

精神衛生法修法建議與困難

楊添圍

價值衝突：病人人權與國家親權、社會安全

這次修法，最主要的價值衝突，就是：保障病人權益，還是著重社會安全？

既使不討論身心障礙者權利公約，有關於病人的權利，已經有相當多的法律制定，如病人自主權利法立法，甚至法院裁判與見解，都已經有重大改變。

根據病人自主權利法，第 4、5、6 條¹，受輔助宣告之人，其同意權仍然是完整。²對於疾病治療相關的同意權（對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利，對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利），輔助人並沒有代理同意的權利，尤其是病人表達不同意時。

另一方面，我們也確確實實對於社會安全的關切，希望中央以及地方政府積極介入的要求，也不同於以往。

汙名化的來源，可能是政府與法律結構

對於精神疾病的汙名化不是只有來自社區、民眾，也是來自法律和政府。

為什麼會這麼說？比如，緊急醫療救護法，並沒有排除精神疾病病人救護就醫協助，檢傷分類也一向包括精神疾病病人之臨床症狀。為何，需要建立精神醫療緊急醫療的制度？這其實是獨步全球，世所罕見的制度，也是充滿直接歧視、不當對待的制度。

又如各地方政府關於社會安全網的個案討論，為什麼出席的不是內科、外科醫師，急診科醫師，而是精神科醫師？

¹ 病人自主權利法第 4 條

病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。

病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

病人自主權利法第 5 條

病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。

病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。

病人自主權利法第 6 條

病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前，醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

² 病人自主權利法施行細則第 5 條

本法第六條所定同意，應以病人同意為優先，病人未明示反對時，得以關係人同意為之。

病人為限制行為能力人、受輔助宣告，或意思表示能力，顯有不足者，除病人同意外，應經關係人同意。

病人為無行為能力、意識昏迷或無法清楚表達意願者，應經關係人同意。

另外，精神疾病病人的法律權利，固然，精神衛生法有許多保護、保障措施，但是，也充滿了許多差別待遇，或者說，間接歧視的條文。例如，嚴重病人一律通報，而且多項同意權利的限制，就是最典型的例子。

我們當然也不會天真的以為，去除法律和國家的障礙，直接廢除這些條文，就可以一夕間轉變病人的處境，恐怕如此一來，還可能因為失去有限的保障，而讓病人的地位更加陷入困境。於是，最困難問題在於，如何逐步達到目標？

直言之，到底是國家親權，強調治療優先，社會安全，強調隔離與網絡追蹤，還是病人人權保障，這已經是價值的選擇，不是精神醫療專業，或是法律法理的問題。

一方面，許多病人和權益倡議團體都對精神醫療持負面看法，對於病人限制過多，另外一方面，在社會安全部分，又相當期待醫療介入，也造成真實的負擔。精神醫療已經失去了為病人發生的初衷，而形成進退兩難的情境，實際上，這種價值衝突，也造成精神醫療人員的極大挫折，這些，卻不會呈現在修法的過程。

這些前提對於今天討論的問題，都具有實質影響。

關於修法的幾點討論

現行法對於緊急處置的規範，在於嚴重病人及病人，「情況危急」，而「其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者」，非立即給予保護或送醫等規範，這應該是保障病人家屬、關係人或保護人，得以協助病人就醫。這部分，個人認為，重點係出於緊急避難，可能違反病人意願時，得以用本條文合法化協助者的行為。

現行法第 41 條嚴重病人強制治療的要件，是否要擴大、調整？這都必須考量，現在已經不符合身心障礙者權利公約的精神衛生法強制治療，是否應該擴大，還是限制？

過往曾討論，是否將「治療必要」加入，成為強制住院治療的要件。但是，類似要件已經成社區強制治療的條件。再者，自傷傷人之虞，已經常常被稱為，缺乏法律的明確性，「治療必要」，是否也有同樣的問題？

門檻放低的結果，是否和強化社區支持的立場是相反？

近年來對於病人人權的進展，包括病人自主權利法，並未排除精神疾病病人。因此，過往對於病人權利的限制，甚至保護人在某些特殊情況的法律代理，保護人代行同意，都不再具有合法性。受輔助宣告人，具行為能力，輔助人只能對於

法律所限制項目予以否決，並沒有替代性決策的地位。而受監護宣告人，對於其住院同意，依據民法 1112 條與立法理由，監護人不得代理。³

那麼，現行對於精神疾病病人的限制，以及嚴重病人在強制治療之外的同意權，都不應予以剝奪。特別是，嚴重病人只須經一位專科醫師診斷，就足以剝奪其多項合法權利。

以下羅列幾項應該修正的條文：

修法建議第 22 條，嚴重病人診斷的效期一事，沒有證據證明嚴重病人的事證，如何延續嚴重病人的效期？

現行第 24 條，保護人代理嚴重病人對於錄音、錄影攝影之同意。

現行第 25 條，對於病人會客、通訊的限制，

現行第 37 條，基於安全理由，對於病人活動區域的限制以及第 21 條，對於因醫療、復健、教育訓練或就業輔導之目的，限制病人之居住場所或行動。

以及現行第 50 條中，對於 47 條特殊精神科治療及 49 條電痙攣治療，嚴重病人由保護人代理同意等等，都不太具有合法性。

特別是，對於病人會客、通訊的限制，這更是造成醫療團隊、家屬以及病人、有人間，重大的衝突。

前述這些限制，未必只發生在精神醫療機構，如果這些限制得以成立，且具有合法性和合理性，那麼，病人又如何能在社區中，受到支持。受到協助。

至於酒、藥癮納入服務及管理？其實是相當重大的議題。藥酒癮相關疾病，是精神醫療的重症，需要嫺熟的專業和密集的醫事人力，甚至於保全人力。我們必須要考慮，精神醫療的能量是否足以支撐？而非精神醫療機構，對於經常合併生理疾病或狀況的酒藥癮病人，是否可以協助處理？對於這些非自願性、或是缺乏意願的案主，我們如何在強制力之外，有機會提供協助？還有，酒、藥癮是否是精神醫療專有的責任？

³ 民法第一千一百十二條

監護人於執行有關受監護人之生活、護養療治及財產管理之職務時，應尊重受監護人之意思，並考量其身心狀態與生活狀況。

95 年 5 月 23 日修正立法理由：

一、現行條文第一項僅就護養療治受監護人身體而為規定，範圍過狹；且何謂「受監護人之利益」亦欠明確。為貫徹尊重本人意思之立法意旨，爰修正為「監護人於執行有關受監護人之生活、護養療治及財產管理之職務時，應尊重受監護人之意思，並考量其身心狀態與生活狀況。」又本項所稱「受監護人之意思」，包括監護人選定前，受監護人所表明之意思在內，乃屬當然。二、按精神衛生法第三章第二節已就嚴重精神病患強制就醫程序設有詳細規定，故現行條文第二項有關「監護人如將受監護人送入精神病醫院或監禁於私宅，應得親屬會議之同意」部分，已無庸規定，逕行適用精神衛生法已足，且僅依親屬會議之同意即剝奪受監護人之自由，有忽視其基本人權之嫌，爰將現行條文第二項刪除。

修法建議第 26 條對於病人在社區生活的支持，值得期待。也很支持，法條中試圖排除，所謂政治力或民粹力量的干涉。但是，我們又如何面對民眾、民意對於社會安全的疑慮？

最後提到強制社區治療。強制治療，其實最主要的影響，就是產生了一群「必須」執行強制治療的人力，也可開玩笑地說，最主要被強制的對象，就是醫護及精神醫療專業人員，在負擔沉重的工作與文書作業下進行強制住院、強制社區治療。這應該很容易理解，為何強制治療的案件數，一直相當有限。

很抱歉，或許提出的疑問，必想要解答的問題，還要多，但是，希望討論可以更深入核心問題，也期望多了解與會各位的想法、看法。

精神醫療本身還是有需多檢討的空間。身為精神醫療人員，再次特別感謝王委員和各位委員、與會先進對於精神衛生法的關切。