

《精神衛生法》修正草案總說明

《精神衛生法》（下稱本法）自二〇〇八年全文修正施行至今已逾十年，社會經濟與生活型態已多所變遷，人民對精神衛生與心理健康資源之需求亦與日俱增。當社區偶有發生精神危機事件，其因應與處理機制恐有不足，精神疾病病人與家庭照顧者所需之社區支持服務，亦付之闕如。

為完善社區精神照護之資源與橫向連結，提升精神疾病病人生活品質，並促進社區融合與社會參與之空間，且為因應實務執行之需要，並斟酌本法與《身心障礙者權利公約》及《病人自主權利法》之衡平，相關規範容有調整修正之必要。俾利建置跨專業合作之精神衛生照顧網絡，加強跨機關協力之各項社區支持服務。綜上，為使本法更臻完善，擬具本法修正草案，其修正要點如次：

- 一、依據國際人權保障之精神，爰將精神醫療與心理健康促進相關服務之對象，由國民擴展為人民。（修正條文第一條）
- 二、因應行政院組織改造，修正中央主管機關名稱。（修正條文第二條）
- 三、配合《醫療法》第六十三條等病人之關係人、世界衛生組織予精神復健之定義，以及《身心障礙者權利公約》第十九條自立生活與融合社區之意旨，分別增訂家屬、家庭照顧者、精神復健與社區支持服務之名詞定義。（修正條文第三條）
- 四、為促進政府各部門之分工與協力，明定本法主管機關及各目的事業主管機關於精神衛生及心理健康業務、精神疾病防治（制）病人權益保障之權責事項。（修正條文第四條）
- 五、為強化心理健康促進、病人及家庭照顧者社區支持服務，並建立積極性社區處遇團隊，提供外展式社區緊急危機援助服務，及推動自殺防治業務，增修中央及地方主管機關之掌理事項。（修正條文第六及第七條）
- 六、為推動心理健康促進與精神疾病防制業務，依據轄區人口數、心理衛生之需求與資源，分別設置社區心理衛生中心。（修正條文第八條）
- 七、為落實《身心障礙者權利公約》第三條機會均等，中央主管機關應會同各級勞動、教育及社政主管機關，共同建立社區照顧、支持與復建體系，提供心理健康促進與精神疾病防制之服務。（修正條文第九條至第十三條）
- 八、中央及地方主管機關納入機關局處代表，辦理心理健康促進與精神疾病防治（制）諮詢事項。又，諮詢會單一性別委員，不得少於委員總數百分之四十。（修正條文第十四條至第十五條）
- 九、為改善藥癮、酒癮治療業務之服務品質並納入管理，授權中央主管機關訂定精神照護機構辦理藥癮、酒癮治療服務之要件、人員訓練與認證、管理及其他應遵行事項之辦法。（修正條文第十六條）

- 十、為有效發展並合理運用精神復健機構資源，明定精神復健機構負責人資格、執業人員辦理執業登記，及授權中央主管機關訂定精神復健機構之設立、擴充或申請許可、審查等事項之辦法。(修正條文第十七條)
- 十一、為保障病人權益並監督精神照護機構之服務品質，增訂未依法設立之精神照護機構，不得以任何名義，提供病人安置及其他相關服務。(修正條文第十八條)
- 十二、為提升中央及地方主管機關辦理本法業務之量能，爰將專責人員修為專任人員，各目的事業主管機關則維持專責人員辦理。(修正條文第十九條)
- 十三、修訂保護人之產生方式。另增訂公設保護人得請求報酬之依據，地方主管機關應編列公設保護人之經費，不足額則由中央政府補助。(修正條文第二十一條)
- 十四、為避免嚴重病人之身分效期未能定期更新，明定診斷書應記載有效期間。(修正條文第二十二條)
- 十五、緊急處置所需費用，原則由地方主管機關支付。惟如經確定非因疾病引起而有可歸責於當事人責任時，由該當事人負擔之。地方主管機關先行支付者，得以書面通知應負擔人限期返還；屆期未返還者，移送行政執行。(修正條文第二十三條)
- 十六、為落實《身心障礙者權利公約》第五條平等與不歧視原則，各類媒體、機關(構)、法人或團體，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽者形成歧視或偏見之報導。增訂未經法院判決確定前，不得以當事人之疾病或障礙狀況作為報導內容。(修正條文第二十五條)
- 十七、為落實《身心障礙者權利公約》第十九條意旨，身心障礙者享有於社區中生活之平等權利，爰增訂民眾、立法委員、中央及地方公職人員不得以任何方法，使精神疾病病人及其家庭照顧者無法使用精神照護機構之設施、設備或享有社區支持服務之權利。(修正條文第二十六條)
- 十八、為保障病人信託相關權益，爰增訂於信託監察人死亡或解散後，其信託契約未另行指定新信託監察人時，由戶籍地主管機關接任，執行信託契約之訪視或照顧事項。(修正條文第二十七條)
- 十九、為衡平病人之會客權利與醫療機構為穩定病人之需要，增訂病人得以書面方式，預立其信賴之人為住院期間之會客名單。惟經醫療機構評估，認有妨害病人病情穩定或治療進行時，仍得與以限制。(修正條文第二十九條)
- 二十、為符合個人資料保護規範，明定嚴重病人之通報方式、內容、資料建立、追蹤關懷等事項之辦法，由中央主管機關定之。(修正條文第三十二條)
- 二十一、為使病人離開矯正機關、保安處分處所及其他以拘禁、感化為目的之機構或場所後，仍能持續接受社區支持服務，爰明定病人離開前如曾有就醫紀錄，經醫師診斷有持續治療之需求，且病人同意者，則應視其需要轉介地方主管機關。(修正條文第三十四條)

- 二十二、 為強化自殺防治體系，爰增訂自殺通報規定，並由地方主管機關視個案需要，且經其同意後，提供必要之支持與服務。另授權中央主管機關訂定通報方式、資料建立、支持服務及其他應遵行事項辦法。(修正條文第三十七條)
- 二十三、 為落實出院準備計畫，精神醫療機構於病人出院前，應協助病人共同擬訂具體可行之社區治療、復健、關懷支持及轉介或轉銜計畫，俾利銜接各項社區支持服務。如為嚴重病人之情形，精神醫療機構應將前開計畫通知地方主管機關，以提供關懷訪視及其他社區支持服務；非屬嚴重病人，有前開服務之必要者，經病人同意後亦同。(修正條文第四十三條)
- 二十四、 為落實病人於社區之照顧與支持，爰增訂地方主管機關應結合所屬警政、消防、教育、衛生、社政、民政、戶政、勞動等機關或單位，建立社區照顧體系，並定期召開聯繫會議，加強橫向聯繫機制。(修正條文第四十五條)
- 二十五、 按司法院釋字第七一〇號解釋意旨，國家以法律明確規定限制人民之身體自由者，須踐行正當法律程序，並須符合憲法第二十三條比例原則。本法強制住院及強制社區治療事項，應改由法院事前審理。故，行政裁量之審查會擬調整為諮詢小組，由該諮詢小組提供法院關於個案身心狀況之專業諮詢意見，俾利法院斟酌裁定。(修正條文第四十六條)
- 二十六、 明訂嚴重病人緊急安置及強制鑑定之啟動要件、程序、期間與運作方式。(修正條文第四十七條)
- 二十七、 明訂強制住院之聲請程序、每次裁定期間、協助嚴重病人擬訂出院準備計畫等事項，並賦予法院得依聲請或依職權變更許可強制社區治療之裁定。(修正條文第四十八條)
- 二十八、 明訂延長強制住院之聲請程序、每次裁定期間、次數限制，以及協助嚴重病人擬訂出院準備計畫等事項。(修正條文第四十九條)
- 二十九、 明訂不服強制住院裁定之抗告程序及監督機制，以及得停止強制住院之事由。(修正條文第五十條及第五十二條)
- 三十、 明訂強制社區治療之啟動要件、聲請程序及每次裁定期間。(修正條文第五十四條)
- 三十一、 明訂延長強制社區治療之聲請程序及每次裁定期間。(修正條文第五十五條)
- 三十二、 明訂不服強制社區治療裁定之抗告程序及監督機制，以及得停止強制社區治療之事由。(修正條文第五十六條及第五十八條)
- 三十三、 為符合《醫療法》與《病人自主權利法》病人知情同意之相關規範，爰刪除現行條文強制社區治療「得以不告知嚴重病人之方式為之」之文字。(修正條文第五十九條)
- 三十四、 嚴重病人如為成年人且未受監護或輔助宣告時，其同意即具有法律效力。精神醫療機構為病人施行修正條文第六十四條或第六十六條之治療，仍應以取得嚴重病人同意為原則，以符《病人自主權利法》第六條之精神，爰刪除現行條文「但於嚴重病人，得僅經其保護人、法定代理人同意」之但書規定。

- 三十五、 為保障精神疾病病人享有於社區中生活之平等權利，按《身心障礙者權利公約》第十九條之意旨，應採取有效及適當之服務措施，以達成自立生活與社區融合。鑑於實務上，精神疾病病人不一定同時具有身心障礙者證明，但仍迫切需要社區照護與支持服務，爰增訂「第六章、病人及家庭照顧者支持服務」專章。
- 三十六、 地方衛政與社政主管機關應以多元連續服務原則，建構妥善之社區關懷機制，並應自行或委託相關單位，提供病人及家庭照顧者所需之社區支持服務。（修正條文第六十八條）
- 三十七、 鑑於同儕專業在精神疾病病人復元歷程之重要性，亦為社區精神照護網絡體系中不可或缺之成員，爰新增同儕支持員於社區支持服務之角色。（修正條文第六十九條）
- 三十八、 明訂社區心理衛生中心應辦理事項，並整合地方政府所屬警政、教育、衛生、社政、民政、戶政、勞動等單位業務及人力，俾利提供病人及家庭照顧者整體性、連續性之服務。（修正條文第七十條）
- 三十九、 為健全現行個案管理機制，使社區關懷訪視員得以提供長期穩定之支持，並藉由轉銜之資源網絡，建立以服務使用者為中心、復元導向之服務，爰新增社區關懷機制之法源依據，俾利深化人員之專業訓練與督導機制，建立收案標準、服務提供方式、合理案量與訪視頻率等事宜。（修正條文第七十一條）
- 四十、 為協助病人於社區自立生活所需之到宅醫療、精神復健、居住、危機支援等需求，增訂病人及家庭照顧者社區支持服務提供方式之類別，包含居家式、社區式、積極性社區處遇及家庭照顧者支持服務。（修正條文第七十二條至第七十六條）
- 四十一、 為協助精神疾病病人逐漸走向復元，及家庭照顧者所需之社會心理支持，增訂地方主管機關應自行或委託相關單位，設置病人及家庭照顧者專線，即時提供其所需之諮詢回覆與情緒支持。（修正條文第七十七條）

《精神衛生法》修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第一章 總則	第一章 總則	章名未修正。
第一條 為促進 <u>人民</u> 心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法。	第一條 為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法。	鑑於臺灣與世界各國交流日益頻繁，非屬本國國籍者居住或停留於臺灣境內之人，亦應協助提供其所需之精神醫療及心理健康相關服務，爰將「國民」修正為「人民」。
第二條 本法所稱主管機關：在中央為 <u>衛生福利部</u> ；在地方為 <u>直轄市政府</u> 、 <u>縣（市）政府</u> （以下簡稱地方主管機關）。	第二條 本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。	配合「行政院衛生署」改制為「衛生福利部」，酌作文字修正。
第三條 本法用詞定義如下： 一、精神疾病（ <u>mental illness</u> ）：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。 <u>但反社會人格違常者，不包括在內。</u> 二、專科醫師：指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。	第三條 本法用詞定義如下： 一、精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病； <u>其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。</u>	一、第一項第一款酌作文字修正。 二、家屬定義係按《醫療法》第六十三條、第六十五條及第八十一條之規範，爰於第一項第五款敘明。 三、考量精神疾病病人之家庭照顧者，實務上具不同樣態與情狀，其範圍以提供規律性照顧之人為準，故自應及於以永久共同生活為目的同

<p>三、病人：指罹患精神疾病之人。</p> <p>四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。</p> <p><u>五、家屬：指病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人。</u></p> <p><u>六、家庭照顧者：指於家庭中對病人提供規律性照顧之主要親屬或以永久共同生活為目的同居一家之人。</u></p> <p><u>七、精神復健：指為協助病人逐步適應社會生活，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或訓練。</u></p> <p><u>八、社區治療：指為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式。</u></p> <p><u>九、社區支持服務：指為使病人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服務措施。</u></p>	<p>二、專科醫師：指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。</p> <p>三、病人：指罹患精神疾病之人。</p> <p>四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。</p> <p>五、<u>社區精神復健</u>：指為協助病人逐步適應社會生活，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。</p> <p>六、社區治療：指為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式。</p>	<p>居一家之人，爰於第一項第六款敘明。</p> <p>四、按世界衛生組織一九九六年予精神復健之定義，係為一促進個人盡可能於社區獨立生活之過程。其涉及增進個人之能力與改變其環境，使精神障礙者能夠創造更好的生活；社會心理復健之目標，在於達到個人與社會之最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能成功地生活於社區。是以，精神復健應以復元導向（recovery oriented services）提供精神障礙者為自立生活與融合社區所需之服務。惟現行條文之定義，仍以疾病治療為核心，爰修正第一項第七款，增訂「訓練」一詞，俾利衛政及社政主管機關於健保制度之外，嘗試研擬複合式給付方案之可能（非托育養護費用給</p>
---	--	---

<p><u>前項第一款精神疾病之範圍如下：</u></p> <p><u>一、精神病 (psychosis)。</u></p> <p><u>二、精神官能症 (neurosis)。</u></p> <p><u>三、酒癮、藥癮。</u></p> <p><u>四、其他經中央主管機關認定之精神疾病。</u></p>		<p>付)，俾利社區精神復健資源之佈建。</p> <p>五、第一項第八款為款次修正。</p> <p>六、為保障精神障礙者享有於社區中生活之平等權利，以及與其他人同等之選擇，本於《身心障礙者權利公約》第十九條之意旨，應採取有效及適當之服務措施，以促進精神障礙者充分享有該等權利，並充分融合及參與社區，爰於第一項第九款新增社區支持服務之定義。</p> <p>七、第二項新增。係為現行條文第一項第一款末段關於精神疾病之範圍。</p>
<p>第四條 本法所定事項，涉及各目的事業主管機關執掌者，由各目的事業主管機關辦理。</p> <p>主管機關及目的事業主管機關權責劃分如下：</p> <p>一、主管機關：人民心理健康促進、精神疾病防治政策、病人人</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、人民之心理健康促進、精神疾病防治(制)及病人權益保障事項，涉及層面甚廣，亟需政府各部門之分工與協力，俾利提升精神</p>

<p>格維護與保障、經濟安全、社會救助、病人及家庭照顧者社區支持服務、醫療給付、福利服務及長期照顧、專業人員之培育及訓練等相關規劃、推動及監督。</p> <p>二、社政主管機關：病人經濟安全、病人及家庭照顧者社區支持服務、社會救助、福利服務等相關規劃、推動及監督。</p> <p>三、內政主管機關：警察、消防、役男或其他人員心理健康促進與精神疾病防制、疑似有前條第一項第一款所定狀態表現異常者之護送就醫、強制社區治療執行過程之秩序與現場人員人身安全之維護、危機事件處理團隊人員之安全訓練及病人協尋之規劃、推動及監督。</p> <p>四、教育主管機關：學校心理健康促進與精神疾病防制教育與宣導、病人受教育權益維護、教育資源與設施均衡配置及友善支持學習環境建立之規劃、推動及監督。</p>		<p>衛生與心理健康業務之完整性，爰參酌《身心障礙者權益保障法》、《家庭暴力防治法》之體例，明訂主管機關及各目的事業主管機關之權責事項。</p> <p>三、精神疾病病人所需之精神醫療、精神復健、社區支持服務等業務，現行多由心理及口腔健康司辦理。惟《身心障礙者權利公約》第十九條揭示自立生活與融合社區之目標，實有賴社政主管機關積極協力，提供病人相關之福利資源、支持其於社區居住。又，精神疾病病人逐漸老化，其長期照顧議題，亦亟需重視，爰於第二項第二款敘明社政主管機關之權責，俾利衛生福利部相關司、署、處共同合作及推動。</p> <p>四、高身心壓力或危險之工作人員，如警察、消防人員、役男等人員，尤須提供其心理健康促進與精神疾病防治之資</p>
--	--	--

<p>五、勞動主管機關：職場心理健康促進與精神疾病防制、病人職業重建、就業促進與保障、勞動權益保障及職場友善支持環境建立之規劃、推動及監督。</p> <p>六、法務主管機關：犯罪被害人身心狀況保護措施與精神疾病之就醫協助、精神疾病收容人收容環境之改善、矯正措施之合理調整、就醫協助、出監轉介服務、更生保護之規劃、推動及監督。</p> <p>七、國防主管機關：軍人心理健康促進與精神疾病防制之規劃、推動及監督。</p> <p>八、財政主管機關：精神照護機構、庇護工場、病人及其扶養者稅捐減免之規劃、推動及監督。</p> <p>九、文化主管機關：人民心理健康促進、病人精神生活充實、藝文活動參與、藝文創作獎勵之規劃、推動及監督。</p> <p>十、金融主管機關：金融機構對病人提供財產信託服務與權益保</p>		<p>源與支持。另，當社區發生精神危機事件（ mental health crisis ），警消人員往往首當其衝，為增進警消及相關人員於處理精神危機時之安全性，爰參酌美國危機處理團隊（ crisis intervention team , CIT ）之訓練機制，以社區實務為基礎，共同提升警消基層人員於社區精神危機之反應與處理，降低警消人員於應對精神疾患者之執勤風險，爰於第二項第三款訂定內政主管機關之權責。</p> <p>五、精神障礙者面臨之社會汙名，源自於社會大眾對於精神疾病的陌生與恐懼，亦源於根深蒂固之傳統價值觀，導致民眾諱疾忌醫，患者亦拒絕接受生病之事實，以致未能及時獲得良好之復元計畫，演變至無可挽回之悲劇與不幸。惟有自教育端著手，於各級學校提供初級心理健康預防，自學齡階段</p>
--	--	---

<p>障之規劃、推動及監督。</p> <p>十一、通訊傳播主管機關：廣播、電視與其他由其主管之媒體、通訊傳播傳輸內容，避免歧視精神疾病事項之規劃、推動及監督。</p> <p>前項各款以外，其他人民心理健康促進、精神疾病防制及病人權益保障事項，由相關目的事業主管機關依職權規劃辦理。</p>		<p>養成對精神疾病之正確認知。同時，亦應持續推動人民心理健康與精神疾病之社會教育。爰於第二項第四款敘明教育主管機關之權責。</p> <p>六、精神障礙者享有與其他人平等之工作權利；此包括於一個開放、融合與無障礙之勞動市場及工作環境中，自由選擇與接受謀生工作機會之權利。為達前開《身心障礙者權利公約》第二十七條之目標，應協助其職業重建，並提供就業服務及職業與繼續訓練。同時，有精神疾病之工作者，於職場需有友善支持環境，就業及勞動權益保障，以穩定其生活結構與經濟來源，爰於第二項第五款訂定勞動主管機關之權責。</p> <p>七、為保護因犯罪事件身心受創之被害人、精神疾病之被收容人之就醫協助與收容環境改善，及矯正措施之合理調整、監所精神醫療等相</p>
--	--	---

		<p>關權益，爰於第二項第六款敘明法務主管機關之權責。</p> <p>八、鑑於近年國軍人員因精神疾病退伍除役之情形有提高之趨勢，有關現役軍人精神疾病之預防、判定、篩檢與處理，應建立規劃、推動及監督機制，俾利提升現役軍人之精神衛生管理、輔導措施、就醫轉診之服務品質，同時兼顧心理健康促進，爰於第二項第七款訂定國防主管機關之權責。</p> <p>九、精神疾病病人多為經濟弱勢，其扶養者及精神照護機構應有稅捐減免。又，為增進病人之職能訓練與就業機會，應以精神照護機構、庇護工場雇主相關稅捐之減免作為鼓勵措施，爰於第二項第八款敘明財政主管機關之權責。</p> <p>十、藉由文化事業獎勵，以促進人民對心理健康之意識，及對精神疾病之認識。又，病人之精神生活、藝文措施等相</p>
--	--	--

		<p>關事宜，有賴文化主管機關之協力，爰於第二項第九款訂定文化主管機關之權責。</p> <p>十一、為協助精神病人之財產信託、管理及相關權益保障事項，爰於第二項第十款敘明金融主管機關之權責。</p> <p>十二、媒體於社會事件發生之際，時有未經查證釐清，遂將該事件歸咎於精神疾病之行為，為避免大眾對於精神疾病與患者之歧視與汙名，爰於第二項第十一款訂定通訊傳播主管機關之權責。</p> <p>十三、為避免心理健康促進、精神疾病防治（治）及權益保障措施之推動有所疏漏，爰於第三項敘明前項各款以外之事項，由各相關目的事業主管機關依職權辦理。</p>
<p>第五條 中央主管機關得依人口、<u>醫療及心理衛生資源</u>分布情形，劃分責任區域，建立區域<u>心理健康促進</u>、精</p>	<p>第五條 中央主管機關得依人口及醫療資源分布情形，劃分<u>醫療責任區域</u>，建立區域精神疾病預防及醫療服務網，並訂定計畫實施。</p>	<p>為增進人民心理健康，爰於本條增列心理健康促進項目，以增加心理健康促進之比重。</p>

<p>神疾病預防及醫療服務網，並訂定計畫實施。</p>		
<p>第二章 精神衛生體系</p>	<p>第一章 精神衛生體系</p>	<p>章名未修正。</p>
<p>第六條 中央主管機關掌理下列事項：</p> <p>一、<u>心理健康促進政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導。</u></p> <p>二、<u>精神疾病防治政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導。</u></p> <p>三、<u>對病人權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導。</u></p> <p>四、<u>對地方主管機關執行病人就醫、經濟安全、社會救助、病人及家庭照顧者支持服務、福利服務及長期照顧、權益保障之監督及協調。</u></p> <p>五、<u>對地方主管機關病人服務及家庭照顧者社區支持服務之獎助規劃。</u></p> <p>六、<u>病人醫療服務、病人及家庭照顧者社區支持服務、積極性社區處遇團隊相關專業人員之培育及訓練之規劃、督導與考核。</u></p> <p>七、<u>對病人保護業務之規劃。</u></p>	<p>第四條 中央主管機關掌理下列事項：</p> <p>一、<u>民眾心理健康促進、精神疾病防治政策及方案之規劃、訂定及宣導事項。</u></p> <p>二、<u>全國性病人服務及權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導事項。</u></p> <p>三、<u>對直轄市及縣(市)主管機關執行病人就醫、權益保障之監督及協調事項。</u></p> <p>四、<u>對直轄市及縣(市)主管機關病人服務之獎助規劃事項。</u></p> <p>五、<u>病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃事項。</u></p> <p>六、<u>病人保護業務之規劃事項。</u></p> <p>七、<u>全國病人資料之統計事項。</u></p> <p>八、<u>各類精神照護機構之輔導、監督及評鑑事項。</u></p> <p>九、<u>其他有關病人服務權益保障之策劃、督導事項。</u></p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、<u>考量心理健康促進之重要性且現行政策比重偏低，爰將其獨列為一款，爰於第一款訂定中央主管機關應掌理心理健康促進政策之事項，並將精神疾病防治事項移列第二款，餘款項順移。</u></p> <p>三、<u>配合修正條文第四條第二項各款之增訂，爰調整第四、五、六款之掌理事項。</u></p> <p>四、<u>對病人及家庭照顧者進行社區支持服務之規劃，包含但不限於外展式的關懷、積極的保護及發展、推動多樣化的服務模式，舉凡同儕支持系統 (intentional peer support, IPS)、日間型精神復健機構、暫時性庇護處所、積極性社區處遇 (assertive community treatment, ACT) 團隊等，以協助</u></p>

<p><u>八、病人及家庭照顧者社區支持服務之規劃。</u></p> <p><u>九、整合中央與地方資源，建立外展式社區緊急危機援助服務及緊急就醫服務體系，防範及處理病人因疾病引發之危險行為。</u></p> <p><u>十、病人、自殺行為人、疑似有第三條第一項第一款所定狀態表現異常之人資料之蒐集、建立、彙整、統計及管理。</u></p> <p><u>十一、各類精神照護機構之獎勵、輔導、監督及評鑑。</u></p> <p><u>十二、人民心理衛生、精神疾病之調查、研究及統計。</u></p> <p><u>十三、其他有關人民心理健康促進、精神疾病防治、病人服務及權益保障之規劃、督導。</u></p> <p>中央主管機關應每四年公布包括前項各款事項之國家心理衛生報告。</p>	<p><u>十、國民心理衛生與精神疾病之調查、研究及統計。</u></p> <p>中央主管機關應每四年公布包含前項各款事項之國家心理衛生報告。</p>	<p>穩定病人病情，支持其於社區生活，俾利落實本法之立法精神，爰於第八款敘明。</p> <p>五、嚴重病情之精神疾病病人，受症狀影響致有危險行為時，患者因處危機期難以做出理性選擇、家屬亦力不從心，為避免釀成憾事，亟需中央主管機關整合中央與地方之資源，建立病人緊急危機期之入家式援助服務體系，爰增列第九款。</p> <p>六、為利於規劃符合案主需求之各項服務方案，縮短行政流程，建立資料庫以提供連續性服務，並得進行分析俾利政策之檢討，爰修訂第十款。</p> <p>七、鑑於各類精神照護機構中，日間型精神復健機構服務於社區逐漸萎縮，亟需中央主管機關積極協助，提供相關獎勵，健全社區精神復健相關服務，爰修訂第十一款。</p>
--	---	---

		<p>八、訂定第十二款中央主管機關主責事項包含對全國心理衛生、精神疾病之調查、研究及統計。</p> <p>九、訂定第十二款其他有關人民心理健康促進、精神疾病防治等之事項。</p>
<p>第七條 <u>地方主管機關</u>掌理轄區下列事項：</p> <p>一、<u>心理健康促進之方案規劃、宣導及執行</u>。</p> <p>二、<u>精神疾病防制之方案規劃及執行</u>。</p> <p>三、<u>中央訂定之心理健康促進、精神疾病防制、病人及家庭照顧者社區支持服務與權益保障政策、法規及方案之執行</u>。</p> <p>四、<u>對病人權益保障政策、自治法規與方案之規劃、訂定、宣導及執行</u>。</p> <p>五、<u>病人醫療服務、病人及家庭照顧者社區支持服務、積極性社區處遇團隊相關專業人員之培育及訓練之規劃、督導及執行</u>。</p> <p>六、<u>病人保護業務之執行</u>。</p>	<p>第六條 <u>直轄市、縣(市)主管機關</u>掌理轄區下列事項：</p> <p>一、<u>民眾心理健康及精神疾病防治之方案規劃及執行事項</u>。</p> <p>二、<u>中央訂定之病人服務與權益保障政策、法規及方案之執行事項</u>。</p> <p>三、<u>病人就醫與權益保障政策、自治法規與方案之規劃、訂定、宣導及執行事項</u>。</p> <p>四、<u>病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃及執行事項</u>。</p> <p>五、<u>病人保護業務之執行事項</u>。</p> <p>六、<u>病人資料之統整事項</u>。</p> <p>七、<u>各類精神照護機構之督導及考核事項</u>。</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、<u>配合修正條文第六條中央主管機關掌理事項之修正</u>，爰將現行條文第一款之「<u>民眾心理健康促進</u>」事項獨列為一款，並將精神疾病防治調整為第二款，餘款項順移。</p> <p>三、<u>配合修正條文第六條中央主管機關掌理事項之修正</u>，修訂地方主管機關應掌理事項共十一款。</p>

<p><u>七、對病人及家庭照顧者提供社區支持服務之規劃、宣導及執行。</u></p> <p><u>八、執行外展式社區緊急危機援助服務及緊急就醫服務，防範及處理病人因疾病引發之危險行為。</u></p> <p><u>九、病人、自殺行為人、疑似有第三條第一項第一款所定狀態表現異常之人資料之蒐集、建立、彙整、統計及管理。</u></p> <p><u>十、各類精神照護機構之督導及考核。</u></p> <p><u>十一、其他有關心理健康促進、精神疾病防治、病人服務及權益保障之策劃、督導。</u></p>	<p>八、其他有關病人服務及權益保障之策劃、督導事項。</p>	
<p>第八條 地方主管機關應<u>設社區心理衛生中心</u>，辦理心理衛生<u>宣導、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源開發、網絡聯結、自殺防治、精神疾病防制、物質濫用防治、災後心理重建</u>及其他心理衛生<u>服務</u>事項。</p> <p>前項社區心理衛生中心，應依<u>轄區人口數及心理衛生之需求與資源</u>，分別設立，並由心</p>	<p>第七條 直轄市、縣（市）主管機關應由社區心理衛生中心，辦理心理衛生<u>宣導、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源網絡聯結、自殺、物質濫用防治</u>及其他心理衛生等事項。</p> <p>前項社區心理衛生中心，應由心理衛生相關專業人員提供服務。</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、第一項酌修社區心理衛生中心辦理事項之文字。</p> <p>三、社區心理衛生中心之設立，應考量轄區人口數、各地方政府之資源與需求差異，由心理衛生相關專業人員提供心理衛生相關服務，爰修訂第二項。</p>

<p>理衛生相關專業人員提供服務。</p>		
<p>第九條 中央主管機關應<u>寬列經費</u>，會同中央社政、<u>勞動及教育</u>主管機關建立社區照顧、支持與復健體系，<u>有效</u>提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務</p>	<p>第八條 中央主管機關應會同中央社政、勞工及教育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。</p>	<p><u>一、條次變更。</u> 二、為落實病人社區照顧、支持與復健相關服務，國家應寬列經費俾利執行，爰參酌《癌症防治法》第十六條之體例，於本條酌作修正。</p>
<p>第十條 各級勞動主管機關應推動<u>職場心理健康促進及精神疾病防制</u>。 <u>前項勞動主管機關對於病情穩定且具有就業意願及就業能力，而不足以獨立在競爭性就業市場工作之病人，應依其工作能力，提供個別化就業安置、訓練及其他工作協助等支持性就業服務。</u> <u>前項勞動主管機關對於病情穩定且具有就業意願，而就業能力不足，無法進入競爭性就業市場，需長期就業支持之病人，應依其職業輔導評量結果，提供庇護性就業服務。</u></p>	<p>第九條 勞工主管機關應推動<u>職場心理衛生</u>，<u>協助病情穩定之病人接受職業訓練及就業服務</u>，<u>並獎勵或補助雇主提供其就業機會</u>。</p>	<p><u>一、條次變更。</u> 二、為落實《身心障礙者權利公約》第三條機會均等及第二十七條平等工作權利，對於病情穩定但無法進入競爭性就業市場之病人，各級勞動主管機關應依需求評估結果，提供個別化之職前準備、支持性或庇護性就業服務之資源，給予病人長期性職業重建之機會。爰參酌《身心障礙者權益保障法》第三十四條之體例，增訂第二項及第三項。</p>
<p>第十一條 各級教育主管機關應<u>規劃、推動及建立各級學校心理</u>健康促</p>	<p>第十條 各級教育主管機關應推動各級學校心理衛生教育，建立學生心</p>	<p><u>一、條次變更。</u> 二、精神疾病好發於學齡階段，惟因社會汙名與</p>

<p><u>進、精神疾病防制，依學生及教職員工心理健康需求，分別提供心理健康促進、諮詢、心理輔導、危機處理、醫療轉介、資源連結、自殺防制、物質濫用防制或其他心理健康相關服務。</u></p> <p>高級中等以下學校精神衛生及心理健康教育課程內容，由中央教育主管機關會商中央主管機關定之。</p>	<p>理輔導、危機處理及轉介機制等事項。</p> <p><u>各級主管機關應協助前項工作之推動及建立。</u></p> <p>高級中等以下學校心理衛生教育課程內容，由中央教育主管機關會同中央主管機關定之。</p>	<p>可能缺乏病識感，而無法及時獲得良好復原計畫，進而導致學業中斷、失去工作與社會互動的人際網絡。因此，應自國民義務教育著手，促進國人對精神疾病之認知，提升心理健康之意識，有其必要性，爰於第一項增修校園需建立之心理健康服務，包含但不限於心理健康促進、情緒與壓力之認識與管理、認識精神疾病與精神復健、認識成癮行為之生理機制等。</p>
<p>第十二條 各級教育主管機關應規劃、推動及協助病人接受各級各類教育，<u>建立友善支持學習環境，並保障其受教權利。</u></p>	<p>第十一條 各級教育主管機關應規劃、推動與協助病人，<u>接受各級各類教育及建立友善支持學習環境。</u></p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、為維護病人教育之權利，落實《身心障礙者權利公約》之公平、不歧視之精神，各級教育主管機關應協助病人建立各類友善支持學習環境，積極協助病人取得教育資源之權利，爰修正本條。</p>
<p>第十三條 各級社政主管機關應自行或結合民間資源，規劃、推動與整</p>	<p>第十二條 各級社政主管機關應自行或結合民間資源，規劃、推動與整</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、部分精神疾病病人可能亦屬於《身心障礙者</p>

<p>合病人及其家庭所需之各項社區支持與居住服務，<u>社會救助、福利服務及其他相關措施</u>，<u>促進其社會參與及自立生活</u>。</p>	<p>合<u>慢性</u>病人之社會救助及福利服務相關措施。</p>	<p>權益保障法》之對象，為使社政主管機關增加及關注精神疾病病人相關之照顧，爰依據前開法規訂定社政主管機關應辦理事項，俾利協助病人之社會參與及自立生活，增進病人穩定於社區中生活。</p>
<p>第十四條 中央主管機關應邀集精神衛生專業人員、法律專家、病情穩定之病人、<u>病人家庭照顧者或病人權益促進團體及機關代表</u>，<u>組成諮詢會</u>，辦理下列事項之諮詢：</p> <p>一、<u>心理健康促進政策、制度及方案</u>。</p> <p>二、<u>精神疾病防治政策、制度及方案</u>。</p> <p>三、<u>心理健康促進及精神疾病防治資源規劃</u>。</p> <p>四、<u>心理健康促進、精神疾病防治研究發展及國際交流</u>。</p> <p>五、<u>精神疾病特殊治療方式</u>。</p> <p>六、<u>病人權益保障之整合、規劃、協調及推動</u>。</p> <p><u>七、推動及促進病人及其家庭所需之就學、</u></p>	<p>第十三條 中央主管機關應邀集精神衛生專業人員、法律專家、病情穩定之病人、<u>病人家屬或病人權益促進團體代表</u>，辦理下列事項：</p> <p>一、<u>促進民眾心理衛生政策之諮詢事項</u>。</p> <p>二、<u>精神疾病防治制度之諮詢事項</u>。</p> <p>三、<u>精神疾病防治資源規劃之諮詢事項</u>。</p> <p>四、<u>精神疾病防治研究發展之諮詢事項</u>。</p> <p>五、<u>精神疾病特殊治療方式之諮詢事項</u>。</p> <p>六、<u>整合、規劃、協調、推動及促進病人就醫權益保障及權益受損之審查事項</u>。</p> <p>七、<u>其他有關精神疾病防治之諮詢事項</u>。</p> <p>前項病情穩定之病人、<u>病人家屬或病人權益促進團體代表</u>，至少應有</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、<u>心理健康促進與精神疾病防治之政策、制度及方案</u>，有賴相關部會與衛生福利部共同協力，爰於第一項後段新增「機關」代表，納入諮詢會之人員。</p> <p>三、<u>考量政策、制度及方案皆有納入諮詢範疇之需</u>，而非僅限於制度，爰於第一款、第二款及第三款酌作文字修正。</p> <p>四、<u>為促進民眾對心理健康議題之重視</u>，增列心理健康促進之資源規劃、研究及國際交流等事項，爰於第三款及第四款酌作文字修正。</p> <p>五、<u>現行條文第六款就醫權益保障歸類為病人權</u></p>

<p><u>就業、居住安置、病人及家庭照顧者社區支持服務、專線電話服務、外展式社區緊急危機援助服務之諮詢事項。</u></p> <p><u>八、政府機關執行心理健康促進業務之整合、督導及協調。</u></p> <p><u>九、其他有關心理健康促進及精神疾病防治。</u></p> <p>前項病情穩定之病人、病人家庭照顧者或病人權益促進團體代表，至少應有三分之一；且單一性別委員，不得少於委員總數百分之四十。</p> <p><u>第一項諮詢會應邀集相關目的事業主管機關派員列席。</u></p>	<p>三分之一；且單一性別不得低於三分之一。</p>	<p>益保障事項，「審查」有准駁之意涵，現行諮詢會功能僅為諮詢，爰酌修文字，並刪除「審查」一詞。</p> <p>六、為協助病人及家庭照顧者穩定於社區中生活，除精神醫療的支持外，亦須佈建多元、多面向的服務方案，舉凡就學權益、就業服務、暫時性的庇護處所、日間精神復健據點、同理病人與家庭照顧者困境之專線電話服務、患者因病程變化陷入危機期，第一時間給予病人及家庭照顧者之援助服務等，爰增列第七款敘明。</p> <p>八、心理健康促進業務範圍甚廣，需整合政府機關共同執行，爰增列第八款敘明。</p> <p>九、第九款新增「心理健康促進」</p> <p>十、第二項後段委員性別比例酌作調整。</p> <p>十一、第三項新增。諮詢會討論第一項各款事宜時，應邀集相關目的事</p>
--	----------------------------	---

		<p>業主管機關派員出席參與，俾利中央及地方各單位之橫向聯繫，協力佈建病人及家庭照顧者所需之服務資源。</p>
<p>第十五條 地方主管機關應邀集精神衛生專業人員、法律專家、病情穩定之病人、病人<u>家庭照顧者</u>或病人權益促進團體及局處代表，組成諮詢會，辦理轄區下列事項之諮詢：</p> <p>一、<u>心理健康促進</u>。</p> <p>二、<u>精神疾病防制</u>。</p> <p>三、<u>心理健康促進及精神疾病防制研究計畫</u>。</p> <p>四、<u>心理健康服務資源及精神照護機構設立之規劃及網絡連結</u>。</p> <p>五、<u>病人權益保障申訴案件</u>。</p> <p>六、<u>提供病人及其家庭所需之就學、就業、居住安置、病人及家庭照顧者社區支持服務、專線電話服務、外展式社區緊急危機援助服務</u>之諮詢事項。</p> <p>七、<u>各局處執行心理健康促進業務之整合、督導及協調</u>。</p>	<p>第十四條 地方主管機關應邀集精神衛生專業人員、法律專家、病情穩定之病人、病人家屬或病人權益促進團體代表，辦理轄區下列事項：</p> <p>一、促進民眾心理衛生之諮詢事項。</p> <p>二、精神疾病防治研究計畫之諮詢事項。</p> <p>三、精神照護機構設立之諮詢事項。</p> <p>四、病人就醫權益保障及權益受損申訴案件之協調及審查事項。</p> <p>五、其他有關精神疾病防治之諮詢事項。</p> <p>前項病情穩定之病人、病人家屬或病人權益促進團體代表，至少應有三分之一。</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、配合修正條文第十四條，增修地方主管機關召開諮詢會之辦理事項。</p>

<p><u>八、其他有關心理健康促進及精神疾病防制。</u></p> <p>前項病情穩定之病人、<u>病人家庭照顧者</u>或病人權益促進團體代表，至少應有三分之一。<u>且單一性別委員，不得少於委員總數百分之四十。</u></p> <p><u>第一項諮詢會應邀集相關目的事業主管機關派員列席。</u></p>		
<p>第十六條 各級政府得依實際需要，設立或獎勵民間設立下列精神照護機構，提供病人相關照護服務：</p> <p>一、精神醫療機構：醫療服務。</p> <p>二、精神護理機構：照護服務。</p> <p>三、心理治療所：臨床心理服務。</p> <p>四、心理諮商所：諮商心理服務。</p> <p>五、精神復健機構：社區精神復健服務。</p> <p><u>六、社會工作師事務所：社會工作及社會福利服務。</u></p> <p><u>七、職能治療所：職能治療服務。</u></p> <p><u>主管機關得指定前項各款機構，辦理酒癮、藥癮治療及生活重建業務；</u></p>	<p>第十六條 各級政府按實際需要，<u>得</u>設立或獎勵民間設立下列精神照護機構，提供相關照護服務：</p> <p>一、精神醫療機構：<u>提供精神疾病急性及慢性醫療服務。</u></p> <p>二、精神護理機構：<u>提供慢性病人收容照護服務。</u></p> <p>三、心理治療所：<u>提供病人臨床心理服務。</u></p> <p>四、心理諮商所：<u>提供病人諮商心理服務。</u></p> <p>五、精神復健機構：<u>提供社區精神復健相關服務。</u></p> <p><u>精神復健機構之設置、管理及其有關事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、為精簡條文，第一項各款係提供病人照護，爰於序文增加「病人」一詞，餘款刪除「病人」。</p> <p>三、考量現行社會工作師事務所亦有接受縣(市)政府委託辦理精神照護相關服務，爰增列第六款為精神照護機構。</p> <p>四、職能治療師亦為精神復健機構之重要成員，爰增列第七款。</p> <p>五、酒精及藥物成癮之治療與復健業務有其特殊性，辦理該項業務之機構、人員(專業及非專業人員)及其管理目前</p>

<p><u>其機構與條件、人員訓練與認證、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>		<p>並未有相關法規予以規範，為提升該業務服務品質且納入管理，爰新增第二項。</p>
<p><u>第十七條 前條第一項第五款精神復健機構，應置負責人一人；並得視需要，置醫事人員或社會工作人員。</u></p> <p><u>前項醫事人員，應依各該醫事人員法規，辦理執業登記；社會工作人員為社會工作師者，應依社會工作師法，辦理執業登記。</u></p> <p><u>精神復健機構之設立或擴充，應向地方主管機關申請許可；其申請許可條件與程序、申請人與負責人之資格、審查程序與基準、限制條件、撤銷、廢止及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p>第十六條第二項 <u>精神復健機構之設置、管理及其有關事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、醫事人員之職業機構或處所明定於各該醫事人員法規，如《醫師法》第八條之二、《護理人員法》第十二條、《心理師法》第十條，原則上除依法規定之職業處所外，不得於其他處所執業。鑑於精神復健機構執行業務之醫事人員可能包含醫師、護理人員、職能治療師及社會工作師等，又精神復健機構目前非屬前開人員所屬法規定之職業處所，為免與現行各該醫事人員法及社會工作師法扞格，爰修正現行條文第十六條第二項。</p>
<p>第十八條 未依法設立之精神照護機構，不得以任何名義，提供病人安置、第十六條第一項各款及其他相關服務。</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、精神照護機構之設置、管理及服務提供，應於本法明確規範，以符《身心障礙者權利公約》第十六條之意旨，</p>

		<p>確保所有用於為身心障礙者服務之設施與方案受到獨立機關之有效監測，俾利保障病人之最低服務標準。</p>
<p><u>第十九條</u> 為辦理本法規定相關事宜，中央及地方主管機關，應置專任人員，各目的事業主管機關應置專責人員；其人數，應依業務增減而調整之。</p> <p>辦理前項業務所需經費，地方主管機關財政確有困難者，由中央政府補助，並應專款專用。</p>	<p><u>第十七條</u> 中央與直轄市、縣（市）主管機關及各目的事業主管機關應置專責人員辦理本法規定相關事宜；其人數應依業務增減而調整之。</p> <p>辦理前項業務所需經費，直轄市、縣（市）主管機關財政確有困難者，應由中央政府補助，並應專款專用。</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、本次修正幅度之大，有賴中央及地方主管機關調整、設置專任人員，各目的事業主管機關亦須設置專責窗口，協力推動本法相關政策、方案及病人權益保障事項。</p>
<p>第三章 病人之保護及權益保障</p>	<p>第三章 病人之保護及權益保障</p>	<p>章名未修正。</p>
<p><u>第二十條</u> 對病人不得有下列行為：</p> <p>一、遺棄。</p> <p>二、身心虐待。</p> <p>三、留置無生活自理能力之病人於易發生危險或傷害之環境。</p> <p>四、強迫或誘騙病人結婚。</p> <p>五、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。</p>	<p><u>第十八條</u> 對病人不得有下列行為：</p> <p>一、遺棄。</p> <p>二、身心虐待。</p> <p>三、留置無生活自理能力之病人於易發生危險或傷害之環境。</p> <p>四、強迫或誘騙病人結婚。</p> <p>五、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>

<p><u>第二十一條</u> 經專科醫師診斷屬嚴重病人者，應置保護人一人，專科醫師並應開具診斷證明書交付保護人。<u>保護人應維護嚴重病人之權益，並考量其意願及最佳利益。</u></p> <p>前項保護人，<u>由嚴重病人之法定代理人、監護人或輔助人擔任；未能由上開人員擔任者，應由配偶、父母、關係人互推一人為之。</u></p> <p>嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之<u>地方主管機關另行選定適當人員、機構、法人或團體為保護人；戶籍所在地不明者，由其住（居）所或所在地之地方主管機關為之。</u></p> <p><u>前項公設保護人得請求報酬，其數額由地方主管機關按其勞力及嚴重病人之資力酌定之。</u></p> <p><u>辦理前項業務所需經費，地方主管機關財政確有困難者，由中央政府補助，並應專款專用。</u></p> <p>保護人之通報流程、名冊建置<u>及其他相關事項之辦法</u>，由中央主管機關定之。</p>	<p><u>第十九條</u> 經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，應置保護人一人，專科醫師並應開具診斷證明書交付保護人。</p> <p>前項保護人，<u>應考量嚴重病人利益，由監護人、法定代理人、配偶、父母、家屬等互推一人為之。</u></p> <p>嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之直轄市或縣（市）主管機關另行選定適當人員、機構或團體為保護人；戶籍所在地不明者，由其住（居）所或所在地之直轄市或縣（市）主管機關為之。</p> <p>保護人之通報流程、名冊建置等事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、依本法第三條第一項第四款嚴重病人之定義，嚴重病人係由專科醫師診斷，非以鑑定來完成，爰刪除本條第一項「鑑定」一詞。</p> <p>三、現行保護人制度與《民法》監護宣告、輔助宣告皆屬「替代性決策（substitute decision-making）」制度，與《身心障礙者權利公約》第一號一般性意見，期望締約國發展支持由障礙者自行做決定之「支持性決策（supported decision-making）」制度有違。目前，全臺領有重大傷病證明之慢性精神病病人約十九萬人，而依據衛福部心口司之統計，二〇一九年各縣市嚴重病人人數總計約八千人。現行保護人制度業已限縮至決策能力極為困難之群體。如欲達成《身心障礙者權利公</p>
--	---	--

		<p>約》支持性決策之目標，有賴國家挹注極大支持與資源，並針對決策困難者，如心智障礙、發展障礙、失智症患者、精神疾病病人等，通盤檢視國內法對其財產、醫療、自立生活等意思決定，進行整體之修法或立法。故本次修正仍維持保護人之制度，並於第一項末段補充修訂保護人應考量病人之意願與最佳利益。</p> <p>三、保護人人選之順位，擬先於法定代理人、監護人或輔助人之中選定，如未能從其中選定，次由配偶、父母、關係人互推一人為之，爰酌修第二項。</p> <p>四、經診斷為嚴重病人者，實務上其家庭支持系統薄弱。本法保護人制度又以規範義務與責任為主，致使少有適當人員、機構、法人或團體願意擔任公設保護人。爰參酌《民法》第一一〇四條之體例，增</p>
--	--	--

		<p>訂第四項公設保護人得請求報酬之依據。</p> <p>五、依據衛福部心口司之統計，二〇一九年各縣市政府編列公設保護人預算及支出情形，高達十三個縣市未編列公設保護人預算，顯見公設保護人之角色於政策上未獲基本之支持。爰於第五項增訂地方主管機關如有財政困難，由中央政府補助公設保護人之專款，俾利強化公設保護人之效能。</p>
<p><u>第二十二條</u> 前條第一項診斷書，應記載一年至三年之有效期間。</p> <p>前項期間屆滿前，嚴重病人或其保護人認其病情穩定，經專科醫師診斷，認定已非屬嚴重病人時，該診斷醫師執業之機構，應即通知保護人，並通報地方主管機關。</p> <p>嚴重病人診斷書期間屆滿前，保護人應協助其接受專科醫師診斷，確認其嚴重病人身分；期間屆滿時，未接受診斷者，其診斷失其效力。</p>		<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、嚴重病人診斷書期間屆滿失其效力後，地方主管機關應協助評估病人轉銜之需求與意願，協助提供其所需之醫療、復健、同儕、居住等於社區生活中所需之支持服務措施，爰於第四項敘明。</p>

<p>前項診斷失其效力時，地方主管機關應評估病人轉銜需求及意願，提供社區支持服務。</p>		
<p>第二十三條 嚴重病人情況危急，非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，由保護人予以緊急處置。</p> <p>嚴重病人之保護人不能即時予以緊急處置者，<u>地方主管機關</u>得自行或委託機構、法人或團體為之。</p> <p>前項緊急處置所需費用，由<u>地方政府</u>支付，如經確定非因疾病引起而有可歸責於當事人責任時，由該當事人負擔之。</p> <p><u>地方主管機關</u>代前項應負擔人墊付前項費用後，得檢具支出憑證影本及費用計算書，以書面行政處分，通知應負擔人限期返還；屆期未返還者，依法移送行政執行。</p> <p>病人情況危急，非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，</p>	<p>第二十條 嚴重病人情況危急，非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，由保護人予以緊急處置。</p> <p>嚴重病人之保護人不能即時予以緊急處置者，直轄市、縣（市）主管機關得自行或委託機構或團體為之。</p> <p>前項緊急處置所需費用，由嚴重病人或前條第二項所列之人負擔。必要時，得由直轄市、縣（市）主管機關先行支付。</p> <p>直轄市、縣（市）主管機關支付前項費用後，得檢具支出憑證影本及費用計算書，以書面定十日以上三十日以下期間催告應負擔人繳付，逾期未繳付者，得依法移送強制執行。</p> <p>病人情況危急，非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、嚴重病人發生本條之危急情形，不必然為病人自身或照顧者之過失，恐與社區支持服務資源過於稀薄之結構性困境更為相關，爰修正第三項。</p> <p>三、如經確定第一項之危及情形非因疾病引起，而有可歸責於嚴重人或照顧者之情形者，地方主管機關於墊付緊急處置費用後，得以書面行政處通知應負擔人限期返還，屆期未返還者，由處分機關移送行政執行，爰修正第四項。</p>

<p>準用前三項之相關規定。</p> <p>前五項緊急處置之方式、程序、費用負擔及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>準用前三項之相關規定。</p> <p>前五項緊急處置之方式、程序及費用負擔等事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	
<p>第二十四條 病人之人格權及合法權益，應予尊重及保障，不得歧視。對病情穩定者，關於其就醫、就學、應考、僱用及社區生活權益，不得以曾罹患精神疾病為由，有不公平之對待。</p>	<p>第二十二條 病人之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視。對病情穩定者，不得以曾罹患精神疾病為由，拒絕就學、應考、僱用或予其他不公平之待遇。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、參酌《身心障礙者權利公約》第三條一般原則，及第十九條揭示身心障礙者享有於社區中生活之平等權利，國家應採取有效及適當之措施，以促進身心障礙者充分享有該等權利，以及充分融合及參與社區，確保身心障礙者享有近用各種居家、住所及其他社區支持服務，爰修正本條。</p>
<p>第二十五條 <u>宣傳品、出版品、廣告物、廣播、電視、電子訊號、網際網路或其他媒體之報導</u>，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述；<u>並不得有與事實不符，或誤導閱聽者對病人、保護人、家屬、照顧者及服務病人之人員、機構、法人或團體產生歧視或偏見之報導</u>。</p>	<p>第二十三條 傳播媒體之報導，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽者對病人產生歧視之報導。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為使病人權益保障更為全面，針對現行條文僅規範傳播媒體之報導不得使用歧視性稱呼或描述，或誤導閱聽者對病人產生歧視，爰參酌《性侵害犯罪防治法》第十三條、《人口販運防制法》第二十二條之體例，訂定擴大至各種</p>

<p><u>病人或疑似有第三條第一項第一款所定狀態表現異常之人涉及法律事件，未經法院判決確定其發生原因可歸責於當事人之疾病或其身心障礙狀況者，前項宣傳品、出版品、廣告物、廣播、電視、電子訊號、網際網路或其他媒體，或機關、機構、法人或團體，不得以當事人之疾病或其障礙狀況作為報導內容。</u></p>		<p>傳播媒介，並參酌《身心障礙權益保障法》第七十四條第一項，補充增訂「偏見」一詞。</p> <p>三、考量病人或疑似病人涉及司法事件時，常有傳播媒體或新聞事件評論等，於未釐清案件事實、原因與責任歸屬前，遂將事件發生原因歸咎於或暗指當事人之心身狀況違常所致之情形，嚴重汙名化精神疾病、病人及其家屬，爰參酌《身心障礙者權益保障法》第七十四條第二項之體例，增訂第二項規範，各類傳播媒體及行政機關、機構、法人或團體，在法院尚未釐清案件事實、原因與責任歸屬前，不得將事件發生原因歸責於當事人之疾病或其身心障礙狀況，以保障病人之基本權益，減少社會對精神疾病病人之歧視與汙名。</p>
<p>第二十六條 民眾、立法委員、中央及地方公職人員不得以任何方法，</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p>

<p>使病人及家庭照顧者無法使用精神照護機構之設施、設備或享有社區支持服務之權利。</p>		<p>二、鑑於精神照護機構依法申請成立時或業經主管機關許可設立後，多面臨歧視性之抗爭，導致營業執照核發期程延宕，社區支持服務提供者承擔龐大之人力與物力損失，影響病人社區支持服務資源之發展與佈建，爰依《身心障礙者權利公約》第三條一般原則，及第十九條身心障礙者享有於社區中生活之平等權利，並參酌《身心障礙者權益保障法》第十六條第二項之體例，增訂第一項規範，民眾、立法委員及中央、地方公職人員不得以任何方法致使病人及家庭照顧者無法使用本法所稱之精神照護機構之設施、設備，及享有各項社區支持服務之權利。</p>
<p>第二十七條 病人為財產信託受益人者，於信託監察人死亡或解散後，其信託契約未另行指定新信託監察人時，由戶籍地主管機關接任；原</p>		<p>一、本條新增。 二、為身心障礙者訂定財產信託，係家屬竭力延續身後照顧障礙子女之努力。因受益人多有認</p>

<p>信託契約訂定之訪視或照顧事項，由戶籍地主管機關執行之。</p> <p>前項財產信託之委託人死亡且無信託監察人，而受益人能力不足以處理信託事務時，受託人應呈報受益人之戶籍地主管機關，指定新信託監察人協助之。</p>		<p>知能力之困難，甚而因病程變化而失去意思能力之情形，故多於信託契約中納入信託監察人之角色。又，因信託僅為處理財產事務，而無法承接照顧之責任，故亦有委託民間社福團體擔任信託監察人，進行定期訪視、對受益人進行需求評估，協助受益人獲取良好的照顧等，了解障礙子女居住及生活情形，協助信託業者為正確之撥款指令。惟精障公益團體募款不易，且服務對象係屬極為弱勢之精障家庭。若擔任信託監察人之精障公益團體因故解散或撤銷設立登記而消滅時，應由受益人之戶籍地主管機關接任信託監察人一職，協助執行原信託契約訂定之訪視或照顧事項，爰於第一項敘明。</p> <p>三、若委託人不幸亡故，而信託契約規範無信託監察人時，而受益人因認知能力之困難，或因</p>
---	--	--

		<p>病程變化而失去意思能力，致使無法處理信託事務時，應由受託人（信託業者）通知受益人之戶籍地主管機關，由該主管機關指定新信託監察人，執行受益人之訪視或照顧事項，爰於第二項敘明。</p>
<p><u>第二十八條</u> 未經病人同意者，不得對病人錄音、錄影或攝影，並不得報導其姓名或住（居）所。 精神照護機構，於保障病人安全之必要範圍內，設置監看設備，不受前項規定之限制，並應告知病人；於嚴重病人，應<u>同時告知其保護人或家屬</u>。</p>	<p><u>第二十四條</u> 未經病人同意者，不得對病人錄音、錄影或攝影，並不得報導其姓名或住（居）所；於<u>嚴重病人</u>，應經其保護人同意。 精神照護機構，於保障病人安全之必要範圍內，設置監看設備，不受前項規定之限制，但應告知病人；於<u>嚴重病人</u>，應告知其保護人。</p>	<p>一、條次變更。 二、嚴重病人之身分不同於受監護或輔助宣告之人，當嚴重病人為成年人且未受監護或輔助宣告時，嚴重病人之同意即具有法律效力，現行條文第一項對於嚴重病人之替代性決策顯已過當，恐有違《病人自主權利法》之立法精神，爰予刪除。 三、第二項於嚴重病人之情形，除應告知嚴重病人本人外，增列應同時告知之對象範圍。</p>
<p><u>第二十九條</u> 住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非因病人病情或醫療需要，不得予以限制。</p>	<p><u>第二十五條</u> 住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非因病人病情或醫療需要，不得予以限制。</p>	<p>一、條次變更。 二、精神醫療機構如因病人病情或醫療需要，而有限制病人對外聯絡之需要時，仍需審慎衡酌</p>

<p><u>精神醫療機構依前項但書限制病人之通訊及會客時，不得逾必要之程度。</u></p> <p><u>病人得以書面方式預立其信賴之人為住院期間之會客人員。但經精神醫療機構評估，認其會客有礙病人之病情穩定或治療進行時，不適用之。</u></p> <p>精神照護機構因照護、訓練需要，安排病人提供服務者，機構應給予病人適當獎勵金。</p>	<p>精神照護機構因照護、訓練需要，安排病人提供服務者，機構應給予病人適當獎勵金。</p>	<p>限制之程度，建議訂定因病情或醫療而需限制通訊及會客之可能情形，並納入入院流程與病人討論，爰新增第二項。</p> <p>三、為衡平病人之會客權利及醫療機構為穩定病人之需要，爰於第三項新增病人得以書面方式，預立其信賴之人為住院期間之會客名單。惟病人信賴之人經醫療機構評估，恐有妨害病人病情之穩定或治療之進行時，仍得予以限制，爰以但書敘明。</p>
<p>第三十條 病人或其扶養者應繳納之稅捐，政府應按病人病情嚴重程度及家庭經濟情況，依法給予適當之減免。</p>	<p>第二十七條 病人或其扶養者應繳納之稅捐，政府應按病人病情嚴重程度及家庭經濟情況，依法給予適當之減免。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>
<p>第三十一條 病人或其家庭照顧者、保護人、相關照護人員、立案之病人權益促進團體，有客觀事實足認精神照護機構及其工作人員，有侵害病人權益或有侵害之虞者，得以書面向精神照護機構所在地之地方主管機關申訴。</p>	<p>第二十八條 病人或其保護人，認為精神照護機構及其工作人員，有侵害病人權益時，得以書面向精神照護機構所在地之直轄市、縣（市）主管機關申訴。</p> <p>前項申訴案件，直轄市、縣（市）主管機關應就其申訴內容加以</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、現行條文對於侵害病人權益事項得提出申訴之對象，未包含家庭照顧者、合法立案之病人權益促進團體，爰修正第一項，有客觀事實足認有侵害病人權益之虞者，得向該精神照護機</p>

<p>前項申訴案件，<u>地方主管機關</u>應就其申訴內容加以調查、處理，並將<u>辦理結果</u>通知申訴人。</p>	<p>調查、處理，並將辦理情形通知申訴人。</p>	<p>構所在地之地方主管機關提出申訴。</p>
<p>第四章 協助就醫、通報及追蹤保護</p>	<p>第四章 協助就醫、通報及追蹤保護</p>	<p>章名未修正。</p>
<p>第<u>三十二</u>條 病人或疑似有<u>第三條第一項第一款</u>所定狀態表現異常之人之保護人或家屬，應協助其就醫。</p> <p><u>地方主管機關</u>知有前項之人或其自由受不當限制時，應主動協助之。</p> <p>經專科醫師診斷屬嚴重病人者，醫療機構應將其資料通報<u>地方主管機關</u>。</p> <p><u>前項通報</u>，應符合<u>個人資料保護法</u>規定；其通報之方式、內容、<u>通報個案之資料建立、處置、追蹤關懷及其他應遵行事項之辦法</u>，由<u>中央主管機關</u>定之。</p>	<p>第二十九條 病人或有<u>第三條第一款</u>所定狀態之人之保護人或家屬，應協助其就醫。</p> <p>直轄市、縣（市）主管機關知有前項之人或其自由受不當限制時，應主動協助之。</p> <p>經專科醫師診斷或<u>鑑定屬嚴重病人者</u>，醫療機構應將其資料通報直轄市、縣（市）主管機關。</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、第一項增列協助病人或疑似本法第三條第一項第一款所定狀態表現異常之人就醫之人員。</p> <p>三、依本法第三條第一項第四款嚴重病人之定義，嚴重病人係由專科醫師診斷，非以鑑定來完成，爰刪除本條第三項「鑑定」一詞。</p> <p>四、嚴重病人之通報應符合《個人資料保護法》等相關規定，爰於第四項授權中央主管機關訂定期通報方式、內容、資料建立、處置及關懷事項辦法。</p>
<p>第<u>三十三</u>條 矯正機關、保安處分處所及其他以拘禁、感化為目的之機構或場所，<u>其</u>有病人或疑似有<u>第三條第一項第一款</u>所定狀態表現異常</p>	<p>第三十條 矯正機關、保安處分處所及其他以拘禁、感化為目的之機構或場所，如有病人或有<u>第三條第一款</u>所定狀態之人，應由該機關、機</p>	<p>條次變更，內容酌作文字修正。</p>

<p>之人，應由該機關、機構或場所提供醫療，或護送協助就醫。</p> <p>社會福利機構及其他收容或安置民眾長期生活居住之機構或場所，有前項之人者，應由該機構或場所協助就醫。</p>	<p>構或場所提供醫療，或護送協助其就醫。</p> <p>社會福利機構及其他收容或安置民眾長期生活居住之機構或場所，如有前項之人，應由該機構或場所協助其就醫。</p>	
<p><u>第三十四條</u> 前條機關、機構或場所，於病人離開前曾有就醫紀錄，醫師診斷有持續治療需求，且經病人同意者，應視需要轉介其住（居）所在地地方主管機關予以提供支持或服務。</p>	<p><u>第三十一條</u> 前條之機關、機構或場所於病人離開時，應即通知其住（居）所在地直轄市、縣（市）主管機關予以追蹤保護，並給予必要之協助。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為兼顧病人之知情同意及回歸社區後能得到適當之照顧，爰規定修正條文第三十三條之機關、機構或場所，於病人離開前，得視病人之需求，並經其同意後，轉介地方主管機關，俾利銜接社區資源提供其所需之支持或服務。</p>
<p><u>第三十五條</u> 警察機關或消防機關於執行職務時，發現疑似有<u>第三條第一項第一款</u>所定狀態表現異常之人，有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知地方主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。</p>	<p><u>第三十二條</u> 警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有<u>第三條第一款</u>所定狀態之人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、鑑於實務上出現自傷傷人之虞之行為人，並非皆為經診斷之病人，爰於第一項修訂「疑似」一詞，俾利及時就醫診斷，以獲得良好之治療、復健與復元計畫。</p> <p>三、依第一項護送就醫之人，經就近適當醫療機</p>

<p>民眾發現前項之人時，應即通知所在地警察機關或消防機關。</p> <p><u>依第一項被護送就醫之人經醫療機構適當處置後，診斷屬病人者，應轉送至地方主管機關指定之精神醫療機構（以下簡稱指定精神醫療機構）繼續接受治療。</u></p> <p><u>依第一項規定送醫且身分不明者，醫療機構應立即通知地方主管機關查明其身分，並提供必要之協助。</u></p> <p>第三項指定之精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、專科醫師指定及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>民眾發現前項之人時，應即通知當地警察機關或消防機關。</p> <p>第一項醫療機構將病人適當處置後，應轉送至直轄市、縣（市）主管機關指定之精神醫療機構（以下簡稱指定精神醫療機構）繼續接受治療。</p> <p>依第一項規定送醫者，其身分經查明為病人時，當地主管機關應立即通知其家屬，並應協助其就醫。</p> <p>第三項之指定精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、專科醫師指定及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>構協助，診斷屬病人者，該醫療機構應評估其需要，轉診至其轄區指定之精神醫療機構續行接受治療，爰酌修第三項。</p> <p>四、依第一項護送就醫之人，其身分不明時，醫療機構應立即通知當地主管機關協助查明其身分，並提供必要之協助，例如緊急安置、協尋家屬、連結社會救助、急難救助等資源，爰酌修第四項。</p>
<p><u>第三十六條 地方主管機關應整合所屬衛政、社政、警政、消防及其他相關機關，於轄區內建置二十四小時緊急精神醫療處置機制，處理前條所定事項及緊急安置之事務。</u></p>	<p><u>第三十八條第三項 直轄市、縣（市）主管機關應於轄區內建置二十四小時緊急精神醫療處置機制，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。</u></p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、現行條文第三十八條第三項係規範地方主管機關建置二十四小時緊急精神醫療處置，為使護送就醫事項之相關規定具連續性，爰將該條獨立為本條文。</p> <p>三、考量直轄市、縣（市）政府轄區內之二十四小時緊急精神醫療</p>

		<p>處置機制之權責機關包含衛政、社政、警政及消防機關，爰明列整合前開機關，以臻明確。護送就醫之病人如有緊急安置之需求，爰由社政單位評估協助之。</p>
<p>第三十七條 為利提供緊急處置，以維護民眾生命及<u>安全</u>，<u>各級政府衛生、警察及消防機關設置特定之對外服務專線</u>，得要求各電信事業配合提供各類來電顯示號碼及其所在地或網路定位位置。</p> <p>前項機關接獲來電者知有傷害他人或自己或有傷害之虞者，得洽請電信事業，提供該人所在地地址及其他救護所需相關資訊，電信事業不得拒絕。</p> <p><u>醫事人員於執行職務時，知有自殺或疑似自殺行為者，應立即通報地方主管機關，至遲不得逾二十四小時。地方主管機關得視需要，經自殺或疑似自殺行為者同意後，提供必要之支持服務。</u></p> <p>前項通報，應符合<u>個人資料保護法</u>規定；</p>	<p>第三十三條 為利提供緊急處置，以維護民眾生命、財產安全，主管機關、警察機關、消防機關設置特定之對外服務專線，得要求各電信事業配合提供來電自動顯示號碼及其所在地。</p> <p>前項機關對來電者知有傷害他人或自己或有傷害之虞，得洽請電信事業提供該人所在地地址及其他救護所需相關資訊，電信事業不得拒絕。</p> <p>經辦前二項作業之人員，對於作業之過程及所知悉資料之內容等，應予保密，不得洩漏。</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、因應數位資訊時代，電信事業得運用手機及網路定位訊息，協助提供他傷與自傷者位置，俾利提供相關協助，爰修正第一項文字。</p> <p>三、電信事業不得拒絕提供上述他傷或自傷者所在地地址，及其他救護所需之相關資訊。依據《個人資料保護法》第六條第一項第二款，公務機關對個人資料之利用，涉及醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，應為執行法定義務所必要，且有適當安全維護措施。非上述第六條所定之資料時，依據《個人資料保護法》第十六條第三款或第二十條第</p>

<p><u>其通報之方式、內容、通報個案之資料建立、處置、支持服務及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p> <p><u>第一項至第三項經辦人員，對於作業之過程及所知悉資料之內容，應予保密，不得無故洩漏。</u></p>		<p>三款之規定，應於執行法定職務時必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。但為免除當事人之生命、身體、自由或財產上之危險，得為特定目的外之利用。</p>
<p>第<u>三十八條</u> 精神照護機構於病人擅自離開該機構時，應即通知其保戶人或家屬；病人行蹤不明時，應即通知警察機關及地方主管機關。</p> <p>警察機關發現前項擅離機構之病人時，應通知原機構，並視情況協助送回。</p>	<p>第<u>三十四條</u> 精神照護機構於病人擅自離開該機構時，應即通知其保護人；病人行蹤不明時，應即報告當地警察機關。</p> <p>警察機關發現前項擅離機構之病人時，應通知原機構，並協助送回。</p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、目前，全臺領有重大傷病證明之慢性精神病人約十九萬人，而依據衛福部心口司之統計，二〇一九年各縣市嚴重病人人數總計約八千人。嚴重病人僅為病人其中一類，且在具嚴重病人身分時才會置保護人，非全部病人都有保護人。病人無故自行離開機構時，應通知對象需為更廣泛，爰增列家屬為受通知人。</p>
<p>第五章 精神醫療照護業務</p>	<p>第五章 精神醫療照護業務</p>	<p>章名未修正。</p>
<p>第<u>三十九條</u> 病人之精神醫療照護，應依其病情輕重、有無傷害危險或其他情事，採取<u>下列方式</u>為之：</p>	<p>第<u>三十五條</u> 病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：</p>	<p>條次變更，酌作文字修正。</p>

<p>一、門診。 二、急診。 三、全日住院。 四、日間留院。 五、社區精神復健。 六、居家治療。 七、其他照護方式。</p> <p>前項第六款居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、門診。 二、急診。 三、全日住院。 四、日間留院。 五、社區精神復健。 六、居家治療。 七、其他照護方式。</p> <p>前項居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之。</p>	
<p>第四十條 精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向其本人及其保護人或家屬說明病情、治療方針、<u>用藥</u>、預後情形、住院理由、應享有之權利及其他相關事項。</p>	<p>第三十六條 精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向其本人及其保護人說明病情、治療方針、預後情形、住院理由及其應享有之權利等有關事項。</p>	<p>一、條次變更。 二、配合修正條文第三十二條第一項，保護人或家屬協助就醫後，爰依《醫療法》第八十一條之規範，精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向嚴重病人及其保護人、病人及其家屬說明病情等相關事項。其中，精神科藥物之使用與副作用，亦應與保護人或家屬溝通，協助其了解精神科藥物可能之作用及其對生活之影響，爰增列「用藥」事項之說明。惟若病人本人知情拒絕精神醫療機構告知保護人或家屬其病情事項時，應依《個人資料保護法》第六條、第十六條及</p>

		<p>第二十條之相關規定為之。</p>
<p>第四十一條 <u>精神照護機構</u>因醫療、復健或病人安全之需要，<u>經病人同意</u>而限制病人之居住場所或行動者，應遵守相關法律規定，<u>不得逾必要之程度</u>。</p>	<p>第二十一條 因醫療、復健、<u>教育訓練或就業輔導</u>之目的，<u>限制病人之居住場所或行動者</u>，應遵守相關法律規定，於必要範圍內為之。</p> <p>第三十七條第一項 <u>精神照護機構</u>為保護病人安全，<u>經告知病人</u>後，得限制其活動之區域範圍。</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、依據《身心障礙者權利公約》第二十五條揭示於醫療照顧中當事人自由且知情同意之原則，該條（d）款指出，應於徵得身心障礙者自由意識並知情同意之基礎上，提供身心障礙者與其他人相同品質之照護。現行條文與上開公約規範雖有扞格之處，惟考量實際執行之衡平，爰於本條納入病人知情同意權，並採最小之人身自由限制。</p>
<p>第四十二條 <u>精神醫療機構</u>因醫療需要或為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件，<u>於告知病人後</u>，得於<u>特定之保護設施內</u>，拘束其身體或限制其行動自由，並應定時評估，不得逾必要之時間。</p> <p><u>精神醫療機構以外之精神照護機構</u>，為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件，<u>於告知病人</u></p>	<p>第三十七條 <u>精神照護機構</u>為保護病人安全，<u>經告知病人後</u>，得限制其活動之區域範圍。</p> <p><u>精神醫療機構</u>為醫療之目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體或限制其行動自由於<u>特定之保護設施內</u>，並應定時評估，不得逾必要之時間。</p> <p><u>精神醫療機構以外之精神照護機構</u>，為防</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、依據身心障礙者權利委員會於二〇一五年第十四屆會議通過之《身心障礙者權利公約第十四條準則》，締約國應尊重並支持身心障礙者於所有情況下，包含於緊急及危險之情況下（including in emergency and crisis situations），做出決定</p>

<p><u>後，得拘束其身體，並立即護送其就醫。</u></p> <p>前二項拘束身體或限制行動自由，不得以戒具或其他不正當方式為之。</p> <p><u>第一項及第二項告知病人之規定，無法及時告知病人時，應於事後告知。</u></p>	<p><u>範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體，並立即護送其就醫。</u></p> <p>前二項拘束身體或限制行動自由，不得以戒具或其他不正當方式為之。</p>	<p>之法律能力。與個人身體、心理完整性相關之決定，僅於當事人自由且知情之同意下，始得成立。現行條文與上開公約準則雖有扞格之處，惟考量實際執行之衡平，爰於本條納入告知病人之義務，並採最小之人身自由限制。</p>
<p><u>第四十三條 精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應協助病人辦理出院，並通知其保護人或家屬，不得無故留置病人。</u></p> <p>精神醫療機構於病人出院前，<u>應邀集病人、家屬、病人之個案管理員、社區關懷訪視員，協助病人共同擬訂具體可行之社區治療、復健、關懷支持及轉介或轉銜計畫；其屬嚴重病人者，並應徵詢保護人意見。</u></p> <p><u>精神醫療機構應於嚴重病人出院日起七日內，將前項計畫內容，通知其戶籍所在地或住（居）所之地方主管機關，提供關懷支持及轉介或轉銜各項服務。</u></p>	<p><u>第三十八條 精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知本人或保護人辦理出院，不得無故留置病人。</u></p> <p>精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。</p> <p><u>直轄市、縣（市）主管機關應於轄區內建置二十四小時緊急精神醫療處置機制，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。</u></p>	<p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、病人經治療後病情穩定，無繼續住院之必要時，醫療機構應以病人自主為優先，協助病人辦理出院，同時協助通知其保護人或家屬，爰修正第一項。</p> <p>三、為尊重病人之意願，並落實出院準備計畫，醫療機構應邀集病人本人、家屬、病人之個案管理員及社區關懷訪視員，協助病人共同擬訂具體可行之出院準備計畫，俾利銜接各項社區支持服務。又，配合修正條文第三條第一項第七款精神復健之定義，應以復元導向</p>

<p><u>精神醫療機構對於非屬嚴重病人，而有前項服務之必要，且經病人同意者，準用前項規定。</u></p> <p><u>前三項有關後續關懷支持及轉介或轉銜各項服務辦法，由中央主管機關定之。</u></p>		<p>(recovery oriented services) 提供精神障礙者為自立生活與融合社區所需之服務，而非限於疾病之治療，爰於第二項增列「社區治療」之外，維持「復健」一詞。原條文「追蹤」修正為「關懷支持」，由轄區主管機關定期以電話、居家關懷病人於社區之生活情形，並給予支持及協助，使其融入社區生活，保障其權益。</p> <p>四、現行條文第三項移列至修正條文第三十六條。</p> <p>五、修正條文第三項係由《精神衛生法施行細則》第七條移列，並明訂醫療機構應於嚴重病人出院起七日內，通報轄區主管機關提供關懷支持及轉銜各項社區支持服務。</p> <p>六、考量非屬嚴重病人，但經醫療機構評估該病人出院後有銜接關懷支持或各項社區支持服務之需要時，醫療機構須</p>
---	--	--

		<p>徵詢病人之意見並獲得其同意，再將出院準備計畫通知其地方主管機關，以符《身心障礙者權利公約》第三條一般原則、第二十二條尊重隱私及第三十一條統計與資料收集之規範，爰新增第四項。</p>
<p>第四十四條 中央主管機關應獎勵或補助精神衛生及其他機構、法人或團體從事下列事項：</p> <p>一、<u>成癮個案處遇、社區照顧、支持及復健服務。</u></p> <p>二、<u>病人社區照顧、支持及復健服務。</u></p> <p><u>前項第一款獎勵或補助方式、審查基準及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p> <p><u>第一項第二款從事服務機構、團體與其服務人員之資格條件、服務內容、作業方式、管理及獎勵或補助辦法，由中央主管機關會同中央勞動及教育主管機關定之。</u></p>	<p>第三十九條 中央主管機關應獎勵精神衛生相關機構、團體從事病人社區照顧、支持及復健等服務。</p> <p><u>前項從事服務機構、團體與其服務人員之資格條件、服務內容、作業方式、管理及獎勵之辦法，由中央主管機關會同中央社政、勞工及教育主管機關定之。</u></p>	<p>一、<u>條次變更。</u></p> <p>二、為提供多元且友善社區照顧之模式及環境，除原有之「獎勵」方式，亦增列「補助」之法源依據，以鼓勵精神衛生相關機構、團體投入病人社區支持服務，營造具持續性之社區照顧環境。又，配合修正條文第三條第二項各款精神疾病之範疇，亦包含藥酒癮個案，爰酌修本條。</p>
<p>第四十五條 地方主管機關得自行或委託相關專</p>	<p>第四十條 直轄市、縣(市)主管機關得自行</p>	<p>一、<u>條次變更。</u></p>

<p>業機構、<u>法人或團體</u>評估病人之照顧需求，並視需要轉介適當機構、<u>法人或團體</u>提供服務；其為<u>第三十二條第三項</u>規定通報之嚴重病人，應提供社區支持服務。</p> <p><u>前項社區支持服務</u>，包含但不限於<u>社區居住及安置、社區照顧、復健及支持</u>。</p> <p><u>直轄市、縣（市）政府</u>為強化病人之照顧及支持功能，應結合所屬<u>警政、消防、教育、衛生、社政、民政、戶政、勞動等機關或單位</u>，建立<u>社區照顧體系</u>，並定期召開<u>聯繫會議</u>，加強<u>橫向聯繫機制</u>，檢討及改進合作模式。</p> <p><u>前三項病人之照顧、支持服務及其他相關事項之自治法規</u>，由<u>地方主管機關</u>定之。</p>	<p>或委託相關專業機構、<u>團體</u>評估病人之照顧需求，並視需要轉介適當之<u>機構或團體</u>提供服務；對於經依<u>第二十九條第三項</u>規定通報之嚴重病人，應提供<u>社區照顧、支持及復健等服務</u></p>	<p>二、增訂第二項「<u>社區支持服務</u>」，係配合修正條文第三條第一項第九款之定義，係指為使病人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服務措施，其包含但不限於<u>社區居住及安置、社區照顧、復健及支持</u>。</p> <p>三、為落實病人於社區之照顧與支持，地方主管機關所屬單位之間，應採取橫向合作模式，提供服務資源之橫向輸送，爰參酌《<u>家暴防治法</u>》第八條第一項及《<u>高級中等以下教育階段非學校型態實驗教育實施條例</u>》第二十五條第一項之體例，於第三項訂定當地網絡相關單位應建立精神疾病病人社區照護體系，定期召開<u>聯繫會議、工作會報</u>等，以完善服務網絡。</p>
<p><u>第四十六條</u> 中央主管機關應設置嚴重病人強制住院及強制社區治療諮</p>	<p><u>第十五條</u> <u>精神疾病強制住院、強制社區治療</u>有關事項，由中央主管機關<u>精神疾病強制鑑定、</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p>

<p><u>詢小組（以下簡稱諮詢小組）。</u></p> <p><u>前項諮詢小組，應提供聲請機構所在地法院，就第四十八條第一項強制住院、第四十九條第一項延長強制住院、第五十四條第二項強制社區治療及第五十五條第一項延長強制社區治療之專業諮詢意見。</u></p> <p><u>第一項諮詢小組委員，由專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、病人代表及法律專家組成。</u></p> <p><u>前三項諮詢小組組織與運作、諮詢作業、文書傳送及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p><u>強制社區治療審查會（以下簡稱審查會）審查。</u></p> <p><u>前項審查會成員，應包括專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、法律專家及其他相關專業人士。</u></p> <p><u>審查會召開審查會議，得通知審查案件之當事人或利害關係人到場說明，或主動派員訪查當事人或利害關係人。</u></p> <p><u>審查會組成、審查作業及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p><u>一、條次變更，自現行條文第十五條移至本條。</u></p> <p><u>二、按司法院釋字第七一〇號解釋意旨，人身自由乃人民行使其憲法上各項自由權利所不可或缺之前提，國家以法律明確規定限制人民之身體自由者，須踐行正當法律程序，並須符合憲法第二十三條比例原則。憲法上正當法律程序原則之內涵，應視所涉基本權之種類、限制之強度及範圍、所欲追求之公共利益、決定機關之功能合適性、有無替代程序或各項可能程序之成本等因素綜合考量，由立法者制定相應之適當程序。現行條文第十五條審查會之機制，其成員雖涵蓋精神醫療人員、社工人員、病權團體、法律專家等代表，惟審查會之決定仍屬行政裁量，以該審查會作為拘束非刑事被告人身自由之決定機關，恐有違法官保留原則。</u></p>
---	--	--

		<p>二、配合強制住院、強制社區治療之決定改由法院審理，考量嚴重病人病程可能較為複雜、其社會功能與精神復元之需求之評估，仍需借重司法以外之各方專業，包含病人代表，爰將審查會之定位修正為諮詢小組。由該諮詢小組提供法院關於個案身心狀況之專業諮詢意見，俾利法院斟酌裁定。</p>
<p><u>第四十七條</u> 嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助其前往精神醫療機構辦理住院。</p> <p>前項嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，<u>地方主管機關</u>得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位上<u>地方主管機關</u>指定之專科醫師實施強制鑑定。但於離島或偏遠地區，得僅由一位專科醫師實施。</p> <p>前項緊急安置期間，應注意嚴重病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自</p>	<p><u>第四十一條</u> 嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。</p> <p>前項嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，直轄市、縣（市）主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定。但於離島地區，<u>強制鑑定</u>得僅由一位專科醫師實施。</p> <p><u>前項強制鑑定結果，仍有全日住院治療</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p><u>一、條次變更。</u></p> <p>二、本條僅規範啟動「緊急安置」及「強制鑑定」之要件、程序、期間與運作方式，爰將現行條文第四十二條第一項移列至本條；現行條文第四十一條第三項移列至第四十八條第一項；現行條文第四十一條第四項移列至第五十三條。</p> <p>三、按司法院釋字第七〇八號及第七一〇號解釋意旨，拘束非刑事被告</p>

<p>緊急安置之次日起二日內完成。</p> <p>經鑑定無強制住院必要，或未於七日期間內經法院裁定強制住院時，應即停止緊急安置。</p>	<p><u>必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，向審查會申請許可強制住院；強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。</u></p> <p><u>第二項之緊急安置及前項之申請強制住院許可，由直轄市、縣（市）主管機關委託指定精神醫療機構辦理之；緊急安置、申請強制住院之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p> <p>第四十二條第一項 緊急安置期間，<u>不得逾五日</u>，並應注意嚴重病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自緊急安置之日起二日內完成。經鑑定無強制住院必要或未於前開五日期間內取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。</p>	<p>人身自由之決定，雖無須經由法院事前同意，但仍須受「法官保留原則」之拘束。如為長期限制人身自由之處分，仍應由公正、獨立審判之法院為之。為保障嚴重病人及他人之生命、身體安全，本法授權指定精神醫療機構得於法定期間內，對嚴重病人採取緊急安置措施。惟為符合《憲法》第八條「法官保留原則」之意旨，保障嚴重病人司法救濟之管道，如未於緊急安置之七日內經法院裁定強制住院，則應即停止緊急安置措施。</p> <p>四、依據身心障礙者權利委員會於二〇一五年第十四屆會議通過之《身心障礙者權利公約第十四條準則》，基於公約第三條（a）款「尊重固有尊嚴、包括自由作出自己選擇之個人自主及個人自立」之原則，因實際上或被認為有損傷，或因健康狀況而於剝奪身心障礙者法律能</p>
--	--	---

		<p>力之精神衛生機構中剝奪其自由，恐違反公約第十二條在法律之前獲得平等承認、第十三條獲得司法保護、第十四條人身自由與安全。然，考量醫療院所實際運作之情形，與社區支持服務之資源仍有待佈建，由地方主管機關得指定精神醫療機構啟動緊急安置，結合強制住院事前法院審查之制度，係已竭力衡平公約意旨與實際執行之困難。</p>
<p><u>第四十八條</u> 前條強制鑑定結果，仍有全日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，<u>指定精神醫療機構</u>應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人與其保護人之意見及相關診斷證明文件，向<u>法院</u>聲請許可強制住院；<u>強制住院之裁定</u>，應送達嚴重病人及其保護人。</p> <p>法院每次裁定強制住院期間，不得逾六十日。</p>	<p><u>第四十一條第三項</u> 前項強制鑑定結果，仍有全日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，向審查會申請許可強制住院；<u>強制住院可否之決定</u>，應送達嚴重病人及其保護人。</p> <p><u>第四十二條第二項</u> 強制住院期間，不得逾六十日。<u>但經二位以上直轄</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p>一、<u>條次變更</u>，由現行條文<u>第四十一條第三項及第四十二條第二項部分移列修正</u>。</p> <p>二、精神醫療機構協助嚴重病人辦理出院前，應依修正條文第四十三條第二項之規定，邀集嚴重病人本人、保護人、嚴重病人之個案管理員、社區關懷訪視員協助病人共同擬訂具體可</p>

<p>嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並依第四十三條第二項協助嚴重病人擬訂出院準備計畫。</p> <p>法院對於第一項強制住院之聲請及第四十九條第一項延長強制住院之聲請，認為未達應受強制住院之程度，而有強制社區治療之原因者，得依聲請或依職權變更為許可強制社區治療之裁定。</p>	<p>市、縣(市)主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣(市)主管機關。強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。</p>	<p>行之社區治療、復健、關懷支持及轉介或轉銜計畫，爰修正第三項。</p> <p>三、為避免強制住院聲請之濫行，亦提供聲請機構及法院為程序轉換之空間，俾利程序經濟並避免病人因程序延宕而遭受不利益，爰新增第四項，賦予法院認未達應受強制住院之程度，而有強制社區治療之原因者，得依聲請或依職權變更為許可強制社區治療之裁定。</p>
<p>第四十九條 經二位以上地方主管機關指定之專科醫師鑑定嚴重病人有延長強制住院期間之必要者，指定精神醫療機構應於強制住院期間屆滿十四日前，向法院聲請延長強制住院裁定。</p> <p>前項聲請裁定次數，以一次為限，其延長強制住院期間，不得逾六十日。</p> <p>嚴重病人病情改善而無繼續延長強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並依第四十三條第</p>	<p>第四十二條第二項 強制住院期間，不得逾六十日。但經二位以上直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣(市)主管機關。強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。</p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p>一、條次變更，由現行條文第四十二條第二項部分移列修正。</p> <p>二、為使條文文義更加明確，現行條文第四十二條第二項，依聲請延長強制住院裁定列為第一項，延長強制住院裁定期間列為第二項。</p> <p>三、按司法院釋字第七〇八號及第七一〇號解釋意旨，拘束人身自由期間之延長應有「法官保</p>

<p><u>二項協助嚴重病人擬訂 出院準備計畫。</u></p>		<p>留原則」之適用，爰修正第一項，指定精神醫療機構應於強制住院期間屆滿十四日前，向法院聲請延長強制住院裁定。</p> <p>四、考量部分個案病程可能較為複雜，治療所需時間較長，而有延長強制住院之必要，爰於第二項敘明聲請延長強制住院裁定之次數，以一次為限，期間不得逾六十日。</p> <p>五、實務上曾發生指定醫療機構誤以為一經審查會許可嚴重病人延長強制住院，縱使其經治療後病情改善，仍須住院直至延長期間屆滿。為避免上開情形，爰於第三項敘明嚴重病人病情改善而無繼續延長強制住院之必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並依修正條文第四十三條第二項之規定，邀集嚴重病人本人、保護人、嚴重病人之個案管理員、社區關懷訪視員協助病人共同</p>
--------------------------------------	--	---

		<p>擬訂具體可行之社區治療、復健、關懷支持及轉介或轉銜計畫。</p>
<p><u>第五十條</u> <u>經強制住院之嚴重病人或其保護人，對於第四十八條第一項或前條第一項法院之裁定有不服者，得於裁定送達後十日內，向上級法院提起抗告。</u></p> <p>強制住院期間，嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止強制住院。對於法院之裁定不服時，準用前項規定，向上級法院提起抗告。</p> <p>經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就<u>強制住院事項進行個案監督</u>；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施，並得基於嚴重病人自主、平等及利益保障之考量，向法院聲請裁定停止強制住院。對於法院之裁定不服時，準用第一項規定，<u>向上級法院提起抗告。</u></p> <p>對於<u>前三項抗告法院之裁定，不得再抗告。</u></p>	<p><u>第四十二條</u> <u>緊急安置期間，不得逾五日，並應注意嚴重病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自緊急安置之日起二日內完成。經鑑定無強制住院必要或未於前開五日日期內取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。</u></p> <p><u>強制住院期間，不得逾六十日。但經二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣（市）主管機關。強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。</u></p> <p>經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或保護</p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p>一、條次變更。</p> <p>二、為避免條文項次過多，以致閱讀者產生混淆，本條僅規定強制住院之救濟與監督查核機制。現行條文第四十二條第一項移列至修正條文第四十七條第三項及第四項；第二項移至修正條文第四十八條及第四十九條；第六項移至修正條文第五十一條。</p> <p>三、為使條文文義更加明確，現行條文第四十二條第三項，分列為第二項抗告程序、第四項及第五項抗告期間之效果。</p> <p>四、配合本次修正，強制住院採事前法官保留，爰刪除現行條文第四項。</p> <p>五、配合本次修正將強制住院改由法院裁定，按《民事訴訟法》第四八</p>

<p><u>第一項至第三項抗告期間，對嚴重病人得繼續強制住院。</u></p>	<p>人對於法院裁定有不服者，得於裁定送達後十日內提起抗告，對於抗告法院之裁定不得再抗告。<u>聲請及抗告期間，對嚴重病人得繼續緊急安置或強制住院。</u></p> <p><u>前項之聲請及抗告期間，法院認有保障嚴重病人利益之必要時，得依聲請以裁定先為一定之緊急處置。對於緊急處置之裁定不得聲明不服。</u></p> <p>經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制治療、<u>緊急安置</u>進行個案監督及查核；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施，並得基於嚴重病人最佳利益之考量，<u>準用第三項規定，向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。</u></p> <p><u>第三項聲請及前條第三項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</u></p>	<p>二條及《家事事件法》第九二條之法理，經強制住院之嚴重病人或其保護人不服法院對於強制住院及延長之裁定時，得向上級法院提起抗告救濟，俾利維護嚴重病人之人身自由權與獲得妥適醫療之權利，爰刪除「得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院」；此外，考量緊急安置期間僅有七日，救濟具有時效性，爰刪除本法於緊急安置訂定之救濟程序，逕行回歸提審法之適用。</p> <p>六、考量嚴重病人於強制住院期間，可能因接受治療一段時間後，因其病況改善或其他事由，而得以在強制住院期滿前出院，惟指定精神醫療機構尚未停止強制住院時，爰規定向法院聲請裁定停止強制住院，將現行條文第三項，依不同聲請主體分為第二項嚴重病人或其保護人，第三項病人權益促進相關公益團體。同</p>
---	---	---

		<p>時，為使本法救濟程序一致，授權聲請裁定停止強制住院之救濟程序，準用第一項，向上級法院提出抗告；對於抗告法院之裁定，不得再行抗告，爰於第四項敘明。。</p> <p>七、第三項保留病人權益促進相關公益團體監督機制，並授權其得協助嚴重病人向法院聲請停止強制住院，以落實《身心障礙者權利公約》第十三條獲得司法保護之意旨，保障嚴重病人之權益。</p> <p>八、按《民事訴訟法》第四九一條之法理，以抗告作為救濟途徑，除別有規定外，並無停止執行之效力。惟《家事事件法》第八二條第一項規定，裁定經合法之抗告者，該裁定於抗告期間即停止其效力。然考量抗告期間，若中斷治療，恐對於嚴重病人之病況控制有不利益之結果，爰保留「抗告期</p>
--	--	---

		間，對嚴重病人得繼續強制住院」。
<p><u>第五十一條 法院審理第四十八條第一項聲請、第四十九條第一項延長聲請及前條抗告，嚴重病人因特殊情況而無法到庭，法院認為有必要者，得以聲音及影像相互傳送之設備直接訊問。</u></p>	<p><u>第四十二條第六項 第三項聲請及前條第三項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</u></p>	<p><u>一、條次變更，自現行條文第四十二條第六項移列修正。</u></p> <p>二、配合本次修正，強制住院採事前法官保留，法院審理強制住院之聲請、延長強制住院之聲請或對前開裁定提起之抗告，嚴重病人因故無法到庭者，法院得視個案情形，以視訊科技設備為直接訊問。</p>
<p><u>第五十二條 嚴重病人於強制住院期間有下列情形之一者，辦理強制住院之指定精神醫療機構，應即通報法院、地方主管機關，並即停止強制住院，並依第四十三條第二項協助嚴重病人擬訂出院準備計畫：</u></p> <p><u>一、病情改善而無繼續強制住院必要。</u></p> <p><u>二、強制住院期滿。</u></p> <p><u>三、嚴重病人、其保護人依第五十條第二項或經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團</u></p>	<p><u>第四十二條第二項 強制住院期間，不得逾六十日。但經二位以上直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣(市)主管機關。強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p><u>一、條次變更，自現行條文第四十二條第二項部分移列修正。</u></p> <p>二、配合本次修正，強制住院採事前法官保留，爰於第一項增列「法院」為指定精神醫療機構應通報之對象。又，指定精神醫療機構於停止強制住院前，應依修正條文第四十三條第二項之規定，邀集嚴重病人本人、保護人、嚴重病人之個案管理員、社</p>

<p><u>體依第五十條第三項聲請裁定停止強制住院，法院認為有理由。</u></p> <p><u>四、經抗告人依第五十條第一項至第三項提起抗告，上級法院認停止強制住院為有理由。</u></p>		<p>區關懷訪視員，協助病人共同擬訂具體可行之社區治療、復健、關懷支持及轉介或轉銜計畫。</p> <p>三、為使條文文義更加明確，爰將停止強制住院事由分列為四款。</p> <p>四、配合修正條文第五十條第二項及第三項聲請裁定停止強制住院，增列第一項第三款停止強制住院事由。</p> <p>五、依《民事訴訟法》第四九〇條及第四九二條，經抗告人提起抗告，原法院、審判長或上級法院認抗告有理由者，應撤銷或變更原裁定；反之，若無理由者，應裁定駁回。爰增列第四款停止強制住院事由，抗告人提起抗告，無論抗告主張為停止或繼續強制住院，法院認當事人之一方主張停止強制住院有理由者，指定精神醫療機構應即停止強制住院。</p>
--	--	---

<p><u>第五十三條</u> <u>第四十七條</u> <u>第二項緊急安置、第四十八條第一項聲請及第四十九條第一項延長聲請，由地方主管機關委託指定精神醫療機構辦理之。</u> <u>緊急安置與強制住院之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法，由行政院會同司法院定之。</u></p>	<p><u>第四十一條第四項</u> <u>第二項之緊急安置及前項之申請強制住院許可，由直轄市、縣(市)主管機關委託指定精神醫療機構辦理之；緊急安置、申請強制住院之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。 <u>一、條次變更，自現行條文第四十一條第四項移列修正。</u> <u>二、為使條文文義更加明確，將現行條文分列為第一項地方主管機關委託指定精神醫療機構辦理事項，及第二項授權辦法。</u> <u>三、本法緊急安置、聲請強制住院、聲請強制社區治療之程序、應備文件及其他應遵行事項，涉及行政院與司法院之權責，爰修正第二項由行政院會同司法院訂定授權辦法。</u></p>
<p><u>第五十四條</u> <u>嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要者，其保護人應協助其接受社區治療。</u> <u>前項嚴重病人拒絕接受社區治療時，經地方主管機關指定之專科醫師診斷仍有社區治療之必要，嚴重病人拒絕接受或無法表達時，指</u></p>	<p><u>第四十五條</u> <u>嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要，其保護人應協助嚴重病人接受社區治療。</u> <u>前項嚴重病人拒絕接受社區治療時，經直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師診斷仍有社區治療之必要，嚴重病人拒絕接受或無</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。 <u>一、條次變更。</u> <u>二、相較於強制住院治療，強制社區治療對嚴重病人之限制較輕，係為替代強制住院治療之機制。嚴重病人因病情較不穩定，負性症狀亦可能導致生活功能退化或有退化之虞。倘若能</u></p>

<p>定精神醫療機構應即填具強制社區治療基本資料表、通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，向法院聲請許可強制社區治療；強制社區治療之裁定，應送達嚴重病人及其保護人。</p> <p>法院裁定強制社區治療期間，不得逾六個月。</p>	<p>法表達時，指定精神醫療機構應即填具強制社區治療基本資料表、通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，事前向審查會申請許可強制社區治療；強制社區治療可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。</p> <p>強制社區治療期間，不得逾六個月。但<u>經直轄市、縣(市)主管機關指定之專科醫師診斷有延長必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以一年為限。強制社區治療期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制社區治療必要者，辦理強制社區治療之機構、團體，應即停止強制社區治療，並即通報直轄市、縣(市)主管機關。強制社區治療期滿或審查會認無繼續強制社區治療之必要者，亦同。</u></p> <p><u>經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制社區治療進行個案監督及查核；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施。</u></p>	<p>及早協助處理，將有助於嚴重病人於社區中健康生活。惟強制社區治療仍涉及行動自由之限制與病人自主權利之扞格，而有採事前法官保留之必要。</p> <p>三、依據美國全國州法院中心 (the USA the National Centre for State Courts) 與美國精神醫學會 (the American Psychiatric Association) 針對強制社區治療制度提出之指引，其係指由法官命令未經治療生活於社區之嚴重精神疾病病人所施行之健康治療計畫。以紐約州 Kendra' s Law 為例，該法針對精神疾病病人之診療，建立一套取得法院命令之程序，法院如認定該病人符合協助門診治療 (assisted outpatient treatment, AOT) 之要件，則由法院協調精神衛生部門提供病人之治療計畫。法院初次決定之治療期間為六個月，</p>
--	--	--

	<p><u>第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</u></p>	<p>其後得接續延長至一年。</p> <p>四、本條僅規定強制社區治療之要件、聲請程序與治療期間。現行條文第四十五條第三項部分移列至修正條文第五十五條及第五十八條第一項；第四項移列至第五十六條第三項；第五項移列至第五十七條。爰刪除第三項後段、第四項及第五項。</p>
<p><u>第五十五條 地方主管機關指定之專科醫師診斷有延長前條第三項期間之必要者，指定精神醫療機構應於期間屆滿三十日前，向法院聲請延長強制社區治療裁定。</u></p> <p><u>前項聲請延長強制社區治療期間不得逾一年。</u></p>	<p><u>第四十五條第三項 強制社區治療期間，不得逾六個月。但經直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師診斷有延長必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以一年為限。強制社區治療期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制社區治療必要者，辦理強制社區治療之機構、團體，應即停止強制社區治療，並即通報直轄市、縣（市）主管機關。強制社區治療期滿或審查會認無繼續強制社區治療之必要者，亦同。</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p>一、條次變更，自現行條文第四十五條第三項部分移列修正。</p> <p>二、為使條文文義更加明確，將現行條文分列為第一項聲請延長強制社區治療裁定，及第二項延長強制社區治療裁定期間。</p> <p>三、配合修正條文第五十四條，強制社區治療仍涉及行動自由之限制與病人自主權利之扞格，而有採事前法官保留之必要，其延長之裁定亦</p>

		<p>須由法院審理。爰修正第一項，指定精神醫療機構須於強制社區治療期間屆滿三十日前，向法院聲請延長強制住院裁定。</p>
<p><u>第五十六條 經強制社區治療之嚴重病人或其保護人，對於第五十四條第二項或前條第一項法院之裁定有不服者，得於裁定送達後十日內，向上級法院提起抗告。</u></p> <p><u>強制社區治療期間，嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止強制社區治療。對於法院之裁定不服時，準用前項規定向上級法院提起抗告。</u></p> <p><u>經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制社區治療事項進行個案監督；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施，並得基於嚴重病人自主、平等及利益保障之考量，向法院聲請裁定停止強制社區治療。對於法院之裁定不服時，準用第一項規定向上級法院提起抗告。</u></p>	<p>第四十五條第四項 經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制社區治療進行個案監督及查核；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施。</p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p>一、條次變更，自現行條文第四十五條第四項移列修正。</p> <p>二、配合強制社區治療改由法院審理，並與修正條文第五十條強制住院裁定之抗告、停止強制住院及其抗告程序一致，爰新增第一項、第二項及第四項。</p> <p>三、第三項保留病人權益促進相關公益團體監督機制，並授權其得協助嚴重病人向法院聲請停止強制社區治療，以落實《身心障礙者權利公約》第十三條獲得司法保護之意旨，保障嚴重病人之權益。</p>

<p><u>對於前三項抗告法院之裁定，不得再抗告。</u></p>		
<p><u>第五十七條 法院審理第五十四條第二項聲請、第五十五條延長聲請及前條抗告時，嚴重病人因特殊情況而無法到庭者，準用第五十一條規定。</u></p>	<p><u>第四十五條第五項 第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</u></p>	<p><u>一、條次變更，自現行條文第四十五條第五項移列修正。</u> <u>二、配合本次修正，強制社區治療採事前法官保留，法院審理強制社區治療之聲請、延長強制社區治療之聲請或對前開裁定提起之抗告，嚴重病人因故無法到庭者，法院得視個案情形，準用修正條文第五十一條強制住院相關程序之規定，以視訊科技設備為直接訊問。</u></p>
<p><u>第五十八條 嚴重病人於強制社區治療期間，有下列情形之一者，辦理強制社區治療之機構、團體，應即通報法院、地方主管機關，並即停止強制社區治療：</u> <u>一、病情改善而無繼續強制社區治療必要。</u> <u>二、強制社區治療期滿。</u> <u>三、嚴重病人、其保護人依第五十六條</u></p>	<p><u>第四十五條第三項 強制社區治療期間，不得逾六個月。但經直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師診斷有延長必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以一年為限。強制社區治療期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制社區治療必要者，辦理強制社區治療之機構、團體，應即停止強制社區治療，並即通報直轄市、</u></p>	<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。 <u>一、條次變更，自現行條文第四十五條第三項部分移列修正。</u> <u>二、配合本次修正，強制社區治療採事前法官保留，爰於第一項增列「法院」為指定精神醫療機構應通報之對象。</u> <u>三、為使條文文義更加明確，爰將停止強制社區</u></p>

<p><u>第二項或經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體依第五十六條第三項聲請裁定停止強制社區治療，法院認為有理由。</u></p> <p><u>四、經抗告人依第五十六條第一項至第三項提起抗告，上級法院認停止強制社區治療為有理由。</u></p> <p><u>嚴重病人於強制社區治療期間，未依指定精神醫療機構之指示定期接受治療者，指定精神醫療機構得請警察機關或消防機關協助嚴重病人返診，以評估其住院治療之必要性。</u></p>	<p><u>縣(市)主管機關。強制區治療期滿或審查會認無繼續強制社區治療之必要者，亦同。</u></p>	<p>治療之事由分列為四款。</p> <p>四、配合修正條文第五十六條第二項及第三項聲請裁定停止強制社區治療，增列第一項第三款停止強制社區治療事由。</p> <p>五、依《民事訴訟法》第四九〇條及第四九二條，經抗告人提起抗告，原法院、審判長或上級法院認抗告有理由者，應撤銷或變更原裁定；反之，若無理由者，應裁定駁回。爰增列第一項第四款停止強制社區治療事由，抗告人提起抗告，無論抗告主張為停止或繼續強制社區治療，法院認當事人之一方主張停止強制社區治療有理由者，指定精神醫療機構應即停止強制社區治療。</p> <p>六、嚴重病人於強制社區治療期間，時有未依指定醫療機構之指示定期接受治療者，抑或醫療人員前往嚴重病人住居所而未遇</p>
--	--	---

		<p>之情形，參酌《精神衛生法施行細則》第九條及《精神疾病嚴重病人強制社區治療作業辦法》第十三條之規範，爰新增第二項指定醫療機構如遇上開情形，得請警察機關或消防機關協助嚴重病人就醫。</p>
<p>第五十九條 強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、藥物治療。 二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。 三、酒精或其他成癮物質篩檢。 四、其他得避免病情惡化或提升病人適應生活機能之措施。 <p>強制社區治療必要時得洽請警察或消防機關協助執行下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、警察機關：協助指定機構或團體，使嚴重病人接受強制社區治療、維護現場秩序及人員人身安全。 	<p>第四十六條 強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、藥物治療。 二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。 三、酒精或其他成癮物質篩檢。 四、其他得避免病情惡化或提升病人適應生活機能之措施。 <p>強制社區治療得以不告知嚴重病人之方式為之，必要時並得洽請警察或消防機關協助執行。</p> <p><u>第一項之強制社區治療之嚴重病人診斷條件、方式、申請程序、應備文件、辦理機構、團體之資格條件、管理</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> 一、條次變更。 二、本條係規定強制社區治療項目及執行方式，爰將現行條文第三項移列至修正條文第六十條。 三、強制社區治療涉及精神疾病藥物之施用、血液或尿液之檢驗，本質上屬於侵入性行為。投藥之告知係對病人主體性之尊重，法律實不宜明文宣示得以不告知病人之方式，逕自進行治療作為，亦與《醫療法》與《病人自主權利法》有關知情同意之規範相悖，爰刪除現行條文第二項「得以不告知

<p><u>二、消防機關：協助指定機構或團體，護送嚴重病人至指定辦理強制社區治療項目之機構或團體接受治療。</u></p>	<p><u>及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p>嚴重病人之方式為之」文字。 四、將《精神衛生法施行細則》第九條移列至第二項第一款及第二款。</p>
<p>第六十條 指定精神醫療機構向法院聲請第四十八條第一項強制住院、第四十九條第一項延長強制住院、第五十四條第二項強制社區治療或第五十五條第一項延長強制社區治療裁定時，應同時備具資料，送第四十六條所定諮詢小組提供諮詢意見。 中央主管機關應自諮詢小組收受資料起三日內，以書面、電話、傳真或其他電子傳送方式，將諮詢意見送法院審酌。</p>		<p><u>一、本條新增。</u> 二、指定精神醫療機構向法院提起強制住院、強制社區治療之聲請或延長，應備妥相關資料送交諮詢小組，俾利小組提供諮詢意見。又，中央主管機關應於諮詢小組收受前開資料起三日內，將諮詢意見送交法院審酌。</p>
<p>第六十一條 嚴重病人依本法規定，<u>經法院裁定接受強制住院或強制社區治療之費用</u>，由中央主管機關負擔。 前項裁定之日前及不屬全民健康保險給付範圍者，亦由中央主管機關負擔。</p>	<p>第二十六條 嚴重病人依本法相關規定接受強制住院治療之費用，由中央主管機關負擔。 嚴重病人依本法相關規定接受強制社區治療之費用，其不屬全民健康保險給付範圍者，由中央主管機關負擔。</p>	<p>一、條次變更，自現行條文第二十六條移列修正。 二、鑑於精神醫療治療費用受健保總額支付制度之影響，且浮動點值有下降之趨勢。若將本法經法院裁定接受強制住院或強制社區治療之費</p>

		<p>用，由健保給付前開醫療治療費用，亦將涉及治療次數之限制，甚至面臨行政核刪之虞，恐使精神醫療第一線人員失去政策支持，導致經評估有強制住院或強制社區治療必要之個案，難以獲得符合其需求之醫療服務及品質。國外相關研究業已指出，強制社區治療具成效者，係因提高醫療資源、增加醫療服務提供之密度。爰此，嚴重病人經法院裁定接受強制住院或強制社區治療之費用、裁定之日前及不屬全民健康保險給付範圍者，仍維持由中央主管機關編足公務預算之方式給付。</p>
<p>第六十二條 中央及地方主管機關於必要時，得檢查指定精神醫療機構辦理之<u>緊急安置</u>、<u>強制住院</u>及<u>強制社區治療</u>業務，或命其提出相關業務報告，指定精神醫療機構不得拒絕。</p> <p>前項報告之審查及業務之檢查，中央及地方</p>	<p>第四十四條 中央及直轄市、縣（市）主管機關於必要時，得檢查指定精神醫療機構辦理之強制住院業務，或命其提出相關業務報告，指定精神醫療機構不得拒絕。</p> <p>前項報告之審查及業務之檢查，中央及直轄</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、中央及地方主管機關得於必要時，檢視指定醫療機構執行緊急安置、強制住院及強制社區治療之業務情形，確保本法涉及強制力之治</p>

<p>主管機關得委託相關機構或團體辦理。</p>	<p>市、縣(市)主管機關得委託相關機構或團體辦理。</p>	<p>療作為或措施之適妥性。</p>
<p>第六十三條 專科醫師有下列各款情形之一者，不得為第四十七條第二項及第四十九條第一項所定之鑑定，亦不得為第五十四條第二項及第五十五條第一項之診斷：</p> <p>一、本人為病人。</p> <p>二、本人為病人之保護人或利害關係人。</p>	<p>第四十三條 專科醫師有下列各款情形之一者，不得為第四十一條第二項及前條第一項、第二項所定之鑑定：</p> <p>一、本人為病人。</p> <p>二、本人為病人之保護人或利害關係人。</p>	<p>條次變更，文字酌作修正。</p>
<p>第六十四條 教學醫院為治療精神疾病之需要，應擬訂計畫，提經相關醫療與科技之人員、法律專家及社會工作人員會同審查，並經教學醫院臨床相關倫理委員會許可後，始得施行下列特殊治療方式：</p> <p>一、精神外科手術。</p> <p>二、其他經中央主管機關公告之特殊治療方式。</p>	<p>第四十七條 教學醫院為治療精神疾病之需要，經擬訂計畫，提經有關醫療科技人員、法律專家及社會工作人員會同審查通過後，得施行下列特殊治療方式：</p> <p>一、精神外科手術。</p> <p>二、其他經中央主管機關公告之特殊治療方式。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、精神疾病病人之特殊治療事涉高度敏感性個人資料，治療計畫相關事項應有嚴謹之倫理監理機制，爰於第一項新增須經教學醫院臨床相關倫理委員會之審查許可，始得為本條之特殊治療。</p>
<p>第六十五條 教學醫院於施行前條所定之特殊治療方式期間，應向中央主管機關提出治療情形報告；中央主管機關認有安全之虞者，應通</p>	<p>第四十八條 教學醫院於施行前條所定之特殊治療方式期間，應向中央主管機關提出治療情形報告；中央主管機關認有安全之虞者，教學</p>	<p>條次變更，文字酌作修正。</p>

<p>知教學醫院停止該項治療方式。</p>	<p>醫院應即停止該項治療方式。</p>	
<p>第六十六條 精神醫療機構因病人病情急迫，經一位專科醫師認有必要，並依第六十七條規定取得同意後，得施行下列治療方式：</p> <p>一、電痙攣治療。</p> <p>二、其他經中央主管機關公告之治療方式。</p>	<p>第四十九條 精神醫療機構因病人病情急迫，經一位專科醫師認有必要，並依第五十條之規定取得同意後，得施行下列治療方式：</p> <p>一、電痙攣治療。</p> <p>二、其他經中央主管機關公告之治療方式。</p>	<p>條次變更，文字酌作修正。</p>
<p>第六十七條 精神醫療機構施行第六十四條及前條之治療方式，應善盡醫療上必要之注意，經說明並應依下列規定取得書面同意後，始得為之：</p> <p>一、病人為成年人，應經本人同意。但受監護宣告或輔助宣告者，應取得其監護人或輔助人同意。</p> <p>二、病人為未滿七歲之未成年人，應經其法定代理人同意。</p> <p>三、病人為滿七歲之未成年人，應經其</p>	<p>第五十條 施行第四十七條及前條治療方式之精神醫療機構，應善盡醫療上必要之注意，經說明並應依下列規定取得書面同意後，始得為之：</p> <p>一、病人為成年人，應經本人同意。但於嚴重病人，得僅經其保護人同意。</p> <p>二、病人為未滿七歲之未成年人，應經其法定代理人同意。</p> <p>三、病人為滿七歲之未成年人，應經其本人及其法定代理人之同意。但於嚴</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、嚴重病人之身分不同於受監護或輔助宣告之人，當嚴重病人為成年人且未受監護或輔助宣告時，嚴重病人之同意即具有法律效力，現行條文第一項第一款但書及第三款但書，對於嚴重病人之替代性決策顯已過當，亦與《病人自主權利法》第六條及《病人自主權利法施行細則》第五條之規範有所扞格，爰予刪除。</p>

<p>本人及其法定代理人之同意。</p> <p><u>病人無法依前項規定行使同意權者，依醫療法相關規定辦理。</u></p>	<p><u>重病人，得僅經其法定代理人同意。</u></p>	
<p>第六章 病人及家庭照顧者社區支持服務</p>		<p><u>一、章次變更。</u></p> <p>二、現行法第八條雖有建立社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務之願景，惟現況仍以醫療單位為基礎提供服務，為促進社區支持資源之佈建，並與醫療端建立連結與協力，爰新增本章精神疾病病人及家庭照顧者社區支持服務。</p>
<p>第六十八條 病人社區支持服務，應依多元連續服務原則規劃辦理。</p> <p>地方衛政與社政主管機關應依前項原則，針對病人需求，建構妥善之社區關懷機制，並應自行或委託機構、法人或團體提供居家式社區支持服務、社區式社區支持服務、積極性社</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、直自一九九七年，身心障礙類別納入精神疾病，精神障礙者始享有社政養護補助與勞政就業服務，以及後續依《身心障礙者權益保障法》所辦理之各項身心障礙者個人支持及照顧服務。惟精神疾病病人</p>

<p>區處遇及家庭照顧者支持服務。</p>		<p>不一定同時具有身心障礙者證明。臺灣目前約有十九萬人領有慢性精神疾病之重大傷病卡，但僅有十二萬人同時具有身心障礙者證明。此些不願或不符合身心障礙者身分之精神疾病病人，亦迫切需要相關社區照護及支持服務。又，現行身心障礙者社區支持或就業服務資源，係為所有障別之統一規定，難以因應精神疾病病人之特殊性，提供符合其需求之服務。因此，此次修法新增病人與家庭照顧者社區支持服務之章節，並於本條明訂，衛政及社政單位應針對病人及家庭照顧者進行需求評估，共同協調整合，訂定相應之社區支持服務。</p> <p>三、精神疾病病人社區化照護係世界趨勢，我國二〇二五衛生福利政策白皮書指出，心理健康服務資源須以人為中心、社區為導向、康復為目標。精神疾病病人</p>
-----------------------	--	---

		<p>常合併多元需求，其由醫院出院到社區之間需要連續性、長期性及多元性的支持服務，亦即須連結醫療、精神復健、就養、就學、就業等網絡服務。故所謂「多元連續服務原則」係指病人社區支持服務措施之提供，應以多樣化、可選擇且服務不中斷為原則。</p> <p>四、為保障精神疾病病人享有於社區中生活之平等權利，以及與其他人同等之選擇，按《身心障礙者權利公約》第十九條之意旨，應採取有效及適當之服務措施，以促進精神障礙者充分享有該等權利，並充分融合及參與社區；並為逐步落實病人社區支持服務達到社會心理復健之目標，滿足需要支持服務病人之多元化選擇，建立多元化連續支持服務體系，爰增列第二項規定</p>
--	--	--

<p>第六十九條 地方衛政與社政主管機關辦理病人社區支持服務，應置同儕支持員，促進其生活品質、社會參與及自立生活。</p>		<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、各國發展與實證研究業已肯定同儕專業與角色 (International Peer Support, IPS) 於精神疾病病人復元歷程之重要性。因此，同儕專業於協助復元之社區精神照護網絡，係為不可或缺之角色，實應予以重視、肯定與精進。</p>
<p>第七十條 地方衛政主管機關依第八條設立社區心理衛生中心，應辦理下列事項：</p> <p>一、提供電話專線服務。</p> <p>二、評估病人及其家庭照顧者之需求，提供、轉介就醫或居家治療、急難救助、法律協助、就學、就業、就養、心理治療、諮商輔導、精神復健機構、病人及家庭照顧者社區支持服務與其他服務。</p>		<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、現行實務上，各地方政府雖已設有社區心理衛生中心，惟其服務宗旨係以心理健康促進為主，並非針對精神疾病病人提供服務。本法業已於修正條文第八條酌修社區心理衛生中心之辦理事項，將精神疾病防制等事項納入業務範圍，故社區心理衛生中心之服務內容亦應擴及精神疾病病人之需求。</p>

<p>三、追蹤及管理轉介服務案件。</p> <p>四、其他病人支持服務有關之事項。</p> <p>社區心理衛生中心為辦理前項各款服務，應設置單一窗口，整合地方政府警政、教育、衛生、社政、民政、戶政、勞工等機關、單位業務及人力，提供病人及其家庭照顧者整體性及持續性服務。</p> <p>社區心理衛生中心辦理第一項各款服務時，得視情形邀集病人、家庭照顧者、病人之個案管理員、社區關懷訪視員或病人信賴之人，協助病人制定社區支持服務轉銜計畫；其屬嚴重病人者，並應徵詢保護人意見。</p>		<p>三、社區心理衛生中心應設置電話專線服務，提供病人及其家庭照顧者有關照護及支持服務之諮詢，爰於第一項第一款敘明。諮詢過程經同儕支持員、心理師、社工人員等相關專業者評估，認有緊急救援之必要者，應視情形轉介本法第七十五條積極性社區處遇團隊，提供外展式（outreach）之治療、照顧、訪視與支持服務。</p> <p>四、病人與家庭照顧者隨著病程之發展，往往合併多種困難，為協助其達成自立生活與融合社區之目標，除醫療需求外，亦需配合精神復健、職業重建、社會福利與社區支持服務等資源，協助其恢復社會功能與精神復元。衛政單位依本法提供精神衛生資源，社政單位依《身心障礙者權益保障法》提供服務，雖各自有對應之服務方案，但缺乏平臺協助資源連結。因</p>
---	--	--

		<p>此，爰於第一項各款明訂社區心理衛生中心，應針對自行求助之病人、自本法第十六條之精神照護機構、社區關懷機制及其他提供病人社區支持服務之機構、法人或團體轉介諮詢之病人及其家庭照顧者，提供整體性及持續性之需求評估、轉介及支持服務。</p> <p>五、有鑑於現行精神疾病病人相關服務之資源分散，視病人有無合併其他福利身分，涉及各地方政府衛生局、社政單位之社會福利服務中心、身心障礙福利服務中心、勞政單位之職業重建服務中心等，需有平臺協助資源連結，俾利病人取得支持服務之可近性。爰參酌《家庭暴力防治法》第八條，於第二項敘明地方政府設立社區心理衛生中心辦理相關病人支持服務時，應由該中心整合所屬警政、教育、衛生、社政、民政、戶政、勞</p>
--	--	---

		<p>工等機關、單位業務及人力，俾利各機關單位共同合作及推動，並以中心作為面對病人並為其連結支持服務之單一窗口。</p> <p>六、根據國衛院《精神病人社區照顧需求探討及評估》報告指出，良好的精神復健須包含三大原則，即賦能、能力及復元。透過「賦能」可強化心理健康及復元，「復元」則是病人增長和恢復潛力的過程。因此，目前國際趨勢皆為鼓勵服務提供者支持服務使用者自己作決定，亦即是否提供服務及服務提供方式，均可與服務使用者討論，並以服務使用者採行之策略為主，找出照護與支持之共識。爰於第三項規範社區心理衛生中心得視情形，邀集病人及其相關人員，協助病人制定社區支持服務轉銜計畫。</p>
--	--	--

<p>第七十一條 為使病人於社區穩定生活之需求得以銜接，地方衛政主管機關應彙整所主管醫療機構或其他管道通報之病人，建立精神病人社區關懷機制，並應自行或委託機構、法人或團體，由社區關懷訪視員提供下列服務：</p> <ul style="list-style-type: none">一、電話或入家關懷訪視。二、陪同就醫、就診。三、評估病人及其家庭照顧者之需求，轉銜就醫或居家治療、急難救助、法律協助、就學、就業、就養、心理治療、諮商輔導、日間型及住宿型精神復健機構、病人及家庭照顧者社區支持服務與其他服務。四、追蹤及關懷轉銜之服務案件。五、其他精神病人社區關懷照顧服務有關之事項。		<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <ul style="list-style-type: none">一、本條新增。二、「精神病患社區關懷照顧計畫」自二〇〇六年開辦至今，由公衛護理師與社區關懷訪視員提供電話或入家關懷訪視服務，並視病人需求，協助多重困境之服務對象及其家庭連結資源。衛政單位以此方案嘗試建立以個案管理為架構之社區照顧模式。惟監察院二〇二年一月糾正報告中指出，由於社區關懷訪視人力比率失衡，業務繁重，故僅能聚焦於疾病治療面，無法確實掌握精神障礙者之情況，致預防功能不足，亦難與社政、勞政面進行資源整合。又，該計畫施行十四年來，尚無法源依據，致服務量能受限，存在人力流動率高、專業無法久任等問題。爰新增本條，俾利精神疾病病人社區關懷機制有明確法
---	--	---

<p>前項服務之提供，應以長期性及持續性為原則辦理。</p> <p>地方衛政主管機關辦理第一項服務，應與社區心理衛生中心及各相關部門溝通、協調，並協助所轉銜之機構、法人或團體建構支持服務網絡，加強橫向聯繫機制，檢討及改進服務提供模式。</p> <p>第一項病人通報收案標準、分類基準、服務提供方式、服務量與訪視頻率及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>社區關懷訪視員之專業訓練、督導及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>地方政府應編列預算辦理第一項事宜，不足由中央主管機關編列專款補助。</p>		<p>源依據，並於第一項各款敘明服務事項。</p> <p>三、精神疾病病人及其家庭照顧者需長期穩定之關係連結、關懷訪視與深度服務。惟現行實務，因服務比失衡，及以「量化」為主之績效標準，難以達成長期、持續、深度之服務模式。爰新增第二項，明訂社區關懷服務之提供，應以長期性及持續性為原則。</p> <p>四、為健全現行個案管理機制，使社區關懷訪視員得以提供長期穩定之服務，並藉由轉銜之資源網絡，建立以使用者為中心、復元導向之服務。爰參酌《家暴防治法》第八條第一項及《高級中等以下教育階段非學校型態實驗教育實施條例》第二十五條第一項之體例，於第三項敘明地方主管機關辦理社區關懷服務時，應建立公衛護理師、社區關懷訪視員與社區心理</p>
--	--	--

		<p>衛生中心之橫向連結與聯繫機制。</p> <p>五、中央主管機關制定第一項病人通報收案標準、分類基準、服務提供方式、服務量與訪視頻率及其他相關事項之辦法，應以提供長期性及持續性服務為原則，爰於第四項敘明。</p> <p>六、社區關懷訪視員之專業訓練及督導機制應予以規範，爰新增第五項，明訂主管機關應提供其職前與在職訓練、督導及相關資源，以達專業久任之目標。</p> <p>七、為使社區關懷機制得以運作，爰參酌《性侵害犯罪防治法》第六條之體例，地方政府應編列預算辦理該項業務，不足則由中央主管機關編列專款補助，爰於第六項敘明。</p>
<p>第七十二條 病人及家庭照顧者社區支持服務依其提供方式，區分如下：</p> <p>一、居家式：到宅提供服務。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、世界衛生組織曾提出精神疾病病人四個需求面，包含醫療、復健、家屬及社區的整合式照</p>

<p>二、社區式：於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、臨時住宿、社區家園、小規模多機能及其他整合性等服務。</p> <p>三、積極性社區處遇：以跨專業團隊提供病人外展式治療、照顧與支持等服務，並於必要時提供外展式社區緊急危機援助服務。</p> <p>四、家庭照顧者支持服務：有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。</p> <p>五、其他復元與支持方案。</p> <p>前項服務方式，提供病人社區支持服務之機構、法人或團體得合併提供之。</p> <p>地方政府應編列預算辦理第一項事宜，不足由中央主管機關編列專款補助。</p>		<p>顧，顯見建立病人與家庭照顧者支持服務之必要性。因此，為發展以人為中心、以復元為導向之服務，滿足病人於社區自立生活所需之到宅醫療、精神復健、居住、危機支持等需求，爰於本條第一項明定病人社區支持服務提供方式之類別。</p> <p>三、鑑於我國仍多以家庭為社會結構之基本單位，精神疾病病人之家庭照顧者長期承受沉重壓力。又，現行長照CMS評估工具難以契合精神障礙者之情形，導致實務上被評進服務系統之精障者人數偏低，得以進入系統者多因合併身體功能障礙。精神疾病反覆發病之特質往往使家庭照顧者心力交瘁，政府實應積極提供協助與足夠的支持服務，包含但不限於資訊之提供及轉介、喘息服務、情緒支持服務、同儕支持服務等，避免因精神疾病致使家庭功能</p>
---	--	---

		<p>耗盡而瓦解。爰參酌《長期照顧服務法》第十三條之體例，於第一項第四款訂定「家庭照顧者支持服務」。</p> <p>四、精神疾病病人社區支持服務之需求，橫跨精神醫療、積極性社區處遇、職能訓練、臨時日住宿與社區居住、陪伴關懷等面向，亟需整合與長期穩定之服務輸送，爰參酌《長期照顧服務法》第九條第二項之體例，於第二項明定提供病人社區支持服務之機構或團體得合併提供各式服務，鼓勵機構或團體得視情形提供整合型服務。</p> <p>五、為使各項病人及家庭照顧者社區支持服務得以運作，爰參酌《性侵害犯罪防治法》第六條之體例，地方政府應編列預算辦理該項服務，不足則由中央主管機關編列專款補助，爰於第三項敘明。</p>
<p>第七十三條 居家式病人支持服務之項目如下：</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p>

<p>一、關懷訪視服務。</p> <p>二、緊急救援服務。</p> <p>三、醫事照顧服務。</p> <p>四、預防引發其他緊急危機之服務。</p> <p>提供前項支持服務之機構、法人或團體，如知悉所服務之病人有受第七十一條社區關懷服務，應與社區關懷訪視員溝通、協調，以建立支持服務網絡，加強橫向聯繫機制，檢討及改進服務提供模式。</p>		<p>二、明定居家式病人支持服務項目。</p> <p>三、以服務使用者的角度而言，其於使用服務過程中，因其福利身分不同，可能接受來自不同單位之個案管理員訪視，例如身心障礙福利服務中心、社會福利服務中心社工人員、精神照護機構、精障會所等單位，抑或社區關懷訪視員、就業服務員等，惟此諸多個管人員之間卻無常態之橫向連結，致其需頻繁面臨不同關係之建立與斷裂。是故，為與病人建立長期穩定之關係連結，爰參酌《高級中等以下教育階段非學校型態實驗教育實施條例》第二十五條第一項之體例，於第二項明訂支持服務之提供者或機構、法人及團體，如知悉所服務之病人同時有受社區關懷機制之服務，應主動與社區關懷訪視員建立合作網絡。</p>
---	--	---

<p>第七十四條 社區式病人支持服務之項目如下：</p> <p>一、日常生活照顧。</p> <p>二、生活重建。</p> <p>三、自立生活支持服務。</p> <p>四、職業重建：職業訓練、職前準備、庇護性就業服務、支持性就業服務、過渡性就業服務、就業適應服務等。</p> <p>五、交通接送服務。</p> <p>六、社會參與服務。</p> <p>七、短期危機喘息服務。</p> <p>八、社區家園居住服務。</p> <p>九、其他以社區為導向提供病人復元與支持之服務。</p> <p>提供前項支持服務之機構、法人或團體，如知悉所服務之病人有受第七十一條社區關懷服務，應與社區關懷訪視員溝通、協調，以建立支持服務網絡，加強橫向聯繫機制，檢討及改進服務提供模式。</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、明定社區式病人支持服務項目。</p> <p>三、病人自立生活支持服務，係指協助病人與他人同樣擁有生活之「自主決定權」，依病人之需求，共同擬定自立生活計畫，提供其於社區居住、生活及參與社會之人力輔助與資源連結。</p> <p>四、病人職業重建服務，係指為協助病人最終得以順利就業與自立生活，依病人之身心狀態，提供工作訓練，或進階至庇護性就業、過渡性就業、支持性就業與就業適應之服務。</p> <p>五、短期危機喘息服務，係指提供病人於病情不穩定時短期居住之處所，協助其獲得醫療、同儕專業照護與支持。此乃參酌美國紐約健康與心理衛生部門（DHMH）執行之降落傘計畫，其發展出三個部分：移動式危機團隊、危機喘息中心與支</p>
--	--	--

		<p>持專線。其中危機喘息中心，提供急性期之病人短期住宿、醫療資源連結、二十四小時同儕支持服務，以及受到機動危機團隊之治療與支持，團隊成員跨專業，包含精神科醫師、社工師、同儕等。</p> <p>六、臺灣精神醫療十分進步且普及，目前精神照護資源亦泰半由精神醫療界所率先發展而來，與美國降落傘計畫之歷史脈絡並不相同。惟現況下，病人若因症狀明顯而感到不穩定時，除自願就醫治療、住院，或受緊急安置及強制住院外，並無合適之社區支持服務讓病人與家庭照顧者求助，最終僅剩強制就醫住院一途。是故，爰參酌美國降落傘計畫之部分經驗，訂定第七款「短期危機喘息服務」，使病人能於社區中如常生活，並危機期獲得及時之治療與支持。</p>
--	--	--

		<p>七、現行身心障礙者社區居住服務，係為所有障別統一規定，無法符合精神疾病病人之需求，社政單位亦未積極推展精神疾病病人之社區居住方案。本法業已於第六十八條明訂應由地方衛政及社政主管機關應共同辦理病人社區支持服務，爰於本條第一項第八款明列應提供精神疾病病人社區家園居住服務，協助其離開醫療院所或住宿型復健機構之後，得以返回社區居住，自立生活。</p> <p>八、為確保服務輸送得以長期穩定，健全橫向連結，爰參酌《高級中等以下教育階段非學校型態實驗教育實施條例》第二十五條第一項之體例，於第二項明訂支持服務之提供者或機構、法人及團體，如知悉所服務之病人同時受社區關懷服務，應主動與社區關懷訪視員建立合作網絡。</p>
--	--	---

<p>第七十五條 地方主管機關應自行或委託機構、法人或團體，建立積極性社區處遇團隊，提供下列各款積極性社區處遇：</p> <p>一、提供外展式治療、照顧、訪視服務。</p> <p>二、提供外展式社區緊急危機援助服務。</p> <p>地方主管機關辦理前項服務，應針對嚴重病人或經社區心理衛生中心評估為高資源需求者，區分服務量、訪視頻率及服務提供方式。</p> <p>第一項積極性社區處遇團隊，其組成成員應兼顧精神科專科醫師、護理人員、心理師、社工人員、職能治療師、就業服務員、同儕支持員等專業人員之比例。</p> <p>第一項積極性社區處遇團隊之病人分類基準、服務提供方式、服務量與訪視頻率及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>第一項支持服務之申請、評估、提供及其</p>		<p>本條保留，待公聽會徵詢意見。</p> <p>一、本條新增。</p> <p>二、積極性社區處遇 (Assertive Community Treatment, ACT) 團隊係源自美國一九七〇年代去機構化浪潮下之服務模式，由精神科醫師、公衛護理師、社工人員、心理師、職能治療師等組成之跨專業團隊。以團隊模式提供外展式 (outreach) 之家訪、治療、照顧與支持，團隊除接觸病人之外，亦與家庭照顧者、社區居民建立連結。此外，團隊於表視外之時間，亦能處理緊急狀況，且因團隊負擔之案量低 (約一比二〇) ，有助於建立良好的治療關係。</p> <p>三、心口司於二〇一八年參訪澳洲社區精神照護模式之報告指出，澳洲以社區心理衛生中心與個案管理團隊為基礎，依據病人之嚴重度與需</p>
---	--	--

<p>他應遵行事項，由中央主管機關定之。</p>		<p>求急迫性，分流至危機處理團隊、機動支持團隊及持續照護團隊，以跨專業團隊模式於社區中提供病人醫療、照護與支持。</p> <p>四、臺灣精神醫療十分進步且普及，目前精神照護資源亦泰半由精神醫療界所率先發展而來，與前述美國、澳洲因去機構化運動而發展出積極性社區處遇團隊，進入社區尋找病人並提供支持之歷史脈絡並不相同。惟我國現況下，精神疾病病人仍存在就醫困難與社會功能退化之困境。是故，為提供病人出院後亦能獲得妥適之整合照顧，爰參酌上開兩國作法，明訂各級地方主管機關應自行或委託機構、法人或團體，建立積極性社區處遇團隊，提供外展式治療、照顧、訪視服務的社區支持，並於必要時提供緊急援助服務。</p> <p>五、參考澳洲分級分流至不同社區照護團隊之作</p>
--------------------------	--	---

		<p>法，以及區分積極性社區處遇團隊 (ACT，服務嚴重病人) 與彈性的積極性社區處遇團隊 (FACT，服務個案中約百分之八十為穩定病人，百分之二十為嚴重病人，並且結合民間團體服務，以進行個案管理) 之作法，訂定本條第二項，地方主管機關辦理積極性社區處遇團隊，應針對嚴重病人或經社區心理衛生中心評估為高資源需求者，區分服務量、訪視頻率及服務提供方式。</p> <p>六、積極性社區處遇團隊之成員，係為跨專業領域組成。惟團隊人數及所涵蓋之專業，亦受不同地域之需求而有所調整，惟仍須留意團隊成員之專業均衡。</p>
<p>第七十六條 家庭照顧者支持服務提供之項目如下：</p> <p>一、有關資訊之提供及轉介。</p> <p>二、情緒支持及團體服務。</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、許多精神疾病好發於青壯年時期，以思覺失調症而言，生理男性好發於十五歲至二十五歲之間。家屬面對初發病</p>

<p>三、照顧者訓練及研習。</p> <p>四、家庭關懷訪視及喘息服務。</p> <p>五、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。</p> <p>前項支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項，由中央主管機關定之。</p>		<p>之親人，往往手足無措，對於精神疾病之認知陌生，亦可能不願接受親人罹病之事實，也因病情於日常起伏，例如幻聽、幻覺或被害妄想等症狀，導致患者與家屬之間陷入緊張與衝突之惡性循環。為使家庭照顧者獲得其所需之支持、適時減輕其壓力負擔，並提升其生活品質，爰參酌《長期照顧服務法》第十三條及《身心障礙者權益保障法》第五十一條之體例，於本條敘明家屬支持服務之項目，並由中央主管機關即社政及衛政單位，共同協調訂定本條各項支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項之辦法。</p>
<p>第七十七條 地方主管機關應自行或委託機構、法人或團體設置電話專線，提供病人及家庭照顧者二十四小時電話諮詢服務。</p> <p>地方政府應編列預算辦理前項事宜，不足</p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p>二、為協助精神疾病病人逐漸走向復元，以及家庭照顧者從陪伴就醫、叮嚀服藥、到日常照顧所需之社會心理支持，爰於第一項訂定地方主</p>

<p>由中央主管機關編列專款補助。</p>		<p>管機關應自行或委託民間團體設置精神疾病病人及照顧者專線，由同儕支持員、心理師、社工人員等相關專業者，即時提供病人及家屬所需之諮詢回覆與情緒支持。</p> <p>三、為使第一項電話專線服務得以運作，爰參酌《性侵害犯罪防治法》第六條第三項之體例，地方政府應編列預算辦理該項服務，不足則由中央主管機關編列專款補助，爰於第二項敘明。</p>
<p>第七章 罰則</p>	<p>第六章 罰則</p>	<p>章次調整。</p>
<p>僅為條次調整，暫略。</p>		
<p>第八章 附則</p>	<p>第七章 附則</p>	<p>章次調整。</p>
<p>僅為條次調整，暫略。</p>		