

玄奘大學
法律學系研究所
碩士論文

精神病患之刑事責任能力、精神鑑定及保安處分

Criminal Responsibility of Mentally Ill and Evaluation of
Psychiatric Expert Opinion and Rehabilitative Measures

指導教授：葛祥林 博士

研究生：林煒倫 撰

中華民國 一百零三年元月



玄奘大學法律學系碩士學位論文口試委員會審定書

林煒倫君 所撰寫之碩士學位論文

精神病患之刑事責任能力、精神鑑定及保安處分

Criminal Responsibility of Mentally Ill and Evaluation of Psychiatric Expert
Opinion and Rehabilitative Measures

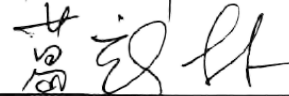
業 經本委員會審議通過

學位論文考試委員會委員



鄭文中

指導教授



所 長



中華民國 一零三 年 元 月 二十三 日

學生：林煒倫

指導教授：葛祥林 博士

玄奘大學法律系碩士

摘要

近年來，因精神障礙之犯罪者，殺害其親人及其所犯其他重大刑案之發生時有所聞，對於精神狀態之不健全之人，在法律上他們應該負怎樣的罪責，法律應該如何處置他們？評價標準又在哪裡？抑或用怎樣的方式給予處遇等相關問題，頗受社會人士之關心。

第一章論其本文之目的在於精神障礙者在精神狀態不健全下，在於法律上是如何之標準給予評價，而評價的過程中是否客觀公正。在於整體之配套措施下對於精神障礙之犯罪人是否是一個公平之審判，相較於他國對於精神障礙之犯罪人整體評價程序上是否為我國借鏡之處。

第二章論述其台灣精神醫學之發展相較於西方的發展，起步較於晚，因此，在精神障礙者觸犯法律之時，應該如何對於其處置，從歷史的發展之中，作出比較式的看法與結論。而在九十四年之刑法修法對於精神障礙者與心智欠缺作為精神醫學上之名詞標準，以國際衛生組織以及美國精神協會對於精神障礙與心智欠缺之認定，對照檢討我國在法律上對於精神不健全者之名詞定義。

第三章論述刑法之責任能力概念，係由自由意志理論所衍生而來，認為人到了一定的年齡，就應該有辨別之能力，以及選擇是非善惡之自由，在自由選擇善惡前提下，不選擇善而選擇惡，在惡行的作為必須受到道德上之處罰。因此就刑法之責任能力而言，處罰一個行為人，必須精神狀態健全以及成熟，負刑事上之完全責任，若是有其欠缺之處，將影響責任能力之評價。

第四章論述其我國之精神鑑定相關規定，比較於其他先進國家對於該領域之相關規範，是否與我國借鏡之處，兼論我國在於法院之判決評價上如何的標準，

作出近年來之統計數量，找其原因作出檢討。

最後，第五章以及第六章方面，係在刑事程序上，對於精神障礙犯罪者所犯行重大之刑罰時，刑法不給予罪責方面之歸責時，對於刑法之第八十七條之保安處分評價，是如何一個標準，是否陷入雙重之評價，甚至於雙重處罰。及訴訟外的精神衛生法強制住院部分與保安處分間作一探討。第六章本文對此，以最高法院一百零二年台上四二八九號判決，對於精神障礙之犯罪者之生死判決及引用兩公約之天賦人權，作為結論與適當之建議。

關鍵字：精神障礙、責任能力、刑事程序、精神鑑定、保安處分



Criminal Responsibility of Mentally Ill and Evaluation of Psychiatric Expert Opinion
and Rehabilitative Measures

Student : Lin,Wei-Lun

Advisor : Dr.Georg Gesk

Institute of Law

Hsuan Chuang University

Abstract

In recent years, because of the offender of mental disorders, have to heard of while killing its relatives and the occurrence of the other major criminal cases made by it, for the psychological condition person of mental state unsound, they should to assume on the law how of responsibility for an offence, how can law to disposal them? And then evaluation standard again where? Or use how of the method of compensation treatment to related issues and be rather subjected to the social personage's concern.

The first chapter on the purpose of this paper is that mental disorders is for the psychological condition person of mental state unsound, on the legal is how of the standard give to evaluate, and evaluate of process in whether is objective and fair. under the package as a whole for the crime person of mental disorders whether the crime person being fair judgment, in comparison to other countries for mental disorder to commit a crime on the evaluation procedure as a whole is for Taiwan to learn from it.

The second chapter discusses Taiwan's development of psychological medicine compared to Western development, beginning from the late, therefore, mental disability when in conflict with the law, and how it should be disposed of, from the development of history, to compare views and conclusions. And In the Republic of China 94 The criminal law amendment to using word the mental disorders and mental retardation as nouns psychological medicine standards, with the international health organization and the American Psychological Association for the the mental disorders and mental

retardation,comparative review on the legal nouns definitions of persons of unsound mind.

The third chapter concept of criminal responsibility is discussed,derived from by the theory of free will,consider that the person went to certain age, should have the capability of recognition,and select the freedom of good and evil,in the premise of freedom to choose good from evil,don't select good but select evil, behavior and immoral actions are punished by moral, therefore, in relation to criminal responsibility,punishment one perpetrates, must be state of unsound mind and maturity,burden entirely on criminal responsibility,if it has a missing element,will affect the criminal responsibility of evaluation.

The fourth chapter discusses psychiatric evaluation of the rules,compared to other advanced countries in the field of related specifications,and learn about in our country, and on the judgment of the Court on the evaluation standards, to count in recent years, looking for the reasons for review.

Finally,the fifth and sixth chapters,in criminal procedure, for mental disorder offender committed serious mental disorders, criminal law does not give at the imputation of guilt,of the 87th article of criminal law evaluation of rehabilitative Measures,is how a standard,whether in dual evaluation,or even double punishment. And litigation outside of the mental health Act mandatory hospitalization intercropping discussion sections with rehabilitative measures.The sixth chapter on this in this article,to The Republic of China 102 of the Supreme Court judgement No.4289 on stage,for mental disorder offender death sentences and references to the two conventions on human rights,as conclusions and appropriate suggestions.

Keywords : mental disorders 、 responsibility 、 criminal Procedure 、
Evaluation of psychiatric expert opinion 、 rehabilitative measures

謝辭

終於可以畢業了!首先，必須感謝葛祥林老師在我撰寫論文期間，從百忙的事務中抽出空閒研討我的論文，使我從艱深的法律文字中領悟其中奧妙，並且在修讀法學德文時，從一頭霧水的漫長英文字母中，找到了一些頭緒；也感謝江玉女老師在我的論文提出盲點與修正的建議，使我的論文更加扎實，更是謝謝王榮聖老師在我就讀研究所期間給我很多啟發與鼓勵。再者，也感謝張麗卿老師遠道而來給予教導以及鄭文中老師詳盡閱讀我的論文，在我的論文內容給予了許多建議，也解惑了我部份的不足與理解，雖然在短短的二小時內，卻讓我受益良多，謂，師者，所以傳道、授業、解惑也，謝謝老師們。

雖然撰寫論文的過程中，曾經有放棄的念頭，也遇上許多的挫折，謝謝家人的鼓勵與支持，在人生的旅途中，不外乎是階段與選擇，當選擇了決定，就得用盡全力把它做到最好，階段性的結束，即是另一階段的挑戰，用「堅強的意志力，創造無限的未來」。再次感謝法研所的志強同學、美雲同學等在公開論文發表期間的幫忙，及提出相當的建議，還有永祥同學的對於校園的熟悉，從旁提攜，使我於就學期間對於學校事務更能快速上手，也謝謝系辦助理佳沛同學幫助，才能使得事務流程更加為順暢。

對於不知的未來，我們唯一能代入的方程式，就是我們的態度；態度將決定一個人的高度，在浩瀚的法律領域裡，讓我對於法律卻有另一層面的體悟，法律不是目的或唯一的選擇，若能善用法律的思維鍛鍊，用在適當的地方，就會發芽茁壯，不論日後從事什麼行業，做什麼事，都會發揮奧妙功用。重要的是，法律是一種人生及社會經驗的累積，在學習法律之餘，應該要用心體會人生，細心觀察社會的現象及脈動。

煒倫

謹誌

2014 年元月

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第一項 研究動機	1
第二項 研究目的	6
第二節 相關文獻回顧與核心概念.....	6
第一項 相關文獻回顧	6
第二項 核心概念	10
第三節 研究方法與研究架構.....	15
第一項 研究方法	15
第二項 研究架構	16
第四節 研究範圍與限制.....	17
第一項 研究範圍	17
第二項 研究限制	18
第二章 刑法學與精神醫學之進展	19
第一節 西方精神醫學之簡史.....	22
第一項 精神醫學之起源	25
第二項 精神醫學體系之發展	28
第三項 精神醫學治療概況	30
第二節 台灣精神醫學之發展.....	34
第一項 早期台灣精神醫學的演進	36
第二項 台灣精神醫療之形成	39
第三節 早期精神醫學與精神病患權利之互動.....	42
第一項 反精神病學運動的形成	44

第二項 反精神病學運動與精神病患者形象的塑造	48
第三項 精神醫學與法學之接觸	53
第四節 台灣繼受西方法學的起源.....	54
第一項 台灣法學之轉變	56
第二項 台灣法學的發展	57
第三項 新刑法價值之趨勢	58
第五節 刑事法學對精神醫學的交集.....	61
第三章 責任能力之判斷.....	65
第一節 自由意志與罪責.....	65
第一項 自由意志之權利思考	70
第二項 決定論與非決定論	71
第一款 決定論之概論	72
第二款 非決定論之概論	74
第三項 自由意志下選擇權之反思	75
第四項 現代刑罰理論之省思	78
第二節 責任能力之罪責.....	79
第一項 精神障礙者之責任能力	82
第一款 人格障礙與精神分裂	84
第二款 限制責任能力之爭議	86
第二項 國外責任能力演進與探討	91
第一款 德日之責任能力判斷	91
第二款 英美之責任能力之判斷	93
第三項 台灣責任能力之心理因素判斷之檢討	95
第四項 司法和精神醫學面臨之難題	96

第三節 責任能力之立法方式.....	99
第一項 生物學取向之立法方式	99
第二項 心理學取向之立法方式	101
第三項 整合取向之立法方式	103
第四項 我國責任能力之立法方式	104
第四節 影響責任能力之因素.....	107
第一項 精神疾病之概論	107
第二項 心理與生理因素	109
第三項 人格障礙症之爭議	114
第四項 法定精神病	120
第四章 司法精神鑑定立法例之觀察.....	125
第一節 刑事程序上精神鑑定之相關問題.....	127
第一項 精神鑑定之意義	127
第二項 精神鑑定之必要性	128
第三項 精神鑑定人之選任及義務	129
第四項 精神鑑定拘束性	131
第二節 國內歸納統計與分析.....	133
第一項 法院送鑑定之統計	134
第二項 司法精神鑑定之分析	136
第三項 台灣精神鑑定及精神病患收容之現況	138
第一款 精神鑑定之現況	138
第二款 台灣監護處分收容程序	141
第三節 國外精神鑑定之流程	142
第一項 德國責任能力之鑑定流程	142

第一款 訴訟前後鑑定之概況	142
第二款 精神障礙犯罪者之收容要件概述	144
第二項 日本心神喪失者等醫療觀察法	147
第一款 起訴前之簡易鑑定	147
第二款 精神障礙犯罪者之收容要件概述	148
第三項 荷蘭 TBS 處分	152
第四項 法國 SMPR 處分	154
第四節 責任能力與精神鑑定之關聯性檢討	156
第五章 刑事政策之保安處分	159
第一節 保安處分與刑罰之相關問題	160
第一項 刑罰與保安處分之比較	162
第二項 刑罰之目的論概述	165
第三項 刑事政策之新思維	167
第二節 從危險概念論保安處分之目的	169
第一項 罪責與保安處分之危險性	172
第二項 精神障礙者危險性之判斷	174
第三項 二元制度下之危險防衛概念之省思	177
第三節 精神病患之強制治療等相關規範	178
第一項 精神衛生法之概論	179
第二項 精神衛生法強制住院與保安處分強制治療	181
第三項 我國精神病患之執行面之相關問題	182
第四項 精神衛生法與其德、美國強制治療之探討	184
第一款 美國法制監管之概論	184
第二款 德國之行為監督制度	185

第三款 精神衛生法之檢討	187
第四節 國家責任與刑事政策之趨勢.....	190
第一項 精神障礙犯罪者之社會國家責任	191
第二項 被害人保護政策之發展概述	193
第三項 精神病患犯罪者責任策略	194
第六章 結論與建議.....	195
參考文獻.....	201



圖目錄

圖 1-1-3-2，本文結構圖.....	16
圖 2-2-1-0，精神醫學演進簡史.....	22
圖 3-3-4-2，精神心理結構圖.....	109
圖 4-4-2-2，精神障礙犯罪人之實務鑑定程序.....	138
圖 5-4-2-2，我國之司法精神鑑定流程圖.....	140
圖 6-4-3-1，德國精神疾病者之訴訟前流程圖.....	142
圖 7-4-3-1，法院判斷精神病患者犯罪人之流程.....	143
圖 8-4-3-2，日本醫療觀察法之流程圖.....	147
圖 9-4-3-3，荷蘭精神疾病犯法處置流程圖.....	152
圖 10-4-3-4，法國精神病患犯法之處置流程圖.....	154
圖 11-5-1-2，刑罰論之體系圖.....	165
圖 12-5-3-1，精神病患強制就醫之流程.....	179

表目錄

表 1-2-1-1，第二階段之學說發展.....	25
表 3-2-2-1，台灣精神醫療發展時間表.....	36
表 4-3-1-0，自由意志之各理論簡易概述表.....	66
表 5-3-3-4，精神醫學與法律用語意釋表.....	104
表 6-3-4-3，WHO 之 ICD-10 版，人格障礙分類表.....	114
表 7-4-2-1，案件次數統計表.....	134
表 8-5-1-1，保安處分與刑罰之比較表.....	164



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

第一項 研究動機

精神疾病者不可預期的突如其來病情發作，可能因情緒、言語或行為等因素導致不自主性的攻擊行為，猶如一顆不定時的炸彈，對社會民眾之生活頗具威脅性。精神疾病不自主的犯罪或攻擊行為引發之社會案件層出不窮。¹精神疾病者的暴力犯罪比例雖然比一般人高，但終究人數少，遠不如酒藥癮濫用及嚴重人格違常的人數來得嚴重。雖然如此，但只要一件偶發的病人因精神症狀所導致的暴力行為可能造成被害者有極大的陰霾或傷害，亦讓大多數無辜的精神疾病者蒙受不公平的陰影和歧視，是一個重要的議題。

部分精神疾病者所引發的犯罪，時有所聞，可是屢屢引發起重大犯罪時，才引起輿論中之熱烈討論，唯過一段時間又歸於沉寂。依據國內外資料的統計，精神、行為障礙犯罪之盛行率，住院精神疾病者中約有百分之二十到六十三，具有攻擊性行為，有自殺企圖者約有百分之十一到五十。精神分裂疾病者的暴力發生率因定義、診斷要件與暴力偵測不同的關係而有百分之二到六十三的估計。雖然各類精神疾病的暴力行為以精神分裂疾病者居多，但以所佔的精神疾病者比例而言，則以反社會人格違常、器質性精神病或物質成癮濫用者居多。²

¹謝瑤偉，精神障礙犯罪者之診療現況評析，法務部，犯罪問題焦點，2005年，11月29日，<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29734&ctNode=28261&mp=001>。最後瀏覽日期2013年1月8日。

²周煌智醫師，高雄市立凱旋醫院成人精神科主任，精神障礙暴力犯罪之現況，法務部，犯罪問題焦點，2005年，11月29日。<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29759&ctNode=28261&mp=001>。最後瀏覽日期，2013年1月8日。

當精神疾病犯罪者發生重大社會案件時，經過媒體大篇幅報導³之後，對於有關精神疾病犯罪者的相關問題，才陸續受到社會大眾的關心，唯法學之專業研究似乎未因而受到明顯之啟發。不論何時所發生的精神疾病者重大社會案件時，民眾只有更加深對精神病患的恐懼，也使得社會大眾在主觀認定上，對於精神病患就是具有暴力傾向，而具有相當程度的社會危險性，因此，精神病患者之理解程度以及處置的方法，甚至於犯罪時的人權之保障，也將必須有所討論與改進之處。

世界衛生組織(World Health Organization)於二零零六年之報告書中⁴指出，生理因素以及心理因素引起神經失調的病徵，在全球的人口數中每十萬人口就有一千人左右的終身盛行率，約百分之一左右的比例。憂鬱症在精神醫學的分類，是屬於輕型的精神疾病。可是，醫學鑑定上或者刑法學評價上所認同的精神疾病，是屬於嚴重型的精神疾病。部分的原因是由憂鬱病症(Depressive disorders)、焦慮病症(Anxiety disorder)以及躁鬱病症(Manic disorders)等情感(Affect)疾病或稱為情緒(Mood)疾病⁵所引發的嚴重精神疾病。我國中央研究院生物醫學科學研究所⁶於

³1998年元月間，精神異常女子何美能當街向北一女學生潑灑硫酸。2001年6月2日台北市一名精神異常男子，疑因病情發作兇性大發，在大樓內持菜刀追殺三名無辜的同棟住戶，造成日本籍男子服部武宏及婦人王麗月、梁秀蘭受傷送醫，案發現場從十七樓到十二樓，到處血跡斑斑，令人悚目驚心。2002年4月16日北縣三重市文化北路一民宅二樓一對患有精神病患的母女，在屋內縱火自焚，所幸鄰居報案，員警破門而入，及時消弭一場意外。2002年4月18日台北縣汐止魏姓精神病患，持菜刀追砍社區警衛事件幸經阮文和員警到場後與對方閒話家常，緩和其衝動心情，一個小時後，伺機取下對方手中菜刀，防止可能意外發生。民國2002年4月22日，患有精神病的深坑鄉民林湧河，在北深路三段住家頂樓試射改造槍支，差點誤傷路人，警方據報圍捕，將其制伏後，起出四支改造長槍。2008年的加拿大，中國籍李偉光在巴士上殺人斷頭事件，因判定精神分裂而獲判無罪。Last Updated, Friday, March 6, 2009, 2:22 PM CT, CBC News。 <http://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/story/2009/03/06/mb-greyhound-killing.html>。最後瀏覽日期2012年10月24日。2012年挪威爆炸槍擊案，在奧斯陸市中心製造爆炸案，隨後在距奧斯陸以西大約40公里的於特島開槍行兇，共致死77人、傷80多人，獲判無罪，但必須無限居留，強制治療。中國新聞網，<http://dailynews.sina.com/bg/news/int/chinanews/20120623/20353500668.htm>，最後瀏覽日期2012年10月24日。

⁴World Health Organization(世界衛生組織)，NEUROLOGICAL DISORDERS-public health challenges(神經系統紊亂-公共衛生挑戰)，global burden of neurological disorders:estimates and projections(全球負擔的神經功能障礙；估計和預測)。http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf。最瀏覽日期2012年10月27日，圖2.7，2.8，2.9，頁36。

⁵Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等六人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，

二零一二年十一月十六日公布，從一九九一年到二零一零年之「常見精神疾病」(common mental disorders)⁷的盛行率，也就是精神醫學所歸類的輕型精神疾病。台灣憂鬱患者比例倍增，自一九九零年的百分之十一點五上升至二零一零年的百分之二十三點八。⁸所以，從數據可以得知，輕型的精神疾病的憂鬱病患可能是嚴重精神疾病的溫床，因此，嚴重精神疾病發生率的風險也隨著輕型精神疾病之倍增而加重。

再觀之，內政部統計處身心障礙者人數按致殘成因分類統計中，統計通報⁹也指出以心理或生理的病因所引發的精神疾病，智能障礙者(Mental Disability)九萬八千四百零七人、失智症者(Senile Dementia)者三萬五千七百八十一人、自閉症者(Autism)者一萬一千二百一十二人、慢性精神病患者(Chronic Psychosis)者十一萬三千九百九十二人、頑性(難治型)癲癇症者(Epilepsy)者四千七百九十一人，總計二十六萬四千一百八十三人，領有身心障礙手冊的人數約全國人數的百分之一點一四。

所以，已有醫學體系之追蹤的精神病患，占全國人數百分之一左右，而且可能含有危險性的因子(Risk Factors)¹⁰。相反的，輕型精神疾病者卻未包含在鑑定標準裡，以至於無法追蹤掌控，只能以一般疾病治療，甚至於是否按時就醫都無法

2002年12月第1版第2刷，頁169~206。

⁶鄭泰安特聘研究員研究小組，中央研究院，新聞稿，2012年11月16日發佈，http://www.sinica.edu.tw/manage/gatenews/showsingle.php?_op=?rid:5454。最後瀏覽日期2012年11月16日。

⁷鄭泰安特聘研究員研究小組，中央研究院，新聞稿，「常見精神疾病」(common mental disorders)泛指非精神病(精神分裂症、妄想症、躁鬱症等)的憂鬱症和焦慮症，佔所有精神疾病的90%以上。世界衛生組織預估到2020年，全球十大「疾病與傷害」當中，憂鬱症將排名第二，僅次於冠狀動脈心臟病。

⁸鄭泰安，特聘研究員研究小組，中央研究院，新聞稿，http://www.sinica.edu.tw/manage/gatenews/showsingle.php?_op=?rid:5454。最後瀏覽日期2012年11月16日。

⁹行政院內政部統計處，身心障礙者人數，The Disabled Population，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。最後瀏覽日期2012年10月27日。

¹⁰卓良珍，台中榮總，精神部，精神分裂病(上)，[http://www.ohayoo.com.tw/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%85\(%E4%B8%8A\).htm](http://www.ohayoo.com.tw/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%85(%E4%B8%8A).htm)。最後瀏覽日期2013年1月15日。

得知。¹¹那麼，部份輕型精神疾病者，未能鑑定追蹤或有潛藏性精神疾病，如果涉嫌犯罪行為時，精神醫學及刑事法學上，將如何作出合理的判斷空間，也就是說，精神醫學上的精神病理判斷是否全部適用於刑事法學的責任能力評價。

精神醫學上的精神疾病分為生理疾病與心理疾病的發生而不同，所產生的障礙也有所不同，對心理方面的精神疾病也稱為內因性精神疾病，其主要為遺傳或體質因素，從精神醫學的分類，基本上可大略分為六種¹²：

1. 精神疾病(Mental disorder)。
2. 調適障礙症(Adjustment disorder)。
3. 人格障礙症(Personality disorder)。
4. 其它障礙症(Other disorders)。
5. 發生於兒童時期的障礙症(Disorders starting in childhood)。
6. 智力障礙症(Mental retardation)。

對於生理方面的精神疾病，又為外因性精神疾病，即因腦部器質損傷而生或因藥劑中毒所引起的精神異常以及因內科疾病所引起，大略分類為¹³：

1. 器質性精神病(Organic mental disorder)。
2. 中毒性精神病(Toxic psychosis)。
3. 症狀性精神病(Functional disorders)。

此外，值得一提的是精神分裂症的分類與一般精神障礙略有不同，以下作簡

¹¹行政院內政部衛生署，2012身心障礙鑑定與需求評估新制，身心鑑定作業辦法，<http://www.topwin.com.tw/moi/images/a3.pdf>，身心障礙鑑定簡介，http://www.topwin.com.tw/moi/images/moi_1.pdf。最後瀏覽日期2013年1月15日。

¹²Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等六人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，2002年12月第1版第2刷，頁67~68。

¹³張甘妹，犯罪學原論，三民書局出版社，修訂十三版，1999年，10月，頁70~71。

略分析¹⁴：

1. 器質性症候群(Organic syndromes)。
2. 情感障礙症(Affective disorder)。
3. 人格障礙症(Personality disorders)。
4. 分裂性情感性障礙症(Schizoaffective disorder)。

由上分類，反社會人格病徵(人格障礙症)是從精神分裂分類或內因性精神疾病中所併發出來的一種病理。從醫學體系的治療的過程中發現，精神分裂是多變的，¹⁵而急性復發的患者，每次復發後即使治療後有所改善，但是都無法回復到正常的狀態，整體而言是每況愈下。¹⁶

無論是何種精神疾病者，他們的違法行為都有可能包含失控的行為(disinhibited)或者魯莽(reckless)¹⁷，除了醫師對於患者的鑑定報告外，尚包含著病患的辯護能力以及刑法學上的責任能力判斷，甚至於涉及重大案件時的監護制度等實質上與程序上之問題，將會影響法官對於精神疾病者犯罪案件上判斷的結果。

所以，那些百分之一左右是可能包含有危險因子人數及未加入醫學體系追蹤的輕型精神疾病者，若有犯罪的事實時，又該如何從精神醫學上認斷其行為自主能力以及刑事法學上認定其責任能力作為統一認定基礎。且部分精神疾病的犯罪

¹⁴Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等六人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，2002年12月第1版第2刷，頁222~223。

¹⁵病程與預後，可完全復原的急性病程20%，復發性的急性病程20%，慢性病程急性發作20%，慢性病程慢性發作20%，自殺10%-15%。

¹⁶行政院衛生署九十四年度補助計畫，以病人為中心之整合性照顧計畫，行政院衛生署草屯療養院，將所有出院個案中診斷符合全民健康保險重大傷病類別之ICD代碼為294、295、296、297的嚴重精神病患（包含慢性器質性精神病、精神分裂症、情感性精神並與妄想症）獨立出來作品質指標結果統計。94年度本計畫品質指標監控至94年10月止，嚴重精神病患出院總個案數為320人，其出院後14天再住院率為5.00%，出院後14天再急診率為7.81%，出院60天內再住院率為12.81%，急性病房每人平均住院日數為38.11日，病患出院後三個月內門診規則返診率為62.18%，頁6。

¹⁷Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等六人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，2002年12月第1版第2刷，頁582~583。

人中以精神分裂的犯罪率最高，有如不定時炸彈般的，影響整體社會的安定性，更是要適時、適法的對於可能犯罪的危險精神疾病者，作為社會安全與維護法律正義的一環。

第二項 研究目的

精神疾病患者，於精神醫學領域裡，病理區分的類別極為複雜。再觀於我國刑法典裡，對於精神疾病患者之犯罪行為所相對應的規定裡，難免歸於簡陋，但若由精神醫學分類列於刑法典中更極為不可能之事。所以，基於精神鑑定與法院評價初步所呈現之落差，本論文試著釐清，兩者之間的落差究竟多大，造成該落差之原因有哪一些？何者為其他結構性原因所造成的，以下問題與討論重點為本文之研究目的：

一、精神醫學對精神病患者之定義上，對照刑法學對精神障礙者用詞的差距是否過於鬆散。

二、刑事程序法上對於精神病患鑑定的證據力之認定標準，是否誤差過大。

三、比較德國以及英美等國法例，從立法規則之結構中，對於精神病患者之犯罪行為評價，是否為我國借鏡學習之處。

四、從新修正的精神衛生法中，檢討對於精神病患者之定義，是否適當。

五、對於以上研究目的，作出相關結論，期待未來能給予立法者，建議及參考，健全精神疾病患者之人權嚴謹審查機制。

第二節 相關文獻回顧與核心概念

第一項 相關文獻回顧

關於犯罪學的研究領域裡，國內的相關研究成果較於集中性犯罪和少年犯罪等問題。精神病患責任能力之相關研究，在國內文獻部分，並不多見，因為那是

跨領域的研究，但是基本上可分為幾個的研究方向、監護制度研究方向、人權研究方向、刑事程序法上的研究方向、精神醫學法與刑法學領域綜合研究等。下列以國內重要參考文獻之類別作檢視與回顧。

一、碩博士論文

以關鍵字「責任能力」、「精神鑑定」、「監護制度」中搜尋之碩博士論文包含著法律領域、社會福利領域以及醫學領域有十六筆，其中可分為三個方向，即為刑事程序法方面四筆，人權保護方面七筆以及刑事責任與精神鑑定五筆，其中博士學位論文一筆，碩士學位論文十五筆。

刑事程序法方面國內所做的研究，從資料搜尋中發現一九九六年至二零一零年於十四年當中有其四筆，在於精神病患於犯罪訴訟時的抗辯能力¹⁸以及精神鑑定上對於刑事訴訟的證據能力問題做出探討¹⁹。從這些文獻討論裡，刑事程序上精神病患的當事人能力問題以及精神鑑定上之證據能力做出相當範圍的討論，唯美中不足的部分是著重於刑事程序法上的攻防，未對於精神病患的病理做出檢討與分析。

從人權保護的方向做出的研究較為廣泛，從一九九一年至二零零八年於十七年間，資料蒐集有七筆資料，當中對於監護制度上的強制治療問題研究²⁰以及精神

¹⁸吳文正，碩士論文，從精神鑑定探討被告心神喪失抗辯之主張，指導教授，蔡墩銘、甘添貴、林信男，東吳大學法律系研究所，1996年。王珮儒，碩士論文，智能障礙被告刑事責任能力及程序權利保障之探討，指導教授，李茂生，國立台灣大學法律系研究所，2010年。

¹⁹王家駿，碩士論文，交互詰問對精神專科醫師醫療業務影響之探討，指導教授，廖又生，國立陽明大學醫療管理研究所，2003年。黃耀進，碩士論文，刑事精神鑑定證據力之探討—決定法官採納因素之分析(以板橋地方法院為例)，指導教授，黃富源，國立台北大學犯罪研究所，2011年。

²⁰張麗卿，碩士論文，論精神障礙之鑑定及監護。指導教授，蔡墩銘，國立中興大學法律系研究所，1984年。葉秀蓮，碩士論文，台灣地區精神病監矯治處遇問題之調查研究。指導教授，鄭瑞隆，國立中正大學犯罪防治研究所，2000年。張文章，指導教授，陳荔彤，國立臺灣海洋大學海洋法律研究所，碩士論文，我國精神病患強制治療法律制度之研究，2007年。吳秉祝，碩士論文，整體法秩序對精神障礙犯罪者之處遇與對待。指導教授，林東茂，東吳大學法律系研究所，2007年。林思蘋，碩士論文，強制治療與監護處分—對精神障礙者之社會控制—，指導教授，王皇玉，國立台灣大學法律系研究所，2008年。

病患之人權保障研究²¹做出廣泛的討論，此方向的文獻中，對於犯罪後的精神病患的監護制度管制方面與一般犯罪者的監獄處分做出比較性的處遇，相較於人權制度上保護的程度做出相當範圍的討論，唯不足之部分是為精神病患犯罪後的探討，並未作出法院的判斷標準問題以及犯罪的原因，或其病態作為討論。

從刑事責任能力與精神鑑定的角度為研究方向者²²，雖然於國內文獻中資料極少，作蒐集到有五筆資料，當中法律系研究所所作的研究唯有三筆，其餘為醫學研究所以行為的角度去分析精神病患的研究，而法律研究所做出的研究較於醫學研究所精準，從此方面觀之而言，醫學上的精神鑑定對於刑事法學上較不被重視的區塊，但是從日新月異的時代中，生活壓力上或者種種其他原因所導致的精神疾病問題，衍生到刑事法學上的領域也屢見不鮮，所以，本文這些問題應該醫學與法學間作去相當的研究，不應區隔兩者，分道揚鑣。

二、專書

刑事法學與精神醫學之專書於仿間書籍中搜尋，寥寥無幾，唯張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，二版一刷，二零零四年九月一書中，探討精神病患之型態對應著刑事法學之相關問題。

三、期刊文章

從月旦法學資料庫以及法源法律網之期刊資料蒐集中，輸入「精神醫學」，

²¹王小萍，碩士論文，精神障礙犯罪者之鑑定及處遇-以人權保障為出發，指導教授，張甘妹，國立中興大學法律系研究所，1995年。黃進興，碩士論文，精神病患醫療之人權研究，指導教授，李震山，國立中正大學法律系研究所，2003年。張麗卿，博士論文，精神疾病犯罪人處遇之比較研究。指導教授，蔡墩銘、林憲，國立台灣大學法律系研究所，1991年。

²²廖錦玉，碩士論文，責任能力之認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學法律系研究所，1996年。林秀華，碩士論文，司法精神鑑定案例之社會支持系統與生活適應之研究，指導教授，陳正宗，國立高雄醫學大學行為科學研究所，1999年。王富強，碩士論文，精神鑑定，指導教授，許玉秀，國立政治大學法律系研究所，2002年。黃怡華，碩士論文，司法精神鑑定之家庭殺人犯罪個案之相關因素探討指導教授，張永源，國立高雄醫學大學行為科學研究所，2005年。簡至鴻，碩士論文，刑事責任判斷之本質-刑法解釋學與精神醫學之交錯，指導教授，李茂生，國立台北大學法律系研究所，2008年。

「精神鑑定」以及「刑事責任能力」關鍵詞裡，得知近七年內期刊論文中可分為三方面，即原因自由行為責任能力方向、精神疾病類別之犯罪個案分析以及精神鑑定與司法判決的影響。

原因自由行為討論研究方面較為普及，因為新舊法的汰換中，對於故意與過失之原因自由行為討論，這方面研究，並沒有對於精神病人的類別加以分析，單純對於刑事法學上的故意或過失於個案中加以討論。²³

從精神疾病類型作為犯罪的檢討於二十年的期刊文獻中，幾乎落於一九九四年到二零零零年之間，而其後卻屈指可數，而有些文獻都過於老舊，但仍有討論與檢討的空間²⁴。

四、小結

從二十年的相關文獻中，對於精神障礙的責任認定研究不多，而且有些研究都已過於老舊，可見對於精神醫學在刑法學上的解釋，並不被重視。因此，本文的努力方向在於檢討，精神疾病與犯罪的關係應否更加嚴肅看待？精神病患的處遇，由其是核定程序及該程序在刑法上之評價應否更加嚴格加以運作。

²³鄭逸哲，先確定具有「違法的構成要件該當行為」，再問是否「原因自由」？—「醉態駕車行為」和「原因自由行為」不可混為一談，月旦法學雜誌，第190期，2011年，2月，223-231頁。許恆達，原因自由行為之刑事責任，國立台灣大學法學叢書，第39卷，第2期，2010年，6月，頁351-431。Wolfgang Mitsch、古承宗、許絲捷，原因自由行為與間接正犯，輔仁法學，第39期，2010年，6月，頁141-173、175-204。蔡孟兼，過失的原因自由行為之研究，世新法學，第1卷，第2號，2008年，6月，頁221-240。蔡蕙芳，責任能力與原因自由行為，月旦法學教室，第37期，2005年，11月，頁77-87。張麗卿，原因自由行為明文化，台灣本土法學雜誌，第68期，2005年，3月，頁136-140。

²⁴蔡墩銘，反社會性之研究，國立台灣大學法學叢書，第4卷，第2期，1975年，4月，頁75-120。郭壽宏，從精神醫學探討司法精神鑑定責任能力之判斷，國立警察大學法學論集，創刊號，1996年，3月，頁239-270。何海、莊明敏、林信男、林憲等著，司法精神鑑定結果與法庭判決之比較，台灣精神醫學，第11卷，第3期，1997年，265頁。蔡墩銘，司法精神鑑定與刑事判決，刑事法雜誌，第42卷，第3期，1998年，6月，頁11-24。林憲，司法精神醫學的展望，台灣精神醫學，第2卷，第2期，1998年，126頁。郭壽宏，司法精神鑑定之原理及實際問題，刑事法雜誌，第43卷，第3期，1999年6月，頁49-82。吳建昌，從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準，刑事法學雜誌，第43卷，第1期，1999年，2月，頁190。廖正豪，精神障礙影響刑事責任能力規定之探討，刑事法雜誌，第19卷，第5期，2001年，67頁。

第二項 核心概念

一、精神醫學的精神疾病者

十九世紀末，西方醫學部門第一次有精神醫學體系的出現，直到二十世紀中葉²⁵，學者們才紛紛提出精神障礙該如何做解釋²⁶。此解釋的模式有，生物層面上的遺傳模式、生物學模式以及社會學模式；心理分析層面上的精神分析模式、行為學習模式；社會層面上的壓力適應模式以及人類文化模式等。

就生物、心理、社會三種層面上所對應的精神障礙患者的比重也就不同，但是就其發生原因，又缺一不可。所以就其方式解析刑法學上該如何就此做出合理的解釋。

二、精神疾病者的責任能力

責任能力在於每個人都有其自由意志，透過個人的意識能力及控制能力選擇自己所欲為之行為，換言之，因為個人行為是能控制該個人意志，即同時具有意識及意願，在外在世界之客觀表現，且應屬個人應可控制的事項，所以應為此行為承擔責任。因此，構成犯罪時即應接受刑罰之處罰；如果一個人的罪責能力是有欠缺或不全的，刑罰對其因無法達到教育或訓誡之目的而無意義。

刑法上責任能力²⁷所討論的概念是，在如何的條件下，行為人以自由意志的選

²⁵張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，2版1刷，2004年9月，頁21~25。

²⁶Mark S. Micale, "The Psychiatric Body", in *Medicine in the Twentieth Century*, eds, Roger Cooter and John Pickstone, Amsterdam: Harwood, 2000, p323-340。

²⁷關於刑法學上的責任能力：蘇俊雄，刑法總論（II），元照出版社，1997年7月，279頁。張麗卿，刑法總則理論與運用，五南出版社，修訂2版，2005年9月，231~232頁。黃常仁，刑法總論—邏輯分析與體系論證，新學林出版社，增訂1版，2001年8月，84~90頁。林山田，刑法通論（上），元照出版社，增訂十版一刷，2005年9月，374~381頁。林東茂，刑法縱覽，一品文化出版社，五版，2007年9月，105頁。黃榮堅，基礎刑法學（上），元照出版社，2003年5月，115~118、370~371頁。陳子平，刑法總論（上），高雄復文出版社，2005年5月，313~317頁。

擇權下，為自己所為的故意或過失之不法行為，應予承擔刑罰。因此，行為人的意思決定過程中，法院對於辨識與控制能力之程度上評價，所對行為人所作出之處罰，這就是刑法上的是否「可非難性」，而令其行為人之負擔刑罰。

責任能力是刑法在法哲學上的基礎，向來有其決定論與非決定論之分。也就是意思自由的探討演進，前者，係以團體主義之思想背景所構成社會責任論；後者，以意思自由為論定責任基礎，因此以個人主義思想為背景構成個人責任論。²⁸從醫師、法院、精神病患之犯罪人三者間，刑法學上的解釋對應到責任能力，再由責任能力探索，精神病患的定義內涵。三角關係中，找出我國於刑法學解釋上對於精神病患的責任能力判斷是否一致。

三、刑事法學與精神醫學的相關規範用語

犯罪評價三段論中的罪責評價階段，犯罪行為人實施不法行為，必須具備罪責，才能成立犯罪。換言之，實施不法的行為人之所以被責難，是因為其有能力認識自己的行為被社會唾棄，而知道將受到嚴厲的制裁。簡言之，刑罰所對付的是如果有選擇其他的可能性，法秩序才會譴責行為人之良知。

罪責之形成，來自於規範上的評價，也就是規範責任論²⁹，簡言之，罪責是倫理上的自由為基礎，意志不自由，就無罪責或只有部分罪責，所以，精神異常的程度將影響法律效果，當然，精神異常的程度，是以自我操控能力的高低為其關鍵，即使行為人具備不法認識的能力，進而檢驗是否具備自我控制能力。

控制能力的檢驗，對於精神疾病患者的精神異常程度，依賴著精神醫學鑑定，接續對照的刑法構成要件去加以判斷，由此觀之，刑法上對於精神疾病患者的名詞定義應更加精準才是，因此，以下就法規範用語加以比較分析：

刑法第十九條第一項，「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其

²⁸張麗卿，探索刑法，神州圖書出版，2003年9月初版，頁7~12。

²⁹林東茂，刑法綜覽，一品文化出版社，修訂五版，2007年9月，頁1-138。

行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰。」以及第二項，「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。」得之於刑法學上之精神病患用語有：

1. 精神障礙
2. 心智缺陷
3. 不能或欠缺辨識能力

精神衛生法第三條第一款，「精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。」得之於精神醫學上之精神病患用語加以對照前述之精神病患之定義分類為：

該條前段，可稱為精神病患心理的病理

該條後段，可稱為精神病患生理的病理

從精神醫學上的評估生理病徵，有腦神經創傷，酒精中毒，感染性以及腦組織退化癡呆之精神病等；心理病徵有精神分裂，躁鬱循環症，智能不足，人格違常，精神官能症等。而刑法學上之分類簡略，生理上病理為精神障礙及心智缺陷，心理病徵為不能或欠缺辨識能力。³⁰

再者，人格違常是包含在精神醫學裡的心理病徵，於精神衛生法中否定此類型。精神醫學上分類何其多，刑法學上用語簡略，判斷責任能力之時，固然有其困難度之所在。然由刑事程序法上之證據鑑定，對於精神病患的型態作廣義的定義，司法判決上又是依賴著的精神鑑定，對此，所謂精神障礙或心智缺陷無一定規則可循，將造成判斷標準的矛盾。

³⁰張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評，東海大學法學研究，第23期，2005年，頁49-53。

四、刑事程序法之精神鑑定

所謂鑑定，是指法院為取得證據資料而指定有特別知識經驗的專家就特別事務以其專業知識，加以分析、診察、實驗而做判斷，來作為法庭審理案件之參考。³¹ 刑事訴訟法第一百九十八條規定：「鑑定人由審判長、受命法官或檢察官就下列之人選任一人或數人充之：一、就鑑定事項有特別知識經驗者。二、經政府機關委任有鑑定職務者。」以及第二百零八條第一項前段：「法院或檢察官得囑託醫院、學校或其他相當之機關、團體為鑑定，或審查他人之鑑定。」³²

精神鑑定為審判長、受命法官或檢察官認有必要時，選任精神醫學方面知識經驗之人，或囑託醫院、相當之機關，判斷特定人之精神狀態。而由最高法院四十七年台上字第一二五三號判例認：「精神是否耗弱，乃屬醫學上精神病科之專門醫學，非有專門精神病醫學研究之人予以診察鑑定，不足以資斷定。」³³於實務上，精神鑑定之內容或目的，包括被告須否接受強制治療之保安處分³⁴、被害人之精神鑑定³⁵、被告有無訴訟能力³⁶、證人是否須令具結³⁷等不一而足，而其中所佔比例最大者乃為被告責任能力有無之判定，惟須釐清者，鑑定乃係以其特別知識

³¹林鈺雄，刑事訴訟法(上策)—總論篇，元照出版，台北，2007年，9月，5版1刷，頁526。

³²全國法規資料庫，刑事訴訟法，<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=C0010001>。最後瀏覽日期，2012年12月19日。

³³最高法院89年台上字第2305號判決、最高法院92年台上字第5913號判決、最高法院93年台上字第2955號判決、最高法院93年台上字第5944號判決、最高法院94年台上字1088號判決等亦為類似見解。

³⁴刑法第91條之1規定：「犯第221條至第227條、第228條、第229條、第230條、第234條、第332條第2項第2款、第334條第2款、第348條第2項第1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。」

³⁵最高法院94年台上字第843號判決。

³⁶最高法院91年台上字第3745號判決。

³⁷最高法院93年台上字第1633號判決。

提供法院參考，具有補充法院認識能力之機能，鑑定人或機關所提出之鑑定報告屬證據資料之一種，亦與其他種證據資料相同而受自由心證法則之拘束。

在法官的自由心證下對於精神障礙、心智缺陷的精神醫學鑑定，如何做出公平公正的判決，這是兩個不同領域的整合。各國上有不同方式的立法方式，因為我國的刑法學沿襲於德國，所以，德國上採用混合式立法，乃至於新刑法所修正的方式也是如此，但是仍然於判斷空間上過於廣義。

刑事訴訟法第二百零三條第三項，「**審判長、受命法官或檢察官認有鑑定被告心神之必要時，得使鑑定人於法院外為鑑定。**」，可依該法第二百零八條規定，受法院或檢察官之囑託鑑定者，按其內容大略可分為四項³⁸：

1. 判定被告責任能力之有無。
2. 訴訟進行中，判定被告有無訴訟能力。
3. 鑑定證人有無證言能力。
4. 鑑定被害人精神障礙之程度。

由上述可見，精神鑑定為刑事法學中重要的一環，但第四點判斷用精神障礙來定義有無責任能力，可是在精神醫學的角度上，障礙程度卻有前述之六種，尚未包含生理病理上所引發的精神病。並且在鑑定程序上，精神犯罪嫌疑人往往都等到有顯著的精神異常時，法院才委託給醫院精神科實施鑑定，就因此作為判定，欠缺嚴格程序審查以及刑法學解釋精神障礙的範圍。

³⁸張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，2版1刷，2004年9月頁347。

第三節 研究方法與研究架構

第一項 研究方法

一、規範分析

從我國法規範上的立法規則，對於精神疾病者的立法模式，作一分析，包含著刑法的第十九條第一項、第二項，的八十七條之保安處分以及精神衛生法。

二、以對判決之詮釋為主

從實務判決裡，對於精神疾病患者觸犯刑法禁止規範時，所作出的評價以及詮釋。

三、部分進行判決書之統計分析

蒐集於近十年來，司法院判決書裡，對於違法的精神疾病患者，所作出的判決書作一統計分析。

四、比較法分析

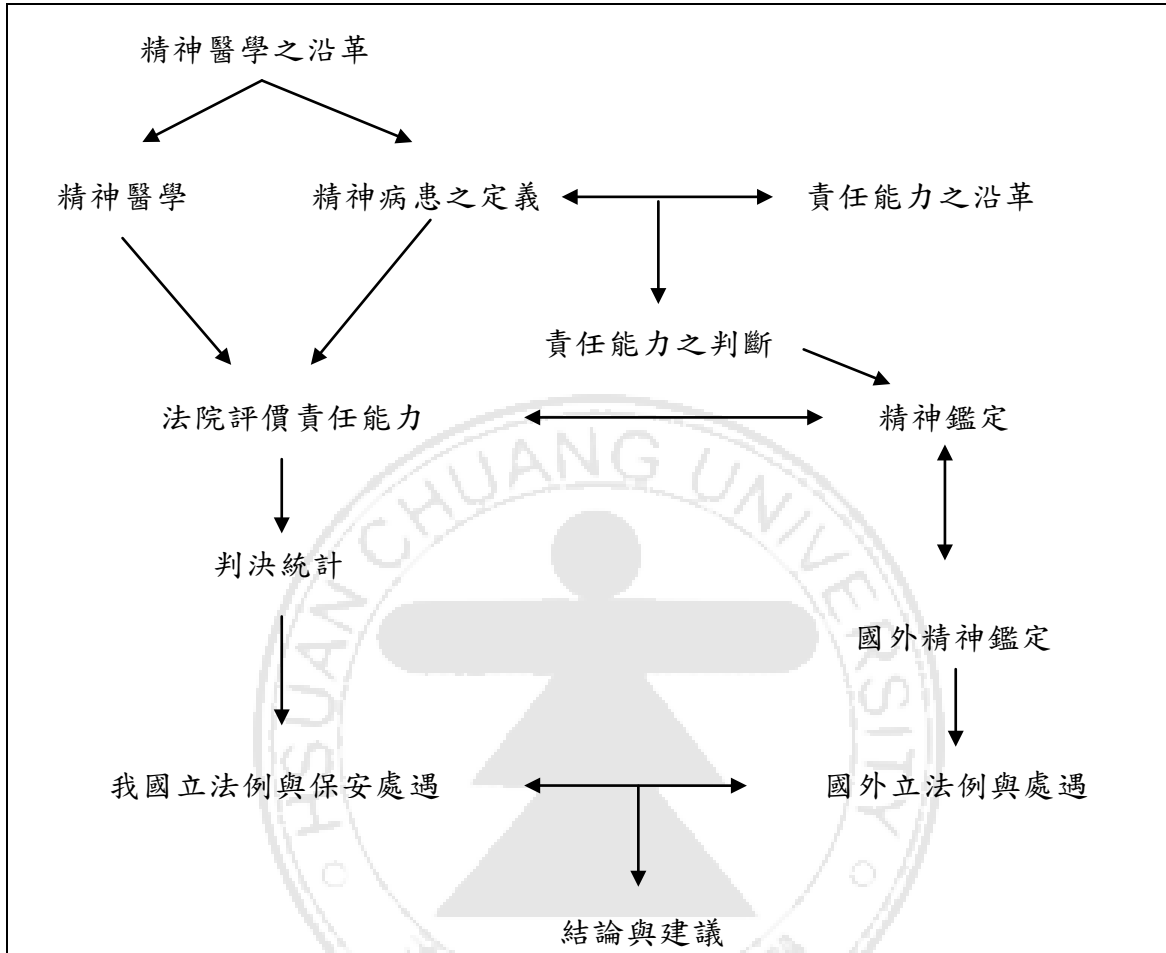
從國外之精神疾病患者之立法，以及評價，作一比較性分析。

五、其他相關文獻之比對、分析與詮釋

對於國內外文獻中，作歸納性比對，分析於精神病患者違法性的詮釋比較。

第二項 研究架構

圖 1-1-3-2，本文結構圖



資料來源：自行製作

第四節 研究範圍與限制

第一項 研究範圍

一、資料來源

本文對於資料蒐集部份，以國內外判決、碩博士論文、相關期刊文獻，並且以二零零五年新法修法為一界線，因為在二零零五年之前法律領域的相關文獻中，大部分之資料是以心神喪失、精神耗弱之語意不明確，作一討論的範圍。二零零五修法之後，對於刑法第十九條討論的範圍已經屈指可數的文獻，而大部份為醫學領域以及社會福利領域對精神疾病患者的處遇和人權保護方向研究。因此，本文以二零零五年之前相關文獻為主，二零零五年修法之後為輔，作為資料來源。

二、文獻性質

所有蒐集的文獻中，包含著：

1. 刑法學上的責任能力。
2. 刑事預防政策。
3. 精神醫學上的精神疾病類別。
4. 精神衛生法及刑法第十九條第一項、第二項。
5. 精神鑑定的範圍。

三、國家

對於資料搜索中，國外部分以德國、美國、日本、為主，其他國家為輔，作比較法研究。

第二項 研究限制

二零零五年為一界線，新舊法就為區隔，舊法部分不言之討論，對於新法部分為之研究，以下是本文限制部分：

一、構成要件該當性。

二、違法性之部分，有著主觀上的違法性以及客觀上的違法性，單純就客觀上違法性而言，係指阻卻違法事由的事項；而主觀上違法性，係對於認識能力以及控制能力之評價有關，所以，本文所限制之部分是以客觀上違法性而言。

三、刑法第十九條第三項之原因自由行為。

四、民法上的監護制度。



第二章 刑法學與精神醫學之進展

刑法的定義，在不同時代、不同時期，所為的意義都有明顯不同，相對而言，國家對於刑法的意義也隨著時代進步有所不同的意涵。從世界刑法史觀而言，利用刑具處罰人民是最有利而最有效管理人民的一種方法，因此，刑法的發展必然始於人類文明的開始，所以，對此所磨合的時間也相對比較長；對所發展進步的精密度而言，理所當然的周詳。反之，對於西方精神醫學的歷史發展而言，起源於十九世紀，相較於刑法的史觀，足足慢了二百餘年之久。

對於法概念源自於古希臘學者的自然法學派³⁹，從自然法學派實現法的正義有二種，一則自然的正義；另則為制約的正義。自然的正義中，社會反覆實行的慣行，稱之為自然⁴⁰，而這些自然形成的習慣所依其制約成規範，就為自然法或恆定法。這些律法，是當時人類與上帝溝通的橋樑，成為當時行為規範的準則。當然，後來被經驗或實證學派主義的學者批評⁴¹，對立的雙方互相找尋有利的證據證明自己理論的支撐點，如此一來，法學發展也就越來越進步，以後的社稷，從法律的不成文規範進而為成文的禁止規則，這就是法學進化的現象。

本以神權統領的時代裡，經過宗教與君主分立的改革，君王的命令仍以半神權方式控制人民，君主的所言制定就是專制統治下的法律，根本毫無自由、平等

³⁹德國早期的自然法學家歐登道普(Johann Oldendorp,1486~1567)在定義共同法(ius commune)時,就將其視為自然法的象征。Harold JI Berman,Charles JI Reid,JrI,Roman Law in Europe and the Ius Commune:a Historical Overview with Em2 phasis on the New Legal Science of the Sixteenth Century,Syracuse Journal of International Law and Commerce,Spring,1994,p48。

⁴⁰胡旭晟，論法律源於道德，湘潭大學法學院，中國文學檔，第1期，2005年，1月，頁69。第1段第3行及第2段第1行有其說明之

⁴¹Paul Vinogradoff,“Rom an Law in Medieval Europe“,Speculum Historiale (Cambridge),Barnes & Noble(New York),1929,p93~185。

權利可言。嗣後隨著基督教會日漸擴大，只好藉由權力和宗教本身的優勢來建立新秩序，因而開始迫害不同宗教的信仰，當時他們稱之為異教徒，於是法學者們開始思索著一個問題，那就是異教徒的自然權利，並提出異教徒也應當享有一些自然權利⁴²，因而自然法學理論受到挑戰，天賦人權或者自然權利的口號，逐漸成為自然法學者的思想中心⁴³。

啟蒙運動產生了人權一詞，以自然法學派以天賦人權，主張生而平等的理念，此種觀念成為後來美國及法國大革命的理論根據。但是，十八世紀後中期，漸而興起的經驗主義和實證主義，展開對於自然權利學說的激烈批判。實證主義認為法律是人為的動機和累積經驗的一種結果，而不是什麼自然權利。而且，科學技術的興起也讓人們意識到法律並不是通用的、唯一的，而是因地而異的、具有變化性。以致於這種實證主義觸發了人們的好奇心，也就是對於法律形成的種種因素。因此，對於法律研究就逐漸有了廣度的視野，例如比較法學、人類學、心理學等都成為的重要因素之一。

綜觀整個西方刑法史的發展而論，從十六世紀君主神權統治的盛行，於那時代的背景之下，乃至於自然法學派的崛起，一連串的爭鬥改革中，又衍生出歷史法學派、法律實證主義乃至社會法學派等。職是之故，就法律歷史演進而言，從人權的角度進化立法的規則，也可以說，啟蒙運動之開始，法律就一直在進化；相對的，就精神醫學的發展，其歷史卻沒有長久的時間磨合，以致於，當精神醫學放進法律領域中探討時，將會磨擦出無比的火花。

精神醫學僅僅不到二百餘年的歷史⁴⁴，而追溯到古老的歷史時期上，宗教與醫

⁴²劉文彬，西洋人權史，五南出版社，台北，2005年，2月，頁121~180。

⁴³申建林，自然法理論的演進：西方主流人權觀探源，社會科學文獻出版社，北京，2005年，5月，1版，頁12~20。

⁴⁴李明濱，實用精神醫學，國立台灣大學醫學院，台北，2011年，2月，第3版，頁13。

學本是一家。醫治的工作也都由宗教人士所執行，並且以神話解釋人類精神現象以及醫治受傷心靈的工作，所以，精神醫學在被稱為精神醫學之前，其實就是宗教，祭師或法師等宗教人士在那個時代的精神醫師。⁴⁵隨著科技與知識的發展，醫學逐漸脫離宗教，醫學因此獨立出來，然漸而又把醫學分科別類。精神醫學是人類腦部研究，這領域的開發遠落後於醫學上其他器官研究，以致於，精神醫學發展也相對較晚⁴⁶。

綜合所述，法學之發展起源較精神醫學早，其演進也較為快速。詳言之，對於整個刑法學發展歷史而言，從應報理論演進成預防性理論，甚至於回歸社會，無非是對於人權的尊重。基於此種觀點上，精神醫學的判定精神病患者的病症對於刑法學而言，則是責任能力與行為能力之判斷，也就是認識能力的有無以及控制能力的多寡。所以，當刑法學上必須藉助於精神醫學的幫助才能為之評價時，更是要對精神醫學所理解程度必須多一點，而單純以法學上所理解的程度去了解精神病患的行為。我國目前對於精神障礙者的法規範，則是若判定為嚴重精神疾病而犯罪者，而是以保安處分強制治療，而執行期間為五年以下，原則上還是禁錮治療並非以回歸社會為其目的，禁錮治療其實跟監禁無所差異，以隔離為其主要目的，是與十八世紀之前的大禁閉時期差不多⁴⁷。當精神醫學跟刑法學接軌時，過分的強調法律部分，將使得國家的法治人權觀念倒退，所以，本章節將一一討論其兩者發展速度不同，與交集的問題。

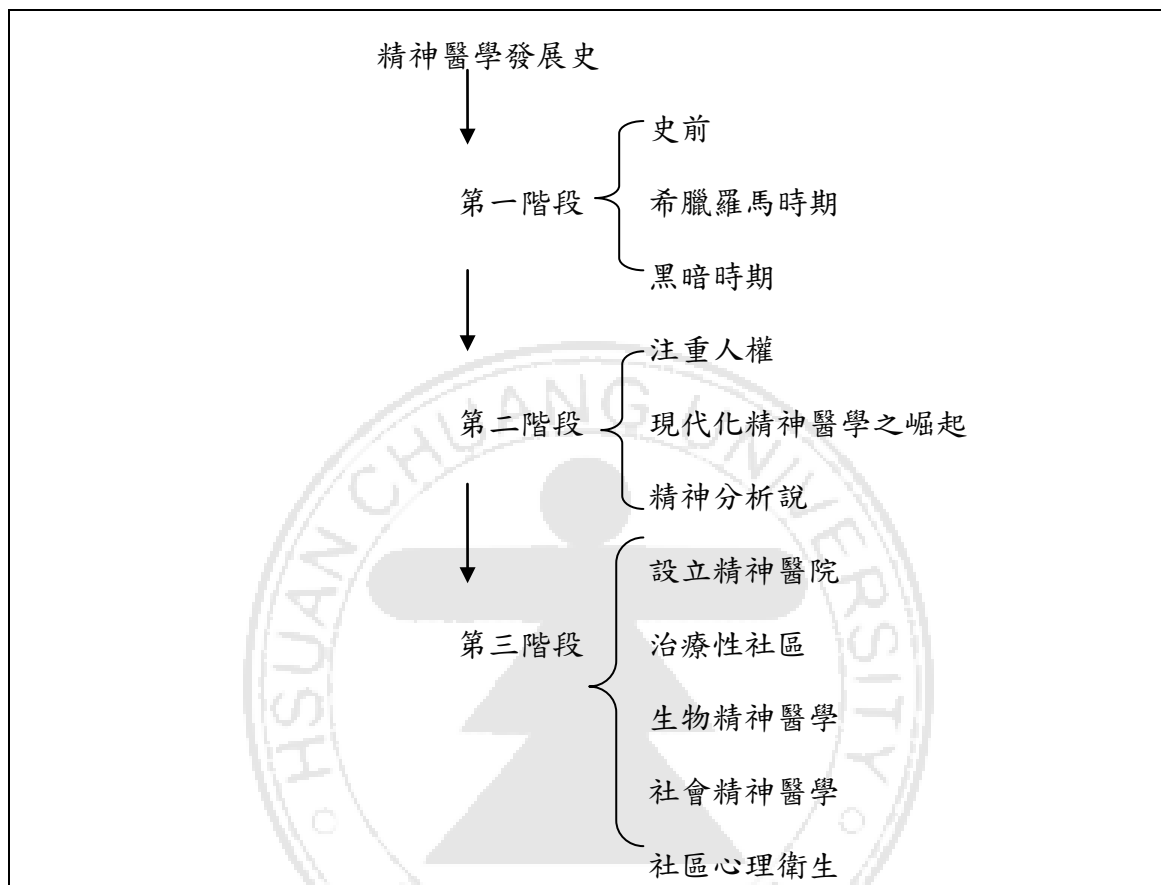
⁴⁵羅伊·波特，巫毓荃譯，瘋狂簡史，左岸文化出版，2004年，6月，頁25。

⁴⁶林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1984年，10月，頁66。

⁴⁷王文基，陽明大學科技與社會研究，傅柯、身體與文明，讀書會，頁1-3。

第一節 西方精神醫學之簡史

圖 2-2-1-0，精神醫學演進簡史



資料來源：自製

從醫學精神病史來簡單區分，幾乎與啟蒙時期同時發展，在十八世紀初至末啟蒙時期裡，它是一個創造思維的時代，與理性主義等各理論間所激發成長，構成的一場的革新運動時期。這個時期，各個知識領域都有不斷的創造，當然也包含著精神病學的發展。因此，精神醫學的發展大致而言，可以說是以十八世紀為其分水嶺，第一階段是十八世紀之前，該領域未得啟發，基本上是處於神祇時代；直到文藝復興時期，精神病理學現代研究的創始者，德國醫生 Johann Weyer (1515-1588)認為人類的心靈就像身體一樣，也會生病，以至於十五世紀開始至十六世紀中期，整個歐洲，宗教神殿用愛和人道治療心理疾病病人。十六世紀中期後，

把醫院和修道院合併成收容所(asylum) ，作為照顧病人的主要機構，因為病人人數變多，漸而變成監禁機構，以及不人道的處遇。

而後面階段的雖然是分嶺於一九四零年，其中歷經二次精神醫學的大改革。之所以會以一九四零為其一分界，主要是在於原本的發展重心是處於歐洲各國，而第二次世界大戰間，美國發現因戰爭引發的精神疾病不在於少數⁴⁸，將會影響國力，因此，美國就大力投入研究，也因如此重心轉移了美國本土，所以，才以一九四零年為二、三階段兩個分界⁴⁹。

啟蒙時期的開始是也是精神醫學發展的萌芽，這階段使得精神醫學慢慢明朗化，而有別於鬼神之說。至於第三階段，美英兩國更重視了精神疾病者的人權，連治療方式也人性化，把原本生物單領域醫學擴展到心理學，更甚於專業分工制度。⁵⁰因此，在於各個階段的革新觀念裡，仍然保留著其主流特徵存在，並有其特定的背景發展。以致於今日的精神醫學，雖然說主要是以生物醫學為主軸，漸而到心理醫學以致於兩者間的綜合評價。但是現代社會裡仍存留著一些古代思維與處理迷思，更甚於停留在報應理論的思想下，根深蒂固的觀念上也包括了治療的演變，這皆是法學領域與精神醫學領域上所碰觸的問題，也都值得去理解研討的問題。

由現前精神醫學史觀點觀之，十八世紀之前的時期，可以說是精神醫學上尚未取得啟發，醫治的工作都由宗教人士執行，且解釋人類精神現象以及醫治受傷心靈的工作，所以，當時精神醫學的英文名子 psychiatry 是從希臘文演變而來，原

⁴⁸林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁58、62。

⁴⁹林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁3~23。林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁1~22。

⁵⁰Soong WT., Psychiatry in Taiwan: past, present and future. International Medical Journal, 2006, NO.13(1), p. 21~28.

字義是指靈魂之醫治(treatment of the soul)。希臘文之靈魂(soul)與精神(mind)是可以互用的單字，所以，宗教哲學家認為人類無法接受人死就一切消失的想法，於是才提出靈魂之概念，以致於，現在精神醫學無法解釋靈魂脫離身體的存在。⁵¹

在十六、十七世紀的時代裡，把所有的天災、人禍、傳染病等災難，歸因於無知的人民，更是以虛幻、神話控制著無知而恐懼的人民，也就是以神話的方式來加以解釋這些自然的現象，讓這些無知的人民得以安撫。將所有的自然的現象都歸於神鬼，跟史前中國的觀念不謀而合。⁵²因此，在宗教的迷信觀念下，認為精神病症是一種鬼怪的附身(possession)或者因病菌侵蝕皮膚及神經系統的癩瘋病症⁵³所導致出畸形的外觀，因此民眾對於精神疾病患者都有刻板印象的恐懼心理；這樣的主觀心理印象，仍殘留著現代社會的心目中，例如說，傳統廟宇的收驚、加持等，尚存著鬼怪之說；姑且不論超自然的現象是否存在，而處於當時的社會環境的因素下，宗教的作為對於確實是有鎮定、安撫人心的效果，如此淵源才有標籤汙名化下的精神病患者⁵⁴。

⁵¹ 李明濱，實用精神醫學，國立台灣大學醫學院，台北，2011年，2月，第3版，頁14。

⁵² Jonathan Andrews, "The Rise of Asylum in Britain", in *Medicine Transformed: Health, Disease and Society in Europe 1800-193*, ed., Deborah Brunton. Manchester: The Open University, 2004, p.298~330.

⁵³ 行政院國家科學委員會，科普知識，漢生醫師—癩瘋病研究的先驅，2004年9月7日，癩瘋病(leprosy)又名癩病，正式學名為漢森症，是一種侵犯皮膚及週邊神經之疾病，由癩瘋桿菌(*Mycobacterium leprea*)又稱漢生桿菌(*Hansen bacillus*)所引起。感染這個疾病後，往往會造成皮膚與神經組織的損傷，容貌變形、手足畸型、甚至殘障，引起社會大眾的心理恐慌。即使在醫藥科學發達的今日，每年世界各地仍有數百萬人感染癩瘋病。<http://web1.nsc.gov.tw/fp.aspx?ctNode=439&xItem=8095>，最後瀏覽日期2012年10月11日。

⁵⁴ 唐宜楨、吳慧菁，精神疾患汙名化與去汙名化之初探身，心障礙研究，2008年，vol. 6，NO. 3，頁176~177。

第一項 精神醫學之起源

表 1-2-1-1，第二階段之學說發展

注重人權	韋耶 (JohanWeyer)一五六三年反對神鬼之說與精神疾病無關聯性。	法國畢乃爾 (Phillipe Pinel,1745~1826)解放長期受禁錮的精神病患。	威廉圖 WilliamTUKE, 1732~1822)強調治療環境與氣氛稱道德治療。	約翰柯諾利(John conolly, 1974~1866)廢強制器具與手段。
精神醫學崛起	德國克雷佩林 (EmilKraepelin)一八八三年一八八三年描述性精神醫學，一八九六年提出早發性失智症，躁鬱症，等十三種精神病症之分類。	諾格契(Noguchi)於一九一三年證實，器質性病因論主張:精神疾病可經由病菌感染(梅毒螺旋體)而引致。		
心理精神分析	佛洛伊德 (SigmundFreud, 1856~1939)一八九六以精神分析學說，提倡心理上病因論，潛意識中早期未解決的衝突。	榮格 (CarlGustavJung, 1875~1961)精神醫學的教科書仍殘留著主觀印象，師承佛洛伊德。		

資料來源：

林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁3~23；林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁1~22張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁3~26，參考自製。

十八世紀是精神醫學的啟發時期，該時期可分為兩部分之精神醫學發展，第一部分的區間是十八世紀初期到十八世紀末，另一部分區間則是十九世紀初至一九四零年，第一個時期法國 Philippe Pinel⁵⁵醫生所主導的，深信精神疾患所引起的

⁵⁵林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁24~26，Pinel (1745-1826)，

病因並不是鬼怪所引起的，也就是說，精神病患的異常行為只是一種病態上的行為，與生物上的疾病皆屬於疾病；不人道的對待病患，是導致於其個性躁鬱，而基於保護自己的情況下，所為偏激性的攻擊性行為，因為如此，他於一七九三年，以收容所的監督者自居，在醫療措施上做了創新思維的決定，將精神科病人身上的鐵鍊摘除，因此，經法國 Philippe Pinel 的理念啟發，逐漸擴展至美國，於是在美國大力推展道德治療的是 Benjamin Rush (1745~1813)—美國精神醫學的鼻祖⁵⁶；另一方面值得注意的是，道德醫療必須有其護理與照顧，因此，在 Philippe Pinel 名下有一名護士 Jean Baptiste Pussin 對精神病患盡心盡力的人道上的照顧，也被稱為精神護理之祖。⁵⁷

Pinel 的創新思維的舉動震驚整個歐洲，也因此而影響了精神科養護所或療養院，逐漸對精神病人給予道德上的治療方式。精神病患從此之後，以被非人道處遇的方式而由此轉變。此種不人道的待遇，甚至像監獄般的養護所來管理病患，當時維也納曾經設置狂人塔(Narrenturm Lunatics Tower)或愚人塔(Fool's Tower)⁵⁸可以證明那不人道的待遇，將精神病患本身的人性尊嚴與其家屬的體感，公開讓前去觀看的民眾以嘲笑、鄙視的心態來對待，把病人當做玩具般的消遣謾罵，更甚為病患的家屬一同入塔內一並進行謾罵的行為；此種不良行為心態的收容所，可稱為精神醫學史上的陋習。當時，在 Philippe Pinel 所屬的養護所裡也發生同樣

法國人，出生於法國南部，研習神學，後來卻與祖父、父親一樣改志學醫，1773年獲得醫學士，其後5年間，Montpellier大學從事研究工作，於1778年始轉至巴黎，他先教授數學與從事醫學圖書工作，漸而對精神醫學感到興趣。

⁵⁶蔡鎮戎，從「洪大俠」事件看社會大眾對精神病友的迷思，社區發展季刊，第121期，97年，3月，頁292。

⁵⁷Jan Goldstein, "Psychiatry", in Companion Encyclopedia of the History of Medicine, eds., W.F. Bynum and Roy Porter, vol. II, London, Routledge, p1350-1370. 林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁14。

⁵⁸林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁6。

的情形，而在 Philippe Pinel 接任院長之後，便摒棄陋習，極力修改對於精神病患之觀點。

十八世紀以後，Philippe Pinel 在法國大革命時期解放了犯罪收容所的精神病人，這是精神醫學發展的重大指標之一，因此，道德精神醫療的思想開始普及，其中主張要用人道的方式對待精神病人，取代過去的監禁或鎖鏈方式，還有義大利的醫生 Vincenzo Chiarugi(1759~1820)，英國醫生 William Tuke⁵⁹等人，尤其是，當時德國的醫生 Johann Reil(1759~1813)也提出了環境治療、職能治療和心理治療的概念，主張給病患良好的治療模式。而英國 William Tuke 也極力推動道德治療，想改善精神病患的治療方針，以及醫療環境，因此道德治療便開始在世界各地發展出來⁶⁰。

可惜的是十九世紀末期，道德治療開始衰退。原因之一來自於推動成效無法成章、又進展速度過於迅速，導致財政和專業人員的嚴重短缺、病患恢復率下降、醫院也負荷不了。再者，因為當時大力推動，社會大眾普遍認為，接受人道尊嚴的治療，就可以完全治癒，甚至於，對於心理上所引發的精神疾病，社會大眾認為是有危險性的，而且這些病人多為貧窮的外國移民族群，受到的資源有限，因此，二十世紀初期，精神醫學的道德治療幾乎停滯，直到一九四零年精神醫學又在美國興起。

⁵⁹林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁7，William Tuke (1732-1822)，1792年設立York Retreat精神醫院，致力改善精神病人之治療。

⁶⁰林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁7~11，精神病人運動在歐洲各國漸普遍化，美國第一家精神醫院為教友派教徒於1756年設立，1817年成立第二家於賓州Freuds Asylum。

第二項 精神醫學體系之發展

進入十九世紀末至二十世紀初，現代精神醫學有重大的發展，確立精神醫學理論基礎是精神醫學史上的第二個重要發展。而理論的基礎係為許多精神科的醫學者，於醫院內屢次的觀察後所得之的結果，於是，在這個時期裡有幾位代表的醫學者，如在一八九六年的德國學者 Emil Kraepelin⁶¹ 克雷配林為代表的論點及診斷標準，首度以早發性痴呆(dementia praecox)的診斷標準判定精神分裂之精神病症(schizophrenia)，因為當時他觀察到這些患者由於很早就發病，認知功能及智能都逐漸退化，而病症的徵狀與癡呆症的患者很像，可是當時只有老年人才會發生，但是目前這些患者年紀輕輕就呈現類似痴呆的症狀，因此 Emil Kraepelin 就以早發性痴呆來描述這樣的患者後來稱為精神分裂症(schizophrenia)。⁶² 並且，於一八九九年又發表了躁鬱病的分界，整理分類十三種的精神症候群與診斷名稱，又一九一一年瑞典的 Eugen Bleuler (1857~1939)把早發性癡呆稱為精神分裂症並描述其症狀，開啟了描述性精神病學(descriptive psychiatry)或精神症狀分類學的體系；在同一時期的奧地利精神科醫師 Sigmund Freud(1856~1939)則在一九零零年提出夢的解析探討潛意識，並發展出心理分析的理論學派⁶³。因此，科學上的精神醫學架構逐漸的有了輪廓，從描述性的記錄方式，展現分析結果的學派，稱之為記述性精神醫學。從整體發展觀之，Kraepelin 對於精神醫學貢獻的肯定是有目共睹的，也因而獲得現代精神醫學之父之尊稱。⁶⁴

⁶¹ 李明濱，實用精神醫學，金名圖書，2011年，2月，第3版，頁19，林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁24~26。Kraepelin (1856-1928)，德國人，19世紀後半到20世紀初期活躍的大師，師承Flechsing學習腦神經解剖學，也曾師事心理學者，為臨床經驗主義者。

⁶² 福樂·托利醫師，麥可·克內柏，丁凡譯，躁鬱症完全手冊，心靈工坊，台灣，2006年，11月，頁3~8。

⁶³ 林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁25。

⁶⁴ Mark S. Micale, "The Psychiatric Body", in *Medicine in the Twentieth Century*, eds., Roger Cooter and

精神醫學領域上，許多的治療法以及病名的分類逐漸被研發，而臨床心理學的治療也相繼的跟隨著進步，兩者間的相輔相成，共同改變了精神醫療處遇的治療，例如，俄國的 Ivan Petrovich Pavlov⁶⁵(1849~1936)發現條件反射(Conditioned Reflexes)後來發展為行為治療的理論基礎，用於病患的行為偏差或症狀行為，利用科學技術來修正，都是精神醫學發展上的重大貢獻。Jauregg⁶⁶發明瘧疾治療法(malaria therapy)，此種治療法後來研發成為高熱治療法(fever therapy)；Sakel⁶⁷首創胰島素治療法；一九三八年義大利的 Ugo Cereletti 和 Lucio Bini⁶⁸發明了電療法等。⁶⁹

再者，臨床心理學的方面，以佛洛伊德(Freud)⁷⁰所發展出來的 Neo-Freudian⁷¹為

John Pickstone, Amsterdam: Harwood, 2000, p321~329.

⁶⁵李明濱，實用精神醫學，金名圖書，2011年，2月，第3版，頁20，Pavlov，俄國人，曾於1904年獲得消化系統方面研究諾貝爾醫學獎，於1912年從生理學研究所提出之條件反射，對於後來實驗心理學以及精神疾病行為治療發展有很大的幫助。

⁶⁶林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁46，Jauregg(1857~1940)於1917年，發現瘧疾原蟲接種於人體內使其發高熱之後以治療梅毒性之進行麻痺症，其效果頗佳，使其病人重獲健康，因而獲得Nobel獎金。

⁶⁷林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁46，Sakel(1900~1957)於1928年，對嗎啡中毒患者施行肥胖療法之祭，偶然發現引起之胰島素昏睡可消除中毒及戒癮時之種種精神及生理症狀，進而利用胰島素治療精神病患者，導致深度昏睡。

⁶⁸林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁48，Cerletti和Bini兩氏，義大利人，於1938年發明以交流電刺激大腦前葉用來治療精神疾患，後來，因容易導致併發症，於1946年，Reiter，改良單向波電流製造電氣刺激器，簡稱MEST(Modified Electroshock Therapy)或稱UPC法。

⁶⁹Michael Neve, Medicine and the Mind, in Western Medicine: An Illustrated History, ed., Irvine Loudon, Oxford: Oxford University Press, 1997, p233-248. 愛德華·肖特，譯者，韓健平、李亞平等，精神病學史，上海科技教育出版社，2008年10月，頁126~150。

⁷⁰李明濱，實用精神醫學，金名圖書，2011年，2月，第3版，頁19，林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁31~36，張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁19。Freud，出生於捷克的莫拉維亞地區，他學術生涯，前段是神經學研究，後段回到法國學催眠術以及治療歇斯得理。1985年，發現「自由聯想」可以使潛意識的東西浮上意識面，而不一定要經過催眠。一年後發表了「精神分析」學說，就是去探討病人行為或者做選擇的背後動機以及一個人之心性發展。

⁷¹張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁11~23，林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁36~38。Charles Rycroft, A Critical Dictionary of Psychoanalysis, Puffin Books, London, 1995, November, p60。Neo-Freudian派別是指精神醫學家與心理

首的學派，也研發出創新的治療方法，例如，不單純的執著於潛意識的發展，而以心理學角度去探討其他有關的病因，人際關係的發展對於疾病的影響就是為其中之一。所以，在這個時代裡的精神醫學專家，為了有效的幫助精神病患治癒，使其精神疾病患者能回歸社會繼續生活，都竭盡所能的開發新的治療法。⁷²除此之外，對於精神病患的人權問題以及環境治療逐漸的受到重視，乃至於訓練專業人員的知識以及改善醫院的設備也皆逐漸重視，除了醫療的進步也同步了環境治療與設備，朝著心理治療方式及人性化管理的方向逐步前進。⁷³

第三項 精神醫學治療概況

自一九四零年代至二十世紀中期，精神醫學方面的相關知識日漸澎湃，發展目標也逐漸從歐洲延展至美國，二戰後的美國也興起對該領域的相關研究。精神醫學發展的第三階段，應屬於有效的精神藥物被發現以及社區化的治療。首先是一九五零年代鋰鹽(Lithium)被證明用來治療躁鬱症(manic patients)有效，陸續又發現有抗精神症狀以及治療抑鬱症(depression)的藥物，以至於成為第一代抗精神病用藥。因為發明了這些藥物的療效，更改善了精神病患必需長期住院的命運，因此影響了一九六零年代之後精神醫學發展的一個轉捩點。再者，就是一九四零後的美國所提出的去機構化的回歸社區運動(Deinstitutionalization)以及社區心理健康運動(Community Mental Health movement)，許多精神病人不需要再被長期的收容，

學家對於Freud的精神分析理論基礎表示認同，在承繼Freud理論的同時加入了自己的理論與思想所對Freud理論提出不同的想法，原則上是以Freud理論為其基礎所得的結論，這時期代表人物有卡爾·榮格(Carl Jung)，阿爾弗雷德·阿德勒(Alfred Adler)，埃裡克·埃裡克森(Erik Erikson)，凱倫霍尼(Karen Horney)，弗洛姆(Erich Fromm)。

⁷²沈志中，精神分析與法國臨床心理學的建立：歷史回顧與探討，台大應用心理研究，第27期，2005年，頁215~237。

⁷³李明濱，實用精神醫學，金名圖書，2011年，2月，第3版，頁20~22。

可以回到自己崗位，只要能維持良好的門診追蹤治療，或是在社區中提供讓病人住宿、工作、娛樂、休閒的庇護性設施，由精神醫療相關專業人員如社工、心理、復健、護理給予照顧，這是二十世紀後半期的精神醫療新趨勢。

美國精神醫學興起的原因是於二次大戰期間至結束時，美國政府需要動員全國人力的時候才發現，在徵兵體檢中竟然發現精神病患者不在少數，而無法徵召入伍，因此，精神醫學領域逐漸被美國所重視，原因是二戰結束後，大批的退伍軍人無法適應生活的問題，導致於臨床心理學在美國地區的快速進展。因此，美國政府發展心理衛生研究政策，投入大量經費於榮民醫院建設；而在台灣國軍方面也是面臨如此困境，就是無多餘人力照顧精神疾患，甚至私人醫院都被軍醫院所借為使用，然而，德國也面臨相同問題，但是納粹政策卻以極端的方式來屠殺精神病患，使其節省掉不必要的支出。二戰結束後，精神病患者數量暴增，以致於政府關注到問題的嚴重性，於是開始探討如何幫助精神病患的朋友們為有效治療，以便讓病患再回歸社會生活。

一 英美社區性的治療源起

英國喬治貝爾(George bell)於一九四七年，主張精神病患之管理必須開放化(open-door policy)推動過程中，遭遇到很多障礙與挫折，但也完成許多階段性的目標，從挫折中得到一些答案，那就是開放性治療對於精神病患的療程有幫助的，但是必須地方民眾的理解與協助，且對於精神疾病須所認知，方可在精神醫療上而有所幫助。因此，採用開放化療程是可行之策下，也配合社區中的每個人都認同精神疾病的觀念，如此一來，精神病患已不再是被排斥的對象或被隔絕的客體，融入社區的精神醫療有很好的預後治療及效果，因此，開始確立該方向發展的目標。⁷⁴

⁷⁴鍾信心等，精神科護理學，華杏出版社，台北，2006年，1月，第5版，頁15-23。

治療性社區的觀念(therapeutic community)在一九五三年時，麥斯威爾瓊斯(Maxwell Jones)首度提出病推動社區心理性運動⁷⁵，發起了去機構化運動，該運動之目的在於縮短住院日期，推廣非機構化的醫療服務，而所謂機構化是指病患長久時間住院與社會隔離，對於病患於適應生活能力減退，而出現過分依賴醫院以及服從醫院之領導，導致無自主的思維與社會脫離。因而強調的是治療的環境，以及專業的人士的分工作業。除此之外，瓊斯更是強調社區心理性治療，加上精神病藥物的新發現，使得醫院從收容方式變成開放化的治療方向，以重視預防重於治療的概念出發，使得病人可以與社區活動正常的融合，與社會有某程度上的互動，也為了協助病患能再回歸社會，於是這種預防性精神醫學，也因而漸漸崛起。⁷⁶

二次戰後的美國，因戰後出現許多戰後症候群的一些心理疾病，以致於精神醫學的相關研究，引發重視，因而投入研究領域的學者也不單有專門知識的學者，甚至於社會學者及人類學者等，都紛紛加入研究。至此，精神醫學領域內，開始有了的社會、環境、人為等因子加進探討，發展出治療性的醫院取代過去的關閉性或禁閉性的醫院，將各種知識與技術集於一身。因此，展開美國對於精神病患之去機構化運動。⁷⁷同時，許多醫院也因此響應，將以精神醫院與社區間作互動與融合，使病患能更快、更容易回歸社會。

二、精神藥物治療與發現

⁷⁵William R. Breakey，譯者，郭峰志，現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系，心裡出版社，台灣，2001年，7月，頁125-210，林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁61~62。

⁷⁶鍾信心等著，精神科護理學，華杏出版社，台北，2006年，1月，第5版，頁228~230。

⁷⁷張富美，臺北市立聯合醫院松德院區臨床心理師，精神障礙者之社區照顧，學術觀察站，頁39。<http://www.health.gov.tw/Portals/0/%E4%BC%81%E5%8A%83%E8%99%95/%E6%A5%AD%E5%8B%99/91%E5%AD%A3%E5%88%8A/91-%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E7%A4%99%E8%80%85%E7%A4%BE%E5%8D%80%E7%85%A7%E8%AD%B7.pdf>。最後瀏覽日期2013年6月6日。

比較精神醫學(comparative psychiatry)，主要研究的是精神疾病症候群的發生頻率次數，嘗試著去解釋精神疾病之病因。反之，在社會精神醫學(social psychiatry)是以社會可能影響發病的因子為其目標做研究分析，對此構想的創始者蘇利文 Sullivan⁷⁸就在一九二七年向美國社會學會申請一個名詞，而該名詞在一九三二年正式採用，因此，於是社會因子變項列為精神醫學重要探討。當社會因子納入討論同時，也發展起社區心理衛生(community mental health)，以保護精神病患及預防疾病為目標而興起的運動。以致於美國在一九二八年將其內容歸納為公共衛生行政機構之一環，此一舉獲得精神醫學界與民眾的支持，以及整合起各方的資源與努力，使其成為實質的社會服務而不是口號的成果。

精神醫學史的一個大發現，是在於一九五二年時，被治療肺結核病人的檢體中發掘了抗憂鬱的藥物，從此發現，精神醫學已經不是從生物學角度為基礎研發的一門科學。例如說，抗高血壓的藥物意外發現可以抑制精神狀況⁷⁹。時至今日也證明精神藥物的發現，對於精神疾病上的控制是有效果的，從此之後有了這個方向，精神醫學家們更積極的發明了各種的精神藥劑、如治躁鬱症藥劑、治憂鬱藥劑、興奮劑鎮定藥物等等。這些新藥劑的發掘時間，正與剛起步的社區醫療概念的推動，產生互補作用；由於藥物對於精神病症的有效控制，且需要長時間的觀察與治療，醫院的管理方式逐漸的做了變化，因此，監禁式的病房走入開放化的管理，新藥劑發明配合上長時間的醫療，又有社區化的治療機構，兩者之組合之下，造就許多精神病患者的福祉。

⁷⁸Harry Stack Sullivan，譯者，韋子木、張榮泉，精神病學的人際理論，出版社Argun，台灣，2007年，2月，頁10~15，林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁17~20。此書是蘇利文(1892~1949)的代表作也是有名的美國精神病學家，精神分析學派中社會學派的代表人之一。這本著作的中心內容是把精神病學概述為人際關係的科學，強調人的社會本質，認為人格、精神病、診斷和治療等都可以從人際關係的角度來解釋和處理。

⁷⁹林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁23。

二十世紀的後半期，對於生物精神醫學的發展，除了精神科藥物的發現，精神疾病的診斷也運用了國際通用的 ICD 系統也發展出了 DSM I、III, IV 的美國精神病協會系統的不斷修正，同時分子生化醫學、大腦攝影醫學(Brain mapping)、遺傳基因醫學的研究也不斷突破，對大腦的認知功能、記憶、學習、情緒、行為……各方面的醫學知識日新月異，造成生物精神醫學的發展。對於精神疾病的治療方式也做了反省與改進，而本於運用科學實驗的方法、重視指標數據的判定、以及斷層掃描儀器、遺傳工程等醫療器材的依賴，也演變成以更客觀的角度，研究精神病患的診治，而非單純地以生物上之數據做為指標，不過，這領域的發展方向又是往後幾年裡的趨勢了。

第二節 台灣精神醫學之發展

台灣精神醫學之發展，是以二戰後晚近二十五年期間，開始逐漸起步。在這期間裡，台灣之精神醫學可以說是處於空虛狀態，而當時之社會情況，對於精神患者、精神醫院、相關工作人員等，存在根深蒂固之偏見，因此，無論是醫院內之工作人員、精神患者或者設備皆是苦不堪言。以致於一九四七年當時，國內學者林宗義博士，開啟朝向精神醫學的路邁進，他是台大醫學院附設醫院精神科主任，致力於治療與教學之工作，這是台灣精神醫學最早發展的史料⁸⁰。

一、光復前台灣精神醫學史源

日本殖民統治下的台灣，就任於東京醫科大學的精神科吳秀三教授，在一九一零年時為了調查內分泌障礙的一種克汀病(cretinism)，也可能導致侏儒症，如垂體性侏儒症，甲狀腺功能減退，於是到台灣展開三個月的調查工作，來台時，他

⁸⁰林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁66。

的一位助手中村先生，在台灣停留時間發現，台灣的精神醫學是處於空白狀態，因此，他又在一九一六年五月十五日來台擔任基隆醫院院長，也同時開了精神科門診及業務，又受聘為台大醫學部講授精神醫學之術科，他是首位在日治時期傳授精神醫學學識的醫師。隨他之後，中修三教授等精神醫師也開始於台北帝大醫學部精神病科傳道授業，隨後的又有奧村三吉、米山達雄、黑澤良介等精神科醫師陸續的參與教學，如此一來，日治時期的精神科醫師就因此逐漸形成。⁸¹

二、光復前後台灣心理學的發展

對於西方精神醫學領域而言，台灣心理分析的精神醫學發展時間相對晚一點，台灣精神醫學研究為了配合殖民政策，是以民族為對象的熱門醫學為其重心，因此，精神分析領域卻沒有成為研究重點，以致於日據時期至一九四六年止，幾乎不見心理學領域之研究。而台灣首批心理學教授，是國民黨政府遷台時所引入而來的，但是當時所研究的精神醫學主要還是以生物性為主、行為之研究並非心理性的研究⁸²，甚至直到一九六零年台大心理系開始有臨床心理學之課程也是如此，因此，在其他大學陸續設立心理學系時，精神分析相關課程也逐漸設立。

三、一九四五年的轉變

台灣的發展在一九四五年隨著精神醫學重心轉移美國而隨之不同，雖然生物性精神醫學和心理學與精神醫學結合的精神分析領域有著截然不同的起步，但是這時的台灣，美影響台灣所有的建設發展，學術發展也脫離不了這個影響。因為美國的世界心理衛生組織(WHO)漸而主導了世界，在於相關心理衛生的發展，也幾乎由美國所支援。因此順其自然地，心理衛生政策都是蕭規曹隨的引用美國模

⁸¹林吉崇，台大醫學院百年院史編輯小組，編著李明濱、王昭華，台大醫學院百年院史(上冊)-日治時期(一八九七~一九四五年)，金名出版，1997年，6月，頁98~115。

⁸²柯永河、陳秀蓉、吳英璋，臨床心理學的回顧與前瞻：領域發展，應用心理研究，第40期，2008年，12月，頁23-28。

式，而國外進修的學者們也是為美國唯一選擇。

前文所述的歐陸精神醫學之歷史進展，從生物精神醫學至精神分析，以致於重心轉移美國的狀況。雖然精神分析學是起源於歐陸，但是於美國發跡，只是，不同於歐陸的是，美國對於相關心理治療師的資格審查是較為嚴格的，只接受畢業於醫學院體系的精神分析師。如此一來，美國對於心理上的精神分析逐漸成為精神醫學的主流。

第一項 早期台灣精神醫學的演進

早期的台灣對於精神疾病之治療，精神醫學並非主流，整體精神醫學之知識演進，也來自於日治時期當時的引進，因此，台灣精神醫學的發展係從精神醫療而發起，乃至於精神醫學之研究，演進至今之精神疾病相關治療專門醫院。

表 2-2-2-1，台灣精神醫療發展時間表

一九一七年，日本精神科中村讓教授受聘來台講學。
一九二九年，在台北開辦私立「養浩堂」是台灣有精神病專科醫院設施的開始。
一九三四年，「養神院」在台北松山區成立，隸屬於台灣總督府，是第一所公立精神病院。
一九四五年，國民政府接收「養神院」更名為台灣省立錫口療養院，後再更名為省立台北療養院。
一九五六年，世界衛生組織(WHO)協助台大醫院與省衛生處共同成立「台北兒童精神衛生中心」。
一九五七年，設立玉里榮民醫院，收治退除役榮民及其眷屬之精神病患。
一九六零年，設立台灣省立高雄療養院（即現今之高雄市立凱旋醫院）。
一九六一年，在台北市成立中華民國神經精神醫學會。
一九七四年，開始發行會刊、從事精神醫學的推展工作。
一九八三年，成立台灣省立草屯療養院。

一九八七年，更名為中華民國精神醫學會。

一九七六年，台北市衛生局訂定「衛生局社區精神衛生工作計畫」。

一九七九年，台北榮民總醫院成立精神科專科病房。

一九八八年，衛生署推展社區精神衛生復健計畫，對社區精神衛生工作更有相當多實質的貢獻。

一九九零年，頒布實施「精神衛生法」一九九一年，頒布「精神衛生法施行細則」，使精神醫療工作之推行有法律依據而備受重視。

資料來源：

參考行政院衛生署，光復後精神疾病防治與心理保健工作的發展，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=9009&level_no=2&doc_no=6984，自製。

台灣對於精神醫學以及醫療的歷史而言，可追溯於西元一六五二年儒醫沈光文因颱風到臺灣寄居臺南的原住民部落，以教漢文兼醫藥治病為業，這可能是最早漢醫傳入臺灣之始。⁸³而在精神疾病醫療方面，漢醫對「癲」、「狂」、「躁」等的醫療，並不是有明顯的效果，因此，當時的收容所也是以禁閉為主要的處理。所以，在西元一六八四年，清朝首次設立養濟院以救卹貧困，可能在後來設立的公私立救濟院中收容智障和精神病人，這是台灣對於精神病患處置最早的史料。⁸⁴

臺灣對於精神醫療的理論與實務的引進，以及認為精神病患者，俗稱瘋子，是必須以疾病治療的觀念，是始於日本的殖民時代。在日據時代，日本殖民政府於西元一八九六年，台北州八甲町設定一個精神病患收容所，可收容二十三名病

⁸³侯中一，沈光文斯菴先生專輯，寧波同鄉月刊社出版，台北，1977年，3月，頁10。

⁸⁴方豪，荷據時代的寓賢沈光文，收錄於臺灣早期史綱，文學書局，台北，1994年，頁190-194；另收錄於龔顯宗，沈光文全集及其研究資料彙編，台南文化局，1998年，12月，頁176-180。

患，這是台灣收容精神病患之開始。⁸⁵另外，精神醫學的相關知識與學問，是西元一九一六年時，日本人中村讓醫師來基隆醫院服務才開始傳入，他也在總督府醫學校講授精神醫學，後來開設養浩堂私人精神科醫院，加上仁濟院在一九二二年開設獨立的精神科病房，這是臺灣最早的精神科醫院，也是最早接收精神醫學知識⁸⁶。由此之後，台灣精神醫學的發展與醫療可分為四階段的發展史，第一階段，日治時代時期也即為本章節前言所述；第二階段，則是一九五零至一九七零年間的台大精神科的領導時期；第三階段，則是一九七零至一九八零年的行政院衛生署的領導時期，第四階段；則為一九九零年至今的全民健保制度的實施期。

第二次世界大戰之後，正處於台灣精神醫學發展之第二時期，當時，因國民政府接收台灣，以至於日籍精神醫學教師和醫師陸續返日。因此，臺灣精神醫療人力更顯空虛，於是剛從日本東京帝國大學畢業的林宗義教授於一九四五年底返臺接掌臺大精神科，帶領臺灣精神醫療現代化。又當時因台灣戰略位置重要，使得美國重視台灣，想發展與建設台灣，因此，順勢之下，臺灣也先後派遣二十餘人，到美國和英國進修各種現代化的生物治療和社會心理治療，同時也培育出臺灣對於精神社會工作、精神護理、臨床心理、精神復健等專業人才。他們回國後在臺大醫院神經精神科建立現代的精神醫療服務團隊，精神醫療團隊逐漸朝次專科分化，包括林憲教授領導的社區和文化精神醫學、陳珠璋教授領導的團體、家庭治療和復健治療、徐澄清教授領導的兒童精神醫學和學校心理衛生，以及葉英堃教授領導的照會精神醫學等⁸⁷。

⁸⁵莊明敏，精神病患醫療服務體系之檢討，行政院研究發展考核委員會編印，台北，1995年，頁18-19。

⁸⁶宋維村，財團法人天主教若瑟醫院院長，台灣精神醫療照護之演進，醫療品質雜誌，第6卷第3期，2012年，5月，頁4。

⁸⁷宋維村，財團法人天主教若瑟醫院院長，台灣精神醫療照護之演進，醫療品質雜誌，第6卷第3期，2012年，5月，頁5。

邁入台灣國內發展的第三階段，首先有台大教學綜合醫院的領先主導，爾後，透過其影響並發展出幾所療養院型式的精神醫療中心。從教學綜合醫院領導至行政院衛生署的發起期間，政府並沒有支持這項精神醫學的措施，雖然這段期間國內學者努力為了改善精神醫療制度而引進國外專業知識，反而，因政府的因素，大量流失專業工作人才，直至民國七十四年，行政院衛生署才重視問題、設置了政府所屬的社區醫療，台灣才真正朝向心理性的社區精神醫療方向。

至今的精神醫療階段，行政院衛生署推動精神疾病防治工作之目標，以「發展積極治療、復健，消極收容、養護」為其政策導向。並於一九九零年十二月公布實施精神衛生法，明定其精神疾病之定義，也相繼推動了精神疾病防治計畫、社區醫療保健計畫等積極的作為。而與國際接軌方面，推動了精神病患照顧體系權責區分表以及精神病患病情分類評估標準，這兩種標準與 WHO 的 ICD-9 以及美國精神醫學會的 DSM-3 已有相類似的發展標準了。但是當今國際衛生組織 ICD-10 以及美國精神醫學會的 DSM-4，修正了對於精神疾病的病徵判斷，以及名稱上的修正，更甚於刑法第十九條一、二項也對於精神病患之名稱也為修正為精神障礙者，可惜的是台灣精神衛生法對於精神病患的定義中卻未有修正其判定標準。

第二項 台灣精神醫療之形成

台灣現代的精神醫療基礎是建立在早期的精神醫療體系，主要的根基是一九八零年代初衛生署許子秋署長將心理衛生科由保健處移到醫政處，在葉金川處長的支持主導下開始臺灣精神醫療的進步。當時發生精神病人闖入臺北市螢橋國小潑硫酸及龍發堂違法收容精神病人，引起社會對精神病問題的關注，醫政處心理

衛生科配合衛生署的醫療改革而開始一連串的精神醫療變革，規劃執行精神醫療網計畫；獨立的精神科醫院評鑑；建立精神科專科醫師培訓和甄審制度；通過並執行精神衛生法等⁸⁸。

三十年來的這些變革中，精神醫療網的推動對一九八零年代精神醫療的量和質的提升有很大助益。⁸⁹精神衛生法的立法、修法和落實執行，則是精神醫療制度的依據，強制鑑定和治療則將尊重人權落實於精神醫療制度中。從長遠看來，醫院評鑑、專科醫師制度和精神衛生法的影響最為深遠。

一九八四年衛生署開始研擬「精神疾病防治五年計畫」，一九八六年納入全國醫療網計畫之「精神醫療網」子計畫，自一九八五年至二千年共執行了三期精神醫療網計畫，其重要的內容包括：⁹⁰

1. 劃分責任區域，每一區域醫療網指定一家公立精神科醫院為核心醫院，負責辦理人員在職訓練、輔導責任區內之精神醫療院所的責任。
2. 加速精神科醫師及其他專業人員之培育。
3. 擴充（補助）精神醫療院所之設施，鼓勵設立精神復健及推展居家治療等社區精神醫療照護計畫。

在這三項主要持續推動的計畫之下，到二千年已有精神科醫師八百二十八人、精神護理二千七百八十七人、精神社工二百七十六人、臨床心理二百九十六人、精神職治三百一十二人。在設施方面，開放精神病床達急性四千八百一十五床、慢性一萬二千九百六十三床、日間病床三千五百二十床、復健機構日間與住宿型

⁸⁸李明濱，新世紀的精神醫療，台灣醫學，第4卷，第1期，2000年，頁22。

⁸⁹葉英堃，我國精神醫療的諸問題，中華心理衛生學刊，第3卷，第1期，1985年，頁2-4。

⁹⁰鄭泰安，中華心理衛生學刊/Chinese Journal of Mental Health，臺灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究，1985年第2卷，第1期，頁117-133。

合計已超過二千床。

自二零零一年起至二零一二年，衛生署推展「新世紀健康照護計畫」、「全人健康照護計畫」和「新世代健康領航計畫」。⁹¹由計畫的名稱，顧名思義，必然要在既有的基礎上繼續充實發展，也要針對新的包括藥物濫用、自殺防治、災難心理衛生、社區心理衛生等議題予以回應，對精神疾病病人長期養護工作也到了積極規劃執行的階段，以及要有效的促進資源整合、建立較完整的精神醫療服務網及精神醫療機構管理和品質管控，使精神醫療照護能符合尊重人權、正義、公平的原則，又能符合人民的需求。

這個時期，影響精神醫療照護品質最重要的因素，除了精神醫療照護機構評鑑之外，精神衛生法修法和全民健保的實施和給付制度，可能是最重要的影響因素。我國的精神衛生法，經過將近十年的準備和催生，終於在一九九零年十一月二十三日立法院完成立法⁹²，同年十二月七日公布實施。該法對原有精神醫療模式最重大的改變，在於病人住院原來由家人同意，改為要取得病人同意，若病人不同意，要經二位精神專科醫師鑑定，符合強制住院的條件才能予以強制住院。經過十五年的施行經驗之後，展開修法，二零零七年七月四日公布的新修正精神衛生法，除了專科醫師鑑定之外，還要送經「審查會」審查通過才能強制住院。此外，這次修法，對精神醫療體系有更完備的規劃，為了促進社區治療延緩病情復發，也新增「社區強制治療」，使社區治療的體系較完整。⁹³

⁹¹行政院衛生署，衛生白皮書—跨世紀衛生建設，新聞稿，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/D M2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=9009&level_no=2&doc_no=7333。最後瀏覽日期2013年6月6日。

⁹²立法院法律系統，第79卷，第94期，2414號，79年11月23日，頁181~187。[http://lis.ly.gov.t w/lcggi/lglaw?@82:1804289383:f:NO%3DB02526*%20AND%20NO%3DA2%24%246\\$\\$\\$PD](http://lis.ly.gov.tw/lcggi/lglaw?@82:1804289383:f:NO%3DB02526*%20AND%20NO%3DA2%24%246$$$PD)，最後瀏覽日期2013年6月6日。

⁹³林靜蘭、蔡欣玲，以醫院為基礎之精神科居家照護服務成本分析，臺灣精神醫學，第16卷，第3期，頁230~236。

全民健保的實施是全民之福，自一九八五年開辦的精神醫療補助辦法，也轉到全民健保支付，只有強制住院由政府編列預算支付。全民健保的確使四十年前未接受治療關在家裡的病人能普遍接受治療。但急性精神病床的設施標準和評鑑標準較慢性精神病床高得多，而全民健保對急性病房的給付標準極低，難以維持急性精神病房的運作，故全民健保實施以來，急性精神病床增加緩慢，而慢性病床、復健機構及精神護理之家增加較多。至二零一一年，急性精神病床僅七千零一五床、慢性精神病床一萬三千七百七十床、日間病床七千床、復健病床七千六百三十三床、精神護理之家病床二千二百八十六床。除分布不均及急性床略不足外，應已符合需要。在精神醫療人力方面，二零一一年精神醫療人力，醫師一千四百三十五人、護理四千八百三十六人、社工四百八十一人、臨床心理四百七十四人，職治六百零三人。人力較西元一九八五年已數倍增加，但在社區「開業」的趨勢，使得部分醫院的人力吃緊，但這個發展也還符合精神醫療社區可近性的趨勢。⁹⁴

國外目前提倡的精神醫療社區化方向，也影響了國內發展，使得精神醫療的轉型，無形之中，國內發展正與國外的理念相結合，把社區化的精神醫療人性化與回歸社會為目標，昇華為身心健康兼具的醫療機構，更能有幫助精神病患者的健康，重新建構去適應生活。

第三節 早期精神醫學與精神病患權利之互動

女權主義、同性戀權益運動的崛起，不外乎是為其取得權利上的平等，從人

⁹⁴宋維村，財團法人天主教若瑟醫院院長，台灣精神醫療照護之演進，醫療品質雜誌，第6卷第3期，2012年，5月，頁7。

物的思維啟發再到運動的社會影響，也無意的反應在反精神病學(anti-psychiatry)的運動上，所提出的概念上與捍衛權利運動都是相同的，而這場反精神病學運動正是當時西方社會的權利運動下的一部分。它的發生是在精神病學領域，也涉及到精神疾病這個特殊問題，實際上，成為了反精神病運動發展過程中，最激進的聲音和最有力的支點，無非是精神病患者的權利，所要表達的是對於人的尊重、人性尊嚴的維護以及精神疾病與犯罪不等價的基礎上，作為反精神病學運動的結果和延續，成為反精神運動最有價值的精神遺產，這也是精神醫學領域與法學的首次互動。

古典時代的政治經濟社會背景對瘋癲⁹⁵的影響，當時將精神病患者稱之為瘋癲。將瘋癲與犯罪等同視之，威權主義統治底下的工具不外乎用蠻橫無理的工具嚴厲處罰人民⁹⁶，也是專制主義施展威嚴的表徵。⁹⁷當時，監禁方式就是瘋癲之人的第一優先考量或者專制底下的犧牲品，因為，中世紀裡，對於瘋顛之人以監禁方式、隔離社會，才能彰顯統治者的權力，以致於以監禁方式來懲罰、隔離犯罪者，在權力無限的世界，成為控制人民的最有效果工具。例如說，歐洲教會自中世紀前便有獨居、靜默沉思等措施，對於一些冥頑不靈或不服教導的修士，施以戒禁。⁹⁸因此，英國成立第一個矯正所，布列得威爾工作坊(Bridewell Work House)於一五五三年以國家公權力最早採用監禁方式來懲罰並矯治偏差行為者⁹⁹。雖然說，監禁

⁹⁵ 中世紀的瘋人、瘋癲被賦予一種愚人船的形象，驅逐瘋人，使瘋人漂泊的社會行動，代表的意義是一種嚴格的社會區分與絕對的過渡和淨化的儀式，在這樣的過程中瘋人被賦予了邊緣的地位。所以當時，瘋癲一詞是對於精神病患者的一種稱呼。傅柯，瘋癲的文明，生活·讀書·新知三聯書店，中國大陸，2012年，9月，頁6、66，有論述其背景的沿革。

⁹⁶ 桐生操，殘酷的處刑史 処刑台から見た世界史，許嘉祥譯，尖端出版，台北，2009年，12月，頁89-92。

⁹⁷ The American Journal of Psychiatry, VOL.133, No. 5, 1976, May, p496~501.

⁹⁸ Kuiper, B.K., 李林靜芝譯，歷史的軌跡-二千年教會史，校園書房出版社，台北，1986，6月，496頁，因此，馬丁路德，著手改革反對中古以來教會提倡的苦修、獨身、教規禮儀等。

⁹⁹ 林健陽、賴擁連，西方刑罰思潮與獄政制度之演進，收錄於許春金等著，刑事政策與刑事司法，

並非刑罰主流，殘酷之體罰、流放以及死刑才是威權的所在，但是，精神醫學問題已經在法律層面上慢慢的萌芽，反精神病學運動的作為，突顯出精神病醫生為其哲學家的形象去挑戰法律，徹底地成為了思考的空間。更進一步，我們還可以對於反精神病學運動興起、發展的方式以及其落幕的原因找到一種更加清晰的解釋。

第一項 反精神病學運動的形成

反精神病學(anti-psychiatry)一詞，英國精神病學家庫柏(D. Cooper)用這個詞來指稱精神病學中的一種評價性的思維。而在英國、美國以及歐洲其他的地方陸續興起對精神病學的批評。不久，這個詞便獲得了廣泛的使用，但是事實上，對精神病學的評價是從未間斷過的。觀其整個精神病學史，「反精神病學」這一術語，於六十年代正式浮上檯面，此時反精神病學已不僅僅是一種思維，而是已經成為實踐上的一種運動了。¹⁰⁰

這場運動的開始是一群哲學家、精神病學家所啟發一場開創性思維的理念，如法國哲學家傅柯(M. Foucault)、英國精神病學家連恩(R.D. Laing)和庫柏(D. Cooper)，以及美國精神病學家薩茲(Thomas Szasz)等。他們認為，在自然現象的瘋狂是錯誤的看法，而是由許多的因子去影響而定義的，如政治、經濟或文化等，因此政府為了維護社會秩序的目的，而去施行監禁的手段。這種以侵犯了人的自由，侵犯了人道主義的精神必須由精神病學強加的定義，才能使得強制治療和監禁合法化，因此，使得行為異常者於社會上的印象越來越糟，甚至於影響他們的

中央警察大學出版，第667-708頁。

¹⁰⁰ 李亞明，精神分析與西方的現代性—評靈魂的秘密—精神分析的社會和文化史，中國科技史雜誌，收錄於中國期刊全文數據庫，2005年，第3期，頁266。

生存。反之，對於反精神病學者看來，精神病並不存在，精神病患者也並不存在，這些對於精神病的治療自然成了無稽之談。但是為了捍衛自由和人權，他們用以醫學對於加以人類行為的印象定義，試圖推翻精神病學在社會中的霸權。如此一來，由這些核心人士的帶領之下，反精神病學的思維和著作，漸而廣泛傳播開來，各種社會階層組織也陸續建立，影響著西方世界重要的發展¹⁰¹。

一九五零年代中，精神病學上有其生物學模式和精神分析模式之分類，而兩派理論醫學者間展開了激烈的爭辯。時間長達以後的幾十年中，精神病學的精神分析模式的理論建立了穩固的基礎，將生物性的精神治療定位為主觀分析的病理學，也就是從科學的角度是可以分析出來層次的病因，費時的精神療法就是最明顯的呈現。另一方面生物學模式對此理論展開砲轟，發起反對批評聲浪。他們提出，精神分析理論是不夠科學性、又利用昂貴又無效的分析器材。因此，生物學模式擁有療效又廉價的科學治療方法為其反對證據。反而對於生物學派的治療方式，更是非人道方式處理，例如精神病患者被強制入院、以實驗的方式逼迫服用高劑量的精神藥劑、或者進行殘忍的精神外科手術等。這些處置使著生物學模式的精神病學的立場，在這場爭鬥中埋下敗筆。濫用科學以不人道方式治療病患，這是反精神病學的開始。

開端於精神病學中兩種思想方法的鬥爭，最終本應該在精神病學學科內部獲得解決，藉助於方法的革新、政策的改良或者一場精神醫學革命的崛起。但是，生物學模式的精神病學批判，最終卻發展成為對於精神病學的全盤否定，對某種治療方法的批判最終發展成為對治療本身合法性的質疑。究其原因，一方面在於精神病學共同體在這場科學革命的發動之初，就毫無餘地將它扼殺了。更重要的

¹⁰¹ Adrian Laing, 譯者連芯, 瘋狂與存在: 反精神醫學的傳奇名醫 R. D. Laing, 心靈工坊, 台灣, 2012年, 4月, 頁15-23。

方面在於，被扼殺的力量轉而在更廣泛的和更激進的社會思潮中得到了欣賞和迎合，最終被吸收進去，成為其中一個重要的組成部分¹⁰²。

從一九六二年開始，連恩(R.D. Laing)表達了「反傳統精神病學」的主張。他認為，傳統的臨床精神病學將精神病患者以生物科學定義出來的一種病症，稱為神經病，但是神經病是一種器質性所引發的病症，並非所有的精神障礙都是，但是，當時卻把這樣的神經病融為統稱，而把精神病患從生活中孤立出來；但是，連恩並非如此看法，認為人不僅僅是生物系統而已，而是從一出生就處於生活團體的關係中，只有從存在主義現象學的觀點出發，才能解釋真正的人的關聯和意義。這些抗爭是個起源，尚不是對精神病學本身的反抗。¹⁰³因此，連恩(R.D. Laing)認為到精神病學的假定不再適用，需以一個新的方法、新的規範代替之。然而，其他精神病學家對新理論產生了排斥，更令他意外的是，科學家們在傳統模式受到新理論的挑戰¹⁰⁴。對於連恩(R.D. Laing)反精神病學理論的觀點，違背了審查機構的標準，而拒絕他的文章發表，因而使連恩逐漸邊緣化，甚至幾乎被排除出這個領域。美國精神病學家薩茲(Thomas Szasz)也遭遇了類似的情形，他最有影響的論文，一九五七年完成的《精神病學的神話》¹⁰⁵，在接下來的三年裡被六種期刊拒絕，包括美國精神病學雜誌，直到一九六零年才得以發表。然而也被精神病學領域之外的某些團體所認同，從此後，他們的觀點開始受到歡迎，這是他們的新機

¹⁰²Dain,Norman,“Psychiatry and anti-psychiatry“in the United States,In Micale,Mark S.;Porter,Roy. Discovering the History of Psychiatry,Oxford & New York,Oxford University Press,1994,pp.415-444.

¹⁰³Adrian Laing，連芯譯，瘋狂與存在：反精神醫學的傳奇名醫R. D. Laing，心靈功坊出版，台灣，2012年，4月，頁190-232。

¹⁰⁴Mervat Nasser,The rise and fall of anti-psychiatry Psychiatric Bulletin,1995年,p744,<http://bipolairr.apidcycling.files.wordpress.com/2012/09/the-rise-and-fall-of-anti-psychiatry.pdf>,最後瀏覽日期2012年10月10日。

¹⁰⁵林耀盛，正常與存有：精神病理的反思實踐，身心障礙研究，第10卷，第3期，2012年，頁227。

會，也是一個巨大的誘惑。

新左派意識崛起，不同於只針對勞工問題的舊左派，而較偏向於如社會反常狀態、獨裁主義或其他政府政策對於人民所不公平所衍生之問題等。而新左派運動包括女權主義運動、綠黨運動、同性戀者權利運動和民權運動等反主流的新社會運動，這些運動崛起也影響著反精神病學的智識人士。以致於新左派思想，同時也來自於連恩(R.D. Laing)的當時的作品，獲得新的靈感和動力。將他的思維引導到精神病學之外，也促進了一種政治和文化的視角的展開，培育了一種反主流文化的氣息。他在這裡首次提出精神分裂是內心世界中的旅行。他主張，「精神分裂並不存在，這個標籤是一個社會事實，這是一個政治事件，為維護社會的秩序，標籤被強加在某些人的身上」，¹⁰⁶這個觀點在一九六四年，發表於新左派新社會的雜誌上，以《精神分裂和家庭》一文成為反文化運動的聖經。¹⁰⁷相同地，薩茲(Thomas Szasz)和傅柯(M. Foucault)的作品也受到反文化團體的推崇，快速紮根在當時的各種社會運動之中。傅柯的《瘋癲與文明》¹⁰⁸不僅被反精神病學運動視為一個經典作品，書裡的大監禁主題，成為譴責政府以及鎮壓學生或工人暴動的一個依據。¹⁰⁹薩茲(Thomas Szasz)的《精神病學的神話》發表不久，以這篇文章為核心的同名著作出版發行，成為各種激進分子反對這個社會的壓迫的有力證據。¹¹⁰在這樣的語境之下，對於精神病學的批評必然會超越精神病學之外的團體，發展為對精神病學定義的全盤否定以及反對社會對於精神病患者的對待。

¹⁰⁶ 李亞明，精神分析與西方的現代性——評靈魂的秘密——精神分析的社會和文化史，中國科技史雜誌，2005年，第3期，頁143。

¹⁰⁷ Adrian Laing，連芯譯，瘋狂與存在：反精神醫學的傳奇名醫R.D. Laing，心靈功坊出版，台北，2012年，4月，頁160-172。

¹⁰⁸ Foucault.M，瘋癲與文明，劉北成等譯，桂冠(聯合發行代理)，台北，1992年，4月，頁127以下。

¹⁰⁹ 羅伊·波特，巫毓荃譯，瘋狂簡史，左岸文化出版，2004年，6月，頁25。

¹¹⁰ 林耀盛，正常與存有：精神病理的反思實踐，身心障礙研究，第10卷，第3期，2012年，頁228。

第二項 反精神病學運動與精神病患者形象的塑造

反精神病學運動對精神病人形象的塑造從三個方面展開，其一是精神問題是不是疾病，其二瘋人有何種責任？，以及其三是如何看待來強制性的精神病學。

反精神病學者都在一定程度上對醫學名稱所下的定義，引發出社會濫用提出了質疑。儘管論述方式有別，他們都或多或少地反對將心理問題視為疾病，反對行為異常者需要醫學的治療。連恩(R.D. Laing)的分析是通過對精神問題來源的剖析展開的。連恩認為，傳統的臨床精神病學將精神病患者做為個體的評價是不恰當的，只有從存在主義現象學的觀點出發，將精神病患者的特殊經驗置於「他整個在世的前後關係」之中來理解才能真正解釋人的行為的關聯和意義。¹¹¹與當時主流的醫學模式認為精神病患是一種會導致家庭出現混亂的神經生理障礙相反，因此，連恩(R.D. Laing)提出反駁，認為家庭內部的混亂導致個體出現精神疾病的各種症狀，家庭在精神疾病的形成過程中起主要作用，而非因精神疾病者去導致所致。在此基礎上，連恩認為，個體表現出的所謂的精神疾病只是對不能生存的環境的一種反應，如果個體的生存環境得到改善，那麼他也就不必再以「精神疾病」的方式生存下去了。這種觀點帶來了與傳統精神病學截然不同的療法，即對患者精神狀態的理解，雖然治療師和患者在理解世界的方式上存在差異，但治療師要善於改變自己，以便進入一個完全陌生或錯亂的世界，用精神病患者的方式去感受事物，如此一來，方能得到改善病患。對於理解對於精神病患的心理世界和處境，須以同理心對待他們而再次獲得社會支持，幫助他們回到社會生活的最重要措施。

就連恩的觀點並非與傳統精神病學的徹底決裂，而是精神問題是不是疾病的

¹¹¹Adrian Laing, 連芯譯, 瘋狂與存在：反精神醫學的傳奇名醫R. D. Laing, 心靈功坊出版, 台北, 2012年, 4月, 頁152。

判斷上，當時也連恩表現出一種含糊其辭的、辯證的立場。他時而表示，精神病人表現出的行為不是身體疾病的症狀，這些行為可以理解成一種防禦策略，以便能夠在不適合環境中生活下去；時而又提出，精神疾病是存在的但是不表示他可以預測，也不等於他對我們的生活沒有重要影響。他質疑精神疾病的存在，也又可以確定其存在。這種矛盾就是精神疾病的一種象徵，他似乎在思考如何解讀，也想讓他的讀者思考。其實就精神病學的本質而言，連恩的確構架了一個深刻的矛盾¹¹²。

反之，薩茲(Thomas Szasz)的立場顯得明確得多，他堅定地反對精神疾病的醫學化。早在一九六一年，薩茲就把精神病學比作一個神話¹¹³，薩茲(Thomas Szasz)在一九六一年開始的反論，他論及包含著的醫學隱喻的名稱在社會中的濫用。¹¹⁴因而薩茲(Thomas Szasz)揭示了精神健康制度的醫學法律、社會醫學功能以及這些功能如何從固有的收容所再有所進化，以及奴隸制度形成、精神病患之邊緣化等諸多人權之處等等，顯示了精神病學帶給公民社會的不公平與壓迫。薩茲(Thomas Szasz)是一個激進的美國式的自由主義和個人主義的捍衛者，他反對任何來自社會的壓迫，反抗主流意識對於人的行為的規範，呼籲以寬容的態度對待不同的思想

¹¹²Mervat Nasser, The rise and fall of anti-psychiatry Psychiatric Bulletin, NO.19, 1995, p744~745, <http://bipolairrapidcycling.files.wordpress.com/2012/09/the-rise-and-fall-of-anti-psychiatry.pdf>, 最後瀏覽日期2012年10月10日。

¹¹³林耀盛，國立政治大學心理學系，正常與存有：精神病理的反思實踐，身心障礙研究，第10卷，第3期，頁227~228，詳述到，心理疾病和心理治療都是一種虛構神話，兩者皆不存在。只有病人、治療者，以及兩者間特殊關係存在。換言之，治療者和病人兩者都是負責的道德施為者，每個人都是平等的存在，互為影響，每個人都為自身的行為負責。因此，如何使個案產生自省力，能夠變得自主負責，成為人類存活的重要課題。Szasz並不否認生理上的狀況，像是會對思考和行為有所影響的阿茲海默症或是未接受治療的梅毒。但Szasz強調行為本身並非一種疾病，以行為作為疾病構成準則將造成嚴重後果，它將提供國家系統理想的社會控制判準。

¹¹⁴Thomas Szasz, The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, Kindle Edition, 2011, July 12, p70.

和生活方式的人，即使是無法理解，也必須嘗試著融入。¹¹⁵因此，連恩(R.D. Laing)試圖使變瘋的過程和被認為是瘋人的體驗和行為變成可理解的，但是薩茲(Thomas Szasz)並不想解釋行為，也不想解釋被認為瘋狂的真實的人的體驗，他的思想的核心理念在於，對於不能理解的事物，就要寬容。為此，作為一個精神病醫生，他甚至不惜堅定地反抗自己職業存在的合法性¹¹⁶。

以反抗精神病學的程度而言，傅柯(M. Foucault)與薩茲(Thomas Szasz)不相上下，但傅柯立足於更寬廣的社會角度和歷史的環境之中來分析瘋癲的內涵。如果說薩茲努力揭示的是精神病學本身的不合理之處，那麼傅柯(M. Foucault)則是通過人性、權力、精神病學、心理學和考古學等多層面的探究，以對瘋癲的分析為基礎，從此，展開對理性社會的全面批評。他的研究表明，瘋癲是人性的一個構成和底線，不僅瘋子和正常人無嚴格界限，瘋人對事物的感受和認識往往更真實，瘋癲比理性更接近幸福和真理。因此瘋人不僅不是病人，也許比普通人更接近完美。瘋癲也不是一種疾病，而是一種生命力，遺憾的是現代社會一直在扼殺瘋癲。社會對於人的區分並不是自然的，之所以瘋人、不正常的人、罪犯等並不是一種病理現象，還必須加入社會權力的區分和壓制，所以背負各種罪名的瘋子是無辜的，有罪的只是社會及其權力話語¹¹⁷。

傅柯(M. Foucault)將批評的焦點指向理性社會中的現代人，他指出，現代人將

¹¹⁵林耀盛，國立政治大學心理學系，正常與存有：精神病理的反思實踐，身心障礙研究，第10卷，第3期，頁227~228，敘述到，Szasz(1961)早已提出「心理疾病是一種迷思」論點，他認為大多數精神病院中的病人，並沒有引起其症狀的大腦疾病，如癲癇或腫瘤，所以，不能夠說他們得到某種「疾病」。他進而指出，「心智疾病」這個詞本身的矛盾性，主要是因為心靈和大腦是截然不同，它是一個假設性的建構，而不是一個身體器官，故也不會生病。所謂的「心理疾病」是「生活方面遭遇問題」，而不是官能異化的後果。

¹¹⁶Dain,N.,Critics and dissenters:Reflections on anti-psychiatry in the United States,Journal of the History of the Behavioral Sciences Volume 25 Issue 1,1989,P3~25.

¹¹⁷Nick Crossley R.D.,Laing and the British anti-psychiatry movement:a socio-historical analysis,Social Science & Medicine Volume 47,Issue 7,1 October,1998,p877~889.

理性視為秩序，對於肉體和道德的約束，以及無形團體社會的壓制，導致於現代人隨時對異常個體進行衝突，漸而不願思想溝通。相對應的，瘋人的印象就是於這個社會中被處置、被治療、被糾正、被排斥的邊緣族群，他們的印象與同時代的人的形象大不相同。所以，他對於社會批評，間接地將瘋人在我們社會中的印象展現出來，因此，瘋人的重新定義的範圍就不僅在於精神病學之內，而且在於現代社會中的每一個人。

無論傅柯(M. Foucault)還是連恩(R.D. Laing)或薩茲(Thomas Szasz)，這幾位反精神病學運動的關鍵人物都捲入了關於瘋人是不是病人的身份之辨。然而一個不得不面對的問題是，如果瘋人不是病人，精神問題不是疾病，不僅精神病學會消失，反精神病學也會一起消失，那樣並不會對實際中的瘋人的痛苦有什麼真正的幫助。在更具體的層面上，對於瘋人的責任和義務的討論以及我們對待他們的方式更具有現實意義，這些問題的討論不僅更有益於改善瘋人的處境，也更清晰地勾畫出我們社會中瘋人的印象。

這段爭論並沒有解決精神病學對於精神病患的自由問題。因為負擔不起這種醫療的人是不能達成契約共識的，也就是將把社會中的窮人排除在外。於是薩茲(Thomas Szasz)的解決方法可能會使社會福利的不平等分配更加惡化，處於不利地位的窮人會繼續處於不利地位，這可是作為自由市場契約精神病學的結果，並不是通過制度性的精神病學(Institutional Psychiatry)，因此，精神醫療對於苦難的窮人將被排斥在具有優勢的富人之外。另外，薩茲(Thomas Szasz)把具有危險性的精神病患行為交還於法律手上，讓政府去解決問題。認為理性的假設下，法律可以完全替代精神醫學的功能。如果處理某些行為的法律能夠認識到人的主體和責任的複雜性，也許會有好的結果，但是，事實往往沒有那麼容易清楚，何況當時法

律常常會傾向於為優勢群體而免除責任¹¹⁸。

連恩(R.D. Laing)也想推翻精神病學的霸權，就是用市場經濟控制了精神病學，他的分析與薩茲(Thomas Szasz)不盡相同。薩茲(Thomas Szasz)只想廢除精神病學的霸權，並未挑戰更廣大的社會秩序，只是無意間觸碰更廣大的資本主義的制度。他發覺原本所提的契約精神病學對於目前狀況是有問題的，渴望的去改變他原來的理論。因此，由經濟所調控的關係，去尋求幫助的人和提供幫助的非醫學導向的精神治療師。反之，連恩的分析是，是從對特定有困難的個案，察覺病人內心生活到社會關係、社會的本質和組織以及其中的制度等更廣泛的思考。因此，連恩認為行為並不是疾病的標誌，而是對他的存在的表達。例如，妄想狂的幻覺不是疾病的標誌，而是對一種不可避免的破壞性的社會秩序的可理解的反應。

由此可見，連恩所質疑的論點，從意識型態中順其自然地延伸到家庭以及其他社會組織，傳統精神病學假設的精神障礙所表現出的行為是無意義的。但連恩認為，當我們用現象學檢查這些表面上無意義的行為時，就能感到個體本身是在試圖與讓病人感到恐懼的生存環境作爭鬥。他感到精神病人表現出的行為不是身體疾病的症狀，而是這些行為也許可以理解成一種防禦策略，以便能夠在不適合生活的情境中生活下去。他認為病人的防禦性焦慮可以用「存在性不安(ontologica-l insecurity)」來理解。存在性不安性格模式有兩種：其一，精神病患者脫離現實感，也就是與目前世界產生分離；即為心裡接不接受是一部分，因外界所接受到訊息能否接受又是另一部分。另其二，則是精神病患的心裡本身與生理的感覺產生了分離，也就是說，他的性格心理有一部分排斥世界了，另一部分生理行為卻接受了世界，因此，發生分離。

¹¹⁸Reaume G,Lunatic to patient to person : nomenclature in psychiatric history and the influence of patients,activism in North America,Int J Law Psychiatry Vol.25,NO.4,Jul,2002,p26~203.

精神問題就成了為了個人自由和安全的戰鬥，那麼治療的關鍵，在於提供病患者是否可以獲得自由和安全的環境。但是形式上贏得成功，但是二十年之後，一九八零年代早期，反精神病學運動無論是否有顯著性的影響，都開始戲劇性的沒落了，沒落的主要原因還是缺乏支持。

第三項 精神醫學與法學之接觸

醫學與法學，意指研究醫學與法律之間所交錯相關問題的學問，醫學與法律的交集的起源，於歐美方面，希臘時期的斯巴達人之安樂死及限制生育議題，皆有其醫療過失責任之相關規定，這是歐美最早醫學與法律之交集根源，隨後有義大利、德國、法國相繼崛起相關論著¹¹⁹。英美也因此而相繼傳入，爾後，醫學與法學的接觸也日漸頻繁，也開啟新的領域。其蓬勃發展的理由不外乎，有其一，醫學之發達；其二病人之權利；其三醫療行為之危險性。如此一來，基於這些理由精神醫學之相關議題也相繼的湧現。

精神醫學理論自身的發展，而且與一個時代的社會情狀緊密結合，二十世紀的反精神病學運動產生於精神健康狀況下，精神病學職業內外領域中，對於精神病人生活狀態的一種悲憫，和對於人類尊嚴的捍衛。而這種悲憫情感和捍衛的激情恰好與社會中的情緒彼此契合，因而精神病學內對於人性和人的生活方式的批評，也同時批評人在社會的存在方式與社會思而融為一體。也許正是由於這種社會條件的存在，將反精神病學思想中包含的人類的生存問題、精神病人的形象問題被發揮到極致。另一方面，有關精神病人被邊緣族群的反文化問題，也為我們

¹¹⁹ 李聖隆，醫事法學的雕塑、變革與未來發展，台大法學論叢，第12卷，第2期，1986年，6月，頁58、66。

整體社會進步的提供了一個最鮮明的例證。

這場作為反文化運動一部分中的反精神病學運動，以捍衛精神病人的權利為啟蒙，再以精神健康的權益運動作為結尾，都是以精神病患的自由、平等權利為其圓心做圓周式的論述。因而有關自由、平等和權利的爭論中，貫穿了精神病人的形象之辯以及對普遍的人類形象的更深切的思維。我們的社會應該怎樣對待精神病人？只有在全社會深刻反省我們社會該如何對待每一個國民的歷史時刻，對待弱勢族群的方式才能得到最深刻的反省。

第四節 台灣繼受西方法學的起源

台灣法律繼大清律例後，又歷經了日本殖民時期以及民國時期的中國，法律的理論以及法制都隱藏著外來政權的利益統治，選擇性的繼受西方化的法律規範。近代的台灣法學家也大多來自於日本跟中國，因此，台灣未能擁有本土化的法律思維，但是嗣後治國統治的概念漸而民主化、法制化後，台灣本土法學者也遠至於大陸法系起源地的德國取經，得以更融合台灣本土的法體系，西方的自由立憲體制因而可在台灣本土落實。

西方一詞，是一個廣義的地理概念，包含著歐洲大陸各國以及英國、美國、加拿大等大西洋沿岸的國家，本文以歐洲刑法發源地的德國、法國、希臘及羅馬為其主要說明。因此，從法體系而言，也涵蓋了大陸法系與英美法系，所以，本文以大陸法系說明為主，英美法系為輔；至於刑法一詞而言，也是一個寬廣的概念，而本文所為界定限於犯罪與刑罰之規範，因為事實上，從西方歷史觀之，西方對於刑法的定義並沒有精確而統一的想法，甚至於兩大法系間他們都有自己一套看法。

繼受一詞，是指導入外來的法律，稱之為繼受法。一八六八年日本明治維新後，而明治維新是為了強化國家政權，對於當時西方軍事強國而言，日本也推舉其法典¹²⁰，大舉翻譯引入日本，這一革新在十九世紀末年，已完成了基本六法的法體系。¹²¹而是在一八九五年在原來清朝統治的台灣，依馬關條約割據於日本，將台灣主權移轉給日本，於是，將剛剛西方所學習的法制度給了台灣，但是，因日本以武力入侵台灣，血腥鎮壓在台灣上的武力反抗。在這種仇視下的環境，日本統領階層的利害關係上，引進的法律卻是以選擇利益歸於日本的一方作為繼受。當時，西方常用於統治模式的殖民，日本受西化影響也不例外的用於台灣土地上。行政體系與司法體系不分的情況下，以強烈的處置手段控制台灣。雖然對於日本成功的西化法律體系裡，仍然對於台灣做選擇性的繼受，這種殖民底下的法制控制，被動的接受日本西化下的法律¹²²。

另一方面，一九四五年十月二十五日抗日成功，台灣光復時，在原中國所形成的近代中華民國的雛形，建國當時是繼受近代歐陸法制，但是建國施行時，卻不在台灣本土，受日本統治五十年的台灣，當時大多數的台灣人民因被動繼續繼受日本西化的法規範。直到一九四九年中華民國政府遷移來台，將原來在舊中國所統治的法體系，用於台灣，本來是以個人與自由主義為主的西方法制，繼受的中華民國法制被當時的戰時非常時期所頒布的法令限制住了。因而繼續承襲了日本西化法治的統治路線，這種威權統治直到一九九一年終止了動員戡亂時期，把法律的基本精神回歸軌道，甚至於二千年的政黨輪替，更是彰顯了法規範的權利回歸於人民的證據。

¹²⁰ 伯爾曼，法律與革命—西方法律傳統的形成，賀衛方等譯，中國大百科全書出版社，北京，1993年，9月，1版，頁434~435。

¹²¹ 王泰升，台灣日治時代的法律改革，聯經出版，初版2刷，台灣，2010年，5月，頁23、43。

¹²² 王泰升，台灣日治時代的法律改革，聯經出版，初版2刷，台灣，2010年，5月，頁86~89。

第一項 台灣法學之轉變

光復後的台灣法學，大部分來自於舊中國，晚清時期，這十年的變法修律，沈家本是修律活動中的主導者，對於舊律的改造和新律的創制上，都有深刻非凡的業績，並對歐陸及日本近代法制有深切的體認。尤其是在光緒三十三年，大清新刑律起草時，是因為清朝引進了改革西化後的日本法學，又因當時日本的風情人情相近於中國，於是而借重於日本法學，聘請了松崗義正、岡田朝太郎等日本法學者為其顧問，而其內容難免受當時日本舊刑法之影響。¹²³又日本舊刑法係繼受於德國等大陸法系國家刑法而制定¹²⁴，所以，清朝末年起草的新刑律雖然內容不同於民國十七年公布之舊刑法，但因新刑律只是加重其西化之程度而已，實質上並沒有變動多少。¹²⁵由此可見，中華民國時期的法學，受到日本西化的影響，間接受德國等歐陸國家之影響。

國民政府遷台時，已經從舊中國帶了一批法學者，之後因兩岸關係只能就台灣取材，國民政府在台灣統治的初期，法律專職人才，都以舊中國移入的外省族群居多，但就法學教育上，卻以福佬、客家兩大族群為多數，又日據時期都以鼓勵學子讀法律之傳統，以至於國民政府晚期，已經沒有外省人居位的現象，除此之外，國民黨在制度上長期壓制人民權利保障的律師，直到二零零三年提高了律師錄取率後，威權統治的時代也不再呈現，律師公會回到自主性¹²⁶。

¹²³黃源盛，法律繼授與近代中國法，國立政治大學法學叢書，第55期，元照圖書出版，台北，2007年，3月，頁4、89。王泰升，中國百年發展史，頁1~3。<http://hc.nccu.edu.tw/public/att/382321cc694eb34589889575d2db43d0.pdf>，最後瀏覽日期2013年10月17日。

¹²⁴李秀清，法律移植與中國刑法的近代化—以大清刑律為中心，北京大學出版社，2006年，12月，http://fashi.ecupl.edu.cn/Article_Print.asp?ArticleID=463，最後瀏覽日期2013年5月8日。

¹²⁵曹昌祺，刑法的起源與發展，警專學報，第3卷，第4期，2003年，頁130。

¹²⁶王泰升，台灣法律繼受經驗及其啟示，中研院法學期刊，創刊號，台灣，2007年，3月，頁115~119，台灣法律史概論，元照出版，第3版1刷，2009年，12月，頁111、115、119。

台灣先後於戰前的日本以及民國時期的政府，法學理論的傳授，外來政權的統治利益而選擇性的施行西方的法律規範¹²⁷。目前已回歸到法治國的人權本位，法律思想是以個人主義的自由權利為思維基礎，源自於西方立憲主義的主要精神¹²⁸，也逐漸融入台灣社會的一部分，整個過程的轉變，更讓我們體會出人類所能擁有法律共同理念的可能性，但是也可能因為不同民族文化或國家社會而有所差異，因故更是要尊重自主的決定，擁有屬於自己的一套法規範。

第二項 台灣法學的發展

當台灣擁有自主性的思維時，法學的發展更是迅速攀爬，秉持著民主、自由理念的習法志士，更是趨之若鶩，於是，在取經於國外時，都借鏡於日本法制及其法學，以及偏重國家主義之法學。自一九九零年後，台灣法學為求新求變，而直接主動取法於美國，¹²⁹ 相較於受美國法影響的日本，更是不錯的選擇。例如，目前台灣的刑事訴訟法的修正方向，正以美國刑事訴訟程序法制的改良式當事人進行主義的方向前進，這時恰好可以對照起戰後的日本法制，正如台灣法制在改革前的日本法制¹³⁰。

從台灣法學發展觀之，戰後台灣法學者都經由日本引進歐美的理論，台灣不再是單方面地向日本學習，更有不少學者赴德國、美國、奧地利等歐美大陸國家學習法學。就此得之，台灣法學多元化學習，可透過比較法的研究，用來整體法

¹²⁷許介麟，日本殖民地法治下的台灣，文英出版，2012年，4月，頁3~4。

¹²⁸馬克昌，近代西方刑法學史，人民公安出版，北京，2008年，1月，頁124~136。張翰書，西洋政治思想史，台灣商務印書館，台北，1999年，12月，頁250~131。

¹²⁹王泰升，台灣法律史概論，元照出版，第2版，台灣，2012年，9月，頁129、304。

¹³⁰王泰升，台灣法律文化中的日本因素：以司法層面為例，政大法學評論，第95期，頁69。

規範探討出與台灣社會條件之間的關係。從多元的角度觀其台灣，必須考量歷史的背景因素，因為台灣本身就是一個多族群組合的共同體，經歷過日本統治時期以及國民政府初期的統治階段，某層次而言，台灣是殖民主義下的思維，當脫離威權統治的台灣與西方自由權利法制相融合時，將會出現許多衝突與調適期。

我國法治建設二十餘年的演進過程中，可以看出我國法律的價值取向變化與發展的狀況。從立法上看，一九七九年幾部基本法律的制訂¹³¹，主要是解決建立基本的法律秩序問題。第一個五年宣傳普及法制的目標，也主要是要人們知法、守法。在法律規範的具體內容中，則呈現出以維護社會秩序和國家權力為主旨。後來，科技進步與市場經濟的發展，時代繁榮也改變了法制的建設，於是立法者對於其內容也發生跟上時代的變化而做了一些改變。例如，一九八九年的行政訴訟法、一九九三年的消費者權益保護法、一九九四年的勞動法、一九九五年的國家賠償法等一系列相關法律的陸續出臺，直至一九九六年刑事訴訟法的修改等等，這些立法動向明顯地開始著重於個人權利的保護，更是反應出立法者，對於法價值取向的改變。

第三項 新刑法價值之趨勢

刑法觀念的是犯罪與刑罰，刑法一向是維護法秩序的象徵，但是政治之因素可能影響如何從法律上處分犯罪，因此，區隔司法與政權之間的關係，是刑法學者研究犯罪所追求不變的真理。從近代的刑法史上觀之，刑法的觀念進步與否取決於國家的發展，以至於國家對於人權的保障重視與否，也是國際上所普遍認知

¹³¹立法院法律系統，在其網路上皆有其修法之時間表其理由書詳細說明，<http://lis.ly.gov.tw/lcgci/lglaw?@@1804289383>，最後瀏覽日期2013年5月9日。

的指標之一。近年來，國內刑法學者也開始認為刑事法學中，被害人的權利也是人權的一種，從固有的法學教育裡，所謂刑事法學的人權保障，主要是指在於法院訴訟程序中，基於武器的平等，必須對弱勢者的一方的權利保護。因此，謂刑事法之人權一詞，卻有不同之解釋，真正的意涵又是如何？隨著時代的進步，所保護的權利就是因此而擴大，這皆要歸咎於平等原則，可是越是講究人權平等，引發出的問題就會越有其議論之處，例如，死刑存廢論、被害人家屬之權利等，都是考驗著刑法學者的智慧，所以二十一世紀的刑法變革將會是嶄新的時代。

刑罰處罰輕重的結果，將會造成犯罪者與被害人本人與家屬的心理承受力以及可能帶來的社會的不利益，所以刑罰之平衡、公平、合理的量刑對於整體法秩序而言，也將造成不一樣的作用力。再者，二十一世紀的台灣社會裡，受教育的程度越來越普及、高學歷的知識人士也越來越多，對於基本的犯罪型態，已經不再是主要的犯罪類型，甚至於隨著電腦和人工智慧的發展，科技犯罪已經日新月異；人權意識的增強的當時、對刑法的目的性、功能性以及效益性，以及如何去符合刑法的最後手段性等屬性，而配合時代的變遷的立法結構，將考驗著立法者的智慧及勇氣。

我國的刑事立法和刑事司法，需對於刑法學理論國際化的視野，隨著科技的發展，國際間的合作也將越來越密集，國際犯罪組織對國際社會的危險性，也因資訊的發達導致於跨國犯罪的增加，所以，刑法學理論研究視野的更是要國際化。從社會經濟的變動，所導致社會的不安定性，不僅使犯罪率上升，更甚為經濟市場的競爭中，法律更應當以保護權利平等關係為其準繩，以維護公民的民主權利為主旨。¹³² 職是之故，法律的作用就是只通過對特定的立法程序，將各種衝突控

¹³² 蔡墩銘，台灣刑法之發展，刑事法雜誌，第45卷，第1期，2001年2月，頁2~6，台灣刑法之發展，新世紀智庫論壇，第12期，2000年，12月31日，頁44。

制在一定的限度之內，以維持國家法的安定性，因而深入分析法治環境的時候，將會注意到影響和制約法治環境的許多因素，但是，有一個更深層次的問題似乎尚未引起足夠的重視，那就是法律的價值取向問題¹³³。

古往今來，法律體系和司法制度因時代的背景不同而不同，任何一個執政權者和立法者都希望法律能發揮到最大功能，因此，於創制和實施法律時，爭議卻又永遠的存在。其爭議簡單地說是理念不同，而產生不同理念的深層原因，則是對於認識法律的價值取向不同。價值取向問題是直接影響到法律功能實現的多寡，所以，這是影響法治大環境的深層原因。又法律價值取向的選擇，與社會的政治與經濟形態密切關聯性，因此，¹³⁴價值取向問題作為影響法律理念的深層原因，對於立法體系和內容直至司法活動都具有十分重要的影響。

具體的司法活動中，價值取向問題更會直接影響司法人員判斷和決策的標準。例如，對於一個證據不足同時又不能排除嫌疑的被告，是選擇寧肯放縱也不能冤枉，還是選擇寧可冤枉也不能放縱？法官的價值觀將其發揮一定的影響因素。¹³⁵在司法實踐中之所以會出現眾多有違現代法律精神的現象，其根本原因是對法律價值取向的定位發生了偏差。以人治為本及經濟的體制下，強調公權而忽視私權，強調協調統一而忽略了公平交易；保護公有經濟而排斥私有經濟。這種認識已經在人民心中有了無形的烙印，形成了一種難以改變的思維習慣，這正是法律價值取向¹³⁶發生偏離的根本原因。

¹³³陳顯武、葛祥林，法價值論中的超人格主義，台大法學論叢，第32卷，第2期，頁1，第1段有其詳述。

¹³⁴謝暉，法律双重价值论，法律科学，第6期，月旦法學資料庫重新編著，1991年，6月，頁4(原著頁12)，第3點詳述。

¹³⁵謝暉，法律双重价值论，法律科学，第6期，月旦法學資料庫重新編著，1991年，6月，頁1(原著頁9)，第2段第3點詳述。

¹³⁶謝暉，法律双重价值论，法律科学，第6期，月旦法學資料庫重新編著，1991年，6月，頁4-5(原著頁12-13)，第1段詳述。

申言之，認識到與法律的功能關聯性，即為在主觀認知上，對於法律價值取向的定位不能因而移轉，它必須跟隨著時代的進步以及經濟基礎的理念相一致。否則，就只會減低法律的功能，甚至會適得其反，使法律成為社會發展的停滯。在已經走向市場經濟和法治國理念下的今天，對於私有經濟平等保護已經是經濟發展的客觀要求，對於法律價值的領悟無法覺醒，就會形成經濟體制改革的嚴重障礙；民主社會的重要里程碑，無非是對民眾個人權利的保護，也是維護國家發展的穩定性為其目的。反之焉，有如英國艾頓爵士 Lord Acton 的名言：「權力使人腐化，絕對的權力使人絕對地腐化。」所以，國家公權的濫用則是腐敗的根源。歷史的經驗已經一再證明，在一個拋棄法治、拒絕私權的社會中，腐蝕政權根基的，正是這種無限膨脹的公權本身。

再者，目前所面臨的難題卻是，從人治走向法治，從計劃經濟走到市場經濟的今天，體制的轉變雖然已經初見成效，但觀念的轉變卻相對滯後，而如果我們用舊體制中形成的既定觀念來定位現今法律的價值取向，就意味著用強制力的法律去排斥改革，將使社會拉向倒退，這種衝突對於改革具有一種嚴峻的現實的考驗，更不可等閑視之。

因此，我們應當十分重視對於法律價值取向的思考和討論，在此基礎上，其他的爭論纔會更有實際意義。無論在理論探討還是在司法實踐中，許多爭論都是見仁見智而永遠難成共識，究其根源，往往都是在分歧的背後反映出其價值取向的標準不同。難道不是嗎？

第五節 刑事法學對精神醫學的交集

舊清刑律於民國二十四年一月一日國民政府公布，同年七月七日施行，當時

為西元一九三五年，對於精神病患之法律規範是心神喪失者之行為，不罰；精神耗弱者之行為，得減輕其刑。在民國九十四年二月二日，即為西元二零零五年修正¹³⁷為精神障礙或其他心智喪失，至不能辨識違法行為或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰；而顯著減低者，減輕其刑。相隔七十年的時間，精神病患之相關問題才受到重視。從前言所述，精神病患之問題，在歐美之國家於一九四零年之後，精神醫學等相關方面研究已為廣之討論研究，反觀我國之精神病患法制，相隔七十年的時間才修法改進，但是，該修法方向雖有值得贊同之處，仍有美中不足之憾。

一、台灣精神醫學之成因

我國精神醫學之發展是二戰後逐步發展，相對於西方精神醫學之發展起步較為緩慢。台灣精神醫學在光復前根本不被重視，所以，所設的精神科醫院數量微乎其微。一九四五年後的台灣，在美國文化的強力主導底下，在各學界引發起現代主義運動。這一波運動，因國民政府反共大陸的文化思想下產生反彈，當時有些標語，例如，光復大陸，解救大陸同胞，救大陸於水火之中等語，都是一些愛國意識、反共等文化標語。因此，心理因素的精神醫學也受其影響。再者，由於冷戰時期的焦點都放置於美蘇兩國之間，又因為兩岸長期對峙的關係上，導致美蘇兩國非常強調台灣的區域戰略位置，以致於台灣受到美國的影響頗大。¹³⁸於是台灣對外是全方位性的輸入美國文化，對內卻是封閉外界資訊與政治威權控制，導致於橫向移植美國文化，造就精神醫學知識領域斷層的困境。

然後，美國扶植下的台灣，對於各項貿易經濟開始建設，逐漸走向開發中國

¹³⁷修正理由，心神喪失及精神耗弱語意極為不明，其判斷標準更難有共識，且非為醫學上用語，醫學專家鑑定上之結果，實務上往往不知道如何使用，造成不同法官間認定不一致之情形。

¹³⁸Wu Yu-Shan, Taiwan in 1994: Managing a Critical Relationship, Asian Survey, Vol.35, No.1, January, 1995, p.61.

家的資本主義，於是，造就台灣的經濟奇蹟。因為資本主義的發展，社會結構也開始出現變化。西方自一九五二年研發出新精神藥物時，生物性的藥物治療已經慢慢被精神分析所取代，朝向社區化治療的方向。這時台灣學者衍生到西方心理性精神分析時，也特別提出一個問題，西方的心理分析適用於台灣人嗎？學者的理由是由西方是個人主義的家庭觀念心理，而認為台灣心理是以家庭為重心非以個人為基礎。¹³⁹這個問題當資本主義發達到一定程度的時候，自然就瓦解掉了，其實台灣在解嚴後，早已經開始鬆動，例如，民主的思維以及社會運動的崛起，因此，家庭的概念上也逐漸的轉型。

精神醫療的家庭治療發展，於一九七零年代時，在西方國家已經逐漸有了具體模型，而台灣精神分析的發展，因為精神藥物的發明無法跟的上西方發展速度，反而在精神醫療的方向被沿用下來了，例如，社區心理衛生、學校諮商制度、兒童精神醫學、兒童心理治療，還有家族治療等。這些也都因為是 WHO 的緣故，讓精神醫學的發展從家庭治療延展至社區治療方向。

二、國外對精神疾病者之認知

一八七一年至一九三三年之德國刑法第五十一條已有關於精神障礙者責任能力之規定，甚至於在西元一九三三年¹⁴⁰，所頒布的「危險習慣犯人暨安全改善處分法」的第三條第四項對於責任能力之認定標準，已有相當明確的認知。¹⁴¹以及英

¹³⁹王浩威，1945年以後精神分析在台灣的發展（草稿）華心理治療研究發展基金會，2004年，9月1日，<http://www.xinli110.com/xxlp/bwjc/200706/30953.html>，最後瀏覽日期2013年10月16日。

¹⁴⁰張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁36。1871年~1933年，StGB§51，已將精神病理納入法條用語，意識喪失(Bewußtlosigkeit)以及精神活動的病理障礙(Krankhafte Störung der Geistestätigkeit)。

¹⁴¹吳秉註，碩士論文，整體法秩序對精神障礙犯罪者之處遇與對待。指導教授，林東茂，東吳大學法律系研究所，2007年，1月，頁46。1933年頒布的「危險習慣犯人暨安全改善處分法」第3條第4項規定：「當行為人行為時，若係導因於意識錯亂、基於疾病干擾所致之精神障礙或心智耗弱，致使其無能力去認識此不受允許之行為，或依其喪失能力之認知而從事行為，該可罰的行為即不能成

國早於一八四三年就以「被告於行為時之精神狀態能否明辨是非善惡」，做為認定心神喪失的判斷標準，此即 M'Naghten 「諾頓法則」。¹⁴²就發展的歷史而言，德國及英國在十八世紀、十九世紀初，對精神疾病者已經有相當程度上的認知，再而，歷史的進化中，對於精神病患相關問題的修法演進，已經趨於嚴謹。例如，現行德國刑法典，第二十條對於精神疾病者的病徵，已分類規範於法條當中。¹⁴³

三、兩領域發展時間之差異與交集

刑法學領域自漢摩拉比法典出現時，直到盧梭之民主主權影響，權力抬頭，刑法學一直就在演化與成長。反觀，精神醫學之發展，十九世紀初到十九世紀中，才開始慢慢受到重視，一九四零年後，刑法學領域也開始受到精神醫學的研究發展，而精神病患犯罪者之責任能力部份，也才漸而重視其人權及處分等相關問題。

台灣在刑法學領域的啟發，來自於舊清刑律以及當時日本學者所引進的西方法學概念，當時之精神醫學上的概念仍然是以生物性醫學為其主流，也大部份受到日本法學概念上之影響，因此，在用語上仍是承襲日本刑法之用語，直到二零零五年刑法之大修法，將其用語修正為更精確的醫學上用語，這是刑法學與精神醫學交集的進步與成長，當然，這也是刑法學與精神醫學之交集的起步，日後，將會越來越多的磨合與發展，希望能觸發出更完善更公平的法制度，對於處於弱勢的精神病患之犯罪者有著一樣公平受審的權利。

立」。

¹⁴²林輝煌，論刑法上心神喪失免責之抗辯——美國法制之參酌——，台灣本土法學雜誌，第84期，2006年，頁35~36。

¹⁴³StGB，聯邦司法部，刑法典，第20條，Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen(精神障礙者無責任能力)Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln。行為人行為時，由於病理性精神障礙，深度意識錯亂，智力不足或其他嚴重的精神狀態，不能認識其行為的違法性或依其認識的行為，不負責任。

第三章 責任能力之判斷

第一節 自由意志與罪責

刑法學上的評價中，犯罪的不法行為是以構成要件該當性、違法性及罪責有責性為前提要件。違反法秩序的應然規範所為的判斷，係不法行為的領域；反之，罪責領域，則是以判斷當行為人構成該當性違法行為時，是否具有個人主觀上的可非難性，也就是說，自己個人應否負起自己所做事情的責任。

罪責原則的基礎思想是源自於人有自由意志的前提之下¹⁴⁴，也是說，罪責是以行為判斷能力為其基礎，在自己自由狀態下，正確判斷辨別合法與不法的能力，這就是行為人的自由意志。簡而言之，不自由，就沒有罪責或部份罪責可言，而罪責涉及到有無自由意志的問題，雖然不是自然科學可證實或反證的¹⁴⁵，但是可以自我負責的本質，那是可以呼應相對的自由，因此，人不是被決定的。

刑法學上判斷罪責之基礎，在於知與欲的評價，知也就是認識；欲就是想要，所以要認識事物的客觀條件以至於想要去做，那麼就要人的決定與否。而在決定之當下時，人是否擁有自由的意志去決定，而這個決定是有因果關係之聯結性的或者是因為環境、社會、其他團體因素影響了人自由意志的決定，本身人並沒有自由決定的權能。若討論到這個問題，必須談到自由意志與決定論是否相容，當然，哲學的問題是永遠都沒有正確答案的，本文對於罪責問題作自由意志的簡略探討，而不做深入之研究。

¹⁴⁴林鈺雄，新刑法總則，元照出版社，台北，2009年，9月，2版，頁289。

¹⁴⁵林東茂，刑法綜覽，一品文化出版社，台北，2007年，9月，5版，頁1-138。

表 3-3-1-0，自由意志之各理論簡易概述表

	決定論(硬決定論)	非決定論	相容論(軟決定論)
定義	<p>1. 前定論：所有事件的發生都是由神的意志預定的，宇宙中的任何事件皆受因果法則控制，否定人具有自由選擇的可能性。</p> <p>2. 宿命論：注定發生的事不會因為人類的選擇而改變。遺傳和環境是人類行為的決定因素。(生物決定論)</p> <p>3. 意志自由是虛幻的。</p>	<p>1. 人在從事該行為時，確實可以選擇做不同於原來所做的行為。(詹姆士)</p> <p>2. 區別現象界和理智界：前者受制於因果法則，而後者則人的意志是自由的。(康德)。</p>	<p>1. 如果決定論是真的，表示人類的行為都服從於因果法則，則人似乎無法為自己的行為負責。</p> <p>2. 如果非決定論是真的，則有些人類的行為是出自純粹偶然，則人也很難負責。</p> <p>3. 人對自己所做的行為必須負道德責任，這預設人有自由可以選擇不做他已經做的事。</p>

資料來源：吳

瑞珠，碩士論文，奧斯丁論自由意志研究，指導教授，王臣瑞，輔仁大學哲學系研究所，1993年，參考自製。

所謂的自由意志(free will)，就古世紀而言，以人的觀點而論，它是人類獲得自由的方法。然而，以神的觀點而論，人類的自由意志，並不全然為自己，更重要的意義，在為他人而服務。換言之，人類的自由意志，除了為自己爭取自由之外，還包括為全體人類爭自由，這種承擔全人類責任的意識，並不是人類無上的命令，而是神的旨意。¹⁴⁶此種觀點是來自於決定論的思考，自由意志與神的旨意，

¹⁴⁶魏長領，意志自由：道德信仰的形上基礎，鄭州經濟管理幹部學院學報，第21卷，第4期，頁62-64，

結合之後，使人類的自由意志，成為神自由意志的一個部分，這種自由意志，沒有人可以摧毀或抗拒，因為它是神的尊榮與力量。然而，人類的自由意志，在行使神的旨意時，人類沒有權利拒絕神的旨意，所以決定論底下的自由意志是虛幻的。

西方法學中從自然法到實證法的演進得知，法學之演進先從神學開始，然後融合哲學，以致於推論到法學的過程。在羅馬時期後的教父哲學¹⁴⁷，是柏拉圖學說中的柏拉圖的宇宙生成論思想，以萬物之始是為創世論，供給剛新興而起的基督教為其理論基礎，因而，中世紀時期的哲學，淪為宗教神學的工具。當時承繼柏拉圖思想的奧古斯丁對於自由意志¹⁴⁸的詮釋是，個人的靈魂有記憶、理智和意志三種功能，而這三種功能是合而為一的¹⁴⁹，因而意志的善惡來自於本體，本體選擇惡念時，即是犯罪的根源，上帝自然會做出公平的懲罰¹⁵⁰。當人民開始認識宗教的時候，學者們開始用理性論證的方式來維護教義，隨後形成的是經院哲學¹⁵¹，使得神學與哲學的融合，目的在於基督教神學合理化。而影響經院哲學最大的修

2006年，4月，頁60-64。

¹⁴⁷ 傅佩榮，一本就通：西方哲學史，聯經出版社，台灣，2011年，4月，頁54-60。教父哲學(patristic philosophy)是指處於聖經神學與經院神學之間的神學思想。教父們為了使基督教更具吸引力和知識更充實，教父開始將聖經教訓與古希臘羅馬哲學融合。而在早期基督教時期(公元2-5世紀)的教父思想，由於是根據聖經和利用新柏拉圖主義建立的，一般稱為「教父哲學」。

¹⁴⁸ 奧古斯丁，論自由意志，成涇民譯，北京，上海社會科學院出版社，2010年，1月，頁44。彼得·昆茲曼(Peter Kunzmann)等三人，商周出版，台北，2009年，7月20日，初版3刷，頁68-70。

¹⁴⁹ 黃風，貝卡里亞是自由意志的論者嗎——論貝卡里亞刑法思想的哲學基礎，政法大學比較法研究，第1卷第1期，1987年，3月，頁26。彼得·昆茲曼(Peter Kunzmann)等三人，商周出版，台北，2009年，7月20日，初版3刷，頁39-41。

¹⁵⁰ 黃富源、範國勇、張平吾合著，犯罪學概論，三民書局出版，台北，2006年，1月，3版1刷，頁29。

¹⁵¹ 孫振青，傅偉勳、韋政通主編，笛卡兒，東大圖書公司，2版2刷，2011年，1月，頁2-3，傅佩榮，一本就通：西方哲學史，聯經出版社，台灣，2011年，4月，頁356-362。經院哲學(scholasticism)是與宗教(主要指天主教)相結合的哲學思想，是教會力量占絕對統治地位的歐洲中世紀時期形成、發展的哲學思想流派，由於其主要是天主教教會在經院中訓練神職人員所教授的理論，故名經院哲學。

士為聖多瑪斯阿奎那¹⁵²，也是建立天主教的神學家，他融合了亞理斯多德的唯名論思想以及柏拉圖思想，他認為上帝的存在可以由真實世界中推理得知¹⁵³，而上帝的存在是一種自然法的賦予，當人民選擇惡時，透過自然法的觀察，犯罪的一行為，不僅侵害的被害人也侵蝕了自己的本質，也就是說有人性本善的方向之說。¹⁵⁴這樣概念上，經過神學的詮釋，衍生為唯心論¹⁵⁵，認為人選擇善惡的行為受神所支配的¹⁵⁶，因此，人選擇從惡的犯罪行為必須由驅魔的儀式中，把鬼怪趕出身體，因此，讓原來的個體回復到純潔的心靈，方能做最正確的選擇，這也是中古世紀的刑罰如此盛行的原因。所以，人本身是有決定的選擇權，但是做出錯誤的惡念時，本是因為被鬼怪所附身，選擇並非個人本質所選，因此，唯心論後來也演變

¹⁵²孫振青，傅偉勳、韋政通主編，笛卡兒，東大圖書公司，2版2刷，2011年，1月，頁9。彼得·昆茲曼(Peter Kunzmann)等三人，商周出版，台北，2009年，7月20日，初版3刷，頁80-84。

¹⁵³李忠謙，圖解哲學，易博士文化出版，台北，2004年，6月，頁78-79。高崎直道，認識論と論理学シリーズ大乘仏教第9卷，株式會春秋社，1996年，4月10日，1刷，頁32-33。此五種現象為1. 萬事萬物相互牽引運動不止，因此，必定有一個最初的推動者；2. 每一事物因有動力才能運動，因此，必定有最初的動力因；3. 世界無時無刻存有萬物存在，因此，必定有必然的存在；4. 每一事物均有部分的完善性，因此，必定有最完善的存在；5. 事物都有特定的發展方向，因此，必定有具有知識與智慧的指導者，由這五種現象可以推知上帝是真實存在的。

¹⁵⁴慕容惠，文明的碰撞：中國科術與西方科技(二)，未來中國大學第一屆學術月特稿(15)，<http://www.epochtimes.com/b5/8/12/31/n2381545.htm>，最後瀏覽日期2013年10月18日。

¹⁵⁵沃爾德等，方鵬譯，理論犯罪學，中國政法大學出版，北京，2005年，12月，第五版，頁2-3。唯心論認為很多的事件都是另一個世界的力量的運行結果。例如，原始人認為飢荒、洪水、瘟疫等災難，都是對他們獨犯上帝力量的惡行的懲罰，他們面臨這些災難時的反應是，進行宗教儀式和典禮來平息上帝的力量，因此，中古世紀開始盛行所謂的決鬥裁判，他們相信上帝會將勝利賦予無罪方，因此，決鬥失敗的人將是有罪的。又或者判斷一名婦女是否有罪的通常方法，就是將她捆起來扔到水中，如果他漂浮在水面，他就會被認定為無罪，如果他被淹死，則就代表他是有罪的。

¹⁵⁶李忠謙，圖解哲學，易博士文化出版，台北，2004年，6月，頁74-75。譚家哲，形上史論(下部)，唐山初版，2006年，11月，1版1刷，頁260。此一論點，主要為詮釋三位一體，神被認為是三位一體，所謂三位指的是聖父、聖子、聖靈，因此，三位一體的一體究指個別存在還是確實存在，就涉及到中世紀神學的唯名論與唯實論的對立。而現今的基督教認為(例如浸信會)，三位一體的神是確實的存在，所以上帝只有一位，至於如何地解釋三位一體，就以大自然中的「水」來解釋，當水成為液態(水)和氣態(水蒸氣)及固態(冰)時，並不能去除到「水」的本質，因此，上帝就只有一位，是真實的存在。而聖靈亦為上帝的展現，誠如約翰福音第二十章，第二十二節所說的，耶穌說了這話，就向他們吹了一口氣，說：「你們領受聖靈吧！」而這一口氣就是聖靈，也就是神。

成非決定論之基礎。

後期的文藝復興運動，實證主義學者開始思考著跳脫神學的觀點，認為被科學證實後的結果，不可企圖像神學那樣，超出實證的範圍去觀察世界，因為一切的人類知識都已包含在科學的範圍內。因此霍布斯、洛克等學者，將人類所有的行為以科學加以研究，也就是唯物論，一般而言，唯物論的學者幾乎都是決定論下的理論，認為，人都是為了自己的利益而生存，這種利益生存法則導致了一切關於人的戰爭，從戰爭中的損害去理性的思考，意識戰爭的殺戮根本不符合人的利益，因此，放棄自私的行為追求共同的生存為目的¹⁵⁷，這就必須以契約來維護和平及利益、以法律來規範制定，確保國家的利益¹⁵⁸。

實證法的思想，被後來義大利人貝加利亞(Cesare Beccaria, 1738-1794)以及英國的邊沁(Jeremy Bentham, 1748-1832)所承受，當時的殘酷的刑罰，使得貝加利亞發動改革之號，以論犯罪與懲罰(On Crimes and Punishments)一書論述，將理性主義與社會契約原則的思想融合至刑事司法的領域¹⁵⁹，於是展開了古典學派對於犯罪的新展望。

¹⁵⁷ 沃爾德等，方鵬譯，理論犯罪學，中國政法大學出版，北京，2005年，12月，第五版，頁19-20。

¹⁵⁸ 黃富源、範國勇、張平吾合著，犯罪學概論，三民書局出版，台北，2006年，1月，3版1刷，頁30-31。

¹⁵⁹ 沃爾德等，方鵬譯，理論犯罪學，中國政法大學出版，北京，2005年，12月，第五版，頁20-21。

第一項 自由意志之權利思考

在法律容許的範圍內，個人可以依自由意志決定自己的選擇自由，這是人權的實質意義也是法律給予的一種權利，即使行為人發生法律的訴訟關係時，也必須依據自己的意志決斷是否捍衛自己的權利。因此，自由意志是每個人所擁有的權能，自己的自由選擇意志下的去行動，這種自然權利是以一切權利的基礎為前提。

自由本身就是使自己的目的為其目的，實質上，人之所以存在的價值是具備不可替代性的。就如一個人之所存在，目的在於其尊嚴，因此，這個目的也衍生了現行德國基本法第一條所得的人性尊嚴¹⁶⁰以及司法院第三七二號解釋¹⁶¹，所以說，自由的選擇意志是人性基本的表態所得到一個行為自由的尊嚴。在自由意志的前提下，所產生的權利、尊嚴和責任都是可以包含著自由的權利，在自由的權利下所做的選擇，必須受其尊重，這就是自由意志所包含著人性尊嚴之所在。¹⁶²在刑事案件上，係假設行為人所選擇從事的犯罪行為是否在自由意志下，當就選擇利益來判斷說明，行為人知道犯罪後所受刑罰的結果，是因為犯罪所帶來的利益將大於不去犯罪的選擇，因此，行為人會選擇從事犯罪，所以，就自由意志下，決定論與非決定之爭，究竟是環境影響自由意志還是自由意志取決於環境呢？

¹⁶⁰ 蔡維音，德國基本法第一條「人性尊嚴」規定之探討，憲政時代，第18卷，第1期，1992年，7月，頁36-48

¹⁶¹ 司法院大法官372解釋文，人格尊嚴之維護與人身安全之確保，乃世界人權宣言所揭示，並為我國憲法保障人民自由權利之基本理念，民國 84年2月24日。

¹⁶² 吳瑞珠，碩士論文，奧斯定論自由意志研究，指導教授，王臣瑞，輔仁大學哲學系研究所，1993年，頁50-52。

第二項 決定論與非決定論

人是否有自由意志，是一個古老的哲學命題。自古希臘以來，無論是神學家、科學家、心理學家以致於法律學家等各種學術領域對此問題都有極大的興趣，紛紛從不同的角度著書詮釋自己的意見及論點。¹⁶³在法律規範下之所以會承認人的自由意志存在主要是受到三個事件的影響，其一，是宗教寬容，自古以來認為人被非完全受到神意的掌控而是在部分俗世的行為裡，享有著自由的空間只要這樣的行為不違反教會的規定，那麼這便是可以被允的，而這種概念被劃分了所謂的公私二元領域；其二，啟蒙思想的興起時期啟蒙主義下，認為透過理性人們可以追求一種善的境界，能夠帶來繁榮的世界。因此，理性之下所有一切的舊制度都必須作重新的檢討透過科學的方式證明自身所存在的價值，所以，人們是可以透過自我的思考。¹⁶⁴簡言之，價值的醒思是來找尋自己存在的目的，這樣的概念在德國的康德與法國的伏爾泰¹⁶⁵，加以繼受發揚理性主義下的自由主義，影響了後世整個國家社會制度的巨大變遷即民主政治的興起；其三，第二次世界大戰後，對於法西斯納粹主義以及共產主義的反思下，所產生的基本權利的保障。認為人具有某種基本的權利，是先於國家所產生的，而不受到國家的干涉。這些自由權利，都是基於人民的自由意志下所產生成為人的價值，即是擁有自由意志思考的人，所以，自由意志心靈是可貴的，因此必須受到國家的保護。¹⁶⁶

故而，因此影響導致了學說上的爭論，大致上可分為兩大派，即為決定論以

¹⁶³劉志輝，談對歷史決定論和非決定論的再認識，華章學報，第7期，2008年，頁5。

¹⁶⁴黃風，貝卡里亞是自由意志的論者嗎——論貝卡里亞刑法思想的哲學基礎，政法大學比較法研究，第1卷第1期，1987年，3月，頁25-29。

¹⁶⁵陸敬忠，自由與決定論——一種蓋蓋語言性與概念史性研究與康德模式之詮釋性省思，中原大學宗教研究所，國立政治大學哲學學報，第15期，2006年，1月，頁24以下。

¹⁶⁶帕爾默，實現自由：自由意志理論、歷史與實踐，法律出版社，大陸，2011年，10月，頁129-232。

及非決定論，決定論一派認為事情的發生一切都與因果有其關聯存在，必須接受自然法則的支配。另一派非決定論主張，每一個人的意志發生皆出於偶然，不是出於決定的結果，因此人有自由意志。兩派學說之間，各有其贊同的理論並提出論理證明以及辯駁。兩者處於對立¹⁶⁷，因此，就有很多學者以不同方式調合兩者之間。

決定論與非決定論的兩難困境，學者因此提出溫和的決定論與非決定嘗試解決紛爭。無論是決定論或者非決定論都有著極端的以及溫和的，也就是絕對的與相對的兩種形式，不過到目前為止，尚未有學者提出強而有力的論證支持其主張。因此，本文在此項目裡作概略說明其意義及爭論所在。

第一款 決定論之概論

決定論(determinism)在十八、十九世紀盛行於科學界，它認為「因果關係」是一切事物所聯結起來的，也就是世界的定律都是由自然環境所決定；¹⁶⁸因此，做了一個結論，即為有因必有果之論點，所以，現在所發生的一切結果皆是由過去所決定的。在這個理論基礎上，在科學獲得很好的啟示與發展。¹⁶⁹例如，牛頓力學算出的三大運動定律，對於未來具有科學又準確的預見性。在這種思潮下，牛頓的機械論被理性主義解讀神論觀點的替代，也就是說，世界定律有一定的規則存在，依據因果定律，所以人可以預測未來。

理性主義融合了自然學派的決定論認為，自然的定律與人類生活的環境，存

¹⁶⁷龍宣萍，決定論與非決定論的爭論及其現代意義，貴州社會科學第171期，2001年，3月，頁39-52。

¹⁶⁸霍布斯(Thomas Hobbes)主張決定論，否認人有自由意志。霍布斯認為人類的心包括思想都是由基本的原子構成，都可以化約到物理層面，都可以透過物質得到解釋。

¹⁶⁹徐圻，關於決定論與自由選擇論的思辨，貴州師範大學學報第3期，2004年，3月頁1-8。

在著因果關係。¹⁷⁰結果的發生都是行為前的某種原因導致而成的，相反而言，可以依據現前的條件來預測未來可能出現的結果。申言之，決定論者認為，沒有一件事的結果是無故發生的，因此，決定論者也主張環環相扣的決定及發生的結果是密合的，舉個例子說，我今天中午去吃麥當勞，這時候會有許多的「因子」導致這個結果實現，如果我們把這些因子集合起來，則必定會產生「我中午時會去吃麥當勞這個結果。」

反對決定論的理由是，若行為人不是因為法律上的原因，導致被害人之損害，一般而言，都會同意行為需要負擔道德之責任。若以他的行為決定時是自由的，對於那些結果並非原因所造成時候，也就不需要去負責。對於這樣的反論，若決定論堅持認為因果定律，對於被害人之道德義務的履行結果，是因為前行為被決定了。那麼，自然行為裡的一個作為，也就必須以因果關係來解讀該行為。在這種決定論觀點下，認為人的作為是「因為」我們的選擇和決定所造成的結果，仍以這樣命題下，答案將會變得不可理解。因為根據決定論觀點，先前的行為情況將會促使行動必然如此發生。所以，決定論認為行為是被決定的，那麼，人沒有真正自己決定的可能，縱使人能夠做選擇，該選擇也是前因所決定的，而非出於人的自由意志。因此，決定論下一個結論，行為人的行為有規律性，可以利用因果法則找出規律，所以，人的行為是可以預測，人是沒有自由意志可言。

嗣後，決定論的理論受到討論，於是衍生出相容與不相容論，也就是自由意志階段是否受到決定的影響而言。不相容論者，認為自由意志之間的選擇並沒有決定好的結果來推論，因此沒有相容的空間。¹⁷¹因為若人的行為是行動的唯一起因，

¹⁷⁰安彦一惠，「自由意志論争」の諸論点，頁53~55，http://www.edu.shiga-u.ac.jp/dept/e_ph/dia/fw2.pdf，最後瀏覽日期2013年6月8日。

¹⁷¹關於自由意志的討論，其中一個議題是，自由意志和決定論是否相容——行為者的行為被先前事件所決定的情況下，行為者還有沒有自由意志。哲學家在這個議題上分成兩派，一派是相容論(compatibilism)，主張行為者的行為即使被先前事件決定仍可能會有自由意志，另一派是不相容論(incompatibilism)。

而其他選擇的決定時，個人的選擇而去作為才算是自由。不相容論者提出反對的看法，倘若決定論所提的全部選擇條件都已經被預知注定，那麼，過去的選擇也因此被限制住了，因為個人的選項之一就是很多結果中的一種，也就是說即使過去限制並非過去的選項所決定，而是行為者是自由在各種選項中選擇其一而執行行動意志，行為者仍然不是其整個行為結果唯一的起因，因為沒有人能夠先從未來得知結果，再去選擇它的原因。¹⁷²從而決定論又衍生為相容與不相容的爭辯，又稱為溫和的決定論與強硬的決定論。

第二款 非決定論之概論

前述決定論的結論是假設因為人沒有自由意志，每一個人人都接受自然法則的支配，因此，我們的行為是被決定的，所以不需要為道德或法律負責。這種論點為大多數人所不能接受，但是該如何解決人必須為自己的選擇負責的問題呢？因此，學者提出非決定論，而該論點為決定論的否定。¹⁷³

非決定論(indeterminism)所持的理論觀點與決定論背道而馳，認為人類行為的原因，並不是單純以物質上或現實上等因素，所得之結果來推論，而是出自於人所具有的自由意志下所做的自由選擇，因此，同樣的條件下，每個人所思考的決定並不同，因此，行為結果將會因人而異。換句話說，在同樣的情境下，因人而異的行為，這是基於人會思考選擇，不同於其它自然界動物，例如狗就是典型的

patibilism)，認為被先前事件所決定就代表行為者失去自由意志。Nichols,S.Experimental Philosophy and the Problem of Free Will,Science,Vol.311,2011,pp.1401~1403. <http://www.sciencemag.org/content/331/6023/1401.abstract>，最後瀏覽日期2013年4月3日。

¹⁷²安彦一惠，「自由意志論争」の諸論点，頁1~5，http://www.edu.shiga-u.ac.jp/dept/e_ph/dia/fw2.pdf，最後瀏覽日期2013年6月8日。

¹⁷³余二亮，決定論與非決定論的是非探究，新學術第2期，2007年，2月，頁30~33。

例子，排除掉訓練的因素，以最原始的獸性給予刺激與反應，而其行為不需經由思考，所得之的行為結果都是獵物的欲望，絕無其他選擇。

早期的非決定論仍然跳脫不出科學概念的主導，因此仍然以行為主義為論證基礎，直到一九二零年代，隨著量子力學的發展，函數方程式的自然現象使其研究學者漸而接受¹⁷⁴，因而，非決定論的觀點才再度受到心理學家的重視。非決定論對於決定論的人類一切行為都接受自然法則的支配主張，提出反駁，雖然非決定論不否定人類行為對於某些規律所支配，但是否定了這些規律能夠完全的解釋人類的行為。非決定論認為人類行為中包含有自由的因素，正由於如此，人類不能完全能夠預知的，所以人類行為必須對於道德負責。因此，非決定論者，下了一個結論，當一個人可以思考，選擇判斷做某一個行為時，那人便是自由的，在此情況下，他是行動的原創者，同時也必須對責任負擔。因為他做選擇的當下，可以思考是否違反道德或法律規範，所以必須為他自由選擇的行為，負完全責任。¹⁷⁵

第三項 自由意志下選擇權之反思

一、決定論之反思

人是否可被決定自由意志，有著決定論與非決定論之爭，決定論與自由意志論具相對性，相依性，因此，決定論與自由意志論本質雖矛盾，卻相依而生，實質上，自由意志也沒有無限的自由，因為它是受限於決定論法則即為因果關係。所謂意志的自由，並無絕對性，它離不開因果，那就表示自由意志離不開決定論，然而，決定論亦非絕對性的因果關係，作為人或有靈性的生命體，自由意志可以

¹⁷⁴孫振青，傅偉勳、韋政通主編，笛卡兒，東大圖書公司，2版2刷，2011年，1月，頁4。

¹⁷⁵安彦一惠，「自由意志論争」の諸論点，頁9，http://www.edu.shiga-u.ac.jp/dept/e_ph/dia/fw2.pdf，最後瀏覽日期2013年6月8日。

提供了決定論的多樣化，那就表示決定論離不開自由意志。

決定論與自由意志論的矛盾性在於「選擇權」，自由意志構成多樣性的，相對性的因果關係；決定論構成單向性的，絕對性的因果關係。從自由意志和決定論我們可以了解兩者的矛盾性。這種矛盾性，只是一種假象而已，無論我們有多少方向可選擇，所決定的，只能夠是單一方向，最終，我們所選擇的，仍然是單向的，也就是落於決定論的法則上，人的自由意志是受決定論所操縱。因此，我們的思想是早已預定的。根本不存在意志，或不存在選擇權¹⁷⁶，其實，爭論這一點是毫無意義的。

無論是決定論支配自由意志，或是自由意志支配決定論，我們都同樣有這兩種特性，第一是我們確實有選擇權，有著多樣性的自由意志，其二，我們確實只能走一條路，即單向性的決定論。因此，我們所走的路，是由自由意志與決定論相依而生，相依而有的成果，有選擇，就有自由意志，有選擇，還得要決定。因此，自由意志是決定決定論的因，決定論是自由意志所選擇的果，也就是說，自由意志是因，決定論是果，這種因果關係，構成我們生活的模式，如缺少了自由意志，人就沒有選擇的意欲，就如同水遇熱蒸發一樣，無須要選擇。反言之，我們生活在種種選擇當中，如缺少了決定論，就談不上因果，人犯罪，就無須入獄，然而，我們是生活在種種因果律法當中，因此，決定論與自由意志論本質雖矛盾，卻相依而生。

二、非決定論之反思

非決定論對於決定論的人類一切行為都接受自然法則的支配主張，提出反駁，雖然非決定論不否定人類行為對於某些規律所支配，但是否定了這些規律能夠完

¹⁷⁶山形浩生，自由は進化する，NTT出版，日本，2005年，6月，頁92、95。

全的解釋人類的行為。非決定論認為人類行為中含有自由的因素，正由於如此，康德(Immanuel Kant, 1724-1804)提出了區別現象界和理智界¹⁷⁷，前者受制於因果法則，而後者則人的意志是自由的。意志自律(autonomy)和道德法則，是可以理性控制的，而因果現象人類卻不能完全能夠預知的，所以人類行為必須對於道德負責。因此，非決定論者，下了一個結論，當一個人可以思考，選擇判斷做某一個行為時，那人便是自由的，

具有反省力的人認為非決定論是非理性的？因為他們對機會這個概念有反感，他們感覺機會有點虛假，或認為機會是一個非理性的概念，沒有理性人可以容忍，相信一個有機會存在的世界是理性的自殺。但是機會的概念不必有這種不好的內涵，實際上它是一個消極的概念，當我們說某事偶然發生，我們只是說它的發生和任何其它事都沒有關聯，如果一個事件是一個偶發事件，指無法保證它會發生，可能是其它事情發生。相信機會只是承認未來的意志並沒有完全確定，而且未來可以不同於過去發生的，相信機會是相信事件並非如此緊密相聯，未來真正具有開放的可能性。

三、相容論之省思

人類的自由選擇和因果法則是相容的，如果把「自由」當成是「沒有原因」，自由意志和決定論當然不相容，但是如果把「自由」當成「不受外力限制或強迫」，則意志自由和決定論可以相容。¹⁷⁸若一味證明或否認決定論或非決定論是不可能的，但是如果我們清楚掌握決定論的涵意，而且如果我們進一步認知到機會的概念並非不理性或虛偽，我們將發現採信非決定論比較合理。也就是說，假設我們有一

¹⁷⁷康德，鄧曉芒譯，楊祖陶校，實踐理性批判：康德三大批判之二，聯經出版社，北京，2004年，4月，頁220。

¹⁷⁸William F.Lawhead,The Philosophical Journey:An Interactive Approach McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages,March,2005,p255.

個自由意志，比假設決定論為真較為理性

自然法則和法律間，法律規範了人類的行為，許多法律條文就是為了限制或強制人類以某種方式行動，但是自然法則並沒有規定人們要如何行動，自然法則並沒有限制人們，只是敘述著宇宙自然的規律。當我們提到自然法則時常使用「力量」這個字，以這種方式陳述會使人感覺好像被強迫或限制，但實際並非如此。事實上當決定論者說「A是造成B的原因」時，他只是說「當一個事件發生或A的行為出現時，另一個事件或B的行為將會出現」，所以脅迫或強制的部分只是一種推論。我們是因為這個推論而不是基於事實，是為因果和自由是反命題，所以是態度而不是事情造成困擾。

第四項 現代刑罰理論之省思

現代刑罰理論中，在報應理論的觀點，固有的中華文化傳統，仍然殘留著以牙還牙的思想，若一昧的執著在特別預防理論與應報理論的觀點，並非是最好的選擇，犧牲罪責原則是特別預防的後果，而刑罰的執行存留著應報觀念將會衍生更多的痛苦，也難以達到犯罪預防的目的。若兩者整合的話，理念之間也造成衝突。因此，當報應的正義理念以及社會防衛的思想必須處於不相衝突的情況，才是目前最困難的問題。

現代刑罰理論的思想基礎，已經不是在意志決定論上，反而包含著意志非決定論，在解釋上，學者歸納以下幾點，第一，自由是人類經驗所累積的；其二，自由是人類擬訂法則所規範；其三，規範的目的是人類最後的歸屬。學界的部分學者採用不可知論，是以綜合評估人能力基數而作為刑罰的準則，似乎對非決定論的默示承認。反之，在自然科學發展的今天，對於自由意志的存否還有質疑之處，

目前對於決定論的研究結果，仍然無法肯定的，係是否以決定論作為刑罰之基礎，但也不能否定應報正義理論之思想¹⁷⁹。

本文認為執著於兩論之間的爭議，仍無法對於目前之犯罪作出完善的解決方案，若是跳脫出兩論爭議，直接以刑事立法之方向著手，並使其與特別預防理論作整合，也就是說刑事立法上，立法者所關心的是如何防範犯罪；裁判上，法官所追求的目的是為責任之釐清與再社會化；在刑罰執行上，仍是為改善、再社會化為其目的，因此，以特別預防作為理論基礎，再以不同犯罪人之犯罪類型，作為預防犯罪與再教育之刑罰目的。

使其犯罪人得到應有的懲罰兼顧教育與輔導，以及被害人之補償措施雙管齊下。當然，新理論的建構也將會繼續的發展，只是要研究的過程中必須特別留意刑罰功能的實然面問題，要國家權力乃至於人民的權利，都必須客觀的觀察社會的細微，實現良好的刑事政策，因為這是對於人格的基本尊重。

第二節 責任能力之罪責

在罪刑法定原則的定義，即為無法律無犯罪；也無刑罰，反之，罪責是犯罪之內涵，也就是說無罪責無犯罪，那麼刑罰目的是什麼？是實現正義嗎？預防犯罪嗎？還是為了矯正犯人，除去其危險性，在使其社會化呢？刑罰的意義及目的在與刑法史上一直被反問的問題，也是刑法上永遠是個爭議的問題之一。

從自由意志的討論上，刑罰學重新思索，對於刑罰之作用為何？以李斯特的詮釋，國家發動刑罰對付犯罪人，是要前瞻未來，除去犯罪人之危險性格，使他不再犯罪，這是特別預防理論；而犯罪人具有危險性足以威脅社會的性格，所以

¹⁷⁹アルトゥール・カウフマン，轉換期の刑法哲学，成文堂，2002年，3月30日，第2版2刷，頁194-196。

必須接受刑罰，這是社會責任的觀點。因此，李斯特認為刑罰應該有很大的彈性才是，以犯罪人有無危險性格為其發動的依據。

自由意志是罪責非難之基礎，從現代刑法上罪責原則有其三點重要性。其一，可作為限定刑罰之功能，也就是無罪責則無刑罰；其二，有責任有刑罰，不法與罪責相對應，也就是說，行為人的罪責必須涵蓋著所有實現的不法要素；其三，罪責原則衍生出罪刑相當原則，簡言之，行為人的罪責必須以該行為人所有施加的刑罰相當，刑罰不得超過罪責之範圍。李斯特對於刑罰目的與作用，重新詮釋後，刑罰理論的爭論就一直持續著，以致於緩和報應理論與預防理論的綜合理論的出現，從三點重要的罪責原則中，從基礎理論所形成二種學說之對立，為道義責任論以及社會責任論。從本質理論出發又可分為三種學說理論即為心理罪責論，規範罪責論，以及預防罪責論。簡略分析如下：

一、責任基礎理論

(一)道義責任論

該學說認為，假設人到達特定年齡後，均應有其自由意思的理性主體，則於其參與社會群體生活之際，本以其理性足以知悉行為界線之所在，是以，如果行為人基於主觀上之自由意思所為外在之各種行為，經由社會倫理道義之評價，具有可非難性者，即構成罪責。該理論基礎是以非決定論為出發點。¹⁸⁰

(二)社會責任論

該學說認為自由意志無從證明，只是形上學的冥想或臆測。實則，人之所以為特定不法行為，應為生理遺傳或現實客觀環境交互之配之結果。面對此種有害於社會生活安全的現象，立於防衛社會安全之觀點而言，自不得不對該具有社會

¹⁸⁰甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁195。

危險性之主體採取一定的防護措施。從社會危險性出發的觀點，該理論基礎係以決定論為其中心，從社會安全的角度，而對行為人之危險性所為之評價。¹⁸¹

二、責任本質理論¹⁸²

(一)心理責任論

此學說是為十九世紀之刑法理論通說，認為責任之內容必屬主觀之心理事實，因此，向來均認為違法屬於客觀，責任屬於主觀，而人類可得非難之心理，不外乎為故意與過失，因而，責任實為故意與過失之總和。

(二)規範責任論

此說為二十世紀初之學說，源自於批判心理責任論之不當所累積形成的責任理論。認為故意、過失並無法與責任同等觀之，因此，縱具有故意過失之行為，如果因為行為當時所隨附之客觀情況，以致於行為人無法做出合理於法律的決定，基於法律不強人所難之於原理，自不宜承認其非難性。所以，本說認為責任之內容除了責任能力、責任條件外，另有期待可能性，並將重點置於法規範之可期待性上，該說為現今之通說。¹⁸³

(三)預防罪責論

該理論係近年來之學說，試圖以預防思想家以重新建構，引起熱烈討論，最為極端的一般預防罪責概念，是以所謂的功能式罪責概念的主張，即為純粹以實定法之一般預防的必要性來判定罪責之有無。如重度精神障礙者的行為及過當防

¹⁸¹甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁196。

¹⁸²林鈺雄，新刑法總則，元照出版社，台北，2009年，9月，2版，頁291-293。甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁198。

¹⁸³甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁198。林鈺雄，新刑法總則，元照出版社，台北，2009年，9月，2版，頁291。

衛之所以不負罪責，是因縱使處罰也欠缺了一般預防的功能。¹⁸⁴

為了緩和極端的一般預防理論之說，介於傳統罪責與前段所述之極端預防理論之間的折衷見解，其主張以刑法之有責性取代著傳統犯罪之第三階段罪責判斷，認為此階層其實包含著欠缺罪責與欠缺預防性的必要兩種類型。欠缺罪責，如欠缺責任能力或不可避免之禁止錯誤等排除罪責事由；以及欠缺欠缺預防性之必要，如過當防衛或過當避難等。這是從預防目的的觀點出發而認為欠缺處罰之必要性之寬恕罪責之事由。

第一項 精神障礙者之責任能力

精神障礙者的責任能力，最不容易作為判斷的是心理上所引發的精神疾病，反之，在於生理上之病症發生的，一般而言，在精神醫學上都可以找到生物性之病因，在鑑定上並非困難。因此，此項作為討論的是心理上所引發的病症，如精神分裂或者是躁鬱症等，在一八六零年的德國，開啟了精神障礙者之責任能力之問題，於是一百多年以來，司法精神醫學者與法學者，對於因情緒性或者心理性所引發的精神障礙，在一致性認定標準下，共同採用了無責任能力，但是這個一致性的認同只是個慣例。¹⁸⁵

這個歷史沿革中，存在著一個唯一的爭議，那就是輕型的精神分裂之責任能力，一九六一年之前的德國學者都一致認同，只要認定是精神障礙，無論輕重都屬於無責任能力之範疇，只有初期的精神分裂引發起討論，日本中田修氏學者認

¹⁸⁴林鈺雄，新刑法總則，台北，元照出版社，2009年，9月，2版，頁13~19。

¹⁸⁵工藤行夫，精神分裂病と躁うつ病の責任能力，日医雜誌第125卷，第9号，2001年5月1日，頁1418-1419。

為精神分裂之行為應該堅持無責任能力之原則¹⁸⁶。而對於輕型之精神分裂，應該處於寬解的態度，使其有治癒之機會，也就是認為在寬解之期間是具有責任能力的。

精神分裂之精神障礙者初期，此時發病在精神鑑定上是非常的困難，也常常讓人無法理解犯行重大犯罪之發生，這種情況稱之為精神分裂症前驅時期之犯罪¹⁸⁷，因此，有病與詐病之間處於模糊階段，無論如何，按整體的精神障礙者犯罪，從犯行至判決精神狀況不可能在一兩次，就可以確定是否有病，因此，若是有幻覺、幻想甚至脫離現實感的病症，法院可以毫不猶豫的判斷責任能力，反之，若再審判階段無法顯現出病症呢，法院難免陷入兩難。

德國聯邦法院於一九五五年六月二日對於輕型精神分裂犯罪為判決之大意，謂「即使依照行為與動機還能實行犯罪，也不妨礙認定無責任能力，雖然行為人係屬輕型之精神分裂，但是仍然難以理解行為人之精神狀態或判斷其正確的意識程度，產生的質疑，按罪疑唯輕理論應判定為無責任能力。」¹⁸⁸由此可見，德國之見解是追尋著古典見解，但是按目前之精神病理學，被多數醫師產生疑問，就此而言，法學界與精神醫學界對於心理性之精神障礙的責任能力仍為意見不一的情形¹⁸⁹。

¹⁸⁶ 中田修，精神分裂病の犯行のみせかけの了解可能性，中谷陽二編，法と精神医学の対話精神障害者の責任能力，金剛出版，東京，1993年，11月，頁25~41。

¹⁸⁷ 張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁72。

¹⁸⁸ 張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁74。

¹⁸⁹ 福島章，精神鑑定—犯罪心理と責任能力，有斐閣出版，東京，1985年，4月，頁301~303。

第一款 人格障礙與精神分裂

目前精神障礙的疾病類型當中，在犯罪比率統計裡，以精神分裂與人格障礙以及智能不足名列於前幾名的病症類型¹⁹⁰，除了智能不足之類型外，本文以精神分裂與人格障礙提出來作為討論之對象。有大概四種類型，在精神分裂與人格障礙之間，也就是精神分裂(schizophrenia)、妄想障礙(delusional disorders)，也稱偏執障礙、抑鬱障礙(major depressive disorder)以及反社會人格障礙(antisocial personality disorders)，按 WHO 之 ICD-10 分類，精神分裂(F20.0~F20.6 等)與人格障礙(F60.0~F60.3 等)並不相同，除了反社會人格障礙(F60.2)在人格障礙之子分類下，其餘三種是歸納於精神分裂之子類別裡。

本文作簡單之分類區別，精神分裂定義是指思考方式及情緒反應呈現出衝突、崩潰，在醫學臨床上，所呈現之重要症狀是聯想上遲緩與怪異的行為現象兩種，前者是為思緒上的飛躍，產生不能統合的思考邏輯；而後者怪異行為現象須以病患在於社會環境中的慣行模式作為判斷¹⁹¹；而人格障礙或稱人格違常是指本身之思考或行為停滯僵化而作為病症的分類，因此，人格與行為問題造成社會功能障礙。過去的精神醫學對於人格障礙的定義較為籠統且混淆，當時的精神醫學認為，是一種因為遺傳基因作用所引發體質或者人格精神疾病之性質所產生異常，但是此一理論觀點仍處於不確定的情況，直到心理性精神醫學發達後，對於人格分類有二、三十類型。精神分析立場則認為偏差是自幼時期所引發，發展過程中受環境因素所影響。目前除了義大利、日本、俄羅斯等國以外，對於精神病質的人格

¹⁹⁰我國矯正政策與管理機制之研究，行政院研究發展考核委員編印，101年，2月，頁19。張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁88。

¹⁹¹林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁114。

障礙概念已經廢除，因此，分類方法也成為歷史性¹⁹²。

按病因分類，精神分裂是多巴胺的分泌失調，所導致病因的，這是最多學者所提出來的理論之一，但是，心理精神醫學發達後，這部分仍然存在著爭議；而人格障礙是以心理性出發之病因，雖說如此，在十九世紀的初期，有學者認為該病之形成原因，係屬腦額葉之損傷引起，係屬生理上之原因之一¹⁹³。唯獨有一種稱為解離性身份障礙(dissociative identity disorder)(F44.8)，也稱為多重人格障礙¹⁹⁴，在部分文獻裡所討論的詐病(malingering)¹⁹⁵之病因，就是類似此種類型，因此，在精神醫學界，對於這部分區塊處於不確定狀態，是由於精神疾病是一種描述性的病症，反之，刑法上必須有確定的定義，才能科於刑罰，這就是兩者間所為之困難處。

雖然精神醫學界與法學界對於精神分裂之責任能力所為之評價不一樣，但是對於精神分裂之立場大部分係屬於無責任能力之標準；較為難認定的是人格障礙之類型，其發病係有不同之性格所支配，因此自由意志上，可說明被有所限制或阻礙，也就是不完全自由，並沒有擁有充分之自主權，按此解釋，理因採限制責任能力，在這部分上，在於法學領域裡仍然存在著問題¹⁹⁶。雖然目前精神醫療或者法學上探討都不能有效果的預防，但是也不能否定人格障礙不是精神疾病的一種。

¹⁹²林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁23。217~218。

¹⁹³呂宏曉，碩士論文，反社會人格障礙與非反社會人格障礙之男性受刑人在腦額葉執行功能與無法克制性格上的比較，指導教授柯慧貞，國立成功大學行為醫學研究所，1999年，頁22-25。

¹⁹⁴張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁640-642。

¹⁹⁵吳秉祝，碩士論文，整體法秩序對精神障礙犯罪者之處遇與對待。指導教授，林東茂，東吳大學法律系研究所，2007年，頁190；吳建昌，刑事責任能力之研究—法學與精神醫學之交錯—，指導教授李茂生，國立台灣大學法律系研究所，1999年，頁190。

¹⁹⁶中田修，精神鑑定と犯罪心理，金剛出版，1979年，4月，頁100-102。仲宗根玄吉，精神医学と刑事法学の交錯，弘文堂出版，1981年，1月，頁13-22。

第二款 限制責任能力之爭議

刑事責任能力等級之劃分，於各國刑法中分類有兩種制度，即可分為二分法以及三分法，二分法就是沒有中間責任，也就是限制行為責任的標準¹⁹⁷，如大陸法系的西班牙、法國、奧地利、丹麥、阿根廷、挪威、瑞典等；英美法系的有加拿大、印度、巴基斯坦等。對於二分法制度的國家，雖然立法上是屬完全責任能力以及無責任能力，但是並非完全否定了限制行為能力的責任基礎，只是在於法律未明文規定或禁止的情況下或許可的情況下，對於被判定完全責任能力，但是是屬於限制責任能力的精神障礙者，給予適當的從寬處罰。

至於三分法制度的刑事責任能力，明文規定了限制責任能力，對於自己坦承犯下的罪刑承擔減輕或部分責任，如大陸法系國家的義大利、德國、日本、瑞士、韓國、芬蘭、巴西等；英美法系國家的英國、美國(部分州郡)等。但是採用三分法制度的國家，對於精神障礙的限制責任能力部分，是否必然減輕或從寬處罰，以及減輕或從寬處罰之程度，確有不同意見。

我國刑法第十九條第二項，行為時因前項之原因，致其辨識而行為能力，顯著減低者，「得」減輕其刑。如果行為人之欠缺或顯著減低其辨識行為違法之能力及其依其辨識而行為之能力，係由於行為人因故意或過失者，仍能實施具備犯罪構成要件該當性及違法性之行為時，從責任規範的觀點究竟是以無責任能力判斷抑或是限制責任能力之評價呢？限制責任能力乃介於完全責任與無責任能力之中間等級，就有關限制責任能力之概念與否存在，早有爭議，有正反兩極之說。

一、肯定說認為的理由有：

1. 有關精神病的治療，已經說明正常與異常的間神狀況間的邊緣情形，為了

¹⁹⁷張愛豔，精神障礙者刑事責任能力判定研究，法學家，第5期，2010年，10月，頁166-167。

使其情形合理化，也顧全刑法中知此種不同的責任程度，自屬必要的。

2. 限制責任能力制度，已導入心理學與精神醫學之深入研究，由於重大犯罪，精神鑑定以為法律評價上更促進行為與行為人間的人格心理判斷，若廢除限制責任能力者制度將使法院鮮少注意精神醫學與心理學之意涵；精神醫學者也將少於注意犯罪生理學之事實，所以，限制責任能力的制度是有存在之必要。¹⁹⁸

因此，對於認識能力或意思能力受嚴重影響時，多以較輕的刑度處罰。但是，從嚴格的態度來觀察並非如此，限制責任能力者並不是依咎著完全責任能力，不然就是依無責任能力者的處理方式，不是過輕就是過於嚴苛，都不是妥當的處理。

二、否定說認為的理由：

1. 有疑則利於被告原則，視為無責任能力之情形處理，因肯定限制責任能力者誤將認識能力與意思能力視同為責任能力。認識能力與意思能力，無疑問的是有程度上之區分，但達至一定程度時，開始發生責任能力之喪失之效果。在此一分界，常為不明顯認識，但不因此使完全責任能力轉變至無責任能力成為漸進的演變，所以，依據「有疑則利於被告」原則，可視為可辨別之無責任能力情形者處理。

2. 責任能力之有無，應受嚴格的邏輯「非此即彼」邏輯支配。因此，完全責任能力與無責任能力乃對立的概念，在於概念上不容許有等級之別，亦無階段之區分，「限制責任能力」之一詞，本身自有矛盾之所在。

三、小結：

本文見解認為，從犯罪責任規範觀點，行為人犯罪評價是以健全的精神狀態

¹⁹⁸安田拓人，刑事責任能力の本質とその判断，弘文堂株式会社，日本，平成21年3月15日，3刷，頁143。

為其準則，而精神狀態異常的程度而言確有等級之差別，都介於正常與異常之間，想當然爾是較為正常人為低，這是不妨礙減輕責任的，蓋因於完全責任能力者之外的責任能力。但至於精神不及於正常人，乃介於中間責任或限制責任能力者，得減輕之刑責，多數的國家皆採此說。¹⁹⁹就德國而言，一九三三年修正聯邦刑法至今²⁰⁰，也都承認所謂的限制責任能力制度。而對於限制行為能力之生理的原因，究竟是以無責任能力之生理原因抑或有另其標準，是立法制度上的重要問題。

對此，德國刑法第二十一條²⁰¹，行為人之行為之時，由於第二十條所列之各原因²⁰²，其識別行為違法，或依其識別而為行為之能力，顯著減輕者，得依第四十九條第一項減輕其刑²⁰³。此種是對於限制責任能力者之發生原因完全阻卻責任

¹⁹⁹安田拓人，刑事責任能力の本質とその判断，弘文堂株式会社，日本，平成21年3月15日，3刷，頁134-136。

²⁰⁰張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁36。StGB，1871年~1933年，§51，判斷要件意識喪失(Bewußtlosigkeit)，精神活動的病理障礙(Krankhafte Störung der Geistestätigkeit)。

²⁰¹StGB，聯邦司法部，刑法典，第二十一條，Verminderte Schuldfähigkeit(刑事減輕責任)Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs.1 gemildert werden.行為人認識行為違法性能力，或依其認識而行為的能力因第二十條規定的某種原因而顯著減弱者，可依第四十九條第一款其刑刑罰。(第四十九條是特別之法定減刑理由)

²⁰²StGB，聯邦司法部，刑法典，第二十條，Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen(精神障礙者無責任能力)Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.行為人行為時，由於病理性精神障礙，深度意識錯亂，智力不足或其他嚴重的精神病態，不能認識其行為的違法性或依其認識的行為，不負責任。

²⁰³StGB，聯邦司法部，刑法典，第四十九條，Besondere gesetzliche Milderungsgründe(特別法定減刑的理由)(1)Ist eine Milderung nach dieser Vorschrift vorgeschrieben oder zugelassen, so gilt für die Milderung folgendes:(法律規定或許可依本條減刑的，適用下列各項規定)：1.An die Stelle von lebenslanger Freiheitsstrafe tritt Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.(終身自由刑由三年以上自由刑代替)2.Bei zeitiger Freiheitsstrafe darf höchstens auf drei Viertel des angedrohten Höchstmaßes erkannt werden. Bei Geldstrafe gilt dasselbe für die Höchstzahl der Tagessätze.(針對有期自由刑最高可判處最高刑度之四分之三。該標準同樣適用於罰金刑的日額金的最高額的確定)3.Das erhöhte Mindestmaß einer Freiheitsstrafe ermäßigt sich(被提高的最低自由刑)im Falle eines Mindestm

能力原因為其準則。所以按德國刑法第二十條之規定的病理原因有**病理的精神障礙、深度意識障礙、心智薄弱、其他嚴重的精神異常**四種病徵，這些規定的病理，只是精神醫學上的大略方向而言，若就病情而言，亦可分為更細緻的分區，而有些病徵雖無法阻卻辨識能力及意思決定力，但已經使之減低之程度。就其而論，該種轉變的程度，更是有中間責任的存在，也就是說限制責任能力效果的減輕，方為公允。

若是肯定限制責任的能力，其刑罰就必須為其「必」減，而非「得」減。但是基於各國立法與學者之主張不同，「必減」以及「得減」其刑責各有其主張之理由。

(一)主張「得」減輕之理由者：

採用得減輕之國家有，德國、泰國、韓國、波蘭、巴西、匈牙利等國家，對於被判定限制責任能力的犯罪人，最終決定處罰程度的標準是由法官作具體案情的判定標準。對此，立法方式有兩種不同方式，其一，只做原則性規定，如我國，而程度標準則是法官的審酌；其二，不僅作原則性也對於處罰程度做出明確的規定，如巴西、德國。²⁰⁴採用得減法律效果之理由原因有：

1. 此說認為使責任能力輕重之總體評價，因以責任的總評價為其基礎，除了責任之程度，尚有其他之情況考量顧及，所以限制責任能力人之責任減輕，非必

aßes von zehn oder fünf Jahren auf zwei Jahre,(在最低自由刑為十年或五年情形下，減至二年)im Falle eines Mindestmaßes von drei oder zwei Jahren auf sechs Monate,(在最低自由刑為三年或二年的情形下，減至六個月)im Falle eines Mindestmaßes von einem Jahr auf drei Monate,(在自由刑為一年以下情形，減至三個月)im übrigen auf das gesetzliche Mindestmaß.(在其他情形下，減至法定最低刑)(2)Darf das Gericht nach einem Gesetz, das auf diese Vorschrift verweist, die Strafe nach seinem Ermessen mildern, so kann es bis zum gesetzlichen Mindestmaß der angedrohten Strafe herabgehen oder statt auf Freiheitsstrafe auf Geldstrafe erkennen.(法院可依據適用於本條規定的法律酌減刑度，可將刑罰減至法定最低刑，或用罰金刑替代自由刑)。

²⁰⁴趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁76-77。

然責任能力整體的減輕，而是以整體責任評價為其前提，再就其責任程度之情況之加重或減輕，所以是得減而非必減。

2. 限制責任能力人，基於對於刑罰輕重之效果，有則重罰才可改正為人，有則對刑罰較為敏感，藉以輕罰可得之改正之效果，故而得減刑可符合要求。

(二)主張「必」減輕之理由者：

採用的國家有，日本、希臘、土耳其、菲律賓等，但是，立法方式也有兩種不同方式，其一，僅作減輕的原則性規範，為對於具體的減輕內容程度作詳細規定，如希臘法典第三十六條「對於第三十四條之原因(即為病理的精神障礙)，導致行為人行為時其辨識能力雖未完全喪失，但以顯著減弱者，應減輕處罰」。²⁰⁵；其二，不僅做了原則性規定也對於處罰程度做出相當性的規範，如本日刑法典第三十九條第二項「心神耗弱人之行為，減輕其刑」，而減輕之程度是依該法第六十八條做出明確的規定。²⁰⁶至於採用必減的法律效果的理由有：

1. 採必減之效果，能使法院對於刑之減輕有相同適用，若用得減輕，恰如好像取消刑之標準，所以應該為必減刑。

2. 限制責任能力者，是為減輕責任，而刑罰應以責任為其基礎；並且於實務上很少有不減其刑，因此，限制責任之刑罰應該為必減刑為當。

本文認為無論是得減或必減刑，是在於限制責任能力人是否有減刑之裁量空間，雖說並非整體的責任能力評價而言，但是，對於精神障礙病患者，其處罰之程度都應該明確規定，刑法是處罰知錯能改非以重罰使人畏懼為其目的，得減之

²⁰⁵ 趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁76。

²⁰⁶ 趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁76。

效果裁量委由法院衡量與否，能減可以不減之裁量；必減之效果是就限縮法院對於得減而不減的裁量而已，所以，本文認為，就精神障礙病患而言，應就嚴格的評價態度，明確規定處罰程度，應以必減之法律效果為宜，因為精神疾病者之病狀之不穩定性，可能造成誤判空間較為大，也基於無罪推定理論，裁量空間應於限縮方為正當。

第二項 國外責任能力演進與探討

第一款 德日之責任能力判斷

一、日本之責任能力之判斷基準：

日本刑法第三十九條對於責任能力之判斷，乃與我國之舊刑法用語相同，即為心神喪失與心神耗弱，因此，對於精神疾病之犯罪人，所為精神醫學的病理名稱之差異，在學界也存在爭議，爭議部分無非在於保安處分與刑罰問題以及生物性與心理性之精神病理在爭議部分本文略說明如下：

1. 保安處分與刑罰問題：

日本學者牧英野一以及木村龜二，這派學者皆認為責任能力之判斷，必須以精神醫學生物性之分類作為判斷基準，只在於處罰之方式不同，牧英野一認為採行特別預防理論，以改善教育之方式處理，因此在此種立場下，責任能力之判斷，應採何種場所為之處遇，即依生物學方法，命其入精神衛生機構收容，相當於監獄監禁效果；不同於牧英野一的木村龜二學者，在於他是以精神障礙為其基礎判斷，仍然是以生物精神醫學作為責任能力之判斷依據。²⁰⁷

²⁰⁷曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁166-167。

2、生物性與心理性之精神病理判斷

平野龍一與大谷實學者精神障礙責任能力判斷是生物性要素加上心理因素之評價，採混合取向立法，其特色在於責任能力並非絕對的欠缺，他認為責任能力通說認為在於自由意思與選擇性的自由，若基於刑法之謙抑原則，責任能力的控制能力比自由意思來的重要，因此，不論是精神醫學之專家或者法官，都無法客觀的作出判斷，判斷責任能力之有無是不可能的，惟有擬制的意思自由，然對於精神病患者擬制自由意思存在而主張處罰而已。而大谷實不同於平野龍一的是他就人格責任論作為理解，也就是排除心理因素，作生物性之判斷²⁰⁸。

二、德國責任能力之判斷：

德國對於精神疾病之犯罪者，責任能力之判斷上，係採生物性與心理性之綜合立法，德國刑法典第二十條對於生物性精神醫學有其病理之精神障礙(krankhafte seelische Störung)，深度之意識障礙(tiefgreifende Bewußtseinsstörung)，心智薄弱(Schwachsinn)，其他嚴重之精神異常(schwere andere seelische Abartigkeit)。值得探討的是，病理之精神障礙以及其他嚴重之精神異常，前者在德國解釋上，包含著內因與外因精神疾病，外因是因酒精中毒、或腦神經創傷等；內因則是精神分裂、早期癡呆症或躁鬱症循環症等；後者是因人格障礙、嚴重的精神官能等。因此，在於法律的判斷上，極為詳盡，包含著生心理精神病學，在於法院在判斷上，能有更適當的裁量空間²⁰⁹。

²⁰⁸曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁167，平野龍一，刑法總論(2)，有斐閣，2004年，8月，頁226。

²⁰⁹張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁234~236。

第二款 英美之責任能力之判斷

英國之責任能力之相關規定是源自於一九四三年之 M'Naghten rule(馬克諾頓法則)²¹⁰，英國是採取精神病患欠缺訴訟辯護能力制度，在一九八三年的精神衛生法制定的前十年，英國判定精神病患處置住院標準較為寬鬆，以致於人格異常也包含在內，造成醫院爆滿，因此才開始採用嚴格標準。²¹¹而有關於精神抗辯最早的記載來自於愛德華，精神不正常而殺人者，宣告被告於瘋狂時犯罪之裁決，於此，保證赦免之頒布，而赦免的理由是承認程序上有問題。到了愛德華二世時，開始承認精神障礙時的犯罪抗辯。甚至於到了愛德華三世，絕對的瘋狂開始成為刑事控訴的完全抗辯。²¹²中古時期的歐洲，記載於對於精神障礙之法律上的權利，提及行為人於喪失心智的瘋狂行為，除了觸犯了殺人之罪名，除賠償外不需負其他責任²¹³。於是英美對於精神障礙之抗辯依年代可分為三階段的演進²¹⁴：

第一階段啟發期，是野獸法則與十四歲法則，前者是一七二四年 Tracy 法官在一七二四年提出所謂野獸法則，係指行為人於行為當時，因為記憶的喪失或缺乏理解，無法理解自己所為何事，始能免於處罰，就如野獸般的行為，無思緒的行為²¹⁵；而後者是 Hale 爵士把精神異常者區分成二部分，其一則是全部精神異常者，可以免除刑罰；另其二為部分精神異常者，相當於十四歲的兒童之智力，可免除

²¹⁰曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁151。

²¹¹張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合，元照出版社，台北，2011年4月，3版1刷，頁19。

²¹²張麗卿，論精神鑑定，軍法專刊，第23卷，第5期，1986年，5月，頁15-16。

²¹³羅伊·波特，巫毓荃譯，瘋狂簡史，左岸文化出版，2004年，6月，頁52-67。謝其達，神性與獸性的交會—論精神障礙抗辯—，法學論著，第84期，2009年，10月，頁2。

²¹⁴吳建昌，從精神醫學角度探討精神障礙影響刑事責任之判準，刑事法雜誌，第43卷第1期，1999年，2月。頁92-102

²¹⁵張麗卿，論精神鑑定，軍法專刊，第23卷，第5期，1986年，5月，頁16。謝其達，神性與獸性的交會—論精神障礙抗辯—，法學論著，第84期，2009年，10月，頁2。

重罪的處罰。²¹⁶

第二階段之過渡期，馬克諾頓法則(M'Naghten rule)與 Durham rule，前者是行為者實施犯罪時，由於心靈缺陷所引起的理智喪失，使其無法認識自己行為的本質，或者知其行為的本質，卻不知其行為是錯誤。可免於刑罰的處罰²¹⁷；後者是犯罪行為人之違法行為出自於精神疾病的原因。哥倫比亞聯邦上訴法院，「以被告之非法行為，如是精神疾病或精神缺陷之產物，則不負刑事責任。」²¹⁸申言之，也就是只要診斷出精神醫學上之疾病者，則不需檢驗辨識與控制能力之心理之要件，即可認定其免責之範疇。

第三階段之成熟期，不可控制的衝動法則(Irresistible impulse test)與美國模範刑法典，前者是因由於精神疾病的影響，導致於病者無法抗拒而情緒衝動下所為之行為，所以，因精神疾病無法控制自己的行為者，不負刑事責任²¹⁹；後者則是行為人在實施犯罪時，係由於精神疾病所導致於無法認識(appreciate)自己違法性(criminality)的行為抑或自己在法律之要件上，欠缺實質的能力而言之(substantial capacity)，但不包括反覆的犯罪行為及反社會行為。²²⁰

綜上所述，現前之美國各州仍然並未有統一的標準，來認定精神疾病者之犯罪及抗辯，主要還是以馬克諾頓法則(M'Naghten rule)、美國模範刑法典及 Durham rule 為各州法院的依據。一九五五年美國法律協會(ALI)在其模範刑法典中草擬出精神異常之定義，其內容是參考德、日之準則，但是一九七一年時僅有十個州採

²¹⁶張麗卿，論精神鑑定，軍法專刊，第23卷，第5期，1986年，5月，頁16-17。

²¹⁷曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁152-155。

²¹⁸曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁160-164。

²¹⁹曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁159。

²²⁰林志潔，論美國法上犯罪主觀要件與精神障礙心智缺陷抗辯：Clark v. Arizona案之判決評析，中央研究院歐美研究所，第39卷第4期，2009年，12月，頁629。曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁164-169。

用 ALI 的定義，有部分的州仍否定無責任能力之制度。美國採用無接受審判能力 (Incompetency to standtrial) 的原則，本其目的為保障接受公平審判的權利，但結果成為病犯之長期住院。²²¹雖然英美對於精神疾病之犯罪人是參考德、日準則立法，但是刑事程序法之方面，給予精神障礙者被告有著公平審判的權利，以及抗辯之權利亦為我國參酌之處。

第三項 台灣責任能力之心理因素判斷之檢討

從刑法第十九條規範上，責任能力的限制或喪失，是根據「精神障礙」、「心智缺陷」以及「不能辨識者或辨識能力顯著減低者之行為能力」兩種要件來判斷，而該要件是以前者的生理學角度與後者的心理學角度標準來立法。從心理學的標準來看識別能力與控制能力時，從經驗立場上，解釋精神障礙犯罪人的責任，其控制與識別能力，有著不可知論與可知論兩派理論之爭。

不可知論者認為，精神鑑定者無法明確觀察出，行為人是否在犯罪當下，有採取其他行為的可能性，所以，精神鑑定在實質面而言是在說明責任能力的程度時，只能用經驗慣例來做大略判斷而已²²²；可知論者認為無論是生物學或心理學上的原因，都可以用經驗法則²²³來解答。²²⁴由此可見，在於法院評價精神病患者之鑑定時，都是其病理原因的判定，但判斷主體仍為是法官作為最後責任能力的評

²²¹張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合，元照出版社，台北，2011年4月，3版1刷，頁19。

²²²水流，正留，責任能力における「精神の障害」：診断論と症状論をめぐって，上智法學論集50(3)，出版者/Publisher，2007年，1月，頁152-153。

²²³水流，正留，責任能力における「精神の障害」：診断論と症状論をめぐって，上智法學論集50(3)，出版者/Publisher，2007年，1月，頁156-157。

²²⁴張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁39。

價，該判斷的空間仍不能是精神障礙者的心理原因，而是精神醫師對此作出心理學的原因解答而已。這種見解跟可知論者的觀點不謀而合，雖說如此，也仍不能否認最後判斷責任能力的有無是為法官的評價，但是從立法例中看出可知論者勝利的端倪，可知論者卻未對於該正當性而完全證實，因此，爭論將不可能完全停止。²²⁵

責任能力是判斷法律概念之基礎，責任能力的有無，則將影響犯罪成不成立。一般而言，犯罪之主體而受刑罰者，必須是精神健全及心理狀態都為正常的成年人，因此，關於刑法學上的責任能力的判斷，也須藉助專家之知識，來鑑定有無精神障礙，所以，刑法學上如何規範責任能力以及精神鑑定間的相互輔助，也是立法技術上的難題，尤其在於心理性之精神醫學，本文同意日本平野龍一學者之看法，責任能力在於自由意思與選擇性的自由，若基於刑法之謙抑原則，責任能力的控制能力比自由意思來的重要，並非專業人士或法官能夠判斷，只能透過統計觀察所作成的數據，作為客觀性的評價。

第四項 司法和精神醫學面臨之難題

「不知道為什麼，完全搞不懂是怎麼回事。總覺得自己內心的價值觀，對所有事物的解釋都一下子崩潰了。可能只是憂鬱而已，也可能是先天的，不，是因為我是獵奇之徒嗎？我正一分一秒，慢慢變瘋嗎？不，對如今的我來說，瘋子與正常人的區別沒有意義。」²²⁶

這是一段十七歲少年的自白，二零零五年二月，大阪的一所小學發生了一啟

²²⁵張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁40。

²²⁶佐藤幹夫，王蘊潔譯，心，無法審判—十七歲自閉症少年的審判實錄，台灣商務，2009年，5月，初版1刷，頁49。

校園喋血案，加害人是十七歲的少年，經過二次精神鑑定，被診斷為廣泛性發展障礙與亞斯伯格症一樣，屬於一種不伴隨智力遲緩現象之自閉症障礙²²⁷。這種疾病是在近十年來備受矚目的研究對象，如何因應問題行為和反社會行為之治療以及教育的方面的經驗累積，至於如何成為法治的對象(含括著精神鑑定在內)等司法方面的經驗累積也都才剛起步而已，將傳統的生物性病理的框架套用至心理性精神障礙疾病者身上，是不恰當也不合理，但是並非所有的司法人員都可因此而理解，套用的結果，只是更加誤解他們大部分都是冷酷殺人魔。

精神醫學上，雖然沒有否認人格障礙是一種病理，但是也找不出確定的病因來說明，而在法律層面，各國卻有不同的看法，病與非病之間處於矛盾與衝突，這些矛盾應該可以歸納於再犯率或者犯罪率，德語系國家人格障礙者之犯罪率為百分之四十至百分之一百；美國紐約州與麻州監獄資料中，受刑人中有百分之七十五之人格障礙；日本在處無期徒刑之囚犯中佔有百分之六十九點三之人格障礙²²⁸。這些數據都證實了人格障礙之精神疾病是與犯罪具有重要關聯性，但是這個說法仍有學者質疑與否定，也就是說人格障礙不等於犯罪，雖然精神醫學之報告中，確實是大部分之人格障礙者，但是，在於診斷上，缺乏客觀的標準，以及調查者之精神學者抑或司法人員，皆有先入為主的觀念，例如，反社會的犯罪行為等於人格障礙偏差傾向。本身人格障礙之定義就已經不確定，但是不能否認並不是病症，若是用不客觀的方法去衡量其行為人，造成行為人的心理不平衡，所產生的再犯率也相對提高，犯罪率與人格障礙間就因此產生關聯性。

刑法學或犯罪學而言，定一行為人之刑責是嚴謹的，對於人格障礙一詞，已

²²⁷佐藤幹夫，王蘊潔譯，心，無法審判—十七歲自閉症少年的審判實錄，台灣商務，2009年，5月，初版1刷，頁2。

²²⁸張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年，4月，3版1刷，頁94-95。

有其病態之意涵，在這一詞中已經包含了價值上的判斷範疇，若是以此定義走向游離性之人格障礙、情緒性的人格障礙或者是潛伏型的精神分裂等²²⁹，這些在精神障礙病症之前階段游離，在精神醫學上難以認定，只能解釋前階段都是由心理疾病所引起，而漸漸趨於嚴重。

十九世紀至二十世紀前半葉間，人格障礙在於精神醫學之主流是屬於精神病質，也就是說在於主要的精神疾病之間游離，因此才探討體質遺傳因素，稱之為體質成因論²³⁰。直在二十世紀下半葉來，學者開始重視人格之發展過程與環境因素之病因，從人格所衍生出的各種精神疾病，如今，對於人格障礙等問題，學者們有意重新思考加以審查探索是否有藥物治療或改善病症，而且，近年來，對於潛伏期之特定精神疾病，有個人格障礙之診斷名詞，也就是說有意將其人格障礙擴大診斷範圍²³¹。

本文認為，各流行感染疾病能有潛伏期加以預防，生物性之慢性疾病也是如此，難道因心病所引起精神疾病之前置期，就必須先行論其罪再行治療？若因在精神疾病之前置期所犯行之案件，有其觀察收容所加以觀察，再加以治療，治療後，再論其罪責是否該當，也是預防理論之概念；以目前台灣之監護處分，非以治療為主，而是施以監護並非治療之效果，若事先論其罪，難不免加快病症的發病，也不免有再犯之可能性，是為治標不治本之作為。因此，在論犯罪率與其之關聯性之下，倒不如從疾病之治療開始，甚至可以去追蹤病情，甚言之，責任能力之討論並不是以一般人的角度觀其之，而是一個在心理生病的精神障礙者，更是要回歸到心的本質去探討。心理層面之本質，也就是必須面談、心理治療，心理建

²²⁹ 林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁218，林憲，人格與心病，健康文化，2004年，2月，2版1刷，頁78-80。

²³⁰ 林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁226。

²³¹ 林憲，人格與心病，健康文化，2004年，2月，2版1刷，頁85。

樹等，並非單純以藥物之生物性治療，在實務上，是否責難歸責，皆以是否有再教育之可能性作為判斷空間，所以，針對精神障礙者之心理性疾病引發，因其觀察所施以觀察統計，並非單以精神鑑定報告書作為唯一之證據，免落於主觀之判斷。

第三節 責任能力之立法方式

精神障礙者在刑事法學之相關規範，在於規定行為人是否具有責任能力，在這的前提之下，對於精神疾患的意志是否自由，而意志上是否有辨識與控制之能力，在世界各國的立法例中，所為的立法，有心理之立法、生物性之立法，及兩者之整合方式立法，無論是單一的心理或生物上之條件，皆無法準確的判斷其責任能力，基於刑罰之嚴謹性，採取兩者之整合方式，兩條件互為調合判斷，才是最佳之方法。因此，大多數國家係採用整合方式立法²³²，我國也不例外。

第一項 生物學取向之立法方式

生物學之立法方式，係指生物醫學或生理學可證明的原因，而標註在法條上可以從外觀或症狀明確的辨別作為判斷方式，簡言之，乃係指在法條上標明生理原因之立法例，如行為人具備醫學生理性可考究之原因，即認定為精神醫學之一

²³²張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁43-44。瑞士刑法第10條、第11條、奧地利刑法第11條及日本昭和49年改正刑法新法第16條均採之。張愛豔，精神障礙者刑事責任能力判定研究，法學家，第5期，2010年，10月，頁168。奧地利刑法第11條規定：「行為時，因精神病、思鈍或嚴重之意識障礙，或其他相類似之嚴重精神障礙，致無法辨別自己行為不法或無法依其辨別而為行為者，其行為無責任。」日本昭和49年改正刑法第16條：「因精神障礙而致無辨別行為之是非能力或無能力依其辨別而為行動者之行為，不罰。」、「因精神障礙而致前項規定之能力顯低者，減輕其刑。」

種病樣，至於其發病之原因是否具有其他之原因，則不論其究；因此，此種立法例之優點為明確，但缺點為刑法上責任能力並非單純的抽象觀念，而應該就特定時、特定行為決定之，且精神疾病係屬於動態的觀念，會隨生活環境狀況改變其精神狀態。惟此一立法方式，以行為人具備生物醫學上所能探究之精神疾病種類為其出發點，至於是否精神障礙者若是因心理病因所引發，將其不論，如人格障礙症候群等，然依精神學研究史發現，精神障礙對於生物醫學單一的研究並無法正確的判斷出其病因。如一昧減免刑事責任也喪失其法之公平性或依生物性上判斷並非屬客觀，皆非屬恰當之立法。如一八一零年之法國刑法第六十四條²³³以及一八五一年普魯士刑法第四十條²³⁴，而屬於大陸法系維也納分支的挪威、瑞典、丹麥等國刑法規定與法國相同。²³⁵

此種立法，就特定時之特定行為所為之決定，將造成刑法上責任能力之抽象性。評價上應該是先由人的精神行為是否影響，再確定是否有無責任能力才是，故而該方式立法多數不以採用。但是採用此種立法模式，還有一種現象是從刑法的刑事上或意義上觀之，完全採用生物學立法方式，而在刑事司法的實踐上，是採用折衷的看法，如，日本刑法典第三十九條，「心神喪失的行為，不罰；心神耗弱的行為，減輕其刑。」²³⁶這種立法模式，採生物學標準，實務上採折衷標準，由此觀之，生物學模式立法標準侷限了實務上的運用，也更明確表明折衷方式立

²³³曾淑瑜，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)，頁82，1994年法國刑法修正時，有關責任能力之判斷採生物學要件及心理學要件混合方式。趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁72，1810年法國刑法第64條，精神錯亂中所為之犯罪行為，不構成重罪或輕罪。

²³⁴張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁43-44。

²³⁵趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁72。

²³⁶滝本シゲ子，刑事司法精神鑑定の研究日本における制度の生成と展開，大阪大学大学院国際公共政策研究科，後期博士課程，2012年，5月，11日，頁90-94。

法的重要性。

第二項 心理學取向之立法方式

心理學取向的立法方式，係指行為人在行為當時，所呈現的心理意識的程度，是否達到控制與辨識的能力為其基準，而這種基準訂列於法條當中。也就是說當行為人因某種精神狀態異常的原因時，所出現心理上的分析無法達到辨識的標準，則為認定由無責任能力之判斷。²³⁷該依立法方式有其缺點所在，在心理分析學上探求出病人的病理原因，誠屬不易，又再以行為時心理狀態為標準，無論是程序法上的證據或者是醫學上的分析，都是不易得到明確的答案。如荷蘭刑法第三十七條²³⁸，無論任何人的行為，若基於智力之無完備發展或疾病擾亂，均不處罰。

在各國原來以心理立法模式的國家中，也漸而修法為折衷的方式，如大陸法系的國家德國及義大利，在一八六九年德國舊法草案中的刑法第四十六條「行為時，行為人失去自由決定意志者，其行為不為重罪或輕罪」；義大利舊刑法第四十六條「行為者於行為時，其精神因耗弱或先天之原因，而陷於不能自由決定之狀態，不罰」。但是德義兩國對於刑事責任能力之判斷，以修法演變為折衷立法方式。²³⁹而純以心理學取向立法的國家作為判斷刑事責任能力的標準，如西班牙刑典第八條第一項，「心神喪失及精神暫時不正常致無法判斷其刻意所從之事之罪行者，為免除刑事責任」，印度刑典第八十四條，「一個人由於精神不健全，不能辨識自己的行為性質是否錯誤或違法的情況下所實施的行為，不構成犯罪。」

²³⁷廖錦玉，碩士論文，責任能力的認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學，法律學研究所，1997年6月，頁9。張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年，10月，4版1刷，頁44。

²³⁸趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁72。

²³⁹趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁73。

以行為人之特定心理意識狀態必須符合特定之法定心理結果，方能評價其罪責，此種立法例相較於純以生物學取向立法為其多數。

再者，由英國傳入美國的馬克諾頓法則早期也歷經了生物學的立法方式演進至整合式的立法方式。在一九五四年的 Durham 基準下，採其責任能力的判斷標準是沒有分級而只有生物醫學上的證據有無的規則²⁴⁰。為了補足馬克諾頓法缺失，而落實了不可抗拒的衝動的法則，作為馬克諾頓法則的補充的一個過渡期。²⁴¹，直到一八四四年之後的一個過渡期，整合方式立法的馬克諾頓為其標準²⁴²與不可衝動法則的磨合期，當時這個準則中，行為人在行為時須有兩個構成要件，第一，無法抗拒之衝動行為(irresistible and uncontrollable impulse)。其二，無法選擇對與錯的能力(lose the power to choose between right and wrong)，這兩個構成要件上，美國部分法院對於構成要件上判斷過於狹隘，因此，對此提出說明理由，認為要成立不可抗拒的衝動，必須是要有所衝動才能構成，但在案例事實上，是否衝動的行為對於精神病患者卻不是絕對的適用，因此，又進而演化成如今的模範刑法典(Model Penal Code)之規則。²⁴³

早期的馬克諾頓法則飽受評論，就是以自由意志決定為其判斷要件，經過後期演進修法，以漸而學習德、日之混合式立法，早期的馬克斯法則這就是心理學之立法方式，該立法方式要判斷行為當時之心理狀態已經非常不容易，此種過於寬鬆的立法方式，誠屬不可採。

²⁴⁰ 墨谷葵，責任能力基準の研究—英米刑法を中心として，慶應義塾大學出版，1980年，1月，初版，頁104~109。

²⁴¹ 曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁154。

²⁴² 曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁158。

²⁴³ 林志潔，論美國法上犯罪主觀要件與精神障礙心智缺陷抗辯：Clark v. Arizona案之判決評析，中央研究院歐美研究所，第39卷第4期，2009年，12月，頁626~628。

第三項 整合取向之立法方式

整合式立法方式，是將生物醫學及心理醫學作綜合評價的一種立法例。該立法的評價標準，首先確定生理醫學上精神障礙之病因，然再行探究行為人於行為時，病因所影響責任能力的心理狀態，簡言之，行為人若被評價為無責任能力時，而其意識或精神障礙的狀態無認識能力，也必須是無自由意思上的控制能力方能認定；該立法例，可綜合生物醫學及心理醫學之概念，不但可以從行為人的生理上原因作為判斷基礎，又可以生理上原因影響所涉及到的心裡狀態做一個客觀評價，兼顧其行為時的心理意識狀態之控制與辨識能力作為生物精神醫學的衡量。²⁴⁴ 依此，被認為無責任能力者，不但於意識障礙或精神障礙狀態上是生物醫學所能認定外(生物學之觀點)，尚仍探究其自由意思之決定是否為本人之意願(心理學之觀點)。整合了生物醫學的主觀評價之缺失以及心理醫學上的無法找到的醫學證據，作一個雙方面的互相評價，因此，整合式立法還是為多數國家所認同之方式。如德國刑法典第二十條、第二十一條，以及加拿大刑法典第十六條第一項，「行為或不行為於心神喪失時發生，不受有罪之判決」，第二項「本條所稱之精神喪失是先天白癡或患心理疾病達於不能知悉其行為或不行為之性質，或不能了解其錯誤之精神狀態」，第三項「具特別幻想症之人，於他方面表現正常者，除其幻想症使其相信事物之狀態之存在足致其行為或不行為為合理或可以宥恕外，不得以精神喪失為理由而為之無罪判決」²⁴⁵。

²⁴⁴張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁44、45。

²⁴⁵趙秉志、黃京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁74。

第四項 我國責任能力之立法方式

表 4-3-3-4，精神醫學與法律用語意釋表

生理性原因			刑罰
法律用語	精神障礙	其他之心智缺陷	不罰
精神醫學用語	精神分裂症、早發性痴呆及躁鬱循環症、腦神經創傷精神病、酒精中毒精神病、感染性精神病、腦神經痙攣精神病及腦組織退化之痴呆等。	智能不足、人格違常、精神官能症、慾望衝動、焦慮等。	判斷
心理性原因	無	無	得減輕其刑
法律用語	不能辨識其行為違法之能力（辨識能力）或欠缺依其辨識而行為之能力（控制能力）。	辨識其行為違法之能力（辨識能力）或依其辨識而行為之能力（控制能力），顯著減低者。	判斷

表格來源：

張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評估，東海大學法學研究，第 23 期，2005 年，頁 56。張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012 年 10 月，4 版 1 刷，頁 84，參考自製。

對於精神障礙者之責任能力，在於法院實務判定上難有客觀的標準。實務早期對於刑法未修法前的第十九條「心神喪失」與「精神耗弱」的解釋，幾乎都依

循早年最高法院二六渝上二三七的意見²⁴⁶：

「依行為時精神障礙程度之強弱而定，如行為時之精神對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失，如此項能力並非完全喪失僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱。」²⁴⁷

最高法院對於評價行為人對於外界缺乏知覺作用，為給予明確的判斷標準，因此，缺乏知覺之作用太過於抽象而難於判斷，最後造成成法官評價與鑑定人意見不同的主因。

在九十五年刑法第十九條修法之理由中提出，

「由於欲判斷行為人於行為時之精神狀態，實務上常須藉助醫學專家之鑑定意見；惟心神喪失與精神耗弱概念，並非醫學上之用語，醫學

²⁴⁶張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評估，東海大學法學研究，第23期，2005年，頁49。

²⁴⁷最高法院96年台上字4679號：「上訴人行為時即九十五年七月一日修正前之刑法第十九條固定有明文。該條文嗣修正為「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰」、「行為時因前項之原因，致其辨識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。」然刑法上之心神喪失或精神耗弱，應依行為時精神障礙程度之強弱而定，如行為時之精神，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失；如此項能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱。」

最高法院95年台上字648號：「查行為人於行為時有無心神喪失與精神耗弱，應依行為時精神障礙程度之強弱而定，如行為時之精神，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失，如此項能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱（本院民國26年渝上字第237號判例參照），而所謂對外界事務之知覺理會及判斷作用，除指行為人是否有知覺及意志外，尚包含對其所為之違法判斷。」

最高法院91年台上字5187號：「刑法上之心神喪失與精神耗弱，應依行為時精神障礙程度之強弱而定，如行為時之精神，對於外界事物全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失；如此項能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱。」

最高法院90年台上字1458號：「刑法上心神喪失與精神耗弱，應依行為時精神障礙程度之強弱而定，並非依精神疾病而為分類，如行為時之精神，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失，如此項能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱。」

專家鑑定之結果，實務上往往不知如何採用，易造成不同法官之間認定不一致的情形。」²⁴⁸

造就了今日新刑法第十九條的形成，其條文規定：「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。」

我國精神障礙影響責任能力的立法方式，其新刑法第十九條中之精神障礙或其他心智缺陷，這是屬於生物醫學上之醫學用詞，係屬生物性立法；而不能或顯著減低的辨識其行為違法者，係屬心理醫學之範疇，從此觀之，台灣刑法第十九條之修正，顯然是以德國刑法為仿效之方向，問題是何謂精神障礙？該定義為何呢？卻無從認定。雖說有學者認為解釋上式包含著德國法上之四種病徵方向²⁴⁹，甚至於德國刑法典第四十九條明確的處罰程度，而相較於我國相關規範都由法官就案件具體情況作為評價標準。至於判決書方面的說理也過於簡略，如德國之判決文中皆有引註國際衛生組織之分類是屬於哪一類標準，然而再作法院客觀的評價，²⁵⁰我國卻都以醫院鑑定標準是何種，對於判決書來說，理由不足之處。更何況，不確定法律概念上，已經非常難於評斷於現實的病理狀態，若在說理上不夠充分，

²⁴⁸立法院法律系統，92卷17期3291號上策，關係文書366~489，92年4月4日，頁376。<http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfcacfccfc9cfccc5ccc9c9d2cbc7c6>，最後瀏覽日期2013年11月5日。

²⁴⁹張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評估，東海大學法學研究，第23期，2005年，頁50，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁78。立法方式採取概括總稱的精神障礙及例示的其他心智缺陷，雖並未如德國刑法將生理上原因採列舉規定，不過，雖然解釋上已經涵蓋德國法上之病理之精神障礙、深度之意識錯亂、智能不足及其他嚴重之精神異常在內。

²⁵⁰Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat am 24.April 2012,5 StR 150/12, Das Landgericht hat zur Begründung ausgeführt, der Angeklagte leide seit mehreren Jahren an einer schizophrenen Psychose (ICD-10:F20). Er unterliege einem religiösen Wahn. Daneben leide er seit vielen Jahren auch an einem Missbrauch von Cannabinoiden (ICD-10:F13.1).

則難謂於法院之公允。如我國刑法第八十七條之「再犯或危害公共安全之虞」、第十九條第二項「得減輕之」，試問如何為評價標準呢？基於精神醫學之專業性，鑑定上有具有主觀性以及法官的自由心證，若再無詳細的處罰配套規定，造成誤判的機率也就越大，侵害到精神障礙者的人權可能性也就越明顯。

第四節 影響責任能力之因素

文獻上有許多對於責任能力提供了許多意見參考，來幫助實務上的運用。在二零零五年刑法第十九條對於精神障礙的用語一詞加以修正，將對於精神病患者之定義加以專業上之用語，使之有明確性，避免擴大或誤判之嫌，但是，雖修法的方向值得肯定與支持，仍有再討論之空間，因為精神病患者不因精神障礙短短的四個字，仍不能夠含括所有的病理特徵。當然，精神醫學上精神疾病的分類林林總總，也不可能將所有病理放於法律條文之中，雖說如此，本文之見，對於精神疾病患者的用語一詞，仍可以趨於嚴謹態度立法，方能確保其精準度。影響責任能力的因素，於精神醫學上，從大方向而言，可分為心理上之因素以及生理之因素兩大類，從兩大方向中所分支的病理總類，又以意識程度加以區隔，再以情緒、言語、動作、認知能力等等判斷的因素，再加以分類病理特徵，所以影響責任能力的因素從心理到生理都可以區分，由此可見，在於精神障礙之判斷更為困難，甚至於立法技術更是一大難題，但是從難題中嘗試著找出解決的辦法，保障那些法律邊緣的弱勢者，維護法律公平公正的信念，所以，在精神病患之用語上，更是要趨於嚴謹，方為法治國人權的唯一理念。

第一項 精神疾病之概論

精神醫學裡，都是藉由臨床所見的病狀以及各種現象，來達到目的性的區辨

所做出來的分類，但是分類是以診斷性的探索來辨別臨床上的表現，協助預測結果與治療反應，所以，往往將病人個體化以及標籤化。無論如何，診斷性的將病人分類，也應提昇公眾對於精神疾病的了解，這是有助於改善社會風險。²⁵¹

基本分類標準，包含著國際衛生組織(WHO)所制定的國際疾病標準分類(The International Classification of Disease，簡稱 ICD)以及美國精神醫學會(APA)所制定的診斷與統計手冊(The Diagnostic and Statistical Manual，簡稱 DSM)，這是目前精神醫學所常用的精神診斷之標準²⁵²，兩種系統間難免少許之差異所在。²⁵³疾患、疾病、與障礙，是三種醫學名詞，有著不同意義存在也有少許之差異，疾病是因生理所引發的病變，而疾患是一種主觀上痛苦的狀態。疾病與疾患大部分都是一起併發，但是，未必總是如此，病患有病卻不知自己有病，或者病患自覺自己有病卻找不到疾病，這是醫學裡比較難於解釋的區塊。²⁵⁴

再者，精神醫學裡，分類的本質在於障礙症(disorders)，非疾病，為何會用此障礙名詞而非疾病，是因精神科的相關問題只能少部份能找到生理上的病理基礎，就因此無法使用較嚴格的疾病名詞，所以，障礙也意味著病狀的病因不侷限於器質性上之病變。²⁵⁵精神疾病患者在其結構上能有明確的病理(pathology)變化者，稱之為器質性(organic)；反之，找不到任何病變原因者，稱為功能性(functional)。功

²⁵¹Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等6人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，台北，2002年，12月，第1版第2刷，頁61。

²⁵²歐陽文貞，衛生署嘉南療養院，一般精神科主任兼高年精神科主任，DSM-IV與ICD-10精神疾病診斷準則簡介專欄，文件編號115號，2008年10月29日發表於精神醫療及心理衛生網，<http://www.psychpark.org/paper1/article/>，最後瀏覽日期2013年5月11日。

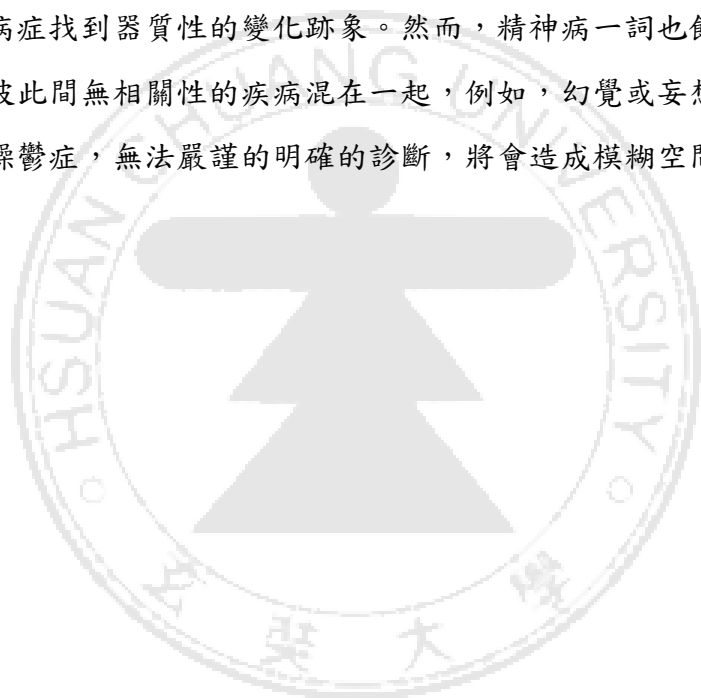
²⁵³孔繁鐘醫師，DSM-IV-TR精神疾病診斷準則手冊，合記圖書出版社，2007年，1月，頁1-16。

²⁵⁴Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等6人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，台北，2002年，12月，第1版第2刷，頁63，273。

²⁵⁵Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等6人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，台北，2002年，12月，第1版第2刷，頁63-66。

能性精神病一詞有時候被用來代表精神分裂與躁鬱症，與結構性腦病變所造成的精神疾病作一區隔。而精神病(psychosis)與精神官能症(neurosis)，兩者都是一種集合性名詞，前者包含著幻覺(hallucination)與妄想(delusions)的嚴重精神障礙病症，後者，是沒有涉及到幻覺以及幻想，也就是病識感未喪失的輕微精神障礙病症。所以，就精神醫學之分類，可分為精神官能症(反應性精神疾病)、器質性精神病以及功能性精神病三種類型²⁵⁶。

雖然這是精神醫學簡略之分類，但是，以目前醫療技術發展，有些已經突破在功能性上的病症找到器質性的變化跡象。然而，精神病一詞也飽受批評，其原因包含著一堆彼此間無相關性的疾病混在一起，例如，幻覺或妄想的病人究竟是精神分裂或者躁鬱症，無法嚴謹的明確的診斷，將會造成模糊空間。

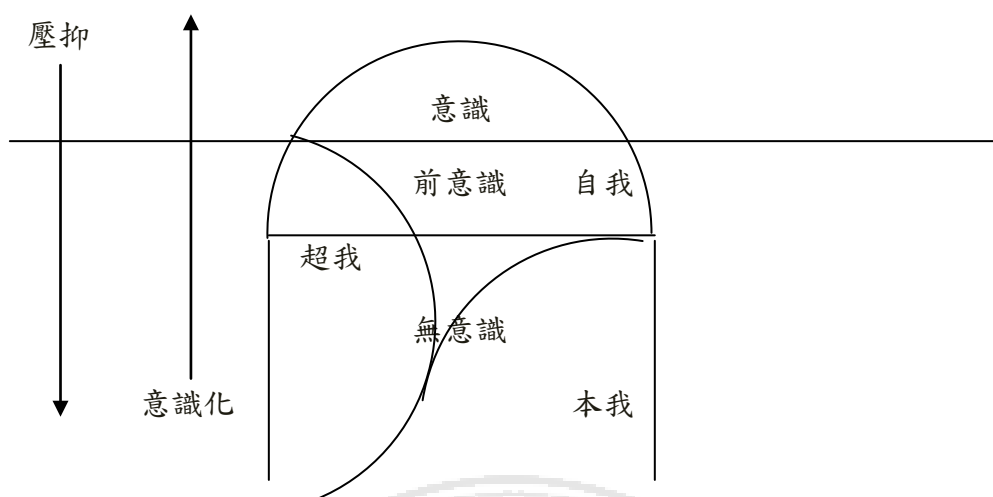


第二項 心理與生理因素

圖 3-3-4-2，精神心理結構圖

外界

²⁵⁶ 忻志鵬，實用臨床心理學，上海醫科大學，五南出版，1996年，8月，初版1刷，頁63、86。



資料來源：自製

所謂新刑法上的免責條款，係為刑法第十九條第一項之構成要件，謂生理上的精神障礙或心智缺陷，為主觀上的醫學判別名稱，以及後段的不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，這是心理醫學上的客觀判別。因此，一旦妨害了辨識能力，也就是不能識別其行為之違法；另為不能依此識別而為行為則是所謂的控制能力，所以，在特定的情況之下，識別能力與控制能力不一定須同時存在方能構成要件，而是行為人雖具有識別能力，但因精神疾病不能依其識別而為之正常意思控制。唯有心理醫學上的判定，是否達到其標準，在科學時代的今天仍然顯著困難。

佛洛伊德(Sigmund Freud, 1856-1939)自創精神分析學說以來，也開啟了對於精神病患者的心理因素作為探討，因此，他企圖的對於精神疾病的定義說明清楚，但是至今仍然無法完成的陳述，精神分析理論不因此而屈服這個難題。精神醫學史上，自生物性研究轉變到心理上研究的一個轉捩點，一八九一年他也曾跟腦部解剖學家梅涅特(Theodor Meynert)以失語症及歇斯底里產生一場論辯在維也納。以

解釋人的記憶是以分層或階級化的關係所構成的，成功的以心理學方式解釋了病症開啟精神分析的一扇大門²⁵⁷。

佛洛伊德認為對於人格與潛意識間的內在衝突有三同層次，其一，本我，生物性的我，就是人之原始本性，如求生的本能，或者防止死亡的基本慾望；其二，自我，心理性的我，也就是受環境現實所支配；其三是超我，社會性的我，也就是完美主義的支配，控制人格道德的部分²⁵⁸。

當外在的人格與意識裡的係指本我、自我與超我間產生激盪時，三者間將會處於拉扯，這些動作可以理解成理性與感性以及外在環境的一個平衡，若是重心偏向一方，那可能就是產生精神疾病的因子。²⁵⁹例如說，一個人的防衛行為，是以本我為出發點形諸於外的行為目的，防衛自己是本能，當然對於以超我與本我間產生衝突，也就是社會環境不允許暴力存在，因此本我受其控制。若當防衛作為係出自於自我的境界，如此一來，心理層面的因素對於整個行為觀之，影響比例將會占有大部分的原因，因為，本來以本我跟超我的拉鋸產生一個平衡，但是因為自我的干擾，也就是心理上的層面，引發出外在行為的實現，那行為人所為的行為並非出於理性。所以，防衛方式的本質，乃出於自我的焦慮或者本身自我受到外界的威脅，而在行為表現上，三方的控制中，必須產生一個平衡，從中探討出行為人是哪有因素所在於的病發，這就是以心理層面所為的分析原理。

解讀精神病患就是在本我區域內的慾望受到超我的壓制時，將導致其慾望即

²⁵⁷沈志中，閱讀精神病，文化研究，第三期，2006年，9月，頁10，Leitch,Vincent B.,ed.,Sigmund Freud,The Norton Anthology of Theory and Criticism,NewYork,Norton,2001, p913~915.

²⁵⁸張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁19~20，林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁17~18。

²⁵⁹Michael Jacobs，于而彥譯，生命潛能出版社，台北，2000年，9月，頁150~160，克利斯菲德.圖戈爾(Christfried Tögel)，劉慧萍、闕旭玲、林雪芳譯，夢一場弗洛伊德，商周出版社，台北，2006年，7月，頁50~65。

被壓抑的記憶，因此，慾望受到阻攔而無法展現出來，一直持續的壓抑狀態，這些被壓制的記憶和慾望將會一直累積，直到最後爆發出混亂²⁶⁰。這就是以心理分析角度所解讀的精神疾病。

一、精神官能症

所謂的心理的精神疾病，廣義而言是指出因社會、心理、等各種可能影響的原由所造成現精神心理的不穩定。²⁶¹而精神官能症之統稱是屬於輕型的精神疾患，最常見的症狀有恐慌症、焦慮症、憂鬱症、強迫症等。以衛生署公布資料九十七年度精神官能症及人格異常病症的統計，總就診人數一百一十九萬二千四百九十二人，總就診率每十萬人口有五千一百八十五人，男性就診率高於女性零點六倍，如以九十六年度相比較，總體率上升百分之零點三三，男性增加百分之零點二九，女性則增加百分之零點二六。²⁶²由此可見，國人有精神官能症現象者，有逐漸增加的趨勢，但是依據鑑定的標準分類，精神官能症並沒有達到標準值，這些可能因為壓力或困境所遭遇到的短暫現狀而已，可是在高競爭力的台灣，極少人會因為輕微的精神疾病去就醫，例如，失眠、恐慌等等狀況²⁶³，這種習以為常處於在每一個的生活當中。相反的，今天若是感冒 或者腸胃炎等輕微的病症，大多數的人還是願意就醫治療，而在心靈上小小的生病時，反而就很不願就醫，因為他們自己又不是精神障礙者，為何要去就醫，也就因為怕求診精神醫師而被無謂的貼上標籤。

²⁶⁰ 蔡墩銘，腦病與法律，翰蘆圖書出版，台北，2008年，7月，頁402。張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁28。

²⁶¹ 台灣醫療網，精神官能症(一)、(二)，<http://www.tw16.net/>，醫學病理—>腦科基因—>精神科。最後瀏覽日期，2013年5月10日。

²⁶² 張菊惠，長榮大學醫務管理學系助理教授、台北市女性權益促進委員會委員、性別平等政策綱領健康醫療照顧篇召集人，性別與心理健康，衛生署醫事處精神及心理衛生人員訓練班，2012年，3月，頁16~17。

²⁶³ 曾炫煌，精神官能症，水牛出版社，台北，1982年，8月，頁12~24。

二、功能性精神病

一九五二年陸續發展治療精神病藥劑出來後，加上佛洛伊德開啟的心理精神分析觀點，對於有精神疾病的病患有效的改善病情。而使用心理分析來認定精神疾病追根究底的原因是心理的問題。透過開發新精神藥物治療精神疾病，再以心理因素顯然不足，加以解釋所有精神疾病的起因，使得部份精神疾病獲得好的效果，但是無論是精神藥物治療的療效，還是心理諮商或心理治療所為的效果，²⁶⁴兩者卻無法取得單一的支持點，只能在互助互補的形況下取的平衡。

功能性精神病的由來，是近年來的研究顯示上，部分精神疾病是因為腦部功能的異常，也就是腦部的神經的傳導，可能因個人體質性的不同、社會環境壓力大小、以及個人特性與心理差異等導致物質傳導的不平衡，這些病因裡，只是可以作為精神疾病的可能原因而已。因為腦神經功能傳導失調，並無法以簡單的醫學儀器檢驗出結果，也就是無論起因為何，造成生理上功能失常的結果，此一區塊為功能上之損害為原則，例外才是非功能性之損害。²⁶⁵

三、生理之精神疾病

有關責任能力的生理學基礎是為病理的精神障礙，所為病理學上的精神障礙是為有病理上的原因所引發出來的病症，而那些原因是精神科學可以探討的，當然，病理學上的精神障礙分為兩種因素的原因，一則外因的精神病以及內因的精神病，而內因的精神病已於前節略為說明，至於外因精神病又為為器質性精神病以及中毒性精神病之分。前者係以生物醫學或解剖學上的觀察所得，指因腦部之損傷而生的精神異常，而原因可歸類於外力或其他病理的併發症所引起，如進行

²⁶⁴陳珠彰，功能性精神病。橘井文化事業股份有限公司，台北，1990年，9月，初版，頁15~21。

²⁶⁵蔡墩銘，腦病與法律，翰蘆圖書出版，台北，2008年，7月，頁412。

麻醉、造成腦異常，或腦外傷之後遺症，或因老化而導致痴呆症等等。²⁶⁶ 另其一的狀況是，中毒性精神病，係指因藥劑中毒所引起之精神疾病，如因酒精、毒品、或興奮劑中毒而引起的精神障礙等等。再者，中毒性精神病又可分為輕重型與急慢型的型態。

第三項 人格障礙症之爭議

表 5-3-4-3，WHO 之 ICD-10 版，人格障礙分類表

	特徵	不包含	ICD-10
特定的人格障礙	這些都是個人的嚴重的干擾，在人格和行為傾向；不是直接導致從疾病、損壞或其他侮辱到大腦，或從另一個精神病；通常會涉及幾個領域的個性；幾乎總是相當大的個人痛苦和社會混亂；與關聯和通常自童年或青少年和繼續在成年後整個清單。	X	F60

²⁶⁶ 林信男，台大醫學院精神科教授，器質性精神病。橘井文化事業股份有限公司，台北，1987年，2月，初版，頁128-135。

<p>偏執型人格障礙</p>	<p>人格障礙特點是過度敏感性的挫折，饒恕的侮辱：多疑和扭曲的趨勢經驗的誤解的中性或友好的行為的人作為敵對或輕視的態度；經常性的猜疑，沒有正當理由，關於性逼真度的配偶或性伴侶；和個人權利的好鬥和頑強感；有可能是過度自負，並往往是過度自我觀照。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 偏執(F22.0) 2. 偏執狂(F22.8) 3. 妄想症精神病(F22.0) 4. 精神分裂症(F20.0) 5. 狀態(F22.0) 	<p>F60.0</p>
<p>反社會人格障礙</p>	<p>人格障礙的特點是無視社會義務和無情漫不經心的別人的感受。有行為和普遍存在的社會規範之間的明顯差異。行為不是由不良的經驗，包括懲罰隨時修改的。有失望和放電的侵略，包括暴力行為；低門檻低容差有一種傾向，責怪他人，或為提供振振有詞的合理化，使病人與社會衝突的行為。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 品行障礙(F91) 2. 情緒不穩定的人格障礙(F60.3) 	<p>F60.2</p>
<p>精神分裂人格障礙</p>	<p>由來自親情、社會和其他連絡人與傾向于幻想、孤立的活動，並反思撤退的特點的人格障礙。有表達的感受和體驗快樂的能力有限。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 亞斯伯格綜合症(F84.5) 2. 妄想症(F22.0) 3. 精神分裂紊亂的童(F84.5) 4. 精神分裂症(F20)與分裂型障礙(F21) 	<p>F60.1</p>

<p>情緒不穩定的人格障礙(邊緣型人格障礙)</p>	<p>人格障礙為特點的明確傾向行事衝動和沒有考慮的後果；心情是不可預知和反復無常。有責任向爆發的情緒和喪失工作能力，以控制行為的爆炸。尤其是衝動行為是挫敗或送檢時，有一種傾向，向爭吵行為和與其他人發生衝突。可分為兩種類型：脈衝類型，特點主要是情緒不穩定和控制衝動，缺乏和邊緣類型，特點是另外的自我形象、目標和內部首選項的干擾、慢性感情空虛的、緊張和不穩定的人際關係，和自毀行為，包括自殺的手勢和嘗試的趨勢。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 反社會人格障礙(F60.2) 2. 衝動類型(F60.30) 3. 邊界類型(F60.31) 4. 其他情緒不穩定的人格障礙(F60.38) 5. 未指定特徵情緒不穩定的人格障礙(F60.39) 	<p>F60.3</p>
----------------------------	---	--	--------------

資料來源：

WHO, ICD-10, 第五章, 精神與行為障礙, F60~F69, ²⁶⁷<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60.9>, 最後瀏覽日期 2013 年 6 月 9 日。

從精神障礙的類型中，最為特別是人格障礙²⁶⁸，或稱人格違常(Personality

²⁶⁷ 此塊包括各種條件和行為模式的臨床意義，往往是一種持久性和似乎是個人的特徵的生活方式的表達和有關他人與自己或自己的模式。其中一些條件和行為模式的出現早在個體發展中，由於體質因素和社會經驗，其他人以後在生活中獲得。具體人格障礙(F60)、混合和其他人格障礙 (F61)，和持久的人格變化(F62)是深深地紮根和持久的行為模式，表現為對範圍廣泛的個人和社會局勢不靈活反應。他們代表的平均個人在給定區域性中的感知、認為、感覺和方式，特別是涉及到其他人的極端或重大偏離。這種行為模式往往能夠保持穩定，並涵蓋的行為和心理功能的多個域。他們頻繁地是，但並不總是與不同程度的主觀窘迫和社會績效的問題相關聯。

²⁶⁸ National Institute of Mental Health (NIMH).,NIMH Pages about Borderline Personality Disorder,A booklet describing the signs,symptoms,treatment options and current research on borderline personality

Disorder)，根據美國精神病學協會 DSM-IV²⁶⁹的人格違常所下的定義是指個體間對於內心體驗交集模式是明顯的脫離個人的文化期待，長期僵硬的思考導致行為異常以及社會聯結性失常，發病期的因子可能追溯到童年。至於人格障礙診斷至少牽涉於病人本身的社會、或職業功能各方面的因素。按精神醫學對於人格障礙的分類大略有十種²⁷⁰，因此本文只針對於犯罪類型是否歸咎於精神障礙的判斷類別²⁷¹就為討論範圍。

對於人格障礙是否為生物學要件為基礎判斷，按學者對此有不同的認知與不同意見，本文就正反兩述作大略說明：

一、否定說

傳統的精神醫學觀點上，認為人格障礙是屬於完全的責任能力，而反對將其放入審查範圍，其理由為二：

1.人格障礙並不屬於精神醫學之概念：

該學派認為，人格障礙並不是病症的一種，也不是智力不足的範圍，只是在情緒、情感、認知出現不同於常人之極端觀念，也就是說原因是歸於自己的意志力不足，產生性格異常、脫序的行為而已²⁷²，因此不能作為司法精神醫學上精神

disorder.<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-l-mite-de-la-personalidad/index.shtml>，最後瀏覽日期2013年6月9日。張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁662~664。

²⁶⁹Lenzenweger MF,MC Lane,Loranger AW,Kessler RC,DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication.Biol Psychiatry.Sept,2007.p320~553.

²⁷⁰狩野力八郎，日常診療でみる人格障害 分類・診断・治療とその対応，三輪書店，東京，2004年，頁5~23，1.反社會型人格障礙2.偏執型人格障礙3.分裂樣型人格障礙4.分裂型人格障礙5.強迫型人格障礙6.自戀型人格障礙 7.邊緣型人格障礙 8.表演型人格障礙 9.迴避型人格障礙 10.依賴型人格障礙。

²⁷¹呂宏曉，碩士論文，反社會人格障礙與非反社會人格障礙之男性受刑人在腦額葉執行功能與無法克制性格上的比較，指導教授，柯慧貞，國立成功大學，行為醫學研究所，頁1。

²⁷²張建秋，反社会人格刑事犯罪之人格基础，政法论坛，第28卷，第6期，2010年，11月，頁185~186。

障礙之判斷標準。也就是說，必須先以生理上所引發出來的各種精神疾病為限，而對於人格障礙只能歸於單純的心理上異常，與真正的精神疾病者有差別，所以不能屬於判斷範圍內²⁷³。

2. 刑事政策的斟酌

對於犯罪者中，人格障礙的犯罪率大於其他精神疾病的比例²⁷⁴，若因為人格異常就可以減輕其刑或宣告無罪，在整體法秩序的防衛上並不妥當。甚至在刑法的訴訟中，要明確的斷定人格障礙是一時的無法控制或認知的能力，基本上是很難的認定標準，因此，人格障礙不得為生物學上判斷其要件。

二、肯定說

此學說認為，人格障礙是處於正常與精神疾病之中間狀態，也就是說人格障礙是精神疾病間的量的差異而已，而不是用有或無二種選擇可以解決的問題，是以程度上的不同所作為不同的認定。狀態嚴重時，可以認為是精神疾病的一種；輕微時，只能認定為性格偏差。在這種判斷基礎下，學者認為應該列為判斷精神障礙的要件裡才是²⁷⁵。

三、台灣學者之認定

在台灣刑法學者認為人格障礙的責任能力是比正常人較為減低或者免除，但是對於是否歸納於生物學之要件，並沒有清楚的表明。但是仍有學者認為，原則

²⁷³張甘妹，論精神病質人格與犯罪關係，刑事法學雜誌，第13卷，第6期，1969年，頁275~278。廖錦玉，碩士論文，責任能力的認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學，法律學研究所，1997年6月，頁21。

²⁷⁴張麗卿，博士論文，精神疾病犯罪人處遇之比較研究。指導教授，蔡墩銘、林憲，國立台灣大學法律系研究所，1991年，頁46。其論其第2款中有調查美國、德語系國家及日本的人格違常與犯罪的比例。

²⁷⁵廖錦玉，碩士論文，責任能力的認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學，法律學研究所，1997年，6月，頁22。

上是必須負完全責任能力，例外承認為限制責任能力；也有認為不包含在精神疾病以及精神官能症之內。²⁷⁶

四、本文之意見暨日本相關法規比較

按日本的精神保健及關於精神障礙福祉法第五條，對於精神障礙所為的定義是精神分裂、中毒性精神病、智能不足、人格違常及其他精神病。雖然在日本明確包含人格違常的概念，但是日本有部分學者採反對之看法，認為不適合做為判斷責任能力之標準。在日本一九九五年修正刑法草案時，將精神障礙包含著智能不足、精神官能症、人格違常、因酩酊大醉導致一時的意識障礙在內，這樣法案提案時，並沒有採用維持原有的條文。從此可知，這個議題於日本法界仍是具有爭議性的²⁷⁷。

本文認為，按我國精神衛生法第三條但書中，所規定為精神疾病之定義範圍不包括反社會人格違常者。從條文之中，把人格違常侷限在反社會人格之類型，是否間接意味著其他類型的人格違常就可以包含在內呢？例如邊緣型人格障礙或偏執型人格障礙等。日本方面雖然刑法上未明定人格違常於法條內，但是在特別法部分把它納入的規範，因此，無論學說上爭議如何，實體法解釋都是勝於特別法，至少日本實務上通說人格違常是以完全責任能力認定，近年有學者採取限制責任能力之取向。反之，台灣部分對於該定義卻很模糊，似有似非的立場。倘若承認人格違常不是精神醫學上的概念，但是也不能否定掉不是生物學上的要件判斷。所以按刑法上第十九條第一、二項的規定判斷，**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，或因致其辨識行為違法**

²⁷⁶ 廖錦玉，碩士論文，責任能力的認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學，法律學研究所，1997年，6月，頁23。

²⁷⁷ 廖錦玉，碩士論文，責任能力的認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學，法律學研究所，1997年，6月，頁25。

或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，這種判斷標準是行為時的精神狀態是否有辨識能力，是故以精神症狀為其判斷，所以所為的精神障礙所有的症狀，應由專業醫師去分析後所得之結果，再由法院綜合評價才是，本文認為人格障礙的精神狀態仍需列為一定期間之觀察為心理性的要件。

第四項 法定精神病

自民國七十九年、八十九年、九十一年以至於民國九十六年歷經四次修法²⁷⁸，對於精神疾病的名詞，卻從無修正。按民國九十六年七月四日所修正的精神衛生法第三條第一項，對於精神病患所規定的定義為，**精神疾病，指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。**本文就其法條所下定義作以下分述：

一、依精神衛生法第三條第一項前項說明，精神疾病之定義，除了描述性精神疾病之狀態外，有精神病、精神官能症以及反社會人格違常，三種精神醫學之專業病名，但是否包括著智能不足、智能缺陷、或者人格障礙呢？至於心理障礙或意識障礙之精神病呢？再者，雖然國際衛生組織已取消精神官能症一詞，若按其定義觀其之，精神官能症是心理所引發之病因居多，反之，反社會人格違常(F60.2)，在國際衛生組織裡分類，也屬於心理發病之一種，因此，本文認為精神衛生法之

²⁷⁸立法院法律系統，79卷94期2414號，頁181~187，<http://lis.ly.gov.tw/ttscgi/lgimg?@790940;0;0181;0187>，89卷39期3098號上冊，頁93；<http://lis.ly.gov.tw/ttscgi/lgimg?@893901;0093;0093>，91卷35期3231號上冊，頁199，<http://lis.ly.gov.tw/ttscgi/lgimg?@913501;0136;0137>，96卷48期3571號二冊，頁552~553，<http://lis.ly.gov.tw/ttscgi/lgimg?@964802;0552;0553>，最後瀏覽日期2013年5月10日。

精神疾病的定義上，無不是問題。

二、按世界潮流趨勢，已經不注重病名認定精神病，而是以臨床之病徵即為精神障礙認定精神病，或為是否精神病依其出現之症狀以及精神障礙之程度作為判斷標準，在如此的情形下，實無在指定精神病之必要。

三、精神官能症在 WHO 的 ICD-10 及 APA 的 DSM-4，已經將精神官能症分類取消²⁷⁹，在這之前精神官能症被稱為神經衰弱，是指因精神上之因素而使病人產生不安，以致無法處理日常事務所造成身心機能障礙而言。就其類型包含著相當廣泛，包含著恐慌症、焦慮症、憂鬱症、強迫症、歇斯底里症等。但是，那些症狀不一定全部都由心理因素所引起，也有可能是因為生理上之因素所引發，因此，不適宜用一種醫學名詞，來含括所有病症。

WHO 精神疾病之分類標準是有系統將各科疾病傷害及處置統一標準，給予系統化的分類，以作為醫療人員統計分析與研究等用途。疾病分類的國際標準化，即統稱國際疾病分類(International Classification of Diseases)，簡稱為(ICD)。「國際疾病分類」之主要目的，在於為了使不同國家地區對於所蒐集到的疾病類型，在診斷上能有統一標準，以便進行統計分析以及比較類型有其依據，甚至於國家之衛生機構能有參考依據來訂立決策目標。

以 WHO 的 ICD-10 分類標準²⁸⁰，把常見精神疾病分類成為十類標準，排除輕微心理發展障礙症(F8)及發展過程障礙特發兒童期或少年期之行為(F9)只針對刑法學所歸咎的責任能力的精神疾病²⁸¹，所用的精神疾病名詞對照法律用語的精神

²⁷⁹ 蔡墩銘，腦病與法律，翰蘆圖書出版，台北，2008年，7月，頁423。

²⁸⁰ 商志雍，台大醫院精神醫學部主治醫師，常見精神疾病介紹，2008年精神醫學學術研討會，頁36~41。<http://www.tpcma.org.tw/u6/970120/06.pdf>，最後瀏覽日期2013年5月7日。

²⁸¹ World Healthy Organization，胡海國、林信男編譯，ICD-10精神與行為障礙之分類：臨床描述與診斷指引(The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders:clinical descriptions and diagnostic)，精神醫學會，台北，1996年，10月，頁37-82。

障礙與心智缺陷一語，精神障礙的病理所涵蓋的範圍很大，包含著心理與生理的病理；心智缺陷的用詞也有程度上的不同，尚且於法院判斷上，可擴大解釋亦可限縮解釋，這可有違罪刑法定的基本原則。雖然於二零零五年之修法方向值得肯定，用語一詞已經比修法前之心神喪失與精神耗弱一語更為明確，但是我國立法者以「精神障礙或其他心智缺陷」的方式來概括。此種簡約的立法在適用上必須注意，法律用語如何對應精神醫學上的病名及評價²⁸²。

對於了解精神疾病患者的精神疾病成因，於精神醫學領域中，有兩種方式，其一，處理方法是定量的(quantitative)，而且是基於研究上的發現，也就是說，發生的結果是因何種行為所造成的，有其明確的因果關係。其二，處理方法是定性的(qualitative)，為以同理心來了解該行為，也就是說，具有因果關係的關聯性上，是可以被信服的，如因被羞辱而導致的攻擊行為，羞辱是因，攻擊行為是果，這是定量的分析，但是，即使沒有定量的分析，而攻擊行為與羞辱行為於統計學中是否有關聯性，仍然具有信服力，這就是定性方法。

精神醫學上，少有的證據可以當作治療決定的基礎，但是，精神醫學太過於複雜，以致於不容許用該方法來探索。實際上，精神醫學所需要的證據，可能比起任何醫學上的分支都來的還要多。但是，這只是加速醫師對於病人症狀的判斷而已，對於精神醫學也並非每一種病症都可以找的到病因，只能用外觀病症來加以分類，所以，醫學上的科學方法，對此領域也面臨著許多問題與診斷。

在精神醫學中，一種原因所可能產生數種效應，如以單一案例說明，在兒童時期缺乏雙親影響的人們較容易出現自殺、反社會行為(anti-social behaviour)，以及憂鬱症。反之，單一的效應有可能有數種成因，可能合併，可能單獨的作用；心智障礙(mental handicap)可以由幾種不同的基因異常的任何一種條件所導致的，

²⁸²張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評，東海大學法學研究，第23期，2005年，頁51。

而憂鬱症也可以由數種遺傳因子的合併效應加上壓力事件所引發的。所以，從病因上去探討，精神醫學就單一病症，就可能由許多病因所引發，也許是遠程病因，也許是多重病因。從科學的角度看，這種含括式的病因，對於治療或者診斷，都是具有高風險的。

病因之分類，當病因有多重因素存在時，而將它們歸類於前置因子(predisposing)，誘發因子(precipitating)以及維持因子(perpetuating)，三種因子在於病症判斷上會是非常有用的歸類。²⁸³

1. 前置因子(predisposing)：前置因子決定了病人對於貼近發病時間所遭受到其他原因的易感性(vulnerability)，有許多前置因子出現在生命的早期。

2. 誘發因子(precipitating)：該因子是發病不久後前所遭遇到事件刺激，且是對於疾病是有關聯性的。這些因子可以是心理的，生理的或者社會的。生理誘發包含著疾病如腦瘤，以及藥物效應如吸食毒品所引發的；心理可能是因為傷慟反應(bereavement)而引發，或心理的創傷；而社會因子則可能為逼不得已而搬家，搬家則是社會性因子。

3. 維持因子(perpetuating)：該因子則是延續疾病時間，也就是說疾病本身特徵具有使疾病長存(self-perpetuating)，如一些思考的方式常常延長焦慮症本身的持續時間，也有社會因素的存在，如親屬過度保護的態度。

目前刑法第十九條修法後之適用精神疾病上的病症用語歸類表格分析²⁸⁴：

從病因的本身探究精神疾病患者，係何種原因所引起的，那些原因是否為犯

²⁸³Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等六人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，2002年12月第1版第2刷，頁192~202。李明濱，實用精神醫學，金名圖書，2011年，2月，第3版，頁23~44，忻志鵬，實用臨床心理學，上海醫科大學，五南出版，1996年，8月，初版1刷，頁17~19。

²⁸⁴張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評，東海大學法學研究，第23期，2005年，頁56。

罪動機的一環，對於法院的評價上，會更為公正與精準判斷，並非僅僅歸類為精神障礙或心智缺陷認定爾爾，在於評價的過程中難免過於粗糙簡略。就德國立法例來說，對於精神病人的犯罪立法，在歷史上就有經過兩次修改，第一次為九三四年到一九七四年，第二次為一九七五年²⁸⁵，第二次修改對於無責任能力的生理上原因為：「病理之精神障礙」、「深度的意識障礙」、「心智薄弱」、「其他嚴重之精神異常」四種²⁸⁶，而無責任能力的心理上原因為「不能辨別其行為的違法或不能依此辨別而為行為」。當時該規定，使被告犯罪時的精神狀態之鑑定結果與法律所規定的項目相符合，可以防止精神醫學與刑事法學間，但是仍評價歧異的現象雖然有人批評規定不夠詳盡，但大致仍被肯定。更具體詳盡的做法，是把精神醫學上對於精神疾病的分類，規定在刑法條文，可是這種方法是不可行的，就此觀之，四種病理上的原因以及概念性的心理上的原因，都可能被認為不夠詳盡，更何況我國用的是概括式的概念呢？關於弱勢的族群是否用更嚴謹的態度來對應他們？這才是站在天秤上的法律人所思考的問題。

²⁸⁵張麗卿，精神鑑定問題與挑戰，東海大學法學研究，第20期，2004年，6月，頁165~166。

²⁸⁶張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁36。

第四章 司法精神鑑定立法例之觀察

台灣精神鑑定工作早期，受到德國與日本理論的影響匪淺，所以早期的司法精神鑑定，唯有學術上的探討。針對犯罪者精神狀態的評價程度而言，就目前精神疾病者對於法律上各層面的影響已經慢慢擴大，包含著民、刑事問題、治療問題以及後續處置之問題等。由於我國對於精神鑑定的區塊較為不重視，相對的發展與資訊也較為他國落後，缺乏著有系統的報告書。目前實務上，都是有精神犯罪者之案件時，才臨時委託於一般精神科或療養院進行鑑定。²⁸⁷

雖然，司法精神鑑定，有其困難度所在，其主要的的原因是，精神醫學上對於精神病患只是評估，而法律人對精神障礙的概念並非清楚，尚且精神醫學對於精神病症有著不確定的概念存在且精神障礙是醫學上之評定，因此，精神鑑定是一種評估，那就有可能發生錯誤，再者，法院對於此一區塊過於依賴精神鑑定的現象，以致於，在於法學評價上就可能發生矛盾。

精神鑑定非法學之評價，台灣刑法第十九條雖未規定應該經由鑑定後方可作為認定，而是送不送鑑定仍是由法院來決定。這與中華人民共和國刑法第十八條第一項規定有所不同²⁸⁸，該法是非經法定程序或鑑定者確定者，方可認定，將其直接規定於法條文中，而非由法院決定而定，但其中問題是鑑定之處分在於干預處分有關人權之部份仍有問題。

在觀其台灣刑事訴訟法第二百零三條第三項規定，「因鑑定被告心神或身體之

²⁸⁷張麗卿，鑑定證據之研究—以精神鑑定為主，台大法學論叢，第23卷，第2期，1994年，6月，頁326。

²⁸⁸中華人民共和國刑法第十八條，精神病人在不能辨認或者不能控制自己行為的時候造成危害結果，經法定程式鑑定確認的，不負刑事責任，但是應當責令他的家屬或者監護人嚴加看管和醫療；在必要的時候，由政府強制醫療。間歇性的精神病人在精神正常的時候犯罪，應當負刑事責任。尚未完全喪失辨認或者控制自己行為能力的精神病人犯罪的，應當負刑事責任，但是可以從輕或者減輕處罰。醉酒的人犯罪，應當負刑事責任。

必要，得於七日以下期間，將被告送入醫院或其他適當場所。」因此，基於被告之權利以及犯罪與否極為重要，故而不得省略。²⁸⁹視其為強制鑑定之一環，於刑事程序上之被告是如此，為何實體法上之評價何嘗不是如此呢？若依現行法，有無必要鑑定之問題，是否繫於法院之裁量呢？行為人犯十年以上重罪，死刑或無期徒刑者，以一般人而言，因重罪是極不可能犯其罪刑，可能精神上，行為偏差或心理變態等等問題，若於評價上能於強制精神鑑定，又何須辯護人提出聲請或法院認定有必要時才提送鑑定，²⁹⁰方能評價呢？

²⁸⁹ 蔡墩銘，腦病與法律，翰蘆圖書出版，台北，2008年，7月，頁372。

²⁹⁰ 台灣新北地方法院，97年簡上字450號：「再經本院囑託亞東紀念醫院鑑定被告行為時之精神狀態結果，亦認為被告：「有明顯之思考型式障礙，如思考連結鬆散，思考內容顯貧乏且片斷，有明顯之聽幻覺與體幻覺，亦有被害妄想、被跟蹤妄想、被監視妄想。」、「陳員（即被告）之精神科臨床診斷為精神病、疑似精神分裂症。…有明顯思考型式障礙，心理測驗結果亦顯示，其整體功能推測受到精神疾病影響，有下降之情形，對外界事務之理會與判斷已有障礙，故推定案發當時，陳員之精神狀況因所罹患之慢性重大精神病，欠缺依其辨識而行為之能力，已達心神喪失之程度。」

台灣新北地方法院，96年簡上字379號：「經本院囑託亞東紀念醫院鑑定結果認：鑑定當時被告關於本次犯行之經過（包括案前準備動作、作案時記憶、作案後立即反應、動機、是否瞭解行為前因後果、推理過程等），難以做完整描述，推估當時因衝動控制力差影響，雖非聽幻覺指使叫其犯案，然顯示犯案當時受精神症狀與認知能力影響被告犯行當時對於外界事務之知覺理會與判斷作用，以及自由決定意思之能力，或對此一行為之「違法性」、及可能導致之後果知悉。綜合以上，被告涉案當時之精神狀況，因精神障礙而致其辨識行為違法，或依其辨別而為行為之能力較普通人之平均程度顯然減弱，有該院96年1月13日0726號精神鑑定報告書1紙在卷可稽。」

台灣新北地方法院，101年交易字1451號：「被告於101年9月19日在住處飲酒及其飲酒後出門後為警查獲時，既非處於無意識狀態，俱如前述，則被告聲請精神鑑定或就其服用藥物進行鑑定等節，顯無調查必要，附此敘明。」

台北地方法院，101年簡上字241號，「顯見被告本案實因原審科刑過重，始翻異前詞而提起上訴，並聲請精神鑑定；然依全案卷內證據資料，既已足認被告本案行為時，並未因其所患精神分裂症，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，抑或有顯著減低之情，是其此部分調查證據之聲請，自無調查之必要。」

第一節 刑事程序上精神鑑定之相關問題

第一項 精神鑑定之意義

鑑定，為取得證據資料，指定具有專業知識之第三人就特定事項為之陳述所評定之意見，此所指之第三人即為鑑定人，性質上與證人相似，故除了刑事訴訟法第十二章第三節鑑定有特別規定外，則依一百九十七條準用證人之規定。惟證人係陳述過去所聽聞之事實，並無替代性；而證人依其特別之經驗知識，就特定事實陳述其意見，具有替代性²⁹¹。

刑事訴訟法第一百九十八條規定：「鑑定人由審判長、受命法官或檢察官就下列之人選任一人或數人充之：一 就鑑定事項有特別知識經驗者。二 經政府機關委任有鑑定職務者。」以及第二百零八條第一項前段：「法院或檢察官得囑託醫院、學校或其他相當之機關、團體為鑑定，或審查他人之鑑定。」是精神鑑定乃審判長、受命法官或檢察官認有必要時，選任精神醫學方面知識經驗之人，或囑託醫院、相當之機關，例如精神療養院等機構，判斷特定人之精神狀態。且最高法院四十七年台上字第一二五三號判例認：「精神是否耗弱，乃屬醫學上精神病科之專門醫學，非有專門精神病醫學研究之人予以診察鑑定，不足以資斷定。」²⁹²而實務上，精神鑑定之內容或目的，包括被告須否接受強制治療之保安處分²⁹³、

²⁹¹ 張麗卿，刑事訴訟法理論與運用，五南文化出版社，10版3刷，2008年，10月，頁382-383。

²⁹² 最高法院89年台上字第2305號判決、92年台上字第5913號判決、93台上字第2955號判決、93年台上字第5944號判決、94年台上字1088號判決等亦為類似見解。

²⁹³ 刑法第91條之1規定：「犯第221條至第227條、第228條、第229條、第230條、第234條、第332條第2項第2款、第334條第2款、第348條第2項第1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。」

被害人之精神鑑定²⁹⁴、被告有無訴訟能力²⁹⁵、證人是否須令具結²⁹⁶等不一而足，而其中所佔比例最大者乃為被告責任能力有無之判定，但須釐清一個問題，即鑑定乃係提供特別之知識給予法院參考之用，具有輔助法院之辨識事實之功能，所屬機關之鑑定人所提供之鑑定報告，係具有其證據力，亦是否受其自由心證之限制呢？

第二項 精神鑑定之必要性

因精神狀態所直接涉及犯罪者之責任能力，其刑罰之法律效果有，無責任能力者即無刑罰，減輕責任能力者亦得減輕其刑，影響甚大。故若被告或其辯護人主張行為時為精神障礙或心智缺陷之情事，法院是否即應送鑑定？雖法無明文規定應送鑑定之要件，惟依刑事訴訟法第一百六十三條第二項規定：「法院為發見真實，得依職權調查證據。但於公平正義之維護或對被告之利益有重大關係事項，法院應依職權調查之。」同法第一百六十三條之二復規定：「當事人、代理人、辯護人或輔佐人聲請調查之證據，法院認為不必要者，得以裁定駁回之。下列情形，應認為不必要：一 不能調查者。二 與待證事實無重要關係者。三 待證事實已臻明瞭無再調查之必要者。四 同一證據再行聲請者。」故除有不必要調查證據之情況下，例如被告無法提供醫學上之資料供鑑定²⁹⁷，對於當事人抗辯應為精神鑑定時，則宜送精神鑑定；換言之，鑑定為證據方法之一種、鑑定報告亦為證據資料之一種，故若當事人所聲請之證據，法院依自由心證審酌，認無調查之

²⁹⁴ 最高法院94年台上字第843號判決。

²⁹⁵ 最高法院91年台上字第3745號判決。

²⁹⁶ 最高法院93年台上字第1633號判決。

²⁹⁷ 最高法院84年台上字第545號判決。

必要者而未送請鑑定，例如待證事實已相當明確，縱未經鑑定亦於法無違²⁹⁸或與判決本旨及結果不生影響，因我國法制並不採強制鑑定之立法例，惟應於判決理由中說明何以不採當事人聲請鑑定之理由，如此才能保障人權並使其信服²⁹⁹。

第三項 精神鑑定人之選任及義務

刑事訴訟法第一百九十八條乃係規定鑑定人之選任，而同法第二百零八條第一項則是對鑑定機關的囑託，其差別之一在於法條用語之不同，亦即具名實施鑑定者為自然人，法條用語為「選任」，若為機關則為「囑託」；而「選任」鑑定之主導權為審判長、受命法官或檢察官，相對而言，「囑託」鑑定之主體則為法院或檢察官，是否呈現著將被告送入醫院或其他處所之鑑定結果，而因鑑定之結果³⁰⁰之裁定不服時，所適用之程序主體不同而有所不同呢³⁰¹？關於裁定不服之相

²⁹⁸最高法院94年台上字第1847號：「認定事實、適用法律為事實審法院之職權，鑑定僅足供為法院之參考，並不能執為判決之唯一證據，故是否函送鑑定上訴人之精神狀態，乃原審得依職權酌定之事項，不得以原審未依上訴人之請求，鑑定其精神狀態，即遽指為違法，況判斷上訴人於行為時是否已酒醉而達心神喪失或精神耗弱之程度，原非以囑託鑑定為絕對必要之方法，如就其他有關證據足以認定上訴人於行為時之意識係屬正常狀態，縱未依上訴人聲請而將之送請鑑定，亦與證據法則並無違背。本件原審依據員警林張國、李文雄、謝志昌，社區警衛林偉山及上訴人女兒蔡心緣等人均證稱：上訴人雖有酒味，但意識很清楚，未到酒醉狀態；暨上訴人在警詢中就其搶奪之時、地，得手金額，如何遭逮捕，搶奪前與其女兒蔡心緣發生爭執之原因，以及其本身因案正被通緝等情，均供述甚詳，且與陳盈慈、蔡心緣證述之情節相符，復在檢察官偵查中供述其於警詢中所言均屬「實在」等證據，已足認定上訴人行為時其精神狀態未達心神喪失或精神耗弱之程度，因而未送請鑑定，自不能指為違法。」

²⁹⁹最高法院93年台上字第6660號：「衡情若上訴人當時精神狀況不佳，焉有可能獨自一人前去索債，且上訴人於事發之前猶能幫忙被害人復原電力，並強行侵入被害人住宅，且以上開強暴方法，使被害人達不能抗拒之程度，又擅自飲用被害人之飲料，並於臨走前逕自取走被害人之金錢，方從容逃逸，依其當時行為表現觀之，縱其行為態樣與一般慣見之盜匪行為模式有所不同，但查上訴人當時之知覺、理會、判斷狀況並無稍遜於常人，堪認尚無心神喪失或精神耗弱之狀態；且查上訴人於第一審及原審審理時，均能充分陳述，足見其思緒無礙，因認上訴人之原審選任辯護人請求為上訴人作精神鑑定一節，應無必要。」

³⁰⁰刑事訴訟法第203條第3項：「因鑑定被告心神或身體之必要，得預定七日以下之期間，將被告送入醫院或其他適當之處所。」

關問題部分，在九十九年六月二十三日之新修正刑事訴訟法之修法理由和大法官釋字六五三號解釋文中，

「憲法第十六條保障人民訴訟權，係指人民於其權利遭受侵害時，有請求法院救濟之權利。基於有權利即有救濟之原則，人民認為其權利遭受侵害時，必須給予向法院請求救濟之機會，此乃訴訟權保障之核心內容，不得因身分之不同而予以剝奪。」³⁰²

新修法之方向，本文有所認同，即不因身分之不同而剝奪了訴訟權能，實務上向多囑機關為鑑定，當事人固然得陳報鑑定機關供法院參考，然法院或檢察官並不受其拘束，至於法院或檢察官所囑託鑑定之機關，當然須具有精神醫學面之專業知識。精神鑑定機關多為醫院精神科或療養院³⁰³，故而於訴訟權上之公平性又補足法官對於精神醫學之認知不足，法院訴訟程序上更應有寬廣之救濟空間，方能符合權利之保障。

因精神鑑定亦為鑑定之一種，已如上述，鑑定之結果當然須以言詞或書面提出報告，而實務上常見的問題為當事人指摘鑑定機關未為具結，惟此須區分二種情況說明之：

第一種情形，鑑定結果以書面報告者，因刑事訴訟法第二百零八條第一項規定為準用第二百零三條至第二百零六條之一之規定，其他法條因不在準用之列，自無庸命該機關於鑑定前具結³⁰⁴，最高法院七十五年台上字五五五五號亦謂：

「囑託機關鑑定，並無必須命實際為鑑定之人為具結之明文，此關

³⁰¹參閱舊刑事訴訟法第403條、404條、416條之規定，中華民國99年6月23日總統華總一義字第09900155061號令修正公布第34、404、416條條文；並增訂第34-1條條文。

³⁰²參閱97年12月26日司法院大法官解釋653號。

³⁰³王富強，國立政治大學法律系研究所，碩士論文，精神鑑定，2003年，7月，108頁。

³⁰⁴陳樸生，刑事訴訟法實務，三民書局，重定版，1996年，9月，250頁。

同法第二百零八條第二項，即現刑法同條第一項，已將該法第二百零二條之規定排除，未在準用之列。因此，原審於相關證據為之判斷時，即使未命該醫院實際為鑑定之人簽名蓋章及具結，仍不得任意指為採證違背法則。」

另其二，實施鑑定之人以言詞報告時之情況，依九十二年一月十四日所修訂之刑訴法第二百零八條第二項規定為：「…第二百零二條之規定。於前項由實施鑑定之人或審查之人為言詞報告或說明之情形準用之。」換言之，鑑定之人如為現場言詞報告，則須準用證人之規定，當事人、代理人、辯護人或輔佐人亦得詢問或詰問之。然實務上精神鑑定報告多以書面為之，較少命實施鑑定之人再以言詞於法庭上報告或說明。惟此種情形，應否令其具結，若未令其具結，其效力如何？則屬另一值得研求之問題。

第四項 精神鑑定拘束性

按精神鑑定具有高度之專業性，已成為法院與醫院或療養院間常態性業務，實務上亦多肯定其判斷³⁰⁵，惟精神鑑定是否具有拘束性，則涉及鑑定之定位，最高法院判決一再指明：

「鑑定僅具補充法院認識能力之機能，鑑定意見能否採取，屬證據證明力問題，賦予法院自由判斷之權，故鑑定結果，對法院而言，並無必須接受之拘束力，對於涉及專業事項之鑑定意見，法院除須調查鑑定意見之適格性與可信度外，仍應綜合卷內全部資料予以判斷，且應於判

³⁰⁵何海、莊明敏、林信男、林憲，司法精神鑑定結果與法庭判決之比較，台灣精神醫學，第11卷3期，1997年，9月，265頁；王富強，國立政治大學法律系研究所，碩士論文，精神鑑定，115頁。

決理由說明得心證之理由，否則自有理由不備之違法。」³⁰⁶

或謂

「鑑定報告僅為形成法院心證之資料，對於法院之審判並無拘束力，故待證事實雖經鑑定，法院仍應本於職權予以調查，以期發現事實之真相，如鑑定報告顯然存有疑義，在未查明之前，仍不得遽採為判決之基礎。」³⁰⁷，

從而法院雖多尊重專門機關所為之精神鑑定，惟鑑定結果是否得採為判決之基礎，仍應受到經驗法則及論理法則之支配，鑑定結果並不當然拘束法院。

若探究鑑定本身之目的，乃在於補充法官在對於精神醫學之專業判斷上，幫助認識犯罪人之辨識能力與控制能力之程度，因此，機關所屬之鑑定人所提出之鑑定報告係屬證據資料之一種，亦與其他種證據資料相同，必須受自由心證法則之拘束，但是鑑定結果係不具有拘束性的。又從法理上探討鑑定之定位而得出如此之結論之外，精神鑑定之本身亦有其瓶頸，包括精神鑑定本身既缺乏一套客觀的科學儀器檢查，亦無統一之鑑定程序、步驟和判斷標準可供遵循³⁰⁸，受鑑定人之因素例如詐病、不合作，或者法院或第三人提供之資料完備程度、被告犯罪行為至鑑定時之時間長短等等³⁰⁹，皆會對精神鑑定結果產生重大影響，甚至不同單位所得之鑑定結果亦有差異，此時法院應對不同鑑定證據資料之取捨為必要之說明³¹⁰，若精神鑑定報告，有存在疑慮時，在鑑定結果明瞭前，不宜遽採為判決之基礎，可依刑事訴訟法第二百零七條規定：「**鑑定有不完備者，得命增加人數或**

³⁰⁶最高法院94年台上字第2074號。

³⁰⁷最高法院92年台上字第5019號。

³⁰⁸郭壽宏，司法精神鑑定之原理及實際問題，刑事法雜誌，第43卷，第3期，1999年，6月，65頁。

³⁰⁹蔡清遊，精神鑑定之法律依據及相關問題，司法週刊，第1073期，2002年，3月13日，2頁。

³¹⁰最高法院93年台上字第5169號。

命他人繼續或另行鑑定」，就同一立證主題命再鑑定³¹¹，或者已經二鑑定機關鑑定結果仍不明確者，可送第三單位為鑑定以求更客觀³¹²，因若遽予擷取不完備之鑑定報告，自難期待其妥適。

第二節 國內歸納統計與分析

按二零零一年針對收容人數現狀與需求調查表中發現，身心障礙者收容人數可達一千七百八十二人，其中只有六百八十九人領有身心障礙手冊。再以身心殘障收容人統計，排除生理上之肢殘缺陷者，智能障礙者共八十人，有領手冊與為領各占一半；癡呆症共三人，一人有領，二人未領；慢性精神病患者共四百三十二人，有領七十九人，未領三百五十三人。再以台北監獄內部統計不一定領有身心障礙手冊為例，二零一零時有三百六十一人，比二零零三年二百六十六人成長了百分之三十五，百分之二十三是精神或心理疾病者。³¹³由此可見，精神鑑定之結果影響著法院對於精神病患者犯罪的評價，本節對於精神障礙者犯罪率於實務上所對應的評價關係作一統計與分析資料，從司法院網站之法學資料全文檢索中的判決書，設定時間範圍為九十九年一月一日到一百零一年十二月三十一日止之最高法院判決文，關鍵字設置為「精神障礙者」，搜尋到有三百四十三筆資料，以殺人罪責縮小範圍搜尋到有七十六筆 以有無送鑑定以及採不採用精神鑑定標準做一分析。

³¹¹最高法院93年台上字第4106號判決。

³¹²最高法院93年台上字第6759號判決。

³¹³我國矯正政策與管理機制之研究，行政院研究發展考核委員編印，101年，2月，頁17-19。

第一項 法院送鑑定之統計

法院對犯罪行為人犯行死刑、無期徒刑以及十年以上有期徒刑之重罪時，除了有精神病史的行為人，會主動將其送精神鑑定外，幾乎皆由辯護人抗辯行為人有精神障礙等情事，然再審酌是否要將其送精神鑑定，而少部分法院仍認定無精神鑑定之必要。本文針對犯行重罪之行為人(刑法第二百七一條殺人罪章為主)，以 IBM SPSS Statistics 20 軟體作以下統計：

表 6-4-2-1，案件次數統計表

九十九年至一零一年殺人罪責為例

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
76	100.0	100.0	100.0

1. 因有精神病史而送鑑定：

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
52(餘數)	68.4	68.4	68.4
24(案件數)	31.6	31.6	100.0
76(總數)	100.0	100.0	

2. 因訴訟自行送鑑定：

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
57(餘數)	75.0	75.0	75.0
19(案件數)	25.0	25.0	100.0

76(總數)	100.0	100.0	
--------	-------	-------	--

3. 因辯護人之聲請，法院認定無鑑定之必要：

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
66(餘數)	86.8	86.8	86.8
10(案件數)	13.2	13.2	100.0
76(總數)	100.0	100.0	

4. 因重罪而無送鑑定

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
64(餘數)	84.2	84.2	84.2
12(案件數)	15.8	15.8	100.0
76(總數)	100.0	100.0	

5. 因酒類藥物所為之精神疾病而送鑑定：

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
53(餘數)	69.7	69.7	69.7
23(案件數)	30.3	30.3	100.0
76(總數)	100.0	100.0	

6. 因重罪而判決，無施行二次鑑定：

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
63(餘數)	82.9	82.9	82.9
13(案件數)	17.1	17.1	100.0

76(總數)	100.0	100.0	
--------	-------	-------	--

7. 因重罪審理無實質上之精神鑑定：

次數	百分比	有效百分比	累積百分比
61(餘數)	80.3	80.3	80.3
15(案件數)	19.7	19.7	100.0
76(總數)	100.0	100.0	

第二項 司法精神鑑定之分析

實務上不採或質疑鑑定結果之理由，大致可分為下列幾類：

一、被告對案發經過描述詳細、案發後樣態觀察後，法院自由心證：

九十九年台上一八七六號：

「行政院衛生署嘉南療養院鑑定上訴人之精神狀況後，認其未達辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低等情，有該院出具之精神鑑定報告書在卷可稽，參酌上訴人於案發後就相關事實等之供述，其內容能針對問題回答而無異常之處，堪認上訴人於行為時並無精神障礙，或心智缺陷致不能辨識行為違法之情形。上訴人否認辯解各情，無非係屬事後卸責之詞，不足採信等情，予以綜合判斷。」

二、鑑定報告無再鑑定之必要：

一零一年台上四一一三號：

「本件上訴人於行為時未因精神障礙或其他心智缺陷，致其不能辨識行為違法或欠缺依其辨識而行為的能力之情形，達於顯著降低之程度。至九十九年五月二十四日以後門診治療之重度憂鬱症，應為案發後發生

的疾病，與其行為時精神狀態、行為能力無關。其另請求再鑑定上訴人之精神狀況，亦無必要等情，為其採證認事之理由，對於上訴人所辯何以均不足採信，亦分別在理由內，詳加指駁及說明。」

三、鑑定報告結果不一，原判決未說明取捨理由：

一零一年度台上二三一：

「被告並無前科，素行良好，尚非窮兇惡極或屢犯不改之惡徒。其於本案行為時，對於外界事務之知覺、理會（辨識）能力與行為之自我控制能力，固不足以認合於刑法第十九條第一項、第二項所指之不能、欠缺或減低辨識行為違法之能力之要件。但其自民國九十五年五月間起經不同醫療院所診斷罹患「憂鬱症、自律神經失調、入睡障礙」、「重鬱症」、「酒精濫用、憂鬱症」、「精神官能性憂鬱症」；本案精神鑑定（診斷）結果，亦認被告具有重度憂鬱症合併自殺意念、環境適應障礙併憂鬱情緒、酒精濫用與依賴情形，呈現內向、壓抑、無助感、自卑、情感易受傷、孤單人格特質，數次企圖自殺而具有自殺意念，復未持續就診接受適當之治療，使其具有在面對壓力與挫折極度增強之狀況時，會產生失去對緊張、敵意及衝動控制力之情緒不穩定之人格違常傾向等情。」

四、鑑定內容與事實不符：

一零一年台上五一三三號：

「醫學專家對行為人精神狀態進行鑑定結果，提供某種生理或心理學上之概念，法院固得將該心理學上之概念資為判斷資料，然非謂該鑑定結果得全然取代法院之判斷，行為人責任能力有無之認定，仍屬法院綜合全部調查所得資料，而為採證認事職權合法行使之結果。尤以酒後是否因而意識能力與控制能力已有欠缺或減低，原為一時之精神狀態，非如精神病患之有持續性，自無從如對一般精神病患得就其精神、心智

等狀況為鑑定。是法院綜合行為人行為時各種主、客觀情形，認事證已明，無再贅行鑑定之必要，而綜合全部卷證，自為合理推斷，洵非法所不許。」

再者，未達精神疾病程度之人格違常行為人，並無認知、辨識能力之障礙，對自我行為之衝動控制能力縱然稍嫌不足，但仍具有正常之主動性，非必然衍生犯罪行為，而僅屬人格特質表徵之一端，其既尚未達於影響日常生活之病態程度，自難謂有上開規定所指較諸常人顯著減低之情事。否則個性暴躁易怒之人，動輒加害他人，反社會性強，卻得執此為藉口，獲邀減刑寬典，殊違現代刑罰注重社會防禦之規範目的，社會善良人民將失其保障。

五、小結：

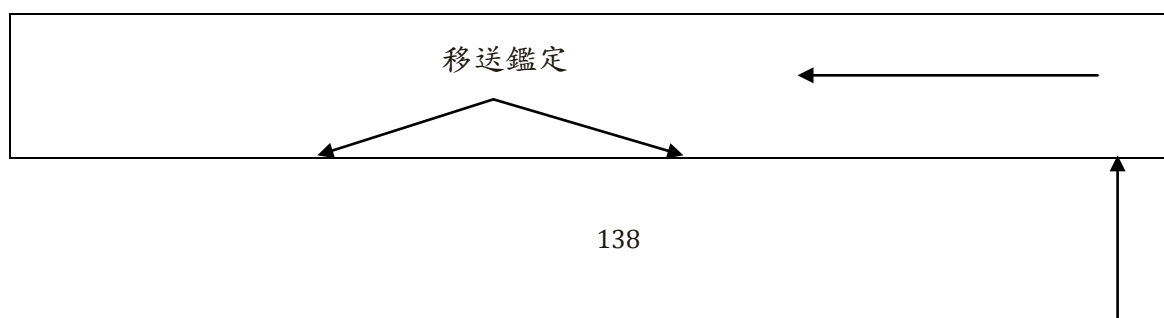
從判決文中，可觀察出目前實務上，對於精神障礙的判定上，仍為法院以案件事實內容為客觀上的評價標準，而所謂療養院或精神醫療機構所提供的精神鑑定文書，原則上，只是個輔助的證明書，即使如此，是否達到精神狀態無法辨識之能力獲控制的行為力，在判決文中找不到有利的說明理由，申言之，國際衛生組織，已經更新精神障礙上的判斷標準，對於判決文而言，對於鑑定的內容，應附載於判決書上，作為依據，將會使得法院對於個案的評價上，有個客觀的評價標準，方能維護法院之公平性。

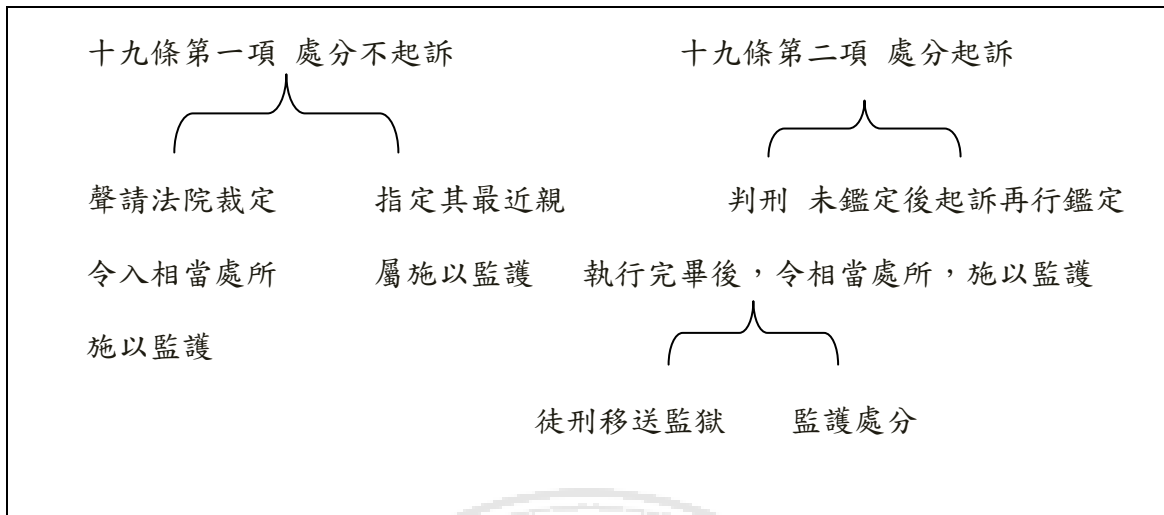
第三項 台灣精神鑑定及精神病患收容之現況

第一款 精神鑑定之現況

一、精神障礙犯罪者移送鑑定之概況

圖 4-4-2-2，精神障礙犯罪人之實務鑑定程序





表格來源：

張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁218，參考自製。

在我國精神鑑定相關規定中，在偵查之階段對於精神障礙者之犯罪人不起訴時，按刑事訴訟法第四百八十一條第二項之規定，檢察官認為不起訴處分，但有其宣告監護之必要時，得為聲請法院之裁定；又保安處分執行法第四條第三項，又檢察官對於監護處分之人有先付與監護處分者，也可以聲請法院之裁定。於一百零二年一月四日修正刑事訴訟法第三十一條³¹⁴被告或犯罪嫌疑人因智能障礙無法為完全之陳述或具原住民身分者，於偵查中未經選任辯護人，檢察官、司法警察官或司法警察應通知依法設立之法律扶助機構指派律師到場為其辯護。該修法方向更是保障了身心障礙者之權利，是值得肯定的。

然審判之階段，按刑事訴訟法第二百零一條之規定，精神障礙之被告因其行為為不罰者，而無罪之判決或減輕其刑之宣告，並以監護之宣告，若因精神障礙之被告係屬無訟訴能力，按刑事訴訟法第二百九十四條第一項之規定，回復之前並停止審判，又依其法第二百零三條第三項，於預定時間，交付醫院或其他適當之

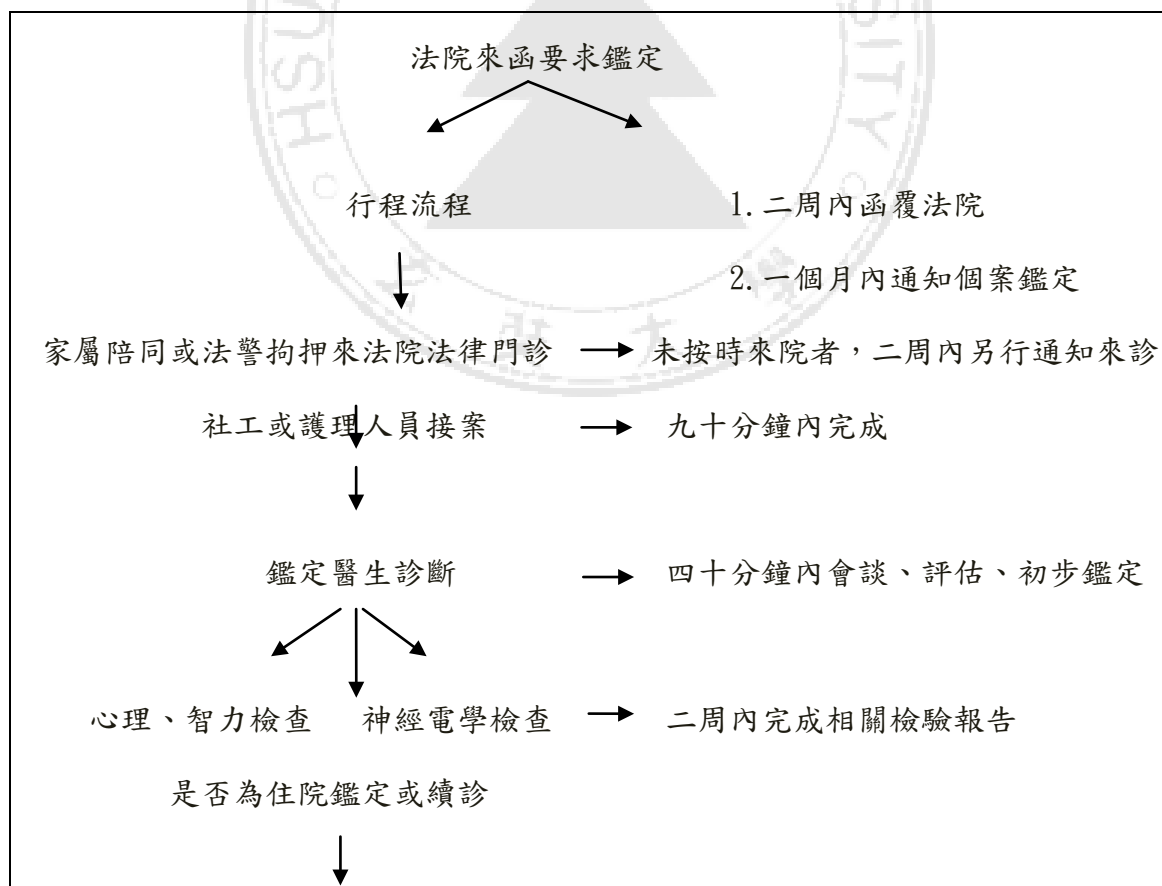
³¹⁴參閱中華民國102年1月23日總統華總一義字第10200012421號令修正公布第31、95條條文。

處所施以精神鑑定。再依刑事訴訟法第二百九十四條第三項及三百零一條之規定，其鑑定之結果，若為無罪之判決者，得不待被告到庭，宣告無罪之判決並施以監護處分。

職是之故，雖然在於刑事程序上，修法之方向皆為原住民、身心障礙者等弱勢團體作為人權之保障，但是於實體法上判斷與刑事程序法證據力之部份，仍須努力去追求。因為我國對於精神障礙之犯罪人、被告，雖都付與鑑定，再依其鑑定之結果加以裁判，但是鑑定之結果報告都為書面為之，以及所鑑定報告之依據，甚至對於鑑定人所觀察之時間多少，評定標準為何，法院部分皆未於詢問，這部分值得我們再深思熟慮。

二、法院函請醫院鑑定之概況

圖 5-4-2-2，我國之司法精神鑑定流程圖



鑑定報告函送法院

表格來源：

王富強，精神鑑定，國立政治大學法律系研究所碩士論文，2003年7月，附件3，司法精神鑑定行政流程。

司法鑑定報告之形成，法院認為精神障礙之犯罪人有其鑑定之必要時，發函醫院或精神鑑定之機構進行鑑定，鑑定之時間在極短之時間完成，然後回覆給法院。基於精神障礙者之不穩定性，情緒狀態並非短時間內可以確定之病症是否正確，或確定其犯罪之動機，再者，司法鑑定並無時效性之問題，精神障礙之犯罪在犯罪之時點，是非常重要的判斷時點，有無病史也成為很重要的調查證據，反之，無病史之精神障礙犯罪人，必須依賴著專業精神醫學，以耐心與細心用相當性的時間為之觀察，方能作出正確又有效的精神鑑定³¹⁵。甚至於，犯罪當時的精神狀態至偵查階段，以至於法院之審判期間，整體的期間而言，在審判或偵查階段的鑑定，豈可馬上斷定精神障礙者之犯罪人當時的犯罪動機及精神狀態？我國之司法鑑定之流程實有檢討之空間。

第二款 台灣監護處分收容程序

刑法第八十七條所稱精神障礙犯罪者之保安處分是以令入相當處所施以監護，及保安處分執行法第四十六條及四十七條，所為之監護場所，按其情況得指定精神病院、醫院、慈善團體或其最近親屬及其其他適當之處所為之處分，並沒有專屬之監護之機構，如此一來，檢察官在於實務執行上顯得困難，因為，精神病患處所或醫院以無此設備為由或病患已滿之理由，推辭拒絕了收容，或者最近親屬

³¹⁵郭壽宏，從精神醫學觀點—論行為時之精神狀態判斷，醫事法學，第12卷，第1期，2004年，6月，頁55。

之意見不同 也造成放任自生自滅之後果。³¹⁶

因此，醫院等治療之處成為變相的收容中心，當然，法律並非強制醫院或治療處所為其收容，當然有拒絕之理由，在不得不的作法下，監獄變成依照性質之不同而分類監禁，申言之，附屬於執行刑罰之機構，也分科別類收取對象為精神疾病之男女受刑人。在此制度之下，精神障礙犯罪者收容與受刑之監禁似乎歸於同一方，更何況，台灣保安處分與刑罰係為二元理論之實行，無非只是變相的延期，並非以治療為其目的，隔離監禁為實，實有不妥，治療收容機構合併於監獄確有可議之處，值得探討。

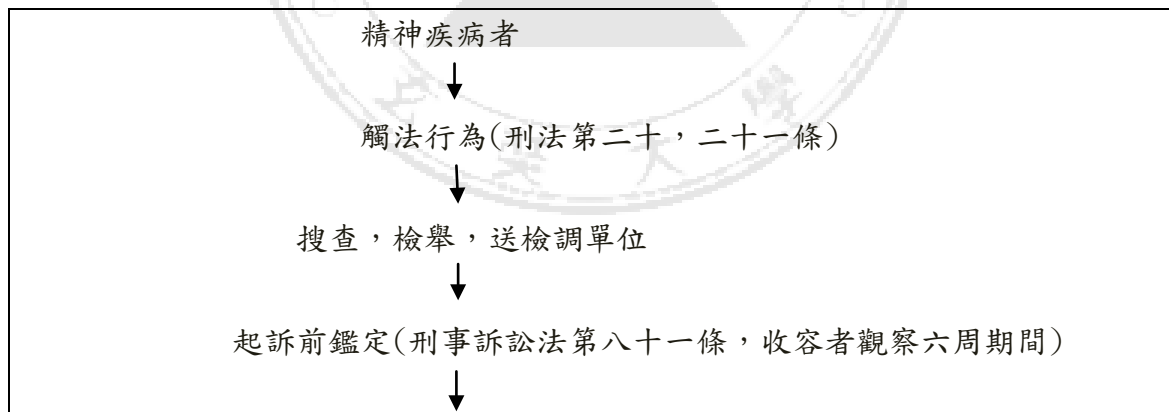
第三節 國外精神鑑定之流程

第一項 德國責任能力之鑑定流程

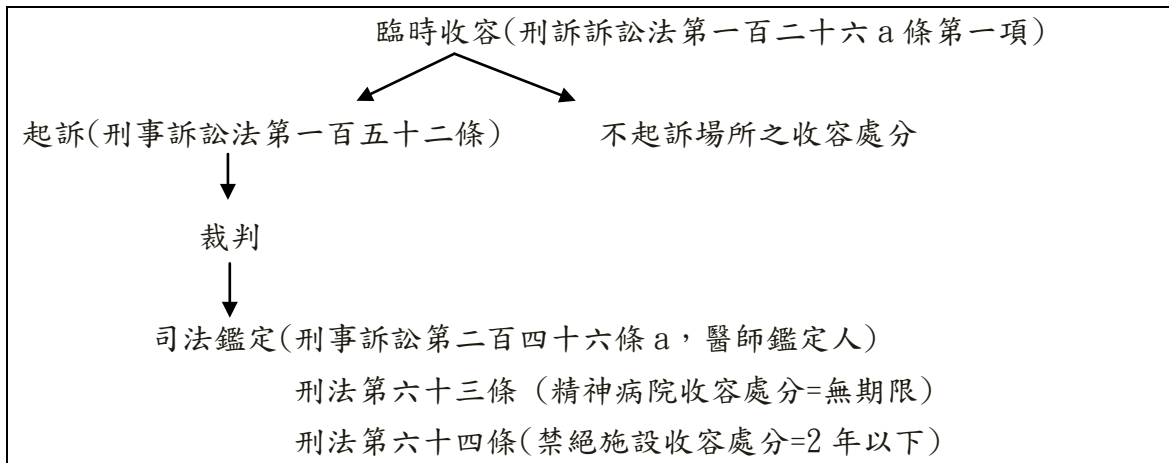
第一款 訴訟前後鑑定之概況

一、訴訟前

圖 6-4-3-1，德國精神疾病者之訴訟前流程圖



³¹⁶張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁308。

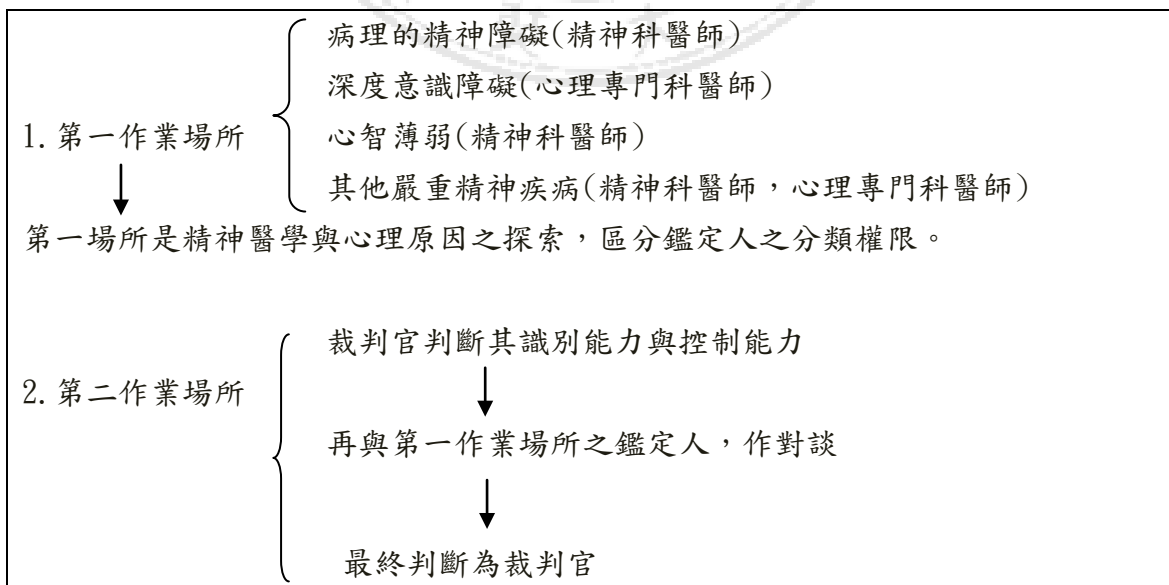


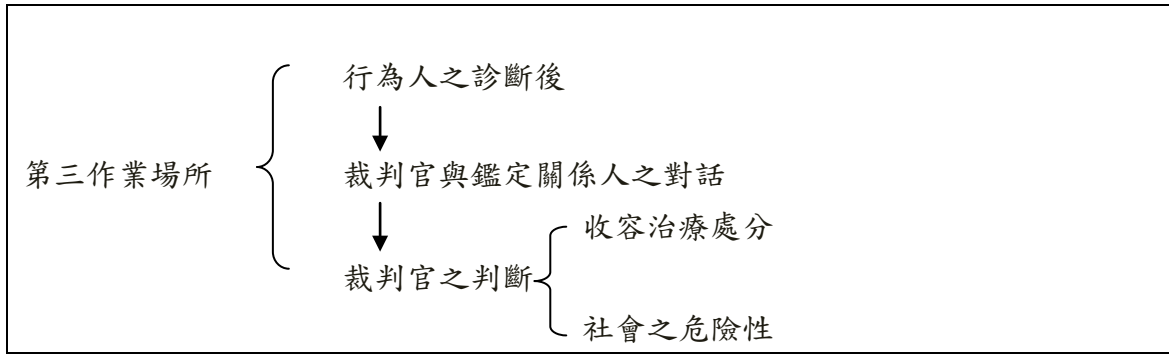
表格來源：加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁140，參考作成。

德國對於精神病患觸犯刑法禁止規範時，先行於檢調偵查，在於起訴前，就送行鑑定以確保犯罪行為人之訴訟權利，甚至於，是以收容觀察之，非以羈押手段。反之焉，在台灣的司法程序上，一直是在訴訟開始後，法院因辯護人之申請或被告之告知自行提出鑑定資料時，方開始注意被告之權利，所以，對於整個從犯罪事實開始到訴訟程序，卻無完整而實質的審查程序，對此，人權問題或者訴訟能力，在德國法制上值得我們學習之處。

二、責任能力判斷流程

圖 7-4-3-1，法院判斷精神病患者犯罪人之流程





表格來源：加

藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁140，參考作成。

再者，訴訟開始後，依照德國刑法第二十條之規範精神疾病之分類，按其專門醫師對各該項所規範之病理原因，再做鑑定程序，法院只對於精神病犯罪人的辨識能力與控制能力所為之評價，然而再次與鑑定人座談，再下最後的判定。由此可見，在德國行之有年的精神病患犯罪的評價問題，的確有個嚴謹的態度以及審查的程序，更有完整的分類專業權限，對於精神病患者觸法的行為，更能精準客觀的作出公平的審判。

第二款 精神障礙犯罪者之收容要件概述

有關德國精神疾病者之犯罪人的相關規範，是源自於一五三二年神聖羅馬帝國的卡洛林那法典刑事法典 (Constitution Criminalis Carolina，簡 CCC)，該法是從古代日爾曼時代，有稱之法庭醫師所陳述有關專門意見的習慣，因此而普遍化於該法典的頒布。³¹⁷

德國對精神障礙犯罪者亦採「刑事治療處分」制度，一方面，其依然維持刑罰一元主義；另一方面，其克服現行「強制入院」程序違憲之問題，在刑事政策

³¹⁷張麗卿，論精神鑑定，軍法專刊，第23卷，第5期，1986年，5月，頁15。

上有效地兼採刑罰與處分併科主義及處分先於刑罰執行主義。德國現行刑法為一九七六年修正者，其中已無「死刑」或「終身刑」制度，在刑罰及刑事處分二元制主義下，一方面，堅持「罪刑法定主義」及「責任主義」，同時，實踐人道的犯罪者處遇思想。德國之刑法、刑事訴訟法、行刑法在制度上有密切的關係。例如責任能力規定於德國刑法第二十條及第二十一條，精神病院之收容處分—刑事治療處分則是規定於德國刑法第六十三條³¹⁸，提供與各州政府在訂定處分執行法(Maßregelvollzugsgesetz)或收容法(Unterbringungsgesetz)時³¹⁹，依責任主義之原理及比例原則(Grundsatz der Verhältnismäßigkeit)為適當地運用。³²⁰

一、生物學列舉立法

德國刑法對精神障礙的精神疾病者，是採生物學列舉；而規範要件即為心理學之要件則以行為時必須具備識別能力及控制能力二項能力，始謂有完全責任能力。³²¹把精神醫學上林林總總的病理分類為四部份，仰賴的精神鑑定之際，也可使專業醫師在判斷上更為精準。

1. 病理之精神障礙(krankhafte seelische Störung)。
2. 深度之意識障礙(tiefgreifende Bewußtseinsstörung)。

³¹⁸StGB，聯邦司法部，刑法典，第63條，Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.(精神病患之收容處分)Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. 行為人犯減輕責任(第20節)狀態的違法行為或刑事減輕(第21節)者，如果行為人和他的行為的總體評估，由他或因他條件的嚴重違法行為，預估因此對公眾構成危險者，法院安排收容在精神病院中的。

³¹⁹加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁138。

³²⁰張麗卿，精神病犯與精神病患收容要件之比較，東海法學，第10期，1996年，3月，頁16，第7點，必要性有特別說明。

³²¹張麗卿，探索刑法，神州圖書出版，二零零三年九月初版，頁7~12。

3. 心智薄弱(Schwachsinn)。

4. 其他嚴重之精神異常(schwere andere seelische Abartigkeit)。

二、收容及出院之必要的監督行為³²²

德國刑法第六十三條之收容處分以及第六十七條 d 之收容處分之期間，目的在於使犯罪人改過遷善及維持社會之安全及秩序此二刑事政策。因此，在收容期間，倘若治療不成功，再犯之危險性並未消失或減弱者，則有繼續執行之必要，故原則上收容期間無期限。³²³

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

三、社區之司法精神醫學

有鑑於收容人數大幅提高，增加德國政府之負擔，有學者建議應推動社區司法精神醫學治療服務，一方面，經由社區司法精神醫學治療服務不但可提早釋放行為人，亦可確保公共安全；另一方面，收容期間縮短，可減輕醫療負擔。此外，亦有學者提出經由社區司法精神醫學治療服務，可降低再犯率，而且即使行為人仍有危險性，尚可轉送回收容處所接受繼續治療。

四、與我國規範之用語不同

從德國對於精神疾病之犯罪者的相關刑事規範中，對照我國刑法第十九條第一項、第二項以及刑法第八十七條，有關對精神障礙犯罪者施以監護之規定，已

³²²曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁71~75。

³²³張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合，元照出版社，台北，2011年4月，3版1刷，頁185。

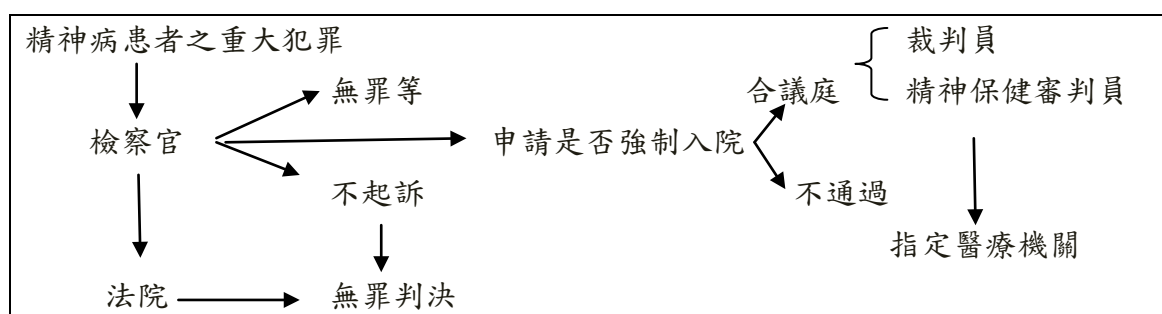
仿德國法例規定，明定施以監護之實質要件，並賦與法官彈性處理監護及執行之先後，以達治療之目的；若法院認定無繼續執行必要者，可免監護處分之執行。前開規定雖有進步，但對於建置我國完整精神障礙者犯罪處遇制度尚嫌粗糙。

對於精神疾病者之犯罪人用語上，德國刑法採生物學列舉式，而我國是為更改名稱為精神障礙者及心智缺陷之用語，在精神醫學之判斷上，也難於精準評價是哪一種類型的疾病，雖然二零零五年之修法方向極為正確，但是於實務運用上，卻難有一致之標準，造成誤判之情形，所以，德國立法例上，將病理之精神障礙，與深度意識障礙分開立法，相當於我國之精神障礙，其中我們不難發現，深度意識障礙一詞，把區分生理之精神障礙與心理上之原因嚴格的區分了，在精神醫學對於心理性發病之原因尚不能處於確定之結果而言，採取嚴格之區分方式，本文認為這是值得我們學習的地方。再者，除了實體法上之規範外，德國對於精神障礙者之犯罪人，起訴前之鑑定以及收容、出院後之監督，整體之配套措施對於精神障礙者犯罪人之人權、危險性之監控、以至於治療預防皆可為我國借鏡之地方。

第二項 日本心神喪失者等醫療觀察法

第一款 起訴前之簡易鑑定

圖 8-4-3-2，日本醫療觀察法之流程圖



表格來源：厚生労働省，ホーム>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>障害者福祉>心神喪失者等医療觀察法，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/gaiyo.html>，最後瀏覽日期 2013 年 5 月 23 日，參考自製。

日本對於精神病專司法處置方面，³²⁴基本上是德國法制之變構。在程序上，是由檢察官判定行為人是否有責任能力，若有，即送簡易鑑定程序，方能進入司法訴訟程序，而在評價之過程中，是以合議庭判定，其中包含著法官以及精神審判員，此點架構上，是為特殊的。相較於德國法制差異點是法官與精神保健員所共同組成的合議庭。在觀之德國方面，法官與鑑定人是座談，而鑑定人無法參與審判，最終決定還是在於法官。雖然日本承襲了德國法制，但是加入適當的變化以及合時宜的改變。

反觀，我國對於精神病患觸法的處置上，卻在某程度上是有精神鑑定之專科醫師為之輔助，但是事實上，卻無實質的影響力，法院擁有絕大部分的決斷權利，過於主觀上的認定，甚至可不採用精神專科醫師的判斷，也未詳細說明理由。在德國對於精神病患犯罪的判決書中，對於精神病患的病理態樣，都有在國際衛生組織之標準附記於判決書中，肯定或否定都有其依據所在，甚至按其病理說明理由。本文對此認為判決書對外有其既判力，應說明理由充分以及依據所在，方能維護法院之公正以及社會之公義。

第二款 精神障礙犯罪者之收容要件概述

明治時期導入德國的司法精神醫學，沿用了德國大陸法的不可知論者的立場，認為除了可以寬恕的法例外，全盤的精神分裂的病患都屬於無責任能力³²⁵，而其法律用語上是為心神喪失與精神耗弱。然而，在日本法庭上，幾乎沒有如英國、

³²⁴佐藤誠，日本の触法精神障害者の処遇制度—主として刑事施設内の処遇を中心として—，頁62~63。 http://www.syaanken.or.jp/wp-content/uploads/2012/05/20112_059-073.pdf，最後瀏覽日期2013年6月10日。

³²⁵岩井宜子，精神障害者福祉と司法，尚學社，2004年3月25日，增改第1刷，頁5。

美國無訴訟能力的情形，只要對於精神疾病之犯罪人有所質疑之處，則多交付於起訴前之簡易鑑定³²⁶，鑑定之方式與德國情形相同³²⁷，鑑定人為法官之輔助地位。而對於精神病患者未發病得以控制之情形，則是有部分責任能力，另中毒性精神病患障礙在歐陸法制國家是被認定為須行為負責的，日本也不例外，但對於因藥癮，毒癮，酒癮等中毒性精神病患越來越傾向無責任能力之判定。³²⁸

日本刑法第三十九條規定³²⁹，第一項，心神喪失者之行為，不罰；第二項，心神耗弱者之行為，減輕其刑。從形式面觀察日本刑法第三十九條，與我國舊刑法第十九條對於精神疾病者之用語大同小異，但是再詳於對照著其審查制度以及監護制度而言，有著完善的審查制度。分述如下³³⁰：

一、二〇〇三年立法通過心神喪失者等醫療觀察法：³³¹

該法第一條之開宗明義揭示之立法目的為是針對心神喪失或精神耗弱狀態下為重大犯罪者，為使其病情改善、預防再犯，進而回歸社會，規定此等人需強制接受適切醫療及必要之觀察指導的處遇措施。有保護觀察所之機制，其下設置回

³²⁶ 高橋梨菜，醫療觀察法の問題点と—犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方—，頁7，第一章，第三節，第二項，有詳述說明，http://www.f.waseda.jp/k_okabe/semi-theses/10rina_takahashi.pdf，最後瀏覽日期2013年6月11日。

³²⁷ 加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁128-134。

³²⁸ 張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合，元照出版社，台北，2011年4月，3版1刷，頁18。

³²⁹ 張明楷譯，日本刑法典，中國法律出版社，北京，2006年，3月，第2版，頁2-4。第39條 心神喪失者の行為は、罰しない。心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。

³³⁰ 曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁85-91。

³³¹ 真先剛史，醫療觀察制度の現状と課題—司法精神医療の在り方—，厚生労働委員会調査室，立法と調査，第264号，2007年，2月，頁94，第三點，頁95-96是說明程序上問題。http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2007pdf/20070202093.pdf，最後瀏覽日期2013年6月11日。

歸社會調整官，其應本於「精神保健福利法」相同之立法精神³³²，職掌關於各種精神保健措施，包括調查精神障礙犯罪人的生活環境、精神障礙犯罪人回歸社會的調整，以及各精神醫療機構相互間之聯繫等事務。

二、審查程序³³³

行為人於欠缺責任能力之狀態下為殺人、放火、強盜、強制性交、強制猥褻、傷害等重大犯罪行為者，如有下列其中之一情形：

1. 行為人是心神喪失或心神耗弱而予以不起訴處分。
2. 行為人屬心神喪失而判決無罪確定。
3. 行為人屬心神耗弱而減輕其刑確定，其實際並不用服刑。

應由檢察官向法院聲請對行為人「是否作一定處遇內容」，法院受理聲請後，是由一位法官及一位精神保健審判員組成合議庭，必要時參詢精神障礙保健專家之意見為裁定。法院審理時，應有檢察官、辯護人、輔佐人在場，並得陳述意見。

三、醫療措施

對於精神障礙犯罪者之入院治療與出院追蹤復健工作，係以社會復歸為目的其所實施的醫療方針包括診察、藥劑的給與、醫學治療、居家療養及伴隨之護理工作、入院治療及伴隨之幫助、轉介醫院等。此為指定醫療機構的義務與職責，其治療方針與費用同時也屬健康保險的範圍。又指定醫療機構基於醫療保護之必要，雖得限制行為人之行動自由，但對與醫院管理者的書信往來限制、與辯護人或行政機關職員的會面限制等，厚生勞動省必需預先聆聽社會保障審議委員會的

³³²安田拓人，刑事責任能力の本質とその判断，弘文堂株式会社，日本，平成21年3月15日，3刷，頁72。

³³³町野朔，精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法—保安処分から精神医療へ，精神医療と心神喪失者等医療観察法，Jurist増刊，2004年，3月，頁72。

意見。至於對行為人之隔離限制，則更進一步需要經過精神保健專科醫師的許可。³³⁴而對於各項醫療措施，「心神喪失者等醫療觀察法」³³⁵亦就無故離院者之處理程序、許可外出或外宿的情況條件為詳細規定，其程度上可謂鉅細靡遺。

四、與我國之比較

日本「心神喪失者等醫療觀察法」雖同樣以精神障礙犯罪者為規範對象，然卻限制僅於重大犯罪行為下有其適用，包括縱火、強制性交、強制猥褻、殺人、加工自殺、傷害、強盜或準強盜者，應強制命其入院接受治療，此與我國監護處分涵括所有犯罪行為者有別。因此，在我國常見精神疾患所違犯的竊盜罪，是被排除在「心神喪失者等醫療觀察法」外的。而決定是否有強制入院之必要性，日本係以一位法官及一位精神保健審判員組成合議庭後，各依其法學與醫療專業為判斷，需在兩者意見一致下始能為裁判。³³⁶反觀我國在監護處分必要性的衡量上，精神醫療的意見則相形顯得無足輕重，亦不具有拘束力。「心神喪失者等醫療觀察法」亦設置所謂的保護觀察所，對於行為人出院的追蹤復健，應予以照顧及指導，倘行為人有再度入院的情狀時，保護觀察所中的社會復歸調整官，亦得向法院申請再入院治療。此種制度是專以精神障礙犯罪人於機構內處遇完畢後，如何回歸適應社會為特別設立，與我國的更生保護機構是泛指所有保安處分執行完畢或免其執行者的對象不同。是以，在強制的「機構內處遇」措施結束後，其接續的追蹤觀察工作，日本立法上雖然採用原則性規範，但是對相關的配套規定較為我國詳盡，可供我國借鏡之處。

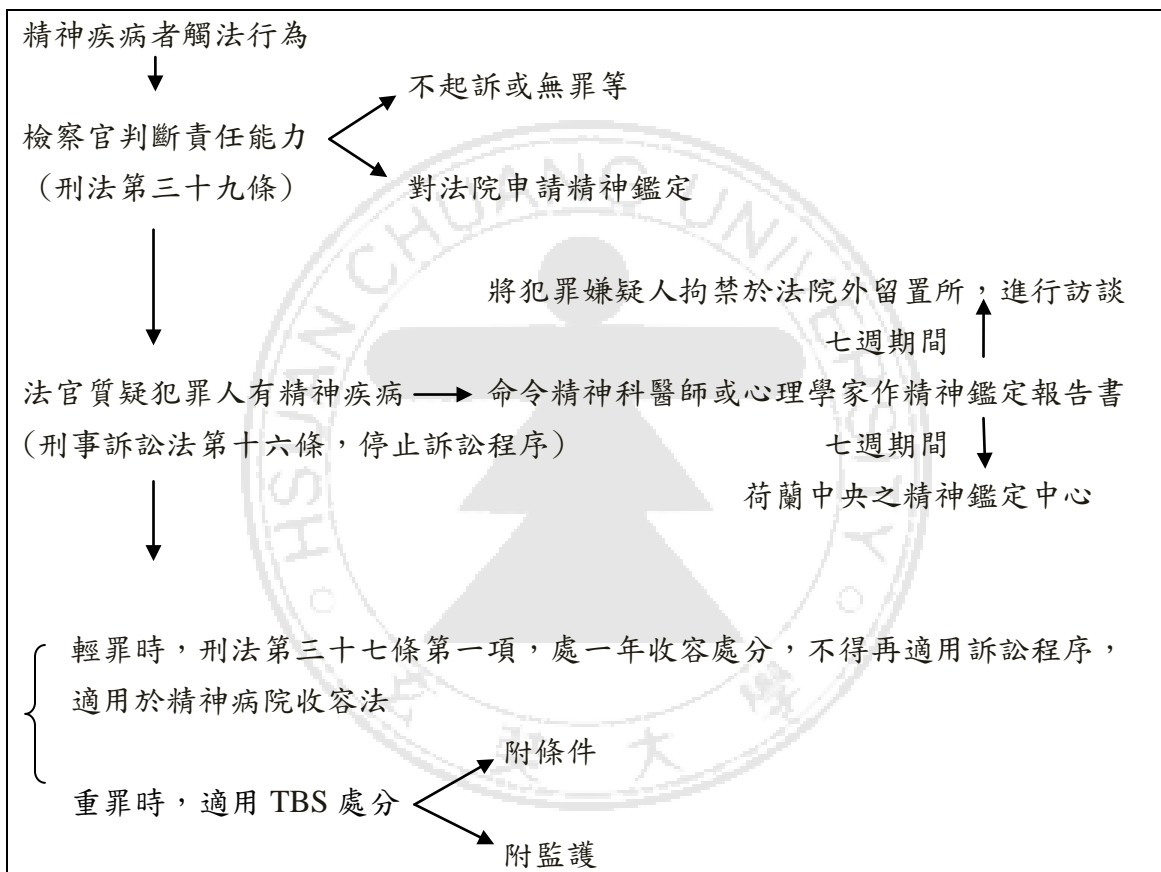
³³⁴加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁139。岩井宜子，精神障害者福祉と司法，尚學社，2004年3月25日，增改第1刷，頁302。

³³⁵吳秉祝，碩士論文，整體法秩序對精神障礙犯罪者之處遇與對待。指導教授，林東茂，東吳大學法律系研究所，2007年，頁117。

³³⁶曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月頁85-91。

第三項 荷蘭 TBS 處分

圖 9-4-3-3，荷蘭精神疾病犯法處置流程圖



表格來源：

曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁76-78，參考自製。

犯罪嫌疑人有精神疾病者，於開始訴訟程序前，法官若懷疑犯罪嫌疑人有精神障礙者，得命令其提出精神醫學報告書。而此命令屬法官之權限，如檢察官認為法官有行使此權限之必要，或者是辯護人提出報告書向檢察官請求為精神障礙鑑定時，檢察官不能逕行命令為之，只能向法官請求命令犯罪嫌疑人為鑑定。準備程序之法官只能命令司法精神科醫師或心理學專家進行鑑定。鑑定期間由法官

認定，必要時得命令延長。又如果懷疑犯罪嫌疑人無訴訟能力時，依荷蘭之刑事訴訟法第十六條規定，法院於接到治療報告後應停止訴訟程序，實務上被延期者僅限於重度精神障礙者始有本規定之適用。鑑定報告書之作成一共有二種方式，一為將犯罪嫌疑人拘禁於法院外留置所，進行訪談；另一為於專門機構內為留置鑑定，通常指荷蘭中央之精神鑑定中心(Pieter Baan Centrum)，大約七週十四鑑定之內容包括精神障礙之有無、行為及精神障礙之因果關係、責任能力之程度、再犯之可能性，及是否有治癒之可能性等。³³⁷ 在許多情形下法官均會遵從鑑定報告書之意見，但為最終判斷者仍是法官本人，法官重視的是被告在犯罪行為時對犯罪行為之性質與結果是否有認識，被告違法性之意識，及是否有控制自由決定意思之能力。

所謂 TBS 處分³³⁸，是指有確保公共安全之必要，由法院為一定命令之處分。其對象不限於限制責任能力人，尚包括無責任能力人。TBS 處分係針對法定刑最高處四年以上有期徒刑之犯罪(例如強盜罪、前置性交罪、殺人罪等)或特定重大犯罪，例如因重大精神障礙所引起之不能安全駕駛罪。本處分可與自由刑併罰，亦得單獨科處。申言之，為 TBS 處分須符合重大犯罪、有公共安全上之理由及被告無責任能力要件。TBS 處分之目的是希望透過對精神障礙者之治療使其能回歸社會，同時也希望確保社會之安全，是以，被告如對社會未存有危險性者，則無適用 TBS 處分之必要。³³⁹

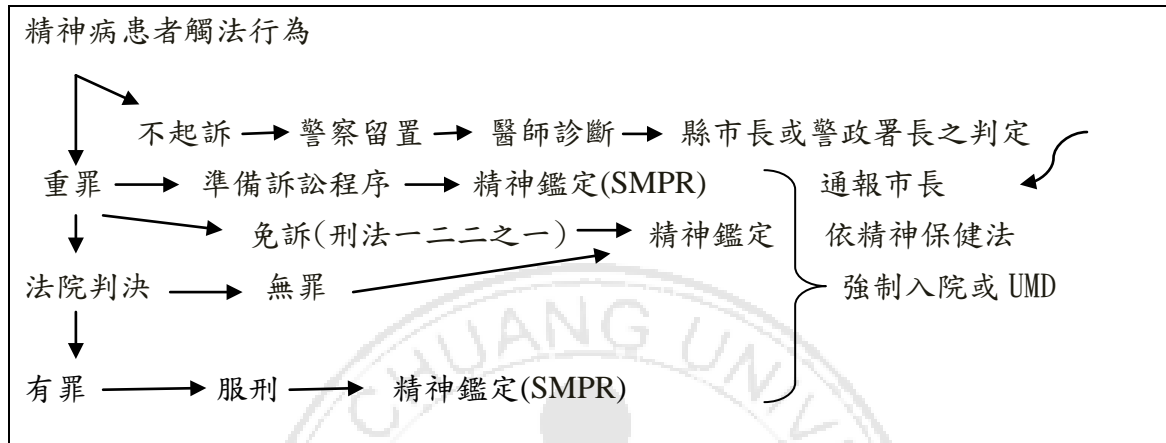
³³⁷ 曾淑瑜，精神障礙者犯罪處遇制度之研究，刑事政策與犯罪研究論文集(8)，法務部出版，2005年，11月，頁76~77。

³³⁸ 所謂TBS處分，是指有確保公共安全之必要(刑法第37a條)，由法院為一定命令之處分。其對象不限於限制責任能力人，尚包括無責任能力人。TBS處分係針對法定刑最高處4年以上有期徒刑之犯罪(例如強盜罪、前置性交罪、殺人罪等)或特定重大犯罪，例如因重大精神障礙所引起之不能安全駕駛罪。

³³⁹ 曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁78。

第四項 法國 SMPR 處分³⁴⁰

圖 10-4-3-4，法國精神病患犯法之處置流程圖



表格來源：

曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁82，參考自製。

法國精神障礙犯罪者處遇制度之特徵，與歐洲他國最大之不同在於法國精神障礙犯罪者之治療處分與刑事司法系統脫離，只要威脅到公共秩序或人之安全，依規定通報轄區法院後即可移送精神保健系統，爾後任何有關司法程序或措施均不能介入。換言之，對精神障礙犯罪者施行強制精神醫療為所屬地區市長之行政處分，以行政介入刑事司法，將精神障礙犯罪者從刑事司法系統移送至精神保健系統，關於精神障礙及刑事責任能力之有無，法國乃委由準備程序之法官(juge d'instruction 很少屬管轄法院之法官)請求為精神鑑定，再依鑑定結果為判斷。依法國刑事訴訟法規定，法官以外之共和國檢察官或司法警察官不得請求為精神鑑定，又原則上違警犯罪及輕罪毋庸為預備程序，惟如有為精神鑑定之必要，亦有請求

³⁴⁰公立精神病院、UMD擔任治療工作者為其精神醫療部門(Services Médico-Psychologiques Régionaux SMPR)26個受刑人當中須為專門治療或特殊處遇之精神障礙者，人格異常者從古至今均占多數，消耗相當多行政資源，故不能長時間在矯正設施內為精神治療。

行預備程序者。再者，在重罪之場合，被告如未明顯呈現精神障礙，則在準備程序是不會為精神鑑定的，但因檢察官依起訴便宜主義，得裁量在請求行準備程序前警察留置之階段，以「精神狀態有障礙」理由為不起訴處分。

在某些情形下，因有明顯之精神障礙致耐不住警察留置者，則依據精神科醫師之診察(非精神鑑定)，如認結果緊急及有治療之必要時，經巴黎警政署長或其他縣市長之判斷，在此情形，其處遇方式亦與刑事司法系統脫離從刑事司法系統移送精神保健系統之精神障礙犯罪者，與其他精神疾病患者相同，均在公立之精神病院，特別是有禁閉病房之醫院治療。

惟實際上，在醫院治療者不限於危險性不高之患者，即使是殺人等為重大犯罪行為，被認定無責任能力之精神障礙者，並不一定直接強制其進入嚴重病患設施(Unités pour Malades Difficiles, UMD)。又未受判決者與受刑人進入前該醫院治療者，亦有保安上之界限，住院期間非常短。UMD 與矯正設施相同，為重視保安之公立醫療設施，UMD 之前身為保安病房，起初保安病房是給有暴力危險性較高者使用，較之於一般病房收容的病患多屬嚴重患者，政府當局也強烈希望精神障礙犯罪者可進住。公立精神病院、UMD 擔任治療工作者為其精神醫療部門(Services Médico-Psychologiques Régionaux SMPR)³⁴¹受刑人當中須為專門治療或特殊處遇之精神障礙者，人格異常者從古至今均占多數，消耗相當多行政資源，故不能長時間在矯正設施內為精神治療。

³⁴¹曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁81。

第四節 責任能力與精神鑑定之關聯性檢討

精神障礙之犯罪人的實體與程序法上之收容之要件，從第二章論述到與刑法學之交集，無非是要說明對於精神障礙者涉及於法律層面之人權演進發展不同，法律必須與時並進等問題；以及第三章所述責任能力之沿革及影響因素，亦為從精神病學之角度論述刑法學之發生可能性與探討。

依法務部統計年報，受保安處分人數及押候執行者，從二零零二年起，人數為七百二十四人，逐年增加，到二零零三年有九百三十人，至二零零五年人數九百八十九人，成長了近二百人之數³⁴²；又以台北監獄內部統計之和緩處遇收容人數，成長了百分之三十五，其中百分之二十三是精神或心理疾病者。³⁴³此數據所反應的，對於我國針對監護處遇所施用的方式與治療方法，若是執意強調監護收容之重要性，而收容之執行方面，包含著精神鑑定之部分，卻以放任之態度去面對，本文認為檢討精神障礙者之人權或者刑法學上之解釋再嚴格，將會失去其意義。按其第四章之所統計與國外之精神病患之鑑定程序以及相關之規範，作一精神鑑定與責任能力間的探索，可以綜合出以下幾點問題：

一、起訴前之精神鑑定

按台北監獄之身心障礙之收容人數觀之，有百分之二十三的心理之精神疾病者。起訴前鑑定並非強制性的鑑定，而是審判長、受命法官或檢察官於必要時，得使鑑定人於法院外為鑑定，又鑑定之時點，都是認為有疑慮時，才發函鑑定，相對於德國之起訴前精神鑑定，兼收容觀察六個月，荷蘭七個月之觀察，本文認為，對於精神障礙者之心理因素，必須要有一定時間的觀察期，方能確認之病徵，

³⁴²法務部，法務統計電子書刊，矯正統計資料，<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/yearbook/ER0003-204-359.pdf>，最後瀏覽日期2013年10月18日。

³⁴³我國矯正政策與管理機制之研究，行政院研究發展考核委員編印，101年，2月，頁18。

在於判斷上也將會較為準確。

台灣對精神鑑定之部分，並非是以審判時，為其主要的鑑定程序，在於偵查階段法並沒有明文規定，當然責任能力之判斷有無是法官之責任，鑑定與否亦是如此。本文以為，責任能力之判斷應該不侷限於法院之訴訟程序上，更是應該擴張於偵查階段，因為，精神疾病之病樣徵狀是為動態的描述，時點上鑑定證據是為審判很重要之依據，因此，若能在於精神障礙之犯罪人，於偵查階段簡易鑑定作為概要性的觀察與統計紀錄，在將來審判階段會有更為客觀上的裁量，責任能力之有無，在於判斷上的精神鑑定也比較有的證據力，對精神障礙犯罪人之權力也較為有保障。

二、法官之訪談專業精神醫師

實質法院審查階段，對於精神鑑定報告而言，在我國皆採書面為之，鮮少法官會進行專業醫師之訪談，這部分上，日本、德國、荷蘭都有規範，唯獨德國將精神鑑定分成心理醫師與精神科醫師之兩部分訪談，對於這一點，本文十分之認同，因為生物性之精神醫學並非可以在心理性找出原因，而心理醫師可以輔助起精神醫學部分之不足。

在精神醫學上的精神疾病分類裡，對於心理性引發的精神疾病，為難以捉模的是責任能力的判定，因為它可能會因人、時、地的因素而有所不同，若偵查階段，以有採用簡易的鑑定，而入觀察所有一定期間的觀察統計，直到了實質審查階段，法官也應必須作專業上之訪談。目前台灣對於此一區塊並非有嚴格之區分，也就是精神科、心理學科之分類鑑定，因此，本文，對於精神障礙犯罪者的責任能力之判定，應該從根本上做起，也就是偵查階段到審判階段必須無間斷的觀察與鑑定，因為，針對心理性精神障礙者之犯罪，確定難以判定其責任能力，除了客觀上的觀察，還必須主體上的訪查，方能符合生病的行為不等於罪責，罪責也不應該歸於病態行為。

三、監護處分之執行

新刑法修正時，於第八十七條第二項增訂但書規定，於必要時，得於刑之執行前為之，保安處分執行方式，對於人民基本權利之干預程度而言，部分執行係具有限制自由之處分性質。我國刑法總則編，除了刑罰的規範外，尚有設保安處分的規定，因此是採雙軌制。雖然採取雙軌制，但是保安處分執行法第二條規定保安處分之實施，受法務部之指揮、監督，因此，保安處分之處所含有拘束身體自由之性質在執行上，原則上係採取可以相互折抵的方式³⁴⁴，但是仍為法院為主要的裁量。按德國刑法第六十七條第五項，如有併宣告刑罰及保安處分者，處分先於刑罰而執行者，保安處分期間可以折抵刑期，剩餘刑期，亦可宣告緩刑或在執行刑罰。反觀我國之法制，先執行刑罰再行監護，更不能凸顯監護的作用、目的，實有檢討之空間。

台灣目前並沒有專屬精神鑑定場所以及收容機構，部分收容機構是監獄所改編，在於二元理論的台灣，似乎換湯不換藥之情形，更甚於，保安處分下的監護措施也並沒有治療之措施，只有監禁的方式，惟有保安處分執行法所稱的精神病院等之配套措施，但是這始終是醫院之合併並非收容所，在於執行上，難云妥當之處。台灣對於精神病患之犯罪者，從偵查、審判至執行，整體的配套措施而言，有明顯之不足，無法達到一定的成效，因此，本文認為專屬的收容機構、甚至觀察所以至於簡易鑑定，都必須有專屬處置地方，如此一來，無論是偵查、審判、訪談、或者證據力的取得、責任能力之判斷，都較為有一定之遵循管道。

³⁴⁴許恒達，論保安處分之強制工作，月旦法學雜誌，第214期，2013年，3月，頁194，導論第3段有其分析。

第五章 刑事政策之保安處分

刑事政策起源於十八世紀末的德國，德國法學家費爾巴哈(Anselm von Feuerbach)於一八零一年的德國刑法教科書中，首先使用刑事政策(Kriminalpolitik)一詞，然而其論觀點被普遍接受後，由德國刑法學者們推廣至歐陸法系國家所使用，漸而成為一門學科，³⁴⁵因此，被稱為刑事政策之父，但是並未將其定義說明清楚³⁴⁶，以至於現今對其定義與範圍仍是無法有統一的論點說明³⁴⁷。

刑事政策乃在於十九世紀中後期，因資本主義而快速發展的工業與都市，造成犯罪率持續增加，這樣結果導致於古典學派理論的自由意志理論，選擇性的犯罪觀點上漸而站不住腳，又由於自然科學的發達，因而實證學派的崛起，認為亂世用重典是沒有用的，只是破壞人性尊嚴的沒功能刑罰，所以，刑事政策因此而興起。³⁴⁸

刑事政策一詞，在於定義上的解釋，有許多不同的定義。在廣義的刑事政策而言，稱為國家以預防及壓制犯罪為目的的所為一切手段或方法而言；³⁴⁹狹義的刑事政策，也就是犯罪對策以犯罪原因論的研究成果為基礎，來探討何種方法可以有效減少或防止犯罪的學問³⁵⁰；然更有學者提出最狹義之刑事政策，謂在狹義的

³⁴⁵狄世深，刑事政策概念新探，河北法學，第26卷，第3期，2008年，3月，頁115~116。

³⁴⁶許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁8~21。本書有其德國、美國、日本以及我國各學者對於刑事政策一詞下其定義。

³⁴⁷丁道源，刑事政策學，三民書局，初版，台北，2002年，9月，初版，頁1~3。張甘妹，刑事政策，三民書局，台北，2000年，8月，新增新版，頁2~5。

³⁴⁸許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁7。

³⁴⁹張甘妹，刑事政策，三民書局，台北，2000年，8月，頁2。

³⁵⁰黃榮堅，重刑化刑事政策之商榷，台灣本土法學，第45期，2003年，4月，頁61。

刑事政策中，明顯的經其範圍限縮在刑法的立法政策上。³⁵¹自從人類社會開始經營群體生活以來，人們難免因人際間磨擦與衝突而產生各種型態的糾紛；惟不論何種類型的衝突糾紛，由於此際行為人之行為均不免對群體社會生活利益造成一定程度之影響或侵害，人類社會勢必將面對「如何妥適處理（對待）那些已經犯錯（或即將犯錯）的行為人」此一問題³⁵²。

傳統上認為刑法乃規定犯罪與刑罰之法律，亦即規定「何種行為屬於犯罪，對於犯罪行為人應科以何種程度刑罰」之法律即可歸類為刑法。然而近代刑法在傳統之「犯罪與刑罰」概念以外，尚包括「社會危險行為與保安處分」，故就現代意義之刑法而言，刑法乃規定犯罪或社會危險行為之構成，並賦予其法律效果之刑罰或保安處分的法律規範體系³⁵³。

第一節 保安處分與刑罰之相關問題

我國於一九三五年所制定的刑法中，同樣採取了以刑罰及保安處分作為刑事制裁的二元制度（或稱之為雙軌制度），在給予行為人刑罰與保安處分的刑事制裁選擇上，對於不具有罪責而無法承擔刑罰之行為人，則由法官視具體個案之需求，而給予其保安處分；對於具有罪責而得承擔刑罰之行為人，除給予其刑罰外，亦得視個案之需求，一併給予其保安處分。此外，刑罰與保安處分之間是具有可替代性，在行為人被同時科處刑罰及保安處分的情形中，若其中之一已先為執行，且認為已收降低行為人之危險性的預防效果時，則可免除另一制裁之執行。

³⁵¹許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁10。

³⁵²張明偉，學習刑法，五南出版社，台北，2011年，1月，2版1刷，頁3~5。

³⁵³岩井宜子，刑事政策，尚學社出版，東京，2011年，4月，第5版，頁209~275。

刑法第八十七條為「監護」此一保安處分之規定，係對於行為人存在第十九條或第二十條之原因，因而欠缺辨識行為或控制行為之能力，或其能力較一般人顯著為低時，所設之保安處分措施。³⁵⁴同樣的，對於此等人所為的行為，可能因不具有罪責能力而不成立犯罪，亦有可能因罪責能力較低，而得享減輕處罰之效果。不過，由於行為人本身仍存在一定之再犯危險性，尤其是具有精神障礙的行為人，如未對其採取適當的治療與約束措施，則容易出現再犯之情形，而可能對社會大眾產生危害。因此，對於此等存在精神、生理上障礙或缺陷之行為人，則得令其進入一定之處所，對其施以監護。而目前在監護處分的執行上，係以「保安處分執行法」為依據，依照該法第四十六條及第四十七條之規定，對於受監護處分者，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，以施行監護處分。如係於精神病院或醫院執行監護處分時，此等機關應分別情形對於受監護者施以治療，並監視其行動³⁵⁵。

對於因為無責任能力而無法認定犯罪進而科處刑罰的行為人，以及因限制責任能力而減輕其刑的行為人，得科以保安處分中的監護處分，而判定監護處分的基準則在於「再犯或危害公共安全之虞」。雖然學說上有認為保安處分亦有其賦予利益的一面，並不僅止於惡害而已，但是第一，監護處分是原則上後於刑罰而被執行，第二，所謂的「危害公共安全」不外是一種社會上的不安全感而已（若謂公共安全即是刑法所欲保護的法益，則應該會包含在「再犯」或犯罪的範疇內，而不會成為獨立的判斷基準）；據此，監護處分可以說是完全是為了社會保安或社會防衛而設計出來的制度，縱使讓受處分人輕微於嚴格的刑罰，那也僅於形式

³⁵⁴ 盧映潔，刑事制裁體系—第四講保安處分—，月旦法學教室，第43期，頁70~71。

³⁵⁵ 全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=10030002>，最後瀏覽日期2013年6月3日。

上的分隔而已。³⁵⁶

不過縱或刑法設計了這種主要是為了社會防衛的保安處分，實際上卻沒有適當的場所來加以執行，所以通常都是用保護處分替代了監護處分。³⁵⁷當然如果法院以強硬的態度裁定監護處分，亦不是不可，不過此際司法單位即必須負擔所有的收容費用，而這不是現在的司法財政所能承擔。於這種情事下，唯一可以作為替代方案的措施不外乎是精神衛生法中的強制住院處分。

第一項 刑罰與保安處分之比較

刑罰與保安處分究應採取只選擇其中一種的單軌制(一元主義 System der Einspurigkeit)或是兼採兩種並行實施之雙軌制(二元主義 System der Zweispurigkeit)，素有爭論³⁵⁸，茲分述其理由如下：

一、雙軌制(二元主義)³⁵⁹：

基於刑事政策之目的性以及預防性，必須兼具罪責的應報與危險的預防，而採刑罰與保安處分雙軌制。犯罪人陷於犯罪之原因多元、複雜，僅依賴刑罰恐無以為預防性，因此為達改變犯罪人之惡習，必須輔以保安處分，以根治犯罪原因。刑法為預防犯罪，施以刑事政策以達到預期之機能，必須同時兼顧罪責之應報與

³⁵⁶ 李茂生，監護處分與強制住院處分間的交錯，國立臺灣大學法律學系暨研究所，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，94年5月30日，頁2。<http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/12878/1/922414H002033.pdf>，最後瀏覽日期2013年6月11日。

³⁵⁷ 林山田，刑法改革與刑事立法政策，月旦法學，第92期，頁65-67。針對重大犯罪或無可矯治的行為人要從重科處，從嚴處遇；相對地，對於輕微犯罪或具有矯治可能性的行為人要從輕科處，從寬處遇，只是一種常識性之認知，所謂寬嚴並進的刑事政策，無異於「美麗的謊言」。

³⁵⁸ 中山研一，刑法改正と保安處分，刑事法研究第2卷，成文堂，東京，1986年，8月20日，頁53-62。對於精神障礙之保安處分，採贊成說有田村幸雄氏、小田普氏；反對說有金沢彰氏。

³⁵⁹ 林山田，現在刑事政策之矯治與保安處分制度，中興法學，第8期，1973年，12月，頁3-5。

危險之預防，因此，宜設保安處分以預防危險之再生，使之雙軌並行，互為補充，以達社會保安之目的。對於無刑罰適應性之犯罪人，應無罪責，無法科之刑罰；因此，需透過保安處分制度，針對其危險性實施制裁，以達防衛社會之目的。

雙軌制的缺陷，對犯罪人的雙重處罰：如保安處分條例第三條規定，十八歲以上之竊盜犯、贓物犯，有犯罪之習慣者，得於刑之執行前，令入勞動場所強制工作。因此，得於刑之執行前，令入勞動場所或技能訓練所強制工作三年後，再接續徒刑執行，無疑是一罪兩罰。保安處分剝奪犯罪人自由之程度與嚴厲性較刑罰為重：例如觸犯性侵害罪之犯罪人，經法官裁定須接受強制治療者，除服刑外，還要接受監獄所安排之強制治療課程。

二、單軌制（一元主義）³⁶⁰：

係指刑罰既然為抗制犯罪之工具與手段，立法者實不必再巧立名目以類似刑罰之制度達到排除異己的目的。亦即主張刑罰為國家抗制犯罪、防衛社會安全之唯一手段，排除一切類似刑罰制度如保安處分之存在。英美法系的國家，其採行的單軌制係指在刑罰之外，存有不定期刑的「保安刑罰」，兩者合一，並非如刑罰與保安處分雙軌並行³⁶¹。

處遇內容相同：雖然刑罰的發動與保安處分發動之目的不同，惟處遇之內容，如監禁、隔離及矯治，均相同，兩者並行，實有雙重懲罰之虞。處遇本質相同：在教育刑之思潮以及特別預防思想下，刑罰與保安處分均走向改善犯罪人、促其悔悟更生之目的，因此，實無存在保安處分之必要。

兩者應選其一：倘若刑罰應報思想已不符刑事政策潮流，實可討論以保安處分取代刑罰制度，如此可達矯正其偏差性並消除其社會危險性之目的。

³⁶⁰ 林山田，現在刑事政策之矯治與保安處分制度，中興法學，第8期，1973年，12月，頁5-6。

³⁶¹ 謝瑞智，犯罪與刑事政策，文笙書局出版，台北，2002年，6月，頁285。

三、保安處分與刑罰

表 7-5-1-1，保安處分與刑罰之比較表

比較點	刑罰	保安處分
存在依據不同	行為人之刑事責任	行為人之社會危險性
本質不同	身心痛苦的本質	以改善及教育為其目的
預防目的不同	矯治犯罪人再社會化	預防目的的防衛措施
課以責任不同	道德及社會雙重責任	僅為社會責任
執行上不同	死刑、自由刑、罰金刑等	剝奪或限制人身自由

資料來源：自製

我國將刑罰與保安處分均規範於中華民國刑法一部中，然刑法第二條第二項設有專章分別規範，且保安處分中非拘束人身自由之保安處分無不溯及既往原則之適用，且刑罰之時效亦不適用於保安處分，即是刑罰與保安處分實屬不同的刑事處遇體系，因此我國刑法並非採取一元主義，至甚明顯。

另我國保安處分制度中，刑法特別規定感化教育、監護、禁戒、強制工作及第九十一條之強制治療等，以及刑法第九十八條所規定，刑之執行前執行之，於執行完畢或一部執行而免除後，認為無執行刑之必要者，法院得免除刑罰之執行。然而此種保安處分執行完畢後免除刑罰之執行之情形，實務運作上所見不多，宣示意義大於實質意義。

(一)、相同之處

基於預防思想而存在，刑罰之目的在於改善犯罪人、預防犯罪為職志；而保安處分亦以矯正犯罪人惡性為主，前者以犯罪人之罪責為基準，後者以犯罪人之危險性為根據，在特別預防上，並無差異；再者，刑罰以剝奪或限制法益為預防犯罪之手段，保安處分所用之矯治、感化、醫療及隔離等方式，亦有剝奪或限制

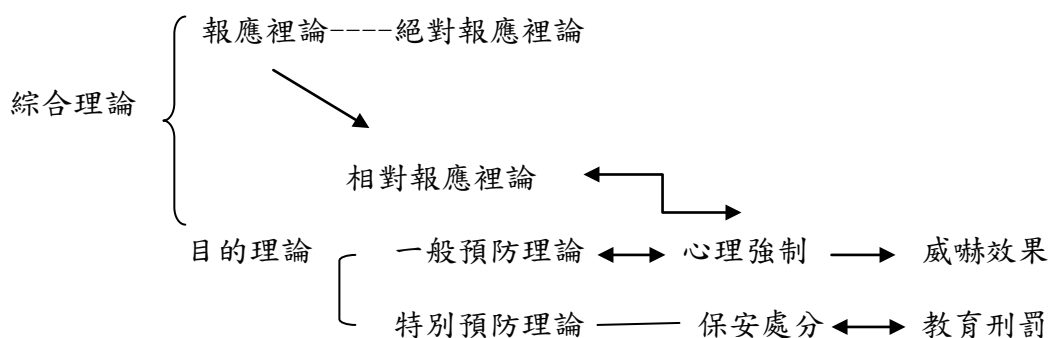
法益之性質，在手段取用上，並也無差異；再以就為社會防衛措施，兩者存在之目的均是防止社會免遭受犯罪人之危害，而影響社會之安寧與人民之福祉；然而對犯罪者的制裁，由於兩者對犯罪人而言具有強制性與痛苦性，可謂是對於犯罪者不法行為之制裁手段；至於司法處分部分，刑罰規範於刑法條文中，而保安處分於刑法中亦特別列專章規範；對於表現良好者有獎勵措施：如自由刑有假釋制度；保安處分有停止或免除執行制度。

(二)、本質上相異之處

刑罰與保安處分，因存在依據不同而有所不同解釋，前者基於行為人的刑事責任，即違法性、有責性。後者是針對於行為人或其行為的社會危險性，就本質上是不具有痛苦的本質，因為本質為改善與教育，不以痛苦為代價，痛苦僅是執行處分時不可避免的副作用而已。再者兩者預防目的不同，前者具有矯治犯罪人與再社會化犯罪人之功能外，尚具有一般預防性的懲罰性倫理譴責與特別預防性的非難性，而後者出於純預防性的目構想的防衛措施，本質上不具譴責性與非難性，僅是特別預防的目的。至於對於課以責任不同觀察，刑罰對於犯罪人課以道德的及社會的雙重責任，保安處分僅對於犯罪人則僅課以社會的責任。而對於執行上也有所不同，刑罰罰則以死刑、自由刑、罰金刑、資格刑等。保安處分是剝奪人身自由與限制其他自由兩大類。

第二項 刑罰之目的論概述

圖 11-5-1-2，刑罰論之體系圖



資料來源：

許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁263-275，參考自作。

一、應報理論

應報理論又稱為絕對理論，該理論的論點，認為刑罰之作用在對於犯罪人還報惡害，以資報應。因此，犯罪人原係於個人違背理性的惡行，國家科以刑罰，再以惡害反諸其身，實現惡有惡報之正義觀念，誠屬理所當然。有罪必罰，且刑罰之分量應與犯罪人之責任相當，在立法技術上，應為同害之報應或侵害之等值。本理論，認為刑罰是針對犯罪惡害之公正報應，又稱為正義理論；由於刑罰公正報應，犯罪乃因之得以贖罪，與社會言歸於好，所以又稱為贖罪理論。³⁶²

二、預防理論

預防理論分為一般預防與特別預防理論，但是早期的一般預防理論與應報理論相結合，所以又稱為相對理論，以預防思想為其基礎，認為刑罰不應只是公正地報應犯罪，以作為實現正義理念之自我目的，而應具有預防犯罪之目的性。³⁶³，而從預防方式不同，一般預防理論的刑罰之目在於威嚇社會大眾，而產生嚇阻犯罪之預防效果。以至於特別預防理論的提出，認為刑罰之意義與目的並非在於報應犯罪的惡害，或以刑罰之痛苦，衡平犯人之罪責，而應該在於教育犯人或矯治犯人，使其能夠再度適應社會共同生活而不再犯罪。因此，刑罰是教育犯人或促使犯人再社會化之有效手段。³⁶⁴這就是目前的預防理論，但是對於刑罰的目的或意

³⁶²林鈺雄，新刑法總則，台北，元照出版社，2009年，9月，2版，頁13。甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁47。

³⁶³甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁47~48。吉岡一男，自由刑論の新展開，成文堂，東京，1997年，6月1日，初版1刷，頁4~6。

³⁶⁴林鈺雄，新刑法總則，台北，元照出版社，2009年，9月，2版，頁15~17。

義，到目前為止仍然是個爭議性的問題。

三、綜合理論

綜合理論融合了應報理論及預防理論之學說論述，但是仍然無法完整的說明出刑罰的目的與意義何在，因此，在不失刑罰的正當性下，對於應報、教育社會化或者正義的實現，去融合各方學派的理論學說，亦皆可稱之綜合學說。刑罰理論的綜合學說分別了有兩派學者，其一是併合說，另其二是分配說，前者認為報應的理論又稱之絕對理論，其根據是在於實現正義；相對理論是應報與一般預防的融合，因此，也不失去其刑罰的目的性，所以，兩者合併故為合併說。後者則認為刑罰可分為三階段思考，則是法定刑、宣告刑以及刑的執行，各階段可以按刑罰指導原則去分配。³⁶⁵所以，該裡論階段也正在發展當中，雖然併合說，在本質上存有對立矛盾之處，是故調和極端兩學說對立現象，而將刑罰之目的矛盾減低到最低限度。而分配說的發展，本文卻認為有可行之處，在理性主義與經驗主義的立足點去追求答案，都並非是唯一的答案，倒不如以立法原理、司法角度以及刑罰的執行作為思考，也不失其正義及預防之目的³⁶⁶。

第三項 刑事政策之新思維

在科技與社會突飛猛進的時代裡，刑事政策之相關思維，無論是出於預防理論或應報理論所展現出來的一元論及二元論之處罰目的，無非是要取得兩者之平衡，但是按刑罰之目的性或各種機能間之關係，以及歷史的狀況、犯罪之種類等原因作綜合之思考，跳脫出兩者之爭甚至於兩者之平衡，從立法者的觀點出發，

³⁶⁵許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁269。

³⁶⁶許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁272，林東茂，刑法綜覽，一品文化出版社，修訂五版，2007年9月，頁1-2及分配說有認同之觀點。

經由裁判至行刑整個過程中，追求其目的性，也可以因其犯罪主體的不同作其變化，因此，對於多元性之社會，存在著應報、預防、責任、危險性、教育及保安等，兩極端化之結構，必須依多元性、發展性以及個別性之不同做以下三點說明刑罰理論之觀點³⁶⁷。

一、刑事立法

立法者最重要的事，乃是如何防制犯罪，以及積極的預防，所以立法者是優先考慮刑罰之目的，藉此回復社會大眾對於司法之信賴，因此，無論是預防目的或者應報目的，皆是以罪責原則、國民法感情以及人性尊嚴之思考，作出刑罰之內容，然在考慮犯罪人之在社會化方向，所以，可以說整合廣義的刑罰之目的，處於矛盾共生共存之狀態，簡言之，應報及預防概念上仍然停留在抽象的層次。

二、刑事裁判

在於法院之裁判階段，係是法院追求犯罪人之責任或在社會化之目的性，即使特別預防之理論下，仍然不可高於責任之上限，但是責任之下限的方面，在德國實務方面是認為容許的，不過必須排除低於責任下限之刑罰。³⁶⁸也就是說，在法院的裁判階段，必須應報、一般預防及特別預防同時並存，依法院之具體考量做出適當的處置。

三、刑罰之執行

該階段，無論是哪種的理論，評價上都已經確定，只是在於自由現至上仍然是存在，行刑之階段而言，唯一所追求是刑罰而已，只是特別預防上，是屬消極

³⁶⁷ 金沢文雄，刑法の基本概念の再検討，岡商科大学學術研究叢書(一)，1999年，3月，頁201-5許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，2012年，9月，頁273。ヴィンフリード・セマー，現代刑法体系の基礎理論，成文堂，東京，1991年，9月1日，頁1-3、123-124。

³⁶⁸ 許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，2012年，9月，頁273。

的隔離政策抑或積極的再社會政策，必須依其犯罪的個別性作出行刑之目的性，例如，日本改正刑法草案第四十七條所云，刑事機構內之行刑，應當依據法令之規定，盡量是應受刑者之個性，以求其改善更生。³⁶⁹

四、小結

林東茂教授對於刑事政策之問題，曾說：「康德檢視理性主義之極限，也只出了經驗主義之不足，他所做的也是調和之工作。理論如果持其一端並堅持到底，不能站在較高的位置，作合乎目的的思考，這樣的堅持可能陷入偏狹。」³⁷⁰，本文認同教授刑罰之觀點，倒不如從刑事立法、刑事司法以及刑罰之執行三方面，作為調合動作，而非爭執在雙方理論之堅持。

第二節 從危險概念論保安處分之目的

近年來，對於部分的重大犯罪，在社會大眾的觀感普遍的感之不安，例如，對於精神障礙者的殺人犯罪以及對幼兒的性侵，這種行為人的犯行重罪而感之憤怒。控制危險犯罪行為人的概念油然而生，相較於再社會化的主流思想受到嚴峻的考驗，在危險性之概念並非是新興的概念，而是近代的犯罪學史上較不細膩的討論而已。這個想法的起源來自於龍布羅梭(Cesare Lombroso)的社會防衛運動，這是被認定某種程度刑法改革之指導原則，其概念上是以完全廢除罪責原則之構成要件的刑法，以單一的危險性程度作為社會防衛刑法典。³⁷¹這一概念上在德國社會防衛運動達至高峰時，刑法學者李斯特(Franz von Liszt)以特別預防理論作為刑法

³⁶⁹許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，2012年，9月，頁274。

³⁷⁰林東茂，刑事政策大綱，2005年上課講義，第6~7頁。

³⁷¹許澤天、薛智仁，德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，元照出版，台北，2008年，11月，頁103-104。

理論之導引，因而德國刑法才以矯治與保安處分來補充犯罪的罪責原則³⁷²，但是一開始的保安處分法仍然有納粹思想的殘留，於是一九六九年刑法改革中，將德國刑法第六十一條以下更名為矯治與保安處分，最重要的是，德國聯邦憲法法院非常重視比例原則，規定於保安處分當中，反之，台灣在保安處分的一部分卻沒有如此的規定，但是在大法官釋字四七一號解釋中已經有明白表示³⁷³，保安處分之宣告也受比例原則之限制。

保安處分(Sicherungsmaßnahme)為大陸法系國家之產物，其首次較有系統納入於刑法體系者，可追溯於一八九三年瑞士法學者斯脫奧斯(Prof. Carl Stooss)在其所起草的瑞士刑法草案之中。³⁷⁴由於十九世紀末葉自由經濟發達，社會結構與組織型態改變，傳統農業社會走向工業化都市化社會的結果，家庭功能失調、解離，造成失業、遊蕩、懶惰、精神疾病患者危害社會秩序之情形日甚嚴重，導致傳統刑罰功能與體系已無法應付實際社會之需要，所以歐陸各國無不於現有刑罰體系外另謀遏止犯罪之對策。

因短期自由刑有害無益，為補其缺失，施以保安處分將更適當。對於少年犯，施以保安處分較動之刑罰更能收到預期之成效，這是保安處分存在的當然理由。以刑法的目的論觀之，是基於在國家法之安定性上，對於社會之危險進行提前的預防及控制；反之，犯罪學上的風險一詞，所涉及層面甚廣，而是具有統計數據所呈現出來的可能性，也就是說風險係廣義的抽象概念，而刑法上的危險一詞卻

³⁷² 李茂生，論刑法部分條文修正草案中保安處分相關規定，月旦法學雜誌，93期，2003年2月，頁107。

³⁷³ 林山田，刑罰學，臺灣商務印書館出版，台北，2009年，6月，修訂6刷，頁336-337。

³⁷⁴ 高仰止，刑法總則之理論與實用，五南圖書出版公司總經銷，台北，1986年，8月，第4版，頁589。王珽顯，碩士論文，保安處分之危險概念，指導教授，謝如媛，國立中正大學法律系研究所，2009年，1月，頁33。

是有廣義危險實害的可能性。在十九世紀初的犯罪學者中³⁷⁵，對於犯罪行為與生物因素的關聯性³⁷⁶，作出危險與風險概念上之不同，因此，進入二十世紀隨著犯罪學與精神病學的發展，對於危險概念的理解昇華後，是包含著刑事司法的意義存在。

由於犯罪人危險性高，對於無罪責能力，無法科以刑罰，因此導入保安處分，可以彌補此一缺失。欲徹底防止累犯，徒賴刑罰不能奏效，故於其出獄後，針對其社會危險性，透過保安處分以彌補其之不足。³⁷⁷受到犯罪學實證學派影響，斯脫奧斯也認同在現有刑罰之外，必須還有特別之法律效果，而能單獨地達成社會之保安與矯治人犯之目的。因此該國刑法草案亦可謂為是首先提出法律效果雙軌性的先驅，而保安處分制度乃應蘊而生。由於瑞士刑法首先建立刑法的雙軌制，其他大陸法系國家乃競相效尤。所以，十九世紀為刑法發達時期，而二十世紀卻是保安處分成熟時代。³⁷⁸

再者，我國目前的刑事法體系觀之，對於犯罪行為人以刑罰制裁，而對於特定行為人的社會危險性作為評價結果，基於社會防衛之概念，採刑罰與保安處分雙軌制的法律效果³⁷⁹，這也意味著刑法分別對於犯罪行為人做了兩種評價，第一，是刑法對於犯罪行為人罪責的評價；第二，犯罪行為人的人格對於社會危險性的

³⁷⁵許澤天、薛智仁，德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，元照出版，台北，2008年，11月，頁104。

³⁷⁶David Denney, risk and society, Sage Publications, Ltd, October May, 2005, p10~12.

³⁷⁷盧映潔，刑事制裁體系—第二講刑罰適用—，月旦法學教室，第39期，頁88，累犯作為刑罰加重事由之批評一節，有詳述。

³⁷⁸李茂生，論刑法部分修正草案中之保安處分相關規定，月旦法學雜誌，第93期，2003年，2月，頁107，第三節保安處分之性格及機能一節有詳述。

³⁷⁹林山田，刑法通論下冊，元照出版，增訂十版，2008年，1月，頁579。竹下賢「リスク社会と環境国家—法哲学の視点から—」，関西大学法學論文集56卷1号，平成18年6月(2006年，6月)，138頁。

強度作評價³⁸⁰，由此觀之，危險性概念在刑事政策上的運用，面臨三段論刑法論述之犯罪行為評價，還是應該歸屬於保安處分範疇上，刑罰上無須考慮罪責原則的問題呢？保安處分以危險概念作為基礎考量，對於處罰的手段作出不一樣的解讀，以特定犯罪行為人的危險性高低，其危險的程度是如何做個準則呢？而當精神障礙者觸犯的刑法，除了受保安處分之拘束，仍得為刑法罪責之評價。申言之，保安處分不需經過罪責之評價，只要認定可能有社會的危險性即可，在於判斷上，危險之認定該怎樣評價呢？過去犯行認定？還是單憑法院作事實上之認定？由於對於國內文獻中，危險性概念與保安處分間的議題，略顯不足，也未從危險性概念的角度進行構思。

第一項 罪責與保安處分之危險性

保安處分所處罰之對象，多屬於無罪責之類型、或為無治癒或矯正可能性之習慣犯或常業犯，仍然具有社會之危險性，因此，乃以刑事政策之手段，來加以矯治，將其危險性排除，以維持安全的社會。刑罰是以行為人之過去行為罪責的刑罰記錄為標準，保安處分則是以其被預測之未來危險性為準³⁸¹，這是區辨刑罰與保安處分普遍的說法。

罪責原則(Schuldprinzip)即是犯罪行為人具有刑事責任的時候，國家公權力以評價行為人的作為判斷的一個基準，又在刑罰上，也必須行為人符合罪責歸咎時，才可以科處刑罰；反之，無罪責或限制責任能力之人的保安處分而言，對於具有

³⁸⁰林鈺雄，保安處分與比例原則及從新從輕原則一評大法官釋字第四七一號解釋，台灣本土法學雜誌，1期，1999年4月，頁99。

³⁸¹盧映潔，刑事制裁體系—第四講保安處分—，月旦法學教室，第43期，頁73，第3段第2點有特別說明。林山田，刑罰學，台灣商務印書館股份有限公司，台北，2005年4月修訂版，第4刷，頁336。林鈺雄，新刑法總則，元照出版社，台北，2009年，9月，2版1刷，685-686。

完全責任能力之人，卻無法適用保安處分的功能。在刑事政策體系架構下，去探求保安處分的功能是否符合罪責之要求，倒不如從保安處分的要素，及危險性作為討論之基礎，罪責之有無是否其關聯或受其限制，還是說，保安處分在同一個刑事政策上，根本上有別於刑罰的兩套措施呢？按二零零五年之「立法院議案關係文書，刑法總則部分條文修正草案」中關於刑法第八十六條修正之以及九十二年之第十五次刑事庭會議探討強制治療處分之適用³⁸²，由此觀之，保安處分限制人身自由之部分，與刑法之監禁自由處分，係同屬刑事政策之制裁。

於危險性的判定上，在刑法第七十七條針對重罪累犯再犯者不予假釋的修法理由³⁸³中，闡明了無論是刑罰制度中還是保安處分之對象危險性評價，都是以「過去的犯行」³⁸⁴為基準去估算未來的再犯危險可能性。因此，刑法理論裡主客觀判斷是為主要的通說處理，那刑事制裁上的處置也應如此才是，所謂危險性必須區分為人身的危險與社會之危險兩方面不同的闡明，若這區隔不明顯區分，在於判斷上，不免落於主觀上之判斷。

德國的安全管束監禁相關措施規定中，是於一般及特別預防理論基礎下所規定的改善與安全處分，因此，其是德國刑事政策上的一種最後的必要之措施。也就是說，當一般刑事措施無法保護公眾安全時，對於「無可救藥之習性的犯罪人」

³⁸²立法院法律系統，立法記錄，92卷17其3291號上冊之立法院議案關係文書366~489，92年4月4日，<http://lis.ly.gov.tw/lgsgi/lgmeetimage?cfcacfcfcfc9cfccc5ccc9c9d2cbc7c6>，最後瀏覽日期2013年6月7日。最高法院92年第15次刑事庭會議紀錄，92年9月9日，<http://tps.judicial.gov.tw/mem/92s15.htm>，最後瀏覽日期2013年6月7日。

³⁸³鄭逸哲，關於累犯、緩刑、假釋和保安處分的新刑法修法簡評，月旦法學雜誌，第121期，2005年，6月，頁8~10。立法院法律系統，立法記錄，91卷69期3265號上冊，4~4頁，91年11月19日，194~329，<http://lis.ly.gov.tw/lgsgi/lgmeetimage?cfcacfdcecfcfec5cec6cbd2ccdc6>，最後瀏覽日期2013年6月11日。

³⁸⁴許恒達，論保安處分之強制工作，月旦法學雜誌，第214期，2013年，3月，頁204，第1段第3點有特別論述。林亞剛 何榮功，論刑罰適度與人身危險性，人民司法，第11期，2002年，11月，月旦法學整編，39頁，人身危險性在刑罰適用中的運用一節中有詳述。

破壞社會之法益時，給予的最後防禦手段，因此，也被認為是最後及必要性的嚴厲制裁措施。³⁸⁵

一九三三年的德國，國家社會主義抬頭，在刑事政策需求上，因被認為「欠缺慮於社會的需求以及面對犯罪的虛弱象徵」，主張弱者、無用之人必須被社會所隔離，這樣思想下，通過了習慣犯罪人法。然經過一連串的改革後，一九五三年將習慣犯罪人法正是歸納於刑法之中，但在一九六九年時的第一次刑法修正與一九七五年之第二次修正重新建構其思想，直到一九九八年時的刑法第六十六條第一項中，已經不再援引習慣犯罪人之稱，取而代之的是，行為人行為刑期的類型及違犯次數做為的基準判斷。³⁸⁶

由此觀之，我國刑法之保安處分之規定，第八十七條一項之其情狀足認有再犯或危害公共安全之虞時、第八十九條第一項之足認其有酗酒成癮並有再犯之虞者、第九十條第一項之有犯罪之習慣或因遊蕩或懶惰成習而犯罪者。這些用語以及判斷之方式，皆都以過去犯行或習慣之危險性判斷基準。這些法條之規定，對於判定一個人之危險性，主觀上的評價標準太過於客觀上的評價標準，在刑法理論之原則下有違主客觀基準原則。

第二項 精神障礙者危險性之判斷

在德國刑法第二次修正時，對於習性、公眾危害之要件上，以及後續審理程序又得要求危險性評估判斷，引發對於不確定法律概念上之質疑，乃至於新立法的德國刑法第六十六條 a 之保留性之安全管束監禁也造成有一樣的問題存在。³⁸⁷ 反

³⁸⁵ 盧映潔，犯罪與被害—刑事策問題之德國法制探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁78。

³⁸⁶ 盧映潔，犯罪與被害—刑事策問題之德國法制探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁83。

³⁸⁷ 盧映潔，犯罪與被害—刑事策問題之德國法制探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁94-95。

之，新刑法第八十七條第一項規定，明列責任能力欠缺之犯罪人，「其情狀足認有再犯或危害公共安全之虞時」，應令入相當處所，施以監護。仍然是具有一樣的問題。因此，使監護處分之要件明文化，設立其正當化的法理根據，油然而生。然關於此項「再犯危險性」的判斷主體與標準，則應進一步做探討。依照文義解釋，再犯危險性應由法官逕自判斷，亦即立法上並未要求精神醫師做此部份的判斷。

德國聯邦法院有部份之判決，對於公眾危險性判斷基準上，是一個獨立的要件，而犯罪人習性方面，必須另外構成審查，也就是對於犯罪行為人進行事後診斷，就是再犯之可能性。³⁸⁸ 按此概念上，與本文所提之主客觀危險性之判斷必須分開評價，才能避免過多的主觀意識上的判定。

就精神障礙之犯罪者而言，對於再犯可能性或危險性的認定，應有精神醫師意見的參與較為合宜。但根據本文訪談的理解，目前實務的運作方式是法院並未主動函詢精神鑑定機構，因此精神鑑定報告也未必就犯罪人之再犯危險性提出說明。而執行監護處分之醫療院所，則係立於執行者的角色，直接對受處分人施以監護治療，並無判斷監護處分要件。

由此觀之，法院對於再犯危險性的判斷，或係藉由精神鑑定結論輾轉推敲，再由被告之犯罪行為與侵害法益程度為綜合判斷，在裁量上有較大的形成空間。在大法官釋字第四七一號解釋文中，大法官針對強制工作處分明白揭示了須受公法上比例原則之限制³⁸⁹，而限制的理由在於大法官將受處分之人區分為具社會危險性與不具社會危險性再犯危險性的評估³⁹⁰。比例原則是不確定法律概念，對於

³⁸⁸ 盧映潔，犯罪與被害—刑事策問題之德國法制探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁105。

³⁸⁹ 林鈺雄，保安處分與比例原則及從新從輕原則—評大法官釋字第四七一號解釋，台灣本土法學雜誌，1期，1999年，4月，頁100。

³⁹⁰ 司法院大法官解釋文，87年12月18日，<http://www.judicial.gov.tw/constitutionalcourt/p03>

精神醫與法律之整合，在比例原則之判斷上誠屬不易，不僅僅是精神醫學或法學的問題，甚至與犯罪學、統計學、心理學、社會學等各個層面之聯結，因此在制度面而言，不應由法院負責再犯危險之可能性的預測，而應統合各專業意見後作整體判斷，較能形成客觀具體的標準。

本文認為在不確定的危險性之有無標準，判斷之主體應該是誰？在高度科技進步整合的社會，危險性的有無，並非可以由法院單方面可以評價，論證過程中必須有很多證據來輔佐，增加司法的公信力。本文肯定大法官的解釋的比例原則適用，但是比例原則下的運用又是如何呢？值得三思的問題。保安處分有學者認為必須基於正當性基礎的法益權衡，在這原則下，一則行為人之危險性；二則基本權之限制，不論是何種保護之利益，只要是限制人身自由的部份³⁹¹，理應謹慎，換言之，如果把保安處分重點放在治療的論點上，對於危險性之判斷將會失衡，也就是行為人之危險性基於治療目的不願意去做最小的權限判斷，因此，在充滿不確定危險的社會中，更是要理性客觀的去評價一個事實，而做出最公平公正的結果，才是不失其法治國的意義存在。

精神障礙者之危險性判斷本文作以下建議：

一、參加判斷之對象：精神專科醫師，臨床心理師，心理諮商師，社會工作者，家屬與法官作訪談與理解程度。

二、比例原則之運用：按犯罪人之情狀、人格特質、犯案動機及病情之嚴重程度，作合理之處置，以治療回歸社會為主要標的，控制危險為輔。

三、整體評價之程序：確定精神障礙犯罪人之責任能力，係屬無責任能力或

[_01.asp?expno=471](#)，最後瀏覽日期2013年6月11日。

³⁹¹林鈺雄，保安處分與比例原則及從新從輕原則一評大法官釋字第四七一號解釋，台灣本土法學雜誌，1期，1999年，4月，頁101。

限制責任能力時，然須以保安處分予以處遇時，治療與危險性之衡量，能兼顧固然為佳，若不能時，應就危險性之程度作合理之治療控制。

第三項 二元制度下之危險防衛概念之省思

刑罰犯罪理論之裁量係以刑事責任之評價為其基礎，而從預防概念上的刑罰理論，無法完全呈現刑法預防犯罪之效果；如部分的犯罪行為人雖然具有危險性，卻沒有刑罰之適應性，或者在刑罰之徒刑內無法達到預防之效果，或者無法達到教育與治療之目的，因此，刑罰必須保安處分加以補充，以司法處置之手段，對於具有社會危險性之犯罪人，以教育、社會治療加以處遇。在這概念下的保安處分觀其二元刑罰理論而言，為了避免達到犯罪預防之目的，而荒廢刑事責任之基本原則，不免失去其意義。

在刑罰的罪責歸咎原則以及保安處分之社會危險防衛概念是迥然不同的思維，唯一相同的是，皆屬於刑法之法定任務，雙軌並行互為補充；但是，保安處分之本質上，也透露出不可避免的缺失，即為剝奪人身自由之部分尤其顯著。保安處分在於執行面而言，與刑罰之監禁根本無所差別，只是不同於名稱爾爾，甚至於，前章節所言，監獄機構內，分科別類於精神障礙者犯罪者所為之部分處置機構，若是因精神障礙犯罪者因保安處分之監護，然執行完畢後，仍繼續執行刑罰之部分，無非是以同一監獄內換的房間而已，在這一事實上，有學者對此名稱為批評為註冊商標之詐欺³⁹²。

台灣刑罰之二元理論下，本文就精神障礙犯罪者之保安處分之監護制度作一檢討，為能修正此一缺陷之方法，惟有建構特別保安處分之治療或監護機構，保

³⁹²林山田，現在刑事政策之矯治與保安處分制度，中興法學，第8期，1973年，12月，頁4。

安處分之判斷危險性不同於刑罰罪責，基於社會之安全防衛概念，預防理論處遇上更是應該予以分別，若處於相同之處遇且不同的判斷標準，不免淪落於法律之公平性及人權之落實，因此，保安處分貴在補充刑罰不足，補其不足並不表示著處罰之效果歸於相同，所以，建構特別的保安處分之監護設施實為必要之選與其監禁之處分作此區別。

第三節 精神病患之強制治療等相關規範

精神衛生法中的強制住院處分是指地方政府對於有自傷他害之虞的精神病患在一定的條件下令其收容於精神病院的行政處分。這種處分原本是為了國民的精神健康而為的強制治療處分，不過如今卻有明顯的變質現象³⁹³。不僅是因床位有限導致收容期間不是以個案精神健康的康復而定，甚至於在國民健保制度的給付額度有差異的情況下，精神醫療單位毋寧是比較歡迎有較高支付額度的同意住院，而不歡迎額度較低的強制住院處分³⁹⁴。

一九五二年時，因為藥物治療的發達以及社區精神治療的趨勢，導致醫療設施收容措施的改變，精神疾病收容所成為僅會收容一些處遇困難或甚至於已經放棄治療的嚴重精神病患。此再加上人權重視的傾向，導致收容程序上的司法化現象，例如準司法機關的介入等。這些問題仍然存在著目前的精神醫療系統，這些都會使得原本具有醫療處分的性質的強制住院處分變得愈來愈類似於刑事上的保安處分。

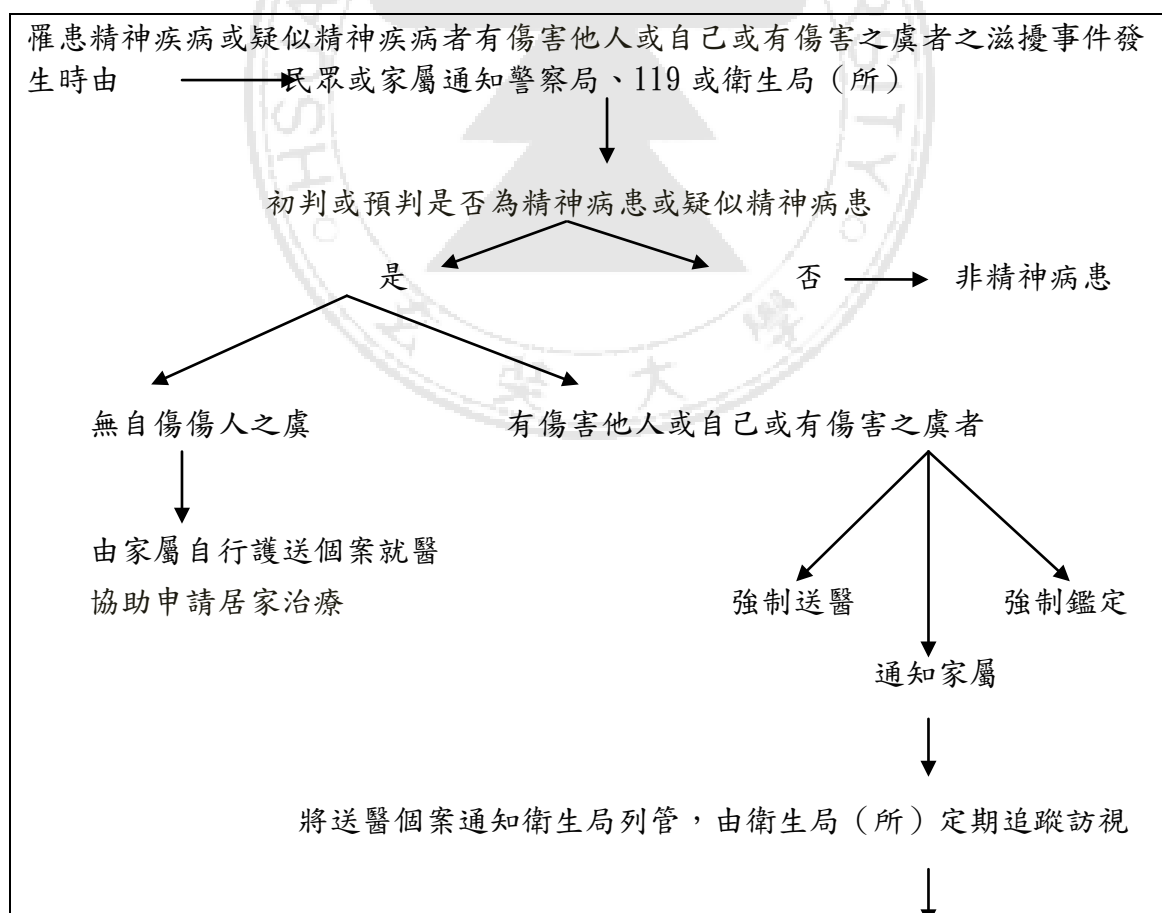
³⁹³ 李俊穎、周煌智，從精神病患住院實例探討精神衛生法中強制就醫權疑義，醫事法學，第10卷第3期及第11卷第1其合訂本，2003年，3月，頁42、43。

³⁹⁴ 李茂生，監護處分與強制住院處分間的交錯，國立臺灣大學法律學系暨研究所，行政院國家科學委員會專題研究計畫，成果報告書，94年5月30日，<http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246/12878/1/922414H002033.pdf>，最後瀏覽日期2013年11月29日。

財政上醫療院所不願意接受強制住院處分，但是另一方面制度的變化卻使得強制住院處分日益變質成需求愈來愈高的保安處分替代措施。在這種矛盾的情事下，我國未來制度的走向可能是區隔兩種住院措施的性質，一方面強調財政上的需求以及治療傾向，而將正常精神院所的收容措施對象限定在較無公共安全顧慮且不會影響到醫療單位的日常安寧的病狀輕微但令社會困擾的精神病患上，另一方面則是另籌經費創設完全長期隔離且較無治療取向的精神病患收容設施，以便容納有再犯之虞或引起社會恐慌的精神病患。當然後者即是未來法院裁定監護處分後，真正執行該保安處分的場所。

第一項 精神衛生法之概論

圖 12-5-3-1，精神病患強制就醫之流程



由精神科醫師鑑定屬於精神照護體系之5、6類患者，由社會處協助安置

資料來源：

台中市衛生局精神病患緊急護送就醫工作流程，2013年5月3日，<http://subject.health.taichung.gov.tw/SUBhhc/news/index-1.asp?Parser=22,26,229,217,,369>，參考自製，最後瀏覽日期2013年6月12日。

隨著科技社會的進步、對於病人權利保障的意識逐漸抬頭，已將過去高度醫療化、集中化的精神醫療，隨著時代的變遷，著重社區化醫療，幫助病人回歸社會，期望將來提供病人更完善的照顧。因此，由行政院衛生署主導，擬定「精神衛生法」修正草案，共計七章六十八條，送交立法院，已於二零零七年六月五日三讀通過。³⁹⁵

近年來，隨著科技的進步發達，競爭力也持續增大的環境裡，社會大眾對於環境的競爭力的精神壓力倍增，也造成精神相關疾病之人日益增加，³⁹⁶有關精神病人權利保障的醫療，目前治療方法已經與以往不同。這次的修正精神衛生法之主要目的有三個方向，第一方向在於病人權利的保障；第二方向則是在於送醫的流程，對於嚴重精神病人送醫及強制住院的精神病患之人權，而第三個方向則為處置的部分，對於精神病人的社區照護，特別強化精神病人社區照護體系。因為國內自殺率有逐年升高的趨勢，為有效避免緊急危難，迅速進行相關救援工作，因此這次修法中增列相關規定，希望能夠強化緊急救援及自殺之防治工作。

從最近修法的精神衛生中，至於病人之強制送醫以及法院是否介入審查之部

³⁹⁵ 立法院法律系統，立法記錄，94卷44期3426號一冊 16~16頁之立法院議案關係文書311-316，94年9月23日，<http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfc9cfcdcfcecfcec5ccceced2cccec9>，最後瀏覽日期2013年6月11日。

³⁹⁶ 身心障礙者服務資訊網，台灣身心障礙人口狀況，<http://disable.yam.org.tw/node/5>，最後瀏覽日期2013年6月11日，98年底止領有身心障礙手冊者計有107萬1,073人，較97年底增加2.93%；身心障礙人口占總人口之比率為4.63%，較97年底增加0.12個百分點，續呈逐年上升趨勢。

分，仍是有顯不足之處，相對於國外之法制，非自願行住院及自願行住院，有不同的審查機制，甚至於法院必須介入審查。然保安處分之強制治療處所，與精神衛生法所謂的強制治療處於模糊不清，甚至於變項的收容所，對於處置而言，似有明顯不足，更是有檢討之空間，因此，本文就此，略作以下篇幅之討論。

第二項 精神衛生法強制住院與保安處分強制治療

我國之保安處分中的監護處分與強制治療，分別規定於刑法第八十七條及第九十一條之一，目前台灣之監護處分對於刑法第十九條第二項及第二十條瘖啞者之責任能力所處置對象，主要係以監護收容為主，非以治療為其目的；反之，精神衛生法之強制住院治療係以治療為主收容為輔，由此觀之，若精神障礙者犯行嚴重之刑事案件時，並非能以強制治療為其目的，只能科以刑法第八十七條之監護處分，因為刑法第九十一條之一所規定，以妨害性自主罪及妨害風化罪之強制治療之部分而已，並沒有因精神病患犯罪而為其治療處分，因此，精神衛生法之強制住院之處置，顯得更為重要。

現前我國具有的監護處分制度中，並沒有發揮完全作用，但是若社會上連續發生數起精神病患所為的嚴重犯罪行為，則制度的改革方向，在監護處分將會逐漸落實，且其性質將會是一種無治療傾向的單純收容處分。無責任能力的精神病患其再犯率低於一般健全者，而限制責任能力的精神病患的犯罪率也不見得高於一般人³⁹⁷，不過可預期的是這些人都會因為制度上的缺失以及社會不安全感的作

³⁹⁷ 李茂生，監護處分與強制住院處分間的交錯，國立臺灣大學法律學系暨研究所，行政院國家科學委員會專題研究計畫，成果報告書，94年5月30日，<http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246/246/12878/1/922414H002033.pdf>，最後瀏覽日期2013年11月29日。

崇，長期地被收容到醫療品質較差之監獄或收容所³⁹⁸，因此，惡性循環之效果，問題將無法獲得解決，所以，問題仍必須從基本上解決，也就是收容或觀察之場所。

我國應該從現在開始著重精神醫療的體制改革，或甚至於應該開始反省精神醫療理論與實務方面過度著重藥物治療以及無謂地強調開放設施的必要性的弊害。許多精神障礙犯罪人再犯之原因為治療中斷。依我國新修正刑法第八十七條第三項規定，對精神障礙者不論是施以監護，或受刑之執行均有屆期；且執行中認無繼續執行之必要者，法院亦得免其處分之執行。因此，為減緩監護處所之負擔，甚至避免浪費經費，對再犯危險性低及輕微犯罪者不施以監護者，得命其至指定精神病院住院或接受定期治療。治療不中斷，亦可達到使精神障礙者回歸社會之處遇目的。當然，如治療醫院發現受治療者有緊急症候或危險性增高之情事者，亦有義務通知法院，決定是否有繼續執行監護之必要。

第三項 我國精神病患之執行面之相關問題

保安處分執行法第四十六條：「因有刑法第十九條第一項、第二項或第二十一條之情形，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。」第四十七條：「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。」以及保安處分執行法第二條之處分場所之定義為，

³⁹⁸趙晞華，試評我國當前之刑事政策，國政研究報告，憲政(研)092-043號，92年11月3日，<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/CL/092/CL-R-092-043.htm>，最後瀏覽日期2013年6月11日，法務部為建構現代化刑事政策之藍圖，參考近年來國際上的刑事政策有朝向嚴格的刑事政策與緩和的刑事政策二者同時並進之趨勢，提出「寬嚴並進的刑事政策」，就刑法相關條文進行修正。可參閱，立法院法律系統，立法記錄，91卷69期3265號上冊，4~4頁，91年11月19日，194-329。

感化教育及強制工作處所。監護、禁戒及強制治療處所。刑法第八十七條及九十一及第九十一條之一皆有相當處所一詞，若以執行面而言，精神疾病院所在於保安處分上，是為雙面角色，在於監護處分期間完成前也必須完成治療之結果，因此，治療、保安，應該所有要件上應該有所不同，本文略論述其差異性：

一、概念不同：

治療是以精神病患為主，不以保安為前提，反之，保安處分之監護，皆以精神障礙者犯行不法行為時，才依其保安處分執行法入院治療，但是入院治療之期限，是以法院判為期限，若是如此，執行上的措施，則有本末倒置之味，因此，監護處分仍為以隔離為主，治療為其被動；反之，精神衛生法之強制入院治療，雖說以治療為主，但是，在於人身自由之限制上，並非有司法單位之判斷。因此，保安之強制治療以及精神衛生法之強制入院治療概念上有所不同，唯有處分之處所是相同的，精神病院則扮演著兩種不同角色。

二、監護處分應以治療為其優先：

預防理論之概念下，預防危險性之發生，首應以治療為主，惟有無法經由治療之手段達到預防危險時，方能施以保安處分。但是，台灣目前之現狀中，保安處分仍然處於主導支配階段，而必須以長期治療之病患，若因犯行重大犯罪之精神障礙者，處於一定之期限治療，期限完成時，治療也必須完成，若沒有完成時，也必須中斷。因此，治療應先於保安，而在治療之階段也可以作為評估書，防止有再犯之虞的判斷依據。本文管見以為治療優先後於保安的話，對於危險性之預防上，將會更加明確³⁹⁹。

三、精神病患之收容處置

³⁹⁹張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁292。

在精神衛生法第四十二條之強制住院治療之期間為其六十日；保安處分之監護係刑法八十七條第三項，為五年以下，就兩法之比較，精神衛生法係屬於較為寬鬆的處置；保安處分是嚴格的，但是，目前所要處置的是精神上生病之人，並非一般完全責任之人，更何況是限制人身自由之處分，因此，刑法上之有罪疑唯輕原則，應利於被告自由以及比例原則理應適用之⁴⁰⁰，無論是精神病人之權利抑或是判斷精神病患者是否收容，都必須客觀及嚴格的審查才是對於人性之尊重的態度，台灣在此區塊上，並沒有適當的專業處置場所，皆與監禁合併收容，導致許多的判斷上造成難題與處置，在這議題上，明顯著於精神病患之犯罪者，是入罪化非以治療為其主軸，本文認為較為遺憾之處。

第四項 精神衛生法與其德、美國強制治療之探討

第一款 美國法制監管之概論

美國對於人的監管一詞，有兩種不同之方式，第一是非自願之監管；第二是自願監管，在於非自願之監管上，有國家之監督人權及警察權之介入，前者是，不能照顧自己之精神或身體上非健全之人進行監管；後者是對於急迫危險之精神疾病患者進行監管。而對於精神病患者之監管有三種機構，其一，特定治療機構、其二，政府部門、私人部門以及個人密切監督的社區進行監管、其三，刑事上之監管，這三種機構皆用於無刑事責任能力之精神病患，但是患有精神疾病需要照顧與治療；抑或被評斷有罪之裁決必須接受監獄內之治療，反之，自願監管之精

⁴⁰⁰張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁292、293。

神病患者，有所不同，不需考慮醫療之建議，隨時可以離開院內。⁴⁰¹

值得探討的是對於非短期的監管，在美國的作法是，要求法院舉行聽證，並以警察或醫療單位作短暫的精神鑑定報告，若是長期的監控則必須有法院之命令書，不僅如此，有時候仍要求精神醫生、心理專家或者醫療單位提出報告，甚至於出庭作證。在於急迫危險的精神病患者之監管部分，在於美國的非自願監管也存在著不少之爭議，認為損害了美國憲法之實體正當程序⁴⁰²。

第二款 德國之行為監督制度

行為監督，係指監控危險犯罪人之措施，這種是改善矯治保安處分之中的一種措施，被認為是符合比例原則的新型改善措施⁴⁰³。凡進入行為監督之人都在監督單位之監控，而該單位係隸屬各邦司法行政事務範疇，因此，有學者稱為行政監督⁴⁰⁴，監督單位任務必須對於受判刑人實施監督及照顧，甚至於適用於監督之受刑人可以選任一名觀護人從旁陪同協助，因此，監督單位與觀護人在法院之共識下同為監督與照顧。⁴⁰⁵

德國在於行為監督處分部分，是對於被認定有危險性之受判決人之制裁手段，而其沿革係一九三三年警察權之管束概念而來，德國在二零零七年大幅修改行為監督法，此一修改之理念為行為監督被視為不拘束自由的密集舉止控制，並結合了在社會化之輔導，其對象在於嚴重的累犯或專業犯罪人，但是此一行為監

⁴⁰¹時延安，中美精神病人強制醫療制度之比較，法學評論，第4期，2009年，頁114，第2段，第1點有其詳述。

⁴⁰²時延安，中美精神病人強制醫療制度之比較，法學評論，第4期，2009年，頁115。

⁴⁰³盧映潔，犯罪與被害—刑事政策問題與德國法至探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁124。

⁴⁰⁴許春鎮，論國家對地方自治團體之監督，玄奘學報，第4期，2005年，12月，頁239~253。

⁴⁰⁵盧映潔，犯罪與被害—刑事政策問題與德國法至探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁129。

督其危險性必須尚未達到保安監禁之門檻。⁴⁰⁶

在於二零零七年行政監督作一系列的改革，對於精神病患之犯罪者部分，即是擴大法院指令事項範疇，加強臨床治療或戒斷上癮之可能性以及新增危機干預政策，也就是有期限之再進入監禁制度，這兩項修改，對於精神病患犯罪者上較為有關聯，針對精神疾病或成癮犯罪者之案件，行為監督也在暫緩保安處分或暫停執行保安處分時之法定自動輔助措施。⁴⁰⁷

德國之行政監督⁴⁰⁸，執行收容處分後擬釋放精神障礙犯罪者，必須附帶為行為監督之處分，此係對出院之精神障礙犯罪者之一種保護觀察制度。行為監督制度為德國刑法第六十五條第五號「未剝奪自由的保安處分」之一，為刑事判決之一種。即法院認為犯罪行為人將來可能有再為犯罪之虞時，與刑罰併科之一種保安處分。依此，犯罪行為人須遵從行為監督官一定之指示。行為監督之期間為二年以上五年以下，負責行為監督之保護觀察官通常隸屬於地方法院，地方法院之院長有權任命行為監督所之所長、副所長及保護觀察官。⁴⁰⁹

監督之內容除與精神障礙犯罪者直接面談、以信件或電話談話，尚包括提供其教育、職業、失業保險等之申請援助服務。在行為監督期間內如有違反「應遵守事項」者，依德國刑法第一四五條 a 規定：「在行為監督期間內，精神障礙犯罪者違反第六十八條 b 第一項所記載之指示種類之一時，如危及處分之目的，處

⁴⁰⁶許澤天、薛智仁，德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，元照出版，台北，2008年，11月，頁113。

⁴⁰⁷許澤天、薛智仁，德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，元照出版，台北，2008年，11月，頁116。

⁴⁰⁸加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療 高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべき，成文堂，東京，2002年，5月，76-79頁。許澤天、薛智仁，德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，元照出版，台北，2008年，11月，頁112-115。

⁴⁰⁹曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年11月，頁75，第6點有說明之。

一年以下有期徒刑，併科罰金。行為監督所應主動提起訴訟。」

第三款 精神衛生法之檢討

一、病患稱謂之檢討

WHO 的 ICD-10 及 APA 的 DSM-4⁴¹⁰，將其醫學精神障礙的類型，已經不以精神官能症區分，也就是精神疾病的醫學上稱謂，而以精神狀態的症狀，情境作為區分標準。再觀其精神衛生法第三條，⁴¹¹本法所用名詞定義之第一項，精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者，第三項，病人是指罹患精神疾病之人，第四項，嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

國際上的潮流，已不將精神病患者標籤化，以及形象化，而在這次修法的過

⁴¹⁰詳見，WHO，ICD-10，第五章，精神與行為障礙<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60.9>，最後瀏覽日期2013年6月12日，精神疾病診斷與統計手冊，美國精神醫學協會(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱DSM)，DSM-IV-TR將精神疾病分成以下16類：1.通常初診斷於嬰兒期、兒童期或青春期的疾患(Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence) 2.譫妄、癡呆、失憶性疾患及其他認知疾患(Delirium, Dementia, and Amnesic and other Cognitive Disorders) 3.一種一般性醫學狀況造成的精神疾患(Mental disorders due to a general medical condition not elsewhere classified) 4.物質關聯疾患(Substance-related disorders) 5.精神分裂及其他精神性疾患(Schizophrenia and other psychotic disorders) 6.情感性疾患(Mood disorders) 7.焦慮性疾患(Anxiety disorders) 8.身體型疾患(Somatiform disorders) 9.人為疾患 (Factitious disorder) 10.解離性疾患 (Dissociative disorders) 11.性疾患及性別認同疾患(Sexual and gender identity disorder) 12.飲食性疾患(Eating disorder) 13.睡眠疾患(Sleep disorders) 14.其他未分類之衝動控制疾患(Impulse-control disorders not elsewhere classified) 15.適應性疾患 (Adjustment disorders) 16.人格疾患(Personality disorders)。 <http://www.behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr#301>，最後瀏覽日期2013年6月12日。

⁴¹¹立法院法律系統，精神衛生法，<http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@846930886>，最後瀏覽日期2013年6月12日

程中，也對於這個方向的肯定，甚至刑法法典也將其改為精神障礙者的稱謂，所謂之障礙，就是在精神部分某種功能上出現障礙難行的情況，必須以情狀方能分析其病徵，職是之故，在精神衛生法修法的三種點方向，其中的精神病患標籤化，作為人權部分的基石為之修法，可是在於名詞定義的部分卻沒有跟進，這確實感到遺憾。

二、精神衛生法之精神病患危險性概念：

精神衛生法第四十一條第一項：「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院」。稱傷害他人或自己或有傷害之虞的語句中，危險判斷可以分為二種，其一，對他人有危害，為了避免潛在的精神病患者有危害公共安全，所對於精神病患者強制住院之治療，對於此種人身自由之限制，在概念上是為危險防衛思維上，因此，對於精神病患者有危險之虞時，方能成為強制住院之治療，其二，是對自己有傷害之虞者，精神衛生法落實照顧病患之思維上，對於自己之危險性，出於保護照顧，而作出的適當的制止。在抽象的危險性判斷上，無論對於自己或他人有傷害行為時，所作出的強制性的自由限制，而在自由的限制上，係以是否嚴重性作為判斷基準，危險性與嚴重性，兩者皆是以精神鑑定醫生作為判斷基準，因此，本文以為，未起訴前之精神衛生法先給予治療處分，當然此為未犯行重大刑案時，檢調單位並非直接介入，強制住院治療之處置，本文仍然認為醫院必須有通之法院之義務，而作出適當性比例原則裁量，並非委由精神鑑定醫師單方判斷。

三、該由哪個單位方有送嚴重病人送醫及強制住院的權力？

按現行「精神衛生法」第二十一條第二項規定：「前項嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。」也就是說，如果精神病人的病情嚴重，經過二位專科醫師診斷鑑定，就可以強制病人住院。以及修正條文第四十一條第三項規定：「前項強制鑑定結果，仍有全

日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，向審查會申請許可強制住院；強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。」專科醫師、審查會決定強制病人住院的緊急安置期，以五天為限；經鑑定無強制住院必要或於期限屆滿前未取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。另強制住院期間，不得逾六十日，如專科醫師認為還有延長住院期間的必要，還得再把個案送到審查會，而且延長時間不可以超過六十天。

此外，如果病人或其家屬對審查會所做的決定有所疑慮，修正之「精神衛生法」中，也增列救濟方式；根據第四十二條第三項規定：「經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或其保護人對於法院裁定有不服者，得於裁定送達後十日內提起抗告，對於抗告法院之裁定不得再抗告。聲請及抗告期間，對嚴重病人得繼續緊急安置或強制住院。」就按精神衛生法之內容觀其之，司法之前置程序，係以醫療單位為主要判定標準，司法單位則為救濟程序。

對於精神病者之人權自由而言，精神病患是否強制住院，可分為自願性以及非自願性兩種，非自願性強制住院，乃出於精神病患之急迫危險性，理所當然可先由精神專業醫師之判斷後，作一緊急之處分⁴¹²，然是否再聲報法院作最後審查，並沒有規定，只有審查會作為評估，該評估再作為是否強制性入院治療，法院部分只作為行政之救濟部分，本文認為，非自願性強制入院治療，對於病患之人身自由干預頗大，理應以法院作最後審查，方為合理；而自願性強制住院，係由家屬之聲請入院，這部分也應該回歸到司法前置程序去審查，並非由精神專業醫師

⁴¹²郭明政，醫療專業、行政監督、司法審查與民間參與—精神衛生法強制鑑定、強制住院及拘禁治療條款的分析與改革，戰鬥的法律人—林山田教授退休祝賀論文集，元照出版，2004年，1月，頁384-387。

作為單一判斷基礎，甚言之，對於審查委員會的申訴，本文認為該單位只是於行政救濟上的程序而已，而法院只是最後的申訴關卡，在對於人身自由限制的程序上，理應回歸到法院審查方為合理。

第四節 國家責任與刑事政策之趨勢

修復式司法(Restorative Justice)，係在以被害人權利為中心的基礎上，對犯罪事件及犯罪者所為一系列的反應，在刑事司法過程當中，透過犯罪人與被害人之間建立對話關係，以及社區相關方面的參與，促進加害者的悔悟及主動承擔責任以消除雙方衝突，化解矛盾。是一種以積極態度匯聚各方，以修復受損社會關係的司法活動與過程；也是一種介於正義模式與福利模式、應報性司法與矯正性司法之間的替代性司法活動。⁴¹³其核心思想乃在使傳統的「懲罰」、「矯正」轉型為「修復」，⁴¹⁴具有修復性、參與性、社會性、前瞻性及靈活性的特徵，而以「癒合」為最終目標。

從世界各國對於刑事司法觀念上，已漸漸的再轉型，從預防犯罪的原則，轉成修復式，從刑罰上轉為矯正輔導回歸社會為其重點。在這個過程之中，對於社會或國家而言，也必須承擔起一些責任，由是針對嚴重的精神病患者的刑事處罰，應該更為寬容、理性的對待。若是以日本與英國命強制治療應是否以治療可能性為前提要件，可能會浪費醫療資源，因精神疾病之犯罪人之其病因，雖然治

⁴¹³ 向井紀子・大月晶代，修復的司法—少年司法との關係を中心に，レファレンス，2005年，10月，頁68，第1段有解釋其定義。http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200510_657/065704.pdf，最後瀏覽日期2013年6月12日。

⁴¹⁴ 古川隆司，オーストラリアにおける犯罪者の社会内処遇と日本への示唆，追手門学院大学，オーストラリア研究紀要，第34号，2008年，頁77，詳見，第2段，社会内処遇および更生保護，http://ir.oulib.otemon.ac.jp/infolib/www/_com/pdf/aus/b0136701.pdf，最後瀏覽日期2013年6月12日。

癒之可能性僅為概略性之估計，甚至有些病因於醫學方面仍無定論，甚至人格違常的精神疾病卻不在少數，而且在精神醫學方面認為人格違常病不算精神疾病的一種。若一昧強制治療，沒有考慮是否有治癒的可能性的話，只是徒增資源的浪費爾爾。

第一項 精神障礙犯罪者之社會國家責任

在二十世紀以來，社會本位思想的發展，法律援助不僅是一種權利的部分，也是國家福利的組成。因此於現代意義上的法律援助，是權利與福利一起建立起來的一種基礎，所以，法律援助是一種國家責任。⁴¹⁵在德國方面，精神病犯罪者出院後的處置，卻無人可保證犯罪人絕對不再犯，則監護期滿，不論是出院或出獄，應輔以行為監督制度。⁴¹⁶雖然治癒之可能性僅為概略性之估計，這種國家行政上的監督就是一種國家責任，基於國家責任上，另一種考量則是社會的安全性，本文就國家責任與社會安全分述如下：

一、社會安全：

精神障礙者印象化的過程並非與生俱來，而是一個社會互動與社會建構的過程。印象的形成主要包括了三個因素：對於被標籤者所產生的實際或象徵性威脅的接收、強化區隔以及對於該威脅的社會意義的共享。如，不定時炸彈、瘋漢砍人、人魔發狂等語。研究都顯示⁴¹⁷，大眾媒體是一般大眾獲得精神病資訊的最主

⁴¹⁵彭錫華，法律援助的國家責任—從國際人權法的視角考察，法學評論，第3期，2006年，頁64，第1段有其詳述。

⁴¹⁶曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁92，第2點有說明之。

⁴¹⁷楊志偉等5人，常見的疾病污名化之影響。台灣醫學，第9期，第6號，2005年，頁814~817。蘇逸人，疾病覺知、疾病控制信念與社會污名：精神分裂症患者疾病心理適應之心理社會因應模式。國

要來源，人們對精神病的認知，多半是來自於媒體⁴¹⁸，媒體對精神病患的呈現影響了民眾對於精神病患的接收資訊，其是否強化了精神病患與常人的區隔，使精神病患為一種社會共同認定的威脅，是在研究精神病與社會這個議題時的關鍵因素。⁴¹⁹媒介作為一大眾接收資訊、詮釋資訊並且共享資訊的通道，瞭解媒介如何呈現精神病患，對於往後精神病患烙印的探究其重要性是不言而喻的。

國內外研究都指向媒體是造成精神病烙印的最主要因素，社會及媒體的不利報導的確是造成精神病患烙印最重要的因素。精神病而媒體上對精神病不利和不正確的消息，會造成大眾對精神病患永久且傷害性的誤解。如此誤解，不僅是對精神病人權的傷害而已，其實也是對於全民健康安全體系的一種危害。

首先，精神疾病的醫療及復健，是不可分開的一體兩面；目前世界上精神醫療、復健模式，均逐漸從以醫院為基礎(Hospital-based)轉向以也重視社區為基礎(communitary-based)的模式，這已經是現代精神病醫護不得不可的趨勢。如果媒體的報導又繼續標籤化精神病患⁴²⁰，便會使社區居民排拒精神復健中心在社區成立，形成，使得民眾抗拒在自家附近成立復健安養中心，最終會使得精神病患無路可去，精神病患因無健全之治療，導致於犯罪率隨之而來，將會使得問題日趨擴大。所以，精神病患者，逐漸走入社區治療，與社會作融和，在這當下，媒體、國家等都應該負起一定責任，對於社會安全作最大努力的貢獻才是。

二、國家責任：

立台灣大學心理學研究所碩士論文，2002年。韓德彥，華人文化下污名感受、生病行為與情緒對身體化傾向之影響。國立台灣大學心理學研究所碩士論文，2001年。

⁴¹⁸張作貞，精神疾病烙印及抗烙印行動之對話，東吳社會工作學報，第19期，2008年，12月，頁35~156。

⁴¹⁹唐宜禎、吳慧菁，精神疾患污名化與去污名化之初探，身心障礙研究，第6期，第3號，2008年，頁176，前言第1段有詳述明。

⁴²⁰馮建三，人權、傳播權與新聞自由，國家政策季刊，第1期，第2號，2002年，頁117~142。

台灣約有十一萬名精神病患⁴²¹領取精神疾病類別的殘障手冊，精神病患的強制就醫方法有「強制住院治療」及「強制社區治療」二種，目前國內已有強制住院治療，但為了保障精神病患的人權，需經過衛生署設立的相關審查會中的七位專家學者審核，⁴²²九十七年度不許可率為百分之十三點六，九十八前半年度不許可率為百分之九點二二；後半年度為百分之五點二七，⁴²³遭駁回數的機率偏高，對於精神疾病嚴重者才可以強制住院，復原後回家的病患卻也因為欠缺病識感，約五成不再繼續吃藥，造成療效不佳，病情容易反覆發作，精神狀態不穩定，強制社區治療有其必要性。所以，若駁回率太高，讓病患病情復發，浪費醫療資源，徒勞無功。

第二項 被害人保護政策之發展概述

犯罪被害人補償制度，乃指國家機關代替犯罪人，對於因犯罪而受到傷害之被害人家屬，對其被害之程度所給予的金錢補償。⁴²⁴二次大戰後，英美系國家積極的投入被害人補償制度之研究及促成被害人補償制度。此制度的源起乃出於一九五七年，英國 Margery Fry 女士在「觀察者」書報中投書一文「為了被害人之正義」，說明在加害人無資力情況下，被害人獲得賠償，極力主張對於生命、身體犯罪，應該建立國家補償制度。⁴²⁵

⁴²¹ 行政院衛生署，101 年精神衛生行政執行成果表，醫政類年報，1650-02-01 號。<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=80172>，最後瀏覽日期 6 月 12 日。

⁴²² 行政院衛生署，訂定精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法，第 4 條。

⁴²³ 行政院衛生署，精神衛生管理，99 年度精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查結果統計資料，<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/97-98%e5%b9%b4%e6%9c%83%e8%ad%b0%e7%b5%b1%e8%a8%8897.7-98.12.doc>，最後瀏覽日期 2013 年 6 月 12 日。

⁴²⁴ 許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，2012 年，9 月，頁 576。

⁴²⁵ 王正嘉，刑事司法上被害人保護及其與犯罪人之關係——一個批判的省思，月旦法學雜誌，第 110

此一契機，一九六四年紐西蘭首先通過了犯罪人被害補償法，隨後跟進的澳洲、加拿大、美國，乃至於日本相繼立法，而台灣在一九九八年通過立法，在於國家之犯罪被害人補償制度上，仍有不同之處，大致可分為三種方向，其一，是人道立場之恩惠之觀點，其二，社會共同連帶責任之觀點，其三則是國家責任之觀點。因此，犯罪被害人的補償制度理論基礎，包含著國家責任論、社會福利論、保護生活論以及危險分擔理論⁴²⁶，在此精神病患犯罪者領域裡，於動態的病情，目前醫學科技似乎難以捉摸與定義，而在不可防範的危險限度內，作出適當的衡平。因此，在被害人保護政策的發展，確實值得思考的議題。

第三項 精神病患犯罪者責任策略

刑事政策是國家防制犯罪的一種策略，此一策略好壞將反應出犯罪率是否高低的問題，而這些問題中也包含著許多的因素存在，如政治、經濟及社會等，在於犯罪問題不斷湧現，社會大眾的心理也因此產生恐懼不安，導致政策可能政治化或民意化之現象，因而在風險的社會裡，為了迴避風險、降低危險，所採取之預防政策或者犯罪之控制等相關問題。在於強調犯罪人之人權處遇須有所保護，反之，被害人或及其家屬的保護也具有相當之重要性，因為，無論是監控、管理或隔離政策，仍有再犯之可能性，尤其對於嚴重之精神病患，被害者無法完全排除傷害之可能性，因此，強調社會之包容性而非一味隔離，以達到和善的社會環境。

從犯罪被害人補償制度之立法原則觀之，精神病患之犯罪者犯行重大之刑

期，2004年，7月，頁130。

⁴²⁶許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，2012年，9月，頁577。

案時，所採取的是哪一種目的，本文認為，危險共同分擔理論以及國家責任理論，對於動態的精神疾病患者而言，在人類的社會生活中，犯罪仍是無法避免之現象，生活於社會的每一份子，也必須承擔起犯罪侵害的風險，因此，透過國家之預算，使其社會全體為特定的重大犯罪之被害人，負起補償之責任，回復因犯罪所失衡之秩序，維持人民對於司法之信任感，也有其安定與實現正義之效果。

第六章 結論與建議

最高法院一百零二年台上四二八九號判決，以兩公約⁴²⁷為依據論其精神障礙者殺人罪不得處以死刑落實天賦人權，人權之維護是法治國家最為基本之要素，按本案之事實觀之，被告之前案已有因精神障礙之原因犯刑之案件，而又再行犯案，從該角度觀其之，更是說明了我國對該領域的配套保護措施明顯不足，常以刑法來論處於犯罪人，並沒有從預防做起，導致於使其法院陷入生死判決之困擾。

從本文論述中，國家之責任並不是只有判決，使其犯罪人得到應有懲罰而已，固然如此，精神障礙者之責任能力又如何該當，人權之保護又如何落實；另一方面被害人之家屬又如何作出平衡，是為兩難之處。不只是我國司法陷入該領域的困擾，其他各國中也是有相關之問題存在，無論是日本的觀察法，起訴前鑑定、德國的二次鑑定及行政監督、法國的行政介入司法以及荷蘭的精神鑑定中心，這些無非是給予精神障礙者一個公平的審判，防止陷入主觀的評價，但是評價者又

⁴²⁷我國於九十八年五月十四日簽署「公民與政治權利國際公約」及「經濟社會文化權利國際公約」合稱兩公約，立法院隨即制定兩公約施行法，並於同年十二月十日施行。上開施行法第二條規定，兩公約所揭示保障人權之規定，具有國內法之效力。第三條規定，適用兩公約規定，應參照其立法意旨及兩公約人權事務委員會之解釋。而公民與政治權利國際公約第六條第一項明定：「人人皆有天賦之生存權。此種權利應受法律保障。任何人之生命不得無理剝奪。」第二項亦規定：「凡未廢除死刑之國家，非犯情節最重大之罪，且依照犯罪時有效並與本公約規定及防止及懲治殘害人群罪公約不牴觸之法律，不得科處死刑。」

難以斷定一個相當的答案時，是否以量來綜合評價結果，或者以客觀性的依據作為一定裁量的標準，更是本文所思索的問題。

從歷史文化的演進過程裡，我們不難發現精神障礙者，從隔離到治療的階段上，精神障礙犯罪者無論是人、時、地，常處於變化難以捉摸，但是從一個病人的角度去考量的話，無非是薩茲所說的精神病患只是出於保護自己的立場，而展現出來的反抗行為，例如，該判決中，被害人曾對其上訴人之母親說：「還真是賤骨頭」等語。這些污辱之話語將可能引起殺人之動機，對於一個精神上生病之人，會將其放大觀之，但是公訴檢察官認為該理由不足採，當然不足採之理由係為公共利益之立場，這些理論之爭就明顯出現於實務上，公訴檢察官之立場就是實現正義的應報理論，而辯護人就是處於維護人權之立場。無論是對還是錯，法院就必須有所決定，無法理解精神障礙者之殺人動機即引發原因，那就是應報理論下之產物，能理解第一次而不能理解第二次，仍然是應報的範疇。也就是說理解等於原諒，給予犯罪人更生之機會，這對於精神障礙犯罪人根本是治標不治本之作法，淪於形式上，連恩用過同一觀點來論述，那就是能理解變瘋的過程就能去理解他的行為，理性的社會更是要用更多的時間去理解，用一般人的角度去理解，仍然只是主觀的評價。

精神障礙並非是個容易掌握的病症，標準在哪裡？誰來判斷？這的問題也並非是我國所面臨的問題，例如美國最高法院 Ford v. Wainwright 一案⁴²⁸中認為處於心神喪失之人死刑是違憲的，但是仍有判決中，對於死刑之判決認為不違憲，有此可知，對於死刑的判決容許範圍有多廣，反觀我國之判決文中，依前揭文之統計，判決處刑之標準之範圍，也是有此現象，所以，若無絕對客觀的評價方式，仍無

⁴²⁸焦興鎧，美國最高法院重要判決之研究：二000~二00三，中央研究院歐美研究所，初版1刷，96年，2月，頁65。

法落實人權、也無法給予精神障礙犯罪人公平審判、甚至可能誤判之情事發生造成無法彌補之遺憾。本文就其現行法對於精神障礙者之規範作出以下之建議：

一、刑法第八十七條之判斷基準與精神衛生法之精神病患之定義

按刑法第八十七條修正後以「其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞」作為施以監護之實質要件。此要件是由法院認定或者是由精神科醫師鑑定呢？又認定或鑑定時應以何為基準？日本制度之介紹中，是否有再犯可能性是屬法官之裁量範疇，當然其前提須由精神專科醫師為危險之評估，再由法官綜合考量危險之機率、繼續治療之必要性、限制其自由是否有不利益等等；在德國制度中，雖然最後判斷是裁判主觀之權限，但是對於精神病患之鑑定確如細分工，更加強了法官的客觀判斷。反之，我國對此的評價標準，接由法院獨自判斷。再者，依新修正之刑法第八十七條第三項規定，執行中認「無繼續執行之必要者」，所謂「無繼續執行之必要者」的判斷應與公共危險的可能是或再犯之虞的情狀作一致的標準評價才是。⁴²⁹從國際的潮流中，已經不將精神病患或醫學之稱謂，而是以精神狀態、病徵以及情況做為區分標準。在二零零五年刑法第十九條對於精神病患之責任能力修法，也已修為精神障礙者之稱謂，不再以心神喪失及精神耗弱稱之，但是精神衛生法中對於精神病患定義，卻未於修正，本文認為，精神衛生法之修法方向之一，對於否定精神病患之標籤化有一致的見解，但是對於條文文字間，並無同步之效果，猶感遺憾之處。

二、精神障礙犯罪者之鑑定流程與行政監督

⁴²⁹曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年，11月，頁93，第7段，第4項，有類似之結論理由，李茂生，論刑法部分條文修正草案中保安處分相關規定，月旦法學雜誌，93期，2003年2月，頁111，第5段中有類似評論，盧映潔，我國刑法修正案有關增減刑罰及保安處分規定之探討與評析，月旦法學雜誌，第121期，2005年，6月，頁265，第3段，第1項，有類似評論。

當精神障礙者之犯罪人，無法掌握其狀況以及標準之認定，只是執著於應報理論與預防理論之爭論，無法解決目前所面臨之問題，一九九八年我國制定的犯罪被害人保護法，而在二零零九年擴大了補償之對象，為了保障被害人權益，促進社會安全，及司法之公平性，這個方向不只是我國對於被害人之尊嚴以及人權之尊重，美、德、日、瑞典、荷蘭、法國等也是肯定其作法，國家應當解決社會之紛爭，也就是犯罪人與被害人之和解及損害回復之刑事政策。

行政監督制度方面本文認為這是可行之方法，在科學論證上無法讓精神障礙之犯罪者，無法取得一個標準以及發病之虞又有再犯之可能，但是台灣對於精神障礙之犯罪者，從起訴至終局判決，所有的配套措施並非客觀，以及審判前之鑑定，作為一個標準並非妥當，台灣並沒有日本、荷蘭的觀察期又再起訴、也沒有法國的行政介入司法的精神障礙犯罪者之處置，更沒有德國的二次鑑定、訪談精神科醫生、以及行政監督政策等嚴謹的審查制度，因此，本文認為，容各國之制度，台灣應可以得以借鏡之處，設置觀察所、專業收容中心以及行政監督之制度引進，更能使其台灣之精神病患犯罪者在於法律層面之相關問題，能落實完善的措施及保障人權。

三、判決文之公信力

從三百餘個之判決文當中，除了最高法院有觸犯其重刑之行為人，有其三次以上的鑑定次數外，簡易庭、地方法院、高等法院，對於精神障礙之認定皆都以醫院之一次或二次之精神鑑定為其依據，所犯之精神障礙係屬何種類型，該類型會有何種症狀，可能出現何種行為以及會因何種原因而觸發病症，並都沒有寫於判決文中。甚至於國際衛生組織或者美國精神協會所定之標準，已經並非固定化之病名，而係從病症情況，行為，舉止，言語，去判定其範圍基準，在此借鏡於

德國最高聯邦法院之判決文中⁴³⁰，而日本最高判決所方面，則是精神鑑定醫師之引註其判決文，法院對其犯罪人之判斷準則是依據何種認定工具及評價標準，都寫於判決文⁴³¹，本文認為，精神障礙者之認定標準已經難於有一定之規則，判決文對其人民有所拘束力，更是為人民對於司法信任度之所在，因而，從何之依據，依據之病症，判斷之基準工具，更是要明確清楚，以維持司法之公信力。

四、精神障礙法律之名詞定義兼論相關責任

精神障礙者與心智缺陷是醫學上之專業名詞，也是從醫療器具可以檢驗出來的一種精神障礙之病理結果，故稱為生物性之立法；另其無法辨識其違法者或顯著降低之情況，係為心理性之立法原則。從腦功能病變或外因所引起之精神障礙病症，在於判斷上並沒有問題，重點是在於心理上之發病者，例如精神分裂症或人格障礙症，這一區域的精神障礙者，也是犯罪率最高的一類型。目前為止在精神醫學上對於心理性發病的精神障礙，尚處於不確定之狀態，也無法找出其病因之存在，故難以找出判斷之準則。按德國刑法第二十條觀之，分為四類型，病理上之精神障礙、深度之意識障礙、心智薄弱以及其他嚴重之精神異常，在病理上之精神障礙及心智薄弱並沒有問題，而深度之意識障礙及其他重大之精神異常，

⁴³⁰ Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat am 24. April 2012, 5 StR 150/12, Das Landgericht hat zur Begründung ausgeführt, der Angeklagte leide seit mehreren Jahren an einer schizophrenen Psychose (ICD-10:F20). Er unterliege einem religiösen Wahn. Daneben leide er seit vielen Jahren auch an einem Missbrauch von Cannabinoiden (ICD-10:F13.1).

⁴³¹ 最高裁判所第二小法廷決定，平成19(医へ)4，第61卷5号563頁，平成19年07月25日。1. 捜査段階でいわゆる簡易精神鑑定を担当した医師佐藤忠彦は、その作成に係る精神衛生診断書(以下「佐藤鑑定」という。)において、被告人は、本件行為当時、統合失調症による幻覚妄想状態の増悪期にあり、心神喪失の可能性は否定できないが、本件行為に至る行動経過は合目的的であり、かつ、著明な残遺性変化がないことなどから、是非弁別能力と行動制御能力を完全に喪失していたとはいえないとして、心神耗弱相当であるとの所見を示している。2. 他方、第1審で裁判所から被告人の精神鑑定を命じられた医師坂口正道は、その作成に係る鑑定書及び公判廷における証言(以下「坂口鑑定」という。)において、被告人は、本件行為当時、統合失調症の激しい幻覚妄想状態にあり、直接その影響下にあつて本件行為に及んだもので、心神喪失の状態にあつたとする。

係屬於心理性發病的類型，在解釋上深度意識障礙是為「高度之情緒衝動」⁴³²，而且沒有病理上之原因所造成，由於這樣的解釋已有包含了人格障礙之類型，反觀我國之立法將精神障礙一詞之概括所有精神疾病類型，將其判斷基準模糊了，甚至精神衛生法也否定了人格違常之障礙症。

本文以為，精神障礙一詞應該嚴格區分其類型，再者，大法官解釋四七一號明示了比例原則之判斷，然目前台灣並沒有一定必須鑑定程序方能受審之規範，本文也認為在刑事程序上必須經過法定程序之鑑定，方能受審。在精神上尚未能找出病因之精神障礙者，仍必須受比例原則之考驗，若該精神障礙者仍有其再犯之危險時，應該為前文所述之國家責任之行政監督，抑或如中國大陸新修正刑法第十八條所云，當精神障礙者發生危險之結果時，必須經過法定程序鑑定之確定，若不負刑責時，應責令家屬或監護人嚴加看管或醫療。本文認同，經法定鑑定程序加入法條之中，以及若具其危險性時，國家、社會、家庭之責任，一起承擔其風險，因為精神障礙者其犯罪，姑且不論其犯刑是否重大，仍然是社會的一份子、家庭的成員，甚至國家的人民，理所當然的責任必須一起來分擔。

⁴³²張麗卿著，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁235。

參考文獻

壹、中文書目

Jacques Le Goff(雅克·勒戈夫)，中世紀的知識分子，張弘譯，衛茂平校，商務印書館，北京，2002年，6月，1版3刷，頁89。

Michael Jacobs，于而彥譯，生命潛能出版社，台北，2000年，9月，頁150~160。

丁道源，刑事政策學，三民書局，初版，台北，2002年，9月，初版，頁1~3。

方豪，荷據時代的寓賢沈光文，收錄於臺灣早期史綱，文學書局，台北，1994年，頁190-194；另收錄於龔顯宗，沈光文全集及其研究資料彙編，台南文化局，1998年，12月，頁176-180。

王泰升，台灣日治時代的法律改革，聯經出版，初版2刷，台灣，2010年，5月，頁86~89。

王泰升，台灣法律史概論，元照出版，第3版1刷，2009年，12月，頁111、115、119。

甘添貴. 謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書出版，台北，2006年，6月，修正版，頁195。

安德烈·連恩(Adrian Laing)，連芯譯，瘋狂與存在：反精神醫學的傳奇名醫 R.D. Laing，心靈功坊出版，台北，2012年，4月，頁190~232。

伯爾曼，法律與革命—西方法律傳統的形成，賀衛方等譯，中國大百科全書出版社，北京，1993年，9月，1版頁434 - 435。

佐藤幹夫，王蘊潔譯，心，無法審判—十七歲自閉症少年的審判實錄，台灣商務，2009年，5月，初版1刷，頁49。

克利斯菲德. 圖戈爾(Christfried Tögel)，劉慧萍，闕旭玲，林雪芳譯，夢一場弗洛伊德，商周出版社，台北，2006年，7月，頁50~65。

我國矯正政策與管理機制之研究，行政院研究發展考核委員編印，101年，2月，頁17~19。

李忠謙，圖解哲學，易博士文化出版，台北，2004年，6月，頁78-79。

沃爾德等，方鵬譯，理論犯罪學，中國政法大學出版，北京，2005年，12月，第五版，頁20~21。

彼得·昆茲曼(Peter Kunzmann)等三人，哲學百科，商周出版，台北，2009年，7月20日，初版3刷，頁39~41。

林山田，刑法通論(上)，元照出版社，增訂十版一刷，2005年9月，374~381頁。

林山田，刑法通論下冊，元照出版，增訂十版，2008年1月，頁579。

林山田，刑罰學，台灣商務印書館股份有限公司，台北，2005年4月修訂版，第4刷，頁336。

林山田、林東茂、林燦璋合著，犯罪學，三民書局，台北，2012年，11月，頁25。

林吉崇，台大醫學院百年院史編輯小組、編著李明濱、王昭華，台大醫院百年院史(上冊)-日治時期(一八九七~一九四五年)，金名出版，1997年，6月，頁98~115。

林東茂，刑法綜覽，一品文化出版社，修訂五版，2007年9月，頁1-138。

林健陽、賴擁連，西方刑罰思潮與獄政制度之演進，收錄於許春金等著，刑事政策與刑事司法，中央警察大學出版，第667-708頁。

林鈺雄，新刑法總則，元照出版社，台北，2009年，9月，2版，頁10。

侯中一，沈光文斯菴先生專輯，寧波同鄉月刊社出版，台北，1977年，3月，頁10。

孫振青，傅偉勳、韋政通主編，笛卡兒，東大圖書公司，2版2刷，2011年，1月，頁2~3。

桐生操，殘酷的處刑史 処刑台から見た世界史，許嘉祥譯，尖端出版，台北，2009

年，12月，頁89~92。

馬克昌，近代西方刑法學史，人民公安出版，北京，2008年，1月，頁124~136。

高仰止，刑法總則之理論與實用，五南圖書出版公司，台北，1986年，8月，3版，頁589。

康德，鄧曉芒譯，楊祖陶校，實踐理性批判：康德三大批判之二，聯經出版社，北京，2004年，4月，頁220。

張甘妹，犯罪學原論，三民書局出版社，修訂十三版，1999年，10月，頁70~71。

張甘妹，刑事政策，三民書局，台北，2000年，8月，新增新版，頁2~5。

張明偉，學習刑法，五南出版社，台北，2011年，1月，2版1刷，頁3~5。

張明楷譯，日本刑法典，中國法律出版社，北京，2006年，3月，第2版，頁2~4。

張建國，帝制時代的中國法，法律出版社，北京，1999年，10月，頁485~516。

張春興，現代心理學，台灣東華書局，2003年，1月，初版39刷，頁11~23。

張菊惠，長榮大學醫務管理學系助理教授、台北市女性權益促進委員會委員、性別平等政策綱領健康醫療照顧篇召集人，性別與心理健康，衛生署醫事處精神及心理衛生人員訓練班，2012年，3月，頁16~17。

張翰書，西洋政治思想史，台灣商務印書館，台北，1999年，12月，頁250~131。

張麗卿，刑事訴訟法理論與運用，五南文化出版社，10版3刷，2008年，10月，頁382~383。

張麗卿，刑法總則理論與運用，五南出版社，修訂2版，2005年9月，231~232頁。

張麗卿，新刑法探索，元照出版社，台北，2012年10月，4版1刷，頁36。

莊明敏，精神病患醫療服務體系之檢討，行政院研究發展考核委員會編印，台北，1995年，頁18~19。

許介麟，日本殖民地法治下的台灣，文英出版，2012年，4月，頁3~4。

- 許春金，人本犯罪學—控制理論與修復式正義，三民書局，台北，2010年，1月，修正2版，頁28~29。
- 許福生，犯罪與刑事政策學，元照出版，台北，2012年，9月，修正1版1刷，頁8~21。
- 許澤天、薛智仁，德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，元照出版，台北，2008年，11月，頁104。
- 郭明政，醫療專業、行政監督、司法審查與民間參與—精神衛生法強制鑑定、強制住院及拘禁治療條款的分析與改革，戰鬥的法律人—林山田教授退休祝賀論文集，元照出版，2004年，1月，頁384~387。
- 陳樸生，刑事訴訟法實務，三民書局，重定版，1996年，9月，250頁。
- 傅柯(Foucault, M)，瘋顛與文明，劉北成等譯，桂冠(聯合發行代理)，台北，1992年，4月，頁127以下。
- 傅柯，瘋癲的文明，生活·讀書·新知三聯書店，中國大陸，2012年，9月。
- 焦興鎧，美國最高法院重要判決之研究：二000~二00三，中央研究院歐美研究所，初版1刷，96年，2月，頁65。
- 黃常仁，刑法總論——邏輯分析與體系論證，新學林出版社，增訂1版，2001年8月，84~90頁。
- 黃富源、範國勇、張平吾合著，犯罪學概論，三民書局出版，台北，2006年，1月，3版1刷，頁30~31。
- 黃源盛，法律繼授與近代中國法，國立政治大學法學叢書(55)，元照圖書出版，台北2007年，3月，頁88。
- 黃源盛，帝制中國最後一部傳統刑法典—兼論晚清刑事法近代化的過渡，收於，甘添貴教授六秩祝壽論文集：刑事法學之理想與探索，學林出版社，台北，2002年，3月，頁505~546。

- 黃榮堅，基礎刑法學（上），元照出版社，2003年5月，115~118、370~371頁。
- 陳子平，刑法總論（上），高雄復文出版社，2005年5月，313~317頁。
- 劉文彬，西洋人權史，五南出版社，台北，2005年，2月，頁121~180。
- 蔡墩銘，腦病與法律，翰蘆圖書出版，台北，2008年，7月，頁402。
- 盧映潔，犯罪與被害—刑事政策問題與德國法至探討，新學林出版，台北，2009年，12月，頁124。
- 戴東雄，中世紀義大利法學與德國的繼受羅馬法，元照圖書公司，台北，1999年，11月，2版1刷，頁127以下。
- 謝瑞智，犯罪與刑事政策，文笙書局出版，台北，2002年，6月，頁285。
- 羅伊·波特，巫毓荃譯，瘋狂簡史，左岸文化出版，2004年，6月，頁25。
- 譚家哲，形上史論（下部），唐山初版，2006年，11月，1版1刷，頁260。
- 蘇俊雄，刑法總論（II），元照出版社，1997年7月，279頁。

貳、專書

- Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes，陳俊欽等六人，編譯，精神醫學，藝軒圖書出版社，2002年12月第1版第2刷，頁169~206。
- Harry Stack Sullivan，譯者，韋子木、張榮皋，精神病學的人際理論，出版社 Argun，台灣，2007年，2月，頁10~15。
- World Healthy Organization，胡海國、林信男編譯，ICD-10 精神與行為障礙之分類：臨床描述與診斷指引(The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic)，精神醫學會，台北，1996年，10月，頁37~82。
- 孔繁鐘醫師，DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊，合記圖書出版社，2007年，1月，頁1~16。
- 忻志鵬，實用臨床心理學，上海醫科大學，五南出版，1996年，8月，初版1刷，

頁 63、86。

李明濱，實用精神醫學，金名圖書，2011年，2月，第3版，頁19。

林信男，台大醫學院精神科教授，器質性精神病。橘井文化事業股份有限公司，台北，1987年，2月，初版，頁128~135。

林憲，人格與心病，健康文化，2004年，2月，2版1刷，頁78~80。

林憲，精神醫學史，水牛出版社，台北，1994年，11月30日，3版，頁3~23。

林憲，臨床精神醫學，國立編譯館，2004年，10月，九刷，頁1~22。

張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合專書，元照出版，台北，2011年4月，3版1刷，頁28。

陳珠彰：功能性精神病。橘井文化事業股份有限公司，台北，1990年，9月，初版，頁15~21。

曾炫煌，精神官能症，水牛出版社，台北，1982年，8月，頁12~24。

曾淑瑜，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)，法務部出版，2005年11月，頁76~78。

奧古斯丁，論自由意志，成涓民譯，北京，上海社會科學院出版社，2010年，1月，頁44。

福樂·托利醫師，麥可·克內柏，丁凡譯，躁鬱症完全手冊，心靈工坊，台灣，2006年，11月，頁3~8。

鍾信心等著，精神科護理學，華杏出版社，台北，2006年，1月，第5版，頁15~23。

參、碩博士論文

王小萍，碩士論文，精神障礙犯罪者之鑑定及處遇—以人權保障為出發，指導教授，張甘妹，國立中興大學法律系研究所，1995年。

王家駿，碩士論文，交互詰問對精神專科醫師醫療業務影響之探討，指導教授，

廖又生，國立陽明大學醫療管理研究所，2003年。

王珮儒，碩士論文，智能障礙被告刑事責任能力及程序權利保障之探討，指導教授，李茂生，國立台灣大學法律系研究所，2010年。

王珽穎，碩士論文，保安處分之危險概念，指導教授，謝如媛，國立中正大學法律系研究所，2009年，1月，頁33。

王富強，碩士論文，精神鑑定，指導教授，許玉秀，國立政治大學法律系研究所，2002年。

吳文正，碩士論文，從精神鑑定探討被告心神喪失抗辯之主張，指導教授，蔡墩銘、甘添貴、林信男，東吳大學法律系研究所，1996年。

吳秉祝，碩士論文，整體法秩序對精神障礙犯罪者之處遇與對待，指導教授，林東茂，東吳大學法律系研究所，2007年。

吳建昌，碩士論文，刑事責任能力之研究—法學與精神醫學之交錯—，指導教授，李茂生，國立台灣大學法律系研究所，1999年，頁190。

吳瑞珠，碩士論文，奧斯定論自由意志研究，指導教授，王臣瑞，輔仁大學哲學系研究所，1993年，頁50~52。

呂宏曉，碩士論文，反社會人格障礙與非反社會人格障礙之男性受刑人在腦額葉執行功能與無法克制性格上的比較，指導教授，柯慧貞，國立成功大學行為醫學研究所，1999年，頁22~25。

林秀華，碩士論文，司法精神鑑定案例之社會支持系統與生活適應之研究，指導教授，陳正宗，國立高雄醫學大學行為科學研究所，1999年。

林思蘋，碩士論文，強制治療與監護處分—對精神障礙者之社會控制—，指導教授，王皇玉，國立台灣大學法律系研究所，2008年。

張文章，碩士論文，我國精神病患強制治療法律制度之研究。指導教授，陳荔彤，國立臺灣海洋大學海洋法律研究所，2007年。

張麗卿，博士論文，精神疾病犯罪人處遇之比較研究。指導教授，蔡墩銘、林憲，國立台灣大學法律系研究所，1991年。

張麗卿，碩士論文，論精神障礙之鑑定及監護。指導教授，蔡墩銘，國立中興大學法律系研究所，1984年。

黃怡華，碩士論文，司法精神鑑定之家庭殺人犯罪個案之相關因素探討，指導教授，張永源，國立高雄醫學大學行為科學研究所，2005年。

黃進興，碩士論文，精神病患醫療之人權研究，指導教授，李震山，國立中正大學法律系研究所，2003年。

黃耀進，碩士論文，刑事精神鑑定證據力之探討—決定法官採納因素之分析(以板橋地方法院為例)，指導教授，黃富源，國立台北大學犯罪研究所，2011年。

葉秀蓮，碩士論文，台灣地區精神病監矯治處遇問題之調查研究。指導教授，鄭瑞隆，國立中正大學犯罪防治研究所，2000年。

廖錦玉，碩士論文，責任能力之認定與精神鑑定，指導教授，段重民，國立政治大學法律系研究所，1996年。

韓德彥，碩士論文，華人文化下污名感受、生病行為與情緒對身體化傾向之影響，指導教授，陳淑惠，國立台灣大學心理學研究所碩士論文，2001年。

簡至鴻，碩士論文，刑事責任判斷之本質-刑法解釋學與精神醫學之交錯，指導教授，李茂生，國立台北大學法律系研究所，2008年。

蘇逸人，碩士論文，疾病覺知、疾病控制信念與社會污名：精神分裂症患者疾病，指導教授，吳英璋，心理適應之心理社會因應模式，國立台灣大學心理學研究所，2002年。

肆、期刊

Wolfgang Mitsch、古承宗、許絲捷，原因自由行為與間接正犯，輔仁法學，第39期，2010年，6月，頁141-173、175-204。

王正嘉，刑事司法上被害人保護及其與犯罪人之關係——一個批判的省思，月旦法學雜誌，第110期，2004年，7月，頁130。

王泰升，台灣法律繼受經驗及其啟示，中研院法學期刊，創刊號，台灣，2007年，3月，頁115-119。

申建林，自然法理論的演進：西方主流人權觀探源，社會科學文獻出版社，北京，2005年，5月，1版，頁12-20。

何海、莊明敏、林信男、林憲，司法精神鑑定結果與法庭判決之比較，台灣精神醫學，第11卷3期，1997年，9月，265頁。

何海、莊明敏、林信男、林憲等著，司法精神鑑定結果與法庭判決之比較，台灣精神醫學，第11卷，第3期，1997年，265頁。

余二亮，決定論與非決定論的是非探究，新學術第2期，2007年，2月，頁30-33。

吳建昌，從精神醫學角度探討精神障礙影響刑事責任之判準，刑事法雜誌，1999年，第43卷第1期。頁90-102。

宋維村，財團法人天主教若瑟醫院院長，台灣精神醫療照護之演進，醫療品質雜誌，第6卷第3期，2012年，5月，頁4。

李亞明，精神分析與西方的現代性——評靈魂的秘密——精神分析的社會和文化史，中國科技史雜誌，收錄於中國期刊全文數據庫，2005年，第3期，頁266。

李明濱，新世紀的精神醫療，台灣醫學，第4卷，第1期，2000年，頁22。

李俊穎、周煌智，從精神病患住院實例探討精神衛生法中強制就醫權疑義，醫事法學，第10卷第3期及第11卷第1其合訂本，2003年，3月，頁42、43。

李茂生，論刑法部分修正草案中之保安處分相關規定，月旦法學雜誌，第93期，

2003年，2月，頁107。

李聖隆，醫事法學的雕塑、變革與未來發展，台大法學論叢，1983年，6月，第12卷，第2期，頁58、66。

沈志中，精神分析與法國臨床心理學的建立：歷史回顧與探討，台大應用心理研究，第27期，2005年，頁215~237。

沈志中，閱讀精神病，文化研究，第三期，2006年，9月，頁10。

狄世深，刑事政策概念新探，河北法學，第26卷，第3期，2008年，3月，頁115~116。

周煌智、林世棋、李俊穎、黃志中、王富強，精神鑑定之原則，施行步驟與相關法律意涵，醫事法學，第十三卷，第三期、第四期（合訂本），2005年12月，頁95。

周煌智等四人，精神鑑定之原則，施行步驟與相關法律意涵，醫事法學，第13卷，第3期、第4期（合訂本），2005年，12月，頁95-96。

帕爾默，實現自由：自由意志理論、歷史與實踐，法律出版社，大陸，2011年，10月，頁129~232。

林山田，刑法改革與刑事立法政策，月旦法學，第92期，頁65-67。

林山田，現在刑事政策之矯治與保安處分制度，中興法學，第8期，1973年，12月，頁3~5。

林亞剛 何榮功，論刑罰適度與人身危險性，人民司法，第11期，2002年，11月，月旦法學整編，39頁

林志潔，論美國法上犯罪主觀要件與精神障礙心智缺陷抗辯：Clark v. Arizona案之判決評析，中央研究院歐美研究所，第39卷第4期，2009年，12月，頁626~628。

林鈺雄，保安處分與比例原則及從新從輕原則—評大法官釋字第四七一號解釋，台灣本土法學雜誌，1期，1999年4月，頁99。

林輝煌，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，2006 年，頁 35~36。

林憲，司法精神醫學的展望，台灣精神醫學，第 2 卷，第 2 期，1998 年，126 頁。

林靜蘭、蔡欣玲，以醫院為基礎之精神科居家照護服務成本分析，臺灣精神醫學，第 16 卷，第 3 期，頁 230~236。

林耀盛，正常與存有：精神病理的反思實踐，身心障礙研究，第 10 卷，第 3 期，2012 年，頁 228。

柯永河、陳秀蓉、吳英璋，臨床心理學的回顧與前瞻：領域發展，應用心理研究，第 40 期，2008 年，12 月，頁 23-28。

胡旭晟，論法律源於道德，湘潭大學法學院，中國文學檔，第 1 期，2005 年，1 月，頁 69。

唐宜禎、吳慧菁，精神疾患污名化與去污名化之初探，身心障礙研究，第 6 期，第 3 號，2008 年，頁 176。

徐圻，關於決定論與自由選擇論的思辨，貴州師範大學學報第 3 期，2004 年，3 月頁 1-8。

時延安，中美精神病人強制醫療制度之比較，法學評論，第 4 期，2009 年，頁 114。

張甘妹，論精神病質人格與犯罪關係，刑事法學雜誌，第 13 卷，第 6 期，1969 年，頁 275~278。

張作貞，精神疾病烙印及抗烙印行動之對話，東吳社會工作學報，第 19 期，2008 年，12 月，頁 35~156。

張愛豔，精神障礙者刑事責任能力判定研究，法學家，第 5 期，2010 年，10 月，頁 168。

張麗卿，刑法責任相關之最新立法修正評估，東海大學法學研究，第 23 期，2005 年，頁 49~53。

張麗卿，原因自由行為明文化，台灣本土法學雜誌，第 68 期，2005 年，3 月，頁

136-140。

張麗卿，精神病犯與精神病患收容要件之比較，東海法學，第10期，1996年，3月，頁16。

張麗卿，精神鑑定問題與挑戰，東海大學法學研究，第20期，2004年，6月，頁165~166。

張麗卿，論精神鑑定，軍法專刊，第23卷，第5期，1986年，5月，頁15。

張麗卿，鑑定證據之研究—以精神鑑定為主，台大法學論叢，第23卷，第2期，1994年，6月，頁326。

曹昌棋，刑法的起源與發展，警專學報，第3卷，第4期，2003年，頁111。

許恒達，原因自由行為之刑事責任，國立台灣大學法學叢書，第39卷，第2期，2010年，6月，頁351~431。

許恒達，論保安處分之強制工作，月旦法學雜誌，第214期，2013年，3月，頁194。

許春鎮，論國家對地方自治團體之監督，玄奘學報，第4期，2005年，12月，頁239-253。

郭壽宏，司法精神鑑定之原理及實際問題，刑事法雜誌，43卷3期，1999年，6月，65頁。

郭壽宏，從精神醫學探討司法精神鑑定責任能力之判斷，國立警察大學法學論集，創刊號，1996年，3月，頁239-270。

郭壽宏，從精神醫學觀點—論行為時之精神狀態判斷，醫事法學，第12卷，第1期，2004年，6月，頁55。

陸敬忠，自由與決定論—一種蓋蓋語言性與概念史性研究與康德模式之詮釋性省思，中原大學宗教研究所，國立政治大學哲學學報，第15期，2006年，1月，頁24以下。

彭錫華，法律援助的國家責任—從國際人權法的視角考察，法學評論，第3期，2006年，頁64。

曾淑瑜，精神障礙者責任能力基準之研究，華岡法粹，第28期，2001年，12月，頁151。

馮建三，人權、傳播權與新聞自由，國家政策季刊，第1期，第2號，2002年，頁117~142。

黃風，貝卡里亞是自由意志的論者嗎—論貝卡里亞刑法思想的哲學'基礎，政法大學比較法研究，第1卷第1期，1987年，3月，頁26。

黃源盛，法律繼授與近代中國法，國立政治大學法學叢書，第55期，元照圖書出版，台北2007年，3月，頁4。

黃榮堅，重刑化刑事政策之商榷，台灣本土法學，第45期，2003年，4月，頁61。

楊志偉等5人，常見的疾病污名化之影響。台灣醫學，第9期，第6號，2005年，頁814~817。

葉英堃，我國精神醫療的諸問題，中華心理衛生學刊，第3卷，第1期，1985年，頁2~4。

廖正豪，精神障礙影響刑事責任能力規定之探討，刑事法雜誌，第19卷，第5期，2001年，67頁。

劉志輝，談對歷史決定論和非決定論的再認識，華章學報，第7期，2008年，頁5。

蔡孟兼，過失的原因自由行為之研究，世新法學，第1卷，第2號，2008年，6月，頁221-240。

蔡清遊，精神鑑定之法律依據及相關問題，司法週刊，1073期，2002年，3月13日，2頁。

蔡墩銘，反社會性之研究，國立台灣大學法學叢書，第4卷，第2期，1975年，4

月，頁 75-120。

蔡墩銘，台灣刑法之發展，刑事法雜誌，第 45 卷，第 1 期，2001 年 2 月，頁 2~6。

蔡墩銘，台灣刑法學之發展，新世紀智庫論壇，第 12 期，2000 年，12 月，頁 44。

蔡墩銘，司法精神鑑定與刑事判決，刑事法雜誌，第 42 卷，第 3 期，1998 年，6 月，頁 11-24。

蔡蕙芳，責任能力與原因自由行為，月旦法學教室，第 37 期，2005 年，11 月，頁 77-87。

鄭泰安，中華心理衛生學刊/Chinese Journal of Mental Health，臺灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究，1985 年第 2 卷，第 1 期，頁 117-133。

鄭逸哲，先確定具有「違法的構成要件該當行為」，再問是否「原因自由」？—「醉態駕車行為」和「原因自由行為」不可混為一談，月旦法學雜誌，第 190 期，2011 年，2 月，223-231 頁。

鄭逸哲，關於累犯、緩刑、假釋和保安處分之新刑法修法簡評，月旦法學雜誌，第 121 期，2005 年，6 月，頁 8~10。

盧映潔，刑事制裁體系—第二講刑罰適用—，月旦法學教室，第 39 期，頁 88。

盧映潔，刑事制裁體系—第四講保安處分—，月旦法學教室，第 43 期，頁 70~71。

盧映潔，我國刑法修正案有關增減刑罰及保安處分規定之探討與評析，月旦法學雜誌，第 121 期，2005 年，6 月，頁 265。

龍宣萍，決定論與非決定論的爭論及其現代意義，貴州社會科學第 171 期，2001 年，3 月，頁 39-52。

謝其達，神性與獸性的交會—論精神障礙抗辯—，法學論著，第 84 期，2009 年，10 月，頁 2。

魏長領，意志自由：道德信仰的形上基礎，鄭州經濟管理幹部學院學報第 21 卷第 4 期，頁 62-64，2006 年，4 月，頁 60~64。

张建秋，反社会人格刑事犯罪之人格基础，政法论坛，第28卷，第6期，2010年，11月，頁185~186。

赵秉志、黄京平，精神障礙者刑事責任能力：對規範的比較考察，比較研究，第1期，1996年，頁76~77。

伍、外文書目

一、日文

水流，正留，責任能力における「精神の障害」：診断論と症状論をめぐって，上智法學論集50(3)，出版者/Publisher，2007年，1月，頁152~153。

岩井宜子，精神障害者福祉と司法，尚學社，2004年3月25日，増改第1刷，頁5。

平野龍一，刑法總論(2)，有斐閣，2004年，8月，頁226。

狩野力八郎，日常診療でみる人格障害 分類・診断・治療とその対応，三輪書店，東京，2004年，頁5~23。

安田拓人，刑事責任能力の本質とその判断，弘文堂株式会社，日本，平成21年3月15日，3刷，頁143。

滝本シゲ子，刑事司法精神鑑定の研究日本における制度の生成と展開，大阪大学大学院国際公共政策研究科，後期博士課程，2012年，5月，11日，頁90~94。

加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁128~134。

町野朔，精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法—保安処分から精神医療へ，精神医療と心神喪失者等医療観察法，Jurist 増刊2004年3月，頁72。

加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療，成文堂株式会社，日本，2004年，8月，初版3刷，頁139。

岩井宜子，刑事政策，尚学社出版，東京，2011年，4月，第5版，頁209~275。

竹下賢「リスク社会と環境国家—法哲学の視点から—」，関西大学法學論文集56巻1号，平成18年6月(2006年，6月)，138頁。

加藤久雄，人格障害犯罪者と社会治療 高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべき，成文堂，東京，2002年，5月，76-79頁。

山形浩生，自由は進化する，NTT出版，日本，2005年，6月，頁92、95。

金沢文雄，刑法の基本概念の再検討，岡山商科大学学術研究叢書(一)，1999年，3月，頁201-5。

工藤行夫，精神分裂病と躁うつ病の責任能力，日医雑誌第125巻，第9号，2001年5月1日，頁1418~1419。

中田修，精神分裂病の犯行のみせかけの了解可能性，中谷陽二編，法と精神医学の対話精神障害者の責任能力，金剛出版，1993年，11月，頁25—41。

中田修，精神鑑定と犯罪心理，金剛出版，1979年，4月，頁100~102。

仲宗根玄吉，精神医学と刑事法学の交錯，弘文堂出版，1981年，1月，頁13~22。

墨谷葵，責任能力基準の研究—英米刑法を中心として，慶應義塾大學出版，1980年，1月，初版，頁104~109。

高崎直道，認識論と論理学シリーズ大乘仏教第9巻，株式会春秋社，1996年，4月10日，1刷，頁32~33。

アルトゥール・カウフマン，轉換期の刑法哲学，成文堂，2002年，3月30日，第2版2刷，頁194。

吉岡一男，自由刑論の新展開，成文堂，東京，1997年，6月1日，初版1刷，頁4~6。

ヴィンフリード・ハッセマー，現代刑法体系の基礎理論，成文堂，東京，1991年，9月1日，頁1~3。

中山研一，刑法改正と保安処分，刑事法研究第2卷，成文堂，東京，1986年，8月20日，頁53~62。

二、英文

Mark S. Micale, "The Psychiatric Body", in *Medicine in the Twentieth Century*, eds, Roger Cooter and John Pickstone, Amsterdam: Harwood, 2000, p323~340。

Harold J1 Berman, Charles J1 Reid, Jr1, *Roman Law in Europe and the Ius Commune: a Historical Overview with Emphasis on the New Legal Science of the Sixteenth Century*, *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, Spring, 1994, p48。

Paul Vinogradoff, "Roman Law in Medieval Europe", *Speculum Historiale* (Cambridge), Barnes & Noble (New York), 1929, p93~185。

Soong WT. *Psychiatry in Taiwan: past, present and future*. *International Medical Journal*, 2006, NO.13(1), p.21~28.

Jonathan Andrews, "The Rise of Asylum in Britain", in *Medicine Transformed: Health, Disease and Society in Europe 1800-193*, ed., Deborah Brunton. Manchester: The Open University, 2004, p298~330.

The American Journal of Psychiatry, VOL.133, No. 5, 1976, May, p496~501.

Dain, Norman, "Psychiatry and anti-psychiatry" in the United States, In Micale, Mark S.; Porter, Roy. *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford & New York, Oxford University Press, 1994, pp.415~444.

Thomas Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Kindle Edition, 2011, July 12, p70

Dain, N., *Critics and dissenters: Reflections on anti-psychiatry in the United States*,

Journal of the History of the Behavioral Sciences Volume 25 Issue 1,1989,P 3~25。

Nick Crossley R.D.,Laing and the British anti-psychiatry movement:a socio-historical analysis,Social Science & Medicine Volume47,Issue7,1 October,1998,p877~889.

Reaume G,Lunatic to patient to person : nomenclature in psychiatric history and the influence of patients,activism in North America,Int J Law Psychiatry Vol.25 NO4.,Jul,2002,p26~203.

WuYu-Shan,Taiwan in 1994: Managing a Critical Relationship,Asian Survey,Vol.35,No.1,January,1995,p.61.

Nichols,S.Experimental Philosophy and the Problem of Free Will,Science,Vol.311,2011, pp.1401~1403.

William F.Lawhead,The Philosophical Journey:An Interactive Approach McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages,March,2005,p.255.

Leitch,Vincent B.,ed.,Sigmund Freud,The Norton Anthology of Theory and Criticism,New York,Norton,2001, p913~915.

Lenzenweger MF,MC Lane,Loranger AW,Kessler RC,DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry.Sept,2007.p320~553.

David Denney,risk and society,Sage Publications,Ltd ,October May,2005,p10~12.

陸、網路資料

一、國外網站

Last Updated , Friday, March 6, 2009 , 2:22 PM CT , CBC News 。 <http://www.cb>

c.ca/news/canada/manitoba/story/2009/03/06/mb-greyhound-killing.html。

最後瀏覽日期 2012 年 10 月 24 日。

Mervat Nasser The rise and fall of anti-psychiatry Psychiatric Bulletin, 1995, 19, p744, <http://bipolairrapidcycling.files.wordpress.com/2012/09/the-rise-and-fall-of-anti-psychiatry.pdf>, 最後瀏覽日期 2012 年 10 月 10 日。

National Institute of Mental Health (NIMH), NIMH Pages about Borderline Personality Disorder, A booklet describing the signs, symptoms, treatment options, and current research on borderline personality disorder, <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-l-mite-de-la-personalidad/index.shtml>。

Nichols, S. (2011) Experimental Philosophy and the Problem of Free Will, *Science*, Vol. 311, pp. 1401-1403. <http://www.sciencemag.org/content/331/6023/1401.abstract>。

WHO, ICD-10, 第五章, 精神與行為障礙, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60.9>。

World Health Organization(世界衛生組織), NEUROLOGICAL DISORDERS-public health challenges(神經系統紊亂-公共衛生挑戰), global burden of neurological disorders: estimates and projections(全球負擔的神經功能障礙: 估計和預測)。 http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf。最後瀏覽日期 2012 年 10 月 27 日, 圖 2.7, 2.8, 2.9, 頁 36。

中國新聞網, <http://dailynews.sina.com/bg/news/int/chinanews/20120623/20353500668.htm>, 最後瀏覽日期 2012 年 10 月 24 日。

古川隆司, オーストラリアにおける犯罪者の社会内処遇と日本への示唆, 追手門学院大学, オーストラリア研究紀要, 第 34 号, 2008 年, 頁 77, 詳見, 第 2 段, 社会内処遇および更生保護, <http://ir.oulib.otemon.ac.jp/infolib/www>

[/com/pdf/aus/b0136701.pdf](#)。

向井紀子・大月晶代，修復的司法—少年司法との関係を中心に，レファレンス
2005年，10月，頁68，第1段有解釋其定義。[http://www.ndl.go.jp/jp/data/
publication/refer/200510_657/065704.pdf](http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200510_657/065704.pdf)。

安彦一恵，「自由意志論争」の諸論点，頁53~55，[http://www.edu.shiga-u.ac.
jp/dept/e_ph/dia/fw2.pdf](http://www.edu.shiga-u.ac.jp/dept/e_ph/dia/fw2.pdf)。

佐々木 拓，生き方が責任を作る：「もうひとつの可能性」再考，頁7~9。[http:
//www.ethics.bun.kyoto-u.ac.jp/jk/jk28/jk28-sasaki.pdf](http://www.ethics.bun.kyoto-u.ac.jp/jk/jk28/jk28-sasaki.pdf)。

佐藤誠，日本の触法精神障害者の処遇制度—主として刑事施設内の処遇を中心
として—，頁62~63。[http://www.syaanken.or.jp/wp-content/uploads/2012/0
5/20112_059-073.pdf](http://www.syaanken.or.jp/wp-content/uploads/2012/05/20112_059-073.pdf)。

美國精神醫學協會(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡
稱DSM)，[http://www.behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-i
v-tr#301](http://www.behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-i-v-tr#301)。

真先剛史，医療観察制度の現状と課題—司法精神医療の在り方—，厚生労働委
員会調査室，立法と調査，第264号，2007年，2月，頁94，[http://www.sangi
in.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2007pdf/200702
02093.pdf](http://www.sangi.in.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2007pdf/20070202093.pdf)。

高橋梨菜，医療観察法の問題点と—犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方—，
頁7，http://www.f.waseda.jp/k_okabe/semi-theses/10rina_takahashi.pdf。

二、國內網站

中國期刊全文資料庫，<http://cnki50.csis.com.tw>。

月旦法學知識庫出版，<http://www.lawdata.com.tw>。

王文基，陽明大學科技與社會研究，傅柯、身體與文明，讀書會，頁 1~3。

王浩威，1945 年以後精神分析在台灣的發展（草稿）華人心理治療研究發展基金會，2004 年，9 月 1 日，<http://www.xinlil10.com/xxlp/bwjc/200706/30953.html>，最後瀏覽日期 2013 年 10 月 16 日。

台灣醫療網，精神官能症(一)、(二)，<http://www.tw16.net/>，醫學病理—>腦科基因—>精神科。

司法院大法官解釋文，87 年 12 月 18 日，http://www.judicial.gov.tw/constitutionalcourt/p03_01.asp?expno=471。

司法院大法官釋字 471 號：保安處分係對受處分人將來之危險性所為拘束其身體、自由等之處置，以達教化與治療之目的，為刑罰之補充制度。http://www.judicial.gov.tw/constitutionalcourt/p03_01.asp?expno=471。

立法院法律系統，<http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@@1804289383>

全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=I0030002>。

全國法規資料庫，刑事訴訟法，<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=C0010001>。最後瀏覽日期，2012 年 12 月 19 日。

行政院內政部統計處，身心障礙者人數，The Disabled Population，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。最後瀏覽日期 2012 年 10 月 27 日。

行政院內政部衛生署，2012 身心障礙鑑定與需求評估新制，身心鑑定作業辦法，<http://www.topwin.com.tw/moi/images/a3.pdf>，

行政院國家科學委員會，科普知識，漢生醫師—痲瘋病研究的先驅，2004 年 9 月 7 日，<http://webl.nsc.gov.tw/fp.aspx?ctNode=439&xItem=8095>，最後瀏覽日期 2012 年 10 月 11 日。

行政院衛生署，101 年精神衛生行政執行成果表，醫政類年報，1650-02-01 號。[h](#)

<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=80172>。

行政院衛生署，精神衛生管理，99 年度精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查結果統計資料，<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/97-98%e5%b9%b4%e6%9c%83%e8%ad%b0%e7%b5%b1%e8%a8%8897.7-98.12.doc>。

行政院衛生署，衛生白皮書—跨世紀衛生建設，新聞稿，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=9009&level_no=2&oc_no=7333。最後瀏覽日期 2013 年 6 月 6 日。

李茂生，監護處分與強制住院處分間的交錯，國立臺灣大學法律學系暨研究所，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，94 年 5 月 30 日，頁 2。<http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/12878/1/922414H002033.pdf>

身心障礙者服務資訊網，台灣身心障礙人口狀況，<http://disable.yam.org.tw/node/5>。

身心障礙鑑定簡介，http://www.topwin.com.tw/moi/images/moi_1.pdf。最後瀏覽日期 2013 年 1 月 15 日。

卓良珍，台中榮總，精神部，精神分裂病(上)，[http://www.ohayoo.com.tw/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%85\(%E4%B8%8A\).htm](http://www.ohayoo.com.tw/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%85(%E4%B8%8A).htm)。最後瀏覽日期 2013 年 1 月 15 日。

周煌智醫師，高雄市立凱旋醫院成人精神科主任，精神障礙暴力犯罪之現況，法務部，犯罪問題焦點，2005 年，11 月 29 日。<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29759&ctNode=28261&mp=001>。最後瀏覽日期，2013 年 1 月 8 日。

法務部，法務統計電子書刊，矯正統計資料，<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/yearbook/ER0003-204-359.pdf>，最後瀏覽日期 2013 年 10 月 18 日。

商志雍，台大醫院精神醫學部主治醫師，常見精神疾病介紹，2008 年精神醫學學術研討會，頁 36~41。<http://www.tpcma.org.tw/u6/970120/06.pdf>。

張富美，臺北市立聯合醫院松德院區臨床心理師，精神障礙者之社區照顧，學術觀察站，頁 39。 <http://www.health.gov.tw/Portals/0/%E4%BC%81%E5%8A%83%E8%99%95/%E6%A5%AD%E5%8B%99/91%E5%AD%A3%E5%88%8A/91-%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E7%A4%99%E8%80%85%E7%A4%BE%E5%8D%80%E7%85%A7%E8%AD%B7.pdf>。最後瀏覽日期 2013 年 6 月 6 日。

曾淑瑜，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)，頁 82：1994 年， <http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/651915295370.pdf>。

最高法院 92 年第 15 次刑事庭會議紀錄，92 年 9 月 9 日， <http://tps.judicial.gov.tw/mem/92s15.htm>。

趙晞華，試評我國當前之刑事政策，國政研究報告，憲政(研)092-043 號，92 年 1 月 3 日， <http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/CL/092/CL-R-092-043.htm>。

歐陽文貞，衛生署嘉南療養院，一般精神科主任兼高年精神科主任，DSM-IV 與 ICD-10 精神疾病診斷準則簡介專欄，文件編號 115 號，2008 年 10 月 29 日發表於精神醫療及心理衛生網， <http://www.psychpark.org/paper1/article/>。

鄭泰安特聘研究員研究小組，中央研究院，新聞稿，2012 年 11 月 16 日發布， http://www.sinica.edu.tw/manage/gatenews/showsingle.php?_op=?rid:5454。最後瀏覽日期 2012 年 11 月 16 日。

謝瑤偉，精神障礙犯罪者之診療現況評析，法務部，犯罪問題焦點，2005 年，1 月 29 日， <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29734&ctNode=28261&mp=001>。最後瀏覽日期 2013 年 1 月 8 日。

