



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

案由：

一、「精神衛生法」(下稱：本法)於民國七十九年制定後，配合「醫療發展基金」之運作、醫療網之佈建等政府措施，逐步完備了台灣的精神醫療資源，並揭示病人權益應受保障、訂定精神復健機構之設置辦法，是為本法於國於民之〈第一世代〉貢獻。

然時代往前推進，醫療完備後「應積極發展病人之社區照顧與支持服務、提高國民心理健康保健」之本法〈第二世代〉修訂，卻遲遲未能與時俱進的進行；本法立法後，除因政府組織變動(精省、組織合併成立衛福部)而做的形式修法外，真正有碰觸到實質議題的修法，第一次在民國九十六年，第二次則為此時的討論。

雖然碰觸到實質議題，但兩次行政院主導的修法，焦點都在病人「強制住院」制度的改變，96年修法將強制住院改由「審查會審查」，111年初行政院送立法院審議之版本(備註)，則擬再改為「法院審理」。(備註：以下援引之條文號碼皆按此「行政院版」草案之條次進行說明)

當強制住院的核准日益嚴謹時，案例減少於外人看僅是數字變化，但對當事家庭而言，如果社區服務無法有效地發展起來、如果家屬們無法向政府求助，就會聽到許多不知如何是好的家屬不斷吶喊——保障了病人人權時家屬的人權在何處；精神醫學發展已近百年，二十一世紀的當代精神衛生法需要迎頭趕上第二世代的改革浪潮，以當事者的需求為根基、佈建並發展病人與家庭生活中所需要的各類支持性服務，實屬當務之急。

二、西元1960年代以來，隨著精神醫學、精神科藥物逐漸地進步，二十一世紀的精神病友，絕大多數人已經不需要長期住進療養院；然而疾病對於患者仍有嚴肅的影響，對於因病功能受損、情緒起伏較大的精神病友，其生活重建以及於社區和家庭中生活所需的支持力量，在台灣卻一直未被政府列入積極發展的社福議題。台灣的精神醫療有良好的品質，但政府卻漠視病人接受治療之外的「生活」狀況。



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

長期以來「腦功能障礙」者所需要的「生活支持與協助」，病友生活中的種種困難和照護需求，極端的過渡仰仗「家庭」承接，導致精障家庭的悲歌不斷。政府不面對病人有困難的日常、前頭不積極協助，等到日積月累壓力爆發、出事了時，再便宜行事的祭出強制住院、乃至近日強行立法圖謀以刑法來永世隔離病人於偏遠的司法精神病院，不只讓政府成了汗鱗病人的社會汗名惡首領，更重要的是，只有「強制」「住院隔離」的招式，會逼迫患者更不願意承認與接納自己的疾病、更想遠離政府設施、更憤世嫉俗，一點無益於防範事情於未然，並非真正可以讓相關事故不再發生的良策。

- 三、一位病人有多位家屬，腦部疾病影響人的思想與行為，國家社會現在已經能夠理解失智症患者家庭的負擔，於長照系統佈建資源給予失智者及家庭支持和協助，然而對於同樣是腦部、行為異常、生病時間更長之精神病人的家屬，則至今無論是在本法之下、或者是在身心障礙者權益保障法之下，官方都沒有任何長期性提供、可讓家屬主動求助諮詢的「精障者家屬之支持性服務」，爰於第二十三條增列應為病人之「家屬及親友們」提供服務；另第五十五條(現行條文四十五條)原將協助嚴重病人接受社區治療之責任丟給保護人，改為課病人居住地主管機關及社區心理衛生中心協助保護人以共同協助病人接受社區治療之責任。
- 四、數十年來，民間數百萬精神病友與家屬呼求政府修法，最多的期待，是希望在精神衛生法中【增加生活支持與照顧的專章】，但 96 年第一次實質修法讓大家失望了，現第二次實質修法之際，行政院版雖大幅改寫法條、雖終於將「社區支持服務」的文字納入第三條名詞解釋，但修法後會增加提供的協助，仍只是在第二十三條、第二十六條、第三十二條等加入「宣示性文字」；行政院以「宣示」要做來博得美名，但究竟要做什麼？協助之「具體服務內容則仍付之闕如」，如此，縱然法修過了仍無法許諾會給精障家庭或民眾帶來可以有感的改善。「修精神衛生法」應該要對精神病人、家屬有用，讓病人獲得好的治療、復健、生活支持，才能真正的避免憾事發生，



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

「病人與其家庭有合適其需求的服務，才是最有效的社會安全防護網」。爰依行政院版條次，增訂第二十三條之一，具體列示政府應為病人和家屬提供的基本服務項目。

五、依據民間精神公益組織之意見蒐集以及精神醫學會近年的調查，「長期性心理支持」為病人自述之重點需求，然這樣日常性的需求(能傾聽理解人際疏離之病人的心聲、能接納病人反覆訴說其固著性思考的人、能在病人情緒激動時適時出現給予情緒支持的人)不可能全然由服務成本高的精神照護機構來承接(備註)，專線電話是相對而言成本較低又能長期、較無時差、具可近性的提供給病人的有效心理情緒支持；更且能同時服務並滿足前段所述之家屬親友需求，有必要入法以求推廣發展。(備註：全國一年在精神科/身心科就診過者有兩百多萬人、領障礙證明之精神障礙者十二萬多人，而精神復健機構全國僅服務上萬人，量能遠遠不足)

現有的生命線(Hot Line 熱線)為緊急型的專線，其與張老師專線服務同樣都以一般民眾為服務對象，難以支持到有重大精神疾病症狀之病人(具反覆固著訴說之特性，社會化程度低言語較貧乏)與需要較詳盡在地資源訊息的家屬，爰增列政府應獎勵在地民間組織提供服務病人與家屬之溫暖型專線電話服務(Warm Line)。

六、精神疾病核心變化在於「功能」狀況發生改變，因此許多慢性精神病人(精神障礙者)每日 24 小時的日常，會有許多需他人協助的地方，必然有「照顧」的需求。照顧與治療並非天秤的兩端，而是應相輔相成、協力合作。本次修法第二十四條(原三十九條)誤謬的將「照顧」限縮在【專業機構】，殊不知專業能力在於治療，照顧的核心則在每天的日常，兩者都是病人需要的，但卻是不同的需要。數十萬重大精神疾病患者的日常，如何可以僅靠人力有限的「精神心理衛生領域專家」？照顧病人冬日穿暖、提醒吃三餐，可能隔鄰的大姊比治療所的大師要有用得多。

精神障礙者有操作的困難，但使用身心障礙/長照居家照顧服務、喘息服務者卻人數稀少，這類服務正待發展，



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

而如同現有的居家照顧服務一樣，承接做居照服務者許多都是法人、團體，故此條行政院版之修訂極不恰當，需回復原條文，得獎勵、補助法人、團體承接照顧服務，更期許地方政府全力發展，才能讓精障家庭無憂。

- 七、全國因慢性精神病而領有身心障礙證明者十二萬多人、具精神科重大傷病資格者二十多萬人，未領證的社會心理障礙者人數更多，如何推動服務、佈建資源來提供協助，一直以來政府都過於仰仗醫事單位，而未能用心傾聽、理解病人及其親友等當事者的需求與意見，致使支持性服務至今未能有效的全面性推展，本次行政院修法甚至將照顧服務鎖成只有專業者才可以執行、開時代之倒車，更為明證；依我國簽署的聯合國「身心障礙者權利公約」，公共政策應充分聆聽當事者需求；公約意旨“Nothing about us without us.”「沒有我們的參與就不要為我們做決定」是最真實的全球實務經驗所推動之世代人權平等浪潮。

本次依 CRPD 及其聯合國身心障礙權利委員會第七號意見書之精神，於第十六條、第十七條列入「病人代表組織」之定義(過半數決策者為障礙者本人)並賦予參與中央和地方政府諮詢會之機會，並於第六十九條同樣給予成員強制住院法庭參審員之權利與機會。

- 八、行政院近兩、三年，多次宣示社會安全網二期計畫啟動，增設社區心理衛生中心將達全國 71 處，信誓旦旦讓原本只做心理健康促進的社區心理衛生中心開始提供病人服務；並大張旗鼓開記者會，說修法『成立全國精神照護指揮中心，…從衛生單位到跨部門轉銜都要確保不漏接』所編預算因此將『擴增六倍』，然而檢視行政院版，卻驚訝的發現：

(一). 號稱新成立全國精神照護指揮中心，但看起來相關的條款與內容僅如下述：

1. 第三十二條(現行條文三十八條)於現行病人出院通報系統中，增加須將出院準備計畫轉知衛生主管機關，至於所陳支持服務、轉銜服務等，仍屬「虛文字」；概若多元需求的服務並沒有具體文字好「長出



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

來」，修法前後政府的作為與效果仍會是一模一樣的，只不過是衛生局多放了些電子檔案或紙本。

2. 第四十九條、第五十條(現行條文三十二、三十八條)核心做法仍是警消送醫；24 小時危機處置與現行由醫療機構(大療養院等)承接之方式並無不同(備註)，所新增者僅是特定類別之人執行公務時，若覺得所遇者為病人時，得通知地方主管機關提供協助，但所稱的「協助」行政院本條文看來卻只是「送醫、轉送醫療機構治療」而已；顯然行政院把目前的各種困難簡化成只是送不送到醫院的問題而已，實在讓人遺憾，這樣「不去看病人長期性生活遭遇、家庭困境」、只想把病人推去醫院的做法，不僅未能負起政府應有的責任、且根本不能解決問題，還不斷的挑戰、侵犯精神病人的人權。(備註)：不像他國(如:澳洲、加拿大、美國部分州等)之危機處理團隊是將跨領域多專業工作團隊移入社區中辦公，以具經驗之資深專業工作者積極外展訪視、提供加強型個案管理服務)

(二). 去年起政府就已開始投大錢給各縣市衛生局、提高社區心理衛生中心預算，然而，看看行政院此次的修法，社區心理衛生中心為病人服務所需增加的服務項目，竟然只有「病人的個案管理」；然，目前的現況：各縣市衛生局原本就有「病人關懷訪視」、「自殺關懷訪視」之個管，而社政系統已有「身心障礙個管」、「家防中心的心理衛生社工」等，長照系統則有長照個案管理；換言之，各縣市只要將關懷訪視員、心理衛生社工的辦公室移入社區心理衛生中心，就已履行了本次修法賦予心理衛生中心的責任，真是換湯不換藥。

綜上，換句話說，精神病人所面對的政府社區資源系統幾乎沒有改變，但政府卻宣稱總共要多花六倍的預算？連近來社家署宣示四年內將成立 41 處協力模式(仿精障會所模式)之服務據點的承諾，都沒有寫入行政院自己的修法版本中。

檢視近年幾個精神病友傷人的社會矚目案件，送醫、反覆送醫無法解決問題，因為就醫所需時間短而生活時間



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

長，所缺者係--長期的關懷與支持、如何支持家屬來幫助病人、如何給家庭協助來緩解因病人能力不足而無法處理或處理不好的事務，若僅靠不斷圍捕、打擊病人、讓病人跑得更遠的強制送醫，問題恐怕只會越來越棘手；為引導第二世代的精神心理健康資源佈建(也才能達成行政院宣稱要達到的目標)，爰於第二十七條列示必須由社區心理衛生中心承接之案主，包括：已被通報需要協助的人、被送強制住院或強制社區治療審查但沒通過的嚴重病人/病人、強制住院後出院的病人等，面對這些已經被社會看到需要協助的人，長期的給予關懷、連結支持性服務，才是負責任的政府應該做也可以做的事。

九、本次行政院版第四十九條(現行條文三十二條)的修訂，有兩大迷思：(1)認為會自傷、傷人的病人，一定是沒有在就醫的人。(2)以為送到醫院後，病人就會「好好的」持續就醫、不斷的服務；並以為藥物一定可以讓病人不傷人、不自傷。事實上，大家都知道精神病人就醫服藥是一個要溝通、要協助、要支持的漫長過程，而已經在就醫服藥的病人，如果其於人際於環境於生活中之壓力過大，或者是突發性的衝突仍有可能產生自傷或傷人的機會，此種觸發風險的可能性，實與一般人差異不大，所差者，一般人激昂的情緒或許較容易平息(例如：比較找得到合適的傾聽者、比較能安排可自我調適的方法，讓情緒有出口)，而病人因社交孤立、缺乏經濟能力，所以這樣的情緒出口，需要被政府創造出來，而這絕不是單向的送醫、片面的「強制」，就可以讓病人接受並達成的。(備註)：請看台北市心生活協會網站心姊姊諮詢留言板，許多家屬的留言，大家所煩惱者不是該不該送醫，而是找警消送醫之後，又能如何，長期的狀態無法靠警消的送醫、不斷地強制住原來解決的。

本條行政院版新增警消人員護送有自傷或傷人之虞的病人時，可進行檢查其身體或攜帶之物、以設備適當約束，這些應採最小侵害原則進行外，碰觸身體搜索尚無必要刪除之。經驗上，更應提醒警消人員，有被害妄想之人對於肢體的接近是極其敏感的(會立即被解讀為外來的人果然要來殺害自己)，合宜的對話--因理解其所想而請



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

對方配合，要比貼近其身體、試圖碰觸其身體對彼此都安全的多。並增列採設備約束者，應注意被約束者的人身安全，以免因疏失而產生遺憾。

本條轉通知地方主管機關後，轉送醫的部分，將行政院版從「應」改為「得」；因為所通報者，本來就可能已在就醫中，不會人人都需要被再送往醫院，且依消防主管機關之傳統作法，救護車都是搶時間、送自己縣市就近的醫院，和病人原本或曾經看診的醫院不同，醫病關係被打斷、回診頻率被弄亂，未必有利於穩定病人之病情。地方主管機關除協助就醫之外，不能忘記應給予被通報者持續性的關懷及生活上的支持服務，這樣的服務才能以傾聽卸除焦躁、以支持緩解壓力，達到保護病人自己和他人安全的目的，爰增列相關文字，以確保修法後，可以有新制度引導往解決問題的正確方向發展。

- 十、精神醫學領域有五大專業：醫師、職能治療師、藥師、護理師、心理師。需要被迫「強制社區治療」的病友通常是在當時較難醫治的病人，「難」就是專業發揮的時候，政府現在的強制社區治療，都鎖定在強迫「打針」而已，所以被強迫的時候有了藥(如果病人沒有因此逃亡的話)，強迫結束時一切就回到原點。殊不知，病人需要學習與疾病共存、自我疾病管理，這些應由心理師、職能治療師、或護理師等非醫非藥的工作者來提供專業治療服務，如此強制社區治療才能真正有效的「長遠」幫助到病人—病人心理獲得支持了、學習到如何與病共存、紓解壓力、如何回診或排藥盒後，即使強制解除，他們也能自主的繼續就醫、服藥或接受打針治療，並且更有意願使用精神照護機構或社區支持的服務，來維持自己的康復狀態。第五十八條(現行條文四十六條)強制這區治療之項目，明列項目增加：心理諮商或治療、復健(職能)治療。



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>第十六條 中央主管機關應以首長為召集人，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、<u>病人代表組織</u>、或病人權益促進團體及各目的事業主管機關代表，召開諮詢會，辦理下列事項之諮詢：</p> <p>一、心理健康促進政策、制度及方案。</p> <p>二、精神疾病防治政策、制度及方案。</p> <p>三、心理健康促進及精神疾病防治資源規劃。</p> <p>四、心理健康促進、精神疾病防治研究發展及國際交流。</p> <p>五、精神疾病特殊治療方式。</p> <p>六、病人權益保障之整合、規劃、協調及推動。</p>	<p>第十六條 中央主管機關應以<u>首長為召集人</u>，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及各目的事業主管機關代表，召開諮詢會，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、精神疾病特殊治療方式。</p> <p>六、病人權益保障之整合、規劃、協調及推動。</p> <p>七、<u>政府機關執行心理健康促進</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、病人家屬或病人權益促進團體代表，辦理下列事項：</p> <p>一、促進民眾心理衛生政策之諮詢事項。</p> <p>二、精神疾病防治制度之諮詢事項。</p> <p>三、精神疾病防治資源規劃之諮詢事項。</p> <p>四、精神疾病防治研究發展之諮詢事項。</p> <p>五、精神疾病特殊治療方式之諮詢事項。</p> <p>六、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</p>	<p>一、國家所規畫設計之精神心理健康相關政策、制度、服務方案，能否回應精神疾病患者及家屬的需求至關重要，是以政府之諮詢會議因察納病人與家屬的意見十分正確。</p> <p>不過原「病人」代表席次部分限定「病情穩定」條件，然病情穩定該由誰判定？該以哪些面向來判定？選擇過程中可能過於主觀。又既然是病友，其獲聘後亦可能有病情有起伏，反之，則病情不很穩定的病人未必就無法對政策、制度、服務案規畫提出好的建言；允宜刪除「病情穩定」之限定條件。</p> <p>二、聯合國身心障礙者權利公約「障礙者自主」精神落實於「與障礙者有關之政策均有障礙者之參與」</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>七、政府機關執行心理健康促進業務之整合、督導及協調。</p> <p>八、其他心理健康促進及精神疾病防治<u>相關事務</u>。</p> <p>前項病情穩定之病人、病人家屬、<u>病人代表組織</u>、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，不得少於委員總數五分之二。</p> <p><u>病人代表組織須為依法立案之組織，且其組織內之決策者與工作人員超過半數為病人。</u></p> <p><u>病人權益促進團體須為依法立案之組織，其組織章程之宗旨需包括為病人提供服務或為病人之權益向社會倡議等。</u></p>	<p><u>業務之整合、督導及協調。</u></p> <p>八、其他有關<u>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、病人家屬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<u>少於委員總數五分之二</u>。</p>	<p>審查事項。</p> <p>七、其他有關精神疾病防治之諮詢事項。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；且單一性別不得低於三分之一。</p>	<p>(nothing about us without us)乃國際新趨勢，故有「病人代表組織」(DPO; Disability People Organization)之興起，其定義為組織內的決策者(理監事或董監事)與工作人員過半為疾病當事者(請參閱 CRPD 身心障礙權利委員會第七號意見書第二大段 A. 『它們只能是由身心障礙者領導、指導及管理的組織。其大多數成員應該是身心障礙者』；此和國內精神公益組織(病友權益促進團體)之組成，以家屬或專業工作者居多有所不同，宜將病友代表組織之代表亦網羅為諮詢會代表，共同為更好的政策制度、更光明的未來獻策。</p> <p>三、行政院版第一項第八款(現行條文第七款)，修訂後語詞文法有缺陷，「其他有關」</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>之後，缺少受詞，增列「相關事務」作為受詞，讓語句通順、完整。</p> <p>四、增列第四項病人代表組織、第五項病友權益促進團體之條件。</p>
<p>第十七條 地方主管機關應以首長為召集人，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、<u>病人代表組織</u>、或病人權益促進團體及局處代表，召開諮詢會，辦理轄區下列事項之諮詢：</p> <p>一、心理健康促進。</p> <p>二、精神疾病防治。</p> <p>三、心理健康促進及精神疾病防治研究計畫。</p> <p>四、心理健康服務資源、精神照護機構設立之規劃及網絡連結。</p>	<p>第十七條 地方主管機關應<u>以首長為召集人</u>，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及局處代表，召開諮詢會，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>精神疾病防治</u>。</p> <p>三、<u>心理健康促進及精神疾病防治研究計畫</u>。</p> <p>四、<u>心理健康服務資源、精神照護機構設立之規劃及網絡連結</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、<u>促進民眾心理衛生</u>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、<u>病人就醫權益保障及權益受損申訴案件</u></p>	<p>比照第十六條修訂。</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>五、病人權益保障申訴案件。</p> <p>六、各局處執行心理健康促進業務之整合、督導及協調。</p> <p>七、其他有關心理健康促進及精神疾病防治。</p> <p>前項病情穩定之病人、病人家屬、<u>病人代表組織</u>、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，不得少於委員總數五分之二。</p>	<p>五、病人權益保障申訴案件。</p> <p>六、<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>七、其他有關<u>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、病人家屬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，不得少於委員總數五分之二。</u></p>	<p><u>之協調及審查事項。</u></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>第二十一條 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</p>	<p>第二十一條 各級政府得<u>依</u>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</p>	<p>第十六條 各級政府按實際需要，得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：提供精神疾病急性及慢性醫</p>	<p>本條羅列各專業領域(醫師、護理、臨床心理、諮商心理、職能)均得成立機構為病人提供專業服務，並統稱這些為「精神照護機構」。</p> <p>惟第三項提到[非精神照護機構者禁止為病人提供安置、治療及其他相關服務]，則過於偏激並將阻礙病人社</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>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>六、社會工作師事務所：社會工作及社會福利服務。</p> <p>七、職能治療所：職能治療服務。</p> <p>前項各款機構，得經主管機關指定辦理物質使用障礙症治療及生活重建業務；其指定方式、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>未依法設立精神照護機構者，不得以任何名義，提供病人安置、治療及其他相關服務。</p> <p>※ [備註]: 揣測政府心意此條一</p>	<p>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>六、<u>社會工作師事務所：社會工作及社會福利服務。</u></p> <p>七、<u>職能治療所：職能治療服務。</u></p> <p><u>前項各款機構，得經主管機關指定辦理物質使用障礙症治療及生活重建業務；其指定方式、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><u>未依法設立精神照護機構者，不得以任何名義，提供病人安置、治療及其他相關服務。</u></p>	<p>療服務。</p> <p>二、精神護理機構：提供慢性病人收容照護服務。</p> <p>三、心理治療所：提供病人臨床心理服務。</p> <p>四、心理諮商所：提供病人諮商心理服務。</p> <p>五、精神復健機構：提供社區精神復健相關服務。</p> <p>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。</p>	<p>區中生活支持服務的發展。舉實例具體說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 例：社家署已通令全國，由政府推動各縣市成立「協作模式」之精障會所型服務； 2. 例：社家署依照「身心障礙者權益保障法」推廣身心障礙者「日間作業設施服務」以及「社區居住」、「家園」等在地、小型化的居住服務。 <p>以上兩者，都是精神障礙者很需要的服務，其由民間精神公益組織承接者多，於社政體系尚無立案為「機構」之要求，亦非屬本條現行或行政院版條文所稱的專業工作者之立案精神照護機構。</p> <p>另外的實例是：目前的長照服務，可以由長照單位聘請「心理師」、「職能治療師」提供到宅的心理治療或支持服</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>是為維護專業服務、二是為禁止龍發堂再現，若無法直接刪除行政院版的本項增列，或可改寫如下：</p> <p><u>為病人提供治療服務需依各專業相關執業及治療法令執行之；非精神照護機構聘僱治療專業人力時，應由地方主管機關按實核備其執業登記狀態。</u></p> <p><u>非依本法立案為精神照護機構或非由各級政府主管機關委託、補助、或登記立案者，不得為病人提供機構式長期居住服務。</u></p>			<p>務、復能服務。而這些專業工作者並不需要「成立治療所」就可以專業工作者身分為病人提供服務。</p> <p>一旦行政院版修法通過，這些社家署、長照等之服務，都將立即違反精神衛生法本條規範，十分的荒謬。</p> <p>過去以來因重視醫事專業服務、卻輕忽居家生活之支持與照顧，致使我國精障家庭之負荷沉重、迭有悲劇發生，當政府開始往社區佈建服務資源後，社區中的組織很歡迎也需要招賢納士，然而目前「師」級的專業人員除了社工師可以在法人、團體做執業登記外，其他心理師、職能治療師一旦受聘於民間團體(其所設精神復健機構除外)，會遇到無法於所受雇單位進行執業登記的問題，在保障專業者發揮治療能力時，並應考量師級</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>人才進入社區紮根服務時的執業登記方式。</p> <p>揆諸行政院版增列第三項的本意，應是為「防堵龍發堂」亂象再現，但所寫文字卻一字將打翻所有的船(專業機構之外的所有病人服務)，建議：直接刪除行政院版新增的第三項條文。(事實上，若政府服務布建得當，精障家庭困境可以緩解，龍發堂自然不會存在，最好的龍發堂防堵之道，就是在精神衛生法增加社區照顧與服務的章節、條款，各級政府在精障服務上做好、做對，就永遠不必煩惱龍發堂再現)</p>
<p>第二十三條 病人與家屬之社區支持服務，應依多元連續服務原則規劃辦理。</p> <p>地方主管機關針對病人需</p>	<p>第二十三條 病人社區支持服務，應依多元連續服務原則規劃辦理。地方主管機關針對病人需求，應自行或委託機構、法人或</p>	<p>本條新增</p>	<p>行政院版新增本條立意良好，概「連續」、「多元」、提供「支持」服務是精神障礙家庭所殷殷期盼者，惟本條有以下不足之處：</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>求，應自行或委託機構、法人或團體提供全日型、日間型、居家型或其他社區支持服務，以建構妥善之社區支持機制。</p> <p>其他法律對病人社區支持服務有相同或較有利之規定者，應優先適用。</p>	<p><u>團體提供全日型、日間型、居家型或其他社區支持服務，以建構妥善之社區支持機制。</u></p> <p><u>其他法律對病人社區支持服務有相同或較有利之規定者，應優先適用。</u></p>		<p>(一) 僅提及病友服務卻忽略人數是病友數倍的「家屬」其所需之服務。</p> <p>(二) 僅有宣示性之文字，缺乏具體服務內涵之訂定，口惠而實不至。</p>
<p><u>第二十三條之一</u></p> <p><u>病人及其家屬親友的支持服務，應涵蓋不同需求之病人和親友所需之個別化心理支持、生活照顧、社會參與及自立生活等服務。各級政府應積極提供下列服務：</u></p> <p>一、<u>鼓勵在地組織設置專線電話為病人及其親友，提供心理支持、情緒關懷、在地資源諮詢等服務。</u></p> <p>二、<u>以陪同為基礎、自立安居為</u></p>			<p>本條增列。</p> <p>一、 修法就應帶來精神病友和家屬所期待的服務；本條新增，以補充第二十三條僅有「宣示口號」之不足。</p> <p>二、 (第一款)依據精神醫學會之調查及民間精神公益組織於全台蒐集之病友意見，多數病友都表示很需要長期的心理、情緒支持；部分精障家屬情緒負荷大亦眾所周知；專線電話服務具有可以保障隱私--不必留下身分證件、不必擔心被他人發現使</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p><u>目標之到宅式病人居家生活支持服務。</u></p> <p>三、<u>發展據點為病人之家屬與親友，提供支持與諮詢服務、喘息服務。</u></p> <p>四、<u>病人之活動與康復成長團體、同儕團體。</u></p> <p>五、<u>家屬之成長團體、同儕團體。</u></p> <p>六、<u>病人、家屬之心理重建服務。</u></p> <p>七、<u>病人生活重建與自立生活服務。</u></p> <p>八、<u>病人社區居住與安養之服務、設施與措施。</u></p> <p>九、<u>提升病人數位科技能力之服務。</u></p> <p>十、<u>提升病人就業能力之服務。</u></p> <p>十一、<u>擔任無依病人財產信</u></p>			<p>用服務而被汙名歧視的優點，且具可近性(有電話就可以獲得服務)、成本較低、可長期提供等優點；這樣的專線是 Warm Line(溫暖專線)·與生命線之 Hot Line(熱線)有所不同，與張老師基金會所服務對象亦有所區隔，概張老師基金會以一般民眾為主要服務對象，本條所欲建立之專線，則以情緒負擔較大的精神障礙者與家屬為主要服務對象。</p> <p>以台北市心生活協會的「心家庭專線服務」、伊甸基金會的「精障家庭照顧者專線服務」為例，都是許多精障者、家屬深為倚靠的資源；然而這樣的服務卻因未曾入法、不具法定服務之條件，而始終無法獲得穩定的經費來提供長期服務、並因此難以推廣到各縣市，精障族群應該</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p><u>託之監察人或為其提供財產個案管理服務。</u></p> <p>十二、 <u>提升腦科學知識、創造友善接納環境、破除疾病汙名之社會教育與宣廣服務。</u></p> <p>十三、 <u>其他有助於保障及提升病人及家庭照顧者生活品質之服務。</u></p> <p><u>前各項支持性服務，應聘具專業背景者、或具一定經驗之病友或家屬為主責服務人員；並得輔以其他背景之人員擔任服務助理。</u></p>			<p>要有這樣的溫暖支持。</p> <p>三、 (第三款、第八款)長照的居家照顧服務、泛身心障礙者家庭的喘息服務，所用失能評估量表，始終無法反應多數精障者家庭的需要；蓋精神障礙者的「能力」有時是相對的、浮動的；例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 病人可以到其熟悉路線的醫院，卻可能到不了更近但他不熟悉路線的醫院 ◆ 病人似乎可以自行看診，但若無人陪同，則數月之後就不再回診。 ◆ 精障者知道便當店在哪裡，但是若無家人陪伴或督促，即使是餓肚子也不外出買便當。 ◆ 病人的能力可以有工作，可是卻不願意自行到商家採購衣物。 <p>當病人缺乏經驗、感覺驚</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>慌、信心不足、情緒翻騰時，他們可能就會拒絕做家事、不願意嘗試去做生活中需要的事。因此，以陪同為主旨(非全然取代其操作)的可到宅、在社區走動的生活支持性服務，非常重要，可補長照體系「跳過精障者不服務」的缺點、或者發展為精障者所需的新長照服務類型。</p> <p>四、(第二款到第七款)參考「身心障礙者權益保障法」第 50 條、第 51 條，列示政府應提供之生活重建、心理重建等服務。因精神病有「無病識感」、「社會汙名壓力沉重」等特色，因此，許多病友從發病後到願意看診、再到穩定回診都需要經過好多年，也有很多人已看診但自己和家人不希望任何人知道；所以許多需要有服務的</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>「實質」精神障礙者並沒有真正取得身心障礙證明，因此，縱有身權法仍然需要在精神衛生法再次寫出應有的服務，以及於尚未領取障礙證明之病友及其家屬。再者，身權法下的服務，時常因為是以其他障別之障礙者的需求出發，而不合用於精神障礙類，於精神衛生法下發展服務，可以更合適於病人與其家屬親友，方能有效的緩解精障家庭之苦。</p> <p>五、(第十款)列入就業服務理由同上。舉例而言，精神病友因功能受損需要重新鍛鍊發展生活及工作技能者眾(以社政系統資料而言，領有障礙證明之精神病友中，有七成是中度或重度失能)，因此，非常需要「職前準備」服務，但是現有勞政主管機</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>關的身心障礙者職業重建體系，這一塊卻是最缺最缺的；故此才有數年前，台北市數十個康復之家送出百位擬就業病友名單給勞動主管機關，但最後勞政系統接受、提供身心障礙就業服務者不及十分之一的荒謬現象。勞動主管機關應正視這樣的精障需求，重新接納、發展合適的、不同於現有體制模式的就業服務。</p> <p>六、(第九款)在新冠疫情之下，政府許多規範、訊息(預約疫苗、掃 QR code、開記者會發布戴口罩的規定都採數位方式發布、置於網路上(而非透過鄰里者廣播或文宣)...)，在在讓因為「無工作沒有經濟能力」、「記憶力差很難學會新本事」(類似高齡銀髮者)所以沒有手機、沒有</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>電腦、不看電視的精神病人，不斷地被孤立於政府的訊息之外，這樣的數位差距在未來的時代(例如：國外已有銀行開始拒絕提供現金找付服務)，將使精神障礙者更加成為社會邊緣人，有必要由政府積極協助，教學、補助採購通訊設備、給予個別化指導管道...，來幫助彌平精障者因為數位落差而失衡的資訊進用、權益保障及社會參與機會。</p> <p>七、(第十一款)無數精神障礙者之父母最不敢想像的就是自己往生後，精障者何人照顧，包括其飲食起居的照護、財產的管理與保全...等；爰增列居住服務、安養服務、由政府擔任最後一線(無家人可依靠時)之財產信託監察人或提供財務個管支</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>持之條款。</p> <p>八、(第十二款)知識就是力量，了解疾病、理解疾病對人的影響，學習接納及支持病人的方式，是破除汙名、解除社會孤立的良方，當生病是可被接受的事，患者也才能更願意接受治療、使用服務來改善自己的處境。</p> <p>九、第二項說明多元支持服務的服務人力，於專業人力之外，亦可由病人或家屬提供之，非專業、非有一定經驗之家屬或病人以外的其他人力，亦得以助理身分提供協助性的服務。</p> <p>同儕支持 Peer Support 是走過相同經驗的人之相互扶持，類似的經歷讓彼此有著相同的語言、感受到被同理、啟發自我參考他人經驗尋找因應困境策略的動機，</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>這樣的支持，在身心障礙、各類身體與心理疾病群體中，都有非常重要的療癒效果。美國、澳洲、香港等國，在許多服務方案中，同儕支持服務者與專業工作者待遇無異，也是國際上推廣身心障礙自立生活服務時的重要工作人員。</p> <p>另，目前政府補助服務時，執行人力都要求「專業」科系畢業，而近期因政府制度化的服務大量徵用社工，許多民間組織、長照據點的服務不容易徵用到具有專業背景的服務工作者，常遇到有經費可做服務卻招不到人的窘況；舉本次修法擬列入推動之以陪同為主的個別化到宅生活支持服務(融合居家照顧與個人助理服務之精神)為例，實際上某些看診或</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>辦理生活事務的陪同，其實可以由一般人為之。社會上有很多失業的人、疫情下意外失業的人也比以前更多，與其因為徵不到專業人力、或者預算不足以聘用專業人力就讓服務停擺，不如開放讓非專業背景的人，可以在專業者或同儕工作者的指導下，於助理層級為病人及家屬提供部分的支持性服務。</p>
<p>第二十四條 中央主管機關應獎勵、補助機構、法人或團體從事病人社區<u>照顧</u>、支持及復健相關服務。</p> <p>前項從事服務之機構、法人或團體與其服務人員之資格條件、服務內容、作業方式、管理、獎勵、補助及其他相關事項之辦法，由中央主管機關</p>	<p>第二十四條 中央主管機關應獎勵、補助機構、法人或團體從事病人社區支持及復健相關服務。</p> <p>前項從事服務之機構、法人或團體與其服務人員之資格條件、服務內容、作業方式、管理、獎勵、補助及其他相關事項之辦法，由中央主管機關會同中央勞動及教育主管機關定</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<u>照顧</u>、支持及復健等服務。</p> <p>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</p>	<p>一、精神疾病核心變化在於「功能」狀況發生改變，因此許多慢性精神病人(精神障礙者)每日 24 小時的日常，會有許多需他人協助的地方，必然有「照顧」的需求。</p> <p>二、照顧與治療並非天秤的兩端，而是應相輔相成、協力合作。本次修法誤謬的將</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>會同中央勞動 及教育主管機關定之。</p>	<p>之。</p>	<p>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。</p>	<p>「照顧」限縮在【專業機構】，殊不知專業能力在於治療，照顧核心則在每天的日常，數十萬重大精神疾病患者的日常，如何可以僅靠人力有限的「精神心理衛生領域專家」？照顧病人冬日穿暖、提醒吃三餐，可能隔鄰的大姊比治療所的大師要有用得多。</p> <p>精神障礙者有操作的困難，但使用身心障礙/長照居家照顧服務、喘息服務者卻人數稀少，這類服務正待發展，而如同現有的居家照顧服務一樣，承接做居照服務者許多都是法人、團體，故此部分行政院版之修訂極不恰當，需回復原條文得獎勵、補助法人、團體承接照顧服務，更需全力發展，才能讓精障家庭無憂。</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>第二十七條 地方主管機關應依轄區人口數與心理衛生之需求及資源，由社區心理衛生中心辦理病人個案管理、心理衛生宣導、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源開發、網絡聯結、自殺防治、精神疾病防治、災後心理重建及其他心理衛生服務事項。</p> <p><u>社區心理衛生中心提供病人個案管理服務之服務對象，應包括第四十九條第一項之地方主管機關接受通報的疑似病人、第四十九條第三項地方主管機關認為應繼續接受治療之病人、接受第五十條緊急處置後之人。</u></p> <p><u>地方主管機關應將已被提報申請強制社區治療審查或強</u></p>	<p><u>第二十七條 地方主管機關應依轄區人口數與心理衛生之需求及資源，由社區心理衛生中心辦理病人個案管理、心理衛生宣導、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源開發、網絡聯結、自殺防治、精神疾病防治、災後心理重建及其他心理衛生服務事項。</u></p> <p><u>前項社區心理衛生中心，應置心理、護理、職能治療、社會工作及其他相關專業人員；其提供服務之內容及人員組成、訓練與認證方式及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></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>三、行政院近兩、三年，多次宣示社會安全網二期計畫，啟動增設社區心理衛生中心目標將達全國 71 處；信誓旦旦說原本只做心理健康促進的社區心理衛生中心，將會提供病人服務；更多次大張旗鼓開記者會，說修法『成立全國精神照護指揮中心，...從衛生單位到跨部門轉銜都要確保不漏接』所編預算因此將『擴增六倍』，然而我們檢視行政院版，卻驚訝的發現，已經開始投大錢的社區心理衛生中心，所需增加的服務病人項目，居然只有「個案管理」；實則，現況心衛中心歸屬於各縣市衛生局，而衛生局原本就有「病人關懷訪視」、「自殺關懷訪視」，社政系統則本有「身心障礙個管」、「家防</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p><u>制住院審理之病人轉銜至社區心理衛生中心，於其強制處分申請被否決後、或強制社區治療啟動後、或強制住院出院後，開始提供長期性之個案管理服務並自辦或委辦或連結資源為病人及其有需要的家屬或親友提供社區支持服務。</u></p> <p>前項社區心理衛生中心應置心理、護理、職能治療、社會工作及其他相關專業人員；其提供服務之內容及人員組成、訓練與認證方式及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>			<p>中心的心理衛生社工」，還有長照系統等，原本就已經在做個案管理服務，各縣市只要將關懷訪視、心理衛生社工的辦公室移入社區心理衛生中心，就已經可以宣稱履行了本次修法所稱的個案管理工作；也就是說，幾乎沒有改變的系統，卻要多花六倍的預算。</p> <p>四、 檢視近年幾個精神病友傷人的社會矚目案件，送醫、反覆送醫顯然無法解決問題，因為就醫所需時間短而生活時間長，所缺者係長期的關懷與支持、係如何支持家屬來幫助病人、係如何給家庭協助來緩解因病人能力不足而無法處理或處理不好的事務，而不是圍捕、打擊病人、讓病人跑得更遠的強制送醫。</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>五、為達成行政院宣稱要達成的成效，本條爰增加兩項，增列社區心理衛生中心應負責協助：已被通報需要協助的人、被送強制住院或強制社區治療審查但沒通過的嚴重病人/病人、強制住院後出院的病人等，面對這些已經被社會看到需要協助的人，長期的給予關懷、連結支持性服務，才是負責任的政府應該做也可以做的事。</p>
<p>第二十八條 對病人不得有下列行為：</p> <p>一、遺棄。</p> <p>二、有扶養義務者經通知後，無故未盡扶養義務。(不修法)</p> <p>三、身心虐待。</p> <p>四、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><u>第二十八條</u> 對病人不得有下列行為：</p> <p>一、遺棄。</p> <p><u>二、有扶養義務者經通知後，無故未盡扶養義務。</u></p> <p>三、身心虐待。</p> <p>四、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>第十八條 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</p>	<p>民法親屬篇已有專章明訂親屬間之扶養義務，亦訂有法院得判定免除扶養義務之情狀等；人並不會因為罹患精神疾病而改變親等，是以其與親屬間互負撫養義務之法定義務或權利本與他人無異，尚無於精神衛生法另創民法以外之</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>五、強迫或誘騙病人結婚。</p> <p>六、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。</p>	<p>五、強迫或誘騙病人結婚。</p> <p>六、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。</p>	<p>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>義務的必要。</p>
<p>第三十二條 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，並通知其家屬或保護人，不得無故留置病人。</p> <p>精神醫療機構於病人出院前，應協助病人與其共同擬訂出院準備計畫並提供執行協助；其屬嚴重病人者，並應徵詢保護人意見。</p> <p>精神醫療機構對有精神病診斷之病人，應於其出院日起三日內，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，提供社區治療、社區</p>	<p><u>第三十二條 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，並通知其家屬或保護人，不得無故留置病人。</u></p> <p><u>精神醫療機構於病人出院前，應協助病人與其共同擬訂出院準備計畫；其屬嚴重病人者，並應徵詢保護人意見。</u></p> <p><u>精神醫療機構對有精神病診斷之病人，應於其出院日起三日內，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，提供社區治療、社區支持及轉介或轉銜各項服務。</u></p>	<p>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。</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>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</p>	<p>一、雖然大家都認為病人看病服藥是重要的事，但因為不是每個醫院都有病床、或者各縣市警消送醫都採近距離優先、市府合約醫院為主，因此，雖空有出院準備計畫之名，但實務上會發現，有些時候慢性病房的病人出院，其實連後面要去哪個醫院門診、或者急性病房的病人出院，連自己醫院的門診要看哪個醫師、約診於何時，有時住院團隊都從未聞問、不關心。</p> <p>二、醫療機構的出院準備計</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>支持及轉介或轉銜各項服務。</p> <p>精神醫療機構對於非屬前項規定之病人，而有服務需求者，經其同意後，準用前項規定。</p>	<p><u>精神醫療機構對於非屬前項規定之病人，而有服務需求者，經其同意後，準用前項規定。</u></p>	<p>送就醫及緊急安置之醫療事務。</p>	<p>畫要落實，就須課醫院以協助執行的責任，不能只是寫寫、送送而已；也只有在必須協助執行的責任下，才能讓醫院的夥伴們更清楚其所擬計畫是否切實可行，或者認真的提醒後面接手的地方主管機關所指派之人該留意哪些事情，以達制度想要的功效。</p>
<p>第三十六條 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>第三十六條 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<u>社區生活權益</u>，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>病人也是人，任何人的人格及合法權益都應該要獲得保障，此係憲法所宣示者，亦是人類的普世價值。精神疾病乃有生理基礎之病，因此才需要服用以生理調整為目標之藥物，病情不穩並非病人自由之選擇，本條看似保護，卻因贅寫「對</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>病情穩定者」，反而變成是以本法來歧視受病情不穩定之苦的病人，認定當病人病情不穩時他人、國家就可不公平的對待之！實在荒唐，應刪除之。</p>
<p>第三十七條 宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體之報導，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、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之報導。</p> <p>病人或有第三條第一項第一款所定狀態之人涉及法律事件，未經法院裁判認定該法律事件發生原因可歸責於其疾病或</p>	<p>第三十七條 宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體之報導，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、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之報導。</p> <p>病人或有第三條第一項第一款所定狀態之人涉及法律事件，未經法院裁判認定該法律事件發生原因可歸責於其疾病或障礙狀況者，宣傳品、出版品、</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>社會汙名並非僅來自於媒體，需要立法予以匡正者，尚有其他。</p> <p>精神心理健康各領域的專業人員，對於精神疾病應有比他人豐富之知識與經驗，更應理解維護病人隱私、減少社會汙名的重要性。</p> <p>然而有時很讓人遺憾的是，「專家」們反而常在遇到利益或政治信仰衝突時，汙衊意見不合者為精神疾病患者所以所說不值得參考，或者以影射</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>障礙狀況者，宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體、機關、機構、法人、團體，不得指涉其疾病或障礙狀況為該法律事件之原因。</p> <p>廣播、電視事業違反第一項規定事實之認定，中央主管機關應邀集各目的事業主管機關、專家學者、民間團體及媒體代表召開會議審查之。</p> <p><u>精神心理健康專業人員、服務工作人員若以公開之言論歧視病人、或不當影射他人罹患精神疾病以遂行汙衊意圖者，應由衛生主管機關給予懲戒。</u></p>	<p>廣播、電視、網際網路或其他媒體、機關、機構、法人、團體，不得指涉其疾病或障礙狀況為該法律事件之原因。</p> <p>廣播、電視事業違反第一項規定事實之認定，中央主管機關應邀集各目的事業主管機關、專家學者、民間團體及媒體代表召開會議審查之。</p>		<p>某人「應該」是精神病友來達到汙衊他人的目的；當專家領頭於媒體等「公開」汙名疾病或病人時，對於社會閱聽者有重大影響，有必要由主管機關給以懲戒，爰增列最後一項，以警示、杜絕專業服務提供者卻譏諷精神疾病、病人之亂象。</p>
<p>第四十九條 醫事人員、社會工作人員、教育人員、警察、消防人員、司法人員、移民行政人員、戶政人員、村（里）幹</p>	<p><u>第四十九條 醫事人員、社會工作人員、教育人員、警察、消防人員、司法人員、移民行政人員、戶政人員、村（里）幹事及</u></p>	<p>第三十二條 警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款所定狀態之人</p>	<p>一、本條原條文僅在描述警消單位的護送就醫責任，行政院版條文將之擴大為公部門知悉有需要幫助的病</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>事及其他執行社區支持業務人員於執行職務時，發現疑似第三條第一項第一款所定狀態之人，得通知地方主管機關提供<u>醫療、關懷或生活支持性</u>協助。</p> <p>警察機關或消防機關於執行職務時，發現疑似第三條第一項第一款所定狀態之人，有傷害他人或自己之虞者，非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身體之危險時，應通知地方主管機關即時查明回覆是否屬第三條第二項第一款規定之精神病人。經查明屬精神病人者，應即協助護送至就近適當醫療機構就醫；無法查明其身分或無法查明屬精神病人者，地方主管機關應派員至現場</p>	<p>其他執行社區支持業務人員於執行職務時，發現疑似<u>第三條第一項第一款所定狀態之人</u>，得通知地方主管機關提供協助。</p> <p>警察機關或消防機關於執行職務時，發現疑似<u>第三條第一項第一款所定狀態之人</u>，有傷害他人或自己之虞者，<u>非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身體之危險時</u>，應通知地方主管機關即時查明回覆是否屬<u>第三條第二項第一款規定之精神病人</u>。經查明屬精神病人者，應即協助護送至就近適當醫療機構就醫；<u>無法查明其身分或無法查明屬精神病人者</u>，地方主管機關應派員至現場共同處理，無法到場或無法及時到場時，應使用具聲音或影像相</p>	<p>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>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</p>	<p>人或疑似病人，應該轉知政府提供協助，這樣的修改方向本來是好的，可是所謂的「協助」內容，卻承原條文之意，只剩下「警消送醫治療」這麼一種內容。</p> <p>二、特定職務人員發現需要協助的病人通報出來是好的，但精神病的康復並非一朝一夕可以做到的，是需要長期性的陪伴與支持的、所需支持者還不只是病人，尚須包括要照顧和支持病人的家屬，也應該是國家要支持的對象。若公部門永遠只想著「警消送醫」，則所謂的反覆住院之旋轉門現象、讓患者更不願意就醫的情況，必仍會不斷的發生。</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>共同處理，無法到場或無法及時到場時，應使用具聲音或影像相互傳送功能之科技設備處理之，經地方主管機關認有就醫必要時，除法律另有規定外，應即護送至就近適當醫療機構就醫。</p> <p>依前項規定被護送就醫之人經醫療機構適當處置後，診斷屬病人者，應轉由地方主管機關提供或連結提供其所需之關懷、支持服務，並得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。</p> <p>前項地方主管機關指定之精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、指定執行業務範圍、專科醫師指定、安全維護</p>	<p><u>互傳送功能之科技設備處理之，經地方主管機關認有就醫必要時，除法律另有規定外，應即護送至就近適當醫療機構就醫。</u></p> <p><u>依前項規定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>前項地方主管機關指定之精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、指定執行業務範圍、專科醫師指定、安全維護經費補助及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p> <p><u>為保護被護送人之安全，護送就醫人員於執行職務時，得檢</u></p>	<p>通知其家屬，並應協助其就醫。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>三、 本次行政院版的修訂，有兩大迷思：(1)認為會自傷、傷人的病人，一定是沒有在就醫的人。(2)以為送到醫院後，病人就會「好好的」持續就醫、不斷的服務；並以為藥物一定可以讓病人不傷人、不自傷。事實上，不管專業不專業，大家都知道病人就醫服藥是一個要溝通、要協助、要支持的漫長過程，而已經在就醫服藥病人，如果其於人際於環境於生活中之壓力過大，或者是突發性的衝突仍有可能產生自傷或傷人的機會，此種觸發風險的可能性，實與一般人差異不大，所差者，一般人激昂的情緒或許較</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>經費補助及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>為保護被護送人及護送者之安全，護送就醫人員於執行職務時，得檢查被護送人之身體及所攜帶之物，必要時得使用適當之約束設備<u>並應留意其被約束後的人身安全</u>。</p>	<p><u>查被護送人之身體及所攜帶之物，必要時得使用適當之約束設備。</u></p>		<p>容易平息(例如：比較找得到合適的傾聽者、比較能安排可自我調適的方法，讓情緒有出口)，而病人因社交孤立、缺乏經濟能力，所以這樣的情緒出口，需要被政府創造出來，而這絕不是單向的政府將你送醫、你就會接受的片面「強制」所可達成的。</p> <p>四、本條轉通知地方主管機關後，轉送醫的部分，將行政院版從「應」改為「得」；因為所通報者，本來就可能已在就醫中，不會人人都需要被再送往醫院，且依消防主管機關之傳統作法，救護車都是搶時間、送自己縣市就近的醫院，和病人原本或</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
			<p>曾經看診的醫院不同，醫病關係被打斷、回診頻率被弄亂，未必有利於穩定病人之病情。</p> <p>五、地方主管機關除協助就醫之外，不能忘記應給予被通報者持續性的關懷及生活上的支持服務，這樣的服務才能以傾聽卸除焦躁、以支持緩解壓力，達到保護病人自己和他人安全的目的。</p> <p>六、病人因病被護送，警消人員的約束或搜索，應採最小侵害原則，碰觸身體搜索尚無必要，更應提醒警消人員，有被害妄想之人對於肢體的接近是極其敏感的，合理的對話因理解其所想而請對方配合，要比貼近其身</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>第五十二條 為利提供緊急處置，以維護民眾生命及安全，各級政府衛生、警察及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各類來電顯示號碼及其所在地或電信網路定位位置。但以電信事業電信網路性能可提供者為限。</p> <p>前項機關接獲來電知有傷害他人或自己之虞者，得洽請電信事業，提供救護所需之該人使用者資料，電信事業不得拒絕。</p> <p>前項所稱使用者資料，指電信使用者姓名或名稱、身分證明文件字號地址、電信號碼相關資料，並以電信事業所保存之資料為限。</p>	<p><u>第五十二條</u> 為利提供緊急處置，以維護民眾生命及安全，各級政府衛生、警察及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<u>各類</u>來電顯示號碼及其所在地<u>或電信網路定位位置</u>。但以<u>電信事業電信網路性能可提供者為限</u>。</p> <p>前項機關接獲來電知有傷害他人或自己之虞者，得洽請電信事業，<u>提供救護所需之該人使用者資料</u>，電信事業不得拒絕。</p> <p>前項所稱使用者資料，指<u>電信使用者姓名或名稱、身分證明文件字號、地址、電信號碼相關資料</u>，並以<u>電信事業所保存之資料為限</u>。</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</p>	<p>體、試圖碰觸其身體安全的多。</p> <p>為緊急維護生命安全，從電信單位適當取得病人個資尚屬適當，然個資之取得仍宜以所需進行的行動之必須為範圍，擬依病人代表組織之意見，刪除身份證字號之提供。</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>前三項經辦人員，對於作業之過程及所知悉資料之內容，應予保密，不得洩漏。</p>	<p>前三項經辦人員，對於作業之過程及所知悉資料之內容，應予保密，不得洩漏。</p>	<p>保密，不得洩漏。</p>	
<p>第五十五條 保護人、社區心理衛生中心人員或專科醫師發現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，<u>病人居住地主管機關、社區心理衛生中心應與其保護人合作，共同應</u>協助其接受社區治療。</p> <p>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</p>	<p>第五十五條 <u>保護人、社區心理衛生中心人員或專科醫師發現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</u>，其保護人應協助其接受社區治療。</p> <p>前項嚴重病人拒絕接受社區治療時，經<u>地方</u>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</p>	<p>第四十五條 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。</p> <p>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法表達時，指定精神醫療機構應即填具</p>	<p>一、嚴重病人之保護人目前仍以家屬居多，家屬並無三頭六臂，也無精神心理衛生訓練，何以本法卻課這些努力照顧患者的家屬以其無能力承擔的重責大任？爰增列地方主管機關、社區心理衛生專業人員協助不遵醫囑之嚴重病人接受社區治療之責任。</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>受或無法表達時，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，並檢附嚴重病人與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。</p> <p>第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</p>	<p>人與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。</p> <p>第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</p>	<p>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。<u>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</u></p>	



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
		<p><u>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>第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</p>	



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>第五十八條 強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：</p> <p>一、藥物治療。</p> <p>二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。</p> <p>三、酒精或其他成癮物質篩檢。</p> <p>四、<u>心理諮商或治療</u>。</p> <p><u>五、復健治療</u>。</p> <p><u>六、其他得避免病情惡化或提升病人適應生活機能之處置措施</u>。</p> <p>地方主管機關執行前項治療，於必要時，得洽請警察或消防機關協助執行下列事項：</p> <p>一、警察機關：維護現場秩序及人員人身安全。</p> <p>二、消防機關：載送照護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。</p>	<p>第五十八條 強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：</p> <p>一、藥物治療。</p> <p>二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。</p> <p>三、酒精或其他成癮物質篩檢。</p> <p>四、其他得避免病情惡化或提升病人適應生活機能之處置措施。</p> <p><u>地方主管機關執行前項治療，於必要時，得洽請警察或消防機關協助執行下列事項：</u></p> <p><u>一、警察機關：維護現場秩序及人員人身安全。</u></p> <p><u>二、消防機關：載送照護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>嚴重病人於強制社區治療期間，未依中央主管機關之指示</u></p>	<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> <p>一、藥物治療。</p> <p>二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。</p> <p>三、酒精或其他成癮物質篩檢。</p> <p>四、其他可避免病情惡化或提升病人適應生活機能之措施。</p> <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>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</p>	<p>二、精神醫學領域有五大專業：醫師、職能治療師、藥師、護理師、心理師。</p> <p>三、需要被迫強制社區治療的病友通常是在當時較難醫治的病人，「難」就是專業發揮的時候，政府現在的強制社區治療，都鎖定在強迫「打針」而已，所以被強迫的時候有了藥，強迫結束時一切就回到原點。殊不知，病人需要學習與疾病共存、自我疾病管理，這些應由心理師、職能治療師、或護理師等非醫非藥的工作者來提供專業治療服務，如此強制社區治療才能真正有效的「長遠」幫助到病人—病人心理獲得支持</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>嚴重病人於強制社區治療期間，未依中央主管機關之指示定期接受治療，經評估有接受全日住院治療之必要，而經其拒絕者，地方主管機關必要時得請警察機關或消防機關依前項規定協助之。</p> <p>指定精神醫療機構對前項病人得依第六十條第二項至第四項規定啟動緊急安置，並評估是否聲請強制住院。</p> <p>前項緊急安置期間，不受第六十一條第二項第一款及第二款規定之限制。</p>	<p><u>定期接受治療，經評估有接受全日住院治療之必要，而經其拒絕者，地方主管機關必要時得請警察機關或消防機關依前項規定協助之。</u></p> <p><u>指定精神醫療機構對前項病人得依第六十條第二項至第四項規定 啟動緊急安置，並評估是否聲請強制住院。</u></p> <p><u>前項緊急安置期間，不受第六十一條第二項第一款及第二款規定之限制。</u></p>	<p>格條件、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>了、學習到如何與病共存、紓解壓力、如何回診或排藥盒後，即使強制解除，他們也能自主的繼續就醫、服藥或接受打針治療，並且更有意願使用精神照護機構或社區支持的服務，來維持自己的康復狀態。</p>
<p>第六十九條 參審員應包括中央主管機關推薦之精神科指定專科醫師<u>一人及病人代表組織或病人權益促進團體之代表各一人。</u></p>	<p>第六十九條 參審員應包括中央主管機關推薦之精神科指定專科醫師及病人權益促進團體代表各一人。</p> <p><u>有法官法不得任法官、醫師法</u></p>		<p>一、納入符合 CRPD 精神，讓病人代表組織之成員有機會擔任參審員。相關說明請參閱第十六條之說明。</p> <p>二、原「病人權益促進團體」代表得任參審員之可能性不</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

NGO 對行政院版的修訂建議	行政院之修訂版	現行法條	說明
<p>有法官法不得任法官、醫師法撤銷或廢止醫師證書、執業執照或移付懲戒情事之一者，不得擔任參審員。</p> <p>參審員由中央主管機關推薦，經司法院法官遴選委員會遴定，提請司法院院長任命，任期三年。</p> <p>參審員之資格、推薦程序與人數及其他相關事項之辦法，由司法院會商行政院定之。</p>	<p><u>撤銷或廢止醫師證書、執業執照或移付懲戒情事之一者，不得擔任參審員。</u></p> <p><u>參審員由中央主管機關推薦，經司法院法官遴選委員會遴定，提請司法院院長任命，任期三年。</u></p> <p><u>參審員之資格、推薦程序與人數及其他相關事項之辦法，由司法院會商行政院定之。</u></p>		<p>變，不過因為增加了「病人代表組織」代表的可能性，因此原行政院版最後之「各一人」文字怕被誤解，略作文字修訂。</p>

以上 NGO 修法之共識基礎，來自於 111 年 3 月初的「閱讀與討論行政院版精神衛生法」線上與實體同步會議。該會議由<台北市心生活協會>與<台北市康復之友協會>共同主辦，由<中華民國康復之友聯盟>協辦。當日四十多名參與者，來自於二十多個團體。

❖ 行政院版還有許多瑕疵，有執行或行政處理的問題，舉例如下：

這些因為並不是精神公益團體最關心的事，故僅指出兩個例子，暫未提供條文修改建議。



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

第五十四條 精神疾病強制社區治療有關事項，由中央主管機關精神疾病強制社區治療審查會（以下簡稱審查會）審查。

前項審查會成員，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。

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。

審查會應協助指定精神醫療機構向法院提出嚴重病人之強制住院或延長強制住院聲請，並協助法院安排審理之行政事項。

審查會之組成、審查作業及其他應遵行事項之辦法，由中

第十五條 精神疾病強制住院、強制社區治療有關事項，由中央主管機關精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會（以下簡稱審查會）審查。

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。

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。

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。

問題：

- 一、此條已經審查會改為限縮在「強制社區治療」的審查。
- 二、審查會的主體，應該是專家及權益保障的七人小組，而非處理行政的行政辦公室。因此，所謂的「由審查會協助精神醫療機構送請法院審理〈強制住院〉」真正的執行意涵，應該是政府要讓這個辦公室的人——而非七人專家小組——來幫助處理強制住院的文書行政工作。而此審查會既然名為：強制〈社區治療〉審查會，依其名則與〈強制住院〉無關。宜將後者另外列條處理。
- 三、或者第四項既為行政事務，實可由衛福部或司法院日後自行委託，這部分是否需寫入本法條文中，尚可討論。



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

	<p>央主管機關定之。</p>		
	<p>第四十九條 <u>醫事人員、社會工作人員、教育人員、警察、消防人員、司法人員、移民行政人員、戶政人員、村（里）幹事及其他執行社區支持業務人員於執行職務時，發現疑似第三條第一項第一款所定狀態之人，得通知地方主管機關提供協助。</u></p> <p><u>警察機關或消防機關於執行職務時，發現疑似第三條第一項第一款所定狀態之人，有傷害他人或自己之虞者，非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身體之危險時，應通知地方主管機關即時查明回覆是否屬第三條第二項第一款規定之精神病人。經查明屬精神病人者，應即協助護送</u></p>	<p>第三十二條 <u>警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款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。</u></p> <p><u>民眾發現前項之人時，應即通知當地警察機關或消防機關。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>問題：</p> <p>行政院新增本條第二項，要【通知地方主管機關即時查明回覆是否屬第三條第二項第一款規定之精神病人。經查明屬精神病人者，應即協助護送至就近適當醫療機構就醫……】</p> <p>第三條第二項第一款定義的是「精神病」。</p> <p>然而，精神病是一個概略的分類稱呼，並非疾病的診斷名稱；96年修訂精神衛生法時，已同步將舊「精神衛生法施行細則」中的精神病所屬疾病相關文字刪除。</p> <p>現況是病人若於精神科病房住院，醫院就會被要求於「精神照護資訊管理系統」上通報，再由衛生局將住院名單中，病人診斷屬於精神官能症類別疾病者剔除。準此，以思覺失調症患者而言，如果該人從未入院，就不在</p>



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

至就近適當醫療機構就醫；無法查明其身分或無法查明屬精神病人者，地方主管機關應派員至現場共同處理，無法到場或無法及時到場時，應使用具聲音或影像相互傳送功能之科技設備處理之，經地方主管機關認有就醫必要時，除法律另有規定外，應即護送至就近適當醫療機構就醫。

依前項規定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。

前項地方主管機關指定之精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、指定執行業務範圍、專科醫師指定、安全維護經費補助及其他應遵行事項之

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。

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。

此資訊系統中，而若該人住過院，則可能會一直被留在此系統中，僅由警消人員判斷符合自傷或傷人的條件、又只因為查知「曾經」住過院，依本條就一定要被送到醫院就醫，是否允當，仍值得三思。

「精神病」三字雖列入第三條本法的名詞中，然而於社會上，此三次同時被汙名為罵人的名詞；本條這樣寫，會讓大家好奇認定有某幾種精神疾病診斷的人就是精神病，會加深社會對這些疾病的成見與汙名，並不妥當。

宜考慮是否將：【即時查明回覆是否屬<第三條第二項第一款規定之精神病人>】改換文字為：【即時查明回覆是否屬<地方主管機關「精神照護資訊管理系統」應追蹤關懷對象>】。



行政院版【精神衛生法】精神公益團體修訂建議

	<p>辦法，由中央主管機關定之。</p> <p><u>為保護被護送人之安全，</u> <u>護送就醫人員於執行職務時，得</u> <u>檢查被護送人之身體及所攜帶</u> <u>之物，必要時得使用適當之約束</u> <u>設備。</u></p>		
--	--	--	--