

《精神衛生法》修法後的電車難題

蔡旻家

壹、前言

根據衛生福利部社會及家庭署（2023）中，對於我國所頒布施行《身心障礙者權利公約施行法》的簡要介紹如下：

為於我國實施2006年聯合國《身心障礙者權利公約》（*The Convention on the Rights of Persons With Disabilities*, 以下簡稱CRPD），維護身心障礙者權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，並促進其自立及發展，特制定《身心障礙者權利公約施行法》，使得CRPD保障身心障礙者人權之規定，具有國內法律之效力。本施行法規範行政院成立身心障礙者權利推動小組，以推動CRPD相關工作，並建立身心障礙者權利報告制度及法規檢視與修正期程。

參考《精神衛生法》修正草案總說明（新北市康復之友協會，無日期），本次修法參酌CRPD以及《兒童權利公約》

（*The Convention on the Rights of Children*, CRC）等相關國際公約規範，用以提升精神疾病病人自主權、就醫權及平等對待等權力。而修正草案第30條以及第31條的修正重點說明中，再再呈現出對於病人的就醫自主權主張。

上開相關法規的制定與修正，可以看出我國正朝向障礙平權主流化的路上邁進。主流化（Mainstreaming）作為帶有ing字尾之形容詞，所衍伸出的名詞，將主流化擺在名詞字後，可以想像將該名詞，帶入逐漸進入社會主流的過程。障礙平權主流化也跟上性別主流化的腳步，期待可以透過主流化的過程，複製性別主流化的經驗，將障礙平權推展成為普世價值。

但除了障礙者本身的權益，新北市康復之友協會（無日期）在其官方網站上，亦呈現出不同的論述。協會認為本次對於《精神衛生法》修正草案中的第28條第一

項第二款：「對病人不得有下列行為：有扶養義務者經通知後，無故未盡扶養義務」對於家屬影響最大，雖後經王婉諭、林為洲、范雲以及吳玉琴等跨黨派多位立法委員，協助將該條文刪除，但卻沒有解決目前國內對於精神疾病病人後續處遇的隱患。

如同Lester（2014）在其研究中操作的電車難題（Trolley Problem）一般，面對精神疾病病人權利，以及家屬或其他社區民眾權益共同在我們面前出現衝突時，當下的倫理選擇，在人們進行道德決策的過程當中，產生一定的困境。

《精神衛生法》第28條第一項第二款之修正提案，令人細思恐極，這樣的修正提案，間接印證一句都市傳說：「一人生病，拖垮全家」。本次修法，便將「家屬人權」以及「精神病人人權」的衝撞，推上風頭浪尖。

貳、國內外對於人權的論述

承前言，我國透過《身心障礙者權利公約施行法》，將國際公約國內法化，用以保障身心障礙者人權，筆者於本段整理國內外對於人權之論述，用以強化本文對於「人權」之論述基礎。

一、我國對於人權的相關論述

我國將中華民國人民的權利及義務規

範在《中華民國憲法》（1947）第二章，凡屬中華民國人民，享有法律上一率平等原則。人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。第22條之規定：「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障」。

聯合國陸續推動核心人權公約，而我國也陸續透過通過施行法將國際公約國內法化，用以形成國際人權規範，並將其形成一種普世價值。人權體系雖然發展久遠，但陸續形成體系推估在18世紀以後，透過法治概念以及有文明的國家及國民，進而共同形成行為共同準則（翁燕菁，2017；蘇俊雄，1987）。

二、國外對於人權的相關論述

Regilme（2019）整理人權相關論述，認為可以透過形上學的角度重新思考人權，並且倡導建構主義的人權觀，需要更通俗、多元以及本土化的人權概念。人權的實現取決於個人與本地社區的組織及理性審議。

Rackstad（2020）在其研究中引用了麥基恩（McKean）對於格斯（Geuss）人權說的三個批評，其中一項提醒讀者，在現實政治中，所有的行動中一定會產生與之相關的成本，而該行動中的每一次的選擇，都會排除一系列其他潛在的行動，這些行動與當次的選擇是無法兼容的。而研究者也在最後對於這樣的批評，提出可以

透過變形的現實主義，以辯論的形式，用以糾正錯誤的陳述，透過強化的批判力，重新認識政治倫理，使現有的權力結構和意識形態形態更加清晰。

Rousseau等人（2023）的研究中指出，過去幾個世紀，各種國際公約施行以及國際公約國內法化，這些都觸發國內對於保護規範得以增加，這樣的改變使得暴力明顯減少，人權保護有所增加。人權被定義為全人類不論種族、性別、國籍、族裔、語言、宗教或任何其他身分，共同享有的一套普遍權利。其中包括生命權、自由權、受教育權和法律面前人人平等基本權利。該研究中也發現，民主國家由於當局的政治限制，不太可能實施侵犯人權行為，但在社會心理學的相關文獻論述中呈現，某些個人心理特徵，可能會促使人們支持違反人權規範的行為，例如，渴望社會主導地位或缺乏同理心。這樣的民眾支持，可能會導致民主國家可能發生侵犯人權的行為。

參、電車難題（Trolley Problem）

古典電車難題實驗設計，是透過選擇轉換軌道轉轍器，用以評估人類對於兩難困境之下，如何做出道德決策過程。電車難題也被嘗試應用在其他議題的評估之中，而筆者亦希望藉由電車難題，引入本文欲探討核心議題，藉以引發大眾對於

「家屬及社會人權」與「精神疾病病人人權」的兩難抉擇。

一、古典電車難題設計

Oftedal等人（2020a）的研究中，整理過去對於電車難題的相關研究，認為電車難題是廣泛應用在倫理學以及心理學的經典實驗，用以說明結果論以及倫理論思維之間的差異。典型的電車實驗版本，通常會出現不同的情況下進行選擇，這些情況包含造成一至五人會死亡的狀況。最初的版本，是透過電車軌道切換開的切換選擇，由受測人決定是否將電車由駛往撞擊五人的鐵軌上，轉移到撞擊一人的鐵軌上。研究團隊期待透過本次實驗，將電車難題嘗試用在疫苗接種問題上。研究團隊認為，開發測試新疫苗時，研究參與者在接種測試疫苗時，皆會產生風險，而這樣的風險，卻可以在開發新疫苗的時候，做出巨大貢獻，但風險可能會造成人命的損失，不過通過實驗後，卻可以造福全球民眾。這樣雷同使研究團隊認為這與電車難題有共同處。經過實驗後，本次研究的結果發現，兩者的分數沒有發現統計學上顯著的相關性。

Lester（2014）的研究中認為，電車難題通常會成為研究人們如何做出道德決策的常用技術。過去經典的研究設計，得到的結論都偏屬於功利主義。其中變異數可能包含了獲救人數、人員特徵等。研究

團隊發現在一個西班牙的研究當中，出先一個利他行為的結論。該次研究設計，透過蒐集受訪者如何看待將陌生人推下鐵軌改變電車路徑，或透過自殺式方式跳入鐵軌改變電車路徑，而結果呈現出大部分的受試者願意接受犧牲自己的生命，來解救鐵軌上的人員。研究團隊將該研究，換成比較美國學生選擇電車難題人選。結果發現，受測者們皆比較能夠接受自殺的方式，並認為該做法更趨近於正確的做法。這樣結果，也可驗證本次實驗的一項預測：為了拯救他人而進行的利他自殺被認為比為了拯救他人而殺人在道德上更容易被接受。

二、電車難題設計的其他應用

Oftedal等人（2020b）在另外一篇研究，用以回應電車難題是否適合用作疫苗接種測試的實驗。而其中重新說明了電車難題概念，電車難題通常被視為說明了做與允許傷害的複雜性，以及道義論和結果論觀點之間的衝突如何在各種假設場景中發揮作用。當下的實驗旨在評估人們對各種電車問題的直覺與受訪者在更具體的背景下的道德選擇的相關程度，其中道義論和結果主義推理是相關的。當次實驗目的是測試道德理論與結果論取向從枯燥無味的環境，轉移到更加情境化環境的可轉移程度。

Cao等人（2017）針對困境類型、框

架模式以及拯救生命的數量對於道德的影響程度進行研究。研究發現，困境類型、框架和拯救工人數量的主效應均顯著。困境類型與獲救工人數量的交互作用以及三個獨立因素的交互作用均顯著。結果表明，道德判斷受到框架的影響。具體來說，人們在積極或中性的框架下更傾向於功利主義，在消極的框架下更傾向於直覺主義。此外，這種影響可以通過困境類型和挽救生命的數量來調節。

肆、精神疾病病人照顧議題

我國對於精神疾病病人的認識以及照顧議題普遍多有不足，經常會有以訛傳訛的現象產生，也是造成社會對於精神疾病污名化的來源，因我國本立有專法《精神衛生法》，本文引用該法定義作為本文專有名詞之來源。並整理相關國內外對於精神疾病照顧議題論述。

一、精神疾病病人

依據我國《精神衛生法》（1990／2022）定義精神疾病如下：

指思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病。但反社會人格違常者，不包括在內。（第三條第一項）

同條第三項定義病人為：「指罹患精

神疾病之人」。

綜合《精神衛生法》規範，筆者將我國所稱之精神疾病病人整合定義如下：

「罹患思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病之人」。

二、精神疾病病人之照顧

全聯會世界醫師會工作小組（2009）在其精神疾病病人發出的倫理議題聲明中，認為精神科專科醫師在治療精神疾病病人時，不應受社會因素影響而有所妥協，應在病人有造成公共危險的狀況下，方得以例外情況處理。對於非自願性住院，因涉及到倫理爭議，醫師應將強制住院視為例外，且在有醫療必要時方得為之。

張文彬（2021）為了了解精神病人與長期照顧之關係進行了本次研究。其中發現我國長照制度對於精神疾病病人，提供長期照顧時，所產生的困境包含如下：（一）病人老化，家屬無意願接受病人返家；（二）無法有符合精神病人之特質的復能及長照服務；（三）人力不足；（四）精神病人的家庭照顧者體力、情緒、經濟負荷等需求無法獲得滿足。其中認為：「精神疾病的長期照顧制度，應以家庭為核心，進而擴大至整個社會環境」。且透過國家法律制度的制定，以保

障精神病人的長照權益。

呂嘉穎（2022）的研究結論中認為，精神疾病病人，仍有疾病發作的隱患，但其中也有發作程度、間隔的區分。對精神疾病病人而言，壓力都可能成為加重病情的最後一根稻草，就臨床實務的觀察，可以有效降低以及緩解症狀，是以適當的治療與輔導介入最有有效，其中對於家人與親友的陪伴，同樣也能發揮效果，讓精神疾病病人的病情，可以逐漸改善。

三、精神疾病病人照顧問題

孫凡軻等人（2009）對於出院精神疾病自殺病人進行被照顧的研究，認為病人因為無法調適生活而有自殺行為，又因為自殺被送入精神科急性病房進行治療照顧。出院後，協助照顧者便由醫療團隊轉移到家屬。病人可以感受到家屬日夜守護的照顧，並且維持其基本需求，使其維持心理平靜。但受訪的15位受試者中，其中有9位有產生再次自殺意念或已有再次自殺企圖。

蔣秀容等人（2016）根據前篇研究延伸對於照顧自殺企圖者之照顧負荷與經驗進行研究，發現長期照顧自殺企圖者，會造成身心俱疲的狀況，使得照顧者產生無形壓力，為了處理突發狀況，進而影響到照顧者本身的工作，陷入工作與家庭無法兼顧之窘境。又為了面對現實生活，出現睡眠紊亂而有求醫的需求。

根據相關文獻統計資料顯示，思覺失調症是復發率極高的腦部疾病，且至少33%為難治型（Refractory）。精神疾病病人回歸社區生活，需要多元以及充足的社區資源介入掌握。面對精神疾病病人，時常會受來自於症狀的影響，造成病人的認知及社會功能的退化，功能退化，也明顯造成病人在資訊獲取或服務使用上發生障礙。又以服藥遵從性為例，病人會經常因為病識感問題，導致病人會故意短服或不服用藥物；而部分因疾病造成病人減損能力後，也可能造成病人無法有效配合服藥（徐淑婷，2023；張耿嘉等人，2021）。

精神疾病病人的不可控，並非來自於疾病本身。疾病本身特性，造成人類腦部運作病變，使得病人思考及行為模式紊亂，而病人又因病識感問題，服藥順從性降低，致使病人狀態反覆著不穩定，造成照顧者壓力。

伍、精神疾病病人的社區照顧

黃耀輝等人（2018）在其研究中認為，復元理念強調精神病人的自主權，以及建立病人的嶄新生活型態，而期待透過研究，可以探討精神病患的復元歷程之現況及其相關因素等目的。研究結論認為，對於精神疾病病人在工作壓力的調適照顧，可以透過社區精神衛生護理人員提供，並且在社區協助病人對於精神疾病污名化的

因應策略，並且推動全民心理健康促進，用以提升大眾對心理疾病的認識與接納，以消弭疾病污名化，以利病患復元。

楊明仁等人（2022）的研究中，簡要的將目前臺灣社區精神疾病服務概況做了以下說明：

嚴重精神疾病病程慢性反覆發作，同時伴隨著也會出現整體功能退化現象。在去機構化運動後，臺灣目前有九成嚴重精神疾病康復者居住在社區中，不過由於針對精神康復者的社區照護未能完善發展，過去都以醫療體系社區精神復健作為替代；但因社區照護不足，嚴重影響精神康復者的人權，以及社會安全。

吳慧菁與何建忠（2023）針對我國心理衛生社會工作者在社區心理衛生中心的布建進行研究。其中認為，在社區之中，推展社區心理衛生照護模式，是以居家照護為主，並且用以提供精神疾病病人可以在社區生活的支持系統，結合家庭照顧者，推動可近性與在地化。其中有提及，在提供服務的對象中，經常會因為缺乏病識感，導致個案就醫順從性不佳，致使服務對象產生疾病的干擾狀況，產生了行為問題，進而產生了社會問題。

陸、把精神疾病病人與家屬推上軌道

雖然依新北市康復之友協會（無日

期)官方網站上所述,王婉諭、林為洲、范雲以及吳玉琴等跨黨派多位立法委員,嘗試著將兩者自鐵軌上同時移除,但細思極恐之處,使得筆者不得不進行溯源,用以知悉本次修法意涵。根據行政院新聞傳播處(2023)公開資料顯示,在《精神衛生法》修正草案的修法總說明及對照表,提出第28條第一項第二款修正案:「有扶養義務者經通知後,對病人不得有無故未盡扶養義務之行為」。觀其說明,仍援依《民法》(1929/2021)扶養責任作為論述依據,雖稱擔心親屬因相關情事無法提供扶養義務,因此訂定「經通知後,無故……」之條文,用以留下但書作為退路,再次將《民法》扶養責任扛出,將「家庭責任」議題檯面化,把家屬推上了軌道。

我國《民法》親屬篇中規定,相關親屬間,是有互負扶養之義務,並且明文正向表列扶養序列。《民法》(1929/2021)第1117條第一項規定:「受扶養權利者,以不能維持生活而無謀生能力者為限」,又同條第二項:「前項無謀生能力之限制,於直系血親尊親屬,不適用之」。前開兩項規定,可以解讀為,直系血親尊親屬,無論是否具有謀生能力,直系卑親屬皆應負有扶養義務,但除直系血親尊親屬外,尚須考量被扶養人,是否具有不能維持生活,或是否具有謀生能力。

我國除《民法》規定外,綜觀我國相

關行政法規,對於相關有「被照顧之虞」之群體,皆有相關法令介入,將「家庭責任」納入規範,用以保障被照顧者的生存權。以本文主題的《精神衛生法》(1990/2022)為例,該法規定:

病人或有第三條第一項第一款所定狀態之人之保護人或家屬,應協助其就醫或向社區心理衛生中心諮詢。(第45條第一項)

第36條第一項規定:「保護人或家屬應即時予以緊急處置」。再再可以觀察出,對於承擔責任的歸屬上,政府期待透過法律規範,將家庭納入分擔照顧精神疾病病人的行列之中。

筆者整理在臨床上,對於兩難之間選擇的家屬與住民的故事,用以呈現在臨床實務上,「家屬」、「病人」選擇的兩難。

一、來自姐姐的擔心

因服務機構屬性,目前安置在服務機構的住民,依照相關規範,可以透過正當程序進行請假手續,依規定,一個月請假上限可為14天。機構保持鼓勵住民回歸社區的理念,認為持續讓住民可以穩定返家,可以提供住民社會刺激及家庭情緒支持,用以強化住民治療動力,對於住民請假返鄉都保持著正向態度看待,但對於家屬而言,返鄉的意義就有所不同。

某天某位住民的姐姐來電詢問住民

返鄉乙事，聽著姐姐從電話彼端傳來的擔心，敘說著住民的故事，案家因手足皆成年各自離家，案家中僅剩下年邁老媽媽，已沒有力量可以在住民狀況不佳的時候，協助穩定住民，而案手足也因為各自成家，雖住居所離案家不遠，但仍然無法及時返家協助案母。

案姐觀察住民每次返鄉，因為機構有結構的生活模式，讓住民在治療環境中可規律生活，剛回家的前幾天，表現相對穩定，但陸續會開始使用提神物質（如罐裝咖啡等），日以繼夜之下，逐漸產生紊亂的生活模式。老媽媽擔心過度的關心，造成住民的反彈，而不敢介入；擔心不介入的狀況下，住民持續的作息紊亂，會導致後續的發病狀態，使得老媽媽擔心不已。

而最令人煩惱的事，雖然案家有老媽媽的擔心，但又礙於住民的狀態，也沒有辦法斷然地拒絕住民，讓案家中的其他成員煩惱不已。

二、弟弟請託的來電

近代在社團法人中華民國康復之友聯盟的推動之下，為了要推廣精神疾病病人與病共存的理念，以及持續進行大眾對於精神疾病去汙名化、提升精神疾病康復者的認同，辦理了健心盃以及鳳凰盃等，唱歌、才藝表演以及運動等競賽。

依照過往的經驗，會邀請住民家屬到場參與對於住民而言的光榮時刻，也可以

順帶促進住民以及家屬之間的情感連結，若有機會，還可以藉此踏上久未歸的家。某次辦理場域恰巧在某住民的戶籍所在縣市，依往例，住民知悉自己錄取，可以代表機構前往參加比賽，就自行致電家中，欲取得父母親的同意，在比賽之餘，返回家裡一趟。

已經雙雙年邁的父母親，憶起多年前尚未將住民送至機構時，在家中對於自己的傷害以及對於住民照顧上的無力感，讓老父親接到電話的當下，就將電話掛上，這樣的舉動讓住民手足無措，這樣的手足無措，使住民將情緒，轉換成憤怒及恨意。

老父親的擔心，透過案弟來電，重新組織這個家庭故事。電話接通的當下，案弟緊張得希望社工可以協助轉知住民，因為老父親年紀已大，許多身體機能（如聽力）已經退化，無法清楚知悉住民想要表達的內容，但並非要對住民進行遺棄的行為，希望可以透過社工轉達案家立場，不要造成住民誤解。

案家的擔心，仍是來自於住民年少時對於案家的傷害，造成案家對於住民的陰影。活動場所離案家不遠，這樣的距離，住民若私自脫隊，是可輕易自行返回家中。這樣的不確定性，造成案家擔心不已。因為這次活動，是可以增加住民榮譽感的社會參與活動，但又因為這樣的擔心，造成案家也裹足不進，無法輕易地下定決心。

柒、與家屬在同一條軌道上的社會大眾

在本文論述的電車難題中，在上述論述過程，筆者已可將精神疾病病人以及家屬，妥妥放置在鐵軌兩側，而電車難題的主要概念，用以觀察選擇過程中的兩難議題。但除了家屬之外，依照筆者透過整理相關文獻，以及近年來有關於精神疾病病人相關的社會事件，社會大眾對於安全的需求，筆者認為，社會大眾應該也站上與家屬同側的軌道之上。

顏秀珍與楊美賞（2004）在其研究前言中，呈現了目前社會大眾的眼光，對於精神病人及其家屬所產生的壓力。因為社會大眾對於疾病的錯誤認知，所以對於精神病人的眼光，都會使得照顧者期待對於精神疾病病人的照顧趨於低調，用以降低外界對於家庭的負向關注，但這樣的結果，也造成案家在提供精神疾病病人照顧時的孤立無援。

2014年鄭捷案，在臺北捷運上對於乘車民眾進行隨機殺人行為，案發後，司法系統依往例對於鄭捷進行司法鑑定，嘗試將案發行為進行歸咎，並與精神疾病產生關連。當時又將社會輿論關注到了「精神疾病病人」。

2019年，某男因罹患思覺失調症，因疾病關係，持刀刺入欲前往協助某男的鐵路警察，並且造成鐵路警察殉職。案發

當年，再次引起社會大眾譁然。

北臺灣最大的精神照護機構之一，也遭遇到社區民眾將機構視為嫌惡源的困擾。在某精神照護機構周遭的民眾，也將精神疾病病人視為不定時炸彈，對於機構的存在，也是抱著恐懼感，更甚者有認為機構具有神秘感，保持著淡漠、疏離的關係，老死不相往來的態度（張碧凰等人，2021）。

林靜蘭（2023）研究中的前言提及，社會大眾對於精神疾病病人的烙印觀感，都會造成精神疾病病人症狀加劇的風險，進而影響精神疾病病人的復元狀態以及回歸社區等。而部分不良烙印感受，也會使得精神疾病病人就醫率降低，這樣的烙印感受，可能來自於病人本身遭受到不平等的醫療照顧。

根據臺灣高等檢察署官網（2022），對於設置司法精神病院的必要性的衛教網頁上，透過QA（問答）方式，告訴閱覽者，政府為何需要設置「司法精神病院」。其回應如下：

因今年（民國109年）4月及8月間，法院接連判決殺警案、弑母案兩件具精神障礙者之被告，涉犯殺人無罪，但應接受監護宣告之強制治療，然而目前比較欠缺除能提供專業醫療、社工輔導、職能治療或心理諮商之醫療資源，又能兼顧高度安全戒護之醫療院所，作為強制治療之處所，所以今年6月18日起至7月間，由行政

院林政務委員萬億負責主持統籌，召集衛福部及法務部進行跨部會會議，研商司法精神病院之場址與相關設施之建置。

捌、討論

一、我國政策對於家屬的友善度

我國《民法》親屬篇中規定，相關親屬間，是有互負扶養之義務，並且明文正向表列扶養序列。《民法》（1929／2021）第1117條第一項規定：「受扶養權利者，以不能維持生活而無謀生能力者為限」，又同條第二項：「前項無謀生能力之限制，於直系血親尊親屬，不適用之」。除民法之外，《身心障礙者權益保障法》與《精神衛生法》等相關行政法規，多少立有「家庭責任」規範。

《民法》（1929／2021）第1119條規定：「扶養之程度，應按受扶養權利者之需要，與負扶養義務者之經濟能力及身分定之」，觀本條規定可以推估，我國《民法》所稱之扶養責任，係屬財產權之權利義務。對於具有財產權性質的扶養義務，啟動條件須為進行實際請求行為，且若對於手足進行請求時，若未經行裁定，導致沒有具體內容可供請求權人進行強制執行（蔡旻家，2018，頁28）。

來自於行政法規以及社會角色責任的壓力，使得家庭照顧的壓力，呈現出如本文主題所關心的議題，家屬與病人的電車

難題。對於精神疾病照顧問題，如張耿嘉等人（2021）及徐淑婷（2023）研究中所呈現，精神疾病病人因疾病特殊性，其中思覺失調症又是復發率極高的腦部病變，而症狀的干擾，皆造成病人的社會功能以及認知功能有顯著的退化，其中對於病識感以及藥物順從度，對於疾病照顧更加提升難度。

聯合報記者林琮恩（2023）的專題報導歸納整理相當論點，指出目前我國在社區系統之中，無法建構足以滿足照顧精神疾病病人的資源系統，包含了就業市場。這樣的資源缺乏，也經常讓病人或家屬容易將病人滯留在醫療系統之中，持續讓病人接受住院服務。

二、法律對人權保障的授權

衛生福利部社會及家庭署（2017）《身心障礙者權利公約法規概要》中，序言結語有一段話，讓筆者相信，我國用以維護身心障礙者權利的方式，係透過國際公約理念，而非以剝奪他人權利：

他們的基本權利受到尊重與保障，身心障礙者不是社會需要給予慈善對待的人口群，而是與所有人一樣是這個社會的基本公民，只是他的基本權利需要更多的支持才能獲得保障，社會與國家提供給身心障礙者的基本人權保障，也不是因為我們簽了這個公約，而是他們與生俱來的人權。唯有尊重這個社會中每個份子的基本

權利，我們社會才會更好。（頁9）

我國《行政程序法》（1999／2021）第四條至第八條對於行政行為進行了規範，包含第七條及第八條保護機制。衛生福利部社會及家庭署（2017）《身心障礙者權利公約法規概要》中，可以看見我國引入CRPD，是為透過國家政策行為，用以弭平身心障礙者因其障礙導致的權利行使之喪失。並且透過法治程序，用以實踐身心障礙者平等的法律權利與能力。目前我國《民法》（1929／2021）及《中華民國刑法》（1935／2023），都將成年或負完全責任人之年齡定於18歲，而《民法》更將18歲以上視為自然人，須為自己行為負完全責任。綜此，筆者認為，不應將一自然人之行為管制責任加諸在另一自然人之上。

《中華民國憲法》（1947）也提供保障人民之生存權、工作權及財產權的最高法源。在第22條更明文規定：「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障」。但，在其他行政法規太容易把「扶養」乙事，從原先財產權請求，擴大解釋到人格權保護。進而造成為了保障病人人權，卻將保護責任追加在家屬身上，致使家屬的權利受損。

三、責任全放在家屬角色之議題

不可諱言，我國精神疾病病人照顧體系中，家庭照顧者對於醫療團隊是重要

支持系統。我國某醫療機構，透過個案報告的模式，呈現利用出院服務的概念，服務一名因為家庭功能不佳，持續有精神病症狀干擾的病人，反覆住院的過程。由主責護士，在院照顧期間，透過護理問題評估，透過出院準備的概念，擬定出增加服藥遵從性、自我照顧能力以及家屬因應能力等照顧目標，在與精神醫療團隊成員及個案家屬協調，促使個案返回社區，使個案可以在社區中，維持基本社會功能，從後續追蹤中可以觀察透過本次介入，有其相當成效（康云瑄等人，2004）。

綜觀近年國內有關照顧者的相關研究中，可看見照顧者為提供被照顧者的照顧行為，而對自己犧牲工作及家庭，以及看見精神疾病病人，多次重複的症狀表現，使得照顧者感受到壓力（孫凡軻等人，2009；張文彬，2021；蔣秀容等人，2016；顏秀珍、楊美賞，2004）。就上述研究提及，筆者感受到，家庭照顧者，為了照顧精神疾病病人，照顧者也被社會以及政府，被迫著使得自己的自由與權利遭受侵害。

玖、建議

根據CRPD的理念，國家與社會應須推動相關制度，用於保障身心障礙者基本人權，依據我國《中華民國憲法》（1947）所稱，政府需要對人民之生存

權、工作權及財產權進行保障。又對於人民的自由權分散於數條規範，筆者於此將統稱為自由權，也歸於基本人權，本文將就相關議題整理建議如下。

一、工作權

對於工作權之保障，我國勞動主管機關持續以「同工同酬」作為保障「身心障礙者」工作權的基本論述，但卻始終與實務脫節的概念。而脫節的緣由來自於何為「同工」。精神疾病病人的特殊性，工作產能很難達到「資本世界」中與他人「同工」的境界，因此只能以「同時」替代「同工」，這樣的狀態，不容易被資方接受，持續導致工作權益被損害。我國目前就業服務僅將工作場域區分為「競爭性職場」、「支持性職場」及「庇護性職場」。未來是否可參考「加工出口區」的設置理念，設置「身障專區」，用以分類分流工作類型，創造符合身心障礙者特性之職種及職缺。

二、照顧責任

人民之生存權，筆者相信應包含「身障者」、「家屬」及「社會大眾」。太多的故事告訴我們，照顧身心障礙者的家屬，已經造成家屬以及身障者本身的生存權被侵害，但政府仍透過眾多的規範，將責任下放給家屬。我國《行政程序法》（1999／2021）在第7條明文規範行

政行為原則，包含了對人民的權益損害最少以及不得失衡原則；《民法》（1929／2021）第18條規定：「人格權受侵害時，得請求法院除去其侵害」，依該法第195條，人格權包含了：「身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益」，且請求權不得讓與或繼承，上開條文之相關內涵，皆可支持將扶養責由「家屬」角色抽離。筆者建議，政府應提高其對需照顧國民之照顧責任，例如，在「精神疾病病人」存有被照顧之需求時，便是政府的社會福利系統介入時機，用以降低身障者照顧議題對於家屬的生存權侵害。

三、就醫權

根據我國《精神衛生法》（1990／2022）相關規定，目前我國精神疾病病人，除在特殊條件下的嚴重病人外，可自行選擇門診、急診、全日住院、居家治療等治療模式。考量CRPD、《精神衛生法》以及《醫療法》精神，精神疾病病人應可在其認為有需要取得醫療協助時，由本人便可選擇決定自己的醫療意向，醫療院所不應以需取得法定代理人、配偶、親屬等人同意，方得施以治療為藉口，剝奪未有被「監護宣告」或「輔助宣告」病人的就醫選擇權。用以增強病人本身的就醫自主權利，也降低家屬對於病人就醫選擇的責任。

（本文作者為衛生福利部玉里醫院社會工作師、國立空中大學社會科學系兼任講師）

關鍵詞：精神疾病病人、家屬、電車難題

參考文獻

- 《中華民國刑法》（1935／2023修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=C0000001>
- 《中華民國憲法》（1947）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=A0000001>
- 《民法》（1929／2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=B0000001>
- 《行政程序法》（1999／2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=A0030055>
- 《精神衛生法》（1990／2022修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=L0020030>
- 全聯會世界醫師會工作小組（2009）。〈世界醫師會關於精神疾病病人倫理議題之聲明〉。《臺灣醫界》，52（3），32。<https://doi.org/10.30044/TMJ.200903.0004>
- 行政院新聞傳播處（2023年1月13日）。〈政院通過《精神衛生法》修正草案 中央地方合作共同鞏固社會安全網〉。行政院。<https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/d7012a01-cca9-4624-bce7-6d4938e00f99>
- 吳慧菁、何建忠（2023）。〈臺灣心理衛生社工於社區心理衛生中心之布建〉。《醫療品質雜誌》，17（1），58-62。<https://doi.org/10.53106/199457952023011701008>
- 呂嘉穎（2022）。〈論我國替代役制度對精神疾病患者的不友善——從法制層面談起〉。《法律扶助與社會》，9，1-24。[https://doi.org/10.7003/LASR.202209_\(9\).0001](https://doi.org/10.7003/LASR.202209_(9).0001)
- 林琮恩（2023年7月22日）。〈精照困境2／社區長不出支持服務 精障者困在醫院20年〉。聯合新聞網。<https://udn.com/news/story/7314/7318525>
- 林靜蘭（2023）。〈融入反烙印之精神衛生護理教育模式〉。《護理雜誌》，70（1），29-34。[https://doi.org/10.6224/JN.202302_70\(1\).06](https://doi.org/10.6224/JN.202302_70(1).06)
- 孫凡軻、黃惠滿、葉淑惠、林秀玲、郭雅玲、李昱（2009）。〈精神疾病自殺病人出院後被家屬照護的經驗〉。《長庚護理》，20（1），37-50。[https://doi.org/10.6386/CGN.200903_20\(1\).0004](https://doi.org/10.6386/CGN.200903_20(1).0004)
- 徐淑婷（2023）。〈協助精神病人跨越社區生活障礙：康復導向個案管理〉。《醫療品質雜誌》，17（1），14-19。<https://doi.org/10.53106/199457952023011701002>
- 翁燕菁（2017）。〈對話與爭議：從歐洲人權法圖像論臺灣施行人權公約之實質意涵〉。《臺大

- 法學論叢》，46（S），1115-1201。<https://doi.org/10.6199/NTULJ.2017.46.SP.02>
- 康云瑄、楊政議、鄭淑琴、蕭淑貞（2004）。〈應用出院準備服務概念護理一位情感型精神疾患之經驗〉。《輔仁醫學期刊》，2（1），9-15。<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=18102093-200403-2-1-9-15-a>
- 張文彬（2021）。〈精神疾病與長期照顧的距離：論2018年龍發堂事件後的精神病人長照制度〉。《社科法政論叢》，9，1-41。[https://doi.org/10.6268/RSSLP.202103_\(9\).0001](https://doi.org/10.6268/RSSLP.202103_(9).0001)
- 張耿嘉、鄭靜明、李柏鋒、方思婷、歐陽文貞（2021）。〈思覺失調症患者非計畫性十四天再入院之相關因素探討〉。《醫學與健康期刊》，10（2），21-31。
- 張碧凰、洪翠妹、鄒淑萍（2021）。〈應用綠色照護改善精神醫院與其鄰近社區關係的歷程與成果〉。《醫院雜誌》，54（3），30-39。<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=P20190424001-202109-202109290021-202109290021-30-39>
- 黃耀輝、林幼喻、李世凱、李明峰、林靜蘭（2018）。〈精神病患復元歷程之相關性研究〉。《護理雜誌》，65（2），64-74。[https://doi.org/10.6224/JN.201804_65\(2\).09](https://doi.org/10.6224/JN.201804_65(2).09)
- 新北市康復之友協會（無日期）。〈反對精神衛生法修法 針對性懲罰家屬〉。2023年7月12日，取自<https://www.ntcami.org.tw/resources/99>
- 楊明仁、施春華、張惟盛、文榮光（2022）。〈嚴重精神疾病康復者之社區精神復健與社區長期照護〉。《台灣醫學》，26（3），363-367。[https://doi.org/10.6320/FJM.202205_26\(3\).0012](https://doi.org/10.6320/FJM.202205_26(3).0012)
- 臺灣高等檢察署（2022年6月27日）。〈設置司法精神病院的必要性〉。<https://www.tph.moj.gov.tw/4421/4475/632364/807706/post>
- 蔡旻家（2018）。《從醫務社會工作觀點看公醫責任與病患手足扶養責任執行之困境》（碩士論文，國立東華大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/4yht94>
- 蔣秀容、王珮珩、齊美婷、顧艷秋（2016）。〈照顧自殺企圖者之照顧負荷與經驗〉。《榮總護理》，33（1），77-86。<https://doi.org/10.6142/VGHN.33.1.77>
- 衛生福利部社會及家庭署（2017）。《身心障礙者權利公約法規概要》。
- 衛生福利部社會及家庭署（2023年7月12日）。〈身心障礙者權利公約施行法〉。CRPD身心障礙者權利公約。https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=C&bulletinId=62
- 顏秀珍、楊美賞（2004）。〈社區精神病患之主要照顧者被病患身體攻擊後的反應〉。《台灣醫學》，8（6），786-793。[https://doi.org/10.6320/FJM.2004.8\(6\).05](https://doi.org/10.6320/FJM.2004.8(6).05)
- 蘇俊雄（1987）。〈人權問題之法律適用原則與案例〉。《臺大法學論叢》，17（1），81-92。<https://doi.org/10.6199/NTULJ.1987.17.01.03>
- Cao, F., Zhang, J., Song, L., Wang, S., Miao, D., & Peng, J. (2017). Framing effect in the trolley problem and footbridge dilemma: Number of saved lives matters. *Psychological Reports*, 120(1), 88-101. <https://doi.org/10.1177/0033294116685866>

- Lester, D. (2014). Altruistic suicide in the trolley problem. *Comprehensive Psychology*, 3. <https://doi.org/10.2466/12.07.CP.3.6>
- Oftedal, G., Ravn, I. H., & Dahl, F. A. (2020a). No correlation between ethical judgment in trolley dilemmas and vaccine scenarios for nurse specialist students. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 15(4), 292-297. <https://doi.org/10.1177/1556264620911234>
- Oftedal, G., Ravn, I. H., & Dahl, F. A. (2020b). Do we need empirical research on the use of trolley dilemmas in applied ethics? Reply to commentary by Heidi Matisonn. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 15(4), 300-301. <https://doi.org/10.1177/1556264620939805>.
- Raekstad, P. (2020). Realism, utopianism and human rights. *Political Studies Review*, 18(4), 542-552. <https://doi.org/10.1177/1478929919868596>
- Regilme, S. S. F. (2019). The global politics of human rights: From human rights to human dignity? *International Political Science Review*, 40(2), 279-290. <https://doi.org/10.1177/0192512118757129>
- Rousseau, D. L., Gorman, B., & Baranik, L. E. (2023). Crossing the line: Disgust, dehumanization, and human rights violations. *Socius: Sociological Research for A Dynamic World*, 9. <https://doi.org/10.1177/23780231231157686>