

衛生福利部人權工作小組第18次會議紀錄

時間：114年12月26日(星期五)上午9時30分

地點：本部209會議室

主席：莊副召集人祥(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

(一)報告事項一

項次一

事項：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。

決定：(法規會建議)

繼續列管，於下次會議進行最新進度說明，並於今年年底進行專案報告。

項次二

事項：審查本部人權教材「衛生福利部人權故事集」共38則。

決定：

解除列管。

(二)報告事項二

心理健康韌性計畫專案報告(報告單位：心健司)

決定：

- 1、本案洽悉。
- 2、請各司署參考委員意見辦理。

(三)報告事項三

長期照顧2.0喘息服務使用情形統計分析報告(報告單位：長照司)

決定：

- 1、本案洽悉。
- 2、請長照司評估擴大社區式及機構式喘息服務之對象。
- 3、請長照司及醫事司著重失能重症兒童的照護整合資源。

(四)報告事項四

本部對人權委員提案「法案、人權及性別影響評估檢視表」修正建議之回應(報告單位：法規會)

決定：

- 1、本案洽悉。
- 2、各司署提交人權影響評估表予人權諮詢員時，應準備詳細資料及說明。

三、討論事項

(一)討論事項一

案由：智慧科技於醫療照護及人權保障之落實(張委員兆恬提案)

決議：

請長照司參採委員建議，落實長照使用者之受告知同意權及個人資料保護機制。

(二)討論事項二

案由：精神病房之訪視(inspection)機制(黃委員嵩立提案)

決議：

- 1、請心健司評估並研議病人調查抽樣及建立外部查核小組機制之必要性及可行性。
- 2、請健保署評估健保資料庫是否可查詢精神病人受約束之情況。

四、臨時動議：無

五、散會。(上午11時34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

報告事項一

第17次會議決定(議)辦理情形及管考建議表

項次一事項：

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。

主席莊副召集人人祥：

社家署部分解除列管，長照司部分待進行專案報告(報告事項三：長期照顧2.0喘息服務使用情形統計分析報告)後再決定。

項次二事項：

審查本部人權教材「衛生福利部人權故事集」共38則。

主席莊副召集人人祥：

解除列管。

報告事項二

心理健康韌性計畫專案報告(報告單位：心健司)

黃委員嵩立：

1、心理健康韌性計畫很多時候都是在做 secondary

prevention 至於 primary prevention，例如青少年自殺有很大部分源於 ACE(童年逆境)，連結到半數的藥物成癮及自殺傾向，因此，執行 primary prevention 時，是否有相關計畫，使校方或小兒科醫師得以檢測孩子是否遭受童年逆境並評估得分。

- 2、除了家庭是童年逆境來源，孩子在校園受霸凌、排擠歧視也很容易造成心理負擔，但教育部常未能積極處理校園中較失能的孩子、同儕霸凌或霸凌學生的師長等，因此我想了解教育部在本計畫中扮演的角色。

主席莊副召集人人祥：

小兒科醫師辨識孩子童年逆境部分，本部有專案計畫委託人權委員呂立(台大醫師)成立專責中心，協助強化兒科基層人員進行辨識兒虐跡象。請保護司說明。

保護司回應：

該計畫是指設立兒保醫療中心；由於兒虐包括身體傷害及精神受虐，因此我們在各地成立兒保醫療中心，由團隊協助進行兒虐傷勢辨識及進行相關教育，並進一步向社區推廣親職賦能功能。

主席莊副召集人人祥：

學校的部分，心健司於12月24日跟國教署召開會議，請說明開會結果。

心健司回應：

- 1、 本部於12月24日與教育部召開會議，主要是討論學校體系處理一般學生或特教學生的心理健康需求，如何加強二部會之間的連結；日後會定期召開會議，優化轉介流程。
- 2、 會議中也有討論學校資源，很多臨床心理專業人員提及，目前在學校的三級輔導機制中，無論是輔導老師或輔導諮商中心的心理衛生專業人員，對於兒童早期精神癥狀的敏感度並不高，面對學習適應困難或難以管教的學生，通常不知該如何處理，甚至未察覺學生有精神醫療協助的必要。
- 3、 該次會議達成共識：第一，加強學校各級人員，包括輔導老師或輔助人員判斷學生情緒障礙或早期精神疾病癥狀的專業識能。第二，建立學校及衛生醫療體系的綠色通道；本部規劃很多對於兒童青少年的心理健康方案，但學校體系並不是很清楚，例如有開設特別門診，經由學校直接轉介，不須進行一般掛號程序，即可加速服務輸送，減少就醫障礙。第三，對於有學習障礙甚至患有精神疾病已無法接受一般學校教育的學生，為兼顧其就醫權及受教權，本部將推動相關方案與教育部合作，希望學生在接受醫療服

務的同時，也能連結教育部所提供的教育資源，將持續跟教育部討論。

- 4、 至於遭受童年逆境或藥物成癮的兒童，目前是根據兒權法或家暴法進行通報，透過通報機制，亦可進行後續服務資源的連結。

黃委員嵩立：

感謝貴部回應，我只想提醒，如果轉介到醫療機構，希望不要太採取醫療模式來看待這孩子。如果大家熟悉童年逆境相關文獻，應該會知道，童年逆境分數在4分以上，他在學校有行為問題或學習困難的機率，risk ratio 是32倍；現在有蠻多兒童神經學研究，認為預防童年逆境造成對兒童的神經傷害，最好的方式可能不是醫療，而是給予充足睡眠，足夠的營養及運動，及足夠的可信任人際關係等。因此，我很期待心理健康韌性計畫所提供的服務不是醫療型服務，而是著重對於家庭功能的重建型服務，我知道這個有難度，但仍希望朝向社會模式努力，而非醫療模式。

張委員兆恬：

- 1、 第1個問題是，報告中似乎較為強調推動15至30歲的心理健康支持方案，後續將擴大至45歲，未來會納入中高齡者的心理健康嗎？該年齡層的心理康也同樣重要，可能蔓

延至家庭或職場。

- 2、 其次是關於多元成癮治療量能的部分，報告資料似乎著重於酒癮治療，但國際對於網路成癮問題也非常重視，最近澳洲已禁止16歲以下青少年使用社群媒體。我認為國人對於什麼是網路成癮、網路成癮是否是心理健康問題的意識或資訊都很有限，未來是否也會規劃納入該計畫？

心健司回應：

- 1、 全民心理健康韌性計畫是一個跨部會、也跨本部相關司署的全方位計畫，關於中高齡者的心理健康，也納在該計畫範圍內，另外，如何發掘有心理危機或對於具有高風險個案進行心理健康資源的轉介，也已納入該計畫。
- 2、 關於多元成癮的部分，請參見簡報第7頁，目前的工作項目已把網路成癮介入模式的發展及相關服務量能的提升納入全民健康心理計畫，本部也將結合教育部資源，共同強化兒童青少年網路安全素養。

梁委員志鳴：

- 1、 首先，簡報第7頁標題為「強化科技與數位心理健康基礎建設」，提及要進行相關研究及計畫成效評估，想了解研究議題包括哪些？因為我們看到數位心理健康，可能想到的會是社群媒體或網路使用對心理健康的影響，但「重要

工作」欄提到的是「累積心理健康數據」、「強化資料加
值應用」，似乎偏向是預期效益，提供政策實證的基礎，
因此想了解相關研究重點。

- 2、 另外，簡報第6頁主題為「發展連續性精神照護網絡」，
提及精神衛生法，該法有規範強制住院及強制社區治療等，
有關強制社區治療的使用現況及困境為何？

心健司回應：

- 1、 關於強化科技與數位心理健康基礎建設策略的研究調查範
圍，首先是關於心理健康調查跟精神疾病或成癮相關的流
行病學調查，這對於政策擬定及資源配置是非常重要的基
礎研究；其次，本部推動非常多心理健康措施或精神醫療
服務方案，服務方案成效評估也是政策重點，對於所累積
的心理健康數據進一步分析，才能進行資料加值運用，包
括做為政策轉譯，或政府部門資源的重新配置；再者，發
展新興的介入方案，畢竟心理健康介入模式必須要與時俱
進，過去心理健康服務多半採取面對面提供，隨著科技進
步，未來將會運用科技技術來推動心理健康服務。
- 2、 關於連續性精神醫療照護網絡策略，主要強調前端的心理
健康，進行早期發覺跟介入；進入醫療體系給予良好治療；
出院後的連續性服務也同樣重要，將會提供社區持續精神
醫療照護。

- 3、 在強制住院及強制社區治療部分，精神衛生法於111年底修正公布，修正重點是將精神病人送強制住院的程序，由審查會審查許可制修正成法官保留機制，意即限制人身自由應由法院裁定；至於該法第5章(強制社區治療及強制住院治療)須由行政院會同司法院另定施行日期，預計於115年8月施行。
- 4、 強制社區治療相較於強制住院，對人身自由限制較小，主要適用對象為不遵守醫囑導致病情不穩或生活功能有退化之虞的精神病人；但如果病人有自傷、傷人之虞或行為，則可申請強制住院。目前強制社區治療每年的申請案約50件，許可率約95%，透過召開審查會議，經由第三方審查機制進行許可，審查會議成員包括精神科醫師、護理人員、心理師、職能治療師、病權代表及法律專家等共7人。

主席莊副召集人人祥：

- 1、 本案洽悉。
- 2、 請各司署參考委員意見辦理。

報告事項三

長期照顧2.0喘息服務使用情形統計分析報告(報告單位：長照司)

張委員兆恬：

簡報第6頁統計各年齡層使用各類喘息服務人數。喘息有居家、社區式及機構式共3種類型，數據顯示低年齡層多數使用居家，甚少使用社區式及機構式；其實居家喘息有一些限制，例如照服員不能執行侵入性身體照護等，如果從照顧者的角度來看，似乎住宿式機構喘息服務對照顧者最有幫助，但依統計數據，大家還是希望在家，不放心送去機構或社區，請說明原因及社區式喘息的服務內容。

長照司回應：

- 1、社區式喘息是使用日照中心，至於失能重症兒童的主要需求在醫療照顧；日照中心的主要服務對象是成人，尤其是65歲以上的失能老人，在這裡較能遇到同儕，另外，中心較無可以滿足兒童照顧需求的設施設備，所以家長也不會帶小孩來這裡。
- 2、在機構式喘息服務部分，本部與呂立醫師團隊合作前，曾想找護理之家類的住宿式機構提供協助，但由於護理之家仍以服務成年人居多，兒童佔床率並不高，機構會考量經營成本，因此當時並沒有找到適當的機構進行小孩喘息服務。

呂委員立：

- 1、失能重症兒童的資源相當缺乏，目前居家喘息服務稍微可利用，但也遇到很多困難；至於社區式喘息服務的的問題是，較大的孩子想用日照中心，被以限65歲以上者可使用為由拒絕，我認為目前社區式喘息服務對於年齡限制過於嚴苛，希望將來擴展服務對象。
- 2、機構式喘息服務的確是大挑戰。之前遇過幾個小孩被送去機構，因為人員不知如何照顧，因此小孩一直生病，家屬只好趕快帶回家，我想是機構的專業人力遇到困難。目前日本等國家有採取小規模多機能的設置模式，臺灣在臺北市立聯合醫院陽明院區也有試辦推動綜合型服務，有些個案是在社區式喘息待比較久，有些是在住宿，也就是喘息有長有短，可以鼓勵這類機構慢慢發展，整合出院急性照護或居家醫療、慢性醫療等。期待長照司及醫事司共同推動這一塊，對於幼童或身心障礙的兒童，才會比較達到喘息效果，否則長照悲歌很多是出現在小孩身上，很多家長都說很想把小孩掐死，照顧非常辛苦。因此非常期待長照3.0可以著重小孩及家庭的需求。再次感謝長照司的協助及幫忙。

主席莊副召集人人祥：

- 1、本案洽悉。

- 2、請長照司評估擴大社區式及機構式喘息服務之對象。
- 3、請長照司及醫事司著重失能重症失能兒童的照護整合資源。

報告事項四

本部對人權委員提案「法案、人權及性別影響評估檢視表」修正建議之回應(報告單位：法規會)

行政院人權及轉型正義處(以下稱人權處)回應：

- 1、人權處在過去兩年持續研議如何在既有機制加入人權影響評估，並具體強化效益。首先簡單說明檢視表的架構背景，民國93年起，由國發會發起強化法規政策影響評估，請各機關提出法案時，在法制作業的脈絡下進行影響評估；民國98年在法規政策影響評估中，加入性別影響評估，當時還沒有表格；民國102年整合法案影響評估及性別影響評估為1份檢視表，表單包括問題界定、政策目標、公眾諮詢、成本效益分析等評估，不久後納入對人權的影響，但當時表格採開放性欄位，請各機關分別從憲法基本人權的角度及兩公約評估法案對人權的影響，較無引導作用。
- 2、由於我國陸續就聯合國9大核心公約推動國內法化，目前已有6部具國內法效力，為落實國際審查及回應外界期待，首部國家人權行動計畫要求應該系統性建立法案及中長程個案計畫的完整人權影響評估機制，進行跨公約整合，非

侷限於兩公約，確保檢視表確實可以引導各機關落實有效評估，因此，自112年起，行政院法規會、性平處、國發會及人權處與行政院相關人權任務編組，包括行政院人權保障推動小組、行政院兒權小組、行政院身權小組等，以及邀集委員與民間團體代表等，共同研修如何將跨公約人權檢視納入當時的法案及性別影響評估檢視表，並進行兩輪試辦。113年擴大試辦，在半年間邀請了15個機關，就28個法案及6個計畫進行試辦，並召開工作坊研討及跨機關經驗分享，以確保檢視表確實對各部會具有引導作用，使各部會得以及早將各相關公約的概念融入法案或計畫各研擬階段，評估法案內容涉及哪些公約權利及處境不利群體等。

- 3、有關張委員提問，如何使評估更具效益部分，現行檢視表第5大項「徵詢、協商及蒐集資料程序」是重要環節，機關必須蒐集相應的實證資料、盤點利害關係人，特別是處境不利群體的參與及意見徵詢是一大重點。此外，現行檢視表參考性別影響評估，加入「人權諮詢員」角色，目前很多部會都有人權工作小組，小組委員來自不同專業領域，我們希望可以透過委員意見提供，協助機關在草擬法案階段，進行較完整的資料盤點及完善意見徵詢機制。另本次修正檢視表並新增「拾壹、事後監測機制」，假如在法案草擬階段，就得預見後續的確會有侵害人權的疑慮，可以

透過提報至部會人權工作小組報告，或是再強化調查或統計機制並配合資訊公開，以完善落實法案及計畫推動的人權保障。

- 4、 整個評估過程是藉由表格進行引導，由於表格不可能設計的過於複雜，因此人權處另製作操作手冊，將各公約規範及相關權利、一般性意見等，採取類似法規彙編的方式提供各機關參考；再透過舉辦多場教育訓練及製播數位課程，協助機關評估法案及計畫推動效益。
- 5、 人權處目前也持續藉由參與各部會人權工作小組，蒐集各界意見。跟大家分享環境部在現行推動人權影響評估機制之前，就已自行盤點各業務單位主管法規所涉相關環境人權規範及對應群體；此外，進行完整人權影響評估的前提，須對各公約保障的概念有完整知能，手邊也要有更多分組分析資料得依循脈絡進行更細緻的分析，因此需要搭配人權指標、人權統計或人權教育，以落實完善規劃。
- 6、 至於梁委員關心如何引導機關同仁落實成本效益分析部分，由於檢視表提報到行政院進行法案審查，必會審查成本效益分析，該制度已行之有年，因此貴部在進行法案成本效益分析應該是非常有經驗，不至於發生委員所擔憂將流於形式的情況；此外，檢視表有「拾貳、法制單位復核」欄，也可以請貴部法規會說明如何進行復核，以確保人權及性別影響評估或成本效益分析不會流於形式。

7、做影響評估及填檢視表其實是不同的層次的問題，檢視表比較像是把結果寫進裡面。性別影響評估已經有一套完整的評估機制且行之有年，因此當時是獨立一個欄位給人權影響評估，但誠如委員所述，人權及性別影響會有交織性，因此如果在評估時發現，該議題同時涉及二者，可以將完整的評估內容全部寫在「玖、性別影響評估」欄，並勾選檢視表「柒、人權影響評估」欄之「_____（編號）等權利項目涉及性別議題部分，已依備註第3點將人權影響評估內容填寫於『玖、性別影響評估』」項目。

法規會回應：

目前本部針對人權及性別影響評估的做法，都是遵循行政院相關指示辦理，對於尚未執行到位的部分，會再請教人權處後再與業務單位溝通。

張委員兆恬：

1、近半年陸續收到衛福部及其他部會的案件，我有幾個感想，首先，諮詢委員並不像承辦人熟悉案件，除了法規之外，需要做影響評估的還包括性別及人權，例如心健司報告的心理健康韌性計畫，似乎也需要進行影響評估，但這計畫涵蓋的範圍非常廣，要如何把一個複雜的政策方案，在一個人權的表格呈現，是很大的挑戰；又例如涉及方案的利

害關係人或有什麼相關的實證資料，諮詢委員其實真的不知道，完全需要靠承辦人提供完整資訊；我有時候會覺得承辦人身上似乎背負著時間壓力，因此提供的內容非常簡單，但檢視相應資料後，會發現所涉及的面向非常複雜，會有這樣子的一個落差。

- 2、其次，衛福部可能比較熟悉 IRB，關於個案研究是否風險，我們常常看到很多 PI 寫沒有風險，同樣的道理，用在這個影響評估表，常會看到承辦人寫沒有人權影響，或是沒有何負面影響，只有正面影響；要請承辦人再思考，是否有任何一個政策完全只有利而沒有弊？當然站在政策推動者的角度，肯定是知曉利大於弊才會推動，但如果評估檢視結果都是沒有弊，只有利，是否能真正呈現法規影響評估的 cost and benefit，政府應思考是否做完整的思考或調查。

梁委員志鳴：

聽完人權處的說明，我大致了解，各部會在評估成本效益部分，原本就有自己的經驗及作法，最後呈現在表格中；我關心的是，成本效益分析是否能制度化，即便最後沒有呈現在表格，但分析過程中需有哪些步驟或循序漸進的做法。不同國家執行成本效益分析的方式不太一樣，例如美國的方式非常量化，會把各政策具體轉化成量化指標；有些國家比較嚴格，連法案都要很

詳細計算最後的成本效益，例如衛生相關法案可以救多少人等。我並不是指一定都要很嚴格，而是建議可以制度化，有明確的流程及作法，以利各部會參考及指引。

黃委員嵩立：

伴隨檢視表而來的是計畫書，其實計畫書寫了不少內容，所以常常計畫書一大本，表格是少數的幾頁。我覺得執行人權影響評估最重要的法源依據是行政程序法第9條規定，即行政機關就該管行政程序，應於當事人有利及不利之情形，一律注意，因此無論是法案或中長程計畫，都是未來式，我們想像他會有利，但容易忽視不利的部分，需要填表的人去思考，但這件事其實是需要練習，我不認為有了表格，就會填寫的很完美；因為常常會評估不到位，而人權諮詢員的角色就是要協助填表者思考本來沒想到的面向。

陳執行秘書信誠：

建議請各司署提交人權影響評估表給人權諮詢員時，應提供詳細資料及說明，諮詢員才有辦法提供更好的建議。

黃委員嵩立：

向人權處請教程序問題。假設我作為法案諮詢員，認為機關就當事人的利害關係人的資料收集不夠完整，不知是否有約束力？

在時間壓力下，承辦單位是否必須撇下長官的壓力，進行當事人的相關會談。

人權處回應：

之前試辦時就發現，機關在盤點利害關係人及涉及的權利項目時，資料非常多，但不清楚哪些資料具有人權意涵，有時候會寫無資料，但經人權處詢問是否有做相關分析，可能會獲得肯定回覆，因此其實是沒有在業務統計及人權規範間建立連結、不知如何運用資料，所以有可能需要透過較了解公約規範的委員以提供諮詢的角度與機關溝通，使機關了解已蒐集某些權利相關資料，後續即可設定績效指標及進行成本效益分析。

主席莊副召集人人祥：

- 1、 本案洽悉。
- 2、 各司署提交人權影響評估表予人權諮詢員時，應準備詳細資料及說明。

討論事項

(一)討論事項一

案由：

智慧科技於醫療照護及人權保障之落實(張委員兆恬提案)

張委員兆恬：

- 1、由於「長期照顧服務申請及給付辦法」進行修正，將智慧輔具納入，所以進行提案，聽完長照司及食藥署的報告，發現其實打擊層面很廣，智慧輔具及智慧醫材會因使用場域不同，導致告知同意層次及資料使用層次有所差異；幾天前，人工智慧基本法也通過，宣告七大人工智慧原則，裡面有特別提到保障病人自主及資料隱私，及公平與不歧視原則等，未來如何把這些原則融入智慧醫材或智慧照顧輔具的使用及審查，我想會是一個重要議題。
- 2、首先想了解，「輔具」是否都是指食藥署報告中所稱的「智慧醫材」？輔具的範圍可能更廣，那醫材在安全性等面向會審查相關流程及指引，輔具是否採用同一標準？
- 3、長照司報告中提及機構個人資料實施辦法，想了解告知同意部分，如何保護弱勢使用者的受告知同意權？目前長期照顧服務法第43條有規範錄影錄音，但該條並未明定受告知同意的對象，除了使用者本人，是否也有可能是使用者家屬？可能會產生的疑問就是到底是要請求誰的同意，尤其當被照顧者認知能力較弱，但還是處於有認知能力及同意能力時，是否取得本人同意，還是可由家屬代替同意，這是涉及自主權利的問題。

食藥署回應：

醫療器材管理法第3條明定醫療器材定義。部分輔具(例如：機械式助行器)屬於第1等級的醫療器材，應回歸安全性及有效性進行管理。

長照司回應：

- 1、輔具一定要符合安全規格，要有食藥署的醫材許可證字號或符合經濟部訂定的國家標準性能規格，本部才會提供輔具補助。
- 2、長期照顧服務法第43條規定，當個案進入給付評估時，若符合長照需要等級2級以上，就會讓個案簽署知情同意書；如果個案因失智等因素無法行使同意權，會取得法定代理人或主要照顧者等最近親屬的書面同意。

張委員兆恬：

是指先區分失能等級，如果失能等級到達一定程度，就未必會取得失能者的同意嗎？

長照司回應：

不是。是指只要長照需要等級2級以上，就適用給付辦法，原則都是要取得本人同意，但有些個案的失能等級沒那麼嚴重，但失智較嚴重，就會取得主要照顧者同意，以杜爭議。

張委員兆恬：

提出一個建議，由於身心障礙者權利公約非常強調障礙者的自主權，即便是表達能力或認知能力較低者，應該還是有決定或自主的能力，政府應該多給予支持，使個案得以表達意見。我認為現行長期照顧服務法第43條在實際執行層面未必是本人同意，而是代理同意。長照司報告的大多是書面簽約情況，但有很多的器材使用其實並不會走書面同意途徑，要如何確保使用者真的知道個資被蒐集並在其同意下授權使用，應該要評估相關保護使用者資料的機制。

長照司回應：

其實實務操作層面幾乎都是取得個案同意，失智比較例外，當然如果他可以自己決定，我們還是希望由他簽名，需要親屬或主要照顧者簽名是逼不得已的情形，畢竟還是會遇到無法為意思表示的個案，尤其是長照需要等級(CMS)7到8級。至於像社區日照或是住宿式機構的部分，日照中心會跟個案簽訂以範本為基礎的契約，內容包括個資使用規範，以保障個資不受侵害。

黃委員嵩立：

關於長期照顧服務法第42條規定，訂定長照契約提供服務時，如果有使用智慧型儀器，對於個案資料得蒐集儲存及傳送，是否明訂於契約？我建議可透過契約規範進行管控。

陳執行秘書信誠：

個資法明定私人機構要收集個資，應訂相關辦法去處理，本部也有訂相關辦法供各機構去參考，私人機構蒐集個資也要遵循法規，明訂於契約。

主席莊副召集人人祥：

請長照司參採委員建議，落實長照使用者之受告知同意權及個資保護機制。

(二)討論事項二

案由：

精神病床之訪視(inspection)機制(黃委員嵩立提案)

黃委員嵩立：

- 1、第一個問題是盛行率。我們該如何確保目前的機制已經夠好，或需要再增加其他機制，就要看執行成效，成效來自於數據，也就是目前住院病人到底有多少人曾經遭受過所謂的不當對待，即殘忍不人道或有辱人格的待遇。我之前在警政署討論禁止酷刑公約，貴部心健司代表強調，精神機構或精神醫院是治療場所，不可能出現殘忍不人道或有辱人格的待遇，另外，據我所知，貴部面對國家人權委員進行蒐集國家預防機制預防酷刑時，也是拒絕交名冊，因

為貴部的主張一向都是在治療場所不可能發生殘忍不人道或有辱人格的待遇。我擔心的是，政府手裡沒資料，就認為沒問題，進行查核都主張有監督機制，但當我跟任何的病權團體聊住院經過，卻聽到很多辛酸的經驗；如果用創傷知情的照顧概念去看待這些精神病人，他們從小到大受到各式各樣的創傷，到醫院就是希望可以得到好好的治療，但很多人在醫院的經驗卻是很創傷的。因此我想了解，衛福部對這個情況的掌握如何，到底是3%還是30%，還是有些醫院是3%，有些醫院是30%。

- 2、其次是定義問題。目前相關規定是從非常高標準的 best practice 到非常糟糕，也就是從零到達虐待程度，中間的範圍非常寬廣，很難以二分法認定一個人是否遭遇殘忍不人道或有辱人格的待遇。我期待的是，住院病人的住院經驗有清楚描述，並據以歸類，例如有多少人遭遇哪些情況、關押超過幾小時、醫院是否做任何記錄、被關押過程中是否有人陪同等。我有聽過把人關了好幾天也不讓他上廁所，或是把人綁在床上，尿布包在衣服外面，以避免尿床時弄髒床；連監獄受刑人都有每天1個小時放風時間的權利，那麼把人關在保護室那麼久，甚至拒絕讓他上廁所，是否屬於殘忍不人道或有辱人格的待遇？我並不是指每間醫院都有這樣的情況，我是問到底這樣子的情況有多少？貴部作為主管機關的了解程度如何？每次評鑑或考核時，是否

跟住院病人好好的聊聊住院經驗？我們無法問病人是否遭受到不當對待，而是要請他描述，他主觀上認定的住院經驗是否療癒？還是覺得很辛苦？當我們手中有非常豐富的資料，才有辦法判斷目前保護病人權利的機制是否足夠或需要加強，這是我的提案立意，但心健司的報告並沒有回應我的擔憂。

- 3、此外，我要說明外部監督的重要性，國家人權委員會成立NPM(依據禁止酷刑公約的任擇議定書所成立的國家防範機制)，一向把精神機構及精神醫院列為考核重點，這不是臺灣特有的問題，而是因為這些機構具隔離性質，因此就是高風險場所，外部視察機制就很重要，例如荷蘭在2023年重組NPM，2024年執行第1次全國性訪查機構共12家精神醫院，發現各式各樣的問題，又例如德國柏林的外部視察小組，除了有各式各樣的官方機制外，還有邀請醫師、病權團體等共28名成員組成的訪視委員會，可至各醫院去訪問病人是否被關押？是否有在保護室的關押紀錄等。我並不是不信任現行機制，而是認為連德國荷蘭這些國家對於精神病人的保護也是只嫌少不嫌多，因此我國還可以再思考外部監督的做法。
- 4、書面報告有提及，病權團體足認病人受侵害之虞，得提起申訴，想了解這幾年的申訴數量及處理情形。另外精神衛生法第17條規範地方主管機關要召開精神疾病防治諮詢會，

及訪視，請補充說明召開頻率及執行成效。

心健司回應：

- 1、精神病人一直是國際間非常重視的議題；我國精神衛生法從民國79年訂定迄今，對精神病人的保障逐步推進，如果要跟最好的國家比較，確實還有努力的空間，我們也希望精神病人的人權保障能夠更加完整。
- 2、關於黃委員的提問，本部過去並未統計地方政府收到的申訴件數，從今(114)年開始有要求地方政府要提供，近期將有第1次的統計數據。
- 3、其次，病人在醫療機構是接受治療，因此不叫關押，如果精神病人因急性發作有傷害自己或他人之虞，依精神衛生法規定，必須採取必要保護措施，至於病人待在保護室的時間，法規也有明定；其實一開始在病人入院時，會跟病人進行討論，如果他在住院期間有暴力或自殺等情況，會採取相關替代作為，若仍無法控制，就必須採取身體拘束或限制行動自由；相關評鑑標準也規定對病人執行約束或限制行動自由，應每隔15分鐘探視病人，目前醫療機構的保護室外面設有簡便廁所裝置，以滿足病人的生理需求，至於是否有繼續實施身體約束或限制行動自由等，須依「執行精神疾病病人拘束身體或限制行動自由處置辦法」之規定辦理，本部亦將透過評鑑及督導考核機制進行查

證。

- 4、由於我國1年有12萬人次精神病人住院，目前無法做到逐一確認病人是否受到約束、約束時間長短、有無受侵害等情況，請容本部再研議積極的查核機制。

黃委員嵩立：

- 1、我建議就這12萬精神病人進行抽樣，抽數百人進行訪談；我訪問病權團體，聽到的是幾乎每個人都有很多不愉快的經驗，但是否構成殘忍不人道有辱人格的待遇，一方面很主觀，二方面是界限並不清楚，因此我建議貴部建立訪問病人的機制。另外，我修正關押的說法，較好的用詞是拘禁，是指受拘留、留置、觀察勒戒、強制戒治或保安處分、裁判之宣告在特定處所執行中，我認為將強制住院的病人視為拘禁並沒有問題。
- 2、目前法務部監所外部視察小組的運作成效並不是很好，我建議北、中、南、東區各組一個訪視小組，不定期訪視病人較好。

心健司回應：

關於黃委員建議訪視病人及成立外部查核機制，請容本部就執行方式進一步研議。

黃委員嵩立：

我參加過多次司法院依據精神衛生法所做的強制住院模擬法庭，看到非常多病人權益促進團體，其實都是家長團體，他們作為參審員，希望讓病人住院的意願都非常高，所以我認為病人家屬及病人權益之間有一定的緊張關係。建議貴部在挑選病人權益促進團體時，不要過於側重照顧團體或家長團體，因為他們無法充分表達病人立場。另外，病人權益促進團體是否有公告名單？

心健司回應：

專家參審員的資格，包括中央主管機關推薦之精神科指定專科醫師及病人權益促進團體代表，相關推薦及遴聘辦法由司法院訂定，推薦是由本部辦理，遴聘由司法院主責。有關黃委員建議要考量病權團體是否能充分展現病人權益部分，本部會參採。另外參審員也要經過訓練才能擔任。

主席莊副召集人人祥：

- 1、請心健司參考委員意見辦理，評估研議病人調查抽樣及外部查核小組機制之必要性及可行性。
- 2、請健保署評估健保資料庫是否可查詢精神病人受約束的情況。

臨時動議：無