特稿

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

許華孚*、黃光甫**

要　目

壹、前　言
貳、監護處分的內涵
　一、監護處分的定義
　二、監禁處分的理論內涵
　三、臺灣監護處分的現況分析
參、英國監護處分的執行現況
　一、精神病患的監護處分發展歷程
　二、精神患者的刑事處遇現況分析
　三、英國精神病患監護處分的具體執行現況說明
　四、未來發展
肆、英國監護處分的執行遭遇的困境
伍、結論與建議
　一、結　論
　二、建　議

DOI：10.6460/CPCP.202106_(28).02

* 國立中正大學犯罪防治學系暨研究所教授暨國際事務處國際長、臺灣青少年犯罪防治研究學會榮譽理事長、臺灣藥物濫用防治研究學會理事、亞洲犯罪學學會理事、亞洲藥物濫用防治研究學會理事，英國ESSEX大學博士。

** 國立中正大學犯罪防治研究所博士候選人。

摘　要

臺灣精神衛生法條文從2007年公布63條的精神衛生法，並於2008年開始施行後，期間只有針對第2條與第4條進行修正，鑑於我國刑法第19條而衍生的監護處分作為受到關注，修法的呼籲聲浪提高，本文從臺灣監護處分統計資料瞭解諭知監護處分的趨勢，對比英國監護處分的統計資料，剖析英國針對精神疾病患者的各種處遇措施。再藉由瞭解英國的精神衛生法從1959年制定後，歷經1983年以及2007年三次修法的進程，企圖透過完備法條相關規範給予精神疾病罪犯完整的醫療照護與復歸，搜尋相關文獻研究來分析英國針對精神疾病罪犯的實務處置作為，從英國刑事司法精神醫學體系來進行整體脈絡的說明，包括三級制安全戒護、強制醫療命令以及強制社區治療命令等實務作為，進而針對英國最新精神疾病患者的起訴與量刑指南進行探究，最後提出臺灣與英國在相關處置上的困境與挑戰，進而提出相關修法建議的方向。

關鍵詞：監護處分、精神衛生法、精神疾病、強制治療

A Preliminary Study of the British Judicial Practices on Custodial Protection – Practices of Treatment Strategies for Criminals with Mental Disorder

Hua-Fu Hsu* & Kuang-Fu Huang**

Abstract

The promulgation of total 63 Articles of the Mental Health Law was announced in 2007 in Taiwan and then put in implementation in 2008. During this period, only Article 2 and Article 4 were amended. By understanding the progress of the mental health law in the United Kingdom since its enactment in 1959, the law has been amended three times since 1983 to 2007. Forensic mental health system will be explored by examining the relative literatures in the UK. The aim is to provide complete

* Professor, Department of Criminology, National Chung Cheng University; Honorary Chairman of Taiwan Youth Crime Prevention and Treatment Research Society; Director of Taiwan Society for Drug Abuse Prevention and Treatment Research; Director of Asian Society of Criminology; Director of Asian Society for Drug Abuse Prevention and Treatment Research; Essex University, Ph.D. UK.

** Ph.D. candidate, Department of Criminology, National Chung Cheng University.

medical care and empowerment to mentally disordered offenders by enacting the relevant regulations of the law. In addition, the latest prosecution and sentencing guidelines for mentally ill offenders in the United Kingdom would be further discussed. Finally, the dilemmas and challenges in the treatment of mentally ill offenders in Taiwan and the UK will be illustrated. The suggestions in terms of directions of relevant legislative amendments would be offered.

Keywords: Custodial Protection, Mental Health Act, Mental Disorder, Forensic Health Order

壹、前　言

2019年7月殺害鐵路警察一案，當時輿論譁然。嘉義地方法院2020年4月30日宣判，法官認為鄭罹患精神疾病無罪、應入相當處所強制就醫5年，引發輿論譁然；擁有美國紐約州立大學物理博士學歷的李姓男子，2011年前在騎樓縱火險釀人命，因精神鑑定指他罹患妄想型思覺失調症，獲判無罪，但須監護處分5年，2019年7月竟再次涉嫌縱火[1]；這麼多的爭議案件使得法務部長表示將針對監護處分上限5年的部分展開修法，期望處分期間不侷限於5年，應該視情況向法院聲請延長至無再犯之虞為止[2]。另外2020年12月30日的司法院釋字第799號，也是針對強制治療是否違憲進行宣告。從上述這些引起大眾關注的新聞案件來看，監護處分近年來成為大家所關注的焦點，表示臺灣對於需要監護、禁戒、強制治療之人與犯罪關聯之議題愈來愈受重視與討論。

保安處分源於19世紀末到20世紀初的德國，主因是既有的刑罰不足以達到社會保安的目的而產生之替代性處遇，目的在預防未來犯罪（林詩韻等，2020）。我國

---

1 震撼一審　殺警判無罪　法官：急性妄想　發病犯案　檢警：天地不容　火速上訴，蘋果日報，2020年5月1日，https://tw.appledaily.com/headline/20200501/IKHGKR6OF5HCD2O35HUDSMX66A/（最後瀏覽日：2021年1月15日）。

2 王昱培，自由開講》監護處分恐成「強制治療2.0」，法務部宜三思而行，自由時報，2020年5月7日，https://talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/3157804（最後瀏覽日：2021年1月15日）。

刑法規定了刑罰與保安處分兩種制裁犯罪的方式，而其目的則在於教育或矯治犯罪行為人。保安處分包含「感化教育」、「監護」、「禁戒」、「強制工作」、「強制治療」、「保護管束」及「驅逐出境」[3]。而保安處分司法精神鑑定之意義、運作方式、功能，與司法實務之關係等議題，在理論與實務上均引發許多爭議。刑法第87條規定，係對於犯罪時欠缺違法行為辨識能力的精神障礙犯罪者，如認為其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞，法官得令其入醫療機構或其他相當處所，接受監護治療。而監護處分係屬保安處分的類型之一，基於特別預防概念為主，是以行為人具有反覆從事犯罪之危險性為基礎，針對行為人施以改善、治療等處分，以替代補足刑罰的強制處分[4]。

從保安處分的內涵深究，我國刑法的第87條規定：「因第十九條第一項之原因而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護。」「有第十九條第二項及第二十條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於刑之執行完畢

3 根據我國刑法第86條至第99條之間針對保安處分的相關內容，第86條規範「感化教育」、第87條規範「監護」、第88條及第89條規範「禁戒」、第90條規範「強制工作」、第91條之1規範「強制治療」、第92條及第93條規範「保護管束」、第95條規範「驅逐出境」。

4 我國刑法第87條於2005年修正，隔年7月1日正式施行，將處分期間由原先的3年延長為最高5年，其要件以「情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」，對象非所有精神障礙者，也就是說監護處分目的在消除犯罪人之危險性，以社會安全為首要目標。

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。」而第19條與第20條所規定的個人係精神障礙或其他心智缺陷以及瘖啞人士，也與前述的相關新聞事件有所關聯，因此本文將監護處分的對象以精神障礙或其他心智缺陷的行為人為主要的研究範疇。

本文將從監護處分的相關理論著手，透過「罪責理論」來探究監護處分之概念基礎以及定位；以及我國司法實務上是如何判斷行為人於行為時之辨識能力與控制能力，輔以臺灣監護處分的現況來瞭解司法精神鑑定實務上運作與困境；接著從人道關懷出發的英國監護處分的現況，並瞭解英國是如何落實整個監護處分的運行，並透過英國未來在監護處分的展望中找出臺灣未來監護處分的改進之處，提出更完整的監護處分制度。

本研究乃透過英國監護處分的視角，探討英國對於精神疾病患者觸法時的實務作為，整個司法過程與起訴審判標準，是否有值得臺灣參採之處。其次，對於精神疾病患者因疾病，落入整個刑事司法精神醫學系統的程序，主要介紹英國對其治療與處遇之程序與處所為何，最後從兩國在實務上的困境進行說明、提出建言，供我國在修正相關法律與制度時的參考依據。

貳、監護處分的內涵

一、監護處分的定義

社會安定端靠犯罪預防的落實，犯罪學的預防分為

「一般預防」和「特別預防」，一般預防係透過社會大眾對於法律的服從或刑罰的恐懼，來遏止犯罪。而特別預防是使犯罪人經由刑事司法系統的處置，讓特定犯罪人能改過向善，進而降低再犯率。一般預防透過刑罰來增進社會大眾遵守刑法規範，減少犯罪。透過刑罰的確定性、嚴厲性和迅速性來達到威嚇效果，使人們因害怕受罰而不敢犯罪。特別預防則透過對犯罪人的矯正處遇制度，建立符合社會的道德價值觀，減少犯罪的動機。而再犯風險高的犯罪人以及長期監禁受刑人，則是採用隔離手段使其無法在社會上遂行犯罪。

而刑事司法制度下的犯罪預防除了刑罰傳統警政的巡邏、強力逮捕，檢察官的起訴及法官的速審速決及矯正司法機構的嚇阻、長期隔離策略外，尚有改變社區環境與結構的社區犯罪預防、防止個人犯罪傾向的產生，去除有害個人成長的因素的發展性預防，以及對犯罪環境加以管理設計，以增加犯罪風險，減少酬償及降低犯罪機會的情境犯罪預防等。即便多樣化的預防理論與作為互相補足其缺失，但亙古至今犯罪成因多樣化，除了各種預防策略外，司法制度上也將監護（Custody and Protection）視為達成犯罪預防的重要處遇手段，也就是臺灣所謂的「保安處分」之一。保安處分係以監護、保護與治療之方式對精神疾患與心智缺失之人在犯罪後所實施之處遇，並非刑法中「刑罰」，也非精神衛生法中的「強制住院」。臺灣的監護處分乃是「監督保護」、

「治療」以及「預防對社會安全之危害」三者並重（陳逸飛，2019）。由此可知臺灣的監護處分的要件有三：分別為因精神障礙、其他心智缺陷或瘖啞的犯罪行為人；犯行時之責任能力被判定為顯著降低或喪失，受有減刑或不罰之判決；有再犯或危害公共危險之虞。

二、監禁處分的理論內涵

根據林山田（1998）主張，保安處分中心思想是以保障社會安全為主，藉由針對性格缺陷者加以治療、教育與矯正，甚或是剝奪或限制其自由等方式來達到社會保安的目標。政府以積極治療或消極隔離等公權力來介入，企圖使因性格缺陷而有從事犯罪危險性者能夠改善其犯罪傾向，達到預防再犯目的。因此保安處分係一種特別預防，即對有心理或性格異常者、無責任能力或限制責任能力人，針對個別狀況施以醫學或心理、行為治療，或是預見其犯罪危險性，以達個別處遇預防犯罪效果（李清泉，2009）。保安處分其實是屬於二元主義的刑罰概念，刑法的執行有其政策目標，除了「罪責法定」、「正義應報」外，同時重視「犯罪預防」，因此二元主義便是「刑罰」與「保安處分」共存制，因為犯罪原因多元且複雜，單純以刑罰恐無法達到社會保安的目的，因此對於無責任能力或是無刑罰感受及適應性的犯罪人來說，保安處分會是達成目的的手段之一。

精神障礙犯罪人在司法體系中刑事犯罪不成立，改以保安處分處遇，並非其行為非「不法行為」，而是在

行為當中缺乏「責任能力」。而責任能力的判定是根據涉及專業的心理與生理醫療領域，然而生理、心理原因，是否符合刑法第19條所規定得以不罰或減低其刑責，應由法院本相關證據與鑑定之結果，綜合行為人行為時各種主、客觀情形加以判斷，並非該鑑定結果能夠取代法院對於行為人責任能力有無之判定。由此可知我國對於犯罪者處以監護處分的判定為兩階段判斷[5]模式來運作，第一階段應先針對犯罪者進行司法精神鑑定，犯罪者因「精神障礙或其他心智缺陷，導致不能辨識本身行為違法與否，或欠缺依其辨識而行為之能力者」，必須瞭解犯罪者本身是否有精神狀態與醫病歷史，更要考慮行為當下是否精神障礙疾患發病，或者是本身的心智缺陷而無法辨識自身的行為是否違法。也就是說犯罪施行之精神狀況，對於外在環境與事務缺乏知覺及判斷，個體本身失去自由決定之能力。第二階段則由法官執行針對行為者的「辨識能力」、「控制能力」、「責任能力」的判別，將以法律觀點而非醫學觀點來進行判決，由於法學與醫學缺乏共通性的情況之下，法官會綜合所有條件來判斷行為人當下是否有行為能力。只是責任能力之判別尚須檢驗精神障礙與犯案結果的「因果關係」，若只因為行為人有精神障礙或心智缺陷就可以被認定當下無行為能力，那麼醫學凌駕法學的情形將巨量

5 王皇玉（2019，頁327-331）。

湧現，但若是法官漠視專業的精神醫學鑑定結果而以法學主觀判決，也非司法之福，因此醫學與法學專業領域的交流是未來監護處分的重要關鍵（王皇玉，2019；吳忻穎、林晉佑，2020）。

三、臺灣監護處分的現況分析

臺灣監護處分的現況，從法務部司法官學院（2020）統計資料中顯示（表1），臺灣保安處分總數從2007年13,460人，逐步上升到2019年的新高點18,023人，上升的幅度高達57%，成長幅度驚人。更仔細看臺灣的監護處分總數從2007年的201人，2010年降至156人來到近年新低點，隨後上升至2017年來到217人為近年來新高，而後微幅下降到2019年的195人。而2017年的最高點較2010年最低點成長近39%。絕大多數的監護處分對象都是因精神障礙或心智缺陷致辨識行為能力減低而減輕其刑，比例上來說不罰的比例從14%～25%，減輕其刑的從73%～85%。刑法第87條之規定中「令入相當處所，施以監護。」表示法院對精神疾病無罪或減輕其刑者，多以5年以下之監護處分。監護處所除了公私立的醫療院所外，尚有慈善團體、親屬或其他適當處所都能夠成為監護處分的場域，甚或是住院或是門診治療也行[6]。監護處分實務上的執行重點在於評估作業，評估作業目

6 黃聿斐，監護處分制度的介紹，衛生福利部草屯療養院電子報，0165期，2017年10月1日。

的是為了能夠充分瞭解受監護處分人的精神狀況及可能的危險性，再行選擇適當的治療模式與處所。目前臺灣是透過各公私立精神醫療機構來執行監護處分的鑑定，目前多為刑後或免刑監護處分，少數則刑前監護處分（張子午，2019）。

表1

臺灣地區近12年監護處分人數

	因精神障礙或心智缺陷致不能或欠缺辨識行為能力不罰	因精神障礙或心智缺陷致辨識行為能力減低而減輕其刑	因瘖啞而減輕其刑	監護處分總數	保安處分總數
2007年	41（20.4%）	159（79.1%）	1（0.5%）	201	13,460
2008年	50（24.3%）	156（75.7%）	0（0%）	206	11,439
2009年	36（18.6%）	155（79.9%）	3（1.5%）	194	14,254
2010年	28（17.9%）	127（81.4%）	1（0.7%）	156	15,319
2011年	34（19.3%）	139（79.0%）	3（0.7%）	176	17,026
2012年	43（23.1%）	142（76.3%）	1（0.6%）	186	15,934
2013年	50（25.5%）	144（73.5%）	2（1%）	196	16,595
2014年	51（24.9%）	153（74.6%）	1（0.5%）	205	17,470
2015年	36（18.2%）	162（81.8%）	0（0%）	198	17,566
2016年	39（18.3%）	174（81.7%）	0（0%）	213	17,344
2017年	50（23.0%）	167（77.0%）	0（0%）	217	17,533
2018年	33（17.6%）	154（79.8%）	1（0.6%）	188	16,048
2019年	28（14.4%）	167（85.6%）	0（0%）	195	18,023

註：法務部司法官學院（2020），108年犯罪狀況及其分析。

根據臺灣各級檢察署監護處分的流程[7]來看，刑前與

7 臺灣高等檢察署暨所屬各級檢察署執行監護處分作業流程圖，臺灣高等檢察署，https://www.tph.moj.gov.tw/media/13657/86415452556.pdf?mediaDL...（最後瀏覽日：2021年1月15日）。

刑後以及在監等受監護處分之人，需透過醫院來進行鑑定，在適當的處所中採用合宜的治療方法來執行監護處分。對於再犯或危害性之判斷，除了法院的犯罪事實判定外，更涉及心理學、精神醫學等領域。透過專業的精神鑑定所提出的結論會包含被鑑定者之臨床診斷，提出是否有責任能力或再犯危險性的意見，以及被鑑定人之未來治療建議，2011年到2015年共843個監護處分判決案例，歸納出臺灣監護處分判決的類型，包括以醫療需求度、精神疾病、家庭支持度、犯罪紀錄、犯罪行為之輕重、自立能力之有無、行為習性與有無悔意等（張淑婷，2017）。總的來說，我國監護處分整體實務運作上，是將觸法行為者進行司法鑑定，透過專業的鑑定後判定為精神疾病患者或其他心智缺陷者，隨後由法官綜合主客觀條件來進行判決，處以刑前、刑後或免刑的監護處分，接著委由特約機關來進行醫護，這類的犯罪者多半送至精神醫療機構執行監護處分。

參、英國監護處分的執行現況

一、精神病患的監護處分發展歷程

英國是世界上實施開放治療精神障礙者之先驅，對於精神病患健康的法案，其實從1742年的英國Tracy法官所提出的「野獸法則」[8]（Wild Beast Test）開始，直到

[8] 犯罪人在施行犯罪時，如同野獸般的喪失認知理解與記憶，不知道自

1774年的「瘋人院法」（Madhouse Act）[9]，隨後在1808年的「庇護法案」開始為貧困及精神病患設立公共的精神衛生庇護所。在1843年英國Tindal法官提出的「馬克諾頓法則」[10]（M'Naghten rule），強調被告犯罪行為是肇因於其精神疾病（mental disease）或心智缺陷（mental defect）下的產物，應予以免責。於是乎在1845年「Lunacy」法案[11]，開始強制當地政府資助興建收治精神病患的場所，直到1876年整個英格蘭與威爾斯超過65,000人被歸類為精神障礙疾患，且數目還不斷增加中（Ayers, 1971; Melling et al., 1997; Unsworth, 1991）。隨著年代的轉變，情況開始變得複雜多變，精神病患與犯

己所做所為，始可免責（偏重辨識能力）。Norman J. Finkel, Ray Shaw, Susan Bercaw & Juliann Koth, Law & Psychol. Rev. 77 (1985) Insanity Defenses: From the Jurors' Perspective, HeinOnline, https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.Journals/lpsyr9&div=10&id=&page= (last visited: Jan. 15, 202).

9 瘋人院法案從1774年到1828年，要求所有瘋人院均應獲得皇家內科醫學院委員會的許可，且每年必須進行更新及檢查，並將所有精神病患集中登記方便管理。

10 犯罪人於施行犯罪時，因心智缺陷或精神疾病所引起的喪失判斷力，以至於無法瞭解自身行為之本質與質量；或者犯罪人雖知其所為，但無法分辨行為本身是錯誤者（right and wrong），可免於刑罰。FindLaw's team, The M'Naghten Rule, FindLaw, Jan. 30, 2019, https://criminal.findlaw.com/criminal-procedure/the-m-naghten-rule.html (last visited: Jan. 20, 2021).

11 Lunacy法案成立委員會，Lunacy委員會由11名大都會專員組成。法案規定所有的庇護所都需要在政府單位註冊下才能運作，該法案建構出整體公共場域網絡。掌握庇護所和病人的治療情形。著重在一般的工作場域及監獄中的患者，同時為他們尋找適當機構進行治療。

罪開始起了連結，因此英國針對犯罪人或可能犯罪的人廣泛採取監護處分制度，用以補充刑罰之不足。透過1907年的「罪犯保護觀察法」、1908年的「未成年人犯罪法」及同年的「預防犯罪法」[12]，開啟刑罰不再以監獄為主的潮流。

英國在1959年開始制定了精神衛生法，共歷經1983年、1995年與2007年三次之修正（張淑婷，2017）。從1959年首次制定的精神衛生法中內容，包括對於精神疾病的定義、復審法庭（Review Tribunals）的成立依據、在地權責單位的功能與福利、治療處所、強制入院治療與監護、刑事訴訟中的收治與轉院等[13]，後續的修定則針對不足之處進行補足。1983年針對精神衛生法修正案（The 1983 Mental Health Act）（Hamilton, 1983），展現對精神病患進行強制治療的公權力，對於精神疾病為精神心智上的障礙或失能（any disorder or disability of the mind）加以明確定義、對於精神疾病犯罪者處以監控社區治療（Supervised Community Treatment）、且治療無時間限制，強化「精神衛生法庭」（Mental Health Review Tribunals）運作（Bowen, 2007；林詩韻等，2019）。英國在1998年設置重症精神障礙者之保安機

12 北京政法職業學院學報，英美國家的保護觀察制度概要，核刊發表網，2019年10月18日，http://www.hkfbw.com/lunwen/qikan-9221.html（最後瀏覽日：2021年1月15日）。

13 Mental Health Act, legislation.gov.uk, https://www.legislation.gov.uk (last visited: Jan. 15, 2021).

構，隔年發布無限期拘禁危險性人格障礙者的法令。更在2000年政策白皮書發布一系列針對精神疾病犯罪者的措施，包括未犯罪但無法治療之高風險者，應無限期拘禁；由獨立之法院判決並強制精神障礙者服藥，並擴大對精神障礙者之醫療處遇範圍，並且受委員會監督；被害人對精神障礙加害者有知道其釋放或假釋的權利（曾淑瑜，2005）。

隨之在2007年進行第三次的修正，由於第二次的修正重新對於精神心智上的障礙或失能定義，但仍有不足之處，第三次將學習障礙列入，但予以排除藥物酒精成癮者適用該法案。此外針對可治療性與嚴重失能的檢測予以廢除，取而代之的是適性醫療處遇措施。第三次修正朝向全面性的考量個案的精神疾病程度以及造成其病症的因素[14]，大幅修正只能減輕或預防精神狀況的惡化的處遇措施，同時處遇的內容擴大到療養、心理介入治療、心理健康的復原與照護。此外更強化近親照護[15]（Nearest Relative）的制度。另外針對整個處遇的專業角色取代社工訂定規範，執行醫療處遇者則視為監護官

[14] 2007年的精神衛生法修正案中，對於精神障礙的類別給予明確的定義，包括學習障礙、學習困難、自閉症譜系障礙、後天性腦損傷、癡呆症、其他心理健康、認知或神經方面的疾病。資料來源：同前註。

[15] 由法院指定適合的人選擔任近親照護的工作，是精神衛生法的一個專業術語，是精神衛生法中賦予權力進行照護之人，2007年的修正案將近親照護NR的地位提升至法律層級上的配偶。NR權利可以要求評估患者是否根據刑事訴訟法而被拘留、出院、更換NR等。MHM Wales, https://mhmwales.org.uk/ (last visited: Jan. 15, 2021).

的功能；針對強制性的社區處遇有了新規範，透過社區處遇法令（Community Treatment Order）賦權的責任醫師，與專業精神人員進行討論後決定醫療院所以及治療所需時間（responsible clinician）（王金永，2008）。

近年來英國假釋委員會於2019年8月啟動了《2019-2022年NPS健康和社會護理戰略》[16]，該策略的三個核心承諾是：在緩刑監督下改善人們的健康和福祉，並有助於減少刑事司法系統內的健康不平等；通過解決與犯罪行為有關的健康和社會護理相關驅動因素以減少犯罪受害者來減少再犯罪；支持為在緩刑監督下的人們提供強有力的服務途徑，包括改善羈押場所和社區環境之間的護理連續性，最重要的是要瞭解對有關個人的行為和能力的綜合影響。

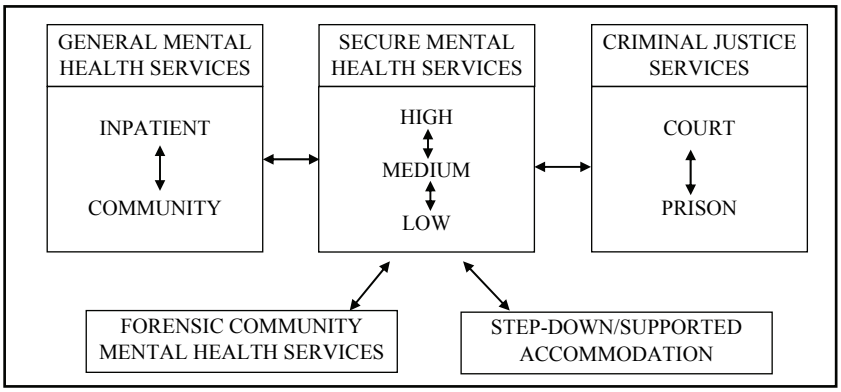
從圖1來瞭解整體英國的司法精神醫學體系的運作網絡，從一般的精神醫學服務來說，有住宅的居家住療與社區治療的相關配合與支持；而戒護精神醫學服務則有低中高安全戒護機構來負責執行相關業務，在這個階段的三級戒護機構，同時與風險降低的住家支持系統及司法社區精神醫療服務進行體系內的照護與監督，避免這些安全戒護機構的病患復歸社會而產生銜接工作的斷

16 Health and social care needs assessment of adults under probation service supervision in the community, Public Health England, 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/875279/Probation_HSNA_Guidance.pdf (last visited: Jan. 15, 2021).

層；最後則是範圍更小的刑事司法系統內的精神醫學服務，從法庭到監獄之間來進行精神醫學相關工作，當然整個三層次的精神醫學服務是能夠互相移轉的，顯示出英國的精神衛生體系橫向聯繫非常完善（JCPMH, 2013）。

圖1

英國刑事司法精神醫學體系



註：JCPMH, 2013。

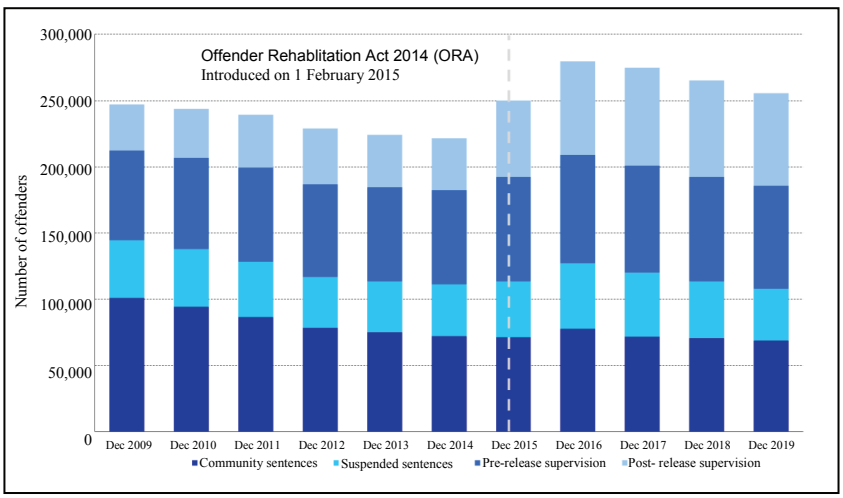
未來英國針對對於精神疾患治療病人將賦予個人對自己的治療有更多的控制權利。也著重在種族議題上，包括對黑人、亞裔和少數族裔社區的大量拘留，更重要的是要積極改善刑事司法系統內對病人的護理作為，其中最重要的是一年將投入23億歐元在長期的社區精神處遇的部分，期望透過法令的修正與策略的落實，同時間能夠兼顧人權並且達到社會保安的目標（Department of Health and Social Care, 2021）。

二、精神患者的刑事處遇現況分析

根據英國司法部（2020）的統計圖表來看（圖2），英國在2009年至2014年期間，法院命令的總處理量下降了22%，降至109,353，然後在2016年增加了14%，至124,643。隨後2019年12月底的106,234稍微下降了5%。其中英國針對精神疾病或障礙的犯罪人判處監護處遇屬於社區處遇命令（Community sentences Order）範圍，自2009年至2014年，社區命令的犯罪人數減少了27%之後，在2016年微幅增加，然後在2019年12月底降至67,809；與上一年相比下降了2%。同樣，緩刑令（Suspended sentences Order）從2009年到2013年減少了

圖2

英國緩刑處遇制度統計表



註：Ministry of Justice, 2020。

12%，降至38,227，在2016年增加到49,541，隨後該數字再次下降至2019年12月底的39,083，與上一年相比下降了9%（Ministry of Justice, 2020）。

對於受緩刑處遇監督者，從2009年至2019年，法院下達的命令數量減少了38%，降至104,038；同期，社區處遇命令也減少了40%，從122,796減少到73,871，緩刑令減少了33%，從46,897減少到31,613。社區處遇令整體時程從2018年的12.1個月增加到2019年的12.4個月，而緩刑令保持在17.2個月[17]。

表2

英國精神醫療監護處分統計資料表

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
精神醫療處遇總數	6,682	6,918	7,051	7,193	7,422	7,533	7,720
入院強制治療	4,449	4,571	4,652	4,679	4,811	4,821	4,899
有條件出院	2,233	2,347	2,399	2,514	2,611	2,712	2,821
重回入院治療	1,564	1,647	1,686	1,610	1,503	1,553	1,639
出　院	1,402	1,520	1,534	1,453	1,345	1,409	1,510

註：Ministry of Justice，本研究整理。

[17] Table Q5.1a in the Criminal Justice System Quarterly Statistics publication states the number of offenders sentenced at all courts 12 months ending September 2009 to 12 months ending September 2019, Ministry of Justice (2020), Criminal Justice statistics quarterly: September 2019, https://www.gov.uk/government/statistics/criminal-justice-system-statistics-quarterly-september-2019 (last visited: Jan. 15, 2021).

表3

強制入院治療統計表

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
總　數	4,449	4,571	4,652	4,679	4,811	4,821	4,899
由監獄移轉	1,101	1,188	1,173	1,175	1,256	1,265	1,345
拘留期間移轉	214	246	241	224	264	250	306
判決後移轉	887	942	932	951	992	1,015	1,039
醫療處遇附限制令	2,909	2,921	2,981	2,983	2,991	2,978	2,964
蘇格蘭與北愛爾蘭移轉	8	9	10	10	11	10	10
不適合辯護	349	358	371	376	403	415	407
因精神疾病獲判無罪	36	46	57	64	76	76	82
醫院及限制指示	46	49	60	71	74	75	89
其　他	0	0	0	0	0	2	2

註：Ministry of Justice，本研究整理。

根據表2的統計資料中顯示，英國在2013年到2019年所判處的精神醫療處遇總數從6,682人到7,720人，持續的增加當中，而入院強制治療從4,449人緩慢增加至4,899，治療完畢出院的從1,402人到1,510人，明顯瞭解判處精神醫療處遇治療的時程沒有時間限制，端賴專業醫師的評估後決定是否有條件的出院或康復後出院，在英國有條件出院與康復出院的比例尚不足五成。更詳細的探討入院治療的資料（表3），由監獄移轉至醫院的從2013年1,101人上升到2019年1,345人，拘留間移轉至醫院的從214人上升到306人，判決後移轉至醫院治療的從887人上升到1,039人，醫療處遇附限制令的部分從2,909人持平到2,964，獲判無罪的人數也從36人上升到82人，精神狀態不適合出席辯護的從349人上到407人。從上述的統計資

料中顯示，英國近年來精神病患不斷的增加，因應這個趨勢下，英國從1959年的精神衛生法案制定後，不管是議會的一級立法（Primary legislation）或是委任立法（Secondary Legislation），對於精神衛生法案的相關規定與修正案，洋洋灑灑超過200個提案，目的就是希望透過更全方位的醫院治療、社區照護以及居家生活中做起，同時間整合各界的資源投入精神醫療，達到社會保安的目的。

三、英國精神病患監護處分的具體執行現況說明

英國對於精神病患的監護處分中心思維其實受到《歐洲人權公約》（ECHR）第6條及第14條[18]所影響，同時《聯合國殘疾人權利公約》（UNCRPD）第13條規定：應確保殘疾人與他人在所有法律程序，包括調查和其他初步階段都能享有平等的權利。1983年《精神衛生法》涵蓋了強制性的住院，監護和社區治療令。所以對於有治療必要的精神障礙犯罪者，英國法院以入保安醫院[19]取代刑罰，因此在起訴決定期，訴訟程序或罪犯的保釋狀態，都必須根據該法案進行相關的衡鑑與後續治療的考量。從入院拘留，在28天的期限內進行評估，以

18 確保每個人公正審判的權利，規定有刑事罪行的嫌疑犯最低限度的權利，並禁止歧視性作為。

19 保安醫院分為，高度保安醫院，中度保安醫院以及一般精神病院。高度保安醫院平均收容期為8年。中度保安醫院上限為2年，一般精神病院強調短期化入院。資料來源：精神障礙者犯罪處遇制度之研究，曾淑瑜（2005）。

維護自身的健康和安全或保護他人。根據2名以上醫師的報告決定為期半年至1年的強制或自願拘留治療。法院應斟酌其犯罪性質、犯人前科、再犯可能性，根據社區治療命令來入院命令或禁止出院（精神衛生法第3條），或者暫時強制入院命令為精神治療之保護觀察。英國雖然透過刑事判決讓大多數精神障礙犯罪人（mentally disordered offender）強制入院治療，但其精神則是冀望透過司法制度協助其繼續治療。

在英國一般犯罪人與精神疾患的犯罪人都須經過相同的司法程序，司法程序在本文中分述如下。

(一)起訴調查階段

起訴相關證據資料來說，警察或檢察單位根據「起訴導引指南」（Directors Guidance on Charging）作出起訴決定，透過法院配合的醫療機構來確認嫌疑人的心理健康狀況或疾病存在。透過犯罪嫌疑人與其朋友，家人，辯護代表或參與其治療或護理的專業人員取得相關資訊，這些資訊包括：經專業醫療機構評估後的精神健康狀況或障礙的詳細信息、包括藥物服用以及正在接受治療的詳細信息、自陳報告及抗辯理由等。檢察官必須考量起訴的證據力是否足夠且同時是否損及公共利益，在證據階段，有關犯罪嫌疑人心理健康的相關資料是否足夠，犯罪和精神疾病因素的證據是否明確關聯。檢察官應找出精神因素（精神病）涉及犯罪行為的可靠性。在公共利益階段，必須根據嫌疑人心理健康的相關資訊

來確定是否影響並損及現階段公共利益（CPS, 2019）。不過檢察官在針對精神障礙犯罪人調查起訴階段的考量，仍須著重在嫌疑人是否已犯罪、心理健康程度與案件關聯性、犯罪現場所蒐集的證據、案件嚴重性與受關注性等，才能確認是否為精神失常而導致的犯罪，或是其他因素所形成的犯罪。

總而言之，起訴調查階段最重要的釐清犯罪當下的精神狀況，起訴調查的過程中，所有的證據調查都圍繞在犯罪嫌疑人行為時的精神狀態，隨後檢察官作起訴決定時，應首先考慮被告精神疾病的性質和程度，與犯罪行為之間的關係，確認其罪責概念。同時還應考慮罪行的嚴重性、再犯的可能性以及社會公眾保安。精神健康狀態不能成為免除刑罰與賠償的相關責任的藉口，當然在極度嚴重違法的情況下，本階段的重要性則相對輕微，其關鍵在於後面的量刑和處分階段。

(二)判決處遇階段

英國刑法的認為犯罪嫌疑人因完全喪失行為能力的控制，不能追究其後繼行為或疏忽的責任。但是任何因犯罪而被判刑的罪犯都可能有精神健康問題，這是無法單獨從整個訴訟程序中發掘，因此從起訴調查到法院判決，對於犯罪嫌疑人的心理狀態必須透過司法衡鑑來加以確認。法院對於精神疾病的犯罪人所作出的判決有三種：監護治療（強制或自願）（hospital orders）、緩刑監督（supervision orders）以及無罪釋放（absolute

discharge），而判決關鍵在於再犯風險與公共利益間的關係，除了在檢察官調查起訴階段針對各種的犯罪事實與證據的蒐集外，根據精神衛生法的精神，英國針對精神疾病與心智障礙的犯罪嫌疑人的審判程序原則包括：

1.法院必須確定被告是否適合出席皇室法庭[20]（crown court）辯護和接受審判，檢方可提出由英國內政部所認可的2名以上醫師所提出的專業報告來決定。

2.法院必須確定被告是否適合出席治安法庭[21]（magistrate's court）或少年法庭出席辯護和接受審判，本階段強調的事實調查與醫療報告的檢視，確認犯罪事實是否存在，再尋求進一步的醫學證據來進行後續判決。

3.法院應讓被告盡可能面臨正常的刑事審判程序，確保被告能有效的參與整個審判程序。

4.法院應採取「一切合理步驟」，鼓勵協助被告及證人出庭參與。包括讓證人或被告提供最佳證據，並使被告理解訴訟程序並充分參與其辯護。

5.法院應盡可能讓被告能實時連接（live link），由

---

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

21 治安法院由兩名或多名太平紳士（justices of the peace）或一名領薪治安法官〔stipendiary magistrate〕組成。審理簡易程序（triable summarily）案件，以及正式起訴程序審理（triable either way）案件。治安法院還有權主持刑事案件的預審程序以決定是否應將被告人交付刑事法院按正式起訴程序審理。資料來源：元照英美法詞典。

於被告可能有精神疾病或心智障礙等情況，因此可能無法有效地參與訴訟，法院可提供各種可能的現場聯繫，包括被告、證人、地點等相關有利的證據，不因被告的相關身心狀況而無法完整呈現。

6.法院應落實法律代理人制度，確保被告在法院上的各種權利無受到侵害。

7.法院在終止訴訟下達時，對於被告的任何判決或限制也應立即終止。

英國的刑事法庭制度分為三種，治安法庭（Magistrates' courts）、皇室法庭（Crown Court）以及少年法庭（Youth Courts），精神疾病與心智障礙的相關刑事案件都從治安法庭開始，視犯罪事實的嚴重性程度[22]決定是否進入皇室法庭。法官除了根據上述審判原則外，英國在2020年10月1日發布了針對精神障礙犯罪人，發育遲滯犯罪人和神經系統障礙犯罪人的量刑指南（Sentencing Council, 2020），其中精神障礙犯罪類型包括：思覺失調症、抑鬱症與創傷後症候群等，發育遲滯包括自閉症與學習障礙等，神經系統障礙則包括腦損傷與失智痴呆等。該量刑指南規定，在評估犯罪者的損害或失調是否會對量刑產生任何影響時，法院應採取個人主義的態度，並著重於案件中的問題。因為精神疾病或心智障礙者在發病當下的犯罪行為，其造成損害程度會

22 治安法庭判決最高可判處6個月的監禁（或一項以上罪行總共可長達12個月）、罰款、社區處遇以及禁令。

依個體差異性而有所不同，英國法官在量刑時會考慮到犯罪者當下因為精神障礙或心智缺陷的情況下，其可責性大大降低，因此需要對案件的所發生的情況以及所有相關資料進行判決分析。判決當下應同時依照《精神健康法》規定，將犯罪性質、心理與生理障礙以及醫療處遇的關聯性，進行監護處遇的判決，因此該指南能夠幫助法官在困難而複雜的領域中採取一致的方式來進行量刑。

在刑事司法程序當中，根據精神衛生法第3條的判決，醫院命令可能的結果包括：還押醫院持續治療（Remands to hospital）、醫療或監護命令（Hospital and guardianship orders）、限制令（Restriction orders）、醫療限制指示（Hospital and limitation directions）、收容保護聽審（Detention during Her Majesty's pleasure）、返還監獄醫療（Transfer to hospital of prisoners）。關鍵在於法官認為案件應朝向精神疾病或心智障礙的方向偵辦或判決，則精神疾病的犯罪者將處以住院治療，而非監禁。在完成監禁判決之前，可處以醫院一段時間的治療，將囚犯轉移到醫院，或在宣判時施加醫院命令，也可能涉及使用限制令。根據第41條的規定，皇家法院根據犯行程度與保護公眾的範圍內，針對異常危險的精神疾病患者，在醫院命令下隨附限制令，或者判處先入院治療後執行監禁，抑或是羈押期間，同時在獄中接受治

療或是轉移到精神病醫院進行評估和治療[23]（Hill et al., 2019）。

(三)司法衡鑑

精神疾病並非犯罪人免除刑責，但精神疾病確實會影響並削弱行為人自我控制的能力，對於自己違法的行為卻不自知（Morse, 2011），英國精神能力法案（Mental Capacity Act）上提到法律上精神障礙或者是缺乏心智能力的標準，說明精神疾病或心智障礙會嚴重影響決策能力，導致其無法瞭解行為已觸犯法律。更準確來說，英國精神衛生法認為必須要有因精神疾病導致行為人喪失行為辨識的能力，而與刑事責任有關的精神疾病包括思覺失調症、抑鬱症與創傷後症候群等，發育遲滯包括自閉症與學習障礙等，亦即被告在上述的精神疾病或心智缺陷下犯罪，個體無法辨識或理解其行為的非法性，行為人無法控制自己的行為，其常見症狀有思維混亂、幻覺、缺乏動力（Sentencing Council, 2020; Torrey et al., 2017）。那麼上述的這些精神疾病與心智缺陷的司法衡鑑工作，從檢察官起訴調查階段根據犯罪人的情況來提出相關鑑定申請，由法院配合的專業醫療機構執行，並且由2名以上的合格醫師提出報告，再根據精

[23] 英國精神衛生法第45條到第49條規定，如果被監禁的罪犯患有某種性質或程度的精神障礙，使其適合被拘留在醫院，則分別被判刑或還押的罪犯可以被轉移到醫院用於醫療。

神衛生法第37條第1項之強制入院治療[24]，此舉兼顧精神疾患犯罪者的健康與社會保安目的，狀況輕微者由醫療小組入監進行治療，而嚴重精神病患則申請入院治療、拘禁精神病患與未經精神病患之同意而進行治療。

英國衛生精神法第2條以及第66條規定，在精神障礙診斷部分由法院指定的醫院以及核可的臨床醫師進行診斷，法庭上同時申請公正獨立第三方參與，就是所謂的「精神衛生法庭」（Mental Health Review Tribunals）或者是精神衛生委員會[25]（Mental Health Act Commission）。而根據英國衛生保健法第65條[26]針對精神健康復審法庭的程序中規定，「根據1977年《國家衛生服務法》，在每個地區組成區域醫院委員會的地方，應組成一個法庭，稱為精神健康復審法庭。」英國的精神衛生法規定，起訴階段的入院鑑定，28天後，必須將治療方案提交給精神衛生法庭，最遲到12週的期限內必須獨立審

24 Mental Health Act的第三章（病患在刑事司法程序及判決）第37條第1項與第2項的規定，Powers of courts to order hospital admission or guardianship，經過皇室法庭或治安法庭判決後，經由2名以上的專業醫師報告確實患有精神疾病，其嚴重程度應在醫院接受治療，第8項規定強制入院治療不得以緩刑或罰緩取代。資料來源：Mental Health Act, *supra* note 13.

25 成立於1983年，由約100名成員（專員）組成，其中包括非專業人士、律師、醫生、護士、社會工作者、心理學家和其他專家。資料來源：Mental Health Act Commission, Mental Health Law Online, https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_Health_Act_Commission (last visited: Jan. 20, 2021).

26 Mental Health Act, *supra* note 13.

判。精神衛生法庭專門審理這類案子，有權力來否決或同意醫生的治療方案，並且監督醫生的治療過程，以保證病人的權利和公共的利益。

由精神病專家組成精神衛生委員會，是一個獨立的第三方，職責是維護病人的權益，監督強制治療，並且培訓醫生和精神病的律師，監督精神衛生法的執行。當精神衛生法庭對醫生的治療方案作出裁決之後，精神衛生委員會有權力對它的裁決提出異議，這兩個很獨立的機構來保證病人的權利，同時來保證社會的公眾利益。在英國，法律援助也是精神疾病患者維護自身權益重要的輔助手段。在刑事訴訟或判刑中，根據精神衛生法規定，司法衡鑑的時機可以在判決前或後來實施。

(四)監護處分執行

英國針對精神疾病與心智障礙的監護處分判決有三種，醫院治療（強制、自願與返回監獄）、社區處遇與無罪釋放。1950年代以來，英國國家保健署[27]（NHS）對於精神障礙受刑人去機構化的趨勢日益增加，讓治療處所能夠在醫院、療養院、社福機構或監獄中施行，而不是單純在普通精神病醫院（Peay, 2016）。英國司法精神衛生服務（forensic-psychiatric care）是針對在監獄或法庭上的精神疾病犯罪者提供特殊精神健康治療，設有

[27] 國民保健署（National Health Service）簡稱NHS，是英國四大公型醫療系統的總稱：包括英格蘭的國民保健署；北愛爾蘭保健及社會服務署（HSCNI）；蘇格蘭的NHS及威爾斯的NHS。

不同等級的司法精神醫院，分別為高度戒備、中度戒備及低度的普通精神醫院（low, medium and high secure mental health hospitals）（Coid et al., 2007; Hare et al., 2018）。這些機構中的患者大多需要長期的醫療照護，但龐大的經費需求與社會道德價值觀的雙重衝擊下，許多問題都一一浮現。在英國每位精神醫療患者每年花費約175,000英鎊，每年共12億英鎊，占整個精神衛生預算的10%（Hare et al., 2018），高度戒備機構長期收容嚴重的精神病患者，中度戒備機構則是成為高度戒備機構轉回到監獄、復健、出院後銜接社區精神醫療服務等一般醫療機構的緩衝（Doyle & Carballedo, 2014）。

不管是何種監護處分，都是基於為維護公共安全，精神疾病犯罪者由法院裁定或由監獄兩種方式強制進入司法精神醫療機構評估精神健康問題、住院及出院治療計畫。該計畫須由當初進行衡鑑的醫師以及其他專業醫療人員提出的第二意見進行整合，在取得精神病患同意後決定住院與否，除非危害他人或無法自我照顧而產生公共利益的危害，才予以強制住院。法院下達醫院治療命令，是將人送入精神病醫院或由當地社會服務機構監護，使其拘留在醫院進行治療。強制住院有四種情況：強制住院鑑定、強制住院治療、緊急強制住院鑑定與緊急留置住院病患（林沄萱，2016）。

社區照護部分，英國在2000年提出NHS Plan十年健康照護計畫，期望社區照護能夠朝向去懲罰機構化的醫

療，英國在2005年及2007年針對精神衛生法的修正案中，正式的將社區處遇令（Community Treatment Order）納入蘇格蘭與英格蘭的法案中（HSCIC, 2015）。醫師可以根據患者的狀況來決定是否可以出院轉成社區處遇。目的是要確保需要治療但又足以將其送出醫院的患者，即使他們不願自願接受治療，也能獲得所需的護理，降低復發率和住院率，並幫助患者瞭解自己的情況。根據第20A條規定，社區治療的時程以6個月為限，根據負責的醫生視其治療的情況、先前的病史、其他足以影響的因素以及公眾安全考量，由治療醫院或精神健康復審法庭來決定是否撤除社區治療令作召回的動作，或者再度延長6個月，若無改善再延1年，直到改善為止。

Rugkåsa & Burns（2017）提出法院判決社區治療令應滿足許多條件，包括：該人患有某種性質或程度的精神障礙、為了人的健康或安全或保護他人、可以在社區繼續治療，而無需將人拘留在醫院、能在必要時迅速將其召回醫院、有適當的治療處遇方案。社區治療處分依精神保健法第3、37、47、48條之規定大多附帶限制令，限定患者只能在特定地區、時間或地點參與治療或服藥。社區醫療機構根據照護計畫方法讓病患、照護協調者（care coordinator）與醫療機構進行全面的照護。當社區治療處遇撤除後，將根據第117條後續照顧之規定，國民保健署（NHS）和社會服務局會提供後續照護。包含居住場地、就業服務、學業與藥物之取得，整體的社

區精神醫療非常完善。

四、未來發展

英國有許多研究中發現，在高度或中度安全環境中的精神患者，其停留時間相對越來越長，表示長期住院患者需要更有效的治療並使其脫離，需要進一步研究該患者的特徵和需求，以便確定合適的治療干預措施（Hare et al., 2018）。英國Sentencing Council在2019年的研究調查報告中指出，有23%的受刑人在入監服刑前就已經有精神疾病就醫或者疑似的狀況，調查或判決的相關報告就有可能出現的爭議與疑慮，其中就包括由毒品或酒精所造成的精神障礙問題，若是因為精神疾病而判處無罪或強制治療，卻沒有更深入的探究該精神疾病的成因，恐有後續的再犯危險性。因此針對犯罪行為與精神疾病之間的因果關係，在未來的修法與實務工作上，更需要強而有力的證據來說明犯罪的當下是因為精神疾病所造成的。英國對於精神障礙犯罪者處以強制治療的監護處分判決，雖然是無罪釋放，但考量危害社會的可能性高，因此由法院判決入院強制治療，由於影響層面巨大，因此必須以犯罪事實為基礎，透過嚴謹的訴訟過程來確保權益。

英國的量刑委員會[28]（Sentencing Council）在2020年

[28] 量刑委員會由英國議會設立，是一個獨立的機構，由司法專責委員會進行案件審查。成員由首席大法官在大法官的同意下任命。非司法理事會成員由大法官任命，並獲得大法官的同意。

7月發表了一項針對患有精神障礙，發育障礙和神經系統障礙的量刑犯的新指引。當中特別強調法院在判決的未來朝向個別化為主，不能一體適用，除了考量公眾利益外，確保犯罪人的權利和需求、受害者和家庭安全感之間必須找到平衡點後進行判決。這個準則在2020年10月正式啟用，提供了法院在量刑的過程中能夠有更明確清楚的判決考量依據，使得法院在判決時能夠確定精神因素與犯罪行為之間存在關聯性，案件中的主客觀調查證據都經過仔細調查且考量，判決後的影響層面是否違反公眾與個人的權益。

總結整個英國司法精神醫學體系有幾個關鍵特色，分述如下：

(一)英國對於精神疾病與心智障礙者的司法精神醫療處置有醫院、社區以及監獄三種，同時引進醫療照護專業以及社會照護療養資源，共同納入刑事司法系統的運作網絡。

(二)為了確保精神疾病與心智障礙病患治療服務與公眾安全，患者必須待在司法精神醫學委託的機構內進行治療，兩者看似衝突，但其目標是相輔相成的。

(三)司法精神醫學體系是「高成本低量能」的服務，為了少數的患者卻編列高額的成本預算來執行，但是整體的司法精神醫療體系是具有彈性的運作空間，能夠在醫院、社區以及監獄彼此移轉，不因病患身處於何種場所而有不同程度的醫療服務，將行政運作干擾降至

最低，以病患個人健康與社會公眾安全為最大考量。

(四)整個司法精神醫療體系提供一個安全的環境，讓病患個人的醫療需求與治療服務能夠運作不受其他因素的干擾，同時能夠去機構的污名化。

(五)英國司法精神醫療體系透過國家罪犯管理服務（National Offender Management Services, NOMS）整合法律與醫療，強調橫向與直向的全方位整合，將醫療、社會照護以及刑事司法系統的銜接能夠無縫接軌。

(六)不管司法精神醫療體系的場所、性別、年齡以及因各種因素所造成的精神疾病患者，都享有等量且公平的醫療照護。透過司法精神醫療品質網絡，將所有司法精神醫療的服務串連起來，從住宅、社區、專業醫療機構與監獄內的所有組織與機構都納入品質網絡當中，透過監督與評鑑讓體系更加完備。

(七)精神醫療體系必須整合刑事司法系統運作，從早期介入、逮捕、起訴調查、法庭程序、監獄矯正及社區處遇的所有程序，確保高風險病患與罪犯能夠安全的管理下，接受有效的治療處遇，並且在醫療、戒護、社區與矯正各領域建立起良好的信任關係。

肆、英國監護處分的執行遭遇的困境

精神衛生法實施這麼多年以來，雖然不斷地修正法案，期望能從罪責事由證據之調查、司法精神鑑定、監護處分的判決、精神治療的落實與後續的追蹤作為，所

牽連到的範圍之廣與作為，顯見其必要性，但同時也面臨到層層關卡與艱辛的困境。

首先從證據調查起訴階段開始，證據調查是為了確認行為人是否清楚自己的行為觸犯法律而危害社會、是否瞭解自己的行為後果，以及理解犯罪性質。即便在所有行為人的客觀條件的證據已經完備，但就行為人是否因生理或心理因素而損其辨識及自控能力的關鍵，就得依賴精神鑑定的協助。透過精神鑑定來釐清行為人是否因精神疾患而影響行為當下的辨識控制能力，確認行為人是否能出席辯護，最後才確認行為人是否能夠負擔刑事責任。英國司法制度上來說，若行為人一旦被鑑定為精神障礙病患的話，根據第37/41條規定，將可能長期甚至終身監禁在精神醫院，因此精神鑑定的醫師成為非常關鍵的角色。鑑定的醫師必須將行為人的精神狀態以及風險評估都必須據實以報，但同時間該報告卻除了違反醫療隱私外，更決定行為人在刑事司法程序中的關鍵，鑑定醫師應避免逾越法官的職責來決定，更不能過度標籤或輕描淡寫行為人的症狀，面對排山倒海的壓力卻得保持中立的態度來完成鑑定報告，同時造成醫療隱私的問題，兩難的情況之下成為英國在精神鑑定中最為人所詬病的一環（Konrad & Völlm, 2010）。

精神鑑定通常與司法證據有衝突矛盾，法院著重行為人在犯罪行為當下的精神狀況，但精神鑑定卻必須瞭解整個病史的脈絡與成因，再提出犯罪行為與其精神狀

態的關聯性的專家意見，兩者的衝突將影響法院作出判決或處分的依據，而精神科醫生卻得背負法律所賦予的權責，以長遠的公眾利益來看，治療令的撤除與釋放遠比假釋委員會的刑期釋放更加重要。

在判決階段中，最受爭議的屬於第45A條的醫療限制指示（Hospital and limitation directions）判決，從表面上看，在判決前或監禁後，針對需要治療的罪犯提供拘留醫療命令，此舉將醫療、監禁與再犯風險全部結合在一起做全面的防堵，命令的撤除、召回與釋放還需透過假釋委員會審核，因此第45A條成為法官作為審理相關案件的重要手段。但第45A條的罪犯多半是根據第37/41條的被告而來，此舉恐讓所有判決的主導地位由精神科醫師擔任，一旦治療有所進展，便移轉到監獄服刑，將會使得後續的治療追蹤效能大大的降低，甚至造成罪犯在監獄中發病而影響整個監獄管理（Peay, 2016）。

英國從1999年以降，國家衛生局（NHS）開始與監獄建立臨床治療的服務（HMPS），將患有嚴重精神疾病的囚犯提供的醫療服務，同時在社區精神治療計畫中也加入了相關的處遇服務，也提高了相關醫療保健預算，由NHS成為精神病患的專責單位（Skuse, 2014）。英國監護處分的法律框架分為普通精神病學（general psychiatry），司法精神病學（forensic psychiatry）和監獄精神病學（prison psychiatry），上面概述的三種類型

的處置各有其優缺點，高度專業化的機構適合為複雜需求的精神疾病罪犯提供治療，但孤立和污名化的風險隨之而來。因此廣泛採用中度與一般醫院的醫療來緩解這些爭議，同時讓療養院、社福機構與監獄內醫療同步實施，精神疾病的罪犯除了透過刑事司法系統外，監獄內的精神疾病收容人更是與日俱增，整個量能不足下，監獄必須同時提供心理健康醫療服務作為最後手段，多數罪犯瞭解，若是透過MHA法案轉介到專責機構進行強制治療，醫療強制令甚至比起應服刑期更加遙遙無期，因此造成許多潛在的精神疾病罪犯或收容人（Peay, 2015）。

英國許多研究發現，在成人、些許青少年以及年齡較大的監獄中，精神障礙的患病率很高。精神疾病在成人監獄、被轉移到醫院的男性青少年囚犯以及在押囚犯中精神病的發病率，是一般人的四到五倍。儘管青少年監護人數下降（2004年將近3,000名，到2015年將近1,000名），即便根據法條規定在監能夠進行治療或轉院，但是患病率仍保持穩定，代表英國的監護處分也是有著治療成效的問題存在。另外，社區醫療命令對於患有精神疾病的罪犯難有強制效力。首先是醫療藥品的濫用可能使得精神狀態更加嚴重，因而被召回入院治療甚至無法出庭辯護，使得法院迫使撤除社區醫療命令而改成強制入院治療（Bebbington et al., 2017; Davoren et al., 2015; Hill et al., 2016）。

縱觀來說，英國對於精神疾病與心智障礙的犯罪人

處遇，所影響的層面非常的廣，困境與挑戰也一波波的排山倒海而來，從對精神錯亂罪犯的照護，在照護心理壓力脅迫和醫療控制之間的高度緊張關係從來沒有緩解，同時也造成精神心理健康與刑事司法之間的界線日益模糊，連帶使得關係人的權利，所應負起的責任，罪責的確定和民粹的譴責都隨之而來。為了降低再犯風險，達成社會保安所採取的各種預防措施與治療處遇也不斷地遭受質疑，對於病人的身心的康復和社會的復歸存在更艱困的挑戰。除了面對精神疾病罪犯的相關處遇照護外，為了讓多元社區精神照護能夠落實，也使得在這些機構工作的人員、設施裝備與資金預算面臨許多前所未有的挑戰，是未來英國在精神衛生政策上應戮力解決的議題（Trebilcock & Weston, 2019）。

伍、結論與建議

一、結　論

英國近年來為精神疾病罪犯的處置作出了許多政策與法律條文上的改變，但在刑事司法體系與醫療體系仍有許多複雜的問題和障礙。刑事犯罪固然必須採罪刑法定原則來執行，但面對因為精神疾病與心智障礙而導致無法辨識與喪失控制能力下的犯罪行為，世界各國皆採行相關監護處分的策略來應對。美國透過在監服刑、強制社區治療以及於司法精神醫療機構的住院治療，德國以矯正保安處分的行為監督處分制度，日本採用「門診

治療」和「緩刑監護官追蹤」的醫療觀察法，英國以強制入院治療、醫療命令與社區治療處分制度，荷蘭以TBS法根據來推行門診式、監獄內以及獨立醫療機構的監護處分[29]，可知世界各國多以司法精神醫療機構進行治療、法院強制執行或自願接受社區治療精神疾病，（張淑婷，2017；林詩韻等，2019）。這些國家對於強制醫療的準則有其共同點，法官判決強制醫療的標準是無罪釋放有危害社會的可能性，其場所須為精神病院，法院擁有宣判強制醫療和解除醫療的決定權，整體醫療時程多為不定期，甚至是終身強制醫療，為了要保障行為人的權利，必須透過嚴格的訴訟程序並以犯罪事實為成立基礎，才能夠達到社會保安的目的。

英國的監護處分制度從18世紀便開始注意到相關的議題，19世紀到20世紀初開始正視廣泛採取監護處分的方式來補充刑罰的不足，並且朝向去機構化的潮流來施行。從1959年制定精神衛生法開始，一直到2020年所頒布的量刑指南來看，英國在監護處分的努力上從未停止過，從統計資料來看，雖然精神醫療處遇的總數呈現上升的趨勢，入院強制治療與出院的數量也持續增加，表面上看起來是越來越嚴重的情形，但仔細思考之下，不

[29] 詹惠雅，【荷蘭司法處遇機構啟示錄】之一　世外桃源或與世隔絕——荷蘭如何處置犯下重罪的精神疾患者？，報導者，2020年9月3日，https://www.twreporter.org/a/netherlands-prison-system-mental-illness（最後瀏覽日：2021年2月5日）。

就是因為治療成效尚未達到預期的目標，而為了社會公眾安全利益考量，而無法撤除相關命令，顯示英國政府非常重視精神疾病罪犯的議題。

精神疾病與心智障礙的犯罪者所耗費的司法與醫療資源相當龐大，英國不管在起訴證據調查、精神鑑定、司法審判、監護處遇與計畫落實追蹤都下足了功夫，從歐洲人權公約與聯合國殘疾人權利公約的精神為主，為了保障權利而有著嚴謹的證據調查，透過起訴量刑指南來標準起訴作業化程序。透過多位專業人員進行精神鑑定，並透過精神復審法庭使得鑑定程序更加嚴謹。法庭審判程序須遵守量刑指南所制定的規範執行，法官需要考量主客觀的所有因素，以及公眾安全利益還有精神疾病罪犯的人權，做全方位的考量後進行量刑的宣判。整個從判決前到入監後，還要針對各階段有可能產生的精神疾病罪犯，透過法律修正以及擴大醫療服務範圍來減少各種危害的情形發生，雖然英國不斷地致力於精神衛生工作，但仍有許多挑戰與困境等著解決。

英國目前已經大量採用社區精神醫療的處遇為主，除了司法精神醫院則負責執行社區醫療的命令外，更重要的是朝向個別計畫處遇的方向前進，針對每個罪犯的鑑定報告與專業意見來判處適合的社區醫療命令，同時為受刑人從事社區服務著手，降低污名化以及改善受刑人的精神疾病狀態，為社會復歸做好萬全的準備。

從嘉義殺警案、桃園吸毒弒母案以及小燈泡案件，

這些案件的判決結果引起全臺的關注，相關的議題浮上檯面，包括精神疾病、司法精神鑑定、監護處分宣告等。於是乎「往後殺人裝精神病就無罪了」這類型的話語瀰漫在臺灣各處（顧以謙，2020）。在臺灣，精神鑑定醫療以及司法判決的交疊之下出現了多重的困境，從刑法第19條的規定，只要精神障礙或心智缺陷而喪失辨識行為的能力，就能夠無罪開釋，視其再犯及危險程度施以保安監護處分。我國針對精神疾病的罪犯處遇和英國監護處分存有些許差異性，在臺灣一旦因精神障礙輕判或無罪，除了能交保外，諭知治療處分也只有5年期限，相較英國長期甚至終身監禁的差異頗大。

再者，法律與醫學領域上缺乏共通性，使得鑑定結論與刑事司法程序上有著許多的衝突存在。司法強調刑事責任能力，精神醫學強調障礙來源的整個脈絡，因此常有法院不採信鑑定結論逕行起訴與判刑，不過在2005年刑法修正後，改以辨識能力與控制能力來降低認知上的差距，但判斷精神障礙屬醫學領域，而判斷辨別與控制能力屬法律層面。因此執行司法精神鑑定的醫生除了接受教育訓練外[30]，法律專業素養是否也應納入課程計畫的一環呢？反觀英國訂出相關規範來防止鑑定醫師針對法律問題作出認定以及登載不實的報告[31]，只是臺灣

30 資料來源：周煌智（2014）。

31 第126條中規定，若精神鑑定報告有偽造不實的情況，將可處兩年以下刑責。資料來源：同註13。

目前相關制度仍付之闕如。

此外，監護處分執行的時機也有改進空間，臺灣的監護處分必須在判刑定讞後執行，但英國能夠從起訴調查階段提出抗辯後，進行28天到12週的醫療鑑定，確認適不適合開庭，甚至公眾利益考量作出為期1年的治療命令。我國的監護處分體系運作方式是透過委託的專業醫療機構（精神病院、醫院）進行，或是慈善團體及其最近親屬或其他適當處所為主，也就是強制入院醫療以及社區治療雙管齊下的方式，專業醫療機構來執行強制醫療沒有問題，但我國的社區治療採取居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式，似乎也只是將精神疾病罪犯侷限在家中或社區診所的方式來進行，缺乏社區更廣泛的支持作為。

二、建　議

根據監察院2019年的調查報告，針對如何減低精神障礙犯罪者的再犯危險，以及復歸社會後如何持續追蹤及治療的議題提出意見，筆者在瞭解英國監護處分制度後，提出下列幾點建議提供政策發展思維方向。

(一)監護處分不應設定年限，應針對再犯風險的專業評估撤除依據

我國目前諭知監護處分的年限以5年為最高，即使監護處分個案再犯風險仍高，仍須結束監護處分。若治療成效佳當然能撤除處分令，但若是再犯可能性非常高，

返回社會猶如不定時炸彈。若能參照英國精神衛生法第20～25條以及第72～75條方向去修法，透過專業醫師的評估以及全方面的主客觀因素考量，由精神復審法庭裁決出院決定，每年的評鑑報告來作為處分命令撤除的依據。

(二)發展多元彈性的處遇治療模式，專業醫療機構與社區醫療處遇令的落實，與擴大私人機構的參與，並且落實評估機制

目前臺灣監護處分多由檢察機關指揮執行送入精神專科療養醫院，較少針對個案精神狀況安排適當的處所進行醫療處置，精神衛生法有社區處遇治療模式，因此落實相關處遇制度時為首要之務，而鼓勵私人與社福團體機構的積極參與更是迫切需要，在擴大參與的同時，經費的補助與評估機制的監督，才能強化整體的監護處分能量。一個完整的精神障礙犯罪者監護處遇制度，應該依個案狀況來制定個人處遇計畫，並且建立審查精神障礙犯罪者復歸社會的審查標準，更重要是後續更生保護的監督措施，鑑於國內監護處分的模式並未分級，建議參考英國針對監護處分的多元模式，除了低中高三種安全戒護模式的醫療機構進行醫療處遇，應修法強制配合各種治療性社區處遇以及監督制度的落實，方能使我國的多元處遇更加完備。

(三)提高監護處分的預算，整合司法與公共衛生的資源來完備監護處分體系與制度

監護處分因受限於健保醫療給付，無法支應精神障礙犯罪人所需，更遑論再犯預防的治療，同時復歸社會的社區處遇過度機制及後續司法強制力監督都有實務上的困難。目前監護處分的整體預算，是由健保給付來進行醫療服務，參照英國制度來說，司法部分由法務部來編列，而進入醫療的部分則由衛福部來規劃整體預算，除了建置足夠的精神科醫療基礎建設外，法務部應擴大後續的更生保護與監督範圍，人力的擴編才能落實復歸社會的目標。此外不僅要整合刑事司法與醫療、更要將社工納入整體監護制度的範疇，因此建議成立司法精神醫療機構來成為高戒備的醫療機構，修法制定強制社區醫療令，以建立完整的社會安全網。

臺灣眼前著重司法精神病院的規劃，法務部與衛福部著手規劃人力需求、物力資源整合，未來成立司法精神病院後，可將精神障礙罪犯依風險程度分級分流，類似英國低中高的安全戒護處遇，將高暴力、高復發的精神病患安置於司法精神病院；中低風險者，則可安置於現有委託的精神療養院或醫療機構的司法精神病房；低暴力風險者，則安置在社區醫院或療養院，甚至可回到社區進行門診或居家服藥治療，英國三級制度之間可依程度來進行移轉，使得精神障礙罪犯能夠獲得妥善的治療而降低再犯風險，進而融入與復歸社會。

參考文獻

一、中文文獻

- 王金永（2008）。英國與台灣精神衛生法的變革。*社會政策與社會工作學刊，12*（1），189-218。https://doi.org/10.6785/SPSW.200806.0189
- 王昱培（2020）。自由開講》監護處分恐成「強制治療2.0」，法務部宜三思而行，自由時報，https://talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/3157804
- 王皇玉（2019）。*刑法總則*（五版）。新學林。
- 北京政法職業學院學報（2019）。英美國家的保護觀察制度概要，核刊發表網。http://www.hkfbw.com/lunwen/qikan-9221.html
- 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，9*（1），71-107。https://doi.org/10.6905/JC.202001_9(1).0003
- 李清泉（2009）。*保安處分執行法要義*。自版。
- 周煌智主編（2014）。*司法精神醫學手冊*。台灣精神醫學學會。
- 林山田（1998）。*刑罰學*。臺灣商務印書館。
- 林沄萱（2016）。論精神病患強制住院治療政策。*經國學報，32*，1-12。
- 林詩韻、林育聖、余權訓（2019）。男性精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護之效益。*醫學與健康期刊，8*（2），27-39。https://doi.org/10.29585/YYWYLL
- 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專刊，25*，183-243。http://doi.org/10.6460/CPCP.202008_(25).05
- 法務部司法官學院（2020）。中華民國一〇八年犯罪狀況及其分

析——2019犯罪趨勢關鍵報告。法務部。

- 張子午（2019）。*成為一個新人：我們與精神疾病的距離*。衛城。
- 張淑婷（2017）。*精神障礙犯罪者處遇制度之研究*（已出版碩士論文）。國立臺北大學。https://hdl.handle.net/11296/sh4ryr
- 陳逸飛（2019）。*犯罪學（概要）*（六版）。高點。
- 曾淑瑜（2005）。精神障礙者犯罪處遇制度之研究。*刑事政策與犯罪研究論文集，8*，67-93。
- 黃聿斐（2017）。監護處分制度的介紹。衛生福利部草屯療養院電子報，0165。https://www.ttpc.mohw.gov.tw/epaper_view.php?iid=103
- 詹惠雅（2020）。【荷蘭司法處遇機構啟示錄】之一　世外桃源或與世隔絕——荷蘭如何處置犯下重罪的精神疾患者？，報導者。https://www.twreporter.org/a/netherlands-prison-system-mental-illness
- 臺灣高等檢察署暨所屬各級檢察署執行監護處分作業流程圖，臺灣高等檢察署。https://www.tph.moj.gov.tw/media/13657/86415452556.pdf?mediaDL...
- 震撼一審　殺警判無罪　法官：急性妄想　發病犯案　檢警：天地不容　火速上訴（2020）。蘋果日報。https://tw.appledaily.com/headline/20200501/IKHGKR6OF5HCD2O35HUDSMX66A/
- 顧以謙（2020）。謠言破解：「吸毒+精神病+殺人=無罪？」。*拒毒+1季刊，31*，1-3。

二、英文文獻

- Ayers, Gwendoline M. (1971). *England's first state hospitals*. Wellcome Institute of the History of Medicine.
- Bebbington, P., Jakobowitz, S., & McKenzie, N. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. prevalence of

disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 52*, 221-229. http://doi.org/10.1007/s00127-016-1311-7

- Bowen, P. (2007). *Blackstone's guide to the mental health act 2007*. Oxford University Press.
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: Reconvictions and risk factors. *British Journal of Psychiatry, 190*(3), 223-229. http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.018788.
- Davoren, M., Fitzpatrick, M., & Caddow, F. (2015). Older men and older women remand prisoners: Mental illness, physical illness, offending patterns and needs. *Int Psychogeriatr, 27*, 747-755. http://doi.org/10.1017/S1041610214002348
- Department of Health and Social Care (2021). We must bring the Mental Health Act into the 21st century. Mental Health Act white paper. https://www.gov.uk/government/speeches/we-must-bring-the-mental-health-act-into-the-21st-century
- Doyle, M., & Carballedo, A. (2014). Infertility and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment, 20*, 297-303. http://doi.org/10.1192/APT.BP.112.010926
- FindLaw's team (2019). The M'Naghten Rule, FindLaw. https://criminal.findlaw.com/criminal-procedure/the-m-naghten-rule.html
- Finkel, Norman J., Shaw, Ray, Bercaw, Susan, & Koth, Juliann. Law & Psychol. Rev. 77 (1985) Insanity Defenses: From the Jurors' Perspective, HeinOnline. https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.Journals/lpsyr9&div=10&id=&page=
- Hamilton, J. R. (1983). Mental health act 1983. *British Medical Journal (Clinical research ed.), 286*(6379), 1720-1725. https://doi.

org/10.1136/bmj.286.6379.1720

- Hare Duke, L., Furtado, V., & Guo, B. et al. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 53*, 313-321. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1473-y
- Health and Social Care Information Centre (2015). Inpatients formally detained in hospitals under the mental health act 1983 and patients subject to supervised community treatment, England – 2014-2015, Annual Figures. HSCIC.
- Health and social care needs assessment of adults under probation service supervision in the community (2020). Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/875279/Probation_HSNA_Guidance.pdf
- Hill, SA., Argent, S., & Lolley, J. (2016). Characteristics of male patients admitted to an adolescent secure forensic psychiatric hospital. *J. Forens Psychiatry Psychol, 27*, 21-37. https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1094117
- Hill, Simon A., Riordan-Eva, Elliott, & Hosking, Alexandra (2019). Trends in the number of restricted patients in England and Wales 2003-2016: Implications for forensic psychiatry services. *Medicine, Science and the Law, 59*(1), 42-48. https://doi.org/10.1177/0025802419825596
- JCPMH (2013). *Guidance for commissioners of forensic mental health services*. Joint Commission Panel of Mental Health.
- Konrad, N., & Völlm, B. (2010). Ethical issues in forensic and prison psychiatry. In Hanfried Helmchen (Ed.), *Ethics in Psychiatry* (pp. 363-380). Springer, Dordrecht.
- Melling, J., Adair, R., & Forsythe, B. (1997). "A Proper Lunatic for Two Years": Pauper Lunatic Children in Victorian and Edwardian

England. Child Admissions to the Devon County Asylum, 1845-1914. *Journal of Social History, 31*(2), 371-405. http://www.jstor.org/stable/3789944

- Mental Health Act Commission. Mental Health Law Online. https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_Health_Act_Commission
- Mental Health Act. legislation.gov.uk. https://www.legislation.gov.uk
- Ministry of Justice (2020). Criminal Justice Statistics quarterly, England and Wales, October 2018 to September 2019. https://www.gov.uk/government/statistics/criminal-justice-system-statistics-quartErly-september-2019
- Morse, S. (2011). Mental disorder and criminal law. *The Journal of Criminal Law and Criminology (1973-), 101*(3), 885-968. http://doi.org/0091-4169/11/10103-0885
- Peay, Jill (2015). Sentencing mentally disordered offenders: conflicting objectives, perilous decisions and cognitive insights. LSE Legal Studies Working Paper No. 1/2015.
- Peay, Jill (2016) Responsibility, Culpability and the Sentencing of Mentally Disordered Offenders: Objectives in Conflict. *Criminal Law Review, 3*, 152-164. http://eprints.lse.ac.uk/64221/
- Rugkåsa, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders: Are they useful?. *BJPsych Advances, 23*(4), 222-230. http://doi.org/doi:10.1192/apt.bp.115.015743
- Sentencing Council (2020). *Overarching Principles: Sentencing Offenders with Mental Disorders, Developmental Disorders, or Neurological Impairments*. Response to consultation London: Sentencing Council. https://www.sentencingcouncil.org.uk/overarching-guides/magistrates-court/item/sentencing-offenders-with-mental-

disorders-developmental-disorders-or-neurological-impairments/

- Skuse, David (2014). Managing the mental health of prisoners: dilemmas and solutions. *Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists, 11*(3), 55-56. http://doi.org/10.1192/S1749367600004471
- The Crown Prosecution Service (2019). *Mental health: Suspects and defendants with mental health conditions or disorders*. Legal Guidance.
- Torrey, E. F., Dailey, L., Lamb, R. H., Sinclair, E., & Snook, J. (2017). Treat or repeat: A state survey of serious mental illness, major crimes and community treatment. Treatment Advocacy Center.
- Trebilcock, Julie D., & Weston, Samantha K. (2019). *Mental health and offending care, coercion and control*. Routledge.
- Unsworth, C. (1991). Mental disorder and the tutelary relationship: From pre- to post-carceral legal order. *Journal of Law and Society, 18*(2), 254-278. https://doi.org/10.2307/1410140