

## 調 查 意 見

壹、案由：據報載：近期在社區內發生之精神病患傷人或自傷事件頻仍，渠等暴力行為常殃及家人，且欠缺專業治療與輔導。政府相關部門施行社區精神疾病通報機制與後續列管追蹤輔導工作有無闕漏、違失等情，認有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見：

精神病患經治療後可否回到社區，社區常因此類病人頻傳傷人或自傷事件殃及家人或無辜外人而更排斥，專業治療、輔導及政府相關部門之社區精神疾病通報機制與後續列管追蹤輔導工作有無闕漏、違失等情，本院特立案調查，案經向行政院衛生署（下稱衛生署）、台北縣政府衛生局、內政部調閱相關卷證，並諮詢專家學者之意見，又於民國（下同）98年9月7日、12月22日兩度約詢該署主管人員到院釐清案情竣事，爰將調查意見臚陳如次：

一、衛生署醫事處「精神醫療及心理衛生科」之編列員額少，行政位階偏低，不足以因應業務需要，應儘速檢討改善：

（一）按本院諮詢精神醫療及心理衛生方面專家學者之意見，咸認目前衛生署醫事處精神醫療及心理衛生科之正式編制人力僅有8人、預算占衛生預算及GDP之比率均較先進國家為低（詳如下表），事繁人少，難以有效發揮行政管理之職能；且其行政組織層級位階偏低，更不利於爭取應有之預算經費及合理之人員編制等，特先敘明。

各國 Mental health 預算占衛生預算及 GDP 之比率概況

國別	佔衛生預算之比率 (%)	佔 GDP 之比率 (%)
臺灣 (2005 年)	2.77	0.17
中國	2.35	0.13
日本	5	0.40
新加坡	6.1	0.24
韓國	3	0.18
美國	6	0.83
英國	10	0.58
法國	8	0.77
澳州	9.6	0.88

備註：國外資料摘錄自 Mental Health Atlas 2005 (WHO, 2005)。

(二)衛生署現階段為整合其醫事處、管制藥品管理局、疾病管制局、護理與長期照護處、國民健康局、中央健康保險局等承辦與精神醫療、心理衛生及物質濫用防治相關之業務，該署係以任務編組方式，於 98 年 3 月成立「心理健康辦公室」，並設置心理衛生組、精神醫療組及物質濫用防治組。組員分別由前開單位或機關指派相關業務承辦人員 1 至 2 人參與辦公室業務，透過定期召開會議或邀集相關專家學者進行專題討論等，建置整合精神醫療及心理衛生服務之平台。

(三)綜上，目前衛生署但憑成立「心理健康辦公室」任務編組方式之有限派遣業務承辦人員，尚難統合跨局處之人力、預算資源，實在無法達成全面規劃、推展國民心理健康、精神疾病預防、治療與物質濫用防治等業務，並協助衛生署擬訂心理衛生相關政策之目標。

## 二、衛生署對於精神疾病虞患之通報、列管機制未盡周延，核其相關防治工作仍有闕漏，亟待補強：

衛生署為擴大建置社區精神病患個案管理系統，強化社區精神病患通報、追蹤列管及送醫制度，業已完成精神照護通報系統個案登錄作業，至 98 年 11 月止計有 104,232 名登錄個案，並依其病情嚴重程度推動分級照護，定期追蹤管理。另針對目前社區需要高度關懷之特殊個案，亦從 95 年 10 月起推動「精神病患者社區照顧關懷個案管理計畫」據以執行分級照護，定期追蹤管理工作。

惟查中央健康保險局 98 年 11 月底之重大傷病證明有效領證數為 820,857 件，其中慢性精神病領證數為 202,839 件（據以免除就醫之經濟負擔），又依據內政部統計 98 年 11 月底之身心障礙者中，慢性精神病患者有 105,810 人（據以申請社會福利補助），顯見上述慢性精神病患者統計人數均較衛生署至 98 年 11 月止計有 104,232 名登錄列管個案（列管之目的是協助病人規則就醫，按時服用藥物及協助家屬做危機處理）為高。

另揆諸衛生署提供 98 年 1 月至 11 月報載精神疾患之 35 個案發生相關事件個案分析資料表可知，列管病人為 15 人（占 31.8%），而在事件發生前即診斷出其為精神病患者為 19 人（占 54.3%），亦即有 4 人（占 11.4%）應列為目前社區需要高度關懷之特殊個案，卻成為「漏網之魚」，更凸顯出精神疾病虞患之通報、列管機制未盡周延！

綜上，健保重大傷病證明慢性精神病領證數、請領身心障礙手冊之慢性精神病患數、衛生署登錄列管慢性精神病患個案數等三者之統計數據呈現頗大差距，故該署允當加強與中央健康保險局、內政部所建置之相關精神病患資料庫，定期進行勾稽比對，以建

立更為綿密之通報、列管機制，俾據以補強精神疾病相關防治工作。

三、衛生署約聘精神疾病患者社區關懷照顧訪視員之人力短缺、專業能力不足，難以適應社區照顧關懷個案管理計畫實際需求，應即改進：

衛生署針對目前社區需要高度關懷之特殊個案，從 95 年 10 月推動「精神病患者社區照顧關懷個案管理計畫」，98 年度補助各縣市社區關懷照顧訪視員 78 人，透過直接及加強訪視方式，協助精神障礙者，處理就醫、就養、就業、就學等多重之問題及需求。

惟就衛生署新收案、剛出院、干擾程度、危險行為，屬第 1 級及第 2 級個案約為 8,400 餘人，如依現行標準訪視要點訪視頻率，全年度訪視次數需 42,800 人次，考量該級數個案需較密集訪視且需處理突發狀況。爰此，以每位訪視員每月處理 30-40 人規劃，粗估約需 90 位訪視員。另屬第 3 至 5 級個案為症狀穩定，尚可規律門診或配合居家治療個案，故訪視次數約 1~2 次/年，其全年度總訪視次數需 143,176 人次，如以每位訪視員每月處理 80 人次，需規劃 150 人。綜上，如依現行標準訪視，需規劃專責社區訪視關懷員，其二者共須 240 人。另據本院諮詢社區精神醫療方面專家學者之意見，則認為：「關懷服務員是陪伴慢性精神病患之輔助人力（其無論專業能力、職前訓練均不足），正式的專業人員則為個案管理師（可由具精神衛生實務經歷的護理師、社工師…等人來擔任）。精神衛生專科護理師是經過更嚴謹的培育及考試，在國外其角色幾乎可達到醫師的功能。所以建議其人力是個案管理員的十分之一，較能夠在社區發揮獨立的治療照顧成效。若每位個案管理師照顧 50 人（國外為 30-40 人），則 20 萬領有重大傷病卡之慢性精神

病患，需要 4,000 人，全國需要 400 位精神衛生專科護理師。」

由上可知，衛生署欲有效推動「精神病患者社區照顧關懷個案管理計畫」，依其現行標準訪視作業程序估算，共須專責社區訪視關懷員 240 人，遑論專家學者所估算全國尚需要個案管理師 4,000 人、400 位精神衛生專科護理師；然而該署 98 年度實際補助各縣市政府衛生局約聘社區關懷照顧訪視員 78 人，僅占需求人數之 32.5%，故其社區關懷照顧訪視成效勢必大打折扣。為期落實推動上開計畫，衛生署應即從速補足上開所需之起碼人力，並輔以基礎職前、在職精神醫療追蹤訪視方面之專業訓練課程，以竟事功。

#### 四、衛生署訂頒「家庭暴力加害人處遇計畫規範」，惟各直轄市、縣（市）政府之執行方式未盡一致，宜請協調齊一做法，俾確保被害人權益：

查衛生署為預防及治療精神疾病，業制定精神衛生法，該法第四章針對罹患精神疾病之人有關就醫、通報及追蹤保護等，業已明確規範，爰家庭暴力加害人倘罹患精神疾病，自當依精神衛生法由直轄市、縣（市）主管機關協助提供相關醫療照護，故該署於 97 年 6 月 6 日以衛署醫字第 0970209700 號令修正公布「家庭暴力加害人處遇計畫規範」。

依據家庭暴力加害人處遇計畫規範，各直轄市、縣（市）政府應組成相對人評估小組，其成員包括：精神科專科醫師、心理師、社會工作人員、少年調查官、少年保護官或觀護人等，並指定評估小組成員二人以上，以面談、電話訪談或書面資料評估等方式，作成書面意見，惟部分直轄市、縣（市）政府因醫療資源的限制，無法將精神科專科醫師納入評估小組，影響法官對鑑定報告內容之信任。

又各直轄市、縣（市）政府礙於人力及經費限制，安排鑑定的頻率不一（平均 2 週至 1 個月），也會影響法官囑託鑑定的意願。為避免囑託鑑定之被動性，及受制於法官的個別差異，前揭「家庭暴力加害人處遇計畫規範」第 5 點增列各直轄市、縣（市）主管機關認家庭暴力事件之相對人有接受處遇計畫之必要者，亦得主動提出相關評估報告供法院參考，爰部分直轄市、縣（市）政府（基隆市、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、市等）或透過辦理簡易評估，或於法院辦理相對人預防認知講習課程等，主動將相關評估報告提供法院作為裁定處遇計畫之參考。

綜上，衛生署訂頒「家庭暴力加害人處遇計畫規範」，惟各直轄市、縣（市）政府之執行方式未盡一致，或因醫療資源的限制，無法將精神科專科醫師納入評估小組、或安排鑑定的期程過長、或未主動將相關評估報告提供法院作為裁定處遇計畫之參考等，在在影響法官對家庭暴力加害人處遇之裁判，故宜請衛生署協調各直轄市、縣（市）政府齊一做法，俾確保被害人權益。

#### **五、針對患有精神疾病者之家屬，衛生署允宜設置諮詢專線電話，並廣為宣導周知，以提供其必要之協助：**

（一）按一般家庭遇有家中成員罹患精神疾病時，常見之應對方式為：

- 1、該精神病患本身堅持不願就醫，家屬無從幫助。
- 2、該精神病患本身願意就醫，但家屬怕「家醜外揚」，而不願協助其就醫。
- 3、家屬雖已多次協助其就醫，然病情並未見好轉，使得家屬身心俱疲，放棄繼續再就醫治療。

4、家屬毫無應對精神病患之知能與經驗，不知所措，亟待外界關懷指導。

(二)又以 98 年 5 月 5 日永和市程姓丈夫砍死李姓妻子為例，李女求診之精神科醫師曾於報上發表文章，略以「親人安全誰來保障——何以精神病患往往必須在悲劇發生之後才能強制送醫？」【刊登於 98 年 5 月 11 日聯合報 A13 版】，顯見被害人不知如何自保，相關措施亦不足以協助被害人免於傷害。

(三)綜上，針對患有精神疾病者之家屬，其內心之煎熬與無力感至鉅，亟需精神醫療專業諮商服務暨社會支持網絡，適時從旁幫助，來緩解其承受之重大壓力；是以，衛生署允宜設置諮詢專線電話，並廣為宣導周知，以提供其必要之協助。

**六、台北縣政府衛生局輕忽怠慢精神疾病防治業務，導致高居全國報載精神疾患事件之 20%，核其縱任轄區類似個案一再發生，顯有疏失：**

(一)據衛生署統計 98 年 1 月至 11 月所發生疑似罹有精神疾病者之傷人自傷等不幸慘劇案例計 35 件（如附表），引發媒體大幅報導評論，深受社會各界矚目，而下列 7 件個案（高居全國報載精神疾患事件之 20%）均屬台北縣民，合先敘明。

1、98 年 5 月 1 日發生三峽鎮薛姓精神病患【為三級列管病人】掐死其姪子。

2、98 年 5 月 5 日發生永和市程姓丈夫【事件發生前診斷為憂鬱症，發生後診斷為精神分裂症】砍死妻子。

3、98 年 6 月 9 日發生泰山鄉張姓男子砍殺父母。

4、98 年 6 月 25 日發生板橋市簡姓女子刺死 4 月大嬰兒並自殘數刀。

5、98 年 9 月 1 日發生中和市葉姓自閉症個案於護送就醫過程中砍傷消防隊員。

6、98年10月10日發生新莊市林姓精神分裂症個案【為二級列管病人】砍殺其母親。

7、98年11月7日發生三重市吳姓精神分裂症個案【曾經列管過，因長期住精神照護機構爰解除列管】重擊其母親致死。

(二)承上，前揭僅98年7件台北縣民個案中，唯薛姓精神病患為三級列管病人、林姓精神分裂症個案為二級列管病人，其餘5件個案（占71%）均非列管病人，凸顯目前台北縣政府衛生局執行精神疾病防治業務仍有鉅大缺漏，欠缺事前追蹤列管輔導之防範機制，導致台北縣民高居全國報載精神疾患事件之20%，核其縱任轄區類似個案一再發生，顯有疏失。

七、台北縣政府衛生局明知執行精神疾病通報、輔導、戒護就醫等相關計畫面臨諸多困境，卻未妥為謀求改善，肇生憾事連連，殊有未當：

(一)台北縣政府衛生局於函復本院時，曾指陳其執行精神疾病通報、輔導、戒護就醫等相關計畫所面臨之四大困境：

1、台北縣幅員廣闊，在資源分布上與人口分布同樣呈現極端情形，不論是偏遠鄉鎮或是都會區，精神醫療資源有過於集中於鄰近區域內情形，造成精神醫療服務不均之現象，無法反應實際就近醫療服務之需求，惟常另因限於非管轄之醫療機構，各醫療機構配合度不足，爰多數社區精神病人仍需仰賴各鄉鎮市工作量已超重且精神科專業能力不足之衛生所護理人員協助。

2、有關執行強制就醫之基層人員專業知能部分，雖每年辦理警察、消防及公衛護士之強制就醫相關訓練，惟人員流動率高，且公衛護士復因業務多所繁忙，常疲於奔命心力



交瘁，惡性循環之下，人員多求商調，更導致需反覆訓練基層人員之專業能力，也因此人力流動率高，新進承辦人員須再學習及經驗累積程序。

- 3、民眾針對疑似精神疾病患者一律要求強制送醫，然按所謂之「有傷害之虞者」係為一不確定法律概念，造成執法人員兩難，該縣府同仁亦曾因強制送醫案件遭受強制者提告。
- 4、一般民眾對於精神疾病患者之不正確觀念，及精神病患之家屬對於疾病認識不足或無法接受，導致病情日益惡化；於相關單位提供病患協助時，家屬拒絕共同協助或拒絕出面之情況下，提供精神病患全面性照護實有難度。

(二)該局於前揭復函同時針對上述困境，臚列出具體因應對策如下：

- 1、該局將逐年增加衛生所人力。
- 2、該局將定期辦理社區精神個案管理督導會議（按目前衛生署約聘派駐轄區內之精神疾病患者社區關懷照顧訪視員之人力短缺、專業能力不足，輒以電話聯絡方式取代正規親自家庭訪視，相關訪查工作並未落實執行，致成效不彰，根本難以適應社區照顧關懷個案管理計畫實際需求），成立社區精神個案輔導專家小組，亦不定期進行各鄉鎮市衛生所個案管理及流程之輔導訪查，並將訪查結果列入年度考核成績。
- 3、加強跨市縣之合作，擬請行政院衛生署擬訂相關流程，協助各縣市合作之機制，並透過台北地區精神醫療網協調縣市衛生局相關精神衛生業務之疑義。
- 4、為強化專業人員之知能，積極辦理精神衛生各項教育訓練及研討課程，鼓勵同仁多參與教育訓練及個案研討課程，提升個案處理精確度。

5、遇有家屬蓄意隱瞞或任何情況皆不理會精神病人之情事，該局將會依法委託民間公益社團法人協助嚴重病人之保護人相關事宜。

6、積極辦理相關方案，加強宣導民眾了解精神疾病去污名化之觀念。

(三)綜上，台北縣政府衛生局執行精神疾病通報、輔導、戒護就醫等相關計畫，既已明知面臨亟待克服之諸多困境，並已有因應對策之腹案，卻未早日排除困難，積極規劃推動或協調有關機關辦理上開解決方案，肇生憾事連連，殊有未當。

**八、現行家庭暴力防治法部分條文規定，實務執行面已見不合情理、未臻周延，容有研議修正並落實執法之必要：**

(一)家庭暴力防治法第 14 條第 2 項雖規定，法院為前項第 10 款「命相對人完成加害人處遇計畫」之裁定前，得命相對人接受有無必要施以處遇計畫之鑑定。但由於保護令係屬民事保護令，法院並無強制當事人到庭之權力，法官審理家庭暴力事件，相對人無故不到庭，並拋棄到庭答辯主張之權利，常使法院審理困難。又由於該項鑑定不具強制力，影響當事人出席的穩定性，且實務上發現多數未出席鑑定之相對人，因法官所得資料有限，反而未裁定加害人處遇計畫，造成出席鑑定者幾乎都要接受處遇，未出席者反而不用接受處遇之現象。

(二)家庭暴力防治法第 15 條規定略以，通常保護令之有效期間為一年以下，並以延長一次為限，延長之期間為一年以下。惟精神疾患之生理、心理、病理因素等多屬於長期累積性問題，需要相關醫療資源持續介入照護，包括長期追蹤與藥物控制等，經由保護令裁定強制加害人接受精神治療，雖有一定成效，但因保護令有一定期限，加害人恐於期限

屆滿後，輕忽持續治療之必要性，不再接受治療而影響療效，但如不裁定強制加害人接受治療，恐加害人毫無病識感，根本不願接受治療，將更無改善可能。故針對強制加害人接受精神治療部分，宜修法另訂更具彈性之治療期限。例如保護令期限屆滿後尚有繼續治療必要者，法院得依主管機關或被害人之聲請，另為裁定。

- (三)又依「家庭暴力防治法」第6條規定，中央主管機關為加強推動家庭暴力及性侵害相關工作，得設置家庭暴力及性侵害防治基金。為落實家暴被害人保護及加害人處遇工作，內政部允宜儘速研議設置該防治基金，以利家庭暴力防治工作之推動。
- (四)綜上，內政部既為「家庭暴力防治法」之中央主管機關，而該法實務執行面已見上開不合情理、未臻周延之處，容有研議「新增強制規定之內容，並得強制相對人接受審前鑑定或審前評估」及檢討修正通常保護令之效期或採行其他相關配套措施、並儘速設置家庭暴力及性侵害防治基金。

參、處理辦法：

- 一、抄調查意見一至五，函請行政院衛生署確實檢討改進見復。
- 二、調查意見六、七，提案糾正台北縣政府。
- 三、抄調查意見八，函請內政部研議檢討改進見復。
- 四、本調查報告審議通過後，調查意見上網公告。

98年1月至11月報載精神疾患之個案發生相關事件統計表

縣市別	發生 事件數	是否為嚴重病人			是否為列管病人			診斷			精神科診斷時間			嚴重度				事發後處理		
		是		否	是		否	PSYCHO SIS	其他精神 科診斷 (憂鬱、 藥癮、酒 癮)	其他	事件發 生後新 診斷	事件 發生 前診 斷	其他	自傷	傷人	異常行 為	其他(機 構發生 事件)	刑事	住院	回家
		事件發 生前	事件發 生後		事件發 生前	事件發 生後														
台北市	1			1	1			1			1				1		1			
台北縣	7		1	6	2		5	5	1	1	4	3		7			5	2		
基隆市	1	1			1			1			1			1			1			
桃園縣	4			4	2		2	1	1	2	1	1	2	2	0	2	0	0	2	2
新竹縣	2	2			1	1		2			0	2	0	0	2	0	0	1	1	0
苗栗縣	1			1	1			1			1				1			1		
台中市	3	1	1	1			3	2		1	2	1		1		2		1	2	
台中縣	1		1				1	1			1				1			1		
彰化縣	4		1	3	1		3	2	1	1	2	2	1		3			3	1	
雲林縣	2			2	1		1	2			2			2				2		
嘉義縣	1			1	1			1			1				1			1		
台南市	1	1			1			1			1				1			1		
高雄市	2	1		1	2			2			2		1		1			2		
高雄縣	1			1			1	1					1			1	1			
屏東縣	1	1					1		1		1				1			1		
花蓮縣	3	1	1	1	1	1	1	1	2		1	1	1	1	1	1	1	1	2	
合計	35	8	5	22	15	2	18	24	6	5	10	19	6	6	13	14	2	14	18	3
百分比		22.9%	14.3%	62.9%	42.9%	5.7%	51.4%	68.6%	17.1%	14.3%	28.6%	54.3%	17.1%	17.1%	37.1%	40.0%	5.7%	40.0%	51.4%	8.6%