

從英國與荷蘭經驗談 精神疾病犯罪人處遇與復歸

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0004

Discussion on the Treatment and Rehabilitation of
Criminals with Mental Illness from the Experiences of
the United Kingdom and the Netherlands

鍾志宏

法務部矯正署專門委員、
中央警察大學犯罪防治學系兼任助理教授

朱華君

法務部檢察司主任檢察官

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0004

摘要

鍾志宏、朱華君

近年來，由於少數精神疾病患者犯下重大暴力犯罪，致使民衆被害恐懼感高升，因此，政府為回應民衆有效處遇或監控具暴力高風險精神疾病患者之期待，已於2021年7月29日核定之強化社會安全網第二期計畫，規劃設置司法精神醫院及司法精神病房，並建立社區銜接機制，期使精神疾病患者有效分流處遇及復歸社區。此外，亦於2022年2月18日修訂刑事訴訟法、刑法及保安處分執行法，增訂暫行安置規定及修正監護執行方式、時間、處所等，期從法制面建全刑事司法與社會安全網對於具暴力高風險精神疾病患者之犯罪預防與處遇作為。

本文蒐集英國及荷蘭對於精神疾病觸法者於社區、監獄及司法精神醫院 / 鑑定中心等處所之醫療及照護處遇的理念、鑑定、執行處所與復歸等相關具體措施，期能為我國相類處遇或機關(構)推動之參考。

參考英國及荷蘭經驗，提出建議：

- 一、精神醫療處遇原則，以適性醫療處遇取代可治療性。
- 二、建構司法精神醫院，落實醫療模式，完善司法醫療處遇品質。
- 三、我國司法精神醫院收治對象應納入各類醫療型保安處分，健全社會安全網。
- 四、我國精神衛生法精神疾病應思考納入反社會人格違常。
- 五、英國、荷蘭對於犯罪人司法精神照護資源導入方式不同，但都係以於醫療場域實施為主。
- 六、我國現行法制及實務實部分融合英國、荷蘭之法制及實務。

Discussion on the Treatment and Rehabilitation of Criminals with Mental Illness from the Experiences of the United Kingdom and the Netherlands

Abstract

Chih-Hung Chung, Hua-Chun Chu

In recent years, due to a small number of mentally ill patients committing major violent crimes, the public's fear of being victimized has increased. Therefore, in order to respond to the public's expectation of effectively dealing with or monitoring patients with violent high-risk mental illness, the government has approved the second phase of the strengthening social safety net plan on July 29, 2021, planning to set up forensic psychiatric hospitals and forensic psychiatric wards, and establish a community connection mechanism, so that patients with mental illness can be effectively diverted and returned to the community. In addition, on February 18, 2022, Code of Criminal Procedure, Criminal Code of the Republic of China and Rehabilitative Disposition Execution Act were amended to add temporary placement regulations and custody enforcement methods, time, location, etc. were revised, with a view to building a comprehensive criminal justice and social safety net from the perspective of the legal system for crime prevention and treatment of persons with mental illness at high risk of violence.

This article collects the concept, appraisal, place of execution, and rehabilitation of mentally ill offenders in communities, prisons, and forensic psychiatric hospitals/appraisal centers in the United Kingdom and the Netherlands. It is expected that it can serve as a reference for similar treatment or promotion by agencies (institutions) in our country.

With reference to the experience of the UK and the Netherlands, suggestions are made as follows:

1. The principle of psychiatric treatment, replacing treatability with appropriate medical treatment.
2. Construct a forensic psychiatric hospital, implement the medical model, and improve the quality of forensic medical treatment.
3. The subjects admitted to forensic psychiatric hospitals in our country should be included in various medical rehabilitative measures to improve the social safety net.
4. In our country's Mental Health Act, mental illness should be included in antisocial personality disorder.
5. The United Kingdom and the Netherlands have different ways of importing forensic mental care resources for offenders, but they are all mainly implemented in the medical field.
6. The current legal system and practice are partly integrated with the legal system and practice of the United Kingdom and the Netherlands.

壹、前言

我國近來年，因為陸續發生臺鐵嘉義車站刺警命案、玉井佛堂縱火案及桃園弑母斷頭案，引發了社會各界關注犯罪人之精神鑑定、監護制度社會防衛效果及收治處所妥適性的相關議題。在法制上，於2022年2月18日時，刑事訴訟法增訂暫行安置規定，修正刑法第87條將監護執行方式，除令入相當處所外，增加以適當方式，執行期間則從5年以下，修正為5年期間屆滿，第一次可延長3年、第二次以後每次可延長1年，保安處分執行法修正第46條及增訂第46-1至46-3條，以更多元處遇或處所的方式收治或執行監護處所、健全監護執行方式與有無繼續執行的評估機制及完善受監護處分人轉銜社區程序。

此外，在社會安全網中也明確將加強司法精神醫療服務、補強社區精神衛生體系與社區支持服務、持續拓展社福中心與保護服務等納為主要努力目標，希望能減少精神疾病患者或疑似精神疾病者犯罪；另加強司法心理衛生服務，以利處理精神疾病犯罪後之鑑定與處置，並增設司法精神醫院與病房；建置受刑人或受監護處分人之精神疾病患者出獄（院）之轉銜機制；銜接社區心理衛生體系及社會安全網之各種服務體系，以降低再犯率。該計畫規劃於2021年至2025年布建71處社區心理衛生中心、49處精神障礙者協作模式服務據點等措施；設置1處司法精神醫院及6處司法精神病房；整合社政、衛政及、勞政、警政、法務等體系橫向合作，並補助民間團體專業人力辦理各類專精服務方案等^[1]。

本文就審前司法精神鑑定、監獄精神醫療與轉銜、社區心理衛生及司法精神醫院等面向，蒐集英國及荷蘭司法精神醫療法規與實務運作等相關資料進行介紹，俾為我國未來規劃司法精神醫療運作機制或相關處遇參考^[2]。

貳、審前司法精神鑑定 - 司法精神鑑定中心

荷蘭司法精神鑑定有關之機構為Pieter Baan Centrum (PBC)，該中心的介紹如下：

- [1] 強化社會安全網第二期計畫(110-114年)，行政院110年7月29日院臺衛字第1100180390號函核定本。
- [2] 本文有關英國及荷蘭司法精神醫療之制度與執行機構之介紹，係作者依111年度「司法精神醫療處遇政策與實務交流計畫」暨「性侵害犯罪防治政策及實務考察計畫」至英國及荷蘭考察之紀錄及蒐集相關文獻所撰寫。

一、背景

於18世紀，法官常須背負處理犯行嚴重，然行爲看似不正常或弱勢犯人之責任，因而認爲將此類犯人送至監獄執行未必適當，而應送至其他適當處所；於19世紀，荷蘭法官已有權力可做其他處置，惟於監獄或看守所進行調查或評估未必適當，因而於19世紀後期，開始思考應設立其他適當處所並由行爲專家進行評估，嗣後遂於監獄外成立獨立之觀察中心。此後，雖受到世界大戰之影響，司法精神醫療機構之設置有所推遲，然於1950年代，以彼得·班（Pieter Baan）爲主之精神科醫師，即大力推動專業之司法精神鑑定與處遇，該司法鑑定中心即以其爲名，並於1949年成立，再於2018年秋天，自烏得勒支遷移至阿爾梅勒。

二、組織及架構

Pieter Baan Centrum（PBC）爲荷蘭司法安全部司法精神病學與心理學研究所（Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, NIFP）之一部分，是荷蘭司法精神體系之一員，係針對重大犯罪之行爲人進行裁判前之臨床觀察與調查，其亦爲目前荷蘭國內惟一一間收容罹精神疾患被告之司法精神醫療處所^[3]。

PBC 除尋找犯罪成因外，尚提供個案治療方式之建議。PBC 主要有4個部門，其業務包括負責審前精神鑑定、監所內精神醫療、精神疾病患者住院評估與轉介、實證研究與教育，而實證研究主要係探討精神疾病如何影響行爲，評估面向包含生理（如腫瘤、腦傷等）、心理（成癮行爲、暴力危險性、病態人格等）及社會等，重視以科學實證之方式實施鑑定及處遇。評估成員包括精神科醫師（PBC 有專任及特約之司法精神科醫師）、心理師、環境調查員（forensic environmental investigator）、團體觀察員等，進行爲時6週之治療及活動觀察，而負責撰寫報告之精神科醫師、心理師及律師等，並不參與活動。團隊在6週內共開會4次。

三、收容對象

PBC 會接受法院、檢察官或律師之委託，對精神疾患犯罪者進行精神鑑定，並指派精神科醫師至看守所提供評估診斷服務；其於2021年所服務之個案約200名，於該中心常住精神疾患犯罪者通常係26人至28人。相關經費係由司法安全部提供。

[3] 資料來源：<https://www.nifp.nl/onderwerpen/themas/pieter-baan-centrum>。

收容對象包括患有精神疾患、人格疾患或學習障礙之被告、性侵犯、物質濫用者等 5 大類。PBC 最主要係受法院委託對被告進行精神鑑定，受法院委託之個案才可強制留置於中心觀察，若係其他單位之委託，則不可強制收容。

法官委託 PBC 鑑定之個案，多屬於：(1) 犯行嚴重，如謀殺、綁架、性侵；(2) 犯行複雜，需要詳細分析其犯罪原因；(3) 為社會矚目或引起恐慌案件；(4) 人格疾患者，因而需要較密切之觀察評估。在 PBC 有各種領域之專家可進行合作，對個案之犯行或過去背景進行分析。收容個案中，有 85% 為男性，15% 為女性。另，由於患有精神疾患或人格疾患之女性較少，因而集中收治於二所司法精神醫療處所，以利安排團體生活。

四、設施設備

PBC 設有各分區用以收容及觀察個案，分區空間包括戶外運動處所、室內運動場、工作室、客廳、個人臥室、餐廳、廚房等，個案可自由使用相關處所與設備，甚至於規劃處所使用網路或於戶外之活動空間抽菸，有些分區可互通，PBC 甚至允許個案在餐廳使用不銹鋼叉子等尖銳物品，令人印象深刻，對此，評估人員表示 PBC 就是要提供一個接近社會及日常生活之環境，渠等亦於事先或日常活動中不斷評估個案於此等空間活動之妥適性，若個案之狀態不合適時，會另外安排於安全之環境。而於個人臥室中除了一張單人床外，包括有電視、電話、個人獨立衛浴間等，且不論房間或衛浴間均無 CCTV。PBC 內部所有工作人員及收容個案均穿著便服，無法從衣服判斷身分，僅有 PBC 大門入口處之工作人員穿著制服。就整體收容環境而言，雖管制出入之每道門均相當沉重，然內部氣氛之營造則相當居家、令人放鬆及感到受尊重，PBC 認為只有在使人放鬆之環境下，始能觀察到人之真正行爲或反應。

在安全設施方面，PBC 外圍與監獄相同，設有圍牆與刺網，入口處有更甚於我國監獄之管制設施，警衛人員與參訪人員完全實體隔離，避免外力侵入，如有提供證件查驗時，可透過一交換設施提交予警衛人員登錄或交還訪客，並設有 X 光機用以檢查人員進入之物品。人員出入亦秉持一開一關原則，始能啟閉通道門，門鎖採用感應卡，而非鑰匙，CCTV 監控範圍僅有公共空間、走道及 PBC 周圍等處，個案

至 PBC 住院時，PBC 會運用虹膜辨識確認與記錄身分。此外，在其他安全或管理方面尚未運用 AI 或科技相關設施。

五、觀察、評估

大部份個案在看守所時，PBC 即會派員前往觀察，開始蒐集資料，而個案初到中心時，PBC 會先進行觀察，認為適當時再分配至分區共同生活。每個分區約有 6 名個案生活其中，像是一個小家庭，每個時段會有 3 人 1 組之評估人員進行觀察、評估，此等評估人員會與個案一同從事各項日間活動，包含烹飪、休閒活動、遊戲、運動、工作等，以及處理可能之衝突行為，藉以近距離觀察個案病情及個案對相關活動之反應方式，並增加對個案神經系統之了解，而為有效掌握個案之狀況，每組評估人員非常重視分區內各個案情況之資料交接。另個案可自願從事工作，有參加工作之個案，每週約可收入 12 歐元，讓個案從事工作亦為觀察個案之方式之一。

上開評估人員之專業背景，包含社工、心理師及護理師等，以社工居多，渠等多有心理學背景，而各分區共有 12 名評估人員輪班；另，PBC 自行聘用及訓練安全人員，安全人員主要負責外圍警戒勤務及內部安全檢查工作，原則上不接觸個案。

精神科醫師會每日至各分區與個案會談評估，並進行記錄。鑑定評估團隊會研究被告早期發展經驗、犯罪成因，除了透過在 PBC 對被告的觀察和談話蒐集資料外，亦會訪談個案之父母、兄弟姐妹等重要家人、僱主、朋友、鄰居及警察等人，並對個案進行心理測驗。此外，由於荷蘭是多元文化之國家，對於少數文化背景下之個案，也會請教相關文化背景之專家，以增加對個案之了解，俾以完整資料進行鑑定評估。

PBC 會在觀察期完成後提出鑑定報告提供法官參考，即使是不配合鑑定之個案，PBC 亦會提出報告，而觀察期原則上為 6 週，然於法官同意下，可延長觀察時間。以 2019 年為例，當年約有 35% 之個案會拒絕配合鑑定，拒絕配合之個案會另外集中安排於獨立之分區進行觀察。如個案有不適當行為必須約束或有戒護外醫、奔喪等需求時，則會施用手銬等戒具。

六、鑑定

當法官在審酌被告之罪名是否成立、罪行是否與精神疾患有關，以及被告是否有刑事責任時，PBC 會提供一份完整且一年內有效之個案鑑定評估及治療建議報告，讓法官除用以判定個案是否因精神疾患而犯罪及應負之責任程度外，亦可要求個案於同意配合治療之情形下，予以緩刑或做為釋放之條件，甚至強制個案進行治療。若係有精神疾患但無罪之個案，PBC 也會提供個案治療之建議，鼓勵其接受治療。PBC 之診斷雖係依 DSM 手冊進行評估，然於報告中會說明評估之各種證據或資料，以作為 PBC 診斷之依據，PBC 之評估人員並無法確認個案犯案時之精神狀態，渠等僅能透過蒐集相關資料以瞭解個案之問題，惟若接受評估個案有精神疾病之資料，而此資料對資料提供者有利時，則評估人員就不會參考此資料。

法官委託鑑定時，通常希望鑑定報告可說明個案是否精神正常及犯案時是否受到影響，PBC 則係分析於何種情形下，精神狀態對犯行之可能影響，例如，妄想症患者妄想一定要做某件事，智力障礙者只能做到什麼事等。分析犯行受病況影響之程度，會決定個案在犯行中應負之責任程度，此外，除了討論個案犯行受到精神疾患或人格疾患、學習障礙之影響外，也會提出治療建議以降低再犯風險。

以 PBC 曾評估個案為例：該中心會收容某個個案，該個案整日認為鄰居欲殺害他，而其本身並不認為此為幻覺，數日後，該個案殺害其鄰居；其經法院裁定後至 PBC 進行鑑定，PBC 之評估人員觀察其有許多被害妄想。PBC 不會判斷個案是否殺人或是否有罪，主要是蒐集相關資料，並診斷個案是否有妄想症，而法官收到鑑定評估報告後，由法官判斷精神疾患或相關診斷結果是否對個案之犯行有影響。

參、監獄精神醫療與轉銜

英國監獄暨觀護署 England 和 Wales（Her Majesty's Prison and Probation Service, 簡稱 HMPPS）與衛生部的國民保健署 England（National Health Service, 簡稱 NHS）合作，透過推動「犯罪者人格障礙症處遇聯合計畫」（Joint NHS/HMPPS Offender Personality Disorder Pathway Programme），使受刑人能得到妥善且與一般英國民眾平等之精神醫療照護服務。

一、英國矯正精神醫療照護服務現況與發展

英國目前所收容之受刑人總人數約8萬名，監獄相關人員約4萬名，而受刑人中約95%係男性。過去，在英國，並不易將社會資源投入於獄政，然於1992年間，有報告指出獄中受刑人所受之醫療照護遠不足於一般人，英國政府因而開始重視受刑人之健康照護，將此部分之相關業務自法務部門分離出來，由衛生部下之 NHS 主責，並依平等原則照護受刑人，受刑人之健康照護因而獲得較多之社會資源挹注。

於獄中，對受刑人之健康照護，尤其是精神健康照護，與一般社區之健康照護相似，於必要時，受刑人亦可戒護外醫；對於執行期滿或假釋之精神疾患受刑人，英國亦建有一套電子資料系統，可將此類受刑人轉介至社區，此套電子資料系統運行至今約15年，對於獄政與社區之連結相當重要。此外，精神疾患者如於社區發生危機（crisis）情形，警政單位將依 NHS England 之照會及分流系統，將有就醫需求之精神疾患者分流並提供醫療照護；如進入司法調查，法官將可能針對此等精神疾患者進行鑑定。

二、鑑定、評估與處遇

1. 鑑定及評估

- a. 精神疾患者：具精神疾患之受刑人可能接受相關鑑定之時點有二：(1) 判決前：法官可委請 NHS 之醫療機構對被告進行相關鑑定，並依鑑定結果決定後續之處遇方向；(2) 入獄後：由 NHS 醫師在監內對受刑人進行精神健康照護需求之評估、鑑定。
- b. 人格疾患者：具人格疾患之受刑人於入獄時，並不隨即進行人格疾患之明確診斷，而係由 Probation Manager 及心理師觀察渠等之行爲，以判斷個案究竟適合於司法精神醫院接受治療或於獄中接受後續之處遇。而不於入獄時立即爲診斷，係因不易於此單一時間點進行診斷，且於此時進行診斷可能引發更多之偏見；所謂之觀察，將於受刑人入獄後盡快進行，並無一定期間之規定。Probation Manager 及心理師通常係透過受刑人之行爲、過去行爲之歷史、病史等，瞭解渠等可能之需求、發展上或臨床上之困境，如：藥物濫用之困境、過去心理創傷之問題、本身有貧窮或遭受社會歧視之問題等，再決定後續之處遇。

2. 處遇

英國為使受刑人獲得適當之健康照護，不論受刑人之身體健康或精神健康，均由 NHS 負責，而就人格疾患受刑人之照護需求，原則上仍係由 NHS 及 HMPPS 共同負責，若係無健康照護需求之受刑人，則係由 HMPPS 負責執行。

- a. 精神疾患：具精神疾患之受刑人可能於法院審理期間或於入獄後，經 NHS 醫師評估應至醫院接受治療比較合適，即至 NHS 系統下之醫療機構就醫，俟病情穩定始返回監獄服刑；另亦有如我國精神衛生法所規定之強制治療^[4]，精神疾患於社區時，即經認需接受強制治療而收治於醫院。無論何種情形，接受治療之時間長短，均係由承接個案之精神科醫師決定。而具精神疾患之受刑人如經評估需持續住院治療，亦可能住院至刑期期滿。
- b. 人格疾患：受刑人入獄後，將由心理師進行人格疾患之初步篩檢，經過篩檢後，如評估認為其行為確實符合相關條件，而需經人格疾患之相關處遇時，後續即進入人格疾患犯罪者處遇方案（The Offender Personality Disorder Pathway, OPD），該方案有助於識別、評估、風險管理和治療在監獄、司法精神醫院和社區中患有「人格障礙」（診斷碼 F60.0-F60.9）的犯罪人。方案服務內容包括：1. 以社區為基礎的服務，以識別、評估和制定嚴重人格障礙犯罪人的處遇計劃；2. 在監獄和社區為犯罪人提供人格障礙治療服務。由受過專門訓練的臨床醫生和刑事司法人員在安全、支持和尊重的環境中提供數月或數年的治療；3. 治療性社區（Democratic Therapeutic Community, DTC）：包括團體治療或一對一會議和社區生活，社區中的每個人都對社區的日常運作、決策制定和問題解決負責；4. 治療性社區+（Democratic Therapeutic Community, DTC+）：與 DTC 相同，但它適用於有學習困難的犯罪人；5. 心理知情計劃環境（Psychologically Informed Planned Environments, PIPEs）。PIPE 旨在幫助犯罪人以安全、友好和富有成效的方式與他人互動。他們不提供治療，而是專門設計用於幫助犯罪人取得進步；6. 當犯罪人於社區時之風險評估、量刑規劃和個案管理；7. 人員訓練：教育方案的從業人員正確的技能 and 態度，俾利其對犯罪人進行相關處遇^[5]。然而，並非所有受刑人均

[4] 我國精神衛生法第五章強制社區治療及強制住院治療參照。

[5] 資料來源：<http://personalitydisorder.org.uk/the-offender-personality-disorder-pathway/>。

接受上開處遇方案，通常係涉犯重大犯罪之受刑人始進行人格疾患之判定，並經評估是否須進行上開處遇方案。目前英國約有25萬名經有罪判決確定者，其中，約有10萬名受刑人係涉犯重大犯罪者，經進行人格疾患之判定及評估後，約有1/3涉犯重大犯罪之受刑人進入上開處遇方案，此類受刑人約有3萬3,000名男性及3,000名女性。人格疾患受刑人之處遇方式、處遇期間長短，係依病情嚴重度而定，最基礎之治療服務係由 Probation Manager 和臨床心理師、或經過司法精神特殊訓練過之心理師合作，以瞭解此類受刑人於成長過程中曾經歷何種創傷、發展出此等犯罪行為之原因等；進階之處遇方式包含治療性支持社區，於此等社區內，將特別觀察此等受刑人之入際關係，以瞭解渠等成長過程，並協助進行情緒管理、衝動控制。另，尚有心理知情計畫環境（Psychologically Informed Planned Environments, PIPEs），於此等環境中，更強調此等受刑人有何種行為可進行調整，並促進渠等行為合於社會化、減少反社會之情形。

3. 再犯風險之評估

英國目前並無死刑，然有無期徒刑，無期徒刑可分為絕對無期徒刑（不可假釋）及相對無期徒刑（服刑一定期間後可假釋）；法院於判決相對無期徒刑時，會同時決定受刑人應至少執行多久後，始得申請假釋，而於該期限屆至前3年，即會進行評估該等受刑人是否適合假釋。

有期徒刑受刑人之再犯風險係由 Probation Manager 決定，無期徒刑之受刑人則係由司法精神心理師決定；受刑人因假釋出監而經評估為再犯高風險時，將由多專業團隊後續追蹤渠等於假釋期間之行為。

4. 藥物濫用

英國於2021年底，特別提出10年計畫－從傷害至希望計畫（From Harm To Hope），在未來10年投入1200億英鎊之資源於物質成癮者之照護上。目前獄政對於藥物濫用之防治工作，主要有三個重點，第一係藥物管理安全、第二係教育、第三則係復健。物質成癮之受刑人於徒刑執行期間，經常會運用各式方法夾帶成癮藥物入監，有者甚以無人機投遞，因而，藥物管理安全係首要重點；其次，在教育上，如何再教育此等受刑人：渠等為何會持續使用此類藥物、何種人易物質成癮、

如何可使個案不再使用此類藥物，接著再進行後續之復健，使渠等未來不再使用藥物。

在英國，設有問題解決法庭（problem-solving court）處理藥物濫用者之處遇，因該國認為藥物濫用之受刑人進入監獄並非最佳選擇，對此等受刑人進行社區治療及藥物檢測，可能較有助益。至於藥物濫用受刑人應至監獄執行或於社區接受治療，係由問題解決法庭之法官根據藥物濫用受刑人之犯行及風險決定，如受刑人僅係單純使用藥物，則有機會在社區接受治療，惟若尚涉及其他犯罪，例如販毒，因對社會治安影響較大，則可能至監獄執行。

5. 性侵犯

性侵犯在監處遇與其他犯罪類型之受刑人相似，但是會將性侵犯集中於特定監獄收容，而不會與其他犯罪類型之受刑人一同收容。採專監收容之方式最主要係爲了保護性侵犯，從獄政角度而言，係因較易管理，另一方面性侵犯之暴力風險亦相對較低。此外，對於性侵犯亦採化學去勢之治療方式，即對性侵犯使用抗憂鬱或抗睪固酮之藥物，以降低渠等之性慾，惟此等治療方式係採自願性質，並非強制性治療，且此等治療方式目前仍在實驗階段，亦不會延續至徒刑期滿後。過去曾對性侵犯採認知行爲治療，然效果不彰，因而不再進行。

性侵犯出獄後，有一套記錄個案犯行之系統，此等紀錄將依據渠等犯行之輕重而有不同之紀錄期間，亦可能終身紀錄；此等紀錄將限制個案活動範圍、工作性質，如會性侵犯兒童之性侵犯，即不得申請學校工作、童軍團體之帶隊老師、學校之帶隊家長等，或不得從事與被害人相關之工作。

三 . 其他制度重點

1. 監獄中醫事人員之人力比並無一定之規範，各監獄是否配置醫事人員及配置人數，係依各監獄之目標爲長期或短期而有差異。
2. 英國監獄有提供遠距醫療服務，提供面向有二：a. 對於物質成癮之受刑人，若渠等需規律進行相關之社會及心理處遇，目前可採遠距方式進行治療；b. 對於受刑

人因生理疾病而有就醫需求者，因戒護外醫時，受刑人需於公開場合施用戒具，如手銬、腳鐐，將使受刑人有所難堪，因而，透過遠距診斷，可減少此等窘境。

3. 英國司法精神醫院係由 NHS 主責及規劃，其主要特色，以 Broadmoor Hospital 為例，在安全方面，基本上設有如監獄之格局及設備；在治療上，相較於一般精神科醫院不同之處，則係司法精神醫院可對病患強制用藥。此外，如同監獄有不同之保安等級，Broadmoor Hospital 係與最高保安等級之監獄有相同之規範，如病患不得集體行動，須個別行動。
4. 酒駕犯係由一般法庭處理，與藥物濫用者係由問題解決法庭 (problem-solving court) 處理不同。對於酒駕犯之責任評價，端視其犯行之故意程度、其所造成之危害性、嚴重度而定，例如其是否連續喝酒駕車、連續造成傷亡或僅一時不察等，此等均將影響判刑的結果。是以，酒駕犯的刑責可能從無須入監至須入監執行，均有可能。
5. 監獄內並無編制精神科醫師，然有 NHS 之精神科醫師至監獄內開設門診。近來獄政與醫療之合作有較佳之進步，以藥物濫用之受刑人為例，不論其係因濫用藥物而致罹患精神疾患，或因精神疾患而濫用藥物，HMPPS 之人員及 NHS 之醫療人員均一同介入處理。
6. 監獄內司法心理師係隸屬於 HMPPS，精神科醫師則是隸屬於 NHS。
7. 有關受刑人精神醫療處遇，係規定於 MHA 第 37 條、第 41 條、第 47 條、第 48 條、第 49 條，此等條文係依何時發現精神患者有精神醫療需求為規定，例如第 37 條規定，於精神疾患被告經 2 位精神科醫師評估認有醫療需求時即送至醫院接受治療，並於 28 日內做出相關鑑定，後續每 6 個月再進行評估。有者於入獄後始發現受刑人有精神醫療需求，則引用不同法條規定以提供處遇，例如第 48 條及第 49 條係規定受刑人至精神科醫院或司法精神醫院接受精神醫療及穩定後返監之相關處遇程序。
8. 英國於獄政醫療轉型由 NHS 負責之過程中，亦遇有部分困境。例如，原本規劃

係將有精神醫療需求之受刑人送至精神科醫院或司法精神醫院住院治療時，醫院原本需於 28 日或病情穩定後，將精神病受刑人轉回監獄執行，然有時會遇到監獄原本床位已收容其他受刑人，致該等受刑人須轉至其他監獄執行，而無法回到熟悉之環境，因而有不易適應或無法銜接原有照護處遇之情形。目前考慮修法，將轉回監獄之相關機制可修正為更具彈性，亦即於轉介治療之過程中，若認定精神疾患受刑人可出院時，即須聯繫原本之獄政單位，使受刑人可早日返回最符合其利益之監所繼續服刑。

肆、社區心理衛生服務

英國 Bridge Central 係一社區心理衛生中心，位於林肯郡。2019 年英國 NHS 的 Long Term Plan 及 Mental Health Implementation Plan 的二個計畫，目標將社區精神衛生服務予以轉型，並發展新的初級及社區精神衛生照護的整合模式。林肯郡是最早被挑選為與初級保健網絡 (Primary Care Networks, PCN)、臨床委託小組 (Clinical Commissioning Group, CCG)、地方當局、志願部門 (the Voluntary Sector)、服務使用者、家庭、護理人員和當地社區本身等以夥伴方式合作，進行社區心理健康服務轉型的 12 個早期的心理衛生中心之一，是一種在地化整合的心理衛生服務模式^[6]。該中心的運作成果也用於在推動新的初級和社區照護整合模式。該中心的理念係透過成長和聯結社區，共同促進心理健康和幸福，訴求以「正確的照護、正確的地點、正確的時間」(Right Care, Right Place, Right Time) 推動心理衛生中心的服務。

Bridge Central 提供像是英國倫敦地鐵中央線般的連續性服務，當地民衆不論是否有心理、精神或情緒問題，都可以到這個心理衛生中心，在這和人聊天抒發情緒、從事一些輕鬆的活動、閱讀書報等，如果是有困擾的求助者，也可以得到專業的協助，或是協助預約醫師。中心可以協助進行精神病早期處理、緊急危機介入、心理衛生、飲食疾患、社區復健、人格或是複雜性創傷問題等之轉介。讓社區民衆的心理衛生需求可以透過這個中心的運作來滿足，是一種以更深入社區的方式進行心理衛生照護模式，不再只是以醫院或以醫療為中心的模式來進行。

該中心比較特別的是推動同儕支持工作者 (Peer Support Workers) 的模式。同

[6] 資料來源：<https://wearebridge.org/bridge-central/>。

儕支持工作者模式係藉由訓練曾接受服務的復原者為同儕支持工作者，由於 PSW 有類似的經驗，因此，他們在服務個案時，可以瞭解對方需求，聽到對方的聲音，同理、支持、尊重及相信接受服務的個案，最終達到服務個案的目的。該中心一位職能治療師報告其所服務的個案 Ben 之相關生命經驗，讓大家瞭解中心的運作模式。復原者也自我揭露過去病史，及後續透過學習成為 PSW，並進入其他需要服務者家中，提供服務的歷程。另一位復原者在成為 PSW 後，則協助規劃 PSW 的課程內容，訓練更多的 PSW 進入服務體系，協助社區心理衛生中心的運作。而這樣的訓練也很受復原者的歡迎，曾經 1 個職缺有逾百人前應徵，顯見復原者除了樂於成為助人工作者外，也肯定心理衛生中心的運作成果。

該中心也推動夜光咖啡活動，是林肯郡 10 處有提供這種服務之一的地方，結合在地志工，提供傾聽與陪伴，當地的民衆可以在活動時間進入。夜光咖啡館是安全的空間，提供一個非職業及非診療性的免費支持服務，並有可以傾聽的志工團隊。他們還可以提供一些建議和資訊。國民保健署的林肯郡合作信託基金會 (Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust, LPFT) 發現有 70% 到醫院急診症的病是有心理衛生問題，但沒有精神照護需求，因此推動心理衛生中心是希望有心理衛生需求的求助者可以到這裏來尋求協助，而不是去醫院。

英國推動社區心理衛生中心之理念與相關重點：

1. 英國推動心理衛生中心，係希望去醫療化，不再只以疾病來看待求助者的心理衛生的需求，而是視為健康的需求。亦即不再只以疾病快速分類，而是從心理、情緒、住家或飲食等個人相關的問題去了解，並在從中引入解決的方案。醫療或其他資源都可以成為協助處理個案心理衛生的資源，主要的服務提供者除了是個案管理者，也是資源整合者，協助個案接受不同的社會資源的協助，俾使其心理衛生需求獲得滿足。
2. 心衛中心的費用主要來自於 NHS 及公益團體的捐款，NHS 的費用主要來自稅收，每年都可能有所變動，至於夜光咖啡館 (Night light Café) 運作經費就來自於慈善團體捐款。因此，如果來自於 NHS 的經費或每年捐款的情形有所變動時，中心的工作人員就會對服務的方式進行滾動式討論與修正。

3. 疫情的關係，使得心理健康問題變多，人們變得更願意去討論心理相關議題，因此心理衛生中心這樣的機構有助於提供心理衛生服務，另外也逐漸改變觀念，不再以 mental health 的角度，而是以 wellbeing 的角度看待求助者的需求。此外政府也引導及鼓勵民衆面對問題，並減少民衆排斥是類機構或求助者。
4. 該中心目前未曾服務過司法系統轉介來的個案，如果有的話，中心的工作人員認為應該可以從個案為何開始犯罪進行了解，犯罪對其也可能是一種創傷，經由足夠的了解及讓個案知道行爲的後果，再將其帶入社區中，重新回歸社區，以避免再犯。
5. 積極與大學合作心理相關議題的研究及課程的開設計畫，不只是和當地的林肯大學進行合作，也包括其他都會型大學，讓大家更了解林肯郡及 Bridge Central 的心理衛生服務，而這樣的合作也有助於心理系學生參與處遇。

伍、司法精神醫院

荷蘭 De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische centra，為該國司法精神醫院，收治個案主要為裁處 TBS (terbeschikkingstelling) 處分之成年男性患者，收治對象包括有：(1) 精神疾患者 (Patients with psychotic disorders)、(2) 人格疾患者 (Patients with personality disorders)、(3) 智能障礙者 (Patients with intellectual disabilities)、(4) 有性侵犯罪紀錄者 (Patients with sexual offense histories)、(5) 物質濫用者 (Patients with substance use disorders)。除具有最高戒護等級的司法精神醫院之住院部門外，亦設有門診，透過司法精神醫療照護團隊提供服務，服務的層面包括住院治療、門診、支持性社區居住及職能復健等協助病人適應及復歸社區^[7]。依前述可知，De Rooyse Wissel 收治五種類型的個案，該院會發展不同的治療模組，例如，性侵害加害人發展基模治療，除整合依附理論、客體關係等。院內專業人員包括精神科醫師、社工師、心理師、職能治療師及教育訓練人員，他們除提供精神疾病治療外，亦希望降低個案再犯風險，促使其自主負責復歸社區。醫院為維護安全，亦自行招聘及訓練安全人員。安全人員通常不介入處遇，平時主要負責機關外圍安全，進入院區時，則主要是進行安全檢查，但如果衝突事件需要支援，則安全人員亦會進入

[7] 資料來源：<https://www.derooysewissel.nl/>

院區，有必要時亦會對病人使用手銬進行約束。

TBS 是荷蘭司法體系對精神病犯進行強制治療的系統。荷蘭自 1920 年代起，針對患有嚴重心理疾病的受刑人施以特殊的治療，二次大戰後，荷蘭政府為兼顧社會安全與心理疾患犯罪人的利益，發展出 TBS 處分對是類個案採取強制治療處分。荷蘭將 TBS 處分視為是一項治療處遇，而非僅單純的拘留或懲罰。因治療的考量會限制受 TBS 處分人的自由外，其他的限制在法律上是不被允許的，受處分人的相關權利和責任均明訂於相關法律，所以在 De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische centra 可以發現雖然機關建築外觀上有著嚴密的安全設施（高牆、刺網），且進入的大門也有嚴密的戒護及防護措施，進入的人們並無法直接接觸安全人員，且持有物品需置入保管箱，攜入之物品則需經 X 光機及金屬探測器之檢查方能進入，未通過檢查者則由安全人員再進行查驗。但內部的環境則接近居家的環境，受處分人穿著便服，和其他也穿著便服的工作人員並不易區分，而工作人員和受處分人都是基於平等的地位互動和進行處遇。不過，值得注意的是院區內的每個分區或通道的門均是維持關閉狀態，如果未持有符合通過資格的感應卡片，則難以移動到它區，甚至外部人員進入參觀時，須使用洗手間亦均需有工作人員引導及開門，始能移動。因此，在該院院區之居家、舒適的環境中，仍然可以察覺到其動線管制的嚴密，且也裝設許多監視器，由安全人員統一於勤務中心進行監控。

為使病人可以逐漸適應社區，並為未來回到社區做準備，病人可以經由外出制度，由嚴至寬適應社區生活，外出可以分成陪伴外出、自由外出、社區居住及保釋等四個階段。另言之，為協助病人適應社區，會先由社工或安全人員陪同在院區周圍或附近進行活動，並於當日回院。於觀察病人適應情形後，再逐漸放寬讓病人可以自行外出，甚至過夜，外出時間從幾小時到 6 天。

在這裏將病人依危險性分成四個等級，數字愈高，則危險性愈高，第四級病人平均住院期間為 8 年，幾乎達 TBS 的最高年限，在此之後，可能會移往收治最高風險病人的 TBS 機構，或移至以長期收容而非治療為目的的長期司法精神照護機構 (Longterm Forensic Psychiatric Care/Zorg, LFPC/LFPZ)。

醫院的處遇係以社工師為主要人力，醫師的角色主要在疾病診斷及藥物治療。

每個病人都有個管員，而社工師則會撰寫報告及評估治療成效，並視病人危險性調整危險等級，或啟動社區適應的外出處遇。2021 年外出社區治療的人次為 11,000 人次，因為疫情的關係，遠低於往年約 17,000 人次，去年則有 10 次外出未回的紀錄，該院工作人員表示，雖然大家都肯定外出制度的優點，有助於病人逐漸適應社會，但如果有病人未歸時，他們也會很擔心引來社區或民衆的壓力與抱怨。

病人住院期間如果因疾病需要至其他醫院就醫時，會依其危險性程度安排外醫，必要時會使用手銬等約束身體的器材，並以特殊安全的車輛載送至其他醫院接受治療。

所有的病人皆一人一室，房間亦有戶外之密閉活動空間，門上設有觀察窗及送餐口，每個病區有 8 位病人（病室）。該院之病室除有床鋪外，亦有電話、電視、書桌、椅子及浴室，空間不會感到侷促。如果是加護病房，其床架採固定式，且沒有多餘設備，桌椅則係以硬泡棉外包塑膠皮組成，並設有監視器觀察病人狀況。

陸、建議（代結語）

一、精神醫療處遇原則，以適性醫療處遇取代可治療性

英國 Mental Health Act（以下簡稱 MHA）^[8] 於 2007 年修法時，將 1983 年版 MHA 對於 "mental disorder" 之定義修改為 "any disorder or disability of the mind"，致該定義不再限於 1983 年版 MHA 所規定之 4 種類型^[9]，朝向全面性的考量個案的精神疾病程度以及造成其病症的因素^[10]，大幅修正只能減輕或預防精神狀況的惡化的處遇措

[8] 此處不以「精神衛生法」稱之，係因於中文用語中，「精神」、「心理」所指涉之意涵有所不同，而英文「Mental」是否等同於中文用語中之「精神」或「心理」，抑或包含「精神」及「心理」，尚有疑義，故保留原文。

[9] 1983 年版 MHA 將 "mental disorder" 定義為 "mental illness, arrested or incomplete development of mind, psychopathic disorder and any other disorder or disability of mind" 並分為 4 類：(1) Mental illness (2) Psychopathic disorder (3) Mental impairment (4) Severe mental impairment (https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_disorder; https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_disorder_no_longer_split_into_separate_classifications)（因此部分涉及醫學專業用語，為期周延，避免歧生誤會，故保留原文）

[10] 2007 年的精神衛生法修正案中，對於精神障礙的類別給予明確的定義，包括學習障礙、學習困難、自閉症譜系障礙、後天性腦損傷、癡呆症、其他心理健康、認知或神經方面的疾病。資料來源：Mental Health Act, legislation.gov.uk, <https://www.legislation.gov.uk> (last visited: Jan. 15, 2021).

施，同時處遇的內容擴大到療養、心理介入治療、心理健康的復原與照護（許華孚、黃光甫，2021）；亦廢除原規定之「可治療性測試（Treatability test）」、增訂「適性醫療處遇（appropriate medical treatment）」，而此「適性醫療測試（Appropriate treatment test）」亦可適用於所有遭長期拘留之病患^[11]，此等修法自2008年3月11日起生效^[12]。

二、建構司法精神醫院，落實醫療模式，完善司法醫療處遇品質

在英國並無類似我國監護處分，對於精神疾患犯罪人於刑罰執行後再另以保安處分方式住院或門診方式，要求持續於醫療機構接受治療，而係於1907年的罪犯保護觀察法、1908年未成年人犯罪法及同年的預防犯罪法，開啟刑罰不再以監獄為主的潮流（許華孚、黃光甫，2021）。爰此，執行刑罰的精神疾病受刑人可能因其治療需要，而移轉至衛生與社會照護部之國民保健署（National Health Service, NHS）所主責的醫院進行治療與執行，甚至執行到期滿。此外，英國於1959年制定MHA，且經1983年、1995年及2007年三次修正對於執行結束、無刑罰適應性、未犯罪但有風險等之精神疾病人則均依MHA收治於醫療機構。

有關英國MHA規範重點包括（許華孚、黃光甫，2021）：

1. 展現對精神病患進行強制治療的公權力。
2. 明確定義精神疾病，包括精神心智上的障礙或失能、學習障礙。
3. 對於精神疾病犯罪人處以監控社區治療，且治療無時間限制。
4. 廢除可治療性與嚴重失能的檢測，以適性醫療處遇措施代之。
5. 處遇內容擴大到療養、心理介入治療、心理健康復原與照護。

[11] Appropriate treatment test replaces treatability test and applies to all patients under long-term detention (https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Appropriate_treatment_test_replaces_treatability_test_and_applies_to_all_patients_under_long-term_detention)

[12] https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_disorder

6. 執行醫療處遇者視為監護官，透過社區處遇法令，賦權責任醫師與專業精神處遇人員決定醫療院所及治療所需時間。

英國另於 1998 年提案設置收容重症精神障礙者之保安設施，1999 年發布應無限期拘禁危險性人格障礙者。此外，英國於 2000 年發表白皮書明確宣示，雖未犯罪，但有不可能治療之人格障礙潛在危險者，仍應無限期拘禁（曾淑瑜，2005）。由於不論係監獄、法庭或社區中精神疾病犯罪人之醫療需求，均係由該國衛生與社會照護部國民保健署之社區或司法精神醫療機構負責提供，因此，精神疾病犯罪人在住家支持系統、司法社區精神醫療服務與司法精神醫療機構三層次間的精神醫學服務也因而可以獲得良好的移轉及橫向聯繫（JCPMH, 2013）。

荷蘭類似我國監護處分措施為 TBS 處分，其中央主管機關為司法安全部^[13]，其目的是希望透過對精神障礙者之治療使其能回歸社會，保障社會安全，處分之決定主要規範於刑法，但不論係 TBS 處分執行處所或因審前鑑定需求，荷蘭均係另設司法精神醫院（De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische Centrum）或司法鑑定中心（Pieter baan centrum）予以收治或進行觀察鑑定。以本文介紹荷蘭二所司法精神醫院或司法鑑定中心，其機構外觀雖採取高度安全設計，但其內部收治環境、執行人員專業性、處遇理念與規劃內涵，均係採取醫療或照護模式，與監獄於執行刑罰上，採取兼顧應報正義及矯正教化之思維有著根本性的不同。爰此，對於完成刑罰之執行或無刑罰適應性之具危險性精神疾病犯罪人之刑後治療，不論係採英國 MHA 或荷蘭刑法之法制，其處分決定均採法官保留，並將人格疾患患者納入收治對象，且都係以精神或心理醫療模式進行治療或鑑定。

另德國刑法第 63 條規定，行為人之違法行為係於無罪責能力（第 20 條）或減輕罪責能力（第 21 條）之狀態下實行，而經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性

[13] 依荷蘭司法安全部組織法 (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0040293/2022-02-26#Hoofdstuk6>) 規定，該部業務包括司法、警政、國安反恐與飛航安全、網絡安全、兒童保護、行政執行、移民和歸化管理、犯罪被害補償、法律保護與刑罰執行等相關業務，與我國中央政府分工差異極大。

者，法院應諭知將違法行為人收容於精神病院之處分。行為人所犯之違法行為並非第1句所稱之重大的違法行為者，法院僅能於根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態而犯下此類重大之違法行為時，始得諭知將行為人收容於精神病院之處分(潘怡宏，2021)。德國更於2007年起設置司法精神門診中心(Forensische Ambulanz)，扮演司法精神醫院治療監護出院，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(林萬億，2020)。

爰此，參考英國、荷蘭的經驗及德國法制可知，以司法精神醫院為收治處所，並採精神或心理醫療模式治療因精神、心理或人格疾患而對社會安全有危險性之個案，應為目前最可以兼顧社會安全及人權保障的對策(大法官釋字第799及812號解釋參照)，甚至參考英國NHS提供受刑人精神醫療的方式，將不適合於監獄執行或治療的精神疾病受刑人移轉至社區精神醫院或司法精神醫院治療穩定後，再移轉至監獄執行之相關機制。

三、我國司法精神醫院收治對象應納入各類醫療型保安處分，健全社會安全網

荷蘭 De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische Centrum 收治對象包括精神疾患者、人格疾患者、智能障礙、性侵害加害人及物質濫用者，而 Pieter Baan Centrum 收容對象則亦包括患有精神疾患、人格疾患或學習障礙之被告、性侵犯、物質濫用者等5大類。

另依荷蘭刑法第39條規定，欠缺責任能力者為不罰，基此，無責任能力者，如可能對自己、他人、社會或財產一般性安全有危險性時，依同法第37條第1項規定，法院得判決1年精神病院之收容處分。之後即不再適用刑事訴訟程序，而是依照精神病院收容法(Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)之規定處理，依該法第19條規定，住院命令可延長1年，在5年內繼續住院者，之後每次延長2年。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、前制性交罪、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(曾淑瑜，2005)。從荷蘭司法精神醫院、司法鑑定中心及相關法制可知，該國司法精神醫院收治對象主要考量刑期及社會安全，並未限制犯罪或精神疾病類型。

英國的司法精神醫院是依 MHA 診斷進入國民健康服務的一種專門治療精神疾病犯罪人的醫院，其目的是為了促進精神疾病犯罪人的心理健康，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）。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），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（Hamilton, 2015；林萬億，2020）。以英國高度保安司法精神醫院 Rampton Hospital 為例，其主要收治對象即包括學習障礙、思覺失調症及病態人格^[14]。

綜上可知，英國、荷蘭於法制上，並未如我國依犯罪類型之差異，設計不同之保安處分或程序，而係於實際執行治療處遇措施時，針對各犯罪人之身心狀況、犯罪慣行等，予以個別之適性處遇。爰此，二國之司法精神醫院收治對象，係從社會安全角度思考，未予限制收治之犯罪或精神疾病類型，俾求落實社會安全之考量。

我國對於有安全風險之觸法者，依精神疾病或犯罪類型，而區分有不同處分，如監護、強制治療、觀察勒戒、強制戒治、禁戒等，與荷蘭採 TBS 單一處分或精神病院收容法及英國以 MHA 進行規範的方式有別，爰此，依前開荷蘭及英國之相關法規、實際運作情形及相關文獻，我國刻正規劃之司法精神醫院之收治對象應納入各類醫療型保安處分，即監護、強制治療、觀察勒戒、強制戒治、禁戒等，始能健全社會安全網，避免漏接。

四、我國精神衛生法精神疾病應思考納入反社會人格違常

我國精神衛生法於 2007 年 6 月 5 日修訂第 3 條第 1 項第 1 款規定，精神疾病係指思考、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。爰此，依前開規定，我國精神衛生法於 2007 年修法後，即排除反社會人格違常者。

[14] 資料來源：<https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/rampton-hospital>。111 年 10 月 24 日下載。

英國高度保安司法精神醫院 Rampton Hospital 所收治之對象即包含人格疾患（病態人格或人格違常）者（a psychopathic disorder），荷蘭司法精神醫院 De Rooyse Wissel 之收治對象亦納入人格疾患者。另於精神疾病診斷與統計手冊 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 或 國際 疾 病 分 類 (International Classification of Disease)，均有包括人格疾患^[15]。爰此，我國因精神衛生法未納入反社會人格違常，而使監護、強制治療等醫療型保安處分受處分人如為反社會人格違常診斷時，遭到精神科醫院以此為由拒絕收治，不啻社會安全網之重大破口，尤其人格疾患者與思覺失調相關疾患、躁鬱症、物質濫用等精神疾病相同，都有較高的再犯風險（林萬億，2020）。

爰此，建議宜參考精神疾病診斷與統計手冊、國際疾病分類、及英國等其他國家 MHA 法制，修正我國精神衛生法中有關精神疾病的定義予以修正，納入反社會人格違常，俾使是類病人不致於成為精神醫療體系之人球及社會安全網的破口。

五、英國、荷蘭對於犯罪人司法精神照護資源導入方式不同，但都係以於醫療場域實施為主

英國對於犯罪人施以精神醫療處遇，所依據之法律規定係 Mental Health Act，並於第3章「關於刑事程序中或服刑中之病患（Patients Concerned in Criminal Proceedings or Under Sentence）」，依據發現犯罪人有醫療需求之時點不同，規定不同之相關程序^[16]；而荷蘭所建置之 TBS（Terbeschikkingstelling）制度，係指於刑法中規定患有 mental disorder 之犯罪人於執行徒刑後須接受相當期間之醫療處遇，TBS 之目的不在於剝奪犯罪人之自由，就短期目標而言，係透過拘留之方式維護社會安全，就長期目標而言，係透過精神醫療處遇降低犯罪人之危險^[17]。英國、荷蘭對於犯罪人施以醫療處遇所依據之法律規定雖有不同，但相均係透過法官保留原則，由法官透過裁判以命犯罪人接受相關之處遇措施。

英國為落實上開 MHA 之規定，並提供犯罪人所需之醫療照護，犯罪人經法院

[15] 除英國、荷蘭外，德國、法國、美國等精神醫療亦納入人格違常（人格疾患、病態人格、反社會人格）。

[16] <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/part/III>

[17] Hjalmar J.C. van Marle, The Dutch Entrustment Act (TBS): Its Principles and Innovations, International Journal of Forensic Mental Health 2002, Vol. 1, No. 1, pages 83-92.

裁判須至醫療院所接受相關之處遇措施時，相關單位即須將犯罪人送至英國衛生部國民保健署（NHS）所主管之醫療院所接受醫療處遇；另依 TBS 官網所示，荷蘭司法安全部每年與提供司法精神照護之機構就配置數、績效指標等簽訂採購契約，而實際所達成之績效程度將影響司法安全部採購之數量，目前司法精神醫學中心有 7 間、司法精神醫學診所 5 間，其中，除 CTP Veldzicht 與 FPC De Oostvaarderskliniek 為公立機構外，其餘均為私立機構^[18]，De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrisch Centrum（以下簡稱 De Rooyse Wissel）官網亦載明 GGZ Nederland 會代表司法精神醫學中心及診所對於 TBS 患者之司法精神醫學照護之採購條件、績效指標等與司法安全部進行洽商^[19]。

綜上，英國對於犯罪人之司法精神照護，係依據 MHA，並由衛生部國民保健署主責之醫療院所執行相關之處遇措施；而荷蘭對於犯罪人之司法精神照護，雖係規定於刑法，並由司法安全部^[20]執行此等司法措施（a judicial measure），惟司法安全部係與各司司法精神醫學中心（診所）簽立採購契約導入醫療資源。爰此，英國、荷蘭對於犯罪人司法精神照護資源導入方式雖然不同，但都係以於醫療場域實施為主。

六、我國現行法制及實務實部分融合英國、荷蘭之法制及實務

我國刑法關於保安處分之規定，雖有區別監護處分及性侵犯之刑後強制治療，與英國、荷蘭之法制有所不同，然我國刑事訴訟法關於暫行安置之規定，相當於英國 MHA 於刑事程序階段即偵查、審理階段，即可對於犯罪者啟動相關醫療處遇措施之規定及作法；而我國現行暫行安置、監護處分及性侵犯刑後強制治療之處遇處所，均係由法務部及所屬檢察機關與相關醫療院所簽立委託契約，與荷蘭司法安全部之作法相仿。是以，無論於法制上或實務操作上，我國與英國、荷蘭均有相似或相異之處，已難單以大陸法系、海洋法系之法制進行區別及衡量參考價值。

[18] <https://www.tbsnederland.nl/over-ons/>

[19] <https://www.derooysewissel.nl/over-ons/samenwerking/>

[20] 荷蘭司法安全部之主管事項，尚包含警政、國安反恐、飛航安全、網絡安全、兒童保護、移民及歸化管理等事項，與我國法務部之主管範圍差異甚鉅。

參考書目

- 林萬億(2020)。再強化社會安全網：介接司法心理衛生服務。社區發展季刊，第172期，191-224。
- 許華孚、黃光甫(2021)。初探英國司法對監護處分實務作為-精神疾病罪犯之處置策略。刑事政策與犯罪防治研究，第28期，43-94。
- 曾淑瑜(2005)。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，8，67-93。
- 潘怡宏(2021)。刑法監護處分制度之修正芻議-取徑德國、奧地利與瑞士刑法。刑事政策與犯罪防治研究，第28期，95-242。
- Duke, L. H., Furtado, V., Guo, B., B., & Vollm, B. A. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, pp.313-321.
- Hamilton, M. (2015). Risk-needs assessment: Constitutional and ethical challenges. *American Criminal Law Review*, 52, pp. 231-286.
- JCPMH (2013). Guidance for commissioners of forensic mental health services. Joint Commission Panel of Mental Health.

《矯政期刊》稿約

- 一、本刊係以探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究發現，以及當前矯正政策之重要內容與析論，以促進學術交流，提升專業水準為主旨。
- 二、本刊每年出版 2 期，分別於每年 1 月及 7 月出刊。
- 三、投稿須提供電子檔，請以 Microsoft Word 文書軟體繕打編排；圖表儘量整合於檔案中。文長以五千字以上為原則，最多請勿超出兩萬字。繕打格式為：A4 直向橫書，邊界上下各 2.5cm、左右各 3.17cm，固定行高 20pt，標楷字體 12 號字。
- 四、本刊對稿件有審查權；稿件一經本刊採用，著作權乃屬著作人所有，惟未經本刊同意不得轉載或他投。其未被採用者，概由本刊退回。著作人勿同時一稿兩投，否則不予刊登。
- 五、來稿由本刊編輯委員或送請相關學者專家審查、簽注意見或修改。

稿件內容如需修改者，本刊將再送請作者自行補充修正，作者應於收稿二週內完成修正，如於收稿一個月後仍未將修正稿件寄回者，視同放棄投稿。此外，稿件於確認後付印前，作者應負責校對。
- 六、來稿一經採用，本刊將酌致稿酬（一稿兩投者除外）。
- 七、來稿時填具**投稿者基本資料**，請註明中英文題目、中英文摘要、作者中英文姓名、通訊處、聯絡電話及行動電話，並檢附中英文摘要。書面文稿（附光碟片）請寄：33307 桃園市龜山區宏德新村 180 號矯政期刊編輯委員會收；或以電子檔電郵至 E-mail：acpe@mail.moj.gov.tw。

八、來稿如係譯文，請附授權書，採用節譯、意譯方式譯述，並註明出處及附寄原文。本刊文稿由作者依著作權法之規定自負文責。

九、來稿請依標準格式編排，格式不符者，本刊得拒絕刊登，格式如下：

1. 文獻引用，中文作者顯示全名，英文作者顯示姓氏，年代、日期一律以西元顯示，例如：孫得雄 (1985); Doyle(1988)。
2. 註釋：需說明或引申行文的涵意時，在正文中用阿拉伯數字於注解之詞的右上角，並把詳釋內容列於當頁之最下方，例如：受到人口分佈不均的影響^[5]
on recent arrivals gathered in the 1990 Census^[5]。
3. 中英文單位請用公制之符號，例如：kg、mg、ml、ppm、pH、cm 等，數值請以阿拉伯數字表示之。
4. 章節編號順序：
中文用：壹、一、(一)、1、(1)。
英文用：1、(1)、I、(I)、A、a、(a)
5. 引用文獻：以文內引用的文獻為限，其餘請勿羅列；中文文獻請按作者姓氏筆畫順序排列，英文文獻依作者姓氏字母順序排列於中文文獻之後；體例如：

期刊論文

- Burnett, J. A. 1990 .A new nannofossil zonation scheme for the Boreal Campanian. Int. Mannoplankton Assoc. Nwesi. 12(3); 67-70.

- Crame, J. A. and Luther, A. 1997. The last inoceramid bivalves in Antarctica. *Cretac. Res.* 18:179-195. (2個作者)。
- Crame, J. A., ; Lomas, S. A. ; Pirrie, D. ; and Luther, A. 1996. Late Cretaceous extinction patterns in Antarctica. *J. Geol Soc. Lond.* 153:503-506. (2 個以上作者)

專 書

- Halam, A. 1994. *An outline of Phanerozoic biogeography.* Oxford, Oxford University Press.

合輯專書

- Carme, J. A. 1983. Cretaceous inoceramid bivalves from Antarctica. In
- Oliver, R. L.; James, P. R. ; and Jago, J. B., eds. *Antarctic earth science.* Canberra. Australian Academy of Science; Cambridge, Cambridge University Press, 298-302.

同一作者同一年有兩篇以上之文獻，於年代後加上英文小寫字母

- Olivero, E.B. 1988a. Early Campanian heteromorphy ammonites from James Ross Island, Antarctica. *Natl. Geogr. Res.* 4:259-271.

十、矯政期刊編輯委員會電話：(03)320-6361 轉8545。

十一、矯政期刊經審核通過刊登者，敘獎原則如下：

- (一)文章字數(含參考資料)一萬五千字以上，且經匿名雙審通過者，每篇最多敘獎2名，每名嘉獎2次。
- (二)文章字數(含參考資料)未滿一萬五千字或經匿名單審通過者，每篇最多敘獎2名，每名嘉獎1次。
- (三)非本署及所屬同仁投稿經錄取刊登者，本署將比照上述敘獎規定，具函建議至投稿人之服務單位敘獎。