

國立臺灣大學社會科學院國家發展研究所  
碩士論文

Graduate Institute of National Development  
College of Social Sciences  
National Taiwan University  
Master's Thesis



刑事監護處分「多元化」？  
身心障礙者權利公約（CRPD）對刑事監護處分制度之挑戰  
"Diversification" of Criminal Custody?  
The Challenges of the Convention on the Rights of Persons with  
Disabilities (CRPD) to Criminal Custody

黎勝文  
Sheng-Wen Li

指導教授：  
吳建昌博士  
張兆恬博士  
Advisor:  
Kevin Chien-Chang Wu, Ph. D  
Chao-Tien Chang, S.J.D.

中華民國 113 年 4 月  
Apr. 2024

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

本論文係黎勝文(R10341001)在國立臺灣  
大學國家發展研究所完成之碩士學位論文，於民  
國113年2月29日承下列考試委員審查通過及口試  
及格，特此證明

口試委員：吳建昌 張北恆 (指導教授)

潘怡宏 廖福持

所長：

劉輝煌

## 摘要

近年來，心理社會障礙者所引起之犯罪事件受到國人關注，促使有關當局積極推動相應的犯罪防治、社會福利與公共衛生政策改革。而與心理社會障礙犯罪者最具關聯者，即係 2022 年刑事監護處分制度修法，從以往機構處遇為主、處遇期間以 5 年為限的機制，修正為多元處遇模式，並將處遇期間修正為「5 年（初始期限）+3 年（第一次延長期限）+N 年（逐年審查）」的不定期處遇制度。刑事監護處分修正後，引起國內民間團體抗議，並在我國第二次身心障礙者權利公約（CRPD）審查時，亦遭認定違反其規範，促請我國修正刑事監護處分。

有鑒於前述我國法之爭議，本文透過比較法研究，探討 CRPD 對於刑事監護處分之相關規範與爭議。本文首先分析 CRPD 對於刑事監護處分之見解，以及國際身心障礙團體、學者專家與不同國際公約對於 CRPD 之見解與態度；再者，則以英國與美國為主要比較國，德國與日本為輔助比較國，觀察上開四國在 CRPD 批准前後之心理社會障礙犯罪者處遇模式之變化與脈絡，並以上開觀察內容建立評判基準，提出我國刑事監護處分法制與政策面之政策芻議。本研究發現，CRPD 對於各國刑事監護處分制度的影響性可以光譜方式加以呈現，在「已經改變」、「可以（正在）改變」與「不能改變」三者之間游移：英國的調整較不明顯，至多將 CRPD 列為政策考量面向；日本的醫療觀察法與國內司法實務見解中雖無法看出 CRPD 對醫療觀察制度之影響，然其在身心障礙政策改革相關會議當中，可看到對於醫療觀察制度的諸多見解與討論，德國則在 2016 年刑法與刑事訴訟法的修正中對於安置於精神病院處分者保障措施有明顯的進步。而未批准 CRPD 的美國，由於該國制度的多元性，以及美國身心障礙者權利法（The American Disability Act, ADA）與相關判決先例及成文法規範的情況下，與批准 CRPD 國家並無特別大的落差，反而發展出更為多元的刑事監護處分制度。

我國於 CRPD 內國法化以後，在人權監督、檢察官訪視機制、專業小組評估與司法審查、明文規定拘束人身自由之時機與方式，以及延長與停止執行之明文規範方面符合 CRPD 之精神，然對於受處分人的基本權利保障、家屬照顧、保安處分執行法與精神衛生法二者之銜接與體系定位仍有強化空間，應持續深化社區

處遇機制，以「回歸社區、自立生活、避免漏接」為核心，建立社區處遇專責人員、精神衛生專責法庭制度，並確立司法行政救濟體系為目標，最終廢除不定期處遇制度，俾使在人權保障與社會安全中取得最大公約數。



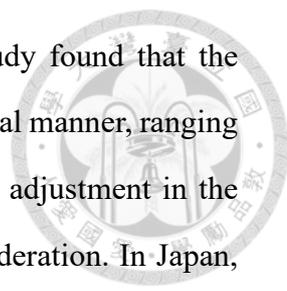
**關鍵字：**刑事監護處分、身心障礙者權利公約 (CRPD)、保安處分執行法、社區處遇、精神衛生法

## Abstract



In recent years, crimes committed by people with psychosocial disabilities have attracted public attention and concern in Taiwan. The situation has driven the government to actively promote corresponding reforms in criminal justice, social welfare, and public health policies. One of the most relevant policies for criminals with psychosocial disabilities is the revision of criminal custody system. Before the current revised statutes came into force, criminal custody measures in Taiwan mainly comprised institutional treatment and their duration must not exceed 5 years. After the amendment of the *Criminal Law* and *Rehabilitative Disposition Execution Act*, the criminal custody institution in Taiwan adopts a diversified treatment model. The intervention period was expanded to “5+3+N” years of indefinite treatment period, in which the initial limit of custody is 5 years, the first extension is limited to 3 years, and then year by year review is mandated. Following the revision of the criminal custody institution, domestic civil rights groups in Taiwan protested. Also, During the second International Review of Taiwan’s compliance with the *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD), review experts urged Taiwan government to further amend the institution to correct the violations.

In view of the controversies in criminal custody, this master thesis intends to utilize a comparative legal research method to explore the CRPD’s policy and related debates about criminal custody. First, the thesis analyzes the views on criminal custody of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities on criminal custody, and compares its views with those of the international disability groups and scholars addressing the issues. Then, the thesis selects four countries: the United Kingdom and the United States are the main comparison countries; Germany and Japan are the auxiliary comparison countries. It aims to observe the context and changes of the criminal custody in the U.K., Germany and Japan before and after the ratification of the CRPD. Not ratifying the CRPD, the U.S. is included as a basic contrast to tease out the



impact of the CRPD on criminal custody policy making. The study found that the impact of the CRPD in various countries can be presented in a spectral manner, ranging between "already changed", "changing" and "cannot change". The adjustment in the U.K. is less obvious, at most, the CRPD is listed as a policy consideration. In Japan, although the impact of the CRPD on the criminal custody was not seen in the statutes and practices of Japan's *Medical Treatment and Supervision Act*, it can be seen in exchanges during the meetings as regards disability policy reform that relates to criminal custody. In Germany, the amended *Criminal Law* and *Criminal Procedure Law* in 2016 has made significant progress in safeguarding measures for those under criminal custody in Forensic Hospitals. Differing significantly from those countries that approved the CRPD, the U.S. has not ratified the CRPD because of the diversity of the country's criminal justice system, the provisions of *The Americans with Disabilities Act* (ADA), relevant court judgments and other legal protections. Instead, it has developed a more diversified criminal custody system.

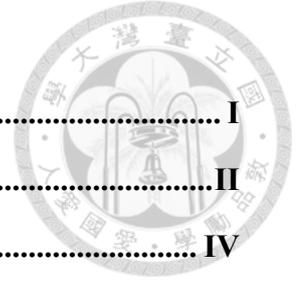
After the CRPD's incorporation into domestic law in Taiwan, our country has complied with the policy of the CRPD in terms of independent human rights supervision policy, prosecutor visit mechanisms, the establishment of professional criminal custody assessment team, and judicial reviews. It has clearly stipulated timing and methods of restraining personal freedom, and explicit norms for extension and suspension of execution of criminal custody. However, there is still room for strengthening the human rights protection and family care in criminal custody, and for the system positioning and connection between the Rehabilitative Disposition Execution Act and the Mental Health Act. Appointing specific staff in charge, the community treatment mechanism should continue to be thoroughly developed to help the mentally ill offenders to achieve the core ideals of "returning to the community, living independently," and "avoiding the slip from the supporting networks." It is a worthy goal to establish mental health courts, to secure a timely and accessible judicial and administrative petition system, to

abolish the indefinite treatment system, and finally to find the greatest common denominator in human rights protection and social security.



**Keywords: Criminal Custody, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Rehabilitative Disposition Execution Act, Community Treatment, Mental Health Law**

# 目次

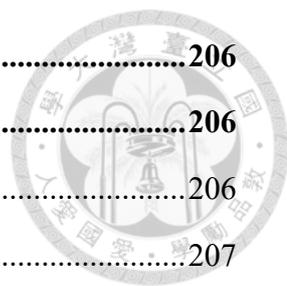


口試委員會審定書 .....	I
摘要.....	II
Abstract.....	IV
目次.....	VII
圖次.....	XI
表次.....	XIII
英文縮寫對照表 .....	XIV
<b>第一章 緒論 .....</b>	<b>1</b>
<b>第一節 研究緣起與問題意識 .....</b>	<b>1</b>
壹、研究緣起.....	1
貳、問題意識.....	4
<b>第二節 文獻回顧 .....</b>	<b>4</b>
壹、CRPD 施行前相關文獻 .....	5
貳、CRPD 施行後的相關文獻探討 .....	5
參、小結.....	11
<b>第三節 研究方法、範圍與限制 .....</b>	<b>12</b>
壹、研究方法.....	12
貳、研究架構.....	15
參、名詞解釋.....	17
肆、研究範圍與限制.....	19
<b>第二章 CRPD 與刑事監護處分之立場與見解 .....</b>	<b>21</b>
<b>第一節 CRPD 的歷史脈絡與見解 .....</b>	<b>21</b>
壹、心理社會障礙者權利保障背景.....	21
貳、CRPD 之模式與精神 .....	25
參、CRPD 對刑事監護處分的影響方式 .....	28
<b>第二節 CRPD 對刑事監護處分之見解 .....</b>	<b>31</b>

壹、第 12 條「在法律前獲得平等承認」 .....	31
貳、第 14 條「人身自由與安全」 .....	34
參、第 15 條至第 17 條：禁止酷刑與保障人格完整性 .....	36
肆、第 19 條：自立生活與融入社區 .....	39
<b>第三節 關於 CRPD 對刑事監護處分之不同見解 .....</b>	<b>42</b>
壹、身心障礙團體見解：基於人權模式，反對醫療模式 .....	42
貳、學者專家見解 .....	46
參、不同國際規範的立場與見解 .....	56
<b>第四節 小結 .....</b>	<b>61</b>
<b>第三章 CRPD 施行前各國刑事監護制度 .....</b>	<b>63</b>
<b>第一節 刑事監護處分制度特徵 .....</b>	<b>63</b>
壹、實體法面 .....	63
貳、程序法面 .....	66
參、刑事執行法面 .....	68
<b>第二節 我國刑事監護處分制度 .....</b>	<b>69</b>
壹、刑法對於刑事監護處分之規範 .....	69
貳、保執法對於刑事監護處分之規範 .....	72
<b>第三節 英國 .....</b>	<b>74</b>
壹、英國的精神障礙抗辯事由與處分方式 .....	75
貳、相關處遇機制 .....	77
<b>第四節 美國 .....</b>	<b>88</b>
壹、聯邦政策 .....	89
貳、加州 .....	93
參、紐約州 .....	98
肆、其他特殊制度州 .....	105
<b>第五節 日本 .....</b>	<b>108</b>
壹、日本醫療觀察法審理模式 .....	108

貳、處遇執行方式.....	109
<b>第六節 德國 .....</b>	<b>111</b>
壹、保安處分的合憲性：CRPD 以前的爭執與見解 .....	112
貳、德國安置於精神病院處分制度.....	112
<b>第四章 各國刑事監護處分對 CRPD 之立場與回應 .....</b>	<b>121</b>
<b>第一節 CRPD 與臺灣刑事監護制度 .....</b>	<b>121</b>
壹、CRPD 內國法化推動歷程概述 .....	121
貳、因應 CRPD：刑法與保執法之修正脈絡 .....	123
參、修正後之評價：民團爭議與 CRPD 第二次國際審查 .....	128
<b>第二節 CRPD 對各國刑事監護制度的影響 .....</b>	<b>130</b>
壹、英國.....	130
貳、日本.....	134
參、德國.....	137
肆、美國.....	144
<b>第三節 CRPD 對各國刑事監護處分影響性分析 .....</b>	<b>151</b>
壹、CRPD 之貢獻與限制 .....	151
貳、本文就 CRPD 對於刑事監護處分的評價基準 .....	155
參、締約國對應 CRPD 的作為觀察 .....	161
<b>第四節 小結 .....</b>	<b>169</b>
<b>第五章 我國刑事監護處分制度之反思 .....</b>	<b>171</b>
<b>第一節 臺灣刑事監護處分評析 .....</b>	<b>171</b>
壹、符合 CRPD 之處 .....	171
貳、不符合 CRPD 之處 .....	174
<b>第二節 政策方向與核心精神擇定 .....</b>	<b>185</b>
壹、改革政策精神之建構.....	186
貳、可行的改革措施與方向.....	191
<b>第四節 小結 .....</b>	<b>203</b>

<b>第六章 結論</b> .....	<b>206</b>
<b>第一節 研究結論</b> .....	<b>206</b>
壹、CRPD 採行多元觀點之見解與其侷限 .....	206
貳、各國之實踐方式、能與不能之處 .....	207
參、我國刑事監護處分未來方向建議 .....	207
<b>第二節 研究展望與反思</b> .....	<b>208</b>
壹、反思 CRPD 「極端」的原因 .....	208
貳、理想與現實的對話與考驗 .....	209
參、我國刑事監護制度的未來展望與接續研究 .....	210
後記 .....	212
參考資料 .....	216



## 圖次

圖（一）文獻時間脈絡圖 .....	4
圖（二）CRPD 人權取向對於公共衛生、精神衛生與刑事監護處分影響.....	11
圖（三）既有文獻回顧統整圖 .....	12
圖（四）研究架構圖 .....	16
圖（五）本文評價與思考基準體系圖 .....	17
圖（六）身心障礙者三大模式比較圖 .....	27
圖（七）CRPD 八大基本原則 .....	27
圖（八）身心障礙者倡議網絡體系 .....	30
圖（九）CRPD 第 15 至第 17 條關聯圖 .....	38
圖（十）我國刑事責任能力判斷模式 .....	71
圖（十一）刑事監護處分相關法律架構圖 .....	77
圖（十二）英格蘭與威爾斯「監督命令」之社會防衛與治療三角 .....	81
圖（十三）英國刑事監護處分體系關聯圖 .....	82
圖（十四）英格蘭與威爾斯地區主要司法精神社區處遇機制說明 .....	88
圖（十五）加州刑事監護處分階段圖 .....	96
圖（十六）紐約州精神障礙或心智缺陷處遇機制 .....	100
圖（十七）紐約州刑事監護處分降階設計 .....	103
圖（十八）日本「醫療觀察」制度處遇流程圖 .....	111
圖（十九）德國安置於精神病院處分發展時間軸 .....	116
圖（二十）我國 CRPD 與刑事監護處分的時間脈絡 .....	123
圖（二十一）監護處分轉銜機制圖 .....	128
圖（二十二）精神（心理）衛生典範移轉架構圖 .....	153
圖（二十三）CRPD 當中各國可為不可為光譜圖 .....	161
圖（二十四）CRPD 與整合性健康法律的規劃示意圖 .....	166
圖（二十五）刑事監護處分人權政策的建構示意圖 .....	170

圖（二十六）刑事監護處分轉銜層級示意圖 .....	180
圖（二十七）刑事監護處分與假釋付保護管束執行問題示意圖 .....	182
圖（二十八）「假刑事之名，行住院之實」情境說明圖 .....	183
圖（二十九）我國刑事監護處分修正意見架構圖 .....	186
圖（三十）我國刑事監護處分政策改革渠徑圖 .....	192
圖（三十一）精神衛生專業法庭審理流程圖 .....	202

## 表次



表（一）中、低等級戒護機構治療處遇模式一覽表 .....	86
表（二）紐約州精衛法第 29.15 條第 g 項服務計畫書內容 .....	102
表（三）英國與美國加州、紐約州精神衛生法庭比較表 .....	104
表（四）CRPD 施行前各國刑事監護處分制度比較表 .....	118
表（五）刑事監護處分修正對照表 .....	123
表（六）保執法第 46 條修正前後之對照 .....	124
表（七）第二次國際審查違反條文一覽表 .....	129
表（八）德國部分聯邦司法精神處遇監督依據 .....	139
表（九）CRPD 對於刑事監護處分之貢獻與缺點，以及本文比較基準 一覽表.....	159
表（十）各國相關權利保障措施 .....	163
表（十一）各國刑事監護處分監督者與執行者比較表 .....	185
表（十二）本文建議修正方向對照表 .....	193

## 英文縮寫對照表



英文全名	英文縮寫	中文名稱
American Disability Act	ADA	美國身心障礙者法
Assertive Community Treatment	ACT	積極性社區處遇
Bureau of Justice Assistance	BJA	美國司法援助局
Community Based Rehabilitation	CBR	以社區為基礎的復歸機制
Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment	CAT	禁止酷刑公約
Electroconvulsive Therapy	ETC	電氣痙攣治療
Equality and Human Rights Commission	EHRC	英國平等與人權委員會
European Convention on Human Rights	ECHR	歐洲人權公約
Forensic Assertive Community Treatment	FACT	積極性司法社區處遇
General Comment	GC	一般性意見書
Guilty but insane/Guilty but mental ill	GBI/GBMI	有罪但罹患精神障礙
Guilty Except Insane	GEI	有罪且罹患精神障礙或心智缺陷
HM Prison & Probation Service	HMPPS	英國監獄與緩刑服務署
Human Rights Council	HCR	聯合國人權委員會
International Classification of Functioning, Disability and Health	ICF	國際健康功能與身心障礙分類系統

英文全名	英文縮寫	中文名稱
International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap	ICDIH	國際缺損與障礙分類系統
International Covenant on Civil and Political Rights	ICCPR	公民權利和政治權利國際公約
International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights	ICESCR	經濟、社會及文化權利國際公約
International Disability Alliance	IDA	國際身心障礙者聯盟
International Disability Caucus	IDC	聯合國國際身心障礙小組
International non-government organization	INGO	國際非營利組織
Mental Capacity Act 2005	MCA 2005	英國 2005 年心智能力法
Mental Health Act	MHA	英國精衛法
Mental Health Court	MHC	(美國) 精神衛生法庭
Mental Health Review Tribunal	MHRT	(英國威爾斯地區) 精神衛生專業審議法庭
Mental Health Tribunal	MHT	(英國英格蘭地區) 精神衛生專業法庭
Multi-Agency Public Protection Arrangements	MAPPA	跨機關公共安全協議
Multidisciplinary Team	MDT	跨專業處遇 (治療) 團隊
National Health Service	NHS	國民健康服務署
Not Guilty by Reason of Insanity	NGRI	由於精神障礙或心智缺陷而無罪

英文全名	英文縮寫	中文名稱
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	OHCHR	聯合國高級人權事務辦公室
Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care	MI Principles	心理障礙與心理健康照護保護準則
Psychiatric Security Review Board	PSRB	精神衛生戒護審議委員會
Restorative Justice	RJ	修復式正義
Substance Abuse and Mental Health Services Administration	SAMHSA	美國物質濫用與心理健康署
Supportive Decision Making	SDM	支持性決策機制
The Civil Rights of Institutionalized Persons Act	CRIPA	機構處遇者人權保障法
The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women	CEDAW	消除對婦女一切形式歧視公約
The Convention on the Rights of Persons with Disabilities	CRPD	身心障礙者權利公約
The Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners	SMR	聯合國囚犯最低待遇標準
Therapeutic Justice	TJ	治療型司法
Union of the Physically Impaired Against Segregation	UPIAS	對抗生理損傷污名化聯盟
Universal Declaration of Human Rights	UDHR	世界人權宣言
World Health Organization	WHO	世界衛生組織

英文全名	英文縮寫	中文名稱
World Network of Users & Survivors of Psychiatry	WNUSP	世界精神醫學使用者與 倖存者網絡



# 第一章 緒論

## 第一節 研究緣起與問題意識

### 壹、研究緣起



近年來，與心理社會障礙 (Psychosocial Disability)<sup>1</sup>有關的犯罪議題受到社會大眾矚目，從 2014 年的「鄭捷隨機殺人案」、2016 年「小燈泡案」、2019 年「鐵路殺警案」等重大刑事案件，造成社會恐慌與輿論發酵，引起一系列的政策批評與改革聲浪。有鑑於此，我國於 2017 年開始陸續推動相關政策方案，從總統府召開「司法改革國是會議」，對於犯罪被害人保護、司法體制、司法人員的培育、養成與考訓等面向提出一系列的改革方案<sup>2</sup>開始，各部會亦開始推動相應的政策措施，諸如：行政院「新世代反毒策略行動綱領」<sup>3</sup>、衛生福利部「社會安全網」<sup>4</sup>，法務部則參酌日本司法「再犯防止對策」(再犯防止対策)<sup>5</sup>推動「施用毒品者再犯防止推進計畫」<sup>6</sup>。亦極修正刑法、刑事訴訟法、保安處分執行法(以下簡稱保執法)、精神衛生法(以下簡稱精衛法)等相關法律，強化社會防衛與治療照顧機制。

而在一系列的政策與修法過程當中，對於心理社會障礙犯罪者影響最大者，則為刑事監護處分的修正。刑事監護處分係對於刑法第 19 條「精神障礙或心智缺陷」而不罰或減輕其刑之人，基於特別預防理論所為之保安處分措施。立法院於 2022 年(民國 111 年)通過刑法第 87 條、保執法第 46 條修正案。此次修正

---

<sup>1</sup> 根據 CRPD 觀點，對於傳統上所稱的「精神障礙症」(mental disorders)被認為是歧視性、醫療化的稱呼。基於人權保障與社會模式之觀點，CRPD 認為應改稱「社會心理障礙」(psychosocial disability)。有鑑於此，本文中有關於「精神障礙症」一詞，將都以「心理社會障礙」代之。然若提及特定的病症(如：思覺失調症，Schizophrenia)，仍採精神醫學中的診斷名稱。

<sup>2</sup> 司法改革國是會議，<https://justice.president.gov.tw/>(最後瀏覽日：02/15/2024)。

<sup>3</sup> 行政院(2017)，《新世代反毒策略行動綱領》。行政院，臺北市；法務部(2021)，《新世代反毒策略行動綱領 2.0》。法務部，臺北市。

<sup>4</sup> 衛生福利部(2018)，《強化社會安全網計畫(核定本)》。衛生福利部，臺北市；衛生福利部(2021)，《強化社會安全網第二期計畫》。衛生福利部，臺北市。

<sup>5</sup> 再犯防止対策，[https://www.moj.go.jp/hisho/seisakuhyouka/hisho04\\_00038.html](https://www.moj.go.jp/hisho/seisakuhyouka/hisho04_00038.html)(最後瀏覽日：02/15/2024)

<sup>6</sup> 法務部(2021)，《施用毒品者再犯防止推進計畫(核定本)》。法務部。

將以往 5 年為上限的刑事監護處分，修正為「5+3+N」年的不定期監護處分，並將以往機構處遇制度為主、社區處遇為例外的措施，修正為「多元處遇措施」，正式納入社區處遇機制。希望在防衛社會安全的同時，兼顧心理社會障礙犯罪者的基本人權保障，達到治療與復歸社會之目的。然而，此次修法卻引起民間團體諸多的抗議<sup>7</sup>，認為修法內容明顯違反「身心障礙者權利公約」(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)，侵害心理社會障礙者的基本權利。在我國接受 CRPD 第二次國際審查時，亦遭國際審查委員會認定我國違反 CRPD 之規定，促請我國修正刑事監護制度。

CRPD 係一保障身心障礙者基本權利的國際公約，我國於 2014 年將其內國法化。CRPD 對於心理社會障礙者的取機構處遇、非自願的住院治療、司法精神醫學(Forensic Psychiatry)處遇制度，以及法律能力(legal capacity)差別化的對待措施等面向持反對立場，認為締約國應賦予身心障礙者與一般人民完全相同的法律能力<sup>8</sup>、完全廢除非自願性質的住院與治療措施<sup>9</sup>、落實社區處遇與去機構

---

<sup>7</sup> 【連署】反對無效的監護處分修法，應確實縫補社會安全網！公民行動影音紀錄資料庫。<https://www.civilmedia.tw/archives/108056> (最後瀏覽日：02/15/2024)；【反對無效的監護處分修法，應確實縫補社會安全網！】連署公布記者會，<https://www.prisonwatch-tw.org/post/%E3%80%90%E5%8F%8D%E5%B0%8D%E7%84%A1%E6%95%88%E7%9A%84%E7%9B%A3%E8%AD%B7%E8%99%95%E5%88%86%E4%BF%AE%E6%B3%95%E6%BC%8C%E6%87%89%E7%A2%BA%E5%AF%A6%E7%B8%AB%E8%A3%9C%E7%A4%BE%E6%9C%83%E5%AE%89%E5%85%A8%E7%B6%B2%EF%BC%81%E3%80%91%E9%80%A3%E7%BD%B2%E5%85%AC%E5%B8%83%E8%A8%98%E8%80%85%E6%9C%83-2022-1-11> (最後瀏覽日：02/15/2024)；【連署聲明】堅定而務實的反對與立基於 CRPD 的監督——公民團體對於監護處分相關制度三讀通過的聲明，<https://reurl.cc/p6r7zd> (最後瀏覽日：02/15/2024)；網頁：會後新聞稿 | 反對無效監護處分修法公民團體聯合記者會，<https://www.jrf.org.tw/articles/2201> (最後瀏覽日：02/15/2024)。

<sup>8</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, General comment No. 1 (2014), U.N. Doc. CRPD/C/GC/1 (May 19, 2014). [hereinafter U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GC/1*]

<sup>9</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, U.N. Doc. (Sep. 2015) [hereinafter U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Guidelines on article 14*]

化<sup>10</sup>，對於拘束人身自由的刑事監護制度採取反對的立場<sup>11</sup>。然就社會防衛的立場觀之，此見解幾乎不可能達成，亦遭致臨床工作者批評 CRPD 為天方夜譚<sup>12</sup>。在此脈絡之下，如何在「社會防衛」與「保障心理社會障礙者基本權利」之間取得衡平？便成為新的挑戰課題。

觀諸我國與 CRPD 有關的文獻，大多係針對民事監護處分、心理社會障礙之強制住院治療與強制社區治療進行探討<sup>13</sup>；在刑事法當中僅少數文章論及 CRPD<sup>14</sup>。而在刑事法領域少數論及 CRPD 的文章之中，真正談論刑事監護處分制度與 CRPD 之文章更是寥寥可數<sup>15</sup>，可見此方面的研究仍有相當大的發展空間。基於上述，促使研究者好奇：對於 CRPD 的規定，能夠達成與不能達成之處為何？刑事監護處分能否兼顧 CRPD 之要求與社會防衛之目的？本研究遂以比較法研究

---

<sup>10</sup> Comm. Rts. Pers. with Disabilities, Guidelines on Deinstitutionalization, Including in Emergencies, U.N. Doc. CRPD/C/5 (Oct. 2022). [hereinafter U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, CRPD/C/5].

<sup>11</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Guidelines on article 14, supra* note 9.

<sup>12</sup> Melvyn Colin Freeman et al., *Reversing hard won victories in the name of Human Rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2 LANCET PSYCHIATRY 844 (2015)

<sup>13</sup> 曾毓君 (2016)，〈我國精神衛生法之強制住院制度何去何從——兼論臺灣桃園地方法院 106 年衛字第 4 號民事裁定〉，《萬國法律》，216 期，頁 60-77；王德瀛 (2017)，〈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》，29 卷 12 期，頁 7-13；吳建昌 (2017)，〈臺灣精神衛生法強制住院規定之修法方向：從聯合國身心障礙者權利公約之爭議談起〉，《月旦醫事法報告》，10 期，頁 158-184；吳建昌 (2018)，〈身心障礙者權利公約裁定停止強制住院：被遺漏的自主、平等與比例原則論述〉，《月旦醫事法報告》，17 期，頁 83-97。學位論文：林儀珏 (2017)。《從身心障礙權利公約討論精神疾病患者之人身自由與安全——以國際標準評估衛生學界之看法》，東吳大學人權碩士學位學程碩士論文（未出版），臺北市。

<sup>14</sup> 楊雲驊 (2022)，〈身心障礙被告與國際人權法——以就審能力與待死現象為中心〉，《檢察新論》，第 31 期，頁 17-27；林慈偉 (2019)，〈精神障礙被告之就審能力：從 CRPD 與 Nobel v. Australia 案出發〉，《月旦醫事法報告》，第 34 期，頁 22-39。

<sup>15</sup> 孫迺翊 (2022)，〈精神病或精神障礙者人身自由與正當法律程序之保障——簡評刑法監護處分之修正及精神衛生法修正草案〉，《台灣法律人》，第 9 期，35-56；林政佑 (2023)，〈從身心障礙者權利公約檢視日本醫療觀察法強制住院處遇：兼評台灣監護處分新制〉，《高大法學論叢》，第 18 卷 2 期，頁 239-320；張麗卿 (編) (2022)，〈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〉，國家人權委員會；國家人權委員會 (2023)，〈國家人權委員會「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」出國報告〉，國家人權委員會。



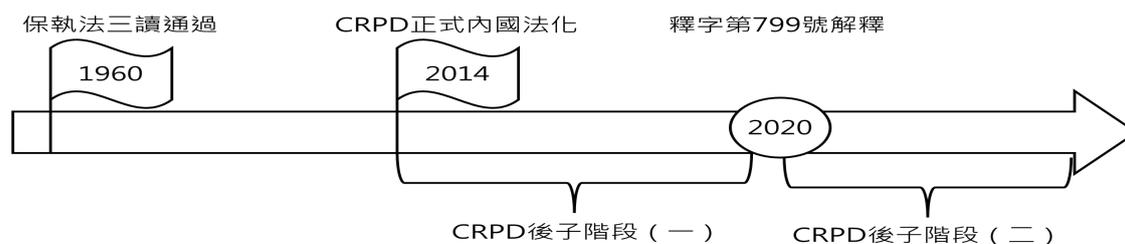
的方式，分析英美學者與聯合國相關組織對於 CRPD 之見解與立場，並以英國、美國為主要比較國，日本、德國為輔助比較國，分析上開四國如何因應 CRPD 所帶來的挑戰。最終回歸我國法，提出初步的結論建議。期許透過本研究，達拋磚引玉之效，使我國相關之處遇措施更臻成熟完備。

## 貳、問題意識

- 一、探討 CRPD 對於刑事監護處分之相關規範與爭議。
- 二、以英國與美國刑事監護處分法律制度為主要研究對象，輔以德國與日本相關法律制度研究，探討外國之刑事監護處分制度對於 CRPD 之立場與因應作為。
- 三、探討 CRPD 對於我國刑事監護制度所產生之影響與挑戰，並參照外國立法例與相關學理見解，試擬可行的法制與政策建議。

## 第二節 文獻回顧

在探討 CRPD 對於刑事監護處分制度的影響之前，有必要先就國內相關研究進行梳理。我國刑事監護處分自 1963 年（民國 52 年）發展至今，相關研究依時間脈絡可區分為「CRPD 施行前」與「CRPD 施行後」二大階段。所謂的「CRPD 施行前」研究，係指保執法通過後至 CRPD 內國法化以前，亦即 1963 年（民國 52 年）至 2014 年（民國 103 年）之間相關學者對於刑事監護制度之探討。「CRPD 施行後」則可細分為二個子階段：「2014 年（民國 103 年）至 2020 年（民國 109 年）」與「2020 年（民國 109 年）以後」二階段。在「CRPD 施行後」與刑事監護處分有關的文章多聚集於「2020 年（民國 109 年）以後」的子階段。主因在於 2020 年底司法院大法官提出釋字第 799 號解釋，促使刑法與保執法進行大幅度修正。以下就我國既有的刑事監護制度研究進行歸納與分析，並說明既有研究的不足之處，以及本研究可資進行之處。相關文獻時間脈絡，請見下圖（一）所示。



圖（一）文獻時間脈絡圖

## 壹、CRPD 施行前相關文獻

刑事監護制度在 CRPD 施行前之論著，大多係針對刑事監護處分制度設置之必要性與保執法當中的法律要件加以分析。比較國家則以德國、日本相關制度之研究為主。此時背景為保執法三讀通過，論著目的在於促使監護制度能夠真正落實與應用<sup>16</sup>。後續的文章亦因當時國內重大刑案（如：蔡心讓潑酸案）的出現，促使精衛法立法以及刑事監護制度的討論浮現，開始出現國內立法與德國、日本之比較法制度的研究論著<sup>17</sup>，並以張麗卿教授為代表發表諸多相關著述<sup>18</sup>。

## 貳、CRPD 施行後的相關文獻探討

CRPD 施行後可區分為二個子階段（「2014 年至 2020 年」與「2020 年以後」），以下分別就不同階段之論著特色加以說明。

### 一、CRPD 施行後第一個子階段：2014 年至 2020 年

CRPD 施行後，與刑事監護處分相關論著主要出現於 2017 年左右，主要係因 2017 年（民國 106 年）總統府召開「司改國是會議」，開始帶動後續諸多刑事政策、社會福利與公共衛生政策變革。惟此時期的論著大多著重於探討司法精神鑑定<sup>19</sup>與司法心理衡鑑<sup>20</sup>居多，雖有談論刑事監護處分處遇制度的議題相關論著<sup>21</sup>，然其著作之數量與內容豐富程度均不及「2020 年以後」階段之著作。

---

<sup>16</sup> 李懷遠（1963），〈論保安處分執行監護禁戒極強制治療處所之設置問題〉，《法律評論》，第 29 卷 8 期，頁 16-19；李清泉（1999），〈論精神異常犯罪者之監護處分〉，《法務通訊》，1995 期，第三版。

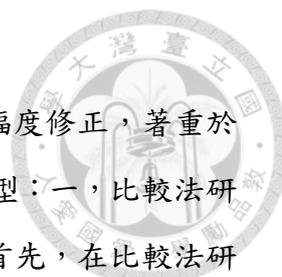
<sup>17</sup> 張麗卿（1984），〈論精神病犯之監護處分〉，《刑事法雜誌》，第 28 卷 6 期，頁 46-62；吳景欽（2008），〈對精神障礙犯罪者的刑事處遇－以日本精神醫療觀察法為比較觀察〉，《國會》，第 36 卷第 9 期，頁 40-56。

<sup>18</sup> 張麗卿（1993），〈精神疾病犯罪人之監護執行〉，《臺大法學論叢》，第 23 卷第 1 期，頁 209-240；張麗卿（1996），〈精神病犯與精神病患收容要件的比較研究〉，《東海法學研究》，10 期，頁 249-296；張麗卿（2006），〈精神障礙者之犯罪〉，《台灣本土法學雜誌》，86 期，頁 161-166。

<sup>19</sup> 王俸綱（2018），〈從司法精神醫學角度看責任能力鑑定〉，《檢察新論》，第 23 期，頁 50-67。

<sup>20</sup> 陳若璋（2018），〈刑事司法心理衡鑑綜論〉，《檢察新論》，第 23 期，頁 3-14。

<sup>21</sup> 楊添圍（2018），〈精神障礙或心智缺陷犯罪者之處遇〉，《月旦醫事法報告》，第 20 期，頁 32-43。



## 二、CRPD 施行後第二個子階段：2020 年至今

2020 年釋字第 799 號解釋公布後，促使保安處分制度大幅度修正，著重於刑事監護處分的文章也大量出現。此階段論著可區分為四大類型：一，比較法研究；二，法律解釋；三，臨床實務觀點；四，犯罪實證研究。首先，在比較法研究中，有學者以德語系國家為主，分析與比較我國監護法制之異同，並就臺灣制度之不足與疑義提出觀點<sup>22</sup>；次之則係就日本<sup>23</sup>制度加以比較研究者；以及綜合比較美國、德國、日本與德國制度之研究，惟論述仍有所不足<sup>24</sup>，亦有少數針對韓國監護制度的研究論著<sup>25</sup>。而法律解釋方面之文獻，則係就我國制度與條文之

---

<sup>22</sup> 吳忻穎、林晉佑（2020），〈責任能力調查與監護處分執行現況之探討〉，《矯政期刊》，第 9 卷 1 期，頁 71-107；馬躍中（2020），〈我國刑事監護制度的現狀與未來—德國法的觀點〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，25 期，頁 49-83；潘怡宏（2021），〈刑法監護處分制度之修正芻議——取徑德國、奧地利與瑞士刑法〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，28 期，頁 95-242；陳俊榕（2021），〈德國精神病學處分之沿革與限制〉，《臺灣海洋法學報》，第 30 期，頁 59-91；張麗卿（2021），〈精神病犯的鑑定與監護處分—兼談殺警案與弑母案〉，《月旦法學雜誌》，309 期，頁 57-79；吳忻穎（2022），〈監護處分及其危險性預後—以德國法作為借鏡〉，《矯政期刊》，第 11 卷 2 期，頁 65-122；李錫棟（2022），〈精神障礙犯罪者處遇模式之法制—兼論暫時性安置〉，《警大法學論集》，第 43 期，頁 53-93；吳忻穎（2022），〈簡評我國刑法監護處分之修正—與德國 2016 年刑法修正案與鑑定程序之比較〉，《月旦醫事法報告》，第 73 期，頁 150-173；馬躍中（2023），〈建構社會安全網：以德國保安處分法制為中心〉，《犯罪學研究》，創刊號，頁 137-183。

<sup>23</sup> 學術論著：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》，第 23 卷，頁 112-126；洪士軒（2020），〈精神障礙犯罪者相關法制之芻議—以臺灣監護處分與日本醫療觀察法之比較為中心〉，李茂生教授六秩晉五祝壽論文集編輯委員會，《主體、理性與人權的彼岸：李茂生教授六秩晉五祝壽論文集》，頁 259-285。新學林出版，臺北市。學位論文：李欣恩（2020），〈觸法精神障礙者之監護處分制度〉，國立政治大學法律學系碩士學位論文（未出版），臺北市。

<sup>24</sup> 學術論著：黃秀惠（2021），〈我們與惡的距離—論思覺失調症之罪與罰〉，《治末指錄》，第 9 期，頁 151-167；學位論文：林思蘋（2009），〈強制治療與監護處分—對精神障礙者之社會控制〉，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文；張淑婷（2017），〈精神障礙犯罪者處遇制度研究〉，國立臺北大學法律學系碩士論文（未出版），新北市。

<sup>25</sup> 林政佑（2021），〈韓國治療監護制度介紹〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第 28 期，頁 1-42。

變革，分析修法動態以及既有相關判決案例<sup>26</sup>。此外，亦有論者整合刑事法與公法之角度，就保安處分相關大法官釋字，以及釋字第 799 號解釋所提出之「明顯區隔原則」概念加以評析，並就釋字第 799 號解釋公布後，對於刑事監護處分與強制治療後續修法方向進行分析<sup>27</sup>。總結而言，上開比較法研究與法律解釋的論著，大多係從傳統的比較法學、法釋義學的角度進行論著與分析，對於既有立法與政策提出針貶與修正建議。

除法學論著以外，近年來對於心理社會障礙犯罪者處遇措施強調科際整合的觀點，促使精神醫學、犯罪學與法律學界進行跨域對話與科際整合。在臨床實務觀點的論著方面，作者大多為精神科專科醫師，主要就個人精神醫學專業，以及自身擔任司法精神鑑定之鑑定人，與擔任刑事監護處分主治醫師的專業經驗，對於當前制度提出見解。此類文獻同時也包含比較法學研究<sup>28</sup>以及倫理學<sup>29</sup>的觀點在其中，使其論述內容更具層次與豐實。犯罪防治學者也針對監護處分進行比較法（包含刑事政策面）<sup>30</sup>與實證研究<sup>31</sup>，對於刑事監護處分之比較法研究與實際成

---

<sup>26</sup> 吳秋宏（2021），〈我國刑事監護程序關於精障者被告監護法制之變革〉，《法官協會雜誌》，第 23 卷，頁 82-97；林映姿、李超偉、周芳怡（2022），〈我國監護處分制度之興革〉，《檢察新論》，第 31 期，頁 2-16；張麗卿（2022），〈2022 年精神障礙觸法者新制之法規範與實務〉，《月旦法學雜誌》，第 328 期，頁 87-100。

<sup>27</sup> 謝煜偉（2022），〈2021 年刑事立法與實務發展回顧：以治安與治療為名〉，《臺大法學論叢》，第 51 卷特刊，頁 1223-1255；許恒達（2022），〈強制工作與違憲審查—評司法院釋字第 812 號解釋〉《台灣法律人》，第 12 期，頁 21-41；林鈺雄（2022），〈評司法院釋字第 812 號解釋（強制工作）—比例原則、區隔原則、權利救濟及釋憲溯及效力〉，《台灣法律人》，第 12 期，頁 1-20；許恒達（2023），〈刑事制裁與明顯區隔的憲法誠命〉，《台灣法律人》，第 27 期，頁 77-103。亦有論者比較刑事監護制度與強制治療二者，研議二者處遇合併規範之可行性，參見：劉育偉（2023），〈監護處分與強制治療合併立法可能性評價—從保安處分目的性為中心〉，《法學叢刊》，68（2），頁 69-86。

<sup>28</sup> 李俊宏（2022），〈從攔截式的司法精神醫療處遇看精神鑑定與監護處分〉，《檢察新論》，第 31 期，49-69。

<sup>29</sup> 王俸綱（2022），〈臺灣現行監護處分實務與精神醫療倫理困境〉，《檢察新論》，第 31 期，頁 37-49。

<sup>30</sup> 賴擁連、駱姿螢（2021），〈美國精神疾病犯罪者司法處遇之介紹與借鏡——美國精神衛生法庭之探究〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第 28 期，243-290。

<sup>31</sup> 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋（2020），〈受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析〉，《刑事政

效之結果做出貢獻。同時，法務部司法官學院亦委託中央警察大學，針對我國刑事監護制度進行研究，分析國內外刑事監護制度，繼而提出相關法制與政策建議<sup>32</sup>；國家人權委員會則有赴日考察之考察報告<sup>33</sup>，以及藉由委託研究案的方式，基於美國、英國、日本、德國刑事監護制度與 CRPD 規範，分析我國刑事監護處分相關判決，以此提出我國刑事監護處分之修正建議<sup>34</sup>。此外，亦有基於質性研究方法之法學論著，著重於探究醫事人員對於民事強制住院治療與刑事監護處分觀點之見解與觀點<sup>35</sup>。

### 三、綜合分析

整體而言，當前文獻主要對於刑事監護處分之變革脈絡、與外國法制之比較以及修正建議提出多元的見解與觀點。在比較國家方面，主要以英國、美國、德國與日本為主。近年來相關研究受到重視，諸多探討刑事監護處分的基本權利保障、比較制度與 CRPD 相關的文獻陸續出現。上開論著實為吾人研究之基石，從中有所獲益。然吾人亦於上開列舉諸多研究文獻中，窺見既有研究不足之處。主要不足之處可歸納為「比較國家制度論述完整度仍可強化」、「CRPD 對於我國與比較國家的影響性分析仍然有限」以及「CRPD 人權觀點與典範移轉：既有刑事與精神（心理）衛生政策的衝擊」三點，茲分述如下。

#### （一）比較國家制度論述完整度仍可強化

比較國家制度之論述存有可強化之處有二：第一，在既有文獻中，被列為比較對象之國家制度相關論述仍不夠完善；第二，在進行法制比較同時，雖有同時論及 CRPD 與刑事監護處分的關聯性之文獻，然為數不多。首先，在比較國家制度論述不完善的國家方面，以英國與美國比較法研究為大宗。例如：部分文獻提

---

策與犯罪防治研究》，第 25 期，183-243；郭宇恆、李俊宏、吳文正、歐陽文貞（2021），〈精神疾病犯罪者監護處分時間的決定因子〉，《中華心理衛生學刊》，第 34 卷第 2 期，頁 157-179。

<sup>32</sup> 蔡田木（編）（2022），《我國監護制度發展與變革之研究成果報告》，法務部司法官學院犯罪防治研究中心。

<sup>33</sup> 國家人權委員會（2023），前揭註 15。

<sup>34</sup> 張麗卿（編）（2022），前揭註 15。

<sup>35</sup> 王律筑（2023），《論精神疾病之強制性醫療處遇－以精神醫療實務工作者角度切入》，國立臺灣大學法律學系碩士論文（未出版），臺北市。

及英國<sup>36</sup>或美國<sup>37</sup>的「精神衛生法庭」制度，並建議我國可加以效法，然對於「精神衛生法庭」與「一般刑事審判」程序如何介接及其相關法源依據並無更細緻的論述<sup>38</sup>，亦未針對英國與美國精神衛生法庭之間，或美國各州精神衛生法庭之間做出更細緻的比較與觀察；在提及美國加州的處遇制度的文獻方面，其討論主軸大多限縮於社區處遇，對於機構處遇的執行方式、如何由機構處遇轉銜至社區處遇等面向，並未針對「加州刑法典」(Penal Code)的既有規範及法典本身做更為細緻的比較論述與體系性解釋<sup>39</sup>；此外，有文獻提及英國制度<sup>40</sup>，大部分的文獻係針對英國精神衛生法 (*Mental Health Act*, MHA, 包含 1983 年與 2007 年的版本) 與司法精神醫院系統進行介紹，然而英國刑事法對於一般犯罪、殺人罪以及殺嬰罪三者均有不同的法源依據，在刑事執行層面涉及「1991 年刑事訴訟 (精神障礙或不適合刑罰者) 法」(*Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991*)、「2004 年家庭暴力、犯罪及其被害人法」(*Domestic Violence, Crime and Criminal Act 2004*) 以及「2005 年心智能力法」(*Mental Capacity Act 2005*, MCA 2005)。除此之外，英國刑事司法體系在跨單位網絡方面自 2003 年起開始實施「2003 年刑事司法法」(*Criminal Justice Act 2003*, CJA 2003)，並依法建立「跨機關公共安全協議」(*Multi-Agency Public Protection Arrangements*, MAPPA)，採取多元的犯罪預防與治療處遇的社會監控機制，更在 2012 年開始出版指引手冊並數度發布修正版本。然既有中文文獻在上開法律依據與合作網絡的關聯性與整體制度面的介接方面，僅少數文獻有針對上開面向進行有限程度的論述<sup>41</sup>，故仍有進一步分析與比較之餘地。至於德國與日本的比較法研究方面，有賴於法體系與我國相似且在制度上較為單純，在分析與比較方面相對而言有較為細緻與完整的

---

<sup>36</sup> 李莉娟 (2023)，〈論英國刑事監護執行制度與借鏡〉，《軍法專刊》，第 69 卷第 4 期，頁 92-126。

<sup>37</sup> 賴擁連、駱姿螢 (2021)，前揭註 30；許華孚、黃光甫 (2021)，〈初探英國司法對監護處分實務作為一精神疾病罪犯之處置策略〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第 28 期，頁 43-93。

<sup>38</sup> 賴擁連、駱姿螢 (2021)，前揭註 30。

<sup>39</sup> 黃秀惠 (2021)，前揭註 24。

<sup>40</sup> 黃秀惠 (2021)，前揭註 24。

<sup>41</sup> 李莉娟 (2023)，前揭註 36。

論述。如：德國採行保安處分當中的「安置於精神病院處分」；日本則單獨規範於醫療觀察法當中，因此在比較研究與論述之完整性尚稱完備。然對於德國刑事監護處分制度整體發展脈絡與其優劣分析仍稍嫌不足，仍有待更進一步分析。

## (二) CRPD 對於我國與比較國家的影響性分析仍然有限

除了在比較法研究仍有強化餘地之外，更為重要者在於，上開多數文獻並未論及 CRPD 本身規範的不同見解，以及 CRPD 本身對於我國與比較國家所帶來的影響、各國的應對策略，以及未來發展趨勢進行分析與論述。目前對於 CRPD 和刑事監護處分之研究，篇幅仍相當有限。如：孫迺翊教授對於我國保執法與精衛法修正後，是否符合 CRPD 提出相當見解值得參考<sup>42</sup>；在比較法方面，目前僅以日本法有學者論著<sup>43</sup>與國家人權委員會所發布的出國訪視報告當中提及日本醫療觀察與 CRPD 之關聯性<sup>44</sup>，其餘提及 CRPD 與刑事法的文獻，以著墨於心理社會障礙者的就審能力居多<sup>45</sup>。雖國家人權委員會之委託研究案當中，已有綜合美國、英國、德國與日本之刑事監護制度與 CRPD 之整合研究<sup>46</sup>，然該研究大多係針對我國判決、各國制度與 CRPD 結論性意見書之內容進行整理分析，對於 CRPD 從制定至實際執行過程中，更為深入的條文含義、不同的解釋論與觀點，及其後續對於刑事監護處分與各國刑事監護制度所帶來之變革與挑戰，以及相關學者專家之見解並未進行深入的分析與比較，尤其是英國、德國與日本均批准 CRPD，而美國則係簽署後尚未批准，彼此之間差異何在，在上開文獻中尚難窺見其差異性。

## (三) CRPD 人權觀點與典範移轉：既有刑事與精神（心理）衛生政策的衝擊

---

<sup>42</sup> 孫迺翊（2022），〈精神病或精神障礙者人身自由與正當法律程序之保障—簡評刑法監護處分之修正及精神衛生法修正草案〉，《台灣法律人》，第 9 期，35-56。

<sup>43</sup> 林政佑（2023），前揭註 15，頁 239-320。

<sup>44</sup> 國家人權委員會（2023），前揭註 15。

<sup>45</sup> 楊雲驊（2022），前揭註 14；林慈偉（2019），前揭註 14。此外，亦有論者在「暫行安置」的制度討論中提及 CRPD，但僅在結論處稍加提及，並未針對 CRPD 之規定與暫行安置、監護處分之關聯性做更為細緻的說明。參見：蕭宏宜（2021），〈精神障礙者與暫行安置—監護處分之法制變革〉，《法官協會雜誌》，第 23 卷，頁 97-111。

<sup>46</sup> 張麗卿（編）（2022），前揭註 15。

CRPD 涉及面向甚廣，如何達到 CRPD 當中對於心理社會障礙者的基本權利保障，諸如：合理調整 (Reasonable accommodation)、保障法律能力 (legal capacity)、去機構化、反酷刑以及保持人格完整性 (integrity of the person) 等議題均涉及 CRPD 本身對於身心障礙者基本權利保障的觀點與見解的瞭解與掌握，也包含各締約國既有的刑事政策與 CRPD 之間是否相容，以及產生競合與否的問題。與此同時，CRPD 的人權主義模式對於傳統的醫療觀點看待心理社會障礙有著更大的挑戰與質疑，對於各國公共衛生政策當中精神 (心理) 衛生政策與法制亦有所撼動與影響。在各國「民事精神科強制治療」與「刑事監護處分」二者體系均同時受到 CRPD 影響的情況下，刑事司法系統當中的刑事監護制度如何因應、整合與調適 CRPD 之見解 (如下圖二)，仍有必要做更進一步的分析與研究。

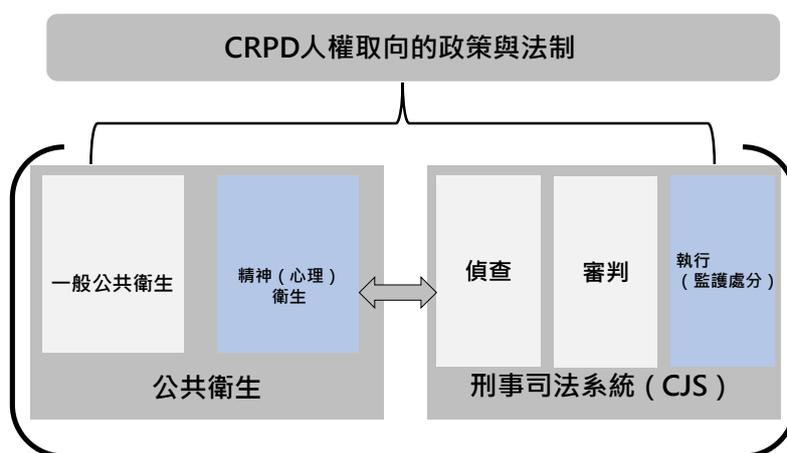


圖 (二) CRPD 人權取向對於公共衛生、精神衛生與刑事監護處分影響

### 參、小結

綜上所述，我國對於刑事監護制度的相關論述文獻呈現豐富且多元的討論，亦因刑事監護制度本身係屬跨學科的專業領域，故除法學者之外，尚有醫師與犯罪學者參與其中<sup>47</sup>，從醫學、倫理學與犯罪學之角度看待既有政策制度可改善之處。當今文獻就制度面以及比較法的面向已有諸多討論，然就比較法研究的完整性尚有補強餘地，除應強化英國、美國、德國與日本制度綜合統整、分析與比較研究以外，更為重要之處在於，大多數研究並未針對 CRPD 對於上開國家的刑事

<sup>47</sup> 除此之外，心理學與社會工作對此部分也有諸多論述，然相關文獻主要就心理衡鑑、諮商與心理治療，以及社會工作專業處遇進行論述，並非針對各國刑事監護制度之法律與政策面進行論述，故省略不提。

監護制度之衝擊與挑戰更深入的進行分析，亦未對於 CRPD 對於心理社會障礙者之刑事監護處分不同觀點加以呈現，並以此為基礎進行分析。事實上，大多數對於 CRPD 的分析僅止於 CRPD 委員會之見解與結論性意見之內容，並未就結論性意見 (Concluding observations) 提出之前，各國與 CRPD 委員會往返的爭議問題清單 (Issue List)、爭議清單回覆文件 (Issue List Response Report) 進行分析，如此一來造成相關研究僅能看見最終結果，難以窺見締約國與 CRPD 委員會互動之整體脈絡內涵。而現有研究亦缺乏聯合國相關組織對於 CRPD 之見解，以及英美學者專家基於 CRPD 所提出的不同學理見解加以分析與批判。有關當前文獻與研究發展脈絡，綜整如下圖 (三) 所示。

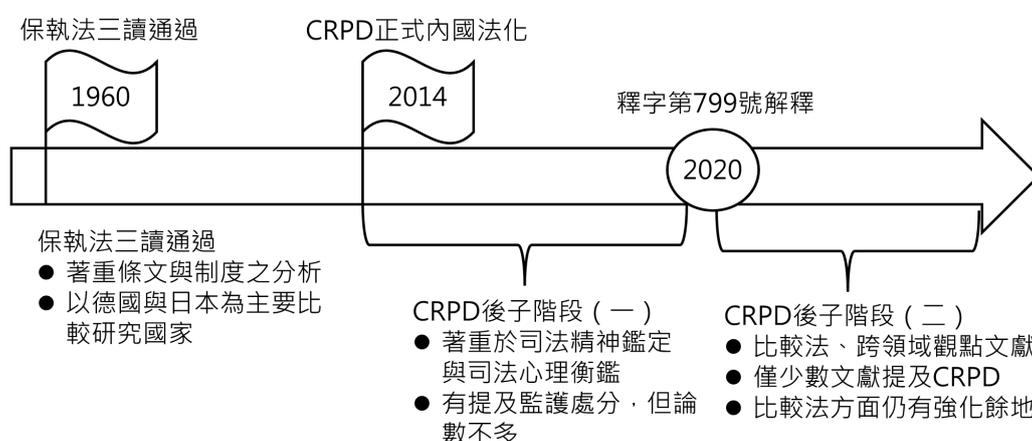


圖 (三) 既有文獻回顧統整圖

基於既有研究成果，如何進一步將英國、美國、日本與德國四國之刑事監護處分與我國制度進行系統性地比較，並就 CRPD 對於上開比較國家及我國的刑事監護制度影響層面加以探討，以及在不同解釋與觀點中，如何找尋平衡且務實之政策解方，正是本研究可資進行之處。吾人希望藉此研究，探討 CRPD 對於刑事監護處分的相關見解，以及在此見解之下，透過比較法研究的方式，瞭解英國、美國、德國與日本的相關因應措施，進而試擬適用於本土的法制與政策建議。

### 第三節 研究方法、範圍與限制

#### 壹、研究方法

本研究採取比較法研究 (comparative law)，此係藉由系統性地爬梳、整理與

比較各種法律體系 (legal system) 異同之處的研究方法<sup>48</sup>。本文主要針對我國刑事監護處分相關規範，與英國、美國、德國及日本之刑事監護處分之相關法律制度進行對照與比較。



## 一、研究對象

在研究對象方面，本文選取英國的英格蘭與威爾斯與美國為比較對象，主要係因二者均為英美法系國家，其中英國已簽署 (signed) 與批准 (ratification) CRPD；美國雖於 2009 年正式簽署，然至今仍未批准 CRPD<sup>49</sup>，以此比對簽約國與非簽約國對於 CRPD 之態度與立場之差異及其應對方式。有關美國的部分，考量到美國各州制度不同，本研究主要分析聯邦法律與政策，以及制度較為完備，且可代表大多數州所採行制度之加州與紐約州為主要研究對象，其餘輔助比較州則選取亞利桑那州 (Arizona)、愛達荷州 (Idaho)、堪薩斯州 (Kansas)、蒙拿大州 (Montana)、奧勒岡州 (Oregon) 與猶他州 (Utah)。上開州在精神障礙抗辯事由與刑事監護處分之程序與機構上與其他美國州有所不同，故特此列為比較對象。惟受限於研究篇幅，僅做為輔助參照與分析之用。此外，由於我國繼受歐陸法系，傳統之民刑事法律制度多少仍舊受到德國法與日本法影響，故除比較英美二國刑事監護制度以外，同時輔以德國與日本立法例進行參考，使研究論述更為完備。

## 二、研究資料蒐集與分析

在研究分析資料蒐集與分析方面，本文主要分析臺灣與比較國家 (英國、美國、德國、日本)，以及 CRPD 規範之第一手與第二手資料。第一手資料方面，CRPD 與相關國際條約 (如：公民與政治權利國際公約、經濟社會文化公約、聯合國反酷刑公約等) 藉由聯合國高級人權事務辦公室 (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, OHCHR)<sup>50</sup> 網站、聯合國正式文件索引系

---

<sup>48</sup> P. ISHWARA BHAT (2020), IDEA AND METHODS OF LEGAL RESEARCH 268-300 (2020) (ebook).

<sup>49</sup> U.N. O.H.C.H.R., *Ratification Status for CRPD*, UN TREATY BODY DATABASE, [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD) (last visited Feb. 15, 2024)

<sup>50</sup> U.N. O.H.C.H.R., COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd> (last visited Feb. 15, 2024)

統 (Official Document System)<sup>51</sup>、聯合國國際條約資料庫 (UN Treaty Body Database)<sup>52</sup>蒐集有關上開國際條約本文、一般性建議書、指引 (Guideline)、委員會會議文件 (Committee Report)、聯合國大會 (General Assembly) 文件，以及各締約國出具之初步報告書 (Initial Report)、CRPD 委員會爭議問題清單、爭議清單回覆文件與委員會結論性意見書等資料；同時參考聯合國國際身心障礙小組 (International Disability Caucus, IDC) 之見解，如：全球精神科使用者與倖存者網路 (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP)<sup>53</sup>、國際身心障礙者聯盟 (International Disability Alliance, IDA)<sup>54</sup>相關報告、新聞稿、聲明等文件。英國與美國法律與相關法律規定、政策指引等官方文件則使用 legislation.gov.uk<sup>55</sup>、US Code<sup>56</sup>、各州立法資訊系統以及各國與各州政府官方網站 (如：UK.GOV) 蒐集英國與美國比較州之法律規範<sup>57</sup>；有關日本法律與相關文件則使用「e-gov 法令檢索」<sup>58</sup>與「法務省」<sup>59</sup>、「厚生勞動省」(厚生労働省)<sup>60</sup>

---

<sup>51</sup> U.N., OFFICIAL DOCUMENT SYSTEM OF THE UNITED NATIONS (last visited Feb. 15, 2024), <https://documents.un.org/prod/ods.nsf/home.xsp>

<sup>52</sup> U.N. O.H.C.H.R., UN TREATY BODY DATABASE (last visited Feb. 15, 2024), [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/tbsearch.aspx](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/tbsearch.aspx)

<sup>53</sup> WORLD NETWORK OF USERS AND SURVIVORS OF PSYCHIATRY, <http://wnusp.net/> (last visited Last visited Feb. 15, 2024)

<sup>54</sup> INTERNATIONAL DISABILITY ALLIANCE, <https://www.internationaldisabilityalliance.org/> (last visited Feb. 15, 2024)

<sup>55</sup> LEGISLATION.GOV.UK, <https://www.legislation.gov.uk/> (last visited Feb. 15, 2024)

<sup>56</sup> US CODE, <https://uscode.house.gov/> (last visited Feb. 15, 2024)

<sup>57</sup> 英國相關資料主要係以國民保健署 (NHS) 與皇家精神科醫學院 (Royal College of Psychiatrists) 網站中所載之相關資料與官方指引文件為主；美國則係以司法部 (Department of Justice)、藥物濫用暨心理健康服務署 (SAMHSA)、紐約州心理衛生部 (Department of Mental Health)、加州司法精神醫院部 (Department of Forensic Hospital) 相關網站資料與官方文件或手冊為主。

<sup>58</sup> e-gov 法令檢索網站, <https://elaws.e-gov.go.jp/> (最後瀏覽日期：02/15/2024)。有關日本法律之英文與日本對照, 則使用「日本法律條文翻譯系統」(Japanese Law Translation Database System) 對照參採。參見：Japanese Law Translation Database System, <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/?re=01> (最後瀏覽日期：02/15/2024)。

<sup>59</sup> 法務省網站, <https://www.moj.go.jp/> (最後瀏覽日期 02/15/2024)。

<sup>60</sup> 厚生労働省網站, <https://www.mhlw.go.jp/index.html> (最後瀏覽日期：02/15/2024)。

網站資料及政府單位與國立精神神經醫療研究中心(国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)<sup>61</sup>發布之指引手冊。惟德國資料受限於研究者語文能力，大多採用第二手中文與英文資料為主。

第二手資料的蒐集方面，主要透過線上學術資料庫與國家圖書館、國立臺灣大學圖書館群(總圖書館、法律圖書館、社會科學圖書館、醫學圖書館)館藏資料進行蒐集與分析。本國法方面主要使用月旦知識庫、法源法律網、華藝線上圖書館等資料庫，以「刑事監護處分」、「身心障礙」、「CRPD」、「責任能力」、「司法精神醫學」、「司法精神醫院」、「精神障礙抗辯」等關鍵字進行搜尋。部分未收錄於電子資料庫之文獻，由研究者親赴圖書館調閱。外國法方面，透過 SSRN、HeinOnline、JSTOR、Lexis、PubMed、Science Direct、International Bibliography of the Social Sciences (IBSS)、Google Scholar 等學術資料庫與搜尋引擎，以及重要學會網站與期刊出版社之官方資料庫系統，如：The Lancet、The American Academy of Psychiatry and the Law (AAPL) 等進行文獻搜索。搜尋期間為 2008 年至 2023 年的有關文獻，以 CRPD, Commitment, Compulsory admission/hospitalization, Involuntary admission/hospitalization, Forensic Psychiatry, Forensic Psychiatry Hospital, Forensic Mental Health, Mental Disorder, Psychosocial Disability, Insanity 等關鍵字進行搜尋，並就文獻之標題、大綱、關鍵字是否提及上開概念為文獻篩選依據。

## 貳、研究架構

本文研究面向同時涵蓋 CRPD 與各國刑事監護處分之比較研究，在架構體系與論述基準上有說明之必要，在此區分為二部分，分別就本文之研究架構與論述評價基準進行說明。

### 一、研究架構

本研究論文共計六章，除緒論之外，可區分為「CRPD」、「刑事監護處分」以及「整合建議」三個部分。第一部分為 CRPD，亦即論文第二章。此部分先就

---

<sup>61</sup> 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター網站，<https://www.ncnp.go.jp/> (最後瀏覽日期：02/15/2024)。



探討 CRPD 與刑事監護處分之立場與見解，包含 CRPD 之核心精神、特色，以及與刑事監護處分有關的條文與官方指引進行論述，繼而就國際身心障礙相關團體、不同國際規範間，以及學者專家們對於 CRPD 官方見解之正反觀點加以分析。

第二部分為「刑事監護處分」，分為第三章與第四章，分別論述 CRPD 施行前後，各國刑事監護處分措施之差異。考量到各國刑事監護處分制度有所落差，第三章首先以實體法、程序法與執行法之特徵加以分析，就各國刑事監護處分之特徵進行歸納，繼而分析 CRPD 以前各國刑事監護處分制度；第四章則分別探討 CRPD 通過後，上開國家接受 CRPD 國際審查之情形，以及各國刑事監護處分制度對 CRPD 之應對態度、立場與因應方式，基於第一與第二部分之資料，加以建構本文對 CRPD 與刑事監護處分影響性之論述基準，並以此基準加以分析 CRPD 如何影響各國之刑事監護制度、公約政策本身之針貶，最終以光譜的方式呈現出 CRPD 對於各國刑事監護處分之影響。

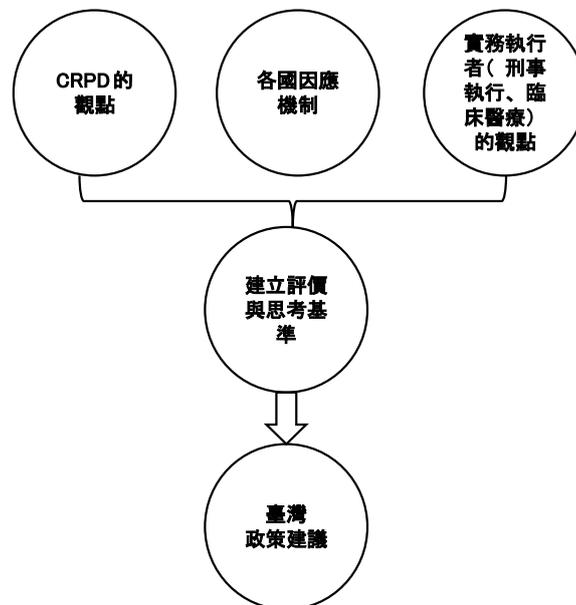
第三部分為「整合建議」，分為第五章與第六章。在第五章中，將綜合第一至四章當中，各國因應方式與 IDC、學者專家與不同聯合國附屬組織對於 CRPD 之見解，分析我國修正後之刑事監護處分優劣，基於我國社會文化背景與法律政策架構，分別論述改革前提與建構改革精神目標，並以上開分析為基礎，提出短期、中期至長期之因應 CRPD 的可能的修法方向。最後，將於第六章綜整本文論述與立場，提出初步結論建議。整體研究架構如下圖（四）所示。



圖（四）研究架構圖

## 二、本文論述內涵與評價基準

有鑒於本文同時涵蓋 CRPD（國際人權法）與刑事監護處分（刑事政策）二大面向，有關論述之著力點與參照基準方面於此進行說明。本文首先綜覽 CRPD 之觀點（第二章）、各國因應機制（第三、四章），以及刑事執行與臨床醫療相關見解（第二至四章相關論述）後，建構起 CRPD 對於刑事監護處分影響機制的評判基準，並以此基準提出我國之刑事監護處分制度之修正建議。此基準之建構理由在於，本文希冀在理想層面（CRPD）與實際執行（各國刑事監護處分制度）之間找尋衡平點，並以此為核心加以構築我國刑事監護處分的修正建議，而非僅以國際人權法之理想高度，或僅依刑事執行與臨床醫療之現實觀點為準據。本文之評價體系建構如下圖（五）所示。



圖（五）本文評價與思考基準體系圖

## 參、名詞解釋

有鑑於本研究涉及諸多不同國家之法律規定、制度規範與跨領域學門專業，因此在專有名詞的使用上會有所重疊與混淆。為求論文整體一致性，於此說明本文用詞用語之定義。

### 一、精神衛生與心理衛生

英文中的 Mental Health 一詞，在中文的使用上會有精神衛生、心理衛生或

精神醫療心理衛生<sup>62</sup>等不同用法。本文中涉及一般性的心理衛生的政策、健康促進、倡議與推動工作，以「心理衛生」稱之；若涉及精神障礙症之診斷、治療與強制性（非自願）處遇措施及其人權保障相關議題，則以「精神衛生」稱之。<sup>63</sup>

## 二、心理社會障礙、精神障礙症、精神疾患、精神疾病

要如何界定與稱呼心智「異常」是精神醫學與心理學當中持續爭執之處。對於心智異常的稱呼傳統上有採用疾患 (ill)、疾病 (disease) 或障礙症 (disorder) 等名稱。CRPD 對於廣義上的精神障礙症，包含智能障礙、精神官能症 (Neurosis) 與精神病 (Psychosis) 在內，基於障礙研究 (disability studies) 當中社會模式 (social model) 與人權模式 (human rights model) 觀點，反對以醫療觀點將其界定為一種需要治療的疾病或缺陷，而認為心理社會障礙是一種社會結構的壓迫與不公平待遇所導致的情形，故均以「心理社會障礙 (者)」稱之。本文描述精神障礙症患者、精神障礙症犯罪者，參酌 CRPD 觀點，原則上亦採「心理社會障礙者」與「心理社會障礙犯罪者」稱之。

然而，基於當前各國身心障礙者法律、心理衛生或精衛法律規範未必與 CRPD 相同，尤其是刑事法與刑事政策面對於精神障礙之定義大多仍採取醫療觀點取向，因此本文雖以「心理社會障礙者」稱呼為原則，然其具體內涵仍與 CRPD 之定義有所差異，特此敘明。另一方面，本文中特別針對精神病症之症狀與發病時的認知、情緒或行為加以說明之處，則會以精神醫學之名詞（如：精神病，Psychosis）加以描述。當部分法律或政策上仍採用傳統稱呼時，本文使用規則為：Mental Disability 稱之為「精神障礙」、Mental Illness 稱之為「精神疾患」、Mental Disease 稱之為「精神疾病」、Mental Disorder 稱之為「精神障礙症」。

## 三、刑事與民事處遇區別

考量到刑事監護處分所採用之機構處遇與社區處遇在各國有不同的稱呼，英美法系將刑事與民事強制處遇措施均規定於精衛法律之中，且「機構處遇」一詞

---

<sup>62</sup> 張珏 (2018)，〈公共心理衛生〉，收於：王榮德 (等著)，《公共衛生學 (中冊)》 (修訂第五版)，頁 386。臺大出版中心，臺北市。

<sup>63</sup> 戎瑾如、蕭淑貞、蘇淑芳 (2014)，〈台灣精神衛生護理的發展方向〉，《護理雜誌》，61 卷第 1 期，頁 5。

在犯罪與矯正專業當中同時指涉監獄與看守所等矯正機關，故有必要就機構處遇與社區處遇一詞加以確立其定義與使用方式，以利區辨。

本文中提及機構處遇與社區處遇一詞，原則上均指刑事監護處分當中的機構處遇與社區處遇機制。其中，機構處遇是針對司法精神醫院或執行刑事監護處分的醫療院所（如：司法精神醫院或一般執行刑事監護處分之醫院），監獄與看守所等矯正機關則以監獄、看守所或矯正機關稱之；民事性質的非自願住院（civil commitment）與強制治療則參酌我國精衛法用語，以「強制住院治療」與「強制社區治療」稱之。有鑑於英美法系對於民刑事精神科強制處遇較無明顯區分，若“commitment”一詞指涉刑事監護處分時，則仍以機構處遇稱之；若為審理過程中之留置作為，則以「暫行安置」稱之。

#### 四、Mental Health Tribunal (MHT) 與 Mental Health Court (MHC)

本文研究國家之英國與美國均設有所謂的「精神衛生法庭」，然其性質與名詞上有所差異。英國英格蘭地區的精神衛生法庭稱之為 Mental Health Tribunal (MHT)、威爾斯地區稱之為 Mental Health Review Tribunal (MHRT)；美國的精神衛生法庭則稱之為 Mental Health Court (MHC)。本文中提及英國的精神衛生法庭將以 MHT 稱之（若特別針對威爾斯地區，則改以 MHRT 稱之），美國的精神衛生法庭則以 MHC 稱之。至於二種法庭之制度與差異為何，將於本研究後續加以論述。

### 肆、研究範圍與限制

本研究涵蓋我國與英國、美國、德國與日本之刑事監護處遇制度之比較，考量處遇對象與性質、CRPD 之規定與見解與各國規範均有所不同，研究面向甚廣，難將所有面向涵蓋其中，以下就本研究之限制先行說明。本研究不足之處，為後續研究可資接續研究之所在。

#### 一、刑事監護制度之範圍設定

本研究僅探討我國刑法與保執法當中刑事監護處分進行研究，其餘保執法當中有關「禁戒」與「強制治療」，以及刑事訴訟法的「暫行安置」、精衛法的「強制住院治療」與「強制社區治療」均非本研究涵蓋範圍。外國法制方面，本研究

僅探討「心理社會障礙者處遇」相關的刑事監護處分，亦即所謂的「精神病」(Psychosis) 犯罪者處遇制度，對於性侵害犯罪、人格障礙症 (Personality Disorder, 包含心理病態 Psychopath) 均不在本研究討論範圍當中。而神經發展障礙症 (Neurodevelopment Disorder)，包含智能障礙症、自閉類群障礙症 (Autism Spectrum Disorder, ASD) 在內，由於其在精神病理層面、護理與照顧層面，乃至復建與社會復歸等面向，與精神病均有明顯差異，故本文亦加以排除，併此敘明。

## 二、比較國家限制

在研究國家中，英國係以「英格蘭與威爾斯」地區為主，美國則係以「加州與紐約州為主，其餘特殊制度州（亞利桑那州、愛達荷州、堪薩斯州、蒙拿大州、奧勒岡州與猶他州）為輔」，原因如前所述，於此不贅述。在比較國家權重方面，本研究以英國與美國為主要比較國家；日本與德國為輔助比較國家。受限於研究者語文能力，輔助國家之資料（日本、德國）資料大多以二手中文與英文文獻為主。

## 三、CRPD 與其他國際公約

在國際公約方面，由於 CRPD 本身與既有國際公約有諸多重疊之處，諸如政治經濟社會權利公約 (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR*)、公民政治權利公約 (*International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR*)、聯合國反酷刑公約 (*Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CAT*) 以及歐洲人權公約等國際公約 (*The European Convention on Human Rights, ECHR*)，上開國際公約尚有相關的解釋文件、審查報告等內容，惟受限於篇幅，尚難就 CRPD 與上開公約之所有面向與法理進行詳細研究，本研究僅針對與「刑事監護處分」有關之規範與實務見解加以說明。

## 第二章 CRPD 與刑事監護處分之立場與見解

站在保障人權的立場觀察我國刑事監護處分，傳統上大多從憲法第 8 條人身自由、第 23 條比例原則，刑法第 1 條，以及國際人權法中的「兩公約」(ICCPR、ICESCR) 進行論述。在 CRPD 內國法化以後，其成為新的人權保障重要依據。然援引 CRPD 為保障心理社會障礙犯罪者之依據以前，需先對於 CRPD 本身有所瞭解與掌握。基此，有必要先就 CRPD 的起源、精神，以及其對於刑事監護制度的立場進行介紹。本章共分為三節，第一節先就 CRPD 的歷史脈絡與見解加以說明，第二節則就與刑事監護處分有所關聯的條文與官方文件進行說明，第三節則分別就身心障礙團體、學者專家以及其他國際規範對於 CRPD 之見解加以分析。在通盤性地瞭解與掌握 CRPD 之概念後，第三章開始就各國刑事監護制度加以說明。

### 第一節 CRPD 的歷史脈絡與見解

本節首先就心理社會障礙者權利保障之背景進行介紹，並針對影響 CRPD 甚鉅的「倖存者運動」(Survivor Movement) 做進一步的說明，次之則就其權利保障之面向與其內涵加以分類，最後則就 CRPD 對於刑事監護處分產生影響之機制加以說明。整體而言，CRPD 係一採取批判取向之人權公約<sup>64</sup>，將心理社會障礙者基本權利保障放置於最為優先的位置。而 CRPD 當中與刑事監護處分相關之條文見解，將於本章第二節當中進行說明。

#### 壹、心理社會障礙者權利保障背景

在探究 CRPD 與刑事監護處分以前，有必要就障礙研究當中關於身心障礙者之定義及其權利保障如何影響 CRPD 之價值理念加以掌握。在上開脈絡當中，本文汲取其中針對心理社會障礙者保障之背景脈絡，以及與其權利保障關聯甚鉅之倖存者運動二者進行說明。

##### 一、心理社會障礙者權利保障

所謂心理社會障礙，廣義而言包含所有精神障礙症在內，從功能受損程度較

---

<sup>64</sup> Tina Minkowitz, *Rethinking Criminal Responsibility from a Critical Disability Perspective: The Abolition of Insanity Incapacity Acquittals and Unfitness to Plead, and Beyond*, 23 GRIFFITH L. REV. 434, 435 (2014). [hereinafter Minkowitz, *Rethinking Criminal Responsibility*]



為輕微的精神官能症，乃至功能嚴重受損的精神病；或是先天性的智能障礙與自閉類群障礙症（ASD）等均屬之；若從狹義的角度觀察，所謂心理社會障礙除應符合精神醫學之診斷準則以外，尚需同時符合諸如世界衛生組織（WHO）所頒佈之國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）之標準。在定義方面便可發現，所謂心理社會障礙者的群體與光譜範圍十分廣泛，也因此權利保障議題的討論當中存在更多模糊空間。就障礙研究之觀點而言，心理社會障礙者與其他身心障礙者相同之處在於，二者均屬社會當中的弱勢族群，在日常生活與資源近用方面均遭致困難，同時受到偏見、歧視與汙名化傷害；相異之處則在於，心理社會障礙者所遭受之不平等與歧視待遇比其他障別更為嚴重，在精神正常主義（sanism）之下，經常將心理社會障礙者與異常（abnormal）、犯罪者與暴力者混為一談，而認為應將其與社會長時間，甚至是永久性地隔離。另一方面，部分心理社會障礙者認為自己與常人無異，不需加以區辨與協助，不應將其視為障礙者或病人，而應使其毫無罣礙地生活在社會當中，而非以強制等侵害個人權利之手段要求其接受所謂的「治療」<sup>65</sup>。

接下來，則從人權保障的觀點來探討心理社會者的權利保障機制。綜觀人權保障的發展脈絡，現代人權觀點主要緣於第二次世界大戰以後由聯合國所建立的國際秩序體系，並以 1948 年所發布的「世界人權宣言」（*Universal Declaration of Human Rights*, UDHR）為主流所認定之人權典範。基於 UDHR，聯合國後續相繼頒布 ICCPR 與 ICESCR 等國際人權公約，建構當今的國際人權法體系。早期的國際人權法係針對多數人普世價值之權利保障而設立，隨著人權觀點的演進與發展，開始出現針對婦女、孩童、種族等特定群體的國際人權法，諸如針對婦女的消除對婦女一切形式歧視公約（*The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*, CEDAW），以及針對兒童與青少年的聯合國兒童權利公約（*Committee on the Rights of the Child*, CRC）等。然上開所提及的國際人

---

<sup>65</sup> Bradley Lewis, *A Mad Fight: Psychiatry and Disability Activism*, in *THE DISABILITY STUDIES READER* 339, 340 (Lennard J. Davis ed., 2d ed., 2006).

權法當中，均無明文提及身心障礙（Disability）者，使得身心障礙者的權利保障處於灰色地帶。直至 1990 年代聯合國所頒布的「身心障礙者平等機會標準」（*Standard Rules on the Equalization of Opportunities for People with Disability*）以降，陸續以軟法（soft law）或藉由既有國際人權法的一般性意見書（General Comment, GC）機制，加以建構身心障礙者的權利保障體系<sup>66</sup>。直至 2006 年 CRPD 開放聯合國會員國簽署與批准後，方出現針對身心障礙者基本權利進行完整規範的國際人權法。

做為 21 世紀第一部國際人權法，CRPD 除象徵對於身心障礙者權利保障的重視與人權保障的進步以外，就其制定歷程與後續的執行體制也顯現出國際非營利組織（International non-government organization, INGO）對於人權保障機制的影響勢力與主權國家不相上下的情形。CRPD 約八成左右的內容是由公民團體（civil society）起草訂定，其制定過程主要是由聯合國「國際身心障礙核心小組」（International Disability Caucus, IDC）帶領各個身心障礙團體與聯合國會員國共同進行 CRPD 之條約案研究與草擬工作<sup>67</sup>。CRPD 當中有關心理社會障礙者的權利保障部分，主要是由國際身心障礙者聯盟（IDA）與旗下會員團體：WNUSP 為首帶頭制定與討論<sup>68</sup>。WNUSP 在 CRPD 制定過程中特別強調以下幾點：一，由當事人自行決定自身應有的人權保障；二，剝奪身心障礙者的人身自由權是違反法律的歧視行為；三，強制治療（forced interventions）是「以治療為名的酷刑手段」；四，身心障礙者與一般人享有同等的基本權利與法律能力（legal capacity）；五，保障身心障礙者在社會、經濟、文化與媒體中的基本權利，消弭歧視；六，反對以軟法的形式保障身心障礙者基本權利，應採明文之國際條約形式，保障身

---

<sup>66</sup> U.N. O.H.C.H.R, HUMAN RIGHTS AND DISABILITY- THE CURRENT USE AND FUTURE POTENTIAL OF UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS INSTRUMENTS IN THE CONTEXT OF DISABILITY, at 1, U.N. Doc. HR/PUB/02/01, U.N. Sales No. E.02.XIV.6 (2002).

<sup>67</sup> 廖福特（2017a），〈歷史發展及權利意涵〉，收於：孫迺翊、廖福特（編），《身心障礙者權利公約》，頁 3-24。台灣新世紀文教基金會。

<sup>68</sup> 由於心裡社會障礙包含精神病、精神官能症以及智能障礙。在 IDA 當中另有針對唐氏症等神經發展障礙類型之心理社會障礙團體。考量本文探討刑事監護處分主要係針對精神病犯罪者，故其餘相關團體不多做討論。

心障礙族群的基本人權<sup>69</sup>。在條約文字與後續發布的官方文件中，均可看見 IDC 對於自身群體的權利保障採取堅持與毫不妥協的態度，為此使得 CRPD 與締約國之內國法以及不同專業的學者專家之間產生的意見分歧埋下伏筆。而 WNUSP 等心理社會障礙團體之所以採取此等態度與立場，則與所謂的倖存者運動有關，於下說明之。

## 二、倖存者運動與 CRPD

倖存者運動起源於 1970 年代的美國與加拿大地區，此觀念最早係由 Judy Chamberlin 於其著作「靠我們自己：從控制病患導向邁向病患自主的精神衛生系統」(*On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*) 當中所提出<sup>70</sup>。該運動係由一群離開精神醫療機構的「曾使用精神科者」(ex-user) 所組成，成員們在接受精神科治療時受到非人道的治療與待遇，在成功地離開精神醫療機構以後，開始推倡拒絕任何非自願性住院、強制性治療處遇措施。倖存者運動所抗拒的治療項目包含：藥物治療、電氣痙攣治療(Electroconvulsive Therapy, ECT)、精神科手術(Psychosurgery) 等方式。倖存者們對於生物醫學觀點有諸多批判，認為精神醫學的治療模式乃對於個人權利與尊嚴的剝奪，使其接受長時間的住院治療與高劑量的精神科藥物而失去自我決策的能力。在精神醫療機構當中，醫療機構與其所屬的醫事人員具備宰制患者的權力，患者僅可聽命於醫事人員的指令與觀點，無法為自己做決定與發聲。倖存者觀點認為，應當禁絕任何強制住院與治療的處遇模式，力求去機構化與維護個人獨立生活之權利<sup>71</sup>。

廣義而言，倖存者運動可界定為反精神醫學(Anti-Psychiatry) 的分支<sup>72</sup>，然與傳統的反精神醫學運動又有部分不同，主要差異在於其發展脈絡與訴求更為明

---

<sup>69</sup> Tina Minkowitz, *CRPD Advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The Emergence of an User/Survivor Perspective in Human Rights*, SSRN (2012). [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2326668](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2326668)

<sup>70</sup> 張珏(2018)，前揭註 62，頁 404。

<sup>71</sup> Judi Chamberlin, *Rehabilitating Ourselves: The Psychiatric Survivor Movement*, 24 (1) INT. J. MENT. HEALTH, 39 (1995).

<sup>72</sup> David J. Rissmiller & Joshua H. Rissmiller, *Evolution of the Antipsychiatry Movement into Mental Health Consumerism*, 57 (6) PSYCHIATR. SERV. 863, 865 (2006).

確，以及後續流派的意見分歧二者。前者係指倖存者運動不若諸如法國大革命等傳統之社會運動與革命，係在一系列的政治社會壓力之下，最終一夕間爆發，倖存者運動則係於社會生活交織當中（fabric of social life）與日常生活同步進行，且追求權力明確化，並力倡女性主義的「個人即政治」觀點<sup>73</sup>；後者則係倖存者運動在後續出現「門派」鬥爭，其分隔為反對任何精神醫療的「倖存者模式」與接受精神醫療、致力於與傳統精神醫學領域對話與改革精神醫療系統的「消費者模式」（consumers）二者。消費者模式於美國取得主導權，其中「全美精神疾患聯盟」（National Alliance on Mental Illness, NAMI）為全美國最大的心理社會障礙者支持團體。倖存者模式亦擴大自身的影響力，於 1991 年結合各國的倖存者區域組織成立 WNUSP，而該組織如同前述也是 CRPD 當中，針對心理社會障礙權利保障方面主導條文走向的 IDC 之一。倖存者觀點左右著 CRPD 與官方文件對於心理社會障礙者權利保障的解釋方向，也因著倖存者運動與消費者主義彼此之間價值與理念的落差，而為美國不願批准 CRPD 的因素之一。

## 貳、CRPD 之模式與精神

在瞭解心理社會障礙之定義、與其他障別異同之處，以及國際人權法當中的權利保障發展脈絡之後，接下來則就 CRPD 本身對於身心障礙所持有之觀點：人權模式觀點，及其權利保障體系架構進行說明。

### 一、人權模式的觀點

在 CRPD 以前，障礙研究當中對於身心障礙之定義著重於「醫療模式」與「社會模式」二者，而 CRPD 則是採取改採所謂的「人權模式」加以看待身心障礙者的基本權利保障。醫療模式係以生物醫學的角度看待身心障礙，著重於個人層次的診斷、治療與照顧；社會模式則認為，所謂的「障礙」並非單純個人層次的的身體或認知能力的障礙，而是社會當中的不友善對待、排斥與壓迫使其無法參與社會而成為其中的一員。因此除了個人層次的治療照顧以外，亦應投身於社會

---

<sup>73</sup> Barbara Everett, *Something is Happening: The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context*, Winter and Spring 15 (1/2) J. MIND BEHAV. 55, 61 (1994).

制度的改革推動，透過倡議、遊說等方式達到身心障礙者融入社會群體之目的<sup>74</sup>。

CRPD 所推行的人權模式承襲社會模式並加以改良而來，主要特點包含「基本權利保障」、「從一律相同走向異中求同」以及「接納公共衛生預防政策」三者。首先，在基本權利保障方面，人權模式強身心障礙者的人性尊嚴與權利保障，無論正常人或身心障礙者都身而為人，均應保障其基本權利，並從以往的反歧視法律擴展至身心障礙者在經濟、社會與文化全方位的權利保障<sup>75</sup>。人權模式認為，除了賦予身心障礙者基本權利以外，亦應強調基本權利的轉置適用至身心障礙者身上，立法政策須針對身心障礙者的特殊情狀進行所謂的合理調整，改善權利保障措施「看得到、吃不到」的情形。

第二，人權模式強調從社會模式所追求的「一律相同」走向「異中求同」。人權模式認為既有的社會模式過度強調社會建構所而產生與造成身心障礙，然忽略生理或心理機能損傷對於個人所帶來的不適與負面經驗<sup>76</sup>；另一方面，社會模式較不強調身心障礙族群的認同政治（identity politics），對於不同性別、族裔、社會文化等不同群體的身心障礙議題討論有限<sup>77</sup>。基於不同障別與個人的獨特生活經驗均應受到同理與重視的觀點，以及國際人權法對於不同族裔與群體均賦予權利保障前提之下，人權模式重視身心障礙者群體內部之個人與他人的特殊經驗、感受與需求差異，不過度強調身心障礙者的均質性與單一的社會建構因素，而認同不同障別基於其社會經濟地位與社會文化因素而有不同之障礙經驗。最後，人權模式接納公共衛生當中的預防政策（prevention policy），不若社會模式認為預防失能的相關政策會導致身心障礙者受到汙名與歧視而抱持全然反對的態度。人權模式認為失能預防不僅適用於一般民眾，同時也能夠照顧到身心障礙族群，故採取更為開放的態度加以視之<sup>78</sup>。

---

<sup>74</sup> 王國羽（2019）。〈障礙模型發展與核心概念〉，收於：王國羽、林昭吟、張恒豪（等著），《障礙研究與社會政策》，頁 53-84。巨流。

<sup>75</sup> Theresia Degener, *A Human Rights Model of Disability*, in *ROUTLEDGE HANDBOOK OF DISABILITY LAW AND HUMAN RIGHTS* 31, 35-38 (Peter Balnck & Eilionoir Flynn eds., 2017).

<sup>76</sup> *Id.*, at 38-41.

<sup>77</sup> *Id.*, at 41-5.

<sup>78</sup> *Id.*, at 45-7.

CRPD 本身則基於人權模式的觀點，公約當中對於身心障礙者基本權利的擴增有限，主要目的在於希望能夠將既有的基本權真正轉換與落實到身心障礙者身上<sup>79</sup>、改善社會模式之下看待身心障礙議題的盲點與缺陷，使其成為能夠實踐基本權利保障與社會正義、維護人性尊嚴並加以落實的身心障礙法制與政策框架。有關上開三種模式的比較，如下圖（六）所示。CRPD 的主要精神於公約第 3 條規定，其中共有八大重點，如下圖（七）所示。<sup>80</sup>

醫療模式	社會模式	人權模式
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 著重於個人層次</li> <li>• 治療與生活輔助措施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 著重於社會群體層次</li> <li>• 改善社會結構當中的排擠、忽略與歧視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 著重於社會群體層次</li> <li>• 相較於社會模式，更著重於身而為「人」的基本權利保障</li> </ul>

圖（六）身心障礙者三大模式比較圖

(一) 基本尊嚴 inherent dignity	(二) 禁止歧視 Non-discrimination	(三) 充分並有效地參與以及融入社會 Full and effective participation and inclusion in society	(四) 尊重個體之間度差異並將身心障礙視為人類多元性 Respect for difference and acceptance of persons with disabilities human diversity and humanity
(五) 機會均等 Equality of opportunity	(六) 可近性 Accessibility	(七) 性別平等 Equality between men and women	(八) 尊重並保障身心障礙孩童的基本權利、尊嚴與身分認同 Respect for the evolving capacities of children with disabilities and respect for the right of the children with disabilities to preserve their identities

圖（七）CRPD 八大基本原則

<sup>79</sup> 王國羽（2019），前揭註 74；U.N. H.R.C., *Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, at 11, U.N. Doc. A/HRC/10/48 (Jan. 26, 2009). [hereinafter U.N. H.R.C., *A/HRC/10/48*]

<sup>80</sup> 此部分衛生福利部翻譯為「無障礙」，然考量該詞義係指資源之近用，同時參酌孫迺翊教授之論文見解，故本論文將其翻譯為「可近性」。參見：孫迺翊（2016）。〈無障礙/可及性、合理調整與平等不歧視原則：從身心障礙者權利公約檢視我國憲法及身心障礙者權益保障法之平等原則內涵〉，《臺大法學論叢》，第 45 卷特刊，頁 1163-1228。



## 二、權利保障類型

就基本權利的保障面向區分，CRPD 大致上可區分為「一般權利」、「公民政治權利」以及「經濟、社會及文化權利」三者<sup>81</sup>。與刑事監護處分最有關聯者，則為「公民政治權利」的部分。諸如：第 12 條「在法律之前獲得平等承認」(Equal recognition before the law)、第 13 條「近用司法保護」(Access to justice)、第 14 條「人身自由與安全」(Liberty and security of person)、第 15 條「免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰」(Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment)、第 16 條「免於剝削、暴力與虐待」(Freedom from exploitation, violence and abuse)、第 17 條「保障人身完整性」(Protecting the integrity of the person) 以及第 19 條「自立生活與融合社區」(Living independently and being included in the community) 之規定。有關上開條文的見解與說明，將於本章第二節進行說明。

### 參、CRPD 對刑事監護處分的影響方式

在分析 CRPD 對於各國刑事監護制度的影響性以前，亦需瞭解推動 CRPD 的相關團體「葫蘆裡賣著什麼藥」—即其所採取的策略與方式究竟為何。此部分主要涉及議題的建構與推動，以及國際人權議題如何推展至內國法律與政策之中，以下說明之。

#### 一、CRPD 的訴求推動方式與策略

CRPD 對於身心障礙者權利保障之訴求提倡係以國際性非營利組織 (INGO) 為主要推手。自 20 世紀後期開始，INGO 對於國際議題的影響性日漸壯大，具備與主權國家相匹敵的談判能力與籌碼。INGO 在 CRPD 制定過程當中所採取的倡議策略可以「轉型倡議網絡」(transnational advocacy networks) 的概念加以瞭解。所謂轉型倡議網絡係指，透過共享類似理念的積極推動者 (activists，可能是個人、小型團體或 NGO)，在自願、互惠與平行的情況下所組成的群體網絡，促使社會、國家與國際三者之間的溝通、聯繫與互動，以達到倡議網絡共享的價值

---

<sup>81</sup>廖福特 (2015)，〈從個人申訴案件看國家為何違反身心障礙者權利公約〉，《萬國法律》，第 204 期，頁 3-12。

與目標<sup>82</sup>。合作網絡之中的團體會針對所在意的議題（如：身心障礙者人權）自行建構（frame）議題與設定議程，繼而運用其完整的資訊蒐集網絡機制，建立自身獨特且專屬的資訊與互助系統，並以其所持有的相關訊息，採用諸如「抗議圈」（Cycles of Protest）模式<sup>83</sup>做為政策倡議與協商的策略。抗議圈模式透過強調衝突的重要性、分區分點作戰，並集結不同的相關子團體（網絡成員）進行議題推動，直至新的意識形態或象徵雛形形成<sup>84</sup>之「社會化」過程<sup>85</sup>。INGO 最終目的在於促進特定議題受到重視、奪取設定議題的權力，加以影響該議題的核心能動者（target actors）或相關的國際組織與國家政府<sup>86</sup>，使其理念得以貫徹施行。

此理論可加以解釋 CRPD 之處在於，CRPD 制定過程當中的 IDC 事由諸多身心障礙團體所組成，以心理社會障礙議題之推動團體為例，相關議題主要係由 IDA 的會員組織：WNUSP 為主，而 WNUSP 則係由各區域之間的倖存者網絡組織，如：歐洲精神科使用者與倖存者網絡（European Network of (Ex) Users Aand Survivors of Psychiatry, ENUSP）；ENUSP 則係由各國的小型網絡組織集結而成。IDA、WNUSP、ENUSP 彼此之間分屬獨立的團體，透過由下而上的網絡連結互相合作，強化議題倡議的聲量、建構跨國的溝通討論與資訊交流平臺，使其握有身心障礙議題相關資訊做為籌碼，藉此加以抗衡或向主權國家政府施壓，要求其達到身心障礙者權利保障的目的。倡議網絡團體藉由彼此之間所具備的獨立性與獨特性，可依照各國社會文化彈性調整訴求方式與策略，提供相同議題當中不同的觀點與資訊，達到小蝦米得以對抗大鯨魚的效果，其組織網絡體系如下圖（八）

---

<sup>82</sup> Margaret E. Keck & Kathryn Sikkink, *Transnational Advocacy Networks in International and Regional Politics*, 51 (159) INT. SOC. SCI. J. 89, 89-90 (1999).

<sup>83</sup> See Sidney Tarrow, *Cycles of Collective Action: Between Moments of Madness and the Repertoire of Contention*, 17 (2) SOC. SCI. HIST. 281 (1993).

<sup>84</sup> Keck & Sikkink, *supra* note 82, at 98.

<sup>85</sup> 此之社會化，係將社會學當中個人的社會化理論應用至政治學與國際公法當中，探討國際法如何對於內國法律產生影響之模型與理論。受限於本文篇幅，對於國家社會化之詳細內容與批判見解在此不多贅述。相關理論說明可參見：Trine Flockhart, 'Complex Socialization': A Framework for the Study of State Socialization. 12(1) EUR. J. IN. REL. 89 (2006).

<sup>86</sup> Keck & Sikkink, *supra* note 82, at 90.

所示。在知悉 CRPD 在國際體制當中的推動方式之後，接下來則要思考要如何將此等成果推向各國使其加以落實，此部分將於第二點分析。

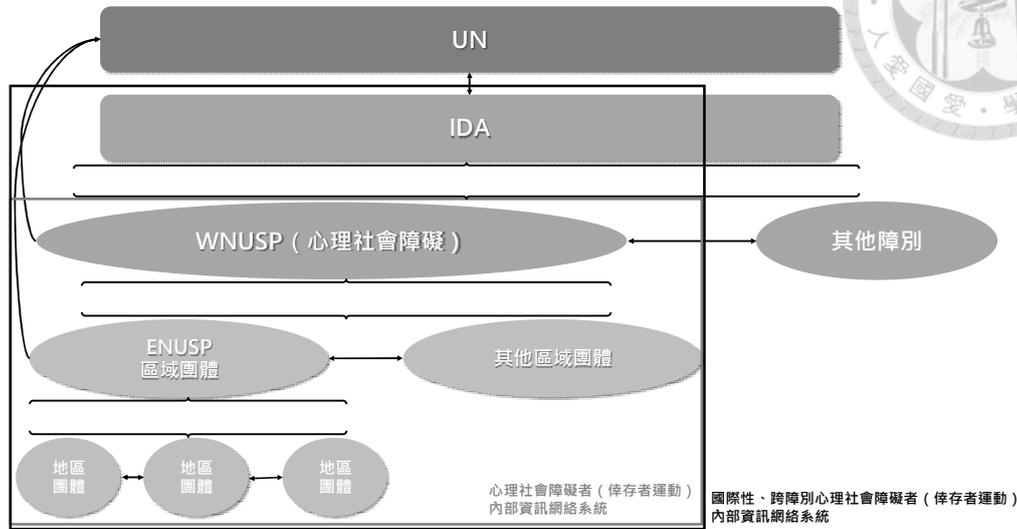


圖 (八) 身心障礙者倡議網絡體系

## 二、國際人權議題如何推展至內國法律與政策

當 INGO 藉由組織網絡動員取得國際法上的成果之後，下一步便要思考如何將此「成果」(諸如 CRPD 所提倡的「身心障礙者權利」)推展至內國政策與法律。倡議網絡團體對內國法律與政策的影響可由 Risse 與 Sikkink 所提出的回力鏢模型 (spiral model)<sup>87</sup>加以解釋，在此限於篇幅，僅概要性說明理論內涵。

回力鏢模型將國家政府因應國際組織而進行政策或法律改革的步驟分為五階段，分別為：壓抑與合作網絡動員 (Repression and activation of network)、否認 (denial)、戰略性讓步 (Tactical concessions)、規範性狀態 (Prescriptive status) 與「規則—抗衡行為」(Rule-consistent behavior)。在上開階段當中，分別就特定議題的設定與資料蒐集，透過羞辱性地方式抨擊國家政府，當激起國家政府對特定議題的重視後，便開始進入一種討價還價、折衷或採納的戰略性讓步 (Tactical concessions) 階段，以取得最終的目標：國家政府同意簽署並批准特定國際條約、制定相對應地內國法或政策決議，並持續以此與內國政府的反對派加以抗衡。透過上開理論模型來看待 CRPD，稍後便不難理解 IDC 為何對於某些議題如此「堅

<sup>87</sup> See THOMAS RISSE & KATHRYN SIKKINK, *The socialization of international Human Rights norms into Domestic Practices: Introduction*, in DOMESTIC POLITICS AND NORM DIFFUSION IN INTERNATIONAL RELATIONS, 117 (Thomas Risse ed., 1999).

決」的原因，以及 IDC 的觀點與角度和以與學者專家、政府之間的產生落差。對 IDC 而言，唯有透過強大的組織動員力量，藉由掌握談判籌碼、以羞辱性地方式刺激國家政府，方有可能使聯合國會員國接納自身的訴求與產品(CRPD)。從 IDC 的角度來看，正式訂定 CRPD 並伴隨著諸多聯合國會員國正式簽署與批准只是第一步，接續則係成立專屬於自己的委員會(CRPD 委員會)鞏固自身立場與地位，繼之則是要如何將自身訴求藉由社會化的方式促使各國接納，使其加以制定內國法與相關政策，達到典範移轉的效果。在此過程中，國際審查機制係一理想的推動方式，促使締約國落實 CRPD 之規範與理想精神。

## 第二節 CRPD 對刑事監護處分之見解

本章第一節就 CRPD 之背景脈絡與核心精神進行說明，本節則就 CRPD 對於刑事監護處分之見解加以分析。整體而言，CRPD 基於「障礙中立學說」(disability-neutral doctrines)，認為身心障礙不應造成個人在刑法之事實認定與論罪科刑時有所差異，甚至給予相較於常人更為不利的處遇措施(如：刑事監護處分)。然對於程序或執行層面因身心障礙而需要協助者，基於合理調整的精神，司法系統應依 CRPD 第 13 條規定給予適度協助，使其得以近用司法資源<sup>88</sup>。

如同前述，CRPD 與刑事監護處分相關的條文主要為「公民與政治權利」之部分<sup>89</sup>，本節分別就其中第 12 條、第 14 條、第 15 條至第 17 條以及第 19 條之條文及其有關之官方文件進行說明與分析。在掌握官方見解與立場以後，本章第三節將分別就身心障礙團體、學者專家，以及其他國際公約之間對於 CRPD 條文與解釋的分歧之處進行說明與分析。

### 壹、第 12 條「在法律前獲得平等承認」

此處將針對 CRPD 第 12 條本身之規範內容、CRPD 第 1 號一般性意見書 (General Comment No.1, GC1)，以及本條與 CRPD 其他條文之關聯性進行說明。

#### 一、公約第 12 條規範內容

CRPD 第 12 條規範目的為「在法律前獲得平等承認」(Equal recognition before

<sup>88</sup> U.N. O.H.C.H.R., *A/HRC/10/48*, *supra* note 79, ¶ 47.

<sup>89</sup> 廖福特 (2015)，前揭註 81。



the law)。本條文共有五項，分別就「人格與基本權利」、「權利能力」與「財產管理」三大面向規定。「人格與基本權利」保障規定於第 12 條第一項，要求締約國應確保身心障礙者在法律上的人格權保障與平等之權利；「法律能力」則規定於第二項至第四項，要求締約國應確保身心障礙者的個人法律能力 (legal capacity) 得以主張與使用，並予以相對應的保護以避免遭致濫用，且應賦予相對應的司法審查機制。其中，第 12 條第四項強調身心障礙者權利、意願與偏好的保障，避免國家以照護之名，行監督與控制之實。在採取一切措施後仍無法知悉當事人的偏好與意願時，應採取最佳詮釋而非最佳利益的方式加以確認處遇作為<sup>90</sup>。最後，第 12 條第五項則是財產管理的規定，CRPD 要求締約國應確保身心障礙者對於自身財產之處分能力，並在使用相關金融服務（如：貸款服務）時，與一般民眾具有相同的權利。

第 12 條的條文乍看之下並未新增額外的權利義務關係。然疑義之處在於所謂的「法律能力」(legal capacity) 之規定。有關身心障礙者法律能力的規定，在第 12 條中便佔據了三項，可說是本條的重點所在。然而，究竟何謂「法律能力」？CRPD 要求締約國對於內國法當中既有的「法律能力」制度要做多少變革？成為爭議。有鑑於此，CRPD 委員會於 2014 年發布 CRPD GC1 加以說明，並在 CRPD GC1 當中提出所謂的「支持性決策」機制 (Supportive Decision Making, SDM)，要求締約國應對於傳統法律能力所採用的「替代性決策」轉換為「支持性決策」，以此達到典範移轉之目的。以下就 CRPD GC1 的內容加以說明。

## 二、CRPD GC1 的立場與見解

CRPD GC1 表示，CRPD 第 12 條係依 UDHR、ICESCR 以及 CEDAW 第 15 條賦予所有性別者同等之法律地位而來。CRPD GC1 要求締約國應採取所謂的「泛平等法律能力」(universal legal capacity)，將「法律能力」與「心智能力」(mental capacity) 加以區分。所謂法律能力，係指個人所享有的公民、政治、經濟、社會與文化的權利。以身心障礙者擁有基本的法律權利為前提之情況下，才

---

<sup>90</sup> 陳俊翰、黃詩淳 (2017)，〈法律能力平等認可〉，收於：孫迺翊、廖福特 (編)，《身心障礙者權利公約》，頁 200-201。台灣新世紀文教基金會，臺北市。

能夠對於自身的健康、教育、工作以及財產等有所掌控與決策；所謂的心智能力，則是對應個人做出決策時所需要的技巧 (skills) 與方法，這部分會因每個人先天與後天條件的差異而有所不同。然此種區隔方式在以往的國際條約均未曾出現過，因此當 CRPD 提出此種挑戰各國法律體系的制度時，引起極大的爭執與批評聲浪。有關 CRPD 受到批評的部分將於本章第三節加以說明。

CRPD 將身心障礙者行使法律權利的協助方式，區分為傳統的「替代型決策」(substitute decision making) 與「支持型決策」(SDM) 二者。所謂替代型決策，係透過剝奪身心障礙者本人部分或全部之法律能力，藉由國家所認定之代理人 (監護人、律師等)，基於理性上的「最佳利益」(best interests) 而代為行使權利或使其發生法律效果；支持型決策觀點則認為，既然法律能力是不可剝奪、無論是誰都應享有的基本權利，旁人的任務應該是協助當事人理解事件的脈絡與意義及其衍生的法律效果，最終由當事人自行做決定並負起責任。而當窮盡合理的協助時，當事人仍無法溝通表達其意願或偏好時，則將以上開所提及的最佳詮釋 (best interpretation) 方式加以確認當事人真意。

### 三、第 12 條與其他條文關聯性

CRPD GC1 也說明 CRPD 第 12 條規定與其他條文之間的關聯性，在此主要針對與刑事監護處分有關的第 5 條、第 9 條、第 13 條、第 14、第 15 條至第 17 條之條文內容，區分為「平等」、「司法近用」以及「人身自由、人身安全與同意權」三大面向加以說明。在「平等」方面，CRPD GC1 表示，當前各國主流的法律能力規定使得身心障礙者的法律地位相較於一般人低，無論是民事法律程序，還是刑事法律程序 (criminal conviction) 均係如此<sup>91</sup>。CRPD GC1 認為，在法律的要件、程序與法律效果的差異不應該基於性別 (gender)、種族 (race)、身心障礙等理由而有差別對待，且個人決策自由也經常需要具備完整的法律能力才可行使<sup>92</sup>。基於上開見解，不應在法律能力當中將「一般人」與「身心障礙者」加以區別。

---

<sup>91</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GC/1*, *supra* note 8, ¶ 32.

<sup>92</sup> *Id.*

在第 13 條「司法近用」方面，CRPD GC1 指出，諸多法律程序的發動需要具備法律能力才可行使。若要使身心障礙者享有與常人相同的基本權利，便應賦予其完整的法律能力。CRPD GC1 要求締約國依 CRPD 第 13 條規定，對於第一線接觸身心障礙者之警察與社工師等人員進行專業訓練，使其知悉如何與身心障礙者溝通與共事，確保身心障礙者享有與普通人相同的溝通與接受處置的權利<sup>93</sup>。

在第 14 條「人身自由與同意權」方面，主要在於「機構處遇」與強制治療措施二者。CRPD GC1 認為，從當事人是否願意接受機構處遇，以及在機構處遇當中所執行的任何處遇作為，均應取得當事人的知情同意 (informed consent)，並整合 CRPD 第 15 條「避免遭受酷刑」、第 16 條「避免遭暴力與侵犯」與第 17 條「個人自主」規定解釋，其認為將身心障礙者的法律能力受到限制或剝奪而由國家逕自執行強制住院與未經當事人同意的處遇措施係違反 CRPD 上開條約規範<sup>94</sup>。CRPD GC1 認為，若要保障「人身自由與同意權」，就需要賦予身心障礙者完整的法律能力，使其可依自身偏好決定是否住院與接受治療。在此過程中，當事人可能無法以常人的認知能力知悉治療內容與法律效力，此時便須透過「支持性決策」機制，使當事人知悉接受治療的目的、利弊以及後果。CRPD GC1 當中對於非自願治療的處遇措施採取相當堅定的態度，要求各締約國的精衛法律所規定之非自願治療與拘束人身自由措施「一定」要廢除<sup>95</sup>，採取相當堅硬且無退讓餘地的態度。

## 貳、第 14 條「人身自由與安全」

CRPD 第 14 條與對應之「人身自由與安全保障指引」(*Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) 對於非自願住院、強制處遇措施之解釋對於刑事監護處分制度影響甚鉅，於下分別說明之。

### 一、公約第 14 條規範內容

CRPD 第 14 條主要規定「人身自由與安全」。該條文分為二項，第一項規定人身自由與安全的保障類型，包含「享有人身自由及安全之權利」(Enjoy the right

<sup>93</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GC/1*, *supra* note 8, ¶ 39.

<sup>94</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GC/1*, *supra* note 8, ¶ 42.

<sup>95</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GC/1*, *supra* note 8, ¶ 7.

to liberty and security of person) 與「不被非法或任意剝奪自由」二者。其中第二項係要求締約國應落實國際人權法以及既有的國際條約當中有關保障人身自由與安全的相關規範，應基於身心障礙者之適用情境合理調整。此部分呼應 CRPD 採取「人權模式」的精神，也就是將既有的基本權利轉置適用於身心障礙者族群，而非創設全新的基本權利。然對於人身自由限制措施的範圍與界線，則需與「人身自由與安全保障指引」一同觀察，才可瞭解與建構出起完整的規範架構。

## 二、人身自由與安全保障指引

有關第 14 條的具體落實方式，主要規範於 2015 年 CRPD 委員會第 14 次會議所通過的「人身自由與安全保障指引」。該指引對於拘束人身自由處遇措施同樣採取強烈且堅定地反對立場，禁止締約國以個人損傷 (basis of impairment) 為由限制個人行動自由，亦禁止採行非自願的醫療處遇與治療措施<sup>96</sup>。該指引表示，任何拘束人身自由及其治療與處遇措施，都必須在當事人自由不受拘束的狀態下取得知後同意才可實施，並指明國家不得基於保障公共安全與個人自主性 (protect the security and personal integrity) 而逕自拘束人身自由與執行醫療處遇，同時認定上開行為明確違反 CRPD 第 15 條禁止酷刑的規定。指引亦明確呼籲各國加以廢除對於基於心理社會障礙而不具備受審能力 (unfit to stand trial) 或刑事責任能力 (incapable of criminal liability) 之規定。指引中同時提到，CRPD 委員會對於身心障礙者的刑事監禁與處遇環境感到擔憂，並敦促各國應針對身心障礙者的刑事處遇措施建立相對應地法律框架 (legal framework)，同時推行轉向制度 (Diversion) 與修復式司法 (Restorative Justice, RJ)<sup>97</sup>。

2022 年 10 月，CRPD 委員會再次針對第 14 條與第 19 條規定發布第五號指引<sup>98</sup>，再次重申各國應全面廢除機構處遇制度，建構「支持性社區」(Community-based support)，並就廢除機構處遇之流程與相對應地法律框架提出建議。有關該指引的說明留待第 19 條時加以分析。

---

<sup>96</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Guidelines on article 14*, *supra* note 9, ¶ 10.

<sup>97</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Guidelines on article 14*, *supra* note 9, ¶ 21.

<sup>98</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/5*, *supra* note 10.

### 參、第 15 條至第 17 條：禁止酷刑與保障人格完整性

有關公約第 15 至 17 條的規定彼此有所連貫，在此區分為第 15 條「反酷刑與反酷刑法律框架」與「第 15 至 17 條體系性解釋」二者說明。

#### 一、CRPD 第 15 條與反酷刑與反酷刑法律框架

CRPD 第 15 條是關於「免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰」之規定。「禁止酷刑」屬於國際法當中的絕對法 (*jus cogens*) 規定，不得任意變換，並與 ICCPR、CAT 之規範息息相關。所謂「酷刑」之定義，參酌既有國際公約及其一般性意見書之解釋，係指具備國家公權力之公務人員，為取得情資、供述而施以處罰，造成個人身心劇烈疼痛或痛苦之任何行為。至於國際間對於「酷刑」的具體定義並不明確，主要係因造成個人身心痛苦的行為眾多，難以一概而論<sup>99</sup>。而 CRPD 第 15 條的條文結構設計上除考量酷刑的不確定性因素以外，同時考量到規範對象與酷刑定義的爭議問題。在規範對象方面，CRPD 規範對象不僅止於國家，尚包含民間機構，故在條文體例上係參酌 ICCPR 的條文設計<sup>100</sup>，而未明文規定酷刑的種類；另一方面則係因在條文制訂時，對於是否將酷刑的具體概念與類型明文規定（例如：明文禁止非自願住院與精神科強制治療）有所爭執，經聯合國各會員國與 IDC 之間諸多爭論後，最後通過的版本採取抽象性的規定，未就此部分加以詳述，也因此為非自願住院、強制治療是否構成酷刑留下爭執空間<sup>101</sup>。

CRPD 第 15 條本身與 CAT 之間的關聯性甚鉅，並與第 12、14、16 及 17 條共同構築出身心障礙者「反酷刑法律框架」(Anti-Torture Legislative Frameworks)

---

<sup>99</sup> E.g., U.N. H.R.C., *General comment No. 20: Article 7 (Prohibition of torture, or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment)*, ¶4, U.N. Doc. (1992). 參見：翁燕菁、翁國彥（2017），〈人身自由與安全〉，收於：孫迺翊、廖福特（編），《身心障礙者權利公約》，240-247，台灣新世紀文教基金會。應留意上開論著中提及第 7 號與第 20 號一般性意見書的部分，其中第 7 號一般性意見書已由第 20 號一般性意見書替代。

<sup>100</sup> Janet E. Lord, *Shared Understanding or Consensus-Masked Disagreement? The Anti-Torture Framework in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 33 LOY. L.A. INT'L & COMP. L. REV. 27, 54 (2010).

<sup>101</sup> *Id.*, at 54-5.

<sup>102</sup>。有關 CRPD 針對身心障礙者的反酷刑法律框架的解釋，參酌聯合國酷刑特別調查報告員會於 2008 年聯合國大會中所提出的「酷刑特別調查委員會期中報告」( *Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* )，該報告特別論述心理社會障礙者的反酷刑保障措施。報告指出，在 CRPD 以前，反酷刑措施的保護主體大多針對男性、女性與孩童，鮮少論及身心障礙者的處遇措施是否可能構成所謂的酷刑行為<sup>103</sup>。對於心理社會障礙者的酷刑的定義較為特殊之處在於所謂的「劇烈的疼痛或痛苦」定義。該報告認為，當一處遇缺乏治療、矯正或緩和障礙而造成劇烈疼痛或痛苦的處遇手段與措施，便符合酷刑的要件。此外，即便看似有所謂「良善意圖」然卻具有酷刑與非人道待遇意圖之行為，亦構成酷刑之定義<sup>104</sup>。

該文件中亦分別對於 CRPD 替代既有的「心理障礙與心理健康照護保護準則」( *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, MI Principles* )，以及強制治療、非自願住院的部分提出說明。首先，酷刑特別調查委員會注意到 MI Principles 部分規範與 CRPD 規定相左<sup>105</sup>。在強制治療與非自願住院的部分則認為未經知情同意而為強制性的精神藥治療，無論係屬機構處遇或社區處遇，均可視為懲罰而構成酷刑的定義<sup>106</sup>；亦基於 CRPD 第 14 條反對心理社會障礙者的非自願住院與治療處遇措施之見解，對於非法與任意限制心理社會障礙者人身自由的部分提出批評<sup>107</sup>。最後在文件結論中，呼籲締約國應遵循 CRPD 對於心理社會障礙者的知情同意權保障措施<sup>108</sup>。

---

<sup>102</sup> *Id.*, at 56.

<sup>103</sup> U.N. Special Rapporteur of the H.R.C. on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, *Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, ¶ 37 U.N. Doc. A/63/175 (Jul.28, 2008).

<sup>104</sup> *Id.*, ¶ 49.

<sup>105</sup> *Id.*, ¶ 44.

<sup>106</sup> *Id.*, ¶ 63-4.

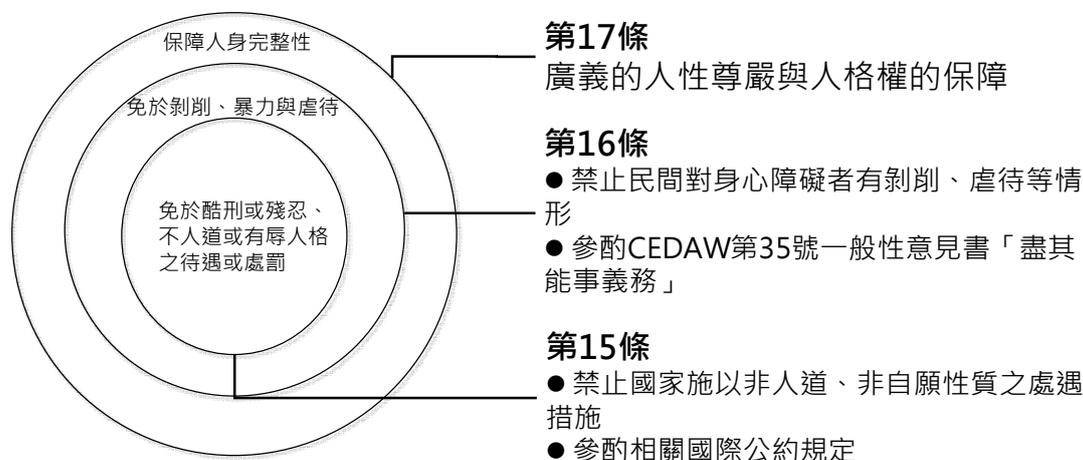
<sup>107</sup> *Id.*, ¶ 64-5.

<sup>108</sup> *Id.*, ¶ 73-4.



## 二、第 15 條至第 17 條體系性觀察與解釋

有論者認為 CRPD 對於反酷刑的規定分散於第 14 條第二項、第 15 條及第 16 條，因此保障措施略有不同<sup>109</sup>。大抵而言，第 15 條所保障的是國家應避免機構化治療，以及採取非自願性的藥物、物理性乃至手術的治療與拘束人身自由措施（如：ECT、束縛帶的使用等）；第 16 條則是對於私人之行為加以拘束，要求締約國應就私人間對於身心障礙者採取反暴力、反剝削與虐待之義務，此部分亦參酌 CEDAW 第 35 號一般性意見書之規定<sup>110</sup>，賦予締約國對於暴力與施虐行為有防止義務。而 CRPD 第 17 條「保障人身完整性」則需與第 15 條共同參照，當締約國並無酷刑、不人道等行為，然其行為依然有損身心障礙者人格保障與人性尊嚴時，則可能牴觸第 17 條之規定<sup>111</sup>。吾人認為，第 17 條係指廣義上的身心障礙者的人格完整性與基本權利之保障，故除了嚴重的身心傷害、非人道待遇與凌虐以外，同時包含諸如第 5 條規定的反歧視與資源近用、第 13 條的司法保護等措施，使其在生活上維持身而為人的尊嚴及得到必要的協助。整體架構與概念如下圖（九）所示。



圖（九）CRPD 第 15 至第 17 條關聯圖

<sup>109</sup> 翁燕菁、翁國彥（2017），前揭註 99，頁 240-247。

<sup>110</sup> U.N. Comm. Elimination of Discrimination against Women, *General Recommendation No. 35 on Gender-based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19*, ¶ 2, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/35 (Jul. 2017). 參見：翁燕菁、翁國彥（2017），前揭註 99，頁 240-247。應留意上開論著中提及第 19 號一般性意見書的部分已由第 35 號一般性意見書替代。

<sup>111</sup> 翁燕菁、翁國彥（2017），前揭註 99，頁 240-247。

## 肆、第 19 條：自立生活與融入社區

本條文可說是 CRPD 的創舉，在此以前尚無國際人權法明文保障心理社會障礙者獨立於社區生活的權利。以下分別就條文內容與相關指引進行分析。



### 一、本條與社區處遇之關聯性

CRPD 第 19 條共有 3 項，分別就自立生活 (independent living)、個人協助以及社區服務加以規範<sup>112</sup>，其重點有四：去機構化、自立生活、個人協助與社區服務四者。所謂的去機構化，係指應使心理社會障礙者能夠達到自立生活的目標，然將心理社會障礙者回歸社區的去機構化，僅係自立生活的必要條件而非充分條件<sup>113</sup>，尚須在個人生活以及法律政策方面加以完備，融入 WHO 的「以社區為基礎的復歸機制」(Community Based Rehabilitation, CBR)，以復歸社會做為處遇之終極目標<sup>114</sup>。至於究竟何謂獨立生活、獨立生活空間 (independent living arrangements)，以及融入社會的具體定義為何，則需參酌 CRPD 第 5 號一般性意見書 (GC5) 的說明。

根據 CRPD GC5 的定義，所謂獨立生活，係指個人可以完全自行掌控而不受他人管理與干擾的進行活動、取得資訊、與他人溝通互動等行為<sup>115</sup>；融入社區則是指當事人在社區生活中應符合 CRPD 第 3 條所規定的基本八大原則，在適度地協助下使其得以完成日常活動<sup>116</sup>；所謂的獨立生活空間，則是指在處遇機構以外的各種空間自行生活。即便個人在機構內具有獨立房舍，無論住宿成員多寡、規模大小、管理鬆緊程度差異，都不能夠稱之為獨立生活<sup>117</sup>。此外，根據公約第

---

<sup>112</sup> 陳俊翰 (2017)，〈自立生活與行動能力之保障〉，孫迺翊 (等著)，《身心障礙者權利公約》，頁 281-320，台灣新世紀文教基金會，臺北市。

<sup>113</sup> U.N. H.R.C., *A/HRC/10/48*, *supra* note 79, ¶ 51.

<sup>114</sup> U.N. H.R.C., *Thematic study on the right of Persons with disabilities to live independently and be included in the community*, U.N. Doc. A/HRC/28/37 (Dec.12, 2014) [hereinafter U.N. H.R.C., *A/HRC/28/37*]

<sup>115</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community*, ¶ 16. U.N. Doc. CRPD/C/GC/5 (Oct. 27, 2017). [hereinafter U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GC/5*]

<sup>116</sup> *Id.*

<sup>117</sup> *Id.*

19 條第三項規定，對於生活上需要協助之處，亦應配置所謂的「個人生活助理」(personal assistance)，服務方式則依據 CRPD GC5 規定，應採取一對一的方式，基於當事人個人的偏好與意願，自行決定個人生活助理協助處理的事物內範圍與內容<sup>118</sup>。

由上可知，所謂的自立生活並非單指將心理社會障礙者消極地放任回社區生活，除了對於其生存的最基本權利予以保障以外，亦應就其所需要協助之處給予必要之資源與服務，以符合 CRPD 人權模式的概念。CRPD GC5 也列出第 19 條的八大核心要素<sup>119</sup>，吾人將其分為「法律能力面」、「服務面」與「政策面」三面向說明。在法律能力面，首要任務便係遵循公約第 12 條與 CRPD GC1，使得心理社會障礙者具備完全法律能力；在「服務面」的部分，締約國應開展實際行動計畫 (concrete action plan) 對於身心障礙者自立生活時可能需要協助之資源與服務，分別建構公共服務與基於個別需求的特殊服務<sup>120</sup>，而非僅將心理社會障礙者交由家人處理。同時，締約國亦應確保身心障礙者在各種法律規範、建築物使用、社群媒體、科技設施的使用上充分保障身心障礙者使用與不受到歧視的權利；在「政策面」部分，締約國在政策設計、決策與執行時，應採取「跨政府部門取向」(cross-government approach) 進行去機構化政策推動，並應持續研究、監測 (研考與發展) 公約第 19 條的精神，持續開展與挹注經費使其得以持續執行並加以優化。

然在此過程中最具有挑戰性的部分在於：締約國應如何建立去機構化進程？CRPD 與 CRPD GC5 列出了諸多所要達成的項目，是否有具體的操作指引可供參照？對此，CRPD 委員會於 2022 年發布最新的指引措施，對於去機構化的精神與具體措施進行說明，此部分說明如下。

## 二、與第 14 條之關聯：2022 年「去機構化及其緊急情況的處理指引」

2022 年，CRPD 委員會頒布「去機構化及其緊急情況的處理指引」(Guidelines

---

<sup>118</sup> *Id.*

<sup>119</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, CRPD/C/GC/5, *supra* note 114, ¶ 38.

<sup>120</sup> 基本、個別化、非分享性、權利保障為基礎的身心障礙服務 (亦即可獨享而非共用的特殊服務)。



on deinstitutionalization, including in emergencies)。該指引的發布目的在於說明去機構化之歷程與方法，將 CRPD 第 19 條與第 14 條及其指引加以連結，並因應 COVID-19 等傳染病情況下的身心障礙者緊急援助措施。該指引開宗明義表示，締約國應完全廢除機構化處遇，且不得再行新建與擴建既有的處遇機構，應使心理社會障礙者恢復成為具備自主性的社區住民，使其得以選擇如何生活、在哪裡生活以及與誰一起生活<sup>121</sup>。指引當中對於去機構化歷程的重點可概分為「支持系統的建立」與「法律政策」二面向。在「支持系統的建立」方面，指引表示應賦予心理社會障礙者完全法律能力，建構具備可得性、可近性、可接受性、可負擔性與可適應性的社區支持系統<sup>122</sup>。而所謂的支持系統，又可分為為自然支持系統（naturally occurring community support，包含家庭成員、社區鄰里，以及其他可資信賴協助當事人日常生活之人<sup>123</sup>）、支持服務以及財務方面的支持協助三種類型。

在法律政策的推動中，該指引強調應建構具備可得性的法律環境（enabling legal environment），並再次重申締約國應禁止任何形式拘束心理社會障礙者人身自由的處遇機構與措施，要求締約國應建立緊急援助措施，協助受到非法或任意拘束人身自由的心理社會障礙者重返自由社會之資源與措施。同時，基於 COVID-19 疫情，該指引當中亦對於緊急情況時締約國應如何建構協助身心障礙者之措施加以說明。

整體而論，第 19 條可說是一項「工程浩大」的條文。CRPD 對於社區處遇的想像與期待是建構一個具備高度支持性與完善社會福利措施的國度，同時也因著社區處遇而使得心理社會障礙者能夠從從以往的機構處遇當中得到解放與自由，因此對於反歧視、平等法律能力以及人身自由的保障亦十分重要，在 2022 年所發佈的去機構化及其緊急情況的處理指引中，便可一窺其蹤影。然而，如此理想化的社區處遇模式是否有可能真正做到，仍有諸多討論空間。

---

<sup>121</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/5*, *supra* note 10.

<sup>122</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/5*, *supra* note 10, ¶ 25.

<sup>123</sup> U.N. H.R.C., *A/HRC/28/37*, *supra* note 114, ¶ 46.

### 第三節 關於 CRPD 對刑事監護處分之不同見解

本章第一、二節分別就 CRPD 的發展脈絡與官方見解進行論述。本節則就不同群體如何看待 CRPD 進行論述與分析。對於 CRPD 見解觀點有所不同者，主要可分為身心障礙團體、學者專家之間以及其他國際規範三部分。除身心障礙團體之立場與態度較為一致之外，學者專家與國際規範之間均對於 CRPD 的不同面向呈現出「百花齊放」的現象，此部分將於本節第二、三部分逐一論述。

#### 壹、身心障礙團體見解：基於人權模式，反對醫療模式

身心障礙團體 (IDC)<sup>124</sup>之見解與立場對於 CRPD 條文與官方文件的影響甚鉅，原因如同前述，在此則更為詳細地說明身心障礙團體的立場與見解。整體而言，IDC 是基於倖存者運動的觀點，站「曾使用精神科者」的角度加以批判，以人權模式的觀點加以看待心理社會障礙者的權利保障措施。由於 IDC 涵蓋團體眾多，此部分僅以最具代表性的 IDA 與 WNUSP 所提出之見解與主張為主。其見解大致上可歸納為「採取人權模式精神、反對西方精神醫學」、「國際規範均應符合 CRPD 保障心理社會障礙者的規定」、「落實與推動 RJ 與創傷知情」，以及對於「社區處遇並非強制治療的替代品」四大面向，茲分述如下。

#### 一、採取人權模式精神、反對西方精神醫學

IDC 基於人權模式而對於心理社會障礙者的法律能力與個人自主性高度重視，明確要求國際規範與相關解釋文件均應落實保障心理社會障礙者法律能力之完整性、嚴格拒絕未經知情同意下任何形式的精神科醫療處遇與住院要求，並應修正以往所謂的「基於自傷傷人之虞」(danger to self or others) 而限縮人身自由的觀念<sup>125</sup>。IDC 認為，傳統精神醫療基於所謂的「給予協助」而予以非自願的任何治療處遇都是對當事人的一種折磨與虐待，非但沒有幫助到患者，還對患者造成更為嚴重的傷害。

IDC 基於倖存者運動觀點，大多對於精神醫學抱持不信任的態度。以 WNUSP

<sup>124</sup> 在下列行文時，除該觀點或報告、新聞稿為特定團體發布，原則上均以 IDC 稱之。

<sup>125</sup> Press Release, World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Legal Capacity as Right, Principle and Paradigm Submission to the Comm. on the Rights of Persons with Disabilities in response to its call for Papers on theoretical and practical implementation of Article 12 (Jun.17, 2011).

而言，該團體認為當代主流的「西方精神醫學」是西方世界透過資本主義與政治經濟的影響力，藉由精神醫學打造所謂的「新殖民國家」(neo-colonial states)，滲透到各國的精神與心靈議題(psychospiritual practices)當中。相較於藥物治療、精神科手術以及ECT，WNUSP 更為推廣藥物治療以外的等治療方式(如：諮商與心理治療)<sup>126</sup>。基此，IDC 與 WHO 的部分觀點有所衝突。WHO 早期所採取的精神醫療觀點大多係基於醫療模式與功利主義的觀點，傾向於透過藥物治療改善心理社會障礙者之狀態<sup>127</sup>。WNUSP 曾與 IDA 聯合批評對於 WHO 出版品「心理健康與發展：特定族群的心理健康弱勢議題」(*Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*)，認為 WHO 的說明與解釋有歧視嫌疑，並質疑該出版品高度援引醫療觀點而非社會與人權觀點加以詮釋與說明心理社會障礙的相關議題<sup>128</sup>；亦有學者援引 WHO 所出版的「WHO 精神衛生、人權與法律資源手冊」(*WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*) 議論 CRPD 對於非自願性強制治療處遇的態度與立場相左<sup>129</sup>，均可看出 CRPD 本身將心理社會障礙者的權利保障擺在第一順位，反對醫療模式的觀點看待身心障礙議題，且此觀念不容有任何妥協餘地。

## 二、國際規範均應符合 CRPD 保障心理社會障礙者的規定

IDC 連帶影響 CRPD 與既有的心理社會障礙權利相關保障國際規範的批判，諸如相關規範中使用「精神障礙」(mental disorders)、「精神疾患」(mental illness)、「心智缺陷」(insane) 等名詞，IDC 認為均應修正為 CRPD 所採用的「心理社會

---

<sup>126</sup> Memorandum from the Tina Minkowitz. on Recognizing Forced and Coerced Psychiatric Interventions Against Women, Men and Children as a Harmful Cultural Practice (Aug.31, 2011).

<sup>127</sup> Sheila Wildeman, *Protecting Rights and Building Capacities: Challenges to Global Mental Health Policy in Light of the Convention on the Rights of Persons. with Disabilities*, 41 (1) J.L. MED. & ETHICS 48, 49-52 (2013)

<sup>128</sup> Press Release, World Network of Users and Survivors of Psychiatry & International Disability Alliance, *The Elephant in the Room – Involuntary Psychiatric Treatment and the WHO* (Oct. 2010).

<sup>129</sup> Freeman et al. *supra* note 12, at 844. 事實上，有學者對於 WHO 該手冊當中說明如何建構非自願治療的法律框架與規範提出質疑。參見：Wildeman, *supra* note 127, at 51-2.

障礙」一詞<sup>130</sup>。同時，IDC 針對特定的國際規範提出批評與質疑，主要包含 MI Principles、「聯合國囚犯最低待遇標準」(*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, SMR) 以及 ECHR 三者。在 MI Principles 的部分，根據該原則第 11 條規定，在同條第 6、7、8、13 及第 15 款的特殊情狀時，亦即有自傷傷人等危急情狀時，得未經心理社會障礙者同意的情況下執行治療，此等見解遭致 IDC 的反對與批評<sup>131</sup>。在 SMR 的部分，IDC 對於 2015 年修正前的第 82 條當中規定心理社會障礙者 (insane) 應交由監獄以外的心理衛生處遇機構執行處遇的觀點表達反對，其認為此舉係基於心理社會障礙而為歧視性待遇<sup>132</sup>。而 ECHR 最主要遭到質疑與批評之處，即為第 5 條所謂的「心神喪失」而為非自願住院與強制治療的規定，此規定被 IDC 認為不符合 CRPD 第 14 與第 19 條<sup>133</sup>。此外，對於聯合國相關文件解釋方面較為含糊與不清楚者，身心障礙團體亦要求其明確表達遵循 CRPD 委員會之立場。例如：IDC 便希望聯合國相關單位的報告當中，就針對非自願住院、強制治療之相關見解，能夠有更為清楚與堅定的反對立場，以維護心理社會障礙者的基本權利<sup>134</sup>。

對於 CRPD 與過去保障心理社會障礙者的國際規範比較，IDC 認為，既有的

---

<sup>130</sup> Memorandum from the Tina Minkowitz. on WNUSP Submission on Revision of the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners (Mar.14, 2011). [hereinafter Minkowitz, *WNUSP submission on Revision SMR*]

<sup>131</sup> Memoranda from International Disability Alliance, Mental Disability Advocacy Center & World Network of Users and Survivors of Psychiatry. on the UN Special Rapporteur on Torture on his upcoming thematic paper on torture in the context of healthcare (2012) [hereinafter International Disability Alliance, Mental Disability Advocacy Center & the World Network of Users and Survivors of Psychiatry, *Upcoming Thematic Paper on Torture in The Context of Healthcare*]; Memorandum from the Tina Minkowitz. on Persons with Psychosocial Disabilities and the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners (2012).

<sup>132</sup> Minkowitz, *WNUSP submission on Revision SMR*, *supra* note 130; Memoranda from World Network of Users and Survivors of Psychiatry Statement on Review of the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners (2012).

<sup>133</sup> Memoranda from International Disability Alliance. on Position Paper on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and Other Instruments (Apr.25, 2008).

<sup>134</sup> International Disability Alliance, *Upcoming Thematic Paper on Torture in The Context of Healthcare*, *supra* note 131.

國際規範相對於 CRPD 之規定不盡然完善與周全，可以說是落後的「舊版本」，故應以 CRPD 見解為準，亦即完全禁止非自願住院與強制治療措施<sup>135</sup>。而對於與 CRPD 有所抵觸的國際規範，均應加以廢止或修正，以符合 CRPD 及其官方文件對於身心障礙者權利保障的規範。

### 三、落實與推動 RJ 與創傷知情<sup>136</sup>

倖存者觀點認為，心理社會障礙者不論是在發病前或是治療過程中都受到社會文化與精神醫療體系的不公平對待。此等不公平對待包含社會大眾對於心理社會障礙者的汙名化與歧視，以及精神醫療系統所賦予之診斷加以標籤化心理社會障礙者，進而採取機構化的方式剝奪當事人在行動與決策方面的自主權。IDC 認為，傳統的醫療模式過度著重於心理社會障礙者的缺陷、不足，以及是否符合診斷標準所描述的症狀，而忽略心理社會障礙者身而為人的心理社會需求。在這些看似給予幫助，實際上對當事人而言卻是恐怖、無助、難以掙脫與永不見天日的隔離與社會監控之中，對於心理社會障礙者的身心造成莫大的傷害。因此除了推動去機構化、反對非自願住院與強制治療以外，亦應對於這些受到既有醫學處遇傷害的心理社會障礙者，透過修復式司法（RJ）、創傷知情（Trauma Inform）的照顧模式，除了恢復其原本所具備的權利，更強調修復其因非人道待遇所造成的生理與心理傷害<sup>137</sup>。

### 四、強制社區處遇並非強制性機構處遇的替代品

在社區處遇方面，IDC 亦採取完全保障心理社會障礙者的立場。以 IDA 與 WNUSP 所發佈的文件為例，該文件中表明倘若採取所謂「強制性社區處遇」，諸如英國的社區治療命令，這樣做法的傷害程度「不亞於強制性機構處遇措施」。

<sup>138</sup>倖存者運動推動者 Judy Chamberlin 表示，所謂的強制社區治療係一藉由國家

---

<sup>135</sup> International Disability Alliance, *supra* note 134.

<sup>136</sup> Minkowitz, *WNUSP submission on Revision SMR*, *supra* note 130.

<sup>137</sup> ÉVA SZELI, *Mental Disability, Trauma, and Human Rights.*, in *TRAUMA& HUM.RTS.* 207. (Lisa D. Butler et al. eds., 2019).

<sup>138</sup> Press Release, Daniel Hazen& Tina Minkowitz, *A Discussion Paper on Policy Issues at the Intersection of the Mental Health System and the Prison System* (2013). *See also* International Disability

法律體系，將精神醫療的觸角從以往的機構內拓展至一般社區當中控制心理社會障礙者的機制，強制社區治療被認為是一種變向且更為密集的醫療控制機制<sup>139</sup>。基於上開見解，IDC 認為的社區處遇措施，應朝向完全去機構化與獨立生活的模式，並遵循 CRPD 既有規定（尤其是第 14、15、19 條）加以推動，不然將強制住院治療改為強制社區處遇只不過是「換湯不換藥」，其嚴重性與傷害程度站在 IDC 的立場來看可謂「有過之而無不及」。

## 貳、學者專家見解

相較於身心障礙團體對於 CRPD 的支持立場，學者專家間的立場不一而足。以下就學者專家之間支持肯認、具有爭執處及其所提出的解決方案三者進行分析。

### 一、支持與肯認之處：CRPD 保障心理社會障礙者之權利

諸多學者專家均同意，CRPD 對於身心障礙者的權利保障措施確實有所突破與助益，雖然 CRPD 像一個「問題小孩」，但依然肯認其確立心理社會障礙者的資源近用、健康權、隱私權等基本權利保障有所突破與進展<sup>140</sup>。此外，CRPD 亦可喚起社會大眾對於心理社會障礙犯罪者議題的重視。致力於心理社會障礙犯罪議題研究的紐約法律學院（New York Law School）教授 Michael L. Perlin 認為，透過 CRPD 的制定，可促使「隱身在牆壁後面的議題」被迫現身，是對抗精神正常主義的最為佳武器<sup>141</sup>。同時，CRPD 亦可成為治療型司法（Therapeutic Justice, TJ）銜接的橋樑，將治療處遇觀念相容於既有的司法體系之中。

---

Alliance, Mental Disability Advocacy Center& the World Network of Users and Survivors of Psychiatry, *Upcoming Thematic Paper on Torture in The Context of Healthcare*, *supra* note 131; Memorandum from the International Disability Alliance& World Network of Users and Survivors of Psychiatry. on Submission to the Sub Committee on Prevention of Torture for Thematic Discussion on Mental Health and Places of Deprivation of Liberty (Feb.22, 2012).

<sup>139</sup> JUDY CHAMBERLIN, *Introduction to the New Edition of On Our Own*, in *ON OUR OWN*, xi, xv (2nd ed. 2004).

<sup>140</sup> Paul S. Appelbaum, *Saving the UN Convention on the Rights of Persons. with Disabilities – from itself*, 18 (1) *WORLD PSYCHIATRY* 1, 1 (2019).

<sup>141</sup> Michael L. Perlin, “*There Must be Some Way Out of Here*”: *Why the Convention on the Rights of Persons with Disabilities is Potentially the Best Weapon in the Fight Against Sanism*, 20, *PSYCHIATRY, PSYCH. & LAW* 462 (2002).

## 二、爭執之處：名詞定義含糊、法律能力與非自願治療之爭

然而，CRPD 委員會對其條約所採行的激進立場與見解也激起不少學者專家之間的論戰。主要爭執之處在於，CRPD 與後續發布相關指引對於本身具備高度爭議性概念（如：有關歧視、平等之定義）採取廣泛與武斷的解釋方式，使其偏離現實考量而難以貫徹與落實。在刑事法律方面的爭議，則係學者間就「精神障礙抗辯事由」與「刑事監護處分」二者的存廢與否持不同意見。以下就此議題的主要論述學者：法學者 Christopher Slobogin、WNUSP 的重要人物 Tina Minkowitz，以及 TJ 的重要推動者 Michael L. Perlin 三位之見解進行分析，次之輔以其餘學者提出之論點進行分析與梳理，並適度援引臨床醫療之觀點做為參照。

### （一）Christopher Slobogin：希望折衷，但前後矛盾的見解<sup>142</sup>

法學者 Christopher Slobogin 在其著作 *Minding Justice*<sup>143</sup> 當中，將刑事司法系統區分為「處罰模式」(punishment)、「預防模式」(prevention) 以及「保護模式」(protection) 三者。處罰模式係基於行為人過去的行為而施以痛苦的處罰，使其為自身行為負責、改過向善；預防模式則係基於行為人未來的犯罪風險，透過治療等處遇模式，基於公共安全觀點，避免再犯。保護模式則是著重於個體位於當下時點的自主性與決策能力，既不看過去也不留意未來的因素<sup>144</sup>。而心理社會障礙者在上開三種模式當中所處的位置與角色都不相同：在懲罰模式中扮演著「減輕處罰者」、在預防模式中扮演著「再犯風險因素」的角色，至於在保護模式中則意味著「無能力」的角色。Slobogin 認為，CRPD 並沒有要消除刑事司法系統當中的任何模式，或是改變心理社會障礙者在該系統所扮演的角色，而是希望心理社會障礙者在三種不同的模式當中能夠加以融合，並非單一線性地認定其角色位置。以下分別就其對於精神障礙抗辯事由、刑事監護處分與法律能力方面的論述進行整理與分析。

---

<sup>142</sup> Christopher Slobogin, *Eliminating Mental Disability as a Legal Criterion in Deprivation of Liberty Cases: The Impact of The Convention on The Rights. of Persons with Disabilities on The Insanity Defense, Civil Commitment, and Competency Law*, 40 L. & PSYCH. REV. 297 (2016).

<sup>143</sup> CHRISTOPHER SLOBOGIN, *The Insanity Defense*, in MINDING JUSTICE 23, 51-58 (2006). [hereinafter SLOBOGIN, *Minding Justice*]

<sup>144</sup> *Id.*, at 303.



## 1.精神障礙抗辯事由應當廢除，但尊重刑事監護處分的存在

對於精神障礙抗辯事由的存廢，Slobogin 提出整合主義（integrationist）的觀點，氏認為當前刑事審判攻防的主觀意圖（*mens rea*）與積極抗辯（主張其係自我防衛、受到脅迫或挑釁）已可涵蓋心理社會障礙者的主觀意圖檢驗，所謂的「精神障礙抗辯」似乎已經沒有存在的必要。其所提出的檢驗要件包含：一，缺乏客觀上的心理狀態、跡象或導致犯罪的要素（result element of the crime）存在；二，相信事件真實存在，其行為並非基於犯罪目的；三，相信事件真實存在且自身受到該事件所脅迫；以及四，行為人並無意識到自身行為觸犯刑事法律，且本身無避免治療之故意，亦無意識到若不接受治療處遇會導致犯罪事件發生<sup>145</sup>。

換言之，Slobogin 認為心理社會障礙者所為之犯罪行為基於其主觀認定係一真實存在的受威脅情狀，可藉由自我防衛、受到脅迫等其他事由而減輕或免除其刑。同時，對於明知自身須接受藥物治療卻不接受治療，而後導致犯罪行為發生的心理社會障礙者，Slobogin 基於 CRPD 要求刑事法律基於障礙中立學說，以及自身整合主義的觀點而認為，不應區分究竟係因酒醉或使用精神活性物質，或係當事人未就醫或定期服藥所致生的犯罪行為，上述之行為人均應負起完全刑事責任。

## 2.「刑事司法優先原則」("criminal justice primacy" principle)

雖然 Slobogin 支持廢除精神障礙抗辯事由，但仍「尊重」保留刑事監護處分制度，此舉應如何解釋？Slobogin 基於「刑事司法優先原則」，認為在缺乏管轄權（lacks jurisdiction）、無可避免（undeterrable），以及另外兩種特殊情狀：傳染病防治或基於抗制犯罪（enemy combatants）之情況下，才可對個人施以限制人身自由的處遇措施<sup>146</sup>。Slobogin 認為在此情況下受到人身自由限制者，無論係一般人或心理社會障礙者，均係基於生理健康、國家、種族與文化因素而為之<sup>147</sup>，並非針對身心障礙者，便無違反 CRPD 之虞。同時，為避免國家無限上綱而濫用

---

<sup>145</sup> *Id.*, at 56.

<sup>146</sup> Slobogin, *supra* note 142, at 311.

<sup>147</sup> 然而此種基於國家與族裔而為之特殊處遇，吾人認為有可能違反其他國際人權法規範。惟此部分並非本文主軸，故僅於註解處點出問題意識。

上開處遇權力，預防性限制人身自由處遇措施需符合「風險相稱原則」(risk proportionality principle)與「最不激烈原則」(least drastic means principle)二者。前者係指所實施的拘束人身自由行為必須與其所造成的風險情狀相符，不得過當；後者則要求政府仍應採取最低拘束人身自由的處遇措，可以社區處遇為原則達成特別預防目的便不應採機構處遇措施，如此一來即與 CRPD 要求國家最低限度控制與干預對於心理社會障礙者及其社區處遇之精神相呼應<sup>148</sup>。

### 3.法律能力：「基本理性與基本自我核心」檢驗原則

Slobogin 對於法律能力的觀點部分與 CRPD 不同，他提出所謂的「基本理性與基本自我核心」檢驗原則 ("basic rationality and basic self-regard" test)，也就是說，心理社會障礙者所為決策的範圍必須不違反基本的人世間的社會倫常信念 (basic rationally) 以及其決策係出自於自我保護 (self-preservation) 才可為之。換言之，Slobogin 對於心理社會障礙者的法律能力並非採取完全平等的形式，對於嚴重發病而幾乎完全不具備自我決策或自理能力之人，依然可適度限制其法律能力，氏認為這麼做是為了保障心理社會障礙者的人性尊嚴與人格完整性。

綜合而論，可以看出 Slobogin 希望在基於現實面的考量下，盡最大程度賦予心理社會障礙者法律能力，融合了反對 CRPD 與支持 CRPD 雙方的論述，並基於自身支持廢除精神障礙抗辯事由的觀點提出所謂的「整合主義」，希冀作為一可行的解決方案。然而，Slogin 的「努力」並沒有受到青睞，反而遭致 Minkowitz 與 Perlin 的批評。

#### (二) Tina Minkowitz：堅決反對任何精神障礙抗辯事由與非自願處遇<sup>149</sup>

相較於 Slobogin 的折衷立場，Minkowitz 身為 WNUSP 的重要成員，核心立場不難想像。在其論著中強調，所謂的精神障礙抗辯事由、無受審能力以及司法精神醫學處遇措施等，均係基於身心障礙者所為的歧視行為；基於心理社會障礙而認定當事人無罪而執行刑事監護處分，上開行為均違反 CRPD GC1 所謂平等法律能力的規定<sup>150</sup>。對於 Slobogin 的折衷立場，Minkowitz 肯定他在廢除精神障

<sup>148</sup> Slobogin, *supra* note 142, at 313.

<sup>149</sup> Minkowitz, *Rethinking Criminal Responsibility*, *supra* note 64.

<sup>150</sup> *Id.*, at 444-5

礙抗辯事由方面對於維護心理社會障礙者法律能力上所做的努力，然亦同時批評其立場「不夠堅定」，尤其是對於後續所提出的刑事司法優先原則，該原則同意在無刑罰可能性的情況下例外將其送交精神醫療機構接受處遇，Minkowitz 認為此舉毫無疑問是對心理社會障礙者的歧視行為<sup>151</sup>。Minkowitz 堅持任何刑罰以外的處遇措施，對於心理社會障礙者而言都是一種歧視、酷刑與凌虐等侵害人權作為。此見解不僅針對 Slobgin 的見解，亦對於 2015 年修正前的 SMR 第 82 條以下規定可將心理社會障礙者移交至其他適當處所接受處遇的規定表達反對意見，認為這種所謂的復歸與矯正哲學（rehabilitative and correctional philosophies）不符合 CRPD 的精神而應加以廢除<sup>152</sup>。

Minkowitz 對於所謂 TJ 的概念亦採取保留態度，她認為 TJ 依然對於心理社會障礙者施以其不願接受的非自願處遇措施而受到批評與質疑，並援引 Perlin 的研究支持自己的見解<sup>153</sup>。整體而言，Minkowitz 所提出的法律框架概念是統合 RJ 與 Slobgin 的觀點而來，其見解可綜整為以下四點。

### 1. 改善發現意圖的要素（As part of a finding of intent）

在刑事犯罪的主觀構成要件當中，需取得被告對其被指控為刑事犯罪的行為的看法、信仰和世界觀，以此為基準加以判斷行為人的主觀構成要件，而非採用鑑定的方式加以確認當事人的心智能力。在瞭解行為人的主觀想法後，若認為其行為不構成刑法之要件時，應無條件釋放當事人。然就上開瞭解行為人感受與想法的過程中，仍需要持續性地透過各種方式加以消除既定的刻板印象和偏見而造成判斷基準不夠客觀公正的問題。

### 2. 建立對心理社會障礙者可非難體系

Minkowitz 認為，所謂的心智多樣性（Mental Diversity）及其對於外在環境的感知能力差異並不意味著心理社會障礙者犯罪得以藉此逃脫法律制裁，因為這麼做便象徵著心理社會障礙者與主流群體脫離、毋庸為其行為負責的問題。氏認為

---

<sup>151</sup> *Id.*, at 439.

<sup>152</sup> *Id.*, at 453-4.

<sup>153</sup> *Id.*, at 437-8.

真正的解決方法應當建立更為周全、容納心理社會障礙者世界觀的可非難體系<sup>154</sup>。

### 3. 刑事程序應合理調整，且不應有特殊審判程序與處遇措施

在任何形式的犯罪與刑事辯護中，均應藉由合理調整的方式將無歧視原則加以落實。不應有任何所謂的基於心智能力而採取所謂「精神障礙抗辯」、「心智缺陷」而加以否定行為人的責任能力與受審能力，進而剝奪當事人於法庭進行攻防、辯護的機會。在訴訟程序中亦禁絕任何有關所謂基於診斷或心智能力鑑定的專家意見供述與諮詢，在刑事執行面應完全禁絕所謂的司法精神醫學處遇機制。

### 4. 替代性紛爭解決機制的適用

Minkowitz 認為，心理社會障礙者可在修復式正義的精神與修復圈的運作模式下，在一定程度內替代自由刑或社區執行的刑事制裁機制。在修復過程中使行為人知悉其行為對於被害人與社區所帶來的傷害，共同商議可行的修復方案。修復團體運作過程當中並不強調障礙標籤與其對於行為人造成的困擾與痛苦，而是在此過程中可以分享心理社會障礙者獨特的生活經驗與感受，與被害人、社區進行對話，知悉彼此的需求，促進心理社會障礙犯罪者復歸社會。此等修復式團體的帶領者與修復促進者必須是具備批判性心理社會障礙觀點（critical psychosocial disability perspective）背景者擔任，而非由其他背景與學派之修復促進者帶領團體<sup>155</sup>。

#### （三）Michael L. Perlin：治療型司法的奉行者<sup>156</sup>

相較於 Slobogin 與 Minkowitz 均反對精神障礙抗辯事由，Perlin 基於 TJ 的觀點，認為精神障礙抗辯事由是治療的起點，不應恣意廢除。在其文中分別對 Slobogin 與 Minkowitz 的見解提出質疑與批判。

#### 1. 荒謬的理由也可以成立自我防衛？

Perlin 認為 Slobogin 主張「心理社會障礙者基於個人確信而為之犯罪行為可

<sup>154</sup> 原文為：more holistic exploration of blameworthiness that is informed by a disability perspective to more closely approximate the goal of being judged by a jury of one's peers.

<sup>155</sup> Minkowitz, *Rethinking Criminal Responsibility*, supra note 64, at 458-9.

<sup>156</sup> Michael L. Perlin, "God Said to Abraham/Kill Me A Son": Why the Insanity Defense and the Incompetency Status are Compatible with and Required by The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Basic Principles of Therapeutic Jurisprudence, 54 AM. CRIM. L. REV. 477 (2017).

以自我防衛或受到脅迫等阻卻違法事由加以抗辯」是無稽之談。Perlin 舉例：倘若當事人主張基於「為了避免世界被摧毀」、「因為上帝叫我射殺某人」而主張所謂自我防衛或受到脅迫，在法律上都是無法成立的。另一方面，雖然精神正常主義者可能會利用精神障礙抗辯事由壓迫心理社會障礙者，但大部分重大犯罪都與精神障礙抗辯事由無涉；即便行為人成立精神障礙抗辯事由，也不代表當事人就需要長期接受機構處遇，若僅認為心理社會障礙者會受到歧視與不人道待遇而主張廢除精神障礙抗辯事由，理由並不夠具體充分。

此外，Perlin 對於 Slobogin 認為明知須接受治療但卻沒有定期回診服藥的心理社會障礙者亦應以完全刑事責任能力論處的觀點是錯誤的。Perlin 表示，此舉一方面違反 CRPD 與內國法律對於心理社會障礙者有權拒絕治療的權利，亦未考量到將心理社會障礙者本身的主觀能力已經受到症狀干擾受損的情狀，與「酒醉或刻意服用精神活性物質」同等視之在觀念上有所誤解。

## 2. 重點不在於「精神障礙抗辯事由廢除與否」而是在「落實良好的處遇措施」

Minkowitz 堅持認為應廢除任何基於心理社會障礙所為的審判與處遇程序，Perlin 認為這是放錯重點。Perlin 以為，會造成心理社會障礙者限制人身自由處遇遠比其所犯之罪高出許多，並不單純是精神障礙抗辯事由的問題。真正的核心應在於精神障礙抗辯事由之後有關收容、治療與處遇制度的問題，這才是問題的癥結與我們所應關注之所在。心理社會障礙者之所以受到長期人身自由的剝奪，Perlin 認為除了上開提及的制度性因素以外，受處分人因其病症嚴重而失去回應與爭取權利的能力亦為因素之一。因此，若要解決此等問題，建立尊重人權的治療程序並給予治療才是最有效的方案。

整體而言，Perlin 認為單純主張所謂的「廢除精神障礙抗辯事由」並無助於改善當今心理社會障礙者在各種機構（包含監獄與司法精神醫院在內）的處境，甚至很有可能因為特殊處遇機構的廢除，讓這些人回到監獄反而可能使其遭受更不人道的待遇與折磨。Perlin 表示，TJ 在此所扮演的角色便在於改善心理社會障礙者的生活與情緒，並給予必要的心理支持。在 Perlin 所主張的 TJ 觀點中，精神障礙抗辯事由本質上就是治療的一種（也可以認為是治療的開端），搭配公平公

正的程序，以免當事人接受非必要的治療而受到傷害。對於無罪但收容於司法精神機構接受處遇者，TJ 也會持續監督並改善收容人的福祉。

#### (四) 其餘學者：重點在實質權利保障，不應拘泥於文字

除了上開三位學者的不同見解，其餘學者亦提出自身觀點。首先是 Meron Wondemaghe，氏統整 Slobogin、Minkowitz 與 Perlin 的觀點，就精神障礙抗辯事由提出個人的見解。Wondemaghe 的主要論點有三：一，精神障礙抗辯事由是基於心理社會障礙而來的說法並不完備；二，反對將心理社會障礙者未依醫囑服藥的情形與原因自由行為同等視之；三，心理社會障礙無論如何都是論罪科刑的考量範疇，名詞的差異與否無助於真正解決歧視問題。

Wondemaghe 以外的學者專家們大多對於廢除精神障礙抗辯事由見解持懷疑態度，諸多學者認為心理社會障礙者權利保障的重點並不在於精神障礙抗辯事由的刪除與否<sup>157</sup>。對於行為人的行為意圖、動機與目的均須審酌個人心智狀態而認定，難以將個人心智狀態排除在法律體系之外。有論者甚至論道「只有落後的法律系統 (impoverished legal system) 才會揚棄以心智能力做為犯罪行為評估基礎的方式」<sup>158</sup>。事實上，瑞士在早年曾經採行放棄「精神障礙抗辯事由」的做法，不過心理社會障礙者依然會經由精神科醫師為鑑定評估，後續送交司法精神醫院接受處遇，近年來亦出現恢復精神障礙抗辯事由的聲浪<sup>159</sup>。CRPD 當中所採取的見解僅係在表面上將所謂的「心理社會障礙」給消除，實質上並沒有解決障礙與歧視的問題，甚至有可能因此使得原本顯而易見的歧視與偏見，反而因其見解而內隱至社會脈絡之中更難以察覺與處理。CRPD 現今的觀點與處理方式可謂「治標不治本」，更會因為單純留意是否在字面上刪除「精神障礙抗辯事由」，而使得

---

<sup>157</sup> Donna Marie McNamara, *The Insanity Defense, Indefinite Detention and the UN Convention; The United Nations Convention on the Rights of Person. with Disabilities and Mental Health Law*, 41 (1) DUBL. UNIV. LAW J. 143, 152 (2018).

<sup>158</sup> *Id.*, at 73.

<sup>159</sup> See Piers Gooding & Tova Bennet, *The Abolition of the Insanity Defense in Sweden and the United Nations Convention on the Rights of Personw with Disabilities: Human Rights Brinkmanship or Evidence It Won't Work?* 21 NEW CRIM. L. REV. 141 (2018).

實質上保障心理社會障礙者在審判與執行方面的權利措施受到忽視<sup>160</sup>。上開觀點與 Perlin 的見解不謀而合，亦即認為心理社會障礙犯罪者的權利保障議題並不在於精神障礙抗辯事由與刑事監護制度的存廢，而係在於如何保障其在偵查、審判與執行中所擁有的基本權利才是重點所在。

### （五）臨床觀點：完全自願處遇的兩難與無助

基於刑事監護處分的特殊性，除應留意刑事司法方面的解釋與觀點以外，亦需整合精神（心理）衛生與精神醫學界對此議題的爭執與見解看法。在此，將以 Freeman 醫師為首的精神科醫師的反對見解為例，加以分析反對見解的觀點。

Freeman 等醫師認為，CRPD 委員會的解釋反而可能傷害心理社會障礙者。在緊急情況下，非自願性治療可避免患者由於精神病性症狀（幻聽、幻覺、妄想等）所引起的自我傷害行為，以保全性命。然若按照 CRPD 委員會觀點加以解釋，醫事人員無從介入處置，反而可能使患者的生命受到威脅；在「自傷傷人」的解釋上，Freeman 等醫師表示，所謂的「危險」概念與治療處置是兩件事情，前者係基於社會治安考量而為之決定，後者則係針對臨床處遇的決策範圍。然在 CRPD 委員會的解釋中並未將上開二者明確區分而混為一談。在廢除精神障礙抗辯事由方面，Freeman 等醫師則認為若無當今的要件檢證基準，可能會惡化目前社會上對於心理上會障礙者的歧視問題<sup>161</sup>。而在患者個人的意願與偏好的解釋上，英國精神科醫師 George Szmukler 表示，如何依據公約第 12 條第四點的符合當事人的意願與偏好（will and preference）？就字彙意義而論，will 是一種自我管理與克制之意，其意境高於主觀選擇的偏好（preference）。此等情形一旦發生在心理社會障礙者在發病前（will）與發病當下（preference）所做的決策不同時，究應採取哪一個為主？此時便會產生矛盾<sup>162</sup>。

### 三、解決方案

學者專家對於 CRPD 所造成的爭議，大多依然係朝向較為保守與中立的方

<sup>160</sup> McNamara, *supra* note 157, at 154.

<sup>161</sup> Freeman et al., *supra* note 12, at 844.

<sup>162</sup> George Szmukler, “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 18 WORLD PSYCHIATRIC 34, 38-9 (2019).

向進行修正或調整為之。在刑事司法體系方面，多數學者認為真正的重點不在於廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護處分，因為即便這麼做，心理社會障礙的因素在審判時仍須納入考量，並無實質助益，還可能因為過分拘泥於文字的使用，而忽略實質上對心理社會障礙者所應採行的權利保障措施，反而違背 CRPD 保障心理社會障礙者的初衷。在臨床觀點方面，亦希冀保留非自願住院與強制治療措施<sup>163</sup>，或是在決策機制上能夠兼容替代性決策與支持性決策機制<sup>164</sup>。

對於 CRPD 對於當今刑事監護與精神醫療所造成的困境解方，精神醫學界有不同的看法與觀點。較為保守的見解諸如 Appelbaum 所提出 CRPD 問題的三種可能解決方式：忽略、另行解釋以及修正 CRPD。然在上開三種方式之中，似乎只有忽略的方式最為有效。因無論如何重新解釋，CRPD 委員會依然不會改變既有的強硬態度；若要修改 CRPD 條約本文，則門檻與成本均過高而不切實際<sup>165</sup>。另一見解則為 Szmukler 所推廣的「融合主義」(fusion law)。此觀點認為，心理社會障礙與生理疾病之病患二者應基於同等地位視之，不應認為其缺乏能力或具有自傷或傷人風險而將其臨床決策能力另當別論<sup>166</sup>。此等見解與後續提及 2023 年 WHO 與 OHCHR 所發佈的最新精神衛生立法指引的精神部分類似。然 Szmukler 的論述中仍然具備決策能力的色彩，故與 CRPD 見解仍有所出入。此外，Szmukler 也承認融合主義對於民事精神科強制處遇措施較有幫助，若係同時涉及個人權利保障與社會安全防衛觀點的刑事監護制度，融合主義所能做的依然有限<sup>167</sup>。

---

<sup>163</sup> John Dawson, *A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD*, 40 INT. JOUR. OF L. & PSYCHIATRY 70, 72-5, (2015).

<sup>164</sup> Matthé Scholten & Jakov Gathe, *Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for Persons with mental disabilities and an alternative way forward*, 44 J. MED ETHICS 226, 230-2 (2018).

<sup>165</sup> Appelbaum, *supra* note 140.

<sup>166</sup> John Dawson & George Szmukler, *Fusion of mental health and incapacity legislation*, 188 BRIT. J. OF PSYCHIATRY 504, 504 (2006).

<sup>167</sup> George Szmukler, *Offenders with a Mental Impairment Under a 'Fusion Law': Non-Discrimination, Treatment, Public Protection*, 26 INT. J. MENT. HEALTH AND CAPACITY L. 1, 35-51 (2020). [hereinafter Szmukler, *Offenders Under a Fusion Law*]

## 參、不同國際規範的立場與見解

由於 CRPD 涉及心理社會障礙者諸多基本權利面向，在刑事監護處分論述方面非由 CRPD 委員會獨佔一方。有論者指出，在聯合國人權理事會 (Human Right Council, HRC)、聯合國反酷刑特別委員會對於 CRPD 當中完全賦予心理社會障礙者法律能力與禁止非自願治療的處遇措施立場有所不同<sup>168</sup>。以下便分別就 HRC、ICCPR、CAT、SMR，以及 ECHR 三者對於非自願住院與強制治療的見解與態度，以及近來 WHO 對於精神 (心理) 衛生議題態度之轉變部分進行分析。

### 一、HRC 見解

HRC 之見解可從心理衛生與人權 (mental health and human right) 年度報告當中窺知一二。從 2017、2020 與 2023 年的報告書中來看，大多傾向採取 CRPD 的見解與立場。諸如在 2017 年的報告書當中明確提及條約監督機構 (treaty bodies) 應落實 CRPD GC5 之規範，監督聯合國會員國落實社區處遇與去機構化制度<sup>169</sup>、承認 CRPD 對於去機構化以及基於人權保障的典範移轉觀點<sup>170</sup>。2020 年開始，則開始出現與 WHO 共同合作的跡象，報告書當中提及接受 WHO 的「人權品質倡議」(QualityRights) 相關計畫與政策內容<sup>171</sup>、承認 WHO 對於公共衛生議題的國際領導地位、肯認 WHO 所推動的「2013-2030 全面性心理健康行動計畫」(Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030)<sup>172</sup>，並就生理健康與心理健康議題關注程度、投入研究與處遇資源的落差表達關切<sup>173</sup>，亦要求 WHO 於 2021 年世界衛生大會之前，就 CRPD 與健康議題進行單獨議案討論<sup>174</sup>。除此之外，2020 年的報告書亦肯認反酷刑特別調查委員會將「心理虐待」(psychological torture) 的概念納入人權法的概念當中<sup>175</sup>，並呼籲締約國應廢除所有違反心理社

<sup>168</sup> Szmukler, *supra* note 162, at 34.

<sup>169</sup> H.R.C. Res. 36/13, U.N. Doc. A/HRC/RES/36/13, at 2 (Oct. 9, 2017).

<sup>170</sup> *Id.*

<sup>171</sup> H.R.C. Res. 43/13, U.N. Doc. A/HRC/RES/43/13, at 2 (Jul. 1, 2020).

<sup>172</sup> *Id.*, at 4.

<sup>173</sup> *Id.*, at 3.

<sup>174</sup> *Id.*, at 5.

<sup>175</sup> *Id.*, at 4.

會障礙者自主決定、違反其意願與偏好以及導致權力不對等、歧視、污名等違反人權法律的心理健康政策與法律制度<sup>176</sup>。2023 年的報告書內容則與 2020 年大致相同<sup>177</sup>。

整體而言，HRC 之觀點立場與 CRPD 見解相呼應，並整合既有的國際人權法規範與 CRPD 交互參照，共同構築出心理社會障礙者的人權保障框架。自 2020 年起，亦就心理健康與人權保障議題開始與 WHO 共同商議，突破以往醫療觀點與人權觀點對立的局面，希望能夠攜手並進。此等局面也促使 WHO 於 2023 年發布新版的精神衛生相關法律指引與 2005 年的版本有很大的不同，此部分將於「五、WHO 對於精神衛生議題觀點的轉變」說明。

## 二、ICCPR：第 35 號一般性意見書

ICCPR 當中有關心理社會障礙者的人身保障指引主要於 2014 年所發佈的第 35 號一般性意見書（GC35）當中進行說明。該意見書除了重申不得對於心理社會障礙者非法逮捕與拘禁以外，並表示強制住院措施係對於個人內在固有權利的侵害，建議締約國應發展社區處遇模式做為替代方案。然而，ICCPR GC35 與 CRPD 的相關見解不同之處在於，ICCPR GC35 認為，基於比例原則且係為了避免心理社會障礙者傷害自己或他人時，仍可在未取得心理社會障礙者知情同意的情況下拘束其人身自由，然應給予當事人法律上的救濟渠徑。而在刑事監護處分方面，ICCPR GC35 表示，締約國應斟酌受處分人所犯之罪輕重與再犯可能性加以決定，且應由獨立機關定期審酌受處分人有無繼續執行之必要，不得在無上開處遇目的的情況下，以民事處遇為由繼續延長當事人在監期間<sup>178</sup>。

整體而論，相較於 CRPD 委員會極端且無協商餘地之見解，ICCPR 的見解較為務實與具體，依然允許締約國對於心理社會障礙者執行非自願住院、強制治療以及基於預防再犯目的的刑事監護處分。然而，上開限制人身自由的處遇措施必須於法有據、符合比例原則，且不得毫無理由地延長處遇期間，而刑事監護處分亦應定期由獨立機關進行審查。此等見解較為貼近當前主流國家與學者專家們

<sup>176</sup> *Id.*, at 5.

<sup>177</sup> H.R.C. Res. 52/12, U.N. Doc. A/HRC/RES/52/12 (Apr. 13, 2023).

<sup>178</sup> U.N. H.R.C., *General comment No. 35*, ¶ 21. U.N. Doc. CCPR/C/GC/35 (Dec.12, 2014).

的見解。

### 三、非自願住院與強制治療構成酷刑？

反酷刑特別委員會對於心理社會障礙者處遇措施的相關見解，除上開提到 2008 年所發布之文件以外，另於 2013 與 2016 年均有相關文件可一覽其見解。首先是 2013 年特別調查委員 Juan E. Méndez 於聯合國大會中所提出的報告。此份報告中認同以 CRPD 取代既有的 MI Principles 規定，對於心理社會障礙者的權利保障同時觀察 CRPD 的見解以及 ECHR 對於非自願性住院的態度。該文件表示，參酌 ECHR，國家對心理社會障礙者施行非自願住院與強制治療程序，必須係基於自傷或傷人的緊急狀態且行為人處於「心智異常」(unsound mind) 才可為之<sup>179</sup>。此見解乍看之下似乎同意緊急情況的非自願住院與強制治療，然在該報告的結論中，依然表達應推動完全知情同意在於重申應廢除精神科強制治療處遇措施、落實社區處遇制度，堅決反對未經當事人同意的精神科治療與拘束人身自由措施<sup>180</sup>。

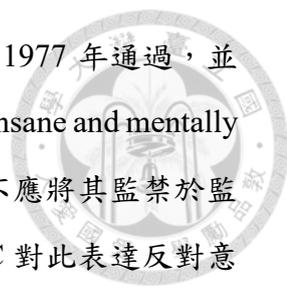
然 Juan E. Méndez 的見解並不能夠代表反酷刑特別委員會的全體意見。事實上，在 2016 年由酷刑特別調查委員會所發出的國家申訴案調查結論報告中，除了對於單獨拘禁表達完全禁止的意見外，對於非自願住院與強制治療措施則給予緩衝空間。該文件表示對於緊急情況下的非自願住院與強制治療提出檢驗要件：必須在當事人不具備「理解攸關個人生命安全與人格完整性的資訊」、「明白對於醫療處遇手段的意義、目的與影響性」以及「有效與他人溝通的能力」時，才可在不經當事人同意的情況下施以治療。同時，醫事人員應進行事後報告 (debriefing) 機制、賦予當事人合法救濟途徑，並非完全將非自願住院與強制治療類型均認定為酷刑<sup>181</sup>。

---

<sup>179</sup> U.N. H.R.C., *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*, ¶ 69. U.N. Doc. A/HRC/22/53 (Feb. 01, 2013).

<sup>180</sup> *Id.*, ¶ 85 (c).

<sup>181</sup> U.N. Sub Comm. on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, *Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the Rights of Persons institutionalized and treated medically without informed consent*, ¶ 14, U.N. Doc. CAT/OP/27/2 (Jan.26, 2016).



除 CAT 外，與刑事監護處分有關者則為 SMR。該準則於 1977 年通過，並於 2015 年修訂。在舊版本 B 部分「心智缺陷與異常受刑人」(Insane and mentally abnormal prisoners) 第 82 點規定，對於心智缺陷者 (insane) 不應將其監禁於監獄設施內，而應轉介至精神衛生機構接受處遇。如同前述，IDC 對此表達反對意見，並由 CRPD 委員會向反酷刑特別調查小組提出修正意見<sup>182</sup>。SMR 於 2015 年修正時，將 B 部分更名為「精神障礙及／或健康問題之受刑人」(Prisoners with mental disabilities and/or health conditions)，對於心理社會障礙者收容於監獄內的規定做了些許文字調整。修正後的條文第 109 條規定，倘若心理社會障礙者狀況惡化或其情狀不適合收容於監獄時 (for whom staying in prison would mean an exacerbation of their condition)，才應將受刑人送交精神衛生處遇機構。從條文語句結構方面觀察，修正後的 SMR 確實有受到 CRPD 的影響，然基於現實執行層面考量，條文當中限縮於「惡化或不適合收容於監獄」才可送交精神衛生機構，而非完全禁絕將受刑人送交精神衛生機構。

#### 四、ECHR 見解

除聯合國的國際規範以外，在歐洲最主要的人權公約係由歐洲理事會所發佈之 ECHR。根據該公約第 5 條規定，心理社會障礙者只有在「心智異常」(unsound mind) 的情況下，才可適度限制與剝奪人身自由。有論者將過去歐洲人權法院判決整理出剝奪心理社會障礙者人身自由的裁量基準，分別為「由臨床診斷患有精神障礙症」、「由於此等精神障礙症因素而需剝奪其人身自由」、「剝奪人身自由期間應嚴加限制」三大內涵<sup>183</sup>。整體而論，ECHR 依然允許在緊急強況下剝奪心理社會障礙者的人身自由，與 CRPD 禁止基於個人狀態差異 (如：心神喪失) 加以限制其人身自由的觀點相左<sup>184</sup>。

---

<sup>182</sup> Memoranda, Comm. Rts. Pers. Disabilities, Observations on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners prepared by Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, U.N. Doc. CRPD/SMR (Nov.20, 2013).

<sup>183</sup> Tim Opgenhaffen, *Deprivation of Liberty in Care. An ECHR and CRPD Approach and its Consequences for Belgium*, 27 EUR. J. HEALTH L. 147, 153-56 (2020).

<sup>184</sup> McNamara, *supra* note 157, at 157.

## 五、WHO 對於精神衛生議題觀點的轉變

WHO 做為國際公共衛生的核心單位，其對於精神醫療之見解也備受關注。早期 WHO 對於精神衛生相關法律體制之保障人權的態度主要係從生物醫學觀出發。在 2005 年所出版的「WHO 精神衛生與人權法律指引手冊」(*WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*) 當中，可看見 WHO 對於緊急情狀的非自願住院、強制治療以及拘束人身自由手段仍採取必要時得以使用的態度，臨床醫師亦以此抨擊 CRPD 的規範與當前主流醫療與法律規範相左<sup>185</sup>。然 WHO 的立場在 CRPD 推動以後則開始產生改變。

WHO 於 2019 年會議中決議推動「2013-2030 全面性心理衛生計畫」，WHO 相較於以往更為強調所謂的「以人為本的精神醫學」(person-centered) 以及「以人權為基礎」的整合性立法例，除了既有的精衛法，同時包含反歧視、去機構化與社會福利資源之整合。在精衛法律規劃方面，WHO 與 OHRCHR 於 2023 年 10 月共同出版「心理健康、人權與法律推動指引與實務」(*Mental health, human rights and legislation Guidance and practice*)。該手冊是 2005 年「精神衛生法律指引手冊」的更新版本，從過往以 ICCPR、ICESCR 等國際公約為基礎，轉變為以 CRPD 的條文規定與 CRPD 委員會的觀點為主要論述基礎。新版手冊當中將 CRPD 第 12 條的法律能力保障、第 13 條的近用司法權利、第 14 條反對拘束人身自由的觀點，以及第 19 條推動去機構化與社區處遇的等諸多觀點均囊括在內。該手冊強調新世代的精衛法制政策框架應突破既有公共衛生法律將心理(精神)衛生與其他公共衛生法律規範區隔討論的現象，應整合訂定「整合性健康法律」(*General Health Law*)，相關法律政策不因受眾對象、主責政府單位的不同而有不同的規範，從以往就心理社會障礙者去去污名、社福資源輸送與權利保障單獨立法之作為，逐漸走向整合性的人權保障法制架構，以符合「人權取向」(rights-based approach) 的政策觀點。由上可見，WHO 對於心理社會障礙者的處遇觀點從以往以預防與治療為主、人權保障為輔的觀點，轉向為人權保障為主核心，繼而探討在保障人權與人性尊嚴的框架下，如何加以預防與治療精神障礙，可說是達到

---

<sup>185</sup> Freeman et al., *supra* note 12, at 844-5.

CRPD「典範移轉」的目的。

「心理健康、人權與法律推動指引與實務」與刑事監護處分的關聯之處在於，在英美法體系當中，民事性質的強制住院與強制社區治療，以及刑事監護處分之具體執行方式，大多規範於精衛法當中，彼此區隔界線較為彈性（此部分詳於第三章第一節說明）。故在修法與政策推動上，民事與刑事處遇經常是牽一髮而動全身。因此該指引對於刑事監護處分之執行方式與銜接機制也有著連動影響的效果，得以促使有關當局同步檢視刑事監護處分制度是否能夠與心理（精神）衛生、一般公共衛生與社會福利系統界接。在歐陸法系方面，由於民事與刑事法律規範通常採取獨立規範，因此在整合性健康法律此一概念推動上阻力較大。然而，刑事監護處分當中的社區處遇機制，仍需與社區精神（心理）衛生系統銜接與合作。是以，歐陸法系仍應研議刑事監護處分如何貼合「整合性健康法律」之理念，促使相關法制與政策得以銜接與相容。簡言之，法體系的差異雖會對於法律制定與政策推動與執行過程有所影響，然其終極目標並不會因此而有所不同，尚難以法律體系差異為由而忽視此一發展趨勢。

#### 第四節 小結

本章就 CRPD 的背景脈絡與相關見解進行爬梳與分析。首先就其制定背景進行說明，繼而說明與刑事監護處分有關的 CRPD 條文與 CRPD 委員會的相關見解。在此之中可明顯發現，CRPD 對於心理社會障礙者的權利保障措施採取倖存者運動的觀點，基於批判取向與人權模式立場，對於任何基於心理社會障礙因素而為之差別對待與處遇措施均視為歧視與侵害人權之作為，遂要求締約國應透過典範移轉的方式，將傳統上能力取向的法律體系加以修正，確保心理社會障礙者在法律上均享有與一般人一樣的法律能力、人身自由不會恣意地受到剝奪與限制。然此見解在其他國際規範與學者專家之間是否持相同態度與立場未必完全相同。

在本章的論述中可以發現，除 Minkowitz 全然支持 CRPD 立場以外，對於賦予心理社會障礙者與一般人完全相同的法律能力，以及廢除刑事法當中的精神障礙抗辯事由與刑事監護制度觀點之全然支持者並不多見。就連同意廢除精神障礙



抗辯事由的學者 Slobogin，也表達「尊重」既有的刑事監護處分制度，以及在必要情況下應適度限縮心理社會障礙者的法律能力。整體而言，大部分的學者與 Perlin 的看法相似，認為是否廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護制度的觀點只是拘泥於文字型態，對心理社會障礙者實質上的權利保障並無益處，且可能將好事做壞，使得心理社會障礙者受到更為惡劣的待遇。在解決策略上，大多學者亦認為締約國保留現行的法律制度、強化對於心理社會障礙者的權利保障措施、限縮非自願住院與強制治療的範圍（限制手段、時間並賦予事後救濟管道）是較為可行的做法。

此外，諸多國際條約與相關委員會（如：ICCPR、CAT、SMR 以及區域性的 ECHR）見解與態度與 CRPD 委員會的立場依然有所落差，並非全然採納其觀點。大部分見解依然認為，若當事人無法有效理解醫療目的與具備溝通能力，以及處於自傷或傷人等緊急情狀時，國家得基於法律授權，並在合乎比例原則的情況下限制其人身自由與給予治療，但在事後應給予當事人合法的救濟途徑。然值得一提的是，在 CRPD 制定後，HRC 的決議內容中開始出現與 WHO 互動的部分，此舉或可視為醫療觀點與人權觀點對話與突破的契機。在 WHO 新發布的指引手冊中，從以往較偏向醫療觀點的風格，此次與 OHCHR 合作之版本則傾向於 CRPD 之角度加以詮釋精衛法制的修法方向。考量到精神衛生法律無論在英美法系與歐陸法系均有銜接合作之必要性，故無論法體系為何，整合性健康法律的概念對於刑事監護處分的後續發展均值得留意。至於具體之影響性為何，仍需持續觀察。

透過本章瞭解 CRPD 與各方不同的立場後，接下來便針對刑事監護處分的議題進行論述與分析。

### 第三章 CRPD 施行前各國刑事監護制度

CRPD 對於刑事監護制度的終極目標是希望締約國能將其完全廢除，然就我國目前規範顯示（本文後將敘明）恐難以達成此目標。在無法完全符合 CRPD 要求之下，如何調適我國刑事監護制度而盡可能地符合 CRPD 之規定，以達人權保障之目標，外國法制便成為我國制度規劃時重要的借鏡。本章首先就刑事監護處分之特徵加以分析，繼之就我國與各國在 CRPD 施行前既有的刑事監護制度進行說明。有關各國在 CRPD 後所採取的因應措施、態度與立場，則於第四章加以論述。

#### 第一節 刑事監護處分制度特徵

考量到各國刑事監護處分措施在制度設計、規範以及稱呼上均不盡然相同而有所差異，在比較各國刑事監護處分制度以前，有必要就其制度特徵做一觀察與分析。整體而言，各國刑事監護處分制度在實體法、程序法以及執行法三類法體系當中可歸納出具備相類之特徵，於下分述之。

##### 壹、實體法面

刑事監護處分在實體法上之特色主要包含「行為人與行為評價」、「刑罰以外之非自願處遇措施」、「民事執行與刑事執行區隔」三者，於下說明之。

##### 一、行為人與行為評價

受刑事監護處分之當事人確實符合刑法上行為之樣態，惟因其心理社會障礙因素欠缺構成要件或違法性而不成立刑法上的不法，或係於罪責階段中減輕或免除其刑。前者不過問行為人是否具備刑事責任能力，主要就行為人於主觀構成要件（*mens rea*）之中是否具備故意（知與欲）要素，或是否具備違法性要素加以判斷，又稱之為「認知上的精神障礙抗辯」（Cognitive Insanity）。目前美國亞利桑那州、愛達荷州、堪薩斯州、蒙拿大州、奧勒岡州與猶他州採此類立法模式。

採取減輕或免除其刑模式者，則係依行為人之法定責任能力加以判斷。此模式主要係基於修正的非決定論而來<sup>186</sup>。該理論認為自然人在生物心理社會等因素影響之下，仍具備部分可自我決定其行為，故對於個體具備「期待可能性」，從

<sup>186</sup> 王皇玉（2020），〈有責性（罪責）〉，《刑法總則》，頁 331-332。新學林，臺北市。

而基於規範責任論的觀點，認為行為人在欠缺「責任能力」與「不法意識」的情況下，得於罪責（有責性）階段加以排除，又稱之為「道德上的精神障礙抗辯事由」（Moral Insanity）。刑事責任能力為目前多數國家與美國大部分州所採，其立法例又可區分為「生理模式」、「心理模式」與「混合模式」三者<sup>187</sup>。生理模式僅著重於生理（醫學上<sup>188</sup>）之病理因素，唯有行為人符合醫學上所稱精神障礙症或器質性疾病（如：癲癇）之診斷標準，方得認定為無責任能力或責任能力減免。心理模式則僅就行為人於行為當下之「辨識能力」或「控制能力」二者加以判斷，不過問行為人於行為當時是否具有生理上之疾病因素。而混合立法例則係綜合考量行為人的生理疾病因素，以及該生理因素對於心理因素（辨識能力或控制能力）之影響加以衡量行為人是否欠缺責任能力<sup>189</sup>。

目前無論採取欠缺主觀構成要件或不具備責任能力觀點立法例的國家或美國各州，原則上均需藉由司法精神鑑定，加以認定行為人之犯罪行為是否係因生理疾病與心理（認知）層面異常所致，方得排除主觀構成要件該當，或符合罪則層次當中所謂的「精神障礙或其他心智缺陷」，而得以減輕（英美法上類似於 Diminished Rule）或免除其刑（英美法上之 NGRI）。

## 二、刑罰以外的非自願處遇措施

刑事監護制度不同一般的刑罰手段，係基於特別預防理論而獨立於刑罰以外之處遇機制。當事人均須接受以醫療為主的機構處遇或替代的監控制度（如：社區處遇）。若行為人無罪，則逕自執行額外的處遇措施；若行為人有罪，則於刑罰執行前或執行完畢後，尚須額外執行非自願性醫療處遇措施，此等處遇係額外加諸於行為人的限制人身自由負擔。

而在處遇期間計算方面，刑事監護處分在執行期間之計算與刑罰徒刑計算方式不同，亦即處遇期間不受到行為人所犯之罪最高法定刑拘束，而係以額外法律

---

<sup>187</sup> 張麗卿（2022），〈責任能力判斷與司法精神鑑定〉，收於：《司法精神醫學－刑事法學與精神醫學之整合》，頁 239-242。元照出版，臺北市。

<sup>188</sup> 由於目前精神障礙症仍難以驗證全然係出於器質性因素，當今精神障礙症的鑑別診斷大多仍係採症狀學（symptomatology）的方式進行區辨。因此雖然法律上將精神障礙症（特別是精神病）歸納為生理因素，然此部分吾人持保留態度，故稱其為「醫學上因素」。

<sup>189</sup> 張麗卿（2020），前揭註 189。

規定，處遇期間長度主要以當事人之治療狀況與再犯風險決定。

### 三、民事執行與刑事執行區隔

大部分國家均將觸犯刑事法律之心理社會障礙者與並未觸犯刑事法律而有自傷傷人之虞的心理社會障礙者加以區隔，前者採「刑事監護制度」；後者則系採「民事」強制住院（與社區）治療。在英美法系的設計上，如同本文第二章第三節在整合性健康法律概念當中所言，民事與刑事的強制處遇執行大多均統一規範於精神衛生法律當中。因此在英美法系當中，「刑事」與「民事」的區隔界線較為彈性。倘若心理社會障礙犯罪者其所犯之罪輕微，考量其病症嚴重程度、再犯風險與暴力風險較低者，刑事法院可裁定執行「民事」的強制住院機制，如英國 MHA 第 37 條住院命令、紐約州刑事訴訟法規定無危險程度的心理社會障礙犯罪者可回歸紐約州精衛法執行處遇；反之，若所犯之罪重大、精神症狀不穩定、具備再犯或暴力風險者，則係執行較為嚴格的「刑事」處遇，對於人身自由限制較多，且剝奪部分基本權利，原則上仍係由司法機關進行監督管理。在歐陸法系方面，由於刑事與民事規範區隔，二者制度並不相容。諸如日本的醫療觀察制度，需受處分人執行完醫療觀察後，才可回歸一般精神衛生處遇；德國之刑事監護處分雖由各邦法律規範，然刑事監護處分主要依據刑法為之，故處遇執行方式與判斷要件仍與民事強制住院治療有別。我國亦將刑事監護處分與民事上精神科強制住院分別規範於保執法與精衛法當中。

在刑事監護處分的處遇執行單位與主管單位方面，由於刑事監護處分係以精神醫療為主要處遇手段，故多均由公立的司法精神醫院（Forensic Psychiatry Hospital）或一般私立醫院（負責中度至低度戒護等級）負責，主管機關多由精神（心理）衛生單位管轄，而非由刑事司法之矯正主管機關負責。本文比較國家當中，英國係由國民保健署（National Health Service, NHS）管轄；美國加州由加州州立醫院部（Department of State Hospital）管轄；紐約州則由心理衛生辦公室（Office of Mental Health）負責；日本亦以厚生勞動省為執行醫院之管理單位。較為特別的是，我國新修正之刑事監護處分則包含護理機構與身心障礙福利機構在內，然上開機構均為醫療機構以外之衛生福利專業相關機構，故主管單位亦以

衛生福利部門為主、司法行政部門為輔。

## 貳、程序法面

刑事監護處分在程序法的特徵方面，主要可分為審理程序、鑑定制度與裁判類型三者加以說明。

### 一、審理程序

在審理程序方面，心理社會障礙者原則上係以一般審判程序進行，然德國與日本則有其特殊設計。德國於 2016 年修正後之刑事訴訟法規定，檢察官可向法院聲請保安處分程序，轉由專門的審判程序進行審理。保安處分程序之裁判，無論最終行為人有罪與否，均要求最終裁判應包含保安處分在內；日本的醫療觀察制度則係經檢察官不起訴處分後，或於起訴後，經裁判所認定行為人因心神喪失而為無罪判決後，由檢察官決定是否向法院聲請醫療觀察制度。日本醫療觀察制度之審理有成員資格上的限制，需要由普通法官與具備精神科專科醫師資格之「精神保健審判員」共同審理，並得由「精神保健福祉士」（精神科社工師）從旁提供意見。

在審理階段的當事人很可能處於精神病發病狀態而認定為不具備受審能力（Incompetent to Stand Trial, IST）。不具備受審能力者會先交由司法精神醫院使當事人接受診治，協助其「恢復」受審能力，而非收押於普通看守所。而我國刑事訴訟法修正後新增第 121 條之 1 暫行安置制度，則係基於行為人行為時有刑法第 19 條第一、二項之要件，並同時具有危害公共安全之虞與緊急必要時，採取準用保執法之規定，得將行為人收容處所則準用保執法第 46 條第一項列舉之處所，與恢復受審能力之機制有別。至於有關受審能力與我國暫行安置之異同，以及相關之鑑定方式、收容處所與處遇方式及其相關法理爭議<sup>190</sup>並非本文重點，不予贅述。

### 二、鑑定制度

若當事人主張心神喪失或心智缺陷時，審理階段原則上均會送交司法精神鑑

---

<sup>190</sup> 有關我國暫行安置制度本身準用保執法之規定有論者提出質疑之相關比較法研究可參見：連孟琦（2023），〈從德國法角度評析我國二〇二二年刑事訴訟暫行安置新法〉，《政大法學評論》，第 173 期，頁 237-304。



定 (Forensic Psychiatry Assessment)。在英美法系國家，審、檢、辯三方均可聲請進行司法精神鑑定；歐陸法系國家多由檢察官或法院進行，較無辯方自行送請鑑定之事例。司法精神鑑定係由精神科專科醫師 (英美法系有時會包含心理師<sup>191</sup>) 以個別或團隊的方式進行鑑定，就行為人案發當時之整理生理與心理狀態進行診斷、心理衡鑑與社會工作評估。鑑定人完成鑑定後需至法院接受檢方與辯方詰問，最終由法官或陪審團裁判行為人是否有罪以及是否需要諭知刑事監護處分。

### 三、裁判類型

在法院最終裁判方面，受處分人有下列幾種可能：一，有罪判決，需為案件負起完全責任，在英美法上稱之為「有罪，但行為人心智缺陷」(GBMI)，亞利桑那州與奧勒岡州則稱之為「有罪且為精神障礙或心智缺陷」(GEI)；二，有罪判決，但由於心理社會障礙因素而予以減輕其刑。我國係刑法第 19 條第二項減輕其刑，情狀特殊者亦得額外參酌刑法第 57 條酌減，德國規定於刑法第 21 條。英美上則稱之為減輕規則 (Diminished Rule)；美國部分州之 GBMI 或 GEI 亦有特殊的減輕其刑或盡可能避免判處死刑的規定<sup>192</sup>。最後則係基於心理社會障礙因素而宣判無罪，我國規定於刑法第 19 條第一項，德國規定於刑法第 20 條，英美法則稱之為「基於精神障礙或心智缺陷而無罪」(NGRI)。

若行為人被判處有罪與刑事監護處分時，我國以先行執行刑罰、後執行刑事監護處分為原則，例外得先行執行刑事監護處分；英國、美國與德國則係允許當事人先行至司法精神醫院接受治療，待症狀穩定或消除以後，再送往普通監獄服刑，而在醫院治療期間原則上可抵免刑罰執行期間。若為無罪判決者，原則上直接進入司法精神醫院執行處遇；倘若為犯罪情節輕微 (且再犯風險亦較低) 者，則可直接執行刑事性質社區處遇，或轉由民事性質的強制社區治療，鮮少有無條件釋放的情形存在。

### 四、監督制衡機制

在處遇的監督與制衡機制當中，可分為處遇審查單位與處遇評估單位二者。

---

<sup>191</sup> 然心理師進行之鑑定稱之為「司法心理衡鑑」(Forensic Psychological Assessment)，主要係以心理學之衡鑑技術與工具為主，與精神醫學之鑑別診斷仍有所差異，特此敘明。

<sup>192</sup> 部分 GBMI 也會採取減輕其刑，然此係因案而異，並非 GBMI 便保證能夠減輕其刑。

在處遇審查單位方面，大部分國家均係以法院為最終審查單位。刑事監護處分的停止或延長執行均須經由法院裁定才可為之。惟英國在限制命令(後續加以介紹)較為特殊，處遇審查與發動係以法務部長為主、MHT 為輔。在審查過程中，可藉由舉行聽證會的方式，使得當事人本人或辯護律師、治療團隊與檢察官(公益代表者)表述意見，基於程序正義的原則之下進行最終裁定。

在處遇評估執行方面，大部分國家均交由醫療專業人員執行處遇與考核機制。諸如英國的住院命令由臨床負責人員進行；限制命令則由臨床負責人員、法務部長及其轄下之專門團隊(於後詳述之)共同進行。美國加州的機構醫療主任(Medical Director，機構處遇)與社區處遇主管(Community Program Director，社區處遇)、紐約州的心理衛生委員會，日本則係由醫療人員(入院處遇)與保護觀察官(通院處遇)負責。至於德國與我國則係由獨立之評估小組負責就受處分人的具體情狀加以評估有無繼續監護處分之必要性。而該評估小組當中同樣需要具備精神醫學、心理學、社會工作與犯罪防治等相關專業領域人員或學者專家充任之。

### 參、刑事執行法面

上開主要係針對刑事監護處分的形式面加以分析，在刑事執行方面，又可進一步就其目的面、類型面以及處遇過程面三者加以分析。

#### 一、處遇目的

在處遇目的方面，刑事監護處分目的在於病症治療與社會安全防衛，著重於當事人未來的病程穩定性與再犯可能性，而刑罰則係著重於當事人過去的犯罪行為，並以矯正錯誤認知信念，使其再社會化，藉由限制人身自由的方式加以彌補本身的錯誤行為造成他人的損害與痛苦。

#### 二、處遇類型

基於上開處遇目的，依據受處遇人之人身自由受限的程度，刑事監護處分可區分為機構處遇與社區處遇二者。前者係採取社會隔離的方式執行處遇，於特定的醫療院所、護理或復健機構等，其所選擇的執行機構類型會因各國制度設計不同而有所差異；後者則係使當事人在社區內正常生活，惟需定期回診接受藥物治



療、心理治療、職能治療與復健等工作，且應受到司法機關監督並限制特定行為（如：定期報到、禁止夜間外出、禁止靠近特定區域等），行為人本身的人身自由均受到一定程度的限制。

### 三、處遇過程

最後，有關處遇過程方面。刑事監護處分的執行著重於精神醫療專業，對當事人採行藥物治療、心理治療、職能治療等醫療介入。雖然刑事監護處分與矯正機構均強調社會復歸，然其本質上仍有所不同：矯正機構強調犯罪後之惡害（剝奪自由）以達犯罪懲罰與避免再度犯罪，在獄中著重於生活紀律、矯正犯罪認知、習性與行為、透過教誨活動以悔改向善，以及職業技能之培訓習得謀生技能；刑事監護處分則是強調精神疾病的症狀治療與改善、建立自我控制能力（包含建立病識感、精神疾病衛教、因應與處理幻聽幻覺的技巧）、功能面的恢復、生活自我照顧與持續性地追蹤與治療，避免病情復發而再度從事自傷傷人行為。

而刑事監護處分與一般醫療情境不同之處在於，當事人的人身自由與部分知情同意權利受到限制（如：不得自行要求出院、指定之團體治療或部分藥物一定要參加或服用），處遇過程中同時包含醫療行為與司法行為在內。

## 第二節 我國刑事監護處分制度

我國「刑事監護處分」規定於刑法與保執法當中。以下先就刑法中有關刑事監護處分相關規定加以說明，繼而介紹保執法中「監護處分」章相關規定。

### 壹、刑法對於刑事監護處分之規範

接受刑事監護處分者，根據刑法第 87 條規定，需為刑法第 19 條「精神障礙或心智缺陷」或第 20 條「瘖啞人」。於此先就刑法當中「責任能力」部分概要說明，繼而就刑法當中對於監護處分的規定進行論述。惟本研究主要探討心理社會障礙者之責任評價，對於行為本身之認識、構成要件當中不法之主客觀要件意涵，以及瘖啞障礙人士不在本研究討論範圍當中，故僅針對刑法第 19 條與第 87 條之規定進行論述。

#### 一、精神障礙或其他心智缺陷之規定

刑法對於個人責任能力係採取相對決定論的觀點，亦即認定個人在生理、心

理與社會因素控制之下，仍有相對可自我做出決定之空間。而我國責任能力的影響因素主要可區分為年齡、精神障礙以及瘖啞三者，在此僅就與刑事監護處分有關之精神障礙因素之判斷標準進行說明。

我國精神障礙者刑事責任能力的檢驗基準係參採德國生理與心理混合判斷標準。現行刑法第 19 條版本為 2006 年（民國 95 年）立法院三讀通過的版本：

「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（第 1 項）；行為時因前項之原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，得減輕其刑（第 2 項）；前二項規定，於因故意或過失自行招致者，不適用之（第 3 項）。」此次修法一改舊法中直接規範所謂「心神喪失」與「精神耗弱」二種免除或減輕責任能力之樣態，並以描述模糊不確定的 26 年渝上字第 237 號判例做為鑑別基準<sup>193</sup>所產生之問題。新法當中規定，刑事責任能力之認定需判別當事人於行為時是否具有「精神障礙」或「其他心智缺陷」，且該精神障礙或心智缺陷是否影響行為人於行為當下的控制能力與識別能力，方有可能為無刑事責任能力或減輕刑事責任能力<sup>194</sup>。

修正後之刑事責任能力立法例採取混合模式，需分別就生理因素與心理因素逐一判斷。第一階段先行判斷行為人是否符合精神障礙症之診斷標準。我國在生理因素上又區分為「精神障礙」與「其他心智缺陷」二者。前者通常係指精衛法第 3 條第一項第四款之「嚴重病人」<sup>195</sup>；後者則指諸如神經發展障礙症（Neurodevelopment Disorders，包含智力不足、自閉類群障礙症等），以及學理上的精神官能症分屬此類。至於反社會人格障礙症（Anti-Social Personality Disorder）與心理病態（Psychopath），基於精衛法第 3 條第一項第一款之規定，並不包含在法定之精神疾病當中，故不屬於刑法上的精神障礙或其他心智缺陷類型。

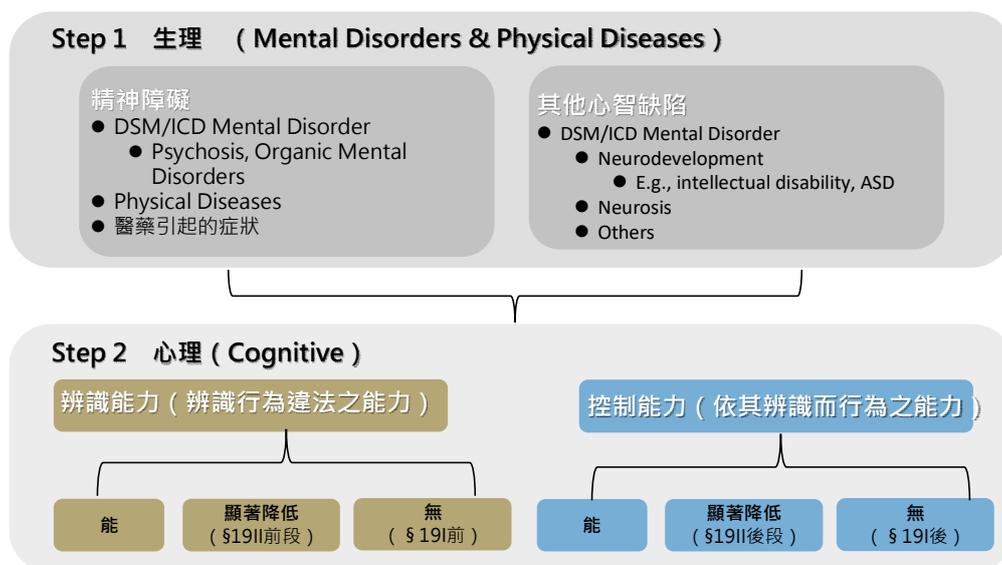
第二階段則加以檢驗當事人之心理（認知）能力。第二階段的判斷有兩個子項目，分別為：行為當下是否具備是非對錯的判斷能力（識別能力），以及理解

<sup>193</sup> 張麗卿（2006），〈刑法第十九條之法理分析〉，《月旦法學雜誌》，第 136 期，頁 167。

<sup>194</sup> 張麗卿（2006），前揭註 193。

<sup>195</sup> 精神衛生法第 3 第一項第四款：「嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之精神狀態，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。」

與認識違法之能力（控制能力）二者。當行為人符合精神障礙或心智缺陷之要件後，在心理能力方面，若當事人於行為當時不能辨識行為違法，或者辨識能力顯著降低；以及案發當下行為人欠缺控制能力，或該能力顯著降低時，方符刑法無責任能力或責任能力顯著降低之標準而得以減輕或免除其刑。法院綜合考量司法精神鑑定結果，以及行為人之犯行與個人背景後，決定是否同時諭知刑事監護處分<sup>196</sup>。有關刑事責任能力的判斷方式，如下圖（十）所示範。



圖（十）我國刑事責任能力判斷模式

2006年（民國95年）修法時，新增第19條第3項「原因自由行為」之規定，對於因行為人自身飲酒、服藥等故意或過失行為導致上開情狀者，依然按普通情狀下行為論處，於此不做贅述。

## 二、刑法中對於刑事監護處分之規定

臺灣的刑事法體系主要受到德國法影響，採取「刑罰雙軌制」<sup>197</sup>，將「刑罰」與「保安處分」二者區分。「刑罰」著重於過去行為的非難，「保安處分」則係基於特別防衛思想，對於受處分人本身的身心健康與安全，及其社會安全危害之預防措施<sup>198</sup>。「刑法」當中有關刑事監護處分的規定，在1911年（民國元年）的刑

<sup>196</sup> 吳忻穎、林晉佑，前揭註22，頁71-107；吳秋宏，前揭註26，頁82-97。

<sup>197</sup> 林鈺雄（2016），〈罪責（有責性）〉，《新刑法總則》，頁697，元照出版。臺北市；陳俊榕，前揭註22，頁59-91。

<sup>198</sup> 潘怡宏（2021），前揭註22，頁104-111。

律便可見其蹤影，當時將其稱之為「監禁處分」；1935年（民國24年）所公布施行之刑法則將名稱修正為「監護處分」<sup>199</sup>。由此可見，臺灣在刑法制定時，便已吸收德國法之規定，將一般犯罪者與精神障礙犯罪者進行區別。

現行監護處分規定於刑法第87條。2006年（民國95年）配合刑法第19條修正時所規定之版本為：「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（第一項）。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（第二項）。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（第三項）。」修正重點在於：（一）必要時可在刑罰執行前，先行執行刑事監護處分；（二）監護處分的時間從以往的三年延長至五年，並新增免除執行條款，法院得依職權裁定當事人免除執行之權限，其餘部分則未變動。有關2022年基於CRPD等因素而改採「多元處遇」之修正內容，則於第四章說明。

## 貳、保執法對於刑事監護處分之規範

刑事監護處分的具體落實，除了在刑法層級中明文規定以外，亦需仰賴具體執行之子法擔任手腳。雖然在刑法創設時便設有「心神喪失」之要件與「監護處分」的規定，然刑事監護處分直至1963年（民國52年）保執法正式三讀通過後，方確立保安處分之性質與執行之法源依據而得以正式執行。保執法的立法目的在於，避免保安處分淪為替代短期自由刑之工具，而喪失原先保安處分制度之初衷<sup>200</sup>。2006年（民國95年）「刑法」修正時，刑法第87條僅基於刑法第19條要件與名稱變更而部分修正，因此保執法本身沒有太大的變動。

觀諸保執法之規定，我國保安處分可區分為「拘束人身自由之保安處分」（機構處遇）與「非拘束人身自由之保安處分」（社區處遇，Community Treatment）二者。在2022年保執法修法以前，僅有「保護管束」為社區處遇，其餘處遇措

<sup>199</sup> 林思蘋（2009），前揭註24，頁161-163。

<sup>200</sup> 李懷遠（1963），前揭註16。

施（監護處分、禁戒處分、強制治療）均採機構處遇措施<sup>201</sup>。根據舊保執法第 46 條規定：「因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十條之情形，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。」，當時刑事監護處分主要是由精神病院、普通醫院、慈善團體，或是由親屬代為照顧。雖如此規定，然早期普通醫療院所大多以「滿床」為由拒絕收治<sup>202</sup>，亦無所謂「刑事監護處分專門處所」，而係透過矯正署（當時為法務部矯正司）轄下的臺灣臺北監獄桃園分監等精神病分監加以收治監護處分之受處分人，性質上仍偏重監禁而非治療<sup>203</sup>。1998 年（民國 87 年）開始，依據「檢察機關執行因精神障礙或其他心智缺陷受監護處分應行注意事項」<sup>204</sup>第 3 點規定，得由各地方檢察署與轄內之醫療院所或衛生局進行簽約並報備臺灣高等檢察署，使受刑事監護處分者可於精神科醫療院所接受處遇與治療<sup>205</sup>。而刑事監護處分在後續的發展中也漸趨彈性，實務上開始出現所謂「住院請假」<sup>206</sup>與部分開放「門診處遇」<sup>207</sup>之規定，受處分人可於特定條件之下交由家屬照顧與門診治療；或由法院裁定當事人之刑事監護處分得以保護管束代之，由觀護人監督輔導受門診治療之受處分人。由此可見，在 2022 年（民國 111 年）修法前業已認為並非所有受刑事監護處分者均需採行機構化處遇措施，且已有門診處遇之需求存在，形成多元化刑事監護處分之前參與雛形。然早期之門診處遇僅以家屬或觀護人之監督為主，僅具備簡單的治療與監督模式，並無其餘的再犯預防與社會福利網絡加以建構、合

---

<sup>201</sup> 至於驅逐出境則是屬於要求受處分人離境的特殊處遇類型，性質上難以歸類為「機構處遇」或「社區處遇」的其中一種。

<sup>202</sup> 李懷遠（1963），前揭註 16。

<sup>203</sup> 張麗卿（1993），前揭註 18，頁 209-240

<sup>204</sup> 本注意事項於民國 109 年修正。修正前名稱為「檢察機關執行因心神喪失或精神耗弱受監護處分應行注意事項」。參見：法務部（2021），《檢察機關執行因心神喪失或精神耗弱受監護處分應行注意事項修正對照表》，<https://mojlaw.moj.gov.tw/GetFile.aspx?pfid=0000265714>。

<sup>205</sup> 吳忻穎、林晉佑（2020），前揭註 22，頁 71-107；張淑婷，前揭註 24，頁 37-39。在張淑婷的論文中提到，在委由醫療機構監護處分以前，諸如草屯分監便係與草屯療養院簽約合作的方式，由草屯療養院派駐醫事人員與負責精神科急診業務。

<sup>206</sup> 臺灣高等檢察署（2016），《刑罰執行手冊》，頁 227。臺灣高等檢察署，臺北市。

<sup>207</sup> 臺灣高等檢察署（2016），同前註，頁 359。

作與銜接，。

以往的刑事監護處分主要採取「機構處遇」觀點，係因保安處分同時具備「社會防衛」與「治療」之功能，採取機構處遇可避免心理社會障礙者在社會環境中從事危害社會治安之行為，例外則由最近親屬照護<sup>208</sup>。然而，在早期司法與醫療二者立場不同、溝通不良的情況下，受監護處分人大多僅能在醫療能力低落的「分監」進行治療處遇，使處遇成效受到質疑，更遑論在 CRPD 以前，治療處遇過程中是否落實知情同意、具備完善的能力判斷與輔助決策機制，以及具備多元的治療處遇能力（除了藥物治療，包含諮商與心理治療、職能治療，社會工作師進行的社會心理評估與資源媒合等），並建立復歸社會轉銜機制<sup>209</sup>，都是早期刑事監護處分受到質疑與詬病之處。

### 第三節 英國

英國的刑事法與刑事監護制度需同時觀察既有的判決先例與成文法。基於英美法系的特性，英國並沒有所謂的「刑法典」<sup>210</sup>，然對於特殊的犯罪行為另有單獨的成文法規定。英格蘭與威爾斯地區的刑事監護制度所適用之犯罪類型包含一般刑事犯罪、殺人罪與殺嬰罪三者，分別依判決先例（case law）、「1957 年殺人法」（*Homicide Act 1957*，後修正為「2009 年刑事司法與驗屍法」，*Coroners and Justice Act 2009*）<sup>211</sup>，以及「1938 年殺嬰法」（*Infanticide Act 1938*）進行裁判。在處遇措施方面，主要規定於「1991 年刑事訴訟（精神障礙或不適合刑罰者）法」、「2004 年家庭暴力、犯罪及其被害人法」、「1983 年（與 2007 年）精衛法」

<sup>208</sup> 然受限於當時之時空環境，幾乎不可能單獨交由家屬照顧。參見：李懷遠（1963），前揭註 16。

<sup>209</sup> 雖然早期文獻中引用臺灣臺北監獄桃園第一分監資料表示在處所內有多元的治療與活動，但在當時僅有少數醫師與護理人員的人力配置下，實際執行品質受到質疑。在藥物的使用、心理與認知狀態是否受到良好的衡鑑、依照不同犯行與診斷類型給予相對應的治療與預防再犯措施等，都值得懷疑。參見：張麗卿（1993），前揭註 18，頁 209-240。

<sup>210</sup> WILLIAM BURNHAM, INTRODUCTION TO THE LAW AND LEGAL SYSTEM OF THE UNITED STATES 549, 549. (5th ed. 2011).

<sup>211</sup> 2009 年的修正版本亦無考慮 CRPD 規範，於此說明。詳細的修法理由與背景參見：Louise Kennefick, *Introducing a New Diminished Responsibility Defence for England and Wales*, 74 (5) MOD. L. REV 750 (2011).

(MHA) 與「2005 年心智能力法」(*Mental Capacity Act 2005*, MCA 2005) 之規定。以下分別就英國刑事監護處分之要件、類型、處遇制度當中的相關措施加以說明，惟關於皇家法院與治安法院的差異、起訴基準、司法精神鑑定的法律規範等，考量已有相關文獻加以論述<sup>212</sup>，在此不多作闡述，併此敘明。

## 壹、英國的精神障礙抗辯事由與處分方式

有關英國的精神抗辯事由與處分執行方式，吾人分別就其檢察官起訴與法院審理二階段分別說明如下。

### 一、心理社會障礙者的起訴與否

對於觸犯刑罰法律的心理社會障礙者是否予以起訴乙事，皇家檢察官 (Crown Prosecution Service, CPS) 得依起訴準則 (*Code for Crown Prosecutors*) 加以判斷。檢察官對於心理社會障礙者是否依職權起訴，分別斟酌該案之「實際定罪可能性」(*realistic prospect of conviction*，審理該案之法院判決有罪的可能性) 與「公共利益」(*public interest*) 二者。若經評估該案很有可能無罪判決或對於公益影響有限者，檢察官得以告誡或民事精神科強制治療方式為之，毋庸起訴個案<sup>213</sup>。

### 二、心理社會障礙者的精神障礙抗辯事由

英國之精神障礙抗辯事由類型可區分為一般犯罪、殺人罪與殺嬰罪三者，本文僅說明前二者。一般犯罪行為對於精神障礙抗辯事由的基準係採 1843 年成立的「姆納頓法則」(*M' Naghten Rules*)。該法則要求被告得以證明下列自身行為係出於法令上所認定的「心神喪失」(*insanity*)<sup>214</sup>才可成立「精神障礙抗辯事由」。

---

<sup>212</sup> 李莉娟 (2023)，前揭註 41。

<sup>213</sup> PHILIP FENNELL, *Powers of the Police and Decision to Prosecute*, in *PRINCIPLES OF MENTAL HEALTH LAW AND POLICY* 701, 713-4 (Lawrence Gostin et al., eds., 2010).

<sup>214</sup> 法律上所認定的「精神病」與精神醫學上所認定的「精神病」未必相同。嚴重精神疾病的現象於我國均依刑法第 19 條欠缺刑事責任能力為之，然英國則區分成 *insanity* (後續發展為 *M' Naghten Rules*) 及 *Sane/ Insane automatism*。see RONALD MACKAY, *MENTAL DISABILITY AT THE TIME OF OFFENSE*, in *PRINCIPLES OF MENTAL HEALTH LAW AND POLICY*, 721, 725-730 (Lawrence Gostin et al. eds., 2010)；邱忠義 (2018)，〈精神障礙抗辯 (Defense of Insanity) 在英國的運用〉，《月旦法學雜誌》，第 278 期，頁 281-288。

檢驗要件分別為：一，心智方面罹患疾病 (Disease of Mind)；二，行為人於行為時欠缺辨識論理能力 (Defect of Reason)；三，行為人於行為當下無法認知行為之性質及品質 (The Nature and Quality of the Act)，或行為人於行為當下不知悉行為為錯誤 (Did Not Know He was Doing What was Wrong)<sup>215</sup>。由上可見，M'Naghten Rules 亦採混合模式進行檢驗，同時檢驗行為人於行為當下的生理 (醫學) 狀態與心理狀態，然在心理因素當中僅檢驗識別能力，而不檢驗控制能力。當行為人經由 M'Naghten 檢驗成立「精神障礙抗辯事由」之後，法官得依「1991 年刑事訴訟 (精神障礙或不適合刑罰者) 法」之「特別裁判」(Special Verdict) — 「基於精神障礙而無罪」(NGRI) 宣判。受此宣判者並不會立即被釋放，法院得基於「2004 年家庭暴力、犯罪及其被害人法」或 MHA 之規定，令當事人接受刑事監護處分。

在殺人罪的部分，有鑒於 M'Naghten 過於狹隘，依據「1957 年殺人法」(*Homicide Act 1957*) 規定採用所謂的「減輕規則」(Diminished Rule)。「1957 年殺人法」在 2009 年修正成為「2009 年刑事司法與驗屍法」，減輕規則也有部分修正。新版減輕規則於第 52 條 (1) 與第 52 條 (1)(1A) 當中所載。Diminished Rule 同樣對於生理因素與心理因素之識別能力與控制能力加以檢驗，然較 M'Naghten 不同之處在於，其就心理因素之檢驗要素當中，Diminished Rule 同時包含識別能力與控制能力在內，認定該行為係因醫學狀況所致 (arose from a recognised medical condition)，造成行為人對於犯罪行為狀態的知悉程度 (to understand the nature of D's conduct)<sup>216</sup>、理性判斷能力 (to form a rational judgment) 與行為人的自我控制能力 (to exercise self-control) 之情狀有所損傷：才可成立「減輕規則」。符合減輕規則者最終會被判處非預謀殺人罪 (manslaughter)。此類案件法官裁量權限比起一般犯罪行為人更為廣泛，從自由刑、緩刑 (probation) 乃至刑事監護處分均可使用。然若在審理過程中有進行司法精神鑑定，且鑑定醫

---

<sup>215</sup> MACKAY, *supra* note 214, at 723-6; 林輝煌 (2006)，〈論刑法上「心神喪失」免責之抗辯 (上) — 美國法制之參酌〉，《台灣本土法學雜誌》，第 84 期，頁 25-47；邱忠義 (2018)，前揭註 214。

<sup>216</sup> D's 是 Defendant's 在英國法律上的縮寫方式。

師認為當事人應接受住院治療時，大多數法院則會依 MHA 規定，下達住院命令或限制命令，而令當事人進入司法精神醫院接受治療<sup>217</sup>。因此即便有如此大的裁量空間，大部分符合減輕規則而被判處非預謀殺人罪之心理社會障礙者，仍以送交醫院進行機構處遇者居多<sup>218</sup>。



## 貳、相關處遇機制

英國的處遇機制可分為「處遇命令」、「法律能力與知情同意」、「MHT 與 MHRT」以及「臨床負責人員」四個部分加以說明。上開機制係英國刑事監護處分之基礎，透過上開機制的建構，搭配既有的衛生福利系統加以構築英國刑事監護處分制度，以下分別說明之。

### 一、處遇命令類型

英國的刑事監護處分處遇命令法源依據為「2004 年家庭暴力、犯罪及其被害人法」以及 1983 MHA。命令類型可分為「住院命令」(Hospital Order)、「限制命令」(Restriction Order) 與「監督命令」(Supervision Order) 三者。有關處遇措施及其法律依據，如下圖 (十一) 所示。

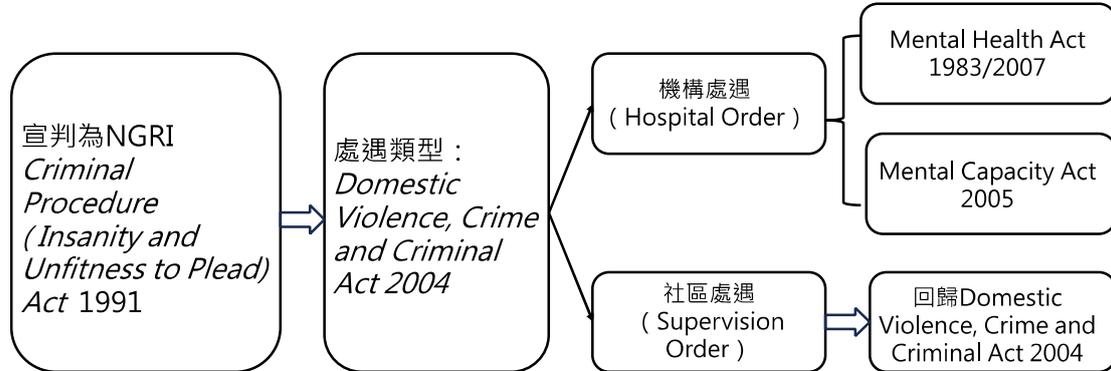


圖 (十一) 刑事監護處分相關法律架構圖

#### (一) 住院命令 (Hospital Order)

住院命令的規定係依 1983 MHA 規定為之。法院開立住院命令依該法第 37 條 (2) 規定，必須經由兩位註冊醫師 (registered medical practitioners) 鑑別診斷，確認當事人符合 1983 MHA 所規定之精神障礙症 (mental disorder) 類型才可開立住院命令。除醫師診斷以外，法官應同時考量受處分人的犯罪特質、個人特質

<sup>217</sup> MACKAY, *supra* note 215, at 721-56.

<sup>218</sup> *Id.*

等因素後，才可要求當事人進入醫院接受治療。上開規定使得住院命令需要具備醫學證明 (medical evidence) 才可為之，以符合歐洲人權公約 (ECHR) 第 5 條「保障自由及人身安全」之規定<sup>219</sup>。

當法院經由上開程序認定當事人符合 MHA 的精神障礙症診斷以後，若要將當事人送入醫院治療前，需依據第 37 (4) 條規定，確認該醫院已有願意擔任主治或主要照顧之合格臨床人員 (Approved Clinician, AC) 負責個案的診斷、治療與照顧，或者有其他得以代表醫院之管理人員 (representing the managers of the hospital) 向法院表示已為個案住院治療準備妥當，法院才可將當事人送交指定醫院執行住院命令。為了避免過往醫療院所拒絕收治當事人而使得精神障礙犯罪者只能收容於監獄的情形發生<sup>220</sup>，MHA 第 39 條同時規定，相關衛生福利單位，諸如：整合照顧委員會 (integrated care board, ICB)、威爾斯社區健康委員會 (Local Health Board) 等單位，應協助法院找尋適當之執行醫院。通常住院命令之受處分人之再犯與暴力風險屬於中度至低度危險性，故可安排至中度或低度公立或私立司法精神戒護機構 (醫院) 接受處遇。而接受住院命令之當事人原則上已脫離刑事司法系統，除限制入院前六個月不得向 MHT 聲請出院以外，其餘處遇措施均與強制住院治療相同。

## (二) 限制命令 (Restriction Order)

根據 1983 MHA 第 41 條規定，皇家法院 (Crown Court) 得考量當事人犯罪類型、前科與再犯風險後，若認為當事人具備高度再犯風險性，基於社會安全需要，可在同法第 37 條的住院命令以外，額外裁定限制命令，因此實務上被稱之為「37/41 限制命令」(restriction order 37/41)<sup>221</sup>。由於此等命令限制人身自由程度較高，因此不得由治安法院 (magistrate's court) 裁定<sup>222</sup>。受該命令處分者的住院期間無限制，根據 MHA 第 70 (2) 條規定，當事人在接受處遇的一年內不得

<sup>219</sup> MACKAY, *supra* note 215, at 734-5.

<sup>220</sup> FENNEL, *supra* note 213, at 795.

<sup>221</sup> Richard Latham & Hannah Kate Williams, *Community forensic psychiatric services in England and Wales*, 25 CNS SPECTRUMS 604, 612 (2020).

<sup>222</sup> 但治安法院可以將相關案件轉交由皇家法院加以判斷，詳請參見：李莉娟 (2023) 前揭註 36，頁 100。



向 MHT 聲請釋放審查。接受限制命令之受處分人再犯與暴力風險程度較高，通常會令入公立之高度或中度戒護機構接受處遇<sup>223</sup>。相較於住院命令，限制命令更類似於歐陸法系的刑事監護處分，吾人歸納其主要三點特徵說明如下。

### 1. 法務部下設專門機構負責限制命令之監督考核工作

依 MHA 規定，法務部長具備限制命令之處遇方式最終決定權。然而，法務部長本身難以隨時隨地監督與瞭解受處分人之實際執行情況，故實際上之監督考核工作係由法務部轄下之監獄與緩刑服務署（HM Prison & Probation Service, HMPPS）設置所謂的「精神衛生工作小組」（Mental Health Casework Section, MHSC）負責實質監督與行政工作。MHSC 當中的個案管理員（Casework Manager）彙整決議、報請法務部長簽核與批示後，再由 MHSC 負責第一線的限制命令執行工作。同時，在 MHT 審理受處分人釋放案件的過程中，MHSC 亦需負責與 MHT 進行資料交換與溝通，擔任輔助審判角色<sup>224</sup>。

### 2. 限縮 MHT 權限範圍、不適用 CTO 之社區處遇模式

受限制命令者在處遇方面相較於住院命令有更嚴格的限制。首先，RC 不得自行決定釋放受處分人；其次，MHT 的審查權限亦受到限縮。有關受處分人釋回事宜，最終係由法務部長與 MHT 共同研議是否釋放受處分人。法務部長得以附條件釋放或絕對釋放的方式使受處分人出院。然接受附條件釋放之當事人依然需接受社區處遇。有關機構處遇轉換至社區處遇具體之審查要件，將於「三、精神衛生法庭」的部分加以說明。

當受處分人在接受附條件釋放期間，若其行為會於社會安全產生影響時<sup>225</sup>，

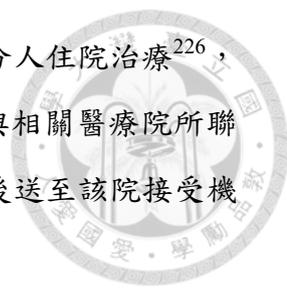
---

<sup>223</sup> HM Prison & Probation Services, MENTALLY DISORDERED OFFENDERS - THE RESTRICTED PATIENT SYSTEM, 8 (2020). [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f736aa2d3bf7f287328e597/MHCS\\_The\\_Restricted\\_Patient\\_System\\_v1\\_Dec\\_2017.doc](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f736aa2d3bf7f287328e597/MHCS_The_Restricted_Patient_System_v1_Dec_2017.doc) [hereinafter HM Prison & Probation Services, *The Restricted Patient System*]

<sup>224</sup> See HM Prison & Probation Service, MENTAL HEALTH CASEWORK: FIRST TIER TRIBUNAL GUIDANCE, [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a81cccc40f0b62305b90df8/MHCS\\_Tribunal\\_guidance\\_-\\_restricted\\_patients\\_v1.1\\_Dec\\_2017.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a81cccc40f0b62305b90df8/MHCS_Tribunal_guidance_-_restricted_patients_v1.1_Dec_2017.pdf)

<sup>225</sup> See Ministry of Justice, THE RECALL OF CONDITIONALLY DISCHARGED RESTRICTED PATIENTS (2009).

依據 MHA 第 42 (3) 規定，法務部長仍得隨時強制要求受處分人住院治療<sup>226</sup>，必要時得請警方協助尋人與拘捕工作。MHSC 在此亦需負責與相關醫療院所聯繫，確認醫療院具備收治意願與可主治之 RA，方可將當事人後送至該院接受機構處遇。



### 3. 整合既有犯罪預防網絡機制

限制命令接受附條件釋放而回歸社區後，採取所謂「雙重監督」的方式，分別由社區監督人員 (social supervision) 負責向法務部回報受處分人之日常生活規範、處遇治療之配合狀況；以及負責治療與護理計畫的醫療監督人員 (medical supervision)<sup>227</sup>。除了上開個人面的監控體系之外，通常會搭配稍早提及的「跨機關公共安全協議」(MAPP) 之跨單位犯罪風險監控機制。該機制主要針對重大犯罪與特殊犯罪 (家庭暴力、跟蹤騷擾、心理社會障礙犯罪者、恐怖主義，以及人格障礙犯罪者<sup>228</sup>等) 建立跨專業之犯罪預防之監控網絡。MAPP 在心理社會障礙犯罪者的監控機制方面，會由司法 (如：HMPPS) 與警察單位擔任主責機關 (Responsible Authority)，負責網絡系統之間不同單位的指揮監督與協調事宜、督考實際運作之成效；精神醫療之機關則擔任主要機構 (Lead Agency)，負責受處分人本身的監督與治療處遇工作。

#### (三) 監督命令 (Supervision Order)

所謂的監督命令，主要規定「於 2004 年家庭暴力、犯罪及其被害人法」的 Schedule 2 「基於精神障礙或不適合受審等因素所開立之監督命令」(Supervision orders on finding of insanity or unfitness to plead etc) 當中。此命令僅可採社區處遇模式，不得因任何理由強制受處分人住院治療。監督命令本身並沒有明確規定處遇框架，僅就「治療目標」加以訂定，治療之細節並未加規定，保留給醫師與

---

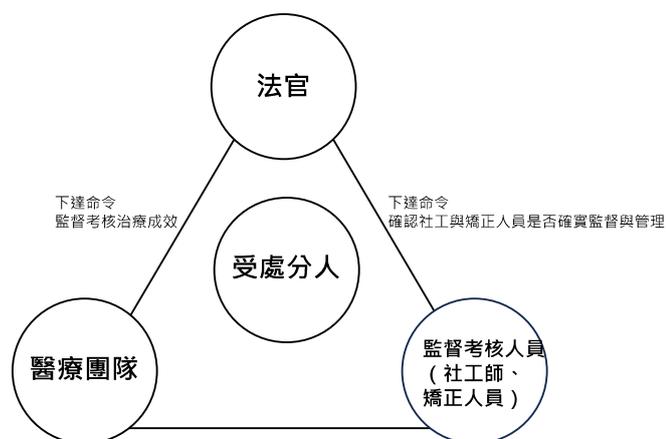
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7502a2ed915d3c7d529b1b/recall-of-conditionally-discharged-restricted-patients.pdf>

<sup>226</sup> Latham & Williams, *supra* note 221, at 612.

<sup>227</sup> HM Prison & Probation Service, MAPP GUIDANCE, 137 (2023). [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/641825e1d3bf7f79d4aa6c8b/MAPP\\_Guidance\\_Marc\\_h\\_2023\\_.docx](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/641825e1d3bf7f79d4aa6c8b/MAPP_Guidance_Marc_h_2023_.docx) [hereinafter HM Prison & Probation Service, *MAPP Guidance*]

<sup>228</sup> 此部分銜接專門處理人格障礙症犯罪者的 OPD Pathway 處遇計畫。

醫療團隊彈性處遇空間。受處分人必須在授權的地方社福機構社工師或轄區緩刑監督機關（local probation board）的監督之下接受治療。雖然監督命令沒有就治療內容訂定，然受處分人所接受之治療，必須全部或一部符合監督命令目標，不得任意擴增治療範圍<sup>229</sup>。在治療成效評估方面，法院得要求兩位醫師（medical practitioner）進行評估，且其中一位必須經過正式登錄（duly registered）。但無論治療成效如何，均不可將監督命令改為 1983 MHA 當中的「住院命令」（hospital order）<sup>230</sup>。在此模式之下，法官、監督者與醫師分別負責最終裁量、監督治療情形與當事人在社區的表現狀況與治療工作，各司其職達成防衛社會與復歸社會的目標，原則上會形成如下圖（十二）所示之社會防衛與治療架構。相較於限制命令的諸多處遇與控制措施，以及整合 MAPPA 跨網絡的協力機制，監督命令之效力相較而言顯得單薄許多，故有學者質疑現行的監督命令措施如同「沒有牙齒的老虎」<sup>231</sup>，此部分於後續再行論述。有關各種處遇命令之間的體系架構，則如下圖（十三）所示。



圖（十二）英格蘭與威爾斯「監督命令」之社會防衛與治療三角

<sup>229</sup> Mackay, *supra* note 215, at 735.

<sup>230</sup> Mackay, *supra* note 215, at 735-8.

<sup>231</sup> Szmukler, *Offenders Under a Fusion Law*, *supra* note 167, at 43.

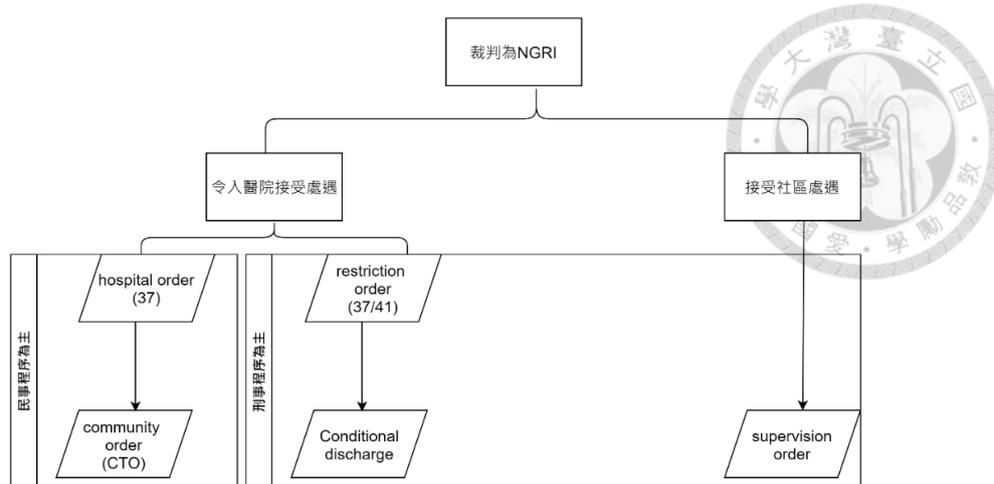


圖 (十三) 英國刑事監護處分體系關聯圖

## 二、法律能力與知情同意權

受處分人執行相關處遇時的治療措施原則上需要在知情同意 (informed consent) 的情況下進行。若當事人缺乏判斷能力時，依據 MHA 第 35 條規定，非自願治療施行與否，需依據 2005 MCA 進行判斷。

2005 MCA 採取兩步驟的判斷基準。在第一階段，先行判斷受處分人是否基於心智或腦部受損因素 (impairment of their mind or brain)，抑或是由於物質的使用造成判斷能力受損？第二階段則是判斷受處分人當下是否具備做決定的能力？二階段的判斷方式原因在於，當事人心智能力會動態波動，因此當事人是否具備決策能力，需要依照當事人判斷當下的狀態加以決定<sup>232</sup>。根據 2005 MCA 第 3 條規定，當受處分人不具備下列要件時，才可由他人基於受處分人的最佳利益 (best interests) 協助決定：一，辨識資訊以作出決定 (to understand the information relevant to the decision)；二，記住資訊 (to retain that information)；三，藉由認知歷程加以吸收、整理資訊 (to use or weigh that information as part of the process of making the decision)；四，透過語言或非語言的方式，明確表達自身決定 (to communicate his decision (whether by talking, using sign language or any other means))。同時，該法第 2 條 (3) 規定，不得基於受處分人的年齡、外觀或外顯行為表現而恣意認

<sup>232</sup> NHS, MENTAL CAPACITY ACT (last visited Feb. 15, 2024). NHS. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/mental-capacity-act/>

定受處分人缺乏能力。且代理決定者應基於同法第 4 條的要件加以檢證當事人的最佳利益，而非恣意決定。

### 三、精神衛生法庭 (Mental Health Tribunal, MHT)

有關英國刑事監護處分執行時的審查機制主要係由 MHT 負責。以下分別就其組織架構與審查範圍加以說明。

#### (一) 組織架構<sup>233</sup>

英國英格蘭與威爾斯在 MHT 的架構與名稱上有些許不同，英格蘭稱之為精神衛生專業法庭 (Mental Health Tribunal, MHT)。MHT 係採審級制，第一審設置於倫敦與普雷斯頓 (Preston)。若受處分人對於第一審裁定不服可上訴至第二審法庭。第二審法院受理當事人聲請之上訴案，或是由高等法院移轉要求進行司法審查之案件。威爾斯地區僅設置單一審級的精神衛生審議專業法庭 (Mental Health Review Tribunal, MHRT)。在成員組成方面，由大法官 (Lord Chancellor) 分別指定一位主席 (英格蘭稱之為 President，威爾斯稱之為 Chairman) 掌理英格蘭與威爾斯地區 MHT 庶務。在審理成員組成方面，MHT 由三至五人組成，成員當中必須有法律專業人員、醫事人員以及其他代表各一名，英格蘭地區第二審 MHT 則係由高等法院法官與其他專業法官 (specialist judges) 組成進行審理。

#### (二) 審查範圍

MHT 在刑事監護處分當中的審查範圍在住院命令與限制命令上有所差異。住院命令者住院至少滿 6 個月，才可向 MHT 聲請轉為強制社區治療。經 MHT 審酌認為當事人可為出院後，得採直接釋放或依 1983 MHA 第 17a 條之強制社區治療 (CTO) 方式將受處分人釋放。同時，若當事人接受機構處遇滿 3 年者且均無聲請強制社區治療者者，該案會自動交由 MHT 進行審理受處分人是否適合改採強制社區治療<sup>234</sup>。

若當事人係為限制命令受處分人，則需在執行期間滿 1 年後才具備向 MHT

<sup>233</sup> PHILIP FENNELL, *Review of the lawfulness of Detention in the Courts and Mental Health Tribunals*, in PRINCIPLES OF MENTAL HEALTH LAW AND POLICY 577, 590-7 (Lawrence Gostin et al. eds. 2010).

<sup>234</sup> Mind, LEAVING HOSPITAL (2020). <https://www.mind.org.uk/media-a/6156/leaving-hospital-2020.pdf>

提出審查之權利。若經 MHT 審理後符合下列要件之一者，則需無條件使受處分人出院：一，受處分人並無精神障礙或拘束人自由之必要（degree warranting confinement）<sup>235</sup>；二，基於保護公共安全之必要性；三，有其他可為替代之有效治療措施<sup>236</sup>。反之，若不符合上開要件之一者，當事人釋放與否僅有法務部長可以決定，MHT 無從過問法務部長之決定與決定理由<sup>237</sup>。

當受處分人允許出院後，可分為絕對釋放（Absolute Discharge）與附條件釋放（Conditional Discharge）二者，不適用的強制社區治療（CTO）。至於受處分人究係採用絕對釋放或附條件釋放係由法務部長決定，而非 MHT。絕對釋放者，顧名思義，受處分人出院後不再受到任何形式與實質上的監督與控制；附條件釋放（Conditional discharge）者之監督處遇已如上述，此處不贅述。

#### 四、臨床負責人員（Responsible Clinician）與 法定主管（Responsible Authority）

英國刑事監護處分的實際執行人員為精衛法當中所謂的「臨床負責人員」（Responsible Clinician, RC）。此類人員可由精神科醫師、心理師、職能治療師等醫事人員或社工師擔任。臨床負責人員主責受處分人的治療處遇計畫、執行治療處遇，以及決定受處分人的轉院或向 MHT 聲請社區處遇。法務部長在為釋放或附條件釋放時，亦應尊重 RC 的意見，綜合風險情狀、臨床負責人員的治療評估做出決定<sup>238</sup>。

除了 RC 以外，在 MHT 當中，負責監督當事人、提供當事人住院治療與社區處遇執行狀況回報的相關人員稱之為法定主管（Responsible Authority, RA）。RA 在住院期間由醫院經理（hospital manager）擔任；社區處遇時則由監督醫療院所（responsible hospital）擔任之。RA 應於 MHT 審理時，出具當事人的相關治療與表現狀況等紀錄供 MHT 參酌。

---

<sup>235</sup> FENNELL, *supra* note 233, at 798.

<sup>236</sup> HM Prison & Probation Services, *The Restricted Patient System*, *supra* note 223, at 13.

<sup>237</sup> *Id.*, at 12-13.

<sup>238</sup> *Id.*, at 9-10.

## 參、處遇模式的具體內涵

前揭說明英國刑事監護處分在法律面與司法審查的相關規定，接下來則就其機構處遇與社區處遇模式進行說明。英國的機構處遇模式可區分為高度、中度與低度三等級之戒護醫院；在社區處遇方面，則由社區的基層醫療單位（General practitioner, GP）、醫療院所、心理治療等相關單位與司法機關共同建構出司法精神社區處遇模式。

### 一、機構處遇模式

英國刑事監護處分採取分級處遇模式，分別為高、中與低度三種等級之戒護機構，依照受處分人的病症嚴重程度、再犯危險性與暴力風險高低，予以分配至不同的司法精神醫院接受處遇。英格蘭與威爾斯地區的高度戒護機構均為 NHS 公營單位，分別為 Broadmoor、Ashworth 以及收治合併心理社會與其他身心障礙者的 Rampton<sup>239</sup>。在處遇指引方面，自 2000 年 Richard Tilt 提出高度戒護機構的安全措施改革方案以後<sup>240</sup>，英格蘭與威爾斯政府便不定期更新「高度戒護精神醫院指引」( *Guidance on the High Security Psychiatric Services (Arrangements for Safety and Security) Directions* )，滾動式檢討與修正高度安全機構在拘束人身自由與日常生活干預措施的處置相關規定。

相較於高度戒護機構，中度與低度戒護機構對於安全性的警戒程度相對較低，因此除了 NHS 公立醫院以外，亦可由私立醫院承接相關業務。中度與低度戒護機構的處遇指引主要是由英國皇家精神科醫學院 (Royal College of Psychiatrists) 轄下之「精神科醫學院品質策進中心」(College Centre for Quality Improvement, CCQI) 當中的「司法精神服務品質策進網路」(Quality Network for Forensic Mental Health Services, QNFMHS) 計畫加以進行，共同就安全維護、治療處遇模式等面向進行研究與發佈具體指引措施。自 2012 年開始，該計畫開始出版「司法精神

---

<sup>239</sup> John Tully, M.D. & Clinical Assoc. Professor, Univ. of Nottingham, Speech at Breaking Barriers in Forensic Psychiatry: An International Academic Exchange: Forensic Psychiatry in the UK: an overview of clinical practice and research (Oct. 19, 2023).

<sup>240</sup> Tim Exworthy & John Gunn, *Taking another tilt at high secure hospitals-The Tilt Report and its consequences for secure psychiatric services*, 182, BRIT. J. PSYCHIATRY, 469, 469 (2003).

機構處遇指引」(Standards for Forensic Mental Health Services) 做為中度與低度戒護機構的處遇準則，持續至今(2023年)已出版至第五版<sup>241</sup>，並於2021年出版「司法精神機構安全照顧指引」(Physical Security in Secure Care) 提供中低戒護機構安全防護措施的相關政策標準；亦於2013年出版「司法精神社區處遇指引」(Standards for Community Forensic Mental Health Services) 做為社區處遇的建議措施<sup>242</sup>。

在「司法精神機構處遇指引」當中可以看到，在中、低戒護機構的治療處遇措施採取人性化、受處分者高度參與的處遇模式，並且對於藥物治療與藥物稽核制度提出相對應的監管措施，相關重點整理如表(一)所示。

表(一) 中、低等級戒護機構治療處遇模式一覽表<sup>243</sup>

分類	內容
治療模式與訂定	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 採取跨專業團隊模式 (multidisciplinary team, MDT)，治療方法涵蓋藥物治療、心理治療、職能治療等面向。</li> <li>2. 在處遇計畫的制定過程中，治療者亦可參與決定治療方式、目標與期程，並且每個月就治療狀況進行更新與調整治療方向。</li> </ol>
藥物治療限制	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 接受藥物治療時，亦應使受處分人知悉藥物的適應症、治療限制與副作用等資訊。</li> <li>2. 治療機構定期進行個人精神狀態與生理指標檢查，確認治療成效與避免或減緩抗精神病劑之不良反應。</li> <li>3. 治療機構就其拘束人身自由之手段進行控管與稽核，</li> </ol>

<sup>241</sup> Royal Coll. of Psychiatrists, STANDARDS FOR FORENSIC MENTAL HEALTH SERVICES (FIFTH EDITION). [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmfms/quality-network-for-forensic-mental-health-services---fifth-edition-standards.pdf?sfvrsn=bf08b5e6\\_4](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmfms/quality-network-for-forensic-mental-health-services---fifth-edition-standards.pdf?sfvrsn=bf08b5e6_4)

<sup>242</sup> Royal Coll. of Psychiatrists, STANDARDS FOR COMMUNITY FORENSIC MENTAL HEALTH SERVICES.

<sup>243</sup> *Id.*, at 241.此外，表(一)同時參酌第四版之內容進行彙整。

分類	內容
	避免過度使用物理性或藥物鎮靜方式限制受處分人的人身自由。
醫病關係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應以清楚明瞭的方式使受處分人知悉治療處遇與機構的相關規定。</li> <li>2. 應使受處分人可容易辨別醫事人員與工作人員。</li> <li>3. 應尊重、同理受處分人，並給予傾聽、陪伴與支持。</li> </ol>
家屬支持與轉銜機制	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應給予家屬或監護人相關的照護手冊，使其知悉治療機構、醫事人員的相關資訊，並提供相關社區資源資訊。</li> <li>2. 應設置舒適、隱私的接見空間供受處分人與家屬見面。</li> <li>3. 當受處分人情況穩定，準備轉銜至社區處遇時，應予轉銜單位就當事人之家庭支持、財務狀況、健康照顧與治療、基本生活（食衣住行）等面向進行商議。</li> </ol>

當受處分人準備由機構處遇轉銜至社區處遇時，依據 1983 MHA 第 117 條規定，應就受處分人回歸社區後的自我照顧、家庭支持、財務狀況、醫療處遇、犯罪預防等面向進行評估與討論，使其得以與社區既有的司法精神或一般精神科社區處遇介接。

## 二、社區處遇機制

英國的社區處遇制度因不同地區的地區、發展脈絡不同而有所差異，大致上可區分為平行式社區處遇 (parallel)、整合式社區處遇 (integrated)、融合上開二者的混合模式 (hybrid)，以及較為新穎的連結模式 (liase)。<sup>244</sup> 上開三種模式並無絕對的好壞之分，實際運作情形依照社區資源量能、受處分對象多寡、相關機關的合作情形而有所不同。上開四種類型的差異說明如下圖（十四）所示。

<sup>244</sup> Muthusamy Natarajan et al., *Community forensic psychiatry and the forensic mental health liaison model*, 18 ADVANCES IN PSYCHIATRIC TREATMENT, 408 (2012).

平行模式 Parallel	整合模式 Integrated	混合模式 Hybrid	連結模式 Liase
<ul style="list-style-type: none"> <li>與一般精神科社區處遇區隔，單獨進行個案管理與處遇服務。</li> <li>資源集中且分工明確，但可能造成受處分人歧視與污名化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>司法精神社區處遇和一般精神科社區處遇合而為一，共同執行個案管理與處遇。</li> <li>可避免污名化，受處分人可在隨時在社區中接受處遇。</li> <li>分工權責較不明確，資源盤點與統籌有所困難。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>平行模式與整合模式混合與交替使用。</li> <li>基於不同處遇服務、服務量能、服務對象多寡而採用不同的處遇與服務輸送模式。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>運用社區內既有的NHS、刑事司法、警政等資源連結，進行管理與照顧。</li> <li>與上開模式相仿，然更強調跨單位的資源連結、明確分工、網路聯繫會議與合作機制。</li> <li>類似於美國FACT。</li> </ul>

圖（十四）英格蘭與威爾斯地區主要司法精神社區處遇機制說明

整體而言，英國的社區處遇模式參酌「司法精神社區處遇指引」，大致上的重點在於個案管理、跨專業與資源的連結、與犯罪防治體系合作三大面向。在犯罪防治體系方面，除了受監督命令而執行社區處遇者會受到法院的監督以外，住院命令後續轉為社強制社區治療（CTO）之受處分人，若有必要時亦得使用MAPPA合作網絡機制，整合司法、警政與衛生福利單位，監控受處分人之行為，並就其不同程度之再犯風險，予以相對應的預防與處置措施<sup>245</sup>。

#### 第四節 美國

美國與英國為相同法系，惟美國係採取各州自治，故於精神障礙抗辯事由與刑事監護處分之規範與執行方式在各州之間有著相當大的落差。美國刑事法體系可區分為「聯邦犯罪」與「州刑事法」二大類型。然觸犯聯邦刑法者，若行為人經法院宣判為NGRI，原則上仍係由各州負責刑事監護處分之執行。因此美國刑事監護處分具體執行方式仍需觀察各州的規範制度才可知悉。

大體而言，美國的心理社會障礙犯罪者處遇制度主要以聯邦憲法與聯邦憲法增修條文（其中又以第8條反酷刑與不人道待遇、14條正當法律程序為核心）為核心，繼而以美國身心障礙者權利法（*American Disability Act, ADA*）、機構處遇者人權保障法（*The Civil Rights of Institutionalized Persons Act, CRIPA*）以及聯邦最高法院判決加以建構之人權保障體系為骨幹。上開三者確立了美國的精神障

<sup>245</sup> HM Prison & Probation Services, *MAPPa Guidance*, supra note 227, ¶ 26.51.

礙抗辯事由與刑事監護處分的執行最低限度，在其容納閾值之內，各州制度不盡然相同。同時，藉由「精神衛生法庭」(Mental Health Court, MHC) 與積極性司法社區處遇 (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)，以及各州的「司法精神醫院」(Forensic Psychiatry Hospital)<sup>246</sup> 做為具體執行機構，方建構出美國的心理社會障礙犯罪者處遇體系。本文首先說明聯邦相關政策，接續以刑事監護處分制度較為成熟的加州與紐約州為主，就其刑事監護處分加以介紹。最後，在有限的篇幅內，亦就精神障礙抗辯與刑事監護處分制度較為特殊的州，於本節第三部分進行概要性地介紹。

## 壹、聯邦政策

本處將美國聯邦政策區分為聯邦犯罪、法律規範以及處遇制度三者進行說明。

### 一、聯邦犯罪

聯邦層級的犯罪行為規定於美國聯邦法典 (US Code) 第 18 編 (Title 18)。其中關於精神障礙抗辯事由在 1981 年 Hinckley 案以後有了重大的轉變。在 Hinckley 案以前，聯邦法院對於精神障礙抗辯事由並無一致性的判斷標準。由於 Hinckley 案採用 M' Naghten 而使得行為人基於 NGRI 而為無罪判決引起譁然，遂於 1984 年頒布「1984 年精神障礙抗辯改革法」(*The Insanity Defense Reform Act of 1984*)<sup>247</sup> 與「1984 年全面犯罪控制法」(*Comprehensive Crime Control Act 1984*)<sup>248</sup>，制定聯邦犯罪之精神障礙抗辯事由。根據 U.S. Code 第 18 編 (Title 18) 第 17 條規定，行為人於犯罪當下由於「嚴重」精神障礙或心智缺陷 (severe mental disease or defect) 而無法辨識行為本質之對錯方可成立精神障礙抗辯事由。若行為人無法辨識行為本質之對錯，然其所罹患之精神障礙或心智缺陷並未達嚴重程度者，仍不成立精神障礙抗辯事由。此規則原則上與 M' Naghten 相同，僅係將精神障礙類型限縮在嚴重精神疾病爾<sup>249</sup>。

<sup>246</sup> 紐約州則稱之為「司法精神醫學中心」(Forensic Psychiatry Center, 簡稱 Forensic PC)。

<sup>247</sup> 楊迺軒 (2022)，〈論美國法精神障礙抗辯的新發展：以 Kahler v. Kansas 案為核心〉，《歐美研究》，第 52 卷第 3 期，頁 521。

<sup>248</sup> 吳建昌 (2017)，〈刑事責任能力〉，收於：周煌智 (等編)，《司法精神醫學手冊》，頁 221。台灣精神醫學會。

<sup>249</sup> 吳建昌 (2017)，前揭註 248。

經聯邦法院裁判為 NGRI 之行為人後續執行方式，根據 US Code 第 18 編第 4243(e)條規定，經聯邦法院判決確定後，聯邦檢察總長應負責加以管束(custody)當事人，並將其交付於當事人所在之州，或將當事人交付至被認定應負責其治療處遇之州執行刑事監護處分。基此，美國雖然有聯邦監獄與聯邦層級之公立醫院，然並無聯邦層級之司法精神醫院，大多仍交由各州執行處遇計畫。有關刑事監護處分與 CRPD 之研究應著重於各州的制度設計上，本研究擇定以加州與紐約州為核心進行檢視。

## 二、法律規範：ADA、CRIPA 與精神衛生法庭

如同「壹、聯邦政策」開頭提及，美國刑事監護處分的權利保障相關聯邦法律依據主要受到身心障礙者權利法(ADA)與機構處遇者人權保障法(CRIPA)保護。此外，精神衛生法庭(MHC)亦屬聯邦重點推行之精神衛生政策，並有相應之法源依據，以下將針對上開三者進行說明。

### (一) ADA 與 CRIPA

美國國會於 1990 年正式通過身心障礙者權利保障重要依據—ADA。然 ADA 起初主要係針對身心障礙者在日常生活照顧與生活上的反歧視與平等措施進行規範，對於心理社會障礙者處遇機制並無特別著墨。直至美國聯邦最高法院於 *Olmstead v. L.C. ex rel. Zimring* 判決當中，確立去機構化與社區處遇的審查基準後，以及 2001 年由時任美國總統布希所發佈的第 13217 號行政命令，要求聯邦各州應積極推動身心障礙者去機構化並推動社區處遇制度，促使身心障礙者具備回歸社會的權利。在 CRPD 訂定以前，ADA 是國際間最為先進的身心障礙者保障法，也是諸多國家身心障礙法律的標竿<sup>250</sup>。

與 ADA 搭配使用的，則是 1980 年代頒布的 CRIPA。該法早於 ADA 立法，主要制定背景為 1970 年代去機構化運動風氣盛行，諸多心理社會障礙者控訴相關機構待遇侵害人權。聯邦政府為擴大檢察官之偵查權限，遂訂定 CRIPA 賦予聯邦司法部(Department of Justice, DOJ)檢察官調查各州包含監獄、少年觀護機

---

<sup>250</sup> Charles F. Szymanski, *The Globalization of Disability Rights Law – From the Americans with Disabilities Act to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2:1 BALTIC J. L.& POLITICS, 18 (2009).

構、醫療院所（包含司法精神醫院）、身心障礙福利機構在內的相關機構權力。CRIPA 本身並未創設任何新的權利，主要在於確保身心障礙者在接受機構處遇時，均能夠受到基本人權保障，並避免非必要的拘禁與住院治療<sup>251</sup>。在 ADA 立法之下，以及 2008 年歐巴馬政府上任後表態力推去機構化工作，更促使 DOJ 發布相關技術協助指引（technical assistance document），協助各州建置符合人權保障的處遇措施，並使身心障礙者知悉自身權利具體內容與相應的救濟機制<sup>252</sup>。藉由 ADA 與 CRIPA，確立了美國心理社會障礙犯罪者於接受處遇與去機構化、由上而下系統性地個人權利保障體系之刑事政策典範，促使聯邦政府與美國各州均應依循此軌跡進行犯罪偵查、審判與執行工作，成為商業條款（interstate commerce clause）與賦稅以外，國會與聯邦政府第三個得以制衡各州政策之手段依據<sup>253</sup>。

## （二）精神衛生法庭（MHC）

美國聯邦另一個影響各州深遠的法制與政策，則係所謂的精神衛生法庭（Mental Health Court, MHC）制度。該制度係屬於「問題解決法庭」（Problem Solving Court，又稱合作法庭，Collaboration Court）的一種，屬於一般刑事法庭以外的專業法庭。問題解決法庭最早起源於 1990 年代加州與紐約州的「毒品法庭」（Drug Courts），當時主要係針對毒品犯罪的社區處遇議題進行監督、輔導、治療與考核工作。該制度在 2000 年時，由「全美各州最高法院法官聯合會」（United States Conference of Chief Justices）與「全美各州法院司法行政人員聯合會」（Conference of State Court Administrators）一致發表聲明，呼籲各州應建制基於治療性司法（TJ）為基礎的問題解決法庭制度<sup>254</sup>。有鑑於此，美國國會於 2004 年

---

<sup>251</sup> John Kip Cornwell, *CRIPA: The Failure of Federal Intervention for Mentally Retarded People*, 97 YALE L. J. 845, 845-6 (1988). [hereinafter Cornwell, *CRIPA: The Failure of Federal Intervention for Mentally Retarded People*]

<sup>252</sup> Joseph D. Bloom, *CRIPA, Olmstead, and the Transformation of the Oregon Psychiatric Security Review Board*, 40 J. AM. ACAD. PSYCHIATRY L. 383, 384 (2012).

<sup>253</sup> Barbara Ann Stolz, *The Growth of Federal Criminal Justice Policy Making: The Role of U.S. Civil Rights Legislation*, 26 CRIM. JUST. POL'Y REV. 463 (2015).

<sup>254</sup> Memorandum from Conference of Chief Justices & Conference of State Court Administrators. on Support of Problem-Solving Courts (Aug. 3, 2000)

正式通過「美國司法機構與精神衛生計畫」(*America's Law Enforcement and Mental Health Project*) 與「2004年精神疾患犯罪者治療與復歸法」(*Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act of 2004*)，以美國司法援助局 (Bureau of Justice Assistance, BJA) 為首，開始推動「精神衛生法庭計畫」(Mental Health Court Program)<sup>255</sup>。該計畫除給予各州司法機關補助款項以外，同時也透過發布相關指引手冊，協助各州法院建構精神衛生法庭的設立目標、服務族群、處遇方式，以及永續經營等面向給予指導<sup>256</sup>。在法院組織與法源依據方面，精神衛生法庭的設置主要規定於各州的法院規則 (Rules of Court) 當中。

然而，各州精神衛生法庭之組成、收案標準與審理程序仍有諸多差異，因此並非所有的精神衛生法庭均受理「基於精神障礙而無罪」(NGRI) 或「有罪但有精神疾患」(GBMI) 者，仍依各州依其需求與服務量能加以規劃精神衛生法庭的服務對象，討論上也必須就各州狀況分別處理。

### 三、處遇制度的相關研究：司法積極性社區治療 (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)

除 MHC 以外，美國物質濫用與精神衛生服務管理局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) 亦基於「積極性社區處遇」(Assertive Community Treatment, ACT) 的模式，推出所謂的「積極性司法社區處遇」(Forensic Assertive Community Treatment, FACT)。該處遇措施係針對嚴重心理社會障礙犯罪者、具備高度犯罪風險因子 (criminogenic risk) 者所設計的社區處遇模式。該措施強調「案主中心」、「以社區為基礎」、「無期間限制」、「跨專業處遇團隊」(MDT) 以及「利害關係人資訊共享」的精神與模式。在處遇過程中需同時由刑事司法機關與醫療院所等精神衛生服務單位共同合作，進行監督、治療與評估。在此模式中，執法人員著重於監督、參與服務與處遇協調、處遇過

---

<sup>255</sup> U.S. Bureau of Justice Assistance, MENTAL HEALTH COURTS PROGRAM (last visited Feb. 15, 2024), <https://bja.ojp.gov/program/mental-health-courts-program/overview>

<sup>256</sup> U.S. Bureau of Just. Assistance, A GUIDE TO MENTAL HEALTH COURT DESIGN AND IMPLEMENTATION. (2005). <https://bja.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh186/files/Programs/Guide-MHC-Design.pdf>

程中刑事司法系統軟硬體資源與裁量權的運用，透過執法人員之繼續教育（或養成教育），熟悉與使用 FACT（包含認識衛生福利體系、與醫事人員之合作）；醫事人員除提供服務以外，亦應強化其瞭解刑事司法系統的運作模式與其對案主可能產生的影響因素為何<sup>257</sup>。

整體而言，聯邦政府政策係提供各州刑事司法政策框架，然在刑事執行的具體方面，在符合憲法與聯邦法律的最低標準以內，各州司法與行政機關的具體規劃可有所不同。下文將以辦理 MHC 與刑事監護制度較為成熟完整的加州與紐約州為例，加以對照美國在 CRPD 施行前後之差異性。

## 貳、加州

加州對於精神障礙犯罪者的處遇制度可說是相當完備。在立法體例上，加州刑法典(Penal Code, PEN)對於精神障礙抗辯事由、審判與執行均有詳盡的規定。在處遇措施方面，主要可分為機構處遇與社區處遇二者。其中社區處遇當中亦有更為細緻的「附條件釋放計畫」(conditional release (CONREP) care)制度。CONREP 係一適用於全加州的處遇模式，除了最基本的定期門診處遇以外，同時包含隨機藥物檢驗、物質濫用監測以及心理衡鑑等處遇內容<sup>258</sup>。以下先就加州對於精神障礙犯罪者之界定先行介紹，繼而就社區處遇制度加以分析論述。

### 一、有關精神障礙犯罪者刑事責任與處遇之縱覽

加州對於精神障礙犯罪抗辯之規定參見加州刑法典第 25 條，係採取 M'Naghten<sup>259</sup>。同時，加州在審理期間原則上不採納所謂 Dimished Rule 做為抗辯基礎，Dimished Rule 僅得於判刑與確認執行處遇方式時加以考量。

在量刑方面，主要規定於加州刑法典第二部分 (Part 2) 刑事訴訟 (Criminal Procedure) 的第六編「訴狀與審前程序」(Pleadings and Proceedings Before Trial)。根據加州刑法典第 1026 (a) 條規定，當行為人之犯罪行為成立 NGRI 時，法院

<sup>257</sup> SAMHSA, FORENSIC ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep19-fact-br.pdf>.

<sup>258</sup> California Dep't of State Hospitals, CONDITIONAL RELEASE [https://www.dsh.ca.gov/Treatment/Conditional\\_Release.html](https://www.dsh.ca.gov/Treatment/Conditional_Release.html). (last visited Feb. 15, 2024)

<sup>259</sup> 賴擁連、駱姿螢 (2021)，前揭註 30，頁 256。

得將當事人送交州立醫院部門 (Department of State Hospitals) 或私立醫院接受治療。若行為人之犯罪行為不屬於第 1601 (a) 條所列之重大犯罪，諸如：殺人罪、重傷罪與重傷罪加重事由 (mayhem, aggravated mayhem)、綁架罪、縱火罪、性侵害犯罪、加重竊盜罪、意圖殺人之重傷害罪 (Assaults With Intent to Commit Felony, Other Than Assaults With Intent to Murder)、重婚與亂倫罪，以及槍枝管制相關犯罪事由 (Gun Violence Restraining Orders, 違反槍枝犯罪管制命令) 者，法官亦可裁定直接執行社區處遇，毋庸送交司法精神醫院執行機構處遇。

為確保處遇有效執行，依據加州刑法典第 1026 (b) 條規定，法院應於發出命令後 15 個審判日內 (judicial days)，要求「社區處遇主管」(得由自然人或指定機構擔任) 或指定之人 (designee) 完成評估報告，確認執行機關是否有能力執行處遇措施，以尊重執行機關之專業見解，同時在防衛社會安全的前提下，使受處分人接受合適的處遇措施。

## 二、加州機構處遇

加州的機構處遇原則由州立醫院部門 (Department of State Hospitals) 轄下的五間公立醫院：阿塔斯卡德羅州立醫院 (DSH- Atascadero Hospital)、科靈加州立醫院 (DSH- Atascadero)、州立大都會醫院 (DSH- Metropolitan)、州立納帕醫院 (DSH- Napa) 與州立巴頓醫院 (DSH- Patton) 負責收治 NGRI 患者<sup>260</sup>。美國加州輕罪與重罪者在首次執行與延長執行之規定有所不同。前者若情狀輕微，得免令入機構，直接執行 CONREP；後者則需至少住院滿 180 日。機構處遇階段可概分為「評估」、「執行」與「期滿」三個階段，以下分述之。

依據加州刑法典規定，受處分人每 6 個月應進行一次評估。此時醫療監督人員 (medical director) 應依加州刑法典第 1026 (f) 條規定提交評估報告 (Progress Reports) 給法院與社區處遇方案主任。評估結果與法定要件均符合社區處遇者，可逕自進入「期滿」階段之社區處遇評估。

執行階段依照所犯之罪為輕罪或重罪而有所不同。若所犯之罪為輕罪者，依

---

<sup>260</sup> Dep't of State Hospitals, TREATMENT. <https://www.dsh.ca.gov/Treatment/index.html> (last visited Feb. 15, 2024)

照加州刑法典 1026.5 (a) (3) 條規定僅可執行至所犯之罪最長刑期，期間屆滿後應無條件釋放；若為重罪犯者，醫療團隊認為受處分人狀態依然不穩定時而需長時間執行機構處遇時，依據加州刑法典第 1026.5 (b) (2) 條規定，應於所犯之罪最長刑期屆滿前 180 日前，向地方檢察官(district attorney, DA)依據第 1026.5 條聲請延長處遇。檢察官得依職權決定是否啟動延長。若地方檢察官認有延長執行之必要，則應向法院聲請舉行聽證程序，由法院加以審議是否延長受處分人的處遇期限。延長處遇裁定每次最長處遇為期 2 年，且無申請次數限制。

受處分人在處分期間提早離開司法醫院時，則進入所謂的「期滿階段」。若當事人為 NGRI 且無其他特殊事由時，得啟動所謂「精神狀態恢復聽證會」(sanity hearing)，可依據加州刑法典第 1026.2 條自機構中釋放，後續銜接為期一年的 CONREP，由社區處遇主管監督考核受處分人復歸社會的情況<sup>261</sup>。反之，若受處分人被判處有期徒刑，或有最低住院期日限制者(如：上述第 1601 條(a)所列之罪，除有特殊處遇計畫，原則上應住院至少 180 日)，則應交由監獄單位執行刑罰或繼續在司法精神醫院內接受處遇，直至期間屆滿為止後，始得評估是否轉銜 CONREP。有關加州刑事監護制度整體流程圖，如下圖(十五)所示。

---

<sup>261</sup> Dep't of State Hospitals, FORENSIC SERVICES DEP'TS STAFFING STUDY- NGI PC1026 FORENSIC PROCESS WORKLOAD (2019), [https://www.dsh.ca.gov/Treatment/docs/DSH\\_NGI\\_1026\\_Process\\_Flowchart\\_2019-02-19.pdf](https://www.dsh.ca.gov/Treatment/docs/DSH_NGI_1026_Process_Flowchart_2019-02-19.pdf).

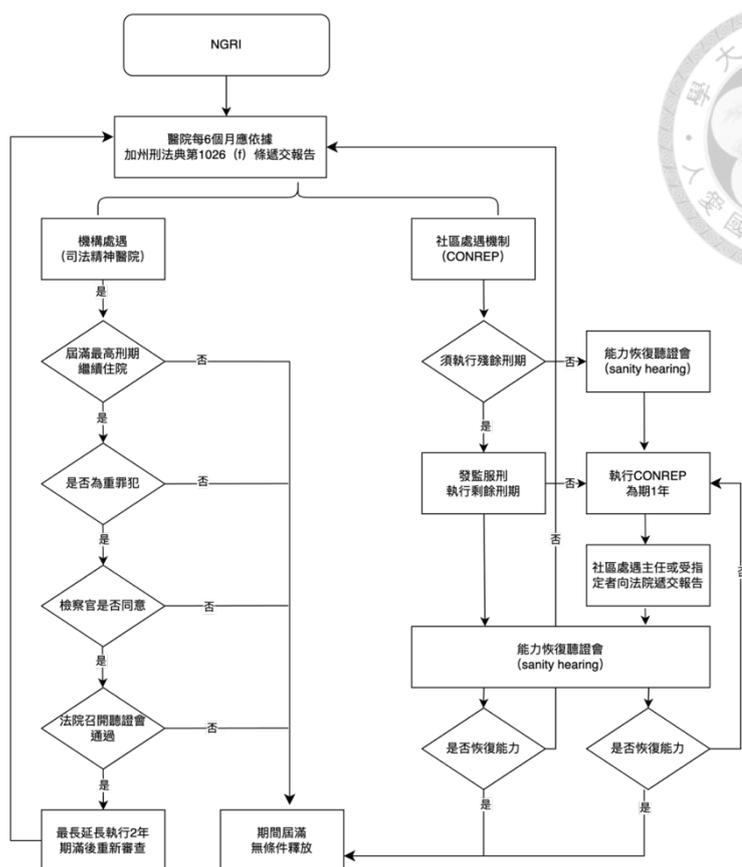


圖 (十五) 加州刑事監護處分階段圖

### 三、加州社區處遇

在社區處遇計畫方面，分別規定於加州刑法典第 15 編「精神障礙或心智缺陷門診處遇」與「加州福利與機構法」(Welfare And Institutions Code)。上開二法關聯性在於，加州刑法典第 15 編對於社區處遇之犯罪類型、監督考核方法加以規範，後者則係 CONREP 社區處遇措施的法源依據。

CONREP 處遇為期一年，期間屆滿時須向法院聲請，法院應審酌當事人具體情狀，決定是否延長社區處遇。以下分別就加州刑事監護社區處遇的執行基準、執行方式，以及緊急情況下的處置方式分別說明。

#### (一) 聲請社區處遇

當受處分人在司法精神醫院接受治療後，治療團隊認為受處分人已無自傷或傷害他人之危險性，且病程趨於穩定時，得製作報告書向法院聲請社區處遇，由法院召開聽證會後裁定之。法院對於重罪犯與一般犯罪之審查標準有部分區別，一般犯罪者需審酌當事人過往犯罪情狀、當事人整體狀態的穩定程度，是否不具

備自傷與傷害他人之危險情狀，並考量社區處遇對於當事人與社區之福祉。而重罪犯回歸社區接受處遇的部分，除須具備上開條件以外，亦須在司法精神醫院內住院達 180 日以上，亦應確保被害人及其家屬安全之情況下，方可准許執行社區處遇。

## (二) 執行方式

根據加州刑法典第 1605 條規定，州立醫院部門為社區處遇的監督與治療主管機關。州立醫院部門應在加州轄下之郡內指定一名社區處遇主管，負責社區處遇之監督與行政管理事項。當事人應服從社區處遇主管所安排之處遇規定，定期至醫療院所接受門診治療與監督，且在處遇期間依據同法第 1611 條規定，未經法院許可不得離開加州境內。社區處遇主管根據第 1611.d 條規定，社區處遇主管有義務每 90 日就當事人目前接受處遇的狀態向法院提出處遇報告，此份報告應同時副知檢方與當事人之辯護律師。

在社區處遇執行期間，若當事人不按規定回診、精神障礙症狀惡化或出現自傷傷人情事時，社區處遇主管得向法院聲請撤銷社區處遇，法院得令當事人進入社區處遇主管指定之醫療院所接受治療。社區處遇主管若認為當事人有危害治安疑慮時，亦得請求地方治安官拘束當事人之人身自由，將其押解至監獄內與社會暫時隔離。然無論在醫療院所或監獄內，均應提供當事人醫療處遇措施，而非單純對當事人施加監禁。

## (三) MHC 銜接機制

加州早期的 MHC 主要處理對象係被判處有罪而為社區處遇的心理社會障礙者，並不包含刑事監護處分對象。在 2011 年由加州法院行政辦公室 (Administrative Office of the Courts) 所成立的「刑事司法於精神衛生事項合作任務小組」(Task Force for Criminal Justice Collaboration on Mental Health) 所發佈之結論報告當中指出，有鑑於諸多刑事監護處分個案無法有效由司法精神醫院轉銜至社區接受處遇、加州社區當中的相關資源不足，以及銜接機制不良等問題，導致社區處遇無法有效落實與執行，因此應將 CONRPD 計畫受處分人同時納入

MHC 的適用對象<sup>262</sup>。在 2015 年的修正報告中，確實提及已修正加州法庭規則 (California Rules of Court)，將 CONREP 納入精神衛生法庭的審理對象當中，由 MHC 擔負起刑事監護處分的指揮監督與執行、資源統籌、治療與跨專業處遇討論與統整之角色。

根據加州法院規則第 10.951 (c) 條規定，刑事法院監督法官 (supervising judge) 應負責審理「精神衛生個案 (管理) 協議」(Mental health case protocols)，並依加州法院規則第 10.952 條規定，邀集律師、檢察官、假釋或緩刑監督單位 (觀護官)、警察機關，以及 CONREP 相關人員加以監督當事人的治療情形，與相關人員共同擬定、調整治療處遇模式。同時，監督法官亦負責指派與授權由州立醫院部門所指定之社區處遇主管執行職務。

### 參、紐約州

紐約州刑事監護處分的規定分散於紐約州刑法、紐約州刑事訴訟法，以及紐約州精衛法 (Mental Hygiene Law, MHL) 規定。在執行機關方面，主要由紐約州精神衛生辦公室 (Office of Mental Health) 及其轄下的司法精神醫院、機構與轉銜服務署 (Bureau of Institutional and Transitional Services, BITS)<sup>263</sup> 以及轉介中心 (Diversion Center)<sup>264</sup> 分別負責機構處遇與社區處遇之間的轉銜與執行。以下分別就機構處遇與社區處遇之處遇對象、方式等相關規範加以論述。

#### 一、紐約州精神障礙與心智缺陷認定程序

此處首先就紐約州之精神障礙抗辯事由及其刑法當中心理社會障礙之定義進行說明。與其他常見法律較為不同之處在於，紐約州刑事法律當中分別就「具備危險性之精神障礙症」(Dangerous mental disorder) 與「精神疾患」(Mentally ill) 二者予以定義，於下說明之。

---

<sup>262</sup> Admin. Off. Cts., TASK FORCE FOR CRIM. JUST. COLLABORATION ON MENTAL HEALTH ISSUES: FINAL REPORT, 31-9 (2011).  
[https://www.courts.ca.gov/documents/Mental\\_Health\\_Task\\_Force\\_Report\\_042011.pdf](https://www.courts.ca.gov/documents/Mental_Health_Task_Force_Report_042011.pdf)

<sup>263</sup> DIV. FORENSIC SERV. BUREAU INST.& TRANSNAT'L SERV. (BITS),  
<https://omh.ny.gov/omhweb/forensic/bits/> (last visited Feb. 15, 2024)

<sup>264</sup> DIV. FORENSIC SERV. DIVERSION CTR., <https://omh.ny.gov/omhweb/forensic/diversion.htm> (last visited Jan,21, 2024)



### (一) 精神障礙或心智缺陷

在紐約州構成刑事犯罪者，有關精神障礙抗辯事由規定於紐約州刑法第 40.15 條規定。該州精神障礙抗辯事由係參酌模範刑法典 (Model Penal Code, MPC) 加以規範。若行為人基於「精神障礙或心智缺陷」(reason of mental disease or defect) 而無法知悉自身行為所遭致之後果，或缺乏對自身行為錯誤之認識者，即成立精神障礙抗辯事由。當被告或其辯護律師主張其符合「精神障礙或心智缺陷」事由時，法院依紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第三項開立檢查命令 (Examination Order) 要求被告進入司法精神醫院接受 30 日以內之住院檢查，將當事人之監督管理之責交由紐約州精神衛生委員會負責，必要時得延長一次。在司法精神鑑定後、行為時心智能力確認之初次聽證會 (Initial hearing) 開始前，根據紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第四項與第六項規定，法院得開立暫行安置令 (Commitment Order)，將監督管理權限由精神衛生委員會轉交給警長 (sheriff) 負責，以確保當事人與社會之安全。警長得在法院授權之下，將被告交由具備處理心理社會犯罪者能力之特定機構拘束其人身自由。

### (二) 心理社會障礙定義

紐約州法分別針對「具備危險性之精神障礙症」(Dangerous mental disorder) 與「精神疾患」(Mentally ill) 二者加以定義。前者依紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第 1 項 c 點規定，係指當事人符合 MHL 所定義之精神疾患診斷<sup>265</sup>，同時有自傷傷人疑慮<sup>266</sup>；後者則係指當事人罹患精神疾病，其病程達到無法理解與判斷何謂治療與照顧，基於患者福祉而需安排至指定醫療院所接受住院治療與照顧。上開二者在後續處遇方式明顯不同，具備危險性之當事人將交由刑事監護處分，相關規定須同時參酌紐約州刑事訴訟法與 MHL 規定；若當事人不符合具備危險性之精神障礙症，相關規定均回歸 MHL 規定辦理。有關處遇機制如下圖 (十六)

---

<sup>265</sup> 紐約州精神衛生法當中「精神疾患」(Mental illness) 的定義，參酌該法第 1.03 條第 20 項規定，係指個人的行為、感受、想法或判斷能力顯著受到症狀干擾而需加以照顧、治療以及給予復健協助者。

<sup>266</sup> 需留意紐約州精神衛生法第 1.03 條第 52 項有所謂「嚴重精神病人」(Persons with serious mental illness) 的規定。此部分規定與刑事監護的判斷標準有別。

所示。

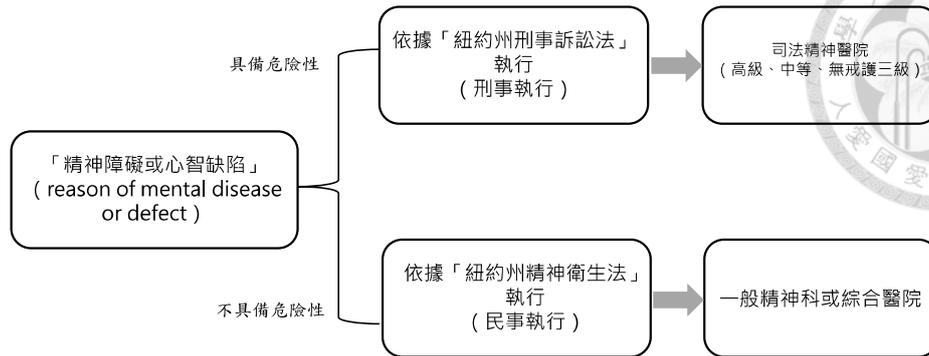


圖 (十六) 紐約州精神障礙或心智缺陷處遇機制

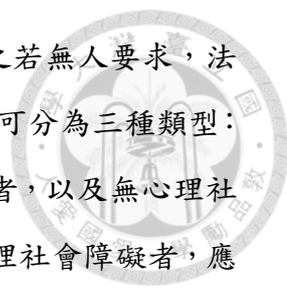
## 二、紐約州機構處遇模式

紐約州刑事監護處分機構可區分為「安全戒護機構」(secure forensic facility care)與「無戒護機構」(non-secure adult psychiatric center care)二者。其中，前者根據紐約州刑事訴訟法第 330.20 條規定，係指同時具備安全戒護與精神醫療專業設施與人員之公立醫療機構，專門收治具備危險性之心理社會障礙者所之醫療院所。紐約州共有三所公立司法精神醫院，分別為最高戒護等級的柯比司法精神醫院 (Kirby Forensic PC)、高等戒護等級的哈德遜司法精神醫院 (Mid-Hudson Forensic PC)，以及羅夏克醫院司法精神病房 (Rochester Regional Forensic Unit)。治療成效與再犯可能性的監督與評估主要係由紐約州精神衛生辦公室之精神衛生委員 (Mental Health Commissioner) 負責。

### (一) 機構處遇定期評估與不同處遇措施

在處遇期間方面，法院可依序核發第一次留置命令 (First retention order)、第二次留置命令 (Second retention order)，以及接續留置命令 (Subsequent retention order)。第一次留置命令最長期間為期 1 年，期間屆滿需重新審酌；第二次留置命令與接續留置命令最長為期 2 年，也就是「1+2+2N」年的處遇模式。在每次命令期間屆滿前 30 日，精神衛生委會應向核發命令之法院或機構所在地之高等法院聲請繼續執行處遇或加以釋放，且應將該份報告同時提供給地區檢察官、當事人、當事人辯護人 (律師) 與紐約州最高法院所設置之「心理衛生法律服務法庭」(Mental Hygiene Legal Service, MHLS，將於後說明)。

法院在接獲聲請資料以後，若當事人、當事人辯護人 (律師) 或檢方請求召



開聽證會，法院應於 10 日內召開聽證會評估當事人狀態（反之若無人要求，法院則可依職權彈性決定是否召開聽證會）。法院審酌當事人狀態可分為三種類型：具備危險性之心理社會障礙者、不具備危險性之心理社會障礙者，以及無心理社會障礙症狀三種。若法院認定當事人依然屬於具備危險性之心理社會障礙者，應裁定繼續留置命令，使其收治於安全戒護機構；若當事人雖不具備危險性，但仍為心理社會障礙者，法院亦應下令留置命令，然若當事人原先收治於安全戒護機構時，若整體情狀穩定時，得依紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第 11 項核發轉銜命令（Transfer order）之規定，將受處分人「降階」至一般性的精神科醫療院所接受處遇。最後，若法院認定當事人已不具有精神障礙症狀，法院則需下令以附條件釋放命令的方式，使當事人回歸社會。

另一方面，若當事人在機構內接受處遇期間穩定者，司法精神醫院得向法院聲請假期命令（Furlough order），允許當事人短期內離開機構。期間內得視受處分人狀況而決定是否配置機構人員在側。法院在做出假期命令前，應綜合考量公共安全、社區與當事人福祉的情況下發放，且應在聲請後保留 10 日彈性期間供當事人、辯護人與檢方表示意見，並得依需求與要求（如同延續留置的規定）召開聽證會決議是否核發假期命令。

## （二）轉銜社區處遇

當受處分人接受機構處遇達一段期間後，精神衛生委員確信當事人已不具備危險與精神症狀時，得依紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第 12 項，向核發命令之法院，或醫療院所所在地之高等法院聲請附條件釋放命令（Release order and order of conditions）。提出聲請時，應檢具當事人近期精神狀態、過去治療歷程、住院表現狀況，並依 MHL 第 29.15 條第 g 點規定，擬定當事人服務計畫（service plan）書，並給予 10 天期間供當事人、律師、檢方表示意見。若法院在審理過程中，發現當事人依然具備危險性，則應駁回聲請；若認為當事人不具備危險性但依然具有精神症狀，但當事人在高度安全機構接受處遇時，則應核發轉銜命令，將當事人轉往一般醫療院所接受處遇。所謂的服務計畫書，係依 MHL 第 29.15 條第 g 項所規定民事強制住院患者轉銜社區處遇時應擬訂之計畫書，其所包含事項整

理如表（二）所示。同時，依據紐約州民事法（civil practice law and rules）第 63-A 條規定，應將當事人離開機構之情事，告知執行當事人社區處遇有關機關與人員知悉。然此資料僅供處遇執行者基於處遇所需之評估與治療需求才可知悉，以維護受處分人之隱私。

表（二）紐約州精衛法第 29.15 條第 g 項服務計畫書內容

報告面向	說明
當事人本身所需要的處遇服務	監督、治療、後續照顧服務（aftercare service）、就業服務等
當事人所在地之相關服務資源盤點	相關資源盤點。
可提供當事人相關服務的機構、單位與人員清單	
特殊教育資源	21 歲以下的當事人，應同時考量當事人的教育需求，按期需求銜接相關特殊教育機構接受教育
評估當事人可能需要使用的公共資源與服務及其使用方式	包含公共協助（public seeistance）、醫療，以及補充安全收入（supplemental security income）

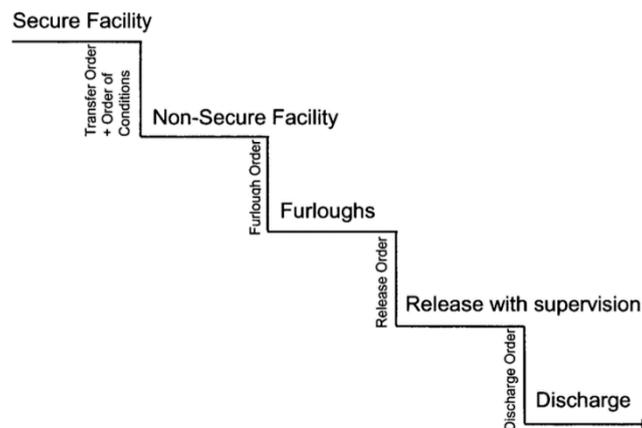
### 三、紐約州社區處遇模式

社區處遇的發展除了既有的監督機制與精神衛生法庭以外，紐約州在 2023 年亦開始計劃推動「積極性司法社區處遇」（FACT），徵求有意願者向州政府申請設置社區據點之相關補助措施<sup>267</sup>，針對具備高度復發與再犯風險之刑事監護處分、假釋或緩刑者開發另一種監督輔導措施。而在受處分人在社區處遇期間，若精神衛生委員認定受處分人有「具備危險性之精神障礙症」時，亦得依據紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第 14 項，向法院聲請重新安置命令（Recommitment order）。

<sup>267</sup> N.Y. Off. Mental Health, ADULT FORENSIC ACT RFP – FOUR (4) NEW TEAMS REQUEST FOR PROPOSALS (2023). [https://omh.ny.gov/omhweb/rfp/2023/forensic/forensic\\_act\\_rfp.pdf](https://omh.ny.gov/omhweb/rfp/2023/forensic/forensic_act_rfp.pdf)

當受處分人於社區執行滿三年以上且症狀穩定者，精神衛生委員會得依紐約州刑事訴訟法第 330.20 條第 13 項規定，得向法院聲請釋放命令（Discharge order），完成社區處遇。取得釋放命令之受處分人，便不再受到司法機關監督。

整體而言，紐約州的刑事監護處分設計採取「降階」的制度設計<sup>268</sup>，由最高安全戒護，逐漸地轉移至非戒護型精神科醫院，繼而允許受處分人藉由放假的方式短暫離院，最終採用社區處遇使當事人回歸社會，如下圖（十七）所示。



圖（十七）紐約州刑事監護處分降階設計<sup>269</sup>

#### 四、轉銜 MHC 與 MHLS

紐約州設置兩種類型之精神衛生法庭：刑事 MHC，規定於法院規則（Rule of Courts）第 152 章精神衛生章（Mental Health Parts）之規定；民事精神衛生法律服務法庭，依據 MHL 所設置。MHC 分別設置於地方法院與高等法院；MHLS 則設置於紐約州最高法院。

根據紐約州法院規則第 152.1 條第 a 項規定，MHC 主要負責涉及心理社會障礙之刑事案件審判與刑事執行裁定。依照案件性質，地方法院可將案件轉由高等法院所設置之精神衛生法庭受理。整體而言，當審理法官認為有必要轉介案件時，經當事人本人與該案檢察官同意後，即可聲請轉介至 MHC。MHC 受審法官應於指定期日內決定是否受理案件。當 MHC 認為此等轉介有助於司法系統運行

<sup>268</sup> Larry Cunningham, *New York's Post-Verdict Scheme for the Treatment of Insanity Acquittes: Balancing Public Safety with Rts. of the Mentally Ill*, 25:1 J. OF CIV. RTS. & ECON. DEV., 81, 94 (2010).

<sup>269</sup> *Id.*

時，後續相關監督與處遇事項均交由 MHC 受理。而 MHLS 主要負責強制住院治療、強制社區治療、民事監護處分之審查工作。有鑑於紐約州刑事監護處分與民事精神科強制處遇二者有所交疊，因此依紐約州刑事訴訟法第 330.20 條之相關處遇規範當中，均規定刑事法院應將相關處遇事項（機構處遇、機構處遇之延長或停止執行、刑事監護處分社區處遇等）一併告知 MHLS。在刑事監護處分當中，MHLS 主要擔任受處分人的辯護人工作，代理受處分人出席相關聽證會並進行辯護<sup>270</sup>。

有關英國 MHT 與美國加州、紐約州 MHC 之綜合比較，整理如下表所示(三)。從下表中可以發現幾個不同之處，主要在於體系定位與審級二方面。在體系定位方面，英國的 MHT 在其組織位階上係屬於獨立性質的專業法庭，獨立於英國傳統的治安法庭與皇家法庭之外；而美國的 MHC 仍隸屬於普通法院轄下，無論審理案由或審理法官背景方面，均係刑事案件與刑事庭法官充任居多。在審級方面，英國英格蘭地區與美國紐約州均為二審級制，然前者之第二審有提供救濟機會並得進行司法審查；後者僅係對應由高等法院審理之刑事案件之機制，原則上不受理不同審級之案件。

表（三）英國與美國加州、紐約州精神衛生法庭比較表

	英國		美國	
			加州	紐約州
性質	民事裁定		刑事審判	刑事審判
審級	英格蘭	威爾斯	一審	二審 (但應對應審理 法院之審級)
	二審	一審		
負責階段	執行階段			
審理方式	合議制		獨任制	獨任制
法官資格	職業法官、醫事人員、 其他代表		職業法官	職業法官

<sup>270</sup> *Id.*, at 86.

	英國		美國	
			加州	紐約州
性質	民事裁定		刑事審判	刑事審判
參與成員	住院命令	當事人本人、RC、RA	當事人本人、辯護律師、檢察官、社區處遇主管、其他精神衛生成員	當事人本人、辯護律師、檢察官、精神衛生委員、其他精神衛生成員
	限制命令	當事人本人、RC、RA、法務部長與 MHSC		

### 肆、其他特殊制度州

上開對於聯邦法律與相關政策，以及美國在刑事監護處遇方面較為完備與常見的加州與紐約州進行較為完整的說明。有鑑於美國州法自治之特色，故有少數州在精神障礙抗辯事由與刑事監護制度體系上與主要州有明顯差異，且此等差異與 CRPD 之理念與精神值得進行對照觀察。吾人將於以下有限的篇幅內進行概要性地介紹。

#### 一、廢除精神障礙抗辯事由

美國目前共計有六個州已廢除「精神障礙抗辯事由」，分別為亞利桑那州、愛達荷州、堪薩斯州、蒙拿大州、猶他州與奧勒岡州。然上開六個州並非全然將心理社會障礙因素排除在外，而係將精神障礙因素改列於構成要件要素當中加以考量（見前揭第三章第一節說明）。奧勒岡州自 Hinckley 案後，於 1983 年採行 GEI 制度<sup>271</sup>；亞利桑那州則係於 1993 年廢除 M'Naughten，改採所謂的 GEI 制度。根據亞納桑納州法第 13 編第 502 條規定，當行為人於行為當下，由於精神疾病或缺陷，致行為人不知其行為是錯誤者，則符合 GEI 要件；愛達荷州根據州法第 18 編第 207 條規定，心理狀態（Mental Condition）不得做為刑事訴訟當中

<sup>271</sup> Joseph D. Bloom & Mary Claire Buckley, *The Oregon Psychiatric Security Review Board: 1978–2012*, 41 J. AM. ACAD. PSYCHIATRY L. 560, 560 (2013). [hereinafter Bloom & Buckley, *The Oregon Psychiatric Security Review Board: 1978–2012*]



的任何抗辯事由；堪薩斯州於 1995 年廢除原先的 M'Naughten，依堪薩斯州法第 21-5209 條規定，行為人得證明自身係由於精神疾病或缺陷而於犯罪行為當下欠缺主觀構成要件；猶他州法第 76-2-305 條（2）項（a）與（b）款規定，心理狀態僅得於主觀構成要件中加以考量，其餘情形不得以此加以抗辯。蒙拿大州於 1979 年廢除精神障礙抗辯事由，然該州州法第 46-14-102 條依然保留有關心理社會障礙因素的相關規定<sup>272</sup>，但將以往罪責要素的精神障礙抗辯從事由，改變為基於知悉程度（knowingly）、故意或過失（purposely or negligently）之主觀構成要件要素加以判斷<sup>273</sup>。雖然上開六個州廢除精神障礙抗辯事由，然在案件審理與刑事執行程序當中並非全然將心理社會障礙犯罪者與一般犯罪者同等視之。亞利桑那州規定，符合 GEI 要件者，雖不得以此完全無罪，然法官判刑時應依法酌予調整刑期。此外，根據亞利桑那州第 13-502 條 b 項規定，若行為人實際造成他人死亡或重傷，或具備上開行為風險者，法院得令其進入司法精神醫院；猶他州規定在殺人罪等重罪案件時，法院可基於當事人心理狀態受損為由而酌予減輕其刑；愛達荷州規定，然若被告於審判期間，經法官同意而提出精神障礙相關證據時，法官於審判時依州法第 19 編第 252 條規定，應就行為人的精神疾患嚴重與功能減損程度、治療與康復的可能性，以及再犯危險性等因素斟酌考量最終判刑，必要時得令當事人於服刑或緩刑期間接受治療。由上可見，大部分廢除精神障礙抗辯事由的州，依然保有司法精神醫院與司法精神鑑定制度，以確認犯罪行為當時是否主觀構成要件要素該當、審理期間當事人是否具備受審能力。在最終審判時，仍會將心理社會障礙因素納入量刑的考量範圍，乃至最終刑事執行時，亦會基於包含心理社會障礙因素在內的當事人個別情狀予以評估其究係送交監獄為宜，抑或轉送司法精神醫院較為妥適。

## 二、奧勒岡州 PSPB 制度

除了精神障礙抗辯事由的多元樣貌以外，美國刑事監護處分的司法審查與救濟機制也多有不同。本文比較的紐約州與加州在刑事審判期間以一般刑事法庭為

---

<sup>272</sup> *Id.*, at 137.

<sup>273</sup> Jeanne Matthews Bender, *After Abolition: The Present State of the Insanity Defense in Montana*, 45 MONT. L. REV. 133, 138 (1984).

主，若法官認為有必要，或者檢辯其中一方向法院聲請轉由 MHC 審理時，法官得斟酌具體案件情狀，基於各州法庭規則規定裁定轉介 MHC 與否。在刑事執行期間，亦可由一般刑事法庭或 MHC 擇一受理案件。而在奧勒岡州，除本身採用 GEI 制度以外，其建構獨立的「奧勒岡州精神衛生戒護審議委員會」(Oregon Psychiatric Security Review Board, PSPB)制度<sup>274</sup>。奧勒岡州於 1977 年設置 PSRB。此係一獨立的司法行政單位，由行政主任、醫師、心理師以及司法人員（觀護與假釋官等）組成<sup>275</sup>。PSRB 最初之主要執掌在於監督考核刑事監護處分者、主管司法精神醫院，該委員會可決定受處分人是否可由機構處遇轉為社區處遇，以及社區處遇期間的監督工作。在 2009 年修法時，將其權限擴展至民事強制住院治療、槍枝持有資格審查，以及 GEI 住院患者出院之審理（insanity acquittal）與不具備受審能力（IST）之審查<sup>276</sup>。此制度之特色在於將所有與心理社會障礙者有關的行政權、司法審查權及於一身，也是 Hinckley 案以後，美國精神醫學會認為比起完全廢除精神障礙抗辯事由更為有效的政策改革方向<sup>277</sup>。奧勒岡州的制度與美國加州、紐約州不同之處在於，在刑事判決確定後，受處分人則完全脫離刑事法院的管轄，改交由獨立的司法行政單位執行處遇，且該單位甚至具備審判精神障礙抗辯事由之權限。該制度也被亞利桑那州採納過一段期間，設置所謂的亞利桑那州精神衛生戒護審議委員會（Arizona Psychiatric Security Review Board, AzPSRB）<sup>278</sup>，負責重罪的精神障礙抗辯事由案件的重罪案件審理，以及刑事執行之審查。然該制度在 2023 年廢除，目前亞利桑那州有關心理社會障礙之刑事案件審判，以及刑事監護處分之停止或延長執行仍舊回歸高等法院管轄<sup>279</sup>。

---

<sup>274</sup> Scott E. Kirkorsky, Wanda Shao & Joseph D. Bloom, *The Migration of Arizona's Post-Insanity Defense Procedures to a Modified GBMI Model*, 47 (2) J. AM. ACAED. PSYCHIATRY L. 1, 1 (2019).

<sup>275</sup> Bloom & Buckley, *The Oregon Psychiatric Security Review Board: 1978–2012*, *supra* note 271, at 561.

<sup>276</sup> *Id.*

<sup>277</sup> *Id.*, at 560.

<sup>278</sup> Kirkorsky, *supra* note 274.

<sup>279</sup> Joseph D. Bloom & Scott E. Kirkorsky, *Arizona's Insanity Defense, Clark, and the 2007 Legislature*, 49 J. AM. ACAD. PSYCHIATRY L. 618, 619 (2021).

## 第五節 日本

日本的刑事監護制度主要規定於醫療觀察法。與英美國家不同之處在於，日本早年對於是否實施刑事監護處分，以及其是否採取諸如德國保安處分模式進行立法與體制建構有諸多爭論，故其處遇執行方式懸而未決<sup>280</sup>。幾經日本政府數度研析討論後，最終決定採取醫療觀點的醫療觀察制度做為日本的刑事監護處遇機制，並於 2003 年正式通過公布醫療觀察法，歷經二年準備期後，於 2005 年正式執行<sup>281</sup>。以下就日本醫療觀察法的審理模式與處遇執行方式進行說明。

### 壹、日本醫療觀察法審理模式

日本醫療觀察法審理模式與我國、英國、美國均不同，其係獨立於刑事審判以外之制度。行為人接受醫療觀察審判的前提為：當事人基於心神喪失而為不起訴處分或無罪判決確定後，由檢察官向法院提出聲請，經法院認定檢察官之聲請合理時，方啟動醫療觀察審理機制，而非一般的刑事訴訟程序。以下就日本醫療觀察制度審理程序當中的法源依據、適用對象，以及審理程序相關人員加以說明。

#### 一、法源依據與適用對象

日本的心理社會障礙犯罪者處遇措施採行所謂的「醫療觀察」制度（醫療觀察法制度），規定於「日本刑法」（明治四十年法律第四十五号）與「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）之中。適用「醫療觀察」的對象，依據醫療觀察法第 2 條規定包含：放火及失火罪（放火及び失火の罪）、猥褻與強制性交罪（わいせつ、強制性交）、殺人罪、傷害罪、竊盜與搶劫等重罪。行為人同時符合日本刑法第 39 條「心神喪失及心神耗弱」（心神喪失及び心神耗弱）事由，經不起訴或無罪判決確定者。以檢察官為聲請主體，得依職權向地方法院（地方裁判所）聲請令當事人接受醫療觀察。

#### 二、審理程序與相關人員

<sup>280</sup> 有關日本在醫療觀察法以前的刑法草案，請參見：張麗卿（1984），前揭註 17，頁 50-52。

<sup>281</sup> 林政佑（2023），前揭註 15，頁 239-320。同時參見：洪士軒（2020），前揭註 23；洪士軒（2022），前揭註 23。

醫療觀察制度的審判人員除法官以外，同時與「精神保健審判員」（接受過相關研修課程的精神科專科醫師）<sup>282</sup>共同審理，並得參酌「精神保健參與員」（精神保健參與員，需具備精神福祉士資格，亦即「精神科社工師」）之處遇建議進行最後裁定。裁判所得裁定執行「指定醫療機構處遇」（指定入院醫療機關）或「門診處遇」（指定通院醫療機關），具體治療期間並無明文規定，得依受處分人實際情狀調整處遇期間長度<sup>283</sup>。

## 貳、處遇執行方式

在處遇執行方面，日本採取機構處遇與社區處遇並行的模式，處遇過程中依照處遇指引執行。受處分人回歸社區後情狀穩定解除醫療觀察者，可接續銜接「精神保健與福祉法」（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）之民事精神科處遇措施。以下分別就其機構與社區處遇措施進行說明。

### 一、機構處遇

醫療觀察制度的住院治療期間共分為三個階段，分別為急性期（前三個月）、恢復期（九個月）以及「社會復歸期」（六個月），然具體治療進程則依當事人個別狀況而彈性調整。在處遇規劃方面，日本採取類似英國的處遇模式，住院期間治療採取跨專業團隊模式（MDT），<sup>284</sup>由精神科醫師、護理師、心理師、職能治療師與社會工作師以及藥師共同合作進行治療與照顧，並以受處分人的治療動機（治療提供動機）、治療同意、治療效果及治療類化四個面向共同建構「治療反應性」（treatability）之評估基準<sup>285</sup>。除了基本的藥物治療、心理教育（Psychoeducation）、心理治療、職能治療之外，住院期間亦進行「權利保護講座」（權利擁護講座）向受處分人說明所擁有的權利、救濟管道等。整體處遇措施係參酌「住院處遇指引」（入院処遇ガイドライン）所規範之業務營運、病歷紀錄、

<sup>282</sup> 林政佑（2023），同前註。

<sup>283</sup> 蔡宜家（2021），〈眾所期待的不定期監護處分？漫談日本醫療觀察法於入院期間的程序與疑義〉。法務部司法官學院犯罪防治研究中心。  
<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/36715/16811/28567/post>

<sup>284</sup> 独立行政法人国立精神神経医療研究センター（2012），〈治療プログラム〉，《医療観察法審判》，頁 207。独立行政法人国立精神神経医療研究センター，東京都。

<sup>285</sup> 林政佑（2023），前揭註 15，頁 265-266。

醫事人員職責等內容執行處遇。<sup>286</sup>

當醫療團隊、患者之保護人或律師（付添人，通常由辯護律師擔任）認為當事人毋庸繼續住院時，可分別依同法第 49 條、第 50 條向地方裁判所聲請停止住院治療<sup>287</sup>。在向地方裁判所聲請社區處遇之前，依醫療觀察法第 104、105 條規定，醫療院所應將受處分人之社區處遇制定「處遇實施計畫」(処遇の実施計画)。該計畫內容應涵蓋治療方案、治療目標、當事人及其監護人的聯繫方式、處遇會議的頻率和地點，以及門診醫療服務的提供等資訊。此計畫書並非單純由醫事人員、司法人員與家屬完成，而係參酌英國「照顧計畫取向」(Care Program Approach, CPA)，處遇計畫書內容會與受處分人進行充分討論與溝通共同擬定。

## 二、社區處遇

有關日本醫療觀察制度之社區處遇，可分為通院處遇之執行，以及銜接後續一般精神科照顧體系二者。

### (一) 刑事監護處分社區處遇階段

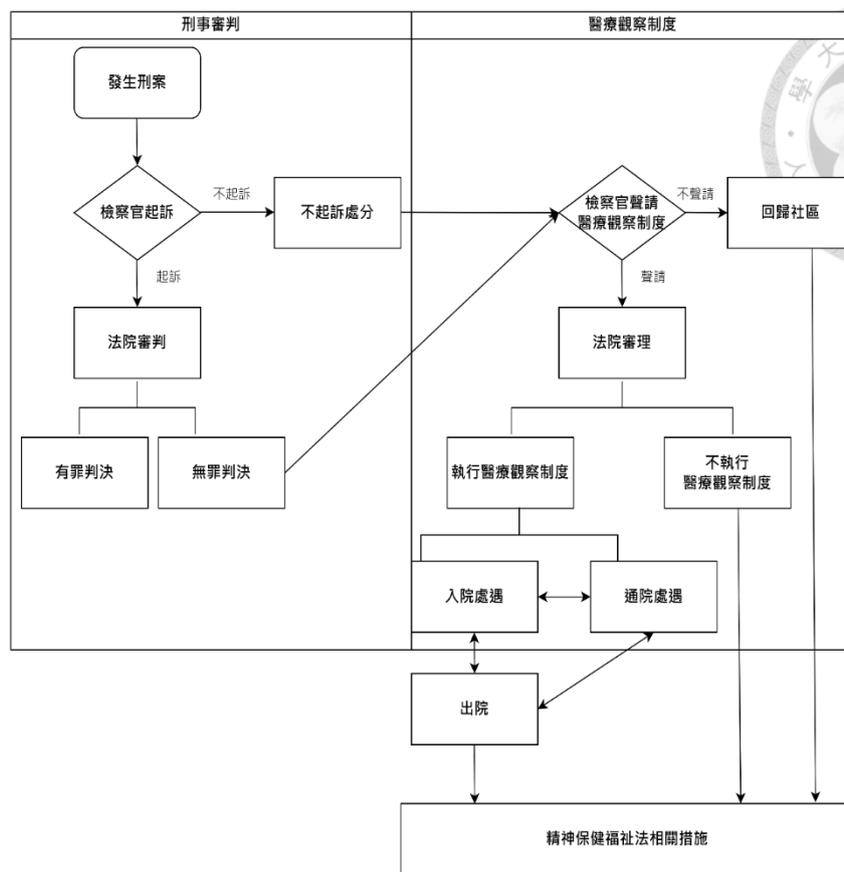
地方裁判所得依受處分人實際情形，裁判當事人應至指定之醫療院所接受門診治療(指定通院医療機関)或使受處分人直接回歸社會。接受社區處遇治療者，亦可區分為治療前期(前六個月)、中期(十八個月)與後期(十二個月)，並依據「門診處遇指引」(通院処遇ガイドライン)提供相關治療處遇。在此同時，當事人亦應接受所屬於保護觀察所(保護観察所)之「社會復歸調整官」(社会復歸調整官)進行監督與輔導，確保其定期回診、穩定病況。

### (二) 回歸一般精神衛生體系接受照顧

待受處分人狀態穩定後，方由保護觀察所所長向法院聲請裁定，回歸一般性個案管理與處遇。此時當事人係依「精神保健福祉法」(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)之規定為一般性精神科社區處遇，不受刑事司法機關監督拘束。有關醫療觀察制度之整體處遇流程圖如下圖(十八)所示。

---

<sup>286</sup> 厚生労働省(2019)，《指定入院医療機関運営ガイドライン》，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080396.pdf>



圖(十八) 日本「醫療觀察」制度處遇流程圖

## 第六節 德國

德國的心理社會障礙者處遇制度雛形源於 1930 年納粹時代「對抗危險習慣犯級關於保安與矯治處分法」(GewVbrg)，當時開始對於心理社會障礙者之處置方式開始出現相應之規定，並在後續將心理社會障礙者處遇制度整合編入刑法與歷經修法後，方確立德國刑法當中的「雙軌制裁體系」(Die Zweispurigkeit des Sanktionensystems)<sup>288</sup>，將一般犯罪刑罰與保安處分二者區隔。而德國的機構型保安處分可區分為「保安監禁處分」(Sicherungsverwahrung)、「安置於精神病院處分」(psychiatrische Maßregel)，以及「禁戒處分」(Entziehungsanstalt) 三者。其中，保安監禁處分主要是針對性侵害犯罪者、反覆實施犯罪之人(如：人格障礙症，Personality Disorder)之處遇措施，類似於我國保安處分當中的性侵害犯罪刑後強制治療<sup>289</sup>；「安置於精神病院處分」則是針對嚴重精神病 (Psychosis) 之

<sup>288</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 62-64。

<sup>289</sup> 然德國保安監禁處分之具體概念意涵相較於我國性侵害強制治療更為具體明確，特此敘明。

重大犯罪行為的處遇制度。本文就德於 CRPD 以前，對於保安處分合憲性之爭執，以及安置於精神病院處分本身二部分進行論述。

### 壹、保安處分的合憲性：CRPD 以前的爭執與見解

德國保安處分制度脈絡如同前述。有關保安處分的執行期限規範，早期德國之保安處分最高僅可執行 10 年，直至 1988 年才修正為至今廣受爭執的不定期保安處分措施。而在此過程中，對於保安處分究竟是防衛社會安全還是提供當事人醫治的觀點搖擺不定、懸而未決，直至 2004 年聯邦憲法法院判決提出所謂的明顯區隔原則 (Abstandsgebot)，認為保安處分的「教化目的遠比預防目的更低」<sup>290</sup>，保安處分比起一般刑罰執行更為強調犯罪預防的概念，因此應將二者處所加以區隔，此係德國早期的觀點。然此觀點後續隨著歐洲人權法院判決，聯邦憲法法院加以區辨、確立了「監禁本身的立法權」與「監禁執行規範的立法權」的不同<sup>291</sup>，使得監禁實際執行方式的規範因各聯邦不同而有不同之規範，也為德國後簽署與批准 CRPD 而接受國際審查時所遭遇之問題埋下伏筆。

### 貳、德國安置於精神病院處分制度

德國之安置於精神病院處分主要規範於刑法當中，分別對於精神喪失及心智缺陷，以及安置於精神病院處分之具體要件加以規範。同時，有關安置於精神病院處分更為詳細之處遇措施、司法精神醫院之建置、規劃與管理則屬各邦事務。德國之安置於精神病院處分發展，深受其歷史脈絡因素影響，係歐美國家當中較晚採納社區處遇之國家，且機構處遇人數更跌趨勢較大的情形。以下將針對德國制度之法源依據與其特色分成二部分加以說明。

#### 一、法源依據與適用對象

德國接受安置於精神病院處分者需符合「精神障礙或心智缺陷」，於德國刑法第 20、21 條規定，屬於「深度精神障礙、意識障礙、智能障礙或其他嚴重精神障礙症」而導致其完全喪失或部分喪失其辨識能力或控制能力者，得為減輕或免除其刑，係採取生理心理的混合立法模式。第 20 條類似於英美法上的 NGRI，

<sup>290</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 67。

<sup>291</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 67-68。

係屬完全無責任能力；第 21 條類似於英美法上的 Diminished Rule。有關德國法上的精神障礙或心智缺陷之具體檢驗方式與我國修正後刑法第 19 條檢驗模式相同，其檢驗機制請見本章第一節說明。

德國在 2016 年修法以前的安置於精神病院處分規定較少，依據德國刑法第 61 條規定，行為人於行為當下符合刑法第 20、21 條免除或減輕其刑之規定時，經法院斟酌一切情形後，認為行為人仍可能從事危險行為而威脅社會安全者，則可送交精神病院<sup>292</sup>。然法院究應審酌哪些具體情狀與事由？所謂的「危險行為」判斷標準為何？存有諸多爭執，在學理與實務上均無定論。有學者綜整當時德國見解以為，德國法院在下達安置於精神病院處分以前，應就行為人的精神障礙或心智缺陷之狀態、危險性與嚴重性、因果關係，以及是否具備治療實益（可能性）進行綜合判斷。且安置於精神病院處分係居於補充性地位，不可完全做為刑罰替代手段<sup>293</sup>。

德國的安置於精神病院處分在期間規定與日本醫療觀察制度相同，並沒有期間限制，但由於德國的精神病院採取刑前執行，因此接受處遇期間可折抵刑期，亦可就受處分人實際狀態而轉交其他處遇措施或社區處遇，由觀護官負責受處分人之監督輔導與考核措施<sup>294</sup>。

## 二、執行處遇措施類型

在處遇執行方面，雖然德國安置於精神病院處分執行係屬各邦事務而在詳細執行規範內涵不盡然相同。然大體而言仍有其共同的特徵與脈絡可加以觀察。德國安置於精神病院處分制度值得與 CRPD 進行比較之處，吾人歸納出三點特質，分別為：「處遇發展歷程」、「處遇類型」以及「人數消長」，以下分述之。

### （一）處遇發展歷程

德國司法精神醫學的發展深受其歷史因素影響，在 1930 年代以前，德國的

---

<sup>292</sup> 潘怡宏（2021），前揭註 22，頁 206-207。

<sup>293</sup> 張麗卿（2011），〈精神疾病犯罪人及精神病患收容要件探討〉，收於：《司法精神醫學－刑事法學與精神醫學之整合》，頁 183-191。元照出版，臺北市。由於 2016 年德國刑法進行修正，故此處參酌本書舊版次內容。該著作目前最新版次為 2022 年增訂五版，特此敘明。

<sup>294</sup> 潘怡宏（2021），前揭註 22，頁 154-155。

精神醫學與法國、英國的精神醫學並駕齊驅；然 1930 年代以後，由於納粹政權而使其發展停擺，優勢地位不再<sup>295</sup>。在第二次世界大戰以後，新的德國司法體制重新建立，德國安置於精神病院處分在聯邦政府於 1970 年代正式推動改革措施後而有了突破性的成長<sup>296</sup>。

德國的精神病院處遇發展歷程又可分為以下三個特徵說明：醫療院所規模、院內分級分流機制、醫療觀點為主的處遇措施。在醫療院所規模方面，由於各邦的先天資源與政策偏好不同，因此精神病學處分的執行醫療院所也不盡然相同。在德國的重點城市，如柏林、漢堡等邦偏好集中於大型醫療中心；巴伐利亞邦、巴登－符騰堡則偏好由規模較小的醫院執行，二者均有其優劣之分。前者由於機構規模較大，因此在治療處遇以外，可同時可安排多元的學業教育與職業訓練；後者則有利於社區處遇制度的發展<sup>297</sup>。在後續 CRPD 的審查中，也可以看見巴登－符騰堡邦是較積極配合 CRPD 而修正精神衛生相關法律與政策的邦。在院內分流機制方面，由於德國的安置於精神病院處分發展年代時值 1970 至 1990 年代正處於去機構化以及刑事政策偏向嚴刑化的兩極化之發展趨勢，加上德國司法精神醫院體系發展較晚且零碎（各邦偏好不同），其司法精神醫院系統不若英國與美國有著明確的戒護等級分級與升、降級的處遇或後送機制，因此在跨院的分級之戒護機構銜接與合作上較少。然而在院內分流機制方面，諸如海納司法精神醫院（Haina Forensic Psychiatric Hospital）建立起特殊病房的分流機制，並設有類似日間留院的病房單位存在；而在巴伐利亞邦於 1970 年代建立的高度戒護醫院當中，在院內也同樣採取基於不同病症與危險程度加以安排病房的方式為之。

---

<sup>295</sup> Harvey Gordon & Per Lindqvist, *Forensic psychiatry in Europe*, 31 *PSYCHIATRIC BULLETIN* 421, 421 (2007).

<sup>296</sup> Norbert Nedopil & Bernd Offermann, *Treatment of Mentally Ill Offenders in Germany: With Special Reference to the Newest Forensic Hospital- Straubing in Bavaria*, 16 *INT. J. L. & PSYCHIATRY* 247, 250 (1993).

<sup>297</sup> *Id.*, at 248. 有趣的是，對於究竟要採取大規模或小規模的精神病學處分，在 20 世紀末、21 世紀初的德國持續受到爭論，且被認為是一種「沒有經過實證研究的意識形態之爭」，See Rüdiger Müller-Isberner et al., *Forensic Psychiatric Assessment and Treatment in Germany Legal Framework, Recent Developments, and Current Practice*, 23 (5-6) *INT. J. L. & PSYCHIATRY*, 467, 470 (2000).

在處遇觀點方面，德國的安置於精神病院處分早期較偏向於醫療觀點，不若上開介紹之英國、日本所採行之跨團隊處遇模式（MDT）。此部分可能受限於德國司法精神醫學較不受到重視。司法精神醫學雖亦屬於精神醫學專科，然第二次世界大戰以後，司法精神醫學次專科的專業發展程度卻遠不如當時德國的一般精神醫學專科<sup>298</sup>。德國的跨專業處遇模式直到 1970 年代開始，當時開始出現少數的社區處遇模式，處遇模式與治療方式遂逐漸多元，採行整合心理師、社工師等不同專業人員的處遇團隊<sup>299</sup>。有趣的是，精神科醫師與心理師處於某種相互競爭的關係，文獻指出醫院內的精神科醫師與心理師人數經常呈現反比的狀態（醫師多，心理師就比較少，反之亦然）<sup>300</sup>。

## （二）處遇類型

德國的刑事監護制度如同其名：安置於精神病院處分，故大多採取機構處遇，在 1970 年以前社區處遇並不常見。然即便到了 1990 年代，社區處遇在德國依然較少採用<sup>301</sup>，因此在社區處遇的發展上不若英國與美國多元與前衛。目前國內文獻雖然有針對德國精神病院的住院處遇提出類似跨團隊合作的概念<sup>302</sup>，然如同前述，此等趨勢乃 1970 年代以後在聯邦政府推動改革政策以後，方促使各邦採取彈性與多元的處遇模式，並開始允許病患有限度拒絕治療<sup>303</sup>。

## （三）先降後升的人數趨勢

---

<sup>298</sup> Norbert Nedopil & Karin Banzer, *Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany: Current Structure and Future Developments*, 19 (1) INT. J. L. & PSYCHIATRY, 75, 250-1 (1996).

<sup>299</sup> 張麗卿（1992），《精神疾病犯罪人處遇之比較研究》，頁 252-258，國立臺灣大學法律學研究所博士論文（未出版），臺北市。

<sup>300</sup> 張麗卿（1992），前揭註 299。

<sup>301</sup> Nedopil & Banzer, *supra* note 298, at 75.

<sup>302</sup> 張麗卿（1992），前揭註 299。

<sup>303</sup> 此乃基於聯邦憲法法院判決而來。See Nedopil & Offermann, *supra* note 296, at 250.

德國安置於精神病院處分的處遇人數趨勢呈現「先降反升」的趨勢。在 1970 年代的去機構化浪潮之下，德國開始一小部分的社區處遇，同時接受安置於精神病院處分的人數也呈現明顯的下降趨勢<sup>304</sup>。然此等趨勢卻沒有維持太久，到了 1990 年代末、2000 年代，直至 2016 年德國刑法修法以前，接受安置於精神病院處分的人數呈現持續上升的趨勢。在德國批准 CRPD，以及安置於精神病院處分人數過多的壓力之下，才迫使聯邦政府於 2016 年修正德國刑法第 63 條，將安置於精神病院處分的門檻收緊。至於修法以後安置於精神病院處分的實際人數趨勢，留待第四章進行說明。有關德國的安置於精神病院處分整體時間趨勢，如下圖(十九)所示。



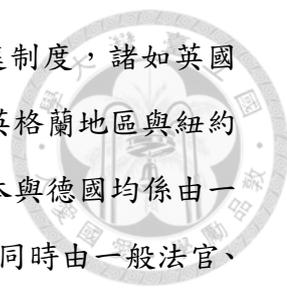
圖(十九) 德國安置於精神病院處分發展時間軸

## 第七節 小結

本章就各國於 CRPD 施行前刑事監護處分的相關制度進行綜整與說明。整體而言，可分別就其立法體例、處遇類型、處遇時長、監督與救濟制度等面向加以觀察。首先在立法體例方面，英美法系大多係將刑事監護處分的具體執行內容與民事精神科強制處遇一同訂定於精衛法當中；而歐陸法系大多採取獨立的立法模式，如日本單獨制定所謂的醫療觀察法，德國在刑事監護的具體執行方面則係有賴於各聯邦自行訂定法律規範。

在處遇類型方面，上開研究可見大部分國家均已發展出同時具備機構處遇與社區處遇的刑事監護制度；在處遇時期方面，上開國家大多數均採取不定期刑事監護處分措施，僅加州刑事監護處分規定輕罪之處遇期間原則上不得超過當事人所犯之罪最長刑期，然重罪者仍可採取不定期處遇措施。

<sup>304</sup> 1970-1980 年間安置於精神病院人數並未減少，然因住院期日縮短、佔床率下降，而使得在院接受處遇人數明顯下降。See Nedopil & Offermann, *supra* note 296, at 249-50.



在監督與救濟制度方面，英美法系均設置類似的特殊法庭制度，諸如英國 MHA 與美國各州法院規則規範設置 MHT 與 MHC，其中英國英格蘭地區與紐約州 MHC 設置二個審級之外，其餘大多係單一審級的制度；日本與德國均係由一般刑事法院負責審理，然日本在醫療觀察法的審理模式之中，需同時由一般法官、具備精神科醫師資格之「精神保健審判員」擔任審判員、精神科社工師提供處遇意見。此外，英國限制命令之主要監督者係由法務部長擔任，MHC 之權限部分限縮，此部分與其他國家均仰賴司法審查機制有所不同。最後則係處遇指引手冊的編制部分，諸如英國與日本亦出版相關指引手冊，使其治療處遇具備一致性，維繫處遇品質，而其餘國家在則無明確之處遇指引或手冊可供參照。上開制度雖不完全符合 CRPD 之規範，然仍有達到一定程度的人權保障、避免僅採取機構化處遇單一選項的情形。在 CRPD 推動後，CRPD 委員會對於上開各國的處遇制度見解為何、是否有其餘更好的作為方式，將於下一章進行分析與說明。有關各國 CRPD 以前刑事監護處分制度之比較與統整，如下表（四）所示。



表（四）CRPD 施行前各國刑事監護處分制度比較表

	臺灣	英國	美國		德國	日本
			加州	紐約州		
法源依據	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 刑法</li> <li>● 保安處分執行法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1991 年刑事訴訟（精神障礙或不適合刑罰者）法</li> <li>● 2009 年刑事司法與驗屍法</li> <li>● 2004 年家庭暴力、犯罪及其被害人法</li> <li>● 1983 年精衛法（MHA）</li> <li>● 2005 年心智能力法（MCA）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 加州刑法典</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 紐約州刑法</li> <li>● 紐約州刑事訴訟法</li> <li>● 紐約州精衛法（MHL）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 刑法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 刑法</li> <li>● 醫療觀察法</li> </ul>
處遇名稱	刑事監護處分	住院命令、限制命令	刑事監護處分	刑事監護處分	精神病學處分	醫療觀察制度
判斷方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 精神障礙及</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● M'Naghten（一般</li> </ul>	M'Naghten	MPC（模範刑法	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 深度精神</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 心神喪失及</li> </ul>



	臺灣	英國	美國		德國	日本
			加州	紐約州		
	其他心智缺陷。 ● 辨識能力與衝動控制能力喪失或部分受損	犯罪)。 ● Diminished Rule (殺人罪)。		典)	障礙、意識障礙、智能障礙或其他嚴重精神障礙症	心神耗弱 ● 特定重大犯罪
審議者	● 法院。 ● 檢察官 (聲請停止或延長執行)	● 法院 ● 法務部長 (限制命令)	● 法院 ● 檢察官 (聲請後續延長處遇)	法院	法院	● 法院 ● 檢察官 (向裁判所提出聲請)
處遇機構分級	無	分「高、中、低」三級。	公立司法精神醫院	分「高、中等、無戒護」三級	因各聯邦而異	無
處遇類型	● 機構處遇。 ● 後期開放少	● 住院命令 (機構處遇)、CTO	● 住院治療 ● CONREP	● 司法精神醫院住院治療	● 機構處遇 ● 社區處遇	● 入院治療 (機構處



	臺灣	英國	美國		德國	日本
			加州	紐約州		
	數社區處遇機制（多搭配保護管束）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 限制命令、附條件釋放。</li> <li>● 監督命令（社區處遇）。</li> </ul>	（社區處遇，包含 FACT 在內）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般醫院住院治療</li> <li>● 社區處遇、FACT</li> </ul>	（觀護系統，但很少）	遇） <ul style="list-style-type: none"> <li>● 通院治療（社區處遇）</li> </ul>
指定機構	無（1998 年以後以醫院執行為原則，然實際執行狀態不明）。	是。高級戒護為 NHS 公立，其餘則公私立醫院均可。	是（公立司法精神醫院系統）	是（公立司法精神醫院系統）	是（司法精神醫院系統）	是
處遇時間	5 年	無限制	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 輕罪：所犯之罪最長刑期</li> <li>● 重罪：2N 不定期處遇</li> </ul>	不定期（1+2+2N）	無限制（最早為 10 年，後來改為不定期）	無限制

## 第四章 各國刑事監護處分對 CRPD 之立場與回應

本文第二章探討 CRPD 的相關內涵，以及 IDC、學者專家與聯合國有關單位的不同見解，並於第三章統整介紹各國在 CRPD 施行以前乃至近期的刑事監護制度。由上可見，各國的刑事監護制度在 CRPD 施行以前便持續發展與修正，形成相對成熟與完善的處遇與銜接機制。那麼，CRPD 對於各國的刑事監護制度究竟有無影響？原因又何在？則係本章所欲探討的內容。本章首先就刑事監護制度改變最多的臺灣進行分析，說明臺灣 CRPD 內國法化以後的刑事監護制度修正方向以及二次國際審查意見。第二節開始則分別檢視簽署並批准 CRPD 的國家—英國、日本與德國在接受國際審查時，CRPD 委員會提出哪些質疑與挑戰？接續探討簽署但未批准的美國刑事監護處分，在美國國際有的人權保障體系之下，有何不同於其他 CRPD 簽署國家之特色。同時，本章第三節將基於前揭研究內容，建立本文之評價基準，進一步評析 CRPD 之政策選擇與其委員會之見解與立場可能存在的盲點，繼而以光譜的方式，呈現出 CRPD 對於各國刑事監護處分的影響性，最終於第五章加以分析我國刑事監護處分與 CRPD 之可行因應模式。

### 第一節 CRPD 與臺灣刑事監護制度

有關我國刑事監護處分與 CRPD 之關聯性討論，本節首先就我國 CRPD 內國法化之歷程與其特殊性質概要介紹，繼而就 CRPD 施行後我國刑事監護制度之修正內容及其所面臨之爭議進行分析與論述。

#### 壹、CRPD 內國法化推動歷程概述

我國將 CRPD 內國法化主要係由身心障礙權益促進相關民間團體推動。民間團體透過自組讀書會、促請內政部與立法委員舉辦公聽會及記者會等積極作為下，於 2014 年（民國 103 年）正式通過「身心障礙者權利公約施行法」（以下簡稱「CRPD 施行法」），使 CRPD 內國法化。<sup>305</sup>

受限於我國在國際法上主權地位特殊，無法如同聯合國會員國，依「維也納國際公約」（Vienna Convention on the Law of Treaties, VCLT）所規範之方式簽署

---

<sup>305</sup> 簡慧娟、宋冀寧、李婉萍（2015），〈從聯合國身心障礙者權利發展脈絡看臺灣身心障礙權利的演變—兼論臺灣推動「身心障礙者權利公約」的歷程〉，《社區發展季刊》，第 157 期，頁 151-167。

與批准國際公約<sup>306</sup>，而係於 2014 年三讀通過 CRPD 施行法，然當時並未就身心障礙者權利公約一併審查，乃至 2017 年（民國 106 年）方由總統公布 CRPD，並依 CRPD 施行法規定使其效力溯及自施行法三讀通過時生效<sup>307</sup>。

在 CRPD 國際審查方面，亦因我國非聯合國會員國，無法由聯合國之 CRPD 委員會審查，而係參照「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」（以下簡稱「兩公約施行法」）的立法模式，於 CRPD 施行法第 7 條規定，建立 CRPD 國家報告制度，邀集熟悉聯合國身心障礙者權利事務經驗者擔任審查委員，就我國身心障礙權利保障推動狀況定期審查<sup>308</sup>，並依同法第 6 條成立「行政院身心障礙者權益推動小組」，負責 CRPD 之推動、督導、研究、申訴案件受理以及出具國家報告事宜。

我國於 2017 年（民國 106 年）接受 CRPD 初次國際審查。在初次審查時，刑事監護處分尚未進行修正，當時審查委員們的重點著墨於臺灣尚未實施「支持性決策」(SDM)，以及精衛法當中強制住院治療等非自願性與拘束人身自由之治療措施上，並未提及刑事監護制度<sup>309</sup>。在第二次國際審查（2022 年 08 月）以前，我國將刑事監護處分進行大規模修正，然此次修正卻遭國際審查委員會明文指出修正後的刑事監護處分違反 CRPD 之規定，並建議調整我國「暫行安置」與「監護處分」制度<sup>310</sup>。刑事監護處分於 CRPD 內國法化以後初次修正便遭致批評，究竟問題為何？以下就此次修正內容，以及修正後所面臨的問題與挑戰進行統整與

---

<sup>306</sup> 陳明堂（2017），《國際公約在台灣內國法化之研究－以人權與海洋法制為中心》，頁 18-22，國立臺灣海洋大學海洋法律研究所博士論文（未出版），新北市。

<sup>307</sup> 廖福特（2017），前揭註 67，頁 17-19。

<sup>308</sup> 有關我國「國家報告」審查與運作機制說明，可參見：【懶人包】人權期中考：聯合國人權公約審查在台灣？！，<https://covenantwatch.org.tw/publications/hr-in-a-glimpse/untreatyreview-in-taiwan/>（最後瀏覽日期：2024 年 01 月 24 日。）

<sup>309</sup> 行政院身心障礙者權益推動小組（2019），《國際審查委員會(IRC)2017 年 11 月 3 日就中華民國(台灣) 施行身心障礙者權利公約(CRPD)初次國家報告結論性意見》，頁 5-7，行政院。

<sup>310</sup> 行政院身心障礙者權益推動小組（2022）《國際審查委員會(IRC)2022 年 8 月 6 日就中華民國(臺灣) 施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結論性意見》，頁 12-18，行政院。

分析。有關我國 CRPD 與刑事監護處分的時間脈絡，如下圖（二十）所示。



圖（二十）我國 CRPD 與刑事監護處分的時間脈絡

## 貳、因應 CRPD：刑法與保執法之修正脈絡

2022 年（民國 111 年）2 月，立法院通過刑法、保執法修正案，此次修正係基於當前舊版監護處分在期間與處遇措施均缺乏彈性<sup>311</sup>，考量 CRPD 規定、監察院調查報告<sup>312</sup>，以及大法官釋字第 799 號解釋而加以調整。以下分別就刑法與保執法修正內容加以說明。

### 一、刑法修正內容

此次刑法主要修正內容包含：一，將監護處分從以往的「機構處遇」調整為「多元處遇措施」；二，將以往僅規定為其 5 年的監護處分，修正為：第一次最長期限 5 年，必要時得延長 3 年。若延長 3 年後（亦即共計處遇達 8 年），認為仍有執行監護處分之必要者，由檢察官每年向法院聲請裁定，且聲請裁定時，均需檢附評估小組之評估意見。有關修正前後條文與要件對照，如下表（五）所示。

表（五）刑事監護處分修正對照表

	修正前	修正後
通過年	2006 年	2022 年
執行要件	1. 依刑法第 19 條第一項不罰，然有再犯或有危害公共安全之虞者。	與修正前要件相同。

<sup>311</sup> 行政院（2022），《行政院第 3741 次會議》，行政院。  
<https://www.ey.gov.tw/File/3F3844F18C59D344?A=C>。

<sup>312</sup> 監察院（2019），《108 司調 0019 監察院調查報告》，監察院。  
<https://cybsbox.cy.gov.tw/CYBSBoxSSL/edoc/download/43911>；監察院（2021），《110 司調 0044 監察院調查報告》，監察院。  
<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=17726>

	修正前	修正後
	2. 依第 19 條第二項及第 20 條之原因而有再犯或有危害公共安全之虞。	
執行期間	1. 5 年以下。 2. 執行中法院認為無必要得免除執行。	1. 5+3+N (N：每年均應評估並由法院決定是否繼續執行。) 2. 執行中法院認為無必要得免除執行。
執行順序	1. 不罰者：直接執行 2. 刑罰者：刑之執行或赦免完畢後，例外可於刑罰執行前為之。	與修正前次序相同。

## 二、「保執法」修正內容

2022 年新修訂之保執法 46 條，為配合刑法改採「多元處遇模式」，修正後之條文結構從原先單獨一項改為二項，並在第一項中列舉六款處所供執行檢察官選擇，這些機構分別為：醫院系統（司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構）、精神復健機構與護理機構、身心障礙福利機構或其他適當處所，同時新增「門診治療」與「其他適當之處遇措施選項」，亦保留舊法中「交由法定代理人或最近親屬照顧」之規定，使處遇面向與選擇空間更為彈性。有關保執法修正前後之差異，如下表（六）所示。

表（六）保執法第 46 條修正前後之對照

	修正前	修正後
採取性質	機構處遇為主，少數由親屬照顧或以保護管束代之	多元處遇
評估機制	無	第 46 條之 2 「監護處分評估小組」

	修正前	修正後
處遇地點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫院。</li> <li>2. 慈善機構。</li> <li>3. 法定代理人或最近親屬照顧。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫療機構：包含司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構。</li> <li>2. 精神復健機構與精神護理機構。</li> <li>3. 身心障礙福利機構。</li> <li>4. 法定代理人或最近親屬照顧。</li> <li>5. 門診治療。</li> <li>6. 其他適當之處遇措施。</li> </ol>
轉銜機制	<p>無，至多以保護管束加以銜接。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 監護處分評估小組。</li> <li>2. 衛生福利部「社會安全網 2.0 第二期」。</li> <li>3. 法務部「社會安全網 2.0 轉銜機制」。</li> <li>4. 精衛法第 46、47 條銜接機制，與社區心理衛生中心(以下簡稱「社區心衛中心」銜接)</li> </ol>

基於人權保障與治療處遇方向確立之需要，新修正「保執法」於第 46 條下設第 46 條之 1、第 46 條之 2，檢察官得徵詢「監護處分評估小組」意見。該小組由當事人之最近親屬、醫師、心理師、職能治療師、護理人員、輔導人員、社工人員或其他專業人員組成，並增訂行政規則層級之「監護處分評估小組作業辦法」(以下簡稱「評估小組作業辦法」)，規範評估小組之成立與運作機制。評估小組作業辦法的制定，係依立法院附帶決議要求，依據 CRPD 第 7 號一般性意見書 (GC 7) 與第 14 條之「人身安全與自由準則」、第 13 條之「障礙者近用司法之國際原則與指引」(*Thematic report on the right to access to justice under article*

13 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities), 納入身心障礙者權益代表, 且在評估過程中需以受處分人最佳利益為評估重心<sup>313</sup>。因此在「評估小組作業辦法」第 3 條第 1 項規定成員包含: 神科專科醫師、心理師、社會工作者、身心障礙團體代表及專家學者組成, 且精神科專科醫師、心理師、社會工作者、身心障礙團體代表之人數均不得少於一人, 以保障評估專業以及受處分人的最佳利益。最後, 同法第 46 條之 3 及其子法「檢察機關辦理監護處分轉銜會議處理原則」規定, 由檢察機關邀集相關機關(構)召開「轉銜會議」<sup>314</sup>, 就當事人回歸社區後之全人照顧面向進行跨單位的系統評估與合作處遇。

### 三、修正後多元處遇措施之特色

2022 年修正後的監護處分一大特色在於採行「多元處遇措施」, 除以往的機構處遇之外, 亦可採行社區處遇的方式執行。在此當中最為重要者為保執法第 46 條之 1 所設置之「監護處分評估小組」, 檢察官得參照評估小組之評估結果, 依職權決定採行「機構處遇」或「社區處遇」(第 46 條第 1 項第 5 款「接受門診治療」)。接受社區處遇者, 由檢察官加以監督, 並藉由衛生福利部(以下簡稱「衛福部」)所推動之「社會安全網」系統進行轉銜照顧機制。法務部於 2022 年<sup>315</sup>頒布「檢察機關辦理監護處分轉銜會議處理原則」, 並依該原則發布「精神疾病之受刑人、受監護處分人加強社區轉銜機制參考指引」, 提供監獄與地檢署辦理受刑事監護處分者社區處遇之醫療、照顧為主, 以及其他就業、教育等面向為輔之處遇合作網絡<sup>316</sup>。同時, 2022 年新修正之精衛法第 46 至 48 條亦規定, 由社區精神衛生系統協助其社區處遇之個案管理與照顧工作, 並依修正之精衛法第 28 條規定, 由社區心衛中心提供刑事監護處分機構處遇之出院者(與社區處遇執行

<sup>313</sup> 立法院公報處(2022), 《立法院公報》, 111 卷 32 期, 頁 465, 立法院。

<sup>314</sup> 保執法第 46 條之 2 第 1 項: 「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。」

<sup>315</sup> 法務部(04/27/2022), 〈推動精神疾病患者之受刑人及受處分人出監(院)加強社區轉銜機制, 維護社會安全〉, 《法務部新聞稿》, <https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/133136/post>

<sup>316</sup> 法務部保護司(2022), 《精神疾病之受刑人、受監護處分人加強社區轉銜機制參考指引》。法務部。<https://www.mohw.gov.tw/dl-84401-a80be1df-72cb-452a-8fd2-022469c6a4ab.html>

者) 進行個案管理服務<sup>317</sup>。

社區心衛中心係社區精神(心理)衛生政策的重點機構。該機構雛型起源於1968年(民國57年)由臺大醫院於臺北市木柵區設置之社區心衛中心;1991年(民國80年)制定精衛法時,規定各縣市政府得設置心理衛生中心;後續於2007年(民國96年)修法時進一步要求各縣市均「應」設置心理衛生中心<sup>318</sup>,藉此初步建構起形式上全國各縣市均設有所謂社區心衛中心的規模架構<sup>319</sup>。在社會安全網政策規劃上,希望能夠強化社區心衛中心做為心理社會障礙(與一般情緒困擾)橫跨三級預防的整合性處遇機制,逐步地從「去機構化」、「以醫院為中心的復健模式」,更進一步轉變為「以社區為中心的復健模式」。修正後之刑事監護處分制度,希冀搭上社安網政策潮流,將社區處遇之個案管理與照顧機制交由社區心衛中心接手,盡可能不採用過往「以保護管束代之」的做法<sup>320</sup>,使心理社會障礙者之監督與處遇回歸社區精神衛生專業。有關刑事監護處分具體分流機制,如下圖(二十一)所示。

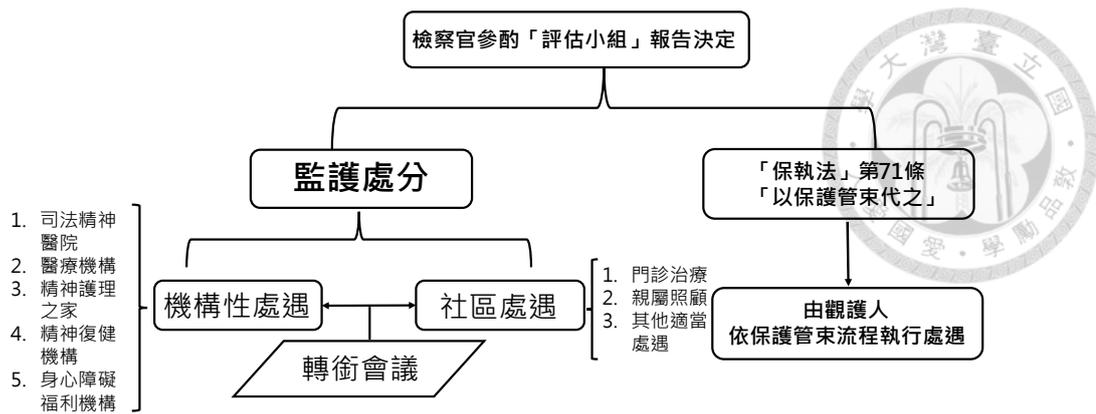
---

<sup>317</sup> 精神衛生法第28條第二項:「前項社區心理衛生中心之病人個案管理,包括依第三十三條第三項出院後之精神病人及第四十八條第三項經指定精神醫療機構治療後之精神病人。」其中「第四十八條第三項經指定精神醫療機構治療後之精神病人」即係出監、離開司法精神醫院之人。

<sup>318</sup> 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謙、吳文正(2004),〈社區心理衛生中心的歷史沿革〉,《北市醫學雜誌》,第1卷第4期,頁403-406。

<sup>319</sup> 這裡之所以稱之為「形式性的架構規模」,係因心理衛生中心僅於當時的精神衛生法第10條規定,並無相關子法,因此在科層架構上因各縣市的資源與政策偏好而有落差,有些是設置在縣市政府衛生局之下;有些則是醫院的附屬單位,因此具體執行內容各縣市間大相逕庭。此外,社區心衛中心極度缺乏人力、軟硬體與資金,在實質層面的心理健康促進、精神衛生處遇與政策推動成效都十分有限。參見:楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謙、吳文正(2005),〈臺灣地區社區心理衛生中心之運作型態〉,《北市醫學雜誌》,第2卷第4期,頁38-48。

<sup>320</sup> 為保留處遇彈性空間,此次修法時並未將刑法第92條第一項「第八十六條至第九十條之處分,按其情形得以保護管束代之。」規定加以刪除。因此評估小組仍可建議,檢察官亦得將個案交由觀護人以保護管束代之。然交由觀護人執行處遇實益為何、是否有檢察官願意如此為之,仍有待後續進一步觀察。參見:林映姿、李超偉、周芳怡,前揭註21,頁2-16。



圖（二十一）監護處分轉銜機制圖

新版監護處分制度的優勢在於：一，符合釋字第 799 號解釋之「明顯區隔原則」：一來，由以往於精神病監執行而改以獨立的司法精神病房、司法精神醫院負責機構處遇、醫院門診與社區心衛中心負責社區處遇之執行；二來，將刑事監護處分與保護管束脫鉤，有助於釐清不同保安處分之性質與目的；二，將刑事監護處分者回歸社區心理（精神）衛生系統，部分符合 CRPD 去機構化、去標籤化以及協助復歸社會之目標。

### 參、修正後之評價：民團爭議與 CRPD 第二次國際審查

看似完備的修法，卻在修正後引起諸多質疑與不滿。有學者認為，在修法前的釋字第 799 號解釋雖然創設了「明顯區隔原則」，但釋字中的多數意見的見解有意無意間卻為「不定期保安處分」敞開了後門，此等作為並不妥適<sup>321</sup>。諸多民間團體於修法後召開聯合記者會與發布聯合聲明，抗議修正後的刑事監護處分採取所謂「5+3+N」的方式，與舊法設置監護處分上限 5 年相比，很有可能使受處分人「終生監護」，認為此次修法明顯違反 CRPD 規定<sup>322</sup>。

學者專家與民間團體的看法，完全呼應國際審查委員會的意見。國際審查委員會於我國第二次國際審查報告中，明文指出當前刑事監護處分制度違反 CRPD 第 14 條之規定<sup>323</sup>，要求我國應推行支持性決策 (SDM)，並修正刑事監護處分規

<sup>321</sup> 謝煜偉（2022），〈2021 年刑事立法與實務發展回顧：以治安與治療為名〉，《臺大法學論叢》，第 51 卷特刊，1223-1255。

<sup>322</sup> 相關聲明與見解請參見前揭註 7。

<sup>323</sup> 行政院身心障礙者權益推動小組（2022），《國際審查委員會(IRC) 2022 年 8 月 6 日就中華

定。同時，國際審查委員於 CRPD 第 15 條審查當中，要求我國無論是精神醫療機構、護理之家和監獄中，均應減少藥物與物理性拘束心理社會障礙者，改採「行為管理措施」，參酌 CAT 第 2 條及其第 2 號一般性意見書所規範之方式，落實反酷刑之國家義務<sup>324</sup>。簡言之，第二次審查報告要求我國應建立「支持性決策」、「修正不定期刑事監護處分」、「落實去機構化」與「減少藥物與物理拘束人身自由設備之使用」。違反條文與內容整理如下表（七）所示。

表（七）第二次國際審查違反條文一覽表

條文	關切內容	修正方向
第 12 條	1. 尚未建立支持性決策機制。 2. 監禁傷害自身或他人之虞、經起訴或判決確定有罪之身心障礙者。	1. 應建立支持性決策機制，並培訓司法人員了解與使用支持性決策機制。 2. 修正刑法第 87 條。
第 14 條	不定期的監護處分違反 CRPD，使受處分人無法近用醫療資源與順利復歸社會。	修正刑事監護處分規定。
第 15 條	1. 心理社會障礙者經常受到藥物與身體拘束，而非以行為管理技能為之。 2. 缺乏拘束措施使用之監督	參酌 CAT 第 2 條及其第 2 號一般性意見書所規範之方式，落實反酷刑之國家義務。

民國(臺灣) 施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結論性意見》第 70 點：「國際審查委員會關切，目前針對神經多樣性、心理社會障礙和心智缺陷的『暫行安置』和『監護處分』違反了 CRPD。導致監禁與被控罪行的嚴重性不相稱，和／或導致不定期留置，以及無法復歸至社區。此外，留置的時間被延長，審查不是由獨立的司法機關進行，也沒有執皆涉及當事人，這導致無法適當地滿足他們對身心障礙者支持和適當醫療保健的需求。更甚者，這意味著未能提供與一般社區的人相同的身心障礙支持和健康照顧水準。」參見：行政院身心障礙者權益推動小組（2022），《國際審查委員會(IRC) 2022 年 8 月 6 日就中華民國(臺灣) 施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結論性意見》，頁 14，行政院。

<sup>324</sup> 行政院身心障礙者權益推動小組（2022），《國際審查委員會(IRC) 2022 年 8 月 6 日就中華民國(臺灣) 施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結論性意見》第 75 點，頁 15，行政院。

條文	關切內容	修正方向
	機關。	

## 第二節 CRPD 對各國刑事監護制度的影響

由上可見，臺灣的刑事監護處分在社會輿情與 CRPD 二者交互影響之下，在制度上產生莫大的改變。而其餘國家在簽署或批准 CRPD 後的態度究竟如何，則有待進一步分析。根據 CRPD 第 35 條規定，締約國應於公約生效後二年內遞交報告，說明締約國就 CRPD 規範內容於所採取的相關措施，後續則係每四年一次為原則提交審查報告。本節就 CRPD 締約國—英國、日本與德國所遞交之初步審查報告、爭議問題清單、爭議清單回覆文件，以及 CRPD 委員會結論性觀察意見書，與各國政府回覆 CRPD 委員會之相關文件與相關法制政策交叉比對分析，同時觀察身為非締約國之美國刑事監護處分之發展脈絡，並於本章第三節就 CRPD 對於各國刑事監護處分之影響機制與影響面向進行綜合分析與討論。

### 壹、英國

英國於 2009 年批准 CRPD，並於 2011 年向聯合國秘書處遞交初步審查報告<sup>325</sup>。CRPD 委員會則於 2017 年出具結論性觀察意見書。在此之前，CRPD 委員會曾因英國違反 CRPD 第 19 條、第 27 條與第 28 條規定，基於任擇議定書（*Optional Protocol*）第 6 條規定，於 2014 年赴英國進行審查，並於 2017 年出委員會報告書（*Report of the Committee*）<sup>326</sup>，然此部分與本文探討之刑事監護制度關聯性較低，故予以排除，本文僅就英國接受第一次國際審查之情形加以分析。

#### 一、英國國際審查歷程與結論

在英國所出具的初步報告書當中表示，MCA2005 對於心理社會障礙者的法律能力與其他基本權利賦予保障措施<sup>327</sup>，並藉由保護法庭（The Court of Protection）

<sup>325</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Initial reports of States parties due in 2011 United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, U.N. Doc. CRPD/C/GBR/1 (Jul. 2013). [hereinafter U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GBR/1*]

<sup>326</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, U.N. Doc. CRPD/C/GBR/CO/1 (Oct. 2017). [hereinafter U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GBR/CO/1*]

<sup>327</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GBR/1*, *supra* note 325, ¶ 105.

制度加以保障心理社會障礙者的決策空間<sup>328</sup>，符合 CRPD 第 12 點規定。在第 14 點拘束人身自由方面，英國表示自身相當遵守 ECHR 與 UDHR 內容<sup>329</sup>，尤其在 1983 MHA 與 2005 MCA 規定應取得當事人知情同意才可為治療措施，僅當心理社會障礙者出現自傷或傷害他人情狀時，才可依據 MHA 指引手冊(*code of practice*) 所依循之標準為非自願住院與強制處遇措施<sup>330</sup>。同時，2005 MCA 規定，僅於當事人處於完全欠缺「心智能力」狀態時，方得透過限制基本權利行使以保障當事人的最佳利益，係屬最後之手段。英國政府表示，此等制度設計符合 CRPD 第 15 條避免酷刑與非人道待遇，以及第 17 條保障人格完整性的規定。此外，報告中提到，英國所有非自願住院處遇措施亦受到「英格蘭照顧品質委員會」(Care Quality Commission, CQC)與「威爾斯健康照顧稽查小組」(Healthcare Inspectorate Wales, HIW) 的監督，盡可能使得非自願住院者的處遇措施與一般患者相仿<sup>331</sup>。至於第 19 條自立生活的相關規定，英國政府分別就「個人選擇與控制」、「障礙移除」、「社區接納」分別提出說明，在此不贅述<sup>332</sup>。

CRPD 委員會審查英國所出具的初步意見書後所提出爭議問題清單當中，首先要求英國政府提供廢除非自願處遇措施、保障受處分人完全法律能力與不得接受非自願處遇的相關資料，並就第 19 條有關獨立生活的相關部分請英國政府做更进一步的說明<sup>333</sup>。英國政府在爭議清單回應報告中表示，2005 MCA 本身便具備心理社會障礙者賦權 (empower) 之功能、確保無能力者避免受到侵害，且英國政府亦正積極研擬，以符合心理社會障礙者意願與感受為最優先考量之最佳利益決策與支持性決策機制<sup>334</sup>；在拘束人身自由方面，係依 2005 MCA 之規定內

---

<sup>328</sup> *Id.*, ¶ 106.

<sup>329</sup> *Id.*, ¶ 132.

<sup>330</sup> *Id.*, ¶ 134.

<sup>331</sup> *Id.*, ¶ 135.

<sup>332</sup> *Id.*, at 30-3.

<sup>333</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *List of issues in relation to the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, ¶ 7-10, U.N. Doc. CRPD/C/GBR/Q/1 (Apr. 20, 2017).

<sup>334</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Replies of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the list of issues*, ¶ 49, U.N. Doc. CRPD/C/GBR/Q/1/Add.1 (Jul. 21, 2017).

容，以及英國 2014 年最高法院決議當中所列情狀者並經法院許可才得以拘束人身自由<sup>335</sup>，已具備人權保障機制。CRPD 委員會最終在結論性意見書中認為，英國政府賦予心理社會障礙者法律能力的要求依然過於嚴苛<sup>336</sup>、仍然存在非自願住院與強制治療之法律規範<sup>337</sup>，且缺乏對於機構處遇收容人法律能力的保障措施，不符合 CRPD 第 12、14 條之標準，要求英國政府需參酌 CRPD GC1 之規定，完全廢除法律能力規範與非自願住院與強制治療之規範<sup>338</sup>。同時，CRPD 委員會認為該國對於第 19 點規定似有理解錯誤的部分，應就去機構化與獨立生活部分依循 CRPD GC5 規定加以推動落實<sup>339</sup>。

## 二、CRPD 對英國刑事監護制度的影響

CRPD 是否有對英國刑事監護制度產生影響？整體而言影響十分有限。雖然英國政府於回應 CRPD 委員會的意見書當中表示會著手修正 2005 MCA，然就英國政府回應 CRPD 委員會之內容一窺其態度，其國家立法似乎仍然採取「最佳利益」而非「最佳解釋」的詮釋方向。另一方面，無論是學者論著<sup>340</sup>、英國平等與人權委員會（Equality and Human Rights Commission, EHRC）之報告<sup>341</sup>亦或是英國皇家精神醫學院的說明文件中<sup>342</sup>，都認為英國政府對於刑事監護制度措施並沒

---

<sup>335</sup> *Id.*, ¶ 60.

<sup>336</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *CRPD/C/GBR/CO/1*, *supra* note 326, ¶ 30.

<sup>337</sup> *Id.*, ¶ 34.

<sup>338</sup> *Id.*, ¶ 31, ¶ 35.

<sup>339</sup> *Id.*, ¶ 44-5.

<sup>340</sup> Peter Bartlett, *The United Nations Convention on the Rights of Persons. with Disabilities and Mental Health Law*, 75 MOD. L. REV. 752, 776 (2012).

<sup>341</sup> U.K. Equal. & Hum. Rts. Comm'n, *DISABILITY RIGHTS UK INDEPENDENT MECHANISM- UPDATED SUBMISSION TO THE UN COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN ADVANCE OF THE PUBLIC EXAMINATION OF THE UK'S IMPLEMENTATION OF THE UN CRPD 85* (2017). <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/2021/disability-rights-UK-july-2017.pdf> [hereinafter U.K. Equal. & Hum. Rts. Comm'n, *DISABILITY RIGHTS UK INDEPENDENT MECHANISM*]

<sup>342</sup> Special Comm. Hum. Rts., *The Convention on the Rights. of Persons with Disabilities (CRPD): Implications for psychiatrists and mental health law*, ROYAL COLL. OF PSYCHIATRISTS (2016). <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/about-us/who-we-are/schr-convention-on-the-rights-of->

有積極因應的打算，可見英國政府對於 CRPD 見解仍持保留態度。

然 CRPD 對於刑事監護制度亦非全無影響。事實上，EHRC 做為身心障礙者權利保障之獨立監督機關，便基於 CRPD 委員會問題清單提出建議之改善措施，包含：針對監獄與醫療院所之心理社會障礙者非自然死亡議題進行調查，並提出四點建議改進目標<sup>343</sup>；在 CRPD 委員會出具問題清單後，EHRC 基於該清單更新「英國身心障礙者權利指引手冊」(Disability rights in the UK)，基於獨立人權機關之角色列舉 14 點 CRPD 實踐重點項目，提出英國政府不符合 CRPD 規範之處與可行之改進方向。該報告列舉項目之中與刑事監護處分有關之處主要包含：再機構化問題<sup>344</sup>、法律扶助與資源近用<sup>345</sup>、拘束人身自由措施建立管理機制<sup>346</sup>，並要求英國政府應基於 SDM 而為拘束人身自由之措施<sup>347</sup>。該指引後續亦基於 CRPD 委員會所提出之問題清單內容提出更新版本之改進建議措施。而英國法律委員會 (Law Commission) 對於拘束人身自由的研究報告當中亦提出強制拘束人身自由的處遇措施提出負面影響證據<sup>348</sup>。雖然 EHRC 與法律委員會之報告與論點並未被英國政府全然採納與接受，然吾人認為透過獨立監督與研究機制點出問題與改革方向，有助於促使英國刑事監護制度與 CRPD 規範更進一步地貼合。

---

Persons-with-disabilities-q-and-a.pdf?sfvrsn=c8d1db87\_6 [hereinafter Special Comm. Hum. Rts., *CRPD Implications for psychiatrists and mental health law*]

<sup>343</sup> U.K. Equal. & Hum. Rts. Comm'n, PREVENTING DEATHS IN DETENTION OF ADULTS WITH MENTAL HEALTH CONDITIONS- AN INQUIRY BY THE EQUALITY AND HUMAN RIGHTS COMMISSION. [https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/adult\\_deaths\\_in\\_detention\\_inquiry\\_report.pdf](https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/adult_deaths_in_detention_inquiry_report.pdf)

<sup>344</sup> U.K. Equal. & Hum. Rts. Comm'n, DISABILITY RIGHTS UK INDEPENDENT MECHANISM, *supra* note 341, at 18.

<sup>345</sup> *Id.*, at 22-3; 82.

<sup>346</sup> *Id.*, at 31-2

<sup>347</sup> *Id.*, at 34.

<sup>348</sup> *Id.*, at 85. 該文件指出，英國法律委員會 (law Commission) 提出 2005 MCA 對於拘束人身自由的安全處遇措施 (deprivation of liberty safeguards, DoLS) 提出其負面影響，然對於 1985 MHA 當中拘束人身自由處遇措施相關規並無任何修法草案提出。See L. Comm'n, MENTAL CAPACITY AND DEPRIVATION OF LIBERTY- A CONSULTATION PAPER (2015) <https://lawcom.gov.uk/document/mental-capacity-and-deprivation-of-liberty-consultation/>; L. Comm'n, MENTAL CAPACITY AND DEPRIVATION OF LIBERTY (2017). <https://lawcom.gov.uk/project/mental-capacity-and-deprivation-of-liberty/>

在實務工作方面，近年的 MAPPA 指引手冊當中，開始明確點出在服務處遇當中應賦予包含身心障礙者在內的特殊族群平等近用服務資源的機會，並在處遇過程中應避免歧視行為的出現<sup>349</sup>。此舉與 CRPD 第 13 條近用司法資源、第 5 條平等與反歧視的規定一致。雖然無法直接確認此舉是否與 CRPD 有關，然在心理社會障礙犯罪者處遇之保障上有其重要性存在，可做為英國刑事監護制度當中符合 CRPD 精神之火種。同時，英國皇家精神醫學院設立人權特別委員會（Special Committee on Human Rights）<sup>350</sup>，該委員會主要針對精神科與國際人權法相關議題進行對策研議。人權特別委員會也針對 CRPD 對於英國刑事監護處分與強制住院治療提出相關說明（即上開所提到的說明文件）<sup>351</sup>，均可見有關單位將其納入政策考量的一部分加以審酌。

## 貳、日本

日本於 2007 年正式簽署 CRPD，然日本政府於簽署 CRPD 以後，考量該公約對於國內身心障礙相關立法政策恐造成撼動與影響，因此並未在第一時間正式批准 CRPD。以下先就日本在正式批准期間的相關工作進行說明，繼而就日本批准公約後第一次接受國際審查的相關內容加以分析。

### 一、改革措施與國際審查意見

日本政府於 2007 年至 2014 年簽署後但尚未批准期間當中，積極推動身心障礙者權利保障措施，於平成 21 年（西元 2009 年）成立由總理大臣統籌、全體閣員擔任成員的「身心障礙制度改革推進會議」（障がい者制度改革推進會議），以取代昭和 57 年（西元 1982 年）成立的「身心障礙政策推進本部」（障害者施策

---

<sup>349</sup> HM Prison & Probation Services, *MAPPa Guidance*, *supra* note 227, ¶ 26.51. MAPPA 從 2012 年開始出版指引手冊，吾人研究調閱到最早指引手冊版本為 2016 年（4.1 版），該版開始便將上開規定加以明文。

<sup>350</sup> Royal Coll. of Psychiatrists. Retrieved from <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/our-people-and-how-we-make-decisions/committees-of-council/human-rights> (last visited 15/02/2014)

<sup>351</sup> Special Comm. Hum. Rts., *CRPD Implications for psychiatrists and mental health law*, *supra* note 342.

推進本部)<sup>352</sup>。並於平成 22 年（西元 2010 年）至 24 年（西元 2012 年）間召開「身心障礙制度改革會議」（障がい者制度改革推進會議）擬定關於身心障礙者相關法律與政策的推動與改革進程。待相關法制面與政策面改革完備後，再為批准 CRPD，並於 2016 年正式遞交初步審查報告<sup>353</sup>。

## 二、國際審查意見

日本遞交的初步審查報告當中於 CRPD 第 14 條的部分提及「醫療觀察法」制度之適用對象與處遇方法，強調在醫療觀察案件的審理過程中有給予當事人充分表達意見的機會，且在處遇過程中亦相當注重當事人的意見與福祉<sup>354</sup>。CRPD 委員會於爭議問題清單當中，針對日本的民事與刑事監護制度、非自願精神科治療提出質疑。該清單提到，CRPD 委員會明確要求日本政府提供廢除精神福祉法與醫療觀察法的相關文件<sup>355</sup>。日本政府對此方面的回應表示，國內相關制度均符合法律規定與最低拘束原則的情況下執行非自願精神科處遇措施，亦就處遇過程中盡可能地向受處分人解釋拘束人身自由的理由與必要性<sup>356</sup>，且治療處遇措施的考量因素並非僅因受處分人係心理社會障礙者而為之<sup>357</sup>，以避免基於身心障礙而為處遇措施構成 CRPD 第 5 條之歧視，以及由於恣意拘束人身自由而違反 CRPD 第 14、15 條等相關規定。

CRPD 委員會最終在結論性意見書當中指出，雖然十分肯認日本政府推動身心障礙者權利保障的諸多政策與法制面改革工作<sup>358</sup>，然對於日本的精神保健福祉

---

<sup>352</sup> 障がい者制度改革推進本部、障がい者制度改革推進會議、差別禁止部会，<https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>（最後瀏覽日期：02/15/2024）。

<sup>353</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Initial report submitted by Japan under article 35 of the Convention, due in 2016*. U.N. Doc. CRPD/C/JPN/1 (Oct. 4, 2017).

<sup>354</sup> *Id.*, ¶ 106.

<sup>355</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *List of issues in relation to the initial report of Japan*, ¶ 13-14, U.N. Doc. CRPD/C/JPN/Q/1 (Oct. 29, 2019).

<sup>356</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Replies of Japan to the list of issues in relation to its initial report*, ¶ 63-64, U.N. Doc. CRPD/C/JPN/RQ/1 (Jun. 8, 2022).

<sup>357</sup> *Id.*, ¶ 64.

<sup>358</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Concluding observations on the initial report of Japan*, ¶ 5, U.N. Doc. CRPD/C/JPN/CO/1 (Oct. 7, 2022).

法與醫療觀察法當中的民事強制治療與刑事監護處分機制，依然違反 CRPD 第 12 條規定，建議日本應參酌 CRPD GC1 內容以廢除替代性決策與推動支持性決策機制<sup>359</sup>。同時，包含醫療觀察法在內的強制住院治療等非自願處遇措施，均有違公約第 14 與 15 條之規定，呼籲日本應參酌 CRPD 委員會所發佈之第 14 條人身安全指引之意旨，完全廢止上開處遇作為，並應建立獨立人權監督機關，就國家廢除非自願住院與治療措施進行監督<sup>360</sup>。在第 19 條去機構化方面，CRPD 委員會要求日本參酌 2017 年與 2022 年所發佈之第 19 條指引措施，積極推動去機構化政策並加以挹注經費於其中<sup>361</sup>。整體而論，CRPD 委員會認為日本對於非自願處遇措施與去機構化之推動仍有諸多努力空間。

### 三、CRPD 對於日本刑事監護制度的影響

CRPD 對於日本醫療觀察制度的影響從簽署時便開始浮現。在「身心障礙制度改革推進會議」當中，對於諸多身心障礙者相關法制與政策進行討論，醫療觀察法也是討論的重點之一。雖然在起初的規劃進程圖當中並未看見「醫療觀察法」的字眼<sup>362</sup>，然並不代表日本政府並未將醫療觀察法納入考量。事實上，在改革會議當中，有心理社會障礙者團體：「全國精神病患團體」（全國「精神病」者集團）代表關口明彥（関口明彦）參與其中。關口委員多次針對「醫療觀察法」提出疑問與見解，促使政府應就醫療觀察制度予以審視與回應。在相關的會議資料中，亦可看見法務省<sup>363</sup>、厚生勞動省<sup>364</sup>就其醫療觀察制度當中負責的部分進行回應，

---

<sup>359</sup> *Id.*, ¶ 28.

<sup>360</sup> *Id.*, ¶ 31-4.

<sup>361</sup> *Id.*, ¶ 42.

<sup>362</sup> 障がい者制度改革推進会議（2010），障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）【概要】。内閣府。[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/honbu/k\\_2/pdf/s1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/honbu/k_2/pdf/s1.pdf)。後續內閣決議可參見：障がい者制度改革推進会議（2010），障害者制度改革の推進のための基本的な方向について（6月29日閣議決定）【概要】。内閣府。[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\\_kaigi/k\\_16/pdf/ref.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_16/pdf/ref.pdf)

<sup>363</sup> 法務省（2010）。ヒアリング項目に対する意見書（府省名：法務省）。内閣府。[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\\_kaigi/k\\_9/pdf/s1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_9/pdf/s1.pdf)。

<sup>364</sup> 厚生労働省（2010）。ヒアリング項目に対する意見書（府省名：厚生労働省）。内閣府。[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\\_kaigi/k\\_10/pdf/s2.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_10/pdf/s2.pdf)。

亦提供醫療觀察制度的經費編列資料<sup>365</sup>做為會議討論的參考資料之用。同時，日本神經精神醫學會（日本精神神経学会）也對於 CRPD 與醫療觀察法的修正方向提出建議<sup>366</sup>。然就最終法制與政策規劃來看，雖然日本政府在醫療觀察體系中挹注大量經費予以協助住院處遇的軟硬體設施改善以及強化社區處遇機制，終究並無廢除刑事監護制度的意願。

而司法實務對於 CRPD 與醫療觀察制度競合之見解則持保守態度。日本司法實務界認為，當前醫療觀察制度並無法以民事性質之精神保健福祉法替代，故仍有存在必要，並表示醫療觀察的處遇評估係依照治療反應性等要素為之，而非以當事人是否具有心理社會障礙為依據，因此不違反 CRPD 意旨<sup>367</sup>。回到醫療觀察法本身觀之，該法雖在相關改革會議當中有所討論，然最終仍維持以醫療觀點為主之處遇作為，與 CRPD 人權模式有若大差異。基於上開觀察，可推論日本政策係在完全廢除刑事責任能力與醫療觀察制度以外，試圖找尋另外一種人權保障的衡平措施。

## 參、德國

德國於 2009 年批准 CRPD 後，成立所謂的「國家推動國際公約小組」(National Action Plan to Implement the Convention)，集結相關部會官員就既有法制與政策之調整召開會議<sup>368</sup>。德國係本研究之締約國中唯一已接受二次國際審查之國家。以下分別就 2015 年與 2023 年接受 CRPD 委員會國際審查情形加以說明。

### 一、第一次國際審查

德國在 2015 年第一次接受國際審查時，其所出具的初步報告書大多聚焦於民事法律能力與刑事訴訟之保障措施，僅於 CRPD 第 14 條的部分有提到安置於

---

<sup>365</sup> 障害者政策委員会（2012）。障害者政策委員会 第 3 小委員会(第 3 回)資料一覽，頁 6-8。  
[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku\\_iinkai/s\\_3/3/pdf/s1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/s_3/3/pdf/s1.pdf)。

<sup>366</sup> 日本精神神経学会、障害者制度改革に向けたプロジェクト（2010）。障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」に対する意見—精神科医療に関する分野を中心に—。  
[https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/2010\\_12\\_25shougaisyasks.pdf](https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/2010_12_25shougaisyasks.pdf)。

<sup>367</sup> 林政佑（2023），前揭註 15，頁 270。

<sup>368</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Initial reports of States parties*, ¶ 4, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/1. (May 7, 2013).

精神病院處分。德國政府表示，有關拘束人身自由處遇措施均依循國際人權法之相關規範處理，並正積極推動急性精神病患處遇訓練、與心理社會障礙自助團體密切合作<sup>369</sup>，亦積極跨部會協議建制精神科品質管理與監督機制<sup>370</sup>。

CRPD 委員會則於爭議問題清單當中，基於 CRPD 第 13 條規定，要求德國出具身心障礙處遇機構的投訴機制<sup>371</sup>，以及提供非自願住院與處遇、身心障礙機構與精神科醫院的相關資料<sup>372</sup>。德國在爭議問題清單的回覆意見中表示，相關處遇措施均受到歐盟與德國境內的獨立人權單位（國家反酷刑署）訪視與檢查，亦提供機構處遇者申訴機制與管道<sup>373</sup>。有關刑事監護處遇措施的權利保障方面，依據德國綜整各邦的機構處遇申訴機制與管道規範加以回應 CRPD 委員會之文件當中，並未特別針對司法精神醫院等處遇機構與相關保障措施做更近一步的說明<sup>374</sup>；而各邦在非自願處遇的人數統計方面也呈現出零散，以及部分聯邦並無具體統計數據可供參酌之情形<sup>375</sup>。

CRPD 委員會在第一次國際審查結論性意見書當中表示，德國對於不適合受審之心理社會障礙者相關法律程序保障措施之說明不足。同時，德國政府對於非自願處遇的相關統計資料均過少而違反 CRPD 第 14 條規定，要求德國應在維護隱私之前提下，將相關統計數據資料提供給該國所設置之獨立人權監督機關參考

---

<sup>369</sup> *Id.*, ¶ 116-8.

<sup>370</sup> *Id.*, ¶ 120.

<sup>371</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *List of issues in relation to the initial report of Germany*, ¶ 10, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/Q/1. (May 12, 2014).

<sup>372</sup> *Id.*, ¶ 14-5.

<sup>373</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Replies of Germany to the list of issues*, ¶¶60-61, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/Q/1/Add. 1 (Nov. 27, 2017).

<sup>374</sup> Bundesministerium für arbeit und soziales, RESPONSES TO THE QUESTIONS FROM THE LIST OF ISSUES IN CONNECTION WITH THE FIRST GERMAN COUNTRY REVIEW, 34 (2014). [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=ZD0gZb9SfmVZBqcl5LHdMAPtzoXm2s4h0lZXSMgkZlX4/Q9CWeimgdAdl1LZOEdPcIZtxpuT6R99gBR0aYkLzA](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=ZD0gZb9SfmVZBqcl5LHdMAPtzoXm2s4h0lZXSMgkZlX4/Q9CWeimgdAdl1LZOEdPcIZtxpuT6R99gBR0aYkLzA)

<sup>375</sup> *Id.*, at 39-42.

<sup>376</sup>，且對於德國並未將使用物理性或化學性拘束、單獨拘禁之措施視為酷刑而違反 CRPD 第 15 條規定，要求德國並應立法完全禁止非自願住院措施<sup>377</sup>，並基於公約第 16 條規定，要求德國應強化機構內部的申訴救濟機制與獨立監督機制<sup>378</sup>。CRPD 委員會也認為德國對於推動第 19 條獨立生活的基礎建設與國家財務資源分配均過少，認為德國政府應就此部分加以強化<sup>379</sup>。

就第一次國際審查時後續的回應意見當中，德國政府則明確列出各邦處遇機構的相關監督機制，在該報告中整理出德國各聯邦在 CRPD 施行前或施行後(如：巴登—符騰堡)針對身心障礙或心理社會障礙之處遇措施、救濟措施與福利服務進行立法或成立獨立的監督機關(或委員會)，以及接受非自願處遇之人數統計。表(八)當中列舉出部分聯邦之政策內容<sup>380</sup>。

表(八) 德國部分聯邦司法精神處遇監督依據

聯邦	司法精神處遇監督依據
巴伐利雅	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依據「巴伐利雅司法精神醫學處遇法」(Forensic Psychiatry Act of Bavaria)。</li> <li>2. 在監督方面則分別由司法精神醫學監督委員會(advisory boards for forensic commitment)、醫療申訴與複查中央委員會(the Central Commissioner for Complaints of the respective hospital / complaint management system)、巴伐利雅社會與家庭署(the Bavarian Centre for Family and Social Affairs)負責司法精神醫學的監督與管理機制。</li> </ol>
布蘭登堡	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依據「布蘭登堡心理疾患協助法」(Brandenburg Act</li> </ol>

<sup>376</sup> Comm. Rts. Pers. with Disabilities, *Concluding observations on the initial report of Germany*, ¶ 29-32. U.N. Doc. CRPD/C/DEU/CO/1 (May 13, 2015).

<sup>377</sup> *Id.*, ¶ 33-4.

<sup>378</sup> *Id.*, ¶ 35.

<sup>379</sup> *Id.*, ¶ 37-8.

<sup>380</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Information received from Germany on follow-up to the concluding observations*, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/CO/1/Add. 1. (Nov. 27, 2017).

聯邦	司法精神處遇監督依據
	<p>on Assistance for Mentally Ill Persons) 成立相關委員會。</p> <p>2. 有專門負責司法精神機構的獨立審查小組至少每年一次視察司法精神醫院，且具有獨立檢查醫院設施與調閱文件之權力。</p>
漢堡	<p>依據「漢堡司法精神醫學法」(Forensic Psychiatry Act of Hamburg) 第 48 條規定成立監督小組。</p>
北萊茵-西伐利亞	<p>1. 依據「北萊茵-西伐利亞司法精神醫學法」(MRVG NRW - Forensic Psychiatry Act of North Rhine-Westphalia) 建構多元的處遇監督機制與相關的委員會授權機制。</p> <p>2. 受處分人可以口語、書信或電子傳輸的方式告知一般精神科醫療院所監督機關，或告知專門受理司法精神處遇申訴的申訴委員會，且受處分人會收到後續的調查結果通知。</p>
圖林根	<p>依據「圖林根司法精神處遇法」(Forensic Psychiatry Act of Thuringia) 成立獨立視察小組。</p>

## 二、第二次國際審查

在第二次國際審查時，CRPD 委員會在其爭議問題清單當中依然要求德國政府提供廢除有關限制法律能力<sup>381</sup>與非自願處遇措施相關法律<sup>382</sup>的證明資料，以及就德國聯邦最高法院於 2018 年針對精神科機構約束措施限制的相關判決(2 BvR 309/15 與 2 BvR 502/16 憲法判決)提出說明<sup>383</sup>。對此，德國政府之回應大多依然採取保留既有替代性決策機制的立場，對於刑事監護處分的說明亦僅於第 14 條

<sup>381</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *List of issues prior to submission of the combined second and third periodic report of Germany*, ¶ 12, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/QPR/2-3 (Oct. 10, 2018).

<sup>382</sup> *Id.*, ¶14.

<sup>383</sup> *Id.*

拘束人身自由的部分僅少量提及<sup>384</sup>；到了 2023 年所提交有關 2019 至 2023 年的政策推動報告中，有關公約第 14 條至第 18 條之推動狀況則隻字未提<sup>385</sup>。

CRPD 委員會在第二次國際審查的觀察性結論報告當中表示，對於德國目前依然實施非自願住院治療與處遇，以及身心障礙者在可能遭致更為嚴重的拘束人身自由處分（如：不定期的暫行安置措施）<sup>386</sup>、包含司法精神醫院在內使用物理性與藥物性拘束人身自由與鎮靜措施等作為<sup>387</sup>，依然違反 CRPD 第 12、14 與第 15 條規定，並要求德國政府應於各邦均成立獨立監督機關，將相關統計數據與資料交付德國國家反酷刑署（National Agency for the Prevention of Torture）與德國國家人權研究所（German Institute for Human Rights）進行全國性地人權議題持續監督與統計<sup>388</sup>。在第 19 條去機構化與自立生活方面，則需依據 CRPD GC5 之規定建構完善的去機構化政策<sup>389</sup>。

### 三、德國政府的態度：2011、2016 與 2018 年之見解分析

德國對於保安處分的見解與態度在近年來有所轉變。具體轉變方向可在 2011 與 2018 年的聯邦憲法法院判決、2016 年刑法與刑事訴訟法修法判決當中發現，以下分別論述之。

#### （一）聯邦憲法法院判決：基於比例原則加以檢證人身自由干預措施

2011 年，德國聯邦憲法法院因應歐洲人權法院判決針對保安處分重新進行判

---

<sup>384</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Combined Second and Third Reports submitted by Germany under Article 35 of the Convention, Pursuant to the Optional Reporting Procedure, due in 2019*, ¶ 139, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/2-3 (Dec. 21, 2021).

<sup>385</sup> Bundesministerium für arbeit und soziales, MEASURES OF THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY IMPLEMENTING THE UNITED NATIONS CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE PERIOD FROM SEPTEMBER 2019 UNTIL MARCH 2023 (2023). [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=af6f1M/DbBqPE2/waqXlpByfZkDe77oVklz/UY4uzh3lewPBEQd62BNvTna+M+OljcQKdUzZG5QTkEoO2p6URQ](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=af6f1M/DbBqPE2/waqXlpByfZkDe77oVklz/UY4uzh3lewPBEQd62BNvTna+M+OljcQKdUzZG5QTkEoO2p6URQ)

<sup>386</sup> U.N. Comm. Rts. Pers. Disabilities, *Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany*, ¶ 29-32, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/CO/2-3 (Oct. 3, 2023).

<sup>387</sup> *Id.*, ¶ 33.

<sup>388</sup> *Id.*, ¶ 34.

<sup>389</sup> *Id.*, ¶ 43.

決 (2 BvR 2365/09、2 BvR 740/10、2 BvR 2333/08、2 BvR 1152/10，以及 2 BvR 571/10)，此際要求有二：第一，保安處分在實體法與程序法要件的危險預測判斷過程與依據必須具備說服力；第二，保安處分與刑罰應加以區隔，亦即所謂的「明顯區隔原則」<sup>390</sup>。除此之外，聯邦憲法法院更提出數項保安處分立法的檢驗標準，根據我國學者許恒達教授的整理，檢驗標準包含「最後手段性原則」、「個別化及治療強化原則」、「善時原則」<sup>391</sup>、「隔離原則」、「執行趨緩原則」、「權利保障原則」以及「定期審查原則」等面向<sup>392</sup>。

直接提及 CRPD 之憲法判決則出現於 2018 年。德國聯邦憲法法院於 2 BvR 309/15 與 2 BvR 02/16 判決當中直接提及 CRPD。該案中對於德國部分聯邦之精神科機構採用五點與七點式保護約束帶之爭議提出訴訟。該判決中第 80 至 92 段提到，德國政府正基於 CRPD 第 12 條、第 14 條及第 15 條規定，賦予身心障礙者相應的權利救濟措施、建置獨立的人權監督機關以及相關反對酷刑與虐待的立法措施，並提到聯合國反酷刑特別調查委員會 Juan E. Méndez 出具報告當中有關身心障礙者之酷刑行為之見解。該判決乍看之下似乎希冀德國政府採行 CRPD 廢除拘束人身自由處遇的觀點。然而判決後續卻話鋒一轉表示，Juan E. Méndez 所發佈的報告在 CRPD 方面並無任何拘束力，且將任何拘束人身自由的措施都認為是酷刑的見解過於籠統。德國聯邦憲法法院最終仍係以比例原則的檢證基礎為主，要求精神醫療機構拘束人身自由措施必須符合比例原則、法律的實質正當性與程序正當性，以符合德國基本法與 ECHR 人權保障的規範。

## (二) 刑法與刑事訴訟法的修正

2016 年，德國就刑法與刑事訴訟法進行大幅度修正。刑事訴訟法之修正主要在於該法第 413 條新增「保安處分程序」。根據該法規定，若檢察官認為當事人不具備刑事責任能力時，得向法院聲請保安處分程序。同時，依同法第 414 條第二項規定，檢察官聲請保安處分程序等同於向法院提起公訴<sup>393</sup>。

<sup>390</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 68；許恒達（2023），前揭註 27，頁 90。

<sup>391</sup> 縮短處遇期間的制度，諸如我國監獄行刑法當中的累進處遇制度。

<sup>392</sup> 許恒達（2023）前揭註 27，頁 91-92。

<sup>393</sup> 張麗卿（2021），前揭註 21，頁 71。

在實體法方面，根據學者陳俊榕之論著加以彙整，新修正之德國刑法主要包含「提高安置於精神病院處分門檻」、「確立安置於精神病院處分的補充性地位」，以及「強化處遇保障機制」三者。首先，新法規定僅限於重大違法行為之情狀，並經過特別審查與論證後，法院才可裁判安置於精神病院處分<sup>394</sup>。次之，依據德國刑法第 67b 條之規定，明文確立保安處分的補充性原則。該法規定，倘若藉由刑罰執行亦可達到與執行安置於精神病院處分相同目的時，則毋庸執行保安處分，避免過度拘束人身自由<sup>395</sup>。

最後，有關強化處遇保障機制方面，新法當中也加以強化保安處分執行之比例原則的檢驗機制、以獨立鑑定機制取代以往醫療紀錄做為聲請延長裁定之基準，並導入所謂「階段性原則」，以 6 年與 12 年為基準，加以檢驗安置於精神病院處分是否過當<sup>396</sup>。整體而言，修正後的德國刑法與刑事訴訟法確實有提升心理社會障礙者的權利保障，將以往實務當中發展而來的審查機制具體明文化<sup>397</sup>，亦加以強化比例原則的檢證基準。吾人認為，德國希冀將以往由於歷史因素與保安處分本身定位爭議而造成安置於精神病院處分當中對於人權保障不成熟之處，在 CRPD 的督促下進行補強。然而，學者陳俊榕則擔憂，當安置於精神病院處分遇到 CRPD 強調個人權利與自主權的觀點，國家同時又面臨社會防衛與輿論壓力時，很可能更為傾向特別預防而非以治療為目的的處遇手段<sup>398</sup>，強調安置於精神病院處分的消極監禁性質而非提供更為多元的治療處遇。其次，無論係我國學者之論著<sup>399</sup>，抑或是外國相關研究<sup>400</sup>均指出德國司法精神醫院的收治人數在 2016 年以後，依然呈現持續攀升的趨勢，可見德國刑法修法後，並未解決機構處遇人

---

<sup>394</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 75。

<sup>395</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 76。

<sup>396</sup> 陳俊榕，前揭註 22，頁 76-83。

<sup>397</sup> 陳俊榕，前揭註 22，

<sup>398</sup> 陳俊榕，前街註 22，頁 69。

<sup>399</sup> 馬躍中（2020），前揭註 22，頁 71。

<sup>400</sup> Thomas Ross, Maria Isabel Fontao & Jan Bulla, *Rising inpatient numbers in forensic security hospitals of German federal state of Baden- Wurttemberg: Background and explanatory approaches*, 38 BEHAV. SCI. & L. 522 (2020).

數攀升的問題。

綜合上開觀察，可見德國刑事監護處分對於 CRPD 的態度與日本相仿，二者均重視基本權利保障、避免酷刑與虐待，且均強調刑事監護處分的補充性地位：日本透過檢察官於不起訴處分或裁判所無罪判決確定後之額外起訴機制，德國則係於刑法當中明文規範，僅於一般刑罰無法滿足心理社會障礙犯罪者處遇需求時，才可啟動送入精神病院處分。然日本與德國均對於完全廢除刑事監護制度持保留態度，並保留不定期處遇措施，此舉仍與 CRPD 之規定有所出入。

## 肆、美國

美國做為本研究中唯一沒有批准 CRPD 的國家，是否代表著美國對於心理社會障礙者的人權保障措施較為落後？還是有其特殊之處？基於本文就美國聯邦政策、加州與紐約州為主，其餘廢除精神障礙抗辯事由之州為輔之分析內涵而論，吾人認為美國刑事監護處分的整體發展脈絡雖與 CRPD 不同，然其理念與精神則與 CRPD 十分貼近。以下先就美國不願簽署 CRPD 之原因進行說明，繼而探討美國獨特的人權保障體系特色，最終加以分析 CRPD 委員會對於美國之刑事監護處分可能會有的見解，並比對美國經驗與 CRPD 之差異，加以提出 CRPD 可能存在之問題，鋪陳第三節當中對於 CRPD 影響性與其優劣之分析。

### 一、美國不願簽署 CRPD 之原因

做為聯合國會員國，美國雖有參與 CRPD 的制定過程，然在制定過程中，時任美國總統布希便表態不會簽署 CRPD<sup>401</sup>。直至 2012 年歐巴馬政府時期，方正式簽署 CRPD。然 CRPD 簽署後，進入美國國會之批准過程後卻命運多舛，雖然一開始順利通過委員會討論，然接續至議會討論時卻無法通過，因而遭致退回委員會要求重新進行內部協商，至此再也沒有批准 CRPD 的下文<sup>402</sup>。為何美國國會不願意批准 CRPD？主要可就消費者主義與倖存者運動、CRPD 與既有國際人權法的衝突，以及美國自身的身心障礙者權利保障機制三大因素加以探討，以下說

<sup>401</sup> 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 L. REV.* 301, 305 (2019).

<sup>402</sup> Thomas D. Grant, *The U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD): Some Observations on U.S. Participation*, 25 *IND. INT'L & COMP. L. REV.* 171, 171-2 (2015).

明之。

### (一) 消費者主義與倖存者運動

本文第二章第一節提到倖存者運動與推動 CRPD 之心理社會障礙主要代表團體：WNUSP。該團體係倖存者運動當中反對家父長主義與精神醫療觀點的群體，然美國則係以消費者主義為核心。全美最大的心理社會障礙支持團體—「全美精神疾患聯盟」(NAMI) 屬於典型的消費者主義團體。NAMI 支持心理社會障礙者尋求精神醫療的協助，同時提供心理社會障礙者相關的就醫與醫療以外的支持性服務與出版品。比起 WNUSP，NAMI 也更注重心理社會障礙者家屬的支持與照顧。在 2003 年的一份新聞稿當中可以發現<sup>403</sup>，NAMI 希望能夠與倖存者運動相關團體共同商議、找尋平衡。然就當今發展趨勢來看，二者最終仍分道揚鑣、愈走愈遠。在吾人研究過程中發現，NAMI 的相關文宣與資料當中很難找到 CRPD 的字眼；而在 CRPD 相關的支持團體或參與團體中，也很難看到 NAMI 的蹤影。在此情況下或可理解為：倖存者運動在國際上取得主導權，透過其非營利組織的網絡力量，主導身心障礙政策的發展方向；然美國則係 NAMI 比起倖存者運動相關團體壯大許多。在此情況下，要推動 CRPD 順利批准有高度困難。

NAMI 的壯大其中一部分可反映出美國民眾對於心理社會障礙者本身的態度與觀感。有論者指出，雖然在去機構化運動以後，美國社會看似開始支持心理社會障礙者復歸社會，且 ADA Title II 及其行政命令也是如此規範，並開始從以往的病理觀點朝向基於危險因素而限制人身自由的觀點。因此，若心理社會障礙者本身已無再犯風險時，大多傾向於使當事人復歸社會正常生活，而非採取長期住院治療的觀點。然在社區處遇推行後，部分精神科醫師卻又漸漸退回以往的「需要治療觀點」(need treatment)，並以所謂的「感謝理論」(thank you theory) 強調非自願治療對於心理社會障礙者的重要性<sup>404</sup>。在司法實務中，也發現有些心理社會障礙者的辯護律師並非站在當事人的立場，而是站在社會與當事人家庭所偏好

---

<sup>403</sup> Press Release, NAMI, NAMI Consumer Council to Host Consumer/Survivor Leadership Forum (Aug. 29, 2003).

<sup>404</sup> Stuart A. Anfang & Paul S. Appelbaum, *Civil Commitment—The American Experience*, 43 (3) *ISR. J. PSYCHIATRY RELAT. SCI.* 209, 213-4.

的立場，甚至技術性地鼓勵當事人住院治療<sup>405</sup>。在此等民意趨勢之下，要順利推動 CRPD 內國法化，恐有高度的挑戰與困難性。

## （二）與既有國際人權法的衝突

美國不願批准 CRPD 第二個原因在於國際人權法方面的問題。CRPD 當中諸多人權規定與既有的國際人權法有所重疊，此時 CRPD 與既有國際人權法重疊之處應如何界定權利義務關係與法律效果？與既存的人權委員會等相關國際單位要如何協調商議<sup>406</sup>？美國國內要如何看待 CRPD 處於地位尷尬的國際人權法？基於此而使美國不願意批准 CRPD。

## （三）美國人權保障體系具體實踐

美國心理社會障礙犯罪者之權利保障體系之實踐，主要有二，其一為奧勒岡州 PSRB 制度遭到美國聯邦檢察官調查而有所改變；其二則係 2016 年 *Clark v. Arizona* 與 2020 年 *Kahler V Kansas* 案確立了美國各州得自行決定是否廢除精神障礙抗辯事由之權限，以下分述之。

### 1. 奧勒岡州 PSRB 制度的改善

ADA 與 CRIPA 對於刑事監護處分最具代表性之案例，即係奧勒岡州的 PSRB 與司法精神醫院，由於 PSRB 後續面臨經費短缺、行政管理疲於奔命等問題，而使得司法精神醫院的管理方面出現瑕疵，促使聯邦司法部依據 CRIPA 介入調查，促使該州進行制度面的修正與擴編有關部門財政預算<sup>407</sup>。奧勒岡州政府後續將 PSRB 與奧勒岡州健康部（Oregon Health Authority, OHA）共享監督考核權力，分別針對不同類型的刑事監護處分者（重罪與一般犯罪）為監督考核單位<sup>408</sup>，以改善司法精神醫院的處遇狀況。由此可見，各州刑事監護處分雖具備相當彈性的規劃與發展，然不得有違反聯邦憲法增修條文第 8 條酷刑與不人道對待、第 14 條正當法律程序以及 ADA 之情事。

### 2. 精神障礙抗辯事由的採納與否各州可自行決定

<sup>405</sup> *Id.*, 214-5.

<sup>406</sup> Grant, *supra* note 402, at 181.

<sup>407</sup> Bloom, *supra* note 252, at 385.

<sup>408</sup> *Id.*, at 561-2. *See also* Bloom, *supra* note 252.

*Olmstead* 一案對於刑事監護處分執行造成深遠影響，而對於精神障礙抗辯事由產生影響的主要判決，分別為 2016 年 *Clark v. Arizona* 與 2020 年 *Kahler V Kansas* 二案。在 *Clark* 一案中，亞利桑那地方法院基於 *Arizona v. Mott* 判決先例，拒絕被告提請專家證人加以證明行為人由於精神疾病而於行為當下欠缺主觀構成要件，亦認定被告不符合亞利桑那州的精神障礙抗辯事由。*Clark* 遂以亞利桑那州違反美國憲法增修條文第 14 條正當法律程序為由，上訴至美國聯邦最高法院。美國聯邦最高法院多數判決意見雖然肯認被告有主張本身由於心理社會障礙而欠缺主觀構成要件之權利，然亦認同亞利桑那州有權力決定刑事訴訟程序當中所採用證據之情狀與認定標準，因而判決亞利桑那州合憲。2020 年 *Kahler* 一案，則係就堪薩斯州廢除精神障礙抗辯事由違反美國憲法增修條文第 14 條正當法律程序提出訴訟。此判決的主要爭點之一在於：精神障礙抗辯事由是否為被視為美國的傳統法律規範（traditions and conscience of our people as to be ranked as fundamental）<sup>409</sup>？*Kahler* 案的多數意見認為，精神障礙抗辯事由並非美國法上的規範傳統，故堪薩斯州廢除精神障礙抗辯事由並不違反美國憲法增修條文第 14 條之規定。

基於 ADA、CRIPA，以及美國聯邦最高法院判決所建構的身心障礙者權利保障體系，與 CRPD 所規定之反歧視、人身自由安全保障、反酷刑與虐待，以及自立生活的保障體系不謀而合。而與 CRPD 較為不同之處在於，美國的法律規範與判決先例並未走上倖存者運動的完全廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護處分觀點，而係在基於州法自治原則之下，保留一彈性與緩衝空間，使各州仍得依實際情狀加以調整。故有論者認為，美國政府不願意批准 CRPD 的原因在於，倘若 ADA 與相關判決與法規足以充分保障美國身心障礙族群的權利時，為何還需要額外批准相關的國際條約？且 CRPD 簽署後，對於美國既定的人權秩序體系又將來更進一步的挑戰與撼動，而此等撼動卻未必利大於弊。同時，在國際法的體系定位呈現爭執與矛盾而在適法性方面亦將造成美國政府的負擔時，基於美國

---

<sup>409</sup> Eric Roytman, *Kahler v. Kansas: The End of the Insanity Defense?* 15 DUKE J. CONST. L. & PUB. POL'Y SIDEBAR 43, 49 (2020).

本身國際地位與談判籌碼，將其擱置似乎有利無害。

## 二、美國經驗與 CRPD

若從 CRPD 的角度看待美國之精神障礙抗辯事由與刑事監護處分發展，仍然是不及格的。主要因素可歸結為各州精神障礙抗辯事由與刑事監護處分制度不一、CRIPA 執法力道與人權監督機制的侷限性二大因素。

### (一) 各州精神障礙抗辯事由與刑事監護處分制度不一

美國大多數的州仍採用諸如加州與紐約州的精神障礙抗辯事由與刑事監護處分制度，此舉基於 ADA 與美國聯邦最高法院判決認定並不違憲。然若以 CRPD 觀點來看，卻未必符合規定。若美國接受 CRPD 委員會審查，吾人猜想，該委員會將要求多數維持既有制度的州，要向少數廢除精神障礙抗辯事由的州「看齊」，加以推動廢除精神障礙抗辯事由；至於已經廢除精神障礙抗辯事由的少數州，也不全然符合 CRPD 委員會的規定。

綜觀本文第三章列舉六個廢除精神障礙抗辯事由的州，通盤檢視其規定後發現，上開各州所採取的廢除精神障礙抗辯事由機制相當類似於 Slobogin 的整合主義模式—將心理社會障礙因素從罪責事由改列至主觀構成要件中加以判斷，然在最終的審判與刑事執行時，法官仍應考量當事人的心理社會障礙因素，必要時亦將行為人送交司法精神醫院接受治療。然在 WNUSP 的代表學者 Minkowitz 的論著中便可發現，CRPD 的推動團體並不以此為足，而是認為所有的司法精神鑑定、司法精神醫院系統均應廢除。在實際執行方面，針對蒙拿大州的研究指出，該州在廢除精神障礙抗辯事由以後，無論是聲請無受審能力 (IST)，亦或是送交醫療院所接受治療的心理社會障礙者，似乎並沒有因為精神障礙抗辯事由廢除而有所減少<sup>410</sup>。無論在制度面或實際執行方面均不符 CRPD 精神，因此 CRPD 委員會仍會以違反 CRPD 第 14 至 17 條，以及第 19 條為由，要求美國各州全部採行廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護處分。

### (二) CRIPA 執法力道與人權監督機制的侷限性

---

<sup>410</sup> See Lisa A. Callahan, *The Hidden Effects of Montana's "Abolition" of the Insanity Defense*, 66 (2) PSYCHIATRIC QUARTERLY 103 (1995).



雖然美國聯邦政府得依 CRIPA 調查各州身心障礙者人權侵害事件，然 CRIPA 本身的實際執法力度仍然有限。CRIPA 雖賦予檢察官起訴權，然大多數檢察官為了不得罪各州政府，在依職權調查後發現違法事由時，較偏好選用 CRIPA 的調解機制（Conciliation）與各州政府商討改善計畫<sup>411</sup>。然而，CRIPA 對於各州的改進計畫與具體執行時程並無具體明文的規定，如此一來造成諸多嚴重侵害人權事件無法在第一時間獲得改善。對此，批評者認為 CRIPA 應設置具體的改善期限，並在過程中應有相應的報告制度，使檢察官確實掌握各州的改善進程。另一方面，批評者亦認為應設置獨立監督機關（Independent Monitoring Body），對於身心障礙者人權侵害事件進行監督<sup>412</sup>，上開見解與 CRPD 委員會想法如出一轍。上開批評係 1980 年代論著所提出之見解，然時至今日，美國對於 CRIPA 並無更近一步的調整與修正。吾人猜想，聯邦政府要如何更為強化自身介入各州政策的正當性與合理性恐有所困難，毋寧維持現狀，「以不變應萬變」，但這也可能是 CRPD 委員會無法忽視的問題所在。

### 三、從美國經驗反思 CRPD 的可行性

美國基於自身的政治經濟優勢，在國內聯邦主義與主流民意觀點的考量之下，成為本研究中唯一沒有批准 CRPD 的國家，卻也是在精神障礙抗辯事由與刑事監護處分當中，制度最為多元與分歧的國家。吾人認為，美國的獨特經驗可以帶給包含臺灣在內的各國加以思考 CRPD 之具體可行性與價值。

CRPD 委員會的觀點在美國經驗當中呈現出兩個衝突點。第一個衝突點較易觀察，亦即在聯邦主義與州法自治的情況之下，聯邦政府若要干涉各州的法律或政策需要有非常強烈且合理的依據。雖然聯邦政府與聯邦最高法院可向州政府施壓，然與此同時根據美國聯邦憲法所保障的州法自治的情況下，若聯邦政府與法院過度干預各州事由，很可能遭到各州政府以違憲為由拒絕配合，甚至對簿公堂，這也是為何即便 CRIPA 賦予聯邦檢察官調查權限後，檢察官們原則上不願動用起訴權力的原因之一。同時，在 *Clark* 與 *Kahler* 兩起案件判決當中，最高法院

---

<sup>411</sup> Cornwell, *CRIPA: The Failure of Federal Intervention for Mentally Retarded People*, *supra* note 251, at 849-51 (1988).

<sup>412</sup> *Id.*, at 860-2.



均肯認各州廢除精神障礙抗辯事由並不違反美國聯邦憲法增修條文第 8 條的酷刑與不人道待遇與第 14 條的正當法律程序保障機制。因此，各州是否廢除精神障礙抗辯事由屬各州的內部事務，聯邦政府無權干涉。透過反面解釋的方式，聯邦最高法院也沒有表明精神障礙抗辯事接續的刑事監護處分便將造成酷刑。此時 CRPD 若要求聯邦政府推動廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護制度，反而與最高法院見解相違背。

另一方面較為隱晦但更為重要的部分則是，美國實踐經驗已經明確表示廢除精神障礙抗辯事由並不會讓審判與執行時完全不考慮心理社會障礙因素，或是將當事人完全移交至看守所或監獄執行羈押或徒刑。如同前述，美國廢除精神障礙抗辯事由的各州，仍然需要在主觀構成要件當中判斷行為人的心理(精神)狀態；且在審理程序與最終的判決時，若當事人病情非常嚴重而無法繼續審判或執行刑罰時，仍需將其交由司法精神鑑定與司法精神醫院使其接受治療，不可能如同 CRPD 所言仍持續進行審判，或將其送交至一般矯正機關執行。CRPD 的理想藍圖在美國的實踐經驗當中遭致打臉。此等發展趨勢呼應 Perlin 等反對 CRPD 見解學者所言，即便在法律要件當中移除了「精神障礙抗辯事由」，然無論是法官量刑裁判，亦或是實際的執行與治療照護上，依然都需要將心理社會障礙因素納入考量，CRPD 的做法只不過是「換句話說」，透過更隱微的方式運作此等機制爾。

美國在精神障礙抗辯事由與刑事執行方面均呈現出多元的樣貌。從聯邦推動 MHC，以及各州參採 SAMSAH 所提出之 FACT 治療理論，乃至奧勒岡州的 PSRB 制度等。吾人認為，若從生態與演化的觀點加以看待刑事政策，其實「多元」可能才是現行刑事監護制度的有效解方：也就是透過聯邦與各州之間不同的政策設計與嘗試，在多種理想與理論之中，找尋最為可行的方式。而此等多元的前提，當應符合本文第三章所提到的美國聯邦憲法、聯邦法律與最高法院判決所建立的人權保障骨幹基本保障為前提下進行。至於各州是否將 CRPD 列為刑事監護制度的參考依據，亦得依各州偏好而選擇是否採納，在此之下便可出現數種不同的情形進行比較與試驗。而此等試驗結果則可反向回應 CRPD 的見解是否可行，促使國際人權法與內國法律與政策之間的雙向溝通與交流，而非僅透過 CRPD 委

員會的單方面的施壓，忽略其他觀點，使得 CRPD 淪為 IDC 的魁儡，徒具國際人權法的形式，在實質上卻無法真正保障身心障礙者人權之空殼。



### 第三節 CRPD 對各國刑事監護處分影響性分析

基於上開分析可得知，除臺灣刑事監護處分因 CRPD 而有莫大的調整以外，其餘各國的刑事監護制度大抵而言並未因 CRPD 而有非常明顯的變化，依然遭受 CRPD 委員會的批評。然是否可直接下結論認為 CRPD 對於各國刑事監護處分並無影響性？非也。吾人認為，若要探究 CRPD 對於各國刑事監護制度的影響程度，應分別就刑事監護處分與 CRPD 之不同層面加以探究。吾人將其區分為「人權保障面」、「精神衛生面」與「刑事政策面」三面向加以探究 CRPD 之貢獻與限制，並基第二至本章第二節以前之論述內容，加以建構研究者所認為之刑事監護處分在 CRPD 之下所適宜之人權保障架構基準，以此基準加以觀察各國之改變幅度，有關臺灣的可行因應策略則於第五章進行研析。

#### 壹、CRPD 之貢獻與限制

如同前述，若單就 CRPD 委員會之觀點看待各國刑事監護處分恐難以達到其所設置之目標。吾人認為，若要探究 CRPD 對於刑事監護處分所帶來之貢獻與其限制，應分別就刑事監護處分制度本身之具體內涵加以檢視。刑事監護處分之具體內涵，以再犯預防為目標、精神醫療做為處遇手段之下，應可由人權保障面、精神衛生面與刑事政策面三面向加以觀察 CRPD。本節第一部分先就前揭三個觀點加以探究 CRPD 之貢獻與限制，繼而於第二部分加以說明吾人所建構之評價基準。

##### 一、人權保障

就人權保障面而言，CRPD 之具體貢獻可概分為「建構以身心障礙者為核心之人權公約」、「與既有國際人權公約對話」，以及「建立身心障礙者人權監督機制」三者。首先在建構以身心障礙者為核心之人權公約方面，在研究當中確實可見 CRPD 建構起以身心障礙者為核心的國際人權公約，並提供相關單位對於身心障礙者的生活起居、社會資源分配、醫療照顧，乃至刑事犯罪處罰等面向，搭

築完善的權利保障體系架構，改善以往的國際人權法僅能藉由軟法（soft law）或補充性解釋的方式以填補身心障礙者權利保障，然卻造成身心障礙者人權保障模式之不完備與規範彼此矛盾之情狀。CRPD 使得國家在身心障礙者之法制與政策方面有所依循，以 CRPD 為核心進行身心障礙者權利保障之法制政策規劃。

其次，本研究發現，在 CRPD 訂定的過程以及後續實際執行之過程中，均可看見 CRPD 與 ICCPR、ICESCR、CAT 乃至 ECHR 等國際性或區域性國際公約進行對話，強化不同國際公約當中就心理社會障礙者的權利保障措施、提供更多具體指引文件與相關規範加以參照。同時，HRC 亦就 CRPD 與既有的國際人權法共同建構心理社會障礙者的國際人權保障框架，更促進 WHO 從既有的生物醫學為主的觀點，轉變為以人權為基礎的精神衛生立法與政策模式。

最後，則是身心障礙者人權保障監督機制。透過 CRPD 第 33 條規定，要求各國建立身心障礙者權利保障法制與政策推動之主管單位、協調機制，以及參考巴黎原則之下，獨立之身心障礙者的獨立人權監督機構<sup>413</sup>，並搭配國際審查機制，改善過往在相關的締約國的國際審查中，因缺乏明確的身心障礙權利保障之國際條約存在，有可能忽略身心障礙者受到不當對待情事或審查面向不夠完善的問題。

然就人權保障的角度觀之，CRPD 亦非毫無疑義。首先，CRPD 所建立之身心障礙者權利保障機制與既有的國際人權法產生競合。尤其是在對於酷刑與非人道待遇的定義方面，與既有之 CAT、SMR 與 ICCPR 之定義有所落差。此等落差應如何填補、以何種基準填補，就當前發展脈絡觀之仍無明確跡象，此際很有可能讓締約國對於不同規範無所適從。另一方面，CRPD 國際審查機制忽略實質處遇品質，藉由不斷批評締約國無法達成其所設定之目標高度，此舉恐適得其反。

綜觀 CRPD 委員會與各國所出具的報告書等文件，可以發現大部分的論述焦點著重於各國制度是否違反 CRPD 的特定規定，尤其是在刑事監護制度當中，

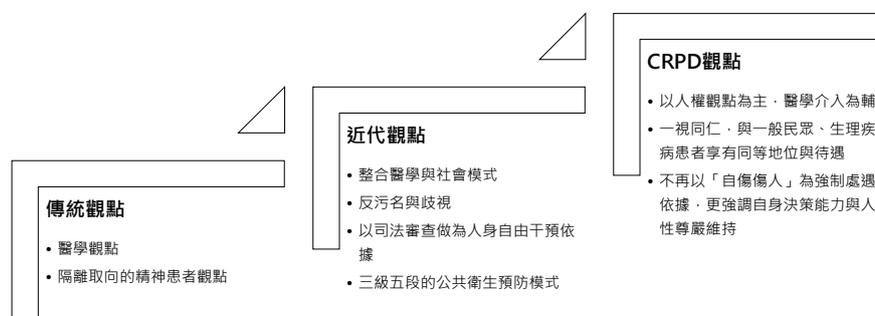
---

<sup>413</sup> 廖福特（2017b），〈監督機制〉，收於：孫迺翊、廖福特（編），《身心障礙者權利公約》，頁 568-571。台灣新世紀文教基金會。而 CRPD 當中對於獨立監督機制之要求，有其獨立之規定，並不以全然符合巴黎原則為要求。See: U.N. H.R.C., *Implementing the Rights of Persons with Disabilities- the Role of Independent Monitoring Framework Practical Guide*, at 2. U.N. Doc. HR/P/PT/28 (2023).

CRPD 委員會清一色認為「沒有廢除刑事監護制度就是違反 CRPD」，在各國的結論性觀察意見書中如同鸚鵡般反復述說著類似的話語。然綜觀 IDC 所發佈的新聞稿、Minkowitz 之論著，乃至 WHO 最新的精衛法律指引，CRPD 委員會之報告似乎忽略了實際上所應在意的是相關政策與制度設計的過程中，是否包含了多元文化觀點、RJ、創傷知情，甚至是所謂的醫學人文（以人為本的治療處遇、醫病關係的建立與維繫）觀點於其中。此舉與 CRPD 主要採取倖存者觀點模式，認為應完全廢除精神醫療系統，而非採消費者模式協助改善精神醫療系統有關。然 CRPD 身為一國際人權條約，在理想與現實、意識型態的選擇上仍應有所取捨，而非完全採用單一批判（甚至是窄化的視野）見解詮釋所有規範。吾人以為，比起「是否廢除精神障礙抗辯與刑事監護制度」此等當前幾乎不可能達成的議題上爭執以外，CRPD 委員會似應加以思考不同因應對策，避免使自己成為曇花一現的政策訴求者，使其既有的推動成果功虧一簣。

## 二、精神衛生面

就精神醫療觀點看待 CRPD，其對於患者之權利保障措施確實有所提升。公約中有關去機構化與自立生活之規範，成為社區精神衛生的重要推手。同時，CRPD 亦就醫病關係、患者自主權，乃至拘束人身自由處遇措施等議題提供參照基準，提升患者權利與福祉。更為重要之處在於，CRPD 促使對於心理社會障礙者，從早期的醫療觀點、近期的社會觀點，更進一步地邁向人權觀點（如下圖二十二所示），以整合性健康法律的概念為核心，建構起全人的心理社會障礙者人權保障措施。



圖（二十二）精神（心理）衛生典範移轉架構圖

然 CRPD 就精神醫療層面觀之仍有其局限性。此等局限性主要可從倖存者運動所持觀念，以及 CRPD 委員會後續之發展脈絡當中可見。首先，倖存者運動對於藥物與侵入性治療之反對恐過於偏頗。在 CRPD 本文與官方解釋文件當中，一味地將反對物理性或化學性之拘束人身自由措施、賦予當事人自我決定之權利，然對於患者之治療、照顧以及危機處理方式並沒有提出具備科學實證基礎之處遇措施，故 CRPD 所提出之處遇模式尚難以有效因應當今精神醫療處遇。同時，學者 Stephen Meyers 亦指出<sup>414</sup>，當今身心障礙者權利保障見解很可能由大型的身心障礙 INGO 所掌握，此際並不利於多元化與本土化精神衛生體系之建構與發展。最後，CRPD 委員會反對任何帶有非自願治療色彩之社區處遇措施，然此觀點忽略當事人回歸社區以後，社區當中之風險管理與危機處理需求，僅係不斷強調不得侵犯人身自由，對於社區精神衛生體系的發展幫助相當有限。

### 三、刑事政策

就刑事政策面向觀察 CRPD 之貢獻，主要在於確立司法程序機制之保障，以及對於不定期處分提出質疑與挑戰二者。在司法程序機制之保障方面，如同人權保障面所言，透過 CRPD 第 13 條之規定，明確保障心理社會障礙者在偵查、審判與執行過程中近用司法、表達自身見解之機會；同時，CRPD 委員會對於各國偏好採用的不定期刑事監護處分提出挑戰，對於犯罪預防政策的不定期處遇之見解提出質疑，確實可促進締約國是否能夠將刑事政策「典範移轉」，降低不定期處遇的使用、促進去機構化與社區處遇機制之發展。

然而，CRPD 在刑事政策當中忽略監獄與醫療院所機構本質差異與刑事政策本身犯罪預防之需求，要求締約國一概地將心理社會障礙者送回監獄執行刑事處遇，忽略監獄本身之設置功能與目的，反而有違反 CAT 與 SMR 之規定而構成酷刑之虞。同時，CRPD 委員會對於所謂的「廢除精神障礙抗辯事由」訴求，在美

---

<sup>414</sup> See Stephen Meyers, *Global Civil Society as Megaphone or Echo Chamber? Voice in the International Disability Rights Movement*, 27 Int'l. J. Pol. Cult. Soc. 459 (2014); STEPHEN MEYERS, *Disabled Persons Associations at The Crossroads of Two Organizational Environments: Grassroots Groups as Part of An International Movement and Local Civil Society*, in ENVIRONMENTAL CONTEXTS AND DISABILITY 3 (Barbara M. Altman & Sharon N. Barnartt eds. 2014).

國與瑞士的實踐經驗中均表明不可行，無論如何仍將考量行為人的精神狀態，並藉由司法精神醫學加以鑑別當事人之精神狀態並安排治療照顧。若 CRPD 委員會忽略上開實質證據，仍堅持己見，其見解恐難以受到各國重視與實踐。

## 貳、本文就 CRPD 對於刑事監護處分的評價基準

基於上開對於 CRPD 之貢獻與缺點進行分析後，以下分別就前揭所提之三點基準，闡述本文經由通盤檢視不同組織、學者專家、比較國制度以後，吾人認為就 CRPD 對於刑事監護處分所形成的評價基準。

### 一、人權保障面

吾人認為，CRPD 對於刑事監護處分之規範影響，以「反歧視、資源近用與司法權益之維護」與「仍以 CAT、SMR 與 ICCPR 為刑事監護處分的執行依據與準則」二者為宜。

在反歧視、資源進用與司法權益維護方面是 CRPD 最重要的突破，透過公約第 5 條、第 13 條明確規範締約國對於身心障礙者的權利與資源近用，並賦予當事人於司法程序當中的保障措施，降低身心障礙對其權益所造成之負面影響，此舉值得肯認並加以採納。然 CRPD 委員會認為刑事監護處分等非自願性處遇措施應完全禁絕之觀點，吾人持保留態度。主要係因刑事監護處分本身同時兼備醫療與社會防衛之目的，若欲達成上開目的，即需在一定程度內加以限縮與干預個人之權利行使。而此等限縮並非無限上綱，係應遵循比例原則、人性尊嚴維護為前提，此際在 CAT、SMR 與 ICCPR 相關規範便有清楚具體之操作規範可供各國參照並加以實踐。若刑事司法單位與醫療單位能落實上開國際規範，並同時基於 CRPD 反歧視、司法權益維護之規範，應可建立起更為嚴謹且務實地基於人權保障之刑事監護處分，強化刑事監護處分當中的人權保障措施。

### 二、精神衛生面

從精神醫療面看待 CRPD 與刑事監護處分，儘管倖存者運動反對精神醫學之見解不見得完全可行，然其對於心理社會障礙者之基本權利保障與治療照顧之理念促使反思主流精神醫學觀點之盲點。吾人認為可採人本精神醫學之理念做為精神衛生之基準，以此結合多元文化觀點與「整合性健康法律」概念看待精神障

礙症之預防、診斷與治療，並積極推動去機構化，以達 CRPD 保障心理社會障礙者權利之目標。

人本精神醫學之概念，根據世界精神醫學會（World Psychiatry Association）於 2005 年所提出之「WPA 學會計畫：以人為基礎的臨床照顧與公共衛生」(WPA Institutional Program on Psychiatry for the Person: from Clinical Care to Public Health, IPPP)，強調從歷史觀、科學哲學觀、倫理價值觀、生物學觀點、心理學觀點、社會文化觀點，以及與健康有關的利害關係人之面向考量精神障礙症之診斷、照顧治療與公共衛生政策<sup>415</sup>。在診斷方面，基於個人中心整合診斷架構（Person-centered Integrative Diagnosis, PID），除依循既有的 DSM、ICD 與 ICF 系統以外，同時評估個人之健康狀態（Health Status）、健康因素（Contributors to Health），以及健康經驗（Experience of Health）三向度，並在上開向度當中同時考量何謂「不良健康」（ill health）與「正向健康」（positive health）<sup>416</sup>，將全人健康觀點納入考量，避免僅從病理缺陷與臨床症狀的觀點看待患者。在治療過程中，仍依循全人觀點進行犯罪風險與臨床治療評估<sup>417</sup>，並充分與患者溝通、瞭解其治療意願之偏好、對於藥物治療或侵入性治療之態度，採取復原取向（Recovery Orientation）處遇措施<sup>418</sup>，與 CRPD 要求參採 WHO 之 CBR 一致，並建構諸如 FACT 等社區處遇模式<sup>419</sup>，完善機構與社居銜接機制，以達復原與去機構化之目標。在人本精神醫學的理念下，亦對於多元文化、創傷觀念抱持敏銳度，在處遇過程中考量不同社會文化因素對於症狀之詮釋、疾病觀點的不同，而給予不同的治療與處置方式。若有拘束人身自由之治療必要時，應搭配前揭人權面向所建構之權利保障機

---

<sup>415</sup> Juan E. Mezzich, *Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism*, 6:2 WORLD PSYCHIATRY 65, 65 (2007).

<sup>416</sup> Juan E. Mezzich et al., *Person-Centered Integrative Diagnosis and its Context*, in PERSON CENTERED PSYCHIATRY 139, 143-5 (Juan E. Mezzich et al. ed, 2016).

<sup>417</sup> Lana Mužinić, Igor Mužinić & Athanassios Douzenis, *Person-Oriented Forensic Psychiatry*, in PERSON CENTERED PSYCHIATRY 501, 504 (Juan E. Mezzich et al. eds, 2016).

<sup>418</sup> Juan E. Mezzich, *Interduction to Person-Centered Psychiatry*, in PERSON CENTERED PSYCHIATRY 1, 5-6 (Juan E. Mezzich et al. eds, 2016).

<sup>419</sup> *Id.*, at 506.

制，應可降低在非自願治療當中過度侵犯人身自由乃至施以非人道待遇之疑慮。

人本精神醫學的概念在亦可體現「整合性健康法律」之中，考量整體社會環境對於心理（精神）衛生的影響因素，建構以群體為基礎之心理衛生健康促進與三級五段之心理（精神）衛生系統<sup>420</sup>，並將心理社會障礙者之權利保障架構與一般病患、其他醫療或公共衛生之權利保障福祉整合討論，避免分別討論而導致無形間削弱心理社會障礙者之權利保障機制之議題。基於上開處遇措施以達到「全人」照顧與治療之目標。

### 三、刑事政策面

吾人認為，CRPD 當中對於不定期刑事監護處分之挑戰，可加以思考之處在於：一，將輕罪與重罪之刑事制裁措施予以區分；二，擴大預防犯罪之視野，納入公共衛生「整合性健康法律」概念看待犯罪預防與矯正措施；以及三，基於實證研究的刑事政策三者。首先，在輕罪與重罪之刑事制裁措施予以區分方面，刑事監護處分本身係基於犯罪預防所為之特別處遇措施，故應基於輕罪與重罪本身對於法益侵害程度與社會危害程度之差異而有所區別。諸如美國加州僅限於重大犯罪者才可實施不定期處分；英國與美國紐約州對於危險程度較低之受處分人得改由民事強制住院治療程序，而非停留在刑事司法系統當中；日本對於交付醫療觀察審判有罪名之限制；德國送入精神病院處分亦僅限於重大犯罪且有危害社會安全之虞者。基於犯罪預防觀點，並非每一位心理社會障礙犯罪者都需要長期待在機構當中接受處遇，且心理社會障礙犯罪者大多係因精神症狀肇致犯罪行為發生。故相較於消極地監禁，建構積極地治療照顧、功能恢復與社會復歸機制，才是刑事監護處分最為有效且核心的刑事政策目標走向。此等見解同時呼應擴大預防犯罪視野之理念，從以往「眼不見為淨」，調整為「共同為社會貢獻」之態度，以維護人性尊嚴與回歸社會做為最終處遇目標，建構以刑事司法系統與醫療系統為核心、整合當事人在社區（與社會）生活當中所需近用之資源，呼應「整合性健康法律」對於個人之全人照顧，建構良善的犯罪預防、醫療照顧與社會福利體

---

<sup>420</sup> Ruth S. Shim et al, *Overview of the Social Determinants of Mental Health*, in THE SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH 1, 6-11 (Michael T. Compton & Ruth S. Shim eds, 2015).

系，改善對於受處分人不利之結構性因素。

最後，CRPD 亦提醒刑事監護處分應基於實證研究的政策與處遇措施，避免司法官僚積習已久、對於無效甚至有害的處遇措施消極應對，如此一來反而有構成酷刑與不人道待遇之嫌疑。吾人認為，上開論點或許仍無法完全符合 CRPD 實踐所謂的「廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護處分」，然其具體之理念與精神，對於人權保障機制之強化、以人為本的處遇措施、整合性健康法律概念，均可同時促進刑事政策面的改進，改善心理社會障礙者之權利地位與福祉保障、降低機構化處遇之使用程度、禁絕酷刑與非人道待遇之行為。

有關 CRPD 與刑事監護處分之人權保障面、精神衛生（醫療）面與刑事政策面之貢獻與限制，以及吾人認為應可建構之基準，綜合整理如下表（九）所示。



表（九）CRPD 對於刑事監護處分之貢獻與缺點，以及本文比較基準一覽表

評判基準	CRPD 貢獻	CRPD 缺點	本文基準
人權保障	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 建構以身心障礙者為核心的國際人權法。</li> <li>● 提供相關政策、治療或處遇措施的具體參照基準。</li> <li>● 落實身心障礙者權利保障之監督機制。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 與既有國際人權法觀點的衝突。</li> <li>● 其他精神醫療之治療與照顧觀點的忽略。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 反歧視、資源近用與司法權益之維護。</li> <li>● 仍以 CAT、SMR 與 ICCPR 為刑事監護處分的執行依據與準則。</li> </ul>
精神衛生	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 強化患者的權利保障措施，近用權利保障資源。</li> <li>● 促進去機構化與社區處遇的發展。</li> <li>● 提升病患福祉與自主性，禁絕非人道行為與不合理待遇。</li> <li>● 心理衛生之典範移轉。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 過度批判藥物治療與其他侵入性治療手段。</li> <li>● 並未提供患者症狀發作狀態之治療、照顧、危機處理之方式。</li> <li>● 忽略回歸社會以後的危機處理機制。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 採取「人本精神醫學」觀點，並結合多元文化之見解看待精神障礙症之預防、診斷與治療。</li> <li>● 採納「整合性健康法律」精神，建構心理社會障礙者人性尊嚴與福祉之保障。</li> </ul>
刑事政策	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 對於不定期刑事監護處分提出挑戰與質疑。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 忽略監獄與醫療院所機構本質上的差異。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 將輕罪與重罪之刑事制裁措施予以區分。</li> </ul>

評判基準	CRPD 貢獻	CRPD 缺點	本文基準
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 處遇手段、方式與權利保障機制具體明確。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 忽略刑事司法體系的患者照顧與犯罪預防之目的權衡。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 擴大預防犯罪之視野，納入公共衛生「整合性健康法律」概念看待犯罪預防與矯正措施。</li> <li>● 基於實證研究的刑事政策。</li> </ul>

## 參、締約國對應 CRPD 的作為觀察

基於上開分析 CRPD 之優點以及其限制後，接下來則就不同的角度加以思辨締約國有哪些確實有符合 CRPD 精神但被忽略之處，或是確實不符合 CRPD 規定之處。綜合上開各國作為以及對於 CRPD 貢獻與限制之討論，吾人嘗試以光譜的方式加以論述締約國對應 CRPD 的作為。此光譜可分為三個階段：能、可改變（或正在改變），以及不能之處三者。在三個階段當中，每個階段底下有不同的政策作為子類型，如下圖（二十三）所示。

	能	可改變 (或正在改變)	不能
人權保障面	● CRPD做為政策或判決參考準據	● 獨立人權監督機關與視察機制	● 完全廢除法律能力制度與刑事監護制度
精神衛生面	● 社區處遇與自立生活 ● 最小約束原則	● 整合納入成為公共心理衛生的一環	
刑事政策面	● 明確處遇指引 ● 權利保障與救濟措施	● 社區銜接與處遇制度優化 ● 精神障礙抗辯事由與不定期處遇制度的修正	

圖（二十三）CRPD 當中各國可為不可為光譜圖

### 一、各國能夠改變的部分

各國已符合 CRPD 要求的部分，在人權保障面，係將 CRPD 做為政策依據；精神衛生面則係最小拘束原則與社區處遇機制的使用；刑事政策面則係建立具體權利救濟制度。以下就上開提及三點加以說明。

#### （一）人權保障面：CRPD 做為政策依據

首先是有關 CRPD 對於政策考量與司法裁判的影響，諸如英國皇家精神科醫學院設置特別委員會探討 CRPD 對於精神科處遇與照顧之影響、2012 年開始出版的 MAPPA 指引當中均提及反對障礙歧視與資源公平分配；日本在整體身心障礙與醫療觀察制度的改革當中將 CRPD 權利保障事項納入考量、德國則開始進行各聯邦的精神病院處遇制度規範的彙整，並於 2016 年大幅修正刑法與刑事訴訟法。在各國的司法裁判中，雖然日本與德國對於 CRPD 之見解與 CRPD 委員會見解不盡然相同，然均將其列為爭點或人權保障機制的審酌依據，此際對於心理社會障礙者保障依然有部分貢獻。至於未批准 CRPD 的美國，在精神障礙抗辯與刑事監護制度當中，則較少看見影響性，大多然受內國法律與司法判決之人權保障體系為主。



## (二) 精神醫療面：最小拘束原則與社區處遇機制的使用

在最小約束原則方面，英國在 2005 MCA 的規定下，無論係高度戒護機構或其他等級較低的戒護機構，均規定僅有通過 2005 MCA 檢驗流程認定為無行為能力時，才可實施拘束人身自由措施，其餘情況下均應在當事人知情同意為前提的情況下施以處遇。同時，對於高度戒護機構的拘束手段措施會不定期地更新相關指引措施，且在相關指引當中可看見其規範盡可能降低強制物理拘束與藥物的使用；至於在中度與低度戒護機構內，同樣也建議採取物理與藥物以外的拘束措施，並對於抗限制人身自由措施應予以紀錄、管理與稽核<sup>421</sup>。德國則係於 1996 年聯邦最高法院認定人民有「選擇生病的權利」(right to be ill)，因此即便在司法精神醫院當中亦不可過度干預受處分人的選擇與強制給藥<sup>422</sup>。而非締約國的美國亦就機構處遇加以限制，不得恣意使用機構處遇，以及在無正當理由的情況下不定期實施刑事監護處分。

而在處遇類型方面，本文所比較之所有締約國，甚至包含非締約國的美國的大多數州在內，均採取機構處遇與社區處遇並行的機制，而非永久性地限縮於機構內。

## (三) 刑事政策面：權利保障與救濟措施與明確處遇指引

在心理社會障礙者權利保障與救濟措施的部分則可拆分為二個子面向討論。首先是有關權利保障的部分，英國<sup>423</sup>與日本<sup>424</sup>均要求或建議處遇機關提供相關的權利保障說明與講習制度使受處分人知悉自身權利與申訴方法；在救濟制度方面，英國係由 MHT 主責，即便是受到限制命令的受處分人，亦可於住院期滿一年後向 MHT 提請社區處遇審查，若 MHT 認為受處分人已經不符合 MHA 的精神障礙症的法定要件，或是有其他有效的替代處遇時，MHA 規定 MHT 可當然釋放當事人，毋庸法務部長同意。此外，雖然限制命令受處分人之處遇主要裁量權限

<sup>421</sup> Royal Coll. of Psychiatrists, *supra* note 241, at 26.

<sup>422</sup> Rachel Edworthy, Stephanie Sampson & Birgit Völlm, *Inpatient forensic psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries*, 47 INT. J. L. & PSYCHIATRY 18, 22-3.

<sup>423</sup> Royal Coll. of Psychiatrists, *supra* note 241, at 10.

<sup>424</sup> 独立行政法人国立精神神経医療研究センター，前掲註 284，頁 208。

在於法務部長，然在整體處遇的實際情狀評估中係由 MHSC 加以執行並提供建議，而非由法務部長擅斷決定，因此 MHSC 與 MHT 發揮了對於法務部長加以監督與制衡的作用，此係對於人身自由保障莫大的進步。日本則係依據醫療觀察法規定，可由本人、律師及家屬，向地方裁判所聲請轉換社區處遇制度與提請救濟；非締約國的美國則在轉換處遇機制的過程中，可向法院聲請聽證會表示意見，且從刑事審判乃至刑事監護處分過程中，均得選任辯護律師協助處理法律與救濟相關事宜，若有違反聯邦憲法或法律所保障之基本權利時，亦得向聯邦檢察官提出告訴，聯邦檢察官得依 CRIPA 賦予之權限進行調查，並於調查後與州政府進行調解或逕予起訴。

在明確指引措施方面，英國無論是 NHS 或皇家精神科醫學院的指引措施中，均對於拘束人身自由的使用時機、安全環境的建置、處遇指引、MHA 與 2005MCA 法律遵循機制提供周延且完整的指引措施供當事人、處遇人員以及家屬參考；日本則就機構與社區處遇的部分制定指引措施，且於 2019 年進行修正。德國則因刑事執行屬各邦事務，加上德國精神醫學會對於司法精神處遇措施並無意願發展制式指引與要求，因此並未發展出全國一致的處遇指引<sup>425</sup>，然在 CRPD 的規定與 CRPD 委員會的監督之下，促使各邦的人權保障監督機制得以實踐；美國則因刑事執行屬於各州自治範圍，因此從審判乃至執行均呈現分歧而無明確的指引措施。然在刑事監護處分較為成熟的加州，依然有提供民眾與專業人員相對應的處遇流程指引加以參照，方便瞭解刑事監護執行的階段與具體內涵。有關各國權利保障措施之比較，綜合整理如下表（十）所示。

表（十）各國相關權利保障措施

	英國	日本	德國	美國	
				加州	紐約州
納入政策或司法裁判考量	是	是	是	否	否

<sup>425</sup> *Id.*, at 23.

	英國	日本	德國	美國	
				加州	紐約州
權利保障與救濟措施	MHT	向地方裁判所提出	是，具體機制依各邦法律規定	MHC	MHC
最小拘束原則	是	是	是	原則是	原則是
明確處遇指引	有	有	依各邦規定	部分提供	無

## 二、各國可以改變（或正在改變）的部分

各國可以改變，或是正在改變的部分主要有四點，分別為「人權監督與司法精神醫院視察機制」、「社區銜接與處遇制度優化」、「整合納入成為公共心理衛生的一環」以及「精神障礙抗辯事由與不定期處遇制度的修正」四者，期分別對應於不同框架基準之中，於下分述之。

### （一）人權保障面：人權監督與司法精神醫院視察機制

首先是人權監督與司法精神醫院視察機制。英國係由 EHRC 做為身心障礙者與其他國際人權規範之獨立監督單位<sup>426</sup>，並基於國際人權法角度發布相對應之建議指引做為英國政府後續法律與政策之修法方向；德國起初因各聯邦的相關監督機制與報告並不完整，亦遭委員會要求應建立全國性人權監督與回報制度，後續則係由國家人權研究所<sup>427</sup>擔任獨立監督機制並加以改良監督回報制度。而日本雖然於內閣府下設有障礙者政策委員會（障害者政策委員会），然該委員會主要

<sup>426</sup> 英國平等及人權委員會係依 2006 年平等法（*Equality Act 2006*）立法通過後，統合國內既有不同人權議題之專門委員會，成立 EHRC。在此之前有關身心障礙者權利保障監督係依 1995 年身心障礙者歧視法（*Disability Discrimination Act 1995*）所成立之身心障礙者權利委員會（*Disability Rights Commission*）為之。參見：廖福特（2011），〈英國平等及人權委員會〉，收於：氏著，《國家人權委員會》，頁 259-280。五南圖書。

<sup>427</sup> 廖福特（2017），前揭註，頁 570。

係就國家推動 CRPD 進行綜合規劃與研討的幕僚單位與受理國家申訴案，性質上類似於我國行政院「身心障礙者權益推動小組」的性質，並非於獨立的人權監督機關。基於上述，締約國對於刑事監護處分當中的人權保障依然需要更為成熟的監督與視察機制才可以達成。然此部分並非不可能做到，相關的國際人權監督機制與獨立監督機關的討論一直以來都是國際人權法上的重要議題<sup>428</sup>，此部分實際上是可行的改革建議與措施。

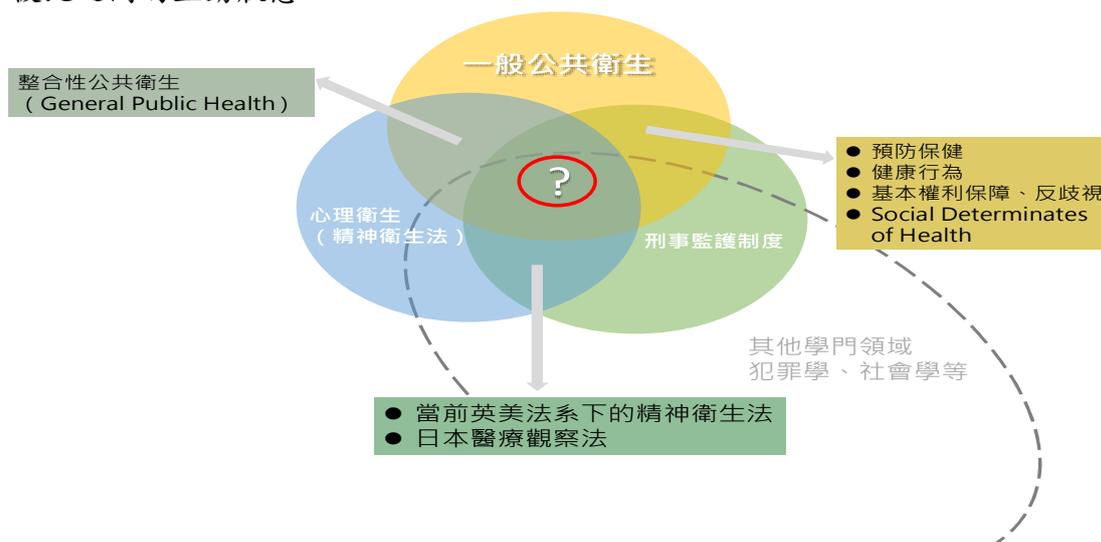
## （二）精神衛生面：整合納入成為公共精神衛生系統的一環

有鑑於 WHO 與 OHCHR 於 2023 年所發布之最新立法指引，促使各國加以思考公共心理衛生（Public Mental Health）議題的推動與促進方向。刑事監護處分之處遇對象雖同為心理社會障礙者，然由於其具備犯罪者的身分與標籤，使得各國的刑事監護處分當中對於心理衛生之照顧與需求議題大多獨立於既有的精神（心理）衛生政策以外討論。刑事監護處分的制度設計與變革，大多仍傾向以刑事政策的面向探討再犯預防與社會風險防衛為主，相較於病症治癒，更著重於犯罪矯治與犯罪預防。然刑事監護處分本身所需達到的「特別預防」手段的前提之一，即係對於受處分人的健康狀態得以改善與維繫，當精神病性症狀得到控制、個人功能面恢復時，此時給予回歸社區所需要的資源與協助，可同時促進個人與社區福祉、降低再犯風險。因此，當開始探討「整合性健康法律」的同時，亦應嘗試將刑事監護制度納入其中，尤其是社區處遇的復歸社會與資源的輸送與提供，如何基於既有的復歸社會（rehabilitation）目標，基於前揭提及人本精神醫學之處遇理念進行診斷與治療照顧，並合理調整當事人近用資源的可行性，而非將其獨立於既有的社區心理衛生體系之外，或僅著重於監控而忽略當事人實質生活需求，留意法律制度（包含犯罪矯正制度在內）對於個人福祉與健康的影響，除考量「心理健康的社會決定性因素」，同時考量「法律的健康決定性因素」（Legal

---

<sup>428</sup> 參見：廖福特（2005）。〈聯合國對國家人權委員會之推動與實踐〉，《國際人權法—議題分析與國內實踐》，頁 115-152。元照；廖福特（2009），〈歐盟基本權利署之分析—創設歐盟「國家」人權機構？〉，收於：洪德欽（編），《歐盟人權政策》，頁 17-52。中央研究院。

Determinates of Health)<sup>429</sup>，而非假借「幫助」之名，實質上則係受處分人復歸社會的絆腳石。然此係一新穎之概念與政策設計方向，對於各國既有的衛生福利與刑事政策設計與執行均有莫大的挑戰，在法制與政策變革上需採漸進性地進行，以「點、線、面」的方式逐步建構法制與政策，並非一蹴可幾，因此吾人將其歸納在可改變或正在改變之處論述。有關公共衛生與刑事監護處分的關聯性與交集，可參考吾人繪製之圖（二十四），可見一般公共衛生、心理衛生與刑事監護制度彼此之間的互動狀態。



圖（二十四）CRPD 與整合性健康法律的規劃示意圖

### （三）刑事政策面

在刑事政策方面，各國主要可以或正在改變之處，主要在於「社區銜接與處遇制度優化」與「精神障礙抗辯事由與不定期處遇制度的調整」二者。

#### 1. 社區銜接與處遇制度優化

在社區處遇發展方面，當心理社會障礙者回歸社區以後，其所需要的社會福利資源、處遇照顧模式，以及家庭支持等面向牽涉廣泛，因此各國在社區處遇模式的發展仍面臨資源零散或分配不均、各個社區所提供的服務量能與方法不同的情形<sup>430</sup>。受處分人回歸社區後的日常起居、教育與就業等面向的全方面社會福利與社會安全機制，考驗著締約國既有的社會福利系統與資源是否完備，在此情況

<sup>429</sup> Lawrence O Gostin et al., *The Legal Determinants of Health: Harnessing the Power of Law for Global Health and Sustainable Development*, 393 LANCET 1857. (2019).

<sup>430</sup> Latham & Williams, *supra* note 221, at 607.

下要完全符合 CRPD 第 19 條的自立生活規定，依然有高度的挑戰。雖然各國不可能採取完全無監督的社區處遇機制，然具備監控機制的社區處遇制度當中相關福利資源的發展依然有可能，也是各國正致力推動的方向。諸如英國因地制宜而發展的三種司法精神社區處遇模式、日本透過修訂社區處遇指引與相關研究報告試圖改善服務輸送的困難<sup>431</sup>，德國各邦的制度也積極發展當中。美國各州基於 ADA 與其判決，需就去機構化以後的自立生活建構資源近用與相關的軟硬體資源，故各州相繼研擬自身的社區處遇系統，或參採 SMASH 的 FACT、加州的 CONREP 推動社區處遇措施，此部分仍可看見美國聯邦與各州針對社區處遇在制度與服務輸送方面正持續優化與改進。

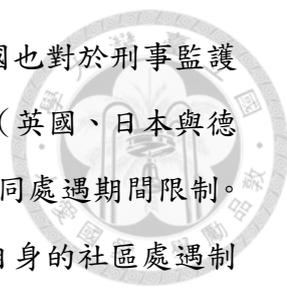
## 2.精神障礙抗辯事由與不定期處遇制度的修正

有關精神障礙抗辯事由與不定期處遇制度是否有可能改變？吾人認為仍有可能。首先是有關精神障礙抗辯事由的部分，綜觀英美法系的發展脈絡，英國目前仍以 M'Naghten 與 Diminished Rule 為主。而美國的部分如同上開提及的 *Clark v. Arizona* 與 *Kahler v. Kansas* 兩起關鍵性判決以後，確立了各州在精神障礙抗辯事由方面具備自我決定的權限，未必要採取傳統的精神障礙抗辯事由。雖然目前美國仍未有任何一州將心理社會障礙因素完全從法律要件或審酌因素當中排除，僅少數州採取 Slobogin 整合主義的觀點，將心理社會障礙因素從罪責階層改列至主觀構成要件的審酌方式，仍保留不具備受審能力 (IST)，並在量刑與執行場所之決定時，仍需將心理社會障礙因素納入其中，並借重司法精神鑑定機制與司法醫院系統。而大多數州依然如同本文主要比較州：加州與紐約州一致，維持 NGRI，至多加入 GBMI 作為折衷方式。但未來精神障礙抗辯事由的發展與多元化樣貌依舊可持續觀察與期待開展出可兼顧心理社會障礙因素與避免歧視的新興刑法評價系統。

在處遇措施方面可分為處遇對象與期限二者。在處遇對象方面，本文之比較國均對於輕罪與重罪有不同規定，諸如美國加州僅對於重罪者採取不定期處分；

---

<sup>431</sup> 東京都福祉保健局 (2013)，〈医療観察法地域処遇体制基盤構築事業調査結果報告書〉。独立行政法人国立精神神経医療研究センター，東京都。



紐約州對於不具備危險者可施以民事強制住院治療；日本與德國也對於刑事監護處分之犯罪類型有所限制。在處遇期間方面，CRPD 的締約國（英國、日本與德國）均以不定期處分為主，美國加州則區分為輕罪與重罪而有不同處遇期間限制。基於各國人權保障與政府公帑負擔考量，諸多國家也持續發展自身的社區處遇制度，因此要在刑事監護處分當中依照犯罪類型之法益侵害程度、個人之症狀穩定程度與危害個人與社會風險性之面相綜合考量之下，限縮處遇對象，以及設置一相對而言較為寬廣的處遇期間上限，於該期間屆滿後得無條件轉為社區處遇的作法仍有推動之可能性。然在此之中應留意，美國奧勒岡州與亞利桑那州允許將心理社會障礙者治療數年後仍無成效者，認定其係「壞人」而非「病人」，遂轉交由矯正機構負責收治<sup>432</sup>。此舉雖然可避免以醫療之名行監禁之實，然此等作法對於剝奪心理社會障礙者的基本權利情形可能有過之而無不及，仍不符 CRPD 之規定。故各國在推動有限期的刑事監護處分時需特別留意，應避免採行相較於刑事監護處分更為侵害人權的處遇模式。吾人認為，調整處遇期限與強化轉向措施（diversion）是 CRPD 委員會可積極向締約國爭取的方向，而非不斷要求各國直接廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護處分。

### 三、各國無法做到的部分

最後則係各國目前仍無法做到的部分，此即最極端的「完全廢除法律能力制度與刑事監護制度」。CRPD 委員會非常堅持的完全廢除法律能力制度與刑事監護制度。對此，本研究當中的締約國與非締約國對此均持反對態度。包含廢除精神障礙抗辯事由的瑞士與美國的少數州在內，都無法達到 CRPD 要求在審理與執行過程中不考量心理社會障礙因素與廢除司法精神鑑定與刑事監護制度，至多在精神障礙抗辯事由之檢驗基準上有所調整爾。基於上述，吾人認為，「完全廢除法律能力制度與刑事監護制度」的前提，必須是在學理與相關國際公約解釋論上爭執之處得到相對完善的解方後，並且在刑事政策的制定、公共衛生、民眾觀感等議題上取得共識後才有可能實踐。然此目標非一時半刻所能解決，故各國均選擇性地忽略此議題，將其排在改革議程的尾端。

---

<sup>432</sup> Bloom & Kirkorsky, *supra* note 279, at 618-9.

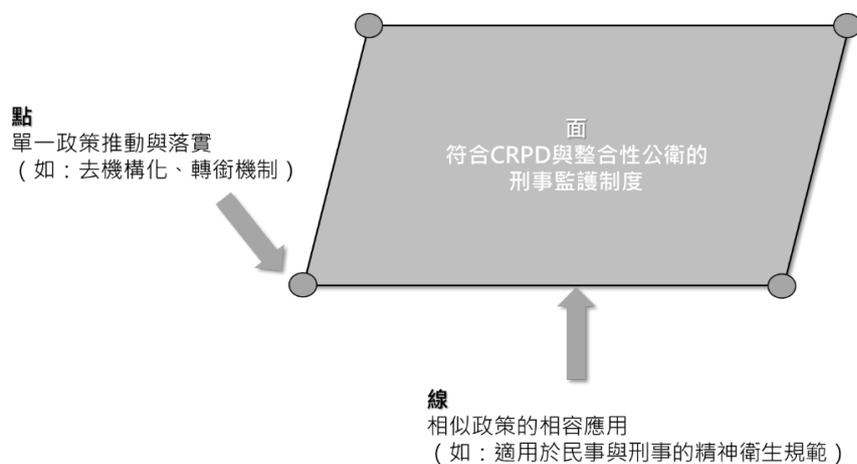
#### 第四節 小結

本章就 CRPD 實施以後，對於臺灣、締約國（英國、日本、德國）與非締約國（美國）所造成的影響進行分析。在分析方法上，首先就各締約國的審查歷程與結果進行論述，繼而探討 CRPD 以後各國刑事監護制度之變動幅度。繼之分析 CRPD 對於刑事監護處分之影響性及其優劣，並進一步跳脫出審查意見以外的其他觀點，分別以人權保障面、精神衛生面，以及刑事政策面三者加以看待各國刑事監護制度與 CRPD 是否合致之情況，並提出本文之評價基準。在此之中可以發現臺灣的政策制度改變最多，其餘國家相較之下的改革幅度較為有限，對於完全廢除刑事監護制度與不定期機構處遇措施大多不予採用，且在社區處遇方面亦因各地發展狀況不同而仍有成長的空間。有關我國刑事監護處分之大幅度修正，究係為單純趕上比較國家，亦或是有更多突破，則於第五章之中進行論述。而美國則由於內國法律規範、主流民意，以及 CRPD 在國際人權法上的爭執等因素，雖已簽署 CRPD，然至今仍未批准。美國的精神障礙抗辯事由與刑事監護處分制度主要受到 ADA 與相關的憲法判決（*Clark* 與 *Kahler* 案）加以建構心理社會障礙犯罪者的權利保障體系。此等體系使得美國各州的制度不盡然相同，在其多元樣貌之中嘗試各種可能性。雖然未必符合 CRPD 之規定，然在美國經驗當中卻也凸顯出 CRPD 論述在實際執行時所遭遇的困境與盲點。

吾人認為，CRPD 之高度理想性雖無法完全實踐，然其對於身心障礙者之反歧視政策、資源（與司法體系）之近用、去機構化，以及後續基於人權模式發展而出的「整合性健康法律」概念，對於刑事監護處分之處遇措施仍有實質助益，促使締約國盡可能地貼合 CRPD 對於保障心理社會障礙犯罪者處遇措施的理想藍圖。本研究發現，包含非締約國的美國在內，刑事監護制度大多發展出系統性地記錄與檢證、受處分人的權利講座與救濟措施、最小拘束原則，以及制定具體明確的指引措施供第一線執法人員與臨床醫事人員參考，盡可能確保刑事監護制度符合 CRPD 的人權保障要求。在相關政策的推動與討論的觀察當中，也確實看見有將 CRPD 的相關理念與精神納入考量、成立特別委員會加以探討符合公約要求的處遇措施等。而美國部分州甚至更進一步地採取 Slobogin 的整合主義觀

點，將精神障礙抗辯事由改以主觀構成要件加以檢驗，較締約國更為前衛。

上述各國「能與不能」的政策推動與樣態模式係從較為微觀的觀點看待各國的處遇措施模式。若以 WHO 於 2023 年所發佈的指引為基礎，則可從巨觀的角度看待各國的精衛法制推動現況。吾人認為，人權取向的模式建構，亦應採取「點、線、面」的方式逐步建構（如下圖二十五所示）。在點的階段，即係單一措施的改進，諸如機構或社區處遇轉銜機制的建置與成熟；在「線」的階段，則係相類似的法制政策改革，諸如精神衛生相關法律與政策的完備與兼容；最終才能在「面」的階段，才可達到人權取向下整體性公共衛生法律美好藍圖。在此「典範移轉」的過程當中，需要諸多資源與障礙克服的努力，並非一簇可幾。如同前述，CRPD 審查的重點相較於要求締約國「立即」要求廢除法律能力、非自願住院與強治療、精神障礙抗辯事由與刑事監護制度，應以合作的姿態，與締約國共同商議人權取向的精神衛生與刑事監護制度的藍圖佈局，擘畫出具體可行的方案，並逐年就此藍圖之進程加以審視，方得在理想與現實中找尋最大公約數，實踐 CRPD 對於心理社會障礙者人權保障之理念。



圖（二十五）刑事監護處分人權政策的建構示意圖

## 第五章 我國刑事監護處分制度之反思

基於本文第二至四章分別針對 CRPD 與刑事監護制度有關之條文、官方文件與不同觀點，以及各國於 CRPD 施行前後的差異進行觀察分析，本節回歸探討我國刑事監護制度面臨 CRPD 以後有哪些可加以精進與改善之處。本章分為四節，第一節先分析我國刑事監護制度現況之優勢與不足之處，第二節探討我國刑事監護處分在面對 CRPD 挑戰時可資因應態度與對應之可行的政策方向，第三節試擬可行的改革方案，最後於第四節進行小結。

### 第一節 臺灣刑事監護處分評析

臺灣在大幅度修正刑事監護處分以後褒貶不一，在此分別就其「符合 CRPD 之處」與「仍須改進」二部分進行分析，繼而於第二節探討後續可能之政策擇定方向。

#### 壹、符合 CRPD 之處

臺灣刑事監護制度與各國刑事監護制度相比較為進步與符合 CRPD 之處，主要在於「有關機關針對刑事監護處分之調查作為」、「檢察官訪視機制」、「專業小組評估與司法審查」以及在此次修正中「落實刑事司法與衛生福利體系之整合」四者，以下分別對應本文所建構之參照基準架構說明之。

##### 一、人權保障面：有關機關針對刑事監護處分之調查作為

CRPD 理念在刑事監護處分之實踐，尚需觀察公約本身的具體落實與監督機制。事實上，CRPD 的具體落實與監督機制可分為「主管機關與協調機關」以及「獨立監督機制」二者。我國在 CRPD 的推動與落實上，前者主要依據「身心障礙者權益與福利保障法」第二條所訂定之主管機關與目的事業主管機關加以規範<sup>433</sup>，後者就形式面觀之可將監察院轄下之國家人權委員會認定為獨立監督機關。然此處主要問題有二：一為我國身心障礙權利保障之主管單位與協調機制與 CRPD 要求仍有部分出入<sup>434</sup>；另一方面則係我國國家人權委員會是否具備獨立人權監督機制而得以落實監督工作之疑慮。

<sup>433</sup> 廖福特（2017b），前揭註 413，頁 575-576。

<sup>434</sup> 廖福特（2017b），前揭註 433。



以 CRPD 與刑事監護處分推動之獨立監督機制而言，國家人權委員會在與 CRPD 的相關業務當中，該委員會透過出具 CRPD 國際審查意見、舉辦「精神障礙觸法者處遇制度」座談會<sup>435</sup>，就相關制度與政策改革進行跨部會與學者專家之交流研議，並對於修正後之監護處分提出建議措施，藉由外國交流參訪活動，就我國與日本醫療觀察制度之面向提出報告，具備部分監督與政策研究之效能。然基於國家人權委員會本身之定位方面存有爭議<sup>436</sup>，同時觀諸上開工作內涵而論，當前工作仍以研究與書面報告意見出具為主，故仍有加強餘地。待未來國家人權委員會本身之組織執掌清楚界定後，似可就司法精神執行機構實際運作情形採取定期視察等更為積極主動之監督機制，確保刑事監護處遇過程中落實人權保障之理念，使該人權保障機構更具備實質上之效力。

#### （四）精神衛生面：明文規定拘束人身自由之時機與方式

對於刑事監護處分當中限制人身自由之情狀與方式，依據「保安處分處所戒護辦法」第 11 條規定，明文列舉適用要件與拘束措施，並於同法規定戒護人員應詢問醫事人員之意見，避免戒護手段過當或不正確而造成受處分人傷害。雖然依據 CRPD 委員會見解認為所有的拘束人身自由處分均違反 CRPD，然依照反酷刑特別調查委員會與 ICCPR GC 35 之見解，仍得於必要時加以拘束其人身自由的角度觀之，基於實務考量，仍有必要於特殊情狀時拘束受處分人之自由，

---

<sup>435</sup> 「精神障礙觸法者處遇制度」座談會網站：  
[https://nhrc.cy.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=7478&s=4355](https://nhrc.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=7478&s=4355)

<sup>436</sup> 我國雖於 2020 年通過「監察院國家人權委員會組織法」，然就該機關本身之定位以及人權委員執掌仍有爭執。相關爭論諸如：該機構設置於監察院底下，其是否具備獨立監督功能，要如何與監察院既有的調查、彈劾、糾舉權力應如何區辨？人權委員執掌是否應訂定獨立法律規定，抑或在既有的監察法之下訂定專章即可？眾多權利侵害類型中有不同的權利制度，應如何與國家人權委員會職權之行使加以區分？基於上開爭論，當今國家人權委員會是否完全符合巴黎原則而能夠定位為獨立人權監督機關，目前仍存有爭議。相關文獻可參見：李念祖（2020），〈從聯合國巴黎原則論我國設置監察院國家人權委員會之展望〉，《台灣人權學刊》，第五卷第三期，頁 101-116；魏千峯（2020），〈淺談監察院國家人權委員會之組織與運作〉，《台灣人權學刊》，第五卷第三期，頁 117-130；黃嵩立、黃怡碧（2021），〈國家人權委員會的第一年：雙重身份的困境〉，《台灣人權學刊》，第六卷第二期，頁 107-114；施逸翔（2021），〈被控制的、還是獨立的人權委員會？〉，《台灣人權學刊》，第六卷第二期，頁 115-118。

以保障當事人本人及場所其他人員之安全，我國之作為仍符合國際人權法與我國法當中法律保留原則之規範。



## 二、刑事政策面

在刑事政策面，2022 年修正之刑事監護處分確立檢察官訪視機制、建置獨立評估小組，以及對於延長與停止執行之聲請與審查均有所規範，其中對於延長與停止執行採取法官保留原則，符合公法上對於基本權干預措施的保障機制。在具體處遇層面，亦可看見我國處遇制度當中落實與醫療單位合作、建立機構處遇與社區處遇轉銜機制。以下分述之。

### （一）檢察官訪視機制

依據保執法第 48 條規定，檢察官應訪視刑事監護處分處遇機構每月至少一次；同法第 3 條亦規定法務部每年均應親自派員或授權高等檢察署進行視察工作。此等作為優勢有二，一為促使醫事人員能夠與司法人員有所互動與交流，使彼此雙方了解當前處遇進展狀況、遭遇的困難、彼此需要協助與合作之處，亦可使受處分人真切感受到指揮監督主責者（檢察官）有關照其處遇狀態，而非全憑執行機構出具之書面意見為準據；另一方面則是透過司法人員的實地訪查，可有效降低侵害人權處遇措施之使用，同時達到監督制衡之作用。然檢察官與法務部訪視之目的為何，以及是否需要設置獨立於刑事執行（檢察機關）以外的訪視稽查小組，仍是我國刑事監護制度需要思考的部分。

### （二）專業小組評估與司法審查

我國刑事監護處分受處分人在執行期間每年均應由獨立的專家學者所組成之評估小組進行評估，同時該評估小組亦依循 CRPD 精神，規定其中應有身心障礙者代表參與其中，於具體評估後出具報告供檢察官參照。

在聲請延長與停止執行方面，則係由檢察官擔任發動主體，由檢察官向法院聲請裁定，對於受處分人的相關處遇措施與具體執行方式由檢察官決定，然是否准予執行則由法院為之，對於侵害人身自由之不利益處分採取司法審查機制，相較於英國限制命令由法務部長決定，我國機制較為嚴謹與完備，人權保障較為充分。



### (三) 保安處分之聲請延長與停止執行有明文規定

觀諸 2022 年（民國 111 年）修正之刑事訴訟法第 481 條之 1 修正有關保安處分聲請延長或停止執行之規定，使受處分人本人與辯護律師具備法源依據加以提出其主張，並於同法第 481 條之 3 明文規定選任律師或公設辯護人、第 481 條之 5 當中提及有關輔佐人之規定，此部分均係對於刑事監護處分受處分人權利保障十分重要之處。然我國保障程序仍停留於聲請停止執行或延長執行之處，對於處遇過程中的救濟制度仍有待強化，此部分將於「貳、不符合之處」分析之。

### 三、建立社區轉銜機制，落實刑事司法與醫療處遇合作

在釋字第 799 號解釋之後，基於明顯區隔的要求下，促使司法單位與衛生福利單位合作研議，著手建構「司法精神保安處分機構」與「司法精神病房」，回歸以醫療為主、戒護為輔的處遇措施。在此過程當中，也有助於我國對於司法精神科專業人才開始重視，鼓勵建置司法精神科次專科制度，以及司法精神科醫師、司法心理衡鑑專業心理師之人才資料庫，使其從偵查乃至最終執行層面可加以落實心理社會障礙者鑑別評估、診斷與治療，促進公平審判與刑事監護執行之品質與成效。同時，法務部亦基於社會安全網政策，建立出監（院）與結束保護管束以後之復歸社會轉銜機制，建立初步的跨單位治療照顧與犯罪防治體系。上開法制政策之進步與改變，值得稱許。

### 貳、不符合 CRPD 之處

雖然我國在刑事監護處分發展方面有所改善與進步，然相較於 CRPD 規定以及本文比較國之制度觀之，似乎仍有進步空間。有關我國刑事監護制度尚可強化之部分，基於本文之評價基準，此處分別依「法制與政策面」、「權利行使與救濟制度面」與「執行面」進行探討，並於本章第二節討論我國刑事監護制度改革可能的政策偏好與選擇，加以確立我國刑事監護政策走向，最終於本章第三節嘗試提出可行的解決方案。

#### 一、人權保障面

在人權保障方面，我國刑事監護處分主要爭議在於從以往「定期處分」修正為「不定期處分」、國家對於去污名化與反歧視作為力有未殆，以及救濟制度

保障之不充分三點，以下說明之。

### (一) 從五年變成不定期處遇：CRPD 內國法化以後卻開倒車？

我國刑事監護制度在 CRPD 內國法以後，從以往的為期五年，修正為 5+3+N 年的處遇機制，從原先制度即違背 CRPD 本意，變成與 CRPD 的目標完全反其道而行，因此引起眾多民間團體的不滿，認為政府非但沒有保障心理社會障礙者的人權與推動反歧視、去汙名化的工作，反而更加剝奪其權利。如同國家人權委員會新聞稿指出，在監護處分的修正中除了順應民意以外，更應思考制度本身對於心理社會障礙者之影響程度<sup>437</sup>，思考刑事監護處分之具體意義與內涵為何，始建立完善的心理社會障礙犯罪者處遇制度。

### (二) 去汙名化、反歧視政策作為不力

觀諸當前對於心理社會障礙者的去汙名化與反歧視政策作為，大多均由衛福部心理健康司（以下簡稱「心健司」）與社家署主責，然相關去汙名化與精神（心理）衛生政策大多係針對一般心理社會障礙者，對於心理社會障礙犯罪者的去汙名化與反歧視議題似乎較為欠缺。去汙名化與反歧視政策是推動刑事監護處分多元化十分重要的一環，唯有改變社會大眾對於心理社會障礙犯罪者的負面觀點，才有可能使得去機構化與復歸社會目標得以具體實踐。心理社會障礙者與一般更生人不同之處在於，前者除了既有的心理社會障礙負面標籤以外，同時還有犯罪者的標籤於其身，此等「雙重負面標籤」加諸於個體，使其重新回歸社會面臨更多的考驗與困難，社會與社區也更不願意接納「心理社會障礙更生人」。誠如司法官學院犯罪防治研究中心蔡宜家研究員的論著標題所言：不定期的刑事監護處分可說是「眾所期待」<sup>438</sup>，然社會大眾此等觀點不加以改善，多元化的刑事監護制度推動可說是非常困難，即便相關部會願意修法與調整政策作為，但其餘有關部會與社會大眾不願接受此等轉變，依然無濟於事。

<sup>437</sup> 國家人權委員會（2022）。〈國家人權委員會針對精神障礙觸法者處遇制度相關修法之聲明〉，《國家人權委員會新聞稿》，<https://www-wws.cy.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvMy9yZWxmaWxILzG5MTIvMjE4NDAvYTg5ODZhYWtMjM2MC00OTczLTgzYjgtN2FmOWQ0ODVjNTFmLnBkZg%3d%3d&n=MTEwMTAyMOaWsOiBnueovy5wZGY%3d>

<sup>438</sup> 蔡宜家，前揭註 283。

目前可執行社區處遇的相關機構包含精衛法第 2 條所規定之精神科醫療機構、精神復健機構與精神照護機構，以及社會福利與職業重建（庇護工廠、小作所）等單位。可惜的是，大多數機構均以「缺乏戒護能力與保護機構成員安全」為由不願意接納心理社會障礙犯罪者。心理社會障礙者犯罪後接受刑罰執行或機構處遇以後，無論是懲罰或是治療處遇均已完成，此時應與一般的更生人或心理社會障礙者無異，可回歸社會或協助其離開刑事監護處分機構，或者找尋適合的安置處所使其得以安養或恢復生活自理與社會功能。然當前的刑事監護處分來到了最後一關時，卻面臨互踢皮球的窘境，最終只能繼續收容於司法精神保安處分處所或交由家屬照顧，明顯與 CRPD 第 14 至 19 條有關去機構化、人身自由與安全、復歸社會之規定背道而馳，亦屬違反 CRPD 第 5 條而構成歧視性行為。阻礙我們的刑事監護制度採行「降階」制度的，不只是政策設計的問題，亦包含專業機構在內多數群眾的不安與焦慮。在呼籲保障弱勢與人權之際，人權保障是否因著當事人是否具備犯罪歷史而有所差異對待？值得省思。

### （三）權利救濟制度爭議：司法行政處分之性質與救濟體系

受保安處分者之權利救濟可分為「收到裁定後」與「執行過程中」二者。前者係指受處分人收到法院裁定後，對裁定結果不符時，受處分人可依刑事訴訟法第 403 條以下規定提起抗告；若受處分不服延長或停止執行之裁定時，則係依新修正之刑事訴訟法第 481 條之 1 規定加以為之。至於受處分人在處遇執行過程中如遇權利侵害時可為之權利救濟渠道，則依據保執法第 14 條規定，受處分人不服保安處分處所之處置時，得經由保安處分處所主管長官，申訴於監督機關（第一項）。保安處分處所主管長官，接受前項申訴時，應即轉報該管監督機關（第二項）。

觀諸目前刑事程序法當中，對於包含停止或延長執行裁定在內之權利救濟途徑，原則上係依循刑事訴訟法當中抗告之規定，並無疑義。茲有疑問者係，若受處分人於執行處遇過程中，權利遭受侵害之時之救濟應如何為之？目前保執法之規定僅提供受處分人依循處遇機構內部申訴管道進行。當機構接獲申訴後，依據保執法第 14 條第二項，需要向監督機關，亦即執行地檢署檢察官報告。然而，

執行機關與檢察官均係擔任執行者之角色，二者角色與立場基本一致，此時受處分人之申訴很有可能「船過水無痕」而難以受到重視。我國當前制度恐與 CRPD 第 13 條近用司法、第 17 條完整人格權之保障規範不符。

處遇過程中的救濟制度尷尬之處在於，此等救濟性質究屬「刑事救濟」抑或「行政救濟」是長期爭執不休的議題。在學理與司法實務上，對於刑事執行之處分稱之為「司法行政處分」。此等爭執最早係起源於我國司法院與司法行政部（現法務部）之執掌與體系架構之爭議<sup>439</sup>。隨司法體系運作與發展至今，當今司法行政處分在學理上之定義，主要係指輔助審判工作執行，並同時包含審判衍伸之刑事執行工作在內<sup>440</sup>。實務上對於司法行政之定義，參酌最高法院 108 年台抗字第 536 號刑事裁定，其定義與學理上見解大致相仿：「檢察官執行實現裁判內容，完成國家刑罰權之行使，故執行有罪判決乃行使刑事訴訟所確定之國家具體刑罰權，係為輔助完成刑事司法權之完整實現，以達刑事訴訟之目的，屬廣義之刑事訴訟程序，應定位為司法行政處分，雖非行政機關之單方行政處分，而無行政程序法之適用，但檢察官於指揮執行時，特別攸關受刑人憲法上之基本訴訟權利，仍宜遵循適當之程序，慎重從事。」

在早期司法實務當中，司法行政處分究應循行政法院或刑事法院提請救濟經常有所爭執，因此處於不確定之含糊地帶。造成此現象原因之一，除訴訟實務本身的繁雜而使行政法院與刑事法院互別苗頭以外，加上「特別權力關係」對於受刑事制裁者之權利保障並不完善，使得此等爭議在爭辯之中不了了之。諸如釋字第 681 號解釋當中可見，早期對於撤銷假釋處分不服者，須至執行殘刑時，向原裁判法院提起之爭議，大法官雖認有所不妥，然僅係要求有關機關「盡速修正」，而無實質宣告違憲，僅係依警示性裁判爾<sup>441</sup>。直至釋字第 755 與 756 號解釋後，突破以往刑事執行者基於特別權力關係之權利限縮，促成監獄行刑法及其子法建

<sup>439</sup> 張明偉（2016），〈淺論司法行政之界線（二）〉，《法務通訊》，第 2828 期，頁 3-6。

<sup>440</sup> 參見：詹淳惠（2006），《論司法權中之司法行政作用》，國立成功大學法律學研究所博士論文（未出版），臺南市。

<sup>441</sup> 識字第 681 號解釋文：「相關機關應儘速予以檢討改進，俾使不服主管機關撤銷假釋之受假釋人，於入監執行殘餘刑期前，得適時向法院請求救濟。」



立受刑人處遇執行救濟渠道<sup>442</sup>。執此以觀，倘若監獄受刑人對於重大侵害權利事項均具備直接向法院請求救濟之權，其以治療為目的、限制人身自由密度較一般刑罰更低之刑事監護處分，亦應建立相應之救濟渠道，而非僅予以機構內部之申訴機制，應同時賦予受處分人直接向檢察官或法官救濟之權利。同時，我國精衛法指定家屬擔任保護人、少年事件處理法有輔佐人（律師）之規定。就比較法層次觀之，美國加州與紐約州均設有聽證會形式，使檢方與受處分人得以進行論述；日本亦設有所謂付添人制度，就受處分人處遇期間之權利保障與法律相關事項為法律專業代理人。基於上開內國法與外國比較法制論述可見，我國刑事監護制度在修正後採納不定期處分之餘，似無同時強化受處分人權利救濟機制，等同於變相扼殺受處分人之權利，更遑論日本醫療觀察法當中更為積極之「權利講座」。對於權利救濟制度，無論基於本國憲法之權利保障，亦或是 CRPD 對於心理社會障礙者人權之重視，均應於後續修法當中加以修補，而非僅以單單保執法第 14 條做為處遇過程中救濟之依據爾。

#### 四、精神衛生面：缺乏具體的處遇指引措施

相較於英國與日本發展具體明確的處遇指引措施，我國刑事監護處分並無相對完善的處遇指引手冊可供參照。制定處遇指引的好處在於，可促使不同機構與執行人員均可依循共通的治療與照顧準則，維持處遇品質，亦可系統性地檢視治療照顧成效，透過定期調整指引內容精進刑事監護處分。然此部分受限於我國刑事監護處分目前仍處於發展階段，相關的操作指引仍有待累積一定實務經驗後才有辦法開展本土化實證研究，繼而提出適用於本土化之刑事監護治療理論模式。

另一方面，基於復歸取向的社區精神照護並不只是單純地將個人放回社區，僅交由社區心衛中心加以處理。基於整合性健康法律概念，社會經濟因素均會對心理社會障礙者的復歸成效產生直接影響。我國刑事監護處分開展社區處遇以

---

<sup>442</sup> 釋字第 755 號解釋理由書：「就系爭規定一及二合併觀察，其不許受刑人就受監禁期間，因監獄處分或其他管理措施，逾越達成監獄行刑目的所必要之範圍，而不法侵害其憲法所保障之基本權利且非顯屬輕微時，得向法院請求救濟之部分，逾越憲法第 23 條之必要程度，與憲法第 16 條保障人民訴訟權之意旨有違。相關機關至遲應於本解釋公布之日起 2 年內，依本解釋意旨檢討修正監獄行刑法及相關法規，就受刑人及時有效救濟之訴訟制度，訂定適當之規範。」

後，似乎並未發展出更進一步地醫療照護、社會福利、就業與教育等全人面向建構資源整合與跨專業合作之網絡體系，且相關機構對於心理社會障礙犯罪者的接納程度有所限制、顧慮與擔心，此係我國相關制度發展不足而應強化之處。

## 五、刑事政策面：法制與政策的不完備

在刑事政策面，由於法制與政策的不完備，導致保執法與精衛法體系定位不明確而衍生諸多執行上的問題。同時，此次修法並無法有效解決短期刑事監護處分者多於長期刑事監護處分者的問題，且對於家屬支持與照顧方面所給予之相關資源十分有限，對於社區處遇之執行亦欠缺專責人員。以下分別論述之。

### （一）保執法與精衛法定位問題

我國刑事監護處分與強制住院治療、強制社區治療規定承襲歐陸法系特性，分別於保執法與精衛法當中規定。在 2022 年修法以前，由於刑事監護處分鮮少採行門診處遇（社區處遇），因此二者鮮有交集。然修法後之刑事監護處分正式採行多元處遇，在社區處遇方面僅有保執法之法律規範，在欠缺其具體政策、人力與軟硬體的情況下，社區處遇的執行有賴於精衛法之規定，並搭配「社會安全網 2.0」政策進行銜接。此等機制短期內可減緩刑事監護社區處遇制度在政策、人力與軟硬體緩不濟急的情形，然並非長遠之計。當今刑事監護處分社區處遇的臨時機制，很可能會產生體系制度混亂與不相容、假釋付保護管束與刑事監護處分衝突，以及假借刑事之名，行住院之實的問題，以下分別探討之。

#### 1. 體系制度的混亂與不相容

此次保執法修法正式引入社區處遇的概念。就目前實務現況而言，確實有少數個案採取門診治療型態。然觀諸整體政策規劃，除了要求受處分人門診治療以及定期至地檢署報到以外，其餘的社區監督、輔導與違規事件處置方式等配套機制，均透過含糊地轉銜會議機制加以協議（如下圖二十六所示），不若英國、美國、日本具備單獨明確的「司法精神社區處遇模式」。我國目前將社區處遇交由社區精神衛生系統執行的模式，看似可降低受處分人停留於司法機關的期間，符合 CRPD 的去汙名化、保障人身自由與自立生活的規定。然考量一般心理社會障礙者與受刑事監護處分者仍有所差異，且臺灣的社區精神（心理）衛生體系本身

便存在工作內容龐雜、軟硬體資源難以到位等體質不良的問題，在社會安全網 2.0 以後，社區心衛中心業務量有增無減的情況下，此時司法系統又來「參一脚」，是否能促使當事人獲得有品質的照顧與支持？而此等轉銜會議是否可能成為互踢皮球與資源分配爭執的戰場，而非基於受處分人福祉進行安排，不無疑問。倘若在資源不足、業務量過重的情況下，所謂的社區處遇僅係一般門診治療，搭配形式性地進行電話訪視，或久久才家訪一次，恐與 CRPD 第 19 條及其相關的指引精神均不盡然相符。

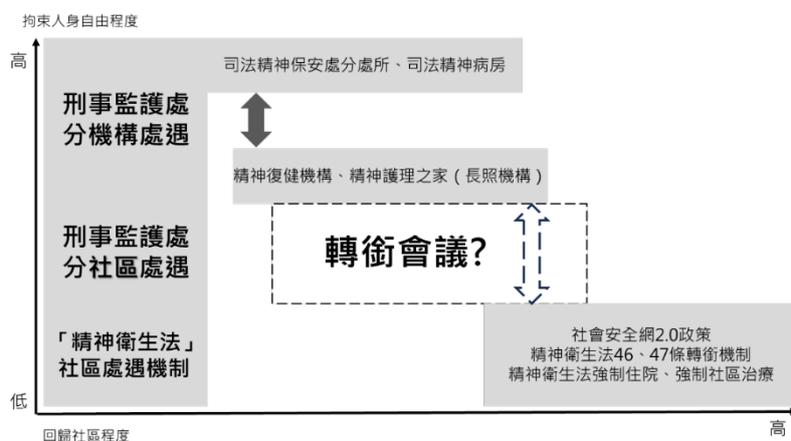


圖 (二十六) 刑事監護處分轉銜層級示意圖

另一方面，司法單位的介入使得原先充滿爭執與不確定的精神與心理衛生體系添加變數。主要原因有二，其一為不同醫護（以及社工）專業之間對於社區精神（心理）衛生見解不盡然相同。心理師認為社區心衛中心應由心理師主導<sup>443</sup>；護理師對於精神衛生護理有自身的專業見解與劃分方式<sup>444</sup>；社工師則從系統觀點

<sup>443</sup> 此部分無論是諮商心理或臨床心理均有志一同。參見：林綺雲（2009），〈心理師專業是醫療體系或教育體系的附庸？－談心理衛生專業發展的困境與出路〉，《諮商與輔導》，第 288 期，頁 54-55；張廣運、陳奕曄（2009），〈台灣臨床心理師的專業發展歷史與批判〉，《人間思潮》，第 19 期，頁 104-105。

<sup>444</sup> 精神衛生護理師所需要具備的知能，根據中華民國精神衛生護理學會頒布之「精神衛生護理師認證項目及能力必備要項」，主要包含：治療性人際關係、藥物治療、精神衛生護理評估、暴力處置、行為治療，以即支持性團體治療。參見：甄審項目及能力必備要項。<https://www.psynurse.org.tw/license12.aspx>（最後瀏覽日期：02/15/2024）。而目前臺灣的精神衛生護理又可區分為「精神衛生護理師」與「社區精神衛生護理師」，二者在專業能力的要求與甄審上亦有不同。在工作實踐上，護理專業亦將「公共衛生護理師」與「精神居家治療護理師」二者在學理上有所區分，參見：劉玟宜、謝汶玲（2023），〈社區精神衛生護理的實踐與挑戰〉，《護

與網絡單位合作的面向提供處遇<sup>445</sup>。由此可見，社區精神（心理）衛生不只是跨專業團隊，更是不同專業間的兵家必爭之地，使得理想的社區精神（心理）衛生藍圖難以完全落實。其二則係司法系統（尤其是刑事司法系統）的處遇對象及其對處遇價值觀念，與醫事及社工人員相差甚大，且司法人員大多不具有精神醫學、心理學、社會工作等背景知識，基於法本位主義與社會控制的態度加以看待既有的社區精神（心理）衛生系統，無論在政策規劃或是實際執行階段均可能造成摩擦與分歧。另一方面，目前針對醫事、社工與關懷訪視人員的訓練課程依然著墨於既有的物質濫用防制、性侵害犯罪防治以及精衛法相關規範與政策，對於刑事司法體系之執行作為、服務輸送與系統合作及司法系統的內部團體結構動力、文化與理念價值觀的瞭解程度依然十分有限。在缺乏系統整合的專業知識與處遇技巧所推動之處遇體系，倉促趕鴨上架執行社區處遇，除了成效難以彰顯以外，亦將使得第一線執行人員面臨風險、受處分人接受無效或不必要的治療與監督處遇之問題。

吾人認為，現應就我國當前整體的社區處遇計畫設計出具備體系架構、脈絡與層次感的刑事監護與精神衛生照護政策，而非以大鍋炒的方式將所有精神衛生制度混為一談，進而造成分工權責不明、體系混亂與加重第一線醫事人員、社工人員與關懷訪視員之負擔，使其難以達到 CRPD 第 19 條的回歸社區之照顧目標，殊為可惜。

## 2. 假釋付保護管束與刑事監護處分衝突

根據刑法第 87 條第二項規定，刑事監護處分原則以「於刑之執行完畢或赦免後」為之，例外可先執行刑事監護處分<sup>446</sup>。若當事人發監執行前正處於嚴重發病狀態時，可先行執行刑事監護處分加以治療，此時並無太大問題。然問題之處在於：尚未執行刑事監護處分而直接發監執行者，後續因當事人在監表現良好而

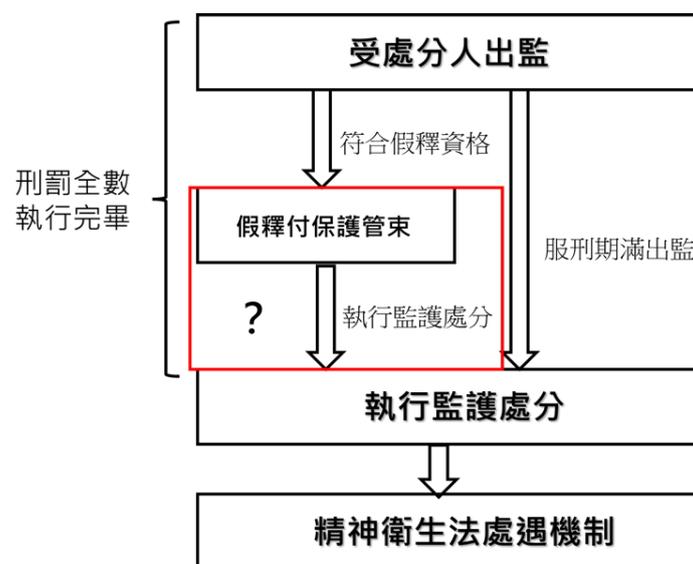
---

理雜誌》，第 70 卷 4 期，頁 7-14。

<sup>445</sup> 吳慧菁、何建忠（2023），〈臺灣心理衛生社工於社區心理衛生中心之布建〉，《醫療品質雜誌》，第 17 卷第 1 期，頁 58-62。

<sup>446</sup> 此等設計背景係因早期認為精神障礙症無法治癒，因此基於實務上的實益考量，仍以刑罰執行為優先考量。然隨時代變遷，當今生物醫學、心理、職能治療與精神科護理學發展更為多元，顯無此等顧忌，似應加以修正。參見：張麗卿（2022），前揭註 187，頁 214-216。

通過假釋審查時，依上開法律規定，應先執行假釋付保護管束期間屆滿者才可為監護處分（執行問題如下圖二十七所示）。茲有疑問係：第一，假釋付保護管束之目的與監護處分有別，二者應如何調適？第二，倘若當事人假釋付保護管束期間表現正常，後續還有無執行刑事監護處分之必要？此等問題回到我們要如何看待刑事監護處分？在刑罰雙軌體系之下，其不屬於刑罰執行方式時，刑事司法機關應如何看待此制度？要如何與假釋機制相容與調適？可否將刑事監護處分與假釋付保護管束機制彈性轉換或共同搭配使用？仍有待釐清。

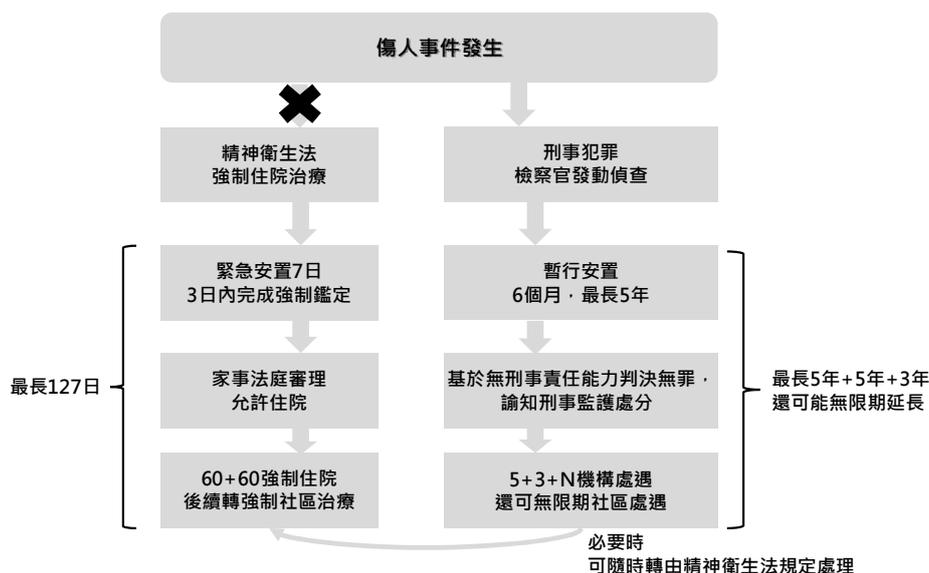


圖（二十七）刑事監護處分與假釋付保護管束執行問題示意圖

### 3.假刑事之名，行住院之實？

刑事監護處分與強制住院或社區治療體系上的混亂也可能因此產生漏洞，亦即相關人員刻意規避精衛法當中對於強制住院治療的高門檻要件（達到自傷傷人之虞要件、緊急安置與強制鑑定，後續還有可能需要經由家事法院裁定是否合法），將受處分人「轉入」目前仍在發展階段、保障機制較為薄弱的刑事監護處分與暫行安置系統之中，藉由刻意使心理社會障礙者構成要件該當，由檢察官發動偵查，在此期間將當事人以刑訴法第 121 條之 1 暫刑安置的方式使其住院，後續亦可透過裁定刑事監護處分的方式，使當事人在院內停留時間遠超過強制住院治療期間。此等鑽漏洞的方式與 CRPD 的理念完全背道而馳—透過刻意使其觸犯法律的方式，達到非自願住院與治療的目的，明顯違反 CRPD 對於心理社會障礙者個人法律能力（不但沒有保障法律能力，還額外安罪名於其身）、近用司法（透過鑽漏

洞的方式弱化其保障應受到的程序與實質正義保障)、人格尊嚴保障與人身自由安全之規定。因此，刑事監護處分，包含暫行安置機制在內，二者之間要如何相容、銜接與適用，在刑事監護處分多元化以後，已經是臺灣整體刑事政策與精神衛生政策不可逃避的問題。有關體系問題，如圖（二十八）所示。



圖（二十八）「假刑事之名，行住院之實」情境說明圖<sup>447</sup>

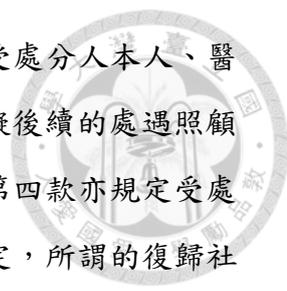
### （三）家屬支持、喘息與照顧機制

心理社會障礙者面臨刑事犯罪非難，除本人需協助外，家屬也是重點所在。家屬需要被關注的原因有二：第一，家屬面臨當事人犯罪行為本身所受到的衝擊與創傷需要被傾聽、瞭解與協助；第二，當事人復歸社會後，家庭支持扮演著十分重要的角色。CRPD 人身安全指引當中所強調的創傷知情與修復式正義精神，吾人認為除了可運用於刑事監護受處分人以外，亦可應用於家屬身上。

觀諸英國在機構處遇指引當中，建議處遇機構應與家屬保持聯繫，就受處分人接受處遇的原因與法律依據、處遇內容、後續照顧與家屬支持等面向建立完整的溝通與協助機制<sup>448</sup>，並且有一系列的相關出版品可提供第一線執行人員參考使

<sup>447</sup> 由於刑法不處罰自我傷害，故若僅係自傷之虞事件，不會進入刑事司法程序，故本圖僅呈現「傷人事件發生」之機制。

<sup>448</sup> See: NHS, CARER SUPPORT AND INVOLVEMENT IN SECURE MENTAL HEALTH SERVICES. [HTTPS://WWW.ENGLAND.NHS.UK/WP-CONTENT/UPLOADS/2018/05/SECURE-CARERS-TOOLKIT-V2.PDF](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/secure-carers-toolkit-v2.pdf); Forensic CCQI, SEE THINK ACT. <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving->



用；日本亦仿效英國的 CAP 模式，在轉銜至社區處遇前，由受處分人本人、醫事人員、家屬等人，必要時納入社區相關機關（構），共同研擬後續的處遇照顧模式，我國精衛法第 33 條亦採取相類規定，而保執法第 46 條第四款亦規定受處分人亦可由法定代理人或最近親屬照顧。根據 CRPD GC 5 規定，所謂的復歸社會責任並不單純在家屬身上，而係國家社會、社區及鄰里均需給予心理社會障礙者日常生活的支持與協助，並基於合理調適原則使當事人得以近用相關資源而回歸正常生活。在此過程中除了相信家屬本身具備照顧能力以外，亦需透過相關的講座課程、關懷訪視、文宣手冊製作乃至更為積極的團體輔導與衛教，或團體社會工作等方式強化家屬照顧知能，透過給予必要的協助可降低家屬的照顧壓力、提升照顧品質，除符合 CRPD 精神以外，亦可降低風險，達到再犯預防的刑事政策目標。

#### （四）缺乏社區處遇主責人員

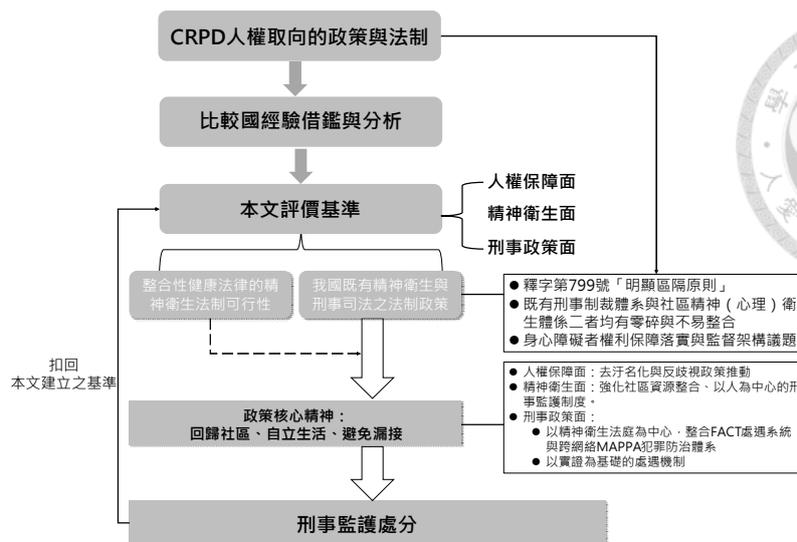
我國刑事監護處分當中的社區處遇並無專責的監督輔導人員。觀諸本文比較國家，英國主要係由 RC 主責；美國紐約州由精神衛生委員會之委員負責，加州則係由司法精神醫院推派社區處遇主管，並由 MHC 許可後出任；日本與德國分別由保護觀察官與觀護官負責監督。然我國僅規定刑事監護處分由檢察官為指揮監督主體，其餘部分並無更細緻的規範。按照當前政策脈絡設計，刑事監護處分機構處遇之執行人員為醫院醫事人員、社區處遇則由社區心衛中心主責。然我國社區處遇制度之社區心衛中心正面臨上開提及資源與體制建構不明確的問題，亦不若英國採行醫療監督與社區監督區分之專業，僅要求當事人定期向檢察官報告確認近況。我國制度對於受處分人之自立生活、輔導與資源轉介等措施並無法有效提供當事人協助，與多元處遇之監督輔導機制目標恐有所出入，尚難謂符合 CRPD 第 19 條之規定與精神。

表（十一）各國刑事監護處分監督者與執行者比較表

國家	臺灣	英國	美國		日本	德國
			紐約州	加州		
審查者	法院	法院 法務部長	法院	法院	法院	法院
執行主體	檢察官	法務部長	法院	法院	法院	法院
執行者	醫院 醫 事人員、 社區心 衛 中 心？	臨床負責 人員	心理衛生 委員會	醫療人 員、社區 處遇主管	醫療人 員、保護 觀察官	觀護官

## 第二節 政策方向與核心精神擇定

基於前揭分析我國此次刑事監護處分修法後符合與不符合 CRPD 之處以後，本節與下一節則就我國可行之改革方式加以探討。本文所提出之我國刑事監護處分修正建議係以本文第四章所建構之評價基準，就該基準與我國制度之相容與適用問題二面向加以思考。吾人認為，若要將本文之評價基準應用於我國刑事監護制度之改革當中時，尤應留意之處有三：一為釋字第 799 號「明顯區隔原則」；二為我國既有刑事制裁體系與社區精神（心理）衛生體係二者均有零碎與不易整合之議題；三為我國身心障礙者權利保障落實與監督架構之成熟度。基於上述，在提出具體改革建議前，需先建構我國刑事監護處分政策修正之核心精神，其後所提出之政策建議才方為務實可行。以下便針對我國刑事監護處分建議修正方向之核心精神與子原則加以說明，並於下一節提出具體之修正建議。有關我國制度改革之整體邏輯架構，如下圖（二十九）所示。



圖（二十九）我國刑事監護處分修正意見架構圖

### 壹、改革政策精神之建構

吾人以為，當前政策之核心精神，應將身心障礙者權利保障觀念落實於刑事司法體系當中，將刑事監護處分特別預防理論之內涵加以精進與具體化，以「回歸社區、自立生活、避免漏接」為中心，繼之參酌本文之評價基準，就「人權保障面」、「精神衛生面」與「刑事政策面」三面向訂定子精神。以下先就核心精神的部分加以說明，繼之說明各面向之精神內涵。

#### 一、核心精神的確立

觀諸我國近年來社會安全網政策出臺、司法院公布釋字第 799 號解釋、CRPD 內國法化促使相關政策須遵循國際人權法規定，以及近期精衛法的大幅度修正，均與刑事監護處分的發展息息相關。我國刑事監護處分的修正與政策規劃之核心精神，除依循刑事司法本身的犯罪預防理念外，尚應整合身心障礙者權利保障框架，從以往單純強調治療與預防再犯更加具體化與細緻化，更進一步地將刑事監護處分之內涵確立為「回歸社區、自立生活、避免漏接」。

核心精神當中所謂的「回歸社區」，係指在達成犯罪預防所採取之手段上並非單純將其監禁隔離或施以普通矯正機構的教化工作，而係基於 CRPD 之去機構化與 CBR 理念，藉由精神症狀的控制與緩解，以及生理與心理機能面的功能恢復，以達復歸社會之目的。在此過程中，除對於當事人予以部分人身自由之限制與藥物治療以外，在個人自主權、課程與活動的參與等，可遵循本文精神衛生

面基準當中提及之 IPPP 人本精神醫學的處遇模式進行，整合進修（補習）教育與職能治療之作業安排，在處遇決策機制中納入司法人員、醫事人員與社工人員之意見，使刑事監護制度不僅止於社會防衛與永久隔離的思考點上，而是盡最大程度恢復其個人功能、重返社會；而「自立生活」則係基於 CRPD 第 19 條自立生活之理念，希冀受處分人在處遇過程中除能夠改善病症與避免再度從事犯罪行為以外，亦能具備生活自理與照顧之能力，並得透過庇護性就業與支持系統，使其具備基礎的生活自理、經濟能力與勞動能力。

最後，「避免漏接」則係基於保安處分特別預防理論，對於心理社會障礙犯罪者之病症進行適當地醫療照護，對於可能惹起犯罪之風險因子加以評估與介入，包含行為規範的建立、病情管理與照顧、穩定的門診治療，以及培養自力更生的能力。基於上述推動之刑事監護處分，希冀受處分人完成處遇，或得以由機構處遇轉銜至社區處遇時，代表著受其與一般更生人無異，具有回歸社會、接受各種福利資源的「普通心理社會障礙者」身分，不應再將其視為一位「發瘋的犯罪者」。

## 二、改革精神之子面向

在各個子面向方面，吾人基於本文評價基準三點內涵，分別提出個人見解。在「人權保障面」，本文認為此面向應強化反歧視與去污名化；「精神衛生面」則應以人本精神醫學與社會復歸做為處遇手段與方式，並建構跨專業之社區資源網絡整合；在「刑事政策」面，則應以網絡與系統層次加以構思犯罪防治與精神衛生之處遇體系，建構以實證為基礎與具備層次感的網絡架構。以下針對上開三點內容做更進一步地論理與說明。

### （一）人權保障面：去污名化與反歧視政策推動。

我國刑事監護處分對於人權保障面之發展，首重於去污名化與反歧視政策，此部分有重點有二，一為確立國家政策走向；二係擴大社區資源網絡之合作。在國家政策走向方面，國家若希望心理社會障礙犯罪者能夠順利復歸社會、受到民眾接納，並且能夠在社區上能夠有對口的醫療、生活照護、就業或教育等單位協力，便須以身作則進行反歧視與去污名化的政策推動，展現前後一貫的態度與立場，而非基於安定民情或選舉考量，在「保障心理社會障礙犯罪者」與「迎合民



眾心態」之間搖擺不定。

觀諸此次刑事監護處分的修正，一方面要保障心理社會障礙者，故採納多元處遇；但一方面卻又擔心社會大眾的反感與不安，而將期限改為不定期處分，此等前後不一致的政策，導致在後續政策規劃上呈現邏輯矛盾的情形，無論係對於反歧視與去汙名化本身，亦或是長遠的刑事監護處分政策發展與資源開發而言，均造成負面影響，故應加以檢討改進。此外，具備人權精神之刑事監護處分，除在處遇過程中具備以人為本、復歸社會的理念以外，亦應賦予受處分人完整的權利救濟機制，在裁定與執行過程中均有透明的救濟渠道可供使用，參酌外國法制之委任律師與對應之救濟機制，以使受處分人受到不當對待時有管道可尋求救濟與保護，如此才能夠以身作則推動 CRPD 第 5 條的反歧視與去汙名化工作，盡可能地貼近 CRPD 的精神與目標。最後，國家人權委員會本身的獨立監督機能與其執掌議題應有積極作為，使得 CRPD 之推動與獨立監督機制得以落實，使得刑事監護處分之人權保障面向在執行、救濟、監督三方面均得以完備。

## （二）精神衛生面：強化社區資源整合、以人為中心的刑事監護制度。

精神衛生面的核心精神承接人權保障面，重點在於復歸社會與個人功能面的發展。綜觀我國社區精神衛生發展脈絡，已從以往「以醫院為基礎」<sup>449</sup>，進展至「以社區為基礎」<sup>450</sup>，乃至於近期更為新穎的「以復歸為基礎」<sup>451</sup>。上開理念的推進顯現出受處分人不只有門診醫療需求（醫療模式），同時也有生活起居、就業或就學等全人面向的生活需求（社會模式），乃至個人權利保障與自我實踐的需求（人權模式）<sup>452</sup>。而刑事監護處分的重點也不應過度著重於當事人曾經由於

<sup>449</sup> 蘇碧玉、沙堅白、余秣萱、張慧敏、諶立中（2008），〈以醫院為基礎的社區精神照護〉，《源遠護理》，2（2），頁 5-10。

<sup>450</sup> 陳昭婧（2010），〈與社會資源整合的理想社區心理衛生中心之網絡運作〉，《輔導季刊》，46（4），頁 61-68；林本堂、彭朱如（2010），〈社區心理健康中心創新營運模式之建構〉，《醫務管理期刊》，11（2），頁 81-94。

<sup>451</sup> 徐淑婷（2023），〈協助精神病人跨越社區生活障礙：康復導向個案管理〉，《醫療品質雜誌》，第 17 卷第 1 期，頁 14-19。

<sup>452</sup> 全人照顧的模式在精神科護理學發展中開始重視個案的就業狀況為一突破口。以往有關心理社會障礙者就業議題大多係由社工師進行資源媒合與個案管理，若護理師在社區精神衛生護理

精神症狀而犯罪、未來依然具備高度危險性而要加以控制，而係思考如何透過刑事監護處遇，搭配合多元的治療照顧與處遇措施之下，將自主生活的比重提高、社會監控的比重適度降低，使受處分人真正自主生活而不至於受到控制與過度依賴他人所給予資源生活，以符合 CRPD 第 19 條自立生活的精神。然上開方案並非僅由政府單位或醫療院所負責即可達成，尚須透過公私協力的運作模式，由各單位彼此之間借力使力，才有可能使得刑事監護社區處遇機制得以成熟，真正達到復歸社會與再犯預防之目的。

然而，當今社區中與心理社會障礙者有相關的全日機構、日間機構、小作所與庇護工廠等單位，基於疑慮與擔心而不願接納受刑事監護處分者。此時政府除藉由立法明文賦予上開機關責任與義務以外，尚須積極進行溝通、協調與鼓勵，提供上開機構相對應的配套措施，在受處分人的評估與社區資源網絡整合方面予以協助，藉由轉銜會議乃至於本文後續提及之精神衛生專業法庭機制與個案管理專員機制之中，進行充分的對話、釐清權利義務與可獲得之資源，如此一來方能使當事人在社區中自食其力，而非消極地被排斥在外，使受處分人僅可使用機構處遇或其他具有戒護性質的社區服務，而違反 CRPD 當中去機構化、人身自由與安全，以及資源近用之規定。

### **(三) 刑事政策面：精神衛生專業法庭為核心之體系網絡與實證基礎之處遇。**

在刑事政策面，以下將「以精神衛生法庭為中心，整合 FACT 處遇系統與跨網絡 MAPPA 犯罪防治體系」與「以實證為基礎的處遇機制」二者分別說明。

#### **1. 以精神衛生法庭為中心，整合 FACT 處遇系統與跨網絡 MAPPA 犯罪防治體系**

就比較法層次觀之，除德國以外，所有比較國家對於刑事監護處分均採取特殊的承審法庭或承審機制（日本醫療觀察審判）為之。事實上，精神衛生法庭制度早已不是新鮮事，該機制多年前我國物質濫用議題當中便有國內學者提及<sup>453</sup>。

---

當中亦著重此部分，或可與社工有更為良性的互動與配合，既而強化案主全人照護之目標，減少醫療化與缺陷導向的觀點看待個案的議題與需求。參見：曾雯琦、馮欣蓓、鄭云（2023），〈以就業支持促進精神病人的社會包容—精神衛生護理師挑戰和方向〉，《護理雜誌》，第 70 卷，第 4 期，頁 22-28。

<sup>453</sup> 楊士隆、李宗憲（2013）。〈藥物濫用之處遇制度—美國毒品法庭〉，收於：楊士隆（等著），

近年來隨著刑事監護處分採多元處遇以後，亦有諸多學者再次論及此等制度<sup>454</sup>。早期提出毒品法庭制度時並未受到有關當局重視，吾人猜想可能係因，若僅物質濫用成立專業法庭，就我國整體司法量能與人口規模而言，可行性有限。然在刑事訴訟法新增暫行安置制度，以及刑事監護處分修正之後，與精衛法強制住院治療、強制社區治療之當事人與案件特徵有高度重疊，相較於不同處遇類型設置不同的監督考核機制，建立單一化的專業法庭系統似乎更具備經濟實益與避免前揭提及的「鑽漏洞」情形發生。

精神衛生專業法庭機制同時可同時搭配既有的社區精神衛生網絡，並參酌外國法制政策，建構一整合性地司法精神社區處遇體系。我國強制社區治療的處遇建議當中，諸多學者與實務工作者提及「積極性社區處遇」機制<sup>455</sup>。而此機制也確實在美國紐約州與加州受到採納，其中紐約州更於 2023 年底開始徵求「積極性司法社區處遇」(FACT) 的處遇執行單位<sup>456</sup>。刑事監護處分本身處遇對象性質不一，其中接受長期的社區處遇者很有可能為重大刑案行為人或病情控制欠佳者，此時積極性社區處遇機制可能會比一般的社區處遇機制更為有效。ACT 與 FACT 在美國均有完整的處遇指引與實證研究，我國在推動刑事監護處分社區處遇時，

---

《藥物濫用、毒品與防治》(增訂第二版)，頁 237-272。五南圖書；賴擁連、駱姿螢，前揭註 30；林詩韻、黃聿斐、沈伯洋，前街註 31；李郁強，前揭註 455。

<sup>454</sup> 馬躍中(2020)，前揭註 22。

<sup>455</sup> 參見：吳慧菁、何建忠，前揭註；郭宇恆、李俊宏、吳文正、歐陽文貞，前揭註 31；李郁強(2015)，〈從強制社區治療探討精神衛生法之修正—以病患自主權為中心〉，《法令月刊》，第 66 卷 4 期，頁 142-178；陳文瑩、邱智強、董秀珠、陳俊澤、陳坤波、楊添圍、郭千哲(2017)，〈使用精神科居家醫療整合照護病人之臨床特徵〉，《北市醫學雜誌》，第 14 卷·第 2 期，頁 147-160；謝伶瑜、王靜枝(2007)，〈美國與台灣精神科居家治療服務與團隊的角色功能比較〉，《精神衛生護理雜誌》，第 2 卷第 2 期，頁 64-69；吳建昌(2016)，〈從精神衛生及社會經濟政策省思臺灣無差別殺／傷人事件之防治〉，《犯罪與刑事司法研究》，第 26 期，頁 53-82；Lian-Yu Chen, *Social Security Net for the Mentally Ill*, 37 TAIWAN J. PSYCHIATRY, 3-4 (2023); Kevin Chien-Chang Wu & Wei-Tsuen Soong, *Ethical Issues in Mandatory Community Treatment*, 22 (2) TAIWANESE J. PSYCHIATRY 84 (2008)。學位論文：鄧鈞豪(2011)，〈強制社區治療制度之社會治理機能〉。國立臺灣大學科際整合法律學研究所碩士論文(未出版)，臺北市。

<sup>456</sup> FACT 的概念在 2022 年方於我國相關文獻中提及。See Chia-Heng Lin et al., *Psychiatric Evaluations in Offenders with Mental Illness: A Case Series*, 36 TAIWAN J. PSYCHIATRY 39 (2022).

亦可加以參採。此外，對於犯罪防治風險需求的控制，可參酌英國自 2003 年起推動至今的 MAPPA。MAPPA 透過明確的治安單位之指揮與監控機制、受處分人個人監督機制的層層分工與規劃，與我國社會安全網有些許類似，值得參考。整體而言，在政策規劃時，「基於實證研究的處遇」與「具備體系與層次感的合作網絡機制」是刑事監護處分規劃時非常重要的要素。

## 2.以實證為基礎的處遇機制

以實證為基礎 (evidence based) 的觀念從臨床治療，乃至公共衛生、公共政策、犯罪學與刑事政策均不斷提及與強調。實證為基礎的政策規劃之所以重要，在於法制政策得以定期通盤檢討，避免資源浪費與不必要的治療處遇，導致事倍功半，以及處遇有違反人權保障之虞。在刑事監護處分多元化以後，整體的政策布局與安排，亦應將此概念加以融入。國家政府透過立法將進行實證為基礎的政策規劃具體化與當今一般學者的實證研究最大的不同之處在於，後者之研究結果政府可依其意願與偏好選擇採信與否；然若由政府於政策規劃時，在法制面便加以規定處遇成效檢討之規定，則實際研究成果將直接影響後續的政策規劃而無拒絕或推託之退路可言。吾人以為，此次法制與政策大幅調整階段應順勢就保執法或精衛法之中，明確訂定處遇成效檢視之法源依據，要求政府機關設置處遇檢查點，針對處遇執行之統計或質性資料，藉由自身研究或政府委託研究案之方式為之，並以此研究結果為基礎，調整處遇政策方向與相關子法規定，促使我國政策適度調整與新陳代謝，避免錯誤或過時之法規與處遇計畫積習許久而無進展。

### 貳、可行的改革措施與方向

本章第一節就我國刑事監護處分符合與不符合 CRPD 之處進行分析與論述，並於第二節探討改革的前提與方向。本節則試擬具體的改革措施與方向。在具體的改革方向當中，考量我國精神衛生社區處遇機制行之有年，近年來社區心衛中心的軟硬體與人力資源有相當程度的挹注，以及當今政府組織機關的數量與服務零散的問題，若要獨立建置所謂的「司法精神社區處遇模式」執行社區處遇，吾人認為極為困難。即便成立「司法精神社區處遇模式」，也有可能與社區心衛中心早期狀況雷同，徒具形式而無實益，反而造成更為嚴重之社會風險與歧視行為

發生。在通盤掌握 CRPD 理念、各國制度作為，以及我國精神（心理）衛生政策與刑事政策脈絡以後，吾人基於本文之評價基準，試圖建構以短、中、長期為時間線的政策網絡。短期政策主要以包含政策架構與人員訓練在內的基本體系建構以及相應的修法機制為核心；中期階段則以建立精神衛生法庭機制為主，最終目



標希冀能夠修正不定期處遇，改採有限期的刑事監護處分，各個階段規劃如下圖（三十）所示；有關改革建議與本文評價基準之對照，請見表（十二）。

圖（三十）我國刑事監護處分政策改革渠徑圖



表（十二）本文建議修正方向對照表

	修正後之優勢	修正後不足之處	本文提出之改進措施
人權保障面	<ol style="list-style-type: none"> <li>有關機關針對刑事監護處分之調查作為</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>從五年變成不定期處遇：CRPD 內國法化以後卻開倒車？</li> <li>去汙名化、反歧視政策作為不力</li> <li>權利救濟制度爭議：司法行政處分之性質與救濟體系</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>建立精神衛生專業法庭（包含相關法制與政策修正）</li> <li>修正不定期監護處分。</li> <li>保執法之監護評估小組納入律師與家屬參與討論。</li> </ol>
精神衛生面	<p>明文規定拘束人身自由之時機與方式</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>缺乏具體的處遇指引措施</li> <li>全人照顧資源可近性的限制</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>發展本土化研究與處遇指引</li> <li>培訓、建置刑事監護處分專責人員</li> <li>社區資源開發與資源網絡建構</li> </ol>
刑事政策面	<ol style="list-style-type: none"> <li>檢察官訪視機制</li> <li>專業小組評估與司法審查</li> <li>保安處分之聲請延長與停止執行有明文規定</li> <li>建立社區轉銜機制，落實刑事司</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>保執法與精衛法定位問題               <ol style="list-style-type: none"> <li>體系制度的混亂與不相容</li> <li>假釋付保護管束與刑事監護處分衝突</li> <li>假刑事之名，行住院之實？</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>基本體系的確立與建構               <ol style="list-style-type: none"> <li>以當前社安網為基礎，修補法源依據與實務工作漏洞為核心</li> <li>跨專業團隊教育</li> <li>修正刑法與保執法：以刑前執行</li> </ol> </li> </ol>

	修正後之優勢	修正後不足之處	本文提出之改進措施
	法與醫療處遇合作	2. 家屬支持、喘息與照顧機制 3. 缺乏社區處遇主責人員	為原則、刪除以保護管束代之規定 2. 建立家屬支持、喘息與照顧機制



## 一、短期

短期政策藍圖方面，主要重點在於「基本體系建構」（其中包含跨專業訓練與合作）、「修正刑法與保執法」以及「家屬支持與喘息服務」三大面向，以下說明之。

### （一）基本體系的確立與建構

在刑事監護處分的基本政策架構面向中，吾人就當今修法動態與社會輿情等面向觀之，在整體政策方面仍以社安網為基礎建置刑事監護處分社區處遇機制為宜，並以此為基礎強化法源依據、確立實務工作方式與人員訓練工作。

#### 1. 以當前社安網為基礎，修補法源依據與實務工作漏洞為核心

近年來保執法與精衛法大幅度修法，精衛法的相關子法預計於 2025 年（民國 114 年）加以完備。屆時諸多社區精神衛生政策得以具體法制化。同時，保執法在 2022 年大幅度修正後，其條文本身與其子法仍有諸多內容尚未完整，故仍有可能持續進行修正。在此修法過程中，將得以往欠採取所謂「先做再說」而欠缺法律授權依據的處遇作為加以具體明文化。另一方面，近年來社工師與護理師的待遇、公衛護理師案件量過量等情形均受到監察院的關注<sup>457</sup>，也看到政府當局逐步研擬相關改善措施。上開就法制與專業人員制度面向的改革，吾人認為此係「基礎建構」，蓋因惟有合法的執行依據、合理的人事結構與待遇，方有可能賦予刑事監護處分執行上的力道與有效性，繼而後續推展更為進階的政策與處遇制度。

基於上開法制與人員面的建構來看，吾人認為，我國刑事監護處分社區處遇機制發展至今已不太適合從社會安全網當中「分家」，建立諸如英國、美國與日本的「司法精神社區處遇」機制。主要原因在於，觀諸精衛法修法當中，已逐步落實刑事監護處分與精衛法之銜接機制（精衛法第 28 條、第 46 至 48 條），實務工作者也逐漸調整與適應此等工作模式，此時若進行大幅度的政策調整，很有可能適得其反。基此考量，吾人認為目前的關鍵在於，社區心衛中心要如何將轉銜

---

<sup>457</sup> 監察院（2020）。《109 內正 0017 糾正案文》。監察院。  
<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=17127>

收案與個案管理工作更為專業化與細緻化，並具備運用社區精神（心理）衛生體系進行工作的專業能力。此部分有賴於專業工作者的具體實踐。在此階段的最佳解方，或許就是「以不變應萬變」，亦即將既有的銜接機制得以落實推動，避免朝夕令改，才有可能讓正在成長茁壯的制度邁向成熟，避免政策夭折。

## 2. 跨專業團隊教育

基於上述，我國刑事監護處分社區處遇採行與社安網相容的模式後，能夠促進有效實務作為方式之一即係醫事人員與社工的社區精神衛生專業教育。此部分重點有二：跨專業訓練與有別於臨床模式的社區處遇訓練。有鑑於社區精神衛生工作與醫院內的臨床精神工作有偌大差異，培訓機制方面應採取不同的設計模式。除各專業（醫事人員與社工）內部的專業培訓與甄審機制以外，在基本能力與繼續教育相關課程中，亦應要求專業人員參與跨團隊的訓練課程，參酌 WHO 的跨專業培訓指引<sup>458</sup>，就專業養成與繼續教育課程中，藉由不同醫事人員與社工進行案例討論、模擬演練、分享自身專業觀點等方式，建構社區精神（心理）衛生專業人員具備不同專業的涵容度與敏銳度，彼此借力使力。在達成此等階段後，再將類似的理念應用於司法人員之中，使得司法人員與醫事、社工人員得以互通有無，建構司法社區精神衛生體系的人力專業度，亦符合 CRPD 第 13 條近用司法資源之規定。

### （二）刑法與保執法的修法

在修法方面，吾人認為當今刑法與保執法應就刑事監護處分之執行時點、當事人權利保障、刪除「以保護管束代之」相關規定以及將「實證基礎」法源依據加以明文，原因於下說明之。

#### 1. 刑法

有關刑法之修正面向，主要係將刑事監護處分之執行次序，以及將處遇對象與最長處遇期限加以調整二者。

##### （1）刑事監護處分應改由刑前執行為原則

---

<sup>458</sup> See World Health Organization, FRAMEWORK FOR ACTION ON INTERPROFESSIONAL EDUCATION & COLLABORATIVE PRACTICE. (2010)  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1)

首先，刑事監護處分應從目前的刑後執行為原則、刑前執行為例外，調整為「刑前執行為原則、刑後執行為例外」，使得受處分人得以接受完整的治療照顧，待其在個人功能面加以恢復後，再交由矯正機關進行矯正教化，以及諮商輔導等第一、二級的心理衛生照顧與復發預防工作。刑前執行基於心理衛生與精神醫學專業而言較合乎常態；在人權保障方面，亦可避免將心理社會障礙者送交監獄，當監獄面臨資源缺乏與囚情穩定的兩難抉擇時而違反 CAT 與 SMR 肇致酷刑之虞。

將刑事監護處分放置於刑前執行另一個優勢在於，我國目前刑法第 19 條有「減輕其刑」之規定，類似於美國法的 GBMI，因此當事人依然有罪。刑事監護處分執行期間亦屬限制人身自由措施，若在刑前執行，可彈性地將住院期日加以轉換，做為折抵刑期的依據，可有效降低受處分人機構化期間，以及醫院與矯正機關的占床率。倘若當事人在執行自由刑以後、假釋付保護管束期間經評估仍有處遇需求時，此時保護管束可順勢銜接，觀護人得於保護管束處遇制度擬定時，評估風險等級，採行諸如密集觀護（Intensive Supervision Probation, ISP）等既有觀護系統處遇作為<sup>459</sup>，以及現行精衛法第 46 至 48 條規定，搭配社區精神衛生機制進行追蹤轉銜工作。此外，若受處分人雖不具精神病症狀，但基於個人本質上或人格因素而仍有再犯風險時，此時可基於住院紀錄與矯正紀錄進行評估，採取類似於德國「保安監禁處分」或英國針對人格障礙犯罪者之 OPD Pathway 機制為之，可避免將所有「疑似精神障礙者」均送交司法精神醫院，導致醫院超收與不必要的拘束人身自由而違反 CRPD。

## （2）應對於輕重罪之處遇機制與期限之處分予以區分

建議我國在短期修法時，可將觸犯最重本刑五年以下有期徒刑之罪的受處分人，規定其受處遇年限不得超過最高法定刑之上限，並可直接執行社區處遇制度，毋庸進入機構接受處遇；對於觸犯重罪且對社會安全危害嚴重者，則採 5+3+N 的處遇機制，並規範應入機構接受處遇，待經治療評估認為病情穩定、對於社會安全危害風險有所下降者，才可加以區分處分對象性質，做出最為適切的治療處遇

---

<sup>459</sup> 法務部（2019），《執行觀護案件手冊》，頁 30-32。法務部，臺北市。

安排，避免輕微犯罪而受到長時間的監護處分，方符回歸社區與去機構化之目標，達到人權保障與社會安全維繫衡平之目的。

## 2.保執法之「監護處分評估小組」應納入受處分人家屬及律師

修法的第二個重點在於保執法的「監護處分評估小組」除邀集第三方專家學者就受處分人的背景資料與接受治療情狀進行評估、對受處分人進行「口試」以外，亦應邀集受處分人家屬、委任律師參與其中。此等作為可強化目前精衛法第33條對於社區轉銜照顧的需求，亦即英國的CAP模式，在充分瞭解受處分人的家庭或主要照顧者的見解與環境後，可做出更為準確的復發與再犯風險評估。在目前的評估小組運作情狀底下，受處分人宛若「考生」，在權力關係方面居於弱勢。基於人權保障，應有代表受處分人在審議過程中爭取權利、避免受到偏見與歧視等不當對待者，故應同時將受處分人委任律師納入其中。

基於上述，保執法應在修法在執行階段，明確建置所謂「權利保障人」機制，亦即日本醫療觀察法的付添人制度。此類人員以律師、公設辯護人等具備法律專業背景者擔任為原則，透過其法律專業，監督在執行過程中有無違法與侵害人權行為，並給予受處分人法律諮詢與扶助，繼而達到CRPD第13條近用司法資源的目的。

## 3.刪除刑法與保執法當中「以保護管束代之」規定

修法的第三個重點在於刪除「以保護管束代之」的規定。觀諸刑法與保執法規定，無論係禁戒、強制治療、刑事監護處分，均可轉由社區處遇的保護管束為之。在以往社區處遇尚未成熟時，此係機構處遇的解套方式之一。然我國推動刑事監護處分多元化與社會安全網體系建構後，同時象徵著我國朝向社區處遇體制專業化的方向邁進。此時對於不同類型的保安處分措施，若有社區處遇需求時，應個別探討其執行方式與其和社區資源系統銜接機制，而非概括性地全部轉由地檢署觀護人處理，導致觀護人在假釋與緩刑付保護管束業務無法深耕，對於不同處遇疲於奔命，最終的社會成本仍係由大眾負擔。

吾人在此並非強調禁戒、強制治療與刑事監護處分完全不可由觀護人處理，而是指交由觀護人以保護管束執行的前提，必須要有相關的要件與關卡、配套的

網絡結構，與醫療院所、社區共同工作才行。在美國、英國的相關處遇當中，觀護與假釋官（Probation & Parol Officer）對於具體執行的監督輔導非常重要，也參與各種處遇制度當中。然終究係「參與」而非「全然主責」，不應過度迷信司法人員的力量，以強制力的方式要求受處分人，此等理念與 CRPD 並不相符。

### （三）建立家屬支持、喘息與照顧機制

家屬在心理社會障礙者犯罪歷程中所受到的衝擊與傷害，以及刑事監護處分實際執行過程中比較國家的具體作為已如前述。而我國刑事監護制度若要發展全人的處遇與照顧模式時，應同時留意家屬本身是否受到良好的對待。除了相關的充權課程與出版品以外，亦應思考在更生保護與犯罪被害人保護之中增加服務資源，或以獨立的服務方案提供加害人家屬的創傷照顧、修復式正義、個人或團體形式之諮商與心理治療與個案管理服務，使其對於犯罪事件造成的不滿、疑惑與罪惡感得以受到同理與承接，協助家屬能夠逐步邁向正常生活，方有能量與能力成為當事人人的承接者，亦使得社區與鄰里資源得以瞭解家屬之感受與需求，達到去汙名化與反歧視之目的。

## 二、中期

在刑事監護處分改革的中期階段，應「加以開展本土化實證研究」、「社區資源開發與資源網絡建構」、「建置與培訓刑事監護處分之個案管理人員」，以及「精神衛生專業法庭制度」四點，以下則就個案管理人員與精神衛生專業法庭制度其中二者做更進一步地說明。

### （一）培訓、建置刑事監護處分專責人員

刑事監護處分之社區處遇雖係由跨單位與跨專業的多元系統提供處遇服務，然對於單一個案的服務資源輸送、處遇執行成效，以及是否遵循刑事監護處分之司法上的強制要求，仍需如同保護管束機制，由專門的處遇人員負責監督、輔導與考核工作。此時若受處分人同時為假釋付保護管束者，則可合併保護管束機制由觀護人為中心，進行個案管理、轉介與監督；然若受處分人單純接受刑事監護處分者，則不宜以保護管束代之的方式轉由觀護人接案，似仍應由社區心衛中心負責個案管理工作，以使服務處遇進行區別，建立服務體系之層次感。



若由社區心衛中心負責刑事監護處分社區處遇者的個案管理，則可參酌美國加州的「社區處遇主管」，或英國 MHPS 的「個案管理員」機制，設置所謂的「社區處遇專責人員」。此等人員之法源依據可由保執法訂定母法將其設置依據與業務職掌加以明文，並於保執法當中以準用精衛法或授權保執法訂定子法之方式，規定社區處遇專責人員之設置、培訓與繼續教育辦法等技術性與次要性內容，以符法律保留原則。社區處遇專責人員建議由具有醫事人員或社工師資格者報名參與訓練課程，經考試通過後使其取得社區處遇專責人員資格。此方式具備以下優勢：醫事人員或社工師於社區精神（心理）衛生體系已有諸多實務經驗，在資源輸送與管理方面相較於另尋人員更為有效。二來，在醫事人員與社工師專業中建立認證機制，在人才尋覓、培訓，以及後續的處遇執行上較能夠兼顧專業成效與品質，故建議採用此方式進行專責人力的招募、考訓與養成。

## （二）建立精神衛生專業法庭

如同前述，本文中除德國以外的比較國家，在刑事監護處分的具體執行審查機制均採行獨立的專業法庭進行審理。諸如英國的 MHT、美國加州與紐約州的 MHC，以及奧勒岡州獨特的 PSRB 制度；日本則依醫療觀察法規定獨立承審。然觀諸我國，在刑事監護處分的具體執行機制當中，依然採行法院諭知刑事監護處分以後，具體執行類型由檢察官依職權指揮執行的方式為之。雖然檢察官可參採評估小組意見決定執行種類，但在後續的延長、停止執行等面向上涉及高度處遇執行專業（尤其涉及司法精神醫學與司法心理學）與受處分人權利保障情事，似應採更為嚴謹與周全的審理機制，並搭配社區精神（心理）衛生系統的銜接，而非由檢察官同時擔任監督者與決定者之角色，此舉有擅斷之疑慮。精神衛生法庭以人為中心的處理模式，可就其處遇狀況進行跨專業參與討論，由法官而非刑事指揮執行者（檢察官）主持的情況下，更能夠以中立客觀的方式聽取不同立場的見解與意見。精神衛生專業法庭之發展特色主要有三點：「整合與司法有關之精神衛生案件審判工作」、「負責刑事監護處分執行類型、延長或停止執行之裁定」以及「整合刑事監護處分之救濟機制，改善當今權利救濟不明之狀態」，以下分述之。



## 1. 整合與司法有關之精神衛生案件審判工作

精神衛生專業法庭受理案件可橫跨精衛法之強制住院治療、強制社區治療，以及刑事法上的暫行安置與刑事監護處分，如此一來亦可有效解決刑事監護處分社區處遇者有住院必要時，在精神衛生法與保執法二者之間適用與裁定的混亂（精神衛生法在家事法庭，刑事監護處分住院處遇則在檢察官與刑事法院之問題可迎刃而解），故可將刑事監護處分更為有效地整合進入社安網體系之中。若精神衛生專業法庭行有餘力，亦可將本刑五年以下有期徒刑的非重罪交由精神衛生專業法庭審理，減輕一般刑事法庭的負擔；然對於涉及重大刑事案件者，仍交由一般刑事法庭審判<sup>460</sup>。

## 2. 負責刑事監護處分執行類型、延長或停止執行之裁定

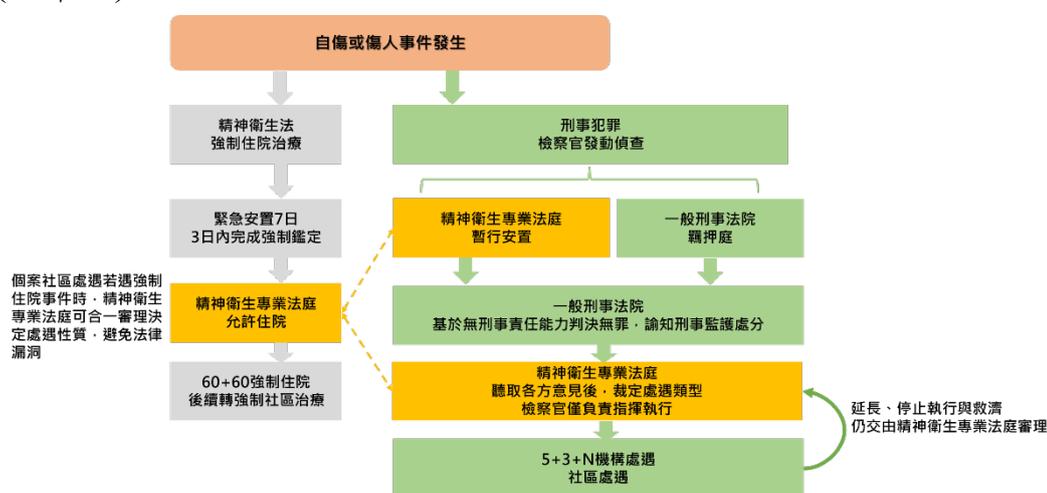
而在最終的執行機制方面，檢察官僅擔任指揮執行者，對於停止、延長處分，可由檢方與受處分人委任律師任何一方直接向法院提起，法院透過共同會議的機制取代目前的評估小組，更能兼顧人權保障、社會防衛之目標，同時符合 CRPD 與我國憲法層次對於受處分人權保障之目標。觀諸當前司法院已針對精衛法之專家參審制度進行研議<sup>461</sup>，若精衛法由更具備專業之精神科醫師參與審判，為何涉關人身自由剝奪更為嚴重之刑事監護處分卻無此機制，甚至在執行處遇類型的決定方面，僅係由指揮執行之檢察官為之？吾人認為，藉由精神衛生專業法庭整合現行之精衛法與刑事執行之刑事監護處分與暫行安置，是一舉兩得，比起當前的評估小組更具備經濟實益之作為，亦可降低各地檢署舉辦評估小組會議之辛勞，使地檢署專注於處遇之指揮執行作用，方可達到更為有效之治療處遇與再犯預防之目的。

## 3. 整合刑事監護處分之救濟機制，改善當今權利救濟不明之狀態

<sup>460</sup> 重大刑事案件同時有國民法官參審的規定，應特別留意。

<sup>461</sup> 司法院少年及家事廳（04/18/2023），〈精神衛生法修法：擴大司法審查範圍、採行專家參審 司法院說明修法重點、並開箱懶人包〉，《司法院》，<https://www.judicial.gov.tw/tw/cp-1887-848686-9c9a9-1.html>（最後瀏覽日期：02/15/2024）

在我國刑事監護處分的問題當中，吾人提點出當今刑事監護處分當中救濟制度之弊病與盲點，並認為我國應強化刑事監護處分受處分人之救濟渠徑。若採取精神衛生專業法庭，將處遇救濟、延長或停止執行均交由單一專業法庭受理，則可建立一貫與透明的處遇救濟渠徑。然此等條文修正與救濟途徑之開拓，需與精神衛生專業法庭之組織法與程序法一同交互參照，進行體系性地通盤檢視，故吾人認為在短期內恐難以達致，將其列為中期的改革進程，期能夠與精神衛生專業法庭之建構與發展一併為之。有關精神衛生專業法庭之承審案件與流程，可參見圖（三十一）。



圖（三十一）精神衛生專業法庭審理流程圖

本文當中對於刑事監護處分改革之中期進程有三大挑戰與前提需加以留意：第一，社區心衛中心必須建構完備，具備相當程度之量能得以應付社區精神衛生需求之後，方有可能在社區心衛中心當中增設專責單位負責刑事監護處分之個案管理與執行。第二，精神衛生專業法庭之建置在法理上需克服當今精衛法屬於家事法庭管轄、以家事事件法做為程序法，然暫行安置與刑事監護處分則係一般刑事法體系，以刑法、刑事訴訟法與保執法為法源依據。若要將上開二者管轄與審判機制加以整合，在法體系的建構與修法上均有莫大挑戰，同時在實務操作層面也會面臨司法院對於法院體系的配置問題（此等專業法庭是否獨立於民事或刑事法院之外？此際將涉及法院組織的變動與法院組織法之修法）。此等變革幅度之大，恐非短期內可達成。然吾人認為，就刑事政策與精神衛生政策觀點觀之，強化社區心衛中心資源與量能、將精神衛生議題之司法審判專業化，就長遠而言仍

係十分有效益的國家政策制度。

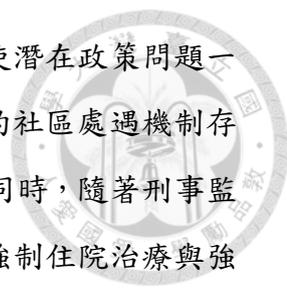
### 三、長期：刪除不定期監護處分

在長遠政策方面，吾人認為我國在不廢除既有刑事責任能力與刑事監護處分制度下的權宜之計，即係將刑事監護處分之期限進行調整。吾人認為，不定期的處遇機制會降低受處分人的治療動機與意願，將不適合收治者長時間拘禁。如同前揭政策目標中提及，我國政策應從「夾心餅乾」轉換為「增進產能」的觀點情況下，去機構化才有可能使受處分人回歸社會、共同貢獻與建構社會。然有鑑於我國民情、去汙名化推動政策需要時間，不定期刑事監護處分的修正似應在整體社會接納心理社會障礙犯罪者、具有完整的社會安全機制之下方得以推動。監護處分的最長期限可參酌病程、犯罪特質等面向，訂定諸如 10-20 年區間，幾乎等同於無期徒刑者假釋的年限，較為符合治療與比例原則。

本文所建議之刑事監護處分體制，在採行精神衛生專業法庭與社區心衛中心監督輔導的模式之下，更可達到 WHO 與 OHCHR 發布指引當中提及的整合性健康法律概念。在社區當中的處遇照顧交由具備社區處遇經驗之醫事人員或社工負責，就相關資源與服務輸送盡可能以既有社會福利資源為主，如此一來可避免刑事司法系統與一般衛生福利系統障地區隔的情形，可有效促使資源近用，在監督考核與全人健康照護方面達到衡平。同時，透過精神衛生專業法庭機制，對於任何形式的機構處遇進行審查，避免不同處遇類型的審查寬嚴程度不一而有人權保障漏洞的情形出現。在上開體系機制建立妥適後，在長期的政策規劃與發展方面，應就整體福祉與權利保障面向持續深化整合工作。此部分係長遠目標與政策願景，具體作為仍有待短期與中期目標達致後，再就其法制政策與處遇執行之具體執行情形進行調整。

## 第四節 小結

本章基於前揭探討 CRPD 與各國之相關制度，回頭檢視我國刑事監護處分之優劣，並加以構思政策改革方向之前提，最終提出改革方式。我國修正後之刑事監護處分優點在於有關機關針對刑事監護處分之調查作為、檢察官訪視機制，以及延長與停止執行均有相應之規定，係屬符合 CRPD 且有所進步之處。然採取



多元處遇之刑事監護處分以後，雖在法制面有部分改變，然亦使潛在政策問題一併浮現。我國刑事監護處分當前問題在於，雖然法制面有所謂的社區處遇機制存在，但就人力與物力等軟體資源方面目前仍呈現缺乏狀態。同時，隨著刑事監護處分與暫行安置制度的實施之後，刑事處遇與精衛法當中的強制住院治療與強制社區治療機制彼此之間認事用法與啟動程序與機制應如何界接成為新的挑戰。綜觀我國社區精神（心理）衛生的發展脈絡，雖於 1970 年代（民國 60 年代）便開始設置社區心衛中心，然在缺乏子法規定、不同醫事人員與社工之間對於社區心理（精神）衛生看法均有所不同，社區處遇成為上開專業人員於白色巨塔以外互相角力的戰場，此時再將司法處遇與司法人員加入其中，很有可能對於社區精神（心理）衛生發展造成更大的問題。在權利保障與救濟制度方面，我國對於刑事執行當中所謂的「司法行政處分」在學理上長期以往處於體系與性質定位不明之狀態；在實務上則呈現刑事法院與行政法院互踢皮球的議題，故使得保安處分的執行過程中的權利保障與救濟機制無法有一具體化與透明化的處分救濟制度。在處遇與政策優化方面，我國法制與政策長期以往缺乏以實證為基礎的思想框架，經常仰賴既有法律規定與經驗法則，無論在政策與處遇措施的動態調整與修正方面均有所欠缺。

對於我國刑事監護處分新制的挑戰，考量我國政策與民意偏好之下，似無法採取完全廢除刑事責任能力，或將其改以主觀構成要件加以檢驗之方式為之。刑事監護處分制度無論係我國本身，抑或是外國比較法的研究結果之下，均屬必要處遇措施。我國刑事監護處分未來修正方向，應先確立其核心精神在於「回歸社區、自立生活、避免漏接」，繼之在人權保障面以反歧視與去污名化、精神衛生面強調強化社區資源整合、以人為中心的刑事監護制度；在刑事政策面則應建構以精神衛生專業法庭為核心之體系網絡與實證基礎之處遇。

在刑事監護處分之具體修正建議方面，基於前開所述之修正精神與方向，吾人分別以短期、中期與長期時間軸加以提出具體修正建議。從短期的既有法律規範修訂完備與政策框架確立，並應將刑事監護處分修正後有關的刑事法律與精衛法進行修法，使法源依據具體明確、修正刑法將「刑後執行刑事監護處分」與「以



保護管束代之」規定刪除，避免體系之間的混亂與不一致，且應對於司法人員、醫事人員與社工人員在培訓與繼續教育當中加入跨專業團隊的教育訓練機制；中期方面則應研擬本土化處遇指引、社區資源開發與網絡建置工作、培育刑事監護處分之專責人員，並應仿效外國法制，建立精神衛生專業法庭，以解決當前刑事監護處分、暫行安置、精衛法強制住院治療彼此之間的審理與認識用法爭議，且在精神衛生專業法庭運作下，更可有效納入檢辯雙方與臨床專業人員之多元意見，做出更為客觀的裁定。長期而言，我國仍應將不定期刑事監護處分調整為有期限之刑事監護處分，減少機構化處遇造成的機構化人格與政策開倒車的問題。然此等法制政策之建構，仍以社區心衛中心具備足夠之資源量能、精神衛生專業法院在法院組織與法源依據上有所改善與突破下方得為之。本章第二節之改革政策精神與具體政策建議之建構，方呼應本文第四章小結當中所述建構點、線、面之改革政策架構。

在第六章中，則整合 CRPD、各國制度與我國制度進行概要性地通盤檢視，為本研究劃下句點。

## 第六章 結論

本研究主要針對刑事監護執行面與 CRPD 彼此關聯性進行研究，並以美國、英國、日本以及德國為主要比較國看待 CRPD 是否對上開國家產生影響，繼而回到我國刑事監護處分制度加以探究可行之改進方向。本章就本研究之內容進行總結，並提出個人於研究過程中的省思之處。

### 第一節 研究結論

本文研究結論有三點，分別為 CRPD 採行之多元觀點見解與其侷限；各國之實踐方式、能與不能之處；以及我國刑事監護處分未來方向建議，以下分述之。

#### 壹、CRPD 採行多元觀點之見解與其侷限

本文第二章綜覽 CRPD 官方見解、IDC 之見解，以及學者專家與相關國際組織之見解，並於本文第三、四章分析 CRPD 施行前後，對於比較國之刑事監護處分制度之變革與差異。整體而言，無論是 CRPD 委員會、IDC、學者專家與相關國際組織，均肯認 CRPD 對於身心障礙者權利保障的貢獻、建構身心障礙者權利保障框架與審查機制，並促使相關國際人權公約之對話與交流。然另一方面，卻也看見 CRPD 高度理想性的限制，尤其是對於非自願處遇措施、精神醫學的不信任與批評、堅持廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護制度似乎是最為不可行的做法。

吾人認為，CRPD 對於身心障礙者權利保障觀點功不可沒，其所拋出之議題亦促使主權國家與國際社會之間對於身心障礙者權利保障機制，尤其是對於涉犯刑事案件的心理社會障礙者的刑事審判與制裁當中的基本權利保障議題，透過 CRPD 的目標設置以及不同觀點之間的辯論，乃至各國實務上的政策作為，提供一種動態的雙向渠道加以觀察心理社會障礙犯罪者的刑事政策與人權保障應如何取得平衡、能與不能之處，甚至是 CRPD 本身存在的弊病與盲點，得以就「人權保障面」、「精神衛生面」與「刑事政策面」三面向加以分析 CRPD 之貢獻與限制，並建構研究者個人所認定之評價基準。吾人認為，在人權保障方面，應確保刑事監護處分當中包含司法資源在內的相關資源近用，並以 CAT、ICCPR 與 SMR 做為反酷刑與拘束人身自由措施之人權保障基準；在精神衛生面，以人本精神醫學之理念，從診斷、治療乃至公共衛生政策中，注重當事人對於治療之態度、意

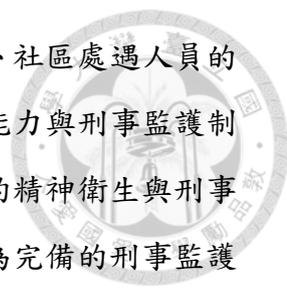
願與感受，從更為廣泛的角度加以看待精神障礙症，並對多元文化抱持敏銳度。在精神衛生面，則應將人本精神醫學與多元文化之理念與觀點囊括於整合性健康法律概念當中，建構新的心理（精神）衛生健康促進、診斷與治療架構；在刑事政策方面，則應區別輕罪與重罪之處遇措施，避免輕罪者卻因不定期處分而受到顯逾越其所應負擔之拘束人身自由處遇，並整合刑事政策與整合性健康法律概念之公共衛生政策框架，推動以實證為基礎之政策與處遇制度，留意法律的健康決定性因素，俾使刑事監護處分在防衛社會安全同時，亦可提供有效的治療照顧措施。

## 貳、各國之實踐方式、能與不能之處

本研究發現，締約國之間雖無法看見立即性、劇烈地改變政策方向，然在部分脈絡當中依然可見 CRPD 對於各國刑事監護處分所產生之影響，並得以建構「已經改變」、「可以（正在）改變」與「不能改變」三者游移之光譜。在光譜已經改變之處可以看見，本文比較國家對於 CRPD 之理念在相關政策與法院判決當中有所提及、建構受處分人權利保障措施，並盡可能降低物理性與化學性限制人身自由措施之使用；在可以改變之處，可看見諸多國家設置獨立人權監督機制、持續優化社區處遇系統的努力，並漸進性地朝向整合性健康法律的目標邁進，促使刑事處遇與醫療、社會福利照顧加以整合並落實。然 CRPD 要求各國完全廢除精神障礙抗辯事由與刑事監護處分之見解，本研究認為恐難以短時間內達成。尤其是宣稱「廢除精神障礙抗辯事由」的美國部分州，就其審判過程當中仍將心理社會障礙納入考量，並透過司法精神鑑定與司法精神醫院的處遇方式為之，可見 CRPD 之理想性與實際可行性依然有不小的落差存在，亦凸顯出 CRPD 單向的要求與施壓是否能夠真正呼應現實面的議題，還是只是一種理想性地宣示？有很大的商議餘地。

## 參、我國刑事監護處分未來方向建議

對於我國刑事監護制度之評價，吾人認為此次刑事監護處分的修法確實「趕上」英美等先進國家制度，在短時間內做如此大幅度的法制與政策改革，值得肯定。然而，我國刑事政策依然存在諸多問題有待解決，諸如不定期刑事監護處分、



保執法與精衛法體系定位不明確所衍生之問題，以及家屬支持、社區處遇人員的配置等仍有諸多強化空間。在改革前提方面，應思考刑事責任能力與刑事監護制度的廢除與否，以及對應之改善方式，並思量整合性人權模式的精神衛生與刑事監護法制可行性，以及最終在刑事政策面向上，應如何建構更為完備的刑事監護制度。基於上開思考前提與本文所設置之 CRPD 評價基準，吾人認為我國刑事監護處分之改革基礎應以「回歸社區、獨立生活、避免漏接」為核心，在人權保障面以去汙名化與反歧視政策推動為；精神衛生面建構強化社區資源整合、以人為中心的刑事監護制度；刑事政策面則以精神衛生專業法庭為核心之體系網絡，以及實證基礎之處遇建構。基於上開政策目標，以此擘劃出短中長三個階段的政策改革方向。在短期方面，首重於當前法律規範修正確立處遇基礎；中期方面則著重於社區資源開發與網絡整合、專責人員機制與精神衛生專業法庭的建構，長期則係以刪除不定期刑事監護處分為目標。其中，中期程的目標建構需滿足社區心衛中心資源與處遇量能，並且對於精神衛生專業法庭在法理、法源依據，以及法院組織架構上的調整，對於法制政策面而言係一不小的改造規模與工程。然如同本文所言，基於心理社會障礙者權利保障與刑事司法系統的進步發展以觀，此際之實益仍大於投入之成本，故仍推薦採納之。

## 第二節 研究展望與反思

本文的最後，則就個人於整體研究後的反思加以論述。此部分共分為三點，分別為「反思 CRPD『極端』的原因」、「理想與現實的對話與考驗」，以及「我國刑事監護制度的未來展望與接續研究」三點。

### 壹、反思 CRPD「極端」的原因

從開始研究乃至現階段的總結，吾人感受到此議題的「水深之處」—此係同時涉及公共衛生、國際人權法、刑事法律、精神醫療與犯罪防治的綜合性議題。刑事監護處分與一般的精神科強制治療更為特別之處，在於當事人有著「罪犯」的身分，使得當事人在「患者」與「犯人」雙重負面標籤的影響下，更難以受到平等對待，當事人復歸社會時，比起一般的更生人更難以被社會接納。社會大眾寧可使其在拘束人身自由的機構當中生活，也不願意給予心理社會障礙犯罪者更

生復歸社會之機會，使其在犯罪後看似可以獲得所謂的免去或減輕刑事責任能力的「福利」，然實際上其所受到的待遇與對待可能比一般矯正機構當中的受刑人更為不友善、更容易受到忽略與剝削，這也是 CRPD 為何採取如此激進觀點的原因，無非是希望自身的權利保障被聽見、避免自己的生存價值與尊嚴不斷受到蹂躪，使其真正「身而為人」，而非所謂的「身心障礙者」或「精神障礙症」診斷當中的分類碼而已。

## 貳、理想與現實的對話與考驗

在實際的刑事政策或精神（心理）衛生政策的貫徹與落實中，過於偏頗的見解與立場恐難容於既有的體系與制度之中，因此要如何找到平衡之處，建構出「務實」的政策解方，是所有與此領域相關的學者專家或工作者均努力與關注的議題。在本研究第二章中可以看見學界與聯合國相關機關的爭執；第三、四章則可看見各國對此制度的掙扎與不確定性。相關見解從「完全廢除刑事責任能力與刑事監護制度」，乃至另一端認為「廢除刑事責任能力與刑事監護處遇是落後國家的觀點」大有人在。而大部分的國家均選擇保留既有的精神障礙抗辯事由與刑事監護處遇制度，即便美國少數州採取所謂的「廢除精神障礙抗辯事由」，仍於主觀構成要件中將心理社會障礙因素納入考量，並且在最終的量刑與刑事執行時，仍不脫司法精神鑑定與司法精神醫院的處遇體系。雖於本研究中並沒有看見哪一個國家採取非常「創新與積極」地加以改變既有的刑事監護制度，然這並不代表 CRPD 對其便毫無影響性可言。事實上 CRPD 本身就是一種賦權（empower）的工具，使得心理社會障礙者知悉自身的權利保障並起而發聲，使其從社會中被宰制的邊緣族群，開始能夠被聽見、看見，成為參與公共事務的一分子。而在 CRPD 所謂「典範移轉」的條漫漫長路中，著實需要經過無數的摸索與試驗、成功與失敗經驗交織之下，方能逐漸找到平衡之處，此等過程可以本研究第四章當中所呈現的光譜的加以檢視各國的政策態度：在能夠改變、可以（或正在）改變，以及完全不改變三者之間游移，找尋目前為止刑事監護處分之執行與保障心理社會障礙者人權的最大公約數。有關當局面臨人權保障與社會安全的拉扯中，需要透過細微觀察才可看見發現。諸如日本在簽署 CRPD 後的政策改革當中，便對於精神保健

福祉法與醫療觀察法當的相關爭議進行諸多論述；雖有論者認為德國的可能會因 CRPD 而朝向更為極端的刑事監護處遇走向，實證數據中也確實看見德國刑事監護處分人數的攀升，然在其刑法與刑事訴訟法的修正過程當中，亦可看見對於心理社會障礙犯罪者的保障措施有所進步，並且在聯邦憲法法院的審理中，將 CRPD 做為人權保障的審酌依據，即便最終並無全然採納 CRPD 的意見，但依然可看見其作為一心理社會障礙者人權保障依據與倫理指引的重要性。

比較明顯能夠觀察到的改變，則是 2023 年 WHO 與 OHCHR 所發布之指引與 HRC 近年來對於心理健康議題之決策以 CRPD 為主要解釋依據，並且與 WHO 有著更為密切的合作。在 WHO 與 OHCHR 的指引當中，確實看見人權模式成為立法政策的主流模式，並加以挑戰繼往以疾病復發或者違反社會規範風險為基礎做為限制人身自由的判斷標準，類似於 Skmuzer 所提出的融合模式，力求精神（心理）衛生能夠與一般的公共衛生與福祉保障同等視之，使心理社會障礙者權利保障邁向新的高度與境界。然此觀點是否適用、如何適用至既有的刑事監護制度當中，正如 Skmuzer 認為融合模式難以適用於刑事監護制度當中的問題相同，依然存在不小的代溝有待克服。吾人認為，心理社會障礙者處遇措施與人權保障的推動，需逐步為之，先就一般的心理社會障礙者成功推動革新措施後，方有可能針對心理社會障礙犯罪者的處遇措施有所變革。

### 參、我國刑事監護制度的未來展望與接續研究

雖然 CRPD 採取批判觀點看待身心障礙者的權利保障機制，然若將其保障人權的精神貫徹至刑事司法的偵查、審判與執行的過程中，使得司法人員與犯罪防治相關人員均對此議題有所重視時，如同 Perlin 務實的見解一般，確實有辦法真正推動心理社會障礙者處遇措施有所進步與改變。回到臺灣，本研究第五章中先就我國已經做到的部分加以盤點分析，確實可以看見我國近年來基於釋字第 799 號解釋與 CRPD 內國法化以後，將處遇處所從以往的監獄加以區隔，並且開始出現獨立人權機關、獨立評估小組、轉銜機制等規範。然而，隨著刑事監護處分的修正，以往潛藏的法制與刑事政策方面之問題逐一浮現，亦連帶將社區心理（精神）衛生機制的既有問題一併凸顯。因此，如何使我國刑事監護處分社區處



遇機制相容於當前社安網 2.0 所建構之社區體系之中，並且配合精衛法規定加以建構一互通有無機制，正呼應 WHO 與 OHCHR 的「整合性健康法律」概念。本文第五章最後一節提出諸多改革措施與建議，上開建議當中吾人認為「精神衛生專業法庭」、「廢除不定期刑事監護處分」以及「刑事監護處分改採刑前執行」與最為重要。透過精神衛生專業法庭機制，透過單一法院系統，針對心理社會障礙者之非志願處遇措施進行審理，避免不同法庭系統之間難以銜接、產生漏洞與互踢皮球的情形，強化人權保障機制與處遇執行之有效性，相較於現行評估小組機制，也是更為節省資源的做法。而不定期刑事監護處分忽略當今精神醫療之治療照護發展，並未區分輕罪與重罪而全部採用不定期處遇措施，與原先五年處遇期限之規定更加違反 CRPD 之精神。最後，對於以往刑法當中刑前執行之規定，亦應基於精神醫療發展與人權保障機制，彈性化地改制刑前執行，並建立刑期抵免機制，才有可能避免當前刑事監護處遇朝向多元處遇的願景曇花一現。

最後，本文所提出從政策、法制乃至最終實際執行時的刑事監護制度框架，並非力求完全的去機構化，或僅著重於受處分人之人權而忽略社會防衛之需求，而是希望能夠透過不同的思考方式與處遇手段，依然能夠達到同等的社會防衛與再犯預防之目的，在限制人身自由的處遇過程中給予最大的自由，並且使其具備復歸社會的可能，整合既有的軟硬體資源，基於特別防衛理論與人權保障之骨幹之下，賦予其更為具體的理念與價值觀，提出較為務實與理想的改革方向。

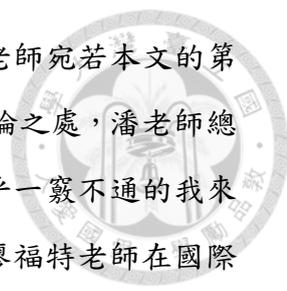
## 後記



心理社會障礙犯罪議題可說是一「千古難題」—究係要將心理社會障礙犯罪者定義為「瘋狂之人」還是「壞人」，顯已超越精神醫學與臨床心理學方面對於精神狀態的定義問題，更多的是社會文化與政治政策偏好所決定。從精神障礙抗辯事由與機構化刑事監護制度的演變，乃至去機構化與社區處遇的出現，以及近年來 CRPD 促使身心障礙者權利保障與人權模式的討論與爭執，在發展愈趨繁複多元的社會當中，心理社會障礙犯罪的議題並沒有因此解決，反而隨著社會脈絡、政府政策（刑事司法、公共衛生、社會福利等）、神經科學彼此之間相互交織影響下，顯得更為複雜。也因此使得刑事監護處分與人權、精神（心理）衛生的相關研究著實不易進行。吾人執筆至此，深有所感，即便閱讀諸多文獻，並在指導老師帶領下進行反思與討論，依然僅略懂皮毛，爾後還有更深遠的研究與實務工作之路要持續下去。

行文至此，本研究已告一段落，仍不免俗地必須向研究過程中給予協助與提攜之人逐一致謝。本文付梓需感謝家人、師長、前輩與同儕之間的幫忙協助。首先，需當感謝學生的家庭，尤其是家母對於學生持續就讀碩士班與準備國家考試的支持，使得學生得以心無旁騖地專注於學業與考試，並以開放的態度與吾人共同討論生涯規劃與專業發展方向，尊重個人的生涯抉擇，使學生得以順利完成本文，亦同時考取觀護人（Probation Officer）乙職，無勝感激。

本文付梓十分感謝指導老師與口試老師們的指導與提攜。特別感謝本文指導老師：建昌老師對於問題意識的梳理，論文寫作、討論前的準備都給予學生十分受用的提點與建議，指引學生在茫茫大海中找到研究方向與目標，並以身作則地教導學生做為助人者與研究者應有的嚴謹、批判，然仍不忘對人的關懷、同理與尊重，對於學生在精神醫學、刑事政策與公共衛生政策方面的疑惑之處均給予提攜與指點，在論文寫作過程中協助學生將上開專業加以整合與建構完整的知識網絡體系。建昌老師無論在專業學養或做人處事方面均以身作則，為學生學習之典範，如沐春風，感激之情溢於言表。感謝兆恬老師對於法律觀點、繁複的引註格式當中的指導與提醒，使學生在論文當中更能發見自身研究與寫作中的盲點，強



化問題意識與法學論述的掌握。同時，擔任口試委員的潘怡宏老師宛若本文的第三位指導老師，無論在口試時或是平日研究或寫作上有需要討論之處，潘老師總是很熱情地給予指點與提攜，尤其在德國法方面，對於德文幾乎一竅不通的我來說，潘老師的指導與建議照亮了我歐陸法系的研究之路。感謝廖福特老師在國際人權法方面提供諸多非常專業地意見，精確指出國際人權法方面的盲點與疑義，使本文得以更清楚明確地表達個人見解與觀點，在正確性與論述完整性更上層樓。承蒙國際人權法第一把交椅之廖老師擔任本文之口試委員，實屬榮幸。

除了指導老師與口試委員的提攜指導以外，在此也要向給予協助者逐一致謝。首先，非常感謝本校法律學院謝煜璋老師提供日本醫療觀察法方面的協助，並且引薦安侯建業聯合事務所洪士軒律師提供諸多協助。謝老師與洪律師都非常熱心親切，在百忙之中願意協助學生，使得學生在日本法上的論述更為完備與清晰；本校社會工作學系吳慧菁老師就社會工作的觀點探討刑事監護處分，並且提供論文寫作上的相關資源與討論；本校心理學系趙儀珊老師則就其司法心理學專業，無論在課堂中抑或是私下請益討論中，均有諸多收穫。儀珊老師與建昌老師一樣，除了具備深切的專業學養以外，也都對人親切溫暖，在二位師長身上著實感受到身為司法鑑定與處遇執行者的專業、嚴謹與對人性的關懷，為學生後續從事此專業之標竿楷模。也著實感謝學生大學母校：中國文化大學，特別是法律學系與心理輔導學系對於學生的培育之恩，奠定學生法學與心理學基礎，並且在研究所期間更上層樓，接受更為嚴謹的學術訓練，以及提供「售後服務」—在研究所期間遭遇問題時給予協助。在此特別感謝法律學系王紀軒老師對於學生論文與專業發展的指導與協助、李寧修老師的教導以及在擔任研究助理與教學助理過程中與老師在專業知識與態度方面的學習；感謝中原大學財經法律學系許慧瑩老師在學生升學與專業發展的支持，並提供相關研究資源，使學生得以順利完成本研究；感謝現職農業部林業試驗所，專司犯罪防治專業的丁榮轟專門委員暨老師，在專業發展上給予學生甚多建議與幫助，以其親切代人之姿，提供學生從事犯罪防治專業之楷模。感謝蕭奕弘律師事務所蕭奕弘主持律師暨老師，在學生參與研討會之發表時擔任與談人，且後續有幸擔任老師的助教而與老師結識，與老師交流過程

中有諸多學習與收穫，感受到跨領域學習者的多元與專業。

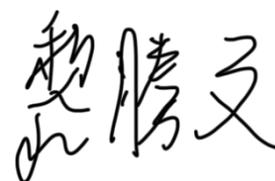
在前輩方面，特別感謝衛生福利部立八里療養院社工科，同時也是本校社會工作學系碩士班的學姊鄭琳倩社工師。當我在論文寫作遇到實務與社會工作觀點方面需要討論與請益時，經常與學姊互通有無，交流精神科社工第一線的所見所聞與反思。和學姊的討論總是可以放心地提出自己不同的想法與主張，而不需擔心會受到批評與質疑，彼此都有很大的收穫！感謝法務部調部辦事（原新北地方檢察署）黃信毓臨床心理師，黃學長在臨床心理與司法心理方面的專業深厚，在與其討論臨床與處遇政策當中也得到非常多的收穫與回饋，補強吾人在心理與精神診斷方面專業侷限之處、擴大視野。感謝黃奕翔學習司法官從吾人大學時期、研究所推甄、國家考試，乃至碩士論文均給予諸多提點與協助，以其專業、務實與理性之姿給與務實地分析建議；本校法律學系碩士班陳冠廷學長暨律師對於吾人在論文寫作、研究議題方面的諸多建議，且在準備口試時也都給予很多實用的建議與反饋，從刑事法與公法的角度切入進行提點，也很期待學長能夠基於吾人淺薄研究內容加以深化精進；感謝國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士班研究生，同時具備社工師資格的李佳羽學姊，提供吾人專業面的交流，以及在國家考試與吾人碩士班生涯期間的支持與照顧，在此也要祝福學姊順利完成碩士論文、通過諮商心理師國考；感謝本校健康政策與管理研究所博士班蔡承珈學姊在公共衛生與社會科學之間學習的交流，蔡學姊在工作之餘積極研讀博士，精神可畏，吾人亦時常以此勉勵自己要積極研究與完成論文；感謝蔡曜宇學長暨律師在碩士學習之路與準備國家考試時的協助，很開心能在研究所生涯與學長結識，在此祝福蔡學長接下來在日本攻讀碩士與博士之路能平安順遂。

在同儕方面，特別感謝衛生福利部立雙和醫院張嘉軒營養師，在先前研讀神經心理相關課程時，適逢其研究所針對神經營養專業進行研究，在研讀過程中遇到困難時均給予諸多提點與建議。同時，在研究所讀書、考試，以及進入職場之實習與準備，無論在專業面與心情分享與支持上均有諸多收穫與承蒙其照顧，特此致謝；感謝本校社會工作學系朱家誼社工師對於司法領域的熱情，與其交流與分享中也對於人權保障與社會工作專業觀點得到很大的啟發。感謝本所同學兼研

研究室室友們：首當感謝許凱捷律師，一起在研究室準備國家考試，並且在後續論文行政方面給予非常大的支持與幫忙、現於日本工作的陳群方同學，幫助吾人認識公館這坐大公園，並在日文文獻方面提供協助，也很開心能夠認識林昱佑與武娜，在研究所期間也幫吾人許多忙！能夠在研究所認識真誠善良的夥伴們，真的是莫大的祝福。最後要感謝經常分享心情與迷因梗圖（迷因也是演化的產物，所以可以寫在學術論文的後記裡）的朋友們：瑩瑩、佳盈、逸修，以及在最後一學期所結識的可愛且專業的后輩們：羿蓁、瑤硯、庭甄（法律學系）與詠心（資管學系），或許不是所有人都是相同的法律或助人專業，但可以確定的是，大家都是很可愛的一群人。亦感謝在論文最後即將付梓階段，在實習期間給予指導、提攜與照顧的長官與前輩們，以及一起受訓的觀護人訓練班第 43 期的同梯們。

最後，希冀吾人在生活、後續的研究與實務工作中，持續抱持著謙卑、感恩、嚴謹、同理與多元的態度繼續前進，並將榮耀歸於上帝，也歸於所有上帝賜福予我而在我身邊使我經歷恩典之人。希望自身能夠持續側耳傾聽、拉人一把，秉持司法助人工作之專業使命、兼顧司法人員之紀律與助人工作之溫暖同理，以基督愛人之心為心，持續深化個人專業，在臺灣這片土地上貢獻個人渺小之力，並以己身之專業為榮。

研究生暨見習觀護人



敬啟

2024 年 04 月

於法務部司法官學院、國立臺灣大學社會科學院

## 參考資料



### 壹、中文文獻

#### 一、專書

王皇玉 (2020), 《刑法總則》。新學林, 臺北市。

張麗卿 (2011), 《司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合》。元照出版, 臺北市。

張麗卿 (2022), 《司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合》。元照出版, 臺北市。

#### 二、期刊論文

王偉鋼 (2018), 〈從司法精神醫學角度看責任能力鑑定〉, 《檢察新論》, 第 23 期, 頁 50-67。

王偉鋼 (2022), 〈臺灣現行監護處分實務與精神醫療倫理困境〉, 《檢察新論》, 第 31 期, 頁 37-49。

王德瀛 (2017), 〈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》, 29 卷 12 期, 頁 7-13。

戎瑾如、蕭淑貞、蘇淑芳 (2014), 〈台灣精神衛生護理的發展方向〉, 《護理雜誌》, 61 卷第 1 期, 頁 5-10。

吳忻穎 (2022), 〈監護處分及其危險性預後 — 以德國法作為借鏡〉, 《矯政期刊》, 第 11 卷 2 期, 65-122。

吳忻穎 (2022), 〈簡評我國刑法監護處分之修正—與德國 2016 年刑法修正案與鑑定程序之比較〉, 《月旦醫事法報告》, 第 73 期, 頁 150-173。

吳忻穎、林晉佑 (2020), 〈責任能力調查與監護處分執行現況之探討〉, 《矯政期刊》, 第 9 卷 1 期, 頁 71-107。

吳建昌 (2016), 〈從精神衛生及社會經濟政策省思臺灣無差別殺/傷人事件之防治〉, 《犯罪與刑事司法研究》, 第 26 期, 頁 53-82。

吳建昌 (2017), 〈臺灣精神衛生法強制住院規定之修法方向：從聯合國身心障礙者權利公約之爭議談起〉, 《月旦醫事法報告》, 10 期, 頁 158-184。

- 
- 吳建昌（2018），〈身心障礙者權利公約裁定停止強制住院：被遺漏的自主、平等與比例原則論述〉，《月旦醫事法報告》，17期，頁83-97。
- 吳秋宏（2021），〈我國刑事監護程序關於精障者被告監護法制之變革〉，《法官協會雜誌》，第23卷，頁82-97。
- 吳景欽（2008），〈對精神障礙犯罪者的刑事處遇—以日本精神醫療觀察法為比較觀察〉，《國會》，第36卷第9期，頁40-56。
- 吳慧菁、何建忠（2023），〈臺灣心理衛生社工於社區心理衛生中心之布建〉，《醫療品質雜誌》，第17卷第1期，頁58-62。
- 李念祖（2020），〈從聯合國巴黎原則論我國設置監察院國家人權委員會之展望〉，《台灣人權學刊》，第五卷第三期，頁101-116。
- 李俊宏（2022），〈從攔截式的司法精神醫療處遇看精神鑑定與監護處分〉，《檢察新論》，第31期，49-69。
- 李郁強（2015），〈從強制社區治療探討精神衛生法之修正—以病患自主權為中心〉，《法令月刊》，第66卷4期，頁142-178。
- 李清泉（1999），〈論精神異常犯罪者之監護處分〉，《法務通訊》，1995期，第三版。
- 李莉娟（2023），〈論英國刑事監護執行制度與借鏡〉，《軍法專刊》，第69卷第4期，頁92-126。
- 李錫棟（2022），〈精神障礙犯罪者處遇模式之法制—兼論暫時性安置〉，《警大法學論集》，第43期，頁53-93。
- 李懷遠（1963），〈論保安處分執行監護禁戒極強制治療處所之設置問題〉，《法律評論》，第29卷8期，頁16-19。
- 林政佑（2021），〈韓國治療監護制度介紹〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第28期，頁1-42。
- 林政佑（2023），〈從身心障礙者權利公約檢視日本醫療觀察法強制住院處遇：兼評台灣監護處分新制〉，《高大法學論叢》，第18卷2期，頁239-320。
- 林映姿、李超偉、周芳怡（2022），〈我國監護處分制度之興革〉，《檢察新論》，



- 第 31 期，頁 2-16。
- 林慈偉 (2019)，〈精神障礙被告之就審能力：從 CRPD 與 Nobel v. Australia 案出發〉，《月旦醫事法報告》，第 34 期，頁 22-39。
- 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋 (2020)，〈受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第 25 期，頁 183-243。
- 林鈺雄 (2022)。〈評司法院釋字第 812 號解釋 (強制工作) —比例原則、區隔原則、權利救濟及釋憲溯及效力〉，《台灣法律人》，第 12 期，頁 1-20。
- 林綺雲 (2009)，〈心理師專業是醫療體系或教育體系的附庸？—談心理衛生專業發展的困境與出路〉，《諮商與輔導》，第 288 期，頁 53-58。
- 林輝煌 (2006)，〈論刑法上「心神喪失」免責之抗辯 (上) —美國法制之參酌〉，《台灣本土法學雜誌》，第 84 期，頁 25-47。
- 邱忠義 (2018)，〈精神障礙抗辯 (Defense of Insanity) 在英國的運用〉，《月旦法學雜誌》，第 278 期，頁 281-288。
- 施逸翔 (2021)，〈被控制的、還是獨立的人權委員會？〉，《台灣人權學刊》，第六卷第二期，頁 115-118。
- 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》，第 23 卷，頁 112-126。
- 孫迺翊 (2016)。〈無障礙/可及性、合理調整與平等不歧視原則：從身心障礙者權利公約檢視我國憲法及身心障礙者權益保障法之平等原則內涵〉，《臺大法學論叢》，45 卷特刊，頁 1163-1228。
- 孫迺翊 (2022)，〈精神病或精神障礙者人身自由與正當法律程序之保障—簡評刑法監護處分之修正及精神衛生法修正草案〉，《台灣法律人》，第 9 期，35-56。
- 孫迺翊 (2022)，〈精神病或精神障礙者人身自由與正當法律程序之保障—簡評刑法監護處分之修正及精神衛生法修正草案〉，《台灣法律人》，第 9 期，35-56。
- 徐淑婷 (2023)，〈協助精神病人跨越社區生活障礙：康復導向個案管理〉，《醫



- 療品質雜誌》，第 17 卷第 1 期，頁 14-19。
- 馬躍中（2020），〈我國刑事監護制度的現狀與未來—德國法的觀點〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，25 期，頁 49-83。
- 馬躍中（2023），〈建構社會安全網:以德國保安處分法制為中心〉，《犯罪學研究》，創刊號，頁 137-183。
- 張明偉（2016），〈淺論司法行政之界線（二）〉，《法務通訊》，第 2828 期，頁 3-6。
- 張廣運、陳奕擘（2009），〈台灣臨床心理師的專業發展歷史與批判〉，《人間思潮》，第 19 期，頁 101-118。
- 張麗卿（1984），〈論精神病犯之監護處分〉，《刑事法雜誌》，第 28 卷 6 期，頁 46-62。
- 張麗卿（1993），〈精神疾病犯罪人之監護執行〉，《臺大法學論叢》，第 23 卷第 1 期，頁 209-240。
- 張麗卿（1996），〈精神病犯與精神病患收容要件的比較研究〉，《東海法學研究》，10 期，頁 249-296。
- 張麗卿（2006），〈精神障礙者之犯罪〉，《台灣法律人雜誌》，86 期，頁 161-166。
- 張麗卿（2021），〈精神病犯的鑑定與監護處分—兼談殺警案與弑母案〉，《月旦法學雜誌》，309 期，頁 57-79。
- 張麗卿（2022），〈2022 年精神障礙觸法者新制之法規範與實務〉，《月旦法學雜誌》，第 328 期，頁 87-100。
- 許恒達（2022）。〈強制工作與違憲審查—評司法院釋字第 812 號解釋〉《台灣法律人》，第 12 期，頁 21-41。
- 許恒達（2023）。〈刑事制裁與明顯區隔的憲法誠命〉，《台灣法律人》，第 27 期，頁 77-103。
- 許華孚、黃光甫（2021），〈初探英國司法對監護處分實務作為—精神疾病罪犯之處置策略〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第 28 期，頁 43-93。

- 
- 連孟琦(2023),〈從德國法角度評析我國二〇二二年刑事訴訟暫行安置新法〉,《政大法學評論》,第173期,頁237-304。
- 郭宇恆、李俊宏、吳文正、歐陽文貞(2021),〈精神疾病犯罪者監護處分時間的決定因子〉,《中華心理衛生學刊》,第34卷第2期,頁157-179。
- 陳文瑩、邱智強、董秀珠、陳俊澤、陳坤波、楊添圍、郭千哲(2017),〈使用精神科居家醫療整合照護病人之臨床特徵〉,《北市醫學雜誌》,第14卷·第2期,頁19-32。
- 陳俊榕(2021),〈德國精神病學處分之沿革與限制〉,《臺灣海洋法學報》,第30期,頁59-91。
- 陳昭靖(2010),〈與社會資源整合的理想社區心理衛生中心之網絡運作〉,《輔導季刊》,46(4),頁61-68;林本堂、彭朱如(2010),〈社區心理健康中心創新營運模式之建構〉,《醫務管理期刊》,11(2),頁81-94。
- 陳若璋(2018),〈刑事司法心理衡鑑綜論〉,《檢察新論》,第23期,頁3-14。
- 曾雯琦、馮欣蓓、鄭云(2023),〈以就業支持促進精神病人的社會包容—精神衛生護理師挑戰和方向〉,《護理雜誌》,第70卷,第4期,頁22-28。
- 曾毓君(2016),〈我國精神衛生法之強制住院制度何去何從——兼論臺灣桃園地方法院106年衛字第4號民事裁定〉,《萬國法律》,216期,頁60-77。
- 黃秀惠(2021),〈我們與惡的距離—論思覺失調症之罪與罰〉,《治末指錄》,第9期,頁151-167。
- 黃嵩立、黃怡碧(2021),〈國家人權委員會的第一年:雙重身份的困境〉,《台灣人權學刊》,第六卷第二期,頁107-114。
- 楊迺軒(2022),〈論美國法精神障礙抗辯的新發展:以Kahler v. Kansas案為核心〉,《歐美研究》,第52卷第3期,頁505-566。
- 楊添圍(2018),〈精神障礙或心智缺陷犯罪者之處遇〉,《月旦醫事法報告》,第20期,頁32-43。
- 楊雲驊(2022),〈身心障礙被告與國際人權法—以就審能力與待死現象為中心〉,

- 
- 《檢察新論》，第 31 期，頁 17-27。
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳猷、吳文正（2004），〈社區心理衛生中心的歷史沿革〉，《北市醫學雜誌》，第 1 卷第 4 期，頁 393-411。
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳猷、吳文正（2005），〈臺灣地區社區心理衛生中心之運作型態〉，《北市醫學雜誌》，第 2 卷第 4 期，頁 38-48。
- 廖福特（2015），〈從個人申訴案件看國家為何違反身心障礙者權利公約〉，《萬國法律》，第 204 期，頁 3-12。
- 劉育偉（2023），〈監護處分與強制治療合併立法可能性評價-從保安處分目的性為中心〉，《法學叢刊》，68（2），頁 69-86。
- 劉玟宜、謝汶玲（2023），〈社區精神衛生護理的實踐與挑戰〉，《護理雜誌》，第 70 卷 4 期，頁 7-14。
- 潘怡宏（2021），〈刑法監護處分制度之修正芻議——取徑德國、奧地利與瑞士刑法〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，28 期，95-242。
- 蕭宏宜（2021），〈精神障礙者與暫行安置—監護處分之法制變革〉，《法官協會雜誌》，第 23 卷，頁 97-111。
- 賴擁連、駱姿螢（2021），〈美國精神疾病犯罪者司法處遇之介紹與借鏡——美國精神衛生法庭之探究〉，《刑事政策與犯罪防治研究》，第 28 期，243-290。
- 謝伶瑜、王靜枝（2007），〈美國與台灣精神科居家治療服務與團隊的角色功能比較〉，《精神衛生護理雜誌》，第 2 卷第 2 期，頁 64-69。
- 謝煜偉（2022），〈2021 年刑事立法與實務發展回顧：以治安與治療為名〉，《臺大法學論叢》，第 51 卷特刊，頁 1223-1255。
- 簡慧娟、宋冀寧、李婉萍（2015），〈從聯合國身心障礙者權利發展脈絡看臺灣身心障礙權利的演變—兼論臺灣推動「身心障礙者權利公約」的歷程〉，《社區發展季刊》，第 157 期，頁 151-167。
- 魏千峯（2020），〈淺談監察院國家人權委員會之組織與運作〉，《台灣人權學刊》，第五卷第三期，頁 117-130。

蘇碧玉、沙堅白、余秣萱、張慧敏、譔立中（2008），〈以醫院為基礎的社區精神照護〉，《源遠護理》，2（2），頁 5-10。

### 三、專書篇章

王國羽（2019）。〈障礙模型發展與核心概念〉，收於：王國羽、林昭吟、張恒豪（等著），《障礙研究與社會政策》，頁 53-84。巨流。

吳建昌（2017），〈刑事責任能力〉，收於：周煌智（等）（編），《司法精神醫學手冊》，頁 221。台灣精神醫學會。

洪士軒（2020），〈精神障礙犯罪者相關法制之芻議—以臺灣監護處分與日本醫療觀察法之比較為中心〉，李茂生教授六秩晉五祝壽論文集編輯委員會（編），《主體、理性與人權的彼岸：李茂生教授六秩晉五祝壽論文集》，頁 259-285，新學林出版。

翁燕菁、翁國彥（2017），〈人身自由與安全〉，收於：孫迺翊、廖福特（編），《身心障礙者權利公約》，240-247，台灣新世紀文教基金會。

張珏（2018），〈公共心理衛生〉，收於：王榮德（等著），《公共衛生學（中冊）》（修訂第五版），頁 386。臺大出版中心。

陳俊翰（2017），〈自立生活與行動能力之保障〉，孫迺翊（等著），《身心障礙者權利公約》，頁 281-320，台灣新世紀文教基金會。

陳俊翰、黃詩淳（2017），〈法律能力平等認可〉，收於孫迺翊、廖福特（編）《身心障礙者權利公約》，頁 200-201。台灣新世紀文教基金會。

楊士隆、李宗憲（2013）。〈藥物濫用之處遇制度—美國毒品法庭〉，收於：楊士隆（等著），《藥物濫用、毒品與防治》（增訂第二版），頁 237-272。五南圖書。

廖福特（2005）。〈聯合國對國家人權委員會之推動與實踐〉，《國際人權法—議題分析與國內實踐》，頁 115-152。元照。

廖福特（2009），〈歐盟基本權利署之分析—創設歐盟「國家」人權機構？〉，收於：洪德欽（編），《歐盟人權政策》，頁 17-52。中央研究院。

廖福特（2011），英國平等及人權委員會，收於：氏著，《國家人權委員會》，



頁 259-280。五南圖書。

廖福特 (2017a)，〈歷史發展及權利意涵〉，收於：孫迺翊、廖福特 (編)，《身心障礙者權利公約》，頁 3-24。台灣新世紀文教基金會。

廖福特 (2017b)，〈監督機制〉，收於：孫迺翊、廖福特 (編)，《身心障礙者權利公約》，頁 559-580。台灣新世紀文教基金會。

#### 四、學位論文

王律筑 (2023)，《論精神疾病之強制性醫療處遇—以精神醫療實務工作者角度切入》，國立臺灣大學法律學系碩士論文 (未出版)，臺北市。

李欣恩 (2020)，《觸法精神障礙者之監護處分制度》，國立政治大學法律學系碩士學位論文 (未出版)，臺北市。

林思蘋 (2009)，《強制治療與監護處分—對精神障礙者之社會控制》。國立臺灣大學法律學研究所碩士論文 (未出版)，臺北市。

林儀珏 (2017)。《從身心障礙權利公約討論精神疾病患者之人身自由與安全—以國際標準評估衛生學界之看法》，東吳大學人權碩士學位學程碩士論文 (未出版)，臺北市。

張淑婷 (2017)，《精神障礙犯罪者處遇制度研究》，國立臺北大學法律學系碩士論文 (未出版)，新北市。

張麗卿 (1992)，《精神疾病犯罪人處遇之比較研究》。國立臺灣大學法律學研究所博士論文 (未出版)，臺北市。

陳明堂 (2017)，《國際公約在台灣內國法化之研究—以人權與海洋法制為中心》，國立臺灣海洋大學海洋法律研究所博士論文 (未出版)，新北市。

詹淳惠 (2006)，《論司法權中之司法行政作用》，國立成功大學法律學研究所博士論文 (未出版)，臺南市。

鄧鈞豪 (2011)，《強制社區治療制度之社會治理機能》。國立臺灣大學科際整合法律學研究所碩士論文 (未出版)，臺北市。

#### 五、委託研究案

國家人權委員會 (2023)，《國家人權委員會「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」出國報告》，國家人權委員會。
- 張麗卿（編）（2022），《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》，國家人權委員會。
- 蔡田木（編）（2022），《我國監護制度發展與變革之研究成果報告》，法務部  
司法官學院犯罪防治研究中心。
- 蔡宜家（2021），〈眾所期待的不定期監護處分？漫談日本醫療觀察法於入院期間的程序與疑義〉。司法官學院犯罪防治研究中心。  
<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/36715/16811/28567/post>

## 六、政府與官方組織文件

- 中華民國精神衛生護理學會（2023），《精神衛生專科護理師甄審項目及能力必備要項》，<https://www.psynurse.org.tw/license12.aspx>（最後瀏覽日期：02/15/2024）
- 立法院公報處（2022），《立法院公報》，111卷32期，頁465，立法院。
- 行政院（2017），《新世代反毒策略行動綱領》。行政院，臺北市
- 行政院（2022），《行政院第3741次會議》，  
<https://www.ey.gov.tw/File/3F3844F18C59D344?A=C>。行政院。
- 行政院身心障礙者權益推動小組（2019），《國際審查委員會(IRC)2017年11月3日就中華民國(台灣)施行身心障礙者權利公約(CRPD)初次國家報告結論性意見》，頁1-14，行政院。
- 行政院身心障礙者權益推動小組（2022），《國際審查委員會(IRC)2022年8月6日就中華民國(臺灣)施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結論性意見》。行政院。
- 行政院身心障礙者權益推動小組（2022），《國際審查委員會(IRC)2022年8月6日就中華民國(臺灣)施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結論性意見》。行政院。
- 行政院身心障礙者權益推動小組（2022），《國際審查委員會(IRC)2022年8月6日就中華民國(臺灣)施行身心障礙者權利公約(CRPD)第二次國家報告結



- 論性意見》。行政院。
- 法務部（2017），《執行觀護案件手冊》。法務部。
- 法務部（2021），《施用毒品者再犯防止推進計畫(核定本)》。法務部。
- 法務部（2021），《新世代反毒策略行動綱領 2.0》。法務部，臺北市。
- 法務部（2021），《檢察機關執行因心神喪失或精神耗弱受監護處分應行注意事項修正對照表》，<https://mojlaw.moj.gov.tw/GetFile.aspx?pfid=0000265714>。
- 法務部保護司（2022），《精神疾病之受刑人、受監護處分人加強社區轉銜機制參考指引》。法務部。<https://www.mohw.gov.tw/dl-84401-a80be1df-72cb-452a-8fd2-022469c6a4ab.html>
- 監察院（2019），《108 司調 0019 監察院調查報告》，監察院。  
<https://cybsbox.cy.gov.tw/CYBSBoxSSL/edoc/download/43911>
- 監察院（2020）。《109 內正 0017 糾正案文》。監察院。  
<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=17127>
- 監察院（2021），《110 司調 0044 監察院調查報告》，  
<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=17726>。監察院。
- 臺灣高等檢察署（2017），《刑罰執行手冊》。臺灣高等檢察署。
- 衛生福利部（2018），《強化社會安全網計畫（核定本）》。衛生福利部。
- 衛生福利部（2021），《強化社會安全網第二期計畫》。衛生福利部。

## 七、網路資料與新聞稿

- 「精神障礙觸法者處遇制度」座談會網站（無日期）：  
[https://nhrc.cy.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=7478&s=4355](https://nhrc.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=7478&s=4355)
- 【懶人包】人權期中考：聯合國人權公約審查在台灣？！（無日期）：  
<https://covenantwatch.org.tw/publications/hr-in-a-glimpse/untreatyreview-in-taiwan/>（最後瀏覽日期：02/15/2024。）
- 司法改革國是會議（無日期）：<https://justice.president.gov.tw/>（最後瀏覽日：02/15/2024）。
- 司法院少年及家事廳（04/18/2023），〈精神衛生法修法：擴大司法審查範圍、

採行專家參審 司法院說明修法重點、並開箱懶人包〉，《司法院》，  
<https://www.judicial.gov.tw/tw/cp-1887-848686-9cba9-1.html> (最後瀏覽日期：  
02/15/2024)

法務部 (04/27/2022)，〈推動精神疾病患者之受刑人及受處分人出監(院)加強社  
區轉銜機制，維護社會安全〉，《法務部新聞稿》，  
<https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/133136/post>

國家人權委員會 (2022)。〈國家人權委員會針對精神障礙觸法者處遇制度相關  
修法之聲明〉，《國家人權委員會新聞稿》，[https://www-  
ws.cy.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvMy9yZWxmaWxlLzg  
5MTIvMjE4NDAvYTg5ODZhYWMtMjM2MC00OTczLTgzYjgtN2FmOWQ0  
ODVjNTFmLnBkZg%3d%3d&n=MTEwMTAyMOaWsOiBnueovy5wZGY%3  
d](https://www-<br/>ws.cy.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvMy9yZWxmaWxlLzg<br/>5MTIvMjE4NDAvYTg5ODZhYWMtMjM2MC00OTczLTgzYjgtN2FmOWQ0<br/>ODVjNTFmLnBkZg%3d%3d&n=MTEwMTAyMOaWsOiBnueovy5wZGY%3<br/>d)

## 貳、日文文獻

### 一、出版品

独立行政法人国立精神神経医療研究センター (2012)，〈治療プログラム〉，  
《医療観察法審判》，頁 207。独立行政法人国立精神神経医療研究センタ  
ー，東京都。

### 二、政府文件

東京都福祉保健局 (2013)，〈医療観察法地域処遇体制基盤構築事業調査結果  
報告書〉。独立行政法人国立精神神経医療研究センター，東京都。

法務省 (2010)。ヒアリング項目に対する意見書 (府省名：法務省)。  
[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\\_kaigi/k\\_9/pdf/s1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_9/pdf/s1.pdf)。

厚生労働省 (2010)。ヒアリング項目に対する意見書 (府省名：厚生労働省)。  
[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\\_kaigi/k\\_10/pdf/s2.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_10/pdf/s2.pdf)。

厚生労働省 (2019)，《指定入院医療機関運営ガイドライン》，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080396.pdf>

日本精神神経学会、障害者制度改革に向けたプロジェクト (2010)。障害者制

度改革の推進のための基本的な方向について」に対する意見—精神科医療  
に 関 す る 分 野 を 中 心 に 。

[https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/2010\\_12\\_25shougaisyasks.pdf](https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/2010_12_25shougaisyasks.pdf)。

障害者政策委員会（2012）。障害者政策委員会 第3小委員会(第3回)資料一  
覧 ， 頁 6-8 。

[https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku\\_iinkai/s\\_3/3/pdf/s1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/s_3/3/pdf/s1.pdf)。

### 三、網路資料

再犯防止対策，[https://www.moj.go.jp/hisho/seisakuhyouka/hisho04\\_00038.html](https://www.moj.go.jp/hisho/seisakuhyouka/hisho04_00038.html)（最  
後瀏覽日：15/02/2024）。

障がい者制度改革推進本部、障がい者制度改革推進会議、差別禁止部会，  
<https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>（最後瀏覽日期：  
15/02/2024）。

### 参、英文文獻

#### 一、專書

Christopher Slobogin (2006). *Minding Justice*. Harvard University Press.

Gerard Quinn et al. (2002). *Human Rights and Disability- The Current Use and Future  
Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*  
(HR/PUB/02/01). United Nations.

Judy Chamberlin (2004). *On Our Own (2nd ed)*. McGraw-Hill.

Michael Freeman (2011). *Human Rights: An Interdisciplinary Approach 2nd*. Polity.

P. Ishwara Bhat (2020). *Idea and Methods of Legal Research (ebook)*. Oxford  
University Press.

United Nations High Commissioner for Human Rights (2023). *Implementing the Rights  
of Persons with Disabilities – the Role of Independent Monitoring Frameworks  
Practical Guide (HR/P/PT/28)*. United Nations.

#### 二、期刊論文

Arlene S. Kanter (2019). Let's Try Again: Why the United States Should Ratify the United Nations Convention on the Rights of People with Disabilities, *Touro Law Review*, 35(1), 301-344.

Barbara Ann Stolz (2015). The Growth of Federal Criminal Justice Policy Making: The Role of U.S. Civil Rights Legislation, *Criminal Justice Policy Review*, 26(5), 463-487.

Barbara Everett (1994). Something is Happening: The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context. *The Journal of Mind and Behavior*, 15(1/2), 55–70.

Charles F. Szymanski (2009). The Globalization of Disability Rights Law – From the Americans with Disabilities Act to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *Baltic Journal of Law and Politics*, 2(1), 18-34.

Chia-Heng Lin et al. (2022). Psychiatric Evaluations in Offenders with Mental Illness: A Case Series, *Taiwan Journal of Psychiatry*, 36, 39-43.

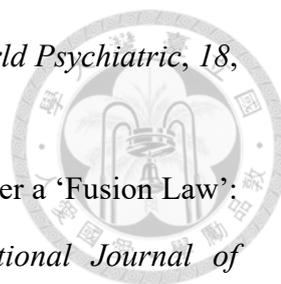
Christopher Slobogin (2016). Eliminating Mental Disability as a Legal Criterion in Deprivation of Liberty Cases: The Impact of The Convention on The Rights of Persons with Disabilities on The Insanity Defense, Civil Commitment, And Competency Law, *Law and Psychology Review*, 40, 297-320.

David J. Rissmiller and Joshua H. Rissmiller (2006). Evolution of the Antipsychiatry Movement into Mental Health Consumerism, *Psychiatry Service*, 57 (6), 863-866.

Donna Marie McNamara (2018). The Insanity Defense, Indefinite Detention and the UN Convention; The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law, *Dubin. University. Law Journal*, 41 (1), 143-174.

Eric Roytman (2020). Kahler v. Kansas: The End of the Insanity Defense? *Duke Journal of Constitutional Law and Public Policy Sidebar*, 43-58.

George Szmukler (2019). “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the



- UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *World Psychiatric*, 18, 34-41.
- George Szmukler (2020). Offenders with a Mental Impairment Under a 'Fusion Law': Non-Discrimination, Treatment, Public Protection, *International Journal of Health and Capacity Law*, 26, 35-51.
- Harvey Gordon and Per Lindqvist (2007). Forensic psychiatry in Europe, *Psychiatric Bulletin*, 31, 421-424.
- Henry A. Dlugacz (2017). The Reach and Limitation of the ADA and its Integration Mandate: Implications for the Successful Reentry of Individuals with Mental Disabilities in a Correctional Population, *Behavior Science Law*, 35, 135-161.
- Janet E. Lord (2010). Shared Understanding or Consensus-Masked Disagreement? The Anti-Torture Framework in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review*, 33, 27-82.
- Jeanne Matthews Bender (1984). After Abolition: The Present State of the Insanity Defense in Montana, *Montana Law Review*, 45, 133-150.
- John Dawson (2015). A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD, *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 70-79.
- John Dawson & George Szmukler (2006). Fusion of mental health and incapacity legislation, 188 *Brit. J. of Psychiatry*, 188, 504-509.
- John Kip Cornwell (1988). The Failure of Federal Intervention for Mentally Retarded
- John Tully (Oct. 2023). Forensic Psychiatry in the UK: an overview of clinical practice and research. In *Breaking Barriers in Forensic Psychiatry: An International Academic Exchange*. Taiwan Academy of Psychiatry and the Law.
- Joseph D. Bloom (2012). CRIPA, Olmstead, and the Transformation of the Oregon Psychiatric Security Review Board, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40(3), 383-389.

Joseph D. Bloom and Mary Claire Buckley (2013). The Oregon Psychiatric Security Review Board: 1978–2012, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(4), 560-567.

Joseph D. Bloom and Scott E. Kirkorsky (2021). Arizona's Insanity Defense, Clark, and the 2007 Legislature, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 51(4), 1-5.

Juan E. Mezzich (2007). Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism, *World Psychiatry*, 6(2), 65-67.

Judi Chamberlin (1995). *Rehabilitating Ourselves: The Psychiatric Survivor Movement*, *International Journal of Mental Health*, 24(1), 39-46.

Keck, M.E. and Sikkink, K. (1999), Transnational advocacy networks in international and regional politics. *International Social Science Journal*, 51, 89-101.

Kevin Chien-Chang Wu and Wei-Tsuen Soong (2008). Ethical Issues in Mandatory Community Treatment, *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 22 (2), 84-95.

Larry Cunningham (2010). New York's Post-Verdict Scheme for the Treatment of Insanity Acquittes: Balancing Public Safety with Rights of the Mentally Ill, *Journal of Civil Rights and Economic Development*, 25(1), 81-98.

Latham, R. and Williams, H. K. (2020). Community forensic psychiatric services in England and Wales. *CNS Spectrums*, 25(5), 604–617.

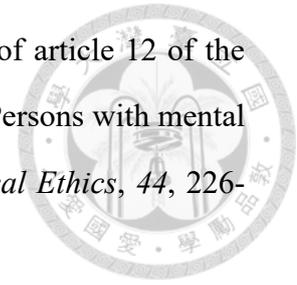
Lawrence O Gostin et al. (2019). The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development, *The Lancet*, 393, 1857-1910.

Lian-Yu Chen (2023). Social Security Net for the Mentally Ill, *Taiwan Journal of Psychiatry*, 37, 3-4.

Lisa A. Callahan (1995). The Hidden Effects of Montana's "Abolition" of the Insanity Defense, *Psychiatric Quarterly*, 66(2), 103-117.

Louise Kennefick (2011). Introducing a New Diminished Responsibility Defence for England and Wales, *Modern Law Review*, 74(5), 750-766.

Matthé Scholten and Jakov Gathe (2018). Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for Persons with mental disabilities and an alternative way forward, *Journal of Medical Ethics*, 44, 226-233.



Melvyn Colin Freeman et al. (2015). Reversing hard won victories in the name of Human Rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *Lancet Psychiatry*, 2, 844-850.

Michael L. Perlin (2002). "There Must be Some Way Out of Here": Why the Convention on the Rights of Persons with Disabilities is Potentially the Best Weapon in the Fight Against Sanism, *Psychiatry, Psychology and Law*, 20(3), 462-476.

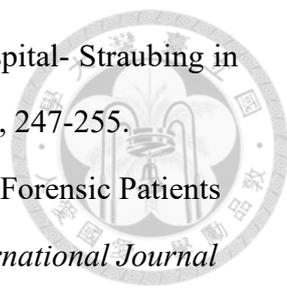
Michael L. Perlin (2017). "God Said to Abraham/Kill Me A Son": Why the Insanity Defense and the Incompetency Status are Compatible with and Required by The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Basic Principles of Therapeutic Jurisprudence, *American Criminal Law Review*, 54(2), 477-520

Michael L. Perlin (2018). "Your Old Road Is/ Rapidly Aging": International Human Rights Standards and Their Impact on Forensic Psychologists the Practice of Forensic Psychology, and The Conditions of Institutionalization of Persons with Mental Disabilities, *Washington University Global Studies Law Review*, 17, 79-111.

Michael L. Perlin et al. (2022). "The Distant Ships of Liberty": Why Criminology to Take Seriously International Human Rights Laws Apply to Persons with Disabilities, *Southern California Review of Law and Social Justice*, 31, 373-399.

Muthusamy Natarajan et al. (2012). Community forensic psychiatry and the forensic mental health liaison model, *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(6), 408-415.

Norbert Nedopil and Bernd Offermann (1993). Treatment of Mentally Ill Offenders in

- 
- Germany: With Special Reference to the Newest Forensic Hospital- Straubing in Bavaria, *International Journal of Law and Psychiatry*, 16(1–2), 247-255.
- Norbert Nedopil and Karin Banzer (1996). Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany: Current Structure and Future Developments, *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 75-79.
- Paul S. Appelbaum (2019). Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself, *World Psychiatry*, 18(1), 1–2.
- People, *Yale Law Journal*, 97(5), 845-862.
- Peter Bartlett (2012). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law, *Modern Law Review*, 75, 752-778.
- Piers Gooding and Tova Bennet (2018). The Abolition of the Insanity Defense in Sweden and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Human Rights Brinkmanship or Evidence It Won't Work? *New Criminal Law Review*, 21(1), 141-169.
- Rachel Edworthy et al. (2016). Inpatient forensic psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries, *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 18-27.
- Rüdiger Müller-Isberner et al. (2000). Forensic Psychiatric Assessment and Treatment in Germany Legal Framework, Recent Developments, and Current Practice, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5–6), 467-480.
- Scott E. Kirkorsky et al. (2019). The Migration of Arizona's Post-Insanity Defense Procedures to a Modified GBMI Model, *Journal of American Academic Psychiatry Law*, 51(4), 1-7.
- Sheila Wildeman (2013). Protecting Rights and Building Capacities: Challenges to Global Mental Health Policy in Light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Volum 41, Issue 1, 48-73.
- Sidney Tarrow (1993). Cycles of Collective Action: Between Moments of Madness and

- 
- the Repertoire of Contention, *Social Science History*, 17(2), 281-307.
- Stephen Meyers (2014). Global Civil Society as Megaphone or Echo Chamber? Voice in the International Disability Rights Movement, *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 27, 459–476.
- Stuart A. Anfang and Paul S. Appelbaum (2006). Civil Commitment—The American Experience, *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(3), 209–218.
- Thomas D. Grant (2012). The U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD): Some Observations on U.S. Participation, *Indiana International & Comparative Law Review*, 25, 171-235.
- Thomas Ross et al. (2020). Rising inpatient numbers in forensic security hospitals of German federal state of Baden-Wurttemberg: Background and explanatory approaches, *Behavior Science and Law*, 38, 522–536.
- Tim Exworthy and John Gunn (2003). Taking Another Tilt at High Secure Hospitals: The Tilt Report and its consequences for secure psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 469–471.
- Tim Opgenhaffen (2020). Deprivation of Liberty in Care. An ECHR and CRPD Approach and its Consequences for Belgium, *European Journal of Health Law*, 27(2), 147-167.
- Tina Minkowitz (2012). CRPD Advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The Emergence of an User/Survivor Perspective in HumanRights. *SSRN*.  
[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2326668](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2326668)
- Tina Minkowitz (2014). Rethinking Criminal Responsibility from a Critical Disability Perspective: The Abolition of Insanity Incapacity Acquittals and Unfitness to Plead, and beyond, *Griffith Law Review*, 23(3), 434-466.
- Trine Flockhart (2006). ‘Complex Socialization’: A Framework for the Study of State Socialization. *European journal of international relations*, 12 (1), 89-118.

### 三、專書篇章

- Bradley Lewis (2006), A Mad Fight: Psychiatry and Disability Activism, In Lennard J. Davis ed., *The Disability Studies Reader* (2nd. ed.), 339-353. Routledge.
- Éva Szeli (2019). Mental Disability, Trauma, and Human Rights., In Lisa D. Butler et al. eds., *Trauma and Human Rights*,207-220. Palgrave Macmillan.
- Juan E. Mezzich et al. (2016). Person-Centered Integrative Diagnosis and its Context. In Juan E. Mezzich et al. eds, *Person Centered Psychiatry*, 139-156. Springer.
- Juan E. Mezzich, Interduction to Person-Centered Psychiatry. In Juan E. Mezzich et al. eds, *Person Centered Psychiatry*, 1-18. Springer.
- Lana Mužinić' et al. (2016). Person-Oriented Forensic Psychiatry. In Juan E. Mezzich et al. eds, *Person Centered Psychiatry*, 113-126. Springer.
- Philip Fennell (2010). Powers of the Police and Decision to Prosecute, In Lawrence Gostin et al., eds., *Principles of Mental Health Law and Policy*, 701-720. Oxford University Press.
- Philip Fennell (2010). Review of the Lawfulness of Detention in the Courts and Mental Health Tribunals, In Lawrence Gostin et al., eds., *Principles of Mental Health Law and Policy*, 577-642. Oxford University Press.
- Ronald Mackay (2010), Mental Disability at the Time of Offense, Lawrence Gostin et al., eds., *Principles of Mental Health Law and Policy*, 721-756. Oxford University Press.
- Ruth S. Shim et al. (2015). Overview of the Social Determinants of Mental Health. In Michael T. Compton& Ruth S. Shim eds, *The Social Determinants of Mental Health*, 1-22. American Psychiatry Publishing.
- Stephen Meyers (2014). Disabled Persons Associations at The Crossroads of Two Organizational Environments: Grassroots Groups as Part of An International Movement and Local Civil Society. In Barbara M. Altman& Sharon N. Barnart eds., *Environmental Contexts and Disability*, 3-31. Emerald Publishing Limited.

Theresia Degener (2017). A Human Rights Model of Disability, In Peter Balnck and Eilionoir Flynn eds., *Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights*, 35-38. Routledge.

Thomas Risse and Kathryn Sikkink (1999). The socialization of international HumanRights norms into domestic practices Introduction, In Thomas Risse ed., *Domestic Politics and Norm Diffusion in International Relations*, 117-149. Routledge.

William Burnham (2011). Criminal Law, In *Introduction to the Law and Legal System of the United States* (5th ed.), 549-579. West Academic Publishing.

#### 四、聯合國文件

Committee Against Torture (2008). *General Comment No. 2 Implementation of Article 2 by States Parties (CAT/C/GC/2)*. United Nations.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2017). *General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19 (CEDAW/C/GC/35)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2013). *Initial reports of States parties due in 2011 United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (CRPD/C/GBR/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2013). *Initial reports of States parties (CRPD/C/DEU/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2013). *Observations on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners prepared by Comm. on theRights of Persons with Disabilities (CRPD/SMR)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). *General comment No. 1 (CRPD/C/GC/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). *List of issues in relation to the initial report of Germany (CRPD/C/DEU/Q/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). *Concluding observations on the initial report of Germany (CRPD/C/DEU/CO/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017) *Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (CRPD/C/GBR/CO/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5)*.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *Information received from Germany on follow-up to the concluding observations (CRPD/C/DEU/CO/1/Add. 1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *Initial report submitted by Japan under article 35 of the Convention, due in 2016 (CRPD/C/JPN/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *List of issues in relation to the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (CRPD/C/GBR/Q/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *Replies of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the list of issues (CRPD/C/GBR/Q/1/Add.1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *Replies of Germany to the list of issues (CRPD/C/DEU/Q/1/Add. 1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2018). *List of issues prior to submission of the combined second and third periodic report of Germany (CRPD/C/DEU/QPR/2-3)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2019). *Combined second and third reports submitted by Germany under article 35 of the Convention, pursuant to the optional reporting procedure, due in 2019 (C/CRPD/C/DEU/2-3)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2019). *List of issues in relation to the initial report of Japan (CRPD/C/JPN/Q/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022). *Concluding observations on the initial report of Japan (CRPD/C/JPN/CO/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022). *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (CRPD/C/5)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022). *Replies of Japan to the list of issues in relation to its initial report (CRPD/C/JPN/RQ/1)*. United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2023). *Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany (CRPD/C/DEU/CO/2-3)*. United Nations.

Human Rights Committee (1992). *General comment No. 20: Article 7 (Prohibition of torture, or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment)*. United Nations.

Human Rights Committee (2009). *Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/HRC/10/48)*. United Nations.

Human Rights Committee (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53)*. United Nations.

Human Rights Committee (2014). *General comment No. 35 (CCPR/C/GC/35)*. United Nations. United Nations.

Human Rights Committee (2014). *Thematic study on the right of Persons with disabilities to live independently and be included in the community (A/HRC/28/37)*.

United Nations.

Human Rights Council (2017). *Resolution adopted by the Human Rights Council on 28 September 2017-36/13. Mental health and human rights (A/HRC/RES/36/13)*.

United Nations.

Human Rights Council (2020). *Resolution adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020-43/13. Mental health and human rights (A/HRC/RES/43/13)*. United Nations.

Nations.

Human Rights Council (2023). *Resolution adopted by the Human Rights Council on 3 April 2023-52/12. Mental health and human rights (A/HRC/RES/52/12)*. United Nations.

Nations.

Special Rapporteur of the Human Rights Committee on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2008). *Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (A/63/175)*. United Nations.

The Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2016). *Approach of Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the Rights of Persons institutionalized and treated medically without informed consent (CAT/OP/27/2)*. United Nations.

## 五、政府文件

Bundesministerium für arbeit und soziales (2014). Responses to the questions from the List of Issues in connection with the first German country review. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=ZD0gZb9SfmVZBqcl5LHdMAPtzoXm2s4h0lZXSMgkZlX4/Q9CWeimgdAdl1LZOEdPcIZtxpuT6R99gBR0aYkLzA==](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=ZD0gZb9SfmVZBqcl5LHdMAPtzoXm2s4h0lZXSMgkZlX4/Q9CWeimgdAdl1LZOEdPcIZtxpuT6R99gBR0aYkLzA==)

Bundesministerium für arbeit und soziales (2023). *Measures of The Federal Republic of Germany Implementing the United Nations Convention on The Right. of Persons with Disabilities in the Period from September 2019 Until March 2023.*

[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=af6flM/DbBqPE2/waqXlpByfZkDe77oVkJz/UY4uzh3lewPBEQd62BNvTna+M+OljcQKdUzZG5QTKeO2p6URQ==](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=af6flM/DbBqPE2/waqXlpByfZkDe77oVkJz/UY4uzh3lewPBEQd62BNvTna+M+OljcQKdUzZG5QTKeO2p6URQ==)

Bundesministerium für arbeit und soziales (2023). *Measures of the Federal Republic of Germany Implementing the United Nations Convention on The of Persons With Disabilities in the Period from September 2019 Until March 2023.*

California Administrative Office of the Courts (2011). *Task Force for Criminal Justice Collaboration on Mental Health Issues: Final Report.*  
[https://www.courts.ca.gov/documents/Mental\\_Health\\_Task\\_Force\\_Report\\_042011.pdf](https://www.courts.ca.gov/documents/Mental_Health_Task_Force_Report_042011.pdf)

California Department of State Hospitals (2019). *Forensic Services Dep'ts Staffing Study- NGI PC1026 Forensic Process Workload,*  
[https://www.dsh.ca.gov/Treatment/docs/DSH\\_NGI\\_1026\\_Process\\_Flowchart\\_2019-02-19.pdf](https://www.dsh.ca.gov/Treatment/docs/DSH_NGI_1026_Process_Flowchart_2019-02-19.pdf).

Conference of Chief Justices & Conference of State Court Administrators (2000). *In Support of Problem-Solving Courts.*

Equality and Human Rights Commission (2015). *Preventing Deaths in Detention of Adults with Mental Health Conditions- An Inquiry by the Equality and Human Rights Commission.*

[https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/adult\\_deaths\\_in\\_detention\\_inquiry\\_report.pdf](https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/adult_deaths_in_detention_inquiry_report.pdf)

Equality and Human Rights Commission (2017). *Disability Rights in the UK- UK Independent Mechanism Update Submission to the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities in Advance of The Public Examination Of The UK'S*

*Implementation of the UN CRPD.*

<https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/2021/disability-rights-UK-july-2017.pdf>



Forensic CCQI (2023) *See Think Act*. Royal College of Psychiatry.

[https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-see-think-act-qnmhs/see-think-act---3rd-edition.pdf?sfvrsn=f8cf3c24\\_4](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-see-think-act-qnmhs/see-think-act---3rd-edition.pdf?sfvrsn=f8cf3c24_4)

HM Prison & Probation Service (2023). *MAPPA Guidance*.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/641825e1d3bf7f79d4aa6c8b/MAPPA\\_Guidance\\_\\_March\\_2023\\_.docx](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/641825e1d3bf7f79d4aa6c8b/MAPPA_Guidance__March_2023_.docx)

HM Prison & Probation Services (2020). *Mentally disordered offenders - the restricted patient system*.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f736aa2d3bf7f287328e597/MHC\\_S\\_The\\_Restricted\\_Patient\\_System\\_v1\\_Dec\\_2017.doc](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f736aa2d3bf7f287328e597/MHC_S_The_Restricted_Patient_System_v1_Dec_2017.doc)

Law Commission (2015). *Mental Capacity and Deprivation of Liberty- a Consultation Paper*. <https://lawcom.gov.uk/document/mental-capacity-and-deprivation-of-liberty-consultation/>

Law Commission (2017). *Mental Capacity and Deprivation of Liberty*.

<https://lawcom.gov.uk/project/mental-capacity-and-deprivation-of-liberty/>

Ministry of Justice (2009). *The recall of conditionally discharged restricted patients*.

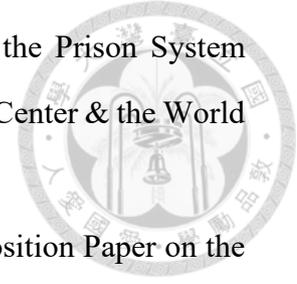
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7502a2ed915d3c7d529b1b/recall-of-conditionally-discharged-restricted-patients.pdf>

National Health Service (2018). *Carer support and involvement in secure mental health services*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/secure-carers-toolkit-v2.pdf>

New York Office of Mental Health (2023). *Adult Forensic ACT RFP – Four (4) New Teams Request for Proposals*.

- [https://omh.ny.gov/omhweb/rfp/2023/forensic/forensic\\_act\\_rfp.pdf](https://omh.ny.gov/omhweb/rfp/2023/forensic/forensic_act_rfp.pdf)
- Royal College of Psychiatrists (2023). *Standards for Forensic Mental Health Services Fifth Edition*. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnfmhs/quality-network-for-forensic-mental-health-services---fifth-edition-standards.pdf?sfvrsn=bf08b5e6\\_4](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnfmhs/quality-network-for-forensic-mental-health-services---fifth-edition-standards.pdf?sfvrsn=bf08b5e6_4)
- SAMHSA (2019). Forensic Assertive Community Treatment. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep19-fact-br.pdf>
- Special Committee on Human Rights (2016). *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD): Implications for psychiatrists and mental health law*.
- Royal College of Psychiatrists. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/about-us/who-we-are/schr-convention-on-the-rights-of-Persons-with-disabilities-q-and-a.pdf?sfvrsn=c8d1db87\\_6](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/about-us/who-we-are/schr-convention-on-the-rights-of-Persons-with-disabilities-q-and-a.pdf?sfvrsn=c8d1db87_6)
- U.S. Bureau of Justice Assistance (2005). *A Guide to Mental Health Court Design and Implementation*. <https://bja.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh186/files/Programs/Guide-MHC-Design.pdf>
- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization (2010). Framework For Action On Interprofessional Education & Collaborative Practice. World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1)
- 六、聲明稿或新聞稿**
- Daniel Hazen& Tina Minkowitz (2013). [Press Release]. A Discussion Paper on Policy

Issues at the Intersection of the Mental Health System and the Prison System  
International Disability Alliance, Mental Disability Advocacy Center & the World  
Network of Users and Survivors of Psychiatry



International Disability Alliance (2008, Apr. 25). [Memoranda]. Position Paper on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and Other Instruments.

International Disability Alliance and the World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2012, Feb. 22). [Memorandum]. Submission to the Sub Committee on Prevention of Torture for Thematic Discussion on Mental Health and Places of Deprivation of Liberty.

International Disability Alliance et al. (2012). [Memoranda]. UN Special Rapporteur on Torture on his upcoming thematic paper on torture in the context of healthcare.

NAMI (2003, Aug. 29). [Press Release]. NAMI Consumer Council to Host Consumer/Survivor Leadership Forum.

Tina Minkowitz (2011, Aug.31). [Memorandum]. Recognizing Forced and Coerced Psychiatric Interventions Against Women, Men and Children as a Harmful Cultural Practice.

Tina Minkowitz (2011, Mar. 14). [Memorandum]. WNUSP Submission on Revision of the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners

Tina Minkowitz (2012). [Memorandum]. Persons with Psychosocial Disabilities and the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2011, Jun.17.). [Press Release]. Legal Capacity as Right, Principle and Paradigm Submission to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities in response to its Call for Papers on theoretical and practical implementation of Article 12.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2012). [Memoranda]. Statement on Review of the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry and International Disability Alliance (2010, Oct.). [Press Release]. The Elephant in the Room – Involuntary Psychiatric Treatment and the WHO.



## 七、網路資料與其他資料

California Department of State Hospitals (n.d.). *Conditional Release*. [https://www.dsh.ca.gov/treatment/conditional\\_release.html](https://www.dsh.ca.gov/treatment/conditional_release.html) (last visited Feb. 15, 2024)

California Department of State Hospitals. *Treatment* (n.d.). <https://www.dsh.ca.gov/Treatment/index.html> (last visited Jan. 21, 2024)

Mind (2020). *Leaving hospital*. <https://www.mind.org.uk/media-a/6156/leaving-hospital-2020.pdf>

National Health Service. *Mental Capacity Act*. NHS (n.d.). Retrieved from <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/mental-capacity-act/> (last visited Jan. 21, 2024).

New York Division of Forensic Services Bureau of Institutional and Transitional Services (BITS) (n.d.). Retrieved from <https://omh.ny.gov/omhweb/forensic/bits/> (last visited 15/02/2014)

New York Division of Forensic Services Diversion Center (n.d.). Retrieved from <https://omh.ny.gov/omhweb/forensic/diversion.htm> (last visited 15/02/2014)

Royal College of Psychiatrists (n.d.). Retrieved from <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/our-people-and-how-we-make-decisions/committees-of-council/human-rights> (last visited 15/02/2014)

U.N. O.H.C.H.R (n.d.). *Ratification Status for CRPD*. UN Treaty Body Database. Retrieved from [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD) (last visited 15/02/2014)

U.S. Bureau of Justice Assistance (2012). *Mental Health Courts Program*,

<https://bja.ojp.gov/program/mental-health-courts-program/overview> (last visited 15/02/2014)

