



社團法人台北市心生活協會

## 建言書

地址：105 臺北市基隆路一段 28-2 號  
承辦人：楊立勤 社工、金林 總幹事  
電話：2742-0302、0916-072-755  
傳真：2742-0307  
郵件：heart.life@msa.hinet.net

正本收文：行政院吳敦義院長（10058 台北市中正區忠孝東路 1 段 1 號）

副本收文：馬總統英九、衛生署、衛生署楊署長志良、內政部、內政部江部長宜樺、立法院各政黨黨團、立法院王院長金平、台灣精神醫學會等專業團體、中華民國康復之友聯盟等精神社福公益組織。（詳列於函後）

發文日期：民國 98 年 11 月 9 日

發文字號：心生活 98 聯字 116 號

附件：剪報①②③④則、翻譯文兩則。

**主旨：**精神衛生法限定之『強制住院』條件，就已發生實例回顧，仍無法涵蓋若干有此治療需求的患者，建請衛生主管機關重新考量，增列部分可強制住院之條件；並請謹慎規劃『強制社區治療』並積極增進、興辦社區中多元的精神心理衛生服務。

說明：

一、「社團法人台北市心生活協會」（以下簡稱本會）是由精神疾病患者及家屬所共同發起成立的公益組織。本會之宗旨為關懷精神疾病患者與其親友的生活品質及醫療與社會權益，並致力於協助精神疾病的預防與慢性精神疾病患者持續的復健與全人發展。

二、強制住院條件過嚴，社區積極性介入治療(Treatments; 包括醫療及心理社會與復建服務)又不足，造成流弊：

精神衛生法第 41 條規定，適用「強制住院」的條件為：『嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞』，一般通俗



簡稱為「有自傷或傷人」之虞。

(一). 國內一年內的四個例子：

今(98)年以來的幾個案例，顯示這樣的限制條件，會將部分急需強制住院協助（就現有已存在之治療服務中，其他治療服務都難以遞送專業服務時）的精神疾病患者排除適用，並且因為無法及時獲得協助而產生憾事。謹將案例說明如後：

1. 98年1月16日中國時報報導：彰化一位吳姓老婦人因為精神疾病失去自理能力，房間堆滿瓶罐紙袋，『就像是住在垃圾堆裡』是社工員家訪時看到的景象。讓人心酸的是，這樣的景象已經持續了十多年，直到社工員造訪員林鎮轄內弱勢家庭時才發現老夫婦家中情況。由於婦人與先生兩人皆未滿65歲，無法申請低收入戶資格，只能靠老先生打零工維持生計。〈附件一：簡報①〉。
2. 98年5月2日聯合報報導：北縣三峽一名患有精神疾病的薛姓男子企圖攻擊姪子與嫂嫂，而在事發前十八小時，母親還電話聯絡警消單位，請求將兒子送醫治療，但因為衛生所認定男子沒有自殺或攻擊他人的傾向所以並未將他送醫。根據報載，衛生所人員探訪時，因為薛姓男子坐在椅子上狀似情緒平穩，還請衛生所人員泡茶聊天，所以一時認定其無傷人之虞。〈附件一：簡報②〉
3. 98年5月6日的自由時報報導：台北縣中和市一名躁鬱症男子因為妻子表示要離婚，持菜刀攻擊妻子致死，而鄰居也向記者表示，這名男子經常罵鄰居、很



凶，表示這激動的情緒已是長期所顯現的問題。

4. 98年7月22日聯合報A2報導：三重市一名從公所提前退休的曾姓婦人『逛進總統府』，在新聞的揭露下，才知道婦女的精神狀況不穩定、常常會向各行政機關進行投訴又有較不合邏輯的行為發生，附近鄰居也都知道此人的狀況，但整個政府、社會卻沒有適當的服務資源可以介入或協助此人就醫。精神科醫師也向媒體表示，雖然住院治療應該可以幫助婦人減低妄想，但不符合傷人或自傷（該醫師之判斷）條件，無法動用強制住院來協助。

## (二). 美國要求修改自傷或傷人原則的呼聲：

強制住院限定條件為「嚴重病人」且「有自傷或傷人之虞」，與美國的制度相似，美國國內也迭有因為自傷或傷人之虞判斷不易或者判斷錯誤，而使患者或家屬斷送了生命的案例。美國精神治療倡導中心（Treatment Advocacy Center）在2008-2009年冬季號新聞報（Newsletter, Winter08-09）上，就刊載了兩個血淋淋的例子，如〈附件二〉敬請參考。

- 三、98年一年中精神疾病患者登上新聞版面者，當然並不止於前述四則剪報，〈附件一〉的四則是媒體報導篇幅較大，而且都與強制住院治療資源可以對患者有益卻無法（難以）使用有關，未被發現公布的案例更不知還有多少。這四位患者生活上造成自己、家人與他人不安的情況，都不是短暫、偶發的事情，而是已經存在長久一段時間了，但社區中一直缺乏協助的資源，在患者狀況頻仍之際，仍無法有適當而有效的介入服務與治療以預防



憾事的發生，對於為民服務的政府、醫療體系及全體國人，無疑都是一種挑戰，也顯示 96 年中新修訂的「精神衛生法」仍然不足以因應精神疾病的挑戰，也無法滿足精神族群們的服務需求。無論是國內或國外的經驗，都已證實強制住院的條件規則，有必要進行修訂。

- 四、96 年新修訂精神衛生法，強制住院需要召開專業、權益團體、法律人組成的七人委員開會審定，做法上更為嚴謹、對於患者人權形式上更有保障，咸認為是一進步的方向。但是在委員會之外，卻產生了一些流弊：雖然強制住院的實質條件，精神衛生法修改前後並無特別差異，但因為審查者增多，不予通過的比率高過於過去只要醫院同意就可以的時代，且患者人權係本次修法宣導時的重點成就，發生流弊之處在於，強制住院的審查權（決定可否）理應審查會委員們的責任，但現在基層的警察、里長、消防人員受到送件不被核可的經驗以及授課者諄諄教誨的影響，"自動"人人當起審查委員來，會直接拒絕民眾(多半是家屬)對於強制住院協助之請求。
- 五、我們期待主管機關可以檢討制度，解決前開各種問題，心生活協會具體的建議是：

- (一). 強制住院的條件，希望可以透過修法、修訂施行細則、或行政命令的方式（自傷或傷人之虞應考量的強況增加），將強制住院的適用條件，得以包括若干『患者』  
『因為受疾病影響明顯（疾病症狀明顯）』，致：對自己及他人生活產生嚴重干擾（例如：不斷以妄想的內容到處告官）或帶來他人日常生活持續性、緊急性的巨大恐懼（例如：有攻擊未遂的事實、持續的威脅或衝突）或嚴重喪失自理





生活及與人溝通之能力，且於鑑定當時強制住院相較於其他服務資源更為合適者（例如：數十年由先生照顧居家環境如同垃圾場的婦人）』。

(二). 針對警察、消防從業人員及鄰里長，進行「服務精神病患者之教育訓練」，訓練課程中並應邀請精神障礙者及家屬參與授課（作講師），將服務使用者第一線的處境，讓可能會第一線接觸強制住院請求的服務者，對於患者的狀況及症狀可能帶來的問題有較清楚的認識。

(三). 行文給全國衛生所（健康服務中心）及警察與消防單位與鄰里長，強調是否許可強制住院應由「審查會」的專家委員們來審核，第一線提供強制住院協助的公共衛生護士、鄰里長、警消人員不應該自行作可否強制住院的判斷。

(四). 儘快推出完善的『強制社區治療』服務：

依精神衛生法，強制社區治療已延遲將近一年尚未推出。心生活一貫呼籲，『強制社區治療』是好的政策方向，但是要能順利、有效的實行，必須要積極補足『多元化的社區服務』，但現在的我們看不到政府往此方向規劃，令人憂心，我們擔心好的制度方向卻可能產生錯誤的制度施行方式，更擔心會造成更多的不幸事故，理由是：

1. 嚴重的精神病患者因為病情的影響，對於陌生的人事物都有高度的警戒心，如果只用過於強硬的方式進行治療，容易造成反彈、或者引起更多的幻覺和妄想，很容易引發更多、更大的衝突。因此，給予患者的服務，不能單純從給的人的角度看，不能由服務者主觀



認為「好」就要硬給，而是要從「被服務者」的心理機轉角度來看，所以，精神心理衛生社區服務中的核心精神及適當的實施方式，是服務者與被服務者間要建立長久性的、關懷性的、平等性的專業關係，讓患者感受到「安心」、「被尊重」而後即便是強制性的服務，才有可能順利的進行，減低可能產生的不利風險。

2. 強制社區治療如果只是以「定期找警察上門強制病人打針」作為主軸，家屬們深感恐懼。我們擔心，在警察與治療人員轉身離去的時候，患者會因為生氣而更為難家屬；我們也擔心，藥物的效果其實是需要慢慢釋放的，在等待藥效產生的過程或者等待看藥物是否合適患者體質的過程中，如果沒有其他的社會心理治療資源協助患者與家屬，發生危險事故的風險還是很高的。
3. 政府必須要「高度重視」精神心理衛生的社區服務，社會及患者才會將「強制社區治療」視為服務而不會排斥。但兩件事實，都讓我們對於政府漠視精神社區服務的嚴重失能現象感到失望：
  - (1). 衛生署 95 年 9 月起推出的「精神病社區關懷照顧計劃（關懷訪視及個案管理）」是很好的制度，但卻要求每位服務員每年至少開案八十名。案量超高，而且普遍因為社區中可轉介精神障礙者使用的資源（設施與服務）過少，以及前面所述服務需要建立長久關係的影響，所以開案後難以結案，致使服務人員手上的案量越來越大，每年延



續服務的行政區，個案量如雪球般擴大，難以有效的提升個案服務品質。未來將如何降低服務員的案量、如何更有效能的督導基層服務人員、如何快速增加各縣市可長期提供服務的社區資源，都缺乏討論及研究。

- (2). 紐約的活泉之家(Fountain House)採社交俱樂部(Clubhouse)會員制(Member) 的模式，強調患者自主的社區服務模式，獲得全球許多國家的肯定，並且有國際性的認證制度。很多國家都是由政府全力贊助成立及營運，鄰邦韓國還是亞洲的認證中心，但台灣包括伊甸基金會的活泉之家、康復之友聯盟的 My House，都因為政府缺乏制度規劃，經費來源困難、勞工主管機關不接受「過渡性就業服務」申請補助等因素的影響，而至今在全球的 Club House 認證中缺席。

衛生署兩年前信誓旦旦要拿國際認證未來要推廣給各縣市辦理的 My House 方案，現在輕易就捨棄承諾，試辦兩年後就急於縮手，劇減經費之下，北高兩家試辦計畫今年底將吹熄燈號，搞得數百名精神障礙者及其家屬人心惶惶！！

- 六、總結而言，今年陸續發生之社會事件，全都顯示出精神衛生政策的「失能」，我國對於精神疾病患者的照顧服務仍有許多改善及發展的空間。我們期待在人權與個人康健的平衡點中，替精神障礙者(慢性精神病人)和他們辛苦的家屬們，爭取更充足的醫療及服務，【精神治療及服務體系社區化，是解決許多問題的核心】。精神心理衛



生社區多元服務的建構，需要政府更高的重視更多的經費，需要由比衛生署更高的行政層級，以遠大的眼光，看清精神心理衛生社區服務制度的建立，是和蓋鐵路蓋捷運、整建地下污水系統、造橋鋪路一樣的「基礎建設」（Infrastructure）。做這些事雖然難，但今天不作明天就要後悔。精神疾病患者人數眾多所影響的家屬人數更達數百萬人，敬祈 總統可以關注，院長、部長們能為台灣民眾精神心理健康更美好的未來而努力。凡走過必留下痕跡，祝願長官們任內能為我國精神社區服務建立可長可久、真正符合患者及家屬期待之優良制度，青史留名。

理事長：李淳一

敬上

副本受文者：馬總統（台北市中正區重慶南路一段 122 號）、衛生署（台北市大同區塔城街 36 號）、衛生署楊署長志良（台北市大同區塔城街 36 號）、內政部（台北市徐州路 5 號）、內政部江部長宜樺（台北市徐州路 5 號）、立法院各政黨黨團及無黨籍聯盟（台北市中正區中山南路一號）、立法院王院長金平（台北市中正區中山南路一號）、台灣精神醫學會（台北市中山區松江路 22 號 9 樓之 3）、社團法人中華民國精神衛生護理學會（台北市中山區中山北路三段 25 號 9 樓之 4）、台灣心理衛生社會工作學會（台北市松山區八德路 4 段 604 號 2 樓之 6）、臨床心理師公會全國聯合會（台北市大安區新生南路一段 137 之 1 號 3 樓）、台灣職能治療學會（台北市中正區博愛路九號五樓之 2）、中華民國職能治療師公會全國聯合會（台北縣八里鄉華富山 33 號）、台北市諮商心理師公會（台北市中正區中山北路一段 2 號 6 樓 5 室）、台灣心理治療學會（台北市大安區麗水街 28 號 6 樓）、社團法人台灣社會與社區精神醫學會（台北縣八里鄉華富山 33 號）、中華民國康復之友聯盟（台北市中正區紹興北街三號一樓）暨其會員團體、財團法人精神健康基金會（台北市中正區羅斯福路一段 22 號 6 樓）、財團法人火鳳凰文教基金會（高雄縣大寮鄉鳳屏一路 509 號之 1）、中華民國殘障聯盟（台北市大安區羅斯福路 3 段 281 號 9 樓）、台灣社會福利總盟（台北市中正區杭州北路 28 號 5 樓之 3）、台北市社會福利聯盟（台北市大安區建國南路一段 285 號 3 樓）。