

疑似嚴重精神病患住院過程之探討

張 珏 許蓉雰

本研究希望瞭解社區中精神病患家屬與相關人員(包括衛生所護士、警察以及村里幹事)在護送疑似嚴重精神病患就醫的過程中所遇到的困難,藉此明瞭社區實際的運作情形,以提供未來修法的參考。

病患家屬資料以地段護士親自面談訪視而得,共完成175份,完訪率93%;三類相關人員則以郵寄方式,自行填答後寄回,回收結果為:衛生所護士194份(89%)、警察104份、村里幹事180份(32%)。

整體來看,護送過程出現的問題可從三方面來看:(一)行政方面:精神衛生法目前尚無有關實務細則的提出,並未詳細規定強制護送的程序,使得護送者不清楚本身應該扮演何種角色,法令規定的權責不詳,再加上相關人員隸屬不同單位,彼此間的協調聯繫更加不易;(二)個人互動方面:「病人抗拒厲害」是家屬與相關人員頭痛的問題。護送成員彼此的合作度也是護送過程常被抱怨的;(三)醫院方面:「一床難求」是最常出現的問題。

本研究結果,反應出精神衛生法自公佈至今宣導上不足,對保護人的權責也不清,由誰擔任也不明,強制護送鑑定過程的困擾與強制住院條件,皆有待釐清。因此,建議有關單位加強宣導有關精神衛生法強制護送鑑定與住院治療的知識,以及建立完善的強制護送鑑定與住院治療的體系,協助各相關單位達成共識,並成立研究機構,專文出版精神衛生法相關實務或實施手冊。(中華衛誌 1994; 14 (5):438-445)

關鍵詞:精神衛生法、嚴重精神病人、強制護送

前 言

精神衛生法於民國七十九年底正式公佈施行,其中第三章第二節「強制鑑定與住院治療」的規定是精神衛生法最基本的精神[1],由此揭示對病人的照顧、保護,以及對社會大眾的保護,而此規定也是在我國醫療體系中前所未有的,這是繼法定傳染病及煙毒之後,在特定情況下,可以違反當事人意願的法律規定[2]。其目的主要是為了確實保障精神病患接受適當治療的權益,並且也可使社

會大眾免於不安與受到傷害。另外,「保護人」的規定亦與強制護送鑑定與住院治療有密切的關係,我國與日本都有明文規定保護人的設置、義務等事項,通常由病患家屬擔任,若找不到家屬,則須指定人員為保護人[1, 3]。

社區從發現個案、送醫、鑑定診斷、住院接受治療、出院到事後追蹤,每一步驟都環環相扣,需要各階段人員彼此協調合作,才能順利完成。但是由衛生署的統計報告發現:強制嚴重精神病患住院,成效不彰,其原因包括工作人員、家屬和醫療院所三方面問題[4]。

目前國外有關強制住院的研究[5-10],大

國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生研究所

投稿日期:83年8月

接受日期:84年5月

多把重點放在醫療倫理(基本人權)的考量以及標準(criteria)訂定的寬嚴所造成之衝擊；而國內僅有累積約兩年多的強制住院病患之基本資料[4]，以及宋維村[2]等的「精神衛生法可行性」之研究，均很少把重點放在強制住院前社區病患如何被護送到醫院、病患家屬以及相關工作人員在此過程中遇到的難題，因此極需要此方面的研究。

本研究希望瞭解整個強制護送鑑定與住院治療的過程中，社區如何運作、協調，將疑似嚴重病人護送到醫院？遭遇到哪些困難？如何改進？藉由這一連串問題的解答，提供評估的依據以及作為未來修法的參考。

材料與方法

一、研究對象

本研究以台北縣為調查地區，所有在1991年1月至1993年10月31日止這段期間，曾被強制護送的個案家屬，以及社區收案之精神病患(對照組)家屬，皆為本研究的訪視對象。另外，台北縣內的相關工作人員(包括衛生所護士、警察以及指定保護人)亦是本研究對象[11]。

二、研究工具與資料收集方式

本研究採用結構式問卷來收集資料，分為家屬問卷及相關工作人員問卷。相關人員以郵寄方式，病患家屬則以面談訪視獲得資料。共訪得病患家屬175人、衛生所護士有194人、警察104人、村里幹事80人[11]。問卷內容包括：病人的情況、協助護送的交通工具、個案來源、聯絡處理方式、以及不同的協助護送經驗(如：能力是否足夠、能力不足原因、病人是否需要約束、約束方式為何)。

結 果

一、研究樣本之背景資料

188位病患家屬，共完成175份家屬問卷，分別是社區疑似嚴重精神病患之家屬88人，對照組家屬87人，完訪率為93.1%。受訪家屬男女比例差不多相等；

年齡以60-69歲(24%)以及40-49歲(22%)年齡層者最多；籍貫以閩南人最多(71%)；教育程度以小學程度的家屬(37%)最多；就業情形有一半以上(58.3%)的家屬目前沒有工作；婚姻狀況已婚者最多(70%)；宗教信仰以佛教居多(63%)；與病患的關係以病患的父母最多(54%)，其中母親佔了三分之二的比例；家中常住人口數(包括患者)以4人或5人最多。本研究對象。若依病患是否有被護送經驗，將受訪家屬分為兩組，發現兩組家屬的背景資料只有宗教信仰上略有不同，但佛教以及無宗教信仰者的比例兩者差不多。所有相關人員的性別與其工作性質有很大關係，衛生所護士全為女性，警察全為男性，而村里幹事絕大多數為男性，故男性比例略高於女性；年齡以30-39歲年齡層最多，有44.6%，平均35.5歲；籍貫以閩南人居多；教育程度集中分布在高中(職)及專科；宗教信仰以佛教最多[11]。

二、護送就醫的過程

所有受訪家屬中，有88位有護送經驗；194位受訪的衛生所護士中，有130(67%)位曾經接觸或協助過精神病人，而其中有64位(佔全體的33%)有協助就醫的經驗；104位受訪的警察或119隊員中，有82位(79%)曾經接觸或協助過精神病人，其中有74位(佔全體的71%)有協助就醫的經驗；受訪的180位村里幹事中，有81位(45%)曾經接觸或協助過精神病患，其中有54位(佔全體的30%)有協助就醫的經驗。以下將四類研究對象的實際護送經驗歸納整理，分為「相同經驗」及「不同經驗」兩部份，予以說明：

(一)各研究對象相同的協助護送經驗(表一)

護送當時，病患的情況，以「傷害他人傾向或破壞行為」最多，其次是「自傷傾向或行為」。護送的交通工具以利用「救護車」(包括衛生所救護車、119救護車、警車等)護送病患

表一：各研究對象相同的協助護送經驗

	病患家屬	衛生所護士	警 察	村里幹事
總人數	88	64	74	54
病人情況				
昏迷	6(6.8)	11(17.2)	5(6.8)	3(5.6)
自傷傾向或行為	31(35.2)	39(60.9)	19(25.7)	11(20.4)
傷害他人或破壞行為	83(94.3)	12(18.8)	46(62.2)	32(59.3)
交通工具				
救護車	67(76.1)	19(29.7)	29(39.2)	19(35.2)
消防車	5(5.7)	14(21.9)	23(31.1)	13(24.1)
計程車	27(30.7)	13(20.3)	2(2.7)	8(14.8)
家屬的車	20(22.7)	5(7.8)	8(10.8)	3(5.6)
個案來源				
醫院轉介	-	7(10.9)	3(4.1)	2(3.7)
衛生局交辦	-	10(15.6)	0	2(3.7)
家訪發現	-	12(18.9)	5(6.8)	15(27.8)
民眾通報	-	12(18.9)	31(41.9)	20(37.0)
病患家屬通報	-	37(57.8)	37(41.9)	16(29.6)
病患鄰居通報	-	9(14.1)	19(25.7)	12(22.2)
119消防大隊	-	1(1.6)	18(24.3)	0
村里長(幹事)通報	-	12(18.9)	6(8.1)	4(7.4)
聯絡處理方式				
電話訪視	-	10(15.6)	2(2.7)	1(1.9)
居家訪視	-	54(84.4)	50(67.6)	37(68.5)
彼此聯絡	-	38(59.4)	30(40.5)	25(46.3)
聯絡醫院	-	37(57.8)	29(39.2)	5(9.3)

表二：各研究對象不同的協助護送經驗

	病患家屬	衛生所護士	警 察	村里幹事
總人數	88	64	74	54
是否有足夠能力				
是	65(73.9)	12(18.8)	34(45.9)	33(61.1)
否	23(26.1)	51(79.7)	38(51.4)	21(38.9)
能力不足的原因				
人數不足	2(2.3)	0	6(8.1)	1(1.9)
缺乏適當防護工具	5(5.7)	4(6.3)	16(21.6)	8(14.8)
經驗或能力不足	8(9.1)	8(12.5)	22(29.7)	11(20.4)
病人抗拒厲害	11(12.5)	2(3.1)	18(24.3)	8(14.8)
病人是否需要約束				—
不需要	36(40.9)	26(40.6)	13(17.6)	11(20.4)
需要，但當時沒有	9(10.2)	15(23.4)	23(31.1)	15(27.8)
有使用	42(47.7)	23(35.9)	32(43.2)	24(44.4)
約束方式				
打針	20(22.7)	16(25.0)	3(4.1)	7(10.9)
約束帶	21(23.9)	18(28.1)	21(28.4)	12(22.2)
手銬	14(15.9)	5(7.8)	15(20.3)	9(16.7)

就醫最多，其次是利用計程車。個案來源以「病患家屬通報」及「民眾通報」為最多，其次是「病患通報」與「村里長或幹事通報」，再其次是「家訪發現」以及「醫院轉介」。接獲報案後，相關工作人員的聯絡處理方式，以「居家訪視」最多；其次是「聯絡醫院」和「彼此聯絡」（例如村里幹事會聯絡衛生所及警察局）。77%以上的相關工作人員在協助護送就醫之前，已取得家屬同意；至於未取得家屬同意的原因以「找不到家屬」最多。

(二)各研究對象不同的協助護送經驗(表二)

在能力方面，病患家屬和警察認為能

力不足的原因，以「病人抗拒厲害，危險性高」為最多，其次是「經驗或能力不足」，再其次是「缺乏適當防護器具」。衛生所護士與村里幹事認為能力不足的原因，則以「經驗或能力不足」為最多，其次是「病人抗拒厲害」，再其次是「缺乏適當防護器具」。

病患家屬及衛生所護士在護送就醫過程中，所使用的約束方式，以使用「約束帶」最多，其次是「打針」，再其次是「使用手銬」。警察與村里幹事在護送就醫過程中，所使用的約束方式，以使用「約束帶」最多，其次則是「使用手銬」，較少使用「打針」。

的約束方式。

在問及各相關人員最近的一個案例的處理情形,結果得知家屬將病患送至醫院後,52%的病患經緊急處置後,強制鑑定或住院治療,27%的病患自願住院,17.4%的病患只採門診(或急診)治療。病患經醫院緊急治療後,有90%的病人逐漸穩定。前述17.4%的病患中,原因除了「依病情需要,門診治療即可」(58%),另有三分之一的病患是因為沒有病床。大多數病患被診斷為「精神分裂病」(89%);其次是「情感性精神病」(5%)。至於相關工作人員則大多不清楚醫院對病患的處置情形。

問卷中亦詢及各相關人員就其過去經驗在實際協助護送疑似病患就醫過程中常遇到的問題為何?結果發現在整個送醫過程中,家屬所遇到的問題或困難,以「醫院沒有病床」最多,有45%,其次是「法令規定權責不清楚」(19.3%)、「救護車不夠」(11%)、「警察態度不佳」(9.2%)以及「醫院態度不佳」(7.3%)。

衛生所護士所遇到的問題或困難,以「醫院沒有病床」和「協調聯繫不易」最多,分別為73.3%以及68%,其次是「法令規定權責不詳」(33.3%)、「找不到家屬」(28%)、「家屬合作度低」(25.3%)和「病人抗拒厲害」(25.3%);另外,「警察不配合」與「醫院態度不佳」,也分別有19%及12%的比例。警察或119隊員所遇到的問題或困難,以「協調聯繫不易」、「病人抗拒厲害」和「找不到家屬」,分別為49%、45%及42%,其次是「法令規定權責不清楚」(32.5%)、「醫院沒有病床」(26.5%),而「家屬合作度低」亦有20.5%。

村里幹事遇到的問題或困難,以「協調聯繫不易」和「法令規定權責不詳」最多,分別為57.3%及53.3%,其次是「病人抗拒厲害」(48%)、「醫院沒

有病床」(33.3%)、「找不到家屬」(33.3%)、「家屬合作度低」(26.7%)、以及「醫院態度不佳」(25.3%)。

討論與建議

一、討論

整體來看,護送過程出現的問題可從三方面來看:

(一)行政方面

宋維村[2]指出:由於沒有詳細規定相關之鑑定程序以及強制住院程序,易造成精神科醫師有不同的解釋。相似地,精神衛生法並未有詳細規定的實務手冊出版以便大家知道強制護送的程序,使得護送者甚至不知道本身應該扮演何種角色。

由於法令規定的各人員權責依各縣市訂定,不甚詳盡,再加上相關人員隸屬不同單位,彼此間的協調聯繫更加不易。此外,救護車不夠或不能在外縣市使用等問題也使得護送過程更加不順利。

(二)個人互動方面

「病人抗拒厲害」是家屬與相關人員頭痛的問題。往往一個病人需要四個人護送,且不管是好言規勸或出動大批人力,往往都須耗費一段時間與精力才能完成。另外,護送成員彼此的合作度也是護送過程常被抱怨的,各研究對象常對其他成員的合作態度有怨言。如何整合、並施以在職訓練、相互支持,需要規劃設計。

(三)醫院方面

「一床難求」是最常出現的問題。若沒有事先聯絡醫院,確定有病床,往往只能在門(急)診緊急處置,但需強制送醫的病患,病情常較嚴重,多半需要一段時間治療。以本研究詢及最近的一個案例的處理情形,似乎其被接受住院比例頗高,是否因精神衛生法案的通過而有正面影響有待進一步了解。目前國內的精神科病床開放床數11,285床,提供全日住院之醫療

機構49所，精神科執業醫師447人，精神科專科醫師250人[12]。以中央的強制住院醫療院所指定標準來看：八十年度評鑑合格者；提供全日住院治療者；有兩位以上精神科專科醫師者；雖不符合上述條件，但因區域性需要而特別指定者，符合此四項條件者僅三十三家。因此若能有諮詢中心，協調病床，則可如國外個案管理者(case management)，由衛生局授權，直接與醫院聯繫是可借鏡的地方。

二、研究限制

本研究被護送的精神病患，是以台北縣衛生局收案之強制送醫個案為主，並配合轄區收案之精神病患，在樣本選擇上有所偏差，因為不包括警察局、遊民收容所等機構護送的案例，這些個案可能更需要強制送醫鑑定。此外部份強制護送病患，因係路倒病人，無確定地址，出院後不知去向，因此也無法訪視其家人。

相關工作人員的問卷是以郵寄方式獲得，回收情況尚稱理想，但其信度較無法掌握，且並未進行再測信度。此外，病患家屬與相關工作人員的資料收集方式不一樣，前者以面談訪視，後者是郵寄自填，因此在兩者資料的比較上，有其限制，要十分謹慎。

三、研究建議

(一)政策方面

1. 修訂精神衛生法

由於精神衛生法的訂定，在世界各國都經驗因時、地與當時背景而後有修法的行動，因此精神衛生法實施至今，須有不不斷的檢視去明瞭其適用，並能發現哪些法令尚未能落實或出現漏洞。以本研究焦點所在的強制護送鑑定與住院治療的規定來看，已浮現不少問題：

a. 護送就醫管道不暢通

精神衛生法明文規定病患家屬及警察機關有義務護送疑似嚴重精神病患，並通知當地衛生主管機關，但實際運作上，各單位配合情形並不理想：家屬抱怨警察不肯幫忙或態度不佳；警察業務繁忙，不易立即撥空協助，且又欠缺精神疾病的相關知識。更甚者，還有因種種因素而未協助就醫，以最近發生的疑似精神病患殺人為例：因為家境貧困，以致未就醫，結果該病患沿街砍殺過路行人造成兩死一傷的慘案[註1]。

b. 協助就醫者與保護人可尋求的資源少

協助就醫者是否適合擔任保護人？現行保護人的規定，其應盡的義務，包括：協助就醫，協助接受門診、社區復健、居家治療、教育訓練或就業輔導，連帶負損害賠償責任等。在通報時，應建立有效的資源，並提供相關的知識。

衛生署於民國81年即宣布將修訂強制住院的條文，但至今仍未見具體行動。日前，有十二個精神衛生團體率先召開修法研討會，雖然其訴求重點在社區復建工作和病人職業訓練[註2]，但最終目的仍是希望為精神病患謀求更大的福利。因此本研究建議有關單位，彙整三年來的實施成效，重新全盤檢討考量，為修法做好準備。

2. 加強宣導

由本研究結果，可以清楚地看出：社區中與精神病患關係最密切的病患家屬以及相關工作人員，其對強制送院的知識相當不足，因此加強教育宣導是非常必須的。另外，雖然台北縣規定村里幹事為無家屬嚴

重精神病患之指定保護人，但不少受訪之村里幹事表示不知道，這又反應了教育宣導的不足。建議透過家屬座談會、精神衛生講座、訓練班等活動以及宣傳小冊、單張等多種管道來進行，並針對不同對象傳遞不同深度、不同內容的資訊，更能事半功倍。

3. 成立研究委員會

由於目前的精神衛生法無法涵蓋所有詳細的「程序」、「權責」、「方法」等，依照國外的例子，即宜針對精神衛生法來設立一研究會之類的組織，以不斷地討論交換經驗，並出版「精神衛生法詳解」、「精神衛生法實施手冊」或「社區心理衛生實務」等書籍作為範例，以擴充對該法之認識。

4. 各單位達成共識

精神疾病不只是醫療問題，也是社會問題。但現行精神衛生法僅侷限在醫療範圍，並未與社政單位有良好的溝通。舉例來說，精神病患社區復建的工作，由社政機構來推動較醫療機構適合，卻因無法源依據，只能編列經費，而無監督之權。

至於強制護送精神病患鑑定與接受治療，更需要衛生、社政以及警政單位通力合作。但由於法令規定籠統含糊，以致各單位權責劃分不清楚，亟需整合各單位，彼此協調溝通，達成共識，建立起完善的強制護送鑑定治療的制度。

(二) 未來研究方向

未來研究可針對影響強制鑑定與治療的態度等背後因素做進一步探討、把範圍集中於醫院，以醫院的病患為主，探討強制與非強制住院的影響因素以及醫療院所的醫事人員的態度等相關議題、一般民眾對於精神衛生法的態度、評估精神衛生法宣導政策的成效以及推廣情形、保護人的功能以

及權責問題的探討、醫療補助經濟效益的分析。

四、致謝

對台北縣衛生局心理衛生中心江素嬌小姐、臺北縣警察局保安課方源隆先生、參與訪視的衛生所護士、接受訪問的病患家屬以及相關工作人員、以及衛生署研究計畫DOH83-MA-035經費補助，在此一併致謝。

參考文獻

1. 衛生署：醫療法。103-115，1990。
2. 宋維村：精神衛生法可行性之研究。精神醫療保健研究計畫報告，1991。
3. DOH International conference on mental health Law June 1-3，1992.
4. 戴傳文、許瓊玲：精神疾病嚴重病人強制住院業務概況。衛生報導，3(1)：21-25，1993。
5. Wanck, B. Two decades of involuntary hospitalization legislation. American Journal of Psychiatry, Jan, 141(1)：33-38，1984.
6. Spensley, J. Involuntary hospitalization: what for & how long? American Journal of Psychiatry, Feb, 131(2)：219-223，1974.
7. Isohanni, M. & Nieminen, P. Relationship between involuntary admission and the therapeutic process in a closed ward functioning as a therapeutic community. Acta-Psychiatr-Scand, Mar, 81(3)：240-244，1990.
8. Malla, A. Investigation of the criteria for involuntary admission to a general hospital. Can-Med-Assoc-J, Oct 15, 139(8)：749-752，1988.
9. Brown, J. & Rayne, J.T. Some ethical considerations in defensive psychiatry: a case study. American Journal of Psychiatry, Oct, 59(4)：534-541，1989.
10. Palmstierna, T., Lassenius, R. & Wistedt, B. Evaluation of the brief psychopathological rating scale in relation to aggressive behavior by acute involuntary admitted patients. Acta-Psychiatr-Scand, Apr, 79(4)：313-6，1989.
11. 許蓉霧、張珏：精神疾病相關人員對精神衛生法強制護送鑑定與住院治療之態度。中華心理衛生學刊，8(2)：45-58，1995。
12. 衛生署：精神疾病防治工作計畫。1993。

註1. 中國時報：5月7日，第九版，1994。
註2. 民生報：5月15日，二十一版，1994。

HOSPITALIZING THE SUSPECTED SEVERELY MENTAL ILL PATIENTS

CHUEH CHANG JUNG FENG HSU

This study is intended to understand the difficulties in process of hospitalizing the disturbed psychiatric patients in the community.

175 family members of psychiatric patients, 194 public health nurses, 104 police officers, and 180 neighborhood workers have been interviewed and answered by them either through one-to-one interview or through mailing questionnaires.

The problems during the hospitalizing process included: (1) administrative perspective: the Mental Health Act did not clearly indicate how personnel involved would coordinate during the compulsory escorting process; (2) Interactive

perspective: "the resistance of the patients" was the tough issue of the related persons. In addition, "how to cooperate with other related workers" was also a problem; (3) Hospital perspective: "difficult to get a bed for admission into the hospital" was complained by the related persons..

Based on these results, the needs of better publicity for the Mental Health Act, the obligations of the guardians, the conditions of compulsory hospital admission, etc. are discussed and recommendations are made for revision of the Mental Health Act in the future.(Chin J Public Health (Taipei) ; 1995 ; 14 (5) :438-445)

Key words: Mental Health Act, Mental ill patients, Hospitalization