

# 從精神鑑定書到監護處分評估與成效追蹤

周煌智\*

## 目 次

- 壹、精神鑑定
- 貳、鑑定程序
- 參、精神鑑定書的重要性
- 肆、特殊精神鑑定
- 伍、目前精神鑑定內容不足(unmet)做監護處分參考
- 陸、監護處分(custodial protection)
- 柒、處遇機構分類

## 摘 要

法官在審判具有精神疾病的被告，並據以主張免責時，常需要精神科醫師提出精神鑑定據以判斷；但鑑定內容通常僅著重在辨識案主案發時的精神狀態『是否受精神疾病的影響』作為有無罪責或減輕的依據，常缺乏再犯性、危險性與可治療性的評估！由於個案若受精神症狀影響而犯罪，法官在減輕或免除其刑時，常會合併宣告監護處分若干年。但對於後續需要何種監護處分，應在那裡接受處分，何時需再評估，以及追蹤個案狀況皆缺乏一定機制，以致於監護處分的成效備受質疑。本文嘗試從精神鑑定的原則、理論、程序與鑑定書內容來分析未來的需要，並且對於監護處分的個案應該定時做滾動式的再犯性、危險性與成效評估，輔以國際功能失能疾病分類概念來評估個案；另外，針對不同類型監護個案進行分類，以分艙分流的概念提供不同類型個案監護處分場所，並結合出院準備服務的精神與社會安全網的概念做出院後追蹤處遇與輔導。

**關鍵字：**精神疾病、精神鑑定、再犯性、危險性、監護處分、國際功能失能疾病分類

\* 周煌智教授，高雄市立凱旋醫院醫師兼院長，國立陽明大學公共衛生研究所流行病學組博士/榮獲2012年行政院三等功績獎章，E-mail：[f50911.tw@yahoo.com.tw](mailto:f50911.tw@yahoo.com.tw)

## From Psychiatric Identification to Custodial Protection and Outcome Evaluation

Frank Huang-Chih Chou<sup>\*</sup>

### Abstract

When a judge tries a defendant with a mental illness and a disclaimer based on such an illness, a psychiatrist is often required to provide a psychiatric identification of the defendant to the judge; however, the content of such a document is usually only focused on identifying the mental state of the defendant at the time of the case, i.e., whether he or she was suffering from mental illness at the time. The term "impact" is used as a basis for guilt or mitigation, although this term often lacks any assessment of recidivism, danger, and treatability. If a defendant was found to be affected by psychiatric symptoms when he or she committed a crime, the judge often requires him or her to be placed in custodial protection for several years when mitigating or exempting his or her sentence. However, there are issues related to what kind of custodial protection is needed in the future, the locations at which custodial protection should be accepted, when the defendants need to be reassessed, and the lack of a mechanism for tracking the situations of individual cases; thus, the effectiveness of custodial protection is called into question. This article attempts to analyze the future needs related to custodial protection based on the principles, theories, procedures and contents of psychiatric identification; for example, a rolling recidivism, risk and effectiveness evaluation should be conducted regularly in cases pertaining to guardianship, which should be supplemented by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In addition, different types of custodial protection cases are classified, and different types of custodial protection treatment places are provided based on the concepts of sub-cabins and

---

<sup>\*</sup> Professor Frank Huang-Chih Chou, Superintendent, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital Taiwan, E-mail: [f50911.tw@yahoo.com.tw](mailto:f50911.tw@yahoo.com.tw)

diversion and are combined with discharge planning services and the concept of a social safety network to develop discharge, follow-up and treatment strategies.

**Key Words: Psychiatric Diseases, Psychiatric Identification, Custodial Protection, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**

## 壹、精神鑑定

### 一、精神鑑定的必要性

基於刑法第 19 條規定<sup>1</sup>，檢察官與法官為釐清犯罪嫌疑人涉案當時的精神狀態，常常需要移請精神科醫師做鑑定。依據美國司法精神醫學會（The American Academy of Psychiatry and the Law, AAPL）對司法精神醫學的定義：「一門醫學的次專科，提供人類的行為和心理層面之法律問題的科學處理；亦即從事人類心理健康和法律相關層面之臨床和研究工作」（郭壽宏，2010）。德國刑法第 20 條與 21 條對於因精神障礙所產生之辨識及行為能力減損的認定，除要有精神鑑定報告書外，尚需檢驗精神狀態及違法行為之間因果關係，並考慮行為人之個人性格及過去生活經驗等<sup>2</sup>。臺灣早在民國 84 年台上字第 2691 號解釋就闡明精神鑑定的必要性<sup>3</sup>。精神專家鑑定人（expert witness）接受委託鑑定時，會綜合所收集到的資料後撰寫鑑定報告交給法官（或檢察官）參考；由於法界越來越重視精神醫療專業的判定，除了少數重大案件與爭議案件外，也與精神醫療專業判斷漸趨於一致性（周煌智，2014）。但隨著幾件重大的刑事案件發生，涉案人因受精神疾病影響依法被輕判或無罪，引起社會一片嘩然，在兼顧人權與社會安全的考量下，宣告無罪的同時，有效的監護處分再次被提起！然而，目前精神鑑定內容常常僅止於辨識個案案發時的精神狀態『是否受精神疾病的影響而涉案』作為有無罪責或減輕的依據，普遍缺乏再犯之危險性評估，以及個案需要何種監護處分的建議，以致於未來仍有需要進行後續的監護處分評估鑑定與治療的補強。

<sup>1</sup> 刑法第 19 條：「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰。行為時因前項之原因，致其辨識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。前二項規定，於因故意或過失自行招致者，不適用之。」

<sup>2</sup> 德國現行刑法第二十條規定：行為人於行為之際，由於病理之精神障礙、深度的意識障礙、心智薄弱或其他嚴重的精神異常，以致不能識別行為之違法，或不能依此辨別而行為者，其行為無責任。同法第二十一條規定：行為人於行為之際，由於第二十條所列各原因，致其識別行為之違法或依其識別而行為之能力顯著減低者，得依第四十九條第一項減輕其刑。

<sup>3</sup> 台上字第 2691 號：『精神是否耗弱，乃屬醫學上精神病科之專門學問，非有專門精神醫學研究之人予以診察鑑定，不足以資斷定』。

## 二、鑑定原則與理論

民國 94 年刑法第 19 條修正時關於責任能力之內涵，依當前刑法理論，咸認包含行為人辨識其行為違法之能力，以及依其辨識而行為之能力。責任能力有無之判斷標準，多以生理學及心理學之混合立法體例為優<sup>4</sup>，而將其區分生理原因與心理結果，前者由精神科醫師鑑定，而後者由法官判定之。

臺灣的司法雖屬大陸法系，但精神醫學常是與英美同步，因此，司法精神鑑定原則也常採用歐美學者定義。早期美國法院對於鑑定人所屬專業領域的「經驗法則」是採用 Frye 規則，此一規則又稱為「普遍接受」規則。Frye 規則包括兩個判斷步驟：首先該專家必須被認定為屬於該案件所涉及部分相關的專業領域，其次，則為該專家所憑藉的原則，必須為同專業領域的其它專家所能普遍接受 (Matson J.V., 1999)。然而，Frye 原則因強調「普遍接受」不適用於日新月異的專業技術發展，甚至會妨礙採用新近的技术或觀點於鑑定工作上！因此，1975 年美國通過了聯邦證據法 (the Federal Rules of Evidence, FRE)，該法依下列四個準則來取代 Frye 的「普遍接受」原則：(1) 可由或曾被科學方法檢驗；(2) 該觀點或技術曾經同儕審查而發表於專業文獻；(3) 鑑定結果的可信程度應以潛在錯誤率 (potential error rate) 呈現；(4) 「普遍接受」規則仍有其效力，但毋需經該專業社群正式認定 (Matson J.V., 1999)。對於鑑定之結果，依證據法之精神，是鑑定人經由觀察事實所為之推論。亦即，鑑定之結果為鑑定人之意見，包括了「存在之事實」和「推論」(林志潔，2000)。

由於鑑定之結果包含了「推論」所形成了意見，不僅鑑定人在推論過程中必須用符合科學方法之程序以為鑑定分析，鑑定所獲得的結論因為其所運用經驗法則，而僅具有某一程度的「可能性」，(probability)，而非「確定」之結論(薛瑞元，2001)。因此，鑑定書是做為法官的重要參考依據，而非最終的判決書。

至於「論理法則」方面，在英美法上對於精神障礙犯罪人的刑責能力，初採否定說，直至十三世紀始逐漸有赦免或免除刑責觀念之萌芽，十四世紀末葉始被完全接受，惟究如何認定其有精神障礙與應否免除刑責，仍無完備之法則！之後「馬克諾頓法則 (M'Naughten rule)」由於此法則有其缺失，而有「不可抗拒之衝動法則 (Irresistible impulse rule)」之建立，以補

<sup>4</sup> 就生理原因部分，實務即可依醫學專家之鑑定結果為據，而由法官就心理結果部分，判斷行為人於行為時，究屬無責任能力或限制責任能力與否。在生理原因部分，以有無精神障礙或其他心智缺陷為準；在心理結果部分，則以行為人之辨識其行為違法，或依其辨識而行為之能力，是否屬不能、欠缺或顯著減低為斷。

充馬克諾頓法則之不足(郭壽宏、周煌智、陳正興, 1997)。1954年美國哥倫比亞聯邦上訴法院對於心神喪失問題又創立了所謂「杜漢法則(Durham rule)」。1962年美國法律學院(American Law Institute)所編輯之模範刑法典(Model Penal Code)參酌「馬克諾頓法則」及「不可抗拒之衝動法則」, 綜合規定為「無論何人於犯罪行為之際, 因心理疾病或缺陷, 對其行為之不正當性之識別或遵從法律上之要求, 而行為之能力有欠缺時, 對其行為不負責任」<sup>5</sup>。馬克諾頓法則以及模範刑法典皆屬兼採生物學要素與心理要素之責任能力基準, 所不同者, 馬克諾頓法則在心理方面僅考慮識別能力, 而模範刑法典除考慮識別能力外, 尚兼及自由意決定能力(郭壽宏、周煌智、陳正興, 1997)。

精神醫學在傳統上的診斷與檢查, 相對於其他的內外科醫學而言, 較少使用科學儀器的檢查與病理切片來進行確定診斷。當要確定某人是否有罹患某種精神疾病時, 是由精神科醫師根據專家事先共同認定的診斷準則, 例如: 診斷與統計分類手冊第五版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> ed, DSM-5), 對某人問診後, 收集他是否符合診斷要件後診斷之, 因此, 就診斷而言, 符合Frye原則。然而, 由於現代生活與事件日益繁複, 需要精神專業鑑定的法律事件也日益增加, 因此, 除了診斷外, 在做鑑定結論的推理時, 許多的狀況, 例如性侵害的再犯危險性鑑定、家庭暴力裁定前鑑定…等時, 則需要考慮使用FRE法則, 作為評估的依據(周煌智, 2014)。

## 貳、鑑定程序

當法院或地檢署移送個案進行精神鑑定時, 會先函文鑑定機構或鑑定人述明鑑定緣由, 再約定日期請受鑑定人至醫院接受鑑定。鑑定時, 通常是由一位精神科醫師作為主鑑定人(但簡易鑑定, 例如禁制產或輔助宣告則僅由一位醫師鑑定), 鑑定前會先查閱警詢/偵查筆錄、過往病歷資料(及/或檢察官起訴書內容)等, 大概對案情有初步的了解後, 於安排日期與個案及/或家屬會談, 主要內容為個人史、過去病史、個案的精神症狀、疾病診斷、及案主於案發時之精神狀態等進行生理心理功能評估, 並且於必要時開立相關的檢查或檢驗, 其結果作為判斷的輔助依據之一。社會工作師對個案的家

<sup>5</sup> 模範刑法典對於責任能力, 強調傳統的認知準則與晚近的控制準則, 仍排除反社會性行為或反社會性人格特質。

庭組成、成員互動、成長背景及父母管教方式等家庭關係進行評估，臨床心理師則是安排相關心理衡鑑進行衡量，最後若有需要，醫師還會再進行一或多次的會談。各職類專業人員依鑑定結果製作報告送給精神科醫師，再由精神科醫師綜合判斷與建議作成書面鑑定報告交給法官或檢察官。

## 參、精神鑑定書的重要性

前美國精神醫學會主席 Paul Appelbaum 在 1997 年提出司法精神醫學倫理之理論，認為精神鑑定與精神治療有不同的目標，精神鑑定的核心價值在於正義與真相，因此無法在醫學倫理之行善原則下進行<sup>6</sup>。精神鑑定書相當於證物，鑑定醫師其任務就是根據客觀的證物及專業的判斷，讓法官瞭解案發當時可能發生甚麼？被告在涉案當時可能處於何種狀態以利法官審判時參考。至於精神疾病是否構成減刑或免責要件，仍須由法官依據法律做出裁判。

## 肆、特殊精神鑑定

隨著時代的演進，法官除了委託精神科醫師作精神鑑定外，有時也會委託醫師做特殊鑑定，例如就審能力、教化之可能性與再犯之危險性評估鑑定，茲簡述如下：

### 一、就審能力

精神鑑定較常見對於犯罪行為時的鑑定，而較少鑑定在對於被告是否有能力參與審判過程，亦即被告是否具有在「審判程序中」為自己辯護，進而保護自己利益的能力，這樣的能力稱為「就審能力 (competence to stand trial)」，目的在確保被告在「依其自由意思」之狀態下，行使刑事防禦權，因而在刑事訴訟法第 294 條第 1 項規定的精神，法院應依職權主動調查，如心神喪失，即完全缺乏其為自己辯護之能力，自應停止其審判程序<sup>7,8</sup>。因此，偶有法官為釐清被告是否有就審能力而移請鑑定。

<sup>6</sup> Paul S. Appelbaum, A Theory of Ethics for Forensic Psychiatry, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, Vol. 25, No. 3, 1997.

<sup>7</sup> 刑事訴訟法第 294 條第 1 項「被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判。」

<sup>8</sup> 最高法院 91 年度台上字第 1340 號刑事判決「被告心神喪失者，應於其回復以前停止審

## 二、重大刑案之教化可能性鑑定

重大案件的鑑定，可能會被法官要求鑑定教化的可能性，然而這涉及到個人、家庭與社會等因素，另外也與其保護因子及危險因子有關，在這些因素的縱向與橫向的交互影響下，要去鑑定教化的可能性是幾乎不可能的事！「教化可能性」一詞最早出現於最高法院97年度台上字第5968號刑事判決<sup>9</sup>，但當中並無提及如何評估教化可能性，而在刑法57條提及「科刑時應以行為人之責任為基礎，並審酌一切情狀，尤應注意下列事項，為科刑輕重之標準<sup>10</sup>」。這些內容的評估或許比較接近「教化可能性」概念。

## 三、再犯之危險性顯著降低之鑑定評估

刑法第九十一條之一<sup>11</sup>針對性侵害加害人有無施以治療之必要，無論是鑑定「有無施以治療之必要」或者「有無停止治療之必要」，均為再犯之危險性評估，均須就性侵害加害人之危險因子加以分析，如：成長(創傷)經驗、心性發展史、婚姻家庭史、職業史、犯罪史、物質使用史、精神狀態、犯案歷程與危機處理模式、對被害人的同理心程度、本次相關的強制性交涉案情、社交網絡與家庭互動等，並適時使用具備信、效度的量表作為輔助工具，如目前國內常用的靜態-99危險量表(static-99)或明尼蘇達危險量表等，來完整評估個案再犯危險性之高低。目前性侵害加害人的刑前鑑定已經

---

判，刑事訴訟法第二百九十四條第一項定有明文。」蓋以被告得在訴訟上為自己辯護，而保護其利益，必具有自由決定其意思能力，即訴訟能力。如心神喪失，即完全缺乏其為自己辯護之能力，自應停止其審判程序。

<sup>9</sup> 「上訴人犯行重大，雖死亦無法彌補被害家屬之痛，但終究事已發生，且死刑及無期徒刑終究性質迥異，仍應以其犯罪動機、目的、犯罪所受刺激及犯罪之手段為重要考量，決定其有無剝奪生命必要及教化改善可能。上訴人雖非善良之人，可能教化功能有限，但尚難排除最長期自由刑教化可能性，且本件係臨時突發事件，為慎刑教化，認尚無永久與社會隔離之必要等一切情狀，改判論上訴人以強盜殺人罪，量處無期徒刑，並依法宣告褫奪公權終身之理由。」

<sup>10</sup> 這些事項包含『一、犯罪之動機、目的。二、犯罪時所受之刺激。三、犯罪之手段。四、犯罪行為人之生活狀況。五、犯罪行為人之品行。六、犯罪行為人之智識程度。七、犯罪行為人與被害人之關係。八、犯罪行為人違反義務之程度。九、犯罪所生之危險或損害。十、犯罪後之態度。』其中的四、五、六款涉及到「未來社會復歸可能性評估」。

<sup>11</sup> 見中華民國刑法第91-1條：犯第二十一條至第二十七條、第二十八條、第二十九條、第三十條、第三十四條、第三十二條第二項第二款、第三十四條第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪，而有下列情形之一者，得令入相當處所，施以強制治療：一、徒刑執行期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。二、依其他法律規定，於接受身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。前項處分期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。

取消，改為在獄中每年鑑定評估一次<sup>12</sup>，因此，再犯之危險性的鑑定評估幾乎沒有涵蓋在一般精神鑑定書內，然而對於監護處分的成效評估，再犯性、危險性與可治療性卻是很重要的一部份。

在「有無施以治療之必要」的鑑定結論宜包括(1)精神科的診斷：包括涉案當時與鑑定當時以及人格特質(2)再犯危險性的分析(3)可治療性的評估以及(4)建議的處遇計畫。如果是在獄中評估則必須包括危險情境、何人與何時可能發生的評估，並藉以畫出犯罪路徑，及其再犯預防的措施，以做為未來社區處遇的參考(周煌智，2004)。

上述的特殊鑑定若被判減輕其刑或無罪或需要治療時常需要較為完整的評估鑑定做為未來的監護處分之用，且需要定期評估與修正，這也是目前較為需要補強的部分。

## 伍、目前精神鑑定內容不足(unmet)做監護處分參考

### 一、缺乏危險性與再犯性評估

相對於家庭暴力/性侵害的加害人再犯之危險性鑑定，必須敘明加害人的再犯性與危險性，一般精神鑑定常常僅止於涉案時的精神狀態評估，而對於危險性或再犯性少加著墨！但也不必然有其需要性，然而個案若需要監護處分，由於時間較久，且有無接受治療，其精神狀態是屬於變動的狀態，因此，再犯性與危險性似乎可以在監護處分期間進行評估鑑定，甚至於需要做何種情境或環境下可能會再犯的預測，作為監護處分的持續或完成的依據。

### 二、籠統的監護處分建議或闕如

鑑定人(常為精神專科醫師)對於案主是否需要「監護處分」，以及需監護期間多久，由於缺乏科學性的證據以及複雜的、可變動性的背景，包括疾病可治療性、病人有無病識感、願意持續服藥以免復發、精神病人是否併有人格疾患導致危險行為的加重等眾多因素而難以預測過久的事情(常常超過一年)；另外，案主是否再犯也可能受症狀嚴重度、社會家庭互動、與所處的情境等眾多複雜因素的影響，因此，精神科醫師鑑定時，很少或沒有例行性的提供監護處分的種類與期間的建議或僅提供籠統的建議，例如宜監護

---

<sup>12</sup> 同前註11，頁6。

處分 X 年等。並沒有鑑定個案的危險性或再犯性，以及應該移在何種環境下的監護處分。

## 陸、監護處分（custodial protection）

法官在宣告個案在涉案當時受精神疾病的影響，因此，依法減輕其刑或無罪時，常會令個案入相當處所接受監護處分<sup>13</sup>，監護處分是保安處分（security measures）的一種，保安處分乃出於社會安全與預防再犯罪的目的，具有替代刑罰的作用。

### 一、監護處分的功能

正如嚴重病人的強制住院：不管使用保護隔離的話術有多華麗（醫囑敘明以入保護室做保護措施代替『禁錮』名詞），只要個人人身自由受到限制，本質就是監禁。雖然理想上沒必要的監禁應該減少，但法官在判決免除其刑或減輕其刑而需要監護處分時，也會考慮其所犯罪行，是否沒有在高監控情境下進行可能會再犯，因此，判決個案入相當處所若干年而非釋放時，很難只歸因於精神病污名化的影響。例如：德國《刑法》第 63 條之監護處分，如有必要，應無限期為之，然而依照德國刑事法第 67e 條之規定，應在處分後的每一年加以評估，收容十年後，每九個月評估，以兼顧受監護人之人權<sup>14</sup>。但監護處分主要是治療為主，監護為輔，在 2006 年 7 月 1 日施行之刑法<sup>15</sup>，強調對於精神疾病犯罪人的監護處分，不僅僅是監督保護，也要注意治療（精神醫療包括精神復健）及預防對社會安全的危害，因此，對監護處分個案不只是消極的監視保護，更強調積極的治療疾病、加強病識感與復健，期能降低個案的危險性，在個案回歸社會後，可以確保社會安全。

### 二、監護處分成效與方式應定期評估－滾動式修正

通常個案精神鑑定的時間到進入監護處分都有一段時間，由於時空的差異，個案可能也有接受治療以致於個案的狀態常已經不同於鑑定當時，因

<sup>13</sup> 民國元年公布施行之新刑律第 12 條第 1 項：「精神病人之行為不為罪，但因其情節得施以監禁處分。」

<sup>14</sup> Criminal Code, Section 67e, 2021 年 5 月 25 日取自（German Law Archive），網址：<https://germanlawarchive.iuscomp.org/?p=752#67e>

<sup>15</sup> 見保安處分執行法，第 47 條：受執行監護之精神病院、醫院，對於因有刑法第十九條第一項或第二項之情形，而受監護處分者，應分別情形，注意治療及監視其行動。

此，剛進入處遇處所前後，宜也做一次完整性的鑑定評估有其必要性，並且需要定時評估，最後能夠完成監護處分或做後續的出院轉銜前，仍需要做最後一次鑑定評估。由於個案會進入監護處分，某種程度是受精神疾病影響，而具有一定失能程度，因此，除了需掌握上述如再犯性、危險性、治療成效與回歸社區的長期追蹤等要素外，仍需要多面向評估其可能失能的因素。若以世界衛生組織（world health organization, WHO）所定的失能評估工具—國際功能、失能與疾病分類（International classification functioning, disability, and health, ICF）<sup>16</sup>在監護處分期間進行評估，一共分成以下四大部分，簡述如下：

### （一）身體功能與結構（body functions and structures）

對於接受監護處分的個案評估他的危險性時，不能夠只單純從個案症狀的穩定度來著手，例如：個案他可能有明顯的精神症狀，經過治療之後可能趨於穩定，若單純二分法的敘明：『持續服用藥物就可以穩定』，這樣顯然缺乏完整性的評估的概念，因為是否持續服藥可能會受環境或情境影響。另外，具有輕度症狀的個案若有穩定的家庭關係、良好的社交網絡時，一定要持續服用藥物的重要性就會降低（很多病人並不願意長期服藥），因此，影響個案出院後讓個案維持穩定的因素不能只有單純的因素，而是需要多面向去評估。

### （二）活動與參與（activities/ participation）

活動與社會參與來自於他所處的情境，也就是說當他回歸到原生家庭或是社區，在一個都會型的社區及鄉村型的社區，他所面臨到的人際關係不一樣，在對他排斥的社區與沒有排斥的人群也是不一樣，積極的參與社交活動，常有助於個案的社區回歸，相反地，減少社會參與則常常會讓個案社會功能日益退化。

### （三）環境（Environmental factors）

近朱者赤，近墨者黑，個案周遭的環境是否為治療性的環境，或者是在一個高張壓力的環境下，個案所處於不同的社區、不同的情境，產生的影響皆不一樣，對個案排斥的環境或包容的環境常會有不一樣的結果。

---

<sup>16</sup> ICF為國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health）的簡稱，是由聯合國世界衛生組織（WHO）於2001年正式發表，其前身即為1980年發展的國際損傷、障礙、及殘障分類（ICIDH）。ICF分類系統提供了統一的框架，對組成健康要件的功能性狀態與失能程度進行分類。功能性狀態與失能程度，可視為是個體的健康狀況、環境背景因素與個人因素之間的複雜互動關係。

#### (四) 人格因素 (personal factors)

例如一個具有被害妄想的人，當他有反社會人格，或是沒有反社會人格，可能產生的暴力嚴重度就會不一樣。或例如有些反社會人格者產生被害妄想的時候，可能會做攻擊式的過度防衛，而產生不可預測的後果，此時單純的將精神疾病治癒，並沒有辦法完全降低其危險性(因其反社會人格特質仍會有些暴力或反社會行為)。因此，出院準備服務仍需要其他的配套措施。另外，若是一個比較膽小的人，常常因為被害妄想而想要逃離這個情境，此時的暴力性就比較小，但有時候會有心理防衛機轉的反向作用(reaction formation)，雖然是膽小的性格，但為了要自保，會藏自衛型武器防身，而駐警/保全等人在處理這類的個案時，有時會『輕敵』而受傷甚或死亡。因此，雖然與前者皆是殺人或重傷害的罪責，但在進行監護處分的情境仍有所不同。

因此，在評估一個個案是不是完成監護處分時仍需要做好出院準備服務的完整評估；例如：為了要讓他可以恢復工作，以及社區接納，也許可以在社區階段時，先讓他去康復之家或社區復健中心等地方持續接受工作訓練、職業訓練、學習的訓練及同時服用藥物，讓他能夠有足夠的病識感，以確保持續的精神病處於穩定的緩解狀態，而不是直接回歸社區放任不管，這些都是作為監護處分要評估的重要因素。

### 三、定期再犯性與危險性評估之必要性

如同前述，監護處分的個案，在分配處遇機構前，由於距離上次精神鑑定時間已經有一段時間了，宜再做一次完整性包括危險性與再犯性，以及可治療性，及需要何種治療與安置的評估，因為危險性的評估決定個案短期應該要住在哪一層級的機構，然後中長期可以移到哪裡。

#### (一) 評估小組設立與功能

在監護期間進行鑑定評估時，由於涉及多層面，常需要跨領域專家評估，故需要組成評估小組開會討論，因此邀請各類專家的組成評估小組(或委員會)就有必要，成員可以包括檢察官、觀護人、醫師、護理師、社工師、心理師、職能治療師、以及病權團體代表，並視需要邀請衛生所地段護理師；當監護結束前出院準備，轉銜到個案所在的衛生所地段，常常易出現斷點，有效的轉銜是確保監護處分的成效之一，因此，適時邀請地段護理師或個管師確保無縫接軌就很重要。

## (二) 評估小組(委員會)運作

1. 監護處分執行『前』：成立評估團隊(至少包括精神科醫師、臨床心理師、社會工作師三類以上專業人員，並視情況邀請檢察官或觀護人參與)，對監護個案進行初步評估，評估內容包括：診斷、人格特質、治療方式、再犯性、社會支持、家庭、交友、工作等)，監護小組扮演如同審查會角色，審核治療團隊所提出之評估報告。
2. 監護處分執行『中』：各治療團隊提出治療報告，監護小組評估治療成效，評估是否需繼續治療，執行方式是否需調整(例如：轉慢性/日間病房或是康復之家/社區復健中心等)。
3. 監護處分『結案前』：團隊提出結案報告，監護小組(此階段可邀請衛生所地段護理師或接手之團隊成員參與)評估再犯風險及出院準備服務，審核同意後結案，並做出院準備服務的無縫接軌。

## 柒、處遇機構分類

直到 21 世紀初，臺灣的監護處分機構仍是以精神科醫院或設有精神科病房的醫院做為主要的醫療場所，由於經費的關係，並沒有特別為這些監護處分個案設立專門病房，而是與一般病人同住，治療方式也大同小異。然而基於上述的論述，精神病人的監護處分應依其暴力程度及再犯可能性、是否有反社會人格傾向、以及其它危險因子來分層分流處遇，包括一、高監控情境的司法精神病院(需要高等級的戒護人力)、二、附設在一般醫院的中高監控的司法精神病房(需要中低等級的戒護人力)與三、低監控的社區處遇。

### 一、具有高監控情境司法精神病院—高危險再犯個案處所

在美國加州有一個 Atascadero hospital，是一個專門收治精神病患與性侵害個案的司法精神病院(forensic hospital)(周焯智，1998)。是監獄的進化版，負責收治一般精神病院無法收治、高暴力傾向的個案。因為司法精神病院收治的是“高暴力傾向”的精神病人，故宜跨部會由法務部與衛生福利部主導，因為其保安處分的目的不全在“治療精神疾病”，也有“矯正、教化、監護”需要進行，因此非僅醫療主責機關主導而已。學者馬躍中的研究指出精神病患合併嚴重犯行，除了需要治療，還要給予法制教育、生活教育、矯正教育，以利社會復歸(馬躍中，2020)。因此，司法精神病院的性

質比較接近監護處分處所，而非單純的醫院<sup>17</sup>。依不同樣態給予不一樣的處遇，反社會人格暴力性強烈的需要常常戒護處理的，就可以在司法精神病院。

## 二、醫院附設司法精神病房

附設在一般或精神科醫院具有中高監控的司法精神病房 (forensic ward)，也就是收治需要監護處分的病房，一般這類個案，由於幾乎是在醫院內，醫療專業人力也相對充足，因此，對於精神病理 (及 / 或具有生理疾病) 較為明顯的個案就比較適合，然而，這類病房的空間相對較為擁擠，缺乏足夠的活動空間，相對較不利於病人的復健，同時，所配置的保全或戒護人力也不足，因此，對於高危險個案或特殊個案 (例如性侵害個案) 就不適合放在這類病房。而一些缺乏病識感因病犯罪，但沒有人格的問題和因幻聽妄想等精神症狀引起的中低度暴力者則可以考慮移至司法精神病房。

## 三、監護處分 (後) 的社區處遇與轉銜

大部分的涉案個案經過治療後，經過評估屬於低危險再犯的個案、這些個案應該及早要回歸社區，可是回歸社區仍需要監護，主要是追蹤他們治療、復原與回歸社區情形，現行措施仍不足以有效的對監護處分個案進行社區追蹤，遑論出院後持續有效的追蹤治療。另外，一些個案可能再犯之危險性皆較小，也可以訂出標準做有效分流，減少精神醫院的負擔也比較不會有污名化。並且讓個案的限制減至最低，又不影響社會安全。社區處遇包括現行各項方案，例如精神衛生法第三十八條所定的出院準備服務計畫<sup>18</sup>、第四十五條強制社區治療<sup>19</sup>、『醫療機構精神病人社區品質方案』(衛生福利部心口司計畫)與社會安全網計畫-精神病人併有家庭暴力 / 或性侵害等等 (謹立中，李炳樟，紀馨雅，何佩瑾，2019)。

依照強制社區治療規定，個案一定要為嚴重病人且不願意接受治療，目前沒有暴力行為或之虞，因此，當個案不符合強制住院 (高度限制人身自由

<sup>17</sup> 保安處分執行法第 25 條：「處分處所可依其性質及需要聘請專業人員協助。」

<sup>18</sup> 精神衛生法第三十八條：「精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知本人或保護人辦理出院，不得無故留置病人。精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。」

<sup>19</sup> 精神衛生法第四十五條：「前項嚴重病人拒絕接受社區治療時，經直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師診斷仍有社區治療之必要，嚴重病人拒絕接受或無法表達時，指定精神醫療機構應即填具強制社區治療基本資料表、通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，事前向審查會申請許可強制社區治療；強制社區治療可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。」

情境下治療)，但不治療可能會有病情不穩或社會功能退化之虞方可以進行強制社區治療（低度限制人身自由情境下治療），也許這些已經觸犯法律的個案他需要回歸社區，但大家又不放心，可是他的危險性經過治療經過評估已經顯著降低，但是若未持續治療可能會有再發之危險性，此時可以離開醫院，並根據精神衛生法第三十八條規定給予適當的出院準備服務（社區治療），因為精神病人絕大部分，如果經過治療，透過這些治療或輔導可以降低他的再犯率，當然也可以降低他的犯罪率。

總之，在兼顧個案人權與社會安全的前提下，法官對於涉案的個案受精神病影響而犯案時，會移請精神科醫師進行精神鑑定有其需要，然而若判決免刑或減輕其刑的同時，宣告施以監護處分時，必須要有較完整的配套措施，監護處分也應適時的做滾動式修正以利個案的治療，在評估個案可以回歸社區時，也需要善用現有的社區精神醫療資源提供個案持續的精神醫療服務以避免個案病情再發而犯罪。

## 參考文獻

### 一、中文文獻

- 林志潔(2000)。證言之證據能力與證明力—以避免誤判與保障人權為中心。國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 周煌智(2014)主編。司法精神醫學手冊(第二版)，20-21頁。台北市；臺灣精神醫學會出版。
- 周煌智(2004)。性侵害暴力的流行病學與精神心理評估與鑑定原則。建立家暴暨性侵害加害人個案防治集—專業人員版---性暴防治篇研討會論文集(6-27)。台北市；臺灣精神醫學會出版。
- 周煌智(1998)。美國醫院與監獄性犯罪診療觀摩與考察報告書。行政院所屬各機關人員核准出國計畫，未出版。
- 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，第25期，75-76頁。
- 郭壽宏(2010)。司法精神醫學。高雄醫師會誌，第18卷第1期，20-21頁。
- 郭壽宏、周煌智、陳正興(1997)。建立中文版刑責能力量表。國家科學委員會研究計畫成果報告，未出版。
- 陳慧女(2020)。法律社會工作(第三版)。臺灣：心理出版社。
- 謙立中，李炳樟，紀馨雅，何佩瑾(2019)。強化社會安全網計畫—以精神疾病個案危機事件為例。社區發展季刊，第165期。
- 薛瑞元(2001)。刑事訴訟法程序中“機構鑑定”之研究。國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 醫療機構精神病人社區照護品質提升計畫簡介，2021年5月25日取自(衛生福利北區精神醫療網)，網址 [https://www.tytc.mohw.gov.tw/?aid=54&pid=88&page\\_name=detail&iid=68](https://www.tytc.mohw.gov.tw/?aid=54&pid=88&page_name=detail&iid=68)

### 二、英文文獻

- Matson, J.V., Effective Expert Witnessing (3rd). Florida: CR. (1999).
- Paul, S. Appelbaum, A Theory of Ethics for Forensic Psychiatry, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, Vol. 25, No. 3, 1997