

精神障礙犯罪者

吳景芳

處遇制度之回顧與前瞻

玖、專題討論(六)

一、引言

研討主題：精神障礙犯罪者處遇制度之回顧與前瞻

主持人：張教授甘妹

引言人：吳講師景芳

引言內容：

(臺灣大學法律系)

(臺灣大學法律系)

壹、前言

去年以來，接連發生數件精神病患重大刑案，震驚社會各界，龍發堂之民俗醫療模式，亦引起廣泛討論，防治精神疾病，杜絕其社會危險性，成為朝野一致期望，行政院衛生署有鑑於此，遂加速「精神衛生法」草案之立法進度，而於去年七月間完成草案初稿，今年三月底，臺北市康復之友協會亦舉辦義演活動，為設立精神病患「庇護性工廠」籌募基金，目前社會各界對於精神病患問題，寄與前所未有之重視與關懷，值此之際，回顧我國精神障礙犯罪者之處遇制度，比較各國法制，並展望我國未來發展，遂特具重大意義。

貳、比較法之探討

(一)大陸法系國家

自十九世紀末期以降，大陸法系國家逐漸建立刑罰與保安處分二元主義，刑罰乃對過去之違法行為給予應報，作為責任抵償，保安處分則對將來再犯之危險性給予個別處遇，以期防衛社會，二者各有所本，遂可併行不悖。

就精神障礙之犯罪人而言，因為其非出於正常之意思決定而為犯罪行為，故可視其精神障礙程度，減輕或免除刑罰；只是，刑罰方面雖可減免，但其既已實施犯罪行為，對社會具有相當危險性，如不予以治療即聽任其重返社會，恐將再度犯罪，因此大陸法系國家多設定精神障礙犯罪者之保安處分制度，施以醫療處遇，以達成消弭犯罪之目標。

大陸法系國家多將精神障礙之犯罪人區分為無責任能力人與限制責任能力人兩種，無責任能力人（在我國即為刑法第十九條第一項所規定之心神喪失人），不宣告刑罰，僅得宣告保安處分，故不發生何者先執行以及可否代替的問題；限制責任能力人（在我國即為刑法第十九條第二項所規定之精神

耗弱人），宣告刑罰，亦得宣告保安處分，何者先執行，可否代替，各國法制即有不同。

早期的立法例，傾向於刑罰與保安處分「併存主義」，亦即「宣告二元、執行二元」，法院判決時併宣告刑罰與保安處分，二者皆須執行，不可替代，至於執行先後順序，有採取一律先執行刑罰者，我國現行刑法與一九五六年泰國刑法即是，亦有採取得先執行保安處分者，例如，一九三三年德意志刑法與一九三〇年意大利刑法。

惟因犯罪行為人精神狀況異於常人，先執行刑罰，不但可能因為欠缺刑罰感受能力，而使刑罰執行全無效果，更有甚者，執行刑罰期間，可能導致受刑人精神狀況更形惡化，增加監獄管理困難；再者，刑罰與保安處分之本質雖有不同，然而執行保安處分時，仍屬剝奪被處分者之自由，即使以治療為主之精神病犯保安處分，亦不能免除強制治療之色彩，此與刑罰所造成之苦痛，並無太大區別，故晚近以來，大陸法系國家立法，多改採「代替主義」，亦即「宣告二元、執行一元」，法院判決時，併宣告刑罰與保安處分，但先執行保安處分，而且，保安處分執行期間可以折抵刑期，剩餘刑期，法院尚可宣告緩刑，一九七五年西德新刑法第六十七條、一九七五年奧地利新刑法第二十四條、一九七一年瑞士刑法第四十三條，均為適例。

至於精神病犯保安處分之執行處所，各國多規定收容於屬於衛生保健系統之精神病院，以利治療，其中尤以收容於公立醫院者居多。惟有些精神病犯，特具危險性與攻擊性，例如精神病質者（*psyc*-

hopatic disorder）即是，如收容於一般精神病院，將與日趨開放式發展之醫療體系扞格不入，因此若干國家除在精神病院收容以外，再設立屬於法務系統之保安處分設施，以收容此類危險性之精神病犯，施以特別之矯正處遇與社會輔導，例如荷蘭已實施五十年之監管處分設施（刑法第三十七條第三項、第三十七條a第二項），西德一九七五年新刑法中新設，預定一九八五年實施，目前正在實驗階段之社會治療設施（刑法第六十三條、第六十五條），瑞士一九七一年新刑法新創，目前尚未興建之監管處分設施（刑法第四十三條）等均是。

最後再言精神病犯保安處分之執行期間，一般而言，收容於精神病院者，既以治療為目的，故執行期間多採不定期制，但短期內即審查更新一次，例如西德新刑法規定法院至少每年考查一次，以決定是否繼續執行（第六十七條e），奧地利新法亦同（第二十五條）。至於收容於社會矯治機構者，西德刑法特別規定其期間不得逾五年（第六十七條d），蓋因根據醫學經驗，此類精神病患甚難治癒，如不設定收容之最長期間，恐將導致無期限之收容，而較刑罰更形嚴苛故也。

（二）英美法系國家

英美法系國家之刑罰制度，與大陸法系國家以應報為主要目的者不同，英美法系一向注重刑罰之一般預防與特別預防功能，故在刑事制裁體系中，並無刑罰與保安處分二元制之存在。只是，英美法系國家亦有若干犯罪預防措施，此種措施亦屬刑罰以外之以預防犯罪為目的的國家強制處分，其本質

實與大陸法系之保安處分相去不遠，精神障礙犯罪者之醫療處遇即為一例（註一），茲以英國法制為例，探討如下。

英國僅有無責任能力而無限制責任能力觀念，當陪審團採信被告所主張心神喪失之抗辯時，陪審團即為無罪判決，此時，法院必須命將被告收容於內政部長所指定之精神病院，給予不定期之強制治療，直至內政部長同意其出院為止（一九六四年刑事訴訟（精神異常）法第五條、一九五九年精神衛生法第六十五條）。

至於未達心神喪失程度之被告，仍將被認定為有罪，此時，如經二位以上醫師之鑑定，認為被告具備精神衛生法所定精神病、精神發育不全或停止、精神病質三種精神障礙中任何一種，而且宜收容於精神病院時，法院得命將被告收容於精神病院，以代替刑罰之執行，但殺人或其他法定刑為單科死刑或無期徒刑，或單科罰金刑之罪，不在此限（精神衛生法第六十條）。收容期間原則上為一年，得延長一年，再延長二年，以後每兩年更新一次（精神衛生法第六十三條、第四十三條）。何時出院係由主治醫師或院長決定（精神衛生法第六十三條、第四十七條）；惟法院命為精神病院收容時，考慮犯罪性質、犯人前歷、再犯可能性，認為有社會防衛必要時，亦得命為無期限收容或特定期限收容，此時，須經內政部長同意方得出院（精神衛生法第六十五條）。至於收容處所，原則上為一般精神病院，但具有危險之暴力傾向者或犯罪傾向者，得命收容於重警備之特別病院（精神衛生法第九十七條

以下)，目前英國已有四所特別病院。

(二) 日本

日前行政院衛生署草擬完成之精神衛生法草案初稿，無論立法體例或是實質內容，均與日本之精神衛生法頗相近似，就比較法觀點而言，日本精神障礙犯罪者之處遇，遂特有探討必要。

日本現行刑法第三十九條規定：「心神喪失人之行為不罰。心神耗弱人之行為減輕其刑。」但是刑法中並無保安處分制度，目前係分由行政系統之醫療設施以及法務系統之醫療刑務所分別擔負實質的保安處分功能，茲分述如下。

日本精神衛生法規定：精神障礙或有精神障礙之虞之嫌疑人或被被告，經受不起訴處分或裁判（受懲役、禁錮或拘留之宣告而未宣告執行猶豫者不在此限）確定者，或有其他特別必要者，檢察官應速通報都道府縣知事（第二十五條）。都道府縣知事如認為有調查必要時，應將其交由精神衛生鑑定醫師診察（第二十七條）。二位以上醫師診察結果，如均確認其患有精神病，而且如不住院治療及保護，即有傷害自己或他人之虞時，都道府縣知事得將其收容於精神病院（第二十九條）。收容期間採不定期制，經都道府縣知事同意方得出院（第二十九條之四）。由是可知，心神喪失而無責任能力之精神障礙犯罪者，刑法本身雖未規定保安處分，但依精神衛生法，在一定條件下，仍須接受強制住院治療，此與前述大陸法系國家實施保安處分但送交精神病院收容治療者，就執行處所而言，並無區別，所不同者，大陸法系國家保安處分之裁判與審查屬

於司法權範圍，而日本精神衛生法中強制醫療的決定，則屬行政權範圍。

至於心神耗弱之限制責任能力人，經判決有罪而被科處自由刑時，可收容於特種之醫療刑務所，施以治療處遇，此外，未經認定為心神耗弱之受刑人，執行刑罰時如產生精神障礙，亦得收容於醫療刑務所，此種監獄內之醫療處遇，亦具有保安處分之實質功能。

日本精神病院之強制收容治療處遇，雖採不定期制，但實際入院期間均甚短，以一九七九年至一九八二年為例，入院期間在六個月以下者即有百分之四十七點八，而強制入院者，出院後約有百分之六十於一年內即因精神障礙而再度犯罪（註二），顯示該項處遇並不成功。至於監獄受刑人中，精神障礙者所佔之比例，一九八二年之統計為：刑務所為百分之八點二，少年院為百分之五點九（註三），可見比例不低，而醫療刑務所僅能收容百分之二十左右之精神異常受刑人（註四），人犯處遇遂形成嚴重問題。

日本法務省為期改革現制，乃於一九七四年改正刑法草案中增設保安處分一章，規定對精神障礙犯罪者為裁判時，得併宣告治療處分，收容於保安設施，期間為三年，必要時法院得延長二次，每次二年，但顯有為該當死刑或無期或短期二年以上懲役行為之虞者，延長期限無次數限制（草案第九十七條至第一〇〇條）惟日本精神醫學界對於上述治療處分普遍存疑（註五），草案此一部分至今尚未定案。

叁、我國法制與實施情形

我國早於民國肇始之際，即已建立精神障礙犯罪者之保安處分制度，民國元年公布施行之暫行新刑律規定：「精神病人之行為不為罪，但因其情節得施監禁處分」（第十二條第一項），至於監禁處分之期間與處所，則未規定，前大理院判例謂：「……誠以精神病人之行為，雖依法不能為罪，然與社會苟有意外之危險，而其親屬又不能為相當之監督者，得依但書規定，或交付精神病院，或其他處所，禁制其自由，以防危險。」（民國二年前大理院非字第三三七號判例），由此可知，當時之監禁處分，係基於社會防衛觀點，以看護監督為主要目的，至於治療，反而不受重視。

國民政府統一全國後，於民國十七年公布施行舊刑法，進而將精神障礙區分為心神喪失與心神耗弱兩種情形：「心神喪失人之行為不罰，但因其情節得施以監禁處分」（第三十一條第一項），「心神耗弱人之行為減輕本刑，但因其情節得於執行完畢或免除後施以監禁處分」（第三十一條第二項），監禁處分之期間與處所，仍未規定。學者則謂監禁處分並非治罪，乃對心神喪失人一種特別監督制度，除禁制其自由外，並須施以治療（註六），可見醫療觀點已漸受重視。

民國二十四年現行刑法公布施行，精神障礙犯罪者之保安處分改稱監護處分，現行刑法規定：「心神喪失人之行為，不罰。」「因心神喪失而不罰

者，得令入相當處所，施以監護。」（第十九條第一項、第八十七條第一項）「精神耗弱人之行為，得減輕其刑。」「因精神耗弱……而減輕其刑者，得於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。」（第十九條第二項、第八十七條第二項）。至於監護處分之宣告程序、執行期間、執行處所以及其與刑罰之關係，析述如下：

一、監護處分之宣告

監護處分之宣告，屬於推事裁量權範圍，得宣告監護處分之情形如下：（一）偵查階段：被告犯罪當時心神喪失者，檢察官應為不起訴處分，檢察官如認有宣告監護處分之必要時，得聲請法院裁定之（刑事訴訟法第二五二條、第四八一條第二項）。又檢察官於偵查中，認有先付監護處分必要者，得聲請法院裁定宣告（保安處分執行法第四條第三項）。（二）審判階段：被告犯罪當時心神喪失者，推事應諭知無罪判決，並得諭知監護處分；被告犯罪當時精神耗弱者，推事仍應諭知有罪判決，但得減輕其刑，並得諭知監護處分（刑事訴訟法第三〇一條）。審判時被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判，如被告犯罪當時顯為心神喪失而應諭知無罪判決者，不待其到庭，推事得逕為無罪之判決，此時亦得諭知監護處分（刑事訴訟法第二九四條第一項、第三項、第三〇一條）。又法院認為有緊急必要時，得於判決以前先裁定宣告監護處分（保安處分執行法第四條第二項）。此外，法院裁判時未併宣告監護處分者，檢察官得於裁判後三個月內，聲請該院裁定之（刑事訴訟法第四八一條第三項）。

無論偵查階段或審判階段，監護處分均係由推事以裁判宣告，監護處分之性質為保安處分之一種，已見前述。惟我國監獄行刑法又規定：「受刑人入監時，應健康檢查，心神喪失或現罹疾病，因執行而有喪生之虞者，應拒絕收監。被拒絕收監者，應由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人或其他適當處所。」（第十一條）「受刑人心神喪失時，移送於精神病院，或其他監護處所。」（第五十六條），此種精神病院或其他監護處所之收容，雖亦可謂為精神障礙犯罪者之處遇措施，但其非由推事以裁判宣告，與前述作為保安處分一環之監護處分，並不相同。

二、監護處分之期間

監護處分之法定期間為三年以下（刑法第八十七條第三項），諭知監護處分之同時，並應諭知其期間，惟期間未經了前，認為無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行，如認為有延長必要者，法院得就法定期間之範圍內，酌量延長之（刑法第九十七條），由是可知，我國監護處分之執行期間，係採相對不定期制。又刑之執行完畢或赦免後，認為無執行監護處分必要者，法院亦得免其處分之執行（刑法第九十八條）。

三、監護處分之處所

我國雖有監護處分之制度，但無執行之特定處所，依保安處分執行法規定，監護處分係由檢察官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（保安處分執行法第四十六條）。

四、監護處分與刑罰之關係

心神喪失者，不罰，如宣告監護處分，亦不發生刑罰與監護處分執行先後以及可否代替之問題。但精神耗弱者，法院判決時得併宣告刑罰與監護處分，依我國刑法規定，係於刑之執行完畢或赦免後，方執行監護處分（刑法第八十七條），故不得以監護處分代替刑之執行。

綜上所述，我國有關精神障礙犯罪者之監護處分，已實施多年，法律規定不可謂不詳，然而，徵諸實際情況，宣告監護處分之比微乎其微，此由下述統計資料可以得知。

歷年來宣告監護處分之比例偏低，直至近兩、三年來方有上升趨勢，究其原因，一則出於以往我國法院對於心神喪失與精神耗弱之認定過於嚴謹，判決精神障礙之情形已不多見，更何況監護處分之宣告；再則因為我國精神醫學發達較晚，無論人員、設施均有不足，單就行政體系之醫療功能而言，已無法因應社會需要，在此情況下，又有何能力負擔精神病患之處遇功能，多年來相因相循之下，精神病患之監護處分，一直未能積極展開。

肆、今後之展望

我國精神障礙犯罪者之處遇制度，自民國元年建制以來，已有七十餘年歷史，然而目前官方統計資料，迄未詳載偵查階段與審判階段法院裁判被告為心神喪失或精神耗弱之比例，監獄受刑人之精神狀況，亦未進行全面調查，至於精神病患刑罰或監

高等及地方法院檢察處執行監護處分情形

監護處分事由 年度(民國)	因心神喪失而 不罰	因精神耗弱或 瘖啞而減輕其刑	其 他	合 計
37	0	0	0	0
38	1	2	2	5
39	0	0	0	0
40	0	0	42	42
41	0	1	0	1
42	0	0	1	1
43	0	0	0	0
44	1	1	2	4
45	0	0	3	3
46	0	0	0	0
47	0	0	0	0
48	0	1	0	2
49	1	1	0	1
50	0	0	0	0
51	0	0	0	0
52	2	0	0	2
53	0	0	1	0
54	0	0	0	0
55	0	0	0	0
56	2	1	0	3
57	4	0	0	4
58	1	3	0	4
59	0	1	0	1
60	1	1	0	2
61	0	0	0	0
62	0	1	0	1
63	2	2	0	4
64	1	0	23	24
65	0	2	0	2
66	0	0	2	2
67	0	0	0	0
68	0	2	0	2
69	0	0	0	0
70	2	2	0	4
71	4	7	0	11
72	8	5	1	14
合 計	30	33	77	140

資料來源：民國37年至68年，引自臺灣高等法院編印，臺灣司法統計專輯。
民國69年至72年，引自臺灣高等法院檢察處編印，臺灣法務統計專輯。

註：本表所載之「其他」，依上開資料，係包括 1.受緩刑宣告。2.因未滿十四歲而不罰。3.因未滿十八歲而減輕其刑。4.有犯罪之習慣或以犯罪為常業或因遊蕩或懶惰成習而犯罪。5.吸食鴉片或施打嗎啡或施用高度海洛英或其他化合物之罪。6.因酗酒而犯罪。7.戕亂時期竊盜犯贓物犯保安處分條例。8.少年事件處理法管訓事件。

精神醫學界未能充分配合之故，送請醫院為精神鑑定之案件已不多見，即使送請鑑定，精神醫師並不全然了解法律上「心神喪失」與「精神耗弱」之含義，而屬於精神醫學觀點之鑑定報告，是否能為法院採納，亦屬疑問，精神疾病鑑定功效不彰，實非無因。今後，為促使精神障礙之正確認定，一則有賴於法院發揮職權主義精神，重視鑑定制度之運用，以善盡調查證據職責（註七），再則，借重精神醫學知識，檢討與確立法律上精神障礙之認定標準，更屬當務之急。茲針對我國現有精神障礙認定標準，檢討如下：

作為減免刑事責任依據之精神障礙事由，雖為法律上之規定，然其實質內容則涉及精神醫學領域中精神疾病之觀念。關於精神障礙之認定標準，我國法律規定十分簡單，僅於刑法第十九條中規定：「心神喪失人之行為，得不罰。精神耗弱人之行為，得減輕其刑。」至於何謂心神喪失與精神耗弱，最高法院則闡釋如下：「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，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之

護處分執行完畢後之再犯狀況分析，更付之闕如，精神障礙犯罪者之處遇問題，實有待加強研究。時值朝野各界關切精神疾病防治工作之際，深入探討現有精神障礙犯罪者處遇法制之利弊得失，並進而從事處遇成效之評估研究，實為防治精神病患犯罪之重要工作。謹就精神障礙認定標準以及監護處分

制度兩方面，提出若干檢討意見，供作法制與革之參考。

(一)精神障礙認定標準之確立

以往執行監護處分之比例偏低，究其原因，實與我國法院對於精神障礙之認定過於嚴謹關係密切。法院所以從嚴認定精神障礙，當係出於司法界與

精神醫學界未能充分配合之故，送請醫院為精神鑑定之案件已不多見，即使送請鑑定，精神醫師並不全然了解法律上「心神喪失」與「精神耗弱」之含義，而屬於精神醫學觀點之鑑定報告，是否能為法院採納，亦屬疑問，精神疾病鑑定功效不彰，實非無因。今後，為促使精神障礙之正確認定，一則有賴於法院發揮職權主義精神，重視鑑定制度之運用，以善盡調查證據職責（註七），再則，借重精神醫學知識，檢討與確立法律上精神障礙之認定標準，更屬當務之急。茲針對我國現有精神障礙認定標準，檢討如下：

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。」（二十六年渝上字第二三七號）。

參考外國有關精神障礙之認定標準，例如西德一九七五年新刑法規定：「行為人於行為之際，由於病理的精神錯亂，深度的意識錯亂、心智薄弱，或其他嚴重之精神反常，致不能識別其行為之違法，或不能依其識別而為行為者，其行為無責任。」

（第二十條）「行為人於行為之際，由於第二十條所列各原因，其識別行為違法，或依其識別而為行為之能力，顯屬減弱者，得依第四十九條第一項減輕其刑。」是採取「心理學兼生理學之綜合方式」，亦即先標明生理（生物）上之原因，而後規定由於這些生理原因產生心理上「認識能力」或「決斷能力」缺陷時，即構成精神障礙。

再如英國法院採取「馬克諾頓法則」，作為精神障礙之標準，美國有二十二州採取「馬克諾頓法則」，有二十六州採取美國法律協會一九六二年模範刑法正式草案（第四〇一條所建立之「實質能力標準」（註八），此二法則，亦與上述西德新刑法類似，屬於生理學兼心理學之綜合方式，所不同者，在生理原因方面，未如西德新刑法般採取列舉方式，而係採取「精神疾患或缺陷」之概括方式。

至於日本，現行刑法與我國類似，僅規定「心神喪失」與「心神耗弱」作為精神障礙事由（刑法第三十九條），然其一九七四年改正刑法草案，亦改弦更張，採取此種生理學兼心理學之綜合方式（草案第十六條）。

反觀我國最高法院見解，構成心神喪失與精神耗弱之內涵，僅有知覺理會及判斷作用，以及意思自由決定能力等這些「心理上」之因素，至於「生理上」之原因，則未敘及。再者，外國立法例中，心理缺陷方面，只要「認識能力」與「決斷能力」中有一欠缺即可，而我國必須同時兼備這些心理缺陷時，方可視其輕重程度分別該當於心神喪失或精神耗弱。

事實上，根據精神醫學研究結果，精神異常者之「認識能力」與「決斷能力」，可能只有一種有所偏失，例如精神薄弱者（智能不足者），其認識行為違法之能力往往較常人為低，但是決斷能力卻不一定欠缺；反之，例如精神病質者（反社會人格違常者），其往往無法控制自己行為，不具有正確之決斷能力，但是對於行為違法性之認識能力，則不一定欠缺。如果依據我國最高法院見解，上述精神薄弱者與精神病質者，即均無法構成心神喪失或精神耗弱，但是如果依據德、日、美諸國法制，則可構成精神障礙。

法律所以設定精神障礙者減免刑罰之規定，主要因為刑事責任理論上有一項基本原則：只有正常之意思決定下所實施的犯罪行為，方才賦科刑罰。準此，一名犯罪者，無論其認識能力與決斷能力均有欠缺，或是二者僅有一端欠缺，無可否認的，其精神狀態均有異於常人，此時自應構成精神障礙，而視其異常程度免除或減輕刑罰，比較而言，德、日、美諸國法制，應較我國最高法院見解為佳。

論者或謂：如此一來豈不過於寬縱精神障礙罪

犯云云，然而，精神障礙犯罪者，刑罰部分雖可減免，但仍可依法宣告保安處分，給予相當期間之監護，對於精神狀態有異於常人之犯罪者而言，以治療為主之監護處分，應較傳統之刑罰，更能發揮改善功能。亟盼立法與司法當局能夠重新檢討既有之精神障礙認定標準，使得精神障礙犯罪者，妥適地獲致刑罰減免與監護處分之賦科。

（二）監護處分制度之興革

我國精神障礙犯罪者之監護處分，現有法制與實施情況，已分析如前，茲值刑法全面修正之際（註九），謹提出若干淺見，以供法制興革之參考。

1. 監護處分與刑罰之執行順序

依據我國現制，係先執行刑罰，刑之執行完畢或赦免後，再執行監護處分。惟精神耗弱之犯罪人原屬病態，如先執行刑罰，不僅造成監所管理困擾，而且傳統之行刑方式，是否足以發揮促使此類病犯改悔向上功能，亦頗值懷疑，更有甚者，刑罰之執行，可能致使受刑人精神疾病更形惡化，增加更多社會問題。

目前我國獄政力求革新，政府為使精神病犯在行刑中復健，一方面受刑之執行，一方面接受精神病之治療，因此籌建精神病專業監獄，已於民國六十八年十二月二十日正式啓用之臺灣臺北監獄桃園第一分監，即為目前國內唯一專門收容精神疾病受刑人之監獄。

然而，上述分監之收容額僅暫定為六十二名，收容對象亦僅限於全省各監獄精神病醫院診斷證明患有精神分裂症之男女受刑人，如此規模，似不足

以完全解決精神病受刑人之醫療處遇問題（註十），而且，精神疾病患者，是否宜在此種封閉之環境下醫療，亦值得再作檢討。事實上，我國目前所發展之精神病專業監獄，係於行刑期間內施以治療，此與監護處分之強制治療本質上不謀而合，既是如此，改弦更張刑法規定為先執行監護處分，將精神病犯送至精神病院內施以治療，似為正本清源之道。

外國晚近立法趨勢，如前述大陸法系國家之一九七五年西德刑法、一九七五年奧地利刑法、一九七一年瑞士刑法、一九七四年日本刑法改正草案，均已規定先執行精神障礙犯罪者之保安處分，英國法制亦類同。至於我國，亦不令先執行保安處分之先例，例如現行刑法中少年犯之感化教育處分（第八十七條）、吸食毒品者之禁戒處分（第八十八條）、花柳病麻瘋病者之強制治療處分（第九十一條）、以及「戕亂時期竊盜犯贓物犯保安處分條例」中之強制工作處分（第四條）等，均為適例。然而，民國七十三年十二月三十一日法務部完成之「中華民國刑法修正草案」（以下簡稱爲刑法修正草案），卻仍因襲舊制，規定刑之執行完畢或赦免後方得執行監護處分（草案第八十七條第二項），鑑於精神病犯不宜執行傳統刑罰，現有精神病專業監獄不足以因應實際需要等諸多理由，我國刑法似有參考外國法例，修正為先執行監護處分之必要。

2. 監護處分與刑罰之替代關係

就刑罰與監護處分之替代關係而言，我國現行法制，屬於併科主義立法，先執行刑罰，後執行監

護處分，二者之間不具有代替性。惟晚近立法新例，例如前述一九七五年西德刑法、一九七五年奧地利刑法、一九七一年瑞士刑法、一九七四年日本刑法改正草案等，均改採代替主義，精神障礙犯罪者之保安處分，係先於刑罰而執行，執行保安處分之期間可算入刑罰之內，法院認無執行刑罰之必要時，可免除刑之全部或一部之執行。至於我國現有法制，先於刑罰而執行之少年犯感化教育處分、吸食毒品者之禁戒處分、竊盜犯贓物犯之強制工作處分等，執行完畢，法院認無執行刑罰之必要者，亦得免其刑之執行（刑法第八十六條、第八十八條、戕亂時期竊盜犯贓物犯保安處分條例第八條）。由此可見，代替主義不僅為各國趨勢，我國現行法中亦不乏此類規定。

惟我國刑法修正草案關於監護處分仍維持現制，採併科主義（草案第八十七條）。論者或謂刑罰與保安處分各有目的，刑罰乃為應報與贖罪，保安處分則為求改善惡性，二者目的不同，何能代替云云。然而，就實際而言，執行保安處分時，仍是剝奪被處分者之自由，即使以治療為主之監護處分，亦不能免除強制治療之色彩，此與刑罰賦科所形成之痛苦，並無太大區別，最近各國所以逐漸廢棄併科主義，改採代替主義，亦是基於此種考慮，對於上述刑法思潮之演進，我國亦應注意及之，是以監護處分允宜修正為先於刑罰而執行，執行完畢，法院認無執行刑之必要者，得免其刑之執行，始為妥適。

3. 監護處分之期間

監護處分之執行期間，現行刑法採取相對不定期制，法定期間為三年以下（第八十七條第三項），諭知監護處分之同時，並應諭知其期間，惟期間未終了前，認為無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行，如認為有延長必要者，法院得就法定期間之範圍內，酌量延長之（第九十七條）。由此可知，執行期間之宣告以及更新，均屬法院職權範圍。

前述刑法修正草案則修正為裁判時無庸宣告監護處分之期間，但其執行期間最長不得逾五年，執行中認為無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行（草案第八十七條第三項）。如此規定亦屬相對不定期制，與現行刑法比較，修正重點有二：第一、法定期間由三年以下提高為五年以下；第二、裁判時無庸宣告監護處分之期間。

比較各國法制，精神障礙犯罪者之保安處分，既以醫療為主，故多採不定期制，但為防止執行期間過長，反較刑罰更形嚴苛，故一年或兩年之內即由法院審查更新一次，決定受處分者是否有繼續執行之必要，以杜絕不當執行情事。

我國現行刑法則採取相對不定期制，藉以避免過長期間之執行，惟法定期間定為三年以下，此對某些病情特別嚴重之精神病犯，似嫌不足。以英國為例，一九七八年精神病犯收容於一般精神病院內之醫療處遇，平均期間為四年六個月（註十一），我國刑法修正草案將監護處分法定期間提高為五年以下，應為正確之修正。至於草案規定，裁判時無庸宣告監護處分期間，而由監護處分執行機關俟實

際需要自行決定，亦屬進步之修正，只是，外國立法例甚為強調司法審查權，規定法院一年或兩年即須審查一次，此一部分，我國刑法修正草案則付之闕如，稍嫌美中不足，似以增訂為宜。

4. 監護處分之處所

現行刑法以及刑法修正草案均未規定監護處分之執行處所，此一部分係由保安處分執行法規定之。依保安處分執行法第四十六條規定，受監護處分者，係由檢察官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。再依同法第四十七條規定，執行監護之精神病院、醫院，對於受監護處分者，應分別情形，注意治療及監視其行動。至於慈善團體與最近親屬，應如何執行監護處分，則未規定。

近代各國精神病人之處遇，多係交由專業機構為之，其中尤以精神病院之治療處遇最為普遍。我國以往或因精神病院人員、設施不足、收容處遇恐有困難，故採彈性規定，監護處分可交由慈善團體或最近親屬為之。然而，監護處分既為保安處分之一種，即應充分發揮治療作用，以消除犯人犯之社會危險性，慈善團體與最近親屬，只能為消極之監視，無法為積極之治療，由其執行監護處分，實有違監護處分之本質。

論者或謂病情輕微之精神病人，並不需要醫院收容處遇，交由慈善團體或親屬看管，然後進行門診即可云云。惟門診治療亦屬醫院處遇之一環，既是由醫院進行治療，即應指定醫院為監護處分，而非指定慈善團體或親屬為監護處分。至於確無治療

必要之人犯，依刑法第九十二條，宣告以保護管束代替監護處分而由慈善團體或最近親屬執行保護管束即可，亦無必要宣告慈善團體或最近親屬為監護處分。

綜上所述，為貫徹監護處分之醫療本質，避免紊亂監護處分與保護管束之性質，保安處分執行法第四十六條實有修正必要，監護處分處所，應僅限於精神病院或醫院。

附 註

註一：日本學者鈴木義男將此視為英美法中之保安處分，參照氏著：「外國保安處分（一）——英米——」，載於宮澤浩一等編：刑事政策講座第三卷，一九七二年，第五三頁以下。

註二：參照昭和五十八年版，犯罪白書，第八八頁至九四頁。

註三：參照前揭書，第九四頁。

註四：參照大谷實著：「精神障礙者之處遇」，載於宮澤浩一等編：刑事政策講座第二卷，一九七二年，第三三三頁。

註五：一九七〇年四月廿三日第六七屆日本精神神經學會總會，曾為反對刑法中增設保安處分之決議。

註六：參照王觀：中國刑法論總則中卷，民國十九年改訂增補三版，第二四〇頁。

註七：依據我國刑事訴訟法第一百六十三條規定，法院因發現真實之必要，應依職權調查

證據。

註八：詳請參照拙著：「英美法上精神異常認定標準之研究」，載於刑事法雜誌第二八卷第一期，一九八三年。

註九：法務部已於民國七十三年十二月卅一日完成「中華民國刑法修正草案」，正報請行政院審核中。

註十：吳賢識：「我國精神疾病犯罪之處遇」一文中，亦指出同一問題。該文載於刑事法雜誌，第二八卷第六期，一九八三年。

註十一：參照戶塚悅朗：「イギリスの保安處分」，載於泉博編，諸外國保安處分制度，一九八三年，第二四二頁。

二、討 論

陳石定先生發言：

剛剛聽完吳講師的報告，個人認為這篇報告應受相當肯定是毫無疑問的。就我個人了解，在美國普遍的鄉村或社區，它的衛生室方面都有精神診療設施。反觀我國則甚感缺乏，中央警官學校校長可說是很遠見，犯罪防治學系及研究所犯罪防治組均有開精神醫學課程，尤其研究生上課均在臺大醫院精神科內，使我們上過之後，都有點 Psychosis 傾向。而我們一般高級警界人士對什麼是神經病，什麼是精神病都不清，實應加以改進。尤其司法官及檢察官在見習時，應在幾個月的時間前赴監獄

或看守所，親身體驗一下獄中生活，如此一來，對將來斷案定有幫助。我的報告到此，謝謝各位。

許春金主任發言：

這篇文章探討的基本原則非常週詳，但我想從另一個觀點來探討這個問題；假設今天我們的精神醫學很發達，鑑定的標準確實能依照吳講師報告的內容的話，你是否願意看到有更多的人被判監護處分？是否願意見更多的人被送入精神病院去治療？這些處遇制度如果建立起來，是否精神病患就會顯著減少？我的問題如上所述，謝謝！

馬鎮華主任發言：

我個人對精神病了解不多，也非常欽佩吳老師的報告，非常完整非常好，好多觀點我個人都非常同意。不過有幾個小問題想提出來請教，第一是在司法實務上對精神障礙的了解，必須經過鑑定，才知道是精神耗弱還是精神喪失，而鑑定往往是在犯罪行為發生後經過一段時間，是否能鑑定行為人犯罪時真正的精神狀態如何？假如答案是肯定的話，在法律適用上必發生很大問題，這也導致司法在實務上不太敢去引用的緣故，而臺大精神醫科對於鑑定結果也很困擾，在鑑定結果報告上也不太願意很具體的說明，因之，在司法實務上便不太敢採用，很值得我們探討。

第二個問題是，過去對精神病者的治療大多自

費，除非是有必要的強制性治療，且治療費用非常龐大，在立法上是否應規定加以強制治療，經費均由政府負擔，如此可能會有所幫助。尤其目前臺灣地區精神病患日增，衛生醫療單位是否有足夠的病床供使用，這也是一大難題，值得深思。第三個問題，剛剛吳老師也提到，監護處分的執行應在刑之執行前實施，個人也非常同感，但是剛才也沒聽清楚，吳老師是否提到法令上沒有規定，好像在刑之執行後才執行監護處分，但根據保安處分執行法第四條之一有規定，認為有必要的話，可在刑之執行前為之。此項規定應可彌補剛才吳老師所談的不足。至於監護處分期間為不定期刑，我個人也非常同意，但我們都知道，精神病的治療並非短期間可治好，如果期間由三年改五年仍然沒治好的話，仍然是個問題，所以我個人認為規定不定期刑可以，但似可不必限制期間為五年以下。

上述膚淺的看法，提供參考謝謝！

范國勇先生發言：

對精神障礙者犯罪的處遇應與常人有所區別是該肯定的，但針對此事的探討，在我國推展精神障礙者發生刑事案件後認定的標準是否完整，將來是不是類似此案件是否會被濫用，將來在立法時也應加入考量。

黃富源先生發言：

剛剛吳講師所提到「精神病質者」不知是怎樣的一個定義，據我所知，日本所用精神病質者，與我國延用美國 DSM 第二手冊上所用的不太一樣，日本精神病質者我們譯成人格違常，國內所謂精神病質人格則只是人格違常中的一個，不知主講人所指為何？國內所使用的精神喪失與精神耗弱應包括那些？如果照美國 DSM 所言，精神病質者產生原因大部分是幼小時不幸事件所造成，對於這樣的人，我們需不需要給予緩和一點的處遇。從犯罪心理學的觀點而言，反社會性人格違常在矯治上有兩特點，第一點，他沒有罪惡感，第二點，他無法感受別人的愛，也無法去愛別人，提供參考。

至於第九頁，你提出英國法院採取的「馬克諾頓法則」作為精神鑑定的標準，說是加上了生理部分，根據我所了解，馬克諾頓是一九四三年的一個案例，馬克諾頓本身不是生理引起的，而是被害妄想，當時應未考慮到生理因素。倒是最近我們都在考慮XXX、XXX等染色體或其他生理病變會導致犯罪，對於這樣的一個處遇，您是怎麼樣的一個看法。

我提出上述問題，麻煩你解釋一下。

吳景芳講師綜合答覆：

謝謝各位指教，我先就各位所提出的問題一一回答，如果有不完備的地方，敬請多多指教。

首先針對許主任提出的問題加以解釋，根據現行刑事責任基本理論是正常意識決定下的行為，則

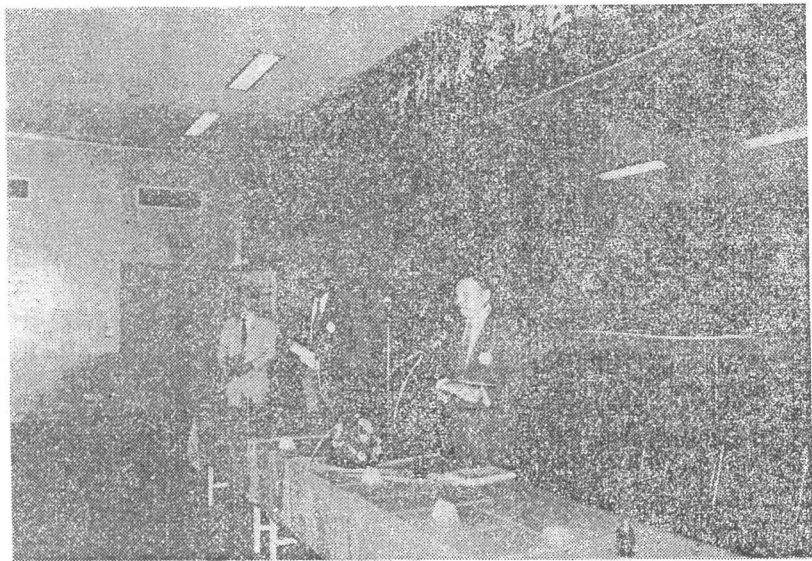
他應對所爲行爲負全責；至於有一個人出於異常者，則應減輕或免除其刑責。但他對社會所造成的危害仍然存在，不可放任不管，所以另外科以保安處分之監護處分，這也是大陸法系所強調的刑罰與保安處分二元論，而如我們精神醫學很發達，我願意看到他們都接受應有的治療，因爲將這些人監禁於監牢中，非但無法矯治，對犯罪防治也無多大幫助。上述所答不知是否滿意。

其次謝謝馬主任的鼓勵，你提到三個問題，第一個問題是精神鑑定往往在行爲之後，是否能真正鑑定出行爲當時之精神狀態，我想這個問題只有精神醫學專家才有辦法回答你的問題。第二個問題是強制治療的費用相當大，是否應由國家負擔？我個人認爲在監服刑的受刑人經費均由國家負擔，強制治療的費用當然也應由國家負擔。第三點是有無足夠的床位來容納，就個人所知，目前衛生署已積極展開此項處遇問題，但仍需各部會的相互配合，我希望法務單位、司法單位也共同來研究此一問題，彼此密切配合，這對犯罪防治工作必有幫助，這也是我撰寫此報告的基本動機。

張甘妹教授總結：

時間已超過很多，許多問題無法一一討論及說明，殊爲可惜，目前獄政處遇最弱的一環，就是受刑人精神狀態方面的資料甚爲缺乏。根據目前統計

中央警校周世斌校長致詞



，仍有五萬五千名精神病患，合格醫師只有一百六十八位，加以醫療網尚未建立，費用也非家屬所能負擔，而精神疾病患者像定時炸彈一樣，復發的可能性很大，我國在這方面的研究及漏洞又太多，必賴精神醫學者、法律學者、心理學者等相互密切配合對此問題或能有所助益。

拾、閉幕式

許春金主任致閉幕詞：

各位先進、各位女士、各位先生：非常感謝大家能堅持到底，共同來參與這次研討會，今天參與人數可謂相當踴躍，依簽名人數計，共有一百零二人之多，發言計廿八人次，即六個討論會有廿八人次。只是今天每場能研討的時間短了一點，如果討論時間能較長，大家定能暢所欲言，也能從更多層面的觀點來看問題。

總之，非常感謝各位的撥冗參加，幾位教授、主任從早到晚的參與，使本討論會增色不少；同時也感謝社區發展研究訓練中心的經費補助，及犯罪防治系師生全力以赴的籌劃與參與，使本次會議得以圓滿達成任務。非常感謝大家在百忙中抽空參加，表示各位對本研討會的重視與關心，謝謝各位！