

精神障礙者犯罪處遇制度之研究

中國文化大學法律系暨法研所專任副教授 曾淑瑜

摘 要

我國刑法雖於 94 年 2 月修正，但新法於 95 年 7 月 1 日始正式施行，雖刑法第 87 條有關對精神障礙犯罪者施以監護之規定，已仿德國法例規定，明定施以監護之實質要件，並賦與法官彈性處理監護及執行之先後，以達治療之目的；而且法官可裁量如無繼續執行必要者，可免監護處分之執行。前開規定雖有進步，但對於建置我國完整精神障礙者犯罪處遇制度尚嫌粗糙。外國立法例，如英國、德國、荷蘭、法國及日本等，鑑於其人文、社會之特色，長久以來已建立並實施相關制度，雖非完美，但其諸多法制設計值得我國借鏡。本文特以此五國處遇制度為中心，明列其模式及所涉問題，最後對照我國此次修法，研擬四項建議：(一)是否命強制治療應以治療可能性為前提要件(英國、日本)、(二)建議採取出院後之「行為監督制度」(德國)、(三)對再犯危險性低及輕微犯罪者不施以監護者，得命其至指定精神病院住院或接受定期治療(荷蘭、日本)、(四)所謂「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」應有一定之基準。

壹、前 言

94 年 2 月修正公布之刑法第 87 條配合第 19 條責任能力障礙之修正，調整條文用語；並增設精神障礙者之情況足認其有再犯或危害公安之虞時，應宣付監護處分之實質要件，並增列有必要時，得於刑之執行前施以監護，俾符保安處分之目的；另為使監護處分更具成效，延長監護處分之執行期間為 5 年，但法院認無繼續執行必要者，得免其處分之執行，以利彈性運用。條文修正為：「因第 19 條第 1 項之原因而不罰者，其情狀足認有再犯或危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護。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。但必要

時，得於刑之執行前為之。前 2 項之期間為 5 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。」修正理由共計下列四點：

- 一、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。對於因第 19 條第 1 項之原因而不罰之人或有第 2 項及第 20 條原因之人，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，應由法院宣付監護處分，始符保安處分之目的。爰參考德國現行刑法第 63 條之規定，於第 1 項、第 2 項增設此一要件，並採義務宣告，而修正第 1 項、第 2 項「得」令人相當處所之規定。
- 二、監護並具治療之意義，行為人如有第 16 條第 2 項之原因，而認有必要時，在刑之執行前，即有先予治療之必要，故保安處分執行法第 4 條第 2 項、第 3 項分別規定，法院認有緊急必要時，得於判決前將被告先以裁定宣告保安處分；檢察官於偵查中認被告有先付監護之必要者亦得聲請法院裁定之。惟判決確定後至刑之執行前，能否將受刑人先付監護處分，則欠缺規定，爰於第二項但書增設規定，使法院於必要時，宣告監護處分先於刑之執行。
- 三、對精神障礙者之監護處分，其內容不以監督保護為已足，並應注意治療(參照保安處分執行法第 47 條¹)及預防對社會安全之危害。現行第 3 項規定監護處分期間僅為 3 年以下，尚嫌過短，殊有延長必要，故將其最長執行期間提高為五年以下。
- 四、受處分人於執行中精神已回復常態、或雖未完全回復常態，但已不足危害公共安全、或有其他情形(如出國就醫)，足認無繼續執行之必要者，自得免其處分之繼續執行。特參酌現行法第 97 條前段意旨，修正如第 3 項後段。

僅僅一個條文似乎無法說明我國有關精神障礙者犯罪處遇制度之宗旨，但畢竟可以顯現出本次修法總算調整政策之方向，使得我國精神障礙犯罪者之處遇與外國之處遇對策相契合。為建置整體精神障礙犯罪者處遇制度，比較法之研究勢在必行，當然在對照我國之社會、人文、國民感情後，去蕪存菁即是本文研究之重點。

¹ 保安處分執行法第 47 條規定：「受執行監護之精神病院、醫院，對於因心神喪失或精神耗弱而受監護處分者，應分別情形，注意治療及監視其行動。」

貳、英國有關精神障礙者犯罪處遇之政策及問題

一、精神保健法修正案

英國是世界上實施開放治療精神障礙者之先驅，早在 1959 年即制定了精神保健法，當年即有 155,000 人入院，至今仍有 30,000 人住院治療，但有百分之九十均於社會中為精神治療。蓋依精神保健法之規定，係以治療可能性作為入院之要件，如果醫院認為患者「治療不可能(untreatable)」則可以拒絕其入院。1990 年對精神障礙者之研究突飛猛進，在 1994 年發生精神障礙者殺人事件後，英國明定應由第三者機關查明其原因及有公告周知其結果之義務。1998 年提案設置收容重症精神障礙者之保安設施，1999 年發布應無限期拘禁危險性人格障礙者。此外，英國於 2000 年發表白皮書，明確宣示：(1)雖未犯罪，但有不可能治療之人格障礙潛在危險者，仍應無限期拘禁；(2)應明文規定強制在社區內生活之精神障礙者服藥之權限；(3)前開強制服藥權限期間長短應由獨立之法院決定之，且應有獨立之辯護人保障患者之權利；(4)遭受精神障礙者侵害之犯罪被害人，對該精神障礙者何時回到社會(包括從精神病院出院及從監獄中假釋或出獄)有知的權利；(5)應設立精神保健委員會監督受治療者；(6)應擴大對精神障礙者之醫療²。

二、英國精神障礙者犯罪處遇制度

有鑑於對精神障礙者治療之必要，英國法院以入院(保安醫院)命令取代刑罰。所謂入院命令，是指罹患精神病、精神病質、精神發育不全之犯人，因犯罪被處有期徒刑以上之刑罰，法院經 2 位醫師之建議，以強制入院代替刑罰之處分。如前所述，精神病質及精神發育不全者，須以治療可能性作為入院之要件，法院應斟酌其犯罪之性質、犯人之前科、再犯之危險性，認有無保護國民免於重大侵害之必要，而決定入院命令及禁止出院命令(精神保健法第 41 條)。再者，即使有罪判決尚未確定，亦可為暫時強制入院命令為精神治療之保護觀察³。

² 川本哲郎，〈觸法精神障害者對策の現状と問題點(1)—イギリス編—〉，《現代刑事法》，40 期(2002 年)，67 頁。

³ 據統計，2000 年入院人數為 26,700，其中強制入院者有 6,200 人；2001 年入院之人數為 13,800，

原則上保安醫院分為3種，高度保安醫院有3所，中度保安醫院(地域性保安醫院)有數十所，最多數者要屬一般精神病院。高度保安醫院在1863年設立，平均收容期為8年。中度保安醫院在1976年設立，患者住院期間之上限為2年(但實際上收容期間亦有超過2年的)，平均住院期間為八個月⁴，其設置通常考量實施與家屬或地域有密切關係之精神治療。至於一般精神病院強調短期化入院，平均住院期間只有幾週，為充實地區醫療，通常將即將於地域性保安醫院出院的病人送至此治療，數位病患(2、30人)在同一棟住宅內共同生活。為實踐精神障礙者處遇制度，英國投入大量預算，編制多位專門醫師及看護，例如某高度保安醫院內計有住院病患390人，即置有專門醫師18位、看護約700位⁵。

三、最近之動向⁶

(一) 對於危險且重症之精神障礙者將計畫設置特別之高度保安醫院。

(二) 2001年有關精神障礙者自殺或殺人5年之調查結果報告顯示：

(1)精神分裂症病患至少有1/4以上在實行殺人行為前未接受過治療；(2)對精神障礙犯罪者有1/5是處以有期徒刑；(3)人格障礙者則98%以上處以有期徒刑；(4)殺人犯百分之九為人格障礙者；(5)人格障礙犯罪人有49%未曾治療。

(三) 經由刑事判決而強制住院治療之情形，與未經刑事判決而為一般性住院治療之情形相比，有某些程度上之重疊。由於大多數被強制入院治療之精神障礙者均有精神科治療病歷，故嚴格上稱其為「精神障礙犯罪人(mentally disordered offender)」並不恰當，蓋前該名詞係在行為人實行重大犯罪後，始發現具有精神障礙時稱之。而查大部分強制住院治療之情形，僅是於逮捕過程中無法接受治療之精神障礙病患，因此，事後只好透過刑事司法制度協助其繼續治療，毋寧將此精神障礙者稱之為「犯罪的精神障礙者(offending mentally disordered)」始為適當。基此，地域性社區性精神治療相當重要且較為有效。

其中有1,200人住在高度保安醫院，10,900人住在NHS(國民健康服務)中心，而有1,700人收容於私立看護設施。就整體之趨勢言，住在高度保安醫院及一般精神病院之患者減少，而住在中度保安醫院之患者增加。

⁴ 起初設計時一家醫院有30至100個病床，計畫總計要設置1,000至2,000個病床。

⁵ 比較起來，日本之公立醫院住院病患有200~300名，但僅置有醫師10位，看護100~150位。

⁶ 川本哲郎，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(1)―イギリス編―〉，《現代刑事法》，40期(2002年)，69-70頁。

- (四) 關於危險性之預測，從以前調查結果分析，(1)有暴力犯罪前科者，為再犯最主要之原因；(2)精神障礙者中人格障礙者較為危險；(3)精神障礙者，特別是精神分裂症病患與暴力犯罪間有密切的關係。
- (五) 進行反社會性人格障礙之調查研究，對反社會性人格障礙之原因及研擬對策處理將來發展之可能性有十分成效。

參、德國有關精神障礙者犯罪處遇之政策及問題

德國對精神障礙犯罪者亦採「刑事治療處分」制度，一方面，其依然維持刑罰一元主義；另一方面，其克服現行「強制入院」程序違憲之問題，在刑事政策上有效地兼採刑罰與處分併科主義及處分先於刑罰執行主義。

一、德國採取刑事改善及保安處分之政策

德國現行刑法為 1976 年修正者，其中已無「死刑」或「終身刑」制度，在刑罰及刑事處分二元制(主義)下，一方面，堅持「罪刑法定主義」及「責任主義」，同時，實踐人道的犯罪者處遇思想。德國之刑法、刑事訴訟法、行刑法在制度上有密切的關係。例如責任能力規定於德國刑法第 20 條及第 21 條，精神病院之收容處分—刑事治療處分則是規定於德國刑法第 63 條，提供與各州政府在訂定「處分執行法(Maßregelvollzugsgesetz)」或「收容法(Unterbringungsgesetz)」時依責任主義之原理及比例原則(Grundsatz der Verhältnismäßigkeit)為適當地運用⁷。

二、不使用「心神喪失」、「精神耗弱」用語之原因

德國刑法第 20 條、第 21 條有關「刑事責任能力」之認定與我國現行刑法第 19 條以「心神喪失」、「精神耗弱」作為判斷行為人於行為時之精神狀態的標準不同⁸。德國刑法第 20 條規定：「行為人於行為時，由於病理之精神障礙，深度之意

⁷ 德國刑法第 62 條為防止保安處分之濫用，規定改善及保安處分必須參酌犯人之行為及預測其行為將來危險程度之重大性，符合比例原則時，始得為改善及保安處分之裁判。

⁸ 94 年修正刑法第 19 條時，即參採德國立法例，修正為「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰。行為時因前項之原因，致其辨識

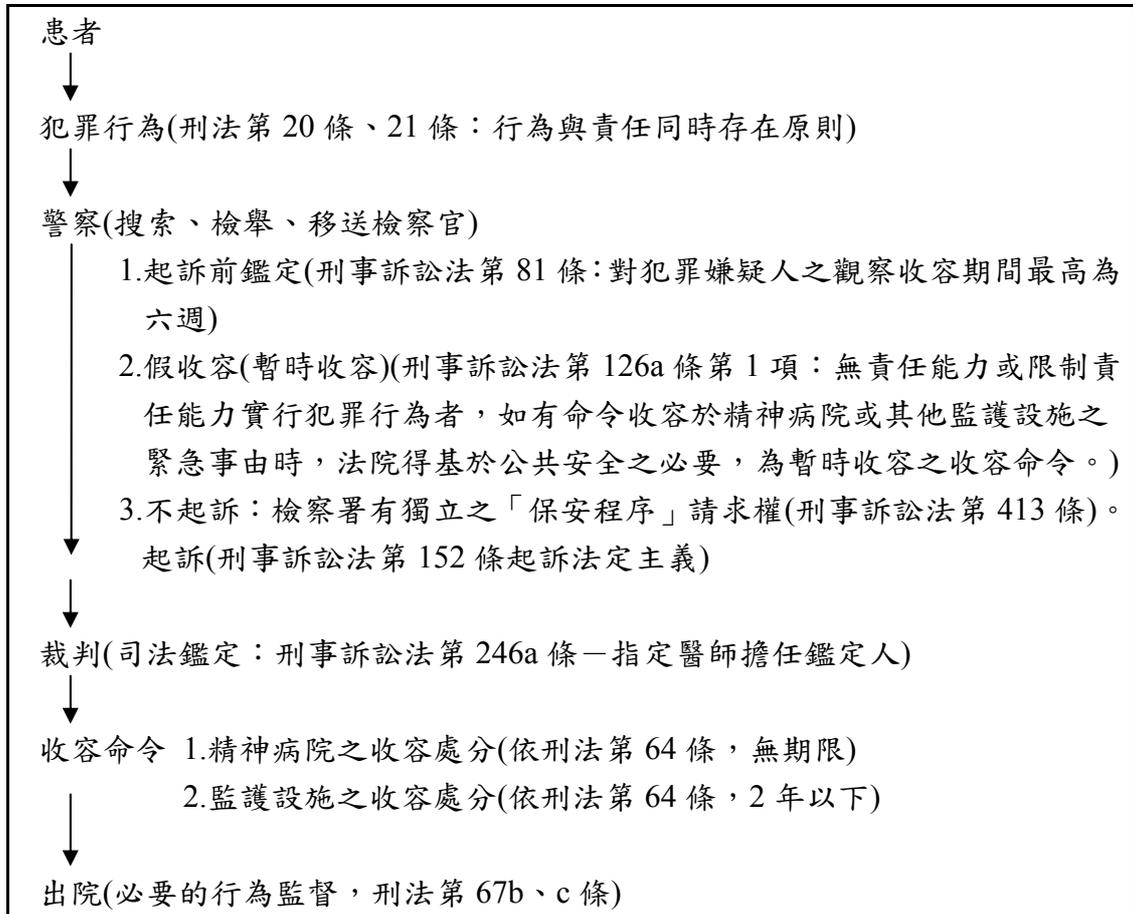
識障礙，心智薄弱或其他嚴重之精神異常，以致不能識別其行為之違法，或不能依此識別而為行為者，其行為無責任。」而同法第 21 條規定：「行為人於行為時，由於第 20 條所列各原因，致其識別行為之違法或依其識別而為行為之能力顯著降低者，依第 49 條第 1 項(法律上之特別減輕事由)減輕其刑(裁量減輕)。」申言之，採取「責任能力混合之判斷方法」(即生理學及心理學之混合立法體例)，有關「精神醫學之要件」(生物學之要件)採列舉主義，下列四種症狀即為法律明文之「精神醫學之要件」：(1)病理之精神障礙(krankhafte seelische Störung)；(2)深度之意識障礙(tiefgreifende Bewußtseinsstörung)；(3)心智薄弱(Schwachsinn)；(4)其他嚴重之精神異常(schwere andere seelische Abartigkeit)。而規範要件(心理學之要件)則以行為時必須具備「識別能力」及「控制能力」2 項能力，始謂有完全責任能力。是故，德國刑法無責任能力規定之特徵是將前揭四項精神醫學要件交由精神鑑定專業醫師判斷。蓋是否有精神障礙疾病，須仰賴醫學專家之鑑定，例如「精神病質(Psychopath)」、「人格障礙(Persönlichkeitsstörung)」、「神經病」、「性衝動障礙(Affektsstörung)」等是否為法條中所指「其他嚴重之精神異常」，惟有藉助精神醫學專家之意見始能認定。惟有學者批評將「其他嚴重之精神異常」規定為無責任能力，會引發(人格障礙犯罪人)「無罪洪水」之現象，將導致責任主義形式化及刑法社會防衛機能低下之結果，即出現所謂「法律潰堤」之現象。然而，根據犯罪統計之分析，並無濫用「精神病質」、「人格障礙犯罪者」概念引發「無罪洪水」現象之情形，主要原因在於德國之刑事判決，精神鑑定醫師及法官或檢察官之間在責任能力之判斷上互動關係良好，已建立信賴關係⁹。

三、精神障礙者犯罪處遇之模式

行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，得減輕其刑。」

⁹ 加藤久雄，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(2)―ドイツ編―〉，《現代刑事法》，41 期(2002 年)，73-74 頁。

茲以下圖說明之¹⁰。



四、精神病院收容處分之運用情形及其問題

(一) 從前揭之模式來看，德國之收容處分乃根據下列 4 個法律依據：

1. 刑法第 63 條：將精神障礙犯罪者收容於精神病院之規定。即「當無責任能力人或限定責任能力人實行犯罪之行為者，如法院綜合考量行為人及其行為，認為會招來顯著的犯罪行為或公共危險者，應命令將該行為人收容於精神病院。」在此情形，收容期間依第 67d 條之規定，無任何期限限制。此收容處分之目的在於使犯罪人改過遷善及維持社會之安全及秩序此二刑事政策。因此，在收容期間，倘若治療不成功，再犯之危險性並未消失或減弱者，則有繼續執行之必要，故原則上收容期間無期限。

¹⁰ 加藤久雄，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(2)—ドイツ編—〉《現代刑事法》，41 期(2002 年)，74-75 頁。

此外，在個案處理上，因數年透過藥物療法有成效而聲請出院者，則依其不同之程度，必要時輔以無期限之特別保護觀察制度—「行為監督」制度。

2. 依刑法第 64 條規定，酗酒、吸毒之犯罪行為人，應收容於監護設施中。收容期間為 2 年以下。
3. 依刑事訴訟法第 81 條規定，得鑑定犯罪嫌疑人之精神狀態而將其收容於精神病院。收容期間為 6 週以下。
4. 刑事訴訟法第 126a 條規定，在確定判決前得暫時將被告收容於精神病院或監護設施，此乃法院之假收容命令。

目前德國具體執行收容處分之法律依據均委由各聯邦州法訂定之。

(二) 至於強制收容於精神病院後，應以「預測犯罪危險性」(即預測再犯之可能性)作為釋放之條件。申言之，假如預測行為人回歸社會不再具危險性，且執行期間已有 2 年以上者，或已逾收容期間，或預測治療有成效者，均可作為判斷釋放與否之準則。惟所謂預測再犯之可能性，非指完全排除行為人再犯之可能，換言之，只是再犯可能性低，而不是完全無再犯可能性。基此，伴隨著釋放條件之嚴格化，鑑定人之壓力、負擔相形之下也增加了，釋放人數偏低，被收容者之人數相對地就提高了許多¹¹，雖然長期化收容可強化社會防衛，目前在執行上弊端重重，聯邦各州均不統一，亦引發違憲之問題。

五、推動社區司法精神醫學治療服務

有鑑於收容人數大幅提高，增加德國政府之負擔，有學者建議應推動社區司法精神醫學治療服務，一方面，經由社區司法精神醫學治療服務不但可提早釋放行為人，亦可確保公共安全；另一方面，收容期間縮短，可減輕醫療負擔。此外，亦有學者提出經由社區司法精神醫學治療服務，可降低再犯率，而且即使行為人仍有危險性，尚可轉送回收容處所接受繼續治療。故社區司法精神醫學治療之實施成效須注意：(1)保護觀察之管理及治療關係須固定且繼續；(2)集中的且專屬的管理(case management)；(3)迴避積極的危險；(4)設置社區網路或社區專門心理諮商處所；(5)治療人員(特別是主治醫師)之繼續性；(6)危機介入之可能性等等事項¹²。

¹¹ 據統計，1991 年收容之人數為 2473 人，1997 年則增加為 3188 人，1998 年又增加到 5098 人。

¹² 加藤久雄，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(2)—ドイツ編—〉，《現代刑事法》，41 期(2002

六、行為監督制度 (Führungsaufsicht)¹³

按執行收容處分後擬釋放精神障礙犯罪者，必須附帶為行為監督之處分，此係對出院之精神障礙犯罪者之一種保護觀察(病後護理觀察 aftercare)制度。

- (一) 行為監督制度為德國刑法第 61 條第 5 號「未剝奪自由的保安處分」之一，為刑事判決之一種。即法院認為犯罪行為人將來可能有再為犯罪之虞時，與刑罰併科之一種保安處分(德國刑法第 68 條)。依此，犯罪行為人須遵從保護觀察官(行為監督官)一定之指示。行為監督之期間為 2 年以上 5 年以下，但 1998 年德國刑法修正為行為人出院後如經專業醫師判斷其無「再犯之危險性」時，便不能繼續為無期限之監督(德國刑法第 68c 條第 2 項)。
- (二) 負責行為監督之保護觀察官通常隸屬於地方法院，地方法院之院長有權任命行為監督所之所長、副所長及保護觀察官。監督之內容除與精神障礙犯罪者直接面談、以信件或電話談話，尚包括提供其教育、職業、失業保險等之申請援助服務。在行為監督期間內如有違反「應遵守事項」者，依德國刑法第 145 條 a 規定：「在行為監督期間內，精神障礙犯罪者違反第 68b 條第 1 項所記載之指示種類之一時，如危及處分之目的，處 1 年以下有期徒刑，併科罰金。行為監督所應主動提起訴訟。」
- (三) 基於下列 4 個原因，本制度仍受到學者之批評：(1)有雙重保護之危險；(2)強烈地壓抑監督機能；(3)欠缺對集中釋放犯罪行為人保護效果之對策；(4)尚未解決保護觀察官之品質及其教育之問題。當然，1998 年修正為「無限期」原則，更是遭受到違憲的砲轟。

七、因凶惡「性」犯罪之多發性導致社會治療處遇之復活

德國這幾年鑑於「凶惡性犯罪」案例大增，立法者紛紛提出刑法修正案，擬對此類事件實現重刑化政策，即限定對習慣性性犯罪者實施「社會治療」處遇方式。因此，修正行刑法第 9 條，使得「社會治療處遇」模式再度復活。蓋依行刑法第九條規定，以往擬收容於「社會治療設施」者，須經受刑人自己之同意，而修法後，如行為人曾犯德國刑法第 170 條對受保護者之性濫用罪至第 180 條對未成年人性交罪，或第 182 條對少年性濫用罪者，於宣告 2 年以上之有期徒刑時，

年)，76 頁。

¹³ 加藤久雄，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(2)―ドイツ編―〉，《現代刑事法》，41 期(2002 年)，76-77 頁。

應一併判決處以社會治療處遇，而毋需經行為人本人之同意。

八、違憲 - 預測再犯之可能性？

德國 1969 年刑法修正案，1975 年公布施行，嚴格地限制收容要件，但雖然收容期間不定期，最長仍不得超過 10 年。1988 年刑法修正時，再擴大收容處分之要件，即收容經 10 年後，被收容者如果仍具性癖，應檢討其是否有「再犯之危險性」，是否可認定其仍有「處遇之可能性」，在特別重大案件之情形，則原則上可無限期收容，惟仍須經司法精神專門醫師之鑑定判斷(刑事訴訟法第 246a 條)。同時修正的尚有行刑法第 9 條，明文規定社會治療處遇乃屬義務性質。對此，學者強烈質疑違憲，因為從司法精神醫學之觀點來看，前開修正無疑地顯現犯罪人只要有性癖，即有再犯之危險性，此種假設從科學之觀點不一定有經驗上之明確根據，蓋僅僅以有消極地再犯之危險性即預測行為人可能犯罪，如以統計學上再犯之危險性(可能性)來預測犯罪，則只要鑑定人提出統計數字，幾乎不能不謂犯罪行為人有犯罪之可能。

肆、荷蘭有關精神障礙者犯罪處遇之政策及問題

荷蘭在安樂死、麻醉藥品管制及被害保護等方面有先進之政策，同樣地，其對精神障礙犯罪者，尤其是特別之重大犯罪行為人，對社會有危險者，設有 TBS 處分，該處分之決定及終了由法院為之，而治療之內容始委由醫療人員。因荷蘭對於精神障礙犯罪者之治療及回歸社會編列了豐富之預算，也具體落實政策，故有詳細介紹之必要。

一、精神障礙犯罪者之刑事訴訟程序

犯罪嫌疑人有精神障礙者，於開始審判程序前一準備程序中，法官如懷疑犯罪嫌疑人有精神障礙者，得命令其提出精神醫學報告書。應注意的是，此命令屬法官之權限，如檢察官認為法官有行使此權限之必要，或者是辯護人提出報告書向檢察官請求為精神障礙鑑定時，檢察官不能逕行命令為之，只能向法官請求命

令犯罪嫌疑人为鑑定。準備程序之法官只能命令司法精神科醫師或心理學專家進行鑑定。鑑定期間由法官認定，必要時得命令延長。又如果懷疑犯罪嫌疑人無訴訟能力時，依荷蘭之刑事訴訟法第 16 條規定，法院於接到治療報告後應停止訴訟程序，實務上被延期者僅限於重度精神障礙者始有本規定之適用。鑑定報告書之作成一共有 2 種方式，一為將犯罪嫌疑人拘禁於法院外留置所，進行訪談；另一為於專門機構內為留置鑑定，通常指荷蘭中央之精神鑑定中心(Pieter Baan Centrum)，大約 7 週¹⁴鑑定之內容包括精神障礙之有無、行為及精神障礙之因果關係、責任能力之程度、再犯之可能性，及是否有治癒之可能性等¹⁵。

在許多情形下法官均會遵從鑑定報告書之意見，但為最終判斷者仍是法官本人，法官重視的是被告在犯罪行為時對犯罪行為之性質與結果是否有認識，被告違法性之意識，及是否有控制自由決定意思之能力，綜合上述 3 點判斷之。因荷蘭與我國同採起訴便宜主義，是否提起公訴檢察官有裁量權。在起訴猶豫制度下，精神障礙犯罪者在偵查階段可經裁量而為不起訴，故有謂在荷蘭事實上不是由法官為責任能力之判斷，而是檢察官。此外，荷蘭刑法第 39 條規定，欠缺責任能力者為不罰，基此，無責任能力者，如可能對自己、他人、社會或財產一般性安全有危險性時，依同法第 37 條第 1 項規定，法院得判決 1 年精神病院之收容處分。之後即不再適用刑事訴訟程序，而是依照精神病院收容法(Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)之規定處理，依該法第 19 條規定，住院命令可延長 1 年，在 5 年內繼續住院者，之後每次延長 2 年。

二、TBS 處分

所謂 TBS 處分，是指有確保公共安全之必要(刑法第 37a 條)，由法院為一定命令之處分。其對象不限於限制責任能力人，尚包括無責任能力人。TBS 處分係針對法定刑最高處 4 年以上有期徒刑之犯罪(例如強盜罪、前制性交罪、殺人罪等)或特定重大犯罪，例如因重大精神障礙所引起之不能安全駕駛罪。本處分可與自由刑併罰，亦得單獨科處。申言之，為 TBS 處分須符合重大犯罪、有公共安全上之理由及被告無責任能力 3 項要件。TBS 處分之目的是希望透過對精神障礙者之治療使其能回歸社會，同時也希望確保社會之安全，是以，被告如對社會未存有

¹⁴ 據統計在精神鑑定中心對 1 人為鑑定報告，1 日約需 2 萬台幣之經費。

¹⁵ 林美紀，〈觸法精神障害者對策の現状と問題點(3)－オランダ編－〉，《現代刑事法》，42 期(2002 年)，84 頁。

危險性者，則無適用 TBS 處分之必要。早期(1928 年) TBS 處分之前身 TBR (Ter beschikkingstelling van de regering)制度收容期間無上限，長期間拘禁治療之結果反而比同種犯罪有責任能力之受刑人之有期徒刑還要長，引發其權利不受到保障之批評，是以，1988 年 9 月 1 日始引進 TBS 處分取代之。又在收容人數增加及設施不足之情況下，於 1997 年 1 月 1 日頒布了 TBS 監護法(Beginselenwet verpleging ter beschikkingstelling gestelden)施行至今。1997 年之修正重點在於使用 TBS 處分取代住院處分，將 TBS 處分分為附條件之 TBS 處分¹⁶及附監護之 TBS 處分(TBS met verpleging)¹⁷ 2 種。前者如行為人違反了條件，且有保護他人安全、社會或財產上一般安全之必要時，經檢察官請求，法院得命令將被告拘禁於禁閉處所，執行附監護之處分(刑法第 38c 條)。換言之，採何種處分，法院有最終裁判權。TBS 處分之決定、從附條件處分變更為附監護處分、或處分之終了等，分別規定於荷蘭之刑法及刑事訴訟法，對處分不服之救濟制度、懲戒等有關被收容者之法律權利則規定在前揭監護法。其規定與 1996 年荷蘭行刑法(Penitentiaire Beginselenwet)規定之內容大致相同，處分與處以刑罰之受刑人一樣，均屬自由被剝奪者，故與發監執行之受刑人有同樣之權利(行刑法第一 e 及 t 條)。申言之，1 週最少可面會 1 次，可以電話或信件與外通訊；惟附監護處分者，因須受強制治療，有關身體完全性之權利或隱私權等基本人權均受到限制。至於治療之方式或內容，與法院無關，而是由精神病院之醫師依照治療計畫進行¹⁸。

¹⁶ 所謂附條件 TBS 處分，是指法院判斷被告再犯危險性之程度及社會之容認，在被告本人之協助下，不予收容，僅附加條件，通常是附加條件被告須自行至一般之精神病院住院或接受治療(刑法第 38 條及第 38c 條)，條件還包括接受治療後依指示服用藥物，並遵守保護觀護所之監督。

¹⁷ 所謂附監護之 TBS 處分，是在一定禁閉處所執行之處分，以保障他人之安全或社會、財產上一般安全(刑法第 37b 條)。本處分之目的本來是在保護社會使其免於行為人再犯重大危險，而治療之目的在使行為人能回歸社會。故處分通常為 2 年，但法院得宣告再延長 1 年或 2 年，惟全部期間不得超過 4 年，且如有保安上之必要，則不限定期間(刑法第 38e 條)，有終身收容之可能性。

¹⁸ 現在荷蘭有 13 個可執行 TBS 處分之設施。於 2000 年初期，收容的 95% 為男性，大多為 20 至 30 歲，平均年齡為 34.9 歲。其中精神分裂症者有 13%，人格障礙的有 27%，同時有精神分裂亦有人格障礙者為 60%。又其中許多為濫用藥物及酗酒者。處分之原因，於暴力犯罪中，死亡者有 26%，傷害有 53%，性犯罪者占全體之 72%，放火罪者占全體之 10%，嚴重之財產犯罪者有 30%。據統計，與前開統計數值相同，均屬合併濫用藥物及人格障礙之精神病患，且顯現其為暴力行為或犯罪有很高之危險性。21% 之收容者收容期間為 6 年以上，8 年以上者占 12%，1 年以下者占 15%。除長期收容者，平均收容期間為 5.5 年，收容長期化之後果引發收容場所不足之問題。雖然被收容者當中外國人僅占 9%，但因勞動者大量遷移，種族歧異，言語、宗教、生活習慣不同，在處遇上有其困難。此外，因有再犯可能性，在 TBS 處分終了後而仍須處六個月以上自由刑者大概有 21%。

三、其他¹⁹

- (一) 有關精神障礙犯罪之處遇不論是開始或終了均須由法院介入，日本參考此制度之精神，在法律制度設計上亦保留給司法機關。
- (二) 荷蘭與英國相同之處在於刑事程序進行中，是否有治療之必要委由精神科專業醫師彈性運用。
- (三) 精神障礙犯罪者回歸社會後，荷蘭在全國仍設有 60 個治療體系(RIAGG Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg)為保護觀察。
- (四) 荷蘭有關精神障礙犯罪處遇制度最大之問題在資金方面，且往往是收容設施不足之問題。在一般收容場所，受刑人 1 人 1 天處遇須新台幣 5 千元左右；在精神病院 1 日需要約新台幣 7 千元；在 TBS 處分設施，則 1 日也要約新台幣 1 萬 7 千元；財政負擔不謂不重。

伍、法國有關精神障礙者犯罪處遇之政策及問題

德國、英國及荷蘭等歐洲國家，對精神障礙犯罪均設有以強制命令至精神病院治療之專門治療處分制度，取代刑罰。然而，法國卻無類此治療處分制度，僅與一般精神醫療合作，建置獨立之處遇系統，命精神障礙犯罪者中治療有困難者進入設有專門治療設施或矯正設施之一般精神醫療院所進行治療。

一、一般精神醫療制度 - 精神醫療中心

從 1950 年代開始，治療精神疾病之藥物陸陸續續發明，大幅度提高精神疾病之治療可能性，疾病之症狀似獲得減緩，但精神病患卻相對地增加。至 1960 年代，法國著眼於病患回歸社會之背景，建置地區性精神醫療制度，使得精神醫療中心制度更趨完備(sectorisation psychiatrique)。所謂精神醫療中心制度，是指以各地區分割為各個地理中心，各個中心均有對患者為相同檢查診斷之醫療系統，非屬強制住院治療，而是在住院治療前為監視患者所必要且不可缺之醫療手段，保證能對患者為繼續性治療之系統²⁰。此系統可以早期發現精神疾病而予以治療，重點在

¹⁹ 林美紀，〈触法精神障害者對策の現状と問題點(3)－オランダ編－〉，《現代刑事法》，42 期(2002 年)，86 頁。

²⁰ 法國全國國民大約以 7 萬人為 1 單位，分割為 8 百個中心，主要除了公立精神病院（占全體精神病院之 80%）外，以各中心之基礎醫院負擔國民之精神保健。

於患者可接受地區性醫療及為繼續性治療，患者在自己熟悉之生活環境中為精神醫療較符其福祉。即使命其住院，其前提也在於使其能回歸社會，不會與其家族或地區社會關係斷絕。再者，除了設置成人精神醫療中心，尚有兒童、青少年精神醫療中心。前揭精神醫療中心制度正式於 1985 年 7 月 25 日法制化²¹。又 1990 年訂定新精神保健法後，不僅住院之方式從強制收容(採職權收容 placement d'office 及同意收容 placement volontaire)修正為準強制入院(採職權入院 hospitalisation d'office 及經第三者要求入院 hospitalisation sur demande d'un tiers)，且基於本人之自由意志及同意，導入了自由入院(hospitalisation libre)制度²²。

二、精神障礙犯罪者處遇制度

(一)從刑事司法系統移送至精神保健系統

除上述說明之法國精神障礙犯罪者處遇制度之特徵外，此制度與歐洲他國最大之不同在於法國精神障礙犯罪者之治療處分與刑事司法系統脫離，只要威脅到公共秩序或人之安全，依規定通報轄區法院後即可移送精神保健系統，爾後任何有關司法程序或措施均不能介入。換言之，對精神障礙犯罪者施行強制精神醫療為所屬地區市長之行政處分，以行政介入刑事司法，將精神障礙犯罪者從刑事司法系統移送至精神保健系統²³。

關於精神障礙及刑事責任能力之有無，法國乃委由準備程序之法官(juge d'instruction 很少屬管轄法院之法官)請求為精神鑑定，再依鑑定結果為判斷。依法國刑事訴訟法規定，法官以外之共和國檢察官或司法警察官不得請求為精神鑑定，又原則上違警犯罪及輕罪毋庸為預備程序，惟如有為精神鑑定之必要，亦有請求行預備程序者。再者，在重罪之場合，被告如未明顯呈現精神障礙，則在準備程序是不會為精神鑑定的，但因檢察官依起訴便宜主義，得裁量在請求行準備程序前警察留置之階段，以「精神狀態有障礙(état

²¹ 直至 2000 年，住院病患從 12 萬人減少至 5 萬人，平均住院日數從 270 日減至 32.4 日。

²² 由於住院之自由化，且精神障礙者不再受到自由監禁，現在自由入院者約占全體入院者之 87% (職權入院約 2%，經第 3 人請求入院者約 11%)。

²³ 此制度與日本相同。而與日本不同的是，未經準備程序或裁判而住進矯正設施之未受判決者 (prévenu) 及受刑人 (condamné) 如呈現精神障礙，卻拒絕治療或症狀嚴重者，就不能留在矯正設施內治療。依刑事訴訟法第 D398 條規定，矯正設施之醫師 (不一定是精神科醫師) 有提出診斷書通報縣市長之義務。且在通報後採取職權入院措施，將未受判決者與受刑人轉送醫療機關，與其他患者為相同之治療。但此僅移送至暫時之精神保健系統，其並未免除刑事責任。換言之，在症狀改善後仍須回到矯正設施，繼續其準備或審判程序。

mental déficient)」理由為不起訴處分(classement sans suite)。精神障礙犯罪者之情形亦同。在某些情形下，因有明顯之精神障礙致耐不住警察留置者，則依據精神科醫師之診察(非精神鑑定)，如認結果緊急及有治療之必要時，經巴黎警政署長或其他縣市長之判斷，依 1990 年之法國刑法第 343 條規定，可採取緊急措施(僅在 48 小時內有效)強制入院，然後縣市長應通報聲請職權入院²⁴。由此可知，在此情形，其處遇方式亦與刑事司法系統脫離²⁵。

(二)精神障礙犯罪者之治療設施

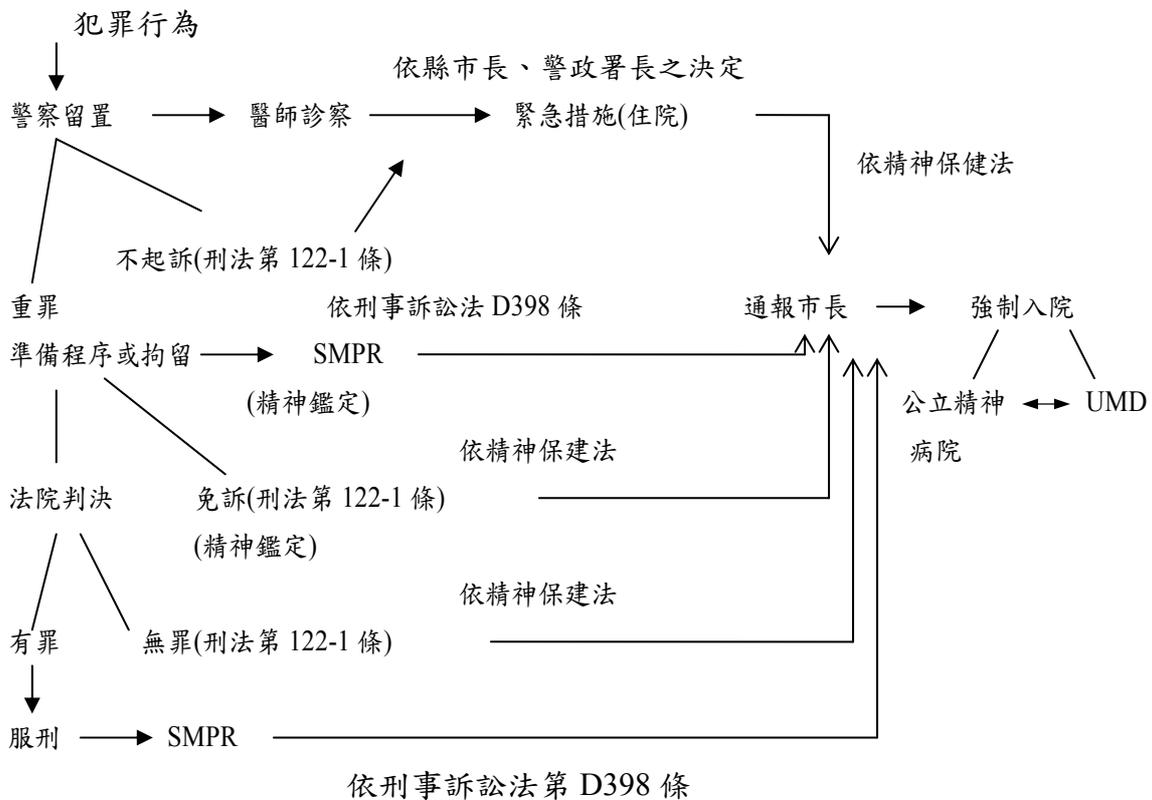
從刑事司法系統移送精神保健系統之精神障礙犯罪者，與其他精神疾病患者相同，均在公立之精神病院，特別是有禁閉病房之醫院治療。惟實際上，在醫院治療者不限於危險性不高之患者，即使是殺人等為重大犯罪行為，被認定無責任能力之精神障礙者，並不一定直接強制其進入嚴重病患設施(Unités pour Malades Difficiles UMD)。又未受判決者與受刑人進入前該醫院治療者，亦有保安上之界限，住院期間非常短。UMD 與矯正設施相同，為重視保安之公立醫療設施，在法國收容危險病患之特殊設施有久之歷史，實際上從 1840 年即存在，自 1910 年以後，UMD 之前身為保安病房(services de sûreté)，起初保安病房是給有暴力危險性較高者使用，較之於一般病房收容的病患多屬嚴重患者，政府當局也強烈希望精神障礙犯罪者可進住。公立精神病院、UMD 擔任治療工作者為其精神醫療部門(Services Médico-Psychologiques Régionaux SMPR)²⁶受刑人當中須為專門治療或特殊處遇之精神障礙者，人格異常者從古至今均占多數，消耗相當多行政資源，故不能長時間在矯正設施內為精神治療。茲以下圖說明法國精神障礙犯罪處遇系統²⁷：

²⁴ 田口壽子，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(4·完)－フランス編－〉，《現代刑事法》，43 期(2002 年)，87 頁。

²⁵ 法國依其刑法第 122 條之一，於準備程序為免訴或無罪之判決，甚至受不起訴處分者占大多數。以 2000 年為例，計有 287 人免訴，受不起訴處分者有 5431 人。

²⁶ 起初法國在 1967 年設置了 CMPR (Centres Médico- Psychologiques Régionaux) 精神醫療部門，於 1977 年改稱為 SMPR，現在法國治療精神障礙犯罪者最多者即為 SMPR。在 SMPR 精神科治療原則上須取得本人之同意，未受判決者或受刑人如因嚴重精神障礙有治療之必要卻拒絕時，依法國刑事訴訟法第 D398 條，應通報縣市長，移送至有禁閉病房之 UMD。

²⁷ 田口壽子，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點(4·完)－フランス編－〉，《現代刑事法》，43 期(2002 年)，89 頁。



(三)刑事精神鑑定(expertise psychiatrique pénale)

法官(主要是準備程序之法官)須從法院登錄之鑑定醫師名冊指定 1 位(必要時可指定數位)鑑定醫師為刑事精神鑑定。依刑事訴訟法第 C345 條規定，鑑定事項如下：

1. 須為精神醫學及心理學之檢查，以認定被鑑定人心理的、精神的異常。
2. 訴追之犯罪行為與被鑑定人之異常是否有關連？
3. 被鑑定人是否有危險化之情形？
4. 對被鑑定人處以刑罰之可能性？
5. 被鑑定人是否有治癒可能？是否有回歸社會之可能性？

1994 年法國刑法修正時，有關責任能力之判斷採生物學要件及心理學要件混合方式；換言之，精神鑑定不僅僅只有前揭 1 精神醫學上之診斷，尚需採取前揭 2-5 犯罪學之診斷及治癒效果之評估。尤其是性犯罪者，應判斷其危險性及再犯之可能性，但此以犯罪學之診斷似有困難，受到不少批評。近年來法國社會傾向於承認精神障礙者之責任能力，對被診斷出有嚴重精神疾病之被告處以刑罰，與鑑

定醫師所提出之鑑定報告內容矛盾，引發精神鑑定之信用性問題，將精神障礙者過度犯罪化，則鑑定醫師之責任何在？

三、重大病患設施 (Unités pour Malades Difficiles UMD)

法國全國有四個 UMD，依 1986 年之決議，UMD 之住院對象須為「對他人有危險，需要採取適當集中治療及特殊保安手段之病患」。1990 年規定須符合強制入院繼續治療之要件為有「重大、明顯或有迫切危險狀態 un état dangereux majeur、certain ou imminent」。據統計，(1)對職員或其他患者有暴力行為，不能在一般公立醫院治療者即屬所謂「處遇困難患者」，約占 75%；(2)適用刑法第 122 條之 1，認定為無責任能力人，且危險性較高之精神障礙犯罪者，約占 20%；(3)精神障礙之狀況無法在矯正設施內處遇或治療之未受判決者或受刑人，約占 5%。由此可見，上述(2)與(3)之情形在 UMD 只不過占 1/4 而已。UMD 之目的不是在治療患者精神障礙本身，而是預計在比較短時間²⁸住院期間「減少患者之危險性」，為了達成此目的，患者均須保證得送回原設施。

在 2000 前 UMD 住院病患精神障礙之原因統計如下表²⁹：

精神分裂症	48%
人格障礙	19%
物質關連障礙	12%
精神遲滯	11%
性嗜好障礙	6%
其他(例如因酒精或藥物濫用之精神障礙)	4%

進年來妄想型精神分裂病之患者增加(人格障礙之患者減少)，犯罪病患比處遇困難患者要求入院者增加，因抗藥性而治療困難之患者亦增加。

又為了保障 UMD 住院患者之人權，根據 1986 年之決定，政府有義務對各 UMD 應設置外部機關－醫療監視委員會(Commission du suivi médical CSM)，CSM 由 UMD 所在地縣市長指定之四位醫師(縣市所屬社會衛生局精神保健課之監查醫師 médecin inspecteur 1 位及 3 位醫院專任精神科醫師－此 3 位中有 1 位是 UMD 所

²⁸ 其實 UMD 之平均住院期間約 200 日，仍比一般醫院之住院期間長，特別是遇到重大犯罪行為之患者，有時後比處遇困難之患者住院期間還要長。

²⁹ 田口壽子，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點（4・完）－フランス編－〉，《現代刑事法》，43 期（2002 年），90 頁。

在地醫院之負責人)。CSM 之任務為定期地至 UMD 監查訪問及審查與患者有關之病歷文件，入院(特別是檢討 UMD 拒絕入院請求)或繼續住院及可否出院之相關調查及提示意見(提供給縣市長移送患者時參考)，或對患者之處遇等等。簡言之，CSM 對 UMD 還是有實質上之權限³⁰。

四、矯正設施內之精神醫療 (Services Médico-Psychologiques Régionaux SMPR)

現在法國全國有 26 個 SMPR³¹。其中有 24 個是針對未受判決者及刑期尚餘 1 年以下之受刑人之拘禁處所(maisons d'arrêt)。至於附設對長期受刑人設立(établissements pour peine)之 SMPR 只不過 2 個。根據 1986 年之決定，SMPR 之任務如下³²：

- (一) 入院時須對全體為精神疾病之審查，對矯正設施內原有精神疾病患者為預防之行為。
- (二) 對入院者須實施必要之精神病治療(但刑事訴訟法第 D398 條強制入院之對象除外)。
- (三) 因尚須有一般精神醫療之協助，即使出院後仍應繼續為精神病治療。
- (四) 對依賴酒精或藥物者須予專門治療。

此外，因性犯罪增加，1998 年為了預防再犯，規定性犯罪者出獄後在一定期間內仍須置於司法監督下，此為社會司法監視制度 (suivi sociojudiciaire)。據此，有義務對性犯罪者進行精神鑑定，判斷是否有治療之必要性，

³⁰ 田口壽子，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點（4 完）—フランス編—〉，《現代刑事法》，43 期（2002 年），90 頁。

³¹ SMPR 設有大約 20 個病房，並設有診療室進行面談、投藥及提供回覆正常生活療法之設備。至於職員方面，則有精神科醫師、護士、臨床心理醫師及個案工作人員等。在 SMPR，不得基於本人之意思或同意為治療行為，其與一般精神醫療制度相同，繼續治療之目的在回歸社會，所以非常重視預防再犯之觀點，由此出院後 SMPR 有義務將病患移送至地區性精神醫療院所。進入 SMPR 接受治療者年年增加，依統計，除依賴酒精、藥物，在入院前已有精神疾病，入院後經診斷有新精神障礙疾病者，男性占 17%，女性達 29%。尤其是精神分裂症之病患及在拘禁下呈現急性精神疾病狀態者急遽增加（例如 Strasbourg 之 SMPR 罹患精神病者從 1990 年之 1.1% 至 1995 年變成 4.6%，2000 年則增為 8.7%。又如 Fresnes 之 SMPR 收容數只有 2000 人，卻在 1 年之間暴增為 8000 人，約 10% 為慢性妄想性精神病，約 10% 呈現急性精神病狀態）。因此，在矯正設施內自殺或對職員為暴力行為案件變多。

³² 田口壽子，〈觸法精神障害者對策の現狀と問題點（4 完）—フランス編—〉，《現代刑事法》，43 期（2002 年），90-91 頁。

如認定有，則由承審法官(juge d'application des peines)為強制治療之命令，將性犯罪者從受刑中移送精神治療。再者，如果獲得其本人之同意，受刑中之治療可移送至 SMPR 進行，惟 SMPR 之精神科醫師顯然不足，尤其對特殊性犯罪者之治療熟悉之醫師更是少，突顯其窘境³³。

陸、日本有關精神障礙者犯罪處遇之政策及問題

一、精神障礙犯罪者處遇之基本課題³⁴

(一)精神鑑定

尤其是對起訴前簡易鑑定之批評最多。蓋鑑定判斷標準不明確，甚至有地區性之差異，主要之原因在於醫學教育對精神鑑定沒有充分地訓練。

(二)強制入院

因為地區性差異之問題，強制入院之人數及期間均差異甚大。例如強制入院人數大阪與福岡即相差 10 倍；而強制入院期間在 20 年以上者³⁵，如福岡縣就有 86 人，但千葉縣零人。

(三)開放治療及地區性醫療

昭和 62 年精神保健法制定之目的在防止強制入院之濫用，故原則上採取任意入院之方式，強制入院之人數便大幅減少³⁶。惟由於日本精神醫療頗

³³ 田口壽子，〈觸法精神障害者對策の現状と問題點（4 完）—フランス編—〉，《現代刑事法》，43 期（2002 年），91 頁。現在之法國精神障礙犯罪者處遇制度最大之問題在於為因應病床數不足，平均住院期間只好縮短，在治療不充分下出院，不但症狀惡化，治療中斷，導致精神障礙者犯罪行為大增。此已與當初法國擬解決精神障礙犯罪者所設計處遇制度之目的背道而馳。又因病患較喜住在安逸之 UMD，如強制病患住進 SMPR，或 SMPR 請求 UMD 歸還病患，均強烈受到拒絕。

³⁴ 川本哲郎，〈觸法精神障害者處遇の在り方—刑法學の立場から—〉，《現代刑事法》，44 期（2002 年），40-41 頁。

³⁵ 直至 2000 年 6 月強制入院患者共計 3247 人，其中入院期間 20 年以上者為 839 人（25.8%），10 年以上 20 年未滿者為 305 人（9.4%）。

³⁶ 昭和 45 年入院患者為 25,343 人，其中強制入院者為 76,597 人（約占 30.2%）。平成 12 年入院患者 333,712 人中強制入院者為 3,247 人（約占 1.0%）；但很明顯地住院患者增加，平均住院期間為 376.5 日，開放治療毫無進展。與外國相比，美國平均住院入數為十日，義大利為 18.5 日，英國為 86.4 日。至於人口 1 萬人配置之精神科病床數，美國為 6.4，義大利為 7.6，日本為 29。

為依賴民間，精神病院有 8 成為民間醫院，故如何充實地區性醫療便為一重要課題。畢竟精神障礙者為犯罪行為時約半數(46.3%)為治療中斷，由此可見地區性治療之重要性。

(四)司法精神醫學

日本在修法前之精神障礙犯罪者處遇制度是在半世紀前建立的，在半世紀以來精神科醫療有了相當大的變化，因此，司法精神醫學現狀上有下列諸課題待檢討³⁷：

1.關於責任能力之判斷，須因應時代潮流建立明確之責任能力基準

在日本，重大案件之精神鑑定如精神科醫師之診斷與法院責任能力之判斷相左時，易引發人們對精神醫學之不信任感。特別是起訴前之簡易鑑定，由於非公開性，為 2 至 3 小時之鑑定即能判斷責任能力之有無，受到極大的批判。又簡易鑑定之施行狀況有地域性差異，且可能因所選擇之鑑定醫師不同而造成鑑定結果互異。本來簡易鑑定之對象為輕微之犯罪行為，對於明顯之精神障礙者能早期確實地施以治療，是一個好的制度。惟遇到殺人等重大犯罪行為時，因責任能力之有無屬法院最後判斷事項，如何處遇亦由法院決定之，因此，如果責任能力之判斷無統一之基準，則司法實務與司法精神醫學永遠無法解決這個問題。又近代精神醫學進步神速，有必要建置明確之責任能力判斷基準及免責後之處遇制度，則有關責任能力之概念或精神障礙犯罪者處遇，自應隨著精神醫學、精神科醫療技術之進步、發展而求新求變。

2.限定責任能力人之問題

日本有關心神喪失無責任能力、精神耗弱減輕責任能力之規定與我國現行刑法規定相同，但後者在檢察官偵查階段有 28% 為不起訴處分。蓋檢察官認為精神障礙犯罪者所犯僅屬輕微案件，即使起訴接受審判，亦應減輕其刑而無執行其刑之必要。然而，實際上在檢察官偵查階段因精神耗弱不起訴之精神障礙犯罪者再犯之情形很多，反而是因心神喪失被判無罪而強制治療者則很少再犯，由此可見，治療在減輕責任能力人之處遇上是很重要之問題。

3.精神障礙者之犯罪行為與治療之必要性

³⁷五十嵐禎人，〈觸法精神障害者の處遇とわが國における司法精神醫學の課題〉，《現代刑事法》，40 期（2002 年），55-60 頁。

雖然精神障礙者較易為犯罪行為，但其犯罪行為不一定與精神障礙有關係，有必要針對各個具體個案之情形施以治療。以下茲舉 2 例說明精神障礙是否有治療必要性：

<例 1> 甲中斷精神科治療，在 6 個月後因幻覺妄想父親為惡魔所附身而殺之。

在此情形，甲之犯罪行為與精神分裂症之症狀密切相關，犯罪行為實為精神分裂症精神障礙之結果，很明顯地甲在犯罪行為當時欠缺辨別是非善惡之能力，如果能接受藥物療法，於幻覺妄想退去或減輕時，甲自能認識自己之疾病，得充分瞭解為了預防再犯繼續治療之必要性，可顯著降低危險性。

<例 2> 乙本來即有強烈之犯罪或反社會行為性格傾向，因欠缺抑制其幻覺妄想之治療而抵抗不了金錢之誘惑而強盜殺人。

乙因精神分裂症而產生人格異常之變化，不但本來即有反社會性格傾向，現實上亦缺乏自控能力，由於有犯罪、反社會行為性格者平時即有顯著暴力行為傾向，故乙犯罪行為並非精神分裂症之直接結果，精神障礙僅不過是犯罪行為之起因之一，因此，即使在檢察官偵查階段即因鑑定結果而為不起訴處分，而未使其充分獲得藥物療法，因藥物療法對人格異常暴力行為之抑制無充分效果，如謂未接受治療將可能助長其暴力者應屬誤解。

由上述說明得知，對人格異常之精神障礙犯罪者³⁸予以處遇很難，除非本人有自發性之治療意思，否則無法為有效之精神治療。況且將重大犯罪人格異常之精神障礙者免除責任能力，移送精神治療，不論從精神醫療或刑事政策觀點，均不適當，對本人亦無治療上之利益，且說不定會助長其衝動的且攻擊性的行動模式。就因為精神障礙與犯罪行為之關係複雜，精神治療是否有必要，因治療所需要之設施、技術亦大不相同，對精神障礙犯罪者之處遇自應依照各個事例調整其處遇方式。

4. 再犯危險性之預測—危險性預測之危機管理

所稱再犯「危險性」被區分為「dangerousness」及「risk」二種。前者包括考慮個人之性向、資質、經歷等以判定其危險性；而後者須先假設一

³⁸ 還包括過度依賴藥物或酒精者。

定之狀況，考慮與此狀況相關之種種原因所為之一種準確率(以具體統計數據說明危險高低，例如判定其有 30% 之危險性即是)。在精神科臨床上，不論是強制入院、出院、外出、外宿等之判斷均是將臨床上所知所見之累積為將來之預測，這些預測當然包含危險性之預測。例如診斷是否強制入院，應考慮患者之病歷、自傷或傷害他人之既往事蹟、診斷或診察時之精神症狀、如果未施以治療行為其再度自傷或傷害他人之可能性、自傷或傷害他人危險性程度之蓋然性如何等作為判斷是否有強制入院之必要的因素。此外，亦應評估採用各種治療方法(例如應採用強制入院？醫療保護措施？任意入院？或外界治療？等)之危險性，決定採用有效迴避其自傷或傷害他人之治療方法。換言之，精神科醫師須以日常臨床判斷為實際上「risk」之評估(risk assessment)，採用防止患者自傷或傷害他人最小限度危險之治療方法。

惟關於未來之預測經常有其界限，蓋影響人類行動之因素相當多，不管危險評估如何均無法達到百分之百的預測正確率。但預測之時間拉長將有助於預測率，可惜的是現在醫師只有 1 日或很短之時間為病狀預測，據此為刑事責任能力之判定或決定施以何種適當之治療行為顯然是神話。有鑑於危險評估無法確實地提供適當之治療方式，故在制度設計上，往往由第三者機關審查是否可出院或出院後是否要附帶治療義務，尤其是為了維持患者本人健康之生活仍必須為繼續地、強制地接受精神科治療。前開第三者機關毋庸為醫學上之判斷，原則上由法官為法律評價即可。申言之，醫師為危險評估後提供「risk」之機率，再由法院對患者為是否有「dangerousness」之判定。應注意的是，前開危險性之判斷，與責任能力之判斷相同，不能完全取決於經驗科學，而應綜合考量患者之「risk」、繼續治療之必要性、限制其自由是否有不利益，甚至被害人或社會一般之法律感情等，由法官裁量之。

(五)責任能力概念及患者受審之權利

早期有關責任能力之認定集中在行為人因欠缺是非善惡之辨識能力(認識能力)，由此導引出行動能力(行動控制能力)之欠缺；但近期因精神醫療變革及精神障礙原因之變化，欠缺控制能力者大增，因此，精神障礙者紛紛辨稱其有不「接受審判之權利」。關此，日本在制定「心身喪失等醫療觀察法」時即認為其有必要再檢討責任能力之概念。

二、心神喪失者等醫療觀察法之介紹

(一)提案背景

平成 11 年日本修正精神保健福利法(全名為「關於精神保健及精神障礙福利法」)時，眾議院厚生委員會附帶決議「應迅速從廣泛之觀點檢討重大犯罪精神障礙者之處遇方式」，法務省及厚生勞動省遂於平成 13 年共同召開精神障礙犯罪者處遇法之檢討會，提出下列改革方向：(1)創設由法官合議為新的處遇決定程序；(2)建置完備之處遇設施；(3)確立出院後之體制；(4)充實強化司法精神醫學之研究及體制³⁹。於平成 14 年 3 月提出心神喪失者等醫療觀察法(全名為「在心神喪失等狀態下為重大犯罪行為者之醫療及觀察等法」)。其內容大致上包括(1)行為人於心神喪失或精神耗弱為重大犯罪(如放火、強制性交、強制猥褻、殺人、加工自殺、傷害、強盜或準強盜)者，「應強制命令入院，依其心神喪失或精神耗弱之精神障礙原因進行治療」；(2)前項強制命令由地方法院之一位法官及一位精神科醫師以合議方式裁判；(3)醫療機關須指定公立醫院；(4)審判時應為精神障礙者指定公設辯護人，於治療開始後為其聲請出院許可或治療結束；(5)在治療期間有精神保健觀察法之適用。

(二)提案理由

為確保對精神障礙犯罪者為必要之醫療，避免不幸事件反覆發生，重要的是如何使精神障礙犯罪者回歸社會，凡此均屬法制面是否完備之問題。而心神喪失者等醫療觀察法針對在心神喪失等狀態下為重大犯罪行為者，規定決定適當處遇方式之程序、確保繼續且適當地實施醫療，再輔以必要之觀察及指導，除改善其病狀外並希望防止其再犯同樣之行為，以達促進精神障礙犯罪者社會復歸之立法目的。

(三)本法內容概要

本法共計 6 章，121 條條文。第 1 章(從第 1 條至第 23 條)除規定本法之目的外，並規定本法所使用名詞定義、處遇制度下各個法院、指定醫療機關及保護觀察所之設置。第 2 章(從第 24 條至第 80 條)，明文規定須以審判程序裁定是否須為處遇、其內容如何及相關之審判程序。除為原則性規定外，尚規定出院或到醫院去接受定期治療之審判、出院後又入院繼續住院治療之

³⁹ 法務省刑事局刑事法制課，〈「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案」について〉，《現代刑事法》，44 期（2002 年），44 頁。

審判、處遇結束後又延長到醫院去接受定期治療期間之審判及再入院治療等之審判，又對前揭裁定之抗告。第3章(從第81條至第103條)則包括指定醫療機關應施行之醫療、指定醫療機關應設置精神保健指定醫師、指定醫療機關管理人之義務、對患者有關之措施等等。第4章(從第104條至第113條)規定到醫院去接受定期治療之患者須於社區內為處遇及處遇之實施計畫、精神保健觀察、關係機關相互間之合作、報告等規定。第五章(從第114條至第116條)則為其他與本制度有關之處遇及刑事程序、精神保健福利法之程序等規定。第6章(從第117條至第121條)為罰則，如相關人員違反守密義務、虛偽報告等之處罰。

茲將本法案之要點說明如下⁴⁰：

1. 審判程序之修正

按行為人在心身喪失等狀態下為殺人、放火、強盜、強制性交、強制猥褻及傷害等等重大犯罪行為時，如(1)認行為人為心神喪失或精神耗弱，予以不起訴處分，或(2)以行為人心神喪失為理由為無罪判決確定者，或(3)以行為人精神耗弱為理由減輕其刑判決確定者(實際上並不用服刑)，應由檢察官向地方法院聲請對其是否為一定內容處遇之裁定(本法第33條)。法院受理聲請後，應由一位法官及一位醫師組成合議庭(本法第11條第1項)，必要時應詢問有關精神障礙者保健及福利專家之意見後裁定之(本法第36條)。審理時應有辯護人及輔佐人在場(本法第35條)，檢察官或輔佐人等除應提出資料、陳述意見(本法第25條)外，法院原則上應命被聲請人住院(本法第34條)，由醫師以合議之方式及精神科醫師對被聲請人精神障礙之狀態詳細為鑑定(本法第37條)，再以此鑑定結果為基礎，且考慮被聲請人之生活環境等，基於被聲請人心神喪失等狀態之原因及是否可能再因精神障礙為重大犯罪行為，又是否有住院醫療之必要，於法官與醫師意見一致下，裁定是否為處遇及其內容(本法第14條、第42條)。

2. 指定入院接受治療

本法第16條規定，為配合法院裁定強制精神障礙犯罪者入院治療，厚生勞動省應依一定之基準指定適當之國立醫院擔任強制入院之指定醫療機關，又對被強制入院治療之患者應由經驗豐富之專門醫師實施治療(本

⁴⁰ 法務省刑事局刑事法制課，〈「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案」について〉，《現代刑事法》，44期(2002年)，46-47頁。

法第 81 條)。經指定之醫療機關的管理人，如認住院患者已無心神喪失原因等狀態之精神障礙，無再為重大犯罪行為之可能，不用繼續住院治療者，可直接向地方法院聲請出院許可；另一方面，即使未有聲請，地方法院原則上亦應於六個月後聲請確認是否仍有繼續住院之必要(本法第 49 條)。又住院患者亦可向地方法院聲請出院許可(本法第 50 條)。至於其是否可出院，是否仍有繼續住院之必要，與命強制入院之程序相同，應由 1 位法官及 1 位醫師合議裁定之(本法第 51 條)。此外，保護觀察所所長，為了促進出院患者順利回歸社會，其應調整患者出院後之生活環境(本法第 101 條)。

3. 地區性社會處遇

法院裁定許可出院後，患者仍須至厚生勞動省所指定之醫療機關接受定期治療(本法第 81 條)，並受保護觀察所所設置之精神保健觀察官之精神保健觀察(本法第 106 條)。又保護觀察所所長應與指定之定期治療醫療機關的管理人及患者居住地之縣市長等協議，訂定並實施對患者之處遇計畫(本法第 104 條)，唯有這些機關建立協力體制，確保相互緊密合作(本法第 108 條)，對患者才能繼續進行治療；而且如果患者已無心神喪失原因等狀態之精神障礙，無再為重大犯罪行為之可能時，自可向地方法院聲請結束處遇(本法第 54 條第 1 項)。另一方面，如果認為患者仍有入院繼續治療之必要者，也應向地方法院聲請入院(本法第 59 條)。前揭處遇是否結束，是否仍有住院必要，亦與命強制入院之程序相同，應由 1 位法官及 1 位醫師合議裁定之(本法第 56 條、第 61 條)。

原則上到醫院去接受定期治療患者之期間為 3 年(亦可基於保護觀察所之聲請，由法院裁定再延長 2 年)，前開期間屆滿後，本制度之處遇即結束(本法第 44 條)，但亦可依保護觀察所所長或接受定期治療患者等之聲請(本法第 55 條)，法院得裁定結束處遇(本法第 56 條第 1 項第 2 號)。

柒、結 論

如前所述，僅憑修正刑法第 87 條 1 條之規定，或再加上保安處分執行法有關之 3 條規定⁴¹，不能認為我國即有精神障礙犯罪者之處遇制度，蓋相關細節，涉及

⁴¹ 保安處分執行法第 46 條規定：「因心神喪失或精神耗弱或瘡啞之人，而受監護處分者，檢察官

精神障礙犯罪者之人權保障，及社會上一般人民之人身安全，在法制面不但須完整，在精神病院及精神專科醫師之配置上亦應充分配合。綜觀前述各國處遇制度，茲列舉前揭各國制度中值得供我國參考修法建置精神障礙者犯罪處遇制度者。

一、是否命強制治療應以治療可能性為前提要件(英國、日本)

按精神障礙者之犯罪行為不一定與精神障礙之原因有關，又據統計，精神障礙犯罪者屬人格異常者不在少數(此乃由於責任能力之認定基準不一之故)，人格異常在臨床精神醫學上不被認為是精神障礙疾病之一種，無藥物治療之可能性，則此種犯罪人自無命強制治療之必要，至於應如何對其施予監護，或者是直接為刑之執行即可，則屬另一個問題。申言之，唯犯罪人之精神障礙狀態具有治療可能性，始有予以監護之可能，否則徒增資源之浪費。

二、建議採取出院後之「行為監督制度」(德國)

既然治癒之可能性僅為一概然性之估計，無人可保證犯罪人絕對不再犯，則監護期滿，不論是出院或出獄，應輔以「行為監督制度」。目前法務部研議對假釋或出獄之性侵害犯為社區監督，即在性侵害犯家中配置一套監視系統，在固定期間內(易出外犯罪時間)要求其回應所屬監督警員之呼叫，此自不失為「行為監督」模式之一。惟如何對精神障礙犯罪人為出院後之行為監督？德國制度可供參考。

三、對再犯危險性低及輕微犯罪者不施以監護者，得命其至指定精神病院住院或接受定期治療(荷蘭、日本)

據統計，許多精神障礙犯罪人再犯之原因為治療中斷。依我國新修正刑法第87條規定，對精神障礙者不論是施以監護，或受刑之執行均有屆期；且執行中認無繼續執行之必要者，法院亦得免其處分之執行。因此，為減緩監護處所之負擔，甚至避免浪費經費，對再犯危險性低及輕微犯罪者不施以監護者，得命其至指定精神病院住院或接受定期治療。治療不中斷，亦可達到使精神障礙者回歸社會之處遇目的。當然，如治療醫院發現受治療者有緊急症候或危險性增高之情事者，亦有義務通知法院，決定是否有繼續執行監護之必要。

應按其情形，指定精神病院、醫院、慈善團體及其最近親屬或其他適當處所。」第47條規定：「受執行監護之精神病院、醫院，對於因心神喪失或精神耗弱而受監護處分者，應分別情形，注意治療及監視其行動」。第48條規定：「檢察官對於受監護處分之人，於指揮執行後，至少每月應視察一次，並制作紀錄。」

四、所謂「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」應有一定之基準

按刑法第 87 條修正後以「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」作為施以監護之實質要件。試問此要件究由法院認定？或者是由精神科醫師鑑定？又認定或鑑定時應以何為基準？原則上，預測只不過是一個數據，無百之百之正確率，前揭日本制度之介紹中特別強調是否有再犯可能性屬法官之裁量範疇，當然其前提須由精神專科醫師為危險之評估，再由法官綜合考量危險之機率、繼續治療之必要性、限制其自由是否有不利益等等。再者，依新修正之刑法第 87 條第 3 項規定，執行中認「無繼續執行之必要者」—所謂「無繼續執行之必要者」的判斷基準自應與前揭「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」一致。