

「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「令人相當處所」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，「令人相當處所，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「令人相當處所」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「令人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、令人司法精神醫院、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，兼含瘖啞人。刑法第 87 條第 2 項，對於瘖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，對於瘖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瘖啞人的監護處分，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，亦有適用於瘖啞人，似無不妥。

療。二、令人精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令人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「令人司法精神醫院、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 項規定未牴觸比例原則，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「令人相當處所」，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
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>前項執行或延長期間內，應每年評估有無繼續執行之必要。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

（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，以職權裁定被告令人司法精神醫院、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，能快速獲得醫療照護，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，改令被告人司法精神醫院、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，「令人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、令人司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療。二、令人精神復健機構、精神護理機構接受精神照護或復健。三、令人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「令人司法精神醫院、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，若是令人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：謙立中，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，並不有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，仍須考慮病人就醫療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 Maßregelvollzug 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人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之情形，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，但卻符合同法第 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精神醫師人數相當有限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」(Dopployalität)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-ssoar-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楞例**」、「**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/shougaiyahukushi/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。由於相關法令並未為有具體規定，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，並且縝密仔細的準備程序（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」，同時偏向善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，台湾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，原則是以前二個月為度，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)」。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，醫療觀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，主要的功能是為了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，由此學習共感和對受害者產生的影響，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)」。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-ShakaiengokuyokushougaihokenfukushibuKikakuka/shiryou2_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，長船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次座談，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），並針對部分可能會汙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 年的醫院滯留條件（criteria for detention）則強調需要有合適且有效果的醫療治療（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）。

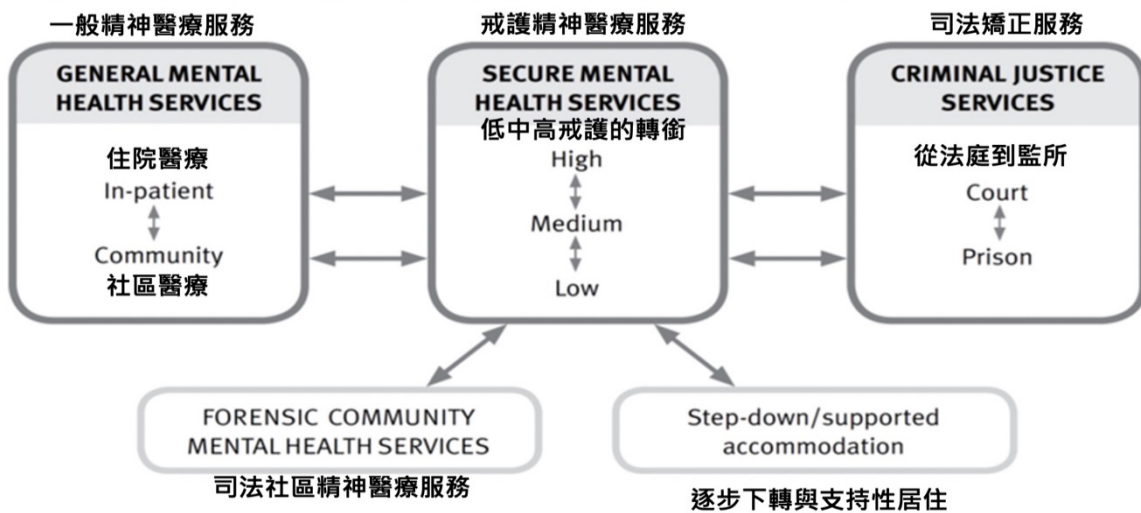
³ 最近親屬的照護，係由法院指定適合的親屬人選擔任照護工作，除針對精神衛生法相關的強制治療可提出評估、出院等要求外，亦可針對刑事訴訟公法的病患治療與照顧提供相關意見。資料來源：MHW Wales，<http://mhmwales.org.uk>（最後瀏覽日：04/06/2022）。

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，這必須要是最適合病患的安置方案，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。

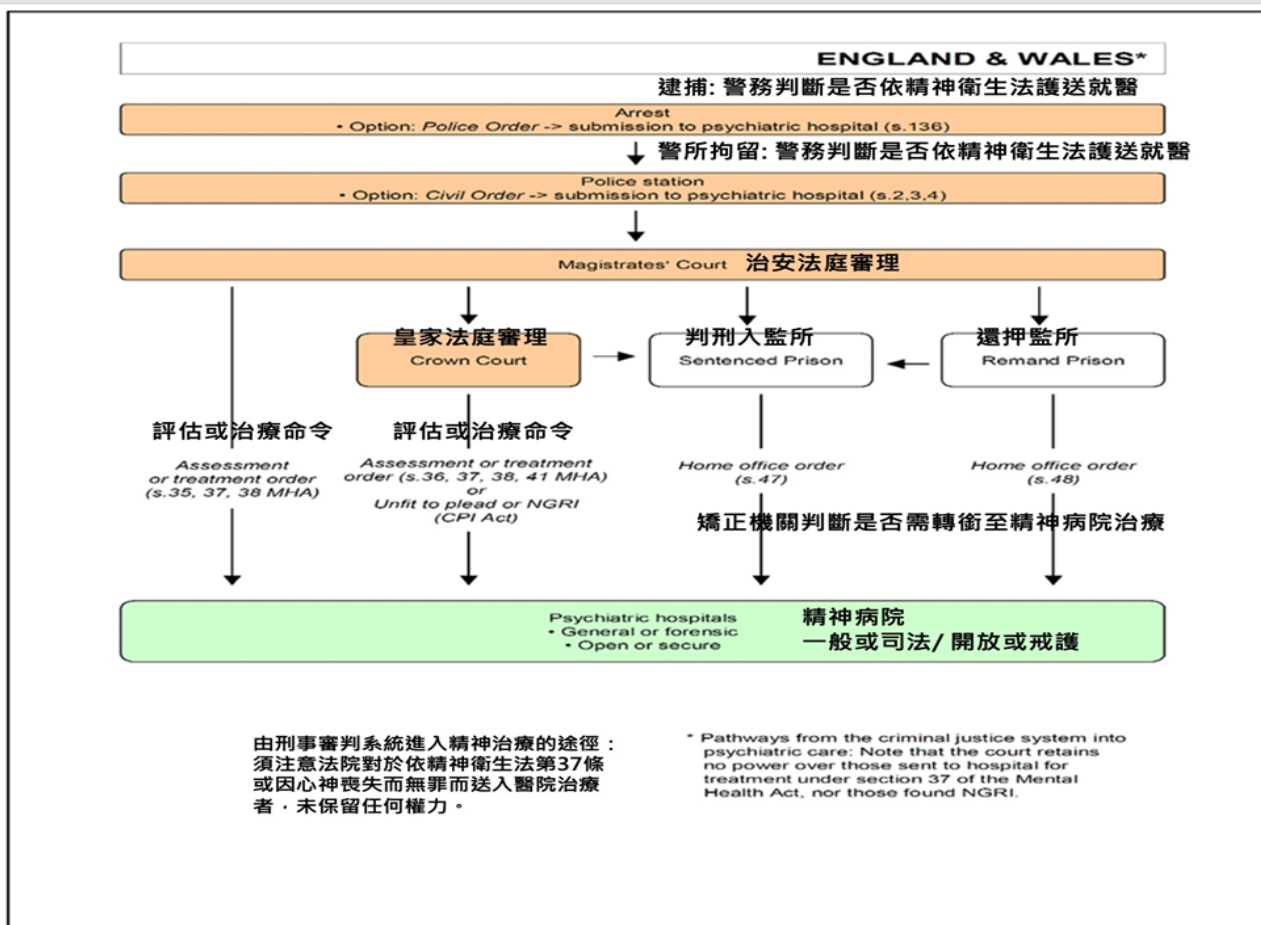
但，若病患所犯係為重罪 (serious offence)，皇家法庭為了保護公眾關於可能造成的嚴重危害 (for protection of the public from serious harm)，考量病患過去的犯罪紀錄與現在的危險性與預後，針對高風險的精神疾病患者，有權依照精神衛生法的第四十一條 (section 41) 在醫院命令下隨附限制令 (restriction order)。此時，病患出院則非由其主治醫師決定，而係由獨立的精神衛生法庭 (Mental Health Review Tribunals) 來決定是否可從醫院釋放。關於裁處限制令的病患從醫院出院，亦可分為完全出院 (absolute 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。

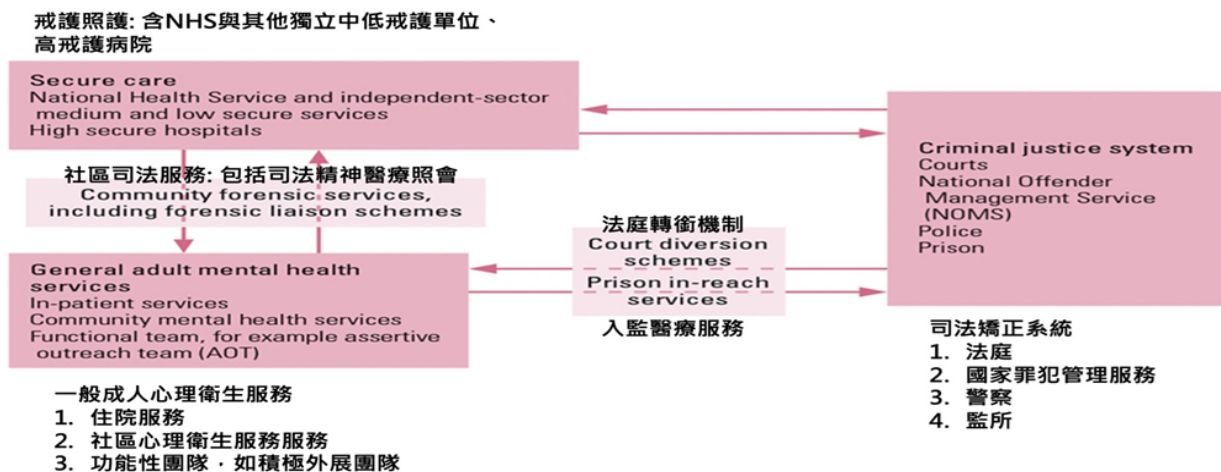
4. 整個司法精神醫療體系提供一個安全的環境，讓病患個人的醫療需求與治療服務能不受其他因素干擾，同時藉由不同系統的介接來讓機構去汙名化。
5. 司法與醫療協力，除醫療端外，司法體系透過國家罪犯管理服務（**National Offender Management Services**，簡稱 **NOMS**）整合司法與醫療，法務部設有精神健康個案部門（**Mental Health Case Sessions**），除在這個過程中負責司法端的銜接外，也協助處理病患與家屬的一些問題，並提供二十四小時專線服務。強調橫向與直向的全方位整合，將醫療、社會照護與刑事司法系統的介接能無縫接軌。
6. 不管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%2FPPRiCAqhKb7yhspCUnZhK1jU66fLQJyHIkqMIT3RDaLiqzhH8tVNxhro6S657eVNwUqlzu0xvsQUehREyYEQD%2BldQaLP31QDpRcmG35KYFtgGyAN%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 Programs¹⁶，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（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 Pettila, 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 a 72-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人院治療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，各州因地制宜的判斷標準，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確評估工具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 HAMLIN 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犯專業處遇。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犯專業處遇。能夠被分配至第二級機關的精神病犯之症狀，不如第一級機關收容病犯之症狀，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犯。

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，防止精神病犯的脫逃、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犯常需要定期服藥，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, NYSCR），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 號刑事判決定讞）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非正常精神狀態，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非正常精神狀態，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 號刑事判決定讞）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 年檳榔攤強盜案、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 號刑事判決定讞）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，得令人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。於本案例中，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況等，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 Lawnote 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，不免令人置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。

附件一、

「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審查會議逐字稿

時間：111年10月14日（星期五）上午9時30分

地點：監察院四樓第2會議室

一、研究團隊報告

張麗卿教授：

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23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」。

研究團隊所完成期末報告內容，主要的工作的項目有兩個，第一個，當然就是各國的法制比較，還有跟CRPD的精神比較分析，另外一個重中之重的是司法判決的篩選分析跟比較的部分。

以下我們跟各位分享這幾個國家的法制的部分，首先很快速的跟大家分享，因為上一次在期中報告的時候，我們已經針對細緻的規範都跟各位師長報告過，所以我們這次就是以比較簡短的方式來呈現。

首先我們知道台灣自己本身的精障觸法的修法主要是體現在刑法還有刑事訴訟法和保安處分執行法相關的規範，這個圖是顯示出我們整個監護處分制度的一個流程。很重要的是偵查中，我們有新增暫行安置的這個制度，且已經有幾個零星的這個判決裁定出來了。

再來我們有87條的修正，以及保安處分執行法第46條的多元處遇模式的相關規定，且如果沒有繼續監護的必要，就必須改回保護管束。以上是我們目前修法之後的整個流程，是新增的暫行安置的一些簡單的規範。

跟各位司長報告的是我們暫時安置實務通過之後，有幾個案例非常有趣，首先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，隨後又再延長三個月，這個是第一個持刀恐嚇的案例。

我們找到第二個比較具有代表性的案例，是被告在羈押當中然後發現精神病，所以新北地方法院訊問之後就實行暫行安置，並把他的羈押撤銷掉，然後再執行3個月，以上是兩個比較代表性的案例，跟各位師長報告。

我們看完了不管是法制面或者實務面的運作之後，我們再來看CRPD的精神，檢驗我們台灣的相關的規範到底是呈現怎樣的結果。CRPD在台灣是於2014年就已經開始施行，2017年我們有首次的檢驗。剛好今年8月有第二次的國際審查會議，因為締約國每4年至少要有一次的國家報告審查。

跟各位報告，我們CRPD精神對於我國法治的檢驗，我們可以歸納以下幾點，主要它集中的點在第12條的人權平等問題，像我們的87條不定期的監護處分期間是被詬病的。

再來就是暫行安置只要有一個簡易的鑑定跟病例的報告就可以執行，時間最長可以達到 5 年，而且沒有辦法折抵刑期。這個也是被糾正的地方。還有司法的部份，我們發現到相關的機關對於所謂適當的培訓，讓司法人員對精障觸法者的認知，他們一直認為我們仍然有不足。

第 14 條人身自由與安全的部分，我們被詬病是刑事訴訟法第 87 條無限制延長監護的規定，被認為是對人生自由的莫大侵害，尤其是在意願的選擇上也沒有被尊重，當然還有暫時安置的時間過長的問題。

然後第 15 條年免於殘酷的要求，在 CRPD 裡面對我們檢驗比較重要是，他認為我們的監護處分強制治療的措施，因為沒有辦法取得精障觸法者的同意，而隨意的用比較高壓強制手段的醫療行為，這也跟第 15 條的精神有抵觸。

第 19 條自立生活及融合社區的部分，沒有看到我們臺灣對於這點有提供能量去支應，所以我們的強制治療和拘束他自由的處遇都是有問題的。

健康的部分，我們在籌建司法精神醫院可能也不是很恰當，應該把精力建構在身心障礙者的精神醫療環境上。

所以我們從 CRPD 精神對於我們的檢驗來看，整個制度其實還是有很多可以斟酌的地方，然後我們來看一下德國對精障觸法者的處遇。這部份之前也跟師長們報告過，我們整個的模式，其實是很像德國的內容。

我們用一個比較表來看一下就知道，其實我們從比較表中，各位可以看到從我國觸法後所有犯罪檢察官起訴後，有可能就有暫行安置的問題。監護之後，檢察官依職權來行保安處分。

德國的方式跟我們相近，但是有一個比較大的不同，也就是在法院的判決的部分，整個條件的限制非常嚴格。雖然，我們學它第 63 條是沒有期限的監護，可是我們對於評估的機制沒有學得很到位，那這個是在法制方面跟德國的制度比較。

可是我們如果來看一下德國的規定，CRPD 對他們做怎麼樣的一個檢驗，德國基本上是在 2009 年生效的，然後在 2011 年有人權行動計畫，針對 CRPD 所有的宗旨做國家很重要的意見回覆，在 2015 年他們有一個初次的檢驗。2019 年他們把第二次跟第三次的報告合併起來交給委員會，預計在明年的 3 月要召開會議。

德國跟 CRPD 精神的檢驗有什麼不同，首先，大概被挑戰的都是這幾條，比如說他們認為第 12 條仍然有強制治療以及限制自由的狀況。所以他們提出說，現在第二次跟第三次的國家報告當中，還沒有計劃廢除所有形式可以替代拘禁性的機構，就有可能受到質疑。

第二點第 13 條近用司法的部分，他們覺得德國在這個部分做的非常好，他們有提供定期的培訓課程，保留社會心理輔導員。各方面在刑事訴訟程序當中，他們做的比較有誠信一點。

對於人身自由與安全，德國針對 CRPD 所成立的德國人權研究機構，他認為其實在某種程度上允許強制治療，以及限制精神障礙者自由的方式，仍然是跟 CRPD 的精神有所違背。

我們可以看到他們對於監獄受刑人，尤其是精障者的部分有這樣的現象，在精障觸法者照護機構的婦女，她發現有 3 分之 2 以上的精神障礙觸法者有受到暴力的影響。這個是非常重要的發現，應該要加以改善。

所以，他們要求應該要投注更多的財力跟人力，來監測他們的機構是不是能夠符合人權的內涵，並融合在社區生活當中，他們對精障者的支持系統，某種程度上還是

以隔離為主，因此比較缺乏公共服務措施，仍然是生活在特殊的住設施當中，而這部分其實是有它的問題。

因此我們可以發現，德國他們基本上還是以有拘束人身自由的色彩為前提。而在收容機構因為發現到有一些婦女的暴力問題，所以認為應該要提供充足的資源改善，基本上德國目前是努力的去朝向去機構化為前提。

接下我們來看日本，日本國家制度雖然不是我們這次立法學習的規範榜樣但仍具相當參考性。我們來看一下日本比較值得我們特別去關注的地方，也就是日本在精障觸法者的處遇對象，他們只有強調特定的嚴重不法行為，譬如說殺人放火跟強制性交這樣子的嚴重的罪行。

檢察官依照他們的刑法 39 條不起訴或者是法院判無罪或減輕其刑之後，才由檢察官來申請啟動他們的醫療觀察法，醫療觀察法的啟動，檢察官申請時有住院決定的程序，而這個住院決定的程序其實有點類似我們台灣的留置鑑定，但是又不太一樣，這個部分其實也是被 CRPD 頻頻被挑戰的地方。

他們地方法院的審查最重要的就是他們審查之後可以有指定入院跟指定通院的內涵，指定入院是一種機構式的處遇，原則是 18 個月，但是通院就是他們門診的治療，所以原則上可以達到 3 年。

這基本上只有保護觀察所申請和地方法院的審查，最後可能就回歸到跟我們類似的精神衛生法內涵，那我們做比較，發現比較不同的是在我們台灣是這樣的程序，可是日本程序有一點我們可以值得去關注跟學習的地方，也就是當檢察官不起訴處分，跟法院判無罪，或者減輕其刑之後，在限定的罪，檢察官來申請的時候，它是以醫療專庭的方式來判斷，然後決定者有職業的法官、醫師還有協助的精神保健參與人員、輔佐人、檢察官等等。所以某種程度上，他們還是採取所法官保留的原則，然後再進入指定入院跟指定通院的門診程序。

所以這個程序是我們完全沒有的，我們這個部分是對照在檢察官依照保安處分執行法 46 條，他得評估小組的意見，然後令入司法精神醫院，或做其他的適當處分。檢察官在這個地方負擔很大的責任，他可以選擇參酌，當然也可以不用參酌，因為我們規定是“得”參酌，所以這個部分是我們真的關注的地方。

那麼對於日本的內含我們也可以看到的確被批判的地方。譬如說，他們在第 13 條禁用司法的部分，他們認為說檢察官對於指定入院的申請能夠核發住院鑑定的命令拘束他的自由，實際上是不行的，會有歧視的問題。所以應該要如何改善，他們認為應該在禁用司法上很重要。

然後在第 14 條，他們最被挑戰的問題就是他們 NGO 組織的倡議。他們一直批判說，你以身心障礙者或者是以剝奪人身自由的非住院制度規定，或者是依照醫療觀察法，法院雖然有法院的審查，然後指定入院措施的精障者，這兩種人其實都不是自願的人身自由的限制和侵害。

所以基本上他認為這樣的內涵，其實也抵觸 14 條的規定，他認為你不能夠以再犯跟保安的需求為前提，所以應該要取得當事人的同意來應用強制治療等手段才可以。

在社區融入的部分，他也強調必須要考慮到自身需求的尊重，以及對於復歸社會所有的資源必須要加以引入的問題，並希望能夠在身心障礙者的自由意識以及知情同意的基礎之上來去提供一個最好的品質照顧。

當然，日本也有他們被批判的地方，批判的地方在於整個醫療觀察法的運作實際上次跟 CRPD 的精神是有所抵觸的。以上是我跟各位師長報告的部分，接下來我們就請我們院長來講，英美法跟判決分析的部分。

吳文正院長:

主席、各位委員，在座的先進大家好，接下來是由我報告，因為這個時間內容非常的多，所以我精簡的做後續的報告。

在英國的部分，還有美國部分還有最後的總結由我報告，在英國的部分，英國的制度跟我們是不一樣的，他有很多自己特殊的制度，另外因為海洋法系和大陸法系的關係，所以在法律上也不太一樣。

所以它雖然是不一樣，但是我們還是有很多可以值得參考的部分，在英國障礙者的司法處遇流程圖在這邊，可以看到的是有的部分，它會交由精神醫院，但有部分它會交由治安法庭。

治安法庭會評估他有沒有治療的需求，然後發布評估或者是治療的命令，那如果有一些犯罪的問題，他就是創造了封閉的刑事法院，來做治療。如果是這個個案，他本身有精神障礙的問題的話，那這個部分在判決是無罪，但他會送到一般的精神病院，或者在這邊來做治療。在英國和我國監護處分的制度來比較的話，張教授已經充分的說明，可以做一個參考，那對英國的部分除了剛剛有提到送到精神病院，另外會到法庭做審理，它可以看到說，在分類上面來講，它有包含內政部長發布命令來做這個程序的一部分，他主要還是針對與犯罪的，這個部分具有刑事法院控告前送交給整個精神病院，做這個處遇治療。

英國也是一個非常重視、人權的一個國家。他其實在 2009 年，就比我們早就通過了 CRPD，在 2011 年 10 月發布了 CRPD 初步的報告。那在這個部分來講，聯合國希望批 PTT 的一個委員在 2016 年公布英國第一次的審查，然後 2017 年提出回應。

英國最近有一次的是回應在 2021 年也就是去年發佈，那在這部分來講，我們也看到英國被要求說，每 12 月要做一個定期報告。

所以事實上，對人權保護也會採取一種定期或者不定期的議會審查來保障這些精障觸法者的權益。這是國際上的要求標準。那英國有沒有條文的檢驗，可以在第 12 條的部分。那他們認為，這個審查的意見覺得說，英國的立法跟實踐還是像德國一樣，還是很多替代性的決策制度，沒有尊重自主的權力，就像剛剛日本的建議，好像需要他的同意，也就是當事人同意參與。

第二個對有心臟或心智缺陷，尋求庇護者獲得難民阿沒有給予平等能力、最近剛好發現到非我族類的人，身障者強制住院會診，或者是強制治療，就是比較特殊的一個現象，因為英國基本上是相當多的移民所組合而成的一個國家。

另外，第 13 條可以看到就是說，英格蘭在 2012 年所頒布所謂的法律援助跟違法者量刑及處罰法，他認為說可能會產生一些禁用司法的障礙，那另外就是發現說，有些它直接會限制，禁止聽障者參加陪審團的這一個現象。

對於第 14 條，這個部分我們知道這裡人身的自由跟安全認為說，還是允許醫院對身心障礙者進行非自願強制治療和收容，認為這是一個違反 CRPD 第 14 條的精神。

我這邊特別要提醒，在第 14 條中文我們都用安全，可是原文是，他不是用 safety，所以這兩個字的差異性可能會在解釋上，造成大的問題，例如一個是我提供保護安全的環境給你，這個聽障者本身是屬於被動的接受的，那如果是自己參與，那我們在臨床上，我們覺得是 safety 而非 security，所以兩者不太一樣，所以剛剛張教授特別叫做保全這兩個字，而我們就常常把 safety 當作安全，所以其實概念上是有差異性的。

在這第 14 條的部分剛剛特別提到，在英國呢？它有興趣的問題之後呢？他把 2005 年的所謂的 NCA 做一次的修正，裡面挑出一個程序的保障，也就是保障 liberty protection safeguard，在這特別提醒。

那在第 15 條的部分，剛剛也特別提到說，好像有些對於身體也會使用物理、機械或化學的方式，這樣的做法會被質疑。這個詞在在我們臨床上稱 physical，在社會基準法我們也會可以依法來適用，在這部分來講說，對這些人會不會有酷刑的問題可能有特別疑慮。

另外在第 16 條有一些在對於身心障礙者的仇恨性的犯罪，發現包括這些以外還有包括身心障礙的婦女，一些弱勢的族群會被歧視，甚至會有虐待這樣的情況。第 19 條有關自立生活的部分呢，英國 2010 年來處遇政策已經緊縮，所以最直接受影響就是身障者，不管怎麼樣，他在這個地方還是在政策上還是提供他生活上的一個需求。

就未來而言，英國，基本上對 CRPD 的委員，逐年來進行最終改正報告，那其實在英國的部分，他認為說，我們投入很多的錢在精神醫療，可是還是沒有辦法完成 CRPD 的要求，尤其是強制治療的部分，這個部分，我看著他們也有些難度。其實像他們一個文明的國家。

在美國的部分，可以參考一下它的流程。從精障觸法者這個地方在他有急迫性的時候，再精神專家協助做判斷，他比較特殊，會有一個程序，來判斷說他有沒有住院的必要，要住院的必要就住院，沒有就去門診，這個部分的概念是採取最小拘束的原則。

他跟我們國家的比較來說的話，他特別提到，他有在這個地方，還有兩個選項，一個是門診，一個是住院，有點像剛剛講的日本的通院跟入院的這個概念，通院就是門診，好那在這個部分來說，在 CRPD 條文檢驗下可以看到

第 13 條的部分，那他現在這地方來講聯邦最高法院認為在法定事由的事實正當性，不是以最嚴格的作為憲法的界線。認為還是有這個院行一定的程序，來做這個處遇，換句話說，還是剛剛張教授所提到的法官保留原則來做審查。

另外第 14 條的部分，其實聯邦最高法院在 1987 年有這個案子的時候，同意說政府可以保護社會安全的利益而非屬刑法之拘束手段來犧牲具有威脅性被告，他等於在妥協，但是他以刑罰以非人身自由拘束的一個見解，對於 1992 年 Foucha 的這個案子當中，希望在限制人身自由的時候還是要注意到這種實質的正當法律程序，注意到目的的手段性和比例性。

第 15 條有關 Civil Commitment 部分來講，他覺得說是不是有這個合憲性的問題，那它這邊在法律的見解是說，他還是要看看是不是有這個必要性的去拘束人身自由，要採取最小侵害的方式。

依 16 條的部分來講，可以看到說，如果在程序上，希望能夠通過醫學的專家評估去評量這些處分，避免有實質客觀危險就剝奪她的自由。當然還是要強調最小侵害性的概念。

在第 19 條的部分來講。那其實，我們知道，在 18 世紀-19 世紀的時候，日本和美國開始有一些去機構化的概念出來，那在這部分團體機構化，直到 1950 年代以後就開始走去機構化，司法也漸漸的走向社區化，也是有雛形的改變。

在第 25 條健康部分來講，它強調的是，比較 Realitybased 的一個思維的模式，這都是以實際上的操作，在美國的法律大概也蠻強調所謂的實證法學，蠻相呼應的。

然後對於未來的展望是說，CRPD 要求身心障礙者，必須自願才能接受相關治療，認為說不是違反公約的疑慮，所以在美國看起來是在現實上面，也很難達成 CRPD 的要求。

這邊是把剛剛提到的做整理，包括我國跟其他 4 個國家做的比較，逐一的條列就像前面講過的，請大家參照一下，好那司法判，無非也是我們這次實證上的重點，注意到在學理上和法制上，可以做一個參考佐證的部分，接下來跟大家報告。

對於司法判決的分析，我們採用 lawnote，他時間的區間從 94 年到 111 年 8 月 31 號。裡面我們可以看到我們有兩個部分，一個是設定關鍵字是監護處分到最高法院。涉及到這些案件找到八十三，那在裡面才來做一些整理，找到爭點做說明。那另外，也是只有做監護處分的關鍵字，總共找到 2010 然後中間有相關的部分是 1367 這部分後面會有詳盡的說明。

好那這個區間其實還蠻長的，所以大家付出的工作也很辛苦，例如學校參與團隊的成員，那上訴最高法院總共有 83 件，發現幾個現象分別跟大家說明一下，那幾個現象就是對於最高法院對於被告行為時辨識能力和控制能力的判斷，這在這種情況之下來你會發現說，法院高度依賴精神鑑定，不管你是刑事民事，大概都是八九成，相當的高，那對於法院證據調查程序，比較簡單就是可能不是那麼嚴格的證明，那再過來判決欠缺系統性的論述方式，有發現這樣的現象。

第二個就是法院對於有沒有必要宣告監護處分的認定，基準面來講，在個案上面來講，已有相近的認定標準。大致上在法律上可以看到這幾個現象就是要依照這個標準，大概就是依照這個鑑定意見書，其他期間的行為，還有被告過去病史跟治療的情況，還有他的家人的同學對被告的描述。

另外法院依照被告犯罪行為的判斷，是否再犯風險跟危害公安之虞，那這個地方來講，那法院判斷的一個標準跟醫療上實際上看法差異差別是在於說我們醫療人員比較在意社會治療好了，提的一個概念也會著重治療性。所以還是比較偏治療性。

對這個第 3 點我們更發現，就是從 94 年到 113 年對於監護處分案件可以看到的，剛剛也特別提到，然後來做一些比較的差異。我們從這個圓餅圖來看，那這個以一般性也就是有一些監護處分來看，那可以看到兩個這個罪名的部分的話，以竊盜罪 41 是最多。那其他案件包括公共危險罪、殺人罪、強奪、傷害這些案件，其次的相對比較少，竊盜案件還蠻多的。

監護處分期間可以看到呢？根據一般性監護處分的搜尋紀錄，這個字最常見的是什麼，是這個監護處分就是滿一年未滿二年兩年這種案件比較多，其次呢是監護滿兩年未滿 3 年，事實上可以看到監護 5 年的案子其實相對少，最常見還是在滿一年未滿兩年這個部分，這是一般型的這種案件。

至於上訴到最高法院的案件可以找到 83 件，後來確定有監護處分的是 62 件。從圓餅圖可以看到他殺人罪責比竊盜罪則重，監護的期間時間就會比較高，那可以看到這部分就是滿三年未滿四年，監護時間相對會高一些喔，我想這部分大家能發現兩者不太一樣。也就是說，上訴的跟一般感覺其實會有一點不太一樣喔。但是最高上限就是滿五年，所以變成我們大概看到有這樣的一個差異性。

在歷年判決，一般性的他就是殺人罪比較多，上訴到最高法院比較高，相對的高爭議性比較大。那第二個也是剛剛提到的，但不管如何，監護處分到五年的就是比較低。

另外一個比較特別的地方，上訴到最高法院中，其實監護期滿 5 年，他這個再犯的大概僅有零星的四個案件，達到 5 年的更少，可以知道大概可以做一個結論就是犯

下重罪者高比例都是初犯，結果監護期滿之後再犯。換句話說，我們監護就是消滅他再犯的風險。在醫學上也希望越來越好，副作用越來越少，效果越來越好，但是價錢變貴，但是整體來講是好的發展，那如果一直把它監護，不是一直不斷延長，治療效果會變差。

在這部分說有些特別的是現象，接著做一些討論，那其實，你會發現，監護期滿後犯罪風險並不高，不定期的方式是被有點疑慮，另外也是希望能夠去刑化。刑罰的部分，在這樣的醫療的照護的，就會跟大家補充一下，在這個月 18 號立法院就會審查，聽證會修正法條的問題，相互相輔相成來達到保障我們精障者觸法者，那這應該要支持一下。

第二個就是監護處分宣告的法律思維，然後這應該是取決於犯罪類型的監護時間的長短。那治療還是考慮到監護處分裡去做考量，另外是刑前監護比例很低，而且它不符合治療優先的原則，多以醫療照護為優先的一個看法，我想可能會是一個比較好的一個方式。

另外是對個案做治療那之後再入監服刑，才是達到刑法真正的目的也就是回歸社會，回歸社會是我們一直在強調的，不管是醫療面、還是司法面，都是一樣的目標，那這個部分來講，我想我們做一個總結，其實，德日美英可以做一個參考，那在現實上看起來，各國即使大家都在執行 CRPD，但還是有相當的困難，這困難也不只他們，我們也有同樣的問題，那在我們 8 月張教授有提到，結果也會做為一個修正的參考。

我想最重要還是回到 CRPD 的幾個精神，就要平等、要保障他的權益，給他回歸的機會和公平的參與的 3 大目標，但至於修法的部分，那我想就是這邊提到對於刑法監護處分做修正，那第二個呢就是暫行安置的部分，最關鍵是監護期間相當的長，這是目前看到最大的一個問題。那對於專業法庭的立法，這邊也是對於專業人員的照護訓練，走向專業法庭，剛剛張教授特別提到兩個日本的部分，它有法官法的同時還有專業的參與，看起來，他的精神走向所謂治療性司法的概念就是說，不是就法官依法審判，而是把它的利害關係的或者專業的整合到一個所謂治療性、司法法制概念，這部分對於專業法庭的修法可以當作參考。

當他提出 4 個建議去機構化的處理和保障精神障礙者的權益，那另外就是司法人員相關的議題，希望還有機會把我們現在研究報告的內容再加以深化和廣化，去驗證我們得到的資料和實際上操作是不是一樣，期待還有機會把我們計畫在做更大。

謝謝各位主席和很多委員給我的指教，謝謝。

審查委員發言

翁國彥委員：

整體來講，我非常肯定團隊這邊做出來的報告真的非常厚，而且我覺得特別是後面我國的司法判決統計，這是個非常艱辛的一個工作，那我們把這個工作完成真的會是對於我國今天這個案件的法治修正是一個很重要的參考基礎。

我覺得在實證研究上面、在統計上面是要以這種方式才能夠呈現說，我們的法治在運作上面到底有什麼樣的問題以外，還要往哪邊去做修正，或者是監察院能夠對我國法制的調整提供什麼樣的建議，那我們現在是肯定團隊所做出來的報告內容。

我個人因為是比較偏向實務工作的關係，所以我大概簡要說明報告中可以再斟酌跟修正的地方，那第一點是在報告的第 22 頁，關於德國的法治部分，我覺得好像有點不是很清楚，但第 22 頁的上面這裡有提到關於德國的收容制度有沒有違反 CRPD 的問題，我看後面的論述，包括剛才的簡報大概都認為在德國，不管是他們的國際審查，

或是他們的研究，都認為說是有問題的，這邊只說通常認為 CRPD 的積極規定，是確保現在處遇制度於法有據，就是說我們程序保障沒有違反 CRPD，這讀起來跟後面的結論好像不太一樣，而且說明沒有引注所以今天這裡的通常認為，我不知道是哪邊的通常認為，我覺得這可能以後再確認一下。

我的第二點就是關於我國的法制的部分在第 19 到 20 頁這附近，這邊有提到就是台灣在重建中的司法精神醫院這個問題，那其實這是一個非常值得嚴肅跟深入討論的問題，我想目前團隊的期末報告可能沒有辦法花太多時間在討論司法精神病院應該怎麼去建置。

但我個人是認為說，我沒有要求團隊要去修改這篇文獻，不過我認為，在法治上面這一個選項真的是必須要很慎重、很慎重的考慮，因為我想一個很明顯的論述，剛剛團隊也報告到的，那就是對於精神障礙者人身自由的措施是很容易被 CRPD 審查所挑戰的，司法醫院更是一個直接剝奪人身自由，也幾乎就是完全針對精神病人而來的，那這樣很容易就會構成 CRPD 針對身心障礙歧視的部分。

我們再特別是 Civil Commitment 在精神衛生法強制住院的修法過程中，剛剛吳院長有提到，其實現行的制度都被外界備受各界批判說，精神衛生法強制住院會很容易是因為社區的醫療資源不夠，才會讓家屬和讓醫生不得不選身體強制這條路。

有時候醫生也是很無奈，可是如果今天社區的這些資源有長出來的話，社區醫療資源人力不夠的話，其實我相信家屬或是醫生也不一定願意去申請強制住院，但這樣邏輯之下，其實司法精神病院一旦建置下去，我認為他勢必會吸納很多原本應該要走適當處所監護處分，反而流到司法精神醫院那邊去，因為這是最快達到社會隔離目的或者更嚴肅一點，是可以消弭公眾憤怒的一個做法是把它關起來，但這個絕對不是一個符合 CRPD 或是保障身心障礙權益的作法。

我自己覺得至少這個台灣建置司法精神病院這個選項，我個人是認為應該要直接封殺掉，不過，我想包括聯合國也不太可能對司法精神醫院做更深入的研究。

後面還有幾個問題，再簡單說明一下，在 97 到 98 頁這邊有提到，關於我國刑事案件在偵查階段，為什麼都沒有送精神鑑定的這個狀況，這邊因為報告就提到說，偵查中如果被送交精神鑑定的話，對其實是在距離案發時間最近，最有可能了解對案發當下的精神狀態，或是他的責任能力跟他的犯罪動機之類的。

這部分就我的瞭解，偵查階段之所以很少去送精神鑑定就幾個原因，第一個最直接的原因就是地檢署沒錢，沒錢就沒辦法做精神鑑定，因為這是這是保護預算的問題。

第二個原因是，如果今天是重大的殺人案件，被告羈押中的話，你很難去送鑑定，因為醫生可能會跟地檢署說，羈押時間也才 4 個月而已，你要我幾個月生出一份鑑定報告，是做不到的，尤其我手上還一堆鑑定要做哪有辦法，那互相協調之下無法協調就算了。

第三個原因就是這些客觀因素檢察官的想法就是說，反正這個案件起訴後，法院也會送鑑定，辯護人也會抗辯，到時候鑑定就給法院做就好吧，因為比較有錢，是不是這樣我不確定，但是相較於地檢署的話，法院比較有資源安排鑑定，也有比較長的審理時間去完成鑑定，這個可能是這些因素交雜之下，讓我們在偵查階段檢察官沒辦法去做精神鑑定。

當然我覺得這是制度的問題。那這個部分是我個人的觀察，就看進團隊有沒有可能去蒐集比較清楚的資訊具體貢獻法制上的建議，這點供大家參考。那再來就是在第 98 到 99 頁其實有提到，就是在包括過去一些重大的殺人案件都發生鑑定意見前後不

一的狀況，那今天補充資料內提到陳聰明案應該就是一個很經典的案例，就是它的前後幾次鑑定報告居然結論完全都不一樣。

這種案例實務上不多，可是其實在幾個注目的案件都發生類似狀況，這個狀況其實存在很久了，那在一些當事人的精神狀態比較特別案例裡面大概很難避免，所以我覺得在司法醫學方面的話，我一直好奇就是這有沒有一個被解決的方式，以便讓法院有一個比較可以說服社會大眾的方式去做處理，因為第一次鑑定不一樣，二審再做第二次鑑定又不一樣，那你說鑑定可以送第3次，但是第3次又不一樣呢，再送第4次，有第4次就會有第5次就無窮無盡了喔。

我覺得這個在法律上終究必須要解決。不然很容易社會大眾再看到這種新聞的時候，就會覺得被告又有權力脫罪真是該死，有些被告又在裝病詐病之類，所以我覺得這個在司法精神醫學層面，要去想辦法去解決的問題。

最後一點就是我看監護處分的案件是用關鍵字去搜尋，我看團隊這邊選關鍵字是監護處分，就我的理解是，因為剛剛有提到說，這些案件4成都是竊盜，那我想這可能跟監護處分有關，這些案件可能有些監護處分的需求，可是就我所知也正因為他是竊盜，他是簡易案件，所以很多地院刑事庭的法官，受限於資源受限和它的辦案期限，也可能受限於被告因竊盜案可能經濟能力不夠，也沒有請律師在審判過程當中去申請精神鑑定，導致這件案件很多就是地方法院審查就結掉了，然後法院判決面前就交代說，我看這個被告在警詢的時候，在我們法院開庭的時候就對答如流，我問什麼他都是能回答，所以他沒有19條的問題，所以這個也就沒有監護處分的問題，那就終結審判定期宣判，這樣一審鑑定就不會有後面監護處分的問題，在我的觀察裡面，這種案件可能會比團隊找到的判決還要多。

另外一個角度講就是天數，我用系統去查詢發現金門這邊就很常辦理竊盜。每一件都是易科罰金，被告會說他有身心障礙手冊，金門這邊的醫院診斷有思覺失調，可是看起來是判決都很短，都是內容照抄就複製貼上複製貼上從102年貼到110年總共4件，我想團隊用監護處分去搜尋是搜尋不到，因為他就沒有錢鑑定，他連鑑定報告都沒有，我剛剛說這個比例恐怕會遠遠多於團隊所找到的判決，那我覺得這不是團隊目前還會有時間去做的，這可能是國家人權委員會或監察院，在下一期研究上面去探討，和這個問題到底要怎麼去解決。

那這類案件很容易會因為司法系統用很固定的方式去做審判反而犧牲當事人的權力，不斷的用易科罰金的處理，可是過幾月之後他又竊盜又再犯，然後同樣邏輯又再一次，那這個其實沒有最終解決這個問題，我們看到竊盜也是一再觸犯，而且其實也會影響到社區的治安問題，但就是沒辦法解決。

最後這點我覺得是台灣監護處分天數的狀況，可能需要監察院再從別的角度去看有什麼方式去做精進和研究，我還是非常肯定團隊做出非常詳細的各國比較法和我國司法判決的研究，以上是我的分享，謝謝。

吳建昌委員：

首先先謝謝各位專家學者，我這邊其實也是呼應翁國彥律師的提問，我覺得其實我們團隊真的花很多心思，所以就這些內容都有做修正補充，尤其是在CRPD的部分加了非常多的一些不管是引用，或者是自己的意見，也有做一些司法可能性的挑戰，我就這已經非常系統化的呈現。

再來就是我們增加了座談的一些逐字稿，然後也的確做了非常多的案例分析，也對每個案件都做一個特徵和分析，讓案件都做一個清楚的呈現。那有關於說刑法第19條

和第 87 條的分析，我覺得都是非常好，所以我想這個報告不知道調整處理要多少時間，不過我其實覺得基本上是很完整的報告這樣子。

身為一個審查員。我們目前的想法是希望讓好能夠再更好，不是說這個報告本身有什麼特別的缺失。那我第一個建議是綜合的建議，就是說團隊是不是有可能在關於 CRPD 他們的立場上能夠再更加的鮮明一點，因為其實我們看到 4 個國家裡都是算先進國家，沒有一個真的能夠符合 CRPD 的要求。

在這樣情況下，對團隊的建議會是說，我其實我們沒辦法完全符合 CRPD，可是在沒有辦法完全符合的時候，我們要怎麼做才比較不會那麼不符合，我想這個部分可以再把它突顯出來，因為我可以看到團隊的用意，包括幾個重要的句子可以再更清楚。

然後再來就是我感覺出來其實用了很多新資料，可是後來在整個報告呈現當中的話，事實上是我們就去唸那些逐字稿，然後可能有在部分地方有引用某些專家的話，可是用的也非常少。所以我的感受是其實團隊有用到專家座談會的資訊，可是好像沒有特別把這個部分的連結，我在呈現很清楚一點，我想如果有的話，就會讓專家覺得說，講的話的確對團隊的想法共識會有些影響。

關於那個刑法第 19 條和 87 條這些相關的案件，做了很多清楚整理，然後也有對法院的一些處理或者是缺失的部分，也做一下歸納整理。我另外想到就是說，這些案件本身有沒有可能做某種的類型化分析，如果有時間的話，如果沒時間可以當下一期計畫來處理，這樣就跟剛剛翁律師講的一樣，就是這種類型劃分，或者可以幫助我們去找出說，或許這個團隊可以建議，將來如果在就監護處分相關的這些案件，哪些類型應該注意哪些事，我想這個是已經要求很多。

第 4 點是我覺得團隊做這個圖表，非常的漂亮又精緻，而且讓讀者一目瞭然，其實這可以放在報告裡，因為做了文字的描述之後，它其實有些圖表出來就會更幫助我們了解的再更快速一點。

最後一點，我覺得這是困難的地方，也是我們再關於說監護處分相關的一些處遇方面我們到底要怎麼辦，因為感覺 CRPD 委員會，他們期待是不要強調強制治療優先，你可以用治療，但是是自願的治療，希望是沒有在程序上一種特殊待遇，特殊待遇就是一種差別待遇，差別在醫生在給人歧視的意思。

所以他們的期待什麼，要去做監護處分，也不要說因為他就審能力不足，就先把它放到一個精神科的醫院，接下來做強制的治療。他說這個其實都是 CRPD 的精神，當然希望你就照樣給他起訴，可是在起訴過程當中，一個程序的合理的調整，盡量幫助他能夠去讓他參與這點我就覺得很重要，在這樣的過程當中，得到一個真的、公平的審判。如果她願意接受治療盡量幫他，有些心理、社會資源能夠提供足夠支持，盡量做，這是 CRPD 希望做到的就是兩邊的一種對等。

所以我一直覺得第 12 條才是 CRPD 委員會再宣揚的事情，就讓第一個一般性意見書後面的東西都是跟著這個在變動，阿當然要做到超困難的，也有可能一輩子都達不到，團隊會建議說，在台灣的現狀只會我們靠近國際，這個是我的一個一般性的一個評論，另外就是有些細節地方，因為時間關係的話，我大概是做個提醒，就比如說像第 5 頁，倒數第 3 行，少一個制度，我是看到順便講，不是說我每個字都這樣，一直檢查。

第 11 頁我國的部分的話，其實很重要是講到其實羈押的目的，跟暫行安置問題一樣，暫時安置的目的跟監護處分目的也是一樣，那提醒我就是說，如果台灣對可能有

觸法的這些人，讓他們的一些處遇的可能的流動方向，以及接觸到什麼樣的處遇能夠做一個比較。

因為我知道，其實在分流這個概念沒有那麼的明顯情況底下，可能有一些他只是偷東西，可是那個起訴那邊就歸起訴。其實它有可能就會到精神衛生法強制住院，那這樣的人其實可以案情就變重，我不是說在司法系統裡面跟他做人身自由的限制，所以這項情形底下，有沒有可能把剛剛講那 4 種他的互動目的稍微做一點比較，那這樣讓我們對於我們國內這些相關的處遇方式，能夠有一些更明確的比較。

第 15 頁，新北地院那個從羈押改善，讓我想到說這個人一開始，它是譬如說現行犯被逮然後申請暫行安置的話，它如果沒有羈押，好像感覺法院就是等到做裁定之後，這個人他放走再把他抓回來做暫時安置。但如果希望在警察手上直接就行暫行安置就要 24 小時做出來，要不然是羈押的時候就沒關係反正人家就是羈押狀態。所以看診有幾種流動的可能性，這樣會牽涉到說如果要做鑑定的話，會抓時間要趕著 24 小時做出來，還是說人就帶回家，等要暫行安置再帶回來，還是說在羈押的期間來做暫行安置的鑑定，我想這樣就有不同的時間的壓力，那這些相關的鑑定的證據或者一些診斷證明書有沒有這麼完整都會受到影響。

或許的團隊這邊再稍微做說明也不錯，再來那個 case 羈押原因是什麼，還是所有羈押都改成暫行安置，如果是串供那些原因，改成暫行安置可以再討論一下。

第 8 頁第 2 段倒數第 3 行，具有一般被告羈押之處分應該是前語，好那再來是講到全國的部分，其實我本來是跟翁律師剛剛講 CRPD 用語的確有點不太順了，然後就是第 24 頁這幾行關於機構外的專家意見的報告，這段我是覺得倒數第二行，必須與被收容的精神障礙處法著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，所以我這個唸好久，我覺得還是有點不能了解，所以如果有機會的話看看可不可以把這個字眼再重新給訂定一下。

德國的第 30 頁，倒數第 2 段就是說司法實務有鑑定為之者，亦有非鑑定為之者，這種相關的鑑定他的形式會是什麼，跟台灣的是一樣的嗎。再來的話是說，第 32 頁講到其實德國他們監護收容的人數越來越多，那這個會不會說是台灣將來會碰到的問題，因為我想這個是我們如果真的要開所謂精神醫院或病房，未來會不會人滿為患，這是值得我們思考的。

第 36 頁工作及活動治療，真是讓我想到跟台灣的職能治療有沒有一樣，職能治療牽涉到很多是工作治療或其他相關治療，我只是好奇啦，還是他比台灣職能治療範圍更廣，像是陪他們外出散步購買，職能治療訓練好像也包括這些東西，所以這個是我覺得很想再多了解。

第 44 頁，就是第三審查事項的第二段，就是你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，這段唸起來也是有點難唸。

第 45 頁關於日本的部分，我對於就是治療滿意性這個事項，四階段叫做治療提供動機，對治療如果有同意能力，這個應該是打錯字吧，然後再來是治療效果治療內化，這是效果=治療提供動機這一塊，是我比較沒有辦法瞭解，所以或許有可能對再詮釋一下，然後它這邊特別提到說，這個治療可能性治療反應性好像還是不太一樣，那如果真的不太一樣話，是可以再稍微再呈現多一點，它們不同在哪裡。

第 46 頁的話，二、東京裁判所執行方式，就是有包括那個整備會議這邊有提到說，要參加的人包括從病人端到輔佐者將屬於這邊，可是我沒看到本人或者是律師來參與，那這樣如果會不會說，這是一個所謂讓他們有合理的參與的話，真的會算到這

個地方。

再來第 47 頁，就是關於日本的這個制度的話。它那個鑑定人力的負荷也縮短，而且到底它的專題如果放在台灣的話，有可能是屬於刑庭，還是家事。因為我以前參加一些問答活動的話，他們就會家事庭是那一塊屎，所以把它壓下去的話，他就跟上次一樣。家事庭是比較熟悉，好像大家討論一下這些事。

英國第 60 頁，也所謂自我狀態，倒數第六行這一段講到，健康社會護理，護理這個字是什麼，所以可能要稍微看一下。我想到的是護理人員在做的事情，可是看起來這邊講的就是完全不一樣。

如果精神病患強制治療，採法官考留，可能要稍微講清楚一點。這法官法是事前還是事後，我感覺他應該事後，後來會找法官來做審查是一開始並不是，再來就是第 62 頁講到 order 跟我們台灣講的那種所謂的民法監護的概念那到底差別在哪裡？因為我看到的好像他除了在它的一些相關刑事案件有參與之外，他有其他民法一些效果在裡面。

英國這部分我很好奇，Mental Health 他跟治安法庭在或者是 Crown Court，他們在幾個功能分配上是怎樣的情況，因為後來發現，糾察隊講到 Mental Health 一個月才沒有講到一兩次，後來他就消失了，是因為說後來他們的一些新的制度變成他就沒有什麼作用。還是說也是有，那如果也是有的話，甚至可以把它們扮演的角色順便也把它提一下。

第 66 頁他山之石的底下那個表格最後跟司法精神病院，那我建議是，司法精神病院的地方，下面這一欄是空白的，是有意的留白還是沒有寫到，看有沒有辦法補充一下。

第 68 頁就是有講到 appropriate person。那 appropriate person 翻譯成適當的，我覺得聽起來不太容易，覺得說那個意思是什麼，它是屬於監理的嗎還是說某種的代理。因為我覺得好像他不僅要代理還要支持，所以可能稍微再看看那個翻譯，然後怎樣寫會比較好一點。

第 76 頁，美國的這個過程當中可不可以做治療，如果可以做治療的話，跟我們台灣的暫行安置，團隊好像把它當作是不一樣，所以，如果這樣的話，提前它會像是那是緊急安置還是暫行安置。還是緊急安置放在刑事司法系統裡面。

第 78 頁最後一段倒數第二行，他說，多數的州都把身體可以簡化，不論是事前或事後，所以這意思就是說，他可以先把人抓起來，然後之後再問法院這樣可不可以，是這樣的一個情況嗎。那這樣的話其實法院不一定開始要進來，

再來是同樣的意見，可以一口氣用畫出那個流程圖的方式來處理會比較好。美國的這個部分的話，其實我覺得這很重要，因為有提到精神衛生法。但在講監護處分的話會不會再講精神衛生法？因為精神衛生法其實它就是把你沒有處理到某些個案或許沒有監護處分的是，它事實上也可以得到良好的一個支持系統。

吳文正院長：

委員，可不可以暫停一下，因為我記不太住這麼多東西，我先把前面的東西補充一下，我先確定一下這邊有錄音筆嗎，這樣就不會漏掉了

吳建昌委員：

我主要是想說英文的部分，團隊有時間的話可以再補充一下，因為團隊已經寫的很棒了，這些只是能讓團隊更棒而已。

吳文正院長：

謝謝委員的指教，其實前面委員提到，有些是英國的系統一直講，因為日本只是在操作上，因為我們制度上就差很多，至於細節怎麼樣去處理，剛剛有提到 Emergency Hold 再瞭解一下，這些翻譯上都比較特別，另外就是說過程當中是否給予治療，事實上，這方面還需要再去了解一下，我想這些是我針對剛剛的東西做個簡單的回應，那之後再請委員給我們指教。

楊雲驊委員：

基本上我必須要重新再重申一次，重點是在於說前面那些綜合部分，然後後面那些是我看了以後我也是有些想法那就做一個分享。但是團隊已經做的很棒。阿如果說，有機會有時間對那些比較細的東西能夠再調整的話，那我想是更棒的。大概是這樣，但期末到告要 11/23 之前，沒多少時間，所以細的地方有機會再說。

我想因為研究團隊也非常辛苦也很認真，在這個時間以內就把這麼多的制度，不管是醫療還是法律的程序，甚至他們的一些建議都能清楚的表達出來，我想這個是非常值得肯定的，那有一些我的一些個人的看法，我有寫在這個書面上面，我就節省大家時間，就請團隊參考不是說必須修改，這個我想其實這個計畫，我會覺得對我國將來，因為這是監察院這邊的一個委託。這個未來大家都看的到，所以會對我國精神障礙很多的法治，還有實務的處理，我覺得一定有它很高的參考價值。

所以我個人，我如果從整體來看，我想團隊要能夠清楚說明，這個聯合國 CRPD 的東西，講實在話誠意過高，我不曉得世界上有哪個國家，你不要說做到百分之百，80 分有沒有，我根本就懷疑這是不可能的事情。

所以我們如果要用這麼高的標準，從我國的全部的醫療、司法法制怎麼救濟全部去看，那我覺得那真的有點搬石頭砸自己的腳。其實大家可以平心靜氣的看，我國的法制發展到現在，距離德國、日本、美國有相差很遠嗎？差了 108000 里嗎？看不太出來，瑕疵一定有，有不足的地方一定有，大家也不要吧美國想像的那麼美。美國我看了一些資料，發函各州的貧富差這麼多，怎麼可能做得到。

我舉個例子美國好多州，他這個所謂的有點像我們司法精神病院，他也有，但是太花錢了所以他根本限制時間，那我覺得這個蠻特別可以去看，連我都看到這個資料，有些就好像是一年或 8 個月治不好就請你走吧。

我再提一下英國的例子，這個當然可以不用寫進來，英國發生最大的爭執，就是大概在 2008 到 2010 年，他幾個有嚴重精神疾病然後又連續殺人連續性侵的那五六個受刑人，英國給他們的方法就是乾脆不准假釋，所以英國沒有死刑，但是英國的做法就是說，假釋我不會准，就是要把他關到死為止，結果後來歐洲人權法院就說，你們這個不能這樣，搞了好久結果英國最後還是不甩他，英國當時就說，那我們要退出歐洲人權法院，當時首相卡麥隆就這樣講啊，他說歐洲人權法院就走向地獄，恕我們不伴隨，所以它為什麼它為什麼這麼說，因為那些人回到社會，不要講甚麼社區就是回到去機構化，他說他是不可能的事情。

德國也有發生過，我想張老師應該很清楚，也是差不多那幾年，一大堆性侵累犯，殺人甚至還有殺人魔頭在裡面也說要出來，也是說不可能的，歐洲人權法院也說，這個是不是造成那個實質上的終身監禁是侵犯他們權利。結果我看德國當時的好多報紙的直接就講，不管左派右派的這些人出來了，最好去住在歐洲人權法院法官家的隔壁，讓他們沐浴在人權之下，就是說出來沒有地方去，聯合國也是發生這種情況。這這些人民說他什麼都走過了，監獄裡面的治療、收容他都走完了，但是再怎麼評估他還是有極高的再犯危險性，結果你今天真的放他出來，任何制度都解決不了這個問題，那甚至當時他們還討論，這個人到底出來了，因為德國他這個戶籍制度是很

嚴格的，你不能就是說你走出監獄大門好，那你家的事我不管，他要把他送回他原來的戶籍地，結果也沒有一個地方願意收，這個人送來就完蛋了，我們這個小鎮大概大家都不敢出門了，這種很嚴重的問題。

所以我覺得我們在討論這些其實，這是台灣過於無奈的地方，我們把聯合國的公約，通通弄個施行法。然後說保障的部分具有內國法效力、我們看那些國家去加入這個公約的時候是付了多少保留付了多少條件付了多少多少，沒有人像我們這樣百分之百買單，買單到了最後就是什麼都做不到，然後自己一直拿這個來批評自己，批評一個可能全世界都做不到的事情。

我會建議研究團隊，當然這是我的想法，這裡面的制度適度的加一點就是說，我甚至連北歐的國家做得到不到我都高度懷疑、那我們的國民所得才多少，我們能跟他們比嗎？硬要做到這些到時候就是東檢討西檢討什麼都做不到，那我認為有一些可能不太詳細或者一些制度的問題，譬如說，因為時間太有限了，我就專門講暫時安置，暫時安置這個法修出來以後有學者很清楚的說，此次修法立意良善，但中心思想飄移立法技術欠佳，我覺得這個團隊可以參考一下就是說，剛剛這裡面最主要的到底暫時安置，它是以干預被告人身自由處分為主，醫療是不是只是附帶目的？

因為整個法制的警示會相差很多，以德國來講的話，它就是認為醫療只是附帶目的，並不是說在暫時安置裡面，就要把它治療到跟真正在醫院的治療，不是的，為什麼，他是預防社會危險。

以這個主題拉出來以後，才會接下來討論到他跟羈押的轉換或競合的問題，剛剛前面我有提到，看你的目的是怎麼樣，你才能在討論競合或轉換的問題，還有甚至他以後的銜接處分，似乎就是判決確定以後的監護處分，甚至在德國還有增進單獨宣告保安處分，也就是說當被告已經到達真的是我們講的那種心神喪失的程度。阿我們都知道即使妳起訴他到了法院審判也沒有多大的意義，是不是很有這種單獨宣告的問題。

還有保障人權不只優先集中審理，還要注意無罪推定比例原則、速審的要求喔等等，就請團隊參考，第二個我們一直在談的治療要不要等到同意，如果按照 CRPD，那就跟可能我們刑事訴訟的目的可能就不一樣的，還有 CRPD 好像一直強調要去機構化，可是我必須很坦白的說，歐洲這些年來的發展，不但不是去機構化，還是在機構話，因為誠意過高做不到，我們要注意這個趨勢。

另外還有一個大問題，就是精神病犯的問題，他很多其實已經合併到了什麼藥物濫用的問題，所以在整個資源的整合上面要怎麼注意這個問題，也是他們這些年來的這個重點。

所以我當然也很贊成多元處遇去機構化，可是我們看一些研究裡面有提到的這些國家。這些實務上來看，我是建議我們採取穩健一點可行一點的做法，最後司法精神病院大家談了好久到現在也沒有順利的完整的上路，這第一個問題。第二個我們到底要投注給他多少經費，他能因應台灣這些情況因應多久，這些都還是問題的時候，現在我們又說要把他去機構化，有一點像我們連走路都還不會就要他跑百米了，我覺得這個會在將來的問題討論上，台灣社會的情況會出現很嚴重的問題，當然這只是我個人的建議，而且我都寫在上面我會給研究團隊。最後研究團隊非常仔細、也很辛勞的整理了那麼多資料，我現在非常有參考價值，一個短短的時間裡面很少看到研究報告有那麼體系化而且那麼詳盡的，以上謝謝。

林勇如委員：

首先我們團隊能做出這樣的報告感到非常敬佩。我們的司法院的部分，先針對暫

行安置的過程和內涵來討論。首先對有精障者，司法院的立法認為應該精神衛生法提供有優先的保護，也精神衛生法應該是他的主軸。但如果在觸犯刑法狀況之下，因為有些狀況，有社會安全的問題和刑事責任部分的問題，所以只好用這種刑事處遇的最後手段來做對待。那第二個要講的是偵審程序中，按照在暫時安置施行前，事實上，偵審程序就已經有所謂的先行裁定監護的制度存在。

在我們 52 年的保安處分執行法第 4 條裡面就有很清楚規定，實務上相對的真的是比較少用，那它有它的一個問題就是，我要先說明剛剛講的部份，他是在偵查中就可以開始用，但是他只有一個更大的缺點就是它程序保障比較不周全。這也是我們在暫行安置所制定的一個重要目標，那這樣也就是說，因為我們剛剛講說，我們有 87 條監護處分裡面和剛剛保安處分執行法第 4 條、第 2 項跟第 3 項的緊急監護處分裡面，為了讓我們本來的 87 條，因為大家都知道我們 87 條是經過判決才會出現。但是我們剛剛有一個先為裁定的緊急監護處分種狀況之下，是欠缺程序保障，所以才訂第 10 章之一的暫行安置。

主要是要把程序保障做出來，那因為如同剛剛我們委員所提到就是說，暫行安置很基本的立法目的是要放在著重在類似 CRPD 的概念，還是要著重在治療，最早我來說明一下，當時司法院的基本立場，基本上，雖然在一開始立法的時候，我們是用緊急安置，那他的目的就是希望能夠把醫療的行為拿到前面。

把監護拉到前面，那其實這個法不是新創的，如同我們剛剛講在保安處分施行法第 52 條就有這樣的規定，只是比較少用。所以這一次在刑訴裡面我們第一個目的就是說，暫時安置是刑法監護處分的提前，要盡早讓被告去接受具有治療功能的醫療處遇，不是像羈押制度單純的把被告放在一個監獄裡面達到一個隔絕、防止逃亡串供或者再犯的單純目的，而是含有一個治療的需求，要考量到他精神疾病的醫療的需求面。

另外，我們也要再強調的是說現在我們的暫行安置，它的效率跟羈押也不一樣，哪裡不一樣呢，我們暫行安置準了之後是六個月，各位如果去看羈押，他是區分偵查、一審、二審、三審，審級是不一樣的，也就是法官認為要重做，但是我們認為不用重做，因為要減少被告整天被捉來捉去，他的重點在於醫療，所以我們重點也在這個方向，所以也符合我們著重在醫療，所以我們必須要說暫行安置跟羈押本質並不相同，因為我們還在強調的是，暫行安置在司法院一開始出來的名稱就是緊急介入，它是一個緊急救護狀態。

暫行安置的法律效果，他有一直提到去機構化，還是說只能在機構裡面。那各位可以看到說，我們現在的暫行安置條文裡面是寫司法精神病院、醫院才有精神醫療機構，還有加上一個適當的處所，他現在將來會有一個爭議，不過也可以幫我們注意到就是說，所謂的適當處所，簡單來說，暫行安置是不是一定要在機構裡面，這個是將來真正開始執行的時候，當然現在已經有好幾件，那是不是只能在機構，還是他能出去外面？那司法院目前的立場，第一個我們針對條文的解釋，它其實就是不限於機構。第二點，我們有一個比較就是說刑法第 19 條，也就是反而真正判決下去之後，判決監護之後，他是不是只能在去機構化，我想都會有提到他不是機構化，那我們現在就要講一件事。已經被認定真的有 19 條的狀況之下，他可以再機構化，那我們現在前段緊急監護的地方，如果他還沒有確定而機構化對他更有利的時候，難道我們非機構化的處遇就不能做嗎，所以我簡單的說明是司法院的立場並不認為只有再機構化來做暫行安置，那這部分跟報告是一致的方向。

至於現實的社會能不能做到，我們也希望他能夠有這樣的一個發展，這是我們第二個對暫行安置效果的詮釋。

另外我們說暫行安置對人身自由的保障，對人身自由的一個影響當然是很大，所以我們再一開始提到說，我們希望能夠給他一個完整的程序，那也就是我們剛剛講，在早期偵審階段，就可以做出所謂的緊急救護裡面，對於他們的權利保障，所以我們在這次的訴訟法裡面加了身心弱勢者陳述意見權，還有裁定延長期間和最長時間的部分，我想大家都很清楚我這裡不說報告也有提到。

我只要提到幾個跟各位分享，我們一直強調暫行安置是以醫療跟社會安全為本質，不是另外一個型態的羈押。那幾個點可以看到，第一個，按照偵查階段如果發現真的是19條，其實檢察官不罰行為，他應該做不起訴處分，也就是252條的規定，那如果在這個狀況之下，他是不是就會再外面亂跑，應該是不會，因為依據481條就算不起訴處分，他也會可以單獨申請保安處分，而且這個制度不是因為暫行安置，後來才跑出來，他一直都存在。

再來法院審理階段已經暫行安置的時候，我們法院會必須去注意到說它在整個暫行安置的過程，這個過程的醫療狀況還有繼續的必要性是不是存在。那我們要講就是說，因為我們認為暫時安置跟監護它其實是一連串而且都是可以銜接。所以假設我們現在用很簡單的例子來看是說，假設我們今天鑑定報告只有一個，這個鑑定報告說你必須要治療10個月，如果前面暫行安置已經暫行了三個月，結果後面的監護處分給人家七個月，對我們來講要去考慮研究，因為法官在做前後的判斷的時候，你不是把它拆開，當然實際上有可能在做的時候認為縱使以前沒有做暫行安置，後面還是需要多少是另外報告模式，主要強調說明是說，再做監護處分的時候必然要去看他的暫行安置的效果和後面執行的方式，這是第一個在我們審判階段中間就要去考慮，這個是我們實體裁判階段要考慮到。

暫行安置的執行這個部分大概就如同報告所講到的，有特別去提到說，現行規定上有所謂121條之5，因為我們認為121條第一項，暫行安置的本質就是先行監護，所以沒有宣告監護就直接暫時安置，所以暫行安置之後，我還沒有宣告，監護者要視為撤銷暫行安置，判決宣告監護開始之後暫行安置，會延長暫行安置還是執行，是一樣的道理，本質性一樣的東西就是監護，那前面的暫行安置但你不能去延長，所以這整體上的立場是一致的。

再來暫行安置可不可以折抵刑期，這個部分跟大家做個報告，因為我們剛才說暫時安置的立法過程它其實在司法院叫做緊急監護，而且我們再121條之5第二項裡面的後段其實有訂了一個條文，訂了一段話叫做判決宣告監護之執行期間加計已累計執行緊急監護期間不得逾監護法定最長期限。

這個意思是說，當年監護還是五年，所以緊急安置跟監護兩個合起來就不能超過監護的期間，那這個部分被認為是在保護，那為什麼是保護，因為法務部那邊認為要在刑法更正，但是最後刑法修正也沒有增加這一條，也就是我們這次報告裡面所提到這個事情，那這個過程我們也說明一下，來確認說當時在立法院審議過程之後，事實上立法委員非常關心這個問題，那立法已經請在本院、司法院、法務部、衛生福利部經過討論，最後的結論應該是本於暫行安置本質是在對被告做醫療處分。

我們希望最後是透過法制，盡量在實際執行的經過，就是法務部、衛生福利部能夠依據司法院釋字799號和810號所要求的明顯區隔原則，讓我們暫行安置還有監護處分，能夠實際著重在醫療，減少暫行安置就是羈押徒刑的認定，要把這兩個區開的

方式，其實就是透過真正給一個好的福利待遇，也只有這樣才能避免這個報告一直提到的，我們只是把人關在那邊，那當然這個就是我們希望能夠達到一個目的。

各位一定會好奇說。他講這個東西跟折抵刑期有什麼關係？後來就是因為我們的98條，我跟各位報告一下，現在98條不是羈押，所以不會去當然的折抵刑期，而是委由法官就個案來看是不是適合免予刑之執行，這個東西有好有壞比如說，我們以前折抵刑期的話，用羈押的概念、你應羈押五個月就是折抵有期徒刑五個月，但是暫行安置的概念是，你可能暫行安置6個月或是3個月。但是你可能是免除刑期一年，那也可能都不免除，我必須講這有可能發生，這個當然係屬於在個案的法官決定。

那我們要求的是希望法院必須真正的去個案審核問題，而不是單純的去折抵，如果今天的立法委員，他們認為是應該要單純做折抵，但是另一個最後跟大家報告是我們本來是考慮各種方式，那包括我們剛剛講是不是要做折抵或加計累計等問題，其實在這個過程是值得討論，至於這裡面還有特別提到說，要不要獲得刑事補償部分，跟各位報告我們現在正在研議有關於暫時安置的部分，是不是要有所補償及有其他的相關條件，我們事實上是有做出委託案但還在研究中，如果後續有結果在跟各位分享。

楊雲驊審查委員

主席、各位委員、張教授和吳院長大家好，那首先還是就研究報告的部分，因為這些研究報告其實是有介紹德國、日本、英國、美國對於精神障礙觸法者它的處遇，那它的流程其實是不一樣的。那也從相同的CRPD檢視標準來做比較，之後再來對我國法治做出一些檢討，所以其實這個架構非常完整。那之前我們也有說暫時安置的幾件事之過場、那法院審查標準、一些評估的機制等等。那其實在這一次的期末報告當中有獲得一些回應喔，我覺得就非常棒也很感謝老師們的用心，那我想就是有幾個可以補充或是提出來的地方，也可以讓研究團隊做參考，不是說一定要全盤接受，可以參考一下。

比如說，在第8頁有寫到說是有關於那個保安處分執行法，還有那個監護處分評估小組作業辦法的這個法制作業部分再補充一下，就是說保安處分執行法治也增訂那個多元處遇、評估小組及轉銜會議之規定，這些規定其實都是在今年的2/18是總統公布施行的。但是保安處分執行法第89條規定是說，就是保安處分執行法施行的日期跟地區其實是要有行政院命令，那這個部分其實已經在今年3/31，行政院已經訂立施行了，那再來就是說你監護處分評估小組的作業辦法，那其實也已經在今年的5/20號有制定公布了，所以這個是一個法治上面的補充，也許把她加入會更詳細。

其次是關於第16頁的最後幾段，其實有提到說，醫療及醫療院所在執行監護處分的一些安全維護的問題，那這邊建議就是說，因為目前機構大概是有比如說我們未來規劃的司法精神病房，如果是司法精神病房或司法精神醫院的話，那這個部分其實可以參考行政院核定的強化社會安全網第二期計畫，網路上也都可以找到核定本，在社安網第二期計畫裡面就有寫到說，司法精神醫院跟司法精神病房的安全維護應該怎麼做，比如說如果有申請到一定規模以上的專區，要住司法精神醫院或病房，那就是有我們法務部矯正署會去協助安全維護設施的設置，比如說像監視系統等等，那還有就是人員的配置跟培訓，這其實都有寫在社安網第二期計畫裡面。

如果說不是司法精神醫院或是司法精神病房，就是我們一般的醫療院所在收監護處分個案的時候，他可能是很難去整體性地去佈建一些安全設施設備，但如果有需要安全維護的認定的話，那原則上可以就是依照我們個案的特殊狀況，依實際上聘僱

安全維護之人力，計算薪資，向法務部專案申請費用，目前也有此類專案核付之情形，所以這個是大概是有關於這個監護處分的安全維護的部分。

再來是有關第 18 頁有寫到 CRPD 第 14 條的人身自由與安全來檢視監護處分、暫行安置相關規定，那其實我個人是非常贊成一旦觸發，就立刻進入司法處遇，其實是應該要限縮說在起訴或審判之後，或者是我們經過很嚴格的證明。證明說這個人他可能會有再犯的或危害公共安全的時候才進行司法處遇。那如果是偵查過程當中的觸法行為，那其實它就是跟一般被告一樣。我覺得它還是必須就是從社會安全網或者是從單純的醫療體系做一些處理，這應該是比較正確的原則。

因為現在正在討論自由，安全的這個部分，確實現在的多元處遇我們是希望能夠盡量走上去機構化的處遇，就是避免說這個受處分人他的監護雖然是司法權力的監護，但是也盡量不要去讓她受到太多的人身自由限制。

但是其實是因為報告裡面寫到說，目前好像沒有什麼具體的有效措施，那確實是因為多元處遇，其實是在今年保安處分執行法才剛通過，但其實現在目前大部分的監護處分個案，確實都是在機構及醫療院所辦理。

去機構化的處遇，就必須要去盤點說，到底有哪些可用的機構跟資源，但其實我們現在檢察機關也陸續在設置評估小組。評估小組就會邀請專家學者來評估說個案是否適合去機構化的處遇，那專家學者就會給予意見，那我們再自行尋覓或請衛政、社政協助尋覓轄內或跨轄的多元處遇機構，這個是目前我們還在努力的。

關於暫時安置部分，就 CRPD 的檢驗可能實在是沒有辦法折抵刑期這部分，其實暫行安置施行法 18 條第 3 項原則上是可以折抵刑期的，他到後面的監護處分就是說法院在認定是不是有監護的必要的時候，其實也會回過頭去看他之前是不是有接受相關的醫療，他在暫時安置的時候是不是有接受相關的精神醫療會導致說，它整個後面其實已經沒有再犯跟危害公共安全之虞的時候，其實法官就可以去縮短或是不不要採監護，所以暫行安置其實還是可以折抵刑期的。那依照在暫行安置在精神醫療的情況，他也可以去反映在後面到底要不要裁定監護處分。

我簡單回應一下司法院的法官，因為我不太確定學長你沒有參與暫行安置的立法過程，因為當時整個立法過程當中，其實法務部跟司法院對於暫時安置的性質到底是什麼，其實是有非常大的歧異，那我想這個大家都知道就不要在這邊再多做說明，但尤其是我們對於比如說把判決確定後的監護拉到刑前來做這件事情，是不是會違反無罪推定原則，這部分其實我是有很大的爭執，那這部分我們就不要再提。

再來保執法因為制度的不足，所以改成用相關的規定，而且其實我們也不會用保執法去做什麼緊急監護，大概都是不起訴處分確定的時候，我們向法院聲請裁定監護會用保執法，大概是這樣子。

我覺得在立法的技術確實是值得商榷，那這個我覺得是要檢討的事情，那相關的立法程序跟性質的探討不在這邊贅述。但我最後有些相關資料會提供給研究團隊，那我自己講幾個地方。

第一個是說，6 個月合併計算的這個問題，其實因為我知道司法院現在的態度好像是說裁定 6 個月是偵查加上等待期算個 6 月，但會有個問題就是說，我大概知道司法院的說法類似像限制出境出海的感覺，就是說檢察官假設法院裁定 6 個月，然後檢察官兩個月的時候就偵結起訴，那這時候要不要送審？我自己參加立法過程，我們的想法是說，暫行安置其實是就是一個暫時性的一個可能會拘束人身自由的處分。所以原則上它應該像人犯要送審這樣，不用把他提來提去，造成他醫療上的不便，可以用視訊的方式完成，這個都沒有問題。但如果說用司法院合併計算會有問題就是，今天比

如說法院裁定6個月，然後檢察官兩個月的時候就起訴那這個時候還有4個月的期間，法院要等到4個月之後才要裁定延長嗎，如果起訴送審就不會有這個問題，起訴受審就是我兩個月起訴。那到法院檢察官再繼續申請，法院依職權裁定，這要就很清楚責任會一目了然。

如果合併計算就是兩個月，起訴之後還有4個月，4個月到的時候是檢察官申請延長還是法官依職權裁定，還是法官依職權延長，就是會有責任會不太明確的問題，這個是實際上實務運作問題，我想也許之後會再跟法院來協調。

再來是能否在機構做暫行安置，但因為我們對於暫行安置的性質是認為說，因為其實對於精神障礙或心智缺陷的觸法者，我們欠缺一個就是我們可以立刻拘束他人身自由請他趕快接受精神醫療，所以能不能夠在多元處遇去做，我覺得這個是值得商榷，因為他今天一但沒有這個緊急需要，他就應該跟一般被告一樣，他就應該要離開就要撤銷了，而不是還要轉銜多元處遇，然後在轉去哪裡哪裡，一般病房也不會這樣做，所以原則上，我們是認為就是有某程度的拘束人身自由，在醫療機構裡面趕快讓他接受醫療處遇，只要精神狀況穩定下來，就應該要撤銷暫行安置。

因為暫行安置期間最少5年的規定，這個其實不是說，他們要自己在刑法裡面從頭到尾都做，不應該有那個規定，我們回到這個報告，暫行安置期間，除了第一次是6個月以下，每次延長也是6個月以下，然後偵審不可以超過5年。我個人認為這個期間其實是太長，不符合這個偵審中暫時性拘束人身自由的本質，那在立法的過程當中，其實也有立法委員提案說，參考羈押的期間，再來就是偵審中要有一定的次數，但是這些後來沒有被採納，所以實務上，目前法院也都沒有採6個月都是3個月為期。

而且很多專家學者指出說，其實像精神衛生法也是大概兩個月左右，就可以讓病情被獲得顯著的改善，那像日本的住院命令，他的核發其實也是以兩個月為度，所以暫行安置他每一次延長都是6個月，然後偵查跟審判當中可以到5年這個覺得期間過長，不符合偵審中暫時性、拘束人身自由處分的本質。

所以我其實看到研究報告的第31頁寫到說德國暫行安置穩定增加，看到這個敘述，我個人是還覺得蠻擔心的就是說，因為我們國家暫行安置其實跟羈押相較起來是應該比較嚴格的，那如果說這個人他符合羈押的要件，其實再羈押的過程當中，它還是可以去接受精神醫療，我們評估說，他現在立刻就是需要精神醫療，才會走暫行安置的途徑，所以暫行安置其實應該是更嚴格和更小心使用。

我文章中也提到，德國法也常是3個月然後執行滿6個月的時候，應該評估專家的意見。然後由上級審法院來進行延長暫行安置的審查，可以轉換羈押納入刑事補償，我覺得很值得參考。

最後就是97-98頁，就是剛才翁委員有講到說偵查中的鑑定問題，其實，鑑定不單純鑑定，就是我們在偵查當中要先調查相關的資料，因為你不能把移送後就直接丟給機身，其實都要進行相關的調查，那再來就是調查本身需要花時間，那鑑定可能會需要花時間，尤其是就像剛才翁委員講到說，其實重大刑事案件不是羈押的情況之下，大概就是2個月+2個月共4個月的時間，如果要處理鑑定確實有一些困難，再來就是說，如果今天他是精神鑑定，或者是它涉及到檢查身體，然後我們採取鑑定留置，那鑑定留置其實也是吃羈押的期間。所以其實我覺得很大的一個原因是偵查中的時間真的很短，真的很煩，那再來就是鑑定確實是需要花時間，而且不只是精神鑑定我們很多的鑑定其實有時候那個時間都押最長。

即使是重大的刑事案件，我們還是要請檢察官去做鑑定，其實做鑑定他是一個基本的原則是一定要做，因為本來我們就有舉證等責任，所以針對錢的部分，其實台高檢有編列這個預算，然後它有對重大刑事案件鑑定費及執行費之用作業要點，他其實有這個要點，那網站也可以找的到，這個要點其實就是地檢署的檢察官他在處理鑑定的時候，他可以向台高檢申請這個款項。

確實是限於重大刑事案件，所以剛翁委員講到比如說很多是因為精神障礙或心智缺陷有一些竊盜，這種時候他就是偷小東西，然後常常在偷小東西。像這種案件，我個人覺得它是不是符合這個重大刑事案件，可能就會有一點困難，那這個就會吃到地檢署自己的業務費。那這就變成說，地檢署自己的經費夠不夠，所以回到說並不是對於所有案件經費會那麼充足，這確實是一個問題。

即將施行國民法官法，第一二年開始要做的是故意犯罪發生死亡的案件，其實真的很多都會提出的精神抗辯，那這個部分我們有特別請檢察官一定要在偵查中就要去做鑑定，因為國民法官法的案件不可能做，那所以這些案件我們會去做。那原則上，我們有函頒「偵查中司法精神鑑定精進方案」就是說要求檢察官必須要依照這個方案來做審查，然後要去做鑑定，所以原則上這些重大刑事案件，然後可能是國民法官法案件我們都會做鑑定，以上補充謝謝。

游凱翔審查委員

主席、各位委員、張教授、吳院長大家好，這個研究報告做得非常好，希望能提供給同仁當作學習的參考，那這個報告前面有講到各國監護處分法治的介紹，每個國家背後都有對於 CRPD 的堅持，所以我們也希望還有後續的研究可以做，那以下我只有兩點小小的意見。

首先是第柒章之標題，示例是不是要把他留著，因為本段研析之內涵已相當完整似乎不用在做保留，那只是說，我們如果看這 101 例案件，有想到就是參考被告在羈押期間在 111 年 2 月修法後，這段可能會有所誤解成精障觸法者之暫行安置取代羈押。

第二點我們可以看到監護處分對於必要性的認定，可以看到司法與精神醫療專家專注重點不同在於「再犯與危害公共安全」與「可治療性」，針對可治療性的部分，醫療實務界似對於可治療性之強調，包含無法於精神專科醫院提供治療個案或反社會人格障礙者，實務上我們可以看到，進入司法精神醫院或病床的個案還是要考慮到治療性，我們可以看到有些精神障礙者個案送到司法醫療機構，但司法醫療機構做這種個案還是有他的困難性，也可以看到高檢署對於個案的經費核銷好像有一些疑慮。

再來針對反社會人格，根據我們這次去英國的參訪經驗，英國就有這個部分是把它放入監獄裡面去進行收治，所以我們想問研究團隊，可治療性的建議在哪裡，以上兩點建議，謝謝。

研究團隊回應:

張麗卿教授:

請讓我一一回答各位專家學者的意見，若有不足再請院長補充。

首先我第一個回答翁律師一開始有提到非常關鍵的問題，有關德國法的部分為什麼一般學者的建議認為說是沒有違反 CRPD，可是真正 CRPD 人權研究所的檢驗卻認為說有某種程度的規範違反 CRPD，因為在德國他們有兩派不同的聲音。兩派不同的聲音是指一派認為說，實際上我們做的已經夠好了，我們在整個的監護期間延長，不但有法官保留，而且我們在法制面的規定上非常的嚴謹，所以他們有 6 年 9 年幾個

月，他們認為它的審查實際上這樣子就足夠，所以他們認為基本上沒有違反 CRPD 的精神，的確我這邊忽略了引註，我們會把這一部分再加強，很謝謝翁律師。

第二點是有關於司法精神醫院的設置到底何去何從，以及現在到底在哪裡建置，因為根據法務部及衛福部長官的講法，現在都不能讓外界不知道，因為如果有避鄰效應，所以說我們也不知道。

所以這部分，到底是何去何從，我覺得，去機構化真的是很重要的目標，當時我們立法之所以會要司法精神這樣的呼聲出來，其實是因為殺警案的關係，大家都應該很清楚，但是我們大家都忽略了一點。我當時在法務部修法的時候，我一直講說，在一個個案，他不是監護期滿之後再去犯罪，而是精神衛生法根本就沒有照顧好他，讓他去犯重罪，而不是我們監護期間不夠，可是當時法務部部長在民意的推動之下就決定採取像德國的制度，但是我們只有學半套沒有學全套，我們法制面有學，可是制度面沒有學完全，這也是我們王委員一再強調的地方，所以我覺得到底應該要怎麼樣子做，不是我們團隊就可以建議的，而是要看大家共同的建議，來看我們制度怎麼定會比較好。

至於剛剛翁律師提到的，也是我們剛剛有回應到的，就是在 97、98 頁檢察官不送鑑定的原因。實際上，我們真的是發現到非常非常的多，現在法務部自己也發現到這樣子的案子，也不知道向國民法官法的這個案件一定要送鑑定。因為你負舉證的責任是你應該要做的，那這個部分我想就不用再贅述了。

翁律師，您有提到如果好多的精神科醫師鑑定意見不同的時候，法制上應該如何解決的問題。我覺得在法治上解決的問題，鑑定本來就是一個很好的方法。那德國他們發生鑑定不一致，會再請第 2 或第 3 個專家來鑑定，那當然我們是不是也可以有一種專家參審制度，這個當然是我自己的想法，但是在制度的設計上，如果讓專家一起來參與審判，是不是可以更好解決問題，這個其實是可以考慮的。

再來是您講到關鍵字搜尋的問題，我們關鍵字搜尋的問題的確是困擾我們很久，我們到底應該要怎麼做。這樣子搜尋有 3-4 萬件，我們根本做不來。到最後我們的決定就是有判決確定且真正宣告監護處分的案件。只能夠這樣子做取捨，這樣子已經有 4000 多件，4000 多件在再篩一篩有 1000 多件，1000 多件每一個案子，我們都要去從頭看，然後再篩選其中有上訴到最高法院的 83 件，最後真正有宣告監護處分的只有 62 件，所以是用這樣子的方式來做，但是我們交完期末報告之後跟各位長官報告，我們也發現到其實還有遺漏的地方，這個真的是不曉得應該要怎麼解決，而且很大的案子也是會遺漏，這個我們可能在我自己記憶的情況之下再去補足。

否則的話，如果在重新關鍵字來搜尋，這個不是我們一個月內可以做到的。這真的是要跟大家說抱歉。這個很多的黑數不是我們這邊可以解決的，然後這是針對翁律師的建議。

吳醫師對我們的建議，我覺得也應該是我們要盡量去做到的，就是 CRPD 的立場我們應該要把它更加的鮮明，在我們團隊裡面希望能夠適當的提出應該要如何解決才能夠更加的符合 CRPD 的精神，在現有的制度之下去做怎麼樣的改進等等，這我們回頭再想想，因為這個的確是很困難，看如何把政策面更加鮮明的顯示出來。這部份我們只能夠這樣建議，我們在結論其實已經也有寫了。

第二點您提到的部份，我們回去可以再做的，就是我們兩次的這個焦點座談的專家的意見其實都非常的好，那我們如果能夠再適度補足就更好，那我們回去可以儘量來做，因為每一位專家的意見給我們的內容都非常的多，那如果能夠融入到我們的審

查的意見跟報告，我們一定會加進去，很謝謝您給的建議。

牽涉到判決分析的問題，您提到如果專注引用 19 條跟 87 條來做判決的案件類型化的處理，那這個當然是非常好。

比如說我們更細緻地來做，就是這樣子的案件到底是因什麼因素，到底是犯了什麼樣子的罪名，他罪名跟病名之間，到底是思覺失調症，又應該要做什麼處理，他的表現是什麼，如果我們能夠從判決做如此仔細的分析，這部分我也曾經想過，但實在太難以辦到，每個案件到底是什麼病情，並且剛剛楊委員您特別提到，其實也不是只有單獨的精神疾病，在交出報告之後，我也發現到這個問題，也就是牽涉到醫療的保安處分，應該跟醫療上的實證觀念要能夠契合，因為醫療上有所謂的健保資料庫，可是如果涉及到如何治療才會有效也可以使他不要再犯，然後跟我們之後的監護在做案件的結合，這個應該是非常好的，可是真的要很細要花很多心血，當然如果將來有機會，我們當然希望做，可是這個部分我可以跟吳委員您講一下，將案件類型化在一個月內實在難以做到，因為要花非常多時間。

再來您有提到對 CRPD 的期待，我們跟您的想法其實是一致的時候，我們當然不會希望說完全能夠符合 CRPD 的精神，因為全世界其實沒有一個國家，完全都符合 CRPD 的要求。但是我們希望在某種程度上儘量的接近和做到，那我們可以做這政策上的訂定。

至於您講到新北的案子，那一個是他在羈押中發現他有精神疾病，所以才做暫行安置。跟我剛剛第一個案例講得情況不一樣。第一個案例的情況是它那個被告只是在加油站拿著刀子晃來晃去，或者是跟被害人講說，我要殺你喔你要小心一點喔，然後檢察官跟法官在橋頭地檢那邊認為說，這個個案有施行暫行安置的必要，法官就決定暫行安置，並直接到凱旋醫院去執行暫時安置，暫行安置 3 個月之後他還是一直在亂講話。

因為這樣子的恐嚇案子，他認為還要再延長 3 個月，那這個是完全不同的。暫時安置的制度，我覺得是很好的。這次我到德國去訪問他們幾個之前執行的法官、律師還有學者，他們跟我講說暫時安置他們基本上法令沒有嚴格要求要鑑定，但是他們幾乎都做鑑定，再來就是他們做暫行安置，一定是指真正能夠符合他們刑法第 20 條，也就是我們刑法的第 19 條，行為人是有嚴重的精神疾病。他們預期將來這類案子其實是會進入像我們監護的第 87 條，像這種案子他們才會去執行暫行安置，而不會做比較粗略的想法。

剛剛兩位院方跟檢方的意見對暫時安置的思維，其實在立法過程當中有很多的爭執，那不過最後還是妥協用「暫行」不要用「緊急」或「暫時」。希望將來的執行面要更加落實，尤其剛剛我們兩位實務專家提到，羈押的折抵刑期等等問題。

因為我們很擔心的就是像剛剛課長私底下跟我講的，其實暫行安置的要件要求其實不是那麼嚴格，反而是法官就直接可以認定執行的暫行安置的案子，和檢察官申請偵審期間又合在一起計算的問題，那這個是剛剛提到的幾個案子，我們吳醫師已經回答一些。

接著我想針對楊老師給予我們的肯定表示感謝，我也覺得您的看法很正確，的確 CRPD 的誠意真的很高，但是沒有一個國家可以做到。但是它存在的意義是讓全世界各國對於人 CRPD 權的這議題不要去忽略，具有很重要的提醒作用。

所以我覺得的 CRPD 的存在讓我們有機會去檢視其實是很好的，也讓我們有機會去朝向這樣的目標去前進，那您提到的幾個重點，我們之後也會在一起放進去，很謝

謝您剛剛提到的，也就是我們不只是精障觸法者會有醫療的問題，其實它還會結合藥物還有酒癮的問題，這個都是那個混合的，這問題我們也在判決的查找過成發現到。

也很謝謝法官提到保安處分執行法第4條緊急監護的內容和應用，將來我們也希望能夠做到更加詳細的步驟。

我們從這幾個案例來看，要跟兩位委員提到說，我們還是希望暫行安置是以醫療為目的，而非變成拘束人身自由侵害他人權利的手段，所謂適當處分的運用也是要小心謹慎，也謝謝您對於期間的計算，以及您所提到鑑定的問題和國民法官法的案件將來會以檢察官申請鑑定為主，謝謝你。

針對游科長仔細的看到我們第七章的標題，其實示例兩個字我交出去以後，就馬上發現到不妥了，那您還有提到一個非常重要的問題，就是可治療性判定的問題，因為這個跟醫療有直接的相關。

在之前就是我們委員所提到，不可治療性跟能治療，還有治療的可能性的問題，我今天早上，我又特別去看日本的文獻，然後我發現到其實日本的文獻針對這個問題，雖然是提到說治療可能性。可是他們對於治療可能性的探索，其實也沒有真正有一個 guidelines，因為日本人最喜歡用 guidelines，那可是這個部分，我還沒有找到有 guidelines 可以提供參考。所以基本上在日本的文獻裡面，有提到說大致上就是以治療本身是不是在進行，或者是將來有改善病情的機會。用於觀察實際上治療對病人到底是否有效，這是他們的想法，譬如說，他們在日本曾經就發生過一個情況，就是一個罹患失智症的精神障礙者，然後他被指定入院，指定入院之後醫療機構就發現到他根本就沒有治療的反應性，對治療無感。

後來他們治療機構就申請入院，所以他們是如此做調節，那這是我剛剛在文獻上看到的資料，那至於是不是有 guidelines 還要再找找。如果沒有的話，大概他們實務上操作就是如此，那很謝謝剛剛游科長還有吳委員提到這幾個關聯性，我們回去會再補充。

那有關於我們一些錯字或者是字體的問題，回去我們還會再詳細的檢查，以上。

吳文正院長:

這邊在針對需要改進的細節再稍微補充一下，那翁委員也提了5點中間涉及到意見不一致的問題，其實法院法官在判決見解不太一致，我想這個看起來，因為在事實的認定上，有時候限於資料或者是被鑑定人陳述有時候也不一致，造成鑑定結果可能會有些落差，在這部分來講，那這個是因為它不同的時間鑑定，鑑定時間越接近案發當時，它的資料還有記憶都會相對完整，所以比較正確，這個實際上很難不產生這樣的一個問題。

所以只能給予翁委員這樣的一個說明，那盡可能去貼近真實來發現證實，至於說，剛剛吳委員針對我們的意見，給了5點綜合意見，加上附帶建議的意見，總共25件，詳細的針對文字部分做糾正，很謝謝他。

至於說吳委員剛剛提到的內容，CRPD一直讓人很掙扎的地方就是他一直希望說，一方面希望他能夠跟一般人一樣，可是另外一方面他又很特別，所以還會在一般對待和差別待遇之間徘徊。

這部分我就覺得很為難，卡在中間到底要怎麼做，特別保護是差別待遇，很奇怪就是我們現在在刑罰上提供監護處分在保護他，或者是精神衛生法更明確是在保護他，限制人身自由是手段不是目的，重點是在保護他不要傷到自己和他人，所以到最後真的不曉得如何做才好，看你要不要治療，之後他繼續跟一般人生活，這樣是不是

違反刑法的正義性，所以我真的覺得讓我不太了解 CRPD 在做什麼，那這個部分是提出來的問題。也謝謝剛剛楊委員有提到類似爭議，也提出了總共 5 點的建議。

CRPD 在立法上變得不得不遵守，就這部分來講，就是我們只能去做研究看有調整空間，但是如果我們是締約國又具有內國法效力，可以討論的空間就比較多，但是我們怎麼樣去做一個適當的說明跟解釋來盡可能保障我們精神障礙觸法者的問題，我想現實和法律互相妥協是不錯的方式。

楊委員有提到一些像德國或者是歐洲在 2008 年到 2010 年，有些案件包括性侵和殺人案件，可是就我的印象當中，這一類是否屬於我們今天研究的範圍的這一群人，我覺得可能有些疑慮，因為那邊很多是兒童的性侵案和殺人案，但是他都是所謂的反社會人格違常，那這些的個案基本上需要排除，不算是我們研究報告的範疇內，所以就變成是我們在做暫行安置或者監護處分的時候，這一類的人基本上不在法制保障內，但是以後如果司法精神病院、病房成立之後，會不會擴大收治的範圍，這點我是覺得有點擔心會，會不會像德國一樣增加，在定義上收治對象上有放寬，變成只要沾到一點邊的通通算進來，變成了這一類的人越來越多，造成原來有病的人通通都跟這些沒病但是有反社會的人分在一起，這個我是覺得，可能是有點擔心未來的發展。

司法院法官有特別提到，羈押跟暫行安置之間的差異性，也提到很多點，在這邊來講會特別提到說，其實對於折抵刑期是禁止跟羈押混淆，就是說希望學起來蠻多的，在這邊感謝。至於說法務部的檢察官，那就把法律修正再做一個補充，包括評估小組等等，關於評估小組的部分，因為我前幾天才看了地檢署的規定，很多大家都知道怎麼做，所以在配套措施上或者實際落實上，怎麼去來做評估是不是要做多元處遇方案，第一個跟機構的資金可能都還沒解決，或者對方要不要收也不知道，再過來，我們會跟張教授在 12/5 號跟地院和地檢做一個綜合座談會，來討論地方上怎麼去解決，特別是監護處分執行方式的問題，我們也特別請一位德國教授來與談，有什麼心得再跟法務部或司法院做分享。那至於說剛剛提到的，那我提到就是兩點，可治療性在學理上比較會特別去注意，這個問題就是先執行這個治療之後我們在做後續的刑罰，那這個部分來說，至於可不可治療，這好像在醫界也有些不太一樣的看法，學校裡面對智能不足的人，基本上就來說應該回到教養機構，或者是其他家不去做處理。至於說，可治療性事實上如果我們的法律裡面做分類評估的標準，他可能看法律上，對於對這個要件上是不是有納入考量來做一個處理。

因為這個部分來講，如果有治療必要性當然是來做治療。那至於一些反社會人格就像剛剛提到的智能障礙，在這部分來講，就變成我們在整個計畫的制度裡面大概是他幾個關鍵問題。

第一個就是法律跟 CRPD 之間有沒有調整的空間，那如果沒有就盡可能趨向符合 CRPD 精神，雖然理想很高，但是畢竟還是要往保障精障者權力的方向去努力。

第二點就是說鑑定，檢察官、司法院給我們一些鑑定來做一個分類，我想這個部分來講，至於說怎麼更一致品質更好，那可以讓我們做這個分類，分類讓程序上更完整。

在第三個就是說，有關決定者，也就是法官嗎，現在國民法官法也加入其他非職業法官來協助這個更符合公平、正義的判決，我想這個部分來講，那法官這個部分也期待是，在處理這類案子不管是精神醫療人員，還是司法界的人員，也能夠多有一些的認識來協助，這是額外再提到的。

最後來講，我還是很謝謝委員給我們很多支持讓我們能深入研究，我看起來我們的目標還蠻遠的，其實都還是可以再繼續深入做廣泛的一篇研究跟比較，謝謝。

主席提問:

蘇瑞慧召集人:

對於政府有沒有符合 CRPD 的要求，我覺得要提出獨立的評估意見，或者是在政府機關的相關法制上面，我們在場的大家都說，CRPD 是我們追尋的目標，可能如果這個團隊的張老師跟吳院長可以的話，我有一個不情之請，麻煩把簡報檔放到期末報告內文當中。

當然我們人權會關心的是我國的狀況。有些情形在我聽到這個報告裡面也提的結論，也提出了法治，政策的建議，剛剛張教授有提到，我舉一個例子的話，德國認為有強制治療，也必須要有很嚴格的界定，如果我在時間上，老師因為你們很清楚，如果可以的話在這個分項裡面再給我們具體的內容，你就在分析各國，因為各國其實說真的或多或少都不符合 CRPD，那可是還是有些事可以借鏡的，那這個可能我們在國會上面，如果可以去再提出來，當然我們看過各國的詳細比較以後我們提出來，那老師如果你時間上允許或可以的話，就可以給我們多一點具體的意見，例如說，你要做一個暫行安置的案子，其實人家是程序上，也有些國家是很擁擠的，這個如果可以的話老師你們在報告也幫我們提出來一些具體的現象或是比較，對人權會或地方機關再制訂方向上會有很大的幫助。

另外我有疑問就是在「CRPD 精神對各國法制檢驗比較一覽」中，對我國在第 16 條是否符合 CRPD 精神的檢視，因為很難得研究團隊得出這麼完整的結論，而且完整的研究的。而且也分析出現象出來的話，這對我們有很大的幫助。

張麗卿教授:

我知道您的意思，這個其實也是我交完期末報告和做完 PPT 之後，我就說大家一定會很想知道 CRPD 在各國比較起來它的情況，因為是一個簡單的圖表沒有辦法整個都呈現。

文字敘述上的比較是可以做到沒有問題，至於說我們更具體的建議也是一種政策上的建議，譬如說，我們不定期監護制度的不當，我們會希望說，因為不管是從 CRPD 的 review，或者是判決現象的觀察，監護期間無限制的延長，根本是非常錯誤的修法，因為根本就沒有重大的案件，是因為監護期間滿了之後仍有不足，然後再犯的，根本沒有，但是當時法務部就嚇得要死，為了要回應民意，就趕快修 87 條，他什麼都不管，它只有修期間，其實這整個修法我非常的清楚，當時我極力的反對，可是當時我沒有數據。

我跟他講說，這個修法是不對的，你要學的話不能學半套，你一定要學全套，不是說期間修完就好了，然後我們國家跟其他國家最大的不同。我覺得非常讓我覺得匪夷所思的是，不管怎麼樣，還全部有刑後監護，而且刑後監護佔了 3 分之 2 這麼多，行簡單來說，你先把他關起來後才治療，哪有符合治療優先原則。

像剛剛我們兩位長官講的，我們不管法院或是檢察署，都講說我們是以治療為優先，可是我們還是以 19 條讓他們判決，讓反正我有 87 條第二項，就給你刑後監護，你也沒有辦法，所以我每一次就講過這條早就應該要刪掉了，你還在放著就完全不符合 CRPD 精神，講的誠意過高都是以治療為目的，所以剝奪人身自由之實，都是不對的，所以我們法治修法是不對的，要學可以，但是我自己做研究案判決分析之後，我發現到非常痛心的事情，真的是很痛心，我們回去會針對召集人你提到的狀況，我再想想看到底應該怎麼樣。

蘇瑞慧召集人:

老師和院長，如果時間上可以，我有一個不情之請

張麗卿教授:

可以沒有問題，這個不是多麼困難的事情，我們再把它做一個比較研究，然後你講說 16 條為什麼沒有？因為我沒有看到 CRPD 對第 16 條有批判，因為我發現這必須要機構很誠實，召集人你看一下，為什麼德國他們講出來，因為他們在機構當中有 3 分之 2 以上的精障婦女受到報應，所以我說機構很誠實很重要，機構不誠實根本找不到，日本跟我們的民族性相同，我不能夠講說他們沒有。我只能夠講說、我國跟日本的民族性相同所展現出來的情況，就會發生第 16 條沒有被批判。

你能理解我的 point 了嗎，民族性相同，因此 16 條必須要誠實，英國他們講到了，你對身心障礙者有仇恨的犯罪現象。對非裔或者非我族類有仇恨的現象，英國他們自己有統計。

所以這個就是為什麼召集人問 16 條怎麼沒有，因為這個部分一定要有誠實的數據統計，可是你沒有辦法 review，即使我們的 NGO 代表，沒有數據也就沒有辦法了，所以這個就是為什麼我們講到真正的實證調查很重要。高委員講到的，你要去監獄訪問那些人，這個就是我們本來希望做的，實證的觀察真的太重要。

我們現在做的都是 paper work，所以現在就是變成是最後的那一段沒有做到，你可能就沒有辦法，就像立法的時候，當時我有我有這樣的想法，但是沒有判決分析來支撐，所以當時我到立法院去給他們當專家諮詢的時候，當時的這個國民黨的立委講說，如果說關完之後，他很危險，它出去趴趴造了怎麼辦，這種人很多呢都是胡說，那些是沒有照顧好，不是再犯，所以修法方向完全錯誤，吳院長你也在對不對？

吳文正院長:

老師那時候我也在，立法院認為思覺失調症是社會安全網的破口，基本上就這樣的概念。

張麗卿教授:

思覺失調症是社會的破口，這是一種非常負面、非常歧視的標籤，這種標題實在是恨不得把思覺失調症就看成一定是社會安全網的破口，對不起時間上好像有點超過了。

蘇瑞慧召集人

今天這個報告實在是非常的精采，對我們也有很大的啟發，也是未來我們很重要的參考依據，我相信張老師跟吳院長在這個案子裡面實在是花了太多太多的時間了，今天真的謝謝老師和院長。

附件二、

精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點團體會議逐字稿

時間：111年7月23日（六）09：00—12：30

地點：線上會議

開幕致詞

司儀：

早安，各位貴賓，歡迎來到「精神障礙觸法者處遇研究」專家學者焦點團體會議。

本會議是執行監察院委託「精神障礙觸法者監護處分相關法制」研究案，由高雄大學財經法律學系、衛生福利部嘉南療養院共同主辦。

歡迎各位長官、先進的共襄盛舉。

開幕致詞，首先我們歡迎國立高雄大學 張麗卿特聘教授，為各位貴賓致詞。

張麗卿教授：

各位貴賓、吳院長、各位主持人，以及線上所有與會者，大家早安。非常感謝大家今天撥空來參加「精神障礙觸法者處遇研究」專家學者焦點團體會議。我們這次邀請的與會者都是在這方面非常專精的學者專家，相信今天的焦點座談會議會獲得非常豐碩的成果，再次感謝大家的參與，謝謝。

司儀：

謝謝張教授的致詞，接著讓我們歡迎衛生福利部嘉南療養院，吳文正院長為各位貴賓支持

吳文正院長：

張教授、所有與會的專家學者，大家好。謝謝張教授特別安排的會議。

這次邀請的專家學者剛好都是在實務與學界上針對精神障礙觸法者處遇相當有研究、專精的人才。特別是跨界法律跟醫學，尤其是精神醫學，大家都有相當的研究。

所以特別請大家共襄盛舉，討論目前所碰到相關的問題，還有過去未能解決的問題。以及法律的部分可以再改變或者討論深化，這是今天焦點座談的主要目的。

希望大家知無不言，言無不盡，對於目前可能碰到或未來可能碰到的問題，預先做處置和應對，讓精神障礙觸法者的生活條件以及處遇能更好，以上，謝謝。

第一場次

司儀：

謝謝吳院長致詞。接下來，簡單介紹會議的時間配置。

本次會議分為三個場次，前兩個場次每位學者發言時間為十分鐘，第三場次發言時間為五分鐘，時間屆至前一分鐘，按鈴一響；時間屆至，按鈴二響；超過一分鐘，按鈴二響。之後交由主持人控制。

緊接著，我們開始進行今天的第一場次。焦點一：CRPD 精神與人權保障、監護處分與暫行安置新制（醫療實務觀點）。

有請張麗卿特聘教授、韓政道教授主持，請歡迎張教授、韓教授。

張麗卿教授：

非常謝謝剛剛吳院長的致詞，再次感謝各位貴賓蒞臨指導。這場會議的焦點著重在 CRPD 精神跟人權保障，同時配合監護處分新制、暫行安置新制的探討。

第一場次，我們邀請醫療實務專家，從他們的觀點來分享與討論。在正式請各位專家學者發言之前，請容共同主持人韓政道教授為各位簡單介紹這個場次的發言者，讓大家互相認識。

韓政道教授：

張老師以及各位在場的師長大家好，因為只有兩分鐘的時間，請容我簡短的介紹。

歡迎第一位黃聿斐黃醫師，他有豐富的精神鑑定經驗，在學經歷上也非常的完整，針對這場次的議題主軸，相信黃醫師會給我們很多指導跟建議。

再來歡迎吳淑玲社工主任，其實我們在執行這個計畫的過程，一直有討論到社工人員未來如何去協助監護處分的轉型評估，還有相關制度的變更，這部份在保安處分執行法也有重大的修法，針對這部分，也很希望可以借助吳主任相關的建議。

最後兩位是鍾素英心理師跟鍾幸庭護理長，兩位長官都是在凱旋醫院有非常豐富的實務工作經驗，我們也很希望，可以傾聽兩位專業人士在第一線工作的寶貴意見，以上，謝謝。

張麗卿教授：

非常感謝韓教授的說明，相信各位醫療實務專家給我們的意見，對計劃案的執行一定會有很好的啟發。首先，我們請黃醫師來分享。

黃聿斐醫師：

張教授、吳院長、與會的專家學者大家早安，首先，我先針對焦點

一的問題，先討論一下司法精神醫院。既然是醫院，我覺得最重要的除了要有精神障礙、心智缺陷的存在之外，我們對於即將要進入司法精神醫院的個案，還是必須考慮他的可治療性。

因為不管是在英國的保安醫院或是在日本的醫療行為觀察法裡面，我們都可以注意到，他們其實蠻在意這些放在醫院的人，他是不是具有特定的疾病，要有明確的治療方式，而且這些治療方式必須要被確定是有效的。

如果有些人可能對我們的社會具有一些風險，但是沒辦法以現在有的醫療方式得到治療的時候，那或許我們應該思考可不可以有其他方式來處理這些個案。比方說，我們研擬一個比較嚴密的社會監督制度。或者我們可以讓這些人在監獄待比較久的時間。

我們這次去參訪英國，跟衛生部的專家討論的時候，他們也提到，在保安醫院裡面，如果這些個案沒有辦法治療的話，例如反社會人格違常或是比較危險的性侵害加害人，他們覺得應該要放在監獄裡面。這些危險的個案，其實在監獄裡面，他們就不太可能再離開。

我認為這個應該要做法制上的思考。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放到醫院裡面。

按照衛福部的規劃，會把一些監護處分個案中比較中低風險的放在司法病房，高再犯高危險的人，就會放在醫院裡面，那我們可以想像司法精神醫院目前只有 300 床的規劃，如果同時要將有嚴重精神疾病或沒辦法治療的個案都放在醫院，勢必造成個案的留滯，他們可能就會在醫院裡面待很久，我們不知道 300 床的量能到底夠不夠。

我們認為整個精神醫院的保安、設備安全都要非常注意，畢竟國外的一些精神醫院裡面其實不乏有病人把工作人員殺掉的危險狀況。我們社會安全網裡面還欠缺的就是社會監督制度的建立。我覺得這樣的法制應該要趕快把它建立起來。

另外對於一些其實沒有必要住院卻要採用住院的監護，或者是經過住院的監護之後，可以逐漸回到社區的個案，那我們可以嘗試著來建立特殊的門診治療的制度。

也就是說，我們可以把在監護當中的精神障礙者放在比較特別的門診當中，然後跟檢察單位建立一個比較好的連結，我們就可以比較實際的掌握這些仍然在監護當中個案的狀況。

再來第二個是關於監護處分時間被延長的情形。我們會覺得說把受監護宣告者一直放在那個醫院，或是放在一個對他的人身限制很多的地方是違反 CRPD 的精神。

但是我認為更要關注的是在未來實施的過程當中，所謂多元彈性的監護處分制度方式的運用是不是可以實際達成。比方說，我們希望他可

以從不需要住院的時候，就可以直接轉到門診，這樣子的一個轉換的過程是不是會那麼的順利。

再來就是，其實整個監護處分制度我們會這樣設計，我們是希望這些人可以好好的回到社會，都是以復歸社會為目標，而不是讓他監禁在醫院裡面。那從住院到社區，其實我們中間需要非常多的步驟。

比方說在日本制度裡面，我們有看到所謂的社會復歸調整官，他會協助受處分人回到社區裡面的各種問題，協助他解決居住的問題和支持系統的建立。

在台灣這樣子的角色其實一直都不是那麼的明顯，比較相似的像是社工，但社工好像也不覺得他們有能力做那麼多事情。還有像是更生人保護協會。我覺得更生人保護協會的功能一直沒有辦法發揮得很好，是不是要再給他們更多的一些權力和資源，才能夠做比較多的事情。

在英國，我們看到所謂的同儕支持工作者，就是協助生病的人可以慢慢地回到社區裡面。所以我覺得在整個安置和監護處分比較嚴密的管理監督制度再回到社區，甚至讓他真的回到我們的社安網裡面有心衛中心來做支持。

這當中要考慮的是能夠協助隨時協助的人，然後他的居住地方是可以回到家裡面，或是說他們必須住在康復中心，或是我們可以有所謂的中途之家讓他住。

再來就是回歸到社區其實要有一定的經濟基礎。錢是由社會福利來補助，或是說利用他仍然有的工作能力來自己支撐自己。我們在建置後面的社區支持的時候應該去考慮，那我的發言就差不多到這邊，謝謝。

張麗卿教授：

非常感謝黃醫師精彩的回應，誠如黃醫師講到的這幾個重點，也是我們研究案非常重要的研究內涵。比如說，整個的社會監督制度的建立，我們的團隊希望將來有一種社區矯治的模式。

另外特殊的門診治療，其實日本的指定通院制度也有值得我們學習借鑑的地方。將來我們社工或者更生人保護協會的建立都是可以涵蓋在整個社區矯治的範疇裡面，所以從社區到中心整個環環相扣的過程是非常重要的。

對於精障觸法者來說，從他觸法之後如何協助他復歸，對於他的人權其實很重要。而是否有完善的復歸制度對於法治國家或是以人權立國的國家是相當重要的任務，這個也是我們團隊一直在努力的方向。

非常感謝黃醫師給我們很多的見解，接下來，我們請鍾素英心理師來跟我們分享，有請鍾心理師。

鍾素英心理師：

張教授、韓教授和吳院長以及各位先進專家大家早安，我是鍾素英臨床心理師，目前在凱旋醫院擔任臨床心理科主任。

過去我有一段時間並沒有真正介入司法的業務，因為擔任科主任的關係，然後我們醫院考量到現在對於司法業務需要更多的專業，所以要求我必須要親自督導每一份鑑定報告，在這個狀況之下，我開始對司法業務有比較多的認識，在這裡跟大家分享我最近幾年有接觸到的心得。

首先對於焦點一，關於司法醫院的籌建部分，我自己的觀察是人員配置是需要非常小心的，因為我們可能在司法病院收治的都是高危險性的個案，這些高危險性的個案裡面大多數都會有反社會人格特質，所以資歷比較淺或專業可塑性程度比較低的專業人員，不太適合到這個地方工作，所以聘請這些專業人員是需要高規格的要求，甚至裡面其他的工作人員，比如說保全人員或是清潔人員，他們都要有一定的訓練，所以人員的配置需要有非常多的訓練。

另外就是對多元處遇模式的建議，我覺得是非常好的概念，因為很多國家的病人常常會待 10 年到 20 年都還沒有辦法出院，如果我們能夠去機構化讓他們能夠早點出院的話，不代表說他們可以真正安全的在外面活動。如果能夠逐步的讓他們從高戒護的醫院到社區的一些機構接受監護處分，逐步的放鬆可以觀察他們是不是能夠有良好的適應。當然如果到了社區復健機構去安置一定要搭配特定的門診治療。只要離開監護的醫院或病房，轉到社區的任何一個監護處分的場所，都需要搭配特定的門診治療，這樣比較能去監控他們在外面活動的狀況。

對於去機構化的願景，其實在醫療團隊之外，也要幫助他們能夠更融入社區生活的能力。所以在病院裡面提供工作訓練，甚至一些藝術治療，幫助他們能夠透過其他的方式學習調節情緒，宗教跟靈性課程可幫助他們增加生命教育的概念。所以建議在病院裡面的設置可以增加這方面的處置。

有關於收置條件，其實只是藥癮或是人格障礙不一定要把他收置到監護處分的條件，他們應該搭配其他 psychosis 的問題，然後因為有治療性的需要才安置在精神病院或者病房裡面。如果只是單純的人格的問題，就如前面的醫師所談，他們是終身都有這個問題，不見得有矯治的機會，所以放在醫院裡面可能增加醫院的財務負擔。一篇文獻提到英國監護處分的病人，每個病人每年要使用 20 萬英鎊，換算台幣大約是 700 萬台幣。所以他們的成本是非常高的，長期下來我們國家也不見得能夠負荷這樣的財務壓力。

對於延長監護處分的條件，我認為 5 年之後再延長 3 年要非常嚴謹的考量，畢竟還是牽涉到人權問題，如果這個病患之前的犯行是高度暴力跟危險性，在治療期間如果抗拒治療或治療的成效不佳，我們在安排出院準備或者是回歸社區時，發現沒有辦法有具體可行的計畫幫助他有比

較好的安置的話，可能就要考慮做延長的宣告。

文獻裡面可以發現，沒有具體可行的出院準備計畫，或者是回歸社區的具體可行計劃，常常是他們再犯的高風險因子，所以除非我們能夠幫他找到能夠落實執行的安置計畫，讓他出去能比較確保可以降低他的再犯風險。

另外我們在高雄市今年7月21號成立了評估小組，高雄地方檢察署和橋頭地方檢察署合聘了22位委員擔任評估小組的委員，22位裡面包含精神科醫師、臨床心理師、社工師，還有就是跟精神醫療有關的社團代表、專家、學者。我們預計在8月26號第一次開會，所以實際運作的狀況已經可以從8月26號第一次開會觀察，因為雄檢和橋檢非常樂觀的提了14個個案要討論，半天的時間，我猜是有點困難，也許可以觀察他們實際的執行狀況，再來滾動式修正，或者考慮日後要怎麼執行會比較好一點。

以上是我目前可以跟大家分享的部分，謝謝。

張麗卿教授：

非常感謝鍾心理師給我們這麼多的意見。鍾心理師從自身的實務經驗來觀察，也有提到在高雄地檢署和橋頭地檢署已經成立了的監護處分評估小組，讓我們非常期待。

因為我們今天也有邀請主任檢察官、法官來給我們指導，所以如果可以有機會去參與討論或觀察的話，對我們是很好的幫助，我們非常期待監護處分評估小組它的這個組織成員以及他的評估的模式，包括是否有必要執行監護和監護多久。

接下來我們邀請吳淑玲社工主任來跟我們分享，有請吳淑玲主任。

吳淑玲主任：

大家好，我用很快的時間分享一下我的想法。我想再分享之前，我先從我手上實務的資料背景，讓大家可以稍微瞭解一下。我們醫院從99年到110年裡面，大概收了100個監護處分的個案，這些基本背景我們從脈絡裡去看，我在臨床實務工作當中發現了一些議題，跟未來可以建議的部分。

在這100個個案裡面，男生大概81個，女生是少數，國高中大概佔了6成，年齡平均是40歲，不過30到50歲大概是佔了5成。有一個狀況可以特別的關注的是，61歲以上有8位，最高年紀是78歲，婚姻的部分大概有89位未婚或是離婚。

那診斷的部分，我想要說明一下，這是一個參考，因為很多的診斷是比較封閉的情況，那我大概是用圖診斷的部分來看，但是思覺失調共63位，雙向的部分是11位，其他的也有了23位，有兩成多。

這個部份呼應到剛剛黃醫師有提到的可治療性的議題。監護處分的個案一年以下的是 41 個，裁定 5 年監護的大概有 10 個，案件類型大概以竊盜為多，有 34 件，殺人跟傷害的部分大概有 20 多件。

另外一個可以關心的議題，就是他們的福利身分深造跟重卡幾乎有一半以上的個案是沒有的，大概有 7 成以上的個案是沒有相關的福利身分，這個部分可以理解他們那時候分發之前，或是在社區上，應該是沒有穩定就醫的。

主要的聯絡人父母是 40 位，手足是 36 位，比較特別可以關心的部分，是其中有 11 個他的主要聯絡人是公權力相關單位，甚至有一個是那個法院的書記官，我想真的是很辛苦。

在家庭關係上面的評估上面，如果我們用五等來看，大概有一半以上的個案，家庭關係是非常普通，甚至是被動。那有 10 個個案的家庭是完全拒絕處理個案的。

我想一開始讓大家知道個案的背景脈絡，然後在我們臨床上面，我在精神病患的處理上，我們都還是以權責劃分的概念去做處理。所以前面 3 類大部分都會留在醫療單位，那有復健前穩定的，就會到精神復健機構。那五六類的部分就是可能慢性化了。

或者需要生活照顧的就會到候輔的單位，這個大概就會跟現在新制所謂多元處遇要到監護機構或是社福機構，或者是要採門診治療。我想，這樣的劃分概念應該是很重要的依據。那這也是我們臨床上很重要的判斷的準則

我有幾個想法。我覺得一開始聽到黃醫師說的，跟我的想法真的都還滿類似的。監護處分對於我們醫療院所來說很重要的一個部分真的是治療的反應性和是不是真有這個治療的必要。

不過，從我剛剛的統計數據上來看，有兩成的個案。事實上，在我們的臨床實務的治療效果上面真的是有值得商榷的部分，那這個部分是不是可以透過入院治療來達到監護的目的，這個是可以再思考的。

第二個部分就是執行年限。雖然修法已經通過了，我個人認為，延長結果不一定是可以解決問題，重點是在它的執行跟相關的配套的部分。不過，我想未來要延長什麼還是要彼此提醒。很重要的部分就是在醫學上是不是可以提出相當合理的理由才可以說有適任延長的必要性。

分享一個我實務上看到幾份判決書，我一直覺得很困惑，也想請教大家，甚至今天有法學的前輩。我覺得或許我們可以做一個彼此的提醒，就是說，在經過處分，除了他要符合刑法 19 之一之二之外，那是不是他要有再犯或公共危險之虞的可能性。

當然我在判決書上看，我覺得採取監護處分很多，我個人看到初犯的，甚至我個人認為是微罪，譬如說，他拿同住房東的味精跟糖，或者是在便利超商拿一罐飲料沒有結帳，類似這樣的概念。

可是在鑑定報告書裡面是建議他要做5年的監護，那這也引起家屬的疑義，跟提出請法官再重新考量的理由，可是後來法官原則上還是採行概念是，還是給5年，住院穩定的就去門診，門診不好再回到住院。

我覺得有這樣的前提。如果是這樣的概念，應該可以適用所有的個案。我覺得彈性跟多元的處遇模式不該是執行年限不合理的理由，這個部分應該還是要遵循罪刑相當的原則。

另外是社區資源跟追蹤。我想不只是監護處分的個案，在我們精神個案，目前還在努力，甚至是困難的部分。尤其是共病跟多重障礙的個案，我剛剛講到有兩成監護處分的個案，事實上很符合這樣定義，事實上社區資源是非常不足，甚至是困難的喔。

另外就算有這些機構，他們的評估標準很重要的指標就是沒有自傷跟傷人之虞。所以，如果是以這樣的標準，我覺得監護處分的個案未來要到精神復健機構、社福機構的難度是非常高的。

所以就以往監護處分個案的出院準備計畫，目前只看到3個狀況，一個就是轉介繼續住院，不然就是門診追蹤，不然就是居家治療，我在我的經驗裡面是完全沒有看到順利轉到精神復健機構跟社會機構，我想這是我的經驗，不代表全部。

不過，我覺得這是一個大家可以關心的議題，那要怎麼解套？未來多元處遇模式的這樣的概念，我只是突發奇想，我想我們都已經可以有司法精神病院，那為什麼不可以有司法精神康復之家或是司法精神社福單位，這個部分可能是政策，或者是系統性的問題。

我覺得如果要單純靠民間或是現有的資源來達到未來我們的多元處遇的目的。我個人是覺得不是那麼的樂觀。另外追蹤的部分，我覺得很大的進步是我們社工不是只有家暴跟精神病患共同問題的個案，現在增加了監護處分的個案。

不過在跟他們接觸的經驗當中，他們一直跟我強調，他們只接受F2跟F3，也就是思覺失調跟躁鬱症的個案，其實不是這兩類的診斷，他們就完全不接案也不會追蹤的。我覺得這樣的前提還是會有很多漏接的狀況，而且我覺得不是這兩類個案家屬的照顧服務，坦白講得更需要被關注。

另外一個議題是，大家都談到很多日本、英國或是其他國家的社區追蹤制度。我覺得很不一樣的是這些國家的追蹤制度，他們都是在司法體系下的追蹤，現在我們的追蹤，把它放在衛生局社安網，強制力或者效果，跟在司法體系的追蹤的狀況，我個人也會覺得有很大的差別。

就好像在司法體系。他的保護管束是在觀護人在追蹤，我想成效應該是差很多，另外就是我有機會去參加了轉銜會議，我覺得立意都很好，可是我參加了一個短短20分鐘的經驗，感覺上真的蠻省思的。

很多單位有社政、警政、衛政，他們都只有講一句話說，他們的個

案都不熟，未來等他回歸社區之後，他們會再去評估，提供適合的福利跟或是支援，我覺得如果只是這樣的形式化的會議的召開，跟我們比想像要達到的目標有很大的差距。

另外我覺得可以思考的是，畢竟我們服務的是個案跟家屬，是不是有機會可以聽聽他們的聲音，去了解他們實際的需要到底是什麼，而不是我們網路上一個形式上的會議就可以解決了。

然後我想剛剛講的部分，第一個我講的就講過，另外一個我真的看了很多判決書，最近因為關心這些議題，我還是覺得罪刑相當原則的重要性。另外一個可能是很不成熟的想法，不過，想要就教大家，就是再犯跟公共危險之餘，這個公共危險的定義是什麼？是刑法上的公共危險罪，還是說他有可能再違法，他就是公共危險，我覺得這個都會有很多程度上的不同。

我希望針對公共危險的部份或許可以有更多的討論。另外在執行的一個評估標準上面，目前都只考量到精神病史，跟他之前的就業狀況，可是在我的臨床實務上面，我覺得會更困難的是，生病或者是他已經有多種生理問題的個案，這樣的個案是不是到精神醫院就可以解決。

事實上是沒有辦法解決他其他的生理問題。可是這個在轉介或者是送醫，或者是相關的流程，上面是很複雜，會遇到很多的阻礙，甚至是資源上的議題。

有時候沒有家屬的個案，他外衣的費用誰處理，看護的費用誰處理，我想這些都是實務上我們遇到的困難。我覺得未來或許可以有更個別化、跟彈性的考量，以上謝謝。

張麗卿教授：

非常感謝吳主任給我們這麼多建議以及非常好的內容，我個人真的受益良多。我剛剛忘記提到，我們這一次焦點座談，非常感謝各位專家、學者在百忙當中參與之外，有很多的學者也應我們團隊的要求，先提供了相關書面資料或 PPT，讓我們可以更方便地來討論，再次感謝。

感謝吳主任特別做了這麼精彩的 ppt 跟我們分享，非常感謝。至於剛剛吳主任所提到的幾個問題，譬如說，在延長執行監護年限，必須要有相當的理由等等，我覺得是非常有見地的，等一下我們還有 20 分鐘的討論的時間，也可以請我們一些專家、學者來回應。

再來就是您的隨想。我覺得非常好，司法精神康復之家是不是有可能來建立的問題。其實最近行政院帶了很多的專家學者去荷蘭看他們的處遇制度，因為他們的處遇制度模式，有部分就有點類似專門的司法精神康復之家，所有的經費都是由國家買單，這是我們看到的相關內容，等一下我們也會請各位專家、學者來回應。

接下來因為時間的關係，我們最後在實務醫療觀點的部分，請鍾護

理師來跟我們分享，有請鍾護理師。

鍾幸庭護理長:

各位教授，張教授、韓教授還有各位學者，大家早安。現在輪到我報告了，大家好，我是凱旋醫院的護理師，我姓鍾。

接觸司法病房的部分，其實也有一段時間沒有接觸，之前是在司法精神病，我們凱旋醫院的司法病房沒錯，就目前來說，我們是在規劃未來會開設一個司法精神病房，所以我就針對焦點一的部分有提到說未來精神病房的設置的重要考量。

剛剛鍾主任有提到，就是在保全的部分要加強，目前我們就以我們醫院來說，我就是一整層樓設置一個精神專科的病房，目前司法精神的床位，大概會有 30 床，預設會有 3 床針對比較高風險的個案，去做一個單獨環境的設立。

那硬體設備的話，我們有設置一個去識別化 i-safe 的監控病人暴力、自殺、病房久留、逃跑部分去做一些政策，還有公共環境的環景監視的系統，和一些門禁的設施，緊急互相系統，這些是比較基本的配備，那人員配置的部分也會比較多。例如說，心理師跟職能治療師會針對個案，有一些心理上的治療跟 ot 的治療的針對和加強。

駐警跟保全的話也會比較多一點，大概會設置 48 名左右，因為這些特殊的個案，他的需求跟一些個案比起來品質要求較高，或是高頻次的心理與職能治療維持治療品質。

針對保安處分的執行法目前的多元處於模式，有沒有更好的建議，其實，多元處遇模式主要是針對監護個案，可以從我們結構式的醫院出院之後，有轉型比較完整的制度，當然在新制的施行下，個案的病情穩定後才會去結束他的監護處分，所以出院準備服務就比較重要。

假如要讓評估個案可以出院，我們就要銜接地段的衛生所，或者是地段護理師去追蹤個案的狀況，不是說他出院之後就放著不管，所以在轉銜上也是在出院的前 3 個月，要跟當地的各館院去合作。

大部分的個案，他是比較缺乏病識感的，所以初期在出院之前，我們會銜接一個長效針劑使用。然後剛剛有提到，其實還蠻多的個案會實行一些心理治療。剛剛社工主任也有提到轉銜的部分，還有黃醫師也有提到個案出院之後他主要需求就是錢和一些社會的補助。

我覺得這些把他建構完成之後，再讓個案出院會降低他再犯的風險。另外有一個對個案比較不利的是，因為現在的社會氛圍和社會的輿論，在他出院之後的環境如果是比較負向的話，也會導致他再犯率增加。

所以我覺得在完整的轉銜到他比較友善的環境，對個案後續的治療會比較好一點，我覺得這是一個省思和建議。那剛剛黃社工有提到都有康

復之家，為什麼沒有司法精神康復之家，我覺得是還蠻好的建議。對這一類比較特殊的個案，後續的轉銜也相對的重要。

也有提到說，這樣的保安處分對 CRPD 精神有一些衝突。我覺得我們在司法病房的司法個案的跟我們一般精神科的病人都是一樣的啦，我們照護上都是一視同仁，不會因為他有司法的案件在身上就對他比較有歧視。還是會遵守 4 大原則、醫輪的 4 大原則去對待個案。

其實我覺得現行的監護處分相對於個案來說，看起來就是有兩面，一面就是他可能無盡的去監禁，用另外一個方法一直去接近他，但換個角度去思考，我覺得其實這有些個案就像黃醫師說，他可能是比較需要監獄的環境去處分。

針對精神科的個案，他是需要一些精神治療的，例如說，藥物的治療或者是職能的治療，所以監護處分對這類的個案來說，其實是需要，也是他的就醫權。

可是他跟 CRPD 公約是有牴觸的，因為 CRPD 有一個準則就是人生自由跟安全相衝突。我是覺得把個案留在醫院繼續治療對個案是好的，對社會安全也是好，只是再評估他要出院前的轉銜要有一些配套措施是有必要性，對社會安全跟個案都是比較好的，也不會讓個案覺得說就是關著而已沒有做任何的處置。

剛剛吳社工有提到我們臨床上也有遇到的情況，個案有一些多重的疾病。在轉銜比較麻煩的是，我們遇到個案要去外面處理他的生理問題。我們還是要經過傳真，讓法院去裁定之後，看他可不可以外醫，外醫不需要法警陪同的，這部分會比較麻煩一點。

還有我是覺得，如果個案他確定要回去社區之前，可以跟家屬跟他未來的一個安置的地方有一個會談，了解個案的部分做個完整的教發，當然也是以個案的意願為主，如果他不同意的話，也是違反他的自主原則，以上是我臨床上遇到的事和一些狀況還有我的想法。謝謝大家。

張麗卿教授：

非常感謝鍾護理師詳盡的司法精神病房經驗分享，我們都得到一個非常重要的觀念，就是如何建構一個友善的轉銜環境，是應該要特別去重視的，那當然還有很多可以再加強的地方，感謝護理師給我們的指導。

接下來是研究團隊成員的綜合討論時間。原則上綜合討論是 20 分鐘。可是因為剛剛有一些個案的分享，或者是我們專家的分享，會問到我們實務操作，尤其檢方實務操作層面上的問題。

譬如說，剛剛吳主任有提到，為什麼實務對於延長監護的年限，針對輕微的犯罪，可是法院還是以 5 年監護期間起跳，這個也是王幼玲委員特別提到和重視，就是法院並沒有針對哪一類型的嚴重精神疾病犯罪

者所觸法的內容來做分辨。亦即，就是不分所有的罪名就全部走向所謂監護的途徑，可是在日本的醫療觀察法的狀況又是不一樣的，因為他們是以司法的處遇改成以醫療的處遇的作法，這個很值得參考。這個部分等一下我們也會請幾個專家學者來做一些回應。

現在請我們團隊成員的幾個專家學者來針對剛剛4位實務的醫療專家學者，做一個簡單的回應，首先有請吳文正院長。

吳文正院長:

針對於醫療上的處置，我想大家都有相同的經驗就是，其實我們對在醫療上面來講，還是用4大倫理的原則就是自主不傷害來做照護原則，所以這個部分來講應該是一樣。只是說在司法精神病房可能就會有特殊的處遇，這個部分來講就是他會除了針對疾病以外。另外，針對他危險性來做照護，那另外出院之後，他可能利用其他的多元處遇的方式來可能是掛在社會。

張麗卿教授：

院長，您那邊遲延，影片和聲音都聽不清楚，您那邊是不是網路有問題。

吳文正院長:

那是不是能請後面的人先討論?

張麗卿教授：

那等等再請院長補充，因為剛剛講的都一直 frozen 了，我們都聽不到，不好意思，我們先請李主任來分享剛剛幾位專家學者的內容，來做簡單的回應與討論。

李俊宏主任:

我想在整個這個司法強制治療的這一端來講，台灣正在逐漸摸索出一條兼顧人權跟治療成效的道路，所以也連帶的，針對這一類觸法精障精神疾病患者的處遇模式上面來講，跟原先的治療模式有沒有什麼不同，然後包括他的再犯和公共危險這種相關的評估，其實台灣逐漸的在建構跟建置當中。

那我其實蠻同意剛剛黃醫師特別提到的，就是所謂可治療性的部分。其實我們過去在精障觸法者的司法精神鑑定，大部分都只著重在所謂的責任能力。就是說這一個人到底是要符合刑法第19條之一或之二，或是說他是完全的責任能力。但是對於個案將來怎麼準確判斷再犯風險跟危害社會安全的可能性，我們著墨並沒有那麼的多。

所以相較於不同國家的法治，因為像我們這次去不管是荷蘭也好，英國也好，他們在進到整個後續的形式司法強制治療系統裡面之前，他其實都會走這個所謂的 assessment order。

他其實是可以讓法院或者是檢察官委由精神醫療單位來評估個案後續的處遇計畫，或者說他的治療性相關評估，後面再連動到 treatment model。那當然 treatment model 包括是不是要做犯罪預防模式在整個醫療模式或者是優勢觀點的復原模式，在整個醫療模式其實各個國家都有他不同的這個做法，但是我覺得前提的這一端，怎麼樣的個案要分流進來司法精神病院或司法精神病房的這件事情，可能還是值得重視。

第二個就是說，其實剛剛幾位先進都有提到所謂多元處遇，我想多元處遇絕對不會有人反對的，因為個案他生活在社區，生活在社會，他回歸到社會，基本上就是一個多元的狀態，但是多元處遇他背後有沒有多的資源足以去做支撐，我覺得這個部分是後續我們得特別要注意的。

因為我們去英國、荷蘭他們也是一樣，它們的社區支持的那一端包括所謂的司法，他是司法病院治療之後回歸到社區，之後社區怎麼去做處理，其實他們是有一套系統在運作的。

我特別有去問像剛剛吳主任有提到智能不足的部份，荷蘭他們智能 IQ60 以下是不會到司法病房，但是我後來有問他們說，IQ60 以下如果有觸法行為的話，他們怎麼處理。

其實，他們國家的教養院會特別針對這樣子的個案去拉高他的人力跟拉高他的照護規格。這樣子讓他有辦法 contain 在裡面。這個台灣是沒有的。

所以連帶的變成是我們監護處分，假設有一些是智能不足的孩子，她就出不去。這個問題其實跟現在目前性侵害強度治療處所，所謂智能不足的孩子出不去的原因也是很類似的。然後我想這個部分在多元資源的盤點上，後續應該怎麼把那個制度落實蠻重要的一點。

我就簡單說明到這邊，以上。

張麗卿教授：

非常謝謝李主任的分享，接下來有請郭醫師，郭醫師麻煩您。

郭宇恆醫師：

張老師、院長跟各位先進大家好，那在監護處分的處遇上，一直在能力上是蠻大的負擔，那監護處分目前在現行的制度下，他大概是可以從門診跟住院這兩種形式，是我們現在實際上執行可以採用的。

像我們醫院的做法，就是執行之前，不管當天還是監所方便的話，他會在這之前的幾天先帶到門診由我或者是李主任先評估，看看這個病人的狀態，他適不適合用門診或者是住院的模式來執行監護處分。

但是就像剛剛吳主任講的，這兩個方式是很極端的，因為門診它是幾乎沒有限制人生自由的問題，但是如果是住院的話，他是變成完全就不能出去。他是比照一般的病人，甚至是可能達到這個強制住院的等級，所以可能一開始的時候，他連一般的外出都不行。在他病情改善到慢性病房，這時候有一些部分的自由。

因此傳統上，大家的觀念都是認為監護處分是一個限制人生自由的保安處分，所以他會有罪刑法定原則的適用，但是其實現行上，他變成是很寬鬆，他只是部分限制人生自由，像剛提到他從一開始的住院到接下來變成門診，門診是幾乎沒有再看的，因為他可能3個月才返診一次，所以他平常的時間都是在社區裡面自由自在的。

那這樣子我們會擔心。擔心我們3個月才看他一次。那中間的過程中，如果有什麼問題的話，這個責任的歸屬到什麼地方去。因此像吳主任提到康家這種長期、慢性的照顧機構，其實是一個不錯的選擇。

康家的話大概是有點像住宿的概念，白天可能會去參加一些工作上的訓練，晚上再到一個地方去住，這樣就算從住院到門診的過渡機關，所以個人覺得，這個方式大概是可以將來考慮的，以上回應，謝謝。

張麗卿教授：

非常感謝郭醫師的回應。接下來我們是不是有請王教授。

王紀軒教授：

主持人張老師還有韓老師和在坐的各位師長先進大家早安。這個場次關於CRPD還有監護處分的討論，有很多醫學界的專家先進給了我很多學習。因為其實有很多的東西作為一個傳統的法律人，可能比較不容易想到，那因為時間關係我剛好有幾個疑問就教於各位師長，然後也算是我個人問題的發想。

比如說，剛才先進提到，未來的這個轉銜會議會不會變成一種過水，一種徒具形式的情形，關於這個部分要怎麼解決來落實我們的立法美意。

因為其實我個人有類似的經驗，在今天犯罪防治法裡面強制治療這個部分，其實有一個類似評估會議我曾經有參加過，但是我個人的參加經驗就誠如剛才有一位先進講的，其實我去那邊根本就不知道，我對個案完全沒有接觸，甚至有一些醫學上面專業的東西我完全不了解，只是法律規定必須要有法律人參加，那我心得其實跟剛才的那位先進所提到的想法應該是相同的，就是這種徒具形式的評估會議未來要如何解決，真的落實他的功能，可能有賴我們未來實務的操作來進行相應的調整。

第二個我想說的是司法醫院現在是非常重要的一个議題，也是受各界的關注，剛才提到一點，因為我們會進入到司法精神醫院的病患，

他可能是比較危險的，所以必須要有相應的專業的訓練等等。

可是我有一個擔憂，當然這是有點杞人憂天，有沒有可能在未來的操作上面，按照我自己的想像，司法精神醫院反而變成剛進入這個行業的人去的地方，因為當他年資到了，他會不會就想要跑掉。那我們如何在制度上面吸引人才，把這個人才留在司法醫院裡面，可能是未來會面臨到的一個問題。

最後一個，我比較好奇是剛才我們先進有提到，基於 CRPD 的精神，我們要尊重病人的意願嗎，可是有很多精神病人，他可能是沒有病識感的，剛剛護理師有提到說，很容易導致治療中斷，那當然魚與熊掌有時候很難兼得，CRPD 有一些精神，可能誠意很高，但是實務運作上面或許會有問題，關於這個部分，我是不清楚醫療實務會怎麼樣去處理，如何要兼顧 CRPD 跟臨床上面遇到的實際狀況，尤其是這個病人，根本不知道他自己生病了。

以上，謝謝各位師長。

張麗卿教授：

非常感謝 4 位研究團隊成員的回應，因為時間的關係我沒有辦法再多說。但是有一個非常重要的點，如王教授和鍾心理師所提到，其實雄檢和橋檢已經成立監護處分評估小組，而且也要開始運作的情況。相應到吳主任所提到的徒具形式的會議進行，這中間如何互相學習和借鑒，剛好下一場的討論的專家就由王法官和董主任檢察官以及洪律師和各位法律學者，從法律的觀點，不管是實務的觀點，或者是學理的觀點，都可以做強化跟補充。

因為這一場次的時間已經有一點 delay，最後是不是能夠請院長稍加補充一下，謝謝。

吳文正院長：

機構內我不太清楚，但如果講到機構外的話，就是社安網或是司法追蹤系統，這兩個系統因為涉及到是否強制或者是自願的部分，也許可能有雙軌的制度，讓這個多元的處遇方案可以更多元，依照他的法律狀態做適當的選擇。

至於說後面怎麼去提供配套的資源，我想這個是未來可能要去強化的部分，對這群特殊的個案特別需要，其他的部分，我想可以留到後面在第 3 階段的綜合討論再去做處理，以上，謝謝。

張麗卿教授：

感謝院長，因為需要中間休息，讓大家去稍微活動一下身體，現在已經 10 點 8 分，是不是容我們只有 5 分鐘的休息時間，10 點 13 分就正

式開始進行第二場的焦點座談，感謝各位貴賓先進的參與，謝謝。

司儀：

感謝各位貴賓在第一場次的參與，現在開始中場休息 5 分鐘，第二場是將於 10 點 13 分開始。

第二場次

司儀：

第二場次焦點二，精神與人權保障處分與暫行安置之法制實務觀點，有請吳文正院長和李俊宏主任主持，請歡迎吳院長、李主任。

吳文正院長：

大家好，這一場是我跟我們醫院李俊宏主任共同主持，這一場次我們總共有 55 分鐘的時間，請 6 位專家學者報告，今天尤伯祥律師好像另要是參加之外，其他 5 位都可以參加，也謝謝參加。

首先有王奕華法官，他目前是橋頭地院法官，另外是董秀菁主任檢察官，任職高雄地方檢察署，另外有洪士軒律師，目前在安侯法律事務所，本身也是日本早稻田法學博士，專精監護處分，再來是陳俊榕助理教授，任職於海洋大學的法律研究所，本身是留學德國取得博士，專長是刑法跟刑訴，也對於醫師保密義務和病人的自主權，以及德國病人的處分有一相當的研究。再來是林政佑助理教授，在輔大法律系有任教，本身在日本京都大學取得法學博士。所以在這…

我們請李俊宏說幾句話。

李俊宏主任：

我想我們院長已經介紹了今天與會的嘉賓，包括王奕華法官、董秀菁主任檢察官跟洪士軒律師、陳俊榕助理教授跟林政佑助理教授為我們來討論第二個階段的焦點座談，我想我們就把時間交給這個我們與會嘉賓。

王奕華法官：

教授好、院長好、各位嘉賓大家好，我是橋頭地方法院法官王奕華。其實我在刑事的審判大概六、七年而已，可能經驗上沒有各位先進這麼豐富，但是可能因為我比較勇敢，第一個裁了暫時安置，所以今天請我與會。我大概等一下報告分 3 個部分，就現行的制度以及監護處分，還有新制的暫行安置制度這 3 個大部分來做說明。

第一部分是現行保障的部分，我們基本上在法院會考量到如果說我

們能夠意識到他有精神障礙的狀況，會擴大解釋刑事訴訟法第 31 條，認為他沒有辦法完全充分的陳述，也認為有必要就提早在準備程序中就幫他引入辯護人，這樣子的話也可以搭配閱卷權。同時也會請輔佐人，通常是他的家屬來陪同開庭。不過實際上也常常遇到家屬表明說不願意到庭，甚至就烙下話說啊要把他羈押就把他抓去關，我不想要理他，我也沒有能力處理，他沒有辦法賠償等等。

另外提到有相關的保安處分，依照保安處分執行法第 4 條可以在判決前先裁定宣告的狀況。不過現實上，我們真的是很少這樣子做。另外是如果說不構成刑法第 19 條的話，我們還是會在刑法第 57 條的部分考慮。

那實務上我遇到一些比較特殊的狀況可以跟大家分享的是，在聲請簡易判決處刑的案件，因為是書面審理就不會當面面對到被告，這個時候如果又沒有相關的病歷的話，可能就沒有辦法考慮到他是精神障礙者，如果說卷內也沒有明顯的病歷資料，或是其他比如說他的陳述很混亂的狀況，就沒有辦法考慮到這部分，是我覺得會比較沒有辦法去保障到精神障礙觸法者的部分。那延伸到下一個層次，在警詢的時候，其實這類型的被告就會出現比較天馬行空的陳述，但是我的經驗上是蠻多警察就不會把這些都忠實的記錄下來，他們可能會花很多時間去勸導，之後就做一個結論說，所以你認罪嗎？所以你有去偷嗎？可是這樣子的進展結果就變成聲請簡易判決處刑。這個時候如果都沒有記載，檢察官或是法官就沒有辦法意識到。

剛剛雖然有提到現行保障有辯護權的部分，但是現實上也有遇過說被告拒絕，要為他指派辯護人，他就覺得法院這是在陷害，他也拒絕跟辯護人交談。或者是，被告本身的陳述能力非常的低落，我沒有辦法確認他本人的意思是不是跟辯護人或者是輔佐人相同，但是又沒有到達沒有就審能力的程度。提到就審能力，目前我的瞭解，法院也比較少單純針對就審能力送鑑定，或者是因為就審能力停止審判。

再來提到的是不送鑑定有沒有辦法直接適用刑法第 19 條？也是有不不過很少，通常是被告拒絕送鑑定。我自己有遇過的個案是他其實只是很小的公然侮辱跟洩漏個資的問題，但是我已經送了 3 次，他都拒絕去鑑定。那雖然有鑑定留置的制度，可是就會考慮到比例原則的問題，因為這個罪真的很輕，我要不要發動鑑定留置，是我當時比較猶豫的部分。那現在如果有暫時安置的制度，但我還沒有非常確認說，到底要怎麼樣的罪，比較適合發動這種強制的人身處分。

我個人的經驗上，如果被告自己主張說有憂鬱症、恐慌症、睡眠障礙等等的，反而常常是沒有刑法第 19 條的狀況。但是我們遇到的困難就是如果不送，辯護人或者是被告本人又會覺得說，這是調查未盡，但造成的狀況就是這種類型相較之下比較看不出來真的有適用刑法第 19 條的情形，卻占用了鑑定的資源，導致真正需要鑑定的(案件)會變成時程上較

慢。

暫行安置制度的發動，要件我就不再多做說明了。我個人認為，當中最困難的就是判斷刑法 19 條第一、二項的原因可能存在，我個人對該個案之所以敢發動是因為他在一、兩年前才經過這樣子的鑑定，當然再搭配他當時的一些言行表現，可以認為說，除了他曾經被這樣鑑定，他有相關的病史，以及本案上他也有類似於前案的情形。所以我覺得這個案件我發動我是有信心。但是就一般案件，如果說從來沒有被鑑定過刑法第 19 條，那要法官自行去判斷他的病歷狀況就要去認定，我覺得一般法官可能會相對保守。

暫行安置處分，其實就是監護處分的前置，我覺得一部分的原因可能也是要解決不適合羈押的問題。因為兩者的人身拘束程度還是不太一樣，畢竟現在暫時安置，也包括了其他相當處所，所以也不是一律都在這個司法精神醫院。但是執行狀況可能是要由地檢署來處理，這部分法院好像不會介入。這也就是提到監護處分，我們雖然下了一定時程的監護處分，但是後續的執行，其實法院完全是沒有介入的空間。雖然說，下個 3 年、5 年檢察官可以依照醫院報告或者是相關人士的意見提早結束，或是轉由其他管道，但是就我目前所知好像這部分雖然還是在司法體系中，但是是由檢察官主控，院方這邊並沒有處理的空間。

至於剛剛先進有提到說微罪為什麼會監護 5 年？我個人覺得主要還是要看再犯之罪的危害有多大，跟再犯之罪的嚴重性程度。一般來講，應該比較是傷害(暴力)類型的重罪，我們才會下到這麼重的時間。不然就是說，當時的鑑定(單位)要求的時間，就會覺得說是不是要尊重醫療的專業，而以這樣子的時間為主。那另外是因為剛剛吳社工主任沒有說明到這個個案是不是有反覆再犯的情況，如果是有反覆一直實施，那就變成我們這方面也會受到在地檢察機關的壓力。或者是被害人也會說，他已經偷三、五次的，因為他就住在被告家附近，這樣子被害人會有很強烈的意見，說你們什麼都不做，你們就用刑法第 19 條第一項或第二項，去判無罪或減刑，但是我就要一天到晚被騷擾，那我活該嗎，他們就會有這樣子的情緒性反應。

不過我還是認為既然羈押都有最長羈押的期限，那監護處分也應該有一定的延長期限。然後我其實蠻認同張教授在文章裡提到的，就是應該依監護的時間如果變長，那審查的密度就要變嚴，那也應該要有一個最高的期限。這就是回到剛剛各位醫師提到的，就是對於這種無治療可能性的，那我們就沒有辦法以安置在精神病院的方式去處理，可能就要有其他轉銜在一般社區的方式。但是現實上又變成相關的家屬他們可能都已經被病人弄得整個人生也很亂了，所以他們可能都沒有意願去維護他，去陪著回到門診跟醫院保持聯繫，這個部分我覺得是比較困難的部分。但還是很希望檢方能夠聯繫後續的不管是醫師、護理師，還是社工

師，我覺得我們現在好像有一點欠缺一個集中的小組團體會議的管道，甚至院方跟這一塊是脫鉤的。

至於刑前和刑後治療的部分，我們目前其實在監護處分的執行上，都是以刑後監護為多。不過我去查一下監察院的統計，現在也有慢慢再轉成刑前監護。大部分的文章也都是建議刑前監護，刑前監護這部分我們也會參考。

最後總結的部分，我個人認為還是要區分案件類型。因為現實上就是有比如說反覆竊盜、長期的飲酒、家暴，或是對陌生人突發攻擊、長期騷擾特定人、性衝動犯罪、老人失智、藥酒癮、憂鬱和縱火，這些類型其實都有不同的病因，危險性也不太一樣，我覺得處理轉銜的方式也不太一樣。這是我一點心得跟大家報告謝謝。

李俊宏主任:

謝謝王奕華法官精闢的見解，的確有一些實務上面的部分，我想我們再流到後段討論的時間，應該可以有充分的討論，我們接下來歡迎第二場的高雄地檢署主任檢察官來發表他對於監護處分的一些看法。

董秀菁主任檢察官:

主持人以及各位專家、學者大家好。剛剛聽大家的發言之後，其實我不知道大家有沒有一個想法，就是不管是暫行安置或是未來監護處分的執行，甚至在監護處分期滿之前要召開轉銜會議的發起，其實大部分的工作都是落在我們檢察官身上，我們責任非常重大。所以這部分我們其實在很多的法制面上面都已經在搶先在修法之後有很積極的作為。

那我想說這樣子的積極作為或許大家不是實務面工作者可能比較不了解，等一下我會就我們本署在執行監護處分上，因為配合修法的過程有什麼樣的變革和因應來跟大家做一個簡單的說明。

但是，其實剛剛王法官所提到有關暫行安置的部份，我個人其實是有一個疑慮，因為其實暫行安置他是在羈押階段，算是羈押的一個替代手段。但其實檢察官在偵辦一個重大的刑事案件的時候，尤其是這樣的刑事案件行為人，他本身是不是患有精神疾病，其實檢察官是很不希望法官的判決直接認為他行為時是處在一個有精神狀況，甚至未來可能是無罪的判決。檢察官在偵查案件基本上對這樣的刑事行為人都會窮盡可能去偵查他所有的犯罪動機和行為的違法性，去蒐集相關的證據。所以，在這樣的情況之下最不想看到的，就是法官用被告的精神抗辯來做一個無罪的判決。

所以在暫行安置上，其實基本上檢察官在發起偵查的時候，大部分都還是會用聲請羈押的方式來做處理。我們自己地檢署其實也有遇到檢察官在起訴移審之後建請法院繼續接押，但法官卻駁回羈押聲請，然後下了暫行安置的裁定。其實這個部分我們姑且不論說未來會不會影響到法院判決

的一個心證，但是我覺得這樣子的制度確實也有我們值得思考的面向。

以下先就我們地檢署在修法之後，有關監護處分的執行來跟各位做一個簡單的報告。誠如剛剛鐘主任所講的，我們本署在7月21號跟橋頭地檢署共同成立監護處分評估小組的成立大會，這個成立單位其實也要非常感謝衛生局的支持，才讓評估小組能夠順利的籌組，那這個情形其實是因為監護處分的修法，我們大家都知道行為人的行為其實不是說他本身患有精神疾病，他一定會收到法院的監護處分判決，不管他是因為刑法第19條第1項、第2項，甚至第20條瘖啞人的行為，而有減輕其刑的情形，他都必須要在有相當的情狀，認為他有再犯或是有危害公共危險之餘的狀況下，法院才會下一個監護處分的判決。

那這樣的判決其實規定在刑法第87條裡面，現行法雖然還是維持監護處分的期間是5年的狀況，但是延長的次數上有增加。修法的部分包括他第一次的延長可以延長3年以下，第二次的話就是一年以下，但是他是沒有次數的上限。但是87條的第4項其實有規定不管他今天是在執行監護處分的期間或是在延長的期間，監護處分的個案必須每年來進行評估他到底有沒有繼續執行的必要性。

那我們保安處分執行法其實配合修法，在今年的2月18號修正第46條規定，未來監護處分執行方式是採多元處遇的方式，從最重的進入司法精神醫院到復健機構、身心障礙機構或交給最近親屬法定代理人或是門診治療或其他適當的處遇措施，從重到輕有多元的方式可以讓檢察官來做選擇。

但是這樣的選擇其實並不是檢察官可以任意去決定的，因為未來為了讓這個監護處分的執行能夠更完善，其實在保安處分執行法第46條之1，有做相關的修法。檢察官未來在執行監護處分的時候，他要指定第46條剛剛大家所看到的執行方式之前，要參酌監護處分評估小組的意見。執行期間如果認為有必要的話，可以依照職權或是第46條第1項各款這些受指定的人，得請求去做變更執行的方式。這些變更方式的過程也是要參考評估小組的評估意見。另外第46條之2也有規定，檢察官如果在每年定期評估的期間，認為有沒有執行必要性有疑慮的時候，其實也可以請評估小組來做評估。未來在申請延長或是申請免除的時候也都要參考評估小組的意見。

所以我們可以看得出來，未來監護處分評估小組委員的權責，包括選擇的執行方式，或是方式的變更，以及有沒有執行的必要性、延長期間以及有沒有免除的可能，都是會落在監護處分評估小組的責任上面。

那成立評估小組的法源依據規定在保安處分執行法第46條之1的第3項，法務部也非常迅速的在今年的5月20號就訂頒監護處分評估小組作業辦法，高雄地檢署依照這個作業辦法啟動評估小組的作業流程，迅速的在7月21號將所聘請的委員全數聘請完畢，包括4位專家學者以及3位

精神專科醫生、7位心理師、6位社會工作師以及兩位身心障礙代表，總共有22位。

未來評估小組要怎麼運作，我們要依循作業辦法相關的規定，其中關於到底要由誰來籌組小組，法條上面是規定檢察機關，有些檢察機關的規模比較小的話，他的量能可能沒有那麼大，可以找到這麼多的委員來籌組小組的時候，法條上面也有規定他可以囑託別的檢察機關來執行。

另外小組的成員上面也有規定說，委員數至少要5到9人，召集人是由委員來互選，委員裡面至少要有精神專科醫師、心理師、社會工作師、身心障礙代表以及專家學者。這邊跟各位說明，我們未來的規劃其實都還處在嘗試的過程。當然針對這樣子的委員數，我們目前的量能是夠大的，所以將來可能會將我們的個案依照個案屆滿日的不同分交給不同批的委員，但一整年都是由固定的委員去處理固定的個案。

委員的任期法條規定是一年，期滿可以再續聘，評估小組的職責規定在第4條，就是剛剛我所訴的那些他們基本的職責。那評估小組他的委員的資格其實也有做很謹慎的規範，包括只要是精神科專科醫師、心理師、社會工作師的話，必須具備有3年以上的實務經驗。那他的消極資格限制包括他如果曾經幫受處分人做過醫療諮商行為，或是幫他出相關的鑑定報告，或是跟受處分人有利害關係的話，這樣子的委員基本上是不可以參與個案的討論跟表決，但是這樣的消極資格如果超過3年的話，就不在此限。

此外第6條第3項也有規定，因為大部分其實最能夠掌握受監護處分人的精神狀況，就是在幫他做治療的醫生，假如不能夠出席的委員或是不得參與討論表決的委員，他可以提供他的書面意見，給評估小組做參考。

我們地檢署目前的運作機制，除了說就是7月21號成立監護處分評估小組之外，我們預計在8月26號來召開本年度第一次的評估小組會議，目前19個個案裡面會交給評估小組去做目前他們執行的方式是不是具有成效，有沒有需要做變更，甚至來幫個案申請免除的情形。

我們雄檢的部分目前是有19個個案，大概前幾天也有接到慈惠醫院來表示說，像其中有一個個案，目前可能疑似患有癌症，他的癌症狀況可能會去影響他生活自理的能力。所以這個個案是不是有機會可以來申請免除，也會在我們這次討論的範圍。

基本上，我們的運作方式其實還有考慮到未來申請延長的部分，要如何去避免同一批委員針對同一個個案來申請延長的疑慮，因為大家可能會覺得同一批委員來針對同一個個案申請延長，可能主觀意識會比較強烈。所以未來我們的規劃可能會將個案在申請延長的時候，會由不同的委員來做評估，所以這也是我們目前規劃的流程。

我想說大家在剛剛針對有關機關辦理轉銜會議的部分。有些委員有提出說轉型會議會不會有流於形式的疑慮，其實在轉銜上面我們法務部其實也是有訂頒「檢察機關辦理監護處分轉銜會議處理原則」，這個處理原則

上面其實它有詳細的去規範我們檢察機關，因為我們是肩負處分執行的機關，那他在個案期滿之前3個月，必須要去準備相關的資料來召開這個轉銜會議，在期滿前兩個月，就必須要召集所有跟這個個案在離開醫療院所之後可能會去接觸的一些外部單位，包括衛政、社政、警政等等，其實在作業上面是非常嚴謹的。我們機關其實在運作這樣的機制，目前跟轄區這些外部單位溝通上都沒有問題，大家配合的非常好，所以我在想這個機制能不能夠完善，其實跟轄區單位有沒有這樣的量能能夠接受個案，其實是非常重要的。

因為監護處分個案一旦監護處分期滿之後，其實檢察官對她已經沒有任何的拘束力，應該是說整個司法對他已經沒有拘束力了，所以未來接收轉銜個案的單位，必須要注入相當社會資源，其實是我們未來政策上面要去關注的地方。

以上是我簡單的分享，謝謝。

李俊宏主任:

謝謝董檢察官對於監護處分評估小組的分享。我想高雄我們區域其實是相當的積極，也是國內相當早就成立了評估小組的縣市，是值得我們去期待。

接下來，我們為各位介紹洪士軒律師，就如同我們院長先前講到的，他現在目前是在安侯法律事務所，是早稻田大學的法律博士。對於精障的日本相關作法，應該都有精闢的見解，那就把時間交給洪律師。

洪士軒律師:

張教授、吳院長還有各位與會先進，大家好。

因為第二個焦點的部分最主要的話，因為我只有10分鐘的時間，我想報告就是從焦點二裡面的一些東西然後找出一兩個重點進行報告。

第一個是各國監護制度值得我們參考的部分。剛剛主持人也有介紹，就是我在日本學的就是日本的醫療觀察法的制度，所以我等一下也會稍微介紹一下日本的醫療觀察制度整個概要，雖然裡面有很多比較精細的部分，因為時間的關係我就挑了一個比較重要專業法治來跟各位報告。

另外一個部分是監護處分新制的問題點跟需要改善之處，首先需要討論新舊法之間到底有什麼不同。這個地方先做一個新舊法的比較，因為新法現在雖然剛成立，現在有什麼問題點可能還沒有辦法一下子就知道，但以後就知道說新法在法制面跟實務面上有哪些地方值得我們將來多留意。

現在各位看到的這一張投影片，其實是整個日本觀察法的體制。其實日本在1960年代左右到1980年代，其實也在針對他們的刑法裡面到底

要不要有保安處分這件事情做了 20 幾年的議論。那最後他們認為說不要有保安處分，原因就是因為他們認為刑罰跟保安處分的區別到底有沒有必要。

另外一個很重要的理由就是說，用醫療的名義去拘束人生自由，但是在 1960 年到 1980 年代，那個時候的精神醫學可能沒有辦法像一般的醫學走比較實證，或者是說有一個很明確的實證。例如測得怎樣的細菌或者是病毒你就得到什麼病，但是精神醫學這個地方比較沒有辦法以相同的方式進行驗證，所以那個時候他們比較缺乏證據，或者是說不明確的狀況下，要限制人身自由的話是比較困難的。所以他們基於較多的人權考量，所以可能他們就沒有去設置所謂的保安處分。

但是因為在 1980 年代到 2000 年的時候，其實陸續發生了所謂疑似精神障礙觸法者的犯罪事件。最後可能不一定在審判是用我們的 19 條的狀況。但是最後還是會觸及法律的修正。所以在 2000 年前後的時候，日本制定了醫療觀察法。

但是他們也是有如剛剛我所講的 1960 年到 1980 的前提。他們對於保安處分這個詞，就是有一種畏懼感。所以他們在制度的設計時。其實盡量不要跟保安處分有連結，或者是說讓他是一樣的東西。所以在這裡大家可以看到雖然是日文，在左上角這邊他們有限制說，在一定的重大的行為例如殺人放火、強盜、強制性交或威脅，還有一些傷害案件的時候才會進到醫療觀察法的審判。

其實這個審判其實最主要做的就是讓整個觸法精神障礙者，他其實是接受一定的強制性醫療，這個地方其實也是有檢察官這邊來做發動。在發動之前其實他們應該也是走一般的形式程序。檢察官先決定說到底要不要起訴，那假如說起訴的話，就是走一般的法院判決。假如說最後是不起訴，或者法院認為說，他因為有類似台灣 19 條的精神障礙理由而無罪的話，他才會走到醫療觀察法的審判裡面。

走到這個審判裡面的時候，我等一下要介紹的就是說，他最主要其實是跟一般的法庭不太一樣，他是一位法官和一位精神科醫師來進行認定。認定的內容就是認定精神障礙觸發者到底需不需要住院或者是說接受一定的門診治療。

後面的話，他還有一些假如說決定住院怎麼辦，假如決定是要門診治療怎麼辦，當然之後會有轉銜的制度。這可能後面有幾位先進會進行報告。

其實剛剛也稍微有提到，在醫療觀察法上面，它的性質雖然剛剛有講到 1960 到 1980 年代，他們就是針對保安處分其實是有畏懼，雖然在醫療觀察法上面，可能在罪責上面有加以限定，然後在程序上面，其實也跟保安處分有一些比較不一樣的地方，但是其實在本質上面還是有學者認為他到底是偏向保安，還是保護的人權，這一點其實是有疑義的。

對象跟處遇期間剛剛有講到，就是限於重大的犯罪，住院的期間的話，其實他沒有上限的規定，但是跟我們新修的制度是有一點像的，就是每隔一定期間要定期審視有沒有延長的必要性。但日本的話，他們是每6個月定期審視，台灣部分的話剛剛有先進報告過是一年。

這個地方今天我要講的就是審判的部分，其實它是由法官跟精神保健審判員各一人所組成的合議庭。精神保健審判員其實就是精神科醫師，他們要做的事情除了判定精神障礙觸法者是否要住院，或者是接受門診治療。為了要判斷是否住院或門診治療，其實合議庭要去考量或者是要調查的除了是對象是否有有精神疾病外，就是他的生活環境。

此外，最重要的是接受了治療了以後到底有沒有反應性。日本這邊比較特別的就如果有被評斷說再怎麼治療都不會好的話，其實某種程度上就會變成，給他治療無疑就是人權的侵害。所以在這樣的狀況下的話就不會去讓他接受醫療觀察法的治療。

最主要的就是這個專業法庭他其實有一些優點，就是你要判斷這個精神障礙觸法者是否需要接受醫療的話，除了剛剛有講到的醫療必要性以外，還有就是人權上面的考量。所以在這個地方，他們是考量到這兩個地方，所以是以醫生跟法官這兩個人擔任不同的角色，去做一個合議制去決定。

法官的參與其實就是要保障程序的正義。但前提其實就是法官跟醫師要互相的尊重和充分的議論，但因為只有兩個人的關係，所以原則上要做成住院或者是門診治療，或者是不處遇讓他自由的決定的時候，兩個人因為一比一的狀況下，就會陷入僵局。

所以他們一定要一致決，就是兩個人都要做成一樣的決定。他們在做這件事情之前，其實日本也有做過一些調查，就是他們的可行性到底不可行，還有他的課題，或者是說在台灣的話，其實就是要考察日本他們人力跟物力是否充足還有可不可以整合。

在台灣的部分還有另外一個問題就是和國民法官法之間的關係到底是什麼？因為畢竟現在我們國民法官已經實行了，就是明年一月一號要實行。所以將來如有類似的案件的話，我們雖然可以參考日本的專業法庭，但是國民法官法之間會不會有競合之間的關係可能需要我們去考量。

在日本審理狀況其實每一年大概是200多個人會接受專業法庭的審判。審判最後的結果大概80%會認為是需要接受強制治療，包含住院跟門診。

在台灣舊制的監護處分，因為剛剛其實主任和王法官有講到我們到底怎麼去看監護處分的，其實，在大法官釋字是有講到要看他行為的嚴重性、表現危險性跟將來的期待性去做一個綜合的考量，台灣的問題點在於它沒有限制一定的罪種，就是所有的罪都有可能被判監護處分。

但是我自己是認為既然大法官有想到行為的嚴重性這一點的話，那輕罪的部分就是像剛剛有提到的竊盜的話，有需要判到監護處分嗎，這一點我自己覺得可以去檢討。

另外一個就是監護處分的性質，其實在舊法下面有分為拘束人身自由跟非拘束人身自由的狀況，在高等法院的座談會說要依照個案狀況加以處理，台灣現在新法的部分因為大家都知道，在此我就省略。新法的部分要去考量就是這些修法到底是解決了舊法的問題還是製造新問題。那這兩個部分的話，剛剛董主任檢察官有提到，羈押跟在安置之間的關係到底是什麼，雖然在體系上是不同的章節，但是在內容上面的話，到底有沒有什麼類似。或者在實務上面會不會變成雖然有一個新的暫行安置，但是我還是走羈押這樣子的可能性，所以這一點值得我們之後再觀察。

最後一個部分，多元處遇跟定期延長的這個制度上面，日本他們是投入了大量的人力跟物力去支持這樣的制度。外加上有設立一個去調節的 coordinator 的角色，就是復歸社會調整官，但是在台灣的部分，雖然我們的名義上面有寫我們是要兼顧治療保護跟監督，但是實際上要怎麼去做，像剛剛董主任檢察官也有講到，假如全部的事情都要檢察官去做的話，真的有足夠的能力、物力去支持嗎？這一點我覺得是非常影響制度的成敗。

不好意思有超過一點點時間，謝謝大家。

李俊宏主任:

謝謝洪律師對於日本醫療觀察相關制度的分享，接下來我們歡迎陳俊榕助理教授，海洋大學法律研究所的陳教授，來為我們分享相關的概念。

陳俊榕教授:

謝謝主持人，謝謝大會邀請我來這邊報告，那在這個場次的部分我基本上就只針對3個部分的來跟大家報告，一個是關於各國監護制度，值得我國參考的部分。然後第二個是 CRPD，最後會講比較多的是關於我國監護處分新制的一些問題還有一些需要改善的地方。

在這個第一個部分因為大家都知道，我們的監護制度是參考德國精神病的處分而來，所以基本上內容是差不多的。只不過在一些細部上，我們還是有一些改善的空間。比如說，在監護處分的事實條件來說，我們現在刑法 87 條，它其實就跟我們的舊法的規定是一樣的。只是說行為人的情狀必須是足認有再犯或有危害公共安全之虞。

但是對於這樣的原因行為要求，或者是條文所稱的再犯的這些犯罪類型還有程度等等，這些內容的具體規定基本上是完全空白的，就像剛

剛各位先進有提到的竊盜罪，最後到底要不要給他監護處分。

這個部分比如說在德國，他們在 2016 年修法的時候，他們在他們的刑法 63 條的第一就有規定說，行為必須是對被害人的心理，或者是身體有造成重大的損害，或者是有重大的危險，或者導致嚴重的經濟損失，而且有公共危險的時候，必須限於這些情況的時候，才有這個宣告監護處分的空間。也因為對於精神病患來說，他不是有罪判決的人，所以她在接受矯治的本質上，應該是屬於我們公法上所謂的特別犧牲的情形。

所以德國在 2016 年的新法就訂了安置的實質條件。但是相較之下我國法對於安置條件欠缺比例原則的思考。所以這個部份或許也值得我們去做一個參考。

另外在入院處遇的部分，我們保安處分執行法 46 條的第一項，他對於安置處所的一些新規定跟目前德國的做法是相似的。但是有兩點，或許我們在立法上是可以加強的。

第一個部分是德國他們各方自行訂定保安處分執行法裡面，他都有規定對於精神病犯收容一定的時間，通常就是 6 週到 8 週之內，必須要去製作完成對於每一個受處分人他的個別矯治融合計劃，而且這個受處分人在接受矯治的過程裡面，他也能夠參與計畫的制定。而且機構還必須要跟受處分人的親屬，或者是跟他關係親密的人去討論相關的治療方法。

在矯治的期間這些專業機構還必須要針對這一份計畫不斷的去檢視和調整，相較之下我們的保安處分執行法好像沒有這樣的計畫要求，最多可能就我們 46 條之二關於最近親屬只能在延長豁免除處分的執行申請時，受到檢察官的諮詢。

第二個部分是關於精神病院內配置的部分，我們的監獄行刑法五十二到五十四條有規定監獄內的設施一定要有維持保健上的必要空間和光線通風，還有供生活所需足夠的衛浴設施等等。可是因為我們對於精神病患的監護處所不是在監獄裡面，之後是在精神司法病院，所以適用上面就沒有我們監獄行刑法規定上的適用。建議我國或許可以仿效德國所做的規定，在機構內的設施做最低程度上的要求，因為這些規定其實他也會涉及到對於精神病犯在環境治療、社會治療等等甚至之後轉銜機制的成效都是有幫助。

另外在轉銜機制的部份，德國刑法有規定對於精神病犯的安置處分結束之後，你必須要進行保護管束，然後在保護管束的期間法院也必須要依照刑法的相關規定來強制要求精神病犯去接受門診治療。他們在刑法裡面也規定這個過程裡面一定要有哪些人員的參與，基本上他們就是想要建立一套精神病犯釋放之後的一些適當的日後照顧的結構，那其實這個也是從保安處分轉向社區精神醫學的轉銜機制。

但是相較之下雖然我們的新法 92 條第一項也規定我們的監護處分按

其情形得以保護管束代之，但是我覺得這個規定，跟我剛剛所提到的德國的規定是不太一樣的，他所指的應該是監護處分期間，而不是在監護處分完了之後，所以能不能把 92 條第一項的規定理解為是一種轉銜機制的一部分，就會有解釋上的問題。

另外，我們保安處分執行法在 71 條的第一項也規定說，以保護管束代監護者對於受管束人因促其繼續完成治療、心理輔導等等，條文所謂督促這樣的用語來看，其實我們也很難把對於精神病犯後續遇後照顧理解為一種強制性的要求，因為他只是一種督促。

尤其是在我們的監護處分結束之後，依照保安處分執行法 46 條之 3 的規定，檢察官基本上就是把人直接丟給當地的機構，然後也不會再去協助處理後續的問題，所以，在實務操作上，結果會不會導致之前矯治的成效前功盡棄，這個部份可能也是我們在立法上要去做思考的。

第二個部分是關於 CRPD 的精神，因為我們採取的是監護處分為主，具體說是採取多元處置。所以從整個來看的話，基本上，我覺得應該是有符合 CRPD 的精神。但是在一些像剛提到的，比如說像我們的刑法的 87 條，他並沒有針對精神病患的原因行為所做的要求，或者是再犯的犯罪類型還有程度等等，有作明文的規定，所以這個部分可能就會有歧視的問題。

最後一個部分是談到監護制度跟他的相關規定的問題跟修正，在這個部分我基本上會針對 4 個小部分來去做介紹和說明，首先是關於鑑定，基本上也可以從兩個方面來說，第一個是在安置之前，在德國的刑事訴訟法 80a 條裡面有規定說，如果今天有預計到被告將來會被宣告收容於精神病院等等，並保安監禁的時候，在偵查程序就應該要給予鑑定人機會，為他在這個審判期中，對鑑定報告預作準備。

當然這一條的規定僅適用於檢察官或法官。是在偵查階段對於無責能力或者是沒有就審能力的被告來做的。他的立法目的的一方面是為了被告他醫學上教育上的一些利益。另外一方面也是避免將來沒有被宣告保安處分的被告誤送到這些機構裡面。

總歸來說，這個規定是為了被告的利益來做的。那要注意的是如果刑事訴訟法預先強制的鑑定規定，他不是針對我們暫行安置的需求而來，而是為了之後法院監護處分所預作的準備。

如果做一個比較的話，我們現行法是沒有這樣的制度，我們有類似的規定是在我們保安處分施行法第 46 條的規定。規定是說檢察官未執行監護處分，可以參酌評估小組的意見。因為我們現行法規定他是得參酌，但是我們董主任檢察官他剛好有提到我們高雄地檢現在所做的一些作業辦法的內容，我覺得就是跟德國的規定是有類似的。

這部分我覺得是很好的，這個是在安置前的部分，在安置中的部分主要是關於停止或延長安置的檢核。德國刑法有對於安置時間的停止或

延長做實體跟程序面的規定，做了一些詳細的內容。

為了配合程序上檢核的要求，尤其是在鑑定報告的部分，德國在2016年的時候，對於刑事訴訟法也有做配套的修正，其中他們第463條第4項，就是關於鑑定報告的詳細要求。簡單來說，對於他們現行的要求，對鑑定報告的部分，他們不是只要求簡單的鑑定報告，而是要求詳細的鑑定意見，意見的內容基本上必須包含有關受處分人具有威脅性的違法行為，還有他的危險程度，還有到目前為止，打算採行的治療方法以及完成治療的內容等等。

但是相較之下，我們並沒有做這樣詳細的部分。至於在評估繼續執行監護的部分，雖然我們採取的也是時間性、階段性的規則，仿效德國的規定，可是其實我們並沒有對於這些實施條件到底是什麼去做一個詳細的規定，所以我們現行的規定我覺得還是有過度侵害受處分人的人生自由之餘。

因為時間關係以上的報告就到這邊，謝謝。

吳文正院長：

謝謝陳教授的報告，講的是相當詳細，我們是不是接著再請林教授來給我們介紹下一個議題。

林政佑教授：

吳院長、張老師和各位先進好，

第一個就是說，我覺得這次的修法是我們對精神觸發者比較偏向醫療模式的強化。運作上面如果不太謹慎的話，還是有可能會出現醫療的無間地獄，不斷在設施裡面進行處遇。這樣只是在追求對於社會隔離無害化，跟CRPD的精神會有抵觸，從CRPD來看，他是以人權模型思考精神障礙觸法者，也就是說並不是單純個人的問題。也不只是個人的醫療面向，而是從社會結構互動的角度思考障礙者的權利如何復權給他，打造比較包容式的社會。

從這個角度來看至少有司法、醫療、跟社會福利3個面向的合作是有必要的。如果說從比較法的觀點來看，比方說像是日本法的話，剛剛幾位先進都有提到說，就是社會復歸調整官，這個部分的話可以看到他們在社會福利面向是有所導入。

整個程序面，社會復歸調整官會從一剛開始的介入跟引導，到最後的處遇節數。可以看到3者面向的合作。只不過實務上運作來看，還是有一些人會認為日本的做法是比較偏向於醫療模式。

我們台灣在思考的時候，可以立基於其他國家運作上面的一些優缺點。思考我們下一步該怎麼去進行。未來在新法之後，我們在運作上不只是希望能夠提供對象者一個醫療處遇。也是為了能夠讓對象者能持續

地在這個社區裡面去生活。比方說，提供他相關的一些生活支援，法制架構也可以從 CRPD 的人權模式充實。

再來因為我們是保安處分，日本的話並不是保安處分，因此在 guideline 的運作上面，它有強調說醫療當事人的同意。以他本身為中心，集合他本身的觀點跟他的意向作為處遇核心。

如此除了能夠節制保安的權力所帶來的強制性之外，也可以透過對象者本身的參與，提高醫療的效果。這個部分其實是值得我們去做思考的。

另外其實台灣跟日本一樣，我們在醫療觀察法或是監護處分之外，其實本身也有精神衛生法。精神衛生法本身是說在社區裡面的網絡，如何把它進一步的聯繫跟加強？因為新法強調暫時安置的最後手段性，如果精神衛生法可以處理，其實可以不一定要透過暫行安置的方式去進行。

暫行安置本身如何結合當事人同意的部分確實是個問題。再來暫行安置它本身規定是比較強調犯罪嫌疑重大，和事實足認與否及危害公共安全之虞。這部分都有可以變成即便是輕罪也可能犯罪嫌疑重大，至於公共安全之虞的判斷，容易會變成強化社會防衛的考量。使得暫行安置本身主要帶來治療美意可能會大打折扣。

而且這邊裁定審理的部分，並沒有明文規定說一定要參考精神衛生專家意見，這樣判斷上面是否能夠周全？以及像剛剛提到，在暫行安置處遇的部分，如何加強當事人同意是有思考的必要。

第三點，剛剛幾位先進討論裡面都已經有提到說，我們的監護處分本身有他的限制。特別是說，在醫療處遇的部分。比方說像是從日本法或是說韓國法的經驗來看，其實醫療處遇對於像是思覺失調症的患者比較有幫助。

對於像是人格違常或是自閉症，或是說是其他智能不足的情形，單純只有這些症狀的話，想要用監護處分對他們進行處遇的話，不見得是有所幫助的。

我們在這部分也是扣連到說，我們在判斷要送什麼樣對象接受監護處分，除了考量到像剛剛幾位先進有提到重罪或輕罪的區別，這部分我覺得法文中應要放進這樣的區別。我們應該盡可能只讓重罪進入到設施的處遇。如果是輕罪的情形的，可以透過在社區處遇方式，或是做定期的回診，或者像是韓國法的話，有一個治療命令，可能結合保護管束的方式來做處遇，那就是要去服藥或定期回診等等。

除了輕、重罪的判斷要把它放進去之外，也要考量到監護處分的對象是否有治療可能性。這也是我們在思考監護處分必要性的時候頗為重要的地方。如果說，他並不是思覺失調症的情形，是不是要把這些精神障礙觸法者都透過監護處分的方式來去處理，其實是值得去探討跟思考

的地方，或許並不是非常適合透過醫療的方式來去進行。這邊可能是我們大家需要去想的地方。

再來就是社會安全網，從日本法的經驗來看，確實如剛剛洪律師所提到的，其實很多資源都投入到設施內處遇。社區處遇的部分需要許多人力跟物力的資源投入。

這部分在我國的話，還是遠遠得有所不足的，可能現在要提升醫療的部分，但是像觀護人、更生保護的部分也有加強的必要。還有社區處遇到底要用什麼方式去進行。以及負責的司令官要交給檢察官嗎？檢察官本身業務非常繁忙，他們有多大程度能承接這樣子的工作，這都是值得我們探討的地方。人力跟物力還有財力若不足夠的話，社會安全網沒有辦法去強化。

最後一點，我會想到說，所謂的社會安全是很重要，固然沒錯，可是社會安全跟集體恐慌應該有所不同。集體恐慌的話可能會召喚出嚴行峻法的幽靈，可是他並不是立基於事實或是有根據的想法。

所以其實我們希望讓精神障礙觸法者進行社會復歸。同時我們需要跟社會不斷溝通說精神疾病有關的一些狀況是怎麼樣，比方說，我們現在新冠肺炎的關係，衛福部不斷跟社會大眾進行教育，例如我們要如何防疫，和對於新冠肺炎的認識。

如果我們也能夠用這樣的心力去宣傳精神障礙的情形是有哪些疾病，透過這樣的方式讓大家瞭解到並不是精神疾病就該感到畏懼，或是說排斥他們，而是能夠透過這樣的方向，使他們有清楚的認識，建立包容社會的一個實現的可能。

以上是我的一個簡單的報告，謝謝。

吳文正院長:

謝謝林教授剛剛的報告，給我們很多的啟發，尤其是除了以日本的經驗以外，還有一些韓國的經驗，再來我們是有請我們研究團隊利用剩下的 10 分鐘左右的時間來提供一些回饋，先請張教授。

張麗卿教授：

非常感謝幾位法律的專家、學者來分享。尤其感謝兩位實務工作者的分享，讓我們知道在將來監護處分執行的過程當中，可能會遇到的實務問題。

董主任檢察官的評估會議運作，非常值得期待。我們也希望整個運作很順利，不要只有流於形式。但是相應到剛剛俊榕老師所講的，在德國的轉銜會議以及處遇的過程，特別注重的就是個人治療計畫的進行和家屬意見的參與，我覺得這個部分是將來可以再一步思考的。也就是在轉銜過程當中，如果家人根本沒有辦法去承受這一些個案的話，現在

有所謂令入適當親屬的照護，但家屬的意願如果不被考量的話，可能沒有辦法進行，這一點也是將來可以考慮的地方。

再來洪律師跟林政佑老師兩位從日本法的觀點或者是從韓國法的這觀點來看，洪律師長期專精日本的醫療觀察法，這個部份他也講得非常的詳盡，我們也學習到很多。如果日本的醫療觀察法，跟我國的法制互相契合的部分，到底應該怎麼樣進一步去觀察，洪律師和林老師都是有關於日本法的專家，之後有很多機會要請教洪律師跟林老師。

我想我就分享到這邊，接下來就把時間交給主持人。

吳文正院長:

謝謝張教授的分享，那我們接下來再請王教授分享，謝謝。

王紀軒教授:

主持人吳院長、李主任，還有各位師長，大家午安。因為時間有限，這一個場次，法制介紹的資訊量非常大，確實值得我們大家共同思索、反覆消化。因為時間關係，我就提出一個小小的疑問。我作為學校教育工作者，比較少遇到實務界問題，所以想要請教王法官。如果時間許可，是不是可以請王法官分享一下。在王法官書面報告裡，有提到我個人覺得蠻有趣的地方，在焦點二的一的括號二的第六點，提到實務上有發生，未送鑑定直接適用刑法第 19 條的情形，王法官特別有說很少，但是存在，也有提到被告可能拒絕接受鑑定。理論上，應該是法官認為沒有鑑定的必要，因為有鑑定的必要的話，被告拒絕也沒有用，但王法官書面有提及，原則上還是尊重被告意願。我想要請教的是，實務上在行鑑定留置時，被告意願是在什麼樣的情況下會影響法官的判斷？還是說，有關於此，其實是要落實 CRPD 的精神？希望王法官可以給一些指導，謝謝。

吳文正院長:

這個部分是不是王法官可以現在簡單的回應一下。

王奕華法官:

好，我快速回應一下。其實這是我自己實際上遇到的案例，該個案我剛剛有提到是公然侮辱跟個資法，其實罪名是非常輕的，我安排被告去了 3 次，但是他就是不肯去。變成一審的時我就認為這樣子沒有醫療人員的介入，我沒有辦法認定，所以個案上(一審時)我是沒有適用刑法第 19 條。

不過二審的時候，這個部分就被撤銷了。二審是直接以被告的病史及言行狀況認為有刑法第 19 條第二項的適用，因為被撤銷印象比較深

刻，這部分就跟大家分享。當時我雖然有考慮過鑑定留置，可是就是剛剛提到的問題，因為罪行很輕，所以我當時要不要發動是有點猶豫，我不敢貿然發動，以上說明。

韓政道教授:

我趕快針對剛剛我聽到的一些內容，我這邊有一些簡短的心得跟問題出來，第一個部分想要回應王法官和洪律師在監護處分罪名的討論，如果說我們能夠像日本針對生命、身體法益的攻擊來做監護處分的處理，…資源分配上也會有比較好的分配，…目前我們第 87 條的規定不是只有針對公共安全危害，還有針對再犯之虞，所以只要有再犯之虞，似乎還是有送監護處分的空間，這部分我做一個簡單的呼應。

針對第二個部分…，未來在新法施行通過，執行過程當中，就如主任講的，檢察官真的是責任重大，因為發動也在檢察官手上，所以我想說有沒有一個可能性是…，

當然我知道地檢署在鑑定方面比較沒有資源的挹注，所以現況或許有點困難，未來不知道有沒有辦法做這樣的處理。

最後一個問題是剛剛其實一開始，吳主任還有剛剛洪律師有提到，如果面對沒有治療反應性的精神障礙觸法者，那在醫療觀察法也沒辦法處理的時候，那到底接下來該怎麼樣進行，事實上讓他依照所謂的精神衛生法。那精神衛生法的部分是不是還是會讓他進入到醫院去做強制治療。所以這樣子的一個差異性我不太了解說，目前像在日本，或是陳老師在德國這邊有沒有一些可以給我們一點回饋或想法的地方。

那以上是我的一些問題跟想法。謝謝各位。

吳文正院長:

謝謝，這個問題還蠻重要的，如果強調可治療性，那萬一有不可以治療的時候，怎麼處理這樣的問題，然後我在想說是不是我們這個部分的提問可以把它結合到後面司法判決研析焦點 3 的時候一併作回應好不好，這樣子的話就比較節省時間，也跟我們今天的議程的時間是比較一致。

我雖然說時間有點超過，但是我還是希望說後面的郭宇恆醫師可以稍微分享一下經驗，但是要在兩分鐘內完成，謝謝。

郭宇恆醫師:

謝謝院長，張老師、院長和各位先進大家好，剛剛這樣聽下來的話，其實在司法體系跟醫療上，有一個共通的困難，就是萬一這個被告不想來接受鑑定怎麼辦？法官的判決看起來是會受到一定程度的影響，因為它畢竟是如果沒有鑑定報告的時候，他可不可以第 19 條第一項

第二項減刑，接下來有沒有第 87 條監護處分的適用，或者是甚至他在醫療上，他其實是物質使用之後的精神異常，那這樣就不是只有 87 條的問題，可能還有 88 條和 89 條禁戒處分的問題，就變成禁戒處分上和保安處分上的競合。變得有點困難。舉例來說，再加上性侵害犯罪行為的時候，這時候我們到底要走哪一個路徑，沒有鑑定的報告其實在判決上是非常困難的。

譬如說，一個犯人他酒後達到心神喪失，隨後去性侵別人，這時候鑑定可以給他指出一條明路，他到底是要做什麼樣的治療。但是他在沒有鑑定的時候，他到底是要走哪一個路徑，就會有很大的困難。

那當然如果方便來看的話，放到監護處分最方便，因為他接下來就可以無上限，但這些喝酒的人之後也會反覆不斷地在社區裡面滋擾，因此監督處分似乎是對社會跟對家人最好的選擇。但是其實在醫療上，這個是沒有辦法用監護處分來處置這些物質成癮的病人，這是第一個部分。

第二個部分，他們不來接受鑑定的時候，其實對醫院來說也是一個耗損，因為我們就會排了 3 個人力，包括醫師、護理師、心理師跟職能社工，如果他不來，人力就空這那。因此在第二部分，我提出一個小小的看法是，現在成人監護我們是可以醫師、醫療團隊到被告或者是到法院去提供鑑定的服務。

不知道這個將來有沒有機會，讓這些刑案的被告可以由我們派人到法院去駐點，然後提供鑑定，因為這些被告他可以不用來醫院，但是他一定會到法院，這樣的話就趁這個機會來鑑定，不知道可不可行。

目前實務上就只有在量刑評估上是以團隊到法院去的模式，但是不知道一般的被告將來可不可行，那如果可以的話，相信在這個部分會幫助很多。

以上回饋，謝謝。

吳文正院長：

謝謝郭醫師的一些想法，我們可以到後面焦點 3 的時候再一起討論和回應。因為時間的關係好像不得不停，但大家的疑慮跟分享我覺得相當的豐富，也可以做後續的一些討論，到這邊我先把時間再還給我們這個會議的 operator。

司儀：

貴賓。第二場次的參與，現在開始中場休息 5 分鐘，第 3 場次將於 11 點 42 分開始。

第三場次

司儀：

會議即將開始。第三場次。焦點三：司法判決研析有請郭宇恆醫師、王紀軒副教授主持，請歡迎郭醫師、王教授。

郭宇恆醫師：

各位先進大家好，先謝謝大家今天來這邊提供很多寶貴的意見，因為我們算是在臨床工作上的第一線到工作人員。所以大概除了醫療相關之外，相關的法律規定可能也是要有多一些這種機會可以來了解。讓我們在寫鑑定報告或者在後續提供一些處遇計畫上的時候，讓法院或者是檢察官和辯護人。不會覺得我們寫的報告可能有點走調。所以有這種機會的話通常我們就是多聽和多聽大家意見。

今天到現在是最後一場，除了剛剛大家分享的一些內容，跟一些意見交流之外，我們那接下來還是希望各位如果在醫療跟法律實務上雙向交流上，如果有什麼經驗分享，或者是一些問題可以討論的話，還希望各位先進踴躍提出，那我先講到這裡，交給王教授。

王紀軒教授：

謝謝司儀。我是文化大學法律學系的王紀軒。這個場次，將由我，以及嘉南療養院的郭醫師，一起主持。首先，非常感謝各位師長先進在週末撥空來參與，歷經一個上午的討論，我們終於來到最後一場，也接近中午了，大家也辛苦了，按照主辦方的議程，我們等一下就針對的焦點3、司法判決研析的部分，請大家自由發言。因為，議程安排比較緊湊，可能有一些學者、專家對於我們前面兩個焦點，有一些議題想要回應。如果可以的話，我們都可以在這個單元做一次性的說明。我們參與的人發言都非常踴躍，內容都非常豐富，時間可能安排的比較沒有那麼理想，不好意思。既然如此，我就不耽誤時間，我們回到議程上面，我們先請黃醫師給我們一些指導。

黃聿斐醫師：

謝謝王教授，我這邊大概有3個部分想要回應，剛剛在焦點一的時候，王教授有提到一些評估會感覺是徒具形式。這裡有提到性侵害加害人評估會議，因為我擔任委員滿久了，我常常會覺得委員之間其實是缺乏共識的，特別是有些時候有一些委員，其實沒有實務的經驗，當我們在討論醫療相關或者是在討論治療情境的時候，沒有實務經驗的委員常常沒有辦法去投入，而且會提出一些滿奇怪的建議。

那其實會造成治療單位非常大的困擾跟挫折，所以我認為挑選評估委員時，除了專業背景之外，其實最好是要有共識會議的進行及溝通，這樣才有辦法讓我們整個委員會的運作比較有實質的效力跟共識，然後

能對治療單位提出比較有效的建議。

另外在監護處分，是在結束前兩個月的會議。有些時候我會覺得這樣子的會議其實有點太慢，特別是有些時候，我們在執行監護處分的過程當中，我們發現個案有一些處遇方面的問題是需要被討論的，等到結束前二個月的會議緩不濟急，所以建議檢察官或執行單位，針對這些需要被特別討論的個案，是不是有可能召開臨時的會議，讓我們來討論處遇中的特殊狀況。

另外就是我參加了幾次會議，我覺得像社會局的社勞處，或是更生人保護協會常常都沒有辦法針對個案提出比較實質的建議，有可能是未來我們整個團隊在進行磨合的時候，需要有比較多時間來看看大家有沒有辦法達到比較好的合作方式。

第二點是關於新的監護處分的法治實施，監護處分的時間其實是延長的，我們就要來想想看，對於精障觸法者來說，他們主張精神疾病責任能力抗辯的時候，到底對他們來說是有利還是沒有利，特別是一些微罪，比方說竊盜罪或公然侮辱罪，可能關個幾個月或一年之內就可以結束，那他能不能夠去拒絕精神鑑定，不接受 19 條的減刑或免刑。

這樣的判決避免之後在精神病院裡面關很久，限制自由更久。我覺得是說，當這個處分對這個精障觸法者不再是完全有利的狀況之下，他應該要有拒絕的權利。事實上，我在執行精神鑑定的時候，我也遇過當事人拒絕，即使他已經被法警帶過來他還是拒絕，甚至他一來，他就跟我講了一個不是他名字，在這樣的狀況之下，其實精神鑑定是沒有辦法進行的，在這種狀況下，我們是否還要堅持一定要精神鑑定這件事情，應該是需要被討論的。

另外一個舉例來說，像美國他們的監護處分，其實也是沒有期限，我們會關注到的是，會提出責任能力抗辯，也就是說 NGRI 的這些人大部分都是重罪，就是他本來就可能被判死刑，或是無期徒刑。這樣子的個案他才會主張要做責任能力抗辯。

如果我們的監護處分制度是朝向美國的形式在進行的時候，會不會未來提出責任能力抗辯的犯罪的類型也會跟美國越來越接近，是未來可以持續注意的部分。

最後我想講的是，刑事訴訟法暫行安置的新制度令我感到非常困惑，暫行安置本身它到底是對精神障礙觸法者做治療的強制命令，還是只是羈押轉向的一個制度，因為立法理由都說它是要做治療，可是在做治療當中，我們會覺得，它那個期限也長得太不可思議，以精神衛生法來說，強制住院第一次是兩個月，草案裡面最多只能延長一次，我們最多就是 4 個月。可是暫行安置第一次 6 個月以下，最長可以到 5 年。我覺得這個非常的莫名其妙。

而且在停止暫行安置的申請當中，醫院不是適格的聲請人，這樣子

的狀況之下，這個制度到底是為了病人的治療還是為了方便把病人關起來，或是法院或檢察官在調查案件的一個方便呢？我認為這是需要被討論的。

再來一個就是他在發動的時候，他可能是法官發動或是檢察官發動，檢察官發動的時候，他只有不到 24 小時的時間，它其實找不到醫療單位真的有辦法去幫他鑑定這些人的確是屬於刑法第 19 條第一項或第二項適用的精神障礙者。因為我們最近一直在被詢問我們可以不可以配合暫行安置。

我覺得這個檢察官發動就會有這方面的問題。那雖然法官發動的話，它可以是實施鑑定，但是同樣的疑問還是會冒出來，你到底是為了降病人關押在醫院裡面還是要治療他。

我覺得，法律在設計的時候，並沒有講得清楚。如果說這個人被暫行安置在醫院裡面，但是他拒絕服藥，醫院可以強迫他服藥嗎？暫行安置等同於強制治療嗎？這是我的疑問。

比方說，德國、日本或是荷蘭，他們都會有一個 assessment order 那個 assessment order 不會到 6 個月、可能 6 周就結束了，那你去做完比較詳盡的鑑定或是評估之後，我們再來做後續的治療安排，我想這樣子應該會是比較周全的制度，以上就是分享的 3 點，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝黃醫師精彩的分析，這幾點確實都是非常重要的議題，那我們接下來請鍾心理師給我們一些想法，謝謝鍾心理師。

鍾素英心理師:

主席、各位先進專家大家午安，對於剛剛大家的討論我有幾點想分享，首先對於比較輕微的罪，譬如說像竊盜然後是比較小型的竊盜的話，他們如果要判監護處分 5 年，會不會成為一個變相的懲罰。比如葡萄牙，他們規定監護處分的年限不得高於他應有的刑期。換句話說，如果輕微的罪刑只有一年或兩年的話，他的監護處分也不得高於兩年，如果是這樣子的話，也許可以降低他們不接受鑑定的抗拒。

另外比如像有一些病患，他最主要的問題是智能障礙，智能障礙在醫院監護並不是很適合。目前多元處遇的方案裡面可以另入相當的精神復健機構或者是身心障礙機構，所以這也可以成為多元處遇的選擇之一。我會覺得，現在多元處遇是有機會可以讓這些智能不足的病患有機會得到比較好的監護和照顧。

但是在一般的精神障礙福利機構裡面，也許他們並不懂得怎麼樣照顧這樣的犯人，或者是包括他們的精神照護，或者是情緒調節的訓練。所以我會覺得在多元處遇之下，仍然需要有一組專業人員定期到這些機

構去提供輔導和協助，這可能會幫助他們比較容易把這些病患給予比較適當的協助。

有關於我們這次的司法判決研析的討論，我自己個人看了這一疊的卷宗，我自己有點汗顏。譬如說，第 10 案是桃園家暴殺人案的案子，我看了台大的心理衡鑑的鑑定報告，不知道這個資料是不是他們的結論，這個內容裡面看起來就是很原始資料的分析。但是完全沒有轉譯成白話文可以讓人淺顯易懂。甚至於沒有回歸到犯行當下的精神狀態的分析和討論。

換句話說，我會覺得應該要請臨床心理學會成立司法心理的專業認證，希望他們在寫作上更淺顯易懂，這是我自己目前在督導我們凱旋醫院臨床心理師的鑑定報告非常關注的一點，尤其是這個鑑定報告是要回歸到犯行前一個月的生活狀態，以及犯行前後 72 小時的精神狀態，這些東西都非常需要在鑑定報告裡面能夠有比較完整的分析。

所以對於同一個案件的多次鑑定我會感覺到有一個風險，因為多次鑑定的時間拉長，也有可能考驗到病患的記憶是否已經模糊了，或者是這個記憶已經被污染，或者是他可能會因為精神狀態的不穩定，導致於他的說法前後不同。

所以犯行之後獲得第一手原始資料和檢查，其實是非常重要的，延續這樣的一個概念，暫行安置比較有機會可以觀察到病患犯行之後的精神狀態，有利於我們進行精神鑑定，收集到比較完整的資料。凱旋醫院有收到暫行安置的病患，等於說，我們在提供治療的同時進行鑑定是比較方便，可以提供比較專業的報告，比較能夠接近事實，所以這是我對於暫行安置的觀點。

另外有提到是不是有司法的康復之家，事實上，凱旋醫院過去收治監護處分的病患，他們出院之後，我們也可以把他安置在凱旋醫院自己的康復之家。在凱旋醫院的體系之下，大家的接受度都非常高，只要病患和家屬同意都是可以做得到。

所以目前的狀況來講，如果有機會把這樣的模式擴大的話，我是覺得樂觀其成，以上是我的報告，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝鍾心理師的分享，因為時間的關係，剛才也謝謝我們的司儀有按鈴，我在這邊就先說明一下，我們焦點 3 這個場次因為時間的關係，非常不好意思，希望大家發言大概以 5 分鐘為度，時間到的話，我們的司儀會按鈴，因為現在已經 12 點多了，不好意思。那我們接下來就請吳主任給我們一些高見，謝謝。

吳淑玲主任:

時間的關係就省略問候了，我有一個經驗跟黃醫師很類似，就是評估小組專家組成是3年實務經驗的狀況，我們只是很好奇實務經營的定義是什麼。

因為在精神醫療裡面我們的實務經驗，我們還有分次領域，我自己曾經是性侵害加害者的治療師。我在評估小組裡面看到，的確是完全沒有性侵害處遇經驗的委員來給我們這些回應。當時其實會造成我們治療師很多的挫折，所以我是覺得這個部分實務經驗的定義上面是可以更落實，那3年是不是真的夠，也是一個可以討論的部分。

第二個剛剛有人在問我我分享的兩個經驗，其實都是竊盜，都是輕罪、微罪，其中有個個案他是初犯沒有再犯的狀況，可是他就被裁定還蠻長的監護處分。所以這個部份，我一直會覺得我們可以嘗試建立一些量刑指引的原則，或者是一個量刑的標準，讓一線相關的法官，他們可以有一些參考的基準。

最後大家講到多元處遇模式。我想大家在實務工作上一定是非常樂見這樣的模式進行。可是我的擔憂是多元處遇的模式，多元的資源在哪裡。事實上，現在的資源非常的有限。我想我們一般精神醫療的個案，事實上要回歸社區的資源，坦白講都還滿困難的，更遑論這些經過處分的個案。所以我覺得，在資源的建置上面應該要有公權力，或者是要有法治，甚至要是制度化的規劃跟設置，我才會比較有可行的機會，以上。

王紀軒教授:

謝謝吳主任，那我們按議程，接下來請鍾護理長分享一下，謝謝。

鍾幸庭護理長:

各位先進大家午安，這邊就簡短的針對剛剛王副教授的提問，有關病識感建立做個回應。我們的臨床經驗其實有一些司法個案，其實他不論是司法個案還是一般的個案，病識感的建立是還滿難的一件事。除非這個個案是非常清楚的，那我們的做法大概就是會長時間的溝通，建立好人際關係之後，好好的溝通跟病人跟好好的解釋，然後提供他發病前後的一些比較。我們遇過還是有一些沒辦法接受自己生病的個案。我們會團隊去討論說，他是不是適合長效針劑的使用。我覺得如果針對這些高風險的個案，就是司法的個案，如果他出院之後還是會出去，社區還會有一些疑慮的話，我們會先鼓勵提供他長效針劑的使用。

如果個案還是抗拒的話，我們可能會再討論看他是不是適合回去社區，還是去我們可以監控到他服藥狀況的機構，或者是康復之家之類的。

還有一個要回饋的是，因為我們凱旋醫院有收置開始接受暫行安置

的個案。那這部分的話，其實收治的個案大部分都是去看診過精神科的個案，所以會來這應該是有這些依據的。目前遇到的困難點可能就是這些個案除了一些精神方面的病史之外，還有另外一個困難點就是合併有一些生理疾病，在暫行安置的過程中遇到有需要轉院的必要性的話，過程就會轉送到綜合醫院去。所以在這部分，我們會有一些顧慮的是，如果出現一些多重生理疾病及他又是暫行安置的個案的話是不是適合去綜合醫院，它裡面有精神科的病房去安置他會不會比較合理。以上回饋，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝護理長的分享，以上是我們醫界的師長先進的一些分享。尤其是對於像我這種傳統的法律人而言，可謂獲益匪淺。接下來是以法界的師長先進為主的發言，我們就先請王法官給我們做一些分享，謝謝。

王奕華法官:

我第一部分先針對司法判決的研析，就是本來預定要講的部分。那第二部分在針對剛剛大家提到暫行安置的部分回應。

關於是否囑託機關鑑定，實務上比較考量的因素，包括罪名輕重、兩造是否有主張、先前曾經送過鑑定和辦案期限，或者說對於鑑定機關有沒有共識，大概是這些方向。

然後我看司法判決研析是認為結論會高度相似於鑑定報告，這個部分我有看楊添圍醫師的文章，確實統計出來是有9成的相似性。這部分我想其實應該是出於法院尊重專業，而且我們會送大概就是實際上有一些病歷佐證。不過在我們專業的訓練上，會要求必定還是要參考案發前他跟他人的互動，案發當下他的言行以及案發後的表現。

這部分就是仰賴見聞的證人或是親友或是到場的員警密錄器，另外一個重要的依據也是被告本人的供述。所以基本上一個比較理想的判決書，應該不會以鑑定報告為單一的認定依據。我有看了這個後面附的所有判決，那我個人猜測，如果說有比較沒有那麼詳細的部分，可能是因為也許這個爭點在這個案件並不是最主要的爭點。那不過還是說明一下，我們的專業訓練上並不建議只以鑑定報告為單一原因認定。

再來還有提到2、3次鑑定，或者說沒有傳鑑定人到庭的問題，主要是因為我們現在其實稍微走向當事人進行(主義)，如果兩造都沒有聲請主張，那法院是不是要職權傳喚，我們會漸漸的趨向比較保守。

另外是有可能在一審的時候，雙方對刑法第19條第二項的結論是滿意的，但是也許任何一方後來又覺得不滿意，所以這個爭點到二審才浮現，那到二審才浮現的時候，二審就會覺得需要傳鑑定人。

最後其實我有看過不少的鑑定報告就直接說請勿傳鑑定人到庭，因

為我們公務繁忙什麼的，所以我確實在一審很少有傳鑑定人到庭的狀況。

那 2、3 次鑑定的問題，我個人認為大概可以視案件的嚴重程度和雙方爭執的激烈程度來決定是否要二次鑑定。那我實際上有二次鑑定的情況是刑法第 19 條第一項，因為認定刑法第 19 條第一項可能要判無罪，所以這部分我們就比較慎重，我們就再送另外一個機關，但是是同樣的認定。因為現在的鑑定是單一鑑定人，所以我們會有一點擔心說單一鑑定人是不是會有不妥，當然這不是質疑鑑定人的專業，但是畢竟還會尋求第二鑑定人看看。

然後再來回應暫行安置的部分，剛剛黃醫師有提到我們會不會只是為了希望當事人到庭，應該是不會，我覺得社會的安全和被告本身的醫療需求應該並列。不過我確實認為目前的暫行安置好像沒有設定評估的機制，那我個人在實際上的操作是大概一、兩周後就就有函請醫院評估是否有暫行安置的必要性及需求，以及請醫院給我相關的醫療計畫，大概是這樣，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝王法官的分享，那我們下面請董主任檢察官發表高見。謝謝。

董秀菁主任檢察官:

精神障礙者他的犯罪行為如果是輕罪或是微罪的話，基本上不會引起社會上的關注。通常會關注這種案件，一定是因為他發生了非常重大矚目的一個焦點。

我這邊就舉我們自己高雄地檢署內部有一個案件來供各位做一個參考，那這個案例是行為人他因為他有急性精神疾病的發作的狀況。他把她的同居人在衝突的情況之下，拿著刀猛刺她的同居人的頭、臉、胸部大概就是接近毀容的狀況。根據我們檢察官的說法，幾乎是肚破腸流。這個被傷害的這個同居人並沒有死掉，行為人的部分涉嫌的是一個殺人未遂的情形。不過這個案例呢，大概在一審、二審、三審都沒有一個不同的意見下認為行為人在行為當下，是處在心神喪失的狀況，因此判決這個人無罪確定。

但這種案例在我們看起來，一般社會大眾可能會很難去接受，認為你怎麼可以把一個人傷成這樣子還沒事，你不用為你的行為去做負責的狀況，所以在這個案例裡面，對於他的無罪行為，精神喪失的情形已經不是這個案例討論的重點。而是這個人有沒有受監護處分的必要性，變成是辯方這邊攻擊的地方。但是法院的判決我想或許是會考慮到社會大眾對這種案件的一個觀感，所以在這個案例的監護處分上面，他們最後還是去考慮的醫生或者醫生的鑑定，後做出了這個人必須要受監護處分 3 年。其實法院做

這個決定也是有點牽強，因為這個人其實在行為之前，曾經去慈惠醫院就醫，所以法院有去跟慈惠醫院調取這個人過往的病歷資料，結果慈惠醫院有做一個結論，就是這個行為人曾經去專門精神科門診5次，那目前的狀況是穩定的，而且他並沒有明顯暴力的行為。那他為什麼會情緒失控，連醫院都沒有辦法去解釋。而且他給法院的答覆就是他沒有一個明確的原因，建議要持續去追蹤他的情緒跟他的精神的狀況，那這個是他過往就醫的醫院去給他下的一個定論。後來在這個行為人犯罪之後，他被送往高醫做精神鑑定，結果高醫函復也是認為他沒有辦法依照行為人這次當下的行為去判定到底有沒有再犯或是危害公共危險之虞，高醫只有說建議家人密切注意這個人，如果一旦有疑似精神狀況復發的徵兆的時候，要立刻送去醫院來做評估，才能夠防範再犯的風險。所以我現在的疑慮就是說，像這樣的急性精神疾病的發作。他到底能不能讓我們去作為判斷說有沒有再犯或是危害公共危險之虞，這兩者之間有沒有一個絕對的關係，其實是我們必須要去檢討的一個地方。

後來這個個案很特別的是說，在他送進去監護處分，醫療院所執行大概半年之後，我們就接到醫療院所的一個公文跟我們說，這個人已經沒有任何精神疾病。他請我們幫他申請停止監護處分，免除他的監護處分。當檢察官收到這樣的建議時，其實會有一個疑慮，因為他的犯罪情節手段這麼的兇殘，我怎麼知道他的急性精神狀況會發生在什麼時候。假設說，他的一個急性精神疾病是發生在他只要面對到這個同居人跟他相處狀況的時候就會發作。那同居人不就永遠都處在被害的情境裡面嗎？

我覺得為了要免除行為人的監護處分，然後來危害到這希望能夠有正常生活的被害人的生活狀態，這個會變成我們檢察官在審酌免除的時候，成為很重要的考量。當然後來收到的慈惠醫院的建議，我們還是有把的個案送到凱旋醫院去做完整的司法精神鑑定，希望藉由第二間精神專科醫院的評估來來支持檢察官的想法，後來幸好就是個案在凱旋醫院評估之後，還是認為有繼續做監護的必要性，所以目前這個個案還在監護處分中。

那回應剛剛有學者提到的，我們這個評估小組的評估的部分會不會流於形式，基本上其實未來評估小組運作我們是抱以高度的期待，因為主要針對監護處分的個案，檢察官是每個月都要去視察的，假設在視察的過程中，醫療院所對於這個個案有任何的意見，檢察官都可以依照職權來變更他的執行方式，當然這個職權變更的部分前提就是要經過評估小組的評估後我們才會去做，所以未來這樣子的制度只會讓他更完整，那這個以上是我的分享，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝主任檢察官的分享，我們接下來請洪律師發表高見。謝謝。

洪士軒律師:

那我就趕快分享一下，我針對兩點來做分享，第一個是韓教授有提到說如果在日本的狀況下不能治療的狀況要該怎麼處理呢？的確在醫療觀察法的底下的話，他其中一個要件就是一定要施用治療的可能性，要不然的話就會淪為用監禁的方式來對待精神障礙觸法者。

在日本的狀況無法用醫療觀察法處理的話，精神衛生法他其實也跟台灣的精神衛生法大概有一點像。就是前提，也是要有自傷他害行為，才有辦法去處理。所以，基於這樣子的一個體系，如果真的是無法治療，而且又沒有自傷他害行為，那真的是沒有辦法，就是要讓他自由，當然也不是說，這樣子就沒有法律去規置他，可能在日本的還會有一些社會關懷相關的一種法治，有點像是社會福利法相關的法治可以來處理這樣的狀況，這是簡單的一點回應。

那另外一個就是針對剛剛鍾心理師也有提到說，針對監護處分的比例原則，有建議處分的期間不要去超過原本的刑度的問題，那我自己是提供一點小小的觀點就是說，這個地方可以從兩個觀點來切入。

第一個假如從人身自由的拘束這樣的觀點，我們重點會放在這個期間上面，也就是說，剛剛處分不要超過刑，這樣子想法可能是不錯的想法。

但是假如說從治療方面，因為畢竟這個監護處分還有治療的面向。如果從治療的必要性來看的話，其實處分的期間不是說是要拘束人身自由，而是要把重點擺在就是要這樣的期間才能治療，治療到比較好的狀況的話，那其實刑跟處分，可能就沒有那麼大的關連性，他是一個脫鉤的狀況，尤其剛剛也有提到說，監護處分其實是治療保護跟監督，這幾個目的都要融合在裡面，所以其實處分的這個期間一直都是很糾結的問題。

然後在實務上面，因為我自己寫文章的時候，我有整理過一些判決，其實被處監護處分。假如說是剛剛講到的比較輕微的罪的話。有的時候法官其實是依據說，因為他沒有人照顧，就是治療的部分，然後也沒有辦法去按時的服藥，所以一定要有強制力的去介入，所以才會處以這樣的監護處分。所以從這樣子的觀點來看，其實監護處分的多樣性，或者是多面向性，其實會讓人家覺得難以定性，或者是說要去分析這個議題的時候，真的是有一點困難，需要各界先進的幫忙，以上是我的發言，謝謝大家。

王紀軒教授:

謝謝洪律師的發言，我們接下來，請陳俊榕老師發表高見。謝謝。

陳俊榕教授:

主持人還有各位先進大家好，因為時間關係，我的簡短的回應一下剛剛大家所討論這些內容，其實大家都在討論所謂的治療的問題，那這個部分其實我想跟大家分享一下德國的部分，那大概是比較像我們的規定，因為我們現在刑法 87 條只規定有再犯之虞，這個時候就要施以監護處分。可是並沒有規定一些犯罪的程度類型，就是德國法上所謂的原因行為並沒有做這些的要求。

所以大家就會來問說，那我們這些安置到你為了什麼，如果今天只是妨礙名譽等等的輕罪的時候，我們是不是應該要來宣告監護處分，在我國法下就會有這樣的疑問。但是因為在德國法上我剛剛有跟大家介紹，就他有限定一些實質的條件，也就是說你必須要造成人家的身心重大的損害、危險、嚴重經濟損失，而且你還有造成公共危險。有這些實質條件之後才能夠來說要對他宣告監護處分。

在這樣的一個情況之下，對於德國的制度來說，他們所謂的治療或者是矯治，跟我們剛剛所談到的這些治療概念不太一樣。他們只是著重在我要如何讓這受處分人他的危險性、他的經濟損失和所造成的這些公共危險降低或者是消失。對他們來說所謂的治療是屬於一種法律上的治療，而不是一種疾病上的治療。

所以如果今天這一個受處分人，他已經不再具有法條所規定的犯罪的危險或者是重大的犯罪的危險的時候，那保安處分的治療或者是矯治的任務，基本上就結束了，之後才會回歸到後面所謂的轉銜機制裡面的社區矯治、社區治療等等這些預後照護的一個部分。

所以這個部份或許是德國跟我國在對於治療或矯治的理解上，有一個非常大的不同。德國強調的是法律上的治療，而不是疾病的治療，那以上是我簡短的分享，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝陳老師，我們最後請政佑老師發表高見，謝謝。

林政佑教授:

謝謝王老師還有主持人，我這邊就兩點簡單的補充，第一個就是關於監護處分必要性的判斷部分，我覺得因為保安處分的執行、目的和重點應該也是讓這些受處分人回歸到社會。所以這個部分其實可以參考日本。他們在判斷醫療觀察的入院處遇的時候，像社會復歸要因的部分，也應該把它納入判斷的基準。可能就是說，在進行相關的審判過程當中，精神醫學之外，像是社會工作者等專業，應該能夠介入並且提供相關的評估。就是他受處分社會復歸有利跟不利的要素，去做一個判斷。

第二個問題就是回歸到剛剛有提到的，在治療處遇來講的話沒有辦法適切的提供他一個賦歸可能的精神障礙觸法者，該怎麼處理？有一些

人可能部分會落入到自由刑的範圍裡，特別如果說他沒有被認定為欠缺責任能力的話，這個地方我們要思考，在刑事設施裡面，矯正機關是不是要有更多元的處遇。針對裡面可能跟精神疾病有關但不同情形的受刑人，提供他們比較多元治療或處遇。比方說，他可能有比較智能不足或是自閉的情形等等。但這種情況底下的話，我們要怎麼樣處遇，他在內部的角色裡面的內部處遇該如何？他們適合集體地在同樣一個矯正機關，或者是說，繼續進行一個區分呢？這邊會是一個問題。

再來就是說，如果上述所提到的精神障礙觸法者沒有進入到矯正機關，也不適合進入到監護處分，他回歸到社會的話，這部分可能涉及到以前張老師有做過的研究，是關於就是社區處遇的部分，這個社區處遇的網絡該怎麼樣去進行，我覺得也會是一個值得我們可能未來要再去進一步思考。

像是保護管束結合醫療或者特教等處遇，提供這些對象者，在社會接受處遇時，能夠發揮一定的監督，促進融入社會的可能性。以上是我兩點的簡單補充，謝謝。

王紀軒教授:

謝謝政佑老師，因為時間安排比較緊張，可能沒有辦法讓各位師長先進暢所欲言，非常不好意思。現在已經 12 點 28 分了，我們還剩下一些時間。請問，另外一位主持人郭醫師有沒有要補充一下的？因為網路不穩定，郭醫師應該是斷線了。現在時間也差不多了，那我們把時間交給張老師。謝謝。

張麗卿教授：

非常感謝這一場次所有的專家、學者的發言。我們團隊所執行的研究案，主要的任務就是能夠健全精神障礙觸法者相關法制面的建構，符合社會復歸的目標和多元處遇的目標。

此外，很重要的任務就是我們必須要做判決的評析，這個判決的評析，我們有一個非常重要的時間點來做切割，也就是從 2005 年，刑法從所謂的心神喪失跟精神耗弱，改為現行法的第 19 條一項跟二項比較複雜的模式修法。

從所有上訴到最高法院的案件往下找，找出所有的判決相關內容。團隊還有一個非常重要的任務，就是我們在研究的過程當中剛好碰到修法，所以對修法通過之後的實務判決，也相應的做一些瞭解跟研析。

我們非常開心這一次能夠邀請到王法官，因為他很勇敢的做了一個新制實行之後的暫行安置的 case。這個 case 我們覺得是一個 leading case，可是其中有很多的問題，也許我們可以再進一步的去探討。

因為時間的關係，我先跟各位專家、學者以及線上的貴賓報告，這

一次的焦點座談，很重要的一個任務就是希望匯聚所有的專家、學者的意見，形成研究過程當中的一些建議，提供給監察院的人權委員會，希望能夠對精障觸法者做進一步的人權保障落實，這是我們研究案最重要的目的。也非常感謝各位專家學者撥空蒞臨。祝大家有個美好的週末，謝謝。

司儀：

感謝各位貴賓的參與，今天的「精神障礙觸法者處遇研究」專家學者焦點團體會議就到此告一個段落，謝謝大家，也祝福各位有個美好的週末！

附件三、

精神障礙觸法者處遇研究專家學者焦點團體會議逐字稿

學者發言重點整理（按主題分類）

時間：111年7月23日（六）09：00—12：30

地點：線上會議

主題	學者或專家	發言重點
司法精神醫院	黃聿斐醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對於即將要進入司法精神醫院的個案，必須考慮他的可治療性，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放到醫院裡面。 2. 司法精神醫院的保安、設備安全也都要非常注意，以及所謂的醫療量能也要妥善分配。
	鍾素英心理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人員配置是要非常小心的，因為可能收治的都是高危險性的個案，資歷比較淺或專業可塑性程度比較低的專業人員，不太適合到這個地方工作，所以聘請這的人員是需要高規格的要求，甚至包括保全人員或是清潔人員，都要有一定的訓練。
	鍾幸庭護理長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以凱旋醫院來說，目前司法精神專責床位，大概會有 30 床，預設會有 3 床針對比較高風險的個案，去做一個單獨環境的設立。 2. 硬體設備有設置一個去識別化 i-safe 的監控病人暴力、自殺、病房久留、逃跑部分去做一些政策，還有公共環境的環景監視的系統，和一些門禁的設施，緊急互相系統。 3. 人員配置的部分，心理師跟職能治療師會針對個案，加強治療訓練，駐警跟保全也會比較多一點，大概會設置 48 名左右。
多元處遇	黃聿斐醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對於一些其實沒有必要住院卻要採用住院的監護，或者是經過住院的監護之後，可以逐漸回到社區的個案，我們可以嘗試著來建立特殊的門診治療的制度。 2. 把在監護當中的精神障礙者放在比較特別的門診當中，跟檢察單位建立一個密切連結，或許

		<p>能更實際的掌握這些個案的狀況。</p> <p>3. 我認為受監護宣告者一直安置在醫院，違反CRPD的精神。在未來實施的過程當中，所謂多元彈性的監護處分制度方式的運用，包括從入院處遇專到門診治療等是要特別關注的。</p>
鍾素英心理師		<p>1. 去機構化不代表個案可以真正安全的在外面活動，應該要逐步的讓他們從高戒護的醫院到社區的一些機構接受監護處分，逐步的放鬆、觀察他們是不是能夠有良好的適應。到了社區復健機構去安置也一定要搭配特定的門診治療，才能去監控他們在外面活動的狀況。</p> <p>2. 對於去機構化的願景，要幫助個案能夠更融入社區生活的能力，建議在病院裡面提供工作訓練，甚至藝術治療，幫助他們能夠透過其他的方式學習調節情緒，宗教跟靈性課程可幫助他們增加生命教育的概念。</p>
吳淑玲主任		<p>1. 分享我看了一些判決書的想法，我個人看到初犯，甚至我個人認為是微罪的，可是在鑑定報告書裡面是建議要做5年的監護，那這也引起家屬的疑義，提出請法官再重新考量的理由，可是後來法官還是裁判5年監護，住院穩定的就去門診，門診不好再回到住院。</p> <p>2. 我覺得彈性跟多元的處遇模式不該是執行年限不合理的理由，這個部分應該還是要遵循罪刑相當的原則。</p> <p>3. 我的擔憂是多元處遇的模式，資源在哪裡。現在的資源非常有限。一般精神醫療的個案，要回歸社區都還滿困難的，更遑論這些經過處分的個案。</p> <p>4. 在資源的建置上面應該要有公權力，或者是要有法制，甚至要是制度化的規劃跟設置，比較有可行的機會。</p>
鍾幸庭護理長		<p>1. 多元處遇模式主要是針對監護個案，從結構式的醫院出院之後，有轉銜的完整制度。</p> <p>2. 假如要讓個案可以出院，我們就要銜接當地的衛生所，或者是當地的護理師去追蹤個案的狀況。</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 3. 大部分的個案，他是比較缺乏病識感的，所以初期在出院之前，我們會銜接一個長效針劑使用。 4. 另外有一個對個案比較不利的是，因為現在的社會氛圍和社會的輿論，在他出院之後的環境如果是比較負向的話，也會導致他再犯率增加。
	洪士軒律師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多元處遇跟定期延長制度，日本投入了大量的人力跟物力去支持，外加上有設立復歸社會調整官的角色，但在台灣雖然名義上有寫要兼顧治療保護跟監督，但是否由足夠的資源去支持值得討論。
我國現狀	吳淑玲主任	<ol style="list-style-type: none"> 1. 嘉南療養院監護資料：從 99 年到 110 年裡面，大概收了 100 個監護處分的個案，男生大概 81 個，女生是少數，年齡平均是 40 歲。 2. 監護處分的個案一年以下的是 41 個，裁定 5 年監護的大概有 10 個，案件類型大概以竊盜為多，有 34 件，殺人跟傷害的部分大概有 20 多件。 3. 7 成以上的個案是沒有相關的福利身分，這個部分可以理解他們那時候分發之前，或是在社區上，應該是沒有穩定就醫的。 4. 在臨床上精神病患的處理，我們都還是以權責劃分的概念去做處理。前 3 類大部分都會留在醫療單位。 5. 需要生活照顧的就會到候輔的單位，這個大概就會跟新制所謂的多元處遇，監護機構、社福機構或採門診治療的概念一樣。 6. 監護處分對於我們醫療院所來說很重要的一個部分真的是治療的反應性和是不是真有這個治療的必要。
	王奕華法官	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基本上在法院會考量到被告如果有精神障礙的狀況，會擴大解釋刑事訴訟法第 31 條，認為他沒有辦法完全充分的陳述，提早在準備程序中就幫他引入辯護人，同時也會請輔佐人來陪同開庭。 2. 在聲請簡易判決處刑的案件，因為是書面

		<p>審理就不會當面面對到被告，這時如果又沒有相關的病歷，可能就沒有辦法考慮到他是精神障礙者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 延伸到下一個層次，在警詢的時候，這類型的被告無法明確陳述，蠻多警察會直接紀錄一個結論，檢察官或是法官就沒有辦法意識到。 4. 另外法院也比較少單純針對就審能力送鑑定，或者是因為就審能力停止審判。 5. 再來不送鑑定有沒有辦法直接適用刑法第19條？也是有不過很少，通常是被告拒絕送鑑定。雖然有鑑定留置的制度，可是就會考慮到比例原則的問題。 6. 我個人的經驗上，如果被告自己主張說有憂鬱症、恐慌症、睡眠障礙等等的，反而常常是沒有刑法第19條的狀況。但是如果送鑑定，辯護人或被告又會覺得是調查未盡，這樣的狀況占用了鑑定的資源，導致真正需要鑑定的(案件)時程上被拖慢。 7. 至於剛剛先進有提到說微罪為什麼會監護5年？我個人覺得主要還是要看再犯之罪的危害有多大，跟再犯之罪的嚴重性程度。一般來講，應該比較是傷害(暴力)類型的重罪，我們才會下到這麼重的時間，或是尊重醫療專業判斷。另外有時候這方面也會受到在地檢察機關或被害人的壓力。 8. 既然羈押都有最長羈押的期限，那監護處分也應該有一定的延長期限。監護的時間如果變長，審查的密度就要變嚴，也應該要有一個最高的期限。 9. 我希望檢方能夠聯繫後續的不管是醫師、護理師，還是社工師，我覺得我們現在好像有一點欠缺一個集中的小組團體會議的管道，甚至院方跟這一塊是脫鉤的。
	洪士軒律師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣的問題點在於它沒有限制一定的罪種，所有的罪都有可能被判監護處分。另外羈押跟暫行安置之間的關係也值得我們之後再觀察。

	鍾幸庭護理長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 我們的臨床經驗其實有一些司法個案，病識感的建立是還滿難的。做法大概就是會長時間的溝通，建立好人際關係之後，提供他發病前後的一些比較。 2. 針對這些高風險的個案，如果他出院之後，社區有一些疑慮的，我們會鼓勵提供他長效針劑的使用。
	鍾素英心理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對於比較輕微的罪，譬如說小型的竊盜，如果要判監護處分5年，會不會成為一個變相的懲罰。比如葡萄牙，他們規定監護處分的年限不得高於他應有的刑期。 2. 另外有一些病患是智能障礙，智能障礙在醫院監護並不是很適合。目前多元處遇的方案裡面可以另入相當的精神復健機構或者是身心障礙機構，但仍然需要有一組專業人員定期到這些機構去提供輔導和協助。 3. 另外鑑定報告的部分，我覺得應該要請臨床心理學會成立司法心理的專業認證，在鑑定報告的寫作上更淺顯易懂。 4. 對於同一個案件的多次鑑定我會感覺到有一個風險，因為多次鑑定的時間拉長，病患的記憶是否已經模糊了，或者記憶被汙染，或者是他可能會因為精神狀態的不穩定，導致於他的說法前後不同。 5. 所以犯行之後獲得第一手原始資料和檢查，其實是非常重要的，暫行安置比較有機會可以觀察到病患犯行之後的精神狀態，有利於我們進行精神鑑定，收集到比較完整的資料。
復歸社會	黃聿斐醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整個監護處分制度，復歸社會是最後的目標，中間需要非常多的步驟。例如日本的社會復歸調整官、英國的同儕支持工作者，台灣目前對於這個角色的定位還不明顯。 2. 再來就是回歸到社區其實要有一定的經濟基礎，錢是由社會福利來補助，還是培養個案有工作能力來自己支撐自己。這些在建置後面的社區支持也應該去考慮。

	吳淑玲主任	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前社區資源是非常不足的，現在有的相關安置機構，他們的評估標準很重要的指標就是沒有自傷跟傷人之虞。以這樣的標準，監護處分的個案未來要到精神復健機構、社福機構的難度是非常高的。 2. 以往監護處分個案的出院準備計畫，目前只看到3個狀況，一個就是轉介繼續住院，不然就是門診追蹤，不然就是居家治療，我在我的經驗裡面是完全沒有看到順利轉到精神復健機構跟社會機構。 3. 我覺得這是一個大家可以關心的議題，未來多元處遇的概念，我想我們是不是可以有司法精神康復之家或是司法精神社福單位等？ 4. 另外追蹤的部分，目前社工只接受思覺失調跟躁鬱症的個案，其他就完全不接案也不會追蹤的。我覺得這樣會有很多漏接的狀況，而且我覺得不是這兩類個案家屬的照顧服務，坦白講得更需要被關注。 5. 日本、英國或是其他國家的社區追蹤制度，我覺得很不一樣的是這些國家的追蹤制度，他們都是在司法體系下的追蹤，我國的追蹤，則是把它放在衛生局社安網，強制力或者效果，跟在司法體系的追蹤的狀況相比，我個人認為有很大的差別。
監護處分新制	鍾素英心理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對於延長監護處分的條件，如果這個病患之前的犯行是高度暴力跟危險性，在治療期間如果抗拒治療或治療的成效不佳，我們在安排出院準備或者是回歸社區時，發現沒有辦法有具體可行的計畫幫助他有比較好的安置的話，可能就要考慮做延長的宣告。 2. 文獻裡面可以發現，沒有具體可行的回歸社區計畫，常常是他們再犯的高風險因子。
	林政佑教授	<ol style="list-style-type: none"> 1. 這次的修法是比較偏向醫療模式的強化，運作如果不謹慎，有可能會出現醫療的無間地獄，就有可能跟 CRPD 的精神會有牴觸。 2. 從 CRPD 來看，是以社會的模型去思考精神障礙觸法者，打造包容式的社會。至少有司法、醫療、跟社會福利3個面向的合作是有必要

		<p>的，在運作上不只是希望能夠提供醫療處遇，也能夠讓他能持續的在社區裡生活。</p>
	黃聿斐醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 監護處分新制的時間是延長的，對於精障觸法者來說，他們主張精神疾病責任能力抗辯的時候，未必有利，特別是一些微罪，可能關個幾個月或一年之內就可以結束，那他能不能夠去拒絕精神鑑定，不接受 19 條的減刑或免刑，反而會有時間更長的監護。
暫行安置新制	王奕華法官	<ol style="list-style-type: none"> 1. 我個人認為，當中最困難的就是判斷刑法 19 條第一、二項的原因可能存在，我個人裁定的第一個暫行安置處分之所以敢發動是因為他在一、兩年前才經過這樣子的鑑定，當然再搭配他當時的一些言行表現，我發動我是有信心。但是就一般案件，如果說從來沒有被鑑定過刑法第 19 條，那要法官自行去判斷他的病歷狀況就要去認定，我覺得一般法官可能會相對保守。 2. 暫行安置處分，其實就是監護處分的前置，一部分的原因也是要解決不適合羈押的問題。
	董秀菁檢察官	<ol style="list-style-type: none"> 1. 其實暫行安置算是羈押的一個替代手段。但其實檢察官在偵辦一個重大的刑事案件的時候，檢察官是很不希望法官的判決直接認為他行為時是處在一個有精神狀況。檢察官在偵查案件會盡可能去偵查他所有的犯罪動機和行為的違法性，在這樣的情況之下最不想看到的，就是法官用被告的精神抗辯來做一個無罪的判決。 2. 所以在暫行安置上，其實基本上檢察官在發起偵查的時候，大部分都還是會用聲請羈押的方式來做處理。
	林政佑教授	<ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣跟日本一樣，本身也有精神衛生法，暫時安置的最後手段性是要被強調的，如果精神衛生法可以處理，其實不一定要透過暫行安置去進行。 2. 裁定審理的部分，並沒有明文規定說一定要參考精神衛生專家意見，這樣在做判斷

		上面是否能夠周全？以及像剛剛提到，在暫行安置處遇的部分，如何加強當事人同意是有思考的必要。
	黃聿斐醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 暫行安置本身它到底是對精神障礙觸法者做治療的強制命令，還是只是羈押轉向的一個制度，因為立法理由都說它是要做治療，可是它的期限太長了。 2. 而且在停止暫行安置的申請當中，醫院不是適格的聲請人，這也是一個問題。
評估小組	鍾素英心理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高雄市今年7月21號成立了評估小組，由高雄地方檢察署和橋頭地方檢察署合聘了22位委員擔任評估小組的委員，22位裡面包含精神科醫師、臨床心理師、社工師，還有跟精神醫療有關的社團代表、專家、學者。建議可以觀察他們實際的執行情況。
	董秀菁檢察官	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為了因應監護處分的修法，高檢跟橋頭地檢在七月共同成立監護處分評估小組，監護處分的個案必須每年來進行評估他到底有沒有繼續執行的必要性。 2. 保安處分執行法配合修法，未來監護處分執行方式是採多元處遇，從重到輕有多元的方式可以讓檢察官來做選擇。但這樣的選擇其實並不是檢察官可以任意去決定的，在執行前，要參酌監護處分評估小組的意見。未來申請延長或是申請免除的時候也都要參考評估小組的意見。 3. 法務部在今年5月訂頒監護處分評估小組作業辦法，高地檢依法在7月將所聘請的委員全數聘請完畢，包括4位專家學者以及3位精神專科醫生、7位心理師、6位社會工作師以及兩位身心障礙代表，總共有22位。 4. 評估小組委員的資格有很謹慎的規範，包括只要是精神科專科醫師、心理師、社會工作師的話，必須具備有3年以上的實務經驗。那他的消極資格限制包括他如果曾經幫受處分人做過醫療諮商行為，或是幫

		<p>他出相關的鑑定報告，或是跟受處分人有利害關係的話，不可以參與個案的討論跟表決。</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 我們地檢署目前預計在 8 月召開本年度第一次的評估小組會議，目前有 19 個個案裡面會交給評估小組去做評估討論。還有考慮到未來申請延長的部分，要如何去避免同一批委員針對同一個個案來申請延長的疑慮，這也是我們目前規劃的流程。 6. 法務部其實也是有訂頒「檢察機關辦理監護處分轉銜會議處理原則」，檢察機關在個案期滿之前兩個月，必須要召集所有跟這個個案在離開醫療院所之後可能會去接觸的一些外部單位，包括衛政、社政、警政等等一起開會，在作業上面是非常嚴謹的。 7. 因為監護處分個案一旦監護處分期滿之後，司法對他變沒有拘束力了，所以未來接收轉銜個案的單位，必須要注入相當社會資源，是我們未來政策上面要去關注的地方。 8. 未來評估小組運作我們是抱以高度的期待，因為主要針對監護處分的個案，檢察官是每個月都要去視察的，假設在視察的過程中，醫療院所對於個案有任何的意見，檢察官都可以依照職權來變更他的執行方式，前提就是要經過評估小組的評估。
	黃聿斐醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 我認為挑選評估會議委員時，除了專業背景之外，其實最好是要有共識會議的進行及溝通，能對治療單位提出比較有效的建議。 2. 另外在監護處分，是在結束前兩個月召開會議，其實有點太慢，建議檢察官或執行單位，針對這些需要被特別討論的個案，召開臨時會議。
CRPD 精神	鍾幸庭護理長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 護理師在司法病房的司法個案的跟我們一般精神科的病人都是一視同仁，不會因為他有司法

		<p>的案件在身上就對他有歧視。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 針對精神科的個案，他是需要一些精神治療的，監護處分對這類的個案來說，其實真正需要的是他的就醫權。 3. 可是這跟 CRPD 公約是有抵觸的，CRPD 有一個準則就是人生自由跟安全相衝突。我是覺得把個案留在醫院繼續治療，再評估他要出院前的轉銜配套措施，對社會安全跟個案都是比較好的。
日本 相關 法制	洪士軒律師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在 2000 年前後，日本制定了醫療觀察法在特定重大的行為，例如殺人放火、強盜、強制性交或威脅等等時，才會進到醫療觀察法的審判。 2. 這個審判最主要是讓精神障礙者接受一定的強制性醫療，也是由檢察官來發動。他的法庭是由一位法官和一位精神科醫師來進行認定，認定精神障礙觸法者到底需不需要住院或者接受門診治療。 3. 住院的期間沒有上限的規定，但每隔六個月要定期審視有沒有延長的必要。 4. 另外由法官跟精神保健審判員各一人所組成的合議庭要去考量精障者的生活環境，以及治療反應性。日本這邊比較特別的如果有被評斷再怎麼治療都不會好，給他治療無疑就是對人權的侵害，這樣的狀況下就不會讓他接受醫療觀察法的治療。 5. 合議庭由法官跟精神科醫師組成，法官的參與保障程序正義，精神科醫師就醫療專業認定，因為只有兩個人的關係，兩者互相的尊重和充分的議論。 6. 在日本審理狀況每一年大概是 200 多個人會接受專業法庭的審判。審判最後的結果大概 80% 會認為是需要接受強制治療，包含住院跟門診。 7. 在日本無法用醫療觀察法處理情況時，精神衛生法要有自傷他害行為，才有辦法去處理。所以無法治療又沒有自傷他害行為的狀況，在日本的還會有一些社會福利法相關的法制可以來處理。

	林政佑教授	<ol style="list-style-type: none"> 1. 從日本法經驗來看，醫療處遇對於像是思覺失調症的患者比較有幫助，對於其他精神疾病不見得有幫助。 2. 這部分也扣連到要送什麼樣對象去進行監護處分，除了考量重罪或輕罪，治療的可能性也是我們在思考監護處分必要性的時候蠻重要的地方。 3. 從日本法的經驗來看，社會安全網需要許多人力跟物力的資源投入，在我國遠遠不足。醫療的部分要逐漸提升，比方說觀護人、更生保護，人力跟物力都要提升。 4. 另外，精神障礙觸法者社會復歸，最重要的是要對社會大眾進行教育，宣傳精神障礙的情形是有哪些疾病，透過這樣的方式去讓大家瞭解並減少排斥與歧視，建立實現包容社會的可能。
德國 相關 法制	陳俊榕教授	<ol style="list-style-type: none"> 1. 德國收容制度：在德國，2016年修法的時候，刑法63條規定，行為必須是對被害人的心理，或者是身體有造成重大的損害，或者是有重大的危險，或者導致嚴重的經濟損失，而且有公共危險，必須限於這些情況的時候，才有宣告監護處分的空間。 德國在2016年的新法就訂了安置的實質條件，相較之下我國法對於安置條件欠缺比例原則的思考，值得我們去做一個參考。 另外在入院處遇的部分，德國各方自行訂定保安處分執行法裡面，他都有規定對於精神病犯收容一定的時間，通常就是6週到8週之內，必須要去製作對於每一個受處分人他的個別矯治融合計劃，而且這個受處分人也能夠參與計畫的制定，在矯治的期間這些專業機構還必須要針對這一份計畫不斷的去檢視和調整，相較之下我們的保安處分執行法好像沒有這樣的計畫要求。 2. 德國精神病院：我國有規定監獄內的設施一定要有維持保健上的必要空間和光線通風，還有供生活所需足夠的衛浴設施等等。可是

		<p>因為對於精神病患的監護處所不是在監獄裡面，之後是在精神司法病院，所以適用上面就沒有監獄行刑法規定上的適用。建議我國或許可以仿效德國所做的規定，在機構內的設施做最低程度上的要求，因為這些規定其實他也會涉及到對於精神病犯在環境治療、社會治療等等甚至之後轉銜機制的成效都是有幫助。</p> <p>3. 德國轉銜機制：德國刑法有規定對於精神病犯的安置處分結束之後，你必須要進行保護管束，然後在保護管束的期間法院也必須要依照刑法的相關規定來強制要求精神病犯去接受門診治療。他們在刑法裡面也規定這個過程裡面一定要有哪些人員的參與，基本上他們就是想要建立一套精神病犯釋放之後的一些適當的日後照顧的結構，那其實這個也是從保安處分轉向社區精神醫學的轉銜機制。</p> <p>4. 德國精神鑑定：關於鑑定，基本上也可以從兩個方面來說，第一個是在安置之前，在德國的刑事訴訟法 80a 條裡面有規定，在偵查程序就應該要給予鑑定人機會對鑑定報告預作準備。當然這一條的規定僅適用於檢察官或法官，是在偵查階段對於無責能力或者是沒有就審能力的被告來做的。要注意的是如果刑事訴訟法預先強制的鑑定規定，他不是針對我們暫行安置的需求而來，而是為了之後法院監護處分所預作的準備。</p> <p>德國目前不是只要求簡單的鑑定報告，而是要求詳細的鑑定意見，包含受處分人具有威脅性的違法行為、危險程度，目前打算採行的治療方法以及完成治療的內容等等。</p> <p>相較之下，我國並沒有做這樣詳細的部分，我認為還是有過度侵害受處分人權利之疑慮。</p> <p>5. 對於德國的制度所謂的治療和我國治療概</p>
--	--	--

		念不同，德國著重在降低受處分人的危險性，是屬於一種法律上的治療，而不是一種疾病上的治療。
司法判決研析	王奕華法官	<ol style="list-style-type: none"> 1. 司法判決研析認為法院見解會高度相似於鑑定報告，在我們專業的訓練上，會要求必定還是要參考案發前他跟他人的互動，案發當下他的言行以及案發後的表現等。 2. 再來還有提到 2、3 次鑑定，以及沒有傳鑑定人到庭的問題，主要是因為我們現在其實稍微走向當事人進行(主義)，如果兩造都沒有聲請主張，法院是不是要職權傳喚，會漸漸的趨向比較保守。 3. 最後其實我有看過不少的鑑定報告就直接說請勿傳鑑定人到庭。

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(指定醫療機關への入院):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	<p>作業療法士與精神保健福祉士組成之團隊。</p> <p>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。</p>	<p>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</p> <p>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</p>	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	<p>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</p> <p>3. 指定門診：原則不超過三年</p>	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	<p>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</p> <p>6. 2. 住院期間各州做法不同，有些州的司法精神醫</p>

					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，分別銜銜到低、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，最後銜銜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

	<p>無限期的人身自由限制，有違反 CRPD 第 12、14 條的疑慮</p> <p>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</p> <p>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合作</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>
--	---	---	--	---	--

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
<p>第 12 條 「在法律之前獲得平等承認」</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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。 		<ol style="list-style-type: none"> 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。	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或</u> 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

	<p>精神障礙者的醫療選擇權及意願。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p><u>法院審查後，指定入院措施的精神障礙觸法者</u>，</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>由，</p> <p>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</p>
<p>第 15 條 「免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對待或處罰」</p>	<p>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。</p>		<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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</p>

<p>第 16 條 「免受剝削、暴力和虐待」</p>		<ol style="list-style-type: none"> 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。 		<ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>的方式。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>第 19 條 「自立生活與融合社區」</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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， 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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」	<ol style="list-style-type: none"> 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。 		<ol style="list-style-type: none"> 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。 		<ol style="list-style-type: none"> 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。

<p>展望</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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礙者的支持系統，仍停留在以隔離為主，正努力朝向去機構化。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 英國政府幾乎逐年針對 CRPD 委員會於 2017 年所提出後續追蹤報告，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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>2. 應認本件上訴不合法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>一、彰化地方法院：依刑法第19條第一項不罰，監護處分二年。</p> <p>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。</p> <p>三、最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>一、台南地方法院：因判決未公開，無法得知。</p> <p>二、高等法院台南分院：判處有期徒刑十月，監護處分一年。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>三、最高法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>一、台南地方法院：因判決未公開，無法得知。</p> <p>二、高等法院台南分院：判處有期徒刑十月，監護處分一年。</p> <p>三、最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>一、台東地方法院：判處有期徒刑無法得知，監護處分三年。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>三、最高法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>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（含瘖啞者）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、</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>一、台東地方法院：判處有期徒刑無法得知，監護處分三年。</p> <p>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。</p> <p>三、最高法院：上訴駁回。</p>
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

<p>被告病史</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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」。
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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</p>

	<p>為之控制能力，有顯著減低之情形。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>最高法院：上訴駁回。</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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

<p>被告病史</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>法院見解</p>	<p>臺灣新北地方法院：判處有期徒刑五年六月。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>定。</p> <p>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。</p>
	<p>臺灣高等法院：判處有期徒刑無法得知，監護處分兩年。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>最高法院：上訴駁回。</p>
	<p>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。</p>

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左上臂，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
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. 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	<p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<p>最高法院：撤銷原判決，發回更審。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 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。 3. 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。
<p>判決結果</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>高等法院高雄分院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴違背法律上程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 上訴高等法院高雄分院予以駁回。</p> <p>3. 上訴最高法院予以駁回，全案定讞。</p>
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：	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 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：	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 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

<p>被告病史</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>高等法院臺南分院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 上訴高等法院台南分院，予以駁回。</p> <p>3. 上訴最高法院，予以駁回。</p>
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：	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 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>二、高等法院台中分院：駁回上訴。</p> <p>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</p>

	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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none">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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none">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。 <p>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。</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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，另由被告人際行為量表來看，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。
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<p>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。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<p>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。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none">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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>國防醫學院三軍總醫院：認被告有三種不同情形之可能。</p> <p>被告之責任能力有以下不同之可能：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>三、高等法院更一審：上訴駁回</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>一、 士林地方法院第一審判處八年有期徒刑，監護處分三年。</p> <p>二、 高等法院第二審判處有期徒刑14年。</p> <p>三、 最高法院發回更審。</p> <p>四、 高等法院更一審駁回上訴。</p> <p>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。</p>
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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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

<p>被告病史</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>鑑定意見</p>	<p>迦樂醫院（相近另案）：診斷被告為思覺失調症。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>臺北地方法院：依刑法第 19 條第一項無罪，監護一年。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>台灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>判決未公開。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴人違背法律上之程式，應予駁回。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<ol style="list-style-type: none"> 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。 	

	<p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>亞東醫院：被告行為時，具完全責任能力。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>雲林地方法院：判決未公開。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>最高法院：撤銷原判決，發回更審。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>1. 雲林地方法院：判決未公開。</p> <p>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。</p>

	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	<p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>高等法院高雄分院：上訴駁回。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p>
	<p>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。</p> <p>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病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。</p>
判決結果	<p>1. 高雄地方法院第一審判決無罪，監護處分三年。</p> <p>2. 上訴高等法院高雄分院，予以駁回。</p> <p>3. 上訴最高法院，予以駁回。</p>
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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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慢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

	<p>意、過失，揆諸前揭規定及判決說明，自難符原因自由行為</p> <p>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。</p>
	<p>最高法院：撤銷原判決，發回更審。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p> <p>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</p>

	<p>為、或可能預見其使用毒品後產生殺人行為之情形。</p> <p>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」。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>檢察官及被告之上訴均為違背法律上之程式，俱予駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>台灣高等法院：依刑法第 19 條第 1 項規定，被告無罪。</p> <p>最高法院：撤銷原判決，發回更審。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p>
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：	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 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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>後，應入相當處所，施以監護1年。</p> <p>最高法院：非常上訴成功，撤銷原判決。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p> <p>改判理由與精神障礙無關。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>桃園地法院：依刑法第 19 條第一項不罰，監護三年。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>最高法院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>高等法院 臺南分院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 高等法院 臺南分院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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
臺灣臺中地方法院 107 年度訴字 第 986 號判決	臺中榮總	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	
最高法院 108 年度台非字 第 67 號判決	無	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	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	<p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>最高法院（非常上訴）：上訴駁回。</p> <p>非常上訴為無理由，應予駁回。</p>

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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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。</p>

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：	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 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>高等法院高雄分院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>重之情事存在，自無從再依刑法第 59 條酌減其刑。</p> <p>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。</p>
	<p>最高法院：上訴駁回。</p>
	<p>其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 高等法院高雄分院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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：	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 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	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p>
	<p>三、最高法院：上訴駁回。</p>
	<p>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。</p>
<p>判決結果</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>8. 最高法院：上訴駁回全案定讞。</p>
<p>備註</p>	

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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>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</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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
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. 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	
	傳喚鑑定人劉英杰 到庭證述	1. 思覺失調症 2. 未喪失	1. 未喪失 2. 不適用	1. 無期徒刑 褫奪公權終身 2. 無	

		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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>陳若璋教授團隊：被告有再犯風險。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>台大醫院：診斷為思覺失調症的可能性最高</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>最高法院：撤銷原判決，發回更審。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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</p>

	<p>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</p> <p>最高法院：上訴駁回</p> <p>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。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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，至大安區被害人之住處附近，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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>臺北地方法院：被告行為時不符合刑法第 19 條適用，判處有期徒刑二年。</p> <p>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。</p> <p>臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>最高法院：上訴駁回。</p>

	上訴意旨均違背法律上之程式，予以駁回。
判決結果	<ol style="list-style-type: none">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：	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	
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
法院見解	<p>嘉義地方法院：判決未公開</p> <p>判決未公開，無法得知。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴均為違背法律上之程式，應併予駁回。</p>

判決結果	<ol style="list-style-type: none">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。

	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>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。</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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。 	
<p>最高法院：原判決撤銷，發回更審。</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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，尚無諭知監護處分之必要，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。 	
<p>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。</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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 	

	<p>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」。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>1. 南投地方法院：判決未公開。</p> <p>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。</p> <p>3. 最高法院：原判決撤銷，發回更審。</p> <p>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。</p>
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	<ol style="list-style-type: none">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	<p>臺灣雲林地方法院 104 年訴字第 238 號刑事判決</p> <ol style="list-style-type: none">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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院 106 年台上字第 238 號刑事判決</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴違背法律上之程式，應予駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>高等法院 臺中分院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴不合法律上之程式，應予駁回。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 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

	<p>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。</p> <p>台灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 台灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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：	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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>一、宜蘭地方法院</p> <p>判決未涉及罪責(構成要件不該當)</p> <p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>三、最高法院：原判決撤銷，發回臺灣高等法院。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>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</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>1. 宜蘭地方法院，被告無罪</p> <p>2. 臺灣高等法院，被告無罪。令入相當處所，施以監護參年</p> <p>3. 最高法院，原判決撤銷，發回臺灣高等法院</p> <p>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。</p>
備註	<p>案件目前上訴到最高法院審理中</p>

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：	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 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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)</p> <p>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。</p> <p>最高法院：撤銷原判決，發回更審。</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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。 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：	法院見解：	判決：	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. 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 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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
鑑定意見	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

	<p>疾病。</p> <p>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</p>
	<p>三、最高法院：上訴駁回。</p>
	<p>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。</p> <p>6. 上訴不合法律上之程式，均應駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>11. 上訴最高法院，上訴駁回。</p>
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：	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	
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：	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 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none">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：	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 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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
鑑定意見	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
法院見解	<p>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。</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>14. 上訴最高法院駁回，全案定讞。</p>
備註	<p>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。</p>

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：	法院見解：	判決：	備註
第一審偵查中	馬偕紀念醫院	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	
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、 B 群人格疾患 2.未喪失 3.不適用	無	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	
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會第 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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p>
-------------	--

鑑定意見	<p>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。</p>
	<p>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）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。(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</p>

	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>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。</p>

(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，「那是我掰的」，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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、</p>

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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
	<p>五、上訴最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。</p>
	<p>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。</p>
判決結果	<p>15. 新北地方法院第一審判決死刑，褫奪公權終身。</p> <p>16. 臺灣高等法院第二審判決死刑，褫奪公權終身。</p> <p>17. 上訴最高法院殺人部分判決撤銷，發回臺灣高等法院</p> <p>18. 臺灣高等法院更一審判決無期徒刑，褫奪公權終身。</p> <p>19. 上訴最高法院均予以駁回，全案定讞。</p>
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。
	<p>最高法院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>三、最高法院</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.上訴人關於殺人部分之上訴難認為有理由，應予駁回。</p> <p>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。</p>
<p>判決結果</p>	<p>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。</p> <p>2.臺灣高等法院第二審判決上訴駁回。</p> <p>3.最高法院判決上訴駁回，全案定讞。</p>
<p>備註</p>	

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	X	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：

<p>被告病史</p>	<p>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）。</p> <p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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）。</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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)</p> <p>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。</p> <p>二、桃園地方法院(101 年訴字第 577 號刑事判決-103.10.22)</p> <p>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）。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

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

- 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

法院見解

- 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

		<p>訴理由。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.最高法院判決上訴駁回，全案定讞。</p>	
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：	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	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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」。</p> <p>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」</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>一、花蓮地方法院：依刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>三、最高法院：上訴駁回。</p>
	<p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>22. 上訴最高法院予以駁回。</p>
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	<p>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」。</p> <p>21. 診斷為「強力膠使用疾患」與「反社會性人格違常」。</p> <p>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。</p> <p>23. 心理衡鑑結果亦無出現器質性特徵或精神疾病徵候。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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』。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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」</p>
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

	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
	<p>二、高等法院 台中分院：和地方法院認定一致，上訴駁回。</p>
	<p>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。</p> <p>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</p> <p>27. 心理結果並無合於刑法第 19 條情形</p> <p>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</p>
	<p>三、上訴最高法院：上訴予以駁回。</p>
	<p>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</p> <p>8. 上訴人之上訴為無理由，予以駁回</p>
<p>判決結果</p>	<p>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。</p> <p>24. 高等法院台南分院駁回上訴。</p> <p>25. 上訴最高法院予以駁回。</p>

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：	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	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	<ol style="list-style-type: none"> 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：	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 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

<p>被告病史</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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)。
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>違法及依其辨識而行為之能力顯著減低之情形。</p> <p>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。</p>
	<p>臺灣高等法院：被告上訴駁回。</p>
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	<p>最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。</p>
	<p>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。</p>

	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	<p>4. 被告素有罹患精神分裂症，而精神病史超過 10 年</p> <p>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。</p> <p>6. 被告具有多次未持續規則就醫及服藥之情。</p>
鑑定意見	<p>高雄市立凱旋醫院</p> <p>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。</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴均予以駁回，全案定讞。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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

	<p>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</p> <p>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</p>
	<p>二、高等法院：同上</p>
	<p>1.被告提出以保護管束替代監護處分部分法院認為：</p> <p>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。</p>
	<p>三、最高法院：駁回上訴</p>
	<p>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</p>
判決結果	<p>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</p> <p>27. 上訴高等法院及最高法院均予以駁回，全案定讞。</p>
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，取用刀刃長達 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	讞
---------------------	--	--	--	------------------	---

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none">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。	
	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：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：	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	
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。

	<p>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」</p> <p>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」</p> <p>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)」</p> <p>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」</p>
	<p>二、亞東紀念醫院：有再犯危險性</p>
	<p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>二、高等法院：刑法第 19 條第 2 項之適用，爰依法減輕其刑</p>

	<p>1.法院認為：</p> <p>A.法院採用鑑定意見</p> <p>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</p> <p>四、最高法院：駁回上訴</p> <p>15. 量刑部分並無違法</p> <p>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。」</p>
判決結果	<p>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</p> <p>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</p> <p>30. 最高法院上訴駁回，全案定讞。</p>
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，故本審不諭知監護處分。

裁判字號	鑑定機關或鑑定人	鑑定意見：	法院見解：	判決：	備註
臺灣桃園地方法院 101 年度訴字 第 6 號判決	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	
臺灣高等法院 101 年度上訴字 第 2912 號判決	無	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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p>
	<p>臺灣高等法院：部分判決撤銷改判。</p>
	<p>改判理由與刑法第 19 條以及監護處分認定無關。</p>
	<p>最高法院：原判決撤銷，發回更審。</p>
	<p>1. 刑法第八十七條第二項之規定，由修正前之「因精神耗弱或瘖啞而減輕其刑者，『得』於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。」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。</p> <p>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。</p>
	<p>臺灣高等法院更一審：拘役 50 日。</p>
	<p>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</p>

	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	<ol style="list-style-type: none"> 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。
判決結果	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。

	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

<p>被告病史</p>	<p>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。</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>法院見解</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>高等法院台中分院：上訴駁回。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴為違背法律上之程式，予以駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 高等法院台中分院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
備註	

六十四、100 年新北狼父案

案由：家暴妨害性自主

事實：被告為被害人之父親，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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>被告提起上訴，為無理由，應予駁回。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>本件上訴顯屬違背法律上之程式，應予駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>改判理由與刑法第 19 條認定以及監護處分無關。</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>上訴不合法律上之程式，應予駁回。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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
臺灣高雄地方法院 86 年度重訴字 第 41 號	無法得知	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	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。
	<ol style="list-style-type: none"> 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「因精神耗弱或瘖啞而減輕其刑者，得於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。」「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	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="486 250 1008 284">2. 高等法院 高雄分院：上訴駁回。<li data-bbox="486 300 1310 333">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	<ol style="list-style-type: none"> 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：	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	
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	<p>屏東醫院:被告案發時有辨識能力</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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</p> <p>判決不公開</p> <p>高等法院高雄分院 97 年度上重訴字第 13 號判決:上訴駁回</p> <p>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。</p>

	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：	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	
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：	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 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：	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 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	<p>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。</p> <p>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。</p>
法院見解	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>高等法院臺南分院：上訴駁回</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>最高法院：上訴駁回</p> <p>上訴違背法律上之程式，應予駁回。</p>
判決結果	<p>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。</p> <p>2. 高等法院臺南分院：上訴駁回。</p> <p>3. 最高法院：上訴駁回。</p>
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：	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	
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

	<p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>1.彰化地方法院判處無期徒刑</p> <p>2.高等法院判處有期徒刑 20 年，監護處分五年以下</p> <p>3.最高法院將原判決撤銷</p> <p>4.台中高等法院判有期徒刑 13 年</p>
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	<p data-bbox="486 397 2047 443">為恭醫院:被告案發時行為能力明顯減低</p> <p data-bbox="486 451 2047 679">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。</p>
法院見解	<p data-bbox="486 695 2047 742">苗栗地方法院:無期徒刑，褫奪公權終身</p> <p data-bbox="486 750 2047 836">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。</p> <p data-bbox="486 844 2047 890">高等法院臺中分院:上訴駁回</p> <p data-bbox="486 898 2047 984">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。</p> <p data-bbox="486 992 2047 1038">最高法院：上訴駁回。</p> <p data-bbox="486 1046 2047 1173">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。</p> <p data-bbox="486 1181 2047 1276">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。</p>

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

	<p>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。</p>
判決結果	<p>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</p>
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：	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	
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，明知將其所有之單刃剪刀刺向他人頭部、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：	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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>臺灣台北地方法院：判處無期徒刑，褫奪公權終身。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

	<p>臺灣高等法院：上訴駁回。</p> <p>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</p> <p>最高法院：上訴駁回。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>21. 臺灣台北地方法院判處無期徒刑，褫奪公權終身。</p> <p>22. 臺灣高等法院上訴駁回。</p> <p>23. 最高法院：上訴駁回。</p>
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臍部挫傷，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 第一八一〇號	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

<p>被告病史</p>	<p>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縱治療</p>
<p>鑑定意見</p>	<p>仁濟療養院新莊分院</p> <p>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。</p> <p>臺北市立療養院</p> <p>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。</p>
<p>法院見解</p>	<p>臺灣板橋地方法院九十二年度訴字第一五九號:無罪</p>

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一八一〇號: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	<ol style="list-style-type: none"> 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：	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 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。

	<p>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。</p> <p>8.陳員三次要求看精神科醫師。強調自己精神有問題。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	國軍北投醫院:被告案發時精神耗弱
	<p>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」</p>
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
	<p>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。</p>
	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
	<p>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</p>

<p>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。</p>
<p>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</p>
<p>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。</p>
<p>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。</p>
<p>和刑法第 19、87 條無關</p>
<p>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</p>
<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>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</p>
<p>和刑法第 19、87 條無關</p>
<p>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</p>
<p>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，</p>

	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

	<p>9.最高法院撤銷原判決發回高等法院</p> <p>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</p> <p>11.最高法院撤銷原判決發回高等法院</p> <p>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</p>
備註	<p>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。</p> <p>(參考網址: https://www.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=213&s=5572)</p>

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	<p>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。</p>
鑑定意見	<p>嘉南療養院</p> <p>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</p>

	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：	法院見解：	判決：	備註
雲林地方法院 北港簡易庭刑事 簡易判決	無	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	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

	<p>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。</p> <p>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</p> <p>判決不公開</p> <p>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</p> <p>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。</p>
判決結果	<p>1.雲林地方法院判決有期徒刑 6 月。</p> <p>2.二審判決不公開</p> <p>3.最高法院判決有期徒刑三個月，監護處分兩年全案定讞。</p>
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	

	<p>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。</p>
判決結果	<ol style="list-style-type: none"> 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 lawsnote 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 Lawsnote 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、因瘖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.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/>（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%

附件八、「精神障礙觸法者處遇之研究—監護處分法制及司法判決評析」委託研究案期中報告審查會議紀錄

一、時間：2022年04月22日（星期五）下午2時

二、地點：監察院四樓第2會議室

三、主持人：蘇瑞慧召集人

四、出席委員：蘇瑞慧召集人、楊雲驊委員、吳建昌委員、翁國彥委員、周芳怡
委員、游凱翔委員

請假：司法院

列席：研究團隊成員：張麗卿教授、吳文正院長、王紀軒教授

幕僚單位成員：邱秀蘭組長、鄭慧雯秘書、黃吉伶約聘專員、張蓓詠專員

五、主席致詞：

蘇瑞慧召集人：

各位委員、教授好，今日是「精神障礙觸法者處遇之研究—監護處分法制及司法判決評析」委託研究案期中報告審查會。這個議題在監察院已經經過一兩年的研究與討論，非常感謝張教授接下這個委託案，也謝謝各位審查委員的出席。

六、研究團隊報告：

張麗卿教授：

主席、各位師長好，非常感謝監察院給我們進行這個計畫的機會，這次的期中報告由我、吳文正院長、王紀軒教授三人合力呈現。

我們研究團隊的主軸，是希望透過研究精障觸法者的處遇，促成符合 CRPD 的精神，因此我們的研究目標有四個，最主要是希望能提出精障觸法者處遇合乎世界潮流的政策以及法制。

截至目前為止，我們完成的工作項目與進度有三：1.召開 10 次內部會議；2.舉辦第一次焦點座談會；3.司法判決評析初步整理。

首先，介紹我國監護處分相關法制，這張簡圖是我國目前監護制度的流程與模式。今年刑法、刑訴以及保安處分執行法皆有相應的修正，主要體現刑法監護處分的調整以及刑事訴訟法暫時安置制度的建立。

刑法監護處分新制，已經改採令入相當處所或適當方式進行，具有多元處遇的特色；另一個變動則是改採沒有期限，定期延長的制度，和過往監護期間最多只有五年的制度非常不同的監護加上新制採 5+3+1+1...無限制的狀況。

另外暫行安置新制，是參照德國立法內容。暫行安置新制有其發動的條件，執行的處所也和刑法第 19 條內涵相呼應，也就是希望令入司法精神醫院或其他適當處所，最大的特色是暫行安置期間雖然只有六個月，但得以延長，總共不得超過五年。

接下來是德國精神障礙觸法者的司法處遇，這張圖是德國大致地流程圖，可以看到德國有暫時安置制度，在偵查、審判期間，法官有核發暫時安置的權限。法院判決收容的執行則是依刑法第 63 條，期間計算依刑法第 67d、67e，無期限，但每年評估，超過十年後，每九個月就要評估，而且條件非常嚴格。簡而言之，德國對於精障觸法者的收容有非常悠久的歷史，在整個司法運作的過程是重視治療先於保安，且當有疑問時，對觸法者做較為有利的處遇，這是源自於德國憲法的精神。

法制內涵中，德國的內容非常詳細，例如刑法第 63 條規定了應該收容的所有條件，對期間以及審查密度，也有十分詳盡的規劃，處所雖然沒有一定的限制。

執行情況在這近半世紀以來，呈現一個 V 的態勢，1960 年時有 4500 人，後遞減至 2000 多人，卻又逐年升高，2014 年時，人數已破 6500 人。收容的精障觸法者，大部分都有合併兩種以上的精神疾病。

我們可以借鑑的是，在延長監護審核應該要非常嚴格，因為德國雖然是沒有期限，但是是以不收容為原則。台灣改變採取不限期的監護，將來應該要考慮更加嚴格延長監護的門檻，以及更加精緻的轉銜社區治療，尤其是轉為門診治療，是德國近來的趨勢。

德國暫時安置制度和台灣非常相近，因為我們是學習他們的立法的。比較不同的是德國六個月加上延長，延長三個月後就必須再次審核，而且聲請延長，是由上級法院核定。

我們可以從德國暫時安置執行多年的面向看到兩個問題，其一，每年執行的新增人數大概是 900 到 1000 人，其二，仍然在安置機構裡的人數大概是 500 到 700 人。

能夠借鑑的是，雖然我們現在制度也是以六個月為基底，但是每次的延長期間仍是六個月，是不是可以模仿德國每三個月就審查一次。還有從刑事妥速審判法第 5 條的精神借鑑，優先且密集審理，才能符合 CRPD 的精神。

德國的司法精神醫院，運作上有兩個型態，第一個是獨立的機構，第二個是和精神醫院結合的機構，特別重視的是醫院的人員與設備。這裡可以參考德國的「近似原則」的法理，打造「與院外生活接近的醫院環境」，人員部分除了醫療人員，還要有教育、工作、治療、活動人員，因為最終的目的是希望處遇者能回歸社會。

接下來是日本相關法制，日本的法制和我國有很大的不同，從這個流程圖能夠看到，日本的制度是針對特定的不法行為，比如說殺人、放火、強制性交或一些財產的犯罪等才可以發動入院程序。特殊的是，在檢察官不起訴或法官諭知無罪或減輕其刑後，檢察官發現有心神喪失、耗弱的情況下，可以依照醫療觀察法，指定入院或指定通院。在這個過程中，還有一個住院鑑定的制度，是作為病人進入醫院轉銜的機制。

日本入院處遇制度，從 1999 年「精神保健福利法」修正開始，在此次修正最重要的決議是希望就精障處法者的處遇做改革，因此從 1999 年到 2003 年，終

於制定「醫療觀察法」，這是專門針對精障觸法者處遇措施，目的是希望觸法者能復歸社會。

法制內涵上，非常不同的是在整個程序的參與人員，除了法官，還有「精神保健參與員」以及「有律師執照的輔佐人」。治療啟動也有嚴格的程序。審判的事項是以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，作為指定入院的條件。

執行情況從 2005 年至 2019 年，有 5,098 人經法院審查，指定入院者有 3,459 人；指定通院者有 645 人，佔了 80%。審查時有非常詳盡的指引，由厚生勞動省發布三項判定標準。例如東京地方法院執行時，需有三次準備會議，資料充足下，正式審判日當事人一定要出庭接受提問，詢問過程會是主要重點。

我們可以從日本制度看到他們以「治療反應性」為主，並充分納入專家（精神保健審判員與參與員）共同主導與協力，把受處遇者定為為「病人」，並非如同台灣視為「犯罪嫌疑人」，且制度傾向社會復歸目的。但台灣則傾向社會防衛精神，故某種程度而言是違反 CRPD 的精神。

日本並沒有類似台灣新制暫行安置的規定，他們的思維是精障觸法者於發病狀態下，於尚未經法院裁定「指定入院」前，未免導致社會安全的「空窗期」，透過本項制度配套，於鑑定前，有「核發住院鑑定命令」制度，令其進入「準備進行鑑定之醫院」進行安置。

日本制度整個思維是以病人以及社會復歸的角度出發，相較之下台灣則是精障觸法者仍要承擔司法訴訟不利益的情況，故建議我國未來嘗試以病人為主體的思維，給予其社會支持與醫療環境的建構。

最後，要跟大家分享日本指定入院處所的運作，他們尤其強調精神障礙觸法者的基本人權，因此在保護觀察所中特別設置了「社會復歸調整官」，主要的功能是為協助該者順利復歸社會。所以整個指引內涵是，循序漸進之分段治療以及多元適性的治療計畫，不同的情況有不同對應的治療方式。

從他們的執行情況發現，指定入院共有 33 處、827 床，這是類似台灣的監護處分。指定通院則是沒有強制，醫院、藥局、診療所、訪問看護等都可以，指定入院的平均都超過兩年，當然也有超過十年的案例。日本的學者指出，將來指定入院應該要注意，盡量取得處遇者的治療同意以及避免社會偏見。

日本指定入院，主要治療的對象以「思覺失調症患者」為主，凸顯出社區處遇的協力與互補，設置「社會復歸調整官」的職位，每六個月法院將進行必要性審查。按日本經驗，若要符合 CRPD 的精神，需耗費極大成本，未來我國是否有足夠的財源與預算因應，值得深思。

接下來請吳院長來報告英國跟美國的制度。

吳文正院長：

召集人、各位委員大家好，接下來由我報告英國跟美國制度的部分。

從剛剛召集人以及張教授的報告可以知道，我們都是以人權為核心的，以英國和美國來說，他們的法制是和我們不大相同的，我們屬於大陸法系，他們屬於海洋法系，不過我們在做精神衛生法時也接近過他們一些法制內涵。

首先看到英國制度的流程圖，我們可以知道如何在保護醫療人權之下，兼顧司法需求，從法庭到醫院的結合，便是我們這個計畫的重點之一。

如圖示，逮捕後，可由警察命令的程序，交付精神醫院；也可於警察局時，經過民事命令程序，交付精神醫院。當到了治安法庭審理後，基於不同的情形，透過法院評估或治療命令、監獄或看守所的內政部命令，進入精神醫院接受治療。這部分的結合是英國制度十分值得參考的地方。

英國的精神衛生法於 1959 年就制定了，制定後最重要的是 1983 年修訂的那個版本，針對病患的犯罪樣態、維安風險與治療強度需求，主要分為三個層次：一般精神健康服務、戒護精神健康服務、犯罪司法服務。最重要的是戒護 secure mental health services 的部分。

英國制度強調公平與人權，在刑事司法程序，警察或檢察官根據「起訴導引指南」(Directors Guidance on Charging)，考量犯罪和精神疾病關聯的證據力以作分流。一般來說，這樣的指引會導引到後面的階段，比較輕微的由治安法庭 (Magistrate's Court) 開始，比較嚴重的則是由皇室法庭 (Crown Court) 來審理，皇室法庭具有法官以及陪審團，顯現它是比較神聖的，當然也可以上訴至上訴法庭，這部分是和我國系統比較不一樣的地方。

接下來可以看到審判程序的原則，都是以保障人權出發的，比如：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、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，雖然法庭是不一樣的，但都是為了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。還有鼓勵被告及證人出庭參與，以及盡可能讓被告能與實況連接、落實法律代理人制度，以上這些都是英國審判程序的原則。

英國沒有暫行安置制度，但是有一個類似暫行安置的制度。被告在等候審理前、裁判前，命其到指定之精神醫療機構進行精神狀態評估，基於醫師評估命被告到醫院接受治療，但是不得超過 28 天，即為英國類似暫行安置制度。

再來看到英國司法精神醫院有幾個特色，第一，英國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。第二，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。其三，司法精神醫學體系，為少數患者編列高預算，以病患個人健康與社會安全為最大考量。其四，整個司法精神醫療體系提供一個安全的環境，讓病患的醫療需求與治療服務能不受其他因素干擾。其五，司法體系透過國家罪犯管理服務，整合司法與醫療。其六，精神疾病患者享有等量且公平的醫療照護，透過監督與評鑑讓體系更加完備。其七，精神醫療體系與刑事司法系統運作上的整合，使各領域建立良好的信任關係。以上都是值得我國參考的。

英國透過國家罪犯管理服務系統整合司法與醫療，依照戒護程度分為不同等級的司法精神病院，分別為高度、中度、低度。高度戒護為收容嚴重的精神病

患，中度及低度則是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。

從英國的經驗有以下可以給我國參考，監護處分方面，法院可給予醫院命令與附帶限制命令，暫行安置方面，有不超過 28 天的淚暫行安置制度，司法精神醫院方面，則有分為低度戒護、中度戒護、高度戒護。

接下來為各位介紹美國相關制度，和英國是不大相同的，從這個流程圖來看，如果合乎法定程序，也可以送到精神科進行鑑定是否有住院的必要，或者是門診進行治療，比較特殊的是在精神科鑑定後，還要多一個聽證會的程序，就他是否有住院必要進行聽證。

在過去美國在精神科方面的發展其實是落後歐洲國家很多的，一直到了 19 世紀才有一個大的改革，早期和歐洲國家一樣都是把精神病人留在監獄裡，後來才逐漸轉到醫院裡收治，包括一些無家可歸的人。

在 19 世紀初的時候，有一個 Pre-Trial Criminal Commitment，是在審判前見安排強制住院的程序，1990 年代開始有所謂的 Mental Health Court 發展，是在審判前進行轉銜，其為階段性的不同，目的都是為了將刑罰轉為治療，畢竟精障者是疾病的被害人。

適用於刑事被告的法定事由主要三種，第一個是危險性，第二個是確保就審能力與治療或復原，第三個則是無法負擔刑事責任之被告提供復原或治療。

目前美國實務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，方可實施。第一種狀況：最為緊迫的「psychiatric hold（精神科拘留）」。第二種：完成評估後，法院再進一步判斷精障者是否仍有符合其他 Civil Commitment 之情狀。第三種：以「門診」為主的治療機制。

接下來可以看到，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。美國這方面來說，學者提出最大的問題就是太過依賴精神醫療專家的診斷結果，欠缺法律上客觀一致性的定義以及法律視野的評估標準。

對被告以基於危險性施以 Civil Commitment 提出的具體建議，包括：追求更準確的判斷標準、建構更可靠的評估方法、降低精障觸法者錯誤被拘束人身自由之可能、放棄基於危險性做為對精障者審前拘束人身自由的事由。

再來是美國暫行安置部分，美國無相關規定。美國法制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。美國的精神科拘留，類似我國緊急安置，以門診作為強制處遇措施，則類似我國強制社區治療。

再來看到美國的司法精神醫院，是真正執行治療處遇業務，並且採取多元處遇的方式，分為專責的司法精神醫院以及精神醫院內設置司法精神專區，原則為先分散，後集中。

紐約州矯正體系內精神健康治療與處遇內容，分為六級，從最嚴格到最寬鬆

作為分層、分流的處理。整體來說，以美國的做法為參考，「實需為基礎的治療思維」是有效治療此類犯罪人的最佳模式，這是很值得我國參考的。

接下來就交由王老師來報告。

王紀軒教授：

主席、各位委員、各位師長，還有兩位一起參與的老師，大家午安。以下針對本計劃涉及司法判決研析的部分跟各位委員進行報告。

司法判決研析為本計畫相當重要的工作，目前以「曾上訴至最高法院」的案件為主，當然在這個過程當中，我們並不會完全忽略掉其他的案件，會以這個範圍的案件為研究重點，是因為曾上訴至最高法院的案件，理論上爭議較大，所以我們團隊便以此初衷為發想。

在這個過程當中，我們發現共有 86 個案子，曾上訴至最高法院並與精神障礙觸法者相關，雖然是 86 個案件，但其實有 300 多個判決。截至目前為止，在期中報告初稿中所呈現，一共有 39 個案件，130 個判決。因為判決分析仍在整理分析中，於期中報告我們先以兩個觀點做一個觀察及呈現，分別為法院對於被告行為時辨識能力或控制能力的一些現象，以及法院對於監護處分必要性的認定有何種論述。

針對第一部分的內容，我們大概有發現三個現象。首先是第一個是其實法院高度依賴精神鑑定意見，這部分是可以預見的，因為我們的司法人員可能對精神疾病的認識比較不足，基本上都會是鑑定機關如何認定，法院便會如何判定。

第二個我們有發現一個現象，似乎基層法院在證據調查方面有改進的空間，我們以台中牙醫案為例，在一審的時候，經由草屯療養院做一個鑑定後判決便出來了。到了二審又來了一個台中榮總的鑑定，同時才請草屯療養院的鑑定人出庭。理想上來說，這些程序應該要在一審時便具備充足，但有些案子都如台中牙醫案一樣，一審時匆匆便為判決，到了二審才有更多充足的鑑定或鑑定人出庭等程序。

再來第三個我們在相關判決所發現的現象，雖然我們法條上的規定，有辨識能力、控制能力的區分，但在司法判決上，幾乎都沒有去區分他。當然對於法官而言，可能也有他的難處，因為在判決中，到底要如何呈現辨識能力或控制能力的減弱或缺，法官可能也沒有足夠的能力去分辨以及詳實地表達。

以上是我們目前觀察到的現象，期末報告也會就這些現象進行更詳細的論述。

另外還有一個現象可以看到，法院在是否執行監護處分的認定上已經有了一些基準，我們就這些基準做一個分類。最基本的便是鑑定意見書，還有被告在羈押期間的表現，因為這些案件都是還沒有暫時安置的，因此被告有些是有被羈押，便可以觀察的情況。以及被告過去並是、治療情況，和被告家人或同居人所述與其相處情況等等，都是法院在認定是否執行監護處分時的標準。

最後做一個簡單的小結語，我們的這個計畫雖然現在進行期中報告，但是在明天剛好才滿五個月，所以我們有些工作都會在未來做更進一步的呈現。尤其是涉及 CRPD 相關的資料，因為今年初我國相關法規才做修正，這個新法是否有符合

CRPD 的精神，這部分會是我們接下來側重的成果。

放眼未來，我們有幾個面向，首先是參酌外國法制，提出可供我國法制參考的意見，還有舉辦第二次焦點團體座談會以及完成司法判決研析，並且踐行期末審查會議。

以上跟各位師長報告，謝謝。

七、與會者發言：

楊雲驊教授：

主席、以及張老師帶領的研究團隊，大家好。首先我是很肯定研究團隊在這短短五個月便能有相當豐碩的期中成果，我看了一下內容也是和當初委託案要求相符，這是相當值得肯定的。因為現在是期中報告，未來還有一段時間，所以我這邊提出一些淺見，希望能夠幫助研究團隊在未來計畫案執行上有一個參考。

首先，這個研究案碰到了我們做研究計劃最害怕碰到的事情，也就是法律新修。我想當初這個計畫案的初衷是想在法律修法前，透過國內外法制與實務的研究作為修法的參考，沒想到這麼快法律就修正通過了。所以我建議研究團隊可以確立本計畫是以立法論還是解釋論為主，這個計畫的主軸可能是以立法論為主，包括研究分析國外的制度、施行情況等，進而提出完整具體的立法經驗，但現在法律新修通過了，期中報告裡面也有包含解釋論新修法說明的部分，我認為這樣可能會讓讀者有些混淆。

我國在對精障觸法者制度方面，與英國美國等國家差異較大，因為我國是採雙軌制，同時具有刑罰跟保安處分，所以在程序上仍然比較偏向刑事程序，包含檢察官調查、起訴，法院審理、判決等，經過一連串的刑事程序後才就 19 條的認定，給予減輕、免除，接著才會走到保安處分的範疇，給予治療照護。可以發現我國對精障觸法者還是以刑罰為重心去處理，這部分比較類似德國的做法，和日本、英國、美國則不大一樣。這部分如果在各國法制介紹前能夠說明、整理，相信更有利於研究成果呈現。

再來看到檢察官和警察之間的關係，英國、日本、美國檢察官是具有很大的起訴裁量權的，但是我國檢察官和德國一樣，針對精障觸法者特別是嚴重犯罪者，並沒有起訴裁量的問題，基本上都是一定要起訴，讓法院去審理、判決，主要都還是以司法體系為主。但英國、美國、日本不一樣，他們在檢察官階段主力就不是走刑罰了，而是相當程度地往行政的方向走，所以和他們的警察有很大的關係。因此在整個精障者處遇方面，我國到底是要以司法為主還是行政為主，建議研究團隊可以多做探討與補充。

簡單做個結論，針對研究團隊已經如此詳細的各國法制整理與分析，建議可以增加 1.說明本計畫案是以解釋論還是立法論為主？2.探討各國精障觸法者法制是以行政醫療治療照護還是司法保安處分為主？以上若能區分，可以讓各國法制的介紹對我國有更具體參考意義。

第二個部分，看了研究團隊的報告，我覺得非常有收穫的是在各國對精障觸法者處遇都會面臨到行政與司法上的連結，在台灣過去法制尚未健全的時候，遇到精障處法者較嚴重的案件的時候，都是先啟動精神衛生法當中強制入院、緊急

安置等，向社會大眾交代觸法者不會再有出來危害社會的風險，才會再接到刑事訴訟的程序，礙於精神衛生法有限定的時限，又因為擔心觸法者再度回到社會造成危害，司法機關只能出動預防性羈押以安撫人民，直到終於可以起訴。我們過去實務上是這樣運作的，基本是和雙軌制的理念不同，這樣的制度是否妥適？以及新法通過後，是否仍是採取相同的應對，繼續沿優相同的做法？還是有更完整的做法呢？建議參考各國司法與行政上的連結，整理適合我國的做法。

另外，還有司法與司法的連結，我們新創了暫行安置制度後，原則是仿羈押，但有一個問題是這個部分是有可能轉變的，如果暫行安置一段時間後，發現其不具有刑法第 19 條適用，那就要轉羈押，或者是羈押後發現有精障情形，是不是要轉到暫時安置，這樣羈押以及暫行安置的時長將如何計算？是否要分開或合併計算？這部分似乎德國有相關的操作，建議團隊可以將這部分納入期末報告範圍，找尋更多外國法制的參考文獻，提出適合我國的制度意見。

再來第三個部分，不確定是否有在計畫案範圍內，但國民法官新制上路後，社會關注度高的案件都會進入到國民法官制度內。那精障者相關案件是否適合走入國民法官？以及即便要走向國民法官，職業法官是否可以認定不適合走入呢？這也是我覺得相當值得討論的。

第四個部分，研究團隊就實務上判決的分析也是相當有貢獻，包括 19 條的認定、監護處分的判斷等等，都是相當有意義的。我這邊建議研究團隊可以針對典型的犯罪類型，包含殺人、性侵、公共危險等，找出代表性的案件詳細介紹說明，例如偵查中精障觸法者在偵查階段，檢察官的偵查程序是如何進行的？如果在審判程序時，有 294 條可以停止審判，但我國並無停止偵查，這樣的制度是否有缺失？從偵查、起訴、審判從頭到尾的流程，建議研究團隊能以實務案件的方向詳細說明呈現，我想這會是很好的幫助。

最後，我看了整個報告，好像比較沒有談到執行階段精障者相關的部分，舉例來說我國目前仍有四十多個死刑定讞尚未執行的犯人，裡面應該有具有精神障礙之人，我們對他們是否還要給於治療等相關處遇，是不是也值得探討。

我的發言先到這裡，謝謝大家。

吳建昌委員：

大家好，謝謝主席讓我先進行發言。我當時收到這份期中報告，很驚訝這是才短短五個月的成果，實在是非常優秀。說實在的如果是我，我不會接這個計畫案，範圍實在太龐大、要求太多了，希望監察院給研究團隊的經費是足夠的。接下來我的很多意見都只是我個人比較有疑問的地方，希望能給研究團隊做一個參考，並不是要增加計畫的工作量，這部分先做一個聲明。

首先，我看了一下國家人權委員會給的服務建議書，從計畫目標來看，一跟二都有 cover 到。可是，我看到第二頁又有研究課題，不知道是不是一個陷阱埋伏在那裡，因為這部分和前面的計畫目標不大一樣。內容說：精神障礙觸法者處遇之文獻蒐集與分析，初步提出精神障礙觸法者系統性處遇之理論架構。這邊我幫研究團隊提問一下，如果可以中和資料在各個國家的探討裡面呈現，這樣是否有符合計畫要求？如果一定要另外呈現，希望監察院不要要求太多，因為感覺有

點超過前面的計畫目標範圍。不過，期末報告應該終究會收集文獻提出一個理想架構，並一一批判各國法制，檢討台灣現狀上能夠做的調整，會對我們幫助很大。

我的第一個意見寫的不好，請以我的發言為主比較好。希望如果需要呈現研究課題一，研究團隊可以用一個最省力、最有效率方式呈現出來。

再來，因為這是國家人權委員會的研究計畫，我會期待看到對 CRPD 檢視、研究以及委員會的一般性意見書，比如第一號意見書以及牽涉的第 12 條以及第 14 條的指引，還有學者相關論述。

我的想法是，世界上沒有任何一個國家可以達到 CRPD 的要求，我國的困境跟其他國家的困境也是一樣。所以我們如何能夠勝出？建議研究團隊可以在期末報告提出？

關於精神障礙觸法者的定義，我感覺大部分都在講有精神障礙，才有觸法行為，可是我看到報告裡面有提到，在司法系統裡面才發生精神障礙的問題。那到底我們是不是侷限在所謂精神障礙之後觸法的部分？之後才成為精神障礙者的部分，值不值得探討，就交由團隊決定。

我國暫行安置跟德國類似，暫行安置的認定是以法官為主，還是需要再經過鑑定來協助法官做判斷？第 18 頁有講到「反覆竊盜」，這個也算嚴重違法的行為嗎？另外治療可能性是從精神科醫師觀點去評估嗎？反社會人格加上精神病的情況要怎麼處理？第 26 頁，收容人數每年穩定增加是累積的數目是一年比一年多嗎？如果是，我們仿照德國會不會癱瘓系統？第 28 頁，司法精神醫院有收容智能障礙者跟失智症的病人嗎？還是會分流到其他機構？

還有德國的團隊非常強，有專業的護理師。我在台灣曾經問過一些護理同仁，如果有司法精神醫院，要不要成立一個專科，會不會想去那邊工作？答案幾乎 100% 是不要。所以人才要怎麼培育也值得思考。

再來日本的制度第 36 到 37 頁，有寫到治療可能性和治療反應性，我從一個精神科醫師的觀點，其實很好奇他們是如何判斷的？41 頁有講到住院鑑定命令是由專業法官一人核發，那他是否也包含在後面決定收容的 3 人之中？如果沒有是為什麼？這部分或許可以加強說明。

44 頁有錯字應改為「危」機處理計畫，團隊很認真做做了勘誤表，我剛好看到就提出來。第 45 頁指定入院的部分，張教授剛剛有介紹到日本的精障者可以拒絕治療，請問這部分執行情況是如何？真的能確實做到的話，的確能符合 CRPD 的精神。

另外第 50 頁，英國系統當中，精障觸法者的強制住院是公務預算或 NHS 自己有經費系統？第 51 頁，建議不要用殘疾人這名詞。第 54 頁，英國沒有暫行安置，但有提到去醫院接受評估，這個部分跟暫行安置差異是什麼？再來英國系統主導的是司法機關，還是精神醫療系統？以及如何分工合作？另外 56 頁的表格我覺得有點難以了解，建議可以補充說明。

第 62 頁，美國的 PRE-TRIAL HOLD 會不會是某種暫行安置？以及他是為了什麼原因所做的安置？英國、美國系統的類似暫行安置，可以再探討是否有執

得學習的地方。

第 68 頁，評估 RISK 的方法是不是等於評估訴訟能力之方法？建議再詳細解釋。72 頁的表格，如何區分刑事與非刑事之 civil commitment？建議補充說明。74 頁的表格，司法及精神連結資料庫，主要是住院病人還是社區病人？一般來說警察單位會希望說，當下就可以拿到相關的資料，這樣其實很方便，馬上知道應該送去哪裡，但還是要擔心隱私權問題，要怎麼去處理值得去瞭解。

我覺得團隊已經非常認真，雖然只是期中報告，但已經完成很多判決研究了。可以看到 82 到 85 頁，關於法院欠缺認定之系統性做法，意味著頁 84-85 的作法不足歸納出來的，這部分建議能更詳細評論。還有篩選判決的方法，例如用的關鍵字、資料庫等，以及篩選標準，建議可以補充。

以上是我的一些淺見，再次聲明並不是要研究團隊全盤接受、回答，只是提供團隊做一個參考。我的發言結束了，謝謝。

翁國彥委員：

在座各位先進大家好。我的意見其實跟前兩位老師差不多，我覺得研究團隊在 5 個月的時間可以完成這麼厚的一本期中報告，相當不容易，因為監察院給的三個研究課題是滿不一樣的的議題，可以放在同一份報告裡，是一件很辛苦的事情。而且這一類的研究在我國有很大的一個挑戰，就是因為相關法規不斷地在修正，完成這份工作是相當不容易。包括各國法制的分析，看起來都還蠻清楚的，我是覺得它有很高的參考價值，我對於這個報告是很肯定的。

我這邊有幾個建議，跟吳老師一樣，不一定要照我講的去回應、修正，這些只是我從一個實務工作者來看這份期中報告，提供一些想法給研究團隊做參考。

大概有三個主要的面向，第一個是我看到在簡報上面提到研究主軸是希望讓精神障礙觸法者的處遇能夠符合 CRPD，這個當然是目前實務上很重要的目標。不過目前對任何國家要符合他的要求都是一個非常艱困的挑戰，涉及資源的分配、預算到位更難，可是也不能不遵循。而且 CRPD 目前持續有在做國際審查，每 4 年都勢必會對我國相關法制提出檢討跟建議。

我會建議期末報告可以針對 CRPD 和監護處分之間的關係做一些討論，因為 CRPD 已經是國內法，我們在討論上不能只限於相關的刑法、刑訴跟保安處分執行法。但我會建議研究團隊可以直接指出 CRPD 不是聖經，不是一定要馬上做到，而是需要時間、資源，因此有些在短期之內落實會有困難，或者需要主管機關再投注更多資源，這些我覺得都可以在報告內補充。

我自己目前看台灣關於精神障礙觸法監護處分，還是有一些 CRPD 的問題，特別是在今年修法後，像監護處分是沒有一定要採取拘禁的方式處理，保安處分執行法規定可以用其他適當方式，未必會拘束人身自由。可是在法制上還是留著傳統的監護處分或者是讓被告到基層醫療院所的可能性，這個部分會不會抵觸 CRPD 還是必須要去審慎的評估跟面對。

特別是刑法第 87 條監護處分，它的前提是被告有刑法第 19 條適用，第 19 條責任能力又以被告生理上面有心智缺陷、心智障礙為前提，所以講到底第 87

條等於是專門針對精神障礙者的，這個會不會構成 CRPD 強調對精障者的歧視。未來實務執行上是不是真的可以避免這種過度人身自由的剝奪，改用其他適當方式，這個還要觀察，可是在法制的設計上應該盡量去迴避掉這個問題。建議研究團隊可以在期末報告做一些著墨跟說明。

第二個部分是關於研究報告的前半段，我國現代相關法制的介紹，特別是刑法第 87 條監護處分的部分，我大概提出幾個簡單的小問題，供研究團隊參考。

第一個是新法修正後，本來最長 5 年的監護處分變得沒有期限，可以無限期延長。立法過程中，有一些民間團體也有提出這樣會過度剝奪人身自由，以及違反比例原則。我有看到有些醫療實務工作者特別指出來說，一個被告在醫院裡面住院到 5 年都還沒有辦法獲得相當的改善，接下來再去延長監護時間，其實只是在剝奪人身自由，並無法獲得治療效果。這在舊法就有的問題，在新法上依然有，這個問題到底要怎麼去解套？包括新法定期審查要怎麼去運作？他的判斷標準是什麼？這個制度才剛上路，都還需要觀察。建議研究團隊可以討論看看。

第二個問題也是舊法就有的，第 87 條沒有排除智能障礙的狀況，所以智能障礙者可能被法院併入醫療院實施監護，問題是以目前的精神醫學科技應該不可能去改善一個智能障礙者的障礙狀況，這是法條上一直沒有去處理的問題。

那在新法之下，研究團隊可能在時間很短上沒有辦法獲取太多資訊，相關案件資訊可能也很少。在資訊有限之下，我是希望如果可以，也許可以分析到最新的一些法院的判決裁定，包括決定監護處分的判斷因素，令入基層醫療院或社福機構的標準等，是不是有符合比例原則和 CRPD？建議更深入的研究跟討論。

另外一點現行法可以無限期的延長監護處分，未來法院到底會不會詳細的檢視延長監護的必要性？再看新法之後，有沒有相關案例可以參考。

第三個部分關於我國法院實務判決的分析，我覺得目前方向上面沒有太大的問題，希望研究團隊可以再更深入的分析跟研究。這邊初步看到四個比較小的問題。

第一個是在第 80 頁，提到法院沒有正確的去調查被告的精神狀態或是責任能力，我自己的經驗是有時候不是法官的問題，現在越來越多法官都很認真想要了解，有時候是因為被告沒有律師，特別是他不是重大犯罪的時候，他在一個沒有律師的狀況下，根本不曉得要去申請精神鑑定。

我是要稍微幫我們的司法人員講一下，有時候是整體環境跟資源沒有到位的問題。還有剩下一點小小的可能性是特別必須要講，少數法官對於重大社會矚目案件會採取比較激烈的立場，會選擇不去看他任何責任能力因素，直接準備採取最嚴厲的死刑。

第二個部分是在 78 頁，目前初步的發現是認為法院相當依賴鑑定報告，這個是事實。我會覺得研究團隊既然都已經翻找了這麼多判決，也許可以用數據的方式呈現法院採納跟不採納的比例，我猜應該 8 成以上，或者甚至 9 成以上，可是一定不是百分之百，所以這部分資訊如果被呈現出來，我相信是非常有價值。

其次是法院如果最後選擇不採納醫院的鑑定理由是什麼？因為畢竟這等於

是法院推翻了有精神醫療背景專業背景的醫院鑑定報告，法院的考量是什麼？建議可以分析一下。

另外 81 到 82 頁，提到有些案件有鑑定兩次以上，這個情形在重大案件其實算常見。我會建議團隊可以分析這類判決進行兩次鑑定的理由是什麼？還有如果第一次跟第二次鑑定報告結論不一致要怎麼處理？

最後，回應一下剛剛楊老師提到，關於我國精神障礙狀況比較嚴重的被告，在偵查階段，檢察官如果根本沒辦法溝通的時候，要怎麼去處理。目前我有經手兩件類似案件，結論就是檢察官沒辦法對話，當然就是起訴，交給法官。我覺得就審能力的問題，應該不在本計畫的範圍內，建議團隊有多餘時間在為分析參考即可。

以上是我的發言，謝謝。

周芳怡委員：

各位先進好，首先要感謝研究團隊在短短時間內完成這麼詳細的資料，特別是外國法的比較。因為本人有參與暫行安置整個修法過程，確實我們修法時，有大量參考德國的暫時安置法制還有相關精神，所以我們在研讀這些資料覺得很受用，非常感謝團隊的努力。

首先，這個題目是精神障礙觸發者的處遇，沒有一開始就要把它寫入司法處理，我覺得這是一個很好的切入點。也就是今天如果遇到精神障礙者觸法的情形，我們要怎麼去處理？直接以司法處遇嗎？還是他在某些情況下，可以跟一般的病患一樣去接受相關治療，所以我覺得這個切入點其實是很好的。之後就是進入到司法程序後，在相關的措施上要如何讓這些觸法者他們更有人權的保障，這也是很好的。

第 18 頁，有講到德國收容制度，看起來跟我們的監護處分比較像，德國的精神障礙、深度的意識障礙、智能障礙或者是其他嚴重的精神疾病，對應於我國刑法第 19 條精神障礙或其他心智缺陷，確實會包含單純的智能障礙。還有藥酒癮者、瘖啞人也會落到監護處分範圍，所以我們在監護處分現行法律跟德國的設計可能就會有些不一樣。建議團隊可以比較各國與我國制度差異，往下延伸至我國規範對象的界定是否適當？

德國每年會定期評估，但如果超過 10 年是每九個月評估一次，看起來是由機構內的專家，另外還有機構外專家意見報告的機制，收容期間在 6 年內，每 3 年會有機構外的專家，如果超過 6 年，每兩年，就會有一次，我覺得這非常有參考價值。

新修正保安處分執行法也規定，如果要執行監護處分，在監護處分的期間，檢察官每年都要將受處分人送評估小組，評估有沒有繼續執行的必要。

檢察官要執行監護處分，或變更處分執行方式，或者決定有沒有繼續執行的必要，都是必須要徵詢評估小組的意見，這個評估小組比較類似德國機構外專家。

法務部已經有擬一個監護處分評估小組作業辦法，很抱歉又增加研究團隊的

研究問題，這個辦法是4月13號已經預告，還沒有正式的通過。他基本架構就是，檢察機關要執行監護處分的時候，必須要去禮聘專家成立評估小組，必須要有精神科的專科醫師或心理師，或者身障團體的代表以及專家學者組成。同時，檢察官還可以徵詢其他專業人員，例如曾經照顧犯人的人，家屬或者是照顧他的護理師等等，大概是這樣的一個設計。提供給研究團隊參考一下這個作業辦法。

德國原則上每年是機構內，時間長一點會搭配機構外，我國則是每年都有機構外的意見報告，評估密度是適當的嗎？或者還需要再做調整？建議延續在研究報告裡。

再來我國監護處分要件是，要評估受處分人有沒有再犯以及危害公共危險的疑慮。評估繼續執行監護處分必要時，是否也要納入犯罪學或者其他領域專家學者。這部分在德國法制是否有一些相關的參考，也建議一併納入到這部分。

關於暫行安置，首先他的對象範圍，是19條之一與19條之二，所以會包含精神障礙及其他心智缺陷，還有智能障礙者、藥酒癮者，但沒有瘖啞人，這樣的範圍跟德國相較是適當的嗎？

再來是暫行安置的期間，台灣的罪行安置，第一次是6個月，之後每次延長都是6個月，最長不得逾5年。但是像英國，他的安置期間可能就是28天。這樣的期間是否需要調整，建議可以繼續延伸。

刑事訴訟法未規定暫行安置期間應行評估，惟暫行安置之原因及緊急必要一旦消失或不存，即應撤銷，自應有一定評估機制。又衡酌暫行安置應具有緊急必要，偵審中暫行安置之評估與監護處分評估之密度似應有所不同。建請可從比較法角度，提供德國暫時安置相關規定，以提供參考。

再來有關執行面，因為研究報告裡面老師有提到，不要在司法精神醫院是比較好的，盡量在比較低密度，或沒有拘束人身自由的場所，甚至慢慢復歸社會。這樣的思維是很重要，我們就可以去建構後面的相關的標準與制度。這樣的原則是可以再繼續延伸的。

還有文中提及以保護管束代替監護處分，符合現行運作，也值得贊同。監護處分以保護管束代之，保護管束執行期間，觀護人透過個案報到面談、與家屬、親友建立關係、訪視、活動等，確保個案持續就醫，並協助提供就業機會等關懷措施，有助於個案復歸社會，如不能收效，亦可撤銷而執行原監護處分。此部分如有申論之必要，建議可以蒐集有關保護管束執行內容，再延伸論述。

最後，司法判決部分，其實我覺得很好，也很感謝這麼短時間內蒐集到這麼多相關的判決。有個問題是我們之前一直在討論檢警偵查當中的受偵訊能力，我覺得是很重要的，也很值得再延伸討論。

以上是我的發言，謝謝。

游凱翔委員：

主席、各位先進，大家好。我是衛福部的凱翔，謝謝監察院邀請我們今日來參加這麼精實的會議，我們也是學習到很多，下面就提幾個小小的意見。

首先第一個第 30 頁，用詞的澄清，心理醫師建議翻譯為心理師或心理專業人員。再來第 46 頁提及醫療觀察法係厚生勞動省主管，建議依日本厚生勞動省網站顯示修正為法務省與厚生勞動省共管。

還有我們有看到報告內，英國制度介紹國家罪犯管理服務（NOMS）與法務部精神健康個案部門，這部分著墨不多，但是此為蠻不錯作法，建議可提供政策轉譯。

最後則是美國設計刑事司法體系之 civil commitment 與精神衛生體系之 civil commitment 要如何區別？建議可以多加著墨。

以上是我的發言，謝謝。

蘇瑞慧召集人：

謝謝研究團隊，在五個月內有這樣的成果，真的很讓人感動。

因為我們國家人權委員會今年重啟了精神障礙觸法者相關研究，其中有幾個重點，首先就是監護處分和 CRPD，因為今年正好是 CRPD 的國家報告國際審查會，今年八月國家人權委員會也會派代表出席，精神障礙觸法者處遇相關議題為初次國家報告國際審查結論性意見關注的重點之一，所以本次會議勢必也會以此為重點，建議研究團隊可結合 CRPD 及國際審查結論性意見等資料，提供研究意見供國家人權委員會參考，這對我們會是蠻大的助益。

第二點是剛剛有委員說過的，就審能力的評估，在報告中可以看到美國是有這項評估機制的，建議研究團隊可以搜集國外相關的做法，提出給我國制度的建議，並且納入其中報告。

還有我國把智能障礙者納入監護處分的處遇對象，建議分析外國就此部分的做法，並以此為借鏡提供給我國適當的做法。

最後請研究團隊就本會幕僚單位所提意見，進行檢視、修改，並依契約規定提交定稿給本會幕僚單位。

以上發言，謝謝。

八、研究團隊綜合說明：

張麗卿教授：

我想先回應召集人的意見，關於今年 8 月 CRPD 剛好要審查了。這部分我們整個研究團隊在研究過程都念茲在茲，希望能提出更好的結論和意見給貴會參考。

其次，有關偵審前就偵查能力和就審能力的評估的問題，是許多委員非常注重的議題，但這是一個很龐大的內容跟計畫，也不在我們這一次的研究範圍。希望如果有機會可以再繼續深入研究。

另外，關於智能障礙者跟處遇對象放在一起，在德國也是如此，這種情況他們也非常頭痛。過去雖然有社會矯治機構的立法，但是因為要投注的經費太多，最後就放棄了，這是德國的經驗。

世界各國都很努力想去回應 CRPD 的標準，以日本醫療觀察法來說，他們做的很多，也花了很多經費跟精力，但還是沒有辦法完全達到 CRPD 的標準。日本學者針對精障觸法者醫療觀察法指定入院不符合 CRPD 的部分，也是覺得需要再努力。未來我們可以把各國困境，多著墨一點。以上是回應召集人的部分。

接下來，再依次回應各位委員給我們的意見，非常感謝各位委員對我們的肯定。我先針對各位委員的提問盡量回答，如果有遺漏再請吳院長、王老師補充。

首先，非常感謝楊老師對我們的體恤，的確我們投標時，立法還沒通過，本來也是希望我們的研究成果可以當作修法意見的參考。但因為法律修正了，我們有稍微改變撰寫方向，很謝謝楊老師的提醒。針對各國法制將來在期末報告的時候，會介紹各國法制做一個詳細的比較。

再來關於被告就審能力認定的問題，因尚不在我們這次研究範圍，未來如有機會會儘量來做。

針對屏東挖眼案發生之後的實務狀況的改變，的確現在都是先行政後司法，所以才用預防性羈押，但這是有問題的，新法實施之後，將來要考量檢察官是不是要有更積極的介入。安置後若沒有刑法 19 條的適用，轉到羈押，期限如何計算，確實是一個很大的問題，我們也會針對這部分再強化。

至於國民法官新制是否適合精障觸法者的案件，由於立法院認為適合，我認為沒什麼問題。而且吳院長已經參與過類似案件的模擬法庭，等等請院長再為補充。

有關於判決的部分，未來我們可以找幾個重大的案例來做一些分析。最後提到在執行階段的死刑犯當中可能有很多精障觸法者的問題，我們沒有特別注意到，如果時間允許，未來我們再進行探討。

其次，謝謝吳醫師對我們的體恤，的確這次我們的經費不多。而且我們每一個主持人、協同主持人都拿出一些主持費出來，請研究生來幫忙做判決分析，經費就更加吃緊。

吳醫師提到 CRPD 的檢驗指引的內容跟論述，這個部分我們可以研究更清楚的呈現。然後精障觸法者在各個程序不同的定義以及 26 頁收容類型的分析，我們也可以改進。

德國的護理師又要懂法律，又要懂醫療，他們在司法精神病院扮演一個非常重要的角色，主要的原因是國家給護理師很重要的職位，跟相應的經費。所以我們國家願不願意投注這樣的經費，是能不能仿照德國護理師的關鍵。

至於您提到治療的可能性、反應性的定義，我們也是照文獻翻譯，實際的操作等一下請吳院長說明會比較清楚。

日本入院鑑定命令的制度，因為日本制度跟我國不一樣，它不是暫行安置處分，比較類似於台灣刑事訴訟法的鑑定留置，但台灣的鑑定留置只有 7 天。另外，日本入院鑑定命令必須由專業法官來核發，主要是因為觸法者在判決確定到指定入院期間有一個空窗期，所以用獨任法官核發入院鑑定命令，爭取時效讓被告趕

快到醫院安置。

日本指定入院的內容，在研究報告有提出，學者呼籲在整個治療過程當中，希望能夠尊重被處分者的意願，並且不要歧視他們。這是他們未來努力的方向。英國跟美國制度的部分等一下請吳院長來回答。

再來翁律師提到的第一個問題，希望我們對 CRPD 以及監護處分的關聯來多做討論，這部分和吳醫師剛剛提到的期望是一致的，我們可以盡量去呈現。

有關智能不足的人，是否應該要排除監護處分，就像我剛剛回答楊老師和召集人所說的，德國也是都放在一起，沒有分開，但這是可以去思考的。關於分析新制的運作，因為施行時間比較短，可能比較沒有辦法取得相關的信息，這部分比較抱歉。以上是就翁律師意見的一些回應。

接著是檢座給我們的意見，有您提到德國收容的對象是不是有分科問題，的確德國針對藥毒癮者有分開處理，我國在法條上也是分開處理，所以處遇應該也是不同的。

另外，法務部 4 月份有關評估小組的作業辦法，我們會去拜讀，如果有和研究案相關的部分，我們可以多加著墨。另外，評估小組如何評估再犯可能性，這是另外一個議題。例如刑法 91 條之一強制治療的部分被宣告部分違憲，未完全違憲，所以有沒有再犯可能性的標準其實是很難的。

我國暫行安置和德國暫時安置，密度當然是有所不同的，這是有再探討的地方，因為暫行安置畢竟是暫時的處分，六個月其實很長，我覺得評估密度可以再考慮。尤其執行的部分，希望慢慢地去機構化，讓被處分者能夠回歸社會，才是最好的。

保護管束是一個非常好的制度，時間允許的情況下，我們也希望能去瞭解執行的狀況，因為這部分執行者是觀護人，不是檢察官，所以這又是另外一個問題了。

最後凱翔科長提出很多修正的意見，我們可以參考修正。特別是美國設計刑事司法體系之 civil commitment 與精神衛生體系之 civil commitment 之區別，我們將來可以再補充。

我的回應發言大致如上，接下來是不是請院長針對問題再為補充回應。

吳文正院長：

謝謝召集人、各位委員的指教。我大概就是針對這些細節簡單回應。

首先國民法官的部分，也許可以在追蹤一下這種案子會怎麼在國民法官上路後去處理。至於剛剛吳委員提到 NHS 資料，基本上主要是針對他在接受司法連結做一些策略上的說明，內容比較嚴謹，所以用圖表來呈現。

針對我們這個計畫案，我要補充說明幾件事，首先我們原來是你 3 年的計畫，後來因為碰到修法，所以改為一年，不過，我還是期待這是一個多年期的計畫。因為光是一個期中報告就引發各個委員很多不同的想法，這是有很多細節的東西，

需要長期的研究把它落實下來。

我也小抱怨一下，只有一年時間，很難完成這麼多的內容，最好以多年期的方式逐步達成 CRPD 的要求，這是我們一個小小的期待。

當時我們在設計 3 年計畫的時候，有一個內容是要去實地的訪查，因為法律的規範和實際執行可能會有些差距。像剛剛吳委員特別提到，執行的目的是什麼，是為了治療，還是為了就審能力等等，這部分從文獻看不太出來，所以一定要去做實地的訪查，才能了解運作跟法規怎麼去搭配，希望未來有機會執行，當然是等疫情穩定。

另外一個問題是我們剛好碰到新修法的問題，新舊法的落實情況有沒有差異性，這部分可以做個案的追蹤，也是希望可以得到監察院的支持，增強整個計畫案完整得更有深度與厚度，這是我們的期待。

再來剛剛提到很多能力的部分，在英美法的一些教科書裡面，都會做一些的量表，或者精神醫學的分析。這個在台灣很難只靠法律人跟精神科醫師來做，所以在這部分之後可以再做探討。

我們的研究涉及到 4 個國家，其實任何一個國家挑出來都是很複雜的，所以有時候在廣度與深度上難免有一些不足。未來希望可以爭取多年計畫，更加深入研究。以上是我的回應，謝謝。

王紀軒教授：

主席、各位委員大家好，張老師跟吳院長其實都有說很多了，我就針對實務判決的部分，做一些補充說明。

首先謝謝楊老師，確實我們當時有想到要找代表性案例來做一個通盤的說明，可是礙於是期中報告，案件的蒐集還有限。謝謝老師提醒，我們在結案的時候會把它做更進一步的呈現。

另外，我們查找判決篩選的標準沒有在期中報告做詳細說明，這是我們的疏漏，會再調整。當時認為有上訴到最高法院，重要性好像更高一點。剛才幾位委員的指導，我自己在反思確實可能上訴到最高法院的案子，以疑難性上看得比較清楚，可是可能會忽略常態性，尤其是翁律師提到，一審結束後就沒有後續，有沒有可能。真的是因為被告沒有法律的資源，這一點確實是我們在執行過程中沒有思量。

在能力許可的範圍內，我們會挑幾個地方法院，全部都要做時間是不允許的，可能會挑幾個比較有代表性的地方法院判決來做一個檢驗，看看被告是不是完全沒有做法律主張，也沒有律師提出相關的協助，然後造就後續的結果，是不是對他的程序權益有一些損害。

最後新法修法後，是不是短時間內就有新的案子出來，我們也會在後續過程特別留意，尤其是各地方法院有沒有比較新的結果出來。以上就簡短地做一個回應，謝謝各位師長。

吳文正院長：

最後補充一下，精神衛生法剛好也在修正，也許這部分經費充裕的情況下，應該要有更深入研究的機會。

十、主席結論：

蘇瑞慧召集人：

非常感謝研究團隊的付出，很少看到其中報告就這麼完整的研究案。這邊要再麻煩研究團隊，參考今日各個委員所提出的意見進行修正，並於 5/23 之前將期中報告定稿提送給我們幕僚單位，如果期限上有困難也可以再討論。

感謝所有委員、師長的出席，今日的期中報告審查會議就到這裡結束，謝謝大家。

十一、會議結束

附件九、「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

第一部分：上午場——英美相關法制

蕙禎：

早安，各位貴賓。歡迎來到精神障礙觸法者監護處分相關法制研討暨焦點座談會。本研討暨焦點座談會是由監察院指導，由高雄大學財經法律學系、衛生福利部嘉南療養院和高雄大學法學院生醫科技及人工智慧法治研究中心共同主辦，歡迎各位長官及先進的共襄盛舉。開幕致詞，首先我們有請台灣高等檢察署朱兆民主任檢察官為各位貴賓致詞。

朱兆民：

張老師、各位先進大家早。今天奉張老師之命來為各位做一些實務界的心得報告，請各位多多指教。

事實上我想台灣十幾年來社會的變遷，罹患思覺失調症還有一些精神病患者的犯罪比例越來越高。犯罪比例高還好，但通常會變成社會注意的焦點，就像我們台鐵的殺警案。那我們執法者，包括檢察官、法官，我們去碰到這類案子就會非常緊張，因為不曉得社會會對我們做什麼批評，變成執法者對於思覺失調真的不知道要怎麼處理。那這當然可能是法律的問題，當我們檢察官法官認為說要依法處理，但社會輿論可能就會說你是恐龍法官、恐龍檢察官，你們檢察官、法官不符合社會。我想如果不修法，那這問題會越來越嚴重。

事實上我們實務界面臨兩個很大的困境。碰到這種情形執法者會不曉得怎麼辦，第一個是分離精神病患和思覺失調症他的犯罪，但這最後我們也沒有改變，那一定是透過司法程序來做鑑定。那如果鑑定結果我們不是很滿意，或者有問題，那我們怎麼辦，我們也沒有能力把它推翻，我們也沒有能力變更她，可能只好依她的鑑定來做判決。如果說覺得不好，再找一個鑑定，萬一鑑定結果不一樣，出現兩個不同見解，社會是不想看到的，所以通常我們會尊重當初的鑑定。鑑定出來以後，我們是依鑑定結果來做，但是社會輿論又有不同的看法。所以在種情形下，一個執法者在法律應用上，雖然是依法處理，但是和社會輿論不符。

接下去是監護處分的問題，各位曉得刑法 87 條以前，精神失調者不能辨識其行為違法，或欠缺辨識行為能力，而有再犯、危害公共安全之虞，我們當時處以監護處分，這邊沒有問題。但是監護處分原來法律只有五年以下，五年屆滿之後，雖然你認為它仍然有再犯、或危害公共安全的可能，怎麼辦，只好釋放他。只好讓他回歸社會。那這時候社會又開始在批評我們：「欸？檢察官怎麼放他出來，那社會安全怎麼辦？」那很多因為執行完畢出來又再犯罪，所以這

種情形之下，我們依法處理。但是還是不符合社會的思維。

我記得我們當時在保安處分執行法施行後，當時有一些學界、實務界說：「乾脆你把這些病患終生監禁。」那我想，終生把它監護好像也有道理，他一輩子不會出來就不會犯罪了。但是問題是我想我們正常人的人權要保障，那是不是精神病患他的權力就不被保障呢？所以基於這種情形之下，我想還好最近我們透過修法有所改變。尤其保安處分執行法在 3/17 也通過了。

通過以後，是不是能兼顧社會安全，是不是能維護我們病人的人權，那我想各位學者專家應該都比我了解，可能就要請教各位。那修法之後，我們執行上是否有改善，將來會不會有什麼問題呢，我想今天討論英、美、德、日相關法例，各位學者應該更能都了解我們新修法是不是有什麼問題，那我個人認為我們修法的時候，應該會讓檢察官、法官受社會比較融洽的對待，對被監護人他的人權保障也有兼顧，但我們現在還沒實施，還不清楚效果。

我剛在想刑法 87 條修法的話，他大概也是 19 條第一項情形，那該情形一定有監護處分。但是它有幾個新的規定，如果有 19 條第二項，認為他有再犯、危害社會安全，可以在刑的執行完畢引入相當的監護，我想這是一個比較新的想法，至少在執行完畢還可以監護。

第二個暫行監護，就是刑前執行監護，這個觀念讓執法的彈性更大。但這樣會不會侵犯到他們的人權，我想這個又是一個問題。期間的問題會說到五三一，什麼是五三一呢？期間還是維持五年。以前五年以後就是只好期滿釋放了。那現在如果執行屆滿前檢察官認為有延長的必要，第一次可以申請延長至三年以下，第二次延長和第三次延長是一年以下。所以我們剛說是五三一，但是執行之中，如果法院或檢察官認為沒有繼續執行必要的話，可以免除其刑。

我想這看起來是除了執行之外，也有免除其刑的規定。那前項就是以前我們延長執行的期間，或者它執行的期間。如果經過評估，我們這邊將來會有一個評估制度，評估以後如果沒有繼續執行必要的話，這種情形是以評估報告來做執行或不執行。我想這個法律修法，刑事上看起來，他有兼顧到社會安全，也兼顧到我們被監護的人權。那現在法律是規定接下去我們的執行的問題。

接下去保安處分要執行了，我們的保安處分執行法今年一月二十七號立法院通過，通過以後，我們將來的監護處分我們叫做多元分級分流多元處遇，接下去定期評估。什麼叫做分級分流多元處遇，就是他執行方式不像以前，他是比較的多元的，我們會依受處分人，屬於是心智缺陷或心神障礙，依他的程度擇定他的方式。我們也會請衛生局社會福利機關指定，來協助調解。所以她的處遇除了我們檢察官擇定方式之外，還有衛生、警政、社會福利機關來共同來做協調。

根據保安處分事實，我們也會有評估小組，檢察官要參酌評估小組的意見

來做決定。所以看起來，他雖然受有監護處分，但他有定期的評估，他有分級分流，不是一律處遇。他的處遇是多元的，那當然是太好。他們評估報告什麼叫流動迴轉呢。如果在監護處分期間，根據保安處分處理法第 46 條之 1 第 2 項，檢察官如果認為經過評估報告有結果了，他認為有必要怎麼樣處理，我們可以參酌評估小組意見，我們轉給衛生單位來做監護，社福單位、組織單位、教育單位、勞動單位甚至還有更生保護會來做監護。所以看起來這種情形之下，監護處分的確比現代要多元的很多，我想應該從這一點看起來，對受監護他的人權保障，的確是有很大的一個改進的部分。

接下來，我們除了保安處分執行法修法之外，我們的刑事訴訟法 121 條之 1 他也變成暫行安置。然後我們以前的話，一定要收押犯人等她判決確定執行。現在可能有暫行安置的問題，或許可能發生事故之後，有這個規定讓檢察官、法官讓他能夠不要在外面到處跑，或者是損害他的人權。

因為為了他的輕罪我們把他收押，所以我們現在刑事訴訟法第 121 條規定，對犯罪行為重大那有事實足認為他有刑法第 19 條之 1 第 1 項、第 2 項原因存在，而且危害公共安全之虞，有緊急的必要，這時候偵查中檢察官，就可以申請暫行監護他。那審判之中，檢察官也可以申請，法官也可以申請裁定。但是它這種暫行安置的話，大概是六月以下，而它裡面累計起來，不能超過五年，他是交給司法精神醫院或者一般醫院、精神醫療機構或其他適當場所，所以這種暫行安置下來，應該是讓社會安全能夠比較穩定，那以上是最近關於修法面和刑法面，還有刑事訴訟法、保安處分執行法修法，從我們的制度到執行，不曉得各位學者有甚麼意見，這樣的執行會不會有什麼問題。今天的會議和研討會說不定能提出更精闢的見解，謝謝各位參與也謝謝張老師。

蕙禎：

謝謝朱兆民檢察官的致詞，接著讓我們歡迎國立高雄大學張麗卿特聘教授為各位貴賓致詞。

張麗卿：

非常感謝今天所有參與的貴賓，尤其是朱主任檢察官，我們都稱他為檢察長。他對於這個議題是非常有研究，我們特別請他從實務的觀點來分享有關於這一個重要議題，到底應該要怎麼做。我們知道這個研討會以及焦點座談會的重點，主要的原因是因為 2014 年，已經制定了身心障礙者權利公約施行法，今天探討的法律制度應該要落實身心障礙者權利公約施行法對身心障礙者的權利保護。

尤其 2018 年開始執行第一期的強化社安網的計畫，現在已經進入的第二期。所以我們執行這個計畫，最主要的目的是希望能夠提高社會救助以及福利服務效能，然後能夠保障社會的安全。那當然呢，精障觸法者的處遇，其實很

重要的一環是精神疾病的治療。有關監護處分相關法律的議題，剛剛檢察長已經說明的非常清楚。

我們今天真的是非常榮幸，能夠邀請這麼多專家學者來一起與談、一起報告。借這個機會介紹一下與會的貴賓，除了朱檢察長大家都認識之外，還有法律扶助基金會的周漢威執行長，長期對這個議題是非常關心。

再來是英美相關法制的報告人，非常榮幸能夠邀請到中央警察大學犯罪防治系的賴擁連教授、東吳大學法律學系的樓一琳助理教授，還有中正大學犯罪防治研究所的博士生黃光甫老師，他對這個議題已經關注非常久，也跟許華孚教授有關於英國的監護制度的大作，今天要請他們來給我們指教。

另外下午的報告人，德國場的有葛祥林教授、陳俊榕教授、潘怡宏教授。日本場的有林政佑教授、洪士軒老師、黃士軒教授。特別感謝高涌誠委員的出席，給了我們很多的指教。

我在這邊跟大家特別介紹一下這個研究案的團隊，有吳文正院長，他剛好今天早上有一個國民法官的演練，所以他還沒有到場，但是嘉南療養院的李俊宏主任、郭宇恆醫師已經到場了，還有王紀軒老師、韓政道老師。這是我們團隊法律跟醫療的組合。謝謝大家今天的參與，以上跟大家報告，謝謝。

蕙禎：

謝謝張教授的致詞，接著讓我們歡迎，法律扶助基金會周漢威執行長為各位貴賓致詞。

周漢威：

謝謝朱主任檢察官還有張老師，首先必須承認，我是臨危受命，剛剛老師拜託我這邊做引言，真的是戒慎恐懼喔。

要說明的是，今天來這個議題涉及到立法倡議，所以不管是等一下的致詞，或是接下來的引言，都是分享個人從事實務的經驗及想法，無法代表所屬單位的立場，先做一個免責聲明。

對於今天的議題在自己在擔任法律扶助基金會專職律師時，我們就承辦過一些精神障礙者的司法案件，所以在與會的先進裡面，不管是李醫師或是政祐老師，其實我們在兩公約包含死刑的這個辯護上面，其實都有很多的接觸，也向與會有專家學者的身上學習到許多。

我們知道精神障礙者觸法時，會涉及到許多法令相關議題，例如在刑事司法程序中，依兩公約能不能判處精神障礙者死刑，還有相關精神鑑定要怎麼進行，其實在法院這邊，慢慢開始有一個定論，也有刑法第 57 條量刑的標準也逐漸細緻化。

可是當處以刑罰後，精神障礙的當事人結束了在監獄裡面的刑期，開始執

行監護處分，或是其他輕罪的當事人在基層醫療院所接受醫院時，發現其實社會的資源還有相關的監護能不能給他十足充分的一個協助，以我自己承辦的一個個案，後來也轉由高委員先前事務所承辦的個案，也是刑事判決雖然有為監護處分，但在監護執行的過程中即終止監護，後出院後也沒有追縱，導致他出獄後再犯殺人的悲劇，所以法扶會的專職律師群，就開始和民間社團一起注重監護處分的相關議題，希望國家能為病友提供適當且有效的協助。

法律人這個歷程中，能做的真的是非常有限。誠如在今天各位學者所分享的文章裡面，其實真的要接觸一個個案，他需要法律，他需要社會，他需要醫療，甚至社區相關的福利資源外，家人也扮演非常重要的部分，所以趁著引言的機會，法律扶助基金會大概在四年前我們跟衛福部開始成立了一個專案，透過這個專案開始，家屬可以透過專案的資源請律師，而律師可以透過衛福部的資源的挹注，進到精神療養院所。

當然剛開始在執行的時候，其實醫療院所都會覺得律師來這邊做什麼，但是我們經過幾次的測試，其實律師能協助病友釐清、盤點今天出院以後的相關社會資源，尤其是剛剛張老師所提到的社會福利，其實很多個案，其實他符合許多社會福利資格或是已領有社會福利相關資源，但是呢？他的社會福利可能是他其他家人在處理、受領，但是相關責任卻是醫生這邊再負。

這個部分，我們在跟高委員有機會去各個精神醫療院所參訪的時候也發生類似的狀況，如何將資源透過網絡，確實有效的支援並挹注到病友及其家庭上，誠如等一下報告的幾位老師所講，透過一些社會的強制力去讓真正的監護處分在事情發生之後，以後的暫時安置，到審判的過程中，乃至於後面刑的執行到刑的執行之後，都能夠完善的解決這個病人所遇到的問題，而不是把這個病人當成問題解決，或是只是單純的一個刑事審判機制，是我們要注意並檢討的方向。

真的很感謝張老師關注這個議題，在之後如果有機會分享的時候，其實在上次的監察院的座談會之後，民間團體這裡有聯合幾個律師針對上次座談會，乃至於監察院的調查報告，我們在立法上，我們有提出立法倡議的一些方向，很高興的是，在立法院的協商過程中，願意傾聽民間版本的方向就法案的內容進行適度的調整，包含剛剛的轉銜暫時處分的期間的下降，可是不得不說的是，有點遺憾的就是監護處分的期限的上限，修法後不但期間拉長，更可能導致無限期監護的狀況。

民間團體這裡在參與過程中，老實說，不管是相關的協助團體，或是我們這一群律師都是有點失望，但是我們要保持一個想法，後退原來是向前。立法八十分、執行四十分，那不如立法六十分，執行八十分，所以今天的研討會，其實看到各位老師的文章很多，尤其是日本、或是美國的相關的一個實務的一些狀況，其實都在立法過程中，我們都有引用進去，所以也希望藉著這次研討會，法律通過了、法律三讀了，身為律師身為一個扶助的一個單位，我們的責

任就是讓這樣的一個法律能夠確實的去做落實。

立法施行後，如果在實際的執行中有大法官釋字 799 講到的不符合憲法明顯區隔，導致長期的監護實際上只有監禁的效果，而沒有治療效果的時候，我們也不排除又透過相關的法律途徑，引用各位學者專家的立法例的實務見解，看看能不能在立法過後用一些實務的個案在實務上，乃至於甚至在大法官解釋上去做一些進步的一些處理，那再次感謝各位的專家學者在本會這邊的協助，也感謝主辦單位能夠提供那麼豐富的資料，讓我們作為後續在相關訴訟協議上面，或是在做相關案件辦理上面的一些參考。謝謝各位。

蕙禎：

謝謝周執行長致詞，最後我們請衛生福利部嘉南療養院李俊宏主任代吳文正院長致詞。

李俊宏：

各位先進大家早，今天很榮幸參加精障觸法者監護處分研討會。我們嘉南療養院很榮幸能跟張麗卿團隊來共同合作，進行法治和精神層面相關的討論。我們院長今天早上在參加國民法官相關會議，下午會和滕西華理事長一起過來，在這代替吳院長和各位致意。

我想精障的人權跟社會安全的平衡是整個台灣、社會都相當關心的議題。但是我不知道大家有沒有去過精神病院，因為剛剛其實有幾位先進有提到說，都已經到精神病院裡面來，如果說假設，大家只知道這個精神醫療院所相關的設施設備，我們去鄰近的，像台大它就不會是在總園區，它是在另外一棟樓。榮總也是一樣是另外一棟樓。所以精神醫學在這個醫學領域裡面，相對上是一個邊陲地帶。那我們獲得的資源或關注，也往往都是最晚的，或者是最少的。

相對上精神疾病患者的這個權益，他不會被看到，他也是整體上在的人權發展上面，相對上比較後段有可能會被看到的部分。所以它體現出來的就是我們在刑事司法強制治療對於病患人權與治療效果的保障。然後我取台灣司法精神醫學會成立的時間為例，我們台灣精神司法醫學會成立的時間是二零一七年，那美國的 AAPL 就是他們的司法精神醫學會成立的時間是一九六九年，所以我們就可以看到兩端的這個發展歷程，其實存在著相當的差距。這樣的差距也體現在我們這一類治療模式的資源，相關的挹注跟制度上面的完備。

截至目前為止，讓我知道社安網他其實有一些資源可以進來的。但是我們現在現行全國兩百多位的這個監護處分執行的這一類的患者截至目前為止，他的資源並沒有很大幅度的提升。我們都還是在等待司法精神病房跟司法精神病院。但是，治療是此時此刻的事情，所以我想治療的整個監護處分的法治面上面來講，當然我們可以試著讓他這個修改的相對的完整。但是在一些工作者這個角度來看，執行面是我們最考慮的。

當然我知道這個所謂時間期限上，各自都有不同的表述。有人會擔心說，這個年度相對上一些人權上的顧慮，但是我覺得這個部分還是要回到執行面，然後應該會經常提到的就是德國的英美的跟日本的，他們這邊實質的一些相對上的做法。那如果以剛剛朱主任檢察官提到的這個所謂的多元處遇的部分，現行在嘉南療養院這裡，我們有一些個案，他雖然是監護處分，但是他是門診監護。那有一些是來留院，這樣所以相對上是不是對人生自由是完全的侷限，這也未必。

但是怎麼樣讓這個整個網絡能夠動起來，兼顧他的權益，跟這個社會的安全。我想這個是將來大家也要共同去做努力的方向。我在這邊就簡單引言到這邊，我想後面的議程都相當精彩，我們應該是要把這個時間保留給後面的學者專家分享。好那在這個部分就也很感謝大家今天的與會。以上。

蕙禎：

謝謝各位貴賓的致詞時，現在我們要進行大會合影。是否請各位貴賓移步至台前我們進行大會合影謝謝。

蕙禎：

謝謝各位，請各位貴賓回座，那我們緊接著就開始進行第一場次焦點一英美相關法制的焦點報告與座談，有請國立高雄大學張麗卿特聘教授主持，請歡迎張教授。

張麗卿：

感謝剛剛幾位先進做精彩的開幕致詞，也非常感謝高委員對這個議題非常關注也在場指導。接著進入今天的焦點座談跟研討。第一場次英美相關法制，報告人是賴擁連教授、樓一琳助理教授以及黃光甫老師。依序請三位老師開始，首先請賴老師，大家鼓掌。

賴擁連：

我們朱檢察長、張麗卿張教授、李主任、周執行長，還有我們在座的高委員、研究團隊和與會的先進們，大家早安，大家好。

很高興有機會來參加今天高雄大學所舉辦的精神障礙觸法者監護處分相關法治的研討會。也很榮幸來報告第一場有關美國精障觸法者司法審判處遇的介紹，我們鎖定在紐約州，因為剛好我另外一位作者她現在美國紐約州立大學 John Jay 刑事司法學院攻讀博士，我請她提供一些相關的資料，所以來跟各位與會的先進們報告跟分享。

其實這個議題在兩三年前的時候，在社會上發生多起矚目案件，我就跟法務部司法官學院吳永達吳主任建議說，這個監護處分包含對精障觸法者的問題，應該以貴學院作為法務部智庫的這個角色，以這個為主題，邀請幾位學者

介紹幾個國家的精障觸法者的司法處遇，並收錄為一個專刊。吳主任他覺得有道理，所以他就請我推薦幾個學者，包含英美法系以及的大陸法系的學者，因此，德國的、日本的和在座的林政佑教授負責韓國的，我們當時幾個學者就撰寫完成了一本各國監護處遇制度專刊。

不知道在座的先進，包含邀請我來報告的張麗卿院長是不是可能因為有看到我們這群學者針對司法官學院所完成的各國監護處分的專輯而來邀約我們。所以大概在一個多月前的時候，貴研究團隊接觸我的時候，其實我也比較考慮要不要出席，第一個是因為我們實際上並不是真正的去研究法制作業，所以有關規範性的法律條文，我們沒有辦法去介紹。第二個，我們也不是第一線精神衛生、精神醫生這樣背景的人，所以這些個案的一些精障狀況，治療到底應該哪種方式比較好？我們也不清楚。因此在當時我有一些猶豫。

不過我想，我們從刑事司法體系中來介紹整個體系對於精障觸法者他一個審判、轉介與治療的流程，特別是借鏡一下美國的紐約州的作法，應該也可以耳目一新。因此我才允諾，並把這個原先投稿在司法官學院專刊的內容，大量修正，聚焦於紐約州，並把原先的猶他州的作法拿掉，強化司法精神醫院的介紹，一方面考量不要一稿多投，另一方面就聚焦在紐約州司法系統是如何運作的。今天有這個機會來跟各位做這樣的分享，這是我的開場白。

我的報告大綱請各位參閱一下，其實我想這個問題不是只有在台灣也發生，包括美國本身也是非常嚴重。美國的監禁人口是全世界最高的，目前約有近兩百萬人關押在監所，監禁率為每十萬人有六百多人關押在監所，台灣的監禁率大概只有兩百五十位。美國的精障人士在監獄中人數也非常龐大，一般在精神醫院的人數大概三萬多，但是在監獄裡面的精障人士高達三十萬人，這僅是嚴重的，如果是輕微的，估計是七十萬人以上。

所以嚴重程度讓美國政府通過相關法案挹注經費交由司法部來執行，而且在上世紀的 90 年代之後，他們慢慢地發展出所謂精神衛生法庭（Mental Health Courts）。所以迄今來講大概有三百五十座的精神衛生法庭，這個法庭成立的目的，簡單的來說，就是希望以司法的外衣來做治療之工作。我想現行當中作法中性侵犯也是這樣子，因為司法有它的強制力，但是對於精障人用司法強制力，可能有時是比較辛苦和侵犯他們的人權。

不過，如果讓精障人士自由的去參與治療而非採取結構性的治療，則他們可能就沒辦法達到穩定用藥或者病情穩定的目的。因此這個部分仍有它強制的必要性，所以，司法衛生法庭是希望透過司法外衣、司法處遇，提供他多元分級的治療型態。

接者我們介紹紐約州。紐約州的精神衛生法庭，也稱為問題解決法庭，這方面的法庭眾多，例如退伍軍人法庭，他們不走一般的刑庭，而把他規劃到所謂的問題解決法庭當中。紐約州在 2002 年成立，現在有 26 個精神衛生法庭，

他們受理的案件，根據統計，在 2002-2015 年已經受理八千多個被告，這裡面當中很重要的，誠如剛剛執行長提到的，在每一個法院受理的案件當中，因為精障觸法人士而衍生出來的利害關係人，包含了法院端、社區端、執法人員端和當事人，這幾個利害關係人都要參與審理。

所以在法庭上，有所謂 Case Manager。這個案件管理者有點像個案管理者接觸當事人的相關 Stakeholders，也就是利害關係人，邀請大家一起來參與。還有我們統計這些精障人士常觸及到的法律罪名，包括殺人跟暴力攻擊的案件量是最多，其次是性侵、縱火跟搶奪這幾個案例。

研究報告也指出，精神衛生法院所受理的對象，大多是 DSM 第六版第一軸裡面的 Axis I diagnoses 的這些人，包含了憂鬱症、重度抑鬱症、思覺失調症，還有第二軸所謂 Personality Disorders。不過報告資料也有提到，第二軸當中如果包含第一軸情形者也會進到精神衛生法庭。這張圖是呈現紐約州人口密集的地方。像是曼哈頓，他的精神衛生法庭就相對的多，北邊人口少的地方精神衛生法庭就相對的多。不過，紐約州有 13 個司法管轄區，平均每個管轄區就有兩個精神衛生法庭。

所以我們來看一下，我覺得這個很重要，他們受理案件大概有三個關卡，第一個個案進來但還沒到達認罪協商，這時候可以申請進入精神衛生法庭，譬如他很確定會進入司法程序，這時候他可以申請進來，法院就可以裁定。第二個是進到協商認罪階段，法官也會讓他們進來精神衛生法庭。第三個是前面都不進來，審判時或裁判後由法官裁定他進來，所以這個部分我想也是多元的轉向，讓這些精障人士有多一點機會進到精神衛生法庭。

在這法庭的監督之下，法官可以做裁定以下醫療服務的轉介，包含第一個，剛剛李主任有提到的，就是 level 1 的情況，這時候精障觸法者就像是我們刑法第 19 條第 1 項的情形，則法官可能直接裁定到司法精神醫院了。其次，紐約州的州立醫院有所謂精神障礙者特區，這個部分是 level 2。第三個是像我國刑法第 19 條第 2 項，比較輕微程度的精障者，法官可能就裁定他到矯正機關去，但是矯正機關裡面也有設計司法治療的區塊。此外，如同剛才提到的，法官也會裁定精障人士到社區照護中心或門診治療，這幾個處遇機制，法官都會有權限去裁量。

此外，醫療團隊會去評估對這些精障個案應該做哪些的治療處遇方式，像是認知行為療法，實務上非常盛行。而精障個案結案的標準為：是否有穩定的住居所、是不是遵照醫囑使用處方籤、和提供相關的證明文件證明病情確實有改善。

紐約州為了承接精神衛生法庭的成立以及承接法官所裁定的精障觸法者之治療與處遇，州政府成立精神衛生辦公室，也就是說該辦公室統整了整個州精神障礙者治療與處遇的業務，更重要的是，也會對精神衛生法院法官所裁定地

精障觸法者做一些醫療的對接工作，承攬法院的一些精神障礙觸法者之治療業務。

這裡面跟我們今天報告最密切的就是紐約州成立三個經過安全認證的，也就我們講的戒護等級之司法精神醫院，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）。此外，尚有一個附設的司法精神專區，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）。此外，紐約州的監獄本身也有在做精神治療這個區塊，也就是說符合剛剛檢察長所講，好像有一些分級分類的處遇系統。

以這個是柯比精神司法中心為例，大概有 280 床，但是官網沒有說他配置的醫護人員有多少，不過可以看到這是紐約最著名、戒護等級最高的司法精神醫療中心，它自己有配置戒護人員，官網也有提到，它收容的對象大多數是透過刑事司法程序，由法院裁定收容的對象，而它執行治療的方式有很多元。如果是重症病患，平均的收容時間是 16-18 個月；如果輕症患者，大概是 8 個月左右。出去之後就是我們所講的復歸轉銜。

至於哪些人監獄可以讓他出去呢？係由檢察官或法院認為渠等病情有改善，且出去後有住居所，或是有人會照顧他的時候，而風險評估也有通過時，法院就會讓他們出院，而出去後也會有一些社區資源的挹注。重要的是社區居民，這也是我們台灣會面臨到很大的問題就是這個部分，就是這些精障觸法者出去後轉介到哪裡去？有一些轉到一般的精神病院或居住型的療養院，或者是直接回到社區，但是如果精障者還有另案，他可能還是會回到監獄收容，這就是我們講不漏接的轉銜機制之情況。

接著我們看的是紐約州的矯正系統，他們把矯正系統分成六個等級，監獄會根據資源的盤點，包括所提供的醫療服務程度，好比說我們的台中監獄有附設培德醫院，擁有這樣的醫療資源等級的監獄會設在第一級，也就是說會配有紐約州精神衛生辦公室會派醫護人員進駐在監獄的專區。以我們熟悉的台中監獄培德醫院，可以想像有一組醫療人員在裡面，對於精障觸法者給予適切的醫療服務，這是比較好的等級。其次是第二級的監獄，他可能還是有一些醫護人員在那邊進駐，相關的處遇相較第一級可能沒這麼好；最後一級為第六級，監獄內沒有相關醫療人員派駐，但會運用遠距醫療的方式，給精障者提供醫療的服務和建議。這是紐約州他們對於矯正系統處遇內容的介紹。

綜合上述紐約州他對於精障觸法者的司法處遇流程，我這邊再做一個盤點、整理。第一個，紐約州對於精障觸法者在審理的時候，有一個專責的法庭稱為精神衛生法庭，我們台灣要做到這個區塊確實是很難的，例如晚近北檢林達檢察官在推毒品法庭就已經很難了，再要推動精神衛生法庭，可以想像更能。

我認為，是不是可以從檢察系統來推動，這部分等一下再說。其次，紐約州成立的專責精神衛生法庭，他們受理這些案件的時候，可能是在精神障礙觸法者認罪之前，或者認罪協商的時候，或是審判時或審判後，法官都會允許他們進來精神衛生法庭審理案件，亦即提供多元的審理階段。

再者，司法處遇的流程，如同我們剛講的分級，第一級有專責的司法精神醫療中心，第二級為州立醫院附設司法醫療特區，第三級在矯正機關裡面有司法精神病院，這是最好的分級處遇制度，我們現在監獄行刑法裡面也有通過這樣的條文。

第三個，這些精障人士離開治療機構後，轉介出去的時候，我們剛看到有一般醫院，或所謂居住的療養院，或是回到家裡定期，我內文有提到，法官都會附條件的讓他們出去，不可能一下就自由讓他出去，那如果有另案或其他情況，可能會回到監獄當中。

所以我們想分享紐約州的案例，有三個重點。第一個，他們的目標並不是讓人治癒，他有提到就是病情能夠穩定，然後維持內外力量的控制，那內外力量的控制仰仗的是我們的司法的公權力。第二個在司法的脈絡之下去進行，把相關的利害關係人串聯在一起。第三個他希望達到司法和醫療系統充分合作和聯繫，就像一站式的服務，創造一個結構性，因為你完全仰仗個案去尋求資源，他的家庭是弱勢的，他要找這個資源可能是接觸無門，所以這時候有結構性的要求，這會讓他接觸治療的機會或資源會更加龐大，還有一個特色就是多元銜接，支持性的居住和安排不讓他漏接。

我想從紐約州對精障觸法者司法程序的介紹，給我們的借鏡，來這邊跟與會的先進們做一個分享和報告，我的簡報到此，謝謝。

張麗卿：

非常感謝賴老師精彩的報告，接下來請樓老師，大家鼓掌。

樓一琳：

各位與會先進大家好，我是東吳大學樓一琳，首先這個議題坦白說在張老師邀請我之前，自己沒有什麼接觸，所以就這個議題我比較像是個剛入學的新生，然後也發現我們國內已經有非常多的學者，其實已經都針對美國法相關的制度都做了非常完整的整理，所以我這次在資料搜尋的時候用倒敘的方法，從近期美國學者的見解再往回去看有什麼樣的討論，所以文章裡面中文引註就沒有一一羅列。非常感謝國內學者的努力，讓我少了相當的困難。

首先要講的是美國不管是聯邦或者是州，不管是落在刑事司法體系之下或是依然建構在精神衛生體系裡面，滿多的文章都提到同樣一句話，就是你大概找不到兩個州是一模一樣的制度，所以因此在介紹美國視野的時候，實際上會面臨到一個困境，就是這個 A 州跟 B 州他們有可能制度上是扞格的，是衝突

的，我還是在不同制度中嘗試找尋一些相似的脈絡。最後我選的是美國的 Civil Commitment，我看了一下臺灣的中文文獻其實翻譯還沒有統一，所以為了避免理解上的落差，我還是還原到原始的文字就是 Civil Commitment，第一個部分其實國內已經有非常多學者做過介紹，我就很快講一下過去美國失敗的經驗。

一開始還沒有處遇措施之前，基本上就是發生犯罪，然後確認行為人 legally insane 後就直接進監獄裡面隔離，後來開始出現一段時間就是機構化的發展，才開始有 Commitment 的存在。實際上這篇文章裡面我特別羅列了一個制度叫 Criminal Commitment，它是存在於麻州很早很早之前的一個處遇措施，可是實際上看近代的文獻，還是有美國學者將它放在 Civil Commitment 之下去做討論，主要是因為麻州當時的法律是將 Criminal Commitment 還是寫在行政-Mental Health-的那個章節裡面，所以有學者認為它還是 Civil Commitment，可是我後來就是使用 197 幾年一個美國學者的論文，他的標題就是用 Criminal Commitment，所以尊重這位學者的用詞，我還是把它列為 Criminal Commitment。

這個失敗的原因主要有兩個，第一個就是當時基本上是沒有期限的，所以你想要治療他多久就治療多久，因此會面臨到一個問題就是只要覺得還有必要性，白話說就是我是為你好，我要治療你，而且我要把你治好為止的時候，就面臨了永無止境在醫院裡面或者是監獄裡面，他沒有辦法脫身。

後來出現去機構化，去機構化在現在的視野看來當時推動後發生的困境就是，其實醫院的門跟監獄的門都打開了，可是社會並沒有對精障者打開雙手，就是美國社會在近期跟早期到現在對於精障者而言，他們的社會其實是比較負面，也比較排斥，甚至到現在也是，所以導致於去機構化之後，過去長期被照顧得比較好的精障者突然之間失去了對他的照顧，然後沒有一個地方可以接受他，所以這些精障者中的一部分人，最後還是會觸犯法律然後又回到監獄裡面來。

我讀到一位美國學者有提到說，如果今天可以換一個思考模式，就是其實沒有一個法律制度是完美的，所以就算是落在衛生體系裡面的 Civil Commitment，也沒有辦法去找到所有需要這協助的精神障礙者的前提之下，有一部分的精神障礙者他無可避免的只能一再透過觸法的方式被法律制度發現。

如果可以接受這樣一個事實的話，或許就能理解美國為什麼在他們的刑事訴訟程序中，選擇和落在行政衛生的 Civil Commitment 來合作。因為他認為就是這兩個途徑，就是行政衛生途徑跟司法途徑，都有可能發現這些其實是需要被提供協助的精神障礙者。所以從這樣的面向出發，各州開始把他們自己的行政衛生程序裡面去抓一些 Civil Commitment 來一併適用。

比較近期的聯邦最高法院的部分，剛剛賴老師已經有非常完整的敘述，比較有趣的是，其實我也有讀到 Civil Commitment 跟刑事訴訟法裡面的羈押 pre-

trial detention 之間，其實從美國法的歷史脈絡上，認為是 Civil Commitment 正當化了刑事訴訟程序裡面可以對人身自由，提前在你定罪之前就先拘束。

也就是說，我在行政衛生體系裡面都可以基於特定事由拘束你了，刑事司法裡面自然也可以，但前提就是你對他施以的處遇措施都不能是刑罰，而在刑事訴訟法裡面類似的情境就叫羈押 (Detention)，這個是一個過去的脈絡。然後這次剛剛三讀通過的暫行安置制度的條文，我大概列了一下第 121 條之 1 第 1 項的規定，因為它是落在羈押的章節之下，所以我個人就強行的，把它跟羈押要討論的面向做串接，也就是犯嫌重大，有暫時安置的必要性。

比較法前習慣要討論一下，就兩個不同法律制度，怎麼要把它放在同一個平台？基本上，美國現在有的州也直接把隸屬於行政的精神衛生的法律，與刑事訴訟法的規定串連，比如說德州他就直接掛到他的行政衛生體系裡面，說這個東西在刑事訴訟法裡面就直接這樣子用。

臺灣我們目前的設計是把它立足在刑事司法體系的刑事訴訟法裡面，基於特定目的，然後非屬於刑罰且僅為一時性的人身拘束。簡單的說，美國雖然實際上是刑事司法體系借用 Civil Commitment，但美國學者也認為，對於精神障礙者而言，他根本不會有任何的差異性說，我現在的人身被拘束，這個是行政的人身拘束，那個是刑事司法的人身拘束，對他來講都是自由受到限制，所以從這個面向來看，兩者之間其實不一定會有因為不同法律制度或者是體系上的落差，所以我大概就順著這個路徑接續後面的討論。

對比之下，我發現目前美國的 Civil Commitment 適用在美國刑事被告裡面跟我們這次暫時安置措施比較接近的，大概是基於被告危險性所施給他的那個 Civil Commitment。美國的 Civil Commitment 在 dangerous 之下，大概就這兩個要件，一個是要有具有危險，一個是他必須要有精神障礙。兩個要件在不同的案件裡被聯邦最高法院所確認，所以基本上要得到一個前提，就是你要在刑事司法的體制裡面，對他施以非羈押的這種人身拘束，基本上就是第一個先確定他是精神障礙，美國通常是用 mental illness，就是精神疾病，第二個是這個人他很危險。

我們再來看一下，那美國視野上面出現了一些難題是在哪裡？首先第一個是疾病跟危險性就是字面意思都能看懂，但法律在判斷的時候是要用日常生活的意思來判斷，還是用法律的視野來判斷，還是用其他專業術語來判斷？這在美國的釋義學上，一直以來就是常常都會在爭執，於此也沒有例外。

明尼蘇達州的法院曾經一度說，精神疾病這個要件就是日常生活判斷就好了，就是我們一般的人，覺得你可能不是精神上面有一些問題，它就符合。那當然學者都會跳出來反對說如果今天採用的是正常生活的用語，那就變成在法庭裡面，法官、檢察官、辯護律師或者是各自所找的專家的證人或是鑑定人，就是大家彼此在那邊拉扯，最後的結局很容易變成恣意或武斷的決定。所

以照理來說還是委託專業的機構去做鑑定。

可是在相關的文獻裡面，包括一個早期的實驗和跟一個近代的實務案例，再加上現代美國有統整美國人比較容易有一些的精神疾病後，得到一個結論。這個結論我必須說是來自於美國學者的結論，就是我們不一定會像是這樣，但美國學者做的一個結論是，其實精神醫療體系之下的精神專家，他不一定都能夠完整的，或者是正確的判斷法律視野下想要認定的精神疾病，所以會出現就是要不就是大家通通都吻合，要不就是一直吻合，一下不吻合，最後又吻合，根本沒有辦法有一個比較明確或確切的標準，那這是美國的困境，就是到底要用什麼標準來認定精神疾病或精神障礙。

第二個就是來自於他們的證據程度。我們現在立法說明之後是委由未來的實務去發展，美國現在是聯邦最高法院直接定調是 clear and convincing evidence。聯邦最高法院之所以用這個中間程度的證據的原因是，因為他怕如果今天要求的是最嚴格，因為通常刑事案件裡面我們要定罪的時候，要求是嚴格的超越合理懷疑。那聯邦最高法院認為說，如果我在這裡壓了一個超越合理懷疑，有可能會阻斷那一些需要接受治療，或者需要接受協助的精神障礙者。

改用中間程度的證據標準運用到現在的現況，實際上就是等於沒什麼篩用的機制，所以基本上變成一個大概是人人有獎，就是你一旦是有精神障礙的情況機能疾病，然後你只要觸犯法律，對於學者而現在美國的機制其實好像沒什麼篩選的，就是大家都還蠻適格的，然後下一步只要確認你果然危險，我對你就可以暫時的予以人身拘束。

但是我們現在的條文，因為我們現在並不使用精神障礙或是心智欠缺，我們直接用的是，刑法第 19 條第 1 項跟第 2 項，看起來很像就是未來，你可能沒有辦法「負擔刑事責任」又有危害公共安全之虞，所以我現在要對你施暫時性安置措施，這個是不是我們要的公式？美國對於刑事責任，他大概只有在就審能力回復無望，或是我已經確定是 legally insane，刑法沒有辦法去對你的行為予矯治或治療的時候，他才會使用就是我們剛剛前面講的刑事責任相關的公式，我們的暫時安置措施是不是要把視野放到那麼的遠（要考量觸法者是否可能因為刑法第 19 條第 1 項或第 2 項可能不具備責任能力），那如果是的話，那可能也會面臨到美國學者一直以來提到的一個問題，一個人危不危險，和他是否知道自己在做什麼，甚至是知不知道自己做的是對的還是錯的，兩者之間的關聯性到底是什麼？三歲的小孩子也可能符合所謂的危險，但為什麼我們專挑精神障礙者然後說我現在要對你人身拘束，而且還可能是很長一段時間，只因為我覺得我為你好，以上這些都是美國學者提出過的疑慮。

第二個回到危險性，美國在危險性判斷上一樣就是百家爭鳴，我到底要看的是眼前的，立即的危險，還是從過去來推測未來的危險？這兩個標準其實都有實務案例的支持。可是學者普遍認為，有一些研究比較近期的研究，它其實是發現，目前美國的精神醫療科學在臨床上判斷他眼前的這個人有沒有暴力傾

向的時候，他們所參考的這些過去的資料其實很多都跟精神疾病無關，比如說他可能關乎於小時候的成長背景、他當時的社會、經濟的地位，以及他有沒有受到所謂的那個刺激，這些東西其實未必跟精神疾病或精神障礙直接相關。

所以，學者直接說精神疾病根本和暴力傾向之間沒有正向的關聯性，甚至精神障礙者也沒有高於一般人之於暴力傾向的關聯性，那為什麼我們還是那麼執著於精神障礙的人，這也是美國現在在思考的。所以美國實務現在發展上其實有一點失控，他們很多的州基本上已經放棄了危險性，他單純就去判斷精神障礙或精神疾病的情況是不是很嚴重，你如果很嚴重，那我就說你不但沒有就審能力，我也覺得你可能很危險，那很不好意思我可能先要暫時拘束一下你的人身自由。

美國學者現在其實擔心的是這個，就是一直不斷地擴充，而擴充的原因其實是跟我們也很像，就美國之前陸續發生一些槍擊的案件，所以迫使的各州就開始紛紛再把他們的 Civil Commitment 的幅度再不斷的拉寬拉廣，這個是美國視野中近幾年也一直在發生的情況。

美國學者提出的一些建議，其實剛剛幾位專家都有提到，就是法律跟精神醫療間必須要合作，就是大家要彼此知道，對方想要的是什麼。然後精神醫療本身，它是一門科學，所以他一定可以科學的角度去擬定一套可能比較合乎法律想要確認的東西，所以實際上是應該要雙向溝通之後再去定那個標準，標準定了出來之後跟立法跟精神醫療系統之間的合作，之後回到個案裡面法官一定不能單純的聽從醫生判斷的結果。

我讀到的文獻中提到基本上百分之九十的法官是完全接受，以致於於所謂的聽證會平均下來，大概三分鐘到九分鐘就決定這個人有沒有可能一輩子都待在醫院裡面，那我們自己的條文是危害公眾之虞，比較著重於公眾的視野，那未來實務可能的判斷方向，又會是怎麼樣的決定過程？

最後一個是必要性，我們的條文限制看起來是要緊急，美國在正當法律程序之下，你要去找一個最小侵害手段去正當化你的目的跟你的手段，美國現在法院需要出面介入的三種跟危險性相關的處遇措施，第一個叫 Emergency Hold 後，它其實非常接近我們精神衛生法的緊急安置制度，概念就是像急診。我們一般人生病，他是面臨到的必要立刻去穩定他的那個狀態，那目前美國各州都有，通常是落在 72 小時，最長的是 23 小時一天之內。當然也有州沒有設定期限，但這段時間中，醫院必須完成評估，而且不能夠申請延長，就是那一次而已，你就要告訴我結論。

第二個就是我們現在比較多討論到的是強制住院的部分，強制住院因為他不會影響原本精神觸法者刑事案件的那個程序，就是他兩邊是並行的，所以基本上刑事案件裡面的速審的權利會來保護這個受到住院治療的精障觸法者。

再來一個就是現在比較更多的就是強制門診，因為藥理發達，並沒有一定

非要拘束人身才能治療，如果從時間上面來看的話，Emergency Hold 實際上是最短的，而手段就拘束人身自由的嚴重程度來看，門診的治療看起來是最少的，那為什麼現在還是認為，強制住院可以是精神障礙觸法者的 Civil Commitment 之下，最小的處遇措施？主要原因大概是兩個。

第一個，Emergency Hold 後，他不是每個案子都會出現。然後再來是，本來美國 Emergency Hold 結束後，法院依然可以認定這個人可能有危險，或者是他的情況依然是嚴重，那就是直接在進到一般的 Civil Commitment 之下。另外強制門診如果是從刑事司法體系的角度來出發，他比較不符合從「保護公眾」的這個視野，所以強制門診的方式就不會是刑法這個視野之下的有效的強制處遇機制。所以強制住院還是目前學者認為可以接受，雖然是勉為其難的接受最小的侵害手段。

實際上，現在美國的學者更在意的是，就今天如果都確定這些 so far so good，那接下來，這些程序裡面的未盡事宜是有哪些？比如說麻州在 2015 年才正式的寫進條文裡面說，住院的這些精障觸法者有一個 Right to Fresh Air。此外，從刑事案件被告的角度來看，他有沒有要求或者是拒絕治療的雙向自主權？

曾經有一個案例，但聯邦最高法院最後沒有直接解決，有一個律師在案件裡面，他的當事人就被送到 Civil Commitment，他跟法院只提了一個 motion，請你不要治療好我的病人。他說，因為你現在把他治療好，我未來在法院裡面，我怎麼打 legally insane 的訴訟，所以你可以治，但是請你不要治好，被告有沒有這樣的一個拒絕治療的權利，聯邦最高法院沒有正面迎擊，他直接講說，只要符合正當法律程序，我們都可以接受。

再來也蠻多學者有提到，他有沒有拒絕被治療然後拒絕接受評估的權利？德州實際上就寫在法律裡，當事人拒絕接受評估的時候，法院可以用命令的方式要求他接受治療。所以學者接下來討論的是，你命令我去接受治療，那我可不可以消極的不配合？最後一個就是我個人比較好奇的，就是我們現在規定是 6 個月，這段期間裡，我們到底要對他們做什麼？就算說因為要對他治療，那接下來就是你要怎麼治療？

在不考量或無法確定有效性的前提下，單純只以有利性（我為你好）的角度出發，就有可能會坐好坐滿，他就有可能會在醫院內待到我們的法定期限，然後，我們現在的期限又比一般羈押的兩個月或三個月要久，為什麼？既然三讀已經通過，我還是覺得就是可能要再更具象的討論，就是我們到底刑事司法體系，我們要為這些精障觸法者做些什麼？你才能夠正當化他拿自己的人生自由來和我們的刑事司法制度交換，包括 6 個月裡他能夠為他自己主張什麼？我覺得可能是我們下一步要更具體討論的一些面向。那以上一些小小的分享，謝謝各位。

張麗卿：

非常謝謝樓老師精彩的分享，接下來請黃老師，大家鼓掌。

黃光甫：

大家好，太嚴肅了，那基本上我是中正大學的犯罪防治系的博士候選人，然後我本身是在國小服務，目前反正在當主任的。那我之所以會對這個有興趣，主要是我叔叔，他就是這種人。然後呢，我老婆的哥哥，他也是這種人，他有從醫院出來，那我是從來沒有進去完全都沒有，然後我的學校旁邊就是陽光醫院，然後我就覺得很特別，我就是就是大概從之前接到這個任務，然後我跟我們老師一起來做合作的情況下，那我們看一下，英國怎麼做？

常常在新聞上看到法制贊成跟違反之間，他們都各有自己的意見，我覺得這很好啊，本來就是一定會討論，才能夠接觸國外才做出一個非常好的一個系統，然後即便是修法過了，但是我們可以從其他的一些做法設施來彌補我們想要達到人權的方式，我覺得是很棒的事。

我就稍微介紹一下英國的部分，前面的部分，我大概就直接跳過去，這個是我們國內的一個數據，基本上，我們保安處分大概都在一萬五到一萬八之間，但是呢，監護處分很少，大概是一百五到兩百之間，那絕大部分一樣是減輕其刑，這是我們的基本的一個數據，就是國內的數據。那如果你去看高檢署的那個各級檢察署的那個監護處分流程，當然上面都有，那這個我就不再贅述，我主要是談英國的部分。

英國是我們都知道最早的民主法治國家，當然他在 18 世紀的時候，然後就開始注意到這樣的這樣的一個人類的行為。所以他當時有所謂的特別的野獸法則，那當然到後來，他就說，那我們要蓋的東西到 1774 年後蓋一個機構，然後把他全部合起來。然後呢，一直到了 1843 年，有這個法官提出來，所謂的 M'Naghten 法則，然後他就認為說，他這次也沒有辦法，因為精神障礙或者是其他的心智缺陷，所以我把他入法之後，然後到 Lucy 法案，就是說所有的瘋人院都必須納入政府的管制裡面，他並不是說，我把你關進去就好，也不是私人是全部都納入政府管制，一直到 1959 年他是做了第一次的精神衛生法之後，中間要到了 1983，然後 95，2007 有經過很多次的修正，重點還是要把他不足的地方把他給修足，那我相信我們在做也是一樣的事情。

基本上，他們的修法的一個內容主要還是對精神疾病不斷的加以定義，那可能有些可能要限制存在，那到最近一次的修法，他就是把學習障礙也列入所謂的精神障礙，就心智障礙把他列入進去了，所以再加上他們在社區主義的部分，開始強化社區主義。

他們在 1983 年開始所謂的治療沒有時間的限制，也就是一直下去，一直下去，就像我們最近在做的 531 一直 1 下去。所以英國是在 1983 就在做這件事情了。那好我們來看，他到底有多少人來做這件事情，然後這個是他們的系統，一般來講系統中間的這個就是有它分三級，然後有高度戒備、中度戒備、低度

戒備，那處理的人就是從病人，然後到社區，也就是說，只要他是那樣的精神狀態，他都可以幫忙處理。

根據他們的風險，然後可以到高度的到中度的到低度的，大概就是我們想的司法精神醫院的概念。然後呢，他的服務的機構配合機構可以從法院到監獄都可以，你只要有問題都可以送過來，他們彼此之間，人跟機構就透過這三個層級，然後互相在做配合，那當然比較沒那麼嚴重的，他就可以到我們說所謂的 Community health service，那當然就是已經下放到所謂的社區處遇命令，那下放到社區處遇命令，當然他有專業的團隊，然後他也有包括那個所謂的 recovery workers，然後還有所謂的職能治療，還有醫生、護士，所有東西都有，但他們配合的機構非常的多。

比較特別的是這個 step-down supported accommodation，他大概全國大概只有七個，但是提供二十四小時的，就是你是有問題的，那他就可以送過來這裡協助。然後他們這個的組成人很特別都是退休的醫生護士，還有當地的志工。我們常常去大醫院的時候可以看到很多志工對不對與其把這些志工放在大醫院，不如把它放到我們的社區裡面去協助，然後就在當地，他們主要的目的就是用地區的人來當志工，然後幫忙看那些人。

舉例來說好了，我說我叔叔他人很好，他是沒有攻擊性的，但是他就會嘴巴唸來唸去，然後呢在外人看起來，他就是一個非常特別的人，但是我知道就是他可以在社區大家都認識他，然後可以幫忙收垃圾啊，幫忙做回收啊，然後讓社區認識到他之後呢大概就不太會有人會對它擁有其他的一個想法，會覺得他很有攻擊性；但是我老婆的哥哥就不一樣，它是有攻擊性的，然後呢，我覺得最重要的是要家庭的支持，你每天把他看著定期帶他去門診治療，所以呢，即便說法律定的這樣，那當然如果你家裡沒有 hold 著的話，那當然還會一直產生很多的問題。

所以，即便我們的制度多好，我覺得重要的在於人，因為我自己在小學教書，我覺得還是跟孩子講這些事情的時候，從小做起，然後他們可以接受這些，不要覺得他很恐怖啊，就是用這樣的方式可以做到很多的，很多好的一個策略方法可以達到，這是英國一個整體的一個架構，是如此的方式。

當然他們的研究當然也有覺得他們可以改善病人的健康，然後呢，他們也可以減少犯罪，降低犯罪率，重點是還可以讓這些人可以得到一個很好的修復，然後最後回歸到社區，讓他有事情做，所以我叔叔每天時間到，因為垃圾車來兩次，那兩次的他就會固定到社區的那些，我們那個安康藥局，拿著兩個觸手去收垃圾收東西，然後他就是這樣很高興，然後他有事情，他就不會去亂來。我覺得，他就是一個在市區裡面大家都認識的一個特別的人這樣子。

大概就是英國監護處分情況，他們一年大概大概有接近二十五萬到三十萬之間的那個刑事犯罪者，然後從大概會接近，有七萬以上的案例，都是處社區

處遇的命令。然後，緩刑大概就是這樣子，那我們來仔細看它到底有多少人多少案子，光精神醫療處遇竟然從六千到七千六，他的人口大概有八百萬，大概我們臺灣的三倍多，那我們才兩百多人，可能英國比較辛苦吧，他做那個精神醫療處遇竟然有七千多人。然後呢，叫他強制入院治療的大概有四千七百人，也就是大概會有六成多以上的都在醫院裡面做強制治療的部分，那當然也有些出院的，然後有一些狀況不好的又再回去了，也都有，就是那一年裡面大概有這些資料裡面。

剛剛說的強制治療的部分，那有很多的時候是從監獄走過來的，有的是從拘留的時候轉過來的，然後有些是處以那種醫療處分附限制命令這是最多的，只要你給他強制醫療命令，也就是說因為你在醫院做治療好了，那有些大概就是一千多是入監的，然後再回來做治療的都有。也就是說，他大概五千人上下的一個量的左右。

看了這麼多，我把英國的一些那個他們在做整個的刑事司法系統的時候再稍微做說明一下，那當然在這樣的情況下，那檢察官在起訴的時候，他可能要考慮很多，所以在英國裡面，他們有一個所謂的在他們的 Crown Prosecution Service，他們有發一個準則，就是說他必須要在考慮所有的狀況底下，然後才能到底要不要判處他所謂的精神醫療處遇的部分，然後可能有醫院的鑑定，包括他以前的一些服藥的歷史，還有他這個犯罪跟公共利益的關係，那最後這個嚴重性的程度，再加上他的再犯可能性，最後才要進行他到底有不要把他起訴，或者是做其他的一些判決，這個是大概起訴的階段。那麼他說必須在 28 天之後就必須要把那個鑑定報告交出來，所以最晚 12 週以那就要開始進行審判了，那他有規定，這是入法的，就是他在時限內一定要做好這件事情。

他的整個損害原則，第一審，大家都知道他們叫自然法庭，那他就是做適時的檢視跟醫療報告的看法，那當然來到了後面就會有所謂的皇家法庭，就會用兩位以上，一定要兩位，同時要有兩位，就是這個案子分配給兩個去做這樣子，那被告可能必須要注意他說的，參與整個審判的程序，這是很重要的時候，那他們在審判的過程當然就考慮到這個犯罪的性質、心理關係，跟公共利益關係做最後的判決，那判決出來他的樣態大概就是會有這三種，一個就是叫你強制去就醫，那當然你也可以自願。

再來的話就是所謂的緩刑監督，然後就無罪釋放，那麼他們在 hospital orders 的時候就大概有這幾種的情況，可能就是繼續治療，或者是繼續戒護，限制令。也就是說在醫院裡面，它有很多種形式可以去做，那我對於臺灣的可能沒有那麼了解，我只知道我的大舅子被抓去醫院關，那我也不知道他到底也沒做什麼資料。只是說，我們平常會看他，那他後來好了。之後，我們還是固定會帶他回去凱旋醫院，然後去做門診治療拿藥，有時候還是會他會有一點點，感覺他要發作，我們就趕快再去問一些怎麼辦，當然可能有時候他就忘記吃藥這樣的情況，那這樣的情況下，我覺得他們的一個醫療裡面其實還蠻多

樣化的。

他們在做司法跟我們沒有差別，就是起訴調查階段就開始要提出鑑定申請了，那當然就由我們配合的專業的醫療機構然後來進行 28 天，就是要趕快把他弄出來。然後你必須有兩名以上的醫師的提出報告，最重要的是，他必須要申請一個第三方的，不可能只有法官、檢察官跟律師，必須要有一個第三方來看一下有可能會是鑑定報告跟法官的意見不同的時候，我們會有第三方。

這個公正第三方大概就是所謂的精神衛生委員會，那他在 1983 就是說，剛剛的 1983 年就是那個第二次修正的時候，那時候他要強調所謂的精神覆審法庭。所以，他當時還強調，這個精神覆審法庭的時候呢，他就說那我要成立一個公正的第三方，所以他就是成立了一個這樣的委員會，然後召集了大概有一百位的成員，然後不一定只有醫師，所有的人都要來，我可能會有護士、社工、心理學家、其他專家只要是對要做評判的部分，各位專家都有，然後出席的時候當然就是來出席，來看一下怎麼樣做才能對這一位精神病患還有這樣的一個判決的處遇這樣子。

當然最後你都做完了，從起訴審判到判決，最後你要執行，我剛剛說，執行就這三個機構，那當然高度戒備機構就是很集中式的，就是重度病患，就是他有嚴重忘記，也可能會再犯的那一種，那當然住進去叫做醫療，醫療之後發現他可能好了一點，經過了動態靜態的評估之後，覺得他可以降級就可以移轉到所謂的那個中度戒備機構，那可能他還要服刑啊，那服刑之後可能就要準備回去他的監獄，那如果還沒好，那就繼續再做醫療，那如果好了，這就是慢慢轉成低度，那一般來講，就是所謂的普通精神病院。

好了之後呢，我們要準備要讓它回歸社會，復歸社會的時候當然有時候還是會給它繼續，因為你說，他是無限制的，所以他的那個所有的法律就會一層一層的慢慢降低到所謂的社區精神醫療的部分。那社區精神醫療的部分，他們會有幾個方式啦，限制你在哪些地區哪些時間你才能出現，然後你要按時去接受治療，然後要回去看診，那以 6 個月為限，那如果沒有改善呢，再 6 個月，再沒有呢，再一年的一直做下去的意思。

然後如果說很嚴重的時候，那他就再轉回來，他轉回來醫療病院，因為他在社區可能會變成一個不定時的炸彈，所以他就要再轉回來，那轉回來的同時，又回到那個專業的機構裡面，然後一樣就是繞在裡面，一直到他覺得他可能有比較好的情況底下的才會回到我剛剛說的那個 step down 然後 supported commendation，然後他二十四小時，然後他還有一種，就是如果他那個復歸社會，可能他真的家人也願意接受他，其實他們做得還不錯，他就幫他找 hostal 的那一種旅館，幫他找然後幫他住宿，然後也可以幫他付錢，這樣其實好像還不錯，那當然這樣的情況如果他真的都好了，我們都習慣好像的百分之九十九了，只剩百分之十的可能性了，那後續還要照顧，並不是說，我們把他丟著，所以這時候，他就變後端的一個社工的工作了，那所以我們繼續要提供很多包

括居住才剛說你要幫他找住的地方，然後呢，他可能有就業的需求，你要幫他做一個就業服務，然後或者是繼續就學，甚至是醫藥的取得，那他們整體就把他 hold 的很足了。

所以我在看一些文獻的時候會發現，那個有很多學者都說，他是一個高花費，CP 值很低，就要花很多很多的錢，但是他獲得成果就是全部都放在這個人上面，可是他所散發出來的就是無形的社會保安的一個功能這樣子。那當然統整一下，他整個的一個社區的特色，當然就是醫院、社區、監獄全部都包在裡面了，然後同時之間可以互相的轉移，不會因為他在不同的機構，他就有不同的醫療服務。所以我覺得橫向溝通很重要，直向的功用當然很快，就是我這樣傳，可是橫向的部分，因為我自己在學校，我這樣講，我們有時候不同處室需要我們協助的時候，我不會把他當第一要務，可是對那個處室來講他是第一要務，所以有時候，我們在做橫向的時候就會很難去做這樣的情況，那這個是需要去做協調跟溝通的，所以這個不容易，那當然他們都在機構內治療，所以呢，同時也保障所謂的社會安全的部分，那因為他是醫院，所以他的不會有所謂的遺忘，可是真正的嗎？

我的孩子他們都知道，他那個陽光他就一個精神病院，然後他常常會帶病人出來曬太陽，他還是什麼都看的到，可是我覺得我都會教育他們說，就要以正常的眼光看待他他只是生病而已。

整個英國在這部分可能從介入逮捕起訴調查程序，到後面所有的程序都緊緊的 hold 在一起，那這真的這麼好，那全世界就用他的制度就好了。所以很多學者他們也提出很多一些問題存在，比如說好了，因為他說，醫生的那個權責很大，所以醫生超越法官嗎，你是說有事，他就判他無罪嗎。所以再來因為醫療命令，所以你把那個可能再犯的風險全部都關在醫院裡面了，因為醫院要治療他，然後呢，你把它關在裡面，是像監禁一樣，然後他又有再犯的可能，等於是讓醫院的工作人員處在一個非常高的一個風險的存在。

如果他治療改善就轉回去監獄對不對，那轉回去監獄誰追蹤，那追蹤的話可能就很難去做了，那他可能因為監獄的關係可能又發作那怎麼辦，那監護處分他很多，剛剛說，七千多人，所以他們的預算暴增，然後他們的量能會不會爆掉，這也是有個問題存在，那當然長期監護就是代表治療無效，那可不可以再想一些比較好的治療的方式，好那當然，社區醫療命令比較沒有強制力的，因為他就在社區趴趴走，他不去你怎麼辦，所以家庭的支持很重要，我都是帶著那個叔叔，跟我那個大舅子，就是你要帶著他，不然你要叫大家先不可能的啦。

再來就是醫療，因為到最後要吃藥，會不會變成那我就開藥給你就好了，我們家最多就是那種藥包，他都沒有吃完，他都忘記一次，如果過期了，那最後當然就是我們所謂的人權跟社會保安孰輕孰重，這個是一個很難達到 balance 的一個點了。

後續的建議，我們就是認為說請大家就是參閱一下，我相信大家建議都差不多啦，一定有好的方面有不好的方面，所以呢，這需要靠大家來共同腦力激盪，找出一個妥協的方式，就是這樣子，那我今天的報告到這邊。謝謝大家。

張麗卿：

非常謝謝黃老師精采的報告，接下來就是焦點座談的時間。

首先請周執行長來引言，另外也會請團隊的成員：李主任、郭醫師、王老師、韓老師，針對剛剛的報告回應，當然也非常歡迎所有與會貴賓，針對英美相關法制提出問題以及回應，現在請周執行長，大家鼓掌。

周漢威：

謝謝主持人張老師，也謝謝3位老師的分享，看完3篇文章，真的是獲益良多，如果在立法過程中，能像今天的討論，在立法例及學理上多一點點的交流與討論，那有多好。

因為今天是引言人的身分，引言人的工作要幫這一個發表人跟與談人搭橋，所以對於文章內容的這個部分，我就不做評斷，交給與談人跟其他的專家學者去做說明，我只是做一個經驗的分享。身為律師，然後我們在第一線去幫助當事人的時，必須我們非常重視法律的規範體系，台灣在身心障礙權益保護部分，非常特別的立法體例是直接把公約去內國法化，我相信在座都是專家，所以內容我就不多說，我就很快的這幾篇就跳過去了。

所以今天大概會分兩個部分，第一個部分就是身權公約的內國法化，還有這其他國家在身權公約的執行狀況，那第二個部分就是我們剛剛講的民間團體，針對這一次刑法、刑訴及保案處分執行法就監護制度相關的修法提出來的一些倡議。那其實裡面有一些主張，其實都可以呼應3個老師的建議，或是外國立法例。但是很遺憾的是，有些建議並未被國會採納，有些建議委員連提案都不願意，不過就民間團體的建言，有些黨團願意提案，而且甚至在協商的過程中，也被立法者所採納，這個第二個部分會做這邊的說明。

第一個部分是因為身權公約在國內通過施行法，而內國法化，特別是第2條跟第3條的這個部分。那公約的這一個意旨還有聯合國對於身障公約的權利的解釋都有內國法的一個參照的效力，所以其實在臺灣，這裡不管是身權公約第14條的準則，乃至於這一個近用司法國際原則的一個指引的內容，這個都是可以去參考的一個法律文件，這是非常特別，我必須承認，每次講這一部分馬上就會跟醫界跟法界造成一個很嚴重的緊張，因為如何落實身權公約這是一個遠大的理想跟目標，涉及整個社會的典範移轉，民間團體非常的清楚。

所以我記得，我在5年前還是6年前跟洪士軒老師，那時候，有機會去日本參訪，洪老師也跟我們一起去參訪相關的機構，日本的律師聯合會，還有日本的DPO，就是身心障礙權利團體，他們也很清楚的瞭解並表示，在日本不可

能馬上立即就實踐公約，達成去機構化的目標。

可是他們希望的是，針對身心障礙的這樣的一個機構能夠社區化，即雖然短期內無法機構化，但是希望在社區裡面建立一個能夠跟社區合作互相支援，甚至運用社區的人力，跟政府、縣市單位合作的一個社區的一個中心。也就是說，他還是有機構的一個外觀，可是它傳統機構設置的理念、方式及社區的連結是跟過去是不一樣的。不論國家，社會及團體都是透過這樣的共識去執行。

身權公約確實是難一蹴可及的，那我們在執業的過程中，其實也一直在跟相關人權團體，大家都一直在溝通這一點，那所以我們在後續的立法建議的時候，我們也是很務實的以目前精神衛生法與羈押法相關的法治去看監護處分的修正，我們的等一下要討論的暫時安置，乃至於我們的監護處分要去做什麼調整。

畢竟我們都已經將身權公約內國法化了，所以其實在上次的 CRPD 國際審查結論性意見裡面，委員會這裡就是那個相關的專家裡面，對於目前精神衛生法仍是以「治療」或是「照顧」為名剝奪人民權利自由部分，已提出相關的建議。

比較法上，因為美國不是 CRPD 的簽署國，所以他沒有國際 review 的機制，但是他們很自豪的是他們的 ADA 其實是比身權公約更好。但是英國是有做這樣 review 的機制，誠如剛剛黃老師所講的，確實在英國在 CRPD 審查的時候，在英國的報告裡面就有提到說，其實英國這個部分，他們在委員會是建議廢除並要求英國要注意，不要以實際或是臆測的狀況，就剝奪人民自由接受非自願治療的狀況。所以，委員會對英國的實際執行的狀況誠如剛剛黃老師所講的是有這樣的一個提醒，或是一個建議，那這是我查到一個文獻。

所以其實在英國，即使是我們認為他做得很好的國家，其實他現在在這個標準上，我們都知道很難到達這樣的一個境界，我想這是民間團體一個目前的共識，所以我們在立法倡議的時候，針對暫時安置，我們是要求如剛剛樓老師有提到的暫時安置的期間不宜過長。

修正條文為什麼會是 6 個月，其實我們剛開始不是倡議 6 個月，在我們的草案裡面，我們給委員的草案裡面說，如果今天定性是羈押，一般人是羈押，那就應該是羈押，所以你就用羈押的方式，但是你用替代性的做法，那他去相關的精神急性的醫療院所，讓他急性的症狀能夠去做穩定，而且我們有去參考精神衛生法，2 個月 60 天，所以當時候我們在做的時候其實也跟這個社團這邊有做一些討論，我們的修正提案是三個月，我們知道法院及行政需要時間進流程作業，所以相較精神衛生法，考量行政作業流程需要跨機關，所以在當時的暫時安置，我們給委員的版本是 3 個月。

這個版本有些委員有幫我們去提出來，而且我們民間團體主張說，暫時安置畢竟會限制到今天這個人的人身自由，除非他是更輕微的替代性處分，否則

你就應該要去做一個定期，而且短期的延長機制，那在立法的過程中，司法院的草案是一年，所以我們當提出這樣的一個版本的時候，司法院的刑事廳也有來跟我們說，這個部分確實可以再就期間進行討論。

但是在後來在這個黨團協商的過程中，就從1年降為6個月，不過剛剛樓老師問的問題很好，就是說一年的基礎在哪裡，6個月的基礎在哪裡，我是覺得好像沒有什麼實證的基礎，但是可以考量，就是這個可能是考慮法院的工作的行政成本。但是回過頭來，如果今天這個暫時安置，實際上是限制人民的人身自由，但是相較一般人民羈押是兩個月，以治療為名把他變成6個月的這樣子的合理差別待遇的依據會不會存在，「較長的時間」它是否會構成「基於」身心障礙者的歧視，那針對同樣的犯罪行為人為差別的對待，即使這是對他好的，那還是有違反公約的問題。

第二個部分很高興的是，我們提出來的建議是有被採的，當初的暫行安置這個部分並沒有多元處遇相關的文字，所以我們在三讀的版本這邊，我們提出的草案是說，應該在暫時安置這邊也有其他的適當方法的措施，所以條文這邊也有加進去，可是魔鬼藏在細節裡面，實務上我非常擔心的是，我們剛剛講暫時安置其實是在審判跟偵查時候一個很重要讓當事人急性症狀能夠穩定，而且即時進入治療的狀況，可是仔細看那一個暫時安置的文字，是偵查中是檢察官聲請，直到進到審判中才可以由檢察官提出申請或法官職權裁定，可想見的是，檢察官為了要確保犯罪的調查，他會在偵查中主動聲請的機會微乎其微，那如果今天我身為辯護人，或是被告的家屬，乃至於被告本人，當然被告本人在慌亂，或是在急性的症狀下，他不會去做這樣的主張，如果是有辯護人的狀況，認為我今天這個被告他在偵查的期間，其實就需要暫時安置，他能不能申請，檢察官會不會幫他提出申請，我覺得就是實務現行上一個蠻重要的一個問題。

我們在協商的過程中，因為這個部分是尊重法務部，在偵查的時候犯罪調查的權限，保全被告保全證據的必要，所以他們還是維持原條文了。那我們這邊就有一個問題就是說，那其實刑事訴訟法第2條，公務人員對於被告有利不利應予注意，被告可以聲請公務人員為對被告有利的處分，就是說能不能透過這個監護人向檢察官聲請，張老師一直在搖頭喔，那如果檢察官明知被告有這樣的症狀都不申請，那接下來疑義是什麼，或是這一條，誠如這個我們的法務部次長蔡次長分享，大家都會用羈押，而不會用暫時安置。如果結果是如此，那這樣的立法修正，偵查中到底有沒有意義，那可能就要靠後續的追蹤跟處理。所以這一條，其實在立法的時候有立很多的附帶決議，大家可以上網去參酌，其實許多立法委員這邊都是非常擔心。

第二個部分是暫時安置這個部分，我們認為是他如果今天是因為有戒護的需要，他要去關在相關的精神醫療院所，本質上就是羈押，但是很遺憾的是，這個問題，如果大家有看，現場實況與轉播，因為司法院這次的修法，法務部

對於暫時安置，認為這是監護處分在判決前的先執行，法務部認為有違憲疑慮，那司法院對於這個監護處分無限期這個部分認為有違反憲法的比例原則，或是其他這樣的一個規定，有可能有違憲疑慮都有意見，所以兩個單位在立法過程中就吵翻了。

但是對於暫時安置這個定性，他到底是所謂的監護處分還是羈押大家有爭議，不過這兩個部分後來在協商的時候，就手牽手決定擱置暫時安置的「定性」的爭議，讓立法順通過，但「擱置的定義」通過的法令，在學理上就「暫時安置」的性質還是要定性，因為沒有定性，到底能不能折抵這件事情就沒有明確的規定。

只能說執行，如果不必要可以免除其刑或一部之執行，但是這樣的一個保障相較羈押可以去抵刑期，如果你在比較強度僅低一點點，人身自由還是受到相當限制的司法精神醫院，甚至他在醫療上面都要接受一些強制的治療，到底能不能抵刑期，可能真的要請老師在研究報告裡面依比較法，或是剛剛幾位老師的見解去做釐清。

在刑法的這一個保安處分的這個部分，我們認為不應該無限期延長，而是最長應該只要5年，其實透過長達五年的期間好好的去做處理，他急性症狀已經穩定，再加長的治療時間對他的症狀到底或是他的疾病，到底是好還是壞？我們認為這個部分是有疑義的，所以我們誠如在先前監察院報告的見解，認為不應該變長。

第二個部分是評估的機制，應該更動態靈活，我們把評估的機制也放在這個5年裡面，應該要定期評估，這個部分也沒有完整的通過。第三個部分就是針對監護處分的要件，我們認為應該限縮，監護處分現在是以19條為要件，但是我們跟監察院進到醫療相關的醫療院所，其實發現受監護處分的行為人，輕罪的比率非常的高，而且嚇人的是輕罪的比例。誠如剛剛樓老師跟賴老師這邊所講的，很多人他的監護處分的時間比他的刑度還高，那甚至在監護處分之後，他還是繼續用其他的方式留在相關精神醫療受身體的拘束。

考量監護處分對人身自由的限制性，如果今天我們的監護處分變成無限期，前面的適用監護處分要件的門要不要變窄？那我們那時候有提議是說，應該是要讓剛剛幾位老師有提到的是不是要重罪，或是要特殊的狀況，才有監護處分的適用，我們把資源誠如剛剛黃老師所講的，這個有特殊的危險性的把我們把資源，那麼貴，我們把它用在少數的案件上面，讓這些行為人能真正獲得社會必要的支持，可惜的是這個部分並沒有委員願意幫我們提出這樣子的提案。

但是看到3位老師的報告，其實有很多的國家的監護處分立法例，是有類似這樣的一個方式，就是要重罪或是一些比較特殊的要件的去設定、限縮。那保安處分執行法，其實我們剛剛有參酌賴老師，而且我們實務不管是法律扶

助或是其他社會福利資源，現在在國外討論就是 one stop 就是一站式，就是在一個社區裡面的一站，那就可以取得所有的資源的一個方式。所以我那時候在轉介的時候或是檢察官在做要不要去做後續銜接的時候，我們就要參考的接下來的日本法，幾位老師會報告的日本醫療觀察法的這樣的一個規範，這個部分強訂進去，就是說在這個監護處分滿了3個月的時候，檢察官應該要去跟相關的單位去做一個轉銜的一個會議，那這邊也有做出附帶決議。

好我很快做一個結論，就是說，民間團體這裡其實不是只有律師，我們針對相關的協助團體，然後或是說很多醫師跟心理治療師、諮商師，我們都有提出這樣的修法觀察。但是在台灣，身權公約在台灣也有內國法的效力，這個都是我們必須承認，短期內是比較難符合公約的要求，但是即使做不到，國家應該要說清楚講明白我們的修法目的，我們修法解決的問題是什麼，我們是真的能夠解決這些身心障礙者所面臨到的問題，還是我們只是要回應民意的要求。

我們不認為病人有問題，他也許有疾病，但他不是有問題的人，還是我們只是要處理這一些反應國家社會現存問題的病人。那3篇文章都有指出來，我把它引用過來，就是說在多元跨領域的合作才可以真正幫助到這些人，這些人需要的不是刑罰。所以其實我一直在講19條，這樣減刑他一定要連到保安處分執行法的連結，然後這個監護處分就是這樣子的，那麼的，強制的，這樣的一個處理到底是要從19條解還是保安處分執行法的整個架構解，我覺得這是未來在21世紀刑事訴訟法，尤其是我看到紐約州把精神衛生法院定位成「問題解決法院」，法院是要幫忙被告解決問題，而不是解決被告的法院。

這樣的「問題解決法院」，已廣為我們相關立法所採納，例如家事事件法、勞動事件法甚至現在最高法院的民事爭議都可以送調解。緊接著精神衛生法的修正，那我們要怎麼去設計精神衛生法庭，或是未來的精神衛生法有法庭在處理的時候要怎麼樣處理這件事情，我覺得是一個關鍵。

很高興今天李醫生有來現場，我們有去嘉南看，監察院調的報告也有引述，就是嘉南其實有完整的資源，因為是引言人的責任，所以要把大家做一個串接，所以嘉南那麼好的一個情形怎麼做到的？那如果今天嘉南能夠做到，那嘉南需要什麼樣的資源，讓我們病患能夠願意去做相關的配合執行。未來的司法精神病院，就像我剛剛一開始說的，現在看起來雖然也許對於專家學者或是對於病患及支持病人團體來講，是一個退步的立法，但是即使是退步的立法，怎麼樣在退步立法裡面做出先進的實務的處理，這是我們可以一起努力的方向。不好意思時間占用比較多這個部分，很快的跟大家做分享。

張麗卿：

謝謝執行長精彩的引言，現在請我們幾位團隊的成員來回應，首先請李主任。

李俊宏：

今天很榮幸，針對第一場的英美相關法制，做一個簡單的回應。我想，我們精神醫療界很大的困難點是，我們常常是在有限的資源裡面要滿足所有人的需求。當然，一部分是包括精障病患人權，一部分就是社會當中對於安居樂業的期待。

當然在這一端來講，我想有幾個部分是今天在我們耙梳相關法制裡面，我個人還蠻感慨的，第一個是，其實在不管是在美國的紐約州的精神衛生法庭運作系統，或者是說剛剛後面有提到的英國的監護處分一些相關的機制。它在這個所謂 mental disorder case management 的精障個案上面來講，就是說它的個案的協調的這個人其實是相當重要的，一定是，因為我想，下午我們還會去談日本的法制，日本的法制他們在所謂的社會賦歸調整上面，其實也有專人來協助做這個事情。

在英國那端，他們其實是在法務單位它也有一個叫做 mental health casework section (MHCS)，它在針對這個個案回歸社區去調其他的這個醫療、社服、教育、勞政這些相關職業的時候，它其實是有專人專責的，那通常他的職業別會是對精神醫療比較了解的法務人員或者是職業就是法務社工這樣子，那當然，這個在系統轉銜上面來講就會更順暢一點，台灣現行法制比較困難的地方是，大家知道我們現在在監護處分的執行端，當然可能會是在醫院，但是那個 Organizer 會是誰呢？是檢察官。所以其實我們臨床上常常就會碰到檢察官，來醫院的時候他會跟我們講說，我的專業是法學啊，這個我不懂。

我們如果說假設以保安處分執行法來講，有一部分的個案他可能在保護管束的時候他會有觀護人，但是觀護人的背景，有沒有所謂精神醫療的背景，或者是心理衛生的背景，這件事情我覺得也是我們值得去思考的。就是說，在台灣的監處，我想不管是現行法制，或者我們修法之後的這個新的系統，這個 case manager 到底在哪裡，他到底是誰？那這個 system 究竟要架構在哪邊？這個反而是我們一線執行人員最、最關心的，因為我們直接面對的衝擊就是我們不知道對口要找誰聯絡，我們現在就是在等。

現行我們感謝法務部他們在這個個案結束監處之前會有一個協調會，那各個網絡單位都會來，但是就是那個協調會啦，他理論上來講應該是在監處的過程當中，這個 case management 他是持續性的，他都要進來做關懷跟做一些相關的調查跟準備，那也因為台灣現行機制是這樣子，所以像郭醫師等一下應該可以補充，我們中央有一個個案，前一陣子才去開過一次會，然後他的回歸社區是有狀況的，那麼接下來我們還要再去開一次會，因為它們中央部會那邊有這個所謂的行政督導團，要來我們台南市督導，這個部分，那個個案坦白說就是無助的，大家都束手無策的情形這樣子，就現行法制我們也沒有辦法做什麼社區的預防。

所以，這個部分我想在這個法制把梳上面的這一個部分其實相對才是重要的，那一旦開始有這個所謂的 Coordinator 之後，他的整個系統的完備跟他所謂的彈性就會因應個案的需求逐漸被建構出來。所以我們不管是從英國的法制來看，或者是從美國的法制來看，它其實都包括什麼，包括門診治療、包括社區治療、包括住院治療，他從低戒護的、中度戒護的到高度戒護的，那甚至是包括他其實可以回家的。

那像剛剛，博士這邊提到的，這個所謂的 restriction order，就所謂他的限制令。他們其實相對上也會有所彈性，其實美國的法制，據我知道的應該也差不多。就是他針對，比方說像受害者保護，像我舉屏東的這個案件來講，那個前面他六月才勒了這個阿嬤的喉嚨，所以，他當下如果有做生意的時候，其實法院他就可以給他限制令，你不可以靠近這個阿嬤，這樣子，或者是你不可以出現在阿嬤會出現的那些地方。但是我可以要求你每天都要到醫院去報到，或者是去醫院的日間留院，或者是他的這個社區資料。那當然在這個部分，他的彈性出來了之後，我們對於所謂人身自由的拘束，就有可能會被限縮到這個我們講說所謂的最小限制原則，這個部分這樣。

再來大概就是所謂暫行安置的這一段，就是其實我們這個精神醫學界的，在暫行安置修法的過程當中，坦白講我們是局外人啦。就是說，我們一直以來都沒有被問過，或者是沒有被討論過，到底在暫行安置法制過了之後，我們實務執行端到底要怎麼執行。那我們很困惑的一點是這樣子，就是說，如果說像剛剛樓教授這邊提到的，這個所謂的 Civil commitment 來講的話，他是 danger to self and others，就是對自己有傷害或是對他人有傷害之虞或他的行為，這個部分其實和回歸到精神衛生法他的條文是一樣的啊。就是我們精神衛生法本身就是聯絡病人的行為嘛。

所以，這六個月，我們自己幾位精神醫療的醫師在討論的時候也在想說那到底這六個月到底要做什麼？你如果說是避免逃亡串證之虞，那理論上來講，好像是用羈押，那你羈押，矯正機關應該或者是看守所那邊應該要有完整的評分醫療系統，這個部分其實大家看紐約那邊的他們的分級分流的精神病患照顧，就知道說，監所裡面其實應該也要有完整的這個東西，但是台灣沒有。

台灣沒有之後，為了這個目的說要放在精神病院 6 個月，那我們實務上執行的時候我們就不知道，我們到底要怎麼去跟病人談這個我們所謂的治療性的目的跟建立所謂治療性的關係，因為對病患來講，坦白講，他比較會認為說，我們好像是在執行司法的那個人，不是去幫忙他的那個人。那一旦你跟他的關係是這樣的時候，你要跟他回到這個所謂社區回歸，我在要跟你互信，希望你長期來看，我們的這件事情，我就會覺得其實會是一個困難點。

最後我們談一下這個所謂的風險性的這件事情，那當然，風險性它其實是可以做評估的，不過，所謂的 risk，他其實是一個不確定的概念，就是像剛剛特別有提到說所謂的低中高風險，但是到底低有多低、中有多中、高有多高，

他只是一個分界，那這樣子的分界，台灣有本土的研究，也有一些是沒有人研究的，像我舉例來講，像那個 RNR，就是在前面講那個紐約的這個 RNR model，他在台灣的 RNR model，其實我們目前並沒有很扎實的本土數據，來做所謂他的風險分級。

我最近才被衛福部問到，就是說，我們現在好像有一些矯正機關的個案，針對風險分級，我要做社區轉銜，然後他就問我說，我們有沒有這個風險分級的這個工具？我就跟他講說，RNR 也可以啦，HCR20 也可以，但第一個是他沒有本土的，這個實證資料，所以這就是還要做研究。第二個就是國內，就像剛提到，我們是 2017 年才成立司法精神醫學會，所以國內到底有多少人可以操作這個東西，因為，衛福部那個時候給我的訊息是，矯正機關他是請他的護理師填寫，但大家都知道，矯正機關他的護理師幾乎都是內外科的護理人員，精神科的護理人員基本上在矯正機關的比例，我想應該是幾近於 0 啦。所以，到底誰去評估這個東西也不知道。

一個是操作工具沒有本土化，第二個是操作的人，他也沒有經過相關的訓練，那他就列了一個單子，我就照這個勾一勾，接下來就來轉銜到社區相關的資源，那當然他就會有他很大的很大的一個局限在裡面，這樣子。那當然有一些資源或者是實務上面的做法，絕對是、應該是，他有很大可以進步的空間。但是在這個部分，究竟針對這類的個案，因為他一定是一個平衡，因為像剛剛博士有提到說，英國的司法的這個部分，他們其實占用、耗用他將近百分之十。

其實美國也很像，美國他們佔比其實是逐年提高的，那你佔比逐年提高，健保民眾或一般民眾的醫藥需求就一定會被受到影響，到底那個比例要提高到多少，當然，我們說精神醫學界的診斷他一定會有所謂的歧異性，他的這個也跟我們運用診斷的工具有關係，像我們過去的司法案件我們也用過公民性成長在評估個案腦的結構，但是，大家都知道我們絕對不是每一個司法精神鑑定，都有辦法用到這麼高檔的、這麼高額度的這種檢查，所以，資源跟這個需求，還有實務上面的這個對應，我想應該將來大家都得要再去做深思的部分。

最後呼應一下，這個理念，這個 CRPD，我想 CRPD 是理想，那我們也希望台灣終究有走到這個理想的一天，當然我們以精神科醫師來講，我們是最希望病患回家的一群人。這個部分，大概就為各位分享到這邊。

張麗卿：

謝謝李主任精彩的分享。請容我跟大家請求一下，因為有一點 delay，所以 12 點半，再讓大家吃便當，可以嗎？接下來請郭醫師回應。

郭宇恆：

各位先進大家好，那就順著剛剛李主任提到的，還有剛剛我們聽黃老師的報告，就是說，到底花這麼多資源在這些病人身上的 CP 值會不會很高，這在台灣是肯定的，因為我們台灣的資源其實花的很少。

雖然監護處分是一個法院這邊的判決，執行的是地檢署，但是他吃的是健保，所以他會有擋著，還有就是說他不給付跟核刪的問題，因此在台灣這種狀態下，其實我們是用很少的資源在肩負這個重擔，那因此講到這個修法之後，還有剛剛聽賴教授提到美國，這個，我們也是用美國的系統，像現在也是用 DSN 沒有錯，但是英美的這些醫院的體系其實他們的資源是相當的充足。

台灣的話，我跟李主任應該是苦主，是執行端，遇到怎麼樣的困難，大概可以跟大家分享一下，就是說我們現在的這個立法，修改之後立意良善，就是說，我們希望可以先讓他暫時去一個地方安置，那這個安置的目的，大家剛剛有討論到，安置的目的到底是什麼，還有安置的地點到底是哪裡。

我比較擔心的是兩個，一個就是說，安置的話是我們要去治療他還是評估他，我有一個建議就是說，既然他是為了刑法第 19 條第 1 項或第 2 項來暫行安置，那何不就這個機會讓他去做一個叫做鑑定留置。那這樣的話非常好，為什麼？因為，他在行為當時被逮捕拘禁的時候，就立刻送到精神病院，那時候的鑑定就爭議不大，因為他正在混亂，所以這時候做出來的鑑定是最準的，因為他剛來嘛，剛來很新鮮，因為都還沒有經過治療，也沒有經過一堆的訊問，他就是因為疑似有 19 條 1、2 項的狀態，不知道他的責任能力到什麼程度，所以這時候送到醫院，你把它放在那邊，既然都去了，就不如趁這個時候做一個鑑定，這時候很準。

第二個，他可以解決一個問題，就是說，在很多刑事被告，他們真的是精神疾病病人的時候，他們不是裝病，他是不來，法官給他一個機會讓他出錢來做鑑定，他竟然不來，三催四請，但是如果用這個暫行安置的方式，他一定會來，一定會到，他一定會過來接受我們的鑑定，這時候對他的人權也是一個保障。不然他一直不來鑑定的時候，其實法官不知道他到底有沒有 19 條第 1 項第 2 項的問題，這時候判決可能對他不利，或要他接受到治療，這也是一個契機，暫行安置順便給他鑑定留置，那鑑定留置可以多久，就 7 天加兩個月嘛，那這樣其實更好，如果可以看兩個月鑑定留置的話，這時候是非常準確的，幾乎不會有人跟鑑定團隊反對意見，你看在行為後馬上就抓來這邊鑑定，這時候其實就是一個契機啦。

講到監護處分無限期延長的時候，這時候就變成有兩個重點，一個是評估的重要，另一個就是說這個處遇的地點的重要性。那評估的話，因為現在其實精神科裡面有這個叫做司法精神醫學，就剛剛李主任講的，2017 年才剛成立的次專，可是這是沒有人要走的，到目前為止大概 2000 多個精神科專科醫師，那這個司法精神科醫師，我們三個就已經佔了三分之一了，所以，這其實很少很少，台灣現在不到 85 個，就是我、李主任跟吳院長我們三個，已經就佔了大

部分了。

為什麼之前鑑定很多的爭議，就是我們都用機關鑑定，機關鑑定就是委託台大醫院、委託嘉南療養院，當然就會有一些爭議出來，說到底哪個比較準，那個是訴訟策略我們知道，但現在有鑑定人的時候，我們現在都是一個被學會認證的鑑定人，這時候這個評估的這個人應該會比較準確，因為他是一個專人，他是一個叫做次專科，可是就像我們，腎臟有問題不會去看心臟科，他會叫一個次專科的概念，可樂內科體系下專精心臟的叫做心臟科，我們這個一樣的道理，同樣都是精神科醫師，裡面專精司法的叫做司法精神醫學專科。

所以如果在這個鑑定制度上，現在都是機關鑑定，但其實是機關裡面人的鑑定方式，那這樣其實就不要用一個機關的價值，不要這個機關的架構直接找這個人來鑑定，會比較準確。那就講到接下來執行上，我們評估上如果說有一個鑑定人這種制度出來的時候，不要再用機關了，因為機關，有一些醫學中心，說實在的，他不是專人鑑，他是照人，看誰運氣差，今天輪到你，唉，好衰喔接到這個案子，明天輪到他，欸？怎麼那麼快又輪到我。這種方式的時候，他並不是一個專業的分工，他就是一個抽籤輪序，那這樣子的話其實跟我們這種專業，像我們醫院是就我們三個在鑑定，其他人不碰的，也不想碰的。那這時候其實我們的鑑定量會非常多，經驗會相對的，比同期的醫師會高很多，要出庭也當然會比較多，但就是在相當的經驗上真的會比較充足。

所以回到剛剛講，為什麼上一次監察院來的時候，我跟監察委員報告的時候，有提到我們的戰鬥力很低，那我們再前端評估的非常仔細，那麼接下來呢，這個在執行的時候，就我們幾個在執行呀，沒有其他的醫師呀，這個去出庭啊、去開會就是我們幾個。

在同樣的時間裡面一樣都是行醫十幾年，但是我們就是因為專門在碰司法精神學這塊，會相對的專精。所以在這個分流上會比較仔細跟執行上會比較知道怎麼去處理，那當然也是就是還是希望更多的資源，更何況像剛剛李主任講的，我們目前相關行業，其實缺乏相關的人力去投入，以上跟各位分享，謝謝。

張麗卿：

謝謝剛剛我們的郭醫師，做這個與談，那接下來，我們是不是可以請王教授來作與談，謝謝。

王紀軒：

主持人，各位師長，尤其是辛苦的今天早上3位報告老師，還有各位先進，大家午安。因為發言時間有限，我很簡短的，就我今天早上的一些粗淺想法，跟各位師長分享。

首先，還是要非常謝謝三位報告老師，因為其實我個人對於這個議題相對的比較陌生，透過這個計畫的執行，我們有一些學習的機會。綜合今天早上的一個內容，我基本上有兩個粗略的想法。

第一個就是，我們雖然在日前，刑法、刑事訴訟法已經完成相關的修法，但其實，未來要解決的問題應該還是非常的多。關於問題的面向，我個人認為，可以理解、拆分為兩個比較大的部分。

一個大的部分，可能就還是在偵查、審判過程中；另外一個大的區塊，應該就是在判決確定後在執行上。在偵查、審判過程中，比如剛才郭醫師也有提到的，像涉及鑑定留置的問題等等，可能在偵查、審判過程中，還是未來需要再進一步思考的問題。

我就很快速地舉個例子，是可能未來我們要思考的。剛才，執行長也有提到，當時在修法過程中，我們的暫行安置的期間，跟羈押之間的一個對比，還有立法者之間的一個拉扯。其實，我個人也是認為，無論是暫行安置或鑑定留置都一樣，本質上其實就是羈押，或類似於羈押的拘束人身自由的強制處分、干預處分，所以在審判過程中，可能會面臨妥速審判的問題。

畢竟，在速審法的架構下，在押被告應優先集中審理，未來關於受暫行安置的精神障礙觸法者，也應該要優先密集的審理。又或者說，美國法的借鏡，有一些特別的程序或專門的法庭，在目前台灣極其相對有限的司法資源下面，能不能做到這個區塊，可能都是未來在偵查、審判程序的區塊上，需要去思考、解決的問題。

另外一個部分，當然就是在執行面，尤其今天早上聽完的感想就是，似乎英美法非常非常重視社區矯正。關於社區矯正，我相信應該也是台灣在可以預見的未來，要特別關注的。其實，社區矯正非常重要，因為不只是這些病人，我們一般人進入到刑事司法程序之中，未來終究還是要回歸社會，所以這個部分是不是可以期待我們的立法者，要統籌性的思考，針對社區矯正的面向，不管是一般的受刑人，乃至於我們的精神病人都是如此。如此一來，就是茲事非常體大啦！因為相關的人員，乃至於一些資源配套，在當前的制度底下都沒有非常地受到關注。

藉由這個機會，也許是我們未來可以共同思考的問題。因為時間非常有限，我就非常簡短的發言，以上謝謝各位，謝謝。

張麗卿：

謝謝王老師的回應，那最後一位團隊成員韓老師，請。

韓政道：

主持人張老師、還有各位先進跟師長大家好。剛剛張老師說延長 10 分鐘的

時間，那應該不是給我啦，應該是給3位老師，如果待會有一些回應的話，可以在這10分鐘。所以我也一樣，我很快地簡短地提到一些我聽到上午三位老師的報告之後，我的一些小小的感想。

因為其實我本身是學法律的，因為剛好我們這個計畫裡面還有兩位是院長還有主任，還有郭醫師是學醫的。所以這整個議題的主軸，我想還是在制度面的執行上面，我們該怎麼從科學的角度，像剛剛洪老師講到的，科學的角度去把執行的規範定訂得更好，像指引訂得更好。

所以我覺得就一個法的角度來說的，其實我們看的還是一個框架性的問題，就是我們對於這種精神障礙觸法者的定性，他的一個主體、他的身分，我們到底要把他看待為是一個病人，還是把它看待成一個犯罪行為人，我覺得這個一開始的源頭的問題，我們還是要先搞清楚定位。所以我們從美國法也好、或英國法也好，甚至像日本法的角度，像是日本法他們是沒有保安處分的，他們其實是把它放在一個行政體系下去做運作的，所以實際上，我的感覺是他們把他當作一個病人在看待，所以當你把他視為一個病人的時候，像剛剛樓老師也提到，我覺得一個很重要的，其實我之前沒有想過的問題。就是當這種病人他拒絕治療的話，在這個強制治療的一個框架下，這是我們司法體系下的一個框架下，那我們要怎麼去真的給他一個很好的治療？那我們要怎麼樣達到我們的目的？

因為我們的目的就是要預防他出去之後再危害社會，所以像這樣子的一個問題我們還是要去思考，該怎麼樣去保護這個病人的人權，我們可以說他是一個醫療倫理的問題，所以像我覺得這個問題我們可以再去思考。另外一個我可以想到的就是說，在評估上面我覺得也很重要，像我們現在在針對酒駕的修法，也是每次只要遇到重大事件，就會去思考要去動一下，要去增加一下它的刑度，可是我覺得每次都講到一個問題是，10個酒駕的肇事者他真的每一個都是因為喝酒的關係，去撞死或讓這個人受傷嗎？這當中可能會有一、兩件是跟他喝酒是沒有關係的。

我會做這個對比只是說，今天如果我們的立法上，立了這個法之後，我們去做一個無限期的延長，可是我們沒有一個很好的評估的標準或是一個制度，那我們可能某種程度會變成說，是不是以後只要一有精神疾病的一個身分，我會說他有一個疾病被確定了之後，我們是不是就會認為他好像就是要把他放進強制監護的這樣子的一個體系裡面去運作，所以這個部分我覺得評估的部分應該也很重要。

當然還是回過頭來講，這個當然就不是我們的專業，真的還是要仰賴醫界，像吳院長、吳醫師，他們一起來討論，怎麼去訂一個很好的評估標準，然後可以兼顧人權的保障。因為我們這個企劃，真的也是會從所謂精神障礙觸法者的人權的一個角度來思考這個問題。那當然這也是我們執行這個計畫最主要的一個本意。這是我以上的補充，謝謝。

張麗卿：

謝謝韓老師的回應，三位報告人的報告非常精彩，還有一點時間，請問3位報告人，是不是還有可以補充的部分？賴老師請。

賴擁連：

好，謝謝我們的主席，各位與會的學者，研究團隊的成員，還有我們與會的先進。很感謝有這個機會來分享美國紐約州的制度，整個對精障觸法者的一個刑事司法處遇流程之介紹，這當中我非常感佩我們嘉南療養院團隊當中三位醫生，特別是剛剛李主任分享的這些內容，我覺得非常的好。

我這邊有幾個補充，首先我們今天看看國外的制度，像我本身留美，然後對美國的一些制度確實比較熟悉一點，但不是說美國所有的制度都是很好，有一些確實可以參採，我們可以看到他的一個精神，特別是說像剛剛我在報告美國紐約州的內容中，稍有提到的，像他們這種問題解決的法庭，因為法系的不同，他們的法官本身自己就有一些很強烈的行政的裁量。

我舉個例子，我在德州讀書研習德州法庭制度，老師在課堂上分享說，當他們的法官法槌下去之後，這個人馬上就送到州立監獄去了，沒有讓你回家，然後在監獄裡面等判決書，等幾天是否可不可以上訴。換言之，上訴與否你就到監獄裡面等，我的判決書會過去給你，你要上訴就從監獄端來，他法官有這麼大的裁量權，不似我國是當事人在家等。

此外，我們這個大陸法系的國家，如同剛所提林達檢察官一直在推毒品法庭有多困難，司法院根本不理他，即使總統向司法院院長有這樣一個垂詢進度，院長還是不理她喔。我的意思是說法系的不同，所以呢，有關的制度在國內很難推動。但我們看到說紐約州精神衛生法庭制度啊，可不可以轉個彎，重新再思考一下，檢察署有沒有可能執行？地檢署的執行科功能可否強化？

我們都知道地檢署執行科的檢察官，一般都是剛初任的檢察官，年輕的，甚至沾個醬油兩年、三年後，就直接就到其他的科別去了。因為績效制度，還有就是所謂升遷的制度啊，所以執行科的功能經常被漠視，很可惜。

可是，各位看喔，現在刑罰指揮執行的權限，還是在檢察署執行科啊，那執行科的檢察官，是不是應該給他更多的執行刑罰的權力跟武器呢？我們不能再用過去角度看待執行科的檢察官，好像一些比較不適任的、比較差的或者是菜鳥檢察官，就去當執行科的檢察官，反而應該重視執行科檢察官，給他更多的權力與資源，才能落實刑罰之執行，不是嗎？

其次，我很感謝那個李主任，我在報告完畢紐約州的制度後，他說這個制度在台灣的實務上其實可以發揮很大的功效，我必須再跟各位分享一下。我檢視各國受刑人成功復歸社區的方案，看到蘇格蘭制度，他們對於每一位受刑人要出獄前配一個管師，他就是一位穿針引線的人，這個人就是司法社工背

景，他可以將社區的資源整合一起，提供給出獄的受刑人。

就像剛剛李主任講得非常好，你要把這些資源、對口、窗口全部弄好啊，法官來的時候，我只分配、敲鏈子。因為這些個管師已經都做好資料了啊，我來就是敲那個法槌，就這樣子做嘛。

所以同樣的道理，如果我們在檢察署執行科檢察官的地方，也有這樣子的一個法務社工，你要對接誰？對接哪一個醫療機構 對接哪一個監所機構？對接哪一個社福機構？你都可以 organize，當執行科檢察官來時，就這個樣子敲下去，大概任何的治療或處遇方案就是這樣執行了。大家或許會質疑為何檢察官可以有這樣的權力？我們曾經在做毒品研究案的時候，去過新北更保系統訪問主任，他說在社區裡，其實檢察官是非常有 Power 的啊，只要檢察官或檢察長開立一張通知單過來，我們誰敢不從啊？我們都非常怕地檢署啊！

我的意思是說，我們有時候不一定要迷思國外制度，但可以取其精神，我們的檢察官可以有多少的權限？其實可以透過修法嘛！你不要去跟法院搶審判嘛！但執行端本來就是檢察官的工作，所以剛剛我們講的這些精神衛生的治療工作，其實我覺得可以從檢察系統的強化著手。

第二個我們現在很大的問題就是說，醫院、司法精神醫院，是要衛福部成立？還是法務部成立？那當然這個地方，我們在法務部這邊啦，說實在的好像比較難去要求法務部來成立，包含矯正署，他們自己是很恐懼這個區塊。可是我們看到一些美國影片，我舉個例子，比較早一點的片子，最近有在重播的，就是阿諾史瓦辛格所演的魔鬼終結者片子中，他帶一個小朋友，不是要救那個小孩子的媽媽嗎？哪個場域在哪？就是司法精神醫院啊！那它有沒有戒護力？有啊！

所以司法精神醫院為什麼一定是法務部或矯正署成立？這些所謂的醫院系統當中，沒有能力配置戒護警力嗎？從美片就知道還是可以啊配置阿？所以，我的意思是說，我們如果一直僵在「要有戒護權」的法務部才能成立、才能夠去開辦司法精神醫院，我覺得這可能永遠陷在泥沼當中，大家都走不出來嘛！很爭執。衛福部一直稱說從來沒有辦過啊！那法務部來講的話，我只是戒護而已啊，其他的內容我都不懂啊，我的專業能量我都不懂啊，你衛福部比較懂的，你是不是要去開辦？如果大家都是僵在自己的本位主義的話，我想司法精神醫院永遠都辦不出來。

如果大家是為了這群人好，以美國的經驗來講，它不一定要在司法部下面才可以成立，我們可以看到它在州政府就成立精神衛生辦公室，在醫療系統就可以開辦司法精神醫院，在裡面也有戒護警力。

德國部分，就我所知道的，像潘怡宏老師報告的，各邦做法不一樣，但比較多的好像是在法務部門成立司法精神醫院。那還有就是說，我們李主任剛剛講得非常好，確實，我們不要講說內外科醫生，監所裡面連醫生都沒有，現在

監所大概都是委託一般醫院辦理監所醫療工作，比方說像北監的話，他可能會跟這些民間的私人醫療院所來簽契約、來辦理受刑人醫療服務，確實是這個樣子。

我要講的就是說，你看到國外像紐約州這樣子的情況，它把戒護等級，把醫療資源的配置分屬在不同的監獄中。其實我不想期待太多，如果說今天台中監獄培德醫院之模式是大家可以接受的範圍，現在北部地區八德新監獄，今年年底就要落成，可不可以也規畫八德監獄委託一個私立的醫療院所進駐，來監獄內開辦矯正機關的醫療專區呢（類似台中監獄的培德醫院）？南部是不是也可以找一個監獄來規劃一下醫療專區？

我的意思是說，我們如果覺得專責的第一間司法精神病院、醫院沒有辦法成立，比方說像日本的八王子刑務所，我們沒有辦法成立，就退而求其次，在矯正機關當中來成立所謂的司法醫療專區，目前中部已經有了嘛，未來北部、南部找一個資源比較好一點的監獄，各自規劃一個司法醫療專區？我是希望能夠解套啦。

最後我想說，現在司法社工很重要，這已經是共識了，我們希望推動司法社工變成第六種專業社工種類，讓他們取得證照之後，不管是未來是在任何的司法系統，包含了像警察，警察的話就是少輔會，那也需要這些社工。檢察，那當然我提到的，檢察的這個部分更是更重要，那包含監所也是這樣，因為國外成功的案例告訴我們，就是一定要有這些司法社工，來做這樣的一個一站式的串接服務，讓這些個案能夠順利的復歸社會。以上補充報告，謝謝。

張麗卿：

謝謝賴老師精彩的補充報告。樓老師您是不是再給我們一些回應？

樓一琳：

好的，再次感謝有這個機會，可以和各位學者、專家一起學習，那其實我自己還是比較糾結，就是剛剛其實幾位醫生大概都有提到，就是在6個月裡面，從醫療的角度出發，到底他們可以做一些什麼，那其實我想當鑑定人，其實我覺得還蠻好的，那時間跟目的其實就非常非常明確，因為其實美國在探討關於這部分，就是大家其實放比較多都是在關於探究就審能力的問題，就是討論說這到底那個合理的期間要怎麼去找？那如果到法院只傳達一個訊息，不管多或是求，你必須要和你的限定的那個時間，必須要合乎你的目的，所以我一直很執著，就我們現在這個六個月的設定，但是條文裡面也看不太出來，這個暫行安置的這個過程當中，這個精障觸法者他到底要接受什麼樣子的處遇內容，那這個六個月其實就是有可能對他來講也是一個沒有必要的一個 Undue burden，坦白來講必須是這樣。

另外也有剛剛有提到關於實務上怎麼做決定，這件事情，新聞有讀到文獻

裡面，其實對於美國學者而言，法律的視角出發，他認為在決定這類型的聽證會上，其實法官他也不知道要幹嘛，那醫生他只會像剛剛有提到，他可能就是配合法院的 checking list，然後幫你打勾，全部打勾，然後我就告訴你他符合，辯護律師也不知道他現在到底要幫他的當事人主張什麼，然後我們讀到的文獻，現在好像只有紐約州跟紐澤西州有專門在處理關於他的當事人要不要受到這一種 civil commitment 的律師的專業訓練，所以導致於實務上，他們就是三分鐘、十分鐘之內就可以決定這個，這個精障觸法，他有沒有可能會面臨不定期的一個人身拘束，那這個是美國學者一直在思考的問題。

還有剛剛來不及報告的，就是其實學者有建議就是，其實不要可以 clear and convincing evidence，就如果你真的覺得現在要通過刑事司法的角度，然後要來拘束這樣的一個精障觸法者，同時兼顧社會安全，跟我要治療你的話，如果目的性這麼明確的話，根本拉到 beyond reasonable 倒是沒有困難的，對於政府而言是沒有困難的，所以應該要拉高，就是證據的程度啊，那我覺得其實也是另外一個可以思考的方向。

至於剛剛賴老師有提到說，到底由誰來做，實際上如果就我讀到的文獻，德州最大的兩家，而且資源最充分，最有經驗的兩間關於精神障礙的這些治療機構，他其實就放在比較收容短期的那個 jail，就是它放在比較短期的那個 jail 裡面，他實際上認為在這樣的情況之下，只有一個情境，就是如果今天獄所的，或者是我們講看守所的這個，他講說我們實在 hold 不住這個人，他的情況可能真的過於、超過他們可以處理的能力，那可以再向法院聲請 civil commitment，再把它從刑事司法裡面的 jail base 的那個 commitment 把它轉接到一般的、專門的醫療院所，那實際上它也是一種能力的分攤啊。

但是這樣的模式其實也可以，但是其實又有學者提到，實際上，把精障觸法者放在刑事司法體域裡面越拖越久，他身上的烙印就會越深，他還是比較難賦歸於社會，所以他實際上就回到一個像一個迴旋裡面，就我們到底要走哪一個突破口，但實際上我覺得就是都可以試試看，但可能前提還是你先設想，我們目前以符合我們自己臺灣國內，想要對於我們的精障觸法者，想要從哪一個開端開始，就是可能要先有一個比較明確的方向，首先可能還是先想一下那六個月裡面到底我們要對他做什麼，我覺得六個月其實是有一點點的久，謝謝。

張麗卿：

對，的確這是一個很重要的議題。接下來請黃老師。

黃光甫：

好，謝謝。我其實只有一個想法，其實我們都框在那個刑事司法架構裡面，即便真的就是五年出去了好不好，可是我們該考慮的是什麼，因為我們看到這些重大的社會案件，全部都是在外面發生的，實際上，不會在大家所討論

的那個環境裡面有那麼多的事情發生，所以我一直覺得我們應該做好的是在他出去的外面那些後續的追蹤、照顧、如何做支持。

社區裡面當然會遇到的這些的情況之後，我個人的想法，依我們社區的想法，我們其實里長做得很好，他可以在整個社區，他都知道這些人，他可以在做里民服務或者是在做其他，跟大家說明有這些人，讓大家能夠好好的能夠接受這樣的，這樣的行為人，會在這個社區裡面相處，然後相關的醫療之後會幫他爭取，然後讓他定期去做醫療，甚至會有巡迴式的，那這個情況底下，這樣才是，我覺得是最好的。

你一直把他關著要幹嘛，你把他關著要幹嘛，你把他關著，就是一直關著而已啊（台語）。我這樣我的叔叔就不見了，我的大叔叔就不見，我又看不到，啊你把他關著嘛（台語），然後，我覺得就是用自己家裡面人之間的最好的 Interaction，然後把它拉回來，這樣是最好的方式，對，我的想法是這樣，謝謝。

啊，對了，還有一個想法，為什麼英國可以精神處遇，他的人口只有我們的三倍，可是他可以判決到 7000 多人，是不是我們的檢測過於 Severity，可能要判定他真的是比較嚴格，可是可能在，因為我不知道英國他們是在用什麼樣方式檢測上，他可能覺得他好像有類似的，那可能他就適合用精神處遇的方式。所以我們才 200 多個，所以壓力就會存在醫師身上，反正我們 200 多個嘛，一個人多顧二個，這樣就好了啊（台語）。

如果今天我們量標，我不是故意說一定要量很大啦，只是說當他量多的時候，我們當然就會注意到了。對，所以因為我們就 200 多個，當然，85 個醫生，如果我是主事者，一個人才照顧兩三個這樣而已啊（台語）。我的想法是這樣子啦，那人家 7000 多個，可能他可能投注的經費區就會更多，這樣子，謝謝。

張麗卿：

非常謝謝黃老師最後的回應。跟各位先進報告，我們這個研究案最重要的目的，是希望藉由大家集思廣益，找一個最適合臺灣的法制，因為台灣這次修法太過簡單，只是為了回應社會大眾的需求，今天的座談會就是為了討論這個議題，所以謝謝所有與會的老師。

我們真的很希望藉由團隊的努力，借重各位先進的高見，找出一個最適合臺灣精神障礙觸法者監護處分的制度。第一場次英美相關法制，就到這邊結束。跟各位報告一下，吳文正院長已經趕來了，請院長跟我們講幾句話

吳文正：

首先還是謝謝我們張教授來主持，那另外也謝謝剛剛的幾位來與談還有報告，以及我們人員，謝謝大家。不好意思，我剛剛正好在國民法官法那邊的場

地，因為這事前約的，不得不先去那邊，但是，之前看過大家的報告的內容相當精彩，剛剛又聽到了一部分的回應還有補充，其實也感受了良多。但只是說，在這個部分來講的話，我想有幾件事，大概跟大家回應一下。

就是說，其實我們都在討論這個司法刑事的部分，那其實好像覺得我們的精神病人好像在犯罪比較多，事實上，被害的機會反而被忽略。那另外一個是說呢，我們太強調刑事的部分，就像剛剛我們自己的醫師好像會一直再提到的，就是說其實從另外一個角度來看，其實常常問題不在刑事的問題，而是在健保或者像其他的社會上的資源的運用，而造成他們好像難以逃脫犯罪的這個宿命。

所以也許在判斷這個刑事的部分來說，我們還是從社會的一個政策或從醫療的政策來看，也許會比較準確說到底問題在哪裡，否則的話，刑事處遇基本上差不多都是收尾的，就是在最後到這個部分。

剛剛這邊也提到了，這個精神衛生法庭的部分，在美國或者加拿大也有同樣的問題，因為精神衛生法修法之後，從六零年代走向社區，去機構化走向社區之後，社區的資源或者經費的削減，以至於這些精神病人因為流落街頭、資源不足，就犯罪。所以變成他們只是從一個機構換一個機構，就從醫療機構換成刑事司法的機構去了，所以從治療到變懲罰，所以才會有精神衛生法庭，這種類似的，這樣子的狀況才出現。

另外它就開始做修正，又開始走向所謂的非暴力、輕罪的精神病人，再把他轉回，就再轉向處遇，再回到機構，或者再醫療服務的部分，要看它辦得怎樣，我們是不是要再走這樣的一個回頭路，我覺得可能值得我們的警惕，看起來美國及加拿大的，北美的部分，都是這樣的一個情況，所以我們是專注到刑訴，就怕忽略了我們對於精神衛生法，或者其他社會資源的一個提供，還有醫療法也在修，不過他當時精神衛生法修的最大的一個關鍵是說，過去對於說有「治療需要」(need of treatment)的，還有另外一個條件是有「危險性」(dangerous)的一個評估。

結果後來是把有關這種，就是他考慮到以權利為基礎(right-based)的這種架構，在六零年代作為修法的重要的準則，所以就把另外一個就是有關 need of treatment，就是需要治療的這個要件拿掉，完全是以病人的這個 dangerous (危險性)的這樣的一個修法來做處理，所以造成這些病人因為要件比較嚴格，而流落到社區、醫療機構以外，且無法及早治療，我們現在的精神衛生法也類似的情況，所以修法也是採取這樣的標準，恐怕這樣的情況下，恐怕還是會一直持續，這是第一個比較擔心的部分，就是他需要治療但是他不符合危險性的要件的時候，那就很難讓他住到醫療機構，來去做照顧，這比較大的一個問題。

另外一件後面有提到的這些英國的部分，那英國的部分這可以看到，就是說，他特別強調一個概念，不過看起來整篇的部分，好像還是比較偏向醫療方面的處遇，不曉得是不是因為這個數字比較高，是因為他都在走醫療的部分，而不是走刑事處遇的部分。所以我想這個部分恐怕，因為我不是很了解英國系統，所以不知道這個數字是不是可以做比較，因為它 tribunal，有人說它屬於行政法院的性質，有人又說他是一個簡易法庭的概念，所以我就不太清楚他的 tribunal 跟我們的 court（法院）的概念是不是一樣，這是我一直比較有點難懂，不是很清楚的地方。

它的性質到底是刑事的，還是像美國的那種民事強制住院（civil commitment）概念，也許到時候再請教一下。當然另外一個是在英國的部分，我想借重於它的處遇，值得我們參考，大概這幾點回饋，以上，謝謝。

張麗卿：

剛剛吳院長提到的問題，團隊的老師們記得要把這部分，做比較深入的研析。統計數據為什麼差那麼多？它的性質是否相同？應該要怎麼分別？這部分是我們還沒有想到的，可能要稍微去看一下。也要請教賴老師、樓老師以及黃老師，為什麼在統計數上會呈現這麼大的差別？

很抱歉因為時間的關係，我們一定要先結束英美法制相關的討論。大家先休息一下，一點半開始第二個場次德國相關法制。謝謝大家，大家辛苦了！

第二部分：下午場 1——德國相關法制

蕙禎：

第二場次，焦點（二）德國相關法制焦點報告及座談，由衛生福利部嘉南療養院吳文正院長為我們主持，請歡迎吳院長。

吳文正：

謝謝，謝謝大家。這場呢就是延續早上張教授主持的那一場，今天這個時間排在下午，謝謝大家在下午的時間還要忍受這個容易瞌睡的情況下，來參加這個會議，做報告跟參與。當然，我們要特別感謝遠方的葛教授，知道德國這時候才六點鐘，六、七點鐘非常早的時間，就來參加我們這個會議，感謝您，之前還在測試這個時間，所以您起的更早，那在這邊特別感謝您。

我想今天下午的這個安排的場次，主要的目的是，希望延續上午在介紹英美的這個制度之外，能夠再更增加我們對德國制度的一個瞭解。所以呢，接著我們這邊就會有三個報告人，那從葛教授這邊開始，到陳教授、到潘教授，分別介紹這個相關的一個議題，那接著我們會有一位引言人，那我們理事長，她也是臺灣社會心理復健協會的理事長。

我們會有五位與談人，有張教授、李主任、郭醫師，還有就是王教授跟韓教授，這幾位，那當然題目上呢，大家都已經看到，這些題目都非常的精彩，包括一些比例原則，或者精神病患的這些的收容跟矯治，以及這些的暫行安置，在德國跟臺灣的一個比較研究，那這都是非常精彩，而且非常新穎的一個涉及到人權跟制度中間如何去平衡的一個問題。那我想這個部分很精彩。

我們的規則先重複一下，因為主持人的角色就是要控制時間，所以針對這個報告的部分呢，我的部分是 5 分鐘，之後有三位報告人各 20 分鐘，那接著呢，這個我們的引言人有 15 分鐘，與談人呢，後面的綜合討論總共合計是 40 分鐘。如果是按照時間呢，快到的時候就會有前三分鐘的按鈴一響，這個是響一下，鈴嘛，那再過來時間到再兩響，鈴鈴，再超過三分鐘的時候，就是兩響鈴鈴，到時候的時間就交給我控制了。

我相信各位控制時間的經驗相當好，感覺也不太會超過時間，不過我還是提醒大家，在時間上，可能可以控制到剛好結束的時間，當然如果多省下來，那當然就可以多討論一些，我想這個部分來講，我們也可以把這個分配到後面。那在這邊的話，我想我的時間呢，大概就到這邊。

我本身是一個嘉南療養院長的院長，那我們剛好有兩個很優秀的醫師，也就是我們的李俊宏跟郭宇恆醫師，兩位在司法精神醫學的部分呢，做的相當多的實務經驗，那也發表了很多的文章和意見，那在這邊呢，相當有經驗，那我們嘉南療養院也有收置這些的病人做治療，那也做一些保安處分的這些的業務

跟鑑定，那我想，我們是一個專科醫院，主要做這個部分，那更希望說看看德國在這部分有哪些的這類處遇方式，讓我們可以跟大家分享。

好，我們是不是就時間就不耽誤了，就開始囉，就請葛教授來給我們談這個，有關比例原則下的安置與精神病院以及專業的一個限制，這樣的一個題目，那是不是可以請葛教授，可以開始嗎？

葛祥林：

院長、張老師、各為先進大家好，憲法原則下的安置於精神病院與其專業限制，因為我想大概大家對於德國制度不是很熟悉，所以我想先從引言開始，說明一下這些法源的特質，然後依照主題依序說明安置理由、安置程序、安置中的治療、安置期間與期限，先讓大家理解一下原貌，到底德國發生什麼，如果你們了解德國制度是怎麼操作，再去考慮安置的一些憲法原則，其實他不只是比例原則，還有一些其他的，然後最後提一個簡短的結論。

首先，安置於精神病院有一個核心問題，因為重度精神疾病而無從自行地、理性地決定自己的行為，這是第一個，或者第二個危及自己或他人生命或其他重要價值，大部分在這兩個不同的條件之下，我們就會看到出現要不要安置於精神病院的問題。所以在如何維護當事人以及社會或者潛在被害人的利益，就形成這樣一個問題。

為了維護當事人以及其他人的生命，到底要如何安置一個精神疾病者，或者像之前有人提議，具暴力傾向但沒有精神疾病的，可不可以有同樣的制度？把它當作一個準精神疾病者，後來人家說不可以。不過，這裡也要先看人家為什麼說，假如這樣處理，會沖淡原來制度的一個專業的性質，所以排斥這樣一個提議。

如果我們看到法源，那安置的理由有可能發生在完全不同的領域。第一個是在日常生活中，尤其是已經有監護制度在，精神病患本身已經有監護人，有 *Betreuer*，有一個安置於精神病院的一個民法上的緣由。如果是醫療上所需，不管是在哪裡，在療養院也好診所也好在其他地方也好，只要有人發現有醫療上所需，那他有第二個是以公法來安置於精神病院。如果是在刑法，隨著刑法上構成要件該當行為所發生的一個安置，或者保安處分中改安置於精神病院的一個處分都有可能。其實我在這邊劃太滿了，在刑事訴訟法中還有一個暫行安置。

這個領域，很有趣地，這在德國不一定是同一個法的基礎，聯邦授權由各邦自行予以規範，因為健康衛生在德國憲法的機制，他屬於邦的職權，這樣一個密切跟健康有關的一個議題，很多都是由邦來立法。所以例如我自己在下薩克森邦，就要去參考 *Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke*，就是下薩克森邦有關協助與保護精神病患者的法，這個法 97 年通過後，從此以後，我們這個地方就是要這樣來處理。跟平時我們看德國

法不一樣，通常我們只要看全國性的法，這個反而可以看到他有一些地方特色。

如果我們看安置理由，下薩克森邦精神病患保護法 17 條就直接引用警察法第 2 條第 2 項，就是形成對自己或他人的相當的、即時的危險，什麼叫做相當的、及時的危險，就是要由警察法來看。

由醫生提出緊急要求，所以在一般的情況，你就可以看到發生急事，醫生說這件事情是非同小可要處理，所以要求這個人可不可以安置，當醫生要求這個人要安置，那就由市政府或縣政府向法院提出申請。假如今天是一個成年人，那就由監護法庭來做事，假如是未成年人，那就由家事法庭來處理。所以光是這邊，你就可以看到這個制度其實是很細緻的，你還要先搞清楚，你現在面前這個人是否成年。

暫行安置因急迫之情，先暫行安置，後補申請。那就已經可以看到人家說如果可以的話，一定要事先申請，法院核准才可以安置，但是如果有急迫性，可以先安置，然後後補相關許可。

如果是民法上的安置，那我們就看精神病患法第 1 條以及民法 1906 條。民法上，監禁式處遇的條件，第一、自殘或自殺的高風險，第二、為防止身體受重大病害，在違背本人意願或在本人無從表達其意願時，有安置於精神病院的必要。所以我們在這邊已經可以看到他所參與的法益，不只是自殺或他殺，他反而有一些其他的，跟病人有密切相關的理由。

非監護法庭許可，不得安置，但緊急安置除外。所以這邊一樣有一個緊急條款。緊急安置，需第二天獲得監護法庭許可，因為你不知道什麼時候發生的事，所以它並沒有說 24 小時內，怕 24 小時不好操作，所以它說第二天半夜前，許可要下來。

如果刑訴或保安處分的安置，我們可以看到刑訴裡面有「暫行安置」，一個無責任能力或限制責任能力狀態時，行為人有犯罪之虞。一樣我們可以看到，如果我們用刑訴，第一、他有犯罪之前已經發生過的幾個情況，第二、除了過去的犯罪，它有將來犯罪之虞。在這樣的情況，雖然他是在訴訟階段裡面，它不算保安處分，它只是一個暫行處分，但是遇見將由法院的安置命令，所以它可以以社會安全為由，核發安置令。

一般來講，我們可以看到很多的暴力犯，如果它的結果是中傷或殺人，聯邦最高法院幾十年就已經要求說，這樣的一個犯罪類別，有高度嫌疑，這個人是不是有精神疾病的狀況，所以除非經過鑑定，否則任何一個判決就違法。所以任何一個重傷或殺人的案件，沒有做精神進鑑定，這判決本身就不合法，構成當然要上訴的理由。在這樣的情況，或許你們也能理解，法院在很多情況裡面，例行性地會鑑定，只要它例行性鑑定說：這個人除了這樣打人以外，他很可能下次還會再打人，那這樣他就已經有一個充分安置的理由。

如果不是審判前，而是審判後，那我們就以刑法第 63 等等條，就是保安處分，安置理有裡面一樣可以看到，第一，有人過去犯罪是在無責任能力或限制責任能力狀態之下所犯的，以及他後續將重新犯重大罪行之虞，所以一樣有這樣一個過去跟未來的一個不利的評估。他這邊所保護的法益遠超過我們在刑案以外的安置理由。

我們可以看到，純粹因醫學上理由而安置，那他所牽涉到或所要保護的法益，一定是生命法益，如果你們看所有地方政府所發的帖子，誰什麼時候要安置，他每一次都強調說如果有生命危險，但我們這邊在刑法裡面就可以看到，不限生命利益之保護，所以精神虐待、傷害、重大財損都有可能導致安置的範疇。

例如，一個縱火犯，如果他是基於一個精神壓迫症一再縱火，因為是重大財損，而且有可能出現其他的傷害或甚至死亡的風險，所以如果精神醫學的鑑定說這個人很可能下次還會再縱火，那有可能就要把他安置於精神病院。

通常是怎麼樣的步驟？是由醫生確認安置的必要性，應該具有相當經驗，但不需要為精神病學等專科醫師，所以，假如是一位有相關經驗的家庭醫師，他也可以確認這個人應予安置。這是一個很重要的放寬，為什麼很重要的放寬？例如，德國老年人口很多，老年人必然會發生部分老年癡呆或海茲罕默症等等，有一部分這樣的人，他可能在失去意識之前，有一段時間會不認人，因為不認人，會有極度的不安全感，因為極度的不安全感，所以會有形成暴力傾向，這樣的人他最容易出現在家裡，因為認不出自己太太就開始打人。

第一個會叫的人，一定是經常的家庭醫師，經常的家庭醫師如果有經驗，他知道這個人的腦部退化到什麼階段，所以他現在會出現什麼，不需要再另外去撥電話給精神病科的醫師，問可不可以出來，然後在當地去看病患再決定要不要安置。所以，只要求有相當經驗，不需要專科，這在德國是重要的一環。

市政府、縣政府、社會管理局決定安置，社管局代表陪同救護人員將病患送至精神病院。這樣看起來，法院好像還沒出現，有時候基於一個急迫性，市政府、縣政府他要先做一個中立第三人，醫生說了不一定算，但他要求的對象是市政府、縣政府社管局，你們可以想，類似今天消防隊遇到一個火場或疑似火場要破門而入，那是否要請里長、鄰長或什麼人一起到場，這樣有人可以證明他沒有什麼額外的破壞，所以，這邊也一樣，今天這個醫生要求救護車要把精神疾病者送到精神病院去，社管局要有一個代表陪同，那就表示這個人不是醫生所害的，他本來就是有問題。

第三，才是由市政府或縣政府社管局，最晚於隔日向法院申請安置，未核准者，應該立即釋放，六周內必須審查有沒有繼續安置的必要。在這邊可以看到一個期限的說明。這樣一個六週內的審查，部分邦的規定或者部分的邦法有，部分的邦的邦法是沒有這樣一個規定，一般來講，沒有存續的必要，就要

立即釋放。

接著我們可以看到，後續的治療有一部分是消極的，防止自殺或是自殘，積極的，原則上還是要求病患同意治療為要件。但例外，病人拒絕治療，那就可以考慮要不然由監護人，具有決定權，例如他們之間有一個監護協議，那他就可以決定，要不然法院可以核准與安置直接相關的、必要的強制治療。

所以一般如果申請這個人要安置，就會一併申請要進行與安置裡由相關的治療行為，有這樣的核准，到最後才可以有強制治療的一個措施。如果沒有任何人同意，法院也沒有同意，那對不起，你只能安置，不能治療。

期間上，以刑法來說，原則不得超過6年，例外不得超過10年，如果有重大犯罪之虞，經審查得繼續安置，這是一個相對的限制。一般的安置不會那麼長，但刑法的安置，真的就可以很長，而且他可以安置於精神病院，不需要有治療成功的機會，他有可能只是繼續生病。

從憲法的原則來看，第一個法定原則，人身權利的限制，非依法規範，不得為之。他的必要性，保護當事人或他人的生命，大部分當作絕對的門檻，如果是刑法這門檻會放寬。比例原則，必要性，一定是醫生要確認有沒有必要，合適性，一定要經過審查，相當性，一般會透過法益來衡量是否相當。所以當別人或者自己的生命出現問題，他絕對是適當的。在刑法範疇裡面，這樣一個適當性，一個相當的比例，他依法大大的降下來。

法官保留原則，除非法官核准，否則不可以，這是相對保留，所以需要急迫性。剛好結論也差不多了，這個結論跟我剛講的也沒有差異，所以到這裡。謝謝聆聽！

潘怡宏：

主持人吳院長及張老師，還有遠方的葛老師，以及與會的各位先進大家好，我是警大的潘怡宏。

我們今天就延續剛剛葛老師跟我們所介紹的在德國那個安置制度裡面的一個刑事訴訟的一些相關安置的一些問題。那我今天主題，就針對這部分做報告，就是作台灣跟德國刑事訴訟法上面，暫時安置制度的一個比較研究。

關於暫時安置制度，他的基本觀念就很簡單。他是說，在法院，那麼你判決，諭知這個行為人呢，要交付或者是送交精神病院來實施治療處分，或者台灣把所謂的監護處分之前呢，認為有施以緊急照顧醫療必要的這些呢精神障礙的一個病患。那麼同時經過評價認為說，他有障礙或減輕，而且有危害社會安全之餘情況之下，及早把他送入到所謂的精神醫療的治療機構，那麼可以相當程度的治療。

它的目的有三個層次。第一個，是為了要給那些有精神障礙的這些被告或者犯罪嫌疑人適當的一個治療處分，來保障他的生命跟健康。第二個再把這些

具有再犯危險性以及危害公共安全之虞的這些精神障礙的病患的話，那麼加以隔離來保障所謂社會安全。第三個目的是為了要維護或者保全日後呢監護處分或者送入所謂精神病院處分執行的一個可能性，是他三個目的。

關於所謂暫時安置處分的話，有幾個概念必須要先做區隔就是說，跟我們在刑事訴訟法上面的羈押制度，特別是保全羈押以及預防性的羈押，還有呢在刑法上面的所謂的送入精神病院處分，或者所謂監護處分的一個區別的問題。

首先第一個，那麼在刑事訴訟法上面的話，這兩個制度，就是說暫時安置跟所謂的羈押制度，都是一種刑事訴訟上面，對於人身自由會造成所謂拘束的強制處分，或者基本權干預的一個措施。那麼它的差別不一樣的地方是在說，這所謂羈押的制度化是為了保全日後自由刑的執行，而所謂暫時安置制度化，那是為了保全之後呢這個監護處分的執行。那第三個的話，暫時安置跟所謂送入精神病院這個處分他的差異，一個是暫時安置是屬於刑事訴訟程序當中的強制處分，而監護處分或者送精神病院處分的話，它是判決確定之後的刑事制裁的措施，因此他們的執行的階段是不一樣的，法源依據也是不同的。

第二個部分的話是關於暫時安置跟所謂預防性的羈押，那麼他們有相同的一個目的都是在預防所謂的犯罪，那麼保衛所謂的社會安全。那麼差別在於說先暫時安置的話，那麼他對象已經是具有所謂的精神障礙的這些犯罪嫌疑人或者是被告，那麼預防性羈押不用。好，那這邊呢是我們所建構的，我們這些剛剛所提到的，這些制度化在我們整體的刑事執行法的體系裡面的不同。

簡單的做一個區別，因為這邊是會涉及到說，我們在制度設計上，要不要設計所謂的羈押跟隨暫時安置制度的一個轉換，或者當兩個產生所謂競合的時候，到底是誰應該優先來執行的問題。那麼從這個圖像我們可以很清楚的看到那麼羈押處分跟所謂暫時安置處分的話，那麼他有很大的不同。那麼共同點都是在所謂程序階段當中所進行的強制的措施，那麼都具有所謂人身自由、基本權干預的性質存在。那同時他目的是不一樣的。

來看到，這邊的話就把剛剛的說法做一個簡單的一個圖表跟圖像方式來一個呈現的方式。那在這裡呢，同時也呼應到，我們刑事制裁雙軌制措施問題。比如說我們在制裁後，所謂自由刑跟所謂的監護處分。那麼，相對應的話，在程序當中的話就有所謂羈押處分跟所謂的暫時處分的制度。那關於這邊的一個區別，略過。

我們接著要談到的是，這邊在我報告裡，比較算著重來說，我們把這個暫時安置這樣措施的話，那麼找到他是試圖找到他的理論上面的基礎。那按照我個人的認知，個人的研究，認為說，這個所謂暫時安置制度，那麼首先第一個要跟我們的刑事的刑罰的目的理論，或者刑事制裁的目的理論，產生一個連結。第二個呢，他可以溯源到所謂的社會防衛理論，還有第三個他可以貫徹所謂的國家保護義務的理論想法。

第一個為什麼說，他要跟我們刑事制裁的目的理論來產生連結，理由很簡單，因為我們整個刑事訴訟，他的目的就要實現國家對於犯罪行為人的制裁權力。所以，如果犯罪行為的話，那麼在自主意識之下，那麼為從事所謂犯罪行為，那麼他遭受所謂刑罰，那時候所謂刑罰的制裁，那麼為了保全刑罰制裁，比如說所謂羈押的問題。

他如果說從事犯罪行為，但是他可能非出於所謂自主性的，那比如說，是因為所謂精神上障礙問題的話，這就會有所謂保安處分的一個問題。那這邊所涉及的是說，我們今天這個暫時安置措施如何跟所謂刑事制裁措施產生一個連結。

我們刑事制裁的話，一般我們認知他在傳統上面有兩大的思想，就是應報跟所謂預防，那麼衍生出所謂絕對理論跟雖然相對還有所謂綜合理論的想法。那第一個，如果從所謂的刑罰的目的理論，比如說絕對的角度去出發的話，那麼一定沒有辦法得出所謂的今天是保安處分制度的容許性，以及暫時安置制度容許性問題。所以暫時安置制度的話，最多只能跟我們經刑罰目的理論的所謂的預防理論，特別是特別預防理論產生一個連結。

第二個理論或者所謂社會防衛論，社會防衛論認為說，今天國家的目的在防衛社會安全，維持一個和平的法秩序，讓人民可以在安全的法秩序之下來安居樂業，發展自我，那麼實現個人的人格。

第三個理論是所謂國家的保護理論，那麼說今天國家對於國民有一個保護義務，要讓人民呢能過著像至少具有人性尊嚴的生活，所以當人民呢，在你有患病的情況之下需要治療，有需要照顧的情形之下，必須適時的伸出呢一個援手的問題。因此我們看這暫時安置制度的話，那麼他可以把這個目的的話建構在這三個理論之上，這是會取得日後我們在作合憲性審查、正當性基礎的一個重要的依據。

那麼這一點延續剛剛葛老師所提到的，暫時安置制度在憲法上面的一個原則的一個要求問題，這一把定位是說暫時安置處分這制度的話，他立法上的原則。首先第一個他必須要遵守是說他必須遵守所謂憲法上的優位原則，理由很簡單，所有國家權力行使都不能夠牴觸憲法的規範，好那麼第二個原則就是法治國原則，第三個是所謂的社會國原則，而在法治國原則之下的話，那麼大概會是所謂今天法律保留啊明確性原則，那麼剛目的正當性原則跟比例原則等等。

特別重要是，即使在所謂暫時安置制度，也必須要遵守無罪推定的原則，因為這種處分的話，那麼在刑事程序，他只是個被告，他還是沒有被定罪的，所以在整個程序過程當中，必須要遵守這個呢刑事訴訟的帝王法則。好那其他請參閱齣。

再介紹一下延續剛剛葛老師所談到的，德國法制上面呢，暫時安置制度，

那麼我有提供這些書面上的報告的一些補充的資料，請各位詳細參閱，時間問題我沒辦法全部來介紹，只能一些重點而已。

首先呢，在德國的刑事訴訟法上面，暫時安置制度的法律是在 126a 條的規定，那麼他第一項規定就很簡單說，有重大的理由可以認為某人是在無責任能力或者減輕責任狀態之下來實施違法的行為，且將被命安置於所謂精神病院，或者現在進個機構，那麼若為了維護所謂社會安全之必要，法院得以安置令將其暫時安置在其中一個機構裡面去，那從這樣的一個規定就很清楚看到說，那麼在德國刑事訴訟法上面的話所謂暫時安置處分的話，他必須具有所謂三大要件，第二件就必須要有個重大的理由，而這所謂重大理由就有高度的可能性可以認為，行為人在行為時是處於無責任能力，或者是限制責任能力的狀態之下。

不過，這時候呢並不需要做一個進一步的確定，只要有高度可能性處於這樣的狀態就可以了。那麼第二個要件的話，他必須要能夠預期到說法院將來會做一個判決來諭知將被告送入所謂精神病院這樣的一個處分，同時具有防衛社會的必要性時候才可以像這樣的一個暫時安置令。

這是研究單位所要求說，希望說能提供所謂德國上面的一個相關的治療部分的話，那麼我找到是最新的資料是說，在二零二一年的話，就是德國的聯邦眾議院的話，他所提供的一個資料部分的話，那麼在現今德國統計從二零一四年到二零一七年的話，大概每一年平均大概有一千個，那麼會受到這樣的一個暫時安置處分而以，老實說好像不大多，為什麼不大多呢？因為我們等一下開始介紹一下，因為在德國所謂暫時安置的制度化，他其實有相當嚴格的一個要求。

我們在台灣的法治上面的話，這個原本我的題目訂的是說對我們司法院草案的一個來研究，那後來就儘管聽到說，好像是欸這個呢，我們台灣法律好像在過年前就呼嚕唏哩呼嚕就過了，那所以趕快來這做一個補充的一個討論。

原本司法院的這個草案的話，我認為說他有幾個問題可能是違反所謂體系的正義，因為呢，在早期的法律叫做什麼，緊急的所謂監護的制度問題，那你把叫緊急監護制度會跟所謂的今天是你判決後才可以執行的這個刑法上監護制度產生一個混淆，同時有違所謂無罪推定的原則。

因為所謂監護的話，是屬於刑事制裁，刑事制裁一定要是判決之後才可以執行，在判決之後，沒有所謂的監視監護的問題，那所以還好你今天是這個新的刑法的話，那麼把他更名叫所謂暫時安置的制度，那麼認真觀察一下他裡面的內容，看一下這是台灣法的一百二十一條之一的第一項規定他說，經法官經過訊問之後，認為犯罪嫌疑重大，且有事實足認他有足認為刑法第十九第一項第二項之原因可能存在，那麼而有危害公共安全之虞，且有緊急必要的時候，那麼可以在偵查中可以由檢察官來聲請，在審判中可以由檢察官聲請或依照職

權，那麼裁定諭知六個月期間，令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構，或者這比較有問題是說，其他的適當處所，來施以所謂暫時安置的制度。

比較一下台德的法治的差別，有關於所謂的在監護的發動條件上面，那文字的敘述方式，請各位自行參照報告，只簡單做一下說明，那麼這關於發動條件部分的話，同樣第一個都是要認為說，要被告犯罪嫌疑重大這裡沒問題。第二個同樣要依照客觀事實足認被告他在行為時處於精神障礙，或者是精神障礙同時已經到達的時候無責任能力，或者是那麼限制責任能力的可能性之下。同時他有再犯之虞而且危害公共安全之虞，同時有治療必要性，那麼才可以作為發動條件問題。

問題是，那麼這個基本的一個犯罪推理是不一樣的，在德國法上面的話，如果要法院如果要為一個暫時安置處分宣告的時候，那麼有幾個要求，首先基於考慮，因為按照剛剛德國法的說明方式的話，他必須要能夠預期法院將來會為送入精神醫院的處分的判決，那麼在德國，依照德國刑法第六十三條的規定的話，要諭知或者是宣告送入精神病院處分的話，那麼有的基本的條件限制，什麼條件限制呢？行為人所實施的基本的犯罪行為以及預期他將來可能會再犯的犯罪行為，必須是一個重大的違法的行為。換句話說，如果是他只是為輕微的犯罪，或者預期他可能再犯也不過是輕微犯罪情況之下，是不可以對他為送入精神病院處分的宣告的問題。

第二個部分，這裡的所謂重大的理由認為說，他是處於無責任狀態之下，為了減輕責任狀態之下實施所謂犯罪的话，那麼這裏所謂重大的理由的話，他是要求要必須按照客觀的事實，至少要有什麼是醫生評鑑的，一個這個認知的話，那麼他有高度的可能性，那麼在這個狀態之下，從事所謂犯罪行為。可是我們看到台灣法制的話，並他只要求說，你這個呢，你有處於刑法第十九條第一項第二項的原因的可能存在就好，所以呢他的程度要求是比較低的，這是一定要跟、這是一個很大的差別。

我們台灣有沒有像德國法一樣，一個很明確的規定，各位看一下，在德國法他就，我用在第一行最後有畫紅字起來，那必須要能夠預期法院將來呢，在程序終結的時候，會諭知將被告安置在精神病院的處分的時候，才可以為暫時安置命令的一個宣告問題，那麼我們台灣並沒有這樣的規範，這邊可能也是將來會出現疑問的部分。不過，如果在實務上如果透過所謂比例原則的思考，那麼加以限制的話，其實上是可以的。

第二個問題的話是有關於決定權限部分的話，這邊台灣法跟德國法差不多，法院可以依據聲請，也可以自行依照職權來行使，那至於所謂安置處分的執行的期間的部分的話，那麼在德國法那麼他是不區別什麼是審判中或者偵查當中，一律就是以六個月為限度，這是基本原則，如果要超過六個月的話，那麼他就必須接受更嚴格，那麼幹密度更高的一個檢的審查才可以。可是台灣的話，那麼那一樣是以六個月為原則，但如果要延長也是可以的，而且延長是一

次是延長是六個月，但在德國的話延長一次只能延長三個月而已，這還是不同。

關於暫時安置執行的一個處所部分，在德國他就很嚴格要求一定要在什麼？具有所謂保全能力，能夠說確保被告人身自由地方來執行，同時呢，這樣的一個機構必須具有什麼？精神醫療的照顧的能力才可以。但台灣話比較特別是說，因為我們對於他的執行部分的話，部分是準用到我們保安處分執行法，而在保安處分執行法裡面，關於所謂監護處分執行，並不全然都是具有所謂人身自由的拘束性，所以可能差別。

第六個部分的話，關於暫時安置處分跟所謂羈押羈押處分的轉換的問題，那麼在德國法上面的話，那麼是容許暫時安置處分以羈押的處分的話，那麼來做轉換了。換句話說，只要那麼監獄檢察官者一開始聲請的情況之下的話，那麼先以暫時安置處分聲請法院所謂宣告暫時安置處分來提出所謂聲請，那麼備位的話那麼認為說如果不滿足情況之下，那麼如果滿足所謂的羈押處分那些宣告要件的話，那麼就請法官做出所謂監護羈押的宣告。

反過來的，如果法官也可以聲檢察官可以先向法院提出所謂羈押處分的聲請，那麼備位的聲明就是說呢，如果在滿足什麼？如果滿足所謂今天是暫時安置處分情況之下，那麼法院可以為所謂暫時安置處分的一個宣告的問題，所以這邊是第五個部分的話，可能在實務上會比較具有所謂的實用的價值存在。

第六個部分的話是關於暫時安置處分以及羈押處分的競合，也就是說，當一個具體個案如果同時滿足了申請暫時安置處分的要件，以及同時滿足所謂聲請羈押處分，不論是保全性羈押或者是預防性羈押的一個要件情況之下，法院都一律可以裁准。那麼他裁准就出現什麼？這些羈押處分跟所謂暫時安置處分競合，那這時候以誰為優先執行？那麼這邊按照德國的實務以及德國的通說都認為，這時候應該優先執行所謂的是優先執行所謂的暫時安置處分，讓被告能夠及早的獲得妥善的精神的一個照護或者是治療的措施。那如果他的精神就是按暫時安置的原因如果效減，但還仍然還滿足所謂羈押處分的要件之後，這時候還可以繼續執行所謂羈押。這時候就可以導致就會有所謂的無縫接軌問題，不會造成一些所謂社會安全網上面的漏洞的部分。

最後的建議部分的話，我們這次修法其實已經算是至少說有我們對盤口上面的法制上漏洞有做相當程度的填補，那我個人覺得還是有幾個部分，因為我們的修法的話，其實還是對於暫時安置處分的裁定也是蠻寬的。那更建議將如果在修法的可能性怎麼樣再進一步的限縮所謂的諭知所謂暫時安置處分的發動條件，至少那麼他們基本犯罪以及將來再犯或你就可能再犯的犯罪，一定要限於至少是重大的不法性，否則可能會癱瘓我們的精神治療的體系，因為你要儘量限縮，同時，你才會符合比例原則要求。

第二個建議說，我們要有讓檢察官能夠有申請所謂先位備位的一個程序，

讓你這程序處分有轉換的可能性。那麼第三個部分的話，那建議說你要加入一個時間，就是增加所謂精神鑑定的時間問題，否則這個你可以讓我們精神科醫師會無法承受這以後可能預設的預見的案件量問題，那麼最後暫時安置制度比較好，或者將來所謂的監護處分施行之後都好的話，那麼如果這兩個制度要能夠做的好部分的話，我覺得一個最合憲但是沒有來不及把它給論述搶先處分的，要善待精神、醫療照顧的人員，如果沒有給了精神醫療照顧的機構充足的人力跟物力資源的話，那麼我們制度怎麼定都沒有辦法達到所謂的這些防護社會安全網的一個效果。

以上是我簡單的報告，那麼詳細的內容的話，如果各位先進有興趣的話，可以參考進一步的書面的一個資料。謝謝。

陳俊榕：

主持人吳院長，在座的各位老師、各位先進大家好，我是海洋大學的陳俊榕。

今天要來跟各位師長報告的，是關於這個德國對於這個精神病患的這個收容跟矯治，也就是所謂的安置，只是我用收容這樣的一個用語。那因為這個德國他關於這個精神病犯人一些相關的處分的執行這些規範，不管是在這個收容的機構，或者是在矯治的內容上面，都不是規定在我們一般所熟知的這個刑法裡面，而是規定在這個他們聯邦所制定的。這個所謂監獄行刑法一百三十六條以下，還有各邦他們自行規定的法律之中，所以以下要來跟大家介紹這些規範內容，當然就是以這些的規定來做一個主要內容。

首先是關於這個收容機構的這個組織的一個部分，那依照這個德國刑法六十三條的規定，雖然這個精神病患他必須要收容到這個精神病院之內，但是在具體的執行方式上面還是必須要依照監獄行刑法所規定的方向跟內容來實施。那根據這個監獄行刑法一百三十六條的規定他說，對於收容於精神病院之人的矯治需根據醫療的觀點，應盡可能治療或改善其狀況，使其不再具有危險性，其應獲得必要的監督、照護與護理。

另外在他們這個執行的這個處所方面，因為這個監獄行刑法第一百三十九條他規定說，自由刑跟保安監禁必須要在邦的這個司法、行政機關的機構內來執行。也就是在監獄內來執行。所以透過一個反面解釋的一個結果就是說，涉及到剝奪自由的這一些其他處分，就可以在這個所謂的司法行政機關以外的這個機構內來執行。換句話說，他不是由監獄來執行精神病犯這個收容，而是由一般的照護機構來執行。那這裡所謂的這個一般的照護機構，基本上他所指的是所謂的精神病院。

只不過說，不管是在我們的這個德國刑法六十三條，或者是在他們的這個監獄行刑法一百三十六條，這裡所說的精神病院的概念都跟一般這個規範一般醫療院所的這些醫療法規裡面的這些醫院的概念是不一樣的，也就是說，因為

他們這個精神病學處分他所指的這個精神病院，在他們的歷史上是從精神的這個療養院的概念發展出來的，所以條文所說的精神病院其實他所指的是整個精神病照顧的系統，而不是一般醫療法規裡面所謂的醫院這樣一個概念。

另外因為他們的這個監獄行刑法一百三十八條的這個第一項他有規定，他說除了聯邦法律另有規定外，於精神病院或戒治所收容，是根據各邦法律什麼什麼的。那所以關於這個精神病院組織的安排，基本上他就是屬於各邦他自己的一個事務。那也就必須要由各邦自己來決定要怎麼樣來規定以及執行。那就德國目前的一個情況來說，他們的這個精神病犯的收容機構或者是處所，基本上包含了三種不同的形態。

第一個是一個獨立的法醫精神病學的專科醫院；第二個是一般精神病院內的一個法醫精神病學專科的部門；第三個則是精神病院內的一般精神病學部門附設的法醫精神病學科。那依照他們當初的這個草擬這些相關制度的一個委員會的意見，一開始他們是認為說，在精神病院裡面如果來執行這樣一個處分，會對這個精神病患他的一個社會名譽造成一些不好的影響。而且精神病院這樣的一個類似監獄一樣的一個所謂的固定的處所，也會跟這個所謂的基於自由還有人道原則，而應該採取盡量開放的這種治療的體系的任務是不相符的。

只不過這個委員會最後他們還是決定說，這個精神病犯呢，主要還是應該要由專科的醫師來加以治療，所以原則上還是應該在負責精神病照顧的一般權責單位來執行這個處分是比較適當的。

第二個要來跟大家談的是，所謂的承擔的人、承擔者的這個部分，那這個部分主要談的是說，這個理論上把這個精神病犯收容到精神病院的這樣一個精神病的處分，他是屬於一種很嚴重的干預行政，所以基本上你就只能保留給國家，或者是在法律保留之下的一些其他的公法的實體來行使，那也因此呢，原則上，國家他就有義務利用他自己的資源來完成自己的這個任務，那而且也不可以把這個處分的執行完全交給私人機構來實施。換句話說，國家他在法律上，他毫無疑問的，必須要承擔這個處分執行的義務。

不過在這個德國實務上就有一個疑問是說，那雖然國家他在法律上是處分執行的一個承擔者，但是在個別處分的實際執行上，我們可不可以讓私人來做。也就是說只能交給公法上的機構來實施這個相關法律的這些精神病學的部分，還是說其實我們也可以交給其他的比如說營利或是非營利性質的醫院來做。

如果根據監獄行刑法第一百五十五條第一項規定的話，那他說，這個監獄執行的監獄任務，是由監獄官員來執行。基於特殊理由也可以把這個任務委由監獄其他職員、兼任人員或合約義務人，所以從反面解釋來說，因為精神病學的處分他的執行，屬於一個監獄外的一個執行，所以基本上就不會適用我們的這個第一百五十五條第一項規定。

在這樣的一個情況之下，一個可以想像的情況就是說，在持續的所謂的國家總體責任之下，那國家他就把他處分的實施，透過一個行政委託的一個方式，來部分委託給私人，那受託作為這個管理者的企業主他也就必須要能夠把他依法的這個委託，能夠追溯的回到他的一個合法國家組織裡面。

就這一點來說，其實這個目前已經有一些邦，好比如說像布萊梅，或者是這個梅克倫堡邦，這個在東北一個邦他們已經有透過立法來這麼做了。對他們來說，基本上只要能夠有助於精神病犯的康復，而且只要這個處分的執行是由公法機構本身來承擔最後的一個法律上責任的話，那其實也不需要禁止在機構之外進行個別的處分或者是措施的這樣一個執行。

在人員跟裝備的這個配置的部分，其實對於精神病犯的矯治來說，機構內的有沒有具備充足的人力跟物力的這個條件，毫無疑問，他對於矯治這個目的的達成，他是扮演一個很關鍵很重要的角色。可是在德國現在各個邦裡面只有少部分的聯邦有對這些條件來加以規定，而且就算有規定，其實通常也都是屬於一般性的一個規定，那這些規定也欠缺足夠明確的一些法律上的一個要求。

對於在人員的部分，其實大家都知道，這個精神病學的這個處分能不能成功的關鍵就在於這個相關執行人員，他的一個素質跟一個數量的一個問題。那一般來說，這個執行機構裡面的這個專業人員跟其他專業團體的這些人員，通常就包含了一些這個比如說第一個精神科的專科醫師、第二個心理醫師、第三個護理人員、第四個教育人員、工作以及活動治療人員、第五個社會工作人員等等。那也因為這個處分，他有很多方面的這樣一個任務的性質。所以對於這些人來說，他們彼此之間的合作是很重要的。那更重要的是，他必須應該要有能夠持續的進修。

在這邊可能稍微跟大家談一下，在這裡面的所謂的護理人員他的一個角色。那在精神病院裡面的這個護理人員，其實就跟我們在一般的醫院裡面的護理人員一樣，那他們不僅僅是人數上是最多的一個專業團體，而且他所提供的這個護理的工作其實也占據了最核心的這樣一個的地位，因為如果去跟其他在精神病院裡面工作人員相比較的話，這些護理人員他們幾乎每天都必須要跟這些精神病犯保持聯繫，而且可以說他們就是跟精神病犯相處最多時間的人。

從另外一方面來說，也因為他們在這邊的接觸時間是最多的，而且他們的其實升遷的機會還有工作變動的可能性都很低，所以他們其實也有慢慢的變成這裡所謂的機構內的這個永久居民的這樣的一個風險存在。那大概從兩千年開始，從美國跟荷蘭所引進的一個所謂的降級訓練在德國的精神病學領域的運用上面是越來越流行的。

德國精神病學跟心理的這個治療協會他們所發布的一些相關的指引裡面也有對於這些跟精神病人這個接觸的這些人員，他們強烈建議說他們應該要去進行這一類的在職的訓練。但是在二零一二年，對於這個精神病院的這些調查裡

面，那在裡面有百分之九十七已經回覆，這個醫院主管有說他們醫院有進行相關的一個訓練，那其中百分之七十五他們是有計劃的接受這樣的訓練；另外有一半的這個受訪者是表示說，他所在的醫院裡面的是有五十人以上以上的專業人員每年至少都會接受這樣的訓練一次，只不過去受訓的人通常都是護士而不包含所謂的醫生，因為對於德國的這些醫生來說他們不感興趣，而且在事實上你很難去確保說，這些醫生是不是真的都有去接受這樣一個訓練。

所以如果今天這個精神病院裡面的護理人員他沒有接受個別或者是特定任務的一些額外的要求或者訓練的時候，那在傳統上，這些護理人員他們在醫院裡面的一個工作，主要的工作就包含所謂的監督啦看管還有一些行政的一些雜務，那其中，以護理人員對於精神病人所具有這種純粹的監管功能是最重要的。

比較值得注意的是說，近年來，他們德國的這些護理人員的定位也轉向為同時具有所謂的監管者跟照顧者的這樣一個雙重的角色，那也因此他們的工作內容已經逐漸擴及到實施法醫學範圍內的一些措施的內容，尤其是所謂的環境治療以及社會治療這些內容。

在這樣的一個工作背景之下，雖然這些護理人員他的專業資格跟能力顯然是非常重要的，而且也應該要有法律來明確規定說，國家你有提供持續性的一個在職訓練的機會。可是在目前德國各邦的一些規定裡面，只有少部分的邦有對於這部分有一個明文的規定。

第二個關於所謂裝備的一個配置那對於這個精神病院的空間、結構、跟技術設備等等的這些規劃跟配置，那當然你除了必須要適合於矯治以及照顧的考量這樣的區隔之外，你還必須要考慮到底你能夠有助於治療及教育成效的要求。換句話說，對於這些配置的考量你都必須要超出超越所謂的單純的一個監禁的這樣一個概念，而應該是以追求精神病人他將來復歸社會為目標，然後把整個照護建立在所謂的近似原則的這樣一個基礎之上。

目前德國各邦的規定裡面，比如說，以這個北萊茵邦，他在他的保安處分的施行法裡面他有做一些相應的一些規定，比如說，他提到說這個機構的配置應該要能夠確保能為病人提供這個適當的治療，供治療、睡眠和休息、活動治療和職業治療的處所，以及教育措施和其他適當的活動，公共空間、會客室必要的一個適當設計，而且再來第二項裡面也談到說，你這個房間必須要有益於健康的生活方式，而且配備足夠的這個暖氣，還有通風、地板空間以及窗戶等等。另外在他們的施行細則裡面也更明確的要求說，你這個機構必須至少提供彼此分開的公共、探視、治療和睡覺的這個房間，然後你的臥室應該要配備完整的浴室，或者你至少要有洗手槽，而且無論如何，你都必須要為它配置所謂的廁所還有淋浴間。所以總的來說，空間的設備還有這些設施的配置，就是你要盡可能的舒服啦。

接下來要來跟大家談一些這個關於所謂矯治的一個概念的一個問題，那在這個探討這個精神病患的矯治概念之前，我可能想先跟大家稍微介紹一下文獻上對於矯治的一個類型的一個說明，那在類型裡面第一個是所謂的醫療跟法律上的一個矯治的概念，那對於所謂的醫療上的矯治，他在概念上涵蓋了所有可能對於疾病的原因，或者是症狀產生影響的醫學跟心理學上的一些醫療措施，而這些醫療措施的目標是希望透過能夠這個比如說痛苦的這個緩解、改善，或者是治癒來實現病人的這樣一個福祉。

第二個是法律上的一個矯治的概念，具體來說，這個法律上所理解的矯治方式會比醫療上的這樣的一個措施要來得多很多，而且法律上所定義的矯治對象也不一定是疾病，那法律上矯治的這個目標呢？基本上，他就是要讓這個受處分人再社會化，或者是說，可以來消除他再犯、再度犯罪，或者是擾亂社會秩序的這樣一個危險性。

所以如果今天這個收容於精神病院的這個精神病患，他能夠學會控制他自己的行為，那就可以說，精神病院的矯治已經成功了。那在這種情況之下，可能這個受收容人他從醫療的角度來說，他可能還有精神疾病，而且他可能還因為他的症狀而受到很大的痛苦，可是這個時候因為他已經學會他自己控制他自己的行為，所以法院在這種情況之下，還是可以依照刑法的相關規定來釋放他，那這個是法律上矯治的一個概念。

第二個是所謂的狹義跟廣義的矯治概念，那狹義的矯治指得就是對於精神病患他的一個原因疾病的一個治療。廣義的矯治則是指說，在這個矯治的過程裡面，這個受收容人跟相關的照顧人員之間的一個整體的互動跟交流。那對於這個精神病患，他接受矯治的權利跟義務來說，他的基礎其實就是在所謂的社會國原則，還有所謂的公法上的特別犧牲等等這一方面。

我們剛剛矯治概念在類型上面的說明，其實也可以很清楚的知道說，因為德國他對於這個精神病患所做的一些相關精神病學處分，他是保安處分的一環，所以他會受到刑法和監獄行刑法等等這些還有各邦法律的一個規範，所以對於受收容人所做的矯治，顯然這是一個法律上的矯治，至於所謂的醫療上的矯治他只能說他是為了要實現法律上矯治的概念的目的，來對他的原因、原因疾病來做的一個治療的一個措施。

所以對於德國現行法的一個規定的理解來說，他們的監獄行刑法一百三十六條，像剛剛有提到他說，對於受刑人收容人的矯治須依照醫療的觀點，所以依照這個條文內容你很容易會以為說，他其實要談的是所謂的矯治在醫療上的矯治概念，但事實上好像是不對的。那監獄行刑法把他的這個一百三十六條，其實只是涉及到原因疾病的治療，而不涉及到跟收容原因無關的其他疾病，那如果今天是其他的疾病呢？那其實就跟我們一般人去醫院看病一樣，就是我們自己想去那這個時候才會建立所謂醫療關係，還有所謂接受醫療這樣一個情形。

至於在這個監獄行刑法一百三十六條這裡所說的醫療觀點，其實不只是包含所謂的一般醫學跟精神醫學觀點，也包含了整個心理學裡面發展作為治療精神障礙的一些治療方法的一些觀點。那這些方法呢，這個比如說，這裡提到的這個精神藥物治療、心理治療、行為治療、職能治療、環境治療還有社會治療以及康復治療或特殊這樣的治療，那這些內容不再多提。

接下來要來跟大家介紹的是，所謂的轉銜機制的一個問題，為了讓他們的這個矯治跟治療還有融合，還有復歸於社會的可能性能夠一併的提高，所以德國各邦他們在他的制定的這些保安處分執行法裡面就有規定說，對於這個精神病院，他在收容這樣的一個精神病人的一定時間之內，通常是六週或八周，你必須要去製作一份針對每一個受刑人，受收容人的個別的一個矯治及融合的計畫，那雖然各邦對於這個計畫的要求內容跟條件有一些差異，但是通常受收容人他在接受矯治的過程裡面，他也是能夠來參與這個計畫的制定，而且機構還必須有時候有人規定是必須的，阿有時候有的是規定可以應該讓這個受收容人親屬或者關係密切的人一起來討論相關的一個治療的方案。

而且重點是，你在矯治的這樣的一個期間裡面，你必須要針對這樣的計畫不斷的定期或不定期的去檢查還有去調整來確保這個矯治的目的可以實現。那所以對於不管在精神病患入院的時候初次檢查，或者是你在實施矯治期間，或是調整計畫的時候，如果你有發現這個時候收容人可以在其他機構裡面，或者是透過其他的保安處分的方式可以得到更好的矯治的時候，那除了可以根據各邦的法律或者是刑法的規定，把這些受收容人移到其他不同的機構來處分之外，其實也可以考慮在執行一段期間之後，依照刑法的規定，由法院來裁定這個暫緩他的執行部分，然後交付考核停止處分的執行，同時，依照刑法 67d 條第二項第三句的規定來實施，所謂的保護管束。

然後在實施保護管束的期間，依照刑法的規定，法院可以在全部或部分的期間裡面來核定來指示說，要求這個受判決人接受精神病學、心理學或社會治療性的照顧跟治療，這個就是條文所說的治療的指示。那對於這個受收容人來說，不管你是在機構裡面已經治療成功，還是說你已經完成這個計畫的時間規劃，或者是你是基於法律的規定，你必須要釋放出獄，那你接下來，當然就是要面臨到的就是你要重新回到社會，然後重新回到你的社區，適應你的社區生活。另外一方面呢是應該要對你原來的精神病學、精神病進行醫療照顧。

所以一旦我們認為說，這個受收容人呢，不再需要收容於機構之中，而是只要接受門診治療就足夠的時候，那這個時候，法院就應該要依照刑法的規定來停止收容。那這個時候對於精神病人矯治的方式就會從原本刑法所規定的住院治療轉變成所謂的非住院的一個治療。也就是說，一個這個院外的門診治療，這樣的做法其實就是建立了保安處分跟社區矯治之間的一個銜接的這樣一個關係。

對於精神病患的矯治來說，德國學界他們所說的這個所謂的社區精神病學

或社會精神病學的概念是一個比較跟我們的社區矯治的概念是類似的，那早期他們的這樣的一個聯邦法院有一些判決他們強調說，犯人他是社會的一份子，所以他有權回到這個社會，而且不僅這個犯人他必須要為返回這個社會做好準備，我們的社會也必須要為他回到這個社會做好準備，那透過這樣的一個觀點是強化了德國對於社區精神病學的想法跟做法。

對於這個社區精神病學他們的一個實施的規則，基本上有包含這幾個，一共有這五項，那其實如果我們今天從這個保安處分的復歸或再社會化功能來看的話，所謂的再社會化應該是指說，所有能夠直接或間接有助於受收容人在未來過上一個沒有犯罪的人生，而且可以同時抵消他所有長期被剝奪自由的一個負面影響的一個作用。

所以處分的執行，你不必侷限在封閉的精神病院裡面，應該包含社會法所規定的一些社區的醫學康復的一些措施，所以其實如果我們從生命歷程角度來看的話，復歸他更多涉及到的是一種過渡的一個概念。換句話說，對於受收人來說，當他沒有再一個所謂的重大的犯罪危險的時候，保安處分的矯治任務就結束了，但是呢法醫學上的所謂的癒後照護這件事情才剛開始，那在法醫學上的癒後照護裡面的門診治療，這是一個首要的一個方式。

在這個歷史的發展上面，因為時間關係我就不再多談了，那還有後面一些刑法規定那就只能請大家再稍微參照一下我的書面的一些資料。那以上是我的報告，謝謝大家。

滕西華：

謝謝主持人還有前面三位，葛教授、潘教授跟陳教授的分享，我學習到非常多。因為我本身是一個精神障礙領域的社工師，同時是學習公共衛生，所以長年在關注精神障礙者的人權議題。

我就從今天這個角度來看，剛剛主持人提到的就是從障礙者，病人本身的這個角度來看，所以我絕大多數的資料會引用一些跟 CRPD 有關的條文，還有三個一般性意見書以及障礙者進攻司法的國際原則跟質疑，還有第十四條身心障礙者人生自由跟安全準則的部分跟兩公約，那裡面非常多的內容，跟前面三位教授們的分享其實有非常多類似的部分，因為這個準則，其實大家在網路上都可以找到，我就比較快得帶過去，然後把重點放在這幾次條文修正的議題。

因為今天剛好總統公佈新修訂的刑法、刑事訴訟法跟保安處分執行法，剛剛拍照的時候已經講了，他突然之間咻了一下就通過了。

其實這個座談會辦得有點晚，但在之前監察院的人權委員會也有提過的很可惜當時的觀點並沒有獲得大多數的採納，所以我會大概提一下說，當時有提過的一些看法。

當然在整個障礙者進攻司法國際原則裡面，多數的國家，都把法律能力跟

心智能力混為一談，所以會用一個人的心智能力有缺損，那他就會相當程度的法律能力或權利被剝奪。那這樣子身心障礙者在整個判決、偵查、審訊的過程，其實是會有非常多情況。那當然他的問題就包括欠缺一些 fairness，或者是說，他的緘默權或無罪推定，剛剛有提到說，無罪推定原則常常都被忘記，那最大的風險就是錯誤證供、錯誤判決和非法剝奪自由，那我們今天講的就是後面這兩個部分。

這一次這個修法裡面有提到一個評估小組。那當然整個聯合國 CRPD 委員會其實也反對專門以某些特定人士以限制能力來決定，這個人是不是要做什麼樣的形式法律的處分，或者是剝奪法律能力的一些政策，其實都是反對，那當然對於羈押、關押，不管是預防性羈押，或者是暫時安置，以前叫緊急監護，我現在先講，我覺得這是改名而已，因為它事實上還是緊急監護的概念，然後改一個名字，好像比較有人權，那我們就看一下裡面是不是真的有比較好喔。

所以這裡面其實整體來說，在整個委員會裡面，其實都反對，連國際指導原則都清楚的指出他的問題，那這一些就是剛剛陳教授提到的，如果你要建置一個以社會復歸為目的，不管是司法精神病院，或是一個處所，或是這次保安執行法處分法修正的一些，他可以安置在其他的福利機構裡面，必須要符合這三條的原則。

再來就是這個法律之前的一號意見書跟三號意見書一般性原則其實是有提到的，那再一次強調說，影響一個人的心智能力是很多的，學者剛剛有提到，有沒有充足的資源，有沒有能夠得到充分轉譯的這個資訊等等，都會決定他能不能理解，那這個其實在審判當中，通常不會被看到，那包括司法院大法官解釋，保安處分是視同刑責，所以大家每次都在講保安處分或是用監護處分，感覺是一個比較好的替代治療，好像這樣就我們比較不會剝奪那麼多的人權跟自由權，但事實上，他的本質就是。那我後面有一些會針對這個觀念來做 comment。

這個第五條這個很容易理解，所以我們先講第二個，我早上跟主持人也是在參加一個模擬法庭，是關於國民法官的，我們就會提到形式上媒體的這個報導可能就會影響到司法的判決，已經就社會產生心證，或是法官進一步產生心證，那其實就是一種情勢。

再來是這個人身安全性的準則一樣。簡單來說，因為公共安全，因為怕傷害別人，而有剝奪自由都是被反對的，所以全世界所有的疾病會因為傷害他人，而被強制治療，就是精神病，當然另外還有傳染病會影響他人。可是呢，如果你有傷害自己之虞，你自殺，你得了癌症不治療，任何疾病想要在家自己死掉，你都不會因為傷害自己這個理由而被這個強制治療。

所以我們講的這個重大的公共安全。其實對精神疾病病人、精神病犯罪者來說，其實沒有什麼傷害自己這件事情，他就是傷害別人這件事情，才是社會

大眾要去考慮的，以安全為由剝奪自由權才是這次討論裡面最大的核心。

還有最後一個，在被安置於任何一個機構的時候。其實保安處分他都應該要被告知可以有效迅速被釋放的方法，就不是說，你待在那裡很安全啊，可是你也不要錢，然後可以照顧你啊，所以你就可以一直安心的待在那裡，你不要出來齣，或是你在山上，你可以安養啊，吃得飽睡得好不用花錢，我會這樣子那不是很好嗎？我家人也不用照顧。這個就是剛剛講的，進一步再融入社區健康權，應該有措施。這個部分其實是跟剛剛陳教授裡面提到德國裡面的一些原則，其實是相近的，我就不再多提了。

但是台灣其實沒有進一步規範，像是司法精神病院，或者是在現在的精神科醫院裡面設計一個專區，或是現在在地檢署非常多特約的這一些這個病房裡面到底有沒有有一些目的，還有一些設施、設備等等，是不是符合剛剛講的，依未實現法律目的而為的一些醫療措施。

我們接下來就進到後面這三張，才是我要去對這次修法的質疑。事實上這次修法是沒有具體提到司法精神醫院應該要怎麼設立，但是司法精神病院在民個團體眼裡的想法是，應該要收治幾種人，第一種是已經在監獄裡面服刑，原本不是精神病，在服刑後得精神病的人，因為監獄裡面的措施沒有辦法滿足他同時繼續要有治療的目的，第二種就是精神病人，但他沒有免刑，或是沒有在行監護處分的時候，他是在監獄裡面服一定刑期的這些精神病人，但是據法務部的規劃裡面是，台灣司法精神病院是不收這兩種人的。

本來是收這兩種人是符合 CRPD 的合理調整，但因為他不收這兩種人，他單純得想要收監護處分。我覺得是保安處分執行法裡面所要做的暫時安置的這些人，這些人是除了這件，還有沒有包含其他的，比如說性侵害或是藥酒癮的成癮者，因為在國外部分的司法精神病院是有收治這些對象，那這件沒有釐清，我們就很難對司法精神病院的設施設備跟人員配置，更進一步的去規劃。

剛剛提到的是不是有相同的地方照顧成立權力，到底是要歸醫療設施標準管，還是要歸哪一個什麼特殊的設計標準，那目前為止也都沒有了。

但是在司法精神病院的人可以提早出院、假釋或停止安置的標準是由誰定的，那這個其實在細節裡面都沒有被討論，但如果他是視同一種刑責，或是監護處分的安置，或者是其他的，不管是暫時安置也好，那這些可以離開剛剛講 CRPD 原則，在什麼情況下她被告知，他們可以有效、更快速的離開這個地方的一個方法以外，第二個他有沒有替代性的，就是說你如果在這裡這個環境，我其實是不喜歡的。對於精神障礙者來說，他有沒有選擇的權力。

再來是取消五年上前跟新增再行安置，怎麼保障受處分人的人權的問題，我們先看一下刑法 87 條的問題，那危害公共安全之虞，或是監護安置的標準是什麼，剛剛葛教授有提到，還有潘教授他有提到，德國其實是在危害公共安全裡面有一些定義，那我們台灣也有一部分是大法官釋憲裡面對公共安全有疑

慮。可是，在媒體跟輿論的醞釀底下，我們的公共安全其實非常寬鬆，就是你害怕就是公共安全有疑慮，我只要害怕就好了，不管他是真的還是假的，去社會脈絡非常的嚴重，所以我們有沒有可能在檢察跟司法體系在認定的第一項危害公共安全要怎麼去認定，那當然所有的監護處分都是違反 CRPD。

但是一個沒有上限的監護處分，或者是整體監護處分大於刑期，而且必要的時候還可以在刑之執行前為之，請問這符合司法院釋字第七九九號的解釋嗎？符合剛剛葛教授講的比例原則嗎？你有沒有變相的延長他的刑期之虞？就是一直不斷得行監護處分，那如果根據大法官釋憲，監護處分的就是一種刑責的話，那一直得延長，那這樣監護處分大於刑期，是符合司法的這個比例原則嗎？刑之執行前為之是不是符合規範無罪推定的原則？

保安處分這三條的修正後，我剛剛提的，如果說，這監護處分視為一種刑罰，那剛剛裡面修法提到的在復健機構、社福機構，這一些他原本的主管機關的設定目的法規為精神衛生法、健保法規與身權法這一些，那他的設定目的和監護處分不相同，如果我們把這一些暫時安置或暫行監護處分的人安置在這些地方的時候，我們沒有反對安置在這些地方，他可能更容易社會復歸。但是，如果今天經過確認他有能力接受交付，或者是說，你有能力對處分對象進行的監護管束，或者是進行矯治、治療的目的。

同一個收治其他障礙者是否要有區別的服務。那這些其實，對台灣追求小型化的復健機構來說，其實是蠻有挑戰性的，所以他如果不是專門收容，她是在某一區收容的話，那通常我們都是四十九床以下，或者是一百床以下，那要收治這些監護處分暫時安置的對象的時候，他要怎麼去實現？那沒有人去討論到這個實務上的問題。

如果病人跟病人之間如何的相互影響，第二個就是剛剛提到的，民間團隊反對授權特定的專業人士成為唯一或是特定的專家，唯一來評估，一個人是能夠決策作證或擁有其他的法規。

所以法務部在整個 46 條之一之二所提到的評估小組的組成跟資格程序，恐怕還是要公開給大眾做一些檢驗。那當事人的表意權是不是被屏除在外。如果被屏除在外顯然是違反 CRPD 的。就是說，我們是以告知同意為原則，那他拒絕之後才是強制治療，剛剛葛教授有提到，但是他能夠同意，或者是能夠理解他被強行安置在某個地點的時候。那顯然這些程序誰來告訴他，誰怎麼決定，有沒有聽他的意見，表達替代性的選擇方案是什麼，他在醫院、在復健機構在這一些這個小組裡面，有人跟他陳述這個影響其實是相當重要的。

四十六條之三也是，一個社會復歸很好的方法，原本在做一個保安處分、監護處分，就是為了讓他能夠社會復歸，可是按照 CRPD，這個社會復歸是不是訂為一種相關的替代的補助的計畫，那當事人有沒有意願選擇嗎？還是被強迫選擇，這個其實是很重要的議題。

我們再來看，這次的暫行安置處分。偵查中，我會想說其實在過去在緊急監護處分，而且由司法院提出來，我們是盡量報不行，就是覺得司法不是最後的正義嗎？為什麼司法會提出一個緊急監護，這樣其實對於的人身安全、自由權有重大侵害的這個法規，那偵查中判決前的暫行安置是不是違反無罪推定，剛剛講過了。那第二個，這一些最長推動五年沾行安置還可以稱為暫行嗎？那是不是違反法律正當程序，因為在身心障礙者司法進攻原則，裡面就提到了一個正當程序被剝奪，這常見的一種現象。

如果最終法院判決被告無罪是不是用刑事補償法，你莫名其妙給我放在那裡那麼久，然後你覺得我會危險，我就應該要去那個地方，我還不能不同意，那萬一我無罪，你抓錯人怎麼辦？

這就是這些偵查中的個案，就是如果沒有判決，那他為什麼不是去改刑事訴訟法第 294 條的方式調整，也就是說，你認為他已經病了，情況不適合再審判了，那你為什麼用暫行安置這個手段？而不是用 294 條暫停審判或是修正 294 條？然後輔以精神衛生法中的強制鑑定程序，因為精神衛生法對病人有緊急安置以及強制治療程序，都可以讓一個發病中的精神病人可以在這個國家得到強制治療。

但是我們在這次修法的裡面，我們的放棄的刑法其實是往 294 條的程序調整，我們放棄了精神衛生法裡面的緊急安置、強制鑑定、強制治療程序，我們選擇另創一個暫行安置，而且是由司法跟檢察體系裡面去申請跟判斷，我實在難以理解，國家已經有好的專業標準，但也沒有為什麼在一個人被定罪之前，在審判偵查期間就可以這樣子被判定。

最後一點是，緊急安置期間不併入或不抵免刑期，這個是不是同樣有變相延長刑期的這個問題，我還是那句話，我因為精神病如果犯罪的話該服刑就服刑，但如果不是的話，這個社會跟國家也不應該以為我好、要幫我治病，就經過一個不嚴謹的程序，或是過度剝奪我的人生自由，來達到為我好的這個目，表面上是為我好實際上是變相的監禁。以上是我的回應，謝謝。

吳文正：

從理事長的角度來看，從人權的角度來看，那確實會對人權的侵害，好像會有相當的影響，不過這個就是我們的焦點，就是從不同的角度來看，從刑事的角度來看，從人權的角度來看，從制度上來看，然後比較。

接下來，我想說我們應該是進入到第三個部分，是與談人的部分。今天就是因為時間關係，後面有五位與談人，那我們就是開放大家自由地報告，時間自行控制，但我們還是按照原定計畫，三點二十結束，可以嗎？那當然是我們在遠方的葛教授也可以參與討論，所以我們就開放與談人，可以把這些的想法，或者是看到一些的回饋，做一些分享，謝謝。

張麗卿：

我先請教幾個問題，因為我們可以發現這三篇文章，雖然主題是一致的，但用語上很多都不一樣，當然是因為翻譯的關係。先請教葛老師，這個地方你用「安置」，是德文的哪一個字？

葛祥林：

德國的「安置」是用 Unterbringung。

張麗卿：

Unterbringung 的話，就是陳俊榕老師所講的「收容」。我們現在要把用語定下來，收容就是 Unterbringung。再來你的「矯治」是用 Behandlung，矯治可以用 Behandlung 嗎？

葛祥林：

Behandlung 是治療行為，治療行為裡面是否有包括「矯治」？因為 Behandlung 有可能是藥物性的，可能是精神治療方面的一些其他的課程、對話等等，所以 Behandlung 是比較大的概念。矯治，假如有涵蓋醫藥方面的，就是我給藥物，那就跟 Behandlung 是一樣的。如果不是，那矯治不是 Behandlung。

張麗卿：

葛老師應該有收到我們給你的會議手冊，在第 91 頁俊榕老師的文章裡面，他說 Behandlung 跟 treatment 一樣，所以應該翻作矯治。「矯治」基本上應該是有包含「矯正」與「治療」，這個部分我們用語上先確認一下。

葛老師那邊的「安置」都是 Unterbringung，就是俊榕老師你的「收容」。剛好葛老師德文好，我們先把他確認下來，不然翻譯上有太多不一致，會有不同的概念。首先用語上的部分，我們要先確認。

大家可以看到葛老師給我們的大綱，在手冊 82 頁的地方，用語都是「安置」，這個安置的意思就是陳俊榕老師講的「收容」。也可以是台灣刑法第 87 條的「監護」、民法上的「安置」，我們把他看成是一個「收容」的內容。不過，葛老師這邊全部使用「安置」用語也是 OK 的，應該是更上位的一個概念，就是「安全的放置」在一個地方。

葛祥林：

我在這邊再進一步解釋，為什麼我在這邊說「安置」，因為像我剛剛說的，例如，「安置」要不要加上「治療」，他是另一個項目，如果法院的安置核定或安置命令，沒有直接說他除了安置以外，他要相應治療，他甚至不准治療，所以安置本身不一定涵蓋治療。

張麗卿：

對，這就讓我想到早上樓老師有提到的，有一個律師希望自己的當事人不要被治療，雖然美國的法院根本不理他的主張。但對一個律師而言，為什麼要主張我的當事人不希望被治療，是因為想要保留他這樣的狀況，可以證明他其實是無罪的。

在德國的作法是法官做一個安置的命令之後，後續的治療，應該在我們俊榕老師的文章裡面，有特別提到收容計畫的部分。

這個部分我要再請教葛老師，請葛老師看一下俊榕老師寫的 97 頁，他說「為了讓矯治與治療融合」，這個地方 Eingliederung 是用「融合」的觀念嗎？可以翻譯成「融合」嗎？

葛祥林：

Eingliederung 本來應該是 Wiedereingliederung，就是這個人要「重新融入社會」，所以「融合」在中文裡面表示是要重返社會，重新回到社會那就可以用。那 Eingliederung 本來應該是要融入社會的意思。

張麗卿：

潘老師您覺得呢？

潘怡宏：

我都是把他翻作「復歸社會」，用台灣的法律文字，是「復歸」社會。

張麗卿：

所以大部分是用「復歸」這樣的用語會比較清楚？

葛祥林：

Eingliederung 本來應該是一個過程，所以如果所謂的「復歸」是一個過程，而且他可能是一個前置的過程，所以它分兩段，一個是前置，融入社會前，一個融入社會當中，那他有兩個不同的階段。

張麗卿：

我有很多的疑問，在這個地方一定要來澄清。99 頁這個地方，謝謝俊榕老師提出一些新的內容，比如說，「社區精神病学」這樣的概念，當然用「社區精神醫學」也可以，這個沒有問題。

葛祥林：

社區精神病学，司法診所不一定是在地檢署或是在哪裡，可以設在別的地方，精神病方面或者精神醫學方面的，如果刑法跟醫療機構有連結，當然要離

病人越近越好。如果他可以有這方面的服務當然很好，所以剛好在重新融入社會或者復歸的階段。

例如，有人還是有保安處分裡面的那個叫什麼...，一定不是機關性處遇，一下子想不起那個字，一直從側面去觀察，在這個階段裏面，如果繼續觀察，這個時候反而就必須跟醫學結合，當然如果離社區近，就比較容易。

如果你要去看這個人有沒有乖乖吃藥，或者不該吃的一些毒品，是不是沒有吃，或是其他方面的一些事情，是跟醫學方面有關的，看他有沒有穩定。例如有一個很著名的案子，他本來都已經在外面了，但是可以看出來他壓抑自己不要殺女性有困難，所以，醫生通知檢方通知法院說，這個人要趕快回到監禁式的處遇，所以回到精神病院，那個人就告說怎麼可以，就是這樣一個案例，可以看到這樣一個社區精神病學跟刑事機構必須很密切的配合，才可以避免最後又出現悲劇。

張麗卿：

OK，這算是行為監督的一環了。

吳文正：

因為時間的關係我們還有四位與談人，有沒有意見或提問？

韓政道：

因為時間的關係，我有一個補充與問題想請教潘老師。因為剛才談到暫時安置處分，目前我們新法修正之後，並沒有針對罪的部分去做設定，輕罪的部分也有可能被施以暫時安置。這樣子的話，我有一個補充，就是如果他是一個強制處分的話，他應該目前還是要遵守比例原則的精神去做處理，所以這部分是不是現階段也沒有這麼大的問題，因為未來我們檢察官還是可以按照罪的輕重來決定是否要施以暫時安置。

另外，剛談到德國發動的門檻，其實我們開這個座談會，也是希望能得到更具體判斷標準的一個了解，希望了解到這是一個刑前的措施，那他跟刑後保安處分的門檻，在德國法上的比較，他的輕重到底是怎樣去做權衡，這部分請教潘老師，謝謝！

潘怡宏：

謝謝韓老師提問，如果說我們要嚴格，或者說進一步限制發動所謂的暫時安置處分的門檻，我們直接在法條的上面，直接就把比例原則的精神，把他納入進去是比較妥當的，那今天我們法條定這樣，我們可以透過解釋的方法，合目的性的限縮今天法條適用的範圍是可能的，但如果我們就直接在法律制定過程，就直接把他限縮的話，是否就更符合法治國基本精神，所以這是我們的一個鼓吹。

第二個部分，是所謂的發動暫時安置處分，跟後面法院諭知或宣告送入或收容或安置於精神病院處分的話，門檻當然是不一樣的。首先，緊急或暫時性安置，他是緊急性的措施，比如一開始在犯罪發生的時候，就發現到這行為人是處於精神障礙之下為這樣的行為，這所謂暫時安置措施，我剛說按照德國的立法裡面的話，他們包含了幾個層次的目的。

第一個目的，是為了保護行為人本身，因為他需要被治療，同時履行國家作為人民健康的照護義務。第二個，是要防衛社會安全，避免社會大眾受到具有攻擊性的精神障礙者犯罪的危險性問題，所以它緊急的措施，剛說過的，只要經過專家鑑定有高度可能性，注意他是「有高度可能性」是處於精神障礙狀態之下，而且這個精神障礙是已經到達了無責任或限制責任能力的狀態，這時候並不需要做進一步的去確定。

因為當他進到程序裡面的話，包括偵查和審判程序，再慢慢做更仔細地、更精確地鑑定，他是否屬於德國刑法第 20 條，也就是我國刑法第 19 條第 1 項、第 2 項的狀態之下，因為這需要很長時間，所以它的認定門檻，發動門檻就會不一樣，所以在法官宣告暫時安置處分的時候，這時並不需要很明確地確定，他就是無責任能力或限制責任能力者。只要有高度可能性可以了，希望說早點認定清楚之後，再盡快送入醫院治療。

但是，再講一次，因為德國他本身就已經限定了，你今天發動的門檻，基本的犯罪行為一定是所謂重大不法行為，所以輕微的犯罪是不會進入的。再者，同時要預測到說，再犯行為必須是一個重大的違法行為才可以。以上回復，謝謝！

王紀軒：

我也是有問題想請教潘老師。剛才潘老師的回應中，已經解決了我的一部分問題。只是我想再確認一下：換句話說，在德國的暫時安置處分制度裡面，他們是在暫時安置的時候，才對犯罪嫌疑人或被告進行鑑定嗎？我的問題是，因為在目前台灣的制度底下，因為我們還有一個鑑定留置。鑑定留置的運用，也許在台灣未來的暫行安置，也許中間還會有某種程序上面的先後關係。我想請教，在德國法下，他們怎樣去處理這整個過程？

潘怡宏：

這邊順便回答剛才理事長所提到的德國司法精神醫院，他所負擔功能的問題。按照一般文獻的說明，司法精神醫院擔負四大任務，第一個任務就是「收容」，第二個是「鑑定」、第三是「治療」，第四是「隔離」。

他在第一個鑑定的任務上，他對犯罪嫌疑人或被告作鑑定，鑑定就包含有無刑法上的行為能力？有無事實認知能力？有無責任能力？還有在刑事訴訟程序當中，有無所謂的就審能力？這樣鑑定的方式，全部都要，當然也包括他身

心狀況鑑定的問題。

第二個收容部分的話，就是刑事執行面有需要收容的地方，包括刑事程序上暫時安置，或者鑑定留置的部分也是可以的，或者包括在刑罰執行的時候，例如刑事受刑人在罹患精神疾病的時候，可以作收容的一個問題。

第三個任務，在司法精神病患者有保全的能力，再者，第三個部分他有治療的功能，治療的任務，他所提供的治療並不限於犯罪行為人，包括被害人都提供治療。治療包括住院的治療或者門診的治療部分，這是德國司法精神醫院擔負的幾個功能。

回到有關鑑定留置部分的話，怎麼去做區隔？首先，在檢察官要發動暫時留置，因為一定是面臨一個緊急的狀況，有迫切立即救治的必要性，可以做這樣的處分。這個處分的時候他已經被收容了，這時候如果再進一步鑑定說他有沒有刑法上那些犯罪的能力，包含剛剛說的行為能力、事實認知能力、責任能力等等，這時同樣的可以在機構裡進行。

再者，進行的部分，如果再進一步確定，真的確定他行為是處於無責任能力或限制責任能力狀態下，法官就可以盡早為判決。這樣的話，只要透過這種程序進行的方式，就是有階段性的目的。

第一個，緊急的狀態下先暫時安置，暫時安置期間，同時作成身心狀態的鑑定功能達到，也同時作治療，如果鑑定確定他確實屬於無責任能力，就可以為無罪的諭知，然後再做下一步的處分，就是送入精神病院，或者作監護處分的宣告。

如果他只是處於限制的狀態之下，那可以為有罪的諭知，可以為科刑的判決，同時再作附隨監護處分的宣告。只是他執行上要注意，如果同時為刑罰的宣告，跟監護處分的宣告的話，按照德國法必須要先執行監護處分，這跟我國法是不一樣的。補充說明一下，謝謝！

吳文正：

受限於時間的關係，看起來大家意猶未盡，還有很多可以討論，主要是因為這些制度新引進來，在執行上會有一些不是很清楚，要在落實的時候才知道比較清楚。像德國法有一些不太一樣的規定，我想從這些的討論當中，我們後面還有嘉南療養院的兩位醫師，從醫師的角度都是配合法制的制度，就不參與這部分討論可以吧？看起來法律的交鋒激盪比較多。在這邊不曉得在遠方的葛教授有沒有提問？

葛祥林：

剛剛聽的很有興趣，我想幸好我跟你們提供一些關於日常生活中安置的一些概念，這樣可以看到刑法的制度哪裡有他的特徵，跟一般的安置有什麼不

同，以及他本身，例如法定原則、法官保留原則等等，其實你一貫可以看到。

為了確定他的必要性，無論如何，在任何一個階段都需要有醫生作相關的確認，例如剛剛那個問題，審後的部分，既然法院是基於他在審理過程所認定的，也包含精神鑑定的認定與核定，在保安處分裡面，要求要安置於精神醫院。

當然精神醫院第一步他可能不會再度鑑定，他反而要依照之前的那個鑑定來進行治療，或者盡可能治療，有些是治不好的，所以它稍微有一個差異。因為案子剛出現的時候，誰都不知道這個人的精神狀況到底如何，到底有沒有精神疾病等等，所以那時候當然要去鑑定，判決本身就是安置於精神醫院，他是基於鑑定，所以他不可能立刻再作一個鑑定。

吳文正：

謝謝葛教授的分享，這部分我們也作了充分的一個討論，主要是因為剛剛跟計畫主持人張教授討論，我們再過來比較有困難是第二場的座談會，所以趁著這時候葛教授在遠方，有難得這樣的機會，特別延長一些時間，不過這邊不得不結束今天的這場座談會。這個時間本來預定在另外一場，只好對不起下一場的主持人，這邊祝福大家，謝謝，下次再見！

張麗卿：

葛老師也可以繼續留在線上跟我們討論，如果你有時間跟興趣的話。

葛祥林：

我可不可以先吃個早餐？

張麗卿：

你先去吃早餐吧，如果你有興趣再繼續參與討論。

今天要跟大家抱歉，在過年前請大家提供文稿，讓大家過年沒有很輕鬆，在經費允許情況下，我們也是希望盡量給撰稿人有比較多的撰稿費。針對今天大家比較有疑慮的地方，比如剛剛王老師、韓老師針對報告者有一些疑問的部分，私底下再用書面的意見請教，再麻煩各位老師給我們回覆，或者如果有機會，我們再作個小型的議題討論，我覺得這是很重要的，今天算是一種比較概略式的，大家先總和一下，run 一次，下次就可以更具焦地討論相關議題。謝謝葛老師，您趕快去吃早餐。謝謝！我們先休息 5 分鐘。

第三部分：下午場 2——日本相關法制

蕙禎：

研討會即將開始，請各位貴賓入座。

第三場次，(焦點三)日本相關法制焦點報告及座談，由衛生福利部嘉南療養院，李俊宏主任為我們主持，請歡迎李主任。

李俊宏：

各位先進大家午安，很感謝大家今天全日的參與，那我想各個國家相關的這個法律制度，特別是關於這個精神病患的，一整天下來是相當的豐富，而且非常的有趣的，特別是剛剛葛教授他提到從民法、公法還有刑法去看這個精神病患入院的一些相關的條件，這讓我想到在日本，他在針對精神病患被強制性的進到醫院治療，大部分分成幾個狀態，包括像應急入院、醫療保護入院、措置住院，還有像我們要提到的跟司法體系相關的醫療觀察法。

今天榮幸能夠邀請到這個黃教授、林教授以及洪律師，為我們就這個日本的醫療觀察法的審判到入院的處遇，以及我們現在目前跟台灣監護處分制度相關的對照，來為我們深入的做相關法制面的探討，那我想我的前言也先到這邊啦，那接下來，我們就把這個時間交給這三位講者。那我們就先請黃教授。

在這個準備的過程當中，我們就稍微介紹一下黃教授，黃教授是畢業於日本東京大學的法學博士，目前在政治大學擔任副教授。我想有他來為我們介紹日本醫療觀察法的制度一定是相當專業，那我們就把時間交給黃教授。

黃士軒：

謝謝主持人李主任還有在座吳院長張老師、兩位同場的報告人以及在座的各位先進大家好，我是政治大學法學院的黃士軒，那今天非常榮幸，能夠在這樣的一個就是座談會的場合，跟各位的簡單的做一個日本醫療觀察發展的審判制度的介紹。

首先呢，在報告前，想要跟各位先說明的是，一方面已經有一個紙本的報告給各位，那另外一方面就是因為報告時間也有限，大概就是二十分鐘左右。所以說，那個在這個報告的時候，可能要來為各位做比較簡潔的說明，那至於其他的在報告的時候，可能沒有時間詳述的地方，那就要麻煩各位再參照我的紙本的這個介紹，以上呢，就是在報告前先跟各位做一個簡單的說明。

在談這個問題的時候我想各位在座，都應該非常的清楚。這個問題是，之所以會受到重視，是因為在我國社會中，也有一些受到矚目的案件，那行為人在行為時，可能會有是因為在這個精神障礙的狀態的影響之下，那個關於他們應該要怎麼樣的接受處遇的這個問題，不僅是最近幾年內有非常高度的社會上的關注以外，那實際上，在立法院也已經進行了修法嘛，所以說呢，那個在這個時間點，那不管是立法上面，或者是社會的關注上面，都是一個非常高度要注意的問題，那也因此呢，有非常多詳細的掌握各國制度的必要，還有作為我國以後，就是說如果這個制度要繼續發展，或者是修法的參考。

在日本的法制方面呢，我想在我國比較受到大部分的專家們關注的，當然是日本的醫療觀察法這部法律。

但是呢，在這一部法律的介紹前，我還我想還是要了解一下，在日本處理行為人，如果他在行為時是有精神障礙的這種情況，這個相關法制整體大概有哪些制度可以處理到這一塊。

在日本的制度上面，首先，就是說，處理的法律在醫療觀察法成立之前，其實就已經有日本精神保健福祉法這一部法律，那這部法律的裡面就已經有說處置入院制度，然後還有緊急處置的住院制度了，所以說呢，像是這種制度，他可以掌握到的這種對象，大概就會是在有自傷，或者是傷害他人的那種傾向的時候，可以使用這一個制度來進行有一定的處理啦，而且這個制度必須要附帶跟各位簡單的說明，其實他的這個住院以後也沒有期限的規定。也就是說，他並不是定期的，一定要出院的。那他是一個，住院之後可能要經過行政上面像是委員會的審查等等，認為這個症狀的好轉了，以後才有出院的措施。

所以說，其實看起來好像用這個也夠，所以下一個問題對我們來講，就會想要知道的事，那為什麼後來還會有這個醫療觀察的這種制度呢？

向來這種精神保健法福祉法的這一個制度下，他可能會有的疑問是，基本上來講，就是他們在遇到有自傷或他傷的那種患者的時候，他們用的是跟一般的精神疾病的患者，同樣的設施跟這個醫療的團隊，那從日本當時的討論看起來，從這個紀錄上看起來，這樣子的一個共用設施共用醫療團隊的情況比較難對於這種需要高度專門性治療的，有自傷或他傷情形的人給予治療跟處遇。

第二個問題，精神保健福祉法的這個制度中，對他重視的就是說住院時的一個處理，但是出院後到底能夠 follow 到什麼程度？然後給予持續的醫療，這一點好像並不是很充分，所以說呢，在一九九九年的時候，日本才會有一個精神保健福祉法的修法。

當時修法的時候，有一個附帶決議，對於重大犯罪的這種違反情形中，如果有發現精神障礙者是行為人的時候，他們的處遇方式應該要全盤加以檢討，這個是日本為什麼會已經有精神保健福祉法的措施之後又多了這個醫療觀察法的這個背景。

他的這個立法過程，就是他會當然不是一個單一日本內閣部會就可以解決的問題。所以說，他們是透過法務省跟厚生勞動省，協同舉辦檢討會，這些檢討會的成員大概包含了第一線醫護人員、法律專家、被害人、患者還有社會賢達等等，就是這些成員來一起進行的。

這個檢討會開啟了立法的開端，在以下的這個社會背景中，就是立法過程就突然被夾住，這個是一連串社會上面的這個事件，那如同這個 ppt 上面所列的這些，各位可以參考，像從一九九八年開始，日本的大阪府、奈良縣、長崎縣還有大阪府，這些地方都發生了，精神障礙者對於比較偶然的情況下，例如

說，一九九八年開始，他是針對對於偶然經過身邊的幼稚園學童拿刀刺殺，那一人死亡，兩人重傷。

同一年還有奈良縣的，拿球棒去打人的，其實是打了一人死亡、一人重傷，接著就是一九九六年的，這個就是拿刀進入偶然經過的書店，再把店長刺死。這些案例以外，還有在二零零一年發生的，日本大阪石垣市的小學，遭到了男子闖入，那這個闖入的男子，殺害了八名小學的學童，以及導致十三個的學生受傷，兩個老師也受傷。在這個事件下，它就變成了。就是說立法的引爆劑，讓立法變得很快然後施行。

在醫療觀察法的下面，他的程序方面基本上來講，前提上要受到不起訴處分，就是因為精神障礙的原因受到不起訴處分或者是無罪判決或者是減輕判決，由檢察官來提起，申請看看是不是要住院治療，或者是不住院，但是定期醫療。法院受理之後，就會由一個法官，一個精神科醫師組成合議庭，然後來決定這些事項，那之後呢，就是如果要住院的話，就會到日本的指定機構、醫療機構來進行。

最後要提醒各位，這個制度當中還有一個重要的措施，它是有復歸社會的準備的，為了這個他們還新設一個官職，社會復歸調查官，由保護觀察所來執行，社會復歸所必要的，例如說住所的確保等等，這個是他們的重點。

審理的時候當然等一下林老師也會說明，像疾病性、自由可能性、妨礙社會復歸的要素有無等等，是他們的審理的重點。實際上操作的時候，日本的法院，例如說，東京的地方法院，他們的做法是由專庭來審理，但是審理的時候，達成結論的方式是透過會議的方式，根據我的文獻上面的記載基本上收案之後，就會先發一個住院鑑定的命令，在這個住院的期間，因為他是有限制的，那大概兩個月裡，最多兩個月的期間內，法官就會在這個期間內與鑑定人一起，還有就是相關的人士一起，開大概三次的會議來達成到底應該如何處遇的結論。

所以說，這個合議制雖然說是兩個人，但是幾乎沒有發生過意見完全對立的情形，會議室的運作下相對也算是蠻順暢的。在可選擇的處分方面，就是住院裁定，或者是不住院但定期要就診的裁定，或者是完全不進行本法所定醫療的這種裁定，是可以做的選項。另外兩個就是除了住院申請之外，住院之後，也有像是每六個月要去確認是不是要繼續住院的這個申請，那還有就是像是停止作業的申請等等。

另外，還有一個再住院，比方說，住院一段時間，申請出院之後接受定期醫療，但是因為一些原因醫療沒有繼續，所以認為有再住院的必要的，還可以申請再住院，那在這種情況下，這些都是有相對應的程序可以成立的。對裁定不符的時候，當然你就可以透過抗告的方式來解決。處遇內容的部分，因為等一下也會有兩位報告人來說明嘛，在這個地方就比較省略。

最後要簡單的說明一下，我國最近的立法上面比較值得注意的是，在刑事訴訟法裡面有新增一個暫時安置的制度，其實這個制度如果要跟像是日本醫療觀察法作比較的話，有以下的幾點看起來是還是不太一樣，第一個制度的定性上面不太一樣，因為日本醫療觀察他是在不起訴處分或確定判決之後才提供醫療，然後促進社會復歸，然後有這個法律的適用。但是我國的先行安置，如果是在刑事訴訟法內修法的這一個制度來看的話，他基本上是因為考慮到危險性的問題，所以他的重點是防衛社會，不是以復歸社會為目標。

另外延長措施或是進入措施的選項，可以實施的措施選項也不太一樣。例如，刑事訴訟法上的新制度只有進入給不進入醫療機構兩種。

但是，日本醫療觀察法的話，有剛剛比較多元的處理方式。實施的機構範圍，例如說，我國這個制度，包含了像是私立機構，從那個條文上看起來，並沒有排除私立醫療機構，但是日本醫療觀察法很強調，這是國家的責任，所以所有的機構包括定期就診的機構，跟住院的機構，都是由國家的經費來處理，所以大部分應該都是這個就是公立國立的醫療機關。

最後，可以延長的期間其實不太一樣，因為像是日本的醫療觀察法，是每六個月由醫療機關管理要向法院提出申請，確認是不是要繼續住院，但是我國的話，他是每六個月是由檢察官每六個月提起一次，累積不能超過五年，這在刑事訴訟法上有新增的明文規定。

另外值得注意的是，日本醫療觀察法，他的做法上實際上很少見一直關在設施裡面，因為基本上來講他會分成，例如說，急性期、恢復期跟社會復歸期，三個階段，大致上療程都是七十二週，就會讓患者出院，之後可能會接受，一些定期的醫療，但是沒有一直把人關在設施裡面可能是比較一般在日本的情況。

如果說要以這個兩個制度相比來看的話，那顯然就是從我個人的淺見是認為，我國的暫行安置制度的社會防衛性格非常強烈，但是顯然這些精神障礙的觸法者，在日本的這個做法下，他不只是負擔社會防衛的功能，在院期間的治療，或者是定期就診的治療以外，他還另外有一塊社會復歸，是非常綿密的措施，不考慮社會復歸，完全把人在這個機構內隔絕的話，對於人身自由的限制，可能相對的，或是說他的限制的不確定性相對的就會比較高一些，因此將來假設他們的程度越來越高，或者是說，一般性在設施內的時間是越來越延長的時候，到底會不會發生例如說憲法上的疑義，這點我覺得值得關注。同樣的問題可能也會發生在我國的保安處分修法上，所以這個問題可能有它的共通性。

因為我時間可能不是那麼多，所以就是簡單的，為各位做以上的介紹，希望可以提供各位先進一些參考，我簡單的報告就到這裡結束，謝謝。

李俊宏：

謝謝黃教授這邊針對日本醫療觀察法裁判制度的介紹。

接下來的話，我們這邊是要介紹林政佑教授，他目前是在輔仁大學法律學系任教，畢業於日本京都大學的博士，接下來由他來為我們介紹日本醫療觀察法入院處遇這個部分的探討，我們一起鼓掌，歡迎林教授。

林政佑：

主持人、張老師、在座各位先進大家好，我很感謝團隊提供機會讓我來報告相關醫療觀察法的一些，特別是入院處遇的部分，想跟大家做個分享。

主要的一個原因就是說，從前幾年的鐵路殺警案，或者是桃園的弑母案之後，對於所謂的司法精神醫院的討論越來越多，只是說，當我們現在朝著建制司法精神醫院的方向的話，具體的內容裡面的處遇要怎麼去進行？這邊也是一個我們需要去面對的課題。因此，我這篇文章主要是針對這個部分做一個討論跟介紹。

我的報告架構主要是前言，再來是入院處遇的決定，就是說什麼樣的狀況底下，我們要把這個精神障礙觸法者送到進行入院處遇，再來他進入到這個指定醫療機構之後進行接受入院處遇，它這個部分的制度為何？實際上有哪一些具體做法？也可以提供給我國做一些參考。

前言誠如剛剛有提到的，到底我們的司法精神醫院的處遇跟內涵該怎麼去進行，這個部分的話會是一個我們需要去面對的課題。先行研究來看，日本醫療觀察法指定醫療機構入院的體系，還有制度實踐，這部分的中文文獻相較起來是比較少，尤其是結合 CRPD 公約的角度來去檢視的話，我們要怎麼樣去看待日本入院處遇的制度？都是可以值得挖掘的一些課題。

接著就進入到入院處遇的決定，該怎麼要去進行？首先，剛剛像黃老師報告裡面有提到，醫療觀察法的立法沿革，其實在立法沿革中，我們可以發現兩股思潮在相互競爭，一個是從保安的角度出發，以警政權力為思維，所在乎的是我們到底能不能把去除再犯危險性，強調保安的面向，進行社會防衛。另外一個思潮是認為說，我們是為了欠缺選擇醫療利益精神障礙觸法者，以國親思想來對這些精神障礙者進行所謂的照顧。整體立法沿革來看的話，醫療觀察法應該是基於為了保障精神障礙觸法者的醫療利益，即為國親思想的展現，對其進行醫療處遇。

但是也要注意一個問題點，縱然是國親思想，如果我們強調說，國家為了你的利益來著想，如果太過強調這一點的話就可能會忽略掉這個精神障礙觸法者自我的決定，或者自我選擇的權利。所以這個部分也是在醫療觀察法制度實踐上需要不斷去節制的一個部分。

從 CRPD 的觀點來看的話，一些先行研究確實有去批評醫療觀察法，其實還是比較偏向於一個醫療模式的角度出發的，但是 CRPD 他應該是比較是從一

個所謂的社會模式觀點出發。

就我自己觀察來看的話，醫療觀察法，它在法制面以應然跟實然做區別的話，在應然面上，其實已經注意到司法、醫療跟福利這三個面向，所以這個部分，醫療觀察法法制架構可以朝社會模式這個方向去進行、前進。只不過在實際面上來看，可能還是比較以醫療模式為主，這個是可能未來需要不斷推進的一個地方。

在醫療觀察法決定的部分，剛剛黃老師也有提到，如果我們要把這個人送進去接受入院處遇的話，到底要怎麼去做判斷，在日本的話，有所謂醫療必要性三要素。不過，到底是必要性三要素，還是三要件，這邊其實也是有一些討論的聲音，認為說這是疾病性高，然後治療反應性高，社會復歸要因高，這三個都高的時候才可以認為說他可以接受入院處遇。或者是說，這三個作一個綜合判斷的事項來決定。實務上來看是比較偏向後者的方式進行。

在疾病性上，精神障礙觸法者實施違法行為的時候，他的精神喪失或精神耗弱狀態等精神障礙情形，與他所犯在醫療觀察法裡面所規定的對象行為，是不是有關聯性？

再來是第二個是治療反應性，他可以透過醫療觀察法進行所謂的處遇，這個處遇他是否有可能獲得改善的。實際上確實還是以思覺失調者為主，缺乏治療反應性的像是人格違常者，或是智能障礙者，或發展障礙，他就比較少成為本法的一個觀察對象。不過，從實務上一些醫生的見解來看，治療反應性是個困難的概念，大家要怎麼去判斷其實不同地域可能有不同作法，比方說，日本有些地方的醫生可能認為說，這個狀況底下還是把他送到醫院裡面比較好，有的地方醫生會認為透過定期回診的方式去處理比較好，也是有差別的存在。

另外像是外國人的精神障礙法者，因為他本身可能就是在語言上面比較不懂，在這種狀況下，你很難期待他在一個日文環境底下的醫療環境裡面可以獲得改善，所以在這個狀況底下，就會有一些見解認為，他可能不太適合作為醫療觀察法的對象。

在社會復歸要因的部分，醫療觀察法最重要的目的是希望精神障礙觸法者能夠復歸社會，他在回歸社會上，有哪些正向因子跟負向因子，這個部分都需要在鑑定過程跟審判過程當中去看出來。我在一百六十二、一百六十三頁有舉例到一些例子，在整個醫療觀察法，它的入院處遇入口跟出口的部分，基本上就是透過這三個要素來去做一個判斷跟思考。

比方說，他可能是思覺失調，然後可能輕度智能障礙，這個病患在類型跟共感比較沒有治療效果，醫療機關可以說他是缺乏治療反應性這個因素，然後請求他可以出院。但是這個病患的家屬又不願意提供支援，實務上會發現到其實很多病患的家屬，他本身也是被害人，可能精神障礙觸法者的被害對象就是自己的家人。這個時候他的家屬可能不願意接受他提供支援，在這種狀況下就

成為社會復歸的一個負向因子，這時候只好選擇讓他繼續待在醫院裡面。

再來是第三個部分入院處遇的制度跟實踐，處遇部分基本上有三個。第一個以規範化的角度來促進他早期的社會復歸。第二個是以標準化臨床經驗的累積，跨域團隊提供醫療。這個團隊結合了許多不同專業的人才，有醫師、護理師、心理療法、職能治療跟精神保健福祉士，也包括社會福祉調查官共同一起參加會議決定這個精神障礙觸法者需要接受的處遇。第三個是對病患隱私權的權力要進行照料，提供高透明性的醫療，這部分醫院也會特聘外部委員、外部律師定期訪視醫院，提供調查的報告。如果這個病患他也可以跟外部律師進行會面。

我們也可以從日本入院處遇制度裡面發現，他們很強調在處遇過程，要盡可能得到對象者的同意，因為醫療觀察法以精神障礙者本人為中心，而且如果能夠結合他的同意，比較有助於他的治療及社會復歸。

入院處遇制度的部分分成三級：急性期、恢復期、社會復歸期。在急性期依照 guideline 來看，大概有十二週，急性期以精神疾患的輕減跟治療為主，並希望他能夠適應住院的生活。在回復期，大概有三十六週，會在醫院裡面設置個室，跨域團隊每週會進行一次治療和評估會議，然後將患者的評估點數化。從他的精神症狀、他害行為內省、洞察、共感性、生活能力、治療效果等這幾個實際項目進行一個評價，並決定他日後治療的方針。

最後進入社會復歸期，大概會維持二十四的時間，在這個階段裡面對象主要接受的可能是他可以到外面去居住，然後再回來，調整這個病患和他家人之間或者是相關支援者的關係跟角色。也深化他本身對於疾病的一個認識，重返社會之後，可以怎麼樣去熟悉這個社會的運作。

在時間面來看的話，就從二零零一年的統計來看，目前有七百八十一名接受入院處遇，男性六百零九名，女性一百七十二名。以時期區分來看，急性期有一百一十六，回復期最多，然後再來是社會復歸期。以思覺失調的患者為最多。

一些研究指出，從入院處遇轉為定期回診的對象者，再度為重大他傷行為比例來看大概是 2.1%。這個研究有他的限制所在，因為他就是追蹤同意接受這個研究的受試者。所以其實研究對象就是比較小範圍的。就這個數字跟其他國家的再犯發生率進行一個比較，發現到日本的再犯發生率是比較低的。只不過這個研究的數值基本上有他的限制，所以能夠做多大程度的推估，可能要保守一點，但至少一定程度上可以看到醫療觀察法的入院處遇下來的一個成果。

再來是入院處遇制度跟他的實踐的部分，在一百六十六頁底下就介紹一些處遇計畫的一些重要項目，比方說就是像是症狀服藥管理、藥物療法。

在藥物療法的部分，他會避免多重藥劑使用，會以單種藥劑為主，如果是提供一些強力鎮定劑的話，或是你使用的療法是侵害性相較起來比較高的話，

他可能就需要經過倫理會議的評估。

再來還有所謂的社會生活技能訓練，這部分可能會結合一些所謂的職能治療。因應對象者跟人交流的一個能力不足，他可能需要透過這樣的方式提高社會生活技能。還有所謂認知行動療法。如果有酒精成癮患者，就有物質使用障礙治療。

再來還有一個內省計畫，主要是讓對象者能夠回顧反省他的對象行為，針對為什麼會形成那個過程，需要透過內省計畫，讓他反省，以及認識到他們可能錯了，並培養對被害人的共感。根據一些實務工作者指出，內省計畫是從修復性司法的思維出發，當然這樣做是否妥適也不無疑問，比如說，日本民間團體有主張，有醫院為了推動這個內省計畫，要求病患看著被害人的牌位，把牌位放在枕頭旁邊，造成病患陷入到更焦慮不安的狀況。甚至有人認為內省計畫的推動造成這個病患未來出院後，他的自殺率會比較高，有這樣的批評存在。

從效果上面來看，有九成以上認為內省計畫是有幫助，對於他自己本身為什麼會做出這樣的一個行為，在認識上面確實是有幫助。但是這個病患能不能瞭解被害人感受，這部分大概只有兩成左右，所以可見還是有他的一個侷限存在。

另外在一百六十九頁裡面提到的權利擁護講座，將醫療觀察法處遇抗告程序、治療同意等進行宣導告知，比方說，在醫療觀察法裡面，他有一個處遇改善請求權，將這些權利告知病患。並且尚有社會復歸權利擁護的講座，以精神保健為中心，集合其他專業，像是律師或保護觀察所一起執行，然後告訴病患未來社會復歸後，可以怎麼樣去做。

近年來在日本實務上比較有趣的進展是，他們有個「當事人研究」，是由當事人主導，就自己感到困擾或是比較在意的地方，比方說，他有幻聽等等，我們就試著針對他自己提出來幻聽的情形，然後把他對象化，由團隊、病患還有外在的問題，三者形成一個共同研究的關係，醫療成員並不是用一種上對下的態度指導你要怎麼做怎麼處理問題，他透過我跟當事人一起共同來研究認識這個問題存在，然後我們該怎麼處理，這樣的過程當中也可以讓對象者暢所欲言，把這個問題外在化，他自己去發現問題進而去解決問題。

當事者研究確實一定程度上可以改善治療的關係，透過同伴的增加跟信任感的獲得，使得患者的真實世界跟幻想世界逐步結構化，甚至獲得一個和解的可能，並且他也能獲得病識感。

整體日本的入院處遇實際上來講，有幾個可能還是要去注意它可能不太充足的地方。第一個，是他其實過度偏重入院處遇，相較於定期回診，入院處遇的使用率還是比較高的。再來是對象者同意貫徹的不足，就像內省計畫的部分，其實應該盡可能要得到當事人的同意，可是他為了讓當事人能夠去內省，反省所作所為，所以像是前面所舉的例子，顯示在當事人同意的貫徹上面，可

能還有一些不太充足的地方。

再來是戒護與機能的再細分之必要，其實早上黃老師是有提到，像英國有依照戒護程度分成低、中、高，可是在日本，他指定的醫療機構裡面，並沒有這麼細緻的區分。再來是司法協助的不充足，比方說，在入院決定，是否要繼續住院等的一些審判的過程，律師輔佐人的使用上面非常不充足，而且法院有時候可能只是透過書面進行判斷，這部分後續可能需要再做改善。

再來是後續資料追蹤也是有所缺乏，他們針對入院處遇者，在出院之後，後續的追蹤上面來講，有沒有一個整體資料庫掌握，理解他們的狀況，這部分其實是有點欠缺的。當然也要顧及相關個人資料保護與隱私的規定。

然後，在通院處遇與復歸社會上面，也是有一些困難的地方，定期回診的方式對處遇者而言，醫療資源投入反而是比較不充足的，但還好他們在法制上，有跨機關合作把他義務化，由此讓對象者回到社會的時候，他們能夠去提供一個幫忙。

還有社會偏見的對立，對於所謂精神障礙觸法者的社會偏見，像是二零一六年那時候有發生，有人到精神障礙機構裡面殺了很多人，可以看到還是有優生學的思想的存在，這個偏見的化解，其實是有必要。

所以在結論的部分，我覺得第一個，我們在監護處分的判斷上要明確的話，可能就不只是單純所謂的對公共秩序上面有危害的這個判斷，可能要結合社會復歸的一些想法，或者治療反應性等要件，把它明確化。再來是司法精神醫院、社區精神照護，甚至矯正機構裡面的精神、科學等等，還有觀護體制的充足都有它的必要性。

最後是再社會化的判斷不能只著眼於RNR模型而已，應該要結合積極行動資源、Good Lives Model。再來最後是行動者的經驗累積跟跨域交流是有必要性存在，因為是跨學科，所以需要彼此不斷交流才能夠認識到，知識跟角色可能可以扮演到發揮到什麼程度。

另外，其實在建置司法精神醫院，還是需要不斷跟社區裡面溝通。就算是在日本，其實民間人士反對建置這樣醫院的聲音其實也是蠻多的，所以這部分其實是政府要不斷溝通協調，才有可能獲得共存。以上是我的報告，謝謝。

李俊宏：

謝謝林教授的報告，容我為各位介紹下一位講者，洪士軒律師。他是畢業於早稻田大學法律博士，現在目前是在安侯法律事務所擔任資深律師。接下來，會為我們介紹，台灣監護處分制度的現在未來，以日本醫療觀察法規為比較對象。那我們一起鼓掌，歡迎洪律師。

洪士軒：

謝謝主持人李主任的介紹，還有張教授、吳院長還有各位與會先進，我是洪士軒。感謝現在有這樣的一個機會，讓我們同時學習英美，還有德國的法制，學到很多。剛剛兩位黃教授與林教授就日本的部分已經報告了很多，我就很快來講一下我的內容好了。

我的內容最主要的部分就是剛剛體系的部分，黃教授已經有做一個大略的介紹。入院的部分，林教授也有做一個比較詳細的介紹，那我的部分可能像是早上的一些問題，台灣法下的監護處分到底應如何定位？這個問題可能要先明確化。

現在修法的進行後，有一個新的暫時安置制度，和原本的羈押究竟性質上是否相同？與監護處分間的關係為何？可能也需要釐清。接下來，關於日本法的部分，我可能會去就所謂的集中探討在日本法跟台灣最大的不同的對象跟期間的部分。

我會透過日本處遇對象與處遇期間，配合實務上面的數據，還有日本可能會遇到的哪些問題，進行介紹。最後我也會點出針對，到底日本法可以給最近我國修法的部分怎樣的啟示這個問題。

台灣的監護處分問題點，其實早上各位先進都有提過，就是釋字 799 號有講到，監護處分也是保安處分的一種，其實它跟刑法可以說是一樣的，原因是因為他們都是在拘束人身的自由。

最早的一個大法官解釋就是 471 號解釋，解釋中明確的說，比例原則要符合哪些要件，第一個是行為的嚴重性嚴重，這與等一下要講的對象所犯的罪種相關？我國刑法 87 條監護處分，目前並未針對罪種為限制。

實務上的認定認定為無責任能力或限制責任能力者一年大概一百五十位，其中大概有五十位左右是竊盜犯，真正為重大犯罪者反而沒有那麼多。在監護實務的部分，它的性質到底是著重保護照顧？抑或是強調拘束人身自由的性質？

在法務部的函釋中，則在討論監護處分到最後能不能折抵刑期的問題。若把監護處分當作是一個對於自由的限制，由此切入，折抵刑期這一點就沒有什麼問題。但這樣刑罰與保安處分兩者的性質是不是沒有差異？保安處分跟刑罰的二元論到底差別在哪裡？就會是個問題。但另外一方面，讓他真的可以折抵的話會有另外一個問題，則是監護處分的目的是要治療該對象者若折抵後，那會不會造成治療不足？這是個難解的問題。

從這裡可以看到，法務部的函釋跟高等法院的一些刑事座談會，他們其實結論都比較著重在監護處分對於人身自由否受到拘束—不管是用什麼理由是否視為受處分人好，或是要給予其治療。另外一個是對於精神障礙犯罪者施行的醫療，名義上雖然是醫療，但是其實大家還是有疑慮這樣的醫療是否包含防衛社會之目的。

接下來要看到的是，兩份從二零一九年和二零二一年各出的一份監察院的調查報告，二零一九年的有五十幾頁，二零二一年的這一份有四百多頁快五百，內容包含實地訪視精神科醫院。這次修法的內容有不少已經將監察院調查報告中指出之問題點加以反映。但將來實務的發展，可能要等到日後才知道。

而在監察院調查報告中，如轉銜制度已經有法律明文規定，但如同各位先進上午的報告，也在擔心實務上該如何運作，得否配合法條？這次刑法、刑事訴訟法修正處，到底新法能不能解決監察院報告所提出的問題，就是我們日後要去觀察的重點。

接下來我要介紹日本的部分，剛剛黃教授也有提到，日本其實也沒有保安處分，而另行創設醫療觀察法，但該法的性質有學者認為其實也是一種保安處分。這個可以從日本 1960 年代就已經就是否要創設保安處分進行議論。最後日本認為精神醫學尚未成熟，科學實證性尚未足夠，在這樣的狀況下對人身自由進行拘束這點，受到法學和精神醫學的專家批判，最終刑法內則並無保安處分。但日後也是因為一些重大犯罪的發生，不得不有一些新的措施加以因應，那就是醫療觀察法。

該法性質上的爭議如同上述報告，到底是偏向保安還是人權保障這一點，學者間存在有爭議。有認為是比較偏向保障人權者，則是持該法有一些不同於一般保安處分的限制，例如日本醫療觀察法並不是針對所有罪種，而是只適用於某些重大程度的犯罪，處遇期間也是有受到一些限制，住院期間雖然沒有上限規定，但每六個月要進行一次審視等理由。

以下則介紹日本醫療觀察法相關數據。從 2005 年到 2019 年的統計數據，受到醫療觀察法審判者，合計約 5000 人，每一年約為 300 人到 350 人間。其中最終結論是要接受醫療觀察法住院處遇的人數每一年大概是 250~260 人，占總體約 8 成大概每一年會有 30 位門診醫療則一年平均 30 人。

另外一個實務數據是資源分配狀況，方才林教授跟黃教授也有講到在日本對於醫療觀察法下的強制治療，屬於國家與各縣市政府的責任，因此是由公立醫院進行強制醫療。

現在日本被批判的部分包含：不是每一個日本的都道府縣都有一個住院機關，所以在這樣的狀況下，有可能受處分對象之生活駐所附近沒有住院機關，可能要去其他地方都道府縣接受醫療，這對於對象者順利復歸社會可能會造成影響—因為受處遇的地方不是受處遇對象所熟悉的地區。在這樣的狀況下，為確保受處遇者的復歸社會，行政上的銜接：包含文件與相關資料的傳遞都是挑戰。

接下來是討論住院處遇相關部分。日本就此訂有「準則 (guideline)」。其中有明確的寫說是以 18 月為出院的目標，但實際運用上平均入院的時間是長達九百五十一日，也有住院超過十年都還沒有出院的例子。因此住院的長期化常

被批評。日本為了要解決這個問題，有定期舉行專家會議，檢討該如何因應。

關於成為處分之「對象」，日本嚴格限制在重大犯罪上，而且還要考慮到治療後的效果，若無效果則不得使其接受強制治療。

但在台灣，刑法第 87 條，其要件你只要情狀認為有再犯或危害公共安全之虞，不論是多輕罪，都有可能受到監護處分，這點有可能和大法官釋字 471 號跟 799 號相違背。

關於期間的部分，日本當然剛剛有說過，他有頒布一個入院治療的「準則（guideline）」，原則是 18 個月。

但是在台灣的部分，台灣在修法前是訂上限 5 年，後來變成不定期處分。修法前的問題點在於：監護處分 5 年就是上限，無法再延長，有可能有治療不足即使其出院的狀況。但現在修法後的問題變成：以後會不會有長期入院的問題。另一個問題是：5 年的處遇期間其訂立的標準為何？日本處遇期間的訂立是有科學上的根據，這個部分我想各國應該不會差太多。

另外關於監護處分體系的部分，剛剛黃教授和林教授都有介紹到，裡面有一些如同社會復歸調整官這些協助受處分者復歸社會之官職，此外，復歸社會可能涉及到很多部會橫向或縱向的合作。台灣目前是法條已經訂出來了，但誰來做這件事情？檢察體系有辦法負荷嗎？

日本是投入了大量的人力物力，從預算觀之，對於醫療觀察法所投入的預算比精神衛生法多上數倍。這個體制需要投入大量的人力物力去維持而在台灣，實施上到底有沒有辦法有人力物力去支持相關制度，不免令人擔心。

總結上述，本次修法已經把一些法律上的漏洞填補，但是實際上有沒有充分的資源執行，並落實修法之目的，這是我們後續需要關注的問題。

此外，關於刑法第 87 條要件：「情狀是否有再犯跟危害公共之虞」，該如何具體化判定？也需要日後思考。

將來，在國民法官制度下，重大的犯罪會交由國民法官來審判。依現行法條，監護處分之必要性與期間，也是交由國民法官來判斷。若以監護處分本質上屬於治療這樣的觀點，加入非醫療專業的國民法官則顯突兀。

依現行數據，每一年臺灣下級審法院認定有刑法 19 條第 1 項的人數大概是 150 人，其中約近百件有可能會經由國民法官加以審判，因此這是將來需要進行檢討的一個問題。我的報告就此結束，謝謝大家。

李俊宏：

謝謝洪律師跟以上兩位總共三位講者非常精彩的介紹。我想身為一個第一線工作者，我這邊再看相關的資料的時候，感觸真的還蠻多的，大概幾個。

第一個是如果我們以日本的制度來講，他跟我們現行的暫時安置處分的差

異性，其實大家都可以看到他在立法精神裡面特別針對入院後的這個會復歸社會的那一段，他其實是有在做特別的強調的資源的挹注。

據我了解，現在日本他們的精神保健福祉士每年應考資格，他考試的人大概六千多人，及格的大概三千多，每年都有新增三千多位的精神保健福祉士。

台灣我們這個職類目前也還不是在這個國家正式考試編制裡面，我們的人員現在都附帶在社安法裡面去做教育訓練跟練習，是不是說我們在整個人力、資源配置上面有辦法去負荷台灣這樣子的這個未來，對我們精障個案還要復歸社會的需求，我覺得這個問題應該還得要再去審視的。

當然在社會復歸調整的那一段以外，回頭去看他住院的那一段，他們住院的這個部分其實也是特別預算，特別針對醫療健保獨立之外的，所以它中間包括像剛剛講的內省計畫，我聽起來很像酒駕要去殯儀館。附帶講國外他們針對加害者同理心訓練效果是不好的。

其他的像針對犯罪行為的認知行為、治療或者是他的一些相關的社會復歸練習，還有早上特別提到，針對智能不足特殊教育的部分，其實現在目前監護處分的資源也都是沒有這一塊的，所以在前端資源不足，後端又沒有那麼充裕的人力資源可以把它接下來，我們可以預期的是，雖然我們的法令修改是有我們的善意在，但是很有可能這個個案會變成長期留置在精神病院裡面，反而是我們不希望看到的狀況。

當然我想台灣總是這樣跌跌撞撞繼續往前走，我蠻同意早上周執行長提到，我們總是要去看看，在現在目前這個狀況怎麼樣有個前進的做法。

接下來，我們就來這個介紹我們這一場引言人，丁榮轟專委，他是前法務部保護司科長，讓我們一起鼓掌歡迎他。

丁榮轟：

主持人，張老師，還有各位先進，各位專家學者大家好。我想因為時間關係，我應該算是最後一個報告。

因為擔任引言人，那我想前面聽了兩場。我下午來，因為早上剛好有事沒有辦法聽到美國的。那下午聽了德國跟日本的制度，好像覺得這些國外相關的制度，尤其是日本，有很多的部分是我們是可以參考的。

台灣目前當然，下午我來的時候才做總統公布，所以我就收到這個，所以我可能是知道得比較晚一點，但看完相關新變更的資料，像是前面專家學者所提的，我們可能把漏洞補起來了，但補得好不好，補的夠不夠，這個可能是我們未來要去思考的。好像我們可能去增加了評估小組，增加了暫時安置，那好像是因為對於社會的防衛這一塊，去有所交代。

但是看了美國、德國的，看了日本的，我們後面的所謂治療的處遇，或者

社會賦歸的那一塊的資源，剛剛前面的學者提到，這個是不足的，這個修法好像只修了一半。因為我本身以前在法務部作的犯罪研究，所以我想等一下也就我所觀察到的再提供給大家，有幾個問題，大家可以去參考。但法制面，我想在座都是法律的這個專家學者，我就不再多提。那大家可以，就有幾個我自己的觀點來參考看看。

我想今天我提大概四個、五個這個大概的想法。第一個因為既然有這個精神障礙的這個觸法者。那表示這些觸法者它應該源自於，起先應該都初步有精神疾病，應該他也不會一下子就從出生出來就有精神病。那變成我們應該看看，這個法令我做起來了，可是等這些法令修完了，其實都是，以我們做犯罪研究等於就是事後的犯罪預防，法令都是在做後面的處理善後的問題。

第一個問題我想說，大家知道我們這個精神障礙的人數有多少，醫療資源夠嗎？如果前面這個部分我們了解了，國家可以不要把資源都放在後面的法令處罰，法律修訂。那事前的這些醫療的處分，醫療的資源可以用夠了，那大概不用討論太多的，可能這些，後面我們去幫忙處理的問題。

第二個，現行觀護法治完備了，因為剛剛已經提到，今天已經公布了，不管是刑法、保安處分執行法，有一些已經把一些部分的漏洞補起來了，那到底這樣是完備嗎？

第三個，我想討論的是說，精神障礙觸法者，現在大概分成依 19 條第一項，處法就不用入監，但是如果 19 條第二項，因為他是減輕其刑，還是要入監，那入監執行有它的實質意義嗎？我想就之前在法務部所觀察到的，根據上課阿，或是相關的一些法令規定所觀察到的跟大家分享，跟實務面。

第四個，精神障礙處罰者我覺得應該還是，因為 19 條的第一項第二項，應該可以就變成解讀成 19 條第一項既然是不罰應該是病患，19 條第二項應該是病患，這個 19 條第一項應該是病患，患者的患；19 條第二項應該是病犯，這個犯罪人的犯。那這個跟 87 條，我講有一些現行它也許修正了但是還沒修正到，底下可能跟大家分享有一些想法是不是應該怎樣才去做調整跟增修的。

第五個，我想剛剛提到回應第一項，既然有這麼多的這個精神障礙的犯罪人，那在考量未來不管我們現在修法，應該比較偏向屬於第二跟第三級的這個犯罪預防的概念，那三級的犯罪預防原則上有精神疾病，我想在座有這個療養院的院長還有很多主任醫師啊，這個等一下他們當然接觸這一塊。那這個應該比較屬於事前的。那事後的，我們強調了你一個法令的修訂，剛剛今天討論的像這個美國跟這個日本都有專法，那我們現在好像跟德國比較接近的還是分散在不同的這個這個法條裡面，不同的法律，所以說我剛剛提到說這樣法令算完備嗎？

接下來我想就第一個，剛剛提到的我們現在的罹患精神疾病的人數多嗎？臺灣的精神醫療資源足夠嘛？那我大概有上去了這個衛福部的這個網站大概稍

微抓了一下資料喔，這個我很訝異啦，他在這個 2018 年跟 2019 年他做了一個比較，那這這一張圖 2017、2018 年，總共有 A 級精神疾病就有 270 萬，2019 年 280 萬，嚇死人，這個佔臺灣 2300 萬人口的 12%。為什麼會這麼多，這個我可能等一下再就教，醫師跟院長他們，我不曉得這個是包含所有的精神疾病，還是這個躁鬱啊等等。

他這個就是我接下來所講的因為我們犯罪只有一個名詞叫犯罪黑數，所以有一些人一定沒有來看醫生，所以這個數字一個我很驚訝這麼多人，另外一個當然就要所講一定還更多，那會有這一些精神處罰者一定跟從這邊開始衍伸來的。所以潛在的這些所謂的精神觸法者，我覺得是社會的不定時炸彈，所以這個應該很值得我們衛生醫療單位，或者我們的這個相關的司法單位也要去考量修法，不能只有考慮到這一塊。

那這個年齡啊大概稍微講一下他大概是集中在 45 到 64 歲，那第二個部分的話這個占了快 50%，好那所以說第二部分是 25 到 44。所以好像我們以這個如果是這個年齡的話他好像是這個高危險群，那這個數據啊我讓大家在參考一下，剛好想要探討這個問題，前面的這個部分呢應該要去思考。

第二個這一張圖，我們有多少醫療資源，這個以前因為沒有對於這一塊特別去了解，我發現，我們有分這個有精神病床的醫院，有分對這個精神疾病的這一塊，國家大概分成精神病床的醫院、精神復健機構、精神護理之家。那 108 跟 109，2020 年跟 2021 年啊，大概總共增加了 8 家，成長了兩趴。

這樣的醫療資源相對於剛剛 280 萬，我覺得這個醫療資源可能還不夠，不曉得，我們這個等一下請教我們的院長跟這個相關的醫生啊，那所以說這個是，等於說這樣的醫療資源是足夠來把我們這樣的一個處罰者的這個犯罪，他未來會衍伸，這些人會衍伸可能觸法者的這個部分，能做到預防的這個資源到位嗎？

第二個部分呢，現行監護的這個法治完備嗎？因為知道這個，法令已經有補充補足了吼，那但是這一個程序啊是我從監察院的國家人權委員會 110 年的，這個抓下來。那這個程序大概大家都了解，有偵查中，有判決前，還有判決並宣告。那現在原則上因為基於國家防衛的那一塊，認為你只要有需要，不管你要偵查中、判決中、審判中啊都可以。

可以用這個所謂暫時安置的這一塊哦，那當然相信一定是社會發生很多重大的案件，那要給民眾，覺得他有需要去暫時安置，然後加入我們醫療資源去治療，那我想當然這個是正面的，所以說這個部分呢，以修法的來講應該是沒問題。

但是我這個資料啊，就是說剛剛提到，德國，這個日本、美國都有專法，那我大概稍微把這個資料整理一下，刑法可能我們都，刑法有關這個這個精神障礙的人，在 19 條跟第 87 條保安處分執行法，可能就，呃這個因為有修正

過，多了幾個條文，不然應該第 4 條 46、47、48，就都是類似。

保安處分執行法他雖然增加了我所謂的評估小組或者所謂分流分歧的這個制度這樣到底夠還不夠，我一直覺得，那評估小組因為我看那個 87 條有修過，但是，我不曉得這個評估小組，是在放在這個已經確定要去安置了以後才來評估，還是在我們等於還沒判決確定之前，法院他就要去做這個評估。

所以這個部分如果當然還沒有這個判決前，法院已經做了評估，讓他用保安處分的這個制度那我覺得 OK。可是如果法院認為應該先到她這個保安處分，然後要送到這個相關的監護處所，才去做這個評估依據的保安處分執行法 46 條之一那個小組去評估，那我覺得好像有點本末倒至，等一下可能也可以就教各位學者專家。

刑事訴訟法就是有新增的 301 條之 1 啊，另外監獄行刑法，就算我們執行矯治機關在執行的大法就是，這一本間已經在這一間監獄行刑法，也只有好像在第 20 條有提到，因病需長期療養，那這個等一下我會提到了，如果說他是病患或病犯，呃如果病犯吼，這個犯罪人的這個犯罪人的犯，他到這個這個矯正機構來，那矯正機構現在他的這個處遇的措施，跟那個到底符不符合可以幫忙治療，需不需要有什麼樣的一個改變。

這個相關的這個法令已經有這個學者專家都介紹過了，那我就稍微說明一下，觸法者如果需要入監，就等於那個 19 條的這個第二項，有它的實質意義嗎？我所了解的吼，現在矯正跟觀護機構，對於精神病患的這個處理方式，矯正機構本來就精神病的這個受刑人大家都集中收容在臺中，女性精神疾病疾病的受刑人就送臺北監獄的桃園分監，那當然人數不多啦。但是就是他認為，在他們矯正機關裡面特殊處遇的犯罪人僅僅對的是像毒品性侵還有酒癮家暴等，並沒有包含精神疾病，這一條就算你需要到第 19 條第二項需要入監執行，矯正機構也沒有特別去做這一方面的這個處理啦，精神觸法者。

觀護更簡單了，地檢署對罹患重病、精神疾病、法定傳染病的保護管束人，應按其情形協調自治團體、慈善團體、警察機關等適當人或機構協助執行保護管束，就這樣。好所以說，在機構的矯正跟這個觀護，好像對這一塊都沒有太多的琢磨，這一塊他們修法也沒有重視到。那這樣，面對矯正機關造成影響僅有隔離的效果，並無積極治療疾病的能力，因為到矯正機構來，剛剛所講的，那兩個相關的規定，他沒有把他列為特殊犯罪人，也沒有特別的專門的經費去做這一塊，所以只讓他在裡面隔離。

第二個，增加矯正機關的管教負擔，因為這個很多的醫生在這裡大概了解，這個有精神疾病的，她就是會有攻擊性，他的這個情緒會有不穩定，不容易這個控制啊，那所以說會造成矯正機關很大的困擾。

第三個，造成矯正成本，呃看那個賴擁連教授的那美國的那一個，這個精神疾病的治療它大概三到五萬美金，好那大概就是 100 萬到 150 萬。那大家了

解嘛？我們一個以國家的這個矯正對平均的一個受刑人一般的受刑人大概多少錢？十八萬，十七、八萬。所以如果以這樣的觸法者越來越多留在矯正機關，沒有用其他的這個治療，或讓他在外面，矯正機關成本都會增加三到四倍以上，所以這個也讓大家了解這一個部分吼。

最主要當然是對當事人你只有把他隔離那他的病情沒有特別去治療，因為矯正機關他沒有專門的專科醫生也沒有專門自己的醫師所以他們醫療資源其實很不足，他把這樣的人隔離在裡面，他出來以後，如果又放出來又假釋，他會不會又再犯罪，這個也是我們要考量的。

這個就是接下來這一個部分呢，精神處罰者分為病患跟病犯，那因為依這個 19 條，他提的 19 條第一項，如果他有這樣的精神障礙或心智缺陷不能辨識他的行為違法或欠缺就不罰。那這一塊跟這個第二項只有程度的差別，顯著降低減輕其刑。那這個第 87 條的第一項第二項規定，因為第一項既然不罰，他提到說足認為有再犯，有安全之虞，才要令入相當處所施以監護。

這個我等一下，下一張投影片影片，我覺得這個條文可能會有點需要增修的。那第二項，他的等於這個 19 條第二項情形情節比較輕微的他的症狀足論呢，有再犯，情節有害公共安全之虞，那這一塊呢我覺得他的法令規定啊可能要顛倒過來。

第一個，19 條的第一項這一塊我覺得啦，因為他既然認為，他是這個有，沒有再犯可是沒有再犯他出去以後難道都不用再追蹤，既然他是很嚴重的犯罪情形，把他鑑定完，他就是有這樣的病情，那你不處罰的話，好到最後出來他就出來可是他的病還在啊，所以說雖然有這樣的一個限縮說要特別的情形、再犯的情形，才需要再追蹤，但是啊原則上我們建議應該增修，如果沒有此情狀的既然他被判處不罰，表示他的精神狀況很嚴重，按理中怎麼會有這個說我沒有這個再犯或什麼事。

當然醫生或這個評鑑小組如果這樣，這個評鑑也沒有 100%保證說他一定不會再犯，所以我覺得應該有一個追蹤觀察治療的期間。那第二個部分呢就是我們覺得應該是，我覺得應該修正為，因為你既然他需要入監執行，拿出來以後被執行完畢後要入以相當處所，我覺得剛好應該顛倒，他應該刑前先執行，等於說先治療完了以後你才入監，不然你入監以後他沒有這樣的醫療資源你把它放在監獄幹嘛？那出來以後，對這個法令規定我覺得應該剛好顛倒，要以先刑前執行，先入監護處所治療完成以後再入監執行徒刑，那看需不需要依 87 條連他的徒刑之執行。

最後事前的這個精神的 3 級預防，那我想因為時間的關係，那我就這個有基本的資料，那這個大概概念大家應該也都了解，我就不再贅述，謝謝大家的這個聆聽，謝謝。

李俊宏：

感謝丁專委，這邊的引言，然後因為我想剛剛特別有提到這個精神疾病人數的部分，那其實這20年來是逐年成長，但是主要成長的區塊他會是落在輕型精神疾病，因為其實如果根據精神衛生法第3條的話我們在精神疾病的定義，失眠跟這個精神官能症等等，他也都算到精神疾病。

重症精神疾病的部分，它原則上成長的幅度並不高，那他是微幅增加，那微幅增加主要的原因是因為醫學昌明之後，我們現在目前的診斷跟聽到這個剛才提到的二級就早期發現第二段早期發現早期治療的比例增加了，那再來的話是一個這個剛剛我想德國的這個教授有特別提到，失智症的這個問題，高齡化的這個問題。

我們進到高齡化的之後呢，其實基本上就是我們活得夠久就一定會有得到失智症的機會這樣子，那事實上它在晚期中後期的時候他其實會有這個所謂的行為跟情緒上面的障礙，那我們都了解有一些失智症的個案他可能會攻擊照顧者，或者是說他可能會有一些社區之狼，比方說像我父親過去喜歡晚上的時候會大吼大叫，這樣就是需要治療的，但是如果說我們給他用這個所謂社會秩序維護法啦，這個擾亂社區安寧啦他就可能會有觸法的這個可能性。

所以我們現在目前在訂的這些執法，說真的我自己在看我都覺得，哎我老的時候搞不好用的到，所以怎麼健全這個這些相關的這些制度跟資源，其實也是為了我們將來高齡化可能會碰到的未來的這個情形，讓這個其實在監所一樣吼，在監所高齡化鄰近的日本已經是一個蠻嚴重的這個問題了。那我們現在目前的這個院所夠不夠，我想剛好理事長也在這邊，這樣常年在健保事務這邊有非常深的著墨，可以做一些補充。

滕西華：

這個可能要蔡英文才能回答的問題，就是臺灣整體來說如果以廣義的社區復健資源跟基層醫療資源，在亞太地區僅次於紐西蘭跟澳洲，大概都是第二名左右。那我們比較少的其實剛剛李醫師有提到，我們在那邊佈點特別是在社區，就是從剛剛專員講衛福部的資源裡面，我們在人員的分布上面有幾個偏像就第一個醫院的大於社區非常多倍，那麼剛剛早上陳教授也提到就是當護理人員是最大宗沒有錯，那兼職的部分以職能治療人員占最大宗，所以社區裡面要復歸的還有心理師，心理師占最大宗，所以在整個精神障礙者他要在復健跟處遇的部分這兩種人是最少，那再來是社工。

其實保健福祉是跟臺灣的社工比較像嘛吼，就是臺灣的精神醫療體系的專業人員除了關懷訪視員以外，非常多這個除了社工以外，或者精神醫療團隊的人。那這一部分其實比較複雜，所以我把這個算進來的話我們可以在亞太區的評比上面再好一點點。

但是臺灣的社區復健成也健保，敗也健保，我們就是健保太好，所以住院開藥很方便，我們就花比較少的力氣在減床，在減半新床，然後發展社區的這

種模式，那有一些東南亞的國家，他們因為沒有錢養醫院，所以在訓練基礎的人員，從半專業到專業，尤其是一些比較鄉村的地區。

這個是在聯合國世界衛生組織的協作中心底下實施這5年的發展其實比較不錯，所以臺灣有一些比較傑出的這個專業人員都有去那邊做一些社區的訓練。那加上他們東南亞這幾年的災難，譬如說像是 COVID-19 裡面他衍生了一些病人，他有一些不管觸法也好或者在社區體制的復健，確實是比較有新的模式出來。

但整體來說我們在今天醫療資源在健保的比例大概 8 percent 吧，然後社區復健成長非常的多，其中又以住宿機構成長大於復健機構，不過這不一定是好事，但是就是這一波監護處分計畫裡面，保安處分執行法要發展出來的這些社區住宿型的機構，可能就會在那邊，那全世界應該只有臺灣在精神病人的康復之家裡面建健保特約的，不是在單純的設置。

因為住是一種治療是蠻奇怪的啦，就是居住是一種治療措施。所以如果是真的要有一部分他沒有辦法轉型是在這一波裡面會變成另外一種入院，就是另外一種這個機構式的安置，其實是我們可以觀察的，但我可以知道是，我可以知道會有這樣子，但我沒辦法理解法務部沒有做準備，因為法務部在這個部分他沒有準備，法務部沒有準備錢，法務部也沒有準備訓練，法務部也沒有準備，法務部準備好的就是請衛福部幫忙，所以這些年其實在這個體制上面有點爭執，就這些人你又不了解精神衛生法來強制就醫程序用公務預算，那你法務部又不出錢，那他在保安處分或監護處分可以用健保嗎？

這個其實是一個被很大的這個問題，那其司法精神病院可以跟健保特約嗎？可以視同一般醫療機構跟健保特約嘛？這個都是在討論預算跟人的時候沒有被討論到的不過整體來說我們沒有比別人差啦。但是我們還有很大的，就是有更好的空間，像李主任講的我們今天所做的每一件事都為了我們明天會使用到，謝謝。

李俊宏：

好那接下來我們就那個請與談人來這進行今天這個最後一個場次的與談。

我們就先請郭醫師。

郭宇恆：

各位先進大家好，那剛剛聽了這個3位學者專家介紹這個日本的一個法制喔。其實在這個我們臨床上跟將來的一些研究上其實有一些想法啊。就是剛剛那個黃老師有提到說，因為當初這個日本他們在這個執行上他們共用一些設施跟團隊，所以這個效果其實不好，跟後續追蹤這些都有些問題，這也正是我們現在目前在執行上正在遭遇的問題，那因為現在新修的法其實看不出來有辦法解決這個問題，反而可能是讓這個問題更加嚴重，而簡單講就共用設施跟團隊

這個其實在在臺灣是非常嚴重的狀態，因為我們現在的這個監護處分病人跟一般的病人是放在一起的，這個是在一個判決正確的狀態下是這樣。

因為我們知道保安處分有好幾種，包括這個今天要講的是精神障礙的這個監護處分 87 條，但他有這個禁戒處分就是 88、89 戒毒戒酒的，萬一吼，舉個例來說我們現在就遇到一個困難，一個人她在喝酒之後造成精神障礙然後去犯那個性侵犯的罪他到底用哪一個處分？他是禁戒呢？還是監護呢？還是這個 91 之 1 條的這個性侵害自由？他就沒有很簡單的就因為律師幫他這個抗辯是精神障礙所以他就來我們醫院監護處分了，那這樣子的話就慘了，因為這個時候他到底是在治療什麼，到底是哪個是主要問題。

因此就是剛剛這個我們那個呃學者也提到說，在鑑定上他可能要多幾次的評估，而不是說這個好吧他已經判決處分了就來醫院執行，來的時候已經沒有喝酒的問題啊所以已經沒有精神障礙剩下酒癮啊。那這時候照醫療來看應該是禁戒處分戒酒，但是它卻不是他判的是監護處分，那他那個性侵害又有另外一個問題，所以在處分競合上這是個值得去探討。

除此之外吸毒也是，吸毒之後也會造成精神障礙他也會去犯性侵犯的罪，那吸毒更麻煩了它還有一個這個勒戒，這也是一個，實務上認為他也是個保安處分，但是勒戒就是提到他是一個沒有治療的保安處分，那在醫院的禁戒處分持有治療的保安處分，所以這時候到底要怎麼去處理，去協助這些病患，就變成說不要用這個監護處分的方式來行監禁之實，所以就變成說在監護處分沒有上限的狀態下很可能這些人就再也出不了院了。

因為像這些病人他們本質上要處理的是戒毒跟戒酒，但是他們卻放來醫院裡面治療精神疾病，然後要讓他出去條件又是沒有再犯之虞。那這樣子根本就是目的跟手段是完全對不上，所以這其實是一個值得將來這個發展跟這個探討的方向。

另外就是說其實今天講的很多這個我們講的這個暫時的一個安置的狀態，好那跟精神衛生保護的一個安置，緊急安置跟強制鑑定，其實在這個目標上好像有點類似，都是一個即時性的強制手段，那如果這樣子的話其實只要檢察官叫警察把這個病人到醫院評估，有沒有強制住院的必要就好啦。其實好像不需要用到這一個刑事法律來把它制裁在醫院裡面，關在那邊。所以這個將來的一些這個施行的這個狀態上可能還有一些討論跟慢慢研究的空間，以上是回饋，謝謝。

李俊宏：

謝謝這個郭醫師，接下來就有請我們這個，好我們的這個大家長吼，這個嘉南療養院的吳院長。

吳文正：

針對剛剛我們郭醫師所提到的，也說明了大概精神衛生法也有跟這個刑事的這個政策，法律的一些競合的問題啦。我在這邊來說大概回應幾點，大家也看到這邊有兩杯的咖啡大概知道咖啡因，它如果依照目前新的疾病的一個概念，就是不喝我就精神不濟，喝了精神就來，不喝不行，所以我是標準的咖啡成癮病人。那這個算是精神疾病的一種，所以在定義上，我們會發覺咖啡成癮很常見，像在座的桌上都有咖啡，所以看起來大家都有這種成癮的傾向。

也就是為什麼大家就說，這個越來越增加，也是因為這樣，現代人忙碌、焦慮，所以在定義上來講，就會使精神疾病的範圍越來越大，很多現象都納入，有些像網路成癮一樣，所以變成很多的一些的以前不認為是病，現在認為是精神疾病，那當然在醫療的目的而言，他為了幫助人，他是一個幫助人去除他的主觀上的一個痛苦或難過而來協助他，所以在刑法上他因為犯罪要去做懲罰或者是教育等等，就不太一樣，所以基本上他兩個性質都不太相同。

所以在這部分來說我們在定義上當然也會希望說能夠幫忙，但是這些的狀況呢也是可以做一個變動的，那他會到時候也許就會改善了，因為不想喝了，有健康的問題後，就不喝了，就會改善，所以這個狀態呢，其實在變，所以說這些人會不會再犯，那我一直在想，剛剛那個我們的專委也在講。這個犯人出去會不會百分百犯罪，我們警察那麼多、法務部每天都在管那麼多犯罪問題，你告訴我說沒有犯罪研究專家嗎？不可能沒有。

到現在在警察每天都很忙，法務部也很忙，也就是說這個部分看起來沒有人能夠保證。因為看起來他也是個行為主體，那可能這對某些事情他可能會做犯罪，當然是故意犯。當然還有一些可能怎麼樣，像我們這些的監逃人的大概很多都是被疾病的被害人，他因為生病了，他有這個急性的精神病，他犯罪了，那我們希望能夠來處理這個部分，那要脫離這些的人，觸法者的，這些精神障礙的觸法者，難道一定要走刑事嗎？

就像剛剛我們郭醫師講的，我們都希望他轉讓到醫療體系，他從醫療這邊來之後，來到這邊我必須要回到醫療去照顧，那對於說呢現在看起來我們這些修法哦。臺灣目前的修法，今天聽完以後只有增加公立醫院或者是司法鑑定醫生的責任一直在增加，而且人一直在使用健保資源。換句話說呢，所有的犯罪問題都是精神醫療化，走我們現在原來的通路，原來的人力的原來的機構，原來的治療模式來做這個犯罪的矯治跟犯罪預防，那這個是合理嗎？

我是覺得，讓我們已經，坦白講在健保制度下已經很血汗的情況之下，還要壓縮我們對其他病人的照顧，這對於其他已經在被照顧的病人，或許採取了一個排擠的效應，我覺得這個是一個很大的政策的一個問題，那剛才法務部之前的那個專委特別提到，那看起來就是說呢，預算不夠，我們怎麼樣增加很多錢呢，要幾倍？那法務部為什麼不編呢？這是我一個很大的問題啊，現在欠錢，那就編，編了，然後呢？把很多的這個資源人力都納到法務部的矯正體系裡面來做，有現有的人力現有的資源現有的架構都有。

這個也是我去美國好幾個地方看到的，也是這樣做的，甚至德國系統也是一樣，那甚至我看到他們的矯治系統呢，讓我很訝異的一件事情。他們的少年犯，少年那個監獄，他的這個典獄長，我說背景是甚麼？他說我是教育系的教授，他的想法就會跟我們傳統的矯正或者是醫療的觀念完全不一樣，所以他對於這種青少年犯罪的想法全部都是教育的概念，所以我們到這邊來講可能就很難想像。

怎麼會是一個教育的教授在這邊當典獄長，我看到，也是非常的訝異，所以在整個部分來講他從教育的角度進入，去做這個犯罪預防跟矯正，我覺得我們可以參考並學習，大概幾點大家分享謝謝。

李俊宏：

好那就謝謝院長吼，那張教授請。

張麗卿：

我簡單跟大家回應幾個問題，就是修法真的能夠解決我們的問題嗎？可能沒辦法。日本過去共用設施跟團隊的經驗，好像臺灣現在正在進行的，這是非常值得省思的部分。

尤其剛剛3位的報告有提到，暫行安置跟精神衛生法競合的部分，其實是用更人道的去處理，而不是一下子就必須用暫時安置，他的理由何在？再來看到日本的問題，他們沒有期間限制，可是實務經驗告訴我們，他們已經有長期監禁的傾向，這都是值得警惕的地方。

剛剛洪老師提到，國民法官制度的推行，其實是一個很大的疑慮。一般的素人在那邊算幾年監護的情況，我們沒有辦法想像。尤其是經費的問題，法務部、衛福部也覺得經費不足，他們也覺得經費沒辦法編列出來，但這部法律已經通過了，應該怎麼辦？這就是我們團隊將來應該要面對的問題，希望能夠藉由各位的高見來提出一些真正適合臺灣監護制度的法制，以及實務執行的面向，這是我簡單的回應。

李俊宏：

好那就謝謝張教授這邊的回應，好那我們接下來就請王教授這邊。

王紀軒：

主持人、各位師長、先進，大家午安。非常感謝最後一個場次，3位老師的報告，以及丁老師的引言，實在獲益匪淺。尤其是，日本的制度，在定性上面跟臺灣迥然不同，所以我自己坐在這邊天馬行空的亂想，有沒有可能我們刑法第87條的修法，其實非常地倉促草率。

如果參酌日本的立法例，有沒有可能當時的監護處分，這個修法的改

革，其實應該要跟精神衛生法進行統籌思考，因為我們台灣的精神衛生法，乍看之下可能跟日本的醫療觀察法，也許，當然這個並不全然，也許很有一些些可以互相參考的地方也不一定。

當然，保安處分制度在臺灣要把它取消掉，我覺得現實上可能不太容易。這只是個題外話，我個人覺得，當時監護處分的修法，也許忽略了精神衛生法要做合併思考的可能性。

另外，我有一個問題想要請教洪老師。主要是這樣子，因為在日本的醫療觀察法裡面，也是不定期的規定；可是，他們現在實務上面，已經有了一個處遇準則，希望有一個「18月內」的目標，甚至在醫療實務上面，也已經有了一個大部分的案件、大部分的病人，都是在相當的時間內，可以解決的一個狀態。既然如此，為什麼日本沒有考慮在立法上把它調整為定期，還是說日本有什麼其他特別的考量？這個就請教於洪老師。不好意思，以上是我簡短的回應。謝謝。

洪士軒：

感謝王老師的提問，那就這個地方就我初淺的理解，關於處遇準則就是一個 Guidelines，其並無強制力，也就是僅供參考。

而日本 1960 年代起的保安處分立法程序中有討論過處遇期間是否需要定期。但關於定期，則有：到底是在宣判時定期？還是處遇時再定期？這樣的問題。如同準則內所說：基於科學證據，處遇平均需要 18 個月，因此立法上就採取每 6 個月左右做評估，確認受處遇者是否可以出院。

以上是我的理解，若有不足之處煩請黃教授或林教授再指正，謝謝。

黃士軒：

關於這個問題呢，我想說就是可以從，就是當然也需要進一步得，也許在文獻上做個確認是沒有錯，不過那個就比方說從刑事政策跟這個醫療的政策觀點做個簡單的推測的話，可能有以下幾個面向可以做個說明啦。

第一個就是說，不定期本身啊可能考慮到是例如說醫療上每個患者他病重不一定相同，那所以說做了一個僵硬的期限反而可能在實施醫療的時候變得比較綁手綁腳。

另外一個面向就是說呢，那個不定期然後呢？但是各位可以發現就是如同我們剛剛 3 位的報告都指出，就是日本他其實不會是在，不會是在就是一直把人監禁的狀態下就實施這個法律，那他基本上都是大概 1 年多就會出來，把那個患者就是回到放，就是說欸安置回社會當中，那在這個實施的過程當中應該可以發現一件事情，就是說這樣子的一個實施穩定了，表示說他們的治療是有效的，也就或者說他們覺得他們的治療是有效的。那在以這個信心為基礎啊，

然後呢那個就是說實施上沒有特殊的問題的時候，就造成這個模式呢繼續進行下去，不會有特別的問題，那可能也是一個可能的背後的原因。

與這個相似的話呢，就是例如說像是在性犯罪的處遇上，那個也有類似之處，就是說像在日本，因為如同剛剛這個洪老師也有提到，就是說他們刑法典裡面是沒有這個保安處分了，那所以說像是我國的這個就是刑後，然後強制治療的這一種就是制度，在日本其實是沒有，我印象中是沒有啦。

他們有的就是在受刑期間，就是說服刑期間本來就可以對於性犯罪的犯罪人實施醫療這個是日本的做法，那就是說各位可以想一件事情就是說那像我國的制度為什麼日本不要採取咧？也就是說這個，他們既然有一定的危險性，那刑後繼續給他們這個治療不是很好嗎？那個從這個，剛剛的相同的理由，也就是說對於日本而言就是有統計啦，就是他們有做過一定的統計，就是他們認為他們在性犯罪的行為人在這個就是說服刑期間所做的這個醫療是有效的，而且可以有效地降低一定程度的再犯的這個可能性。

也因此呢那個在這種情況下如果說刑後還要再弄一個就是強制治療的話，那個顯然表示他們先前在服刑期間所做的事情是沒有意義啊，或者說沒有用。那這樣子的話，就是對於實際上經過調查確認有用的這一個觀點來看的話，就是那個顯然是一個矛盾，那當然是在有數據支撐的情況下，就不太需要一定要再追加，那我想這個道理可能類似啦，就是給王老師參考看看。

李俊宏：

好那我們最後就請這個韓教授。

韓政道：

因為我看時間已經超過了，那我很快的速度可能也提一個小問題，那當然今天聽了一系列的師長的報告，那我本身也獲益良多。

其實我一直以來，像早上我也有提到過，一直以來都覺得說，像這樣的一個精神障礙觸法者，我們的定位應該還是要把它定性在病人這樣的身分，那當然我們現在是一個研討的一個活動，所以其實我們可以跳脫現在立法框架，去思考說未來我們是不是還是可以朝向這個方向來進行，那我們相關的法制還沒做調整，那當然我還是回到剛剛我其實對於林老師報告裡面有提到一個，這個疾病的那個反應性，那個就是有沒有效果，有沒有效果這件事情，他當納入一個評估的標準。

我很好奇的是說，針對這個標準本身如果放到目前我們台灣的一個，比如說未來我們當作是我們有判斷的準則，他要不要去施以強制安置，或者是後續的一個監護處分，那會不會抵觸我們現在的一個考量，因為我們感覺好像比較偏向所謂的社會防衛而不是社會復歸，那如果他沒有效的話我們只好把它放出來嘛。大概我的一個想法要就教於老師，謝謝。

林政佑：

謝謝韓老師的提問，關於這一點的話其實最近我看臺灣的一些文獻，就是目前的監護處分的一個主要的對象是以所謂思覺失調的患者為主。在這個情況地下跟日本的狀況其實還蠻類似的，就是說也都是思覺失調的患者為主，在這些患者之外，像人格違常或智能障礙或者說有認知症的情況，他們到底要怎麼進行處遇，這確實是一個問題點。

以我們現在的規定來看，似乎很多疾病都可以放進來，不管疾病類型，也不管罪種是怎麼樣，都有可能放在透過 87 條處理，但是我覺得其實我們要去體驗到一點，就是說醫療或精神醫學也有可能的局限性，當我們要透過司法精神醫院提供處遇計畫的時候，這個計畫是有可能滿足到特定的一些對象，如果沒有辦法滿足到這些特定對象之外的，比方說剛剛講到人格違常或者說智能障礙等情形的話，其實就像剛剛前面黃老師有提到就是說我們應該把精神衛生法放進來一起整體性的思考，比方說像日本的話他們其實站在說批判醫療觀察法是屬於保安處分的的人，他們其實很多認為精神保健福祉法他已經可以處理很多的情形了。

像剛剛前面有提到說像急性期的治療的話，精神保健福祉法裡面的私立醫院，與醫療觀察法公立精神醫院，他們同樣都是可能處理，只是說在這部分的話可能會涉及到法律與社會的互動，醫療觀察法所呈現的精神醫療資源從私立過渡到公立的意涵，在這個狀況底下的話，對於精神保健福祉法的一個關注上面來講的話就可能比較起來可能比較不足夠這樣子。

同樣回過頭來看我們臺灣的話，就是說我們現在有精神衛生法跟保安處分執行法跟 87 條這些規定來，我們其實也應該要通盤的進行檢視，了解到說我們未來蓋好這個司法精神醫院或者說司法精神病床之後，我們所提供的這些處遇的計畫到底是以哪個對象為目標，如果不行的話是不是就應該是透過其他方式進行處遇，比方說一樣在保安處分的框架底下，像韓國的話它有所謂的治療命令的措施，罪質比較輕，然後症狀可能比較輕微的，就透過治療命令方式在社會裡面進行復歸。亦即處遇的方式要更加的多元，然後也同時要體認到司法精神醫院它本身的一個可能的有限性這樣子，我的想法大致上是這樣，謝謝。

李俊宏：

呃好的謝謝，那個就是另外，除了剛剛那個林老師的發言之外，那簡單補充兩點就好，就是說第一個就是說剛剛韓老師所提到的，治療的這個反應性，就或者說治療可能性的問題上面，實際上日本在實務上那個確實有討論過這個問題，就是說申請，檢察官申請適用醫療觀察法的案件後，那實施鑑定的期間啊。

一開始呢，認為的病名可能是就是說思覺失調，那這個就是典型的就會適

用到這個法律的這種類型，那但是隨著鑑定的進行後來發現，不是思覺失調是人格發展障礙，那如果是這樣子的話呢，就是在我粗淺的了解，因為我也不是專家就不太懂，但是那個日本的實務是認為說人格發展障礙其實是對於治療沒有適應性，就是說沒有什麼反應性的，那也因此啊就是說會在那個剛剛的這個要件考慮，就是要素考慮上面，認為啊既然就是說沒有治療的反應性，所以他們可能所做出的裁定會是不實施這個醫療觀察法上的治療，會是這樣子。

這一個裁定當然看起來好像就會，就是說回到這個，如果在我國會不會覺得說是不是在社會防衛的觀點下，這樣子把人不讓他進入醫療院所，是不是很危險的問題。

可是呢就是說這個問題我覺得在解決上有一個先天上的限制。就是說，因為使用的是醫療的手段，而醫療是有資源的，醫療本身就是一種資源嘛。那所有稱為資源的東西都是有限的。也因此醫療就有它的界限，那在這個就是說超過界線做醫療這件事情啊，那我想不管是什麼樣的醫療領域呢都是有它的困難的啦。那這一點只要想想臨終末期醫療的時候，就是說醫療行為不可能無止境地做下去這一點這個道理我想是想通的，那也因此就是說對於精神疾病它的種類既然非常繁多了，可能也不適合無限制的就是做啦。

因為畢竟這個就是說，不管說實施上的時候，居留在居室，就是放在醫院的期間，就是人身安置在醫院的期間有多長啊。但畢竟他的法條用語叫做司法精神醫院不是司法精神監獄，所以說這個我想還是應該要考慮到這種問題，那個在解釋上啊，即使是以社會防衛為中心，但是因為它涉及到醫療領域，考慮到醫療的有限性，就是可能也是應該要有不把這種情形，就是說不讓他進入設施的這個餘地才是，這樣以上供參考謝謝。

李俊宏：

謝謝兩位教授的補充，我這邊再附帶做個補充，就是說他在這個，因為日本他們在這個 18 個月這邊的設計，我想應該是仿照這個 APA，他是美國精神醫學會，他們在這個思覺失調症個案治療指引上面，他們會把它分成 acute phase, stabilization phase, stable phase，加起來的時間剛好一年半這樣子，好那但是因為他考量到這一類的個案他可能合併掉很多像智能不足、人格障礙或是他本身回歸復歸社會上面有它的這個困難度，所以他就沒有把這個 1 年 8 個月的時間定的那麼死。這樣讓他操作上有點彈性。

同樣的就是說，他們其實在轉型到下一個階段的指定令入院到指定通院的時候，他們指定通院也有一個這個 3 分三期的這個處遇模式，那這三期的處遇模式加起來是 3 年半，所以 1 年半加 3 年半剛剛好就 5 年這樣子，所以他們也建議大概差不多是 5 年，只是沒有寫死而已。

當然實務上的操作我想日本給我的印象，他其實像剛剛幾位講者這邊提到，他是國家侵權跟家護主義相當重這個國家這樣子，所以可以想像如果說，

假設一個檢察官他在正犯過程當中他已經發動了這個鑑定，然後知道個案是精神喪失，他就為這個所謂不起訴處分的話，這個在臺灣會有多大的這個爭議，所以也因為是這樣子所以這個兩個國家在這個這個法律設計上面來講就會有一點點所謂的這個差異性這樣子，好那這個部分不知道說，針對呢剛剛的這個議題，還有沒有其他想要再做討論或請益的。

張麗卿：

我有一個問題，就是刑法 87 條，相對不定刑的限制，一開始是 3 年，後來修改提高上限到 5 年，剛剛洪老師有提到 5 年的緣由，是怎麼訂出來的。李主任的解釋，是從 APA 的 18 個月，一直到通院的 3 年半加起來是 5 年的狀況來看，是不是有參考的依據。

因為我看到很多文獻有提到精神疾病的治療，在短期內 3 到 5 年沒治療好的話，之後治癒的情況或癒後的情況其實是很不好的。剛剛黃老師有提到在日本，人格違常的 case 是不把他先入住院治療的，那他們到哪裡去？

黃士軒：

如果是這種情況的話，就會使用那個精神保健福祉法上面的醫療措施，然後呢讓他們，就是說在社區內進行醫療。

張麗卿：

喔？在社區內進行醫療。

黃士軒：

如果說，在有一些就是說自傷或者是傷害他人的情況的話，那就再使用也是一樣就是說精神保健福祉法上的措施來處理，他就不會進入那個醫療觀察法。

張麗卿：

就不會進入醫療觀察法？

黃士軒：

因為他們還有精神保健福祉法的措施能使用。

張麗卿：

對，精神保健福祉法就是跟我們的精神衛生法是一樣的。

黃士軒：

對，比較類似，因為不以這個不起訴處分或無罪判決為前提。

張麗卿：

所以這就是不一樣的地方，很謝謝黃老師，這樣的處遇模式其實是很值得我們去省思的。

李俊宏：

剛剛好其實諸位先進都有提到這個所謂治療反應性的這個所謂區分的概念，那剛剛在這個林老師的講義裡面其實也特別有提到 RNR 模式跟這個 Good Lives Model，這兩個模式結合起來就是前面在提，他包括所謂的疾病性治療反應性跟賦歸社會可能性的三個像度上面的評估，那我記得先前參加過一個這個法律先進舉辦的這個演討會，特別有提到的是這個法律人最重要的是維護正義公義這樣，好那但是當時其實我對應起來，醫療人其實最在意的是什麼，我們最在意的事就是所謂的醫學倫理啊。

如果說假設這一個人他沒有所謂的治療反應性，我們要強行留置她在醫院裡面進行一些毫無實證科學證據的治療的時候，我們等於是在沒有 IRB 的狀況底下把他當作實驗品。

所以在這個部分其實為什麼日本他們會先去做這個 treatment responsivity，再來判斷他要不要進到下面的這個，主要的原因是在這裡。那剛剛老師有提到說他們如果說假設是人格障礙，人格障礙他當然如果自傷或傷人是走，可能是這個精神保健福祉法，那一部分這一端他們也是有它的限制在，他必須要還是要有這個精神精神症狀，他其實還是有一個比較嚴格的規範。

如果說假設是像我們社會其實前一陣一直在提這個所謂反社會人格，或者是說有一些像他們的這個麻藥使用的這個部分的話，他們進到社區裡面走的其實就是我們現在目前現行的保護管束或假釋的一些相關的規定。好那包括他們在刑中的性侵害強制治療如果回到社區裡面去的時候，他也是走這一段。

所以他刑後就是刑後在社區適應生活，在緩刑跟保護管束的過程當中，他的這個保護官，其實還是可以協調讓他去接受治療的。好所以日本他們現在不管是這個藥物治療或者是在心理治療人格障礙的這個部分，在刑期後或這個部分大概是以這個方式來做執行，但是他在就不會被放在精神保健福祉法跟醫療觀察法這個範疇裡面去這樣子，大概就附帶做一個說明這樣。

滕西華：

我用 30 條補充一下，就是李醫師提到有一個研究，他也讓我想到了研究，就是有一些研究是問精神，就是思覺失調的病人說，如果你因病犯罪或者是你犯罪了，你要接受監禁還是接受這個強制治療的安置。那有比較比較多的研究傾向那些病人寧願去監獄，也不要接受強制治療的安置，第一個就是他強迫治療對他來說可能帶來非常多的痛苦是多餘他被監禁。

第二個是他們認為監獄有刑期，一旦一個人被強制治療或是行監護處分，他覺得他永遠沒有出獄了一天，就是社會給他的回饋就是個污名化，讓他讓他背負非常多的永世的刑期，所以有一些這樣的思覺失調症會比較嚴重的精神障礙者，他還是會寧願選擇，那你該判我多少刑期你就判我多少刑期，然後你把我抓去關，所以有這樣的趨勢，就會反應剛剛李主任提的，就題外話補充一下謝謝。

李俊宏：

好，今天因為時間的關係很短，很感謝大家可以整天參加這麼密集的這個討論，那如果這個如張教授跟吳院長提到的一樣，未來如果有機會的說不定還可以有小型的這個研討會，我想今天這個反應相當熱烈，那我們把時間放給這個負責計畫主持人。

張麗卿：

非常感謝大家熱烈的討論，我們這一次的研討暨焦點座談會，沒有想到大家都有一些很熱烈的聚焦，跟相互之間的討論，我原本認為時間夠長了，一個國家的法制討論兩小時，但實際上還是不夠。所以我跟幾位報告人做個商量，是不是可以用比較簡單的方式，像是 GOOGLE MEET 的方式，再針對比較不足的部分做更深入的探討？

非常謝謝大家願意來支持跟費心，謝謝。今天的研討會到這邊結束。再次感謝大家熱烈的參與，謝謝。

蕙禎：

演討會結束，感謝各位貴賓的參與，今天的研討暨焦點座談會就到此告一段落，期待透過今天的討論能讓臺灣精神障礙觸法者進入處分的相關法制更加健全，那謝謝大家也祝福大家有個美好的夜晚及周末，謝謝。