

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案 由：衛生福利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；且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，惟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；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，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，均有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

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，發現確有下列違失：

- 一、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>1</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。

二、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，惟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，

---

<sup>1</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。

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：

3、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。

#### 4、精神復健機構提供社區精神復健相關服務：

(三)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。

(四)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。

(五)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。

(六)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>2</sup>：

1、芬蘭「開放式對話」：

---

<sup>2</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>

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」是指療程規畫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。

(七)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。

(八)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。

三、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，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，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>3</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：「

---

<sup>3</sup> 行政院 107 年 2 月 26 日院臺衛字第 1070003251 號函。

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>4</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

---

<sup>4</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。

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，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。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。

綜上所述，衛生福利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；且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，惟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；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，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，均有違失，爰依憲法第97條第1項及監察法第24條之規定提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：尹祚芊、王幼玲

中 華 民 國 1 0 9 年 1 月 2 1 日