



【109 年心家庭開步走】-- 《心生活精神族群充權服務》

(臺北市府社會局身心障礙者社會參與、
能力發展及各項重建活動計畫補助案)



王婉諭立委辦公室「精神衛生法」修訂版一
台北市心生活協會/金林總幹事 意見

壹. 按討論題綱順序

一、精神復健之定義：

(一) <心生活意見與信念>：

現行精神衛生法將「社區精神復健」限定為「復健治療」(該句結束之受詞),涵義認定只有治療師、醫事人員有資格提「精神復健」四字,實為謬誤。

腦部功能的改善與提升,無論是個人生活事務或社交應對,都可以說是精神復健,更且專家的概念和作法正需要推廣至全民皆可操練,就好像是,每個人都可以在遵循物理治療師或骨科醫師的建議之下或者是在多年經驗的實證之下,為自己或幫助或督促他人進行肌肉或骨骼的復健;在對的概念、好的方法下,其實人人都可以支持精神病友精神復健,做精神病友的貴人。

又究其實,現下各個身心障礙就業服務單位、身心障礙日間作業設施服務、身心障礙者生活重建與個管服務、社區復健中心(日間型精神復健機構)…,民間身心障礙或精神公益組織中眾多的服務工作者,都在為病人提供「有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力」之協助,實際在告訴我們協助及支持病友腦力復健,並非僅是具「治療」資格者之[專利];能幫助精神病友的人是越多越好,斷不可因為專業間各據山頭的壁壘分別,而阻止了可為患者創造最大福祉之路。

我們希望也期待公私資源可以多多投入支持並協助病友精神復健,就不應該將精神復健之定義限縮於「治療」階段,而是應將其概念與做法帶入居家生活、各類服務設施之中。



準此，王委員的版本將本項於「治療」之外，增加了【訓練】，且另於本條項增列【社區支持服務】一款是很好的；惟回歸近代精神治療日漸重視的復元(康復)(自我、生活、環境、社群)要素及 CRPD 障礙者自主精神，於精神復健僅增加〈訓練〉、於支持服務僅以〈平等權利〉為目標似仍有不足。

(二) 心生活建議：

或許可於本(第三條)定義段，增加對於〈康復〉(復元)的描述及/或服務之範圍。

而，心生活協會版之精神衛生法修法建議為修訂精神復健、社區精神復健定義為：

『精神復健：指病人逐步恢復居家生活及社會適應能力的康復歷程。』

社區精神復健：指於社區中為協助病人精神復健所提供的治療或服務，包括於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療及社會心理與生活支持服務。』

(三) 針對王委員版之修改建議：

1. 精神復健部分，結尾增加文字成為：「…等之復健治療、訓練、協助與支持。」

2. 社區支持服務段，修改為：

「~~社區~~支持服務：指為支持使病人生活及病情穩定、充分且有效的參與社會、~~於社區生活中~~享有平等之權利，~~運用社區資源~~提供病人~~於社區生活中~~所需之支持與服務措施，包括但不限於居家照顧及指導、陪同看診及辦事之自立生活協助、常態性活動及定點服務設施之興辦等。」

二、保護人之必要性的疑義：

(一) 第 20 條緊急處置，沒有實例凸顯了 96 年修法的草率。

這個草率，一者是因為延續著政府想將精神心理衛生資源需求者的各種責任推給家屬承擔的思維，二者可能是因為當年民進黨行政院/立法院修法核心人物們，是精神衛生法、身



權法、兒少法一起修，推測是把兒少法課家屬以責任的思維不當的用到了精神衛生法上；法條文字的想法用白話文說就是(舉例)：「叫你不要跳樓偏要跳樓，家屬應該要攔住這個人不要跳樓；好了為了你要跳樓動用了消防隊、救護車花了好幾個小時，錢要由你這個病人或家屬來買單。」這種邏輯一點都不通，要自殺的人就是要你不要救他，怎麼可能還要付錢給政府來救他；而家屬哪個是要病人自殺的，不是不要阻止他是沒有能力阻止他，若因此還要被要求付款，家屬的冤枉何其深；總而言之，就是訂了一個把家屬看做超人的法，然後收費的部分連政府自己也覺得說不通，以至於從未執行(慶幸從未執行)。

心生活建議：應將緊急處置中的家屬、保護人責任以及後面的收費條文全數刪除，以符實際。

(二) 保護人相關條款因昧於事實，以至於寫了執行不了：

1. 精神衛生法訂定之初，就課「家屬」以協助就醫、協助住院、協助復健等諸多責任，昧於承認事實上對於廣大的家屬而言，不是「不願意」協助而是「無能為力」、「沒有辦法做到」帶無病識感的病人就醫，或者安排病人使用服務設施(無病識感、無意願、有被害妄想、交通能力弱、社交能力弱、可能被服務單位拒絕服務…)；更常見家庭關係因為一人罹患精神疾病而瓦解，家屬與患者相處不睦避之唯恐不及者亦常見。而民國 96 年的修法，只承認了一部分的事實，導致相關法條僅成為醫療機構和政府單位覺得棄之可惜的雞肋。
2. 96 年修法承認了部分的事實，保護人不再硬性規定誰當，改由家人推派，沒有人有意願擔任時，「應」由戶籍地縣市指派。然而，以堂堂台北市政府為例，一直不指派也沒有關係，原因之一，當然是因為空有政府應該指派的規定，但沒有政府怠忽職守不指派的罰則。然而更深層的原因則還是在於「非不為也、不能也」，舉例來說，病人該出院了，依照第 38 條保護人應該要領病人出院，當政府當保護人的時候，出院如果沒有合適的住處，政



府自覺無能為力，而依第 57 條又不能違反 18 條將病人「遺棄」，所以最自然的對策，當然就是不要指定保護人反而政府沒責任。

(三) 時代變遷不宜將病人與家屬綁在一起：

為什麼法條沒用，但政府卻仍然捨不得將保護人刪除，其實和醫療機構一直以來總將病人與〈家屬〉綁在一起、有家屬就有人「負責任」醫院不必張羅額外人手、可以理所當然少負責任有關；這不只是精神醫療、一般身體的醫療也是這樣，手術的時候一定要有人在手術室外面等，說是要有「人」可以做決定，但卻連臨時找來的看護都可以就是不能沒有人，說到底是東方家庭關係強、願意承擔照顧責任之文化傳統，使得醫療機構順水推舟省事下的產物。在家庭人數減少、同住家屬越來越少的情況下，這類【推家屬出來負責/承擔】的醫療思維，允宜與時俱進的進行修改。

(四) 法條修一半，使得「保護人」與「家屬」的角色在精神醫療中產生混淆：

「保護人」的產生在第 19 條，但 96 年修法並沒有拿掉的一些對家屬的期待都還在，包括：28 條(對精神障照護機構和其從業人員不當行為的申訴)、29 條(協助病友就醫的責任)、34 條(病人擅自離開機構時被通知)、36 條(醫療機構對病人的治療和權利之說明)、38 條(病人該出院時不得留置於醫院；出院準備計畫應納保護人參與)、57 條(違反 18 條不得遺棄等之處罰)。〔王委員版本於 38 條增加家屬為應被通知之人即為一例。〕

以上這些條款，就法律文字而言，其實只有嚴重病人且有保護人時才有效，實務上則其責任的部分，全體家屬都被如此期待，而權利的部分，家屬應該有(例如：出院準備計畫應納入家屬共同擬訂)，但卻其實法無明定。

(五) 修法建議：

1. 除非修法布建服務增加「保護人」、「家屬」可以 24 小時求救、求助、獲得協助或支持的力量，否則宜刪除所有「保護人」及「家屬」的責任。



2. 改換角度，從幫助病人的角度，重新思考「家屬」或「保護人」於患者醫療及生活照顧上所需要的支持。務實修法才能真正解決問題，也才能落實由政府單位指派保護人的良善用意。(部分修法建議參閱下一段之(二))

三、嚴重病人身分之效期：

(一) 「嚴重病人」的狀態是由精神專科醫師判斷，其解除亦應由精神專科醫師為之，但會遇到如下問題：

1. 強制住院的嚴重病人被要求「出院」時，是否即應確認該病人已脫離嚴重病人狀態；若否，則該次強制住院之效果如何評斷，若無效果或治療效果有限，是否應繼續強制住院或者主動提供居家治療、復健、生活支持性服務。
2. 病人不再回到原來的門診或者住院之醫療機構，跑到別的醫院去，或者是不再回院，原來做出嚴重病人診斷/交付嚴重病人證明的醫院，已不再接觸該病人，自然無法做出「解除」。

(二) 修法方向的建議：

1. 目前精神衛生法的「嚴重病人」其實可說是針對第四十一條的「強制住院」而來，因此，「嚴重病人」及「保護人」制度其實只要務實地做好這個部分就好。建議如後。
2. 「嚴重病人」只在啟動強制住院、強制社區治療時做評估，該任務結束即自動解除。
3. 凡有啟動強制住院、強制社區治療時，縣市政府即應指派可以負責後續服務的「保護人」(或專案個管員)，無論啟動強制住院等是否成功，該等病友都是高精神心理衛生資源之需求者，都應有保護人持續提供服務，直至所服務單位確認已無服務需求時方可結案。
4. 患者住院後出院前，應落實邀請病人的重要關係人及服務提供者一起準備出院計畫，例：心生活協會建議於第 38 條增設一項：「精神醫療機構應邀請家屬及病人住院前或出院後已服務或將提供服務之個案管理員、關懷訪視員、精神照護機構服務工作者等相關人員，參與第二項之病人出院準



備工作。」

四、強制住院及強制社區治療擬採法院事前審理之細節：

(一) 嚴重病人且有自傷或傷人之虞的條件，無調整必要？

心生活協會舉辦分區座談蒐集全國精障族群及組織意見後，提出修訂增加三款得啟動強制住院的條件(由精神專科醫師判斷、指定醫院啟動、送審等制度不變)：

(第一款為原來的傷人或自傷之虞)、「行為或情緒嚴重失控致對家庭生活或社區民眾產生持續性嚴重干擾者」(第二款)、「長期喪失生活功能、為銜接機構安置或社區居住，有必要暫時性密集治療者」(第三款)、「神智不清，無法自我照顧且頻頻走失或有走失之虞者」(第四款)。

並限制這三款情況，必須是「因精神症狀影響」產生的，且考量蒐證之公允及所需時間，並擬定「評估嚴重病人是否有第四十一條第一項第二款之情況時，得由審查會要求縣市政府相關局處協助蒐集、徵詢或調閱相關資料，若因此而需延長第四十二條緊急安置期間者，得由審查會向中央主管機關提出，延長後緊急安置期間不得逾八日」。

另外對於(第一款)有傷人及自傷之虞者，則增加病人(不必為嚴重病人)之適用，恢復 96 年修法之前的條件。

(二) 強制社區治療件數少之現況與困難為何？

強制社區治療做不起來的原因，是因為病人是人不是機器，需要建立服務關係、改善患者生活困境、讓患者感覺被傾聽/被理解/被信任，才有可能產生願意治療、願意遵從醫囑的改變動機；也就是說，只有當社區中積極性、到宅式、長期性生活支持型的服務到位，而不是只想著要押著病人打針的時候，強制社區治療才有可能成功。(只想押著病人打針、或找警察來壓制服藥時，患者「逃亡」的機率將大大提高。)

強制社區治療要落實為協助患者穩定就醫的重要服務之前，需要補足多元社區服務、需要社區中有有經驗能長期服務並支持患者的服務人力，並且需要醫療機構跨出醫院與這些社區中的服務聯手合作，才能有效地幫上病人和家庭的忙。



(三) 強制社區治療期間如何界定？是否有延長聲請次數之限制？

目前精神衛生法已有規定，第一次半年，得申請延長，每次以一年為限，但沒有聲請次數的限制。

以嚴重的精神病為例，治療確實需要多年進行才會慢慢看到正向的進展，我們不期待要為得聲請延長的次數做限制，委員們在審查時自然會考量需求性；理論上，一年半的持續性治療，如果給予治療的方式是尊重病人的、是讓患者獲得心理支持與生理治療的，應該很有機會讓患者進入到願意接受治療或者可以被帶去門診的階段，而現在的制度中，確實缺少一個可獨立評量辦理醫院強制社區治療所用手段與成效如何、是否應精進的架構。

(四) 強制治療法規國外如何運作？

(精神醫學會前秘書長張君威醫師考察過澳洲制度、心口司歷年邀學者做過一些研究，台大公衛張書森副教授了解英國的制度，心生活協會理事李淳一先生也做過一些整理，可就教於這些人。)

然而我們以為，國外制度可供參考，但只要願意真心的理解問題、不逃避真正的問題，自己國家的需要、可以做的方式，自己人最清楚，就像我們可以推出全球認可的健保制度、兩稅合一制度(可惜已被現任政府推翻)一樣，好的制度需要的是政府決策與施政的決心，可以不假外求。

五、同儕支持服務納入服務體系，是否應制度化、如何制度化？

身心障礙者權益保障法已在自立生活服務中載入了同儕服務的實踐，現在需要爭取更擴大到其他服務中；精神心理衛生需求者、他們的家屬，同樣需要當事者現身說法的支持和經驗協助，同儕支持服務在香港、在美國、在澳洲…都是被認可也看到了效果的，在我們自己的實務經驗上，患者看到相同疾病的人有著自己想像不到的樣貌、家屬看到原來自己並不孤單/有人可以理解自己的遭遇，都發揮了強大的緩解壓力效果，理應納入服務體系。而納同儕服務於體系之中時，需要額外想一下的是，所謂的同儕



服務，除了病人服務病人、家屬服務家屬之外，能否家屬為病人提供服務、病人為家屬提供服務。(心生活協會認為都可以為佳)

【同儕服務】納入服務體系的重要基礎一者在於發展【生活】中所需的支持與服務，二者在於發展【心理情緒】的支持性服務(專線電話、支持中心)；精障者有許多操作上的困難，他們需要以陪同為主的居家照顧式服務，只是服務的人需要能理解病人、接納病人、懂得如何與病友相處，發展合適的生活支持服務，同儕就有發揮的空間。而心理情緒的支持，則可能是諮詢回覆、可能是能持續進行的傾聽、可能是自己人的會面，這些都是同儕服務可以發展也應該要發展的地方。

六、社區心理衛生中心，現況、整合窗口、可行性？

社區心理衛生中心因為過去並不以病人為服務對象、不服務精神障礙者，如今政府忽然「指定」要社區心理衛生中心來做病人的服務、做精神障礙者的服務窗口與在地服務提供者，不是不可行，而是應該要先問問政府，究竟打算怎麼做，要如何分步驟分期程將社區心理衛生中心發展成美國某些州運作得很不錯的「精神健康服務中心」(包括了個案管理、同儕服務、就業服務、常態活動、健康諮詢、居住協助…多面性的精障者服務)。

如果政府沒有邀集全園相關的服務提供者、服務使用者一起研討擬定策略與實施方針，就貿然開始編硬體預算、人事預算、號稱開動，那麼我們可以預期，就是在關懷訪視員、心理衛生社工、身心障礙資源中心個管員之外…，再跑出一種個管員而已，把錢花光了，只是讓精障族群所需要的多元、生活化服務更加遙遙無期而已。

七、精神病社區關懷照顧計畫之法制化？運作困境？成為資源轉銜個管員之可行性？

不要再有個管員了，個管員需要有「可用的資源」來連結，現在缺的是沒有真正可以在生活中給予協助的服務，而不是不斷評估、說話卻無法在生活中幫上忙的個管員。

八、社區精神照護模式，跨專業團隊外展如何發展？如何運作、制度化此類精神照護模式？



生活化的支持服務，需要的是給予補助資源，多補助人、督導、管理經費，即可執行，不需要跨專業團隊。

單槍匹馬的個管員，則需要有團隊支持。

需要整個團隊支援發展的是具有危機處理任務的服務。

貳. 修訂法律條文宜有的原則，以維持法的嚴肅性、彰顯國家主權：

(本次王委員版採納了一些行政院版的修改條文，似無必要，付委審查時再由立院衛環委員會統整即可。且該等行政院版之修改頗值得商榷)

一、不贊成第一條國民修改為人民：

國民改為人民，實質上政府的制度操作、服務提供都不會改變，反而讓國家主體被去除。

試問於目前的政治氛圍和國家經濟不佳的斤斤計較之下，難道改為人民，政府就會視罹患精神疾病的外籍勞工為人民而不再於他們確診的時候遣返並為之付費治療？

二、請勿在中華民國的法律中加英文字。

我們並非美國、英國的殖民地，自己國家的法律除非是食安、藥品等需要用到化學式、學名的細則，否則不應該出現英文字。

金總幹事曾代表康盟參加過一次心口司的行政院版說明會，當時就提出：試問增加 mental illness 這兩個英文字，有何實質意義？行政院版主筆的吳醫師表示是為了表達生理因素，要排除如反社會人格列精神疾病…，解決 DSM5 引發的議論…；然而，事實是在精神衛生法增加兩個英文字，對於相關的探討或爭議沒有任何影響，只是自降國格而已。

三、不贊成增加精神病、精神官能症的定義，亦不贊成加寫英文。

精神病、精神官能症的定義，原本載於精神衛生法施行細則中，民國 96 年修法時，據聞是精神科醫師們主張，精神疾病類別多，症狀有時交相出現，官能症患者亦可能出現精神紊亂症狀，反之亦然，故不要以類別來分類病人，治療或服務之提供，一以當事人當時的情況判斷為佳，從而將該兩個大類名稱自施行細則中移除。

我們認同這樣的調整，再者，做此定義與全法後面的各種服務的



使用或不得使用沒有直接的關聯性，因此，不贊同這次修法再走回頭路將兩個粗淺的大類別放回精神衛生法中；更且，不希望看到英文字出現於國家的重要法令之中。

四、不贊成修改強制住院、強制社區治療改由法院判決。

心生活協會一〇七年進行的民意調查，七成三的民眾反對強制住院改為法院審理；對於政府施政重點之優先順序，四成五的民眾認為「精障者及家庭需要的長期性支持服務」為第一優先，二成三的民眾認為「可到宅的危機處理專業團隊」為第一優先，認為上面這兩者都是第一優先的約有3%，而認為強制住院制度應優先修改的二成四民眾中，有很多人是期待增加可強制住院的條件（也就是從寬而非從嚴）。

我們不懂，最核心的長期性支持、危機處理需求，始終未見建立，為何每次政府修精神衛生法都只將焦點放在強制住院制度的修改，說得明白些，就是柿子挑軟的吃，衛生福利部反覆用人權議題來隱藏自己應該擔負的責任、應該擘劃的防治與服務，作為精障當事者(病友及家屬)組成的團體，我們認為，精神衛生法修法的核心，應該是政府推出更多合用的服務與設施、危機處理團隊被建立起來，而不是在強制住院制度上模糊焦點推給司法部門，更擔心在修改這樣的強制住院制度時，政府沒有做好配套措施，讓無辜的生命或財產因制度考量不周而被犧牲。

配套措施及考量，應包括：

(一) 法官如果不懂精神病、不懂病人，如何進行合宜的判決：

〈教育訓練〉：如何幫助司法從業人員增加對於精神疾病、精神障礙以及其對於個人、家庭及社會之影響的了解。

(二) 移送法院審理時，要等待多少天、判決結果是否開庭就可馬上得知，還是又要等上多少天，等待審理、等待判決的期間，病人是繼續在醫院留院觀察還是應該回居住處或其他暫行性安置場所？這期間如何避免發生自傷或傷人或其他不幸事件的危險。

(三) 可否如英國等，就近將(簡易的)審查庭直接在患者被緊急安置的醫院開。



- (四) 法庭審理是視訊還是要移送病友，若要移送病友從人力到車輛支出錢要由誰出？(強烈希望是司法院出)
- (五) 如果法官仍要借助於目前七人小組的審查會之專家意見，那麼法庭審理是多出來的錢，成本由誰買單？(強烈希望是司法院出)
- (六) 如同目前精神衛生法的漏洞，當法院判決否准強制住院、否准強制社區治療時，對於家庭或社區的安全保障並沒有後續的追蹤或服務介入協助。

五、精神衛生法雖然民眾期待有較大的修訂(特別是放入多元社區服務、緊急協助、家屬服務等)，但要大修不表示應該大動條次，放諸民法、刑法、各類稅法…，法律有其嚴肅性、持續性，修訂應該在維持原有條次的情況下增刪，有增加時，應以第 00 條之一、第 00 條之二的方式增列，行政院 96 年第一次實質修精神衛生法、現在第二次擬修法以及王委員目前所提的版本，都無視於舊法的條次、重新編寫，並非適當。(或者我們可以自嘲，精神衛生法之所以可以被立法者認為重新寫過條次，正是其內容不符期待、可用/已被使用的地方不多之事證。)(其他法都會保持原條次的嚴肅性，是因為每一條都有用到，有既存之權利義務乃至於官司在打，所以不得輕易更動。)

參. 不建議增加「家屬」及「家庭照顧者」之定義。

理由：

- 一、民法已有家屬定義，同居於一家者即是。精神衛生法不宜凌駕於規範家庭關係之民法。
- 二、「家庭」具有多變性及複雜度，精神病友由誰照顧、比較聽誰的話、誰照顧不了跑了換誰接手、因為沒有房子最後住在一起的親戚、雖然非主要照顧者但若能對精神疾病有更多認識有可能可提供主要照顧者意見的親人……各種面向非常複雜，容易掛一漏萬不建議於精神衛生法中定義。
- 三、若純粹是為了提供服務給家屬、照顧者，建議直接在條文中寫明服務對象為：家屬、照顧者、親友即可。精神心理衛生這塊，大家不會搶著來認親，有興趣前來使用服務者就是有需要的人，無



須進行刻意的限制與排除。

肆. 本次啟動修法，核心價值是否有達成：

我們覺得這是最重要的。王委員版本動的條款非常多，重心應在新增的第六章【病人及家庭照顧者社區支持服務】。不過這個部分卻未列入公聽會的討論題綱，而本次公聽會所欲談者過多，若須細緻、取得共識立法，可能還需要多次的討論會、公聽會才能達成目標。