

精神病医院管理研究

(第七次全国精神病医院管理学术会议论文集)

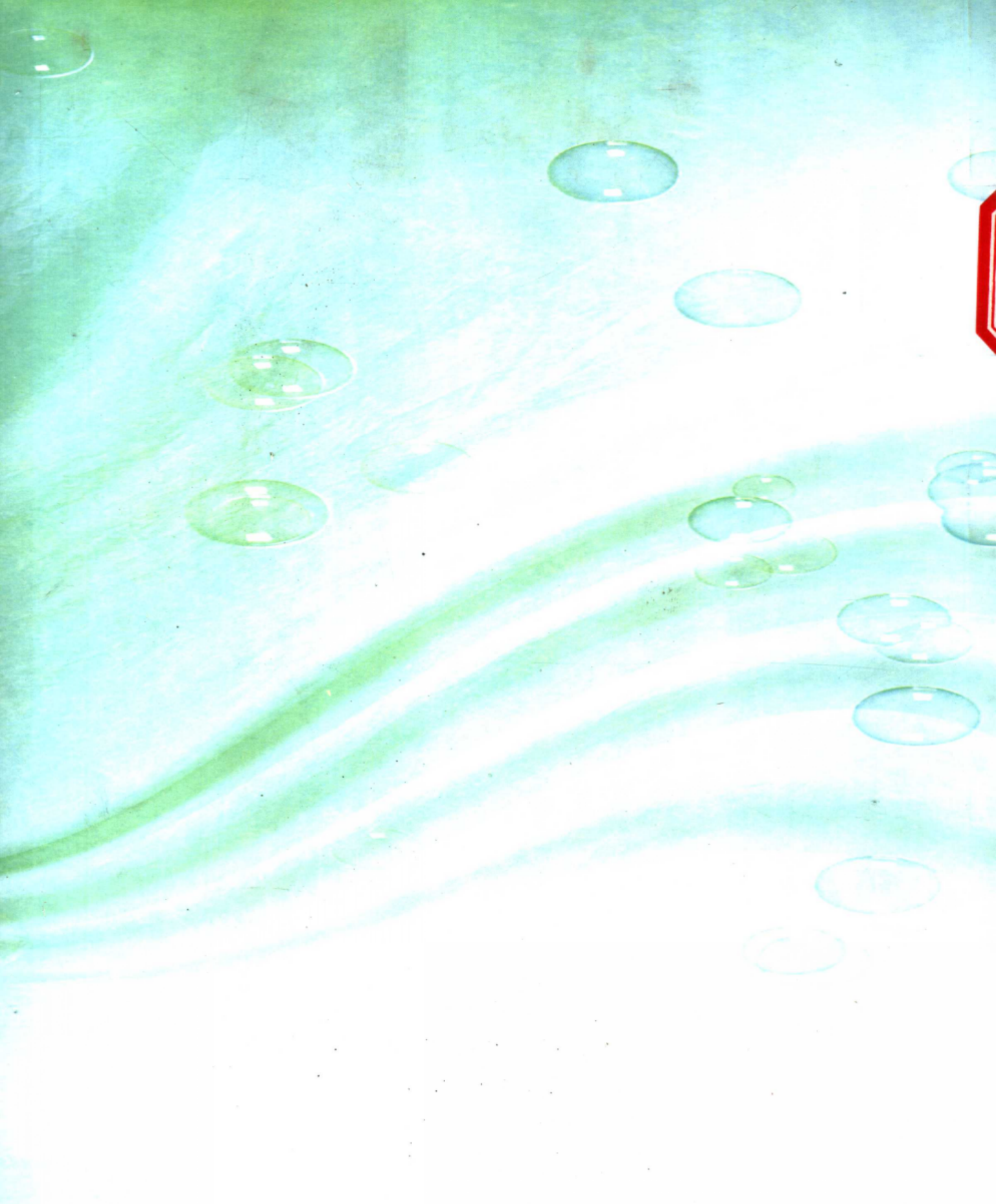


中华医院管理学会精神病医院管理分会 主办

河南省精神病医院 协办

成都大西南制药股份有限公司

二〇〇五年九月·河南·新乡



本论文集由康弘集团成都大西南制药提供赞助印制

目 录

以科学发展观审视我国医学科学研究的现状·····	秦伯益 1
精神科的医疗职业性伤害·····	王祖承 3
经济欠发达地区精神病医院发展的探索·····	吕路线 10
论医院经营战略的制定与实施·····	陈少仕 13
构建我国新型的精神卫生服务提供模式的思考·····	黄宣银 文红 向虎 15
《四川省精神卫生条例》(征求意见稿)的内容介绍·····	黄宣银 18
关于规范心理卫生科住院患者告知书的建议·····	黄宣银 杜海英 向虎 19
股份制精神病专科医院创新经营模式·····	任茂省 24
公立医院全面实施岗位工资制改革的实践与思考·····	车志强 25
成本核算在公立专科医院的应用与探索·····	苏国民 车志强 29
精神病院人才流失原因及解决方式初探·····	任朝晖 李文超 32
全面施行科学管理 促进医院健康发展·····	孙立中 张斌 34
发挥精神病专科医院在维护稳定及社会治安综合治理工作中应有的作用·····	刘文浩 37
虹口区精神疾病康复工作的现状与瞻望·····	张少平 39
利用成本核算促进精神病医院经济管理·····	娄振春 44
精神病医院生存与发展的思考·····	王世纪 45
精神专科医院开展特需服务中的法律问题初探·····	沈均 姚明 46
精神病医院发展策略·····	陈晓辉 48
将精神卫生工作纳入公共卫生管理之我见·····	汤光宗 成冬先 魏琼 张肆毛 张莹 49
新时期精神专科医院发展定位问题初探·····	沈均 徐健 52
评估考核促进街镇(乡)社区精神卫生工作·····	杨栋元 黄敏 陆怡 52
医院生存发展关键在于人才的培养·····	王金环 55
深化全员聘任制 探索用人新机制·····	谢培林 56
目前社会福利院精神病人潜在的法律问题·····	何大安 58
市场经济条件下民政精神病医院人才开发与利用探讨·····	赵一超 熊书银 60
加强重点学科建设 提高精神病专科医院整体水平·····	陈四军 62
浅谈精神病医院特征及管理经营策略·····	郑芙蓉 64
我院城市流浪精神病人的管理现状及思考·····	张红卫 张巧稳 68
解析中国当代医患关系紧张缘由·····	陈圣祺 70
精神病人的社会管理与预防·····	韩作锋 76
浅议医院管理与医患双方的关系·····	冯健全 李秀华 卢鸿雁 79
医疗纠纷中宽宥医务人员的理由探讨·····	刘平 81
与时俱进 积极开展社区卫生服务·····	刘平 易献春 82
改良电休克治疗室的管理·····	朱良君 85
季节指数预测法在精神病医院管理中的应用·····	肖昌湖 李鲁宁 86
加强技术创新 提升医院核心竞争力·····	高海琪 88
论新形势下精神卫生工作的发展·····	朴铁峰 90
浅谈精神病院的企业化管理·····	欧雷刚 93

精神病专科医院医疗纠纷发生的常见原因与防范·····	赵振环 黄兴莲	94
提倡“仁心慧术”“智德合一” 促进医院发展·····	李建芬	97
战略决策之探讨—以上海市某区卫生系统的战略决策为例·····	张少颢	99
精神病专科医院成本核算探析之我见·····	童香年	103
医院成本核算与效益工资核算的探讨·····	张传运	104
强制医疗的法律问题研析·····	王健博	106
走出困境 谋求发展—在基层精神病专科医院四年的工作回顾·····	王坚平	109
将质量管理融入医院文化·····	王基鑫	111
充分发挥女职工在建设和谐医院中的积极作用·····	张颖	113
创文明品牌医院 走可持续发展之路·····	钟桂芳 张颖	115
浅析医患关系在医疗纠纷中的作用·····	张颖 沈胜奎	118
医务人员法律意识是防范医患纠纷的关键·····	肖华清	120
湖南省精神卫生资源现状调查—机构分布和床位设置·····	李育成	122
抓住机遇 以人才带动发展·····	赵海荣	126
加强医院管理 促进医院发展·····	匡奕华 刘繁华	128
现代精神病医院发展之我见·····	邹开庆	130
谈医院的管理创新·····	欧美群 卢宝员	133
精神疾病患者康复需求调查分析·····	姚新伟 王珏 鲍忠良	135
关于精神卫生服务模式的思考·····	吴敏仙	136
上海市精神疾病社区康复信息管理系统运作及效果评价·····	孟国荣 姚新伟 李学海	138
上海市精神疾病社区康复信息管理系统的建设·····	孟国荣 姚新伟 朱紫青 张明园	140
上海市精神疾病临床医学中心的建设成效和体会·····	金友兰 李飞 江开达 徐峰	143
提高医院行政管理工作效率之我见·····	黄海红	147
如何防范医疗纠纷与自身维权问题浅谈·····	谈彪	149
挖掘潜力 拓宽领域 推进精神卫生医疗机构建设与发展·····	钮富荣	150
浅析精神病医院的管理与发展·····	安国营	152
精神病人的“特殊”护理·····	唐明山 袁祖华	153
我院制定《综合目标管理责任制实施方案》的做法和体会·····	刘仲普 李春升 张传运 时小燕	154
加强医患之间的信息沟通 减少医患纠纷事件的发生·····	刘荣嵩	157
如何提高精神病院的竞争力·····	王丽君 戴景欣 何俊鹏	159
精神科护理计划智能系统的研制·····	梁绮美 叶敏	161
精神科护理中的常见法律问题及对策探讨·····	林建葵 梁绮美 魏国英	162
推进全成本核算 提升医院竞争力·····	葛忠良 卢伟良 黄恩	163
核算在医院管理中的认识·····	赵洪山	165
农村社区女性自杀调查及危机干预·····	侯合云 张兵 李雪江 师秀芹	167
精神病医院经营风险及预防对策探讨·····	林跃泉 王勇	167
淮北矿业集团精神病防治院发展思路与改革实践·····	孙仲礼	169
健康教育对预防精神分裂症患者复发的影响·····	苏保育 陈汝兰 杨宇 钟皓 刘伟勤 梁润娣 曾美平	171
关于对精神病患者实行互助管理的初探·····	彭志国 钱援江	174
精神科医疗质量管理应注意精神药物的临床应用·····	王秋菊 黄青松	175
搅活一池春水靠人材·····	吕德鹏	175
精神病医院发展道路之我见·····	阮水英 阮水良	178

锐意创新 再创专科医院发展新思路·····	丁志杰 179
重视精神科护士素质与道德修养·····	熊英红 180
循证护理理念在精神科护理质量管理中的应用·····	何汝冰 182
医生的不良心理对临床诊治的影响·····	孙长军 183
整合药品资源 提高资金管理效益·····	姜治富 黄云 185
稳固三级网络 完善服务体系 扎实推进农村基层精神卫生防治康复工作·····	房娟 187
厦门青少年心理健康分析与对策讨论·····	张大勇 190
核算和非核算科室变动工资的分配及其关系的探讨·····	李春升 刘仲普 时小燕 张传运 192
强化教育 健全制度 加大监督 促进精神卫生事业健康发展·····	王路达 193
精神病开放性管理向社会化家庭式康复方向转变·····	何连霞 周鸿飞 周帅 何振峰 197
后勤社会化改革的探索与实践·····	牛伟 198
住院精神病患者攻击行为对医务人员伤害情况分析和对策·····	何艳 张长军 冯砚国 王春霞 203
专题报告 (PowerPoint)	
以科学发展观审视我国医学科学研究的现状·····	秦伯益 205
新经济时代的企业家精神: 创新与超越性思维·····	王健 214
创建学习组织——西安市精神卫生中心的发展策略: 昨天、今天、明天·····	师建国 220
企业与管理·····	郝晓锋 225

以科学发展观审视我国医学科学研究的现状

秦伯益 北京军事医学科学院 100850

一、“科学发展观”的提出是执政党指导思想的重大进步

解放以来,中国社会经过两次指导思想上的重大转变,构成了三种不同的社会模式。1949年解放到1978年十一届三中全会以前是“以阶级斗争为纲”,1978年到2002年党的十六大,是“以经济建设为中心”。十六大以来是“坚持全面、协调、可持续发展的科学发展观”。三种模式下,领导方式和社会实践结果都是不同的。“以阶级斗争为纲”就不断地搞运动,每次运动都要一分为二,不断地从自己队伍里分出去一部分人作为“敌人”或跟“敌人”跑而犯了错误的人。结果是队伍越分越小,天下大乱。科学研究工作受到极大破坏,科技人员受到极大打击。“以经济建设为中心”的指导思想确立后,克服了不断搞运动的弊政,集中全国人民的精力搞经济建设,取得了持续20多年的高速增长,成就是举世瞩目的。但一味抓经济建设,抓GDP的增长值,也出现了偏颇,这就是社会各方面出现了明显的差别。现在党中央提出“科学发展观”,正是吸取了建国半个多世纪以来正反各方面的经验教训,吸取了国外成功与失败的理论与措施,非常及时地提出来的建国指导思想。对今后中国的发展将具有决定意义。

“科学发展观”的核心是“以人为本”。解放后,长期以来,在如何对待“人”的问题上,我们经常违背着马克思关于“人”的学说。马克思是非常关心人,爱护人的。马克思关心人的全面发展,尊重人的个性,鼓励个人才能的发挥。马克思呼吁要把人从生产桎梏中和思想禁锢中解放出来。马克思关于“人”的学说,不只是“人民”的总概念,而是具体到每一个“人”。马克思说:“每个人的自由发展是一切人自由发展的条件”。西方资本主义国家从文艺复兴以来一直强调人文精神、人本主义,大讲人道、人性、人情、人权。我们却一开始就把资产阶级看作是敌人,“凡是敌人拥护的我们就要反对”。因此,我们不提人文精神、人本主义,不断批判“人道主义”、“人性论”,把富有“人情味”的戏剧长期禁演,避谈“人权”。几乎到了“谈人色变”的程度。现在好了,党中央正式提出要“以人为本”,强调人文精神,倡导“人道”、“人性”、“人情”、“人权”。

以上指导思想的进步,对我们医学界来说,是感到无比亲切的。中国古代,历来主张“上医医国,中医医人,下医医病”。由于社会分工的不同,医国靠政治家,医人靠教育家,医病靠医学家。但贯穿其中的是一个“医”字,就是对人的关怀。关怀人的机体健康,就要医病;关怀人的心理健康,就要医人;关怀人的生存环境,就要医国。我国医务界也确实有人从医病开始,进而医人的,最突出的代表就是鲁迅;也确实有人从医病开始,进而医人、医国的,最突出的代表就是孙中山。因此,不为良相,便为良医,历来是我们医务界的信条。为此,我们医务界人士关心国家政治生活是顺理成章的事,国家政治生活会影响我们的医学科学事业也是题中应有之义。坚持以人为本的科学发展观,我国的医学科学事业将大有希望。

二、当前医学科学研究中存在的主要问题

科学研究,贵在创新。但创新思维的形成与发展却常常受很多传统思想的束缚。科学技术的进步经常以思想解放运动为先导。发展科技,需要政治民主和学术自由。历史上,世界科学中心先后在不同国家的出现都伴随着这些国家思想解放运动而产生。如意大利是文艺复兴,英国是宗教革命,法国是启蒙运动和政治革命,德国是哲学观念的变革,美国是开国后的思想解放和技术创新。科学中心不会出现在封建君王的文化专制时期,也没有出现在对领袖人物个人崇拜的年代。国家要发展科学,不能没有民主,现代科学总是和民主政治同步发展的。只要科学,不要民主,没有成功的先例。如果说,没有市场,就没有技术;那么,没有民主,就没有科学。一个国家科技兴衰的历史,总是反映着这个国家民主进程的历史。我国科技界既有2000多年封建传统文化的思想束缚,又有20多年“左”倾空想共产主义和个人崇拜的思想束缚。从小受的是应试教育,长大后又要服从应试科研和国家体制中的各种应试,可以自由思考的空间很小,因此我国原创的科技成果很少。这种状

况,在改革开放后是有进步的,特别是1995年党中央确定了实施“科教兴国”的战略后,科学技术研究领域发展是较快的。2003年党中央又提出“要繁荣和发展哲学社会科学”,明确了“政治宣传有纪律,学术探讨无禁区”的方针,情况有明显好转。应该明确政治行为和学术行为的区别。政治行为必须保持一致,服从组织;学术行为应该勇于质疑,挑战权威。

社会浮躁正在导致科技创新的贬值。全国解放后,人民急切希望及早摆脱过去长期积贫积弱的状态,迅速富强起来。但事物发展总有它自身的规律,人为地制造奇迹,结果总是适得其反。我们曾经在政治上浮躁过,政治上付出过代价,在经济上浮躁过,经济上付出过代价。现在全社会各行各业都浮躁起来了,连一向沉稳平静的科技界也浮躁起来了,说明浮躁作为一个社会病症已经不轻了。浮躁满足的是急功近利,会取得一时表浅虚妄的成绩,是“竭泽而渔”。“竭泽而渔,非不得鱼,明年无鱼”。因此很多成果昙花一现,泡沫一阵。近年来,科技创新的口号喊得震天响,结果使创新明显贬值。事事创新,处处创新,人人创新,导致创新口号化,庸俗化,严重地干扰了正常规范工作的开展,影响了科研协作的进行,引起了各种科研道德行为失范的出现,直至学术腐败的发生。

由于以人为本的科学发展观还没有统领当前我国医学科学研究工作,因而在医药卫生工作中出现了几个明显的误区。首先,每个人的生活质量都在提高,衣、食、住、行有明显改善,但人们的生存环境却在恶化,各种物理的、化学的、生物的致病因素都在增加。其次,预防为主口号喊了半个多世纪,但现实中,重视程度、资金投入、成果评价、人才选拔等方面,重治疗重预防的倾向仍很明显。依旧是“曲突徙薪无恩泽,焦头烂额为上宾”。再次,分子生物学的崛起,使医学科学逐渐向微观倾斜,宏观有所放松。结果是,小问题越做越深,大问题越做越少。言必及基因,话不离分子,结果基础医学不断进步,医学模式却在倒退,从“生物-心理-社会医学模式”又在向“生物-医学模式”倒退。还有,医学界至今一直以死亡指标作为判断疾病严重性的依据。因此,心、脑血管病和恶性肿瘤始终是医学研究的重点。如果以影响劳动为指标,无论如何传染病仍是主要的。如果以社会危害为指标,那么药物依赖、艾滋病等就更应注意了。最后,疾病谱也在变化,而目前医学科学研究没有相应的调整。20世纪上半叶,可以说是传染病时代,当时人类受寄生虫、细菌、病毒等的威胁最大。20世纪下半叶,可以说是躯体疾病时代,心、脑血管疾病、糖尿病、创伤等的危害性凸显了出来。21世纪上半叶,将进入精神疾病时代,重症精神病、儿童行为问题、酒精滥用、毒瘾、老年精神疾患、学生心理障碍、自杀等将构成对人类健康非常突出的威胁。当前医学科学工作还没有对此作出相应的安排。

三、以科学发展观部署医学科学研究的全盘工作

医药卫生工作的改革有它自身的特点和规律。在市场经济的大潮下,如何体现医药卫生工作既有社会公益特征,又有市场规律这样双重性质,把握好改革的方针将是改革成败的关键。在计划经济时代,医药卫生工作的主流是社会公益性质,其弊端是医生吃大锅饭,好坏不分,缺乏竞争创新的激励机制。过早地实行公费医疗制,结果浪费惊人,国家不堪负担,医院越搞越穷,缺乏自我发展的良性机制,这样当然不行。但市场经济机制引入医药卫生工作后,又出现了新的不平衡。如农村医疗体制改革还没有落实,赤脚医生已先穿上了鞋子;城市医疗体制改革还没有落实,公费医疗制度已有了变化;全国防疫体系建设还没有落实,基层防疫队已经开始散架;医生自身法律保障还没有落实,就把医生推到病人对立面等等。这些在社会转型期发生的问题,都有待于深化改革解决,而医药卫生界的深化改革应始终把握好“以人为本”的科学发展观。

医学科学研究同样贵在创新,同样应符合创新的规律,不是主观愿望所能左右的。我国在组织大型科技工程实施中有比较成熟的经验,从两弹一星到神舟5号,都取得了重大的成就。我国在鼓励原始创新方面,虽然也一向很重视,但还缺乏有效的制度保证,原始创新需要给研究人员有较自由的研究空间,尤其是选题空间。很多原始创新事先不可能预定好目标和计划,应由研究人员在研究过程中不断捕捉信息,形成思路,通过实证,寻找规律。因此,一切通过计划进行科研的管理模式是无法保证这类创新课题的完成的。科学研究应该实施分类管理,对不同类型的人员,不同性质的题目,不同阶段的工作,管理方式都应该有所区别。而这一点,目前是远没有做到的。目前是应试科研的体制。一个大学生毕业后,就忙着做硕士、博士,一路应试。正式工作后从实研、助研、

副研、正研，到硕导、博导，一路应试。做课题，从执行人，到负责人、指导人、领导人；申请基金，从论证、申报、答辩、检查、总结，到验收；写论文，从撰稿，到投寄、审稿、修改、刊登；成果申报，从单位审、部门审、省市审，到国家审；专利申报，从撰写、查询、审批、公告，到应用；一切科研活动的实践，无不在应试规范之下。这种应试科研正消耗着科研人员的时间精力和聪明才智。这种应试体制，有利于管理低水平的计量工种，绝对不利于高水平的创新活动。这是我国近年来为什么一直急盼出现大的原始创新，却一直出现不了，反而伪科学迭有报导，科技界浮躁的作风，急功近利的现象却日益严重的主要原因之一。

科技创新贵在人才。世上各行各业都是为人而做的，也都是靠人去做的。可以说，天下攘攘，都为人忙；天下纷纷，都靠人定。天地间，人为本。当今世界各种竞争，政治的、军事的、经济的、外交的，说到底，是人才的竞争。现在人们都认识到，美国最为成功的是人才政策，我国最有问题的是用人制度。在用人上，往往只注意考核个人的水平，而不太注意人才队伍的整体结构，往往只注意看个人作用的大小，而忽视整个团队精神的发挥，因此较难完成大的科研协作项目。正如有的专家归纳，现在科研大协作往往经历这样几个步骤：论证时同心同德，计划时同舟共济，工作时同床异梦，见成果时同室操戈，到最后同归于尽。我国医学科研力量总的来说还比较薄弱，更应该发扬组织优势，团结协作，攻克难关。在协作中要提倡互相让利，争取双赢。互相让利，才能把事情办成，事情办成了，大家有利；如果相互争利，事情就办不成，事情办不成，谁也没利。相信经过正反几方面的经验和教训，我国医药科研队伍会上新的台阶。在坚持“以人为本”的科学发展观的前提下，我国医学科学研究事业必将推向新的高度，再创新的辉煌。

精神科的医疗职业性伤害

王祖承 上海市精神卫生中心 200030

有关对精神病患者的保护、监护、人格尊重等问题已日益被重视，各种规定、条例、法律也逐渐完善起来，但对从事精神科的医务人员可能会受到职业性伤害的认识还不够，本文在此介绍有关精神科的职业性伤害。

一、定义

指从事医疗工作的人员，在其工作的过程中或在工作的环境中所遭受到的人身伤害，称为医疗职业性伤害。在精神科医疗工作中，有关职业性伤害的发生频率更高、程度更重，故更需引起各有关方面的重视。

二、研究本课题内容的意义

在医疗工作场所，尤其是在医院中，会发生各种失误，意外事故，成为在医疗过程中最大的问题。这些问题，历来是指对患者而言，以使患者能安全参与就医的全过程，称为“Patient safety action（患者安全行为）”。但另一方面，对从事医疗工作的人员而言，遭受到的伤害也很多。尤其在特殊医疗机构中，因其工作的特殊性，更易遭受到伤害，这是由医疗职业性的特点所决定的。因此，也是医务人员所面临的压力之一。

对患者而言，因就医而遭受到的损失（如误诊、误治等）称为“医源性损害”，它往往是被动造成的。对医务人员而言，因从事医疗职业而遭受到的伤害（如被动感染、被蓄意殴打致伤残等）则称为“医疗职业性伤害”，它既有被动所致的，也有蓄意所致的。

据日本的艾滋病治疗机构调查资料介绍，有66%的护士会遭受到伤害（包括精神上所遭受到的威胁和躯体的被动感染。此感染多系接触到注射器或针刺后所造成的）。

在结核病院中，通过空气流通易致结核菌感染。

在普通医院中，医务人员患流感的机会远远高于正常人群。同理，患丙型肝炎的机会也

高于正常人群。

另外，因连续工作、过度疲劳后造成的“过劳死”情况及在上班途中遭受到交通事故等，因是由即将去参加医疗工作而造成的，故也属于医疗职业性伤害范畴。

在精神卫生医疗机构中，所遭受的伤害更大、更多、更直接，为此本文专门提出应进行研究。在下文中详细分析。

开展本课题的研究，有下列意义：

- 1、掌握有关规律，减少无谓损失，提高工作效率。
- 2、可以为今后进一步改善医疗环境而提供参考，也使医疗工作环境更人性化、安全化、高效化。
- 3、通过防患于未然、进一步增加就医者和医疗者之间的信任度。
- 4、增加安全性，使医务人员遭受的伤害降低到最小限度，进一步减少不必要的纠纷和摩擦。
- 5、从长远观点看，温馨、和谐安全的医疗环境也更能吸引未来的医务工作者的热情和向往。

三、发生率

据日本五大报纸（朝日、读卖、每日、产经、日经新闻）系统归纳，全日本每年因医疗所致的事件，针对医院有关的事件共 1500-1600 件。自 2000 年至 2003 年的四年间，连续处于高发时期。

按床位数推算发生冲突事故的比例（岩崎，2004）

床位数	在院内发生盗窃行为数 (%)	患者对医务员工的暴力数 (%)	患者破坏医院设施件数 (%)	对医务员工的精神威胁 (%)
20—99	127 (17.6)	103 (14.3)	69 (9.6)	43 (6.0)
100—199	253 (72.9)	228 (22.2)	124 (12.1)	108 (10.5)
200—299	153 (31.4)	146 (30.0)	112 (23.0)	71 (14.6)
>300	462 (52.4)	382 (43.3)	238 (27.0)	227 (25.7)

从上述资料可见，床位数越多，发生冲突事故的绝对数也多。据推测，可能的原因是规模越小、工作人员之间就比较熟悉，一旦有异常情况发生，相互间的联系、支援可以马上进行；对外来冲突的防范性也高。

四、在医院中发生的冲突、事故分类

据日本(2004年)统计资料介绍，在全日本医院中发生事件的情况为：盗窃有17192件(86.6%)、器物被损坏有1032件(5.2%)、暴力冲突有566件(2.9%)，这三者为最多。其他则有：智能化犯罪365件(1.8%)、性犯罪64件(0.3%)、行凶犯罪51件(0.3%)。全部属于刑事犯罪的有19845件(100%)。

在暴力冲突的566件中，290件是伤害(51.2%)，另有6件为伤害致死(1.1%)，暴力有139件(24.6%)，恐吓92件(16.3%)、威胁强制45件(8.0%)。

实例如下：

1. 1994年10月，1例接受疝气手术治疗的男性病例，怀疑在手术时，手术医师把物品留在体内，而对作手术的泌尿科医师用切菜刀刺死（实际上绝无此事）。

2. 2002年2月, 有人从病室外的窗口开枪, 打死住在病室内的暴力团的骨干分子。

3. 2003年3月, 1名曾住过院的男性凶手, 潜入医院开枪打死1名护士、刺伤1名医师。原因是上次他住院时, 因违反医院方的规章制度而被勒令出院, 故怀恨报复。

五. 精神病院、精神病科中发生暴力冲突的情况

(一) 容易发生冲突事件的原因

据岩崎(2004)介绍, 原因有:

1. 患者方面的原因:

- ① 躯体行动受约束、不能外出自由活动时, 易发生与他人对抗冲突。
- ② 因精神症状而减弱了自我控制能力;
- ③ 其他原因(兴奋剂、酒等物质的依赖, 生活事件较多、精神稳定性差)等。

2. 医务人员方面的原因:

- ① 按每1患者应需配备的医务人员数偏少。
- ② 精神科医务人员调换工作的机会少、人员流动性低(意指与医务人员接触较多, 易使患者产生不良意图而成为患者的攻击对象)。

3. 设施特性的原因:

- ① 以关锁病人为主, 与外界交流较少。
- ② 能直观到出血状态的医疗行为不多(意指患者没有直观到出血状态也就不会产生惧怕心理, 不会控制自己的暴力行为)。

(二) 医务人员遭受精神病人的暴力伤害情况

1. 据 Judy. N. L等(2000)报告, 在1988—1999年间有76名精神病患者对精神科医务人员造成伤害, 具体造成: 扭伤(45%), 挫伤或撞伤(31%), 擦伤或抓伤(9%), 咬伤(6%)复合性损伤、其他形式的损伤以及疼痛各占3%。

2. Rasmussen等(1996)报告在5年中收住94例患者, 其中52例(55%)有过攻击行为, 造成1945件事故。出现有攻击行为的病人特点是: ① 女性较多, ② 年青者多; ③ 阳性症状较多。

3. 我国翟金国(1999)报告149例住院精神分裂症患者的攻击行为的发生率为25.49%; 苑荣刚(2002)报告450例精神病患者在住院期间发生暴力行为的有152例(33.78%), 且暴力行为的发生率按病种分, 依次从多到少排列为: 精神分裂症、情感性精神障碍、人格障碍、酒精依赖、精神发育迟滞。

4. Suanson等(1991)报告发生冲动暴力行为的精神病患者的特点是年轻男性、经济条件差、社会地位低、有多种精神疾病合并诊断的患者, 发生冲动暴力的机会多, 且当患者有错觉、幻觉时出现的机会更多。

5. Cathy. O 等(1998)对1289例暴力行为进行分析, 可见会促使暴力增多的因素有: 有较多年龄大的护理人员、更多的有规律离岗的非护理人员、多次发生过暴力的精神病患者、被强制住院者、重点保护的患者等。而减少暴力发生的因素有: 有较多的年轻工作人员(尤其是30岁之内)、更多的无规律离岗的护理人员、自愿住院者、较多的物质滥用或有躯体疾病的患者。

6. 我国翟金国(1999)报告有攻击行为的住院精神分裂症患者的特点是: 既往有攻击史、MMPI人格测验的F分(效度)、艾森克个性问卷(EPQ)的N分(情绪稳定分)、BPRS的敌对猜疑和激活两个因子等均增高。其中MMPI的F分高提示对主观痛苦感受性增高, EPQ的N分高提示情绪不稳定、焦虑、紧张、易怒、自控力差, 而BPRS的敌对猜疑及激活两个因子分高表明精神症状中的被害妄想、幻听、猜疑、易激惹等增高。

(三) 有关住院精神病患者暴力所致事件的责任能力评定问题

在《中华人民共和国民法通则》中未提及此问题。在最高人民法院颁布的《关于贯彻执行〈中华人民共和国民法通则〉若干问题的意见》的第22条中“监护人可以将监护职责部分

全部委托给他人，因被监护人的侵权行为需要承担民事责任的，应由监护人承担，但另有约定的除外；被委托人确有过错的，负连带责任。”第160条：“在幼儿园、学校生活、学习的无行为能力人或者在精神病院治疗的精神病人，受到伤害或者他人造成损害，单位有过错的可以责令这些单位适当给予赔偿”。

在第13条中“不能辨认自己行为的精神病人是无民事行为能力人，由他的法定代理人代理民事活动，不能完全辨认自己行为的精神病人是限制民事行为能力人，可以进行与他的精神健康状况相适应的民事活动，其他民事活动由他的法定代理人代理，或者征得法定代理人的同意”。由上可知，在精神病院中住院治疗的精神病患者并不都是无行为能力人。那些属于限制民事行为能力的患者就有可能为自己的某些行为承担责任。

由上进一步分析可知，住院精神病患者全部作为无民事行为能力、他们的有损害行为不需提请司法精神医学鉴定、不需要对精神病患者及监护人所致的损害结果承担主要法律责任这一观点是不全面的。继之，人们总认为一旦在精神病院内出现了因精神病患者损害所致的不良后果，司法部门总是判定医院有责任这一观点也是不全面的。

作为精神病院，应该有明确的医疗管理制度和承诺制度，这是防范患者肇事和减少纠纷的基本要求。在发生暴力冲突以后，精神病院应对其管理不善承担责任，但不可能对所有问题承担责任。今后，应进一步明确有关的判别标准。

六、应加强安全措施的项目

据日本护理协会的调查资料表明（2001），认为在减少冲突事件发生的过程中，最重要的项目是控制外来人员（会客人员和其他外来人员）的随意进出医院（71.9%）、其次是增加保安设备（如安装摄像监视镜头等，59.6%），第三则是发放有关防范手册（52.0%）。具体见下表

有关加强安全措施的项目（日本护理协会，2001）（调查2006名工作人员）（%）

1.	加强对会客人员及外来人员进入医院的管理	71.9
2.	增加保安设备（如防范性质的摄像镜头）	59.6
3.	发放给员工有关保安内容的安全手册	52.0
4.	职工专用场所，外人不能进入（休息室、更衣室、厕所等）	51.8
5.	教育职工提高安全意识	38.3
6.	定期探讨医院的保安措施及制度	37.1
7.	加强各个出入口的管理	37.0
8.	确立支付有关安全措施的费用	36.8
9.	加强各种设施的完善配备（警惕品质差的用具等）	35.3
10.	保护职工安全的设备要落实（通道、院外支援等）	34.3
11.	充分配置夜班人员	31.3
12.	加强医院内的夜间巡逻	30.2
13.	加强医院内护理巡逻	25.6
14.	提高护理人员的安全保护意识	25.3
15.	关心除护理人员外的工作人员的安	24.1
16.	提高管理人员的安全保护意识	19.5

17.	其他	1. 6
18.	不作回答	2. 2

对安全保卫人员而言，要定期检查各种出入口的磁卡。

在加强夜间安全防范方面。所采取的安全措施（日本护理协会，2001）
（调查3119名工作人员）（%）

1.	充实安全设备	1587	(50. 9)
2.	改善设施结构及品质	1495	(47. 9)
3.	对职工开展系统教育和充实进修课程	1445	(46. 3)
4.	确保落实安全设施的财政来源	1343	(43. 1)
5.	充实保安人员	1308	(41. 9)
6.	落实各项保安工作的有关计划	1273	(40. 8)
7.	职工对医院的安全工作有较高的关心度	1119	(35. 9)
8.	管理人员重视安全工作	1031	(33. 1)
9.	充实配备夜班人员	858	(27. 5)
10.	医院的上级部门应提高重视度	541	(17. 3)
11.	不明	116	(3. 7)
12.	其他	38	(1. 2)
合 计		3119	(100. 0)

有关安全的对应措施：

（一）有关工作人员方面的训练：

1. 改善服务态度：微笑服务、礼貌用语、使用婉委语、注意谈话风度等。
2. 有关接触患者的心理技巧，护理教育课程中的Touching（接触）、Skinship（亲近）技巧。“接触患者的面积越大，单位面积上的影响力就越小”。

（二）有关加强安全设施的举例：

1. 用磁卡代替钥匙（上海、台北）
2. 钥匙改进（日本）
3. 装置摄像镜头（上海、日本、台北）
4. 门中门（日本）
5. 钢化玻璃（上海、日本、台北）
6. 大空隙的门柱（日本）
7. 门诊诊察室的安全设备（日本、台北、广州）
8. 通讯系统（日本）
9. 戒毒病房的结构（台北、广州）
10. 厕所内的安全装置（济宁、日本）
11. I级监护室的橡皮房间（台北）
12. 夜间病室内的照明（福州、徐汇）

13. 密封的外出走廊（台北）
14. 工作人员用的电梯口的提醒语（台北）
15. 注意点：病房用电梯的出口不能直接通门诊。

（三）政府的重视、社会的支持：

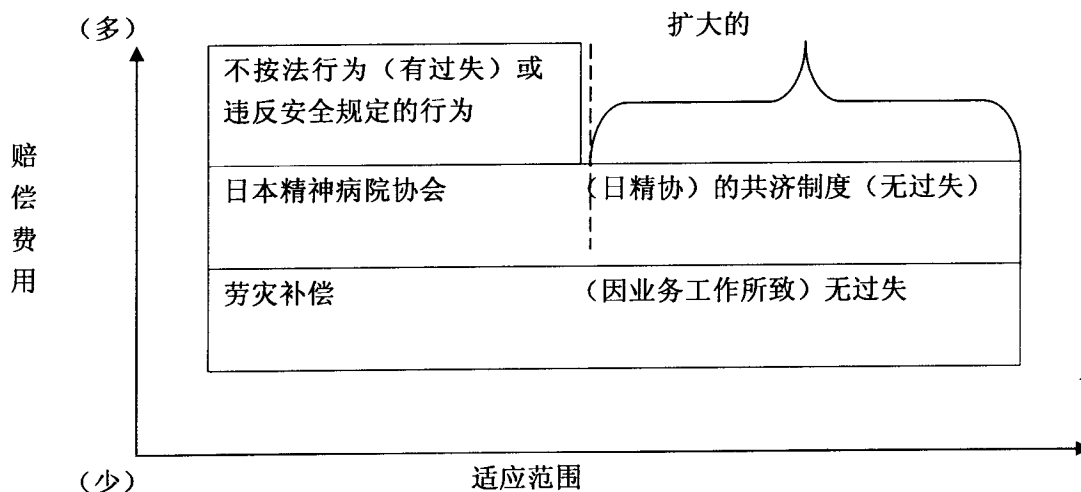
法律、社会的不断完善、社会舆论的支持、特殊补偿的构思以及有关的特殊照顾（如辽宁省的“精神科医师节”）等。

七. 关于赔偿问题

（一）日本的赔偿制度：

在日本，凡职工因业务工作造成伤害、疾病或死亡时（通称为职业性伤害或伤害），在法律制度上有以下二方面进行赔偿。

1. 《职工灾害补偿保险法》（以下称“劳灾法”），是由“劳灾保险”支付赔偿。在第1条中，即是指业务上的灾害“无过失（指可按法执行的）”就可以获得赔偿，适用范围较广。但“补偿支付”是年金性质的支付、费用额度较低，所有行业都通用的。
2. 根据《民法》中的“不按法行为（指有过失）”或“不履行债务（违反安全行为条例）”而可以获得赔偿。在第二条中，要“有过失”的情况，适应范围较狭窄，但费用额度较高。
3. 另外，“日本精神病科病院协会（简称“日精协”）”福利部提出了第3种赔偿制度，称为“共济制度”，对上述的第1条再作扩大补偿。其示意图如下



有关劳灾保险的支付，包括①医疗、休养费的支付；②停工的补偿（第四天开始，实行每一天支付的额度为当日的80%）；③伤害性补偿支付（根据伤害等级给予补偿年金或是一次性伤害补偿）；④遗属的补偿支付（指遗属的补偿年金或一次性遗属补偿支付，按死亡所得的补偿）；⑤丧葬费；⑥伤病补偿年金（因业务致伤者，在疗养开始后经过1年6个月仍不能治愈者，其伤害程度相当于负伤所致障碍的程度1—3级）；⑦护理补偿年金。

另外，“日精协”所作规定的“共济制度”，是只限于加入此共济制度的会员来享受的，且以“团体会员”为限。主要是指有精神病科的医疗设施，也包括精神科的社会康复设施、门诊及诊疗所。但不包括诊疗所、老人保健护理院或有关福利设施单位。其补偿的标准为：①死亡时的补偿最高，获1500万日元（为平均工资的50倍，约合人民币112万元）。②其他程度的伤害慰问金则按劳灾保险的伤害等级赔偿，分为1—14级。1级最高，为1500万日元，14级最低围40万日元（约合3万人民币）。每降低1级大约差距为100万日元（7.5万人民币）。至7级为750万日元，8级为600万日元，9级为450万日元，10级为265万日元，11级为210万日元，12级为100万日元，13级为80万日元，14级为60万日元。在停业慰问金上，无论是障碍

者的程度或劳灾等级如何，“劳灾法”也规定只要住院治疗在10日以上，可以得到基本的慰问金5万日元，另外还有每天住院费用3000日元（最高不超过总数为30万日元）。

当在业务工作中因“不法行为”或“违法安全行为”时遭受到的损害，其赔偿范围则包括“明确的损失（治疗费、入院费、住院杂费、住院护理费等）”和“不明确的损失（应得利益的丧失，包括停业损害、后遗症及所致的死亡损失等）。”

日本在1994—2003年间支付慰问金的件数（日精协，2004）

		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	合计
伤害慰问金		3	3	0	1	3	0	2	0	2	3	17
停业慰问金	业务伤害	11	6	14	8	4	6	7	10	6	2	73
	通勤伤害	2	8	5	5	1	1	5	6	2	2	37
合计		16	17	19	14	8	17	14	16	10	6	127

从伤害慰问金及停业慰问金的发放对象来看可见规律：

- (1) 在护理过程中发生最多。故护士受伤的最多，女性受伤的最多。
- (2) 在娱乐、体育活动时也较多，占第二位。
- (3) 因设施等原因也可发生，占第三位。
- (4) 发生伤害以跌倒、滑倒的形式最多，发生的频率也与患者发生的一样多。
- (5) 伤害以骨折、挫伤、内出血及韧带断裂等为多，且以膝部为最多。此特点与患者发生的一样多。

(二) 中国的伤残评级及其它有关条文：

1. 《职工工伤与职业病致残程度鉴定》（1996）：分为10级。1级最重，10级最轻。
2. 《医疗事故处理条例》（2004. 4. 4）
3. 《道路交通事故受伤人员伤残评定》
4. 《中华人民共和国公共安全行业标准人体轻微伤的鉴定》（1996. 7. 25）
5. 《最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部人体轻伤鉴定标准(试行)》（1990. 4. 2）
6. 《司法部、最高人民法院、最高人民检察院、公安部、人体重伤鉴定标准》（1990. 3. 29）

参考文献

1. (日) 岩崎康孝：精神病院におけるスタッフの災害，日本精神科病院协会杂志，2004. 4. 23(4). 8.
2. (日) 矢内纯吉：精神病院の院内事故の诱因と背景，日本精神科病院协会杂志，2004. 4. 23(4)：20.
3. (日) 松岗 浩：精神科医疗从事者の劳灾补偿と损害赔偿，日本精神科病院协会杂志，2004. 4. 23(4)：35.
4. 高燕丽：住院精神病人的意外伤害问题探讨，中国神经精神病杂志，2004. 30(4)：317
5. 罗小年：对住院精神病患者肇事引起法律纠纷的认识，中国神经精神病杂志，

6. Judy NL, dale E, Mcniel , et al. The relationship between patients' gender and violence to staff injuries. Psychiatric Services 2000 51 (9) : 1167
7. Rasmussen K, Levander S, Crime and violence among Psychiatric in a maximum-security Psychiatric hospital. Criminal Justice and Behaviour, 1996, 23 (3) : 455

经济欠发达地区精神病医院发展的探索

吕路线 河南省精神病医院 453002

随着人们对身心健康需求的日益提高,精神卫生问题越来越引起人们的广泛重视。近年来,儿童行为问题、大中学生的心理卫生问题、老年期精神障碍、酒精依赖、麻醉药品滥用等等问题明显增多,从而使精神卫生问题作为一个突出的医疗问题上升为一个重要的公共卫生问题。在经济发达地区,精神卫生事业或者纳入到政府的公共卫生体系,或者,政府给予了较大的财政补贴,基本解决了精神病人看病难、精神病医院生存难的状况。而在我们中西部经济欠发达地区,虽然政府也给予了高度重视,医院也做出了极大的努力,但毕竟政府财力有限,老百姓可支配的收入太低,大多数医院仍处于经济极端拮据的局面,严重影响了医院的正常运转和本地区精神卫生事业的发展。以下,我就以我们河南省精神病医院近年来的发展历程,谈一下我们是如何在夹缝中求生存、在窘境中求发展的。

河南省地处中原,设有17个省辖市、21个县级市、89个县,面积16.7万平方公里,占国土面积的1.6%,人口9700万,占全国人口的7.5%,其中农业人口7040万,占全省人口的72.6%,是典型的农业大省,人均国内生产总值在全国仅列第18位。全省城镇居民人均可支配收入约7000元,农民约2300元。我院位于河南省新乡市,太行山麓,黄河之滨,在河南地市级城市中无论是城市规模,还是经济状况,均属于中等水平。

我院是河南省唯一的一所以治疗精神、神经疾病为主的三级甲等医院,始建于1951年6月,当时为中国人民解放军平原军区后方医院三分院,1957年5月,集体转业,被河南省卫生厅命名为河南省精神病医院,1985年5月,为配合新乡医学院教学工作,划归新乡医学院领导,经费由河南省卫生厅直拨,并定名为新乡医学院附属精神病医院,1994年3月,易名为新乡医学院第二附属医院,同时保留河南省精神病医院名称。

我院承担着河南省精神疾病的医疗、教学、科研、预防、康复、司法精神医学鉴定等任务。医院编制床位800张,现有在职职工740余人,其中高级职称100余人,中级职称300余人,离退休人员250人。目前我院是河南省精神疾病诊治网络中心、心理咨询中心、精神疾病防治中心、医疗戒毒中心,是精神病与精神卫生学、应用心理学、神经病学三个专业的硕士学位授予单位,精神病学为河南省卫生厅医学重点学科、河南省重点学科。精神科临床科室设有早期干预、老年、儿童、中西医结合、普通、临床心理、康复、医疗戒毒、司法鉴定等13个二级临床科室。

医院年门诊量6万余人次,年收治病人6000人次以上,住院病人年均占床日数21万以上。患者除来自全省外,还有周边省市以及少量的港台、新加坡、马来西亚患者,住院患者中以农村病人居多,占70%以上。

我院是一所老医院,经过半个多世纪的发展,目前医院规模和医疗技术水平在全国处于较领先的地位,具有较大的影响,但是,我院也正因是一所老医院,因此负担过重,摊子大,人员多,仪器设备老化陈旧,发展极为困难。我院离退休人员比一些高等院校还多。加之我省经济欠发达,政府对精神卫生事业经费投入有限,致使多年来我院经济一直处于入不付出的拮据状况。人头经费占

去了业务收入的很大比例,2000年为51.49%,2001年为52%,2002年为52.26%,2003年为49.81%,2004年为46.14%,远远超过了医院经济学规定的35%以下的限度。

作为精神病专科医院,能否大幅度增加住院病人或提高治疗费用来提高医院的收入呢?

河南省是全国第一人口大省,有9700万人口,即使按1982年全国精神病流调13.47%的发病率计算,我省也有130万的精神病人。按说有这么多的精神病人,我院病员是充裕的。但是,据1990年对100万名精神病患者调查,我国精神分裂症患者的治疗率最高,但也仅占30%;抑郁症、双相疾病、惊恐障碍治疗率仅为10%;强迫症、酒依赖、痴呆、自杀(伤)的治疗(干预)率更低,还不到1%。我省作为经济欠发达省份,恐怕还远远低于上述数字。由此可见,我省的大多数精神病人,根本不能到医院进行合理的治疗。造成这一原因,与我省的省情有极大的关系。2004年,我省城镇精神病人年平均可支配收入约1800元,比全省平均水平约低5200元,农村精神病人人均现金收入还不到300元,比全省平均水平约低2000元,靠这样的收入为精神病患者进行治疗,确实力不从心。农民低收入这一客观现实,也导致了本院近期内不可能提高收费标准,包括新业务、新技术的推广运用。

这是我院的院情、我省精神病人的实情。那么,作为我们精神病医院出路到底在哪里呢?我们进行了认真的思考、论证。

一、加大公关,努力将公益性、福利性的精神卫生事业向社会公共卫生事业转换

多年来,精神病医院一直是公益性、福利性的事业单位,其性质决定了它不可能完全依照市场经济的规律去运行发展。我们既肩负着繁重的社会救治任务,又在进行着严重的亏损经营,日复一日,年复一年,挣扎的结果是人才流失、设施老化、服务水平难以提高、外债愈加沉重。我院从1951年建院至今,经历了几代人的不懈努力和孜孜追求,特别是在最近几年,我们一方面强化管理,积极推行内部体制改革,调动职工的工作积极性,提高工作效率;另一方面,不断强化内涵建设,提高医疗技术水平和服务水平,但业务收入每年仅以10%左右的速度缓慢增长,甚至赶不上国民经济的增长水平。一个700多职工、800张床位的大型医院年业务收入水平到2004年才达到3000万元,还没有一个县、区级综合性医院的收入多。

医院亏损运转,负债经营,融资无力,导致医院日常运行十分困难,自谋发展更是无从谈起。我们也曾尝试过债权融资和股份融资,并与多家银行、企业进行了联系、洽谈,但对方均以医院自筹能力差、属公共事业、应该政府负责为由推脱,不愿合作。

鉴于此种情况,2003年,我们新一届领导班子成立后,在继续抓好内涵建设的同时,积极开展公关工作,向政府呼吁、向社会呼吁,强调精神卫生工作的重要性,强调政府对加大精神卫生工作财政投入的必要性,强调将精神卫生事业纳入社会公共事业的迫切性。我们收集了所有党和国家领导人对精神卫生工作的批示、意见;通过全国、省人大代表、政协委员在历次会议上进行提案;对全省精神病人进行了调查了解,对精神病人的困难状况进行分析探讨;邀请有关领导到医院考察、参观、指导;对经济发达地区、经济欠发达地区、经济落后地区政府对精神卫生事业的投入进行全面了解、考察,然后结合我省的省情,制定了我省精神卫生工作发展的意见和建议,一次次发送到省有关领导及省委、省政府、省卫生厅、省财政厅等有关部门,从而引起了他们对精神卫生工作的理解和支持。从2000年起,由政府投资对我院病区建设进行了整体规划,先后拆除了五十年代建造的砖木结构平房,分三期实施了病区建设工程,总建筑面积28000平方米,总投资3000万元。现一、二期工程及三期门诊医技大楼已竣工投入使用,大大改善了过去病房那种设施严重老化、地基普遍下沉、墙体裂缝通风、房顶塌陷漏雨、室内阴暗潮湿、布局极不合理、人物流程混乱的局面,基本实现了建筑庭院化、治疗综合化、管理开放化、生活家庭化的“四化”管理模式。同时在人员经费上,政府对我院的补助标准也从2004年以前的每人4820元增加到2005年的10000元。也许这在经济发达省份仍属于低水平的标准,但在我们中西部经济欠发达地区,已不失为雪中送炭。作为政府来说,已尽了最大努力,作为我们医院来说,已达到了起死复活的效果。因此,精神病医院,尤其是经济欠发达地区精神病医院在面对大量精神病人需要救治而又无力求医的情况下,我们只能转变观念,努力将精神卫生事业纳入到政府的公益行为,靠政府解决发展中存在的困难。通俗的说,我

们为政府办事，费用有政府埋单，虽然，目前我们还达不到这一点，但我们还会继续努力。当然，我们也要想方设法为政府做事，政府给我们增加的补贴，我们并没有用在提高职工的个人收入上，而是用在了加快学科发展和提高为病人的服务水平上。

二、加强学科建设，实施科技兴院和人才强院战略，促进医院健康发展

精神卫生事业的发展，科技是关键。目前，我国正处在全面建设小康社会的发展阶段，科技兴国和人才强国战略的全面实施，科技被放在了我国社会主义现代化建设优先发展的位置，从而使科技兴院的意义更加凸显。因此，我院及时调整医院发展战略，由突出医疗工作转变为医疗、科研工作并重，以科研促进医疗工作的发展，把强化科研意识，增强科研能力，作为建设特色鲜明、实力雄厚、在国内具有较大影响的精神病专科医院根本途径。我们的具体做法是：坚持以科研为先导，加强学科建设和人才培养，调整科研结构，搭建临床科研硬件平台，促进医疗水平的整体提高。

实现科技兴院战略，关键在于人才队伍的建设。谁拥有一流的人才，谁才能具备一流学科的条件，谁使用好一流人才，谁就会建设成一流学科，创造一流的研究和工作条件将会变成吸引人才的第一要素，拥有一个高水平的研究团体和良好的工作氛围将成为吸引人才的重要因素。为此，我院根据科技兴院战略的要求，制定了科技人才队伍建设规划，通过事业留人、感情留人、环境留人、待遇留人和加快高层次特需人才的引进、培养步伐等措施，现已基本建立了结构比较合理的科研队伍。作为专科医院，目前我院有精神卫生学科专家 50 余人，其中教授、主任医师 10 余人，副教授、副主任医师 20 人；博士 6 人，在读博士 10 人，硕士 20 余人；河南省优秀中青年骨干教师 1 人，省管专家 1 人，河南省跨世纪学术带头人培养对象 1 人，具有较明显的人才优势，较大地提高了办院层次和医疗质量，充分显示了人才建设对学科发展、科技兴院的重要作用。

多年来，我院的科研工作长期处于一种各自为战的状态，科研人员按照各自的爱好开展科研工作，虽取得了一定的成果，但科研项目凌乱，未体现出主题，而且脱离了临床，许多论文及成果成了为职称晋升服务的敲门砖。为改变这一现状，近年来，我院从精神卫生专业角度出发，认真调整并归引科研方向。在认真论证的基础上，确定临床精神病学、临床精神药理学、临床心理学及行为医学四个研究方向，同时，督导每个专业方向申报或协作了各层次的研究课题。我院临床精神病学专业方向是学科的重中之重，目前主要开展精神分裂症和抑郁症的基础与临床研究，包括遗传学、免疫学、神经生理学、神经生物学、分子生物学、精神病理学、诊断学等方面的研究，在精神分裂症的诊断、分型、细胞因子功能、定量药物脑电图和抑郁症的神经生理、生化、内分泌和免疫功能方面已取得代表性成果，对其成果的推广和应用获得了明显的经济效益和社会效益；临床精神药理学专业方向主要研究抗精神病药物的临床疗效预测、不同药物对精神分裂症患者的疗效比较、不同药物对精神分裂症患者细胞免疫影响的比较；临床心理学专业方向主要研究临床心理和变态心理的生物学基础两大方面；行为医学专业方向主要研究成瘾行为的基础研究及防治、家庭暴力的流行病学调查及防治、生活事件与精神障碍的临床研究等，这些研究目前均取得了阶段性成果。

为创造良好的科研环境，搭建临床科研硬件平台，近年来，我院不断加大投资，完善科研硬件建设，在医院经济十分困难的情况下，成立了较高水平的中心实验室，按照省重点实验室的标准，先后配备了高、精、尖的仪器设备，购置了睡眠多导图仪、眼动跟踪仪、脑电动态监测系统、无笔描记脑电图机、脑地形图仪、全自动生化分析仪、数字减影 X 光机、CT-X 光断层机、高效液相色谱仪、PCR 仪、酶标仪、自动洗板机、二氧化碳培养箱、低温冷冻冰箱、低温高速冷冻离心机等实验设备；建立了 900 平方米的实验室和 300 平方米的博士研究室。从而为科研工作搭建了科研平台，创造了良好环境，在满足科研需求的情况下，也为临床工作打下了坚实的基础。

为活跃科研学术氛围，我院经常开展不同形式的学术活动，多年来与国内众多兄弟院校建立了有效的学术交流机制，积极进行国际学术交流，每年选派 3-5 名科研技术骨干参加国际学术会议，汲取了国际先进的科研技术，提高了我院的科研水平。按照“不求所有，但求所用”的人才资源理念，我院已经与国内部分先进医院如中南大学湘雅医学院精神卫生研究所、北京大学医学部精神卫生研究所、上海市精神卫生中心、四川大学华西医院精神卫生中心等建立了紧密的联系，定期进行学术交流，初步健全了有效的学术交流机制。今年我们已成功举办了 2005 年全国司法精神病学