



## 調查意見

**壹、案由：**鑑於罹患自閉症者，往往帶給家屬沉重的照護負擔。衛生福利部及各縣市政府提供自閉症家庭多少支持與照顧資源及經費？有嚴重情緒行為問題的自閉症者醫療、行為輔導、生活協助的機制？讓自閉症者社區生活及安置的資源配置？在長照服務的給付規劃等等都有全面盤點的必要，政府部門長期忽視自閉症家庭的需要是否有失職之虞？等，均有詳加瞭解之必要等情案。

## 貳、調查意見：

聯合國於 2006 年 12 月 13 日正式通過身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities，簡稱 CRPD），並自 2008 年 5 月 3 日生效，該公約揭示「促進、保障與確保所有身心障礙者充分及平等享有所有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。」我國亦於民國（下同）103 年 8 月 2 日公布「身心障礙者權利公約施行法」，並於同年 12 月 3 日施行，將身心障礙者權利公約內國法化，宣示我國與身心障礙人權保障之國際標準接軌及保障身心障礙人權之決心。

本案緣自基隆市一名母親因長期照顧自閉症的小六兒子，疑心力交瘁，於 107 年 1 月 25 日攜兒燒炭自殺，衍生家庭悲劇事件，又鑑於罹患自閉症者，往往帶給家屬沉重的照護負擔，衛生福利部（下稱衛福部）及各縣市政府提供自閉症者及其家屬照顧資源及協助措施是否周全完備，尤以有嚴重情緒行為問題的自閉症者醫療、行為輔導、生活協助的機制，自閉症者社區生活及安置的資源配置與長照服務的給付規劃等應全面盤點，政府部門長期忽視自閉症家庭的需要是否有失職之虞等，均有詳加瞭解之必要。

本案經調閱衛福部、教育部及基隆市政府等機關卷證資料，於 107 年 3 月 27 日辦理專家學者諮詢會議，復於同年 6 月 5 日詢問衛福部社會及家庭署（下稱社家署）簡署長慧娟、心理及口腔健康司（下稱心口司）謹司長立中、保護服務司郭簡任視察彩榕、教育部國民及學前教育署（下稱國教署）許副署長麗娟、終身教育司顏副司長寶月、師資培育及藝術教育司劉專門委員家楨、基隆市政府李秘書長銅城等業務相關人員；又於同年 8 月

20日邀請自閉症主要照顧者及家長、衛福部呂次長寶靜、國教署邱署長乾國及地方主管機關等相關人員，共同討論自閉症主要照顧者之需求；於同年9月3日辦理第2場專家學者諮詢會議；同年10月18日詢問衛福部呂政務次長寶靜、心口司謙司長立中、社家署祝副署長健芳、教育部范政務次長巽綠、國教署戴副署長淑芬等業務相關人員，再參酌衛福部、教育部及基隆市政府於本院詢問後所補充的書面說明資料，已調查竣事，茲臚列調查意見如下：

一、本案母親攜自閉症孩子燒炭自殺釀成母子雙亡悲劇事件，基隆市政府相關機關執行自殺關懷訪視及身心障礙者評估未盡確實，且相關服務未能有效進行資訊整合，相關訪視及評估流於形式，導致身心障礙者及其家庭未能即時獲得所需服務與協助，肇生憾事，基隆市政府實有急失。

(一)基隆市政府相關機關執行自殺關懷訪視，服務未能有效進行資訊整合，相關訪視及評估流於形式：

1、依據衛福部自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，應於接獲個案通報3個工作日內初次關懷，7個工作日內完成開案訪視及個案管理工作，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表（BSRS）分數及進行再自殺風險、心理需求評估，並擬訂自殺關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，原則每1個案關懷訪視服務為3個月，每月至少2次，得依個案狀況延長至6個月。又據「基隆市自殺行為通報及自殺高風險通報個案管理手冊」，將自殺方式採分級管理，其

中 A 級由基隆市社區心理衛生中心（下稱心衛中心）關懷訪員關懷訪視，訪視頻率為通報後 3 日內進行第 1 次訪視，7 工作日內完成系統登打，對象包括 1 年內重複自殺者、自殺方式採高危險方式<sup>1</sup>及特殊類別<sup>2</sup>。B 級則由衛生所地段護理人員關懷訪視，通報後 7 工作日內完成初訪並完成初步評估，每月訪視 1 至 2 次，至少關懷 3 個月。對象包括除 A 級標準以外、自殺已遂個案遺族關懷及精神疾病列管個案併自殺行為 B 級管理。另除上述原則外，心衛中心個管人員應依個案特殊狀況進行彈性管理，擬定個別化處遇。

2、查本案楊婦（即案母，下同）於自殺防治通報系統共有 2 次通報紀錄及 9 次訪視紀錄。其中自 106 年 11 月 15 日三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處通報，至 107 年 1 月 25 日接獲心衛中心個案自殺死亡通報，共有 5 筆訪視紀錄，後續計有 4 次遺族關懷訪視紀錄。據楊婦自殺防治通報單簡式健康量表（BSRS）分數，檢測結果總分高達 15 分，自殺想法為 2 分，該得分已屬於重度情緒困擾，需高度關懷。建議轉介精神科治療或接受專業輔導；「有無自殺想法」評分為 2 分以上時，建議至精神科就診，顯見自殺通報當時楊婦已有嚴重情緒困擾。

訪視日期	訪視方式	訪視結果	簡式健康量表分數	處遇計畫
------	------	------	----------	------

<sup>1</sup> 包括：上吊、燒炭、自焚、跳水、高處跳下、引瓦斯、汽車廢氣或喝農藥者。

<sup>2</sup> 如 14 歲以下青少年、65 歲以上長者、高風險通報及媒體事件。

訪視日期	訪視方式	訪視結果	簡式健康量表分數	處遇計畫
106.11.15		楊婦服用過量藥物自殺，由三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處通報自殺防治。	15分 「有無自殺想法」：2分	
106.11.23	電訪	訪視未遇	-	安排家訪、電訪（106年11月30日）
106.11.30	電訪	訪視楊婦	1分	安排家訪、電訪（106年12月29日）
106.12.18	家訪	訪視未遇	-	安排電訪（107年1月18日）
106.12.29	電訪	電訪謝男（即案父，下同），其表示楊婦以前是很活潑很多話的人，生病後在基隆三總精神科門診就診，夜眠服用安眠藥物尚可入睡。訪員說明關懷之意，並稱需要協助可與衛生所聯繫，謝男表示接受。	-	安排電訪（107年1月29日）
107.1.25	電訪	楊婦已於107年1月24日自殺身亡（心衛中心通報進行遺族關懷）	-	結案（個案死亡）

資料來源：依據基隆市政府查復資料彙整製作。

3、基隆市政府稱，三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處於106年11月15日通報本案楊婦自殺行為

<sup>3</sup>，自殺方式為服用過量藥物，屬B級管理個案，心衛中心於106年11月16日上午由自殺通報系統接獲通報後，訪員於16日致電楊婦未果，17日派案至衛生所，衛生所於21、23日致電楊婦，並於23日作成紀錄，稱扣除18、19日為假日，衛生局處理尚屬規範範圍內等語。

4、惟查，楊婦自殺防治通報單簡式健康量表分數高達15分，「有無自殺想法」評分為2分，顯示楊婦當時情緒及精神狀況極度不佳，需高度關懷，以預防其再次自殺。然基隆市政府於106年11月15日接獲自殺通報後，於同月23日始有第一次訪視紀錄（電訪，且訪視未遇），未符合衛福部自殺防治通報系統通報後關懷作業流程之規定，且106年12月18日之訪視紀錄，衛生所訪員未依「基隆市自殺防治自殺未遂暨高風險分案管理手冊」於14日內至自「自殺防治通報系統」完成登打。再者，楊婦自殺通報之相關評估表，均顯示其情緒及精神狀況極度不佳，需高度關懷，然訪員於初次訪視，即未遇個案，卻未能積極於短時間內再次聯繫，以確實掌握個案情況，評估個案再自殺風險，提供合宜之處置。

5、對此，基隆市政府辯稱關懷訪視是鼓勵個案持續接受身心醫療及社會支持立場，以防止再次試圖自殺，該府心衛中心就本案於11月16日聯繫三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處社工，其說明楊婦曾於三軍總醫院內湖院區精神科就診，故楊婦之情緒困擾已有醫療介入且定期至三軍總醫

---

<sup>3</sup> 依據個案資料異動紀錄顯示，首次異動時間為11月15日23時36分。

院內湖院區就醫等語。又簡式健康量表以訪視當事人始能評估，訪員於 11 月 30 日電訪楊婦，據其訪談內容評估家庭互動良好及其情緒平穩，評分 BSRS 為 1 分，依量表評分說明小於 6 分者屬正常範圍，表示身心適應狀況良好，並稱楊婦已接受精神醫療，衛生局雖評估 BSRS 為 1 分，仍建議楊婦接受心理諮商服務，且其與夫同居，爰評估認楊婦家庭支持尚佳，家庭互動良好，認為此係適切之處遇服務，至於 12 月 18 日之訪視紀錄，衛生所訪員稱確實於紙本紀錄填寫等語。

6、惟據基隆市政府詢問查復資料所附「基隆市社區心理衛生中心」資料查詢單，三軍總醫院精神醫學部於 107 年 1 月 25 日之回復內容：

- (1) 楊婦主治醫師表示，楊婦婚後未工作，孩子自閉症，照顧很辛苦，因經濟壓力，長期沒有安全感，經常與先生大吵，有肢體衝突，逐漸越來越憂鬱，初次就診為 106 年 9 月 16 日，診斷為重度鬱症復發，有自殺危險性，建議住院，惟楊婦及謝男皆不願意住院，陸續門診藥物治療，並辦理申請身心障礙鑑定等。
- (2) 該院社工曾於 106 年 9 月 16 日接受門診醫師轉介協助謝子（即案主，下同）機構安置，惟謝男表示在家人協助下仍可照顧，無須機構安置，因而結案，並請家屬持續回門診追蹤。
- (3) 106 年 11 月後楊婦出現自殺及自傷行為，被送至基隆分院急診後，建議到總院精神科就診。同年 11 月 16 日楊婦同意住院，住院期間

為同年月 16 及 17 日，之後楊婦及謝男皆不願意住院而辦理自動出院。後續門診藥物治療，於 12 月 6 日門診時，病情有明顯進步（楊婦、謝男及主治醫師看法一致），12 月 23 日回診謝男及楊婦認為病情進步，提出 2 個月處方要求。

7、據上所述，基隆市政府係於楊婦自殺身亡後，心衛中心為瞭解其生前在三軍總醫院內湖院區就醫情形，與三軍總醫院精神醫學部聯繫，始獲知楊婦於該院精神科就診之詳情，足證該府心衛中心未能於接獲楊婦自殺通報時，掌握楊婦憂鬱及就醫情形，致未能確實依照其當下狀況，擬定訪視時間、訪視內容及訪視頻率，該府卻一再辯稱楊婦之精神狀況已有醫療介入且定期就醫云云，洵不足採，此並有該府於詢問後補充說明坦承：「據楊婦自殺通報單及基隆三總 11 月 16 日電詢回復，均未說明楊婦曾至三軍總醫院就醫，其就醫內湖三總之資訊係於其死亡後取得」等內容在卷可稽。再者，本案楊婦於三軍總醫院內湖院區就醫情形，係由心衛中心窗口之訪員與該院聯繫，聯繫結果亦由該訪員登錄於系統，非由訪視楊婦之衛生所訪員連繫，相關資訊亦未整合，顯見該府接獲楊婦自殺通報後，相關單位僅透過電話方式聯繫楊婦，未積極依據楊婦當時自殺之情況，擬定訪視及相關處遇計畫，進行彈性管理，並確實於系統登打紀錄，事後猶辯稱楊婦已穩定就醫，益證基隆市政府自殺防治相關單位於訪視服務過程中，各自進行關懷，欠缺資訊交換及聯繫

機制，訪視作為更是流於形式，未依據個案情形積極調整訪視內容及制定處遇計畫，且未能即時發掘案家潛在之照顧及喘息服務需求，缺乏具體協助作為，以致案家未能獲得適當的協助及服務資源，肇生憾事，實有急失。

(二)基隆市政府相關機關執行身心障礙者評估未盡確實，未能整合社政、衛政及教育等資訊，且各所屬單位各行其是，未能發掘主要照顧者面臨困境，以即時提供所需服務與協助，服務措施形同虛設，肇生憾事：

1、身心障礙者權益保障法（下稱身權法）自 101 年 7 月 11 日起採用 ICF 精神與架構<sup>4</sup>，並加入需求評估機制，期能依照身心障礙者個別化需求，提供適切之福利服務。該法第 7 條明定：「直轄市、縣（市）主管機關應於取得衛生主管機關所核轉之身心障礙鑑定報告後，籌組專業團隊進行需求評估。（第 1 項）前項需求評估，應依身心障礙者障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之。（第 2 項）直轄市、縣（市）主管機關對於設籍於轄區內依前項評估合於規定者，應核發身心障礙證明，據以提供所需之福利及服務。（第 3 項）」是以，政府應依據身心障礙者個別化需求，提供適切之福利服務。

---

<sup>4</sup> 國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health），係以「神經系統構造及精神、心智功能損傷」、「眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛損傷」、「涉及聲音和言語構造及其功能損傷」、「循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能損傷」、「消化、新陳代謝與內分泌系統構造及其功能損傷」、「泌尿與生殖系統構造及其功能損傷」、「神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能損傷」及「皮膚與相關構造及其功能損傷」等 8 項身體功能損傷或不全作為評估需求之基本架構。

2、經查，本案楊婦及謝子，均領有身心障礙證明，基隆市政府表示，有關楊婦及謝子之需求評估作業，係經由該府衛生局轉送之鑑定報告，由身心障礙福利科需求評估社工員，進行社政評估及福利服務與需求評估，並經專業團隊審查會議通過後核發身心障礙證明，有關楊婦及其子福利與服務需求評估結果如下：

對象	鑑定時間及結果	福利與服務需求評估結果
楊婦	106年12月6日 第1類(b122、b152) <sup>5</sup> 輕度	復康巴士、搭乘大眾運輸工具必要 陪伴者認定及休閒文康活動必要 陪伴者認定等3項需求。
	103年11月3日 第1類心智功能 (b122) 重度	復康巴士、搭乘大眾運輸工具必要 陪伴者認定及休閒文康活動必要 陪伴者認定等3項需求。
謝子	106年10月5日 第1類心智功能(b117、 b122) <sup>6</sup> 重度	行動不便者認定、復康巴士、搭乘 大眾運輸工具必要陪伴者認定及 休閒文康活動必要陪伴者認定等 4項需求。

資料來源：依據基隆市政府所提供之卷證資料彙整製作。

- 3、有關楊婦身心障礙證明申請表，基隆市政府查復稱係由楊婦本人填寫及勾選福利服務申請項目<sup>7</sup>，由於需求項目係楊婦本人所勾選，應能符合其所需。惟查楊婦身心障礙證明申請表中照顧負荷狀況項目，竟同時勾選「家中尚有其他45歲以上身心障礙者1位」及「家中無其他身心障礙者」。然基隆市政府未查其勾選內容明顯相左，仍認其自行勾選即符合案家所需，顯見該府評估未確實反映案家狀況。
- 4、再據楊婦身心障礙者福利與服務需求評估報告，評估訪視日期為106年12月27日，已是楊婦經通報自殺後，可知其已有不堪照顧負荷之情形，惟其中個案及家庭狀況補充說明部分，明確記載「案主若精神狀況不穩定時，皆無法整理家務或

<sup>5</sup> b122：整體心理社會功能；b152：情緒功能。

<sup>6</sup> b117：心智功能。

<sup>7</sup> 楊婦勾選之需求項目包括：身心障礙者專用停車位、搭乘大眾運輸工具必要陪伴者優惠、身心障礙者個人照顧服務進入公民營風景區康樂場所或文教設施必要陪伴者優惠、身心障礙者個人照顧服務-復康巴士及輔具服務、身心障礙者經濟補助-醫療費用補助及輔具費用補助等項目。

自行購買三餐，需案家屬協助」；福利與服務建議部分記載：「情緒支持項目，需求評估人員建議：達年齡資格、不建議使用，註記：身障者未表達使用意願」、「臨時及短期照顧項目，需求評估人員建議：達能力分級、不建議使用，註記：家屬未表達使用意願」、「家庭關懷訪視服務項目，需求評估人員建議：符合準則但不建議使用，註記：家屬未表達使用意願」等情。

- 5、揆諸上述，均顯示楊婦進行身心障礙證明評估時，精神狀況已屬不佳，訪員雖已評估其符合相關服務使用標準，卻評估不建議使用，並註記身障者／家屬未表達使用意願，足證該府就身心障礙者需求評估流於形式，訪視人員亦欠缺敏感度，未能即時發掘案家潛在之照顧支持服務等需求。
- 6、另查，據謝子 106 學年度個別教育計畫家庭生活記載，校方在 106 學年度開學後，便知楊婦精神狀況不佳。106 年 10 月 18 日放學時，楊婦並未在家接謝子，隨車老師以電話聯繫不上楊婦，之後楊婦傳簡訊表示正在看電影，隨車老師遂將謝子帶回學校，由謝男到校接回。校方因此事件於同年月 20 日進行高風險家庭通報，此期間並有多次紀錄楊婦病情及就醫住院等情形，此有學校輔導紀錄內容可稽。
- 7、基隆市政府於 106 年 10 月 20 日 9 時 38 分接獲謝子校方通報兒童及少年高風險家庭，經初篩人員檢視通報內容並與學校釐清，楊婦曾有輕生念頭（無提及殺子自殺意圖）符合高風險因素<sup>8</sup>，併請

---

<sup>8</sup> 家中兒童少年父母或主要照顧者有自殺風險個案，尚未強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為，惟影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。

通報自殺防治中心，派予基隆家庭扶助中心（下稱家扶中心）進行訪視評估。家扶中心社工訪視評估後，雖認為楊婦因健康因素有影響謝子就學及生活，但楊婦均穩定就醫和服藥控制，整體家庭之經濟及教養功能，仍可在謝男照顧下，維持正常家庭功能，故高風險服務暫不開案。相關訪視評估如下：

- (1) 經濟上未有立即的經濟困窘情形，且案家仍有積蓄，能提供謝子生活及就學之穩定。
- (2) 楊婦精神狀況：已至內湖三軍總醫院精神科就診，有躁症合併憂鬱症情形，固定服藥，並由院方安排心理諮詢，確有積極處理及穩定楊婦精神狀況。
- (3) 照顧方面：謝男仍可提供一定的照顧水準，尚有親友資源，能實際協助照顧案家生活。謝子在校學習情形穩定，學校老師持續關心謝子就學情形。
- (4) 直至 106 年 10 月 27 日高風險社工安排訪視前，謝子未再發生通報之事，故認定 10 月 20 日之通報內容為偶發事件。

8、本案進行高風險家庭通報時，已併請通報自殺防治中心，自殺防治中心理應已知悉楊婦曾有輕生念頭，然本院於詢問時進一步釐清，楊婦後續經醫院通報自殺，由衛生局派案至衛生所後，衛生所訪視人員是否知悉楊婦曾被通報兒童及少年高風險家庭時，基隆市政府卻稱高風險家庭通報系統案件受理主管機關為各地方社政主管單位（社會處），自殺通報系統案件受理主關機關為各地方衛政主管單位（衛生局），因各類通報資訊系

統為獨立作業系統且中央主管機關亦未完成各系統資訊介接查詢功能，故有關本案高風險通報資訊，衛政單位亦無法查詢等語。

- 9、對照前開楊婦精神科主治醫師說明，以及本案謝子校方特教組長曾向楊婦說明，可向社會局申請照顧協助，惟楊婦認為自己為全職媽媽，可自行照顧，若託人照顧會被笑話等情，可知楊婦一直獨自承擔自閉症孩子之照顧壓力，導致憂鬱及自殺情形。揆諸本案相關單位所獲得之訊息，謝子校方自 106 學年度學期初即發現楊婦精神狀況不佳，可能影響孩子照顧，並機警通報高風險家庭，應值肯定；楊婦就診之精神科醫師亦連結院內社工，欲提供安置服務，試圖減輕楊婦照顧負荷。然基隆市政府衛政及社政單位，於相關評估訪視過程中，一線訪員卻未能敏感覺察楊婦之照顧負荷，已影響其精神狀況，凸顯基隆市政府忽略身心障礙者之主要照顧者，所面臨之身心壓力，相關單位間欠缺連繫整合及資訊共享機制，關懷訪視亦流於形式，以致雖有許多服務措施，但實際上有需求的民眾卻未能獲得適當的協助照顧，仍由家庭獨自承擔照顧的壓力及負荷。基隆市政府於本院詢問時亦坦承：「本案有召開重大兒虐檢討會議，本案看到社政、衛政及教育端都有介入，但都是各自工作，無法瞭解其他網絡對於個案的服務及提供的資源。」等語在卷可稽。是以本案基隆市政府社政及衛政單位，分別接獲楊婦符合高風險家庭通報、自殺通報及申請身心障礙鑑定等，有福利服務與照顧支持等需求，卻仍是各自進行關懷訪視，毫無協調連繫，訪視評估作為更

是流於形式，以致楊婦承擔之照顧壓力及不堪照顧負荷情形始終未被發掘，案家亦未能獲得即時且適當之協助與服務，基隆市政府實有疏失。

(三)綜上，本案母親攜自閉症孩子燒炭自殺釀成母子雙亡悲劇事件，凸顯基隆市政府相關機關執行自殺關懷訪視及身心障礙者評估未盡確實，且相關服務未能有效進行資訊整合，導致相關訪視及評估流於形式，身心障礙者及其家庭未能即時獲得所需服務與協助，肇生憾事，基隆市政府實有急失。

二、衛福部未能正視自閉症者及其家庭之需求及服務，除未詳實掌握自閉症者在家照顧及機構照顧人數，對於具有嚴重情緒行為之自閉症者及身心障礙者人數，迄無相關統計數據，亦未調查分析其所面臨之困境及風險，難以據此規劃並提供相關服務與資源，致使自閉症者及其家庭獨自承擔照顧困境與負荷，實有未當。

(一)按身心障礙者權益保護法第2條第1項及第3項規定，衛福部、直轄市政府及縣（市）政府分別為本法之中央及地方主管機關。該法明訂主管機關權責包括：身心障礙者人格維護、經濟安全、照顧支持與獨立生活機會等相關權益之規劃、推動及監督等事項。同法第5條規定，身心障礙者各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者，其中包括：神經系統構造及精神、心智功能等。又身權法自101年7月11日起採用國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF）

精神與架構，將原先身心障礙分類由 16 類，改為 8 大分類<sup>9</sup>，原自閉症類別對應新制為第一類神經系統構造及精神、心智功能類別。因此，衛福部為身心障礙者相關權益之中央主管機關，負有其規劃、推動及監督之責，應辦理並執行相關政策，以確保身心障礙者之權益。

(二)衛福部未詳實掌握自閉症者在家照顧及機構照顧人數，對於具有嚴重情緒行為之自閉症者及身心障礙者人數，未有相關統計數據，遑論分析現行所提供之服務與資源是否足夠與適切：

1 據衛福部查復統計 106 年 12 月底身心障礙者人數，領有新制身心障礙手冊之自閉症者有 13,573 人，舊制則為 332 人；其中男性 12,116 人（占 87.13%）、女性 1,789 人（占 13.87%）；以年齡區分，30 至未滿 45 歲為最多有 5,097 人，其次為 6 至未滿 12 歲有 3,228 人，第三則為 18 至未滿 30 歲有 2,216 人，三者所占比率超過 75%。障礙等級以輕度人數最多，計有 9,722 人，約占 7 成，其次為中度，計有 2,828 人，約占 2 成，重度有 1,093 人，極重度則有 262 人。再據該部 105 年身心障礙者生活狀況與需求調查，其中自閉症者年齡未滿 30 歲者占 95.31%，主要家庭照顧者 91.21% 以父母為主，另有近 6 成 5 被診斷為發展遲緩。可知自閉症者仍多由家庭照顧，且以未滿 30 歲占多數，是以政府提供之身心障礙者個人支持及照顧，提高身心障礙者家庭生活品質之相關服務，其重要性自不待言。

---

<sup>9</sup> 同註 48。

- 2、衛福部雖稱，該部與各地方政府提供身心障礙者多元之支持性服務，自閉症者均是服務對象，相關服務所需預算編列亦不會匡列障別。該部並表示，近 5 年身心障礙者占總人口比率已接近 5%，其中自閉症者占所有身心障礙者之平均比率為 1.17%，推估未來自閉症者將近 2 萬人，將積極爭取相關資源配置及預算編列等語。
- 3、又據衛福部查復，自閉症者在家照顧及機構<sup>10</sup>照顧之人數及比例，因自閉症者在家照顧的人數與庇護工場或接受社區式服務人數不易區隔，且機構未確實登打身心障礙機構管理資訊系統住民之新制障礙類別 ICD 代碼，故未能完整呈現該等人數，僅能依據身心障礙社區式日間照顧服務相關管理系統<sup>11</sup>，並提供 104 年至 106 年自閉症者使用社區式日間照顧服務及社區日間作業設施之人數統計（如下表）。

年度 服務項目	104 年	105 年	106 年
社區式日間照顧	93 人	108 人	121 人
社區日間作業設施	180 人	226 人	253 人

資料來源：衛福部

- 4、而有關自閉症者使用住宿式機構人數，該部亦稱由於身心障礙新制分類並無自閉症單一類別，故無法提供新制自閉症者入住機構相關統計數據。顯見該部並未確實掌握自閉症者使用服務、相關資源分配及接受照顧情形。由於自閉症新制鑑定分類在第一類，診斷前 4 碼為 2990(ICD-9-CM)

<sup>10</sup> 包括日托機構、庇護工廠、社區日間作業所、夜間照顧機構、全日型機構等。

<sup>11</sup> 該系統於 104 年啟用。

或 840(ICD-10-CM)<sup>12</sup>，爰本院請其再以上開方式進行勾稽篩選。惟該部仍重申機構未確實登打身心障礙機構管理資訊系統住民之新制障礙類別 ICD 代碼，故未能完整呈現該等人數，並稱會再要求地方政府加強輔導機構端落實登打機構住民資料等語。可證該部未能正視自閉症者及其家庭之需求及服務，未詳實掌握自閉症者在家及機構照顧之人數，進而據以規劃並提供自閉症者及其家屬所需之相關服務與資源。

5、再查，對於有情緒行為問題之身心障礙者照顧服務資源建置情形，衛福部稱身心障礙者之情緒行為問題仍有個別差異，非有客觀認定標準，爰尚無患有情緒行為問題之身心障礙者人數統計資料。至於嚴重情緒行為問題之障礙者（以領有自閉症、智能障礙、慢性精神病手冊或併有以上障礙類別之多重障礙者為主），現行可提供之行為輔導、治療管道、編列經費、可服務人數及實際服務人數等情形，該部雖提供與地方政府相關資源建置情形，並稱有服務需求之身心障礙者即可運用服務，故未再予分析障礙類。益證對於具有情緒行為問題之身心障礙者（如自閉症者），衛福部未有相關統計數據，也未有由其家庭照顧或機構照顧之確切統計人數，遑論分析現行所提供之服務與資源是否足夠與適切。

(三)據本院邀請自閉症主要照顧者（家長）辦理座談會議，與會人員表示，當自閉症孩子合併有嚴重情緒行為問題，發作時通常會送精神病房照顧。經查，

---

<sup>12</sup> 自閉症者新制鑑定分類在第一類，診斷前 4 碼為 2990(ICD-9-CM)或 840(ICD-10-CM)。

衛福部提供 103 年至 107 年 2 月底自閉症者入住精神病房之人數及次數（如下表），可知 106 年因情緒行為問題入住精神病房之自閉症者即有 535 人。再據衛福部中央健康保險署於詢問後補充資料，106 年各縣市健保特約醫事服務機構申報自閉症者住院及門診人數，其中住院人數為 616 人<sup>13</sup>，可推估至少有 616 位自閉症者及其家庭曾面臨嚴重情緒行為之困境。又教育部統計 106 學年國民教育階段及高中職階段自閉症學生人數，第 2 學期國小人數總計 6,163 人，國中人數為 3,660 人，高中職階段為 3,579<sup>14</sup>，共計 13,402 人，即使社政及教育單位對於自閉症人數之統計標準不同，不難發現需協助之自閉症者（學生）人數及家庭眾多，遑論其中尚包含具有情緒行為困擾者。

年度	人數	次數
103 年	402	544
104 年	169	617
105 年	516	688
106 年	535	762

註：

1. 資料來源：中央健康保險署三代倉儲系統住診明細檔。
2. 資料擷取日期：107.3.23。
3. 資料擷取範圍：就醫科別為精神科且排除住院 30 日內未出院之切帳申報案件。

(四) 惟據衛福部表示，自閉症者入住精神病房出院後照顧情形，因目前出院準備服務係以民眾個別需求提供服務，尚非依障礙類別及疾病區分，故無法提供

---

<sup>13</sup> 1. 資料來源：中央健康保險署三代倉儲系統住診明細檔。2. 資料擷取日期：107 年 5 月 15 日。3. 自閉症係主診斷前 4 碼為 840(ICD-10-CM)。4. 統計排除代辦案件，且總計人數為直接歸戶後人數，非各縣市之人數總和。

<sup>14</sup> 資料來源：教育部。106 年度第 2 學期統計時間至 107 年 10 月 8 日。

資料。106 年自閉症者使用日間照顧服務人數為 374 人，其餘則稱以家屬照顧為主。至於使用日間照顧服務，因日間照顧中心、機構照顧等服務，並未針對服務對象是否住過院再予統計，無法提供自閉症者出院後，照顧方式分由家屬照顧、日間照顧中心、機構照顧或其他方式之人數及比率等云云。揆諸上述，均凸顯衛福部雖有自閉症者住院、使用日間照顧服務等相關統計數據，且教育單位亦有自閉症學生統計人數，但衛福部為身心障礙者中央主管機關，卻未能就現有數據進行勾稽與整合，未能確實掌握自閉症合併有情緒行為困擾之人數，據以規劃並提供適切服務，致使自閉症者及其家庭獨自承擔照顧困境與負荷，實有未當。

(五)至於國內自閉症者之家庭，可能發生災難之風險因素分析調查情形，衛福部稱此尚屬新興議題，尚無此類分析調查。惟為預防可能發生災難風險之身心障礙家庭，於 107 年度公益彩券回饋金推展社會福利計畫申請主軸項目已新增「辦理潛在性身心障礙者關懷服務創新方案」，針對未在正式服務體系中接受服務之身心障礙者，經由該方案提供關懷訪視、個案轉介、福利諮詢及資源連結等，提供適切服務等語，是該部對此既已有相關方案，允宜積極辦理並就現行資源進行檢討，以及時提供必要之協助，避免不幸事件的發生。

(六)據上，衛福部未能正視自閉症者及其家庭之需求及服務，除未詳實掌握自閉症者在家照顧及機構照顧人數，對於具有嚴重情緒行為之自閉症者及身心障礙者人數，未有相關統計數據，亦未調查分析其所面臨之困境及風險，無法據以規劃並提供相關服務

與資源，致使自閉症者及其家庭獨自承擔照顧困境與負荷，實有未當。

三、身心障礙者之情緒支持及行為輔導等服務，係政府應提供之法定服務項目，惟對於具有嚴重情緒行為之自閉症者及身心障礙者，衛福部未督促地方政府建置專業服務團隊，僅賴其透過委託民間團體，辦理嚴重情緒行為心智障礙者正向行為支持暨人才培育計畫，期協助減輕家庭照顧負荷，惟上開計畫行為輔導員人力僅 5 名，所能提供之服務能量，嚴重不足，核有未當。

(一)依據身權法第 50 條規定，直轄市、縣(市)主管機關應依需求評估結果辦理相關服務，以協助身障者獲得所需之個人照顧，包括：居家照顧、生活重建、心理重建、社區居住、婚姻及生育輔導、日間及住宿式照顧、家庭托顧、課後照顧、自立生活支持服務，以及其他有關身心障礙者個人照顧之服務。同法第 51 條第 1 項復規定，直轄市、縣(市)主管機關應依需求評估結果辦理相關服務，以提高家庭照顧身障者之能力，包括：臨時及短期照顧、照顧者支持、照顧者訓練及研習、家庭關懷訪視及服務，以及其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。又身心障礙者個人照顧服務辦法第 78 至 86 條規定，政府應提供身心障礙者情緒支持服務及行為輔導服務，其中行為輔導應以專業團隊方式提供服務。是以，各地方政府應依照身障者及其家庭實際需求，提供上開各項福利服務措施。

(二)由於情緒表達障礙是自閉症兒童常見問題之一，自閉症兒童雖如一般人有不同的情緒變化，但因其本身先天能力上的缺失，會以特殊、執著的方式表達情緒，增加主要照顧者照料之困難度。本案於詢問

時所播放自閉症者家長親自說明照顧辛勞之影片，可知嚴重情緒行為困擾，常伴隨臨時、緊急、突發等狀況，增加照顧難度與考驗，家屬常感到無法獲得所需之照顧支持與相關服務資源，以致身心俱疲且無助。再據本院辦理之自閉症主要照顧者座談會，與會家長面臨之照顧困境包括：「許多自閉症兒的家長，在長期照顧壓力下，身心俱疲，使得身體狀況亮紅燈，如罹患癌症、慢性病、憂鬱症、無預警昏倒送急診等，且隨著年齡增長，體力持續衰退，憂心將來無法繼續自行照顧孩子時，自閉症兒將何去何從。」「社會大眾對於自閉症的認知不足，使得整體環境對於自閉症者(含併有嚴重情緒障礙者)非常不友善，加上自閉症者不會表達，情緒障礙發作時，會失控有自傷、傷人行為，致使家長不敢輕易帶自閉症兒出門，甚至有些家長居住的社區，因自閉症兒情緒失控會大吼大叫，而有排斥自閉症兒」等情。

(三)經查，衛福部每年函請各縣市政府依據該部補助作業要點規定申請嚴重行為問題身心障礙者加強照顧服務費補助，並運用公益彩券回饋金補助委託單位（於106年委託財團法人第一社會福利基金會，下稱第一社福基金會）辦理「嚴重情緒行為心智障礙者正向行為支持服務暨人才培訓計畫」，包括嚴重情緒行為問題之巡迴輔導、相關課程訓練等，協助機構落實輔導個案。各縣市政府提供身心障礙者情緒支持與行為輔導情形，衛福部表示地方政府主要由身心障礙個管中心提供相關服務，包括身心障礙者及其照顧者社會心理與家庭功能評估、心理諮商、到宅訪視、電話關懷等支持性服務，並邀集社

工員、心理諮詢師、精神復健等相關專業人員召開個案研討會議。如遇嚴重情緒及特殊行為障礙者，由各服務提供單位連結第一社福基金會(第一行為工作室)之專業團隊進行情緒及行為輔導，或轉介精神專科醫師及藥物輔助等衛政服務資源等語。

(四)惟查，社家署輔導各地方政府依身權法第 50 條提供個人支持及照顧服務，104 年至 106 年自閉症者獲得服務人數，社區式日間照顧分別僅有 93 人、108 人及 121 人；社區日間作業設施分別僅有 180 人、226 人及 253 人；家庭托顧分別僅有 14 人、10 人及 16 人。至於依同法第 51 條提供各項家庭支持服務，其中臨時及短期照顧服務，自閉症者之服務人數 104 年至 106 年依序為 52 人、25 人、25 人。對照未區分障別服務人數，臨時及短期照顧服務項目分別為 4,929 人、4,990 人及 5,031 人，自閉症者所獲臨時及短期照顧服務之比率，105 及 106 年均僅約 0.5%，相關個人、家庭支持及照顧服務資源明顯不足。至於各地方政府提供情緒支持及行為輔導服務情形，僅有彰化縣政府委託國立彰化師範大學辦理身心障礙者行為輔導服務計畫<sup>15</sup>，及屏東縣政府於 107 年規劃辦理「身心障礙者行為輔導計畫」<sup>16</sup>等服務建置較為明確外，其餘縣市政府多為連結衛福部委託單位資源供機構使用，僅少數縣市<sup>17</sup>另有委託辦理相關服務，實難謂足以符合類此障礙者及家庭照顧者需求。對此，衛福部稱各地方政府依

<sup>15</sup> 由督導、療育老師等相關專業人員，提供個別化評估、課程設計、行為問題搭配行為功能評估及正向行為輔導，建立正向行為支持專業服務模式。

<sup>16</sup> 規劃結合政府機關、教育單位專家、醫療單位等召開跨專業團體會議，提供情緒行為評估及介入輔導策略，定期追蹤並適時修正策略，由計畫培育在地專業輔導人員，建置嚴重情緒行為服務資源系統。

<sup>17</sup> 包括新竹市、南投縣、臺東縣。

據轄內身心障礙者需求，連結該部委託單位資源或自行提供相關治療管道與措施，難以針對其所提供之服務予以區分優劣、評比等語，雖據本院諮詢專家學者表示：「本校復諮所附設行為輔導研發中心<sup>18</sup>，身心障礙者個人照顧服務辦法第 78 至 86 條規定，應提供情緒支持服務、行為輔導及輔具服務，透過彰化縣自閉症家長協會與彰化縣政府溝通後，以此為法源依據提供相關服務，從 103 年小量服務至今（107）。」「中心是一個中繼站，有情緒行為的孩子，到中心接受服務（行為輔導，結合復健諮商服務）後都有改善。」可知相關行為輔導計畫對於改善情緒行為障礙有其成效，然亦僅彰化縣政府委託且提供少量服務，有明確之服務模式及成效，殊為可惜。

(五)再查，第一社福基金會 106 年辦理嚴重情緒行為心智障礙者正向行為支持服務計畫，僅編列 5 名行為輔導員（專職 3 名、兼職 2 名）、專案社工員 1 名及行為訓練員數名（3-5 名），對於各縣市政府所轉介之嚴重情緒行為個案（106 年實際服務人數為 146 人），所能提供之服務能量是否足敷所需，顯有疑慮。再者，地方政府部分，以彰化縣政府委託國立彰化師範大學辦理身心障礙者行為輔導服務計畫，專業服務團隊人力僅 7 人，所服務人數共 86 人；屏東縣政府於 107 年規劃辦理「身心障礙者行為輔導計畫」，專業服務團隊人力亦僅 6 人，其餘縣市政府提供實際服務人數亦寥寥可數，顯見政府對於有情緒行為困擾之身心障礙者（如心智障礙者、自閉

---

<sup>18</sup> 簡介資料詳中心網站：<https://sites.google.com/site/ncuegircaba/>

症者等）及其家庭，所提供之情緒支持及行為輔導等服務資源極其有限，遑論能符合障礙者及其家庭之實際需求，此亦有本院諮詢專家學者表示：「以彰化縣而言，我們中心服務 80 個個案，由 7 位老師提供服務，但服務量還是太大，一週只能提供 2 至 6 小時的服務，國外的標準是每週提供 15 小時，甚至 40 小時的服務。」等語可證。本院辦理之自閉症主要照顧者座談會，部分與會之主要照顧者（家長）因照顧自閉症兒所產生的生理、心理壓力及負擔，以及無止盡的照顧循環，坦承曾有過自殺（或攜子自殺）的念頭等情，益證目前情緒支持及行為輔導服務資源佈建情形，嚴重不足，核有未當。

(六)綜上，身心障礙者之情緒支持及行為輔導等服務，係政府應提供之法定服務項目，惟對於具有嚴重情緒行為之自閉症者及身心障礙者，衛福部未督促地方政府建置專業服務團隊，僅賴其透過委託民間團體，辦理嚴重情緒行為心智障礙者正向行為支持暨人才培育計畫，期協助減輕家庭照顧負荷，惟上開計畫行為輔導員人力僅 5 名，所能提供之服務能量，嚴重不足，核有未當。

四、衛福部雖已提供身心障礙機構申請嚴重行為問題身心障礙者加強照顧服務費，惟心智障礙者及自閉症者多有語言、溝通障礙，常合併情緒行為困擾及學習障礙等多重困境，增加照顧困難度及考驗，身心障礙機構具有處理情緒行為困擾之人力與能力均有待提升，更缺乏中途之家等機構，導致家屬常面臨機構拒收、頻繁進出精神病房等照顧困境，衛福部允宜通盤檢討現有醫療及社福等照顧服務人力及經費，擴大跨專業輔

導模式，研議規劃短中長期計畫，逐步強化相關專業人力與機構照顧能量。

(一)身心障礙者因個案障礙程度、合併之病症、年齡、家庭環境等不同因素，衍生不同程度之照顧困境及所需之照顧資源與服務，已如前述。又本院辦理之自閉症主要照顧者（家長）座談會，與會人員提及之照顧困境如：「重度自閉症併有嚴重情緒行為問題個案，照顧需要耗費大量人力與精力，由不同專業人力共同介入，造成學校、機構常以專業人力不足或名額已滿等理由拒收類此個案。」「自閉症者與其他精神疾病產生共病機率達70%，惟目前各類精神病房，以照顧思覺失調症為主，並未針對自閉症者配置適當人力及設計相關復健課程。」並建議建置行為輔導中心，以確實協助主要照顧者及家長減輕照負荷。

(二)再者，照顧自閉症者特別是合併有情緒行為障礙(困擾)時，需耗費大量人力與精力，並藉由不同專業服務共同介入提供協助，透過正向支持與行為輔導改善其情緒行為障礙，此於本院諮詢專家學者表示：「不論在自閉症成人或小孩的服務，專業人力的供需是個大問題。因不止醫療端提供療育，還需透過照顧系統達到療育的目標，因此跨專業團隊不止醫師、心理師、護理師等。」「情緒行為問題，特別是與自閉症或心智障礙相關，行為分析是最基礎的訓練，從行為功能切入瞭解，才能分析後續的動機與需求，且以正向支持概念提供協助。協助多重情緒行為障礙的孩子，行為輔導有其必要性。」「目前機構以生活照顧層面為主，面對個案情緒行為問題，只能到醫療系統就醫。但急性期住院後，需要

結構式教學、正向行為（溝通）策略，幫忙孩子行為重建，建立好的行為模式，或者情緒行為的狀態較為穩定且能持續後，然後再回到家中或機構。」

「成人到成人精神科，並不是每位精神科醫生都瞭解他們的情形，有些醫生甚至認為這是情緒行為問題並非生理問題，可用行為策略來解決，無法再從藥物獲得改善。」「建議建立行為支持中心（中介機構），目前臺灣非常缺乏行為處理策略的專業人員。雖然我們機構培訓很多行為種子人員，但機構人員的流動率很高。且目前這個課程，報名的人數也越來越少。如果有行為支持（輔導）中心，對於孩子的行為輔導策略就能明確，相關人力比、環境空間也會比較足夠。」等內容可稽。

(三)經查，衛福部為協助機構照顧具有嚴重情緒行為困擾之個案，透過「身心障礙者教養機構服務費」補助身心障礙福利機構，其中嚴重情緒個案<sup>19</sup>加強照顧服務費，係依推展社會福利補助項目及基準之規定，並以98年度起新增服務個案為限，每服務1名全日型住宿機構個案每月增加補助服務費新臺幣（下同）3,000元，日間服務及夜間型住宿機構個案每月增加補助服務費1,800元，以協助機構提升服務品質，落實照顧身心障礙者生活。惟查，各縣市於106年度加強照顧服務費所提報申請人數為40人，衛福部核准人數40人，實際補助人數僅32人。再據衛福部提供106年各地方政府就機構服務費自籌款予以補助之個案，實際辦理僅27名<sup>20</sup>，姑不論

<sup>19</sup> 「身心障礙者教養機構服務費」所稱嚴重行為問題之身心障礙者，需經依「心智障礙者/自閉症者嚴重情緒行為輔導需求評估表」篩選出具嚴重情緒行為的心智障礙、自閉症個案，據以提供符合機構需求的支援策略。

<sup>20</sup> 未區分加強照顧服務費補助個案。

各地方政府補助情形略有不同，對照前述 106 年自閉症者住院人數為 616 人，入住精神病房為 535 人，加強照顧服務費實際補助僅 32 人，顯見多數具有情緒行為障礙（困擾）之自閉症及其他心智障礙者，仍多由家屬承擔主要照顧責任。

(四)復查，自閉症等心智障礙者合併有嚴重異常行為，且有精神醫療需求<sup>21</sup>，衛福部自 104 年 6 月起運用醫療發展基金，以精神醫療網之責任分區，補助臺北區、北區、中區、南區及高屏區各 1 家機構，計 5 家醫院<sup>22</sup>，試辦「心智障礙者精神醫療服務品質改善計畫」，建置心智障礙者精神醫療服務特別門診及整合精神醫療機構、身心障礙福利機構及學校服務網絡，發展服務模式及雙向轉介服務網絡。惟查，上開計畫自閉症個案服務量僅 272 人次，故衛福部雖透過各相關計畫<sup>23</sup>及提供身心障礙機構嚴重情緒個案加強照顧服務費等方式，協助醫療單位、機構等提升照顧類此個案之能力，然其專業人力與服務人數等相較於領有身心障礙手冊之自閉症者，均明顯不足。

(五)此外，因心智障礙者及自閉症者，常合併情緒行為困擾及學習障礙等多重困境，當個案因情緒行為急性發作時，精神醫療資源亦未能確實符合其需求；在其出院後，亦缺乏中介機構（如行為輔導中心），使家屬常不斷往返醫院、機構間，且國內兒童青少年的精神病床未妥善運用，人力需求與專業品質均

---

<sup>21</sup> 依據衛福部 100 年委託臺北市立聯合醫院松德院區辦理之「心智障礙者精神醫療門診及住院之就醫歷程與需求調查」。

<sup>22</sup> 106 年起補助家數降為 4 家。

<sup>23</sup> 包括「心智障礙者精神醫療服務品質改善計畫」、「嚴重情緒行為心智障礙者正向行為支持服務暨人才培訓計畫」。

有所不足，致使照顧者身心俱疲，此有本院諮詢專家學者表示：「我國沒有 2 級單位，可承接後續的照顧。個案急性情緒症狀穩定，離開醫院（1 級單位）後，只能回到家庭或機構，沒有 2 級機構（提供相關行為訓練）協助，缺乏行為支持中心，造成許多醫療資源，被用於亞急性的情況」，以及衛福部於本院詢問時坦承：「目前國內兒童青少年的精神病床有 151 床位，日間照顧的病床有 392 床。分析上開病床未能妥善運用的原因，第一是健保給付太低，成本效益不佳，通常會住院的個案多是 ASD<sup>24</sup>，因病況複雜，且有許多共病的因素，但醫院多以慢性精神病房的方式照顧，且現行評估機制，造成人力比未能符合 ASD 的需求。再來是環境結構，還有專業人力及品質不足，造成困境。」等語可證。

(六)至於建置行為中心之可行性，衛福部稱：「有情緒行為問題者後續仍回歸家庭或社區，其情緒問題可能因環境因素再次復發，且設置此類特定機構，能服務個案仍有限；自閉症個案因精神症狀需住院，在照顧人力配比需要極高之成本效益考量下，以醫療機構成立病房治療之可行性不高，亦無法在現行醫療機構健保支付標準架構下，研議相關合理之支付標準。」再者，衛福部表示為因應自閉症者及患有嚴重情緒行為困擾者出院後，遭機構拒收情形，業已透過「心智障礙者精神醫療服務品質改善計畫」，除提升精神醫療專業人員之心智障礙者照護知能外，自閉症者將於出院後，規劃轉介其接受社區照護服務，或入住身心障礙福利機構，並銜接社

---

<sup>24</sup> 自閉症類群障礙(Autistic Spectrum Disorder, ASD)。

區式日間作業設施、居家式服務或喘息等支持性質之社會福利資源服務為妥，前述照護服務之規劃，並將結合社家署已規劃之資源轉介辦理。該部亦透過「身心障礙者嚴重情緒行為正向支持整合模式試辦計畫」，督導3個試辦縣市政府邀集轄內醫療單位、服務嚴重情緒行為個案之身心障礙福利機構等網絡單位，建立困難安置個案協商平台，並於臺北市及高雄市規劃辦理嚴重情緒行為個案中途之家，擬以跨專業團隊的輔導模式，透過行為支持訓練，協助具嚴重情緒行為問題的自閉症者回歸家庭或社區等內容。顯見對於自閉症者之精神醫療照護模式與相關專業人力培訓，現行健保給付方式仍有再檢討之空間，且相關計畫僅由部分縣市試辦、發展模式，對於整體建置具有能力處理情緒行為之團隊運作模式及服務資源，尚有待該部持續規劃發展與建置。

(七)綜上，衛福部雖已提供身心障礙機構申請嚴重行為問題身心障礙者加強照顧服務費，惟心智障礙者及自閉症者多有語言、溝通障礙，常合併情緒行為困擾及學習障礙等多重困境，增加照顧困難度及考驗，身心障礙機構具有處理情緒行為困擾之人力與能力均有待提升，更缺乏中途之家等機構，導致家屬常面臨機構拒收、頻繁進出精神病房等照顧困境，衛福部允宜通盤檢討現有醫療及社福等照顧服務人力及經費，擴大跨專業輔導模式，研議規劃短中長期計畫，逐步強化相關專業人力與機構照顧能量。

五、國內應加強自閉症類群障礙之本土研究，以預防其衍生疾病及發展所需之療育方法；而身心障礙機構面

對情緒行為之自閉症者，因其專業人力不足而有拒收情形，雖就照顧服務員薪資已有調整，卻未能同步考量教保員工作繁重及實務年資經驗，據以檢討其薪資水準，致流動率提高並影響機構招募及培訓資深專業人力，衍生難以提供情緒行為障礙者之妥適行為策略。衛福部允應研議推動自閉症類群障礙相關本土研究，並通盤檢討相關照顧服務人員之待遇，提升機構處遇能力及照顧服務品質。

- (一)心智障礙者及自閉症者，因合併情緒行為困擾及學習障礙等多重困境，加上情緒行為急性發作時，需要使用精神醫療資源，在其出院後，缺乏中介機構（如行為輔導中心），使家屬不斷於醫院、機構、家庭間往返循環，已如前述。再者，由於障礙者情緒行為常伴隨緊急、臨時、突發等狀況，增加照顧難度及挑戰，亦使機構常面臨照顧人力不足，教保員流動率高，難以培訓資深專業人力之困境。
- (二)另據本院諮詢專家學者臺大醫院兒童精神科高淑芬醫師表示：「根據我的臨床研究，小學生有1%有自閉症。經費部分，韓國有成立國家級研發中心，給予足夠的經費，進行相關研究及人力培訓。對於比較特殊的領域，政府須編列一定比例的經費，特別是精神醫療領域，才能吸引人才投入及留任。」「我國沒有兒童自閉症的研究數據，因此我才會去統計國小學童自閉症的發生率。建議針對兒童的部分應該定期調查，畢竟自閉症後續與很多疾病的進展都有相關，這個基本數據，可以看出許多變化。」再據本院諮詢身心障礙機構代表指出：「有些住民（個案）在精神科藥物，已經

用到最強、極限的藥量，但仍有情緒行為問題產生，當他們情緒發作時，確實需要一對一的照顧人力才有辦法應付。再者，有些住民身材高大，攻擊行為也很嚴重，會造成女性員工害怕、受傷等。」可知目前國內對於致自閉症類群障礙之本土研究不足，又照顧具有嚴重情緒行為困擾之個案因所需照顧人力需求、專業度與困難度高，常使機構面臨處理類此情緒行為障礙之服務能量不足，恐因此衍生拒收類此個案或未能提供應有之服務品質。

(三)經查，衛福部已提供身心障礙者加強照顧服務費並補助一對一加強照顧服務人力，以協助身心障礙機構提升照顧服務品質，已如前調查意見四所述。至於培訓具備處理嚴重情緒行為困擾能力之人員，衛福部表示，機構接受該部加強照顧服務費補助，依規定需推派相關人員接受該部委託單位<sup>25</sup>辦理之嚴重情緒行為輔導技巧種子師資培訓課程。另機構所推派之受訓代表於課程結束後，返回機構即可針對個案提供輔導服務。其中 106 年由第一社福基金會辦理相關嚴重情緒行為輔導培訓課程，行為種籽培訓 41 人、社工初階班 22 人、正向行為支持初階課程 68 人、正向行為支持進階課程 245 人，所能提供之服務量能尚能滿足需求等語。

(四)惟據本院諮詢身心障礙機構代表表示：「機構雖然可以申請一對一人力，但該人力只能協助住民生活照顧，對於情緒行為問題的行為策略，需要其

---

<sup>25</sup> 106 年委託第一社福基金會辦理。

他專業人員，協助發展因應。」「情緒行為問題，需要資深教保員，才能分析、理解孩子的需求與目的，並發展妥適的行為策略、教保策略。這些策略發展出來後需要全班同學、其他教保員一起配合，同理並理解這些孩子，他們的情緒行為問題才能獲得改善。」「上述處理情緒行為問題的方法，不是僅靠補助一對一人力或是給予3,000元補助就能解決。資深教保員等專業人力需要長期培育，但機構人員流動率太高，常常訓練一陣子，人就離職了。」可知實務上照顧具有情緒行為障礙之住民，須由資深教保員運用其敏銳之觀察力，分析並理解住民行為模式，進而協助發展相關因應策略，並透過專業團隊方式共同執行。其所需人力及專業度與困難度並非只靠補助照顧服務人力僅可輕易達成，且實務上人員流動率高，亦不利於經驗累積與傳承。再者，對於身心障礙機構及其人員，照顧嚴重情緒行為身障者應具備之資格條件、專業能力等情，衛該部稱目前係透過相關培訓機制，增進工作人員所需知能，尚無制式規範，亦於本院詢問時坦承：「專業人力培訓部分，過去對於提案的機構，要派人員受訓，但並未要求這些人員具備處理個案情緒行為問題的能力，故機構能處理情緒行為困擾的專業人力，10年來並未有顯著增加」等語，在卷可證。是以身心障礙機構處理情緒行為相關人力及專業度均不足之困境，均有待衛福部正視並研議具體因應作為，以協助機構提升照顧服務品質。

(五)另我國於今（107）年推行長照給付及支付新制，明確制定相關規範保障照顧服務員勞動權益<sup>26</sup>，以促進更多照顧服務員投入長照工作並鼓勵久任。然對於身心障礙機構中之教保員，其所面對的是最困難、複雜且棘手之嚴重情緒行為身心障礙者，照顧服務壓力並不亞於照顧服務員，然其薪資卻未同步調整，造成教保員轉任，使得身心障礙機構照顧人力招募不易且不易留任之情形更為雪上加霜，此有本院諮詢身心障礙機構代表：「照顧服務員調薪之後，對於教保員的聘僱確實有影響，因為照服員不需要作額外的文書作業，時間也比較有彈性，照顧壓力相對也沒這麼大。」在卷可證。是以，衛福部允宜就各類提供照顧服務人員，將其工作內容、年資、薪資待遇、所需之專業度等通盤檢視，避免各類照顧服務人員之間因工作內容、專業能力與薪資待遇失衡，引起人力集中流向某一特定照顧領域，致使整體照顧服務提供出現缺口。

(六)綜上，國內應加強自閉症類群障礙之本土研究，以預防其衍生疾病及發展所需之療育方法；而身心障礙機構面對情緒行為之自閉症者，因其專業人力而有拒收情形，雖就照顧服務員薪資已有調整，卻未能同步考量教保員工作繁重及實務年資經驗，據以檢討其薪資水準，致流動率提高並影響機構招募及培訓資深專業人力，衍生難以提供情緒行為障礙者之妥適行為策略。衛福部允應研

---

<sup>26</sup>衛福部明定採月薪制的全職居家照顧服務員月薪至少3萬2,000元，採時薪制之居家照顧服務員時薪至少200元，另照顧服務員在不同個案家轉換的交通時間應計入工作時間，薪資每小時不得低於基本工資140元。資料來源：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-41021-1.html> 衛生福利部網頁。（最後查詢時間107年11月14日）

議推動自閉症類群障礙相關本土研究，並通盤檢討相關照顧服務人員之待遇，提升機構處遇能力及照顧服務品質。

六、身心障礙學生依其障礙類別而有不同需求，為達融合教育精神，部分身心障礙學生安置於普通班接受特殊教育，是以，教育部允應加強普通班教師相關特殊教育知識與專業訓練，督促地方政府及校方規劃足夠之輔導人力，提供情緒行為困擾學生相關協助，並積極與社政及衛政等資源連結，及早發掘發展遲緩兒進行通報及提供相關療育，共同協助身心障礙學生獲得所需之服務資源，改善其發展困境。

(一)身心障礙兒童會因障礙類別有其特殊需求，且不同障礙類別亦有極大歧異性，即便相同障礙類別之兒童，亦會因個別障礙程度、成因、家庭背景等不同，所需要的服務也不同，且在不同生命階段，亦有不同需求服務，如學齡前早期療育需求、學齡階段特殊教育需求、生活教育及職業輔導等，均顯示身心障礙者需要持續性照顧服務<sup>27</sup>。按特殊教育法第3條分類，自閉症為因生理或心理之障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施之協助者之身心障礙者。復據身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法第12條，特殊教育法所稱自閉症係「指因神經心理功能異常而顯現出溝通、社會互動、行為及興趣表現上有嚴重問題，致在學習及生活適應上有顯著困難者。前項所定自閉症，其鑑定基準依下列各款規定：一、顯著社會互動及溝通困難。二、表

---

<sup>27</sup> 何志鴻、黃惠璣（2007）。影響身心障礙兒童家庭照顧者憂鬱之因素。身心障礙研究，5，42-50。

現出固定而有限之行為模式及興趣。」是以，身心障礙者因不同障礙別而有不同需求，需要個別化且連續性的服務，當障礙者（如自閉症或心智障礙類別等）合併有情緒行為問題時，個案生理、心理及行為等面向，均有待醫療、社福及特殊教育等多種照顧、支持服務等資源介入協助，而家庭更直接承受照顧壓力。

(二)在身心障礙者就學部分，依特殊教育法相關規定，身心障礙學生係以障礙程度進行安置，並為達特殊教育法之融合教育精神，故輕度、中度自閉症學生多以回歸普通班接受分散式資源班、特殊教育方案為安置方式。依高級中等以下學校身心障礙學生就讀普通班減少班級人數提供人力資源與協助辦法第5條規定，身心障礙學生就讀之普通班，班級導師有優先參加特殊教育相關研習權利與義務。惟查，以適性原則均衡編入各班之班級導師有無接受「自閉症」相關特殊教育訓練部份，教育部稱原登錄於特殊教育通報網之身心障礙學生資料中，若該生學籍係安置於普通班接受特殊教育服務者(如：資源班)，所填列教師資訊係身心障礙學生之輔導教師，並非一定是該班導師，故較難以對應普通班教師之資料。又於本案調查期間，國教署已於特教通報網身心障礙學生資料中，所對應之輔導老師欄位下括號附註普通班導師，以日後追蹤班導師研習情形，並於107年度委託國立臺灣師範大學辦理普通班導師自閉症增能研習計畫，辦理自閉症增能研習，提供輔導員和情緒及行為問題專業支援教師入校支援服務等。然上開增能研習計畫將於北、中、南、東等

四區辦理，每場研習預計 80 人參加，對比 106 學年國民教育及高中職階段自閉症學生計有 13,402 人<sup>28</sup>，相關教師研習之成效實有再加強及擴大之必要。有鑑於目前安置於普通班之身心障礙學生分類多元，教育部允宜持續重視普通班教師特殊教育專業知能必須與時俱進，以提供各類身心障礙學生之融合教育適性支持服務，俾利協助身心障礙學生順利學習。

(三)至於高中職以下各級學校，可提供具有情緒行為障礙學生之協助部分，教育部於本院詢問時表示，目前學校可透過特殊教育系統或諮商輔導系統，提供具有情緒行為困擾學生相關協助。對於有特殊情緒行為障礙學生，若已有特教鑑定，由特教系統提供協助，如巡迴輔導老師、或在資源班接受特教服務；沒有特教身分，由學生輔導系統，由輔導室的心理師、社工師等，提供是類學生學習需求所需的服務。惟據上述自閉症學生人數以觀，可知須大量諮商輔導服務之專業人力與物力方可提供協助，對此教育部於詢問時亦坦承：「接受專業團隊輔導的人數，各縣市資源較不同，存有縣市的落差。目前對於身心障礙或有特殊需求的學生，所需的專業輔導與協助，均是以現有資源、專業輔導人員的人數，除以有需求學生的人數，因礙於中央及縣市政府資源、經費有限。」是以，教育部現有服務資源並未以身心障礙學生人數及其實際需求進行專業人力與服務之規劃，

---

<sup>28</sup> 統計日期至 107 年 10 月 8 日。

恐使多數身心障礙學生未能獲得所需且足夠之服務，影響其學習成效。

(四)有鑑於國內外相關研究，均指出自閉症者多有語言、溝通障礙，且常合併情緒行為困擾及學習障礙等多重困境，而國外研究報告亦指出，個案於2至5歲接受正確積極的介入，90%兒童可以發展出語言且在智力測驗評估上有顯著改善。早期診斷早期接受矯治對自閉症患者非常重要，且除了相關行為、語言、藥物等治療，亦需要銜接學校特殊教育<sup>29</sup>。目前國內已建立「發展遲緩兒通報暨管理系統」，且發展遲緩亦為兒童及少年福利與權益保障法規定之法定通報事項。教育部亦建置特殊教育通報網，提供特殊教育實施概況、相關研習、資源及統計資料等。惟據本院諮詢專家學者表示：「我國社會及教育單位之間需要溝通，建立機制，相互合作，孩子才能受益。」而衛福部呂次長寶靜於本院詢問時坦承：「過去已有早療推動小組，連結醫療與社政的資源，經檢討發現與教育資源連結較不足，因此小組也納入教育部次長，成為小組成員共同討論。因早療除了連結社政與衛政的資源外，還要與教育的資源進行連結。此外，也要求各縣市政府在早療服務要加強社政與教育的連結。」教育部范次長巽綠於本院詢問時表示：「教育部有特殊教育通報網，與社家署發展遲緩兒通報系統結合，但與醫療資源系統並未有連結。此外，有許多家長並未將兒童送到幼兒園，以致未能及早發現此類的兒

---

<sup>29</sup> 臺灣兒童青少年精神醫學會網頁：衛教專欄專欄：「自閉症類群障礙（Autistic Spectrum Disorder，ASD）」吳佑佑醫師 [http://www.tscap.org.tw/TW/NewsColumn/ugC\\_News\\_Detail1.asp?hidNewsCatID=7&hidNewsID=129](http://www.tscap.org.tw/TW/NewsColumn/ugC_News_Detail1.asp?hidNewsCatID=7&hidNewsID=129)，檢索時間：107年10月25日。

童，及早發現是需要再加強的部分。」等語，足證對於身心障礙者就學及所需服務，中央主管醫療、社政及教育機關雖有提供相關服務，惟資源横向連結與地方政府落實執行情形，仍有待加強，以及早發現需服務之個案，並持續提供身心障礙者生涯過程中所需之各種服務。

(五)綜上，身心障礙學生依其障礙類別而有不同需求，為達融合教育精神，部分身心障礙學生安置於普通班接受特殊教育，是以，教育部允應加強普通班教師相關特殊教育知識與專業訓練，督促地方政府及校方規劃足夠之輔導人力，提供情緒行為困擾學生相關協助，並積極與社政及衛政等資源連結，及早發掘發展遲緩兒進行通報及提供相關療育，共同協助身心障礙學生獲得所需之服務資源，改善其發展困境。

七、本案基隆市發生母親攜自閉症子燒炭自殺之憾事，顯示縣市執行自殺關懷訪視及身心障礙者評估作業均有未盡確實情形。衛福部雖依法提供身心障礙者及其家庭相關照顧支持服務，然照顧者因不堪負荷產生憂鬱、自殺之事件仍頻傳，衛福部應以本案為鑑，強化相關監督考核機制及自殺防治作業，提升人員訪視敏感度及專業能力，督促地方政府確實執行。

(一)依據身權法第 50 條、第 51 條第 1 項規定，身心障礙者及其家庭依實際需求，可享有多項福利服務，包括：1、身心障礙者個人所需之支持及照顧服務，如：居家照顧、日間及住宿式照顧、家庭托顧及其他有關身心障礙者個人照顧之服務等；2、家庭照顧者照顧支持服務，如：臨時及短期照顧、照顧者支持與訓練及研習、家庭關懷訪視及服務及其他有

助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務等。又身心障礙者個人照顧服務辦法第2條亦已明定身心障礙者相關服務用詞之定義，同法第3條並規定身心障礙者個人照顧各項服務，應依需求評估結果，由直轄市、縣（市）主管機關自行或結合民間單位提供服務，已如前述。

(二)由上可知，身心障礙者及其家庭依實際需求可申請享有相關照顧資源及服務措施。然而，本案母親攜自閉症子燒炭自殺之憾事，顯示身心障礙者仍多由家庭獨力承擔照顧的壓力及負荷。對於有身心障礙兒童的家庭而言，家庭照顧者常面臨許多挑戰、衝擊和改變。隨著障礙者病程發展，隨之而來可能有經濟壓力、因應疾病所需增加之照顧技巧等，使得家屬及主要照顧者生活作息受限、心情轉變，面對如此複雜的處境，若缺乏情緒支持及抒解，照顧過程中必然承受極大壓力。

(三)本院前亦已調查多起家庭照顧者因不堪沈重之照顧負荷，造成悲劇事件之調查案<sup>30</sup>。又本案自閉症孩子就讀學校雖已進行高風險家庭通報，而母親本身也曾因服藥過量被通報自殺，並因精神疾病提出身心障礙申請，惟本案基隆市政府社政及衛政單位，分別接獲高風險家庭通報、自殺通報及申請身心障礙鑑定等訊息，明知其有福利服務與照顧支持等需求，卻仍是各自進行關懷訪視，毫無協調連繫，訪視評估作為更是流於形式，以致該名母親之照顧負

---

<sup>30</sup> 父親掐死腦麻兒案（105 內調 0001）、臺中兩弱勢家庭悲劇案（105 內調 0071）、顏姓老翁抱妻投水案（102 內調 0063）、八旬王姓老翁弑妻案（100 內調 0094）等。

荷及所承擔之照顧壓力始終未被發掘，案家亦未能獲得即時且適當之協助與服務。

(四)依據衛福部事後檢討表示：目前各地方政府於民眾申請身心障礙資格時，均由需求評估人員進行聯繫說明各項福利內容，儘可能使其瞭解服務資源並表達使用需求；另於核發身心障礙證明同時，各地方政府亦提供相關福利內容與聯繫資訊，供障礙者參考運用，如有個案管理服務需求之障礙者，亦可藉由各種管道轉介或由個案管理員主動發掘，進而提供障礙者相關服務。另為督促各地方政府對於身心障礙者及其家庭提供整體而持續性之個別化專業服務，該部業於 104 年起將身心障礙個案管理服務列為一般性指定辦理施政項目，除定期考核各地方政府辦理情形，考核指標中包含個案紀錄品質及個案訪視頻率，並透過中央對地方政府執行社會福利績效實地考核之機制，要求各地方政府落實個案管理之服務。另為瞭解並掌握潛在有需求而未提出申請之實際個案及其原因，於 107 年透過公益彩券回饋金，補助各地方政府辦理潛在性身心障礙者關懷訪視服務方案，期透過各地方政府盤點轄內領有身心障礙證明（手冊），但並未在正式服務體系中接受服務之身心障礙者，經由該方案提供關懷訪視、個案轉介、福利諮詢及資源連結等服務，以發掘其可能需求，並連結適切之服務。又為加強跨網絡合作，以提供完善服務，衛福部精神照護系統業與自殺防治通報系統、高風險家庭通報系統及保護資訊系統甫於 107 年初完成串聯比對，並註記個案之特殊身分於系統中，可供第一線訪視人員獲知更多關於個

案家戶動態，強化資訊共享及預警機制，並得依需要，針對這些合併精神疾病、自殺通報、家暴、兒少保護案件或高風險家庭之個案提高訪視密度等語。

(五)綜上，本案基隆市發生母親攜自閉症子燒炭自殺之憾事，顯示縣市執行自殺關懷訪視及身心障礙者評估作業均有未盡確實情形。衛福部雖依法提供身心障礙者及其家庭相關照顧支持服務，然照顧者因不堪負荷產生憂鬱、自殺之事件仍頻傳，衛福部應以本案為鑑，強化相關監督考核機制及自殺防治作業，提升人員訪視敏感度及專業能力，督促地方政府確實執行。

**參、處理辦法：**

- 一、調查意見一，糾正基隆市政府。
- 二、調查意見二、三，糾正衛生福利部。
- 三、調查意見四、五、七，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 四、調查意見六，函請教育部及衛生福利部共同檢討改進見復。
- 五、調查意見送請本院人權保障委員會參考。
- 六、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族委員會、教育及文化委員會聯席會議處理。

調查委員：王幼玲

張武修



