

立法院法制局專題研究報告

編號：1522

本報告僅供委員參考

# 精神衛生法中強制住院程序之 修正方向研析

法制局 李郁強 趙俊祥 撰

中華民國 109 年 5 月



# 精神衛生法中強制住院程序之修正方向研析

## 目 次

壹、背景說明.....	4
貳、外國立法例.....	6
一、日本.....	6
二、美國（以加州為例）.....	7
三、加拿大（以卑詩省為例）.....	9
四、英國（以英格蘭為例）.....	11
五、德國（以巴伐利亞邦為例）.....	13
六、小結.....	15
參、國際宣言、公約與精神醫學倫理規範.....	17
一、世界人權宣言、兩公約與歐洲人權公約對精神疾病患者的保護.....	17
二、國際精神醫學倫理規範.....	18
三、身心障礙者權利公約.....	25
肆、強制住院相關問題之研析.....	27
一、強制住院之現況分析.....	27
二、《身心障礙者權利公約施行法》之規定有再檢討之必要.....	30
三、審查會議進行審查時之程序保障（現行條文第 15 條）.....	32
四、強制住院建議採法官保留，無論事前程序或事後救濟，對當事人都較有保障（現行條文第 41 條）.....	34
五、嚴重病人緊急安置及強制住院之治療（現行條文第 42 條）.....	37
六、審查會應定期主動審查病人是否有繼續住院之必要（現行條文第 42 條）.....	43
伍、結論.....	44
參考文獻.....	46

附錄：「精神衛生法中強制住院程序之修正方向研析」專題研究報告(初稿) 書面審查意見及參採情形 .....	50
--	----

## 摘 要

我國《精神衛生法》對於嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞、拒絕接受全日住院治療、經 2 位專科醫師強制鑑定、審查會許可後強制住院的規定。2014 年 8 月 20 日制定《身心障礙者權利公約施行法》，施行法第 3 條：「適用公約規定之法規及行政措施，應參照公約意旨及聯合國身心障礙者權利委員會對公約之解釋。」第 10 條第 2 項規定：「未依前項規定完成法規之制（訂）定、修正或廢止及行政措施之改進前，應優先適用公約之規定。」聯合國身心障礙者權利公約委員會於 2014 年對於《身心障礙者權利公約》第 12 條作出最後詮釋，並認為應該要由「替代決定」移轉到「支持決定」，即協助本人自行決定，尊重其自主意願。2015 年通過「身心障礙者權利公約第 14 條的綱領：身心障礙者的人身自由與安全」，綱領第 6 點，確認「公約第 14 條不允許任何人因實際的傷害或有傷害之虞而遭拘留，沒有例外」。依據《身心障礙者權利公約施行法》第 3 條，上述解釋對我國現行《精神衛生法》之強制住院規定造成衝擊。

本報告引介日本、美國、加拿大、英國及德國之外國立法例，並對《身心障礙者權利公約》、國際精神醫學倫理規範作一精要說明，經探討強制住院程序之相關問題後，提出《精神衛生法》之修正方向包括：審查會進行審查時應予當事人陳述意見機會、強制住院改採法官保留、緊急安置期間僅能予維持生命最低限度的治療、強制住院期間得否拒絕治療應明文規定、增訂審查會主動定期審查停止強制住院之機制。

## 精神衛生法中強制住院程序之修正方向研析

### 壹、背景說明

聯合國於2006年通過《身心障礙者權利公約》(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)<sup>1</sup>，2007年開放各國簽署，2008年5月3日生效。我國於2014年8月20日制定《身心障礙者權利公約施行法》(同年12月3日施行)，使該公約成為繼《公民暨政治權利國際公約》(International Convention on Civil and Political Rights, ICCPR)、《經濟社會文化權利公約》(International Convention on the Economic, Social and Culture Rights, ICESCR)、《消除對婦女一切形式歧視公約》(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW)及《兒童權利公約》(Convention on the Rights of Children, CRC)之後，第5個具有內國法效力的國際人權公約<sup>2</sup>。

《身心障礙者權利公約施行法》第10條第1項規定，各級政府機關應依《身心障礙者權利公約》規定之內容，就其所主管之法規及行政措施於該法施行後5年內(即2019年12月3日前)，完成所有違反本公約之法規及行政措施之改進。第2項規定，未依前項規定完成法規之制(訂)定、修正或廢止及行政措施之改進前，應優先適用公約之規定。第3條規定：「適用公約規定之法規及行政措施，應參照公約意旨及聯合國身心障礙者權利委員會對公約之解釋。」我國《精神衛生法》對於嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞、拒絕接受全日住

---

<sup>1</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities , <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (最後瀏覽日期：2020年1月9日) 中文版請參閱：衛生福利部社會及家庭署，《身心障礙者權利公約》，[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=C&bulletinId=56](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=C&bulletinId=56) (最後瀏覽日期：2020年3月5日)

<sup>2</sup> 孫迺翊，〈無障礙/可及性、合理調整與平等不歧視原則：從身心障礙者權利公約檢視我國憲法及身心障礙者權益保障法之平等原則內涵〉，《臺大法學論叢》，第45卷特刊，2016年11月，頁1189。

院治療、經 2 位專科醫師強制鑑定、審查會許可後強制住院的規定（第 41 條、第 42 條參照）。2017 年 8 月臺灣桃園地方法院作出停止強制住院之裁定（106 年度衛字第 4 號裁定<sup>3</sup>），同年 9 月駁回對於上述停止強制住院裁定之抗告，認為現行《精神衛生法》中強制住院制度，牴觸《身心障礙者權利公約》、《身心障礙者權利公約施行法》及一般性意見<sup>4</sup>，因此，引起精神醫學界與法界對於《精神衛生法》之強制住院規定不少的討論。

《身心障礙者權利公約》強調障礙之社會性，反對基於障礙之強制、差別待遇或歧視<sup>5</sup>。我國「身心障礙者權利公約初次國家報告條約專要文件」認為，臺灣現強制住院制度在程序及實質保障上，皆符合《身心障礙者權利公約》第 12 條（在法律之前獲得平等承認）及第 14 條（人身自由與安全）之要求<sup>6</sup>。然而民間身心障礙者團體則認為《精神衛生法》當下面臨重大的挑戰：應重新訂定強制住院要件，廢除強制住院審查會制度，改由法院進行審查，並強化替代之「支持精神障礙者在社區復健與治療、居住等服務」<sup>7</sup>。至此，究竟我國《精神衛生

---

<sup>3</sup> 法官認為《身心障礙者權利公約》（以下稱 CRPD）在我國有施行法，具有國內法的效力，且法律規定各級政機關應依 CRPD 內容，在施行法施行後 3 年內完成法規增修、廢止等措施，並在 5 年內完成改進。如果沒有改完成法規制定、修正或是廢止前，應該優先適用 CRPD。所以法官依據 CRPD 第 14 條第 1 項以及 CRPD 第 14 條的指導原則第 6 點，認為精神衛生法第 41 條及 42 條不予適用，所以裁定停止強制住院。

<sup>4</sup> 聯合國身心障礙者權利委員會《身心障礙者權利公約第 14 條綱領：身心障礙者的人身自由與安全（Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities The right to liberty and security of persons with disabilities）》第 6 點規定：「締約國以實際造成傷害或有傷害之虞為由而允許剝奪人身自由的做法，仍然存在。在這方面，本委員會已確認公約第 14 條不允許任何人因實際的傷害或有傷害之虞而遭到拘留，沒有任何例外。然而，某些締約國的立法（包括精神衛生法）仍然允許，若有其他加以拘留的理由，包括病患對自己或他人具有危險等，則得以實際造成傷害或有傷害之虞為由而加以收容。但這種措施已違反第 14 條的規定，因此類措施在本質上即帶有歧視，構成人身自由的任意剝奪。引自 106 年度衛字第 4 號裁定，頁 2-3。

<sup>5</sup> 吳建昌，〈臺灣精神衛生法強制住院規定之修法方向：從聯合國身心障礙者權利公約之爭議談起〉，《月旦醫事法報告》，第 10 期，2017 年 8 月，頁 158。

<sup>6</sup> 衛生福利部社家署，《身心障礙者權利公約（CRPD）初次國家報告》，頁 20、24-26。

[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=D&bulletinId=72](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=72)（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 5 日）

<sup>7</sup> 人權公約施行監督聯盟，〈「身心障礙者權利公約初次國家報告」2017 年平行報告〉，2017 年 6 月，頁 25，<https://covenantswatch.org.tw/portfolio/2017-crpd-shadow-report-ch/>（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 5 日）轉引自吳建昌，前揭註 5，頁 177。

法》的強制住院制度設計是否妥適？遂有進一步探討之必要。本報告從日本、美國、加拿大、英國及德國之外國立法例出發，並對《身心障礙者權利公約》、國際精神醫學倫理規範等作一精要說明，最後針對我國《精神衛生法》中強制住院程序提出修法方向，以供委員問政之參考。

## 貳、外國立法例

### 一、日本

日本於 1995 年公布《精神保健福祉法》（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）<sup>8</sup>，近年頻繁進行修正，最新的版本是 2019 年（令和元年）6 月 14 日修正、2020 年 4 月 1 日施行，該法大部分規範者，為精神障礙者入院之規定。

在日本，警察於執行勤務時、檢察官於偵辦犯罪時、保護觀察所長、矯正機關首長等人，於發現具有危險性之精神病患時，須通報地方政府首長（都道府県知事）（第 23 條至第 25 條），地方政府首長接獲通報後，須盡快命精神保健指定醫師前往診察該被通報之病患（第 27 條），依據診察結果，若該病患具有自傷或傷人之危險性，基於醫療、保護之目的，地方政府首長可命收容此病患至指定病院接受治療，稱之為「入院措置」，其程序須經兩位以上精神指定醫師診察，且醫師診察意見必須一致。而確定採取「入院措置」後，須將「入院措置」意旨及之後申請出院等相關事項，以書面告知病患（第 29 條）。如果無法完成上述程序要件，但病人有明顯自傷或傷人之虞時，地方政府首

---

<sup>8</sup> 日本總務省，《精神保健及び精神障害者福祉に関する法律》，e-Gov 法令檢索，[https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=325AC1000000123](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=325AC1000000123)（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 5 日）

長以一名精神保健指定醫師之診察結果為依據，亦可命令緊急強制住院 72 小時，稱之為「緊急入院措置」（第 29 條之 2）。

為維護精神疾病病人之權益，於各地方行政機關設有「精神醫療審查會」（精神医療審査会），該審查會由 5 人組成：其中須有具精神障礙醫療學識經驗者 2 名、具精神疾病保健或福利學術經驗者 1 名、具法律學識經驗者 1 名，合議方式為之（第 14 條），任期 2 年，由地方政府任命（第 13 條）。

精神病患強制住院期間，醫院須定期向「精神醫療審查會」報告病人病情（第 38 條之 2、第 38 條之 3）。醫師認為病人已無自傷或傷人之虞時，地方政府首長應立即解除強制住院，使病人出院（第 29 條之 4）。病人或其家屬亦可向地方政府提出出院申請，由「精神醫療審議會」就是否有必要繼續強制住院進行審查，地方政府首長依審查結果，如無繼續強制住院之必要時，應使病人出院（第 38 條之 4、第 38 條之 5）。醫院負責人依據指定醫師之診察結果，如認為暫時出院為適當，經地方政府首長同意後，可令強制住院之病人暫時出院觀察，期間不超過 6 個月（第 40 條）。

綜上，日本之強制住院治療，須經兩位以上精神指定醫師診察，且醫師診察意見必須一致。雖無須法院介入，但有「精神醫療審查會」就病人病情，以及是否解除強制住院進行監督。

## 二、美國（以加州為例）

美國並無統一規範強制住院治療法定程序之全國性聯邦法律，以加州為例，該州並無單一法律稱為精神衛生法（Mental Health Law or Code），而是將強制住院的法規置於《加州福祉與機構法》（California Welfare and Institutions code）的第 5 部「社區精神衛生服務」（Division

5, Community Mental Health Service) 中加以規範，此法案於 1967 年通過。藉由強制住院明確的法令規範，該法案強調自願接受治療的重要性，對美國其他州的立法造成深遠的影響，故以下就該州的強制住院治療制度為例，作簡要說明<sup>9</sup>。

依據加州相關法制規定，當某人因精神疾病而導致危及自己或他人或嚴重失能時，可由警務人員、緊急救護人員或其他專業人員啟動 72 小時留置，無任何司法審查之門檻，此類似我國《行政執行法》的即時強制。超過 72 小時之後，接下來有所謂 14 天留置程序，於此，需有司法審查介入始得為之，其程序係：住院 4 天內，由法院委派專員至醫院就地執行簡易之審查，而病患可由辯護人協助提出有利於自己的證據，也可以要求更嚴格的法院聽證程序。法院受理聽證請求 2 日內，須依法進行聽證程序，最多可延後 24 小時，法官聽證係出於英美法中人身保護令之規範，若人身自由受到侵犯，可請求法官審理其受拘禁或限制之理由。

而在 14 天留置後，會依據臨床或強制住院原因之不同，而有不同的處置流程。若是因危及自己之原因而強制住院，至多只有第二次的 14 天留置，因此總計只有 31 天留置；若是危及他人之原因而強制住院，經過法官聽證，第二次可執行 180 天留置，延長無次數限制；若是嚴重失能之原因而強制住院，經過法官聽證，第二次須使用 30 天的暫時保護 (temporary conservatorship)，並設保護人 (conservator)。假使狀況未改變，則須進入保護狀態 (conservatorship) 的裁定程序，以 1 年為 1 期，且可無次數限制重新起始。較為特殊的是，藥酒癮造成的問題，在加州只能作 72 小時的緊急留置，不可使用 14 天留置。

如欲取消強制住院，必須是一位直接負責治療病人的精神科醫師才能提出，但至少須獲得另一位心理師之同意，才能取消強制住院；

---

<sup>9</sup> 以下美國制度引自：曾毓君，〈我國精神衛生法之強制住院制度何去何從？—兼論臺灣桃園地方法院 106 年度衛字第 4 號民事裁定〉，《萬國法律》，第 216 期，2017 年 12 月，頁 65-66。

通常無須法官的審查或聽證，多半只有文件審查之規定。

綜上，目前美國強制住院治療的程序要求大致可分為兩種類型：第一種是無須法院裁判的 72 小時緊急強制住院治療，用於緊急或暫時羈束的法令，警察、精神醫療人員、甚至一般市民都可能發動此種對病人的羈束。通常是病人以出現或可預期對自己或他人的傷害行為，當病人被送到醫院後，由醫師或合格的精神醫療專業人員進行診斷。有部分州規定，此種緊急強制治療仍須由法官批准，不過多只做形式審查，實際上仍是由專業醫療人員作決定。第二種是經由法院裁判的強制住院治療，各州訂定的要件不一，但大致而言，病人同時具備「對自己或他人有危險，或是嚴重無法照料自己生活基本需要」，並且「需要到醫院，在對其構成限制的環境接受治療」等兩要件時，即得對其強制住院。法院在裁判前，須對病人做專業的檢查與鑑定，然後舉行審訊聽證，病人亦可傳訊對自己有利的證人出庭作證，並由其委任之律師交互詰問對造所傳訊的證人。

### 三、加拿大（以卑詩省為例）

聞名於世的大溫哥華精神健康照護模式（Greater Vancouver Mental Health Service, GVMHS），是加拿大卑詩省（British Columbia, BC）溫哥華地區針對身心障礙者的關懷，歷經數十年的努力，發展出最符合人性的精神醫療照顧模式，以 BC 省的《精神衛生法》為例，任何人發現有疑似符合強制住院條件的精神疾病病人時，可向法官或值勤治安法官提出聲請，法官經判斷認為有必要時得發出逮捕令，由警察將病人送往醫院，進入強制住院之程序；亦可憑精神科醫院院長向法官所聲請的逮捕令，指派非警察人員執行強制逮捕。所謂符合強制住院條件的精神疾病病人，乃是患有精神疾病（mental disorder）之病人且有自傷傷人之虞或行為或為防止實質上精神或身體上的衰敗（substantial

mental or physical deterioration)。強制住院之程序無須司法的立即涉入，由精神科專科醫師為鑑定人，第一位精神科醫師的鑑定書可留置 48 小時，48 小時內需加上第二張鑑定書即可留置超過 48 小時，但必須轉往公立的精神科醫療機構，事實上，BC 並無私立的精神科醫院，故立法的意旨是在強調公權力的介入。但 48 小時內若無法取得第二張鑑定書，就必須讓病人自由離開。第一次強制住院至多 1 個月，重新申請可再強制 1 個月，之後是 3、6 個月，然後每 6 個月需重新申請，無次數限制。

相較我國《精神衛生法》未對病人在強制住院期間拒絕治療之權利多加著墨，BC《精神衛生法》明定，病人一旦被強制住院，住院期間的治療即視為同意，並明文規定病人應服從院方的指引與紀律（direction and discipline）。強制住院期間病人擁有完整的申訴管道系統，院長亦在病人一住院後，立即給病人及其近親各一份通知書，上面清楚說明病人的權利，包括有權要求法院舉行聽證會（Review Panel），重新審病人是否有繼續強制住院治療之需要。若病人住院時因病情嚴重無法理解前述說明，院長應於病人病情穩定、能瞭解後，再給一次通知書。護理人員應確保病人能立即與院長或院長指定之工作人員聯絡，討論出院事宜。這些關乎病人權利的資訊均會張貼在急診留觀中心公布欄的醒目處。

當局在接到聽證會召開的要求後，14 天內必定開庭審理，且病人完全無需付費。聽證會舉行之前，須備妥 7 樣書面文件，包括目前清楚扼要的診斷證明、所有強制住院的證明、會議時準備要報告的文件、入院時 GVMHS 照顧者給予的診斷、此次住院時醫師所撰寫的入院病歷（Admission note）以及最近幾次病史的整理紀錄等。聽證會舉行的地點就在病人住院的醫院，基本成員包括一位主席，通常是熟悉精神醫學的律師，一位未曾見過該名病人的精神科醫師，再加上一位當局指定的第三人代表，此人可以是任何背景，甚至完全不具法律或精神

醫學的專業知識，此三人每人一票，當場票決定病人去留；另外出席人員包括病人、病人的主治醫師以及記錄的書記人員。開庭時先由病人的主治醫師報告病史、診斷與目前之治療，再由未曾見過該名病人的精神科醫師審閱病歷，並向主治醫師提出問題，接著再由第三人代表向主治醫師提問，同樣地，主席、精神科醫師與第三人代表亦會向病人提問，病人可保持沉默，但前述包括過去至現在病史的相關文件，均成為審查過程所依據之證明。交叉詰問後，三人當場投票，最後由主席宣布結果；若投票結果認為病人不符強制住院條件，就當場釋放。在專門收治有案在身，接受強制住院鑑定或治療精神障礙犯罪行為人的司法精神醫院，其聽證制度更加嚴謹，除了原本的主席、精神科醫師與第三人代表外，還加上受醫院委任的律師與受病人委任的律師，審理過程相形複雜。據了解，在 BC，聽證會經常舉行，主要是因為病人沒有病識感，但又尊重病人權利，故常見聽證會上病人聽聞需繼續強制住院之裁定後，當場抗議，並準備申請再次聽證，醫師對此也習以為常，反而是有不少針對精神科醫師與法院關係的書籍應運而生<sup>10</sup>。

#### 四、英國（以英格蘭為例）

英國之英格蘭、威爾斯、蘇格蘭各有其《精神衛生法》。以英格蘭為例，於 1983 年制定《精神衛生法》(Mental Health Act)，該法於 2007 年修正，修法改變監督下的社區治療(Supervised Community Treatment)體系，對於強制住院治療部分，並無較大修正，其強制住院之類型，可分為下列 4 種<sup>11</sup>：

（一）強制住院鑑定 (admission for assessment)，此乃考量病人之精神異常及其本身健康、安全之維護或他人之保護後，若因病人沒有

---

<sup>10</sup> 以上加拿大制度引自：鄭懿之，《論精神衛生法中強制住院治療對人身自由之限制》，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2011 年 8 月，頁 39-41。

<sup>11</sup> 曾毓君，前揭註 9，頁 66-67。

住院紀錄或是診斷不明確時，認為有留置其於醫院進行鑑定或鑑定後有治療之必要時，經由病人之最近親屬（nearest relative）或被認可之心理衛生專業人員（approved mental health professional）之申請，由兩位精神科專科醫師：其中一位為負責治療醫師，另一位則是由精神衛生審查委員會（Mental Health Review Tribunal）之下的一個小組中所被認可的醫師（approved doctor），一起或分別（但相隔不得超過 5 日）診察病人，而後提出鑑定書，得強制病人住院鑑定，最多達 28 天。在強制住院鑑定的 14 天內，病人或其最近親屬可向醫院負責人或精神衛生審查委員會提出出院之請求，為其救濟之權利；期間即使未獲病人同意，院方亦能強制給予此類病人一般之藥物治療，但若欲施予特殊性治療，如精神外科手術、電痙攣療法，須有病人的同意以及第二專業意見（second opinion）的認可。當強制鑑定期滿時，病人可以繼續自願住院，也可能依法被強制住院治療。

（二）強制住院治療（admission for treatment），當強制鑑定期滿時，病人可能依法被強制住院治療，此係病人之精神疾病且基於維護病人之健康、安全或保護他人之考量，需住院治療時，經由病人之最近親屬或被認可之心理衛生專業人員之申請，並有兩位精神科醫師之書面證明，得強制病人住院治療，被強制住院之病人即使並未提起審理的訴願請求，委員會亦在強制住院後 6 個月主動審理，之後每年重新評估一次，後續則定期重新審理。病人或其最近親屬亦可在每 6 個月向醫院負責人或精神衛生審查委員會提出出院之請求，屬其救濟之權利，如同強制住院鑑定期間，即使未獲病人同意，院方亦能強制給予此類病人一般之藥物治療。

（三）緊急強制住院鑑定（admission in an emergency），當病人有前述住院之理由，但因情況緊急，等不及採用該項程序，得經病人之最近親屬或被認可之心理衛生專業人員及一位醫師—盡可能是原來診治病人的醫師之書面證明提出申請，可強制病人住院鑑定 72 小時，但

此種情況下，除非病人有特殊情況，否則未獲病人同意，不得強制給予醫藥治療。

(四) 緊急強制留置住院病人 (patients already in hospital)，當病人原本因精神疾病自願住院時，為維護其健康、安全或保護他人，而不得不立即限制其離院，卻又無法馬上找到其主治醫師或主治醫師代理人時，得由資深精神科護理人員依式填具紀錄，留置病人 6 小時，並將記錄呈報醫院負責人，同樣在此種狀況下，除非病人有特殊情況，否則未獲病人同意，不得強制給予醫藥治療。另外，亦有所謂「緊急強制留置」之規定，警察於公共場所發現有疑似精神異常且需要給予照顧或管制者，得基於維護該人之利益或保護他人安全之考量，將其帶至安全處所留置，72 小時內請醫師診察及社工人員會談，並做治療保護之安排；甚且任何被認可之心理衛生專業人員，如有充分理由認為某人因精神異常而遭受虐待、遺棄或不當限制，或獨居且無法自行照顧起居時，可向法院申請令狀，由授權警察會同被認可之心理衛生專業人員與醫師進入該人之住宅，必要時可強行進入，將病人帶至安全處所留置 72 小時。

前述提及的精神衛生審查委員會乃是一獨立且具司法性質之機構 (judicial body)。該委員會的其他任務包括：審核精神疾病病人強制住院事宜，例行訪視與監督，申訴處理及每兩年定期向國會提出報告及修法建議。委員會的成員包括一百多位兼職非專業者、法律人、醫師、護理人員、社工師、心理師及其他專家，且在委員會之外又另行成立一個由一百多位精神科專科醫師組成的小組，其中成員即是負責提供法律要求第二份鑑定書的被認可醫師<sup>12</sup>。

## 五、德國 (以巴伐利亞邦為例)

---

<sup>12</sup> 鄭懿之，前揭註 10，頁 41-44。

德國在經歷第二次世界大戰期間，納粹假借對精神病患治療進行迫害人權的慘痛經驗後，戰後特別強調精神病患的保護。按德國《基本法》(Grundgesetz fuer die Bundesrepublik Deutschland)除了在第 2 條第 2 項揭示「人的自由不可侵犯，只有基於法律的規定，才可將此自由加以限制」的一般規定外，復於第 104 條清楚指出，「必須要有形式的法律規定，才有干涉的可能，且關於自由之限制與期限，僅能依法官之判決為之」，此即所謂「法律保留」及「法官保留」原則。此項原則在實務界，透過聯邦法院判決獲得肯認，「收容應該有程序上之保障，基本法第 104 條第 1 項所要求之的基本人權保障，有其特殊意義，應值得注意。」

德國各邦均有制定法律，以規範關於精神病人之隔離與拘禁的法定程序，舉凡非基於病人自願之收容，皆須經由法院之審理，收容要件須以自傷或傷人之危險為前提，復對收容之程序給予至為詳細的規定，皆依據德國《非訟事件法》(Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit)。以巴伐利亞邦為例，其《精神病人收容與輔導法》(Gesetz Über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung)最重要的規定乃是縣市政府提請法院審理前的準備程序與法院核可後的福利或輔導措施。其第 3 條規定，應盡力避免或縮短任何病人的收容措施；為達成此一目標，衛生局處應會同醫師、精神科醫院、社福機構及其他公共、公益及私人機構共同合作。在第 7 條規定的準備程序中，縣市政府必須也對有關案件依職權調查，並要求醫師提出鑑定書，瞭解病人是否可已經依第 3 條所要求的扶助措施而避免強制收容。又當進入法院的審理程序後，《非訟事件法》要求給予病人到庭說明的機會，配偶、家屬亦可表達意見，以及需送請精神科專科醫師之鑑定。至於法院的裁定，除了應明確指出強制收容的措施，復應指出收容時間，多以 1 年為限，例外情形不得超過兩年。從德國的制度觀之，縱然該國相當重視司法審查，其司法程序前的行政調查、

專業醫師的鑑定與民間機構的參與，皆扮演極為鮮明的角色。即便進入司法程序後，亦明確要求應有專業醫師的鑑定<sup>13</sup>。

## 六、小結

（一）在國外，要強制病人住院治療大多因為病人有立即對自己或他人之危險，或無法照顧自己。此與我國《精神衛生法》規定強制住院之對象為嚴重病人需有自傷或傷人之虞，十分類似。

（二）何人有權將病人送醫診治的部分，我國與英（英格蘭）、美（加州）兩國均可由警察以類似即時強制之手段將病人送醫，日本須先通報地方政府首長，加拿大（卑詩省）則是需向法院聲請逮捕令，警察才能送醫。

（三）類同於我國至多 5 天的緊急安置程序，多數國家為 2 至 3 天，但我國的 5 天包含強制住院事前審查的許可等候期，與其他國家多是經過此一緊急安置期後再行審查，甚至是事後審查，恐怕無法同日而語。此一緊急安置的決定者，各國均是委由精神科專科醫師。

（四）強制住院的許可審查，美國（加州）與德國（巴伐利亞邦）保留給法院，我國是交由審查會，日本、加拿大（卑詩省）與英國（英格蘭）則是由兩位精神科專科醫師鑑定許可。

（五）事後救濟之制度，我國與加拿大（卑詩省）採司法審查，日本與英國（英格蘭）則是可向各自國家內部類似審查會之獨立公正之組織，申請審查強制住院是否有繼續之必要。各國均會定期審查長期強制住院病人之住院必要性，以保障病人之人身自由，但時間不一。

我國現行精神疾病強制住院制度與日本、美國（加州）、加拿大（卑詩省）、英國（英格蘭）之比較如下（由於德國制度與其他國家較不同，暫不列入比較）：

---

<sup>13</sup> 鄭懿之，前揭註 10，頁 44-45。

表 1：各國精神疾病強制住院程序之比較

	我國	日本	美國 (加州)	加拿大 (卑詩省)	英國 (英格蘭)
強制送醫之發動	警消人員	須先通報地方首長	警察、急救護人員或其他專業人員	需向法院聲請逮捕令	警察
緊急安置之決定者	2位指定精神科專科醫師進行強制鑑定	1位精神保健指定醫師	醫師或合格的精神醫療專業人員	1位精神科醫師	緊急強制住院鑑定：1位醫師 住院鑑定：2位精神科醫師(其中一位為認可醫師)
緊急安置期間	強制鑑定2天加上審查會審查3天，共5天	緊急入措安置72小時	72小時留置	48小時留置	緊急強制住院鑑定72小時；住院鑑定28天
決定強制住院之機構	審查會	2位精神保健指定醫師	法院：住院4天內進行司法審查；法院受理2天內聽證，至多延1天	一位精神科醫師	2位精神科醫師(其中一位為認可醫師)
住院中治療之給予	未明文規定病人是否可拒絕治療		病人可拒絕治療	一旦強制住院，住院中之治療即視為同意	依強制住院類型不同而有不同規定
住院中之救濟方式	向法院聲請裁定停止強制住院 向法院聲請提審	向地方政府首長申請，由精神醫療審查會審查		要求法院舉行聽證會，14天內舉行	向精神衛生審查委員會請求審查
每次強制住院期間	60天	每6個月醫院需向精神醫療審查會報告病人病情	依強制住院原因不同而有異。3天至180天不等	第1次：1個月 第2次：1個月 第3次：3個月 第4次：6個月	第1次：6個月 第2次：6個月 第3次：1年
決定繼續強制住院之機構	審查會	精神醫療審查會		2位精神科醫師	精神衛生審查委員會

(資料來源：鄭懿之，《論精神衛生法中強制住院治療對人身自由之限制》，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2011年8月。作者並增訂自2014年《提審法》修正後，我國強制住院之救濟，除依據《精神衛生法》向法院聲請裁定停止強制住院外，尚有依據《提審法》向法院聲請提審)

### 叁、國際宣言、公約與精神醫學倫理規範

#### 一、世界人權宣言、兩公約與歐洲人權公約對精神疾病患者的保護

《世界人權宣言》、《公民與政治權利國際公約》與《經濟、社會與文化權利國際公約》，合稱「國際人權法典」，是最基本且最具綱領性的人權規範，在國際人權規範中具有一定的地位，許多其他人權公約都是由此而衍生。

我國於 1967 年已簽署《公民與政治權利國際公約》及《經濟、社會與文化權利國際公約》。儘管在國際人權發展歷程中，對兩公約的權利內容及其實踐的優先性出現不少爭議與疑慮，然而當前國際社會上已取得共識，認為兩公約的權利內容之間存在著普遍性、不可分割性與互相依賴性之關係，為任何正義社會所不可缺少。

《公民政治與權利公約》第 9 條第 1 項明示：「人人有權享有人身自由和安全，任何人不得加以任意逮捕或拘禁。除非依照法律所確定的根據和程序，任何人不得被剝奪自由。」可見人身自由之保障是國際共通之理，該條文第 3 項、第 4 項規定：「任何因刑事指控被逮捕或拘禁之人，應被迅速移至法官處。(第 3 項)任何因逮捕或拘禁被剝奪自由之人，有權向法院提起訴訟，由法院不遲延地決定拘禁措施的合法性。(第 4 項)」雖然《精神衛生法》之強制治療並非是因刑事指控而被逮捕，不過由此公約內涵可知，對人民人身自由之保障是受到重視的，就第 4 項內涵更可知，對人身自由受剝奪之人，必定有向法院請求迅速救濟之權利。

《歐洲人權公約》第 5 條規定，第 1 項的 e 款規定與我國《精神衛生法》有關，該條第 1 項「人人有權享有人身自由與安全，除有下

列情況並依法定程序外，不得限制此項權利」，e 款規定「為防止傳染病傳播，以及對精神失常者、酗酒者或吸毒者或流氓加以合法拘禁。」公約第 5 條第 2 項至第 5 項規定自由被限制者應被保障之權利，縱使是具備第 1 項所列舉之容許例外事由，仍須提供被拘捕人第 2 項以下規定之權利保障。第 5 條第 3 項是針對刑事嫌犯，同條第 2 項、第 4 項則是不論其是否為刑事犯嫌，對任何自由限制之人都有適用，包括擁有受告知的權利與爭執拘捕合法性之權利，其中第 4 項規定：「因逮捕或拘捕而被剝奪人身自由的任何人，有權依司法程序，請法院立即對措施的合法性作出決定，措施若非合法，即應下令釋放。」從其文義可知，是賦予剝奪人身自由者有隨時請求法院儘速就措施合法性為決定之請求提審權<sup>14</sup>。

歐洲人權公約為強調刑事被告人身自由侵害情形，其所進程序必須是司法性質，藉由司法控管刑事程序中行政機關之干預行為，將國家任意限制個人人身自由的危險降到最低，但若其他非刑事被告人身自由侵害情形，則僅需接受事後的法院審查。歐洲人權公約對於不同種類人身自由侵害之情形，給予不同的程序保障。對照歐洲人權公約第 5 條第 1 項各款列舉的容許例外可知，即便該公約也並未僵化地要求一切拘束人身自由的決定，都必須由傳統典型的法院為之，比較該公約第 1 款及第 5 款之規定，就可發現對不同事件的程序要求寬嚴，該公約也有彈性的作出不同的規範，並不一定要刑事上的司法機關作為審查機關<sup>15</sup>。

## 二、國際精神醫學倫理規範

### 1. 聯合國錫拉庫札原則

<sup>14</sup> 翁筱珊，《論精神病患強制治療制度之爭議及其合憲性-以我國精神衛生法為中心》，國立台灣大學法律學研究所碩士論文，2012 年 7 月，頁 136-138。

<sup>15</sup> 鄭懿之，前揭註 10，頁 81、113。

聯合國於 1984 年宣示《錫拉庫札原則》(The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provision in the International Covenant on Civil and Political Rights)<sup>16</sup>」，本原則係在建立限制權利之原則，有些權利，無論在何種情形，皆不得以法律加以限制病人之權利，例如免於奴隸及虐待之權利，又如思想自由、良心自由與宗教自由等。若不得已時，在某些情形下必須限制權利時，應符合以下 5 點準則之一，而且必須限時、監督，這 5 點準則包括<sup>17</sup>：

(1) 限制必須依法限制。

(2) 限制之目標必須為維護公眾利益。

(3) 限制必須為達成民主社會目標之所必須。

(4) 限制必須與社會目標成比例關係，符合達成社會目標所需之最小侵害與最小限制手段。

(5) 限制必須非經由專斷、強加。

## 2. 聯合國保護精神疾病病人與改善精神健康照護原則

聯合國於 1991 年 12 月 17 日通過《保護精神疾病病人與改善精神健康照護原則》(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)<sup>18</sup>。此原則有兩大重點內容，其一為精神疾病病人之保護，其二為改善精神健康照護。本原則宣告如何在精神醫學照護領域中建立最低基本人權之標準，也被國際上用來當作監督及對於其他國際會議要件之權威解釋，並且在

---

<sup>16</sup> The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provision in the International Covenant on Civil and Political Rights, <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4672bc122.html> (最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日)

<sup>17</sup> 吳文正，〈探討我國精神衛生法之強制醫療〉，《臺灣法學》，第 175 期，2011 年 5 月，頁 66。

<sup>18</sup> Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日)

許多國家被當作精神衛生法立法之架構參考<sup>19</sup>。其中原則 11 是有關治療之同意（Consent to treatment）之原則（原文如附錄），共計 16 項：

（1）除本原則第 6、7、8、13 及 15 項規定外，任何治療必須告知精神疾病患者後，取得其同意方能進行。

（2）被告知後的同意是在自由意志下、沒有任何的威脅、不當的誘導，透過適當的方式或語言使精神疾病患者了解相關的諮詢而獲得患者在下列各方面的同意：

a. 診斷上的評估；

b. 所提示治療方法的目的、方法、時間過程以及預期的效益；

c. 可代替的治療方式，包括較少侵入性的治療；

d. 治療可能引起的痛苦或身體不適，及建議治療方法的風險和副作用。

（3）精神疾病患者在被徵求表示同意的程序中，可以由患者請求其所選擇的一人或一人以上在場。

（4）除本原則第 6、7、8、13 及 15 項規定外，精神疾病患者有權拒絕或者停止治療。而拒絕或停止治療的後果，必須向患者解釋清楚。

（5）絕對不可以要求精神疾病患者或是誘導患者放棄被告知後同意的權利。假若患者願意這樣做，也要向患者解釋：在沒有獲得患者被告知後的同意前，是不能夠進行治療的。

（6）除本原則 7、8、12、13、14 及 15 規定外，假若符合下列各項所述的條件的話，所提出來的治療計畫不經精神疾病患者被告知後同意可以實施：

---

<sup>19</sup> 吳文正，前揭註 17，頁 65。

a.精神疾病患者在相關的時間，不是自願受治療的患者；

b.獨立的機構所有的相關資訊，包括本原則第 2 項所指的各項資訊認定在相關的時間，精神疾病患者沒有能力對提出的治療方案表示被告知後的同意，或是依據國內立法規定，基於患者自身安全或他人安全理由，患者不合理拒絕表示同意；

c.獨立的機構認為所提的治療方案對於精神疾病患者的健康需要可以達到最佳的利益。

(7) 第 6 項不適用於依法成為精神疾病患者的個人代表而代替患者表示同意治療的情形。但是除本原則第 12、第 13、第 14、第 15 規定的情形外，假若該個人代表已經獲得本原則第 2 項所規定的各項資訊，則可以代替患者表示同意。(換言之，如果個人代表已經獲得本原則第 2 項所規定的各項資訊，除了較大的醫療或外科手術、精神外科手術以及其他侵入性及不能恢復性的治療方式、臨床試驗或實驗性的治療需要「獨立外部團體機構」批准外，則其餘的都可以以「個人代表」同意)。

(8) 除本原則第 12、13、14、15 項規定者外，假若經過合格的精神疾病從業人員決定，為防止發生立即性、迫切性的對精神疾病患者的傷害或對他人的傷害，這項治療是緊急而必須的、不能夠拖延。則對於任何精神疾病患者即使無法取得被告知後的同意，也可以實施治療。

(9) 精神疾病患者未經被告知後同意而被授權進行治療時，仍應盡一切的努力告知患者治療性質以及可能的其他代替方式，並且盡可能使患者了解該治療以及這項治療計畫發展的情形。

(10) 所有的治療必須立即記載於精神疾病患者的病歷上，並且註明是自願或非自願接受治療。

(11) 不可以用任何方法對精神疾病患者加以身體的限制或非自願性的隔離。除非是精神疾病治療機構依據正式的程序辦理，或者唯有這種方法才能防止對患者本人或其他人發生立即性、急迫性的傷害。這樣的治療不得超過實施這樣治療所必須的時間。所有身體限制或非自願的隔離，其理由或其性質、處理的程度必須立即記載在患者的病歷上。受到限制或隔離的病患，必須受到人道的待遇或並且要由合格的醫護人員密切定時地予以監督。若有相關的個人代表，應立即通知他關於病患受到身體限制或非自願性的隔離的情形。

(12) 治療精神疾病絕對不可以使用節育的方法。

(13) 精神疾病患者有下列情形，才可以實施較大的醫療或外科手術方法：國內的法令所允許、最適合患者的健康需要，並且經過告知後同意。除非患者不能夠表達被告知後的同意，就必須經過獨立審查的過程而獲得授權。

(14) 精神醫療機構內對於非自願性的精神疾病患者絕對不可以施行精神外科手術及其他侵入性、不可回復性的治療方式。在國內法律許可的範之內，這樣的手術可以對其他病患施行，但要經過被告知後同意的程序，且經獨立的外部團體確認：確實經過被告知後同意程序，且這些手術也確實達到患者健康所需的目的。

(15) 臨床試驗或實驗性的治療，未經被告知後同意程序，絕對不可施行在任何精神疾病患者的身上。除非是不能夠表達告知後同意的病患，經過合格、獨立的特別的單位批准。

(16) 本原則 6、7、8、13、14、15 各項的情形，精神疾病患者或者是個人代表或者是任何有利害相關的人士，都有權對於患者所受到的待遇向司法當局或其他的獨立機構提出上訴或申訴。

### 3.世界衛生組織提出健康照護法 10 點原則及精神疾病病人人權促進指引

世界衛生組織於 1996 年提出《精神健康照護法：10 點原則》(Mental Health Care Law: Ten Basic Principles)<sup>20</sup>，並提出《精神疾病病人人權促進指引》(Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders)<sup>21</sup>當作《保護精神疾病病人與改善精神健康照護原則》之解釋，也藉此更進一步協助其他國家立法，此 10 點原則包括：

- (1) 精神健康之促進與精神疾病之預防。
- (2) 基本精神健康照護之可近性。
- (3) 精神健康評估符合國際所接受之原則。
- (4) 精神健康照護最少限制原則之規定。
- (5) 自我決定。
- (6) 具有受協助時行使自我決定之權利。
- (7) 具有審查程序。
- (8) 自動定期審查機制。
- (9) 合格之決定者。
- (10) 尊重法律規定。

### 4.世界精神醫學會發表之精神醫學倫理宣言

世界精神醫學會對醫學倫理的強調與重視，可以由幾次的重要大會宣言看得出來。這些包括：1977 年的《夏威夷宣言》(Hawaii

---

<sup>20</sup> 原文為：1. Promotion of Mental Health and Prevention of Mental Disorders 2. Access to Basic Mental Health Care 3. Mental Health Assessments in Accordance with Internationally Accepted Principles 4. Provision of the Least Restrictive Type of Mental Health Care 5. Self-Determination 6. Right to be Assisted in the Exercise of Self-Determination 7. Availability of Review Procedure 8. Automatic Periodical Review Mechanism 9. Qualified Decision-Maker 10. Respect of the Rule of Law. Mental Health Care Law: Ten Basic Principles, [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/75.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf) (最後瀏覽日期：2020年4月1日)

<sup>21</sup> Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders, [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/74.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/74.pdf) (最後瀏覽日期：2020年4月1日)

Declaration)，1983 年的《維也納宣言》(Vienna Declaration)<sup>22</sup>，還有 1996 年的《馬德里宣言》(Madrid Declaration)<sup>23</sup>。在馬德里宣言中所特別強調的，包括<sup>24</sup>：

(1) 精神醫學是醫學專業之一，從事治療精神疾病，促使病患復健並維護心理健康。精神科醫師時時接受科學新知及倫理原則以提供最好治療，採取最少限制自由的治療方式，並尋求非本身專長的專業諮詢，提供最佳服務。為達此目的，精神科醫師應深知各種相關醫療資源的應用。

(2) 精神科醫師有責任隨時汲取專業科技發展新知，並傳授最新技能給其他同業，精神科研究先進應力求精進以拓展精神科學新境界。

(3) 在正確治療過程中，病人應被接納為同伴，醫病關係建立在互相信賴、互相尊重中，讓病人在自由意志和被告知下作決定，精神科醫師有責任提供相關資訊，使病人遵照自己個人價值觀及偏好作理性的抉擇<sup>25</sup>。

(4) 當患者嚴重失能、無行為能力或因精神疾病而無法作適當的判斷，精神科醫師有責任遵循該國法律程序決定強制治療，為確保患者人格尊嚴與法律權益，應徵詢家屬意見，必要時可尋求法律諮商。除非顧慮延誤治療會危害病人或他人的生命安全外，所有的治療必須尊重病人意願，非經病人同意，不得採取治療。治療須以病人的最佳

---

<sup>22</sup> Vienna Declaration, <http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/> (最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日)

<sup>23</sup> Madrid Declaration On Ethical Standards For Psychiatric Practice, [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48) (最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日)

<sup>24</sup> 張家銘、周希誠、賴德仁，〈精神醫學倫理在本土上的應用〉，《臺灣醫學人文學刊》，第 5 卷，第 1 期，2004 年 3 月，頁 103-104。

<sup>25</sup> 原文為 The patient should be accepted as a partner by right in the therapeutic process. The psychiatrist-patient relationship must be based on mutual trust and respect to allow the patient to make free and informed decisions. It is the duty of psychiatrists to provide the patient with all relevant information so as to empower the patient to come to a rational decision according to personal values and preferences.

利益為考量<sup>26</sup>。

(5) 當精神科醫師應邀評估一個人時，有責任告知被評估人其執行目的，以及評估資料的可能運用，尤其在涉及第三人情況下，精神科醫師應更謹慎。

(6) 在治療關係中所得資料應被視為隱私，僅能用於改善病人心理健康之目的。精神科醫師切忌利用這些資料作為個人私自目的、學術或經濟利益。如為避免因維護隱私而可能造成病人或他人身體或精神嚴重傷害，適當時可透露其隱私，但精神科醫師應盡可能先讓病人知道其不得不這樣做的原因。

(7) 沒有科學價值的研究是不道德的，研究須經適當的倫理委員會審議通過。如無類似委員會，精神科醫師須遵守該國或國際認可的研究行為規則，只有經過適當訓練的人員才能進行或主持研究。因為精神病患易於被利用為研究對象。病人的自主性及身心完整性應該格外提高警覺給予保護。倫理標準同樣適用於流行病學研究、社會學研究，以及結合不同專業人員研究中心綜合性研究所選擇的族群<sup>27</sup>。

### 三、身心障礙者權利公約

聯合國於 2006 年 12 月 13 日通過《身心障礙者權利公約》，並於

---

<sup>26</sup> 原文為 When the patient is gravely disabled, incapacitated and/or incompetent to exercise proper judgment because of a mental disorder, the psychiatrists should consult with the family and, if appropriate, seek legal counsel, to safeguard the human dignity and the legal rights of the patient. No treatment should be provided against the patient's will, unless withholding treatment would endanger the life of the patient and/or the life of others. Treatment must always be in the best interest of the patient.

<sup>27</sup> 原文為：Research that is not conducted in accordance with the canons of science and that is not scientifically valid is unethical. Research activities should be approved by an appropriately constituted ethics committee. Psychiatrists should follow national and international rules for the conduct of research. Only individuals properly trained for research should undertake or direct it. Because psychiatric patients constitute a particularly vulnerable research population, extra caution should be taken to assess their competence to participate as research subjects and to safeguard their autonomy and their mental and physical integrity. Ethical standards should also be applied in the selection of population groups, in all types of research including epidemiological and sociological studies and in collaborative research involving other disciplines or several investigating centres.

2008年5月3日生效，其中第12條（在法律之前獲得平等承認）第2項規定：「締約國應確認身心障礙者於生活各方面享有與其他人平等之權利能力（legal capacity）。」而其第4項更規定：「締約國應確保，與行使權利能力有關之所有措施，均依照國際人權法提供適當與有效之防護，以防止濫用。該等防護應確保與行使權利能力有關之措施，尊重本人之權利、意願及選擇，無利益衝突及不當影響，適合本人情況，適用時間盡可能縮短，並定期由一個有資格、獨立、公正之機關或司法機關審查。提供之防護與影響個人權利及利益之措施於程度上應相當。」而其第14條（自由與人身安全）第1項則規定：「締約國應確保身心障礙者在與其他人平等基礎上：(a) 享有人身自由及安全之權利；(b) 不被非法或任意剝奪自由，任何對自由之剝奪均須符合法律規定，且於任何情況下，均不得以身心障礙作為剝奪自由之理由。」

聯合國人權事務高級專員辦公室針對《身心障礙者權利公約》於2009年之年度報告<sup>28</sup>認為：「應該廢除任何因精神疾病自傷或傷人風險之預防性拘禁（preventive detention）之相關法律規定」。尤有甚者，負責監督該公約執行之單位——即聯合國身心障礙者權利公約委員會，於2014年對於該公約第12條作出最後詮釋，並認為應該要由「替代決定」（substantive decision making）的典範，移轉到「支持決定」（supported decision making），其認為心智能力（mental capacity）並非客觀科學之操作，而是在接受評估下之決策技術能力的展現，不應取代法律能力（legal capacity），因此主張任何決策能力的受損，皆不能正當化對於法律能力之剝奪，故其反對替代決定、強制住院、強制治療，甚至於刑事責任能力欠缺之抗辯<sup>29</sup>。2015年通過「身心障礙者權利公約第14

---

<sup>28</sup> 該報告之名稱為：United Nations High Commissioner for Human Rights, Annual Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General: Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <http://www.un.org/disabilities/documents/reports/ohchr/A.HRC.10.48AEV.pdf>(最後瀏覽日期：2020年3月25日)

<sup>29</sup> 吳建昌，前揭註5，頁163。

條的綱領：身心障礙者的人身自由與安全」，其中綱領第 6 點，確認「公約第 14 條不允許任何人因實際的傷害或有傷害之虞而遭到拘留，沒有任何例外」，而委員會發現，某些締約國的立法仍容許，「在有其他——如對自己或他人造成危險等理由時，得以實際造成傷害或有傷害之虞而加以收容」，對此委員會認為「已經違反第 14 條的規定，在本質上帶有歧視，構成對人身自由的任意剝奪」<sup>30</sup>。

## 肆、強制住院相關問題之研析

### 一、強制住院之現況分析

#### （一）現行《精神衛生法》之相關規範

依照我國《精神衛生法》相關規定，強制就醫是精神疾病病人遭遇危急情況時，必須立即送醫予以保護，用以防止其生命或身體產生立即的危險（或防止危險疑慮），而主要的對象是已經產生「與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定」的嚴重病人。

#### 1. 緊急處置

《精神衛生法》第 20 條第 1 項關於緊急處分之規定，也是將生命身體安全堪慮之嚴重病人強制送醫之規定：「嚴重病人情況危急，非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，由保護人予以緊急處置。」。依據第 20 條第 6 項訂定之《精神疾病嚴重病人緊急處置作業辦法》第 2 條規定，緊急處置得以下列方式為之：1. 緊急送醫：協助護送就醫，接受醫療處置。2. 保護措施：協助提供安全防護措施或轉介至適當機構、場所安置。3. 其他適當之方式。而依據

<sup>30</sup> 王德瀛，〈精神衛生法強制住院侵害身心障礙者自由權——身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查〉，《科技法律透析》，第 29 卷，第 12 期，2017 年 12 月，頁 10。

《精神衛生法》第 20 條第 5 項，於非嚴重病人之病人，此規定也可準用：「病人情況危急非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，準用前三項之相關規定。」

## 2. 緊急安置

嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要；嚴重病人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（第 41 條）。由上述規定可知，直轄市、縣（市）主管機關「得」啟動緊急安置與強制鑑定之條件為：1. 嚴重病人自傷或傷害他人或有傷害之虞。2. 經專科醫師診斷有全日住院之必要。3. 該嚴重病人拒絕接受全日住院治療。

此處之「嚴重病人」，無論其過去病史如何，即使其為第一次接受精神科檢查，只要在該次經專科醫師確認其診斷及病情符合嚴重病人之定義，且滿足上述緊急安置之條件，即可啟動緊急安置及強制鑑定<sup>31</sup>。

## 3. 強制住院

強制鑑定結果仍有全日住院治療之必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，向審查會申請許可強制住院（第 41 條）。《精神衛生法》所規範的「強制住院」，必須包含以下 5 個要件：1. 嚴重病人。2. 傷害他人或自己或有傷害之虞。3. 二位以上指定專科醫師進行強制鑑定，有全日住院治療必要。4. 嚴重病人拒絕接受住院。5. 經審查會許可。強制住院期間，原則上不得逾 60 日，但經 2 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；其延長期間，每次

---

<sup>31</sup> 吳建昌，前揭註 5，頁 164。

以 60 日為限（第 42 條）。

## （二）審查會審查強制住院之現況

按《精神衛生法》第 41 條所規定的強制住院內容，將造成違反個人意志或處於無意識狀態，使人民被置於封閉之醫療空間或設施中，而喪失其自由權。這樣的情況下，人民類似強制隔離而受限於醫院中，已經達到類似刑罰拘禁的效果，將造成憲法第 8 條人身自由之侵害，並已構成對人身自由之剝奪。甚且，無論是健康權或家庭權益同受若干侵害。至此，若操作強制住院處分失當，對於病人權益可謂造成莫大傷害，強制住院制度的設計應謹慎拿捏。

依據衛生福利部精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查結果統計資料，自 2008 年《精神衛生法》修正加入審查會制度，通過審查准予強制治療之比率，除了 2008 年剛開始施行至 2009 年上半年外，通過審查率均穩定為 95% 左右。有論者認為，若單從統計數據來看，存在著兩種相反的可能：一為醫師強制鑑定結果非常精確，不易被審查會予以不許可決定；一則為目前審查會成效不彰，並無實質審查認定是否有強制治療必要。審查會審查強制住院案例考量點，不乏考量病人本身以外之因素，或者於適用要件上並無嚴謹要求同具「嚴重病人」及「自傷傷人之虞」，實務上病人意見並非審查會所重視，且亦無辯論之機會。於此情況下，便可能是高通過率之原因。換言之，只要經申請強制住院，有極高的比率會通過審查，不免使人質疑修法時加入審查會之目的能否確實實現<sup>32</sup>。

---

<sup>32</sup> 有論者指出，審查會對於病人是否符合強制住院標準時，往往無法同時符合「嚴重病人」及「自傷傷人之虞」標準：1. 對有「自傷傷人之虞」但非「嚴重病人」時之審查經驗，多數委員多認為若其自傷傷人的來源係來自於其他狀態（如酒精或服用其他藥物）則不符強制住院標準。2. 對「嚴重病人」但無「自傷傷人之虞」時之審查經驗，多數委員反而多認為此時是否有自傷傷人之虞應用廣義解釋使其符合要件，即應盡量使案主符合強制住院要件。杜韋摯，〈身心障礙者權利公約下強制住院何去何從？〉，《月旦醫事法報告》，第 32 期，2019 年 6 月，頁 150-151。

我國《精神衛生法》強制住院制度，早年曾有學者提出質疑<sup>33</sup>，近年如同前述，2017 年臺灣桃園地方法院駁回療養院所執行強制住院之裁定，認為現行《精神衛生法》中強制住院制度抵觸《身心障礙者權利公約》、《身心障礙者權利公約施行法》及一般性意見，而作出停止強制住院之裁定，而這號解裁定也引發了精神醫學和法學的爭議<sup>34</sup>。是以，我國《精神衛生法》中的強制住院規定與《身心障礙者權利公約》、《身心障礙者權利公約施行法》之關係，有必要進一步的釐清。

## 二、《身心障礙者權利公約施行法》之規定有再檢討之必要

### （一）國外立法對於聯合國人權事務高級專員辦公室 CRPD 文本之解釋，不見得全盤接受

前已述及，聯合國人權事務高級專員辦公室針對《身心障礙者權利公約》第 14 條，2009 年之年度報告認為：「反對任何因精神疾病自傷或傷人風險之預防性拘禁」。負責監督該公約執行之聯合國身心障礙者權利公約委員會於 2014 年對於該公約第 12 條作出最後詮釋，認為任何決策技術能力的受損，皆不能正當化對於法律能力之剝奪，因此反對「替代決定」（監護宣告、醫療決策代理人等）<sup>35</sup>。

CRPD 禁止在違反障礙者自由知情同意的情況下，基於身心障礙的理由限制人身自由，依照聯合國人權事務高級專員辦公室文本之極端解釋，則廢除強制住院制度似乎是唯一之選擇。在此種困境下，許

<sup>33</sup> 林超駿，〈概論限制非刑事被告人身自由正當法律程序：以兒少性交易防制條例與精神衛生法為例〉，《憲政時代》，第 29 卷，第 4 期，2004 年 4 月，頁 541-592。

<sup>34</sup> 王子榮，〈在憲法脈絡下強制就醫制度的重新檢視—兼論實務上可行的操作對策〉，《月旦醫事法報告》，第 20 期，2018 年 6 月，頁 9。王子榮法官稱「引發精神醫學和法學後續的針鋒相對」，參見孫建智，〈焦點評論：強制住院 合法性才是關鍵〉，《蘋果日報》，2017 年 11 月 3 日，<https://tw.appledaily.com/forum/daily/20171103/37834667/>（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 19 日）。劉潤謙，〈精神科醫師：請問法官大人，你懂醫療嗎？〉，《蘋果日報》，2017 年 9 月 23 日 <https://tw.appledaily.com/forum/20170923/PO5VMB746YVIEWQQ5HWWQPUQSI/>（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 19 日）。

<sup>35</sup> 吳建昌，前揭註 5，頁 176。

多國家認為，未能強制住院時所導致之危險實現（如自殺死亡、殺害、傷害他人等），並非合理的代價。對於這些條文採取保留之態度，極端者（如美國國會）拒絕承認該公約具有內國法之效力，有些國家（如加拿大）則拒絕修訂其強制住院或替代決定之相關內國法，主張在沒有其他更好的替代選擇方法時，基於有良好的監督機制下，可將替代決定等制度當作必要之最後手段<sup>36</sup>。日本甫修正（2019年6月）、2020年4月施行之《精神保健福祉法》，仍然維持「入院措置」（類似強制住院）制度。

## （二）我國《精神衛生法》之「嚴重病人」是否屬於 CRPD 的身心障礙者尚有疑慮

CRPD 第 1 條之身心障礙(disability)，指個人有長期的(long-term)身體(physical)、精神(mental)、智能(intellectual)或知覺(sensory)的功能「受損」(impairment)狀態，以致於當這些人遭遇到不同的障壁(barriers)時，將阻礙到這些人與他人在平等基礎上完全且有效地參與社會事務。有學者認為，CRPD 所指涉之”mental disability”，乃是精神疾病診斷，將重點集中在意思能力(mental capacity)之欠缺，強調一種「融合法」(fusion law)的觀點，不區分精神疾病或身體疾病所導致的障礙，平等看待所有疾病。而意思能力欠缺並非長期身心障礙(long-term disability)之展現，而是在某時間點對於特殊事項決策時之短期現象，在即使採取最佳之支持性決策，也無法達到保障身心障礙者各種權利之結果時，則仍可採取某些強制措施，在盡量避免精神醫療操作違反 CRPD 平等權與人身自由權要求之同時，也力圖 CRPD 之其他權利能夠獲得保障<sup>37</sup>。我國《精神衛生法》將嚴重病人之定義，限縮到「不能處理自己事務」，類似欠缺意思能力之情況，有學者認為

<sup>36</sup> 吳建昌，前揭註 5，頁 177-178。

<sup>37</sup> George Szmukler, Rowena Daw & Felicity Callard, Mental Health Law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 37(3) International Journal of Law and Psychiatry 245-252(2014). 轉引自吳建昌，前揭註 5，頁 178-179。

「短期的」嚴重病人狀態，是否可論斷為 CRPD 的「長期的」身心障礙狀態，是必須說理的事項<sup>38</sup>。

另有論者認為，《身心障礙者權利公約》使用範圍為全部的身心障礙者，《精神衛生法》第 3 條第 1 款適用範圍僅為精神疾病患者（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，不包括反社會人格違常者），在範圍上有寬窄之別，如果以普通法與特別法的理解來看，《精神衛生法》就強制就醫部分，可能可以作為《身心障礙者權利公約》的特別法<sup>39</sup>。

依據我國《身心障礙者權利公約施行法》第 3 條：「適用公約規定之法規及行政措施，應參照公約意旨及聯合國身心障礙者權利委員會對公約之解釋。」以及第 10 條第 2 項規定：「未依前項規定完成法規之制（訂）定、修正或廢止及行政措施之改進前，應優先適用公約之規定。」由上述施行法之規定觀之，臺灣桃園地方法院之裁定，並非無據。《身心障礙者權利公約施行法》第 3 條、第 10 條的規定，未顧及我國國情而全盤接受的方式，實有再檢討之必要。

### 三、審查會議進行審查時之程序保障（現行條文第15條）

精神衛生法於 2007 年全面性的修正，在強制住院部分，將原規定「嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院」修正為病人經專科醫師診斷有住院必要而拒絕後，地方主管機關得緊急安置，並由地

<sup>38</sup> 吳建昌，〈依身心障礙者權利公約裁定停止強制住院：被遺漏的自主、平等與比例原則〉，《月旦醫事法報告》，第 17 期，2018 年 3 月，頁 91-92。

<sup>39</sup> 王子榮，〈身心病患安置的正當法律程序—法官保留與精神衛生法的拉鋸戰〉，《中律會訊》，2019 年 12 月，頁 80。

方主管機關指定兩名專科醫師強制鑑定，其鑑定結果須送「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查許可，才可進行強制住院。

審查會可以決定強制住院的准否、強制住院的時間是否延長、是否停止強制住院等，其地位類似獨立且具司法性質之角色，審查過程須符合程序正義，當初修法設立審查會之目的才有可能實現。目前審查會審查強制住院、強制社區治療之作業程序，係依據《精神衛生法》第 15 條第 4 項授權訂定之《精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法》進行。

前於外國立法例，已提及德國對於強制住院自由之限制與期間採法官保留，其審理程序要求給予病人到庭說明的機會，配偶、家屬亦可表達意見。反觀我國，審查會進行審查時之程序保障似有不足，依據《精神衛生法》第 15 條，審查會於審查嚴重病人強制住院及強制社區治療的相關事項時，並無強制須給予嚴重病人表示意見機會之義務，只是規定「『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」，此一審查程序並不合乎司法院釋字第 384 號解釋以來，關於限制人身自由之正當法律程序要求。蓋人身自由之保護考量下，應給予病人有表達之空間，若其無法行使，仍應聽取其保護人或其他代理人之意見作為衡量基礎，對作成之決定才得以合乎正當法律程序之要求<sup>40</sup>。尤有甚者，依據《精神衛生法》第 15 條第 4 項訂定之《精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法》第 4 條第 2 項規定：「前項審查以會議方式為原則，必要時得以書面或訪查方式為之。……」如果審查會得以書面審查，那麼病人更是沒有表達的空間。

此外，何謂「利害關係人」？經查 96 年 7 月 4 日新增第 15 條時之立法理由：「所謂『利害關係人』，具有因案而異之性質，基本上其

---

<sup>40</sup> 翁筱珊，前揭註 14，頁 123。

範圍較保護人廣泛，如鄰居、收容機構負責人及其職員等與病人長期相處或接觸，足資協助審查會了解病人病情及一般日常生活狀況之人均屬之。<sup>41</sup>」關於病人之病情，自有專科醫師專業判斷，病人願不願意住院治療的自主意思，應由病人自己表達；在無法表達的情況下，才由考量病人利益下所置之「保護人」(第 19 條)代為表達，豈有鄰居、收容機構負責人及其職員等所謂「利害關係人」置喙的空間？爰建議《精神衛生法》第 15 條第 3 項，「『得』通知審查案件之當事人或『利害關係人』到場說明」改為「『應』通知審查案件之當事人『，當事人無法說明時，應』通知『保護人』到場說明」。

#### **四、強制住院建議採法官保留，無論事前程序或事後救濟，對當事人都較有保障（現行條文第 41 條）**

美國（加州）對於強制住院採法官保留，法院在裁判前須對病人做專業的檢查與鑑定，然後舉行審訊聽證，病人亦可傳訊對自己有利的證人出庭作證，並由其委任的律師交互詰問對造所傳訊的證人。我國 2007 年 7 月修正的《精神衛生法》，增加審查委員會機制進行審查，審查會成員包括精神專科醫師、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、法律專家及其相關專業人士，在召開審查會議時，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。雖較舊法由「兩位醫師」作成強制住院之決定較具公正性，但強制住院對人民之基本權影響甚鉅，當事人對是否應強制住院之決定，僅能於審查會召開會議時，得經醫審會通知其到場說明，對當事人陳述意見之權利保障，未如同法院聽證程序一樣，程序保障仍有不足。

前於外國立法例，提及加拿大卑詩省《精神衛生法》強制住院雖

---

<sup>41</sup> 立法院，〈行政院函請審議「精神衛生法修正草案」〉，《立法院第 6 屆第 5 會期第 2 次會議關係文書》，院總第 1503 號，政府提案第 10790 號，2007 年 2 月，頁 19。

非採法官保留，但明定強制住院期間病人擁有完整的申訴管道系統，院長在病人一住院後，立即給予病人及其近親各一份通知書，清楚說明病人的權利，包括有權要求法院舉行聽證會，重新審理病人是否有繼續強制住院之必要。《精神衛生法》第 41 條第 3 項後段：「強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人」，審查會作成強制住院決定後，雖然會以書面通知嚴重病人及保護人，性質與行政處分相近<sup>42</sup>，但未依《行政程序法》第 96 條規定，詳細敘明病人應該強制住院的事實及理由，將導致病人縱使欲進行救濟，也因為不清楚住院原因及相關證據，無從提出解釋，或挑戰強制住院決定的合法性，已侵害嚴重病人的權利。

行政法上行政機關作成限制人民的處分後，都必須在書面中明確告知進行救濟的管道、受理機關及時間限制，「正確教示救濟方式」可謂行政法的基本原則之一；法院作成裁判後，若當事人尚能續行救濟，也是比照相同方式處理。然而，中央衛生主管機關的強制住院書面通知上，目前是告知嚴重病人或保護人若有不服，可以：1.向行政院提起訴願及行政訴訟；2.向法院聲請停止強制住院，亦即嚴重病人或保護人有權利擇一進行救濟。但近年行政院訴願審議委員會均不受理嚴重病人對於強制住院決定之訴願請求，導致嚴重病人依據中央衛生主管機關的教示提起訴願，無法獲得實質救濟；若等到遭到不受理後，才要轉而向法院聲請停止強制住院，嚴重病人早已喪失進行救濟的先機<sup>43</sup>。

<sup>42</sup> 《精神衛生法》第 15 條立法說明六。立法院，〈行政院函請審議「精神衛生法修正草案」案〉，《立法院第 6 屆第 5 會期第 2 次會議關係文書》，院總第 1503 號，政府提案第 10790 號，2007 年 2 月，頁政 20。

<sup>43</sup> 衛生福利部主張《精神衛生法》對於限制精神病人人身自由處置之救濟，採雙軌制（行政救濟及司法救濟管道）（衛生福利部 2019 年 11 月 20 日衛部心字第 1081762924 號函說明六參照），而行政院訴願審議委員會對於有關「強制住院」之訴願決定書均為「訴願不受理」，理由略以：「查精神衛生法第 42 條第 3 項規定，經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或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，對於抗告法院之裁定不得再抗告。是有關已許可嚴重病人強制住院之事項，嚴重病人或其保護人對該許可如有不服，應依上開精神衛生法第 42 條第 3 項規定向法院聲請裁定停止以為救濟，尚非得依訴願程序尋求救濟。訴願法第 77 條第 8 款規定，對於非行政處分或其他依法不屬訴願救濟範圍內之事項提起訴願者，應為不受理之決定。」行政院訴願服務訴願決定查詢，

目前《精神衛生法》對於嚴重病人緊急安置及強制住院之救濟，係採雙軌制（行政救濟及司法救濟）。而司法救濟部分，《精神衛生法》緊急安置或強制住院之停止聲請非屬即時之司法救濟，與《提審法》之即時（24 小時）司法救濟亦為雙軌制，雖能提供雙重保障，但因重疊性高，反造成病人不易獲得救濟<sup>44</sup>。

大法官李震山與林子儀曾於釋字第 690 號部分不同意見書中提到「法院不能也不必取代醫療與公共衛生專業，當然必須尊重依專業裁量或判斷所作成之決定，但此並不能保證專業就不會恣意濫權而侵害人身自由。人身自由之剝奪有不可復原，以及同時伴隨喪失其他諸多自由權利的特質，非常忌諱由行政高權單獨作主決定。」前於「一、強制住院之現況分析」已述及審查會對「嚴重病人」但無「自傷傷人之虞」時之審查經驗：多數委員多認為此時是否有自傷傷人之虞應用廣義解釋使其符合要件，即應盡量使案主符合強制住院要件。可見審查會是以醫療專業觀點進行審查。而對於醫療等專業事項，在牽涉人民基本權，尤其有關人身自由剝奪之情況下，由於法官長久訓練的法學基礎與經驗以及對人民權益保障的觀點，與其他專業人士考量的觀點會有所不同。

「法官介入審查之目的，在藉由中立、公正第三人之法官參與，使關係人能獲得合法之聽審，保障其權益，法官應就剝奪人身自由措

---

<https://appeal.ey.gov.tw/Search/Search01>（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 20 日）對此，有論者認為，在法理上行政院訴願會應受理嚴重病人不服強制住院決定的訴願請求，但實務上此一救濟途徑既形同虛設、欠缺實益，中央衛生主管機關又無法透過協調讓行政院訴願會願意受理病人的救濟請求，為保護嚴重病人獲得「實質救濟」的權利，建議在尚未修正《精神衛生法》（將強制住院之決定從審查會改為法院）之前，中央衛生主管機關應盡速修正強制住院書面通知上教示的救濟途徑，讓病人可以將救濟的火力集中於向法院聲請停止住院。ClockworkOrange，〈現行精神衛生法「強制住院審查程序」的缺失與檢討 II〉，2013 年 1 月 12 日，<https://clockworkorange.pixnet.net/blog/post/38630355>（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 20 日）

<sup>44</sup> 在緊急安置或強制住院停止聲請事件及提審事件，法院均進行形式審查，自統計結果分析，法院核發提審案後駁回提審裁定理由「均」為『進行申請住院中』或『經審查會許可強制住院』，故原因與程序與精神衛生法無違，是停止聲請事件及提審事件有相當程度之重疊性，經審查會許可住院之提審聲請，法院審查空間有限。李莉苓，〈精神衛生法與提審法之交錯—緊急安置及強制住院之提審事件研析〉，《月旦醫事法報告》，第 9 期，2017 年 7 月，頁 54、61。

施之合法性為全權之審酌，不必受先前行政措施拘束與影響。<sup>45</sup>」藉由法官或法院程序對強制住院進行判斷決定，其所保障之程度，應較審查會之決定讓人民有更大之事前程序保障及事後救濟空間。

或有不同意見認為，就我國法院之資源不足，以及法官案件負荷太大，若是再將精神病患強制住院之決定也加諸於法官，恐怕司法資源更無法有效運作。如同大法官李震山、林子儀所提，「法官不應以案牘勞形、工作無法負荷或尊重其他機關專業判斷為由，推辭憲法所賦予保障人身自由之神聖任務」<sup>46</sup>。以法院取代審查會作出精神病患強制住院之決定，無論事前審查或事後救濟，對病患而言較有保障。

至於由法院審查，如何納入醫療專業建議，有專家認為，由法院取代審查會制度，即由法院裁定，必要時由精神科醫師或審查會至法院說明，除可避免判斷落差的問題，同時可以一併處理病人拒絕治療權、意思能力有無之問題（因為傷人行為可能有普通傷害罪的存在，涉及《精神衛生法》與刑法競合的問題，現行由精神專科醫師判斷、審查會決定，再由法院作最後判斷，可能會出現法院推翻醫師、審查會的判斷，造成前者不確定，甚至被告的情況出現）<sup>47</sup>。

## 五、嚴重病人緊急安置及強制住院之治療（現行條文第42條）

<sup>45</sup> 李震山，〈人身自由保障與行政強制—以即時強制之管束措施為研究〉，《海峽兩岸人身自由與行政強制學術研討會會議論文集》，國立政治大學法學院公法研究中心，2006年5月19日，頁107。

<sup>46</sup> 李震山、林子儀，〈司法院釋字第690號解釋部分不同意見書〉，頁20，

[https://www2.judicial.gov.tw/FYDownload/uploadfile/C100/690%E9%83%A8%E5%88%86%E4%B8%8D%E5%90%8C\(%E6%9D%8E%E5%A4%A7%E6%B3%95%E5%AE%98%E5%8F%8A%E6%9E%97%E5%A4%A7%E6%B3%95%E5%AE%98%E5%AD%90%E5%84%80\).pdf](https://www2.judicial.gov.tw/FYDownload/uploadfile/C100/690%E9%83%A8%E5%88%86%E4%B8%8D%E5%90%8C(%E6%9D%8E%E5%A4%A7%E6%B3%95%E5%AE%98%E5%8F%8A%E6%9E%97%E5%A4%A7%E6%B3%95%E5%AE%98%E5%AD%90%E5%84%80).pdf)（最後瀏覽日期：2020年4月17日）

<sup>47</sup> 本局2014年1月2日召開「從強制社區治療探討精神衛生法之修正」專題研究報告（初稿）座談會中吳文正副院長（時任八里療養院副院長）發言。李郁強、趙俊祥，〈從強制社區治療探討精神衛生法之修正〉，《立法院法局專題研究報告》，編號1173，103年1月，頁71-72。吳文正院長（現任嘉南療養院院長）過去曾建議將審查會修正為精神衛生法庭，以便結合現有精神衛生與刑事司法二大體系，將過去長久以來，對於精神病犯乃至於精神病人各項法律能力，爭議不斷之情形，於法庭中一次審理，並作適當之轉向處遇，以免監獄中因為對於精神病人「刑罰化」，以致於不當監禁過多之精神病犯而未積極提供適當之精神醫療。吳文正，〈由治療性司法觀點探討以精神衛生法庭整合刑事司法與精神衛生二大體系〉，《全國律師》，第15卷，第5期，2011年5月，頁33。

### (一) 緊急安置為聲請強制住院治療前之過渡，僅能以維持生命最低限度的治療

我國《精神衛生法》第 41 條、第 42 條規定之緊急安置，嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞（不一定存有「緊急狀態」），經專科醫師診斷有全日住院治療之必要，拒絕接受全日住院治療者，僅由「地方主管機關」即可指定精神醫療機構給予緊急安置，期間長達 5 天。在美國，進行緊急強制（emergency commitment）須有下列要件：1. 符合資格之醫師檢查病人後，證明存有「緊急狀態」、病人有精神疾病、且有傷人或自傷之危險。2. 須以即時之「法院」聽審來決定該強制是否有「相當理由」（probable cause），此一要求是因為緊急強制不僅牽涉到對於病患未來行為之預測，更可以帶給當事人程序之保障。還有更嚴格的要求，是「必須考量病患過去之危險行為」……等等，時間 72 小時，可見美國的緊急強制程序，雖然有其急迫性，但仍對病患有足夠之程序保障<sup>48</sup>。

我國《精神衛生法》第 42 條第 1 項：「緊急安置期間，不得逾五日，並應注意嚴重病人權益之保護『及進行必要之治療』」，此外，依據第 41 條第 4 項授權訂定之《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條規定<sup>49</sup>，緊急安置期間可以對病患之身體和行動自由、活動範圍進行拘束，也可以給予藥物治療或其他適當治療、處置。這樣的規定，實有再斟酌之必要。蓋緊急安置是在處理緊急病患不得已之過渡方式，在審查機關未決定是否強制住院的情況下，就對當事人進行治療與限制，手段上更應符合合理且限制最小之方式。

有論者認為，緊急安置的期間所進行之手段須不違反當事人之意

<sup>48</sup> 翁筱珊，前揭註 14，頁 127。

<sup>49</sup> 《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條：「緊急安置得以下列方式為之：一、限制嚴重病人活動之區域範圍。二、拘束嚴重病人之身體或限制其行動自由。三、給予嚴重病人藥物或其他適當治療、處置。四、其他合理可行且限制最小之保護措施。（第 1 項）前項緊急安置措施，得於指定精神醫療機構（以下稱指定機構）之急診、病房或其他適當場所為之。」

願與不過分侵害當事人之基本權利，於考量醫師本身對於病患之救助義務下，其手段應符合「合理可行且限制最小之保護措施」才能合憲，亦即不得對病患進行過於積極性的治療，應以維持生命最低限度的治療模式來進行，至少其治療積極程度應低於住院治療，手段上應恪守最低侵害之原則。

前已述及，在英國（英格蘭）對於「緊急強制留置住院」之病人（強制留置 6 小時），除非有特殊情況，否則未獲病人同意，不得強制醫藥治療。「緊急強制住院鑑定」的病人（強制病人住院鑑定 72 小時），除非有特殊情況，否則未獲病人同意，不得強制給予醫藥治療。「強制住院鑑定」之病人，雖然未獲病人同意，院方亦能強制給予病人一般之藥物治療，但若施予特殊性治療，例如精神外科手術、電痙攣療法，須有病人的同意與第二專業意見。我國《精神衛生法》第 42 條第 1 項「及進行必要之治療」，除有可能為藥物治療<sup>50</sup>外，亦有可能為電痙攣治療，甚或是精神外科治療<sup>51</sup>（《嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條第 1 項第 3 款「給予嚴重病人藥物或其他適當治療、處置」亦同），規範範圍過廣。是以，建議第 42 條第 1 項建議將「及進行必要之治療」修改為「，必要時得進行維持生命最低限度的治療」，《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條第 1 項第 3 款配合修正。

---

<sup>50</sup> 關於精神科藥物治療成效，2013 年美國國內研究統計，將近 17% 的美國人服用至少 1 種精神科處方藥，比起 2010 年高出 10%。其中最多人服用的是抗憂鬱劑，約 12% 的成人領取此類處方藥；此外，8.3% 的成人使用的精神科藥物來自鎮定劑、安眠藥、抗焦慮藥物類別，1.6% 的成人則服用抗精神病劑。既然如此廣泛使用精神類藥物，精神疾病理應得到控制，然而數據卻顯示，美國國人心理健康狀態正持續惡化。對此現象，部分精神科醫師認為，雖然有某些因藥物治療而病情大獲改善的案例，但大多是短期成效，對大多數人而言，長期治療效果仍有待商榷。在精神藥物處方率偏高的美國，已有許多學者對用藥改採取更為謹慎的態度，且以批判性的姿態檢討精神科藥物對病人長期的傷害與益處，從而重新檢視其必要性、風險性，或尋求能降低用藥的其他輔助辦法，如行為療法或心理治療等。編輯部翻譯，〈失控的精神疾病：談精神科藥物治療的是與非〉，《月旦醫事法報告》，第 22 期，107 年 8 月，頁 149、152。

<sup>51</sup> 電痙攣治療及精神外科手術屬於不可逆之治療方式，更應審慎為之。關於精神疾病特殊治療及電痙攣治療規範之探討，請參閱李郁強、趙俊祥，《精神疾病特殊治療及電痙攣治療之法規範探討》，立法院法制局專題研究報告，A00968，2012 年 3 月。

## （二）強制住院期間之治療

罹患精神疾病之人，在我國《精神衛生法》第 3 條第 3 款簡稱為「病人」，而在同條第 4 款將「嚴重病人」定義為「指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。」不論病人或嚴重病人皆是以罹患精神疾病為前提，並為其構成要件之一。依同條第 1 款之定義，所謂之「精神疾病」是「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。」相對而言，「病人」之病情較輕，不是精神衛生法所關注之核心，「嚴重病人」可能因為疾病所造成之「怪異思想（bizarre thinking）」及「奇特行為（queer behavior）」，雖然在臨床表現或社會生活功能上，因此欠缺自主能力（autonomy）或對自己或他人產生「危險（danger）」，但基本上，即使如此，若是成年之嚴重病人，在未受到強制醫療之規範下，仍保有其基本之權益，此與一般精神科以外之病人相同，也與精神科所稱之一般「病人」並無不同，享受選擇就醫與否、接受何種醫療、與何位醫師（醫院）訂立醫療契約之自主權<sup>52</sup>。

強制住院者是否有拒絕治療之權利？英（英格蘭）、美（加州）與加拿大（卑詩省）對於強制住院期間病人對於各種治療能否拒絕，各持不同看法：美國（加州）強制住院病人可拒絕治療；英國（英格蘭）依強制住院類型不同而有不同的規定，緊急強制住院鑑定與緊急強制留置住院未獲病人同意，不得強制給予醫藥治療；加拿大（卑詩省）一旦強制住院，住院中之治療即視為同意。上述國家都提供醫療者作為與不作為的合法依據，而我國對此卻未明文規定。本報告認為對於精神疾病病人的治療，應該是該治療對其有益（具治療可能性），為防

<sup>52</sup> 吳文正，前揭註 17，頁 63-64。

止自身或他人之危險性（具危險可能性），而其無能力作出治療決定時，國家才具有介入的正當性。對於拒絕治療的病患，即使治療對其有益，但對他人不具危險可能性時，違反其意願之強制治療並不具有正當性。

關於精神疾病患者治療之知情同意，前於聯合國《保護精神疾病患者與改善精神保健原則》原則 11 第 1 項規定<sup>53</sup>：「除第 6 款、第 7 款、第 8 款、第 13 款、第 15 款<sup>54</sup>規定者外，未經患者知情同意，不得對其

---

<sup>53</sup> 原則 11 第 1 項原文如下：No treatment shall be given to a patient without his or her informed consent, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle.

<sup>54</sup> 第 6 款、第 7 款（符合 1.非自願患者被強制留醫；2.由各國法律或主管機關確認，患者缺乏對所建議治療方案行使知情同意能力，或依據法律規定基於患者本人或他人的安全，患者不予同意是不合理的；3.主管機關確信所建議的治療方案最適合病人的病情需要。可不經患者知情同意。上述的患者，除絕育、重大內科或外科手術、精神外科、臨床試驗者外，如私人代表被告知後表示同意，可不經患者同意）、第 8 款（如果經法律批准合格的精神醫療人員確定，為防止即時或即將對患者或他人造成傷害，迫切需要治療，也可不經患者知情同意即對其施行治療。但此種治療期限不得超過為此目的所絕對必要的時間）、第 13 款（重大內科或外科手術，除非患者沒有能力表示知情同意，在獨立的審查後方可批准手術）、第 15 款（只有在為臨床試驗目的而組成的獨立主管機關審查機構批准的情況下，才可允許無能力給予知情同意患者接受臨床試驗）。上述各款原文如下：

6. Except as provided in paragraphs 7, 8, 12, 13, 14 and 15 of the present principle, a proposed plan of treatment may be given to a patient without a patient's informed consent if the following conditions are satisfied:

(a) The patient is, at the relevant time, held as an involuntary patient;

(b) An independent authority, having in its possession all relevant information, including the information specified in paragraph 2 of the present principle, is satisfied that, at the relevant time, the patient lacks the capacity to give or withhold informed consent to the proposed plan of treatment or, if domestic legislation so provides, that, having regard to the patient's own safety or the safety of others, the patient unreasonably withholds such consent;

(c) The independent authority is satisfied that the proposed plan of treatment is in the best interest of the patient's health needs.

7. Paragraph 6 above does not apply to a patient with a personal representative empowered by law to consent to treatment for the patient; but, except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may be given to such a patient without his or her informed consent if the personal representative, having been given the information described in paragraph 2 of the present principle, consents on the patient's behalf.

8. Except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may also be given to any patient without the patient's informed consent if a qualified mental health practitioner authorized by law determines that it is urgently necessary in order to prevent immediate or imminent harm to the patient or to other persons. Such treatment shall not be prolonged beyond the period that is strictly necessary for this purpose.

13. A major medical or surgical procedure may be carried out on a person with mental illness only where it is permitted by domestic law, where it is considered that it would best serve the health needs of the patient and where the patient gives informed consent, except that, where the patient is unable to give informed consent, the procedure shall be authorized only after independent review.

15. Clinical trials and experimental treatment shall never be carried out on any patient without informed consent, except that a patient who is unable to give informed consent may be admitted to a clinical trial or given experimental treatment, but only with the approval of a competent, independent review body specifically constituted for this purpose.

施行任何治療。」第 4 項規定<sup>55</sup>：「除第 6 款、第 7 款、第 8 款、第 13 款、第 15 款規定者外，患者有權拒絕或停止接受治療。須向患者說明拒絕或停止接受治療的後果。」上述精神病人知情同意、醫療拒絕權之例外為：病人缺乏行使知情同意能力的情況下，基於患者本人或他人的安全，才可以考慮未經患者本人同意而進行治療：除重大醫療（外科手術、精神外科、臨床試驗）需要其他第三公正人的介入外（精神醫療人員、獨立審查機制），其餘可由私人代表在被告知後代為同意。

我國《精神衛生法》強制住院，不限於「自傷或傷害他人」，尚包括「或有傷害之虞」，在病人拒絕接受的情況下，對於有自傷或傷人風險之精神疾病病人採取預防性拘禁。至於強制住院後的治療，依據《保護精神疾病病人與改善精神健康照護原則》，無法取得告知後同意的例外是「經過合格的精神疾病從業人員決定，為防止發生立即性、迫切性的對精神疾病患者的傷害或對他人的傷害，這項治療是緊急而必須的、不能夠拖延」，則對於任何精神疾病患者即使無法取得被告知後的同意，也可以實施治療（原則 11 第 8 款）。簡言之，強制治療限於對精神疾病患者的傷害或對他人的傷害具有立即性、急迫性的情況。強制住院的適用情況較廣，包括「有傷害之虞」的情況。是以，取得強制住院許可，不當然取得強制治療的許可。

如同前述《聯合國錫拉庫札原則》第 5 點準則所揭示：「在某些情況下必須限制權利時，限制必須與社會目標成比例關係，符合達成社會目標所需之最小侵害與最小限制手段」，本報告認為如果為了「患者本人或他人的安全」，不得不對精神疾病患者的醫療自主權作出限制的話，則應該將該自主權之侵害降至最低之程度，爰建議將「自傷或傷害他人的情況」作進一步的區分：當精神疾病患者有傷害他人之虞者，無論其有無決定能力，國家基於憲法第 23 條，為了「防止他人危害」

---

<sup>55</sup> 原則 11 第 4 項原文如下：A patient has the right to refuse or stop treatment, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle. The consequences of refusing or stopping treatment must be explained to the patient.

而有介入之正當性（強制住院治療）。當精神疾病患屬於有傷害自己之虞時，是屬於自傷的情況，其治療只要患者有決定能力就應該予以尊重（得拒絕治療），只有在患者無決定能力的情況下，方可由最主要的照顧者、最頻繁面對精神疾病患者複雜思想世界而可能最瞭解其心意的保護人，代為同意治療。上述原則，為讓醫療人員有明確依據，建議於《精神衛生法》明文定之。

## 六、審查會應定期主動審查病人是否有繼續住院之必要（現行條文第42條）

前已述及將強制住院交由委員會決定之國家，以日本及英國（英格蘭）為代表。日本由兩位醫師決定入院治療，有精神醫療審查會監督，包括強制住院之定期審查及申請出院之審查。英國（英格蘭）亦是由兩位精神科專科醫師書面證明即可強制病患住院，但特別的是，無論病患是否對此提出審理之要求，精神衛生審查委員會（Mental Health Review Tribunal, MHRT）皆會「主動」在住院6個月後進行審查。英國（英格蘭）精神衛生審查委員會之組成人員亦十分多元，其職責包括審查強制住院之病人是否有繼續住院之必要、例行訪視與監督、申訴處理及每兩年定期向國會提出報告及修法建議。若審查會認為強制住院係屬非法拘禁病人時，即向法院申請「人身保護令」，醫院應立即釋放該病人。2007年修法時，特別強調精神病患必須用「適當醫療方式」（appropriate medical treatment）之準則來看待強制拘禁是否有正當性：要求唯有能給予病人適合於他的醫學治療，施加於病人的強制拘禁或延長拘禁才具有正當性<sup>56</sup>。

前已述及歐洲人權公約也並未僵化地要求一切拘束人身自由的決定都必須由傳統典型的法院為之，只要審查會具有中立性與獨立性，

---

<sup>56</sup> 翁筱珊，前揭註14，頁133。

由其擔任強制住院治療之審查機關，未嘗不可。本報告認為強制住院治療處置，包括基於危險性之人身自由限制及基於可治療性之病患醫療自主之侵害。於人身自由限制部分，由法院參酌審查會意見對於強制住院之人身自由限制進行審查；至於住院期間，則可由審查會進行後續應否停止強制住院之醫療專業性審查。

日本與英國（英格蘭）之審查會均有定期審查之機制，英國（英格蘭）的審查會更是完全站在精神病人的角度，反觀我國《精神衛生法》中審查會，被動消極地接受申請強制住院之審查（報告肆、四已建議改採法官保留）、或報請強制住院延長之審查，似站在病患的對立面。雖有「審查會認無繼續強制住院之必要」之條文，但是在專科醫師鑑定有延長之必要時才做認定，欠缺基於病患立場之主動性，爰建議增訂審查會定期主動審查停止強制住院之機制。

## 伍、結論

本報告經以上之研析與探討後，發現國外立法對於聯合國人權事務高級專員辦公室 CRPD 文本之解釋，不見得全盤接受；我國《精神衛生法》之「嚴重病人」是否屬於 CRPD 的身心障礙者尚有疑慮，是以，《身心障礙者權利公約施行法》第 3 條、第 10 條之規定，有再檢討之必要。

目前《精神衛生法》對於嚴重病人緊急安置及強制住院之救濟，係採雙軌制（行政救濟及司法救濟）；而司法救濟部分，《精神衛生法》緊急安置或強制住院之停止聲請非屬即時之司法救濟，與《提審法》之即時（24 小時）司法救濟亦為雙軌制，如此多重的救濟途徑雖能提供多重保障，卻反造成病人不易獲得救濟。爰建議結合提審制度並將審查會轉型為諮詢性質之前提下，對我國《精神衛生法》之修法

方向，提出意見如下：

一、為踐行審查會進行審查之程序保障：

(一) 第 15 條第 3 項「『得』通知當事人」建議改為「『應』通知當事人」

(二) 第 15 條第 3 項「或『利害關係人』到場說明」建議改為「『，當事人無法說明時，應』通知『保護人』到場說明」。

二、在強制住院部分，為保障病人事前程序及事後救濟之權利，建議第 41 條採法官保留。

三、緊急安置為聲請強制住院之過渡，手段上應合理且為限制最小之方式。為避免過度積極治療，第 42 條第 1 項建議將「及進行必要之治療」修改為「，必要時得進行維持生命最低限度的治療」（《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條第 1 項第 3 款配合修正）。

四、第 42 條，為保障嚴重病人之醫療自主權，強制住院期間病人得否拒絕治療，應明文定之。

五、第 42 條，日本與英國（英格蘭）之審查會均有定期主動審查停止強制住院之機制，我國審查會並無定期主動審查之機制，建議增訂之。

## 參考文獻

### 中文部分

#### 一、書籍

1. 李震山，〈人身自由保障與行政強制—以即時強制之管束措施為研究〉，《海峽兩岸人身自由與行政強制學術研討會會議論文集》，國立政治大學法學院公法研究中心，2006年5月19日。
2. 翁筱珊，《論精神病患強制治療制度之爭議及其合憲性-以我國精神衛生法為中心》，國立台灣大學法律學研究所碩士論文，2012年7月。
3. 鄭懿之，《論精神衛生法中強制住院治療對人身自由之限制》，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2011年8月。

#### 二、期刊

1. 王子榮，〈身心病患安置的正當法律程序—法官保留與精神衛生法的拉鋸戰〉，《中律會訊》，2019年12月，頁72-81。
2. 王子榮，〈在憲法脈絡下強制就醫制度的重新檢視—兼論實務上可行的操作對策〉，《月旦醫事法報告》，第20期，2018年6月，頁7-18。
3. 王德瀛，〈精神衛生法強制住院侵害身心障礙者自由權—身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查〉，《科技法律透析》，第29卷，第12期，2017年12月，頁7-13。
4. 吳文正，〈由治療性司法觀點探討以精神衛生法庭整合刑事司法與精神衛生二大體系〉，《全國律師》，第15卷，第5期，2011年5月，頁21-33。
5. 吳文正，〈探討我國精神衛生法之強制醫療〉，《臺灣法學雜誌》，第175期，2011年5月，頁63-68。
6. 吳建昌，〈依身心障礙者權利公約裁定停止強制住院：被遺漏的自主、平等與比例原則〉，《月旦醫事法報告》，第17期，2018年3月，頁83-97。

7. 吳建昌，〈臺灣精神衛生法強制住院規定之修法方向：從聯合國身心障礙者權利公約之爭議談起〉，《月旦醫事法報告》，第 10 期，2017 年 8 月，頁 158-184。
8. 李莉苓，〈精神衛生法與提審法之交錯—緊急安置及強制住院之提審事件研析〉，《月旦醫事法報告》，第 9 期，2017 年 7 月，頁 44-61。
9. 杜韋摯，〈身心障礙者權利公約下強制住院何去何從？〉，《月旦醫事法報告》，第 32 期，2019 年 6 月，頁 144-155。
10. 林超駿，〈概論限制非刑事被告人身自由正當法律程序：以兒少性交易防制條例與精神衛生法為例〉，《憲政時代》，第 29 卷，第 4 期，2004 年 4 月，頁 541-592。
11. 孫迺翊，〈無障礙/可及性、合理調整與平等不歧視原則：從身心障礙者權利公約檢視我國憲法及身心障礙者權益保障法之平等原則內涵〉，《臺大法學論叢》，第 45 卷特刊，2016 年 11 月，頁 1163-1228。
12. 張家銘、周希誠、賴德仁，〈精神醫學倫理在本土上的應用〉，《臺灣醫學人文學刊》，第 5 卷，第 1 期，2004 年 3 月，頁 97-108。
13. 曾毓君，〈我國精神衛生法之強制住院制度何去何從？--兼論臺灣桃園地方法院 106 年度衛字第 4 號民事裁定〉，《萬國法律》，第 216 期，2017 年 12 月，頁 60-77。
14. 編輯部翻譯，〈失控的精神疾病：談精神科藥物治療的是與非〉，《月旦醫事法報告》，第 22 期，107 年 8 月，頁 148-155。

### 三、網路

1. 人權公約施行監督聯盟，〈「身心障礙者權利公約初次國家報告」2017 年平行報告〉，2017 年 6 月，  
<https://covenantwatch.org.tw/portfolio/2017-crpd-shadow-report-ch/>（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 5 日）
2. 衛生福利部社會及家庭署，〈身心障礙者權利公約〉，  
[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=C&bulletinId=56](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=C&bulletinId=56)（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 5 日）

3. 衛生福利部社會及家庭署，《身心障礙者權利公約（CRPD）初次國家報告》，頁 20、24-26。  
[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=D&bulletinId=72](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=72)（最後瀏覽日期：2020 年 3 月 5 日）
4. ClockworkOrange，〈現行精神衛生法「強制住院審查程序」的缺失與檢討 II〉，2013 年 1 月 12 日，<https://clockworkorange.pixnet.net/blog/post/38630355>（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 20 日）

## 外文部分

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities（聯合國身心障礙者權利公約），<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>（最後瀏覽日期：2020 年 1 月 9 日）
2. Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders, [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/74.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/74.pdf)（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日）
3. Madrid Declaration On Ethical Standards For Psychiatric Practice，[http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48)（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日）
4. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, Adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991（聯合國保護精神病患者與改善精神保健的原則），[https://www.who.int/mental\\_health/policy/en/UN\\_Resolution\\_on\\_protection\\_of\\_persons\\_with\\_mental\\_illness.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf)（最後瀏覽日期：2020 年 1 月 9 日）
5. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care，<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 1 日）

6. The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provision in the International Covenant on Civil and Political Rights,  
<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4672bc122.html> (最後瀏覽日期：2020年4月1日)
7. United Nations High Commissioner for Human Rights, Annual Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General: Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities,  
<http://www.un.org/disabilities/documents/reports/ohchr/A.HRC.10.48AEV.pdf>(最後瀏覽日期：2020年3月25日)
8. Vienna Declaration , <http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/> (最後瀏覽日期：2020年4月1日)
9. 日本總務省，《精神保健及び精神障害者福祉に関する法律》，e-Gov 法令検索，  
[https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=325AC1000000123](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=325AC1000000123) (最後瀏覽日期：2020年3月5日)

附錄：「精神衛生法中強制住院程序之修正方向研析」專題研究報告(初稿) 書面審查意見及參採情形

衛生福利部心理及口腔健康司姚專員依玲：

有關貴局研擬「精神衛生法中強制住院程序之修正方向研析」專題研究報告一案，本部意見說明如下：

- 一、我國《精神衛生法》(以下稱本法)自 97.7.4 修正施行迄今已逾 10 年，為因應實務執行需要，有檢討現行法令之必要，爰自 105 年底開始進行研修，多次召開研修及跨部會會議修正，迄今已完成修正草案於 108.5.31 函報行政院，目前刻正依大院指示及意見修正中，合先敘明。
- 二、本法修正重點強化前端預防與社區支持服務、跨政府機關網絡合作、呼應各公約精神、強制治療改由法院審理(法官保留)及禁止媒體歧視報導等。
- 三、茲就來函所附專題研究報告初稿，本部意見如下：
  - (一)為本法第 15 條審查會進行審查之程序保障及第 41 條強制住院部分保障病人事前程序及事後救濟之權利，建議採法官保留，本部認同改為法官保留。
    - 1.為符合 CRPD 第 12 條在法律前獲得平等承認、第 14 條之人身自由安全保障之規定，且認為「審查會」之審查僅為行政機關之審查，不符合憲法第 8 條之事前「法官保留」原則及人權保障，本部已配合修正本法將強制住院及強制社區治療改由法院裁定。惟考量精神醫療專業度高，爰保留審查會機制改為諮詢小組，以提供法院專業諮詢意見。

2.另有關諮詢小組組織與運作、諮詢作業、文書傳送及其他相關事項之辦法，將由本部定之，故有關程序保障相關權益，可納入未來政策擬定參採。

(二)緊急安置為聲請強制住院之過渡，手段上應合理且為限制最小之方式。為避免過度積極治療，第 42 條第 1 項建議將「及進行必要之治療」修改為「，必要時得進行維持生命最低限度的治療」，本部認為緊急安置期間仍需積極醫療，以穩定病情，所以建議仍需進行必要之治療。

為保障嚴重病人及他人之生命與身體健康安全，本法授權指定精神醫療院得於法定期間內對嚴重病人採取緊急安置措施。故除獲得司法保護之權利項目，另為兼顧生命權、健康權、就醫權仍需進行必要之治療。

(三)第 42 條，為保障嚴重病人之醫療自主權，強制住院期間病人得否拒絕治療，應明文定之，本部認為嚴重病人強制住院前已詢問其治療意願，因其不願接受治療才啟動強制住院，爰該處分已涵蓋住所限制及必要之治療。

1.聯合國身心障礙者權利委員會提出之第 1 號一般性意見第 17 點，針對 CRPD 第 12 條（在法律前獲得平等承認）第三段進行補充解釋，認為預立指示（advance directive）可支持（support）身心障礙者運用法律能力（legal capacity）進行決策。

2.然部分精神疾病病人可能有其他狀況無法行使同意權，及較具爭議且執行面有困難之處，本部建議依《醫療法》第 64 條、《病人自主權利法》第 6 條相關規定辦理，或有實證基礎，並經廣泛討論凝聚各界共識後，再進行研議。

(四)第 42 條，日本與英國之審查會均有定期主動審查停止強制住院之機制，我國審查會並無定期主動審查之機制，建議增訂之，查目前強制住院期間一次以 60 天為限，且在住院期間有相關救濟，爰建議「審查會定期審查機制」將再收集資料再議。

本法修正草案配合強制住院改由法院審理，並修正強制住院延長次數以一次為限，但有必要時，不在此限；另增列停止強制住院事由及抗告程序，只要法院認當事人之一方主張停止強制住院有理由者，指定精神醫療機構應即停止強制住院，俾維護嚴重病人之人身自由權利及其獲得妥善醫療之權利。

#### 參採情形：

一、第 1 點意見、第 2 點意見，衛生福利部說明目前修法進度及重點。

二、第 3 點意見

(一) 衛生福利部贊同將強制住院改採法官保留。另有關本報告審查會程序保障之建議，衛福部將納入未來政策擬訂參採。

(二) 衛生福利部認為緊急安置期間，仍需積極治療以穩定病情。惟鑑於緊急安置只是過渡期間，在未取得強制住院許可前，即對當事人進行治療，所進行之手段須不違反當事人之意願與不過分侵害當事人之基本權利，其治療積極程度應低於住院治療，手段上應恪守最低侵害之原則，爰維持本報告建議。

(三) 衛生福利部認為嚴重病人強制住院前已詢問其治療意願，因其不願接受治療才啟動強制住院，爰該處分已涵蓋住所限制及必要之治療。惟鑑於精神疾病之反覆發作為常態，精神病人在未發病時，仍應保有其自主權。嚴重病人的狀態可能是短期現象，取得強制住院許可，不當然取得強制治療的許可。如屬於自傷的情況，只要病人有決定能力就應該予以尊重，爰維持本報告

建議。

(四) 衛生福利部對於「審查會定期審查機制」之建議，將再收集資料再議。

**輔仁大學法律學系吳助理教授文正：**

- 一、本報告主要針對我國《精神衛生法》中有關強制住院之程序做修法方向之研析，並不探討強制社區治療，也不深入探討強制住院之要件。本報告首先立意取樣選擇 5 個國家（日本、美國、加拿大、英國、德國）做立法例之比較研析。其次，以國際宣言、公約與專業倫理規範標準來探討相關精神病人之權利保障。本報告內容論述層次分明，結論與建議也確實具體明確，符合保障精神病人之實體與程序之權利保障。
- 二、英國《精神衛生法》之規定，主要是以英格蘭在 1983 年所制定之《精神衛生法》為主，內容與 1959 年不同。威爾斯、蘇格蘭另外有獨立之《精神衛生法》。美國共計 50 州，各州對於《精神衛生法》規定亦不相同，本報告僅以加州為代表，並不能代表全美國。因此，宜特別註明英國以英格蘭《精神衛生法》為例，美國以加州《精神衛生法》為例，避免讀者誤以為英美二國皆為單一法制。另外，德國也是以巴伐利亞邦為例，並非德國聯邦之立法例。最後，報告也引介加拿大卑詩省為例來說明比較，並非加拿大國家之《精神衛生法》。
- 三、本報告引介 CRPD 與我國《身心障礙者權利公約施行法》，研析後發現應有檢討之必要，因此可在結論時，表明我國現行《精神衛生法》之修法方向，應在保留審查會之前提下，進行程序上修正之意見。也可以同時總結，強制住院程序，採取非司法（行政或非訟）程序與司法程序二種方式之立法例。

- 四、有關第 29 頁與第 30 頁所引用之論述，該論者（杜韋摯？）顯然誤解審查會對於法律要件之規定，嚴重病人係由受指定之精神科專科醫師認定，審查會無法擅自否定或認定。審查會僅能就系爭之嚴重病人是否有危險性而做審查，無法考量其最佳利益。
- 五、目前我國對於強制住院之救濟程序，新增適用《提審法》人身保護令（2014 年）之救濟程序，在鄭懿之論文發表（2011 年）之後，故需要更新該表之內容。

#### **參採情形：**

- 一、第 1 點意見，係贊同本報告之架構。
- 二、採納第 2 點意見，於外國立法例標題及表 1 括號註明美國以加州為例、加拿大以卑詩省為例、英國以英格蘭為例、德國以巴伐利亞邦為例。
- 三、採納第 3 點意見，酌修結論。
- 四、採納第 4 點意見，將審查會審查最佳利益段刪除。
- 五、採納第 5 點意見，增訂表 1 內容。

#### **張研究員淑卿：**

- 一、本報告「精神衛生法中強制住院程序之修正方向研析」在保障精神病患就醫人權得以保障。本專題報告除引介日本、美國等 5 國相關立法例，並對《身心障礙者權利公約》、國際精神醫學倫理規則說明外，經強制住院程序之相關問題後，提出《精神衛生法》修正方向，研究方向敬表贊同。
- 二、頁 37，我國《精神衛生法》第 42 條第 1 項：「緊急安置期間，不得逾五日，並應注意嚴重病人權益之保護『及進行必要之治療』」，此外，依據第 41 條第 4 項授權訂定之《精神疾病嚴重病人緊急安

置及強制住院許可辦法》第 3 條規定，緊急安置期間可以對病患之身體和行動自由、活動範圍進行拘束，也可以給予藥物治療或其他適當治療、處置。蓋緊急安置是在處理緊急病患不得已之過渡方式，在審查機關未決定是否強制住院的情況下，就對當事人進行治療與限制，手段上更應符合合理且限制最小之方式。因此，初稿建議第 42 條第 1 項建議將「及進行必要之治療」修改為「必要時得進行維持生命最低限度的治療」，《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條第 1 項第 3 款配合修正。未來「必要時得進行維持生命最低限度的治療」之內涵宜於施行細則中界定為更明確，俾供醫生在緊急安置醫療處置之依據。

三、精神病患，是社會邊緣弱勢者；反社會人格者，更是更邊緣而灰色的弱勢族群。社會安全重要，人權保障與人格尊嚴，亦同樣重要。經查台灣精神醫學會統計，2005 年我國強制住院的精神疾病患者人數為 3,565 人，2008 年驟降為 1,140 人，至 2019 年僅剩 683 人，逐年降低。該學會分析，強制住院人數的下降與《精神衛生法》設定的高門檻以及審查會程序繁瑣有關。精神疾病患者從醫院回到社區的照護缺乏連續性，各縣市個案管理師人數不足，無法掌握患者是否規律服藥、定期回診或經轉介至適當的社區治療單位。如今社會的安全保障機制，如何設計與執行，就此還有更待努力的空間。

#### 參採情形：

- 一、第 1 點意見，係贊同本報告意見。
- 二、第 2 點意見，係對主管機關之建議，錄案供參。
- 三、第 3 點意見，關於「精神病患從醫院回到社區的照顧缺乏連續性... 患者是否規律服藥... 轉介至適當社區治療單位... 等」，作者對此曾經撰寫專題研究報告，詳見李郁強、趙俊祥，〈從強制社區治療探

討精神衛生法之修正》，《立法院法局專題研究報告》，編號 1173，103 年 1 月。

**郭研究員憲鐘：**

- 一、本報告認為審查會於進行審查「嚴重病人」強制住院及強制社區治療的相關事項時之程序保障似有不足，爰建議應排除當事人之鄰居、收容機構負責人及其職員等與病人長期相處或接觸之利害關係人；並將本法第 15 條第 3 項規定，將「得」通知審查案件之當事人或「利害關係」人到場說明，改為「應」通知審查案件之當事人，當事人無法說明時，「應」通知「保護人」到場說明。

依本法第 3 條第 1 項第 4 款規定，「嚴重病人」之定義，係指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務。換言之，即便本法修正為「應」通知審查案件之當事人說明，依前揭定義之行為，當事人到場是否能明確說明，容有令人質疑之處。復依本法第 19 條第 1 項前段規定，經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，應置保護人一人。其中「保護人」人選，依本條第 19 條規定，可由監護人、法定代理人、配偶、父母、家屬等互推 1 人為之；若無前揭保護人者，則由主管機關另行選定適當人員、機構或團體為保護人。換言之，即便維持現行規定，在審查會進入實質審查前，「保護人」實已可向專科醫師或相關單位充分說明「嚴重病人」之病情近況。因此考量「利害關係人」確具有因案而異之性質，基本上其範圍亦較保護人廣泛，為使審查會之運作得以嚴謹，廣徵當事人鄰居、收容機構負責人及其職員等與病人長期相處或接觸之利害關係人意見，應足資協助審查會了解病人病情及一般日常生活狀況，並得以保護當事人之權益，爰本法第 15 條第 3 項之規定，建議維持。

二、本報告建議「強制住院」應採法官保留，無論事前程序或事後救濟，對當事人都較有保障。

依本法第 41 條第 1 項規定：「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。」由於「強制住院」攸關嚴重病人之人身自由及醫療權益，為避免專擅，故採審查會許可制，並於同條第 3 項規定應將強制住院之可否決定送達嚴重病人及其保護人。另於本法第 42 條第 3 項前段規定：「經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。」明定嚴重病人或其保護人之救濟程序，經緊急安置或強制住院病人或其保護人，得依該條規定向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。為落實人權保障，行政院衛生署(衛生福利部前身)復於 102 年 3 月 27 日以衛署醫字第 1020208552 號函請相關醫療機構，如嚴重病人有需要向法院聲請停止緊急安置或強制住院事宜，應指派專人協助，填寫聲請書並協助寄送事宜。依司法院釋字第 690 號解釋略以，強制隔離雖拘束人身自由於一定處所，因其乃以保護人民生命安全與身體健康為目的，與刑事處罰之本質不同，且事涉醫療及公共衛生專業，其明確性之審查自得採一般之標準，毋須如刑事處罰拘束人民身體自由之採嚴格審查標準。爰基於公共安全考量，為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內，乃不得不容忍的必要之惡；惟其「強制住院」事前程序是否應採法官保留，容有討論空間。

#### 參採情形：

一、第 1 點意見，精神疾病之反覆發作為常態，精神病人在未發病時，仍應保有其自主權，嚴重病人的狀態可能是短期現象，為保障當

事人陳述意見之權利，無論病人能否明確說明，都該是「『應』通知」而非「『得』通知」，如此才能合乎限制人身自由之正當法律程序要求。關於病人之病情，自有專科醫師專業判斷。病人願不願意住院治療的自主意思，應由病人自己表達；在無法表達的情況下，才由考量病人利益下所置之「保護人」代為表達。爰維持本報告意見。

- 二、第 2 點意見，審查會作成強制住院決定後，雖然會以通知書通知嚴重病人及保護人，該通知書性質與行政處分相近，但未詳細敘明應該強制住院的事實及理由，導致病人縱使欲進行救濟，也因為不清楚住院原因及相關證據，無從提出解釋，或挑戰強制住院決定的合法性，已侵害嚴重病人的權利。而且，書面通知上告知嚴重病人或保護人若有不服，可以：1.向行政院提起訴願及行政訴訟；2.向法院聲請停止強制住院，亦即嚴重病人或保護人有權利擇一進行救濟。但近年行政院訴願會均不受理嚴重病人對於強制住院決定之訴願請求，導致嚴重病人依據中央衛生主管機關的教示提起訴願，無法獲得實質救濟；若等到遭到不受理後，才要轉而向法院聲請停止強制住院，嚴重病人早已喪失進行救濟的先機。再者，對於醫療等專業事項，在牽涉人民基本權，尤其有關人身自由剝奪之情況下，由於法官長久訓練的法學基礎與經驗以及對人民權益保障的觀點，與審查會其他專業人士考量的觀點會有所不同。爰維持本報告意見。

#### 李研究員麗莉：

- 一、本報告關於《精神衛生法》中強制住院之現況、審查會議進行審查時之程序保障、強制住院應採法官保留及《身心障礙者權利公約施行法》未顧及我國國情等問題提出檢討及相關修法等建議，具有重要實用性，且建議意見明確，皆具有參考價值，甚表贊同。

## 二、強制就醫及強制住院為《精神衛生法》中較多人關注與人權相關之議題。

司法院釋字第 384 號解釋理由書「人民身體自由享有充分保障，乃行使其憲法上所保障其他自由權利之前提，為重要之基本人權。故憲法第 8 條對人民身體自由之保障，特詳加規定。該條第 1 項規定：『人民身體之自由應予保障。除現行犯之逮捕由法律另定外，非經司法或警察機關依法定程序，不得逮捕拘禁。非由法院依法定程序，不得審問處罰。非依法定程序之逮捕、拘禁、審問、處罰，得拒絕之。』係指凡限制人民身體自由之處置，在一定限度內為憲法保留之範圍，不問是否屬於刑事被告身分，均受上開規定之保障。」又憲法第 23 條，除為防止妨礙他人、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。《精神衛生法》第 42 條緊急安置及強制住院程序，與上開規定存在差距，實有檢討必要。頁 33，關於人身自由之保護下，應給予病人有表達之空間，若其無法行使，仍應聽取其保護人或其他代理人之意見作為衡量基礎，作成之決定才合乎正當法律程序要求云云，惟查，對於病人，為醫事機構及醫療人員應善盡之法定義務，如有違反應有民法第 184 條第 2 項，負損害賠償責任之適用。

頁 40，本報告認為對於精神疾病病人之治療，應是對其有益且為防止自身或他人之危險，而國家才具有介入之正當性一節，甚表贊同。《醫師法》第 12 條、《醫療法》第 63 條及第 64 條、《精神衛生法》第 50 條皆為病人自主權之規定，而強制就醫、強制住院，與憲法第 8 條司法保留憲法原則相違背，亦不符病人自主原則。依《民法》第 153 條第 1 項，病人與醫療機構意思表示不一致時，該契約不成立。如病人有意識之情況下，事先未詢問病人是否就診，即強制其治療，將衍生民事侵權行為損害賠償責任問題。

三、頁 39，本報告建議《精神衛生法》第 42 條第 1 項「及進行必要之處置」修正為「必要時得進行維持生命最低限度的治療」，並修正《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》第 3 條第 1 項第 3 款一節。惟查，如依本報告建議「維持生命最低限度的治療」，恐將限制醫療機構或醫師依情況判斷病情，而作對病人最適當之處置。建議維持現行條文。

四、頁 39 第 5 行，「精神為科手術」應屬誤植，修正為「精神外科手術」。

#### **參採情形：**

一、第 1 點意見，係贊同本報告意見。

二、第 2 點意見，關於強制治療涉及民事侵權行為損害賠償之意見，非本報告探討之重點，錄案供參。

三、第 3 點意見，「維持生命最低限度的治療」仍賦予醫療機構或醫師裁量空間，爰維持原建議。

四、第 4 點意見，誤植已修正。

#### **吳副研究員淑青：**

一、本報告就 2017 年 8 月臺灣桃園地方法院作出停止強制住院之裁定，探討現行《精神衛生法》中強制住院制度，與《身心障礙者權利公約》、《身心障礙者權利公約施行法》之關係，並彙整國外之立法例及相關公約規範，詳細介紹及比較各國強制住院程序及差異，提出國外立法對於聯合國人權事務高級專員辦公室 CRDP 文本之解釋，不見得全盤接受，應因應我國國情適當採用，對此論點深表贊同。

二、本報告於第二章介紹外國立法例，有關臺灣強制住院之現況分析於第四章第一小節說明，而第一章背景說明著重於國際公約的闡述，為利讀者閱讀，建議於第一章將我國《精神衛生法》有關強制住院制度簡略介紹，以利於閱讀時對我國制度有基本認識，可與外國之制度相比較。

三、本報告第 42 頁，「當精神疾病患者屬於有傷害自己之虞時，是屬於自傷的情況，其治療只要患者有決定能力就應該予以尊重（得拒絕治療），只有在患者無決定能力的情況下，方可由最主要的照顧者、最頻繁面對精神疾病患者複雜思想世界而可能最瞭解其心意的保護人，代為同意治療」此係為保障嚴重病人之自主權，為讓醫療人員有明確依據，建議於精神衛生法明文定之。惟患者於自傷的情況下得拒絕治療，醫療人員予以尊重，是指連其自傷的情況都完全不介入，或僅指不介入治療其精神疾病，對於其自傷行為要如何處理，是否應一併訂有相應的配套措施以資周延。

#### **參採情形：**

一、第 1 點意見，係贊同本報告意見。

二、採納第 2 點意見，將我國《精神衛生法》對於強制住院之規定於「壹、背景說明」簡略敘述。

三、第 3 點意見，該段是指強制住院後的治療，如病人屬於自傷的情況，只要病人有決定能力，應尊重其醫療自主權，而保有拒絕治療的權利，無論是何治療都不應該強制；如果病人無決定能力，則由保護人代為決定，如果保護人不同意，即不應強制治療。

#### **李助理研究員淑瓊：**

一、本報告條理分明，論述清晰，理由充分，所提建議修正內容可資贊同。

二、有關本報告第 35 頁至第 36 頁所提強制住院處分之救濟程序部分，經查閱行政院訴願審議委員會之訴願決定書，及各法院有關強制住院之裁定內容，謹提補充意見如下供參：

(一) 就強制住院處分依法有下列三種救濟途徑：

1. 依《訴願法》第 1 條第 1 項規定提起訴願，請求撤銷強制住院處分：

強制住院處分性質上屬行政機關所為之行政處分，人民對於中央或地方機關之行政處分，認為違法或不當，除非法律另有規定，即得依《訴願法》第 1 條第 1 項規定提起訴願。惟查，行政院訴願審議委員會近年對於強制住院之訴願決定書，皆引《訴願法》第 77 條第 8 款規定「對於非行政處分或其他依法不屬訴願救濟範圍內之事項提起訴願者，應為不受理之決定。」，並以「查《精神衛生法》第 42 條第 3 項前段規定，經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或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，對於抗告法院之裁定不得再抗告。是有關已許可嚴重病人強制住院之事項，嚴重病人或其保護人對該許可如有不服，應依上開《精神衛生法》第 42 條第 3 項規定向法院聲請裁定停止以為救濟，尚非得依訴願程序尋求救濟。」等理由，而認強制住院之被處分人就主管機關之強制住院之決定提起訴願，於法不合，「應不受理」(經查，最近一次為院臺訴字第 1070179406 號訴願決定書)。

觀之《精神衛生法》第 42 條第 3 項前段規定，係對「繼續」處於強制住院狀態之病人，使其「停止」強制住院之救濟程序，且無救濟期間之規定，亦即，只要病人持續處於強制住院之狀態，即可向法院聲請裁定停止，與前述訴願救濟程序，須於法定

不變期間內提起，且係以「『撤銷』強制住院處分」為請求事項，顯不相同，兩者係兩種不同之救濟程序，向法院聲請裁定停止強制住院，並非相當於訴願之救濟程序，行政院訴願審議委員會將兩者混為一談，以前述理由不受理被處分人之訴願請求，係違法剝奪被處分人之訴願救濟權利。

2.依《精神衛生法》第 42 條第 3 項前段規定，向法院聲請裁定停止強制住院：

依《精神衛生法》第 42 條第 3 項前段規定，經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。如前所述，此一救濟程序無救濟期間之規定，只要病人持續處於強制住院之狀態，即可向法院聲請裁定停止。附帶一提的是，強制住院處分，係主管機關所為之公法上的處分，惟實務上，被處分人依《精神衛生法》第 42 條第 3 項前段規定聲請停止強制住院時，係將此等案件認為是非訟事件，而交由處理私權糾紛的「民事」法院審理，而非由處理公法事件的「行政」法院審理，似有不當之處。

3.依《提審法》第 1 條第 1 項前段規定，向法院聲請提審，請求釋放聲請人：

按人民被法院以外之任何機關逮捕、拘禁時，其本人或他人得向逮捕、拘禁地之地方法院聲請提審；法院審查逮捕、拘禁之合法性，應就逮捕、拘禁之法律依據、原因及程序為之；法院審查後，認為不應逮捕、拘禁者，應即裁定釋放；認為應予逮捕、拘禁者，以裁定駁回之，並將被逮捕、拘禁人解返原解交之機關；《提審法》第 1 條第 1 項前段、第 8 條第 1 項、第 9 條第 1 項定有明文。臺灣臺北地方法院 106 年家提字第 11 號民事裁定，即就強制住院病人作出「應予釋放」之裁定，裁定理由略謂：「咸

認聲請人雖經專科醫師診斷認定之嚴重病人，有全日住院治療之必要而拒絕接受全日住院治療，然現存證據尚不足認定聲請人之精神疾病有傷害他人或自己或有傷害之虞之情形，是與《精神衛生法》第 41 條第 2 項緊急安置之要件未合。從而，聲請人依《提審法》第 1 條第 1 項聲請提審，本院於審查後，認為不符合《精神衛生法》第 41 條第 2 項緊急安置之要件」。

(二) 綜上，前述三種救濟程序，係不同的救濟程序，被處分人救濟方式的選擇，亦無前後或排他的問題，故本報告第 36 頁第 3 行以下「若等到遭到不受理後，才要轉而向法院聲請停止強制住院，嚴重病人早已喪失進行救濟的先機。」一節所提問題，應不存在，或可改為指摘現行救濟程序不妥之處，例如：前述行政院訴願審議委員會所為之「訴願不受理」決定。

#### **參採情形：**

- 一、第 1 點意見，係贊同本報告意見。
- 二、第 2 點意見，報告第 36 頁並非指行政救濟及司法救濟有前後或排他，而是病人依據審查會書面通知擇一進行救濟，而所選擇的是訴願時，等到訴願不受理再向法院，喪失進行救濟的先機。

#### **吳助理研究員欣宜：**

- 一、對於強制住院之審查決定，我國《精神衛生法》不採行政救濟，而係於第 42 條第 3 項規定嚴重病人或其保護人得向法院聲請裁定停止相關處置之救濟權利。本報告第 35 頁所載「中央衛生主管機關的強制住院書面通知上，目前是告知嚴重病人或保護人若有不服，可以：1.向行政院提起訴願及行政訴訟；…。」，由於引註參考資料為 2013 年，而行政院近年已少有強制住院之訴願案件，建議應再行查證現行實務上關於救濟教示之記載。

- 二、依《精神衛生法》第 41 條及第 42 條規定，嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，並經專科醫師診斷有全日住院治療之必要，嚴重病人如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，緊急安置期間，不得逾 5 日。本報告第 37 頁所載「我國《精神衛生法》第 41 條、第 42 條規定之緊急安置，僅由地方政府首長即可指定精神醫療機構給予緊急安置，期間長達 5 天。」似有違誤。
- 三、有關病人陳述意見權利之強化，不能僅是將《精神衛生法》第 15 條第 3 項規定「得通知…到場說明」修正為「應通知…到場說明」，法制上仍須搭配明定違反時之法律效果，始足當之。
- 四、本報告參考日本、英國均有定期主動審查停止強制住院之機制，建議我國《精神衛生法》亦有增訂類似機制之必要。惟依本報告之介紹，日本、英國尚無強制住院期間之限制，日本係每 6 個月由醫院向精神醫療審查會報告病人病情，英國則係強制住院後 6 個月重新評估強制住院之必要性。相較之下，我國《精神衛生法》限制強制住院期間不得逾 60 日，強制住院期間，病人病情倘獲改善而無繼續強制住院之必要者，應即為其辦理出院；強制住院期滿，如有繼續強制住院之必要者，亦須報經審查會許可，始得延長之，形同是每 60 日重新評估強制住院之必要性，其對病人權益之保障，似較日本、英國制度更為周妥。

#### 參採情形：

- 一、第 1 點意見，報告該段敘述無誤。衛生福利部《精神衛生法》對於限制精神病人人身自由處置之救濟，仍係採雙軌制（行政救濟及司法救濟管道）（衛生福利部 2019 年 11 月 20 日衛部心字第 1081762924 號函說明六參照），而行政院訴願審議委員會對於有關「強制住院」之訴願決定書均為「訴願不受理」，理由略以：「查

精神衛生法第 42 條第 3 項規定，經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或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，對於抗告法院之裁定不得再抗告。是有關已許可嚴重病人強制住院之事項，嚴重病人或其保護人對該許可如有不服，應依上開精神衛生法第 42 條第 3 項規定向法院聲請裁定停止以為救濟，尚非得依訴願程序尋求救濟。訴願法第 77 條第 8 款規定，對於非行政處分或其他依法不屬訴願救濟範圍內之事項提起訴願者，應為不受理之決定。」

- 二、第 2 點意見，該段強調的是緊急安置非由「法院」而是由「地方主管機關」決定。既有疑義，已酌修文字。
- 三、第 3 點意見建議明定違反時之法律效果。惟原第 15 條即未明定違反時之法律效果；至於審查會未依程序規定作成的決定是否無效？人身自由限制由審查會作成決定，對當事人保障不足，這更強化報告建議應將強制住院改採法官保留之理由。
- 四、第 4 點意見，本報告建議審查會定期主動審查病人是否有繼續住院之必要，並非著眼於時間長短（時間長短可以再研議，亦無意比照英日之期間規定），重點在於站在病人的立場，無論病人是否提出停止強制住院審理之請求，審查會主動關心病人病情。否則現行規定「審查會認無繼續強制住院之必要」，是在專科醫師鑑定有延長之必要時才做認定，欠缺主動性。

#### **黃助理研究員俊容：**

- 一、近日關於社會關注焦點，莫過於鄭姓男子搭火車刺傷鐵路警李承翰致死案，前經嘉義地方法院宣判無罪，應入相當處所強制就醫 5 年，該判決之法官認為鄭員罹患精神疾病，依《刑事訴訟法》第 316 條規定撤銷羈押，得命具保、責付或限制住居。對此判決結

果，各界譁然更引發警察群情激憤，公眾人物及政要也紛紛表示，公平正義是普世價值，要與社會觀感、人權價值與被害人利益衡平周全考慮，行兇時是否發病很難判斷。因此，對於具有自殘或攻擊傾向之危險性精神病患，如何區分及審查是否有必要強制住院進行治療，抑或指定病院接受治療，在相關程序上，就此類罹患精神疾病者，如何建置一套法定程序給予強制治療或收容措置，攸關社會大眾公衛與公安問題。洵此，本報告挑選題材，相當切合目前社會時勢對於相關法令或程序建置所需並能針對實務當前問題提出分析與建議，可資贊同。

二、依《精神衛生法》第 3 條第 1 款所稱精神疾病患者，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，不包括反社會人格違常者。同條文第 3 款，將罹患精神疾病之人定義為「病人」，第 4 款並將「嚴重病人」定義為，病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者，以及第 6 款稱「社區治療」，指為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式。

承上，依《精神衛生法》規定，不論病人或嚴重病人皆是以罹患精神疾病為前提，且嚴重病人可於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等「社區治療」方式，就本報告頁 40，認為對於精神疾病病人的治療，應該是該治療對其有益（具治療可能性），為防止自身或他人之危險性（具危險可能性），而其無能力作出治療決定時，國家才具有介入的正當性。對於拒絕治療的病患，即使治療對其有益，但對他人不具危險可能性時，違反其意願之強制治療並不具有正當性，就憲法第 8 條保障人身自由之前

提下，可資贊同。此外，有鑑於《精神衛生法》第 3 條所稱病人之類型及其治療方式，不乏此類病人造成社會譁然案件層出不窮，儼然成為社區中或住家附近不定時炸彈，如醫學系女縱火燒死父親案，準此，中央主管機關對於此類病人或是以社區治療方式之嚴重病人等，如何區分治療層級與合法強制措施程序，並基於聯合國所揭示「保護精神疾病病人與改善精神健康照護原則」，在保護精神疾病之病人，並改善渠等精神健康照護之兩大重點下，協同病人家屬、護警消人員、醫療專業人員以及法院在相關合法措施性之執行，建置一套符合人性尊嚴而富有社會關懷之治療程序或強制措置，俾共同守護家園與社區成員健康與安全，恐為迫切與需要。

#### 參採情形：

- 一、第 1 點意見，係贊同本報告意見。
- 二、第 2 點意見，係贊同本報告對於強制治療之意見，且認為「建置一套符合人性尊嚴而富有社會關懷之治療程序或強制措置，俾共同守護家園與社區成員健康與安全，恐為迫切與需要」此與本報告立場亦相同。