

論精神病患強制住院治療政策

林沅萱

經國管理暨健康學院護理系講師

摘要

精神病患強制住院治療是為了維護病患與民眾的權益，在保護病患或他人之安全，避免生命、身體或財務遭受損害。基於保護病患人權，病患須為嚴重病人且有傷害他人或自己或有傷害之虞才能進行強制住院治療。然社區中常發現精神病患雖無傷害自己或他人之情形，但其行為已嚴重影響家人及社區民眾，因此本文針對精神病患強制住院治療之政策提出建議，期能做為未來政策擬定或相關照護之參考。

關鍵詞：精神病患、強制住院治療、政策



Compulsory Treatment of the Psychiatric Patients Policy

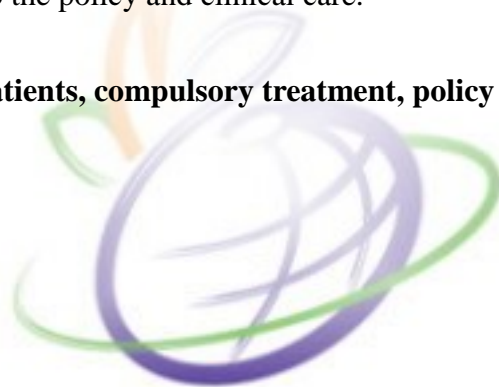
Yun-Hsuan Lin

Lecturer, Department of Nursing, Ching Kuo Institute of Management and Health

Abstract

Compulsory treatment of psychiatric patients is to safeguard the rights of patients and the public in the protection of the patient or the safety of others, to avoid the life, physical or financial damage suffered. Based on the protection of human rights of patients, compulsory treatment of psychiatric patients is often seen based on consideration of the dangerousness to oneself or others. However, the psychiatric patients have no harm to themselves or others, but their behavior has a serious impact on family and community people. Therefore, this article makes recommendations to the policy and clinical care.

Keywords: psychiatric patients, compulsory treatment, policy



壹、背景

截至 2011 年底，領有身心障礙手冊的慢性精神病患者約有 11 萬 3,995 人，相較於 2009 年的 10 萬 7,663 人及 2008 年的 10 萬 1,846，分別增加了 6,332 人及 1 萬 2,149 人，顯見精神病患者有逐年增加的趨勢(內政部統計處，2012)。而精神病患所引起的社會爭議也促使社會大眾對精神病患相關議題的重視。當精神病患因疾病症狀干擾而無法控制自己的情緒或行為時，而有傷害自己或他人之虞，此情況可能造成社會安全的疑慮，因此有必要協助此病患就醫。然多數人在協助病患就醫的過程中常遇到病患的不配合或強烈反抗，因此，如何協助病患順利就醫儼然成為一重要的議題。

一、精神疾病所造成的負擔

(一) 精神疾病盛行率與常見問題

美國約有一千三百萬的成人(約佔成人總人口數的1/17)有嚴重的精神障礙問題，而因疾病所造成的死亡率更高達25%(Health people, 2015)。台灣嚴重精神疾病的盛行率約千分之三至四，且高達 30%至40% 的精神病患在一年內會再復發，並每況愈下(蘇，2003)。而精神病患住院期間超過一年以上者佔76%，十年以上者亦佔33%，病患平均住院日數為 8.7年(劉，2000)。精神病患常見問題是症狀對其功能與日常行為之干擾，使其無法穩定就業，以及社交技巧及適應能力受限，難以處理工作職場之人際及適應問題，且加上社會污名，影響精神病患就醫及服藥行為，使其病情更不易獲得穩定的控制(蘇，2003)。研究發現五年內發生再住院之精神病患共有 16,752 人，佔總人數之 37.9%；而精神病患出院後 14 天、30 天、1 年及 5 年內再住院率分別為 6.1%、8.5%、22.3% 及 37.9%(陳，2009)。

(二) 經濟負擔

精神疾病往往會導致慢性化，進而影響病患在各方面的功能表現，例如自我照顧能力減低、社交互動障礙、人際退縮、缺乏參與日常活動動機等問題，加上缺乏病識感，拒絕服藥造成治療中斷而反覆發病住院，增加家屬照顧的壓力和醫療費用(陳，2011)。因此，精神疾病所造成的負擔是所有疾病中最高的(Health people, 2015)。根據世界衛生組織在 2003 年提出的「精神衛生政策與服務指南」中指出：照護精神障礙負擔在疾病總負擔中佔到 12%，預估到 2020 年，精神障礙可能會佔殘疾調整生存年損失的 15%(WHO, 2003)。若以台灣地區精神疾病之流行病學研究，嚴重精神病患之一年盛行率與終生盛行率來估算，則台灣地區精神分裂症病患一年之罹病成本約為 180 億元，情感性精神病患者則約為 450 億元；而嚴重精神病患之終生生產力損失為 3 兆 3750 億元(葉，1994)。

二、強制住院治療之定義及現行法律

強制住院係指當精神病患者有情緒不穩，容易有衝動之行為，或因不合邏輯之思考、怪異之思想或異常之知覺，致有自傷或傷人之狀況發生時，為求保護病人或他人之安全，避免生命、身體或財務遭受損害，必須採取必要之緊急措施，將不願住院之病患送往醫療機構接受治療，且治療必須以住院方式為之(張，2014)。強制住院治療係法律之強制醫療行為，其立法目的在於維護社會安全與救護個人生命、身體，藉由公權力之強行介入，迫使有危險情形，且有使自己或他人受傷害之虞，或有傷害行為之病患，接受

必要之治療(立法院，2007)。

嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院(精神衛生法 41 條第 1 項)。嚴重病人拒絕接受全日住院治者，直轄市、縣(市)主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定；但於離島地區，強制鑑定得僅由一位專科醫師實施(精神衛生法 41 條第 2 項)。

強制鑑定結果，仍有全日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，向審查會申請許可強制住院；強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人(精神衛生法 41 條第 3 項)。強制住院期間，不得逾六十日；但經二位以上直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限(精神衛生法 42 條第 2 項)。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣(市)主管機關(精神衛生法 42 條第 2 項)。經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或保護人對於法院裁定有不服者，得於裁定送達後十日內提起抗告，對於抗告法院之裁定不得再抗告。聲請及抗告期間，對嚴重病人得繼續緊急安置或強制住院(精神衛生法 42 條第 3 項)。

員警機關於發現或接獲通知，罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，除精神衛生法或其他法律另有規定外，應即護送前往中央衛生主管機關指定之精神醫療機構診療，並應立即通知當地衛生主管機關；其身分經查明者，應立即通知其保護人或家屬(精神衛生法第 32 條)。

三、強制住院治療之相關費用

強制住院費用依行政院衛生福利部公告之精神疾病嚴重病人強制處置費用支付作業要點規定辦理，其強制住院費用申報、暫付、核付及申復，申請費用應向健保署各區業務組辦理，由健保署代審代付。經審查會審查，許可強制住院者，其強制鑑定、緊急安置、強制住院費用併入住院醫療費用申報(衛生福利部心理及口腔健康司，2014)。根據 97 年 12 月 29 日行政院衛生署公告的精神疾病嚴重病人強制處置費用支付作業要點，強制住院治療的相關費用如表一。

表一 強制處置費用支付項目及點數表

項目名稱	支付點數
掛號費	100 點/次
診斷書費	100 點/次
一般伙食費	150 點/日
治療伙食費	180 點/日
尿液成癮藥物確認檢驗	1,300 點/次
尿液成癮藥物篩檢	300 點/次

註：支付點數每點以新臺幣一元計算。

貳、精神病患強制住院治療政策制定

一、政策議程設定

在 1980-1990 年，台灣發生多起精神病患犯罪事件而引發許多社會爭議。例如 1984 年全台灣第一起校園潑酸事件，有吸毒前科的蔡性男子，情緒不穩定，竟然闖進螢橋國小校園裡面潑酸再切腹自殺，造成一死 42 傷的慘劇；以及財政部關政司長被罹患精神疾病的妻子殺死等事件，都震驚社會，因此大家對精神病患行為的危險及不可預測充滿疑慮和無奈，媒體更不斷以「不定時炸彈」引喻，更增加大家對精神病患的排斥和污名(唐，1997)。台灣在 1987 年解嚴後，民間團體更頻頻發聲以表達對身心障礙議題的關心(Chang，2007)。1990 年，因龍發堂非法收容精神病患，與疑似管理員虐待病患事件爆發，且經龍發堂抗議衛生與司法單位介入調查，揚言解散，而引發眾多精神病患無處可去之窘境，暴露出精神醫療機構嚴重不足的問題。

以上事件均牽涉到精神病患與社會治安的關係，而精神病患的醫療照顧品質低落或流落街頭或被禁錮於家中、病患權利被忽視、以及精神醫療資源嚴重欠缺等沈寂已久的問題，也因龍發堂事件而再度被重視與廣泛討論，大多數人認為儘速通過精神衛生法乃當務之急，亦是有效解決問題之道(陳，1997)。因此社會輿論、民意代表和精神醫學界，一致要求政府提出辦法，改善精神醫療衛生問題。

二、政策採行與演進

1990 年精神衛生法的立法通過反應國家政策對於精神病患的逐漸重視。台灣有關精神病患強制治療的法則、最早是依據 1990 年台灣「精神衛生法」第二十一條第二項規定，嚴重病人不接受全日住院治療時，應由兩位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院。從這規定可得知，只需兩位專科醫師的書面證明，就可判斷精神障礙患者是否應接受強制就醫。然而，由於此項規定往往忽略病患拒絕就醫的意願，所以經常被冠上「侵害病患人權」之名(唐、吳、陳、張，2011)。且 1990 年精神衛生法在討論與制定的過程中，受到行政院衛生署的主導，而衛生署又依據精神醫學領域的學者與精神科醫師的意見進行該法的草擬；而精神病患及家屬的組織力量相對薄弱，因而在立法的過程中並未採納精神病患及家屬的意見(唐，1997)。

1991 年初，相關身心障礙議題紛紛被倡導，加上聯合國在 1991 年「保障精神疾病者及改進精神醫療準則」的制定與採用，其準則中就宣示國家應設立獨立、公正的機關審查強制住院決定，另外應該在合理間隔內，定期審查嚴重病人的病情、確認有無繼續住院的必要，也反映「雙軌制」的精神(Gostin, 2000; Watchirs, 2005)，此也代表著國際間對於精神病人權議題的逐漸重視，此外非營利組織積極監督相關違反身心障礙人權之行為(Chang，2007)，病人人權因而受到重視。在精神衛生法修法前，經專科醫師鑑定、認為需強制住院的病人個案數，一度上升得很快，醫界曾經對此有所質疑，認為強制住院有被濫用的可能性；後來衛生署決定將專科醫師鑑定需要強制住院的個案，交給中央健康保險局作第二重的審查後，個案數明降下降、受到控制(廖，2007)。由此可見，精神病患強制住院的規定，是有被濫用的可能性。

基於強制就醫的批評以及精神衛生法修法的呼聲興起，行政院衛生署乃自 2005 年 11 月起，邀集精神醫學及法學領域之專家學者、臨床醫事人員及民間團體等，積極展開精神衛生法之研修作業，經陳報行政院審議通過，送立法院完成三讀，並於 2007 年 7 月 4 日咨請總統修正公布，一年之後(2008 年 7 月 4 日)正式施行(何，2009)。本次修法特別強化精神病人社區照顧體系，針對精神病人於社區中就醫、就學、就養及就業等需要，提供各項保障與轉介之服務。另為充實病人權益保障措施與協助其就醫、通報及追蹤保護等措施，同時修正精神醫療照護業務相關執行規範，就嚴重病人之強制住院、緊急安置、強制社區治療，建立完整程序規範。此外考量精神病人之人格與權益，應受各界之尊重及保障，因此特別明文規定，對於精神病人不得予以歧視，對病情穩定者，不得以其曾經罹患精神疾病為由，拒絕入學、應考、僱用或予其他不公平之待遇，藉以促請社會大眾平等對待精神病人。另鑑於有時候必須立刻取得精神病人相關資訊，才能有效避免發生緊急危難，迅速進行相關救援工作，因此這次修法增列相關規定，以強化緊急救援及自殺之防治工作。由此次修法可見人權論述裡所強調的自由權保障、知情同意、人性基本尊嚴與尊重等概念漸漸影響相關政策的修訂(唐等，2011)。修法後的精神衛生法不僅對病人人權更進一步保障，並且更加符合聯合國保護精神病患原則與權益的立場。

三、政策目標與執行

(一) 我國與全球目標

精神病患強制住院治療的目的在保障病患與他人的安全。因強制住院治療屬於精神衛生政策的一部分，針對強制住院治療並未有具體的政策目標，因此以下僅針對整體精神衛生之目標做說明：

- 1.台灣：強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務(衛生福利部心理及口腔健康司，2015a)。
- 2.世界衛生組織：促進心理安適，預防精神疾病，提供照護，強化復原，促進人權及減少精神疾病的死亡率、發病率及殘障(WHO, 2013)。
- 3.Health people:經由預防與確保獲得適當的精神衛生服務以改善精神衛生(Health people, 2015)。

(二) 政策執行

97 年 1-6 月(精神衛生法修法前)強制住院有 1,529 人次，平均每月 255 人次，103 年 1-12 月強制住院有 725 人次，平均每月 60 人次，相較於修法前平均每月已減 195 人次，如表二(衛生福利部心理及口腔健康司，2015b)。

表二 精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制住院治療審查會審查結果統計資料

日期	審查案件數/件	許可數	不許可數	許可率	不許可率
97年7月至12月	669	578	91	86.40%	13.60%
98年1月至12月	1679	1555	124	92.61%	7.39%
99年1月至12月	1696	1611	85	94.99%	5.01%
100年1月至12月	1251	1203	48	96.16%	3.84%
101年1月至12月	1277	1233	44	96.55%	3.45%
102年1月至12月	835	797	38	95.45%	4.55%
103年1月至12月	766	725	41	94.65%	5.35%

四、政策推行後預計成效

精神病患強制住院治療是為了維護病患與民眾的權益，在保護病患或他人之安全，避免生命、身體或財務遭受損害。然政府相關單位並未有具體的統計數據顯示精神病患傷害自己或他人之資料，僅如上述表二精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制住院治療審查會審查結果統計資料顯示，進入審查會審查案件103年有766件，此未包含經強制送醫後未拒絕住院者，實際人數應該更多。根據表二可發現進入審查案件有逐年減少的趨勢，但此數據代表的是精神病患傷害事件的減少或拒絕住院病患的減少未得而知。

五、現行各國精神病患強制住院治療政策

(一) 美國

美國各州都有強制住院治療的法律規定，由法官決定精神病患是否應接受強制住院治療。其立法目的在保護社會大眾的安全，使需要治療的病患能獲得治療。

美國強制住院治療大致分為以下三種類型(劉，2002)：

1. 無須法院裁判的緊急強制住院治療

無須法院裁判的緊急強制治療，使用於緊急或暫時羈束的法令。通常是病患已出現或可預期對自己或他人的傷害行為。病患被送到醫院後，由醫師或是合格的精神醫療專業人員加以診斷。也有部份州規定，此種緊急強制治療必須由法官批准，但法官大多只是做形式審查，實際是由專業醫療人員來決定。

2. 經由法院裁判的強制住院治療

各州對於強制治療的標準略有不同，但是一般而言，精神病患同時具備以下兩個條件得強制其住院：(1) 對自己或他人有危險，或是嚴重無法照料自己生活的基本需要；(2) 需要到醫院，對其構成限制的環境中接受治療。如欲取得法院的強制治療裁判，必須請求法院對病患做精神鑑定及檢查，然後舉行審訊聽證(審訊聽證在大多數州是必須的程序)，病患可以請求對自己有利的證人出庭作證，並由其律師去交互詰問對造所傳訊的證人。如果病患自己沒有聘請律師，在許多州會由法院指派一位律師給他。

3. 強制門診治療

美國大多數州都有「強制門診治療」的規定，主要是強制病患至「社區心理衛生中

心」之類的機構接受治療，以免病人病情惡化而再度入院。

(二) 英國

在英國的精神衛生法中，規定精神病患與身體疾病患者一樣有權力決定住院與否，且不需特別文件證明其住院是出自於自願。除非病患積極反對住院，否則一律視同自願住院。然而，當精神病患有害他人或自己或者無法自我照顧，又積極反對住院，基於病患或社會安全考量，則予以強制住院。英國強制住院治療大致分為以下四種類型(單，2004)：

1. 強制住院鑑定

(1) 考量病人之精神異常及其本身健康、安全之維護或他人之保護後，認為有留置其於醫院進行鑑定(或鑑定後治療)之必要時，經由病人之「最近親屬」或「認可社工」申請，並有二位醫師(一位為認可醫師)之書面證明，得強制病人住院鑑定，期限 28 天。

(2) 二位醫師可同時或分別(相隔不得超過 5 天)診察病人，而後依式 填具證明。強制住院鑑定之申請者需於申請日前 14 天內親自見過病人。申請人為「認可社工」時，應於申請前或申請後儘速通知病人「最近親屬」有關申請之事(只通知，不必徵求同意)，同時告知「親近家屬」提出申請讓病人出院。(3) 即使未獲同意，醫院仍可強制給予此類病人一般之醫藥治療。(4) 特殊治療如精神手術、荷爾蒙植入、電氣痙攣療法，應有病人之同意及專業之認同。

2. 強制住院治療

(1) 因病人之精神疾病、嚴重智能受損、精神病質或智能受損且基於維護病人之健康、安全或保護他人之考量，需住院治療時，經由病人之「最近親屬」或「認可社工」申請，並有兩位醫師(一位為認可醫師)之書面證明，得強制病人住院治療，期限 6 個月。經評估仍 需繼續強制住院治療，期限 6 個月，而後每年評估一次。(2) 二位醫師可同時或分開診察，但相隔不得超過 5 天。醫師需說明除住院外，有無其他可行之治療方式及為何未採行之原因。(3) 「認可社工」申請時，應儘可能照會病人之「最近親屬」，如親屬反對，則不能提出本申請。(4) 申請者需於申請前 14 天內親自見過病人。(5) 即使未獲同意，醫院仍可強制給予此類病人一般醫藥治療。

3. 緊急強制住院鑑定

(1) 當病人有前述強制住院鑑定之理由，但因情況緊急，等不及採用該 項手續時，得經病人之「最近親屬」或「認可社工」及有一位醫師(盡可能由原來診治病人的醫師)之書面證明提出申請，可強制病人住院鑑定 72 小時。(2) 申請者需於申請前 24 小時內親自見過病人。(3) 除非病人有特殊情況，否則未經病人同意，不得強制給予醫藥治療。

4. 緊急強制留置住院病人

(1) 因精神疾病自願住院者，為維護其健康、安全或保護他人，而不得不立即限制其離院，卻又無法馬上找到其主治醫師或主治醫師代理人時，得由資深精神科護理人員依式填具記錄，留置病人 6 小時，該護理人員應將記錄呈報醫院負責人。(2) 除非有特定情況，否則未經病人同意，不得強制給予醫藥治療。

(三) 日本

過去只要家屬同意，醫師可用所謂「同意住院」讓病患住院，以致常遭批評，此舉因違反病人權利而引起聯合國注意，因此，日本於1987年修正「精神保健法」將「同意住院」改為「醫療保護住院」，雖然多了一位精神科醫師把關，但基本精神並無不同(簡，1993)。

日本之強制住院治療雖無須法院介入，但有精神醫療審查會之監督，除了強制住院案之定期審查和申請住院之審查外，該審查會尚專事於醫療保護住院案之事後審查及申訴案之審查等(黃，2004)。

參、精神病患強制住院治療政策面臨的現況問題

雖然修法後的精神衛生法中的強制住院治療較能保障病患人權，也兼顧家屬與病患的意見，然此政策在執行面上仍有困難，說明如下：

一、強制住院治療的條件限制

精神病患雖無傷害他人或自己之虞或不符合嚴重病人條件，但其行為已持續嚴重干擾家人或社區民眾，根據現行精神衛生法無法進行強制住院治療之相關程序，因此此法仍無法避免精神病患自身或他人之生命、身體或財務遭受損害，無法真正保障病患與民眾權益。

二、繁瑣的行政流程

當嚴重病人具有傷害他人或自己或有傷害之虞，並由二位專科醫師實施強制鑑定後認定有全日住院治療必要時，經詢問嚴重病人意見，若仍拒絕接受或無法表達時，應即填相關文件，向審查會申請許可強制住院。所謂「相關文件」包含：(一)精神疾病嚴重病人強制住院許可申請書；(二)強制住院基本資料表(二位專科醫師強制鑑定)；(三)強制住院通報表；(四)嚴重病人意見表；(五)保護人意見表；(六)嚴重病人診斷證明書(其他相關診斷證明文件)；(七)病歷資料摘要(楊、魏，2008)。以上的文件較過去複雜，加上繁瑣的行政流程亦增加強制住院治療執行上的困難。

三、保護人的設置

嚴重病人應置保護人一人，其保護人由監護人、法定代理人、配偶、父母、家屬等互推一人為之。但臨床上發現，互推一人最後變成互相推諉、不出任保護人現象，此將影響申請強制住院的文件完整性(楊、魏，2008)。

雖然在新法第十九條第三項有補強條款：「嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之直轄市或縣(市)主管機關另行選定適當員、機構或團體為保護人；戶籍所在地不明者，由其住(居)所或所在地之直轄市或縣(市)主管機關為之。」但此項規定一直因公部門是否有值班人員能提供二十四小時的第一線精神醫療機構處置「嚴重病人」緊急安置或強制住院造成實務上的困擾(楊、魏，2008)。

四、護送精神病患就醫的過程

研究發現，在護送病患就醫的過程中，最主要的困難為協調聯繫不易及病人抗拒厲害(張、許，1994)。而先進國家都由受過專業訓練的警察人員擔任此職務，而反觀台灣，

普遍缺乏精神疾病的相關知識，加上業務繁忙且因各相關人員隸屬於不同單位，聯繫及協調較為不易，因此也影響護送過程的順利性。

肆、精神病患強制住院治療政策之建議及替代方案

基於強制住院治療政策的評值結果，發現仍有欠缺完善之處，因此提出以下建議：

一、放寬強制住院治療的條件

精神衛生法指出，嚴重病人需符合有傷害他人或自己或有傷害之虞，才能進入強制住院治療之程序。然社區中若有精神病患發生失控或嚴重干擾等情形，因未有傷害他人或自己之虞，而無法進行強制住院治療之相關程序，但其行為已嚴重造成社區民眾的困擾。因此，針對精神衛生法提出以下建議，將「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞」，放寬條件為：(一) 傷害他人或自己或有傷害之虞；(二) 行為或情緒嚴重失控致對家庭生活或社區民眾產生持續性嚴重干擾者。此建議的優、缺點如表三。

表三 放寬強制住院治療的條件之優、缺點比較

利害關係人	優點	缺點
病患	疾病獲得控制，延緩疾病復發時間。	可能有損病患人權及醫療自主權。
家屬	減輕照顧上的負擔。	家屬必須與病患暫時分開。
醫療機構 (醫療人員)	減少行政程序繁瑣的處理時間，而有較多的時間用在病患的病情處理上。	強制住院治療行政程序繁瑣，增加醫療人員工作負荷。
政府	增加社會安全性。 降低社會成本。 (台灣地區精神分裂症病患一年之罹病成本約為 180 億元，情感性精神病病患約為 450 億元。嚴重精神病患之終生生產力損失為 3 兆 3750 億元。)	增加健保署財務負擔。 (每增加一名病患以住院 60 日計算，約需多支付 10,800 元。以目前強制住院治療人數平均每月約 60 人計算，一年支出約 7,776,000 元。若放寬條件以每月 120 人計算，一年支出約 15,552,000 元。)

放寬強制住院治療的條件之替代方案如下：

(一) 建構完善的社區治療：雖現行法規已有強制社區治療，但仍欠缺完善，應該重視社區服務模式和關懷訪視(訪員應該逐漸進入病患生活，再連結社政資源)，病人訪視是社區服務極為重要的一環，只針對疾病治療之精神醫療服務，或是僅強調生活及社會照顧，並無法滿足個案所需之多元服務，而是需要整合跨專業照顧才能滿足個案社區照護需求。建議需以整合性照護模式跨越國內現階段以單一專業為服務主體之限制，且行政效率講求單一窗口，訪視人員也應整合專業技能，除每年有 30 小時之訓練課程，建議

應加強結合各類問題處理的理論與實務。

(二) 增聘精神科個案管理師：目前各縣市雖有個管師，但人員不足，且業務量大，無法兼顧到所有病患。病患有專責人員定期訪視，提供照護，可降低再住院率；例如金門縣增聘一名精神病社區關懷訪視員，透過專人提供全方位服務，2年期間共服務個案量計有151名精神病患，降低病患因服藥遵從性差而導致反覆發病之情形，個案再住院率降低至20%(許，2013)。

二、建立完善的強制住院治療之護送就醫制度

多數病人因抗拒厲害，加上警察人員精神衛生知識及處理能力的不足，因此倍感壓力，故應加強警政單位在護送精神病患就醫的能力。且各單位權責劃分不清，急需整合社政、警政及衛生單位，彼此溝通協調達成共識，以建立完善的強制住院治療之護送就醫制度。每一個縣市擔任緊急連絡中心的機構，在必要時提供緊急處理；與消防警政單位協調出一套標準作業流程，例如當精神病人出現某些行為時，如何緊急送醫及協助與醫院連繫等。此外，也需與區域醫院討論合作的可能性，當病人發生某些緊急狀況，消防警政單位不能判斷是否需緊急送醫時，醫院可以提供諮詢。

三、強制住院治療行政程序簡單化

將繁瑣的行政程序簡單化，並縮短行政往來時間。可將強制住院治療文件合併，如精神疾病嚴重病人強制住院許可申請書與強制住院通報表合併；強制住院基本資料表、嚴重病人診斷證明書與病歷資料摘要合併。

伍、結論

精神疾病是不可逆的疾病，若病患發病未積極治療將導致疾病的惡化，且會縮短疾病復發的時間，對病患、家屬及社會都是沈重的負擔。然多數病患無病識感，或家屬對疾病的認知不足，或因為精神疾病的污名化有可能害怕被他人貼上標籤，所以拒絕疑似或有精神疾病的家人就醫，造成強制住院治療政策執行面上的困難，常導致延遲就醫。加上目前強制住院治療的條件較為嚴苛，常使病患未能在病情不穩定或甚至惡化時就入院接受治療。因此，若能放寬強制住院治療的條件，將能使病患在疾病復發時獲得更有效率的處理方式，以避免延遲就醫所造成的不良後果。

參考資料

- 內政部統計處(2012)·一〇一年第九週(一百年身心障礙者福利統計)·取自
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 立法院(2007)·精神衛生法—完成三讀·立法院公報,96(48),458-533。
- 全國法規資料庫(2007,7月4日)·精神衛生法·取自
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020030>
- 何健民(2009)·台灣精神衛生法制之研究·未出版的碩士論文·臺北市：國立臺灣師範大學政治學研究所。
- 唐文慧(1997)·精神衛生法之立法過程—政體取向分析·中華心理衛生學刊,10(1),1-17。
- 唐宜禎、吳慧菁、陳心怡、張莉馨(2011)·省思嚴重精神疾患強制治療概念—以人權為主軸·身心障礙研究,9(1),1-16。
- 陳永興(1997)·台灣醫療發展史·台北市：月旦出版社。

- 陳玟伶 (2009)· 台灣地區精神疾病住院病患之再住院率研究· 未出版的碩士論文· 臺北市：國立臺北護理健康大學醫護管理研究所。
- 陳嘉年 (2011)· 應用 ICF 模式探討精神醫療機構照護成效—精神病患活動參與度觀點· 未出版的碩士論文· 臺北市：國立臺北護理健康大學長期照護研究所。
- 許慧敏 (2013)· 精神病社區關懷訪視計畫對精神疾病個案照護之探討· 取自 http://www.kinmen.gov.tw/Layout/sub_D/ArtHtml_Show.aspx?ID=e3838a6e-4630-4be7-9fdf-6ea5ee83f3a4&path=13173
- 單美惠 (2004)· 精神衛生法之國際比較研究—以臺灣、日本及英國為例· 未出版的碩士論文· 臺北市：台灣大學衛生政策與管理研究所。
- 黃進興 (2004)· 精神病患醫療人權之研究· 未出版的碩士論文· 嘉義市：中正大學法律學系暨研究所。
- 植根法律網 (2013)· 精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法· 取自 <http://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A040170030012700-1020621>
- 張朝琴 (2014)· 精神病患「強制住院治療」之醫療人權保障· 大葉大學通識教育學報, 13, 149-171。
- 張珏、許蓉蓉 (1994)· 疑似嚴重精神病患住院過程之探討· 中華衛誌, 14 (5), 438-445。
- 葉玲玲 (1994)· 嚴重精神病患罹病成本之研究· 未發表的碩士論文· 臺北市：國立陽明大學衛生福利研究所。
- 廖慧娟 (2007) · 保障病人權益—談精神衛生法修訂重點· 醫療品質雜誌, 1(4), 56-60。
- 楊聰財、魏兆玟 (2008)· 新版精神衛生法與強制就醫新制· 源遠護理, 2(2), 11-17。
- 劉智民 (2000) · 精神分裂症· 於李明賓主編, 實用精神醫學 (123-136頁) · 臺北市：華杏。
- 劉宏恩 (2002)· 淺論精神病患強制住院之應有法律程序—美國法及我國現行法運作之初步檢討· 於行政院衛生署、台灣法學會主辦, 精神病患強制住院相關法律問題探討研討會· 臺北市。
- 衛生福利部心理及口腔健康司 (2014, 8 月 15 日)· 精神疾病嚴重病人強制處置費用支付作業要點· 取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=182&fod_list_no=5091&doc_no=46130
- 衛生福利部心理及口腔健康司 (2015a, 1 月 27 日)· 104 年度整合型心理健康促進、精神疾病防治及特殊族群處遇工作計畫需求書· 取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=182&fod_list_no=5080&doc_no=48327
- 衛生福利部心理及口腔健康司 (2015b, 4 月 20 日)· 精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查結果統計資料· 取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=182&fod_list_no=5090&doc_no=46126
- 簡錦標 (1993)· 精神衛生法簡介—訪簡錦標院長· 健康教育, 27, 2-4。
- 蘇昭如 (2003)· 台灣精神障礙者照護之現況分析與未來展望—就業政策面· 於胡海國總編輯, 台灣精神障礙者照護發展研討會彙編 (23-34 頁)· 臺北市：國家衛生研究院論壇長期照護委員會。
- Bickenbach, J. E. (2009). Disability, culture and the UN convention. *Disability and Rehabilitation*, 31 (14), 1111-1124 .
- Chang, H. H. (2007). Social change and the disability rights movement in Taiwan 1981-2002. *The Review of Disability Studies*, 3, 3-18.
- Gostin, L. O. (2000). Human rights of persons with mental disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2) , 125-159.
- Health people (2015). *Mental health and mental disorders*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/mental-health-and-mental-disorders#one>
- Watchirs, H. (2005). Human rights audit of mental health legislation-results of an Australian pilot. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28 , 99-125.
- WHO (1996). *Mental health care law: Ten basic principles*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf
- WHO (2003)· 精神衛生政策與服務指南· Retrieved from http://www.who.int/mental_health/policy/context_module_chinese.pdf
- WHO (2013). *Mental health action plan*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1