

壹、案由：104年7月11日臺南市發生1名2歲蔡姓男童疑似遭罹患精神疾病之父親虐死，相關權責機關對於精神疾病及經濟弱勢家庭是否均已善盡追蹤訪視之責？對於兒童主要照顧者為精神疾患之家庭，應如何協助？衛政與社政機關對於兒童保護，有無建立及落實合作機制？均有深入瞭解之必要案。

貳、調查意見：

聯合國兒童權利公約及世界先進國家均對於未滿18歲兒童少年(下稱兒少)給予特別的福利照顧及保護，我國兒童及少年福利與權益保障法(下稱兒少權法)第5條也明確揭示：政府及公私立機構、團體處理兒少相關事務時，其保護及救助，應優先處理，當兒少的權益受到不法侵害時，政府應給予適當的協助及保護。因此，政府對於兒少保護工作，責無旁貸。

民國(下同)104年7月間接連發生5起兒虐致死傷事件，包括：一、新竹縣何姓男童及其妹妹遭其舅公虐待致死傷案；二、基隆市林姓男童遭其父親傷害致死案；三、新竹市陳姓女童遭其父親悶死案；四、桃園市黃姓女童遭收留家庭持續虐待案；五、臺南市蔡姓男童遭罹患精神疾病的父親虐死案件，顯示我國對於兒少安全保護亮起紅燈，本院因此立案調查。

為掌握時效，本院已就104年7月10日媒體報導有關桃園市9歲黃姓女童遭收留家庭持續虐待案件，針對桃園市政府處理有無疏失等情，另立新案並完成調查，除提案糾正桃園市政府家庭暴力暨性侵害防治中心外，並函請該府檢討改進在案¹。另針對新竹縣何姓男童及其妹妹遭其舅公虐待致死傷案、基隆市林姓男童遭其父親傷害致死案、新竹市陳姓女童遭其父親悶死等3起兒虐事件，本院也完成調查，除提案糾正新竹縣政府、基隆市政府、宜蘭縣政府、衛生福利部(下稱衛福部)外，並就通案制度問題，函請行政院、衛福部督促檢討改進見復在案²。

¹ 案由：桃園市9歲黃姓女童因其外籍母親離境、父親入監服刑，由收留家庭協助照顧，卻遭該家庭持續虐待，雖經學校多次通報，惟社政機關卻因社工員更迭、安全評估結果及處置方式失當，致黃童遲未獲適當保護。究相關機關處理過程是否未善盡保護兒童之職責？社政與教育單位對於兒童保護案件之合作機制，有無待檢討改進之處？均有深入瞭解必要案(調查案號：105內調0048、105內正0013)。

² 案由：近日媒體報導多起兒童受虐事件，顯示我國對於兒童及少年安全保護亮起紅燈。據衛生福利部統計，我國103年受虐兒童及少年人次高達11,589人，其中3歲以下受虐兒童人數

因此，本案是針對104年7月11日臺南市發生1名蔡姓男童(102年5月4日出生，從母姓，下稱蔡童)遭其罹患精神疾病的父親(51年次，下稱蔡父)虐死案件。蔡父及蔡童的母親(大陸籍，75年次，下稱蔡母)於事發當天上午因關於蔡童照顧分工問題產生爭執，此時蔡童因排便需要擦拭屁股，蔡父在不情願下大力擦拭，蔡童因疼痛而大哭。蔡母因無法安撫蔡童入睡，而蔡父又不主動照顧蔡童，蔡母便氣而服用蔡父的鎮定劑揚言自殺。蔡母服用藥物進入昏睡後，蔡童繼續哭鬧不止，蔡父按捺不住情緒，在床上以雙手壓迫蔡童的口、鼻及頸部，直至蔡童窒息死亡。蔡父發現蔡童死亡後，驚覺鑄下大錯，乃於同日11時許將蔡童抱下樓呆坐在門口，經路人發現而報警查獲。蔡父經警方偵訊後，被強制送往衛福部嘉南療養院(下稱嘉南療養院)就醫。本案涉及相關權責機關對於精神疾病及經濟弱勢家庭是否善盡追蹤訪視之責？對於兒童主要照顧者為精神疾患的家庭，應如何提供協助？衛政與社政機關對於這類家庭的兒童保護有無建立及落實合作機制等情，實有深入調查之必要。

案經向臺南市政府、衛福部、衛福部疾病管制署(下稱疾管署)、臺灣臺南地方法院檢察署及相關醫療機構調閱相關卷證資料，並於104年12月3日分別至臺南市政府社會局及衛生局辦理調卷事宜，再於105年11月16日詢問臺南市政府社會局、衛生局、衛福部社會及家庭署(下稱社家署)、保護服務司、心理及口腔司、社會救助及社工司、疾管署等相關主管及承辦人員。綜據調查所得並審閱相關卷證資料，已調查完成，列述調查意見如下：

比例更有逐年上升之趨勢，為維護兒童及少年權益，建立完善兒少安全保護體系，相關問題有進一步瞭解及調查之必要案(調查案號：105內調0061、105內正0017)。

一、「精神病患社區關懷訪視」是政府建構社會安全網的具體措施，惟臺南市中西區衛生所對於社區精神病人的照護管理及追蹤關懷訪視，流於形式，訪視紀錄也不確實，臺南市政府衛生局也怠於督導及稽核，使得該項社會安全機制完全失靈，最終發生蔡父因情緒失控而掐死蔡童的悲劇，核有違失。

(一)「精神病患社區關懷訪視」是政府建構社會安全網的具體措施：

- 1、衛福部為落實社區精神病人的追蹤關懷、轉介及轉銜服務，於94年1月26日訂定「精神疾病患者社區家訪要點」。依據該要點規定，各地方政府衛生局對於社區精神病人³，應收案納入「精神照護資訊管理系統」進行照護管理，由社區公共衛生護理師(下稱公衛護理師)依個案狀況評估結果，進行分級，並提供每月(第一級個案)、每季(第二級個案)、每半年(第三級個案)、每年1次(第四級個案)或特殊個案(第五級個案)的追蹤關懷訪視服務(詳見下表1)。
- 2、上述家訪要點要求訪視追蹤以實際家庭訪視為主，可配合電話訪談或辦公室會談，該項作法是希望透過家訪達到：(1)早期發現社區精神疾病疑似患者，並轉介適當醫療院所確定診斷；(2)確定診斷的精神疾病患者規則就醫，按時服用藥物；(3)協助家屬做危機處理；(4)妥善利用各種資源(含醫療、復健、社會福利)；(5)促進病友及家屬參與社區活動；(6)增進社區民眾對精神衛生的認識與精神

³ 個案來源包括：(1)由精神(科)醫療院所轉介門診治療或出院之精神病患；(2)訪視時發現地段有疑似精神疾病患者，或民眾陳請、相關單位通報，將之轉介精神科醫療院所就醫，經確定診斷後收案管理；(3)住院出院後之精神疾病患者；(4)經由社區家屬座談會或其他社會資源通報轉介之精神疾病患者。

疾病患者的關懷等目標。

表1.「精神疾病患者社區家訪要點」的個案分級及訪視頻率

對象	個案現況評估	照護間隔
一級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新收案3個月內。 2. 出院追蹤3個月內(含經強制鑑定或強制住院出院後之精神疾病嚴重病人)。 3. 社區精神病患訪視追蹤紀錄中, 活性症狀干擾性4分以上的精神病患。 4. 個案現況評分欄中「活性症狀干擾性」、「社區生活功能障礙」、「家屬對患者照顧之態度」、「心理問題、醫療上的問題」等4項總分20分以上的精神病患。 5. 危險行為處理後, 3個月內的個案。 6. 由各區督導會討論決定。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2星期內訪視第1次。 2. 前3個月每個月內訪視1次。
二級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一級對象1、2、5項滿3個月以上。 2. 社區精神病患訪視追蹤紀錄中, 活性症狀干擾性3分以上的精神病患。 3. 個案現況評分欄中「活性症狀干擾性」、「社區生活功能障礙」、「家屬對患者照顧之態度」、「心理問題、醫療上的問題」等4項總分15分以上的精神病患。 4. 由各區督導會討論決定。 	3個月訪視1次。
三級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 二級對象(1)項追蹤第6個月以上。 2. 社區精神病患訪視追蹤紀錄中, 活性症狀干擾性2分以上的精神病患。 3. 個案現況評分欄中「活性症狀干擾性」、「社區生活功能障礙」、「家屬對患者照顧之態度」、「心理問題、醫療上的問題」等4項總分8分以上之精神病患。 4. 由各區督導會討論決定。 	6個月訪視1次
四級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區精神病患訪視追蹤紀錄中, 活性症狀干擾性1分以上的精神病患。 2. 個案現況評分欄中「活性症狀干擾性」、「社區生活功能障礙」、「家屬對患者照顧之態度」、「心理問題、醫療上的問題」等4項總分4分以上的精神病患。 	1年訪視1次
五級	特殊個案, 精神醫療無法接觸, 但有干擾行為者。	經督導會議討論後決定。

(二)本案臺南市政府衛生局所屬中西區衛生所對蔡父精神疾病的追蹤輔導情形：

- 1、依據衛福部臺南醫院(下稱臺南醫院)提供的病歷資料顯示，蔡父患有情感性精神疾病，過去在該醫院住院3次，分別為92年10月25日至11月8日(因躁症發作、誇大妄想、被害妄想、自言自語、咬鄰居)；93年5月29日至5月31日(跳窗、摔東西)；96年3月15日至3月21日(易怒、吼叫、赤裸在外遊蕩)，出院後在該醫院持續服用藥物治療雙極症及睡眠障礙。
- 2、臺南市政府衛生局所屬中西區衛生所於96年4月收案後，經評估後將蔡父列為第五級照護對象(即：「特殊個案，精神醫療無法接觸，但有干擾行為者」)。98年8月22日該衛生所電訪蔡父後，將蔡父改列為第四級照護對象進行追蹤訪視，照護間隔為1年訪視1次。
- 3、依據臺南市政府所提供的本案檢討報告及本院實地調卷結果，該市中西區衛生所歷次訪視概況如下表：

表2.臺南市中西區衛生所歷次訪視蔡父概況

訪視日期	訪視方式	訪視紀錄
96年4月13日	家訪	個案無法訪視原因：失蹤
96年6月28日	家訪	個案無法訪視原因：失蹤
97年6月2日	家訪	個案無法訪視原因：失蹤
97年8月6日	家訪	個案無法訪視原因：失蹤
97年10月14日	家訪	個案無法訪視原因：失蹤
98年1月5日	家訪	個案無法訪視原因：失蹤
98年8月22日	電訪	1. 就醫情形：臺南醫院，每月1次。 2. 用藥情形：順從性、規則。
99年3月1日	電訪	訪視未果(失蹤)。

訪視日期	訪視方式	訪視紀錄
99年4月26日	家訪	3. 蔡父認為自己非常正常，是前妻將其當作精神病患者。談話過程中，蔡父個性有點偏激。 4. 就醫情形：臺南醫院，每月1次。
99年5月25日	家訪	家庭訪視蔡父，並給予相關衛教宣傳單。
99年7月29日	家訪	蔡父有煙癮，鼓勵參加口腔篩檢。
99年8月25日	家訪	蔡父表示戒煙、戒檳榔已經1個多月，會按規服藥回診，平時從事水電工作。
99年11月27日	電訪	蔡父戒煙、戒檳榔已經3、4個月，蔡父並表示目前狀況穩定，會按規服藥回診。
100年1月27日	家訪	蔡父家住○號○樓(入口由○巷側門入)，睡覺時門鈴會拔除，平日從事水電工作，家訪時蔡父急於外出，檳榔已戒，但抽菸戒不掉，有規則服藥。
101年3月5日	家訪	與前次訪視無明顯差異；就醫情形：臺南醫院，每月1次。
102年3月18日	電訪	蔡父表示目前情況良好，有定期到醫院檢查，按時服藥。
102年8月29日	電訪	與前次訪視無明顯差異。
102年9月26日	電訪	病況穩定，會規則服用藥物，夜眠尚可，目前仍持續水電工作。
103年10月23日	電訪	蔡父對答正常，情緒穩定，表示目前與家人同住，有定期回診及規則服藥。

資料來源：依據臺南市政府函復資料及本院實地調卷所得資料，彙整製作。

(三)惟查臺南市中西區衛生所對於本案蔡父患有精神疾病的照護管理及追蹤訪視，核有諸多違失，凸顯臺南市政府衛生局怠於督導，分述如下：

1、臺南市中西區衛生所於96年4月13日至98年1月5日期間6次家訪未遇蔡父，在未經查證之下，竟恣意認定蔡父為「失蹤」，並登載於訪視紀錄中，且一度以「失蹤」進行銷案；此外，該衛生所在長達3年時間均訪視未遇之下，仍然毫無積極處置作為：

- (1) 如前述所述，依照「精神疾病患者社區家訪要點」的分級標準，第五級照護對象為：「特殊個案，精神醫療無法接觸，但有干擾行為者。」這類照護對象的訪視頻率應經過「督導會議討論後決定」。衛福部並表示：關於社區精神病患動態，應由地段公衛護理師掌握，衛生局應督導衛生所(健康中心)所屬人員落實訪視並在「精神照護資訊管理系統」登打訪視紀錄等語。
- (2) 查臺南市中西區衛生所公衛護理師於96年4月收案管理後至98年1月5日雖進行6次家訪，但均訪視未遇，未能見到蔡父本人及任何家屬，也未積極聯繫醫療機構，以瞭解蔡父精神病況，卻逕自評估將蔡父列為第五級照護個案，也未經過督導會議討論決定後續訪視頻率，顯見該衛生所對於社區精神病人的照護管理，流於形式。前述情形，臺南市政府竟辯稱：「係經家訪後依其呈現之樣態列為第五級照護對象。」顯見該府衛生局怠於督導，事後猶強辯。
- (3) 再查「精神照護資訊管理系統」中的「社區精神病人訪視追蹤紀錄單」，針對「個案無法訪視原因」欄位有：訪視未遇、拒訪、失蹤、死亡、入獄服刑及其他等項，其中「訪視未遇」與「失蹤」屬不同欄位，由訪視人員依實際狀況如實填載。查臺南市中西區衛生所自96年4

月13日至98年1月5日期間6次家訪皆未遇，惟該衛生所每次訪視未遇後，在未經查證之下，竟恣意認定蔡父為「失蹤」，並登載於訪視紀錄中。再據衛福部查復表示：該衛生所迄至98年6月21日因持續無法訪視到蔡父，以「失蹤」為由銷案，但於同年8月22日找到蔡父後，即回復收案，繼續追蹤訪視等語。顯見該衛生所不但未落實追蹤訪視，甚至一度註記「失蹤」進行銷案。前述情形，臺南市政府衛生局於本院詢問時猶辯稱：「96至98年時，相關法規或要點對於失蹤未有明確定義，由訪視人員依實際狀況來認定，故以失蹤註記。」益見該局怠於督導與稽核，事後猶強辯。

- (4) 依據衛福部查復表示，針對連續3次追蹤仍無法進行訪視的個案，由各地方政府函請警政、戶政、社政機關協尋，以掌握個案的最新動態等語。查蔡家未曾遷移居住地，惟臺南市中西區衛生所在多次訪視未遇之下，既未函請相關機關協尋，也未積極探訪社區鄰里人士，以掌握確認個案的狀況及動態，竟登載「失蹤」並銷案，足見該衛生所在長達3年時間均訪視未遇之下，仍未有積極處置作為，在在顯示臺南市中西區衛生所對於社區精神病人的照護管理及追蹤關懷訪視，流於形式，訪視紀錄也不確實，益見臺南市政府衛生局怠於督導與稽核。

2、蔡父服藥遵從性低，惟臺南市中西區衛生所於98年8月22日至103年10月23日進行訪視時，僅憑蔡父的說詞，即率爾認定蔡父用藥「規則」，凸顯訪視徒具形式：

- (1) 如前所述，依據衛福部「精神疾病患者社區家

訪要點」規定，評估精神疾病患者是否規則就醫及按時服用藥物，是家訪的評估重點目標。臺南市政府也表示：「個案就醫及服藥情形為訪視評估重點，透過訪談技巧，並依個案主述及訪視人員於家訪時檢視藥袋剩藥、精神狀態表現及家屬描述內容為主要評估重點。」

- (2) 依據104年8月5日臺南醫院對蔡父的社會功能及社會心理診斷評估結果略以：個案(即蔡父)病識感不佳、服藥遵從性不佳；個案個性外向敏感、固執而較為衝動，人際往來互動較顯封閉；個案於92年10月25日始至臺南醫院精神科就醫並住院治療，後續個案因病識感及服藥遵從性較差，且出現情緒暴躁易怒、胡言亂語、失眠，甚而有暴力破壞及攻擊行為等情況，曾因此多次至該醫院精神科住院治療；個案於96年3月21日自臺南醫院精神科出院後，尚可配合回診治療，但服藥遵從性差等語。
- (3) 惟據臺南市中西區衛生所訪視紀錄顯示，該衛生所於98年8月22日至103年10月23日期間進行家訪及電訪共12次，對蔡父的用藥情形，均評估記載：「規則」。前述情形，臺南市政府坦言：「有關如何確知蔡父是否有持續穩定就醫，有時個案(蔡父)會自己說或家屬說，倘個案持續穩定，該府衛生局追蹤人員通常不會質疑其說法，除非是個案狀況不好，才會進一步向醫院確認或發公文查詢。惟受限於個人資料保護法，多半都相信個案的主述。」足見該衛生所對於蔡父用藥狀況的掌握與評估，未依照該府前述所要求「個案就醫及服藥情形為訪視評估重點，透過訪談技巧，並依個案主述及訪視

人員於家訪時檢視藥袋剩藥、精神狀態表現及家屬描述內容為主要評估重點。」而是全憑蔡父的說詞，即認定蔡父用藥「規則」，致使該項訪視評估重點，形同虛設。

3、蔡童於102年5月出生，至此案家開始面臨嬰幼兒照顧及親職教養的相關議題，加上案家為低收入戶，一家3口全部開銷是由蔡父1人獨自負擔，經濟壓力沉重。惟臺南市中西區衛生所對於蔡父的追蹤訪視，自102年起皆以電訪為之，並未實際家庭訪視，致無法充分掌握蔡父動態狀況並適時提供協助，遑論調整照護級數、提高訪視頻率：

- (1) 如前所述，依據「精神疾病患者社區家訪要點」規定，對於社區精神病人的追蹤訪視以實際家庭訪視為主，可配合電話訪談或辦公室會談，而針對經診斷確定為精神疾病患者，藉由實際家庭訪視除評估精神疾病患者是否規則就醫及按時服用藥物外，並達到協助家屬做危機處理、妥善利用各種資源(含醫療、復健、社會福利)，以及促進病友與家屬參與社區活動等目標。衛福部為能落實精神疾病防治工作及確實掌握個案狀況，自100年起要求地方政府衛生局對於轄區社區精神病人的面訪比率需達25%以上，並逐年提高比率，目前已要求需達35%以上。
- (2) 查臺南市中西區衛生所於99年訪視成功4次，其中3次家訪、1次電訪；100年及101年也家訪各1次。惟自102年起，該衛生所對蔡父共進行4次追蹤訪視，皆以電訪為之，最後1次電訪時間為103年10月23日。前述情形，臺南市政府雖表示：之前家訪觀察個案狀況穩定且因工作作息不定，故改為電訪等語。惟據該府衛生局

於本案發生後所提出的檢討報告中指出：「案家入口處佈滿排泄物，異味重。……案母頭髮凌亂，牙齒多顆缺牙，評估自我照顧能力不佳、表達能力有限。」上述案家脫序的狀況絕非一時突發所致，但臺南市中西區衛生所自102年起即以電話進行訪視，既未實際家庭訪視，且於103年10月23日電訪後，也未再追蹤關懷，因而無法掌握蔡父動態狀況。該府於本院詢問時坦言：「訪視是103年，事件發生是104年7月，之間案家情形可能有些變化，致產生落差，可能是蔡父精神狀況的問題。」

- (3) 此外，蔡童於102年5月出生，至此案家開始面臨嬰幼兒照顧的相關議題，且案家為低收入戶，一家3口全部開銷由蔡父1人獨自負擔，經濟壓力沉重。且據臺南醫院104年8月5日對蔡父的社會功能評估紀錄記載：個案(即蔡父)於陸軍砲校畢業後，下部隊服役約4年，之後從事水電工、安裝濾水器等工作，目前長期失業等語。惟該府衛生局對蔡父的追蹤自102年起改為電訪，並於103年10月23日電訪後，未再進行關懷訪視，致無法掌握案家狀況的變化情形，進而調整對蔡父的照護級數並提高訪視頻率。104年7月11日上午，蔡父與蔡母先因照顧問題蔡童而發生爭執，當下蔡母便負氣服用蔡父的精神科藥物，服下藥物後進入昏睡狀態，一旁的蔡童持續哭鬧不止，蔡父面對這樣的處境，因情緒失控而掐死蔡童。

- 4、臺南市中西區衛生所以電話訪視蔡父時，既未親見蔡父本人，也未能訪視到任何家屬及鄰居，竟能逕自評估蔡父的儀表、情感、知覺、行為「無

異狀」、蔡父的症狀對於家庭與鄰居不造成干擾，以及家屬對患者照顧的態度：

- (1) 查「社區精神病人訪視追蹤紀錄單」，針對社區精神病人「活性症狀干擾性」(妄想、幻聽、思考流程與行為症狀等方面)的評估欄位包括：「活性干擾症狀」⁴、「儀表」⁵、「情感」⁶、「思考」⁷、「知覺」⁸、「行為」⁹。另在「家屬對於患者的照顧態度」上，也有相關評估欄位，包括：①有家屬能接納病患，且醫療觀念正確，能與醫療人員配合，而且能熱心照顧患者；②有家屬能接納病患，但醫療觀念不正確，有違醫療原則；③所有家屬對病患採取容忍之態度，對病患照顧不熱心；④所有家屬不能容忍病患，對病患有明显排斥感，病人因而覺得不舒服。
- (2) 惟查臺南市中西區衛生所以電話訪視蔡父時，既未親見蔡父本人，也未能訪視到任何家屬及鄰居，竟能評憑空估蔡父的儀表、情感、知覺、行為「無異狀」，也評估認為蔡父「無活性干擾症狀」、「家屬能接納病患，且醫療觀念正確，能與醫療人員配合，而且能熱心照顧患

⁴ 「活性干擾症狀」的評估結果分為：(1)無活性症狀。(2)有活性症狀，患者自己可以接受，日常生活不受干擾，對家庭或鄰居不造成干擾。(3)有活性症狀，患者自己無法接受，日常生活受干擾，但對家庭或鄰居稍干擾。(4)有活性症狀，患者自己無法接受，日常生活受嚴重干擾，且對家庭或鄰居稍有干擾。

⁵ 「儀表」的評估結果分為：(1)無異狀。(2)裝扮不適。(3)儀容髒亂。(4)其他。

⁶ 「情感」的評估結果分為：(1)無異狀。(2)低落。(3)高昂。(4)不恰當。(5)緊張焦慮。(6)表情冷漠。(7)其他。

⁷ 「思考」的評估結果分為：(1)無異狀。(2)被害妄想。(3)誇大妄想。(4)關係妄想。(5)自殺意念。(6)思考不連貫。(7)答非所問。(8)語無倫次。(8)其他。

⁸ 「知覺」的評估結果分為：(1)無異狀。(2)幻聽。(3)幻想。(4)嗅幻覺。(5)觸幻覺。(6)其他。

⁹ 「行為」的評估結果分為：(1)無異狀。(2)自言自語。(3)退縮寡言。(4)四處遊蕩。(5)怪異行為。(6)攻擊行為。(7)破壞行為。(8)自傷行為。(8)活動量低。(9)活動量高。(10)坐立不安。(11)激動不安。(12)強迫行為。(13)失眠。(14)整日躺床。(15)傻笑。(16)其他。

者」等情(詳見下表)。

電訪日期	有關儀表、情感、知覺、行為的評估結果	有關「活性干擾症狀」的評估結果	有關「家屬對患者照顧之態度」的評估結果
98年8月22日	均無異狀	無活性干擾症狀	家屬能接納病患，且醫療觀念正確，能與醫療人員配合，而且能熱心照顧患者。
99年11月7日	無評估	無活性干擾症狀	結果同上
102年3月18日	無評估	無活性干擾症狀	結果同上
102年8月29日	無評估	無活性干擾症狀	結果同上
102年9月26日	無評估	無活性干擾症狀	結果同上
103年10月23日	無評估	無活性干擾症狀	結果同上

資料來源：依據本院至臺南市政府衛生局實地調得該市中西區衛生所歷次對蔡父的訪視追蹤紀錄單，彙整製作。

(3) 另蔡父有抽菸及嚼檳榔，但該衛生所於98年8月22日至101年3月5日訪視紀錄卻記載蔡父：「無抽煙及嚼檳榔。」前述情形，該府坦言：「訪視紀錄係依當次蔡父陳述事實描述。」在在凸顯該衛生所對於蔡父的追蹤訪視評估，流於形式，全憑蔡父個人的說詞。

(四) 綜上，「精神病患社區關懷訪視」是政府建構社會安全網的具體措施，惟臺南市中西區衛生所對於社區精神病人的照護管理及追蹤關懷訪視，流於形式，訪視紀錄也不確實，足見臺南市政府衛生局怠於督導及稽核，使得該項社會安全機制完全失靈，最終發生蔡父因情緒失控而掐死蔡童的悲劇，核有違失。

二、本案案家為低收入戶，蔡童又屬6歲以下的幼童，加上蔡父患有精神疾病，又獨自背負著全家經濟重擔，卻長期失業；而蔡母為大陸配偶，年齡與蔡父相差24歲，除須面臨來臺後的種種生活適應問題外，又面對照顧年幼孩子及親職教養的壓力，凸顯案家同時存在著許多危機因子或徵兆。臺南市政府雖將蔡童納入「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，惟社政單位僅訪視1次，即未再追蹤關懷，也未與網絡單位聯繫合作，以持續掌握蔡童受照顧狀況；衛政單位對於蔡童遲遲未能完成預防接種，直到期限將屆時始安排家訪，惟在未及家訪前，即發生蔡父失控掐死蔡童的憾事；民政單位對於案家的訪查，也只著重在經濟需求層面，在在顯示該府對於這類幼童受虐的防治機制有所疏漏。

(一)本案案家概況：

- 1、蔡家為低收入戶，蔡父並患有精神疾病，於93年3月獲發身心障礙者手冊(輕度)，每月領有低收入戶身心障礙生活補助費新台幣(下同)4,700元。
- 2、蔡父共有2段婚姻，與前妻於76年結婚，於96年離婚。100年1月與現任妻子(即蔡母)結婚，並於102年5月間生下蔡童，之後每月領有低收入戶兒童生活扶助2,300元。蔡母為大陸配偶，年齡又與蔡父相差24歲之多，除必須面臨來臺後的生活種種適應問題外，在結婚後不久即生下蔡童，又得面對幼童照顧及親職教養的壓力。
- 3、再據臺南醫院104年8月5日對蔡父的社會功能評估紀錄記載：個案(即蔡父)於陸軍砲校畢業後，下部隊服役約4年，之後從事水電工、安裝濾水器等工作，目前長期失業；個案與妻子同住生活，與其他手足少有聯繫往來，家庭支持度較顯薄弱等語。

4、由上述狀況可見，案家同時存在著複合型危機因子或徵兆。

(二)查臺南市政府社會局雖在103年時將蔡童納入「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」的對象，惟僅訪視1次，即認為案家「不需社工後續處遇」，之後也未能與衛政與民政等網絡單位聯繫合作，以持續關懷蔡童受照顧狀況：

- 1、前內政部兒童局考量6歲以下學齡前的兒童較不易被發現有受虐或未獲適當照顧的情事，於98年6月12日訂定「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」¹⁰，以預防家庭不幸事件的發生。依據「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，規範主動關懷對象之一為「6歲以下兒童領有低收入戶兒童生活扶助者」，由直轄市、縣(市)政府社政單位判定風險因子後篩檢造冊，由轄內網絡單位或社政業務分工辦理主動關懷工作。
- 2、查案家為臺南市列冊低收入戶，由臺南市中西區公所依據社會救助法第14條規定¹¹定期實施訪查，訪查時機包括：每年底實施低收入戶資格總清查及案家領取救濟物資時。本案蔡童於102年5月出生後，案家每月領有低收入戶兒童生活扶助，符合衛福部「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」的服務對象，臺南市政府社會局遂於103年6月11日至案家進行訪視，當時蔡童約1歲1個月，社工員訪視時，從案家的居住環境、經濟狀況、支持系統，以及蔡童受照顧狀況等方面進行觀察評估後，認為蔡童「當下」受照顧狀況無虞，未達高

¹⁰ 自102年7月23日起改由衛福部社家署管轄。

¹¹ 依據社會救助法第14條規定略以：「直轄市及縣(市)主管機關應經常派員訪視、關懷受生活扶助者之生活情形，並提供必要之協助及輔導；……。」

風險家庭服務指標，於是不開案服務，並於訪視報告中勾選「不需社工後續處遇」，訪視報告並經相關督導及主管人員覆核，之後即未再持續追蹤關懷。

- 3、惟如前所述，蔡父為精神疾病患者，領有身心障礙者手冊，已於96年4月由臺南巿中西區衛生所納入社區精神病人的管理及追蹤訪視。又，案家為列冊低收入戶，也由臺南巿中西區公所納入定期訪視對象。本案蔡童為6歲以下的幼童，加上患有精神疾病的蔡父為家中負擔家計者，獨自背負著經濟壓力重擔，卻長期失業；而蔡母為大陸配偶，年齡與蔡父差距24歲，除須面臨來臺後的生活種種適應問題外，同時又得面對幼童照顧及親職教養的壓力，在在顯示案家存在著複合型危機因子或徵兆。然臺南巿政府社會局竟無視案家種種風險因子，僅憑1次訪視，認為蔡童「當下」受照顧狀況無虞，即未再持續關懷，也未聯繫衛政及民政單位協助追蹤蔡童受照顧狀況，致使「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」防治機制完全失靈。
- 4、按兒童受照顧情形深受家庭動態變化的影響，尤其對於具有多重社會福利身分且多重風險因子的家庭，1次性訪視並無法有效掌握及預防兒虐或高風險等危機事件的發生，因此，「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」對於「6歲以下兒童領有低收入戶兒童生活扶助者」，規範由地方政府社政單位先判定風險因子後篩檢造冊，再由轄內網絡單位或社政業務分工辦理主動關懷工作。換言之，6歲以下弱勢兒童的家庭若持續存在風險因子或徵兆，既使當次訪視時未達高風險家庭或兒

少保護案件通報事由，也應持續主動關懷，以及時介入協助，預防兒虐不幸事件的發生。且衛福部也表示：「『6歲以下弱勢兒童主動關懷方案』的個案家庭倘有經濟困頓、負擔家計者患有精神疾病等多重高風險因子議題，可能導致兒少有未獲適當照顧之虞，即應逕通報高風險家庭，透過轄內社政、警政、教育、衛生醫療跨網絡單位之團隊合作，整合輸送案家所需之服務，有效降低兒少受虐之風險。」「該關懷方案，雖未訂定訪視頻率，但已列了許多網絡的訪視管道，應透過多個管道進行關懷處理(例如每年低收入戶的清查及關懷訪視)。」惟案家明明存在多重風險因子，臺南市政府社會局卻僅憑1次的訪視結果，即未再追蹤，之後也未透過其他網絡單位持續關懷，顯見該府對於這類幼童受虐的防治機制，有所疏漏。

- 5、前述情形，臺南市政府社會局於本院詢問時表示：事發(104年7月)後，已要求同仁全面再去訪視全市6歲以下兒童的家庭，另外只要符合家中有6歲以下兒童且主要照顧者為精神病患，即納入高風險家庭服務等語。

(三)蔡童未按時預防接種，也符合「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」的對象，臺南市中西區公衛護理師預計於104年7月進行家訪，雖符合規定，惟該家訪時間是在期限將屆之時，在未及家訪前，即發生蔡父失控掐死蔡童的憾事：

- 1、依據衛福部社家署「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，「逾期未完成預防接種的幼童」也是該方案主動關懷對象之一。再據衛福部疾管署於103年9月16日訂定「未按時預防接種通報及查訪作

業流程」規定，對於未按時預防接種的幼童，經戶籍地衛生所半年(6個月)內至少3次催種後，仍未完成接種，經訪視初步評估疑似為高風險個案或家庭成員有照顧情形不佳或有其他需關懷情事者，針對特殊個案應立即因應轉介。

- 2、查蔡童於104年1月21日(1歲3個月)接種日本腦炎第1劑後，應間隔2週再接再種第2劑，惟蔡童未按時接種該疫苗，已符合「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」的對象。之後經臺南市中西區衛生所於同年2月16日寄發催注明信片，蔡童仍未接種，經電話聯繫案家也無人接聽，此時該衛生所應依前述規定安排訪視進行評估。依據臺南市政府查復表示：期間公衛護理師多次進行催注，預訂於104年7月進行家訪，此時程符合衛福部「未按時接種通報及查訪作業流程」規定，即6個月內至少催注3次的規定等語。顯然臺南市中西區衛生所是在期限將屆之時始安排家訪，惟在未及家訪前，即發生蔡父失控掐死蔡童的憾事。該府衛生局於本院詢問時表示：本案於104年7月事發後，該局已督導要求各區衛生所於2次電訪未接後即應進行家訪，以避免再度發生憾事等語。

(四)案家為臺南市列冊低收入戶，該市中西區公所雖有定期訪視，惟著重在經濟需求層面，對於案家有無遭逢教養、婚姻、醫療等問題及蔡童受照顧情形，僅片面從一家人外出用餐狀況加以判斷，難以發揮社區主動發掘高風險及弱勢家庭需求的預警機制：

- 1、依據兒少權法第54條第1項規定，村(里)幹事、村(里)長於執行業務時知悉兒少家庭遭遇經濟、教養、婚姻、醫療等問題，致兒少有未獲適當照顧之虞，應通報高風險家庭案件。

- 2、如前所述，案家為臺南市列冊低收入戶，由臺南中西區公所依規定進行查訪。因此，該區公所於執行低收入戶訪視工作時，應積極注意兒少家庭是否遭遇經濟、教養、婚姻、醫療等問題，若發現兒少有未獲適當照顧之虞，應通報高風險家庭案件。依據臺南市政府查復表示略以：「目前區公所對於低收入戶之經濟狀況訪查作法分為：(1)定時訪查：每年年底實施總清查，由里幹事對低收入戶家庭經濟進行全盤瞭解訪查；(2)平時訪查：里幹事透過發放政策宣導或救濟物資領取通知單時，觀察瞭解其家庭生活情形，若有需要救助，則協助媒介資源。(3)網路訪查：近來衛福部已開發整合系統，區公所會針對低收入戶隨時查調其家庭經濟狀況，以適時調整扶助等級。本案案家於每年低收入戶總清查複查期皆有接受訪查，並無生活陷困之陳述，平時訪查經蔡父表示皆有領取物資通知單，且經區公所於系統查調並無財產及人口的變化。另經調閱資料，案家並未因生活困難而有向區公所申請馬上關懷或是急難救助之紀錄；另據里長、里幹事表示，看過其一家人經常外出用餐，夫妻及親子之間尚屬和樂。」
- 3、惟如前所述，蔡童屬6歲以下的幼童，生活在自家環境中，這類兒童相當不易被發現有受虐或未獲適當照顧的情事，亟待社區鄰里網絡單位於執行業務時，主動發掘並進行通報，以預防兒虐事件的發生。加上案家為低收入戶，蔡父又患有精神疾病，獨自背負家庭經濟重擔，卻長期失業；而蔡母為大陸配偶，除面臨生活適應問題，又面對照顧年幼孩子的壓力。從臺南市政府前述說明，該市中西區公所雖有定期訪視案家，惟多著重

在經濟需求層面，對於案家有無遭逢教養、婚姻、醫療等問題及蔡童受照顧情形，僅片面從一家外出用餐狀況加以觀察判斷，難以發揮社區主動發掘高風險及弱勢家庭需求的預警機制。

(五)綜上，本案案家為低收入戶，蔡童又屬6歲以下的幼童，加上蔡父患有精神疾病，又獨自背負著經濟壓力重擔，卻長期失業；而蔡母為大陸配偶，年齡與蔡父差距24歲，除須面臨來臺後的種種生活適應問題外，又面對幼童照顧及親職教養的壓力，顯見案家同時存在著許多危機因子或徵兆。臺南市政府雖將蔡童納入「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，惟社政單位僅訪視1次，即未再追蹤關懷，也未與網絡單位聯繫合作，以持續掌握蔡童受照顧狀況；衛政單位對於蔡童遲遲未能完成預防接種，直到期限將屆時始安排家訪，在未及家訪前，即發生蔡父失控掐死蔡童的憾事；民政單位對於案家的訪查，也只著重在經濟需求層面，在在顯示該府對於這類幼童受虐的防治機制，仍有疏漏，允應確實檢討改進。

三、衛福部雖已推行「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，以預防兒虐不幸事件的發生，惟以本案為例，案家同時存在許多危機因子，臺南市政府相關機關卻各行其是，彼此之間欠缺有效的聯繫合作機制；加上衛福部迄今未能建立資源整合機制，以致資訊未能共享，無法全盤掌握及整合案家所有的風險因子及兒虐徵兆，顯見現行幼童受虐的防治機制，仍有疏漏；衛福部允應積極研擬防漏補強對策，避免憾事一再重演。

(一)衛福部鑑於未滿6歲的幼童處於易受傷害且無法自我保護的階段，但這些幼童大多尚未進入學校體系或托育機構，生活空間是以自家居所為主，故難以被發現受虐或遭到不當對待等情事，於是自98年起

開始推行「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，以預防兒虐不幸事件的發生。惟上述關懷方案實施迄今，本院已在相關調查案件明確指出¹²：「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」已經無法涵蓋家庭複合型危機下的弱勢兒童，100年至104年7月止重大兒虐案件，施虐者施虐的主要原因包括：夫妻婚姻關係失調、經濟困窘、對於兒童發展缺乏認知、欠缺親職教養知能、自我控制能力不佳、管教過當、患有精神疾病等，這些問題皆未能全部涵蓋在該方案所關懷的對象及事由內，凸顯現行對於這些幼童受虐的防治機制出現重大疏漏等語，先予敘明。

(二)惟再從本案發現，臺南市政府雖將蔡童納入「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」的服務對象，卻因相關機關各行其是，彼此間欠缺聯繫合作機制，以致無法充分掌握及整合案家所有的風險因子及兒虐徵兆，並輕忽案家所存在的兒虐危機，凸顯上述關懷方案的預警機制仍有闕漏：

- 1、蔡父患有精神疾病，並領有身心障礙者手冊，臺南市中西區衛生所於96年4月收案管理後開始進行追蹤訪視，蔡童於102年5月出生，惟該衛生所於102年至103年皆以電訪方式追蹤蔡父狀況，並未實際家庭訪視，也未曾與社政單位聯繫，自無法知悉案家有6歲以下的幼童，遑論協助觀察蔡童受照顧狀況。
- 2、案家為臺南市列冊的低收入戶，蔡童出生後，每月領有低收入戶兒童生活扶助，符合「6歲以下

¹² 案由：近日媒體報導多起兒童受虐事件，顯示我國對於兒童及少年安全保護亮起紅燈。據衛生福利部統計，我國103年受虐兒童及少年人次高達11,589人，其中3歲以下受虐兒童人數比例更有逐年上升之趨勢，為維護兒童及少年權益，建立完善兒少安全保護體系，相關問題有進一步瞭解及調查之必要案(調查案號：105內調0061、105內正0017)。

弱勢兒童主動關懷方案」的服務對象，惟臺南市政府社會局於103年6月11日至案家訪視1次後，即認為案家無需社工後續處遇，不予開案服務，之後也未再持續追蹤關懷。再據臺南市政府社會局於本院詢問時表示略以：「社工員訪視是103年，事件發生是104年7月，期間案家情形可能有些變化，致產生落差，可能是蔡父精神狀況的問題。社工員也有去訪問鄰居、里長，里幹事也家訪過，因為有外界相關資源人士提供支持，社工員也認為已有精神照護系統的追蹤評估，所以未開案。」足見社政單位明知案家已由衛政單位納入精神照護管理系統進行追蹤訪視，卻未能積極聯繫合作，以持續掌握案家動態狀況及蔡童受照顧情形，凸顯該府社政與衛政單位各自進行關懷訪視，欠缺資訊共享及合作機制。

- 3、再查，案家為低收入戶，臺南市中西區公所雖已納入定期訪視相關機制，惟多著重在經濟需求層面，對於案家有無遭逢教養、婚姻、醫療等問題及蔡童受照顧情形，則未能積極發揮社區主動發掘高風險及弱勢家庭需求的預警功能。而社政單位明知里幹事進行家訪，卻也未能積極聯繫合作，以持續掌握案家動態狀況及蔡童受照顧情形，在在顯示地方政府所屬機關單位之間對於6歲以下弱勢兒童受虐的防治機制，欠缺聯繫合作機制，以致輕忽案家所存在的兒虐危機。

(三)衛福部迄今未能建立資源整合機制，以致資訊未能共享，使得「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」對於這類幼童受虐的防治機制，仍有漏洞：

- 1、依據104年8月5日臺南醫院對蔡父所作的社會功能評估及社會心理診斷結果略以：個案(即蔡父)於92

年10月25日始至臺南醫院精神科就醫並住院治療，後續因病識感及服藥遵從性較差，且出現情緒暴躁易怒、胡言亂語、失眠，甚而有暴力破壞及攻擊行為等情況，曾因此多次至住院治療；個案於96年3月21日自臺南醫院精神科出院後，尚可配合回診治療，但服藥遵從性差等語。臺南市政府社工個案調查報告也指出：「精障者倘未能按時服藥及就醫，經常病況控制不佳，家庭稍有生活壓力或衝突，易造成自傷或傷人之情事，若家庭成員無法及時察覺及因應，為兒少安全一大隱憂。」惟查臺南市中西區衛生所歷次訪視時，對於蔡父的用藥狀況，僅憑蔡父個人的說詞，即率爾評估認定蔡父用藥「規則」。依據該府衛生局表示：「目前精神病個案看診資料並無相關法規明訂應上傳至個管系統，故公衛端無法知個案就診情形。」足見該衛生所全然不知蔡父有服藥遵從性不佳的問題，以致無法因應調整對於蔡父精神疾病狀況的照護管理及追蹤輔導方向，凸顯醫療與衛政單位之間資源欠缺整合，以致資訊未能共享。

- 2、再查目前衛福部對於相關資訊系統資料庫(例如：嬰幼兒預防接種、精神照護資訊管理系統、自殺防治通報系統、社會福利補助、治安顧慮人口查訪、毒品危害防制中心案件管理系統等)，迄今尚未能整合完成，以致各地方政府在欠缺有效的資訊交換機制之下，難以有效勾稽比對6歲以下弱勢兒童家庭的風險因子，遑論加強訪視及強化跨網絡合作機制，足見現行「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」對於這類幼童受虐的防治機制，仍有漏洞。

(四)綜上，衛福部雖已推行「6歲以下弱勢兒童主動關懷

方案」，以預防兒虐不幸事件的發生，惟以本案為例，案家同時存在許多危機因子，臺南市政府相關機關卻各行其是，彼此之間欠缺有效的聯繫合作機制；加上衛福部迄今未能建立資源整合機制，以致資訊未能共享，無法全盤掌握及整合案家所有的風險因子及兒虐徵兆，顯見現行幼童受虐的防治機制，仍有疏漏；衛福部允應積極研擬防漏補強對策，避免憾事一再重演。

調查委員：王美玉、章仁香