

精神衛生法中強制住院之知識： 醫療與非醫療人員之比較

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)對於精神衛生法中強制護送鑑定與住院治療相關規定的知識，藉此提供評估宣導的依據。研究對象包括：175位社區嚴重病患家屬，以及475位相關工作人員(包括：194位公共衛生護士、104位警察、180位村里幹事)，進行問卷調查。

四類研究對象對強制護送鑑定與住院治療相關規定的知識，皆相對地不高，各題答對比率由26%-78%。研究對象間的比較，以衛生所護士最佳，病患家屬較不理想。

本研究結果，反應出精神衛生法自公佈至今宣導上不足，民眾有關知識不足，尤其對保護人的權責，由誰擔任，強制護送鑑定過程的困擾與強制住院條件等，皆有待釐清。因此，建議有關單位加強宣導精神衛生法、提供適切的醫療知識，此外，並宜做各項相關法令的評估研究，以為宣導教育的依據。(中華衛誌 1995；14 (5):426-437)

關鍵詞：精神衛生法、強制住院知識、嚴重精神病人。

前 言

在「精神衛生法」尚未制定以前，精神醫療工作的規劃或執行，往往因為於法無據而難以推動，而中央策劃單位、衛生主管機關以及社會福利主管機關之間缺乏共識，更阻礙了整個精神醫療工作的穩健發展[1]。為了因應實際需要[2-4]，於民國七十九年底公布實施「精神衛生法」[5]，共六章52條。內容雖然簡要，卻廣泛涉及衛生、內政、司法等不同層面，且整合了精神病人之醫療與福利措施，是衛生立法中罕見的特別法[6]。

美國自1960年代實施「社區心理衛生法」，強調去機構化，目的在使精神病患回歸社區，但卻造成精神病患住院困難，出院容

易，社區中增添了許多無家可歸、流落街頭的病患[7]；而日本的「精神衛生法」以保護社區、家屬為宗旨，因此使得精神病患住院容易，出院困難[3]，但也因而有忽略病人權之嫌。一個法令的形成，有其當時時代背景的需要，也有其未覺察到的缺失，因此歐美、日本等國皆陸續在1980-90年代修法[8,9]。而台灣的「精神衛生法」其內容開宗明義第一條即明白地揭櫫立法的主要目的與原則：預防及治療精神疾病，保障病人權益與福利，增進國民心理健康，維護社會和諧安寧[5]。其中「強制鑑定與住院治療」的規定是精神衛生法最基本的精神，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[10]。其目的主要是為了確實保障精神病患接受適當

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

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。

根據宋之研究指出：強制住院條文(第二十一、二十三條)是我國醫療體系中前所未有的，因此應透過宣導，使精神醫療從業人員及病人與家屬能夠了解立法的美意，而樂於遵循[10]。法令通過後曾有三篇報導醫療人員或家屬對精神衛生法的認識[10-12]，但並未對強制住院這部份探討，也未對非醫療人員探討。

因此本研究希望瞭解社區中，病患家屬以及各相關工作人員是否明瞭精神衛生法強制鑑定與治療的相關規定？以此提供評估的依據以及作為未來修法的參考。

材料與方法

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[13]。

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194人、警察104人、村里幹事180人，詳細背景資料請見另篇[13]。

問卷部份有關知識的題目共分成六大項(表一)，每大項各有4至7個問題(包括不知道)，並以精神衛生法的規定為準，請教台北縣衛生局心理衛生承辦人，共同決定「強制護送鑑定與住院治療知識」題目的正確答案，答對者得一分，答錯者不倒扣，各項分數由3-6不等，總分為27分。

結 果

一、對強制護送鑑定與住院治療的一般認識(表一)

知道或聽過「精神衛生法」，以及「強制護送鑑定與住院治療的規定」方面：以衛生所護士知道的比率最高，有96%和86%；卻只有將近27%和21%的受訪家屬知道或聽過。在得知管道方面：家屬以透過傳播媒體以及衛生所護士為最多；其次是醫院社工人員與醫師；其他管道有朋友、親戚、鄰居、心理衛生中心等，相關人員得知精神衛生法的管道，以本身工作業務之故以及透過傳播媒體或宣傳小冊為最多，分別佔41.3%、20.4%；其次是衛生局辦的訓練班，佔15.3%，但參加者絕大多數為衛生所護士。

有將近四分之一的家屬不知道哪些人有協助精神病患就醫的義務；而相關人員不知道的比率很低(2.7%)。各研究對象所選擇的選項不盡相同。家屬以選擇「病患家屬」者為最多；其次是選擇警察及衛生所護士；再其次是社工人員、鄰里長、醫師以及119等。由於是複選題，組合情況很多，其中以同時選擇「病患家屬與警察」以及「病患家屬、警察與衛生所護士」為最多。衛生所護士選擇「警察」與「病患家屬」為最多；再來依次選擇衛生所護士、村里幹事、社工人員。組合情況以同時選擇「病患家屬、警察、衛生所護士與社工人員」為最多。警察選擇「病患家屬」最多；其次依序選擇警察、衛生所護士、社工人員、村里幹事。組合情況以同時選擇「病患家屬、警察、衛生所護士」為最多。村里幹事也是選擇「病患家屬」最多；其次是社工人員；再其次依序選擇警察、衛生所護士、村里幹事。組合情況以同時選擇「病患家屬與社工人員」為最多。整體而言，「病患家屬」為大家認為最有義務者，其次為警察以及衛生所護士，但村里幹事認為其次為社工人員。

不清楚符合強制護送就醫條件的家屬約佔21%；相關人員不清楚的比率很低

表一、對強制護送鑑定與住院治療的認識之回答分佈情形：

題 次	病患家屬衛生所護士		警察	村里幹事
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)
合 計	175(100.0)	194(100.0)	104(100.0)	180(100.0)
1. 知道或聽過"精神衛生法"嗎？				
不知道	127(72.6)	7(3.6)	58(55.8)	87(48.3)
知道	48(27.4)	187(96.4)	46(44.2)	93(51.7)
2. 知道或聽過精神衛生法中，有關"強制鑑定與住院治療"的規定嗎？				
不知道	137(78.3)	26(13.4)	77(74.1)	124(68.9)
知道	38(21.7)	168(86.6)	27(26.0)	56(31.1)
Q1. 哪些人有協助疑似精神病患就醫的義務？(可複選)				
# 不知道	42(24.0)	2(1.0)	3(2.9)	8(4.5)
# 病患家屬	109(62.3)	178(91.8)	90(86.5)	148(82.7)
# 警察	75(42.9)	180(92.8)	70(67.3)	112(62.6)
# 衛生所護士	66(37.7)	143(73.7)	60(57.7)	102(57.0)
# 村里幹事	38(21.7)	136(70.1)	39(37.5)	88(49.2)
# 社工人員	22(12.6)	96(49.5)	49(47.1)	129(72.1)
Q2. 哪些人符合護送的條件？(可複選)				
# 不知道	36(20.6)	0	5(4.9)	11(6.1)
# 明顯(可能)造成公共危險的人	88(50.3)	174(89.7)	78(75.7)	141(78.8)
# 無所事事，成天遊蕩街頭的人	23(13.1)	16(8.2)	11(10.7)	15(8.4)
# 舉止怪異，但不影響別人生活的人	23(13.1)	14(7.2)	8(7.8)	17(9.5)
# 舉止怪異，且已影響別人生活的人	79(45.1)	156(80.4)	69(67.0)	111(62.0)
# 明顯(可能)傷害他人或自己的人	100(57.1)	181(93.3)	93(90.3)	143(79.9)
# 舉止怪異，無法自己處理生活事務的人	60(34.3)	72(37.1)	54(52.4)	101(56.4)
Q3. 護送就醫費用由誰負擔？(可複選)				
# 不知道	40(22.9)	19(9.9)	11(10.6)	33(18.5)
# 社政單位	63(36.0)	78(40.6)	46(44.2)	87(48.9)
# 衛生署	70(40.0)	87(45.3)	32(30.8)	87(48.9)
# 病人家屬	43(24.6)	66(34.4)	67(64.4)	68(38.2)

表一 對強制護送鑑定與住院治療的認識之回答分佈情形：(續)

題次	病患家屬 衛生所護士		警察 村里幹事	
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)
Q4. 如果病人不願意住院，何種情況下，可以強迫病患接受強制住院？(可複選)				
# 不知道	69(39.4)	4(2.1)	13(12.5)	28(15.7)
# 任何情況都不可以	12(6.9)	2(1.0)	5(4.8)	2(1.1)
# 一位醫師鑑定即可	26(14.9)	12(6.2)	11(10.6)	9(5.1)
# 兩位以上醫師鑑定	10(5.7)	18(9.3)	19(18.3)	16(9.0)
# 一位精神科醫師鑑定即可	39(22.3)	68(35.2)	26(25.5)	50(28.1)
# 兩位以上精神科醫師鑑定	32(18.3)	108(56.0)	57(54.8)	92(51.7)
Q5. 強制鑑定與住院治療費用由誰負擔？(可複選)				
# 不知道	46(26.3)	14(7.2)	14(13.9)	27(15.3)
# 社政單位	66(37.7)	111(57.5)	35(34.7)	107(60.8)
# 衛生署	73(41.7)	111(57.5)	35(34.7)	107(60.8)
# 病人家屬	27(15.4)	42(21.8)	57(56.4)	46(26.1)
Q6. 下列有關保護人的敘述，是您知道的？(可複選)				
# 不知道保護人制度	78(44.6)	6(3.1)	19(18.8)	29(16.9)
# 不論是否為嚴重病人，均應設置	33(18.9)	83(42.8)	17(16.8)	26(15.1)
# 若被診斷為嚴重病人，需設置	34(19.4)	107(55.2)	44(43.6)	82(47.7)
# 家屬理當為法定保護人	65(37.1)	149(76.8)	65(64.4)	112(65.1)
# 若無家屬，則應指定人員為保護人	29(16.6)	134(69.1)	37(36.6)	85(49.4)
# 保護人有協助病患就醫的義務	36(20.6)	132(68.0)	52(51.5)	80(46.5)
Q7. 若無家屬，哪些人可為指定保護人？(可複選)				
# 衛生所護士	47(44.6)	8(4.8)	51(49.5)	58(33.5)
# 社工人員	39(22.3)	37(22.0)	73(70.9)	104(60.1)
# 村里長	61(34.9)	125(74.4)	34(33.0)	70(40.5)
# 村里幹事	40(22.9)	112(66.7)	27(26.2)	32(18.5)
# 警察	57(32.6)	46(27.4)	21(20.4)	51(29.5)

() 內為百分比

(3.4%)。四類研究對象所選擇的選項十分一致。認為「明顯可能傷害他人或自己的人」，符合強制護送條件者為最多；其次是「明顯可能造成公共危險的人」與「舉止怪異，且已影響別人生活的人」；再其次是選擇「生活無法自理」符合護送的條件。組合情況以同時選擇「明顯可能造成公共危險與明顯可能傷害他人或自己的人」為最多。

有23%的家屬不知道由誰負擔醫療費用；26.3%的家屬不知道由誰負擔護送就醫的費用；村里幹事和警察約15-19%不知道；衛生所護士不知道的比率也在10%左右。病患家屬、衛生所護士以及村里幹事均以認為由「衛生署」來負擔為最多；其次是社政單位；再其次是病患家屬自己負擔。組合情況以同時選擇「社政單位與衛生署」為最多。而警察則以認為由「病患家屬」自行負擔為最多；其次是社政單位；再其次是衛生署。組合情況以同時選擇「病患家屬與社政單位」為最多。

約40%的家屬不知道在何種情況下，可以強迫病人接受治療；警察與村里幹事不知道的比率各約15%；衛生所護士不知道的比率則只有2%。衛生所護士、警察以及村里幹事均認為「須兩位以上精神科專科醫師鑑定」的比率最高(54%)；其次是「一位精神科醫師鑑定即可」(30%)；再其次是「兩位以上醫師鑑定」(11%)。而病患家屬則以認為「一位精神科醫師鑑定即可」佔最高比率(22%)；其次是「須兩位以上精神科專科醫師鑑定」(18%)；再其次是「一位醫師鑑定即可」(15%)。值得注意的：有7%的家屬認為只要病患不願意，任何情況都不可以強制其接受治療。

對於保護人的認識方面，有45%的家屬表示不知道；警察與村里幹事不知道的比率各約18%；衛生所護士不知道的比率則只有3%。各研究對象回答的分佈情形相似：依序是「家屬理當為法定保護人」、「保護人有協助病患就醫的義

務」、「只有嚴重病人需設置保護人」、「找不到家屬則有指定保護人」。

由於指定保護人的設立是由病患戶籍所在地之直轄市或縣市主管機關指定(精神衛生法第十五條)，部份縣市至今仍無定案，因此藉研究之便，了解一下研究對象所認為指定保護人的理想人選：病患家屬認為村里長和警察為理想人選的比率最高；其次依序是衛生所護士、村里幹事、社工人員，其他人選尚有設立專職機構專職人員、醫師、病患的朋友、神職人員等。衛生所護士有很高的比率認為村里長與村里幹事為理想人選；其次是警察和社工人員；再其次是衛生所護士。警察以及村里幹事認為社工人員為理想指定保護人選的比率最高；其次是衛生所護士與村里長；再其次是警察與村里幹事。

二、對強制護送鑑定與住院治療的認識之得分情形(見表二)

整體而言，病患家屬六題的答對率介於26%-54%之間，其中以「保護人相關規定」的答對率最差，有一半以上的家屬缺乏相關知識。三類相關工作人員六題的答對率介於43%-78%之間，其中以「強制護送就醫費用負擔」的答對率最差，有四分之一以上的相關人員缺乏相關知識。以總平均分數及平均答對率來看，可發現四類研究對象(病患家屬、衛生所護士、警察以及村里幹事)，以衛生所護士對於強制護送鑑定與住院治療的知識最佳，其次依序是村里幹事、警察、病患家屬。

三、相關認知、護送經驗、對象類別與知識得分的關係

以知識得分為依變項，研究對象類別以及相關知識、護送經驗為自變項，以雙變項分析的方法，探討其對知識得分的影響(請見表三)，說明如下：

分別以「知道精神衛生法與否」、「研究對象類別」為自變項，結果發現，除了第

表二、對強制護送鑑定與住院治療知識之各題得分情形

	該題 總分	1.病患家屬	2.衛生所護士	3.警察	4.村里幹事	差異 組別
		平均數 (標準差) [答對率]	平均數 (標準差) [答對率]	平均數 (標準差) [答對率]	平均數 (標準差) [答對率]	
第一題 (協助就醫義務者)	5分	2.61 (1.69) [52.2%]	2.88 (1.09) [57.6%]	3.03 (1.11) [60.6%]	2.54 (1.07) [50.7%]	(3>4)
第二題 (符合護送條件者)	6分	3.21 (1.90) [53.6%]	4.85 (0.82) [80.9%]	4.57 (1.43) [76.2%]	4.47 (1.54) [74.5%]	(2>1) (3>1) (4>1)
第三題 (強制護送就醫費用負擔者)	3分	1.35 (1.21) [44.8%]	1.51 (1.10) [50.2%]	1.01 (1.01) [33.7%]	1.25! (1.07) [41.6]	(2>3)
第四題 (可強迫病患住院情況)	5分	2.21 (1.86) [42.4%]	3.96 (1.17) [79.2%]	3.46 (1.67) [69.2%]	3.36 (1.75) [69.1%]	(2>1) (3>1) (4>1) (2>4)
第五題 (強制鑑定與住院費用負擔者)	3分	1.37 (1.13) [45.6%]	1.82 (1.12) [60.6%]	1.05 (0.89) [34.9%]	1.59 (1.13) [52.8%]	(2>1) (2>3) (4>3)
第六題 (保護人相關規定)	5分	1.31 (1.58) [26.2%]	3.21 (1.42) [64.2%]	2.62 (2.60) [52.5%]	2.77 (1.75) [55.3%]	(2>1) (3>1) (4>1) (2>3)
合 計	27分	12.71 (5.33) [47.1%]	18.18 (3.32) [67.3%]	15.59 (3.93) [59.7%]	16.36 (4.36) [60.6%]	(2>1) (2>3) (2>4) (3>1) (4>1)

計算總平均數時，將各題答不知道或漏答者計為零分。

p<0.05列為差異組別。

表三、知識得分的雙變項分析結果

	知道精神衛生法與否(A)	研究對象類別(B)	交互作用(A*B)
第一題	.47	3.79 **	3.65 *
第二題	4.70 *	28.00 ***	1.32
第三題	13.95 ***	3.71 *	.22
第四題	9.95 **	24.06 ***	1.52
第五題	12.48 ***	7.84 ***	1.12
第六題	38.04 ***	19.49 ***	1.11
總分	22.13 ***	23.94 ***	1.11

	知道強制護送鑑定與 住院治療規定與否(A)	研究對象別 (B)	交互作用 (A)*(B)
第一題	1.36	3.55 *	2.78 *
第二題	8.10 **	30.38 ***	2.00
第三題	7.80 **	2.96 *	.58
第四題	6.01 *	28.63 ***	.29
第五題	16.78 ***	6.87 ***	1.60
第六題	37.33 ***	24.65 ***	1.36
總分	25.09 ***	27.54 ***	.21

	是否曾有護送經驗(A)	研究對象類別(B)	交互作用(A*B)
第一題	.95	4.44 **	.59
第二題	6.77 **	44.11 ***	1.17
第三題	5.52 *	6.11 ***	.68
第四題	.10	40.15 ***	.59
第五題	15.97 ***	17.16 ***	1.08
第六題	4.10 *	45.51 ***	.96
總分	5.23 *	51.17 ***	.15

註：表中數字為雙變項分析之F值

*：P<0.05, **：P<0.01, ***：P<0.001

一題以外，上述兩因素均對知識得分有影響，且彼此之間的交互作用均未達顯著水準。也就是說，知道精神衛生法與否以及對象類別兩因素，都會影響知識得分。另外，知道精神衛生法與否的知識得分差距在不同研究對象之間是相同的。

但是第一題（協助護送就醫義務者），主效果雖然只有對象類別對該題知識得分有影響，但其交互作用達顯著水準。也就是說，知道精神衛生法與否的影響力已反映在交互作用上，即不同類別的研究對象因為知道精神衛生法與否，而有不同的知識。例如：知道精神衛生法的病患家屬較不知道者高；而衛生所護士知道者的得分反而比不知道者低。

若分別以「知道強制護送鑑定與住院治療與否」、「研究對象類別」為自變項，結果與以「知道精神衛生法與否」、「研究對象類別」為自變項的情形相似。

再以「有無護送經驗」、「研究對象類別」為自變項，探討其對知識得分的影響力，結果可知：研究對象類別對個別總分以及總分均達顯著水準的影響力。除了第一題（協助護送就醫者）、第四題（可強迫病人住院的情況）以外，有無護送經驗也對知識得分有影響力。且此兩因素之間的交互作用都未達顯著水準。

討 論

一、對於精神衛生法的認識

精神衛生法通過已三年，民眾與相關人員的知識是否增加？由本研究得知：衛生所護士知道或聽過精神衛生法的比率最高(96%)；其次是村里幹事(52%)、警察(44%)；而病患家屬知道的比率只有27%，與陳秋瑩等的研究結果：病患家屬聽過精神衛生法的比率為16.5%；精神醫療專業人員為95.1%[11]，以及葛應欽等的56.1%的病患家屬沒聽過精神衛生法[12]比較，本研究結果精神病患家屬對精神衛生法的認識情形較陳秋瑩等佳，但較葛應欽等低，可能原因有：

(一)各研究對象的經驗不同

不同研究的病患家屬，其所經歷的病患發病歷程不同、處理與尋求資源的方式不同等等原因，都會影響其對精神衛生法的瞭解程度。本研究是以社區曾被強制護送鑑定的病患家屬與對照組家屬為主，而陳秋瑩等是以某精神醫療院所門診病患家屬，葛應欽等則以龍發堂的病患家屬為對象[10-12]。

龍發堂的病人自精神衛生法訂定後，即被要求遷移到有精神科醫師的療養院所，才符合精神衛生法的精神，其間並發生過幾次抗爭，可能是造成家屬對精神衛生法的存在較熟悉的原因。而陳秋瑩等的研究進行期間在1992年元月，較本研究早，家屬可能在陳等的研究之後，有機會獲得有關精神衛生法的資訊。此外，台北縣成立社區心理衛生中心，且建立精神衛生網絡，由衛生所護士負責訪視，可能也是本研究結果較陳等的研究理想的原因。

(二)家屬團體抗爭

近年來，病患家屬逐漸凝聚力量，成立自助團體，為病患爭取權益。不久前，以家屬團體為主，所發起的修法研討會即為一例。經由媒體披露，病患家屬對於知道有精神衛生法的情形應逐日增加。

(三)特殊事件的影響

例如：捷運拒絕精神病患乘坐，引起輿論攻擊，各種不同的意見互相討論，衛生署以精神衛生法的條文規定，去函要求解除此項不合理的謬規，社會大眾也因此加深了對精神衛生法的認識。

(四)宣導方式

本研究採用台北縣衛生局收案的個案，由於北縣心理衛生中心積極推動各項社區心理衛生活動，並經常舉辦家屬座談，也可引起家屬的注意。然而即使知道精神衛生法，但對其內

容、強調的精神又瞭解多少？仍須進一步探究。

二、保護人角色

精神衛生法規定：嚴重病患才須設置保護人，且主要是由病患家屬來擔任；找不到家屬時，則指定人員為保護人。但由家屬擔任保護人，是否合適？能否勝任？由本研究結果顯示在保護人相關規定方面，家屬的答對率只有26%，有45%的家屬不知道什麼是保護人，家屬的適任性值得懷疑。

保護人除了有協助病患就醫的義務以外，在病患出院後，還要協助其繼續接受門診、社區復健、居家治療、教育訓練或就業輔導，甚至在病患侵害他人權益時，必須負連帶賠償責任（精神衛生法第十九條），由此可見，保護人的責任重大。既然賦予病患家屬擔任保護人的重大責任，應該透過各種管道使家屬明瞭保護人的責任、權利，並給予協助。由於精神衛生法規定，嚴重病患才需要設立保護人，則病人能夠出院，是否便不算嚴重病患？還需要保護人嗎？此外，宋維村[10]研究即指出，10%以上家屬不同意保護人不能辭職與負連帶責任，這方面仍須探究。

此外，關於無家屬的指定保護人選，各縣市並不一致，即使被指定了，其適任性如何？本研究以台北縣的指定保護人—村里幹事為研究對象，發現多數村里幹事並不知道什麼是保護人，且表示業務繁忙，對精神疾病的認識也不深，有力不從心之嘆。

綜合本研究調查的理想指定保護人選，村里長以及社工人員為最佳人選，卻與哪些人有協助疑似精神病患就醫義務不太一致，是否因此反應出各單位互踢皮球不負責任的現象，亦或源起於法令的不明確才導致相互認為是他方應負責任的情形有待進一步探討。另外，也有不少受訪者表示應該成立專職機構，專人負責。除了人選的指定外，更重要的

是：灌輸該指定保護人選應有的知識、訓練其應變能力、給予協助等，此外社區有何種支援、精神衛生網絡的徹底執行，也相當重要。

三、強制護送鑑定的知識

強制護送鑑定的目的在於保護社區民眾的安全，以及確保病患的就醫權益。當病患出現危險行為，無法控制的時候，強制護送就醫，接受鑑定是必須的，至於是否需要進一步強制其住院接受治療，則應由精神科醫師來決定。

在強制護送鑑定與住院治療的知識方面：家屬的答對率不到百分之五十(47.1%)，而相關工作人員也在及格左右(62.7%)，整體而言，並不理想。

四類研究對象（病患家屬、衛生所護士、警察、村里幹事）在「協助就醫義務者」此題所選擇回答的分佈情形相當一致，比率由高而低依序是病患家屬、警察、衛生所護士、村里幹事。

「符合護送條件者」此題的得分是六題中較理想的，再進一步比較有強制送醫經驗與沒有強制送醫經驗者（對照組）兩組回答情形的異同，發現並無太大差別。若完全按照精神衛生法的規定，本題答案應該只有「明顯可能造成公共危險的人」以及「明顯可能傷害他人或自己的人」，但與台北縣衛生局精神衛生承辦人討論之後，將「舉止怪異，且已影響別人生活的人」「舉止怪異，無法自己處理生活事務的人」亦納入正確答案，因為精神衛生法第五條所稱的嚴重病人包括奇怪行為和生活無法自理。比較第五條及第二十一條，可以發現：嚴重病患與強制住院病患的主要差別在於後者只包括「有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為」，很清楚地，目前國內採用人身自由論的「危險性」為判定標準。強制住院的判定標準，在國外引起各種不同的爭議，法令規定也不斷修正，例如：日本將常遭批評的「同意住院」改為「醫療保護住院」；美國俄亥俄州精神醫學會極力

爭取改變強制住院的規定，使其能反應醫學上的考量[14]。國內可能因為不須經過司法程序，且未有健全的病患申訴體系，而全由精神科專科醫師決定，所以較不易發生紛爭，但精神科專科醫師之間對強制鑑定與住院的解釋是否相同？如何盡量使判定結果一致？又生活無法自理的病患應否納入強制鑑定與住院的範圍？這些都關係著病患權益及社會安寧，值得進一步探討。

在醫療費用負擔者方面，得分亦不太理想，平均答對率大多在40%~60%之間，甚至只有30%。有許多受訪者認為應該由社政單位、衛生署與病患家屬一起負擔或其中兩者共同負擔。其實，此問題早在立法院審議時，就有爭議，爭論焦點在於應該由地方政府或中央政府負擔（對病患及家屬予以補助已達共識）[15-17]。

四、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，但有可能出現互相討論後填答、甚至抄襲其他人答案的情形，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。

相關工作人員包括衛生所護士、警察以及村里幹事，並未涵蓋社工人員。在病患對照組的選取上，原本的研究設計是希望找性別相同、年齡相近且沒有被護送過的精神病患，但同一轄區內收案的

病患未必有符合此條件者。另外，是否有其他變項，比控制年齡、性別更恰當可能需要再予以確定。

研究建議

一、加強宣導精神衛生法的相關知識

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，其對強制鑑定與治療的知識相當不足，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。

二、組織研究委員會

精神衛生法實施至今，仍有多項法令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規定的知識來看，已浮現不少問題，因此建議組織研究委員會，設計推動公共心理衛生教育，探討護送就醫管道不暢通與保護人義務和權利等議題，討論與計畫出版各種相關法令的書籍，例如精神衛生法實務、詳解等，以俾知識的普及。

三、統一醫療費用負擔

目前病患的補助來源相當不一致，有省衛生處精神醫療補助、台北縣市免費醫療、衛生署精神病醫療補助等，或是由保險給付（如勞保）、低收入戶補助，也有是自費的，因此整合不同單位的醫療補助，使社福與醫政的費用補助步調齊一，互補有無，才能真正幫忙病患及其家屬，提供正確給付知識。

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。

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. 葉英堃、胡海國、葉元麗：台灣地區社會變遷與健康疾病盛行率。中華心理衛生學刊 1987;3(1):34-42。
2. 宋維村、陳珠璋、吳憲明、林憲、林山田、沈明葵、廖榮利：心理衛生立法之必要性及檢討。中華心理衛生學刊 1987;3(2):257-266。
3. 陳喬琪、王守珍：從日本精神醫療現況試論：臺灣地區未來精神醫療系統之發展。中華心理衛生學刊 1987;3(1):207-215。
4. 葉英堃、吳英璋、陳朝壯、林幸魄：我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析。行政院研究發展委員會編印 1981。
5. 衛生署：精神衛生法及其施行細則 1991。
6. 呂淑妤：精神衛生法對醫療照護之影響。中華心理衛生學刊 1991;5(2):27-31。
7. 林憲：行為規範與心病。台北：健康世界叢書 1991。
8. Salzberg SM. Japan's new mental health law: more light shed on dark places? International Journal of Law and Psychiatry 1991;14:137-168.
9. DOH. International Conference on Mental Health Law. DOH 1992; June.
10. 宋維村：精神衛生法之檢討。中華心理衛生學刊 1994;7(1):37-50。
11. 陳秋瑩、李佳容、邵愛鳳、賴琬仍：台中市某所精神醫療院所門診病患相關人士對精神衛生法之消息來源及認識程度調查研究。中國醫藥學院學士論文 1994;19-92。
12. 葛應欽、文榮光、陳正宗、陳毓璟、張宜娟：精神疾病醫療照顧與全民健康保險關係之研究(一)。行政院衛生署研究計畫 1991。
13. 許蓉雰、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 1995;8(2):45-58。
14. Victoroff VM. Collaboration between Ohio psychiatrists and the legislature to update commitment laws. Am J Psychiatry 1977; 134: 752-755.
15. 陳小慈：台灣地區精神醫療政策之分析--以精神衛生法為例。台灣大學社會學研究所碩士論文 1993。
16. 藍忠孚：精神醫療服務體系之理念與驗證。中華衛誌 1991。
17. 衛生署：精神疾病防治工作計畫 1993。

KNOWLEDGE OF INVOLUNTARY ADMISSION IN THE MENTAL HEALTH ACT: COMPARISON BETWEEN MEDICAL AND NONMEDICAL PERSONNEL

CHUEH CHANG JUNG FENG HSU

By using a structured questionnaire, 175 families and 478 psychiatric-mental health related personnels i.e. 194 public nurses, 104 local policemen, and 180 neighborhood workers are surveyed for knowledge of the Mental Health Act especially in involuntary evaluation and compulsory admission to the hospital.

The subject's knowledge level of Mental Health Act is relatively low. The percentage of correct answer from different groups of the subject are ranged from 26% to 78%. However, the

public nurse group has the highest percentage.

The result shows that propaganda for Mental Health Act is inadequate since the law has been enacted. Both mental health worker and lay people are not clear about the obligation and right of the caretakers (guardians). This study further implies that the knowledge of social resources and process of helping the mentally disturbed hospitalized should be strengthened..(Chin J Public Health (Taipei) ; 1995 **14** (5) : 426-437)

Key Words: Mental Health Act, Involuntary Admission ,Psychiatric Patients