

# 再強化社會安全網： 介接司法心理衛生服務

林萬億

## 壹、前言

2019年7月鄭再由殺警致死一審判無罪、同年12月曾姓男子玉井佛堂縱火燒死7人。這兩案引發社會高度關切，除質疑殺人為何無罪外，也質疑社會安全網仍有破洞。於是，蔡總統在2020年就職演說中提起要把社會安全網的漏洞補起來。總統點出家庭、社會、國家在這些事件上的分工合作，提出由社會安全網來補漏洞。

蔡總統在2016年首次提出強化社會安全網的背景是「小燈泡事件」。在殺人犯王景玉身上看到精神疾病、物質濫用、長期失業、人際關係差、家庭暴力、社會排除等複合個人、家庭、社區的多重問題，因此，必須將既有相關的精神醫療、治安、教育、就業、家庭暴力防治、社會福利服務等系統加以強化並整合，強調以家庭為中心、以社區為基礎的跨部門整合服務（integrated services）。但是，以既有

人力、設施實無能力將所有精神病患、犯罪者、犯罪被害人全都納入社會安全網的服務範圍內。行政分工上，社會安全網也不宜取代精神醫療、犯罪矯正、犯罪被害人保護等體系，避免造成各體系功能的萎縮。而是透過跨部會服務的整合，強化系統間的橫向連結，並補強系統介接的遺漏。

在第一期的強化社會安全網中將精神疾病合併自傷與傷人事件者，納入社會安全網的跨部門、跨專業協助。經從保護資訊系統與精神照護資訊管理系統勾稽，屬兒少保護、家庭暴力、性侵害事件加害人合併精神疾病個案計有17,616人，約占社區追蹤關懷的精神疾病個案的11.06%。這些精神疾病合併暴力行為者，除了因精神疾病未能及時、按時就醫服藥引發暴力行為外，也都涉及家庭支持功能與社區支持體系的脆弱，必須透過社會安全網整合跨部門資源給予協助。既然，社會焦慮

於司法精神體系的漏洞，政府有責任儘速彌補。

## 貳、強化社會安全網

強化社會安全網（social safety net）指的不純粹是美國社會安全法案（Social Security Act）所稱的社會以集體行動來保障個人對抗所得不足的所得維持（income maintenance）（McKay, 2005）。也就是，社會安全網不是要強化維持個人與家戶所得的社會保險、社會救助，及社會津貼機制（Pierters, 2006）。

雖然，美國的社會安全網也與解決貧窮問題關係密切，其具體涵蓋薪資所得退稅（Earned Income Tax Credit）、食物救助、公共健康保險、兒童照顧補貼等方案（Gassman-Pines and Hill, 2013; Tach and Edin, 2017）；但是，除了關切所得維持外，更廣泛地注意：1.物質匱乏：資源短缺、需求不滿足、相對剝奪。2.經濟匱乏：生活水準低落、不均、經濟條件差，以及3.社會脆弱：社會排除、依賴、低下階級等（Spicker, 2007）；同時關注仙恩（Sen, 1999）所提倡的基本能力的剝奪，例如，早年夭折、營養不良、慢性疾病、文盲等（Wells, 2016; Padilla, Scott, & Lopez, 2014）。

英國的社會安全網是以兒童保護為主要標的，再擴及社會照顧、所得維持、醫

療、教育、治安、就業、住宅等議題的整合服務，強調跨部門一起工作（Farmer, 1999）。開發中國家的社會安全網則關切基本生存的就業、住宅、健康、營養、衛生、水資源、教育，及其他發展等（Ansell, 2011）。在新冠肺炎病毒流傳期間，社會安全網又被提醒關注家庭暴力、自殺、物質濫用、心理健康、失業、社區支持等議題（Blesener, 2020）。我國的社會安全網大抵以英國的經驗為藍本（林萬億，2019）。

國人因虐童、家暴、犯罪等事件頻傳，要求政府強化社會安全網指的是較寬廣的免於貧窮、飢餓、犯罪、暴力、不公平對待、失業、不健康、失學、失依、缺乏照顧、無家可歸等措施，以營造友善的社會，進而減少兒虐、家暴、犯罪等不安全。顯示，社會安全網可大可小，端視當下社會與經濟的需要。既然是網，就由線、目、節點所組成。在一定的空間範圍內，線條越多，橫向與縱向的連接點就越多，織出來的網就越密。網越密、目越多，網的洞就越小。但是，只要是網，就一定會有洞，只要洞不大，就不會漏掉重要的資訊與事物。網會出現嚴重的破洞，不是年久失修，就是本來就編織得很鬆散。「小燈泡事件」提醒我們的社會安全網的確出現很多漏洞。不但原本有的保護服務、社會救助、福利服務、高風險家庭、社會工作、心理衛生、自殺防治、學

生輔導、就業服務、治安維護等系統間的資訊流通、聯繫、分工、合作等都出現漏洞。何況各自的服務體系也都存在制度不完整、人力不足、資源分布不均、法規缺漏、執行不落實等問題。

由於精神疾病犯罪引發的社會關注，本文聚焦於討論精神障礙犯罪者的心理衛生服務，及司法心理衛生與社會安全網的介接。

## 參、司法心理衛生

### 一、司法精神醫學

司法精神醫學（Forensic Psychiatry）是結合犯罪學與精神醫學的一種精神醫學次領域（Howells, Day, & Thomas-Peter, 2004），主要範圍包括：判定被告是否有被審理的能力、於起訴與監禁過程中提供精神疾病犯人的治療。受審能力（competency to stand trial, CST）是指被告是否有心理能量（mental capacity）瞭解其辯護律師的責任與協助。而精神狀態意見（Mental state opinion, MSO）則是指關於被告是否瞭解其犯罪時的所作所為。在法院審理過程，基於被告精神障礙或心智缺陷而判無罪，即是因精神障礙無罪（not guilty by reason of insanity, NGRI），或是精神障礙抗辯（insanity defense）。此處的精神障礙是法律概念而非精神疾病的用語。

司法精神醫學更寬廣的說法是司法心理衛生服務（forensic mental health services, FMHS），是心理衛生的特殊領域，結合刑事司法與心理衛生，其功能是協助精神障礙犯罪者（mentally disordered offender, MDO），或高犯罪風險者評估、治療、復健（Every-Pamler et al., 2014）。英國衛生部（Department of Health, DoH）定義司法心理衛生是提供心理衛生服務給精神障礙犯罪者或高犯罪風險的精神病患，其服務提供包括保安醫院（secure hospitals）、社區心理衛生、國民健康服務（NHS），以及刑事司法體系（Markham, 2018）。刑事司法體系包括警察、檢察官、法院、監獄、觀護或保安處分等次體系。社區心理衛生服務則包括精神病醫院（精神科）、精神療養院、心理衛生診所、中途之家、日間照顧中心、社區心理衛生中心、心理衛生自助團體等設施。在英國保安醫院就是司法精神醫院。

司法精神醫學在歐美工業先進國家發展較早，其他國家都只是在嬰兒期。例如，印度精神衛生法雖於1987年施行，但司法精神醫學仍像灰姑娘一樣被忽略、疏忽、錯讀、誤解（Nambi, Ilango, & Prabha, 2016）。臺灣的精神衛生法已於1990年施行，司法精神醫學發展也相對落後，2017年11月5日臺灣司法精神醫學會才正式成立。

司法心理衛生涉及4個重要議題。第一，關於審理的合適性（Fitness to plead at a trial），即是前述的被告是否有能力（量）與其辯護律師討論準備辯護，告知後決定訴訟策略與罪刑答辯（entering a plea）。我國刑事訴訟法第294條規定被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判。被告因疾病不能到庭者，應於其能到庭以前停止審判。前2項被告顯有應諭知無罪或免刑判決之情形者，得不待其到庭，逕行判決。然而，我國依據此條執行的案例極少（Every-Palmer et al., 2014）。

第二，精神疾病犯罪者可因精神障礙而訴請在審理中免負刑責。雖然因精神障礙無罪（NGRI）是大部分國家都有的刑法規定。但用詞不同，例如加拿大、中國稱精神障礙無刑事責任（Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder, NCRMD），新加坡使用心智不完整（Unsoundness of Mind）。有些國家法律規定被告可因精神狀態不佳或缺損而訴請減輕刑責，例如，奧地利、比利時、德國、法國、荷蘭、波蘭、瑞典、希臘、西班牙等國（Völlm, 2019）。訴請減輕刑責只是降低所犯罪刑應負的責任而已，並非因精神障礙而免責。更何況，精神疾病並不必然一定會出現某種特定犯罪行為。反之，並非所有精神病患所做的任何違法行為都肇因於精神疾病（吳建昌，2016）。

我國也有相關規定，依刑法第19條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。前2項規定，於因故意或過失自行招致者，不適用之。通常，由法院要求被告進行精神鑑定以確認刑事責任。但是，很少在起訴一開始即提出；且只有在法院認為困難審理的個案才會提出司法精神鑑定。

## 二、司法精神鑑定

我國鑑定制度依刑事訴訟法第198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：1.就鑑定事項有特別知識經驗者。2.經政府機關委任有鑑定職務者。同法第203條，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。前項情形，得將關於鑑定之物，交付鑑定人。因鑑定被告心神或身體之必要，得預定7日以下之期間，將被告送入醫院或其他適當之處所。

財團法人民間司法改革基金會（2019）批評我國的司法精神鑑定制度有4項缺失待改革：首先，建立標準作業流程。其次，鑑定品質須在法庭內受到檢驗。第三，鑑定專業人才的培育與確保。第四，設立具獨立性與公正性之鑑定組織或機構。

湯文章（2020）指出鑑定與疾病之診斷或治療不同，並非所有精神專科醫師都能輕易完成精神鑑定工作。而決定由何人鑑定、要找幾個鑑定人，只有法院或檢察機關有權決定，被告或被害人並無權置喙。且法院或檢察機關選任鑑定人並無一致的標準，甚至經常委由特定醫院或特定人來從事精神鑑定。李俊宏（2020）則認為臺灣會只安排一次鑑定，不是因為法規規定，合議庭也可以安排補充鑑定、也可以委由複數團隊鑑定；門診鑑定不夠，還可以安排留置鑑定，問題不是法規，也不是因為這個醫師，而是預算不足，法院只能省著點花。

為了彌補鑑定制度的缺失，司法院於109年2月20日公布「刑事訴訟法鑑定部分條文修正草案」，草案共有7大重點：1.要求鑑定人應具備專業能力。2.鑑定報告應載明有足夠的基礎、可靠的原理及方法。3.被告得自行委任鑑定人。4.機關鑑定時從事鑑定之人應於書面報告具名。5.鑑定人應出庭接受交互詰問。6.法院得就法律意見選任專家學者陳述意見。7.欠缺再現性的測謊結果不得作為法庭證據。顯示，司法院也知道司法精神鑑定有改良的必要。但沒有規劃設立具獨立性與公正性之鑑定組織或機構。

成立司法精神鑑定組織或機構的呼籲隨著鄭再由案再度被提出。然而，李佳玟（2020）懷疑專家委員會無法解決司法精

神鑑定的困局。除非避開機關鑑定的三個老問題：1.欠缺客觀性的擔保，2.鑑定能否以書面與合議的審查方式來進行，3.無特定人可負責，無特定人可到法庭上接受訊問與詰問。

王子榮（2020）強調，精神鑑定不會由單一名醫師完成，而是由一專業團隊負責鑑定，項目包含會談、心理測驗、腦影像等，鑑定人除提出書面報告外，也會到庭受辯護人詰問。然而，儘管法院仰賴專業工作者所提出的鑑定報告，但醫師或鑑定人所做的認定並非責任能力的最終判斷，被告的責任能力，最終的宣判者還是法官。

依我國刑法第19條的立法理由，欠缺辨識能力定義為認知能力的欠缺，把欠缺依其辨識而行為的能力定義為控制能力的欠缺。其中，辨識能力完全沒有定義，到底是辨識行為事物的本質呢？還是辨識行為的違法性、也就是行為的對與錯（林志潔，2020）？或許因為這樣，導致過去幾個類似案例的判決結果相左。1998年何美能在北一女校門口對20餘名學生潑灑硫酸案，經臺大醫院和市立療養院的精神鑑定為罹患妄想症，行為時欠缺辨識和控制能力者，故而數度獲判無罪。但在更審數次後，最高法院認同高院見解，認為何美能在行兇時，仍知道用杓子來舀硫酸保護自己、避免自己被硫酸侵蝕受傷，所以並非完全沒有辨識能力達到心神喪失的地步，

判處6年有期徒刑定讞，入獄服刑。

2016年殺害小燈泡的王景玉案，依判決書文，被告殺人之動機雖受罹患思覺失調症所產生妄念之影響，但被告行為時明知殺人違法，又知躲避他人監督、選擇最佳時機及對象再實行犯罪，顯然無刑法第19條不罰或減輕其刑規定之適用。惟「公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約（即兩公約）」及「身心障礙者權利公約」均已透過施行法而對我國產生內國法拘束力，依該等公約之解釋意旨，已形成對精神障礙者及身心障礙者犯罪，不得處死刑之科刑權限制。最後依兒童及少年福利與權益保障法第112條第1項前段、刑法第271條第1項成年人故意對兒童犯殺人罪，爰依法量處法定最重之刑「無期徒刑」。

工業先進國家為處理審理的合適性、精神障礙無罪或減刑，及後續司法精神處置，很多國家有設置中央政府或州政府的審議機制。例如加拿大的審查會（Canadian review board）及各省的審查會、美國各州的司法審查委員會。美國是透過精神衛生法庭（Mental Health Courts）的特殊法庭審理後，將精神病犯罪者從監獄移往精神治療機構（Konrad and Lau, 2010）。

以美國密蘇里州的司法監控體系（the Forensic Monitoring System, FMS）為例，該系統屬密蘇里州心理衛生部

（Department of Mental Health, DMH）轄下的一個單位，處理鑑定與證明因精神障礙無罪釋放，或有條件釋放事宜。該系統由密蘇里州心理衛生部人員與外聘專家組成，任務是審查釋放申請、提供鑑定報告與法庭作證，進而監督獲釋者的後續治療，以及遵行有條件釋放的執行。亦即，該系統主要負責二件事：1.司法審查委員會（Forensic Review Committee, FRC）審議無罪釋放或有條件釋放申請。每一申請案均依臨床基礎、跨專業決定進行風險評估，如有必要則交由後續專業治療團隊進行審查；同時，也審查司法個案監控提交的條件改變申請，以及檢察官或法院請求審議的司法議題。2.司法案件監控（Forensic Case Monitors, FCM）監督有條件釋放者在社區的行為，通常由社會工作師或諮商師結合觀護人員執行。與密蘇里州的司法監控體系配合的司法精神醫院，例如西北密蘇里精神復建中心（Northwest Missouri Psychiatric Rehabilitation Center）是一家108床的低度保安醫院（Reynolds, 2016），以及在富爾頓（Fulton）的高度保安醫院。類似的制度在俄亥俄州（Ohio）稱克里夫蘭方案（the Cleveland CR program），在奧瑞岡州稱奧瑞岡精神審查委員會（the Oregon Psychiatric Review Board）。

荷蘭19個區都設有司法精神科服務（Forensic Psychiatric Services, FPD），

隸屬司法部，約有54名司法精神科醫師以部分工時工作，整合為5個法院轄區，由5位主責精神科醫師協調人力調配與鑑定活動程序一致性，其任務是基於專業自主，進行司法精神障礙犯罪者的診斷、評估、處置建議，也提供個別照顧處置建議、連結精神醫療資源、提出鑑定報告等（van Marle, 2000）。

顯示，由一個具獨立性與公正性的鑑定組織或機構進行精神鑑定是相對較穩定與可信的制度，既可集中調派人力、及早鑑定、團隊進行、專業自主，又可維持鑑定程序一致性。

司法精神醫學關注的第三項議題是針對被告與受刑人的心理衛生服務。第四項議題是設置特殊的司法精神醫院。這兩項議題關係到社會安全網如何與司法矯正機關處遇有關精神疾病的犯罪者銜接，分別詳述於後。

## 肆、精神障礙受刑人的心理衛生服務

司法心理衛生之所以被重視是因為前述的精神障礙犯罪雖然有免責，且其心理狀態顯然沒有能力因應被告所需的能力，這和某些身心障礙者，例如智能障礙者沒有足夠的能力因應被審訊一樣。此外，這些犯罪者的個人生命經驗往往都承載了兒童疏忽與虐待、貧窮、失業、無家可歸、

物質濫用、教育剝奪與人生失敗等問題（Singleton et al., 1998），如果不協助其解決這些問題，而僅聚焦在犯罪行為上，對他們並不公平，也無法真正解決問題。研究顯示在監獄中，精神疾病的發病率也不成比例地高於一般人口（Holley et al., 1995; Fazel and Danesh, 2002; Brinded et al., 2005）。

自古以來，在監服刑的犯人中就有一定比率屬精神病患。歐洲在1990年代開始關注監獄的心理衛生服務（Tomasevski, 1992），進而促成監獄心理衛生服務的發展（Gatherer et al., 2005）。歐盟也投入基金從事監獄心理衛生的研究。大部分歐盟國家在監獄中設置特別的醫療單位服務精神障礙受刑人，但是數量仍然不足（Blaauw et al., 2000）。把精神障礙受刑人從監獄轉到一般精神醫院仍然存在診斷的爭議或保安等級的考量。只有在北歐國家，監獄裡已經看不到精神病人（psychoses）。此外，監獄中的自殺事件也開始被重視（Fruehwald et al., 2003）。以下舉幾個國家的司法心理衛生服務為例，以為借鏡（Every-Pamler et al., 2014）。

### 一、澳洲

澳洲的司法心理衛生傳承自英國系統，國家與各地方都有自己的法律與司法心理衛生系統，雖然各地方的制度有明顯

差異。基本上可以分為三種模式：1.專屬監獄心理衛生服務（大部分地區）、2.提供司法心理衛生服務，但非專屬團隊（南澳、北領地）、法務部矯正署自設的心理衛生服務（西澳）。全國都規定有精神障礙犯罪者可以轉換到精神醫院治療。新的犯人都會接受心理衛生篩檢。即便如此，澳洲衛生與福利部門仍然認為司法心理衛生服務不足以滿足需求，包括在監護下接受評估與治療、從司法心理衛生服務轉銜到社區的相關照顧服務。

## 二、加拿大

加拿大刑法（Criminal Code of Canada）規定司法精神評估與處置服務屬強制性提供。成年犯被判決處2年或以上有期徒刑就屬聯邦管轄的受刑人，接受聯邦矯正服務（Correctional Services Canada, CSC），總計有57個聯邦監獄、16個矯正中心，及社區為基礎的假釋監護。加拿大聯邦受刑人入監時必須接受心理衛生篩檢，倘有心理衛生服務需求就可接受各個監獄附設的心理衛生診所的精神評估與自願性治療。一旦受刑人出現急性症狀或符合心理衛生法所規定的指標時，就會被轉介到聯邦矯正署設置的區域治療中心。這些中心屬於省政府管轄的司法精神醫院，提供強制性治療與復健服務。各省的受刑人則接受各省監獄裡的心理衛生中心自願與同意下的治療。

## 三、日本

審理中或判刑確定的犯人都會經過法務部的心理專家篩檢是否有為精神疾病。入監後還需經精神評估中心的鑑定。日本有4個醫療監獄與6個醫療優先的矯正設施，都聘有醫療人員。但是，還是被批評醫療人力不足。這些司法醫事人員人力在減少中，2003年有226人（含30位精神科醫師），到了2012年減少到187人。醫療監獄提供兼具矯正的醫療照顧。當受刑人被診斷有疾病，包括精神疾病，依法被轉到監獄外的醫院治療。每年大約450-550受刑人因各種疾病被移轉出監治療。

## 四、蘇聯

蘇聯精神疾病的受刑人依刑法被轉到監獄醫院治療，包括司法精神醫院或一般醫院的精神科。司法精神醫院由法務部管理，通常是與精神醫院或一般醫院精神科病床合作。一旦受刑人治療穩定，會被要求回到監獄執行所剩刑期。倘治療效果有限或病情惡化，經精神科醫師組成的特別委員會評估，受刑人會被建議到法庭接受重審，以精神疾病的理由判決釋放，或經該委員會建議接受衛生部主管的醫院強制治療。

## 五、美國

所有犯人於入監時必須經過心理健



康篩檢，各州有自己的法律規定。尚需住院，精神障礙犯罪者會被送到各州醫院治療，直到病情穩定，才會被送回監獄繼續服完刑期。大部分州的監獄都有提供精神鑑定與治療。治療團隊包括精神科醫師、社會工作師、心理師。自殺受刑人或嚴重精神疾病犯人也可能被轉介到地方醫院或急診病床接受密集治療。

我國的受刑人出現精神症狀，可能先被一般醫師檢查。較複雜的案例會被照會簽約的精神科醫師評估。如果受刑人在一般監獄得不到適當的醫治，會被轉介到特殊監獄中類似中度保安病床治療。簽約的精神科醫師有責任治療這些精神病受刑人。一旦病情穩定就會被送回監獄繼續執行所剩刑期。顯示，我國的監獄心理衛生服務仍然嚴重不足。

## 伍、司法精神醫院 (Judicial/Forensic Psychiatry Hospital)

司法精神醫院或保安醫院是處置（或治療）嚴重精神疾病且具暴力風險的犯罪者，其因原先的監獄缺乏適當的醫療服務，或因嚴重犯罪而入獄，或因精神疾病無法在一般監獄中被適當的管理（Fazel, Wolf, Fimińska, & Larsson, 2016）。過去20年，高所得國家大量增設司法精神醫院床位。司法精神醫院是一種高成本的投資，每一個低度保安醫院的病人一年花費

約19萬歐元，高度保安醫院則高達34萬歐元。瑞典有將近1000位病人在司法精神醫院就醫，約占總人口的萬分之一，估計每年每一病患花費成本約25萬歐元（Brunt and Rask, 2005）。另某些歐盟國家，具攻擊性、暴力，或高風險精神病人，即使沒犯罪也被納入司法精神醫院的收治對象（Salize & Dressing, 2005）。

Gunn（1976）區分司法精神醫院為兩種不同模式，一是整合系統，指精神病犯罪者從司法精神醫院治療穩定後，轉介回到一般精神醫院；二是平行系統，精神病犯罪者病情穩定離開保安醫院後，維持在司法精神醫院接受門診照護。目前歐盟國家僅有德國採取平行系統模式為主，餘多混合整合與平行模式（Gordon & Lindqvist, 2007）。

大部分西歐國家都早已建置完整的司法精神醫院系統（Naudts et al., 2005）。有些國家設立甚早，例如芬蘭第一位司法精神醫師設置於1918年的赫爾辛基拉品拉提（Lapinlahti）精神醫院。1930年代司法精神病人越來越多，遂將1768年設立的一般醫院瓦哈瓦沙醫院（Vanha Vaasa Hospital）改制。荷蘭每10萬人有12床、奧地利約10床、德國超過8床，英國也將近8床。比利時起步較晚，目前也已增設到每10萬人有6床。瑞士、西班牙、愛爾蘭、義大利床位數較少，約每10萬人有2床（Völlm, 2019）。

義大利在1978年將廢棄與設備差的一般精神醫院轉型為司法精神醫院（Fornari & Ferracuti, 1995）。在東歐國家中，蘇聯已設置高度與中度的保安精神醫療單位（Ruchkin, 2000），波蘭也有新設的司法精神醫療設施（Ciszewski & Sutula, 2000），保加利亞也在一般精神醫院區隔出高度保安的司法精神病床（Dontschev & Gordon, 1997）。然而東歐國家的司法精神醫學發展仍然相對有限。

1960年代以來的心理衛生去機構化（deinstitutionalisation）運動，某種程度的再機構化（reinstitutionalisation）已經在發生中，特別是司法精神醫院（Priebe et al., 2005），其理由是高比率的合併物質濫用犯罪，且社會關切精神疾病帶來的社會高風險。以丹麥為例，在1970年代即注意到精神病患的犯罪行為。精神障礙犯罪者占有所有犯罪者的0.4%，占有所有犯罪而被定罪者的0.8%，占嚴重暴力犯罪的6%（Bratbo et al., 2006）。研究顯示，精神障礙者初次犯罪大部分是因於精神疾病的侵擾。青少年反社會行為常是思覺失調症（schizophrenia）的前奏。患有思覺失調症且出現早期行為問題的人比未出現早期行為問題的思覺失調症病人更容易犯罪（Pedersen, Rasmussen, Elsass, & Hougaard, 2010）。因此，提供精神疾患犯罪者的密集治療，才有可能降低再犯率，減低傷害他人的風險，並改變社會對

精神障礙者有暴力行為的認定。以下介紹幾個國家的司法精神醫院供參考。

### 一、英國國民健康服務（NHS）的保安醫院（secure hospitals）

英國的保安醫院是依精神衛生法（the Mental Health Act）診斷進入國民健康服務的一種專門治療精神疾病犯罪者的醫院，其目的是為了促進精神疾病犯罪者的心理健康，減少再犯的風險，是典型的重視精神衛生處置或治療，而非聚焦犯罪處遇（Duke, Furtado, Guo, & Völlm, 2018）。英國2016-7年度的司法精神病床總計7,719床，包括795高度保安（high secure）床位、3,192中度保安（medium secure）床位、3,732低度保安（low secure）床位，這些床位都屬國民健康服務特約床位（Markham, 2018）。其收治對象大多是複雜的精神疾患，例如嚴重精神疾病、人格違常、神經發展障礙或學習障礙、合併物質濫用與人格違常，且違法或嚴重的不負刑責行為（seriously irresponsible behaviour）（Hamilton, 2015）。

保安等級是評估收治對象對他人的攻擊風險而定，設定對身體、程序，及安全防護，以利有效的治療與照顧。亦即，是為了保護病患個人與他人（其他患者、醫療人員、社會大眾）的安全（Markham, 2018）。高度保安病床（HSUs）收治對象為依精神衛生法認定具危險、暴力或

犯罪傾向，須在高度保安條件下治療的個人。中度保安病床（MSUs）從1970年代末開始發展，目的是彌補高保安病床與一般精神醫院的漏洞，其收治對象為依精神衛生法認定對大眾有嚴重危險性的個人（Duke, Furtado, Guo, & Völlm, 2018）。

自從去機構化運動以來，越來越多精神病患接受社區心理衛生服務，而不住進一般精神醫院，其原因與使用者滿意、配合使用者需求、療效較佳，以及臨床症狀與生活品質有關。然而，一般精神醫院床位減少，司法精神服務床位卻增加中，顯示司法心理衛生的需求增加。

司法精神醫院是高成本的設施，以中度保安病床（MSUs）為例，每一病患每年花費175,000英鎊，英格蘭與威爾斯花在司法精神醫院的預算每年高達12億英鎊，服務的對象僅占精神病人的1%，卻花掉心理衛生預算的19%。其高度的倫理與財政考量，引發是否需要長時間住院的質疑。保安醫院是一種高度被管制、低度隱私、日常活動重複、低度環境刺激的設施。或許這種環境對某些精神疾病患者來說是必要的。但是，對於另一些人來說，長期留在保安醫院並非適當。何況說，其成本很高（Duke, Furtado, Guo, & Völlm, 2018）。

英國高度保安醫院有3家。最老的一家是啟用於1863年，位於伯克郡（Berkshire）克羅松（Crowthorne）鄉間山丘上的布羅德摩醫院（Broadmoor Hospital），收治倫

敦、東英格蘭、東南英格蘭、西南英格蘭地區的精神疾病犯人，占地53甲，病床數284。另兩家在利物浦（Liverpool）附近的阿許沃茲醫院（Ashworth Hospital）、諾丁罕郡（Nottinghamshire）的阮普頓醫院（Rampton Hospital）。主要收治的犯人是思覺失調症、嚴重人格違常、學習障礙。然並非學習障礙者都會進入保安醫院治療，而是收治具持續風險的縱火、性侵、暴力等嚴重犯罪行為者。

中度保安醫院全國各地設置60家，例如位於蘭開夏郡（Lancashire）威汀罕（Whittingham）的吉爾德之家（Guild Lodge）是一家60床的中度保安醫院，專門收治有自傷、傷人的精神疾病犯人，目前149個病人中大部分是因精神疾病而犯罪，少數是在監中才被診斷出精神疾病；另少數從高度保安醫院治療後轉院而來。經治療後病情穩定，可以轉入低度保安床位。住進低度保安床位的病人可以放假外出，再經特別法庭聽證（tribunal hearing）通過後，轉到支持型住宿機構床位。

1873到1995年間，吉爾德之家屬全英國最大的精神醫院威汀罕醫院（Whittingham Hospital）複雜的建築群中的一部份，該院是維多利亞時期留下來的療養院（asylum）系統的主要院區。吉爾德之家於1999年改為保安醫院，代表進步的精神醫療體系。其院區外觀是白色磚塊與落地窗建築，穿過休閒中心，在矮樹叢

圍籬外，就是網球場、足球練習場。低度保安病床區的庭院與一般的公園無異。行政辦公室與會客室的建築與病床區的建築也沒有明顯差別。如同英國的社會工作服務對象，病人喜歡被稱為服務使用者（service users）而不是案主（client）或病人（patient），更不是犯人／受刑人（prisonnier）。服務使用者可以自由使用各種服務設施，例如聽音樂、上教堂、散步、打球、看風景等。在這裡，服務使用者被對待以康復為焦點（recovery-focused）的處置或治療，而不是懲罰取向的處遇。服務使用者病情得到控制後，就可以出院。雖然法務部仍然有責任持續關注這些復歸社區的病人的進步情形，或再犯。但是，這類保安醫院的預算與管理來自國民健康服務（NHS）的特別預算（Swains, 2016）。

除了成人司法精神醫院之外，英國於1985年設立第一家少年保安精神醫院於曼徹斯特（Manchester）。之後，國民健康服務陸續又設置4家（Newcastle, Birmingham, London, Southampton），提供有中度保安精神疾病照護需求的病人。入住病人合乎1983年精神衛生法規定，且證明有傷人事實，或曾被判監護，需住院治療者。傷人事實主要是暴力、傷害、性攻擊、縱火等（Hill, Argent, Lolley, & Wallington, 2016）。

這類住宿型治療中心（Residential

treatment centres）是一種針對有精神疾病的犯罪者的另類措施，提供較佳的持續復健機會。然而，其挑戰是如何平衡監護下的照顧與藉由有效的治療達到公共安全。像是思覺失調症患者在安全的照顧與控制下，可以獲致有價值的生活方式。如果把思覺失調症病人當成是犯人，就會推向不可預測和危險的疾病。

但是，這種努力並非廉價的。依英國國民健康服務的經費統計，中度與高度保安醫院的預算一年是10億2300萬英鎊，占成人心理衛生預算的1/5。因為病情不同，很難精確地統計每一位精神疾病犯人在這些醫院花掉多少錢。但是，粗估在中度保安醫院的預算每病床每年大概需要15萬英鎊，約是監獄B類犯人（中度管控）所需經費的5倍。由於成本高，司法精神醫院被定期檢討。特別是中度保安醫院，被認為不需要太高規格的安全監護，且不需要停留太長。亦即，盡早讓精神疾病犯罪者進入保安醫院，避免申請不准，而延宕治療；同時，也盡早讓這些穩定的病人安全離院，強化社區連續照顧體系。這必須協調法務部過度謹慎的態度，因精神疾病犯人出院必須取得法務部的許可；此外，不足的後續住宅提供與整合進入社區的銜接服務，也是必須克服的難題。由於長久以來對精神疾病療養院的印象，錯誤的概念導致對精神疾病的偏見與污名化，人們還是停留在既然是因精神疾病而犯

罪，就應該會再犯的恐懼，導致他們不易被允許出院，停留在這些司法精神醫院的時間就會較長（Swains, 2016）。

因為擔心媒體報導的敏感性，大部分司法精神醫院不歡迎媒體採訪。但越是神秘，社會大眾對這類精神醫院的瞭解越少，誤解越多。的確，由於這些精神疾病犯人是相對脆弱性，很容易受到外部不友善的報導的影響。尤其對於受精神疾病犯人傷害的家屬的心情也必須被關注。法務部與司法精神醫院都不希望讓這些事件的雙方家屬再次被暴露在事件的陰影下。

一般說來，因精神疾病而犯罪的人在鑄成大錯之後，都會有極端罪惡感。許多思覺失調症的犯人是因為聽到聲音或幻覺鼓勵他犯罪。司法精神醫院收治的對象有不同的症狀，思覺失調症、精神病（psychosis）、急性憂鬱症（acute depression）、躁鬱症（bipolar disorder），也有經歷極端的創傷痛苦，自傷也是常有的，服務使用者背景差異極大（Swains, 2016）。

司法精神醫院的氛圍也像一所職業學校。只是在出院前，他的門是永遠鎖著。工作人員與訪客必須經過自動上鎖的安全門進出。訪客與服務使用者在會客室會面後可以走出庭院，到草坪散步。經過風險評估後，服務使用者可進入藝術工作室做木工、金屬工或在綠屋學習園藝，也可以在音樂室聽音樂、戶外演奏（Swains,

2016）。

服務使用者男女分區，單人房安排，也有公用洗衣設備。不論員工或服務使用者都不會突然脾氣發作。但是，因為精神疾病導致情緒緊張是可能的，不具有威脅性的行為。不同的治療階段的病人需要不同程度的監護，到了被評估屬低保安等級的病人，幾乎不需要監護，可以自由走動。許多服務使用者是精神病患合併藥物濫用問題和人格違常，因此，在保安醫院裡嚴禁吸煙。為了維持精神疾病患者健康，被鼓勵不斷利用各種運動設施健身。同時，為了保持適當體重，避免因為精神疾病藥物所引發的身體改變與低自尊的副作用（Swains, 2016）。

到底保安醫院的服務使用者可以使用電腦嗎？對於管理人員來說，擔心這些脆弱的服務使用者把黑暗的資料傳送上網流傳。據此，嚴格禁止使用手機。但是，吉爾德之家卻准許服務使用者使用電腦，因為他們相信當服務使用者會使用資通信科技，才能融入社會，不會被就業市場排除。通常精神病患經驗到極端的社會隔離，期待被社會接納，如果因缺乏基本技能而不能再整合進入社區，對未來離院的障礙重重。例如，離院後除了找工作之外，也需要尋找新的住所，沒有網路使用的基本知能，無法接近申請社會住宅或租屋資訊。當服務使用者未安排離院後的居住與就業，也無法通過離院準備計畫審查

(Swains, 2016)。

準備離院的服務使用者最擔心的是不能被社區接納？不管他們在醫院裡被如何尊重為有尊嚴的個體。但是，進入社區這種尊重很快就會幻滅。社區能否接納精神病人，特別是從保安醫院離院的，是精神病人可否順利復歸社區的重要條件。在英國，從保安醫院出院的病人仍會擔心擺在眼前的醫院與社區生活的鴻溝，要跨過這條鴻溝的橋是什麼？出了醫院後的社區生活，取決於是否能安然跨過這條鴻溝。

晚近的精神醫學發展已證實精神疾病的療效顯著，包括思覺失調症在內，前提是病人要能配合康復計畫執行。研究指出，當病人參與康復計畫時，療效顯著，因此，適當的環境控制與引導其自我照顧是必要的 (Swains, 2016)。

在安全的環境中，讓病人因被充權 (empower) 而能自我照顧，配合康復計畫。反過來說，保安的必要性就是讓服務使用者在安全的環境下，參與加速康復治療及離院後的持續穩定計畫。安全治療環境與服務使用者參與自我康復計畫是相關的，一旦服務使用者病情穩定，就可以及早離院；病情穩定後進入社區生活，復發的風險也降低，一切都會因此而改變。

英國衛生部也透過離院後的服務使用者分享經驗，執行《分享我的成功之路》(My Shared Pathway) 方案，讓在保安醫院的服務使用者參考，這是一個客製化

的方案，針對每一位服務使用者的特殊需求、界定分享與院內關係密切的醫療人員、支持的工作人員、院內病友的關係，以及未來復歸社區的期待等。這屬重新認識精神疾病 (Rethink Mental Illness) 內的創新網絡 (Innovation Network) 計畫的一部份，目的是納入服務使用者進入計畫，對其未來出路有更詳細的設計，而不只是原則性規範。當然，不是每一位服務使用者都能配合執行到完美無缺 (Swains, 2016)。

不過，服務使用者與幕僚人員的回饋顯示成果是良好的。未來進一步要強化在保安醫院內的同儕支持 (peer-support) 角色 (Swains, 2016)。亦即，讓病友在保安醫院內可以自願地擔任其他服務使用者的支持與忠告角色，期使在相同的病房或病室，或擴大關係網絡到信任的個人，建構一個具支持性的非正式關係網。當服務使用者被告知有其他病友已經透過安全照顧體系，離院成功地復歸社區的故事，就像在黑暗中出现一盞明燈的希望感覺。

服務使用者與幕僚人員面對康復的阻力在於當醫院評估可以離院，但是法務部拒絕接受，或因缺乏後續的居住安排，導致康復計畫無法按預期進度完成。經由《分享我的成功之路》的經驗累積，英國國民健康服務已經重新調整預算，允許地方政府管理從保安醫院離院後到社區心理衛生團隊的路徑，讓從中低度監護的

服務使用者有地方轉銜，不至於因為社區無法接手而離不開保安醫院（Swains, 2016）。

精神疾病犯人在進入保安醫院之前，其實很難瞭解穩定治療對他們的好處，有些案例顯示，當病人再度回到監獄之後，病情迅速惡化，停止用藥是其中最大原因。在監獄中，犯人是可拒絕服藥，但依照英國精神衛生法規定，為了治療效果，在醫院內醫師可強制病人用藥，所以持續治療的效果較佳。顯示，進入保安醫院，較能讓精神病犯人得到管理自己康復療程的機會。其實，精神病人是期待回到健康時期的生活狀態，精神病犯人也期待治癒自己的病，避免傷害自己或他人（Swains, 2016）。

## 二、澳洲

澳洲仿英國設保安醫院，由衛生部門主管。社區司法心理衛生服務（Community forensic mental health services, CFMHS）扮演治療與監護無罪宣告的精神病犯人及其他高再犯風險病人重要的角色。司法心理衛生服務是連續性服務，從僅提供專業諮詢與建議的諮詢連結模式（consultation-liaison model），到提供直接的個案管理與治療（Brett et al., 2007）。諮詢連結模式的建立是為了極大化接近稀少的司法心理衛生服務，有助於病人接受主流的心理衛生服務，整合進入其所居住的社區。地區個案

管理制度有助於經由司法服務直接發現問題，而不依賴非正式的關懷手段。平行服務成本相對高，但由於被認為有風險，轉介病人回到主流精神醫院也是困難重重。因此，大部分地區採取混血途徑（hybrid approach），靠結構風險評估工具鑑定，提供直接治療與諮詢建議。只有一個地區採整合的司法心理衛生團隊，亦即司法心理衛生團隊整合入主流心理衛生服務體系內。而昆士蘭（Queensland）與維多利亞（Victoria）的運作模式是透過經司法訓練的醫師在各地主流心理衛生服務體系裡執行。社區司法心理衛生服務還扮演參與從高度保安醫院或社區監護、問題行為介入（例如性侵害犯罪、跟蹤）轉銜到主流社區心理衛生服務，以及訓練風險相關議題的角色。大部分社區司法心理衛生服務都辦理法院連結服務。典型的作法是在犯罪偵察階段即啟動法院連結服務。其責任是關懷被警方拘留的精神疾患犯罪嫌疑人是否能被即時地辨識，得到適當的處置，或轉介相關的心理衛生服務。像許多國家一樣，精神病患犯罪者會被轉介到心理衛生服務，代替刑事犯罪處遇。

## 三、加拿大英屬哥倫比亞

加拿大中央及各省均設有評議委員會，鑑定犯人是否因精神障礙而不負刑責或減其刑責，在中央稱加拿大審查委員會（Canadian review board），在地方則

為各省審查委員會。司法心理衛生服務是一項高成本與失去自由的服務。估計每一精神障礙無刑責（NCRMD）個案每年要花費超過25萬美金，甚至比英國高度保安醫院的花費還高。這的確是個壞消息，但是不斷增加的精神病患人數，以及司法精神醫院比一般精神醫院住院期間長，又是不得不面對的事實（Penney, Marshall, & Simpson, 2018）。

具保安設施的司法精神醫院有190床，治療對象是經英屬哥倫比亞審查委員會（BC Review Board）評估無刑事責任的犯罪者，或因心智障礙者不適合入監服刑，或從矯正機構暫時轉介等待依精神衛生法評估接受治療者，目的是提供一個整合安全的治療環境，讓其逐步復歸社區。治療對象通常是嚴重的精神障礙，例如思覺失調症，部分是創傷後壓力疾患導致的情緒障礙，或人格違常，其中有2/3合併物質濫用（Penney, Marshall, & Simpson, 2018）。

需要特殊醫療團隊，包括：精神科醫師、臨床心理師、社會工作師、休閒與職能治療師、諮商師、精神科護理師、護理人員、照顧服務員、同儕支持者、教育人員、靈性照顧者、臨床安全護理、藥劑師、法務人員、原住民耆老等（Penney, Marshall, & Simpson, 2018）。

病人先進入高度監護病床，病情穩定後，逐漸轉入中度監護病床。最後視症

狀改善進入離院準備方案。為了讓病人逐漸復歸社區，學習社會適應，穩定的病人可申請社區外出（community outing），屬社區整合的一部份。社區外出不是假釋或放假，而是強制治療的一環。社區外出是治療與公共安全並重，要非常謹慎保護社區居民的安全，避免產生爭議。因此，必須在嚴謹的計畫、督導與支持下執行。某些病人情況穩定，可以執行無監護的社區外出。社區監護外出陪同人員是受過精神醫療訓練的工作人員，要能處理紛爭。風險很低的病人可以獲得客製化的全天性社區為基礎的方案服務，病人必須按時返回醫院。申請社區外出的病人每年申請檢討，由英屬哥倫比亞評議委員會評估決定（Penney, Marshall, & Simpson, 2018）。

#### 四、美國

美國各州規定不同，但幾乎都有司法精神醫院的設置。以密西根州的司法精神醫學中心（Center for Forensic Psychiatry）為例。該機構272床，提供司法機關審判犯罪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，或判斷無權限受審之診斷與治療。該院興建於2005年，服務對象為全密西根州民。

司法精神醫學中心的評鑑服務部門（The Evaluation Services division）執行法院指定的精神鑑定，服務所有密西根州



的地方法院與巡迴法院。鑑定議題涉及受審的權限與刑事責任，偶而也處理放棄緘默權、判決權限，以及其他心理議題，而需要特別的診斷衡鑑。每年約有3,000名被告因嚴重攻擊行為被要求精神鑑定。大部分是成人，也有少數兒童。司法服務部門（Forensic Services Department）負責協調鑑定程序、安排特殊的調整，例如解說服務（interpreter services）。鑑定每週一到週五均提供服務，也提供遠距視訊設備服務某些縣市（Grand Traverse County, Kent County, Marquette County, and Wayne County）；也有採門診或當天評鑑完成的服務。每一鑑定至少需要幾個小時，時間長短依鑑定需要與環境而定。被告自行負責到中心的交通。被告如在監護期間則由警察部門負責交通接送來回。鑑定報告完成後送交法院，也會應法院要求出庭作證關於鑑定結果。

該中心也提供高品質、團隊結構的司法心理衛生服務給個人，同時提供密西根州司法體系有關精神疾病的顧問。所有新病人都可以參加醫院舉辦的各種活動，除了四月、十月舉辦的野餐之外。

該中心也提供家庭支持方案給病人家屬及重要他人，因為家中親戚或朋友被送到司法精神醫學中心治療通常會覺得混淆、挫敗，有時也會感到無助與不確定，到底家人或朋友能做些什麼？該中心設計這些方案有助於協助家人、朋友澄清困

擾，回答問題，提供支持性社群以相互支持。這種方案持續進行，每月一次，讓家屬、朋友瞭解一般精神疾病治療概念，獲得心理健康相關知識，以協助家屬、朋友幫助病人，同時幫助自己。該方案在每月的第二個禮拜六上午10點到12點進行，重點有二：一是提供關於心理疾病、法院、司法精神醫院的資訊；二是讓參與者從其他成員身上獲得家庭成員或重要他人面對心理疾病的因應之道。在小團體進行中讓團體成員分享挫折、恐懼、困惑感覺。在分享經驗中發展不同的家人或重要他人面對心理疾病的因應策略。這類團體方案的重點包括：心理疾病、物質濫用等的症狀、對家庭與個人的影響，及其治療，司法精神醫院的治療方式、探病的規定，以及其他治療的方法。團體進行中會安排心理師、社會工作師、安全人員、護理師、或其他專家來分享他們的觀點與知識。

## 五、德國

如同大多數歐洲國家一樣，德國沒有設置特別的精神衛生法庭，而是經由一般法庭的審理與無罪抗告，處理精神障礙者的犯罪事件。雖依德國刑法第63條規定，經減其刑責或無罪抗告。但仍有嚴重犯罪可能者，會被強制收容進入司法精神醫院。1970年，司法精神病床4,222床，2008年已成長到6,287床；另依刑法第64條規定違反毒品危害罪者強制進入物質濫

用戒治中心戒治，該類中心從1970年的179床，增加到2008年的2,526床（Konrad and Lau, 2010）。相對於2008年監獄收容人數62,348人，精神疾病犯罪治療床位與一般犯罪監獄床位比約是1:10，物質濫用戒治床位比約是1:24。可見特殊監護處分在司法矯正的重要地位，且快速成長。但同期，一般精神醫院病床數從117,596下降到53,169床，看似受到心理衛生去機構化的影響。

德國於2007年起設置司法精神科門診中心（*Forensische Ambulanz*），扮演從司法精神醫院監護治療出院，需後續接受強制社區心理衛生治療的精神病犯罪者的治療角色，類似假釋的功能。到2009年，幾乎每一邦都設置司法精神科門診中心，治療銜接來自司法精神醫院的病人，也有少數邦同時接受出獄的精神病犯人治療工作。同時，也規定司法精神科門診中心必須與法院、假釋官交換醫療資訊，以利假釋官監控假釋處分執行情形。這與一般精神科門診與司法精神科門診不同。此外，該次修法法院也可要求犯人不可接觸酒精類飲料與毒品，以免因接觸酒、毒而再犯（Konrad and Lau, 2010）。

物質濫用疾患（*substance use disorders*）的受刑人常被另安排戒治。有些歐盟國家設有戒治物質濫用疾患受刑人的特殊醫院，例如德國的物質濫用疾患（SUD）醫院，有別於司法精神醫院。

德國稱雙層制（*Two tier system*），物質濫用疾患醫院戒治對象是因酒癮、藥癮導致的犯罪，無減輕刑責的規定，因物質濫用而有再犯的風險，戒治期間視同服刑，期待戒治可以復原，倘戒治無效須回監服完剩餘刑期，戒治期間每6個月評估成效一次，戒治一般以2年為限，視需要得延長2/3時間。其他精神疾病受刑人則移監至司法精神醫院，治療無期限，每年評估進展一次，每3年由外部專家評估成效，6年後外部專家每2年評估一次（Völlm, 2019）。奧地利、荷蘭也有專門為物質濫用受刑人戒治的醫院。

## 六、荷蘭

荷蘭政府認為精神病人犯罪若不給予治療，極可能再犯。精神病人犯罪經由精神科醫師和（或）臨床心理師鑑定，嚴重犯罪者（例如，嚴重攻擊、殺人、謀殺）至少判4年醫療監禁，將被轉介到司法精神機構治療，例如，德奇維蘭登司法精神醫院（*De Kijvelanden Forensic Psychiatric Centrum, FPC*），稱為非自願監禁（*terbeschikkingstelling, TBS*）病患。設於1955年的范德霍芬（*The Van der Hoeven Kliniek*）則是荷蘭第一家司法精神醫院，在烏特烈（*Utrecht*）與阿摩斯夫特（*Amersfoort, De Voorde*）設有分院，收治成人精神疾病犯罪者，約有7成病人合併物質濫用。該院也是第

一家使用國際通用的「歷史臨床風險管理」第三版（The Historical Clinical Risk Management-20, Version 3, HCR-20 V3）」的荷蘭司法精神醫院。此外，該院也於2007年發展出優勢為基礎的（strength-based）「暴力風險保護因子結構評估」（the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk, SAPROF）（de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, & de Handleiding, 2009），提高出院精神病人暴力風險評估的精準度，成為各國採行的另一套評估出院風險量表（Kashiwagi, Kikuchi, Koyama, Saito, & Hirabayashi, 2018）。進而，也發展是用女性精神病犯罪者、性侵犯罪者的風險評估量表。該院每年出院率約10%到15%，成功的出院必須是醫院與地方資源的協力，例如專供精神障礙者居住位於烏特烈的精神監護住宅基金會（*Stichting Beschermende Woonvormen* Utrecht /Utrecht Foundation for Supervised Accommodation, SBWU），各地的克溫司特家園（Kwintus），以及各地的心理治療中心（GGZ-Centraal）等。

讓病人順利回歸社會是范德霍芬司法精神醫院的治療目標。基於此，從入院第一天開始，醫院就啟動再社會化的過程，以利病人盡早出院。43%的病人在2年內順利出院，2015年資料顯示住院治療平均約8.7年，再犯率很低。出院的判準是由隸屬安全與司法部轄下獨立的強制醫

療監護出院審查委員會（Advisory Board on Review of Leave from Detention under a Hospital Order, /*Adviescollege Verloftoetsing tbs*, AVT）做最後決定。

在出院前需先經過四個階段的出院準備：

1. 監護外出（Supervised leave）：病人被允許在監護下外出（例如外出購物），一開始有5次機會，病人在機構的團體管理或安全警衛監護下外出，這屬護衛階段。如果一切順利，接著是由兩位團體領導者監護，不再有安全警衛陪同，稱雙監護階段。最後，才是由一位團體領導者監護外出。類似加拿大的社區外出。
2. 無監護外出（Unsupervised leave）：倘監護外出順利，病人會被允許無監護外出，外出時間可以幾小時到最多6天。在外出期間，病人有各種選項，例如就業試探、修習課程，或訪問親友。
3. 院外短期居住（Transmural leave）：病人表現再犯風險降低到某種程度，就可申請進入醫院附設的短期居住安排，仍由醫院持續提供監護與治療。
4. 試行出院（Trial leave）：病人表現在醫院低密度的監護之下降低再犯風險到一定程度，就可申請試

行出院，期間荷蘭觀護服務（the Dutch Probation Service）仍然監護著病人。但是，醫院仍然對病人負責。病人可獨立參與區域庇護住宅機構（Regional Sheltered Housing Institution/*Regionale Instelling voor Beschermd Wonen*, RIBW）的獨立居住計畫，或心理衛生機構的社區居住。

結束第四階段，法院就可結束強制治療處分，司法精神醫療監護必須落實。醫院持續對病人有治療責任，但是執行單位已從司法精神醫院轉銜到司法門診照護機構，或社區心理衛生機構。

在荷蘭精神病患犯罪罪名不是有無刑責，而是分為五級：負全責、減輕刑責、少責、難以課責、絕對無責。精神官能症患者（*neurotic disorder*）大部分會被減輕刑責，人格違常（*personality disorder*）則屬少責，邊緣性人格違常（*borderline personality disorder*）大多屬難以課責案例，精神病（*psychotic disorder*）屬絕對無責。依課責程度決定是否入獄，或進入司法精神機構，及其刑期長短（Hornsve, Bulten, de Vries, Kraaiaam, 2008）。另位於烏特勒（*Utrecht*）的彼德班司法精神觀察中心（*Pieter Baan Centrum*）則是荷蘭安全與司法部轄下的疑似精神疾病罪犯觀察診所，2007年起，該中心納入荷蘭司法精神與心理機構（the Netherlands Institute

for Forensic Psychiatry and Psychology, NIFP）。

## 七、義大利

義大利第一個犯罪精神療養院（*criminal asylum*）於1872年建立在卡索塔（*Caserta*），屬於地方監獄體系的一環，處置身心障礙的犯罪者，避免其在一般監獄裡發瘋，產生不利於監獄裡的法規、秩序、衛生、安全的後果。這種收容、治療精神疾病犯人的機構設置由來已久。其設置一方面避免監獄因收容精神疾病犯人而加重病情，另方面也為了保護社會大眾降低面對這些犯人出獄後的再犯風險。1975年刑法修正允許民間精神醫院收治判給司法精神醫院治療的犯罪者。1978年刑法修正將原先的犯罪精神療養院改名為司法精神醫院（*Judicial Psychiatry hospital*）（Fornari and Ferracuti, 1995）。義大利目前有6家司法精神醫院，平均每家收治187個精神疾病犯人。男女比例18:1。義大利的精神疾病犯人的治療依據的法規是法務部，而非衛生部。這種針對有精神疾病犯人的處置採司法與醫療分立的設計，比較不像英國、瑞典、法國、丹麥、葡萄牙、挪威、西班牙等由衛生部處理。因而出現以下問題（Fornari and Ferracuti, 2008）：

1. 義大利制度將所有將精神疾病犯人都收治在司法精神醫院，過度依賴

對社會的危險程度考量，疾病嚴重度與病理被排在其次。導致精神疾病犯人成為長期慢性疾病病人。

2. 審理期間過長，違反人權。
3. 治療工具不足，環境差。
4. 除了少數例外，治療方式幾乎沒有其他選擇。
5. 使用社會危險程度指標不適當，即使無害。
6. 所有精神疾病犯人都無差別地接受嚴厲的監控，而不是考量治療的環境需要。

回到我國的經驗，引發社會高度關切的108年鄭再由殺警案一審認定鄭嫌有精神障礙，達到心神喪失的程度而判決無罪；但未依保安處分執行法宣告保安處分裁定，造成程序斷裂。依據我國保安處分執行法第4條，法院對於應付監護、禁戒、強制治療必要之人，認為有緊急處分之必要，得於判決前，先以裁定宣告保安處分。鄭在由案行為人行兇後有被羈押，所以偵查中檢察官沒有聲請宣告保安處分的必要。但是法院一旦宣判因精神障礙而無罪，依照刑事訴訟法的規定，本來的羈押就會撤銷，既然已經知道被告精神疾病嚴重，法院應該做的是在判決前先宣告保安處分裁定，讓檢察官判決後馬上可以執行，程序上才不致有脫漏，造成社會驚恐。另109年8月，桃園市吸毒男子梁某前年犯下弑母砍頭案，在高院二審時，因鑑

定報告認為他犯案前吸毒，於卡西酮毒品作用最強時弑母，當時辨識能力已喪失，改判無罪當庭釋放，責付桃園市政府衛生局，引爆社會輿論交相質疑。

此外，依據我國刑法87條之規定，行為人因為第19條第一項、有精神疾病而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護，但以5年為上限。這是法律與精神醫學的割裂。一個精神病患需要何種治療、治療多久、如何評鑑治療效果、依何種程序轉銜或離院，都是司法精神醫院的職掌。然而，我國卻無類似制度與機構的設置，而造成社會極大恐慌。

倘被告有精神疾病而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護。復依保安處分執行法第46條規定，有刑法第19條第1項、第2項或第20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。然被質疑檢察官是否瞭解受監護處分者的精神障礙，或其他心智缺陷問題需要何種治療與復健？是否有足夠的司法心理衛生服務足以提供適當的照顧或處置？特別是社區心理衛生服務。

我國並無司法精神醫院的設置，只有4家戒治所：高雄、臺東、新店、臺中，收容受強制戒治處分的受刑人，以及臺北監獄桃園分監與臺中監獄設有精神疾病病

監。依法務部100年1月17日頒「各監獄技能訓練所戒治所精神疾病收容人移送臺灣臺中監獄或臺灣臺北監獄桃園分監治療注意事項」，臺北監獄桃園分監目前專收治女精神病收容人，核定容額為38名。臺中監獄附設培德醫院是目前全國監獄唯一的監獄醫院，委託中國醫藥大學醫學中心營運。該院有急性一般病床68床、急診觀察床1、血液透析床20床，戒護病房容額上限14床及加護床3床，並沒有急性精神病床，只有精神科門診。而設置於臺中監獄的精神疾病療養區核定人數96名，包含由其他矯正機關陳報核准移入人數。然而，109年7月顯示，實際收容精神疾病收容人數高達484人。精神疾病收容人每週一、三、五安排精神科門診。與精神醫院相比，該精神疾病療養區精神醫療相對缺乏，僅有體能活動、感恩合唱團、園藝治療、宗教教誨等。復囿於監獄牢房建築格局、空間不足，及超額收容，致空間擁擠，亦難達到精神醫療或療養需求。顯示，只靠臺北監獄桃園分監與臺中監獄設有精神疾病病監根本無法承擔治療精神病犯人的責任，更不用說與社區心理衛生服務的銜接。至於，完整的保護管束、出院計畫、社區復歸等都缺乏一套完整的體系（Every-Palmer, 2014）。

我國精神疾病收容人以思覺失調症最多，其次是雙向型情感性疾病、焦慮疾患、憂鬱症、反覆性憂鬱症。若依英國保

安醫院收治對象主要是思覺失調症、精神病、急性憂鬱症、躁鬱症；而荷蘭的思覺失調症、精神病也都屬絕對無刑責而會被送進司法精神醫院治療。我國卻有這麼多嚴重精神疾病受刑人被關在精神病監，而不是送進精神醫院治療，顯示不只司法精神醫院亟需興建，司法精神鑑定制度有待檢討。

此外，值得注意的是臺中監獄尚收容犯妨害性自主、妨害風化等罪，依刑法第91條之1須施以強制治療的犯人。在95年7月1日刑法第91條之1修正前犯性侵害罪者的刑前治療，尚有2人；刑法第91條之1修正後犯性侵害罪者的刑中治療，及刑滿後經鑑定與評估，認有再犯之危險者的刑後治療，到109年7月仍有56人在監治療。強制治療專區空間擁擠、專業治療人力不足、專業治療難以施展、出監銜接困難導致治療遙遙無期等都亟待解決。況且，依109年7月15日生效實施的監獄行刑法，第140條第2項規定強制治療宣告之執行，應於監獄以外之適當醫療機構為之。顯示臺中監獄執行性侵害犯罪強制治療面對嚴峻的適法問題挑戰。同樣的，草屯療養院承租臺中監獄的大肚山莊，收治性侵害犯罪防治法第22條之1規定不適用刑法第91條之1的刑後強制治療者（95年6月30日以前犯性侵害罪者），雖然專業治療資源相對充足，但也同樣面對出監銜接困難與場所適法性的疑慮。倘性侵害犯罪者於刑期間

接受治療，刑期滿後經評估仍有再犯風險者，令入相當處所，施以強制治療，總該有強制治療結束的一天，或銜接社區心理衛生服務，否則無期限的強制治療幾乎等同於無期徒刑。

以上各國經驗容有差異，但近年來，因於社會風險壓力與政治考量，司法精神醫院治療期間的延長，均面對更多批判與科學檢視。特別是非自願治療、不適當的長期住院都被認為是違反倫理。此外，延長住院能有助於復健嗎？也受到質疑。最直接的批評是延長住院屬無經濟效率。然而，司法精神醫療服務的需求又不斷增加，必須找到平衡治療成本與效果的處置方法。Kirchebner, Günther, Sonnweber, King, & Lau (2020) 研究入住瑞士司法精神醫院的126位思覺失調症患者，發現謀殺罪與受害嚴重程度是兩個影響延長司法精神醫院住院期間的主要因素。顯示，過往住院期間長短考慮的是法律因素，而比較不是治療因素。因此建議，司法精神醫學的風險評估應從不同評鑑指標切入，不宜只是考慮法律面向。

如前所述，司法精神醫院既然是一個高成本的設施，是否保證療效？研究顯示差異極大，從平均出院22個月後追蹤的再入院率（rates of readmission）19%（Simpson, Jones, Evans, & McKenna, 2006）到超過5年半追蹤的再入院率89%（Baxter, Rabe-hesketh, & Parrott,

1999）。Fazel, Fiminska, & colleagues（2016）系統性整理35家司法精神醫院的療效發現，再入院率從每年每10萬人有2,926人到16,461人不等，平均為7,208人。研究結果差異大主因於再入院的法律規定、治療指標、出院後的督導，以及追蹤的期間有別，導致要下一個綜合的結論有其困難。再入院不只是增加財政負擔，也帶來病人、照顧者，以及服務提供者的社會與情緒成本。經歷很長的司法精神醫院治療後重新回到醫院，也代表治療的失敗；也代表司法心理衛生服務使用者面對轉銜回到社區的挑戰，例如，不穩定的住宅、缺乏社會與家庭支持、壓力增加等。大眾的信賴也因此受到傷害，再入院被認為是因在社區又發生暴力與犯罪行為的結果。其實，出院的司法病人的再犯率遠低於再入院率（Charette et al., 2015; Hayes et al., 2014）。因此，有些學者建議再入院率是一種預防性質和為了維持低再犯率的必要之惡（Penney, Marshall, & Simpson, 2016）。

Fazel, Wolf, Fimińska, & Larsson（2016）研究1973-2009年間6,520位司法精神醫院出院的病人，平均追蹤15.6年，發現30%（n=1,949）死亡，死亡年齡平均52歲。出院後69%（n=4,472）再住院，思覺失調症及其相關疾患再住院的風險高於憂鬱、人格違常，但低於躁鬱症、物質濫用。出院後合併物質濫用疾患

再住院的風險升高，顯示如何減少出院後物質濫用合併精神疾患是一大挑戰。此外，平均追蹤超過9.4年，研究對象40.1%（ $n=2,613$ ）再違法，思覺失調相關疾患、躁鬱症、物質濫用、人格違常者有較高的再犯風險。平均停留在司法精神醫院的期間是5.1個月（1.7-12.7個月）。

司法精神病患有時被描述為三重問題（the triply troubled），因為他們往往合併精神疾病、暴力行為，以及物質濫用（Krona, Nyman, Andreasson, Vicencio, Anckarsäter, Wallinius, Nilsson, & Hofvander, 2017）。瑞典馬默（Malmö）的世代研究參與者男性101人、女性24人，年齡在17-79歲，研究發現其中30位病人（24%）復發，16人（13%）復發導致暴力犯罪。研究發現復發率取決於個人特質和監護的水準。缺乏特別的法院監護導致高的再犯率；同時，家庭與早發的風險因子也被確認具高預測性。童年逆境是往後犯罪的預測因子。衝動型人格障礙與再犯率高度連結。所有病人倘能在被監督下規律服藥就能降低再犯風險。

對精神科醫護人員來說，治療司法精神病患的暴力風險一直都是受關切的。司法精神醫院的暴力發生率，除了與個別精神疾病類型有關外，Urheim, Palmstierna, Rypdal, Gjestad, Senneseth, & Mykletun（2020）長期研究挪威司法精神醫院發現，好的住宿環境、強調病人觀點與參與

的治療哲學、穩定與高的女性及專業護理人力比、員工例行的協力處理個人暴力風險、引進病人觀點與個別化照顧都有助於降低暴力發生率。

從各國經驗顯示，司法精神醫院的設置屬迫切必要，前端連結司法精神鑑定制度，以利確認何人、何時適合轉銜到矯正機構的心理衛生服務或司法精神醫院。同時，建立精神醫療處置的評鑑機制，決定何時適合離開司法精神醫院或改變處置方法，以及轉銜進入社區心理衛生體系？接著，建立離院轉銜機制，以利連續服務。

## 陸、社會安全網介接司法心理衛生服務

司法精神醫院必須以社區司法心理衛生服務（community forensic mental health services）為配套，以利從司法精神醫院出院的患者回歸社區（Markham, 2018）。一般的想法是認為精神疾病很難治癒，復發不可免，唯有在保安設施中嚴管或在社區中嚴管始能降低再犯（Renshaw, 2010）。但是，實證研究指出接受心理衛生治療，而非強調物理環境安全，是司法精神醫院治療的病人再犯率低於在監獄裡的精神病人的原因（Nilsson, Wallinius, Gustavson, Anckarsäter, & Kerekes, 2011）。然而，要說服法界與社會大眾並不容易。



不同的專業背景、組織與服務的人組成的多機構工作（Multi agency working）在司法心理衛生服務是常見的，共同的目標是促進公共安全與降低個人傷害他人的風險。在英國降低犯罪者傷害他人的風險管理單位是保護公眾多機構組織（the Multi Agency Public Protection Arrangements, MAPPA），該機構依2000年的刑事與法院服務法（the Criminal Justice and Court Services Act）授權組成，2003年刑法修正更新作法，要求警察、保護管束，以及監獄服務一起工作，管理高危險的受刑人復歸社區後的風險管理。相關部門負法律責任協助健康、住宅、社會服務、教育、社會保障，以及就業服務。英國的邊境管制、青年犯罪預防團隊、電子監控專家也都參與多機構保護公眾會議。參與者清楚認知風險能夠被降低與管理，但無法完全免除。保護公眾跨機構組織依個人被理解的風險、媒體興趣、管理的複雜度分級，納入相關機構進入協調照顧分工，而發展出三層級的作法。第一級與第二級，僅提供建議與風險管理安排的檢查。第三級，則是針對仔細的安排細節逐一檢討個人的風險管理項目。

在荷蘭，安全機構也是伙伴關係，由相關的單位組成以管理複雜的議題，包括：刑事司法（警察、檢察體系、保護管束）、心理衛生單位與地方政府社政部門（福利、兒童保護）。該機構並非一定指

涉一個建築物，其建置目的是協力減少公共妨害、家暴、犯罪等。安全機構的伙伴界定問題、一起工作、發現解方、聯合執行。共同的目標是降低再犯率、改變行為、提升受刑人的生活品質。該機構使用鏈結（chain）服務，概念來自商業界，是指一組組織間直接相互連結，不論是上游或下游服務，包括生產、服務、財務、資訊等提供給服務使用者。從安全機構的角度來看，其服務使用者可以是個人或家庭，而服務提供是由鏈結的各個組織協力提供（Thomsoni, Goethals, & Nedopil, 2016）。

精神病受刑人留置在司法精神醫院通常都是因為多重障礙，包括反社會行為、物質濫用、缺乏病識感、低度配合治療。越來越多人關切歐洲進入司法體系的精神病患增多，其部分原因是因為停留在一般精神醫院治療的時間不夠長，導致易發生暴力事件，特別是思覺失調症或相關的精神病患者（Schanda et al, 2004）；同時發現定期服藥的經驗也降低。這顯示一般精神醫院與司法精神醫院間的緊張關係（Szmukler, 2002）。即使在司法單位病情已相對穩定的精神疾病受刑人，申請一般精神醫院治療都不很容易被接受。相反地，司法單位也不易接受病人從一般精神醫院轉介到司法精神醫院。司法精神醫院要轉介病情穩定的精神疾病犯罪者到一般精神醫院接受治療，前提必須是司法精神

醫院與一般精神醫院間維持密切的互動。

顯示，不論是從司法精神醫院或是矯正機構出院（獄）的精神病患終究還是要復歸社區，建構友善精神疾病的社區是基本要件，其內含必須兼顧精神病患的康復與公眾安全需求。社會安全網伸手接住這群人似乎是社會共同的期待，然而，必須建立從醫院或矯正機構轉銜社區的常態機制，類似英國的保護公眾多機構組織，或荷蘭的安全機構是必要的。

國人顯然未能滿足於第一期強化社會安全網的規模，以鄭再由殺警案、玉井佛堂縱火案來檢視社會安全網，自然就期待所有精神疾患者的犯罪問題都能納入社會安全網。再加上2017年司法改革國事會議的結論也有幾項涉及社會安全網的相關議題，例如，第8項建立保護兒少的機制，第1點：評估少年輔育院全面改制為少年矯正學校，落實教育功能。第2點：整合司法院、法務部、衛福部、教育部之相關資源，並通盤檢討少年收容機構的執行內容與輔導方法。第3點：通盤檢討兒虐防治政策，強化兒童保護機制。第9項有效打擊犯罪與檢討刑事政策，第3點：整合司法、醫療與社工資源，對於施用毒品者戒癮治療提供多元處遇模式；第4點：為預防犯罪，降低再犯率，應全盤檢討矯正機構效能，如監所人員專業化、假釋審查精緻化、照顧受刑人基本生活需求、一人一床、醫療環境改善等；也應一併強化受

刑人復歸社會之扶助機制。期待將少年事件到成人犯罪的所有矯正機制改良與更生保護，都納入社會安全網，也是可以理解的。

為解除人民對於社會不安全的焦慮，滿足人民的期待，社會安全網再強化有其必要。但是要擴大到何種程度？誠如強化社會安全網第一期所揭櫫的是以整合各既有的服務體系為目的，而非取代既有的服務體系。整合的作法是強化跨部門協力（社會福利、衛生、教育、勞動、警政、法務等跨部門合作，中央與地方政府垂直與水平協調）、資訊流通（建置個案管理系統）、概念相通（脆弱家庭、以家庭為中心、以社區為基礎）、服務流程介接；此外，優先補充既有體系的人力、資源，例如，普設社會福利服務中心、少年輔導委員會；以及服務體系局部調整，例如，將兒少保護與高風險服務整合、將加害人合併精神疾病整合抽離成為一套新的服務方案。

基於相同的理念，倘要擴大社會安全網，介接精神醫療體系、司法體系，則必須先強化心理衛生服務體系，才可能預防精神病患犯罪；又為了協助犯罪或有犯罪之虞的精神病患，就必須建立司法心理衛生死體系；又為了協助受刑人順利復歸社會，就必須強化更生保護體系。其中涉及精神障礙犯罪者與更生保護人的家庭支持、就業、教育、治安與社區支持部分，

再與社會安全網鏈結。基本上，社會安全網不介入法院在審判有精神疾病的罪犯量刑，或監禁與治療的議題。一旦，有精神疾病的罪犯被判刑確定後入監服刑要採取何種服刑與治療方式，各種制度設計不同；出獄後的後續治療與社會復歸，各國也有不同的處置方式。然而，心理衛生體系及其與司法體系交織產生的司法心理衛生次體系的完善與否，關係到社會安全網與之介接的界線設定。

## 柒、結論

如下圖再強化社會安全網架構所示，要減少精神病患犯罪，首先，必須有完善的精神醫療體系，支持家庭照顧精神病患。當代心理衛生在去機構化的趨勢下，以社區為基礎的心理衛生服務，部分取代以醫院為基礎的精神治療。據此，強化社區心理衛生服務，包括精神科門診、社區心理衛生中心、中途之家、日間照顧中心、心理衛生自助團體等，才能預防精神疾病患犯罪。

其次，一旦精神障礙者犯罪，其是否有應訊能力、刑責應負擔程度、如何鑑定、何時鑑定、病情嚴重程度、以何種治療方式是較佳的處置，都必須藉由一套制度化的司法精神鑑定機制運作，始能吻合專業需求、伸張公平正義、降低社會誤解。

第三，建立完善的矯正機構心理衛生服務。精神疾患犯人服刑期間或其他犯人因監禁期間出現的精神疾病，倘若缺乏心理衛生服務只會加重或延宕精神疾患治療時機，（服刑）時間就是最佳治療的期待是錯誤的想像。倘服刑期間得不到適足的心理衛生服務，精神疾患受刑人出獄之後，再犯的風險又回到由社區承擔，周而復始，對精神疾病患者不公平，也無助於解除社會的恐慌情緒。

第四，加速設立司法精神醫院。倘嚴重的精神疾患犯人無司法精神醫院可轉銜治療，不但造成監獄管理的負擔，也延宕嚴重精神疾患者的治療時機，加重其病情，無助於身心康復，當然就難以避免其病情復發而再犯。

第五，建立科學化的治療成效評鑑機制。矯正機構的心理衛生服務和司法精神醫院的治療成效，都必須定期、定頻接受評鑑，以確認何時結束療程出院，或改變處置方式，進而轉銜到社區心理衛生處置或返回矯正機構服完刑期。國際上已建立司法精神病患的「歷史臨床風險管理」（HCR-20 V3）、「暴力風險保護因子結構評估表」（SAPROF）（Arai, Takano, Nagata, & Hirabayashi, 2017; Kashiwagi, Kikuchi, Koyama1, Saito, & Hirabayashi, 2018），我國司法精神醫學界與司法矯正體系應儘速採借他國實證研究結果，作為未來處置司法精神病患成效與出院風險評估的依據。

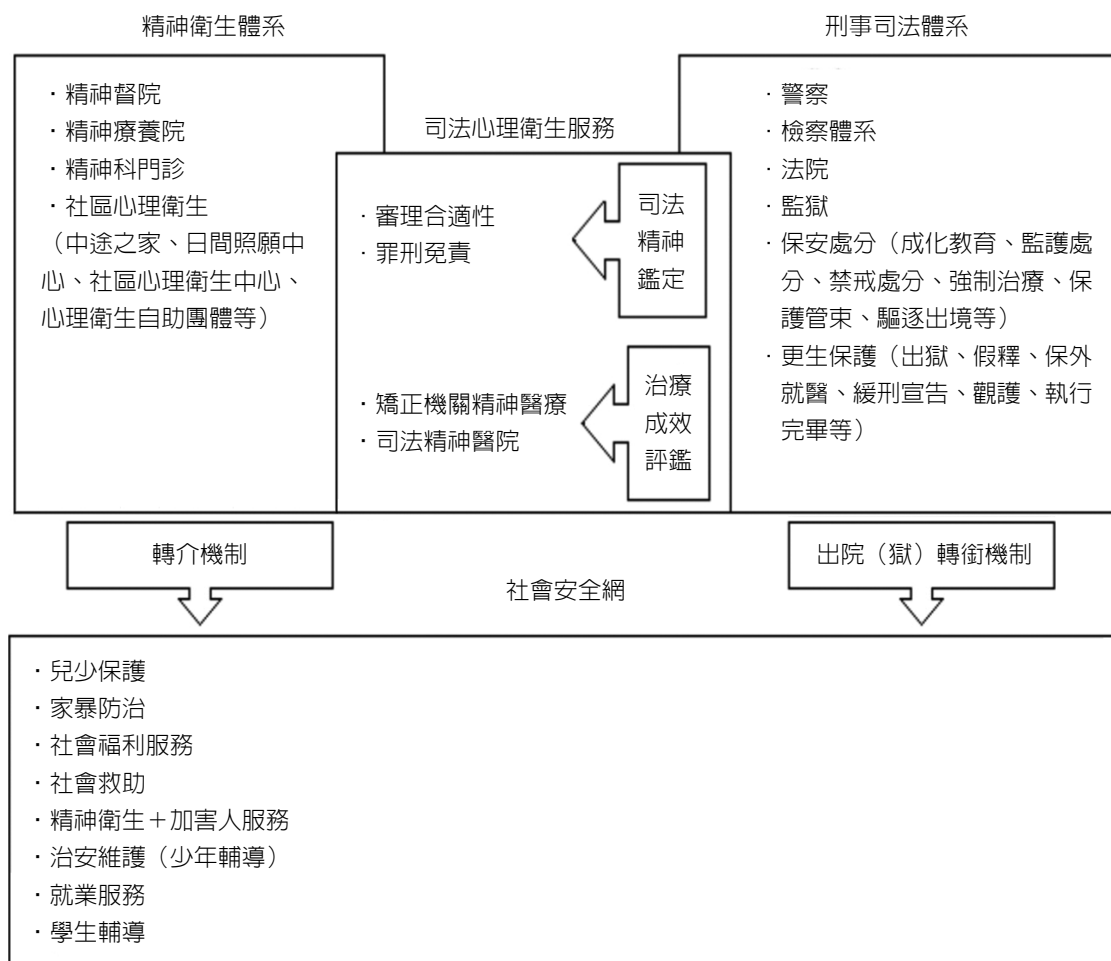


圖 1 再強化社會安全網架構

第六，建立出院（獄）的轉銜機制。不論從矯正機構出獄或司法精神醫院出院的精神疾病患者，終究必須回到家庭與社區。而慢性精神疾病復原之路漫長，必須有持續穩定的就醫與服藥，病情始能穩定進展，避免復發與再犯。倘社區心理衛生服務無法接手，單靠社會安全網也力不從心。

最後，擴大社會安全網的服務能量。不論是精神疾病犯罪者或是一般受刑人離開監獄後，降低再犯率的關鍵是營造友善的社會環境，建制多機構一起工作模式，包括：住宅安排、穩定就業、教育銜接、家庭支持、所得維持、社會照顧、健康照護等需求滿足；同時兼顧治安維護。因此，結合社福、衛生、勞動、教育、警

政、司法等部門，進行跨部門的後續服務是不可或缺的，這也正是民眾對社會安全網的期待。社會也質疑社會安全網為何擴大服務加害者或犯罪者，卻忽略犯罪受害人。因此，配合犯罪被害人保護法修正，強化與社會安全網的介接，也是必要的。

司法精神醫學既是精神醫學的一支，傳承精神醫學的核心倫理：病人福祉優先。然而，因於其兼顧司法與心理衛生。其倫理的兩難至為明顯，一方面必須考量病人福祉，但又必須尊重司法正義。一般精神醫學，依病人的福祉倫理考量，精神病人有權決定是否接受治療，然而，基於醫師有照顧病人福祉的義務，必要時採取父權考量，為病人最佳利益著想而強制治療。這也是精神衛生法規定病人有自傷（殺）之虞者，強制治療的倫理基礎。這是福祉與個人自主的倫理兩難。而司法精神醫學不只是考量病人福祉與個人自主，也必須考量他人的福祉（保護他人身命財產安全）。

因此基於避免傷害他人，採取父權考量強制病人接受治療也有其正當性（Adshead and Sarkar, 2005）。

而社會工作、復健、職能治療、諮商、教育、就業服務等專業進入司法矯正體系，也面對服務犯罪者（加害者）的倫理兩難。司法矯正體系是處遇犯罪者，而各種助人專業卻必須回到各自的專業，對求助者或非自願性服務使用者，進行社會工作介入、諮商輔導、職能治療、教育、就業服務等專業協助（而不是犯罪處遇），不會因其犯罪身分而不提供專業服務，然必須承受為何幫助加害者的質疑。助人專業服務犯罪者背後的倫理價值也是在於提升服務使用者的福祉，同時考量他人的福祉（保護他人身命財產安全）。

（本文作者為行政院政務委員）

**關鍵詞：**社會安全網、司法心理衛生、司法精神醫學

## 參考文獻

- 王子榮（2020）。〈法學與精神醫學的交會：為什麼需要司法精神鑑定？〉，《鳴人放送》，2020/5/16。
- 李俊宏（2020）。〈精神科醫師談刺警案：鑑定醫師承擔極大社會壓力，犧牲自己的時間還要被出征〉，《The News Lens關鍵評論》，2020/5/3。
- 李佳玟（2020）。〈專家委員會是司法精神鑑定困局的解方嗎？〉，《上報》，2020/6/20。
- 吳建昌（2016）。《正常與瘋狂的天秤：談精神疾病與精神鑑定》。臺北：心靈工坊。
- 林志潔（2020）。〈鄭再由殺警案該當何罪——臺灣精神疾病犯罪的法制缺陷與改革〉，《上

報》，2020/5/5。

林萬億（2019）。〈強化社會安全網：背景與策略〉，《社區發展季刊》165，頁6-32。

財團法人民間司法改革基金會（2014）。《鑑定制度改革》。

湯文章（2020）。〈台鐵殺警案無罪判決後精神鑑定制度的反思〉。<https://www.ettoday.net/news/20200504/1705884.htm#ixzz6QiPIIDGQ>。

Adshead, G. and Sarkar, S. P. (2005). Justice and welfare: two ethical paradigms in forensic psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, pp. 1011-1017.

Ansell, A. (2011). Brazil's Social Safety Net under Lula, *NACLA Report on the Americas*, March/ April, pp. 23-26.

Arai, K., Takano, A., Nagata, T., & Hirabayashi, N. (2017). Predictive accuracy of the Historical Clinical-Risk Management-20 for violence in forensic psychiatric wards in Japan, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27, pp. 409-420.

Baxter, R., Rabe-hesketh, S., & Parrott, J. (1999). Characteristics, needs and reoffending in a group of patients with schizophrenia formerly treated in medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10, pp. 69-83.

Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European prison systems: arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 649-663.

Blesener, S. (2020). Coronavirus Threatens to Overwhelm Cities' Social Safety Net; Jump in demand at food banks, soup kitchens; number of callers to crisis hotlines surges, *Wall Street Journal* (Online), 29 Mar.

Brett, A., Carroll, A., & Green, B., et al. (2007). Treatment and security outside the wall: diverse approaches to common challenges in Community Forensic Mental Health. *Int J Forensic Ment Health*, 6, pp. 87-99.

Brinded, P. M., Simpson, A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2005). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 162, pp. 774-780.

Brunt, D. & Rask, M. (2005). Patient and staff perceptions of the ward atmosphere in a Swedish maximum-security forensic psychiatric hospital, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), pp. 263-276.

Bursztajn H. J., Scherr, A. E., Brodsky, A. (1994). The Rebirth of Forensic Psychiatry in Light of Recent Historical Trends in Criminal Responsibility, *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), pp. 611-635.

Charette, Y., Crocker, A. G., Seto, M. C., Salem, L., Nicholls, T. L., & Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in

- Canada. Part 4: Criminal recidivism. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60, pp. 127-134
- Ciszewski, L. & Sutula, E. (2000). Psychiatric care for mentally disturbed perpetrators of criminal acts in Poland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 547-554.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., de Vries Robbé, M., & de Handleiding, B. (2009). SAPROF: Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk, (English version), Utrecht: Forum Education.
- Dontchev, P. & Gordon, H. (1997). Forensic psychiatry in Bulgaria. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, pp. 141-151.
- Duke, L. H., Furtado, V., Guo, B., & Völlm, B. A. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, pp. 313-321.
- Every-Palmer, S. (2014). Review of psychiatric services to mentally disordered offenders around the Pacific Rim, *Asia-Pacific Psychiatry*, 6, pp. 1-17.
- Farmer, E. (1999). Holes in the safety net: the strengths and weaknesses of child protection procedures, *Child and Family Social Work*, 4, pp. 293-302.
- Fazel, S. and Danesh, J. (2002). Serious mental disorders in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, pp. 545-550.
- Fornari, U. and Ferracuti, S. (1995). Special judicial psychiatric hospitals in Italy and the shortcomings of the mental health law. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, pp. 381-392.
- Fornari, U. and Ferracuti, S. (2008). Special judicial psychiatric hospitals in Italy and the shortcomings of the mental health law, *Journal of Forensic Psychiatry*, 6(2), pp. 381-392.
- Fruethwald, S., Frottier, P., Matschnig, T. et al., (2003). The relevance of suicidal behavior in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18, pp. 161-165.
- Gassman-Pines, A. and Hill, Z. (2013). How Social Safety Net Programs Affect Family Economic Well-Being, Family Functioning, and Children's Development, *Child Development Perspectives*, 7(3), pp. 172-181.
- Gatherer, A., Moller, L., & Hayton, P. (2005). The World Health Organisation European Health in Prisons Project after 10 years: persistent barriers and achievements. *American Journal of Public Health*, 95, pp. 1696-1700.
- Gordon, H. and Lindqvist, P. (2007). Forensic psychiatry in Europe, *Psychiatric Bulletin*, 31, pp. 421-424.
- Gunn, J. (1976). Management of the mentally abnormal offender. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70, pp. 877-880.
- Hamilton, M. (2015). Risk-needs assessment: Constitutional and ethical challenges. *American Criminal Law Review*, 52, pp. 231-286.

- Hayes, H., Kemp, R. I., Large, M. M., & Nielssen, O. B. (2014). A 21-year retrospective outcome study of New South Wales forensic patients granted conditional and unconditional release. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, pp. 259-282.
- Hill, S. A., Argent, S. E., Lolley, J., & Wallington, F. (2016). Characteristics of male patients admitted to an adolescent secure forensic psychiatric hospital, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), pp. 21-37.
- Hoge, S. K. (2016). Competence to Stand Trial: An overview, *Indian Journal of Psychiatry*, 58 (Suppl 2): S187-S190.
- Holley H.L., Arboleda-Flórez J., Love E. (1995). Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 39, pp. 191-209.
- Hornsve, R. H. J., Bulten, E. B. H., de Vries, E. T., & Kraaimaat, F. W. (2008). Violent forensic psychiatric inpatients and violent detainees in the Netherlands, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 407-419.
- Howells, K., Day, A., & Thomas-Peter, B. (2004). "Changing Violent Behaviour: Forensic Mental Health and Criminological Models Compared". *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(3), 391-406.
- Kashiwagi, H., Kikuchi, A., Koyama, M., Saito, D., & Hirabayashi, N. (2018). Strength-based assessment for future violence risk: a retrospective validation study of the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF) Japanese version in forensic psychiatric inpatients, *Ann Gen Psychiatry*, 17(5), pp. 1-8.
- Kirchbner, J., Günther, M. P., Sonnweber, M., King, A., & Lau, S. (2020). Factors and predictors of length of stay in offenders diagnosed with schizophrenia - a machine-learning-based approach, *BMC Psychiatry*, 20, p. 201, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02612-1>.
- Konrad, N. (2001). Redevelopment of forensic psychiatric institutions in former East Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, pp. 509-526.
- Konrad, N. and Lau, S. (2010). Dealing with the Mentally Ill in the Criminal Justice System in Germany, *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, pp. 236-240.
- Krona, H., Nyman, M., Andreasson, H., Vicencio, N., Anckarsäter, H., Wallinius, M., Nilsson, T., & Hofvander, B. (2017). Mentally disordered offenders in Sweden: differentiating recidivists from non-recidivists in a 10-year follow-up study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(2), pp. 102-109.
- Markham, S. (2018). Red-teaming the panopticon\* (mobilising adaptive change in secure and forensic settings), *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(1), pp. 16-36.
- McKay, A. (2005). *The Future of Social Security Policy: women, work and a citizens' basic income*, London: Routledge.



- Nambi, S., Ilango, S., Prabha, L. (2016). Forensic psychiatry in India: Past, present, and future, *Indian Journal of Psychiatry*, 58, pp. 175-80.
- Naudts, K. H., Cosyns, P., & Mcinerny, T., et al., (2005). Belgium and its Internees: a problem for Human Rights and a Stimulus for Service Change (editorial). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, pp. 148-153.
- Nilsson, T., Wallinius, M., Gustavson, C., Anckarsäter, H., & Kerekes, N. (2011). Violent recidivism: A long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PLoS ONE*, 6, e25768.
- Padilla, Y. C., Scott, J. L., & Lopez, O. (2014). Economic Insecurity and Access to the Social Safety Net among Latino Farmworker Families, *Social Work*, 59(2), pp. 157-165.
- Pedersen, L., Rasmussen, K., Elsass, P., & Hougaard, H. (2010). The importance of early anti-social behaviour among men with a schizophrenia spectrum disorder in a specialist forensic psychiatry hospital unit in Denmark, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, pp. 295-304.
- Penney, S. R., Marshall, L. A., & Simpson, A. I. (2016). The assessment of dynamic risk among forensic psychiatric patients transitioning to the community. *Law and Human Behavior*, 40, pp. 374-386.
- Penney, S. R., Marshall, L., & Simpson, A. I. F. (2018). A prospective study of pathways to hospital readmission in Canadian forensic psychiatric patients, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(3), pp. 368-386.
- Pieters, D. (2006). *Social Security: An Introduction to the Basic Principles*, The Netherlands: Kluwer Law International BV.
- Priebe, S., Badesconyi, A., & Fioritti, A., et al., (2005). Reinstitutionalisation in Mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *BMJ*, 330, pp. 123-126.
- Reynolds, J. B. (2016). A Description of the Forensic Monitoring System of the Missouri Department of Mental Health, *Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law*, 34, pp. 378-395.
- Ruchkin, V. V. (2000). The forensic psychiatric system of Russia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 555-565.
- Salize, H. J. & Dressing, H. eds. (2005). *Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders Legislation and Practice in the European Union*. Pabst Science Publishers.
- Schanda, H., Knecht, G., & Schreinzer, D., et al., (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, pp. 98-107.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Seppänen, A., Joelsson, P., Ahlgren-Rimpiläinen, A., & Repo-Tiihonen, E. (2020). Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future, *Int J Ment Health Syst*, 14, p. 29, <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00362-x>.

- Simpson, A. I. F., Jones, R. M., Evans, C., & McKenna, B. (2006). Outcome of patients rehabilitated through a New Zealand forensic psychiatry service: A 7.5 year retrospective study, *Behavioral Sciences and the Law*, 24, pp. 833-843.
- Singleton N., Meltzer H., Gatward R. (1998). *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales* (Office for National Statistics). Stationery Office, London.
- Spicker, P. (2007). Definitions of poverty: Twelve clusters of meaning. In Spicker, P., Alvarez, L. & David, G. eds.. *Poverty: An International Glossary*, pp.229-243. London: Zed Books.
- Swains, H. (2016). Better than prison: life inside the UK's secure hospitals. *The Guardian*.
- Szmukler, G. (2002). Interface between forensic and general psychiatry in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, pp. 573-579.
- Tach, L. and Edin, K. (2017). The Social Safety Net after Welfare Reform: Recent Developments and Consequences for Household Dynamics, *Annual Review of Sociology*, 43, pp. 541-561.
- Thomsoni, L., Goethals, K., & Nedopil, N. (2016). Multi agency working in forensic psychiatry: Theory and practice in Europe, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26, pp. 153-160.
- Tomasevski, K. (1992). *Prison Health: International Standards and National Practices in Europe*. Helsinki Institute for Crime Prevention and Control.
- Urheim, R., Palmstierna, T., Rypdal, K., Gjestad, R., Senneseth, M., & Mykletun, A. (2020). Violence rate dropped during a shift to individualized patient-oriented care in a high security forensic psychiatric ward, *BMC Psychiatry*, 20, p. 200, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02524-0>.
- van Marle, H. (2000). Forensic Psychiatry services in Netherlands, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), pp. 515-531.
- Völlm, B. (2019). *Forensic psychiatry in Europe: Legal frameworks and service provision*, University of Rostock. Royal College Forensic Faculty, Vienna.
- Wells, V. D. (2016). Falling through the U.S. safety net: Alice's adventures in social services, *Qualitative Social Work*, 15(5-6), pp. 727-735.