

本期企劃

一個臨床醫師的觀察： 由精神衛生法之 演進探討精神醫療機構 的角色及責任

The Role and Responsibilities of Mental
Hospital in the Evolution of Mental Health Act :
A Psychiatrist's Observation

劉潤謙 Jun-Chien Liu*



摘要

由於精神疾病患者可能因疾病之影響造成自身或他人危險，此時有行保護性治療之需求，故1990年第一版精神衛生法乃針對「強制住院」制度訂出規範，但該制度對於人權的保障不足。因此，2007年版精神衛生法復對於病人治療權及人權提供更完善之規範，而「醫院評鑑」、「機構輔導訪查」與「機構設置標準」則訂定更細緻且明確之機構規範及責任。隨著「身心障礙者權利公約」及「去機構化」之觀念引入，精神醫療機構角色，也應從大量收容病患，轉型

*高雄榮民總醫院臺南分院精神科主任 (Department Chief, Psychiatric Department of Kaohsiung Veterans General Hospital Tainan Branch)

關鍵詞：人權 (human right)、去機構化 (deinstitutionalization)、身心障礙者權利公約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)、強制住院 (compulsory admission)、精神衛生法 (Mental Health Act)

DOI : 10.3966/241553062018060020002



為「以機構為據點」，結合在地之社區資源，提供精神病患者醫療、復健與轉介等全方位服務。

Psychiatric patients may cause risk to themselves and others due to illness progress, which need to be treated in a protective environment. The first edition of the Mental Health Act was implemented in the 1990. It sets out relevant regulations for “compulsory admission,” but it is obviously insufficient for the protection of patients’ human rights. Therefore, major revision of the Mental Health Act in the 2007 in order to protect patients’ treatment quality and human rights. Other specifications such as “hospital assessments,” “institutional counseling visits,” and “organization setting standards” provide more detailed and clear institutional norms and responsibilities. With the introduction of the “Convention on the Rights of Persons with Disabilities” and the “deinstitutionalization” concept, the role of the mental health institutions may transform from a large admitted hospital to “institutional support,” which combine local community resources to provide multiple services such as medical treatment, rehabilitation and referral for mental patients.

壹、前言

精神疾病患者於發病之時，因受疾病影響，常出現異於常人之言談及行為，往往引起他人之恐慌，甚至可能從而出現暴力或自我傷害的行為並造成自己及他人的危險，故須住院加以治療；但於臺灣早年，精神醫療資源明顯不足，以1971年為例，當時省立高雄療養院（即高雄市立凱旋醫院之前身）仍是四合院的建築，主治醫師編制只有4人，而臺北療養院（臺



北市立醫院松德院區之前身）亦僅有60床的住院病床¹，並無法收治全國各地高達數萬之精神疾病患者。在此時空背景之下，「龍發堂」於1970年成立，其專收家屬無法照顧及無力負荷之精神病患，從後更成為臺灣精神疾病患者收容機構的代名詞。龍發堂長年以來毀譽參半，反對者認為其係脫離正統精神醫學，以不人道的方式照顧及管理病患；支持者則認為精神病患帶給社會及家屬極大的負擔及壓力，應有機構長期收容此類病人。

龍發堂發展至今成為一地上七層、地下一層之建物，最多之時曾收容超過1000人，近來雖隨著精神醫療之發展，收容人數較為下降，但仍維持於500人左右，但其工作人員不到20人，且現場無合格看護員與專業醫療人員²，某些行為較混亂之病患甚至長時間被鐵鍊綁在床上，施行不人道之處遇，此明顯與法規不符，但因牽涉太廣，且其政治勢力龐大，以至於長年以來政府並未積極處理³。但近來數起阿米巴性痢疾與肺結核群聚感染爆發，龍發堂遭衛生局調查並訂為「疫區」，禁止再收容精神病患，數十年的違法收容，終於在此畫下句點⁴。然全國一定不只「龍發堂」一處長期強制收容精神病患，其設置是否合於現行法律規範？病患之健康及人權是否能獲得妥適

1 參高雄市立凱旋醫院及臺北市立醫院松德院區簡介。

2 方志賢，龍發堂驚傳群聚感染 32人染阿米巴痢疾，自由時報，2017年12月19日報導，<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1161344>（瀏覽日期：2018年3月21日）。

3 1989年時，支持精神衛生法立法之立委黃河清，遭釋開豐率領病患組成的樂隊，前往黃河清服務處吹奏「西所米」等出殯音樂。而另一位支持精神衛生法的醫師立委洪奇昌，也曾被兩百多名龍發堂家屬包圍服務處抗議。立委朱高正及王金平均公開支持及肯定龍發堂。陳信諭，「把你送去龍發堂」：臺灣精神醫療史上難以分類的篇章，聯合新聞網鳴人選文，2018年1月19日報導，<https://opinion.udn.com/opinion/story/5749/2937582>（瀏覽日期：2018年3月21日）。

4 龍發堂拒移出堂眾 忍無可忍！130警力強制抬離，蘋果日報，2018年2月26日報導，<https://tw.appledaily.com/new/realtime/20180226/1304112/>（瀏覽日期：2018年3月21日）。

的保障？皆是值得探討之議題。筆者以下將嘗試從精神衛生法及相關評鑑規範，簡述精神疾病患者於照護機構中，應當享有之權利與其所接受之治療內容，並介紹合法精神照護機構應符合之法定標準及應負之責任。

貳、精神衛生法之沿革

一、精神衛生法的誕生

臺灣於1990年前，由於精神醫療資源尚未發展健全，且無相對應之法律予以規範，故對於症狀嚴重之精神病患，多採取監禁、禁錮等不人道之處理。隨著社會及心理衛生之發展，精神醫療逐漸受到重視，而後因一起駭人聽聞之社會案件——「螢橋國小潑酸案」⁵，更促成精神衛生法之制定。第一版的精神衛生法誕生於1990年12月⁶，其中明定精神疾病之種類，並明確規範病患有权接受合理之精神治療。但此時相關法規強調保護人、家屬及警方對病患就醫之責任，其概念較類似英美法之「家戶長制」及「警察權力制」⁷，強調家屬及保護人的責任，其中包括第14條、第19條及第22條，均對家屬、保護人及警方責任有所規定，但對強制收容機構之規範及病患人權保障，僅略有著墨⁸，卻未嚴格執行，且強制住院僅須兩名專科

5 1984年3月30日課後輔導時間，一名男子忽然闖入螢橋國小，朝42位學童及老師潑灑硫酸，並於犯後持刀自殺。

6 第一版精神衛生法於1990年11月23日制定，並於同年12月7日公布。

7 PAUL S. APPELBAUM & THOMAS G. GUTHEIL, *CLINICAL HANDBOOK OF PSYCHIATRY AND THE LAW* (4th ed. 2007); Harald Dressing & Hans J. Salize, *Compulsory Admission of Mentally Ill Patients in European Union Member States*, 39 *SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY* 797-803 (2004); Yoji Nakatani, *Psychiatry and the Law in Japan: History and Current Topics*, 23(5/6) *INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY* 589-604 (2000).

8 1990年版精神衛生法第12條及第四章第36~41條。

醫師即可判定⁹，造成病患權益未受保障。綜觀此版精神衛生法可以發現，其重視社會安全而輕忽病人人權，並少見社區及復健醫療的投入，造成精神病患遭大量強制收容於醫院，因此促成再度修法。

二、精神衛生法大修法

由於第一版精神衛生法，偏重社會安全而輕病人人權，且強制住院標準過於寬鬆，為實現保障人權之精神¹⁰，乃於2007年6月5日大修法，其中主要概念簡述如下¹¹：

（一）保護和禁止對精神病患者的歧視。

（二）促進患者及其家屬恢復功能，幫助心理健康提供者在治療、研究以及警方在處理相關事件上更為明確。

（三）確保強制住院能受到審查會之審查，並須定期評估。

（四）逐步施行去機構化，鼓勵病患回歸社區。

（五）加強精神醫學角色以促進心理健康。

經由以上修法內容不難發現，精神衛生法並不鼓勵強制性的長久收容，必須治療其疾病，復健其功能，以培養病患融入社區的能力，並須訂定相關規定避免病患遭受歧視。因此，就算病患因症狀影響必須處於封閉式環境中，也必須以治療及復健為目的，而非長期收容或監禁。

9 1990年版精神衛生法第21條。

10 第一版精神衛生法第1條即明文立法目的係為「保障病人權益，促進病人福利」，時至今日，法條用語已更易為「保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法」。

11 徐瑋澤、吳慧菁、周煌智，台灣精神衛生法修正版的演繹，台灣精神醫學，31卷3期，2017年9月，195-203頁。