

題目：由殺警案探討精神障礙者人身自由之保障：以《身心障礙者權利公約》為中心

作者：吳文正

壹、前言

近日臺灣社會對於精神障礙者觸犯殺死臺鐵警察之刑事第一審判決結果相當不滿，造成社會批評聲浪不斷，並因此將承審法官批評為恐龍法官，也將精神鑑定醫師之個人與鑑定報告進行社會公審，當然也有指向法制不完備的評論，要求重新檢精神鑑定制度或者修改刑事保安處分之規定¹，不管哪種批評，都指向一個從從嚴、從重之方向，不管精神障礙者有無犯罪，不管依據《精神衛生法》或是刑事法，都往擴大限制精神障礙者人身自由之方向研議，而一向遵從國際人權標準之我國，在接受一系列國際人權標準，尤其是《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 英文縮寫為CRPD，以下中文簡稱為《身權公約》）後，早就已經不斷提升精神障礙者人權與先進國家相當，同時也已經解開束縛其人身自由之種種法律限制，甚至可能還要接續廢止《精神衛生法》有關強制住院或強制社區治療限制人身自由之規定，由於目前社會人權發展因為此一社會事件產生逆流，也發生二者目前出現精神障礙者人權保障衝突之困境，因此，本論文將從此社會事件檢討在保障精神障礙者人身自由之前提下，如何調和其與社會期待的落差，包括《精神衛生法》之強制醫療、刑事法上之刑罰等規定。

貳、震驚臺灣社會之殺死臺灣鐵路警察案

被告鄭再由，為一男性、慢性精神障礙者，因受精神病症狀影響，認為遭受雇主及友人不公平對待，並且懷疑有人要謀害他，以便可以取得他所投保之保險金。因為認為有防身之必要，因此在民國 108 年 7 月 3 日購買二把刀。被告準備由南部北上找媒體，要把自己遭受陷害之事公開，在當日下午，在搭乘臺鐵時為列車長發現被告票種不符而被要求補票，但被告拒絕，不但未配合要求，而且邊咆哮邊移動至其他車廂，被害警員獲報後前往處理。被告眼見被害人後情緒更加激動，隨後取出兇刀，刺擊被害人左腹部，被害人隨後不幸因大量出血而死亡。

對於本案之訴訟過程如下²，臺灣嘉義地方法院於今（109）年 4 月 30 日宣判，其判決主文：「鄭再由無罪，令人相當處所施以監護五年。扣案之紅柄嫁接刀壹支沒收之。」並裁定：「鄭再由取具並繳納保證金新臺幣伍拾萬元後，准予停止羈押。」並同時發佈新聞稿說明理由：「被告鄭再由經本院判處無罪後，依

¹ 參見相關新聞與評論 <https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=738368>，<https://www.chinatimes.com/newspapers/20200501000371-260106?chdtv>，<https://heho.com.tw/archives/81279>，<https://udn.com/news/story/121086/4533169>，<https://talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/3154224>。

² 參見臺灣嘉義地方法院 108 年度重訴字第 6 號裁判。

法視為撤銷羈押，但因本案還沒判決確定，加上本院考量被告罹有思覺失調症，長期服藥不規則，病識感不佳，且被告所為情節重大，造成社會大眾恐慌，基於對於社會安寧秩序之維護，本院依刑事訴訟法第 316 條規定，認仍應有諭知具保之必要，參酌被告的家庭經濟狀況，因此諭知被告繳納新臺幣 50 萬元後，停止羈押，在被告具保之前，仍應繼續羈押。」

但因社會仍舊批評不斷，該地院經地檢署抗告後又於同年 5 月 1 日裁定：「鄭再由提出保證金新臺幣伍拾萬元後，准予具保停止羈押，並限制住居在臺南市○○區○○路○段○○○巷○○○號，且應遵守下列所示之事項：一、於具保後立即至本案精神鑑定之行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院嘉義分院（下稱嘉義榮民醫院）精神科就診，評估有無住院治療之必要。二、未住院期間，應每週一次前往醫療院所精神科就診，由醫師追蹤精神狀況，評估有無傷害他人或自己或有傷害之虞，及有無住院治療之必要。三、未住院期間，應每三個月一次至嘉義榮民醫院精神科就診，評估有無住院治療之必要。四、如經醫師診斷有住院治療之必要，應立即住院治療，不得拒絕。五、應依醫囑定時服用精神疾病藥物及接受治療。六、每週向本院陳報就診情形、治療結果及有無住院治療之必要。七、停止羈押期間，不得故意為刑事犯罪之行為。」

儘管該地院已經重為裁定，但地檢署仍為抗告³，該地院又於同年 5 月 4 日重為裁定，其主文：「鄭再由於本裁定生效後二十四小時內，繳納保證金新臺幣壹佰萬元後具保。」其理由要旨：「一、羈押之被告，經諭知無罪之判決者，視為撤銷羈押。但上訴期間內或上訴中，得命具保、責付或限制住居；如不能具保、責付或限制住居，而有必要情形者，並得繼續羈押之，刑事訴訟法第 316 條定有明文。依此規定，應先命具保、責付或限制住居，於事實上不能具保、責付或限制住居，且有必要時，始得裁定繼續羈押。二、被告鄭再由因殺人等案件，經本院以其行為時符合刑法第 19 條第 1 項所規定，屬法定不罰情形，諭知無罪，令人相當處所施以監護 5 年，依刑事訴訟法第 316 條之規定，其羈押應視為撤銷。然該案業經臺灣嘉義地方檢察署檢察官於 109 年 4 月 30 日具狀提起上訴。另考量被告過去就有未規則回診、服藥順從性不佳，始有精神症狀急性惡化之情事，因此，預防此個案再犯之重要的關鍵在於讓個案規律就醫及服藥。三、被告自 108 年 7 月 4 日羈押後，迄今已長達 10 個月，雖於看守所內定時服藥，但仍存精神病狀（包括妄想、現實感受損），須接受長期治療。又被告本案犯行情節重大，且於搭乘一般大眾交通運輸工具時，朝依法執行職務之被害人攻擊，被害人家屬之傷痛無法彌補，並導致社會大眾恐慌。基於對於社會安寧秩序之維護，本院審酌前情，為保全被告及防止其再犯之可能，又考量被告表示已離婚，女兒尚就學中，經濟狀況不佳等一切情狀，及為避免被告得隨時具保，而陷於不安定之狀態，故限定命被告於本裁定生效後 24 小時內及時提出，繳納保證金新臺幣 100 萬元後具保，若於限定期間內不能具保，具

³ 參見臺灣高等法院臺南分院 109 年度抗字第 175 號裁定。

保即失其效力，仍應繼續羈押。四、本案檢察官已於 4 月 30 日具狀提起上訴，全卷上訴作業流程，本院同仁已假日加班處理，上訴進度將盡快進行。五、又檢察官依保安處分執行法第 4 條第 2 項規定聲請對被告宣告保安處分一案。該規定為法院於「判決前」，對應付監護之人，認有緊急必要時，先以裁定宣告保安處分。本案已於民國 109 年 4 月 30 日宣示判決，與上開要件不合，檢察官所為保安處分之聲請，經本院以 109 年度聲字第 398 號裁定駁回⁴。」法院並諭知，若不服本判決，當事人得於收受判決後 20 日內提起上訴。

綜合媒體新聞對於地院裁判反應意見，筆者認為本案爭議之點主要有以下二點：(1) 被告經過精神鑑定，且經過法院審理後，接受精神鑑定結果，認定鄭姓被告於行為時有精神障礙，不能辨識行為違法，依《刑法》第 19 條第 1 項規定，判決無罪。(2) 法院宣告被告應依《刑法》第 87 條規定，令入相當之處所施行監護 5 年。社會大眾首先認為精神鑑定可能遭受被告裝瘋欺騙而脫逃刑責、精神鑑定由一位專科醫師鑑定可能結果不正確、殺死年輕有為之警察為何可以無罪、為何精神障礙者殺人可以判決無罪等，因此要修訂精神鑑定專業標準，比照醫療事故鑑定標準與程序。其次認為監護五年其間太短，還沒有治癒就釋放而可能讓被告再繼續殺人犯罪，因此認為要修改監護處分之法律，要求延長監護期間，甚至要求政府新增專門機構處理此類病犯，故應設置「司法精神病院」⁵。

一、關於精神障礙鑑定與無罪不罰判決之爭議

依據該地院判決書所載內容，被告自民國 90 年起，即開始接受精神科診療，並於民國 99 年被診斷罹患思覺失調症，但被告於民國 106 年後即未繼續門診診治。被告於案發前 2 日思覺失調症已發作，妄想遭朋友設計要和被告女兒一起謀害被告，以詐領保險金，被告並於案發當天搭乘火車前，陸續前往 2 處派出所、臺南市政府社會局、保險公司、議員服務處等地，四處陳述有人要殺他以牟取保險金，希望解除保險契約等語。但被告認為這些單位無法解決其問題，故最後搭火車北上，進而發生本件憾事。被告妄想其被跟蹤、手機被監控，故刻意閃避行蹤，轉換車種，並迂迴轉站搭車。經該地院將被告送交精神鑑定，認為被告於行為時，係處於思覺失調症急性發病之狀態，且妄想內容與犯案行為有絕對交互關聯性，故其犯案行為是受其精神狀態影響所致，已達刑法第 19 條第 1 項因精神障礙而不能辨識行為違法之程度。鑑定醫師曾到該院作證說明，行為時被告處於急性狀態妄想，加上智力退化理解力差，故被告行為當時已喪失辨識能力。

該地院認被告行為時因精神障礙而不能辨識行為違法，無法依據對於周遭之辨識而為行為，故被告於行為時具有《刑法》第 19 條第 1 項之情形，依法應

⁴ 參見臺灣嘉義地方法院審理 108 年度重訴字第 6 號被告鄭再由案件重為裁定新聞稿。

⁵ 衛生福利部心理及口腔健康司司長譚立中於 2020 年 5 月 4 日接受新聞訪問時表示，籌設「司法精神病院」早在 3、4 年前就開始討論，但設置地點、權責歸屬等相關問題，都還未有定論。
<https://news.tvbs.com.tw/local/1318939>

為無罪之判決⁶。

二、關於精神障礙治療與監護處分期間不足之爭議

被告自以為症狀情況改善即中斷就診、未規律服藥。該地院依鑑定醫師於審理時作證稱，對於病識感、服藥順從性不佳等之精神疾病病人建議可藉由司法要求其於服刑或監護期滿後一定期間需規律返診及服藥，以加強病患之病識感及服藥順從性，減少其再犯可能性。於是該地院為降低被告再犯可能性，避免其反覆發作而危害公共安全，因此依《刑法》第 87 條第 1 項、第 3 項前段規定，令被告到相當處所施以監護（即強制就醫），並判處法律所定最高上限 5 年監護期間⁷。

參、精神障礙者照護模式演進與聯合國人權標準規範

精神科照護之演變，歷經「四個 C」模式之階段發展，包括監禁、照顧、治療、藥物、社區。在啟蒙時期前是以監禁(confinement)為手段，直到年代法國醫師 Philippe Pinel(1745-1826)在擔任院長期間將精神病人自監禁(confinement)機構中解放（男性自 Bicêtre，女性自 Salpêtrière）後，才將監禁模式轉變為具有人性之照顧(caring)模式，提供衣服、飲食、庇護、尊嚴等，如此持續到 1850 年代，經由幾位醫師研究，包括 Emil Kraepelin(1856-1926)、Sigmund Freud(1856-1939)、Eugen Bleuler(1857-1939)等人把精神疾病當作一般疾病理解，從生物學或心理學方面進行治療，進入治療(curing)模式。直到 1950 年代，發現第一個可以有效治療之抗精神病藥物後，進入藥物(chemicals)模式。到 1960 年代，又因為美國去機構政策，將相對封閉之機構治療轉向到相對開放之社區治療，因此進入社區模式(community)。目前則是認為精神疾病是腦疾病，當然也不排除心理與社會之治療方式，而從整體上兼顧生物、心理、社會三方面提供治療服務，甚至還涉及心靈(spiritual)方面之照護，例如宗教、哲學方面之心理治療服務。

從以上說明精神科照護演變之過程可以知道，由於治療模式改變，對於精神疾病之治療也愈顯效果，同時對於精神障礙者之權益重視，也從監禁提升到更人道、更自由之社區模式，為不斷提升精神障礙者人之自由等相關權益，世界衛生組織，接在《世界人權宣言》(The Universal Declaration of Human Rights, 1948)、《公民與政治權利國際公約》(International Convention on Civil and Political Rights, 1966, ICCPR)（簡稱《公政公約》）與《經濟、社會與文化權利國際公約》(International Convention on the Economic, Social and Culture Rights, 1966, ICESCR)（簡稱《經社文公約》）⁸後，宣示以下原則，例如《錫拉庫

⁶ 刑法第 19 條第 1 項：「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。」

⁷ 刑法第 87 條（第 1 項）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。（第 3 項）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。

⁸ 以上三公約合稱為「國際人權法典」，建立最基本之國際人權規範，往後之其他人權公約，多

札原則》(The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, 1984)、《加拉加斯宣言》(The Declaration of Caracas, 1990)、《保護精神障礙者與改善精神健康照護原則》(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, the MI Principles, 1991) (以下簡稱《MI 原則》) 等。

《錫拉庫札原則》，本原則由聯合國於 1984 年所宣示，係在於建立限制權利之原則，有些權利，不論在何種情形，皆不得以法律加以限制精神障礙者權利，例如免於奴隸及虐待之權利、思想自由、良心自由、宗教自由等。若不得以時，在某些情形下，若必須限制權利時，應該符合以下五點準則 (criteria) 之一，而且必須限時、監督，這五點準則包括：(1) 限制必須依法限制 (法律保留原則)。(2) 限制之目標必須為維護公眾利益。(3) 限制必須為達成民主社會目標之所必須。(4) 限制必須與社會目標 (social aim) 成比例，符合達成社會目標所需之最小侵害與最小限制手段。(5) 限制必須非經由專斷、強加。

《加拉加斯宣言》則是世界衛生組織於 1990 年時在拉丁美洲會議時所提出來之宣言，其重點在於在基層醫療照護 (the Primary Health Care) 之基礎與地方健康體系模式 (the Local Health Systems Model) 之框架下重組 (restructuring) 精神醫療照護，並認為資源、照護與治療，必須在以下三項條件之下提供，包括：(1) 保障個人尊嚴、人權、公民權。(2) 建立在理性、適當技術上。(3) 努力維持病人在社區中。

《MI 原則》(1991)，此原則有二大重點內容：(1) 精神疾病病人之保護。(2) 增進精神健康照護。以上二大原則在精神醫學專業領域中，建立最起碼基本人權標準，更在國際上用來當作監督及對於其他國際會議要件之權威解釋，以及在許多國家被當作精神衛生法立法之架構參考⁹。本原則共列舉 25 條原則，並在第一條原則「基礎自由與基本權利」(fundamental freedoms and basic rights) 中揭示所有精神障礙者有尊嚴、人道、尊重、不歧視等基本權利，同時肯定也擁有對於在《世界人權宣言》、《公政公約》、《經社文公約》等相關人權公約或宣言中之權利。另外在第 16 條原則「強制住院」中，詳細規定對於精神障礙者強制住院之實體要件與程序要件之原則，實體要件包括：(1) 有立即 (immediate) 或迫切 (imminent) 傷害 (harm) 自己或他人之重大可能性 (serious likelihood)。(2) 精神疾病嚴重且判斷受損，僅經由依照最小限制替代原則住院始能防止其病情嚴重惡化 (serious deterioration)。在程序要件上，規定需要有另外一位、獨立之醫師給予同意始得執行 (2) 之強制住院，並且需要有審查機關 (review body)¹⁰ 來審查，以確保遭強制住院之精神障礙者權益不受侵害。

世界衛生組織又在 1996 年提出《精神健康照護法：十點原則》(Mental

依據此三公約衍生制訂。

⁹ 吳文正，「探討我國精神衛生法之強制醫療」，臺灣法學，第 175 期，2011 年 5 月，第 63-68 頁。

¹⁰ 依據第 17 條原則，審查機關可以是司法機關，或是具有公正性、獨立性之機關。

Health Care Law : Ten Basic Principles) 與《精神障礙者人權促進指引》

(Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders)

當作本原則之解釋，這 10 點原則包括：(1) 精神健康之促進與精神疾病之預防。(2) 基本健康照護之可近性。(3) 精神健康評估符合國際所接受之原則。

(4) 精神健康照護最少限制原則之規定。(5) 自我決定。(6) 協助使用自我決定之權利。(7) 可運用之監督程序。(8) 自動定期監督之機制。(9) 合格之決定者。(10) 尊重法律規定。

雖然國際上制定許多對於精神障礙者權益保障之宣言，例如知情同意、保密、隱私、最小限制替代原則 (The principles of the least restrictive alternative) 等，尤其是有關病人自主權相關之限制人身自由之強制醫療，例如強制鑑定、強制住院、強制社區治療等，因為可能嚴重侵害個人之基本人權，故而國際社會特別關心此類病人權益，尤其是有關人身自由之基本人權。

肆、《身心障礙者權利公約》與精神障礙者人身自由

《身權公約》為 21 世紀第一個人權公約，也是聯合國第 8 個涉及基本人權之條約，此公約為聯合國於 2006 年 12 月 13 日通過，2008 年 5 月 3 日生效，其主要重點乃在以「人權模式」(rights-based model)之立場，將身心障礙者視為權利主體，而非僅僅作為醫療、慈善、社會安全所保護之客體而已¹¹，並建立以下八大原則：(1) 尊重他人、尊重他人自己做的決定。(2) 不歧視。(3) 充分融入社會。(4) 尊重每個人不同之處，接受身心障礙者是人類多元性的一種。(5) 機會均等。(6) 無障礙。(7) 男女平等。(8) 尊重兒童，保障身心障礙兒童的權利。由於《身權公約》之實施，乃將 1991 年《MI 原則》排除適用¹²。我國在 2014 年制訂《身心障礙者權利公約施行法》(以下簡稱《身權公約施行法》)，將此公約內國法化，因此也成為繼《公民暨政治權利國際公約》、《經濟社會文化權利公約》、《消除對婦女一切形式歧視公約》(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW)、《兒童權利公約》(Convention on the Rights of Children, CRC) 等四個國際公約後我國第五個具有內國法效力之國際人權公約。我國政府藉此《身權公約施行法》檢視中央與地方政府之法規與政策，消除對身心障礙者之歧視，建立友善、無障礙之社會。

對於身心障礙者政策發展，國際上至少有以下二種不同之見解：有採取「醫療模式」(medical model)或「社會政治模式」(sociopolitical model)：醫療模式認為身心障礙者是因為生理功能受限，需要特殊醫療需求，因此強調醫療診斷與治療，並提供支持性服務與經濟補助。社會政治模式則認為是社會環境失

¹¹ 王德瀛，精神衛生法強制住院侵害身心障礙者自由權：身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查，科技法律透析，第 29 卷第 12 期，2017 年 12 月，第 7-13 頁。

¹² Tina Minkowitz, Abolishing Mental Health Laws to Comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, in Bernadette McSherry & Penelope Weller, Editors, Rethinking Rights-Based Mental Health Laws, Oxford and Portland, 2010, p.151-177.

能而限制身心障礙者，因此應該要調整社會環境，並且去除歧視與差別待遇。另外依據經濟合作暨發展組織(OECD)，依據現金給付之補償功能與重返職場之整合功能，而分類出包括「人權模式」在內之五種政策模式，此種模式認為由於身心障礙是社會產物，國家應確保包括身心障礙者在內所有人之公民權¹³。

在《身權公約》採取「人權模式」之基本立場與政策後，依據其第 14 條（人身自由與安全）第 1 項之規定：「締約國應確保身心障礙者在與其他人平等基礎上：(a) 享有人身自由及安全之權利；(b) 不被非法或任意剝奪自由，任何對自由剝奪皆必須符合法律規定，且於任何情況下，皆不得以身心障礙作為剝奪自由之理由。」聯合國身心障礙者權利委員會於 2015 年 9 月通過對於《身權公約》適用之指引，此即《身心障礙者權利公約第 14 條指引：人身自由與保安權利》(Guidelines on Article 14 of CRPD: The right to Liberty and Security of Persons with Disabilities)（以下簡稱為《身權公約指引》），在該《身權公約指引》之介紹中，即特別說明身心障礙者權利委員會（以下稱「本委員會」）曾於 2014 年 9 月，針對《身權公約》第 14 條通過一項聲明，並認為人身自由與保安是每人都應享有最珍貴之權利之一。身心障礙者，尤其是智能障礙與心理社會障礙者，均享有身障公約第 14 條所賦予之自由。《身權公約》第 14 條在本質上就是反歧視條款，具體指出身心障礙者人身自由與保安權利之範圍，禁止在行使此權利時所有基於身心障礙之歧視。另在指引第 6 點後段更指出：「本委員會已確認公約第 14 條絕對不允許任何人因實際上或被認為有損傷（impairment）而被拘禁（detained）。然而某些締約國之法律（包括《精神衛生法》），在具有其他拘禁理由（包括被認為對自己或他人造成危險）之條件下，仍允許有人因實際上或被認為有損傷而得被拘禁。此作法依據本委員會之闡釋是不符合第 14 條規定，其本質即為歧視，並構成恣意(arbitrary)剝奪自由。」

該指引第 6 點所謂之損傷（impairment）¹⁴，依據其註解，係指在身體上、社會心理上、智能上、或感官上健康狀態，可有或可無伴隨身體、心理與感官功能之限制。損傷與通常被認為是正常健康狀態不同。障礙（disability）一

¹³ 簡慧娟、尤詒君、吳宜姍，身心障礙福利服務 10 年回顧與前瞻，社區發展季刊，第 168 期，108 年 12 月，第 5-18 頁。另外 4 個政策模式為負面消極模式、自由放任模式、拼湊物模式、最大化模式，皆對於身心障礙者照護不足之模式，甚至認為即使國家提供最大化之協助，仍然認為身心障礙係為個人損傷而非社會建構之結果。

¹⁴ 原文為 Impairment in these guidelines is understood as a physical, psycho-social, intellectual or sensory health condition which may or may not come with functional limitations of the body, mind or senses. Impairment differs from what is usually considered a normal health condition. Disability is understood as the social effect of the interaction between individual impairment and social and material environment as described in Art. 1 CRPD. 查 CRPD 第 1 條原文 Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.，身心障礙者，包括有長期（long-term）身體（physical）、精神（mental）、智能（intellectual）或知覺（sensory）「損傷」（impairment）者，這些損傷與各種障壁（barriers）阻礙他們與他人在平等基礎上充分與有效地參與社會。由此可知，損傷定義在個人層次，屬於生物學上功能受限，並且排除暫時性或短期限制。而障礙，則是社會層次，屬於群體，涉及文化、觀念、價值等，因此與損傷不同。

詞，依《身權公約》第 1 條說明，為個體損傷與社會、物質環境互動下之社會效果。

若依據該指引之闡釋，很清楚知道我國《精神衛生法》，即使採取法律保留原則，依法對嚴重病人實施緊急安置、強制住院治療、強制社區治療，似乎都被認為有歧視之本質，而且構成恣意剝奪自由，不符合《身權公約》第 14 條規定。

伍、《精神衛生法》與精神障礙者人身自由

臺灣桃園地方法院曾於該院 106 年度衛字第 4 號民事裁定中，認為強制住院所依據之法規，係《精神衛生法》之規定，此等規定係以身心障礙作為剝奪人身自由之理由，與身權公約第 14 條第 1 項規定與「指導原則」（即本文所稱之「指引」）第 6 點之說明顯然抵觸，依據我國《身權公約施行法》第 10 條第 1 項、第 2 項規定，應不予以適用，因此裁定停止強制住院。

查我國《精神衛生法》，係採取單一《精神衛生法》之方式，涉及人身自由規定，主要在於嚴重病人之強制鑑定、住院及強制社區治療等相關規定，例如對於嚴重病人之強制醫療，直接涉及病人之人身自由限制者，可能包括嚴重病人之診斷認定（第 3 條第 4 款）、緊急處置（第 20 條）、緊急安置（第 41 條）、強制鑑定（第 42 條）、強制住院（第 42 條）、強制社區治療（第 45 條）等。另外，同時設置中立、獨立之「審查會」（為中央主管機關精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會之簡稱）¹⁵，來審查嚴重病人之強制鑑定、強制住院與強制社區治療之要件，並規定強制期限之上限、定期審查。

對於嚴重病人強制住院及強制社區治療是否合乎法律要件，即病人之病情是否符合嚴重病人之要件，且是否達於強制之要件，前者依法乃屬於專科醫師之權限，而後者之要件，在強制住院方面，簡要而言，主要則在於審查嚴重病人之危險性，是否達於第 41 條第 1 項所稱之「傷害他人或自己或有傷害之虞」之情形，而另在強制社區治療方面，要則在於審查嚴重病人，是否達於第 45 條第 1 項所稱「不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞」之情形。除以上實體要件之外，對於程序之審查，也需要符合相關法條之規定，包括各項申請文件、申請期間等。

當專科醫師診斷嚴重病人有全日住院治療之必要時，一旦該嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，即開起緊急安置之程序，專科醫師即時起算、並應在 2 日內完成鑑定，並向審查會申請強制住院。緊急安置期間，不得超過 5 日，若嚴重病人經過專科醫師鑑定後無強制住院必要，或者，專科醫師未於緊急安置期間之 5 日內取得強制住院許可時，就應該立即停止緊急安置。自強制住院開

¹⁵ 對於人身自由之限制，我國憲法第 8 條第 1 項規定：「人民身體之自由應予保障。除現行犯之逮捕由法律另定外，非經司法或警察機關依法定程序，不得逮捕拘禁。非由法院依法定程序，不得審問處罰。非依法定程序之逮捕、拘禁、審問、處罰，得拒絕之。」對於刑事程序採取法官保留之原則，但對於同樣涉及人身自由之強制醫療，卻委由行政機關性質之審查會來審查，似有不當。

起之期間，依法不得超過 60 日。若有延長強制住院之必要時，在審查會許可，得每次最多延長 60 日，但依法，並無上限，亦即凡有必要時，即得延長，因強制住院為醫療性質，故與刑事之監護處分不同，無類似刑法第 87 條「五年以下」上限之規定¹⁶。

由國際精神醫療標準之角度而言，除強制社區治療之規定有侵害個人自主權與知情同意權之疑慮外¹⁷，依據 2005 年世界衛生組織所發行對於精神衛生、人權與立法之資源手冊標準，我國精神衛生法之各項法條對於人權保障，皆符合國際上之人權標準¹⁸。

即使我國《精神衛生法》符合國際之人權標準，但若依據《身權公約》「人權模式」下第 14 條與《身權公約指引》第 6 條之規定，顯見不符，由此可見，《身權公約》之理想性遠高於世界衛生組織之標準，也因此產生《精神衛生法》與《精神衛生法》相抵觸之困境，也造成前述 106 年桃園地院發生該件民事裁定之爭議案例。

陸、刑罰與精神障礙者人身自由

目前世界上現存最古老之法律，也同時是最早明定對於殺人、強盜、強姦、通姦等犯行處以極刑之法律，係由美索不達米亞文明之法典《烏爾·那姆法典》(Code of Ur-Nammu)，由烏爾王朝烏爾·那姆君王約在西元前 2115 年至 2095 年前期間所制定，而到西元前約 1750 年時，古巴比倫國王漢摩拉比制定《漢摩拉比法典》，採取「以牙還牙、以眼還眼」之刑罰原則¹⁹。刑罰具有對生命、身體、自由、名譽等法益剝奪之處罰性質，用各種加諸於受刑人身心痛苦之方式進行處罰，從古今中外至今，例如斬首、切腹、槍決、絞刑、鞭刑、烙刑、黥刑、自由刑等刑罰，甚至包括許多非常殘酷、不人道之刑罰，例如車裂、凌遲、剝皮、苦刑梨、清道夫女兒等²⁰。雖然目前已經不採身體刑，但仍

¹⁶ 美國有關強制住院(commitment)可區分為民事(civil)與刑事(criminal)二種，我國精神衛生法與美國民事強制住院之法律性質並不相同。

¹⁷ 依據我國精神衛生法第 46 條有關強制社區治療之規定：「(第 1 項) 強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：一、藥物治療。二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。三、酒精或其他成癮物質篩檢。四、其他可避免病情惡化或提升病人適應生活機能之措施。(第 2 項) 強制社區治療得以不告知嚴重病人之方式為之，必要時並得洽請警察或消防機關協助執行。」因為強制社區治療項目涉及侵入性醫療行為，可能對於嚴重病人之權益而造成嚴重之侵害，卻得以不告知方式為之，顯然侵害病人之知情同意權與自主權。

¹⁸ 筆者依據 The Resources Book on Mental Health, Human Rights and Legislation, WHO (2005) 所提供之查核表，包括 166 項目與 27 類(A-AZ)檢討我國精神衛生法有關基本人權保障之法條，發現此結論。參見 Wen-Cheng Wu, The Right-Based Comparison of Mental Health Laws between ROC and PRC, WAPR, 2015。

¹⁹ (日本) 笠倉出版社，酷刑史：99 種人類的罪與罰，楊哲群譯，初版，繪虹企業，2017 年，第 240 頁。

²⁰ 同前註。苦刑梨，由古歐洲人發明之刑具，外形像似梨子，內部裝設尖銳鑽頭，用於口腔、肛門、陰道等人體孔穴之處，第 214-215 頁。清道夫的女兒，由英國人發明之刑具，使用時係以緊縮身體方式將身體由頭至腳向腹部對折極度緊縮壓迫，此種刑具與拉伸肢體之肢刑架相反，但所造成之痛苦可能更勝一籌，第 208-209 頁。

保有生命刑、自由刑、名譽刑等，即使看似較為人道之自由刑，其實受刑人僅能在狹小空間內，維持基本之呼吸、睡覺、吃飯、大小便等生活功能外，就是等待刑期結束或生命結束而已。甚至在執行自由刑時，也可能因為執行處所而造成殘酷之刑罰，例如在缺少陽光、陰濕地牢監禁，讓受刑人身心煎熬，生不如死²¹。

《刑法》對於犯罪行為之處罰，係採取類型化規定，訂立各種不同之犯罪構成要件與刑罰，分別對於行為人之行為論罪處刑，然而刑罰之目的，不僅對於一般人使其不犯罪（一般預防），更要使已犯罪之人不再犯罪（特別預防），因此，涉及「人為何犯罪」與「如何防止犯罪」之學科犯罪學，就必然無法避免因應需要而存在。對於犯罪之發生原因，有許多不同之理論，有從群體之社會文化角度去解釋²²，也有從犯罪人個人之生物心理角度去解釋²³，但其中一項見解與本文相關，就是從行為人個人之精神病理學角度去解釋，尤其是有關精神障礙者與犯罪間之關連性²⁴。

義大利法學大儒貝加利亞(Cesare Beccaria, 1738-94)在啟蒙時代 1764 年•完成之名著「犯罪與刑罰」(Dei delit e delle pene)，在最後結論曾謂：「為使刑罰不會成為對國民的暴力行為，其於本質上必須是公開的、迅速而且是必要的，並且其必須是於所給予之一定情事下所得適用之刑罰中最為輕微者，此外，其必須與犯罪構成比例，而由法律所明確規定。」²⁵除此之外，他更認為：「對於犯罪，與其處罰，毋寧以預防為佳。所以犯罪之預防應是優良法制之目的。」²⁶他並未針對精神障礙者之刑罰提出見解，不過，從前述論述中，他建立以預防犯罪取代應報刑罰，罪與刑罰間比例原則（罪刑均衡），而且刑罰從輕原則等現代刑罰原則。

對於犯罪行為人之犯罪生物學原因研究，首先來自義大利軍醫切薩雷•龍勃羅梭(Cesare Lombroso, 1835-1909)之研究，首先對於監獄約 200 人之受刑人在進行研究後，在 1876 年發表其代表作「犯罪人：人類學、法理學與精神病學之思考」，一般簡稱為「犯罪人論」(L' Uomo delinquent)，隨後又在 1878 年進行修訂，並且為他贏的「犯罪學之父」(father of criminology)與「生物實證主義學派之父」(the founding father of the biological positivist school)之美譽²⁷。他主張犯罪原因係來自「隔代遺傳」(atavism)²⁸，他認為犯罪人遺傳其祖先有病之生物學因素，導致退化(degeneration)結果，以致於在現代文明社會中表現出犯罪行為，此外在身體上也具有可以辨識之特徵。他將犯罪人之生理特徵大分為以下四類²⁹：

²¹ 同前註，第 190-191 頁。

²² 張甘妹，犯罪學原論，三民書局，修訂第 13 版，1999 年，第 33-41 頁。

²³ 同前註，第 42-57 頁。

²⁴ 同前註，第 59-96 頁。

²⁵ 貝加利亞著，犯罪與刑罰，李茂生譯，協志工業叢書，1993 年，第 166 頁。

²⁶ 同前註，第 156 頁。

²⁷ (義大利)切薩雷•龍勃羅梭著，犯罪人論，黃風譯，中國法制出版社，2005 年。

²⁸ 同前註，吳宗憲，龍勃羅梭及其犯罪學研究，收錄於本書，第 6-7 頁。

²⁹ 同前註，第 12-22 頁。

(1) 生來犯罪人(born criminal)：具有異常之生理特徵，包括頭部外型、牙齒、眼睛、耳朵等，例如下巴向上突起等異常，另外在感覺、自然感情、道德感、心理特徵也與一般人不同。(2) 激情犯罪人(criminal by passion)：具有殘忍、魯莽等暴力傾向特質，在激情作用下發生暴力之犯罪行為。(3) 精神病犯罪人(insane criminal)：由於受精神病影響而犯罪，與生來犯罪人在退化生理特徵上有許多共同之處，幾乎所有類型之精神障礙者都會觸犯一定之犯罪。(4) 偶而犯罪人(occasional criminal)：非特別伺機犯罪，而是遇到機會而犯罪。龍勃羅梭認為，雖然幾乎每組精神病症狀都會對於犯罪行為造成特殊之影響，但是要進行與一般犯罪人區分，也可能在一開始就不存在³⁰。雖然後來學者已經推翻他許多研究見解，但他對於開啟此類研究之領域，卻不曾消逝，仍有許多學者繼續對於犯罪人特徵進行研究³¹。不過似乎也因此在建立精神障礙者與犯罪間之關連性時，不免地將犯罪者之社會標籤貼在精神障礙者身上，也因此產生對精神障礙者產生污名化與歧視性之差別待遇。

柒、保安處分與精神障礙者人身自由

保安處分 (Sicherungsmaßnahme)，乃對於特定危險之人，因預防其犯罪所施適當有效之處分³²。其所謂特定危險之人係指具有社會危險性之行為人，至於其處分之性質，學說上雖有認為行政處分者，亦有認為刑罰之一種，但其需法院判決為之，自是司法處分。其特點有以下三點：(1) 矯治犯人之惡性感化其性格，或醫療其疾病，以期根本消弭犯罪。(2) 保安處分之對象為全無責任能力人、減輕責任能力人以及有特種危險之犯罪人，此種犯罪或為刑罰所不及，或非僅賴刑罰所能矯正其惡性，故以保安處分為刑罰之替代或輔助。(3) 保安處分之目的，在於消滅無危害社會之虞時為止，故其處分時間，得伸縮增減³³。

保安處分顧名思義，原只是一種《刑法》上之安全措施而已，其產生之原因，係在於傳統《刑法》受罪責之限制，對於不具罪責而無刑罰適應性之行為人，自不得出於預防犯罪之目的構想，即科以《刑法》，同時在罪責原則下，刑罰之科處，亦不得逾越罪責之程度，基於此，因而無法單獨藉傳統之刑法來維持社會秩序，故基於社會保安之目的，乃逐漸發展保安處分之制度³⁴。換言之，保安處分乃現行《刑法》制度中，除刑罰外之另一種法律效果，一方面藉《刑法》制裁犯罪人，另一方面藉保安處分基於曾經發生之違法行為，為保護一般社會之安全，以及防止行為人之再犯而採之司法措施³⁵，此即為現今《刑

³⁰ (義大利)切薩雷·龍勃羅梭著，犯罪人論，黃風譯，中國法制出版社，2005年，第261-284頁。

³¹ Peter B. Ainsworth, *Offender Profiling and Criminal Analysis*, Willan Pub., 2001. 趙桂芬譯，犯罪人特徵剖析，中國輕工業出版社，2007。

³² 楊大器，刑法總則釋論 18 版，1992 年 3 月，第 427 頁。

³³ 同前註，第 427-8 頁。

³⁴ 林山田，刑法通論 (下冊)，增訂 6 版，1998 年 10 月，第 785 頁。

³⁵ 蘇俊雄，刑法總論 I，1998 年 3 月，第 28 頁。

法》所稱之雙軌制（Zweispurigkeit），此種雙軌制雖首先由 1893 年瑞士法學者史托士(Carl Stooss)在其所起草之瑞士《刑法》草案中提出來，並由歐陸與南美等多數國家，尤其是大陸法系之國家所採行，但少數國家，包括英美法系之國家，則採行部分或全部單軌制之《刑法》制度。

在採取《刑法》雙軌制之國家，不論基於社會保安思想，或是剝奪或是限制自由之思想，還是對性格缺陷者之治療思想³⁶，在傳統《刑法》之外另設保安處分之制度，若僅僅重視其維護社會安全之有效性（Nutzlichkeit）與目的性（Zweckmassigkeit）而不顧其倫理容許性（Die sittliche Zulässigkeit）時³⁷，自然很容易不當地侵害人民之基本權益，同時並為學者所批評，尤其是涉及剝奪自由之保安處分。有認為雖在理論上而言，兩者性質其實根本就不相同，因為《刑法》係基於罪責之應報，而保安處分則係基於危險之預防，不過二者在執行時，實際上無差異，尤其強制工作處分以及保安監禁處分，甚至還另外招來雙重處罰(double jeopardy)之疑慮。不過針對此種批評，有學者以為，得以以下兩種方法補救：（1）「健全矯治與保安處分機構」，在監獄之外，獨立設置專門負責矯治與保安處分執行之機構，例如社會治療機構（Sozialtherapeutische Anstalt）、刑事精神科病房等。（2）「建立替代交換制度」，為免於學者所批評有雙重處罰之疑慮，在採行雙軌制之國家，亦多採行「附加處分制度」（System der Kumulation），此即指對犯罪人原則上均先處以刑罰，而在確保社會安全之必要時，於刑罰執行後始執行保安處分。依此，保安處分並非均需或必定執行，尚應視犯罪人是否仍對社會安全具有危害性而定³⁸。

除上述制度外，另賦予法院自由裁量之權限，能依據犯罪人個別差異，而決定保安處分得在刑罰執行前先執行，並得易算為刑罰，如此，即變更傳統上先刑罰後保安處分之原則，此種制度即所謂之「替代交換制度」（System des Vikariierens）。

縱使保安處分在本質上與目的方面皆與刑罰不同，但對於人民權益之侵害或限制則無不同，因而在實施保安處分時，除應符合「目的性」外，更應依「法治國原理」，使其符合「比例原則」與「倫理容許性」。一般所稱之比例原則，包括「目的性」、「必要性」、與「相當性」，對於保安處分之目的。首要之目的，即在於其應能排除行為人之社會危險性而達到社會保安之目的。其次，即應考量何種手段能在最小侵害下達到上述之目的。最後，其所使用之手段，

³⁶ 林山田，同前註，第 337-339 頁。

³⁷ 同前註，第 339 頁。

³⁸ 中華民國 87 年 12 月 18 日大法官釋字第 471 號解釋理由書謂：「保安處分係對受處分人將來之危險性所為之處置，以達教化與治療之目的，為刑罰之補充制度。我國現行刑法採刑罰與保安處分之雙軌制，要在維持行為責任之刑罰原則下，為強化其協助行為人再社會化之功能，以及改善行為人潛在之危險性格，期能達成根治犯罪原因、預防犯罪之特別目的。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，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。」

應使行為人之社會危險性與社會保安之需要成相當之比例關係，換言之，即是成狹義之比例關係。而倫理容許性則為保安處分所建立之基礎，保安處分仍應以倫理依歸，否則即有可能在過度強調社會保安之需要下，不當侵害個人之基本權益，諸如可能出現之強制閹割、絕育、送往集中營監禁等措施。

對於人基於其自由意志所為之行為是否具社會危險性，儘管在理論上有「決定論」與「非決定論」之不同，但若基於非決定論看法，對於人之行為至少具有相對之預測性，換言之，即認為在特定情狀下，即可合理預測人之行為，並達成個別化（individualization）之預測，以供司法等相關單位之參考與使用³⁹，依此，行為人是否具有社會危險性即得加以預測，也因此《刑法》第 91 條之 1 強制治療、第 97 條所規定保安處分後之延長或免除必要性之判斷等，即得以此為基礎。

依《刑法》第 87 條之規定：「因心神喪失而不罰者，得令人相當處所，施以監護（第一項）。因精神耗弱或瘖啞而減輕其刑者，得於刑之執行完畢或赦免後，令人相當處所，施以監護（第二項）」。依此，監護係指對因無責任能力之心神喪失人或限制責任能力之精神耗弱人、瘖啞人所為之治療與保護之保安處分稱之。然查我國《民法》第 4 章第 1 節未成年之監護（第 1191 條以下）以及該章第 2 節禁治產人之監護（1110 條以下）亦有監護之規定，惟於《刑法》中監護一詞，除表示監視、保護之外，更應顯示有治療之目的，故此應為「療護」之意，因而與《民法》雖同詞卻不同義有所差別⁴⁰。

監護規定有以下三個要件：（1）需為心神喪失人、或精神耗弱人或瘖啞人；（2）需具嚴重社會危險性；（3）需受刑罰之宣告而不罰或減輕其刑者。心神喪失人雖不罰而得令人相當處所，精神耗弱人或瘖啞人則得於刑之執行完畢或赦免後，令人相當處所，兩者執行監護之時機縱有不同，但對於特別預防主義下之治療目的則無不同。另依《刑事訴訟法》第三百零一條第二項之規定：「因心神喪失而其行為不罰，認為有諭知監護處分之必要者，並應諭知其處分及期間。」

至監護之執行處所，依《保安處分執行法》第 46 條之規定：「心神喪失或精神耗弱或瘖啞之人而受監護處分者，檢察官應按其情形，指定精神病院、醫院、慈善團體及其最近親屬或其他適當處所。」指定精神病院、醫院，不論公立或私立或財團法人醫院，抑或為綜合醫院或為精神科專科院，凡只需提供精神科全日住院治療即可指定之，而指定慈善團體及受監護處分人之最近親屬或其他適當處所，係對於僅需門診治療者所為，概括規定之其他處所，有學者以

³⁹ Sheldon & Eleanor Glueck, *Predicting Delinquency and Crime*, Harvard University Press, 1960, p.1-17.

⁴⁰ 於此「監護」即「療護」之意，另與「保護」、「觀護」意義相類似，但「保護」係指對未成年人之身體發育或精神之保全予以促進之權能；而「觀護」則指少年法庭在審理少年案件時，為瞭解少年之素質環境，所從事此項調查為目的之少年觀護人之活動。請參考少年事件處理法相關之條文。

為應指受監護處分人之雇主之工廠或公司等，但不宜包括矯正機關⁴¹。住院治療具有收容之性質，而收容應具必要性及最後手段性，以為門診治療之補充。

被監護之對象因為無責任能力或限制責任能力之人，故不能科以與常人相同之刑罰，為達社會防衛與治療之目的，故應給予適當之處分。倘因罹患精神疾病而為心神喪失人或精神耗弱人，則不應對其僅提供消極之監禁，更應給予積極之治療，以達療護之目的，換言之，即「治療優先監視原則」，果如此，則對精神耗弱者之治療，應將刑之執行完畢或赦免後實施監護，改為刑之執行前實施監護方稱適當，至此在本質上即與強制治療無所差異，因而實無必要再區分為不同之保安處分。

不過由於前述殺警之社會事件造成社會輿論壓力，法務部緊急在民國今（109）年5月5日召開刑法研修小組會議，認為現行監護時效5年，已不符時宜，應修法適度予以延長。法務部所擬之修正草案，初步規畫，對於受監護處分裁定之精障者，若檢察官認有再犯或有危害公共安全之虞，必要時得向法院聲請延長監護期間，每2年或3年進行評估，由法院審酌是否延長⁴²。然而依據《身權公約指引》第20點：「本委員會已經說明無刑事責任能力者保安處分 (security measures)，首先本委員會要求各締約國修訂法律以確保無刑事責任能力者適用保安處分上程序保障，與確保適用其他人之保障與情況同樣適用於障礙者。近來本委員會也建議排除包括在機構強制醫療與精神科治療在內之保安處分，同時表達對於在刑事司法體系中不定期剝奪自由與缺乏定期保障之保安處分之關心。」若依據法務部所擬之修法草案，將現行有上限5年之監護處分期間，仿照《刑法》第91條之1第2項對於性侵害犯之規定⁴³：「前項處分期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。」但此種修正，不僅可能違背以上指引之建議，同時也可能違背《刑法》禁止不定期刑之基本原則，更與保安處分之比例原則不符，因為可能使保安處分最後總計之執行期間超過原本犯罪應處罰之法定刑期。

至於倡議籌設司法精神病院或病監，若是前者，則是將無責任能力或限制責任能力之精神障礙者移置病院治療，因為性質屬於醫院，故仍然需要依據醫療法等相關法規，包括符合醫院設置標準之人力與設施，只是採取更集中、專業之處所執行而已。而後者，則是以監獄為處所，而由外部醫療機構提供資源(人力、知識等)進入，以協助治療精神疾病。不管以上哪種模式，皆面臨保安處

⁴¹ 矯正機關包括監獄、看守所、少年矯正學校、少年觀護所、戒治所、技能訓練所等。另檢察官指定受監護處分人至醫療監獄執行，因其不具受刑人之身分，恐涉及刑法第127條第1項「違法執行刑罰罪」或同法第302條第1項「以非法方法剝奪人之行動自由罪」，詳參李清泉，「論精神異常犯罪者之監護處分」，法務通務，第1955期，第3版，1999年11月4日。

⁴² 中時電子報，2020年5月6日 <https://www.chinatimes.com/realtimenews/20200506002475-260402?chdtv>

⁴³ 同條第1項：「犯第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條、第二百三十條、第二百三十四條、第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪，而有下列情形之一者，得令人相當處所，施以強制治療：一、徒刑執行期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。二、依其他法律規定，於接受身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。」

分二項基本問題，其一為精神疾病之治療，另一為再犯行為之矯治。治療涉及診斷與處方等醫療行為，固為醫事人員專業之所在，然而再犯行為之矯治，則屬於法務部矯治人員之所專精，必然無法單靠一方解決監護處分所需之治療與矯治，需要二方合作始得發揮協力之綜效。由於監護處分屬於司法處分，涉及人身自由之限制，精神疾病之治療屬於犯罪原因之從屬關係，故以設置司法精神病監而非司法精神病院之模式更為得宜，可以參考以臺中培德醫院模式設置，或者參考德國設置專門之「社會治療機構」。不論採取以上哪種方式設置，都似乎可以補救在執行限制人身自由之監護處分時，遭受到刑罰上雙重處罰之質疑，不過為避免這種質疑，可以考慮另外設置精神衛生法庭，將犯罪不罰之精神障礙者轉向以醫療性質之處遇。

捌、精神衛生法庭與精神障礙者人身自由

依據前述嘉義地院之裁判，顯示被告罹患慢性思覺失調症，依法在判決不罰後，需具保停止羈押，並且限制住居，為避免被告因病識感不佳、服藥不規則而可能導致精神症狀（關係妄想、被害妄想等）急性惡化，故特別裁定被告應至指定之精神科門診，由精神科醫師評估有無住院之必要，依 5 月 1 日裁定之內容「評估有無傷害他人或自己或有傷害之虞，及有無住院治療之必要。」顯然是參考現行《精神衛生法》有關強制住院之相關規定（第 41 條、第 42 條），至於未住院期間需要定期前往門診就診接受醫師評估，顯然也是參考同法有關強制社區之相關規定（第 45 條），對於遭受恐龍法官之譏之承審法官，其實並非食古不化之恐龍，而是在本案落實刑事司法體制與精神衛生體制銜接與整合精神，達成調和犯罪不罰之精神障礙者人身自由與社會安全之衝突，本案之裁判，其實具有開創性之意義，也是具有精神衛生法庭性質與治療性司法意義之經典案例。

查精神衛生法庭，自 1997 年美國佛羅里達州 Broward County 設置以來，目前在北美洲地區，粗步估計，至少設置超過 200 個⁴⁴，甚至超過 300 個，而且對於在犯預防成效佳⁴⁵。一般認為，精神衛生法庭之設置，其基本之理念，源自於「治療性司法」(therapeutic jurisprudence) 之理論，布雷克法律辭典對其定義為：「一門研究法律與法律體系對於人之行為、情緒、精神衛生影響之學問，尤其是多專業檢視法律與精神衛生互動之檢視，這專業源自於 1980 年代末期，並被認為是以學術方式研究精神衛生法之專業⁴⁶。」另外有學者則定義為：「係以社會科學之方法去研究法律規則(legal rule)與實務(practice)如何提升受影響人群之身心福祉之學問⁴⁷。」綜合而言，其定義若是在精神醫療領域

⁴⁴ Richard D. Schneider, Mental Health Courts, Current Opinion in Psychiatry, 2008 Sep;21(5):510-3.

⁴⁵ Bradley Ray, Long-term Recidivism of Mental Health Court Defendants, Int J Law Psychiatry . Sep-Oct 2014;37(5):448-54.此研究顯示精神障礙犯完成精神衛生法庭之處遇後，再犯率僅有 39.6% 顯著較未完成者 74.8%低許多，而且未再犯持續之期間為 17.15 個月，遠比未完成者 12.27 個月長許多。

⁴⁶ Black's Law Dictionary, 9th ed., West Publishing Co.,2009,

⁴⁷ Christopher Slobogin, Therapeutic Jurisprudence: Five Dilemmas to Ponder, Law in a Therapeutic

中，即是探討以法律作為手段對精神疾病犯治療之學問。也是一種把法律當作治療工具角色之學問，可將法律本身當作一種治療者或治療工具⁴⁸。對於具有犯人與精神障礙病人雙重身份之病犯，採取以醫療照護取代監禁之轉向處遇，落實刑事司法之目的之一「保障人權」，尤其是精神障礙並犯，由於罹患精神疾病，其辨識能力或控制能力可能比一般人之平均程度較差之情形下，若於其犯罪時處以與一般人相同之刑罰，顯然有違司法之公平正義之原則，因此對於犯罪之精神障礙者，不僅應採取不同於一般犯人之實體與程序之刑事處遇，更進而應該提供適當之精神醫療照護。

因此筆者延續並擴充前述嘉義地院該承審法官之見解，由法院採取治療性司法之理念，在具體個案之裁判時，以轉向處遇機制將刑事司法體系連向精神醫療體系，使精神障礙者接受必要、適當之醫療，而非刑事處罰⁴⁹。

玖、結論與建議

對於人類之行為，大致上可以區分為正常(normal)、瘋狂(mad)、犯罪(criminal)三大類，精神醫療所專注之範疇為瘋狂性質之精神障礙者，而刑事司法所關注者為犯罪者之刑罰與矯正。精神障礙者之犯罪問題，正好處在間具有瘋狂與犯罪之交會處，剛好同時具有問題(troublesome)與偏離(eccentric)二項特質之社會偏差行為(deviant)⁵⁰。由於位在交會處之緣故，必然面對精神醫療與司法間法律與政策競合問題，到底是以個人人身保障為優先，或者是以社會防衛為優先。

然而過去對於精神障礙者之強制治療，若依據精神衛生法，凡只要符合國際標準例如《MI 原則》即可為國際認可，若是依據刑法之拘禁、服刑等司法處遇⁵¹，也在依據其所訂定標準下執行，也可為國際認可，因此以上之國際標準，乃在個人人身自由保障與法治國之社會防衛間取得平衡。直到《身權公約》與《身權公約指引》相繼推翻既有之法制，優先適用，並且高舉精神障礙者獨立自主權高於包括社會防衛等一切之理想後，衍生出現實與理想之差距，以致於發生停止強制住院之民事裁定案例。

又由於近年臺灣社會陸續發生幾件精神障礙者重大犯罪事件⁵²，造成社會人心惶惶，而認為社會安全網有破口，無法保障一般人民，因此要求法務部、司法院、與衛生福利部等相關單位，重新檢討精神鑑定制度與《刑法》第 19 條規定，並且修改《刑法》第 87 條延長監護處分期間，尤其監護處分屬於限制人

Key, Carolina Academic Press, 1996.

⁴⁸ Wexler DB, Therapeutic Practice in Clinical Practice, Am J Psychiatry 153:4, April 1996, p.453-455.

⁴⁹ 請參考吳文正，「由治療性司法觀點探討以精神衛生法庭整合刑事司法與精神衛生二大體系」，全國律師，第 15 卷第 5 期，2011 年 5 月，第 21-33 頁。

⁵⁰ Alan Stone, Mental Health and Law: A System in Transition, Jason Aronson, 1976, p.7.

⁵¹ 《MI 原則》第 20 條原則揭示，精神障礙被告或受刑人皆有第 1 條原則所訂定之基本權利，應受到最好之精神醫療照護。

⁵² 例如王景玉內湖殺女童案（2016 年 3 月 28 日）、龔重安北投女童割喉案（2015 年 5 月 29 日）、鄭捷臺北捷運殺人案（2014 年 5 月 21 日）等涉及精神異常者之殺人重大刑案。

身自由之一種刑罰補充制度，仍然具有刑罰之性質，遠比單純適用《精神衛生法》之強制治療更顯殘酷，依據「舉輕以明重」之法理，若不屬於刑罰性質之強制住院規定，都遭《身權公約》與《身權公約指引》所明文禁止，何況屬於補充刑罰之監護處分卻要承擔社會壓力被修正延長期間⁵³，更何況此修正可能違反保安處分對於人身自由之保障原則。

今年國內發生之幾件重大案例，皆顯示現行法律或社會需求皆與《身權公約》、《身權公約指引》一向強調保障精神障礙者之人身自由相衝突，尤其是我國特別又通過《身權公約執行法》，導致地方法院在裁定個案之見解上造成精神醫學界在臨床處置上，依據現行有效之《精神衛生法》發生疑慮，除此之外，對於司法上監護處分之修法與現行制度，也發生不當限制人身自由之疑慮，因此綜合以上探討，《身權公約》、《身權公約指引》、《身權公約執行法》對我國現行法制會未來修法所造成之衝擊與矛盾，可能還是需要法界與政府做最後之解決，始能化解法律上對於精神障礙者人身自由保障見解間之矛盾，但在陷入渾沌不明之此時，似可將精神衛生法庭之制度引入臺灣，調和《身權公約》之理想與《精神衛生法》及《刑法》之現實上之差距。

⁵³ 2005年修正第87條之理由謂：「對精神障礙者之監護處分，其內容不以監督保護為已足，並應注意治療及預防對社會安全之危害。原第三項規定監護處分期間僅為三年以下，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。」已將3年監護期間上限延長至5年。