

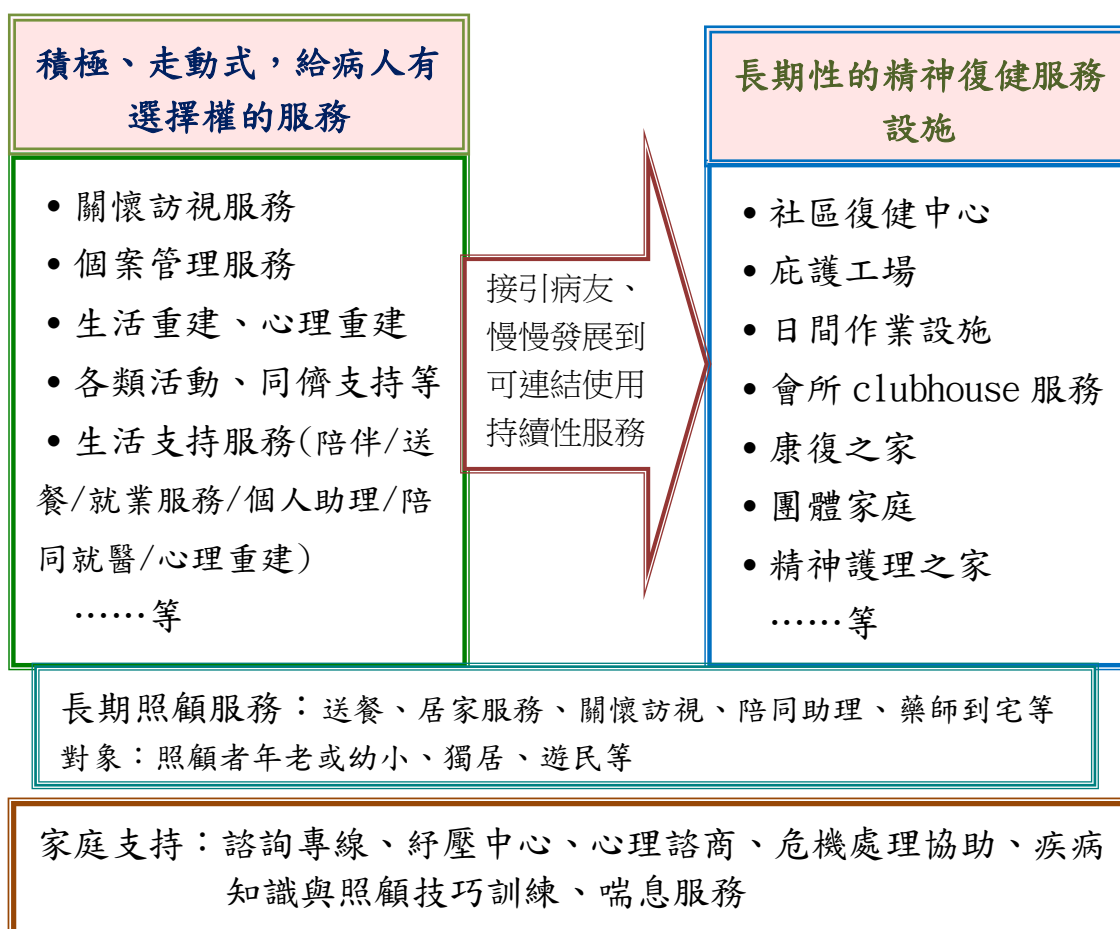
精神衛生法修法方向：消費者團體共識

一、消費者團體觀點的精神健康社區服務輸送模式：

(一) 需求圖示：

慢性精神病人/精神障礙者與家庭的社區服務需求

[服務輸送模式]



(二) 理由說明：

許多甜心的身心狀態、動機和能力都還不到位，雖有服務設施(例如：會所、日間留院、復健中心、作業設施等)但甜心無法過去服務就用不上，很需要在此時提供到宅關懷訪視，建立關係、給予個別化的復健指導、交通訓練(如台北市心生活協會提供的生活重建服務)，經過一段時間，才能有效轉介幫助精障者連結使用社區中的服務設施。

以積極、走動式、賦予病人選擇權的服務，接引精神障礙者慢慢接受、使用長期性的精神復健設施與就業服務。



二、強制住院條件的修訂：

原條文可送強制住院的先決條件，為：『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』。

建議增列可送強制住院的條件：

(一) 建議增列：『嚴重病人』『因精神疾病症狀影響』而產生以下行為者亦得成為許可強制住院的條件。

1. 『嚴重病人因精神疾病症狀影響，致行為或情緒嚴重失控致對家庭生活或社區民眾產生持續性嚴重干擾者。』

說明：

「對社區產生持續性嚴重干擾者」，例如：大聲吼叫、咆哮、長期影響公共安寧者。

「對家庭產生持續性嚴重干擾」者，例如：認為家人都要害他，或者逼迫家人一定要花費超過負擔能力的金錢以成就其所想的某些事情。

關鍵條件在於：『長期』、『嚴重病人』、『受疾病影響』。

◎《例一》[台北市]：

每個月數次，反覆在半夜走街嘶吼，每次約一個多小時以上，持續超過兩年，致使沿街居民睡眠長期受其影響；而聽其咆哮內容顯有脫離現實之妄想者。

◎《例二》[新北市]：

病人病情惡化，情緒越來越容易高漲、不斷產生異常行為，已超過兩週，口語威脅家人、焦躁易怒等，家屬判斷應該要住院治療，請警消協助送醫但因無「自傷或傷人行為」，警消認定不符合強制住院條件不願協助送醫，或者送醫後，醫院認為未達強制住院條件又送回家。

前一天送強制住院不成，結果隔日家屬不在家時，患者搗毀家中一切物品，有相片為證家裡宛如經歷 921 大地震，各項傢俱損壞，無一倖免，這次才送醫強制住院成功。家屬質疑，為何不能在第一時間、還沒有重大破壞、還沒有造成損失或傷害時送醫強制住院，非得等傷害、損害發生造成更大遺憾。



◎ 《例三》 [台中市]：

看到兒子用手搥打牆壁、大聲謾罵(雖然鄰居還沒有抗議)晚上完全都不能睡那麼痛苦，也根本不能讀書，為什麼不能送強制住院，幫助他渡過難關。

◎ 《例四》 [台北市]：

男友開始不對，一直認為我們都要害他，每天吵、每天吵，無法溝通、解決不了，甚至於都要發生衝突了，想送他強制住院治療，卻沒有辦法。

2. 『嚴重病人於疾病影響下，長期喪失生活功能，為銜接機構安置或社區居住，有必要暫時性密集治療及醫事照護者。』

說明：例如被家人鎖鏈控制多年者、與垃圾為伍/吃餓水流浪過日……。

◎ 《例六》 [新北市] 102 年 12 月 26 日：

報載該戶人家中無業的兒子，因精障母親會外出偷東西吃、亂丟垃圾等常鬧禍，竟用自行車鐵鍊將母親栓在浴室三天，因栓繩太緊致使母親體力不支下慘遭勒斃。

◎ 《例五》 [彰化] 98 年 1 月 16 日中國時報 C3 版：

報載一位六十多歲的先生以打零工為生，社工員造訪員林鎮弱勢家庭時，赫然發現此案；『整個房間就像垃圾堆』，社工進入家中時，滿屋都是患者累積撿來的垃圾，人與垃圾已分不清。太太行為異常精神有問題，先生不捨搶制送醫，因為不曾就醫也不會有身心障礙手冊，各種福利都幫不上忙，一拖再拖年紀越來越大，不知如何是好。

3. 『嚴重病人神智不清，無法自我照顧且因妄想致頻頻走失或有走失之虞者。』

◎ 《例七》 [台北]、[台中]：

病人因為妄想，認為所居住的房屋會受外星人攻擊、會遭遇大地震、有輻射危害....，以至於時常離家，已經變成半個流浪漢。病人徒步走到很遠的地方，經報失蹤後找回，問他為什麼走那麼遠，也不知道原因；晚上大家睡覺時，病人就跑出門不知去向，有時二、三天後又忽然回家，問發生什麼事情，都敘述不



清。有時甚至流血回來，言詞不清的說受到他人攻擊。

- (二) 當病人無病識感但症狀開始惡化後，為及時治療避免病情擴大、為避免患者嚴重發病讓腦部損傷更嚴重，可否建立制度，當家屬「請求」後由政府派專家到宅觀察評估，允許強制住院。

⇒ 強制鑑定的醫師，可否到宅評估？

◎ 《例八》[台北]：

病人服藥有效果，但拒絕服藥、情況變壞，家屬很心急，不希望病人反覆發作，病越來越重，期待可以儘早將患者送醫強制住院、好好的治療，但醫師都說沒辦法，沒有自傷或傷人，但病人咆哮家屬，且家屬認為愛病人、要搶救病人為何不可以。

⇒ 可否依患者過去生病治療的經驗，由病人門診醫師評估、認定後強制住院？

◎ 《例九》[新北市]：

病人不知何故忽然開始停藥，等家屬知道時，各種症狀已漸漸顯現，依照過去這位病人就醫的經驗，若能強制住院，只要穩定服藥兩週病人就可以好起來，請假兩週後回去工作，保住工作的機會很高，但如果繼續放任不管，接下來會大發病，到時候好不容易有的工作就保不住了。家屬期待趕緊送醫，只要兩週就可康復，但患者此時暫時無自傷或傷人之虞，只能眼睜睜的看著病人發病、失去工作。

- (三) 『自傷或傷人之虞』得送強制住院的條件，從僅限『嚴重病人』放寬至『病人』。

說明：同意者認為，同樣都是因為精神疾病症狀而引起的自傷或傷人行為，目的在緊急救治、避免憾事發生，為何要限制嚴重病人。例如：憂鬱症患者，情況惡化的時候，會因為無法通過「嚴重病人」這一關，而失去救治的機會。其次，如次段三、酒藥癮患者的問題，常因為這樣而讓家屬求救無門。

三、酒藥癮患者的短天期隔離(解癮強制住院)需求：

目前酒癮、毒癮患者很多，但相關的戒治服務不足或者還沒有推



廣被酒藥癮患者所接受，許多家庭面對這個問題，非常的痛苦。各地的消費者團體，都有人提到酒癮者、吸毒者的問題。

酒癮、毒癮患者發酒瘋、幻覺或妄想發作時，很可怕，具有高危險性，家人都不敢同住，只能逃出家門；但癮者若清醒後，講話又都算正常或者也還可以工作，因此，當他們在亂的時候，常會因“尚未達「嚴重病人」”、或“不算是「無法處理自己事務」”的原因，不被允許申請強制住院、或者申請了但被否准。

高雄場家屬說明：鑑定要在兩日內完成太過匆促，不利於蒐集資訊做審查判斷。很多藥酒癮的人，精神紊亂的時候各種傷人的事情都會發生，但常無法核准強制住院，可是立刻回家家人真得很驚嚇、會出事情，針對這樣的成癮者的急性狀況，應該要讓他們在急診多待幾天，等物質引起的精神紊亂狀況完全消除了再離開醫院回家。並具體建議鑑定由兩日改成四日、緊急安置由五日延長為七日。

此建議，簡言之希望可以有「小住院」機制，在癮者發作有傷人危險時，可以強制住院一週左右，等他們的癮退了(包含毒癮者產生的一些戒斷症候群消退)，再回家。

也就是說，這部分的癮者，可能不需要六十天那麼長的強制住院，但確實有必要接受五到七天的強制隔離(可以是住院或者是戒治所)協助。用短暫的隔離來保護癮者和家屬雙方。

至於癮者住院時，是否合適於住進其他精神病人的急性病房，還是另設「隔離性」的小病房，則尚可討論。

四、「強制住院」制度應有的配套服務：

(一) 應為不被核可強制住院的病友，提供個別化服務及家庭支持性服務。

說明：否決強制住院表示此項醫療資源並非患者當下可用的妥適資源，則因給予其他更合適的服務資源以協助解決生活困境。消費者團體希望可以通報給某一個單位(例如：社區心理衛生中



心)，請他們連結或提供後續的服務。

無論強制住院或強制社區治療是否獲得核准、或者是否有效，當一個人被家屬或警消或社會他人(干預者)啟動了將之強制醫療的想法和行動時，表示該「當事者」在腦健康、行為、與他人互動、自我照顧、自我權益主張等日常生活中，必然處於困難狀態、遭遇相當大的難題，而這些難題顯然與腦部失控有關並且已有相當時日(長期)無法獲得解決，才會導致他人的介入。

故此，縱然因患者的情況不合條件而否准強制住院，但患者生活周遭的困難並未獲得解決，政府仍有必要發展制度化的服務來協助處於此情況下的患者、以及其家屬/鄰居等親近人士。

需要提供家庭支持性服務，是因為患者急性症狀旺盛或病情嚴重時，多半也會喪失部分或全部的自我照顧的功能，生活上仰賴他人照顧或協助，因此許多的困難會轉嫁到同居者(家屬)身上，而治療的啟動和復健的開始，是一連串的選項和生活樣態的改變，共同生活的人，若無法獲得具備的知識、能力和心理情緒支持，會很容易轉化為劇烈的衝突，而終至放棄提供協助；種種不利都將使患者的康復之路更加遙遙無期。

(二) 應為強制住院患者出院後，銜接、提供關懷訪視及生活重建等社區服務：

說明：

重大精神疾病開始接受治療後，能否有效果，受限於診斷是否正確、服用的藥物是否合適於體質、服用藥物的時間夠不夠長、藥物副作用能否被接受、患者有無其他社會心理支持、家人能否給予適當的協助等，變化的因素很多。強制住院患者短短 60 日的住院治療，用較高劑量的藥物壓下患者表面的怒火(暫時緩解部分的急性症狀)，只是讓患者短暫的脫離自傷或傷人的險境，但離康復之路還有很長的距離。

強制住院之後，如果沒有好好的持續性藥物治療、沒有啟發出患者願意持續性接受藥物治療/參與復健活動的動機、或者患者沒有感受到他人的尊重和關心、沒有機會感受或看見康復的希望，



那麼此時患者缺乏病識感、無法認同治療，很容易在出院後不久就拒絕服藥，以致於反覆發病、反覆被抓送住院的旋轉門現象就會發生，家庭和社會需要為之付出重大成本，患者的康復也會更加延遲。

因此，出院後的患者應該要銜接關懷訪視的個案服務，積極的和患者及家屬建立服務信任關係，而後轉進可以較長期性(以兩年為一週期)提供的生活重建服務，給予患者足夠的心理重建機會，並提供生活功能訓練或復健指導，協助其連結同儕支持或發展社會支持網絡，才能真正平穩的邁向有意義、正向前進的康復道路。

(三) 強制住院及困難個案的協助服務，需要有跨縣市的處理機制，地方政府應確實承擔起保護人的角色：

嚴重精神病患者的強制送醫，幾乎都需要啟動警察和消防人員的協助，但警消「服務」總是被各縣市政府以預算為名，拒絕跨縣市車程的需求，也沒有任何的跨縣市合作機制，讓若干案主的問題，遲遲沒有解決的可能性。

◎《例十》[新竹場]：

女兒發言，表示母親是病友有嚴重妄想，父親年輕時比較有辦法處理，現在父母親都年紀大後，父親也呈現疲態，母親對父親施暴，很令人擔心。家裡告家暴仍然無法處理、沒有幫助，我們子女工作在外，很急卻沒有辦法協助。母親曾送醫住院，但出院就不吃藥，問題沒解決；我請教醫院可否居家治療，但因為家住雲林地緣上沒有適當的精神科醫院，平時看診治療在嘉義基督教醫院，但該醫院卻表示我們戶籍不在嘉義，他們無法派人居家服務。要請制住院，消防局也說只能夠把病人送到草屯療養院，不能送外縣市的醫院；為此，一直無法處理、情況無法處理，子女每天都非常擔心家裡會出事。

◎《例十一》[心生活 102 年接的求助電話]：

一名母親原本為助人專業人員，後來容易與人爭吵，可能是罹患了憂鬱症，幾年後工作不順，換了幾個工作後，最後就沒有



工作，離婚，帶著有精神分裂症的女兒一起住。開始幾年可能有積蓄還好，之後就「流浪」在基隆市、台北市、新北市、台南市等地；因為疑心重不願意留電話給其他各自成家的家人，但其他家人每隔一段時間，會接到法院輾轉的聯繫，因為這位母親在各地租屋，一段時間後就付不出租金、賴租或者和房東發生激烈爭執，導致房東興訟，家人已經墊款負擔過法院的催繳幾次；在患者(這位母親)的幾次聯繫中，感受患者的精神狀況越來越差，但拒絕就醫，這位母親很愛女兒，但因為自身也有狀況，還會發生母親和女兒兩位病人互毆的情況。

家人很擔心這位母親和她女兒的身心和生活狀況，也想要在下次患者聯繫時，考慮想辦法為她辦理強制住院，希望可以開始有效的治療，為母女的困頓尋找出路。但患者這樣各縣市游離居住，要請哪個縣市的衛生局、警消協助呢。

五、社區服務

(一). 強化積極性、可到宅的精障者個別化服務：

1. 以積極、走動式、賦予病人選擇權的服務做開始，接引精障者慢慢接受、使用長期性的精神復健設施與就業服務。(詳如次段(二))
2. 需要到宅、主動到社區接近困難個案的服務，應建立「積極性社區服務團隊 (Assertive Community Treatment)」，提供跨專業的合作，並由較資深的專業工作者擔任服務工作，才能協助困難個案渡過難關，解決民眾困擾。

(二). 提供予精神病友多元化復健、重建及支持性服務：

1. 個別化的服務：(漸進接引使用服務設施)
 - (1). 個案管理服務。
 - (2). 關懷訪視服務。
 - (3). 生活支持服務。(從獨居精障者、精障雙老家庭為重心，旁即於其他精障者的生活助理／居家服務)
 - (4). 多樣、豐富，可接引、吸引患者興趣的各式活動。
 - (5). 生活重建服務。
 - (6). 心理諮商與治療服務。
 - (7). 送餐服務。



2. 服務設施：
 - (1). 精障社區資源中心 (精神健康服務中心)。
 - (2). 社區復健中心 (日間型精神復健機構)。
 - (3). 精障會所服務 (Clubhouse)。
 - (4). 庇護工場。
 - (5). 日間作業設施。
 - (6). 日間留院。
 - (7). 酒癮者戒癮中心。
 - (8). 藥癮／毒癮者戒毒中心。

精障者的服務設施，必須要儘可能具備以下特性：免費、零拒絕、由障礙者決定參與的頻率、時間、次數。

3. 團體性服務：
 - (1). 團體治療服務。
 - (2). 成長團體活動。
 - (3). 同儕服務團體及同儕社群之建立。
 - (4). 戒癮者治療團體、同儕團體。

(三). 給與家屬服務、給予家庭支持性服務：

1. 給予家屬足夠的知識與訊息。包括：剛發病患者之家屬，需要及時給予支持性協助；久病者的家屬，需要更多對於失能、復健、和使用資源的概念。
2. 協助家屬發展出照顧精神障礙者的能力，以能降低相互的傷害和衝突。給予家庭協助和支持，緩解衝突、提升快樂。
3. 家屬的照顧重擔，需要有喘息的機會。
4. 精障雙老家庭，家屬年邁照顧能力日減，精神及體力負擔日大，需要協助；而家屬本身也因患者無力奉養長輩，需要外界媒合銀髮族服務。
5. 提供照顧者教育課程、心理情緒支持服務給家屬、親友。
6. 給酒癮、藥癮患者家屬的支持性服務。
7. 幫助精神病友處理相對弱勢或困難的原生家庭問題。
8. 應委託民間團體，辦理「家屬協談及支持中心」，提供包括(但不限於)以下的各項服務：



- (1). 專業者提供心理諮商及諮詢服務。
 - (2). 由家屬同儕提供的諮詢與支持服務。
 - (3). 政府委辦提供電話專線服務；針對家屬提供諮詢回覆及心理情緒的支持。(Warm Line 溫暖專線)
9. 精障者個別服務之提供者，例如：關懷訪視員、個管員、生活重建服務員等，到宅訪視之對象，除患者外，也應納入同居的主要照顧者、家屬、或重要親屬。

(四). 由國家設置緊急求助電話專線，須能實質連結或提供危機處理協助，或轉入前述家屬協談及支持中心提供各種面向的知識、資訊與支持性服務。(Hot Line 緊急專線)

◎《例十二》[新北市]：

會場一對銀髮夫妻說：『我的病友兒子會揍人，誰可以幫助？』

(五). 各縣市成立「積極性社區服務團隊」(Assertive Community Treatment)長期性服務民眾及家屬通報的高心理衛生資源需求者(困難個案)。[參考 p.8 項目(一)]

高心理衛生資源需求者(困難個案)的身分，可能是病人、無精神疾病的人格違常者、疑似病人等。

(六). 精障雙老家庭服務：

社家署公彩回饋金補助推行智能障礙雙老家庭服務多年；精神障礙雙老家庭的部分，則僅有高雄市政府委託高雄市心理復健協會承接提供「精障雙老家庭」服務。

台北市心生活協會近兩年以衛生署獎勵計畫小補助，合計約提供一年的生活支持服務，和此略有關係但尚未深化，提供簡單的陪伴、關懷、連結專業服務、居家清潔類等生活上的支持協助服務。

(七). 精神科住院患者出院後應銜接社區服務：

1. 消費者團體對這部分的可能性懷抱高期待，需要銜接的包括：
 - (1) 一般性(自願住院)住院後，出院回社區、家庭。
 - (2) 強制住院後，出院回社區、家庭。
 - (3) 酒癮、藥癮患者住院後，出院回社區、家庭。
2. 需要考量的內容，包括：
 - (1) 患者的日常生活如何安排。



- (2) 家屬面臨的困難，誰可協助。
- (3) 如何支持患者持續藥物治療〔包括：因為制度的關係，出院後換醫師、換醫院；患者拒絕服藥、拒絕回診；回診的交通需求〕。
- (4) 如何支持患者獲得復健治療資源/機會、如何獲得社會心理支持。

3. 制度建立的做法上，可能需要：

- (1) 若患者有個別服務者的（例如：個管員、生活重建服務員、關懷訪視員等）應於出院前就探視並參與出院準備計畫之訂定與執行。
- (2) 出院準備計畫應提供家屬參與的方式，醫院應主動提供住院期間的病歷摘要，教導排藥/數藥/辨識藥品等，並確認出院後的看診日期、地點，且預先解決出院後看診時可能面臨的問題，例如：交通、陪同者等。
- (3) 出院準備計畫，應詳細評估並連結轉介到社區服務提供單位，以銜接合適的社區服務。
- (4) 出院後的追蹤訪視與再評估。

(八). 發展生活支持服務：

獨居的精神障礙者越來越多，但許多精障者無法自行料理三餐（甚至自行採買也有持續性的困難）、無法自行整理好換季衣物、非精神科的就醫（例如：看牙齒）需要陪同才願意去或者才能跟醫師表達清楚或弄清楚醫囑，再加上缺乏朋友社交互動，生活狀況不佳。加上精障雙老家庭，相互照顧的責任很大常非障礙者可以負荷，因此生活支持服務很重要，其內容包括以下幾種服務的內涵：生活助理服務、居家照顧服務、送餐服務等，但需要變更其目前的使用資格限制或給予服務更多的彈性內容，並加入更理解患者症狀的服務工作者。

(九). 不同形式的社區居住服務：

1. 應針對不同需求的人，於各縣市提供多元化居住服務，包括但不限於：「康復之家（住宿型精神復健機構）」、「社會住宅」（租/售）、「團體家庭」、「安養（養老）機構」（以上為設施）及「居住協助」服務等。
2. 「居住協助」服務應包括：
 - (1) 租屋協助。



- (2) 租金補助。
- (3) 個案關懷服務（針對居住自宅(包括租屋、與家人同住、獨居者)）：包括關懷訪視、生活議題之諮詢回覆與協助或連結資源協助、就診與服藥之提醒或陪同、連結轉介參與或使用社區服務（例如：參與復健中心）、協助建立社會心理支持網絡。

(十). 就業服務：

應加強辦理、公辦民營、委託服務普及各項就業服務：

- (1) 社區化就業服務。(含支持性就業)
- (2) 庇護性就業服務。
- (3) 過渡性就業服務。
- (4) 職業訓練。
- (5) 職場適應及技能輔導。

前述就業服務項目，雖然多數現行身心障礙就業服務已提供，但未針對精神障礙者之疾病特性進行調整，需補足、調整原則：

- ① 給予精神障礙者較長期的訓練時間，從職業陶冶、技能訓練到就業服務需按部就班逐漸養成。
- ② 需給予精障者較少工時工作或受訓的可能性。
- ③ 需培育瞭解疾病症狀、藥物、精神復健模式的就業服務員(含職重員、職業個管員)
- ④ 需給予就業服務員等精神心理衛生專業督導。
- ⑤ 應給予已經在職場之精神障礙者，可申請個別化職業技能強化服務。(例如：因應電腦化時代，給予四十五歲以上的精障者，學習電腦技能的機會)

(十一). 精障者交通協助。

(十二). 患者自身或其未成年子女的暫時性中途居所：

- 1. 近年亞急性病房逐漸減少，許多憂鬱症、官能症患者及其家屬們都很不安。病人因為自殺行為而住院，出院之後有時仍有高自殺風險，或者有高自殺風險未住院，此時家人、朋友本身需



要上班……多半無法 24 小時守在旁邊，此時，如果能有在社區中的過渡性安置機構，居家佈置、減少醫療化的冰冷，但有足夠的人手可以關懷陪伴，可以幫助這部分的患者有個靜養的機會，慢慢的恢復起來。

◎ 《例十二》[心生活的求助信件]：

面對有自殺意念的親友，無法 24 小時照顧，需要有可以協助的人力，且優先考量非醫院病房的社區居住場所。

2. 精障者之未成年子女，當其父母因為精神疾病而住院時、或者因為父母症狀惡化已無照顧能力量，甚至於會對子女有不當行為時，需要有能暫時性、妥善安置患者之未成年子女的暫時性寄養家庭或者短期性的青少年社區團體家庭。

六、緊急協助、危機處理服務：

- (一). 全年 365 天，每天 24 小時不打烊的電話專線及危機處理團隊。
- (二). 醫療處置資源之連結。
- (三). 追蹤訪視，陪同門診，服藥指導與訓練。
- (四). 家屬危險評估，給予協助和支持。
- (五). 患者與家屬的心理諮商。

七、酒癮及藥癮者的社區治療與服務：

- (一). 社區戒癮中心；於社區戒癮中心的短期緊急安置。
- (二). 戒癮團體治療。
- (三). 戒癮個別治療。
- (四). 給予癮者家屬的情緒支持服務及求助管道。
- (五). 毒品篩檢普及化。
- (六). 求助專線的追蹤、關懷與協助。
- (七). 精神病與藥酒癮雙重問題之個案管理及個別或團體治療。

八、教育及社會宣導：

- (一). 腦科學博物館；腦科學知識的推廣



- (二). 校園精神心理健康教育知識傳遞：
- (三). 製作淺顯易懂的疾病知識、腦部保養與精神復健知識手冊，以及兼具趣味、知識與生活化的文宣，協助大眾理解精神疾病，及早治療，並推動社區服務、破除社會迷思與污名。
- (四). 精神分裂症正名為「思覺失調症」。
- (五). 不適任教師屬於精神疾病狀態者，應建立短期職務調整並強制治療（包含但不限於心理諮商或治療、精神科門診等）制度。

九、離開軍旅、監所後轉銜治療或社區服務資源的系統：

- (一). 精神疾病好發於青春期的環境壓力又大於一般社會環境，故患者於軍隊發病時有所聞，許多患者此時會自動或被迫停役，但離開軍隊後，治療中斷，病情拖延既可惜又危險。
- (二). 有些患者因為症狀或經濟問題而入獄，又有些人因為入監長期環境及自我壓力大而發病，需要積極治療；服刑期滿出獄後，缺乏社區追蹤、關懷、看診、復健資源的連結，成為隱憂。

十、多元專業的服務設施及人才培育：

- (一). 健保給付心理諮商費用。
- (二). 健保給付社工人員家屬支持服務費用。
- (三). 獎勵設置職能治療所、心理諮商所、心理治療所。
- (四). 補助精神社區服務方案專業督導費用、連結專業服務費用（職能治療/心理師/社工師等）。
- (五). 社區服務方案應長期性補助，不要每年重新審查，人事補助應含聘用單位負擔的勞健保費及退休金支出。應補助資深工作人員較高薪資。
- (六). 提高人力補助，降低個案量。（個案：服務員的人力比）

十一、其他：

- (一). 台北市：松德院區「精神官能症」患者病房關掉了，對合用此病房的病人很不利。 ⇒ 請台北市心理健康諮詢會反應。



- (二). 刪除保護人；由縣市首長擔任保護人。
- (三). 要求保護人協助患者時，應給予保護人求助的管道和協助資源。

◎ 《例十二》[台北市]：

老夫妻八十多歲了，孩子病友很亂，夫妻及鄰居大家都同意要趕快送住院，但卻沒有人有能力可以做到。

◎ 《例十三》[嘉義]：

103 年 2 月底報載嘉義 35 歲的精障者，因為精神疾病的影響，七年前弑父、日昨又殺死了祖母。患者近日常和媽媽說睡不著、頭殼壞了、全身不舒服，母親也知道不對，要安排病人住院，但患者看診的慈濟大林醫院一時排不到病床，延誤了病人緊急住院的機會，才釀成憾事。