



精神疾病嚴重病人強制住院 處理機制與精進作為

周煌智 醫師

台灣精神醫學會理事長

高雄市立凱旋醫院院長室顧問醫師

美和科技大學健康照護研究所合聘教授

Frank Huang-Chih Chou, MD, MS, PhD

President, Taiwanese Society of Psychiatry

Professor, Graduate Institute of Health Care, Mei-Ho University

Medical Advisor, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital

大綱

壹、心理健康與精神醫療現況

貳、強制精神醫療的法律演化

參、精神疾病嚴重病人送醫

肆、未達強制住院要件其處理機制

伍、案例分析



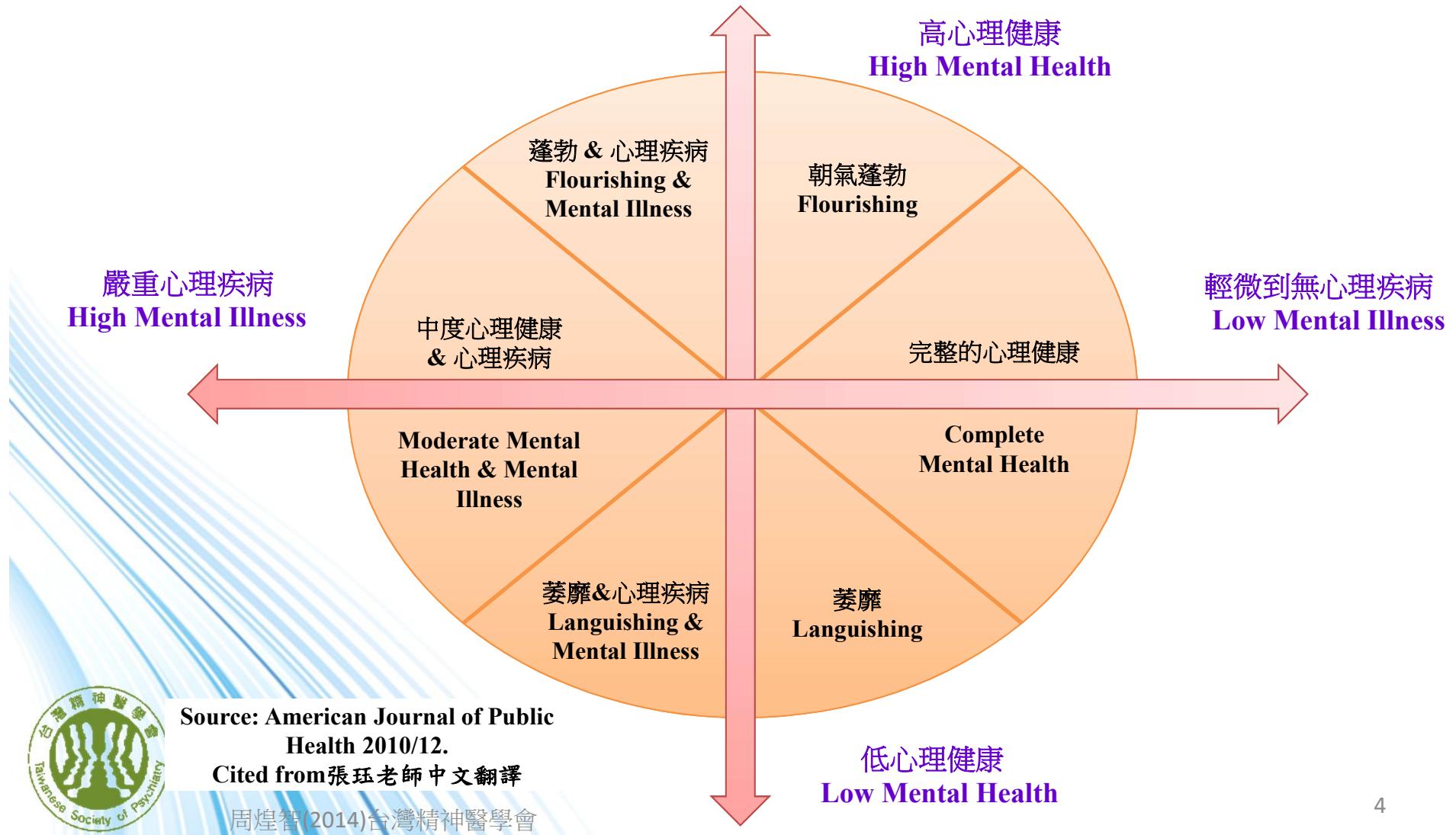
壹、心理健康與精神醫療現況



- 一、建構跨部會層級的心理健康網絡（含自殺防治）。
- 三、心理健康司的組織人力及能力，應能明確回應任務需求。

心理健康兩種動態性模式

Two-Continuum Model of Mental Health



- 一、建構跨部會層級的心理健康網絡（含自殺防治）。
- 三、心理健康司的組織人力及能力，應能明確回應任務需求。



健康的定義涵蓋身體、心理與社會

國家層級的心理健康
(Harvard Report 1995)

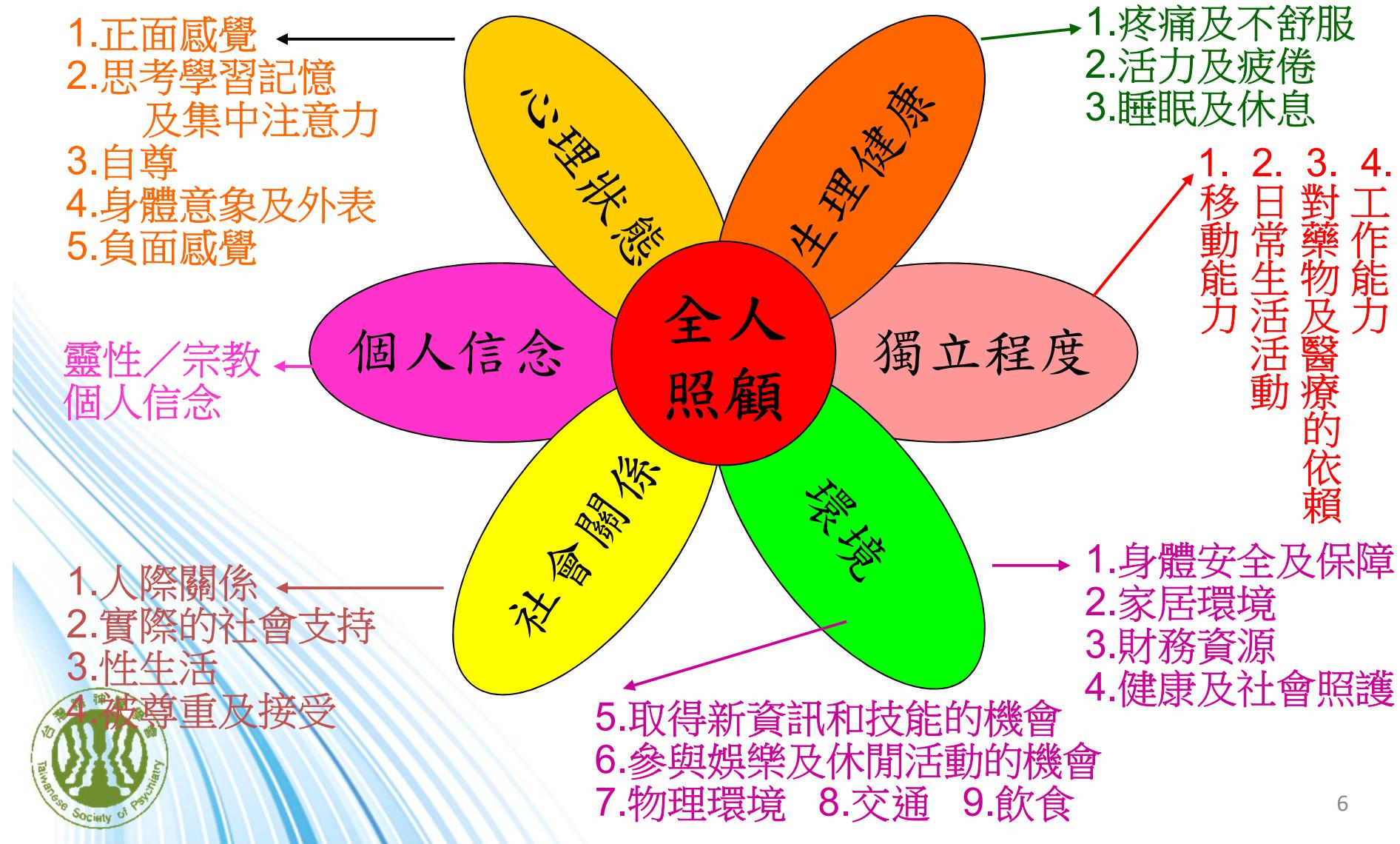
黃色：張珏老師增加

Cited from 張珏老師中文翻譯

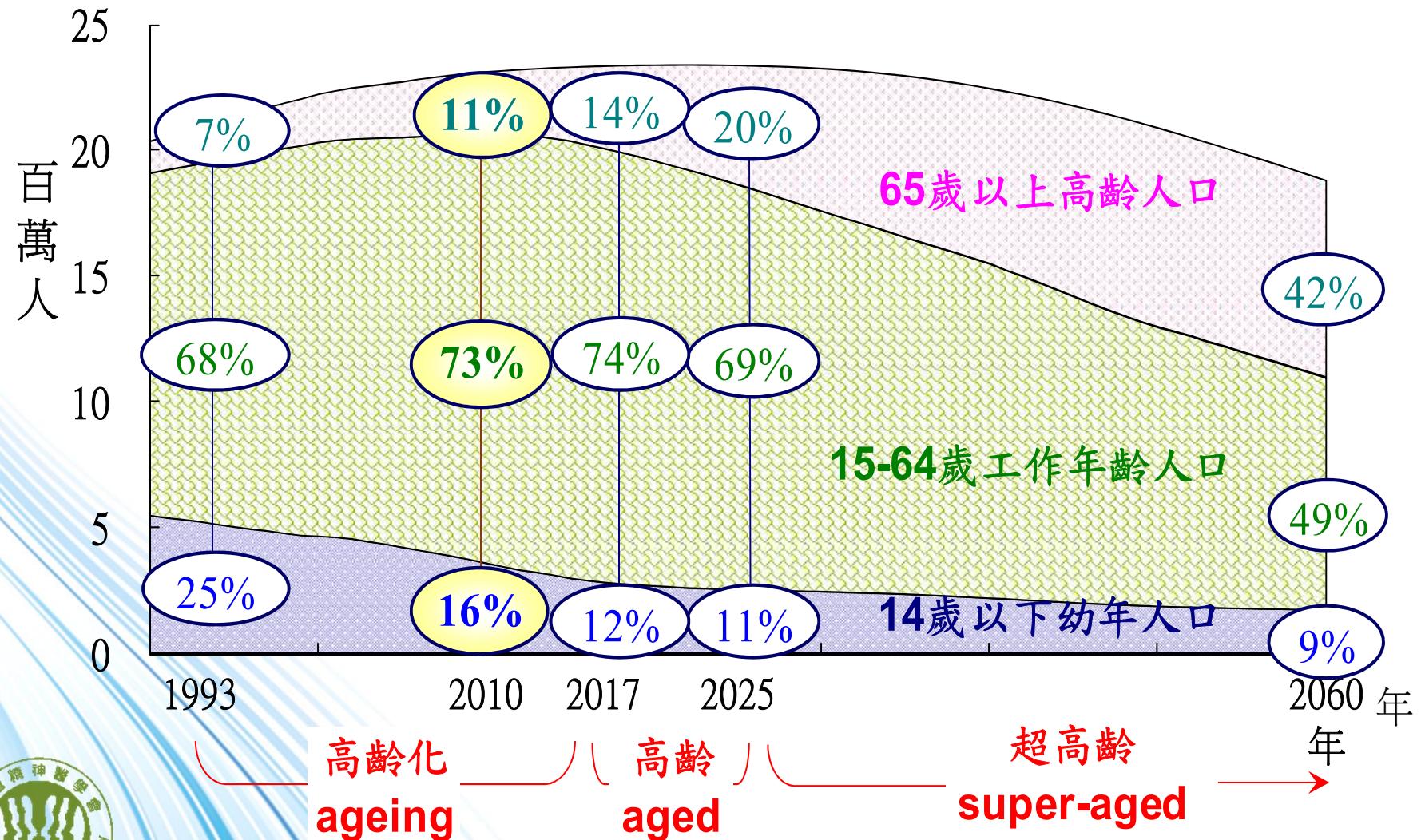


全人照顧與生活品質

重視「人」而非疾病本身 \Rightarrow 生活功能 \Rightarrow 生活品質



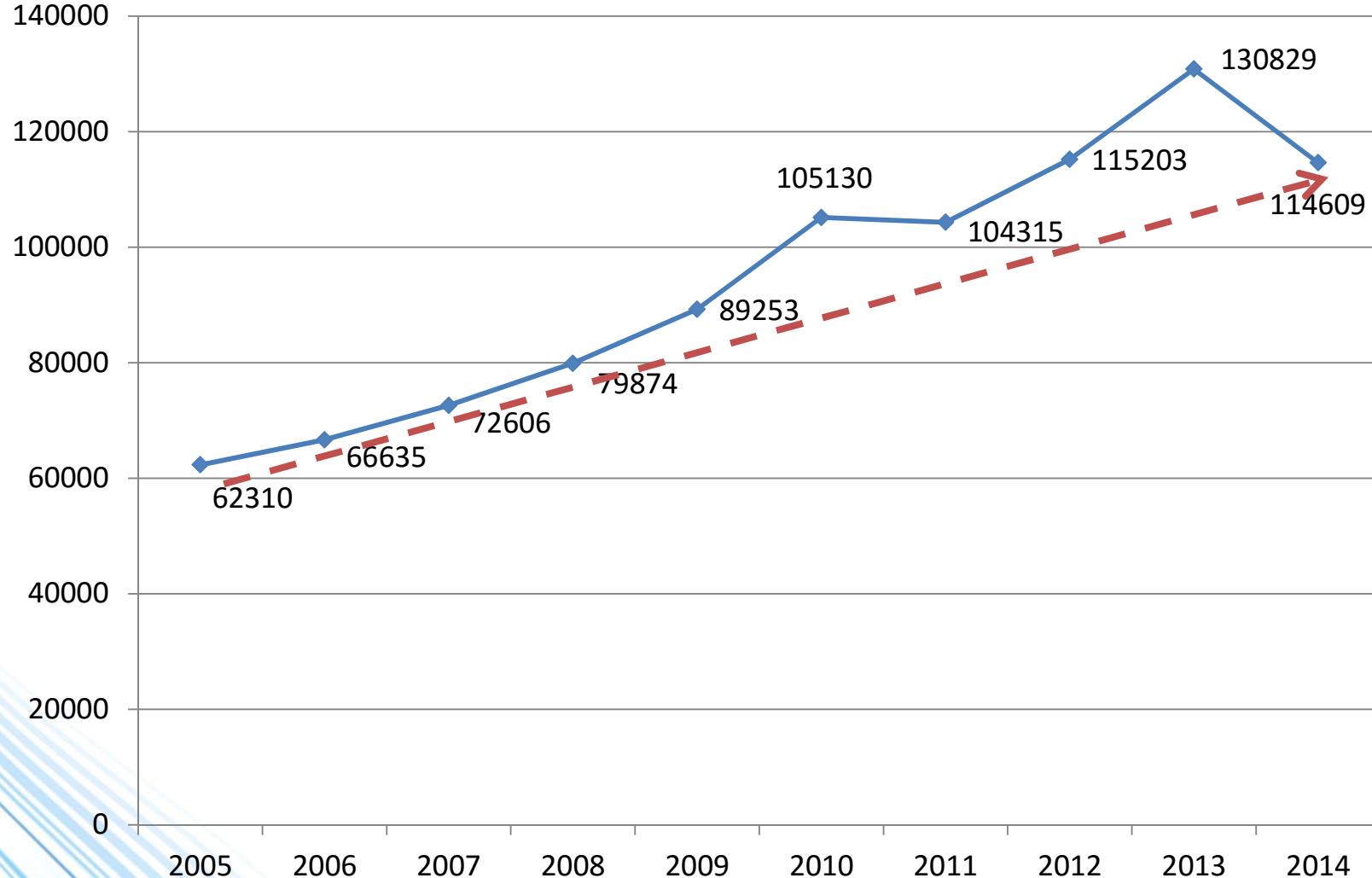
65歲以上高齡人口逐年增多



資料來源：行政院衛生署

Number of outpatient and inpatient mental disorders statistics (290-319) – In diagnostic codes and gender





**Fig The reported domestic violence cases in Taiwan from
2005 to 2014**

Chou FH reproduced in 2015

Source from Department of Statistics, Ministry of the Interior



The type of domestic violence in Taiwan from 2005 to 2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Marital; Divorce or Cohabitation Violence	40659	41517	43788	46530	52121	59704	56734	61309	60916	60816
Child and Youth Abuse and Maltreat	8865	10952	14243	17086	17476	22089	25740	31353	40597	22140
Elderly Abuse	1616	1573	1952	2271	2711	3316	3193	3625	3624	3375
Others	11170	12593	12623	13987	16945	20021	18648	18916	25692	28278



Chou FH (2015) reproduced figure and source from Department of Statistics, Ministry of the Interior

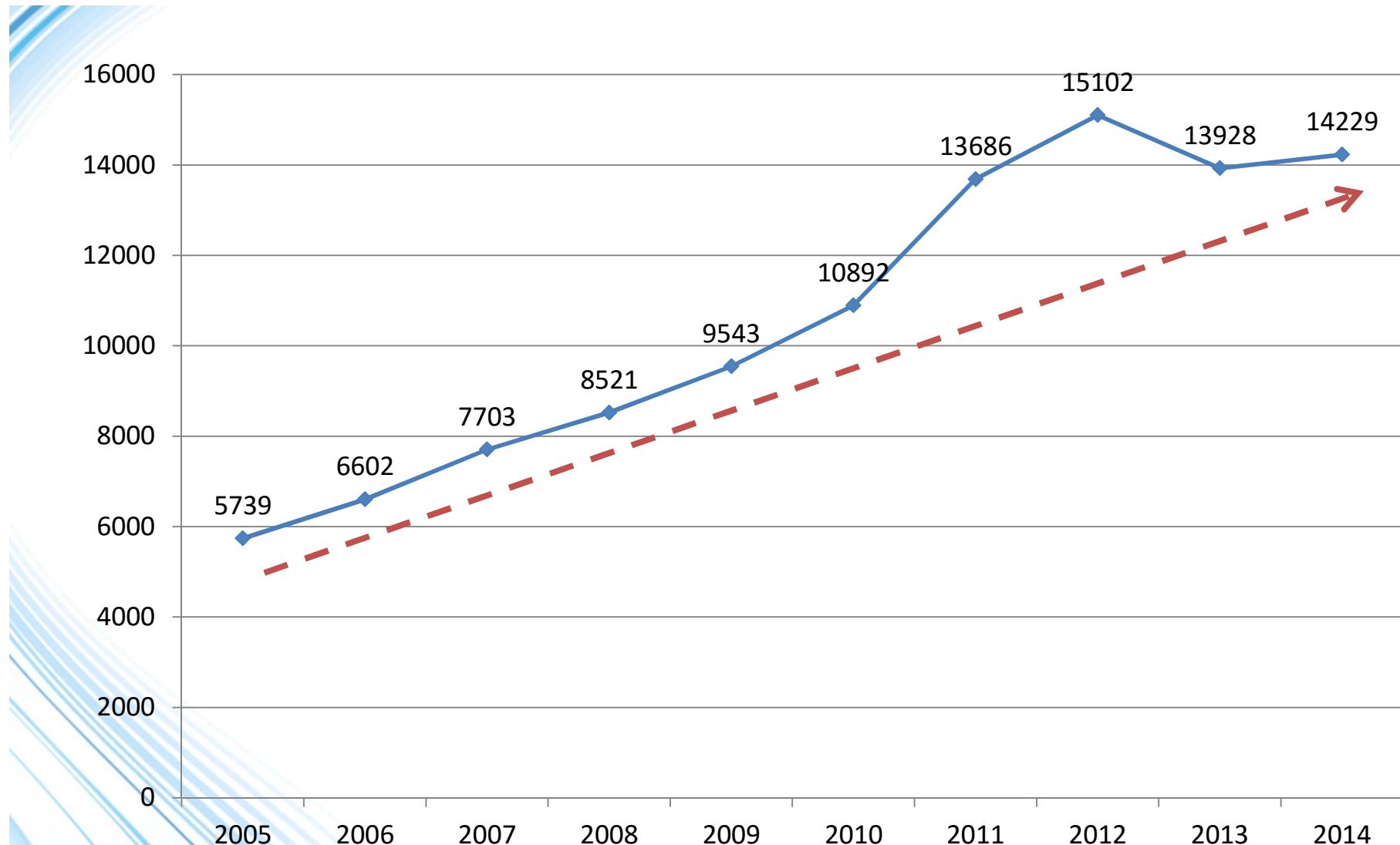


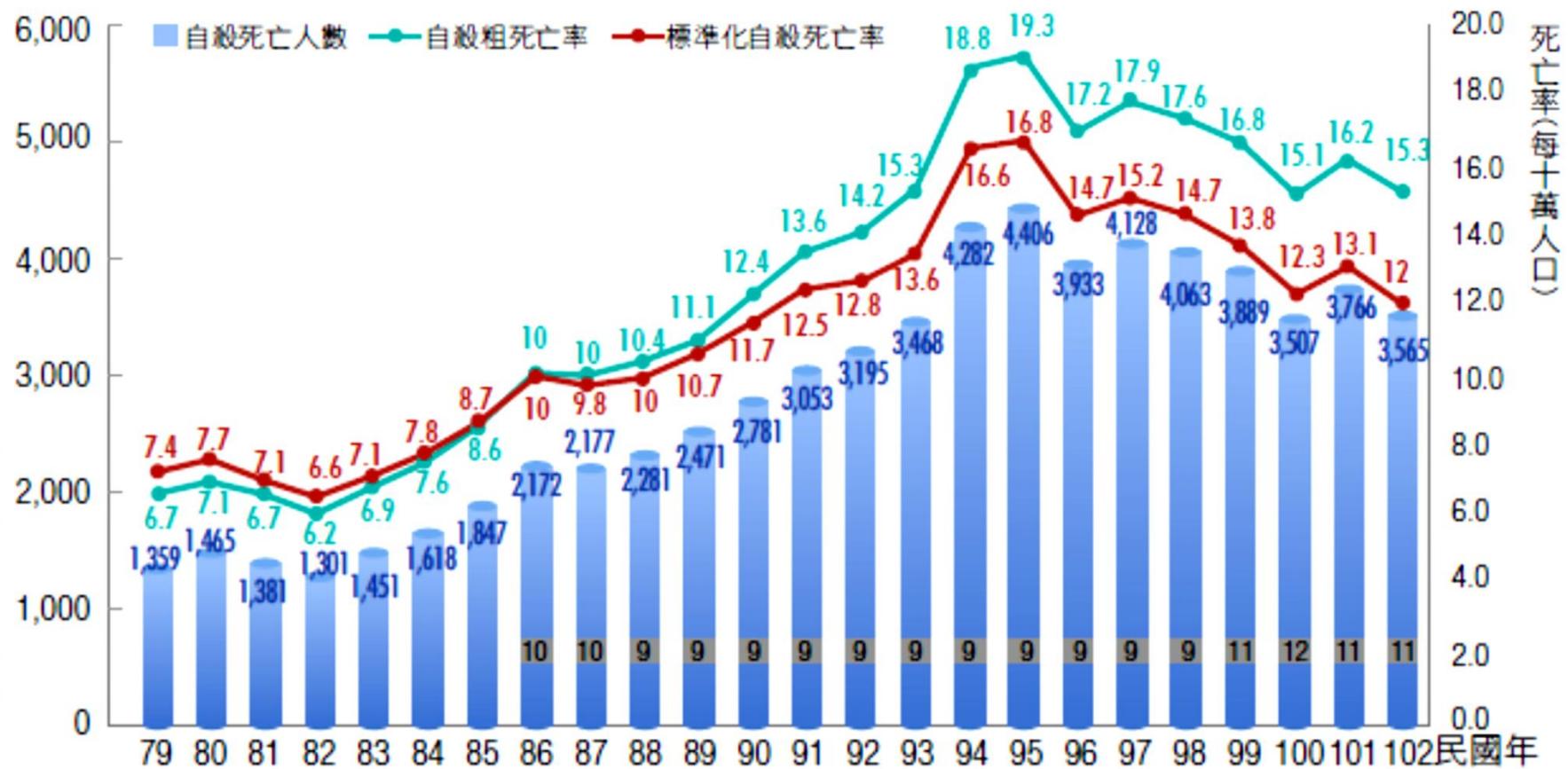
Fig The reported sexual assault cases in Taiwan from 2005 to 2014

Chou FH reproduced in 2015
Source from Department of Statistics, Ministry of the Interior



歷年自殺死亡數及死亡率

死亡人數

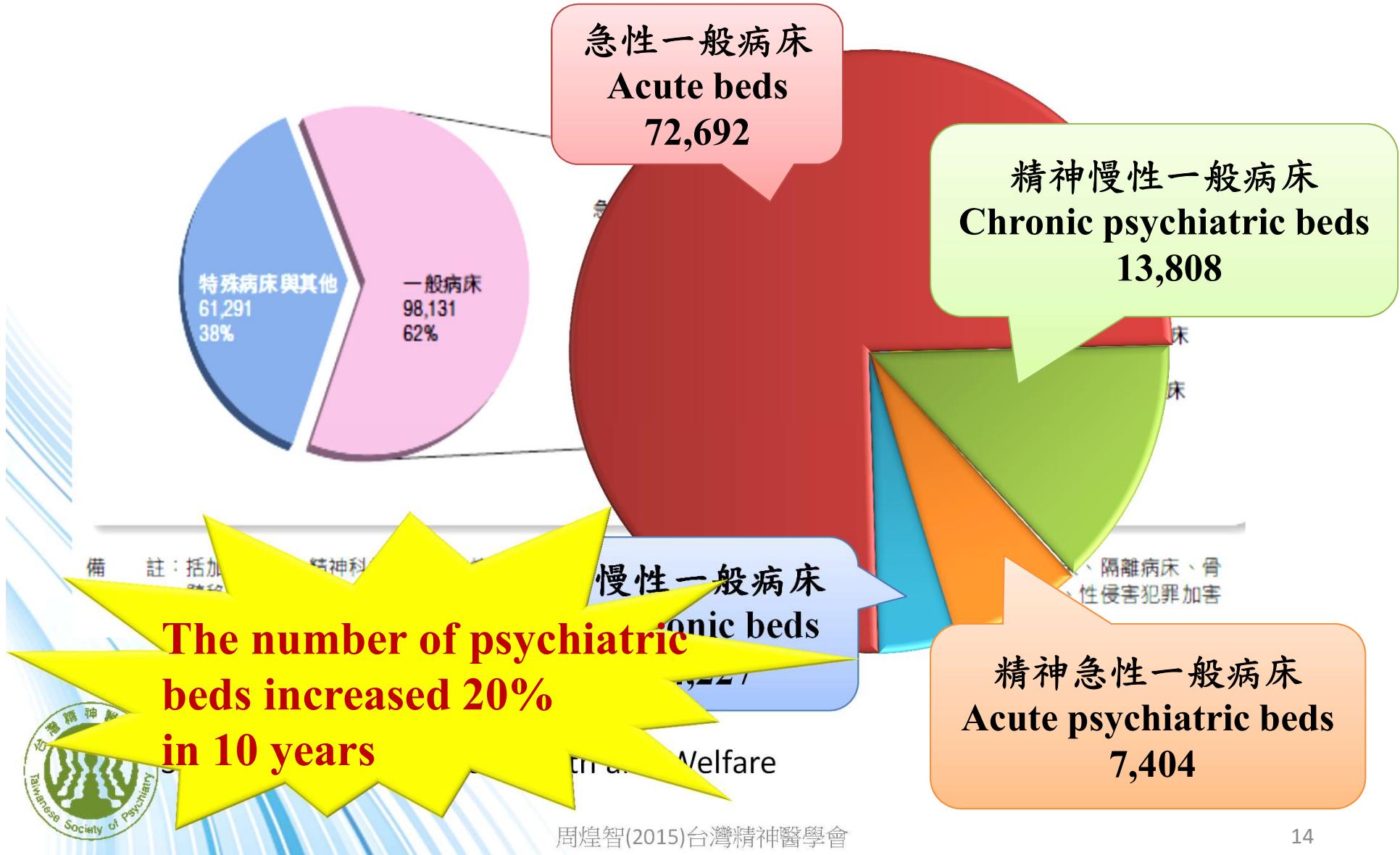


資料來源：衛生福利部

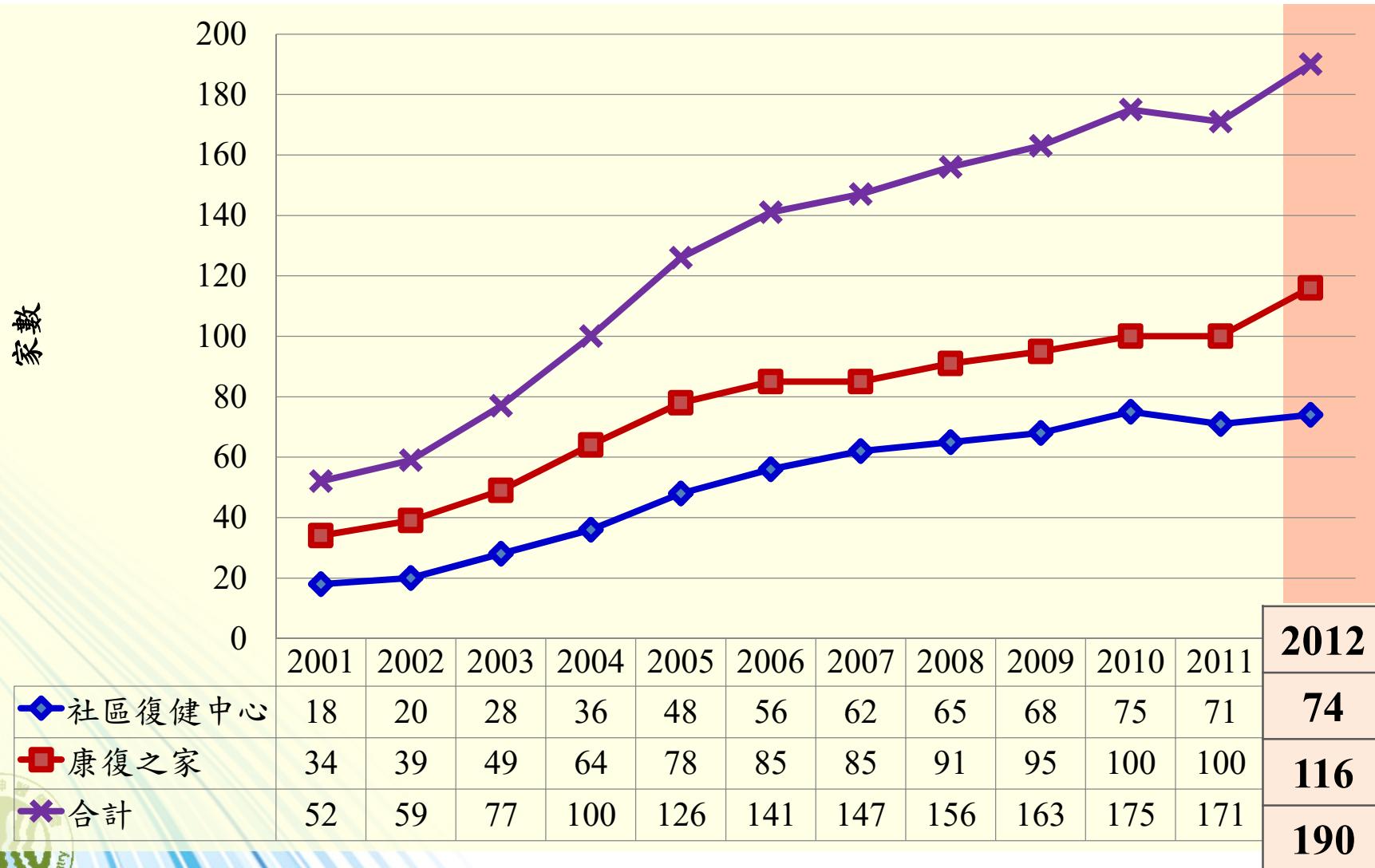
預防加害人再犯的治療與管理



The Status of Medical Institutions Beds in 2012



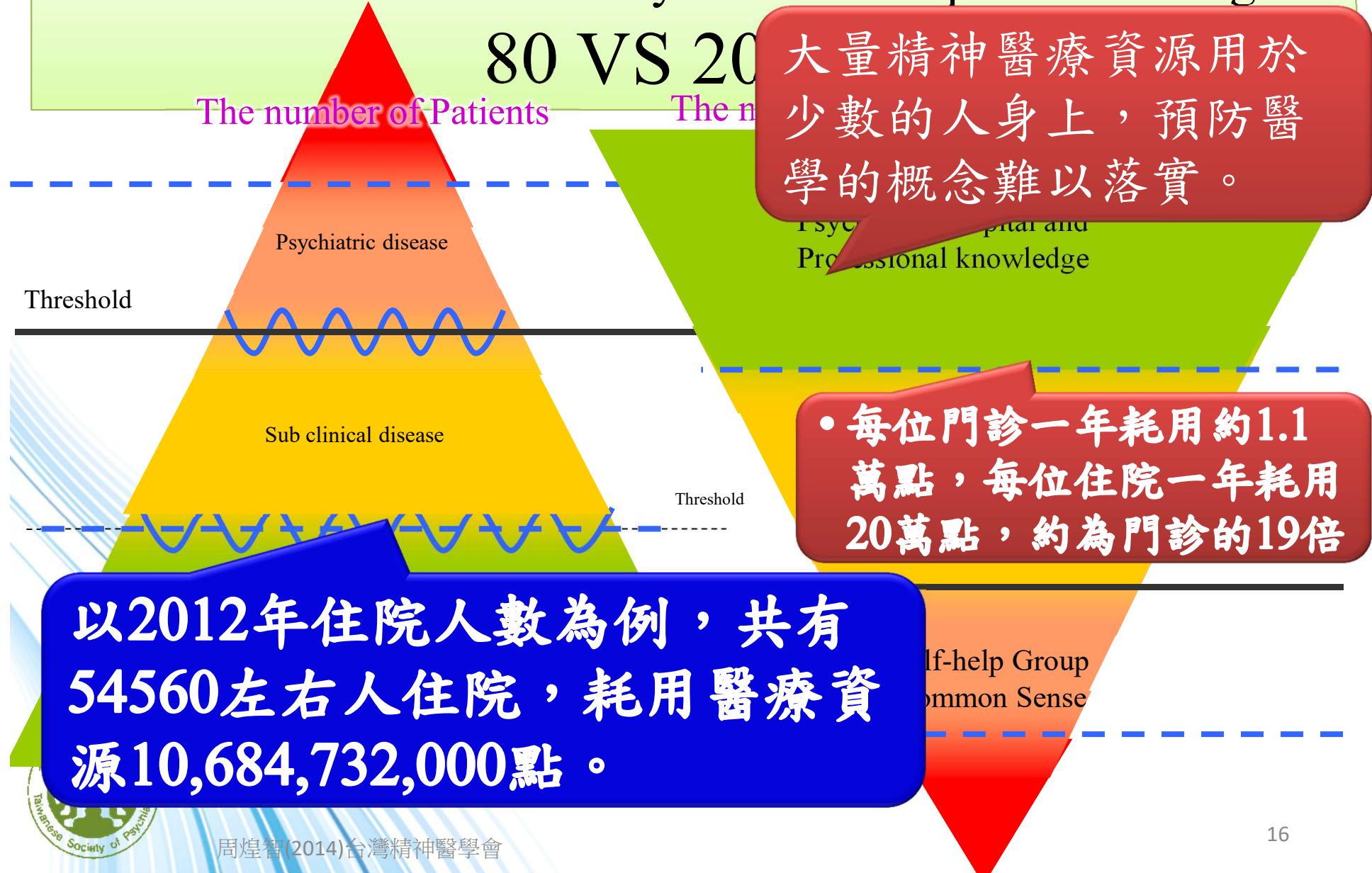
台灣歷年精神復健機構家數



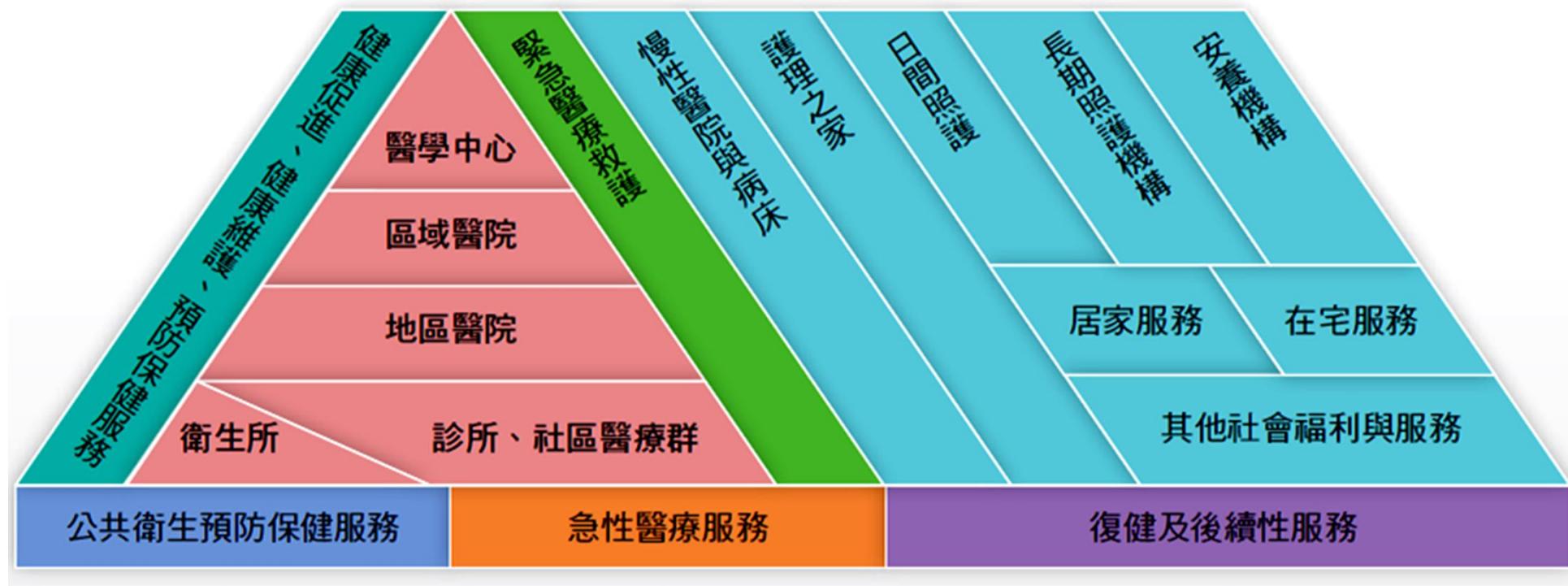
資料來源：衛生福利部統計處

二、結合長照及社區復健的資源來逐步完成慢性精神病人回歸社區之理想。

The Current Status of Psychiatric Manpower Sharing

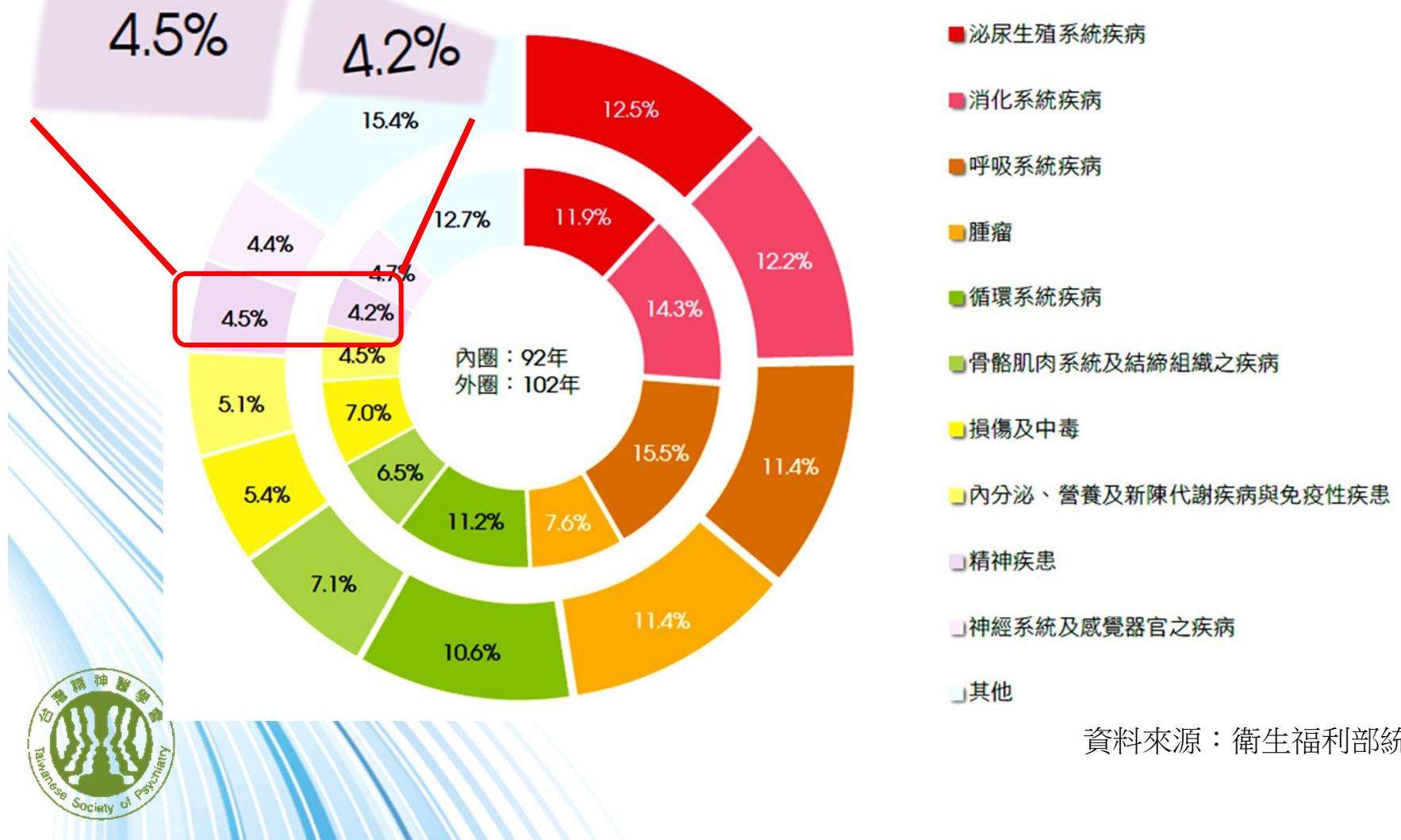


現行健康照護體系



資料來源：衛生福利年報

個人醫療費用-精神疾患



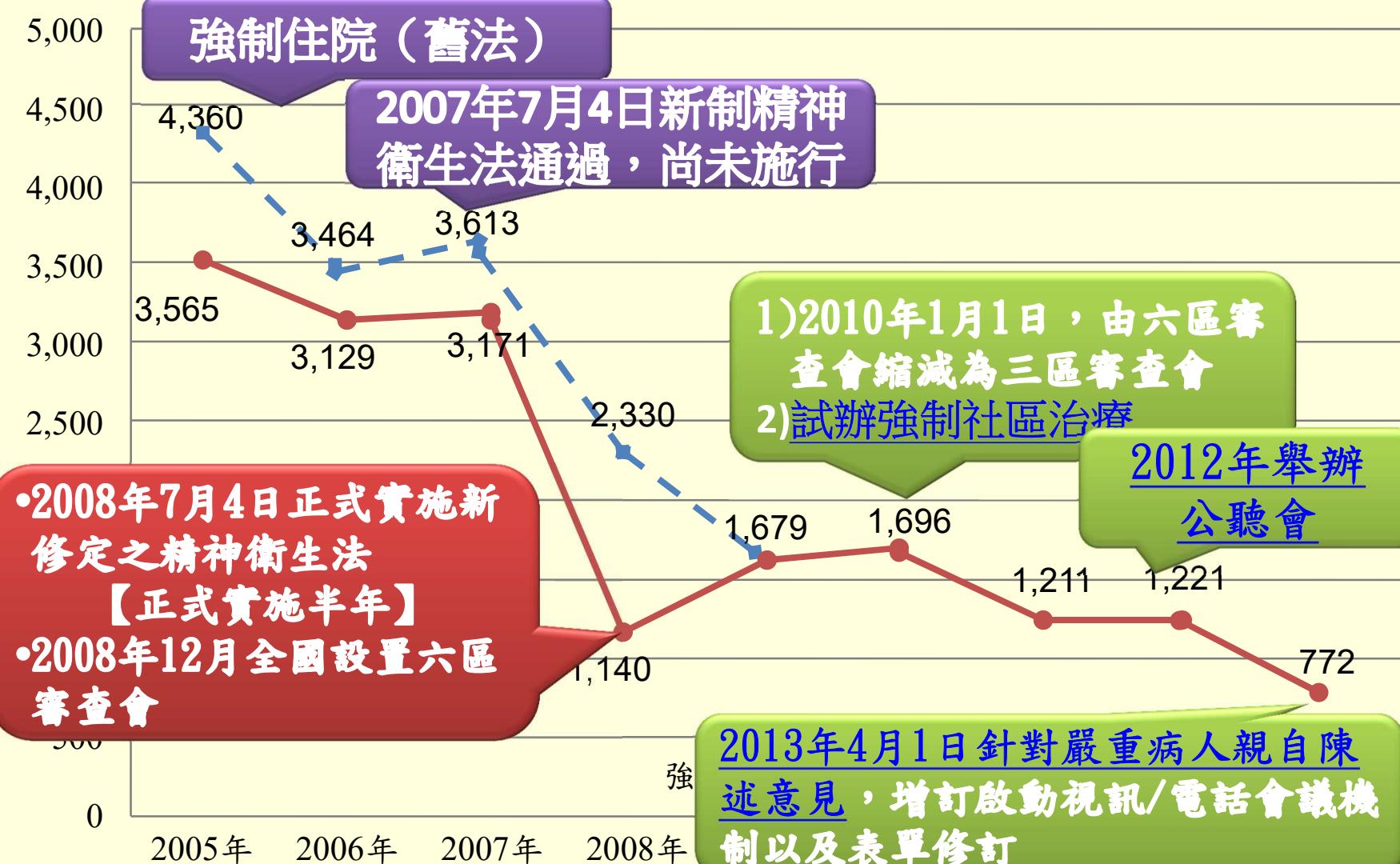
貳、強制精神醫療的法律演化



強制治療之沿革



2005年-2013年強制治療案件數



註：虛線為每月申報校正後資料

2005-2008 Source from NHIRD ;

2009- source from the Psychiatric Illness Mandatory Appraisal and Community Treatment Review Panel

強制個案條件之限縮

維護人權 v. S. 社會安全



強制醫療的目的

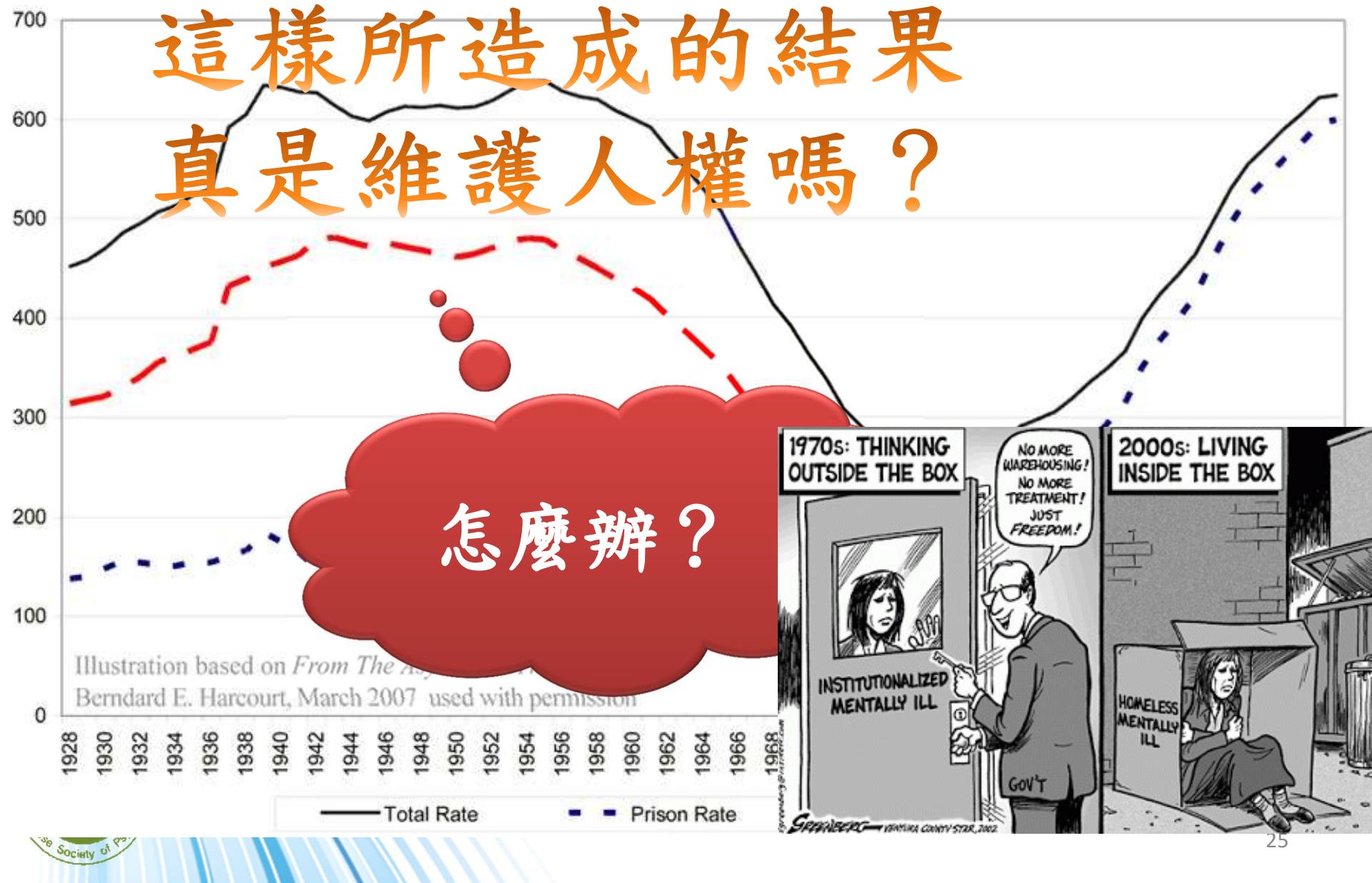
改變對嚴重病人強制住院的核准方式，並不是放任病人的醫療不管，更不是推卸精神醫療的公共衛生責任，而是期望最終目的能達成讓該接受治療之病人能夠接受治療，不用強制治療之病人不用強制治療，而有替代措施。







Institutionalization in the United States (per 100,000 adults)



參、精神疾病嚴重病人送醫

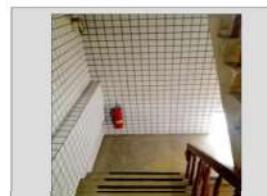


父子大吵...嚴父出門 精障兒打死慈母

大丁八吵...嚴父出門 精障兒打死慈母

2014-04-05

〔記者曾健祐／新北報導〕新北市五股區吳姓精障男子長期對父親不滿，昨展情緒失控，與父離家走避，企圖讓他情緒冷卻，不料吳男竟轉向攻擊63歲的母親，持球棒將她打死頭破血流。



吳母被擊倒樓梯間。 警方逮捕送法辦。(記者曾健祐攝)



近年精障病患發病殺人案例

2014.4 ►新北市吳姓精障男子與母親爭吵後，持球棒打死母親。

2013.9 ►桃園中壢簡姓精障男子不滿樹遭砍，跟整地的劉姓男子爭執後，持石塊、鈍器打死對方。

2013.3 ►台南甘姓精障男子買汽油，縱火燒死母親、繼父及弟弟，向警方自首。

2012.7 ►台南林姓精障女子，發病猛踹6旬母親致死。

2011.9 ►前雲林縣議員患有精神障礙的兒子赴友人家串門子，持刀將1名龔姓男子刺死。

►北市楊姓精障男子持刀，狂砍

被逼弑父 本想弑父

31歲的吳嫌向警方聲稱：「其實目標是父親，我恨他很久了。」他自稱不滿父親強迫他去擇善院治療，才萌生殺父念頭。

吳家在五股區成泰路某棟住宅大樓，大樓女清潔工表示，吳母是香港人，很好相處，吳父是退伍上校，個性一絲不苟，從小就嚴格要求2個兒子，希望小孩有高學歷，但長子選擇進軍，小兒子吳嫌因从小品學兼優，背負沉重壓力，即罹患精神疾情。

父崩時許太高 離垮兄

警方調查，吳嫌在高中時那羨慕，一直待在家中，吳兄已退役，吳嫌發病時常大打鬧，摔東西，有時會自己反鎖在家中，家人進去只好報警，所以跟著吳家有印象。

昨日凌晨零時許，吳嫌

家人大吵一架，父

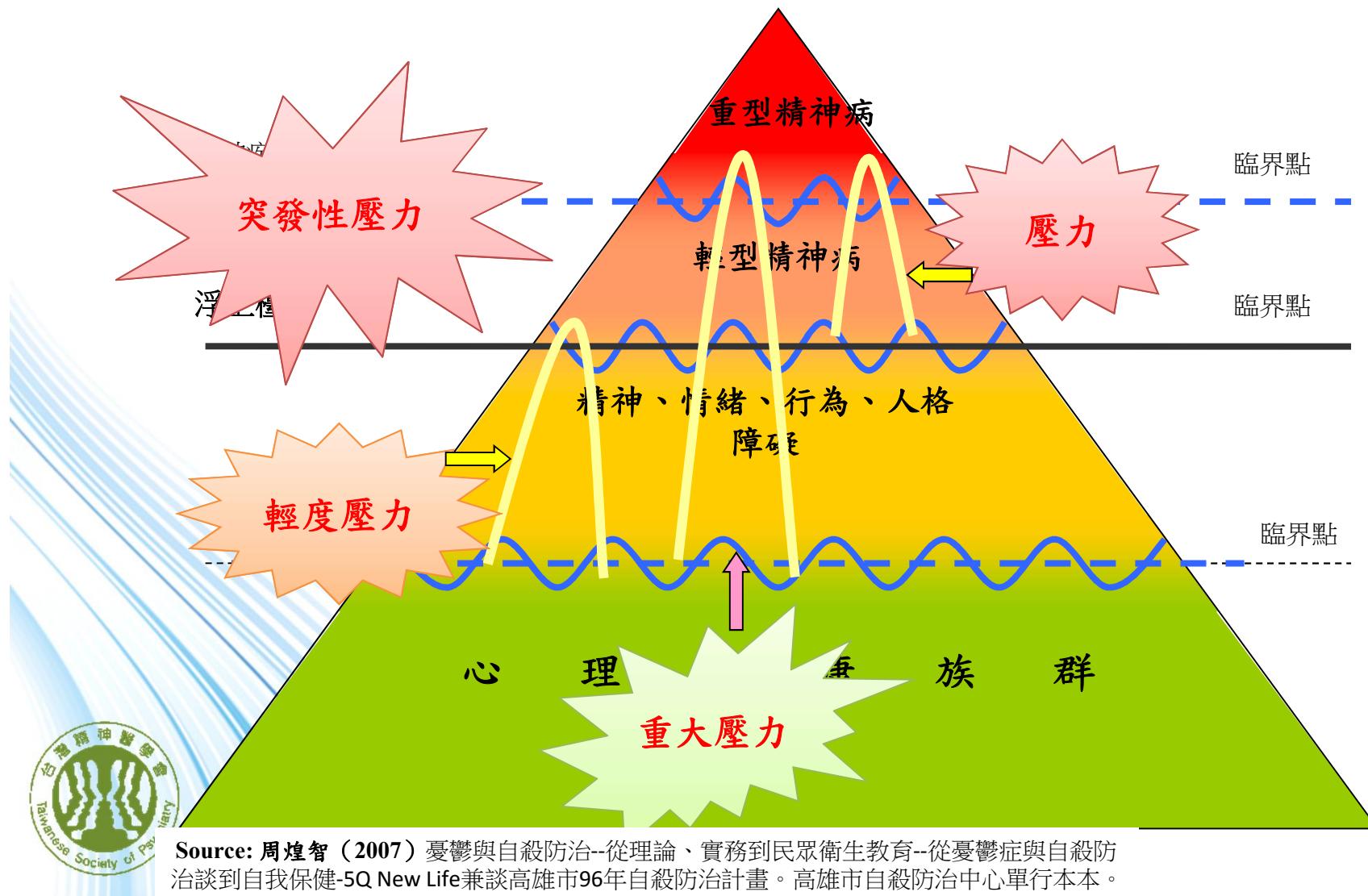
母被擊倒



台灣-嚴重病人各要件之說明



心理狀態是一個動態概念



Background

Patient-centered

- How many psychiatric patients in Taiwan?

Taiwan?

120,000

- There had more 120,000 (severe mental illness) chronic psychotic patients with handicap card until 2014 in Taiwan.

- There had

Others

- Others

170,000

為何嚴重病人的
診斷如此的少？



42,726 Adults, 529 , Total : over

各國精神病人強制住院的比例

- 以色列的研究，提到在該國有**四分之一**住院的精神病患是被強制的。該研究發現，病患被延長強制住院與未延長強制住院，並不是鄉市住處的問題，而是死亡率和失能率的問題。

以台灣為例：精神病人強制住院的比例

年度	住院人次 (290-319)	強制住院 人次	強制住院佔 比例
2011年	54,142	1,211	2.24%
2012年	53,711	1,221	2.27%
2013年	52,851	772	1.46%

資料來源：衛生福利部統計處（周煌智(2015)資料再整理）

Hansson L, Mivius S, Saarento O, et al. The Nordic comparative study on securitized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34:99-104.



各國強制住院之條件

- 多國家立法均有『自殺傷人』之條件為前提，顯示『自殺傷人』幾乎是毫無爭議的共識！
 - 但，除了危險性外，美國北卡羅來納州（NC）、加拿大卑詩省（BC）及英國英格蘭（ENG）規定可以為『預防精神或身體之衰敗』而強制住院，但台灣及美國紐約州（台灣的強制住院對象前提為-嚴重病人定義：

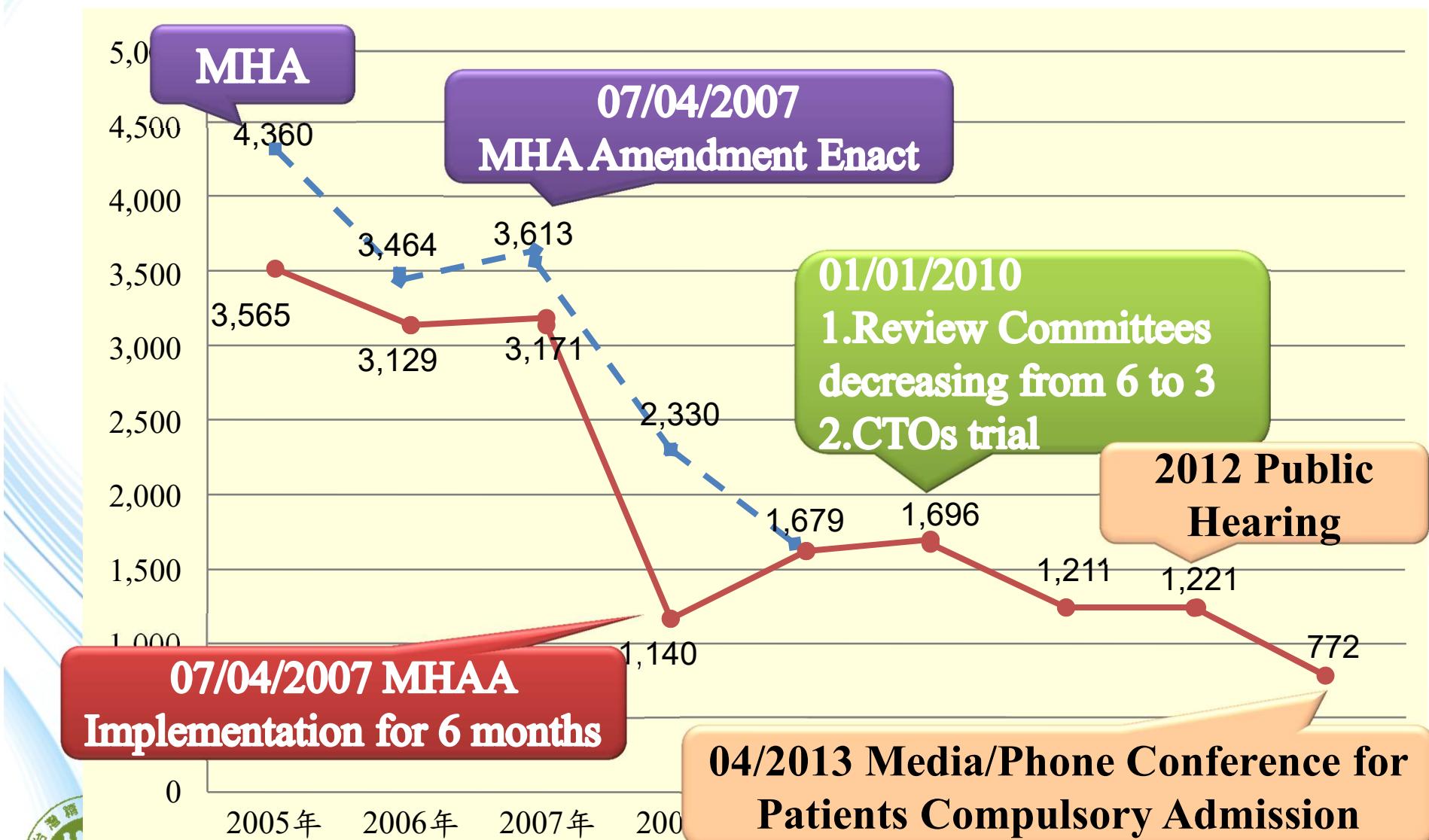
台灣的強制住院對象前提為-嚴重病人定義：
指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及特行爲，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。



肆、未達強制住院要件其處理機制



2005-2013 Compulsory Treatment Cases



註：虛線為每月申報校正後資料

2005-2008 Source from NHIRD ;

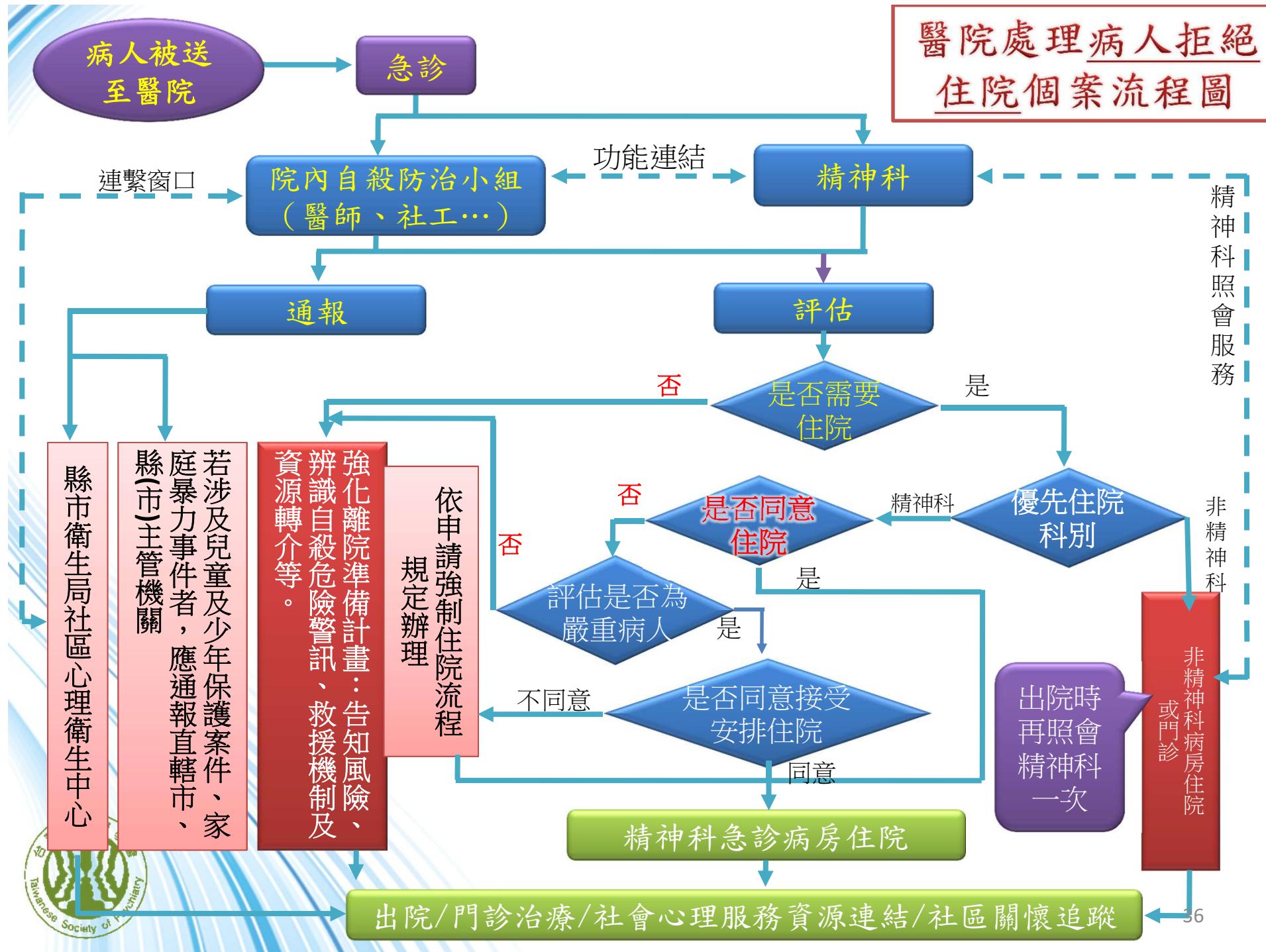
2009- source from the Psychiatric Illness Mandatory Appraisal and Community Treatment Review Panel

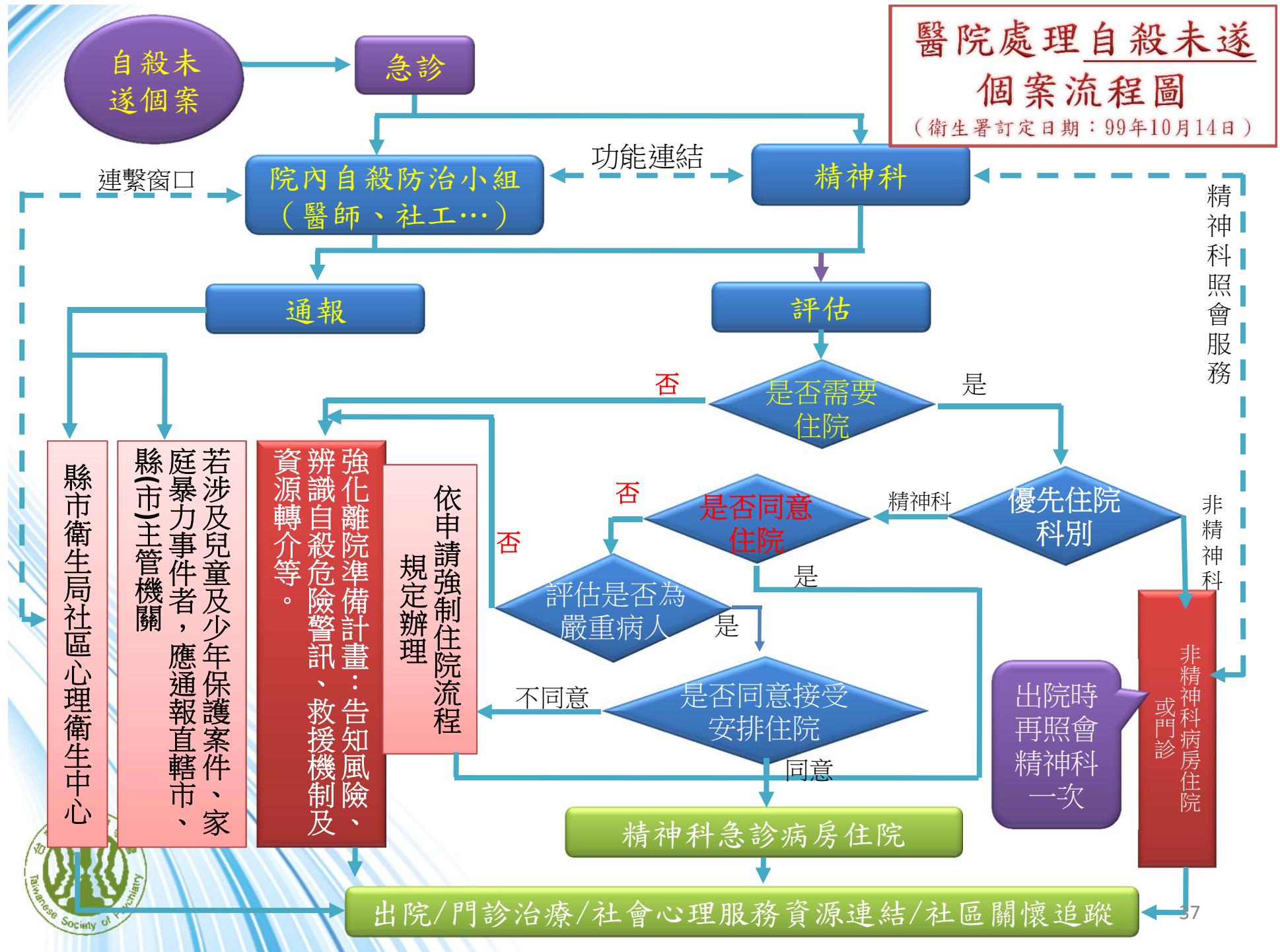
一、不符合強制住院案例處理

二、審查會不通過之案例



醫院處理病人拒絕 住院個案流程圖





急診個案—若不需住院或堅持離院

醫 院

- 強化出院準備計畫
- 預約回診
- 自殺通報系統通報
- 資源轉介
- 通知家屬（重要他人 或 保護人）

家 屬

- 24小時有人陪伴，不可使其獨處
- 協助就醫仔細評估其狀況
- 啟動支持系統(家庭、同學、學校、親戚)
- 去除周遭可能危險物品(刀、藥、繩索、木炭...)
- 鼓勵傾訴但不強迫
- 24小時求助管道



精神衛生法第38條

- 精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知本人或保護人辦理出院，不得無故留置病人。
- 精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之**復健、轉介、安置及追蹤計畫**。
- 直轄市、縣（市）主管機關應於轄區內建置二十四小時緊急精神醫療處置機制，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。



門診遇有自殺意念或企圖個案 處理流程

- 發現有自殺行為者，直接送至急診，依急診處理自殺個案流程辦理。（圖：醫院急診處理自殺未遂個案流程圖）
- 若是發現非精神科門診個案有自殺意念，雖無行為但是程度嚴重，可照會精神科，進行轉診（門診高風險個案是否進入院內通報及個管，依各醫院擬定之流程，若為老人高風險個案則建議納入）。

引用：自殺防治系列17-以醫院為基礎之自殺防治



伍、案例分析



強制住院不許可案例

- 診斷：296情感性精神病
- 鑑定內容：個案於○醫院就醫十年，領有296身心障礙手冊，，依據家人描述個案疑似邊緣性人格並物質濫用（酒精、鎮靜劑），有多次言語自殺威脅、吞藥、攻擊人病史。個案近一個月疑似有關係妄想（認為家人都在說他壞話），於今日情緒激躁，對家人暴力，且在警察前往時攻擊警察，故送至本院急診。
- 病歷：**個案於住院期間未見明顯被害或關係妄想，亦無幻聽情形。尿液驗出嗎啡陽性。**

已自認非嚴重病人



『出院準備服務』應如何做？

醫院端？

衛生局端？

因地制宜？

依法辦理？



案例一

- 一個具有反社會人格違常的個案（精神衛生法施行細則，但非精神衛生法將之排除在外），故其衝動性強，案主的素行不良（連他自己也承認），因此，常會在街坊間鬧事，導致鄰居與家人對其強烈的排斥，聯名陳情有關單位處理。案主因為經濟等因素導致其具有憂鬱症（精神疾病），長期有喝酒的習慣，某日又因故衝動增加，突然之間聽到聲音不斷地罵他，叫他去死（暫時性幻聽）、加上情境相關的被害妄想（疑似符合嚴重病人的定義），因此，淋下汽油，想要自殺（自殺個案，是我們目前要處理的議題），也符合了強制就醫的基本要件（119非專業人員，形式上的符合應該沒錯），由119送來急診就醫，我們該怎麼處理？



案例二

- 一個完全符合嚴重病人強制就醫條件的個案，但家屬對於強制就醫有疑義，對於個案的病情有自己的解釋（都是別人排斥與不瞭解），可是案主已經將鄰居鬧得天翻地覆，居民集體陳情有關單位，送來就醫，家屬強烈反彈，揚言控告醫院非法拘留病患，請問我們如何處理？



案例三

- 一個嚴重憂鬱症的個案，自殺未遂後被送來住院，醫師評估其仍有自殺的危險性，案主強烈反對住院（案主雖然有自殺行為，但不符合嚴重病人所具有的怪異思想及奇特行為等強制住院的要件），言稱自己的行為自己負責，若要強留他，要控告醫師，可是目前卻在進行自殺防治，在醫師的認知裡也知道這位病患會有高度的自殺危險性，請問我們如何處理？



案例四

- 一個對父母敵視，具有偏差行為的少女，除了與父母爭吵會破壞家中物品外，也常有自殘的情形，甚至有疑似自殺的紀錄（其否認為自殺），由其可信任的親人帶來門診，請求協助，然而對待醫師雖然沒有到達敵視的程度，但是認為醫師與父母是同一國的人，來診時就是不講話，如何以專業的技巧處理危機？



案例五

- 一個來到醫院只想要拿精神病而不適任診斷好辦理資遣的公務員，如何從會談與觀察中發現她悲慘的家暴事實，而予以輔導。



案例六

- 一個具有反社會人格的家暴加害人接受法院裁定住院治療，卻在醫院內操弄人際關係，並且欺負精神病人，及挑撥病人打架，及威脅工作人員，身為主治醫師的您，該如何處理？



案例七

- 一個具有HIV陽性帶原者的藥癮病患，住進病房，身為主治醫師的您如何處理個案的資訊（適度揭露原則），以及團隊與其他病友對您的資訊保密的質疑（為何只有您知道，或只有護理人員知道，其他工作人員如警衛不知道、病友不知道、、、等等）。



案例八

- 一個合意性交的青少年具有適應障礙，也的確需要治療與輔導（是屬於可治療的個案），然而依據現行法律的規定，若鑑定其有施以治療的必要，案主一定進入監獄接受治療（因此，我們可以在監獄看到，有許多案例僅被判刑4-6個月，緩刑三年），可是卻實際在監獄待了二年多（因為被認定需要治療），家屬抱怨連連，若是我們的同理心（醫者父母心）與尊重病患自主權要兼顧，又要如何用您的專業能力，在認定其需要治療不變的原則下，做鑑定書的建議（註：目前法律已經修改，於95.7.1起實施，確認以再犯危險性顯著降低為止，採釋放前給予社區治療）？

