

精神病患強制住院治療法制與實務： 臺灣與德國之比較研究*

陳靜慧**

<摘要>

臺灣精神衛生法於 2022 年 12 月 14 日修正公布，新法就精神疾病患者強制住院治療改採法官保留，並以使相關規定更符合 CRPD 意旨為修法目的。基此背景，本文主要探討以下議題：強制住院在 CRPD 下之容許性；在繼續保留強制住院制度的前提下，精神衛生法如何朝向 CRPD 精神邁進，及法院為強制住院裁定時如何進行審酌，並以德國法為比較法例開展論述。第貳部分介紹 CRPD 與強制住院有關的規定，同時分析德國與我國就強制住院與 CRPD 相容性之討論。第參部分說明德國法制與實務，包括德國公法安置在該國法體系之定位、運作法制框架與實體要件，實體要件部分尤其聚焦討論公法安置脈絡下「危險」的概念內涵，和適格作為受保護之法益。第肆部分分析我國精神病患強制住院治療之功能與定性、運作法制框架與實體要件，並借鏡德國法制與實務評析我國新法規定，及新法施行後法院為裁定應留意的面向。因新法採行「專家參審模式」，由醫療專家、病權團體代表及職業法官共同組成合議庭進行審理，故本文亦分析專家參審制如何運作始能

* 本文為科技部108年度專題研究計畫「CRPD輔助決定制對精神衛生法的衝擊及因應方式之探討」(MOST 108-2410-H-305-036-MY2)部份研究成果，作者誠摯感謝2位匿名審查委員給予指正與寶貴建議

** 國立政治大學法學院副教授、德國波昂大學法學博士。

E-mail: chinghui@nccu.edu.tw

• 投稿日：07/11/2024；接受刊登日：03/26/2025。
• 責任校對：蔡雅棋、陳怡君、羅元廷。
• DOI:10.6199/NTULJ.202512_54(4).0003

落實新法採取法官保留以完善保障病人權益之意旨。最後，綜整全文研究提出結論和展望。

關鍵字：精神衛生法、強制住院、強制治療、身心障礙者權利公約（CRPD）、人身自由、自主權、事前法官保留、比例原則

◆目次◆

壹、前言

貳、強制住院在 CRPD 下之容許性

- 一、CRPD 與強制住院有關之條文及 CRPD 委員會之解釋
- 二、德國就強制住院與 CRPD 相容性之討論
- 三、我國就強制住院與 CRPD 相容性之討論
- 四、CRPD 作為觀察比較臺灣與德國精神衛生法制的指標

參、德國公法安置之法制與實務

- 一、公法安置之體系定位
- 二、公法安置之法制框架
- 三、公法安置之實體要件及審查方式

肆、我國精神衛生法強制住院新制

- 一、精神衛生法強制住院制度之功能與定性
- 二、精神衛生法強制住院之法制框架
- 三、強制住院之實體要件及審查方式

伍、結論與展望

壹、前言

臺灣精神衛生法於 2022 年 12 月 14 日修正公布，啟動修法關鍵因素之一，係為使精神衛生法更符合聯合國身心障礙者權利公約（UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities，下稱 CRPD）。其中一項變革是強

制住院治療改採法官保留。新法第 59 條修法理由提及，強制住院治療事涉人身自由之限制，依據司法院釋字第 708 號及第 710 號解釋意旨，雖無須必由法院事先同意，惟現行法將強制住院之許可及其延長之權責，交由精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會（下稱審查會）行使，性質為行政機關之審查，與 CRPD 若干條文之理想有落差，因此將強制住院決定權由審查會改為法院。修正公布之條文與強制社區治療及強制住院治療有關者，其施行日期尚待行政院會同司法院決定，其餘條文則於公布後 2 年施行。以下用「現行法」或「舊法」稱新法施行前仍有效之精神衛生法條文，以「新法」稱此次修正後之規定，「僅提及條號者」亦指新法條文。又，本文分析範圍包括對精神病患施以強制住院及住院後之治療與其他措施，為求行文簡便，以「強制住院」概稱之。

精神衛生法強制住院制度於本次修法前即為各界所關注，國內文獻主要從憲法人身自由權¹、CRPD²、或其他人權公約³等觀點評析。現行法存在之問題是否已透過此次修法獲得妥善解決，值得分析檢視。目前有從精神障礙者作為權利主體的角度出發，檢視本次修法關於嚴重病人強制住院相關程序規定是否符合 CRPD 意旨者⁴。關於法院如何因應強制住院改採事前法官保留，以往少有以此為題深入討論者，實務上不論是對聲請提審、停止緊急安置或強制住院事件（現行法第 42 條第 3 項參照）所為裁定，法院往往只審

¹ 林超駿（2004），〈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》，29卷4期，頁541-592。

² 吳建昌（2017），〈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》，10期，頁158-184；王德瀛（2017），〈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》，29卷12期，頁7-13。

³ 翁國彥（2011），〈精神障礙者強制住院制度的實體要件及程序保障：以歐洲人權公約及歐洲人權法院裁判為借鏡〉，《全國律師》，15卷5期，頁34-50；曾毓君（2017），〈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》，216期，頁60-77。

⁴ 孫迺翊（2023），〈從身心障礙者權利公約第13條獲得司法保護之權利簡評2022年精神衛生法的修正〉，《月旦醫事法報告》，79期，頁36-50。

查系爭拘禁措施形式合法性，並未進行實質審查⁵；作成時間點先於法院裁定的審查會決定，則有未具體說明獲致結論之理由的問題⁶。新法施行後，若法院就強制住院裁定繼續維持極低審查密度，即使強制住院改由法院決定，對權利保障亦無實質提升。有文獻指出，我國法院就強制住院事件只作形式審查，與強制住院所依據之法律未就實質要件作細緻規範有關，而此問題在新法仍沒有獲得改善⁷。

是以，本文擬探討如何更細緻地規範精神病患強制住院之實體要件，以及法院為相關裁定時應如何進行審酌，並以德國法為借鏡開展論述。至於審查強制住院事件應踐行如何之程序，始足保障精神障礙者的程序主體地位，已有文獻就此詳論⁸，相關程序權利內涵限於篇幅不再展開，基於論述完整性仍將介紹重要程序規定。選擇德國法作為比較法例的原因，是該國就強制住院制度向來採取法官保留，已累積豐富的法院裁判經驗和相關學術討論。其次，德國於 2009 年 1 月 1 日批准加入 CRPD，公約亦對該國強制住院制度產生衝擊。德國聯邦憲法法院於 2011 年起，於數個裁判中闡釋對精神病患為強制住院和相關措施之合憲性時⁹，亦順帶論及 CRPD 意旨，促使該國展開一系列論辯與修法。德國現行法未禁止強制住院措施，但傾向嚴格限制實施的要件，相關修法變革在其他國家亦引起高度關注¹⁰。新法第 59 條修法理由也提及強制住院有違反 CRPD 的疑義，但現階段仍會保留此制度，因

⁵ 參見翁燕菁、翁國彥（2017），〈人身自由與安全〉，孫迺翊、廖福特（主編），《身心障礙者權利公約》，頁255，財團法人台灣新世紀文教基金會。

⁶ 例如臺北高等行政法院106年度訴字第1631號判決之原告即作如此主張。審查會決定通知書之呈現方式，在不同的強制住院申請案沒有太大差異，此等指摘並非僅適用於個案，而係通案存在。

⁷ 孫迺翊（2022），〈精神病患或精神障礙者人身自由與正當法律程序之保障：簡評刑法監護處分之修正及精神衛生法修正草案〉，《台灣法律人》，9期，頁55。

⁸ 孫迺翊，前揭註4，頁36-50；孫迺翊，前揭註7，頁53-55。

⁹ 介紹德國聯邦憲法法院與精神病患強制醫療措施有關裁判之中文文獻，參見孫迺翊，前揭註7，頁45-50。

¹⁰ PIERS GOODING, A NEW ERA FOR MENTAL HEALTH LAW AND POLICY: SUPPORTED DECISION-MAKING AND THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES 65 (2017).

此本文不擬針對廢除強制住院及廢除之替代方案為介述¹¹，待日後再行撰文分析，蓋目前就此提出發想之可行性尚需觀察，這應該是迄今還沒有國家在修訂精神衛生立法時完全廢除強制住院¹²的原因。我國既決定保留強制住院制度，德國關於精神病患強制住院（即「公法安置」）制度設計和實務運作值得參考。又，德國精神衛生法為邦法層次規範，若涉具體條文之引介，以北萊茵邦（Nordrhein-Westfalen，下稱 NRW）規定為例，該邦精神衛生法最近一次修正時間為 2023 年 1 月，足體現最新修法趨勢。

CRPD 為德國與我國精神衛生法的共同圭臬，故本文將先介紹 CRPD 與強制住院有關之條文，並分析德國與我國在施行 CRPD 後，對強制住院制度是否符合 CRPD 意旨之立場（貳、）。其次介紹德國法制與實務，包括精神病患強制住院制度在德國法體系之定位、實施之程序與實體要件，以及相關實務運作狀況和法院見解（參、）。接著分析我國精神病患強制住院法制框架，並借鏡德國法制與實務評析我國新法規定，及新法施行後法院為裁定應留意的面向（肆、）。最後，綜整全文研究提出結論與展望。

¹¹ 就此目前有的論著如：ANNA NILSSON, COMPULSORY MENTAL HEALTH INTERVENTIONS AND THE CRPD: MINDING EQUALITY (2021). 其從CRPD探討精神衛生法上強制措施之存廢；Kay E. Wilson, *The Abolition or Reform of Mental Health Law: How Should the Law Recognise and Respond to the Vulnerability of Persons with Mental Impairment*, 28 MED. L. REV. 30 (2019). 其論述CRPD生效後精神衛生法應存或廢，並提出後CRPD時代法律上如何對待精神障礙者的3種取徑；另有提出以制定融合法（fusion law），亦即以欠缺意思能力此等中性標準，作為容許採取某些強制措施（替代性決策）之要件，不問意思能力之欠缺係因精神疾病或其他狀況所導致者，這樣強制住院就不會是針對精神病患的歧視性措施者，參見George Szmukler, Rowena Daw & Felicity Callard, *Mental Health Law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 37 INT'L J. L. & PSYCHIATRY 245 (2014). 中文文獻參見吳建昌，前揭註2，頁176-183。

¹² 李柏翰（2023），〈國際障礙人權規範與標準：反對精神障礙歧視不等於反對精神醫療〉，《月旦醫事法報告》，79期，頁25。

貳、強制住院在 CRPD 下之容許性

一、CRPD 與強制住院有關之條文及 CRPD 委員會之解釋

(一) CRPD 第 14 條

CRPD 與強制住院最密切相關的條文是第 12 條和第 14 條¹³。CRPD 第 14 條第 1 項 b 款要求締約國確保身心障礙者「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。」前述規定對普遍存在於締約國精神衛生法的強制住院制度構成挑戰，使強制住院得繼續存在的一種論述方式是：只要不是「只」以精神障礙為標準啟動強制住院，即不構成公約禁止的剝奪自由。然而，前述詮釋方式被 CRPD 委員會否定，其在 2015 年發布的 CRPD 第 14 條準則中揭示，因為風險、危險，或聲稱基於照護、治療或其他與損傷或診斷有關的理由，非自願性地拘禁身心障礙者，構成對自由的任意剝奪¹⁴。事實上，CRPD 起草過程有過「以『僅因』或『完全因』身心障礙而剝奪人身自由」為第 14 條禁止範圍之提案，但沒有被接受，因此結合身心障礙和其他要素（例如具危險性、或需要被照顧或治療）而剝奪人身自由，或有其他因素或判準可說明剝奪自由正當性的情況，仍應被認為違反 CRPD 第 14 條¹⁵，CRPD 委員會在審查締約國國家報告作出之結論性意見中一再確認上述立場¹⁶。

¹³ 依個案情況，還可能涉及 CRPD 第 15 條（免於酷刑）、第 17 條（保障人身完整性）、第 19 條（自立生活與融合社區）、第 23 條（尊重家居與家庭）所保障的權利。

¹⁴ Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on the Right to Liberty and Security of Persons with Disabilities, annex, para 13, U.N. Doc. A/72/55 (2017).

¹⁵ *Id.*, para. 7.

¹⁶ Szmukler, Daw & Callard, *supra* note 11, at 246-47.

CRPD 委員會就公約第 14 條採取最嚴格之解釋，聯合國體系其他人權機構有對此表示支持者¹⁷，亦有持不同意見者¹⁸，後者主要以程序正義得到確保為前提，肯定仍有容許對精神障礙者剝奪人身自由的空間。以人權事務委員會為例，其在有關公民與政治權利國際公約（下稱公政公約）第 9 條人身自由及安全的第 35 號一般性意見第 19 段闡述：「存在身心障礙這一問題本身不應成為剝奪自由的理由，而任何自由的剝奪都必須是必要與適度，目的是保護有關個人免受嚴重傷害或防止其傷害他人。**剝奪自由必須作為最後方法使用，而且時間要適當，要儘量縮短，還必須伴隨有法律規定之適當程序及實質性保障。**」¹⁹ 聯合國人權機構間對精神障礙者強制住院容許性的見解不一，有待相關委員會透過協商解決衝突。從 CRPD 係就障礙者權利保障議題，相對於其他人權公約具特別法地位的觀點出發，應以 CRPD 委員會所為詮釋為準²⁰；其次，若容許以有適當程序保障為前提剝奪障礙者人身自由，會使 CRPD 第 14 條被架空而變得無意義，與 CRPD 就是為了全面消除對障礙者各種歧視而制定的初衷背道而馳²¹。CRPD 委員會未接受以程序保障正當化對精神障礙者實行強制住院的論述，這表現在締約國國家報告審查的實務上。以德國為例，該國自加入 CRPD 後不斷強化精神衛生法上強制措施之法律保留與法官保留要求，也持續補充正當法律程序之內涵（細節後述），惟 CRPD 委員會仍在 2023 年 10 月就德國第 2 次和第 3 次合併定期報告的

¹⁷ 包括經社文公約委員會、人權理事會等，參見 Suzanne Doyle Guilloud, *The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations*, 66 INT'L J. L. & PSYCHIATRY 1, 7-9 (2019).

¹⁸ 包括人權事務委員會、禁止酷刑委員會等，參見 Guilloud, *supra* note 17, at 5-7.

¹⁹ 公政公約第 35 號一般性意見於 2014 年 12 月通過，雖略早於 2015 年 9 月通過之 CRPD 第 14 條準則，但人權事務委員會在 CRPD 第 14 條準則發布後並未改變其觀點，尤其公政公約第 36 號一般性意見第 25 段註 87 提及 CRPD 第 14 條，有機會調整見解卻未為，顯示其支持精神醫療機構剝奪精神障礙者人身自由存在的空間。

²⁰ Guilloud, *supra* note 17, at 9-10.

²¹ Anna Arstein-Kerslake, *Challenging the Foundations of Mental Health Law—Using Articles 12 and 14 of the CRPD as a Framework to Deconstruct and Reimagine Mental Health Law*, in THE FUTURE OF MENTAL HEALTH, DISABILITY AND CRIMINAL LAW 229, 234 (Kay Wilson et al. eds., 2023).

結論性意見，援引 CRPD 第 14 條準則強烈關切 (deeply concerned) 並建議德國廢除將精神障礙者強迫安置於精神醫療機構的措施²²。

(二) CRPD 第 12 條

強制住院未經病人同意，例如由第三人為病人利益而決定實施，這涉及所謂「替代性決定」(substituted decision-making)，此關鍵字與 CRPD 第 12 條有關。CRPD 委員會第 1 號一般性意見指出：「在替代決策體制下，例如監護及允許強制性治療的精神衛生法等，身心障礙者的法律能力在多個方面遭到歧視及否定。這些作法必須廢除，以確保恢復身心障礙者在與其他人平等的基礎上享有完整的法律能力。²³」保障障礙者平等享有法律能力 (legal capacity)，是出自 CRPD 第 12 條第 2 項的要求。由於「legal capacity」的用語在不同法秩序中指涉意涵不一致，故 CRPD 委員會在第 1 號一般性意見中釐清其在公約下之意義：法律能力是擁有權利及責任 (法律地位，即 legal standing) 以及行使這些權利及責任 (法律行動者，即 legal agency) 的能力²⁴。CRPD 第 12 條第 2 項旨在確保障礙者在法律之前被承認為人，並因此使其所作的決定在法律上受到承認。

另外，CRPD 委員會強調法律能力與心智能力 (mental capacity) 是完全不同的概念，心智能力指一個人的決策技能，因天生稟賦及許多不同因素，包括環境及社會因素致因人而異，心智不全不是否定法律能力的合法理由²⁵。然而，心智能力在許多國家被拿來作為評估和否定法律能力的標準，當某人由於認知或心理社會身心障礙而在決策技能方面有障礙時，做出某一決策的法律能力就隨之被否定，其個人事務將被接管，由其他人依「最佳利益」

²² Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, Rep. of Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany, para. 29-30, U.N. Doc. CRPD/C/DEU/CO/2-3 (2023).

²³ Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law, para. 7, U.N. Doc. CRPD/C/GC/1 (2014).

²⁴ *Id.*, para. 13.

²⁵ *Id.*, para. 13.

原則做出決策，而精神與智能障礙者是主要受影響的族群。否定法律能力依據的通常只是對障礙的診斷（狀態取向），或某人所做決策被視為產生不利影響（後果取向），或某人的決策技能被視為有障礙（功能取向）²⁶。藉由評斷障礙者作出的決定不夠好而否定其對自己事務決定的能力，是對障礙者設定了相較於其他人更高的評斷標準，違背 CRPD 最重要目標——消除對障礙者歧視²⁷。CRPD 第 12 條就是要促使締約國改革上述作法，承認個人決策方式不同和認知能力水準不同，不應被用以評估和否認法律能力²⁸。CRPD 委員會要求締約國以支持決策制（supported decision-making）取代替代決策制的義務，要求廢除替代決策制並發展支持決策的各種選擇辦法；並強調在發展支持決策制的同時另外維持一個替代決策制，並不足以遵守 CRPD 第 12 條之規範²⁹。

支持決策制較替代決策制符合尊重障礙者意願並無疑義，惟有學者質疑會有以下情況：在個體決策能力嚴重受損的情況，儘管盡最大努力給予支持，障礙者還是不可能自己做決定，此時應該承認替代決定有例外存在空間，並以 CRPD 第 12 條第 4 項作為前述主張之基礎，該項規定：「締約國應確保與行使法律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保障（safeguards），以防止濫用。該等保障應確保與行使法律能力有關之措施，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，適用時間儘可能短，並定期由一個有資格、獨立、公正之機關或司法機關審查。提供之保障與影響個人權利及利益之措施於程度上應相當。」其中提到的「保障」措施，可理解為支持決策措施以外的機制，至少未完全排除由他人代替障礙者做決定的可能³⁰。反對 CRPD 容許替代決策制可例外存在者，是從 CRPD 第 12 條制定過程出發，曾有在系爭條文提及替代決策字眼的提案，

²⁶ *Id.*, para. 15.

²⁷ Cliona de Bhailis & Eilionóir Flynn, *Recognising legal capacity: commentary and analysis of Article 12 CRPD*, 13 INT'L J. L. IN CONTEXT 6, 10 (2017).

²⁸ Minkowitz Tina, *Norms and Implementation of CRPD Article 12* (Apr. 9 2012).

²⁹ Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, *supra* note 23, para. 28.

³⁰ Szmukler, Daw & Callard, *supra* note 11, at 247.

最後未被採納，並認為如將保障措施理解為容許替代決策制，將會使得障礙者平等享有法律能力的原則被架空³¹。CRPD 委員會第 1 號一般性意見中未提及第 12 條第 4 項的保障措施是否創造替代措施存在空間，但委員會直截了當的說替代決策制必須廢除³²；對學界提出「在做出重大努力後，仍無法確定個人意願及選擇時」的問題，認須以「對意願及選擇的最佳解釋」來取代「最佳利益」決策；對成人而言，「最佳利益」原則並不符合第 12 條第 4 項的保障措施，「**意願及選擇**」典範必須取代「**最佳利益**」典範，以確保身心障礙者在與其他人平等的基礎上享有法律能力的權利³³。晚於第 1 號一般性意見通過的 CRPD 第 14 條準則，明確表示不允許替代決策者代替障礙者表示同意³⁴。

二、德國就強制住院與 CRPD 相容性之討論

德國加入 CRPD 前，強制精神病患住院治療相關法規需遵守德國基本法第 2 條第 2 項（生命權及身體不受侵犯之權利）、第 104 條（人身自由之限制和剝奪），及該國加入之人權公約（例如歐洲人權公約第 5 條第 1 項）。由於前述基本法和人權公約規定，並未絕對禁止對精神病患為強制住院治療，德國聯邦憲法法院也肯認於符合一定條件時，可以對精神病患施以安置和其他強制措施，因此過去的討論多半聚焦於「如何」啟動及實施安置。該國加入 CRPD 後，才引發「是否」能為此等安置措施的論戰。有認為公約第 14 條第 1 項規定禁止任何將身心障礙列為剝奪人身自由發動要件的情況，只要法律將權利干預與精神障礙聯繫起來，都是公約指涉的歧視，監護宣告或安置均屬之³⁵；並主張安置應完全捨棄以罹患精神病作為要件，改以

³¹ Szmukler, Daw & Callard, *supra* note 11, at 247; Bhailis & Flynn, *supra* note 27, at 9.

³² Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, *supra* note 23, para. 7.

³³ Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, *supra* note 23, para. 21 and 29 (b).

³⁴ Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, *supra* note 14, para. 11.

³⁵ Kaleck/Hilbrans/Scharmer, Gutachterliche Stellungnahme: Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin, 2008.

存在危害或無法處置自己事務作為干預標準，始不違反 CRPD³⁶。惟多數說主張，若相關規範在患病以外另附加其他標準作為發動安置之要件，即未違反前開公約條文³⁷；並認為少數說雖然消弭了對精神障礙者的歧視，卻付出更高的代價，蓋取而代之的是以一般警察法為依據，使剝奪人身自由的可能性不可控制地擴張，為各種社會主流認為不符常規的行為創造干預的空間³⁸；以罹患精神疾病作為安置的要件之一，是為限制國家對基本權的干預，其意義不應曲解為「因某人患有精神病」，故認其「無法處理自己的事務或會對自己或他人造成危害」，適當的詮釋毋寧是前述兩者係獨立地作為安置的前提要件，法院應分別確認個案情況是否符合這 2 個要件³⁹。

至於強制治療是否違反 CRPD 的討論主要聚焦 CRPD 第 12 條。一說指出德國國內對前述條文第 2 項之「legal capacity」理解不一，並主張應採取最廣泛的詮釋，包括不得剝奪處理醫療事務之能力，故強制治療牴觸 CRPD 第 12 條⁴⁰。聯邦憲法法院則表示，CRPD 委員會第 1 號一般性意見和第 14 條準則之內容，並非專就精神醫療強制措施所為，沒有清楚回答在此脈絡下的若干問題，尤其未說明對於障礙者在醫療緊急狀態下完全喪失自主能力致無法自為決定的情形，支持決策制如何可行⁴¹；是以，該院認為 CPRD 並不禁止在當事人因罹患精神病而無法形成自主意思的情況下，實施強制治療或身體束縛（Fixierung）措施；CRPD 僅要求國家必須採取適當的保障措施，

³⁶ Holzauer/Bruder, Empfiehlt es sich, das Entmündigungsrecht, das Recht der Vormundschaft und der Pflegschaft über Erwachsene sowie das Unterbringungsrecht neu zu ordnen?, 1988, S. 64.

³⁷ Marschner, UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen—Auswirkungen auf das Betreuungs und Unterbringungsrecht, R&P 2009, 135, 136; König, Vereinbarkeit der Zwangsunterbringung nach § 1906 BGB mit der UN-Behindertenrechtskonvention?, BtPrax 2009, 105, 108.

³⁸ Marschner, Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie, in: Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht, 2013, S. 203, 215.

³⁹ Marschner, Kapitel A. Einführung, in: Freiheitsentziehung und Unterbringung, 6. Aufl., 2019, Rn. 105.

⁴⁰ Kaleck/Hilbrans/Scharmer, (Fn. 35), 32-33.

⁴¹ BVerfG, NJW 2017, 53, 56 Rn. 91.

以防止利益衝突、濫用和違反規定之情事，並確保所採措施符合比例原則⁴²。蓋 CRPD 第 12 條第 4 項要求確保與行使法律能力有關之措施，依國際人權法提供適當與有效之保障，所謂與行使法律能力有關的措施，指的正是限制當事人權力和行為能力（Rechts- und Handlungsfähigkeit）的措施，而 CRPD 第 12 條第 4 項有針對這類措施要求締約國設置適當與有效（geeignet und wirksam）之保障以防止濫用，故此類強制措施未牴觸 CRPD 第 12 條。贊同聯邦憲法法院見解者，呼籲須深入探討 CRPD 第 12 條第 4 項對國家應提供之保障措施的要求具體標準為何，例如何謂「適當與有效」之保障，又如何確保本人的權利、意願及選擇被尊重，這些才是判斷締約國有無違反公約義務的關鍵⁴³。尚有一說亦未完全否定強制治療措施與 CRPD 的相容性，認單以喪失自主意思能力並不能正當化對基本權的干預，因為它不但沒有消弭甚且加深了對障礙者的歧視，故牴觸公約第 12 條第 2 項，除非係「為防免 CRPD 所保護之位階更高的法益遭受危害」，這類干預措施才能被正當化⁴⁴。

綜上，德國多數說——即便有細部歧見——基本上認為，於符合特定要件下對精神病患實施強制住院治療措施，沒有牴觸 CRPD。多數說可謂以聯邦憲法法院馬首是瞻，該院一系列與強制住院措施有關的判決認為，在符合其所設定之諸多要件和要求的狹小範圍內，可以實施安置、身體束縛和其他強制措施，以避免對當事人的健康和生命遭受重大危害⁴⁵，與 CRPD 委員會的見解不同。就此意見矛盾，聯邦憲法法院表示：CRPD 委員會詮釋 CRPD 條文的相關文件，例如審議締約國國家報告、一般性意見及準則等，對締約國法院沒有拘束力，其援引若干國際司法裁判為據，而且按照維也納條約法

⁴² BVerfG, NJW 2017, 53, 57 f.; 2011, 2113, 2115; Henking, Patientenrechte in der Psychiatrie im Kontext von Zwang, R&P 2016, 155, 158.

⁴³ Aichele/Degener, Frei und gleich im rechtlichen Handeln—Eine völkerrechtliche Einführung zu Artikel 12 UN-BRK, in: Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht, 2013, S. 37, 52 f.

⁴⁴ Marschner, Aktuelles zur Zwangsbehandlung—in welchen Grenzen ist sie noch möglich?, R&P 2011, 160, 161.

⁴⁵ BVerfG, NJW 2011, 2113, 2116 Rn. 56; BVerfG, NJW 2017, 53, 56 Rn. 73; BVerfG, NJW 2018, 2619, 2624 f. Rn. 92.

公約第 31 條，CRPD 委員會沒有續造公約的權限；既然委員會沒被賦予具有拘束力的條文解釋權，締約國法院不必然須遵從委員會的解釋，而是應該以誠實負責的態度與條約機構就解釋條約的觀點進行論辯。前述提及該院對 CRPD 條文規範意涵之理解，即是嘗試與 CRPD 委員會對話的實踐；該院認為 CRPD 是輔助詮釋基本法規範的素材，尤其 CRPD 第 12 條可作為強化障礙者自主權之參考⁴⁶，惟其對 CRPD 第 12 條的詮釋與 CRPD 委員會不同，故未採納應廢除替代決策制（包括強制住院治療）的見解。

三、我國就強制住院與 CRPD 相容性之討論

在臺灣關於強制住院是否抵觸 CRPD 的問題，曾因一則桃園地方法院裁定而引起眾多討論。系爭裁定採 CRPD 委員會對 CRPD 第 14 條之詮釋，認國家若制定精神衛生法容許以精神病患自傷或傷人危險為由而收容，此類措施本質即帶有歧視，構成 CRPD 第 14 條所指人身自由的任意剝奪⁴⁷；相對於此，多數強制住院案件則未論及 CRPD，直接依精神衛生法為裁定⁴⁸。國內有主張 CRPD 第 14 條禁止的是單以身心障礙為強制住院要件，如還需加上其他要件才能實施，不違反 CRPD 第 14 條⁴⁹。另有認為法院未審酌系爭裁定病人是否符合 CRPD 身心障礙定義，若僅為短時間欠缺意思能力，並非 CRPD 適用對象——長期身心障礙者⁵⁰；系爭裁定反對強制住院剝奪身心障礙者「自主」，與此相關的條文是 CRPD 第 12 條第 2 項保障障礙者平等享有「法律能力」（legal capacity），法院未釐清「法律能力」之意涵，實無法判斷何謂不尊重自主，其主張「法律能力」是一種內在於所有人之人性

⁴⁶ BVerfG, NJW 2017, 53, 56 Rn. 88-90.

⁴⁷ 裁定並引據身心障礙者權利公約施行法第 10 條，以法規抵觸公約時應優先適用公約規定，不予適用現行法第 41 條及第 42 條規定，停止強制住院。參見桃園地方法院於 2017 年 8 月 15 日之 106 年度衛字第 4 號民事裁定。

⁴⁸ 僅舉 2 則同時期之裁定如：臺灣士林地方法院 106 年度衛字第 4 號民事裁定、臺灣士林地方法院 106 年度衛字第 15 號民事裁定。

⁴⁹ 曾毓君，前揭註 3，頁 71。

⁵⁰ 吳建昌（2018），〈依身心障礙者權利公約裁定停止強制住院：被遺漏的自主、平等與比例原則論述〉，《月旦醫事法報告》，17 期，頁 92。

的普遍特質，而非實踐權利的意思能力，在有良好監督機制的前提下，替代決定制度（如強制住院）可作為必要的最後手段，以協助障礙者對健康照顧事項作決定⁵¹。而法院之所以未釐清「法律能力」的意涵，料與我國政府將 CRPD 第 12 條「legal capacity」譯為「權利能力」有關，此與 CRPD 委員會詮釋的法律能力不符。人權團體則以 CRPD 委員會見解為依歸，主張精神衛生法有關強制住院、緊急安置規定，構成對障礙者之歧視，侵害障礙者人身自由及醫療自主權，當然違反 CRPD⁵²。精神醫學界則自精神醫學實證角度出發，認為從病患醫療權、健康權，及維繫社會安全與犯罪預防來看，強制治療有其存在必要，CRPD 保障障礙者權利相關要求，應反映在強制住院各項措施須在經充分審查及監督下施行⁵³。

除人權團體外，前述各說嘗試對 CRPD 條文作不同於委員會之詮釋，同時限制強制住院制度須在嚴格要件下存在，應係考量在沒有健全配套措施的情況下廢除強制住院制度，任障礙者自主地自傷或傷人，無法兼顧障礙者其他受 CRPD 保障的權利，恐更違反 CRPD 的宗旨與精神⁵⁴。本文認為，CRPD 委員會對公約條文所為闡釋，是最符合 CRPD 制定背景與本旨者——消除對障礙者的歧視，廢除強制住院制度才能真的達成障礙者權利保障的典範轉移，而要達成此目標的第一步，是認真面對強制住院治療制度違反 CRPD 之事實，國際審查委員會亦在 2 次國家報告的結論性意見中均予指出此點。即便目前尚未發展出符合委員會要求的解方，委員會所詮釋的 CRPD 第 12 條與第 14 條意旨，至少課予締約國必須重新審視精神衛生法的義務，思考如何以 CRPD 確立的新典範保障精障者人權。因此我國應立即⁵⁵以完全廢除強

⁵¹ 吳建昌，前揭註 50，頁 94-96。

⁵² 參見人權公約施行監督聯盟（總協調）（2021），2021 CRPD 平行報告，段 38、147，https://covenantwatch.org.tw/wp-content/uploads/2015/12/CW_2021-CRPD-PR-2nd_CH_210531.pdf。

⁵³ 劉潤謙（2020），〈一個臨床醫師的觀察：由精神衛生法之演進探討精神醫療機構的角色及責任〉，楊添圍（等著），《精神醫學與法學的交錯》，頁 89-92，元照。

⁵⁴ 吳建昌，前揭註 50，頁 93。

⁵⁵ CRPD 委員會特別強調第 12 條性質是立即適用、立即實現（immediate realization），

制住院為目標，朝依循 CRPD 之方向努力，尤其我國批准 CRPD 未附任何保留，且 CRPD 施行法第 3 條規定，適用公約規定之法規及行政措施，應「參照」CRPD 委員會對公約之解釋。如何「參照」，涉及 CRPD 委員會對公約之解釋（例如一般性意見）有無拘束力的問題。從委員會在審查締約國國家報告和個人申訴案，均以其對公約之解釋為標準來看，認為完全沒有拘束力並不正確；委員會對公約所為之解釋，具有權威性地位，實務上亦有一再受到各個國際、區域及內國法院引用與確認的趨勢⁵⁶。故我國政府機關，尤其是法院，均應積極予以適用⁵⁷。憲法法庭若有機會審查強制住院合憲性，雖不當然受法律位階之公約及委員會相關解釋拘束，基於協助國家遵守條約義務，也應盡可能將 CRPD 尊重障礙者尊嚴和自主的中心思想，納入相關基本權保障內涵；鑒於委員會認強制住院制度應予廢除且未允許任何例外，應採取嚴格態度審視強制住院制度⁵⁸。

四、CRPD 作為觀察比較臺灣與德國精神衛生法制的指標

由上可見，德國與我國多數看法，均認為強制住院有存在的空間。這些與 CRPD 委員會見解不同的主張，雖未正確理解 CRPD 意旨，惟論述中的若干嘗試與提問，有助於精神衛生法朝符合 CRPD 方向為修正，且有透過對話找出符合 CRPD 意旨解方的意義。兩國目前均未廢止強制住院制度，這不表示 CRPD 對兩國精神衛生法制沒有影響。德國聯邦憲法法院看似不直接接受 CRPD 意旨，但透過與精神病患強制措施相關裁判，嚴格審查相關規範，間接帶動各邦精神衛生法制朝符合 CRPD 方向修正。以 NRW 為例，該邦因聯邦憲法法院 2011 年起數則裁判認定其他邦精神衛生法規定違憲，自主依據相關裁判意旨檢討精神衛生法。2016 年 12 月（2017 年 1 月 1 日起施

而不是容許締約國狀況逐步實現（*progressive realization*）者，參見 *Comm. on the Rights of Persons with Disabilities, supra note 23, para. 30.*

⁵⁶ 張文貞（2012），〈演進中的法：一般性意見作為國際人權公約的權威解釋〉，《台灣人權學刊》，1卷2期，頁39-40。

⁵⁷ 張文貞，前揭註56，頁41。

⁵⁸ *Szmukler, Daw & Callard, supra note 11, at 247.*

行)通過的版本,修法理由除提及聯邦憲法法院判決,也頻繁引用 CRPD,此次修正主要是將尊重病人意願與需求的精神納入,並規定強制治療須法官保留,及強制住院期間所為強制治療和其他強制措施須以文件記錄,另亦將病人住院期間得享有的各種權利明文化(例如有使用手機的通訊自由)。2023 年 1 月 1 日上路的新(現行)法,則係因應德國民法監護制度改革,將該邦精神衛生法中與前述民法條文有關者配合修正,而前述民法監護制度修正是為了更趨近 CRPD 第 12 條的精神。臺灣最新修正的精神衛生法,修法理由中也多處提及 CRPD。下文將在適當處以 CRPD 作為觀察指標,分析兩國精神衛生法哪些修法朝 CRPD 意旨邁進,哪些地方尚待持續改革。

參、德國公法安置之法制與實務

一、公法安置之體系定位

(一) 安置精神病患之規範依據

德國法上對精神病患者採取強制措施之規範依據,分散在民法親屬編監護制度(由監護人或意定代理人於取得照護法院(Betreuungsgericht)許可後對精神病患施以強制措施)⁵⁹、刑法上保安處分(由刑事法院對被告(包括無責任能力或就審能力者)判決宣告,並在監獄機構中執行)⁶⁰和公法領域

⁵⁹ 德國民法成年監護制度相關條文,甫於2023年1月1日有一波修正(調整法條條號及部分內容),此修正時點前對德國成年監護制度與安置程序為介紹之中文文獻,部分內容仍有助於瞭解此制度之內涵與運作方式,參見戴瑪如(2014),〈論德國成年監護制度之人身管理:兼論程序法上之相關規定〉,《臺北大學法學論叢》,90期,頁182-185。

⁶⁰ 介紹德國安置與矯治制度之中文文獻參見陳俊榕(2023),〈監護處分中之安置與矯治:以德國法制為借鏡〉,《高大法學論叢》,18卷2期,頁199-224;介紹德國適用於偵查審判階段之暫時安置制度參見連孟琦(2023),〈從德國法角度評析我國二〇二二年刑事訴訟暫行安置新法〉,《政大法學評論》,173期,頁237-270。

依據各邦精神病患照顧及保護措施法（Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, PsychKG，下簡稱「精神衛生法」）所為之緊急安置治療處分⁶¹，學界將上述涉及剝奪人身自由之強制措施以「安置法」（Unterbringungsrecht）為上位概念加以涵蓋⁶²。其中，以依各邦精神衛生法所為之安置和我國精神衛生法上強制住院最為近似，蓋兩者均為公法性質，且均以危害自己或者他人法益為要件，因此以下介紹德國法制與實務，以公法性質安置為主。不過，由於德國民法上的安置，係以保護當事人自己不受生命或健康損害為目的，與公法安置在要件上有重疊之處，故必要時亦會介述民法上安置機制。至於刑法上的強制治療處分雖亦涉及人身自由之拘束，惟其係用以補充或替代刑罰之保全或矯治措施，目的和實施要件與公法性質的強制住院措施差異較大，故以下原則上略而不論。又，對未成年人精神病患為公法安置，尚涉及法定監護權行使及保護兒少之社會福利法規，本文僅以對成年精神病患施以公法安置為討論範疇。

（二）公法安置的功能與目的

對精神病患施以公法性質的安置，早期被歸類為警察法領域之一環，因此立法權落在邦的層級。其原初所具之警察法屬性，現仍反映在各邦精神衛生法中：危害防止（Gefahrenabwehr）⁶³係建構安置精神病患相關規定的核心

⁶¹ 過去曾有介紹德國精神衛生法安置制度之中文文獻，參見張麗卿（1996），〈精神病犯與精神病患收容要件的比較研究〉，《東海大學法學研究》，10期，頁249-296。因德國公法安置規範迭有變革，參照前開文獻時應注意法制與條文更新狀況。

⁶² Dodegge/Zimmermann, PsychKG NRW: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, Praxiskommentar, 4. Aufl., 2018, S. 25；孫迺翊，前揭註7，頁45。

⁶³ 「Gefahrenabwehr」係德國警察法上用以界定警察任務及職權之核心概念，傳統上警察任務在防止具體迫在眉睫的危險，近來逐步擴大到潛在、推測性危險的預防，Gefahr實際上指涉明確性、可預見性程度不同的危險，惟國內習慣譯為危害防止，本文從之，以下也因行文順暢考量交互使用危害或危險。參見林明鏞（2010），〈由防止危害到危險預防：由德國警察任務與權限之嬗變檢討我國之警察法制〉，《臺大法學論叢》，39卷4期，頁171-172。

概念。二戰後西德各邦首波公布施行之精神病患安置規範，作為剝奪精神病患人身自由之法律依據，以落實基本法第 104 條第 2 項之要求。這個時期邦法的安置規定還不適格稱為精神衛生法，而是警察法下的一個各論領域，因為精神病患被視為滋擾者（Störer），對其提供協助則屬社會法的任務與課題。1960 年代末期開始，各邦與公法安置有關之規範發生一波變革，催生了第二代安置法，促進改革的兩股動力來自於：1975 年公布的精神病學調查報告（Psychiatrie-Enquete）⁶⁴，揭露了大量住在機構的精神病患受到不人道待遇，呼籲給予精神病患者與身體疾病患者相同的權利和對待方式，應將精神護理體系納入一般醫療保健和福利體系，用門診治療和社區精神健康支援服務取代當時盛行的住院治療，以確保精神病患獲得最佳協助。自此，各邦與精神病患安置有關之法規範的功能定性，不再只是警察治安權下強制手段的運用，還納入各種避免啟動安置的醫學、心理和社會性協助措施，成為公共衛生法制的一部分。公法安置被理解為公共衛生法制的一部分後，協助和強制措施間的聯繫關係便成為核心問題。目前各邦精神衛生法中都規定，只有在用盡所有較小侵害自由權利手段後——亦即透過提供各種協助和保護措施，才能考慮剝奪人身自由，公法安置可謂在例外情況始得採取之危機處理手段。

（三）公法與民法安置的關係

過去德國民法就監護人（Vormund，舊法用語）違反受監護人意願，將其置於醫院、診所或安養院等機構，持續性地剝奪人身自由的情況，原本僅認是居住地決定權（Aufenthaltsbestimmungsrecht）之行使⁶⁵，無庸取得法院許可。然而德國聯邦憲法法院早在 1960 年於裁判中明示，若監護人將成年之受監護人安置於封閉式的機構，須經法院許可方得為之，因為基本法第 104 條第 2 項規定不僅適用於刑法和公法安置，也及於照護性質（mit

⁶⁴ Bundestag, Drucksache 7/4200.

⁶⁵ Marschner, (Fn. 39), Rn. 5.

fürsorgerischen Charakter) 的民法安置⁶⁶。聯邦憲法法院作出前揭判決後，民法安置制度隨後修正為適用法官保留原則，現行德國民法第 1831 條第 1 項規定安置之要件為：輔助人 (Betreuer) 僅在必要的情況，且符合以下情事之一，才能對受輔助人為剝奪人身自由之安置措施：1. 因受輔助人患有精神病或智能或精神障礙，致其有自殺或對健康造成嚴重損害的危險；或 2. 為避免即將發生的嚴重健康損害，如不將受輔助人移送安置，無法對其進行健康檢查、治療或侵入性醫療，且須符合受輔助人因患有精神病或智能或精神障礙，致不能認識或理解安置之必要性。輔助人若欲適用前揭規定對受輔助人施以安置，須法院裁定賦予其之輔助職務範圍包括有權實施安置措施在內，始得為之。除輔助人外，意定代理人亦可為安置措施（同法第 1831 條第 5 項參照）。違反受輔助人意願施以安置適用法官保留原則，體現民法安置亦為國家權力之行使，照顧需要保護的個人屬一種公共利益的實現。

由於民法與公法安置實施要件中都包括當事人患精神疾病致有對「自己」法益造成重大損害的危險。針對兩者的關係，早期學界與實務界曾認公法安置相對於民法安置居於補充性地位，但現在通說改採兩者是平行存在、無何者絕對優先，應依具體個案情況判斷啟動哪一種最符合當事人利益。判斷的標準諸如：就需要緊急處理的危機，宜適用公法安置「短期」介入處置；當安置僅是或主要係為避免他人重要法益受到嚴重危害所必要者，應適用公法安置；雖有輔助人或意定代理人但因故無法達成排除受輔助人所受危害的情況，例如其不合事理地拒絕安置，則優先適用公法安置；若個案當事人無病識感且需要「長期」治療，並欠缺同意醫療行為之能力，宜適用民法安置⁶⁷。

二、公法安置之法制框架

公法安置實體要件係按照各邦邦法規定，法院審理程序規範為聯邦層級的家事事件及非訟事件程序法 (Gesetz über das Verfahren in Familiensachen

⁶⁶ BVerfG, NJW 1960, 811, 812.

⁶⁷ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 248 f.

und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, FamFG，下稱「家事事件法」），進入法院前之程序，由邦法就聲請機關、聲請之形式和內容等事項為規定；若法院裁定安置，接續會進入執行階段。提出安置聲請及執行安置均為行政程序，依據各邦行政程序法為之⁶⁸。以下依時間線順序，分就進入法院前之程序、法院程序及執行階段之重點與問題為介紹與分析。

（一）進入法院前之程序

1. 聲請安置

聲請安置可能依據「標準程序」（Regelverfahren），或「暫時安置」程序（vorläufige Unterbringung）為之。標準程序以 NRW 的規定為例，當衛生機關掌握某人因精神疾病致其自身或他人面臨危害之重要事證，得要求其接受心理諮商服務，其亦可選擇尋求醫療協助，再由醫師將診療情形回報給衛生機關；若其不尋求心理諮商服務也不自行就醫，則安排家訪瞭解狀況，若以上手段均無效果可採取強制措施，必要時得請求警察機關協助執行。以上措施是為了對當事人的狀況為診斷與評估，如經評估個案符合法定要件而有實施安置之必要，由秩序機關（指 Gemeinde（市鎮），德國最基層地方政府）檢具相關事證及診斷證明，向法院聲請安置（參見 §§ 9, 11 PsychKG NRW）。

情況急迫事件可循較迅速之程序，對當事人為「暫時安置」。此等程序較標準程序簡略，又分 2 種類型：主管機關可依據家事事件法第 331 條、第 332 條規定，向法院聲請暫時安置令；或各邦法均有允許主管機關在情況危急致無法等待法院核發暫時安置令時先為「即時安置」（sofortige Unterbringung）的規定⁶⁹。即時安置不僅指主管機關強制將當事人移置醫療

⁶⁸ 德國各邦均有將自己邦的行政程序法法典化，不過各邦行政法內容與聯邦行政程序法幾乎一樣，重要程序原則與規定大體一致。

⁶⁹ 各邦法對此之用語不一，此處乃取相對被較多邦法使用的概念「即時安置」（sofortige Unterbringung）為統稱。Marschner, Kapitel B. Die Landesgesetze zur Unterbringung psychisch kranker und abhängiger Menschen, in: Freiheitsentziehung und Unterbringung, 6. Aufl., 2019, Rn. 94.

院所，當事人已處醫療院所主管機關始動用強制權限亦屬之⁷⁰。即時安置後如認有繼續安置的必要⁷¹，主管機關須即刻（unverzüglich）向法院提出安置聲請（通常是聲請暫時安置），若未及時在法定期限內取得法院安置令——包括法院駁回聲請或未在期限內做出裁定均屬之，期限屆至後應釋放當事人。實證研究顯示，公法安置事件適用標準程序而啟動者在各邦均屬鳳毛麟角，絕大多數事件是聲請暫時安置，而暫時安置事件中，又以由主管機關先為即時安置後聲請暫時安置令者占壓倒性多數⁷²。標準程序為法制上的原則卻變例外實不意外，因為公法安置的功能是危機處理，意在藉由短期、迅速的介入，協助個人渡過混亂狀態、縮小其造成的負面影響；透過標準程序聲請法院裁定通常須數月的時間，而多數個案情況急迫，縱先向法院聲請暫時安置令再安置也緩不濟急。暫時安置成為公法安置之常態，使得保障較為完備的標準程序（§§ 312-330 FamFG）幾乎被架空，絕大多數案例適用的是較為簡易的程序（§§ 331-334 FamFG）。有實證研究指出，法院為暫時安置令裁定幾乎都未在事前聽取當事人及關係人意見，因為通常是主管機關先為即時安置，於當事人已處安置狀態才提出安置聲請，又迫於時效，陳述意見程序都在事後補行，因此法院自主判斷的空間極為受限⁷³。

2. 事務管轄權

公法安置適用所謂聲請程序（Antragsverfahren），即必須由主管機關提出聲請；若無足夠事證，主管機關不得啟動聲請程序，其有義務依職權調查及提出個案符合安置要件之事證。各邦法律定之有權聲請安置主管機關不盡相同，大致以衛生機關（Gesundheitsbehörde）或秩序機關

⁷⁰ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 261.

⁷¹ 不是每個即時安置個案都會向法院聲請安置，有部分個案即時安置後會自願同意住院。

⁷² 相關研究數據詳見 Marschner, (Fn. 39), Rn. 76.

⁷³ Marschner, (Fn. 39), Rn. 76.

(Ordnungsbehörde, 負責維持公共安全或秩序之機關) 為具事務權限者, 並由有啟動安置需求或精神病患住居地的區域衛生或秩序機關提出聲請⁷⁴。

實施即時安置時若遇有管轄機關非辦公時間, 得由警察機關依據一般警察法實施, 不過後者是補充性功能, 僅在有權機關依據各邦精神衛生法啟動聲請暫時安置程序前有干預權限⁷⁵。針對第一線的精神衛生工作人員無法對是否即時安置作出決定的問題, 有些邦由緊急救護控制中心派出急診醫生協助判斷, 另有將送醫程序分成兩階段者: 無庸先經醫師判斷個案狀況即可逕送醫療機構, 由醫療機構來判斷個案應即時安置或釋放⁷⁶。

(二) 避免安置之先期與後置措施

各邦精神衛生法轉為兼具公衛照護功能後, 安置前後之協助措施亦為規範重點。雖然各邦臚列的協助措施不盡相同, 但目的同為儘量避免實施安置, 先期措施主要提供與住院治療功能相仿的服務, 例如精神科門診與 24 小時精神科急診, 以及主管機關透過派員訪查了解個案狀況和提供諮詢與就診資訊, 該員任務也包括必要時通報主管機關以便啟動安置程序。後置措施旨在避免再度實施安置, 其與解除安置之間有密接關係, 內容涵蓋居住、工作和休閒生活等 3 項基本需求的安排, 防止個案出院後因狀況不佳再度被安置而陷入旋轉門 (Drehtür) 困境。後置措施也有源於社會法相關規範者, 建置照顧居住和職場復健機構, 及在地可及之提供諮商的聯絡點⁷⁷。

有認為先期協助措施得對潛在風險個案進行家訪, 甚至可以強制就醫, 可能擴大適用於精神狀態健康者, 存在以協助之名行社會控制之實的疑慮⁷⁸。就此有 2 點應予釐清: 首先, 先期協助措施與提供給其他身體疾病的服務一樣, 須遵循「自願原則」, 如果強迫當事人接受, 性質就不是協助 (Hilfe)。其次, 在某些情況下得強制個案就醫接受診察, 其性質已不屬先期協助措施,

⁷⁴ Marschner, (Fn. 69), Rn. 88 f.

⁷⁵ Marschner, (Fn. 69), Rn. 94.

⁷⁶ Marschner, (Fn. 69), Rn. 97.

⁷⁷ Marschner, (Fn. 69), Rn. 59.

⁷⁸ Marschner, (Fn. 69), Rn. 50.

而是準備啟動安置的安置前行措施 (die vorausgehenden Maßnahmen)。安置前行措施雖可能動用強制手段，惟相較於實務上更常採用即時安置以確認個案病況與安置所需事證，前者毋寧是侵害程度較和緩之手段⁷⁹。

(三) 法院審理程序

公法、民法安置及強制醫療措施的許可或同意等事件，其審理程序適用家事事件法第 313 條至第 339 條規定 (§ 312 FamFG)。其中第 331 條至第 334 條核發暫時安置令的規定，為第 312 條提及之安置事件的暫時處分程序，為同法第 49 條至第 57 條 (暫時處分程序之總則規定) 的特別規定。公法安置專屬有採行此強制措施必要性行政區的區法院 (Amtsgericht) 管轄，亦即由區法院作為照護法院 (§ 313 Abs. 3 FamFG)；在即時安置的情況，若當事人已在安置機構，則專屬於安置機構所在行政區法院管轄。

專家依據何等經驗科學標準與個案事實對當事人狀態作出評估，乃法院須調查之重要事實，應依據安置程序的證據法則進行調查。在聲請終局安置的本案程序 (Hauptsacheverfahren)，若涉及的是支持作出不利當事人自由之危險預測事實，法官必須積極調查證據加以確認，如為支持作出有利當事人自由之危險預測事實，則提出之事證達使法官相信待證事實有存在可能的程度就夠⁸⁰。實務上最常見的聲請暫時安置事件，因有急迫性而適用略式審查 (die summarische Prüfung)。略式審查的特點並非只作有限的實體要件審查，法院仍須認定個案狀況是否符合所有實體要件，不同之處在於立法者可能設有特別程序規定，使法院對個案實體法問題僅需為概括、粗略的審查，且心證程度要求較低⁸¹。就此，德國家事事件法規定提出暫時安置聲請的機關，其聲請須說明理由 (Begründung)，並就與安置要件有關之事實為釋明 (Glaubhaftmachung) (§ 51 Abs. 1 FamFG)。應注意的是，即便現有事證已達使法院就與安置要件相關事實產生大概信其為如此的心證，並不免除法

⁷⁹ Marschner, (Fn. 69), Rn. 52.

⁸⁰ Marschner, (Fn. 39), Rn. 123.

⁸¹ Giers, in: Sternal (Hrsg.), FamFG, 21. Aufl., 2023, § 331 Rn. 3.

院有進一步調查以澄清事實的義務，換言之，職權調查義務（Amtsermittlungspflicht）亦適用於暫時安置令核發程序⁸²。

針對暫時安置事件的職權調查範圍，家事事件法規定醫師診斷書係不可欠缺者（§ 331 Satz 1 Nr. 2 FamFG），此規定是簡化及代替本案程序須請專家就當事人狀況提供鑑定意見（Sachverständigengutachten）的特別規定⁸³；若有迫在眉睫之危險，可於事後補行聽取當事人陳述及任命和聽取程序監理人意見的程序（§ 332 FamFG）。聯邦憲法法院要求與剝奪人身自由相關之司法裁判必須在「充分」釐清的事實基礎（auf zureichender richterlicher Sachaufklärung beruhen）上作成，方足反映基本法第 2 條第 2 項第 2 句規定保障人身自由不受侵犯的意旨⁸⁴。至於怎樣算「充分」調查，一般認為因暫時安置本質上是危機處理措施，不可期待法院於暫時安置事件進行徹底的調查（vollständige Aufklärung），否則無以應對迫切的危險。合理的解釋毋寧是法院應就那些可即時調查的事證做確認（例如醫師診斷書中所載事項），以當下或短時間內可行的方法（例如透過電話獲取訊息）進行調查⁸⁵。尤其當醫師診斷書中的資訊不足釐清個案是否符合安置要件時，法院有義務依職權調查補充之。事實調查要求的程度應隨安置時間拉長而提高，例如若有就暫時安置措施提起救濟，即有必要針對事實為進一步釐清，要延長暫時安置期間，法院職權調查義務也相應加重。至於法院審查暫時安置令之程序，是否使其他關係人（例如聲請機關、當事人家屬或其他其信任之人、當事人所在機構負責人等）陳述意見，家事事件法第 331 條未明文，一般認為法院得依個案急迫程度，斟酌是否命其他關係人參與程序及陳述意見⁸⁶。

⁸² Giers, (Fn. 81), Rn. 7.

⁸³ 鑑定書是專家對一個或多個具體事實問題的所有重要面向表示看法的書面意見，應載內容事項規定在§ 280 FamFG；醫生證明是醫生對有關患者的醫療問題的簡短回答，與專家鑑定意見不同，不需要記載病史和答案的詳細理由，法律並未對醫生證明的內容進行標準化。

⁸⁴ Vgl. nur BVerfG, BeckRS 2020, 25172 Rn. 28, 38.

⁸⁵ Giers, (Fn. 81), Rn. 8.

⁸⁶ Giers, (Fn. 81), Rn. 10 f.

(四) 安置之執行

公法安置依各邦精神衛生法規定為之。德國法上「Vollstreckung」和「Vollzug」中文均可譯為執行，前者在公法安置的脈絡下，指主管機關（通常是衛生機關）依據法院命令於醫療機構外所為之行政行為，例如將當事人強制帶到醫療機構；後者則涉及在醫療機構內如何具體實施安置⁸⁷。由於公法安置多數個案係當事人已先被安置才聲請安置令，前者在實務上運用的機率低，因此以下聚焦後者。

1. 擬定治療計畫

不論公法或非公法性質的安置，被安置在封閉病房的精神病人與精神醫療機構間成立的是公法關係⁸⁸。目前各邦對公法安置過程會經歷的事項以精神衛生法明文規定，包括入院後擬定治療計畫、執行期間採取之措施、解除安置到出院後續照護等事項。被安置人入院後首要之務是擬定治療計畫（Behandlungsplan），計畫主要依據入院時對其之診斷及入院前的社會狀況調查結果來擬定。治療計畫應載內容各邦不同，原則上會包含：對引發安置之精神疾病的診斷，以此為出發延伸到必要的醫療檢查、護理、治療衛教、社會心理治療、職能治療，目標是要讓受安置者在出院後能獨立自主地生活，因此也包括提供健康促進及與受安置人共同生活者參與的措施，計畫並應隨受安置人的健康狀況定期審視及修正。制定治療計畫不單係基於社會國原則要求而為，也為確保醫療品質及治療過程透明⁸⁹，因此許多邦法規定應使受安置病患有權參與制定計畫，且有權閱覽計畫及相關檔案文件，聯邦憲法法

⁸⁷ Lesting, Kapitel B. Die Landesgesetze zur Unterbringung psychisch kranker und abhängiger Menschen, in: Freiheitsentziehung und Unterbringung, 6. Aufl., 2019, Rn. 146 f.

⁸⁸ BGH, NJW 2008, 1444, 1445 Rn. 4; BVerwG, NJW 1970, 1990, 1991; Fischer/Mann, Die Natur der Rechtsbeziehungen zwischen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und ihren Patienten Datenschutzprobleme beim Praxisverkauf* Der Verkauf der Patientenkartei und die ärztliche Schweigepflicht* Kein Ende der Methadon-Debatte!, NJW 1992, 1539, 1540.

⁸⁹ Lesting, (Fn. 87), Rn. 212 f.

院強調此等閱覽權應受充分保障，因為這涉及一項受憲法特別強化保護的法益——自決權，尤其受安置者在此情況無法自行決定他的醫師和為其實施治療的人員⁹⁰。讓病人參與治療計畫之擬定，也有助於落實 CRPD 保障障礙者參與及自主決定自己事務之要求。

2. 強制治療

(1) 強制治療之合憲性

安置執行措施中，爭議較大的是「強制治療」（Zwangsbehandlung）。首先要說明的是，強制治療是針對引發安置的疾病（Anlasskrankheit）為治療，不包括因引發安置之疾病而衍生或併發的其他疾病（sonstige interkurrente Erkrankungen）⁹¹。關於強制治療的合憲性，聯邦憲法法院最初是在關於保安處分執行（Maßregelvollzug）的脈絡下闡述⁹²，由於有些邦是在精神衛生法中對因病犯罪的精神病患者強制入院治療作規範，故系爭裁判對公法安置之強制治療也有影響；數年後另一則裁判明確表示，先前針對保安處分執行脈絡下強制治療之見解，於公法安置框架下亦適用⁹³。該院認為只要是違背受安置人當下依自然意志表達之意願（gegen seinen aktuell erklärten, natürlichen Willen）而為治療，即該當強制治療，該措施不必然須以物理力強制執行，受安置人是否因認抵抗無用而未為抵抗或不持續抗拒，也非所問⁹⁴；得輔助人或意定代理人同意而施以治療者，亦不改變該措施為強制之定性⁹⁵，因為輔助人或意定代理人也受公法就治療措施所為限制之拘束⁹⁶。強制治療構成對身體完整不受侵害及與此相關之自決權的重大干預，

⁹⁰ BVerfG, NJW 2006, 1116, 1118 Rn. 32.

⁹¹ Marschner, (Fn. 69), Rn. 221; Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 294.

⁹² BVerfG, NJW 2011, 2113.

⁹³ BVerfG, NJW 2017, 2982, 2983 Rn. 35.

⁹⁴ BVerfG, NJW 2011, 2113, 2114 Rn. 41; 2013, 2337 Rn. 50; 2017, 2982 Rn. 28.

⁹⁵ BVerfG, NJW 2011, 2113, 2114 Rn. 42.

⁹⁶ Marschner, Das Verhältnis von Vormundschaftsgericht und Unterbringungsrecht bei der Zwangsbehandlung, R&P 1990, 66, 70; Marschner, Zwangsbehandlung in der ambulanten und stationären Psychiatrie, R&P 2005, 47, 50.

但並非不能立法進行此種干預；當受安置者因患病而欠缺辨識能力（Einsichtsfähigkeit）致不能理解而無法維護自身權益，為維護其受憲法保障的自由和利益，才可正當化對其強制治療。肯認當事人有就疾病相關事項有表達意願的優先權利，不等於國家應放任其接受長久被剝奪身體自由的命運，在這種情況下，允許為「恢復受安置者有能力為自主決定所需具備之先決條件」而為干預⁹⁷。聯邦憲法法院雖認非絕對不得強制治療，惟就「有效表達意願」之認定，採最大程度尊重障礙者自主權之標準，間接回應 CRPD 核心宗旨。

(2) 「強制治療」概念之涵蓋範圍

2011 年起許多邦陸續依聯邦憲法法院判決意旨修正精神衛生法中有關強制治療的規定。惟各邦修正後的新規定是否全然符合聯邦憲法法院裁判意旨，容有爭議，特別是關於「對欠缺辨識能力之病患未得其同意而為治療」及「為防止危害他人法益而為強制治療」這 2 個問題。第一個問題起源於聯邦憲法法院是以「違反當事人自主意願」定義強制治療，該院強調，沒有辨識能力的人若明確表達不願接受治療亦屬強制治療，卻沒有明示對「未為同意但也沒有積極表示反對之無辨識能力者」為治療是否也該當強制。所謂病患的「同意能力」（Einwilligungsfähigkeit），是指「辨識能力」（Einsichtsfähigkeit）與「行為駕馭能力」（Steuerungsfähigkeit），例如 NRW 精神衛生法定義無同意能力指「無法理解治療的原因、意義和範圍，或不能基於前述理解來行事」（§ 18 Abs. 4 Satz 1 PsychKG NRW）。在以治療為目的的醫療行為脈絡下，「同意能力」與「辨識能力」常被當作同義詞替換使用。同意能力不同於行為能力（Geschäftsfähigkeit），前者需要的判斷力低於後者。

有學者認為，只要無辨識能力者未曾以口語、行為或其他方式表達反對之意，就不算強制治療⁹⁸。某些邦法也採取相同見解，以 NRW 的精神衛生

⁹⁷ BVerfG, NJW 2011, 2113, 2115 Rn. 51.

⁹⁸ Marschner, (Fn. 69), Rn. 246; Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 288, 295.

法為例，其針對受安置者引發安置之疾病為治療，區分為「未經（無同意能力者）同意的治療」（Behandlung ohne Einwilligung）和「強制治療」（Zwangsbehandlung）兩者，後者（§ 18 Abs. 5 und 6 PsychKG NRW）較前者（§ 18 Abs. 4 PsychKG NRW）實施要件和程序保障要求較高（§ 18 Abs. 4 PsychKG NRW），且僅後者適用事前法官保留原則。此種區分兩者分別規範的立法模式，個案究竟應適用何者的關鍵在於如何認定有無積極表示反對。關於反對之意志須以何等形式表現，目前法無明文，聯邦憲法法院只粗略地闡釋拒絕治療無庸以身體抵抗（physischer Widerstand）為必要⁹⁹。普通法院實務見解則要求病患必須對要採取的醫療措施明確表現其反對的自然意志，包括直接以口語明確表達或透過行為使他人獲知其拒絕的態度¹⁰⁰。據此，在受安置人不想表達意願或其無法表達反對意願的情況，都會被排除在強制治療的概念外，故有質疑此等立法模式是否符合聯邦憲法法院對強制治療判決意旨者¹⁰¹。

(3) 「保護第三人利益」作為強制治療之正當化事由

聯邦憲法法院曾在 2011 年裁判中表示，保護第三人免因受安置者被釋放可能對其造成危害，不能作為強制治療的正當化事由，因為使受安置者持續被安置即可達成此目的¹⁰²。然而，各邦精神衛生法仍將危害第三人列入採行強制治療的事由之一，以 NRW 的規定為例，「未經（無同意能力者）同意而為治療」及「強制治療」兩者均可為避免危害第三人而為（§ 18 Abs. 4 und 5 PsychKG NRW）。NRW 邦立法者為前述規定未違反聯邦憲法法院判決意旨提出之理由是，從前述判決可以確定不得為保護安置機構「外」之第三人（家庭或社會生活脈絡下一般大眾）實施強制治療，但該院未明確排除

⁹⁹ BVerfG, NJW 2011, 2113, 2114 Rn. 41; 2013, 2337 Rn. 50.

¹⁰⁰ BGH, NJW 2012, 2967, 2968 Rn. 16; 2012, 3234, 3235 Rn. 13.

¹⁰¹ Marschner, (Fn. 69), Rn. 251.

¹⁰² BVerfG, NJW 2011, 2113, 2115 Rn. 46.

得為避免對機構「內」他人（例如醫護人員或其他病友）構成重大危害施以強制治療，在嚴格遵循比例原則的前提下，後者仍可解釋為合憲¹⁰³。

聯邦憲法法院闡明強制治療的目的在於盡可能恢復自主決定能力，亦可為挽救生命或嚴重健康危險而為，並強調基本法保障個人有決定是否要接受治療的權利，亦即個人有生病的自由（*Freiheit zur Krankheit*），故即便這些干預措施是醫學上認為急需採行者，只能在一個人「自身的生命或健康」受到重大威脅時，方能考慮強制治療，如此才足該當採取此等高度干預措施（強制治療）欲保護的較高法益¹⁰⁴。有學者主張強制治療必須同時符合以下兩者方得為之：病患喪失自主意思能力，且係面臨對自己之重大、直接或嚴重危險，但防止對第三人構成危害不能正當化強制治療¹⁰⁵，蓋安置措施本身已足防止受安置者被釋放後可能對第三人造成之危害，而對醫護人員之保護，則可透過其他「特別安全措施」（詳後述）來因應¹⁰⁶。醫界看法為，除非經診斷認有必要採取特定醫療措施以實現特定治療目標，才可考慮強制治療，防免第三人受危害並非醫療目的¹⁰⁷。

聯邦憲法法院嗣於 2021 年就保安處分下強制治療問題所為裁判，對是否得為保護機構內人員實施強制治療明確表態。考量機構內醫護人員為提供機構內的病患必要的護理和照護措施，不可避免地會與患者密切接觸，且當事人和機構內的其他患者接觸也在所難免，這些人的基本權利，特別是生命權和身體完整權所產生的保護義務可正當化強制治療，因為生命權和身體完整權不僅有禁止國家干預的作用，同時課予國家有採取一定措施保護人民之基本權利免於遭受來自第三人侵犯的客觀義務；立法者對於如何落實前述保護義務固享有形成空間，但此等干預——包括實質和程序面——受到嚴格比

¹⁰³ LT NRW-Drucksache 16/12068, S. 30 f.

¹⁰⁴ BVerfG, NJW 2011, 2113, 2115 Rn. 48, 51; 2013, 2337, 2338 Rn. 57.

¹⁰⁵ Marschner, (Fn. 69), Rn. 254; Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 289.

¹⁰⁶ Marschner, (Fn. 37), S. 137.

¹⁰⁷ Bundesärztekammer, Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen, Deutsches Ärzteblatt 110 (26), A 1334, A 1337 (2013).

例原則的拘束，以確保當事人自由權不會遭受超過絕對必要範圍的損害¹⁰⁸。據此，須在採行其他特別安全措施都無法保護醫護人員或其他病患的情況下，才能實施強制治療。此裁判雖係針對保安處分下強制治療所為，依過去經驗，嗣後遇適當案例時，很可能會將相同見解適用於公法安置。

3. 其他安全措施

安置期間的其他安全措施，以 NRW 的規定為例，包括受安置人在院內的休閒娛樂、媒體近用、上網、通訊、接受親友訪問、購物、請假（暫時離院）及將個人物品放置病房內等權利之保障與限制。曾引起爭議的問題是，受安置人在院內若有自傷或傷害其他病人或醫護人員時，是否及在何等條件下可以施以「特別安全措施」（besondere Sicherungsmaßnahmen）。各邦邦法並未正面定義「特別安全措施」，而是闡明此等措施之功能，並將可採取之措施列舉出來，以 NRW 的規定為例，特別安全措施係為避免當下對病患自身造成的重大危險或對第三人法益的當前重大危險而實施，例如不得到戶外活動、隔離或身體束縛（§ 20 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW）。由於特別安全措施強烈干預病患基本權，故應適用嚴格的事實要求及高度的程序保障¹⁰⁹，各邦相關規範對於實施特別安全措施之程序和實體要件均設高標準，例如須能說明個案情況存在高度且急迫自傷或傷人危險，以及受影響法益重大，方得為之；醫師須對所採特別安全措施負責，實施有時間限制，醫護人員有密切監測義務；且對特別安全措施種類採列舉方式（abschließender Katalog），僅有明文規定者始得為之，以符合法律明確性的要求¹¹⁰。

依據聯邦憲法法院 2018 年的 1 則判決，認非短時間（超過 30 分鐘以上）的五點式（四肢及腹部）或七點式（四肢、腹部、額頭及胸部）身體束縛，須受到法官保留原則拘束，且因束縛易導致健康損害，故應為最後手段¹¹¹。若干邦法已依據聯邦憲法法院判決修正，規定非短時間之多點身體束縛

¹⁰⁸ BVerfG, BeckRS 2021, 20465 Rn. 62 f.

¹⁰⁹ Goerdeler, Richtervorbehalt und 1:1 Betreuung für Fixierungen, R&P 2018, 199, 203.

¹¹⁰ Lesting, (Fn. 87), Rn. 384 ff.

¹¹¹ BVerfG, NJW 2018, 2619 Rn. 69, 80.

（使其身體自由完全受到剝奪）應事先取得法官許可，若因危險過於急迫而未及聲請，事後應補行聲請；只有在法院做出決定之前已解除束縛且不存在重複實施束縛可能性的情況下，才不用提出聲請¹¹²。為回應聯邦憲法法院判決之要求，家事事件法已將「剝奪自由措施」(freiheitsentziehende Maßnahme) 列為須事前聲請法官許可之事項 (§ 312 Nr. 4 FamFG)。不過聯邦憲法法院前述判決揭示的意旨，不當然可套用到五點式或七點式身體束縛以外之特別安全措施，例如非短時間地限制病人僅能在密閉空間內活動（包括將其與其他病人隔離之處置），或投以有鎮靜效果的針劑藥物以達到與物理約束有類似效果之措施，是否為「剝奪自由措施」概念指涉範圍，有待學說與實務見解進一步釐清¹¹³。

（五）安置期間

即時安置期間依各邦法規定不同，有些邦是 1-2 天，有些邦則稍長，不過原則上期間短暫。即時安置容許時間，依據各邦法對即時安置之定性，可區分為 2 類：一類是將即時安置理解為廣義之警察權行使，最晚須在強制入院之隔天結束前獲得法院核發安置令，否則必須讓當事人離開安置機構，以符合基本法第 104 條第 2 項第 3 句「警察依其權力拘留任何人，不得超過逮捕次日終了時」的要求。相對於此，有若干邦法將即時安置定位為公衛行政的危機處理機制，因此不適用基本法第 104 條第 2 項第 3 句，雖然亦要求主管機關對當事人為即時安置後應即刻向法院提出聲請，但所設定的即時安置期間長於「強制入院之隔天終了時」。有學者對此提出批判，其雖贊同不將即時安置定性為警察強制措施，但強制精神病患入院仍適用基本法第 104 條第 2 項第 2 句，即剝奪人身自由如非根據法官之命令須「即刻」請求法官判決。現今通訊科技發達，對此處「即時」概念作嚴格解釋應無困難，若聲請時限長於入院安置後之隔天終了時，實不符合即刻的要求，而且這樣會導

¹¹² Lesting, (Fn. 87), Rn. 403.

¹¹³ Goerdeler, (Fn. 109), S. 200.

致精神病患遭受相較於健康者不利的待遇，有牴觸 CRPD 第 2 條、第 5 條及第 14 條之虞¹¹⁴。

至於暫時安置，法院若准予安置，須在裁定中依個案情況具體就准予暫時安置的時間作出決定，第一次裁定暫時安置之期間依法不得超過 6 週，必要時可延長，惟暫時安置期間加總以 3 個月為上限（§ 333 Abs. 1 FamFG）。暫時安置結束後，如有必要續為長期安置，應依法聲請終局安置（endgültige Unterbringung），期間可持續 1-2 年。實證研究指出，暫時安置日數平均約為 25 天，僅少數暫時安置個案會用到延長安置（至最高 3 個月）的規定，接續進入終局安置者更是極少見，此外，約有半數暫時安置的個案在 5 天內、四分之三的個案在 3 週內會解除暫時安置。不過這不代表被安置的個案在暫時安置解除後即行出院，很多個案其實是在自願住院的情況下繼續留院治療，且自願住院期間平均為安置期間的 2 倍以上¹¹⁵。長期安置的個案，幾乎都是適用民法安置規定為之，通常是針對慢性精神病患群體，長期安置的地點不限在精神病醫療院所，也包括封閉性的療養院和養老院¹¹⁶。

（六）權利救濟

安置乃干預基本權之公權力措施，當事人若不服安置之發動及執行相關措施，得提起救濟，此乃基本法第 19 條第 4 項所保障。有權提起救濟者，原則是「自身權利」受裁判影響者（§ 59 Abs. 1 FamFG）。據此，被安置者當然得就安置令為抗告，被安置者以外之人，原非因某人被安置或不被安置致自身權利受影響的主體，惟家事事件法有允許本人以外具特定身分者得提起抗告之特別規定，包括程序監理人（§ 335 Abs. 2 FamFG）、職務範圍及於安置之輔助人和意定代理人（§ 335 Abs. 3 FamFG），配偶、父母、子女則在符合一定要件時（§ 335 Abs. 1 FamFG）得提起。若法院駁回安置之聲請，僅具聲請安置權限的主管機關有權提出抗告，本人之配偶、親屬、輔

¹¹⁴ Marschner, (Fn. 69), Rn. 95.

¹¹⁵ Marschner, (Fn. 39), Rn. 78; Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 81.

¹¹⁶ Marschner, (Fn. 39), Rn. 80.

助人或程序監理人於此情況，不得提起抗告，蓋家事事件法規定性質屬聲請程序之事件——即主管機關之聲請是審查程序進行的必要前提者，於法院裁定駁回聲請時，僅主管機關可以抗告，明文限制抗告權（§ 59 Abs. 2 FamFG）¹¹⁷。

依家事事件法提起救濟之法定期限原則上是 1 個月，惟對暫時安置令提起救濟適用應於 2 週內提起之特別規定（§ 63 Abs. 2 Nr. 1 FamFG）。若對安置令提出撤銷之聲請，而當事人在法院作出裁判前已出院，例如暫時安置期間屆至或執行安置醫療機構認為已無必要繼續安置等情，原則上系爭事件會因無保護必要，被認定不合法而駁回。惟此時可能適用家事事件法就此原則所設之例外規定續行裁判：若當事人就其法律地位之確認有特別值得保護之利益，當事人得聲請法院確認該訴訟標的違法，換言之，此時救濟程序的標的變更為確認已終結安置令之違法性（§ 62 Abs. 1 FamFG）。前揭變更以當事人提出聲請（auf Antrag）為前提，且於當事人「基本權利受到嚴重侵害」方具有確認利益（§ 62 Abs. 2 Nr. 1 FamFG）。過去德國實務見解曾否定確認執行完畢或已終止安置令違法性具確認利益（Feststellungsinteresse），惟聯邦憲法法院已改變見解，認剝奪人身自由乃重大之基本權干預措施，且此措施具有歧視效應，對當事人有恢復名譽之利益（Rehabilitierungsinteresse），故有確認利益¹¹⁸。當事人請求撤銷安置令時，抗告法院除審查安置要件是否仍存在而可繼續安置，也包括安置是否自始違法¹¹⁹，如果認定安置自始違法，抗告法院應撤銷區法院之安置令並駁回主管機關聲請¹²⁰。違法性審查係回溯到暫時安置令作成時點來審視是否違法，不僅違反實體法規定是違法，也包括違反程序規定。例如：鑑定意見的結論從專業觀點看來正確但缺乏論證，或法官並未聽取本人陳述意見而作出核發安

¹¹⁷ Frank, in: Musielak (Hrsg.), Familiengerichtliches Verfahren, 7. Aufl., 2022, § 59, Rn. 18; Jokisch, in: Sternal (Hrsg.), FamFG, 21. Aufl., 2023, § 59, Rn. 39.

¹¹⁸ BVerfG, NJW 2002, 2456, 2457; Bumiller, in: Bumiller/Harders/Schwamb, FamFG, 13. Aufl., 2022, § 62, Rn. 2 f. und § 331, Rn. 25 f.

¹¹⁹ Bumiller, (Fn. 118), § 62, Rn. 6.

¹²⁰ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 106.

置令的決定，屬侵害當事人基本程序權而可請求確認安置令違法¹²¹。若抗告法院確認安置令違法，當事人有權請求損害賠償（例如收入損失、非財產上損害賠償），但須向訴訟法院（Prozessgericht）另訴請求¹²²。此外，確認安置令違法之訴不得單獨提起，無論是安置期間僅就確認安置令違法性提出聲請，或安置期間未聲請撤銷安置令、在安置終結後始請求確認安置令違法，均不合法¹²³。

主管機關所為即時安置合法性，亦為得受法院審查之標的，但應向何法院提出聲請則有爭議。依據各邦精神衛生法所為之安置、剝奪自由或強制治療措施之准駁，本為行政機關之行為，惟家事事件法規定由照護法院管轄（§ 312 Nr. 4 FamFG）。一說主張，前揭規定既然明文將「依據各邦精神衛生法所為之安置」規定為照護法院管轄，即時安置合法性當由審理後續安置聲請之照護法院一併審查，如被即時安置之當事人在法院對安置聲請作裁定前已被釋放，致法院無從在裁定中確認即時安置違法，則得另向照護法院聲請確認緊急安置違法¹²⁴；另一說則認為，安置聲請係在即時安置後才提出，於聲請提出後此事件才開始繫屬照護法院。因此，若當事人主張即時安置措施違法，除邦法另有規定者外，應向行政法院為之，蓋家事事件法僅規定安置令之核發專屬照護法院管轄，未涵蓋即時安置措施合法性之審查，即時安置既是行政機關基於權責所為措施，其合法性須由監督行政行為的行政法院進行審查（§ 40 VwGO）¹²⁵。造成兩說見解不同的關鍵在於，如何詮釋家事事件法第 312 條第 4 款規定的涵蓋範圍。

¹²¹ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 89.

¹²² Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 91.

¹²³ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 90.

¹²⁴ Marschner, (Fn. 69), Rn. 102.

¹²⁵ Giers, (Fn. 81), § 312 Rn. 9; Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 268. 後者並列舉諸多採此見解之法院裁判。

三、公法安置之實體要件及審查方式

(一) 公法安置之實體要件

安置的實體要件由邦法規範，各邦就實施安置的要件規定不盡相同，但大體上包含以下共通要素：1. 當事人因其與精神疾病有關的行為（krankheitsbedingtes Verhalten）；2. 而對自己或他人的重要法益致生重大（erheblich）危害；且3. 此危害係當前（gegenwärtig）存在。實務見解認為安置法下的精神疾病須達一定嚴重程度（Schweregrad），始足以正當化限制人身自由，尤其若當事人係表現出某些與精神病（Psychosen）間界線模糊、醫學上僅將其描述為與精神（情緒）健康人行為顯著偏差的精神障礙（Psychische Störungen），法院有義務謹慎地審查，是否個案情況該當安置法下的疾病（Krankheitswert）¹²⁶。精神醫學與法律意義上的「疾病」概念不一定一致，原則上精神醫學專家的意見是法院判斷精神疾病要件的重要參考，此中體現法院和專家依功能專業為分工和協力的關係。其次，安置要件所要求之危害，必須是危害程度重大者，於此須進一步探討哪些（保護）法益受危害足以該當重大。而所謂當前危害，指危害事件已經開始、或即將發生、或在最近時間具高度發生或然率¹²⁷，這牽涉安置法下「危險」概念的判斷。以NRW的條文為例，該邦公法安置的合法要件為：如果精神病患者因與疾病相關的行為，使自己或他人的重大法益於當前遭受重大危害，且此危害無法透過安置以外的方式加以防免，得將其安置（§ 11 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW）。NRW的條文亦就當前危害的概念為立法定義：如果造成損害的事件係即將來臨，或其發生雖不可預見，但因特殊情況可能隨時發生，可認定存在當前危害（§ 11 Abs. 2 Satz 1 PsychKG NRW）。上開要件中，尤以「危險」概念內涵和「保護法益」涵蓋範圍為文獻與法院判決討論的重點，以下分述之。

¹²⁶ Vgl. nur BVerfG, NJW 1984, 1806.

¹²⁷ Marschner, (Fn. 69), Rn. 125.

(二) 安置法下的危險概念及危險預測方法

1. 公法安置的危險概念

危險概念之基本要素包括「損害」及「發生或然率」兩者。民法安置的目的是保護成人，其要防免的危險不需要迫在眉睫，而是以對當事人的生命、身體構成嚴重和具體的危險為必要。公法安置的危險概念則與警察法上的危險概念同源。警察法上的危險概念，作用在於衡平個人自由和保護公眾間緊張關係；傳統警察法欲防免的是立即且幾乎可確定會發生損害的危險，潛在、非急迫性危險則不足當之，在後者情況個人自由仍優先於公眾保障，因為警察法目的不在確保絕對安全，而係用來對具體危險做出適當反應。公法安置的危險概念，相較於警察法的危險概念更嚴格與限縮，蓋其涉及人身自由權干預，不僅要求受損的須為重大法益（詳後述），危險發生的或然率必須很高¹²⁸。德國法院就公法安置與警察法上危險概念之區分，主要從「時間」面向（Zeitmoment）及「危險發生或然率」（Wahrscheinlichkeit des Gefahreintritts）切入論述。安置法對危險預期時點要求既要「最近」可能發生，且須為「隨後緊接著」會發生；就危險發生可能性則要求高度或然率、幾乎確定會發生（an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit）。關於證明程度，原則上要求系爭危險根據客觀和具體的跡象可表明其存在暨急迫性，在聲請暫時安置令的情況，部分法院裁判會降低要求，以有足夠跡象（das Vorliegen hinreichender Anhaltspunkte）支持系爭重大損害即將發生為已足¹²⁹。

2. 危險預測方法

危險存在與否的判斷，是依據一定事實對危險發生蓋然率進行評估的結果，本質上係對事件未來發展的一種預測決定（Prognoseentscheidung）。目前與「預測決定」有關之文獻，主要係就刑法領域科處刑罰、宣告保安處分及警察法脈絡下危險預測為探討，針對安置脈絡者極為有限。在安置脈絡下

¹²⁸ BGH, NJW 2019, 860, 861f., Rn. 13 ff.; Marschner, (Fn. 69), Rn. 125.

¹²⁹ Vgl. Marschner, (Fn. 69), Rn. 125. 羅列諸多相關法院裁判見解。

作危險預測，與刑法領域的危險預測不同之處在於，前者常須在沒有先前危險行為的情況下為之，此外，於實務上最常出現的即時安置和暫時安置態樣，必須在相當短的時間內，且在對當事人所知訊息不多的情況下作出預測決定。但即便刑法與非刑法領域之危險預測有如上差異，預測均有一定的方法論要求則無不同¹³⁰。

安置法下危險預測的「思維過程」(Denkvorgang)可區分為2階段，透過醫學專家和法院分工合作作成決定：首先，依據經驗法則推斷危險發生的蓋然率，此部分於法院審理安置事件的程序中，通常是透過專家意見來獲得；第二階段則是對危險發生蓋然率的陳述作價值判斷，此階段係法律性質的評斷，應由法官獨立為之，此乃因專家依據經驗科學所為之危險預測與法律上的危險或不危險並非完全重疊。依據聯邦憲法法院判決見解，對危險預測的思維過程作分析，是法院審查剝奪人身自由要件時所必為，法院應以批判性的態度去理解精神病專家依經驗法則推斷蓋然率陳述的思路¹³¹，法院的任務並非透過某種方式自為風險評估，而係審查專家意見的說服力，主要是檢視其推論邏輯的嚴謹性¹³²。

依據經驗科學為危險預測的思維過程由三段論構成：大前提（經驗法則）：具有這種或那種特徵的人（例如某種精神病之患者），在一定時間內、在某種情況，大多數會如何行事。小前提：被評估對象正是具有這樣特徵的人，且預期他將會身處或經歷大前提所述的特定情況。結論：所以他也可能以同樣方式行事¹³³。不過專家或鑑定人通常不會清楚地用三段論架構來陳述其推論，這是何以需要法官對推論邏輯理性進行審查的原因。在大前提的部分，醫學專家依據流派的不同，可能採用不同取徑或工具來預測危險，例如從統計數據、或從臨床工作之觀察與經驗出發，進行危險和可治癒性評估。依據哪一種取徑來預測均無不可，這些取徑相互間並非互斥或競爭關係，毋

¹³⁰ Marschner, (Fn. 39), Rn. 117.

¹³¹ BVerfG, NJW 1982, 691, 692.

¹³² Marschner, (Fn. 65), Rn. 118.

¹³³ Marschner, (Fn. 65), Rn. 120.

寧是不同的思維過程，只要預測評估的思路係邏輯理性的推論即可。作為大前提的個別經驗法則，原則上沒有命題不正確的問題，蓋經驗一定是來自曾經發生過的事實，應注意的是該命題的「有效性」（Validität）程度。經驗法則的有效性，理論上取決於其形成所依據群體的總數和規模，及所依據群體和被預測對象在時間、文化和社會上的近似程度。由於目前為止精神醫學領域的研究仍相對匱乏，往往無法確保特定經驗法則在所有情況下都高度準確，因此，個案中負責出具預測意見的精神科醫師，應揭露其係根據如何之經驗知識作評估，必要時法官可要求醫學專家向其說明，這是防止基於有效性很低的日常理論（Alltagstheorie）——社會大眾普遍如此認為但沒有學術依據的看法——進行預測，或將罹患精神疾病直接等同於危險的必要作法¹³⁴。在小前提的部分，不得僅以罹患某種精神疾病證立危險性暨安置必要性，須針對個案是否符合安置之各個實體要件提出具體事實並表示意見，例如依據過去病史、當下的精神狀態和其所處社會環境脈絡等面向，評估這些要素對未來行為的影響，以說明是否符合存在當下危險的要件¹³⁵。

預測行為危險思維過程的第二階段，是由法院借助專家給予的意見做出「規範性」的危險預測決定（normative Prognoseentscheidung）。法院對專家所為預測進行法律性評斷，判斷標準主要取決於安置法的目的（Zweck）、目標（Ziel）及建構安置法體系的一般原則，主要是比例原則¹³⁶。安置法的目的和目標關係如下：安置的目的指涉其啟動的原因——為了處理某種危機狀況（避免危險），而安置的目標則著眼於採取措施後預期的效果和未來狀態，兩者缺一不可，且須緊密連結。例如在沒有危險防免需求的情況，不能只為了改善當事人健康而予以安置；相對地，也不能只為了安全目的而啟動安置機制，因為安置以罹患精神病為前提要件，表示其目標包括改善健康的要素¹³⁷。

¹³⁴ Marschner, (Fn. 65), Rn. 121.

¹³⁵ Marschner, (Fn. 69), Rn. 127.

¹³⁶ Marschner, (Fn. 69), Rn. 128 f.

¹³⁷ Marschner, (Fn. 69), Rn. 35.

有鑒於安置措施應兼顧危害防止和從社會國原則導出的照顧目標，法院針對專家依據經驗科學評估為有危險的個案，應斟酌若干事實變項為整體評估，以決定是否准予安置，例如：危險發生可能會造成傷害的嚴重程度（不得為防免程度輕微的傷害而剝奪人身自由）、當事人已被安置之時間（人身自由剝奪時間愈長，社會大眾須接受較高的風險）等¹³⁸。比例原則除體現在前述的整體評估中，也課予法院合理分攤危險的義務。由於沒有人能夠百分之百確定當事人是否會做出危險行為，無可避免會有「實際上有危險被判定為無危險者」和「實際上無危險被判定為有危險而被安置者」2種誤判群體，前者會因其嗣後造成損害特別受到注目，後者卻往往難以發現其黑數。比例原則適用於危險預防領域，要求將因誤判而造成的兩類損害合理分攤，尤其為控制「被誤判為有危險而錯被安置」這類型的比例，必須容忍會有若干實際有危險但法院駁回安置聲請之個案，這是法院和社會大眾都應有的認知¹³⁹。

（三）適格之受保護法益

1. 「公共安全或秩序」不在考量範圍

安置的啟動除需存在即將或隨時可能發生之危險，還要符合如不阻止此事件發生，「受保護法益」在可預見的未來有高度可能受到損害的要件。目前各邦精神衛生法就受保護法益，包括「自己」或「他人」的重要法益。安置機制濫觴於警察法，隨著安置目的轉變為兼具照顧目的，原將「危害公共安全和 / 或秩序」（Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und/oder Ordnung）列入考量受到動搖。目前絕大多數邦的精神衛生法條文都不再將「危害公共秩序或安全」列為要件，這意味違反多數人認同之社會行為規範的舉動，不必然可以正當化安置措施；因當事人危害自己法益而啟動安置之情形，僅需該事件對當事人法益造成重大危害即可正當化安置，無庸考量是否影響公共

¹³⁸ Marschner, (Fn. 39), Rn. 126 f.

¹³⁹ Marschner, (Fn. 39), Rn. 130.

安全，這與聯邦憲法法院認為此種情況國家係基於基本權保護義務誠命而須啟動安置的見解相符¹⁴⁰。

揚棄抽象的維護公共安全和秩序得正當化安置措施的想法後，取而代之作為限縮與評估是否啟動安置機制的標準，係必要性和合比例性（狹義比例性）原則。從必要性及合比例性原則必然導出安置保護之法益須為重大者，故不論涉及危害自己或他人利益的狀況，各邦邦法都規定只有在情況緊急和危及非常重大法益時，才有採取安置措施的正當性，且有提供周全治療和復健服務的義務，以符安置措施為公衛法體系之一環、兼具危機處理目的的定性¹⁴¹。以下進一步區分受危害的是第三人（他人）或當事人自己法益，分別探討此 2 類情況下該當「重大」之法益。

2. 第三人法益

為保護第三人的「生命」，及在大多數情況下得為保護第三人的「身體健康」而採取安置措施，蓋身體健康的範圍涵蓋較廣，須依據個案情節來確認受危害法益是否滿足重大性的要求。在此無法仔細分析德國法院實務見解，僅略述常見之案件態樣：嚴重暴力和性犯罪行為（尤其再犯頻率高者）¹⁴²、對他人造成危險的道路交通行為，都曾被認定該當對第三人法益構成重大危害¹⁴³。亦有嘗試以負面排除法劃定安置法保護之第三人法益範疇者：騷擾、侮辱、辱罵、輕微身體損傷和偏執行為，例如大吼大叫、擾亂夜間安寧、挑釁路人、裸體或暴露生殖器，原則上不足支持剝奪人身自由必要性¹⁴⁴；但前述負面排除之行為，也可能考量個案情況特殊而例外肯認有啟動安置必要者，例如因精神疾病引發對他人為持續、有針對性的跟蹤攻擊，而這些行為可能嚴重危害受攻擊者之健康¹⁴⁵。

¹⁴⁰ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 241.

¹⁴¹ Marschner, (Fn. 69), Rn. 133.

¹⁴² Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 240.

¹⁴³ Marschner, (Fn. 69), Rn. 135.

¹⁴⁴ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 240.

¹⁴⁵ BGH, NJW 2012, 1448, 1449 Rn. 22.

危害第三人生命身體以外的法益，尤其是「財產」法益，能否正當化安置措施，則有爭議。目前沒有邦法明確將危害第三人財產法益列為安置保護之法益，但有些邦法有危害第三人「重要或特別重要法益」（Gefahr für bedeutende oder besonders bedeutende Rechtsgüter Dritte）這樣的概括條款，有空間將財產法益納入。不過依據比例原則的要求，此類條款應限縮解釋，須個案所涉法益與危害第三人生命身體法益的嚴重程度可相比擬，始得例外承認，例如未造成他人生命身體損害的縱火行為，至於單純損害財物則不足當之¹⁴⁶。

3. 自己法益

若危害的是本人法益，安置措施介入的界線須顧及本人自主權之尊重；另外，危害自己法益沒有外部性，與危害第三人利益的情況不同。當維護公共安全和秩序的要件已被摒棄，剩下足以正當化安置措施的事由是自決權的確保，其標定了安置的起點與界限。故各邦精神衛生法以系爭自我危害行為導因於罹患精神疾病，且該精神疾病嚴重影響本人的辨識、判斷或控制能力，導致他無法依據自主意願決定如何應對自己法益遭受重大危害，作為安置前提。其中自己法益的重要性，須約莫可與人身自由重要性相當的程度。「生命權」乃憲法層次特別肯認應予保障的重要法益，其重要程度達重大性門檻的要求無爭議¹⁴⁷，但並非對所有處於自殺危機狀況者均可啟動安置，仍須與本人自主權取得平衡，這是各邦精神衛生法以「該自殺行為導因於罹患精神疾病」為介入標準的緣故，其他基於完全自主能力決定自殺者不得施以安置¹⁴⁸。

相較於生命權，為保護本人「身體健康」而介入的界線則較為模糊，因為在一定限度內個人享有生病的自由。從憲法保障個人自決權的觀點出發，各邦法有關因本人健康遭受危害而施以安置的規定，應作如下合憲性解釋：

¹⁴⁶ Marschner, (Fn. 69), Rn. 136.

¹⁴⁷ Marschner, (Fn. 69), Rn. 137.

¹⁴⁸ 雖然實務上不易判斷個案當事人是否基於自主意思決定自殺，參見 Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 238.

只有在當事人因病無法自主決定時，才能違背其意願或未獲其同意將其安置¹⁴⁹。若當事人無法在不受精神疾病影響的情況下形成自己的意願，且無法根據所認知或所為判斷而採取行動，即屬欠缺自由意志¹⁵⁰。依此，拒絕接受精神病治療或拒絕服用醫生認為必要的藥物，尚不足正當化安置，另須符合拒絕治療會造成嚴重健康傷害始可啟動；尤其當個案情況不予安置可能導致的後果是久病不癒，須謹慎評估安置的必要性，因為這種個案當事人的症狀通常已是慢性，實務上對此類個案很容易只描述存在抽象危險，而沒有具體指出未採取安置措施會對健康造成重大損害。綜言之，對於患者本人而言，採取適合他的護理和治療才是應關注的重點，因此除嚴重危害本人健康的緊急情況，原則上沒有必要施以安置，尤其精神疾病的治療需要本人有配合意願，在當事人自由未受剝奪的情況下進行治療效果更好。

危害自己的財產法益原則上不足正當化安置，不過有見解認為此原則非絕對，主張如果系爭財產損害程度相當重大，可能使當事人的家庭關係永久惡化從而導致病情惡化，則可合理化安置。即便認同這樣的主張，也應從嚴解釋，因為這種情況多半可透過較安置干預輕微的手段因應：為其選任輔助人及要求其處分財產行為須經同意始生效力¹⁵¹。

肆、我國精神衛生法強制住院新制

一、精神衛生法強制住院制度之功能與定性

精神衛生法之強制住院制度，係為防止嚴重病人傷害他人或自傷之危險，於認定病人有住院治療必要而其拒絕時，由地方主管機關指定精神醫療機構聲請法院裁准後實施，乃行政機關依法執行行政任務而為公法性質。1990 年初制定之精神衛生法強調保護人、家屬及警方對病患就醫之責任，

¹⁴⁹ BGH, NJW-RR 2015, 770, 771 Rn. 9.

¹⁵⁰ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 238.

¹⁵¹ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 239.

警察法色彩濃厚；2007年修正之版本，強化對強制治療機構及病人權利保障之規範，強制住院目的不再僅側重社會安全，同時講求病人之治療與復健，性質轉為兼具照顧目的的公共衛生法¹⁵²。

我國尚有其他涉及拘束精神病患人身自由的安置措施，這些制度與精神衛生法強制住院制度之適用關係，應依據制度功能判斷。刑法上的安置以判決時點為界，包括判決確定前（偵查審判階段）對患有精神疾病而無責任能力或限制責任能力之被告，於有危害公共安全之虞並有緊急必要之情形，限制其人身自由的暫行安置處分（刑事訴訟法第10章之1參照），以及對因精神障礙依法不罰或減輕刑事責任之犯罪行為人，為避免其再次犯罪或者危害公共安全之情形而宣告之監護處分（刑法第87條和保安處分執行法第46條至第48條參照）。其中刑事暫行安置處分與「他傷型」（傷害他人法益）而啟動強制住院的情況兩者可能競合，若系爭行為可適用刑事訴訟法之暫行安置規定，應優先適用刑事訴訟法，理由是刑事法院無權依精神衛生法裁定行為人強制住院，即便啟動強制住院機制，強制住院期間長度原則上不夠滿足整個偵審期間安置被告以保障大眾安全之需求¹⁵³。雖然精神病的治療所需要時間依個人狀況而異，但為數不少個案需要持續數年的長期治療，從強制住院期間至多120日以觀（參照第63條），此制度目的在緩解病人的急性症狀，協助其病情穩定，是一種危機處理的手段。

我國民法未規定發生在私領域之安置需經法院同意方得為之。若家屬親友將精神病患送至私人機構安置，而機構將病人拘束於狹小空間或以隔離的方式管理患者，有不當侵害患者人身自由的疑慮¹⁵⁴。憲法第8條課予國家保障人身自由之誠命，亦應及於發生在私人場域剝奪人身自由措施。因此針對因家屬親友將病人送至機構安置，違背病人意願而拘束人身自由者，應參照德國民法安置制度訂定相關規範¹⁵⁵，蓋私人機構將精神病患長時間安置於特

¹⁵² 劉潤謙，前揭註53，頁84-85。

¹⁵³ 連孟琦，前揭註60，頁268-269。

¹⁵⁴ 例如過去的龍發堂曾被質疑以禁錮、鐵鍊網綁、毆打、凌虐等方式管理患者。

¹⁵⁵ 林春長（2010），《司法研究年報第27輯民事類第2篇：家事事件成年監護制度之研究》，頁95，司法院；戴瑀如，前揭註59，頁203。

定封閉處所，對人身自由之干預程度不亞於屬處理危機性質之短期公法安置，有必要納入法院監督範疇。

二、精神衛生法強制住院之法制框架

（一）進入法院前之程序

1. 護送就醫

向法院聲請裁定強制住院前，病人會先經專科醫師診斷認定有住院治療之必要但拒絕接受時，始啟動「緊急安置」以進行強制鑑定。故專科醫師診斷是緊急安置的前階段，而病人會受此種診斷的情況包括：1. 病人自願前往精神科門診或急診；2. 由警消機關護送就醫；任何人發現疑似第 3 條第 1 項第 1 款所定狀態之精神病人，有傷害他人或自己之虞，通報警消機關。警消到場後應通知地方主管機關即時查明回覆，個案是否屬第 3 條第 1 項第 1 款所定狀態之精神病人，若然應即協助護送至就近適當醫療機構就醫；若無法查明其身分或屬精神病人者，地方主管機關應派員至現場共同處理，無法到場或無法及時到場時，應使用具聲音或影像之科技設備處理，以認定是否有就醫必要（第 48 條第 2 項、第 3 項）。各地方政府可自行衡酌人力到位情況，派員到場或使用影音設備判斷就醫必要性，為此應依第 49 條第 1 項建立 24 小時緊急精神醫療處理機制。警消人員於此之任務僅為「協助護送就醫」，而非「判定個案是否為精神病人與是否有必要緊急安置」，後者係由醫療機構判斷¹⁵⁶。

消防機關係依據緊急醫療救護法護送個案就醫，於病患同意就醫的情況無拘束人身自由的問題，惟其拒絕接受緊急救護運送時，原則上不得強制其就醫¹⁵⁷；此時若符合第 48 條第 2 項規定之要件時，可由警察機關施以管束護送個案強制就醫。前述規定在實施管束要件的設定上，與警察職權行使法

¹⁵⁶ 游宗翰（2023），〈概覽精神衛生法之新修正〉，《月旦醫事法報告》，79期，頁13。

¹⁵⁷ 緊急醫療救護法無得強制明文，緊急救護辦法第7條則規定病患或其家屬拒絕接受運送時，應要求其於救護紀錄表中簽名後，不予運送。

無不同¹⁵⁸，符合管束要件本來就可以強制送醫¹⁵⁹，不同的是前者加入了協助判斷系爭案件屬精神危機事件的機制，旨在協助第一線人員辨識精神危機、防止衝突升高¹⁶⁰。

2. 事務管轄權

有權實施緊急安置及提出強制住院聲請者，為「地方主管機關指定之精神醫療機構」，強制鑑定則由「地方主管機關指定之專科醫師」實施（第 59 條第 2 項、第 4 項）。修法指出，本條所定之強制鑑定乃「授權」指定專科醫師為之，與法院或檢察署於訴訟程序中囑託精神醫療機構或精神科醫師所為之狹義司法精神鑑定不同。第 59 條鑑定之性質是行政程序階段請專家協助調查事實，以協助行政機關客觀正確的決定或判斷；本條規定為強制鑑定，應是考量本類事件之重大事實涉及專業知識，故須由受過專業訓練的專科醫師鑑定¹⁶¹。法律未規定診斷書應記載事項，德國法上可比較的是聲請暫時安置應提出的醫師診斷書——因時間急迫，故允許以診斷書取代鑑定書（§ 331 FamFG），與我國強制鑑定的「診斷書」同屬簡略形式的鑑定書。德國係透過法院實務見解建立診斷書中應載明哪些訊息，才符合法律所要求說明之當事人狀況和採取措施必要性¹⁶²，如果診斷書所載訊息不夠充分，法院應依職權調查原則進行補充調查。

¹⁵⁸ 參見警察職權行使法第19條及第20條規定。精神衛生法第48條第2項可說是將前述警察職權行使法條文具體運用在精神衛生的脈絡下，非創設新的權限。

¹⁵⁹ 依據警察職權行使法第19條第2項，管束應即時以適於個案需求方式處置，包括交由適當之機構保護，醫療院所即屬之。

¹⁶⁰ 吳建昌（2008），〈司法精神醫學學術委員會之展望：從2007年修訂之精神衛生法之強制治療制度談起〉，《精神醫學通訊》，27卷2期，頁10；鄭懿之（2011），〈論精神衛生法中強制住院對人身自由之限制〉，頁105，東吳大學法律學系碩士論文。

¹⁶¹ 行政程序中的鑑定有自由（任意）及強制鑑定，本條是後者性質。參見蕭文生（2009），〈鑑定人與行政調查程序〉，社團法人台灣行政法學會（主編），《行政調查之建制與人權保障／行政訴訟之前置救濟方法與程序》，頁158，元照。

¹⁶² Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 258.

由指定精神醫療機構向法院聲請裁定許可強制住院，也是基於法律授權為之，如無此規定，原應由地方主管機關提出聲請，形式上無違反管轄恆定原則。然而，是否有安置必要，需結合醫療以外的面向進行考量，再者，聲請強制住院應提出相當事證支持實施必要性，主管機關可在其權限範圍內啟動行政調查蒐集所需事證，醫療院所多被動援用警消機關、保護人或其他關係人提供之資訊，無法主動為行政調查。是以，由主管機關綜合醫療機構的意見及其他醫療以外的具體事實通盤審酌，決定是否及如何提出聲請，應該是更適切的安排。德國公法安置即係由主管機關提出聲請，醫院的角色是出具診斷書或鑑定書，由地方主管機關而非精神醫療機構提出強制住院聲請，是基於安置與否的判斷是法律適用而不是醫學問題的思維。

（二）避免強制住院之先期與後置措施

新法第 2 章章名從「精神衛生體系」修正為「精神衛生服務體系」，展現欲透過建置社區支持服務系統，對疑似或社區精神病人提供相關服務避免啟動安置，同時確保精神病患經過治療回歸社區後持續接受關懷照護，避免其再度被安置。將「服務」具體化之規定例如：病人支持服務措施應以「多元連續」為原則，蓋精神病患常合併多元需求，由醫院出院到社區之間需要多元、長期之支持（第 23 條）。提供經治療回歸社區後之病人主動社區關懷及訪視，以引導病人規律就醫及協助家屬處理緊急或突發狀況（第 27 條）。第 48 條第 1 項增訂各執行社區支持業務之網絡單位人員，於執行職務時如發現疑似同法第 3 條第 1 項第 1 款所定（精神疾病）狀態之人，得先行通知地方主管機關提供醫療、關懷或社區支持服務。各網絡單位轉介疑似病患啟動照護優化措施時，應在有相當程度之事證指向個案係疑似或社區精神病患時方能啟動通報及轉介，否則恐生不當干擾訪視對象隱私與自由的疑慮。此外，前述措施應遵守自願原則，若個案或家屬拒絕訪視，固得勸導其接受服務，如仍不接受服務僅能詳實記錄建檔並轉介至所在地衛生局，除非有第 48 條第 2 項之情況，否則不得強制就醫。

(三) 法院審理程序

強制住院聲請事件(即嚴重病人保護安置事件)為家事事件法的家事非訟事件。家事事件法專就此類事件所為規定僅第 185 條 1 個條文；此類事件專屬司法院指定之法院管轄，並列舉若干準用之條文。精神衛生法新法為落實 CRPD 第 13 條揭示之獲得司法保護權利之意旨，增訂了一些程序性規定，例如關於提供病人法律扶助與程序監理人選任規定(第 62 條、第 70 條)¹⁶³，優先於家事事件法適用。

有關法院審理這類聲請案時，應適用之程序基本原則和證據法則分析如下。首先，家事非訟事件適用職權探知原則，由法院依職權調查事實及證據(家事事件法第 78 條第 1 項)。其次，非訟事件因追求迅速、簡易，對當事者權利之保障較訴訟程序薄弱，但也非完全不顧，考量非訟事件類型多樣，應按事件種類、性質給予不同程度之當事者權保障。非訟程序對保護當事者權之方式，原則上法院視事件情況自由裁量，例如要給予哪些關係人陳述意見之機會，陳述方式以言詞或書面或兩者兼用，除法律有特別規定外，法院享有裁量權¹⁶⁴。至於強制住院聲請案應適用何等證據程序，可分成以下幾個面向來討論：1. 應以證明或釋明為證據調查方法：民訴法有關證據之規定於非訟事件準用之(家事事件法第 97 條、非訟事件法第 31 條)。民事訴訟法以證明為原則，釋明僅在例外狀況存之(法條特別規定時)，非訟事件亦應如此理解，學者指出部分實務見解認為非訟程序法均適用釋明程序，容有誤解¹⁶⁵。本文認為，民訴法上規定適用釋明程序者，主要係保全程序(本質為暫時處分)和程序事項，且涉及的都是財產法律關係，強制住院聲請案涉及人身自由，且在我國家事事件法上並非定位為暫時處分，針對強制住院實

¹⁶³ 其他為保障精神障礙者程序地位的新法條文分析，參見孫迺翊，前揭註4，頁44-50。

¹⁶⁴ 邱聯恭(1987)，〈訴訟法理與非訟法理之交錯適用〉，《法學叢刊》，32卷2期，頁130。

¹⁶⁵ 姜世明(2011)，〈非訟事件法新論〉，頁114，新學林。

體要件事實亦未明文釋明即可¹⁶⁶，故應以證明作為證據調查方式。2. 嚴格證明或自由證明：程序事項採自由證明此點較無爭議¹⁶⁷，就實體要件事實之證據調查，在非訟事件如貫徹嚴格證明原則，將無法因應各種非訟事件的性質，應視事件類型兼採自由證明（即不受有關證據方法與調查證據程序之法律所拘束）¹⁶⁸。如何兼採考量因素包括：若非訟事件類型本質係行政事件、立法者將之司法化的類型，指向寬採自由證明；事件有急迫需求者，亦宜寬認適用自由證明¹⁶⁹。強制住院目的為預防危險發生，及使人民健康生命權受到保護，著眼於未來而不是針對過去事件，實非傳統司法權的領域，毋寧更接近行政權的作用，加上系爭裁定著重時效之特性，均支持法院原則上可採自由證明，惟基於程序保障之要求，即使採自由證明，也應盡可能賦予當事人陳述意見機會。審理時如病人就重要待證事實發生爭執，或依自由證明程序所得證據無法令法官形成確信，則應用嚴格證明程序強化正確性擔保¹⁷⁰。3. 證明度：指法院認定事實所需最低下限之心證度。一般民事訴訟事件心證程度，只須達到證據優勢，不須達到刑事案件要求之無合理懷疑的程度。非訟事件原則上亦適用如同民訴事件要求之證明度，雖有認部分情形可降低證明度¹⁷¹，但本文認為，強制住院牽涉人身自由限制，至少應證明到證據優勢的程度。由於法律並未就各種事件須適用何等證明度為規範，就此有待未來法院審理強制住院聲請事件時，藉由案例累積建立明確標準。

¹⁶⁶ 德國家事事件法就聲請暫時安置程序之證據調查明文釋明即可，此規定從程序法理出發尚可接受，因為德國法將暫時安置定性為暫時處分，故程序保障密度可以降低。

¹⁶⁷ 姜世明（2023），《家事事件法論》，7版，頁389，元照。

¹⁶⁸ 邱聯恭，前揭註164，頁131。

¹⁶⁹ 姜世明，前揭註165，頁146。

¹⁷⁰ 姜世明，前揭註165，頁147。

¹⁷¹ 姜世明，前揭註167，頁389。

(四) 強制住院之執行

1. 強制治療

精神衛生法並未在強制社區治療及強制住院治療章(第5章)對強制住院期間之強制治療措施特為規定,依目前實務運作,如強制住院申請經審查會許可,原則上由執行強制住院之精神醫療機構依病患病況決定如何治療,包括一般病房管制與特別安全措施在內。解釋上,第3章病人保護及權益保障章中關於治療的規定,也適用於強制住院的脈絡。例如強制住院期間若要實施第43條的特殊治療,應依第44條規定取得同意方得為之:病人為成年人,應經本人同意,但受監護或輔助宣告者,應以其可理解方式提供資訊,並取得其監護人或輔助人同意,監護人或輔助人為前述同意時,應尊重本人之意願。第44條雖已注意到CRPD尊重障礙者意願,並以其可理解之方式提供資訊為輔助支持之要求,但仍採由監護人或輔助人行使同意權之替代決定模式,未完全符合CRPD意旨¹⁷²。若病人處於昏迷或其他無法表示意願的情況,依第44條第2項按醫療法¹⁷³、病人自主權利法(例如已依病人自主權利法預立醫療決定)相關法律規定辦理,僅規範了一部分病人未能依第44條第1項行使同意權之情況。若病人未受監護或輔助宣告,且非處於無法親自同意狀態,當其明確表示拒絕治療卻施以治療,無疑是強制治療¹⁷⁴。鑑於強制治療干預醫療自主權程度重大,有必要參照德國法例,將強制治療的前提條件另以法律具體明確規定在第5章,包括強制概念、實施要件及程序要求等面向。

¹⁷² 關於我國成年監護制度對監護人、輔助人賦予同意權的規定,是否符合CRPD規定及意旨之討論,參見黃詩淳(2014),〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之我國成年監護制度〉,《月旦法學雜誌》,233期,頁136-152。

¹⁷³ 醫療法第64條規定醫療機構應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明,並經其同意,始得為治療,但本條僅適用於侵入性檢查或治療,未能涵蓋所有精神疾病強制治療方式。

¹⁷⁴ 王子榮(2020),〈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〉,楊添圍(等著),《精神醫學與法學的交錯》,頁72-73,元照。

2. 其他安全措施

精神衛生法第 3 章有幾條關於病人住院期間管理與安全措施的規定，以下依據是否涉及拘束身體或限制行動自由——亦即是否相當於德國法特別安全措施——為分析。第 32 條就住院期間拘束病人身體或限制其行動自由為規範，相當於德國法特別安全措施。德國法上認為特別安全措施應視為獨立於安置以外的強烈干預措施，所欲防免的危險至少須達安置所要求的強度。依第 32 條規定得實施此類措施的前提要件，包括「因病人醫療需要」或「為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件」，後者大致相當於強制住院欲防免之危險，較有疑義的是前者。從比較法觀點，得為避免當下對病患自身造成的「重大」危險或對第三人法益的當前「重大」危險而實施特別安全措施（§ 20 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW），相對於此，我國法「醫療需要」之要件明顯過於寬泛，有違反比例原則之虞。另鑑於特別安全措施干預強度重大，我國應參考德國作法明定須在實施前取得法院許可之原則與例外，並訂定實施之程序要求：院方就採取特別安全措施之必要性有說理義務、醫護人員之監測義務、應以書面紀錄採取措施之原因、施行之時點、方式、長短等，以作為日後判斷合法性之事實基礎¹⁷⁵。

其他安全措施在實務上較有爭議的是病房內使用通訊電子產品的問題。舊法已明文住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利，僅容許「因病人病情或醫療需要」予以限制（舊法第 25 條、新法第 40 條）。然而，我國精神科急性病房常以保護病人隱私為由，嚴禁病患使用有「照相、上網、錄影及錄音等功能」的智慧型手機或 3C 產品¹⁷⁶，使得住院病人在空間與人際上均與外界隔離，致其因住院而和日常生活及人際關係脫節，不利出院後回歸社區與社會。NRW 精神衛生法亦明定精神病人強制住院期間之通訊自

¹⁷⁵ BVerfG, NJW 2018, 2619, 2623 Rn. 83-85; 邦法規定可參考 § 20 Abs. 3 PsychKG NRW.

¹⁷⁶ 王修梧 (01/24/2022)，〈別讓精神科病房成為孤島（上）：疫情導致「空間」與「人際」雙重隔離，讓病情雪上加霜〉，《關鍵評論網》，<https://www.thenewslens.com/article/161678>（最後瀏覽日：06/22/2024）

由受保障，細節交由院方訂定住院規則加以規範，惟所定規則必須符合基本法及法律對相關個人權益保障的要求（§ 22 PsychKG NRW）。各精神醫院住院規則就有上網、錄影等功能的 3C 通訊產品，多採取明定得使用通訊器材的類型、使用時段與範圍，禁止的是「錄音錄影的行為」，而非完全禁止使用相關產品；於個案符合一定條件下得禁止、監控和暫停病人使用通訊器材，通常係基於不利健康、或防止對院內安全和秩序構成重大威脅而為，但不得造成個案事實上無法與特定人取得聯繫¹⁷⁷。

（五）強制住院期間

1. 緊急安置階段

新法將緊急安置期間從 5 日改為 7 日，緊急安置期間內應進行的強制鑑定期限從 2 日改為 3 日，且起算時點從「緊急安置之日起」改為「緊急安置之次日起」。緊急安置無庸經法院核准，是否有違憲法第 8 條？依據司法院釋字第 708 號解釋意旨，非刑事被告人身自由限制雖無須必由法院事前同意，仍須受法官保留原則拘束，如為長期限制人身自由處分，應由法院為之，短暫期間限制人身自由得不須法院介入，據此，緊急安置期間不經法官保留的前提是，緊急安置期間須為「短暫」。行政院版修正草案，原擬循司法院釋字第 708 號解釋理由書之意旨：基於入出國及移民署作業實務需要，肯認暫時收容於 15 日內無庸法官保留，以醫療院所運作和移送法院審理所需延長緊急安置為 14 日。本文認為，強制住院除拘束人身自由，同時侵害醫療自主權甚至影響家庭生活權¹⁷⁸，鑑於其深度干預基本人權，未經法院核准的緊急安置期間應盡可能限縮。

從比較法的觀點，可比較的是德國法的即時安置。如前所述，德國多數邦法規定即時安置應於「強制入院隔天結束前」取得法院核發安置令，有些邦規定之即時安置期間較長，以入院安置後第 2 天終了前為期限，即引發與

¹⁷⁷ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 329.

¹⁷⁸ 陳正根（2017），〈從人權保障探討精神疾病強制治療〉，《月旦醫事法報告》，9期，頁36-39。

人身自由重要性不相稱之批評。我國新法規定允許緊急安置期間上限 7 日，相較於德國法更無法反映人身自由應受的高標保障，此問題源於我國程序規範之設計。德國實務上即時安置後續通常聲請「暫時安置」，德國家事事件法將之定性為暫時處分，設有較本案程序簡便的特別程序規定，法院審查暫時安置實體要件時適用略式審查，以便能於 2 天內為裁定。然而，我國接續在緊急安置後的強制住院裁定，家事事件法並非將其定位為暫時處分，未設特別規定降低程序密度，而係依一般家事非訟事件程序審理。另一嚴重的問題是，第 60 條第 1 項雖規定緊急安置期限為 7 日，卻未如現行法第 42 條第 1 項規定未於期限內取得強制住院許可應停止緊急安置，或如德國各邦法設有屆期未取得法院安置令應即釋放當事人之規定；另觀第 73 條規定，聲請法院裁定期間得繼續為緊急安置，此條與第 60 條第 1 項併同適用的結果是，在法院未對強制住院聲請作出裁定前依法均可繼續安置。從德國法制的設計可見「程序保障密度」與「迅速審理」間呈現此消彼長的關係，與德國相較我國新法在兩者間選擇偏重強化程序保障密度，已相當程度無法兼顧人身自由拘束應迅速審理以提供即時救濟，新法為緊急安置期間創造期限未定的延長空間顯為不容存在之法律漏洞，應儘速修補。

2. 強制住院期間

自 2003 年有統計數據起，入住精神科急性病房者住院平均天數整體呈現緩步攀升的趨勢，2022 年入住精神科急性病房的病人每次住院日數平均為 41.5 天¹⁷⁹。是以，強制住院應屬司法院釋字第 708 號解釋之長期人身自由限制，須受法官保留原則拘束，現行法採行政審查許可強制住院，有違前揭解釋意旨。新法規定每次強制住院期間不得逾 60 日（第 63 條第 1 項），可參考德國法院實務作法，於裁定中依個案情況酌定強制住院期間上限，從第 63 條第 1 項條文文義亦蘊含須隨案定期、而非一律以 60 天為上限的誠

¹⁷⁹ 2003 年平均住院天數為 29.88 天，參見衛生福利部（編製）（2023），《中華民國 111 年醫事機構服務量統計年報》，頁 69。

命¹⁸⁰。在裁定所定期間屆至前，若病人病情改善無繼續強制住院必要時，精神醫療機構應停止強制住院，自不待言（參照第 64 條）。

（六）權利救濟

現行行政審查的模式下，審查會若許可強制住院申請，在通知書中會告知病人得向「法院聲請裁定停止強制住院」或「向行政院提起訴願」。前者係精神衛生法明文救濟機制（現行法第 42 條第 2 項），法院審查的是聲請當下病人有無繼續住院必要，而非判斷審查會所為強制住院決定本身是否違法而應撤銷，此問題是透過後者——亦即行政救濟管道——為之。然而，訴願實務上對於不服強制住院決定而提起撤銷訴願的請求，認許可強制住院的行政處分是以指定精神醫療機構為受處分人，嚴重病人並非處分對象，故不得針對強制住院決定提起訴願，只能向法院聲請停止住院¹⁸¹，導致病人後續無法提起行政訴訟。前述見解係以行政處分形式上受文者為受處分人，惟人身自由受剝奪之病人為實際上權利受侵害者，被認為「非受處分人」極不合理。法院裁判也有認被強制住院之病人非許可處分之受處分人者¹⁸²。德國學界與實務就行政處分之受處分人，係從客觀角度綜觀處分整體內容，以該處分實際針對的對象為受處分人（內容之受處分人）¹⁸³，是比較妥適的認定方式。

前述無法就強制住院決定本身違法性提起救濟的問題，在新法上路後可望獲得解決。第 71 條第 2 項規定對強制住院裁定不服得提起抗告，抗告法院審查範圍應包括強制住院裁定（於作成裁定時點）之合法性，及對抗告為裁定時是否仍符合強制住院要件，若強制住院裁定不合法應予撤銷，個案於

¹⁸⁰ 第63條第1項規定：「法院每次**裁定**強制住院期間，**不得逾六十日**」。

¹⁸¹ 此法律見解係行政院在102年2月7日院臺規字第1020007040號函覆衛生署的公文中所表示，參見翁燕菁、翁國彥，前揭註5，頁253-254。

¹⁸² 法院認為嚴重病人非強制住院此等下命處分之受處分人，故無從據此處分對病人強制執行，參見臺灣桃園地方法院於2017年9月15日之106年度衛字第4號民事裁定。

¹⁸³ Ramsauer/Schlatmann, in: Kopp/Ramsauer, VwVfG, 24. Aufl., 2023, § 13, Rn. 23.

裁定時已不符強制住院要件則應停止強制住院（第 64 條第 1 項第 4 款規定參照）。現行法聲請停止緊急安置或強制住院制度新法予以保留，但規定停止住院係向第一審法院而非向抗告法院聲請（第 66 條第 1 項），顯示聲請停止住院非被定性為一種「救濟」，而是一個新的事件——著眼於住院之後發生了可以不用再住院的新事實狀態。惟從聲請停止住院目的也是使當事人脫離人身自由被拘束狀態以觀，仍不失為一種廣義的救濟。本文認為，聲請停止住院要交由第一審或抗告法院管轄，立法者有形成的自由，差別在於，若當事人選擇提出停止住院聲請，則法院審查的是個案當下情況是否仍符合強制住院要件，但如果要爭執的是強制住院裁定合法性，應提起抗告，且須遵守於裁定送達後 10 日內提起抗告之不變期間（第 71 條第 2 項）。

關於誰有權對強制住院裁定提起抗告，第 71 條第 2 項並未明文列舉，此應從非訟事件的程序主體概念出發思考。非訟事件除形式當事人外，尚有所謂實質當事人（或稱實質關係人），統稱關係人（非訟事件法第 10 條）；非訟事件十分著重實質當事人概念，非訟之聲請固可不列相對人，但聲請書狀未列載之相對人或其他利害關係人（即實質關係人），只要係因裁定而權利受侵害者，即有抗告權¹⁸⁴（非訟事件法第 41 條）。據上，聲請人（主管機關）為形式當事人，於法院駁回住院聲請時得提起抗告；嚴重病人為強制住院裁定之實質當事人，於法院裁定許可強制住院時權利受侵害，可提起抗告。至於停止緊急安置或強制住院之聲請，法條明文得由嚴重病人或其保護人為之（第 66 條第 1 項）。現行法下曾有嚴重病人提出停止強制住院聲請，法院罕見地裁定停止住院¹⁸⁵，衛福部因而就前揭裁定提起抗告。裁定停止住院之原審法院認衛福部依法不得抗告，理由略以：現行法第 42 條第 3 項僅規定病人或其保護人對於法院停止住院裁定不服得提起抗告，未提及主管機關，基於明示其一、排除其他，及保障病人人身自由之意旨，不許主管機關提起抗告；並認現行法第 42 條第 3 項是家事事件法第 97 條（使家事非訟事

¹⁸⁴ 邱聯恭，前揭註 164，頁 131。

¹⁸⁵ 臺灣桃園地方法院於 2017 年 8 月 15 日之 106 年度衛字第 4 號民事裁定。

件之抗告準用非訟事件法)之特別規定,乃立法者有意限縮抗告權¹⁸⁶。本文認為,前揭法院見解值得商榷,蓋裁定原則上可抗告,除非法有明文不得抗告,現行法第42條第3項固正面列舉可抗告者,可謂明示家事事件法第97條準用相關抗告規定部分結果,除此之外並無限制主管機關抗告權的規定。在新法架構下,主管機關為貫穿強制住院程序之關係人,於同一強制住院事件的各種法院裁定與其聲請意向相左時,均應有權提起抗告,包括法院因病人或其保護人聲請而停止強制住院之裁定在內。此外,於強制住院聲請被駁回時,病人之保護人、家屬或程序監理人於此情況應不得提起抗告,蓋非訟事件法規定「因裁定而權利受侵害者」始有抗告權,為避免爭議及保護病人權益,可參考德國家事事件法第52條第2項,明文限定這種情況僅具聲請權限之主管機關有抗告權。

現行法和新法均未提及是否得請求法院確認緊急安置違法性。緊急安置性質為公權力措施,如有違法侵害人民權利之情形,本於憲法第16條有權利即有救濟之意旨,應給予救濟可能。有關受緊急安置之當事人是否有即受確認判決之法律上利益,德國法制與實務基於剝奪人身自由侵害權利之重大性而肯定有確認利益,可資參考。至於應向何法院提請確認,關鍵在於此類事件是否屬法定由家事法院管轄者。家事事件法第185條第1項就嚴重病人保護安置事件所為專屬管轄規定,與緊急安置有關者為「停止緊急安置事件」(第1款),可能涵蓋緊急安置之概括條款為「其他停止安置事件」(第4款),兩者都限於聲請「停止」,文義範圍不包括「確認」緊急安置違法性。緊急安置既為公權力措施,其是否合法屬公法上爭議,依行政訴訟法第2條,除法律別有規定外得提起行政訴訟,由行政法院管轄。

除精神衛生法上救濟機制,聲請提審亦為緊急安置或強制住院的救濟管道。由於精神衛生法未規定受理停止緊急安置或強制住院聲請之法院,應於繫屬24小時內向逮捕、拘禁之機關發提審票,不符合提審法第1條第1項但書「其他法律規定得聲請『即時』由法院審查者,依其規定」,故不因得依精神衛生法聲請停止緊急安置或強制住院,致不得再依提審法聲請提審,

¹⁸⁶ 臺灣桃園地方法院於2017年9月15日之106年度衛字第4號民事裁定。

兩者關係係雙軌並行¹⁸⁷。然而有研究指出，實務上家事庭就提審聲請¹⁸⁸與停止緊急安置或強制住院聲請之審查幾無不同，法院對兩者均僅作形式審查，幾乎毫無例外地以原因及程序與法律規定無違駁回聲請；加上聲請提審之時間沒限制，只要嚴重病人仍處於人身自由被剝奪的狀態均可提起，且提審法未規定法院應作出裁定之時間，實務上亦有提審聲請於受理後逾 2 個月始裁定駁回者。因此可以說，現行法下提審制度與精神衛生法上聲請停止緊急安置或強制住院制度有相當高程度的重疊性，雙軌保障固強化病人權益保障，惟有限之司法資源如何有效運用亦值得思考¹⁸⁹。

三、強制住院之實體要件及審查方式

現行法由審查會審查強制住院申請，法院被賦予的角色是審查停止強制住院聲請。目前法院對停止強制住院聲請所為之裁定，幾乎全盤照錄審查會蒐集到的資料及審查結論，欠缺實質論證。新法下法院角色不限於事後審查有無續行強制必要，而是由其形成是否強制住院之決定，裁定之嚴謹度——包括論證密度與方法——應予提升。家事事件法第 185 條列舉多款專屬司法院指定之家事法院管轄的嚴重病人保護安置事件，以下僅以強制住院事件為例，說明法院解釋與適用各該要件時應留意哪些面向，其中「比例原則」不但是強制住院要件設計的關鍵，也是審查強制住院聲請之核心準則¹⁹⁰。

（一）嚴重病人

嚴重病人之定義為病人呈現與現實脫節之精神狀態致不能處理自己事務（第 3 條）。學者認為「不能處理自己事務」應解為無能力處理其「醫療事務」，蓋精神衛生法關注重點的是精神病人之治療與復健，其對於醫療事

¹⁸⁷ 李莉苓（2017），〈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》，9期，頁54。

¹⁸⁸ 司法院依提審法第4條授權訂定之「法院受理提審聲請之事務分配辦法」，將有關緊急安置及強制住院之提審事件交由家事法庭審理。

¹⁸⁹ 李莉苓，前揭註187，頁55。

¹⁹⁰ 吳建昌，前揭註2，頁170。

務以外事務，例如是否有締結契約、處分財產之民事行為能力均非所問，並認現行法下衛福部公告之申請強制住院所需附具書表，就病人無法處理自己事務之判斷，除與醫療事務有關者，亦將若干日常生活事項列為適格事證¹⁹¹，前揭實務標準不符立法目的有涵蓋過廣的問題¹⁹²。究竟「致不能處理自己事務」此要件該如何解釋？德國法可資對照者，係各邦精神衛生法安置實體要件中之「當事人之危害行為須『與罹患精神疾病有關』所致」。此要件判斷的關鍵標準，是個案因罹患精神疾病達一定嚴重程度致喪失以自由意志作決定的能力¹⁹³。所謂自由意志，指當事人有足夠的同意（辨識）和控制能力。同意能力關注以下面向：當事人認知到其罹患精神疾病及該疾病的治療可能性，且其能理解及衡量醫療措施的優缺，並能準確評估該疾病引起的症狀，不會因罹患該疾病而作出嚴重自我傷害的行為，同意能力大致相當於處理醫療事務的能力。控制能力指當事人有能力執行其以足夠判斷能力所作的決定，若其因罹患精神疾病致無法作出理性的決定，完全受他的感覺操縱而無法駕馭自己的行為，則屬喪失控制能力¹⁹⁴。觀我國精神衛生法之立法目的在透過預防及治療精神疾病，支持協助病人於社區自立生活（第1條），與嚴重病人有關的規定，著重對被診斷為嚴重病人者提供關於病情、治療、預後與社區支持等事項之輔助與服務，用意正是協助喪失自主決定和控制能力之病人回復辨識及行為控制力，是以，「不能處理自己事務」之審查重點可參考德國法，視當事人是否因罹患精神病致無能力處理醫療事務，及 / 或因患有精神病致喪失對其行為之控制能力，符合其一即該當此要件。

¹⁹¹ 衛福部網站公告之強制處置申請文件及表格，其中「精神疾病嚴重病人診斷證明書」有一欄位為「無法處理自己事務之事證」，原則上採勾選（可複選）方式，選項包括：基本生活功能（如個人衛生飲食）需人協助、社會功能缺損、思考認知判斷功能缺損、無法瞭解就診醫療決定之重要資訊、無法充分記得就診重要醫療資訊、無法使用或權衡就診醫療決定之重要資訊、無法表達其醫療決定、其他（請另以文字說明）。

¹⁹² 吳建昌，前揭註2，頁165。

¹⁹³ Marschner, (Fn. 69), Rn. 111.

¹⁹⁴ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 230.

第 3 條判斷「嚴重病人」，係以特定一個時點（如強制鑑定時、審查時、或聲請停止住院時）的病況為準，採所謂狀態取徑（status approach），忽略一個人的決策技能會隨著時間點、決策事務不同而動態變化，一旦確定存在此狀態，其可能成為強制住院實施之對象，構成 CRPD 第 12 條法律能力之否定。舊法時期一經認定為嚴重病人，其法律能力長期處於受否定的狀況，第 35 條新增嚴重病人之診斷書應載 1-3 年有效期間規定，雖未符合、但朝向趨近 CRPD 保障病人自主權之理想邁進。被診斷屬嚴重病人的另一法律效果是應置保護人，保護人任務係維護嚴重病人之權益，並應考量病人「意願」及「最佳利益」（第 34 條第 1 項），其執行任務標準僅部分符合 CRPD 委員會「意願及選擇」典範必須取代「最佳利益」典範之要求。

（二）傷害他人或自己或有傷害之虞

「傷害他人或自己或有傷害之虞」指涉的是嚴重病人的行為有侵害自己或他人法益的危險，以下參酌德國法制與實務審查之經驗，思考如何解釋與適用此要件。

1. 存在自傷或傷人「危險」之判斷

危險判斷屬預測決定，而危險預測必須基於事實，法院對於引起危險的事實應依職權調查。由於危險是否發生具不確定性，因此無須（也無法）證明到預測依據的事實必然引起危險，但須足以推斷危險發生的或然率很高。危險預測不能僅憑一般經驗法則或特定疾病臨床統計數據抽象地認定危害存在，必須結合個案事實進行推導和判斷。茲舉若干德國法院實務見解供參：若有事實證明當事人已喪失或大幅降低對自己行為的控制能力，原則上肯認有高度危害發生可能性；罹患同一種精神疾病者的日常行為和表現不盡相同，會引發病症或惡化的因素也因人而異，故當事人之前的病程、行為模式、發展歷程和面臨壓力或危機事件的脆弱程度，也是重要判斷依據¹⁹⁵。有德國學者批評為數不少公法安置之裁判，對於危險預測所依事實僅為表淺的敘

¹⁹⁵ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 234.

述，疾呼法院在裁判中應該更深入釐清具體個案的事實情節，蓋粗略的事實基礎不足以實質操作比例原則¹⁹⁶。我國現制審查會決定是否許可強制住院依憑的事實，就相關事實之認定也有過於簡略的問題，未來法院為強制住院審查時，應探究相關事實發生之細節與脈絡。

德國安置要件明確界定自傷或傷人之危險必須是「現時」存在，亦即為即將或有高度或然率隨時會發生，惟我國條文並未明文此脈絡下存在之危險限於在最近時間具高度發生蓋然性者。若暫無法從立法面著手，可透過法院裁判為目的性限縮，將自傷或傷人或有傷害之虞，基於規範意旨限縮為可能立即、隨時發生者；而判斷危險是否「現時」存在，不限幾小時或幾天內會發生者，此與當事人所患疾病及所處病程階段有關，有可能自傷或傷人行為發生在 1-2 週甚至更久前，如可認定其仍處急性期致喪失或大幅降低對自己行為控制力，可判定危害有高度可能隨時發生。

2. 依自傷或傷人事件分別判斷該當受保護之法益

與德國公法安置要件相較，第 59 條設定之要件未明文規定受侵害者須為「重大」法益。鑑於人身自由之重要性，前揭條文宜明文規定適用於侵害重大法益之情形，在條文未明文前，法院應依據比例原則對第 59 條受侵害之法益作限縮；至於何種法益該當重大，應依個案情況以比例原則思維進行利益衡量判斷之；進行利益衡量時，借鏡德國實務見解，又依系爭個案屬自傷或傷人事件而有差異。如為傷害他人（侵害第三人法益）事件，第三人的生命權無疑該當重大法益；若要保護的是第三人的身體健康，因身體健康涵蓋範圍和侵害態樣廣泛，有賴法院依據個案情結認定受危害法益是否該當重大性的要求；倘若危害的是生命身體以外的法益，尤其財產法益，德國實務

¹⁹⁶ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 49-50. 其所舉事例亦為我國強制住院事件常見的情節，節錄供參：僅提及當事人做出「恐嚇威脅他人的行為」不夠具體，應調查與敘明是怎樣的行為，行為人與被恐嚇威脅的人距離多遠；只記載某人朝窗外大聲吼叫不夠具體，應進一步釐清吼叫的頻率、吼叫的時段是白天或晚上、持續時間久暫、吼叫的內容；單單提及某人會辱罵路人不夠，應進一步了解有多少路人被罵、是哪些路人、辱罵發生的頻率、辱罵的內容為何；某人囤積垃圾，應敘明囤積哪種物品、囤積的數量為何。

見解僅在特殊情況例外肯認該當重大法益。雖然我國法不曾有過類似德國法的發展軌跡曾經、後又摒棄將妨害公共秩序列為公法安置要件，惟考量我國精神衛生法亦已脫離警察法定性，且依第 59 條「傷人」之文義，於系爭事件涉及傷害他人者，應將此「他人」限於具體特定或至少可得特定之第三人而非不特定公眾，換言之，僅出於維護抽象的公共秩序，不足以正當化強制住院。若干事件所涉情節為非明顯嚴重傷害身體健康或傷害無法量化者，例如未達重傷之普通傷害、跟蹤騷擾、無故侵入民宅等，這些狀況是否該當侵害重大法益而足以正當化對行為人施以強制住院，恐有不同見解，亟待法院透過案例累積共識以提高可預測性。

若系爭事件為涉及自傷之類型，操作比例原則時，就不僅是在人身自由保障和受危害法益兩者間衡量，還需尊重當事人醫療自主決定權，從醫學觀點出發，認當事人的狀況住院接受治療較符合當事人利益，不必然可以正當化強制住院。於此再度借鏡德國實務見解：若涉及保護當事人的生命權，以當事人之自殺行為導因於罹患精神疾病所致，才有對之啟動強制住院的正當性；如個案中受危害的是當事人身體健康法益，則僅在當事人自主決定能力喪失或嚴重受損，且系爭情況如不立即施以治療，有對當事人健康造成嚴重傷害的危險，才有必要違背其意願或在未獲其同意的狀況下強制住院；當受危害的是當事人自己生命、身體健康以外的法益，原則上不被認為與人身自由保障之重要性相當，例如個案因精神疾病引發大肆刷卡消費、瘋狂購買房屋、或在街上裸奔，這類情況若出於為協助照顧者或家屬喘息而許可強制住院，是將不該考慮的因素納入考量，此時應另尋強制住院以外的方式因應，例如評估是否聲請輔助或監護宣告，或尋求有關單位協助提供社區治療與資源。

（三）其他實體要件

強制住院依第 59 條第 4 項係適用於「拒絕接受（住院）或無法表達」之嚴重病人，解釋上包括病人積極表達拒絕，以及病人因處於無法形成或表達自然意志意願狀態而未取得其同意的情況，均為嚴重病人未同意住院。其

中「拒絕接受」如何認定，可以參考德國法院對啟動公法安置須符合「違反病人意願」要件之認定標準：以病人依自然意志表示拒絕為足，不問其是否有行為或辨識能力¹⁹⁷，此種解釋方式符合 CRPD 尊重障礙者意願之精神。此外，第 59 條條文文字並未如德國安置要件，明確要求罹患精神疾病與危害行為間應有因果關係。惟從強制住院制度的功能定位出發，法院審查時應確認個案之危害行為係因罹患精神疾病所引起，乃屬當然。藉由確認前開因果關係，可以排除諸如因吸食毒品、情緒控制不佳或反社會人格違常¹⁹⁸而產生危害行為的情況。

（四）以專家參審落實法官保留之立法意旨

第 67 條規定精神衛生法所定由法院處理事件之第一審採專家參審，以法官、精神科專科醫師及病人權益促進團體代表各一人組成合議庭行之。自 1999 年全國司法改革會議起，國內曾就少年、家事、勞工、智慧財產、商事、醫療糾紛等特定類型案件，討論引進專家參審制度之可能性¹⁹⁹，最後都未採行，專家至多以行使法官之部分權限、提供諮詢意見或作為證據方法的方式參與審判²⁰⁰，前述規定為我國法上首度以「專家」作為法院合議庭中之法官，引進之理由略以：強制住院治療事件涉及法律以外之專門領域，其第一審由法官與專家組成特別法庭共同審理，可自不同角度審視，有助於落實採取法官保留之立法意旨；為廣納多元觀點，透過醫療端與病權端之意見與法官共同審理（參照第 67 條、第 68 條修法說明）。

專家參審的優點包括：對於亟需要專業知識的案件，專家參審可避免法官情緒性排斥專家意見²⁰¹；專家法官可確保在審理過程中進行恰當及有意義

¹⁹⁷ Dodegge/Zimmermann, (Fn. 62), S. 221.

¹⁹⁸ 反社會人格違常在精神醫學上雖屬一種疾病態樣，但並非我國精神衛生法定義之精神疾病範圍（第 3 條第 1 項第 1 款但書）。

¹⁹⁹ 全國司改會議就建立專家參與審判制度之結論重點，參見林佳和（2000），〈勞工案件專家參審之問題試探〉，《律師雜誌》，253 期，頁 58-59。

²⁰⁰ 沈冠伶（2021），〈專家參與民事審法之多元角色及聽審請求權之保障：商事事件審理法是否為最後一塊拼圖？〉，《臺大法學論叢》，50 卷 2 期，頁 408。

²⁰¹ 論者分析我國主張專家參審者，並非如同某些歐洲國家以彰顯國民主權為目的，

的問案，且能在評議時對案件立即提供意見，與職業法官共同做成判斷，避免訴訟延宕²⁰²。對於引進專家參審員持保留態度者，理由除了非職業法官於我國憲法下有合憲性疑義外²⁰³，並認職業法官對承審案件所涉法律以外專業知識不足實不罕見，就此主要藉由鑑定制度加以彌補，因此應思考的是如何優化鑑定人制度，而不是另行創設專家參審²⁰⁴；專家參審係法庭設置之例外模式，於輔以鑑定人或專家諮詢仍不能合理進行審判才有採行正當性²⁰⁵。關於醫師擔任參審法官，有認為其可能因忌憚醫師同儕壓力（鑑定醫師）而影響其採取之意見，使擔任參審員的醫師與擔任鑑定人者並無不同，失去實施專家參審的意義²⁰⁶。

德國法上只有(職業)法官始得就剝奪自由及剝奪之持續時間為裁判(基本法第 104 條第 2 項)，並有試署法官(Richter auf Probe)在就任後的第一年不得為前述法官之限制(德國法院組織法第 23 條之 3 第 2 項第 2 句)。我國既然已經引進專家參審，該思考的是如何藉此制度讓法院作出有說服力的裁判。強制住院聲請事件需要在短時間內做出裁定，法院的任務應明確定位為審查專家意見的說服力，而非另行自為風險評估，精神科醫師擔任參審員的任務是與職業法官合作，一同檢視聲請機關提出之專家意見的邏輯推論嚴謹性，必要時立即提供醫學知識予法官。在選任病人權益促進團體代表參與審判的部分，性質是否為「專家」參審不無討論空間，引進社會多元意見的功能似乎更多。強制住院程序中病患被視為危險因子，致其處於法律能力遭否定，加入病權團體作為參審法官，用意應為關照病患前述不利處境。司

而是為了監督司法、防止法官專制。參見邱琦(2010)，〈醫療專庭與專家參審：以德國、法國商事法庭為借鏡〉，《月旦法學雜誌》，185期，頁98。

²⁰² 張麗卿(2004)，〈鑑定人鑑定或專家參審〉，氏著，《驗證刑訴改革脈動》，2版，頁130-131，五南。

²⁰³ 邱琦，前揭註201，頁99-100。

²⁰⁴ 王梅英(2000)，〈專家在法庭上的角色：鑑定或參審？〉，《律師雜誌》，253期，頁33。

²⁰⁵ 張麗卿，前揭註202，頁138。

²⁰⁶ 邱琦，前揭註201，頁98。

法院及行政院共商認定具得被選任為參審法官之團體或人資格之標準，須能確實反映此功能設定。

伍、結論與展望

德國與我國同受 CRPD 拘束，因此本文以 CRPD 檢討兩國精神衛生法，發現兩國相關規定均有不符 CRPD 意旨之處，包括繼續維持強制住院制度，為 CRPD 不容許之替代決策制，儘管如此，兩國精神衛生法有部分規定朝向尊重障礙者意願與自主權方向修正，期待未來持續改革與 CRPD 意旨不符之規定。

我國新法將強制住院改採法官保留，另一方面考量聲請強制住院醫療院所及裁決法院之量能，拉長強制鑑定與緊急安置期間，凸顯「裁判品質」（包括充分程序保障）與「迅速裁決」兩者無法兼顧²⁰⁷。德國公法安置採法官保留，但在程序上區分長期、短期安置，後者即實務上最常見之暫時安置；其家事事件法將暫時安置定位為暫時處分，適用簡易程序，如此確實造成程序保障被稀釋，只能在後續救濟程序，提高法院調查事實與程序保障要求的程度作為彌補。我國憲法對非刑事被告人身自由限制法定程序給予較大立法形成空間，政策上欲以充分程序保障或迅速裁決為優先，沒有對錯而是選擇問題，如果認為法院第一次裁定迅速重要，可以參考德國法制的設計；如果要維持新法設計，法院作成決定之論證嚴謹程度必須提升，否則從行政審查改為法官保留即徒具形式。

新法因時效考量，允許法院就審理決定得以宣示筆錄代替裁定書（第 71 條第 3 項），合議庭審查聲請案時仍應參考德國作法，以三段論法檢視聲請書危險預測的思維邏輯與推論嚴謹性，並以比例原則作為解釋與適用強制住院實體要件之核心準則，即便最後不一定會以文字呈現出來。此外，新法為

²⁰⁷ Thewes, Richterlose Freiheitsentziehung nach dem FamFG – Verfassungsverstoß oder grundgesetzmäßige Rechtsanwendung?, FGPrax 2014, 189, 192.

提升強制住院程序保障，新增了多個參與程序的角色，包括參審法官、律師、家事調查官及程序監理人等，須釐清各自定位與彼此的分工，才能發揮強化程序保障之功能。

強制住院改由法院裁定後，預料將降低強制住院許可件數。或許有人擔心這樣會造成無法適當處理精神危機事件、增加社區衝突，然而，新法設定的目標就是讓病人能在社區自立生活，這也是 CRPD 的核心理念，因此才會增訂諸多避免強制住院之先期與後置措施的規定，諸如柔性勸導病人就醫、提供各種社區支持性服務，使病人能適應社區生活。短期的強制住院只治標不治本，住院治療不會讓引發病症或惡化的問題自動得到解決；不可能將病人永遠安置在機構，他們終究要回歸社區，即使病況穩定，也需要建立生活習慣、訓練社交技巧等復健。就此，新法已訂定提供相關服務的法源依據，修正條文已在 2024 年底上路，然而社區支持方案的佈建速度緩慢²⁰⁸，這些多元社區支持方案實際可得，才能使法院作強制住院裁定時有侵害較小手段可供考慮。若不能儘速完善社區精神照顧與支持服務，未來病人去不了機構也融入不了社區，新法強化精神病人權益保障和協助病人於社區平等生活的立法目的恐怕難以達成。

²⁰⁸ 2022年8月6日國際審查委員會通過的CRPD第二次國家報告結論性意見指出，個案被剝奪自由並被限制在醫院和機構，是因為缺乏支援和服務，使他們能夠在社區生活（第69點）；儘管衛福部已決定將服務方式從機構轉變為社區，但仍計畫對集中式照顧設施機構進行更多投資（第85點）。

參考文獻

一、中文部分

- 人權公約施行監督聯盟（總協調）（2021），2021 CRPD 平行報告，
https://covenantwatch.org.tw/wp-content/uploads/2015/12/CW_2021-CRPD-PR-2nd_CH_210531.pdf。
- 王子榮（2020），〈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〉，收於：楊添圍、吳文正、陳正根、李莉苓、王子榮、劉潤謙、黃致豪，《精神醫學與法學的交錯》，頁 65-79，元照。
- 王修梧（2022），〈別讓精神科病房成為孤島（上）：疫情導致「空間」與「人際」雙重隔離，讓病情雪上加霜〉，載於：
<https://www.thenewslens.com/article/161678>
- 王梅英（2000），〈專家在法庭上的角色：鑑定或參審？〉，《律師雜誌》，253 期，頁 29-37。
- 王德瀛（2017），〈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》，29 卷 12 期，頁 7-13。
- 吳建昌（2008），〈司法精神醫學學術委員會之展望：從 2007 年修訂之精神衛生法之強制治療制度談起〉，《精神醫學通訊》，27 卷 2 期，頁 8-12。
- （2017），〈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》，10 期，頁 158-184。 <https://doi.org/10.3966/241553062017080010015>
- （2018），〈依身心障礙者權利公約裁定停止強制住院：被遺漏的自主、平等與比例原則論述〉，《月旦醫事法報告》，17 期，頁 83-97。
<https://doi.org/10.3966/241553062018030017007>

- 李柏翰（2023），〈國際障礙人權規範與標準：反對精神障礙歧視不等於反對精神醫療〉，《月旦醫事法報告》，79 期，頁 21-35。
<https://doi.org/10.53106/241553062023050079002>
- 李莉苓（2017），〈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》，9 期，頁 44-61。
<https://doi.org/10.3966/241553062017070009004>
- 沈冠伶（2021），〈專家參與民事審法之多元角色及聽審請求權之保障：商事事件審理法是否為最後一塊拼圖？〉，《臺大法學論叢》，50 卷 2 期，頁 401-474。
[https://doi.org/10.6199/NTULJ.202106_50\(2\).0002](https://doi.org/10.6199/NTULJ.202106_50(2).0002)
- 林佳和（2000），〈勞工案件專家參審之問題試探〉，《律師雜誌》，253 期，頁 57-78。
<https://doi.org/10.7030/TBJ.200010.0057>
- 林明鏘（2010），〈由防止危害到危險預防：由德國警察任務與權限之嬗變檢討我國之警察法制〉，《臺大法學論叢》，39 卷 4 期，頁 167-212。
<https://doi.org/10.6199/NTULJ.2010.39.04.04>
- 林思蘋（2009），《強制治療與監護處分：對精神障礙者之社會控制》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。
- 林春長（2010），《司法研究年報第 27 輯民事類第 2 篇：家事事件成年監護制度之研究》，司法院。
- 林超駿（2004），〈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》，29 卷 4 期，頁 541-592。
- 邱琦（2010），〈醫療專庭與專家參審：以德國、法國商事法庭為借鏡〉，《月旦法學雜誌》，185 期，頁 80-102。
- 邱聯恭（1987），〈訴訟法理與非訟法理之交錯適用〉，《法學叢刊》，32 卷 2 期，頁 123-163。
- 姜世明（2011），《非訟事件法新論》，新學林。
- （2023），《家事事件法論》，7 版，元照。

- 孫迺翊(2022),〈精神病患或精神障礙者人身自由與正當法律程序之保障:簡評刑法監護處分之修正及精神衛生法修正草案〉,《台灣法律人》,9期,頁35-56。
- (2023),〈從身心障礙者權利公約第13條獲得司法保護之權利簡評2022年精神衛生法的修正〉,《月旦醫事法報告》,79期,頁36-50。
<https://doi.org/10.53106/241553062023050079003>
- 翁國彥(2011),〈精神障礙者強制住院制度的實體要件及程序保障:以歐洲人權公約及歐洲人權法院裁判為借鏡〉,《全國律師》,15卷5期,頁34-50。
- 翁燕菁、翁國彥(2017),〈人身自由與安全〉,收於:孫迺翊、廖福特(主編),《身心障礙者權利公約》,頁233-266,財團法人台灣新世紀文教基金會。
- 張文貞(2012),〈演進中的法:一般性意見作為國際人權公約的權威解釋〉,《台灣人權學刊》,1卷2期,頁25-43。
<https://doi.org/10.29733/THRJ.201206.0002>
- 張麗卿(1996),〈精神病犯與精神病患收容要件的比較研究〉,《東海大學法學研究》,10期,頁249-296。
- (2004),《驗證刑訴改革脈動》,2版,五南。
- 連孟琦(2023),〈從德國法角度評析我國二〇二二年刑事訴訟暫行安置新法〉,《政大法學評論》,173期,頁227-304。
<https://doi.org/10.53106/102398202023060173004>
- 陳正根(2017),〈從人權保障探討精神疾病強制治療〉,《月旦醫事法報告》,9期,頁34-43。
<https://doi.org/10.3966/241553062017070009003>
- 陳俊榕(2023),〈監護處分中之安置與矯治:以德國法制為借鏡〉,《高大法學論叢》,18卷2期,頁183-238。
- 曾毓君(2017),〈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》,216期,頁60-77。

- 游宗翰 (2023), 〈概覽精神衛生法之新修正〉, 《月旦醫事法報告》, 79 期, 頁 7-20。 <https://doi.org/10.53106/241553062023050079001>
- 黃詩淳 (2014), 〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之我國成年監護制度〉, 《月旦法學雜誌》, 233 期, 頁 136-152。 <https://doi.org/10.3966/102559312014100233007>
- 劉潤謙 (2020), 〈一個臨床醫師的觀察：由精神衛生法之演進探討精神醫療機構的角色及責任〉, 收於：楊添圍、吳文正、陳正根、李莉苓、王子榮、劉潤謙、黃致豪, 《精神醫學與法學的交錯》, 頁 80-95, 元照。
- 衛生福利部 (編) (2023), 《中華民國 111 年醫事機構服務量統計年報》。
- 鄭懿之 (2011), 《論精神衛生法中強制住院對人身自由之限制》, 東吳大學法律學系碩士論文 (未出版), 臺北。
- 蕭文生 (2009), 〈鑑定人與行政調查程序〉, 收於：社團法人台灣行政法學會 (主編), 《行政調查之建制與人權保障／行政訴訟之前置救濟方法與程序》, 頁 141-178, 元照。
- 戴瑀如 (2014), 〈論德國成年監護制度之人身管理：兼論程序法上之相關規定〉, 《臺北大學法學論叢》, 90 期, 頁 159-209。

二、英文部分

- Arstein-Kerslake, A. (2023). Challenging the Foundations of Mental Health Law—Using Articles 12 and 14 of the CRPD as a Framework to Deconstruct and Reimagine Mental Health Law. In K. Wilson, Y. Maker, P. Gooding & J. Walvisch (Eds.), *The Future of Mental Health, Disability and Criminal Law* (pp. 229-243). Routledge.
- Bhailís, C., & Flynn, E. (2017). Recognising legal capacity: commentary and analysis of Article 12 CRPD. *International Journal of Law in Context*, 13(1), 6-21. <https://doi.org/10.1017/S174455231600046X>

- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017). *Guidelines on the right to liberty and security of persons with disabilities (Annex)* [U.N. Doc. A/72/55].
- Gooding, P. (2017). *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316493106>
- Guilloud, S. D. (2019). The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101497>
- Minkowitz, T. (2012). Norms and Implementation of CRPD Article 12. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2037452>
- Nilsson, A. (2021). *Compulsory Mental Health Interventions and the CRPD: Minding Equality*. Hart Publishing. <https://doi.org/10.5040/9781509931606>
- Szmukler, G., Daw, R., & Callard, F. (2014). Mental Health Law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(3), 245-252. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.024>
- Wilson, K. E. (2019). The Abolition or Reform of Mental Health Law: How should the Law Recognise and Respond to the Vulnerability of Persons with Mental Impairment. *Medical Law Review*, 28(1), 30-64. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwz008>

三、德文部分

- Aichele, V./Degener T. (2013). Frei und gleich im rechtlichen Handeln—Eine völkerrechtliche Einführung zu Artikel 12 UN-BRK. In V. Aichele (Hrsg.),

Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht (S. 37-66).
Nomos.

Bumiller, U./Harders, D./Schwamb, W. (2022). *FamFG-Kommentar* (13. Aufl.).
C.H.Beck.

Bundesärztekammer (2013). Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen.
Deutsches Ärzteblatt, A1334-A1338.

Dodegge, G./Zimmermann, W. (2018). *PsychKG NRW: Gesetz über Hilfen und
Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, Praxiskommentar* (4. Aufl.).
Boorberg.

Fischer, L./Mann, H. (1992). Die Natur der Rechtsbeziehungen zwischen
Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und ihren Patienten
Datenschutzprobleme beim Praxisverkauf* Der Verkauf der Patientenkartei
und die ärztliche Schweigepflicht* Kein Ende der Methadon-Debatte!. *Neue
Juristische Wochenschrift*, 1539-1543.

Goerdeler, J. (2018). Richtervorbehalt und 1:1 Betreuung für Fixierungen. *Recht
& Psychiatrie*, 199-205.

Henking, T. (2016). Patientenrechte in der Psychiatrie im Kontext von Zwang.
Recht & Psychiatrie, 155-163.

Holzhauser, H./Bruder, J. (1988). *Empfiehl es sich, das Entmündigungsrecht, das
Recht der Vormundschaft und der Pflegschaft über Erwachsene sowie das
Unterbringungsrecht neu zu ordnen?: Gutachten B/C zum den 57. Deutschen
Juristentag Mainz 1988*. C.H.Beck.

Kaleck, W./Hilbrans, S./Scharmer, S. (2008). *Gutachterliche Stellungnahme:
Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung
auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der
Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin*.

- König, R. (2009). Vereinbarkeit der Zwangsunterbringung nach § 1906 BGB mit der UN- Behindertenrechtskonvention?. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 105-108.
- Kopp, F. O./Ramsauer, U. (Hrsg.) (2023). *VwVfG-Kommentar* (24. Aufl.). C.H.Beck.
- Marschner, R. (1990). Das Verhältnis von Vormundschaftsgericht und Unterbringungsrecht bei der Zwangsbehandlung. *Recht & Psychiatrie*, 66-71.
- (2005). Zwangsbehandlung in der ambulanten und stationären Psychiatrie *Recht & Psychiatrie*, 47-51.
- (2009). UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen–Auswirkungen auf das Betreuungs und Unterbringungsrecht. *Recht & Psychiatrie*, 135-137.
- (2011). Aktuelles zur Zwangsbehandlung–in welchen Grenzen ist sie noch möglich?. *Recht & Psychiatrie*, 160-167.
- (2013). Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. In V. Aichele (Hrsg.), *Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht* (S. 203-230). Nomos.
- (2017). Sozialrechtliche Möglichkeiten zur Vermeidung von Zwang im Rahmen einer Unterbringung in akuten Krisen oder im Heim. *Recht & Psychiatrie*, 213-218.
- Marschner, R./Lesting W./Stahmann, R. (2019). *Freiheitsentziehung und Unterbringung* (6. Aufl.). C.H.Beck.
- Musielak, H. J./Borth, H./Frank, M./Grandel M. (2022). *Familiengerichtliches Verfahren: FamFG* (7. Aufl.). Franz Vahlen.
- Sternal, W. (Hrsg.) (2023). *FamFG Kommentar* (21. Aufl.). C.H.Beck.
- Thewes, U. (2014). Richterlose Freiheitsentziehung nach dem FamFG – Verfassungsverstoß oder grundgesetzmäßige Rechtsanwendung?. *Praxis der Freiwilligen Gerichtsbarkeit*, 189-192.

**The Legal Framework and Practices of Compulsory
Admission and Treatment for Mental Patients: Comparative
Study Between Taiwan and Germany**

*Ching-Hui Chen**

Abstract

The Mental Health Act in Taiwan was amended and promulgated on December 14, 2022. The amendment adopts a prior judicial order mechanism for the compulsory admission and treatment of mental patients, aiming to better align relevant provisions with the principles of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Considering the aforementioned background, this paper, by comparing with German law, aims to examine the compulsory psychiatric admission compatibility with CRPD and on the premise of maintaining compulsory psychiatric admission, how mental health act can move towards achieving CRPD compliance, as well as how the courts should adjudicate such cases. This article first summarizes the current understanding and literature around Article 12 and Article 14 of the CRPD. Meanwhile, it explores the debate within Germany and Taiwan whether compulsory psychiatric admission violates CRPD articles. Secondly, the paper will address the positioning of public law placement within the German legal framework and present its legal framework and substantive criteria, particularly focusing on the conceptual understanding of "danger" within the context of public law placement and the eligible protected legal interests. Subsequently, the analysis will shift to Taiwan's approach to the compulsory admission and treatment of mental patients, discussing its functions and characterization, legal framework and substantive criteria. By drawing comparisons with German legal systems and practices, the paper will evaluate the

* Ph.D. in Law, University of Bonn; Associate Professor, Department of Law, National Chengchi University.

E-mail: chinghui@nccu.edu.tw

new provisions of Taiwan's Mental Health Act and highlight aspects that courts should consider when making rulings under the new law. Given the adoption of the "experts lay judge system" in the new law, where a collegial panel comprising medical experts, representatives of patient rights groups, and professional judges conduct hearings, the paper will also analyze how the experts lay judge system can effectively implement the prior judicial order mechanism to better safeguard patient rights. Finally, the paper will consolidate the research findings and present conclusions and prospects.

Keywords: Mental Health Act, compulsory admission, compulsory treatment, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, personal freedom, right to autonomy, prior judicial order, principle of proportionality

