

從「精神病學與法律」課程 省思精神衛生制度

蘇 佩 鈺

壹、前言

筆者於2008年1月間，在哈佛法學院冬季班旁聽美國著名精神科醫師暨司法精神鑑定專家Dr. Alan A. Stone所開之「精神病學與法律」(Psychiatry and the Law)一課中，從該教授逐一介紹各式精神病診斷標準，法院相關案例之討論，對精神病患之門診治療有無效果、病人隱私權界限與有無拒絕治療權利等爭議問題之探討，及所播放美國精神疾病相關議題之真實紀錄影片中，不斷碰觸精神病學與法律此一交接領域之重要議題。不禁反觀我國，或因此交接領域須具有跨學科之知識，或因精神疾病議題尚不為人重視，縱使精神疾病患者產生重大犯罪行為，人民對此議題之聚焦亦不長久。

然而，舉例而言，美國近來研究指出，年輕族群之躁鬱症患者已經呈40倍成長^(註1)。甚且，在美國監獄或看守所內矯正系統內有百分之十三至三十三之人犯患有嚴重之精神疾病。其中患有躁鬱症之人犯約占總人犯之百分之六，比起一般社會只有百分之一的人患有躁鬱症來說，比率即為偏高^(註2)。而根據2007年12

月11日中時電子報「三十萬青少年躁鬱症困擾終生」之報導指出，台灣目前有70萬個躁鬱症患者，與世界各國之比率相差無幾^(註3)。顯見精神疾病患者近年來已有越來越多之傾向，其中造成犯罪比率亦屬偏高，對社會影響不可謂不大。於是在保護精神疾病患者權利，及確保社會安全間，如何取得平衡，即值得予以重視。

是本文嘗試從課程上所討論之美國遊民、在監人犯中罹患精神疾病者之現況，與躁鬱症患者所產生之社會問題為出發點，比較兩國精神衛生制度。其次介紹美國對精神疾病患者所採之民事拘禁(Civil Commitment)制度及相關法院見解，續就我國96年7月4日公布，將於97年7月4日施行之新修正精神衛生法中，有關罹患嚴重精神疾病之人之緊急安置、強制鑑定及強制住院等程序，與現行法作一比較分析。最後，省思我國新精神衛生制度之若干疑義。希冀拋磚引玉，俾使更多人重視該項議題，以保護精神疾病患者法律上權利，並兼顧社會之最大利益。

註1：Arline Kaplan, Increase in Bipolar Diagnosis in Youth Prompts Debates and Calls for Research, *Psychiatric Times* Vol 24, No.14 2007, 參見：<http://www.psychiatrictimes.com/showArticle.jhtml?articleId=204701803>.

註2：Carl Sherman, Inpatient Today Inmate Tomorrow, *Clinical Psychiatry News* 1(December 2001).

註3：參見：<http://news.yam.com/chinatimes/healthy/200712/20071211047855.html>.

參、法學論著

貳、遊民問題

一、美國現況

從 1960 年代晚期開始，美國各州因精神衛生法律之修正及法院判決之影響，對精神疾病患者減少在機構內強制治療之處遇，導致在州立精神病院治療精神疾病者，從 1955 年約 55 萬 9 千人，持續降低，至 2004 年少於 5 萬人^(註 4)。不過，卻增加了遊民新問題。亦即，近數十年來，越來越多精神疾病患者變成無家可歸之遊民，目前至少有三分之一以上之遊民是患有嚴重之精神疾病，其中絕大多數係患有精神分裂症或躁鬱症^(註 5)。

Dr. Alan A. Stone 教授亦指出，美國於 50 年前有 75 萬精神疾病病人在州立及郡立精神病院中，大部分非出於自願。然而，今日美國在一週內就有新的 75 萬名遊民出現在街道上，其中百分之 35 至 50 有嚴重精神疾病，他們可說是「自願性」(voluntary) 當遊民。又目前美國 300 萬在監人犯中有 50 萬名有嚴重之精神疾病，導致目前看守所及醫院急診室幾乎成為嚴重精神疾病患者之緊急精神疾病處理中心^(註 6)。

Dr. Alan A. Stone 於 2008 年 1 月 7 日前揭課堂中亦感慨指出，由於經費之不足，許多州立及郡立精神病院已經關閉，導致這些精神疾病患者從醫院走到街上，造成許多遊民問題。或許有些精神科醫師會告訴大眾精神疾病患者不具危險性，其實，正確地來說確實有部分精神疾病患者具有危險性，而這些精神疾病患者走上街頭之結果，只會產生更嚴重之社會問題。如果百分之九十五嚴重之精神疾病患者能

夠像 50 年前待在醫院的話，就不會發生像現在一樣之狀況

二、我國現況

反觀我國，遊民或者在監人犯的精神狀況問題鮮少為文論及，或許可喜的是未如美國問題之嚴重，或者是我國精神醫學、社會或法律學等相關領域專家尚未對此議題感到興趣。不過，不可不知的是，我國新修正精神衛生法第 32 條及 33 條第 1 項規定，不論警察機關或消防機關於執行職務時，發現精神疾病病人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理，除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫，此醫療機構為適當處置後，應轉送至直轄市或縣市主管機關指定之精神醫療機構繼續接受治療。至於民眾發現上開之人時，應即通知當地警察機關或消防機關。另外，為利提供緊急處置，以維護民眾安全、財產安全，主管機關、警察機關、消防機關設置特定之對外服務專線，得要求各電信事業配合提供來電自動顯示號碼或其所在地。

惟上開修正並未有罰則規定，倘能具體落實，醫院急診室或許將如美國一樣成為精神疾病患者之緊急處理中心，但如此似可減少遊民產生的多種社會及犯罪問題。

參、躁鬱症患者問題

一、美國現況

同前所述，美國年輕族群之躁鬱症患者已經呈 40 倍成長，更詳細來說，依據 1994 年、1995 年間之統計資料，19 歲以下之年輕人每 10

註 4：E. Fuller Torrey & Ken Kress, "The New Neurobiology of Severe Psychiatric Disorders and Its Implications for Laws Governing Involuntary Commitment and Treatment"(2004).

註 5：E. Fuller Torrey, Out of The Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis 17(1997).

註 6：Dr. Alan A. Stone 於 2008 年 1 月 7 日在哈佛法學院「精神病學與法律」之課堂講義，1 頁。

萬個年輕人約有 25 個患有躁鬱症。到了 2002 年、2003 年時，已經變成每 10 萬個年輕人就有 1003 個人患有躁鬱症。此外，比較 1996 年及 2004 年間所做之統計資料，顯示 5 歲至 13 歲之兒童及青少年患有躁鬱症患者呈 5 點 6 倍成長，14 歲至 19 歲之少年則呈 4 倍成長^(註 7)。

由於躁鬱症患者有興奮、衝動及較低判斷力等症狀，比較容易產生犯罪行為。根據對 66 位洛杉磯郡監獄中躁鬱症人犯所做之研究顯示，該 66 名在監躁鬱症人犯先前均曾經在洛杉磯郡之精神醫院住院治療過。百分之五十九在遭逮捕時，呈現嚴重精神疾病之情形。至於所犯之罪名具有多樣性，其中暴力犯罪較多，是財產犯罪或施用毒品犯罪之二倍。不過，只有三分之一先前犯過重罪，百分之四十二並無犯罪前科。百分之六十之人犯在逮捕前三個月內曾經接受過住院治療，大多是非自願性的，平均僅住院九天，通常在出院時之狀態仍呈現狂躁之情形。惟大多數的人犯在遭逮捕當時，並未持續接受精神治療中^(註 8)。

此研究之對照組為 54 位未曾入監過、惟精神病症嚴重已足以對之採取民事拘禁程序之躁鬱症患者。比起上開在監躁鬱患者，少有藥物濫用之情形（在監者有百分之七十五有藥物濫用情形，對照組僅有百分之二十有藥物濫用情形），且平均住院十八天治療躁鬱症，較在監者多出一倍，獲得較多之治療。因此，該研究建議在醫院接受短期治療之精神疾病患者，應配合門診持續治療。此外，針對大多數在逮捕

不久即獲得緩刑之躁鬱症患者，法院應該附帶強制治療之命令。此研究結論，希望加州將每年花在逮捕精神疾病人犯、刑事追訴一直到入監服刑共計 18 億美元之經費，能挪出一部分用在治療及對精神疾病患者之照護上^(註 9)。

而筆者於 2008 年 1 月 7 日哈佛法學院「精神病学與法律」課程中所觀看之躁鬱症患者真實紀錄影片，主角 Todd 拒絕醫院之治療，在街上遊蕩，幾個月後，因犯輕罪經警逮捕，在獄中接受治療之結果，精神情況稍微改善，經假釋後，重回街上，不到數月，又犯輕罪，違反假釋規定，而重回監獄。則不禁思及躁鬱症患者不斷違犯輕罪，對社會大眾造成威脅，能否賦予其拒絕治療之權利。此外，應如何衡量其等精神狀態是否已經達到對自己或他人之危險性，而足以構成民事拘禁，亦有待深思。

二、我國之省思

我國躁鬱症患者自殺^(註 10)或為殺人、傷害等犯罪行為之個案^(註 11)亦非少見，其等引發之社會問題實值重視。然而，通常法院或檢察署僅關注被告為犯罪行為時，有無因精神疾病造成控制能力降低，而導致無責任能力或限制責任能力等情形。對於尚未到達辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低之精神疾病人犯，即不予重視。倘如同上開美國研究報告之建議，我國檢察官為緩起訴處分時，或法院為緩刑時，能夠依據刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項第 6 款及刑法第 74 條第 2 項第 6 款之規定，對於精神疾病患者「適時」予以精神治療之處

註 7：Arline Kaplan, supra note 1.

註 8：Carl Sherman, supra note 2, at 2.

註 9：Carl Sherman, supra note 2, at 2.

註 10：參照：《7 樓跳下男命危》，2008 年 3 月 7 日聯合報 C2 版。《憂鬱季節 1 上吊 1 燒炭》，2008 年 2 月 21 日聯合報 C2 版。

註 11：參照：《為 700 元開車再拖打死，判無期》，2008 年 4 月 29 日聯合報 A11 版。《「你怎麼死都不知道」離婚獲准》，2008 年 3 月 7 日聯合報 C2 版。



遇措施者，或許可以阻斷部分精神疾病患者不斷再犯之情形。

不過，檢察官或法官為附帶精神治療命令之同時，對精神疾病患者而言，某程度來說限制其等對身體決定之自由，究竟對其等所下之命令是一種適時照護或過度干預，衡量尺度究竟在何處，實需要更多精神醫學知識予以支持。而美國律師協會中身心障礙法委員會(The ABA's Commission on Mental and Physical Disability Law)，已經就精神疾病患者採取民事拘禁程序應具備之知識，發展出一系列從檢察官、律師及法官不同角度出發之教育資料^(註12)。相對地，我國法學養成教育及在職訓練中，顯然欠缺對此種精神醫學常識之教育。而現代繁忙社會，精神疾病患者逐漸增多之情形下，該學科應逐漸加以重視。縱使司法機關人員在精神疾病患者因犯罪行為踏入司法程序時，無法治療其等疾病，不過對其等多一些瞭解，在保障其等法律上之權利下，採取適度之命令或行動，或可減少不斷衍生之犯罪問題，對社會安全之維護而言，未嘗不是一種貢獻。

肆、強制住院治療問題

一、美國現況

美國對精神疾病患者採取民事拘禁程序，亦即經過法院審理程序後，以決定是否送入精神病院，予以強制治療。至於民事拘禁之標準有：患有精神疾病(Mental illness)，對自己或他人具有立即的危險性(imminent danger)，且因精神疾病無法作決定或獲得食物及庇護之基本

生存需求者^(註13)。至於對自己或他人危險性之判斷標準，在各州法律上或有不同，不過重點大多是觀察是否對他人之身體或生命產生危害，而非是否有自殺傾向^(註14)。

在 J.B. O'Connor v. Kenneth Donaldson 美國第一個由最高法院做出有關精神疾病民事拘禁之判決中，強調精神疾病患者如果無危險性且有能力生存，又無意願尋求幫助者，州政府將其強制治療，將違反憲法之人身自由權。至於監督該病患之精神科醫師明知或惡意剝奪患者之人身自由，始具有可責性，至於非明知或惡意者，即不具可責性^(註15)。Dr. Alan A. Stone 在 2008 年 1 月 8 日上開課堂中請大家深思的是此判決所產生之效應，美國在此判決後，精神科醫師為免責難，在病患不願意接受治療時，已儘量避免強制治療。不過，這對精神病患來說是福嗎？還是禍呢？

二、我國現況

(一) 新修正與現行精神衛生法之比較

我國新修正精神衛生法就嚴重精神疾病病人之強制住院治療制度，有一重大變革。以下乃從緊急安置規定、強制住院可決機關、強制住院期限及法院審查機制等事項，就新舊法之規定，作一比較分析。

1. 緊急安置規定

依新修正精神衛生法第 41 條第 2 項之規定，有傷害他人或自己或有傷害之虞之嚴重精神疾病病人（依該法第 3 條第 3 款、第 4 款之規定，指罹患精神疾病之人，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

註 12: "How to Represent a Person with a Mental Disability", Mental Disability Law: A Primer, 5th ed., American Bar Association, Washington, DC (1995), p.19.

註 13: 參見 Dr. Alan A. Stone 於 2008 年 1 月 8 日上開課堂講義，1 頁。

註 14: "Dangerousness", National Benchbook on Psychiatric and Psychological Evidence and Testimony, American Bar Association (1998), p.19 (teaching judges).

註 15: J.B. O'Connor v. Kenneth Donaldson, 422 U.S. 563, 95 S. Ct. 2486 (1975).

務，經專科醫師診斷認定者），經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，嚴重精神疾病病人卻拒絕接受全日住院治療者，直轄市、縣（市）主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由2位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定，至於離島地區，強制鑑定得僅由1位專科醫師實施。此外，依同法第42條第1項之規定，緊急安置期間，不得逾5日，並應注意嚴重精神疾病病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自緊急安置之日起2日內完成。經強制鑑定無強制住院必要或未於前開5日期間內取得審查會之強制住院許可時，應即停止緊急安置。

反觀現行第21條第2項嚴重精神疾病病人不接受全日住院治療時，由二位以上專科醫師鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間，以7日為限等規定。新修正精神衛生法多出緊急安置之法律依據，惟強制鑑定之期限僅2日，顯較現行法為短。此外，有關強制鑑定之醫師復有資格之限制，須經主管機關指定之專科醫師為之，不若現行法只須二位以上之專科醫師鑑定即可。

2. 強制住院可決機關

依新修正精神衛生法第41條第3項之規定，經強制鑑定結果，有全日住院治療必要，且經詢問嚴重精神疾病病人之意見，仍拒絕接受或無法表達時，應向行政院衛生署精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會（以下簡稱審查會）申請許可強制住院。且此強制住院可否之決定，應送達嚴重精神疾病病人及其保護人。至於此審查會依據新法第15條第2項、第3項之規定其成員應包括專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、法律專家及其他相關專業人士；又審查會召開審查會議，得通知審查案件之當事人或利害關係人到場說明，或主動派員訪查

當事人或利害關係人。另外，依據同法第42條第2項之規定：強制住院期間，不得逾60日。但經二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之。

綜上規定，新修正精神衛生法乃由多位專家組成之審查會作出嚴重精神疾病病人是否強制住院及延長住院期間之決定，此一新法固然比現行精神衛生法第21條第2項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，即得強制嚴重病人住院之規定，較為周延。不過，是否能確保精神疾病患者之法律上權利，仍有如下述（二）有關新修正精神衛生法之若干疑義中，有否法官保留原則適用之問題。

3. 強制住院期間

依據新修正精神衛生法第42條第2項之規定，嚴重精神疾病病人強制住院期間不得逾60日，其延長期間，每次以60日為限。又倘強制住院期間，其病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院。此外，強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。

至於現行法第23條則規定，其等強制住院間以30日為限，其後每隔6個月，依法定程序重新評估是否延長住院期間。職是，新修正精神衛生法有關強制住院期間固然比現行法多出一倍，不過，延長期間每次以60日為限，較現行法每6個月始評估一次，相對減少4個月。就精神疾病患者之人權保障而言，新法顯較周延。

4. 法院審查機制

依新修正精神衛生法第41條第3項之規定，經緊急安置或強制住院之嚴重精神疾病病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重精神疾病病人或保護人對



於法院裁定有不服者，得於裁定送達後 10 日內提起抗告。惟對於抗告法院之裁定不得再抗告。聲請及抗告期間，對嚴重精神疾病病人得繼續緊急安置或強制住院。依同條第 4 項之規定，於上開聲請及抗告期間，法院認有保障其等利益之必要時，得依聲請以裁定先為一定之緊急處置。對於緊急處置之裁定不得聲明不服。又依同條第 5 項之規定，經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制治療、緊急安置進行個案監督及查核；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施，並得基於嚴重精神疾病病人最佳利益之考量，準用前開第 3 項規定，亦即得向法院聲請對其等裁定停止緊急安置或強制住院。

綜上所述，有關法院審查之機制，均是現行法所無之規定，將行政機關之強制住院決定，多一層司法審查程序，更足以保障嚴重精神疾病病人之權利。

(二) 有關新修正精神衛生法之若干疑義

1. 強制住院可決機關之問題

精神衛生法之精神疾病患者強制住院治療，與刑法監護處分性質有相似之處。如受監護處分者，其病情嚴重，而須強制接受住院治療者，則實質上與精神衛生法所欲處理之精神疾病患者情形，並無不同。只是前者由行政院衛生署所設置之審查會決定，後者由法院裁判，嗣由檢察署視情形送精神醫療機構執行，二者來源不同而已。

由於強制住院治療與監護處分不論受治療者或受處分者之意願，當強制其住院接受治療時，均涉及人身自由權之實質剝奪。惟刑法監護處分依據刑法第 87 條之規定，乃由法官裁判之。反之，嚴重精神疾病患者之強制住院，則由行政機關所設立之審查會決定之，理論上此種決定係為一種行政處分性質。則以行政處分剝奪人身自由，恐有違反憲法第 8 條法官保留

原則之精神。本文認應仿美國法制，由法院決定有關人身自由之事項，不可由行政機關即行決定之。

2. 強制住院不定期限之問題

依刑法第 87 條第 3 項之規定，對犯有刑事犯罪行為之精神疾病患者，所科處之監護處分有一定期限，最長只有 5 年。但依新修正精神衛生法第 42 條第 2 項之規定，對於不一定犯有犯罪行為之精神疾病患者強制住院最長 60 日，得延長之，每次均為 60 日，並無延長次數及期間之限制。理論上，有可能無限期延長下去，強制住院終身。則此種期限上之差異，是否有違憲法之比例原則，亦值得深思。

3. 法院審查程序如何落實

新修正精神衛生法第 42 條第 3 項至第 5 項向法院聲明不服、停止緊急安置或強制住院之裁定及抗告等規定，均係針對直轄市、縣（市）主管機關之緊急安置及衛生署審查會之強制住院等行政處分而來。理論上，對行政處分之不服，應先經由訴願，再由高等行政法院裁判之。惟新法之設計，顯未經訴願程序，直接進入法院審判程序，究竟本處所指之法院係指何種法院？此種案件應由何法院管轄？又具體程序規定為何，係採取書面審理或言詞審理程序，應否再送其他鑑定單位鑑定等，此種程序規定均恐須配套修正相關訴訟法規，始可具體落實。

縱使本文認由行政機關作出強制住院與否之決定，有違憲法對人身自由權之保障。不過，在未再次修法前，對上開疑義，仍希冀新修正精神衛生法施行細則或相關法規能有所規範。

伍、結語

精神疾病患者是社會弱勢的一群，除非引發出犯罪問題，如傷害、殺害他人或攜全家自

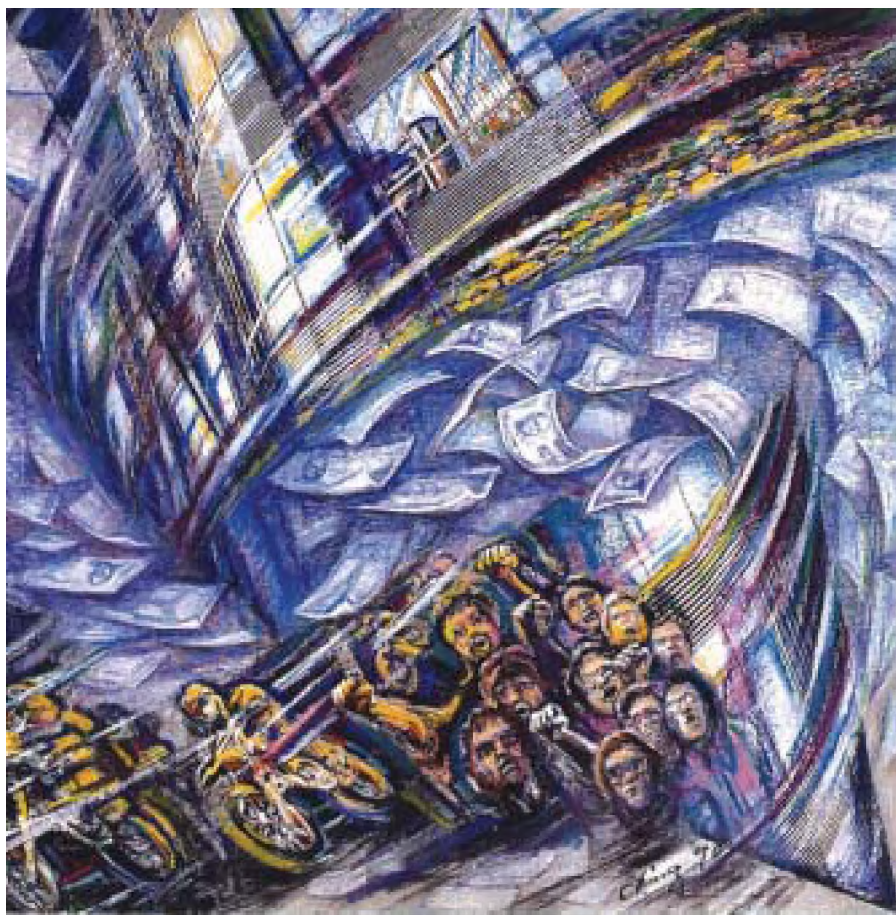
殺時，始有微弱之報導，鮮少人關心與注意。不過，在此繁忙、失業率極高之現代工業社會，精神疾病患者恐已經有增無減，均有可能成為犯罪之一群，乃社會之隱憂。現在若不先試圖嘗試瞭解及照護精神疾病患者，將來遇到相關議題時，又怎麼知道何種處置才是真正有助於精神疾病患者，並且得以保護社會安全？

美國有關精神病學及法律之發展已有相當多年之歷史，累積不少經驗，有關精神病患之民事拘禁裁判亦逐漸累積，站在預防犯罪之角度立場上來看，在在均值得我國精神學界及法律學界加以研究，瞭解箇中問題，並避免重蹈覆轍。甚且警察、檢察官、律師及法官等司法機關人員亦亟須加強精神醫學知識之教育，始得在面臨精神疾病犯罪行為人時多一分瞭解，

以作出正確之行動及決定，保障其等人權。

至於我國新修正精神衛生法規定，強制住院之決定機關為行政機關而非法院，本文認違反憲法保障人身自由權及法官保留原則。又嚴重精神疾病患者有可能終身遭強制住院，相對於刑法監護處分設有期限之規定，亦恐有違憲法比例原則之虞。另外，法院審查程序之落實，應須配套修法之。是故上開議題均亟待法界人士予以重視，進一步加以檢視，讓我國精神衛生制度更臻完備，而能同時保障精神疾病患者之權利及社會安全，謀求患者與社會之最大福祉。⁸⁵

（本文作者現職為臺灣士林地方法院檢察署檢察官）



何清吟 油彩/畫布 失重的陀螺 80*86cm 1990 年