



國家人權委員會「赴日本專案 訪察精神障礙觸法者多元處遇 法制及實務計畫」出國報告

代表團成員

委員：王榮璋、王幼玲、高涌誠、鴻義章、紀惠容

專家：張麗卿、吳文正、洪士軒

幕僚：鄭慧雯、張蓓詠、陳昊



國家人權委員會

NATIONAL HUMAN RIGHTS COMMISSION, TAIWAN

出國時間：2022年11月7日至11日

報告日期：2023年2月6日

國家人權委員會「赴日本專案訪察精神障礙 觸法者多元處遇法制及實務計畫」出國報告

目次

壹、前言	1
一、緣起	1
二、出國日期、地點及行程摘要	2
三、代表團成員	3
四、訪察機關(構)/外館/會晤人士	3
貳、台日精神障礙觸法者處遇法制比較	4
一、日本「醫療觀察法」沿革	4
二、台灣及日本精神障礙觸法者處遇之比較	4
(一) 台灣	4
(二) 日本	6
(三) 台日比較	7
三、台灣及日本 CRPD 國家報告審查結果有關精神障礙處 遇議題探討	11
(一) 台灣重點議題	11
(二) 日本重點議題	13
(三) 台日比較	14
參、會見 NGO/政府/福祉企業	21
一、日本身心障礙論壇(JDF)團體代表	21
(一) 日期及參與人員	21
(二) JDF 簡介	22

(三) 會談紀要	25
二、日本相關主管機關會談	31
(一) 日期及參與人員	31
(二) 主管業務簡介	31
(三) 會談紀要	33
三、ABILITIES 輔具租賃工場	38
(一) 日期及參與人員	38
(二) ABILITIES 簡介	38
(三) 會談紀要	40
肆、訪察醫療觀察法指定機構	41
一、國立精神神經醫療研究中心醫院(NCNP).....	41
(一) 日期及參與人員	41
(二) NCNP 簡介	42
(三) 訪察紀要	44
二、東京都立松澤醫院	46
(一) 日期及參與人員	46
(二) 松澤醫院簡介	47
(三) 訪察紀要	49
伍、專家座談.....	55
一、會議規劃.....	55
(一) 目的	55
(二) 時間及地點	55
(三) 受邀專家學者	55
(四) 議程表	55

二、座談焦點議題摘要.....	56
(一) 第一場：日本精神障礙觸法者多元處遇之執行與挑戰.....	56
(二) 第二場：CRPD 與精神障礙觸法者處遇規範之衝突與調和.....	62
(三) 綜合討論與回應.....	69
陸、拜訪駐日本代表處.....	72
一、日期及參與人員.....	72
二、會談紀要.....	72
柒、心得與建議.....	73
一、日本政府各主管機關投入相當資源與人力於醫療觀察處遇，仍未符國際人權公約之要求，台灣相關制度建置宜引以為鑑，強化人權保障之配套措施.....	74
二、日本醫療觀察採分級分區處遇，依個案擬定治療計畫及生活調整，以復歸社會.....	75
三、日本設有社會復歸調整官居中協調各類支持資源，協助受處遇者回歸社區自主生活，台灣或可思考創設.....	76
四、人權模式下的觸法者仍然需平等對待，以避免歧視及侵害人權.....	77
五、以多元處遇及去機構化為方向，消除社會偏見，逐步拉近現實與理想的距離.....	77
六、NGO 的倡議與國際檢視，為推動精神障礙觸法者人權前行的重要力量.....	78
七、日本輔具租賃提供障礙者共享資源循環運用，減少購	

置成本，成為支持自立生活的輔助工具 79

國家人權委員會「赴日本專案訪察精神障礙 觸法者多元處遇法制及實務計畫」出國報告

壹、前言

一、緣起

為檢析我國精神障礙觸法者處遇制度，國家人權委員會於 2022 年 1 月決議組成「精神障礙觸法者處遇制度」專案工作小組，期規劃透過專案之執行，探討有關問題，提出政策改善或修法建議，以促使相關制度符合國際人權要求。

因應 2022 年我國監護處分、暫行安置及多元處遇等新制施行，以及國民法官法在 2023 年上路與 2022 年新修之精神衛生法 2 年後施行，精神障礙觸法者之處遇，無論在刑事訴訟實務上，或是處遇措施之實際執行等，預見均將有所改變，同年 8 月我國《身心障礙者權利公約》(CRPD)第 2 次國際審查結論性意見中，國際審查委員會(IRC)對此也提出多項關切與建議。

日本之精神障礙觸法者處遇，係以醫療觀察法、精神保健福祉法及生活保護法等法律構成，在法令介接設計及處遇措施換軌實踐上，自有一套作法。2014 年，日本批准 CRPD，日本身心障礙團體的平行報告，以及聯合國身心障礙者權利委員會 2022 年 9 月發布日本初次國家報告之結論性意見，皆要求廢止醫療觀察法。

台灣與日本之處遇法制雖有不同，然而兩國同樣面臨國內團體批判及國際人權檢視的挑戰，日本已將前期轉向、

精神司法專庭、機構內外處遇及社會復歸等法制設計納入，惟實務運作上仍遭受諸多批評及困境，該國如何面對解決？

為實地探析日本相關法制及作法，國家人權委員會決議於 2022 年 11 月 7 日至 11 日，由 5 位委員及 3 位幕僚，偕同具備處遇法制研析、司法精神醫療及刑事訴訟實務專業之 3 位外部專家，共同組團赴日訪察，期藉由近距離觀察日本醫療處遇法制及設施現狀，聆聽該國身心障礙團體、政府機關代表、精神醫療機構代表及相關學者專家的不同觀點，綜合其法制及實務運作之優缺面向，供本專案提出台灣未來因應作法之參考。

二、出國日期、地點及行程摘要

(一) 日期：2022 年 11 月 7 日至 11 月 11 日，共 5 天。

(二) 地點：日本東京都附近地區(Tokyo, Japan)。

(三) 行程摘要：

天數	日期	星期	行程摘要
1.	11/7	一	台北→東京 下午：拜訪駐日本代表處
2.	11/8	二	上午：赴 JDF 會見 NGO 團體代表 下午：訪察東京都立松澤醫院 (醫療觀察法指定醫療機構)
3.	11/9	三	上午：會見相關主管機關代表 (最高法院、厚生勞動省、法務省及保護觀察所、警察廳、日本台灣交流協會) 下午：訪察國立精神神經醫療研究中心醫院 (醫療觀察法指定醫療機構)

4.	11/10	四	上午：準備座談會 下午：舉辦專家座談會
5.	11/11	五	上午：訪察 ABILITIES 輔具租賃工場 (優能福祉股份有限公司東京東營業所) 東京→台北

三、代表團成員

- (一) 委員：王榮璋副主任委員(團長)、王幼玲委員、高涌誠委員、鴻義章委員、紀惠容委員。
- (二) 外部專家：國立高雄大學張麗卿講座教授、衛生福利部嘉南療養院吳文正院長、安侯法律事務所洪士軒資深律師。
- (三) 專案幕僚：鄭慧雯秘書、張蓓詠秘書、陳昊科員。

四、訪察機關(構)/外館/會晤人士

- (一) 訪察醫療觀察法指定機構—國立精神神經醫療研究中心醫院(NCNP)、東京都立松澤醫院。
- (二) 會見身心障礙論壇(JDF)代表，以及政府相關主管機關(最高法院、厚生勞動省、法務省及保護觀察所、警察廳及日本台灣交流協會)代表。
- (三) 會晤前法官三好幹夫律師、前首席社會復歸調整官長舩浩義先生、精神醫學博士藤井千代部長以及法學教授町野朔、山本輝之及柑本美和等專家學者。
- (四) 訪察 ABILITIES 輔具租賃工場(優能福祉股份有限公司東京東營業所)。
- (五) 拜訪我國駐日本代表處(台北駐日經濟文化代表處)。

貳、台日精神障礙觸法者處遇法制比較

一、日本「醫療觀察法」沿革¹

日本針對精神障礙觸法者的司法處遇，早於 1950 年制定「精神衛生法」，當時已包含安置入院制度的規範，透過地方自治首長下達的行政命令，對有自傷或傷害他人之虞的精神障礙者，採取命其住院的行政處分。1987 年，日本完成「精神衛生法」的修法工作，並改稱為「精神保健法」，納入任意住院的制度。1995 年，該法再次更名為「關於精神保健與精神障礙者福利之法律」，簡稱「精神保健福利法」。

1999 年的日本精神保健福利法修正時，立法者作成「犯重大犯罪之精神障礙者的處遇之應有方式，應從廣泛的觀點進行檢討」的附帶決議，且因陸續發生精神障礙者所為的重大殺人事件，日本於 2003 年終於完成「醫療觀察法」的立法工作。醫療觀察法著眼於再犯危險性的去除，目的在於就心神喪失等狀態中對他人為重大侵害行為者，訂定為其決定適當處遇之程序，並藉此確保繼續且妥當的醫療，同時透過必要的觀察與指導，謀求其病況的改善並防止同樣行為再次發生，促使行為人復歸社會。

二、台灣及日本精神障礙觸法者處遇之比較

(一) 台灣

2022 年 1 月立法院三讀通過刑事訴訟法、刑法及保安處分執行法等部分條文修正案，新法取消了「監護處分」

¹ 資料來源：黃士軒，2022，初探日本「醫療觀察法」之審判制度-與我國暫行安置制度的簡要比較。

最高 5 年上限，並增加「暫行安置」規定，以處置判決確定前(如偵查中、審判中)之精神障礙觸法者，認為有危害公共安全之虞且有緊急必要者，得由檢察官聲請或法官依職權裁定後，送至司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所。

關於監護處分制度，特色如下：

1. 精神障礙觸法者為限制罪責能力人，倘同時經法院判決宣告刑罰與監護處分，原則上為刑後執行監護處分，僅必要時於刑前執行。
2. 具有多元處遇性質，新制除「令入相當處所」施以監護外，新增「以適當方式」為之，而監護處分方式(包含指定、變更、延長或終止等)，規範於保安處分執行法第 46 條以下，由檢察官參酌評估小組意見，按個案情形，指定令入司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構接受治療、接受特定門診治療等方式執行，使之成為兼具拘束與非拘束人身自由色彩之保安處分。
3. 新制改採定期延長制度，將原本執行期限最長 5 年修正為定期延長且無期限，第一次延長期間為 3 年以下，第二次以後每次延長期間為 1 年以下，其延長改採法官保留原則，由檢察官每年參酌評估小組意見評估有無繼續執行之必要後向法院聲請裁定許可。

本次修法尚增加暫行安置制度，規範於刑事訴訟法第 121 條之 1 至 121 條之 6，於判決確定前(如偵查中、審判中)之精神障礙觸法者，認為有危害公共安全之虞且有緊急必要者，得由檢察官聲請或法官依職權裁定後，送

至司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所，期間為 6 個月以下。認有延長必要時，得由檢察官聲請或法官依職權裁定延長，每次延長不得逾 6 個月，累計不得逾 5 年。其目的在於兼顧被告醫療、訴訟權益之保障及社會安全防護之需求。

(二) 日本

日本對於精神障礙者觸犯醫療觀察法明訂的重大犯罪(如放火、強制性交、殺人、強盜等)，經檢察官不起訴處分，或法院認定心神喪失或精神耗弱判決無罪或減刑後，由檢察官向法院聲請指定住院或指定門診，再由法院「專庭」合議審理，裁定當事人受指定住院或指定門診處遇。法官合議審理前得核發住院鑑定命令(最長不超過 3 個月)，並邀集精神保健審判員(精神科醫師)、社會復歸調整官、輔佐人(律師)等就醫院鑑定結果及社會復歸調整官生活環境調查事項進行充分討論及溝通；審判時亦有精神保健審判員(精神科醫師)等專業參與，法官係充分參考專業意見裁定指定住院或指定門診治療。

指定住院治療機構配置多位醫師、護理師、心理師、職能治療師與心理社工等多位專業人員，針對對象量身打造專屬治療處遇計畫，若對象不在醫療機構內進行醫療(即指定門診)，或雖在醫療機構住院接受醫療但出院後，其復歸社會的相關事項，由保護觀察所職掌，其轄下之社會復歸調整官職責在於確保社區醫療能持續。

是類醫療觀察案件藉由持續進行妥適之醫療，確保對於病患的觀察與指導，以求改善其病況並防止其再犯，

促使其回歸社會。

(三) 台日比較

由前述內容可知，台灣監護處分制度仍有保安處分拘禁色彩，且原則於刑罰執行完畢或赦免後，施以監護，可能無助於病情改善，此與日本醫療觀察制度係脫離刑事體系，單純以醫療處遇幫助精神障礙觸法者復歸社會之目的不同。謹就日本醫療觀察及台灣監護處分制度比較如下表²：

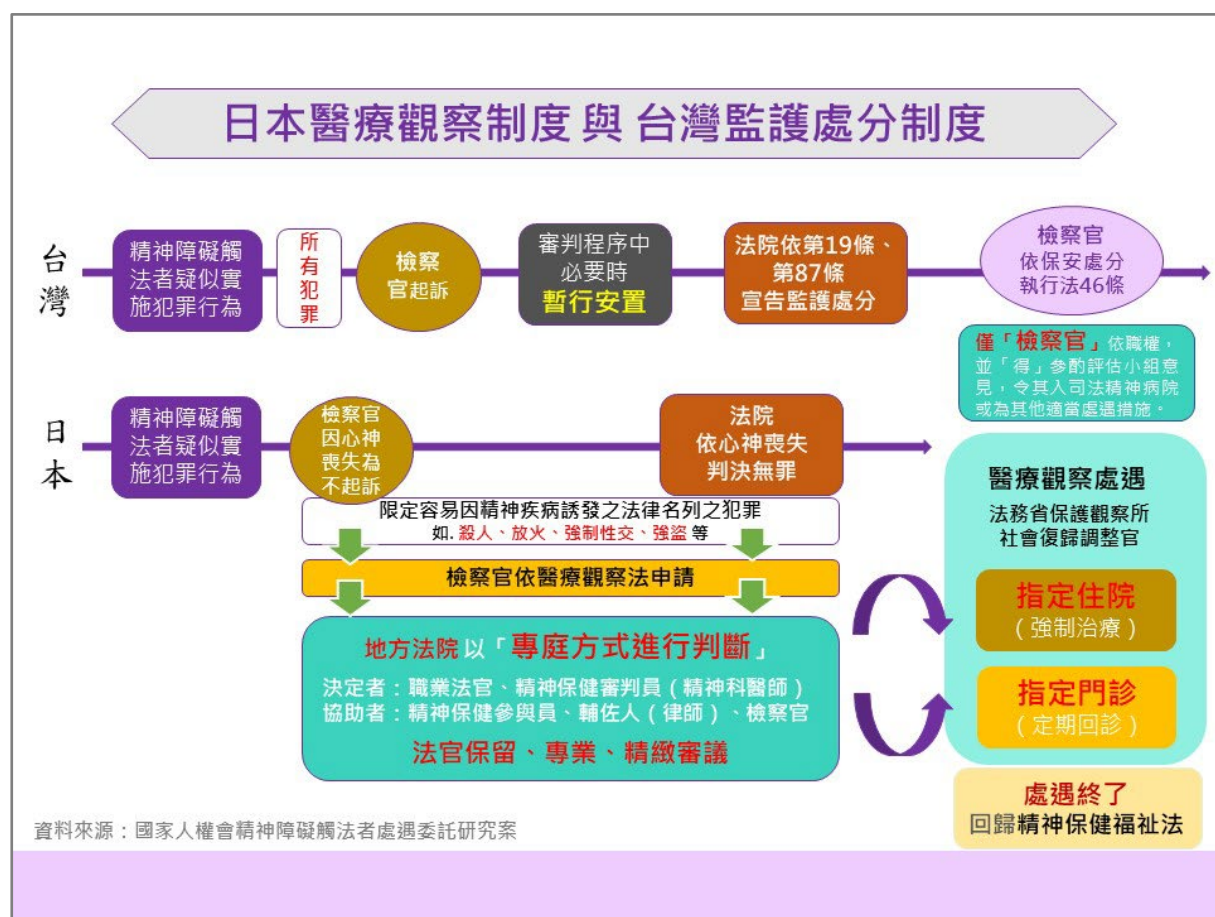
國家	日本	台灣
制度名稱	醫療觀察制度	監護處分制度
法律名稱及屬性	醫療觀察法(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律)，屬於司法處遇性質。	刑法、保安處分執行法(司法)。
目的屬性	社會復歸為目標。機構內處遇，但仍以治療為出發點。	試圖兼顧社會防衛與社會復歸，但整體而言，監護屬於保安處分，而偏向社會防衛。
具監禁效果的處分	指定入院(指定医療機関への入院)：當審理確認有治療必要性時，強制入司法精神病院接受治療，住院期間並無上限規定，但每 6 個月需定期審議是否有延長必要。	「令人相當處所」施以監護。
監禁外的處遇手段	指定門診(指定通院)：如指定入院治療之必要，但有治療需求時，可強制對象定期前往指定醫院接受固定的門診治療。	「以適當方式」施以監護。

² 資料來源：監察院國家人權委員會「精神障礙觸法者處遇之研究－監護處分法制及司法判決研析」委託研究案，研究團隊(國立高雄大學)整理。

國家	日本	台灣
處遇的審理模式	限定條文中明訂的重大犯罪(如放火、強制性交、殺人、強盜等)，經檢察官不起訴處分，或法院認定心神喪失或精神耗弱判決無罪或減刑後，由檢察官向法院聲請，由法院「專庭」審理。專庭的組成，有職業法官、精神保健審判員(專業醫師)、精神保健參與員、社會復歸調整官、個案輔佐人(律師)及檢察官等組成。	未特別針對精神障礙觸法者設計審理模式。
精神障礙者鑑定模式	必要時先核發住院鑑定命令，進行機構內的醫療鑑定(類似台灣鑑定留置)，但鑑定住院命令期間最長可達 3 個月。	鑑定留置。依刑事訴訟法第 203 條，若有精神鑑定的必要，得預定 7 日以下，送入醫院或其他適當處所鑑定；若有必要，得延長 2 月以下。
決定處分、變更處分或終止處分的決定機關	法院	法院
執行主管機關	法務省保護觀察所	檢察官
執行人員之特色	<ol style="list-style-type: none"> 機構內：由醫師、護理師、心理療法士(心理師)、作業療法士(職能治療師)與精神保健福祉士(心理社工)組成之團隊。 機構外：社會復歸調整官(國家公務員)，負責關心病人生活狀況、接收病人諮詢，提醒病人定期回診與服用，必要時也會給予必要建議與指導等各項支援工作。 	能夠提供醫療專業，但護理人員較為欠缺，且不易兼顧安全戒護。
執行期間	1. 指定入院：每6個月需定期審議是	5 年以下；若有延長，第一次 3 年

國家	日本	台灣
	<p>否有延長必要，未設有上限。</p> <p>2. 指定門診：原則不超過3年。</p>	<p>以下，第二次以後每次 1 年以下。</p>
執行處所	<p>司法精神醫院(醫療觀察法病棟)，或由政府配合民間機構作為指定門診的治療處所。</p>	<p>拘束人身自由的執行處所，如司法精神醫院、醫院或其他精神醫療機構，復健護理機構、身心障礙機構等。</p>
與刑罰的關係	<p>作為司法處遇，屬於特別預防(社會復歸)的措施，而無刑罰應報、一般預防功能。</p>	<p>分別獨立。對於非無罪責能力的精神障礙觸法者，得於刑罰執行前或後，或赦免後，施以監護。</p>
裁判前的配套措施	<p>檢察官認定為精神障礙觸法者欠缺責任能力時，將會為不起訴處分，故無針對行為與罪責的司法審判程序。</p>	<p>暫行安置。依刑事訴訟法第 121 條之 1，於偵查或審判中，認為被告的犯嫌重大，有事實足認為罪責能力有欠缺，且有危害公共安全之虞，並有緊急必要者，得裁定令入司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所安置。</p>
司法精神醫院	<p>將治療方式分為「急性期」、「回復期」、「社會復歸期」三個階段，並分別依不同階段提出相對應的治療方式與計畫，同時也有多元治療方式。</p>	<p>依「強化社會安全網第二期計畫」籌建中。</p>
CRPD 國家報告審查結論性意見	<p>在 2022 年 8 月，身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查會議，聯合國身心障礙委員會對於醫療觀察制度的結論性意見是：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對精神障礙者施以非自願住院措施或進行強制治療，有違反 CRPD 第 14、15 條的疑慮。建議廢除所有非自願精神治療致剝奪人身自由、強制治療措施合法化致其遭受虐待之法律規定，並應建 	<p>在 2022 年 8 月，身心障礙者權利公約第二次國家報告國際審查會議，國際審查委員會對於監護處分制度的結論性意見是：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 監護處分可能造成無限期的人身自由限制，有違反 CRPD 第 12、14 條的疑慮。建議修改刑法第 87 條關於延長監護期限的規定。 2. 暫行安置的期間過長，對於精神障礙觸法者造成人身自由的過度

國家	日本	台灣
	立相關之監督機制以確保身心障礙者免於強制治療。 2. 強制將心理障礙者送入精神科醫院，甚至無限期延長其住院處分，有違反CRPD第19條之虞。建議檢討精神科醫院中之身心障礙者個案，終止無限期住院之處分，確保自立生活權，同時於社區中提供必要之心理健康支持。	限制，有違反CRPD第14條的疑慮。建議修改關於暫行安置的授權立法。



三、台灣及日本 CRPD 國家報告審查結果有關精神障礙處遇議題探討

CRPD 於 2006 年由聯合國大會通過，2008 年正式生效，旨在促進、保障及確保身心障礙者完全及平等地享有所有人權及基本自由，促進其固有尊嚴受到尊重，並降低在社會上的不利狀態，使其得以享有公平機會參與公民、政治、經濟、社會及文化各領域。

(一) 台灣重點議題

台灣於 2014 年 8 月制定公布《身心障礙者權利公約施行法》，自同年 12 月施行，並遵循締約國義務，於 2017 年 10 月進行初次 CRPD 國家報告國際審查會議，2022 年 8 月舉行第 2 次 CRPD 國家報告國際審查會議，本會並依據組織法第 2 條第 8 款規定，針對第 2 次 CRPD 國家報告，提出本會之獨立評估意見。

在第 2 次 CRPD 結論性意見中，國際審查委員會(IRC)基於公約精神，針對精神障礙觸法者處遇提出之意見與建議，歸納為以下重點議題，加以探討：

1. 第 12 條「在法律之前獲得平等肯認」：2022 年刑法第 87 條新制取消監護處分 5 年上限，不定期的監護處分期間侵害了精神障礙者的權利，且可能忽略個別案件行為態樣之差異，暫行安置每次 6 個月，累計可達 5 年，又無法折抵刑期，均已違反了 CRPD，導致監禁與被控罪刑不相稱，建議修正刑法第 87 條有關延長監護期間等規定。對於可能有自傷或他傷之虞的精神障礙觸法者，仍以監禁為主，尚未從替代性決策轉向尊重個人意願與偏好的

支持性決策，建議應建立強有力的系統，使支持性決策取代目前的監護制度。

2. 第 13 條「近用司法」：法務部及司法院等國家司法人員對於精神障礙觸法者的認知仍有不足，現行講習與落實精神障礙觸法者在司法程序中的保障仍有落差，建議應諮詢相關障礙者等代表團體的意見，建立符合其需求之國際原則與指引，並對執法者進行適當的培訓。
3. 第 14 條「人身自由與安全」：延長監護的規定及暫行安置時間過長，對於精神障礙觸法者的人身自由造成侵害疑慮，治療模式仍以藥物為主，未尊重精神障礙者的醫療選擇權及自主權，建議應消除醫療機構包括隔離與約束等限制性作法，並終止討論行政院送立法院審議的精神衛生法，及修正暫行安置與監護處分的相關立法。
4. 第 15 條「免於酷刑、殘忍不人道或有辱人格之待遇或處罰」及第 16 條「免於剝削、暴力及虐待」：強制治療的實施，具有高度社會安全需求，建議國家應建立禁止酷刑的國家防制機制，採取措施防止和消除包括隔離和約束的限制性做法，並減少在任何場域使用基於身心障礙的藥物治療，包括建立一個獨立的機制來監督提供服務的設施及方案，以採取措施防止剝削、暴力及虐待。
5. 第 25 條「健康」及心理健康一般性議題：國家於心理健康照顧方面採取過時的高度保護主義，缺乏促進心理健康與復元取向，側重於留置與強制治療，建議應對隔離中的身心障礙者提供足夠的健康照顧及醫療服務，確保他們能在與其他人平等的基礎上及時獲得醫療保健。

(二) 日本重點議題

日本於 2014 年批准 CRPD，其初次國家報告於 2022 年 8 月經聯合國身心障礙委員會審查，並於同年 9 月發布對日本初次國家報告之結論性意見，日本之身心障礙團體與聯合國身心障礙者權利委員會之結論性意見，針對精神障礙觸法者有關處遇，提出以下論點及建議：

1. 第 13 條「近用司法」：相關規定允許得對精神或心智障礙者之識別能力進行評估，民事訴訟法及刑事訴訟法對特定身心障礙者之程序利益設有限制，建議應建立決策輔助機制，使身心障礙者之自主權、意願及偏好受到尊重，確保身心障礙者享有平等參與法律程序的權利，為相關領域之專業人員提供系統化之能力建構課程及專業發展計畫。
2. 第 14 條「人身自由與安全」：避免以身心障礙為由採取強制住院及治療措施，國家缺乏保護身心障礙者知情同意權的保障，非自願住院措施涉及對身心障礙者之歧視，且等同人身自由之剝奪，甚至可能無限期延長住院處分，建議廢除包括《精神保健福祉法》、《醫療觀察法》等所有將社會心理障礙者強制治療措施合法化之法律規定。
3. 第 15 條「免於酷刑、殘忍不人道或有辱人格之待遇或處罰」：精神科醫院對身心障礙者進行強制治療，包括隔離、物理性、化學性管束、強制藥物治療等，建議建立有效之監督機制，預防與通報精神科醫院對身心障礙者之一切強制與虐待行為，賦予受害者有效之救濟途徑。

4. 第 19 條「自立生活與融合社區」及第 25 條「健康」：委員會建議締約國檢討精神科醫院中之身心障礙者個案，終止無限期住院之處分，打造非強制性之社區精神衛生支持，廢除區隔精神照護與一般醫療保健之制度。

(三) 台日比較

由以上議題觀之，無論台灣或日本在精神障礙觸法者處遇方面，與落實 CRPD 精神都還有一段差距，雖然法令上皆希望以多元處遇或社會復歸降低對其人身自由拘束及自主權之剝奪，惟實際運作上仍具有社會防衛色彩，均有待面對不利立法之修正及措施之改善，並減少社會對精神障礙者之歧視，使其平等參與司法程序。

關於台日 CRPD 國家報告的結論性意見提及精神障礙者處遇議題之比較，彙整如下表³：

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
一般性 議題— 心理 健康		27.國家於心理健康照顧方面採取高度保護主義取向是過時的，且缺乏促進心理健康和康復取向，著重於拘留和強制治療。
第 1 條 至 第 4 條 (一般原 則及義 務)	9.委員會關切： (c)司法、法律機構之專業人員、醫護人員、衛生人員等，對 CRPD 承認之身心障礙者權利認識不足。 10.委員會建議 (c)為司法、法律機構之專業人員、醫護人員、衛生人員及身心障礙者領	

³ 資料來源：國家人權委員會「精神障礙觸法者處遇制度專案」工作小組整理。(2022.10)

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
	<p>域之專業人員提供系統化之能力建構課程。</p>	
<p>第 10 條 (生命權)</p>	<p>23.委員會關切 (b)於強制身心障礙者住院之措施中，仍使用物理性及化學性管束手段。</p> <p>24.委員會建議 (b)避免以身心障礙為由採取強制住院及治療措施。</p>	<p>52.國際審查委員會對死刑問題深感震驚和失望。自 2017 年 CRPD 國際審查，檢察官在數個涉及社會心理或智力障礙的被告的案件中求處死刑判決。國家在 2018 年及 2020 年各處決了 1 名心理社會障礙者。</p> <p>54.國際人權標準明確指出，社會心理或智力身心障礙的人絕不應被判處死刑和 / 或處決。國際審查委員會不接受政府對心理社會障礙者或智能障礙的人不會被判處死刑或處決的說法。刑事訴訟法第 465 條第 1 項和第 467 條第 1 款關於暫不判處死刑的規定是針對那些被認為是「精神錯亂」的人。此定義僅適用於被告在犯罪時沒有能力感知或判斷外部世界的事務，也沒有能力自由決定或表達的情況。</p> <p>55.新修正的《死刑執行規則》、最高檢察署《死刑案件覆核清單》和司法院《死刑案件覆核清單》，並未防止對有心理社會或心智障礙的人執行死刑。</p> <p>57.國際審查委員會建議國家： a.立即廢除死刑，並在廢除之前暫停執行所有死刑。於最低限度上，國家應修正《死刑執行規則》，以確保不會對在犯罪或執行計畫時有心理</p>

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
		社會障礙和 / 或心智障礙者執行死刑。
第 12 條 (在法律 之前獲 得平等 肯認)	<p>27.委員會關切：</p> <p>(a)民法對身心障礙者之責任能力設有限制，剝奪身心障礙者在法律之前獲得平等承認之權利，尤其相關規定允許得對精神或心智障礙者之識別能力進行評估，並據此立法予以限制，同時亦延續代理人制度。</p> <p>(b)2022 年 3 月通過之「成年監護制度之利用促進基本計畫」。</p> <p>28.委員會建議：</p> <p>(a)廢除所有歧視性法令及政策，終結代理人制度並修正民法規定，以保障所有身心障礙者在法律之前獲得平等承認之權利。</p> <p>(b)建立決策輔助機制，使身心障礙者之自主權、意願及偏好皆受到尊重。</p>	<p>62.國際審查委員會對以下情形表示關切：</p> <p>a.尚未從替代性決策轉向尊重個人意願與喜好的支持性決策。</p> <p>b.監禁可能有傷害自己或他人之虞、經起訴或經審判定罪的身心障礙者。</p> <p>63.國際審查委員會建議國家：</p> <p>a.建立強而有力的系統，使支持性決策取代目前的監護制度；</p> <p>b.改善司法從業人員的培訓，以克服「最佳利益」原則的應用。</p> <p>c.修正精神衛生法，刪除有關延長留置可能傷害自己或他人之虞、經起訴或經審判定罪的身心障礙者的規定；</p> <p>d.修正刑法第 87 條有關延長監護期間的規定；</p> <p>g.強化心理衛生人員的培訓，以防止非法留置。</p>
第 13 條 (近用 司法)	<p>29.委員會關切：</p> <p>(a)民事訴訟法與刑事訴訟法對特定身心障礙者之程序利益設有限制，包括設有代理人之身心障礙者、安置中之身心障礙者，以及因心智或精神障礙而遭視為欠缺訴訟能力者。</p> <p>30.委員會建議：</p>	<p>64.國際審查委員會對以下情形表示關切：</p> <p>a.法務部和司法院沒有充分考慮心智障礙者、神經多樣性者，包括自閉症者或心理社會障礙者在司法系統中的需求，也沒有制定措施來解決他們在近用司法方面所面臨的不利處境。</p>

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
	<p>(a)廢除限制身心障礙者參與法律程序之規定，並肯認其平等參與法律程序之能力。</p> <p>(b)確保身心障礙者不分身心障礙程度皆在程序上享有符合其年齡之調整措施。</p> <p>(c)確保法院、司法機構與行政機構打造無障礙空間，尤其應採用通用設計，以確保身心障礙者享有平等參與法律程序之權利。</p>	<p>b.司法院沒有向法官和法院工作人員廣泛宣傳障礙者近用司法之國際原則與指引。沒有適當的制度來指導或監督其實施</p> <p>c.司法院尚未制定指引，以提供刑事或民事訴訟中的法官在回應不同性別、年齡的身心障礙訴訟參與人請求時，應採取何種程序調整，也沒有為法官制定任何有關身心障礙類別、潛在需求以及溝通和互動方式調整的指引，以符合身心障礙者需求。</p> <p>d.雖然司法院為法官和律師提供了一些關於 CRPD 的培訓，但尚未對刑事和民事法官、檢察官、律師公會成員和警察在辦理刑事和民事訴訟中，針對具身心障礙身分之當事人或證人提供程序調整的系統性訓練。</p> <p>65.國際審查委員會關切衛福部在 COVID-19 疫情之下限制律師接觸其在精神醫療機構和醫院中的當事人，而危及他們近用司法的機會。</p> <p>66.國際審查委員會建議司法院：</p> <p>a.諮詢心智障礙者、神經多樣性者和心理社會障礙者等代表團體的意見，以瞭解他們使用司法系統的經驗，並發布符合《障礙者近用司法之國際原則與指引》的指引，解決身心障礙者在近用司法的具體不利</p>

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
		<p>條件。</p> <p>b.確保法官學院為法官和法院工作人員提供《障礙者近用司法之國際原則與指引》的培訓。</p> <p>67.國際審查委員會建議衛生福利部頒布包括精神醫療機構在內的醫療機構指引，說明儘管因公共衛生或其他考量有訪客限制，但在這些機構中，律師仍可以與其當事人本人透過安全的視訊連線或電話聯繫。</p>
<p>第 14 條 (人身自由及安全)</p>	<p>31.委員會關切到：</p> <p>(a)《精神保健福祉法》通過後，依法得根據抽象或具體之障礙或危險，對身心障礙者施以非自願住院或治療措施。</p> <p>(b)缺乏保護身心障礙者知情同意權之保障措施，例如在強制住院方面，知情同意權之定義欠缺明確性。</p> <p>32.委員會建議並呼籲：</p> <p>(a)承認身心障礙者非自願住院措施涉及身心障礙者之歧視，且等同人身自由之剝奪，並應廢除所有得依具體或抽象原因，而對身心障礙者施以非自願住院措施、進而剝奪其人身自由之法律規定。</p> <p>(b)廢除所有以抽象或具體障礙為由，而將非自願精神治療合法化之法律規定，並應建立相關之監督機制以確保身心障礙者免於強制治療。</p>	<p>68.國際審查委員會關切，身心障礙者的自由受到剝奪。行政院目前正在審議的精神衛生法修正草案似乎側重於強制留置和強制治療患有急性精神健康問題的人，而不是透過社區支持來處理這種危機。</p> <p>70.國際審查委員會關切，目前針對神經多樣性、心理社會障礙和心智障礙者的「暫行安置」和「監護處分」違反了 CRPD。導致監禁與被控罪行的嚴重性不相稱，導致無限留置，以及無法復歸至社區。此外，留置的時間被延長，審查不是由獨立的司法機構進行，也沒有直接涉及當事人，這導致無法適當地滿足他們對身心障礙者支持和適當醫療保健的需求。更甚者，這意味著未能提供與一般社區的人相同的身心障礙支持和健康照顧水準。</p> <p>71 國際審查委員會建議國家：</p>

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
	<p>33.委員會觀察到：</p> <p>(a)精神科醫院對身心障礙者進行強制治療，包括隔離、物理性、化學性管束、強制藥物治療、強制認知與電痙攣治療等，且存在《醫療觀察法》等將前述手段合法化之法令。</p> <p>34.委員會建議：</p> <p>(a)廢除所有將社會心理身心障礙者強制治療措施合法化並致其遭受虐待之法律規定。</p>	<p>a.立即中止討論行政院目前正在審議的精神衛生法修正草案，並審查該法案是否符合台灣對於聯合國人權協議和公約中的承諾。</p> <p>e.確保定期蒐集和公布有關身心障礙青少年被拘留者的資料。這些資料應按性別、身心障礙類別和其他核心因素進行分組分析。</p> <p>72.國際審查委員會建議矯正署根據身心障礙收容人的數量，調查其需求。根據前述資料，配置足夠數量的合格專業工作人員，其應具有健康、心理健康和 / 或身心障礙支持資格。</p> <p>73.國際審查委員會建議修正關於「暫行安置」和「監護處分」的相關立法。</p>
<p>第 15 條 (免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對待或處罰)</p>	<p>33.委員會建議：</p> <p>(c)建立相關機制以供大眾通報有關精神科醫院所為殘忍、不人道或有辱人格之行為、賦予受害者有效之救濟途徑。</p> <p>34.委員會建議：</p> <p>(b)與身心障礙者代表組織合作，建立有效之監督機制，進而預防與通報精神科醫院對身心障礙者之一切強制與虐待行為。</p>	<p>74.國際審查委員會對以下情形表示關切：</p> <p>a.現有體系包括事前通知與無預警查核，被指出對於遏制機構中的暴力與虐待是無效的。在機構、監獄和特殊學校中仍然可以看到對身心障礙者的虐待和不人道待遇。</p> <p>c.工作人員嚴重短缺和管理不善，使得矯正機關內收容人的健康和衛生水準很差。這導致身心障礙收容人面臨不人道或有辱人格的對待。</p> <p>d.心理社會障礙者經常受到藥物和身體約束，而不是採用行為管理技</p>

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
		<p>能。</p> <p>75.國際審查委員會建議國家：</p> <p>a.立即承諾消除精神醫療機構的限制性做法，包括隔離和約束。</p> <p>b.對於限制性做法，包括隔離與約束，建置有關實施場合、持續時間、地點及情況等資料。</p> <p>c.建立免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之對待或處罰的國家獨立檢查機制，類似聯合國禁止酷刑公約任擇議定書規定的國家預防機制，以採取措施防止和消除包括隔離和約束在內的限制性做法，減少在所有場域，包括在精神醫療機構、護理之家和監獄中使用基於身心障礙的藥物治療；在每次查核後提供報告並提供年度公開報告。</p>
<p>第 16 條 (免於剝削、暴力及虐待)</p>	<p>36.委員會建議：</p> <p>(c)擬定各層級之策略，...並向法律程序中所涉之司法與行政人員提供專業發展計畫，使其了解身心障礙人權模式、無障礙環境及合理調整措施。</p>	<p>79.國際審查委員會建議國家：</p> <p>b.立即對身心障礙者在所有場域中的經驗進行全國性的質化和量化檢視，以建立對剝削、暴力和虐待程度的認識。</p> <p>d.採取措施，防止對身心障礙者的剝削、暴力和虐待，包括建立一個獨立的機制來監督提供身心障礙者服務的設施和方案。</p>
<p>第 19 條 (自立生活及社區融合)</p>	<p>41.委員會關切：</p> <p>(b)提倡可強制將社會心理障礙及失智症患者送入精神科醫院，甚至可無限期延長社會心理障礙者之住院</p>	

公約 條文	日本 CRPD 初次國家報告 結論性意見(摘要)	台灣 CRPD 第 2 次國家報告 結論性意見(摘要)
	<p>處分。</p> <p>42.委員會敦促締約國：</p> <p>(a)加速終結對兒童等身心障礙者之強制住院措施。</p> <p>(b)檢討精神科醫院中之身心障礙者個案，終止無限期住院之處分。</p>	
<p>第 25 條 (健康)</p>	<p>54 委員會建議：</p> <p>(d)打造非強制性之社區精神衛生支持，廢除區隔精神照護與一般醫療保健之制度。</p>	<p>97.國際審查委員會對下列方面表示關切：</p> <p>d.被拘留在監獄或其他矯正機構中的身心障礙者經常難以使用到主流健康照顧服務。</p> <p>g.應對隔離中的身心障礙者，提供足夠的外展醫療服務。</p> <p>98.國際審查委員會建議國家：</p> <p>c.確保監獄和矯正機構中的身心障礙者能夠在與其他人平等的基礎上及時獲得醫療保健。</p>
<p>第 31 條 (統計及 資料 蒐集)</p>	<p>65.委員會關切：</p> <p>(b)相關調查皆忽略安置機構及精神科醫院中之身心障礙者。</p> <p>66.委員會建議締約國針對身心障礙者建立資料收集系統及資料庫，將所有生活領域中之身心障礙者納入其中。</p>	

參、會見 NGO/政府/福祉企業

一、日本身心障礙論壇(JDF)團體代表

(一) 日期及參與人員

1. 日期：2022 年 11 月 8 日(二) 09:40 至 11:50

2. 參與人員：

序號	姓名	組織/團體	職稱
1	山田惠太	東京辯護士會/東京 TS ネット	律師
2	長瀬 修	新日本融合聯盟/立命館大學	教授
3	小幡恭弘	全國精神保健福祉聯盟	事務局長
4	桐原尚之	全國「精神病」患者團體 ※視訊參加	執行委員
5	山田悠平	全國「精神病」患者團體	執行委員
6	原田 潔	日本身心障礙者復健協會/JDF 事務局	

(二) JDF 簡介⁴

1. 概述：日本身心障礙論壇

(Japan Disability Forum, JDF)

於 2004 年以促進「亞洲太平

洋身心障礙者十年行動議程(Asian and Pacific Decade of Disabled Persons)」及日本身心障礙者措施、推動身心障礙者權利為目的而設立，以各種身心障礙當事人團體為中心，由家長團體(family organizations)等 13 個全國性團體構成之社團組織。2011 年東日本大地震發生後，JDF 成立了身心障礙者綜合支援本部，向政府提出建議、直接支援身心障礙者、辦理意識提升等活動。JDF 也是亞太地區身心障礙論壇(Asian and Pacific Disability Forum, APDF)成員。



JDF 成立以來，致力推動身心障礙者權利公約。2002 年至 2006 年，派出 200 位關係人至紐約的聯合國本部專為制定公約召開之特別委員會，為公約之制定，作出貢獻。

⁴ 資料來源：JDF 網站(<https://www.normanet.ne.jp/~jdf/>)；並依據 JDF 提供之簡介資料，由專案工作小組參考整理。

公約通過以後，為使日本批准公約，透過和政府交換意見或與超黨派之「聯合國身心障礙者權利公約促進議員聯盟」合作等方法，從民間立場推動國內法制度之改革。2014年日本批准CRPD以後，推動國內公約的施行，2019年9月派遣訪問團至身心障礙者權利委員會第12次事前工作小組，並進行簡報。

2. 任務：

JDF 主要活動包括：

- (1) 推動聯合國身心障礙者權利公約。
- (2) 推動「亞洲太平洋身心障礙者十年行動議程」及「亞太地區身心障礙論壇」相關事項。
- (3) 推動「身心障礙基本計劃」等國家政策。
- (4) 推動與禁止歧視身心障礙者及其權利相關之法律制度。
- (5) 其他與身心障礙者權利促進相關之事項。

3. 專門委員會：

為推動上述工作，JDF 設置 3 個專門委員會，並從組成團體中選任委員進行活動。

(1) 政策委員會

- 促進《身心障礙者權利公約》在日本的實施
- 國內政策問題的審查和建議
[兩個促進委員會]
- 促進身心障礙者權利公約委員會
- 《消除對身心障礙者歧視法》等立法促進委員會

(2) 規劃委員會

- 促進黃絲帶運動等意識提升活動
 - 組織活動
 - 新聞傳播
- (3) 國際委員會
- 推動亞太身心障礙者十年
 - 參與 APDF 等國際合作

4. 組織架構圖⁵：



5. 組成團體：

JDF 由 13 個組織成員組成，就國家及國際人權資訊，進行教育及宣導。包括：

- (1) 日本肢體障礙者團體聯盟
- (2) 日本視覺障礙者團體聯盟
- (3) 全日本聽障聯盟
- (4) 日本身心障礙者理事會
- (5) 國際身心障礙者組織日本分會(DPI 日本會議)
- (6) 新日本融合(New Inclusion Japan)聯盟
- (7) 全國脊髓損傷者聯盟

⁵ 資料來源：譯自 JDF 網站(https://www.normanet.ne.jp/~jdf/about.html#page_03)。(2023.02)

- (8) 全國精神保健福祉聯盟
- (9) 全日本重聽人士、後天聽障者團體聯盟
- (10) 全國視聽障者協會
- (11) 全國社會福祉理事會
- (12) 日本身心障礙者復健協會
- (13) 全國「精神病」患者團體

(三) 會談紀要

本次拜訪 JDF，係由旅日訪問之台北律師公會傅馨儀律師居中聯繫，透過日本東京辯護士會律師引介 JDF 事務局原田潔先生協助安排，曾經兩度來台擔任台灣 CRPD 初次及第 2 次國家報告國際審查委員會主席長瀨修教授代表 JDF 接待本團，併邀請東京律師公會、具醫療觀察法辯護經驗之一般社團法人東京 ST 網(從事支持被控犯罪的身心障礙者社團)山田惠太律師，共同參與會談。

雙方於介紹與會成員後，先聽取山田悠平先生簡介 JDF 成立宗旨及主要業務，續由線上參與的桐原尚之先生以日本保安處分的廢止，簡報說明日本保安處分歷程，以及 JDF 和其個人對於廢止保安處分的態度與主張，之後再進行意見交流。會談重點摘錄如下：

1. 關於日本保安處分立法化歷程，係於 1950 年制定精神衛生法，成立措施住院；之後於 1974 年修正刑法之保安處分、1982 年治療處分法案及 1990 年處遇困難者專門病棟，皆告失敗；直至 2003 年制定醫療觀察法。其立法或修法目的，都是以避免心神喪失犯罪者再犯之社會安全

考量，所規定的措施。

2. 日本保安處分制度主要分為 2 個體系，一是根據《精神保健福祉法》，以患者有自傷或傷害他人之虞為由，以地方行政機關主導之措施住院，另一則是依據《醫療觀察法》，針對殺人等重大犯罪行為，因心神喪失等原因獲判無罪或不起訴，依司法判斷進行的住院措施。
3. 對於如何處理精神障礙者的犯罪行為之相關討論中，法務省主張修正刑法及設立特別法，日本律師公會聯合會主張不處罰而應進行人道治療，故認為應修正精神衛生法，醫療業界則認為國家應將方向改變為重編病床功能及社區醫療化，國公立醫院和私立醫院都應致力於減少病床，讓處遇困難者由私立醫院轉向國公立醫院。然而，在 CRPD 的概念下，針對精神障礙者的刑法及治療都助長歧視，因此精神障礙者團體(全國精神病患者團體)反對保安處分，主張「精神障礙觸法者」的概念應該被否定。
4. 廢止保安處分時需面臨的課題，依以下 4 階段分述：(1) 職務質問⁶階段：有精神異常者可通報，無論在發現通報或處理通報，皆可能被措施住院。(2) 搜查階段：在搜查階段可轉到精神鑑定，通報後措施住院。(3) 起訴階段：起訴前鑑定，如有，則不起訴。(4) 公訴階段：精神鑑定，

⁶ 「職務質問(しょくむしつもん)」，依據日本《警察官職務執行法》第 2 條規定，日本警察根據異常行為和其他周圍情況進行合理判斷，對發現疑似涉嫌犯罪人員進行制止及質問，類似台灣警察執行「盤查」、「盤檢」職務，與刑事訴訟法規定的「訊問」不同。警察官職務執行法第 2 條，警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して何らかの犯罪を犯し、若しくは犯そうとしていると疑うに足る相当な理由のある者又は既に行われた犯罪について、若しくは犯罪が行われようとしていることについて知っていると認められる者を停止させて質問することができる。資料來源：<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%81%B7%E5%8B%99%E8%B3%AA%E5%95%8F>。(2023.02)

如經鑑定為心神喪失，判決無罪。在日本的刑事司法實務上，精神障礙觸法者在搜查階段即早期轉向，免除大部分責任，起訴時則有 99.9% 的案件被定罪，此作法乃希望運用刑事偵查之起訴前鑑定，而非等到公訴階段再鑑定，藉此補充司法人員、財源之不足。

5. JDF 的態度在針對日本 CRPD 國家報告的 2 份平行報告中，已表明：廢除法律中心神喪失/精神異常的用語(第 1 條)；廢止鑑定留置(第 13 條)；廢止精神保健福祉法的措施住院(第 14 條)；廢止醫療觀察法(第 15 條)。在刑事法制度的社會模式中，必須重新審視未包含非理性的法益保護機制，且應從未包含非理性的責任主義中脫離。
6. 有關廢止保安處分的短中長期對策，JDF 認為：(1)短期：重新審視精神保健福祉法並為修法而籌備因應計畫。(2)中期：廢止醫療觀察法及通報制度，以及目前根據起訴前鑑定及心神喪失抗辯的做法。(3)長期：對包山包海的刑法進行根本性的審視，修正為不依據刑事責任能力判定的新刑事法制度。
7. 意見交流

- (1) 關於刑事偵查免責，起訴後反而 99.9% 有罪，兩者鑑定方式有無差異？

起訴前鑑定分為兩種，一是「簡易鑑定」，大約 20 分鐘，二是「本鑑定」⁷，期間 2 個月，都是由檢察官發動；至於公訴鑑定，則依法院要求。無論兩者在哪

⁷ 刑事責任能力鑑定の種類，通常 2 ヶ月程度の鑑定留置期間を別途もうけて行われる「起訴前本鑑定」とがあります。資料來源：NCNP 網站(https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/shihou/info_keiji_kantei.html)。(2023.02)

一階段發動鑑定，對當事人都可能不利，起訴前鑑定將剝奪當事人出庭的權利，即轉向強制住院或治療，因此 JDF 主張應廢止另走一套司法處遇的模式，讓精神障礙觸法者與非精神障礙觸法者居於同樣平等的地位，不應被差別待遇和遭受歧視。

- (2) 醫療觀察法廢除後，還有哪些措施需保留，是否仍需鑑定，或是直接進入審判程序？醫療觀察法廢止前，如果不起訴，是否不應連結刑事責任，提供其他回歸社區的處置，例如不住院、不進行醫療等？

醫療觀察法的目的在防止再犯、預防危險的醫療觀察，對精神障礙觸法者進行社會模式調整，具有保安處分的色彩；日本憲法第 30 條規定，即使身心障礙者也應保有一定的權利，憲法保障的司法手段之一，應重新審視非理性法益保護的刑事責任，對其不應給予特別的處置，和其他人平等對待，從排除(exclusion)轉為融合(integration)的新思考方式。再者，由於醫療觀察法為不定期狀態，不像刑期固定，期滿即釋放，以特別法處置在法律上即不平等，精神障礙者希望在一般司法程序上負起應負的罪刑，而非被當成病患後再回歸社區，喪失再社會化的機會，因此國家應投入更多社區照顧與資源。

- (3) 當事人如無病識感，對病情有益的狀況下，強制服藥是否仍侵害其人權？如尊重處於精神急性混亂期的當事人不服藥，是否反而延長其回歸社區的時間，對當事人不一定有利呢？

日本 2016 年有個案件，當事人已成年，因殺害一家人而被判定具有部分責任能力，此個案的母親明知當事人有精神疾病，卻未積極促其治療，最後除本人被判有罪外，家人也被判決應負有部分責任。是否給予治療，和個案當事人被判定的狀態相關，被判定具有部分責任能力有罪服刑的精神障礙者，在服刑過程，不一定都能獲得治療，例如一般看守所即無法提供治療，具有醫療設施的看守所，雖然並非依據醫療觀察法設置，仍有其他受刑人因疾病需有醫療服務，有精神障礙的觸法者在此就可能獲得治療。

- (4) 日本雖無國家人權機構，仍依 CRPD 第 33 條規定，於法務省下設置獨立監督機制(IMM)，與醫療觀察法有關部分，JDF 的看法如何？

依據其個人 2017、2022 年兩度審查台灣 CRPD 國家報告的觀察，台灣國家人權委員會的成立是很大的進步，國家表示對人權的重視是非常重要的，尤其對國家人權委員會關注精神障礙與犯罪議題表示可敬，日本還未設置國家人權機構，IMM 是設於內閣的障礙者政策委員會，獨立性弱，JDF 認為日本一直未妥善處理監獄服刑者的人權，現行做法仍有不足。

- (5) 聯合國身心障礙權利委員會 2022 年 9 月針對日本初次國家報告發布的結論性意見，日本政府如何看待？

關於結論性意見提出的觀察建議，主要有 2 個原因，一是精神醫療設施不足，二是一般教育的不足，其實各國都有各自需面對的問題，例如美國有槍械問

題，日本文部省對於精神障礙者的教育採特殊教育的分離政策，將兩者教育體系分離，因此儘管日本此次有 17 個項目被認為非常好，但仍有以上身心障礙者教育、醫療等問題需改善，本次能與台灣等其他國家人權機構交流意見，有助於促使日本政府研議設置國家人權機構。



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團拜會日本身心障礙論壇(JDF)

上圖：人權會代表團與 JDF 人員合影。

左下：長瀨修教授(右 2)致詞歡迎訪團。

右下：王榮璋副主任委員(左 2)說明訪團對於日本 NGO 觀點的重視。

二、日本相關主管機關會談

(一) 日期及參與人員

1. 日期：2022 年 11 月 9 日(三) 09:40 至 11:50
2. 地點：日本台灣交流協會東京本部
3. 參與人員：

序號	姓名	單位	職稱
1	堀內 隼	最高裁判所事務總局刑事局	局付
2	棟近展行	厚生勞動省社會·援護局	室長輔佐
3	馬淵伸隆	法務省保護局總務課	法務專門官
4	南澤謙次	警察廳刑事局刑事企劃課	警視
5	水野哲二	警察廳生活安全局生活安全企劃課	警視
6	中村尚登	警察廳刑事局刑事企劃課	警部
7	花井郁子	公益財團法人日本台灣交流協會	總務部長

(二) 主管業務簡介⁸

1. 法務省

法務省是依據國家行政組織法與法務省設置法所成立。任務為「維持基本法制、制定法律、維護國民權利、統一處理與國家利害有關的訴訟以及公正管理出入國事務」。司法制度、民事行政(國籍、戶籍、登記、供託)、刑事民事法的立案、檢察、矯正、更生保護、與國家利害有關的訴訟、維護人權、出入國管理、公安調查、司法書士等都是法務省所管的事項。

2. 厚生勞動省

厚生勞動省，簡稱厚勞省，是日本中央省廳之一，相當於他國福利部、衛生部及勞動部的綜合體。厚生勞動省

⁸ 資料來源：各主管機關網站及會談簡介資料，由專案工作小組參考整理。

主掌健康、醫療、兒童、育兒、福祉、看護、雇用、勞動、年金等政策領域，任務為「保障與提升國民生活並促進經濟發展，提升社會福利、社會保障、公共衛生，整備勞動條件等勞動環境與確保工作機會」。

3. 最高法院

最高法院是日本最高司法機關，其根據《日本國憲法》設立，組織和運行依照《裁判所法》。最高法院不僅是日本處於審判事務的最高法院，同時還肩負著領導下級法院的最高司法行政的職能，同時具有規則制定權和司法執行權，必須通過最高法院法官會議的決議而行使。為了協助行使上述權力，最高法院內設立了處理總務的最高裁判所事務總局。另外，也設置了培養法曹的司法研修所等附屬機構。

4. 警察廳

警察廳是日本的行政機關，隸屬於國家公安委員會之下。作為日本警察的最高機關，負責警察制度的企劃立案、公共安全及警察的運作，掌控日本警察的態勢、整備、犯罪鑑識及犯罪統計等事務指揮，監督各都道府縣警察(包括轄區為東京都的警視廳)。

5. 公益財團法人日本台灣交流協會

公益財團法人日本台灣交流協會因應 1972 年日中邦交正常化，為維持日本與台灣之間實務層級之交流關係，針對居留台灣之日本僑民與日籍旅客之入境、停留、子女教育以及台日間學術及文化交流等提供適當的支援，以日本與台灣間貿易、經濟、技術交流等各種關係順利進行

為目的，經外務省及通商產業省(經濟產業省之舊稱)核准成立財團法人。其後，公益法人相關三法成立，經由總理大臣認定於 2012 年 4 月改制為公益財團法人，於 2017 年 1 月 1 日更名為日本台灣交流協會，開啟新的里程碑。本部設於東京，另設有台北事務所及高雄事務所。在與政府緊密的合作之下，處理無外交關係台灣間的各项實務關係之業務。台北事務所及高雄事務所與台灣各界共同進行保護日本僑民、核發簽證、經濟、文化交流等各项事務及調查工作。在台灣處理類似日本駐外領事館之各項相關業務。

(三) 會談紀要

由雙方先行自我介紹，再由日方政府機關就本會事前提出問題逐一回應，最後進行意見交流。依會談順序重點說明如下：

1. 最高法院

- (1) 醫療觀察法第 2 條第 3 項規定，因心神喪失受無罪判決確定之人，或因心神耗弱而受刑之減輕之確定判決之人，為醫療觀察法的適用對象。法官如何做成無罪或減輕其刑之判決一節，需由醫師判斷被告精神狀態後，法官再依醫師判定結果進行判決。
- (2) 法官接獲檢察官聲請指定入院或指定門診後，須以合議方式進行審判處遇方式，合議審判成員為法官、精神保健審判員(即精神科醫師)、精神保健參與員等，輔佐人(即律師)也可替當事人陳述意見保障其權利。審判前法官亦會核發住院鑑定命令進行鑑定(原則 2

個月，可延長至 3 個月)、視必要性與當事人之家人討論處置方式、聽取精神保健福祉士(即心理社工)意見，與前述成員召開多次會議針對處遇方式及精神鑑定結果取得共識。又精神保健審判員及參與員依厚生勞動省名冊選任，參與員視個案情形參與。

- (3) 對象依法院裁定指定入院一定期間後，法院依醫院聲請評估對象後續如何處理亦採合議審判方式進行，且於裁定前與相關成員開會討論，結果為持續住院、出院或終止治療三種情形；對象指定門診後，法院依保護觀察所長聲請評估後續處理方式，相關程序與作法與審判指定入院或門診時相同，結果為持續門診或終止治療兩種情形。又指定門診期間最長為 3 年，延長不超過 2 年。

2. 法務省

- (1) 法務省代表曾為社會復歸調整官，保護觀察所業務主要為對象之社會復歸事宜，係就對象生活的觀察、環境調整、關注其精神狀況、與相關機關合作，扮演對象處遇協調人之角色，透過面談了解對象狀況，定期舉行會議與社區處遇機關共享資訊及討論，亦與家人協調提升對象生活能力，促其儘早回歸社會。
- (2) 對象指定門診後，保護觀察所長也會盡可能改善對象之精神狀況，如發生無需繼續治療情況，會與醫療管理階層討論聲請終止治療事宜，反之，門診處遇屆期仍有治療必要，保護觀察所長亦會與醫療機構協議後向法院聲請。依指定門診指南，聲請終止治療需符合

對象病情有改善且於一定程度內不會再復發、門診治療終止後仍可穩定接受其他治療或可持續獲得居家護理資源、門診治療終止後，對象具備藥物攝取、金錢管理及社會生活能力、確保持續治療的環境、當地持續有資源可應付突發狀況等要件。

- (3) 社會復歸調整官分布於日本全國 50 個駐點，約 225 名且逐年增加中，調整官具有精神保健福祉士資格及豐富的實務經驗，也因為其資源協調的專業性，對象病情復發情況較少，有助其回歸社會。
- (4) 復歸社會調整官在社區處遇上，會盡可能向對象說明並了解其意願及期望，尊重其意見，至對象之個人資訊，亦會於當事人同意之前提下，與相關機關共享必要資訊。

3. 厚生勞動省

- (1) 主要負責醫療觀察法中住院鑑定人之選任名冊、頒布相關處遇指導方針等事宜。
- (2) 法院受理指定入院或指定門診之聲請後，須選任精神鑑定醫師於 2 個月內完成精神鑑定，該醫師得為合議庭成員之精神保健審判員。該醫師名簿係由厚生勞動省造冊送最高法院，再由法院選任。依精神保健福祉法規定，該等醫師須具 5 年以上經驗，且過去 2 年針對住院處置有相關行政研修證明具相關經驗及知識者。厚生勞動省提每年 11 月底提交名簿予法院時，須獲當事人同意。
- (3) 指定入院及指定門診機構均由厚生勞動大臣選定，相

關資源、人力配置，以指定入院機構而言，須為醫療機構、須能應對精神障礙特性提供適當且必要之醫療、就住院處遇當事人設置專門病棟、專業人員配置須具備醫師、護理師、職能治療師、精神保健福祉士(即心理社工)、臨床心理師；指定門診機構者，除前述專業人員配置，須具常駐之精神科醫師、藥局、護理站。

- (4) 「入院處遇指針」強調應盡可能取得入院病人同意方能進行治療之實踐情況，醫院於進行醫療行為前，均向對象說明行為目的以獲其理解，惟仍無法獲其理解時，將於事前舉行倫理會議，就醫療行為優缺點逕行評估再決定處置方式。

4. 警察廳

- (1) 警察廳主要負責刑事案件、犯罪統計、調查精神障礙觸法者時之錄音及錄影等。
- (2) 日本警方調查屬刑事司法初期階段，於逮捕嫌疑人後，為確保精神障礙觸法者之權益、調查證言之任意性及真實性，盡可能於調查過程中錄音、錄影，也會特別留意精神疾病特性，就調查期間、方式及態度，以適當作法進行。根據統計，警方針對具精神疾病嫌疑人之錄音、錄影件數，自 2019 年 7,747 件，至 2021 年上升至 9,112 件，且逐年增加中。
- (3) 日本警方針對使用藥物、喝醉導致歇斯底里、興奮狀態等暫行性精神錯亂案件，判斷當事人狀況及周圍環境，倘認有緊急處理必要，即依行政程序處理，有威嚇警方致妨礙公務時，即進行拘留，惟不得超過 24 小

時，超過者須聲請法院許可進行羈押。

5. 意見交流

- (1) 刑事偵查階段或檢察官作成不起訴處分前，倘認有精神鑑定需要，警方或檢察官可自行進行鑑定，此與醫療觀察法由法官核發鑑定命令機制係屬二事。
- (2) 法官合議審判指定入院或指定門診，或對象是否繼續治療時，皆參考精神科醫師、醫療機關管理人之專業意見，僅於法庭上與當事人見面，而不會實際至現場了解當事人生活或醫療狀況。
- (3) 醫療觀察法對象之處遇，不論指定入院或指定門診，所需經費全由國家負擔，惟對象住院期間如有出現非醫療觀察法之疾病需要治療時(例如看牙科)，則由日本健保負擔。
- (4) 一般而言，醫療觀察法之專業人力配置是一般急診人數的3倍，故預算配置亦以3倍作計算。如對象指定入院期間較長時，將階段性的減少經費給付以因應對象長期住院狀況。另對象接受指定門診處遇時，該預算除一般精神科門診給付外，並給付額外之津貼補助。
- (5) 執行醫療觀察法之專業人員中，司法體系人員在執行業務時，皆特別留意是否違反CRPD精神，而醫療體系人員相關養成課程皆有納入CRPD的訓練，厚生勞動省編列教材時亦會納入。
- (6) 對象指定入院或指定門診後，如欲終止治療，可向法院聲請，相關程序與透過醫療機關管理人聲請程序相同。惟法院仍需蒐集相關資訊後進行判斷。

(7) 精神障礙觸法者倘犯 6 項重罪以外之罪(如有認知病症而竊盜)，非屬醫療觀察法適用範疇，其有自傷或傷人之虞時，警察需依精神保健福祉法第 23 條通報保健所進行後續住院或治療之處理。



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團與日本台灣交流協會人員合影

三、ABILITIES 輔具租賃工場

(一) 日期及參與人員

1. 日期：2022 年 11 月 11 日(五) 09:50 至 12:00
2. 地點：優能福祉股份有限公司東京東營業所
3. 參與人員：伊東弘泰會長、石澤利勝中心長等

(二) ABILITIES 簡介⁹

⁹ 資料來源：ABILITIES 網站(<https://www.abilities.com.tw/>)；並由專案工作小組參考會談簡報資料整理。

Abilities Care-net (アビリティーズ・ケアネット株式会社，以下簡稱 ABILITIES)成立於 1966 年，創辦人伊東弘泰會長因小兒麻痺，從小就體認到現實的不平等，年輕時立下宏願要幫助所有障礙者自立回到社會，進而創設日本最早以「促進僱用身心障礙者為目的」的 ABILITIES 公司。

ABILITIES 從迷你印刷公司起家，只有 5 名身障員工，如今已是一家員工人數 903 人的照顧輔具公司，提供輔具研發、銷售、租賃與生活支援等服務，也規劃高齡住宅、設立醫療法人機構、推動身障者海外旅行活動。

1966 年 4 月 17 日，伊東弘泰會長創立 ABILITIES 協會，並發起以守護身心障礙者為宗旨，推廣身心障礙者實際參與社會活動為理念的「不向命運低頭運動」。有感於「給予保障，不如給予機會」，1966 年 6 月伊東弘泰會長帶領 5 名身心障礙員工創立了 ABILITIES 商業公司，最初資本額僅有 150 萬日幣。伊東弘泰會長也積極拜會政府相關部會，促成日本在 1975 年 10 月正式擬定了身心障礙僱用促進法，並於隔年施行，根據此法，日本社會開始真正地僱用身心障礙者。

伊東弘泰會長覺察到輔具是讓身心障礙者回歸社會自立生活的重要工具。1972 年伊東弘泰會長展開第二次創業，投身輔具設備事業。為了喚起大眾重視都市裡的無障礙空間問題，伊東弘泰先生甚至不畏世人目光，帶領另外 2 名身心障礙者，一起坐著輪椅在東京銀座遊行。

隨著日本高齡人口急遽增加，照護需求愈來愈高，

1999 年，ABILITIES 開始轉型，朝經營社區照護網努力。ABILITIES 在推動自立生活時，視「地區照護」為首要目標。因此，ABILITIES 除了提供全齡、全方位的輔具設備，規劃高齡專門住宅，也開始地區生活的服務，包括：醫療輔具、日間服務、運送服務、餐食及活動的統合性地區照護服務。目前已有付費老人之家、日照服務、復健中心、到宅看護等 30 餘所營運中心，為日本開創出醫療照護新世紀。

(三) 會談紀要

首先先由伊東弘泰會長先行說明因為 ABILITIES 優能福祉公司(下稱 ABILITIES 公司)察覺到日本社會因高齡化現象，並受到日本政府對於國家預算配置的調控，影響了介護保險制度對於申請看護補助資格認定、補助標準審查等，因此輔具租賃市場的需求也隨之興起。

接續石澤利勝中心長先行為團員介紹了目前日本輔具租賃的相關政策規定，以及現有保險補助下各種輔具類型及補助額度。石澤利勝中心長也示範移位機、電動輪椅等設備的操作使用，再者，進一步進行有關 ABILITIES 公司輔具租賃服務的說明，ABILITIES 公司將輔具租賃主要分為三大業務，分別是輔具設備配送、輔具設備維護及輔具設備管理。ABILITIES 公司旗下在日本境內設有 13 處輔助租賃中心，透過公司設定明確的標準作業程序，來進行輔具的管理、租借、配送、清潔、消毒及維護等作業。

石澤利勝中心長接著帶領團員進入輔具租賃工場，

就輔具從租借使用完成後的初步清潔、清洗維護、消毒、包裝整理等各個作業區，由各個作業區的工作同仁實際示範作業流程。結束後，訪察團與伊東弘泰會長進行相關的晤談及意見交換後，由團長王榮璋副主任委員致贈紀念品並合影留念，收穫良多。



ABILITIES



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團
參訪 ABILITIES 輔具租賃中心

左圖：訪團參觀工場各區作業示範。

右上：伊東弘泰會長(前排左 2)親自歡迎訪團。

右下：雙方就輔具企業經營模式交換意見。

肆、訪察醫療觀察法指定機構

一、國立精神神經醫療研究中心醫院(NCNP)

(一) 日期及參與人員

1. 日期：2022 年 11 月 9 日(三) 14:20 至 17:00

2. 參與人員：

序號	人員
1	阿部康二院長
2	平林直次醫療部長
3	大町佳永精神科醫長
4	鈴木敬生心理師
5	山口まりこ心理師
6	島田明裕精神保健福祉士(PSW)
7	赤城いちよ副護理長

(二) NCNP 簡介¹⁰

日本國立精神神經醫療研究中心醫院隸屬日本厚生勞動省所管國立研究開發法人旗下，致力於克服大腦和精神疾病，是日本國立高度專門醫療研究中心。日本國立精神神經醫療研究中心是研究所與醫院一體的神經系統及肌肉疾病的專門醫院。通過精神疾病、神經疾病、肌肉疾病及發育障礙的治療，使患者從兒時到成人再到老年的整個人生中，都能保證腦及身心的健康，該院也在為完善治療方法，不斷進行開發和研究。

國立精神神經病學中心於 1986 年 10 月由國立武藏療養院、國立武藏療養院神經病學中心、國立精神衛生研究所合併而成，2010 年 4 月獨立行政法人國立精神神經病學醫學研究所成立，成為研究中心，並重新啟動為國家高度專業化的精神疾病、神經疾病、肌肉疾病、智力障礙和其他發育障礙醫學研究中心。

NCNP 醫院是日本在研究和醫療方面發揮主導作用的醫院，旨在闡明腦部、神經和肌肉疾病的原因，並開展

¹⁰ 資料來源：NCNP 網站(<https://www.ncnp.go.jp/>)；並依據醫院提供之簡報資料，由專案工作小組參考整理。

診斷和治療。在這些腦、神經、肌肉疾病中，有很多病因不明、治療方法匱乏的疑難雜症。此外，還有很多人因為這些疾病而為自己的生活品質惡化而煩惱，從而干擾了他們的工作和日常生活。該院致力於在尊重人權的同時，繼續真誠地為具有這些精神和精神疾病、神經系統疾病、阻礙運動的肌肉疾病和發育障礙的患者提供先進的醫療技術。現任醫院院長阿部康二，2021年4月1日就任國立精神病學和神經醫學中心主任。

日本國立精神神經醫療研究中心醫院作為高度專業化醫療的國家研究中心，該院在促進精神和神經疾病的臨床研究、將基礎研究成果應用於醫療、以友好的方式提供先進的醫療方面發揮著核心作用。將培養負責未來醫療保健的人力資源，並在全國範圍內傳播信息。該院的使命之一是與日本和海外的許多研究機構合作，闡明病因並開發新的治療方法，同時通過臨床試驗獲得患者及其家屬的合作。

作為國家研發機構，該中心的使命是促進該領域的研究。透過與醫院和研究機構合作，開展旨在克服精神和神經系統疾病的研究和開發，提供基於結果的開創性醫療服務。精神病學和神經病學是密切相關的學術領域，中心是唯一一家綜合處理臨床研究和實踐的機構。除了醫院之外，還成立了轉化醫學中心、醫學基因組中心、認知行為治療中心、腦成像中心兩個研究實驗室，以促進研究滿足未滿足的醫療需求。2018年4月實施的臨床研究法，為進一步提高臨床研究質量，提出了嚴格的條件，希望努

力提高日本精神、神經、肌肉和發育障礙患者的生活質量和滿意度，讓醫院成為盡可能多的病人可以帶著微笑離開的地方。

(三) 訪察紀要

當日因參訪日本國立精神神經醫療研究中心醫院車程遙遠，並受路況壅塞影響，抵達參訪地點時略遲原訂時間。當日行程主要先由平林直次醫療部長帶領訪察團分流參訪該院 8、9 病棟 2 大病棟。8、9 病棟是該院提供適用醫療觀察法觸法者專用的病房，每病棟病床各計 30 床，醫院的配置也是將病床區分為急性期、恢復期、社會復歸期及共用區和休憩區。該病棟的病人都可以擁有自己病房的鑰匙，其中社會復歸區病房甚至配有獨立的衛浴設備。一間病棟配置有 4 名醫師、43 名護理人員及 7 名相關專業人力，如：臨床心理師、職能治療師及精神保健福祉士(PSW)。8、9 病棟的宗旨是病人的日常生活，身旁一定會有工作人員陪同，即便病人因生理狀況入住保護室，也會有專業人力 24 小時陪同病人至恢復穩定狀態。醫院透過極高的照顧人力配置比，來實現病人可自由於病棟內自由走動的生活模式。

日本國立精神神經醫療研究中心醫院為了實現醫療觀察法立法意旨，會透過召開「照護計畫方案會議」(Care Programme Approach Meeting)來實踐及調整病人的照顧計畫。CPA 會議由醫院方擔任主持人，並邀請病人本人、MDT 醫療團隊(多專科治療團隊)及社區關係人，如：社會復歸調整官、精神保健福祉中心、保健所、市公所、團

體家屋或指定就醫醫療機構等涉及病人出院後醫療照顧的機構來一同參與。CPA 會議上針對病人的狀況、家庭狀況、病人治療的效果、出院後回歸社區的計畫進行討論，醫院會階段式的依據病人病況的進展來進行社區的復歸。醫院針對醫療觀察法病棟也會擬定專門的治療計畫，依據病人不同的階段，由護理師、物理治療師、職能治療師及社會工作師等不同的專業來提供相對應的服務。

關於病人權利的維護，從醫療觀察法中設有相關的條文，來提供病人及其監護人針對法院裁定提出抗告，針對病人的處遇提出改善，針對病人住院治療之必要，提出終止。此外，醫院也和東京律師公會合作，提供法律扶助服務，針對月收入 20 萬 1 千日圓或存款 300 萬日圓以下的病人可免負擔費用。另外醫院在病棟設立供病人申訴的電話亭，以確保病人對自身權利的維護。

綜上，從日本國立精神神經醫療研究中心醫院在照顧病人的方式，或是對於照護計畫方案(CPA)會議的舉行，抑或醫院所提供的多元治療計畫及權利保障機制，都可以看出醫院以病人為主題而發展出的服務模式。



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團參訪國立精神神經醫療研究中心醫院

上圖：人權會代表團與醫院人員合影。

左下：王榮璋副主任委員(左)感謝平林直次醫療部長等人費心準備及接待。

右下：參訪醫療觀察法專用病棟後進行簡報及意見交流。

二、東京都立松澤醫院

(一) 日期及參與人員

1. 日期：2022 年 11 月 8 日(二) 13:30 至 17:00
2. 參與人員：

序號	人員
1	水野雅文院長
2	針間博彥副院長
3	黑田治精神科部長
4	今井淳司精神科部長

5	宮野康寬醫療主任
6	福田陽明醫師
7	大友護理長
8	吉田護理長
9	星野護理長
10	北野護理長
11	黑田湊護理長
12	磯部精神保健福祉士(PSW)
13	福島精神保健福祉士(PSW)

(二) 松澤醫院簡介¹¹

1. 簡介

日本歷史最悠久的精神病院，位於日本東京都世田谷區上北澤，建於1879年(明治12年)7月，當時名為東京府癲狂院，位於上野公園內，1889年遷至東京市巢鴨，更名為東京府巢鴨醫院。之後又歷經數次遷院，1919年11月遷至現址，並定名為東京府松澤醫院，1943年配合東京府改制東京都，更為現名。從2020年7月1日起，東京都立松澤醫院成為東京都立醫院組織的成員，提供以門診和住院服務為中心的醫療服務。現任院長水野雅文。

2. 醫院概況

- (1) 床位數：住院 898 張(精神科 808 張|普通 90 張)。
- (2) 門診：450 人/天。
- (3) 除了精神科，還有內科、神經科、外科、骨科、整形外科、神經外科、放射科、麻醉科、康復科、牙科、

¹¹ 資料來源：松澤醫院網站(<https://www.tmhp.jp/matsuzawa/>)；並依據醫院提供之簡報資料，由專案工作小組參考整理。

耳鼻喉科、眼科、皮膚科、泌尿科、婦科。

- (4) 各種指定：保險醫療機構、急救醫療機構、急救住院指定醫院、臨床實習指定醫院、日本老年精神醫學會認定設施、日本精神神經病學會認定精神科系統培訓設施、日本內科學會認定設施、日本醫學會認定設施神經內科認證機構、日本外科學會附屬機構、日本心身醫學會認證機構、日本骨科學會認證機構、日本麻醉醫師學會認證機構、日本綜合醫院精神科協會綜合醫院認證機構精神科合作培訓中心、癡呆症醫療中心。

3. 管理理念

- (1) 發揮東京居民心理健康中心的作用：以急性期醫療、重返社會醫療、吸毒醫療、精神病患者身體醫療為重點，推進與社區的醫療合作，發揮東京都居民精神醫療中心的作用。
- (2) 提供優質的精神和身體護理：我們努力治療精神和身體疾病，提高護理技能，始終提供高質量的先進醫療服務。
- (3) 實現以患者為中心的醫療護理：最大限度尊重精神障礙患者的人權，在知情同意的基礎上實現以患者為中心的醫療護理。
- (4) 提供對社會開放的醫療服務：我們將提供高度可靠、安全和透明的醫療服務，努力公開醫療記錄和護理記錄，開展向社會開放的醫療服務。
- (5) 以成為當地居民熟悉的醫院為目標：我們努力消除偏見和歧視，以成為當地居民熟悉的醫院為目標，讓精

神障礙者可以毫不猶豫地接受醫療。

4. 未來展望

精神科護理的一個主要趨勢是從以住院病人為中心的護理轉向以社區護理為中心的護理。該院將在成為一個獨立的行政機構之際開設「患者和社區支持中心」。為了使精神疾病患者能夠在熟悉的環境中安心生活，促進與當地醫療機構、保健福利、其他行政服務、教育機構等的合作，以提供易於獲得的服務。

通過住院治療培養的支持技能，縮短門診預約等待時間，通過早發現早支持避免惡化，通過及時治療縮短住院時間，讓居民盡可能地住在社區。

(三) 訪察紀要

由黑田治精神科部長接待，依序參觀 33 病棟、32 病棟、精神科門診、患者社區支持中心、80 病棟，最後與該院的精神醫師、專責護理人員、工作人員與門診治療人員進行意見交流：

1. 33 病棟(精神保健福祉法之精神科緊急住院病棟，即超級急救病棟)
 - (1) 屬緊急施以治療之病棟，包含有自傷或傷人之虞時，警察通報保健所進行住院治療，及法院核發鑑定命令前之治療。每年住院人數約 600 至 700 人。
 - (2) 病床數 33 張，保護室 14 間，白天配置 8 至 9 位護理師，晚上配置 3 位護理師，醫師 4 名及研修醫師 1 名。
 - (3) 保護室係為病症較嚴重或有強烈自殘傾向患者所設計，室內空間約 2 坪，有獨立馬桶，病患盡可能被舒

適對待，院方盡可能滿足其需求(如可攜帶個人手機、電腦)及給予協助，通常入住時間約一周。病症較緩和後可轉移至個人病房。拘束病患治療比例從 10 年前之 20%，降至近半年 0.8%，顯示治療過程注意維護病患人權。

2. 32 病棟(精神保健福祉法之精神科急性期治療病棟)

- (1) 患者僅有男性，不僅有急性病房可分流 33 病棟之病患，亦有長期治療患者病房。
- (2) 病床數 34 張，其中一半位於保護室，大部分病房為個室，兩間病房為 4 人房，面談室 3 間(疫情前可供患者與家人、律師會面，疫情後原則上關閉)，護理師 22 人分三班，白天 8 至 9 人、下午至凌晨 3 人、大夜班 2 人，醫師 3 名。
- (3) 病患以思覺失調症為大宗(約 4 至 5 成)，另藥酒成癮及認知症患者均個別有專屬病棟，該等病患之專屬病棟倘滿床亦會入住本病棟。病患平均 3 個月左右出院。

3. 精神科門診

一天約 250 至 450 名患者求診，診療間有 25 間，另有抽血室、治療室(觀察室、恢復室)。每個診間均有配置求救鈴，當醫師按下求救鈴時，大廳櫃台前電視均會顯示診間號碼，以利全員動員支援。

4. 患者社區支持中心

由社工、護理師及一般行政人員所組成，共 66 人，其中社工 32 人。該中心與醫療體系合作，支援住出院事宜及給予精神醫療病患家屬協助，針對病患出院後之金

錢及其他資源尋求幫助。

5. 80 病棟(醫療觀察法病棟)

- (1) 屬醫療觀察法指定入院之專門病棟，有兩層，24 小時都有警衛協助，門禁管制嚴格。
- (2) 病床數 34 張(含備用病床 4 張)，目前入住 31 名患者(男性 26 人女性 5 人)。護理師 43 名，常駐醫師 5 名，心理師常駐 2 名兼職 1 名，職能治療師 3 名，社工 3 名，共 57 人。其中男性護理師 19 人，女性護理師 24 人，夜班配置 6 名護理師。與精神科緊急住院病棟(所超級急救病棟)相比，醫療觀察法病棟專職的醫生或護理師的人數大約是 2 倍。
- (3) 指定入院處遇分為急性期(12 週，約 3 個月)、回復期(36 週，約 9 個月)、社會復歸期(24 週，約 6 個月)，依治療目標各自有不同的治療計畫(如藥物療法、社會生活技能、權利擁護等教育訓練)，目標為使病患 18 個月後能回歸社會。故病房分為急性期、回復期、社會復歸期區域，護理站坐落正中央，可從四面監測病房狀況以便隨時介入。惟患者住院時間平均為 2 年至 3 年半，最長為 6 年半。
- (4) 急性期病房入住病患較不穩定，故不提供單獨淋浴間。另視病患病情穩定程度可於病房內裝設電視。第二層有作業療法室，針對回歸期病患，階段性學習如何一個人生活(如用微波爐、學做菜)，亦有手做課程、園藝空間可供病患運用學習。參訪當下亦觀察到有職能治療師陪同病患健身運動。

- (5) 目前依醫療觀察法指定入院之 31 位病患中，屬回復期有 19 位，其次為社會復歸期有 9 位，急性期有 3 位，以思覺失調症患者為大宗，約佔 87%。因該法係依協助精神障礙觸法者復歸社會為目標，爰治療計畫亦包含讓患者外出、外宿之行程。
- (6) 另目前依醫療觀察法指定門診之病患有 7 人(前期 2 位、中期 3 位、後期 2 位)，以思覺失調症患者為大宗，約佔 85.7%，其中 6 人於指定門診前亦於該院住院治療。門診處遇時間大部分為 3 年，少數延長處遇時間。

病棟簡介	32 病棟	33 病棟	80 病棟
病棟特色	精神保健福祉法之精神科急性期治療病棟	精神保健福祉法之精神科緊急住院病棟(超級急救病棟)	醫療觀察法病棟
病床數	34 張	33 張	34 張
護理師人數	22 人，白天配置 8 至 9 位、下午至凌晨 3 位、大夜班 2 位	白天配置 8 至 9 位，晚上配置 3 位	43 人，其中男性 19 位，女性 24 位，夜班配置 6 位。
其他專業人員人數	醫師 3 名	醫師 4 名及研修醫師 1 名	常駐醫師 5 名，心理師常駐 2 名兼職 1 名，職能治療師 3 名，社工 3 名
病房特色	有保護室及個室	有保護室及個室	分為急性期、回復期、社會復歸期區域
平均住院時間	3 個月	--	2 年至 3 年半

類型	急性期	恢復期	社會復歸期	合計人數
指定入院	3	19	9	31
	前期	中期	後期	合計人數
指定門診	2	3	2	7

註：均以思覺失調症患者為大宗，且男性較女性多。

6. 意見交流

- (1) 程序上，法院依鑑定結果裁定病患需指定住院，鑑定過程亦有相關療程，使病患依醫療觀察法指定住院時之病況已較行為時好轉，惟醫療觀察法病棟平均住院時間為 1,000 日，最長有到 6 年的案例，較急性期治療病棟平均住院時間 3 個月為高，主要原因係來自犯罪事件被害人或其家屬之壓力，致醫院需會同社工、心理師、職能治療師、精神科醫師組成多職種團隊仔細評估病患是否終止治療，且病患回歸社會前與社區之溝通及獲得被害人之體諒亦相當耗時，才導致平均住院時間較長。
- (2) 實務上，指定住院患者倘有拒絕配合治療或服藥情況，護理師或醫療團隊會給予詳細說明及溝通，如仍拒絕，由醫院召開倫理會議(每個約 1 至 2 次)，邀請外部專家(如醫療、法律專家)共同進行醫療處置之判斷。如發生病患毆打職員情形，先將病患移至保護室，於必要時施以藥物鎮定。
- (3) 至於判斷可否出院的標準，原則上病患需符合病情穩定、能被社區及社會所接受、可定期回診門診治療之要件。
- (4) 病患接受指定門診處遇原則為 3 年，部分個案期限未

屆滿即無繼續治療必要者，將由保管觀察所長與醫療團隊溝通，並結合社會復歸調整官對病患之生活環境調查、媒合社區資源等資訊，向法院聲請終止醫療，一般來說法官會尊重保護觀察所提出建議而不會拒絕。



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團參訪東京都立松澤醫院

- 左上：委員與專家於松澤醫院門前與黑田治精神科部長(右 2)合影。
- 左下：松澤醫院水野雅文院長(前右 2)、針間博彥副院長(前右 1)與訪團座談合影。
- 右上：精神治療病房內的監測儀器、病床與束帶。
- 右中：團長王榮璋副主委(左 1)與前來迎接訪團的黑田治部長(右 1)寒暄。
- 右下：精神科病房的保護室設有獨立馬桶。

伍、專家座談

一、會議規劃

(一) 目的

日本以醫療觀察法等不同法律介接之精神障礙者處遇，與台灣監護處分法制有別，該國關於社會復歸、機構內外處遇及司法程序前期轉向等作法，雖已盡可能顧慮當事人醫療照護及隱私等權利，仍然無法符合 CRPD 國際檢視，而有廢止醫療觀察制度的要求。

此行於會見 NGO 團體及政府代表，並探訪醫療觀察指定設施，針對制度運作有實地瞭解後，特邀請學界或實務界在精神障礙觸法者法制研究與工作上著名且資深的學者專家，舉辦座談會議，聚焦討論日本法制的執行與挑戰，以及處遇規範的衝突與調和等問題。

(二) 時間及地點

1. 時間：2022 年 11 月 10 日(四) 13:00-16:50
2. 地點：東京京王廣場飯店 44 樓「合奏廳」(アンサンブル；Ensemble)會議室

(三) 受邀專家學者

三好幹夫律師、長舩浩義前首席社會復歸調整官、町野朔教授、藤井千代部長、山本輝之教授、柑本美和教授。

(四) 議程表

日本精神障礙者多元處遇法制暨實務座談

時間	議 程	
開場致詞		
13:00-13:10	王榮璋(團長暨國家人權委員會副主任委員)	
焦點一：日本精神障礙觸法者多元處遇之執行與挑戰 子議題：1.日本醫療觀察法制運作現狀 2.司法審查程序之啟動及轉換評估方式 主持人：王榮璋(國家人權委員會副主任委員)		
13:10-14:50	專家發言 (60分)	討論回應 (40分)
	◆三好幹夫(シグマ麹町法律事務所・前大阪地院法官、東京地院法官、前橋地院院長) ◆長船浩義(前首席社會復歸調整官) ◆山本輝之(日本成城大學法學部教授) 輔助與談	國家人權委員會 王幼玲委員、高涌誠委員、鴻義章委員、紀惠容委員 實務專家 張麗卿教授、吳文正院長、洪士軒律師
14:50-15:00	中場休息	
焦點二：CRPD 與精神障礙觸法者處遇規範之衝突與調和 子議題：1.精神障礙觸法者之人權保障與 CRPD 的落實 2.醫療機構內與機構外多元處遇措施之執行現況 主持人：高涌誠(國家人權委員會委員)		
15:00-16:40	專家發言 (60分)	討論回應 (40分)
	◆町野 朔(日本上智大學法學部名譽教授) 視訊 ◆藤井千代(日本國立精神神經醫療研究中心醫院社區精神保健及法制研究部部長) ◆柑本美和(日本東海大學法學部教授) 輔助與談	國家人權委員會 王榮璋副主委、王幼玲委員、鴻義章委員、紀惠容委員 實務專家 張麗卿教授、吳文正院長、洪士軒律師
閉幕致詞		
16:40-16:50	王幼玲(國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案召集委員)	

二、座談焦點議題摘要

(一) 第一場：日本精神障礙觸法者多元處遇之執行與挑戰

由雙方先行自我介紹，第一場由曾任法官之三好幹

夫律師及前首席社會復歸調整官長舩浩義進行分享，日本成城大學法學部山本輝之教授適時協助與談。

1. 三好幹夫律師

講題：醫療觀察事件—關於問題

- (1) 醫療觀察案件程序雖需透過法院裁判，但為非訟事件，即一種以訴訟形式進行的行政判斷。因屬非訟事件，爰並無當事人在法庭上發生對立、衝突問題。概念上定位為 *parens patriae*(國家親權，即國家代替父母照顧當事人)，優先於 *police power*(治安權，即社會防衛)。
- (2) 法院受理是類案件時，審理重點在於當事人的病情及生活環境，謹說明法院相關執行情形如下：

A. 合議審判前

- a. 住院鑑定：為案件決定性因素，用以判斷當事人之病情及治療反應性，鑑定期間原則為 2 個月，通常前一個月進行鑑定，後一個月由法官、精神保健審判員、精神保健參與員、社會復歸調整官、輔佐人(律師)開會確認鑑定內容正確性、妥適性等。又此鑑定與檢察官在偵辦案件時為確認當事人所作的簡易鑑定(通常只有 1 天)不同，精準度較高。
- b. 生活環境調查：由社會復歸調整官辦理，目的在於掌握當事人生活環境及其周圍關鍵人物，俾後續住院及出院前之資源協調。
- c. 審判前的協調會議：合議審判前的重要環節，實際作法隨法官而略有不同，原則上召開 2 至 3 次，第 1 次會議於受理案件後不久召開，以了解當事人住

院鑑定情況；1 個月後召開第 2 次會議了解鑑定結果；第 3 次會議於審判前一週召開，確認鑑定結果。會議參與者包含法官、精神保健審判員、精神保健參與員、社會復歸調整官、輔佐人(即律師)，過程中因各方已就鑑定內容充分溝通、了解及實質討論，故合議審判時不會發生意見相左之情況。

B. 合議審判時

- a. 精神保健參與員及社會復歸調整官兩者均有精神保健福祉士資格，精神保健參與員為社會福利領域專家，可補充法官對該領域實務知識之不足；社會復歸調整官則進行實際行動，包含調查當事人生活情況、家人相處情形、確保住所及就醫醫院等。
- b. 審理程序本質為非訟事件，並無發生對立、衝突問題，爰當事人縱於法庭上拒絕陳述，亦不會影響法官裁定結果，輔佐人(律師)如有不服，聲請上訴即可。
- c. 曾有發生鑑定人及精神保健審判員對於當事人治療反應性意見不同情形，最終仍由法官及精神保健審判員作出裁定，當事人不服可提抗告。
- d. 法官於判斷指定住院之醫療必要性時，係依鑑定報告所述「疾病性」及「治療反應性」進行判斷，至「社會復歸要因」並非考量重點。
- e. 若合議庭認定當事人無指定住院治療之必要時，視當事人疾病嚴重程度而決定指定門診或不需接受醫療觀察法之處遇。實務上，倘投藥可控制病情者，

會施以門診處遇。

- f. 若法官裁定當事人不受醫療觀察法之處遇(如無治療可能性不得進行醫療觀察),可依精神保健福祉法第 115 條規定,綜合使用醫療處遇,如當事人病情較輕以門診治療,有自傷或傷人之虞則住院或強制送醫治療。

C.其他

此類醫療觀察案件,除東京地區採專庭審理外,其他地區並非專庭審理。

2. 長舩浩義前首席社會復歸調整官

講題:學習醫療觀察法的歷史及社區處遇

長舩先生在北海道函館、札幌、名古屋、大阪、東京之保護觀察所擔任社會復歸調整官,擔任社會復歸調整官前有 21 年社工經驗。社會復歸調整官從一開始審判的生活環境調查、當事人住院處遇時的生活環境調整、出院後與指定門診醫療機構之精神保健觀察,均參與其中,相關執行情形如下:

(1) 生活環境調查

法官於審判前得委託社會復歸調整官針對當事人生活環境進行調查,社會復歸調整官約於 1 個月內提出報告,內容包括當事人居住狀況、生活支持來源、家庭組成及親人間彼此感情狀況、社區環境及附近居民、被害人感受、過往疾病治療情形、設想作為指定門診醫療機構地點及所能獲得之服務與協助、保護觀察所長意見(可否在預定居住地點持續接受醫療)等。

該報告亦與相關單位共享交流。

(2) 生活環境調整

當事人接受指定住院之醫療處遇後，社會復歸調整官接續進行生活環境調整，於當事人住院後 1 個月內與其接觸，著手制定調整規劃：

- A. 於急性期初步確認醫院治療情況。
- B. 於恢復期開始每 2 至 3 個月參加 CPA 會議(照護計畫方案會議 Care Programme Approach meeting)，確認當事人的治療進展，並與院方交流當事人其他面向情報、協調未來出院後之相關處遇等。該會議係當事人進行醫療、支持及精神保健觀察，並共享多領域、各種專業人員的知識和技術，於「保健」、「醫療」、「福祉」、「行政」等領域共同努力。
- C. 於社會復歸期當事人之外宿訓練前，協調未來出院後指定門診醫療人員及當地社區相關人員進行面談，並向當事人說明門診處遇目的及最終目標、相關風險、必要時強制治療、當事人權利救濟管道等。

調整規劃包含確認當事人出院後居住地點、相關資源支持、持續醫療事宜等，過程中需持續與多部門協調，並將結果轉達院方及當事人，避免各方間之資訊落差。此外，社會復歸調整官尚需擬具處遇實施計畫，邀集醫療、社區單位開會確保可行性及妥適性，並取得當事人同意。

(3) 精神保健觀察(社區處遇)

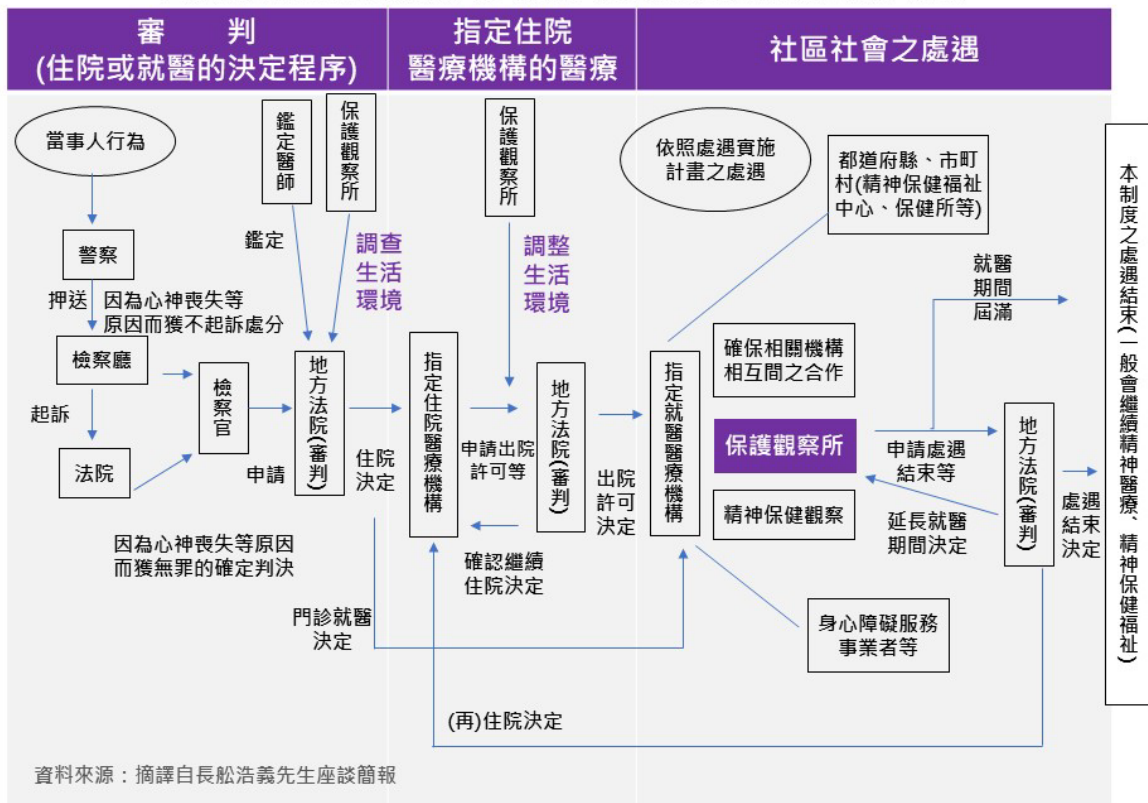
當事人出院後進行門診處遇時，社會復歸調整官

依處遇實施計畫執行，每1至3個月邀集當事人家庭、社福機構、心理社工、醫療人員等召開照護會議，確認處遇計畫可行、當事人狀況、緊急時之危機處理等，持續擔任協調角色。門診處遇原則為3年，可視情況再延長2年。於當事人結束門診處遇且可自立於社區生活時，社會復歸調整官之任務隨之終止。

(4) 社會復歸調整官的資格條件與角色

具心理社工、職能治療師、心理師專業且有8年以上經驗者，可作為社會復歸調整官，其自法院審判開始，直到社區處遇，均需全程參與，除需擔任各單位間的協調角色進行溝通，克服諸多困難外，尚需與當事人保持密切且良好的關係，工作十分繁重。另社會復歸調整官屬國家公務員，對於原在社會工作而轉任調整官者，有諸多需適應之處，對於工作推動產生一定的困難與磨合。惟社會復歸調整官在醫療觀察及社區處遇案件扮演重要角色，未來應思索如何培養專業之社會復歸調整官，以利整體精神醫療發展。

醫療觀察制度的處遇流程及保護觀察所的角色



(二) 第二場：CRPD 與精神障礙觸法者處遇規範之衝突與調和

第二場由日本上智大學生命倫理研究所榮譽教授、著名刑法學者町野朔教授，及國立精神神經醫療研究中心醫院精神保健研究所社區精神保健、法制度研究部部長藤井千代醫學博士，進行分享，日本成城大學法學部山本輝之教授及東海大學法學部柑本美和教授，輔助與談。

1. 町野朔教授〔※視訊〕

講題：觸法精神障礙者的人權保障及 CRPD 的實踐

(1) 日本精神衛生法中的 CRPD 及精障者非自願住院

根據 DPI 日本會議、第 27 屆身心障礙者權利委員會之結論性意見(2022 年)，依 CRPD 精神，針對精神障礙者所有類型之強制住院須全面禁止，並應廢除

包括醫療保護住院及措施住院在內的強制住院。個人認為，如果住院治療違反 CRPD，則不僅日本精神衛生法律全部無效，包括台、日、美等全世界的精神衛生法律亦無效。

(2) 關於 CRPD 的規定

CRPD 第 14 條規定，任何情況下均不得以身心障礙作為剝奪自由之理由，僅因身心障礙而剝奪人身自由，此理由過於輕率，且應適用於所有類型之身心障礙，不僅限於精神障礙。CRPD 第 25 條關於健康之規定並指出，締約國應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得需要之健康照護與服務。

(3) 日本精神衛生法發展

日本在二戰前，以 1900 年精神病患監護法、1919 年精神醫院法為依據，兩法皆不足以設置精神設施。1950 年轉為精神衛生法，發生 Reischauer 大使事件¹²後，於 1965 年修正。宇都宮醫院虐待病人事件後，於 1987 年改為精神保健法，1991 年引進聯合國精神衛生原則，1995 年制定精神保健及精神障礙者福祉相關法律，2000 年修正處遇困難者對策期望附帶決議，2003 年制定心神喪失者等醫療觀察法，2005 年制定身心障礙者自立支援法，2013 年廢除精神保健福祉法中的監護人制度，和非精神障礙觸法者一樣處置。

(4) 關於日本非自願住院之演變

¹² 1964 年 3 月 24 日，美國駐日本大使 Edwin O. Reischauer 在美國大使館被一名患有精神疾病的 19 歲日本男子突然持刀刺傷大腿，身受重傷，引發日本政府及輿論震撼，國家公安委員會大臣為此辭職負責，促使日本迅速修正相關法律措施強制精神病患者隔離治療，稱為 Reischauer 大使事件。資料來源：https://en.wikipedia.org/wiki/Edwin_O._Reischauer、<https://hatebu.jp/entry/2017/07/17/033554>。(2023.02)

在醫療保護住院方面，1900年精神病患監護法規定監護義務人得私宅監置，如非監護義務人，則不能監置精神病患。在措施住院方面，1919年精神病院法規定，地方長官得使精神病患住院於依規定設置的精神醫院，犯罪者且司法官廳認為有特別危險之虞者，得措施住院。1950年精神衛生法也有措施住院及得到保護義務人同意之住院規定，2013年修正後精神保健福祉法，則有措施住院、醫療保護住院及無法自由進出之任意住院。以上皆為非自願住院的型態。

(5) 剝奪人身自由類型

剝奪人身自由分為3種類型：刑罰(Punishment)，以保護為名之政府監護(*Parens Patriae*)，以及以維持(社會/公共)秩序為由之治安權(Police Power)。1980年代時期的法律專業人士認為措施住院是治安權，得到保護義務人同意的住院則是政府監護，受到美國議論的強烈影響，須盡可能限制國家權力介入政府監護，對基於治安權的剝奪自由，須堅持法律正當程序。

(6) 政府監護與治安權的強制比例及整合

關於是否強制住院應以何種理由才妥適，得以自我決定能力作為界線的「分棲共享理論」，沒有自我決定能力者適用政府監護，亦即醫療保護住院；有自我決定能力者則以治安權限制自我決定權，即適用措施住院。對有自我決定能力者施以醫療保護住院是違法的。強制權限的基礎是政府監護主張的醫療必要性，社會必要性的存在對政府監護的妥適領域附加界線，

也就是有自傷、他傷之虞者施以措施住院，為了醫療及保護則為醫療保護住院。醫療模式是醫療裁量性優先的思考方法，既要限制當事人之自由，則正當程序有其必要。

2. 藤井千代部長

講題：自身心障礙者權利公約理念所見之日本精神醫療的現狀與課題

(1) 對日審查結論性意見

身心障礙權利委員會對日審查(2022.8.22-23)結論性意見中，對於人身自由與安全(第 14 條)指出，依精神保健及精神障礙者福祉相關法之規定，允許以身心障礙者遭認為或實際上之傷害及危險為由，對其進行非自願住院治療，應廢除將非同意精神治療合法化的法規，並建立監督制度，以確保身心障礙者與他人平等享有相同範圍、品質及標準的醫療照護，不被強制治療。

(2) 關於 CRPD 第 14 條解釋的問題點

聯合國人權理事會對於 CRPD 第 14 條解釋的問題點，包括：即使做了一切意志決定支援，也沒有考量到已無法確認本人意志的事實；非同意住院的絕對禁止，精神障礙者重要的權力可能受到損害，例如受醫療的權利、對生命的權利、近用司法的權利等；擔憂因家庭或一般人的權利受到威脅，導致對精神疾病的偏見變得更嚴重；未考量歷經非同意住院的大多數患者支持非同意住院的證據；因為沒有顧慮臨床實踐

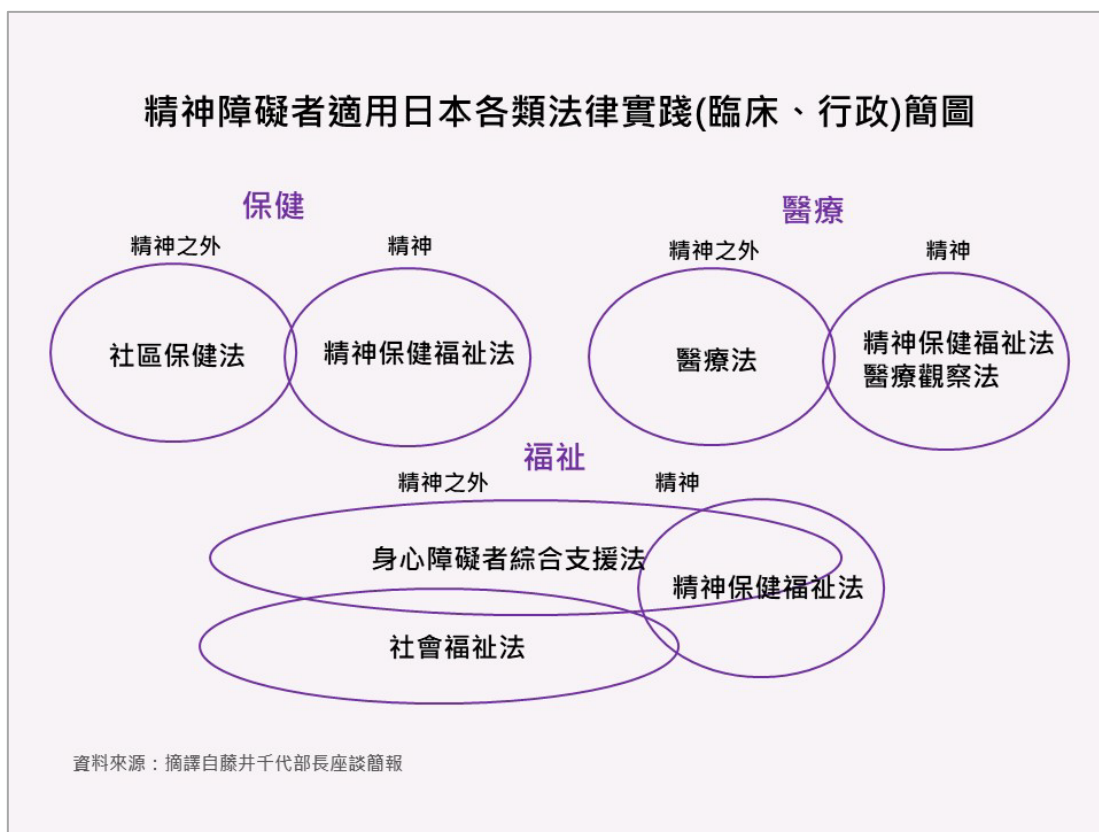
之現場意見或沉默的大多數當事人的意見，整部身心障礙者權利公約可能被輕視。

(3) CRPD 第 14 條解釋的意義

聯合國人權理事會對第 14 條解釋，對於非同意住院者容易被容許的狀況提出警告，在現場規模上，盡可能一邊努力減少非同意住院，一邊進一步設法達成臨床現場意思決定支持的理想狀態、當日人參與的理想狀態；在法律制度上，需重新審視將精神障礙觸法者視為特例討論等之前提。

(4) 從 CRPD 觀點來看日本各法的實踐

自 CRPD 觀點觀察支援日本精神障礙者之課題，對於精神障礙者之處遇或支援、醫療提供之法律、制度，使用不同的另一套體系。向精神障礙者提供處遇或支援、醫療時，如一視同仁，則特殊照顧的需求可能被忽略。非自願住院的適當程序、權利維護的機制不充分。從日本的保健、醫療、福祉各法律實踐的狀況，各法之間對於精神之外與精神問題之法規範雖有重疊，但大部分是分開的。如示意簡圖。



(5) 醫療法施行規則

根據醫療法施行規則，一般認為精神病患的住院治療必須在精神病房進行，實際上，以患有精神疾病為由，而無法接受在一般病床治療身體的疾病很多；此外，一般認為精神科病床的醫生數是一般病床的 3 分之 1，護理師是其他科別的 4 分之 3，實務上的配置人數雖相近，但人力依然不足。

(6) COVID-19 案例的住院問題

以 COVID-19 陽性且沒有同意判斷能力的精神障礙者住院問題的個案為例，此個案曾罹患思覺失調症，且因重度失智症而沒有自行表達同意判斷能力的病患，入住於照顧機構中，精神症狀因服藥治療而控制良好。病患因持續發燒，COVID-19 檢測為陽性，無

肺炎現象，但一般的 COVID-19 病床以精神障礙為由，拒絕收容該病患，因為病患無法自己決定而獲得有效同意，故不能以自願住院(任意住院)於精神病床，儘管幾乎不認為有精神症狀，也只能以醫療保護住院。由此案進一步探討，是否將感染 COVID-19 解釋為「醫療及保護」之必要？未經病患同意住院，是否已違反 CRPD 精神？

(7) 精神保健福祉法的課題

關於精神保健福祉法的課題，患有精神障礙者的人，不論身體障礙或病情程度、同意判斷能力高低，都能在一般醫療、保健服務之外的系統中對應處理，在所有的住院型態中屬於精神障礙者，包括任意住院、醫療保護住院、應急住院、措施住院等，是否能從需要治療或住院為前提，而非以自願或非自願為前提，透過變更前提條件以遵循 CRPD？

(8) 精神保健福祉法修法方向

由上述前提觀之，個人對於精神保健福祉法修法方向，提出以下建議：非同意住院時，以書面將理由通知本人、家屬；措施住院者之社區轉移推動措施，以回歸社區為目標；設定醫療保護住院之期間；建立住院者訪視支援事業，於都道府縣培訓住院者訪視支援員，依住院者需求訪視精神醫院；虐待之通報義務及防止精神醫院中發生虐待的應對策略，將防止虐待定為精神醫院管理者之義務，虐待事件之盡速通報及保護通報者等。

(9) 醫療觀察法的課題

關於醫療觀察法的課題，目前遇到的爭論點是，被判定沒有治療反應性時，從醫療觀察法病棟轉院至一般精神醫院是否合適？醫療資源偏重住院；住院處遇最長 5 年終止，之後續以一般精神醫療治療、照護，但診治報酬與付出勞力不相符，欠缺誘因；無疾病性或反社會人格障礙為主體的應對。精神障礙者本人權利和周遭人權利間造成對立時，應以誰的權利為考量？

(三) 綜合討論與回應

1. 精神障礙觸法者終止醫療觀察後，在回原社區或到新地方生活的選擇上，為何以希望回原社區為多，選擇到不認識其過去的新地方重新開始生活不是更好？

依據社會復歸指引，主要還是希望個案能回到家鄉生活，但也有許多因社區支持和接受度不足，而無法回到原社區的案例。

2. 日本在羈押期間，看守所或拘留所能否應付身心障礙者急性醫療的問題？檢察官簡易鑑定羈押 20 天不起訴時，如何銜接法院鑑定命令？

一般的看守所或拘留所很難應付急性精神醫療，即使由外部精神科醫師來診或送醫就診都很難，因此在羈押期間，都會儘速進行簡易鑑定(1 小時面談、1 天內初步鑑定)，經判定有精神障礙無責任能力時，則儘早裁定不起訴，轉向醫療觀察法階段，法官旋即開立住院鑑定命令，故通常不會羈押到 20 天。

3. 聯合國 CRPD 委員會認為限制人身自由的規定，不只有

第 14 條，尚有第 15 條有關物理性、化學治療、認知治療等，皆違反免於酷刑的權利，日本的身心障礙組織(DPO)與在座各位對 CRPD 結論性意見有何看法？

將精神障礙者另外特殊對待，兩者分別處理，出發點就有問題，不是只有精神障礙者，所有身心障礙者在日本，仍然受到歧視，因此 DPO 主張障礙者不要將自己認為是特殊群體，應和非障礙者一樣，面對一樣的裁判及刑罰，擔負同樣的刑事責任。

4. DPO 認為精神障礙觸法者應和非精神障礙觸法者一樣，服刑期滿即回歸社會，不再有醫療觀察與強制治療，也不再有特殊待遇，各位意見如何？

日本在社區照顧資源仍不充分，門診醫療或到府醫療屬於醫療及福利服務，須和本人簽約，因此社區照顧服務的內涵應愈來愈豐富，透過屬於地方政府行政保健所的行政保健體系來提供服務，僅有少數無法涵蓋者，才實施強制住院。

5. 日本的醫療觀察法，投入很多資源，也儘量顧及病人的自主權和隱私，台灣未特別針對重罪者有另一套規定，2022 年修法後已取消監護處分 5 年上限，並增加暫行安置規定，面臨如何儘速回歸社會、強制住院處分，以及資源過度集中醫院，社區支持不足的問題，國家人權委員會更應關注 CRPD 人權如何落實的議題，期望台灣與日本針對此議題持續交流合作，開啟共同研究的機會。
6. JDF 在 CRPD 第 12、13、14、15、16 條等規定中，認為對精神障礙者人格應有更多的尊重，並主張其與非精神障

礙者接受一樣的處遇，不再區分責任能力，平等回歸自主及自我決策，此倡議顛覆邏輯和理想，首先應解決大眾的偏見，並投入更多社區資源，藉由社會大眾、專家學者的努力，才能改變現實狀況。

專家座談

東京京王廣場飯店「合奏廳」會議室
2022.11.10 (四) 13:00-16:50



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團於東京舉辦專家座談

上圖：座談會場一隅，與會者專心聆聽專家發言。

下圖：座談會全員合影。

陸、拜訪駐日本代表處

一、日期及參與人員

(一) 日期：2022 年 11 月 7 日(一) 17:00 至 18:00

(二) 參與人員：

序號	人員
1	謝長廷大使 (主持晚宴交流)
2	蔡明耀副代表 (主持會談)
3	政治組林郁慧組長
4	領務組傅國華組長
5	僑務組謝延淙組長
6	行政組何仲民副組長
7	政治組李碧娟秘書

二、會談紀要

囿於去程班機延誤，影響拜訪駐日代表處的行程原定安排時間，我國駐日代表處由蔡明耀副代表偕同代表處各組長迎接本團的到來。首先由團長王榮璋副主任委員分享國家人權委員會的成立緣起及人權委員的組成，並說明本團赴日訪察規劃及感謝駐日代表處於行程安排過程中之聯洽及協助。

續由委員進一步詢問日本境內 COVID-19 的染疫及死亡人數、相關防疫政策，並關切日本國境開放後的防疫措施與經濟、旅遊復甦的情況。

蔡明耀副代表也介紹駐日代表處的各位人員，並簡略說明政務、領務、僑務及行政等相關館務業務辦理概況，並報告我國及日本政府近期交流的情形。



國家人權委員會精神障礙觸法者處遇專案訪團拜訪台北駐日經濟文化代表處

左上：訪團與駐日代表處主管人員會談。

右上：團長王榮璋副主任委員致詞。

下圖：駐日謝長廷大使(前排右 5)親自歡迎人權會訪團到訪。

柒、心得與建議

此次藉由探訪日本醫療觀察法指定之醫療機構，實地了解該國對於精神障礙觸法者處遇之相關設施及資源配置，並多方面聽取身心障礙團體、政府機關、精神醫療機構及專家學者之觀點，讓本團得以近距離觀察日本精神障礙觸法者處遇的法制內涵及各項處遇措施，以及相關作法在社會防衛與人

權維護之間所面臨的現實衝突與困境，透過綜合檢視日本法制實務運作的優缺點，提供本會監測台灣處遇新制執行及未來法令政策調整因應之參考，以發揮人權侵害示警之功能。

茲將此行心得與建議分敘如次：

一、日本政府各主管機關投入相當資源與人力於醫療觀察處遇，仍未符國際人權公約之要求，台灣相關制度建置宜引以為鑑，強化人權保障之配套措施

本次經由我駐日代表處與日本台灣交流協會的安排，讓本團得以會見相關主管機關代表，進一步了解日本精神障礙觸法者的處遇程序，此次與醫療觀察法有關之厚生勞動省、法務省、法院、警視廳均與會分享實務執行經驗及詳細說明制度，尤其厚生勞動省分享所有適用醫療觀察法者均無須負擔任何費用，且不論指定住院或指定門診，其預算配置較一般醫療為高，醫療觀察法之專業人力配置是一般急診的 3 倍，顯示日本政府投入相當資源與人力於精神障礙觸法者的醫療觀察處遇。

惟 2022 年 9 月聯合國身心障礙者權利委員會發布對日本 CRPD 初次國家報告之結論性意見，指出醫療觀察法之實務作法，未符合 CRPD 第 14、15、19 條之要求，建議日本政府廢除醫療觀察法，與身心障礙者代表組織合作建立有效之監督機制，以供社會大眾通報涉及殘忍、不人道或有辱人格之案例，進而保障精神障礙者之人權。

台灣目前針對精神障礙觸法者之處遇，包含審判前之暫行安置及審判後之監護處分，均導入治療模式，執行成效尚待驗證，惟相較於日本制度資源投入之密集與細緻程度，

台灣尚有進步空間，或許台灣也可盤點政府政策優先性，將提升偵審前期轉向、興建司法精神醫院、建置多元處遇等政策所需優先處理事項，思考以人權為導向，妥適分配預算、人力資源。各項法制與政策相關措施，也應有國家與社會的各項資源與整合，因應執行現況同步調整，以利持續順利推動。

本會依據 CRPD 第 33 條與 2022 年 8 月 CRPD 第 2 次國家報告結論性意見，刻正籌備之 CRPD 獨立監督機制 (IMM)，以及未來「禁止酷刑及其他殘忍不人道或有辱人格之待遇或處罰公約及其任擇議定書施行法」通過後，本會依法應建立專責之酷刑防制機制(NPM)，皆有對於精神障礙觸法者之處境加強關切與監督保障之必要。

二、日本醫療觀察採分級分區處遇，依個案擬定治療計畫及生活調整，以復歸社會

此次在松澤醫院主要參訪精神科緊急住院病棟、精神科急性期治療病棟及醫療觀察法病棟，觀察到病棟內佈置較為溫馨且色調柔和，有助於平復病患情緒；且因醫療觀察法制度上設計，將病患分級分區治療，對於患者治療方式量身打造而非一體適用；護理師人數配置較為充足，可使患者得到較完整照護，對於患者治療方式也較人性化，甚少有拘束情形，且於作成決定前，也邀集相關專家召開多次會議審慎評估，充分討論及尊重專家意見，展現日本從人權角度出發之治療方式，及係以患者而非罪犯方式對待受處遇者。

在國立精神神經醫院部分，主要是針對該院內的指定

住院病房(醫療觀察病房)相關處遇設施實地了解，該院為國立行政法人轄下機構，院內的設備與人力配置都相當完善，資源相對充足，對於醫療觀察程序下的精神障礙病人的各項醫療計畫與相關的支持，如法律諮詢或醫療福利等諮詢措施，值得我國參考。

三、日本設有社會復歸調整官居中協調各類支持資源，協助受處遇者回歸社區自主生活，台灣或可思考創設

前法官三好先生及社會復歸調整官長舩先生分別分享執行醫療觀察案件之情況，過程中亦舉例說明，由案例可知，精神障礙觸法者情況多元，相關人員處理過程需兼具專業及彈性，且是類案件講究醫療與社區間無縫接軌之相互合作，社會復歸調整官居中協調十分重要，於受處遇者結束治療回歸社區後，社會復歸調整官任務始終止。

目前台灣監護處分制度雖與醫療觀察制度有所差異，惟監護處分制度仍有檢察官指揮執行後按月視察，及處分期間屆滿前 3 個月內由檢察機關邀集當地衛生、警政、社福、教育、勞政主管機關召開轉銜會議等相關機制，該機制欠缺類似社會復歸調整官協調醫療及社區資源的角色，轉銜會議成效仍待案例來驗證評估。或許台灣未來可思考創立類似社會復歸調整官之角色，協調醫療與社區資源，而非完全由檢察官指揮發動。

四、人權模式下的觸法者仍然需平等對待，以避免歧視及侵害人權

CRPD 肯認身心障礙者為公民、政治、經濟、社會及文化各項權利的主體，公約的概念以平等對待為先，因此施加於精神障礙觸法者的相關處遇，應循一般訴訟處遇流程，加上因應個別需求的合理調整，例如訴訟協助、自願治療、心理復健與社會支持等，避免另循不同程序造成歧視及人權侵害。

日本醫療觀察法處遇模式，係針對精神障礙觸法者另立一套司法審判及醫療觀察程序，從身心障礙者自我主體角度觀之，此類以醫療為名，實則具有保安處分限制人身自由、強制治療等法律措施，未平等對待並尊重精神障礙者人格及自主權，因此 JDF 倡議，精神障礙者應與非精神障礙者接受同樣的刑罰，不再區分責任能力而有特殊待遇，刑期屆滿，即回歸社會，自主生活。台灣的處遇政策法制，或許也可轉換不同觀點，重新建構及思考。

五、以多元處遇及去機構化為方向，消除社會偏見，逐步拉近現實與理想的距離

精神疾病的強制治療，如以社會安全及預防再犯的社會防衛思維，藉由長期收容來維持社會秩序，而忽略受治療者的自我意願及治療的反應性和有效性，延緩或剝奪其返回社會，易引發人權侵害的批判與質疑。

日本醫療觀察法制將精神障礙觸法者定位為「病人」，在偵審階段即納入法律與精神醫學專業協力與判斷，同時

設有社會復歸調整官等之參與，依個案條件擬定治療處遇和社會復歸計畫，希望以前期轉向、多元處遇及去機構化的方向，投入大量資源及人力執行司法處遇措施。然而無論從指定住院、指定門診、治療處遇及社區銜接現況觀之，與CRPD強調之精神仍有諸多落差與疑慮，尤其地方社會對精神障礙觸法者的偏見，導致復歸社會困難。

六、NGO 的倡議與國際檢視，為推動精神障礙觸法者人權前行的重要力量

此行探訪日本法制及設施的首站，就是拜訪日本身心障礙團體中最具有代表性的 JDF，透過交流會談了解 NGO 對日本實施問題的觀點，從不同角度審視、對照該國制度執行的實際面向，作為台灣未來因應之參考。

從訪談中，我們可深切感受 JDF 的學者與團體對於日本身心障礙人權的關注，以及致力推動相關政策法制改革與維護人權的熱忱，JDF 雖然是民間組織，並無政府官方的直接力量，仍然致力以障礙者為主體的角度，提出完整詳實的 CRPD 平行報告，以國際規範加以檢視，督促政府與相關單位持續重視 CRPD 如何於現行體制中具體落實。

日本尚無國家人權機構，NGO 的倡議與國際審視，都是推動精神障礙觸法者人權朝理想邁進的力量，長瀨修教授肯認台灣已成立國家人權委員會，尤其能針對少數關注的精神障礙觸法者處遇的議題，進行研究，調和社會防衛與人權維護之衝突，促進社會理解，期望台日之間未來能就此議題持續交流，共同促進人權之保障。

七、日本輔具租賃提供障礙者共享資源循環運用，減少購置成本，成為支持自立生活的輔助工具

本次最後一站，安排參訪優能福祉公司(ABILITIES)東京東營業所的輔具租賃工場。ABILITIES 為日本著名的長期照護產業，創辦人伊東弘泰會長本人為身障者，成立企業促進障礙者就業，致力幫助行動不便者回到社會，為日本深受信任的輔具公司，在台灣也設有分公司，與日本同步提供滿足使用者自立生活的用具。

感謝伊東會長全程親自接待，該公司石澤利勝中心長細心解說日本輔具租賃有關政策規定，以及保險補助下的租賃類型與額度，並帶領本團參訪工場各作業區的輔具管理、租借、回收、清潔、消毒、維護、配送等流程。

經由本次體驗，讓我們體會到專業的復健輔具，為障礙者順利回歸社會、自立生活的重要工具，台灣輔具租賃市場接受度不若日本普及，有待公私協力制定相關政策規定，引進、推展及開發。同理，法律的功能也可如同輔具，只要運用得當，都能充分保障人權，讓社會以平等對待方式，支持障礙者自立生活。