

# 調 查 報 告

壹、案由：日前新北市蔡姓男子疑似不堪長期照顧壓力，勒斃精障胞妹後服藥自殺，又聞高雄市吳姓女子照顧重度智能障礙妹壓力大，攜妹燒炭自殺，類此個案在政府實施長照十年計畫以及長照2.0之後，見諸於媒體報導的次數卻不減反增，究竟是那些因素導致在有「全民健保」、「社會安全網」及「長照2.0」的醫療，社會照護系統下，讓這些精障患者及其家屬似仍在被孤立？缺乏社會支持？抑或求助無門，絕望殺親又自殺甚至傷及無辜，究竟政府對於精神障礙患者的照護管理措施是否健全？有那些政府單位應肩負照護之責？照護人力、專業能力是否足夠？好的政策好的措施為何無法觸及這類家庭，實有深入瞭解之必要案。

## 貳、調查意見：

我國已建置全民健康保險（下稱全民健保）、社會安全網及長期照顧十年計畫（目前甚至進入到長照2.0）等醫療、社會照護系統，保障身心障礙者、失能者及弱勢家庭之權益，但單以民國（下同）107年4月至7月約2個半月期間，即發生高雄市吳姓女子攜其重度智能障礙胞妹自殺、新北市蔡姓男子殺害其精神障礙胞妹、嘉義縣曾有精神科就診紀錄且長期照顧其夫之王姓女子在醫院刺傷護理師、臺中市罹有思覺失調症之賴姓男子殺害其胞妹工作之牙醫診所負責牙醫師、桃園市有類思覺失調症之范姓男子殺死其阿姨、新竹縣姜姓男子殺害其腦性麻痺之胞妹等多起身心障礙者或家屬疑似不堪長期照顧壓力，絕望殺親又自殺之事件。為調查好的政策或措施何以無法觸及有長照需求之個人或弱勢家

庭，本案經向衛生福利部(下稱衛福部)及各直轄市、縣(市)政府(下統稱各縣市政府)調取卷證資料，及約詢衛福部蘇政務次長麗瓊、臺中市政府陳副秘書長如昌、新竹縣政府陳秘書長季媛、新北市政府林參事純秀、高雄市政府張副秘書長裕榮等相關主管人員到院說明，已完成調查，調查意見如下：

一、我國已實施全民健保，精神病人若至醫療院所就醫，隨時可獲得醫療照護，且國內已建置精神病患照顧體系，針對不同性質病患，提供不同之服務項目，但仍有部分病人未積極尋求醫療照護服務，或未規律就醫、治療配合度低、無病識感及病情不穩定，顯見民眾對精神疾病之識能不足，未必於有需要之時都能獲得完善醫療照護，而衛福部及各縣市衛生機關亦未能有效發掘有醫療照護需求之精神疾病家庭，適時提供協助，均應檢討改進：

(一)全民健保於84年3月1日實施，保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，可獲得保險給付。精神疾病之醫療為全民健保給付範圍，經醫師診斷需接受醫療者，依個案治療需要，可給付項目包括：門(急)診、住院診療、精神科日間住院，精神病人社區復健、居家治療等醫療費用及復健費用。另為減輕特定病患部分負擔費用，領有身心障礙證明者於門診就醫時，無論醫院層級，門診基本部分負擔皆收取新臺幣(下同)50元，較一般民眾之80元至420元為低。另慢性精神病為全民健保重大傷病範圍，領有重大傷病證明之患者，因精神病或相關之門(急)診、住院治療，免部分負擔費用。又如經2位指定精神科專科醫師診斷為嚴重精神病人，且需強制住院或強制社區治療，費用則由衛福部編列專款補助。爰精神疾病病人(下稱精神病人)為疾病醫療及復健之需，全民健保已給付門(急)診、住院診療、精神科日間住

院、精神病人社區復健、居家治療之費用，且領有身心障礙證明之精神病人，門診基本部分負擔較一般民眾為低，若領有重大傷病證明則免部分負擔，因此，精神病人若至醫療院所就醫，隨時可獲得醫療照護。

(二)查107年4月至7月間，國內發生多起身心障礙者、失能者及弱勢家庭，於遭逢生活困境及面臨照顧壓力時，猶未能獲得適當的支持及協助，致長照憾事不斷發生，包括：

1、高雄市吳姓女子於107年4月21日攜其重度智能障礙胞妹自殺（下稱案例1）：

吳姓女子胞妹，44歲，未婚，領有ICF第一類（智能）極重度身心障礙證明，列高雄市第二類低收入戶資格與身心障礙者住宿式照顧費用補助之受補助人，97年9月起入住高雄市身心障礙福利機構私立樂仁啟智中心，接受全日住宿式照顧服務，並獲每月22,000元全額補助，家屬免自付額，亦未再申請其他長照服務。吳姓女子為主要照顧者，以往未有施暴之行為，與胞妹關係緊密，互動良好，但其於98年7月開始於精神科就診，診斷為憂鬱症，自殺事件發生前就診頻率為3個月1次，主訴多為焦慮失眠，但持續就醫且有穩定工作，固定在凱旋醫院及高雄國軍總醫院領藥，並無脆弱家庭6大風險指標情境；吳姓女子固定2週探視胞妹1次，國定假日皆由其接胞妹回家照顧。機構定期每2年安排家庭訪視及調查家庭需求，依機構平日服務紀錄，曾提及吳姓女子曾表示因經濟壓力導致不能退休，覺得很累，但機構未辨識出吳姓女子有自殺防治風險。另家屬於高雄市政府社會局家庭暴力及性侵害防治中心調查過程曾陳述吳姓女子事發前1個月曾有輕生念頭。案經臺灣高雄地方檢察署偵查認吳姓女子因罹患憂鬱症時

有情緒低落輕生念頭，不捨身故後無人照顧胞妹，一時失慮鑄下大錯。

2、新北市蔡姓男子於107年4月22日殺害其精神障礙之胞妹（下稱案例2）：

蔡姓男子胞妹42歲，罹患思覺失調及躁鬱症，領有重度精神障礙證明，每月領有中低收入戶身心障礙者補助8,472元，非嚴重病人，無緊急護送就醫紀錄，97年2月21日由新北市中和區衛生所（下稱中和區衛生所）收案，案發時為4級列管個案。先前與母親及2位兄長輪流同住，平時服藥後情緒尚穩，其母於106年往生後，由四兄即蔡姓男子同住照顧，其餘兄姐會探視或接濟，因未申請長照服務，新北市政府未能針對其進行失能評估。蔡姓男子，45歲，無業，經濟來源為其他5位兄弟姐妹輪流接濟。查臺灣新北地方法院裁判書指出：「……被告與被害人為兄妹，其獨自照顧行動不便之父母親及罹患精神疾患之被害人，期間長達20多年，並於父母親相繼病逝後，與被害人相依為命並繼續照料被害人，雖有兄姊接濟其生活開銷，然經濟與精神壓力甚大，終致心力交瘁、身心俱疲……」<sup>1</sup>。據新北市政府查復：由裁判書之資訊顯示此事件與長期照顧負荷有一定程度之關係。惟本案發生前，無有關蔡姓男子之家暴通報紀錄，首次進案即為重大家庭暴力事件；另據中和區衛生所公共衛生護理人員最近1次訪視紀錄，病人病情穩定，且蔡姓男子受訪態度與常人無異，尚無從監測並預防此案件發生。

3、嘉義縣曾有精神科就診紀錄且長期照顧其夫之王姓女子於107年5月25日在醫院刺傷護理師（下稱案例3）。

---

<sup>1</sup> 臺灣新北地方法院於108年3月19日依加工自殺罪處有期徒刑6月，緩刑2年。

嘉義縣王姓女子，54歲，因認醫院醫師及護理師對其霸凌，心生怨懟，且在病房照顧其夫時，懷疑有人要害她，因此持水果刀行凶刺傷護理師。王姓女子無精神科住院紀錄，曾因睡眠障礙至神經內科領取安眠鎮靜藥物，案發4-5年前曾就診精神科，後續無就醫回診，但案發當日曾至精神科門診，主訴為照護壓力引起之睡眠障礙與躁鬱。其非精神照護資訊管理系統收案管理個案，無護送就醫紀錄、無重大傷病卡、無身心障礙手冊，且自殺資訊系統、監所轉介資料、社會局家暴系統等，均無相關通報紀錄。目前已由嘉義縣政府列入精神照護資訊管理系統之1級關懷訪視對象。

- 4、臺中市罹有思覺失調症之賴姓男子於107年5月24日殺害其胞妹工作之牙醫診所負責牙醫師（下稱案例4）。

賴姓男子，32歲，無業，獨居，曾經醫師診斷思覺失調症，於95年7月1日至104年3月17日間曾於門診就醫治療，領有重大傷病卡，門診就診期間，情緒穩定。其於102年6月17日經鑑定為第一類中度身心障礙者，為臺中市大里區衛生所（下稱大里區衛生所）103年6月26日收案管理之個案，但從收案至107年5月24日之前，計訪視15次，卻無法親訪到本人，其平時在家情況、就醫及服藥等情形，皆由賴姓男子之父（下稱賴父）代為陳述。另賴父表示賴姓男子於104年9月至11月至澳洲打工，105年7月2日至比利時準備做生意，故公共衛生護理人員無法親訪到賴姓男子。賴姓男子之身心障礙證明於104年7月31日到期，其卻於同年8月11日方領表辦理重新鑑定，且未完成法定程序，其證明於同年9月30日遭註銷。另衛福部保護資訊系統無賴姓男子家暴通報案件。

5、桃園市有類思覺失調症之范姓男子於107年5月29日殺死其姨母（下稱案例5）：

范姓男子，23歲，未婚，於104年12月至107年1月期間，曾於衛福部桃園療養院接受門診治療，經診斷類思覺失調症，當時無暴力與自傷史，且其未曾因精神疾病住院、申請身心障礙手冊或接獲其他網絡通報，故非屬衛福部精神照護資訊管理系統之追蹤關懷對象。賴姓男子於案發前，桃園市政府警察局、社會局、衛生局、家庭暴力暨性侵害防治中心皆未曾接獲與其相關之家庭暴力事件通報或自殺通報紀錄，亦無其他求助事項或相關列管、追蹤輔導、前科素行等紀錄。

6、新竹縣姜姓男子於107年7月1日殺害其腦性麻痺之胞妹（下稱案例6）。

姜姓男子之胞妹，37歲、未婚，為腦性麻痺者，身心障礙類別為第一類及第七類，障礙程度為極重度（肢體極重+智能輕度），長期臥床，尚可清楚表達自己需求，符合長照服務申請資格，領有國民年金身心障礙者基本保障年金4,872元。姜姓男子，甫離婚，從事服務業，與父、母（下稱姜父、姜母）及胞妹共同居住於3層樓自有房屋，姜父從事警衛工作，姜母為家管，每日11時至15時兼職牛肉麵助手，為胞妹之主要照顧者，姜姓男子與姜父亦會從旁協助照顧。103年曾申請居家服務，經派員實地訪查評估失能等級為極重度失能，每月補助時數為32小時，主要服務需求為：餐飲服務、協助沐浴、穿換衣服、翻身及肢體關節活動。惟因姜姓胞妹有軟骨症，家中浴室又有門檻，社工表達居家服務員1人恐無法將胞妹抬到浴室進行沐浴服務，姜母考量無法每次服務都在場協助洗澡，如居家服務員提供沐浴

服務時，仍須在家協助或等姜父下班後再將姜姓胞妹移至浴室，遂決定不使用居家服務；106年4月19日短托申請訪視時，社工曾建議轉介居家服務及申請浴室無障礙坡道，姜母認為不需要所以並未申請。經查保護資訊系統，未有男子胞妹之家庭暴力事件通報表及家暴調查記錄表之紀錄。歷年心理衛生中心未接獲關於男子或其胞妹之自殺通報或其他協助事項。姜姓男子近日壓力大，要照顧胞妹，姜父於酒後亦會與其吵架衝突，且長期失業，事發前3週又歷經離婚，造成情緒起伏不定，又逢姜父、母外出旅遊，將胞妹照顧之責暫交由其協助照顧，在多重壓力下不堪負荷，因情緒失控釀成悲劇。

上述案例3之王姓女子，無精神科急性住院紀錄，約於4-5年前曾就診精神科，後續無就醫回診。另案發當日有至精神科門診，主要係因照護壓力引起之睡眠障礙與躁鬱，嘉義縣衛生局於案發前無從得知個案有精神異常問題。又案例4之賴姓男子，大里區衛生所於103年6月26日收案後，計進行15次關懷訪視，包括家訪3次，電訪14次，然公衛護理師無法親訪到本人，賴姓男子平時在家情況、就醫及服藥等情形，皆由賴父向公衛護理師陳述，即作為病情穩定之認定。

(三)前述不幸之暴力事件中，有數起之加害人或受害者為罹患精神疾病之病人，然部分精神病人無病識感、不願就醫，且家屬無法將其帶到醫院就醫，政府允應幫助精障朋友，能獲得適當醫療處置：

- 1、國內曾進行4次全國精神疾病流行病學調查，最近1次為91至94年，依18歲以上人口估計精神疾病診斷之終身盛行率約為6.20%<sup>2</sup>。

---

<sup>2</sup> 本調查由李明濱教授、陳為堅教授及楊明仁教授等人依多階段分層隨機抽樣法完成。

2、衛福部統計106年精神病人之門、住診合計（包括急診）為263萬8,382人次。依疾病分類、性別，精神病人106年門、住診就醫人次，如表2。

表1、精神病人門、住診就醫人次：106年

單位：人次

疾病	ICD-10診斷碼	患者總人次		
		總計	男	女
總計		2,638,382	1,164,885	1,473,497
失智症	F01-F03	220,119	89,703	130,416
酒精相關障礙症	F10	49,254	39,833	9,421
其他精神作用物質相關障礙症	F11-F19	215,955	176,752	39,203
思覺失調、準思覺失調、妄想和其他非情緒精神病症	F20-F29	152,110	77,233	74,877
情緒障礙症	F30-F39	633,871	236,505	397,366
焦慮、解離、壓力相關、身體障礙和其他非精神病的精神疾患	F40-F48	1,366,810	503,591	863,219
智能不足	F70-F79	40,678	24,209	16,469
其他精神、行為和神經發展疾患	remainder of F01-F99	948,514	435,164	513,350

資料來源：衛福部107年11月29日衛部心字第1071761921號函。

3、據衛福部統計，截至107年12月底，領有重大傷病第六類慢性精神疾病之實際有效領證數為19.79萬人。

4、另據衛福部表示，各縣市在案之社區追蹤關懷個案中，有1,668人未規律就醫、3,650人治療配合度低、10,271無病識感及1,683人病情不穩定。

(四)精神疾病病人之病情輕重有別，所需之醫療、社區訪視或照護服務態樣亦不同，原行政院衛生署於88年曾訂定「精神病患照顧體系權責劃分建議表」，依病患性質建議其服務項目、機構及權責劃分如下：

病患性質	服務類別	服務項目	服務機構	權責劃分
一、嚴重精神病症狀，需急性治療者。	精神醫療	急診 急性住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位



二、精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。		慢性住院治療 日間住院治療 居家治療		
三、精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。		長期住院治院		
四、精神病症狀穩定，局部衛生醫療單位功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者。	精神醫療 社區復健	日間住院治療 社區復健治療 社區追蹤管理	精神醫療機構 精神復健機構 衛生所	衛生醫療單位
	就業安置	就業輔導	職業訓練及就業服務機構	勞政單位
五、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	長期安置 居家服務	安養服務 養護服務 居家服務 護理照顧服務	社會福利機構 護理機構	社政單位 (主辦) 衛生醫療單位 (協辦)
六、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。				

(五)依據國內精神疾病流行病學調查，18歲以上人口估計精神疾病診斷之終身盛行率約為6.20%，至於全民健保106年精神病人門、住診就醫約263萬人次，其中領有重大傷病第六類慢性精神疾病之實際有效領證數為19.79萬人；各縣市在案之社區追蹤關懷個案中，有1,668人未規律就醫、3,650人治療配合度低、10,271無病識感及1,683人病情不穩定，顯見精神疾病在國內盛行情形，並不少見。

(六)被精神症狀困擾之當事人，有些並不認為自己需要協助，而對於生病的人及家人而言，即使意識到生活不對勁，要至精神科就醫，有時甚為困難，而要申請身心障礙證明，亦可能害怕社會眼光，即使有需要亦拒

絕申請。因此，在確診精神疾病前，家庭無法獲得任何協助或服務，惡化到自傷、傷人或擾鄰報警之程度，才開始接受醫療協助<sup>3</sup>。上述案例3之王姓女子，曾就診精神科，後續無就醫回診；案例4之賴姓男子，公衛護理師無法親訪到本人，皆由賴父向公衛護理師陳述，即作為病情穩定之認定。

(七)綜上，罹患精神疾病並不可恥，如同其他疾病，早期診斷、及早治療，有助於病情控制；且罹病不等於不定時炸彈，亦不代表或有暴力傾向，積極治療後，多數無攻擊性，且為數不少之病友可繼續工作。況我國已實施全民健保，精神病人若至醫療院所就醫，隨時可獲得醫療照護，且國內已建置精神病患照顧體系，針對不同性質病患，提供不同之服務項目，但仍有部分病人未積極尋求醫療照護服務，或未規律就醫、治療配合度低、無病識感及病情不穩定，顯見民眾對精神疾病之識能不足，未必於有需要之時都能獲得完善醫療照護，而衛福部及各縣市衛生機關亦未能有效發掘有醫療照護需求之精神疾病家庭，適時提供協助，均應檢討改進。

二、衛福部辦理精神病人社區關懷照顧計畫，因心口司未訂定一致之精神病人收案及結案標準，而由各縣市依自身立場、資源多寡、工作負荷及專業經驗等提供服務，不但可能造成追蹤管理之漏洞，甚或錯失關鍵之介入時機；目前由地段護士及社區關懷員以面訪方式所建構之精神照護通報系統，訪視人力比率失衡，業務繁重，僅能依規範提供符合訪視等級之最低限度服務，由於聚焦在疾病治療面，且無法確實掌握精神障礙者的狀況，致預防功能不足，亦難與社政、勞政面進行資源整合，**顯有違**

---

<sup>3</sup>本段內容之出處為公益交流站網頁-當精障者與家庭都累了，難道我們只剩下「強制住院」這個選擇？(下)。網址為 <https://npost.tw/archives/40666>

**失，亟應檢討改進，並強化公私協力，納入居家護理所或精神衛生專科護理師之服務資源及提升其照護品質，使社區居家精神病人獲得更完善之關懷及照護：**

(一)衛福部自 94 年起建置精神照護資訊管理系統，提供各縣市衛生局（所）追蹤照護精神疾病個案資料，並於 94 年 1 月 26 日頒布「精神病人社區家訪要點」，推動精神疾病個案分級照護制度，依個案病情診斷及穩定情況區分為 1 至 5 級，透過家庭訪視、電話訪談或辦公室會談等方式，提供 1 級個案每月 1 次、2 級個案每 3 個月 1 次、3 級個案每半年 1 次及 4-5 級個案每年 1 次之追蹤訪視服務。目前 3、4 級之社區精神病人追蹤多係由公衛護理人員執行，1、2 級之追蹤訪視則由精神疾病社區關懷訪視員（下稱關訪員）執行，訪視結果登錄於精神照護資訊管理系統。追蹤訪視之目的除協助病人規則就醫、按時服用藥物及協助家屬做危機處理外，更期精神病人能適應並生活於社區中，及適時提供家屬所需支持。嗣於 95 年 9 月再針對社區中精神特殊個案，指派關訪員到宅定期訪視與評估，並依個案及家屬需求，提供有關精神醫療資源、疾病衛教、社會福利、病人家屬心理諮詢等服務。

(二)各縣市未有一致之精神病人收案及結案標準：

1、除嚴重精神病人依法須強制通報外，各縣市衛生局（所）訪視追蹤之社區精神疾病個案，係來自醫療機構、社區或鄰里長通報轉介，非個案主動申請。醫療機構對於住院之精神病人，需於其出院 2 星期內完成出院準備計畫並上傳精神照護資訊管理系統，衛生局（所）於前 3 個月內先將其列為 1 級照護個案，之後依序降級。但個案若係因失眠、焦慮、恐慌及精神官能症等而於精神科門診、急診、住院，或經診斷具精神疾病，尚不需列入社區關懷訪視對象，

避免病人擔心遭污名化而不願就醫，並維護其隱私。

- 2、至個案是否列為關懷訪視對象，係由當地衛生局針對個案之精神症狀、心理問題、醫療問題、就醫用藥情形、家屬照顧態度等進行綜合評估，個案數多寡並不表示各轄區精神疾病盛行率之高低，而與該轄區之收案標準、訪視能量等因素有關，惟為使有需求之精障家庭均能獲得關懷服務，收案標準宜重新檢視；另，分級方式則以是否剛出院、家訪要點之評估分數及督導會議之決定等，作為照護等級調升或調降之依據。
- 3、又，各縣市所列結案之原因多為失聯或失蹤達一定期間、多次訪視未遇、個案死亡、遷出行政區域、長期居住在醫療或長照機構達一定期間、入獄服刑及督導會議討論決定銷案等，顯然未有一致之結案標準。另失聯、失蹤達一定期間，或多次訪視未遇，或遷出行政區域等之個案，其風險未必較低，且在沒有其他縣市銜接進行關懷訪視下，恐淪為管理上的黑數，形成漏洞。

(三)由公衛護理人員及社區關懷員以面訪方式所建構之精神照護系統，訪視人力比率失衡，業務繁重：

- 1、按社區精神病人之追蹤訪視工作，係採心理衛生社工、關訪員及公衛護理人員分流方式辦理；心理衛生社工負責兒少保護、家庭暴力或性侵害事件合併精神疾病個案，關訪員負責社區1級與2級精神疾病個案，公衛護理人員負責社區3級與4級精神疾病個案。經查106年各縣市政府列入個案管理之精神病人合計139,569人，其中1級17,928人、2級17,239人、3級42,812人、4級60,823人、5級767人；107年合計139,490人，其中1級21,826人、2級19,489人、3級37,170人、4級60,024人、5級981人。另以106年為例，

訪視人員中，公衛護理人員2,802人，訪問3、4級個案合計103,635人，平均每人每年訪視個案36.99人；關訪員194人，訪問1、2級個案合計35,167人，平均每人每年訪視個案181.27人；訪問方式部分，電訪261,630人次（占49.60%）、面訪265,848人次（占50.40%），該年各縣市精神疾病防治目標的指標之一「訪視方式：以個案本人面訪比率需占35%」，21縣市均達成目標值。

- 2、公衛護理人員本身之業務量已甚繁重，卻仍需分擔社區精神病人之追蹤訪視業務，且衛福部近年來亦要求提高面訪比率，然對於可規律就醫、服藥遵從性高之穩定個案而言，如仍進行高頻率之訪視，或有資源浪費之虞；對於合併酒癮、藥癮、自殺企圖、家暴或性侵等確具高風險之個案，也可能因此而缺乏足夠之人力以落實評估該等個案之發病風險、暴力風險及需照顧程度等多重問題，造成憾事不斷發生。
- 3、又，社區關懷員需主動進入精神病人之家庭，與病人及其家庭成員建立友善與信任的關係，然查106年中央補助各縣市衛生局之社區關懷訪視人力僅有99人，亦即每位關訪員訪視案量達350-400名個案，業務甚為繁重。

(四)公衛護理人員及關懷員雖進行重複之家庭訪視、會談，有時無法針對核心問題對症下藥，提供之服務尚難滿足社區精神病患之實際需求：

- 1、目前各縣市衛生局（所）列管之精神疾病個案，多係由衛生所公衛護理人員及關訪員追蹤照護，惟其等雖具備護理專業，但在辦理精神疾病個案追蹤訪視業務之初，多數對於精神醫療基礎知識、精神病人訪視之管理與技巧，尚有不足，且實際進行訪視

時，亦曾發生遭到攻擊而受傷之情事，人身安全不無疑慮。

- 2、衛福部於95年9月起針對社區中生活面臨多重問題且無法自行解決、家庭/社會支持系統薄弱而需重建社會支持及資源系統、病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者、獨居、主要照顧者為65歲以上、經強制住院後出院及家中有2位以上精神病人等條件之「精神特殊個案」，由各縣市衛生局對轄區內需高關懷之精神病人，指派關訪員到宅定期訪視與評估，並依個案及家屬需求，提供有關精神醫療資源、疾病衛教、社會福利、病人家屬心理諮詢等服務。惟現行關訪員之專業背景以護理、心理、公衛為主，訪視重點因而聚焦於就醫規律性、服藥順從性及病情變化等疾病問題，專業能力應已足以運用於督促服藥、心理支持、緊急就醫協助等服務，然精神病人從醫院回歸社區後，尚有就學、就業之需求，對於如何銜接到適當的服務機構及獲得衛生、社政、勞政單位的資源，其等具備之能力恐未必能針對核心問題對症下藥。
- 3、情緒及精神症狀干擾所引發之自殺及暴力風險，可能衝擊精神病人其他家庭成員之生活，甚有危及生命安全的問題，爰關訪員須具備評估家庭需求、脆弱性風險、資源盤點與連結之專業能力，方可提高對家庭暴力與兒少虐待之預防程度，然目前公衛護理人員及關訪員係僅就個案衛生及疾病方面之個別化服務內涵進行評估，並依規範提供符合訪視等級之最低限度服務，但在對家庭、經濟、社會福利服務需求的完整評估及資源連結部分，其等能力或有不足，服務之範疇及量能均待提升。

(五)又查：

- 1、案例2蔡姓男子胞妹，為最穩定之個案，於104年間之精神照護級數為2級（每3個月訪視1次），該年度有3次電訪蔡姓男子之紀錄；105年為3級（每6個月訪視1次），該年度有2次電訪蔡姓男子紀錄；106年及107年為4級（每年訪視1次），各有1次電訪蔡姓男子紀錄。最後一次電訪時間為107年3月1日，蔡姓男子表示其胞妹之精神情緒穩定，每3個月會固定前往臺北市立聯合醫院仁愛院區替胞妹拿精神科藥物之慢性處方箋，且會陪伴胞妹外出至附近大潤發及公園散步，受訪態度與常人無異，可接受衛生所之訪視，但對訪員稍有防備心。
  - 2、案例5之范姓男子，於104年12月至107年1月期間曾於衛福部桃園療養院接受門診治療，經診斷為類思覺失調症，當時無暴力與自傷史，且其未曾因精神疾病住院、申請身心障礙手冊或接獲其他網絡通報，非屬衛福部精神照護資訊管理系統之追蹤關懷對象。
- (六)為消化龐大訪查數量，在公部門人力不足下，可採取公私協力方式，以委託或補助形式，讓民間團體參與，紓緩案件負荷量。例如，由居家護理所聘用有專業能力之精神衛生專科護理師於社區提供服務，即可掌握精神病人動態資料，落實社區精神病人追蹤關懷、轉介及轉銜服務。除此之外，更可建構第一線社區護理人員於精神衛生照護專業服務網絡，提供可近與即時服務，適時協助家屬緊急處置、尋求求助管道及相關資源連結與轉介，甚至遇暴力事件，可聯繫處遇人員，瞭解處理情形，降低社會安全之危害風險。惟目前居家護理所雖可將失能民眾納入收案對象，但精神病人之症狀以思維、情緒及行為障礙為主，生理功能未必失能，尚難符合居家護理所之收案標準，且精神居



家護理亦未列入全民健保給付範圍，又相關護理師（如公衛護理師或關懷員）缺乏精神衛生護理照護訓練，在現行關懷訪視量能不足之情形下，強化公私協力，納入居家護理所或精神衛生護理師之服務資源及提升其照護品質，則能有效發揮功效，使社區居家精神病人獲得更完善之關懷及照護<sup>4</sup>。

(七)綜上，衛福部辦理精神病人社區關懷照顧計畫，對社區精神病人提供關懷訪視服務，因心口司未訂定一致之精神病人收案及結案標準，而由各縣市依自身立場、資源多寡、工作負荷及專業經驗等提供服務，不但可能造成追蹤管理之漏洞，甚或錯失關鍵之介入時機；目前由地段護士及社區關懷員以面訪方式所建構之精神照護通報系統，訪視人力比率失衡，業務繁重，僅能依規範提供符合訪視等級之最低限度服務，且偏重於患者是否規律就醫、服藥遵從性之情形，而無法確實掌握精神病人其他非醫療問題之狀況，致預防功能不足，亦難與社政、勞政面進行資源整合並提供服務，未能滿足社區精神病人之實際需求，**顯有違失**，亟應檢討改進，並強化公私協力，納入居家護理所或精神衛生護理師之服務資源及提升其照護品質，使社區精神病人獲得更完善之關懷及照護。

三、衛福部規劃建置之精神照護資源已接近每萬人口精神病床 10 床之目標，但部分精神病人抗拒、不願意或無法至醫療機構就醫，而有接受居家醫療之需要；另精神障礙者的康復之路，需搭配社區復健服務才能有良好之康復成果，芬蘭「開放式對話」及美國紐約「降落傘計畫」已發展多樣性的社區服務模式，於精神危機發生時，幫助精障朋友及其家庭開放式對話，提供同儕陪伴、24 小

---

<sup>4</sup>參考中華民國精神衛生護理學會周桂如理事長於 108 年 11 月 1 日舉辦之精神居家護理高峰論壇之引言內容。



時諮詢專線等多元社區支持服務，可作為我國協助精障朋友重返社區之參考模式；又現行衛生體系雖已介入提供關懷訪視，但未能有效整合就醫、就業、就學及福利相關資源，且病情穩定者仍無法被社區或雇主友善接納，現有社區支持及服務並未能使個案能於社區中生活及工作，核有違失：

(一)按身心障礙者權利公約 (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) 第 19 條規定，所有身心障礙者享有獨立生活和融入社區的平等權利，可自由選擇和掌控自己的生活。另依精神衛生法第 8 條規定，中央主管機關應會同中央社政、勞工及教育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系，對精神病人提供就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務；同法第 35 條規定，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，採取門診、急診、全日住院、日間留院、社區精神復健、居家治療等方式。

(二)依精神衛生法第 16 條規定，各級政府按實際需要，得設立或獎勵民間設立精神醫療機構、精神護理機構及精神復健機構等精神照護機構。截至 107 年 12 月底，國內精神照護機構設立情形如下：

1、精神醫療機構提供精神疾病急性、慢性醫療及居家治療服務：

(1) 急性床許可數 8,405 床，每萬人口 3.56 床；開放數 7,408 床，每萬人口 3.14 床。

(2) 慢性床許可數 14,370 床，每萬人口 6.09 床；開放數 13,571 床，每萬人口 5.75 床。

(3) 急、慢性床合計許可數 22,775 床，每萬人口 9.65 床；開放數 20,979 床，每萬人口 8.89 床。

(4) 居家治療係針對社區中無病識感、不願就醫、家

屬無法帶至醫院就醫之慢性精神病人，由醫療專業人員至社區中進行居家訪視，給予適當處置之醫療服務。

2、精神護理機構提供慢性病人收容照護服務：

係照顧精神疾病症狀穩定、呈現慢性化，不需住院治療，但需長期生活照顧之精神病人。精神護理之家許可數52家、5,425床，開放數47家、4,591床；每萬人口許可床數2.30床、開放床數1.95床。另基隆市、金門縣、連江縣、新竹市、苗栗縣、澎湖縣及臺東縣等尚無精神護理之家。

3、精神復健機構提供社區精神復健相關服務：

精神復健機構之服務對象，為經專科醫師診斷需精神復健之病人，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，協助病人逐步適應社會生活，分為日間型及住宿型機構，說明如下：

(1) 日間型機構：

以幫助精神病人回歸社會為目的，提供生活及職能訓練，培養工作良好態度及工作技能等，強化病人在社區生活能力，達成獨立生活之目標。截至108年6月底，計登記68家，登記服務量3,324人，每萬人口1.41床。另金門縣、連江縣、新竹縣、雲林縣、嘉義縣、澎湖縣及臺東縣等尚無日間型機構。

(2) 住宿型機構：

提供病人從醫院返回家庭前保護、暫時及支持性之居住環境，有系統施以獨立生活、工作及職能復健訓練，減少其對家庭、社會之依賴性，促進住民逐漸適應社區並回歸社區生活。截至108年6月底，計登記152家，登記床數6,470床，每萬人口

2.74床。另金門縣、連江縣、澎湖縣及臺東縣等尚無住宿型機構。

(三)我國精神照護資源逐年成長，截至 108 年 6 月底，全國急性精神病床許可數 8,405 床、慢性精神病床許可數 14,370 床，合計精神病床許可數 22,775 床，每萬人口 9.65 床，已接近每萬人口精神病床 10 床之目標。日間型、住宿型精神復健機構及精神護理之家服務亦穩定發展，服務量（開放床數）分別已達 3,324 人、6,470 床及 4,591 床。惟 107 年精神照護系統登錄之精神疾病人數約 14 萬人，扣除急性精神病床、慢性精神病床、精神護理之家收容之病人數，仍有 10 餘萬占多數之精神病人生活在社區中。然而部分精神病人無病識感、不願就醫，且家屬無法將其帶到醫院就醫，各縣市衛生局雖對此類慢性精神病人進行追蹤訪視，但除提供關懷服務外，更應鼓勵醫療專業人員至社區之精神疾病個案家中進行訪視，並給予適當醫療處置，降低精神病人疾病復發及再度入院機率。

(四)精神治療著重在病理治療及減緩症狀，精神復健則係協助啟動資源，發展精神病人個人力量，使重新恢復在社區的生活能力。部分在社區生活之精神病人有腦認知功能之損害，社會生活能力降低，其康復之路需搭配社區復健服務才能有良好之康復成果，因此，對於有復健潛能之精神病人，可透過協助轉介精神復健機構提供照顧。惟截至 108 年 6 月底，國內日間型、住宿型精神復健機構雖呈穩定發展，服務量（開放床數）分別達 3,324 人、6,470 床，然相較於社區生活之精神病人人數，仍有相當落差，且新竹縣、雲林縣、嘉義縣等尚無日間型精神復健機構，另金門縣、連江縣、澎湖縣及臺東縣等除無日間型精神復健機構外，亦無住宿型精神復健機構，對於精神病人出院後與社區

之銜接，以目前精神復健機構所提供照顧之量能來看，恐未能符合社區精神病人需求。

(五)當精神危機發生時，強制就醫或強制住院常成為精神病人被強制處遇之選項，然而，就歐美國家之實施經驗，精神障礙者之社區服務已有多元之社區支持服務模式，給予精障朋友在直接入院外更彈性而多元之選擇，透過同儕陪伴、危機喘息中心、會所、社區熱線等資源形成社會安全網，協助患者穩定生活、重返社會。例如<sup>5</sup>：

1、芬蘭「開放式對話」：

開放式對話發展於公元1980年代，係指於精神危機發生時，「入家團隊」成員進入有需要之家庭，與家庭成員展開對話，提供協助。所謂「開放式」是指療程規劃及決策過程透明公開，入家團隊、家屬、精神疾病當事者都可以在場表達自己之意見，但決定權交回團體當中，其目的並非找到快速解決方案或立即改變家庭之動力或方向，而係透過對話瞭解問題本質及個案之生命歷程，探討發病原因以提出處理方式。

2、美國紐約「降落傘計畫」：

紐約健康與心理衛生部門（DHMH）於2013年開始執行計畫，並發展出「移動式危機團隊」、「危機喘息中心」及「支持專線」。當家庭成員有精神疾病症狀而需要有人進入家庭協助時，就能立即獲得團隊人員之支持，且可隨著家庭之連續性需求變化，進行以家庭需求為核心之個案服務；在危機喘息中心裡，所有職員都直接或間接有過精神疾病者所經歷之症狀，且該中心不同於強制住院之完全隔離，鼓

---

<sup>5</sup>本段內容係參考公益交流站網頁-當精障者與家庭都累了，難道我們只剩下「強制住院」這個選擇？（下）。網址為 <https://npost.tw/archives/40666>

勵患者繼續原本之生活，加上24小時之諮詢專線提供支持服務，均有助於陪伴精神疾病患者度過困境，回歸社會。

- (六)依據身心障礙者權利公約(CRPD)之精神，對於精神障礙者提供之服務，應從醫療模式轉變為人權模式，從個人能力之缺損調整為具有通用設計思維之社區融合過程，除檢視社會環境提供精神障礙者生活與居住之選擇是否合適外，並建構理解及友善之環境及支持，促進家庭生活品質並減少關係衝突，讓精神障礙者得以自立生活。惟衛福部雖已介入提供關懷訪視，但屬從醫療服務介入之單一服務模式，仍無法解決精神病人因貧窮或孤立而造成之社會問題，況精神病人返回社區後仍有就學、就業及就養等需求，需由專業人員進行整體性評估，並發展精神病人之社區支持及服務方案，方能有助於個案能在社區中生活及工作。
- (七)綜上，衛福部規劃建置之精神照護資源已接近每萬人口精神病床10床之目標，然精神病人除應獲得適當醫療服務外，更須有連續性、全人之照護服務，才能支持與鼓勵精神病人回歸社區。精神病人若能早期發現病況，及時進行處遇治療，多數能控制病情，惟部分精神病人抗拒、不願意或無法至醫療機構就醫，而有接受居家醫療之需要；另精神障礙者的康復之路，需搭配社區復健服務才能有良好之康復成果，芬蘭「開放式對話」及美國紐約「降落傘計畫」已發展多樣性的社區服務模式，於精神危機發生時，幫助精障朋友及其家庭開放式對話，提供同儕陪伴、24小時諮詢專線等多元社區支持服務，可作為我國協助精障朋友重返社區之參考模式；又現行衛生體系雖已介入提供關懷訪視，但未能有效整合就醫、就業、就學及福利相關資源，且病情穩定者仍無法被社區或雇主友善接納，

現有社區支持及服務並未能使個案能於友善社區中生活及工作，核有違失。

四、我國已實施社會安全網及長照 2.0 等醫療、社會照護系統，將身心障礙者、失能者及弱勢家庭之權益納入保障範圍，並有相關機制提供服務與協助。然為數不少之失能者仍未實際獲得長照 2.0 服務，且部分慢性精神疾病病人已領取重大傷病證明而於就醫時得免除部分負擔，但卻未接受社區關懷資源之支持服務，亦未申請身心障礙證明獲得相關社會福利或給付，其原因有待釐清；又政府對於照顧者出現照顧壓力增加或無資力照顧個案之情形，雖有監測機制，卻未能有效發掘已瀕臨沈重壓力或無資力照顧個案之情形，協助紓緩家庭照顧者之沈重壓力，復未能及早辨識家暴及自殺之風險，發揮預警功能，適時介入，致長照憾事不斷發生，政府社會安全網仍存有漏洞，核有疏失：

(一)行政院於 96 年核定「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫(下稱長照 1.0)」，50 歲以上精神病人領有身心障礙證明，且達失能標準者，可獲得長期照顧服務(下稱長照服務)，項目包括：照顧服務、居家護理、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐飲、機構服務等；嗣 106 年實施長照 2.0，更排除年齡限制，將全年齡失能身心障礙者納入服務對象，經各縣市長期照顧管理中心(下稱照管中心)評估核定需要者，依等級可於給付額度內使用長照服務，除維持長照 1.0 原有服務項目外，另新增失智照顧、原住民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防及延緩失能、延伸出院準備、居家醫療等。惟有精神疾病之身心障礙者，若無失能或未申請長照評估，僅能獲得依精神衛生法、身心障礙者權益保障法(下稱身權法)等法令提供之各

項個人照顧及支持服務，並非長照 2.0 之服務對象。

(二)國內於 98 年至 105 年間發生多起社會挫敗型的隨機殺人事件，行政院經檢討後為補強社會安全網漏洞，於 107 年 2 月 26 日核定「強化社會安全網計畫」<sup>6</sup>，該計畫對家庭經濟陷困、遭逢變故、關係衝突或疏離、家庭成員身心障礙或傷病失能、兒少發展不利處境、個人生活適應困難等 6 大風險類型導致有特殊照顧或福利需求之脆弱家庭，由各縣市社會福利服務中心採家庭為中心、社區為基礎之原則，連結各網絡資源，協助並提供脆弱家庭多元服務。而該計畫之實施策略三係針對具暴力風險之精神疾病個案研擬「整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」，除強化現有醫療、精神、教育、勞工等系統原有之內部機制外，亦整合各系統與外部其他系統之銜接連結，具體作為包括：「降低再犯風險：增聘社工人力，降低加害人（合併精神疾病）個案負荷比，深化個案服務」、「暴力預防無死角：落實加害人處遇執行，強化社區監控網絡及處遇品質」及「提升自殺防治效能：精進高風險個案自殺防治策略」，爰有成人精神障礙者及智能障礙者之家庭如有需求，均能使用相關服務。

(三)依長照 2.0 計畫推估，106 年長照需求人數高推估為 737,623 人，低推估為 659,188 人，其中 5-49 歲身心障礙者平均長照需要率男性 23.54%、女性 27.62%，長照需求人數高推估為 87,524 人，低推估為 48,128 人；50-64 歲身心障礙者平均長照需要率男性 27.49%、女性 25.07%，長照需求人數高推估為 92,308 人，低推估為 62,274 人。另據衛福部說明，106 年推估 64 歲以下失能身心障礙者約 179,832 人，對於 65 歲以上失能身心障礙者則未另行推算，係併入一般失能老人推估，共

---

<sup>6</sup> 行政院 107 年 2 月 26 日院臺衛字第 1070003251 號函。

計 415,314 人。惟查：

- 1、經衛福部照顧服務管理資訊系統統計，106年失能身心障礙者使用長照2.0服務人數為56,823人，其中使用居家服務25,975人、日照中心4,547人，未使用長照服務10,187人。
- 2、又上開系統統計，107年使用長照服務之人數為180,660人，其中身心障礙者96,225人，占53.26%，依新制身心障礙證明，可分析類別者計68,481人，另舊制身心障礙手冊者為15,569人，餘12,175人僅註記領有手冊，並未載明類別。新制屬第一類「神經系統構造及精神、心智功能」者有24,182人（含舊制慢性精神病患、智能障礙等），占使用長照服務身心障礙者之比例為25%。
- 3、如前所述，106年推估64歲以下失能身心障礙者有長照需要<sup>7</sup>者約179,832人，但依新制身心障礙證明，可分析類別而使用長照服務者計68,481人，使用喘息服務者僅49,053人；107年使用長照服務人數為180,660人，其中持有身心障礙證明（手冊）人數96,225人，顯示長照2.0服務之使用情形仍屬偏低。

(四)我國已建置社會安全網及長照 2.0 等醫療、社會照護系統，將身心障礙者、失能者及弱勢家庭之權益納入保障範圍，並有相關機制提供服務與協助。惟本案案例 1 之吳姓女子，其胞妹已接受全日住宿式照顧服務，適應良好且生活無礙，但吳姓女子因罹患憂鬱症，時有情緒低落輕生念頭，恐身故後無人照顧胞妹，一時失慮攜其胞妹自殺，而機構未能辨識出吳姓女子有自殺風險；案例 2 之蔡姓男子，獨自照顧行動不便之父母親及罹患精神疾病之胞妹，期間長達 20 多年，其胞妹領有身心障礙證明，但未申請長照服務，公衛護理師

---

<sup>7</sup> 長照需要定義為 ADLs70 分以下、IADLs8 項中 5 項以上障礙或 SPMSQ10 題中答錯 6 題以上者。



進行關懷訪視時，蔡姓男子受訪態度與常人無異，其妹之病情亦穩定，然蔡姓男子因經濟與精神壓力甚大，終致心力交瘁、身心俱疲而殺害其妹；案例 3 之王姓女子有精神異常問題，案例 5 之范姓男子有類思覺失調症，惟縣市政府均未曾接獲有家庭暴力事件與自殺之通報及其他求助事項，相關措施無法觸及或主動輸送服務，首次進案即為重大暴力事件；案例 4 之賴姓男子為精神疾病社區關懷訪視對象，但衛生所公衛護理人員訪視 15 次，均無法親訪到本人，其平時在家情況、就醫及服藥等情形，皆由賴父向公衛護理師陳述；案例 6 之姜姓男子，其胞妹為障礙程度為極重度（肢體極重+智能），曾申請居家服務，經評估每月補助時數為 32 小時，惟因其家人考量無法隨時在居家服務員服務時段在家，遂決定不使用居家服務，因姜姓男子歷經離婚及失業雙重衝擊，加上生活不順遂等情事，造成情緒起伏不定，又逢父母外出旅遊，於獨自照顧胞妹時因情緒失控釀成悲劇。從前述案例可知，現行社會福利之輸送，仍係多於政府接受民眾申請後，方被動提供評估及服務，惟部分弱勢家庭並未申請或無申請之能力，造成 107 年推估 64 歲以下有長照需要之失能身心障礙者約 180,660 人，其中持有身心障礙證明（手冊）者亦僅 96,225 人，占 53.26%，仍屬偏低，又其中依新制身心障礙證明，可分析類別而使用長照服務者計 68,481 人，使用喘息服務者僅 49,053 人；另 107 年領有重大傷病證明之慢性精神病人約 19.79 萬人，列入社區追蹤僅 13.95 萬人，領有精神病身心障礙證明約 12.59 萬人，為數不少之失能者仍未實際獲得長照 2.0 服務，且部分慢性精神疾病病人已領取重大傷病證明而於就醫時得免除部分負擔，但卻未接受社區關懷資源之支持服務，亦未申請身心障礙證明獲得相關

社會福利或給付，致相關之權益保障措施無法有效觸及弱勢民眾，其原因有待釐清。又可以自理生活之精神障礙者及其家庭，囿於法規及計畫內容之限制，非屬現行體制內長照服務之對象，但並不表示無照顧之需求，其家屬之照顧壓力及負擔仍然沉重，但政府對於照顧者出現照顧壓力增加或無資力照顧個案之情形，雖有監測機制，卻未能有效發掘已瀕臨沉重壓力或無資力照顧個案之情形，協助紓緩家庭照顧者之沉重壓力，復未能及早辨識家暴及自殺之風險，發揮預警功能，適時介入。足見國內部分身心障礙者、失能者及弱勢家庭，於遭逢生活困境及面臨照顧壓力時，猶未能獲得適當的支持及協助，致長照憾事不斷發生，政府社會安全網仍存有漏洞，核有疏失。

五、衛福部已建置精神照護通報系統，惟其使用介面或資料查詢、整合功能並不友善，無法提供介接系統之全部資訊、服務處遇歷程及家庭資訊內容，允應優化資訊系統，在符合個人資料保護法等相關法令規範下，進行相關系統之介接整合，以提升精神病人及其家庭資料之正確性與完整性；另衛政及社政之間各自為政，以致無法及時且充分掌握案家實際需求與面臨困境，應予檢討改進；同時應研議透過大數據進行資料之勾稽、比對及分析，對新取得重大傷病證明之慢性精神病人，主動詢問其申請身心障礙證明或長照服務需求評估意願、瞭解其就醫、用藥或處遇情形，俾及早適時介入並提供相關服務：

(一)依個人資料保護法第 6 條第 1 項規定：「有關病歷、醫療……及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。但有下列情形之一者，不在此限：一、法律明文規定。二、公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。……五、為協助公務機關執行法定職務或非公

務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。六、經當事人書面同意。但逾越特定目的之必要範圍或其他法律另有限制不得僅依當事人書面同意蒐集、處理或利用，或其同意違反其意願者，不在此限。」按公衛護理人員及關訪員查詢訪視精神疾病個案之就醫及領藥紀錄，以作為個案有無穩定就醫及服藥之評估參考，係屬對特定個人資料之蒐集與利用，爰由衛福部中央健康保險署（下稱健保署）審酌於必要之範圍內提供全民健保資料庫與精神照護系統介接資料。

(二)查衛福部為擴大建置社區精神病患個案管理系統，強化社區精神病患通報、追蹤列管及送醫制度，已完成精神照護通報系統個案登錄作業，截至 107 年底，計有 140,232 名登錄個案，並依其病情嚴重程度推動分級照護，定期追蹤管理。惟據衛福部統計，截至 107 年 12 月底，領有重大傷病第六類慢性精神疾病之人數為 19.79 萬人，遠高於精神照護通報系統所登錄之個案數；對於領有重大傷病證明之慢性精神病人，雖未必須列入社區追蹤訪視對象，然若能透過系統分析上開二者人數差異之原因，或能提出改善方法及後續具體作為；又領有重大傷病證明之慢性精神病人於就醫時得免部分負擔，而精神障礙者則有生活津貼、公共設施使用優惠等社會福利或給付，究二者人數有相當落差是否係因社會之歧視或烙印，使精神病人畏於取得身心障礙者身分，凡此，若能利用社區精神病患個案管理系統與全民健保資料庫之勾稽，對新取得重大傷病證明之慢性精神病人，主動詢問其申請身心障礙證明或長照服務需求評估意願，將有助於個案或家屬對服務使用的可近性與可及性。

(三)衛福部之精神照護通報系統已建置「多元照護議題」功

能，介接自殺防治通報、保護資訊、兒少高風險家庭服務個案系統，爰各縣市政府除可查詢個案自殺通報單、訪視紀錄，及保護、兒少高風險家庭服務個案是否在案外，並能查詢個案在社會局之福利身分。惟據部分縣市政府表示：

- 1、精神照護通報系統介接資料僅提供開案身分、通報或開結案日期，但無法介接個案社會福利身分，亦未提供介接系統之全部資訊或服務處遇歷程內容。
- 2、雖可查看個案戶籍地，但無法查詢個案全戶資料，故難以確知追蹤照護個案之主要照顧者為65歲以上，及家中有2名以上精神病人之個案人數。
- 3、自108年起，社會安全網專區可匯出縣市家暴加害人/家暴高危加害人/性侵加害人/兒少加害人清冊，惟無法檢視個案服務狀況、家暴令核發狀況等，仍未能有效掌握資訊。
- 4、自殺防治通報系統可查看個案精神照護資訊管理系統之照護級數、是否為嚴重病人、收案衛生所等，但無法查詢其訪視及治療情形。

(四)目前精神疾病個案有無規則就醫及領藥，醫療機構雖能掌握第一手資訊，惟因醫療機構端與社區端之照護未有連續性，二者聯結已然斷裂，因此社區精神疾病個案未定期門診或未規律就醫，亦未納入精神照護資訊管理系統之關懷個案，其就醫如係因失眠、焦慮、恐慌及精神官能症等尚不需列入社區關懷訪視對象，或雖未住院或未達強制住院，但仍需較高之社區照護密度，現行衛福部所管理之資訊系統，並未就此進行勾稽與比對。又公衛護理人員及關訪員透過定期面訪或電訪方式，對列管之社區精神疾病個案進行追蹤關懷，有時未能成功完成訪視，有時雖能完成訪視，但無法親訪個案本人，雖可透過家屬、親友、關係人或鄰

居等家庭社會支持系統掌握個案之情緒狀況、生活適應等事項，但因部分個案及其家屬擔心家人之疾病被社區或鄰居知悉後被標籤化，可能有不願意配合提供資訊之情形，故透過訪視仍無法完整掌握病患有拒絕醫療、無病識感及病情不穩等情事，當即無從協助解決就醫之問題。

(五)本院前調查某 107 年 2 月間遭「強制」移出龍發堂之個案失蹤及死亡一案，發現該個案係已於「精神照護資訊管理系統」進行照護管理之精神疾病患者，亦領有身心障礙證明，惟心衛中心個管師負責與個案的家屬及政府相關機關之行政聯繫事宜，卻橫向聯繫不足，以致處理過程疏漏不斷；加以衛政及社政之間又各自為政以致無法及時且充分掌握案家實際需求與面臨困境，對基隆市衛生局通過糾正在案<sup>8</sup>。

(六)按規律就醫及領藥係精神疾病個案穩定之指標，公衛護理人員及關訪員如能優先或加強訪視中斷領藥之患者，將可提升訪視之效益。惟衛福部近年來要求各縣市提高對社區精神疾病個案之面訪比率，對於可規律就醫、服藥遵從性高之穩定個案，仍予進行高頻率之訪視，以臺中市列管之社區精神病人約有 11,000 人為例，平均每人訪視 4.5 次，就現有人力而言，對於個案之掌握及追蹤照護服務之品質自難維持，惟社區精神病人是否規律就醫、服藥，除要求醫療機構回報其之就醫及領藥紀錄外，透過精神照護資訊管理系統與全民健保資料庫之勾稽、比對亦為可行之方法，若公衛護理人員及關訪員能查詢個案之就醫及領藥紀錄，將有助於瞭解與確認個案是否穩定以健保身分就醫。

(七)另查，衛福部自 107 年起，即陸續接獲部分縣市衛生局或衛生所反映，希望全民健保資料庫能與精神照護資

---

<sup>8</sup>本院內政及少數民族委員會 108 年 11 月 19 日通過糾正案。

訊管理系統介接，使公衛護理人員及關訪員能查詢並瞭解精神疾病個案之就醫與用藥紀錄，然該部以資料介接將涉適法性及個案權益為由，稱目前宜就個案依法或經當事人同意後逕洽健保署詢問相關資料提供事宜；且針對取得相關資料之第一線訪視人員之授權應審慎，並加強內部管理機制等語。

(八)綜上，目前衛福部心口司已建置精神照護通報系統，惟衛生所公共衛生護理人員反映其使用介面或資料查詢、整合功能並不友善，雖可提供具多元照護議題之個案，惟介接資料僅提供開案身分、通報或開結案日期，無法提供介接系統之全部資訊或服務處遇歷程內容，且目前從戶籍資料只能查到個人，而未能提供更完整之家庭資訊。另對於全民健保資料庫與精神照護資訊管理系統介接之適法性與可行性，及隱私保障與公共利益維護之權衡，仍應進一步研議。基上，衛福部允應優化資訊系統，在符合個人資料保護法等相關法令規範下，進行相關系統之介接整合，以提升精神病人及其家庭資料之正確性與完整性；另衛政及社政之間各自為政，以致無法及時且充分掌握案家實際需求與面臨困境，應予檢討改進；同時亦應研議透過大數據進行資料之勾稽、比對及分析，對新取得重大傷病證明之慢性精神病人，主動詢問其申請身心障礙證明或長照服務需求評估意願、瞭解其就醫、用藥或處遇情形，俾及早適時介入並提供相關服務。

六、精神疾病個案若未被通報合併自殺、家暴、性侵、兒虐、藥癮替代治療多元議題，或於關懷訪視時家屬或病人未確實告知有未規律就醫、治療配合度低、無病識感及病情不穩等情事，地方衛生機關對個案多元議題及就醫、服藥狀況之掌握，確有困難，衛福部應積極協助各縣市政府強化對合併多元議題需求之辨識，主動評估其家庭

成員間之依附關係及其社區與家庭支持系統等，以有效預防風險議題之發生：

- (一)研究顯示，暴力與精神疾病並沒有直接關係，即便是最危險的精神疾病患者，暴力發生率也遠低於一般人一生中發生言語暴力或肢體衝突的機率。至兒少保護、家庭暴力事件或性侵害事件加害人若合併有精神疾病，其本身雖可能因缺乏病識感，不願主動就醫，致病情受外在因素影響而有暴力行為，惟往往同時有就業、福利及社區居住等資源需求問題，卻因缺乏尋求相關資源之能力，受到歧視、社會排斥、貧窮或孤立，造成社會問題。由本案之相關案例觀之，多為情境因素致情緒不穩、照顧者或個案無病識感，自行中斷醫療、家屬不堪長期照顧壓力等原因導致憾事發生<sup>9</sup>。
- (二)依高雄市政府說明，高雄市 103 年至 107 年發生之暴力事件，被害人為身心障礙者合計 4,844 人、加害人為身心障礙者合計 5,280 人，暴力事件之受害人以精神障礙者人數最多。至於同期間重大之身心障礙者暴力事件計 11 件，促發原因以情感問題最多（4 件），依序為照顧壓力（2 件）、反擊式暴力（2 件）、疾病發作（1 件）、親屬相處問題（1 件）及酒後失控（1 件）等。據該府分析，暴力案件之加害人合併有精神疾病、自殺、藥酒癮等情形，或加害人照顧者衍生出之照顧壓力，或長期受虐之被害人情緒之反撲，另有些被害人反覆受暴，卻重視關係大於自身安危考量，致求助意願低落。
- (三)經衛福部統計精神照護資訊管理系統、自殺防治通報系統、保護資訊系統與醫療機構替代治療作業系統等 3 系統介接之資料，有關各縣市於 106 年及 107 年之在案個案中，精神疾病合併多元議題之情形包括：

---

<sup>9</sup> 參考強化社會安全網計畫，第 29 頁。

- 1、合併自殺18,345人。
- 2、合併家暴、性侵、兒虐等保護性議題15,579人。
- 3、合併替代治療429人。
- 4、合併自殺及保護性議題8,917人。
- 5、合併自殺及藥癮替代治療204人。
- 6、合併自殺、保護性議題及藥癮替代治療173人。

(四)另據衛福部表示，各縣市在案之社區追蹤關懷個案中，有 1,668 人未規律就醫、3,650 人治療配合度低、10,271 無病識感及 1,683 人病情不穩定。

(五)衛福部係透過精神照護資訊管理系統、自殺防治通報系統、保護資訊系統與醫療機構替代治療作業系統之介接，掌握合併有多元議題之個案，並分流由心理衛生社工提供多元風險評估、協助擬定個案服務計畫、連結多重資源等進行下列服務：

- 1、對具自殺風險之個案，社區精神疾病關訪員或公衛護理人員將主動與自殺關訪員聯繫，加強資源整合及管理，主動評估個案之自殺意念、支持系統、自殺事件是否因精神疾病造成及其再自殺風險等，以利蒐集個案及家屬詳細資料，教導家屬危機處理，並依個案問題提供適當之協助。
- 2、對具藥癮問題之個案，將與處遇人員或毒品危害防制中心個案管理人員建立橫向聯繫，督導所屬訪員提高對個案病情變化之敏感度，發現個案有施用毒品情形時，將積極轉介醫療機構或藥癮治療資源，以提供適當之醫療協助。
- 3、對未強制住院之未規律就醫、治療配合度低、無病識感及病情不穩之社區個案，因其疾病之不穩定性，已針對縣市衛生局及訪員進行教育訓練，加強宣導於訪視時應提高敏感度，積極協助個案定期就醫、規律服藥，提供家屬精神疾病治療資訊、危機



處理方式與緊急求助管道，並適時轉介相關醫療與服務資源，以維持個案之穩定性。

- (六)查本案 6 個不幸案例，於事件發生前均未曾通報家庭暴力事件或自殺通報紀錄或其他協助情事，在發生不幸事件後，始將其列管為合併多元議題。另案例 4 之賴姓男子曾領有精神障礙手冊，但手冊已失效，且社區關懷訪視時無法訪視其本人，因未進一步瞭解其原因，而未能辨識其風險並預先防範。
- (七)如前所述，精神病人合併自殺為 18,345 人，占列管個案 13.94 萬人之 13.15%；合併家暴、性侵、兒虐等保護性議題有 15,579 人，占 11.17%。國內之精神疾病個案合併多元議題而具較高風險者，其比率並不低，轄區之公衛護理人員、精神疾病個案關訪員應與自殺個案關訪員、心理衛生社工及社政單位建立橫向聯繫，加強對精神病人自殺、家庭暴力及性侵害風險之辨識及評估。另未規律就醫、治療配合度低、無病識感、病情不穩但未達強制住院之精神疾病個案數合計亦超過萬人，除應強化家屬對就醫用藥規律重要性之認知，與對危機之處理方法及相關求助管道外，並主動評估其家庭成員間之依附關係及其社區與家庭支持系統等，以利提供適當之協助。
- (八)綜上，精神疾病個案若未被通報合併自殺、家暴、性侵、兒虐、藥癮替代治療多元議題，或於關懷訪視時家屬或病人未確實告知有未規律就醫、治療配合度低、無病識感及病情不穩等情事，地方衛生機關對個案多元議題及就醫、服藥狀況之掌握，確有困難，衛福部應積極協助各縣市政府強化對合併多元議題需求之辨識，主動評估其家庭成員間之依附關係及其社區與家庭支持系統等，以有效預防風險議題之發生。

七、家庭照顧者在長期照顧失能者之過程中，無可避免將面臨

各種挑戰，甚至心身耗竭，卻因資訊缺乏而喪失獲得協助之機會，或認為政府提供之支持服務不適用，使照顧者所能獲得之支持及喘息服務相當有限。衛福部亟應強化家庭照顧者之支持網絡，除提供諮詢、多元支持性服務、照顧技能之教育訓練等，以協助紓緩照顧重擔外，並於必要時協助個案連結或轉介相關社會福利、社會救助、多元社區服務資源，適時給予其需要之協助；此外，亦應督促地方主管機關提高對家庭脆弱性之敏感度，並藉由定期評估掌握家庭各面向之需求及風險狀況，期降低照顧者之照顧壓力：

(一)依身權法第 51 條規定，直轄市、縣(市)主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，以提高身心障礙者家庭生活品質：

1、臨時及短期照顧：

照顧服務員(下稱照服員)至身心障礙者家中，或運用社區內相關社會福利機構、醫療院所之場地設施，提供身心障礙者臨時性或短期性之照顧服務。

2、照顧者支持與訓練及研習：

對照顧者提供心理及情緒支持、成長團體、諮詢服務與照顧技能訓練及相關研習。

3、家庭關懷訪視及服務：

到宅關懷支持身心障礙者家庭，提供心理支持及資訊，並結合民間社會福利資源協助解決問題。

4、其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

(二)依長期照顧服務法第 13 條規定，家庭照顧者支持服務提供之項目包括：有關資訊之提供及轉介；長照知識、技能訓練；喘息服務；情緒支持及團體服務之轉介；其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。為使家庭照顧者有短暫休息時間，經照管中心評

估長照需要等級為第 2 級至第 6 級服務對象之家庭照顧者，可獲得每年 3 萬 2,340 元的喘息額度，長照需要等級為第 7 級至第 8 級服務對象之家庭照顧者，則可獲得每年 4 萬 8,510 元的喘息額度，其提供方式有居家式、社區式及機構式喘息服務；經統計 106 年服務人數為 21,270 人，107 年則有 49,053 人。有關長照喘息服務內容如下：

- 1、居家喘息服務：由受過訓練的照服員至長照需要者家中，提供長照需要者身體照顧服務，包含協助如廁、沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、簡單被動式肢體關節活動、上下床、陪同運動、協助使用日常生活輔助器具及其他服務。
- 2、社區式喘息：長照需要者至日間照顧中心，或於夜間至小規模多機能服務中心，接受照顧、停留，包含護理照護、協助沐浴、進食、服藥及活動安排。
- 3、機構住宿式喘息服務：長照需要者至長照住宿式機構接受短暫照顧、停留，由機構工作人員提供 24 小時之照顧，服務內容包含護理照護、協助沐浴、進食、服藥及活動安排等。

(三)為提高社會救助之可近性，確保民眾能充分瞭解各項社會救助措施，避免其因資訊缺乏而喪失獲得救助之機會，社會救助法已明定教育人員、保育人員、社會工作人員、醫事人員、村（里）幹事、警察人員等 6 類人員因執行業務知悉有接受社會救助需要之個人或家庭時，應通報直轄市、縣（市）主管機關，並訂有相關通報機制。另如經專業人員評估身心障礙者本身資源使用能力欠缺或家庭照顧功能失衡，致身心障礙者權益受損，則會透過身心障礙者個案管理服務持續提供照顧者照顧壓力之評估服務，並協助連結相關資源；又社工員與身心障礙者聯繫時，如發現照顧者有經

濟安全需求，亦會協助轉介申請相關社會福利補助。經查衛福部社會及家庭署為提早發掘需協助之家庭並連結相關資源，於 107 年補助 22 縣市辦理「心智障礙者雙老家庭支持整合服務計畫」，針對轄內居住於社區之 35 歲以上智能障礙者、自閉症者、精神障礙者且其主要照顧者 60 歲以上，以評估指標發掘可能需協助之家庭，並對中需求程度以上者，開案提供服務，協助連結轄內身心障礙服務體系，或結合相關專業人員到宅或定點提供所需之服務，經統計 107 年全國新增在案 762 案，共服務 813 人，迄今已服務 2,743 人。惟查：

- 1、案例1之吳姓女子與胞妹關係緊密，胞妹已接受全日住宿式照顧服務，吳姓女子有輕生念頭，不捨身故後無人照顧胞妹，攜胞妹自殺。
- 2、案例2之蔡姓男子係獨自照顧行動不便之父母親及罹患精神疾患之胞妹，期間長達20多年，在父母親相繼病逝後，持續照料胞妹，與胞妹相依為命，雖有兄姊接濟其生活開銷，然經濟與精神壓力甚大，終致心力交瘁，殺害胞妹。
- 3、案例3之王姓女子係因照護壓力而引起睡眠障礙與躁鬱，在病房照顧其夫時，懷疑有人要害她，故持水果刀行凶刺傷護理師。
- 4、案例6之姜姓男子雖非胞妹之主要照顧者，因長期失業，且事發前3週又歷經離婚，造成情緒起伏不定，又逢父母外出旅遊，將胞妹照顧之責暫交由姜姓男子，在多重壓力下不堪負荷，情緒失控攜胞妹自殺。
- 5、新北市政府衛生局於發生蔡姓男子案件後建立篩檢方式，將新北市精神關懷個案與申請長照個案勾稽，篩選出414名申請過長照服務，但未使用或未獲核定長照服務之精神個案，及轉介社區關訪員服務

之742名精神個案，優先針對其主要照顧者，以中華民國家庭照顧者關懷總會發展之照顧者負荷量表進行評估，並由上開個案之照顧者負荷量表評估結果中，再篩選出230名高負荷者，辦理精神病人家屬支持團體與衛教課程，提供其心理支持陪伴及心理諮商服務，協助長照服務評估與轉介及連結社會福利資源。

- 6、106年國內身障者1,167,450人，主要照顧者有73,165人，其中65歲以上、家中有2名以上身障者之個案人數6,987人，家中有1名身障者之個案人數32,128人；另精神病人141,084人，主要照顧者65歲以上、家中有2名以上精神病人之個案人數1,247人，家中有1名精神病人之個案人數12,286人。顯示老人照顧老人、老人照顧病人之情形並非少見，而有些照顧者在長期慢性壓力下，也可能變成另一個病人。
- 7、以高雄市為例，於各行政區里幹事、鄰里及合作網絡通報轄內2名以上身心障礙者家庭後，由個案管理中心派員訪視，提供必要之個別化服務，經統計103年至108年4月服務主要照顧者65歲以上211案，且家中有2名以上身障者53案；另以106年上開個案之人數1,600人及293人計算，個別化服務之比率為13.19%及25.12%。

(四)家庭照顧者在長期照顧失能者之過程中，無可避免將面臨各種挑戰，目前身權法雖明定縣市政府應提供相關服務以提高身心障礙者家庭生活品質，另長照 2.0 亦提供家庭照顧者支持服務，然照顧者能獲得之支持及喘息服務卻相當有限，大多數之照顧者更無能力使用支持服務，實際使用服務之人數仍屬偏低。在精神病人部分，因社會對其不友善之烙印，使家屬於極大壓力下或選擇不讓外界知悉其家人之疾病，造成相關社會

資源無法觸及，其中又以無照顧替手、需照顧 2 名以上病人之風險更高。另社會救助法雖規定 6 類人員因執行業務知悉有接受社會救助需要之通報機制，及專業人員於評估身心障礙者發現家庭照顧功能失衡時，將透過個案管理服務持續提供協助，惟照顧者負荷壓力之有無、多寡，及是否有家暴風險等，監測及預防均不易，亟需社區之民政、社政、教育、衛政、警察等一線人員有更高的敏感度，方能於發現個案遭逢重大變故（如失業、意外事件、親人重大傷病過世等），或其在情緒、行為上表現有異常時，能及時察覺，並適時、適當轉介或與相關人員共案評估個案及家庭風險因子。至於衛福部補助各縣市辦理之「心智障礙者雙老家庭支持整合服務計畫」，於獲得案主同意後，雖可協助連結轄內身心障礙服務體系，或結合相關專業人員到宅或定點提供所需之服務，然目前該計畫係僅針對轄內居住於社區之 35 歲以上智能障礙者、自閉症者、精神障礙者且其主要照顧者 60 歲以上等，而未將合併心智障礙之腦性麻痺患者、未滿 60 歲之家庭主要照顧者又照顧 2 名以上身障者等屬家庭照顧之高危險群列入計畫服務對象。綜上，衛福部亟應強化家庭照顧者之支持網絡，除提供諮詢、多元支持性服務、照顧技能之教育訓練等，以協助紓緩照顧重擔外，並於必要時協助個案連結或轉介相關社會福利、社會救助、多元社區服務資源，適時給予其需要之協助；此外，亦應督促地方主管機關提高對家庭脆弱性之敏感度，並藉由定期評估掌握家庭各面向之需求及風險狀況，期降低照顧者之照顧壓力。

參、處理辦法

- 一、調查意見二、三、四，糾正衛生福利部。
- 二、調查意見一、五、六、七，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 三、檢附派查函及相關附件，送請內政及族群委員會處理。

調查委員：尹祚芊、王幼玲

中 華 民 國 1 0 8 年 月 日