

立法院議案關係文書 (中華民國41年9月起編號)
中華民國111年3月16日印發

院總第 1503 號 委員提案第 28058 號

案由：本院委員林為洲等 17 人，鑑於我國「精神衛生法」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。然而，隨著時代的發展，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。爰擬具「精神衛生法修正草案」，健全社會安全防護網，使病人獲得好的治療、復健、生活支持，方能避免真正憾事的發生。是否有當？敬請公決。

提案人：林為洲

連署人：孔文吉 楊瓊瓔 洪孟楷 謝衣鳳 馬文君

吳怡玎 溫玉霞 呂玉玲 鄭麗文 李德維

廖婉汝 林思銘 曾銘宗 林文瑞 鄭正鈴

鄭天財 Sra Kacaw

精神衛生法修正草案總說明

「精神衛生法」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。

然而，隨著時代的發展，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。

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，一直未被列入積極發展的社福議題。

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，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，導致精障家庭的悲歌不斷，無益於防範事情於未然。

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。爰擬具「精神衛生法修正草案」，健全社會安全防護網，使病人獲得好的治療、復健、生活支持，方能避免真正憾事的發生。本條例全文共九十二條，其要點如下：

- 一、基於國際人權保障與公平正義之考量，將心理健康促進及精神醫療相關服務之對象由國民擴大為人民。（修正條文第一條）
- 二、嚴重病人之定義重點為罹患精神疾病且不能處理自身事務，所誘發之精神症狀難以逐一臚列，爰修正嚴重病人定義要件之一為呈現出與現實脫節之「精神狀態」致不能處理自己事務；另配合身心障礙者權利公約（CRPD）第十九條所定自立生活與融合社區之精神，增訂社區支持之相關定義。（修正條文第三條）
- 三、為加強心理健康，建立全國病人之服務資料庫及強化病人社區服務，增訂中央及地方主管機關之掌理事項，包括病人資料之蒐集。（修正條文第四條及第五條）
- 四、為增進跨部門合作，明訂各目的事業主管機關應規劃、推動、監督心理健康促進、精神疾病防治及精神病人權益保障之權責事項。（修正條文第六條至第十四條）
- 五、為強化職場心理健康，增訂各機關、學校、機構、法人及團體，應加強推動員工心理健康促進活動。（修正條文第十五條）
- 六、中央及地方主管機關應以首長為召集人，邀集目的事業主管機關代表辦理心理健康促進及精神

疾病防治諮詢事項;並配合性別平等政策，修正單一性別委員，不得少於委員總數五分之二。

(修正條文第十六條及第十七條)

- 七、為提升中央主管機關及地方主管機關辦理心理健康促進業務之量能，將應置之專責人員修正為專任人員，各目的事業主管機關考量其員額編制則仍維持專責人員辦理。(修正條文第十八條)
- 八、為落實心理健康促進之推動，增訂建立區域心理健康促進網；依據轄區人口數、心理衛生需求、資源，由社區心理衛生中心提供相關心理衛生服務，並授權中央主管機關訂定社區心理衛生中心相關人員提供服務之內容及人員組成等相關事項之辦法。(修正條文第十九條及第二十七條)
- 九、為提升酒精或藥物治療與業務之服務品質且納入管理，授權中央主管機關訂定辦理物質使用障礙症治療及生活重建業務之精神照護機構之指定、管理等應遵行事項之辦法；另為維護病人安全與精神照護機構服務品質，增訂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，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、或管理者，不得為病人提供機構式長期居住服務。(修正條文第二十一條)
- 十、為確保精神復健機構服務品質，中央主管機關應對是類機構辦理評鑑，地方主管機關則對之定期實施督導考核，並得委託機構、團體辦理；又為合理有效發展及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申請設立、擴充之許可條件與程序等相關事項之辦法。(修正條文第二十二條)
- 十一、病人與家屬需要連續性、長期性及多元性之支持服務，亦即須連結醫療、精神復健、就養、就學、就業等網絡服務，故增列多元連續服務原則，提供病人與家屬多樣化、可選擇且服務不中斷之社區支持服務措施，並納入專線電話等相關服務，確立「多元連續服務原則」之有效性。(修正條文第二十三條)
- 十二、為具體落實社區支持凝聚資源，增訂地方主管機關應結合轄下相關局處及所屬資源，定期召開聯繫會議。(修正條文第二十五條)
- 十三、醫療機構通報之病人經過治療回歸社區後，仍可能有持續接受照護之需求，爰增訂地方主管機關應彙整所主管醫療機構通報之病人，建立病人關懷機制，並授權中央主管機關訂定病人服務提供方式、關懷與訪視基準等事項之辦法。(修正條文第二十六條)
- 十四、納入社區心理衛生中心應負責之必要協助對象(修正條文第二十七條)
- 十五、精神照護機構為醫療、復健或安全之需要限制病人之居住場所或行動者，須經病人同意，並應遵守相關法律規定，於最小限制之必要範圍內為之。(修正條文第三十條)
- 十六、基於保護生命及健康法益，明定精神醫療機構在有拘束或限制病人行動自由必要性之情況下

- ，於告知病人後，得於特定之保護設施內拘束其身體或限制其行動自由。（修正條文第三十一條）
- 十七、精神醫療機構於病人治療穩定後，應協助病人與其共同擬訂提供其社區治療、社區支持及轉介或轉銜服務等之出院計畫，如屬有精神病診斷之病人，應將其出院計畫通知地方主管機關；非屬有精神病診斷之病人，有前開服務之必要者，經其同意後亦準用之。（修正條文第三十二條）
- 十八、保護人應優先由嚴重病人之法定代理人、監護人或輔助人擔任；未能由該等人員擔任時，應由配偶、父母、家屬或與病人有特別密切關係之人互推一人為之。（修正條文第三十三條）
- 十九、為避免嚴重病人之身分未能定期更新，增訂經專科醫師診斷屬嚴重病人狀態之診斷證明書期限，以及被診斷為嚴重病人者，本人或其保護人認其病情穩定者，可經由專科醫師診斷，解除其身分。（修正條文第三十四條）
- 二十、為落實身心障礙者權利公約（CRPD）第五條平等與不歧視精神，列明各類傳播媒體、機關、機構、法人或團體之報導，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；並增訂未經法院裁判認定前，不得指涉當事人之疾病或其障礙狀況為所涉法律事件之原因；另對於廣播、電視事業違反相關禁止歧視規定事實之認定，由中央主管機關邀集相關目的事業主管機關、專家學者等召開會議審查之；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，應由衛生主管機關令該專業人員、服務工作人員接受十小時以上三十小時以下衛教講習。（修正條文第三十七條）
- 二十一、嚴重病人緊急安置、強制住院及強制社區治療費用不屬全民健康保險給付者，由中央主管機關負擔，並授權中央主管機關就該等費用訂定標準。（修正條文第四十條）
- 二十二、施行第四十二條及第四十四條所定之特殊精神科治療時，為符合身心障礙者權利公約（CRPD）之知情同意精神，刪除對嚴重病人「得僅經其保護人同意」、「得僅經其法定代理人同意」之規定；病人為未成年者，法定代理人之同意應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見。另部分病人可能有其他狀況無法行使同意權，則依醫療法、病人自主權利法及其他相關法律規定辦理。（修正條文第四十五條）
- 二十三、為使醫療機構通報嚴重病人資料符合個人資料保護法之規範，嚴重病人通報之方式、內容、資料建立等事項之辦法授權中央主管機關定之。（修正條文第四十六條）
- 二十四、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，能夠持續接受社區支持與服務，爰明定病人離開前曾有精神疾病就醫紀錄，且經專科醫師診斷有

持續治療需求者，應轉介或轉銜地方主管機關予以提供社區治療與社區支持之服務，並授權中央主管機關訂定轉介或轉銜方式、內容、個案之資料建立等事項之辦法。（修正條文第四十八條）

二十五、增訂特定職類人員於執行職務時，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醫療、關懷或生活支持性協助；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之機制。（修正條文第四十九條）

二十六、地方政府應整合所屬衛生、警察、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，並就緊急精神醫療處置機制授權中央主管機關訂定辦法規範。（修正條文第五十條）

二十七、增訂檢察機關辦理殺人或傷害案件，發現被告或犯罪嫌疑人有疑似第三條第一項第一款所定狀態時，除依刑事訴訟法、保安處分執行法、羈押法等相關法規處理外，於必要時得協助其就醫。（修正條文第五十一條）

二十八、考量並非所有病人皆設有保護人，病人擅離精神照顧機構之通知對象增列家屬；病人行蹤不明時，通知對象增列地方主管機關。（修正條文第五十三條）

二十九、配合強制住院許可改由法院裁定，修正中央主管機關強制社區治療審查會（以下簡稱審查會）僅審查強制社區治療案件；而為因應強制住院許可改由法院裁定，使法院審理程序順利轉軌銜接，增訂由審查會協助指定精神醫療機構提出相關聲請，並協助法院審理之行政作業。（修正條文第五十四條）

三十、為符合身心障礙者權利公約（CRPD）知情同意之精神，刪除強制社區治療得以不告知嚴重病人之方式為之之規定，並納入心理諮商、復健等治療項目。（修正條文第五十八條）

三十一、配合嚴重病人之強制住院相關事件及停止緊急安置、停止強制社區治療事件由法院裁定，明定其要件、延長次數限制、審查及救濟之相關程序。（修正條文第六十條、第六十一條及第六十三條至第六十七條）

三十二、對於嚴重病人於聲請法院裁定強制住院期間轉為同意住院治療後要求出院者，指定精神醫療機構應評估其是否得以出院及是否仍有繼續接受住院治療之必要；如經評估仍須住院接受治療而其拒絕者，則指定精神醫療機構應依強制住院程序進行，不再接受嚴重病人變更為同意住院。（修正條文第六十二條）

三十三、配合嚴重病人之強制住院相關事件及停止緊急安置、停止強制社區治療事件由法院裁定，增訂合議庭事項及審理終結後，評議時應遵守規定。（修正條文第六十八條）

- 三十四、配合強制住院改由法院裁定，明定參審員之積極資格與消極資格，就參審員資格、推薦程序與人數等事項授權由司法院會商行政院訂定辦法規範；另參審員之遴選作業、宣誓、倫理規範、費用支給等事項之辦法，授權由司法院定之。（修正條文第六十九條）
- 三十五、參審員其任職期間之行止與司法公正與否密切相關，故受獨立審判之保障，亦應課予其依法公平誠實執行職務之義務，並為確保參審員在任期內均能勝任且公正執行職務，參審員有法官法相關規定所定情形，或有具體事證足認其執行職務有難期公正之虞者，得經法官遴選委員會同意後將之解任，以維護司法之信譽。（修正條文第七十條）
- 三十六、為落實身心障礙者權利公約第十三條所揭示獲得司法保護之意旨，以利嚴重病人得到適當之法律協助。法院於審理程序中，認有必要得依職權為嚴重病人選任律師為代理人；嚴重病人如無非訟代理人，或雖有非訟代理人但法院認有必要時，法院得為其選任程序監理人；另考量嚴重病人身心狀況及多屬經濟弱勢，程序監理人之報酬由國庫支付，以維嚴重病人權益。（修正條文第七十一條）
- 三十七、嚴重病人之強制住院相關事件及停止緊急安置、停止強制社區治療事件由法院裁定，指定精神醫療機構於聲請法院裁定或抗告期間，對於嚴重病人得繼續為緊急安置、強制住院或強制社區治療。（修正條文第七十四條）
- 三十八、專科醫師迴避規定，除適用於強制鑑定及延長強制住院鑑定外，對於強制社區治療之診斷，亦應適用之。（修正條文第七十七條）
- 三十九、罰則規定之順序依法制體例，調整為先規定刑罰再規定行政罰，並應依罰責輕重程度，先規定罰責較重者，再規定罰責較輕者；再依違反條次之先後排列罰責規定，並明定違反相關規定之處罰要件。（修正條文第七十八條至第八十八條）
- 四十、接受輔導教育對象增列家屬及精神照護機構人員，並將輔導教育修正為強制規定；另提高違反第二十八條規定之罰鍰數額。（修正條文第八十一條）
- 四十一、配合強制住院改由法院審理，本法本次修正之條文施行前，已依規定強制住院者，有繼續強制住院必要時，指定精神醫療機構應於本次修正施行之日起二個月內，向法院聲請繼續強制住院。（修正條文第八十九條）

精神衛生法修正草案對照表

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 <u>平等</u> 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。	一、聯合國 2006 年「身心障礙者權利公約（CRPD）」係國際身心障礙者人權保障之重要圭臬，我國身心障礙者權利公約施行法，為符合該公約精神，進行通盤檢討，本次修正提升對精神疾病病人權益之保障，例如給予病人社區支持，協助病人與他人平等生活等，朝 CRPD 之目標前進。 二、國際化為世界潮流，非屬我國國籍者居住或停留於我國境內者眾，基於國際人權保障及公平正義之考量，亦應協助提供其所需之心理健康促進相關服務及精神醫療之處置，爰將「國民」修正為「人民」。 三、依據 CRPD 第五條平等及不歧視、第十九條 自立生活與融合社區之精神，應協助病人於社區生活中享有與他人平等之權利，爰將「社區生活」修正為「社區平等生活」。
第二條 本法所稱主管機關： <u>在中央為衛生福利部之衛政主管機關、社政主管機關；在地方為直轄市、縣（市）政府（以下簡稱地方主管機關）。</u>	第二條 本法所稱主管機關： <u>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。</u>	一、配合原「行政院衛生署」後改制為「衛生福利部」，爰修正前段規定之中央主管機關名稱，並將衛政及社政業務分開，避免造成業務多頭馬車之情形。 二、將文字精簡化，爰修正後段有關本法地方主管機關定義，並增訂「地方主管機關」之簡稱。
第三條 本法用詞，定義如下	第三條 本法用詞定義如下：	一、現行條文序文酌作標點符

：

一、精神疾病：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。但反社會人格違常者，不包括在內。

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。

三、病人：指罹患精神疾病之人。

四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之精神狀態，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

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、日常生活處理能力及其他功能之復健治療。

六、社區治療：指為避免病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療及其他方式之治療。

七、社區支持：指運用社區資源，提供病人於社區生活中所需之居住、安置、就學、就業、就養、就醫及其他支持措施與協助。

前項第一款精神疾病之範圍如下：

一、精神病。

二、精神官能症。

三、物質使用障礙症。

四、其他經中央主管機關認定之精神疾病。

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；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。

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。

三、病人：指罹患精神疾病之人。

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。

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。

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。

號修正，並列為第一項，修正如下：

(一)第一款：

1. 後段所例示精神疾病範圍移列為第二項。又精神醫學與心理學界對於反社會人格違常之看法，具有多樣性（例如，亦有稱之為心理病質或社會病質），在此強調反社會人格違常之核心概念：「從兒童或青少年時期開始，出現漠視且侵犯他人權益的廣泛行為模式，常見的表現包括：無法遵從社會規範；為個人私利或樂趣而詐欺；衝動、無法做長遠打算；易怒、具攻擊性；魯莽不在意自己及他人安危；一貫地不負責任；或不知悔恨、無動於衷、合理化。」精神醫學或心理學界過去研究顯示，對於反社會人格違常之治療效果不佳，爰仍不納入本款精神疾病定義範疇。

2. 本款所稱精神疾病，醫師之評估方法可包含問診、理學檢查、影像檢查、心理檢查及其他檢查方式，其中，心理檢查評估指標可包含意識、注意力、外觀、態度、情緒、語言、行為、思考過程與內容、知覺、認知功能、驅力（drive）、身體症狀及其他層面。另前揭項目評估，得輔以相關評估工具及測驗方法，此外，

評估方法與指標仍會因為醫療知識、科技與技術不斷地進步而有所改變，故上開方法僅得作為參考，仍應以當時、當地情境進行判斷，併予說明。

(二)根據身心障礙者權利公約施行法，並考量聯合國身心障礙者權利委員會對於該公約第十四條所發布之指導原則，嚴重病人之地位並非身心障礙者之充分或必要條件，乃適用於所有居住或停留於我國之民眾；故嚴重病人之定義重點為罹患精神疾病且不能處理自身事務，無法一一臚列其精神症狀，爰將第四款嚴重病人定義修正為呈現出與現實脫節之「精神狀態」，以利專科醫師診斷。

(三)考量接受社區治療對象並非限於嚴重病人，爰第六款刪除「嚴重」一詞，另酌作文字修正。另國際學術上與實務上著名之主動式社區治療（assertive community treatment）模式，強調多元團隊成員（精神科醫師、護理師、社工師、共病治療專家、職能治療師、職業訓練專家、病人同儕支持成員等）主動至接受服務個案之居家處所提供評估、訓練與支持，其整合式之醫療照護及社區支持內容包括：疾病管理、

		<p>藥物管理、居住、財務及其他對於個案在社區適應之重要措施，併予說明。</p> <p>(四)配合 CRPD 第五條平等及不歧視、CRPD 第十九條自立生活與融合社區之精神，使病人於社區生活中接受必要之協助與服務，例如居住、安置、就醫、就業、就學、就養及其他支持服務，以統合性之支持服務使病人於社區生活中享有與他人平等之權利，支持其於社區生活、社區參與及融合社區，爰增訂第七款社區支持之定義。</p> <p>(五)第五款酌作文字修正。</p> <p>二、現行條文第一款後段例示精神疾病之範圍移列至第二項，並分款規範。另考量酒癮、藥癮尚難完全包含成癮性事項，如管制藥品或新興毒品等，爰將「酒癮、藥癮」修正為「物質使用障礙症」以期明確。至其種類及定義，另於本法施行細則定之，併予說明。</p>
<p>第四條 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>精神疾病預防、治療與資源佈建政策、法規、方案之規劃、訂定及宣導。</u></p> <p>三、<u>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</u></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>	<p>一、本條由現行第四條及第十二條合併修正。</p> <p>二、為避免重複用語、精簡條文，刪除第一項各款之「事項」一詞。另各款修正如下：</p> <p>(一)考量心理健康促進之重要性且現有比重偏低，爰將其單獨列為第一款之中央主管機關掌理事項，並將現行第一款有關精神疾病防治移列為</p>

人就醫、權益保障之監督及協調。

五、對地方主管機關病人服務之獎助規劃。

六、病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃。

七、病人保護業務之規劃及推動。

八、病人經濟安全、社會救助、福利服務、長期照顧與其他社區支持之規劃及推動。

九、病人社會參與與自立生活之規劃及推動。

十、病人家庭支持服務之規劃及推動。

十一、病人資料之蒐集、建立、彙整、統計及管理。

十二、各類精神照護機構之督導及評鑑。

十三、國民心理衛生、精神疾病之調查、研究及統計。

十四、其他有關人民心理健康促進、精神疾病預防與治療、病人服務與權益保障之規劃及推動。

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。

四、對直轄市及縣（市）主管機關病人服務之獎助規劃事項。

五、病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃事項。

六、病人保護業務之規劃事項。

七、全國病人資料之統計事項。

八、各類精神照護機構之輔導、監督及評鑑事項。

九、其他有關病人服務權益保障之策劃、督導事項。

十、國民心理衛生與精神疾病之調查、研究及統計。

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。

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。

第二款。又為落實整體性政策，將「精神疾病防治」修正為「精神疾病預防、治療及資源佈建」。

(二)現行第二款至第六款款次調整為第三款至第七款，並酌作文字修正。

(三)對病人進行社區服務之規劃，可區分為個人照顧、社會參與及家庭支持三大面向，包括提供積極之關懷或保護及發展、推動多樣化服務模式等，均有助於穩定病人病情及支持病人於社區生活。為呼應本法立法精神及參照長期照顧服務法第四條規定，爰增訂第八款至第十款之中央主管機關掌理事項，即第八款有關個人照顧面向整併現行第十二條規定為病人經濟安全、社會救助、福利服務、長期照顧及其他社區支持之規劃與推動；第九款有關社會參與面向為病人社會參與與自立生活之規劃及推動；第十款有關家庭支持面向為病人家庭支持服務之規劃及推動。

(四)現行第七款款次移列為第十一款。為進行精神公共衛生相關數據分析，提升行政流程效率，以利於規劃符合病人所需要之服務方案，並提供政策滾動式檢討與成效評估，建立資料庫以提供連續性服務，有必

		<p>要蒐集心理健康與精神疾病相關之生物、心理及社會資料，建立全國病人服務資料庫，爰參照性侵害犯罪防治法第四條規定修正第十一款。</p> <p>(五)現行第八款移列為第十二款，現行第十款移列為第十三款，並酌作文字修正。</p> <p>(六)現行第九款移列至第十四款，並修正為其他有關人民心理健康促進、精神疾病預防與治療、病人服務與權益保障之規劃及推動，為中央主管機關概括掌理事項。</p> <p>三、第二項未修正。</p>
<p>第五條 <u>地方主管機關掌理轄區下列事項：</u></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>精神疾病預防、治療與資源佈建之規劃、宣導及執行。</u></p> <p>三、<u>中央訂定之心理健康促進、精神疾病預防與治療、病人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>病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃及執行。</u></p> <p>六、<u>病人保護業務之執行。</u></p> <p>七、<u>病人經濟安全、社會救助、福利服務、長期照顧及其他社區支持之執行。</u></p> <p>八、<u>病人社會參與及自立生活之執行。</u></p> <p>九、<u>病人家庭支持服務之執</u></p>	<p>第六條 直轄市、縣（市）主管機關掌理轄區下列事項：</p> <p>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>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>一、條次變更。</p> <p>二、為避免重複用語、精簡條文，刪除現行條文各款之「事項」一詞，並列為第一項。另各款修正說明如下：</p> <p>(一)為彰顯對人民心理健康促進之重視，配合修正條文第四條之中央主管機關掌理事項，將現行條文第一款之心理健康與精神疾病防治分列為第一款及第二款，並酌修文字。</p> <p>(二)現行第二款移列為第三款，並配合修正條文第四條中央主管機關所定心理健康促進、精神疾病預防與治療事項，酌修文字。</p> <p>(三)現行第三款至第五款移列為第四款至第六款，並酌修文字。</p> <p>(四)配合修正條文第四條中</p>

行。

十、病人強制住院治療及強制社區治療之執行。

十一、病人資料之蒐集、建立、彙整、統計及管理。

十二、各類精神照護機構之督導及考核。

十三、其他有關心理健康促進、精神疾病預防與治療、病人服務與權益保障之策劃及督導。

地方主管機關辦理前項業務時，應視需要整合衛生、社政、教育、勞政及其他相關資源。

央主管機關增訂規劃精神疾病病人社區支持服務之掌理事項，並參照長期照顧服務法第五條規定，增訂第七款至第九款，包括病人個人照顧、社會參與及家庭支持三大面向之地方主管機關掌理事項。

(五)增訂第十款，對於病人因必要時所為之強制住院治療及強制社區治療措施，應由地方主管機關協調各單位提供服務，促進其管理及執行業務。

(六)現行第六款移列為第十一款。為掌握社區精神流行病學之現況，以了解社區之需求，規劃與推動因地制宜之精神衛生行政制度，達成「促進民眾心理健康，預防及治療精神疾病，保障精神疾病病人權益，支持並協助病人於社區生活」之政策目標，即時回應病人需求，提供轉介及串聯各項服務資源，以提供連續性服務，有必要蒐集心理健康與精神疾病相關之生物、心理及社會資料，並建立地方層級資料庫，爰修正第十一款。

(七)現行第七款修正移列為第十二款。

(八)現行第八款移列至第十三款所定其他有關掌理事項增列心理健康促進、精神疾病預防與治療。

		<p>三、增訂第二項，考量第一項規定涉及多種服務提供及局處單位，爰定明地方主管機關辦理時，應整合各項相關資源，以提供多元化服務；其中，第六款至第九款業務，係依據社會救助法、老人福利法、長期照顧服務法、身心障礙者權益保障法、兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法、兒童及少年性剝削防制條例等辦理相關業務事宜，以保障病人權益，達到友善社會、家庭支持與精進病人社區生活品質，併予說明。</p>
<p>第六條 <u>中央教育主管機關應規劃、推動、監督學校心理健康促進、精神疾病防治與宣導、學生受教權益維護、教育資源與設施均衡配置及友善支持學習環境之建立。</u></p> <p>各級教育主管機關應規劃與執行各級學校<u>心理健康促進、精神疾病防治</u>，依學生及教職員工心理健康需求，分別提供<u>心理健康促進、諮詢、心理輔導、危機處理、醫療轉介、資源連結、自殺防治、物質濫用防治或其他心理健康相關服務</u>，建立友善支持學習環境，並保障其受教權益。</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商中央主管機關定之。</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。</p> <p>各級主管機關應協助前項工作之推動及建立。</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>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>一、本條由現行第十條及第十一條合併修正，並分二項規定中央及各級教育主管機關應辦理事項。</p> <p>二、基於憲法第七條平等權與第一百五十九條受教權，第一項定明中央教育主管機關應規劃、推動、監督對於學生之心理健康促進有相關保障或保護措施。</p> <p>三、鑑於校園是學生接受心理健康服務之主要場域，並依據學生輔導法，各級學校有配置輔導教師或專業輔導人員。此外，考量近年校園安全問題頻傳，教育部針對自殺防制推動校園自我傷害防制措施，加強校園心理輔導、編印自我傷害防治手冊，並持續推動校園物質濫用防制工作，爰於第二項各級教育主管機關應辦理事項增訂校園需建立之心理健康服務項目。另考量除學生外，學校教職員工之心理健康需求</p>

		<p>亦須被重視，惟教職員工之服務依據係本於職場心理健康促進，與學生有所不同，爰第二項之服務對象增列「教職員工」，並修正為分別提供心理健康相關服務，以符合實務現況與需求。</p> <p>四、考量現行實務運作，關於學校心理衛生教育課程綱要之訂定，係由中央教育主管機關徵詢中央主管機關之意見，而非由中央教育主管機關與中央主管機關共同訂定，爰將第三項之「會同」修正為「會商」。</p>
<p>第七條 <u>中央勞動主管機關應規劃、推動及監督職場心理健康促進、精神疾病防治、病人就業與勞動權益保障及職場友善支持環境之建立。</u></p> <p><u>各級勞動主管機關應推動職場心理健康促進與精神疾病防治，提供病情穩定之病人職業訓練及就業服務，協助其穩定就業，並獎勵或補助雇主提供就業機會。</u></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>一、條次變更，並將現行條文分二項規定中央及各級勞動主管機關應辦理事項。</p> <p>二、各類職場心理健康促進為心理健康促進重要一環，在職場為精神疾病之工作者提供合理調整措施，以保障其就業及勞動權益；此外，參考職業安全衛生法第六條第二項第四款規定，雇主對執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防，應妥為規劃及採取必要之安全衛生措施，勞動職場之心理健康已愈受重視，且職場心理衛生涵蓋健康促進與精神疾病防治，為使各機關、學校、機構、法人或團體落實關懷精神，爰於第一項定明中央勞動主管機關規劃、推動及監督職場心理健康促進、精神疾病防治、病人就業與勞動權益保障及職場友善支持環境之建立。</p> <p>三、為更趨近 CRPD 第五條平等與不歧視及第二十七條平等之工作權利之理想，各級</p>

		<p>勞動主管機關除須依照身心障礙者權益保障法，保障身心障礙者之就業權益之外，對於罹患精神疾病之在職員工應提供合理調整機制，不得有歧視及不公平待遇，使精神疾病病人穩定就業、保障其工作權利，爰為第二項規定。</p>
<p>第八條 內政主管機關應規劃、推動、監督警察、消防及替代役役男之心理輔導機制，依其心理健康需求，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、自殺防治、物質濫用防治或其他心理健康相關服務。</p>		<p>一、本條新增。 二、考量警察、消防人員由於工作上之負荷、精神上之壓力、職業上之誘惑，導致情緒容易處於不穩定狀態，成為罹患精神疾病之高風險族群，是以，建立心理輔導機制對於警察、消防人員具有相當重要性。此外，參考一般替代役役男訓練服勤管理辦法第二十一條規定，服勤單位應對所屬一般替代役役男負起照顧及管理之責，並適時予以關懷。爰定明內政主管機關應依警察、消防、替代役役男心理健康需求，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、自殺防治、物質濫用防治或其他心理健康相關服務。</p>
<p>第九條 法務主管機關應規劃、推動、監督精神疾病犯罪被害人、精神疾病收容人收容環境之改善、矯正措施之合理調整、危機處理、自殺防治、就醫協助、出監轉銜服務、受監護處分人轉銜服務及更生保護。</p>		<p>一、本條新增。 二、為保障有精神疾病之犯罪被害人、收容人與受監護處分人之相關權益，爰定明法務主管機關之權責。</p>
<p>第十條 國防主管機關應規劃、推動、監督國軍人員心理</p>		<p>一、本條新增。 二、鑑於近來國軍人員因精神</p>

<p>健康促進及精神疾病防治，並依國軍人員心理健康需求，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、自殺防治、物質濫用防治及其他心理健康相關服務。</p>		<p>疾病退伍除役所占之比率有偏高之趨勢，有關現役軍人精神疾病之判定、預防、篩檢與處置，應有規劃、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、就醫轉診服務品質，以保護其安全並維護其權益，同時兼顧心理健康促進與精神疾病防治，及為提升現役軍人心理健康及精神疾病防治，國防主管機關透過三級防處機制及建立心理衛生中心，以盡早介入處置及轉介治療，避免危險發生，維護官士兵及部隊安全，爰定明國防主管機關之權責。</p>
<p>第十一條 財政主管機關得依精神照護機構之性質，依法給予其適當之稅捐減免。 前項機關得按病人病情嚴重程度及家庭經濟情況，依法給予病人或其扶養者應繳納之稅捐適當之減免。</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>一、條次變更。 二、為整合各目的事業主管機關涉及病人權益保障之權責，爰將列於第三章「病人之保護及權益保障」之現行第二十七條移列第一章「總則」規範。 三、目前精神醫療機構、精神護理機構及精神復健機構已有稅捐減免規定，宜由財政主管機關視精神照護機構之性質，為整體之規劃及執行，以推動精神照護工作，保障身心障礙者人權，並符合稅賦公平正義之精神，爰增訂第一項。 四、酌修現行條文文字，並列為二項。</p>
<p>第十二條 金融主管機關應規劃、推動、監督金融機構對病人提供商業保險、財產信託服務及金融服務平等權益之保障。</p>		<p>一、本條新增。 二、CRPD 第十二條第五項規定，「於符合本條規定之情況下，締約國應採取所有適當及有效措施，確保身心障礙者平等享有擁有或繼承財產之權利，掌管自己財務，</p>

		<p>有平等機會獲得銀行貸款、抵押貸款及其他形式之金融信用貸款，並應確保身心障礙者之財產不被任意剝奪」。</p> <p>。目前我國民法意定監護制度雖能夠提升前述權益保障，然完整性仍有不足，爰依據身心障礙者權利公約施行法第十條規定，以建立完整之病人財產權益平等保障之法律規範與措施。然參酌身心障礙者權益保障法第八十三條規定，並未規範對於未領有身心障礙證明之精神疾病病人之財產權保障。因此，為保障罹患精神疾病之病人平等投保商業保險之權利，平等接受金融服務，爰定明金融主管機關之權責。</p>
<p>第十三條 文化主管機關應輔導、獎勵、推動人民心理健康促進、病人精神生活充實、藝文活動參與及藝文相關創作。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、藉由文化事業輔導、獎勵及推動，促進人民對心理健康之意識，及病人之精神生活、藝文措施相關事宜，屬文化主管機關權責，爰為本條規定。</p>
<p>第十四條 通訊傳播主管機關應監督廣播、電視及其他由該機關依法主管之媒體，以避免歧視病人。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、目前廣播、電視與其他由其主管之媒體經常未在經確定社會事件嫌疑犯之狀況下，即將該事件歸咎於精神疾病，為避免大眾加重對於精神疾病之污名化及歧視，爰參考性侵害防治法第三條第二項第九款定明通訊傳播主管機關之權責。</p>
<p>第十五條 各機關、學校、機構、法人及團體，應加強推動員工心理健康促進活動。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、考量多數工作者一天當中三分之一以上時間在職場環境中度過，且工作同仁是企業最重要資產，其健康更</p>

		<p>是企業成長與競爭力之基礎。相對而言，有健康之職場，才有幸福員工。為顯現職場心理健康日益重要，爰明定各機關、學校、機構、法人及團體應加強推動職場心理健康促進工作。</p> <p>三、本條所定「機構」，涵蓋公民營機構、事業機構及一般機構；「法人」包括公、私法人，併予說明。</p>
<p><u>第十六條</u> 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、病人家屬、<u>病人代表組織</u>、<u>病人權益促進團體</u>及各目的事業主管機關代表，<u>召開諮詢會</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>七、<u>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>八、<u>其他有關心理健康促進及精神疾病防治相關事務</u>。</p> <p>前項病人、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>第十三條</u> 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、<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、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>一、條次變更。</p> <p>二、原「病人」代表席次部分限定「病情穩定」條件，然而，病情穩定該從何判定卻未可知。另，病友獲聘後病情如有起伏屬自然現象，然病情不穩定之病人未必無法對政策、制度、服務案規畫提出好的建言；爰刪除「病情穩定」之限定條件。</p> <p>三、心理健康促進與精神疾病防治事項，涉及多領域專業，為妥適使各單位得以橫向連結，需召集不同機關與專業領域之人員共同研議，爰於第一項序文增訂「各目的事業主管機關代表」，納入諮詢會人員，並為凝聚會議共識，併增訂應由首長為召集人。</p> <p>四、為避免重複用語、精簡條文，刪除第一項各款「之諮詢事項」。另各款修正如下：</p> <p>(一)考量政策、制度及方案皆應納入諮詢範疇，爰修正第一款及第二款。</p> <p>(二)為強化心理健康議題之重視，爰修正第三款及第四款，加入心理健康促進資源規劃、研究及</p>

。 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。

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。

國際交流。

(三)第六款就醫權益保障歸類為病人權益保障事項；另「審查」有准駁之意涵，現行實務僅有諮詢功能，爰刪除「促進病人就醫權益保障及權益受損之審查事項」。

(四)心理健康促進業務範圍廣大，需整合政府機關共同執行，爰增列第七款。

(五)於第八款其他事項增列「心理健康促進」，以就整體心理健康事項進行諮詢；另修訂「相關事務」作為受詞，讓語句通順、完整。

五、配合性別平等政策修正第二項，單一性別委員，不得少於委員總數五分之二。

六、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」(nothing about us without us)乃國際新趨勢，故有「病人代表組」(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

		<p>為諮詢會代表，共同為政策制度獻策。爰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><u>第十七條</u> 地方主管機關應以<u>首長為召集人</u>，<u>邀集精神衛生專業人員、法律專家、病人及病人家屬、病人代表組織、或病人權益促進團體及局處代表</u>，<u>召開諮詢會</u>，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>五、<u>病人權益保障申訴案件</u>。</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、<u>其他有關心理健康促進及精神疾病防治</u>。</p> <p>前項病人及病人家屬、病人代表組織、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>第十四條</u> 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>五、<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、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>一、條次變更。</p> <p>二、參照修正條文第十六條第一項規定，於第一項序文增訂「局處代表」，納入諮詢會人員並增訂應由首長為召集人。</p> <p>三、原「病人」代表席次部分限定「病情穩定」條件，然而，病情穩定該從何判定卻未可知。另，病友獲聘後病情如有起伏屬自然現象，然病情不穩定之病人未必無法對政策、制度、服務案規畫提出好的建言；爰刪除「病情穩定」之限定條件。</p> <p>四、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」（nothing about us without us）乃國際新趨勢，故有「病人代表組」（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，共同為政策制度獻策。爰增列第四項病</p>

		<p>人代表組織、第五項病友權益促進團體之條件。</p> <p>五、為避免重複用語、精簡條文，刪除第一項各款次「之諮詢事項」。另各款修正如下：</p> <p>(一)為統一本法用詞，第一款修正為心理健康促進。</p> <p>(二)諮詢事項增列第二款精神疾病防治。</p> <p>(三)第二款移列為第三款，並酌修文字。</p> <p>(四)第三款移列為第四款。地方主管機關應盤點地方心理健康服務及精神照護機構資源，並將資源現況規劃及網絡單位連結納入諮詢事項，爰酌修文字。</p> <p>(五)第四款移列為第五款。權益保障事項已包含就醫及權益受損之內容，且功能僅為諮詢，爰刪除現行所定「就醫」、「權益受損申訴案件之協調及審查」。</p> <p>(六)配合修正條文第十六條第一項第七款，增列第六款，地方主管機關應整合、督導及協調各局處，執行心理健康促進業務。</p> <p>(七)第五款移列為第七款，並配合第一款增訂「心理健康促進」之事項。</p> <p>六、配合性別平等政策修正第二項，單一性別委員，不得少於委員總數五分之二。</p>
<p>第十八條 為辦理本法規定相關事宜，<u>中央及地方主管機關</u>，<u>應置專任人員</u>，各目的</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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、考量中央及地方主管機關現行多朝向設立專任人員邁</p>

<p>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，<u>地方主管機關</u>財政確有困難者，由中央政府補助，並應專款專用。</p>	<p>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>進，以提升心理健康促進業務量能，爰將第一項中央及地方主管機關設置之專責人員修正為專任人員。各目的事業主管機關考量其員額編列仍維持「專責人員」，以逐步推動全面提升心理健康促進及精神疾病防治服務量能。又專任係指全職辦理本法相關業務；專責係指不限定其為全職或兼職辦理，併予說明。</p> <p>三、第二項酌作文字修正。</p>
<p>第二章 精神衛生體系</p>	<p>第二章 精神衛生體系</p>	<p>為提供精神疾病病人包含精神醫療及社區支持之多元及全面之整合服務，爰修正章名。</p>
<p>第十九條 中央主管機關得依<u>人口、醫療資源與心理衛生資源分布情形及考量原住民族地區或偏遠地區特殊性</u>，劃分責任區域，建立區域<u>心理健康促進、精神疾病預防及醫療服務網</u>，並訂定計畫實施。</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>一、條次變更。</p> <p>二、為增進人民心理健康，逐步推動建立區域之心理健康網，爰修正中央主管機關得依人口、醫療資源、心理衛生資源分布情形及考量原住民族地區或偏遠地區特殊性劃分責任區域，建立區域心理健康促進、精神疾病防治及醫療服務網，並訂定計畫實施。</p> <p>三、心理衛生目前並無統一之定義，惟根據向度之（dimensional）觀念，若以嚴重心理苦痛或精神疾病狀態做為一端，另一端則是根據世界衛生組織之完全生理、心理及社會之福祉狀態。國家對於群體心理衛生之了解與治理，即在於蒐集分析上述各種狀態分布現象之資料，並更進一步在各個層次（從個人到社會）採取措施防治心理苦痛或精神疾病，以達到低端心理健康之目標，同時，國家也以各項資源促</p>

		<p>進心理健康，達到世界衛生組織高端心理健康之理想，併予說明。</p>
<p>第二十二條 病人之精神醫療照護及支持服務，應依其病情輕重、有無傷害危險、病人需求或其他情事，採取下列方式為之：</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、社區支持服務。 八、其他照護及支持服務方式。</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>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> <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>一、條次變更。 二、為使條文文義更加明確，第一項序文酌作文字修正。另整合各項資源給予病人醫療照護與支持，增訂第七款之社區支持，並將現行第七款其他照護方式移列至第八款並修正為「其他照護及支持服務方式」，以提供病人多元之服務。 三、第二項酌作文字修正。</p>
<p>第二十三條 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。 二、精神護理機構：照護服務。 三、心理治療所：臨床心理服務。 四、心理諮商所：諮商心理服務。 五、精神復健機構：社區精神復健服務。 六、社會工作師事務所：社會工作及社會福利服務。 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</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。 二、精神護理機構：提供慢性病人收容照護服務。 三、心理治療所：提供病人臨床心理服務。 四、心理諮商所：提供病人諮商心理服務。 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>一、條次變更。 二、為避免重複用語、精簡條文，第一項序文增訂服務對象「病人」，並配合刪除各款之「病人」及「提供」文字。另各款修正如下： (一) 考量現行社會工作師事務所亦有接受縣（市）政府委託辦理社會工作及社會福利服務之精神照護相關事項，爰增列第六款。 (二) 考量職能治療師所亦為精神復健機構重要成員，爰增列第七款。 三、本條僅規範精神照護機構之服務內容，第二項移列修正條文第二十二條規範，爰予刪除。 四、酒精或藥物成癮之治療與復健業務有其特殊性，雖現行已有指定機構辦理前揭業</p>

<p><u>遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></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、或管理者，不得為病人提供機構式長期居住服務。</u></p>		<p>務，惟囿於辦理該項業務之機構及其管理目前均未有法源依據，為提升該業務服務品質且納入管理，爰增訂第二項，並授權中央主管機關訂定辦理物質使用障礙症治療及生活重建業務機構之指定方式、管理及其他應遵行事項之辦法。</p> <p>五、過去以來因重視醫事專業服務、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。政府欲完成社區布建服務資源需要招賢納士。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），將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，應考量師級人才進入社區紮根服務時的執業登記方式。爰增訂第三、四項，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；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、或管理者，不得為病人提供機構式長期居住服務。</p>
<p>第二十二條 <u>前條第一項第五款規定之精神復健機構，應置負責人一人；並得視需要，置醫事人員或社會工作者。</u></p> <p><u>前項醫事人員，應依各</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>一、本條由現行第十六條第二項移列修正，規範精神復健機構設置之相關事宜。</p> <p>二、增訂第一項，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</p>

該醫事人員法規辦理執業登記；社會工作師應依社會工作師法辦理執業登記。

中央主管機關應辦理精神復健機構評鑑。地方主管機關對轄區內精神復健機構業務，應定期實施督導及考核。

精神復健機構對前項評鑑及督導、考核，不得規避、妨礙或拒絕。

第三項之評鑑、督導及考核，必要時，得委託相關機構或團體辦理。

精神復健機構之設立或擴充，應向地方主管機關申請許可；其申請許可之條件與程序、申請人與負責人之資格、審查程序與基準、限制條件、廢止與第三項評鑑、督導、考核及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

作師。另有關負責人資格，於第六項授權辦法定之。

三、醫事人員之執業機構或處所均明定於各該醫事人員法規，除依法規定之執業處所外，不得於其他處所執業。如醫師法第八條之二規定，醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之；護理人員法第十二條規定，護理人員執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構、護理機構或其他經中央主管機關認可之機構為之；心理師法第十條規定，心理師執業以一處為限，並應在所在地地方主管機關核准登記之醫療機構、心理治療所、心理諮商所或其他經主管機關認可之機構為之。鑑於精神復健機構執行業務之醫事人員包括醫師、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及社會工作師，而精神復健機構目前非屬前開人員執業法規規定之執業處所，為免與現行各該醫事人員及社會工作師執業法規扞格，爰增訂第二項。

四、為強化精神復健機構之服務品質，爰參照醫療法第二十八條及護理人員法第二十三條之一規定，增訂第三項至第五項，由中央主管機關辦理評鑑，並由地方主管機關定期督導、考核，且受評鑑或督導、考核之機構不得規避、妨礙或拒絕，以確保其服務品質；另定明評鑑、督導及考核，必要時，得委託相關機構或團體辦理，以增加行政運作之效率與彈性

		<p>。</p> <p>五、現行第十六條第二項移列第六項。考量各類精神照護機構之設立或擴充相關資源之管理事項，其中僅精神醫療機構及精神護理之家分別於醫療法及護理人員法授權規定，整體精神復健機構未有明確之規定。為合理有效發展及運用精神復健機構資源，爰參照醫療法第十四條規定，定明精神復健機構設立或擴充應申請許可，及申請許可、評鑑、督導等授權事項。</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>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：</p> <p>一、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。</p> <p>二、以陪同為基礎、自立安居為目標之到宅式病人居家生活支持服務。</p> <p>三、發展據點為病人之家屬與親友，提供支持與諮詢</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、精神疾病之病人與家屬常合併多元需求，其由醫院出院到社區之間需要連續性、長期性及多元性之支持服務，亦即須連結醫療、精神復健、就養、就學、就業等網絡服務，爰為第一項規定。至所稱「多元連續服務原則」係指病人與家屬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>三、依據 CRPD 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。另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。強調可採用社區支持體系包括全日型（如康復之家、社區家園、多元居住）、日間型（如社區復健中心、</p>

服務、喘息服務。

四、病人之活動與康復成長團體、同儕團體。

五、家屬之成長團體、同儕團體。

六、病人、家屬之心理重建服務。

七、病人生活重建與自立生活服務。

八、病人社區居住與安養之服務、設施與措施。

九、提升病人數位科技能力之服務。

十、提升病人就業能力之服務。

十一、擔任無依病人財產信託之監察人或為其提供財產個案管理服務。

十二、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。

十三、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。

前項各款支持性服務，應聘具專業背景者；並得輔以其他背景之人員擔任服務助理。

社區作業設施、社區會所）、居家型或其他社區支持服務，並應與病人出院後治療照顧進行良好銜接。

四、依身心障礙者權益保障法辦理之各項身心障礙者個人支持服務係以領有身心障礙證明者，提供其所需之福利及服務。考量人力及預算經費之可行性，本法提供之社區支持服務係補充性地位，其他專法有相同或較有利之規定，應優先適用，爰增列第三項。

五、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，多數病友表示需要長期心理、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用服務而被汙名歧視、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。（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。）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，係許多精障者、家屬深為倚靠的資源；然而這樣的服務卻因未曾入法、不具法定服務之要件，始終

無法獲得穩定經費提供長期服務，導致難以推廣至各縣市，爰增列第一款，納入專線電話之服務，確立「多元連續服務原則」之有效性。

六、長照的居家照顧服務、泛身心障礙者家庭的喘息服務，所用之失能評估量表，始終無法反應多數精障者家庭的需要。精神障礙者的「能力」有時是相對的、浮動的，例如：

(一)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。

(二)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。

(三)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。

(四)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。

當病人缺乏經驗、感覺驚慌、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。爰增列第三款、第八款，納入以陪同為主旨（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，補足長照體系「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。

七、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。精神病

有「無病識感」、「社會汙名壓力沉重」等不同情形，許多病友從發病後到願意看診、再到穩定回診已多年過去，亦有許多人雖已就診，但自己和家人不希望為人所知。也因如此，縱有身權法，然目前仍有許多需要服務的「實質」精神障礙者並沒有真正取得身心障礙證明，有其必要在精神衛生法入法重申應有的服務。又，身權法下的服務，時常以其他障別之障礙者需求出發，而不合用於精神障礙類，爰增列第二款到第七款，於精神衛生法下發展服務將更適用於病人與其家屬親友，方能有效的緩解精障家庭之苦。

八、在新冠疫情之下，政府許多規範、訊息大多採數位方式發布於網路上，而非透過鄰里者廣播或文宣。導致「無工作沒有經濟能力」、「記憶力差難學習新事物」等沒有手機、電腦、以至於不看電視的病患，不斷地被孤立於政府的訊息之外，這樣的數位落差在未來（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。爰增列第九款，有其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。

九、前幾年台北市數十個康復之家送出百位擬就業病友名單，然而最後勞政系統接受

提供協助者不及十分之一的情況。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，惟現有勞政主管機關的身心障礙者職業重建體系，這一塊卻是非常缺乏。爰增列第十款，納入提升病人就業能力之服務，以利病友發展合適的、不同於現有體制模式的就業服務。

十、無數個精神障礙者之父母及家人最不敢想像的就是自己往生後，該名精障者會由何人照顧，包括其飲食起居的照護、財產的管理與保全……等；爰增列第十一款，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持之條款。

十一、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，爰增列第十二款。

十二、增列第二項，說明多元支持服務的服務人力，除專業人力之外，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。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，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。另，舉參採居家照顧、個人助理服務擬推動之以陪同為主的個別化到宅支持而言，某些看診或辦理生活事務的陪同得由一般人為之；且近期因政府制度性服務大量徵用社工，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，而實際上有許多失業的人、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。同為主的個別化到宅支持而言，某些看診或辦理生活事務的陪同得由一般人為之；且近期因政府制度性服務大量徵用社工，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，而實際上有許多失業的人、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

		<p>、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照顧、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之。</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>一、條次變更。</p> <p>二、為連結醫療及社區服務體系，爰將列於第五章「精神醫療照護業務」之現行第三十九條移列至本章。</p> <p>三、為提供多元且友善社區照顧之模式及環境，鼓勵更多機構、法人或團體從事病人社區服務，營造持續性社區照顧之環境，爰第一項擴大應獎勵之機構、法人或團體外，並酌修文字。</p> <p>四、考量原行政院衛生署組織改造為衛生福利部後，第二項所定中央社政機關與中央主管機關同為衛生福利部，故刪除「社政」等字。另配合一百零三年二月十七日原「行政院勞工委員會」改制為「勞動部」，將「勞工」主管機關修正為「勞動」主管機關，並配合補助辦理相關計畫作業，增訂「補助」之授權事項，另酌修文字。</p>
<p>第二十五條 地方主管機關得自行或委託相關專業機構、法人或團體辦理病人之需求評估及服務提供，並視需要轉介適當機構、法人或團體提供服務；其為依第四十六條第三項規定通報之嚴重病人，應提供社區治療及社區支持。</p> <p>地方主管機關為強化病人之照顧及支持功能，應結</p>	<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>一、條次變更。</p> <p>二、現行第四十條移列至本章，理由同修正條文第二十四條說明二。</p> <p>三、為統一一用語及釐清服務提供範圍概念，爰將現行條文後段「照顧、支持及復健等」文字修正為「社區治療與社區支持」，並移列為第一項。</p> <p>四、為落實精神病人輔導及協</p>

<p><u>合衛生、社政、民政或勞動機關，建立社區支持體系，並定期召開聯繫會議。</u></p>		<p>助，需由地方政府整合轄下不同機關共同戮力，各單位互相合作，包含衛政提供社區照護，社政提供福利、社區居住或安置，民政提供行政協助，勞動機關提供病人職業重建或就業服務，爰參考社會救助法第十七條規定，增訂第二項由地方主管機關定期召開聯繫會議。</p>
<p>第二十六條 地方主管機關應彙整所主管醫療機構通報之病人，建立病人關懷機制，並提供主動式社區關懷、訪視及其他服務。</p> <p>前項病人行方不明，地方主管機關得請相關機關協尋。</p> <p>前二項病人服務提供方式、關懷與訪視基準、協尋及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、第一項考量醫療機構通報之病人，經過治療回歸社區後，仍可能有持續接受照護之需求，為提供有此需求之病人主動式社區關懷及訪視，爰定明地方主管機關應彙整所主管醫療機構通報之病人，建立病人關懷機制，以引導病人規律就醫及協助家屬處理緊急或突發狀況。</p> <p>三、第二項規定係因實務上曾發生訪視時病人行方不明，亦無法聯繫家屬或保護人之情形，因此，為確保病人之安全，地方主管機關得請警察、移民、戶政、民政、勞動等相關機關協尋。</p> <p>四、為建立機制，於第三項授權中央主管機關訂定病人服務提供方式、關懷與訪視基準、協尋及其他相關事項之辦法。</p>
<p>第二十七條 <u>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</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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、各地方政府資源、需求不同，爰第一項及第四項前段明定社區心理衛生中心，應因地制宜，由心理衛生相關專業人員提供心理衛生相關服務。至次服務區域其轄區人口數之劃分原則與提供服務之基本模式，另於本法施</p>

<p>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><u>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>員提供服務。</p>	<p>行細則或子法規規範，併予說明。</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。然而，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，而不是不斷圍捕、打擊病人、讓病人跑得更遠的強制送醫。為達成行政院宣示之具體成效，本條爰增列第二項、第三項，納入社區心理衛生中心應負責之必要協助對象，例如：「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。</p> <p>四、為因應各地逐步設置社區心理衛生中心，將由心理、護理、職能治療、社會工作及其他相關專業人員提供專責、專人服務，為使上開人員之服務不中斷且逐步調整規劃；爰參照長期照顧服務法規定納入長照人員之方式，於第二項後段授權中央主管機關就該中心人員之組成、訓練、認證等相關事項以辦法定之。</p>
	<p>第八條 中央主管機關應會同</p>	<p>一、本條刪除。</p>

立法院第 10 屆第 5 會期第 4 次會議議案關係文書

	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。	二、本條規定之社政、勞工及教育主管機關相關事項，已明定於修正條文第四條、第六條及第七條，另於修正條文第十六條規定中央主管機關應會同相關主管機關召開中央諮詢會，爰予刪除。
第三章 病人保護及權益保障	第三章 病人之保護及權益保障	章名酌作文字修正。
第二十八條 對病人不得有下列行為： 一、遺棄。 二、身心虐待。 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。 四、強迫或誘騙病人結婚。 五、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。	第十八條 對病人不得有下列行為： 一、遺棄。 二、身心虐待。 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。 四、強迫或誘騙病人結婚。 五、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。	條次變更，本條未修正。
第二十九條 精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向其本人及其家屬或保護人說明病情、治療方針、預後情形、住院理由、應享有之權利及其他相關事項。 前項病人非屬嚴重病人者，應經其同意，始得告知其家屬。	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。	一、條次變更。 二、參照醫療法第八十一條規定之精神，明定精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向病人本人及其家屬或嚴重病人之保護人說明病情等相關事項，爰修正第一項。 三、當事人非屬嚴重病人者，精神醫療機構應經其同意，始得將當事人之病情等相關事項告知其家屬，爰增列第二項為個人資料保護法第六條第一項第六款之特別規定；至精神醫療機構對當事人之告知並取得其同意，仍應依個人資料保護法第七條規定辦理。
第三十條 精神照護機構因醫療、復健或安全之需要，經病人同意而限制病人之居住場所或行動者，應遵守相關	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	一、現行第三十七條第一項與第二十一條同屬須經病人知情同意始得限制其行動範圍之規定，故將該二條整併為

<p>法律規定，於<u>最小限制之必要範圍內</u>為之。</p>	<p>，於必要範圍內為之。</p> <p>第三十七條第一項 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>本條。</p> <p>二、因教育訓練或就業輔導難以作為限制病人居住或行動自由之方式行之，爰刪除現行第二十一條有關「教育訓練或就業輔導」之規定。</p> <p>三、配合 CRPD 第十四條人身自由安全、第二十五條健康之知情同意，復考量過去實務執行時，曾經發生因未予以行動限制而有病人自殺之意外事件。為尊重病人之自主權利，同時兼顧醫療、復健或安全之目的，將其人身自由限制降至最少，爰修正為「經病人同意而限制病人之居住場所或行動者」。</p> <p>四、限制病人之人身自由，須符合我國憲法所揭示之比例原則，意即該限制手段必須有助於達成醫療、復健或病人安全之目的；手段與欲達成之目的相當；此外，該手段必須是侵害最小的方式（即「最小侵害原則」）。為強化執行者應遵循上述原則，爰修正為「於最小限制之必要範圍內為之」。</p> <p>五、又本條所定相關法律規定包括身心障礙者權益保障法、醫療法及其他相關法律規定，併予說明。</p>
<p>第三十一條 精神醫療機構因病人醫療需要或為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件，於告知病人後，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>精神醫療機構以外之精神照護機構，為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件，於</p>	<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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、現行第一項已移列修正條文第三十條，爰刪除之。</p> <p>三、第二項與第三項列為第一項及第二項。基於保護生命及健康法益，在有拘束或限制行動自由必要性之情況下，於告知病人後，得拘束其身體或限制其行動自由，爰酌修相關文字。</p>

<p><u>告知病人後，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>第一項及第二項所定告知病人，於緊急或特殊情形未能為之時，應於事後告知。</u></p>	<p>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>四、第四項移列為第三項，內容未修正。</p> <p>五、考量某些特殊情況下，曾發生有告無知（病人處於混亂狀態下無法知悉）、無法完成告知（例如病人之症狀無法持續配合告知程序），甚至是緊急狀態下，時間緊迫不及說明及其他緊急情事，爰增訂第四項規定，在有拘束或限制行動自由必要性之情況下，未能及時告知病人時，應於事後告知。</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<u>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>精神醫療機構於病人出院前，應協助病人<u>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。</u></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。</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>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，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為以病人自主為優先，第一項修正為病人經治療後病情穩定，無繼續住院必要，精神醫療機構應協助病人辦理出院，同時通知其家屬或保護人。至該項規範之通知對象排序，與通知之順序無關，併予說明。</p> <p>三、第二項為尊重病人意願，以落實出院計畫執行，爰規範醫療機構協助病人於出院前共同擬訂出院準備計畫，包含社區治療、社區支持及轉介或轉銜計畫，以銜接各項服務。又本項後段增列「其屬嚴重病人者，並應徵詢保護人意見」，係考量嚴重病人病程狀況，可能處理醫療照顧事務之能力較不足，爰規定其出院準備計畫並應徵詢保護人意見，確保該計畫臻於完善並符合嚴重病人之最佳利益。</p> <p>四、增訂第三項，將本法施行細則第七條規定提升至本項規範，明定精神醫療機構對修正條文第三條第二項第一款所定精神病診斷之病人，</p>

		<p>其出院三日內，應將出院準備計畫通知地方主管機關，提供轉介或轉銜各項社區治療與支持服務。又現行第二項有關出院前擬定追蹤計畫，所定「追蹤」有歧視之意涵，爰於第三項定為社區治療與社區支持，其中社區治療為修正條文第三條第一項第六款所定社區中採行居家治療、社區精神復健、門診及其他治療方式；社區支持即轄區主管機關定期以電話、居家關懷病人在社區中生活情形並給予支持、協助，保護其權益，使其融入社區中生活，並得平等之對待。另所定轉銜為系統與系統間之合作服務，如衛政針對精神疾病就業問題，將病人轉銜至勞動機關以共同照護，轉介則較屬醫療專業名詞。</p> <p>五、為保護病人權益、強化社區安全、落實社區追蹤，並配合我國現行推動之強化社會安全網計畫與實務上地方行政機關採精神病人義務通知，爰增訂第四項，定明精神醫療機構對於非屬有精神病診斷之病人，而有第三項服務之需求者，考量比例原則及尊重病人自主，以符合 CRPD 第三條、第二十二條及第二十五條之精神，經其同意後，準用第三項規定。</p> <p>六、本條係規範病人出院事務，爰將現行第三項刪除，移列至第四章協助就醫、通報及追蹤關懷之修正條文第五十條。</p>
<p>第三十三條 經專科醫師診斷屬嚴重病人者，應置保護人</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</p>	<p>一、條次變更。 二、依修正條文第三條第一項</p>

一人，專科醫師並應開具診斷證明書交付保護人。保護人應維護嚴重病人之權益，並考量其意願及最佳利益。

前項保護人，由嚴重病人之法定代理人、監護人或輔助人擔任；未能由該等人員擔任者，應由配偶、父母、家屬或與病人有特別密切關係之人互推一人為之。

嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之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。

保護人之通報流程、名冊建置及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

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。

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。

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。

第四款規定，嚴重病人由專科醫師診斷，非以鑑定認定之，爰第一項刪除「或鑑定」之文字。另為調和 CRPD 與保護病人權益之精神，爰併增列保護人對於嚴重病人保護之義務，並應考量病人之意願及最佳利益。

三、第二項修正如下：

(一)依民法規定，監護人於監護權限範圍內可代理受監護人為意思表示或受意思表示；法定代理人可代理無行為能力人為意思表示或受意思表示。另依民法第十五條之二規定應經輔助人同意之行為，於輔助事務範圍內，輔助人之同意乃受輔助人意思表示之生效要件；於限制行為能力人，除純獲法律上利益或依其年齡及身分、日常生活所必需者外，其意思表示應經法定代理人之允許或承認始生效力。

(二)為避免保護人之決定與法定代理人、監護人或輔助人之決定衝突，爰於第二項增列法定代理人及輔助人得擔任保護人，並定明優先由法定代理人、監護人或輔助人擔任保護人。未能由該等人員擔任者，應由配偶、父母、家屬或與病人有特別密切關係之人互推一人為之。至所定「特別密切關係之人」之定義，參考病人自主權利法第四條第二項

		<p>規定：「病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。」，另依該法上開規定立法意旨，該項所稱特別密切關係參考「醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則」，指身分上、財產上或生活上有特別密切關係者，不包括依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。故第二項「與病人有特別密切關係之人」包含同居人或摯友等範圍。</p> <p>四、考量現行許多病人權益團體為法人組織，爰於第三項得另行選定為保護人之範圍，增列「法人」，另酌作文字修正。</p> <p>五、第四項酌作文字修正。</p>
<p>第三十四條 前條第一項診斷證明書，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>嚴重病人診斷證明書有效期間屆滿前，保護人應協助其接受專科醫師診斷，確</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、嚴重病人診斷證明書之期限，與病人個人自主決定、充分有效參與之權利有關，為趨近 CRPD 之理想，爰為本條規定。</p> <p>三、鑑於現行嚴重病人身分雖有解除機制，但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，爰於第一項及第三項明定，經專科醫師診斷為嚴重病人之身分存續期間，由專科醫師</p>

<p>認其嚴重病人身分；期間屆滿時，未經診斷確認者，其診斷證明書失其效力。</p>		<p>依嚴重病人病情之嚴重度與持續性，於嚴重病人診斷證明書載明一年至三年之有效期間。期限屆滿前，保護人應協助再次確認其嚴重病人之身分；期限屆滿未再次接受診斷確認者，該診斷證明書失其效力。</p> <p>四、為保障嚴重病人對於其身分及身分存續期間有救濟之權利，提升其有效參與之程序保障，爰於第二項明定，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。另嚴重病人如於緊急安置、強制住院或強制社區治療期間，診斷證明書期間屆滿者，為維護嚴重病人權益，指定精神醫療機構之專科醫師，亦應協助診斷以確認其嚴重病人身分，自不待言。</p>
<p>第三十五條 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，保護人或家屬應即時予以緊急處置；<u>未能即時予以緊急處置者，地方主管機關得自行或委託機構、法人或團體為之。</u></p> <p>前項緊急處置所需費用，由嚴重病人或第三十三條第二項所列之人負擔；必要時，得由地方主管機關先行支付。</p> <p>地方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，以書面行政處分，通知應負擔人限期</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，<u>由保護人</u>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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、第一項及第二項整併，列為修正條文第一項。為擴大病人保護範圍，增列家屬應予嚴重病人緊急處置；並考量現行許多病人權益團體為法人組織，爰就地方主管機關得委託即時予嚴重病人緊急處置之對象增列「法人」。</p> <p>三、第三項移列為第二項。配合援引之條文條次調整，將「前條」修正為「第三十三條」，並酌作文字修正。</p> <p>四、第四項移列為第三項。地方主管機關先行支付之緊急處置費用，係屬公法上債權</p>

<p><u>返還</u>；<u>屆期未返還者</u>，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，準用前三項之相關規定。</p> <p>前四項緊急處置之方式、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>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，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>債務關係，爰明定得作成書面行政處分，通知應負擔人限期返還，俾利得依行政執行法有關公法上金錢給付義務規定，移送行政執行，爰酌作文字修正。</p> <p>五、第五項、第六項移列為第四項、第五項，並酌作文字修正。</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。<u>關於其就醫、就學、應考、僱用及社區生活權益</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>一、條次變更。</p> <p>二、配合 CRPD 第五條平等與不歧視及第十九條於社區中平等生活之意旨，並考量病人經常需要就醫，於就醫過程中受到尊重與保障非常重要，爰於應予病情穩定之病人尊重與保障事項中，增列「就醫」及「社區生活權益」。此外，考量本條所揭示之權益皆不得有不公平之對待，爰將連接詞由「或」修正為「及」。</p> <p>三、病人也是人，人類之人格及合法權益皆應獲得保障，此係憲法所宣示者，亦是人類之普世價值。精神疾病乃有生理基礎之病，才需要服用以生理調整為目標之藥物，病情不穩非病人自由之選擇，「對病情穩定者」該詞彙恐有變相歧視之嫌，爰刪除「對病情穩定者」一詞並酌修文字。</p>
<p>第三十七條 <u>宣傳品、出版品、廣播、電視、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；並不得有與事實</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具全面性，參考性侵害防治法第十三條第一項規定，修正現行條文並列為第一項，規範</p>

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。

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、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。

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。

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汗巖意圖者，應由衛生主管機關令該專業人員、服務工作人員接受十小時以上三十小時以下衛教講習。

各類傳播媒體之報導不得使用歧視性稱呼或描述或誤導閱聽大眾對病人、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。

三、考量病人或疑似精神疾病之人涉及法律事件時，常有傳播媒體於未釐清案件責任及原因前，即將事件發生原因歸責或暗指當事人之疾病或身心狀況違常所致，嚴重污名化精神疾病、病人及相關照護人員，爰參考身心障礙者權益保障法第七十四條第二項規定，增訂第二項，規範各類傳播媒體及政府機關、機構、法人或團體，未經法院裁判釐清案件責任及原因前，不得指涉當事人之疾病或其障礙狀況為該法律事件之原因，以全面保障病人權益，減少對其污名化與歧視。

四、增訂第三項廣播、電視事業涉有使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述、有與事實不符，誤導閱聽者致產生歧視之報導等情形，其違反事實之認定，由中央主管機關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認定之，俾供廣播、電視事業之主管機關，依修正條文第七十九條規定裁罰。

五、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、減少社會汗名的重要性。然而，遺憾的是近年來，許多自

		稱專家、亦或是相關領域之領銜代表，仍於媒體「公開」汙名疾病或病人，並未減少對其污名化與歧視，造成之負面效應難以想像，應由衛生主管機關令該專業人員、服務工作人員接受十小時以上三十小時以下衛教講習，爰增列於第四項，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>第三十八條 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。</p> <p>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，<u>並應告知其保護人或家屬。</u></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。</p> <p>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>一、條次變更。</p> <p>二、為使嚴重病人之權益保障更加完善，爰修正第二項，將家屬列為告知對象之一。</p> <p>三、第一項未修正。</p>
<p>第三十九條 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。</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>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。</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>條次變更，內容未修正。</p>
<p>第四十條 嚴重病人依本法規定緊急安置、強制住院、強制社區治療之費用，不屬全民健康保險給付者，由中央主管機關負擔。</p> <p><u>前項費用標準，由中央主管機關定之。</u></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。</p> <p>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。</p> <p>二、現行第二項整併於第一項規範。考量嚴重病人接受緊急安置、強制住院及強制社區治療，屬病人因疾病而有治療需要，進而提供住院或社區治療，符合全民健康保險法第一條之給付宗旨，應回歸以健保給付方式支應其費用，爰修正第一項規定，</p>

		<p>對緊急安置、強制住院及強制社區治療費用，不屬全民健康保險給付者，由中央主管機關支應。</p> <p>三、增訂第二項，授權中央主管機關訂定第一項費用標準，以完善緊急安置、強制住院及強制社區治療之執行。</p>
<p>第四十一條 病人或其保護人、<u>第三十三條第二項所定之人、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、其他執行社區治療、社區支持之機構或團體及其工作人員，有侵害病人權益或有侵害之虞者，得以書面向上述機構或團體所在地之地方主管機關申訴。</u></p> <p>前項申訴事件，地方主管機關應就其內容加以調查、處理，並將辦理結果通知申訴人。</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調查、處理，並將辦理情形通知申訴人。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、除嚴重病人之保護人外，修正條文第三十三條第二項所定得被選為嚴重病人之保護人者，通常為病人最主要之照顧者；病人相關照護人員對於環境具有相當熟悉程度；病人權益促進團體對於病人權益亦相當重視，惟現行第一項規定對於侵害病人權益事項得提出申訴之對象，並未將上開人員及團體納入，爰於第一項增列第三十三條第二項所定之人、相關照護人員及立案之病人權益促進相關公益團體，以維護病人權益。另現行照護機構之樣態眾多，為免掛一漏萬，第一項併增列及其他社區治療、社區支持之機構或團體，即包含提供相關服務單位。</p> <p>三、第二項酌作文字修正。</p>
<p>第四十二條 教學醫院為治療精神疾病之需要，應擬訂計畫，提經<u>相關醫療人員、醫療科技人員、法律專家及社會工作人員</u>會同審查，並經<u>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：</u></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、為強化對於精神外科手術或其他經中央主管機關公告之新興或特殊治療方式之審查密度，爰修正序文，對於教學醫院擬訂之治療精神疾病計畫，除需提經相關醫療人員、醫療科技人員、法律專家及社會工作人員會同審查外，並增列亦應經由教學醫院臨床倫理委員會許可，</p>

<p>第四十三條 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，應通知教學醫院停止該項治療方式。</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，教學醫院應即停止該項治療方式。</p>	<p>以保障病人之權益。</p> <p>一、條次變更。</p> <p>二、為使條文文義更加明確，酌作文字修正。另教學醫院經通知後如不立即停止，依修正條文第七十八條第一項規定處罰，併予說明。</p>
<p>第四十四條 精神醫療機構因病人病情急迫，經一位專科醫師認有必要，並依第四十五條規定取得同意後，得施行下列治療方式： 一、電痙攣治療。 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： 一、電痙攣治療。 二、其他經中央主管機關公告之治療方式。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、序文配合援引條次調整，酌修文字。</p>
<p>第四十五條 精神醫療機構施行第四十二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： 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，應以其可理解方式提供資訊，並應取得其監護人或輔助人同意。 二、病人為未滿七歲之未成年人，應經其法定代理人同意。 三、病人為滿七歲以上未滿十四歲之未成年人，應經其本人及其法定代理人同意。 四、病人為滿十四歲以上之未成年人，應經本人同意。但本人為無行為能力者，應經其法定代理人同意。</p> <p>病人未能依前項規定行</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： 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。 二、病人為未滿七歲之未成年人，應經其法定代理人同意。 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>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、現行條文列為第一項，修正如下： (一)配合條次調整，序文修正援引條次並酌作文字修正。 (二)為符合 CRPD 第十四條及第二十五條人身自由與安全之合理對待之精神及獲得合理可得最高標準健康照顧之期待，對於所有治療，病人有知情同意權利，過程應包含醫師以其可以理解之表達方式，提供充分資訊，使其有足夠理解能力與判斷能力，而自願性地作成意思決定，爰刪除現行第一款「於嚴重病人，得僅經其保護人同意」及第三款「但於嚴重病人，得僅經其法定代理人同意。」文字。 (三)為符合 CRPD 第十二條</p>

使同意權者，依醫療法、病人自主權利法及其他相關法律規定辦理。

監護人或輔助人依第一項第一款但書規定為同意時，應尊重受監護宣告或輔助宣告者之意願。

第一項第二款至第四款之法定代理人同意時，應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見。

在法律之前獲得平等肯認，國家必須為身心障礙者提供各種正式或非正式之支持方式，包括以身心障礙者可理解方式提供資訊及溝通。另外，為確保身心障礙者行使法律能力之相關措施，應尊重本人之意願及選擇。基此，為保障病人之權利其受監護宣告或輔助宣告者，須以其可理解方式提供資訊後，並應尊重受監護宣告或輔助宣告者之意願，爰為第一款但書規定，並增訂第三項。

(四)依據「兒童權利公約(CRC)」第十二條第一項規定：締約國應確保有形成其自己意見能力之兒童，有權就影響其本身之所有事物自由表示其意見，其所表示之意見應依其年齡及成熟度予以權衡；另參照刑法最低刑事責任年齡之標準為十四歲，爰修正第三款規定滿七歲至未滿十四歲未成年人之同意權行使，並增訂第四款，病人為滿十四歲以上之未成年人，應經本人同意。但本人為無行為能力者，應經其法定代理人同意。

三、部分病人可能有其他狀況無法行使同意權，則依醫療相關法律規定辦理，如醫療法第六十四條、病人自主權利法第五條第二項等，爰增訂二項規定。

		<p>四、為保障兒童及少年權益符合 CRC 規定，爰增訂第四項，規定施行第四十二條、第四十四條之腦部神經外科手術或其他嘗試性實驗、非屬一般醫療行為之治療，第一項第二款至第四款之法定代理人為同意時，應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見，以符合本條要求精神醫療機構應依病人之年齡及情況差異取得書面同意，限制醫院做過度醫療之目的。</p>
<p>第四章 協助就醫、通報及追蹤關懷</p>	<p>第四章 協助就醫、通報及追蹤保護</p>	<p>對於病人以主動關懷為目的，即定期關懷病人在社區中生活情形並給予支持、協助，保護其權益，使其融入社區中生活，並獲得平等之對待，爰修正章名。</p>
<p>第四十六條 病人或有第三條第一項第一款所定狀態之人之保護人或家屬，應協助其就醫。</p> <p><u>地方</u>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>經專科醫師診斷屬嚴重病人者，醫療機構應將其資料通報<u>地方</u>主管機關。</p> <p><u>前項</u>通報之方式、內容、<u>通報個案之資料建立、處置、追蹤關懷</u>及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</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>一、條次變更。</p> <p>二、第一項配合修正條文第三條修正，增列「第一項」之文字；第二項酌作文字修正。</p> <p>三、依修正條文第三條第一項第四款規定，嚴重病人係經專科醫師診斷，非以鑑定認定之，爰第三項刪除「或鑑定」之文字，並酌修文字。</p> <p>四、增訂第四項，嚴重病人通報應符合個人資料保護法規定，授權中央主管機關訂定嚴重病人通報方式、內容、資料建立、處置、追蹤關懷及其他應遵行事項辦法。</p>
<p>第四十七條 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，其有病人或有第三條第一項第</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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、第一項配合修正條文第三條增訂援引項次。另矯正機關、保安處分處所及其他以</p>

<p>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，<u>必要時得強制為之</u>。</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其就醫。</p>	<p>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>拘禁、感化為目的之機構或場所，其有病人或有第三條第一項第一款所定狀態之人，其可能欠缺病識感，爰第一項併增訂上述機關、機構或場所於必要時得使用強制方式提供醫療或協助就醫。</p> <p>三、第二項酌作文字修正。</p>
<p>第四十八條 前條機關、機構或場所，<u>於病人離開前曾有精神疾病就醫紀錄且經專科醫師診斷有持續治療需求者</u>，應轉介或轉銜其住（居）所在地地方主管機關予以提供社區治療及社區支持之服務。</p> <p><u>前項轉介或轉銜之方式、內容、個案之資料建立、處置、追蹤關懷及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<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>一、條次變更。</p> <p>二、現行條文列為第一項。為使病人回歸社區後能得到適當服務，爰定明修正條文第四十七條之機關、機構或場所，於病人離開前曾有精神疾病就醫紀錄且經專科醫師診斷有持續治療需求者，應轉介或轉銜地方主管機關，以銜接其社區資源提供社區治療與社區支持之整合性服務。</p> <p>三、增訂第二項，為使矯正機關等辦理其病人之轉介或轉銜符合個人資料保護法規定，授權中央主管機關訂定病人轉介或轉銜方式、內容、個案資料建立、處置、追蹤關懷及其他應遵行事項辦法。</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</u>，發現疑似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醫療、關懷或生活支持性協助</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</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><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>第一項醫療機構將病人</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、現行第一項分列為第一項及第二項，並修正如下： (一)配合修正條文第三條修正援引項次。 (二)增訂有關各職類人員之通知機制，希冀各領域人員於執行職務時，如發現疑似第三條第一項第一款所定狀態之人，得先行通知地方主管機關，以利及早發現介入提供協助。</p>

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。

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。

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，得檢查被護送人所攜帶之物，必要時得使用適當之約束設備並應留意其被約束後的人身安全。

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。

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。

(三) 為避免社會大眾將有傷害他人或自己或有傷害危險者，等同本法所稱病人，爰刪除現行第一項「病人」之文字。

(四) 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。

三、第二項修正如下：

(一) 本條立法意旨僅為警、消人員協助護送就醫，並非判定其是否為精神疾病病人，爰第二項修正為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精神病人，及經查明者及未查明者，各機關之處理機制與義務。又為因應相關機關、單位合作以共同保障精神疾病病人權益，中央主管機關於第二期強化社會安全網計畫中，將補助地方政府設立七十一處社區心理衛生中心，可擴充處理之量能，同時依據修正條文第五十條將建置二十四小時緊急精

神醫療處置機制（成立危機處理團隊 CIT），期以共同合作，迅速處理本條相關事項。而於資源佈建期間，地方政府應可衡酌現行之人力及設備妥善調合，並視人力是否到位情況派員到場或使用影音設備為就醫必要性之認定。

(二)另第二項規定對象為第一項「有傷害他人或自己之虞者」，第一項刪除之「有傷害他人者」，該類人員因涉犯刑事案件，其就醫事宜，警察、消防機關依刑事訴訟法或其他法規處理。至自傷案件則逕依緊急救護法處理，故無另定之必要。

四、現行第二項民眾通知機制規定刪除，因目前民眾如遇緊急危險或影響社會秩序之情形，均透過二十四小時緊急處理機制向警察或消防機關反映，並由上開機關受理案件並處理，爰予刪除。

五、依第二項護送就醫之人，經就近適當醫療機構處置後，診斷屬病人並評估其需要後，醫療機構應將其轉診至轄區之指定精神醫療機構繼續接受治療，爰修正第三項。

六、現行第四項通知家屬之規定，於警察或消防機關依第二項通知地方主管機關查明是否具病人身分時，即一併通知家屬，爰予刪除。

七、第五項移列為第四項，並酌修其授權事項，其中增列

		<p>安全維護經費補助，係為保障及維護指定精神醫療機構醫護人員之安全。</p> <p>八、增訂第五項，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，得檢查被護送人所攜帶之物，必要時得使用適當之約束設備並應留意其被約束後的人身安全。</p>
<p>第五十條 <u>地方主管機關應整合所屬衛生、警察、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。</u></p> <p><u>前項處置機制、人員、流程、委託及其他事項之辦法，由中央主管機關定之。</u></p>	<p>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。</p>	<p>一、現行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，為使本法護送就醫相關規定具連續性，爰修正移列為本條第一項。</p> <p>二、第一項定明地方主管機關應整合所屬衛生等機關建立二十四小時緊急處理機制。又本條之精神係在護送病人至機構就醫，至於是否緊急安置係由就醫機構指定醫師決定，非護送就醫者決定，爰刪除「緊急安置」之規定，另修正條文第四十九條已詳述護送就醫之醫療事務，含處置、通知及轉院，爰第一項後段修正為「處理前條所定事項」，以精簡條文用語。</p> <p>三、考量各地區皆設有二十四小時緊急處理機制，惟對於精神醫療緊急處置，尚欠缺合作網絡。前揭網絡之建立，需由地方政府整合轄下不同機關共同戮力，爰第一項修正由地方主管機關整合所屬衛生、警察、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。復考量各地方精神醫療需求與資源配置不同，地</p>

		<p>方主管機關應使二十四小時緊急精神醫療處置機制能夠更加因地制宜。另為明確緊急精神醫療處置機制及其應遵行之事項，授權由中央主管機關訂定辦法，爰增列第二項。</p> <p>四、第一項所定緊急醫療處置機制之各機關權責業務內容如下：</p> <p>(一)衛生機關：提供專業諮詢、協助聯繫醫療機構，必要時協助處理或共同處理護送就醫事項。</p> <p>(二)警察機關：依據警察職權行使法協助護送個案就醫及移除個案持有或攜帶之危險物品。</p> <p>(三)消防機關：依據緊急醫療救護法，由緊急醫療救護人員協助護送至醫院。</p>
<p>第五十一條 檢察機關辦理殺人或傷害案件，發現被告或犯罪嫌疑人疑似有第三條第一項第一款所定狀態，除依相關法規處理外，必要時，得協助其就醫。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、檢察機關辦理殺人或傷害案件發現被告或犯罪嫌疑人，有疑似修正條文第三條第一項第一款所定狀態時，若有生命、身體或其他非緊急就醫無法續行刑事偵查程序者，除依刑事訴訟法、保安處分執行法、羈押法等相關規定處理外，於必要時得協助其就醫治療。</p>
<p>第五十二條 為利提供緊急處置，以維護民眾生命及安全，<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<u>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>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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為配合數位資訊時代，電信事業可運用手機及網路定位訊息，協助提供他傷或自傷者位置，俾利衛生、警察機關等提供緊急處置，爰修正第一項，明訂得請求電信事業提供來電者之電信網路定位位置，另酌作文字修正</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、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>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>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>。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，故不納入身份證字號之提供。又有關電信事業配合提供之定位資料，為受調閱個案最後之定位位置。而有關機關向電信事業調閱相關資料時，應予支付費用，併予說明。</p> <p>三、第二項規定得洽請電信事業提供之資料修正為救護有傷人或自傷之虞者之使用者資料，並配合增訂第三項定明使用者資料之範圍。</p> <p>四、第三項酌作文字修正，並移列第四項。</p>
<p>第五十三條 精神照護機構於病人擅自離開該機構時，應即通知其家屬或保護人；病人行蹤不明時，應即通知地方主管機關及警察機關。</p> <p>警察機關發現前項擅自離開機構之病人時，應通知原機構帶回，必要時協助送回。</p>	<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>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、考量並非所有精神疾病皆有設置保護人，其於擅自離開精神照護機構時，應通知之對象應更為廣泛，爰第一項增列家屬為通知對象之一，至該項規定之通知對象排序，與通知之順序無關。又為加速警察機關尋找病人之效率，精神照護機構於病人行蹤不明時，應併通知地方主管機關，俾利相關資料查詢與協尋。</p> <p>三、警察機關發現擅自離開精神照護機構之自願住院病人時，其處理如下：</p> <p>(一)病人無修正條文第四十九條第二項之情況：病人經尋獲，警察機關應通知原機構，由原機構協調家屬協助將病人帶回家中或經病人同意送回機構。</p> <p>(二)病人有修正條文第四十</p>

		<p>九條第二項之情況：病人經尋獲，警察機關應依修正條文第四十九條第二項規定護送就醫之模式，通知地方主管機關，並視需要由警察機關或消防機關協助送回或共同送回。</p> <p>四、警察機關發現非自願住院之病人時，其處理應依精神疾病病人離開之機構種類或其住院原因，區分如下：</p> <p>(一)病人擅自離開精神護理機構或精神復健機構時：警察機關應通知原機構，由原機構協調家屬或保護人協助將病人帶回家中或經病人同意送回機構。</p> <p>(二)接受強制住院中之病人擅自離開指定精神醫療機構時：經尋獲後，警察機關應依修正條文第四十九條第二項規定處理。</p> <p>(三)受刑法監護處分、禁戒處分或其他相類處分之病人擅離精神醫療機構時：依刑事訴訟法、保安處分執行法及其他相關法律處理。</p>
<p>第五章 <u>強制社區治療及強制住院治療</u></p>	<p>第五章 精神醫療照護業務</p>	<p>為使精神疾病照護服務一體化及規範因應嚴重病人強制社區治療、強制住院相關事項，爰修正章名。</p>
<p>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。</p> <p>前項審查會成員，包括專科醫師、護理師、職能治</p>	<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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為符合憲法第八條「法官保留原則」之意旨，強制住院改由法院裁定，故審查會僅就強制社區治療事項進行審查，爰修正第一項。又理想之廣義社區治療（例如主</p>

<p>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><u>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。</u></p> <p>審查會之組成、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>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>動式社區治療），應不僅侷限於醫療措施，而必須加入社會照顧措施，包括社區精神醫療照護與社區支持之整合式服務，併予說明。</p> <p>三、為保障嚴重病人權益，強制住院改由法院裁定，為使法院審理程序順利轉軌銜接，考量現行審查會就強制住院、強制社區治療之申請文件確認、審查會議安排及相關行政機制已運作多年，爰增列第四項，由審查會協助指定精神醫療機構提出相關聲請，並協助法院審理之行政作業。</p> <p>四、第二項酌作文字修正；第三項未修正。</p> <p>五、第四項移列為第五項，並酌修文字。</p>
<p><u>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，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，共同協助其接受社區治療。</u></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</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、</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、嚴重病人有不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞等可能，常因無病識感未就醫或社區功能不彰未能確實發現，致使嚴重病人無法獲得服務，爰於第一項增訂保護人、社區心理衛生中心人員、專科醫師發現之機制，透過社區訪視之主動關懷及早介入、發現，以利提供嚴重病人治療及支持。如經專科醫師診斷有接受社區治療之必要者，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，共同協助其接受社區治療。</p> <p>三、第二項酌作文字修正。又強制社區治療是取代強制住院治療及預防性之概念，嚴重病人因病情不穩定，所產生之症狀有正性及負性症狀</p>

<p>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>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。</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>，負性症狀極可能導致生活功能退化或有退化之虞。倘能即早介入處置，免於病人陷於生活功能退化之困擾，助於有尊嚴於社區中健康生活，以符合 CRPD 強調協助身心障礙者（可能某些嚴重病人符合此條件）能與社區融合之意涵，併予說明。</p> <p>四、本條僅規定強制社區治療之要件、申請程序與治療期間，現行第三項前段但書及後段有關停止強制社區治療之規定，移列至修正條文第五十六條及第五十七條第一款規定；第四項移列至第六十七條第三項規範，爰刪除第三項前段但書與後段及第四項。</p> <p>五、第五項移列為第四項，內容未修正。</p>
<p>第五十六條 <u>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，向審查會申請延長強制社區治療。</u></p> <p><u>前項申請延長強制社區治療期間，不得逾一年。</u></p>	<p>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。</p>	<p>一、本條由現行第四十五條第三項前段但書移列修正，並分列二項規範。</p> <p>二、為使條文文義更加明確，第一項規定申請延長強制社區治療之程序。</p> <p>三、第二項明定延長強制社區治療之期間上限，不得逾一年，以落實病人權益保障。</p>
<p>第五十七條 <u>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，應即停止強</u></p>	<p>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</p>	<p>一、本條由現行第四十五條第三項後段移列修正。</p> <p>二、為使條文文義更加明確，將停止強制社區治療事由分</p>

<p>制社區治療，並通知地方主管機關：</p> <p><u>一、病情改善而無繼續強制社區治療必要。</u></p> <p><u>二、除有第七十四條規定情形外，強制社區治療期滿。</u></p> <p><u>三、法院認停止強制社區治療之聲請或抗告為有理由。</u></p>	<p>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。</p>	<p>列三款規範。</p> <p>三、依現行規定，強制社區治療期滿應即停止治療。惟考量嚴重病人可能於期限屆至前才向法院聲請停止治療，而法院審理程序需相當時間，期間可能強制社區治療期限屆滿，爰於第二款增訂排除第七十四條規定情形，以避免嚴重病人因法院審理程序中斷治療。</p> <p>四、配合修正條文第六十七條聲請裁定停止強制社區治療規定，並依民事訴訟法第四百九十條及第四百九十二條規定（家事事件法第九十七條準用非訟事件法第四十六條參照），經抗告人提起抗告，原法院或抗告法院認抗告有理由者，應撤銷、變更或廢棄原裁定；反之，若無理由者，應裁定駁回，爰增列第三款停止強制社區治療之聲請以及抗告人提起抗告，不論抗告主張為停止強制社區治療或繼續強制社區治療，法院認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><u>第五十八條</u> 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><u>四、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</u></p>	<p><u>第四十六條</u> 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</p>	<p>一、條次變更。</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。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</p>

處置措施。

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：

一、警察機關：維護現場秩序及人員人身安全。

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。

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。

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。

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。

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。

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。爰增列第一項納入心理諮商、復健等相關治療項目。又其第一款之藥物治療包含長效針劑使用，係因現行思覺失調症病人之臨床用藥方式，包含口服與注射藥物，但部分不規則就醫、甚至抗拒使用口服藥物之病人，往往因病情控制不佳而有極高機率之再復發及再住院等情形發生。為改善病人生活品質，常藉由施打長效針劑，減少病人口服藥物次數，不僅可達成長期穩定病情之目標，亦能降低再住院率，併予說明。

三、第二項修正如下：

(一)為符合 CRPD 第二十五條對於所有治療，病人有知情同意權利，爰刪除第二項強制社區治療「得以不告知嚴重病人之方式為之」之規定；此外，將本法施行細則第九條規定，洽請警察或消防機關協助事項提升至母法規範，並與第二項整併。

(二)第一款所定之「現場」，包含嚴重病人所在處所、指定精神醫療機構及二者間之運送路程間。

四、增訂第三項。考量實務上往往因嚴重病人未能配合機構、團體之指示，定期接受

		<p>強制社區治療，故定明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。又第三項所定之「必要時」，係指地方主管機關執行使嚴重病人返回指定精神醫療機構接受定期治療時，如有遭受強暴或脅迫，或有事實足認有受危害之虞情形，併予說明。</p> <p>五、指定精神醫療機構須評估嚴重病人接受住院治療之必要性，如經評估應接受住院治療，但嚴重病人拒絕接受者，則復依第六十條第二項至第四項規定之緊急安置、強制鑑定之程序確認其強制住院之必要性，爰增訂第四項規定。</p> <p>六、考量病人係因強制社區治療期間未依指示定期接受治療，且經評估有接受全日住院治療之必要者，而返回醫院接受治療。為確保病人得到最完善之治療，爰增訂第五項排除修正條文第六十一條第二項第一款及第二款停止緊急安置事由之適用，以利指定精神醫療機構於緊急安置期間為病人提供完整且全面之醫療照顧。</p> <p>七、現行第三項移列至修正條文第五十九條規範，爰予刪除。</p>
<p><u>第五十九條 辦理強制社區治療之機構或團體得視需要，偕同精神衛生相關機構或團體執行強制社區治療業務。</u></p>	<p>第四十六條第三項 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</p>	<p>一、現行第四十六條第三項移列，酌作文字修正並列為第二項。</p> <p>二、考量現行實務上辦理強制</p>

<p>前項辦理強制社區治療機構或團體之資格、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>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>社區治療之機構或團體可偕同精神衛生相關機構或團體執行強制社區治療業務，惟尚欠缺法源依據，爰增訂第一項。</p>
<p>第六十條 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，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，地方主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上地方主管機關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>前項強制鑑定，符合中央主管機關公告之緊急或特殊情形時，得以聲音及影像相互傳送之設備為之。</p> <p>第二項強制鑑定結果，仍有全日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，其拒絕接受或無法表達時，指定精神醫療機構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，向法院聲請裁定強制住院。</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>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>一、條次變更。</p> <p>二、本條規定啟動緊急安置與強制鑑定之要件、程序、期間及運作模式，爰酌予修正第一項及第二項文字。有關第二項規定，基於保障嚴重病人及他人之生命與身體健康安全，第二項授權指定精神醫療院得於法定期間內對嚴重病人採取緊急安置措施。另指定專科醫師強制鑑定之主要評估項目包括：嚴重病人之診斷、嚴重病人傷人或自傷之虞或行為（包括精神疾病與行為或危險之因果關係）、強制住院之比例原則考量（評估住院治療之適當性與必要性，並衡量強制住院對嚴重病人之治療利益是否大於傷害）。依據比例原則考量後，二位指定專科醫師皆認為嚴重病人有強制住院之必要時，指定精神醫療機構始可聲請法院裁定許可強制住院。此外，第二項所定之「強制鑑定」乃授權指定專科醫師為之，與法院或檢察署於刑事訴訟程序、民事訴訟程序或家事事件程序中囑託精神醫療機構或精神科醫師所為之狹義之司法精神鑑定不同，併予說明。</p> <p>三、因應科技發展，視訊會議及運作趨於平常。為因應及考量未來諸多不可預期之狀況，爰增訂第三項規定於符合中央主管機關公告之緊急</p>

或特殊情形，如傳染病大流行期間，得以聲音及影像相互傳送之設備，即採視訊方式實施鑑定。

四、第三項修正移列為第四項，修正如下：

(一)按司法院釋字第七〇八號及第七一〇號解釋意旨，拘束非刑事被告人身自由之決定，雖無須必由法院事前同意，但仍須受「法官保留原則」之拘束。如為長期限限制人身自由之處分，仍應由公正、獨立審判之法院為之。為呼應 CRPD 第十三條獲得司法保護之權利，以及前開司法院解釋意旨，將強制住院決定權責由審查會改為「法院」，並配合酌修文字。

(二)查 CRPD 第三條揭櫫之原則為：(a) 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；(b) 不歧視；(c) 充分有效參與及融合社會；(d) 尊重差異，接受身心障礙者是人之多元性之一部分與人類之一份子；(e) 機會均等；(f) 無障礙。目前各民間團體皆依此原則審視本法之強制住院及強制社區治療，並認為以身心障礙作為必要條件之強制住院制度，依據聯合國身心障礙者權利委員會之解釋，並不符合 CRPD 第十二條在法律前獲得

		<p>平等承認、第十四條之人身自由安全保障之規定，且認為審查會之審查僅為行政機關之審查，不合法官保留原則及人權保障，爰為趨近 CRPD 之理想，CRPD 第十三條獲得司法保護之權利，在嚴重病人並非必為身心障礙者之認知下，所有符合嚴重病人規定之民眾，在發生傷人自傷行為或有傷害之虞並拒絕接受必要之住院治療時，由地方主管機關指定精神醫療機構啟動緊急安置，結合強制住院法官保留制度，在剝奪人身自由之措施上，已朝向 CRPD 第十二條在法律前獲得平等承認、第十四條保障自由與人身安全之方向上邁進。</p> <p>五、第四項移列至修正條文第六十一條及第六十六條規範，爰予刪除。</p> <p>六、本條本次修正雖未能完全符合身心障礙者權利委員會廢除強制住院制度之呼籲，但已在兼顧生命權、健康權、就醫權、獲得司法保護之權利項目上，強化人權保障，併予說明。</p>
<p>第六十一條 前條第二項緊急安置期間為<u>十四日</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，應自緊急安置之次日起<u>七日</u>內完成。</p> <p>有下列情形之一者，指定精神醫療機構應即停止緊</p>	<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</p>	<p>一、本條由現行第四十二條第一項及第四十一條第四項後段合併修正。現行第四十二條第二項前段修正移列至修正條文第六十四條，後段修正移列至第六十五條；第三項前段修正移列至修正條文第六十七條第一項，後段修</p>

急安置，並通知地方主管機關：

一、經強制鑑定認無強制住院必要。

二、因嚴重病人同意接受全日住院治療或病情改善而無繼續緊急安置必要。

三、法院駁回強制住院之聲請。

四、經法院依提審法裁定釋放。

五、經法院認停止緊急安置之聲請或抗告為有理由。

有前項第二款或第四款規定情形，指定精神醫療機構已聲請法院裁定強制住院者，應即通知該管法院，並以該通知視為撤回強制住院之聲請。

緊急安置之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

安置。

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。

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。

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。

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利益之考量，準用第三項定，向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。

第三項聲請及前條第三

正移列至修正條文第七十二條；第四項配合強制住院改由法院裁定，緊急安置或強制住院期間得向法院聲請停止，已無規定必要；第五項修正移列至修正條文第六十七條第三項；第六項修正移列至修正條文第七十三條，爰均予刪除。另現行第四十一條第四項前段移列修正條文第六十六條，併予刪除。

二、現行第四十二條第一項修正如下：

(一)為使條文文義更加明確，現行第四十二條第一項前段關於緊急安置期間、應注意事項及應完成強制鑑定之期限部分，移列為修正條文第一項。

(二)配合強制住院修正為由法院審理，考量緊急安置期間，除二位精神專科醫師實施鑑定之作業時間外，尚需相關資料移送法院審理之作業時間，爰將緊急安置期間由「五日」修正為「十四日」。

(三)考量醫療院所實際運作情形，明定強制鑑定應於緊急安置之次日起七日內完成。

三、增訂第二項，分列五款詳加規定停止緊急安置之事由，以維嚴重病人權益。

四、增訂第三項，定明指定精神醫療機構於病人病情改善或經提審法院裁定使嚴重病人出院時，應通知法院，並視為撤回強制住院之聲請。

五、現行第四十一條第四項後

	<p>項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。</p> <p>第四十一條第四項 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>段酌修文字列為第四項。</p>
<p>第六十二條 嚴重病人經指定精神醫療機構向法院聲請裁定強制住院，於聲請期間轉為同意住院治療後要求出院者，指定精神醫療機構評估其仍有第六十條第一項規定情形，有繼續接受住院治療之必要，經其拒絕者，指定精神醫療機構應重新啟動強制住院程序，不再接受其轉為同意住院。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、病人有自主選擇是否住院之權利，故嚴重病人得於指定精神醫療機構聲請強制住院期間同意住院並要求出院，但為使病人獲得完善之治療，指定精神醫療機構仍應評估其是否得以出院及是否仍有繼續接受住院治療之必要。爰定明經評估仍須住院接受治療者，則指定精神醫療機構應復依強制住院程序進行，並不再接受嚴重病人變更為同意住院。</p>
<p>第六十三條 嚴重病人緊急安置期間，應由指定精神醫療機構通報依法設立之法律扶助機構依法律扶助法規定，提供必要之法律扶助。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、考量嚴重病人難與外界聯繫以尋求司法救濟，爰參考刑事訴訟法第三十一條規定精神，於緊急安置期間由指定精神機構協助通知財團法人法律扶助基金會，並由該基金會依法律扶助法規定，提供嚴重病人必要之法律扶助，對於嚴重病人之人權保障可臻完善。</p>
<p>第六十四條 法院每次裁定強制住院期間，不得逾六十日。</p> <p>經二位以上地方主管機關指定之專科醫師鑑定嚴重</p>	<p>第四十二條第二項前段 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</p>	<p>一、本條由現行第四十二條第二項前段關於強制住院及延長住院之期間規定移列修正，並分列三項規範。</p> <p>二、第一項規定強制住院期限</p>

<p>病人有延長強制住院期間之必要者，<u>指定精神醫療機構應於強制住院期間屆滿十四日前，向法院聲請裁定延長強制住院。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。</p>	<p>，為使條文文義更加明確，並配合強制住院改由法院審查，酌修文字。</p> <p>三、參照司法院釋字第七〇八號及第七一〇號解釋意旨，拘束人身自由強制住院期間之聲請延長，亦應有「法官保留原則」之適用，另聲請延長應於期間屆滿前適當時間提出為宜。爰於第二項規定，指定精神醫療機構應於強制住院期間屆滿十四日前，向法院聲請裁定延長強制住院。</p> <p>四、為保障嚴重病人權利，參考強制住院實務運作狀況將聲請裁定延長強制住院次數，修正為以一次為限，列為第三項。若病人於延長強制住院期限屆滿，指定專科醫師認為仍有繼續接受住院治療必要，應循修正條文第六十條所定程序，重新進行緊急安置、強制鑑定及向法院聲請強制住院裁定。</p>
<p>第六十五條 嚴重病人於強制住院期間有下列情形之一者，<u>辦理強制住院之指定精神醫療機構應即停止強制住院，並通知原裁定法院及地方主管機關：</u></p> <p><u>一、病情改善而無繼續強制住院必要。</u></p> <p><u>二、除有第七十四條規定情形外，強制住院期滿。</u></p> <p><u>三、法院認停止強制住院之聲請為有理由。</u></p> <p><u>四、經抗告法院撤銷強制住院裁定或認停止強制住院為有理由。</u></p>	<p>第四十二條第二項後段 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>一、本條由現行第四十二條第二項後段關於停止強制住院之規定移列修正，並將停止事由分款規定，俾更明確。</p> <p>二、配合強制住院改由法院審理，爰於序文規定，停止強制住院時，指定精神醫療機構應通知對象增列「原裁定法院」。</p> <p>三、現行規定嚴重病人病情改善而無繼續強制住院之必要及強制住院期滿，分列第一款及第二款應停止強制住院事由。其中第二款排除修正條文第七十四條規定之理由，同修正條文第五十七條之說明三。</p>

		<p>四、依民事訴訟法第四百九十一條及第四百九十二條規定（家事事件法第九十七條準用非訟事件法第四十六條參照），經抗告人提起抗告，原法院或抗告法院認抗告有理由者，應撤銷、變更或廢棄原裁定；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，不論抗告主張為停止強制住院或繼續強制住院，經抗告法院撤銷強制住院裁定或認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>第六十六條 <u>緊急安置、強制住院及延長強制住院之聲請</u>，由<u>地方主管機關委託指定精神醫療機構</u>辦理之。</p>	<p>第四十一條第四項 第二項之<u>緊急安置及前項之申請強制住院許可</u>，由直轄市、縣（市）<u>主管機關委託指定精神醫療機構</u>辦理之；<u>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</u>，由中央主管機關定之。</p>	<p>本條由現行第四十一條第四項前段移列，並酌作文字修正。</p>
<p>第六十七條 <u>緊急安置、強制住院或強制社區治療期間</u>，嚴重病人或其保護人得向法院聲請裁定停止<u>緊急安置、強制住院或強制社區治療</u>。 <u>前項事件之聲請及抗告由嚴重病人或保護人提出者，免徵裁判費並準用民事訴訟法第七十七條之二十三第四項規定。</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<u>強制住院及強制社區治療事項</u>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、</p>	<p>第四十二條第三項前段及第五項 經<u>緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人</u>，得向法院聲請裁定停止<u>緊急安置或強制住院</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<u>強制治療、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，準用第三項規定，向法院聲請裁定停止<u>緊急安置或強制住院</u>。</p>	<p>一、本條由現行第四十二條第三項前段、第五項及第四十五條第四項修正移列。 二、現行第四十二條第三項前段關於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規定部分，移列修正為第一項。另考量強制社區治療係對於一般行為自由之拘束，屬憲法第二十二條所保障，如為防止妨礙他人自由、維護社會秩序所必要，雖得以法律予以適當之限制，惟仍宜有法院適時檢視其必要性之機制，爰於第一項明定，亦得向法院聲請裁定停止之。</p>

<p>平等及利益保障之考量，向法院聲請裁定停止強制住院或強制社區治療。</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>三、增訂第二項。考量嚴重病人或保護人多為經濟弱勢，且實務上常有因無法繳納裁判費用致使案件經依程序駁回之情形，故參考家庭暴力防治法第十條規定，定明嚴重病人或保護人提出聲請及抗告免徵裁判費，並準用民事訴訟法第七十七條之二十三第四項，即不另徵收郵電送達費及法院人員外出執行職務所需差旅費之規定。</p> <p>四、現行第四十二條第五項及第四十五條第四項整併移列為第三項。保留病人權益促進相關公益團體監督機制，並明定其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或強制社區治療，以落實 CRPD 第十三條獲得司法保護之精神，強化嚴重病人之權益保障。又因緊急安置已增加通報法律扶助單位之規定，嚴重病人權益已可獲得適當保障，另為保障嚴重病人之隱私權，爰刪除病人權益促進相關公益團體得聲請停止緊急安置及進行個案查核之權限。</p>
<p>第六十八條 本法所定嚴重病人強制住院相關事件、停止緊急安置及停止強制社區治療事件之第一審，以法官一人為審判長，與參審員二人組成合議庭行之。</p> <p>前項事件應於審理結束後，即時評議並宣示之；評議時應遵守下列規定：</p> <p>一、參審員及法官應全程參與。</p> <p>二、評議時應依序由專科醫</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、按司法院釋字第七〇八號及第七一〇號解釋意旨，拘束非刑事被告人身自由之決定，雖無須必由法院事前同意，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。爰於第一項前段規定，對於嚴重病人依本法為強制住院、延長強制住院，均須經法</p>

<p>師、病人權益促進團體代表之參審員、法官陳述意見。</p> <p>三、評議以過半數之意見決定之。</p>		<p>院裁定後始得為之，並納入本法關於得向法院聲請裁定停止緊急安置、強制住院或強制社區治療之規定。</p> <p>三、法院審理案件向由法官獨任或合議審判，然本條所定事件涉及法律以外之專門領域，如其第一審由法官與專家組成特別法庭共同審理，可自不同角度審視，有助於落實採取「法官保留」之立法意旨，自應有法律依據，並應賦予專家正式職稱，爰於第一項後段規定合議庭之組織，並將參審專家稱為「參審員」，復明定法官為審判長明確其合議庭指揮之責。</p> <p>四、合議庭之決定，應由法官與參審員共同依據所形成之心證結果作成判斷，爰參考國民法官法第八十一條、懲戒法院組織法第二十一條規定，於第二項明定合議庭評議相關事項，以利依循。</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一人及病人代表組織或病人權益促進團體代表一人。</p> <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>一、本條新增。</p> <p>二、第一項及第二項規定參審員之積極資格與消極資格，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並酌修文字。</p> <p>三、為廣納多元觀點，透過醫療端與病權端之意見與法官共同審理，本法所定由法院處理之事件，係採「專家參審」模式。惟參審員並非職業法官，故不宜久任，爰於第三項明定參審員之產生方式及任期。</p> <p>四、第四項授權司法院會商行政院訂定參審員之資格、推薦程序與人數等事項之辦法</p>

<p>參審員之遴選作業、宣誓、倫理規範、費用支給及其他相關事項之辦法，由司法院定之。</p>		<p>。五、第五項授權司法院訂定參審員之遴選作業、宣誓、倫理規範、費用支給等事項之辦法。</p>
<p>第七十條 參審員應依據法律獨立行使職權，不受任何干涉。除法律另有規定外，其職權與法官同。</p> <p>參審員應依法公平誠實執行職務，不得為有害司法公正信譽之行為，並不得洩漏評議秘密及其他職務上知悉之秘密。</p> <p>參審員有法官法第四十二條第一項、第四十三條第一項各款情形之一，或有具體事證足認其執行職務有難期公正之虞者，司法院院長得經法官遴選委員會同意後解任之。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、第一項規定係就參審員之職權，包含全程參與審理程序以及於評議中與法官合議，就事實認定及是否適用強制住院等程序共同作成判斷。是以參審員於其所參與審理之個案，原則擁有等同於法官之職權，與法官無分軒輊，故參審員於其職務終了前自應比照法官，保障其依據法律獨立審理，不受任何干涉。</p> <p>三、參審員參與審理，為合議庭之一員，是其任職期間之行止，均與司法公正與否密切相關，故除應受獨立審判之保障外，亦應課予其依法公平誠實執行職務，不得為有害司法公正信譽行為之義務，爰為第二項規定。</p> <p>四、為確保參審員在任期內均能勝任且公正執行職務，以維護司法之信譽，爰於第三項規定參審員有法官法第四十二條第一項、第四十三條第一項各款情形之一，或有具體事證足認其執行職務有難期公正之虞者，司法院院長得經法官遴選委員會同意後將之解任。</p>
<p>第七十一條 嚴重病人無非訟代理人者，法院認有必要時，得為其選任律師為代理人。</p> <p>嚴重病人無前項代理人或法院於審理程序中認有必</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、為落實身心障礙者權利公約第十三條所揭示獲得司法保護之意旨，參考民事訴訟法第四十四條之四第一項、法律扶助法第五條第四項第</p>

<p>要者，得為其選任程序監理人；程序監理人之報酬，得由國庫支付。</p>		<p>五款及第十三條第二項第二款等規定，爰為第一項規定，以利嚴重病人於修正條文第六十七條、第六十八條所定事件之處理程序中，得到適當之法律協助。另參照法律扶助法第五條第四項第五款及第十三條第二項第二款規定，法院於審理程序中，認有必要而依職權為嚴重病人選任律師為代理人者，於申請法律扶助時，免審查嚴重病人之資力，併予敘明。</p> <p>三、嚴重病人如無非訟代理人或雖有非訟代理人但法院認有必要時，依家事事件法第十五條、第十六條、家事事件審理細則第二十一條等規定，法院得為其選任程序監理人，爰於第二項前段定明；另考量嚴重病人身心狀況及多屬經濟弱勢，強制住院及其延長事件之聲請人復為地方主管機關指定之精神醫療機構，程序監理人之報酬如依家事事件法第十六條第五項規定，由國庫墊付全部或一部，事後仍須請應負擔程序費用之人償還，不利實務運作，故於第二項後段明定，由國庫支付而非墊付，以維嚴重病人權益。</p>
<p><u>第七十二條 法院對於強制住院或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，得依聲請或依職權裁定強制社區治療。</u></p> <p>對於前項、第六十條第四項、第六十四條第二項、第六十七條第一項或第三項之法院裁定有不服者，得於</p>	<p>第四十二條第三項後段 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>一、本條由現行第四十二條第三項後段關於抗告及不得再抗告之規定移列修正，並列為第二項。</p> <p>二、為保障嚴重病人權益，提供法院審酌對其最有利之處遇，並促進程序經濟及避免病人因程序延宕而遭受不利益，爰增訂第一項規定，賦予法院認為嚴重病人未達應</p>

<p>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。</p> <p><u>前項法院裁定書，得由法官宣示主文、事實及理由要旨，由書記官記載於筆錄代之；如經提起抗告，法院應於十日內補正裁定書。</u></p>		<p>受強制住院之程度，而有強制社區治療之原因時，得依聲請或依職權裁定強制社區治療之機制。</p> <p>三、考量緊急安置及強制住院之時效涉及病人人身自由之限制，爰就法院於審理後之裁定書記載方式，增訂第三項規定得以宣示筆錄代替，以提升處理效益；另規定如經提出抗告時，即應於十日內補正裁定書，以利抗告法院審酌。</p>
<p><u>第七十三條 嚴重病人之所在處所與法院間有聲音及影像相互傳送之科技設備而得直接審理者，法院得以該設備為之。</u></p>	<p>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。</p>	<p>一、本條由現行第四十二條第六項移列修正。</p> <p>二、考量嚴重病人恐因病情，難以親自到庭陳述意見及因應與考量未來諸多不可預期之狀況，爰參考家事事件法第十二條定明嚴重病人與法院間有聲音及影像相互傳送之科技設備而得直接審理時，法院得依職權使用該設備直接審理。</p>
<p>第七十四條 聲請法院裁定及抗告期間，指定精神醫療機構對於嚴重病人得繼續為緊急安置、強制住院或強制社區治療。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、依本法對嚴重病人為緊急安置、強制住院或強制社區治療，係經由專業判斷或專家參審，認符合嚴重病人利益所為之決定。另參照修正條文第五十七條第一項第一款、第六十一條第二項第一款、第二款及第六十五條第一項第一款規定，於法院審理程序中，嚴重病人如因病情改善無繼續緊急安置、強制住院或強制社區治療之必要時，指定精神醫療機構得停止之。考量嚴重病人可能於期限屆至前才提出聲請，而法院審理程序需相當時間，為避免嚴重病人因法院審</p>

		理程序中斷治療，爰參考兒童及少年性剝削防制條例第十六條第四項及兒童及少年福利與權益保障法第五十九條第二項之立法例為本條規定。
<p>第七十五條 參審員參與審理之事件，除本法有特別規定外，適用家事事件法、法院組織法、少年及家事法院組織法及其他法律之規定。</p> <p>前項事件之聲請程序、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。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、為使審理程序明確完備，於第一項明定參審員參與審理之事件，除本法有特別規定者外，亦適用家事事件法、法院組織法、少年及家事法院組織法、家事事件法及其他法律之規定。</p> <p>三、參審員參與審理事件（修正條文第六十條第四項、第六十四條第二項、第六十七條第一項或第三項）之聲請程序、應備文件及其他應遵行之事項（含審查會依修正條文第五十四條之應協助事項），涉及指定精神醫療機構之作業，於第二項授權行政院會同司法院訂定之。</p>
<p>第七十六條 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，中央及地方主管機關得委託相關機構或團體辦理。</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，中央及直轄市、縣（市）主管機關得委託相關機構或團體辦理。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第五十九條第一項規定，於第一項明定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業務，增列「緊急安置及強制社區治療」。</p> <p>三、第二項酌作文字修正。</p>
<p>第七十七條 專科醫師有下列各款情形之一者，不得為<u>第五十五條第二項</u>及<u>第五十六條第一項</u>之診斷，亦不得為<u>第六十條第二項</u>及<u>第六十四條第二項</u>所定之鑑定：</p>	<p>第四十三條 專科醫師有下列各款情形之一者，不得為<u>第四十一條第二項</u>及前條<u>第一項</u>、<u>第二項</u>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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合援引之條文條次調整修正序文所定禁止鑑定之條次。</p> <p>三、強制鑑定及延長強制住院鑑定之目的，在於作為判斷</p>

立法院第 10 屆第 5 會期第 4 次會議議案關係文書

<p>一、本人為病人。 二、本人為病人之保護人或利害關係人。</p>	<p>利害關係人。</p>	<p>病人是否有應接受強制住院之要件；而強制社區治療亦需經專科醫師「診斷」，二者皆對於嚴重病人之人身自由產生重大限制，故鑑定人迴避規範，亦當適用於強制社區治療，爰修正序文，增訂禁止診斷範圍。</p>
<p>第六章 罰 則</p>	<p>第六章 罰 則</p>	<p>章名未修正</p>
<p>第七十八條 <u>教學醫院違反第四十二條或第四十三條規定，或精神醫療機構違反第四十四條或第四十五條規定者，由中央主管機關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。</u> <u>非教學醫院施行第四十二條之特殊治療方式者，由中央主管機關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。</u></p>	<p>第五十一條 <u>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。</u> <u>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。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、第一項及第二項配合援引之條文條次調整酌作文字修正，並定明裁罰之權責機關。</p>
<p>第七十九條 <u>廣播、電視事業違反第三十七條第一項或第二項規定者，由各目的事業主管機關處新臺幣六萬元以上六十萬元以下罰鍰，並令其限期改正；屆期未改正者，得按次處罰。</u> <u>前項以外之宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體業者違反第三十七條第一項或第二項規定者，由各目的事業主管機關處負責人新臺幣六萬元以上六十萬元以下罰鍰，並得沒入同條第一項或第二項規定之物品、令其限期移除內容、下架或其他必要之處置；屆期不履行者</u></p>	<p>第五十二條 <u>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。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、現行條文列為第一項，配合援引之條文條次調整酌修文字，並配合修正條文第三十七條規範媒體類型，定明處罰之媒體為廣播、電視事業。考量廣播電視法業已明定廣播、電視節目內容違反法律強制或禁止規定之效果，除得處以罰鍰外，尚可包含處以停播處分（該法第四十四條第一項第二款），情節重大者吊銷廣播或電視執照（該法第四十五條第一項第二款），故規定違反修正條文第三十七條第一項、第二項規定由各目的事業主管</p>

，得按次處罰至履行為止。

前二項以外之機關、機構、法人或團體違反第三十七條第二項規定而無正當理由者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並得沒入同項規定之物品，令其限期移除內容、下架或其他必要之處置；屆期不履行者，得按次處罰至履行為止。

宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體業者無負責人或負責人對行為人之行為不具監督關係者，第二項所定處罰對象為行為人。

第二項所定網際網路、出版品、宣傳品或其他媒體之目的事業主管機關，指行為人或負責人所屬公司、商業所在地之直轄市、縣（市）政府。

機關處新臺幣六萬元以上六十萬元以下罰鍰，並令其限期改正；屆期未改正者，得按次處罰。

三、增訂第二項。參考性侵害犯罪防治法第十三條及第十三條之一，定明針對宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體違反修正條文第三十七條第一項、第二項規定者，處負責人新臺幣六萬元以上六十萬元以下罰鍰，並得沒入修正條文第三十七條規定之物品、令其限期移除內容、下架或其他必要之處置。復參考身心障礙者權益保障法第七十四條及第八十六條，明定違反修正條文第三十七條第一項、第二項禁止傳播媒體歧視報導之規定者，由各目的事業主管機關裁罰。

四、配合修正條文第三十七條第二項規範之對象，除各媒體外，尚包含機關、機構、法人或團體，爰增訂第三項相應之罰責。

五、為明確宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體業者無負責人或負責人對行為人未具監督關係者之處罰對象，爰增訂第四項。

六、參考兒童及少年性剝削防制條例施行細則第三條、性侵害犯罪防治法施行細則第六條之一、家庭暴力防治法第六十一條之一規定，增列第五項，定明第二項所定網際網路，如網際網路平台提供者、網際網路應用服務提供者，與出版品、宣傳品或其他媒體之目的事業主管機

		<p>關，指行為人或負責人所屬公司、商業所在地之直轄市、縣（市）政府。</p>
<p>第八十條 違反第二十一條第三項規定者，處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰及公告其姓名，並令其限期改正。</p> <p>於前項限期改正期間，不得增加收容病人；違反者，另處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。</p> <p>經依第一項規定令其限期改正，屆期未改正者，必要時，並得為斷絕其營業所必須之自來水、電力或其他能源之處分，再處其負責人新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令其於一個月內對其收容之病人予以轉介安置；其無法辦理時，由地方主管機關協助之，負責人應予配合。不予配合者，強制實施之，並處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、考量未依相關精神照護機構標準設置，收治病人並提供服務之機構，精神疾病病人安全與服務品質堪慮，爰參考老人福利法第四十五條規定，於第一項及第二項定明未依法設立之精神照護機構，以任何名義，提供病人安置、治療及其他相關服務之處罰。</p> <p>三、第三項明定未依法設立之精神照護機構經依第一項規定令其限期改正，屆期未改正之處罰。又為能使行政罰有效達到制裁之目的，爰參酌行政執行法第二十八條規定，定明「必要時，並得為斷絕其營業所必須之自來水、電力或其他能源之處分」。</p>
<p>第八十一條 違反第二十八條各款規定情形之一者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得公告其姓名。</p> <p>病人之保護人、家屬或精神照護機構人員違反第二十八條各款規定情形之一者，除依前項規定處罰外，地方主管機關應令其接受社政主管機關辦理之四小時以上五十小時以下輔導教育，並收取必要之費用；其收費自治法規，由地方主管機關定之。</p> <p>拒不接受前項輔導教育</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。</p> <p>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>拒不接受前項輔導教育</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、第一項除配合條次調整修正援引條文外，參考兒童及少年福利與權益保障法第九十七條規定，為達更大之嚇阻效果，爰將罰鍰金額提高。</p> <p>三、第二項除配合條次調整修正援引條文外，參考兒童及少年福利與權益保障法第一百零二條規定，將輔導教育改為強制規範，並將時數調整為四小時以上五十小時以下。此外，考量涉及遺棄、未盡扶養義務或身心虐待，</p>

<p>或時數不足者，處新臺幣三千元以上<u>三萬元</u>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>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>違反修正條文第二十八條規定者，尚可能包含家屬及精神照護機構人員，第二項併增訂上開人員為處罰對象，俾利對其等提供再教育，避免不幸事件再度發生。</p> <p>四、第三項參考兒童及少年福利與權益保障法第一百零二條規定，為達更大之嚇阻效果，將罰鍰金額提高。</p>
<p>第八十二條 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，並令其限期改正；屆期未改正或情節重大者，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、<u>經指定辦理物質使用障礙症治療及生活重建業務之精神照護機構</u>，違反<u>第二十一條第二項所定辦法</u>中有關管理之規定。</p> <p>二、<u>精神復健機構</u>依<u>第二十二條第三項規定</u>接受評鑑，<u>經評鑑不合格</u>，或違反<u>同條第四項規定</u>，<u>規避、妨礙或拒絕評鑑</u>，或違反<u>同條第六項所定辦法</u>中有關限制條件之規定。</p> <p>三、<u>精神醫療機構</u>未依<u>第六十條第二項、第四項</u>或<u>第六十四條第二項</u>所定程序而執行<u>緊急安置或強制住院</u>，或<u>未依第六十五條規定</u>停止強制住院。</p> <p>四、<u>精神醫療機構</u>未依<u>第五十五條第二項、第五十六條第一項</u>所定診斷或程序，而執行<u>強制社區治療</u>，或<u>辦理強制社區治療之機構、團體</u>未依<u>第五十七條</u>規定停止強制社區治療。</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、<u>精神復健機構</u>違反依<u>第十六條第二項</u>所定辦法有關設置或管理之規定。</p> <p>二、<u>精神醫療機構</u>未經<u>第四十一條第二項、第三項</u>或<u>第四十二條</u>所定程序，而<u>緊急安置或強制病人住院</u>。</p> <p>三、<u>精神醫療機構</u>未經<u>第四十五條</u>所定診斷或申請程序，而<u>強制病人社區治療</u>。</p> <p>四、<u>精神照護機構</u>違反<u>第三十七條</u>之規定。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合條次調整修正各款援引條次、項次，並修正如下：</p> <p>(一)配合修正條文第二十一條第二項之增訂，於第一款定明其罰責。</p> <p>(二)配合修正條文第二十二條增訂第三項與第四項及現行第十六條第二項移列修正條文第二十二條第六項規範，將第一款移列第二款並定明違反各該規定之罰責。</p> <p>(三)第二款與第三款移列為第三款及第四款，分別增列精神醫療機構等機構、團體未依規定停止強制住院或強制社區治療之罰責。又為使條文文義明確，另考量遭受不當緊急安置、強制住院或強制社區治療之對象，可能不具有病人身分，刪除「病人」一詞，並酌作文字修正。</p> <p>(四)現行第四款修正移列為第五款，並酌作文字修正。</p>

<p>五、精神照護機構違反第三十一條規定。</p>		
<p>第八十三條 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： <u>一、精神醫療機構違反第三十二條第一項規定，於病人病情穩定或康復，仍予無故留置。</u> <u>二、違反第三十六條、第三十八條或第三十九條第一項保護病人權益規定。</u> <u>三、醫療機構違反第四十六條第三項規定，未將嚴重病人資料通報地方主管機關。</u> <u>四、精神照護機構違反第五十三條第一項規定，於全日住院病人擅自離開該機構時，未通知病人之家屬或保護人，或病人行蹤不明時，未通知地方主管機關及警察機關。</u></p>	<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>一、條次變更。 二、配合條次調整修正援引條次、項次並分列四款規定，俾符合處罰明確性原則。</p>
<p>第八十四條 違反第五十二條第四項規定，洩漏應保密之資料者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。</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>一、條次變更。 二、配合條次調整修正援引條次、項次，並修正相關文字。</p>
<p>第八十五條 違反第四十七條第一項或第二項規定，未提供醫療或未協助就醫者，處其代表人或負責人新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。</p>	<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>一、條次變更。 二、配合條次調整修正援引條次，並酌作文字修正。</p>
<p>第八十六條 精神照護機構違反本法有關規定，除依第七十八條、第八十二條或第八十三條規定處罰外，對其行為人，亦處以各該條之罰鍰。</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>一、條次變更。 二、配合條次調整修正援引條次。</p>
<p>第八十七條 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</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</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>

立法院第 10 屆第 5 會期第 4 次會議議案關係文書

<p>精神照護機構有併處行為人為同一人者，不另為處罰。</p>	<p>精神照護機構有併處行為人為同一人者，不另為處罰。</p>	
<p>第八十八條 本法所定之罰鍰、停業及廢止開業執照，除另有規定外，由地方主管機關處罰。</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： <u>一、第五十一條第一項之罰鍰，由中央主管機關處罰。</u> <u>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。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、配合修正條文第七十八條、第七十九條已另定明裁罰權責機關，刪除本條所列二款除外情形，並酌作文字修正。</p>
<p>第七章 附 則</p>	<p>第七章 附 則</p>	<p>章名未修正</p>
<p>第八十九條 本法中華民國○年○月○日修正之條文施行前，已依規定強制住院者，指定精神醫療機構認有繼續強制住院之必要，應於修正施行之日起二個月內，向法院聲請繼續強制住院。 <u>前項聲請法院認有理由者，強制住院之六十日期間，應與本法中華民國○年○月○日修正之條文施行前已強制住院之期間合併計算。</u></p>	<p>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。</p>	<p>一、條次變更。 二、現行條文列為第一項。配合強制住院改由法院裁定，定明本次修正條文施行前，已依規定強制住院者，有繼續住院必要，指定精神醫療機構應於修正施行之日起二個月內，向法院聲請繼續強制住院。 三、增訂第二項，明定就嚴重病人應繼續強制住院法院認有理由者，其強制住院之日數計算方式。</p>
<p>第九十條 為辦理本法業務所需之必要資料，主管機關得洽請相關機關、學校、機構、法人、團體或個人提供之；受請求者有配合提供資料之義務。 主管機關依前項規定取得之資料，應盡善良管理人之注意義務，確實辦理資訊安全稽核作業；其保有、處理及利用，並應遵行個人資料保護法之規定。</p>		<p>一、本條新增。 二、為保障精神疾病病人之權益，必要時，應基於個人資料保護法之個人資料目的外使用規定，蒐集相關資料作為調查或分析之依據，惟考量實務執行上，主管機關向相關機關、學校、機構、法人、團體或個人索取資料時，常遭拒絕，因而無法即時回應精神疾病病人之需求，進而影響其權益，爰參考社會救助法第四十四條之三、兒童及少年福利與權益保障法第七十條及老人福利法第</p>

立法院第 10 屆第 5 會期第 4 次會議議案關係文書

		<p>十二條之一規定，為第一項規定。</p> <p>三、為符合個人資料保護法之規定，辦理本法業務所取得之資料，應依個人資料保護法規定進行處理與利用，爰為第二項規定。</p>
<p><u>第九十一條</u> 本法施行細則，由中央主管機關擬訂，報請行政院會商司法院核定。</p>	<p>第六十二條 本法施行細則，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、因應本法本次修正將強制住院改由法院裁定，且相關條文涉及司法院權責，為期執行本法之細節性、技術性規定周妥完善，爰定明本法施行細則由中央主管機關擬訂，報請行政院會商司法院核定。</p>
<p><u>第九十二條</u> 本法施行日期，由行政院會同司法院定之。</p>	<p>第六十三條 本法自公布後一年施行。</p>	<p>因應本法本次修正，所涉執行事項須跨部會溝通協調層面甚廣，需時間整備，另部分條文規定涉及司法院權責，爰授權本法施行日期，由行政院會同司法院定之。</p>

立法院第 10 屆第 5 會期第 4 次會議議案關係文書