

立法院第 9 屆第 1 會期
社會福利及衛生環境委員會第 12 次全體委員會議議事錄

時 間：105 年 4 月 6 日（星期三）9 時 2 分至 12 時 25 分

14 時 35 分至 16 時 36 分

地 點：本院群賢樓 801 會議室

出席委員：劉建國 吳焜裕 鍾孔炤 洪慈庸 吳玉琴 陳宜民
蔣萬安 陳曼麗 陳 瑩 李彥秀 王育敏 黃秀芳
林靜儀 林淑芬 楊 曜 （委員出席 15 人）

列席委員：吳秉叡 鍾佳濱 柯志恩 盧秀燕 李昆澤 徐永明
鄭天財 高潞·以用·巴鱒刺 Kawlo·Iyun·Pacidal
黃偉哲 陳歐珀 管碧玲 江啟臣 鄭運鵬 蕭美琴
廖國棟 林麗蟬 賴士葆 王惠美 陳怡潔 陳亭妃
張麗善 林俊憲 賴瑞隆 邱志偉 簡東明 高金素梅
呂玉玲 許毓仁 姚文智 顏寬恒 尤美女 陳賴素美
黃昭順 周陳秀霞 （委員列席 34 人）

列席官員：衛生福利部	部	長	蔣丙煌
醫事司	司	長	王宗曦
保護服務司	司	長	張秀鴛
心理及口腔健康司	司	長	譔立中
社會救助及社工司	司	長	李美珍
社會及家庭署	副 署	長	祝健芳
疾病管制署	副 署	長	周志浩
中央健康保險署(上午)	副 署	長	蔡淑鈴
中央健康保險署(下午)	主任 秘 書		沈茂庭
國民健康署	組	長	林莉茹
食品藥物管理署	副 組	長	劉淑芬

	附屬醫療及社會福利機構管理會	執行長	林慶豐
內政部	警政署	副署長	陳嘉昌
	刑事警察局	副局長	呂春長
	警政署防治組	代理組長	侯木川
法務部	保護司	司長	游明仁
教育部		次長	林思伶
	學務特教司	司長	劉仲成
	終身教育司	司長	黃月麗
	國民及學前教育署	副署長	王承先
	國家通訊傳播委員會	代理副處長	吳 娟

主席：王召集委員育敏

專門委員：趙弘靜

主任秘書：劉錦章

記 錄：簡任秘書 黃淑敏

研究員 鄭翔勻

簡任編審 黃維郎

科 長 葉淑婷

專 員 江建逸

報告事項

一、宣讀上次會議議事錄。

決定：議事錄確定。

二、衛生福利部、內政部、法務部、教育部、國家通訊傳播委員會就

「從校園及社區安全維護、毒品防制、藥酒癮戒治、充實精神醫療體系、兒童人身安全及家庭教育、媒體自律報導、建立高危險群預警篩檢關懷機制，探究殺童悲劇之防治對策及相關修法規劃」列席報告，並備質詢。

(本次會議由衛生福利部蔣部長丙煌、內政部警政署陳副署長嘉昌、教育部林次長思伶、法務部游司長明仁及國家通訊傳播委員會吳代理副處長娟列席報告並備詢。委員劉建國、洪慈庸、吳玉琴、吳焜裕、陳宜民、鍾孔炤、陳曼麗、蔣萬安、陳瑩、李彥秀、王育敏、黃秀芳、林靜儀、楊曜、蕭美琴、柯志恩、鍾佳濱、林麗蟬、林淑芬及廖國棟等 20 人提出質詢，均經衛生福利部蔣部長丙煌暨各相關主管、內政部警政署陳副署長嘉昌、教育部林次長思伶暨各相關主管、法務部游司長明仁及國家通訊傳播委員會吳代理副處長娟等即席答復。)

決定：

- 一、本日會議報告及詢答完畢。
- 二、委員林俊憲、高潞·以用·巴鱒刺 Kawlo·Iyun·Pacidal、呂玉玲及李昆澤等所提書面質詢，列入紀錄刊登公報，並請相關機關書面答復。
- 三、委員口頭質詢未及答復或請補充資料者，請於 2 週內以書面答復，委員另要求期限者，從其所定。

通過臨時提案 11 案：

- 一、原健保署提出之 105 年度健保支付方案是將所有西醫支付標準統一提高 11%，但今年二月份召開健保支付費用協商會議時，西醫所有各類支付標準均照案提高，唯該會最後以精神科慢性病房長期住院違反病患利益為由，將精神科慢性病房治療費提高項目排除，進而通過該議案。此舉已等於實質縮減精神科的住院醫療服務，也實質減損嚴重精神病患的應有治療，造成原應持續於住院環境中治療的嚴重精神病患過早的出院返回社區。目前討論擴大精神衛生法中緊急強制送醫的要件，然更重要的是送醫後繼續的適當治療才是整體政策可以有效果的關鍵。爰建請健保署研議未

來爭取預算將精神科慢性病房治療費予以提高。

提案人：黃秀芳

連署人：陳曼麗 陳 瑩

二、鑒於根據《精神衛生法》第三十二條第一項，警察機關及消防機關對於該法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是否護送就醫，各縣市政府警察局、衛生局之認定標準不一。爰建請衛福部及內政部召集縣市政府衛生局、警政單位、消防單位檢討及釐清《精神衛生法》第三十二條第一項警察及消防機關護送就醫的疑慮；另衛福部應檢討根據該法第八條會同中央社政、勞工及教育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系之成效及改善措施，並重新檢討《精神衛生法》所定精神疾病各情事所需之治療方式為精神醫療機構或社區治療為佳，於一個月內將相關結果送交立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：黃秀芳

連署人：吳玉琴 陳曼麗 陳 瑩 尤美女

三、鑒於人格疾患並無身障手冊，除非透過導師轉介校園諮商或當事人有諮商意願，否則人格疾患在校園中難以被察覺。爰要求教育部二個月內針對校園中人格疾患學生之輔導諮商處理機制提出改善方案，並送交立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：黃秀芳

連署人：吳玉琴 陳曼麗 陳 瑩 尤美女

四、鑒於目前校園霸凌事件常見之處理形式多為被害人因焦慮、退縮等情緒困擾，被導師轉介至諮商中心進行個別諮商，諮商中心僅進入班進行宣導，無法避免於特定班級暴露於霸凌者存在之環境，使之無法藉由完善之諮商提升心理健康素質。又校園中之霸凌者一般由教官等訓輔單位接手，多為威嚇處罰、記警告、小過，

諮商輔導人員難以接觸到霸凌者；甚至在大專院校諮商乃尊重個人意願，即無強制性。

爰要求教育部於二個月內提出諮商輔導人員介入霸凌案件及修復式正義作法介入霸凌案件之改善機制，並送交立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：黃秀芳

連署人：吳玉琴 陳曼麗 陳 瑩 尤美女

五、鑒於《精神衛生法》第 42 條強制就醫規定，自 96 年修正、97 年施行以來，強制就醫人數自 96 年 3,171 件逐年下降，迄至 104 年僅剩 634 件。日前更因政大搖搖哥強制送醫事件，讓強制就醫引發社會極大的爭議，強制就醫人數減少的原因為何？強制就醫門檻有無調整之必要？強制就醫涉及拘束人身自由之強制處分，是否應交由法院做最後判斷？爰要求衛福部針對《精神衛生法》第 42 條以下關於強制就醫規定，提出檢討及修法報告研議方向，並於一個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會報告。

提案人：蔣萬安

連署人：王育敏 陳宜民

六、鑒於《身心障礙者權益保障法》第 50 條、第 51 條規定，規定縣（市）主管機關應依評估結果辦理服務，提供身心障礙者（包含精障）獲得所需之個人支持與家庭照護。但實務運作上，精障者沒有辦法獲得這些照護，原因在於目前沒有照護精障者的專業訓練；又衛福部雖有補助各縣市政府衛生局聘任 96 名關懷訪視員，協助全國 2,742 名公共衛生護士共同提供 14 萬 2,416 名精神病患之社區追蹤保護工作，然人數是否足夠？目前追蹤保護工作成效為何？爰要求衛福部督促各縣市主管機關針對居家服務擬定照護精障且失能者之訓練計畫，並檢討現行精神病人社區追蹤保

護工作之成效，並於一個月提出改善作為及報告向立法院社會福利及衛生環境委員會報告。

提案人：蔣萬安

連署人：王育敏 陳宜民

七、為防止兒童及少年接觸有害其身心發展之網際網路內容，現行「兒童及少年福利與權益保障法」明定，由國家通訊傳播委員會（NCC）辦理前開有害內容申訴及相關防護機制之建立與執行。惟NCC雖依法委託民間成立iWIN網路內容防護機構受理申訴，然該機構受理申訴後，往往層層函轉，多年來未能落實即時移除網路不當內容，致立法保護兒童及少年之成效不彰。爰建請國家通訊傳播委員會於一個月內，針對上開問題，提出縮短移除網路不當內容處理時效之檢討報告及具體改善方案，確保兒童及少年身心健全發展。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安

八、有鑑於校外人士入侵校園事件頻傳，引發校園安全疑慮，教育部雖已編列相關預算協助校園偏僻地點與危險角落優先設置緊急求救鈴與感應照明燈，惟目前建置進度緩慢，無益於改善校園安全。爰建請教育部提出校園監視器與電子圍籬設置進程，督促加裝設置警監系統（包含電子圍籬）等校園安全相關設備經費立即到位，並於一個月內落實執行。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安

九、有鑑於新興毒品種類日新月異，傳統檢驗儀器已不敷使用，查新興毒品「浴鹽」國內於2012年即已列入二級毒品，然目前警方卻尚未有快篩試劑可供檢驗，難以掌控吸毒者狀況，導致毒品防制成效不佳。爰建請法務部會同內政部警政署及衛生福利部，於一

個月內，提出新興毒品防制之改善方案，並針對新興毒品進行資料庫建檔，提供警方相對應之快篩試劑，遏止新興毒品氾濫。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安

十、有鑑於毒品危害防治條例，持有或施用第三級毒品者處新台幣二萬元以上五萬元以下罰鍰，並接受六至八小時毒品危害講習；持有或施用第四級毒品者，處新台幣一萬元至五萬元罰鍰，並接受四至六小時毒品危害講習。然該罰鍰由地方政府收取後，並未專款專用於毒品防治上，致使毒品危害講習淪於形式！爰建議法務部應檢討毒品危害防治條例，針對罰鍰應專款專用於毒品危害防制，包括講習、心理諮詢及後續戒癮，於兩個月內提出檢討報告。

提案人：陳宜民

連署人：蔣萬安 陳 瑩

十一、建請衛福部針對「精神衛生法」修法之問題宜召開公聽會。然「精神衛生法」至今未有徹底執行，在考量人權與醫療專業之際，無從釐清且見仁見智，及資源分配之不均以至落實甚艱。見此，「精神衛生法」之修法應召開公聽會，廣邀各界參與討論一套合乎醫療專業、人權，且實際落實此法之道。

說明：

(一)人權與醫療專業之間涉及人身自由限制，然最終都可聲請由法院審酌合法性。法官保留之部分是否比照國外仍待商議，而精神狀況的判斷則交由醫師建議，但最後法律效果之選擇應回歸法院權責，似較為符合憲法人身自由保障之意旨。再者，如傷人或殺人則是刑法和社會安全體系競合之問題，前者得「暫時剝奪行動自由」，後者則是否「繼續」住院，此宜由法院裁定是否強制，醫師則僅就住院提

供必要性建議，並不具有「強制權」。

- (二)由此可見，2007年精神衛生法上路，過去只要精障者家屬提出需求，經兩名醫師同意，病患即有強制治療必要，確實有達到社會安定與降低家屬壓力等目的。但人權意識凌駕醫師專業，為顯當事人有表達是否願意住院的權利，時以違反個人自由意志為由，限制醫療專業人員判斷。然以為精障者人權獲得伸張，但鑒於患者重返社區，家屬缺乏專業照護能力，引發社區畏懼，造成社會問題。
- (三)目前精神衛生法雖有含納酒癮與毒癮者，但現實執行面相當艱困，因第一線醫護人員在醫療專業與人權往往無法取得平衡下，以致強制將疑似患者就醫治療手段是不可行。於此，勢必放寬酒癮、毒癮者等一併納入強制就醫治療之範圍。

提案人：李彥秀

連署人：王育敏 蔣萬安

散會