類型越輕微，監護期間越短。也就是說，存有精神障礙觸法者的犯罪類型輕重，影響監護處分期間長短的現象，此可能忽略監護期間長短，應考量被告的精神疾病程度，以及評估所需治療方式與時間等因素，實有改進空間。

（二）建議

在監護處遇判決的研析之後，研究團隊提出以下二點建議：

⁸ 必須說明的是，因為研究計畫時間僅有一年，且人力、物力有限，但研究工作龐大，除了監護處遇的判決研析之外，誠如前述，另針對德國、日本、美國、英國及我國監護處遇制度的比較介紹，以及前述各國及我國監護處遇法制，是否能夠符合 CRPD 的精神。也因如此，研究團隊竭盡所能，盡力將監護處遇的判決研析，在時間與能力範圍內，進行具有實益的剖析。

1.促進專業人員參與程序、協助判斷

本計畫在進行判決研析時，發現多數法院對於刑法第 19 條論述，在判決上似乎較不具體系性，多是以精神鑑定意見為主，輔以對於鑑定人專業的肯定，或個案的零星事態，就對被告的辨識能力或控制能力是否欠缺或顯著減低，進行相應的判斷。造成法院在判斷被告有無刑法第 19 條情形，高度依賴鑑定意見的現況，其實最主要的原因是，法官對於司法精神醫學專業的欠缺，使得法官只能接受鑑定人的專業判斷；也可能因為如此，使得部分法院在進行第一審的證據調查程序時，顯得不夠確實，而有賴第二審的證據調查。

如此一來，不僅是法官的判決可能難以取信於人民，也容易造成訴訟遲延、司法資源耗費的現象。如何提升法官的司法精神醫學專業，使證據調查程序不會流於行禮如儀，可能是一件重要的事情。例如，依日本醫療觀察法制或英國治安法庭的經驗，由精神醫療專業人員參與，進而提升司法專業度⁹。是故，促進司法精神醫學專業人員的參與，以及協助監護處分的判斷，應是當務之急。

2.持續深化研究我國司法實務

由於研究計畫的時間、人力及物力相當有限，但研究工作內容頗多，使得本次研究成果在法院監護處遇判決研析部分，只能就一部分進行彙整、剖析，無法看見法院實務的全貌，較為可惜。特別是，受限於研究期間有限，在關鍵詞搜尋上，較為單調，僅以「監護處分」為主要的搜尋關鍵字，難免會有缺漏；又有些涉及精神障礙觸法者的判決，未必公開，無法以坊間法學資料網站搜尋，使得本次研究計畫無法涵蓋此部分；再者，監護處分制度、暫行安置等，均在 2022 年初修法，司法實務運作如何，尚待未來觀察。

另外，欲研究精神障礙觸法者處遇，僅將眼光放在法院判決，顯然不足。具體言之，精神障礙觸法者處遇的諸多疑難，絕非僅限於立法或司法判決之上，而是涉及層面廣大的學問，舉凡監護處分的司法、檢警、醫療、矯正、社政、消防等機關，以及更生保護法、精神衛生法之相關團體等，均與精神障礙觸法者處遇制度有關，實有深入探訪的必要。再者，因應國民法官法即將於 2023 年上路，屆時勢必會面臨精神障礙觸法者的審判疑難；又，在偵查或審判程序上，精神障礙觸法者及其家屬的參與、意見表達等，現行法可能也有規範上的缺漏。畢竟，唯有了解本土實務，才能真正打造適合本土的法制，進而造福生活在這塊土地的人民。是故，建議持續深化精神障礙觸法者處遇相關實務運作的研究，使我國相關法制，在符合 CRPD 精神的同時，也能夠務實地切合實務情形。

⁹ 類似的精神，在精神衛生法上也可以發現。關於「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」，依精神衛生法第 15 條第 2 項規定，審查會成員「應包括專科醫師、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」。專業人員的參與，有助於判斷的妥適，監護處分的作成，也可以參考這樣的立法精神。

附件四、各國精神障礙觸法者處遇之比較表格

國家	臺灣	日本	德國	英國	美國
制度名稱	監護制度	醫療觀察法制	收容制度	監護（custodial）處分制度	Civil Commitment 制度，翻譯為：民事監護、民事監禁、民事安置、民事拘禁、強制住院或非刑事之人身自由限制等
法律名稱及屬性	刑法、保安處分執行法（司法）	醫療觀察法（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行つた者の医療及び觀察等に関する法律），屬於司法處遇性質	刑法、刑罰執行法（司法）	精神衛生法（醫療行政）、精神能力法（醫療行政）、刑事訴訟法（司法）	Civil Commitment（醫療行政）
目的屬性	試圖兼顧社會防衛與社會賦歸，但整體而言，監護屬於保安處分，而偏向社會防衛	社會復歸為目標。機構內處遇，但仍以治療為出發點	重視精障者的社會復歸，強調治療先於保安，有疑應利於自由；但仍具有社會防衛色彩	偏向社會復歸，透過法庭安排評估與鑑定其責任能力與風險，進行分級分流處遇；同時，亦會就其就審能力進行評估	社會復歸，以去機構化、社區處遇（community-based treatments）為核心。屬於「治療為基礎」的處遇措施

					(Community-based Treatment Programs)
具監禁效果的處分	「令入相當處所」施以監護	指定入院（指定医療機関への入院）：當審理確認有治療必要性時，強制入司法精神病院接受治療，住院期間並無上限規定，但每 6 個月需定期審議是否有延長必要	收容於司法精神醫院	法庭以限制命令（restriction order），限制其人身自由：（1）限制在醫院內，為強制院內治療命令（Hospital Order with Restrictions），並就其責任能力及風險，安排至不同等級的醫院；（2）限制住居，或限制其活動區域，相對較為彈性，可採居家治療的模式，由司法精神醫療團隊，至病患家中進行社區強制治療	精神科拘留（psychiatric hold）也稱為緊急拘留（Emergency Hold），如急診，基於一時急迫性而為的強制處遇；拘留後，經法院聽證會後再命被告入院治療。
監禁外的處遇手段	「以適當方式」施以監護	指定門診（指定通院）：如指定入院治療之必要，但有治療需求時，可	依德國刑法第 67d 條第 6 項規定，得釋放並改執行保護管束。若可期待受處	法庭以治療命令，不附帶任何限制（Hospital Order	門診為主的治療機制（outpatient civil commitment）

		強制對象定期前往指定醫院接受固定的門診治療	分人無再犯危險，則法院得核定不執行保護管束	Without Restrictions)，精障觸法者應定期到醫院或診所報到接受治療	
處遇的審理模式	未特別針對精障觸法者設計審理模式	限定條文中明訂的重大犯罪（如放火、強制性交、殺人、強盜等），經檢察官認定有精障而為不起訴處分後，向法院聲請，由法院「專庭」審理，。專庭的組成，有職業法官、精神保健參與員（專業醫師）、社會復歸調整官（專業社工）、個案輔佐人（律師）及檢察官所組成	未特別針對精障觸法者設計審理模式	1. 微罪通常由治安法庭（Magistrates Court）審理，可以簡易裁判至監所服刑或至精神病院治療 較嚴重的刑事案件由皇家法庭（Crown Court）審理，法庭則就其責任能力、風險安排鑑定，與進行各項證據檢視，作為最後法庭與陪審團判斷的基礎	精神醫療機構完成評估後，由法院聽證會進一步判斷精障者是否需要入院治療；若不需要，則應立刻釋放（出院）。該聽證會非屬刑事訴訟程序，所以精神醫療機構的診斷，與個案被告相關的傳聞證據，或未經起訴的犯罪事實，都可以於聽證會中作為法院判斷的基礎
精神障礙者鑑定模式	鑑定留置。依刑事訴訟法第 203 條，若有精神鑑定的必要，得預定 7 日以下，送入醫院或其	必要時先核發鑑定住院命令，進行機構內的醫療鑑定（類似台灣鑑定留置），但鑑定住院命令	鑑定留置。依德國刑事訴訟法第 81 條，若有精神鑑定的必要，得預定 6 周以下，送入醫院或適當處所	可商請司法精神專科醫師進行司法精神鑑定。審理中，若有需要治療之疑慮，由法院	精神科拘留中，由精神醫療機構完成評估

	他適當處所鑑定；若有必要，得延長 2 月以下	期間最長可達 3 個月	鑑定	派發評估命令（assessment order），依精神衛生法由二位精神專科醫師評估有無需要治療。若有治療需要，安置於精神病院（類似我國的暫行安置）	
決定處分、變更處分或終止處分的決定機關	法院	法院	法院	法院	法院
執行主管機關	檢察官	法務省保護觀察所	關於收容的執行機關為法院 刑 罰 執 行 法 庭（Strafvollstreckungskammern）；執行機構部分之主管機關為各邦的司法部	英國衛生及社會關懷部	州立精神衛生辦公室（Office of Mental Health, OMH）
執行人員之特	1. 能夠提供醫療專業，但護理人員較	2. 機構內：由醫師、護理師、心理療法士、	1.重視護理人員的功能，使其廣泛涉獵，如法律執行、	英國衛生及社會關懷部（醫療人員/ 社福	6. 醫療人員

色	為欠缺，且不易兼顧安全戒護	作業療法士與精神保健福祉士組成之團隊。 3. 機構外：社會復歸調整官（國家公務員），負責關心病人生活狀況、接收病人諮詢，提醒病人定期回診與服用，必要時也會給予必要建議與指導等各項支援工作。	心理、教育、家政、心理關懷、職業治療以及疾病看護等方面，屬於全才的執行人員 4. 2.除了醫護人員以外，重視各類型的專業人員參與，如教育、社工、職業及活動治療人員等	人員) 5. 英國司法部（法務人員)	
執行期間	1. 5 年以下；若有延長，第一次 3 年以下，第二次以後每次 1 年以下	2. 指定入院：每 6 個月需定期審議是否有延長必要，未設有上限 3. 指定門診：原則不超過三年	4. 無規定，是個案判斷有無收容必要。原則每年審查一次；但若收容逾六年，每二年須經機構外審查；又若逾十年，每九個月審查一次	5. 無期限，視病患的情形與風險性而異	1. 精神科拘留，通常為 72 小時，最久期限為 10 天，最短的期限為 23 小時；但也有州決定不設定期限，讓個案法官能依現況裁量 6. 2. 住院期間各州做法不同，有些州的司法精神醫

					院需要法院批准 才會出院
執行處 所	拘束人身自由的執行 處所，如司法精神醫 院、醫院或其他精神醫 療機構，復健護理機 構、身心障礙機構等	司法精神醫院（醫療觀 察法病棟），或由政府配 合民間機構作為指定門 診的治療處所	司法精神醫院。各邦個別 立法	相當多元，包含高、 中、低戒護司法精神 病院、一般精神病院、 綜合醫院精神病房、 家庭醫師、藥局、社福 單位、民間團體等	專責的司法精神醫 院（Forensic Hospitals），或在一般 精神醫院內設置一 個司法精神專區 （Forensic Unit）
與刑罰 的關係	分別獨立。對於非無罪 責能力的精障觸法者， 得於刑罰執行前或後， 或赦免後，施以監護	作為司法處遇，屬於特 別預防（社會復歸）的措 施，而無刑罰應報、一般 預防功能	先執行收容治療再執行刑 罰	視其責任能力而異。 若有部分責任能力， 則仍須負擔刑罰。惟 其刑罰執行中，若疑 似不具受刑能力，可 依精神衛生法商請精 神專科醫師前往評 估，並轉往精神病院 接受治療，恢復受刑 能力後，再重新接受 刑罰	參與刑事司法體系 的 Civil Commitment，相較於 精神衛生體系的 Civil Commitment， 對精神障礙者的處 遇決定，需要有更多 面向評估（如逮捕後 對觸法者立即性的 臨床判斷、是否能以 治療作為審前不予 以拘禁的替代方案， 以及相關精神衛生 服務的預算與資源

					配置等)。融合原本由醫療體系對病人的監控模式，與刑事司法體系中當事人對抗模式與司法審查的機制
裁判前的配套措施	暫行安置。依刑事訴訟法第 121 條之 1，於偵查或審判中，認為被告的犯嫌重大，有事實足認為罪責能力有欠缺，且有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得裁定令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所安置	檢察官認定為精障觸法者欠缺責任能力時，將會為不起訴處分，故無針對行為與罪責的司法審判程序	暫時安置。依德國刑事訴訟法第 126a 條，有重大理由認為，被告是在罪責能力欠缺狀態下實施違法行為，並考量公共安全的必要，得將之安置於精神醫院或戒癮處所	以精神衛生法為主，並未另設其他法令。若法院認為有風險，可在審理期間交保並限制住居	於精障觸法者觸法後，現場處理的警察有權決定處遇方向（開立第一張處方簽）：（1）選擇直接以 Civil Commitment 方式通報所屬機關，或（2）逮捕後進入刑事訴訟程序
司法精神醫院	籌建中	將治療方式分為「急性期」、「回復期」、「社會復歸期」三個階段，並分別依不同階段提出相對應的治療方式與計畫，同	各邦運作方式不同，有屬於司法的專門收容機構，也有與精神醫院結合的機構（附屬於精神醫院的獨立部門，或編入一般精神	除具有納入國家健康照護服務（National Health Services, NHS）的司法精神病房的一般精神病院或	司法精神醫院提供精神衛生治療外，也提供較高等級的安全戒護規格，防止精障觸法者脫逃、攻擊

		時也有多元治療方式	醫學部門)	綜合醫院外，亦有專屬的司法精神醫療機構，透過司法精神醫療協作系統，分別轉銜到低、中、高戒護的司法精神醫療設施。在處遇期間，亦可視病患改善情形，由高戒護逐步到低戒護單位，最後銜接社區精神醫療服務與相關的社會支持（如中途之家、社區支持、同儕支持等），協助經障礙觸法者逐步回歸社區	或自傷等。治療與處遇項目，除服藥外，也有諮商活動，如團體療法，營造類似治療社區（Therapeutic Community）的環境，另有各種住院和門診計劃、急診、社區支持、住宅和家庭護理計劃等多樣的治療處遇型態。
是否符合 CRPD 規定	在 2022 年 8 月，身心障礙者權利公約第二次國家報告國際審查會議，國際審查委員會對於監護制度的主要批評是： 1. 監護處分可能造成	醫療觀察法雖然重視的是一種社會復歸精神下的司法處遇措施，但內文從 CRPD 條文規範檢驗後，無論從「指定入院」及「治療處遇」或是「指定	德國精神障礙觸法者處遇法制，仍有些許值得改進之處，法制的革新，也是當務之急。德國人權研究所，作為獨立的國家人權機構，致力於人權保障，監督政府關於聯	英國於 2009 年簽署身心障礙者權利公約，雖目前並未像我國已國內法化，正在著手進行相關的法制修正以符合 CRPD，惟於 2018 年	即使聯邦最高法院設下了合理性標準做為屏障，但在欠缺明確操作下，除非被認定不具備回復可能性後，被告因檢察官撤回起訴

	無限期的人身自由限制，有違反 CRPD 第 12、14 條的疑慮 2. 暫行安置的期間過長，對於精神障礙觸法者造成人身自由的過度限制，有違反 CRPD 第 14 條的疑慮 政府應投注更多資源在監護上，並且加強不同機關之間的聯繫合作	門診」以及「社區銜接之現況」等觀之，實際上與 CRPD 的精神依然有很大的抵觸與疑慮。因此，針對精神障礙觸法者的處遇，絕非外觀上具有「社會復歸」的色彩就已足夠，未來涉及相關法律的實質內容的部分，也應落實 CRPD 的各條精神。就結論而言，目前日本的醫療觀察法顯然需進行調整，否則無法符合 CRPD 的要求。	合國公約的執行情況；其中當然包含對於精神障礙觸法者的人權保障，以及 CRPD 在德國的落實情形。首先，德國的強制收容或強制治療制度等，仍有限制人身自由的色彩，雖然在立法上，在精神障礙之外，有其他特殊情況的條件，如犯行嚴重並對公眾有危險可能，但仍有違反 CRPD 精神的疑慮。其次，收容設施內存有暴力問題，有害精神障礙觸法者的人權，應提供充足的資源改善；另外，目前德國對於精障者的支持系統，仍停留在以隔離為主，長遠來看，更應朝向去機構化，方才符合 CRPD 精神，以落實身心障礙者的人權保障。	CRPD 的報告顯示即便英國已經投入了 10% 的 NHS 經費挹注於精神醫療，並投入大量的心理衛生預算，仍被認為無法完成 CRPD 的相關要求，特別是在強制治療部分，面對 CRPD 建議禁止強制治療的要求，是否反而導致個案因為旋轉門效應而造成觸法，反而拘禁於監所，也導致英國有部分精神科醫師於英國精神醫學期刊呼籲應該取消簽署 CRPD，仍有待於凝聚社會共識。	而無須再行刑事訴訟程序之外，各州仍以自己的計算方法，對被告施以不定期的拘束。換言之，以 CRPD 的精神，要求身心障礙者必須是自願才能接受相關治療；若是非自願的，否定當事人對照顧治療入院的能力、或非自願未取得同意的精神衛生安置機構，就有可能違反公約。據此，美國的制度仍有改善的空間。

附件五、

CRPD 精神對各國法制的檢驗比較一覽表

條約	對我國的檢驗	對德國的檢驗	對日本的檢驗	對英國的檢驗	對美國的檢驗
第 12 條 「在法律之前獲得平等承認」	1. 不定期的監護處分期間 ，可能成為法院用以無限期拘禁精神障礙觸法者的武器，嚴重侵害身心障礙者的權益。 2. 立法者一律改為不定期監護處分，可能忽略精神障礙觸法者的案件，有行為態樣嚴重性高低、危險性大小之別。 3. 暫行安置恐怕僅需有簡易鑑定或病歷報告即可執行，且每次六月，累積期間可達五年，又 無法	1. 德國在監護法、刑法及各邦精神衛生相關法律中，仍規定有 強制治療及限制精神障礙者自由 。 2. 監護人或監護機構對於替代性決策必要行原則的執行，聯邦政府提出的第二次及第三次國家報告中表示，其 目前還未計劃廢除所有形式的替代性決策 。		1. CRPD 委員會在初次審查的結論性意見指出，英國的立法與實踐中，仍普遍存在替代性決策制度， 未充分尊重其自主權利 。 2. 對於有精神障礙或心智缺陷之尋求庇護者或難民，未充分賦予其平等的權利行使能力，且發現有大量非裔身障者遭受強制住院或強制治療。	

	折抵刑期。				
第 13 條 「近用司法」	1. 依 CRPD 的精神，為了確保精神障礙觸法者，在司法程序中能夠獲得真正的保護， 相關執行者需進行適當培訓 ，目前，我國司法人員對於精神障礙觸法者的認知仍有不足，雖然有相關講習，但距離真正落實，仍有距離。	1. 德國對相關執行者提供 定期培訓課程 。 2. 保留社會心理輔導員清單，法院可依刑事訴訟法規定於刑事訴訟程式中任命社會心理輔導員。	1. 日本針對檢察官向法院聲請指定入院的精神障礙觸法者，能核發「 住院鑑定 」的命令。 2. 未來有義務要完備相關規定，廢止以心智障礙或精神障礙為由之住院鑑定等歧視性規定。	1. 英格蘭及威爾斯地區在 2012 年頒佈「 法律援助和違法者量刑及處罰法 」，對於勞動法庭收費新制，恐對於身障者獲得法律援助有障礙。 2. 直接限制禁止有聽障者參加陪審團 ，而非提供助理或手譯人員的方式協助其平等地參與法院訴訟程序，被認為與 CRPD 第 13 條司法近用的精神相悖。	1. 聯邦最高法院雖然在與法定事由相關的實質正當性，不以最嚴格的超越合理懷疑做為憲法界線。 2. 但認與刑事監禁同樣拘束人身自由的強制處遇措施， 必須由法院踐行一定程序之審酌後，方能對精障者施以該處遇 。
第 14 條 「人身自由與安全」	1. 延長監護規定對於精障礙觸法者的人身自由，造成莫大侵害的疑慮 。 2. 治療模式以藥物治療為主，剝奪	1. 德國法律只規定在特殊情況下，可以強制收容和使用剝奪自由的措施。 2. 然而，德國人權研究所認為，德	1. 相關 NGO 組織倡議： A. <u>以身心障礙及其他要件剝奪人身自由之非自願住院制度之規定</u> 或 B. <u>醫療觀察法</u> 針對	1. 仍允許醫院對於身心障礙者進行非自願地強制治療與收容，被認為是違反 CRPD 第 14 條之精神。 2. 英國在 2019 年通	1. 聯邦最高法院雖然於 Salerno（1987）案同意政府可以保護社會安全的利益，以非屬於刑罰之審前拘束為手段，犧牲具有危險性之被告的人身自

	精神障礙者的醫療選擇權及意願。 3. 暫行安置時間過長，對於精神障礙觸法者的人身自由保障，恐有侵害。	國在監護法、刑法及各邦精神衛生相關法律中，仍允許強制治療及限制精神障礙者自由的方式，仍有悖於 CRPD 第 12 條及第 14-17 條之精神。	<u>法院審查後，指定入院措施的精神障礙觸法者</u>， 2. 都是非自願的人身自由的限制與侵害，根本上抵觸本條規範意旨。	過精神能力法修正案 (Mental Capacity (Amendment) Act 2019)，加入「自由權保障 (liberty protection safeguard)」的程序，取代 2005 年版之精神能力法。	由， 2. 但於 Foucha (1992) 案中表示，使人民免於人身自由的限制就是正當法律程序的核心，要實踐保障人身自由的正當法律程序，就需要確保政府之目的及其手段之
第 15 條 「免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對待或處罰」	1. 強制治療的實施，仍具有高度社會安全的需求，但若無法取得精神障礙觸法者的同意，貿然運用強制手段為醫療行為，可能抵觸本條精神。		1. 針對個案進行強制治療，應避免以再犯與保安社會的需求存在為前提。 2. 因此，若無法在事先取得當事人「同意」而運用「強制」方式為治療手段，應當已抵觸本條規定之精神。	1. CRPD 委員會特別關切仍存在對身心障礙者使用物理、機械或化學束縛的方式，包含使用電擊等武器以及隔離的做法，造成過度影響。	1. 有關 Civil Commitment 制度本身的合憲性，接受該制度為維護社會安寧的警察權 (police power)與對精障者照顧的國家親權 (Parens Patriae Doctrine)，所欲實現的法律利益。 2. 以拘束人身自由的非刑事處罰做為手段，法院並於個案中判斷有拘束人身自由之必要性時，方可對精障觸法者施以最小侵害

					的方式。
第 16 條 「免受剝削、暴力和虐待」		1. 德國研究發現， 生活在機構中的三分之二以上的精障婦女已受到暴力影響。 2. 聯合國 CRPD 委員會呼籲對各機構進行獨立外部監督。 3. 德國人權研究要求政府應對於設施內的暴力情況，提供充足的財力與人力資源予監測機構。		1. 對於身心障礙婦女、兒童、雙性人或老年人，受到凌虐、性暴力及剝削的現象，未有足夠的措施加以防止，特別是 對身心障礙者的仇恨性犯罪 ，在犯罪行為要件的界定及量刑上，均應提出一致且適當的做法，極力加以制止。	1. 透過精神醫學專家評估、聽證程序，監督對於精神障礙者的處分， 避免單純因為客觀有危險，基於照顧治療的需要，便剝奪精神障礙者的自由。 2. 盡量貼近醫療上的需求，減少侵害精神障礙者的人權。
第 19 條 「自立生活與融合社區」	1. 關於司法精神醫院的設置，政府投入大量經費建置，但在司法精神病院建置完成前， 卻未見其計畫分配更多資源改善監所或發展其他社區服務 ，對於精神障礙者仍趨向以強制治	1. 德國對精障者的支援系統 仍以隔離為主要特徵 ，嚴重缺乏無障礙住所，公共設施和無障礙性服務。 2. 大多數精神障礙者仍生活於特殊住宿的設施中，以機構化護理為	1. 醫療觀察法顯然仍以 機構內處遇 為中心，這些處遇機制欠缺對於身心障礙者「自身需求」的尊重。 2. 讓精神障礙觸法者能順利復歸社會，保護觀察應引入外部資源，	1. 英國政府在 2010 年以來 緊縮其福利制度的政策 ， 已經造成對身心障礙者相當不利的影響 。不過，英國政府在 2021 年 7 月，發布了由身心障礙者觀點出發，關於健康與身心障礙支	1. 19 世紀初期美國開始，對精障者改以機構化（Institutionalization）之處遇模式提供法律上的照顧。 2. 自 20 世紀開始，美國刑事司法體系逐漸有所改變。

	療、拘束人身自由、隔離的方式處遇。	特徵。	消除其參與社區活動之限制、強化預算分配避免城鄉社區資源分配不均、解決照護人力不足問題，這些都是目前醫療觀察法無法處理與應對的問題。	持的綠皮書，致力於協助身心障礙者實現獨立生活與就業的需求。	
第 25 條 「健康」	1. 具有強制治療色彩的司法精神醫院，是否能夠讓精神障礙觸法者，享有如同其他病人般的權利，終究存有困難。 2. 應該要考慮揚棄傳統上具有強制、拘禁人身自由色彩的監護處遇，將精力放在建構，尊重身心障礙者的精神醫療環境。		1. 醫事人員應在徵得身心障礙者自由意識並知情同意基礎上，提供身心障礙者與其他人相同品質之照護。		1. 以「實需為基礎的治療思維」 (Realitybased treatment philosophy)，作為有效治療此類犯罪人的最佳模式。

展望	1. 對於 IRC 的建議，是我國檢視監護制度、暫行安置制度等涉及精神障礙觸法者處遇的重要參考。 2. 我國制度應盡力符合 CRPD 的精神，避免因制度不當及歧視，而不當侵害精神障礙觸法者的人權。	1. 德國的強制收容或強制治療制度等，仍有限制人身自由的色彩。 2. 收容設施內存有暴力問題，應提供充足的資源改善。 3. 目前德國對於精神障者的支持系統，仍停留在以隔離為主，正努力朝向去機構化。	1. 醫療觀察法雖然重視的是社會復歸精神下的司法處遇措施，但從 CRPD 等上述條文規範等之依序檢驗後，與 CRPD 的精神依然有很大的抵觸與疑慮。 2. 針對精神障礙觸法者的處遇，絕非外觀上具有「社會復歸」的色彩就已足夠，未來涉及相關法律的實質內容的部分，也應落實 CRPD 的各條精神。	1. 英國政府幾乎逐年針對 CRPD 委員會於 2017 年所作之建議，提出後續追蹤報告，可以看出英國政府對於 CRPD 以及身心障礙者權利的重視。 2. 2018 年英國 CRPD 的報告顯示即便英國已經投入了 10% 的 NHS 經費挹注於精神醫療，並投入大量的心理衛生預算，仍被認為無法完成 CRPD 的相關要求，特別是在強制治療部分。	1. CRPD 要求身心障礙者必須是自願才能接受相關治療；若是非自願的，否定當事人對照顧治療入院的能力、或非自願未取得同意的精神衛生安置機構，就有可能違反公約。美國的制度仍有改善的空間。

附件六、上訴至最高法院案件判決表格

一、111 年彰化誣告案

案由：誣告

事實：被告將成大醫院婦產部分子遺傳室所出具之被告與乙之血緣鑑定報告書，偽造為被告與黃○○之血緣鑑定報告書，並持以行使誣告行為。（因一、二審判決不公開，事實為推定。）

重點：一審法院未採納鑑定報告書所建議施行監護處分之期間，而被二審法院撤銷。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣彰化地方法院 109 年度訴字 第 274 號	奇美醫院	1.思覺失調症 2.喪失 3.不適用	1.無責任能力 2.不適用	1.無罪 2.二年	判決未公開
臺灣高等法院臺中分院 110 年度上訴字 第 893 號	無	無	1.無責任能力 2.不適用	1.無罪 2.一年	判決未公開
最高法院 111 年度台上字	無	無	無	上訴駁回	

第 2420 號判決					

案件分析

被告病史	被告長期罹患思覺失調症。
鑑定意見	奇美醫院：被告行為時不能辨識其行為違法。 被告於行為時，因罹患思覺失調症，且在妄想症發作之影響下，以致不能辨識其行為違法。被告對其罹患上揭疾病毫無病識感，無法掌控其是否遵從醫囑服藥，或有無因外在刺激而病症發作，且其於症狀發作時，會喪失辨識現實、控制行為之能力，並出現攻擊或騷擾他人之行為等情狀，建議施以監護一年。
法院見解	一、彰化地方法院（判決未公開）：依刑法第 19 條第一項不罰，監護處分二年。 依照奇美醫院鑑定報告，認為被告行為時，因罹患思覺失調症，且在妄想症發作之影響下，以致不能辨識其行為違法，故被告無罪。 被告對其罹患上揭疾病毫無病識感，無法掌控其是否遵從醫囑服藥，或有無因外在刺激而病症發作，且其於症狀發作時，會喪失辨識現實、控制行為之能力，並出現攻擊或騷擾他人之行為等情狀，防免上訴人再犯及危害公共安全之虞，宣告令其入相當處所，施以監護 2 年。 二、台灣高等法院台中分院（判決未公開）：依刑法第 19 條第一項不罰，監護處分一年。 第一審法院未採納奇美醫院鑑定報告所建議，施以監護處分一年，未闡明理由而譽之監護處分二年之判決，故撤銷監護處分，改判監護處分一年。 三、最高法院：上訴駁回。

	1. 被告於行為時，因罹患思覺失調症，且在妄想症發作之影響下，以致不能辨識其行為違法，依法應為無罪之諭知；及何以認定被告對其罹患上揭疾病毫無病識感，無法掌控其是否遵從醫囑服藥，或有無因外在刺激而病症發作，且其於症狀發作時，會喪失辨識現實、控制行為之能力，並出現攻擊或騷擾他人之行為等情狀，為防免上訴人再犯及危害公共安全之虞，有宣告令其入相當處所，施以監護 1 年之必要，以達個人治療及社會防衛之效。 2. 應認本件上訴不合法律上之程式，予以駁回。
判決結果	一、彰化地方法院：依刑法第 19 條第一項不罰，監護處分二年。 二、台灣高等法院台中分院：依刑法第 19 條第一項不罰，監護處分一年。 三、最高法院：上訴駁回。
備註	

二、111 年台南妨害性自主案

案由：妨害性自主

事實：被告因中重度智能不足，整體認知功能明顯受損，致其因心智缺陷，辨識行為違法或依其辨識而行為之能力均顯著減低。明知受害者當時為未滿 14 歲之女子，性自主能力及判斷能力尚未成熟，竟仍分別基於對未滿 14 歲女子為猥褻行為之犯意，均在不違反甲女意願之情形下，對其行猥褻行為。

重點：本案法院於一、二審就犯罪事實認定不同，就刑法 19 條認定以及監護處分，法院見解則大致相同。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺南地方法院 109 年度侵訴字 第 74 號	嘉南療養院	1.中重度智能障礙 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用	無法得知	判決未公開
臺灣高等法院臺南分院 110 年度侵上訴字 第 1007 號	無	無	1.限制責任能力 2.不適用	1.十月 2.監護一年	
最高法院 111 年度台上字 第 2094 號	無	無	1.限制責任能力 2.不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告於 98 年間即經鑑定為中度智能不足，領有中華民國中度身心障礙證明。
鑑定意見	嘉南療養院：被告行為時因心智缺陷（疑似重度智能不足）而導致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力明顯減損。 1. 被告於鑑定過程中，意識清醒、衣著與外觀尚稱整潔、言談偶可切題回答，但對於較複雜的詞語需要反覆解釋，或需要以其他簡易的言詞替代方能理解，否認有幻覺或妄想等精神症狀，亦無憂鬱或躁狂等情緒症狀，依據心理衡鑑，其整體智商介於重度智能不足程度。 2. 被告在認知準則上，雖然大致知道性行為的過程與目的，但對於相關的社交人際訊息辨識顯得困難，於本案行為時應因心智缺陷（疑似重度智能不足）而導致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力明顯減損。 3. 被告目前整體認知功能表現，其對行為與環境的辨識能力有限，僅能依照過往的習慣來做制式化的反應，因此當慾望來時，可能只知道要宣洩，難以排除再犯之可能。惟智能不足係先天腦部發展所致，無法以醫療方式改善，因此未來建議轉銜社福之教養或照護資源，並由該資源協助監護其生活至少 1 年。
法院見解	一、台南地方法院：因判決未公開，無法得知。 二、高等法院台南分院：判處有期徒刑十月，監護處分一年。 1. 因事實原因，撤銷一審判決。 2. 被告至少為中重度智能不足之心智狀況，並參照前揭司法精神鑑定報告書之結論，堪認被告為上開犯行時，係因心智缺陷致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力均顯著減低，爰依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 3. 被告之智能狀況既屬無從透過醫療改變之心智缺陷，即不能排除其因判斷力、控制力之明顯減損而再犯之可能；若被告未能持續接受適當之處遇，其再犯而危及他人之可能性均仍甚高，為避免被告因受心智缺陷影響再度造成對自己及他人之危害，應認本件實有令被告入相當處所施以監護之必要。酌定施以監護期間為 1 年。

	三、最高法院：上訴駁回。
	1. 參考嘉南療養院司法精神鑑定報告書，認定被告行為時因心智缺陷致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力均顯著減低，故依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑後，以其責任為基礎，對其本件所犯各罪，具體審酌刑法第 57 條所定各情，予以綜合考量。 2. 被告之罪責既未有顯著之差別，原判決就此部分量處之刑以及定其應執行之刑與宣告之監護處分，與第一審相同，自未有何違誤可指。本件上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	一、台南地方法院：因判決未公開，無法得知。 二、高等法院台南分院：判處有期徒刑十月，監護處分一年。 三、最高法院：上訴駁回。
備註	

三、111 年台東妨害性自主案

案由：妨害性自主

事實：被告與受害男童均為臺東某鄉基督教會之教友，被告明知男童未滿 7 歲，性觀念尚未成熟，欠缺表達合意為猥褻行為之性自主決定能力，竟仍意圖滿足一己性欲，基於對 14 歲以下之男子為強制猥褻之犯意，於 108 年 3 月 10 日命男童脫去褲子後以手撫摸男童之生殖器之方式，對男童為強制猥褻行為至少 1 次。

重點：被告上訴理由之一，認為輕度智能障礙與戀童癖無法治療，故無監護處分必要。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺東地方法院 109 年度原侵訴字 第 1 號	臺北榮民總醫院 臺東分院	1.輕度智能障礙 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用	1.無法得知 2.監護三年	判決未公開
臺灣高等法院花蓮分院 110 年度原侵上訴字 第 4 號	無	無	1.限制責任能力 2.不適用	1.無法得知 2/監護一年	判決未公開
最高法院 111 年度台上字 第 2337 號判決	無	無	1.限制責任能力 2.不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	因一、二審判決未公開，故無法得知。
鑑定意見	臺北榮民總醫院臺東分院：被告其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著降低之情形。 被告智能落於輕度障礙程度，雖可簡單分辨是非對錯，但衝動控制、問題判斷與解決能力不佳；其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著降低之情形，其再犯可能性為中高度，建議除須負刑事責任外，應考量強化外在監控能量等情。
法院見解	一、台東地方法院：判處有期徒刑無法得知，監護處分三年。 二、高等法院花蓮分院：判處有期徒刑無法得知，監護處分一年。 被告智能落於輕度障礙程度，雖可簡單分辨是非對錯，但衝動控制、問題判斷與解決能力不佳；其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著降低之情形，其再犯可能性為中高度，建議除須負刑事責任外，應考量強化外在監控能量等情；再斟酌臺北榮民總醫院台東分院 110 年 11 月 30 日函送之精神鑑定書意見，認上訴人並無重大精神病之診斷，可針對其問題行為提供輔導與結構環境等旨為據，因認第一審併予宣告上訴人應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年，期間尚嫌過長，而予撤銷改判上訴人應令入相當處所，施以監護 1 年 三、最高法院：上訴駁回。 1. 被告所犯之加重強制猥褻犯行，經適用刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑後，其法定最低本刑為有期徒刑 1 年 6 月，已難謂有情輕法重之情形；且被告無視被害人 A 男年齡幼小，竟違反其意願對之為強制猥褻行為，戕害其身心健全發展，難謂上訴人所為危害輕微，在客觀上並無足以引起一般人同情，難認其犯罪之情狀顯可憫恕，自無刑法第 59 條所定酌量減輕其刑之適用。 2. 刑法係採刑罰與保安處分雙軌制度，第 87 條第 1 項、第 2 項所定，對於因精神障礙或其他心智缺陷原因而成為無責任能力或限制責任能力（含瘡啞者）之人宣告的監護處分，固含有拘束人身自由之性質，惟實務上係令入醫療院所接受專業精神診療（包含門診治療或住院治療），並非禁錮於監獄執行，其隔絕性、

	苛酷性難以等同視之，已有明顯的區隔，更不具替代性，自不能以已受刑罰宣告為由逕謂無再予施以監護處分的必要。再者，此等監護處分之宣告，係以行為人的犯罪情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞為要件，本重在於社會防衛之需求，以隔離、教育、治療等方法，改善或減低行為人再犯的欲望，期使復歸社會，達成個別預防之效果，並非以預期之矯治成果為唯一考量。 3. 上訴意旨徒以上訴人之戀童癖及輕度智能障礙，目前並無適當之治療方式，謂執行刑罰已可兼顧隔離社會之目的，尚無再施以監護處分之必要，而指摘原判決違法云云，亦屬誤解法律，與適法之第三審上訴理由不相符合。
判決結果	一、台東地方法院：判處有期徒刑無法得知，監護處分三年。 二、高等法院花蓮分院：判處有期徒刑無法得知，監護處分一年。 三、最高法院：上訴駁回。
備註	

四、110 年嘉義鐵路殺警案

案由：殺人

事實：被告未持車票搭乘自強列車且拒絕補票，列車長通報後，被害警員前往處理，卻遭被告砍傷大量出血死亡。

重點：

1. 一、二審鑑定機關認定不同。
2. 該案促成監護處分、暫行安置新制上路。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣嘉義地方法院 108 年度重訴字 第 6 號判決	台中榮總嘉義分院	1. 思覺失調症 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 監護五年	
高等法院 臺南分院 109 年度上重訴字 第 537 號判決	成功大學醫學院附 設醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 有期徒刑 17 年 2. 監護五年	原判決撤銷
最高法院 110 年度台上字 第 3052 號判決				上訴駁回	

案件分析

被告病史	1. 被告自 99 年至 106 年，陸續前往奇美醫院精神科門診，經醫生診斷被告罹有思覺失調症，為有精神障礙之人。 2. 案發後被告遭羈押，自 108 年 7 月 5 日起陸續在嘉義看守所內就診，就診情形為：「被告因罹患妄想型思覺失調症，入所後定期於臺中榮總嘉義分院精神科門診就醫藥物治療，本所將持續安排就醫診療並續予妥適照護」。
鑑定意見	台中榮總嘉義分院：被告行為時因精神障礙，致不能辨識其行為違法，控制能力雖有相當減損，但未達不能控制、完全喪失控制能力之程度。 1. 精神鑑定時，被告仍表示有整人計畫、要謀害，以詐領保險金，故被告購買紅柄嫁接刀、水果刀各 1 支，用以防身，預計前往臺北公布整人計畫，因而發生本案拿刀刺殺被害人，且被告有明顯被害妄想症狀，被告總智商 76，為邊緣型智力水準，與同年齡相較有明顯退化傾向，理解力差，導致嚴重影響其認知、感受、反應、理解、判斷等意識能力。 2. 鑑定人於本院審理時證稱：被告罹患思覺失調症，主要典型症狀有被害妄想、幻聽，罹患思覺失調症的人，並非都會犯罪，即使是發病中，受到刺激，也不一定會發生暴力犯罪行為，要看他病情嚴重度，又受到刺激而發生暴力犯罪，也需看他的妄想內容與事件是否有關係。 3. 被告行為時，屬於急性發病狀態中，表現出明顯的被害妄想、關係妄想、被跟蹤妄想。 4. 被告其對於外界事物之認知、感受、反應、理解等意識能力，於行為時已因精神障礙，致不能辨識其行為違法。被告行為時之控制能力，雖有相當減損，但未達不能控制、完全喪失控制能力之程度。 5. 鑑定人於本院審理時亦證稱：精神科的個案大部分沒有病識感，所以他們出院後，很容易不服藥，所以就導致這些個案狀況再不穩，可能就再會有一些公共危險的事情，起碼他們關在醫院接受治療，可以慢慢訓練他們的病識感，讓他們可以願意配合吃藥。 成功大學醫學院附設醫院：被告行為時受妄想型思覺失調症影響，致其辨識行為違法之能力，與依其辨識而行

	為之控制能力，有顯著減低之情形。 1. 被告於事件當天處於急性精神病發作狀態，其情緒、認知、行為皆顯著受其精神症狀影響。事發當下，依乘客證言，被告從第三節車廂移動到第四節車廂，並對著第三節車廂咆哮，罵政治、罵政黨、罵政府、罵股票，認為被人陷害且沒人管，足見當時被告之判斷力、情緒與行為皆受其妄想之影響。但因本次鑑定時表示清楚所刺殺之對象為執勤員警，亦知道員警的工作是來叫他下車，隨後即因自認「既然沒有政府我也不當你是警察」，遂持刀刺向員警。綜合以上，被告於行為時，其行為應受妄想型思覺失調症影響，致其辨識行為違法之能力與依其辨識而行為之控制能力，有顯著降低之情形。 2. 考量被告於案發後已接受一年的藥物治療，但於評估時妄想症狀仍存，且病識感不佳。若被告未能持續接受監護治療，則其思覺失調症之病情將再度惡化，恐有再犯或危害公共安全之虞，故有令其入相當處所接受監護處分之必要。若綜合考慮被告過往精神症狀之嚴重度，衝動控制能力，病識感，以及其家庭系統支持能力，建議其宜接受最長期限之監護處分，並於本次監護處分結束後再次評估是否有延長的必要，亦或訂定轉銜醫療與社區照護之復歸計畫。
法院見解	嘉義地方法院：依刑法第 19 條第 1 項規定，其行為不罰，被告無罪，監護五年。 1. 本件被告行為時，處於急性發病狀態，且妄想內容與犯案行為有絕對交互關聯，又被告因罹患思覺失調症，導致智力退化，總智商 76，為邊緣型智力水準，理解力差，致判斷力不佳，且案發時因被害妄想、關係妄想、被跟蹤妄想，故妄想列車長對其查票、要求其下車，係在查被告，妄想有人在嘉義站等他，下車有生命危險，故不願意下車，遂跑至第 4 車廂，因車廂前面座位都沒有人，妄想車廂之全部旅客，都在針對被告，要害死被告，而被害人與證人列車長一同到場，被害人亦要求被告在嘉義站下車，妄想被害人與列車長均為同夥，與別人一起謀害被告，抑或遭人利用，感到不滿、恐懼，以致精神狀況更加不穩定，情緒激動，因而持刀刺被害人，綜觀被告妄想之確信程度、當時之環境情形等一切情狀，被告行為時，對於外界事物之認知、感受、反應、理解、判斷，於行為時已因精神障礙，致不能辨識其行為違法，而控制能力有減損，但未達不能控制程度。

	2. 被告於聲羈時自承：我覺得沒有那麼大的生活壓力就不用看診，而且也覺得要省錢，顯見被告是因生活壓力沒那麼大，工作因素沒有時間，為了省錢、賺錢，且自覺症狀情況改善，即中斷就診、未規律服藥。惟揆諸奇美醫院回函可知被告罹患思覺失調症，須終身服用抗精神病藥物控制症狀，停藥將導致病情惡化，然被告卻未按規律服藥，以致為本案犯行。 3. 本院依被告之身心狀態，若其日後因其他原因，長期壓力纏身，而未適當宣洩或服藥，實難保不會再犯本案相同或類似之暴力案件。從而，以被告過往之不規律服藥習慣，無法完全排除被告將來再犯或危害公共安全之虞，是為免被告反覆發作而危害公共安全，令其在精神科專業且長期之治療，並且定期規則追蹤，以防其再度危害社會大眾，故依前揭規定，令入相當處所，施以監護5年之保安處分，以達成此一目的。 高等法院 臺南分院：依刑法第十九條第二項，判處有期徒刑17年，監護宣告五年。 1. 原審未察，遽認定被告行為時其辨識行為違法之能力已喪失，而為被告無罪判決，但榮總嘉義分院鑑定結果為本院所不採，且依前所述，被告辨識能力及控制能力均僅顯著減低，本院將原判決予以撤銷改判。 2. 審酌被告前無經法院判處罪刑之前科紀錄，其素行尚佳，因受其妄想影響，即持刀刺殺執行職務之員警，非但造成無辜員警死亡，對社會秩序影響甚鉅，其犯罪之手段及所生之危害非輕，量刑本不應從輕。惟被告係因長期遭受精神疾病困擾，其心中所積累之負面情緒應更深，且其於本案殺人行為時，主觀上並非基於直接故意，而是基於不確定故意為本案犯行，其主觀惡性亦未若直接故意為重，犯後又坦承犯行之態度，足見其並非完全泯滅良心，量處有習徒刑17年。 3. 榮總嘉義分院鑑定結果亦認被告須接受長期監護處分，亦如前述，堪認若未經相當治療，其於出獄後，有極高可能再度失控，對社會治安及民眾之生命、身體、健康安全產生重大危害，確有再犯或有危害公共安全之虞，是為預防被告再為類似之犯行，危害社會安全秩序，爰依刑法第87條第2項前段、第3項前段之規定，併予宣告被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以法定最長之監護期限5年，以啟其新生。 最高法院：上訴駁回。

	1. 原判決從形式上觀察，並無違背法令之情形。上訴人等之上訴意旨均置原判決之論敘於不顧，徒憑己見，為事實上之爭辯，並對原審採證認事之職權行使暨原判決已說明及於判決無影響之枝節事項，依憑己意而為指摘，與首述法律上訴要件不符。其等之上訴皆違背法律上之程式，均應駁回。 2. 至檢察官上訴補充理由書檢附告訴人張秀珍之「刑事聲請上訴狀」，因非屬檢察官上訴書狀所述之理由，而刑事訴訟法復無第三審上訴理由得引用或檢附其他文件代替之規定，本院自無從審酌，附此敘明。
判決結果	1. 嘉義地方法院：依刑法第 19 條第 1 項規定，其行為不罰，被告無罪，監護五年。 2. 高等法院 臺南分院：依刑法第十九條第二項，判處有期徒刑 17 年，監護宣告五年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

五、110 年新北殺人未遂案

案由：殺人未遂

事實：被告因對被害人不滿，基於殺人之犯意，利用被害人至店內生鮮區補貨之際，持水果刀朝被害人刺擊，被害人經緊急止血送醫治療後，始倖免於死，因而未遂。

重點：第一審地方法院認被告無須進行精神鑑定，但經第二審高等法院送精神鑑定後，其結論為被告行為時受思覺失調症影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。符合刑法第 19 條第二項。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣新北地方法院 109 年度 訴 字 第 428 號 判決	無	無	3. 未喪失 4. 不適用	3. 五年六月 4. 無	
臺灣高等法院 109 年度上訴字 第 3689 號判決	衛生福利部臺北醫 院	4. 思覺失調症 5. 減低 6. 不適用	3. 減低 4. 不適用	5. 無法得知 6. 兩年	判決不公開
最高法院 110 年度台上字 第 3741 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	3. 被告 23 歲出現被害妄想及聽幻覺等症狀，之後因病況無法繼續工作。 4. 106 年間因精神病症狀影響犯下公共危險罪，經宣告刑後監護 1 年，自此開始接觸精神治療。診斷結果應為思覺失調症，安非他命使用可能促發或讓症狀惡化。 5. 被告即自 106 年 8 月 17 日起至南光神經精神科醫院住院治療至 107 年 8 月 16 日止，診斷結果認被告患有「妄想型思覺失調症」及「非特定的其他精神作用物質使用，伴有精神作用物質引發的非特定精神病症」。被告於 108 年 2 月至 3 月間，計 6 次至輔大醫院精神科門診，並接受該院心理衡鑑。
鑑定意見	衛生福利部臺北醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告之病識感不佳，並未完全接受自己罹患精神病的事實。 2. 被告與告訴人不認識，刺殺後無搶奪金錢，在派出所對面之商店犯案，於犯罪行為被發現後，未採取逃跑等行為情狀，均與因精神障礙所導致之犯罪樣貌一致。 3. 被告於案發時，呈現精神病症狀，致認知及現實判斷能力明顯受損，在知覺及思考內容上有障礙，其行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響，行兇之後立刻將水果刀丟棄於地，對於案發過程與細節可以清楚描述，可見其辨識能力及控制能力並未完全消失。 4. 對照被告於案發前、後之精神狀態，並審酌案發當時情境與其行為反應，推斷被告於涉案時，因受到精神病症狀影響，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，應已達顯著降低，但未達完全不能之程度等情，益徵被告行為時，已陷於辨識力或控制力顯著減低之情狀。
法院見解	臺灣新北地方法院：判處有期徒刑五年六月。 4. 行為人是否有足以影響意識能力與控制能力之精神障礙或其他心智缺陷等生理原因，涉及醫療專業部分，「必要時」固「得」委諸醫學專家之鑑定。 5. 有無送鑑定之必要，審理事實之法院，本有自由裁酌之權，而非當事人一有鑑定之聲請，法院即須送請鑑

	定。 6. 況且醫學專家對行為人精神狀態之鑑定意見，併所提供之生理或心理學上概念，法院固可資為判斷之資料，然行為人責任能力之認定，既屬法院採證認事職權之行使範圍，是法院綜合行為人行為時各種主、客觀情形、卷存鑑定資料，認事證已明，無再更行鑑定之必要。 臺灣高等法院：判處有期徒刑無法得知，監護處分兩年。 4. 依病歷紀錄記載可知，被告於案發前確實已有罹患精神病症之情形。再衡以告訴人及被告於案發前並無仇怨，案發當天亦未發生任何爭執、衝突，且由被告當天食用完微波食品後，另外購買飲料此情觀之，縱使微波食品味道稍微有異，程度應甚輕微，被告若有不滿，至多向店員即告訴人探詢原因或客訴，衡情應不至於會在未與告訴人有任何交談之情形下，即猝然持刀刺擊告訴人，且被告未取走任何金錢，亦非圖不法利益而為。 5. 再參以告訴人逃到店外奔向對面派出所時，被告先在店門口之腳踏墊處丟下水果刀後蹲下抱頭，之後朝派出所前進，旋在派出所門前花臺處蹲下，並無任何逃跑之舉動等節，可徵被告行為時應有受上開精神病症影響而無預警之情緒失控，方會在無合乎通常情理之犯罪動機下，猝然持刀攻擊告訴人，又於攻擊後非但未逃跑，反而丟棄兇器後朝派出所前進，堪認被告於行為時，雖仍具有相當辨識能力，但其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，因長期罹患上開精神疾病而顯著降低。 最高法院：上訴駁回。 3. 被告在長期缺乏病識感之情形下，其停藥、停診時之精神、心智狀態是否正常，實有可疑。既無證據可認被告在精神、心智正常，具備完全責任能力時，即對其會殺害或傷害告訴人之事實，具有認識或預見可能性，因而拒絕服藥或就診而使自己陷入精神障礙或心智缺陷狀態，進而實行殺人犯行，即難認被告所為屬原因自由行為，應無刑法第 19 條第 3 項規定之適用等旨。

判決結果	4. 臺灣新北地方法院第一審，判處有期徒刑五年六月。 5. 臺灣高等法院第二審，判處有期徒刑無法得知，監護處分兩年。 6. 上訴最高法院，予以駁回。
備註	

六、110 年高雄重傷害案

案由：重傷害

事實：被告因患有妄想型思覺失調症，基於傷害之犯意，自隨身攜帶之黑色公事包內取出預藏之剪刀刺進被害人之上左臂，造成其左側上臂橈神經及正中神經損傷之永久性損害，而達到於嚴重減損一肢之重傷害結果。

重點：監護處分於**刑之執行前**執行。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣高雄地方法院 108 年度 訴 字 第 54 號 判決	高雄市立凱旋醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 一年十月 2. 四年	
臺灣高等法院 高雄分院 108 年度 上訴 字 第 578 號 判決	傳喚凱旋醫院 蔡景宏醫師	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 一年 2. 四年	
最高法院 110 年度 台上 字 第 172 號 判決	無	無	無	撤銷原判決，發回更審。	
臺灣高等法院 高雄分院 110 年度 上更一 字 第 15 號 判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	3. 十月 4. 四年	

案件分析

被告病史	長期罹患思覺失調症，且不規則服藥。
鑑定意見	高雄市立凱旋醫院：被告長期罹有思覺失調症，依辨識行為的能力受其衝動抑制能力不佳的干擾而顯著減低。 被告長期罹有思覺失調症，以致其人際關係、工作多受疾病影響，因疾病造成臨床以及生活功能的損害。被告案發當時思考鬆散、計畫能力差、病識感極差，在案發前不規則服用抗精神病藥物。因疾病影響，解決問題時少思考，衝動性偏高，需花費較長的時間才能以認知能力去抑制其衝動性，在規則下執行、控制計畫的能力略為薄弱。因此被告雖有能力辨識是非，但依辨識行為的能力受其衝動抑制能力不佳的干擾而顯著減低。
法院見解	高雄地方法院：判處有期徒刑一年十月，刑之執行前，監護處分四年。 1. 被告應依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。辯護人雖以本案應適用刑法第 19 條第 1 項規定為無罪判決等語為被告辯護，本院參以被告於解決問題前雖需花費時間抑制衝動性以致於思考鬆散，然並非全無思考能力；況查，被告與醫生言語對話切題，有急診病歷可稽，誠難認被告於行為時有不能辨識行為違法或缺依其辨識而行為之能力。附此敘明。 2. 審酌被告犯後坦承客觀犯罪事實，已與告訴人和解並給付賠償金，於本院審理時明確表達對告訴人感到抱歉之犯後態度；兼衡被告深受上開精神病症困擾已久、自大專畢業之智識程度、目前無業之經濟狀況、現與母親同住之生活情況，暨其犯罪動機、手段、所生危害等一切情狀，處有期徒刑壹年拾月。 3. 本院審酌被告雖曾至醫療院所精神科就診，然被告病識感差、不規則服用抗精神病藥物乙情，被告無病識感，服藥順從性極差，多次因疾病影響而產生法律糾紛，因此建議安排監護處分，以期被告能接受穩定的抗精神病藥物治療，並建立病識感，避免因沒有服用抗精神病藥物而導致精神病症狀惡化，再次造成類似不當行為。被告所為本案傷害告訴人之犯行，可證被告行為控制能力因受精神障礙之影響而顯然異常，實有危害公共安全之虞。是本院參酌被告本件犯行，對於他人之生命及財產具有高度危險性，而被告在缺乏適度治療之情況下，非無再犯之虞，為預防其未來因上開病情之影響而再犯類似之危險行為，宜接受持續規則之精神評估與治療，以達治療被告及社會防衛之效；且審酌被告因病識感不足，故難期待被告日後將

	規律接受治療，是應及早在被告病情未更進一步惡化前加以治療，故有宣告於刑前令入相當處所，施以監護4年之必要，以使被告能及早治癒，除日後可回歸社會正常生活外，即使於入監執行期間，對其自身或其他受刑人之安全亦可得確保。
	高等法院 高雄分院：判處有期徒刑一年，刑之執行前，監護處分四年。
	1. 被告與告訴人達成調解，賠償損害，告訴人於調解筆錄上表示同意宥恕被告，被告深受上開精神病症困擾已久、自陳大專畢業之智識程度、目前無業之經濟狀況、現與母親同住之生活情況等一切情狀，就此部分判處有期徒刑一年。 2. 本院審酌被告雖曾至醫療院所精神科就診，然被告病識感差、不規則服用抗精神病藥物，被告在缺乏適度治療之情況下，非無再犯之虞，為預防其未來因上開病情之影響而再犯類似之危險行為，宜接受持續規則之精神評估與治療，以達治療被告及社會防衛之效；再審酌被告因病識感不足，故難期待被告日後將規律接受治療，是應及早在被告病情未更進一步惡化前加以治療，故有宣告於刑前令入相當處所，施以監護4年之必要，以使被告能及早治癒，除日後可回歸社會正常生活外，即使於入監執行期間，對其自身或其他受刑人之安全亦可得確保。 3. 證人即門診醫師蔡景宏於本院證稱：「主要是被告對於疾病沒有清楚的覺察，被告的治療效果非常好，如果有治療的話，不管是門診或住院，狀況很容易就穩定下來，穩定下來後，一段時間被告可能會有其他的想法，例如服藥開始不規則，這會造成病情的影響，就沒辦法規律的到門診追查。」是縱令規律回診領藥，然因被告服藥之順從性不佳，會自行認定自行之病狀，何況是否就醫完全視被告之意願並無強制力，則難認無公共安全之虞，是不能認無監護處分之必要。
	最高法院：撤銷原判決，發回更審。
	1. 原判決就其所犯傷害致重傷罪，量處有期徒刑1年。然刑法第277條第2項後段傷害致重傷罪之法定本刑為「3年以上10年以下有期徒刑。」另依刑法第66條規定：「有期徒刑、拘役、罰金減輕者，減輕其刑至二分之一。但同時有免除其刑之規定者，其減輕得減至三分之二。」原判決對於上訴人所犯上述罪名，依

	刑法第 47 條第 1 項規定加重其刑後，再依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，且刑法第 19 條第 2 項並無免除其刑之規定，則經上揭加重及減輕後，若以月為最低單位，最輕似應量處有期徒刑 1 年 7 月，原判決並未說明是否有其他減刑事由，卻量處上訴人有期徒刑 1 年，顯低於上開罪名經加重及減輕後之最輕法定刑，究竟上訴人所犯上述罪名，是否有其他法定減刑事由？若否，何以量處低於上開罪名加重及減輕後之最輕法定刑？原判決對此項疑點未加以論述說明，本院自無從為原判決此部分適法與否之審斷，難謂無判決理由欠備之違法。
	高等法院 高雄分院：判處有期徒刑十個月，刑之執行前，監護處分四年。 - 告訴人依前之就醫評估結果，既尚難遽認已達於毀敗或嚴重減損一肢以上機能之重傷害程度，又因告訴人不欲再配合鑑定以致其現復原狀況不明，則依罪疑唯輕原則，自應為被告有利之認定，爰認告訴人本案所受之傷害，尚未達於重傷害之程度。 - 審酌被告罹患思覺失調症已久，其因該病症影響，主觀上認為中華電信長期監控且竊取其個人資料，因而至門市隨機傷害櫃臺人員之犯罪動機，有被告提出之向各單位陳情文件及前開精神鑑定書在卷，並酌以告訴人所受之傷害，雖尚未達重傷害之程度，然究非輕微，對告訴人造成生活及精神上之痛苦應屬甚鉅，再衡以被告犯罪手段，犯後坦承犯行及於原審表達對告訴人感到抱歉之犯後態度，及已於本院前審與告訴人達成調解、賠償損害，告訴人於調解筆錄上表示同意宥恕被告，暨其自陳之智識程度、生活狀況等一切情狀，就此部分傷害犯行，量處其有期徒刑 10 月。 - 被告無病識感，服藥順從性極差，多次因疾病影響而產生法律糾紛，有監護處分之必要。且應及早在被告病情未更進一步惡化前加以治療，故有宣告於刑前令入相當處所，施以監護之必要，以使被告能及早治癒，除日後可回歸社會正常生活外，即使於入監執行期間，對其自身或其他受刑人之安全亦可得確保，且該監護期間應以 4 年為適當，方足以確實保障社會安全，並有效改善被告病情。
判決結果	- 高雄地方法院第一審判處有期徒刑一年十月，刑之執行前，監護處分四年。 - 高等法院高雄分院第二審判處有期徒刑一年，刑之執行前，監護處分四年。

	3. 上訴最高法院，撤銷原判決，發回更審。 4. 高等法院高雄分院更一審，判處有期徒刑十個月，刑之執行前，監護處分四年。
備註	

七、110 年高雄妨害性自主案

案由：妨害性自主

事實：被告在高雄市「東方之玉」大樓 1 樓大廳，見 A 女自大廳外步入大廳內，竟基於強制猥褻之犯意，趨步上前對 A 女施以強制力，不顧 A 女之抵抗，強行環抱 A 女、親吻 A 女之臉部、肩部及頸部等處，期間並持續以下體頂撞 A 女之下體，以此方式對 A 女為猥褻行為。

重點：本案判決結果，監護處分於**刑之執行前**執行。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣高雄地方法院 108 年度 審侵訴字 第 15 號 判決	高雄市立凱旋 醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 限制責任能力 2. 不適用	1. 八個月 2. 一年	
臺灣高等法院 高雄分院 109 年度 侵上訴 字 第 31 號 判決	無	無	1. 限制責任能力 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 110 年度 台上 字 第 1544 號 判決	無	無	1. 限制責任能力 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	領有重度身心障礙證明，精神狀況長期欠佳。
鑑定意見	高雄市立凱旋醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 審酌被告過往病史、治療史、案發前後行止，認其行為時因精神障礙致其辨識行為違法或依其辨識而行為能力顯著減低，有刑法第 19 條第 2 項之情形。 2. 被告因思覺失調症對心理及生活造成影響，目前認知功能退化，有部分病識感，若未治療，將導致病情惡化及生活功能持續下降，建議持續於精神科規則治療及追蹤評估，避免症狀惡化可能及降低危險性，認有予監督保護並注意治療之必要。
法院見解	高雄地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處八個月有期徒刑，刑前監護處分一年。
	1. 被告行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，得依刑法第 19 條第 2 項，減輕其刑。 2. 被告因思覺失調症而致認知功能退化，有部分病識感，若未治療，將導致病情惡化及生活功能持續下降，並考量被告於本案隨機對告訴人為強制猥褻行為，為避免被告因病情影響而再犯危害他人安全，認有監督保護並注意治療之必要，依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項規定，併諭知被告於刑之執行前，令入相當處所，施以監護 1 年。
	高等法院高雄分院：上訴駁回。 1. 被告辯護人替被告辯稱被告當時應已達「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」，依刑法第 19 條第 1 項規定，應為無罪之諭知云云。然該大樓之保全對被告大喊：「快放手，不可以這樣。」，然後被告就趕緊放手後回到他原本的位置，足見被告當時尚能辨識其行為違法，自尚未達「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」之程度。

	2. 被告上訴意旨，以其當時精神狀態已達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，請求為無罪之諭知，並指摘原判決不當，為無理由，予以駁回。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴違背法律上程式，予以駁回。
判決結果	1. 高雄地方法院第一審判決有期徒刑八個月，刑前監護一年。 2. 上訴高等法院高雄分院予以駁回。 3. 上訴最高法院予以駁回，全案定讞。
備註	

八、110 年屏東妨害性自主案

案由：妨害性自主等罪

事實：被告對未滿 14 歲男子強制猥褻共計 8 次。

重點：鑑定機關認有刑法第 59 條適用。

簡表格式

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣屏東地方法院 108 年度 侵訴字 第 26 號判決	迦樂醫療財團法人 迦樂醫院	1. 無法得知 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	無法得知	判決不公開
高等法院高雄分院 109 年度侵上訴字 第 105 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 一年六月 2. 無法得知	判決不公開
最高法院 110 年度台上字 第 4447 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無法得知
鑑定意見	迦樂醫療財團法人迦樂醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	被告於行為當時辨識行為違法，或依其辨識而行為之能力確實已達顯著降低之程度外，尚可認伊係因家庭、學校等成長環境不良，致身心狀況有所偏差，年輕識淺又罹心智疾病，一時衝動無法自我控制，深受身心疾病所困，始有本案之病態行為，並非惡性重大之人，確有犯罪情狀堪以憫恕之情形，應有刑法第 59 條酌減其刑規定之適用。
法院見解	屏東地方法院：判決不公開
	高等法院高雄分院：判處有期徒刑一年六個月，監護處分無法得知。
	最高法院：上訴駁回
	1. 原判決尚無足以影響其判決結果之違背法令情形存在。 2. 原判決已說明：上訴人本件所犯對未滿 14 歲男子犯強制猥褻罪之法定刑為 3 年以上 10 年以下有期徒刑，經依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑後，法定最低度刑僅為有期徒刑 1 年 6 月，已無情輕法重之情形；再衡諸上訴人本件犯行對年幼被害人等之身心健康造成嚴重之傷害，其犯罪情狀在客觀上並無何可憫恕之處，且事後亦未與被害人等達成和解或賠償其等所受損害，核與刑法第 59 條酌減其刑之規定不符，已就上訴人何以無上開酌減其刑規定適用之理由詳為說明，核無違法，應併予駁回。
判決結果	1. 屏東地方法院，第一審判決不公開。 2. 高等法院高雄分院第二審判處有期徒刑一年六個月，監護處分無法得知。 3. 上訴最高法院，予以駁回。
備註	

九、110 年台南傷害案

案由：傷害

事實：被告行經臺南市時，竟基於傷害他人身體之犯意，拉扯未滿 12 歲之被害人頭髮，並以手指戳其額頭，致被害人受有右頭部挫傷之傷害。

重點：被告並無精神病並使，案發後經鑑定為思覺失調症。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣臺南地方法院 108 年度訴字 第 919 號判決	衛生福利部嘉南療 養院	1. 思覺失調症 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	3. 無罪 4. 三年	判決未公開
高等法院臺南分院 109 年度上訴字 第 365 號判決	無	無	無	上訴駁回	
最高法院 110 年度台上字 第 59 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	1. 被告於本案發生前，未曾因精神疾病至醫療院所就診，亦未覺察自身有何精神狀況不佳之情形。 2. 被告於本案發生後翌日經警方陪同帶往國立成功大學醫學院附設醫院急診就診，經診斷其當時想法具有妄想內容並因此伴隨行為反應，再於同日上午經轉診至衛生福利部嘉南療養院，經診斷被告疑似為被害妄想及怪異妄想之情形。
鑑定意見	衛生福利部嘉南療養院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力喪失。 1. 被告患有思覺失調症，被告自約 30 歲起，雖未因精神疾病就醫，但其職業功能、人際關係似已開始不佳，直到 52 歲左右，有明確精神病症狀，持續約 4 年，未就醫，逐漸惡化。 2. 本案發生後，立即送醫，據成大醫院病歷記載，被告有明確被害妄想，於強制住院中仍有此狀況，整個疾病過程超過 6 個月，故其屬「思覺失調症」。思覺失調症患者，常見之症狀為「妄想」與「幻覺」。 3. 被告為本案行為時，在「被害妄想」之影響下，使得被告依其辨識而行為之能力已達喪失
法院見解	臺灣臺南地方法院：判決被告符合刑法第十九條第一項不罰，監護處分三年。 1. 本案行為時，因被害人靠近自己，被告看到手機加上小孩在哭，感應到遭攻擊，要救小孩，自己也被電到。直到鑑定時，被告仍堅信其遭被害人電到。此種深信遭人或其他外力在暗中監視自己，設計要害自己，或想傷害自己之想法，為「被害妄想」，被告因其「被害妄想」而有相應之不適當行為，為典型之受精神症狀影響的表現，其為本案行為時，受「被害妄想」直接影響，已喪失控制其衝動之能力。 2. 本院參酌被告就醫狀況，因本件事發經過及送醫治療之過程，所罹患之「思覺失調症」對其心智及行動控制力之影響，暨上開鑑定結果及原審審理中被告言談、行為舉止等情，可認定被告於本案事發時，確因患有思覺失調症，且在「被害妄想」之影響下，致不能辨識其行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力甚明。是依前揭刑法第 19 條第 1 項規定，其行為不罰。 3. 被告過去病史、家庭支持系統不佳，以及缺乏病識感，鑑定時已對口服藥物產生質疑，後續有極高之機會

	拒服藥，而被告鑑定時仍有殘餘「被害妄想」，若不服藥，「被害妄想」必定加劇；且被告已有認知功能退化，當「被害妄想」等症狀加劇時，缺乏應對技巧；再加上被告「被害妄想」對象，以幼童為主，而幼童欠缺自我保護能力，無法躲避被告之攻擊行為而有受傷之可能。換言之，被告因仍有殘餘「被害妄想」、認知功能部分退化，以及欠缺病識感、缺乏家人可督促服藥之情形下，以目前門診追蹤模式，仍有高再犯風險。故就現今精神醫療角度，建議被告除應負之刑責外，在刑後、刑之赦免、假釋、緩刑或緩起訴後，予以監護處分3年。 高等法院臺南分院：上訴駁回。 1. 原審認被告行為不罰，而為被告無罪之判決，並說明被告有必要於精神科專業醫院或其他醫療團體內，接受適當之監督、保護及治療，以達個人矯正治療及社會防衛之效，令被告入相當處所，施以監護3年。本院經核其認事用法，並無違誤，應予維持。是其上訴並無理由，應予駁回。 最高法院：上訴駁回。 1. 上訴人於行為時，因罹患思覺失調症，且在「被害妄想」之影響下，以致不能辨識其行為違法及欠缺依其辨識而行為之能力，依法應為無罪之諭知，並綜合精神鑑定報告書所載、上訴人之行為、精神狀況、本案犯行之嚴重性、危險性及對未來之期待性等情，暨考量上訴人無病識感、其家庭支持系統不佳，以上訴人再犯可能性高，一旦再為相類犯行，將嚴重危害公共安全，為防衛社會之安全，俾使其持續接受適當之治療預防再犯，因認第一審宣告上訴人令入相當處所施以監護3年為適當而予以維持等旨。
判決結果	1. 臺灣臺南地方法院第一審，判決被告符合刑法第十九條第一項不罰，監護處分三年。 2. 上訴高等法院台南分院，予以駁回。 3. 上訴最高法院，予以駁回。
備註	

十、110 年台中弑父案

案由：家暴殺人等罪

事實：被告孫男因罹患器質性精神病，使用酒精後幻覺症狀加劇，於民國 108 年 7 月 26 日，飲酒後前往其父親孫父居所，與孫父在 3 樓雜物間發生爭執，孫男竟痛下殺手，毆打孫父致死，並致來勸架的外婆胡婦顏面受輕傷。

重點：

1. 檢察官上訴高等法院理由為，被告為本件犯行，縱有依辨識而行為之能力顯著減低之情形，亦屬被告案發前先飲酒而自陷降低辨識能力或降低依辨識能力行為之狀態，要屬刑法第 19 條第 3 項之原因自由行為，原審未予詳查。
2. 鑑定單位台中榮民總醫院認為，被告在未飲酒時仍有殘存之精神病性症狀，故被告是否於行為前飲酒並非認定標準。
3. 高等法院、最高法院皆認定被告於行為前並未飲酒，無刑法第 19 條第 3 項適用，駁回上訴。

裁判字號	鑑定機關或 鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣臺中地方法院 108 年度 重訴 字 第 2194 號 判決	臺中榮民總 醫院	1.器質性精神病 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用	1.無期徒刑/褫奪公權 終身 2.監護處分三年	
臺灣高等法院 臺中分院 109 年度 上重訴 字 第 1 號 判決	無	無	1.限制責任能力 2.不適用	上訴駁回	
最高法院 110 年度 台上 字 第 2446 號 判決	無	無	1.限制責任能力 2.不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	1. 被告前因精神方面疾病至臺中榮民總醫院、維新醫院、敦仁醫院就醫。 2. 因有重度心智功能障礙而領有重度身心障礙證明。
鑑定意見	台中榮民總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告過去曾有酒精濫用史，且有多次精神科就醫紀錄，診斷為器質性精神病，在未飲酒時仍有殘存之精神病性症狀，而飲酒後曾出現精神病性症狀加劇之情形。 2. 綜合判斷孫員於本案犯罪「行為時」有酒精使用後，幻覺症狀加劇、衝動控制下降之情形，確有因器質性精神病之精神障礙，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低之情形，但根據孫員在事發經過當中的舉動，對於外界事物並非全然缺乏知覺理會及判斷作用，並未達到不能辨識其行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力之情形等情
法院見解	一、台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分三年。 本院審酌鑑定機關已考量被告之個人史、生活史、疾病史、犯案過程、目前身體狀況、精神狀態檢查及心理測驗結果等為綜合研判，且被告確實有因精神疾病就醫及因此領有重度身心障礙證明等情觀之。 本院認被告於本案行為時，確有因器質性精神病之精神障礙，致其依辨識而行為之能力顯著減低之情形，爰均依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分三年。 二、高等法院台中分院：駁回上訴。 被告行為時精神狀態雖未達到不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之程度，惟其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已因前揭精神障礙而顯著降低，並無原因自由行為適用之情形，業經本院論述如前。而原審依刑法第 57 條規定，詳予審酌被告犯罪之動機、手段、與被害人關係、所生損害、檢察官具體求刑及犯後態度，如上所述，核無不合。其為被告刑期之量定，既未逾越法定刑度，且符合罪刑相當原則，並無失輕重情

	形，乃原審職權之適法行使。是檢察官此部分之上訴，並無理由，應予駁回。
	三、最高法院：駁回上訴。
	原判決並無違背法令事由，故駁回被告上訴。
判決結果	1. 台中地方法院判決無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分三年。 2. 上訴高等法院台中分院予以駁回。 3. 上訴最高法院予以駁回，全案定讞。
備註	

十一、110 年台中牙醫案

案由：殺人等罪

事實：被告賴男罹患思覺失調症。賴男因和其胞妹賴女長期不睦，於 107 年 5 月 24 日持刀前往賴女工作之牙醫診所，尋找其胞妹無果，憤而砍殺牙醫診所內其他三名工作人員，致羅女輕傷；翁女重傷；王男身亡。

重點：一、二鑑定機關（衛生福利部草屯療養院、臺中榮民總醫院）之鑑定意見不同。

1. 衛生福利部草屯療養認為：

- a. 被告為思覺失調症之個案，且過去未規則接受精神科治療，長年以來妄想持續存在，現實感不佳，對人事物之間的關聯性易產生扭曲的解讀，有困難區分現實與妄想並據此行動的傾向，認為被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
- b. 被告病識感薄弱，精神症狀固著，缺乏彈性思考能力，對於症狀因應能力有限，且病識感有限。故評估被告再犯風險高，建議規則精神科治療。鑑定認為被告有再犯或危害公共安全之虞及有施以監護處分之必要。

2. 台中榮民總醫院

- a. 被告在犯案行為當時可以清楚認知其殺人前準備折疊刀、停車、詢問一樓管理員，到診所之後詢問櫃台工作人員，佯稱交付東西，繼而伺機砍殺被害人等，清楚顯示被告犯案行為當時，可以理解殺人行為之違法本質，以及行為的後果等。
- b. 被告在犯案行為當時，並無因為精神疾病的影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力，控制能力顯著減低之情形。

二、最高法院認為，高等法院二審判決未充分說明不採台中榮總鑑定意見的理由，乃發回更審。

臺中榮民總醫院鑑定報告指出被告殺人「動機」與其思覺失調症無關，反而是其容易情緒失控的人格特質，才是影響

其作成殺人決定之原因。原判決不予採取，卻未具體說明臺中榮民總醫院之鑑定意見，何以不能為精神醫學專業領域所普遍接受或如何不具有醫學合理性之理由，非但事實仍未明瞭，並有理由欠備之違法，因此撤銷原判決，發回更審。

三、高等法院更一審判決與第一、二審判決認定不同。

1. 地方法院第一審和高等法院第二審判決皆認定被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低，符合刑法第 19 條第二項，判處無期徒刑，監護處分 5 年。
2. 高等法院更一審採納台中榮民總醫院鑑定報告，認定被告行為時並無因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低，不符合刑法第 19 條第二項。但就其犯後態度，認定尚有教化可能，判處無期徒刑。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 107 年度 重訴 字 第 1745 號 判決	衛生福利部草屯 療養院書面鑑定 報告	1.思覺失調症 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用 採草屯療養院鑑定報告	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.監護處分五年	
臺灣高等法院 臺中分院 108 年度 矚上重訴 字 第 4 號 判決	1.臺中榮民總醫 院書面鑑定報告 2.函詢臺中榮民 總醫院	1.思覺失調症 2.未喪失 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用 採草屯療養院鑑定報告 不採台中榮總鑑定報告	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.監護處分五年	鑑定 意見 不同
	傳喚草屯療養院 鑑定人出庭	1.思覺失調症 2.減低 3.不適用			
最高法院 109 年度 台上 字 第 2925 號 判決	無	無	認為高等法院不採台中 榮民總醫院鑑定報告未 具充分理由	發回更審	
臺灣高等法院 臺中分院 109 年度 矚上重更一 字 第 4 號 判決	傳喚台中榮民總 醫院鑑定人出庭	1.思覺失調症 2.未喪失 3.不適用	1.完全責任能力 2.不適用 採台中榮總鑑定報告	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.無	
最高法院 110 年度 台上 字 第 4955 號判決	無	無	上訴駁回	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.無	全案 定讞

案例分析：

被告病史	1. 被告自 93 年間起至 103 年間止，因精神分裂症（思覺失調症）前往醫院就診。 2. 被告於 102 年 5 月 23 日，曾因情感性精神分裂症（思覺失調症），經檢定為第 1 類心智功能中度障礙，復於 103 年 5 月 23 日，亦因精神分裂症（思覺失調症），經檢定為第 1 類心智功能輕度障礙（嗣因其未依規定辦理重新鑑定，於 104 年 8 月 1 日被註銷）。 3. 被告因自認不願受藥物控制，即自行停藥未接受精神治療。 4. 被告確有精神疾病病史，且於其為本案犯行前，其已自行暫停至醫療院所接受治療。
鑑定意見	一、衛生福利部草屯療養院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	1. 鑑定期間，被告雖有殘餘妄想，對詢問的問題仍可切題回應，語言理解能力、表達能力未有重大缺損。 2. 被告之精神科診斷為：思覺失調症。 3. 被告為思覺失調症之個案，過去未規則接受精神科治療，長年以來妄想持續存在，有困難區分現實與妄想並據此行動的傾向。 4. 被告病識感薄弱，精神症狀固著，對於症狀因應能力有限。評估被告再犯風險高，建議規則精神科治療，降低再犯可能。 5. 綜合以上評估結果，本院認為被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。鑑定認為被告有再犯或危害公共安全之虞及有施以監護處分之必要。
	二、台中榮民總醫院：被告在犯案行為當時，並無因為精神疾病的影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力，控制能力顯著減低之情形。

	1. 被告在犯案行為當時可以清楚認知其殺人前準備折疊刀、停車、詢問一樓管理員，到診所之後詢問櫃台工作人員，佯稱交付東西，繼而伺機砍殺被害人等，以及後續與警方對峙等過程，清楚顯示被告犯案行為當時，可以理解殺人行為之違法本質，砍殺脖子是人的要害，以及行為的後果等。 2. 此次司法精神鑑定會談與心理衡鑑結果顯示：「被告在陳述此案的歷程，並未受到被告幻聽、妄想的直接影響，另由被告入際行為量表來看，被告是依賴與消極性攻擊的態度面對環境，一般而言，對於人際互動是採疏離方式面對，但因消極的態度而會持續累積負向的情緒，也因此容易因無法承受本身內在負向的情緒出現失控的行為」被告的犯案行為大致與其人格特質相符合，並無顯著受到精神疾病症狀的影響。 3. 被告在犯案行為當時，並無因為精神疾病的影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力，控制能力顯著減低之情形。
法院見解	一、台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年。
	1. 被告行為時辨識其行為違法之能力及依其辨識而行為之能力，均因受其精神障礙影響而顯著減低，基於罪責相當原則，應依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，而刑法第 271 條第 1 項殺人罪之法定刑，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕後之法定刑上限為無期徒刑，不得量處死刑乙節，定其應執行刑為無期徒刑，褫奪公權終身。 2. 被告本案所為之殺人既遂、殺人未遂及預備殺人犯行，對於他人之生命具有高度危險性，且依衛生福利部草屯療養院對於被告實施鑑定結果，認被告對於症狀因應能力有限，且病識感有限，故認被告再犯風險高，建議規則精神科治療，因而認為被告有再犯或危害公共安全之虞及有施以監護處分之必要，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定宣告監護處分五年。
	二、高等法院 台中分院：和地方法院認定一致，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年。

	1. 被告行為時辨識其行為違法之能力及依其辨識而行為之能力，均因受其精神障礙影響而顯著減低，基於罪責相當原則，應依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，而刑法第 271 條第 1 項殺人罪之法定刑，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕後之法定刑上限為無期徒刑，依法不得量處死刑乙節，定其應執行刑為無期徒刑，褫奪公權終身。 2. 被告本案所為之殺人既遂、殺人未遂及預備殺人犯行，對於他人之生命具有高度危險性，且依衛生福利部草屯療養院對於被告實施鑑定結果，被告再犯風險高，建議規則精神科治療，因而認為被告有再犯或危害公共安全之虞及有施以監護處分之必要，宣告監護處分五年。
	三、最高法院：原判決不予以採納台中榮總鑑定結果，未有充分具體理由，違背法令，撤銷原判決發回更審。
	1. 比較草屯療養院與臺中榮民總醫院之鑑定意見，關於被告犯罪之動機，前者認為其對胞妹不滿或憤怒的原因，與其憤怒之程度，與現實不符，已合於思覺失調症之妄想徵候。後者卻認為，被告對其胞妹或診所人員之不滿，前後陳述一致，與其妄想之精神症狀無關；其因憤怒情緒失控而殺人，係其人格特質所致，並未受思覺失調症之影響。 2. 臺中榮民總醫院作成與草屯療養院意見相反之鑑定結論，並直指被告殺人「動機」與其思覺失調症無關。原判決不予採取，未具體說明，何以不能為精神醫學專業領域所普遍接受或 如何不具有醫學合理性之理由，非但事實仍未明瞭，並有理由欠備之違法。 3. 檢察官及被告之上訴意旨指摘原判決違法或不當，非無理由，但原判決上述之違背法令，影響於事實之確定及法律之適用，本院無可據以為裁判，應將原判決關於被告之罪部分撤銷，發回原審法院更為審判。
	四、高等法院 台中分院更一審：被告行為時並無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，或有何顯著減低之情事，不符合刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之規定。被告犯後態度良好，並非不可教化，判處無期徒刑，褫奪公權終身。
	1. 本案被告行為時之精神、意識狀態既具有一般人辨別事理及控制行為之能力，並未因精神疾病致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無受此影響而就辨識行為違法性、依其辨識而行為之能力有顯著減低之情

	形，自應負完全之刑事責任，無刑法第 19 條第 1 項不罰或第 2 項減輕其刑之適用餘地。 2. 公民與政治權利國際公約第 6 條第 1 項明定：「人人皆有天賦之生存權。此種權利應受法律保障。任何人之生命不得無理剝奪。」同條第 2 項亦規定：「凡未廢除死刑之國家，非犯罪情節最重大之罪，且依照犯罪時有效並與本公約規定及防止及懲治人群公約不牴觸之法律，不得科處死刑。」本件被告之兇殘手段，於短短數分鐘內，接連持刀刺殺三人，依其犯罪手段之殘暴性及行為結果之嚴重危害性，固該當於公政公約第 6 條第 2 項所定之「情節最重大之罪」。 3. 審酌被告素行及先前工作、生活狀況，並非慣於使用暴力之人，於看守所羈押時，書寫自白書向被害人家屬道歉及抄寫經文迴向被害人，雖仍無法弭平被害人家屬內心深刻之傷痛，惟並非毫無悔悟之心。 4. 被告本案殺人犯行動機，係根源於受思覺失調症之妄想病症影響，被告屬身心障礙者權利公約所指之身心障礙者，犯案時雖未因其自身之精神疾患所生之妄想導致責任能力有所欠缺或降低，惟其行為時之精神障礙既與本案犯罪動機之產生具關聯性。 5. 被告行為後羈押至今 3 年，生活作息可以跟著所內規範，並無違規事件，持續就中國醫藥大學附設醫院診斷之妄想型知覺失調症就醫治療，經醫生簽註其情緒平穩，可認被告能於矯正機構內維持正常之社會互動，所罹患之思覺失調症，若能經專業醫學妥善治療、輔導，輔以監禁期間之正向、支持性心理輔導、社會互動等，尚非全無矯正、改善可能性，定其應執行刑為無期徒刑。 6. 被告行為時並無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，或有何顯著減低之情事，不符合刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之規定，本案自無從依刑法第 87 條之規定施以監護處分。
	五、上訴最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。
	1. 本件檢察官及被告上訴意旨，均非依據卷內訴訟資料具體指摘原判決不適用何種法則或如何適用不當，徒就原審採證認事及量刑職權之適法行使，暨原判決已明確論斷說明之事項，徒以片面之說詞，任意指摘，顯與法律規定得為第三審上訴理由之違法情形不相適合。 2. 其等上訴均為違背法律上之程式，應併予駁回，全案定讞。

判決結果	1. 台中地方法院第一審判決無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年。 2. 高等法院台中分院第二審判決無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年。 3. 上訴最高法院撤銷原判決，發回更審。 4. 高等法院台中分院更一審判決無期徒刑，褫奪公權終身。 5. 上訴最高法院均予以駁回，全案定讞。
備註	

十二、110 年士林殺妻案

案由：家暴殺人

事實：被告甲與己係夫妻，甲患有 **重度憂鬱症、酒精使用障礙症**，並曾與己互毆互提傷害告訴。甲於 105 年 11 月 15 日與己共同飲酒後復有衝突，甲基於殺人之犯意，持水果刀朝己頸部及身體猛力切割，致己死亡。

重點：

一、地方法院第一審與高等法院第二審對刑法第 19 條第 3 項 **原因自由行為的認定有不同**。

1. 地方法院認為被告之前雖有酒後與人爭吵之紀錄，惟僅止於口角、互毆，尚難證明被告早已知悉其於酒後情緒可能嚴重失控至產生殺人犯意，自 **無原因自由行為之適用**。
2. 高等法院認為被告自承於案發當日飲酒之始，係在自由意志狀況自行飲酒，且過去曾多次在飲酒後與人衝突，足見被告於案發當日與被害人共同飲酒之前，應能預見其於飲酒後，可能與被害人發生口角爭執，進而攻擊被害人之事實發生，堪認被告於酒後縱受酒精之影響，致其不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，顯係被告過失自行招致，被告於此精神障礙之狀態下，持刀殺害被害人，**有原因自由行為適用**。

二、鑑定機關國防醫學院三軍總醫院鑑定被告責任能力有 **三種可能性**

1. 若被告於事發前確曾飲酒，且於飲酒後造成衝動控制困難，且事後因酒精「黑矇作用（blackout）」而不復記憶，則係致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有所減退。
2. 若被告於事發前確曾飲酒，但其之失憶狀態係因目睹妻子死亡而造成之創傷後壓力症候群，導致其對於案發過程不復記憶，而非酒精中毒所造成，事發後無論有無創傷後壓力症候群造成之失憶，與事發當時有無辨識能力，均無明顯因果關係。
3. 被告雖長期罹患重度憂鬱症及酒精使用障礙症，惟綜觀其就醫紀錄，未曾觀察到其有喪失現實感之狀況，於案發前後期間亦未有醫療紀錄證明其處於躁症或精神病狀態等嚴重精神疾病發作等情。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣士林地方法院 106 年度 重訴 字 第 3 號 判決	國防醫學院三 軍總醫院	1. 酒精使用障礙症、 重度憂鬱症 2. 有二可能： 減低/未喪失 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1.有期徒刑 8 年 2.監護處分 3 年	
臺灣高等法院 106 年度 上訴 字 第 2351 號 判決	無	無	1. 減低 2. 適用	有期徒刑十四年	撤銷原判決
最高法院 107 年度 台上 字 第 1231 號判決	無	無	無	發回更審	無公開
臺灣高等法院 107 年度 上更一 字 第 50 號 判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 110 年度台非字 第 244 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1.有期徒刑 7 年 6 月 2.監護處分 3 年	原判決即第一審判 決均撤銷

案件分析

被告病史	1. 被告長期罹患重度憂鬱症及酒精使用障礙症 2. 被告於酒後曾有情緒及行為失控、與人爭吵互毆之狀況，且其有酗酒習慣，亦有多疑敏感、被害感之症狀
鑑定意見	國防醫學院三軍總醫院：認被告有三種不同情形之可能。 被告之責任能力有以下不同之可能： 1. 若被告於事發前確曾飲酒，且於飲酒後造成衝動控制困難，且事後因酒精「黑矇作用（blackout）」而不復記憶，則係致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有所減退。 2. 若被告於事發前確曾飲酒，但其之失憶狀態係因目睹妻子死亡而造成之創傷後壓力症候群，導致其對於案發過程不復記憶，而非酒精中毒所造成，事發後無論有無創傷後壓力症候群造成之失憶，與事發當時有無辨識能力，均無明顯因果關係。 3. 又被告雖長期罹患重度憂鬱症及酒精使用障礙症，惟綜觀其就醫紀錄，未曾觀察到其有喪失現實感之狀況，於案發前後期間亦未有醫療紀錄證明其處於躁症或精神病狀態等嚴重精神疾病發作等情。
法院見解	一、士林地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處八年有期徒刑，監護處分三年。 1. 被告雖曾辯稱其對事發經過均不清楚，惟其於本院更審聲押庭訊問中均曾自白犯行，顯非對案發經過全無記憶，是其情形應非屬鑑定結果 2. 所述因目睹妻子死亡而造成創傷後壓力症候群導致失憶之情形。 2. 本件參前述被告與被害人於事發前確有飲酒情況、被告於酒後易情緒失控而與被害人發生衝突等節，認被告乃如上述鑑定結果 1. 所述，於飲酒後造成衝動控制困難，且因酒精「黑矇作用（blackout）」而不復記憶，應認其於行為當時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有所減退，又觀諸其於案發後對於本件行為過程部分情節仍有記憶而可加以敘述，可見其行為時尚未達到完全不能辨識其行為違法或完全欠缺依其辨識而行為之能力，而僅屬辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有所減損。 3. 被告之前雖有酒後與人爭吵之紀錄，惟僅止於口角、互毆，尚難證明被告早已知悉其於酒後情緒可能嚴重

	失控至產生殺人犯意，自無原因自由行為之適用，是認被告於案發當時符合刑法第 19 條第 2 項所定之情形，乃依前揭規定減輕其刑。 4. 依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處八年有期徒刑，監護處分三年。
	二、高等法院：依刑法第 19 條第 3 項之規定，不適用同條第 2 項得減輕其刑規定，判處有期徒刑 14 年。
	1. 依精神鑑定報告結果，認被告於本件事發前確曾飲酒，且於飲酒後造成衝動控制困難，且事後因酒精「黑矇作用」而不復記憶，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有所減退。 2. 雖無證據證明被告於案發當日飲酒之前有殺人犯罪之故意；惟衡諸被告自承於案發當日飲酒之始，係在自由意志狀況自行飲酒，且過去曾多次在飲酒後與人衝突，足見被告於案發當日與被害人共同飲酒之前，應能預見其於飲酒後，可能與被害人發生口角爭執，進而攻擊被害人之事實發生，堪認被告於酒後縱受酒精之影響，致其不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，顯係被告過失自行招致，被告於此精神障礙之狀態下，持刀殺害被害人，依刑法第 19 條第 3 項之規定，自無適用同條第 1 項不罰規定及同條第 2 項得減輕其刑規定之餘地。 3. 被告不符刑法第 19 條第 2 項減刑事由，原審諭知前開監護處分，即屬無據。本院將原判決撤銷，另為適法之判決。 4. 依刑法第 19 條第 3 項規定，不適用同條第 2 項得減輕其刑規定，故判處有期徒刑 14 年。
	三、高等法院更一審：上訴駁回
	1. 被告因受酒精黑矇作用影響，於案發時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有所減退，本院考量監護處分目的兼顧社會防衛意旨，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年。 2. 無證據證明被告於當日晚間飲酒前即有持刀殺害被害人之故意或預見可能，不適用原因自由行為。

	四、最高法院：原判決及第一審判決均撤銷。處有期徒刑 7 年 6 月，監護處分 3 年。
	1. 被告於 107 年 5 月 30 日與告訴人達成和解，而該項和解情狀，屬刑法第 57 條規定科刑時所應審酌之犯罪後態度等事項，乃原審駁回被告及檢察官在第二審之上訴時，就所應審酌上開和解並賠償損害之情形，未於判決理由內加以說明，已有判決理由不備之違法，故將原判決及第一審判決均撤銷。 2. 處有期徒刑 7 年 6 月，並應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年。
判決結果	一、 士林地方法院第一審判處八年有期徒刑，監護處分三年。 二、 高等法院第二審判處有期徒刑 14 年。 三、 最高法院發回更審。 四、 高等法院更一審駁回上訴。 五、 最高法院撤銷原判決及第一審判決，判處有期徒刑 7 年 6 月，監護處分 3 年。
備註	本案尚未確定

十三、109 年橋頭誣告案

案由：誣告

事實：被告基於誣告之犯意，於 103 年先以自動櫃員機無摺存款之方式，將 500 元存入被害人所申辦之中國信託商業銀行帳戶內後，旋即前往派出所報案，並對被害人提出詐欺之告訴。

重點：

1. 本案就刑法第 19 條認定，以及監護處分必要性，各審法院認定一致。
2. 本案囑託精神鑑定機關並未就再犯風險進行鑑定。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣橋頭地方法院 107 年度訴字 第 55 號判決	國軍高雄總醫院左 營分院	1. 思覺失調症 2. 降低 3. 不適用	1. 降低 2. 不適用	1. 8 個月 2. 監護一年	
高等法院 高雄分院 107 年度上訴字 第 1381 號判決	無	無	1. 降低 2. 不適用	撤銷部分判決 諭知無罪 其餘部分駁回	撤銷判決理由為罪 證不足。
最高法院 109 年度台上字 第 414 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告前於 98 年間即因精神分裂症經鑑定為「精神耗弱」，而由法院宣告為禁治產人，且本案實施精神鑑定結果亦認其現時經診斷罹有思覺失調症，又其前於 101 年間所涉竊盜案件中，亦經承審法院於判決中援用臺北榮民總醫院鑑定報告認定被告於該案案發時因妄想型精神分裂症致影響其判斷能力。
鑑定意見	國軍高雄總醫院左營分院：被告行為時精神障礙狀態有致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低。 被告過往有思覺失調症之診斷，領有中度身心障礙手冊，據其與母親陳述先前在監期間被告曾多次發生因懷疑舍友而起爭執或更換舍房情事；其精神狀態檢查結果意識清醒，情緒易焦慮煩躁不安，注意力無法集中且持續力不佳，有時出現自言自語、答非所問現象，思考連結鬆散，有關係及被害妄想，有聽幻覺且缺乏病識感；心裡衡鑑報告部分測得智能屬於智力缺陷程度，整體上在抽象思考推理表現均在缺損範圍；故認定其目前整體執行功能不佳，品質僵硬缺乏彈性，顯示執行功能目前仍受到精神症狀之影響，評估其精神障礙狀態應僅有致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低。
法院見解	橋頭地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 8 個月，監護處分一年。 1. 本院審酌前揭鑑定報告書係綜參被告個人生活史、過去（精神）疾病史、既往犯罪史等歷史經驗，暨精神狀態檢查、心理衡鑑等精神專業指標所測得之結果，由專業精神科醫師所為之判斷，且鑑定內容亦無顯然矛盾之處，則該報告書就被告現況之鑑定結論應堪為本案所採。 2. 被告因精神障礙致依其辨識而行為之能力（即控制能力）顯著降低，然尚未達完全欠缺之程度，故依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 8 個月。 3. 本院審酌本案送請國軍高雄總醫院左營分院實施鑑定時，雖未針對有無施以監護處分必要一節併請該院為鑑定，然如前所述其於本件案發前即有詐欺、偽造文書、毀棄損壞、妨害名譽等經法院論罪科刑之前案紀錄，依被告控制能力顯屬薄弱之情狀以觀確有再犯同類型犯罪之可能；認有對其施以監護保安處分之必要，爰依上開意旨於各罪之罪刑後均諭知令入相當處所施以監護 1 年。 高等法院 高雄分院：撤銷部分判決，諭知無罪，其餘部分上訴駁回。

	部分改判理由為犯罪事實罪證不足，和辨識行為違法或依其辨識而行為之能力認定無關。
	最高法院：上訴駁回。
	1. 原判決已敘明本件經第一審囑託國軍高雄總醫院為精神鑑定結果，認上訴人其目前整體執行功能不佳，品質僵硬缺乏彈性，顯示執行功能仍受到精神症狀之影響，評估上訴人其精神障礙狀態應有致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低情形，乃依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 2. 上開鑑定雖未針對上訴人有無施以監護處分必要併為鑑定，然上訴人於本件案發前即有詐欺、偽造文書、毀棄損壞、妨害名譽等前案紀錄，有相當理由足認倘其日後再與他人發生糾紛，確有再犯同類型犯罪之可能；加以其於案發前即有一再執意打電話報案謊稱火災或事故使警消出動之脫序舉措，足認其行為可能危及社會資源之妥適分配及公共安全之維護；另審諸前揭鑑定報告書亦記載上訴人有病識感不佳之情狀，加以其於精神鑑定時亦係由母親陪同前往，然顯無有效方式可督促其規律接受治療，為預防其再犯而危害社會安全秩序，認對其施以監護保安處分之必要。乃依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項前段規定，諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年，以保障社會之安全，其所適用之法制，並無不當。 3. 上訴人之上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 橋頭地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 8 個月，監護處分一年。 2. 高等法院 高雄分院：撤銷部分判決，諭知無罪，其餘部分上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

十四、109 年臺北偽造文書案

案由：偽造文書、傷害

事實：基於偽造私文書、行使偽造私文書之犯意，未經告訴人甲之同意，偽簽署名並行使權利。後又持雨傘毆打告訴人乙。

重點：

本案審理時，因有相近時間發生之案件，相同法院已送鑑定，故採該鑑定結果，並未再就此案進行精神鑑定。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺北地方法院 104 年度訴字 第 608 號判決	迦樂醫院（相近時間之另案送鑑定）	1. 思覺失調症 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 監護 1 年	
臺灣高等法院 107 年度上訴字 第 3901 號	無	無	1. 喪失 2. 不適用	上訴駁回	判決未公開
最高法院 109 年度台上字 第 491 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	1. 被告於4年多前開始出現精神症狀，包括：被害妄想及誇大妄想，自言自語，在外遊蕩，干擾社區安寧，情緒激躁，常對父母口頭暴力，無理取鬧；因被害妄想，情緒激躁起伏，毫無病識感且不配合治療，有迦樂醫院病歷資料可佐。 2. 被告於103年至高雄市立凱旋醫院急診初診，診斷為未明示之思覺失調症。 3. 被告於105年至臺北市立聯合醫院松德院區就醫治療，被告持續有系統性妄想，診斷疑為思覺失調症。
鑑定意見	迦樂醫院（相近另案）：診斷被告為思覺失調症。 綜合其家族史及個人生活史，被告無腦部損傷，中等智能，認知執行功能正常，但具自戀性人格特質；被告的現實感不佳，容易產生錯誤判斷與解釋，思考較為奇怪或混亂，出現較不尋常、甚至不適當行為的可能性高，檢查被告之精神狀態，據以診斷被告為思覺失調症，有被害妄想與關係妄想之精神病症狀，對於周遭人事物有自己的邏輯來解讀發生的因果關係，但不符合常理，也曾因此多次住院且被強制住院兩次；被告雖無腦部功能損傷，智能中等，認知執行功能正常，但精神病症狀會影響被告對事實的詮釋而會對他人干擾、攻擊或司法告訴的行為。
法院見解	臺北地方法院：依刑法第19條第一項無罪，監護一年。 1. 本院審酌上開鑑定報告，係參酌被告之家族史及個人生活史，再佐以被告就診醫院病歷所載，已可認定被告於公訴意旨所載本案各該犯行期間，確因自身患有思覺失調症之精神障礙，持續呈現脫離現實之認知判斷，致無法辨識其行為錯誤或違法，肇致違犯本案公訴意旨所指各該犯行。本案對被告施以刑罰，實難達到刑事處罰之目的，揆諸前開規定，被告所為均應諭知無罪之判決。 2. 被告之病情自發病之初迄今未能獲得控制，雖本案各該犯行之嚴重性、危險性尚屬輕微，然依前揭迦樂醫院對被告所為進行職能衡鑑之結論，被告所患精神病症狀除會影響被告對事實的詮釋外，尚會對他人干擾、攻擊或司法告訴的行為，堪認若任被告在外未持續按時就診並接受治療，再犯之可能性甚高，而危害公共安全之虞，本院認應對被告所罹病症施以較為完整之診療，以期被告能獲得適當之治療，避免被告因

	病症之行為而對於其個人及社會造成難以預料之危害，有對被告施以監護保安處分之必要，爰依刑法第 87 條第 1 項、第 3 項前段之規定，諭知令入相當處所，施以監護 1 年。
	台灣高等法院：上訴駁回。
	判決未公開。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴人違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 臺北地方法院：依刑法第 19 條第一項無罪，監護一年。 2. 台灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

十五、109 年彰化放火案

案由：公共危險

事實：被告基於放火燒燬他人所有物之犯意，於 106 年在其居住之房屋內，分別點火燃燒屋內 1 樓、2 樓之衣物，造成 1 樓房間木質牆面燒燬、2 樓及 3 樓房間燒燬不能使用、2 樓房間內數量不詳物品燒燬、數量不詳衣服燒燬致生公共危險。

重點：

本案被告於另案監護處分強制治療期間，自醫院逃跑而為本案行為。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣彰化地方法院 107 年度訴字 第 689 號判決	宏恩醫院龍安分院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 二年 2. 監護五年	
高等法院 臺中分院 107 年度上訴字 第 2265 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 一年 2. 監護五年	原判決撤銷理由與 精神障礙認定無關
最高法院 109 年度台上字 第 452 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告自因精神疾病，另案於宏恩醫院龍安分院執行監護處分之強制治療。
鑑定意見	宏恩醫院龍安分院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	依個案病史、精神症狀表現及評估，診斷應為思覺失調症，缺病識感，雖於規則治療下，個案仍表示會受無形干擾，但尚不致影響作息及工作；個案於入院期間，未接受精神藥物治療，案發前自陳一人獨處屋內，生活作息不定，常失眠等，均有可能導致幻聽妄想等精神症狀惡化，致情緒起伏、知覺扭曲而影響其判斷，而減低其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，應未達不能辨識其行為違法或欠缺其辨識而行為知能力。
法院見解	彰化地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年，監護處分五年。
	1. 被告為本案犯行時，其精神狀態確因思覺失調症發作，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有顯著降低的程度，惟尚未至不能辨識其行為違法或欠缺依其識別而為行為之能力，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，並依法先加後遞減輕之。
	2. 參酌被告於另案執行監護處分時逃跑，並未按期接受治療，被告之精神疾病尚未持續施以妥適治療及監督保護，被告恐有循相類模式再犯之高度可能性，可能造成難以預料之危害；又被告另案之監護處分期間，雖尚有 2 年多須執行，但慮及被告無親人可對其提供良好之關心照料，而在其前案監護處分執行期滿後，是否即能完全穩定的控制其病情？尚不得而知。因此，本院為使被告能有較妥適之醫療照顧，以期減少再犯可能，降低對公眾之危險，認有宣告付監護處分之必要，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段規定，併予宣告被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 5 年。
	高等法院台中分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 1 年，監護處分五年。
	1. 被告為本案犯行時，其精神狀態確因思覺失調症發作，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有顯著降低的程度，惟尚未至不能辨識其行為違法或欠缺依其識別而為行為之能力，應依刑法第 19 條第 2 項之規定遞減其刑。

	2. 本院為使被告能有較妥適之醫療照顧，以期減少再犯可能，降低對公眾之危險，認有宣告付監護處分之必要，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段規定，併予宣告被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 5 年。
	最高法院：上訴駁回。
	其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 彰化地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年，監護處分五年。 2. 高等法院台中分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 1 年，監護處分五年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

十六、109 年新北放火案

案由：公共危險

事實：被告基於放火燒燬現有人所在之建築物之犯意，持自備之打火機，隨機尋找放火之目標，而於 107 年 7 月在新北市見某處集合式住宅大門未上鎖，遂進入該集合式住宅樓梯間，以樓梯間擺放 1 堆垃圾當作助燃物，以打火機點燃引發火勢。

重點：

1. 被告於本案七個月前曾犯另一放火案，亦由亞東醫院進行精神鑑定，二次結果不同。
2. 二審法院就是否採納另案鑑定意見，法院見解不同。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣新北地方法院 107 年度訴字 第 717 號判決	亞東醫院	1. 憂鬱症 2. 未喪失 3. 不適用	1. 未喪失 2. 不適用	1. 4 年 2. 無	
臺灣高等法院 107 年度上訴字 第 3652 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 2 年 2. 監護 3 年	撤銷原判決
最高法院 109 年度台上字 第 1537 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告自 106 年起均在花蓮醫院精神科就診，經診斷有憂鬱症發作及酒精濫用。
鑑定意見	亞東醫院：被告行為時，具完全責任能力。
	鑑定過程顯示：依據被告對案情經過認知、及鑑定中所見，被告於案發當時，仍可理解事件與其後之後果，例如若引燃後，自己如何行為處置（離開縱火現場、隨後圍觀）。因此鑑定意見，推估行為時，被告對理解知悉自身行為的辨識能力仍存；其辨識行為違法，或依其辨識而行為之能力，較常人平均程度，並未有顯著減低現象。 被告挫折忍受度差，情緒起伏大時，易出現自控能力差之情形而有危害公共安全之虞，被告在生活狀況遇不如己意時，再犯公共危險犯行之危險性，有再犯或危害公共安全之虞。
	亞東醫院（另案）：被告於另案行為時辨識其行為違法、依其辨識而行為之能力顯著減低。
法院見解	新北地方法院：被告行為時，辨識能力未有顯著減低，判處有期徒刑四年。
	1. 被告於行為當時對於如何前往案發地、為何選定本件住宅縱火、以及所引燃之物為何，均有清楚之認知，復於引燃火勢後知悉及時走避，顯見於案發當時具有理解行為危險性、並有適切判斷應如何自保及依其判斷行動之能力，並參酌亞東醫院鑑定報告，被告於案發當時並無刑法第 19 條適用。 2. 被告所涉另案亦經亞東醫院鑑定被告行為時之精神狀態，認被告於另案行為時辨識其行為違法、依其辨識而行為之能力顯著減低，然該案距本案案發時間逾 7 個月，時間上已有差距。本案行為時已得到一定程度之治療，二者基礎顯然不同，則亞東醫院就兩次行為分別為不同之鑑定結論，亦屬合理，是另案之鑑定結果，自不足據以為被告有利之認定。
	臺灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年，監護處分 3 年。
	1. 被告稱本身對於羈押很害怕，然而被告仍為本案縱火行為，顯見被告於行為時其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力有異於常人。 2. 被告於本案行為時憂鬱症精神疾病治療之情形，與另案縱火案件治療情形並無差異，而依據另案精神鑑定

	書，被告行為時有受「憂鬱症」精神疾病之影響，則在本案本件被告行為時之辨識能力，應有可能亦受「憂鬱症」影響。 3. 本件精神鑑定書結果認「被告犯案辨識行為違法，或依其辨識而行為之能力，較常人平均程度，並未有顯著減低現象」，其推論之基礎過程及理由亦顯薄弱，此部分結論即為本院所不採。 4. 本件被告應有刑法第 19 條第 2 項之適用，減輕其刑，判處有期徒刑 2 年。 5. 本件精神鑑定書鑑定結果認被告有再犯公共危險犯行之危險性，參酌被告過往病史、治療史及另案，若未予適當之機構處遇、醫療照護，將來仍有再為放火犯行或重大危害他人權益行為之虞，而有施以監護處分之必要，依刑法第 87 條，命被告於刑之執行完畢或赦免後，進入相當處所，施以監護 3 年 最高法院：上訴駁回。 上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	新北地方法院：被告行為時，辨識能力未有顯著減低，判處有期徒刑四年。 臺灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年，監護處分 3 年。 最高法院：上訴駁回。
備註	

十七、109 年雲林弑父案

案由：殺害尊親屬

事實：被告為被害人之子，兩人因被告之母照護問題發生爭執，被告於飲酒後持鐵棍毆打被害人致死。

重點：二審高等法院台南分院認為，一審地方法院僅考慮被告控制能力而未參酌認知能力，故撤銷原判決。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣雲林地方法院 108 年度重訴字 第 1 號	嘉義長庚紀念醫院	1. 酒精性精神病 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	無法得知	判決未公開
高等法院 臺南分院 108 年度上訴字 第 1127 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 六年十月 2. 無	撤銷原判決
最高法院 109 年度台上字 第 1684 號判決	無	無	法院認前審未述明 無監護處分必要之 理由。	原判決撤銷，發回 更審。	
高等法院 臺南分院 109 年度上更一字 第 24 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 12 年 2. 無	

案件分析

被告病史	被告自 103 年以來經診斷有精神疾病，且其精神病症為濫用物質所引起，即安非他命精神病或酒精性精神病。
鑑定意見	嘉義長庚紀念醫院：被告於犯行當時因精神障礙，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告雖屬輕度智能不足程度，然參考其警詢、偵訊時，對於案發經過大體上尚可為清楚之描述，也未見有受幻聽、妄想等精神病狀干擾之情形，是被告之認知能力雖有降低，但未達顯著之程度。 2. 被告於本案犯罪行為時，認知能力雖有減低，但未達顯著之程度，然因酒精產生之去抑制作用，令其衝動控制能力明顯降低，對被害人做出嚴重暴力行為而導致父親死亡，推測其於本案犯罪行為時，已因前揭精神障礙及心智缺陷，致依其辨識而行為之能力（衝動控制能力），較常人顯著減低 3. 被告長期有物質濫用及酒後暴力傷人之行為，前經數次刑罰矯正，仍難以改善及收斂，有『高度再犯及危害公共安全之虞』，然其精神症狀之產生，主要乃因物質濫用所致，於矯正期間無法接觸酒精及毒品，精神症狀自可有相當程度之改善，故無另對其施以監護（治療）之必要，而建議以適當之刑罰矯正，令其徹底杜絕物質濫用之害，以益其身心健康，並維護其家人與社會大眾之安全
法院見解	雲林地方法院：判決未公開。 被告行為時確因酒精產生去抑制作用及精神障礙，導致其依辨識而行為之「衝動控制能力」顯著降低，而依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 高等法院 臺南分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑六年十月。 1. 原審僅以被告行為時確因酒精產生去抑制作用及精神障礙，導致其依辨識而行為之「衝動控制能力」顯著降低，而依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，然於量刑事由關於行為人責任事項，則未考量被告有前揭「認知能力」降低之情形，以為量刑輕重之參考，亦難謂允洽。檢察官上訴意旨，主張被告主動攻擊被害人致死而有殺人犯意，指摘原判決論斷被告僅有傷害致死而有未當，業經本院論駁不採理由如前，其上訴雖無理由，然原審既有前揭違誤，被告上訴指摘原判決量刑過重，即屬有理由，自應由本院將原判決予以撤銷改判。

	2. 被告於本案犯罪行為時，認知能力雖有減低，但未達顯著之程度，然因酒精產生之去抑制作用，令其衝動控制能力明顯降低，對被害人做出嚴重暴力行為而導致父親死亡，推測其於本案犯罪行為時，已因前揭精神障礙及心智缺陷，致依其辨識而行為之能力（衝動控制能力），較常人顯著減低。
	最高法院：撤銷原判決，發回更審。
	1. 鑑定報告書記載：被告長期有物質濫用及酒後暴力傷人之行為，前經數次刑罰矯正，仍難以改善及收斂，有『高度再犯及危害公共安全之虞』，然其精神症狀之產生，主要乃因物質濫用所致，於矯正期間無法接觸酒精及毒品，精神症狀自可有相當程度之改善，故無另對其施以監護（治療）之必要，而建議以適當之刑罰矯正，令其徹底杜絕物質濫用之害，以益其身心健康，並維護其家人與社會大眾之安全。
	2. 原判決就被告是否應依刑法第 87 條第 2 項規定予以監護處分，未予說明，故撤銷判決，發回更審。
	高等法院 臺南分院更一審：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 12 年。
判決結果	1. 鑑定認為：被告長期有物質濫用及酒後暴力傷人之行為，前經數次刑罰矯正，仍難以改善及收斂，有高度再犯及危害公共安全之虞，然其精神症狀之產生，主要乃因物質濫用所致，於矯正期間無法接觸酒精及毒品，精神症狀自可有相當程度之改善，故無令對其施以監護(治療)之必要，建議以適當之刑罰矯正令其徹底杜絕物質濫用之害，以益其身心健康，並維護其家人與社會大眾之安全。
	2. 可見被告之精神不穩定，由來自被告酒精及毒品濫用，而非因其腦部或其他生理發生病變造成認知功能有顯著異常，故本案被告係因酒後衝動控制力減低，致其依辨識而行為之能力顯著降低，是追本溯源只要矯正被告之酒精與毒品濫用，即能改善被告無法控制其暴力行為之情況，被告案發後即遭羈押或服刑，於偵查、審判期間，意識狀態及應對行為均正常，情緒亦均處於平和狀態，且本案所處刑期甚長，被告經此長期戒絕遠離酒精與毒品之危害，應已足矯正其行為，故而本院認被告並無令入相當處所，施以監護之必要。
	1. 雲林地方法院：判決未公開。
	2. 高等法院 臺南分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑六年十月。

	3. 最高法院：撤銷原判決，發回更審。 4. 高等法院 臺南分院更一審：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 12 年。
備註	

十八、109 年高雄家暴殺人未遂案

案由：家暴殺人未遂

事實：被告與被害人為同居男女朋友，被告因不明原因，竟基於殺人之犯意，在兩人住處持水果刀朝被害人身體各處砍、刺數刀，被害人趁被告不注意之際，勉力逃出住處，為鄰居發覺倒臥於騎樓，並及時送醫治療，始未造成死亡之結果。

重點：本案被告於案發前，無精神病相關病史，經鑑定為**急性精神病**。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣高雄地方法院 107 年度訴字 第 885 號判決	高雄醫學大學附 設中和紀念醫院	1. 急性精神病 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 三年	
臺灣高等法院高雄分院 108 年度上訴字 第 708 號判決	無	無	無	上訴駁回	判決未公開
最高法院 109 年度台上字 第 3465 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告過去從未有過精神病史。
鑑定意見	高雄醫學大學附設中和紀念醫院：被告案發當時深受精神病症狀干擾，已達不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力。
	被告案發當時深受精神病症狀干擾，現實感缺損，已無法有邏輯思辯與判斷是非能力，故於犯罪行為時，因精神障礙致已達不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，因而被告行為時之精神狀態具有刑法第 19 條第 1 項規定之事由。
法院見解	臺灣高雄地方法院：依刑法第十九條第一項不罰，監護處分三年。
	1. 參酌鑑定報告內容，被告案發當日之怪異舉止，被告經治療後仍供稱受到外星人控制等語，以及被害人到庭陳稱：被告當時很不正常，跟被告同居一年多以來是首次看到他這樣，而且被告也沒濫用毒品或酗酒的狀況，被告當時的精神狀況應該是不正常的等語。被告於本件犯罪行為時，的確因精神障礙已達欠缺依其辨識而為行為之能力之程度，自應為被告無罪之諭知。 2. 因刑法第 19 條第 1 項之原因不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護，期間為 5 年以下。本案被告因刑法第 19 條第 1 項之原因不罰，參酌被告此次急性精神病發作，除作出自殘行為外，尚會主動攻擊同居人，足見被告精神疾病一旦發作時，自傷及傷人之可能性相當高，顯然有危害公共安全之虞。 3. 又衡以被告經高醫醫院進行精神鑑定結果，認為被告有再犯或復發之虞，需要定期就醫追蹤，追蹤期間通常需要 1 至 3 年，且請被告家人時時注意狀況，當警示症狀出現時，需要馬上將他送醫治療，亦認被告有再犯之虞，是本院為預防被告因精神病症狀之影響而有危害一己或他人之行為，使其接受持續規則之精神科評估與治療，以期避免被告因精神症狀對其個人及社會造成難以預料之危害，兼考量被告行兇之對象為其親近之家人，且被告急性精神病發作時，會自傷傷人，造成旁人均難以介入協助其就醫治療，故依被告上開情形並不適合以保護管束代替監護處分，宣告令入相當處所施以監護 3 年。

	高等法院高雄分院：上訴駁回。
	最高法院：上訴駁回。
	1. 被告指摘原判決維持第一審判決關於令其入相當處所施以監護3年之處分不當，然保安處分之目標，在去除犯罪行為人之危險性，藉以確保公共安全。對於因刑法第19條第1項之原因而不罰之人或有同條第2項及第20條所規定情形之人，法院於審認其情狀認有再犯或有危害公共安全之虞時，為防衛社會安全，自應依刑法第87條第1項或其第2項規定宣付監護處分。 2. 行為人是否具有危險性之認定，乃事實審法院之職權，苟其判斷無違經驗法則或論理法則，即不能任意指為違法。原判決以高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神鑑定結果認為：「上訴人有可能再犯或復發之虞，需要定期就醫追蹤，追蹤期間通常需要1至3年，且請上訴人家人時時注意其精神狀況，當警示症狀出現時，需要馬上將他送醫治療」、「依據鑑定時上訴人之情狀，並無法斷定有無再犯或危害公共安全之虞，惟有協請家人密切注意一旦出現疑似精神症狀復發之警示徵候，即刻送醫評估介入，才能防範此等危害公共安全之風險行為再次發生」等情，據以說明上訴人所罹患之急性精神疾病「有可能」再犯或復發之虞，為預防其因精神病症狀之影響而有危害自己或他人之行為，使其接受持續規則之精神科評估與治療，以期避免上訴人因精神症狀對其個人及社會造成難以預料之危害，兼考量其行兇之對象為其親近之家人，且其急性精神病發作時，會自傷傷人，造成旁人均難以介入協助其就醫治療，徒執前詞，就原審宣告保安處分裁量職權之適法行使，以及原判決已明確論斷指駁說明之事項，再事爭論，顯與法律規定得為上訴第三審理由之違法情形不相適合，應認本件上訴為違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 高雄地方法院第一審判決無罪，監護處分三年。 2. 上訴高等法院高雄分院，予以駁回。 3. 上訴最高法院，予以駁回。
備註	

十九、109 年桃園殺母案

案由：家暴殺人

事實：被告為被害人之子，被告在住處與被害人因不詳原因發生衝突，被告持開山刀猛力砍擊被害人多刀，致被害人短時間內嚴重失血致因出血性休克及中樞神經休克而死亡。被害人死亡後，更將其頭顱自連接廚房之後陽台向外拋丟。

重點：

1. 總共有三間鑑定機構進行鑑定。
2. 二審法院認定被告行為時符合刑法第 19 條第 1 項，宣告無罪。
3. 各審法院皆認被告無監護處分必要。
4. 更審法院函詢鑑定機構，並請鑑定人出庭。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
臺灣桃園地方法院 108 年度矚重訴字 第 1 號判決	衛生福利部桃園 療養院	1. 診斷 2. 責任能力 3. 原因自由行為	1. 責任能力 2. 原因自由行為	1. 刑 2. 保安處分	
	法務部法醫研究 所	1. 安非他命中毒及 安非他命精神病 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 無期徒刑 2. 無	一審法院不予採納

臺灣高等法院 108 年度矚上重訴字 第 32 號判決	台大醫院	1. 物質使用障礙症 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 無	
最高法院 109 年度台上字第 4425 號判決	無	無	無	原判決撤銷，發回 更審。	
臺灣高等法院 109 年度矚上重更一 字 第 1 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 無期徒刑 2. 無	
最高法院 110 年度台上字 第 5219 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	國中曾施用安非他命，之後斷斷續續不定期使用，使用後會 1 週不睡覺、亢奮、吃不下飯；其本身暴躁易怒、情緒控制差，有物質濫用問題；整體智能落在邊緣至中下程度，病識感差。
鑑定意見	衛生福利部桃園療養院：被告行為時受安非他命中毒及安非他命精神病影響，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力下降，但未達不能的程度。
	1. 被告涉案時可能有被害妄想、聽幻覺，涉案後呈亢奮，並有破壞行為、混亂言語，且驗尿有甲基安非他命反應，被告涉案時，應處於安非他命中毒及安非他命精神病。被告符合酒精使用疾患、安非他命使用疾患之診斷。被告涉案當時受精神障礙（安非他命中毒及安非他命精神病）影響。
	2. 被告涉案當時受精神障礙（安非他命中毒及安非他命精神病）影響，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力下降，但未達不能的程度。
	法務部法醫研究所：本案行凶型態屬使用大量甲基安非他命致甲基安非他命中毒精神喪失、瘋狂殺人之結果
	法醫研究所之證據分析以及臨床專業判斷，認被告於涉案時期確實有精神病症狀之可能性最高，且無法完全排除被告殺人時之混亂言行可能已達依其辨識而行為之能力(做選擇能力、忍耐遲延能力及避免逮捕能力)欠缺之程度。
	台大醫院：被告行為時，其辨識行為違法之能力甚且可能已達欠缺之程度。
	1. 被告於殺母行為前已有類似混亂言語之情形，就精神病理學的角度而言，其較可能為於案發時有混亂思考與混亂行為，則在此種混亂思考與行為之片段中，被告可能受到精神病症狀影響，而持刀攻擊其母親致死，事後因精神症狀對於記憶之影響而呈現失憶之情形。
	2. 目前有限文獻中顯示，卡西酮此類新興毒品導致精神病症狀時、相較於傳統類神經興奮劑強度更高，症狀起始時間及消失時間則更為短暫及快速，如被告在該類毒品作用最強之期間殺死被害人，其辨識行為違法之能力甚且可能已達欠缺之程度。
	3. 依照被告過去學經歷，亦難有足夠資訊預測自己在使用多種毒品何種量之後會產生嚴重精神病症狀，更遑

	論預測其後續精神病症狀對其行為所產生的影響程度，無證據顯示其有「原因不自由」、故意使用毒品遂行殺人行為、或可能預見其使用毒品後產生殺人行為之情形。
法院見解	桃園地方法院：依刑法第 19 條第 2 項減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身。
	1. 被告於案發當時外顯之行為表現，確實與常人異，其部分認知理解能力及精神狀態有受到精神障礙之影響。警員到場時，被告對外界之情形雖能理解，並能為一定之反應、對話，卻非正常有邏輯的溝通，多數時間僅自言自語、語無倫次、答非所問、脫離現實，但對於警員欲進入其住處，卻能理解情況並加以阻止。
	2. 再參酌桃園療養院鑑定報告，其認知理解能力雖受影響，但仍能有自由意識控制其行為，而事後被告對於持刀砍人會致死乙事，可以辨識其後果，可認其對於辨別事物、是非善惡之能力，即認識其殺人行為為法所不許之辨識能力，及不為違法行為之控制能力，非全然喪失，僅較一般人有明顯減低。
	3. 為符罪責相當原則，爰依刑法第 19 條第 2 項規定，在刑度上予以酌減，判處無期徒刑，褫奪公權終身。
	台灣高等法院：依刑法第 19 條第 1 項規定，被告無罪。
	1. 本案被告之殺人行為，於行為時有刑法第十九條第一項所定因精神障礙致不能辨識其行為違法以及欠缺依其辨識而行為之能力之情形，應屬不罰，依法應為無罪判決之諭知。原審既認被告於警消人員破門進入前，有自言自語，不知所云及大聲喊叫、情緒激動，面對警員詢問亦答非所問、脫離現實等情形，惟未慮及被告與警對峙長達一個半小時，此後製作筆錄期間雖有一言半語似可應答，然仍大多處混亂情況，且未調查其尿液除甲基安非他命外，另含丙酮，而有新興毒品使用之急性中毒所致之精神症狀，併依桃園療養院前揭多非行為時之鑑定結果，因認被告僅辨識能力下降但未達不能程度，仍論處殺直系血親尊親屬罪，依刑法第十九條第二項減輕後判處無期徒刑，容有未洽，自應撤銷改判。
	2. 一般施用毒品之人，難知所施用甲基安非他命易誘發急性精神病症狀，且亦難有足夠資訊預測自己在使用何類型毒品之後會產生嚴重精神病症狀，更遑論能預測其後續精神病症狀對其行為所產生的影響程度，本案被告事前既無殺母動機，復無證據顯示其有故意使用毒品，使自己陷於無意識狀態以遂行殺害母親之故

	意、過失，揆諸前揭規定及判決說明，自難符原因自由行為 3. 本案被告平日並無精神病史，亦無突發暴力前科紀錄，是本院尚無從據以認被告有再犯或有危害公共安全之虞，而應為施以監護之保安處分。 最高法院：撤銷原判決，發回更審。 1. 原判決雖援引臺大醫院及法務部法醫研究所精神鑑定報告書，認被告本案行凶型態屬甲基安非他命中毒，精神喪失、瘋狂殺人；或疑似處在卡西酮類物質作用最強之期間引起的精神病症，致已欠缺辨識行為能力。惟該精神鑑定報告書及函，似均未說明被告係何時施用毒品，且原判決亦未就此為任何認定，則何以能僅據該精神鑑定報告書及函判斷被告於行為時有可能處在毒品效用最強之期間。故其對於殺人係屬違法行為之辨識能力欠缺，即有調查證據職責未盡及理由欠備之違法。 2. 被告本案施用毒品部分，經裁定送觀察勒戒後，認無繼續施用傾向而經檢察官為不起訴處分確定在案，無從據以認被告有再犯或有危害公共安全之虞，而應施以監護之保安處分。然被告仍可能因藥癮或其他精神疾病而有需治療性，對被告不施以監護之理由，顯有矛盾。 3. 檢察官之上訴意旨指摘原判決違背法令，尚非全無理由應認原判決有撤銷發回更審。 台灣高等法院更一審：依刑法第 19 條第二項減輕其刑，處無期徒刑，褫奪公權終身。 1. 本院鑑定根據科學文獻、他人對於被告於涉案前後之混亂言行之描述，法醫研究所之證據分析以及臨床專業判斷，推估被告於涉案時期確實有精神病症狀之可能性最高。...綜上所述，被告之物質引起精神病之診斷雖較無疑義，但其辨識行為違法之能力...，本院僅能綜合間接之科學文獻、他人之觀察陳述、實驗室檢驗資料、其他專業分析評估與被告之自我報告，進行推估，被告涉案時，其受到物質誘發精神病之影響下，其辨識行為違法能力至少有可能達到顯著減低之程度；若貴院心證認其殺人動機全然受其精神病症之影響，而未受其人格障礙、當時與被害人之互動情形（如與母親是否有爭執）等之影響，被告為殺人行為時，其辨識行為違法之能力至少已達顯著減低之程度。 2. 被告辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，本院鑑定目前無證據顯示其有...故意使用毒品遂行殺人行

	為、或可能預見其使用毒品後產生殺人行為之情形。 3. 函請國立臺灣大學醫學院附設醫院補充說明：本院鑑定報告於總結段稱『其殺人行為若在卡西酮類物質作用最強之期間』，即不排除其行為時可能處於『卡西酮類物質引起之精神病症』之症狀最強烈期間，而不單指『卡西酮類物質中毒』此類應隨體內濃度降低而症狀強度降低之情形」。 4. 鑑定人醫師王宗揚出庭：不得逕以此認定被告於案發時已處於「辨識行為違法」、「選擇能力及忍耐延遲能力」、「避免逮捕」能力均欠缺之程度。 5. 本院鑑定推估，被告於犯案時其選擇能力、忍耐延遲之能力及避免逮捕之能力至少已達顯著減低之程度。依刑法第 19 條第二項減輕其刑，處無期徒刑，褫奪公權終身。 6. 難認被告有再犯或有危害公共安全之虞情事，而有於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護之必要，是本院認被告尚無宣告監護之必要。 最高法院：上訴駁回。 檢察官及被告之上訴均為違背法律上之程式，俱予駁回。
判決結果	桃園地方法院：依刑法第 19 條第 2 項減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身。 台灣高等法院：依刑法第 19 條第 1 項規定，被告無罪。 最高法院：撤銷原判決，發回更審。 台灣高等法院更一審：依刑法第 19 條第二項減輕其刑，處無期徒刑，褫奪公權終身。 最高法院：上訴駁回。
備註	

二十、109 年桃園妨害性自主案

案由：妨害性自主罪

事實：

被告見 A 女獨自行走，基於強制性交之犯意，以身體將 A 女撲倒後，跨坐於 A 女身上將其壓制，並以自己生殖器部位摩擦 A 女生殖器部位，做出前後抽動之動作，另強行拉扯 A 女褲子，又試圖脫下自己褲子，欲以上開強暴方式違反 A 女意願對 A 女為性交行為，經 A 女不斷大喊救命及以腳踢，並趁機掙脫至附近之便利商店求救，被告未得逞。被告逃離現場後，又於同日見 B 女獨自行走，竟另行基於強制性交之犯意，以雙手環抱 B 女避免其逃離，欲以此強暴方式違反 B 女意願對 B 女為性交行為，然因 B 女大聲呼救，被告始放手並逃離現場，而未得逞。

重點：

- 一、 地方法院第一審判決，未審酌監護處分之必要性。
- 二、 最高法院發回更審，高等法院判決監護處分五年，並於刑之執行前為之。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣桃園地方法院 106 年度侵訴字 第 106 號判決	衛生福利部桃園療 養院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 一年六月 2. 無	
臺灣高等法院 108 年度侵上訴字 第 17 號判決	無	無	無	上訴駁回	
最高法院 109 年度台上字 第 3085 號判決	無	無	無	被告上訴部分駁回 檢察官上訴部分撤 銷原判決發回更審	
臺灣高等法院 109 年度侵上更一字 第 14 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	3. 一年五月，緩刑 五年 4. 監護五年	

案件分析

被告病史	被告因罹患精神疾病，自民國 95 年間起至長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院、林口長庚紀念醫院精神科就醫，並多次住院治療，經診斷為思覺失調症與中度智能障礙，持續治療至 106 年間，惟僅能部分緩解，仍有精神病殘餘症狀，其精神症狀與躁動情況仍偶有出現，且治療遵從性不佳，出院後不服藥物。
鑑定意見	衛生福利部桃園療養院：被告行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已達顯著降低之程度。 被告應符合思覺失調症之診斷。其涉案時之精神狀態，因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已達顯著降低之程度。
法院見解	臺灣桃園地方法院：被告行為時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力已然顯著降低，判處有期徒刑一年六月。 1. 本件鑑定機關實施鑑定時，除參酌被告歷來相關精神疾病就醫之病歷資料，以瞭解其先前生活史及病史外，並採取精神狀態檢查、被鑑定人即被告自述之涉案經過、理學檢查、實驗室檢查及心裡鑑衡等鑑定方法，本於專業知識與臨床經驗，且綜合被告病症及之本案卷證資料作為鑑定依據，而就被告犯罪時之精神狀態進行判斷，不論鑑定機關之資格、所採取之鑑定方式、過程及結果，自形式上及實質上觀察，均無何瑕疵可指，所為鑑定結果之意見，自屬可採，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力已然顯著降低，爰依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 2. 本院審酌被告於深夜隨機挑選落單女子為犯案目標，非但造成被害人之莫大恐懼及傷害，亦對社會安寧秩序影響甚鉅，其行為之危害並非輕微，故尚不足認本件宣告之刑有暫不執行為適當之特別情事，爰不予宣告緩刑。 臺灣高等法院：上訴駁回。 1. 原審以被告犯行事證明確，審酌被告為逞一己性慾，恣意侵害 A 女、B 女之性自主決定權及身心安全，亦嚴重危害社會治安，實屬不該。

	2. 本件犯罪所生危害，兼衡其智識程度、家庭經濟狀況、精神健康狀態、犯罪之動機、目的、手段等一切情狀，對於被告所犯應執行有期徒刑 1 年 6 月。並說明被告於深夜隨機挑選落單女子為犯案目標，對社會安寧秩序影響甚鉅，危害非輕，難認本件宣告之刑有暫不執行為適當之特別情事，而不予宣告緩刑。經核原判決之認事用法尚無違誤，所為量刑及定應執行刑亦稱妥適。 3. 上訴意旨略以：被告患有思覺失調症以致涉案，實係因為偶發性未按時服藥，現已長期居住於林口長庚醫院精神病房，住院期間之精神狀態在醫院控制範圍內，且生活起居正常，未曾離院外出，已明顯降低其再犯之虞。惟查，本件被告案發時之辨識行為違法或依其辨識而行為之能力雖有顯著減低，惟尚非完全喪失，仍應承擔其應負之罪責，況依上揭病歷資料所示，被告自 95 年間至桃園長庚醫院、林口長庚醫院精神科就醫，主要症狀為自言自語、自笑、手舞足蹈等，未發現曾有因性衝動即任意攻擊女性之紀錄，可見其關於性犯罪，確實仍有一定的自我控制能力，即便存在精神障礙或其他心智缺陷，應依刑法第 19 條第 2 項規定遞減其刑。原判決考量上情，審酌上述一切情狀而為量刑、定其應執行刑，並說明本件不宜宣告緩刑，核無違法、裁量瑕疵或顯然失當之情事。提起本件上訴，為無理由，依法應駁回上訴。
	最高法院：被告上訴部分駁回，檢察官上訴部分撤銷原判決發回更審。 1. 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，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。申言之，祇要「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時」，法院即應義務宣付監護處分，並無裁量權。 2. 原判決理由已敘明被告於行為時之精神狀態，經第一審送衛生福利部桃園療養院鑑定，認被告案發前即罹患精神疾病，經診斷為思覺失調症及中度智能障礙，雖經持續治療，惟僅能部分緩解，仍有精神病殘餘症狀，其於案發前一段時間，治療遵從性不佳，出院後不服藥物，幻聽與妄想時有起伏，精神狀態並不穩定，其涉案時之精神狀態，因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已達顯著降低之程度等情，依刑法第 19 條第 2 項之規定，對被告予以減輕其刑。則被告既因有刑法第 19 條第 2 項之原因，且經原審向被告於交保後入住治療之長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院查得知，被告之

	疾病雖經以藥物治療，惟僅能部分緩解，仍有精神病殘餘症狀。乃原審未依刑法第 87 條第 2 項之規定，調查、審酌被告罹患精神疾病之情形及本件犯罪情節等情狀，判斷其是否有再犯或有危害公共安全之虞，復未說明其何以未諭知被告監護處分之理由，遽行判決，自有調查未盡、理由不備之違誤。檢察官上訴意旨，指摘原判決不當，為有理由，應撤銷發回更審。 台灣高等法院：判處有期徒刑五年，緩刑五年，刑之執行前，監護處分五年。 1. 祇要「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時」，法院即應義務宣付監護處分，並無裁量權。被告經原審囑託鑑定而認其於本案行為時，因思覺失調症與中度智能障礙，而有辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低之情形，並依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。惟原判決未審酌鑑定報告所指被告社會功能有明顯之退化，且於案發前一段時間，治療遵從性不佳，出院後不服藥物，幻聽與妄想時有起伏，精神狀態並不穩定等情，以及被告於原審 107 年 5 月 21 日裁定交保停止羈押後於林口長庚醫院住院迄今，其衝動控制障礙仍無法回復，而有再犯、危害公共安全之虞，未併予宣告監護處分，即有未當。 2. 按有刑法第 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，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。被告於原審裁定交保停止羈押後即於林口長庚醫院精神科急性病房、慢性病房住院治療迄今，現仍有顯著思覺失調症之症狀，包含認知障礙、聽幻覺、不適切之情感表達、衝動控制障礙等，經醫師評估屬難治之思覺失調症患者，且合併中度智能不足，依目前醫療水準，被告之衝動控制障礙部分，無法回復，建議有受監護處分之必要，因此對被告施以監護 5 年。
判決結果	1. 臺灣桃園地方法院第一審，判處有期徒刑一年六月。 2. 上訴高等法院，予以駁回。 3. 上訴最高法院，被告上訴部分予以駁回，檢察官上訴部分撤銷原判決發回更審。 4. 高等法院更一審，判處有期徒刑五年，緩刑五年，監護處分五年，於刑之執行前為之。
備註	

二十一、109 年台中違反醫療法案

案由：違反醫療法

事實：被告對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務。

重點：被告上訴第二審地方法院合議庭，法院判處監護處分一年有違正當程序，被告非常上訴最高法院成功。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 108 年度中簡字 第 80 號判決	無	無	1. 未喪失 2. 不適用	1. 三個月 2. 無	
臺灣臺中地方法院 108 年度簡上字 第 125 號判決	衛生福利部草屯療 養院	1. 鎮靜安眠藥使用障礙 症、疑似思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	3. 一月 4. 一年	
最高法院 109 年度台非字 第 165 號判決	無	無	無	撤銷原判決	非常上訴成功

案件分析

被告病史	被告自 104 年起即有至衛生福利部臺中醫院以及國軍臺中總醫院身心醫學科、精神科就診。
鑑定意見	衛生福利部草屯療養院：被告於犯行當時，受到精神障礙的影響，致其辨識行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力顯著降低。
	被告於本案行為時之精神狀況，鑑定結果認：目前之臨床診斷為一、鎮靜安眠藥使用障礙症，二、疑似思覺失調症。被告於犯行當時，受到上述精神障礙的影響，致其辨識行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力，達到顯著降低之程度，但未達完全喪失之程度。若被告之精神障礙未被有效治療及控制，則仍有相當再犯及危害公共安全之虞。
法院見解	臺灣臺中地方法院：簡易庭，無審酌行法第十九條，判處有期徒刑三月。
	臺灣臺中地方法院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。判處有期徒刑一月，監護處分一年。
	1. 被告於本案案發前即曾至精神科門診，表示藥物不夠吃、夢遊 4、5 年；復於本案案發後多次就醫，據被告在本院準備程序及審理時之應答反應，佐以精神鑑定報告記載，足見被告於本案行為時，確實因罹上述疾病，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力較常人達於顯著降低的程度，符合刑法第 19 條第 2 項之情形，爰依該條項規定，減輕其刑。 2. 原審經審理結果，認為被告上開犯行，事證明確，予以論罪科刑，固非無見，惟被告有前述符合刑法第 19 條第 2 項減輕其刑之情形，原審漏未審酌，認事用法容有未洽，應撤銷改判。 3. 按有刑法第 19 條第 2 項之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。本院審酌被告因上述精神疾病，而致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低，且經衛生福利部草屯療養院鑑定結果，認被告缺乏病識感，就醫及服藥規則性欠佳，若未被有效治療及控制，仍有相當再犯及危害公共安全之危險等情，本院認被告有施以監護之必要，為期待被告能獲得適當之矯治治療，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項規定，併予宣告被告於受刑之執行完畢或赦免

	後，應入相當處所，施以監護 1 年。
	最高法院：非常上訴成功，撤銷原判決。
	1. 被告因違反醫療法案件，經簡易判決處有期徒刑 3 月。 2. 被告不服，上訴於原審法院合議庭。原審法院合議庭認被告有刑法第 19 條第 2 項得減輕其刑之原因事實，並認其有再為犯罪行為而侵害他人法益及公共安全之疑慮，有施以監護之必要等，竟未依法改適用通常程序審判，逕以簡易程序判決撤銷簡易庭之第一審判決，改判處被告有期徒刑 1 月，並宣告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年。 3. 該合議庭之判決有適用法則不當之違背法令，且不利於被告，非常上訴意旨有理由，因有維持被告審級利益之必要，爰將原判決撤銷，由原審法院依判決前之程序更為審判，以資救濟。
判決結果	1. 臺灣臺中地方法院第一審簡易庭，判處有期徒刑三月。 2. 上訴臺灣臺中地方法院第二審合議庭，判處有期徒刑一月，監護處分一年。 3. 非常上訴最高法院成功，撤銷原判決，發回原審。
備註	全案尚未定讞

二十二、108 年新北殺人未遂案

案由：殺人未遂

事實：被告罹患「思覺失調症、酒精使用疾患」，其於民國 107 年基於即使造成他人死亡之結果，亦不違背其本意之接續殺人犯意，持菜刀砍傷兩名被害人。

重點：

本案各審法院就被告行為時控制能力與辨識能力、監護處分必要，認定皆為一致。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣新北地方法院 107 年度訴字 第 682 號判決	亞東醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 4 年 10 月 2. 監護 3 年	
臺灣高等法院 108 年度上訴字 第 99 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 5 年 4 月 2. 監護 3 年	原判決撤銷 (理由與精神障礙 無關)
最高法院 108 年度台上字 第 1203 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告有持續性飲酒之習慣，於 27 歲左右開始出現被害妄想，於 31 歲起即有酒後砸東西、與路人起衝突等明顯暴力攻擊，且其於 104 年被帶至臺北市立聯合醫院松德院區急診，此後雖陸續接受精神治療，然於 107 年中斷藥物，顯示其病識感與規律藥物治療狀況不理想，被告長期飲用酒類，並患有「思覺失調症、酒精使用疾患」。
鑑定意見	亞東醫院：被告行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 被告符合「思覺失調症、酒精使用疾患」之診斷，推估被告於本件案發時因上述精神障礙，致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力均顯著降低
法院見解	新北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 4 年 10 月，監護處分三年。 1. 被告為本件犯行時，確因受「思覺失調症、酒精使用疾患」之影響，致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力，均較一般人顯著減低，爰依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 2. 依被告目前病情、對於酒精之長期依賴、配合治療程度、本件犯罪情節及家庭照護等因素綜合觀之，為避免被告未受適當且持續性之精神專業治療，導致其犯罪行為再度出現，本院認有令被告入相當處所，施以監護之必要，宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護 3 年。 台灣高等法院：原判決撤銷，判處有期徒刑 5 年 4 月，監護 3 年。 改判理由與精神障礙無關。 最高法院：上訴駁回。 上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 新北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 4 年 10 月，監護處分三年。 2. 台灣高等法院：原判決撤銷，判處有期徒刑 5 年 4 月，監護 3 年。 3. 最高法院：上訴駁回。

二十三、108 年桃園餐廳殺人案

案由：殺人未遂

事實：被告因不滿遭餐廳負責人開除，竟於民國 105 年進入餐廳休息室內，基於殺人犯意，持預藏之鋸齒型長刀，向該餐廳休息室內之餐廳服務生供三人砍去，造成三人受傷。

重點：本案各審法院就刑法第 19 條與監護處分認定相同。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣桃園地方法院 105 年度訴字 第 598 號判決	衛生福利部桃園療 養院	1. 思覺失調症、 安非他命使用 疾患 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 監護 3 年	
臺灣高等法院 107 年度上訴字 第 427 號判決	無	無	1. 喪失 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 108 年度台上字 第 1061 號判決	無	無	1. 喪失 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告於 24 歲時因情緒激動、大吼大叫，曾在新莊署北精神科住院；約 30 歲左右開始出現自言自語、怪異言行。被告在長庚醫院精神科追蹤，但不規則治療，領有情感性精神疾患身心障礙手冊。
鑑定意見	衛生福利部桃園療養院：被告涉案時之精神狀態，達到因精神障礙，致不能辨識行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力。 1. 被告之家人、證人、警局錄影記錄、檢警決定送醫之判斷，及送醫後醫療紀錄，可見被告因精神症狀導致混亂脫序行為，無論案發前、中、後皆非常明顯，推論被告涉案時處急性精神病狀態（Acute psychotic state），其行為控制能力已喪失。綜上，被告診斷為思覺失調症，安非他命使用疾患。涉案時之精神狀態，達到因精神障礙，致不能辨識行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力。 2. 被告自述犯案後偶爾有自殺意念，建議門診追蹤精神與情緒狀態並加以防範。
法院見解	桃園地法院：依刑法第 19 條第一項不罰，監護三年。 1. 綜合被告之幼年發展、教育、工作及疾病史、家族及社會史、犯罪史，並採取精神狀態檢查、被鑑定人自述涉案經過、實驗室檢查及心裡衡鑑等鑑定方法，本於專業知識與臨床經驗並綜合被告病症，而就被告涉案當時之精神狀態進行判斷，鑑定機關之資格、所採鑑定方式及論理過程，自形式上及實質上而言，均無瑕疵之處，應為可採。 2. 被告所為之言行表徵，堪認被告於本案行為時，確實因罹患思覺失調症之影響，致不能辨識其行為違法，而無責任能力，依刑法第 19 條第 1 項之規定，其行為應屬不罰。 3. 本院審酌被告之行為、精神狀況、本案犯行之嚴重性、危險性及對未來行為之期待性等，認若未對被告施以監護處分，因其家人無法有效約束、照護，在未按時就診、服藥治療之情況下，被告再犯之可能性甚高，且一旦再為相類犯行，將嚴重危害公共安全。是以，為期待被告能獲得適當之矯治治療，本院認有對被告施以監護保安處分之必要，爰依刑事訴訟法第 301 條第 2 項之規定，於諭知無罪判決時，併予諭知令入相當處所，施以監護 3 年。

	臺灣高等法院：上訴駁回。
	1. 為釐清上訴人有無施以監護之必要，經調取上訴人於長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、桃園長庚醫院之病歷資料，函請桃園療養院再為補充說明，亦據該院覆函：建議可以監護處分...等旨，益徵第一審所為前述有監護必要之論斷，與精神醫學專業意見相合，實屬有據。
	2. 檢察官與被告上訴皆無理由，予以駁回。
	最高法院：上訴駁回。
	1. 原審審酌上情，更就上訴人行為時及偵審中客觀所顯現之行為、言談，予以參酌。經核其所為之論斷說明，與卷證資料悉無不合，自形式上觀察，亦與經驗、論理法則無違。上訴意旨置原判決所為明白論斷於不顧，仍持已為原判決指駁之陳詞，再事爭辯，或對於事實審法院採證認事、裁量職權的適法行使，徒以自己說詞，枉指違法，難認為適法的第三審上訴理由。
	2. 綜上說明，應認本件上訴人之上訴，為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 桃園地法院：依刑法第 19 條第一項不罰，監護三年。 2. 臺灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

二十四、108 年台南殺子案

案由：殺人

事實：被告基殺人之不確定故意，在床上以雙手壓迫其子之口、鼻及頸部，直至被害人腦部缺氧窒息當場死亡。

重點：

鑑定機關嘉南療養院建議被告應監護處分半年，法院認定期間過短，治療效果恐不佳，故監護處分一年。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺南地方法院 105 年度重訴字 第 10 號判決	嘉南療養院	1. 雙向性情感障礙 症（躁鬱症）、 思覺失調症 2. 喪失 3. 不適用	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 監護一年	
高等法院 臺南分院 106 年度上訴字 第 1145 號判決	無	無	1. 喪失 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 108 年度台上字 第 1565 號判決	無	無	1. 喪失 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告於 92 年因急性發作幻聽及妄想，進而與鄰居打架，由 119 送至台南醫院急診求治，被安排住入精神科急性病房接受治療，經診斷為躁症，住院約 2 週後，被告即要求自動出院，此後即不規則於門診追蹤治療。至 105 年，此期間亦有因病情不穩而出現情緒失控、攻擊行為等症狀，多次至該院精神科急性病房住院治療，顯見被告罹患精神病症已逾 10 年。
鑑定意見	嘉南療養院：被告行為時因精神障礙，達到無法辨識其行為違法或依其辨識而行為之情形。 1. 被告於案發當時應已達美國診斷與統計手冊躁鬱症，躁症發作之診斷標準。 2. 鑑定過程中，被告雖情緒症狀緩解，但仍堅信其關係與被害妄想內容，疑似有情感性思覺失調症診斷之可能。依據台灣精神醫學會司法精神小組建議的「刑責判準」整體判斷，被告於案發當時應受明顯情緒性精神症狀干擾，而達到無法辨識其行為違法或依其辨識而行為之情形。 3. 被告罹患「躁鬱症」及「情感性思覺失調症」出現明顯妄想、幻覺、怪異言行等精神病症狀已逾 10 年，案發前 12 年前雖即曾因精神病症發作而至醫院精神科急診並住院治療，嗣後亦有三度入住精神病院治療的紀錄，惟被告未規則接受治療，仍經常因病識感不佳、藥物服從性差而導致病症發作，建議對被告進行監護處分半年。
法院見解	台南地方法院：行為時有刑法第 19 條第 1 項所定因精神障礙致欠缺依其辨識而行為之能力之情形，諭知無罪，監護處分一年。 1. 鑑定報告書內容分別詳述被告個人史及精神疾病史、與被告會談之答詢過程，以及對被告進行身體檢查、心理衡鑑實驗室檢查，及魏氏成人智力量表、健康習慣量表，依據專業知識及臨床經驗，綜合判斷被告涉案當時之精神狀態，無論鑑定過程、方法或論理，自形式上及實質上而言，均無瑕疵。稽此，堪認上開鑑定報告書之結論洵屬可採。 2. 本院認為，依目前精神醫學的診斷標準，被告於本件案發前後，確處於躁鬱症中躁症發作的不正常精神狀態，其於案發經過因躁症發作當中，受精神症狀干擾無法詳實記憶。被告於本件所為徒手壓迫其子蔡 O 宵

	口鼻及頸部致呼吸道受阻，窒息而死的殺人行為，因其行為已達對於外界事務之知覺、理會及判斷能力，完全為精神疾病症狀所控制之程度，顯已欠缺依其辨識而行為之能力。被告的殺人之行為，於行為時有刑法第 19 條第 1 項所定因精神障礙致欠缺依其辨識而行為之能力之情形，應屬不罰，揆諸前揭規定與說明，依法應為無罪之諭知。 3. 被告罹患「躁鬱症」及「情感性思覺失調症」已逾 10 年，至今病情仍未能獲得有效控制，且被告病識感不佳，藥物服從性亦差，致其躁症發作喪失辨識能力的情形下，犯下本件徒手壓迫其子口鼻及頸部致其窒息而死之犯行，犯罪情節實甚嚴重，且被告對與其共同生活之親人具有相當再犯危險性。惟嘉南療養院建議之半年的監護處分，本院認為期間過短，不足以使被告養成用藥的服從性，及有效建立其病識感，爰諭知 1 年的監護處分。 高等法院 臺南分院：上訴駁回。 上訴意旨以其所持論據指摘原判決諭令被告入相當處所施以監護一年為不當，難認有理，應予駁回。 最高法院：上訴駁回。 上訴意旨均置原判決之論敘於不顧，仍執陳詞再事爭辯，並憑己見任意指摘，難謂已符合首揭法定上訴要件。其上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 台南地方法院：行為時有刑法第 19 條第 1 項所定因精神障礙致欠缺依其辨識而行為之能力之情形，諭知無罪，監護處分一年。 2. 高等法院 臺南分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

二十五、108 年台中傷害案

案由：重傷害

事實：被告於民國 106 年與其胞姊發生爭執，其姐之男友上前處理時，被告竟基於傷害他人身體之犯意，徒手毆打男友之眼睛，致被害人因而受有左眼眼球破裂之重傷害。

重點：

本案非常上訴駁回。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 107 年度訴字 第 986 號判決	臺中榮總	1. 情感性思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 有期徒刑 1 年 10 月，緩刑 3 年。 2. 監護 3 年	
最高法院 108 年度台非字 第 67 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	非常上訴

案件分析

被告病史	被告長期苦於罹患情感性思覺失調症
鑑定意見	台中榮總：被告行為時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。
	依所鑑定內容與所附資料，被告有情感性思覺失調症病史，目前仍有殘存精神症狀。依筆錄所記載的犯案過程、犯後住院病歷紀錄以及被告所述，被告於案發當時雖意識清晰，但情緒較為高亢，有誇大想法，計畫性行為增加及疑似被偷竊妄想的情況，判斷力及思考能力因上述精神症狀有下降的情況。綜合判斷被告於犯罪行為時無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；但有因精神症狀發作致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低之情形等情。若無規則門診追蹤及藥物治療，將有再犯之虞。
法院見解	台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 1 年 10 月，緩刑 3 年，監護 3 年。
	1. 綜合判斷被告於犯罪行為時無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；但有因精神症狀發作致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低之情形等情，依刑法第 19 條第 2 項之規定，予以減輕其刑。
	2. 被告確有再為犯罪行為而侵害他人法益及公共安全之疑慮，本院綜合被告之犯罪型態、精神狀況、本件犯行之嚴重性、危險性及對於未來行為之期待性，若未對被告施以監護處分，被告在家人無法有效約束、照護，且未按時就診、服藥治療之情況下，被告再犯之可能性甚高，亦有危害公共安全之虞，認有對被告施以監護保安處分之必要，為期待被告能獲得適當之矯治治療，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段規定，併予宣告被告於受刑之執行完畢或赦免後，應入相當處所，施以監護 3 年，期被告得於醫療機關內接受適當治療處遇，避免被告因其疾病而對自身、家庭及社會造成無法預期之危害，俾兼維護公共利益，同啟自新。
	最高法院（非常上訴）：上訴駁回。
	非常上訴為無理由，應予駁回。

判決結果	1. 台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 1 年 10 月，緩刑 3 年，監護 3 年。 2. 最高法院（非常上訴）：上訴駁回。
備註	

二十六、108 年台中妨害公務案

案由：妨害公務

事實：被告基於損壞公務員職務上掌管之物品之犯意，在臺中市政府環境保護局 1 樓與 2 樓之樓梯間，手持不鏽鋼製告示牌，揮擊臺中市環保局所有之整容鏡 1 面，致令前揭整容鏡碎裂損壞。

重點：

1. 本案各審法院就刑法第 19 條與監護處分認定相同，且兩次非常上訴皆予以駁回。
2. 本案判決內容較為簡略，無法得知鑑定報告詳細內容。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 107 年度簡字 第 363 號判決	迦樂醫院	1. 器質性精神病 2. 降低 3. 不適用	1. 降低 2. 不適用	1. 2 個月 緩刑 2 年 2. 監護 6 個月	
最高法院 107 年度台非字 第 194 號判決	無	無	1. 降低 2. 不適用	上訴駁回	非常上訴
最高法院 108 年度台非字 第 29 號判決	無	無	1. 降低 2. 不適用	上訴駁回	非常上訴

案件分析

被告病史	被告經醫師評估有脫離現實之怪異思考與奇特行為，有傷人行為與風險，需全日住院但個案拒絕，於 107 年 2 月 12 日強制在迦樂醫院住院，住院期間經治療後，個案逐漸改善，態度配合，經團隊會議決議解除強制，轉健保身分繼續住院治療。
鑑定意見	迦樂醫院：被告行為時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。 被告因罹患器質性精神病，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。
法院見解	台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 個月，緩刑 2 年，監護 6 個月 被告因罹患器質性精神病，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低，依法減輕其刑後，判處有期徒刑 2 月，並認刑之宣告以暫不執行為適當，予以宣告緩刑 2 年，復認被告經醫療評估有脫離現實之怪異思考與奇特行為，審酌其傷人行為與風險，認有繼續接受治療之必要，併諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護 6 月。 最高法院（非常上訴）：上訴駁回。 本件非常上訴為無理由，應予駁回。 最高法院（非常上訴）：上訴駁回。 上訴意旨並未具體指摘原判決所援用之法令，與適用之法令或具有法令效力而得以拘束各級法院之相關解釋、判例有所違背，僅執本院判決曾就個案所為糾錯之理由，指摘原判決將監護與緩刑併予宣告，有矛盾之違背法令，提起非常上訴必須以確定判決顯然違背法令之前提要件迥不相侔。本件非常上訴為無理由，予以駁回。
判決結果	1. 台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 個月，緩刑 2 年，監護 6 個月。 2. 最高法院（非常上訴）：上訴駁回。 3. 最高法院（非常上訴）：上訴駁回。
備註	

二十七、107 南港乘機性交案

案由：妨害性自主

事實：被告基於乘機性交之犯意，利用被害人心智缺陷，欠缺性自主決定能力而不知抗拒之情形，指示被害人以正面相對之方式，坐在其大腿上，將性器插入被害人之陰道內抽插而為性交 1 次。

重點：

本案被告與被害人皆為精神障礙者。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣士林地方法院 105 年度侵訴字 第 1 號判決	三總北投分院	1. 智能障礙 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 2 年 2 個月 2. 監護 3 年	
臺灣高等法院 106 年度侵上訴字 第 4 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 107 年度台上字 第 307 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告自小發展較為遲緩，發展階段約延遲 1 至 2 年，就讀小學期間，每天由父母陪同上下學，80 年經鑑定為智能障礙，自小學 4 年級開始就讀啟智班，國中 1 年級因竊盜案件休學至少年輔育院。
鑑定意見	三總北投分院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 被告母親在鑑定時，陳述被告近年常因案入獄，在家時多在社區鄰里向他人要東西，被告母親雖常為此管教被告，但控管有限，且被告二哥疑似重度智能偏低且個性更佳暴戾，較難予被告過多關注，親子關係處於被動關心狀態等情；被告與手足互動不多，整體關係較為被動疏離；被告自小發展較為遲緩，與他人互動多隱含目的性（索取所需要之物），缺乏較深刻之人際關係；經施以班達完形測驗，多看一下圖後直接作畫，過程無數點、擦拭及檢查行為，其中圖形排列多由上往下，出現解構、簡化、退化、彎曲困難、角外線突出與線條品質不佳等情況；經施以魏氏成人智力量表之結果，被告全量表智商（FSIQ=50）落在中度障礙範圍，認知能力於同年齡成人中明顯落後許多，表現普遍落在中度障礙水準；被告於鑑定時，自述平時多在菜市場隨便向他人要錢，看到路上有車子插著鑰匙，會隨意將車子騎走等情；鑑定機關根據會談結果、法院卷宗、心理衡鑑及精神檢查，認被告自幼年已有智能障礙相關症狀，從其求學歷程對照出被告發展較一般孩童有顯著緩慢，但家庭支持較薄弱，能給予被告管教與支持有限，且被告之社會功能受限於智力發展而長期不佳，亦無法尋求其餘資源促進自己的社會參與，長期欠缺適切之社會化引導，導致被告面對一般社會情境、物質誘惑及自身慾望時，欠缺自我控制與道德規約，常著眼於自身需求而忽略他人反應，進而出現不能符合遵從社會道德及法治行為，推斷被告獨自在處理問題或面對壓力情境時，對辨識其行為違法雖尚有基本理解能力，卻受限其智能、思考、判斷及自我控制能力，對依其辨識而行為之能力顯有不足，故鑑定結論認為被告於本案行為時，因中度智能障礙，致依其辨識而行為之能力，已達顯著降低之程度。
法院見解	士林地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年 2 個月，監護 3 年。

	1. 被告具有中度智能障礙，且自小發展遲緩，於 80 年間經鑑定為智能障礙，自小學 4 年級開始就讀啟智班，就讀國中 1 年級時，因偷小黃瓜、紅蘿蔔、高麗菜等竊盜案件休學至少年輔育院，嗣其曾從事便當工作，但因隨意將機車騎走而遭辭退，其父母表示其自年輕開始，即無法穩定工作，幾乎無任何工作能力。 2. 被告因中度智能障礙之心智缺陷，致行為時依其辨識而行為之能力顯著降低，業於前述，足認被告具有刑法第 19 條第 2 項之原因。又經本院囑託三總北投分院對被告進行精神鑑定後，被告之母於鑑定時，陳述被告近年常因司法案件入監，在家時間不多，被告未入監期間，常在社區鄰里向他人要東西，其雖常為此管教被告，但控管有限，且因被告二哥個性更加暴戾，難予被告較多關注時間等情；鑑定結果亦認被告家庭支持薄弱，能予被告之管教與支持有限，難有積極作為因應被告層出不窮之法律案件，被告之社會功能受限於智力發展而長期不佳，亦無法尋求其餘資源促進自身之社會參與，長期欠缺適切之社會化引導，導致面對一般社會情境、物質誘惑及自身欲望時，欠缺自我控制與道德規約，常著眼於自身需求而忽略他人反應，進而出現不能符合遵從社會道德及法治之行為。 3. 其對刑罰感知能力較為薄弱，且家庭支持、管教、導正功能有限，併衡酌被告所為前揭犯罪行為，均係為滿足自身需求欲望，對他人財產、人身為侵害行為，復兩度對陌生女子為妨害性自主犯行，將來可能對社會造成危害之危險性甚高，僅科以刑罰顯不足以矯正及預防，為預防被告因上述心智缺陷，致依其辨識而行為之能力不足，而再犯或危害公共安全，俾使其得以長期接受持續規則之精神科評估與治療，降低危險性，本院認有依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段規定，對被告施以監護之必要，爰諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年。 台灣高等法院：上訴駁回。 上訴指摘原判決量刑過輕，無理由，均予駁回。 最高法院：上訴駁回。 上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

判決結果	士林地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年 2 個月，監護 3 年。 台灣高等法院：上訴駁回。 最高法院：上訴駁回。
備註	

二十八、107 年橋頭放火案

案由：公共危險

事實：被告基於放火燒燬現供人使用之住宅及恐嚇危害安全之犯意，至被害人住處後方防火巷，打開住處浴室窗戶，連續 2 次將淋有松香水之衛生紙以打火機點燃後，丟進浴室內，造成浴室內之水瓢燒燬，幸因上開地點易燃物較少，而未生燒燬現供人使用之住宅結果，並以此加害生命、身體、財產之方式。

重點：

各審法院認定一致。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣橋頭地方法院 106 年度訴字 第 318 號判決	義大醫院	1. 輕度認知功能 障礙 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 2 年 2. 監護 2 年	
高等法院 高雄分院 107 年度上訴字 第 593 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 107 年度台上字 第 4916 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告領有中華民國身心障礙手冊、患有思覺失調症。
鑑定意見	義大醫院：被告行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	1. 被告目前智能表現落於輕度缺損到中等程度範圍，有輕度認知功能障礙，於精神科就診已1年，期間無法規律接受治療，且在治療期間仍然使用安非他命，自訴若不使用酒經與安非他命，就不會有被監控的想法，案發當天未服用精神科藥物，夜晚聽到鄰居在談論與批評自己，故拿取家中松香水與衛生紙點火丟進鄰居浴室中，想恐嚇他們，當時知道這是違法行為，但因認為鄰居監控與談論自己感到氣憤而無法顧及其行為，研判被告當時之精神狀態應符合精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 2. 被告因無法控制毒品使用及無法規則治療，仍有再犯及危害公共安全之虞。
法院見解	橋頭地方法院：依刑法第19條第2項規定，減輕其刑，判處有期徒刑2年，監護2年。
	1. 被告於行為當時雖可理解其行為之違法性，但依其辨識而為行為之能力，顯著降低，爰依刑法第19條第2項規定，予以減輕其刑，判處有期徒刑2年。 2. 被告有再犯之危險，為達到防衛社會之目的，避免被告因疾病所導致之脫序行為再次危害社會安全，故須對其採取隔離、保護措施，俾其得持續接受規則之精神評估與治療，而有令入相當處所，施以監護處分之必要，爰併依刑法第87條第2項、第3項之規定，於被告所犯罪刑之後諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，其期間為2年。
	高等法院高雄分院：上訴駁回。 1. 精神鑑定報告書之內容可知，被告於精神科治療之服從性低，治療期間仍有施用安非他命之情事，於鑑定時亦自承案發當日未服用精神科藥物，足見被告於案發時雖為精神疾病之妄想所擾，但其未能有效控制病情，實有可歸責於己之事由存在。本院斟酌其犯罪情狀，在客觀上實不足以引起一般同情，亦無顯可憫恕之處，且其依前述刑法第25條、第19條第2項規定（遞）減輕其刑後，復無宣告法定最低刑度仍嫌過

	重之情事存在，自無從再依刑法第 59 條酌減其刑。
	2. 本件被告上訴意旨指摘原判決量刑過重，未宣告緩刑及誤為監護處分之諭知為不當，均無理由，應予駁回。
	最高法院：上訴駁回。
	其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 橋頭地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定，減輕其刑，判處有期徒刑 2 年，監護 2 年。 2. 高等法院高雄分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

二十九、107 年基隆殺母女未遂案

案由：家暴殺人未遂

事實：被告疑似罹患重鬱症且有輕度智能不足，導致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。於民國 106 年基於殺人之犯意，持麵包刀砍傷其妻與女。

重點：

本案一、二審判決未公開，資訊不完整。

各審法院就刑法第 19 條與監護處分認定一致。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣基隆地方法院 106 年度訴字 第 248 號	無法得知	無法得知	1. 減低 2. 不適用	1. 8 年 2. 監護 3 年	判決未公開
臺灣高等法院 106 年度上訴字 第 2821 號	無法得知	無法得知	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	判決未公開
最高法院 107 年度台上字 第 855 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無法得知
鑑定意見	無法得知
	無法得知
法院見解	基隆地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 8 年，監護處分 3 年。
	無法得知。
	台灣高等法院：上訴駁回。
	無法得知。
	最高法院：上訴駁回。
	被告上訴意旨，係對於事實審法院已明白論斷指駁之事項再事爭辯，或就量刑裁量權之合法行使，徒以自己說詞，任意指為違法，非適法之第三審上訴理由，應予駁回。
判決結果	1. 基隆地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 8 年，監護處分 3 年。 2. 台灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

三十、107 年屏東重傷害未遂案

案由：重傷害未遂、傷害、恐嚇危害安全

事實：

- 一、重傷害未遂：被告於其所承租住處之樓梯間，對當時承租居住於 5 樓之住戶子、戊，及其等之同學庚、丁，恫稱：「我殺過很多人，不差你們幾個」等語後，先朝庚臉部、頭部及身體軀幹部位，接連猛力戳刺數下，見丁上前攔阻，隨即改朝丁頭部及臉部猛力戳刺，造成庚、丁受有多處傷害，而尚未達重傷害之程度。
- 二、傷害：被告騎乘重型機車，行經屏東縣「內埔國民小學」前，見辛其子（尚未成年）在路旁步行，被告因不明原因，先朝辛鳴按喇叭，後持狀似武士刀之物品（未扣案）朝辛揮舞，並口出：「幹，是不能對你叭嗎？」等語，復徒手毆打其左臉部，造成辛受有左顴挫傷之傷害。
- 三、恐嚇危害安全：被告另騎乘上開機車見乙駕駛機車，搭載少年丙於路口停等紅燈，因自覺少年丙○○以奇異眼神相視，竟基於恐嚇之犯意，旋即停車，並向少年丙口出：「你是在看三小（台語）」等語，並以腳踹踢乙所駕駛機車及乙之右大腿，又拿出刀子在乙及少年丙面前揮舞，並對其等恫嚇稱：「你信不信我會砍你們 2 人」等語，見少年丙跳車逃離後，旋即持刀在後追趕少年丙，使乙及少年丙心生畏懼，致生危害其等之安全。

重點：一、鑑定機關（迦樂醫療財團法人迦樂醫院、屏安醫院）之鑑定意見。

- （一）迦樂醫療財團法人迦樂醫院：被告目前仍有顯著之幻覺和妄想症狀，且思考僵化、邏輯推論與抽象概念較差，缺乏病識感、現實感且長期判斷力下降，因此認為其在犯案當時之精神狀態已經達到精神耗弱之程度並且缺乏辨識行為之能力。
- （二）屏安醫院：被告罹有思覺失調症以及酒精使用障礙症，其病識感不佳，未能規則接受精神醫療與追蹤，使其知覺障礙以及思考內容障礙持續存在，並且顯著影響其生活，被告於犯行當時之精神狀態皆顯著與其思考內容障礙有

關，因此其於犯行當時之精神狀態應能符合刑法第 19 條第 1 項所稱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。

二、臺灣屏東地方法院認為，重傷未遂罪部分，依刑法第 19 條第 1 項規定不罰，施以監護處分 4 年。

屏安醫院之鑑定意見建議被告應至少接受 3 年之監護處分，且先採全日住院方式進行，再視被告之治療反應及對醫囑之配合程度調整其執行方式。臺灣屏東地方法院審酌上情，為預防被告未來因精神疾病影響而再為類似犯行，並避免因其疾病而對個人、家庭及社會造成難以預期之危害，且能使其獲得適當之治療處遇，爰依上開規定諭知令入相當處所，施以監護 4 年，以收個人治療及社會防衛之效。

三、臺灣高等法院 高雄分院認為，傷害罪、恐嚇危害安全罪，依刑法第 19 條第 1 項規定不罰，監護處分 4 年

被告為傷害、恐嚇危害安全犯行時，確已因精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，業如前述，依刑法第 19 條第 1 項規定，應屬不罰，並依刑事訴訟法第 301 條第 1 項規定為無罪之諭知；又為收治療及社會防衛之效，有令被告入相當處所，施以監護 4 年之必要之理由。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣屏東地方法院 105 年訴字第 18 號刑事判決	迦樂醫療財團法人迦樂醫院、屏安醫院	1.思覺失調症、酒精使用障礙症 2.喪失 3.不適用	1.無責任能力 2.不適用	1.無罪 2.監護處分 4 年	1.被訴重傷害未遂罪部分無罪，並令入相當處所施以監護 4 年。 2.其餘被訴部分均無罪。

臺灣高等法院 高雄分院 106 年上訴字第 191 號 刑事判決	無	無	1.無責任能力 2.不適用 (引用前審迦樂醫療財團 法人迦樂醫院、屏安醫 院鑑定報告)	1.傷害、恐嚇危害安 全部分，均無罪 2.監護處分 4 年 3.其他上訴駁回	1.被訴傷害、恐 嚇危害安全部 分，均無罪，並 令入相當處所， 施以監護 4 年。 2.其他上訴駁 回(即被訴重傷 害未遂無罪，並 令入相當處所， 施以監護 4 年 部分)
最高法院 107 年台上字 第 2071 號刑事判決	無	無	無	上訴駁回	

案例分析：

被告病史	5. 被告於本件案發（104 年 11 月 29 日、12 月 4 日）前之 104 年 1 月 19 日因精神疾病（主訴：被跟蹤等）至高雄市拉法診所（身心靈專科）門診。 6. 於本件案發後之 105 年 9 月 29 日起，則至阮綜合醫院身心內科就醫（主訴：覺得有人要害我等）。
鑑定意見	一、迦樂醫療財團法人迦樂醫院：被告犯案當時之精神狀態已經達到精神耗弱之程度並且缺乏辨識行為之能力。 6. 被告目前仍有顯著之幻覺和妄想症狀，且思考僵化、邏輯推論與抽象概念較差，缺乏病識感、現實感且長期判斷力下降。 7. 被告犯案當時之精神狀態已經達到精神耗弱之程度並且缺乏辨識行為之能力。 二、屏安醫院：被告犯行當時之精神狀態應能符合刑法第 19 條第 1 項所稱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。
	1. 被告罹有思覺失調症以及酒精使用障礙症，其病識感不佳，未能規則接受精神醫療與追蹤，使其知覺障礙以及思考內容障礙持續存在，並且顯著影響其生活。 2. 被告於犯行當時之精神狀態皆顯著與其思考內容障礙有關，因此其於犯行當時之精神狀態應能符合刑法第 19 條第 1 項所稱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。
法院見解	一、臺灣屏東地方法院：重傷未遂罪，依刑法第 19 條第 1 項規定不罰，監護處分 4 年。傷害罪、恐嚇危害安全罪：無罪。 3. 重傷未遂罪：本院審酌迦樂醫療財團法人迦樂醫院、屏安醫院鑑定報告均已參酌就被告之個人生活史、家族史，並進行相關之身體與精神檢查、心理測驗後而為之綜合判斷，且鑑定人之資格、鑑定方法及論理過程上亦難認有所瑕疵，而結論又屬相同，是前揭鑑定結論自可採憑。況且，證人 4 人亦均證稱被告行為時有情緒激動、大聲咆哮之情形，堪認其為本件重傷害未遂犯行應係受其所患前述精神疾病所影響。本院綜合上述各情以觀，認被告為本件重傷害未遂犯行時，確已因精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，依刑法第 19 條第 1 項規定，應屬不罰，爰應為無罪之諭知。 4. 重傷未遂罪依被告前揭罹有「思覺失調症」以及「酒精使用障礙症」之精神狀況，其病識感不佳，且未能規則接受精神醫療與追蹤，是可預見如未對其賦予適當之治療處遇，其知覺以及思考內容障礙將繼續存在，日後仍可能再為類似之暴力犯行。又屏安醫院之鑑定意見建議被告應至少接受 3 年之監護處分，且先採全日住院方式進行，再視被告之治療反應及對醫囑之配合程度調整其執行方式。本院審酌上情，為預防被告未來因精神疾病影響而再為類似犯行，並避免因其疾病而對個人、家庭及社會造成難以預期之危害，且能使其獲得適當之治療處遇，爰依上開規定諭知令入相當處所，施以監護 4 年，以收個人治療及社會防衛之效。 5. 傷害罪、恐嚇危害安全罪：公訴人認被告此部分涉犯傷害及恐嚇危害安全罪嫌，所提出之證據或指出之證明方法，其訴訟上之證明，尚未達於通常一般之人均不致有所懷疑，而得確信其為真實之程度，被告此部分犯行核屬不能證明，自應為被告無罪之諭知。

二、高等法院 高雄分院：重傷未遂罪，和地方法院認定一致，依刑法第 19 條第 1 項規定不罰， 監護處分 4 年。傷害罪、恐嚇危害安全罪，依刑法第 19 條第 1 項規定，應屬不罰，監護處分 4 年。

3. 傷害罪、恐嚇危害安全罪：依告訴人、被害人及證人等五人指（證）述之嫌疑人特徵「戴黑框眼鏡、黑色鴨舌帽、揹黑色側背包」，所持兇器為「長長、捆有黑色膠布的刀子」，且被告購買使用之車牌號碼 000-000 號機車外觀「暗色、車牌被泥巴覆蓋之普通重型機車（約略可見英文字《C 》及阿拉伯數字《0 》）」，及本件恐嚇、傷害案件發生地點與被告租屋處之關聯性，復經告訴人、被害人及證人等四人一致指認被告即為嫌疑人等節互為勾稽，足認本件傷害、恐嚇案件行為人為被告無訛。
4. 本院審酌被告於本件案發前之 104 年 1 月間，即有因精神疾病就診之紀錄；且迦樂醫療財團法人迦樂醫院、屏安醫院之鑑定報告，均已參酌被告之個人生活史、家族史，並進行相關之身體與精神檢查、心理測驗後而為之綜合判斷，並鑑定人之資格、鑑定方法及論理過程上亦難認有所瑕疵，結論又屬相同；又被告於 104 年 11 月 29 日、12 月 4 日為行為時，相關告訴人、被害人、證人亦均證稱被告當時有情緒激動、大聲咆哮情事，顯見被告上開所為，均係在情緒突然失控情形下恣意攻擊被害人，綜合上情，應認上開鑑定結論可採。是被告在短短 1 星期內為本件傷害、成年人故意對少年犯恐嚇、重傷害未遂犯行，應均係受其所患上開精神疾病所影響，確已因精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力。
5. 被告為傷害、恐嚇危害安全犯行時，確已因精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，業如前述，依刑法第 19 條第 1 項規定，應屬不罰，並依刑事訴訟法第 301 條第 1 項規定為無罪之諭知；又為收治療及社會防衛之效，有令被告入相當處所，施以監護 4 年之必要之理由。
6. 被告於本件案發前之 104 年 1 月間，即有因精神疾病就診之紀錄；且迦樂醫療財團法人迦樂醫院、屏安醫院之鑑定報告，均已參酌被告之個人生活史、家族史，並進行相關之身體與精神檢查、心理測驗後而為之綜合判斷，而為相同之結論；又確有令被告入相當處所，施以監護之必要。是原審以被告為本件重傷害未遂犯行時，確已因精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，自應為無罪之諭知，並為收治療及社會防衛之效，諭知被告令入相當處所，施以監護 4 年，自屬適當。

	7. 至於本件監護處分之執行，應依保安處分執行法第 4 條之 1 第 1 項第 2 款：「宣告多數保安處分者，依左列各款執行之：二、因同一原因宣告多數監護，期間相同者，執行其一；期間不同者，僅就其中最長期間者執行之；其因不同原因而宣告者，就其中最適合於受處分人者，擇一執行之；如依其性質非均執行，不能達其目的時，分別或同時執行之。」規定執行之。
	三、最高法院：上訴駁回。
	4. 被告雖主張其攻擊庚、丁 2 人，有正當防衛或誤想防衛之情形，惟原判決綜合證人等 4 人之證詞，卷附現場照片、診斷證明書、傷勢照片，及案內其他證據資料，記明上訴人在住處樓梯口偶遇庚、丁等人，即出言質問是否要找其麻煩，並揚稱「我殺過很多人，不差你們幾個」等語，便持原子筆攻擊庚、丁 人，並非是對於事實上或誤想中之現在不法侵害，出於防衛自己之反擊行為，即無正當防衛或誤想防衛可言等旨綦詳，與卷證資料核無不合，要無判決理由矛盾、適用法則不當之違法可言。
判決結果	6. 臺灣屏東地方法院：重傷未遂罪，依刑法第 19 條第 1 項規定不罰，監護處分 4 年。傷害罪、恐嚇危害安全罪：無罪。 7. 高等法院 高雄分院：重傷未遂罪，和地方法院認定一致，依刑法第 19 條第 1 項規定不罰，監護處分 4 年。傷害罪、恐嚇危害安全罪，依刑法第 19 條第 1 項規定，應屬不罰，監護處分 4 年。 8. 最高法院：上訴駁回全案定讞。
備註	

三十一、107 年台中放火案

案由：殺人未遂

事實：被告基於殺人之犯意，在三處住宅放火，幸未發生死亡之結果。

重點：各審法院就刑法第 19 條及監護處分認定一致。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 106 年度訴字 第 782 號判決	衛生福利部草屯療 養院	1. 妄想症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 9 年 2. 監護 5 年	
高等法院 臺中分院 107 年度上訴字 第 530 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 15 年 2. 監護 5 年	撤銷原判決 理由與精神障礙無 關
最高法院 107 年度台上字 第 2971 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告前於 93 年間即曾至中山醫學院大學附設醫院精神科就診，斯時即診斷為疑似器質性妄想症，惟僅就醫數次即未再持續追蹤治療。
鑑定意見	衛生福利部草屯療養院：被告犯行當時因精神障礙，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低。而未達致不能辨識其行為違法或欠缺其辨識而為行為之程度。 被告疑似罹患妄想症多年，認知功能不佳，其犯行動機，可能來自於其妄想內容所致，干擾被告之現實判斷，辨識和控制其行為能力顯然下降。此外，被告於案發後昏迷，被送至大里仁愛醫院治療，當時呈現糖尿病併發酮酸中毒狀態，對於被告之現實判斷應也有一定程度之影響。不過被告仍能騎乘機車相當距離和時間，能辨識出同學住所，仍能撥灑液體而點火，也知悉要焚燒窗戶才不會造成危險等，顯示被告當時仍有一定程度辨識和控制能力。鑑定認為被告犯行當時因精神障礙，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低。而未達致不能辨識其行為違法或欠缺其辨識而為行為之程度。另鑑定認為其犯行和妄想症狀相關，應予適當治療，否則有再犯或危害公共安全之虞。
法院見解	台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，判處有期徒刑 9 年，監護處分 5 年。 被告於本案各行為時，均已因精神障礙，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已顯著減低，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑。 本院審酌被告前因精神疾病而有數次至醫院就診之情形，且上開鑑定報告認被告現仍罹有疑似妄想症之精神疾病，認知功能不佳，經衛生福利部草屯療養院評估，認被告應予適當治療，否則有高度再犯或危害公共安全之虞等情，有前開精神鑑定報告書可佐，且被告所為本案殺人犯行之方式有可能殺害包含不認識之對象，對社會治安及民眾之生命、身體、健康安全危害甚大，足見被告因精神疾病之影響，確有再犯或有危害公共安全之虞，本院為預防被告再為類似之犯行，危害社會安全秩序，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段之規定，併予宣告被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 5 年。

	高等法院台中分院：依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，判處有期徒刑 15 年，監護處分 5 年。
	被告前因精神疾病而有數次至醫院就診之情形，且上開鑑定報告亦認被告現仍罹有疑似妄想症之精神疾病，認知功能不佳，經行政院衛生福利部草屯療養院評估，認被告應予適當治療，否則有高度再犯或危害公共安全之虞等情，有前開精神鑑定報告書可佐，且被告所為本案殺人犯行之方式有可能殺害包含不認識之對象，對社會治安及民眾之生命、身體、健康安全危害甚大，足見被告因精神疾病之影響，確有再犯或有危害公共安全之虞，為預防被告再為類似之犯行，危害社會安全秩序，並兼顧人權保護，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，就被告所犯各罪，分別諭知於刑之執行後，令入相當處所施以監護 5 年
	最高法院：上訴駁回。
	其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，判處有期徒刑 9 年，監護處分 5 年。 2. 高等法院台中分院：依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，判處有期徒刑 15 年，監護處分 5 年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

三十二、107 年士林小燈泡案

案由：殺人

事實：被告於路上隨機尋找作案對象，後鎖定被害女童，將其推倒、壓制在地，明知頸部乃人體重要部位，倘以銳利之刀刀砍殺將會傷及頸部血管，致失血過多而死亡結果，仍以左手持菜刀多次砍切被害女童之後頸部，其母見狀隨即上前拉扯被告並大聲呼救，被告仍未停手，持續砍切被害女童之後頸部，導致其中樞神經性休克、出血性休克死亡，並當場身首異處。

重點：

1. 本案乃社會重大案件。
2. 共有三個鑑定機關進行精神鑑定，皆認被告患有思覺失調症，但行為時並無因有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，也無因具有精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有顯著減低等情。
3. 因被告為精神障礙者，適用兩公約施行法規定。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣士林地方法院 105 年度重訴字 第 9 號判決	臺北榮民總醫院	1. 思覺失調症 2. 未喪失 3. 不適用	1. 未喪失 2. 不適用	1. 無期徒刑 褫奪公權終身 2. 無	
	傳喚鑑定人劉英杰 到庭證述	1. 思覺失調症 2. 未喪失			

		3. 不適用			
	陳若璋教授團隊	就被告之人格發展史、成長發展歷程、本案犯罪心理機轉及再犯風險等項目實施鑑定。			
臺灣高等法院 106 年度上重訴字 第 14 號判決	臺灣大學醫學院附 設醫院	診斷為思覺失調症 的可能性最高	1. 減低 2. 不適用	1. 無期徒刑 褫奪公權終 2. 監護五年	原判決撤銷
最高法院 107 年度台上字 第 3357 號判決	無	無	無	撤銷原判決，發回 更審。	
臺灣高等法院 107 年度上重更一字 第 6 號判決	無	無	1. 未喪失 2. 不適用	1. 無期徒刑 褫奪公權終身 2. 無	原判決撤銷
最高法院 109 年度台上字 第 1379 號判決	無	無	1. 未喪失 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告 99 年及 103 年間，先後因急性精神病發懷疑自己不是父母親生或對其父母、社區有暴力攻擊行為，而二度被強制送至國防部醫學院三軍總醫院、臺北市立聯合醫院松德院區接受治療，然經精神科醫師評估為非嚴重病人而未強制住院施以相當治療，被告與其父母又均缺乏病識感，未持續追蹤治療，致其精神狀況持續惡化，最終因罹患思覺失調症。
鑑定意見	臺北榮民總醫院：被告並無因有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。 被告有思覺失調症，但行為時被告並無因有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，也無因具有精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有顯著減低等情。 傳喚鑑定人劉英杰到庭證述：被告並無因有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。 評估被告就本案之認知過程，發現其在案發前幾天就已經知道這把刀砍下去，小女孩會死，也知道這把刀砍下去，小女孩死掉後，他可能會被抓，所以他要做一些不要讓家裡面沒有菜刀、沒有車可以用的準備，於是買了 1 把新的刀，並把機車停回去放好，所以他買刀的行為包含 2 個層面，買刀的目的是要殺人，以及怕家裡因他殺人被抓而沒有刀，故他對其行為本質有所認識，也能控制、選擇不一樣的方式實行，具有延遲忍耐的能力；再者，在判斷行為人是否具備控制實行其想法之能力時，有個「PoliceattheElbow」準則，意思就是警察就在你肘部附近，離你很近，以行為時旁邊有無廣義的監督者或旁邊的人作為判斷，本案在行為當時，被告先去西湖國小圍牆要找 1 個適合的對象，但中間有人來問他「你在做什麼？」，他就趕快下來離開，所以那個人就是廣義的 Police，因為被告知道行為下去要做什麼，這個行為會造成被害人何種下場，被抓到之後他會承受何種後果，所以在準備下手當時，有監督者在旁問他，他又不去了，轉身就走，以避免被抓，只是他在路邊休息的時候，他沒有看到小女孩後面跟著媽媽，所以他就這樣上去了；依照整體判斷，可以知道被告對於要不要做他

	心裡想要做的部分，如果旁邊有人看的話，是可以不要做的，而他已經知道要選擇作案的對象，又因知道作案後果，所以要先做好準備，亦可以控制自己行為之實行，伊雖同意被告做此殺人行為是基於思覺失調症所引發妄想的驅動，但對於其行為在道德上、在社會價值上會被怎樣的苛責，及什麼時候去做這樣的行為，被告都很清楚。
	陳若璋教授團隊：被告有再犯風險。
	被告行為時之智能大約在中等到中下範圍，智力功能及適應功能的發展，皆未達臨床上有意義之智能發展障礙或遲緩之程度，且智能水準大致上與其同年齡者相當或稍低，智力商數之缺損，應為思覺失調症之症狀影響，且經治療後可有進步的空間，並無智力發展障礙或遲緩之其他心智缺陷情形。
	被告倘未能有效定期、長期服藥，並接受相當精神、心理治療，確有再犯風險。
	台大醫院：診斷為思覺失調症的可能性最高
法院見解	被告之精神症狀或可回推至 99 年，被告於松德醫院就醫前即開始出現明顯的妄想症狀，且伴有退化的自我照顧情形。被告出現許多妄想性行為（Delusional Behavior），且其明顯症狀期間亦超過 1 個月，並且持續至 105 年 3 月案發後至看守所內服藥前。在看守所羈押服藥後，被告之活躍期精神病症狀開始有改善之情形。被告否認過去有過情緒上的困擾，依照被告自述及統整資料來看，被告於症狀活躍期間，不曾有過持續憂鬱或是持續情緒高漲或易怒之狀況，不符合情感思覺失調症或是「鬱症或雙向情緒障礙症」合併精神病症狀之診斷，且被告過去亦無自閉類群障礙症或溝通障礙症，身體各檢查亦無發現其有明顯之身體疾病生物標記，推估被告之精神病診斷為思覺失調症的可能性最高。
	被告倘未能有效定期、長期服藥，並接受相當精神、心理治療，確有再犯風險，此業見前述，依其情狀客觀上足認被告將來確有再犯及有危害公共安全之虞。
	士林地方法院：被告不符合刑法第 19 條，故判處無期徒刑，監護處分五年。
	被告雖有缺乏組織性或欠缺系統性之妄想症狀、疑似有聽幻覺產生自言自語行為及相較以往呈缺乏工作、社交意願之負性症狀，而為罹患思覺失調症之人，被告所為本案殺人犯行，亦基於上述妄想之驅動所為，惟被告於

	行為時既可清楚認知其行兇前後預備買刀、停車、延遲等候、尋找下手對象、規避監督等過程細節，已徵其確實理解殺人行為之違法性本質及現實中殺人行為所可能導致之後果、制裁，其辨識能力、控制能力要與常人無殊，是被告行為時並未因其精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力、控制能力顯著減低之情形，自應負完全之刑事責任。
	台灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年。
	被告行為時辨識其行為違法之能力及依其辨識而行為之能力，均因其罹患慢性思覺失調症之精神障礙（妄想及偏邏輯思考）而顯著減低。 被告和其家人均欠缺病識感，排斥就醫與服藥，而產生身分關係的妄想及必須殺害一名四川女子才能傳宗接代的偏邏輯思考，足認將來被告倘未持續施以治療、服藥，可能對社會造成危害之危險性非低。
	最高法院：撤銷原判決，發回更審。
	原判決既認同「所謂辨識其行為違法之能力（即辨識能力），乃指能否辨識自己即將所為的行為，因違反整體法秩序而為法所不許之能力，換言之，乃對於事物有無辨別是非善惡的能力，屬於認知與理解能力的問題」之見解；則被告對其殺人行為違法之辨識能力如何，自應由其是否有能力辨識殺人是違反整體法秩序之行為，作為判斷基準，並不以其是否知悉有中華民國刑法所定殺人罪為限。然而，原判決竟又謂：北榮及劉英杰醫師關於被告行為時辨識能力之鑑定意見，未考量被告行為前及行為時均妄想自己是「堯」，是「當下皇上」，並無中華民國存在，自己殺人行為可以不受中華民國法律制裁之整體法秩序認知重大衝突之情況，遽指其行為時辨識殺人行為違法之辨識能力，未因精神障礙而顯著減低，亦嫌速斷，難以憑採；即以被告於行為時並無我國法制認知為由，認定其辨識能力顯著減低。此部分理由之說明，前後並非一致，已有未恰。另原判決認北榮、臺大醫院及劉英杰、吳建昌醫師關於被告於行為時，控制能力並無顯著減低之鑑定意見，均不足採為判斷被告責任能力之參考依據，有重大誤認之瑕疵認為相關鑑定意見不足採，亦有判決理由不備之違法。
	台灣高等法院：被告行為時不符合刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之規定，判處無期徒刑，褫奪公權終身。
	本院認被告行為時並無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

	有何顯著減低之情事， 不符合刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之規定 ，業如前述，自無從依刑法第 87 條之規定施以監護處分
	最高法院：上訴駁回
	本件檢察官及被告之上訴均違背法律上之程式，俱應予駁回。
判決結果	1. 士林地方法院：被告不符刑法第 19 條，故判處無期徒刑，監護處分五年。 2. 台灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年。 3. 最高法院：撤銷原判決，發回更審。 4. 台灣高等法院：被告行為時不符合刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之規定，判處無期徒刑，褫奪公權終身。 5. 最高法院：上訴駁回
備註	

三十三、106 年臺北妨害性自主案

案由：妨害性自主

事實：被告基於強制性交之犯意，至大安區被害人住處附近，強行脫去被害人短褲、內褲，因被害人鄰居及時至現場大聲嚇阻，被告見狀旋逃離現場，始未得逞。

重點：

被告雖經診斷卻為思覺失調症患者，但該案行為時並無因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺北地方法院 104 年度侵訴字 第 78 號判決	國防醫學院三軍總 醫院北投分院	1. 思覺失調症 2. 未喪失 3. 不適用	1. 未喪失 2. 不適用	1. 二年 2. 無	
臺灣高等法院 105 年度侵上訴字 第 227 號判決	無	無	1. 未喪失 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 106 年度台上字 第 2710 號判決	無	無	1. 未喪失 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告診斷為「慢性失眠」、「環境適應障礙」與「未明示之焦慮狀態」、「思覺失調症」，自 102 年年底起發病，已經確診為思覺失調症。而思覺失調症係以一幻覺、妄想、紊亂言語、紊亂行為為主要症狀之慢性病。「思覺失調症」活躍時，患者辨識行為違法之能力、依辨識而行為之能力皆將蒙受負面影響；此外，思覺失調症若呈「慢性化」，則此等能力亦將逐漸下降。
鑑定意見	國防醫學院三軍總醫院北投分院：被告在犯案行為當時，並無因為精神疾病的影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力，控制能力顯著減低之情形。
	被告患有思覺失調症，精神症狀穩定，可維持正常工作，本件案發期間，被告並無明顯思覺失調症相關症狀或有受症狀影響而發生之行為，且可維持正常工作，生活現實未受精神疾病影響，尚能正常運作，並未影響其辨識能力及控制能力，造成其認知及判斷能力顯著受損，堪認其於犯行時應尚有足夠辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力等情。
法院見解	臺北地方法院：被告行為時不符刑法第 19 條適用，判處有期徒刑二年。
	鑑定結果認被告患有思覺失調症，精神症狀穩定，可維持正常工作，本件案發期間，被告並無明顯思覺失調症相關症狀或有受症狀影響而發生之行為，且可維持正常工作，生活現實未受精神疾病影響，尚能正常運作，並未影響其辨識能力及控制能力，造成其認知及判斷能力顯著受損，堪認其於犯行時應尚有足夠辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力。
	臺灣高等法院：上訴駁回。
	1. 被告以其精神疾病病史，主張其於行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 2. 法院認為僅依被告病史、病歷，尚不足以推斷被告行為之精神狀況，故原審採納國防醫學院三軍總醫院北投分院鑑定意見，認被告並無刑法第 19 條適用，並非違法，故駁回上訴。
	最高法院：上訴駁回。

	上訴意旨均違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 臺北地方法院：被告行為時不符刑法第 19 條適用，判處有期徒刑二年。 2. 臺灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

三十四、106 年嘉義妨害性自主案

案由：妨害性自主

事實：被告二人聯合對被害人為強制性交之行為。

重點：

被告以鑑定意見未建議監護處分為由上訴最高法院。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
未公開	臺中榮民總醫院灣橋分院	1. 輕度智能障礙、器質性精神病 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	未公開	判決未公開
高等法院臺南分院 106 年度侵上訴字第 428 號	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 三年七月 2. 監護一年	判決未公開
最高法院 106 年度台上字第 3833 號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	輕度智能障礙，其他因判決未公開無法得知。
鑑定意見	臺中榮民總醫院灣橋分院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 被告並非重大精神疾病患者，具輕度智能障礙，於犯案當時有飲酒且可能有部分程度的酒醉，推測其無認知及現實判斷能力明顯受損之情形，仍具有辨識其行為不當之能力，然而欠缺依其辨識而行為之能力（控制能力有顯著減低之情形）等情，被告有長期飲酒習慣，容易有接近酒精干擾之高危險因子或情境，而降低其對侵犯行為的控制，增強侵犯性的行為反應，仍有再犯或危害公共安全之可能。 建議對伊進入性侵害輔導處遇課程，加強情緒表達技巧，調整壓力因應模式，改善人際互動狀況，增進對法律的正確認識並學習遵守規範
法院見解	嘉義地方法院：判決未公開 判決未公開，無法得知。 高等法院臺南分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年七月，監護一年。 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。對於因刑法第 19 條第 1 項之原因而不罰之人或有同條第 2 項及第 20 條原因之人，法院於審認其情狀認有再犯或有危害公共安全之虞時，為防衛社會安全，自應依刑法第 87 條第 1 項或第 2 項規定宣付監護處分。 行為人是否具有上述危險性之認定，乃事實審法院之職權，被告有長期飲酒習慣，容易有接近酒精干擾之高危險因子或情境，而降低其對侵犯行為的控制，增強侵犯性的行為反應，仍有再犯或危害公共安全之可能，因而另依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項規定，併宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年之處分。 最高法院：上訴駁回。 上訴均為違背法律上之程式，應併予駁回。

判決結果	1. 嘉義地方法院：判決未公開 2. 高等法院臺南分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年七月，監護一年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

三十五、106 年南投殺妻案

案由：殺人

事實：被告與被害人陳素花係夫妻，被告因罹患右腦中風、憂鬱症等病，懷疑被害人有婚姻不忠情事而心生怨隙，故持鐵撬破壞被害人房門，與被害人發生拉扯扭打，被告基於殺人犯意，持剪刀殺害被害人。

重點：本案上訴最高法院理由為監護處分之必要性，高等法院於審理期間兩次就此函詢鑑定機關。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣南投地方法院 103 年度重訴字 第 12 號	中國醫藥大學附設 醫院	1. 憂鬱症 2. 喪失 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	無法得知	判決未公開
高等法院 臺中分院 105 年度上訴字 第 300 號判決	函詢中國醫藥大學 附設醫院	同上	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 無	撤銷原判決
最高法院 106 年度台上字 第 848 號判決	無	無	無	撤銷原判決，發回 更審	
高等法院 臺中分院 106 年度上更(一)字 第 11 號判決	函詢中國醫藥大學 附設醫院	無	1. 喪失 2. 不適用	1. 無罪 2. 無	撤銷原判決

案件分析

被告病史	被告於案發前確即因伴有腦梗塞之腦動脈阻塞、非典型鬱症、無併發症之老年期癡呆症、失眠等病症而至竹山秀傳醫院就診。
鑑定意見	中國醫藥大學附設醫院：被告因精神障礙或其他心智缺陷致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有降低現象，精神狀態已達完全不能之程度。
	1. 綜合被告之個人史、生活史、疾病史、案件部分、目前身體狀況、精神狀態檢查、心理測驗、臨床症狀以及對於案件相關詢問結果，被告目前之精神狀態仍然持續有更為嚴重之失智症與妄想症狀，被告對於案情之描述與卷宗大致相符，有關第二次刺殺與剪頭髮部分，數次澄清後被告仍然否認，對於過程記憶有部分缺陷，但無大部份之喪失，於過程中持續有妄想症狀，包含對於妻子之忌妒妄想，本院認為被告案發時明確有因精神障礙或其他心智缺陷致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有降低現象，參酌被告規則藥物治療後期症狀並無法完全痊癒，推估被告精神狀態已達完全不能之程度。
	二審函詢中國醫藥大學附設醫院：被告無監護必要。
	1. 本院仍舊認定被告於行為時係處於「因精神障礙或其他心智缺陷致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力有降低現象」，抑或係「因精神障礙或其他心智缺陷，致『不能』辨識其行為違法或依欠缺依其辨識而行為之能力」。
	2. 被告妄想之對象為其妻子，張員再犯可能性不高，但仍需維持精神科追蹤治療其精神狀態
	更一審函詢中國醫藥大學附設醫院：被告無監護必要。
	1. 因被告妄想之對象為其妻子，再犯可能性不高，目前長期於護理之家住院，在規則藥物治療下，被告持續有對於妻子之妄想，目前無證據有對其他人之妄想，目前無危害公共安全之情形，仍需維持精神科追蹤治療其精神狀態，可認其依鑑定所得認為被告「無危害公共安全之情形」。
法院見解	南投地方法院：判決未公開。

	1. 法院未採納鑑定意見，認被告符合刑法第 19 條第二項，故減輕其刑。 2. 判決未公開，無法得知詳細情形。
	高等法院台中分院：原判決撤銷，依刑法第 19 條第 1 項規定諭知無罪判決。
	1. 本案被告雖有持剪刀殺害被害人之行為，然其係因精神障礙致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，依刑法第 19 條第 1 項之規定，其行為不罰。原審判決未斟酌上開鑑定結果，遽認被告有殺人犯意，僅係辨識行為能力減低而判處被告罪刑，即有違誤。被告上訴否認有殺人犯意雖無理由，惟其以被告並無責任能力而指摘原判決不當，為有理由，自應由本院予以撤銷，改諭知被告無罪。 2. 本案審酌被告犯罪情節，引致其犯行之原因，係因上開精神障礙而懷疑被害人有外遇情事，而上開危險因子已不存在，且經本院函請中國醫藥大學附設醫院依鑑定時所見，說明被告有無再犯或危害公共安全之虞，該院覆以：被告妄想之對象為其妻子，張員再犯可能性不高，但仍需維持精神科追蹤治療其精神狀態，被告目前既無任何情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞，尚無令入相當處所施以監護之必要。
	最高法院：原判決撤銷，發回更審。
	1. 鑑定機關僅認被告再犯可能性不高，並非其情狀已達無再犯或有危害公共安全之虞程度，是否仍有再犯或有危害公共安全之虞，自須深入研求，並詳述理由。 2. 原審未進一步詳予調查釐清，為必要之論斷及說明，徒謂被告殺妻後，其妄想對象之危險因子即已不存在，遽認定被告目前在養老院接受照顧及持續就醫治療之現狀，已無再犯或有危害公共安全之虞，尚無論知監護處分之必要，自嫌速斷，有應於審判期日調查之證據而未予調查及理由不備之違法。
	高等法院台中分院更一審：原判決撤銷，依刑法第 19 條第 1 項規定諭知無罪判決。
	1. 本案審酌被告犯罪情節，引致其犯行之原因，係因上開精神障礙而懷疑被害人有外遇情事，而上開危險因子已不存在。 2. 前審函請中國醫藥大學附設醫院依鑑定時所見，說明被告有無再犯或危害公共安全之虞，該院覆以：被告妄想之對象為其妻子，張員再犯可能性不高，但仍需維持精神科追蹤治療其精神狀態，惟其用語仍屬模擬

	兩可，案經最高法院撤銷發回後，本院再函詢該醫院，請其就此部分明確判斷及說明，經其回覆：因被告妄想之對象為其妻子，再犯可能性不高，目前長期於護理之家住院，在規則藥物治療下，被告持續有對於妻子之妄想，目前無證據有對其他人之妄想，目前無危害公共安全之情形，仍需維持精神科追蹤治療其精神狀態，可認其依鑑定所得認為被告「無危害公共安全之情形」。 3. 被告犯本案之主要原因，係因對於妻子外遇之妄想，已如鑑定報告所述，此項因素既已不存在，亦難足認其有再犯之虞。被告既無任何情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞，尚無令入相當處所施以監護之必要。
判決結果	1. 南投地方法院：判決未公開。 2. 高等法院台中分院：原判決撤銷，依刑法第 19 條第 1 項規定諭知無罪判決。 3. 最高法院：原判決撤銷，發回更審。 4. 高等法院台中分院更一審：原判決撤銷，依刑法第 19 條第 1 項規定諭知無罪判決。
備註	

三十六、106 年虎尾殺人未遂案

案由：殺人未遂等罪

事實：

- 一、被告明知可發射子彈具有殺傷力之改造手槍及具有殺傷力之子彈，均為槍砲彈藥刀械管制條例所管制之物品，未經許可，不得無故持有，竟於民國 104 年 4 月 9 日前某時許，先以不詳方式取得可發射子彈具有殺傷力之改造手槍 1 支（含彈匣 1 個）後，再向真實姓名年籍不詳之成年男子購買具有殺傷力之口徑 8.9±0.5mm 或 8.7mm 非制式子彈共 9 顆（其中 3 顆用於以下犯行，其餘 6 顆均因鑑定試射完畢）、不具有殺傷力之口徑 8.7mm 非制式子彈 1 顆，自斯時起未經許可而持有上開改造手槍及子彈。（下稱案一）
- 二、被告患有妄想症之精神疾病，導致雖有辨識其行為違法之能力，然依其辨識而行為之能力已有顯著減低之情形，因懷疑路上行進間之特定車輛為犯罪集團成員所駕駛，其明知所持有之上開改造手槍及非制式子彈均具有殺傷力，並可預見於車輛行進間，如持裝填有前述非制式子彈之改造手槍朝車輛射擊，極有可能因手槍本質上具有不易掌握發射子彈確切落點之高度危險性，進而擊中車內人員之人體要害部位，造成死亡之結果，竟仍不違背其本意，各基於殺人之不確定故意，而分別為以下之犯行：
 - (一) 被告於 104 年 4 月 9 日下午 4 時 10 分許，駕駛其所有之自用小客車，行經雲林縣，因懷疑遭吳孟峰所駕駛並搭載廖勃凱之自用小客車跟蹤，遂將吳孟峰所駕駛自用小客車攔下後，站立於車門旁，持上開改造手槍，朝吳孟峰所駕駛之自用小客車駕駛座車門射擊 1 發子彈，導致吳孟峰左腹部中彈，受有腸系膜撕裂傷、脾臟撕裂傷、疑似十二指腸穿孔併腹腔血腫、左肺部金屬異物嵌入及肺動脈損傷之傷害，吳孟峰經送醫救治後，方倖免於死。嗣經警勘查現場，於吳孟峰所駕駛車輛左後方地面扣得彈殼 1 個，另經醫師於吳孟峰體內取出彈頭 1 個。（下稱案二）
 - (二) 被告持槍射擊吳孟峰後，隨即駕駛上開自用小客車逃逸，於同日下午 4 時 30 分許，行經雲林縣，因懷疑其家人遭王家富所駕駛並搭載陳信展之自用小客車所控制，遂搖下車窗，持槍喝令王家富靠邊停車，王家富見狀加速離去，被告遂持上開改造手槍，朝王家富所駕駛之自用小客車右後車門玻璃射擊 1 發子彈，子彈先貫穿右後玻璃後再射到前擋風玻璃，王家富及陳信

展因及時低頭閃躲，幸未受傷。(下稱案三)

(三) 被告隨後於同日下午4時51分許，駕車行經虎尾鎮穎川里頂南24之1號(E世代游泳池)前，因懷疑吳建勝所駕駛自用小客車係為賣淫集團成員，即持上開改造手槍，喝令吳建勝停車，吳建勝見狀加速離去，被告遂持上開改造手槍，朝吳建勝所駕駛之上開自用小客車射擊1發子彈，子彈貫穿該車後保險桿，幸未擊中吳建勝。(下稱案四)

重點：

- 一、被告患有「妄想症」經國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院就診紀錄、財團法人彰化基督教醫院精神鑑定確定。
- 二、被告雖坦承犯罪事實欄二之客觀犯行，然矢口否認有何殺人未遂之犯行，辯稱：伊並無殺人故意，因伊配偶離家失蹤多時，心急萬分，又曾聽聞住家附近有人表示疑似有人在留意伊行蹤，伊懷疑妻子被人蛇集團控制賣淫，見被害人等跟蹤自己，便欲攔查詢問，因被害人等加速逃跑離開，才會射擊汽車，欲阻止渠等離去。伊射擊行為並非意欲被害人等其性命或使其身體受傷害而開槍，伊僅僅是為了知道配偶行蹤而上前詢問。

三、論罪科刑：

- (一) 案一：被告未經許可，持有可發射子彈具殺傷力之改造手槍，處有期徒刑叁年陸月，併科罰金新臺幣肆萬元，罰金如易服勞役，以新臺幣壹仟元折算壹日，扣案之槍管壹支、彈簧（含複進簧桿）、彈匣各壹個均沒收。又未經許可，持有子彈，處有期徒刑柒月，併科罰金新臺幣貳萬元，罰金如易服勞役，以新臺幣壹仟元折算壹日。
- (二) 案二：被告殺人未遂，處有期徒刑玖年，扣案之槍管壹支、彈簧（含複進簧桿）、彈匣各壹個均沒收，並應於刑之執行前，令入相當處所，施以監護伍年。
- (三) 案三：被告殺人未遂，處有期徒刑柒年，扣案之槍管壹支、彈簧（含複進簧桿）、彈匣各壹個均沒收，並應於刑之執行前，令入相當處所，施以監護伍年。
- (四) 案四：被告殺人未遂，處有期徒刑伍年，扣案之槍管壹支、彈簧（含複進簧桿）、彈匣各壹個均沒收，並應於刑之執行前，令入相當處所，施以監護伍年。
- (五) 應執行刑：有期徒刑拾陸年，併科罰金新臺幣伍萬元，罰金如易服勞役，以新臺幣壹仟元折算壹日，扣案之槍管壹支、彈簧（含複進簧桿）、彈匣各壹個均沒收。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見 1.診斷 2.責任能力	法院見解 1.責任能力 2.原因自由行為	判決 1.刑 2.保安處分 3.沒收	備註
臺灣雲林地方法院 104 年訴字第 238 號 刑事判決	財團法人彰化基督教醫院	1.妄想症 2.顯著降低	1.限制責任能力(刑法第 19 條第 2 項) 2.不適用	1.有期徒刑 16 年/併科罰金 5 萬元 2.監護處分 5 年 3.槍管 1 支、彈簧(含複進簧桿)、彈匣各 1 個	
臺灣高等法院臺南分院 104 年上訴字第 808 號刑事判決	無	無	上訴駁回	1.有期徒刑 16 年/併科罰金 5 萬元 2.監護處分 5 年 3.槍管 1 支、彈簧(含複進簧桿)、彈匣各 1 個	
最高法院 106 年台上字第 238 號刑事判決	無	無	上訴駁回	1.有期徒刑 16 年/併科罰金 5 萬元 2.監護處分 5 年 3.槍管 1 支、彈簧(含複進簧桿)、彈匣各 1 個	全案定讞

案例分析：

被告病史	因病於 104 年 7 月 14 日前往國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院就診。
鑑定意見	1. 被告精神診斷暫定為妄想症，出現期間至少為 7 個月左右，其精神症狀主要以妄想內容為主，陳述內容疑似有關妄想與被害妄想，包含被跟蹤、被監視、被害妄想，案妻失蹤與賣淫集團相關，並因而到處收集證據且向警方求助多次。個案陳述案發經過時伴隨激動情緒，且隨機在路上開槍不合常理，明顯可見其將尋常路人納入其妄想內容，認定其為賣淫集團相關成員，後續衍生犯行。另個案的投射測驗亦顯示其現實感表現不佳，即容易產生有脫離現實的思考內容。故綜合晤談、行為觀察與測驗評估傾向認定個案有妄想症。 2. 被告陳述案發當下意識正常，亦了解持有槍械與開槍是違法行為。根據認知功能測驗（MMSE）可以了解個案認知功能與常人大致相符，故其辨識行為違法之能力並未明顯受其疾病影響。惟個案表示犯案是因為堅信賣淫集團跟蹤他、也想要找到太太的下落，故雖知行為違法仍以開槍的方式來達成目的。可推定個案雖了解開槍乃違法行為，然因妄想症影響，使個案採取違法行為以阻止對方跟蹤並獲取太太的消息。故本鑑定保守推估其『案發時』控制自我行為之能力應較常人『顯著降低』之傾向。
判決結果	臺灣雲林地方法院 104 年訴字第 238 號刑事判決 1. 參以被告於本院審理時就其遭犯罪集團之跟蹤及其妻子遭人控制等情仍指述歷歷，是上開鑑定報告認被告有妄想症狀，確有所據。復參以被告於審理時對於本院所訊問內容，仍可切題回答等情，據此當足推認被告為上開犯行時，並無「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」，然依其辨識而行為之能力應有較一般人顯著降低之情形，即堪認定。 2. 是觀諸被告於案發前後行為表現及前揭鑑定結果，被告於本案行為時，因受妄想之影響，對於外界事務之知覺能力、判斷能力及自由決定意思能力，均顯然減退，應依刑法第 19 條第 2 項之規定，就其所犯殺人未遂部分，減輕其刑，並依法遞減之。 3. 查參諸卷附之上開精神鑑定報告書，認被告罹有妄想症之疾病，而妄想症個案大都不會主動尋求協助，即使肯求醫，也很少會規則治療。由於妄想症個案可能有自殺及殺人的動機，且個案具反社會人格特質，故其具有高衝動與

	違法行為之風險。建議矯正外，應令入相當處所施以治療，以降低再犯並維護社會安全等語；另參以被告之隨機開槍殺人行為，實具有相當之社會危害性，且本案之發生即是因被告因病而生懷疑所致，是本院認被告因精神疾病之影響，其社會功能降低，況被告家中僅餘年邁之母親及臨盆之妻，無法對被告言行發揮約束勸誡之功能，亦無法給予被告充分之照料，是被告罹患精神疾病，在未接受治療之情況下，有嚴重危害公共安全之虞，且被告家庭系統確實無法提供充分支持與照料，為預防被告不再因精神疾病症狀之影響而有危害自己與他人之虞，使其接受持續規則之精神科評估與治療，而有監護之必要，本院業因被告有刑法第 19 條第 2 項之原因而減輕其刑，斟酌其醫護上之需求及兼顧人權保護，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，分別於被告殺人未遂犯行下，宣告被告令入相當處所施以監護 5 年，以期達個人矯正治療及社會防衛之效，且為使其有完整之刑罰適應能力，此項監護並有必要於刑之執行前為之。 4. 另被告於施以監護期間，若經醫療院所評估精神病症已有改善，無繼續執行之必要，得由檢察官依刑事訴訟法第 481 條第 1 項、刑法第 87 條第 3 項但書聲請法院免除繼續執行監護處分，而被告於監護處分完成後，如認已無執行本件所宣告有期徒刑之必要時，日後仍得依刑法第 98 條第 1 項後段規定免其刑之全部或一部執行，特予指明。
	臺灣高等法院臺南分院 104 年上訴字第 808 號刑事判決 1. 被告於本案偵審中，一再陳稱被害人係「畜牲」、「這種危害社會的人要不要處理」等語，足徵被告認為被害人等均非良善之人，應予「處理」，故而對渠等之車輛開槍射擊，由此益見被告主觀上有危害被害人性命之意思。雖被告三次開槍，皆僅射擊一發子彈（被害人吳建勝曾供稱被告在追車過程中射擊多發子彈，然並無具體證據可為佐證），未再開第二槍，然此或係因被告認為已擊中吳孟峰、或係因王家富、吳建勝已駕車加速逃逸，脫離手槍有效射程範圍，因而作罷未再為無益射擊，實難僅因被告皆射擊一槍，即認其並無殺人之不確定故意。 2. 再按故意犯罪，其故意之形成必緣於犯罪動機，此固屬犯罪心理之必然過程，然犯罪動機係決定犯罪意思之間接原動力，屬犯罪之遠因，雖為科刑時應審酌事項之一，但除特定條文認為係犯罪成立之特別要素外，並非以之為構成犯罪之主觀要件（最高法院 89 年度台上字第 1602 號判決）。動機與故意為犯罪之要件不同，動機是否存在或多寡，原則上不影響犯罪之成立，對故意犯罪判斷其成立或不成立時，應審究者厥為故意，僅於量刑時始注意行為人

	之動機內容（最高法院 27 年上字第 2480 號判例）。被告開槍射擊被害人吳孟峰、王家富、吳建勝所駕駛之自用小客車，固有可能係因上開不正確之主觀認知，故以報復方式自力解決，然此應屬殺人未遂量刑時應審酌之動機問題，尚不影響其犯罪之成立。 3. 被告就殺人未遂部分之辯解，核屬事後卸責之詞，不足憑採，其犯行事證明確，洵堪認定，均應依法論科。 4. 被告於本案辯論終結後，又具狀表示其遭跟蹤、監控之真相有待釐清，請求再開辯論（見本院卷第 289-293 頁），本院經核並無必要。 5. 綜觀被告於案發前後之行為表現及前揭鑑定結果，其在本案行為時，因受妄想症之影響，對於外界事物之知覺能力、判斷能力及自由決定意思能力均顯著減低，應依刑法第 19 條第 2 項規定，就所犯殺人未遂罪部分遞減輕其刑。被告及辯護人聲請再為精神鑑定，以確認其妄想症是否已自然痊癒，本院經核並無調查之必要。 6. 經核原判決之認事用法，並無不合，所量處之刑罰及保安處分亦稱妥適。被告提起上訴，猶以前揭情詞否認有殺人故意，核無足取；又量刑之輕重，屬事實審法院得依職權自由裁量之事項，苟已斟酌刑法第 57 條各款所列情狀，而未逾越法定刑度，不得遽指為違法。原審法院量處被告刑責及保安處分，已審酌被告之精神病症、犯罪情節、所生危害、智識程度、家庭狀況及犯罪後態度等一切情狀，於法定刑度內妥為裁量，並無不當或違法之情形。被告空言指摘原判決量刑不當，亦非可採，其本件上訴為無理由，應予駁回。 最高法院 106 年台上字第 238 號刑事判決 上訴意旨並未依據卷內訴訟資料具體指摘原判決有何違背法令之情形，核與法律規定得為第三審上訴理由之違法情形不相適合，應認上訴人之上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
備註	

三十七、106 年台南服裝店砍人案

案由：殺人未遂

事實：被告持水果刀至服飾店，基於殺人之犯意，砍傷被害店員。

重點：

1. 二鑑定機關鑑定意見不同。
2. 二審撤銷原判決，與一審就 19 條認定不同。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1. 診斷 2. 責任能力 3. 原因自由行為	1. 責任能力 2. 原因自由行為	1. 刑 2. 保安處分	
臺灣臺南地方法院 104 年度訴字 第 569 號判決	成大醫院	1. 輕度智能不足 2. 未喪失 3. 不適用	1. 未喪失 2. 不適用	1. 十年六月 2. 無	
高等法院 臺南分院 105 年度上訴字 第 899 號判決	嘉義長庚醫院	1. 輕度智能不足、思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 七年 2. 監護三年	原判決撤銷
最高法院 106 年度台上字 第 3379 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告患有輕度智能障礙、思覺失調症，自 104 年出監後，近 1 個月未服用精神疾病藥物，幻聽再度出現且日漸嚴重加上找不到母親的壓力，致其精神狀態瀕臨崩潰。
鑑定意見	成大醫院：被告在犯案行為當時，並無因為精神疾病的影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，亦無辨識能力，控制能力顯著減低之情形。
	被告之智商範圍約在 70 至 80 分之間，雖較一般人稍低落，然參照被告於會談中可清楚說明過往犯罪事實、法律後果與刑期持續期間；生活中亦可藉由社群網站和他人提供的部分訊息推敲尋得其妹妹之所在，顯示其仍具備有基本生活判斷力，其為犯罪行為時，辨識行為違法或依其辨識而行為之能力並無喪失或減損之情形。
	嘉義長庚醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	被告持刀刺殺告訴人之際，明確認識其行為足以予奪性命而仍有意為之，灼然無疑；被告出監後，近 1 個月未服用精神疾病藥物，幻聽再度出現且日漸嚴重加上找不到母親的壓力，致其精神狀態瀕臨崩潰，其於本案行為時，已因前揭心智缺陷及精神症狀，致其辨識行為違法之能力，及依其辨識而行為之能力均較常人顯著降低，而非完全喪失；斷不能以患其精神疾病及未按時服藥為由；而認全然欠缺持刀殺人犯意之認識。
法院見解	台南地方法院：被告行為時，並無刑法第 19 條適用，判處有期徒刑十年六月。
	將被告送成大醫院鑑定行為時之精神狀況，被告行為時，辨識行為違法或依其辨識而行為之能力並無喪失或減損之情形，縱認被告辯稱，其有精神病乙節屬實，亦與其行為當時是否有具有辨識行為違法之能力與依其辨識而行為之能力有無喪失或減損之情形無關。
	高等法院 臺南分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑七年，監護三年。
	1. 原審以被告犯行明確，論以殺人未遂罪，固非無見，惟查：刑法第 19 條於 95 年 7 月 1 日修正施行後，一改舊法「心神喪失」、「精神耗弱」語意不明、判斷標準缺乏共識之規定，改自生理學與心理學之角度予以綜合觀察，目的在區分其生理原因與心理結果二者，就生理原因部分，可依醫學專家之鑑定結果為據，而

	由法院就心理結果部分，判斷行為人於行為時，究屬無責任能力或限制責任能力與否。在生理原因部分，以有無精神障礙或其他心智缺陷為準；在心理結果部分，則以行為人之辨識其行為違法，或依其辨識而行為之能力，是否屬不能、欠缺或顯著減低為斷，原審未查被告精神障礙(思覺失調症)合併心智缺陷(輕度智能障礙)之生理原因，及未服用精神藥物之影響致辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低，而未依刑法第 19 條第 2 項減輕其刑，及依法宣告監護處分，容有違誤，自應由本院撤銷改判，判處有期徒刑七年。 2. 被告因輕度智能障礙，且罹患思覺失調症，嘉義長庚醫院鑑定認為被告長期缺乏支持及監督系統，未能規則就醫及服藥以控制病情，建議宜令其入適當之監護處所施以較長期之監護及持續治療並於治療期間建立良好的醫病關係及服藥習慣，以防止再犯並維護社會安全，宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護三年。 最高法院：上訴駁回。 上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 台南地方法院：被告行為時，並無刑法第 19 條適用，判處有期徒刑十年六月。 2. 高等法院 臺南分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑七年，監護三年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

三十八、106 年台中殺同事案

案由：殺人

事實：被告因安非他命引發之精神病之影響，造成幻聽、被害妄想、關係妄想及被跟蹤妄想，致其辨識行為違法或依其辨識而行為的能力顯著降低。因懷疑被害人於背地做出不利於其之事，一時憤恨難抑，持預藏之果刀猛力朝被害人揮砍，造成其出血性休克不治死亡。

重點：

本案於第二審法院有函詢鑑定機關與監護處分相關之認定。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 105 年度重訴字 第 1028 號判決	草屯療養院	1. 安非他命引起 之精神病 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 13 年 2. 監護 3 年	
高等法院 臺中分院 106 年度上訴字 第 629 號判決	函詢草屯療養院	同上	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 106 年度台上字 第 2676 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告前曾因精神疾病分別前往戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院及佛教慈濟醫療財團法人臺中慈濟醫院就診，亦曾因服用安非他命導致精神疾病。
鑑定意見	草屯療養院：被告行為時因精神障礙，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 綜合被告過去生活史、疾病史、心理測驗報告、鑑定所得資料及相關影卷資料，被告目前的臨床診斷為安非他命引起之精神病，主要精神症狀為幻聽、被害妄想、關係妄想及被跟蹤妄想，影響其人際關係及工作狀況，被告發病多年，雖感覺服藥有助於思考及被害、被跟蹤感的控制，但因欠缺病識感而未規則接受精神科藥物治療，長期未規則服藥，其幻聽、被害感及關係妄想等精神症狀持續存在，就其所描述之前一晚思考混亂、想了整晚睡不著都想不出來的狀況分析，其精神症狀之干擾明顯，但就其隔日早上去找被害人，被阻擋後又先回家載孩子上學的狀況看來，應仍具有相當之現實感。因此鑑定認為，被告受上述精神疾病之影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為的能力達到顯著降低的程度，但未達完全喪失的程度。 2. 被告罹有安非他命引起之精神病，主要精神症狀為幻聽、被害妄想、關係妄想及被跟蹤妄想，且被告缺乏病識感，造成精神症狀不穩定而導致犯行的發生，如未積極接受精神科藥物治療，則仍具有相當再犯及危害公共安全的可能，建議被告應規則接受精神科相關治療，以避免精神症狀對生活的干擾及功能退化。
法院見解	臺中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 13 年，監護處分三年。 1. 鑑定認為被告受精神疾病之影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為的能力達到顯著降低的程度，但未達完全喪失的程度。 2. 且被告前曾因精神疾病分別前往戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院及佛教慈濟醫療財團法人臺中慈濟醫院就診，被告因思考被知妄想復發、關係妄想及被監視妄想而前往就醫，堪認被告長期有妄想之精神疾病。從而，被告於本案行為時，其精神及心智狀況有刑法第 19 條第 2 項所定辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低之情形，足以認定。爰依刑法第 19 條第 2 項之規定，減輕其刑。 3. 被告所為本件殺人犯行即係因幻聽、被害妄想而殺害同事，對社會治安及民眾之生命、身體、健康安全危

	害甚大，足見被告因精神疾病之影響，確有再犯或有危害公共安全之虞，本院為預防被告再為類似之犯行，危害社會安全秩序，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段之規定，併予宣告被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年，期於精神病醫院或其他醫療團體內，接受適當看管及治療，以避免因被告之疾病而對其個人、家庭及社會造成難以預期之危害，期收治本之效，俾維公安，並啟其新生。
	高等法院 臺中分院：上訴駁回。
	本院函詢衛生福利部草屯療養院有關被告長期監禁後，於出獄時有無再予監護之必要，該院覆稱：被告精神疾病之發生，與安非他命使用具有時序性之關係，因此，被告之精神疾病應為安非他命引發之精神病。然就學理而言，安非他命引發之精神症狀通常在停用安非他命後可獲得緩解或消失。但據被告所述，其 10 多年未再使用安非他命，但被害及被跟蹤之妄想仍持續存在，因而需要考量思覺失調症之存在可能。且依經驗法則入獄隔絕安非他命使用並不必然使得精神症狀消失，建議出獄後可到精神醫療機構進行評估，以決定應執行何種型式監護處分為宜。 查被告之病症不能排除思覺失調症之存在可能性，且依醫學上的經驗法則，即使被告入獄隔絕安非他命使用，並不必然使得精神症狀消失，故被告於刑之執行完畢或赦免後，為了避免被告再犯，及基於防護社會公共秩序之必要，仍應予以監護處分。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴不合法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 臺中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 13 年，監護處分三年。 2. 高等法院 臺中分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

三十九、106 年中山站殺警未遂案

案由：殺人未遂

事實：被告基於殺人犯意，持有齒狀刀鋒之水果刀朝被害人背部重要部位攻擊，後因路過保全協助，被告才停止攻擊行為。

重點：

本案歷審法院就刑法第 19 條認定以及監護處分必要性見解皆相同。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣士林地方法院 105 年度訴字 第 108 號判決	國防醫學院三軍總 醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 8 年 6 月 2. 監護三年	
臺灣高等法院 106 年度上訴字 第 540 號判決	函詢三軍總醫院	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 106 年度台上字 第 2463 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	經醫院診斷患有思覺失調症，領有重大傷病卡及身心障礙手冊。
鑑定意見	國防醫學院三軍總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 - 就精神醫學觀點而言，被告目前臨床精神醫學之診斷為思覺失調症，合併長期失業、人際之壓力及刑期未知之情況，有較低落焦慮之情緒。被告於發病後雖曾接受藥物、住院及門診治療，但病識感及服藥順從性差，被害及關係妄想持續，影響其情緒調控、職業及人際功能。就司法精神鑑定之原則及專業立場推估，被告於案發當時之意識狀態清醒，但具被害及關係妄想、情緒調控受損；因被告於犯案過程仍具觀察環境及尾隨被害人至無人處，待其背對自己時才下手等計畫，且犯案後亦表示知道此為違法行為，顯見其辨識其行為違法及依其辨識而行為之能力並未完全喪失。被告犯案當時其辨識其行為違法及依其辨識而行為之能力顯著降低 - 被告因受精神疾病影響，其判斷能力及衝動控制力均較常人為低，病識感及服藥順從性差，復有被害及關係妄想及情緒調控不加等症狀，建議被告長期持續接受精神科治療，建立良好服藥順從性，以期改善其症狀及功能，並期降低再犯之可能
法院見解	士林地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑八年六月，監護三年。 - 本院審酌鑑定報告書係由具精神醫學專業之鑑定機關即依精神鑑定之流程，藉由與被告會談內容、被告先前就診之病歷資料、本案卷宗資料，佐以被告之個案史，並對被告施以精神狀態檢查、心理衡鑑後，本於專業知識與臨床經驗，綜合研判被告於案發當時之精神狀態所為之判斷，是該精神鑑定報告書關於鑑定機關之資格、理論基礎、鑑定方法及論理過程，於形式及實質上均無瑕疵，當值採信，堪信被告於行為時雖具有相當辨識能力，然其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定，減輕其刑，並依刑法第 70 條規定遞減之。辯護人請求援引刑法第 59 條之規定酌減其刑云云。 - 本院審酌被告前有數次持刀砍木門、威脅欲攻擊母親之紀錄，本次復持刀攻擊無辜員警，參以被告病識感

	不佳，排斥服用精神疾病藥物，顯見其服藥順從性差，被告家屬無法有力督促被告按時服藥，實難期待被告於出獄後，能自我約束而自行前往精神科就診或依醫囑服藥以控制病情，是難保被告再度無端傷人，而潛藏危害公共安全之虞慮，本院考量監護處分目的兼顧社會防衛意旨，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年，以避免被告因上開疾病而對其個人、家庭及社會造成難以預期之危害，期收治本之效。
	台灣高等法院：上訴駁回。
	1. 鑑定機關鑑定報告內容已載明其鑑定之經過及其結論，分就(1)個案史：計有個人史、現在病史、事發經過等；(2)檢查結果：計有精神狀態檢查、心理衡鑑報告結果等鑑定過程而出具鑑定結論，業據上開精神鑑定報告書載述甚明，可見係屬綜合判斷之結果，並非就單一會談為鑑定內容，而該等會談內容係鑑定機關依其專業進行，尚難以司法實務之詰問設題予以檢視，且有關鑑定經過之記載，法律本無一定格式之要求，自不以形式上有特別敘明「鑑定經過」為斷，是辯護人辯稱該鑑定之程式不完備無理由。 2. 辯護人雖主張應為刑前之監護處分，然監護處分之規定原則上係以刑之執行完畢或赦免後為之，僅於必要時始得於刑之執行前為之，難認於本案執行前有另行治療被告之必要性，且以被告目前之精神狀態及辨識能力，參酌卷內現存事證，亦難認有何先予實施監護處分之急迫性，是辯護人聲請調查有關監護處分之事項，因認該待證事實已臻明瞭而無再調查之必要，附此說明。
	最高法院：上訴駁回。 上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 士林地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑八年六月，監護三年。 2. 台灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

四十、106 年三重傷害案

案由：公共危險、過失傷害等

事實：被告騎車未注意車況，而與被害人發生碰撞，並趁被害人倒地時，毆打其頭部，後肇事逃逸。

重點：

被告上訴至高等法院，理由為監護處分為被比例原則；上訴至最高法院則是以鑑定意見無關於監護處分之鑑定為由。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣新北地方法院 106 年度交訴字 第 16 號判決	亞東紀念醫院	1. 慢性思覺失調 症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 11 個月 2. 監護三年	
臺灣高等法院 106 年度交上訴字 第 156 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 106 年度台上字 第 3391 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告為罹有慢性伴有急性發作妄想精神病患者。
鑑定意見	亞東紀念醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	1. 被告符合「慢性思覺失調症」之診斷，推被告前述案發行為當時，其因精神障礙，致其辨識行為違法，或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 2. 被告因慢性思覺失調症，有施以監護之必要。
法院見解	新北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 11 個月，監護三年。
	1. 被告為罹有慢性伴有急性發作妄想精神病患者，另被告經本院囑託亞東紀念醫院為精神鑑定，鑑定結果認：被告符合「慢性思覺失調症」之診斷，推估案發行為當時，其因精神障礙，致其辨識行為違法，或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 2. 綜觀被告之長期精神病史及前揭精神鑑定結果，參諸被告於本件警詢、檢察官訊問時及本院審理時，尚有為己辯解以圖卸責，則被告固應能辨識其行為違法，但如前所述，被告即使能辨識其行為違法，或依其辨識而行為之能力，應已達顯著降低之程度，均爰依刑法第 19 條第 2 項規定，依法減輕其刑。 3. 被告於發生車禍後，竟隨即出手毆打被害人，實具有相當攻擊性，為免被告再度因精神疾病而觸法，若任由被告在外未施以治療，將有一定程度之潛在危險性，為預防被告不再因精神疾病症狀之影響而有危害自己與他人之虞，使其接受持續規則之精神科評估與治療，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項宣告令入相當處所施以監護 3 年，以期達個人矯正治療及社會防衛之效。
	臺灣高等法院：上訴駁回。
	1. 檢察官上訴意旨：被告曾因罹患慢性併有急性發作妄想精神病而住院治療，僅 3 年治療療程，未見成效，為期被告長期接受治療，降低再犯可能性及社會危險，兼衡本案犯罪情節，認對被告施以監護期間宜達 4 至 5 年，方可見效，原判決僅令入相當處所施以監護 3 年，並未妥適。

	2. 被告上訴意旨：被告於 102 年至 106 年間無前科紀錄，原判決施以監護處分 3 年不合比例原則。 3. 原審綜合被告行止、控制能力、社會危險性、本件犯行情節輕重等客觀情形，認若任被告在外未施以治療，其再為違法行為與危害公共安全之可能性甚高，為維護公共利益及被告身心健康安全，基於社會保安及防衛目的，應予監護矯治，依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項規定令入相當處所施以監護 3 年，俾被告持續規則接受精神評估與治療，核與倫理的容許性及比例原則無違。檢察官執前詞指摘原判決量刑過輕及施以監護處分期間過短云云；被告執前詞指摘原判決施以監護處分期間過長云云，並未提出其他具體事證為憑，均無理由，故駁回上訴。
	最高法院：上訴駁回。
	1. 上訴意旨：精神鑑定報告書僅就上訴人行為時之精神狀況為判斷，並未就上訴人有無再犯或危害公共安全之虞為鑑定，自應再囑託精神醫學專家鑑定而非由法院自為審酌，原判決依該鑑定報告書對上訴人宣告監護處分，有證據調查未盡及理由矛盾之違法。 2. 上訴人行為時及偵審中客觀所顯現之行為、言談，參酌亞東醫院之鑑定意見，經綜合研判，認上訴人再為違法行為與危害公共安全之可能性甚高，為維護公共利益及上訴人身心健康安全，依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項規定，併諭知監護處分，俾上訴人持續規則接受治療，於法並無不合，故駁回上訴。
判決結果	1. 新北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 11 個月，監護三年。 2. 臺灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

四十一、106 年宜蘭放火案

案由：公共危險

事實：被告林裕翔因不滿被害人吳霞一家人，自宜蘭縣○○鎮○○路附近菜園拿取稻草後，將稻草分堆置放被害人吳霞位於宜蘭縣○○鎮○○路○○號住宅之西南側、西側、西北側、西北北側、北側、東北側路旁及東北東側、東側菜圃等八處後，明知燃燒稻草堆在風勢助長之下，極易引發大火，甚而延燒附近之房屋或其他物品引發公共危險，仍基於放火燒燬現供人使用住宅之犯意而持打火機分別點燃前開稻草堆。然因吳霞之公公高文慶發現並立即撲滅火勢，始避免火勢延燒至住宅而未能遂其犯行。

重點

一、羅東博愛醫院鑑定結果

1. 報告為處於急性發作期之嚴重思覺失調症患者，目前完全沒有邏輯思考的能力。符合刑法第 19 條所載『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』之情形。
2. 被告有立即接受精神科治療之迫切需要，應令其入適當處所治療至症狀改善為止。

二、發回更審理由

原判決違誤部分雖係影響於事實之確定，然而因涉及上訴人應否施以監護處分之判斷，最高法院無從據以自為裁判，應認原判決有撤銷發回更審之原因。

三、各審判決結果

1. 除一審法院認被告構成要件不該當而無罪及三審法院將原判決發回更審外，其餘各審皆採用羅東博愛醫院鑑定報告，認被告符合 19 條 1 項無罪，但須令其入適當處所治療。
2. 更審法院認被告未依期接受鑑定，且因與家人發生爭吵，離開原居住處所，自 107 年 6 月 12 日後即未再回診，其近況及病況均不詳。被告辯稱已經規律就醫不須再行監護云云，不能採信。

四、案件目前上訴於最高法院審理中

簡表格式

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣宜蘭地方法院 103 年度訴字第 233 號刑事判決	財團法人羅許基金 會羅東博愛醫院	1. 思覺失調症 2. 欠缺 3. 不適用	未涉及罪責	無罪	構成要件不該當，未涉及罪責
臺灣高等法院 105 年度上訴字第 123 號刑事判決	未另送鑑定	無	1. 無責任能力 2. 不適用 採羅東博愛醫院鑑定報告	1. 無罪 2. 監護處分 3 年	採原審鑑定報告，未另送鑑定
最高法院 106 年度 台上字第 136 號刑 事判決	未另送鑑定	無	上訴駁回	原判決撤銷發回	
臺灣高等法院 106 年度上更(一)字第 58 號刑事判決	台北榮民總醫院 (惟被告未依期接受 鑑定)	無	1. 無責任能力 2. 不適用 採羅東博愛醫院鑑定報告	1. 無罪 2. 監護處分 1 年	採一審鑑定報告

案件分析

被告病史	1. 自 96 年間起即因妄想型精神分裂症等在院就醫(臺北榮民總醫院蘇澳分院就醫病歷) 2. 被告迄 108 年 4 月 17 日本件辯論終結時，已經 10 個月未就醫，近況與病況皆不明
鑑定意見	羅東博愛醫院: 被告符合刑法第 19 條所載之情形，並應入相當處所治療。 3. 報告為處於急性發作期之嚴重思覺失調症患者。 4. 符合刑法第 19 條所載『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』之情形。 5. 被告有立即接受精神科治療之迫切需要，應令其入適當處所治療至症狀改善為止。
法院見解	一、宜蘭地方法院 判決未涉及罪責(構成要件不該當) 二、臺灣高等法院: 被告符合 19 條 1 項之情狀，並令入相當處所，施以監護 3 年 1. 報告書係由具精神醫學專業之鑑定機關綜合被告之家族史、個人史及疾病史、社會功能與人際互動、神經、精神狀態檢查結果等資料，本於專業知識與臨床經驗，綜合判斷被告行為時之精神狀況，故鑑定機關之資格、理論基礎、鑑定方法及論理過程，均無未盡確實或欠缺完備之情形。 2. 被告因係處於急性發作期，完全沒有邏輯思考的能力，致精神障礙，堪認被告於本件行為時之控制能力，已因其前述精神障礙而致不能控制其行為違法，欠缺責任能力，依刑法第 19 條第 1 項之規定，其行為不罰。 3. 參酌上開精神鑑定報告之建議等一切情狀，認應有對被告施以監護保安處分之必要。 三、最高法院：原判決撤銷，發回臺灣高等法院。 1. 原審之無罪判決，既已同時諭知對上訴人不利之監護處分，即與僅單純宣告被告無罪之判決不同，應認上訴人對原判決之全部，皆具有上訴利益。

	2. 原判決對於其所引用之吳霞、高文慶等證詞或論據，與上訴人主觀上有無燒燬上開住宅犯罪故意之判斷，有何關連性，卻未為任何之說明，尚有判決理由不備之違誤。 3. 原判決上開違誤因影響於事實之確定，而涉及上訴人應否施以監護處分之判斷，本院無從據以自為裁判，應認原判決有撤銷發回更審之原因。
	四、發回臺灣高等法院: 被告符合 19 條 1 項之情狀，並令入相當處所，施以監護 1 年
	1. 被告因係處於急性發作期之嚴重思覺失調症患者，堪認被告於本件行為時之控制能力，已因其前述精神障礙而致不能控制其行為違法，欠缺責任能力，依刑法第 19 條第 1 項之規定，其行為不罰，應為無罪之諭知。 2. 本院囑託台北榮民總醫院鑑定被告有無再行監護必要，被告不僅未依期接受鑑定，且因與家人發生爭吵，離開原居住處所，自 107 年 6 月 12 日後即未再回診，其近況及病況均不詳。被告辯稱已經規律就醫不須再行監護云云，不能採信。 3. 參酌精神鑑定報告之建議等一切情狀，認應有對被告施以監護保安處分之必要，應令被告入相當處所，施以監護 1 年，以利其自身健康並利公共安全。
判決結果	1. 宜蘭地方法院，被告無罪 2. 臺灣高等法院，被告無罪。令入相當處所，施以監護參年 3. 最高法院，原判決撤銷，發回臺灣高等法院 4. 發回臺灣高等法院，原判決撤銷。被告無罪。令入相當處所，施以監護壹年。
備註	案件目前上訴到最高法院審理中

四十二、105 年臺北毆妻案

案由：家暴殺人未遂

事實：被告與被害人為夫妻關係，被告在仍處於情緒疾患之「躁症」發作狀態下，致其依其辨識而行為之能力顯著降低，明知被害人曾腦中風，腦內裝有引流管，倘以金屬刀械等銳器或鈍器重擊其臉部、頭部等大腦所在部位，恐因腦部受損無法運作而死亡結果等情。基於殺人之犯意，接續以竹製拐杖、掃把柄、拖把柄、鐵棍 3 支亂棒毆打鄧玉英頭、臉、軀幹及四肢，至鄧玉英因而倒地翻滾、流血掙扎，二人女兒返家見狀，即刻外出報警求援，警到場制伏被告並將被害人送醫救治，幸救治得宜，始未發生死亡之結果。

重點：

1. 本案件各審法院均未送鑑定，以被告過去病史以及證人所述精神狀態等認定被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
2. 二審法院撤銷地方法院判決，延長監護處分至兩年，卻未述明理由，故最高法院發回更審。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣臺北地方法院 104 年度訴字 第 97 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 三年 2. 監護一年	
臺灣高等法院 104 年度上訴字 第 2866 號	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 三年 2. 監護二年	撤銷原判決 判決未公開
最高法院 105 年度台上字 第 907 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	原判決撤銷，發回 更審。	
臺灣高等法院 105 年度上更(一)字 第 40 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 三年 2. 監護一年	撤銷原判決
最高法院 105 年度台上字 第 2083 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告為癲癇患者，經醫院實施認知功能衡鑑，顯示其認知功能已達輕度失智之程度。此外，在臺北市立聯合醫院仁愛院區精神科門診就診，診斷為「重鬱症，復發」與「失憶徵候群」。
鑑定意見	無送鑑定
	無
法院見解	臺北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分一年。 1. 被告係罹患「躁鬱症」之情緒疾患，且於本案發生時，處於「躁症」發作狀態下。又被告於事發時雖屬「躁症」發作狀態中，惟衡以被告事後對於本件行為情節大致仍有記憶，亦可敘述，並對於攻擊告訴人之原因、過程、使用之器具與告訴人傷勢吻合程度以及有無殺人犯意等節亦能為自己辯解等情，可見被告尚未至不能辨識其行為違法或完全欠缺依其辨識而行為之能力，而僅屬前揭依其辨識而行為能力已達顯著降低之程度而已甚明。是被告於案發當時符合刑法第 19 條第 2 項之情形，爰依前揭規定遞減輕其刑。 2. 被告罹有上開躁鬱症情緒疾患，並有躁症症狀，會因其妄想而產生情緒反應，甚至暴力傷人之行為，可能再犯與本案相同行為，有危害公共安全之虞，其病況尚須另外接受精神科之藥物治療，治療時間需視被告服藥之遵囑性與藥物反應而定，病情穩定後仍須持續服藥，以避免復發。 3. 然被告以往就醫時，並未按醫囑服藥，又曾擅自離院拒絕治療，可見其服藥順從性差，亦難期待其願意住院治療。實難期待被告於出獄後會按期自行就診或住院治癒其疾病，亦難保被告不會復發躁症，致精神狀況惡化，再無端傷人，而潛藏危害公共安全虞慮。故考量監護處分目的兼顧社會防衛意旨，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年，以避免因被告之疾病而對其個人、家庭及社會造成難以預期之危害，期收治本之效。 臺灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分二年。(判決未公開) 殺人未遂，處有期徒刑參年，並應於刑之執行前，令入相當處所，施以監護貳年。 最高法院：撤銷原判決，發回更審。

	原判決撤銷第一審判決，改判諭知上訴人「殺人未遂，處有期徒刑參年，並應於刑之執行前，令入相當處所，施以監護貳年。」。就宣告監護處分之期間，由第一審宣告之一年，延長為二年，關於執行保安處分之期間，有無較第一審判決所宣示之期間不利益於上訴人？原判決未予敘明，亦未說明其延長保安處分期間之理由，自有理由不備之違法。
	台灣高等法院更一審：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分一年。
	被告罹有躁鬱症，並有躁症症狀，會因其妄想而產生情緒反應，甚至暴力傷人之行為，可能再犯與本案相同行為，有危害公共安全之虞，宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年，以避免因被告之疾病而對其個人、家庭及社會造成難以預期之危害，期收治本之效。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 臺北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分一年。 2. 台灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分二年。 3. 最高法院：撤銷原判決，發回更審。 4. 台灣高等法院更一審：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分一年。 5. 最高法院：上訴駁回
備註	

四十三、105 年雲林強盜案

案由：強盜等

事實：被告廖男患有精神疾病，長期服用藥物治療，在服用過量的安眠藥物作用下，產生心智缺陷，導致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力，顯著較一般常人減低下，分別犯：

1. 104 年 3 月 24 日 5 時許，前往電子遊戲場持菜刀將店員逼至牆角，致使店員不能抗拒，將店內現金 1 萬元交付廖男。
2. 同日 13 時許，前往檳榔攤，作勢欲持菜刀砍店員後，並恫稱：「錢拿出來」，欲使店員不能抗拒而著手強盜店內現金，但店員不從，2 人扭扯過程致店員受有右手臂、右大腿瘀傷等傷害，廖男因遭反抗而未遂，遂將上開菜刀棄置逃離現場。

重點：被告有精神疾病病史，屬情緒性精神病中度身心障礙，行為時因精神障礙或其他心智缺陷，辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。為防衛社會公共安全兼顧慢性治療及控制被告之精神障礙疾病，應施以監護處分二年。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣雲林地方法院 104 年度訴字第 365 號判決	嘉義長庚紀念醫院書面鑑定報告	1.可能處於躁症狀態，且前一日服用大量安眠藥物 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用 採嘉義長庚鑑定報告	1.應執行有期徒刑二年，扣案之菜刀一把沒收之。緩刑五年。 2.緩刑期間付保護管束，並應完成精神治療之處遇措施。	
臺灣高等法院臺南分院 105 年度上訴字第 317 號判決	1.採原審鑑定報告 2.函詢嘉義長庚紀念醫院	同一審法院	同一審法院	1.應執行有期徒刑二年，扣案之菜刀一把沒收之。 2.監護處分二年	
最高法院 105 年度台上字第 2097 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案例分析：

被告病史	7. 被告有長期因精神疾病就醫紀錄，於大林慈濟醫院、大林醫院就診，並遭判斷屬情緒性精神病中度身心障礙。 8. 廖員 20 歲開始出現話少、關在房內不出門等現象，22 歲因撞牆、吞藥、注意力不集中而開始至大林慈濟醫院精神科門診就診，診斷為憂鬱症，可規律接受治療，情況好時並可維持工作能力。 9. 28 歲時曾企圖上吊自殺（在浴室已綁好繩子，因想到父親而放棄），32 歲時因嚴重社交退縮、不洗澡、不吃飯、有害怕感（隨時都要家人陪，如廁也要爸爸在門口）、動作慢、亂吞藥物、想自殺等。97 年 9 月至大林慈濟醫院住院 21 天，診斷為憂鬱症，接受 6 次電擊痙攣治療，情況改善後出院。 10. 廖員 34 歲時因爸爸生病，又出現情緒低落、社交退縮、覺得自己拖累家人、痛苦到想死等念頭，而於 100 年 6 月至大林慈濟醫院住院 30 天，診斷改變為雙相情緒性精神病，鬱症合併精神病（即躁鬱症，鬱期）。 11. 出院後不久，於 100 年 10 月轉至雲林信安醫院治療，長期門診追蹤，102 年 5 月病歷紀錄首次出現多話、衝動、易怒等躁症症狀，102 年 9 月又出現鬱症，103 年 1 月又出現易怒、失眠、騎機車亂跑、跟爸爸要錢等躁症症狀，接受住院治療。 12. 103 年 3 月出院後，去某康復之家住院，因不願住院而逃跑 2 次，出院後不久又因騎車四處遊蕩、跟妹妹要錢、跟村長及理髮小姐借錢等躁症症狀，於 103 年 4 月 24 日起住院 19 天，但一直到 7 月病歷紀錄仍有躁症現象，且診斷改為混合型（即同時有躁症及鬱症症狀），103 年 9 月時病情轉為鬱症，並持續規則門診治療，而於 104 年 3 月 24 日發生本案 2 起事件，104 年 3 月 26 日至 4 月 18 日至信安醫院住院，記錄有情緒低落、亂花錢、失眠、胃口不佳，衝動控制不良等病症，診斷為躁鬱症鬱期。
鑑定意見	嘉義長庚紀念醫院：推測其於犯罪『行為時』，已因心智缺陷加上精神障礙，致其辨識其行為違法及依其辨識而行為之能力，顯著較一般人減低。 8. 廖員為一先天輕度智能不足之人，於 20 歲左右罹患雙相情緒性精神病（或稱躁鬱症），長期規律接受門診治療，病症嚴重時並曾多次住院治療，其大部分時間處於鬱症狀態，嚴重時會有自殺意念，近年來並有多次躁症發作。 9. 本案發生期間，廖員可能處於躁症狀態，睡眠需求減少，對賭博性電玩興趣增加，也會過度花費金錢，做事衝動

	不考慮後果，加上先前之偷竊行為造成其有不確定結果之焦慮，會想透過快速的方式取得金錢，以解決相關的賠償問題，且案發前一天嚴重失眠，服用大量安眠藥物，事後對案發當天的經過記憶不清，故推測其於犯罪『行為時』，已因心智缺陷加上精神障礙，致其辨識其行為違法及依其辨識而行為之能力，顯著較一般人減低。 10. (二審函詢)廖男 20 歲起即罹患雙相情緒性精神病（或稱躁鬱症），長期規則接受門診治療，病症嚴重時並曾接受多次短期住院治療，但此次仍受病症影響而犯下本案，推測其有再犯及危害公共安全之虞。建議其應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護，其監護期間以 1 年半至 2 年為宜。
法院見解	一、台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，攜帶兇器強盜罪，處有期徒刑一年九月，扣案之菜刀沒收；攜帶兇器強盜未遂罪，處有期徒刑一年十月，扣案之菜刀一把沒收。應執行有期徒刑二年，扣案之菜刀一把沒收。緩刑五年，緩刑期間付保護管束，並應完成精神治療之處遇措施。 6. 被告於本院歷來之庭訊，在神情、反應與對話上均呈現遲緩、注意力不佳等情，亟需仰賴辯護人協助才能參與法庭活動，其與一般人相比，在身心狀況上確實迥異，故鑑定報告內容應堪採信 7. 應認被告行為時因精神障礙或其他心智缺陷，辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。 二、高等法院台南分院：和地方法院認定一致，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，，攜帶兇器強盜罪，處有期徒刑一年九月，扣案之菜刀沒收；攜帶兇器強盜未遂罪，處有期徒刑一年十月，扣案之菜刀一把沒收。應執行有期徒刑二年，扣案之菜刀一把沒收。監護處分二年。 8. 被告於原審及本院歷來之庭訊，在神情、反應與對話上均呈現遲緩、注意力不佳等情，亟需仰賴辯護人協助才能參與法庭活動，其與一般人相比，在身心狀況上確實迥異，故鑑定報告內容應堪採信。 9. 足見被告行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，已顯著減低。 10. 本院認為避免被告未受適當且持續性之精神科專業治療，而導致被告犯罪行為再度出現，對於其個人及社會造成難以預料之危害，認有令被告入相當處所，施以監護之必要，且依被告精神障礙及心智缺陷之情況，實有於刑之執行前，先施以監護處分之需要，以收治療之成效，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項規定，併宣告被告於刑之執行前，應令被告入相當處所，施以監護 2 年之處分，以防衛社會公共安全兼顧慢性治療及控制被告之精神障礙

	疾病。 11. 本件被告所犯之罪，實不宜宣告緩刑，原審未審酌相關事項，逕予諭知緩刑 5 年，亦有未洽
	三、最高法院：上訴駁回。
	5. 形式上觀察，並無採證或認定事實違背經驗法則或論理法則，或其他違背法令之情形。 6. 上訴不合法律上之程式，均應駁回。
判決結果	9. 雲林地方法院第一審判決犯攜帶兇器強盜罪，處有期徒刑一年九月，扣案之菜刀沒收；又犯攜帶兇器強盜未遂罪，處有期徒刑一年十月，扣案之菜刀一把沒收。應執行有期徒刑二年，扣案之菜刀一把沒收。緩刑五年，緩刑期間付保護管束，並應完成精神治療之處遇措施。 10. 高等法院台南分院第二審判決犯攜帶兇器強盜罪，處有期徒刑一年九月，扣案之菜刀沒收；又犯攜帶兇器強盜未遂罪，處有期徒刑一年十月，扣案之菜刀一把沒收。應執行有期徒刑二年，扣案之菜刀一把沒收。刑之執行前，施以監護處分二年。 11. 上訴最高法院，上訴駁回。
備註	

四十四、105 年桃園砍母案

案由：家暴殺人未遂

事實：被告因罹患思覺失調症未善加控制，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低，竟基於殺直系血親尊親屬之犯意，持住處廚房之菜刀 1 把，猛砍其母親頭部要害 3 至 4 刀，致被害人受有嚴重傷害。

重點：

本案件一、二審判決未公開，但可由最高法院判決得知，二審高等法院撤銷地方法院判決。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
桃園地方法院 104 年度訴字 第 774 號	無法得知	無法得知	無法得知	無法得知	判決未公開
臺灣高等法院 105 年度上訴字 第 1158 號	無法得知	無法得知	1. 減低 2. 不適用	3. 六年 4. 監護三月	撤銷原判決 判決未公開
最高法院 105 年度台上字 第 2748 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無法得知。
鑑定意見	一、二審判決不公開，無法得知。
法院見解	桃園地方法院：無法得知。
	判決未公開。
	臺灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑六年，監護處分三年。
	判決未公開
	最高法院：上訴駁回。
	1. 考量被告服藥順從性差，家屬無法有力督促按時服藥，實難期待被告於出獄後得自我約束，按期自行就診或依囑服藥以控制病情，難保無復發之可能，致再無端傷人，而潛藏危害公共安全之虞慮，爰併予宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年，以避免被告對其個人、家庭及社會造成難以預期之危害。 2. 經核原審所為量刑既未逾法定刑度，又無濫用量刑權限之情形，併為監護處分，亦屬適當，本件上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 桃園地方法院：無法得知。 2. 臺灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑六年，監護處分三年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

四十五、105 年台中棒打鄰居案

案由：重傷害

事實：被告與被害人夫婦為鄰居關係，平日相處不睦，被告受精神疾病影響，認被害人夫婦不利於他，故持長棍進入被害人之住處，先後朝二被害人猛力揮打，造成二人皆受重傷。

重點：

1. 本案更一審判決尚未公開。
2. 本案二審高等法院宣告緩刑理由，與對其宣告監護處分理由相互矛盾。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣臺中地方法院 103 年度訴字 第 438 號判決	臺中榮民總醫院	1. 妄想疾患 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 三年 2. 監護一年	
高等法院 臺中分院 104 年度上訴字 第 1370 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 二年 2. 監護二年	原判決部分撤銷
最高法院 105 年度台上字 第 2502 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	原判決撤銷，發回 更審	
高等法院 臺中分院 111 年度上更一字 第 41 號	無法得知	無法得知	無法得知	無法得知	判決未公開

案件分析

被告病史	本件被告於案發後，至童綜合醫院住院治療，經診斷病名為妄想疾患、精神分裂症。
鑑定意見	臺中榮民總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 整體來說被告自案發前就有明顯怪異行為及被害、被偷的妄想，曾獨自至警局報案，也曾因怪異行為被通報，故其精神症狀推測應在案發前即存有，且持續至今，故其症狀可能會造成社會情境的判斷力較差的傾向。 2. 由被告過去學經歷及工作能力，與被告目前認知能力相比，應有受疾病影響而下降的情形，目前仍存有相關精神症狀（疑心、被偷、聽幻覺），現實感仍較差。 3. 被告意識清楚，外觀整齊，體型中等，步態緩慢且面部表情較侷限。身體外觀無明顯缺陷，對於本院所提出之鑑定相關問題或測驗可配合回答，回答反應速度較慢。對於過去該案件發生過程，仍然會以妄想的內容來解釋，並且目前仍然對於鄰居仍有被害感存在，會談過程時無觀察到明顯怪異行為或幻覺出現。 4. 被告於案發當時因精神症狀致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著降低之情形。 5. 被告對於鄰居仍有被害感存在，鑑定結果及建議並載明被告於鑑定時仍有存在殘餘精神症狀，建議被告需規則接受精神科治療，以避免再犯或危害公共安全之虞。
法院見解	台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分一年。 1. 參酌被害人口述，被告行為當時應有妄想情狀。足認被告為本案使告訴人等受重傷未遂之犯行時，確均有因精神症狀，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著減低之情形，然並未達不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力之程度。 2. 被告有再犯及危害公共安全之虞，為降低被告再犯及危害公共安全之可能性，本院認除刑之宣告外，自有使被告持續接受適當治療及監督保護之必要，爰依刑法第 87 條第 2 項前段及第 3 項前段之規定，於其所犯各該罪主文項下均併予宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年，以收其個人治療

	及社會防衛之效。
	高等法院台中分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑二年，監護處分二年。
	1. 被告至臺中榮民總醫院精神部接受精神鑑定，檢查結果記載被告仍存有相關精神症狀（疑心、被偷、聽幻覺），且對於鄰居仍有被害感存在，鑑定結果及建議並載明被告於鑑定時仍有存在殘餘精神症狀，建議被告需規則接受精神科治療，以避免再犯或危害公共安全之虞，堪認被告有再犯及危害公共安全之虞，為降低被告再犯及危害公共安全之可能性，本院認除刑之宣告外，自有使被告持續接受適當治療及監督保護之必要，爰依刑法第 87 條第 2 項前段及第 3 項前段之規定，於其所犯各該罪主文項下均併予宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 2 年，以收其個人治療及社會防衛之效。 2. 故被告之辯護人為被告辯護稱無施以監護之必要，並無足採。
	最高法院：撤銷原判決，發回更審。
	1. 依修正後刑法第 74 條第 5 項、第 87 條第 2 項之規定，緩刑之效力，不及於保安處分之宣告；而同法第 87 條第 2 項之監護處分，不當然限於刑之執行完畢或赦免後始能執行，必要時，仍得於刑之執行前為之。原判決仍援引修正前刑法上開規定，以刑法第 87 條第 2 項之監護處分，本即於刑之執行完畢或赦免後執行之，緩刑期內不能施以監護為由，一併諭知被告緩刑，並宣告被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，已有適用法則不當之違法。 2. 被告經台中榮民總醫院精神鑑定結果認被告於鑑定時仍有存在殘餘精神症狀，建議被告需規則接受精神科治療，以避免再犯或危害公共安全之虞。因而認被告有再犯及危害公共安全之虞，為降低被告再犯及危害公共安全之可能性，認除刑之宣告外，自有使被告持續接受適當治療及監督保護之必要，爰併予宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 2 年，以收其個人治療及社會防衛之效。原判決既認被告無再犯之虞而予緩刑宣告，卻又認被告有再犯之虞而予監護處分宣告，亦有理由上矛盾之違法。
	高等法院台中分院更一審：判決未公開。
	判決未公開，無法得知。

判決結果	1. 台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年，監護處分一年。 2. 高等法院台中分院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑二年，監護處分二年。 3. 最高法院：撤銷原判決，發回更審。 4. 高等法院台中分院更一審：判決未公開。
備註	

四十六、105 年士林郵局放火案

案由：公共危險等

事實：被告楊秋英患有慢性思覺失調症，致其於辨識行為違法或依其辨識而行為之能力已達顯著減低程度之情況下，犯：

1. 103 年 4 月 14 日下午，於郵局內以稀釋鹽酸潑向郵局行員李美珍，並以打火機點燃滴有汽油之紙張於空曠地面，致起火燃燒，經民眾即時發現滅火。
2. 103 年 4 月 28 日凌晨，在「臺灣大哥大電信公司」門市前，以持裝有汽油之保特瓶放自塑膠袋內擺放在該店電捲門前，並以打火機點燃紙張，致起火燃燒，經前路人即時發現滅火，始未得逞
3. 103 年 4 月 30 日上午，在「肯德基速食店」門口，以其所有持裝有汽油之保特瓶倒在前址玻璃門，以打火機點燃汽油，致起火燃燒，經肯德基店家員工即時發現滅火，始未得逞，又朝發現人王德義潑灑汽油，拿打火機作勢點火，以加害身體、生命之事恐嚇王德義，使其心生畏懼致生危害於安全。

重點：被告患有慢性思覺失調症，致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低。且足認有再犯及有危害公共安全之虞，應施以監護處分。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣士林地方法院 104 年度審訴字第 40 號判決	三軍總醫院	1.慢性思覺失調症 2.減低 3.無	1.限制責任能力 2.無 採三軍總醫院鑑定報告	1.三個放火燒燬現有人所在之建築物未遂，累犯，各處有期徒刑貳年，應執行有期徒刑四年六月 2.監護處分三年 3.扣案之打火機壹個、盛裝汽油之寶特瓶肆瓶及燃燒物壹袋均沒收	
臺灣高等法院 104 年度上訴字第 2551 號判決	無	無	1.限制責任能力 2.無	1.案 1 之放火燒燬現有人所在之建築物未遂撤銷，犯恐嚇公眾罪，累犯，處有期徒刑三月。其餘上訴駁回。 2.監護處分一年	臺灣高等法院 106 年度聲字第 2264 號刑事裁定，應執行三年六月。
最高法院 105 年度台上字第 964 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案例分析：

被告病史	13. 被告於 98 年 2 月 2 日轉診到臺北市立聯合醫院忠孝院區，之前曾在臺中就醫。 14. 被告如果有正常服藥或是有打針，就會回歸像一般人一樣的情形，處理壓力的情況就像一般人的處理方式，被告亦有幻聽，但是隨著用藥就減低。 15. 被告縱火是一種精神症狀干擾，不會感受到特別興奮，比較接近是自衛，這也是精神症狀的一種，一般縱火癖是看到火光燒會興奮，但被告比較是因為覺得某個地方或商家對他有所企圖、不利，跟純粹縱火狂的沒有症狀，只是看火燒，感覺不太類似，這也是思覺失調症的一個症狀；目前醫藥很發達，如果被告一個月規則就醫一次，藥可以持續一個月，跟完全不治療的人情況就會有不同。 16. 被告 103 年 4 月 9 日有在忠孝院區就醫，5 月 5 日在松德院區住院。 17. 被告 4 月 9 日就診，4 月 14 日還是發生在郵局裡面縱火，這也是精神症狀，思覺失調症有時候覺得有被害妄想，可能要細問被告當時是否有情境因素，一般像思覺失調症還蠻友善，但是有時候情境因素影響，譬如說跟人家有爭執，她可能會爆發，但大體來說是穩定的。
鑑定意見	三軍總醫院：被告患有慢性思覺失調症，致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力已達顯著減低之程度。 11. 就精神醫學專業觀點而言，楊員目前臨床精神醫學上之診斷為：慢性思覺失調症。 12. 楊員辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力尚未達到完全喪失之程度。但楊員因妄想內容所反應出的行為，再加上病程慢性化後導致之現實感不佳，思考亦呈現自閉性思考狀態及認知、情緒、行為等自我控制能力受損，已達顯著減低之程度
法院見解	一、台中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，應執行有期徒刑肆年陸月，監護處分三年。

8. 被告於法院審理時聲請調查松德醫院是否給他打狂針，因為打針後他才有意念出去做起訴書所載犯行，又稱之前郵局無端扣伊存款，他有向台灣大哥大買易付卡，但每通電話都給他多收錢等不符常情之語。
9. 堪認該鑑定書所述堪予採信。被告於上開犯行時，確應患有慢性思覺失調症而致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力均已達顯著減低之狀態。
10. 觀自臺灣高等法院被告前案紀錄表，被告有數次因放火燒毀他物案件經法院判決確定，倘本件僅以刑罰之方式處斷被告，卻未予積極治療，則被告於本件執行完畢後，被告當有再犯或有危害公共安全之虞，故爰依刑法第 87 條第 2 項規定，於其刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 3 年。

二、高等法院：和地方法院認定一致，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，褫奪公權終身，監護處分一年。

12. 案 1，被告雖有點火紙張燃燒，然其並無將燃燒之紙張丟向郵局內之可燃物，欲藉火力傳導而燒燬郵局之行為，被告辯稱其並無放火燒燬東湖郵局之故意等情，應與實情相符。故被告主觀上並無放火燒燬現供人使用之建築物犯意，此部分原應為無罪之諭知
13. 審酌原審囑託鑑定機關建議應給予被告監護處分，參酌被告罹患慢性思覺失調症，前已因公共危險案件經科刑判決及刑之執行，仍再犯本案犯行，其情狀足認有再犯及有危害公共安全之虞，確有施以監護處分之必要。
14. 斟酌鑑定證人陳大申醫師證述被告之病症不宜長久隔離，否則將使其因不能參與社會事務而退化，及被告家屬楊幼齡表示家人會給予被告支持，督促其按時看診用藥等情，認原判決對被告宣告施以監護處分，固屬有據，惟宣告監護期間 3 年，稍有過長，恐妨害被告再社會化之可能性，爰將原判決關於監護處分部分亦撤銷，並宣告被告應於本案刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護 1 年。

三、最高法院：上訴駁回。

- 1.無上訴意旨所稱判決與卷內證據資料不符或違背經驗與論理法則等違法情形。
- 2.未逾越法定刑度，亦未濫用其權限，且所處之刑已屬低度刑，依上揭說明，自無違法。
- 3.其餘上訴意旨，均非適法之第三審上訴理由。應認本件上訴違背法律上之程式，予以駁回。

判決結果	12. 士林地方法院第一審判決三個放火燒燬現有人所在之建築物未遂，累犯，各處有期徒刑貳年。應執行有期徒刑肆年陸月，扣案之打火機壹個、盛裝汽油之寶特瓶肆瓶及燃燒物壹袋均沒收。並應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護參年。。 13. 高等法院第二審撤銷案 1 之放火燒燬現有人所在之建築物未遂，犯恐嚇公眾罪，累犯，處有期徒刑三月。其餘上訴駁回，監護處分一年。 14. 上訴最高法院駁回，全案定讞。
備註	臺灣高等法院 106 年度聲字第 2264 號刑事裁定，3 案與 103 年 4 月 14 日另犯之竊盜罪聲請定應執行刑，應執行三年六月。

四十七、104 年新北面試殺人案

案由：殺人等罪

事實：被告陳昆明（下稱陳男）罹患思覺失調症。

- 一、陳男曾於 92 年犯下殺死兩名小女孩之案件，經臺灣高等法院 97 年度重上更五字第 209 號判決，判處有期徒刑 12 年，並於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護 2 年，後經減刑為有期徒刑 6 年確定，於 98 年 7 月 3 日執行完畢。自 98 年 7 月 3 日起執行監護，後於 98 年 12 月 8 日經裁定免予繼續執行監護處分，所餘期間以保護管束代之。
- 二、陳男於 99 年 10 月 10 日向林藤原承租新北市板橋區某房舍之一樓，並於同年月 18 至 20 日連續於中國時報刊登徵才廣告。被害人林美玉（下稱林女）曾於同年月 19 日下午撥打電話與陳男聯絡面試事宜，並於同日晚間 11 時至上開租屋處進行面試，面試結束時，陳男向林女佯稱翌日(20 日)將帶其面見檳榔攤老闆。翌日上午 9 時 7 分左右，林女依約到達租屋處，陳男向林女表示因下雨無法面見老闆，林女因係請假、冒雨前來，見陳男託詞敷衍而起爭執。爭執之際，陳男先於該租屋處之餐廳持木質球棒敲擊林女頭部致木棒斷裂，林女倒地後哀求陳男停手，陳男不罷休，將林女拖至餐廳旁儲物間，要求林女吞食其於精神科就診時所得之 FM2 藥物數顆，稱能減輕其痛苦，待林女昏厥後續持鋁棒敲擊之，林女因中樞神經衰竭、撕裂傷出血死亡。陳男見林女死亡後，褪去林女之短褲，復將林女之上衣撕裂至頸部，以藍色毛衣覆蓋其頭部，並以棉被包裹林女屍體，再以鋁板覆蓋其上，及擦拭面對大門之前客廳左側牆面及地面之血跡，再外出購買午餐便當回該租屋處食用後，始離去。

重點：

- 一、鑑定機關（馬偕紀念醫院、行政院衛生署八里療養院、臺大醫院）之鑑定意見一致。

3. 馬偕紀念醫院認為：

- c. 陳男於民國 99 年 10 月 20 日殺害被害人時可能仍有妄想型精神病（但處於部分緩解中），但在辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力或有降低，應未達顯著程度。

- d. 陳男為思覺失調症之個案，然其可以與人簽訂租賃契約，購買家具及家電用品，並自行張貼出租廣告；並以化名於報紙刊登應徵檳榔門市小姐廣告；同時觀護人訪視時陳男正與鄰居打籃球，表現正常；可以與兩名應徵者正常面試，取得對方信任並約次日繼續面談，所以於案發前並無任何精神病急性發作前兆；即使如陳男所述在 10 月 19 日受到被害人言語刺激導致受心魔控制計畫行兇，但在 10 月 19 日當晚陳男受到刺激下反而可以壓抑怒氣不受心魔影響，並約被害人次日繼續面試，顯見陳男並非全然無法控制其行為。

4. 行政院衛生署八里療養院：

- a. 本案最大之特徵，在於陳員一直未否認犯罪，只是堅稱犯罪之主體係是尤其分裂之人格心魔所為，並非其主要人格「陳昆明」所做。固然罹患精神分裂病，病情已呈現慢性化，臨床症狀包括幻聽、幻視、妄想、社會功能退化等症狀，但縱使如此，其認知功能並未達顯著退化，其智能與一般人平均程度相當，此可證之於心理衡鑑之結果。
- b. 被告雖有慢性精神病診斷及症狀，但根據犯行前之計畫行為，以致於犯罪行為時，雖主張非陳男本人所為，係其分裂人格之一『心魔』所為，其無法控制、亦不知其所為，僅在行為後始得知心魔可能犯殺人罪，就陳男本人而言，對於殺人之行為及其違法性，具有認識，並未達顯著欠缺辨識能力與控制能力。

5. 國立台灣大學醫學院附設醫院（台大醫院）認為：

- a. 被告涉案前精神分裂症乃處於部分緩解中，可保持良好之認知與控制能力，有組織地處理許多複雜事務（租屋裝潢、買賣手機生意、買賣小動物生意、以化名委託報紙刊登徵人廣告，並進行徵人會談等），此種情況下，其行為反應模式主要為其 B 群人格特質之展現，而其受到林女激怒之後之攻擊行為，亦符合其 B 群人格特質之行為模式。
- b. 即使【心魔】之現象為真，犯案過程中，林女被毆致死，陳員（或【心魔】）將林女之屍體以棉被包裹並以鋁片覆蓋屍體（顯示有罪惡感，有不願面對屍體或不願屍體暴露等思維），並收拾犯案現場擦拭血跡等，顯示整個犯案過程仍有一定之組織性與控制力，依據文獻，本院鑑定仍傾向於認為陳員於犯案時具有依其辨識而行為之能力。
- c. 本院鑑定認為陳員於涉案期間，未有因精神分裂症急性發作而導致明確精神障礙或其他心智缺陷之證據，陳員殺害林女時其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，並未達顯著減低之程度。陳員宣稱被「心魔」控制之精神症狀描述之

可信度低。

二、最高法院認為，高等法院二審判決未充分考量對精神病患不得處以死刑之條款與建議、刑法 57 條之「一切情狀」，且事實認定未臻明確，乃發回更審。

- a. 本案及前案合計共七份精神鑑定報告，均一致認定陳男罹患精神分裂症，聯合國經濟及社會理事會決議批准公布之「保障死刑犯人權保證條款」第三條，明確規範對於精神障礙者不得執行死刑；再聯合國人權事務委員會 2005/59 決議第七項，進而要求所有仍維持死刑之締約國，不得對任何精神或智能障礙者判處或執行死刑。嗣於西元 2013 年對中華民國政府落實國際人權公約初次報告之審查國際獨立專家通過的結論性意見與建議第五十七項，仍要求我國直到完全廢除死刑之前，應嚴格遵守相關程序及實質之保護措施，特別是心理或智能障礙者不得被判處死刑或執行死刑。均已明確宣示我國刑法雖得科處死刑，然人之生存權，應受法律保障，死刑之剝奪生命，具有不可回復性。
- b. 刑法第五十七條審酌「一切情狀」，須兼衡精神障礙者於行為時及裁判時之心智狀態，確認與正常人無異，未有悛悔實據，顯無教化遷善之可能，經從主觀惡性與客觀犯行詳實審酌後，始得剝奪其生命權。原判決似認為上訴人於殺人時，既未處於精神疾病發病狀態，不符合刑法第十九條減輕刑事責任之要件，縱行為後仍在精神障礙狀態中，亦不必再將其有精神障礙之事實，列入量刑因素之中，而可以判處死刑。將刑法第十九條與第五十七條在刑事審判中分屬刑事責任能力及刑罰裁量權之事項混為一談，其刑之量定，是否符合罪刑相當原則，有重加審酌之必要。
- c. 鑑定機關台大醫院僅就上訴人行為時之精神狀態為鑑定，未就囑託鑑定時其精神障礙是否仍然存在之事項為說明，此等事項攸關原審於審判時應審酌之情形，原審雖已調查而其內容尚未明瞭，自有證據調查未盡及判決理由不備之違誤。

三、高等法院更一審判決與第一、二審判決認定被告行為時之責任能力並不同，然更一審台大醫院第二次鑑定報告及法院均認為被告尚非無教化可能。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
第一審偵查中	馬偕紀念醫院	1.思覺失調症、 B 群人格疾患 2.未喪失 3.不適用	無	無	
臺灣新北地方法院 100 年度 重訴 字 第 2 號 刑事判決	行政院衛生署八 里療養院	1.思覺失調症 2.未喪失 3.不適用	1.完全責任能力 2.不適用 採行政院衛生署八里療 養院鑑定報告	1.死刑/褫奪公權終身 2.無	
臺灣高等法院 101 年度上 重訴 字 第 25 號 刑事判決	國立台灣大學醫 學院附設醫院	1.思覺失調症 2.未喪失 3.不適用	1.完全責任能力 2.不適用 採臺大醫院鑑定報告 上訴駁回	1.死刑/褫奪公權終身 2.無	
最高法院 102 年度 台上 字 第 4289 號 刑事判決	無	無	認為高等法院針對刑法 第 57 條「一切情狀」 之判斷未審酌： 保障死刑犯人權保證條 款、聯合國人權事務委 員第 7 項決議、我國政	發回更審	

			府落實國際人權公約報告之審查國際獨立專家通過的結論性意見與建議第 57 項...等		
臺灣高等法院 102 年度 上重更(一) 字 第 8 號 刑事判決	國立台灣大學醫 學院附設醫院	1.思覺失調症 2.未喪失 3.不適用	1.完全責任能力 2.不適用 採臺大醫院鑑定報告	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.無	
最高法院 104 年度 台上 字 第 717 號判決	無	無	上訴駁回	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.無	全案 定讞

案例分析：

被告病史	18. 陳男母親報告自陳男國中畢業之後，陳男出現一些怪異的言語行為，然而陳男並未就醫，生活模式亦無太大變化，並無較客觀之證據可佐證陳男此時已經發病。 19. 陳男較明確之精神病症狀，乃始自陳男服役於海軍時，出現焦慮、失眠、聽幻覺及自我傷害之行為，曾住院約兩個月，診斷為精神分裂症。 20. 陳男停役後，亦曾在 91 年 11 月 20 日至同年月 30 日之間於國軍北投醫院接受住院治療，診斷亦為精神分裂症。 21. 自陳男於 92 年犯下殺死兩名小女孩之案件後，其精神疾病症狀之豐富性大增，開始出現更多『聽幻覺』或『人格』現象。據陳男描述，其為求能早日結束監護處分，98 年自國軍北投醫院出院，即使其治療藥物劑量降低，陳男仍可藉由轉移注意力之方式忽略聽幻覺，可以『掩蓋其症狀』(長至半小時)。 22. 陳男自國軍北投醫院出院後，主動返臺大醫院就診，但因自認服藥使其行動緩慢，無法做生意，自認不願受藥物控制，服藥並不規則。

鑑定意見	一、馬偕紀念醫院：被告辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力或有降低，但應未達顯著程度。
	13. 被告之精神科診斷為：妄想性精神分裂症(思覺失調症)、B 型人格疾患（以反社會及邊緣性人格特質為主） 14. 妄想性精神分裂症：診斷依據主要是陳男過去病史有出現典型精神分裂症的幻聽形式，並因此自我傷害，也有思考障礙的表現；但在監護處分時於國軍北投醫院住院記錄中可以看到陳男精神分裂症狀在住院一個月後已經大為改善，之後病歷記錄多以陳男違規行為問題為主（包括:抽菸、賣菸、指控他人竊取財物及威脅要傷害他人等），此外陳男智力並未受到精神分裂症影響而有任何退化跡象；一般而言，嚴重精神分裂症病人常缺乏工作動機，生活功能退化；陳男卻積極表現出工作動機及意願，也會自行租賃房屋、化名登報及面試應徵人員，所以認定其精神分裂症自民國 98 年 8 月以後是處於部分緩解中，對其一般生活功能無礙。 15. B 群人格疾患（以反社會及邊緣性特質為主）：主要診斷依據是由陳男早在國小六年級時便常與同學鬥毆，遭同學家長至家中投訴，甚至有兩次將同學打傷，陳男對此表示是被挑釁才會還手，自己並無犯錯，可能早在精神分裂症發生前，陳男性格可能就有缺乏良心自責或容易合理化自己行為的傾向，而在民國 98 年於國軍北投醫院住院期間於病房中出現的行為問題（不遵守病房禁菸規定、說謊、操縱威脅態度等）也顯示其可能具有 B 群人格特質。 16. 馬偕醫院回覆臺灣板橋地方法院檢察署說明事項：1.陳男有妄想型精神分裂症（部分緩解中），對於在辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力或有降低，但應未達顯著程度。2.陳男於民國 99 年 10 月 20 日殺害被害人時可能仍有妄想型精神病（但處於部分緩解中），但正如前述陳男在辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力或有降低，但應未達顯著程度，理由如下：(1)陳男可以在 10 月 10 日與人簽訂租賃契約，購買家具及家電用品，並自行張貼出租廣告；並在 10 月 18 日起以化名於報紙刊登應徵檳榔門市小姐廣告；同時 10 月 18 日觀護人訪視時陳男正與鄰居打籃球，表現正常；10 月 19 日可以與兩名應徵者正常面試，取得對方信任並約次日繼續面試，所以於案發前並無任何精神病急性發作前兆；即使如陳男所述在 10 月 19 日受到被害人言語刺激導致受心魔控制計畫行兇，但在 10 月 19 日當晚陳男受到刺激下反而可以壓抑怒氣不受心魔影響，並約被害人次日繼續面試，顯見陳男並非全然無法控制其行為。(2)陳男所述行兇時受心魔控制攻擊被害人，之後心魔消失恢復原來自我，再替被害人檢查脈搏，確認被害人活著，因心中害怕，所以將被害人自客廳拖行至後方儲物間，之後至廚房喝水後便急忙離開，但

	根據海山分局現場勘驗報告認定被害人是在客廳被棍棒攻擊倒地，再遭拖行至儲物間繼續攻擊致死；再者法醫研究所鑑定報告書更指出被害人可能遭人強迫服用藥物迷昏、性侵。所以陳男自述案發過程與上述客觀證據並不一致，加上過去有多次接受司法精神鑑定經驗，可能會有『不實表現自己狀況的動機因素』來干擾鑑定結果。3.臨床上所見服用藥物而導致之記憶缺損應當是順行性記憶缺失，即在服用藥物後會干擾到大腦記憶登錄的能力，所以應當是對於服藥之後所做的行為印象模糊或毫無記憶；陳男自述是於案發後次日（10月21日）至臺大急診回家後才服藥企圖自殺，清醒後對於10月20日殺害被害人乙節毫無記憶，此記憶缺損情形於一般醫學經驗上並不合理。
	二、行政院衛生署八里療養院：被告對於本案之殺人行為，於行為時，應具有完全之刑事責任能力，不因其罹患精神分裂病而受影響。
	4. 經鑑定認為，陳男仍具備對外界環境之知覺領會與處理自身之事務之能力。鑑定當天配合上午會談及下午之心理衡鑑，流暢回應醫師及心理師提問，說明現今精神狀態具有意思能力，未達心神喪失程度。雖有慢性精神病診斷及症狀，但根據犯行前之計畫行為，以致於犯罪行為時，雖主張非陳男本人所為，係其分裂人格之一『心魔』所為，其無法控制、亦不知其所為，僅在行為後始得知心魔可能犯殺人罪，就陳男本人而言，對於殺人之行為及其違法性，具有認識，並未達顯著欠缺辨識能力與控制能力。 5. 陳男所謂之心魔，係出於其妄想所致，與『多重人格』（解離性身分疾患）診斷所謂之人格不同，由於陳男認為犯行係由心魔所為，並僅出現於心情煩躁之時，取代陳男，並先後犯案兩次，於此，亦可推知陳男應可預知及知悉『心魔』犯罪之計畫與實施行為。另依據『心魔』所述，因為忍不下遭受被害人無心之言語，自覺受辱而殺人，『心魔』亦在具辨識能力與控制能力之下而殺人。 6. 再參考美國司法實務通說對於所謂多重人格刑事責任能力抗辯之見解，亦以主要人格為審判之客體，因此，綜合而言，陳男對於本案之殺人行為，於行為時，應具有完全之刑事責任能力，不因其罹患精神分裂病而受影響。
	三、臺大醫院：陳男於犯案時即使有精神症狀，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，並無顯著減低或欠缺之情形。

(一) 101 年臺灣高等法院 上訴審 時之鑑定(第一次鑑定報告)

1. 陳男之精神科診斷為(1)妄想型精神分裂症(思覺失調症)，部分緩解期；(2)人格疾患，未註明型，具B群人格疾患特質。陳男關於其他各種『人格』、『心魔』、『異次元』或其他各種『使』等等之描述，可信性低。
2. 陳男曾於之前鑑定過程中認為自己乃『人格分裂』，但根據『解離性人格障礙症』之相關資料，患者通常不太願意主動談及其症狀，且其症狀通常『不誇張』，且會在某段生命時期無法回想起重要的個人重要資訊。而模擬此疾病者，則經常呈現誇張之描述、隨意編造、缺乏一致的工作史，對於其症狀顯得淡漠或不在乎(沒有受苦之反應)，選擇性地失憶，說謊等等。根據精神病理學之學理推估，陳男並非屬於『解離性人格障礙症』之範疇之可能性最高。
3. 根據過往陳男歷次接受心理測驗之資料，亦呈現奇特之模式：其智力程度與其精神疾病症狀嚴重度呈現矛盾之現象(精神症狀較穩定時，智力商數反而較低)陳男對於其測驗反應之真確性值得懷疑。
4. 陳男對於本案犯案情節之描述，呈現之特徵為，隨著時間經過而遺忘更多，然而其遺忘之程度無法以目前之精神病理學解釋。三個犯案之描述中，以馬偕醫院之鑑定報告中呈現最多細節，最不似失憶之情況；於八里療養院之鑑定報告中，其記憶減少到依稀有人打人之零星畫面；而於臺大醫院之鑑定中，陳男則幾乎完全忘記涉案過程。陳男失去記憶之時間點，亦有不一致之處。陳男對於犯案過程『失憶』之可信度低。
5. 陳男涉案前精神分裂症(思覺失調症)乃處於部分緩解中，可保持良好之認知與控制能力，有組織地處理許多複雜事務(租屋裝潢、買賣手機、買賣小動物、化名委託報紙刊登徵人廣告，並進行徵人會談等)。陳男過去對於各個『人格』之描述多有不一致之處，各個『人格』並未在其生活當中導致明顯行為模式及記憶斷層之障礙。
6. 依陳男辨識而行為之能力而言，陳男自述『心魔』乃是陳男自己創設之『惡魔方程式』之成果，中間牽涉到『自我催眠』之過程，且陳男在八里療養院之鑑定過程中，也可自行『誘發』『心魔』出現，因此陳男對於『心魔』之出現並非無控制力，『心魔』因此並非主宰性之『人格』，而較可能是陳男之工具。鑑定結果仍傾向認為陳男於犯案時具有依其辨識而行為之能力。
7. 目前對於解離性人格障礙症之研究，仍未有十足之科學證據能夠證實『各個人格』之獨立性，而此現象在陳男之情形尤其明顯，且陳男之敘述之可信性亦較低，因此整體考量，陳男於犯案時即使有精神症狀，其辨識行為違法

	或依其辨識而行為之能力，並無顯著減低或欠缺之情形。 8. 陳男明知過往之經驗已經顯示其『心魔』現象本身之危險性，而陳男對於此種現象並不在意，在其具備能力避免心魔作用之時，竟不為之，此符合其 B 群人格特質之展現，而陳男具備 B 群人格特質之情形，其對於將來殺傷他人風險之認識及因應之情況，依據目前精神病理學之學理及臨床判斷，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力並未達到顯著減低之情形，則其對於其後續犯案時刑事責任能力之降低，仍有故意或過失引致之可能。 9. 即使相信陳男關於其『心魔』之描述，誠如陳男宣稱，本次殺人事件係由因減藥而造成之精神症狀惡化所引起，陳男在會談中亦表明能充分了解過往之病史呈現發病時可能具有傷人危險之模式，且陳男亦主觀宣稱欠缺治療時常有發病之情形，而此次陳男仍決定減藥而導致再度發病及殺人之行為，是否有原因自由行為之法律詮釋可能，仍請法院依職權認定。 10. 本院鑑定傾向於認定陳男對其精神病症狀與其殺人行為關連之敘述係為了某些特定之目的（如獲得福利或規避責任）而放大描述其精神疾病症狀之頻率及嚴重度，或者將某些非因精神疾病之行為歸因於精神疾病之症狀。 11. 總結說來，陳男於本次殺人案件期間，除陳男可信度低之陳述外，依據目前資料及精神病理學學理，並不支持陳男刑事責任能力顯著減低之認定。本院鑑定認為陳男於涉案期間，未有因精神分裂症急性發作而導致明確精神障礙或其他心智缺陷之證據，陳男殺害林女時其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，並未達顯著減低之程度。陳男宣稱被『心魔』控制之精神症狀描述之可信度低。 (二)103 年臺灣高等法院 更一審 時之鑑定(第二次鑑定報告) 1. 陳男在更一審時供稱：其在偵查中稱第一次面試林美玉時，林美玉小小聲的說真是賤骨頭，當時有一個念頭告訴其不要罵被害人，那個念頭跟其講明天就由他來處理等情，不是真的，「那是我辦的」，其在本院 103 年 10 月 22 日準備程序所提之行兇過程中，「心魔確實曾經有聲音出現過，心魔跟我說的，我現在無法回答，它說的很多。我承認的過程，心魔只是慫恿，但沒有控制我。」已坦承其前於偵查、原審、本院審理中所稱係遭「心魔」控制而行兇一節，為其編纂之說詞。 2. 被告過往之精神症狀呈現，從未見持續之躁症或鬱症之症狀，其對於他人之攻擊行為，較屬於短暫性之暴怒或情緒激動之行為反應，與其人格特質關係較高，因此鑑定傾向排除被告為情感型思覺失調症或躁鬱症之可能顯示被

	告現為思覺失調症及 B 群人格疾患之人，雖於辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，並未達顯著減低之程度，其精神狀況仍與正常人有異。 3. 本次鑑定，鑑定人表示：被告雖有再犯之虞，然其尚非典型之心理病質者，非文獻顯示典型的特別難以治療之人，其接受積極輔導治療，或尚有教化可能性。被告在本次鑑定之留院期間，能夠維持衝動的控制，對於犯案的結果可以提出尚稱合理之改善方案，理解錯誤並學習修正的能力有一定的水準，認為此一事實對被告未來教化的可能，其影響的方向，基本上會從認知及控制上兩點來分析，如果被告在認知能力上能夠理解事實以及價值判斷，至少可以合理推估被告將來不會因為這方面能力的缺失而無法教化，而有這些能力之後，將來有無辦法繼續控制他可能的風險及行為，這與環境的設置有非常重要的關係。 4. 陳男在個性的某些特質中，雖呈現部分心理病質者的特徵，但目前的資料並沒有辦法支持陳男完全是個心理病質者，故才會稱被告是非典型的心理病質者；推估將來在矯正教化的過程中，或許尚有希望。
法院見解	一、新北地方法院：認被告並無刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之減輕事由。判處死刑，褫奪公權終身。 11. 行為人是否有足以影響意識能力與控制能力之精神障礙或其他心理缺陷等生理原因，經本院囑託行政院衛生署八里療養院鑑定，被告主張所謂之心魔，係出於其妄想所致，與「多重人格」診斷所謂之人格不同，由於被告認為犯行係由心魔所為，並僅出現於「心情煩躁」之時，取代「陳昆明」，並先後犯案兩次，於此，亦可推知被告應可預知及知道「心魔」犯罪之計畫與實施行為。 12. 再依被告所述，其於 99 年 10 月 19 日晚間即對林女有所不滿，竟能隱忍不發，甚且掩飾自身舉止，不動聲色誘騙林美玉隔日再次前來，被告於起意殺人後尚能控由自身舉止，以致林女毫無所覺，被告控制力非但未較常人低下，反甚於一般人。 13. 綜上認定，被告雖有精神病史，然其為本件犯行時之辨識能力及控制能力並無喪失或顯著降低之情形。 14. 核被告所為，係犯刑法第 271 條第 1 項之殺人罪。其於徒刑執行完畢後，5 年以內再故意犯本件有期徒刑以上之罪，為累犯。被告犯本案時年僅 28 歲，然其竟於短短 7、8 年間已奪取 3 人性命，所殺害者為幼童婦孺，本案殺害林美玉前尚正常與之應徵工作，旋即暗自策劃殺人之舉，孰人能預知防範，且被告殺人動機並非基於仇、

	財、情，無端恣意殺人，惡性十分重大，被告手持木棍持續毆擊林美玉致其死亡，毆擊之舉必定持續相當時間，被告竟無罷手之意，其手段至為兇殘，復於殺人後，一味指責林美玉之非，以圖卸免自身罪責。被告迄今猶承前罹患精神殘疾之說詞推諉罪責，遑論有何悔悟或賠償被害人家屬之舉，犯罪後態度至為惡劣，本院認求其生而不可得，有與社會永久隔離必要，應就被告上開殺人犯行量處死刑，並依法宣告褫奪公權終身。
	二、臺灣高等法院：和地方法院認定一致，認被告並無刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之減輕事由。判處死刑，褫奪公權終身。符合「最嚴重」
	15. 本院認應維持原審量處死刑。 16. 本件被告先後於偵查中經檢察官囑託馬偕紀念醫院，原審法院囑託行政院衛生署八里療養院，本院囑託國立臺灣大學醫學院附設醫院作精神鑑定，鑑定結果均認被告於殺害被害人林美玉時其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，並未達顯著降低之程度。 17. 按公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法第 2 條規定，兩公約所揭示保障人權之規定，具有國內法律之效力，其中前者第 6 條第 2 項規定：「凡未廢除死刑之國家，非犯情節最重大之罪，且依照犯罪時有效並與本公約規定及防止及懲治殘害人群罪公約不牴觸之法律，不得科處死刑。死刑非依管轄法院終局判決，不得執行。」，限制未廢除死刑國家，只有對「最嚴重的犯罪」可以判決死刑。 18. 又依西元 1984 年 5 月 25 日，聯合國經濟及社會理事會於第 1984 / 50 號決議批准「保障死刑犯人權之保證條款」該條款第 1 條除納入上開規定外，進而規範「在未廢除死刑的國家，只有最嚴重的犯罪可判處死刑，死刑的範圍應只限於故意犯罪，且發生死亡或其他極端重大結果之犯罪」，即將「最嚴重的犯罪」限於造成「致死」或其他「極端嚴重結果」之「故意」犯罪行為。則具有殺人之故意，並且造成死亡結果之罪，符合公民與政治權利國際公約第參編第 6 條第 2 項所謂「最嚴重的犯罪」，應無疑義。 19. 本件被告具有殺人之故意，並且係犯造成被害人死亡結果之罪，符合公民與政治權利國際公約第參編第 6 條第 2 項所謂「最嚴重的犯罪」，而被告雖有慢性精神疾病病史，惟被告於殺害被害人林美玉時，既未處於精神疾病發病狀態，依法自得判處死刑，殆無疑義。

三、最高法院：原判決未考量對精神病患不得判處死刑之條款與建議、刑法 57 條之「一切情狀」、且事實認定未臻明確。

7. 依聯合國經濟及社會理事會決議批准公布之「保障死刑犯人權保證條款」第三條，明確規範對於精神障礙者不得執行死刑；再聯合國人權事務委員會 2005/59 決議第七項，進而要求所有仍維持死刑之締約國，不得對任何精神或智能障礙者判處或執行死刑。嗣於西元 2013 年對中華民國政府落實國際人權公約初次報告之審查國際獨立專家通過的結論性意見與建議第五十七項，仍要求我國直到完全廢除死刑之前，應嚴格遵守相關程序及實質之保護措施，特別是心理或智能障礙者不得被判處死刑或執行死刑。均已明確宣示我國刑法雖得科處死刑，然人之生存權，應受法律保障，死刑之剝奪生命，具有不可回復性。現階段刑事政策，非在實現以往應報主義之觀念；除應重視社會正義外，更應重視教化功能，期行為人能重新適應社會生活。除非犯罪情節最重大之罪，手段兇殘，罪無可逭，顯然無從教化矯正，否則不得科處死刑。尤以心理或智能障礙者對於刑罰之理解不足，實際上與未成年人無異。
8. 經原審法院囑託台大醫院對上訴人進行精神鑑定，明確認定上訴人罹患妄想型精神分裂症，屬於精神衛生法所稱之精神疾病。且本案及前案合計共七份精神鑑定報告，均一致認定上訴人罹患精神分裂症，足見上訴人之精神病情屬於慢性且從未中斷，此一障礙狀況並持續至本件行為發生時。
9. 法院對於有精神障礙者予以宣告死刑，除應嚴格審查行為人有無符合刑法第十九條之減輕事由外，並應再依同法第五十七條審酌「一切情狀」，詳加考量，亦即須兼衡精神障礙者於行為時及裁判時之心智狀態，確認與正常人無異，未有悛悔實據，顯無教化遷善之可能，經從主觀惡性與客觀犯行翔實審酌後，始得剝奪其生命權，使與社會永久隔離，以昭慎重。原判決似認為上訴人於殺人時，既未處於精神疾病發病狀態，不符刑法第十九條減輕刑事責任之要件，縱行為後仍在精神障礙狀態中，亦不必再將其有精神障礙之事實，列入量刑因素之中，而可以判處死刑。將刑法第十九條與第五十七條在刑事審判中分屬刑事責任能力及刑罰裁量權之事項混為一談，其刑之量定，是否符合罪刑相當原則，有重加審酌之必要。
10. 司法院爰研擬修正刑事訴訟法相關條文，其中第 289 條第 3 項擬修正：「前項辯論後，應命依同一次序，就科刑範圍辯論之，並應予到場之告訴人、被害人或其家屬就科刑範圍表示意見之機會」，為落實兩公約精神，檢察官起訴

	具體求處上訴人以極刑，第一審及原審亦均判處上訴人死刑，原審卻未使檢、辯雙方就此科刑範圍互為辯論，雖未違法，究難謂得當。 11. 鑑定機關台大醫院僅就上訴人行為時之精神狀態為鑑定，未就囑託鑑定時其精神障礙是否仍然存在之事項為說明，此等事項攸關原審於審判時應審酌之情形，原審雖已調查而其內容尚未明瞭，自有證據調查未盡及判決理由不備之違誤。 12. 衡諸事理，上訴人豈有無緣無故而殺人之理？原判決認定上訴人殺人係恣意為之，未查明其動機為何，非但與經驗法則有違，且嫌理由不備。 13. 第一審判決認定上訴人自犯後迄今仍矢口否認殺人犯行，未知所悔悟，而就上訴人於偵查時所述上開情事，得否認定已有所悔悟，未置一詞，遽謂上訴人自犯後未有悔悟，即失所據，其死刑之量定是否妥適自無從據以斷定，理由亦嫌欠備。原判決仍予維持，同有違誤。
	四、臺灣高等法院 更一審：認被告並無刑法第 19 條第 1 項、第 2 項之減輕事由。尚非無教化可能，處無期徒刑，褫奪公權終身。
	7. 陳男於住院鑑定後期之會談中，鑑定人員指出被告過去自認欺瞞過國軍北投醫院人員，為何在報告症狀之結構式會談中表示沒有欺騙過醫療人員？被告改口坦言之前說「犯行當下皆受心魔控制」、「不記得經過」等語，是想推卸責任，但現在認為與其欺瞞下去，不如坦白，係其下手太重，將林美玉打死。顯見被告犯後狡飾其詞，以圖卸責之心態。且陳男於本院庭訊最後以口頭表示已有悔悟之意，空稱願為賠償，然林美玉之夫所提起之附帶民事訴訟業已判決確定，被告迄今分文未為賠償，未見有何具體彌補作為，實難認被告確已體認其所致生於他人之損害，並有何悔改之意。 8. 臺大醫院第二次精神鑑定報告書認被告雖有再犯之虞，然其尚非典型之心理病質者，並非文獻顯示典型的特別難以治療之人，其接受積極輔導治療或尚有教化可能性。然其教化之成效，仍應取決於動態因子，其中被告已顯現願意接受輔導治療之態度，然關於治療計畫的資源可得及彈性調整的可能，非鑑定者所可取得之資料，其因之無法臆測需經多久方能顯其教化之成效。鑑定證人並對所詢於何種情形會使醫師認為被告無教化之可能一節，答

	稱：把被告的各項有利、不利教化的因子忠實呈現後，有無教化可能應屬法律政策的判斷，是法院的權限，通常是到達極嚴重難治的情況下，其才會認為無教化之可能，依據目前文獻及各種制度來看，目前臺灣尚有進步之餘地。 9. 現今我國缺乏中、高度戒備之司法精神醫療病房，亦無監獄中附設之精神醫療病房，此等均係國家為達教化犯罪人之目的，應予建制之設施，則本院尚難以我國目前矯治設施之不足，實際上無法確切發揮刑罰之教化功能，即遽認係被告無教化之可能性，而逕以剝奪其生命。 10. 復酌被告為高職肄業之智識程度、其父親中風，由其母親獨自負責家中經濟等一切情況，認量處被告無期徒刑，將被告與社會隔離，即可達成社會防衛之目的，尚無處以極刑之必要；並期我國矯正機關能儘速建置必要之措施，使刑罰得以確達教化之目的；亦期被告在往後監禁之歲月裏，能接受適當之治療。 11. 本院並認矯正機關於嚴慎考核被告確實可回歸社會之前，即終身監禁之，亦有其必要。另依刑法第 37 條第 1 項規定宣告褫奪被告公權終身
	五、上訴最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。
	3. 本件檢察官及被告人等上訴意旨，無非就原審採證認事及量刑職權之適法行使，任意指摘，或就原判決已明確論斷說明之事項，再事爭執，復就有無殺人犯意之單純事實，暨其他不影響於判決結果之枝節問題，漫事爭論，其等上訴均難認為有理由，應予駁回。
判決結果	15. 新北地方法院第一審判決死刑，褫奪公權終身。 16. 臺灣高等法院第二審判決死刑，褫奪公權終身。 17. 上訴最高法院殺人部分判決撤銷，發回臺灣高等法院 18. 臺灣高等法院更一審判決無期徒刑，褫奪公權終身。 19. 上訴最高法院均予以駁回，全案定讞。
備註	

四十八、104 年基隆安眠藥殺子案

案由：家暴殺人

事實：被告與被害人為母子關係，被害人罹患先天性染色體異常及多重器官萎縮，生活無法自理，需長期倚賴他人照顧，上被告喪夫後獨自扶養，經濟壓力沈重，因而罹患重度憂鬱症，萌生帶著被害人一起自殺念頭，故餵食被害人大量安眠藥治被害人死亡，後自行吞藥自殺，但並未成功。

重點：

1. 本案各審法院均認定被告並無監護必要。
2. 一、二審判決皆未公開，相關資訊可能有誤。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣基隆地方法院 102 年度重訴字 第 15 號	無法得知	1. 重度憂鬱症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 二年七月 2. 無	判決不公開
臺灣高等法院 103 年度上訴字 第 2475 號	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	判決不公開
最高法院 104 年度台上字 第 738 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告喪夫後獨自扶養二子，經濟壓力沈重，因而罹患重度憂鬱症。
鑑定意見	無法得知鑑定機關：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
法院見解	基隆地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年 7 個月。
	判決未公開。
	臺灣高等法院：上訴駁回。
	判決未公開。
	最高法院：上訴駁回。
	1. 原判決已具體審酌被告雖係廖童之母，然並無權決定廖童生死，其雖欲以自殺方式結束生命，出於愛與不捨及不欲增加親友負擔，乃思與廖童同死，其情可憫，然所為確有不該；惟斟酌其喪夫後長期承受身心、精神、經濟等各方面壓力，其自殺未遂後，猶須面對殺害廖童之事實，面臨良心譴責與煎熬，且衡酌上訴人以餵藥方式殺害廖童，手段較其他方式溫和，不致讓廖童感到痛苦，量處有期徒刑二年七月，為無不合，予以維持，駁回上訴人在第二審之上訴，已詳細說明其理由。此乃事實審法院職權之適法行使，既未逾越法律所規定之範圍，又未濫用自由裁量之權限，即不能指為違法。 2. 原審蒞庭檢察官雖就量刑部分，建請原審對上訴人宣告刑前監護處分，並以保護管束代之，惟本件係上訴人提起第二審上訴，第一審判決並未諭知監護處分，原判決仍認定上訴人係犯成年人故意對兒童犯殺人罪，第一審判決之認事用法及論罪科刑均無違誤而予以維持，第一審判決適用法條既無不當，自有刑事訴訟法第三百七十條不利益變更禁止原則之適用，而監護處分係令上訴人入相當處所予以監視與保護，以防範其危害社會，為具有拘束人身自由之不利益處分，且於監護處分執行完畢或一部執行而免除後，是否免除有期徒刑之執行，仍繫諸於檢察官及法院之認定，並非當然有利於上訴人，若併予諭知，當有違不利益變更禁止原則，是原判決未予諭知，經核於法尚屬無違。

	3. 上訴人之上訴係違背法律上程式，應予駁回。
判決結果	1. 基隆地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 2 年 7 個月。 2. 臺灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

四十九、104 年桃園殺鄰居案

案由：殺人等罪

事實：被告李男罹患思覺失調症。李男因深信遭原住處鄰居曾男對其以下符咒方式進行迫害，於 103 年 2 月 18 日持菜刀壹把前往曾男住處欲殺曾男，惟經曾男父告知曾男不在，李男便與曾父於曾宅閒談，交談之際李男妄想曾父有迴護曾男對其為迫害行為之情，遂另基於殺人之犯意，以所持菜刀憤而砍殺曾父，致曾父身亡。李男離去曾宅後，又購買水果刀壹把返回曾宅欲殺曾男，惟此時員警業已到場，從而罷手離開現場。

重點：一、臺灣桃園地方法院、臺灣高等法院、最高法院對案情、判決之刑度、保安處分、沒收、被告之精神鑑定結果意見均相同。
二、本案僅第一審檢察官囑託衛生福利部桃園療養院對被告犯案時之精神狀況為精神鑑定。
三、監護處分理由：鑑定機關建議被告接受醫療院所持續追蹤、觀察或治療，惟被告家庭之監督支持系統十分薄弱，為預防其未來因病情之影響而出現類似不法行為，宜接受持續、規則之精神評估與治療，期依保安處分執行法第 46 條、第 47 條之規定，使其得至指定之精神病院、醫院、慈善團體或其他適當處所，施以適當治療，以資照顧，並防免再次對於其個人、他人及社會造成難以預料之危害。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見 1.診斷 2.責任能力	法院見解 1.責任能力 2.原因自由行為	判決 1.刑 2.保安處分 3.沒收	備註
臺灣桃園地方法院 103 年重訴字第 15 號刑事判決	衛生福利部桃園療 養院	1.思覺失調症 2.減低	1.限制責任能力(刑 法第 19 條第 2 項) 2.不適用	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.監護處分五年 3.菜刀壹把、水果刀壹把	法院職權上 訴
臺灣高等法院 103 年上重訴字第 54 號 刑事判決	無	無	上訴駁回	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.監護處分五年 3.菜刀壹把、水果刀壹把	
最高法院 104 年台 上字第 901 號刑事 判決	無	無	上訴駁回	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.監護處分五年 3.菜刀壹把、水果刀壹把	全案定讞

案例分析：

被告病史	1.被告高中時有使用安非他命經驗。 2.被告 17 歲時首次發病，當時症狀有被害妄想、聽幻覺、功能退化等。 3.被告曾在醫療院所追蹤，但因服藥從性不佳，仍有相關精神症狀。
鑑定意見	1.被告罹患思覺失調症。 2.被告有妄想精神症狀、現實感及病識感不佳之狀況。 3.被告之犯行係在受其精神狀況嚴重影響下而為。 4.被告犯案時之精神狀態及行為表現，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，應已達顯著下降，但未達全然欠缺之程度。 5.建議被告接受醫療院所持續追蹤、觀察或治療。
法院見解	一、桃園地方法院 1.被告於為本案犯行時，顯因其所罹之思覺失調症，加上妄想及幻覺之精神症狀，影響被告對環境之判斷力，致依其辨識而行為之能力，已顯著減低，均應依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑。 2.被告惡性至極，且對社會治安之危害甚鉅，本有慮及其具永久與世隔絕而處以極刑之必要；惟念其行為時因上述精神障礙導致被告依其行為辨識而為行為之能力顯著減低，得減輕其刑，暨被告之素行、智識程度、犯罪動機、目的、手段、犯罪後坦承部分犯行之態度及未與被害人家屬達成和解等一切情狀，各量處如主文所示之刑(殺人-無期徒刑；預備殺人-有期徒刑壹年)，並定其應執行之刑，以資懲儆。 3.既處被告無期徒刑，併應依刑法第 37 條第 1 項之規定宣告褫奪公權終身。 4.我國刑法採刑罰與保安處分雙軌制度，在刑罰之外，特設保安處分專章（第 12 章），對於具有犯罪危險性者施以矯正、教育、治療等適當處分，以防止其再犯，危害社會安全。刑法第 87 條第 2 項所定之監護處分，性質上有監禁與保護之雙重意義，一方面使受處分人與社會隔離，以免危害社會；他方面給予適當治療，使其回歸社會生活。是因有刑法第 19 條第 2 項情形而減輕其刑者，法院衡酌行為人之危險性，認有危害公安之虞，為達到防衛社會之目的，

	有對其採取隔離、保護與治療措施之必要，即得一併宣告監護處分。 5.本案被告既因罹有思覺失調症，致依其辨識而行為之能力顯著降低，經本院減輕其刑，雖本院判處無期徒刑，然其尚有因假釋出監期滿而視為執行完畢之可能，而按保安處分之措施亦含社會隔離、拘束身體自由之性質，其限制人民之權利，實與刑罰同，本諸法治國家保障人權之原理及刑法之保護作用，其法律規定之內容，及法院於適用該法條，決定應否執行特定之保安處分時，應受比例原則之規範，使保安處分之宣告，與行為人所為行為之嚴重性、行為人所表現之危險性，及對於行為人未來行為之期待性相當（司法院大法官會議決議釋字第 471 號解釋理由書意旨參照）。是對因精神障礙導致辨識其行為違法及依其辨識而為行為之能力均顯著減低而減輕其刑之被告，是否依刑法第 87 條第 2 項之規定，令入相當處所，施以監護之保安處分，應審酌該處分是否適於治療本案被告之行為；又是否捨此之途外，無其他亦可達成相同目的，但對於被告侵害較小之保安處分種類可資適用；再監護處分所欲達成之社會公益是否與侵害被告身體自由之權利私益，具有相當之比例性，亦即斟酌憲法上比例原則，以其派生之適當性原則、必要性原則（又稱侵害最小原則）及相當性原則（又稱狹義比例原則）等 3 個有位階順序之原則為審查標準，始得貫徹現代法治國家保障人身自由之基本原則。 6.被告家庭之監督支持系統十分薄弱，為預防其未來因上開病情之影響而出現類似之不法行為，宜接受持續、規則之精神評估與治療，爰併予宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當之處所施以監護處分 5 年，期依保安處分執行法第 46 條、第 47 條之規定，使其得至指定之精神病院、醫院、慈善團體或其他適當處所，施以適當治療，以資照顧，並防免再次對於其個人、他人及社會造成難以預料之危害。
	二、臺灣高等法院
	1.經核原審認事用法，均無不當，量刑亦屬妥適，應予以維持。 2.量刑輕重係屬事實審法院得依職權自由裁量之事項，苟已斟酌刑法第 57 條各款所列情狀而未逾越法定刑度，不得遽指為違法（最高法院 72 年度臺上字第 6696 號判例參照）。原審量處上開罪刑，業已詳述其量刑斟酌之依據，有如上所述，核其量刑並未逾越法定刑度，亦已衡酌被告行為之兇殘及被害人家屬所受之傷痛等各情，難謂其量刑失之過重，被告上訴猶執前詞指摘原判決不當，為無理由，其上訴應予駁回。

	三、最高法院 1.量處無期徒刑，褫奪公權終身，令入相當處所施以監護處分五年，沒收菜刀壹把、水果刀壹把，於法均無不合，予以維持，駁回上訴人在第二審之上訴。經核尚無違誤。 2.依刑法第十九條規定，刑事責任能力，係指行為人犯罪當時，理解法律規範，辨識行為違法之意識能力，與依其辨識而為行為之控制能力。行為人是否有足以影響意識能力與控制能力之精神障礙或其他心理缺陷等生理原因，因事涉醫療專業，固應委諸於醫學專家之鑑定，然該等生理原因之存在，是否致使行為人意識能力與控制能力欠缺或顯著減低，係依犯罪行為時狀態定之，故應由法院依調查證據之結果，加以判斷。 3.量刑輕重，係屬事實審法院得依職權自由裁量之事項，苟其量刑已以行為人之責任為基礎，並斟酌刑法第五十七條各款所列情狀而未逾越法定刑度，不得遽指為違法。本件第一審判決經斟酌全案情節，在法定刑度內而為量刑，並無逾越法律規定範圍或濫用權限情事，原審予以維持，係屬原審量刑職權之適法行使，自難指為違法。復按刑法第五十九條規定之酌量減輕其刑，必須犯罪另有特殊之原因與環境，在客觀上足以引起一般同情，認為即使予以宣告法定最低度刑，猶嫌過重者，始有其適用。上訴意旨(二)¹並未指出上訴人究有何情堪憫恕之處，僅憑己意，對事實審法院量刑職權之適法行使任意指摘，亦非可採。 4.上訴人關於殺人部分之上訴難認為有理由，應予駁回。 5.至於原判決關於預備殺人部分，係依刑法第二百七十一條第三項、第一項論處罪刑，為刑事訴訟法第三百七十六條第一款規定之案件，係屬不得上訴第三審，上訴人就此部分一併提起上訴，自非法之所許，應從程序上予以駁回。
判決結果	1.桃園地方法院第一審判決無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分五年，沒收菜刀壹把、水果刀壹把。 2.臺灣高等法院第二審判決上訴駁回。 3.最高法院判決上訴駁回，全案定讞。
備註	

¹ 原判決未斟酌適用刑法第五十九條酌減其刑、第五十七條量處適當罪刑，有違法令等語。

五十、104 年度桃園改造手槍案

案由：違反槍砲彈藥刀械管制條例等罪

事實：被告許男於民國 101 年 2 月 25 日犯搶奪罪，於 101 年 4 月 11 日遭警持拘票逮捕扣得改造手槍 1 枝、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆，犯槍枝罪、未經許可持有子彈罪。被告曾於 95 年間因違反槍砲彈藥刀械管制條例案件，經臺灣板橋地方法院判處有期徒刑 3 年 2 月，又於同年間因搶奪案件經臺灣桃園地方法院判處有期徒刑 8 月，於 98 年 10 月 13 日因縮短刑期假釋並付保護管束出監，迄至 99 年 2 月 9 日因保護管束期滿未經撤銷視為執行完畢，另於 99 年間因搶奪案件，經臺灣士林地方法院判處有期徒刑 10 月確定，並入監執行，迄至 100 年 11 月 6 日因縮短刑期執行完畢出監，其於有期徒刑執行完畢後 5 年以內，故意再犯上揭有期徒刑以上之二罪，均為累犯，均應依刑法第 47 條第 1 項之規定加重其刑。被告於 99 年 12 月因竊盜罪案件(臺灣桃園地方法院 101 年度易字第 981 號刑事判決)而於 101 年 12 月送衛生福利部桃園療養院鑑定診斷屬智能不足，推估為輕度到中度智能不足之程度。且合併有物質濫用（以安非他命為主）之情形。其涉案時的精神狀態，因受智能障礙影響，致其辨識行為違法或依其辨識行為之能力，較常人顯著降低(下稱鑑定 1 號)；又於 103 年 3 月因 101 年 4 月 11 日違反槍砲彈藥刀械管制條例案件送衛生福利部桃園療養院鑑定雖智能水準約落於輕度智能不足之範圍，惟綜合推斷被告涉案時之精神狀態及行為表現，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，應未達顯著降低之程度(下稱鑑定 2 號)。

重點：一、鑑定機關(衛生福利部桃園療養院)就不同案件(99 年竊盜罪案件、101 年違反槍砲彈藥刀械管制條例案件)之鑑定意見不同。

(一)鑑定 1 號(99 年竊盜罪案件-衛生福利部桃園療養院 101 年 12 月 4 日)：

1.鑑定機關：被告應符合智能障礙之診斷，推估為輕度到中度智能不足之程度。且合併有物質濫用（以安非他命為主）之情形。其涉案時的精神狀態，因受智能障礙影響，致其辨識行為違法或依其辨識行為之能力，較常人顯著降低。

2.桃園地方法院：被告於本院準備程序中，亦曾表示伊不知如何拒絕別人等語，足見被告於本件竊盜行為之際，確因前開智能不足，且合併物質濫用情形，致依其辨識以行為之能力顯著減低，依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，並先加後減之。

(二)鑑定 2 號(101 年違反槍砲彈藥刀械管制條例案件-衛生福利部桃園療養院 103 年 3 月 18 日)：

1.鑑定機關：被告許並未出現明顯脫序或怪異相關行為或疑似精神症狀，之後被告於警詢時，回答切題，神智清楚，亦無出現語無倫次、胡言亂語之狀況，其智能水準約落於輕度智能不足之範圍，顯示其對於較複雜的社會情境判斷可能較成人有所不足，但對於一般的生活事物，則應有一定的辨識與處理能力。被告早年即有使用非法物或涉及犯罪的族群，其過往已經因違反槍砲彈藥刀械管制條例案件而入獄服刑或被科以罰金多次，顯示其對於持有槍砲等行為之適法性有一定程度之認知，綜上推斷被告涉案時之精神狀態及行為表現，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，應未達顯著降低之程度。

2.桃園地方法院：

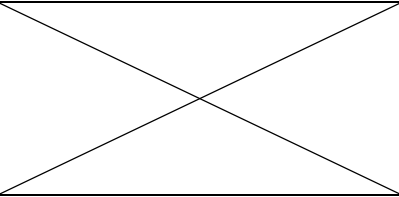
a.依鑑定結果，足徵被告為本案持有可發射子彈具有殺傷力之槍枝行為時，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，均未達顯著降低之程度，爰不依刑法第 19 條第 2 項減輕其刑。

b.鑑定 1 號之鑑定範圍僅限於 99 年 12 月間所發生之竊盜罪部分，並不及於 101 年 2 月 25 日所發生之本案搶奪罪部分。況佐以被告在本件搶奪案警察詢問之初，對案情均予否認，回答切題，並無語無倫次之狀況，又被告經本院於 103 年 3 月送鑑定，鑑定機關係援用相同之警詢筆錄為鑑定，且被告該次非法持有改造手槍及子彈行為時（101 年 4 月 11 日）之狀態，距離其犯本案搶奪行為時（101 年 2 月 25 日）之狀態較為接近，該次鑑定意見亦認為被告涉案時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，未達顯著降低之程度，業如前述，是本案自無法援引與本案無關之該院 101 年 12 月之鑑定意見(鑑定 1 號)予以減刑。

二、高等法院認為鑑定 2 號鑑定書鑑定過程簡略，並未記載使用何種方法鑑定，亦未敘述鑑定之經過，顯然不符合鑑定之基本程式要件，且並未敘及被告智能障礙與智能不足，及合併有物質濫用（以安非他命為主）之影響本案二件犯行之情形，又關於實驗室檢查部分，第一份鑑定報告已經詳細記載被告之腦波檢查結果：「異常，大腦皮質功能失調」，第二份鑑定報告書之腦波檢查結果，卻記載為：「報告顯示大致正常」是第二份鑑定報告書，尚有不完備之處，而宜以鑑定 1 號鑑定報告

書為準，足見被告為本案搶奪、持有可發射子彈具有殺傷力之槍枝行為時，因鑑定 1 號鑑定報告書記載之心理與生理原因，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。爰就被告所犯前述二罪均依刑法第 19 條第 2 項減輕其刑，且先加後減。

三、高等法院撤銷桃園地方法院判決(搶奪罪累犯-有期徒刑玖月 / 槍枝罪累犯-有期徒刑叁年陸月、併科罰金伍萬元，得易服勞役 → 應執行有期徒刑肆年貳月、併科罰金伍萬元，得易服勞役、沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆)，自為判決(搶奪罪累犯-有期徒刑捌月、監護壹年 / 槍枝罪累犯-有期徒刑叁年伍月、併科罰金伍萬元，得易服勞役、監護壹年 → 應執行有期徒刑肆年、併科罰金伍萬元，得易服勞役、沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆)。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見 1.診斷 2.責任能力	法院見解 1.責任能力 2.原因自由行為	判決 1.刑 2.保安處分 3.沒收	備註
臺灣桃園地方法院 101 年易字第 981 號 刑事判決(與本案無關之前案)	衛生福利部桃園療養院(鑑定 1 號)	1.中度智能障礙 2.減低	1.限制責任能力(刑法第 19 條第 2 項) 2.不適用		本案參考此判決之精神鑑定結果
臺灣桃園地方法院 101 年訴字第 577 號 刑事判決(103.10.22)	衛生福利部桃園療養院(鑑定 2 號)	1.輕度智能障礙 2.完全	1.完全 2.不適用	1.有期徒刑肆年貳月、併科罰金伍萬元，得易服勞役 2.無 3.沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆	採鑑定 2 號
臺灣高等法院 103 年上訴字第 3405 號 刑事判決	無	無	原判決撤銷	1.有期徒刑肆年、併科罰金伍萬元，得易服勞役 2.監護處分壹年 3.沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆	鑑定 2 號鑑定書簡略，宜以鑑定 1 號為準

最高法院 104 年台上字第 1201 號刑事判決	無	無	上訴駁回	1.有期徒刑肆年、併科罰金伍萬元，得易服勞役 2.監護處分壹年 3.沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆	全案定讞

案例分析：

被告病史	1.衛生福利部桃園療養院 101 年 12 月 4 日(鑑定 1 號)：被告因語文智商 52，操作智商 40，總智商 47，智力功能屬中度智能不足智能障礙，程度輕度到中度智能不足，合併有物質濫用（以安非他命為主）。 2.衛生福利部桃園療養院 103 年 3 月 18 日(鑑定 2 號)：輕度智能不足。
鑑定意見	1.衛生福利部桃園療養院 101 年 12 月 4 日(鑑定 1 號)：智能障礙，輕度到中度智能不足，合併有物質濫用（以安非他命為主）。 2.衛生福利部桃園療養院 103 年 3 月 18 日(鑑定 2 號)：輕度智能不足。
法院見解	一、桃園地方法院(101 年易字第 981 號刑事判決)-與本案無關之前案(本處僅記錄鑑定結果之法院意見)
	被告因智能不足，且合併物質濫用情形，致依其辨識以行為之能力顯著減低，依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑。
	二、桃園地方法院(101 年訴字第 577 號刑事判決-103.10.22) 1.寄藏與持有，均係將物置於自己實力支配之下，僅寄藏必先有他人之持有行為，而後始為之受寄代藏而已，故寄藏之受人委託代為保管，其保管之本身，亦屬持有，惟此持有係受寄之當然結果；又單純之「持有」，固不包括「寄藏」，但「寄藏」之受人委託代為保管，其保管之本身所為之「持有」，既係「寄藏」之當然結果，自宜僅就「寄藏」行為為包括之評價，不應另就「持有」予以論罪；同時寄藏手槍、子彈，應依想像上競合犯從較重之未經許可無故寄藏手槍罪(槍砲彈藥刀械管制條例第 8 條第 4 項)處斷（最高法院 74 年臺上字第 3400 號判例意旨參照）。 2.同時持有具有殺傷力之制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆，各所侵害者同為社會法益，同時持有之客體種類相同，縱使數量不止一個，仍為單純一罪，僅成立單一之未經許可持有子彈罪(槍砲彈藥刀械管制條例第 12 條第 4 項)。 3.被告一行為，同時觸犯上開未經許可持有可發射子彈具有殺傷力之槍枝罪、未經許可持有子彈罪 2 罪名，為想像競合犯，應依刑法第 55 條規定，從一重之槍砲彈藥刀械管制條例第 8 條第 4 項未經許可持有可發射子彈具有殺傷力之槍枝罪處斷。 4.槍砲彈藥刀械管制條例第 8 條第 4 項未經許可持有可發射子彈具有殺傷力之改造手槍罪，其持有之繼續，為行為之繼續，而非狀態之繼續，亦即一經非法持有改造手槍，該罪雖告成立，但其完結須繼續至持有行為終了時為止，其

	持有伊始至查獲為止，犯罪行為均在繼續中，其違法性及可罰性並未終止，須繼續至持有行為終了時為止，故犯該條項之罪，有無累犯之適用，自亦應以其持有行為終了時，是否在前案受有期徒刑執行完畢後5年以內決之，至於被告自何時起開始持有槍枝，並不影響其構成累犯（最高法院103年度臺上字第864號、102年度臺上字第3680號判決意旨參照）。 5.被告於有期徒刑執行完畢後5年以內，故意再犯上揭有期徒刑以上之二罪(搶奪罪、槍枝罪)，均為累犯，均應依刑法第47條第1項之規定加重其刑。 6.依鑑定結果(鑑定2號)，足徵被告為本案持有可發射子彈具有殺傷力之槍枝行為時，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，均未達顯著降低之程度，爰不依刑法第19條第2項減輕其刑。 7.被告之辯護人提出辯護意旨稱被告犯搶奪罪時之辨識能力不足，應依另案之鑑定1號鑑定報告之意見予以減刑。惟鑑定1號之鑑定範圍僅限於99年12月間所發生之竊盜罪部分，並不及於101年2月25日所發生之本案搶奪罪部分。況佐以被告在本件搶奪案警察詢問之初，對案情均予否認，回答切題，並無語無倫次之狀況，又被告經本院於103年3月送鑑定，鑑定機關係援用相同之警詢筆錄為鑑定，且被告該次非法持有改造手槍及子彈行為時（101年4月11日）之狀態，距離其犯本案搶奪行為時（101年2月25日）之狀態較為接近，該次鑑定意見亦認為被告涉案時辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，未達顯著降低之程度，業如前述，是本案自無法援引與本案無關之該院101年12月之鑑定意見(鑑定1號)予以減刑。
	三、臺灣高等法院 1.被告因有輕度到中度智能不足，合併有物質濫用之情形，其為下述二犯罪(搶奪罪、槍枝罪)行為時之精神狀態，因受智能障礙影響，致其辨識行為違法或依其辨識行為之能力，較常人顯著降低。 2.被告上訴雖聲請測謊鑑定，然「供述證據之證明力判斷，屬事實審法院職權，並非測謊鑑定所得取代，況測謊係鑑定人就受測者對特定問題之皮膚電阻、血壓等儀器反應所為分析意見，本質上與受測者之任意性供述有別，其正確性受包含測謊鑑定人之專業、儀器設備、測謊情境等各項測謊條件之影響，復無從反覆驗證精確性，亦難單以受測者對特定問題回答之測謊鑑定結果，逕予推論受測者就相關案件所為全部陳述之真實性，是測謊鑑定意見應僅供判

斷供述證據證明力之參酌，並非法定必要調查之證據與應踐行之程序（最高法院 101 年度台上字第 1142 號判決參照）。」且證人陳述證明力之判斷，係事實審法院依據證據本於經驗與論理法則判斷之職權，並非測謊鑑定所得取代。按刑事訴訟法第 163 條之 2，本件待證事實已臻明瞭無再調查之必要者，且陳濟忠(證人)之前述不一陳述，何者可取，已經敘明理由，則依據刑事訴訟法第 163 條之 2 第 3 款規定，應認為不必要測謊鑑定。

3.同桃園地院 1~5 點。

4.鑑定 2 號鑑定書第 1 至第 5 頁上段，為被告背景之敘述，但鑑定過程簡略僅有四行，並未記載使用何種方法鑑定，亦未敘述鑑定之經過，顯然不符合鑑定之基本程式要件，且並未敘及被告智能障礙與智能不足，及合併有物質濫用（以安非他命為主）之影響本案二件犯行之情形，又關於實驗室檢查部分，鑑定 1 號鑑定報告已經詳細記載被告之腦波檢查結果：「異常，大腦皮質功能失調」，鑑定 2 號鑑定報告書之腦波檢查結果，卻記載為：「報告顯示大致正常」是鑑定 2 號鑑定報告書，尚有不完備之處，而宜以鑑定 1 號鑑定報告書為準，足見被告為本案搶奪、持有可發射子彈具有殺傷力之槍枝行為時，因前述鑑定 1 號鑑定報告書記載之心理與生理原因，其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。爰就被告所犯前述二罪均依刑法第 19 條第 2 項減輕其刑，且先加後減。

5.原審予被告論罪科刑固非無見，惟查：被告應有刑法第 19 條第 2 項減輕其刑規定之適用，原審認為無該規定之適用，尚有未洽，被告因有前述智能低下，辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低，導致多次犯罪，而有監護之必要，且被告與辯護人均陳稱同意監護處分一年，為使被告能接受妥適治療與監護，避免再犯造成第三人及社會危險，原審未併宣告令入相當處所施以監護，尚有未洽。

6.被告上訴意旨以其有刑法第 19 條第 2 項減輕其刑規定之適用，指摘原判決不當，即有理由，至於其上訴否認違反槍砲彈藥刀械管制條例犯行，則不可取。然原判決既有不當，自應將原判決予以撤銷改判。

7.按有刑法第 19 條第 2 項之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，處分期間為五年以下，刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項分別定有明文。查被告有其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低之情形，因而犯罪且多次犯罪，有上開鑑定 1 號鑑定報告書、前案記錄表可按，若未予適當治療，即有繼續發生危害社會行為之虞，故應施以適當之治療及監護，俾避免其再度造成本人及社會之危險與負擔，且被告與選任辯護人均同意監護一年。為期待被告能獲得適當之矯治治療，認為被告所犯前述二

罪，均有宣告保安處分之必要，應依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項之規定，於各次犯行之主文項下併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，入相當處所，施以監護一年，期收治本之效。 8.保安處分並非刑罰，故刑法數罪併罰之觀念，不能適用於保安處分，且刑法第 51 條對於保安處分之執行並無規定，自不能適用刑法第 51 條定其應執行之保安處分；又在數罪併罰之裁判，如依法宣告保安處分，應附隨於相關罪刑之後分別併予宣告，於裁判確定後，依保安處分執行法第 4 條之 1 執行之，方屬適法（最高法院 96 年度台抗字第 59 號裁定、99 年度台上字第 2560 號判決、98 年度台上字第 6020 號判決意旨參照），而監護為保安處分之一種，如宣告多數監護者，應依保安處分執行法第 4 條之 1 第 1 項第 2 款前段規定：「同一原因宣告多數監護，期間相同者，執行其一」執行之。是依前揭說明，宣告二以上之保安處分，自應由檢察官依保安處分執行法之相關規定執行之，自無庸就如主文所宣告之各該施以監護部分，定其應執行之處分。	
四、最高法院	
上訴意旨	法院見解
1.陳濟忠(證人)於第一審稱：槍彈係我向「翔」購買，為藏匿槍彈，向上訴人借背包，惟上訴人反對。於警偵訊及準備程序時，因施用毒品與安眠藥，精神不濟、胡言亂語，又怕遭收押，而卸責於上訴人等語，此係實施交互詰問之結果，自堪採信，詎原審仍採其不利於上訴人之說詞，違反經驗法則，有理由不備之違法。 2.原審認定上訴人「辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低」，依法減刑，又謂量刑與定執行刑不宜過輕，前後矛盾。就上訴人所犯兩罪，僅各減一個月，定應執行刑亦僅減二個月，未依慣例酌減二分之一或近二分之一。且宣告一年監護處分，致執行時間，反較第一	1.原審依刑事訴訟法第二百七十三條第一項規定行準備程序時，詢問上訴人對檢察官起訴事實是否為認罪之答辯？上訴人稱：搶奪承認，槍枝部分否認等語，詢問是否有其他與審判有關之事項陳述？上訴人答：我聽不懂等語，有該筆錄在卷可參，經核於法並無不符。上訴意旨猶執以指摘原判決違法，自非適法之第三審上訴理由。 2.上訴人於上訴法律審之本院後，始主張其於第一審筆錄受誤導，顯非依據卷內訴訟資料執為指摘，亦非合法之第三審上訴理由。 3.證人之陳述有部分前後不符，或相互間有所歧異時，究

	審判決為長，有違罪刑相當原則。 3.上訴人精神異常，欠缺法律知識，不知何謂異議？何時應異議？第一審辯護人亦未告知刑事訴訟法第一百五十九條之一至之五等傳聞法則規定。陳濟忠證詞為傳聞證據，本無證據能力，辯護人竟向法院表示不爭執，上訴人因而未予爭執。且於原審準備程序，未予上訴人解釋事實之機會，逕問上訴人願否認罪減刑，強制治療一年？上訴人表示槍枝非我所有，應無罪，無須減刑。原審卻稱假設有罪情況，上訴人因而希望酌減至二年左右，並接受治療一年。原審卻量處有期徒刑四年，不符合比例原則。 4.本件槍彈與上訴人無關，實情乃：陳濟忠攜槍彈至上訴人住處，稱係向翔哥購買，試槍若有啞彈，要找翔哥算帳云云。嗣向上訴人借包包放置槍彈，上訴人懼其遷怒不敢拒絕。陳濟忠叫上訴人下樓察看，即為警逮捕。陳濟忠在警局暗示上訴人向警方供稱手槍係翔哥所有。上訴人請陳濟忠面對刑責，供出槍枝來源翔哥，上訴人會請綽號「舞龍哥」警員查出翔哥，即可輕判。上訴人敢於眾多警員前為上開表示，豈會是串供？陳濟忠交保後，命上訴人檢舉張浴翔，否則將拖上訴人下水，上訴人心生恐懼，遂照辦。另陳濟忠稱不知如何去健保局，要求上訴人帶路云云，惟陳濟忠乃中壢人，豈會不知路？益顯其說辭，不可採信等語。	竟何者為可採，法院本得依其自由心證予以斟酌，若其基本事實之陳述與真實性無礙時，仍非不得予以採信，非謂一有不符或矛盾，即認其全部均為不可採信。證人陳濟忠先稱：槍彈是上訴人所有，他要我幫他背包包，要我擔下責任等語，後改稱：槍彈是我購買，我向上訴人借包包放槍彈云云，前後說詞歧異，原審詳敘理由說明，前言可信，予以採擇，後詞不實，加以摒棄，此乃原審採證認事職權之適法行使，並無上訴意旨所指之違反經驗法則或理由不備之情形。 4.量刑輕重係屬事實審法院得依職權自由裁量之事項。原判決以上訴人經鑑定結果為：其涉案時之精神狀態，因受智能障礙影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，較常人顯著減低等情，依刑法第十九條第二項減刑，並審酌上訴人有數次前科，素行不佳，搶奪部分未賠償被害人損失，槍彈對社會安全之危害，參酌其犯罪之動機、目的、手段、國中肄業智識程度等一切情狀，分別量處適度之刑，並定其應執行刑，且依刑法第八十七條第二、三項規定宣告監護處分一年。已以行為人之責任為基礎，並斟酌刑法第五十七條各款所列情形而為量刑，此乃原審裁量職權之適法行使，並無違反罪刑相當原則及比例原則，亦不得指為違法。上訴意旨未具體指摘原判決之科刑有何違背法令，僅憑其主觀之見解，對原判決科刑輕重予以爭執，自非合法之第三審上

		訴理由。 5.上訴人其餘上訴意旨，核係對原審取捨證據與自由判斷證據證明力之職權行使及原判決理由已經說明之事項，徒以自己之說詞，再為事實上之爭辯，泛指其為違法，皆非適法之第三審上訴理由，其上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1.桃園地方法院第一審判決有期徒刑肆年貳月、併科罰金伍萬元，得易服勞役、沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆。 2.高等法院第二審判決有期徒刑肆年、併科罰金伍萬元，得易服勞役、監護處分壹年、沒收手槍 1 把、制式子彈 1 顆、非制式子彈 2 顆。 3.最高法院判決上訴駁回，全案定讞。	
備註		

五十一、104 年花蓮強取手槍案

案由：違反槍砲彈藥刀械管制條例等

事實：被告劉俊宏為求自殺成功而起意強取員警隨身攜帶之警用制式手槍與制式子彈供已自殺之用，徒手強取員警陳建元隨身攜帶之手槍。劉男因故未能順利擊發子彈自殺，為躲避己身法律責任而意欲逃離現場，乘員警無法同時顧及警用機車之際，騎駛警用機車逃離現場。

重點：被告行為時因精神分裂症及雙極性疾患之躁症致其依其辨識而行為之能力有顯著降低情形。第二審法院認被告之精神狀態尚非穩定，倘受到刺激動怒時，而衍生攻擊他人，造成他人傷害之可能性甚高，確有再犯或對社會治安及民眾之生命、身體、健康安全有危害之虞，應施以監護處分。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣花蓮地方法院 103 年訴字第 171 號刑事判決	國軍花蓮總醫院 書面鑑定報告	1.疑似嚴重型憂鬱症；疑似安非他命濫用及中毒 2.減低 3.無	1.限制責任能力 2.無 採國軍花蓮總醫院鑑定報告	1.未經許可持有手槍，處有期徒刑貳年，併科罰金肆萬元；意圖為自己不法之所有，而竊取他人之動產，處有期徒刑參月 2.無	
臺灣高等法院花蓮分院 104 年上訴字第 22 號刑事判決	無	無	1.限制責任能力 2.無 採國軍花蓮總醫院鑑定報告	1.未經許可持有手槍，處有期徒刑壹年陸月，併科罰金新臺幣肆萬元 2.監護處分二年	
最高法院 104 年度台上字第 1740 號刑事判決	無	無	無	上訴駁回	

案例分析：

被告病史	被告患有精神分裂症及雙極性疾患之躁症，曾在國立陽明大學附設醫院就醫。
鑑定意見	國軍花蓮總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 17. 被告可能之精神科診斷為：1.疑似嚴重型憂鬱症；2.疑似安非他命濫用及中毒。此兩種情形，以回溯的角度而言，均無法根據客觀證據完全證實 18. 依據案發當時企圖逃跑的表現，足見其清楚自己的行為已構成不法。換言之，劉員犯案當時應有足夠之判斷力去判斷其當下行為之不正確性，並未符合刑法第 19 條所規範「不能辨識行為之不法」。 19. 劉員當時有強烈的自殺企圖，情緒明顯煩躁，無論當時是否合併物質使用、幻聽是否存在，都已呈現顯著衝動性不佳、判斷力減損情形。也就是說劉員犯行當時之行為至少應已符合刑法第 19 條第 2 項所規範「依其辨識而行為之能力顯著減低」 20. (二審判決)被告在無積極治療的狀況下，被告之收押後症狀不藥而癒，佐證被告案發時可能處在物質中毒狀態，或是情緒受到過度刺激（或兩者兼具）。且被告物質中毒或情緒誘發之短暫解離的可能性均無法完全排除，並且可以單獨或同時存在。
法院見解	一、花蓮地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 被告因精神分裂症及雙極性疾患之躁症致其依其辨識而行為之能力有顯著降低情形，乃依刑法第 19 條第 2 項規定，就被告所犯之未經許可持有手槍罪與竊盜罪均減輕其刑。 二、高等法院花蓮分院：和地方法院認定一致，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑壹年陸月，監護處分二年。

	20. 同地方法院見解，就被告所犯之未經許可持有手槍罪減輕其刑。 21. 竊盜罪部分，因無積極證據可認被告主觀上之所有意圖要件，衡以被告當時之精神狀態，本於「罪疑有利於被告」之審判原則，自應認被告主觀上對機車無不法所有之意圖 22. 依被告之病情狀況，不宜放任其在原來環境生活，必須予以適當之管束及幫助。被告目前在看守所內，因有接受治療服用精神疾病藥物，而有較好之表現，再經對比本案事件之發生與公權力介入及醫療協助，可認被告若於服刑前應予適當治療，待病情穩定後方能入獄服刑，應可避免被告再有失控行為而造成社會重大風險。 23. 參以被告本案犯行之前因及被告生活情境及其與親人互動之模式，並考量被告之親人支援系統之能力有其侷限性等因素，關於被告日後是否會按期服用藥物，及服藥後是否能有效控制病症，均待醫療專業適時予以協助與評估，是以本院認被告之精神狀態尚非穩定，倘受到刺激動怒時，而衍生攻擊他人，造成他人傷害之可能性甚高，確有再犯或對社會治安及民眾之生命、身體、健康安全有危害之虞。為求被告能接受妥適之治療與監督保護，並參酌上開鑑定報告，本院認為宜於刑前即予以監護。 24. 一者，監護期間並無絕對期間限制，苟經評估無繼續執行之必要，法院得免除其處分之執行，用以勉勵被告積極進行療養，而非在未能有效治療前冒然使其回復以前之生活模式，反而累及被告家人至親。二者，被告經監護、治療後再服刑，於監獄中當可有較好的表現，則依假釋制度之考核機制，被告反而可以較早回歸社會。爰依刑法第 87 條第 2 項但書、第 3 項前段之規定，併予宣告被告於刑之執行前，令入相當處所，施以監護 2 年。期於精神病醫院或其他醫療團體內，接受適當看管及治療，以使被告能及早治癒，除日後可回歸社會正常生活，及避免被告再對社會造成難以預期之危害外，並使其於入監執行期間，對其自身或其他受刑人之安全亦可獲得確保。
	三、最高法院：上訴駁回。 4. 原判決已詳敘認定犯罪事實所憑之證據及其認定之理由，並就上訴人雖罹患精神分裂症及雙極性疾患之躁症，但於犯罪時尚非不能辨識其行為違法，僅係該項精神疾病致其辨識行為違法之能力較常人顯著減低等情，論述說明其理由甚詳。 5. 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。對於因刑法第十九條第一項之原因而不罰之

	人或有第二項及第二十條原因之人，法院於審認其情狀有再犯或有危害公共安全之虞時，為防衛社會安全，自應依刑法第八十七條第一項或第二項規定，宣付監護處分。至行為人是否具有上述危險性之認定，乃事實審法院之職權，苟其判斷無違經驗法則或論理法則，不能任意指為違法。 6. 就原審依職權採證認事之適法行使，或就原判決已說明事項，專憑己見，任意指摘為違法，難謂已符合法定上訴要件，應認其該部分上訴違背法律上之程式，予以駁回。其餘部分，未敘述理由或不得上訴罪第三審法院，上訴亦非合法。
判決結果	20. 花蓮地方法院第一審判決：未經許可持有手槍，處有期徒刑貳年，併科罰金新臺幣肆萬元；意圖為自己不法之所有，而竊取他人之動產，處有期徒刑參月。 21. 高等法院花蓮分院第二審判決：未經許可持有手槍，處有期徒刑壹年陸月，併科罰金新臺幣肆萬元；並應於刑之執行前，令入相當處所，施以監護貳年。 22. 上訴最高法院予以駁回。
備註	

五十二、104 年台南強力膠殺人案

案由：殺人等罪

事實：

- 一、被告於 102 年 3 月 10 日，吸食強力膠後無故萌生殺人犯意，持刀接續向吳○信右胸、腹部及右手臂砍刺共五刀，吳○信因而受有「右側氣胸、血胸、右手掌正中神經斷裂、右手臂多處肌肉割傷及腹部穿刺傷」，經報警送醫始倖免於難。
- 二、102 年 3 月 24 日，被告吸食強力膠時，被害人顏○雄騎乘腳踏車行經該處，見狀詢問上訴人在做何事、是否有東西掉落等語，因不滿顏○雄靠近、發現正在吸食強力膠，基於殺人犯意，持水果刀接續猛刺顏○雄之左臉、左頸、左上胸、左上臂、左背、右肩、右手腕及右手掌，致顏○雄死亡。
- 三、殺害顏○雄後，攜刀騎車逃逸，再前往他處繼續吸食強力膠。適被害人欲前往停放在門外之自小客車上搬運物品，上訴人為免渠殺害顏○雄行跡遭發覺，復基於殺人之犯意，持系爭水果刀自後方猛刺張○凱，致張男受有重傷。

重點：被告吸食強力膠無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，或其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低等情形；縱認生理原因部分，被告有精神障礙的情形存在，但在心理結果部分，依被告行為時及行為後之表現，亦難認定被告行為時辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有因此受到影響。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣台南地方法院 102 年度重訴字第 6 號刑事判決	高雄醫學大學附設中和紀念醫院書面鑑定報告	1.強力膠使用疾患」與「反社會性人格違常 2.未鑑定 3.未鑑定	1.無減損 2.不適用	1.無期徒刑/褫奪公權終身 2.無	
臺灣高等法院台南分院 103 年度上重訴字第 610 號刑事判決	衛生福利部嘉南療養院書面鑑定報告	1.反社會性人格疾患 2.無減損 3.未鑑定	1.無減損 2.不適用	上訴駁回	
最高法院 104 年度台上字第 1661 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案例分析：

被告病史	無
鑑定意見	一、高雄醫學大學附設中和紀念醫院：診斷為「強力膠使用疾患」與「反社會性人格違常」。 21. 診斷為「強力膠使用疾患」與「反社會性人格違常」。 22. 生活上並無受幻聽干擾之影響，亦無明顯現實感喪失，且其智力測驗表現並無因長期吸食強力膠而有下降。 23. 心理衡鑑結果亦無出現器質性特徵或精神疾病徵候。 24. 評估被告之攻擊暴力行為可能和強力膠使用反近期壓力事件造成其衝動控制能力稍弱，及本身之「反社會性人格違常」衝動性格有關。 二、衛生福利部嘉南療養院：無精神疾病或其他心智缺陷會導致其辨識能力、依其辨識而行為之能力減損，較可能與反社會性人格疾患有關。 7. 強力膠可能誘發『精神病性疾患』、『情感性疾患』、『焦慮性疾患』等，通常只見於中毒之狀態，但若為上述三種疾患，並不會忘記自己的行為；依涂員之智力測驗結果，不符合強力膠誘發之『痴呆狀態』。 8. 涂員行為時，除『強力膠成癮』之外，無其他明確之疾病或其他心智缺陷。 9. 心理衡鑑報告雖非行為時施做，但因若『強力膠成癮』造成腦傷，為一不可回復之狀態，即不會在行為時有腦傷，而鑑定時恢復。故涂員行為當時，無精神疾病或其他心智缺陷會影響患者之判斷力或衝動控制能力。 10. 涂員於本案行為時，無精神疾病或其他心智缺陷會導致其辨識能力、依其辨識而行為之能力減損，較可能與反社會性人格疾患有關」
法院見解	一、台南地方法院：難認定被告行為時辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有因此受到影響

	15. 有聽見被害人哀求、犯後能騎車返家並先清洗兇刀；能夜間騎車、因恐被害人事機敗露再犯(三)；依正確方向返家、包紮受傷拇指、藏放犯罪水果刀。難認被告犯行時，辨識而行為能力有受到吸食強力膠之影響。
	16. 被告行為時並無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，或其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低等情形
	17. 縱認生理原因部分，被告有精神障礙的情形存在，但在心理結果部分，依前述被告行為時及行為後之表現，實難認定被告行為時辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有因此受到影響
	18. 因本案未對其適用刑法第 19 條第 1 項、第 2 項或第 20 條之規定，無一併諭知監護處分之餘地
	二、高等法院 台中分院：和地方法院認定一致，上訴駁回。
	25. 行為時並無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，或其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低等情形。
	26. 被告之智力測驗表現並無因長期吸食強力膠而有下降，心理衡鑑結果亦無出現器質性特徵或精神疾病徵候，縱認在判斷被告之責任能力標準上，在生理原因部分，被告有強力膠使用疾患、反社會性人格疾患存在，但在心理結果部分，依前述被告行為時及行為後之表現，實難認定被告行為時辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有因此受到影響
	27. 心理結果並無合於刑法第 19 條情形
	28. 本案並未適用刑法第 19 條第 1 項、第 2 項或第 20 條規定，無庸一併諭知監護處分
	三、上訴最高法院：上訴予以駁回。
	7. 經核原判決之認事、用法及量刑均無可資為撤銷事由之違誤
判決結果	8. 上訴人之上訴為無理由，予以駁回
	23. 台中地方法院第一審判決無期徒刑，褫奪公權終身，水果刀及刀套沒收。
	24. 高等法院台南分院駁回上訴。
	25. 上訴最高法院予以駁回。

備註	

五十三、103 年放火燒死家人案

案由：家暴殺人

事實：被告基於放火燒燬現供人使用住宅、殺害親屬之不確定故意，其明知該建築物係現供人使用之住宅，且汽油係危險性極高之易燃性液體，若在建築物內點火引燃，將延燒屋內家具、裝潢及內部物品，並可燒燬該棟建築物，仍執意點火並潑灑汽油，造成火勢猛烈燃燒，被害人受有大面積二度燒燙傷、吸入性肺部灼傷及呼吸衰竭之傷害，雖於浴室淋水滅火後逃出住處，嗣送往中國醫藥大學附設醫院急救，仍休克窒息不治死亡。

重點：

被告驚見定期為憂鬱症重度患者，卻極度缺乏病識感，從未就醫治療。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺中地方法院 101 年度重訴字 第 3019 號	台中榮民總醫院	1. 重度憂鬱症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	無法得知	判決不公開
高等法院 臺中分院 102 年度上重訴字 第 9 號	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 無期徒刑 2. 監護三年	判決不公開
最高法院 103 年度台上字 第 859 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告罹患結核病，致有明顯情緒低落、失眠、無望感、自殺意念及行為，雖嚴重程度已達重度憂鬱症之標準，然因己身及家人均無病識感，未曾就醫治療。
鑑定意見	台中榮民總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	被告於近三、四年來長期有明顯情緒低落、失眠、無望感、自殺意念及行為，其嚴重程度已達重度憂鬱症之診斷標準；被告因本身潛在的性格特質以及長期受憂鬱症狀的影響，於犯罪行為時雖能辨識其行為違法，但依其辨識而行為之能力受到憂鬱症的影響而有所減損，在面對外在環境壓力下，容易出現失控的行為。
法院見解	臺中地方法院：無法得知。
	判決未公開。
	高等法院 臺中分院：撤銷原判決，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分三年。
	1. 被告以縱火之方式殺害洩恨，因而造成生父及胞弟陳啟文喪生之慘劇，犯罪情節重大，惟其係因重度憂鬱症情緒失控所致，尚無與世隔絕之必要，判處上被告無期徒刑，褫奪公權終身。
	2. 又依其行兇過程，顯見其情緒管理、控制能力均屬不佳，且具有重大攻擊性，若日後假釋出監，有再犯及危害公共安全之虞，另諭知於刑之執行完畢或赦免後，另入相當處所施以監護處分三年
	最高法院：上訴駁回。
	上訴為無理由，予以駁回。
判決結果	1. 臺中地方法院：無法得知。 2. 高等法院 臺中分院：撤銷原判決，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處無期徒刑，褫奪公權終身，監護處分三年。 3. 最高法院：上訴駁回。

備註	

五十四、103 年台南放火案

案由：殺人未遂

事實：被告基於殺人及燒燬該現供人使用住宅之犯意，明知柴油為極危險之易燃物，倘對該住宅內所在之人身體毛髮噴灑後，以點火器引燃，足以造成該人死亡之結果，火勢亦將同時蔓延燒燬該住宅。

重點：

被告上訴二審高等法院，主張自己並無精神疾病，予以駁回。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
無法得知	慈惠醫院	1. 妄想症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 三年六月 2. 監護二年	判決不公開
高等法院台南分院 103 年上訴字 第 276 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	判決不公開
最高法院 103 年台上字 第 3349 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無法得知。
鑑定意見	慈惠醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	被告於犯案行為當時之精神狀況尚未達到『因其精神障礙或其他心智缺陷，致已達不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力』之程度，但是已經達到『辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力有顯著減低』之情況。
法院見解	台南地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年六個月，監護處分二年。
	判決不公開。
	高等法院台南分院：上訴駁回。
	判決不公開。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴不合法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 台南地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年六個月，監護處分二年。 2. 高等法院台南分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

五十五、103 年臺北誣告案

案由：誣告

事實：余孟洋因智能程度及罹患情感性精神病。基於意圖使他人受刑事處分之犯意，前後誣告蔡○璇及周○賢共同涉犯竊盜、妨害秘密及背信等罪嫌，嗣經臺北地檢署檢察官不起訴處分，並基於同一犯意，數次聲請再議。

重點：

一、亞東醫院鑑定結果

- a. 被告現實感不佳，思考推理過程甚為簡略，多處不符邏輯，思考傾向多疑，對於被迫害意念與關係意念，深信不疑，已達妄想之程度
- b. 鑑定結果認被告為輕度智能障礙，並診斷為情感性精神病
- c. 仍需考慮有精神分裂症或情感性精神分裂症之可能，其症狀表現以功能退化、衝動控制不佳，且有多疑傾向、被害妄想之症狀，亦會使其在無事證下，仍在主觀上相信告訴人涉嫌不法情事，進而影響被告人際互動與社交判斷，對於其行為之本質及後果之認識已明顯受損，致其辨識行為違法性而行為之能力顯著降低等情。

二、歷審法院參酌亞東醫院鑑定報告、被告病歷資料(三軍總醫院與新光醫院)和被告接受警詢時之應答等，綜合判斷下皆認被告於本案犯行時之精神狀態屬因精神障礙，致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力顯著減低之情形，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑。

三、歷審法院皆就被告情狀判斷，考量監護處分目的兼顧社會防衛意旨，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，入相當處所，施以監護 1 年，以避免因被告之疾病而對其個人及社會造成難以預期之危害。

簡表格式

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣臺北地方法院 102 年度訴字第 462 號刑事判決	亞東醫院	1. 輕度智能障礙，情感性精神病。有精神分裂症或情感性精神分裂症之可能。 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用 採亞東醫院鑑定報告	1. 有期徒刑 5 個月 2. 監護處分 1 年	被告另有國防醫學院三軍總醫院之病歷資料與新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院之病歷資料
臺灣高等法院 103 年度上訴字第 726 號刑事判決	未再另行鑑定	無	1.限制責任能力 2.不適用 採原亞東醫院鑑定報告	1. 有期徒刑 5 個月 2. 監護處分 1 年	
最高法院 103 年度台上字第 3143 號刑事判決	未再另行鑑定	無	上訴駁回	1. 有期徒刑 5 個月 2. 監護處分 1 年	全案定讞

案件分析

被告病史	1. 被告自 97 年 5 月 31 日起因「重鬱症、復發」，多次至三軍總醫院就診治療，且醫師於病歷中記載被告有「迫害妄想、幻聽、猜疑」等症狀，患有憂鬱性疾患、情感性疾病等(三軍總醫院病歷資料)。 2. 被告已由 99 年 4 月 1 日所評估之「輕度」降至「未達列等標準」(三軍總醫院病歷資料) 3. 97 年 5 月 21 日、6 月 11 日經醫師診斷為「重鬱症，單純發作」、「情感性精神病」，且於 100 年 7 月 19 日病歷中記載被告之精神狀態（包含「幻覺：遭人咒罵、指責為壞人」、「妄想：遭人以行動電話簡訊威脅」等情(新光醫院病歷資料)。
鑑定意見	亞東醫院：被告於本案犯行時之精神狀態屬因精神障礙致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力顯著減低。 1. 被告現實感不佳，思考推理過程甚為簡略，多處不符邏輯，思考傾向多疑，對於被迫害意念與關係意念，深信不疑，已達妄想之程度。 2. 被告智能評估顯示結果，與過去智能測驗結果相較，有明顯退化之傾向。 3. 被告為輕度智能障礙，並診斷為情感性精神病。 4. 仍需考慮有精神分裂症或情感性精神分裂症之可能。其症狀表現以功能退化、衝動控制不佳，且有多疑傾向、被害妄想之症狀等。
法院見解	臺北地方法院：被告於本案犯行時之精神狀態屬因精神障礙，致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力顯著減低之情形，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑。併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，施以監護 1 年。 1. 被告於行為時，其意識清楚，對員警詢問之問題可以清楚認知且回答，並無答非所問，不清楚員警所問問題之情形發生，且對其向司法機關檢舉告訴人犯罪之內容如果不實，需承擔刑事責任等情，知之甚詳。另參以其於前案偵查時，尚知聲請調查證據且對於檢察官之訊問，皆能對答如流，其對辨識行為違法之能力並無達到不能辨識或欠缺依其辨識而行為之能力。 2. 參被告病歷資料及亞東醫院鑑定報告書，足認被告於本案犯行時之精神狀態屬因精神障礙，致其辨識行為

	違法及依其辨識而行為之能力顯著減低之情形。 3. 被告自承其家人因認為伊精神有問題而排斥伊等語，實難期待被告於出獄後會按期自行就診或住院治癒其疾病，亦難保被告之精神狀況不會惡化，再為與本案相似之犯行，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，施以監護，以避免因被告之疾病而對其個人及社會造成難以預期之危害，期收治本之效。 臺灣高等法院：被告上訴駁回。 1. 被告罹有上開精神疾病，於多次轉院治療後，仍為本件之犯行，其精神狀況顯仍未改善。 2. 依 102 年亞東醫院精神科對被告作精神鑑定，被告症狀表現以功能退化、衝動控制不佳，且有多疑傾向、被害妄想之症狀，亦會使其在無事證下，仍在主觀上相信告訴人涉嫌不法情事，進而影響被告人際互動與社交判斷，對於其行為之本質及後果之認識已明顯受損，致其辨識行為違法性而行為之能力顯著降低等情。 3. 被告因罹有上開精神疾病，以致涉犯本案犯行，非無再犯或對社會治安有危害之虞，為使被告規則就醫，以防被告受精神疾病影響，在社會上危害他人，同時給予適當治療，使其得回歸社會生活，確有命被告入相當處所並施以監護之必要。 4. 科刑之部分，原審已依刑法第 19 條第 2 項之規定，減輕其刑，是被告此部分主張應再依刑法第 19 條、第 57 條之規定減輕其刑，亦屬無據。 最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。 1. 參酌被告病歷資料(三軍總醫院與新光醫院)、被告接受警詢時之應對及第一審送由亞東醫院鑑定，仍認上訴人於一〇二年六月間之身心狀況為「輕度智能障礙」、「情感性精神病」，「辨識行為違法性而行為之能力，顯著降低」各等情，乃認定上訴人行為時之精神狀態，尚不符合刑法第十九條第一項之完全不能辨識其行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力情形。事實審法院職權之行使，未違背客觀存在之經驗法則或論理法則。

	2. 保安處分之宣告，係屬實體法賦予法院自由裁量之職權，原審既然符合法律規定，客觀上又無顯然濫權或失當情形存在，自無許上訴人任憑己意指摘為違法，而資為合法之第三審上訴理由餘地。
判決結果	1. 臺北地方法院一審判決有期徒刑 5 個月，監護處分 1 年。 2. 臺灣高等法院判決被告上訴駁回。 3. 上訴最高法院均予以駁回，全案定讞。
備註	

五十六、103 年高雄槍殺未遂案

案由：殺人未遂等罪

事實：被告陳德勝持有並藏放非法之制式手槍及制式子彈於住處內。嗣與乙○○發生債務糾紛，乙○○欲尋陳德勝當面理論，便搭載女友丁○○開車前往，陳德勝並攜帶上開手槍在身備用前往。嗣乙○○發現陳德勝之行蹤，即駕駛上開自用小客車往陳德勝之所在方向前進；陳德勝見狀後，感受到強大壓力，且因其長期罹患精神分裂症，以致於此時辨識行為違法及依其辨識而行為之能力顯著降低，基於殺人之未必故意，持上開槍彈朝乙○○、丁○○乘坐之自小客車正面連開 3 槍，1 發未擊中，1 發擊中該車駕駛座前之擋風玻璃上方，彈頭貫穿擋風玻璃後卡在駕駛座方向盤內，並未擊中乙○○或丁○○，另 1 發子彈則在扣按扳機後因未能順利擊發而卡在上開手槍內。

重點

一、高雄市立凱旋醫院鑑定結果

1. 被告符合精神醫學上精神分裂症之診斷，且若被告所述屬實，被告或受了聽幻覺之影響而引發其自我防衛行為而對被害人開槍，則案發當時其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力或有顯著降低之可能性等情。
2. 被告因家人對精神疾病認識不足，往往在被告住院後不久即來院辦理自動出院，平時亦未能負起監督被告規則回診及按時服藥之責，致被告病情似未能獲得適當控制被告因精神疾病影響，加上交友狀況複雜，可預期其再犯之可能性高，若家屬無法善盡全日監督之責，應認被告應有在刑之執行前，令入相當處所，施以監護之必要。
3. 高雄市立凱旋醫院鑑定報告雖指出被告患有精神分裂症，惟僅就被告於案發當時(犯殺人未遂行為時)之判斷能力及辨識其行為違法之能力認定，其行為時受該疾病所影響，並未針對被告長期未經許可持有(或受寄藏)可發射子彈具有殺傷力之手槍及子彈部分進行認定。

二、一、二審法院就持有(或受寄藏)手槍及子彈部分判決認定不同

1. 被告雖罹患精神分裂症之病史，然其理應知悉且能充分辨識其所持有之上開槍彈具有強大殺傷力，否則應不會於被害人等前來尋釁時，特意地將之取出隨身攜帶用以防身。復觀之本凱旋醫院鑑定結果所認：依被告對於本案之陳述而推論，被告於案發當時因感受到被害人前來他家可能對他有暴力傷害，知道要拿槍來保護自己，開完槍後也知道要逃離現場並繼續躲藏，

直到被告之胞姐勸他出來投案，可推論被告於案發當時之判斷能力及辨識其行為違法之能力應仍有一定程度等語。足徵被告於本案持槍射擊前後持有槍彈之精神狀態，對於持有槍彈之不合法性應仍有正常的理解與判斷能力。

2. 觀諸被告素罹患有精神分裂症，其病期已長達 10 年以上，故其受「阿歪」之託而寄藏上開槍、彈時，雖知悉該槍、彈均具有殺傷力，然因其長期患有精神分裂症之病史，足見其於收受藏放該槍、彈時之精神狀態，因其精神障礙，而辨識違法之行為能力已有顯著降低，但未達完全不能辨識之程度等情，甚為明確。原審未慮及被告受寄藏放槍彈之際，已罹精神障礙致辨識行為違法已有顯著降低之情，而未依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑，亦有未洽。

簡表格式

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣高雄地方法院 102 年度訴字第 127 號刑事判決	高雄市立凱旋醫院 鑑定報告	1.精神分裂症 2.減低 3.不適用	1.責任能力 a.未經許可持有手槍及子 彈部分:完全責任能力 b.持槍射擊被害人部分:限 制責任能力 2.不適用 採凱旋醫院鑑定報告	3. 有期徒刑七年二月; 罰 金新臺幣十萬元 4. 監護處分三年(刑前)	
臺灣高等法院 高雄 分院 102 年度上訴 字第 1103 號刑事 判決	未再另行鑑定	無	1.責任能力 a.未經許可寄藏手槍及子 彈部分:限制責任能力 (未明文採用凱旋醫院鑑	3. 有期徒刑五年; 罰金新 臺幣六萬元 4. 監護處分三年(刑前)	寄藏手槍 及子彈部 分，二審 未明文採

			定報告) b.持槍射擊被害人部分:限制責任能力 2.不適用 除 a 部分外皆採凱旋醫院鑑定報告		用凱旋醫院鑑定報告
最高法院 103 年度 台上字第 2333 號 刑事判決	未再另行鑑定	無	上訴駁回	3. 有期徒刑五年; 罰金新 臺幣六萬元 4. 監護處分三年(刑前)	全案定讞

案件分析

被告病史	4. 被告素有罹患精神分裂症，而精神病史超過 10 年 5. 目前仍有明顯幻覺妄想症狀，注意力不能集中，健忘，失神，不能對題回答，且有明顯憂鬱情緒，過去有數次自殘自殺舉動，日常生活需人監護，其病況需持續追蹤治療之等情。 6. 被告具有多次未持續規則就醫及服藥之情。
鑑定意見	高雄市立凱旋醫院 1. 綜合門診鑑定、心理測驗、精神狀態檢查、旗津醫院及該醫院病歷記載所得資料，被告應符合精神醫學上精神分裂症之診斷。

	2. 被告於案發當時因感受到被害人前來他家可能對他有暴力傷害，知道要拿槍來保護自己，開完槍後也知道要逃離現場並繼續躲藏，直到被告之胞姐勸他出來投案，可推論被告於案發當時之判斷能力及辨識其行為違法之能力應仍有一定程度。 3. 若被告所述屬實，被告或受了聽幻覺之影響而引發其自我防衛行為而對被害人開槍，則案發當時其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力或有顯著降低之可能性等情。 4. 因家人對精神疾病認識不足，往往在被告住院後不久即來院辦理自動出院，平時亦未能負起監督被告規則回診及按時服藥之責，致被告病情似未能獲得適當控制被告因精神疾病影響，可能導致社會功能缺損及判斷力不佳，加上交友狀況複雜，易受友人利用而從事違法行為，可預期其再犯之可能性高，若家屬無法善盡全日監督之責，則應令入適當治療監護處所，接受相關輔導治療，以減少被告再犯之可能性等情，應認被告應有在刑之執行前，令入相當處所，施以監護之必要。
法院見解	高雄地方法院：被告犯殺人未遂罪部分，係因精神障礙致辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低，依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。爰依刑法 87 條 第 2 項但書規定，於所犯殺人未遂罪刑項下同時宣告於刑之執行前，令入相當處所，施以監護 3 年。 1. 就被告未經許可持有可發射子彈具有殺傷力之手槍及子彈部分，觀察被告之語，其理應知悉且能充分辨識其所持有之上開槍彈具有強大殺傷力。復觀凱旋醫院之鑑定報告，益足徵被告於本案持槍射擊前後持有槍彈之精神狀態，對於持有槍彈之不合法性應仍有正常的理解與判斷能力，並無因精神障礙或心智缺陷致不能辨識其持有槍彈之行為違法或辨識能力顯著降低之情事可言。 2. 被告持用上開槍、彈射擊被害人乙○○、丁○○及其等所駕乘車輛部分，就被告於案發當時之精神狀況送請高雄市立凱旋醫院鑑定結果，被告於持槍射殺被害人之際，係因精神障礙致辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低，但未達完全不能之程度等情。 3. 被告應有在刑之執行前，令入相當處所，施以監護之必要。爰依刑法 87 條第 2 項但書規定，於所犯殺人未

	遂罪刑項下同時宣告於刑之執行前，令入相當處所，施以監護3年。
	高等法院高雄分院：被告受寄藏放上開槍、彈，及殺人未遂之際，均因具有精神障礙，致辨識違法行為之能力已有顯著降低之情，故均應依刑法第19條第2項規定，減輕其刑。並於刑之執行前，令入相當處所施以監護叁年。
	1. 被告持有上開槍、彈射擊被害人吳邦銘、丁○○及毀損彼等所駕乘車輛部分，經原審法院送請高雄市立凱旋醫院鑑定結果，顯見被告於持槍射殺被害人2人之際，同係因精神障礙致辨識違法行為之能力已有顯著降低，但未達完全不能辨識之程度等情，應可認定。應依刑法第19條第2項規定，減輕其刑。 2. 被告因長期患有精神分裂症，且精神病史已超過10年，故其受「阿歪」之託而寄藏上開槍、彈時，雖知悉該槍、彈均具有殺傷力，然因其長期患有精神分裂症之病史，足見其於收受藏放該槍、彈時之精神狀態，因其精神障礙，而辨識違法之行為能力已有顯著降低，但未達完全不能辨識之程度等情，甚為明確。應依刑法第19條第2項規定，減輕其刑。 3. 被告應有在刑之執行前，令入相當處所，施以監護之必要，爰依刑法87條第2項但書規定，於所犯殺人未遂罪刑項下同時宣告於刑之執行前，令入相當處所，施以監護3年。
	最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。
	1. 依憑高雄市立凱旋醫院精神鑑定書之鑑定結果，認定上訴人自己及其家人均無從監督規則就醫及按時服藥，致其病情未獲適當控制，乃於本案持槍射殺時，其精神障礙致辨識違法行為之能力已有顯著降低，上訴意旨仍執己見指稱：其家人一旦善盡全日監督，即無受監護處分之必要云云，顯非依據卷證資料為指摘。 2. 上訴意旨置原判決所為明白論斷於不顧，仍持陳詞，再事爭辯，並就原審量刑裁量權之合法行使，任意指摘，不能認為適法，要與法律規定得為第三審上訴理由之違法情形，不相適合，其上訴不合法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1.高雄地方法院一審判決，有期徒刑七年二月，罰金新臺幣十萬，監護處分三年(刑前)。

	2.高等法院高雄分院二審判決，有期徒刑五年，罰金新臺幣六萬元，監護處分三年(刑前)。 3.上訴最高法院均予以駁回，全案定讞。
備註	

五十七、103 年花旗銀行放火案

案由：公共危險（放火）

事實：被告林男罹患混合型妄想性疾患。101 年 10 月 20 日放火燒毀大樓電梯內的公告欄上的 4 張公告紙；102 年 1 月 19 日將汽油潑灑在花旗港都分公司 1 樓北方大門東側玻璃門前地面，並以自備打火機點燃汽油，瞬間引發火勢，除該處玻璃門因受熱、破裂而致令不堪使用。

重點：鑑定機關（長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院）之鑑定意見

1. 地院鑑定結果及認定：

- A. 被告對本件案發經過可清楚記憶，但當時受關係、自大及被害妄想之精神症狀影響，而犯下此案。
- B. 以被告智力測驗及認知功能篩檢結果之表現分析，其注意力、短期記憶能力、常識能力、抽象思考能力等智能並未缺損，雖處於因精神障礙，但未達「不能辨識其行為為違法」之能力，也沒有欠缺依其辨識而行為之能力，被告因有「混合型妄想性疾患」，而自我功能薄弱、本身對妄想判斷力不足、衝動控制不佳下，其「辨識能力」較一般人有「顯著減低」之狀態
- C. 被告於本院訊問時供稱：伊在爭取日本國意匠權入力 3 年，並有一個關於智慧財產權的工作室，我沒有對花旗銀行有不好的印象，但不知道為何要為放火行為等語，足認被告確實有妄想之情形。
- D. 法院綜合上述各情以觀，足認被告為上開犯行時，其精神障礙應已達致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低之狀態
- E. 另鑑定報告書鑑定結果認為被告「目前仍持續有妄想，需積極藥物治療及協助其面對種種社會壓力，因此建議被告需接受強制精神治療（心理與藥物治療），提升社會適應能力。也因此法院以此認定被告再犯之虞，故判以 2 年監護處分。

2. 高院鑑定結果及認定

A. 採用地院鑑定報告，未再進行一次鑑定

B. 因辯護人辯稱：「被告於案發時應已欠缺行為辨識能力，但僅因事後有服藥就醫，始經鑑定為精神障礙較一般人為顯著降低而已云云」故高院再函詢原鑑定機關並指稱：「已有綜合考量如病患於事後有服用藥物情況，故當時出具之鑑定意見病患有精神障礙而辨識能力較一般人顯著降低」

3. 最高法院未有否決下級法院之意見

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
高雄地方法院 102 年度訴字第 163 號刑事判決	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
高等法院高雄分院刑事判決 102 年度上訴字第 993 號	同上	1.混合型妄想性疾患 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用 採以鑑定報告	1.第一次放火處七月；第二次放火處八月，兩罪合併執行 1 年 2 月 2.監護處分 2 年	
最高法院 103 年度台上字第 2018 號刑事判決				駁回被告之上訴	

案例分析：

被告病史	23. 判決內未說明病史，僅說明被告患有「混合型妄想性疾患」

	24. 行為後有就醫服藥
鑑定意見	一、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	25. 被告對本件案發經過可清楚記憶，但當時受關係、自大及被害妄想之精神症狀影響，而犯下此案。
	26. 以被告智力測驗及認知功能篩檢結果之表現分析，其注意力、短期記憶能力、常識能力、抽象思考能力等智能並未缺損，雖處於因精神障礙，但未達「不能辨識其行為為違法」之能力，也沒有欠缺依其辨識而行為之能力，被告因有「混合型妄想性疾患」，而自我功能薄弱、本身對妄想判斷力不足、衝動控制不佳下，其「辨識能力」較一般人有「顯著減低」之狀態，此有該醫院 102 年 5 月 20 日 (102) 長庚院高字第 C33312 號函暨隨函所附之精神鑑定報告書 1 份在卷可佐（見本院卷第 52 至 63 頁）
	27. 並參以被告於本院訊問時供稱：伊在爭取日本國意匠權入力 3 年，並有一個關於智慧財產權的工作室，我沒有對花旗銀行有不好的印象，但不知道為何要為放火行為等語（見本院卷第 9 頁反面至第 10 頁、第 86 頁正面），足認被告確實有妄想之情形。
	28. 本院綜合上述各情以觀，足認被告為上開犯行時，其精神障礙應已達致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低之狀態
	29. 已有綜合考量如病患於事後有服用藥物情況，故當時出具之鑑定意見病患有精神障礙而辨識能力較一般人顯著降低
	二、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院：有再犯危險性
	11. 鑑定報告書鑑定結果認為被告「目前仍持續有妄想，需積極藥物治療及協助其面對種種社會壓力，因此建議被告需接受強制精神治療（心理與藥物治療），提升社會適應能力。
法院見解	一、高雄地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處第一次放火處七月；第二次放火處八月，兩罪合併執行 1 年 2 月；監護處分 2 年

	19. 法院綜合鑑定意見及被告於法院供述，認為被告確實有妄想之情形，故依刑法第 19 條第 2 項規定，減輕其刑 20. 監護處分部分：法院依據鑑定報告認為被告放火燒燬他人所有物之二次行為，對於他人之生命及財產具有高度危險性，而被告在缺乏適度治療之情況下，非無再犯及危害公共安全之虞，為預防其未來因上開病情之影響而再犯類似之危險行為，宜接受持續規則之精神評估與治療，以達治療被告及社會防衛之效；且審酌被告目前因接受治療，病情逐漸穩定，應及早在被告病情未更進一步惡化前加以治療，故有宣告於刑前令入相當處所，施以監護 2 年之必要，以使被告能及早治癒，除日後可回歸社會正常生活外，即使於入監執行期間，對其自身或其他受刑人之安全亦可得確保
	二、高等法院：同上
	1.被告提出以保護管束替代監護處分部分法院認為： 被告所罹患之精神疾病並非輕微，自應有專業之醫師（機構）配合施以強制、長期性之治療，而其理由已如前開原審所述，是仍不宜率以保護管束代替監護處分，合先敘明；又查，本件被告於本院審理中，均有按時就醫，且重要之關鍵即在於獲得其前夫（黃耀坤）及家人之協助及照顧（見本院卷第 74 頁），而使被告原本孤單無依之生活，而有所之轉變，換言之，就一精神病患而言，家人親友之相伴支持，亦為治病之良藥，是本院認被告於本件確定後之執行，執行機關可審酌依保安處分執行法第 46 條規定，即在有專業人士（如醫師、心理師）之介入而按期接受治療及有家屬可陪伴、照顧下，慎選適當處所。
	三、最高法院：駁回上訴
	14. 認為原審所依據之事實及理由具有依據且未違背經驗及論理法則
判決結果	26. 地方法院判決：第一次放火處七月；第二次放火處八月，兩罪合併執行 1 年 2 月及監護處分 2 年 27. 上訴高等法院及最高法院均予以駁回，全案定讞。
備註	

五十八、103 年士林強制性交案

案由：強盜強制性交等罪

事實：被告丙○○欲與女子進行性交易，但又缺乏金錢，於當日上午7時許（起訴書載為7時30分許），先在清靈宮廚房內，取用刀刀長達29公分足供為兇器使用之之大型水果刀1支，至清靈宮後方僻靜無人之處，伺機強盜，丙○○遂將刀比向甲○頭部，劃傷甲○耳朵，並持刀抵住甲○脖子，向甲○索討金錢得逞。但丙○○衡量取得之金錢，實不足以從事性交易，便基於強制性交之犯意，對甲○強制性交得逞。嗣丙○○趁隙離去，隨後遭遇父親乙○○，因乙○○要求放下刀械，丙○○先持刀與乙○○對打，使乙○○走避，丙○○再持刀下山，於同日遭遇值勤員警，為求脫免逮捕，基於剝奪他人行動自由之犯意，左手抓住散步經過該處之丁○，右手持刀架住丁○頸部並不時拿刀揮舞，藉此剝奪丁○之行動自由，而與警方續對峙，直至同日上午7時50分許，始由警方趁其不備，當場制伏並以現行犯逮捕。

重點

一、二鑑定機關〔新光吳火獅紀念醫院（以下簡稱新光醫院）、臺北榮民總醫院〕之鑑定意見不同。

1. 新光醫院鑑定認為

- a. 被告為車禍腦傷後器質性腦症、輕度到邊緣性智能不足病人。其智能狀態界於正常人到輕度智能不足之間，且有衝動控制差，控制能力不佳等情形，對其行為衝動控制或有稍許影響。
- b. 依其陳述犯案時精神狀況所見，**被告犯案時應無精神症狀干擾；且其輕度到邊緣性智能不足之精神狀況，應有能力辨識行為違法，其依辨識而為行為之能力亦無欠缺或顯著減低情形。**
- c. **鑑定醫師張尚文到庭陳述修正，認被告其後之挾持行為確有可能因性侵後畏懼，心神失控，而致有干擾其辨識而為行為的能力顯著降低。**

2. 臺北榮民總醫院

- a. **參酌被告之生活史及病史**，即被告國中時成績表現欠佳、經常蹺課，又有吸食違禁物之紀錄，約17歲時遭遇車禍致頭部外傷及昏迷，此後開始患有癲癇，依被告之父親及母親之陳述，被告對於女性會有接近、撫摸、親吻對方之念頭，其後又因腦傷之後遺症陸續追蹤診療，經診斷為顱內出血、腦傷後癲癇、腦傷後器質性腦症，且有智力下降、功能缺損、衝動控制力差、

情緒不穩定、道德感敗壞之情形，診斷為器質性腦傷症合併輕度智能障礙，屬精神障礙及心智缺陷。

- b. 被告於為性侵行為前，因抑制自己性衝動意念能力不足，而後出現當時之性侵行為。惟被告為本案性侵行為前後，對其行為是否容於社會或法律評價仍有一定程度之辨識判別能力，並無完全欠缺；及後挾持第二位女性被害人時，因持續有精神障礙及心智缺陷，致其『依其辨識而行為之能力』，有顯著降低，但對其行為是否容於社會或法律評價仍有一定程度之辨識判別能力，未達完全欠缺程度。

二、二審法院判決與一審法院判決認定不同

1. 一審法院

- a. 被告實施強制性交犯行時，依新光醫院鑑定報告，難認定被告有刑法第 19 條所列減免刑罰之事由；被告對被害人丁○剝奪行動自由時，由於被告有長時期之精神病史，被告精神狀態之機轉，在案發當時諸多因素之交互影響下，本非被告可得控制，故精神專科醫師所認被告依其辨識而為行為之能力有顯著降低一節，當屬可採，被告應具備刑法第 19 條第 2 項規定之情狀。
- b. 被告日後已將有強制治療之保安處分執行事宜，且將執行至再犯危險顯著降低為止，觀之該條規定自明，又是否施以監護，法院有自由裁量之權，故本件已無宣告監護處分之必要。

2. 二審法院

- a. 被告對被告甲○為強盜強制性交行為時，臺北榮民總醫院之鑑定書之內容及鑑定理由相較於新光醫院之鑑定報告更為詳盡翔實，應較為可採，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定，就被告所犯強盜強制性交罪及剝奪行動自由罪二罪均予以減輕其刑；被告對被害人丁○剝奪行動自由時，前揭二鑑定機構之鑑定人均認為被告依其辨識而為行為之能力業已顯著降低然未完全欠缺等情，應屬可採，被告此部分應符合前述刑法第 19 條第 2 項規定之情狀。而被告之強盜強制性交行為與其後之妨害自由行為，其發生時間甚近，當時之客觀環境亦無明顯差別，何以對於情節較為嚴重之對年長甲○強盜強制性交行為，鑑定人張尚文醫師於原審之意見反又為「其後之行為確有可能因性侵後畏懼，心神失控，而致有干擾其辨識而為行為的能力顯著降低」？
- b. 被告之情狀，足認其具有再犯及危害公共安全之虞，應有依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，令入相當處所施以監護之必要，原判決關此認為並無宣告監護處分之必要，亦有未合。

簡表格式

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣士林地方法院 102 年度侵重訴字 第 1 號刑事判決	新光醫院	1. 車禍腦傷後器質性腦症、輕度到邊緣性智能不足。惟犯案時應無精神症狀干擾 2. 未降低及喪失 3. 不適用	1. a.剝奪丁行動自由： 限制責任能力 b.其餘： 完全責任能力 (採張尚文醫師意見)	1. 有期徒刑 13 年 2. 強制治療	鑑定意見不同
	張尚文醫師到庭	1. 剝奪丁行動自由時，可能因性侵後畏懼，心神失控 2. 降低 3. 不適用	2.不適用		
臺灣高等法院 102 年度侵上訴字第 324 號刑事判決	臺北榮民總醫院	4. 精神障礙及心智缺陷 5. 降低 6. 不適用	3. 限制責任能力 4. 不適用 採臺北榮總鑑定報告 不採新光醫院鑑定報告	3. 有期徒刑 12 年 4. 監護處分 4 年	
最高法院 103 年度	無	無	上訴駁回	3. 有期徒刑 12	全案定

台上字第 1799 號 刑事判決				年 4. 監護處分 4 年	謝

案件分析

被告病史	被告於 87 年間，遭遇交通事故，頭部外傷昏迷，經開刀治療後，即因腦傷之後遺症陸續追蹤診療，並診斷為顱內出血、腦傷後癲癇、腦傷後器質性腦症，且有智力下降、功能缺損、衝動控制力差、情緒不穩定、道德感敗壞之情形，再以慢性器質性腦症取得中度身心障礙手冊，且具多次住院紀錄等事實。
鑑定意見	一、新光醫院：被告犯案時應無精神症狀干擾，且其輕度到邊緣性智能不足之精神狀況，應有能力辨識行為違法，其依辨識而為行為之能力亦無欠缺或顯著減低情形。惟鑑定醫師張尚文到庭陳述，有與神鑑定書所持之鑑定結果有部分不符合之情形。 6. 鑑定期間，被告外觀整齊、意識清醒，對鑑定詢問可切提回答。 7. 被告提及，因腦傷服藥而有記憶缺失、判斷力缺損等情形。但對犯案時狀況，可回答是因原本就打算去嫖妓，慾望無處宣洩，所以才會一時衝動犯罪，對犯案行為也瞭解是不對的。 8. 被告為車禍腦傷後器質性腦症、輕度到邊緣性智能不足病人。其智能狀態界於正常人到輕度智能不足之間，且有衝動控制差，控制能力不佳等情形，對其行為衝動控制或有稍許影響。 9. 依被告陳述犯案時精神狀況，被告應無精神症狀干擾，且其輕度到邊緣性智能不足之精神狀況，應有能力辨識行為違法，其依辨識而為行為之能力亦無欠缺或顯著減低情形。 10. 鑑定醫師張尚文到庭陳述修正，認被告其後之挾持行為確有可能因性侵後畏懼，心神失控，而致有干擾其辨識而為行為的能力顯著降低。

	二、臺北榮總: 被告於為性侵行為前後，及後挾持第二位女性被害人當時，因持續有精神障礙及心智缺陷，致其『依其辨識而行為之能力』，有顯著降低，但未達完全欠缺程度。 1. 被告 17 歲車禍腦傷後，不僅常有癲癇發作，須以抗癲癇藥物控制，且其性格改變、衝動控制力差、性衝動控制力也差、情緒不穩定、道德感敗壞、也常有暴力、破壞或攻擊行為。被告之精神科診斷為器質性腦傷症合併輕度智能障礙，屬精神障礙及心智缺陷。 2. 參照被告過去數次就診或住院紀錄、家人之陳述以及本次心理衡鑑結果，被告不論車禍前後是非觀念皆差，行為脫序，且不覺得自己的行為有甚麼不對或不好，具反社會性人格傾向。 3. 被告於為性侵行為前，因抑制自己性衝動意念能力不足，而後出現當時之性侵行為。但被告欲性侵前，曾以西瓜刀架著甲○先隨自己移動至遮蔽處，過程中也曾要求甲○不可出聲。其後挾持第二位女性被害人，與警方對峙時之言語行為表現，也源自於被告不欲自己因稍前之性侵行為而被鄰居毆打或遭警察逮捕，表示被告為本案性侵行為前後，對其行為是否容於社會或法律評價仍有一定程度之辨識判別能力，並無完全欠缺。 4. 總上所述，被告為性侵行為前後，及後挾持第二位女性被害人時，因持續有精神障礙及心智缺陷，致其『依其辨識而行為之能力』，有顯著降低，但對其行為是否容於社會或法律評價仍有一定程度之辨識判別能力，未達完全欠缺程度。
法院見解	一、士林地方法院: 被告強盜強制性交罪部分，不符刑法第 19 條第 1、2 項規定，不得減輕或免除其刑；被告對被害人丁○剝奪行動自由之部分，依刑法第 19 條第 2 項定減輕其刑。施以強制治療處分。 1. 被告實施強制性交犯行時，依其精神狀態經鑑定結果，屬於上開最高法院判例所指雖有精神疾病，但行為時不能認定受其精神疾病所影響，又未經專門醫師鑑定行為時有精神障礙之情形，故依據上開判例意旨，已難認定被告有刑法第 19 條所列減免刑罰之事由。且其行為時含有相當現實之評估與考慮，與衝動控制困難之情形不符，則其行為應屬歷來反社會人格之投射，尚難解為無法依辨識而行為之責任能力缺損。 2. 被告對被害人丁○剝奪行動自由時，由於被告有長時期之精神病史，被告精神狀態之機轉，在案發當時諸多因素之

	交互影響下，本非被告可得控制，故精神專科醫師所認被告依其辨識而為行為之能力有顯著降低一節，當屬可採，被告應具備前述刑法第 19 條第 2 項規定之情狀。且由於被告有長時期之精神病史，被告精神狀態之機轉，在案發當時諸多因素之交互影響下，本非被告可得控制，故被告尚無直接自行招致精神障礙之情事。 3. 依據刑法第 91 條之 1 規定，被告日後將有強制治療之保安處分執行事宜，且將執行至再犯危險顯著降低為止，觀之該條規定自明，又是否施以監護，法院有自由裁量之權，故本件已無宣告監護處分之必要。
	二、高等法院:全案改依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，監護處分 4 年。
	4. 被告對被害人丁○剝奪行動自由時，前揭二鑑定機構之鑑定人均認為被告依其辨識而為行為之能力業已顯著降低然未完全欠缺等情，應屬可採，被告此部分應符合前述刑法第 19 條第 2 項規定之情狀。 5. 被告對被告甲○為強盜強制性交行為時，新光醫院之鑑定似未一併參酌諸如被告生活史及病史、既往犯案史等資料，而被告之強盜強制性交行為與其後之妨害自由行為，其發生時間甚近，當時之客觀環境亦無明顯差別。臺北榮民總醫院之鑑定報告，其鑑定書之內容及鑑定理由相較於新光醫院之鑑定報告更為詳盡翔實，應較為可採。爰依刑法第 19 條第 2 項之規定，就被告所犯強盜強制性交罪及剝奪行動自由罪二罪均予以減輕其刑。 6. 本件依被告之情狀，足認其具有再犯及危害公共安全之虞，應有依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定，令入相當處所施以監護之必要，原判決關此認為並無宣告監護處分之必要，亦有未合。
	三、上訴最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。
	4. 原判決業已說明上訴人經囑託台北榮民總醫院為精神鑑定結果，認被告辨識而行為之能力則有顯著降低，乃依刑法第十九條第二項規定減輕其刑。並依刑法第八十七條第二項、第三項前段規定，諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護四年，以保障社會之安全，其所適用之法制，亦無不當。 5. 刑事訴訟法第三百七十條有關不利益變更禁止原則之規定，係指第二審法院不得諭知較重於第一審判決之「刑」而言，非屬刑罰之保安處分，自不在此限。原判決之有期徒刑部分既較第一審為輕，所為監護處分之諭知，亦無不利益變更禁止原則之適用，均無不合。 6. 原判決量刑，既未逾越法定刑範圍，又無濫用裁量權情事，不得遽指為違法。

	7. 本件上訴顯屬違背法律上之程式，應予駁回，全案定讞。

判決結果	1. 士林地院第一審判決有期徒刑 13 年，強制治療處分。 2. 高等法院第二審判決有期徒刑 12 年，監護處分 4 年。 3. 上訴最高法院均予以駁回，全案定讞。
備註	

五十九、102 年檳榔攤強盜案

案由：強盜

事實：被告持酒瓶脅迫被害人，命其交出正在清洗之二把檳榔刀，嗣並逼迫被害人進入檳榔攤交出金錢，見被害人拿電話欲報警，旋以酒瓶猛敲檳榔攤玻璃，被害人從後門逃躲，被告敲破玻璃，踰越進入，強取現金後離去。

重點：

1. 一、二審判決不公開，內容由最高法院判決內容得知。
2. 二審認為被告有監護必要，故撤銷一審判決。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
無法得知	無法得知	1. 無法得知 2. 減低 3. 不適用	無法得知	無法得知	判決不公開
台灣高等法院 101 年上訴字 第 2141 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 四年六月 2. 監護三年	撤銷原判決 判決不公開
最高法院 102 年台上字 第 75 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告自十歲開始吸膠、飲酒，十四歲開始吸安非他命，近年來更接觸海洛因。
鑑定意見	無法得知鑑定機關：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	綜合生活史、疾病史、身體檢查、精神狀態檢查及心理評估結果，被告長年受家庭支持薄弱，不穩定性格、行為觀念偏差、多種物質濫用及精神病症狀干擾影響，其生活功能已日益敗壞，大多數時間精神狀況並不佳。
法院見解	臺北地方法院：判決不公開。
	無法得知。
	台灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑四年六個月，監護處分三年。
	被告在第一審時，自陳拿錢之目的，係要「買安非他命」，伊知「搶劫之行為不對」等語，可見辨識行為違法之能力，尚非完全喪失。
	依醫院鑑定報告及診斷證明，顯示上訴人自十歲開始吸膠、飲酒，十四歲開始吸安非他命，近年來更接觸海洛因，「綜合生活史、疾病史、身體檢查、精神狀態檢查及心理評估結果，被告長年受家庭支持薄弱，不穩定性格、行為觀念偏差、多種物質濫用及精神病症狀干擾影響，其生活功能已日益敗壞，大多數時間精神狀況並不佳」，足認上訴人辨識行為違法之能力顯著減低，爰依法減輕其刑。
	被告雖長期於醫院精神科就診，但最後一次出院僅五日，即發生本件犯罪，並有攻擊被害人之情事，可見有危害公共安全之虞，為確保其規則就醫及服藥，俾維護健康，避免影響社會治安，有施以監護治療之必要，爰同參採系爭精神鑑定報告書之建議，併諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護三年。
	最高法院：上訴駁回。
判決結果	上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
	1. 臺北地方法院：判決不公開。 2. 台灣高等法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑四年六個月，監護處分三年。

	3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

六十、102 年新北盜帳案

案由：妨害電腦使用等

事實：被告陳男患有愛戀妄想，其追求賴女成狂，竟犯下無故輸入賴女帳號密碼登入臉書、EMAIL 及 MSN 帳號；另陳男又於公司外門口柱子指摘賴女個性難以相處而具有負面貶抑之不實文字之散布文字於眾之誹謗行為。

重點：鑑定機關（醫療財團徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院）之鑑定意見

1. 地院未進行精神鑑定
2. 高院鑑定結果及監護處分之認定
 - C. 「陳員主觀上雖否認有任何精神症狀，但測驗結果顯示其思考障礙的傾向偏高，且個案對於被害意念或妄想等精神症狀內容仍堅信不疑，病識感與現實感缺損，進而影響其適切判斷力。陳員目前整體智能表現屬中等程度，相較於過去的學業表現、教育程度與職業功能水準，認知功能未見顯著退化情形」
 - D. 「陳員對於自己虛構出"與賴員互相喜歡，只是被阻止"此想法的堅信程度，已達妄想狀態，無法被相關事證所動搖，...顯示陳員執著於妄想，以致無法了解其行為已經造成他人精神之痛苦，也無法了解其他人對他說謊是基於保護賴員之善意，反而將這些事情依其妄想體系做解釋，更加相信大家都在阻止他們」
 - E. 「陳員於 98 年於合擴科技公司就職期間發展出愛戀妄想(erotic delusion)，並疑似有與愛戀妄想相關之幻聽及關係妄想，離職後，對其愛戀妄想對象展開猛烈之追求與騷擾，除此之外，並無其他妄想或精神病狀，亦無明顯認知功能退化，其精神科診斷應為妄想症(delusional disorder)」
 - F. 「陳員入侵賴員電腦與對賴員之緊迫追求、騷擾等行為，乃基於其對於賴員之愛戀妄想，迄今仍堅信不疑。...通常其認知能力並未受到疾病所影響，所以能夠判斷其行為是否違法。...，陳員雖能夠辨識其行為違法，但其妄想伴隨

之執念及強烈情緒，使得陳員依其辨識而為行為之能力有明顯缺損」

G. 量刑之考量，因鑑定機構認為：陳員應接受積極之精神科藥物與心理治療，以協助其減低妄想的強度與增加調適能力。然藥物治療是否能顯著或完全消除妄想症之妄想因人而異，某些患者對於藥物治療之反應不佳，且大多數妄想症患者無病識感，並不能規則用藥。陳員無病識感，推測其後接受抗精神病藥物與心理治療之意願低落，因此，即使陳員在強制要求之下接受治療，服藥順從性與治療成效仍未可預知。由於陳員目前之妄想症與伴隨之情緒仍屬強烈，建議仍需隔離陳員與賴員，以避免造成賴員及其週遭親友之人身安全及心理健康上之威脅等語。

H. 法院僅減刑未對被告下任何監護處分

3. 最高院未有否決下級法院之意見

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
新北地方法院 101 年度訴字第 539 號刑事判決	未做精神鑑定	未做精神鑑定	未做精神鑑定	1.妨害電腦部分處 10 個月；加重誹謗罪部分處拘役 50 日，並得易科罰金，一日一千元計算 2.無	
高等法院 101 年度上訴字第 1998 號刑事判決	亞東紀念醫院	1.愛戀妄想 2.減低 3.不適用	1.限制責任能力 2.不適用 採以鑑定報告	1.妨害電腦部分處 7 個月；誹謗罪部分處拘役 40 日，並得易科罰金，一日一千元計算 2.無	
高等法院 101 年度上訴字第 1998 號刑事裁定	無	無	無	加重誹謗罪不得提起三審上訴遭駁回。	
最高法院 102 年度台上字第 2821 號刑事判決	無	無	無	妨害電腦部分駁回被告及檢察官之之上訴	

案例分析：

被告病史	25. 判決內未說明病史，僅說明被告患有「愛戀妄想症」
鑑定意見	一、亞東紀念醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。

	30. 「陳員主觀上雖否認有任何精神症狀，但測驗結果顯示其思考障礙的傾向偏高，且個案對於被害意念或妄想等精神症狀內容仍堅信不疑，病識感與現實感缺損，進而影響其適切判斷力。陳員目前整體智能表現屬中等程度，相較於過去的學業表現、教育程度與職業功能水準，認知功能未見顯著退化情形」 31. 「陳員對於自己虛構出"與賴員互相喜歡，只是被阻止"此想法的堅信程度，已達妄想狀態，無法被相關事證所動搖，...顯示陳員執著於妄想，以致無法了解其行為已經造成他人精神之痛苦，也無法了解其他人對他說謊是基於保護賴員之善意，反而將這些事情依其妄想體系做解釋，更加相信大家都在阻止他們」 32. 「陳員於 98 年於合擴科技公司就職期間發展出愛戀妄想(erotic delusion)，並疑似有與愛戀妄想相關之幻聽及關係妄想，離職後，對其愛戀妄想對象展開猛烈之追求與騷擾，除此之外，並無其他妄想或精神病狀，亦無明顯認知功能退化，其精神科診斷應為妄想症(delusional disorder)」 33. 「陳員入侵賴員電腦與對賴員之緊迫追求、騷擾等行為，乃基於其對於賴員之愛戀妄想，迄今仍堅信不疑。...通常其認知能力並未受到疾病所影響，所以能夠判斷其行為是否違法。...，陳員雖能夠辨識其行為違法，但其妄想伴隨之執念及強烈情緒，使得陳員依其辨識而為行為之能力有明顯缺損」
	二、亞東紀念醫院：有再犯危險性 12. 陳員應接受積極之精神科藥物與心理治療，以協助其減低妄想的強度與增加調適能力。然藥物治療是否能顯著或完全消除妄想症之妄想因人而異，某些患者對於藥物治療之反應不佳，且大多數妄想症患者無病識感，並不能規則用藥。陳員無病識感，推測其後接受抗精神病藥物與心理治療之意願低落，因此，即使陳員在強制要求之下接受治療，服藥順從性與治療成效仍未可預知。由於陳員目前之妄想症與伴隨之情緒仍屬強烈，建議仍需隔離陳員與賴員，以避免造成賴員及其週遭親友之人身安全及心理健康上之威脅等語。
法院見解	一、高雄地方法院：妨害電腦部分處 10 個月；加重誹謗罪部分處拘役 50 日，並得易科罰金，一日一千元計算
	21. 因被告無聘請律師，可能不知就此爭執，故地院未行鑑定程序
	二、高等法院：刑法第 19 條第 2 項之適用，爰依法減輕其刑

	1.法院認為： A.法院採用鑑定意見 B.認為被告於犯案當時，因其於 98 年間在合擴科技公司與賴女共事時，對賴女產生愛戀感受，離職後，進而虛構其與賴女互相愛戀之愛戀妄想，基此愛戀及關係妄想，而入侵賴女之電腦並取得、變更其電腦之電磁紀錄，且加以誹謗之犯行，其雖具有與一般人相同之違法性認知，但依其違法性辨識而為行為之能力明顯有缺損，足見被告辨識行為之違法性仍俱足，其適切判斷或依其辨識而行為之能力雖有缺損，然尚未達到全然喪失之程度
	四、最高法院：駁回上訴
	15. 量刑部分並無違法 16. 監護處分部分也無違法理由：「依原判決確認之事實，上訴人所犯本案，與刑法第八十七條第一項規定應施以監護處分，及同法第九十一條、第九十一條之一所定應予強制治療等要件不符，原審因而未適用上開規定，要無違法。上訴意旨對於原判決究竟如何違背法令，非依卷內資料為具體指摘，徒憑己見，對於原審職權之適法行使，任意爭執，難謂已符合首揭法定上訴要件。」
判決結果	28. 地方法院判決：妨害電腦部分處 10 個月；加重誹謗罪部分處拘役 50 日，並得易科罰金，一日一千元計算 29. 高等法院判決：妨害電腦部分處 7 個月；誹謗罪部分處拘役 40 日，並得易科罰金，一日一千元計算 30. 最高法院上訴駁回，全案定讞。
備註	

六十一、102 年桃園擋門案

案由：公共危險

事實：被告因罹患安非他命誘發之精神疾病，致辨識行為違法或依其辨識而為行為之能力，顯較一般人顯著減低，基於剝奪行動自由之犯意，以繩索綁住被害人房門喇叭鎖，再以瓦斯桶擋住房門口致該房門無法開啟，警方獲報至現場後，依法執行逮捕現行犯，被告竟又基於妨害公務之犯意，手持鐵柱對準在場警員等人作勢攻擊。

重點：

1. 最高法院認為二審高等法院並未審酌被告再犯風險，而為監護處分無理由。
2. 高等法院更一審審理期間，執行監護處分機關認為被告已無繼續監護必要，向法院聲請裁定剩餘監護處分改為保護管束，故本審不論知監護處分。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣桃園地方法院 101 年度訴字 第 6 號判決	桃園療養院	1. 安非他命誘發 之精神疾病 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 七個月 2. 監護一年	
臺灣高等法院 101 年度上訴字 第 2912 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 三個月 2. 監護一年	

最高法院 102 年度台上字 第 1819 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	撤銷原判決，發回 更審。	
臺灣高等法院 102 年度上更(一)字 第 82 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 拘役 50 日 2. 無	

案件分析

被告病史	被告長期斷續使用酒及施用安非他命，有酒精濫用及安非他命依賴之情形，並已符合安非他命誘發之精神疾患，且不能排除有酒精誘發之精神疾患，而在案發前一個月被告仍有斷續飲酒並服用安非他命，當時曾出現聽幻覺、多疑、情緒起伏大、並有明顯精神症狀包含被害妄想及誇大妄想，現實感下降。
鑑定意見	桃園療養院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告符合未明示之憂鬱性疾患、酒精濫用、安非他命依賴及安非他命誘發之精神疾患之診斷，診斷上需考量精神分裂症的可能性。 2. 被告因精神障礙或其他心智缺陷，導致其辨識其行為違法，或欠缺依其辨識而行為之能力，顯著減低，推測被告之行為雖部分受酒精中毒之影響，但主要是因安非他命誘發之精神症狀所導致。
法院見解	桃園地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑七個月，緩刑 2 年，監護處分一年。 1. 被告行為時既因罹患安非他命誘發之精神疾病而有精神障礙，致其辨識行為違法及依其辨識而行為之能力較一般人顯著降低，茲依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。 2. 對於依法執行公權力之員警實施上開脅迫行為，影響社會秩序及國家公權力之執行，惟念及被告係因受其所僱之精神障礙影響而為本案犯行，犯罪後尚能坦承犯行，犯後態度堪稱良好，兼審酌其犯罪時所受之刺激、動機及手段等一切情狀，判處有期徒刑七個月，緩刑兩年。

	3. 被告長期斷續使用酒及施用安非他命，有酒精濫用及安非他命依賴之情形，並已符合安非他命誘發之精神疾患，且不能排除有酒精誘發之精神疾患，而在案發前一個月被告仍有斷續飲酒並服用安非他命，當時曾出現聽幻覺、多疑、情緒起伏大、並有明顯精神症狀包含被害妄想及誇大妄想，現實感下降，依其目前病情、犯罪情節等情形綜合觀之，為避免其再度犯罪，本院認有令其入相當處所施以監護，接受持續治療之必要，宣告被告於刑之執行前，令入相當處所施以監護 1 年予以適當治療。 臺灣高等法院：部分判決撤銷改判。 改判理由與刑法第 19 條以及監護處分認定無關。 最高法院：原判決撤銷，發回更審。 1. 刑法第八十七條第二項之規定，由修正前之「因精神耗弱或瘡啞而減輕其刑者，『得』於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。」修正為「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，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。」換言之，祇要「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時」，法院即應義務宣付監護處分，並無裁量權。 2. 原判決事實認定被告係因罹患安非他命所誘發之精神疾病，致辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，較一般人顯著減低，依刑法第十九條第二項之規定，對被告予以減輕其刑。但原審未依刑法第八十七條第二項之規定，調查、審酌被告罹患精神疾病之情形及本件犯罪情節等情狀，判斷其是否有再犯或有危害公共安全之虞，復未說明其何以未諭知被告監護處分之理由，遽行判決，自有調查未盡、理由不備之違誤。檢察官上訴意旨，指摘原判決不當，為有理由，應認原判決有撤銷發回更審之原因。 臺灣高等法院更一審：拘役 50 日。 被告雖因罹患安非他命所誘發之精神疾病，致辨識行為違法或依其辨識而為行為之能力，較一般人顯著減低，原審判處有期徒刑，並諭知監護處分，由桃園療養院執行後，據該院表示，被告已無精神病症狀，情緒穩定，且否認繼續施用甲基安非他命，已無繼續執行監護處分之必要，經檢察官聲請，原審法院已裁定被告免除監護

	處分之執行，所餘期間以保護管束代之，是被告於本院審理時，已無刑法第 19 條第 2 項併足認有再犯或有危害公共安全之虞之情狀，故不併為監護處分之諭知。
判決結果	1. 桃園地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑七個月，緩刑 2 年，監護處分一年。 2. 臺灣高等法院：部分判決撤銷改判。 3. 最高法院：原判決撤銷，發回更審。 4. 臺灣高等法院更一審：拘役 50 日。
備註	

六十二、101 年基隆水果刀殺人案

案由：傷害致人於死

事實：被告飲酒後，基於傷害之犯意，持水果刀猛刺被害人數刀，致被害人傷重死亡。

重點：

本案一、二審判決未公開，最高法院上訴駁回，故無法得知法院詳細見解。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣基隆地方法院 99 年度重訴字 第 6 號	基隆長庚醫院	1. 器質性精神病、酒精性精神病 2. 減低 3. 不適用	無法得知	無法得知	判決不公開
臺灣高等法院 100 年度上訴字 第 1690 號	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 八年 2. 監護五年	撤銷原判決 判決不公開
最高法院 101 年度台上字 第 1215 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無。
鑑定意見	基隆長庚醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 被告因有酒精中毒及長期精神症狀，致其行為時之辨識能力顯著減低。
法院見解	基隆地方法院：判決未公開。 無法得知。 臺灣高等法院：撤銷原判決，改判有期徒刑八年，監護五年。 1. 依玉里榮民醫院病歷資料、基隆長庚醫院之精神鑑定報告，說明被告因有酒精中毒及長期精神症狀，致其行為時之辨識能力顯著減低，被告於警、偵訊中供述情形，辯稱其行為時已無辨識能力，並非可取之理由。 2. 而其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞，非施以相當監護處分，難達到預防再犯及危害公共安全之防衛社會目的，因而依同法第八十七條第二項、第三項規定，宣告令入相當處所施以監護五年，以達其個人治療及社會防衛效果之理由。 最高法院：上訴駁回。 1. 被告上訴意旨：原判決既認被告有器質性精神病及酒精性精神病，而被告於案發後二個多小時，施以酒精濃度測試，呼氣酒測值高達每公升 1.36 毫克，足見被告於案發前已攝入大量酒精，於行為時已欠缺依其辨識而行為之能力，自應不罰。被告並無原判決認定之犯行，且僅二十多年前有竊盜前科，並無刑法第八十七條第二項之有再犯及危害公共安全之虞情事，原判決依該項規定宣告保安處分，顯屬違法等語。 2. 上訴人之上訴違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 基隆地方法院：判決未公開。 2. 臺灣高等法院：撤銷原判決，改判有期徒刑八年，監護五年。

	3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

六十三、101 年台中砍人案

案由：殺人未遂

事實：被告因其精神疾病發作，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著減低之情形，妄想被害人提供毒品愷他命予其兄姊施用，因而心生不滿，明知頭部及背部為人體之重要器官，基於殺人之犯意，自屋內取出西瓜刀砍向被害人，致其前額受有撕裂傷約 3 公分之傷害。

重點：

1. 本案各審就被告刑法第 19 條與監護處分必要性認定一致。
2. 被告辯護人於二審主張被告無監護必要。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1. 診斷 2. 責任能力 3. 原因自由行為	1. 責任能力 2. 原因自由行為	1. 刑 2. 保安處分	
臺灣臺中地方法院 101 年度訴字 第 628 號判決	光田綜合醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 二年七月 2. 監護三年	
高等法院 臺中分院 101 年度上訴字 第 1210 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 101 年度台上字 第 6241 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告領有重大傷病免自行部分負擔證明卡，重大傷病病名為精神分裂症。 被告因情緒起伏大、幻聽、失眠情形，陸續至光田醫院身心科就醫，就醫返診共二十一次，尚可規則返診，被告父親可每日協助陳員服藥。
鑑定意見	光田綜合醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告之精神科診斷為精神分裂症，其犯罪行為時之精神狀態達「心神耗弱」之程度。 2. 被告因情緒起伏大、幻聽、失眠情形，陸續至光田醫院身心科就醫，就醫返診共二十一次，尚可規則返診，被告父親可每日協助陳員服藥。
法院見解	臺中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑二年七月，監護處分三年。 1. 被告領有重大傷病免自行部分負擔證明卡，重大傷病病名為精神分裂症。有司法鑑定報告書足認被告確實罹患精神分裂症，並於犯罪事實貳行為當時，處於精神病之病程中，致其辨識行為違法、依其辨識而行為之能力，較普通人之平均程度顯著減低，爰依刑法第 19 條第 2 項之規定，減輕其刑，並依法遞減。 2. 被告所為本案殺人未遂犯行，對社會治安及民眾之身體、健康安全危害甚大，且被告因精神分裂症之影響，確有再犯或有危害公共安全之虞，本院為預防被告再為類似之違法舉措，導致再犯，危害社會安全秩序，爰依刑法第 87 條第 2 項前段、第 3 項前段之規定，併予宣告被告於刑之執行完畢或赦免後，入相當處所，施以監護 3 年。 高等法院台中分院：上訴駁回。 1. 辯護人於本院辯稱上揭司法鑑定報告並未載明如何認定被告有再犯之虞，被告現有按時服藥，只要不出門，對外人也沒有危害，可由被告之父照顧之，應無宣告監護處分之必要。 2. 本案案發日被告並未出門，仍發生殺人未遂憾事，被告與本案被害人素無冤仇，竟在不明究理狀況下即持西瓜刀揮砍甫進門之被害人，明顯有妄想精神症狀及嚴重暴力傾向。

	3. 再參以上述司法鑑定報告文之二、個案史載明「...陳員自車禍後返家，易怒，情緒起伏大，毆打母親及弟弟，陳員母親因無法忍受陳員暴力行為，而有離家出走情形」，報告文之三記載「陳員...僅表示因大姊離婚後不照顧兩位兒子且有吸毒行為，自己看不下去會出手教訓大姊」，是上述光田綜合醫院司法鑑定報告應已明確說明何以認定被告有再犯之虞，而可為本案認定依據。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴為違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	1. 臺中地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑二年七月，監護處分三年。 2. 高等法院台中分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

六十四、100 年新北狼父案

案由：家暴妨害性自主

事實：被告為被害人之父，被告明知被害人有輕度智能障礙，竟因己輕度智能障礙，影響思慮與行為控制能力，基於強制性交之概括犯意，多次不顧被害人以肢體動作表達反對，將手指、陰莖插入被害人陰道，或要求被害人為其口交多次，頻率約 2、3 週 1 次。

重點：

1. 鑑定機關認為被告再犯可能性低，無監護必要。
2. 各審法院仍認為被告有監護必要。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣新北地方法院 99 年度訴字 第 3427 號	臺北市立聯合醫院 松德院區	1. 輕度智能障礙 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 15 年 2. 監護三年	判決未公開
臺灣高等法院 100 年度侵上訴字 第 149 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 100 年度台上字 第 7008 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無
鑑定意見	臺北市立聯合醫院松德院區：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告本次性侵害行為，雖非『性偏好異常』或『衝動控制異常』等情形，亦非出於精神病症狀、嚴重之躁症與鬱症等情緒症狀或其他相類似之精神障礙，但被告之智能表現確實低於平常人，顯有『輕度智能障礙』之情形。 2. 被告因其『輕度智能障礙』，影響其思慮與行為控制能力，從而涉及犯行，鑑定人認為，其應接受相關之輔導教育以及行為修正等治療。 3. 被告再次對被害人或其他女性為性侵害行為之可能性，係屬低危險性，低再犯之情形……並無依刑法第 91 條之 1，施以刑前治療之必要。 4. 其智慮雖低於平常人，但屬於『可教育』之程度，而『智能障礙』係一持續性之心智缺陷，並非一『需接受治療』之精神疾病……其『適當之治療處所』，係以提供輔導教育與行為修正為目標，因此或可考量適當之輔導機構，特殊教育機構，而非僅考量如公立醫院或精神病院之全日住院治療照護方式。
法院見解	臺灣新北地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 15 年，監護處分三年。 1. 依據行為時刑法第 91 條第 1 項之規定，函請臺北市立聯合醫院松德院區對被告施以精神鑑定，鑑定結果被告確實因『輕度智能障礙』此一持續性之心智缺陷，而影響其知覺理會及判斷作用以及自由決定其意思之能力，以及其思慮與行為控制能力。 2. 被告於法院審理期間，確有言語表達能力較差之情形相互以參，被告應確有輕度智能障礙之心智缺陷；而由被告於本案審理過程，雖坦承行為不對，但就檢察官詢問何以對被害人強制性交之質疑，又堅稱：因很愛被害人，方與之發生性行為等語，足徵其對違法性之認知能力，確因智能問題受有影響。參酌被告未有其他犯罪紀錄，並有正常工作，鑑定人所指被告再次對被害人或其他女性為性侵害行為之可能性低，但因

	輕度智能障礙，已影響其思慮與行為控制能力之鑑定意見，應與實情相符，本院認被告已因智能障礙，致辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低。 3. 被告對被害人或其他女性再為性侵害之可能性雖非高，然其思慮與行為控制能力既較常人為低，且已為本案犯罪情節非輕之罪，對社會治安仍有危害之虞，為使被告規律接受輔導，以防再有危害他人之行為發生，同時給予適當治療，使其得回歸社會正常生活，有依前揭規定，諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護3年之必要。
	臺灣高等法院：上訴駁回。
	被告提起上訴，為無理由，應予駁回。
	最高法院：上訴駁回。
	本件上訴顯屬違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 臺灣新北地方法院：依刑法第19條第2項規定減輕其刑，判處有期徒刑15年，監護處分三年。 2. 臺灣高等法院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

六十五、100 年菜刀砍人案

案由：殺人未遂

事實：被告因罹患精神分裂病，有被害妄想與聽幻覺等精神症狀，使其認知及現實判斷能力明顯受損，導致意志與判斷力受此精神症狀之影響，致其依其辨識而行為之能力顯著降低。被告基於殺人之犯意，持木柄菜刀至被害人人家並朝其胸口刺去，造成被害人左胸撕裂傷、左手掌、手背、左前臂撕裂傷及右手背撕裂傷。

重點：

1. 各審判決就刑法第 19 條以及監護處分認定一致。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣高雄地方法院 98 年度訴字 第 474 號判決	國軍高雄總醫院	1. 思覺失調症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 三年六月 2. 監護三年	
高等法院 高雄分院 98 年度上訴字 第 1170 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 二年八月 2. 監護三年	原判決撤銷
最高法院 100 年度台上字 第 1757 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無
鑑定意見	國軍高雄總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 被告犯罪前後之精神狀態：個案可清楚敘述部分相關人員案發前後之對答，但無法清晰完整描述案發前後事件經過，顯示犯案當時自由意識及是非判斷有耗弱之疑。 綜合評估，心理衡鑑顯示被告之現實感較不佳，想法較不成熟且固執，容易產生錯誤的判斷與解釋，並易出現較不尋常或不適當的行為。依據所附相關病歷顯示，個案於案發前後有明顯呈現精神病狀態，包括被害妄想與聽幻覺等精神症狀，致認知及現實判斷能力明顯受損；當天到院會談時，其表情淡漠、思考速度緩慢且連結性鬆散、精神性運動遲滯且持續有幻聽干擾之症狀。鑑定當時，個案正於本院住院接受評估治療，並且確定診斷為精神分裂病。由此顯示個案於犯行當時有精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力。被告屬中等智能程度，目前無明顯之情緒及壓力因應方面的問題，亦無明顯腦傷傾向，但現實感較不佳，想法較不成熟且固執，容易產生錯誤的判斷與解釋，並易出現較不尋常或不適當的行為；此外，由於個案在人際情境中會較缺乏安全感，與人互動時會以較強勢、具攻擊性的方式來因應，人際行為較不適於所處情境，不易維持親密的人際關係；建議被告應在醫療機構接受持續性的監護與照護。
法院見解	高雄地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年六個月，監護處分三年。 依鑑定過程及綜合相關資料之評估，被告行為時之精神狀態係「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者。而該鑑定係該醫院綜合被告之家族及生長史、精神疾病史及一般病史，並對被告實施身體及實驗室檢查、精神狀態檢查、心理衡鑑後所為之結論，是該等鑑定結論顯有所本，應可採信。 再參以被告於偵訊時供陳：當時被害人一直打電話給伊，造成伊心理恐慌、害怕，為了保護自己才到廚房拿菜刀到被害人家中，可見案發當時被告有明顯之被害妄想情形，足證被告於本件犯罪時其行為能力因受精神障礙

	的影響達顯著降低，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低，故本院認應依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕被告刑責。 本院認為避免被告未受適當且持續性之精神科專業治療，而導致被告犯罪行為再度出現，對於其個人及社會造成難以預料之危害，認有令被告入相當處所，施以監護之必要。
	高等法院高雄分院：原判決撤銷，改判有期徒刑二年八個月，監護三年。
	改判理由與刑法第 19 條認定以及監護處分無關。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴不合法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 高雄地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑三年六個月，監護處分三年。 2. 高等法院高雄分院：原判決撤銷，改判有期徒刑二年八個月，監護三年。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

六十六、100 年高雄殺人案

案由：殺人

事實：被告基於殺人之犯意，殺害被害人。

重點：

1. 本案一、二審判決未公開，無法得知詳細資訊
2. 一審法院判決未諭知確切之監護處分期間，檢察官無從據以執行。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣高雄地方法院 86 年度重訴字 第 41 號	無法得知	無法得知	1. 減低 2. 不適用	1. 十二年 2. 監護五年以下	判決未公開
高等法院 高雄分院 87 年度上訴字 第 2055 號	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	判決未公開
最高法院 100 年度台非字 第 212 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	1. 十二年 2. 監護二年	原判決保安處分部分撤銷改判

案件分析

被告病史	無
鑑定意見	無法得知
	無法得知
法院見解	高雄地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 12 年，褫奪公權 10 年，監護處分五年以下。
	未諭知確切之監護處分期間。
	高等法院 高雄分院：上訴駁回。
	判決未公開。
	最高法院：原判決保安處分部分撤銷改判，監護二年。
	1. 本件被告因殺人罪，經第一審法院以其係精神耗弱之人，判處有期徒刑十二年，褫奪公權十年，並於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，惟並未諭知確切之監護處分期間，檢察官無從據以執行。 2. 雖經被告提起上訴，原審竟仍未予糾正，而予駁回，自有適用法則不當之違背法令，且於被告不利。 3. 本院按：民國九十四年二月二日總統令修正公布前刑法第八十七條第二項、第三項規定「因精神耗弱或瘡啞而減輕其刑者，得於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。」「前二項處分期間為三年以下。」又有罪之判決書，如諭知保安處分者，並應記載其處分及期間，刑事訴訟法第三百零九條第六款復有明文。 4. 本件被告因殺人罪，經第一審判決認其為精神耗弱之人，而依九十四年二月二日總統令修正公布前刑法第十九條第二項減輕其刑後，量處有期徒刑十二年，褫奪公權十年，並諭知於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護二年。
判決結果	1. 高雄地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑 12 年，褫奪公權 10 年，監護處分五年以下。

備註	2. 高等法院 高雄分院：上訴駁回。 3. 最高法院：原判決保安處分部分撤銷改判，監護二年。

六十七、100 年高雄妨害性自主案

案由：妨害性自主

事實：被告基於妨害性自主之犯意，對被害人施以強制性交未遂。

重點：

本案僅有最高法院判決公開，相關內容較少，無法得知詳細資訊。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
無法得知	高雄醫學大學附設 中和紀念醫院	1. 憂鬱症 2. 無法得知 3. 無法得知	無法得知	無法得知	判決未公開
高等法院高雄分院 100 年度上訴字 第 234 號判決	無	無	無法得知	上訴駁回	判決未公開
最高法院 100 年台上字 第 3990 號判決	無	無	無法得知	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無
鑑定意見	高雄醫學大學附設中和紀念醫院：憂鬱症。
	上訴人自陳在本件案發後，未曾至醫院接受精神科有關憂鬱症及戒除酒癮之專業治療
法院見解	地方法院：判決未公開。
	無法得知。
	高等法院高雄分院：上訴駁回。
	判決未公開。
	最高法院：上訴駁回。
	上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 地方法院：判決未公開。 2. 高等法院高雄分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

六十八、98 年醉酒放火案

案由：公共危險

事實： 被告在屏東市新情美容坊任職，與蔡○利為男女朋友關係。上訴人因懷疑蔡○利同時與另一名女子傅○美交往因而心生不滿遂起意至蔡○利住處大樓（下稱系爭大樓）放火，並基於縱然系爭大樓住戶死亡，亦不違背其本意之不確定殺人故意，將購得之汽油潑灑於系爭大樓一樓會客室內沙發上，復以自備之打火機點火引燃後，旋即離開現場。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
屏東地方法院 96 年度重訴字第 19 號	屏東醫院	1.酒癮與憂鬱症 2.減輕 3.無	1.減輕 2.無	1.無期徒刑 2.無	判決不公開
高等法院 高雄分院 97 年度上重訴字第 13 號判決	無	無	無	上訴駁回	
最高法院 97 年度台上字第 6154 號判決	無	無	無	原判決撤銷	
高等法院 高雄分院 97 年度上重更(一)字第 21 號	無	無	無	無	判決不公開
最高法院 98 年度台	無	無	無	上訴駁回	

上字第 3499 號判決					

案件分析

被告病史	過去生活史之中，酒後之肇事紀錄來看，上訴人之酒後衝動控制能力極差，會出現迥異於平日性格之狂亂的行為舉止，極可能係「酒癮」合併「病態性酩酊」
鑑定意見	屏東醫院:被告案發時有辨識能力 上訴人過去酒後發生過多次類似『病態性酩酊』之酒後行為反應，有過肇事紀錄，此次酒後之犯罪行為也極可能係在『病態性酩酊』之情形下所產生。追溯被告於案發當時之行為能力與現實判斷能力尚未達到『因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低』的狀態。當然也尚未達到『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』的程度。
法院見解	屏東地方法院 96 年度重訴字第 19 號:無期徒刑，褫奪公權終身 判決不公開 高等法院高雄分院 97 年度上重訴字第 13 號判決:上訴駁回 除了屏安醫院進行精神鑑定結果外，另參以被告於偵查中陳述其當時知道在做什麼，且為免遭認出，乃在統一超商外以餐巾紙遮蔽車牌等語，且證人即加油站員工於偵查中亦結證稱見被告之車牌以餐巾紙遮蔽等語在卷，足佐被告猶可慮及如何規避查緝。是被告之是非判斷能力即無異於常人，即無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，亦無致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低之情形。

	最高法院 97 年度台上字第 6154 號判決:原判決撤銷
	原判決對以上各情並未詳加審酌，亦未說明其不認同檢察官求刑之理由，遽認上訴人人性盡失，日後已無改過遷善之可能，而處以極刑，尚嫌速斷。上訴意旨執以指摘，尚非全無理由，應認原判決有撤銷發回之原因。
	高等法院 高雄分院 97 年度上重更(一)字第 21 號
	判決不公開
	最高法院 98 年度台上字第 3499 號判決:上訴駁回
	經核原判決於法尚無違誤。本件係經原審依職權送上訴，視為被告已提起上訴，其上訴非有理由，應予駁回。
判決結果	屏東地方法院 96 年度重訴字第 19 號判處無期徒刑並褫奪公權終身 高等法院高雄分院 97 年度上重訴字第 13 號判決駁回上訴 最高法院 97 年度台上字第 6154 號判決撤銷原判決 最高法院 98 年度台上字第 3499 號判決駁回上訴
備註	

六十九、98 年教唆強姦案

案由：強盜等罪

事實：被告丙患有精神病，平日和被害人因工作上之不睦而懷恨礙於上述疾患誘發之敵意，於精神耗弱之狀態下，基於教唆以強暴使人行無義務之事及強制性交之犯意，唆使被告甲、乙和丁強剪被害人頭髮和強制性交，甲、乙和丁遂於某晚挾持被害人，並依照示強剪頭髮及強制性交之教唆外，更逾越教唆範圍，擬挾持被害人控制行動自由後，先強盜包括金融卡在內之財物暨藉之詐欺提領現款，並趁此強盜時機，甚而計劃夥人借助工具而以不人道之手法強制性交被害人。

重點：

1.縱然前審經鑑定後認被告有監護處分之必要，然經過其他爭執事項後，如最終判決離當初鑑定已有時日，法院自不得以當初之鑑定結果作為被告是否需監護處分之依據，而應再為鑑定。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
嘉義地方法院 95 年度重訴字第 2 號	無	無	無	無	判決不公開
高等法院臺南分院 95 年度上訴字第 1266 號	成大醫院	1.貝塞特氏症 2.減低 3.無	1.減低 2.無	1.有期徒刑 5 年 2.監護處分五年以下	判決不公開
最高法院 96 年度台上字第 4370 號判決	無	無	無	發回更審	爭執事項和刑法第 19、87 條及監護處分無關。
臺灣高等法院 臺南分院 96 年度上更(一)字第 345 號	無	無	無	無	判決不公開
最高法院 97 年度台上字第 1611 號判決	無	無	無	發回更審	爭執事項和刑法第 19、87 條及監護處分無關。
臺灣高等法院臺南分院 97 年度上更(二)字第 175 號	無	無	無	無	判決不公開

最高法院 97 年度台上字第 5737 號判決	無	無	無	發回更審	
臺灣高等法院 臺南分院 97 年度重上更(三)字第 401 號	無	無	無	無	判決不公開
最高法院 98 年度台上字第 6459 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	
鑑定意見	成大醫院:被告於犯案時其精神狀態並無心神喪失，但屬於「輕度精神耗弱」。
	罹患貝塞特氏症，已達「妄想性精神病」，因犯意受到精神疾病被害妄想之影響，宜責令接受精神疾病之治療
法院見解	台南高等法院:有期徒刑五年，施以監護
	採成大醫院鑑定意見，判斷被告有監護之必要
	最高法院 97 年度台上字第 5737 號判決:發回台南高等法院
	1. 惟被告在原審以其接受成大醫院精神鑑定迄今已逾二年，其間除繼續在原就診之聖瑪爾定醫院接受診療外，另在台北市立聯合醫院松德院區及高雄慈惠醫院分別住院一個月，經治療後已無被害妄想等症狀，精神狀態穩定，並依醫囑持續門診治療。
	2. 原審未依該聲請就被告之精神狀態再為鑑定，亦未在判決中說明何以無須再為此部分鑑定之理由，仍逕依成大醫院民國九十五年五月間之鑑定意見，作為被告有接受監護處分之論斷依據，自有判決理由不備之違誤。
	最高法院 98 年度台上字第 6459 號判決：上訴駁回。
	1. 原審以被告經具保停止羈押後，已持續在高雄仁愛之家附設慈惠醫院接受治療，其病情穩定，而認無復令其入相當處所施以監護處分之必要，其論斷與卷內資料自無不合。
判決結果	1.台南高等法院判有期徒刑五年，施以監護 2.最高法院 97 年度台上字第 5737 號判決發回台南高等法院 3.最高法院 98 年度台上字第 6459 號判決駁回上訴
備註	

七十、98 年掃刀亂砍案

案由：殺人等

事實：被告過去有幻聽情形之精神分裂症，嗣 95 年 1 月 10 日許，被告又開始幻聽進而萌生殺人意思，故前去餐廳持掃刀攻擊受害者，旁邊路人見狀阻止未果反遭追殺，警察前往阻止亦遭被告揮刀攻擊，最後警察連開數槍方阻止被告。

重點：

1. 修正後之規定，監護處分期間為五年以下，則較修正前規定之三年以下，顯然不利於被告。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
苗栗地方法院 95 年度重訴字第 6 號判決	臺灣大學醫學院附設醫院	1.精神分裂症 2.減低 3.無	1.減低 2.無	1.無期徒刑 2.無	
高等法院臺中分院 96 年度上重訴字第 25 號判決	無	無	無	原判決撤銷 1.無期徒刑 2.無	
最高法院 96 年度台上字第 5673 號判決	無	無	無	原判決撤銷	
高等法院臺中分院 96 年度上重更(一)字第 59 號	無	無	無	1.有期徒刑 12 年 6 月 2.監護處分五年	判決不公開
最高法院 98 年度台上字第 745 號判決	無	無	無	原判決撤銷	
高等法院臺中分院 98 年度上重更(二)字第 12 號	台中榮民總醫院 草屯療養院	1.精神分裂症 2.減低 3.無	1.減低 2.無	無	判決不公開
最高法院 98 年度台	無	無	無	上訴駁回	

上字第 5837 號判決					

案件分析

被告病史	被告前因長期施用安非他命，致出現幻聽現象，經常幻聽「大地精華」有對其指示，平時即將「精華」之指示記載在 3 本筆記簿上，惟其內容常人無法理解，在精神科臨床診斷為精神分裂症
鑑定意見	臺灣大學醫學院附設醫院:案發時被告行為之能力明顯受損。
	被告前因長期施用安非他命，開始出現幻聽現象，考量其思考形式障礙，奇特行為與怪異思想，合併社會功能退化，以及疾病的病程整體評估，精神科的臨床診斷為精神分裂症，故被告於案發時，受到精神障礙之影響，而使被告雖能辨識其行為違法，但依其辨識而行為之能力明顯受損。
	台中榮民總醫院
	總結前述一般病史、精神疾病史、案發前後精神狀態與測驗結果，上訴人於犯案過程與前後，明顯因聽幻覺影響導致現實感、判斷力與認知功能受損，雖明瞭殺人是不對的違法行為，依舊無法控制其行為，被告（上訴人）行為時之精神狀態符合刑法於九十五年七月一日修正公布施行之刑法第十九條『行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減弱』
	草屯療養院
	見解和台中榮總相同
法院見解	苗栗地方法院 95 年度重訴字第 6 號判決: 處無期徒刑，褫奪公權終身
	告案發當時之精神狀況雖未達心神喪失之程度，然被告行為時意識辨別能力顯較一般人為遜，而達精神耗弱之

	程度乙節，應堪認定。
	臺灣高等法院 臺中分院 96 年度上重訴字第 25 號判決:原判決撤銷，處無期徒刑，褫奪公權終身。
	判決內容和刑法第 19、87 條無關
	最高法院 96 年度台上字第 5673 號判決: 原判決撤銷，發回台灣高等法院台中分院。
	判決內容和刑法第 19、87 條無關
	臺灣高等法院臺中分院 96 年度上重更(一)字第 59 號:判決未公開
	判決未公開
	最高法院 98 年度台上字第 745 號判決: 原判決關於殺人部分撤銷，發回台灣高等法院台中分院。
	1. 原判決未進一步為必要調查，逕憑該建議為認定被告有再犯及危害社會治安之虞，並據以對被告宣告監護處分，非但證據上理由矛盾，其證據調查職責亦嫌未盡。
	2. 修正後之監護處分規定並未較修正前有利於行為人，自應回歸適用行為時之修正前舊法。原判決未為新舊法比較，遽適用較不利於行為人之新法對被告為監護處分五年之諭知，自有適用法則不當之違法。
	臺灣高等法院臺中分院 98 年度上重更(二)字第 12 號:判決不公開
	判決不公開
	最高法院 98 年度台上字第 5837 號判決:上訴駁回
	上訴人於案發時對於外界事務之知覺理會及是非判斷能力並未全然喪失，僅較普通人之平均程度為低，行為時因受衝動控制不佳及知覺正確度低之精神狀態影響，致依其辨認而行為之能力，顯著減低甚明。
判決結果	1. 苗栗地方法院判處無期徒刑 2. 高等法院臺中分院撤銷原判決，判處無期徒刑 3. 最高法院撤銷原判決，發回台灣高等法院台中分院。 4. 台灣高等法院台中分院判決未公開 5. 高等法院臺中分院判決不公開

	6. 最高法院駁回上訴
備註	

七十一、98 年刺警案

案由： 殺人未遂等

事實：96 年 10 月 15 日，被告與其母陳林葉因妻子之事而發生爭吵，經被告報警後，由任職臺北市政府警察局北投分局大屯派出所穿著制服警員即告訴人到場處理家庭暴力案件。被告見告訴人到場處理，又懷疑告訴人偏袒其母親，而加深疑心，致處於強烈情緒下衝動控制困難，而有「妄想狀態」之精神疾患，竟萌生殺人與妨害公務之犯意，將刀藏於背後佯邀告訴人入內協商，並趁告訴人轉身之時，以右手反手握生魚片刀高舉朝告訴人頭部方向刺下。

重點：

1.雖一審判決未公開，然從二審和三審判決中窺知，一審法院判決被告監護處分時，**似未請鑑定機關(人)再為鑑定。**

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣士林地方法院 96 年度訴字第 1138 號	無	無	1.減低 2.無	1.有期徒刑五年 2.監護處分三年	判決不公開
臺灣高等法院 97 年 度上訴字第 5466 號 判決	無	無	無	上訴駁回	
最高法院 98 年度台 上字第 1482 號判決	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告過去經診斷有酒精依賴及酒精引起之相關精神疾患，且有飲酒之習慣，並多次因飲酒過量而觸法。
鑑定意見	無
	無
法院見解	臺灣士林地方法院 96 年度訴字第 1138 號:有期徒刑五年，監護處分三年
	本件已非被告首次對於依法執行職務之警察人員施暴力，被告長期以來對於週遭之人均有以暴力方式解決問題之傾向，且無任何病識感，未積極尋求專業醫師之協助，認依其情狀已足認有再犯且有危害公共安全之虞，故施以監護 3 年。
	臺灣高等法院 97 年度上訴字第 5466 號判決:上訴駁回
	判決內容和刑法 19、87 條無關
	最高法院 98 年度台上字第 1482 號判決:上訴駁回
	判決內容和刑法 19、87 條無關
判決結果	1.士林地方法院判有期徒刑 5 年，監護處分 3 年 2.高等法院上訴駁回 3.最高法院上訴駁回
備註	

七十二、98 年台南騎車搶奪案

案由：搶奪

事實：被告因罹患精神官能性憂鬱症，致其發病時，依其辯識而行為之能力有顯著減低之情形，被告見被害人獨自一人駕駛小客車，車上僅搭載幼子一人，在該路口停車等待交通號誌，認有機可乘，竟意圖為自己不法之所有，將機車橫阻小客車前，趁被害人搖下車窗詢問發生何事而疏於防備之際，出拳揮打其之頭部左側，並伸手奪取被害人置於駕駛座車門旁之皮包一只，惟因被害人奮力拉扯，一時間無法得逞，乃放棄奪取皮包，騎車逃逸而不遂。

重點：

1. 本案各審法院就刑法第 19 條與監護處分認定和鑑定機關鑑定意見相同。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺南地方法院 95 年度訴字 第 1716 號判決	高雄市立凱旋醫院	1. 憂鬱症 2. 減低 3. 不適用	1. 減低 2. 不適用	1. 六個月 2. 監護一年	
高等法院 臺南分院 96 年度上訴字 第 456 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	
最高法院 98 年度台上字 第 6143 號判決	無	無	1. 減低 2. 不適用	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告因罹患精神官能性憂鬱症在，自九十二年間起在行政院衛生署嘉南療養院就醫，曾住院五次。
鑑定意見	高雄市立凱旋醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。
	依被告之病史（精神官能性憂鬱症、衝動控制疾患、酒精濫用），其發病時，依其辨識而行為之能力會因此減低，且被告於本案行為之前數個月均規則至門診拿藥，但仍有部分人際衝突、情緒困擾及失眠症狀，以此推論被告於涉案當時之精神狀況有部分受上開精神疾病之影響，辨識行為違法之能力雖未受損，但依其辨識而行為之能力則有所減低。
法院見解	臺南地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑六個月，監護處分一年。
	1. 被告於本件犯罪行為當時，因受上開精神疾病影響，致其依辨識而行為之能力，有顯著減低之情形，亦堪認定。 2. 被告正值壯年且四肢健全具完全之謀生能力，竟不思憑己力賺取財物，於光天化日之下對婦女行搶財物，足以造成一般民眾之恐懼，嚴重危害公共秩序及社會安全，惟其係因罹患精神疾病缺乏自制力，而為本件犯行，及其對告訴人所造成之心理上損害、犯後飾詞狡辯，不知悔改之犯罪後態度等一切情狀。 3. 另本院審酌被告因長期酒精濫用，曾犯兩次公共危險罪，易因外在情境引發衝動行為，且控制不佳，有自傷（自殺）及傷人之虞，仍有再犯及危害公共安全之虞，及參酌被告罹有多年之精神病症，數度接受治療後，仍在上述精神病性之衝動下觸犯本案，顯見其病情已不易藉由本身自制或家人約束而可於自行就醫後獲得顯著有效之控制等情，認被告有再犯之危險，為達到防衛社會之目的，避免被告因疾病所導致之脫序行為危害社會安全，有對其採取隔離、保護與治療措施之必要，爰依刑法第八十七條第二項、第三項之規定，諭知於上開刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，其期間為一年。
	高等法院臺南分院：上訴駁回

	1. 原審審酌被告正值壯年且四肢健全具完全之謀生能力，竟不思憑己力賺取財物，於光天化日之下對婦女行搶財物，足以造成一般民眾之恐懼，嚴重危害公共秩序及社會安全，惟其係因罹患精神疾病缺乏自制力，而為本件犯行，及其對告訴人所造成之侵害、犯後飾詞狡辯，不知悔改之犯罪後態度等一切情狀，量處有期徒刑六月。 2. 另審酌前開精神鑑定書所載：被告因長期酒精濫用，曾犯兩次公共危險罪，易因外在情境引發衝動行為，且控制不佳，有自傷（自殺）及傷人之虞，仍有再犯及危害公共安全之虞，及參酌被告罹有多年之精神病症，數度接受治療後，仍在上述精神病性之衝動下觸犯本案，顯見其病情已不易藉由本身自制或家人約束而可於自行就醫後獲得顯著有效之控制等情，認被告有再犯之危險，為達到防衛社會之目的，避免被告因疾病所導致之脫序行為危害社會安全，有對其採取隔離、保護與治療措施之必要，爰依刑法第八十七條第二項、第三項之規定，諭知於上開刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，其期間為一年。 3. 本院核其認事用法俱無不合，量刑亦稱妥適，被告上訴意旨否認犯罪，空言指摘原判決不當，為無理由，應予駁回。 最高法院：上訴駁回 上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1. 臺南地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，判處有期徒刑六個月，監護處分一年。 2. 高等法院臺南分院：上訴駁回。 3. 最高法院：上訴駁回。
備註	

七十三、97 年彰化槍擊案

案由：殺人等

事實：被告在明知不可的情況下，拾得他人所丟棄不要可發射子彈具有殺傷力之土造霰彈長槍 1 支，某日因不明原因施用第二級毒品甲基安非他命後，陷於精神耗弱程度之際，攜槍開車閒晃，晃至家裡附近時，看到被告的車子停在旁邊，便妄想其偷拍伊夫妻做愛之畫面進而傳送至伊行動電話內，故開車前往被告家中，並舉槍向其腦袋射擊。

重點：

1. 高等法院認為，如認被告有刑法第 19 條第 2 項之情形，判處無期徒刑會過於嚴苛。
2. 鑑定報告中應說明被告是否有再犯或危害公共安全之可能，並應說明可能性高低，此和監護處分之要件暨如何適當酌定其監護期間有關。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
彰化地方法院 96 年度重訴字第 6 號判決	彰化基督教醫院	1.無明顯症狀 2.減輕 3.無	1.減輕 2.無	1.無期徒刑 2.無	
高等法院臺中分院 96 年度上重訴字第 53 號判決	無	無	1.減輕 2.無	1.有期徒刑 20 年 2.監護處分五年以下	
最高法院 97 年度台上字第 2283 號判決	無	無	無	原判決撤銷	
高等法院臺中分院 97 年度上重更(一)字第 32 號判決	無	無	1.減輕 2.無	原判決撤銷 1.有期徒刑 13 年 2.無	

案件分析

被告病史	被告長期斷續服用甲基安非他命，僅要服藥期間，即會產生與妄想型精神分裂症患者極類似之精神症狀
鑑定意見	彰化基督教醫院 個案之精神狀態於鑑定時並未有重大精神病態，推估應能面對後續的法律程序。個案於犯行時的精神狀態，綜合法院提供之卷證及鑑定時所得資訊，綜合評估認為個案犯行當時的精神狀態很可能因合併有安非他命之影響，而有精神病態的表現，其殺人過程與一般精神狀態正常人之行為有異，足認被告於本次殺人當時之精神狀態，應已達「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低」之程度，且足以影響是非判斷及事實認定。
法院見解	彰化地方法院 96 年度重訴字第 6 號判決:被告行為之能力顯著減低 被告於為殺人犯行時之精神狀態，應已達「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低」之程度，且足以影響是非判斷及事實認定，業如前述，應依刑法第 19 條第 2 項規定，減輕其刑。 高等法院臺中分院 96 年度上重訴字第 53 號判決: 被告行為之能力顯著減低 原審既認被告行為時其辨識能力顯著減低，而依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑，然仍量處無期徒刑，量刑尚嫌過重，審酌被告之情況，宜量處被告有期徒刑 20 年並以其本案犯罪係有刑法第 19 條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞，併依刑法第 87 條第 2 項規定宣告於其刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，期間為 5 年以下。 最高法院 97 年度台上字第 2283 號判決:原判決撤銷 1.原判決主文僅宣告監護處分期間為「五年以下」，並未具體諭知監護處分期間，致監護處分之執行期間處於未確定之狀，自屬違法。 2. 上訴人「有再犯或危害公共安全之虞」之證據及理由，尚嫌理由不備。 高等法院臺中分院 97 年度上重更(一)字第 32 號判決:有期徒刑 13 年

	1. 爰審酌被告之情況及暨事後已與被害人家屬達成和解賠償損害等一切情狀，量處被告有期徒刑 13 年，且認其犯罪性質有宣告褫奪公權必要，爰依刑法第 37 條第 2 項之規定，宣告褫奪公權 8 年，以示懲儆。 2. 由前開鑑定報告可知，被告於犯案當時係受施用甲基安非他命之影響，而有產生幻覺之情形，惟此種幻覺之產生並非持續性的，而會隨著停止施用甲基安非他命而祛除幻覺之產生，而被告之大腦功能既非完全未受損，且至案發迄今已有 1 年多時間，均未再接觸過甲基安非他命，依前開鑑定意見所示，被告現已無產生幻覺之情形存在，尚難認被告有再犯或有危害公共安全之虞，故本院認為對被告無依刑法第 87 條第 2 項規定宣告監護處分之必要，併予說明。
判決結果	1. 彰化地方法院判處無期徒刑 2. 高等法院判處有期徒刑 20 年，監護處分五年以下 3. 最高法院將原判決撤銷 4. 台中高等法院判有期徒刑 13 年
備註	

七十四、97 年拖行殺人案

案由：殺人罪

事實：被告因長期罹患躁鬱症，出入醫院治療多次。其於民國 96 駕駛自用小客車，搭載友人王勝田，行經省道臺一線時，因懷疑王勝田竊取其放置於車中之新臺幣 700 元，而與王勝田發生爭執，雙方於爭吵中將車內之垃圾桶、睡袋丟往路旁之駁坎下方。其等 2 人為取回上開物品，以棉條懸掛之方式欲將物品取回。詎料被告竟因躁症發作，導致其識別行為違法或依其識別而行為之能力，顯著減低，一時情緒失控，明知王勝田尚未自駁坎下方將物品取回，身上仍繫有連接車身之棉繩，乃基於殺人之間接故意，將車輛啟動並以高速行駛，致王勝田被車輛拖行約 4、5 百公尺之遠。

重點：

1.最高法院認為有刑法第十九條第二項原因之人，並非應一律施以監護，必於其情狀有再犯或有危害公共安全之虞時，為防衛社會安全，始應由法院宣付監護處分，故原審法院未依上訴人之家屬所請依刑法第八十七條第二項諭知監護之保安處分又未說明其理由，並不構成判決不載理由之違法。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
苗栗地方法院 96 年度重訴字第 15 號	為恭醫院	1. 躁鬱症 2.減低 3.無	1.減低 2.無	1.無期徒刑 2.無	
高等法院臺中分院 97 年度上重訴字第 9 號	無	無	無	上訴駁回	
最高法院 97 年度台上字第 1736 號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告自 90 年左右開始因失眠、情緒高昂、話多、誇大妄想等躁症症狀而接受治療，直到 96 年 6 月止曾在為恭醫院因躁鬱症住院 6 次並精神科門診接受治療，過去診斷一直為躁鬱症並領有重大傷病卡。
鑑定意見	為恭醫院:被告案發時行為能力明顯減低
	為恭醫院實施精神鑑定結果，認被告過去如果規則且有持續服藥，病情多半穩定，社會功能如工作也有明顯的回復，但是個性上仍過度外向與好客，並不太區辨朋友的好壞，顯然個案的社交判斷能力有偏差的情形，整體而言，依會談當時精神狀況、心理測驗報告與案發當時情況推斷，個案於案發當時因精神障礙而致對現實環境的理解能力與判斷力有缺損，所以依中華民國精神醫學會的刑責能力判斷準則，個案於案發當時應已達行為能力明顯減低的程度，但未達完全不能辨識的程度。
法院見解	苗栗地方法院:無期徒刑，褫奪公權終身
	被告行為當時，受躁鬱症症狀影響，則其為本件行為時因精神障礙，致其辨識行為違法且依其辨識而行為之能力顯著降低，應認被告行為時之精神狀態已達刑法第 19 條第 2 項規定之減輕責任能力程度。
	高等法院臺中分院:上訴駁回
	被告所有供其犯上述殺人罪之用，業據其供陳在卷，被告上訴意旨，指摘原判決量刑過重，為無理由，應予駁回。
	最高法院：上訴駁回。
	1. 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。對於有刑法第十九條第二項原因之人，並非應一律施以監護，必於其情狀有再犯或有危害公共安全之虞時，為防衛社會安全，始應由法院宣付監護處分，以符保安處分之目的，此觀諸刑法第八十七條第二項之規定自明。 2. 本院為法律審，依原判決所確認之事實，其並未認定上訴人有再犯或有危害公共安全之虞等情狀，揆之上開說明，原審未對上訴人宣付監護處分，並無不合。本件上訴為無理由，應予駁回。

判決結果	7. 苗栗地方法院判處無期徒刑，褫奪公權終身。 8. 臺灣高等法院台中分院駁回上訴 9. 上訴最高法院，予以駁回。
備註	

七十五、97 年水果刀刺殺案

案由：殺人未遂

事實：被告身藏五把水果刀當眾刺殺同事彭瑞棋，並予以潑灑鹽酸，其行為模式異於常人。

重點：

1.鑑定意見若未著重於「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時」之法定要件，縱然被告有治療之必要性，仍非施以監護之理由。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
XX 地方法院 93 年度上訴字 1384 號	桃園敏盛醫院	1. 精神耗弱 2. 減低 3. 無	1. 減低 2. 無	不明	判決不公開
不明	無	吳	無	無	判決不公開
最高法院 96 台上字第 6408 號	無	無	無	原判決撤銷，發回台灣高等法院。	
高等法院 96 年上更字 802 號	無	無	無	無	判決不公開
最高法院 97 年台上字 2692 號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	不明
鑑定意見	桃園 00 醫院鑑定人 被告的精神已經幾乎達妄想的程度，在沒有任何治療下，其精神狀況祇會惡化或維持，不可能改善。以精神醫師之角度建議，被告應該到有住院病房醫院定期門診強制追蹤，必要時要強制住院，否則日後會有危險性。
法院見解	一審不明 基於廣義之訴訟照料義務，並接受鑑定人之建議，宣告監護處分 二審不明 不明 最高法院 6408 號判決：原判決撤銷，發回台灣高等法院。 鑑定人於原審中證稱被告因有治療之必要而需強制住院，然其和新法規定「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時」之要件難認盡符，上訴人是否亦具備該新法規定宣付監護處分之要件，即無從憑斷，原判決自屬無可維持。 高等法院 96 上更字 802 號判決 不明 最高法院 2692 號判決:上訴駁回 鑑定人為精神科專業醫師，其鑑定方法、鑑定資料及鑑定結論等事項，經訴訟當事人進行交互詰問，自形式及實質上判斷，均無明顯瑕疵可指。原審採為科刑判決之基礎，核無不合。

判決結果	10. 一審不明 11. 二審不明 12. 最高法院 6408 號判決將原判決撤銷，發回高等法院 13. 更審不明 14. 最高法院 2692 號判決駁回上訴
備註	

七十六、97 年幻聽殺父案

案由：殺人未遂

事實： 被告基於殺害直系血親尊親屬之犯意，因精神分裂症之幻聽症狀發作，耳邊傳來不詳人士要求被告持刀砍殺其父親之幻聽，致其處於精神耗弱至心神喪失間之嚴重精神耗弱狀態，遂依該幻聽指示，至廚房櫃子內拿取菜刀，持菜刀自後方砍殺其父親頸部，經送醫手術急救存活，惟仍有頭頸部轉動困難，咀嚼能力及開口困難等後遺症。

重點：

1.一審法院判處被告監護處分一年，法院參考被告過往病史和警詢證詞，即認被告有施以監護之必要，並未於審判中請鑑定機關或鑑定人協助。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
板橋地方法院 95 年度訴字第 2210 號	無	無	1.喪失 2.無	1.無罪 2.監護一年	
臺灣高等法院 96 年度上訴字第 919 號	臺灣大學醫學院附設醫院精神部	1. 精神分裂症 2.喪失 3.無	1.喪失 2.無	1.無罪 2.監護三年	
最高法院 97 年台上字 3232 號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告自 87 年 3 月 10 日起於臺大醫院精神科就診，診斷為精神分裂症，臺北縣立醫院病歷摘要表雖記載：被告自 91 年 1 月 25 日每月接受針劑注射，但持續幻聽、妄想症狀，故被告處於精神耗弱及心神喪失之間的精神狀態，極有可能在精神症狀影響下產生暴力行為。
鑑定意見	臺灣大學醫學院附設醫院精神部: 被告涉案時，因受到精神障礙之影響，而喪失辨識其行為為違法之能力。 被告案發時，呈現幻聽以及怪誕之妄想，被告當時認為，其進行者只是如開刀般之手術，終究父親不會『死亡』，因此並不認為此為違法行為對於一般社會中是非對錯的判斷能力有嚴重障礙，呈現所謂『自閉思考』之現象。綜上所述，許員於涉案時，因受到精神障礙之影響，而喪失辨識其行為為違法之能力。
法院見解	板橋地方法院:無罪，監護一年 被告之精神病史已久，治療亦屬斷續，且診斷意旨亦指出被告有破壞行為，足認被告係屬對社會仍有潛在危險性之精神病患，故為被告之利益及避免對社會治安造成影響，實有施以監護治療之必要。 臺灣高等法院:無罪，監護三年 原審僅憑被告、證人林○英之片面證述及臺大醫院函，遽認被告行為時處於心神喪失之狀態，實嫌速斷；為恐被告再為類似之違法舉措而不自知，對其自身、父親及社會治安均有高度危害，爰依法宣示令入相當處所，施以監護三年，期於精神病醫院或其他醫療團體，予以適當之治療及監視其行動，以資矯正，俾維公安，並啟其新生。 最高法院 3232 號判決： 上訴駁回

	原判決並無違背法令之情形。上訴人上訴意旨並未依據卷證資料，具體指摘原判決如何違背法令，徒憑己見，就原審宣告監護處分期間之裁量權行使，任意指摘，謂以一年六月為當云云，顯非適法之第三審上訴理由。本件上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	15. 板橋地方法院判無罪，監護一年 16. 高等法院判無罪，監護三年 17. 最高法院駁回上訴
備註	

七十七、96 年亂丟廢棄物案

案由：違反廢棄物清理法

事實：被告未依規定領有廢棄物清除許可文件，從事廢棄物清除罪嫌。

重點：

1. 所謂「監護」即監督、保護，並為治療，其目的在於使犯罪行為人回復常態，以消滅其危險性，藉以確保公共安全（參考刑法第八十七條之立法說明）
2. 據此，監護處分難認上訴人不利益，上訴人因監護處分判決提起上訴不合法。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
不明	無	無	無	無	判決不公開
高等法院高雄分院 九十四年度上訴字 第 一八二三號	無	無	無	1. 無罪 2. 監護處分 10 月	判決不公開

最高法院 96 上字第 5927	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	不明
鑑定意見	不明
	無法得知
法院見解	一審不明
	無法得知
	臺灣高等法院：無罪，監護處分 10 月。
	不明
	最高法院：上訴駁回。
	4. 原審所宣告之保安處分，令入相當處所施以監護十月，係附屬於前揭無罪判決，其本罪既不得上訴。 5. 所謂「監護」即監督、保護，並為治療，其目的在於使犯罪行為人回復常態，以消滅其危險性，藉以確保公共安全，亦難認為對上訴人不利益，上訴人提起上訴，自屬不合法，應從程序上予以駁回。
判決結果	18. 一審不明 19. 臺灣高等法院第二審，判處被告無罪，監護處分 10 月。 20. 上訴最高法院，予以駁回。
備註	

七十八、96 年台北剪刀殺人案

案由：殺人等

事實：被告罹患精神分裂症，於 95 年 5 月向林修輝承租臺北市○○區○○街一○七號二樓二○五室居住，林鴻測與渠妻丙○○則向林修輝承租同號三樓三○五室居住，丁○○基於個別之殺人犯意，明知將其所有之單刀剪刀刺向他人頭部、頸部、胸部、腹部等重要部位，可能招致他人死亡之結果，竟仍於同年 8 月 15 日分別朝林鴻測和己○○及庚○○猛刺數刀，其中己○○及庚○○因送醫及時幸免於難，林鴻測不治而亡。

重點：

1. 精神病之起因複雜，無法明確斷定是因酒精或毒品所引起的症狀，因此縱然被告抗辯已無服用毒品，仍難以證明鑑定有誤，據此，二審法院認為被告稱其未再施用安非他命而影響其精神病症之症狀，是被告及辯護人徒憑己意，空言指摘前開精神鑑定所判依據有誤，求為重新鑑定，自無足取。
2. 高等法院認為長期監禁時，因為監所能施以必要之醫療，且無其他證據足認被告出監後有再犯和危害公共安全之虞，故不為監護處分之諭知。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺北地方法院 95 年度重訴字第 137 號判決	臺北榮民總醫院	5. 嚴重被害妄想 6. 減低 7. 不適用	1. 減低 2. 不適用	5. 無期徒刑 6. 無	
臺灣高等法院 96 年度上重訴字第 47 號	臺北榮民總醫院鑑 定人	7. 嚴重被害妄想 8. 減低 9. 不適用	7. 減低 8. 不適用	上訴駁回	
最高法院 96 年度台上字第 5550 號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	1. 被告有傷害、違反麻醉藥品管理條例、違反藥事法案件等前科，並於 93 年被法院判決監護一年。 2. 被告罹患精神分裂症，對於外界事務之知覺、理會、判斷作用及自由決定意思之能力均因精神障礙而呈現較普通人平均程度顯然減退之狀態，導致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低。
鑑定意見	臺北榮民總醫院：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告犯案當時之精神狀態，應屬於精神病發作之情況，被告因嚴重被害妄想，衝動及情緒控制能力皆較一般正常人明顯減弱。 2. 被告於案發當時因安非他命及酗酒引起之精神病，致依其辨識而行為之能力較一般人顯著降低，即已達精神耗弱程度，建議長期強制監護治療。 臺北榮民總醫院鑑定人：被告於犯行當時因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低。 1. 被告在行為當時確有精神障礙，但行為當時並未完全失去辨識的能力，對於外界事務判斷對錯的能力較一般人明顯減弱，並不屬於心神喪失之情況，僅係屬於精神耗弱狀態。 2. 被告主要之問題係在被告因精神症狀，致其衝動、控制能力受到影響而減損等語，足認被告辨識其行為違法之能力，顯尚未達不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力甚明。
法院見解	臺灣台北地方法院：判處無期徒刑，褫奪公權終身。 1. 被告有中度精神障礙，此有中華民國身心障礙手冊影本在卷可按，且被告確罹患精神分裂症，亦有國軍北投醫院檢附之相關病歷資料影本。 2. 本院認定被告於案發時並未完全喪失辨識其行為違法性之能力，僅係其辨識行為違法或依其辨識而為行為之能力較一般人顯著減低，並非對其行為及行為可能產生之結果完全沒有認識。

	臺灣高等法院：上訴駁回。
	1.依鑑定人所證，不會因被告稱其未再施用安非他命而影響其精神病症之症狀，是被告及辯護人徒憑己意，空言指摘前開精神鑑定所判依據有誤，求為重新鑑定，自無足取，是本件被告及辯護人求為重新鑑定，顯無必要
	最高法院：上訴駁回。
	1. 行為人是否有足以影響意識能力與控制能力之精神障礙或其他心理缺陷等生理原因，因事涉醫療專業，固應委諸於醫學專家之鑑定。 2. 原判決認定上訴人本件犯行時之意識能力與控制能力雖顯著減低，但未完全喪失致欠缺之程度，已依其調查所得之上訴人行為時所持兇器、與被害人等間應對情形、刺殺被害人身體部位等行為態樣及事後猶能陳述犯案動機與經過等具體狀況，並佐以上開鑑定意見，詳為論述，要無上訴意旨所指判決理由不備之可議。
判決結果	21. 臺灣台北地方法院判處無期徒刑，褫奪公權終身。 22. 臺灣高等法院上訴駁回。 23. 最高法院：上訴駁回。
備註	

七十九、95 年新竹妨礙性自主案

案由：妨礙性自主

事實：被告對於女子以強暴之方法而為性交，未遂

重點：

本案僅有最高法院判決公開，無法得知大部分資訊。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣新竹地方法院 92 年度訴字 第 443 號	無法得知	無法得知	無法得知	無法得知	判決未公開
臺灣高等法院 93 年度上訴 字第 154 號	無法得知	無法得知	無法得知	無法得知	判決未公開
最高法院 95 年度台上字 第 7339 號判決	新竹醫院	無法得知	無法得知	上訴駁回	

案件分析

被告病史	無法得知
鑑定意見	新竹醫院
	鑑定認有接受精神科治療之必要。
法院見解	新竹地方法院
	判決不公開
	臺灣高等法院
	判決不公開
	最高法院
	上訴意旨指摘原判決未對上訴人諭知強制治療處分，有適用法則不當之違法云云，係對原判決已論斷說明之事項，而為爭執，並非適法之第三審上訴理由，其上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1.新竹地方法院判決不公開， 2.高等法院判決不公開。 3.最高法院認上訴不合程式而駁回，全案定讞。
備註	

八十、95 年新北搶手機案

案由：搶奪罪

事實：被告於民國九十一年在新北市秀山公園內，見被害人獨自行走，遂基於妨害自由之故意，先擋住被害人去路，並以推倒被害人之強暴方式，妨害被害人行走之權利，致被害人跌倒並其所有之行動電話掉落地面，被告見狀另行基於為自己不法所有之意圖，趁被害人未發現行動電話掉落之際，搶奪被害人所有之行動電話，得手後復見被害人跪地苦苦哀求返還行動電話情狀，竟更基於傷害之故意，徒手揮打被害人雙手並踢打被害人，致被害人受有雙手及右腕部挫傷，經路人發現會警當場查獲。

重點：

1.一審時考量被告有頻繁回診追蹤而認為無監護處分之必要，然二審時斟酌被告雖有定期回診，但拒絕醫生為其施以健全治療之建議，鑑定機關認為此情況對社會秩序非無危害，為被告之再社會化及犯罪之預防起見，認被告有施以監護之必要。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣板橋地方法院 九十二年度訴字第一五九號	仁濟療養院新莊分院	1.情感性精神病 2.喪失 3.無	1.喪失 2.無	無罪	
臺灣高等法院 九十二年度上訴字第一八一○號	臺北市立療養院	1.情感性精神病 2.喪失 3.無	1.喪失 2.無	1.無罪 2.監護處分6個月	
最高法院 九十五年度台上字第三八九八號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	個案診斷為情感性精神病，自七十六年初次發病以來，曾因此多次住院及長期門診追蹤治療。個案多次發病時均呈現躁動、易怒、誇大、用手比畫命令別人，思考混亂等症狀。個案發病時欠缺判斷力，行為及情緒均為症狀所干擾，無法自我控制，，長期以來均以藥物控制追蹤治療
鑑定意見	仁濟療養院新莊分院
	依病史及案發第二天門診症狀推斷，個案於九十一年十一月十九日案發當時之行為應屬病情發作所致。因此認為被告於九十一年十一月十九日案發當時係情感性精神病之躁症急性發作，行為及情緒均為症狀所干擾，無法自我控制，應屬心神喪失狀態。此有該院九十二年三月二十六日北仁附療新字第一八號函及精神鑑定報告書一件在卷足憑。自堪認被告於案發當時，係情感性精神病之躁症急性發作，行為及情緒均為症狀所干擾，無法自我控制，應屬心神喪失狀態。
	臺北市立療養院
	本次事件發生時，被告係處於「躁鬱症」之躁期急性發作狀態下。而就吳員於事件過程中「不講話」、「用手勢」等情判斷，其當時之行為應視為躁期急性發作狀態下之紊亂行為，因被告之行為受到「躁鬱症」病情惡化之直接影響，因此認為其於案發時之精神狀態已達心神喪失之程度，亦有臺北市立療養院九十二年十月十七日北市療成字第○九二三○八一五八○○號函附精神鑑定報告書乙件在卷足佐。由此，自堪認被告於案發當時，確係情感性精神病之躁症急性發作，行為及情緒均為症狀所干擾，無法自我控制，應屬心神喪失狀態，故被告案發時主觀上應無搶奪之不法所有意思及妨害自由或傷害之故意。
法院見解	臺灣板橋地方法院九十二年度訴字第一五九號:無罪

	被告案發時主觀上應無搶奪之不法所有意思及妨害自由或傷害之故意。此外，復查無其他積極確切之證據足資認定被告有前開傷害、搶奪及妨害自由之故意，依刑法第十九條第一項規定，心神喪失人之行為不罰，自應依法為被告無罪之諭知。又查，被告於案發前後均曾至台灣省私立台北仁濟院附設仁濟療養院新莊分院就其所患之情感性精神病進行門診追蹤治療，目前亦繼續持續治療當中，亦據被告及該仁濟療養院陳明在卷，爰不依刑法第八十七條第一項規定，再令入相當處所，施以監護。
	臺灣高等法院九十二年度上訴字第一八一○號:無罪、監護處分六個月
	原審引用刑法第十九條第一項之規定，為被告無罪之諭知，固非無見，惟查，依臺北市立療養院之鑑定意見所示，被告明知其為「躁鬱症」之精神疾病患者，卻未施以特別之注意，放任其具社會危險性之疾病發作，甚至拒絕醫師為其施以健全治療，復參酌被告因精神疾病之故而為被害人所指行為，其所為對社會秩序非無危害，為被告之再社會化及犯罪之預防起見，認被告有施以監護之必要，爰依刑法第八十七條第一項、第三項之規定令入相當處所，施以監護陸月，以矯正其非行。
	最高法院九十五年度台上字第三八九八號:上訴駁回
	刑事被告之上訴，以受有不利益之裁判，為求自己利益起見請求救濟者，始得為之，自無許其為自己不利利益上訴之理。本件上訴人被訴刑法第三百二十五條第一項之搶奪罪部分，經原審審理結果，認定其行為時，精神狀態已達心神喪失之程度，因而撤銷第一審判決，改判諭知上訴人無罪，已為其最有利之裁判，故上訴人不得為自己之不利利益上訴。其本罪既均不得上訴，則上訴人就其附屬於該無罪判決所宣告之保安處分提起上訴，自亦於法不合。況所謂「監護」即監督、保護，並為治療，其目的在於使犯罪行為人回復常態，以消滅其危險性，藉以確保公

	共安全，亦難認為對上訴人不利益，上訴人提起上訴，自屬不合法，應從程序上予以駁回。
判決結果	1.板橋地院認被告行為時精神喪失，有刑法第十九條第一項的適用而諭知無罪。 2.高等法院認被告無罪，但應施以監護六個月。 3.最高法院認上訴不合程式而駁回，全案定讞。
備註	

八十一、95 年光復殺童案

案由：殺人

事實：被告患有精神分裂症，並於九十二年四月十五日與 A 童、B 童共乘計程車前往上開「家樂福」賣場，途中被告因幻聽「如果你不敢做，我來」，而處於精神耗弱之狀態，竟興起殺死 A 童、B 童之概括犯意，故下車後叫 A、B 原地等候，被告步行返家將醫院開給他的安眠藥磨成粉，再以針筒注入一罐鋁箔包綠茶飲料中並返回請 A 飲用，A 童藥效發作昏沈時，被告即用左手掐住 A 童頸部，終致 A 童窒息死亡，被告見 A 童不再動彈，即鬆開左手，掐住 B 童喉嚨並撿拾磚塊持以毆打 B 童頭部三、四下，雖造成 B 童頭部裂傷，然 B 童仍因窒息而死亡。

重點：

- 1.由本案可知，當複數鑑定人之鑑定意見不同時，法院會依鑑定意見是否有說明和其他鑑定意見不同和被告過往是否有在該鑑定機關就醫等要件做判斷。
- 2.更四審法院認為被告曾有不遵醫囑按時服藥治療精神疾病即判處監護處分，最高法院以理由不備而再被發回更審。
- 3.更五審監護理由仍和更四審相同，惟本案未再上訴。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
臺灣新北地方法院 92 年度少連重訴字 第 4 號判決	台灣大學醫學院附 設醫院	1.精神分裂 2.喪失 3.無	1.減低 2.無	1.無期徒刑 2.監護處分三年以下	採台北榮總之鑑定 意見。
	臺北榮民總醫院	1.精神分裂 2.減低 3.無			
臺灣高等法院 93 年 度少連上重訴字第 1 號判決	無	無	無	原判決撤銷 1.無期徒刑 2.監護處分三年以下	
最高法院 93 年度台 上字第 6759 號判決	無	無	無	原判決撤銷，發回 台灣高等法院	
臺灣高等法院 94 年 度少連上重更(一)字 第 1 號判決	桃園療養院	1.詐病 2.健全 3.無	1.健全 2.無	原判決撤銷 1.無期徒刑 2.無	
最高法院 95 年度台 上字第 4511 號判決	無	無	無	原判決撤銷，發回 台灣高等法院	

臺灣高等法院 95 年度上重更(二)字第 68 號判決	國軍北投醫院	1.精神分裂 2.減低 3.無	1.減低 2.無	原判決撤銷 1.無期徒刑 2.無	
最高法院 96 年度台上字第 4282 號判決	無	無	無	原判決撤銷，發回台灣高等法院	
臺灣高等法院 96 年度重上更(三)字第 158 號判決	無	無	無	原判決撤銷 1.無期徒刑 2.無	
最高法院 97 年度台上字第 786 號判決	無	無	無	原判決撤銷，發回台灣高等法院	
臺灣高等法院 97 年度重上更(四)字第 34 號判決	無	無	無	原判決撤銷， 1.有期徒刑拾年 2.監護處分兩年	
最高法院 97 年度台上字第 6192 號判決	無	無	無	原判決撤銷，發回台灣高等法院	
臺灣高等法院 97 年度重上更(五)字第 209 號判決	無	無	無	原判決撤銷 1.有期徒刑拾貳年 2.監護處分兩年	

案件分析

被告病史	被告自國中起學業表現落後，人際關係不佳，高職夜校讀半年後因難以繼續而中輟，且職業功能亦有缺損。爾後逐漸出現行為問題，幻視，自殺衝動，前驅症狀顯著。其於九十一年服役時急性發作，因顯著之被害妄想、幻聽、憂鬱情緒等症狀影響而割腕自殺。後雖經住院治療，然出院後藥物遵從性不佳，仍持續有上述症狀，常有幻聽令其殺人。目前其幻聽雖較減少，然而妄想仍固著，堅信其肩負殺人之使命，需減少人口數以拯救地球。
鑑定意見	台灣大學醫學院附設醫院:被告案發時已達「心神喪失」
	被告行兇過程為幻覺經驗與真實狀況之極度扭曲，又，其所知覺與記憶之地點、被害人狀態與真實狀況有出入，無法合理交代屍體如何落入河中，以及死前或死後落水等重要細節。衡諸陳員之思考完全基於廣泛之妄想，加以知覺、記憶、現實判斷能力之顯然缺乏，故判定其於案發當時已達「心神喪失」
	臺北榮民總醫院: 被告案發時為精神耗弱
	被告因案發前患有精神疾病，無法完全控制自己之意念，以致犯下本殺人案件，惟陳員於犯案當時並未達對於外界事務全然缺乏知覺、理會及判斷作用之程度，而無自由決定之意思能力，應僅較普通人之平均程度顯著減低，故判斷陳員犯案時之精神狀態應為精神耗弱。
	桃園療養院:懷疑被告詐病
	從被告於鑑定中描述推斷當時精神狀態，可分以下 8 點 1.陳員當時意識清楚，回答問題時言語皆可切題連貫。 2.陳員承認殺害女童。 3.對於殺害女童過程、細節、時間地點可以清楚描述，沒有明顯嚴重的記憶缺損。 4.陳員沒有提到自己在殺害女童後，有記憶缺損的情形。 5.部分內容脫離現實情形，可能為精神病症狀。 6.陳員述「聽到一種聲音。」「聽到你不敢我來」此現象有可能為聽幻覺之精神病症狀。

	7.此時陳員說把自己當作惡魔，並沒有進一步描述是何意思，因此暫時無法判斷是何症狀。但是懷疑背後可能有一些怪異的想法，甚至是妄想。 8.陳員三次要求看精神科醫師。強調自己精神有問題。 而第8點，對於精神分裂症患者而言是不尋常的反應，因患者是無法區分幻覺經驗與現實經驗，乃精神醫學的基本定義。另外，陳員犯案當時理應精神病症狀最嚴重之時，照理越接近犯案當時，應可蒐集到最多之精神病理資料。或許非專業人士無法問到全貌，但隻字片語也應出現，然並未見陳員在法官問訊、檢察官筆錄和警察筆錄中有任何上述在台大醫院鑑定中出現過的特殊用字。 臨床上，合併多種少見情形時，需合理懷疑陳員有詐病的可能性。
	國軍北投醫院:被告案發時精神耗弱
	根據九十五年十一月十七日函所要求鑑定陳員精神狀態案件，綜合以上所描述，陳員之臨床診斷為：精神分裂症疾患（Schizophrenia）及疑似有B群人格特質，陳員對於過去所犯的案，無法有合理的解釋，表示記不起來，目前情緒尚平穩，對於日常生活的對話尚能理解，但對於事情的判斷力，可能因長期病情及功能下降的影響，案發前後之行為受幻聽干擾及藥物影響，加上外在的環境壓力影響其判斷力，無法控制自己的衝動，而有犯殺人罪的情形，屬「精神耗弱」
法院見解	臺灣新北地方法院 92 年度少連重訴字第 4 號判決:判處無期徒刑，監護處分三年以下
	本院認為被告為本件犯行時，其精神狀態對於外界事務並非全然缺乏知覺理會及判斷作用，其自由決定意思之能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯著減退，尚未達於心神喪失之程度，而為精神耗弱。
	臺灣高等法院 93 年度少連上重訴字第 1 號判決:原判決撤銷，判處無期徒刑，監護處分三年以下
	和刑法第 19、87 條無關
	最高法院 93 年度台上字第 6759 號判決:原判決撤銷，發回台灣高等法院
	一審於審理時為確定上訴人犯本件罪行時之精神狀態，曾先後囑託國立台灣大學醫學院附設醫院及行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院對上訴人施以精神鑑定結果，二者之鑑定結果並不相侔，故上訴人之選任辯護人於原

	審理時，已具狀請求將本案送請專門收受、治療精神病患之衛生署桃園療養院再作鑑定，以期獲得較客觀之鑑定結果，原審就上開聲請調查之事項，未予理會，復未說明何以不予調查之理由，自難謂無應於審判期日調查之證據而未予調查及理由不備之違法。
	臺灣高等法院 94 年度少連上重更(一)字第 1 號判決:原判決撤銷，判處無期徒刑
	國立台灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院及衛生署桃園療養院對被告施以精神鑑定之結果固不相侔，惟衛生署桃園療養院已就國立台灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院鑑定結果詳為說明不可採，並認定被告於行為時並未達於心神喪失或精神耗弱之理由，足見被告犯案當時之精神狀態，並未喪失或較普通人之平均能力顯著減低，其犯案當時精神狀態應未達心神喪失或精神耗弱之程度。
	最高法院 95 年度台上字第 4511 號判決:原判決撤銷，發回台灣高等法院。
	和刑法第 19、87 條無關
	臺灣高等法院 95 年度上重更(二)字第 68 號判決: 原判決撤銷，處無期徒刑
	1. 定被告行為時因罹患精神疾病，但對於外界事務並非全然缺乏知覺理會及判斷作用，自由決定意思之能力未喪失，僅較普通人之平均程度為減退，亦即被告行為時並未達於心神喪失，但行為時因此精神障礙，致依其辨識而行為之能力，顯著減低。 2. 被告於案發前，既已長期在國軍北投醫院治療，被告於該院治療期間所陳述之精神狀況、臨床反應，自無故意虛偽造假之必要；該院於治療被告期間所記錄之被告病情，亦屬真實。所為鑑定結果，自無資料不實之虞。參以臺北榮民總醫院鑑定結果，亦認被告行為時已陷於精神耗弱，本院認國軍北投醫院就被告所為精神鑑定為可採。
	最高法院 96 年度台上字第 4282 號判決:原判決撤銷，發回台灣高等法院
	和刑法第 19、87 條無關
	臺灣高等法院 96 年度重上更(三)字第 158 號判決:原判決撤銷，處無期徒刑
	本件被告因殺害兒童犯行，業經本院判處無期徒刑，倘判決確定，即須終身監禁；且國軍北投醫院鑑定函亦記載：被告目前情緒尚稱平穩，對於日常對話尚能理解，並無建議施以監護，自無於刑之執行完畢或赦免後施以監護之必要，

	併此敘明。
	最高法院 97 年度台上字第 786 號判決:原判決撤銷，發回台灣高等法院。
	和刑法第 19、87 條無關
	臺灣高等法院 97 年度重上更(四)字第 34 號判決: 原判決撤銷，處有期徒刑拾陸年，監護處分兩年
	為確實防衛社會安全，衡酌被告曾有不遵醫囑按時服藥治療精神疾病之情形，爰併諭知被告應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護二年。
	最高法院 97 年度台上字第 6192 號判決:原判決撤銷，發回台灣高等法院
	1. 是否宣告施以監護，固屬法院得依職權裁量之事項，但於宣告時，仍應詳敘其所以宣告之審酌情形。 2. 遽以上訴人曾有不遵醫囑按時服藥治療精神疾病之情形，即諭知其應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護二年，亦嫌理由不備
	臺灣高等法院 97 年度重上更(五)字第 209 號判決:原判決撤銷，處有期徒刑拾貳年，監護處分兩年 又為確實防衛社會安全，衡酌被告曾有不遵醫囑按時服藥治療精神疾病之情形，爰併諭知被告應於刑之執行完畢或赦免後令入相當處所，施以監護貳年。
判決結果	1.新北地院判處無期徒刑，監護處分三年以下 2.高等法院撤銷原判決，判處無期徒刑，監護處分三年以下 3.最高法院撤銷原判決發回高等法院 4.高等法院更一審撤銷原判決，判處無期徒刑 5.最高法院撤銷原判決發回高等法院 6.高等法院更二審撤銷原判決，判處無期徒刑 7.最高法院撤銷原判決發回高等法院 8.高等法院更三審撤銷原判決，判處無期徒刑

	9.最高法院撤銷原判決發回高等法院 10.高等法院更四審撤銷原判決，處有期徒刑拾陸年，監護處分兩年 11.最高法院撤銷原判決發回高等法院 12.高等法院更五審撤銷原判決，處有期徒刑拾貳年，監護處分兩年
備註	被告減刑出獄後，於國軍北投醫院執行刑後監護 2 年，院方執行 5 個多月後，以精神疾病治癒為由准他出院，99 年 10 月間再度犯案殺人，高檢署及國軍北投醫院均有違失。監察院司法及獄政、財政及經濟委員會 100 年 5 月 11 日通過監委高鳳仙提案，糾正臺灣高等法院檢察署、國軍北投醫院。 (參考網址: https://www.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=213&s=5572)

八十二、95 年台南強盜案

案由：強盜罪

事實：被告基於意圖為自己不法之所有之犯意，於九十三年十一月一日十二時許，騎乘未懸掛車牌之機車，趁被害人坐在椅子上休息之際，進入機車行徒手行竊被害人之子置於抽屜的鈔票和證件，得手欲離去時遭被害人發現並上前制止，雙方發生拉扯，被告為脫免逮捕，竟當場施以強暴之手段，造成被害人手腳擦傷。

重點：

1.除了被告過去之精神病史，被告智商和犯行計畫亦會成為精神耗弱之佐證。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	1.責任能力 2.原因自由行為	1.刑 2.保安處分	
臺灣臺南地方法院 94 年度訴字 第 48 號	嘉南療養院	1.精神分裂病 2.減輕 3.無	1.減輕 2.無 依嘉南療養院鑑定 報告	1.有期徒刑二年十月 2.監護處分一年	
臺灣高等法院臺南 分院刑事判決 九 十四年度上訴字第 八六五號	無	無	無	上訴駁回	

最高法院刑事判決 九十五年度台上字 第一四八號	無	無	無	上訴駁回	

案件分析

被告病史	被告於 78 年時發病，當時出現怪異行為（赤裸身體）、自語自笑、四處遊蕩、答非所問等症狀，且個性變得衝動、易怒，容易大聲謾罵，甚至出現破壞與攻擊行為。蔡員曾在高雄市立凱旋醫院住院治療，當時診斷為精神分裂病，但出院後未規則回診或服藥，隨後也在新化仁愛之家與鄰近診所不規則治療。期間曾有多次竊盜行為，曾入獄服刑。於九十年三月一日至嘉南療養院接受監護處分。期間表現尚好，提前出院並改為保護管束。出院後因病識感不佳及服藥不規則，以致被害妄想等精神症狀復發，而兩度入嘉南療養院住院治療。出院後在嘉南療養院門診規則治療，其目前領有精神類中度殘障之身心障礙手冊。
鑑定意見	嘉南療養院 考量被告罹病已逾十年，近年可能未規則服藥，其理解力和現實判斷力可能已較常人偏弱，且人格呈現出敗壞之傾向。因此雖其因疾病慢性化所致之認知功能退化程度並未達完全無法正確明瞭人際倫理及法律規範之情形，然就整體評估，蔡員之精神狀態應已達精神耗弱之程度。被告為精神分裂病患者，於疾病慢性化後，幻覺或妄想等活性精神症狀或可能逐漸消弱，但自我照顧能力與認知功能均易日漸退化。而終難以自我獨立生活，再加上酒精使用之影響，更易造成情緒之衝

	動與行為之失控，而引發違反道德和法律規範之犯行。
法院見解	臺灣臺南地方法院刑事判決 94 年度訴字第 48 號: 有期徒刑二年十月、監護處分一年
	被告行為當時係處於精神耗弱之狀態，應依刑法第十九條第二項規定減輕其刑，並先加後減。審酌被告之品行、智識程度、生活狀況、犯罪之動機、目的、手段、所生之危害、精神狀態及犯罪後之態度等一切情狀，量處有期徒刑二年十月，以示懲儆。且按鑑定報告，本院認被告有受保安處分之必要，爰依上開規定諭知被告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護一年
	臺灣高等法院臺南分院刑事判決 94 年度上訴字第 865 號:上訴駁回
	本院經核原判決認事用法，均無不合，量刑亦屬妥適。被告上訴否認犯罪，指摘原判決不當，為無理由，應予駁回。
	最高法院刑事判決九十五年度台上字第一四八號:上訴駁回
	原審已說明論斷之事項，重複為事實之爭辯，任指原判決認事用法有違誤，並非合法之第三審上訴理由，其上訴違背法律上之程式，應予駁回。
判決結果	1.台南地方法院判決有期徒刑二年十月、監護處分一年。 2.台南高等法院認被告上訴無理由而駁回。 3.最高法院認被告上訴無理由而駁回，全案定讞。
備註	

八十三、94 年雲林車禍案

案由：公共危險罪

事實：被告並無車輛駕駛執照，在 92 年 4 月 13 日下午駕駛自小客車行經雲林縣某處無號誌交岔路口處時，原應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措施，及汽車行經無號誌之交岔路口，應減速慢行，作隨時停車之準備，且依當時天氣晴朗、路面乾燥、無缺陷、視距良好等客觀環境，並無不能注意之情形，被告疏未注意車前狀況及減速慢行，即貿然穿越該交岔路口，和騎機車之被害人發生碰撞，造成被害人和後座乘客有骨折等情形，被告於肇事後，未下車查看並救助傷患，因其並無駕照，乃旋即駕駛其上述自小客車逃離現場。

重點：

1. 監護處分之執行，如未具體諭知監護期間，會使監護處分之執行處在未確定之狀態而不利於被告，法院應在刑法 87 條第 3 項範圍內，酌定監護處分之期間，始為適法。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見： 1.診斷 2.責任能力 3.原因自由行為	法院見解： 1.責任能力 2.原因自由行為	判決： 1.刑 2.保安處分	備註
雲林地方法院 北港簡易庭刑事 簡易判決	無	無	無	1.有期徒刑 6 月	

九十二年度港交簡字第六七號					
臺灣雲林地方法院北港簡易庭刑事簡易判決九十二年度交簡上字第二七號	無法得知	無法得知		1. 2. 監護處分三年以下	判決不公開
最高法院刑事判決九十四年度台非字第二五一號	未知	1.精神分裂症 2 減輕 3 無	1.減輕 2.無	1.有期徒刑三月 2.監護處分兩年	

案件分析

被告病史	臨床診斷為精神分裂症及中度至重度智能不足，認知功能及處理事務之能力，明顯受損，且對週遭環境刺激和訊息之掌握較常人差。
鑑定意見	無法得知 臨床診斷為精神分裂症及中度至重度智能不足，認知功能及處理事務之能力，明顯受損，且對週遭環境刺激和訊息之掌握較常人差，無法審慎注意，因認其確有持續接受積極之精神治療之必要，以防止類似事件之發生，應於刑之執行完畢後，將被告令入相當處所，施以監護
法院見解	臺灣雲林地方法院北港簡易庭刑事簡易判決九十二年度港交簡字第六七號: 有期徒刑 6 月

	被告罪證明確，處拘役伍拾玖日，如易科罰金，以參佰元折算壹日；又駕駛動力交通工具肇事，致人受傷而逃逸，處有期徒刑陸月，如易科罰金，以參佰元折算壹日。
	臺灣雲林地方法院北港簡易庭刑事簡易判決九十二年度交簡上字第二七號
	判決不公開
	最高法院刑事判決九十四年度台非字第二五一號:有期徒刑三個月，監護處分兩年
	被告係因精神耗弱而減輕其刑，其臨床診斷為精神分裂症及中度至重度智能不足，認知功能及處理事務之能力，明顯受損，且對週遭環境刺激和訊息之掌握較常人差，無法審慎注意，因認其確有持續接受積極之精神治療之必要，以防止類似事件之發生，應於刑之執行完畢後，將被告令入相當處所，施以監護，依刑法第八十七條第二項之規定，並諭知應於上開宣告刑執行完畢後，令入相當處所施以監護等情，固非無見。惟依刑法第八十七條第二項因精神耗弱而減輕其刑，諭知監護處分者，其處分期間為三年以下，同條第三項規定甚明，法院自應在此範圍內，酌定監護處分之期間，以為執行之依據，已如前述，乃原判決主文並未具體諭知監護期間，致監護處分之執行，處於未確定之狀態，揆之上開說明自屬違法，應由本院將原判決撤銷，另行判決以資糾正。
判決結果	1.雲林地方法院判決有期徒刑 6 月。 2.二審判決不公開 3.最高法院判決有期徒刑三個月，監護處分兩年全案定讞。
備註	

八十四、94 年三峽毆母案

案由：傷害致人於死

事實：被告為蔡陳菊之子，2 人間為直系血親關係。被告為精神分裂患者，因發病較早、較久，且並未規則服用藥物，致除思考障礙等精神病症狀外，亦已呈現人格崩壞、自我行為控制力下降、現實判斷力下降等「精神分裂症」慢性化徵象，於民國 93 年 7 月 30 日向蔡陳菊要香煙未果，其抽煙遭蔡陳菊制止之故，雙方起爭執，被告出於傷害人身體之犯意以手和腳反覆攻擊蔡陳菊，造成蔡陳菊受有左額頭撕裂傷、右額頭連及耳朵撕裂傷、顱內出血及腦水腫等傷害，經送醫急救不治死亡。

重點：

1. 本案被告於二審準備程序時，辯稱其於犯案時應處於心神喪失之狀態，並引述被告於警、偵審若干答非所問之陳述及證人之證詞而請求重新鑑定，但二審法院認為被告未對鑑定醫院鑑定經過、程序，及出具之鑑定被告內容，具體指出有何違誤之處，故毋庸再囑託鑑定。
2. 監護處分之執行，如未具體諭知監護期間，會使監護處分之執行處在未確定之狀態而不利於被告，法院應在刑法 87 條第 3 項範圍內，酌定監護處分之期間，始為適法。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
		1. 診斷 2. 責任能力 3. 原因自由行為	1. 責任能力 2. 原因自由行為	1. 刑 2. 保安處分	
臺灣板橋地方法	台北市立聯合醫	1. 精神分裂症	1. 減輕	1. 有期徒刑五年	

院刑事判決 93 年 度訴 1537 號	院	2.減輕 3.不適用	2.不適用 採台北市立聯合 醫院鑑定報告	六個月 2.監護處分三年 以下	
臺灣板橋地方法 院刑事判決 94 年 度訴 1296 號	無	無	1.減輕 2.不適用 採台北市立聯合 醫院鑑定報告	1.有期徒刑三年 十個月 2.監護處分三年 以下	

案件分析

被告病史	被告係精神分裂患者，因發病較早、較久，且並未規則服用藥物，致除思考障礙等精神病症狀外，亦已呈現人格崩壞、自我行為控制力下降、現實判斷力下降等「精神分裂症」慢性化徵象。
鑑定意見	台北市立聯合醫院:被告於犯行時對於外界的知覺、判斷作用和自我行為控制力下降，其精神狀態耗弱。 案發當天被告尚能外出撿拾廢紙，非處於精神分裂症之急性惡化期，惟因細故即對年邁體弱，無自我保護能力之母親為重度攻擊，顯然與其罹患精神分裂症多年所致人格崩壞、自我行為控制力下降、現實判斷力下降現象有關，其行為當時顯然對於外界事務之知覺理會及判斷作用，以及自由決定意思之能力，已較普通人之平均程度顯然減退，其精神狀態已達精神耗弱程度。

法院見解	臺灣板橋地方法院刑事判決 93 年度訴字第 1537 號: 有期徒刑五年六個月，監護處分三年以下
	被告於行為時，其精神狀態已達到精神耗弱之程度甚明，應依刑法第 19 條第 2 項之規定減輕其刑。爰審酌被告僅因細故即毆打其母致其母死亡，有違人倫，公訴人僅求處有期徒刑四年顯然過輕之情，兼衡一切情形，量處有期徒刑五年六個月，又被告係因精神耗弱而減輕其刑，有嚴重之精神疾病症狀，復有暴力傾向，情緒控制不良，是本院認被告顯有持續接受藥物治療及適當監督保護之必要，爰依刑法第 87 條第 2 項、第 3 項之規定於其刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以三年以下之監護，以達其個人治療及社會防衛之效。
	臺灣板橋地方法院刑事判決 94 年度訴字第 1296 號: 有期徒刑三年六個月，監護處分三年以下
	原審囑託台北市立聯合醫院對被告施以精神鑑定時，係檢附全案偵、審卷宗並調取被告歷來之病歷資料一併供鑑定機關鑑定，足見，辯護意旨所述之被告及證人之供證內容，均已經原審囑託之台北市立聯合醫院鑑定時參酌及之，而辯護人復未對於上開醫院件鑑定經過、程序，及出具之鑑定被告內容，具體指出有何違誤之處，其請求再予鑑定被告精神狀態之調查證據請求，自難認係合法調查證據之請求，本院自無再囑託鑑定之必要，惟原審判決既有可議之處，即應由本院將原審判決撤銷，自行判決。爰審酌被告素無前案犯罪記錄、素行良好，有本院被告全國前案紀錄足憑，雖因細故即毆打其母致其母死亡，有違人倫，惟其犯罪不無肇因於被告人身罹之精神疾病所致，有前述精神鑑定書可稽，惡性非屬重大，認公訴人具體求刑四年尚嫌過重，爰良處有期徒刑三年十個月，以示懲儆。
	最高法院刑事判決 94 年度台非字第 225 號: 有期徒刑三年十個月，監護處分兩年
	前審諭知應於其刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以三年以下之監護，以達其個人治療及社會防衛之效等情，固非無見，惟依刑法第八十七條第二項因精神耗弱而減輕其刑，諭知監

	護處分者，其處分期間為三年以下，同條第三項規定甚明，法院自應在此範圍內，酌定監護處分之期間，以為執行之依據，原判決主文並未具體諭知監護期間，致監護處分之執行，處於未確定之狀態，揆之首開說明，自屬違法。應由本院將原判決撤銷，另行判決如主文所示，以資糾正。
判決結果	1.板橋地方法院判決有期徒刑五年六個月，監護處分三年以下 2.臺灣高等法院判決有期徒刑三年六個月，監護處分三年以下 3.最高法院判決有期徒刑三年十個月，監護處分兩年，全案定讞。
備註	

附件七、94 年~111 年 8 月裁判確定案件監護處分情形一覽表

1. 資料來源：

本表格數據統計資料來源為 lawnote 資料庫，設定「監護處分」為關鍵字，時間設定民國 94 年至 111 年 8 月，共有 4201 筆資料，其中裁判分佈，地方法院 3145 筆，高等法院 937 筆，最高法院 116 筆，最高行政法院 3 筆。

2. 統計方式：

以案件為單位，例如同案件有多個被告，或有上訴至二、三審法院，同一案件有多個判決字號者，亦只計算一次。另外，部分案件的特殊性，判決並未公開，故統計僅限於公開的、能在 Lawnote 上搜尋獲得的判決，經統計歷年裁判確定有監護處分宣告者，共有 1367 個案件。

以「案由」和「監護期間」二個面向進行統計。於此，案由包括：竊盜罪、殺人罪、傷害罪、公共危險罪、妨害自由罪、搶奪強盜罪、妨害性自主罪等七大常見案由，以及其他犯罪類型。另，監護期間則分為一年以下、一年、二年、三年、四年、五年。

3. 官方數據：

研究團隊發現網上有兩筆相關的官方數據，其一為監察院調查報告中，105 至 109 年度地方檢察署執行裁判確定案件監護處分情形一覽表¹，其二為法務部統計年報中，100 至 110 年地方檢察署辦理保安處分情形²，二筆資料與研究團隊查找範圍有所重疊，但從數據上來看，研究團隊所統計監護處分數量與官方數據有明顯差距，故以下特別針對兩項官方數據，說明資料來源。

- (1) 監察院調查報告：調查報告中，依照行政院提供資料，以案由與監護期間整理 105 至 109 年度地方檢察署執行裁判確定案件監護處分情形。
- (2) 法務部統計年報：該年報為 100 至 110 年地方檢察署辦理保安處分情形，以因精神障礙或心智缺陷致不能或欠缺辨識行為能力不罰、因精神障礙或心智缺陷致辨識行為能力減低而減輕其刑、因瘡啞而減輕其刑為數量統計。

4. 數據差異說明：

研究計畫所製作「94 年~111 年 8 月裁判確定案件監護處分情形一覽表」，統計方式是查詢上述所提到之 4201 筆資料，以人工閱讀、篩選方式，排除重複案件、未宣告監護等判決，以裁判確定監護處分之案件為單位，就其罪名與監護期間納入表格，進而統計各年度裁判確定有宣告監護之案件數量。

官方數據則是由行政院提供每年地方檢察署執行監護處分的人數，包含監護期間尚未結束，仍在監執行者，亦會重複計算至下個年度，故法務部統計年報與監察院調查報告中的數據可明顯看到人數明顯增加趨勢。

下列表格所參考的客體、統計的方式皆與官方統計不同，以上特此說明。

¹ 監察院調查報告，頁 4-5，網站：<https://cybsbox.cy.gov.tw>（最後瀏覽日：2022/09/20）

² 法務部統計年報，頁 72-73，網站：<https://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/>（最後瀏覽日：2022/09/21）

94 年~111 年 8 月裁判確定案件監護處分情形一覽表

監護期間	總計	竊盜 罪	殺人 罪	傷害 罪	公共 危險 罪	妨害 自由 罪	搶奪 強盜 罪	妨害 性自 主罪	其他
94 年	20	6	3	0	2	1	6	0	2
監護 1 年以下	1	1	0	0	0	0	0	0	0
監護 1 年	9	3	1	0	0	1	3	0	1
監護 2 年	4	2	0	0	1	0	1	0	0
監護 3 年	6	0	2	0	1	0	2	0	1
監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
95 年	46	11	12	3	13	0	5	0	2
監護 1 年以下	4	1	1	0	1	0	0	0	1
監護 1 年	11	4	1	1	4	0	1	0	0
監護 2 年	17	4	3	1	5	0	3	0	1
監護 3 年	13	2	7	0	3	0	1	0	0
監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	1	0	0	1	0	0	0	0	0
96 年	63	20	16	1	9	0	8	0	9
監護 1 年以下	3	3	0	0	0	0	0	0	0
監護 1 年	21	10	1	0	3	0	3	0	4
監護 2 年	15	2	8	1	2	0	1	0	1
監護 3 年	19	3	5	0	4	0	3	0	4
監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	5	2	2	0	0	0	1	0	0
97 年	44	13	6	3	9	0	7	0	6
監護 1 年以下	3	3	0	0	0	0	0	0	0
監護 1 年	22	8	1	1	4	0	4	0	4
監護 2 年	10	1	1	2	3	0	1	0	2
監護 3 年	9	1	4	0	2	0	2	0	0
監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
98 年	44	12	9	4	9	0	5	1	4
監護 1 年以下	8	4	1	1	0	0	0	0	2
監護 1 年	9	2	1	0	5	0	1	0	0
監護 2 年	13	3	3	3	2	0	1	0	1
監護 3 年	13	3	3	0	2	0	3	1	1

監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	1	0	1	0	0	0	0	0	0
99 年	42	13	4	3	8	1	6	2	5
監護 1 年以下	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 1 年	18	8	2	0	5	0	0	0	3
監護 2 年	10	2	1	1	1	0	4	0	1
監護 3 年	6	0	0	1	2	1	1	1	0
監護 4 年	4	1	1	0	0	0	0	1	1
監護 5 年	4	2	0	1	0	0	1	0	0
100 年	54	20	10	3	6	0	4	3	8
監護 1 年以下	2	1	0	0	0	0	0	0	1
監護 1 年	20	12	1	0	2	0	2	1	2
監護 2 年	17	5	3	0	2	0	2	2	3
監護 3 年	10	1	3	3	1	0	0	0	2
監護 4 年	1	0	0	0	1	0	0	0	0
監護 5 年	4	1	3	0	0	0	0	0	0
101 年	63	26	6	0	6	1	5	8	11
監護 1 年以下	4	2	0	0	0	0	1	0	1
監護 1 年	12	4	1	0	3	0	0	1	3
監護 2 年	28	17	1	0	3	1	2	1	3
監護 3 年	13	2	2	0	0	0	2	5	2
監護 4 年	2	0	1	0	0	0	0	1	0
監護 5 年	4	1	1	0	0	0	0	0	2
102 年	67	23	15	4	11	1	2	2	9
監護 1 年以下	8	4	0	0	1	0	0	0	3
監護 1 年	17	8	0	1	3	1	0	1	3
監護 2 年	20	7	3	2	4	0	1	0	3
監護 3 年	12	4	5	0	1	0	1	1	0
監護 4 年	4	0	2	0	2	0	0	0	0
監護 5 年	6	0	5	1	0	0	0	0	0
103 年	78	33	8	2	11	1	8	5	10
監護 1 年以下	9	4	0	0	1	1	1	0	2
監護 1 年	19	8	0	1	5	0	4	0	1
監護 2 年	28	13	1	1	2	0	3	3	5
監護 3 年	14	5	2	0	3	0	0	2	2
監護 4 年	4	3	1	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	4	0	4	0	0	0	0	0	0
104 年	96	50	9	7	11	2	8	3	6
監護 1 年以下	17	10	0	1	1	0	2	0	3
監護 1 年	26	16	0	1	2	1	4	1	1

監護 2 年	20	11	1	1	3	0	1	2	1
監護 3 年	23	12	4	2	2	1	1	0	1
監護 4 年	3	0	0	0	3	0	0	0	0
監護 5 年	7	1	4	2	0	0	0	0	0
105 年	111	57	10	5	13	1	6	1	18
監護 1 年以下	15	9	0	0	0	1	1	0	4
監護 1 年	41	21	1	2	5	0	2	0	10
監護 2 年	35	21	2	2	6	0	2	0	2
監護 3 年	8	5	1	0	0	0	0	0	2
監護 4 年	5	0	3	1	0	0	1	0	0
監護 5 年	7	1	3	0	2	0	0	1	0
106 年	116	49	15	9	11	1	9	4	18
監護 1 年以下	11	4	0	2	2	0	0	0	3
監護 1 年	39	21	2	1	3	0	4	2	6
監護 2 年	42	19	3	4	4	1	2	1	8
監護 3 年	15	3	6	1	1	0	3	1	0
監護 4 年	4	2	1	1	0	0	0	0	0
監護 5 年	5	0	3	0	1	0	0	0	1
107 年	103	43	6	11	14	5	2	4	18
監護 1 年以下	19	10	0	0	2	2	0	0	5
監護 1 年	39	23	0	3	7	1	0	0	5
監護 2 年	26	9	2	4	3	2	2	1	3
監護 3 年	8	0	1	1	1	0	0	2	3
監護 4 年	3	0	0	2	0	0	0	0	1
監護 5 年	8	1	3	1	1	0	0	1	1
108 年	150	65	13	16	18	4	9	5	20
監護 1 年以下	22	9	0	3	1	1	1	0	7
監護 1 年	76	43	2	7	10	1	4	1	8
監護 2 年	33	12	2	3	6	2	2	2	4
監護 3 年	7	0	3	0	1	0	1	2	0
監護 4 年	3	0	2	1	0	0	0	0	0
監護 5 年	9	1	4	2	0	0	1	0	1
109 年	136	67	18	7	16	2	1	9	16
監護 1 年以下	19	9	0	1	1	0	1	0	7
監護 1 年	60	35	2	4	6	2	0	5	6
監護 2 年	31	20	1	1	4	0	0	3	2
監護 3 年	15	3	6	1	3	0	0	1	1
監護 4 年	4	0	3	0	1	0	0	0	0
監護 5 年	7	0	6	0	1	0	0	0	0
110 年	71	34	7	2	10	1	2	2	13

監護 1 年以下	8	5	0	0	0	0	0	0	3
監護 1 年	28	16	1	0	5	0	1	0	5
監護 2 年	21	12	1	1	4	1	0	0	3
監護 3 年	7	1	1	1	1	0	0	2	1
監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	7	0	4	0	1	0	1	0	1
111 年 1 月-8 月	63	24	4	8	5	1	0	1	20
監護 1 年以下	9	4	1	2	1	0	0	0	1
監護 1 年	33	13	1	2	1	1	0	1	15
監護 2 年	10	4	1	3	0	0	0	0	2
監護 3 年	5	0	2	1	1	0	0	0	1
監護 4 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0
監護 5 年	6	3	0	1	1	0	0	0	1
總計	1367								

數據百分比:

罪名:

竊盜罪：566. 41.4%
殺人罪：171. 12.5%
傷害罪：88. 6.4%
公共危險罪：182. 13.3%
妨害自由罪：22. 1.6%
搶奪強盜罪：93. 6.8%
妨害性自主罪：50. 3.6%
其他：196 14.3%

監護期間:

一年以下：162 11.8%
一年：500 36.5%
二年：380 27.7%
三年：203 14.8%
四年：37 2.7%
五年：85 6.2%