

衛生福利部人權工作小組第16次會議紀錄

時間：113年12月17日（星期二）上午10時

地點：本部201會議室

主席：陳執行秘書信誠（代理）

出（列）席人員：詳如簽到表

紀錄：陳怡君

一、主席致詞（略）

二、報告事項

第15次會議決定（議）辦理情形及管考建議表（擇定「人體生物資料庫管理條例」修正草案、「傳染病防治法」部分條文修正草案及「口腔衛生人員法」草案，為人權影響評估試辦法案之討論）

決定：解除列管。

三、討論事項

（一）討論事項一

案由：

政府對於受虐兒童如有需要使用安置處置時，如何協助能讓每一位有需求的受虐兒童立即獲得適當的安置照顧資源，尤其是需要緊急安置的各種受虐兒童。

決議：

請社家署及相關單位就以下議題於下次會議提出具體說明：

1、協調各縣市政府儘量設置安置資源，至少北、中、南部各設

置一處安置處所。

- 2、家屬探視權應有妥善規劃，包括交通費補助等。
- 3、研議可否建置線上整合系統並及時搜尋安置資源。
- 4、檢討由社工協調安置機構之妥當性。
- 5、管理系統之媒合功能及研議安置機構之運作更彈性。

(二)討論事項二

案由：

有關兒少自殺率及部分兒少在心理健康服務方面可近性上的落差議題，提請討論。

決議：

請心健司於下次會議提供教育部對於15歲以下族群心理健康支持方案之執行情形；有關委員建議重視嬰幼兒心理健康議題部分，請參考。

(三)討論事項三

案由：

兒童及少年福利與權益保障法釋義與適用疑義。

決議：

請社家署就范委員所提意見，納入修法參考，或在施行細則及相關子法規規範。

四、臨時動議：

案由：

失能重症兒童在全國目前的居家醫療與長期照顧等資源不足，嚴重影響失能重症兒童的健康權與發展權等人權，亟需盤點整理與改善。

決議：

請相關單位於114年4月30日前將議題回應交給社家署彙整，提報下次會議討論。

五、散會。(中午12時15分)

委員及單位(機關)代表發言摘要：

一、主席致詞（略）

二、報告事項

第15次會議決定(議)辦理情形及管考建議表

行政院人權及轉型正義處：

感謝貴部擇定相關法案進行人權影響評估試辦，並配合參與本處後續辦理的研討工作坊及示範案例分享討論會，相關機制經由行政院人權保障推動小組第48次委員會議確認後，將另行函頒正式推動日期。為了讓大家更熟悉該機制，預定明(114)年上半年實施相關教育訓練，再請貴部屆時配合派員參訓。

主席陳執行秘書信誠：

解除列管。

三、討論事項

(一)討論事項一

案由：

政府對於受虐兒童如有需要使用安置處置時，如何協助能讓每一位有需求的受虐兒童立即獲得適當的安置照顧資源，尤其需要緊急安置的各種受虐兒童。

呂委員立：

1、我認為至少北、中、南、東部要布建資源，常聽到花東地區

的兒科醫師跟我回饋，孩子們在醫院輪流住院，偶爾住一下寄養之家，常常被趕來趕去。我感覺孩子的創傷是愈來愈嚴重，好不容易有個地方可以稍微穩定一些，但是工作人員就覺得這個是困難照顧的孩子。想請問，目前的兒童少年安置及追蹤個案管理系統，是否有登記機制可以排安置床位？是否針對孩子的需求進行分類？包括年齡、自閉症、過動兒、情緒行為問題、需用呼吸器等，我期待是至少北、中、南、東部都要有相關資源，讓孩子可以盡量在附近不遠的地方安置。所以剛剛提到北區，如果能後續再談一談，例如中小型醫院或醫療量能沒有太大壓力時，說不定可以提供相關資源，可以再努力看看。兒少安置及追蹤個案管理系統，聽起來應該是有記錄納入安置的情況，我不知道系統中有沒有包含照顧需求、媒合、分類及地點等。此外，如果安置在遠地時，要如何進行這個孩子的後續個案管理、家庭的支持重建、後續會面等？例如，你們會付飛機票，讓臺北家屬去澎湖看他被安置的小孩嗎？多久看一次？誰可以去？因為現在我們的資源不夠，所以這些人才要跑那麼遠去看自己被安置的小孩，家屬萬一是弱勢家庭又付不起錢，那他就被迫不能看孩子，這其實是人權議題。我認為，如果無法在各區域提供很充裕的資源，那至少交通費、個案管理等，要互相協調，是否也需要一個當地的社工師來處理狀況及困難？還是安置機構的社工師自己處理？還是原來遠地的主責社工師？這些都要去思

考。這個議題跟醫療很像，當無法在該地設醫學中心時，就要思考要如何提供交通等相關資源，讓他可以就近使用，而非因為缺乏資源就變成次等公民。

社家署回應：

- 1、剛剛提到南區跟中區有資源，其實各地都可以來申請，因此如果委員在東部有可以引薦的資源，我們也很希望可以透過縣市政府來跟醫院說明；希望區域資源以就近為原則，因此不會放棄東部。
- 2、其次，個案安置費(生活費)部分，地方有設定自己標準，倘跨轄區，會透過簽約方式進行媒合資源，所以我們目前在前端需求部分，系統還沒有這樣的功能。在媒合的部分，目前針對身障兒少及司法安置，會請機構預填可收容的性別及數量，至於如何將機構更專業化、功能化，還需要一段時間進行評估，目前較可以做到的是團體家庭，因為單位比較小，可以類型化，有關委員的建議，我們會納入後續的資源布建及盤點進行考量。
- 3、至於個案，111年迄今都很強調轄內資源的布建，同時也考量特殊需求者若在轄內無法獲得資源的滿足，應該以最適安置為原則，此時就會出現跨轄議題，目前機構社工大多是跟家訪中心或社福中心溝通，個案處理及會面跟主責社工做協力，至於跟家長工作的部分較為細節，建議請保護司作補充說明。

保護司回應：

安置小孩可以分成兩種狀況，一種是較難照顧、需要醫療者，由於不是每個縣市都有充足的資源，可以朝資源共享、分區域設置方向推動，因而產生跨轄情形；至於一般孩子的安置，希望朝就近、在地原則，促使地方政府在轄內布建資源，即便負責個案服務及機構資源管理是分屬不同的科室或單位，仍舊隸屬同一縣市政府，各單位必須互相協調合作，因此我們必須要督促地方政府建立內部跨單位協調聯繫平台，個案服務提供單位要確實反映需求，資源管理單位必須回應需求，盡量避免跨轄安置，萬一真的不得已要跨轄，我們目前也有推動一些兒少的服務方案，包括充權的服務方案，目的就是讓社工員有資源，針對案家不同的狀況得以彈性運用，而不會受限於硬性的預算科目限制。例如，我是主責社工，萬一孩子不得已必須跨轄安置，我還是必須做好家庭處遇工作，提升家庭功能，孩子才有機會返家，如果父母為了探視孩子、但經濟狀況不允許，我可以運用方案經費的彈性資源提供父母親交通費等。

吳委員淑慈：

安置資源的不足，不因少子化而減少，中央協助縣市政府布建安置機構，目前整個趨勢就是在地化、社區化、小型化，建置比較容易，但較困難的是專業人力，我建議社家署是否可能建置線上整合照顧網站，讓各個機構，無論是身障、兒少，或是托嬰托兒等專業人員，可以直接上網查詢資源，長照也要整合

進去；目前是線上學習，未來再開實體課程進行技術實作（操作），如果不建置恐怕會緩不濟急，畢竟人員訓練都有固定梯次。那另外一個小建議是，我們都用社工員去協調安置，但這不是社工的專業，機構如何安置事實上是照顧的議題，社工如何發揮其專業是要再思考的。此外，每個機構在設立之際，就會定位是收哪一類型的，我建議在安置容量不足的狀況下，部分公立兒少機構是否能率先對內部工作人員進行照護技能的提升，提供好的示範。

呂委員立：

有幾個面向建議考慮。第1，管理系統是否有媒合機制？第2，跨轄要看中央和地方如何互動，如果是地方自行簽約，是13個縣市互相簽約？或是其他進行方式？當孩子有需求時，我們應考慮如何提供比較好的、全國性可以共通關心的方案，不受跨轄不同制度影響。第3，我建議安置機構要再彈性些，誠如剛才所述，護理之家、醫院或任何有量能的地方，是否可局部做照顧及緊急安置？讓緊急安置的量能稍微提升，當然後續還要有短中長期安置資源。目前這些需求都是存在的，可考慮如何利用與整合現有資源，除了社政機構，是否有和其他機構連結等，讓運作更具彈性、應用跟發揮。希望本案繼續列管。

主席陳執行秘書信誠：

請社家署及相關單位就以下議題於下次會議提出具體說明：

1、協調各縣市政府儘量設置安置資源，至少北、中、南部各設

置一處安置處所。

2、家屬探視權應有妥善規劃，包括交通費補助等。

3、研議可否建置線上整合系統並及時搜尋安置資源。

4、檢討由社工協調安置機構之妥當性。

5、管理系統之媒合功能及研議安置機構之運作更彈性。

(二)討論事項二

案由：

有關兒少自殺率及部分兒少在心理健康服務方面可近性上的落差議題，提請討論。

彭委員淑華(以電子郵件提問)：

謝謝心健司的回應意見，也瞭解貴司在青少年自殺及心理健康方面的投入與努力。有二點意見想再釐清：

1、對於不同區域、或偏鄉兒少，享有心理健康資源的狀況？心理健康資源的可近性有不同？如何減少資源落差？

2、攸關兒少心理健康議題，如何納入兒少觀點，包括兒少的表意權等權利，並作為政策或實務運作之參據？

心健司回應：

書面回應資料如附件。

呂委員立：

這一塊的量能還蠻缺乏的，如果小時候就介入處理當然比較好，目前兒童精神科及兒童心理師非常有限，我知道現在有些醫院

要著手推動兒童精神科病房，不過我認為這是針對是嚴重的區塊，我們還需要思考很多不同的面向，包括如何促進平時之心理健康，對於高風險孩子及處境困難、有自殺意念的孩子，必須要及早介入；我很期待心衛、社工或相關資源可以再多介入些；最近有個好消息是，學校對於學生如果需要心理方面的資源，已經不需家長簽字同意，這是很大的進步，但我認為如何真正提供資源給需要的兒少，甚至對於還未到憂鬱症或自殺程度前的兒少，是否有相關措施？不同分級都需要相關的心理健康及照顧服務。另外我也聽說兒少暴力行為大量增加，無論自傷(自殺)或傷害別人，都說明隨著現代社會的變化，增加了很多需要被關心的議題。

主席陳執行秘書信誠：

有關報告檢附之「103至112年自殺死亡趨勢未滿18歲(0-17歲)」統計表，下次會議，是否可以看到今(113)年的數據？

心健司回應：

本部每年6月公佈國人死因時，會就上開部分一併公布，因此今(113)年需至114年6月後才會有數據。

主席陳執行秘書信誠：

自殺死亡統計數字，一直都是往上跑，不會往下，想了解相關精進作為，是否有在今年展現？有沒有達到原來預期的目的？

心健司回應：

自殺防治業務有賴各部會共同推動，或許具體成效也不是能立

竿見影，其實在 CRC 的會議，很多專家學者都有提到社會結構面的問題，我們也期待各部會能共同努力。

吳委員淑慈：

心理衛生是全民要重視的議題，我曾提案建議是否將心理輔導納入健保給付，例如民眾1年可以有幾次利用醫療體系去使用，現階段則是用補助的方式讓它慢慢的落實；另外，我不確定整個資源是否有漏掉的情況，像民間單位生命線1995是國際性的組織，它就是在做自殺防治，可是我好像沒有看到這項資源的數據，我曾經發現心理衛生中心跟生命線似乎有互推的情況，只要是自殺個案全部推給生命線，生命線就覺得你才是專業，我是民間機構比較沒資源，我建議要考慮如何把民間資源納入協助資源的一部分並給予補助。

健保署回應：

健保法明定疾病治療才有健保給付，諮商目前非屬給付範疇。

主席陳執行秘書信誠：

未滿15歲者，是否納入「年輕族群心理健康支持方案」？

心健司回應：

兒少大部分是在校園面向處理，學生輔導法已在今(113)年11月29日三讀通過修法，在高中(職)及國中(小)配置的心理師、社工師等專業輔導人力比已經拉高；其次，總統對於向下心理健康支持非常重視，這部分由教育部主政，原定12月12日由行政院針對此議題，邀集教育部及本部開會討論，因故延期，據我

們所知，教育部已擬定書面報告，將在這塊做強化；另外，本部一直都有跟生命線合作，例如1925是跟台北市生命線合作，回應報告中提及的「文字協談」部分，是跟全國生命線總會合作，由於生命線是民間單位，因此本部不會要求它們定期把相關的執行數據併入，我們使用的資料都是來自1925。此外，心衛中心並未有推案給生命線的情況，其實生命線長久以來就在做自殺防治，至於公部門推動心理健康支援時，也會布建心理衛生中心，依自殺防治法相關規範，只要個案經通報，各縣市心衛中心的自殺關訪員都會進行關懷訪視，所以公部門跟生命線其實是合作關係。

呂委員立：

- 1、首先，在未滿15歲的部分，之前遇到孩子在學校輔導系統遭遇挫折及困難時，就要看各家庭自己能找到的資源，資源管道知道就會自己去找民間資源協助，資源弱的家庭，就只能算了。我期待年輕族群心理健康支持方案能向下開放年齡層，小時候的心理健康問題如果沒有及時處理，到了青春期就很棘手，當然也可以在學校系統處理，但當在校遇到困難，是否有其他機制？教育部或貴部對於未滿15歲孩子是否有方案？現在自殺年齡愈來愈低，建議能提供多元管道，讓年齡小的孩子也可以使用資源。
- 2、其次，經診斷有問題的兒童，請精神科經評估後再請臨床心理師做相關輔導，通常醫院只能照會1次，後續有問題就只

能再找精神科醫師，結果就斷掉，所以像我們台大兒童醫院還要找基金會贊助經費，才能請心理師來照顧住院中有心理需求的兒童。這個問題區分幾個層面，一個是兒童有憂鬱症狀但未達診斷時，要如何處理？但就算是診斷，後續的照顧也受到很多的次數限制，但這些小孩不可能接受幾次會談就恢復，需要長期支持，所以我們醫院也只好持續尋求外界資源挹注。因此，希望健保署能再評估是否能提供更多心理資源支持的給付，至少疾病方面不能說跟健保無關。

3、第3點，現在國外都開始在講 infant mental health，即嬰兒心理健康；我們現在推廣對於小孩不要使用暴力，要正向教養，但推廣尚不足，因此我一直認為兒虐及死亡數字不會下降，自殺防治的擴展和推動需要時間，心理健康也是，不會因為有建立自殺防治，當年數字就馬上會掉，但這是重要且需要長期投資的。我仍期待看到未滿15歲孩子的心理健康支持方案，最好可以跟上國外進展的嬰兒心理健康，可以開始關注跟談到 infant mental health 的議題，這些都需要被看見，從小紮根，跟受到重視，從小提供國人心理健康培養與支持。

心健司回應：

心理支持向下延伸是總統非常關心的政見，行政院召開過相關會議，國教署也找過本部開過會。本部在會議中提及委託研究中發現，國中小學生自殺通報原因有一定比例是精神方面的疾

病，在會議中亦有討論是否適合直接將心理諮詢向下延伸至小學，也請國教署再邀集相關專業領域學者討論。另外，自殺防治綱領規範教育部應在校園場域強化心理健康，包括制定選擇性及指標性策略之具體措施；另在學輔法已有明訂三級輔導機制及強化措施。113年12月14日修正通過之精神衛生法，針對各級教育主管機關在推動校園心理健康促進、精神疾病防治、自殺防治及建議友善的支持環境，都課予更細節的責任。總統也有要求教育部對於學校要向下推動 SEL 社會情緒教育，對於兒少增加情緒管理及覺察都會有相當幫助。

心健司回應：

接受個別心理諮詢，基本上個案要有一定的認知及語言能力，針對兒童，實務上會配合其他的輔助媒介來執行(如非語言治療、遊戲治療等)。

呂委員立：

嬰幼兒心理健康這個議題是國際的最新發展，國內已經有一些專家。我不確定政府目前是否有量能可以讓心理健康支持擴及到幼兒，幼兒要靠遊戲治療等其他輔助模式，而非只是提供語言諮詢對談。嬰幼兒及兒童的心理健康議題，是很重要的部分，希望政府可以看見，並規劃如何逐步發展與推動，畢竟心理健康不應該只有透過談話，才能被照顧，包括教養、認知等議題，是否有哪個單位可以共同協力關注與推動。

主席陳執行秘書信誠：

請心健司於下次會議提供教育部對於15歲以下族群心理健康支持方案之执行情形；有關委員建議重視嬰幼兒心理健康議題部分，請參考。

(三)討論事項三

案由：

兒童及少年福利與權益保障法釋義與適用疑義。

吳委員淑慈：

在執行面向上，本法是否可在施行細則進行更明確的說明？

社家署回應：

各類人員之相關法令修正部分，目前以違反兒少法第49條為最大共通點。其次，目前兒少福利機構已經跟全國不適任教育人員通報查詢系統做法條界接，在法規態樣相同的情況下，可在該系統查詢，如有違反相關教育法規情事，就無法進入兒少福利機構服務。近期在寄養團家等相關照顧人力部分，雖然本署是準用兒少福利機構的規定，但教育單位也同意讓我們作系統的借接，以達到事前預防之效果；對內部分，本署也跟保護司界接確認是否行為人有違反兒少法第49條。由於每個工作場域仍有其特定性，如果其規範是共通的，我們都可以處理，至於像是居托人員在家工作，如果違反家暴法規，我們認定列入消極資格，但是否適用於教育人員，必須要請教育單位評估。

保護司回應：

- 1、誠如范委員所述，兒少法對於兒少的保護規範，大致可分成3個層次，第1個層次，是任何人都不得對於兒少有積極侵害的行為，兒少法除第49條外，另訂有不得提供有害兒少身心健康物品給兒少等相關規範；第2個層次，是規範特定場所的場所主人，例如兒少法第47條明定兒少不得出入經主管機關認定足以危害其身心健康之場所，該場所主人除了不得對兒少有積極侵害行為，還必須負擔場所主人的責任，不能讓兒少進去他所營業的場所；第3個層次是責任最重的，即父母、監護人及實際照顧兒少之人，「實際照顧兒少之人」一詞雖然出現在很多條文，但目前僅兒少法施行細則第23條之2裡面，有特別解釋該法第102條第1項所稱實際照顧兒童及少年之人，指「實際照顧兒童及少年之親屬或家屬」，其他條文則類推適用之，實務上也是如此操作。
- 2、其次，委員關心可能對兒少性侵或不當對待的行為人到處流竄，該如何處理？性侵害犯罪防治法規範警察機關應建立行為人資料，並得供特定人查閱，包括常跟兒少接觸的相關機構單位可申請查閱；另外，各該目的事業主管機關對於兒少福利機構從業人員或教育相關人員都有明訂消極資格限制，例如不能有刑事犯罪紀錄、不能違反兒少法規等。教育部本身有介接刑事資料庫，行政部分也跟我們的資料庫介接，就可以進行個案審議，確認該行為人是否終身不得任職或停權

1到4年等。此外，去(112)年修法後，幼教法或教保服務人員條例所規範的相關人員違規，不再依兒少法第97條規定裁處，而是回歸教育主管法規處罰。

范委員秀羽：

希望有機會的話，可以做全盤性的統整，因為還是有漏接的對象，誠如剛剛講的，例如夏令營或冬令營，行為人還是有機會可以實際接觸到兒少，又父母要小孩在被接送前先待在某個場所，例如速食店之類的，在該場所，一般人的保護義務或注意義務為何？看到小孩被霸凌或自傷（殺），是否要進行干預？這些都可以全盤規劃討論。未來有機會可以徹底檢討或搭配更多相關個案，把漏洞補足，應該會更周延。

主席陳執行秘書信誠：

請社家署就范委員所提意見，納入修法參考，或在施行細則及相關子法規規範。

四、臨時動議：

案由：

失能重症兒童在全國目前的居家醫療與長期照顧等資源不足，嚴重影響失能重症兒童的健康權與發展權等人權，亟需盤點整理與改善。

呂委員立：

因為失能重症兒童無定義，因此目前無法蒐集實際數據資料。

現有資料都是有特定定義的，例如重大傷病，但重大傷病不一定都是失能重症兒童，我建議針對失能重症兒童(亦可換個名稱)給予定義，他們可能需要日常生活照顧以外的特殊需求，至於是否要擴展到身心理障礙都有相關數據進行追蹤，這些目前都沒有資訊。

吳委員淑慈：

提供實務建議，無論兒童於出生或意外成為重症，社政體系要接到這個孩子，重要的是醫院要落實出院準備計畫。我的實務經驗是非常沒有落實，故這部分執行落實，之後銜接社政系統，問題就不會太大。

主席陳執行秘書信誠：

請醫事司再了解醫院是否有吳委員所提狀況。失能重症兒童目前沒有定義，因此無法從健保系統撈出相關資料，請健保署研擬。

呂委員立：

定義的重要性在於瞭解這些孩子與家庭有多少，才能進一步了解他們需要什麼資源協助，這也會影響後續應該有多少資源進入協助照顧。吳委員提到的出院準備小組，關於兒童的後續照護資源未必每家醫院都知道，相關資源有賴整合，目前幫助很有限。日本已有通過重症兒童照顧的相關法律，由個案管理者(相談師)協助重症兒童的父母針對各地資源進行資源盤點與連結。這個專人服務可以整合社區資源與需求。提供資源訊息的

部分，有點類似我國的1922等專線，但各地區都有專人負責。我期望有個系統是可以像日本一樣，協助家庭連結各種資源，資源缺乏的部分，則逐漸改善補足。除了失能重症兒童之外，成人重症也有長照的問題，這是我們整個社會到底要如何照顧這些身心障礙弱勢者的議題，長期照顧專員如果能幫忙連結與推動可能是可行的方式，但是各地區資源盤點與提供需要各地方政府安排，中央督導區域合作。我想兒童人數比較少一點，可以先從這裡開始聯繫與發展，將來一路延伸到重症老人。這個議題太大，我建議下次會議繼續討論。

主席陳執行秘書信誠：

請相關單位於114年4月30日前將議題回應交給社家署彙整，提報下次會議討論。