

精神衛生法修法公聽會
衛生福利部說明

壹、討論提綱

一、精神衛生法現行條文第 3 條對於精神復健之定義，與世界衛生組織 1996 年社會心理復健之定義，有無扞格之處，另以復元導向 (recovery oriented services) 提供病人為自立生活與融合社區所需之服務融入本法 (草案第 3 條第 1 項第 7 款)，其說明如下：

- (一) 查精神衛生法(以下稱本法)第 3 條第 5 款，業已規範社區精神復健之定義，其立法意涵係為協助個案逐步適應社會生活，於社會中提供病人其工作能力、態度、心理重建、日常生活處理能力之復健治療，由前開治療與復健，以提升能力適應社會進而開發自我潛能、調適其生活上的壓力，最終能自我選擇、自我決定與自我負責，以從事有意義的工作。
- (二) 爰本法精神復健已有自立生活之意涵，且本次修法亦強化跨部會及跨局處合作，使個案能成功融入社區生活，進而達到自立生活目的。

二、精神衛生法現行條文第 20 條緊急處置，近三年實務上無任何案例，由保護人啟動緊急處置之原意似無實益，保護人制度存在之必要、公設保護人之角色與權限、其運作現況及困境及目前現行制度與政策措施有無可精進之處 (草案第 21 條)，說明如下：

- (一) 精神疾病嚴重病人置保護人之目的，係協助嚴重病人之醫療照護、緊急處置、社區生活照顧等事宜及擔負確保嚴重病人權益之重要職責，並非僅處理本法第 20 條規定緊急處置事項，係為保障精神病人之人權與利益、保護病人免於傷害，並協助其接受醫療及生活照顧，故保護人制度仍有存在之必要。
- (二) 另本法第 19 條業已規範保護人產生方式，衡觀本法之立法目的，係基於對精神病人之人權保障、利益考量、保護病人免於傷害及接受最

佳醫療及生活照顧而置保護人。爰不論是該條第 2 項互推及第 3 項選定之保護人其職責是相同，尚非因保護人產生機制不同，而有不同之職責，嚴重病人無保護人者，可由地方主管機關協調擔任，另選定為保護人且表現優異者，建議地方主管機關應可適當予以表揚獲獎勵，以提升公設保護人擔任意願。

三、嚴重病人之身分效期界定及國內外有無研究證據可供參酌，若保護人無法發揮協助續行診斷之角色，嚴重病人身分直接失效之制度設計（草案第 22 條），說明如下：

- (一) 精神疾病嚴重病人(短期狀態)因精神症狀干擾，有危害自己或他人自由、甚至是傷害情形發生，依本法第 3 條第 4 款規定略以，需由精神科專科醫師診斷認定。本法施行細則第 4 條規定，嚴重病人經專科醫師診斷，認定已不是嚴重病人時，即可解除嚴重病人身分。
- (二) 國外並無嚴重病人身分定義；我國現行嚴重病人身分雖有解除機制，但無明定之法定程序，實務上啟動解除身分者甚少，以致嚴重病人身分未能定期更新，造成嚴重病人標籤化，為趨近 CRPD 之理想，將嚴重病人診斷之期限，與病人個人自主決定、充分有效參與之權利結合，爰於本法修正草案新增由專科醫師依嚴重病人病情之嚴重度與持續性，於診斷證明書載明 1 年至 3 年之有效期間。且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。
- (三) 有效期限後其診斷失其效力者，若病人經專科醫師診斷其屬嚴重病人者，仍可通報為嚴重病人。

四、強制住院與強制社區治療事項，擬採法院事前審理（草案第 46 條至第 58 條），制度設計之細節之疑義，說明如下：

- (一)現行啟動強制住院之要件為「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞」，

該要件之妥適性及調整之必要。(草案第 47 條)

我國強制住院係因精神疾病嚴重病人（短期狀態）有精神症狀干擾，有危害自己或他人自由、甚至是傷害情形發生，經強制鑑定結果如認有住院必要惟病人拒絕治療時，由指定機構事前向審查會申請許可，才得以強制住院。因攸關嚴重病人之人身自由及醫療權益，爰目前所定「嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞」要件無需調整。

(二)現行採強制社區治療之個案數極少（2017-2019 年許可強制社區治療案件數分別為 58、46、41 件），其運作現況及困境。

現行強制社區治療個案數較少，常見因素包括：「社區強制治療常常病人跑掉，找不到病人」、「病人常不配合，需要警察陪同協助」、「費用不合醫療人員人力時間成本」..等，影響治療的執行效率。爰此，於本法修正草案修法改為法院裁定，以強化其強制性並於法條中結合警察，形成完整、持續的精神醫療照護網絡，未來亦期待除健保給付外，另能爭取經費補助給付機構以提供合理費用。

(三)強制社區治療之期間及延長聲請次數之限制，國內外有無研究證據可供參酌。(草案第 54 條至第 55 條)

門診承諾 OPC 其中一種主要執行方式為社區治療命令（Community treatment orders, CTOs），由澳大利亞維多利亞州和大多數英聯邦國家的發起的。病人可以在非自願住院之後接受命令，作為後續治療計畫的一部分，以縮短當前住院時間。

1. 國外社區治療命令（Community treatment orders, CTOs）大致分為(1) 未有任何明文規定(2) 由法院同意實施強制社區治療，然法院其實不具管轄權限(3) 允許醫療機關實施強制社區治療，然對於實施內容並未具備相關法規(4) 允許醫療機關於特定標準或機制下實施強制社區治療(5) 允許醫療機關在較低於命令的標準下進行強制社區治療等五種，現行實施強制社區治療的國家中，大部分係採取第四種或第五種的方式。

目前有強制社區治療之國家為英格蘭及威爾斯、蘇格蘭、美國 41 州、加

拿大 2 個省、澳洲、紐西蘭、以色列等。強制社區治療在不同的地區，有不同的施行模式，簡述如下表。

台灣、美國及澳洲強制社區治療之比較

	台灣	美國 加州/北卡羅納州	澳洲
背景	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。(本法第 1 條)	去機構化	減少急性住院(床)費用
法規目的	嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，需要接受社區治療，以避免其病情惡化或維持目前的穩定精神狀況。	法庭對於強制社區治療或門診強制治療的指示：「對於罹患嚴重精神疾病的病人，必須配合特定且個人化的治療，以防止復發或惡化。」	要做強制社區治療 (CTOs)，必須要在基於沒有其他限制性較少的照護是合理而適用在這個人身上，方可為之。
年代	2007	1970	1992
給付	健保局及衛生局	NGO/機構	保險
過程	逐步開放(2 市到 6 縣市到全國)	適地開發以計劃導向並訂時評估	集中某些地域每年評估費用減少率
困境	人力不足、費用低，致醫院執行意願低	1. 太多元以致難以比較 2. Homeless/監獄增	1. 醫事人員不一定參與 2. Homeless 多
申請	指定醫療機構 (指定專科醫師)	任何人	醫事人員
審查單位	強制住院暨強制社區治療審查會委員	法官律師專科醫師	法院
主辦單位	指定醫療機構	醫院	醫院

(四)針對精神衛生法規涉及強制治療之事項，國外如何運作「court-ordered treatment」，其經驗有無可借鏡或警惕之處？

維多利亞省的精神衛生法有強制治療要送精神衛生法庭：

1. 條件：暫時強制住院者；個案有精神疾病；需要立即治療去預防：嚴重身心健康惡化；或嚴重傷害自己或他人。
2. 須為指定精神科醫師才能決定。
3. 暫時強制治療 28 天結束前，要舉行精神衛生法庭的聽證會，決定強制治療。
4. 精神衛生法庭組成為三人（精神科醫師、司法人員、社區人員）。
5. 可決定一年的強制社區治療或半年的強制住院治疗。

		澳洲(維多利亞省)	台灣
審查單位		精神衛生法庭	審查會
審查單位組成		3 人（精神科醫師、司法人員、社區人員）	7 人（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）
強制種類		1. 強制評估（社區、住院） 2. 強制暫時治療（社區、住院） 3. 強制治療（社區、住院）	1. 強制鑑定 2. 強制治療（住院、社區）
強制鑑定	條件	個案顯然有精神疾病；需要立即治療去預防；嚴重身心健康惡化或嚴重傷害自己或他人	嚴重病人（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）傷害他人或自己或有傷害之虞
	決定者	註冊的醫療人員或精神醫療人員或精神醫療服務機構來決定	兩位專科醫師
	時間	社區-最長 24 小時 住院-最長 72 小時含交通	兩日內
暫時強制住院(社區)	條件	個案有精神疾病；需要立即治療去預防；嚴重身心健康惡化或嚴重傷害自己或他人	無
	決定者	指定精神科醫師	無
	時間	醫院或社區皆為 28 天	無
強制住	條件	暫時強制住院者；個案有	強制社區治療 強制住院

院 (社區)		精神疾病；需要立即治療去預防；嚴重身心健康惡化或嚴重傷害自己或他人	嚴重病人，不遵醫囑致其病情不穩或生活功能退化之虞	嚴重病人，傷害他人或自己或有傷害之虞
	決定者	精神健康法庭	兩位專科醫師送審查會	
	時間	社區（成人最長 12 個月） 住院（成人最長 6 個月） 小於 18 歲者最長 3 個月	住院最長 60 天 社區最長 6 個月	

五、實證研究業已肯定同儕專業（IPS）於精神疾病病人復元歷程之重要性，我國若欲將同儕支持納入病人支持服務體系，其制度規劃(草案第 69 條)，說明如下：

- (一) 鑑於身心障礙者已涵括「精神障礙者」一類，且新、舊制身心障礙鑑定類別，亦分別涵括「第一類、神經系統構造及精神、心智功能」及「慢性精神病」等類別。次按身心障礙者權益保障法第 50 條規定，「直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果...提供身心障礙者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自立生活。」復依身心障礙者個人照顧服務辦法第 69 條規定，自立生活支持服務內容涵括「同儕支持」一類。前開辦法及身障服務人員(含同儕支持員)資格條件及管理，且於本部(社會及家庭署)訂定之「身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法」及 110 年度「公益彩券回饋金推展社會福利計畫申請主軸項目及基準」所載「身心障礙者自立生活支持服務計畫」，業涵括「發展『不同障別』自立生活服務模式（含連結資源、教育訓練、宣導培力等）」工作項目。
- (二) 另查本部(社會及家庭署)已規劃精神障礙者同儕支持服務制度(含建立其資格條件與管理方式)及培訓是類同儕服務人力資源，以及歷年所補助相關計畫之內容及服務成效。並定有身心障礙者同儕支持員職前培訓課程時數 18 小時，並接受民間所發展符合精神病人特殊需求之同儕支持訓練課程。

(三) 綜上，我國將同儕支持納入病人支持服務體系已有制度，惟由精神障礙者擔任法定同儕支持員並不多見，被視為團隊成員的可能更難，同儕支持工作尚須從去除汙名的障礙、精障者的強化等落實，故委員草案版本第 69 條規定，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一節，建議先朝同儕支持服務及其知能培訓等推動，或納入獎勵試辦計畫補助辦理，以逐步前進才能符合落實同儕支持工作的推動。

六、現行社區心理衛生中心之運作現況及困境，若欲使社區心理衛生中心，作為整合精神醫療、復健、就業及福利服務之單位窗口其可行性；及他國經驗有無參考（草案第 70 條），說明如下：

- (一) 依據本法第 7 條規定，直轄市、縣（市）主管機關應設社區心理衛生中心；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。目前各縣市均至少設 1 處，惟目前多設置於衛生局，尚難提供民眾專業人員服務，僅臺北市政府獨立成立社區心理衛生中心。
- (二) 另，社區心理衛生中心法定業務涵蓋第一、二、三級預防，各縣市可運用人力及經費不足，目前係以個案管理及資源轉介為主，惟與社區其他服務體系連結仍不足，較欠缺心理諮商或治療等專業服務、另民眾對精神疾病有偏見，歧視精神病人及個案造成多非自願求助等。

七、自 2006 年起實施之「精神病社區關懷照顧計畫」，係由公衛護理師及社區關懷訪視員所建構，其法制化及運作困境；若欲使社區關懷訪視員作為資源轉銜與服務網絡之專責個管人員，提供或轉銜復元導向之服務其可行性（草案第 71 條），說明如下：

- (一) 依據本法第 6 條規定略以，有關民眾心理健康及精神疾病防治之方案規劃及執行、病人保護業務執行事項為直轄市、縣（市）主管機關掌理事項，再依衛生福利部國民健康署頒佈之「（縣市衛生局所屬）衛

生所組織規程參考基準」第3條第1項亦載明，婦幼衛生、社區護理、疾病防治、預防接種、國民營養、精神衛生、衛生教育、衛生統計、食品衛生、營養衛生、家戶衛生及醫藥管理等事項，係為衛生所掌理事項。

(二) 目前雖公衛護理相關工作已有法規可依循辦理，惟關懷訪視員之工作內容未有明文規定，基此，爰於本法修正草案第8條第3項新增授權中央主管機關訂定特殊病人分類基準、服務提供方式、關懷與訪視基準、頻率及其他相關事項之辦法。

八、針對社區精神照護模式，國外以跨專業團隊提供外展式 (outreach) 之家訪、治療與照護服務，其他國經驗可否借鏡；欲參考他國經驗，應如何運作及制度化此類社區精神照護模式 (草案第75條)，說明如下：

(一) 精神病人社區化照護是世界趨勢，社區精神復健涉及的領域廣泛且複雜，若專業無法去除成見，必不能有所成就。因此，要有中央、地方政府之醫療、衛生保健、福利、保險醫療費用給付單位之行政制度配合。

(二) 為因應近期精神病人相關社會事件，為加強社會安全網，提供思覺失調症等嚴重精神病人完整照護服務，本部參照美國、澳洲處理機制，期達成穩定精神病人就醫，內容涵蓋發展精神病人早期介入方案、建立危機處理及高風險個案管理機制以及佈建社區支持服務資源等方向，減少精神病人因病情不穩造成之社會案件，提供精神病人更完善之全方位照護服務。

(三) 整理部分外國精神醫療照護，說明如下：

國家	澳洲 (2019)	英國 (2017)	香港 (2016)	美國洛杉磯 (2019)
服務 模式	身障、精神障礙者及照顧者計畫	一般社區心理衛生團隊	香港成人嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架	社區服務與支持

主責機關	Department of Social Services 社會服務部門	組成跨專業團隊	醫院管理局、社會福利署及民間單位組成工作小組	心理衛生部門
服務內容	對於有嚴重精神疾患者提供可近性、反應力高、高品質之整合型社區心理衛生服務；對確診或疑似精神疾患之兒童青少年及其家庭，提供早期介入	以地區為基礎，建立跨專業團隊，提供精神疾病患者整合照護資源	醫院管理局：社區精神科服務、精神科專科診所、日間醫院、思覺失調服務計畫 (EASY)、精神健康專線、精神醫療社會服務 社會福利署：精神醫療社會服務 民間單位：社區支持服務、職能復健服務、住院照護服務	對於社區中有精神障礙之個案，包括嚴重或長期精神疾患之老年、以及嚴重情緒障礙之兒少，提供提供社區教育、基礎診所治療及住宿照顧、心理健康支持、藥物濫用治療、預防自殺，及去汙名化運動
服務目標	對於精神障礙個案及其家庭與照顧者，提供早期介入及其他支持性服務，以增進其身心健康、促進社區及經濟生活主動參與	<ol style="list-style-type: none"> 1. 推廣生、心理健康，預防疾病 2. 依據實證方法，有效治療精神疾病 3. 將效益最大化、傷害最小化 4. 以合作方式建立優勢，支持患者做生活抉擇 5. 增進生活品質，包括支持個案參與與貢獻於社區 6. 確保服務連續 	促進嚴重精神病患者復康，該服務模式為患者及其家人提供即時的個人化整合服務，真正切合其生理、心理、社會之需求	<ol style="list-style-type: none"> 1. 幫助服務對象及其家庭達成有意義的時間安排及潛能發揮 2. 職業、職能訓練，教育，社會及社區活動 3. 安全適切的居住環境 4. 安全的兒青家庭生活環境，減少無家可歸者 5. 支持性關係網絡 6. 及時的求助

		<p>體、避免照護支持之斷層</p> <p>7. 整合地區健康及照護體系，改善不平等問題</p> <p>8. 照顧到具多重需求、高複雜度、或居於醫療邊緣之個案</p>		<p>管道</p> <p>7. 危機處理</p> <p>8. 減少監獄或少輔院滯留</p> <p>9. 減少非自願服務，降低機構化，減少非居家安置</p> <p>10. 增進生理健康</p>
專業人員	<p>1. 精神科醫師</p> <p>2. 精神科護理師</p>	<p>1. 行政人員</p> <p>2. 臨床心理師</p> <p>3. 精神科護理師</p> <p>4. 精神科藥師</p> <p>5. 職能治療師</p> <p>6. 基層醫療人員</p> <p>7. 心理治療師</p> <p>8. 社工及其他地區工作者（如居家工作者、債務顧問等）</p> <p>9. 支持工作者</p> <p>10. 團隊經理</p>	<p>• 醫院管理局：</p> <p>1. 精神科醫師</p> <p>2. 基層醫療醫師</p> <p>3. 護理師</p> <p>4. 職能治療師</p> <p>5. 社工師</p> <p>6. 臨床心理師</p> <p>• 社會福利署：</p> <p>社工師</p> <p>• 民間單位：</p> <p>1. 社工師</p> <p>2. 職能治療師</p> <p>3. 護理師</p> <p>4. 臨床心理師</p>	<p>1. 護理師</p> <p>2. 醫師</p> <p>3. 諮商心理師</p> <p>4. 社工師</p> <p>5. 職能治療師</p>