

# 【精神衛生法】

## 修法草案

植基於精神障礙族群共識與專業期待的  
心生活協會 103 年 12 月建議版



心生活精神族群充權服務  
(中華社會福利聯合勸募協會補助案)



聯 絡：金 林 總幹事 0916-072-755  
吳姿儀 社工師 2739-8516

E - m a i l : heart.life@msa.hinet.net

網 址 : <http://www.心生活.tw>

臉書搜尋：「心生活協會」

郵政劃撥：19793224 社團法人台北市心生活協會

捐贈電子發票愛心碼：1979322

# 【精神衛生法】修法建議手冊

## 台北市心生活協會 103 年 12 月版

### 【目 錄】

- 前言：積極修訂精神衛生法的時刻到了 第 3 頁
- 前言：各縣市消費者團體共識 第 5 頁
- 前言：積極、走動式社區服務之重要性的說明 第 5 頁
- 第一章 總則〔1~3 條〕 6 - 8 頁
- 第二章 精神衛生服務體系修改為精神衛生與社區服務體系  
〔4~17 條〕重點：新增第 6-1 條~6-2 條、第 12-1 條~  
12-3 條等，增加中央及地方主管機關責任事項。 8 - 31 頁
- 第三章 病人之保護及權益保障〔18~28 條〕  
重點：新增第 22-1、22-2 等條。 32 - 41 頁
- 第四章 協助就醫、通報及追蹤保護〔29~34 條〕  
重點：強制住院條件修改第 41 條等。 42 - 44 頁
- 第五章 精神醫療照護業務〔35~50 條〕 45 - 58 頁
- 第六章 罰則〔51~60 條〕 58 - 61 頁
- 第七章 附則〔61~62 條〕 第 62 頁

※ 感謝參與修法內容討論的專業督導們：

林麗純諮商心理師、林淑梨臨床心理師、劉蓉台社工、  
謝淑貞護理師、呂淑貞職能治療師、郭錫卿醫師

※ 感謝提供法扶經驗及司法意見的先進：林永頌律師、劉漢威律師

※ 感謝提供立法經驗的國會先進：孫一信主任、陳俊宇研究員等

# 積極修訂《精神衛生法》的時刻到了

## ★ 為什麼要修訂精神衛生法

您讀到最近的新聞，一則又一則歷歷在目

- 102/12/26 「矯正」精障母亂吃 鎖鍊纏頸致死
- 103/07/09 基隆又傳悲劇 孫子持美工刀殺死阿嬤！
- 103/07/11 病女拒就醫返家命喪火窟 父：法令害我家破人亡

很多人來告訴我們

- 精神障礙甜心說：白天不知道去哪裡好
- 精神障礙甜心說：我不會坐車，一定要保護我陪我去活動
- 不被接受強制住院甜心燒死自己和房子，家屬說：『法令害我家破人亡』
- 家屬說：強制住院保障病友人權，家屬的人權在哪裡
- 家屬說：我的壓力很大；甜心說：我媽媽也需要幫忙。
- 我們看到：父母年邁出門困難，甜心子女再也沒有社交活動
- 我們看到：居家照顧服務系統說，精神障礙者找不到人接案
- 我們看到：沒有家屬擔任嚴重病人保護人時，衛生局並未依精神衛生法指派公設保護人
- 我們看到：應追蹤的嚴重病人，過半數找不到人
- 我們接到成癮者吶喊：誰來救我、救我、救我
- 我們聽到藥癮者的家屬顫抖、不知如何面對吸毒發瘋的家人

精神衛生法可以更好

民國 79 年底精神衛生法施行，逐漸豐富完備了精神醫療資源、引入復健概念；民國 80 年代全民健康保險施行、患者納入身心障礙領域，給予精神障礙者獲得醫藥治療的機會及若干身心障礙資源；民國 96 年第一次實質修法喚起大家重視精神病友的人權、改變了強制住院制度。

感謝前輩們的努力和政府過去漸進發展的政策，站在既有的基礎，我們應該再向前，建立制度來真正協助減少精神族群反覆發生的悲劇。

現在積極修訂「精神衛生法」的時刻到了，建立更多精神病友的活動設施、提供多樣化的社區服務與長期性照顧資源、檢討強制住院制度、積極訪視困難個案提供高頻率個管服務、建立社區內的危機協助團隊、專線電話諮詢、提供家屬支持性服務、酒藥癮社區服務、災難心理重建、宣廣腦科學培養情緒管理能力，這些都該是第三波修訂精神衛生法應納入的內容。

關注政策不是單個人的事，是眾人之事，精神健康 / 照顧病友「匹夫匹婦」皆有責，請大聲說出來、表達您支持精神病人與家屬脫離困境、並肩努力倡議再修精神衛生法讓生活更美好的心意。

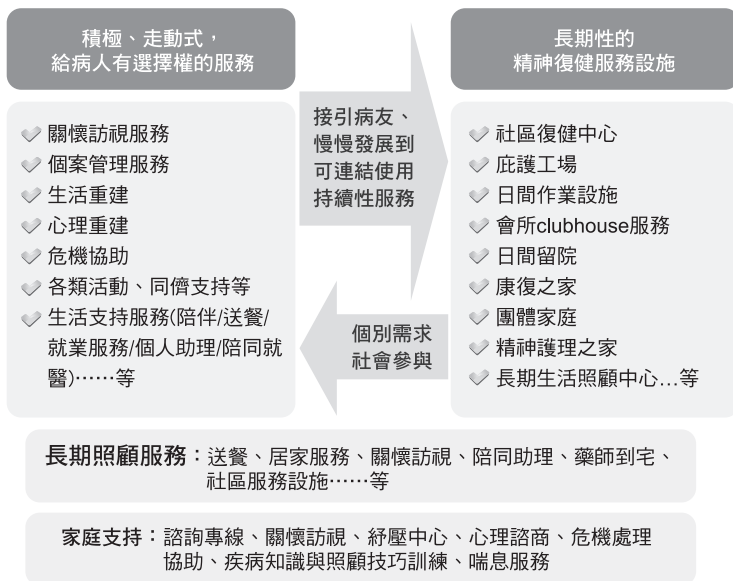


## ★ 精神衛生法修法方向：消費者團體共識

### (一) 服務需求及輸送模式圖示：

#### 精神障礙者與家庭的社區服務需求輸送模式

[整理自台北市心生活協會 102 年走訪各地精神公益團體的共識]



### (二) 積極、走動式服務之重要性的說明：

許多人看到精神障礙者「無所事事」、生活沒有好的安排、或者危機狀況始終難以解除，解決這些問題，必需增強積極走動式、賦予病人選擇權的服務。原因是：許多精神障礙者的身心狀態、動機和能力都還不到位，雖有服務設施，但精障者無法自行前往（交通困難、缺乏動機、症狀干擾、擔心焦慮…）、服務就用不上，為此很需要提供到宅關懷訪視，建立關係、給予個別化的復健指導、交通訓練，經過一段時間，才能接引精障者慢慢接受、跨出嘗試使用精神復健設施/就業服務/參加社會支持性活動的步伐。改變是可能的，但需要投入與時間。

# 【精神衛生法】

## 心生活修訂建議與現行條文對照表

民國 103 年 12 月

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<b>第一章 總則</b>	(同現行章名)
<p>第一條 為促進國民精神及心理健康，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。</p>	<p>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。</p>	<p>人所思所想所為均係腦部功能的表現，然中文「心理」一詞偏向於人可自我掌握與成長的心思，某些範疇內尚不足以含括腦部因生理變化而產生非當事人可掌握的行為情緒變化，故「心理健康」修訂為「精神及心理健康」，以求更周全地陳述腦部之健康維護。</p>
<p>第二條 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。</p>	<p>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。</p>	<p>配合中央政府 102 年組織改造修訂之。</p>
<p>第三條 本法用詞定義如下：</p> <p>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；</p>	<p>第三條 本法用詞定義如下：</p> <p>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；</p>	<p>修訂第五款增列內容。說明：</p> <p>1. 重大精神疾病病程慢性化之患者（精神障礙者），因整體腦功能受損而需要復健；而精神復健概括患者一切腦功能運作的學習與鍛鍊。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p>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。</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、精神復健：指病人逐步恢復居家生活及社會適應能力的康復歷程。 <u>社區精神復健：指於社區中為協助病人精神復健所提供的治療或服務，包括於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療</u></p>	<p>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。</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、社區精神復健：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。</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>故，精神復健並非僅指由專業人員提供給患者的復健活動，而是患者舉凡日常生活大小事務的參與/操作鍛鍊、人際互動等等都是幫助其康復的精神復健。增列第五款「精神復健」的定義。</p> <p>2. 「社區精神復健」的內容除專業復健治療之外，增列社會心理支持、生活支持等專業及非專業均可投入提供的服務。 本次修訂既可協助大眾了解精神復健對患者的重要性，也可鼓勵民間團體、社會資源多多投入精神疾病領域，為慢性病人提供更多元且生活化的支持協助與復健機會。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>及社會心理與生活支持服務</u>。</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><b>第二章</b> <b><u>精神衛生與社區服務體系</u></b></p>	<p><b>第二章</b> <b>精神衛生體系</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 因應時代潮流及消費者需求，本章增列條文以責成政府建構、強化精神心理健康社區服務體系。</li> <li>2. 配合新增條文內容，修改本章章名。</li> </ol>
<p>第四條 中央主管機關掌理下列事項：</p> <p>一、<u>民眾精神及心理健康促進、成癮行為防治</u>、精神疾病防治政策及方案之規劃、訂定及宣導事項。</p> <p>二、全國性病人服務、<u>照顧</u>及權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導事項。</p> <p>三、對直轄市及縣(市)主管機關執行病人就醫、<u>就養、就業、就學、照顧與家庭支持及權益保障等服務</u>之監督及協調事項。</p>	<p>第四條 中央主管機關掌理下列事項：</p> <p>一、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。</p> <p>二、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。</p> <p>三、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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 第一款增列「腦健康維護」以提醒推廣腦科學知識及教導民眾保養頭腦的重要性。</li> <li>2. 第一款增列「成癮行為防治」：藥酒癮問題日益嚴重，造成社會不安、斲喪人民身心健康及貢獻社會的能力，有必要增列為主管機關之重點工作。</li> <li>3. 第二款增列「照顧」：精神疾病導致許多患者長期性失能、難以獨立生活，是許多家庭長期的照顧重擔，需要國家重視並提供照顧資源以為協助；</li> </ol>



建議修訂條文	現行條文	說明
<p>四、對直轄市及縣(市)主管機關病人及家屬服務之獎助規劃事項。</p> <p>五、<u>整合中央與地方資源，建立全國性精神心理健康危機事件之因應體系。</u></p> <p>六、<u>整合中央與地方資源，建立病人緊急危機援助服務體系，以介入防範與處理病人因疾病引發的危險行為。</u></p> <p>七、<u>病人醫療服務、社區照顧、成癮行為防治、心理健康危機因應與處理所需相關人員之培育、訓練之規劃及服務督導與執行考核之相關事項。</u></p> <p>八、病人保護業務之規劃事項。</p> <p>九、全國病人資料之統計事項。</p> <p>十、各類精神照護機構及服務方案之獎勵、輔導、監督及評鑑事項。</p>	<p>四、對直轄市及縣(市)主管機關病人服務之獎助規劃事項。</p> <p>五、病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃事項。</p> <p>六、病人保護業務之規劃事項。</p> <p>七、全國病人資料之統計事項。</p> <p>八、各類精神照護機構之輔導、監督及評鑑事項。</p> <p>九、其他有關病人服務權益保障之策劃、督導事項。</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>社會及家庭署業務併入衛生福利部後，中央主管機關職責理應含括病人照顧之服務與支持。</p> <p>4. 精神衛生法原內容偏重醫療、輕忽患者家居生活時自己及家人所需要的支持協助，第三款增列中央主管機關應監督、協調地方主管機關辦理的事項；第四款增加對興辦家屬服務之獎勵規劃。</p> <p>5. 人民之精神心理健康促進平時或以社會教育為主，但遇到重大災害或緊急事故(例如：921大地震、台北捷運鄭同學事件等)，則政府需要有積極、第一時間可以進駐、採取行動的民眾心理健康保護作為，從災民或受害者、目睹者，到受害者家屬、乃至加害者家屬等，都需要有即時且適當的心理支持服務以因應，故增列第五款「精神心理健康危機因應體系」為中央政府職責。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p>十一、其他有關病人服務權益保障之策劃、督導事項。</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>6. 嚴重病情之精神疾病患者，受症狀影響致產生有危險性之行為，例如：咆哮街頭或自傷或傷人，此時患者可能因腦部混亂無法做理性選擇、家屬雖有心搶救也無能為力，此類危險性行為常釀成憾事，也是精神疾病社會汙名無法去除的主要原因，亟需政府建立病人緊急危機援助服務體系以因應及處理，增列第六款。</p> <p>7. 原第五款改列第七款，以下類推。</p> <p>8. 原第六款「保護」業務及第九款「權益保障」業務，合併為第八款。</p> <p>9. 原第六款人才培育僅及於醫療服務鮮不足因應提供患者社區服務的需要，增列本次修法後推展社區服務業務所需的各類人力的培育、訓練與督導責任。服務精神疾患需要的人力，包括：醫、藥、護理、心理、社工、職能、患者同儕、家屬同儕、志工、關懷訪</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
		<p>視員、個管員、生活助理等，其育成規劃及追蹤落實，應由中央主管機關積極為之。</p> <p>10. 服務之提供需符合當事者的期望乃現代普世之人權價值，精神疾病患者有自主思維，「機構」式服務僅能及於部分病友，多元的社區化服務方案為患者及家屬所需要，故原第八款改列第十款後，增加社區服務「方案」之獎勵與辦。</p>
	<p>第五條 中央主管機關得依人口及醫療資源分布情形，劃分醫療責任區域，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>(同現行條文)</p>
<p>第六條 直轄市、縣(市)主管機關掌理轄區下列事項： 一、民眾心理健康<u>促進、成癮行為防治</u>、精神疾病防治等方案之規劃及執行事項。</p>	<p>第六條 直轄市、縣(市)主管機關掌理轄區下列事項： 一、民眾心理健康及精神疾病防治之方案規劃及執行事項。</p>	<p>1. 地方主管機關需承擔起民眾精神及心理健康之促進、腦健康維護、成癮行為防治、失能病人的照顧與其社會心理支持等責任。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p>二、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。</p> <p>三、<u>病人就醫、就學、就業、就養、照顧、社會心理及生活支持服務及權益保障、家屬支持等之政策、自治法規與方案之規劃、訂定、宣導及執行事項。</u></p> <p>四、<u>因應精神心理健康危機事件，提供民眾心理健康相關服務及連結其他必要服務。</u></p> <p>五、<u>全年無休提供病人緊急危機援助服務之規劃、訂定及執行事項。</u></p> <p>六、<u>病人醫療服務、成癮行為防治、病人與家屬之社會心理支持等各類服務相關人員之培育、訓練及服務督導之規劃及執行事項。</u></p> <p>七、<u>病人保護業務之執行事項。</u></p> <p>八、<u>病人資料之統整事項。</u></p>	<p>二、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。</p> <p>三、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。</p> <p>四、病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃及執行事項。</p> <p>五、病人保護業務之執行事項。</p> <p>六、病人資料之統整事項。</p> <p>七、各類精神照護機構之督導及考核事項。</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>2. 本條各款配合第四條中央政府規劃事項之修訂而修訂之。惟，因第四條中央政府指衛生福利部，未包含病人之就業服務，而本（第六）條為地方縣市主管機關之執掌，故第三款另含就業服務。</p> <p>3. 增列第四款說明：直轄市、縣（市）主管機關應配合中央主管機關規劃，建立全民精神心理健康危機因應體系，以降低自然與人為災害、恐怖攻擊、傷害事故等事件，對當事者、目睹者及一般民眾的心理衝擊、預防並處理相關的精神與心理創傷。</p> <p>4. 增列第五款，第六款以下序位順移。</p> <p>5. 因患者之病情可能變化、反覆或於一段時間後惡化，失能的患者未必會穩定看診、未必會接受身心障礙鑑定，故本條各款病人服務之提供對象，應具有彈性，不是否領有身心障礙證明或手冊為唯一</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p>九、各類精神照護機構及服務方案之發展、督導及考核事項。</p> <p>十、其他有關病人服務及權益保障之策劃、督導事項。</p>		<p>之判定，也不限於是否有重大傷病卡，應由各服務方案依個案實際狀況評估判定之。</p>
<p><u>第六條之一 直轄市、縣（市）主管機關應推動、發展提供給病人及其家庭之各類直接與間接服務。服務提供應優先尊重當事者選擇，當事者未做選擇而戶籍地與居住地不一致時，由居住地主管機關提供服務。</u></p> <p><u>前項服務應包括：</u></p> <p><u>一、關懷訪視服務。</u></p> <p><u>二、社會心理支持、生活支持、同儕服務、多樣化復健與育樂活動。</u></p> <p><u>三、為有需要之病人提供生活重建、心理重建、長期性或高頻率個案管理服務，並積極連結轉介社區精神健康服務設施。</u></p> <p><u>四、設置電話專線及服務中心，為病人與家屬提供諮詢回覆及心理情緒支持服務。並於接獲緊急求援訊息</u></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本條增列。</li> <li>2. 過去精神衛生法以醫療為重心，已達成效，精神醫療資源、病房數等已達一定水準。然患者除醫療外，日常生活仍有長期的困境，面對患者的殘餘症狀、失能、病情反覆等，許多家庭仍有求助無門的痛苦，缺乏社福體系的支持。本次修法，參考全國各地患者及家屬之期盼與需求以及其他國家的社區服務制度，明列地方主管機關應提供多元社區服務之義務。</li> <li>3. 因為患者有行動的自由，病人之居住地與戶籍地時常不同，又病人之思考有時難以常理約束，而疾病造成退縮、缺乏成就動機、患者規劃安排的能力又有缺損，致多數失</li> </ol>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p><u>時，即時評估確認是否啟動第六條之二的病人緊急危機援助服務。</u></p> <p><u>五、辦理或獎勵辦理普及性的病人社區精神健康服務設施，包括但不限於：精神復健機構、精神健康服務中心、資源中心、會所服務、日間作業設施、日間照顧中心等。</u></p> <p><u>六、提供就業服務；包括但不限於：職前準備、庇護工場、支持性就業服務、就業適應服務、過渡性就業服務等。</u></p> <p><u>七、為使用大眾運輸工具能力不足之病人提供交通協助，以支持其求學及使用醫療、復健及社會參與資源。</u></p> <p><u>八、為病人家屬或親友，提供同儕服務、社會心理情緒支持服務、喘息服務。</u></p>		<p>能患者使用服務之動機不強、需要積極鼓勵，故目前身心障礙服務體系常見地方政府以戶籍及居住地為資格限制來提供服務，對精障者並不合適，常會「擋掉」患者好不容易可能產生的參與興趣，不利於為患者提供服務，患者病情不穩時，遊走於各縣市之間，都有可能為各縣市帶來負擔；故，服務病人實因拋開地域之限，第一項明定服務時，應優先尊重病人的選擇，不宜以常模下的戶籍地、居住地等邏輯而拒絕提供服務。打破人籍不合一等縣市政府資源之計較，需要由中央政府做指派。</p> <p>4. 精神疾病難以痊癒，維持患者在康復狀態不致於病情惡化或快速退化，需要持續性的社會心理支持及對病情症狀有概念的服務者長期性的保持聯繫，適時給予支援。同時照顧患者</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>九、為有成癮行為者提供個別及家庭諮商、團體治療、社區復健、就業輔導等服務；並設置戒治處遇場所及中途之家。</u></p> <p><u>直轄市、縣(市)主管機關知悉有對家庭或鄰里社區造成重大負擔的困難個案或高資源需求者，應編制或委託足夠人力，提供積極性、高頻率之個案管理與訪視服務，以緩解其家庭困境與社會負擔。</u></p>		<p>的家屬，或面臨疾病突然而來的變故、或長期承受高心理情緒壓力，也很需要布建服務，為家屬提供衛教知識以及社會心理情緒支持。</p> <p>5. 縣市政府應鼓勵民間參與、培育病人同儕服務員、家屬同儕及志工投入並參與服務，以善用地方資源並有利於社區融合。</p> <p>6. 社區中偶有因精神疾病導致的困難個案，或沿街咆哮、或易與人產生糾紛或事故，導致眾人皆怕，造成精神疾病的社會汙名；而一般服務方案，因為都有案量的限制，服務者無法承擔困難個案造成的工作負擔，故會拒絕或排拒患者前往使用相關服務資源，造成個案狀況越差越沒有服務介入的不當現象，然而困難個案無法獲得妥適資源緩解其所帶給家庭或社會的負擔，社會對於精神疾病的汙名便難以</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		<p>去除；本條第三項，因此要求對於困難個案，地方主管機關應排除服務人員與個案量的比率，及時、積極、持續地提供困難個案所需之服務，俾能解除民眾對精神疾病患者之恐懼，真正做到精神疾病的去汙名、也保障其他多數病人的名譽與權益。</p>
<p><u>第六條之二 直轄市、縣（市）主管機關應配合中央主管機關之規劃與協調，建立每天二十四小時全年無休、外展式的病人社區緊急危機援助服務，以提供家屬求助管道、處理及預防病人因精神疾病或成癮行為致行為失常而產生自傷或傷人事故。</u>  <u>依第41條或第45條召開強制住院或強制社區治療審查會，病人經決議否准強制住院或強制治療時，中央主管機關應同時知會病人居住縣市之主管機關，為病人提供</u></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本條增列。</li> <li>2. 部分病人病情急性或持續惡化時，會產生危險行為或者有危險行為的徵兆，然而此時的患者，有可能未就醫、或就醫無效、或門診服藥仍無法穩定病情、或無法自行穩定服藥，患者有發生危險之可能，應該防範於未然，患者已有傷人或自傷之虞時，應協助護送其就醫或評估其是否已達應強制住院之條件，此皆須要有緊急援助服務，由政府聘請經驗較豐富的專業人員組織社區援助團</li> </ol>



建議修訂條文	現行條文	說明
<p><u>積極性訪視及高頻率個案管理服務，以協助並支持病人與其家庭渡過患者病情不穩定之困難。</u></p>		<p>隊，於社區中提供到宅及定點的急性處理服務。</p> <p>3. 為保障病人就醫選擇的人權，強制住院審查條件日趨嚴格，當保護人及醫院有強制住院申請需求時，就表示病人及其家屬應處於某種混亂、有待援助的狀態，即使不合於強制住院，仍應有政府服務介入，協助病人與家庭渡過難關。</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。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>（同現行條文）</p>
<p>第八條 <u>中央主管機關應會同中央勞動、內政、教育、司法、國防及其他各目的事業主管機關，共同推動民眾心理健康促進、腦健康維護、成癮行為防治、危機處理、病人照顧及家</u></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>1. 原社政主管機關已併入衛生福利部故予以刪除。</p> <p>2. 勞工主管機關一詞配合勞工委員會更名為勞動部，改稱勞動主管機關。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p><u>庭支持業務，以建立：</u></p> <p><u>一、友善且健康的社區與職場。</u></p> <p><u>二、轉銜服務。</u></p> <p><u>三、社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、社會參與、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。</u></p>		<p>3. 心理健康促進及危機處理體系需要納入內政部（含警察、消防、民政等單位）之協助，才能完備。</p> <p>4. 國防體系因任務取向需絕對服從壓力大於一般職場，而服役者多數為青年人，屬於好發精神疾病的年齡層，因此，除其環境需要促進心理衛生外，軍中發病的患者，其除、退役後，如何轉協社區服務，需要政府有所規劃。</p> <p>5. 本條除病人服務外，增列心理健康促進、成癮行為防治、危機處理機制等業務，亦須跨部會共同合作以盡其功。</p>
<p>第九條 <u>勞動</u>主管機關應推動職場心理衛生，協助病人接受職業訓練及就業服務，並獎勵或補助雇主提供其就業機會。</p>	<p>第九條 勞工主管機關應推動職場心理衛生，協助病情穩定之病人接受職業訓練及就業服務，並獎勵或補助雇主提供其就業機會。</p>	<p>1. 配合中央政府組織法，改稱勞動主管機關。</p> <p>2. 對成年人而言，工作是獲得自信及他人尊重的重要憑藉，工作本身也是職能復健治療之一環，有工作或有就業之培訓，可激勵患者保持就醫選擇、穩定病情。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p><u>對於無法進入社區化就業服務之病人或戒癮者，勞動主管機關應依其需要，提供職前準備、庇護性就業服務、過渡性就業服務等適當資源，給予病人長期性職業重建的機會。</u></p>		<p>3. 工作與病情穩定有時互為因果關係，故刪除原條文僅服務病情穩定患者之文字。</p> <p>4. 失能較大的精神障礙者因疾病致使認知能力缺損，需要兼具復健與長期技能指導的就業服務；成癮者腦功能受損者，也需要類似的腦部復健及技能培育；然而現有一般人的職業訓練及不分障礙類別的身心障礙就業服務，常未能針對病人需求提供職能發展機會，本條文字修訂，以提醒勞動主管機關應提供適合適於病人之養成型就業服務。</p>
<p>第十條 各級教育主管機關應推動各級學校心理衛生及精神健康教育，建立學生及教職員工心理輔導、危機處理及轉介機制等事項。各級主管機關應協助前項工作之推動及建立。</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，建立學生心理輔導、危機處理及轉介機制等事項。各級主管機關應協助前項工作之推動及建立。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>1. 校園輔導、危機處理、轉介之對象，增列教職員工。並修訂文字，確認輔導、危機因應、轉介等機制，應包括處理及支持協助。</p> <p>2. 精神疾病好發於就學年齡，健康教育不能只知道身體疾病，有必要瞭解腦科學及精神疾病，故除心理衛生外，增列精神</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<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><u>心理衛生及精神健康教育，內容應包括心理健康促進、個人家庭與社會關係、自我認識與肯定、情緒與壓力之認識與管理、腦科學及頭腦保健、認識精神疾病與精神復健、認識成癮行為之生理機制及危害等。</u></p>		<p>健康教育為學生必須要獲得的知識，以維持國民身心健康，將對精神疾病、對患者之接納從小紮根，一旦自身罹病才能面對因應，也才能正確的看待生病的同學、支持其康復。</p> <p>3. 本條原係民國 96 年之增列條文，但數年來校園精神心理衛生教育之推展，進度緩慢，多由各校自行決定、僅納入於少數幾節的生涯探索課程之中，本次修訂增列第四項，明示心理衛生及精神健康教育應有之內容。</p>
<p>第十一條 各級教育主管機關應規劃、推動與協助病人，接受各級各類教育及建立友善支持學習環境。</p> <p><u>為有需要之在學病人，與醫療機構或民間精神公益團體合作，成立情緒行為障礙特殊教育班及提供個案管理服務。</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，接受各級各類教育及建立友善支持學習環境。</p>	<p>臺北市依據「臺北市政府教育局與醫療機構合作辦理情緒行為障礙特殊教育實施計畫」，分別在台北市立聯合醫院松德院區及台北榮民總醫院設置有「又一村」及「向日葵」學園，長期以來，幫助許多情緒行為障礙病友，可以減輕課業壓力，以生活所需之知識學習為主，獲得適性教育、取得中學學籍。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		<p>此一服務深受精神障礙家庭肯定，但其他縣市始終沒有這樣的服務，有些外縣市家長為此千里不辭，日日接送或舉家遷居台北市，以便能讓自己病友子女在此服務中學習。醫療機構以青少年日間病房承接此項特教業務，其模式實則也可推廣給民間團體辦理。</p> <p>又情緒障礙學生個案管理服務也是台北市有其他縣市沒有，爰立法增訂第二項，以鼓勵各縣市教育局參考推展。</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、執行<u>第六條之一慢性病人及其家庭所需之各項社區與居住服務，並整合慢性病人之社會救助及福利服務相關措施。</u></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、推動與整合慢性病人之社會救助及福利服務相關措施。</p>	<p>慢性精神疾病患者需要長期性的生活照顧與支持，過去社政主管機關將其職責侷限於社會救助實屬謬誤，本次修訂已增列第七條之一，相關服務之發展、提供，於本條列明由社政主管機關承擔責任。</p>
<p><u>第十二條之一 為實現本法立法目的，保障民眾精神及心理健康，並給予失能病人足夠的社區照顧、社會心理及生活支持服務，應成立「精神心理衛生社區服務發展基</u></p>		<p>1. 參考「法律扶助法」第五、第六條成立法律扶助基金會之作法，訂定本法之社區服務發展基金會。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>金會」(以下簡稱基金會)，其捐助及組織章程由主管機關定之。</u></p> <p><u>基金會之基金為新臺幣一百億元，除鼓勵民間捐助外，由中央主管機關會同中央內政、教育、勞動主管機關逐年編列預算捐助。</u></p> <p><u>創立基金新臺幣九億元，於第一個年度由中央主管機關編列六億，中央內政、教育、勞動及司法主管機關各編列一億元預算捐助成立；各主管機關以後各年編列之捐助預算，不得低於創立年度捐助款之半數。</u></p> <p><u>基金會之捐助及組織章程，由主管機關訂定之；惟其董事會以十五席為限，其中過半數應為民間公益組織及家屬、病人代表，政府單位不應超過五席，餘為專家代表及社會公益人士。</u></p>		<p>2. 過去精神衛生法重醫療輕忽對於精神障礙者之照顧，致使社會排斥精神病患者、家庭孤立無援，造成社會對於病人的恐慌與排斥；另外，長久以來對於國民的精神健康教育、腦科學知識宣廣也始終不夠，民眾心理豐富度不夠反應於痛苦指數高；凡此種種，都需要經費來做服務與宣廣，故參照政府立法設置法律扶助基金會以推動弱勢者法律扶助之經驗，以及過去設置醫療發展基金的經驗，增列基本條設置社區服務發展基金，希望能以基金之經費挹注、扶持、設置社區服務設施、鼓勵民間參與興辦患者與家屬所需要的多元化社區服務，以及針對民眾之腦科學及精神與心理健康知識與保健。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
		<p>3. 社區服務做得好，病人行為問題減少、身心健康可貢獻社會，政府各部門都受益，反之，病人若情況不好，則內政、勞動、教育、司法機關也都常需承擔解決的責任，故編列預算挹注本基金以發展服務的政府單位，除衛生福利部外，尚應包括前述各相關部會。</p> <p>4. 基金會形式希望可以突破公務窠臼、突破只有醫療輕忽生活中的復健與社會支持的瓶頸，因此明訂董事會中民間參與過半。</p> <p>5. 基金規模百億元，每年利息不過一億元，尚不足以推動積極型、難度高的社區服務，故次條另訂業務發展需逐年另編預算捐助之。</p>
<p><u>第十二條之二 主管機關應依基金會業務需求，逐年編列預算補助。中央政府各業務相關部會應編列補助款補助之。</u></p>		<p>1. 本條新增。</p> <p>2. 說明基金會捐助收入來源。</p> <p>3. 國人每年於精神/身心科看診者超過兩百萬人，可領取重大傷病卡之重大精神疾病患者超過</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>行政院應依每年度「所得基本稅額條例」徵收所得稅款收入的千分之一，責成財政部編列補助款，於次年八月底前捐助基金會。基金會其他經費來源如下：</u></p> <p><u>一、直轄市、縣（市）政府之補助款及其依第十九條之一轉繳之受裁罰捐助款。</u></p> <p><u>二、機關團體或民眾依第二十二條之一受裁罰繳納的捐助款。</u></p> <p><u>三、基金之孳息。</u></p> <p><u>四、其他團體或個人之捐贈。</u></p> <p><u>五、其他收入。</u></p>		<p>四十萬人，因精神病而領取身心障礙手冊者約十二萬人，酒藥癮者人數也日益增多，這麼多人對於精神心理衛生社區服務都有不同程度的需要，加上精神心理健康是全民都需要的，因此，除了前條規定基金會由政府捐助基金設定為一百億元外，實際發展及提供服務，仍需相關部會逐年捐助業務預算以推展之。</p> <p>4. <u>「所得基本稅額條例」的課徵對象，是經濟資源豐沛的富人或富企業，以其稅收貢獻，用於服務精神弱勢民眾，是實踐社會公益的美事。</u></p> <p>5. 捐助收入包括第十九條之一地方政府怠惰、未能及時為嚴重病人指派保護人時，應受罰的捐助款；以及第二十二條之一，因歧視病人而阻撓設置精神照護機構或服務方案時，處罰民眾或單位的捐助款。</p>



建議修訂條文	現行條文	說 明
		6. 基金會也鼓勵民間捐助，共同累積資源，以協助發展我國的精神心理健康社區服務。
<p><u>第十二條之三 基金會應補助民間單位或接受政府委託，興辦下列事項：</u></p> <p><u>一、 規劃、推廣及執行第六條之一的各類精神社區服務。</u></p> <p><u>二、 規劃、推廣及執行第六條之二病人緊急危機援助、積極性訪視、高頻率個案管理等具社區基礎的服務。</u></p> <p><u>三、 其他社區精神健康及心理衛生相關服務。</u></p>		<p>1. 本條新增。</p> <p>2. 說明基金會之應辦事項，保障用以發展社區服務及困難個案服務。</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、 促進民眾精神及心理健康政策之諮詢事項。</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>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>1. 「心理衛生」一詞較為狹隘，修改為「精神及心理健康」，以強調心理健康是民眾的基本權利，並注重腦科學、正確帶動民眾保養腦健康。</p> <p>2. 精神衛生法過去已成功協助我國佈建精神醫療資源，現植基於過去的基礎應邁向新的階段，以佈建社區多元、多面向的服務為新</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<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審查事項。</p> <p>七、<u>推動及促進病人就學、就業、居住、復健、社會心理支持與生活支持服務之諮詢事項。</u></p> <p>八、其他有關精神疾病防治、<u>成癮行為防治、專線電話諮詢服務、病人緊急危機協助服務及病人照顧之諮詢事項。</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；且單一性別不得低於三分之一。</p> <p><u>第一項會議進行時，應邀請各職務相關主管機關列席報告。</u></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審查事項。</p> <p>七、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；且單一性別不得低於三分之一。</p>	<p>的發展方向，特別是規劃、提供以病人長期性社區生活支持為本的積極性服務，為本次修法之重心，故增列第七款。</p> <p>3. 原第七款改列第八款，並增加成癮行為防治、專線電話諮詢服務、病人危險行為緊急協助及病人照顧等事宜之諮詢事項。</p> <p>4. 增列第三項，諮詢會討論就業、就學等相關事宜時，應邀集相關主管機關列席報告及參與，以參考諮詢委員意見，俾政府於服務體制之佈建能更周延、服務提供更有效能。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<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>促進民眾精神及心理健康之諮詢事項。</u></p> <p>二、<u>精神疾病防治研究計畫之諮詢事項。</u></p> <p>三、<u>精神照護機構設立之諮詢事項。</u></p> <p>四、<u>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。</u></p> <p><u>五、成癮行為防治工作與服務方案之諮詢事項。</u></p> <p>六、<u>腦科學知識、精神疾病社會接納與去汙名宣廣教育之諮詢事項。</u></p> <p>七、<u>病人緊急危機協助服務之諮詢事項。</u></p> <p>八、<u>精神疾病與心理健康關懷專線電話服務之諮詢事項。</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>1. 「心理衛生」一詞較為狹隘，修改為「精神及心理健康」，以強調心理健康是民眾的基本權利，並注重腦科學、正確帶動民眾保養腦健康。</p> <p>2. 物質濫用、網路成癮等問題日益嚴重，縣市主管機關有必要更積極應戰，並就其防治工作廣徵博議、提升成效，故增列第五款。</p> <p>3. 精神健康對每個人的重要性不亞於身體健康，但教育體系長期只教身體健康不教精神心理健康，致使民眾忽略頭腦保健、不認識精神疾病致逃避或排斥無謂恐懼，因此，提供腦科學、精神疾病知識，積極倡議社會接納、去除對於疾病與病人的汙名，是政府很重要的職責，爰增列第六款。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>九、提供病人就學、就業、居住、復健、照顧、社會心理支持與生活支持服務之諮詢事項。</u></p> <p><u>十、監督地方主管機關執行第十九條之一業務。</u></p> <p><u>十一、其他有關精神疾病防治之諮詢事項。</u> 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>第一項會議進行時，應邀請各職務相關地方主管機關列席報告。</u></p>		<p>4. 病人因為疾病致行為失常，是有徵兆、漸進惡化的，對病人乃至於家屬及照顧者而言，當情況惡化時，會想要、也需要對外求援，但只有醫院被動等病人上門的醫療資源協助是不夠的，需要有積極性訪視、有專業團隊與援在第一線第一時間給予患者及家屬協助的服務，爰增列第七款。</p> <p>5. 全國二千三百萬人中，每年有超過二百萬人曾於精神/身心科看診，精神疾病不是少數人的事情，但卻是病人/家屬一輩子要應付的事情，因此，無論就腦及心理健康與疾病知識的提供、醫療與社區服務訊息的提供、平復病人心情傾聽、同理家屬困難的關心與支持等等，都有必要設置專線電話，給予諮詢回覆與心理支持，幫助有需要的市（縣）民有正確的訊息、有人可商量、保持心理情緒健康。故增列第八款。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		<p>6. 精神衛生法過去成功協助佈建精神醫療資源，現植基於過去的基礎應邁向新的階段，以佈建社區多元、多面向的服務為心的發展方向，特別是規劃、提供以病人長期性社區生活支持與照顧為本的積極性服務，為本次修法之重心，故增列第九款。</p> <p>7. 縣市主管機關應指定嚴重病人之保護人，未避免地方政府延宕未依第十九條第三項辦理，故該條第五項以滯納金方式要求地方主管機關貢獻社區服務發展基金，本條增列第十款，監督落實執行。</p> <p>8. 原第五款改列第十一款。</p> <p>9. 增列第三項，諮詢會討論就業、就學、社會接納宣廣等相關事宜時，應邀集相關主管機關列席報告及參與，俾地方政府佈建服務體制、採取行動時，能更周延、更有效能。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>（同現行條文）</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療服務。</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療服務。</p>	<p>1. 疾病對於每個人的影響不同，病人的需要是多元的，各地社會資源的強弱也是不同的，因此，服務機構應可參考患者與家屬之需要、參考國內外有效服務之型態，更務實、多元的推展設置。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<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>六、<u>其他政府依本法及其他法令與民眾需要而委託、補助或獎勵設置，為病人或成癮防治所設置的社區機構。</u></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>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>2. 配合本次第七條之二、第十三條、第十四條等，增加社區多元服務的主旨，增列第六款，擴增精神照護機構得包括：精神障礙日間作業設施、精障社區交誼中心/會所（clubhouse）、精障自立生活中心、社區精神健康中心、精神健康資源中心、個管中心、戒癮中途之家、官能症/亞急性病人暫時宿舍、社區家園等可逐步發展的機構式服務。</p>
	<p>第十七條 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>（同現行條文）</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<b>第三章</b> <b>病人之保護及權益保障</b>	(同現行章名)
	<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>	(同現行條文)
<p>第十九條 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。前項保護人，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。</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>第十九條 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。前項保護人，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。</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>本條雖未修訂，但因為以下原因，增訂第十九條之一。</p> <p>1. 嚴重病人精神狀況差，醫療院所人才濟濟尚且會感受到服務的難度，沒有專業訓練的家屬，卻被精神衛生法指定擔任「保護人」之角色，並課以許多責任，時常是家屬不可承受之重，我國精神衛生法實有必要檢討刪除「保護人」改為提供「個案管理員」服務。</p>



建議修訂條文	現行條文	說明
<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>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>2. 然因民情習慣課「家庭」以個人行為的無限責任，且或謂縱有服務人員在社區協助乃至強制送醫的過程中，許多地方仍需家屬配合協助，因此要求繼續保留期待由家屬擔任保護人的制度。</p> <p>3. 爰我國民意尚難撼動，故本次修法暫不刪除保護人制度之設計，惟希望建立更多的社區服務、讓需要擔任保護人角色的家屬有求救、求助的管道。也同時，在家庭無法產生保護人的時候，要責成擁有資源及調度能力的縣市主管機關，應即時指定代表人擔任保護人。</p> <p>4. 實務上，嚴重病人病情既是嚴重，要指派一個能承擔精神衛生法賦予責任的保護人，實屬不易，政府一直不願意面對「真相」，不願建立社區團隊、不願調度公務人員承接責任，總仍想用一點錢將責任委託給民間團體承接，</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		<p>但有意願且實際上要有能力承接此重責大任的團體鳳毛麟角，致使本法的要求如同虛設，僅有少數縣市有指派公設保護人，在強制住院審查會上常可見許多縣市包括台北市均未遵行本法規定、未指派公設保護人給嚴重病人。</p>
<p><u>第十九條之一 直轄市或縣（市）主管機關於前條第一項診斷證明書開立後二日內未依前條第三項規定指定保護人者，該主管機關每案每逾一日應捐助第十二條之一之基金會新台幣一萬元整，直至指定為止。本項捐助由中央主管機關開立通知書並督促地方政府落實繳款。</u></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 承接上條修法說明，本條增列，以促使縣市主管機關能更積極的面對嚴重疾病患者的就醫及照顧問題，或貢獻於社區服務發展基金會，以能發展服務彌補不足。</li> <li>2. 第十四條諮詢會，亦增列一款，由諮詢會監督地方政府落實指定保護人或捐助社區服務發展基金會。</li> </ol>
<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>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>病人或嚴重病人符合本條之危急情況，不必然是病人或其家人之過失。政府未挽救生命或保障人民身體免於危險所規定之做為，理應由政府負擔相關費用。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<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>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，<u>除非因疾病引起而有可歸責於私人之事由者由該私人負擔外</u>，由直轄市、縣（市）主管機關支付。 直轄市、縣（市）主管機關代前項應負擔人墊付前項費用時，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。 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，準用前三項之相關規定。 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>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。 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。 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，準用前三項之相關規定。 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>	

建議修訂條文	現行條文	說明
	<p>第二十一條 因醫療、復健、教育訓練或就業輔導之目的，限制病人之居住場所或行動者，應遵守相關法律規定，於必要範圍內為之。</p>	<p>(同現行條文)</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>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><u>第二十二條之一 精神照護機構依法申請成立或合法營運時，民眾、民意代表或其他政府單位或公職人員，不得因歧視病人而聚眾、抗爭以威脅主管機關發給執照，違反者中央主管機關得針對其行為，裁罰行為人及地方主管機關一定金額款項，並應將該款項等額金錢捐助第十二條之一之基金會；所稱款項每人每次不得低於新台幣一萬元整，並得就其行為連續處罰。</u></p>		<p>1. 從台灣頭到台灣尾，多年以來精神復健機構依法籌設，卻常遇到民眾歧視性聚眾抗爭乃至破壞，地方主管機關只要看到民意代表出現或若干民眾聚集抗議，就多半鄉愿、龜縮、拖延不發給營業執照，造成有心提供社區服務者的人力物力的重大損失，也箝制了病人社區服務資源的發展與佈建。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		<p>2. 依「集會遊行法」第十一條：〔申請室外集會若：『有明顯事實足認為有危害…社會秩序或公共利益者』、『有明顯事實足認為有危害…自由或對財務造成重大損壞者』應不予許可〕，故聚眾抗爭精神照護機構之設置，顯係違反行為。</p> <p>3. 本法更應破除民眾歧視、爭取精神障礙者的居住權及受照護權力，故增列本條明訂民眾不得歧視性抗爭，否則由中央主管機關裁罰；裁罰金額並應由中央主管機關轉捐助本法之社區服務發展基金會。</p> <p>4. 為方便修法時各界之討論，故罰款部分一併寫在這裡，討論後正式罰款之文字，應轉列入本法罰則章節。</p>
<p><u>第二十二條之二 病人為財產信託受益人者，於信託監察人死亡或解散後，其信託合約並無另行指派時，應由戶籍地主管機關代位擔任信託監察人；</u></p>		<p>1. 為心智障礙者做財產信託，是許多家庭父母親在竭盡能力想延續自己身後仍能照顧心智障礙子女時所做的安排及努力；其信託合約和一般人安排</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<p><u>原信託監察人簽訂有該病人照顧或訪視契約者，一併由戶籍地主管機關代位承擔。</u></p> <p><u>財產信託無信託監察人而委託人死亡且病人受益人能力不足以處理財產信託事務者，受託人應呈報病人之戶籍地主管機關，指派信託監察人協助之。</u></p>		<p>信託有所不同者，在於因受益人有認知能力的缺損，故多半於合約中加入「信託監察人」的設計，又因為信託只能處理財產無法承擔照顧（如訪視、關懷）責任，故又常委託民間社福公益組織擔任信託監察人並另簽一委託合約，要求定期訪視、關懷，才能掌握障礙者居住情況，給予信託業者正確的撥款指令。</p> <p>2. 但，對於精神障礙類而言，因募款不易、服務又受限於精障者多數無自己賺錢的能力所以難以收費，故精神公益團體多半財務困難，能否永續經營有疑慮，致使精神障礙者財產信託進行案例較少，父母親無法為精障者做妥適之財產安排，致令父母亡故後問題更多，殊為可惜。</p> <p>3. 本條增訂第一項，希望當擔任信託監察人的精神公益團體若不幸倒閉時，政府可出面承接信</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		<p>託監察人職責，由政府做第二線的信託監察人。</p> <p>4. 再者當委託人不幸提前亡故時，若信託合約原規範不夠完整，而受益人又失能較重，有可能將妨礙財產信託合約之有效執行，增訂第二項，此時信託業者（受託人）應通知政府，由政府擔任信託監察人擔負協助、照顧之責任。</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>（同現行條文）</p>
	<p>第二十四條 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；於嚴重病人，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；於嚴重病人，應告知其保護人。</p>	<p>（同現行條文）</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>第二十五條 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。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>(同現行條文)</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，<u>其屬醫療支出者由全民健康保險負擔，餘各項支出</u>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>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>強制住院係強制性為病人提供醫藥治療，暨屬醫療行為之治療、發生地點也在健保特約之醫療院所，相關費用理應由全民健康保險負擔。公務支出應用於非醫療費用。本項修訂後，每年所節省之公務支出，應用於發展精神心理衛生社區服務。</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>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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 增列第二項，希望能透過服務設施房地稅之減免，鼓勵民眾提供房舍，興辦社區服務機構/設施。</li> <li>2. 全日型住宿機構因可讓家屬喘息，故可收取較多服務費，業者於有盈餘狀態負擔不動產稅負係屬合理；但日間型的照護，無論</li> </ol>



建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>為病人提供日間型社區服務之機構或設施，或六人以下之社區團體家庭，其所使用房舍之土地稅及房屋稅應予減免；具體優惠措施應由財政部訂定之。</u></p>		<p>是社區復健中心、日間照顧中心、或日間作業設施等服務，家庭負擔雖有緩解，但仍有夜間照顧、患者不去日間中心時的照護負擔、伙食負擔等，因此依目前的民情向家屬收費困難度大，致使開辦不易、資源明顯偏少，有必要給予不動產稅費的減免，以鼓勵房東、屋主提供場地、發展更多的日間照顧資源。</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。 前項申訴案件，直轄市、縣（市）主管機關應就其申訴內容加以調查、處理，並將辦理情形通知申訴人。</p>	<p>（同現行條文）</p>



建議修訂條文	現行條文	說 明
<p>第二十九條 病人或有第三條第一款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>經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，醫療機構應將其資料通報直轄市、縣（市）主管機關。</p> <p><u>嚴重病人狀態解除之條件、時機與方式，由中央主管機關訂定之。解除時應連結提供追蹤服務。</u></p>	<p>第四章 協助就醫、通報及追蹤保護</p> <p>第二十九條 病人或有第三條第一款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>經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，醫療機構應將其資料通報直轄市、縣（市）主管機關。</p>	<p>（同現行章名）</p> <p>新增第四項，嚴重病人診斷證明書開立後，應有解除機制，解除後，並應追蹤訪視一段時間，協助患者可持續就醫、使用復健資源，方可有效預防疾病復發，終止再次成為嚴重病人、再次住院的旋轉門現象。</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，如有病人或有第三條第一款所定狀態之人，應由該機關、機構或場所提供醫療，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>（同現行規定）</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>第三十一條 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>（同現行條文）</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。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>（同現行條文）</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<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>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>	(同現行條文)

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>第三十四條 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>	(同現行條文)
	<p style="text-align: center;"><b>第五章</b></p> <p style="text-align: center;"><b>精神醫療照護業務</b></p>	(同現行章名)
	<p>第三十五條 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、門診。</li> <li>二、急診。</li> <li>三、全日住院。</li> <li>四、日間留院。</li> <li>五、社區精神復健。</li> <li>六、居家治療。</li> <li>七、其他照護方式。</li> </ol> <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>	(同現行條文)
	<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>	(同現行條文)

建議修訂條文	現行條文	說明
	<p>第三十七條 精神照護機構為保護病人安全，經告知病人後，得限制其活動之區域範圍。</p> <p>精神醫療機構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特定之保護設施內，並應定時評估，不得逾必要之時間。</p> <p>精神醫療機構以外之精神照護機構，為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體，並立即護送其就醫。</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>(同現行條文)</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>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>1. 雖然醫院都列有「出院準備計畫」也屬醫院受評鑑項目，然而實際運作上，在使用者端（家屬及病友），感受到出院有所準備者很少。包括是否有教導病人排藥盒、後續如何確保回診、回診不同醫院時如何維持藥物處方等等，均有所不足。</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
<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，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。</p> <p><u>精神醫療機構應邀請家屬及病人住院前或出院後已服務或將提供服務之個案管理員、關懷訪視員、精神照護機構服務工作者等相關人員，參與第二項之病人出院準備工作。</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>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。</p>	<p>2. 出院準備計畫如何更周延、落實執行，需醫院相關從業人員誠實面對患者出院後家庭的困難、有心去做，是醫療如何支持社區、醫院服務品質提升的議題，尚未列入本次修法範圍，但至少已知患者有「服務員」者，應該要邀請其參與出院準備計畫，從住院時的探視開始，到出院前心理及後續生活與治療需求上的準備，故增列第四項。</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>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。</p>	<p>（同現行條文）</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
	<p>第四十條 直轄市、縣(市)主管機關得自行或委託相關專業機構、團體評估病人之照顧需求，並視需要轉介適當之機構或團體提供服務；對於經依第二十九條第三項規定通報之嚴重病人，應提供社區照顧、支持及復健等服務。</p>	<p>(同現行條文)</p>
<p>第四十一條 嚴重病人因精神症狀影響有以下情況並經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，<u>所在地主管機關</u>應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。</p> <p>一、<u>傷害他人或自己或有傷害之虞。</u></p> <p>二、<u>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。</u></p> <p>三、<u>長期喪失生活功能、為銜接機構安置或社區居住，有必要暫時性密集治療者。</u></p> <p>四、<u>神智不清，無法自我照顧且頻頻走失或有走失之虞者。</u></p>	<p>第四十一條 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，強制鑑定得僅由一位專科醫師實施。</p>	<p>1. 當患者因嚴重精神疾病症狀而行為失序嚴重、以致於需接受強制治療時，其嚴重程度專業人員處理尚有困難，原條文責成保護人協助就醫，然保護人多半為家屬甚至係當下病人之傷害對象，實無能力承擔此責任；然各縣市政府時有責任建立緊急性協助資源、制度已提供危機協助，故將應協助就醫之責任，由保護人修改為所在地縣市政府。</p>



建議修訂條文	現行條文	說明
<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，強制鑑定得僅由一位專科醫師實施。</p> <p>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；強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。</p> <p>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</p>	<p>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；強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。</p> <p>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。</p>	<p>列所在地者，乃因患者是會走動的，許多危機情況需立刻及時處理，無法亦不因考量其戶籍或居住地，因一患者產生危險症狀之地為縣市主管機關責任所繫。</p> <p>2. 得強制住院的條件，增列第二、三、四款，係蒐羅全國消費者團體意見，大家認為重要但第一款可能無法涵蓋的情況。</p> <p>第二款，患者雖無傷害行為，但可能反覆深夜因患聽而在鄰里間叫囂，影響民眾健康很大，而患者情況又非強制就醫無法解決，故增列之。</p> <p>第三款有些患者，長期喪失自我照顧功能，雖無傷害行為，然若不積極治療，常會造成照顧者長期過大之壓力，以致於衍生悲劇或者在主要照顧者往生後，亦無從自立生活；於轉機構安置時，若未經醫療機構診治，機構亦不敢收容，故須暫時性的強制住院治療。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<p><u>中央主管機關定之。前三項強制鑑定、緊急安置、強制住院申請等，於病人有第一項第一款情況時亦適用之。嚴重病人或其保護人不服第三項審查會強制住院許可之決定者，得依法提起訴願及行政訴訟。</u></p>		<p>第四款，許多患者在急性期都有因為妄想或幻聽幻覺而離家的情況，若不能強制送醫，可能淪落為街友、甚至遭受流氓欺凌，有必要及時送醫治療。</p> <p>3. 新增第五項，對於有自傷或傷人可能性的強制住院對象，從限定為嚴重病人，放寬至病人亦得因此危險行為，而送強制住院。</p> <p>4. 最後一項(第六項)納入尤美女立法委員版本，給予患者、家屬依法訴願之權利。</p>
<p><u>第四十一條之一 評估嚴重病人是否有第四十一條第一項第二款之情況時，得由審查會要求縣市政府相關局處協助蒐集、徵詢或調閱相關資料，若因此而需延長第四十二條緊急安置期間者，得由審查會向中央主管機關提出，延長後緊急安置期間不得逾八日。</u></p>		<p>1. 第四十一條增列得強制住院的條件，第二款『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』，其涉及社區或家庭者，為保障病人人權須謹慎為之，故增列本條給予審查會啟動要求的權力，和地方政府配合協助調查的義務。</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
		2. 取得地方政府調查資料有可能需要一些時日，故增列於此情況下，第四十二條緊急安置的期間，得由不得逾五日延長至八日、最長增加三天調查時間。
	<p>第四十二條 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期間內取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。</p> <p>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</p>	(同現行條文)

建議修訂條文	現行條文	說明
	<p>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>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行抗告。聲請及抗告期間，對嚴重病人得繼續緊急安置或強制住院。</p> <p>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。</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、緊急安置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</p>	

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>利益之考量，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。</p> <p>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。</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>	(同現行條文)
	<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。前項報告之審查及業務之檢查，中央及直轄市、縣(市)主管機關得委託相關機構或團體辦理。</p>	(同現行條文)

建議修訂條文	現行條文	說明
	<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，</p>	<p>（同現行條文）</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>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。</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>第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</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>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>1. 強制社區治療自 96 年修法、97 年實施以來推動困難（實際進行案例極少），原因並不只是健保對於醫師診察費給付不足而已，更重要的核心問題在於，治療（服藥或打針）無法跳過與病人互動、爭取對</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
<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><u>五、為有利於與病人建立信任關係以達成前四款目的而連結積極性訪視、高頻率個案管理等其他社區服務。</u></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。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、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</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。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、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>方信任的基本人際溝通基礎。</p> <p>2. 目前的做法將重心放在醫師每週出訪，成本過高，也未必能獲得患者接納。爰增加第五款，醫師的診斷與處方，宜搭配成本較低、又較熟悉社區環境的訪視員、個管員等服務人力，可高密度拜訪或在鄰里巷弄中尋人，在醫囑之下接觸患者建立關係，以漸進但人性的方式來進行，強制社區治療方有推廣、成功的可能。</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>(同現行條文)</p>



建議修訂條文	現行條文	說 明
	<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，教學醫院應即停止該項治療方式。</p>	<p>(同現行條文)</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>一、電痙攣治療。</li> <li>二、其他經中央主管機關公告之治療方式。</li> </ul>	<p>(同現行條文)</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>二、病人為未滿七歲之未成年人，應經其法定代理人同意。</li> </ul>	<p>(同現行條文)</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<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。            但於嚴重病人，            得僅經其法定代            理人同意。</p>	
	<b>第六章 罰則</b>	(同現行條文)
	<p>第五十一條 教學醫            院違反第四十七            條、第四十八條、            或精神醫療機構違            反第四十九條或第            五十條規定之一者，            處新臺幣六萬元以            上三十萬元以下罰            鍰；情節重大者，            並處一個月以上一            年以下停業處分。            非教學醫院施行第            四十七條之特殊治            療方式者，處新臺            幣二十萬元以上            一百萬元以下罰            鍰；情節重大者，            並處一個月以上一            年以下停業處分或            廢止其開業執照。</p>	(同現行條文)
	<p>第五十二條 傳播媒            體違反第二十三條            規定者，處新臺幣            十萬元以上五十萬            元以下罰鍰，並限期            更正；屆期未更正            者，按次連續處罰。</p>	(同現行條文)

建議修訂條文	現行條文	說明
	<p>第五十三條 違反第三十條第一項、第二項之規定者，處其負責人新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。</p>	<p>(同現行條文)</p>
	<p>第五十四條 有下列情形之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，並限期改善；屆期不改善或情節重大者，並處一個月以上一年以下停業處分或廢止其開業執照：</p> <p>一、精神復健機構違反第十六條第二項所定辦法有關設置或管理之規定。</p> <p>二、精神醫療機構未經第四十一條第二項、第三項或第四十二條所定程序，而緊急安置或強制病人住院。</p> <p>三、精神醫療機構未經第四十五條所定診斷或申請程序，而強制病人社區治療。</p> <p>四、精神照護機構違反第三十七條之規定。</p>	<p>(同現行條文)</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>第五十五條 違反第二十二條、第二十四條、第二十五條、第二十九條第三項、第三十四條第一項、第三十八條規定之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。</p>	<p>(同現行條文)</p>
	<p>第五十六條 違反第三十三條第三項規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。</p>	<p>(同現行條文)</p>
	<p>第五十七條 違反第十八條各款規定情形之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，並得公告其姓名。病人之保護人違反第十八條各款規定情形之一者，除依前項規定處罰外，直轄市、縣(市)主管機關得令其接受直轄市、縣(市)社政主管機關辦理之八小時以上五十小時以下之輔導教育，並收取必要之費用；其收費自治法規，由直轄市、縣(市)社政主管機關定之。</p>	<p>(同現行條文)</p>

建議修訂條文	現行條文	說 明
	<p>拒不接受前項輔導教育或時數不足者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，經再通知仍不接受者，得按次處罰至其參加為止。</p>	
	<p>第五十八條 精神照護機構違反本法有關規定，除依本法第五十一條、第五十四條、第五十五條規定處罰外，對其行為人，亦處以各該條之罰鍰。</p>	<p>(同現行條文)</p>
	<p>第五十九條 本法所定之罰鍰，於私立精神照護機構，處罰其負責醫師或負責人。但精神照護機構有併處行為人為同一人者，不另為處罰。</p>	<p>(同現行條文)</p>
	<p>第六十條 本法所定之罰鍰、停業及廢止開業執照，除下列情形外，由直轄市、縣(市)主管機關處罰：</p> <p>一、第五十一條第一項之罰鍰，由中央主管機關處罰。</p> <p>二、第五十二條得由中央主管機關或直轄市、縣(市)主管機關處罰。</p>	<p>(同現行條文)</p>

建議修訂條文	現行條文	說明
	<b>第七章 附則</b>	(同現行章名)
<u>第六十一條 (刪除)</u>	第六十一條 本法中華民國九十六年六月五日修正之條文施行前，已依規定強制住院者，指定精神醫療機構應於施行之日起二個月內，向審查會申請繼續強制住院。	時序已過，刪除。
第六十二條 本法施行細則，由中央主管機關定之。	第六十二條 本法施行細則，由中央主管機關定之。	(同現行條文)
第六十二條 本法自公布後一年施行。 <u>104年 月修訂條文，除第十二條之一、第十二條之二、第十二條之三立即生效外，其餘條文於一年後施行。</u>	第六十三條 本法自公布後一年施行。	本次修訂之條文，除社區服務發展基金會相關條文應立刻生效外，其餘條文擬參考96年法條增訂時的作法，於總統公布後一年起施行，給予行政部門思考推動方式及宣廣民眾週知的時間。



# 實際 心行動捐助精神公益

## 社團法人台北市心生活協會

TAIPEI LIFE OF HEART ASSOCIATION

台北市心生活協會是由精神疾病患者與家屬發起成立，從精神疾病消費者的需求出發，結合心理衛生專業者的支持及協助，開展心生活，自助、助人。我們提供精神疾患直接的個案關懷、諮詢、訪視及就業輔導等服務；倡導修訂法案、改善治療及福利服務制度，期待台灣能建立全面而完整的精神疾患照顧與復健體系，以知識取代恐懼，協助社會去除對於精神疾患的污名。

贊助心生活協會的方式：收款戶名：社團法人台北市心生活協會

- ①郵政劃撥 劃撥帳號：19793224
- ②直接電匯 郵局(700)活期存款 帳號：000157-4-078547-3
- ③信用卡授權 (授權書如下)
- ④捐贈發票 電子發票愛心碼：1979322



心生活協會愛心碼：1979322

### 台北市心生活協會信用卡(郵購)捐款

以下註明\*\*的欄位，請持卡人一定要自行填寫

捐款人	姓名：	電話：	E-mail:
通訊地址	□□□-□□		
刷卡的用途	<input type="checkbox"/> 一次性捐款 <input type="checkbox"/> 每期 ( 月或 年) 捐助金額欄所載金額 <input type="checkbox"/> 購買義賣品 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
信用卡別**	<input type="checkbox"/> VISA、 <input type="checkbox"/> MASTER、 <input type="checkbox"/> JCB、 <input type="checkbox"/> U卡、 <input type="checkbox"/> AE		
發卡銀行**		信用卡號**	
有效期限** (月/年)		卡片背面簽名欄上後三碼**	
簽名**(須與卡片背面簽名一致)	金額**	\$	
	持卡人同意依照信用卡使用約定，一經使用或訂購物品，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。		
消費日期		商店代號	
授權碼		其它：	
郵購注意事項：			

傳真至：2739-3150 【誠摯的謝謝您的支持，也歡迎您隨時不吝給與我們指教】

# 精神障礙家庭需要——

- ☑ 長期性社區基礎的照護支持
- ☑ 多樣化、多元專業的精神復健服務
- ☑ 協助處理危機及緊急狀態的服務

台灣需要成癮者的社區服務  
腦科學知識及心理健康應納入教材

敬請匯集力量  
支持修訂精神衛生法



歡迎加入閱讀探討的行列並將修法訊息轉給您的朋友們  
社團法人台北市心生活協會 2015年1月印製