



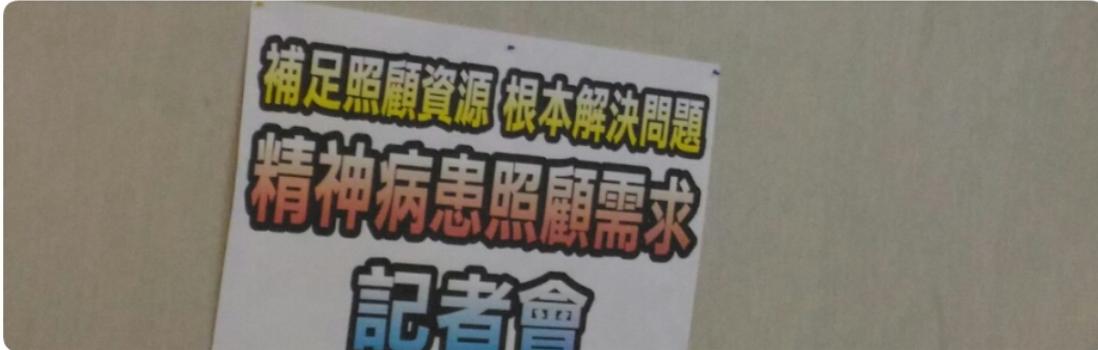
名稱：補足照顧資源 根本解決問題—精神病患照顧需求記者會

日期：105年4月1日(星期五)上午10:00-10:40

地點：立法院中興大樓(濟南路一段3-1號)106貴賓室

主辦：立法委員林麗蟬國會辦公室、台北市心生活協會

出席：立法委員林麗蟬、前立法委員楊玉欣、台北市心生活協會金林總幹事、中華民國康復之友聯盟李淳一常務理事、臺北市康復之友協會陳冠斌總幹事、新北市康復之友協會劉麗茹總幹事、台灣酷兒權益推動聯盟胡勝翔秘書長。



補足照顧資源 根本解決問題

— 精神病患照顧需求記者會

北市內湖女童命案震驚台灣社會，各界譴責暴力之餘，也開始反思事件發生原因及後續改進措施。目前行政單位回應內容著重「治安」角度及「強制住院」議題，然而，精神公益團體卻認為，問題重點在於缺乏有效的社區照顧服務，政府應從根本做起，防範於未然。

部分精神疾病患者無法體認自身病況，難以建立病識感，病人可能拒絕就醫、不遵醫囑，導致病況逐漸惡化。更有甚者，精神疾病引發的失能及社會孤立問題，以及病患家庭所承受的生活及經濟壓力，往往是壓垮家庭的最後一根稻草。

目前國內缺乏精神病患社區照顧及復健資源，病人離開醫療體系後，由家屬負起主要照顧責任。然而，病人家庭在缺乏外部協助、照護資源與能力不足的情況下、長期承受高度壓力，家屬身心俱疲。重大精神疾病患者家庭長期的困難無法解決，往往導致發生悲劇事件不斷發生。

立法委員林麗蟬與數個精神公益團體共同呼籲，政府應該重新檢討精神衛生體系及社福資源配置，充裕社區照護服務，改善精神病患社區照顧及復健資源；未來長照體制不能忽略精神病患的照顧需求，應盡快針對疾病特殊性，調整長照人力訓練內容，發展精神疾病長照服務模式，才能從根源解決越演越烈的照顧問題，避免社會悲劇一再重演。

■主辦：立法委員林麗蟬國會辦公室、台北市心生活協會

■時間：105年4月1日(星期五)上午10:00-10:40

■地點：立法院中興大樓(濟南路一段3-1號)106貴賓室

■出席者：立法委員林麗蟬、前立法委員楊玉欣、台北市心生活協會金林總幹事、中華民國康復之友聯盟李淳一常務理事、臺北市康復之友協會陳冠斌總幹事、新北市康復之友協會劉麗茹總幹事、台灣酷兒權益推動聯盟胡勝翔秘書長。

■記者會流程：

時間	流程
10:00-10:05	開場引言
10:05-10:20	病友團體說明照顧需求
10:20-10:25	立委回應
10:25-10:30	行政單位回應
10:30-10:40	記者會總結及媒體提問

記者會聯絡人：02-2358-6646、0910-531081 陳助理



台北市心生活協會 發言新聞稿

以革新精神社區服務來告慰亡靈

一、怎麼做才有效益：不讓憾事重演

一個人若因精神狀態不穩而發生憾事，若僅探討其個人的刑度並未創造出任何未來的保障及社會效益；若認為有較重大精神疾病的人都該用強制手段來就醫或住院，那當然是對我國五十萬重大精神疾病患者、二十多萬精神障礙者的侮辱，更重要的是，人腦不是可以用「試紙」檢測的東西，沒有人有精準的能力可以做這種必然危險的判定，就可判定的範圍，則訂於精神衛生法的強制住院條款。

強制住院制度雖也需要檢討〔請參考心生活協會的精神衛生法修法草稿〕，但強制住院是短暫的，把危機降低了之後，回到原來的社區生活，壓力仍然存在，貧困、無錢、無工作，都是一樣的問題。

一個人掉落在社會邊緣的生存壓力，無論他是否為病人，都可能帶來異常行為的風險。

精神疾病患者的治療與復健及社會心理支持是一輩子的事。一年 365 天一天 24 小時的生活，如何視不同需要給予服務支持，才是解決困難、避免再有遺憾的有效方式。

二、精神疾病不是教養問題：病友和家屬都是疾病的受害者

精神疾病不是教養問題，是個體生理脆弱在無力負擔的壓力下產生的疾病。疾病是慢性化的，困難的狀況不是今日才出現，經年累月生活上有衝突和困難，但個人與家庭沒有獲得服務協助，家屬求助無門、自身也是疾病的受害者，終至爆發遺憾。現狀是，越困難的病友、越沒有服務，服務的缺漏很大。提供服務、給予支持，緩解疾病帶來的生活中的困難，才真正能避免遺憾再次發生。

三、需要更多資源協助，減緩精神疾病帶來的困難

現在的難處在於，精神疾病越是困難的朋友及其家人，越是求助無門。除了資源不夠外，現有的服務都設有條件，要看身心障礙手冊、要有能力出現在日間留院/復健中心門口、要能夠對話、……，當然服務設有條件本身並非錯事，大家各司其職，康復程度不同者有不同的服務，只是不應留下服務的空缺、不能把最難的丟掉不管。

無論中央或地方政府，總是習慣於好大喜功，總要看一個社工服務幾十個人才認為「值得」做；一位服務員(社工)一年要服務多少人：從社政的個管 25 人、到社政的生活



重建 30~40 人、到社政的雙老 60 人、到衛政的關懷訪視員 80 人、到自殺防治人數更高……，您就知道答案了，永遠沒有人服務最困難、最需要幫忙的那群人。服務高資源需求(困難嚴重)的人，或許有些階段一年服務的人數應該是個位數，只有這樣才能真正的幫上忙。探討精神社區服務的佈建，才有社會效益、才能告慰於受害的亡靈。

想想看當其他障礙類別都有多個基金會在做直接服務時，精神類卻只有一個精神健康基金會且做社會教育而非直接服務；當國家社會給很艱難的精神領域很少的資源時，缺乏服務、缺乏協助、沒有足夠的支持，當然容易出事。

當社會的善資源遠離精神障礙類時，發生事故、抵銷百萬家屬/病友/工作者反污名的努力的情況，就會周而復始的發生。

精神症狀惡化的引線，時常是壓力，疾病迫使人做不到生活中應做的事時，不只是經濟壓力、生活中三餐吃飯/收納衣服/坐車外出也處處是壓力、沒有朋友沒有說話的人也是壓力…，給予服務減低患者與家屬的生活壓力，疾病症狀才不容易惡化，危險因子就自然的被化解。

四、防範疾病帶來的風險，不是治安議題，是應補足障礙者家庭服務的議題

報載許多現任及新政府即將派任的政府官員與學者們，近來對於施政期許的談話，都讓我們非常憂心。

政府談〔辨認危險者由警察列管〕錯了，疾病不是治安議題：

如果危險行為是因為精神疾病導致的，危險的防範應該是給予服務，讓這個病人可以病情穩定、於康復狀態生活；但政府不懂也不願意懂，只想省事，要將部分病人「列管」由治安系統的警察來「追蹤」，病人也是人，如果你忽然被人貼上危險分子的『標籤』，將立刻被整個社會「孤立」起來，然後有荷槍實彈的警察時常的上你家門，請問你會有什麼反應？你的壓力是會變大還是變小？而，壓力正是精神疾病症狀惡化或發病的最大促發因子。所以我們的政府們，正在用最會導致危險的方法，想要解決危險的問題。

政府談〔家屬應勇於通報家暴〕錯了，隔離後由誰照顧病人：

許多人說，政府缺漏的是送醫院申請強制住院失敗後，醫院和家屬應該通報家暴系統；實情則是，家暴系統能有效幫忙的其實是加害人有正常能力的情況，當家庭面對



的暴力來自於精神疾病引發的病人錯亂行爲時，這個病人正處於無法自我照顧的情況，通常這個病人是沒有工作、沒有自我謀生能力的，請問通報家暴可以幹嘛？由治安系統來把病人「趨離」家庭(和被害人保持距離)，請問病人可以去哪裡？

實際情況，舉例：林小姐的父親，在多年穩定後症狀重新開始活躍，與家人衝突，家人申請家暴，林先生被要求遠離太太和女兒，他住院後，出院時與太太離婚，被要求離開太太名下的房子，好不容易住進康復之家，但數年之後，林先生六十五歲，被康家要求搬離(因為康復之家是醫事機構，由健保體系負擔大部分經費，要求只能服務有復健潛能的病人，邁入銀髮族的病人，被認為無復健潛能因此健保不出錢、要求康家不能收)，養老機構由政府明訂不收精神障礙者，林先生立即面臨無家可歸的艱難處境，他要「住」似乎只能回去住慢性精神病院(還是健保要出錢)，但林先生生活可以自理，他為什麼要去住院「被關」呢？處於這麼惡劣的生存環境下，如果您是病人你的壓力大不大，這麼嚴重的壓力，又如何讓病人可以保持於康復狀態呢？

服務、服務、服務，請政府與社會上每個人一起來，有錢出錢、有力出力，為精神領域需要幫忙的人提供長期性的服務，支持是減除風險的唯一有效方式。

給病友和家屬的每一份支持，都是力量。



105 年 4 月 1 日新聞稿

非常遺憾精神疾病與精神病人，因為接二連三的社會事件，再度成為全國媒體與民眾關注的焦點。協會投入精神病人與家屬服務至今三十餘年，協助無數病人病後復元返回社會，促進社會大眾的認識與接納。現在，本會與其他相關社福團體極度憂心病人與家屬的社會處境，因此懇請相關政府部門積極研擬策略，促進國人對心理與精神健康的認識，同時營造友善環境，讓受精神疾病所苦民眾與家庭安心地接受治療與協助。

醫療與社區資源嚴重失衡，建請增設精神病人多元社區復健服務方案

依最新的統計資料顯示，領有精神病重大傷病證明的國人約有二十萬三千餘人，而媒體報導目前僅有約二成的病人接受住院治療，表示增加社區相關服務刻不容緩。我國長年投注較多的資源在發展精神醫療體制與網絡，忽略了社區服務的重要性，導致多數病人雖仍有繼續接受長期復健的需要，但在日間型精神復健設施嚴重不足的情況之下，常無所事事造成家屬與社區的困擾，也因反覆發病進出醫院，浪費醫療資源。許多先進國家的研究、實證，以及本會長年於社區服務的經驗顯示，要使精神疾病復元僅靠住院與藥物治療是不夠的，且成效比起積極社區復健與長期支持要來得低很多。

我們很欣慰政府因近日的事件，將規劃增加社區服務的人力，但如何把「宣示」化作具體的政策與行動方針，妥善分配資源運用在各個環節，並有效整合所有部門，發展除了醫療以外的社區服務方案，如社區家園、會所、日間復健設施、照顧據點等，挑戰存在已久的醫療制度與網絡，並考驗政府改革的決心。

政府與媒體應負起社會教育責任，降低精神疾病歧視與污名

隨著科技的發展，資訊傳播的途徑更為多元且快速，許多社會事件因著媒體的報導，使得病人一再遭受污名的攻擊，降低了他（她）們積極尋求協助的意願，也造成民眾對於精神疾病的曲解與恐懼。目前協會已接獲多位復原狀況良好，且就業穩定的病人，因為此次事件與媒體報導影響，導致心理產生焦慮而就醫。此外，比起其他身心障礙者，媒體鮮少有與精神疾病相關的正面報導，無法引領民眾增加對疾病的瞭解與關愛。此惡性循環已存在台灣社會多年，協會在此呼籲媒體能謹慎使用文字、影像，以及報導的頻率所帶來的效應與傷害，也建請政府積極關注污名的散播與深化。

社團法人台北市康復之友協會 Taipei Mental Rehabilitation Association www.tpmra.org.tw

台北市 10566 松山區八德路 4 段 604 號 2 樓之 3 電話 (02) 27652810 傳真 (02) 27674243

新北市康復之友協會—會前提供意見

劉麗茹總幹事

1. 包含政府部門及社會大眾，對於精神病/精神病患，極度的歧視與汙名
ex1.台北市政府刑警大隊新聞稿
定調為:精神病患殺人事件
ex2.臺北市柯文哲市長在這個敏感時期
公然說全國千分之三"精神分裂症"!
無非暗示 內湖女童慘案為思覺失調症患者所為?
2. 各級學校常規教育心理衛生+精神衛生嚴重匱乏
這從民眾對精神病的恐慌與無知可得知
3. 精障者社區支持性服務匱乏
全國領有身心障礙手冊的慢性精神病會共計 123,375 人
未領身心障礙手冊的慢性精神病人數呢?
全國日間型社區復健機構截至去年底為止,僅 67 家(服務 3,433 人)
club house 應該不超過 5 家吧
全國病床數(44,037 床)
養護床(5,451 床)
日間留院(6,376 人)
護理之家(3,272 床)
康復之家(4,989 床)
就算以上服務設施都客滿
也僅能服務 67,558 人
但實際上不可能住院設施都滿床
日間型服務設施僅能服務 3,433 人
除了少數有工作之外
絕大部分都賦閒家中
- 4.另外，藥酒癮個案的社區支持服務在哪兒???

發言者/秘書長 胡勝翔

政府資源不足，媒體汙名化

「隨機砍人」事件的發生，掀起了群眾的恐懼、憤怒，以及困惑：「怎麼會發生這樣的事？」這樣的問題是重要的，我們希望能找到方法再建立人們彼此的信任、擁有能安心生活的環境。然而，有太多對問題的回應，卻背離這樣的期待。如，主流媒體並未謹慎擔起探詢「隨機殺人」背後「結構性問題」的責任，只忙著嗜血、八卦，如採訪鄰居，說犯人以前曾如何在社區情緒失控，並描述犯人是「鄰居間的頭痛人物」、「附近民眾人心惶惶」，並武斷地下結論「犯人是定時炸彈」。

這樣的報導方式，不僅加深大眾誤解、製造「情緒不穩定的人，就一定是潛在殺人犯」的污名，甚至是造成社會恐慌與造成精神障礙者的相關權益受損，實有害無益！從這些「鄰里的恐懼」中，我們應該看見的是——社區心理健康支持資源，的確有嚴重不足。

當一個人變成「爆發的炸彈」，不正是反應出日常生活中需要的心理健康支持不夠，而一直處在被排除、孤立的狀態，顯然，給予社區足夠的友善資源，才是根本。如精神障礙同儕支持團體、照顧者或家屬同儕團體的運作、有必要時安排專業人員協作等，讓身心需要照顧的人，能在生活中感受被支撐、理解，因而有紓解情緒的契機，更避免照顧者進出醫院的勞頓、醫療資源可能的空耗。

解決問題，不是製造問題

沒有人一出生就憤世嫉俗、沒有人一出生就是殺人犯。我們對於社會的結構病源，如此疏離、冷漠，把所有問題丟到個人單薄的肩上、把所有責任都關進一個個家庭孤獨的門中。於是，當失業的、貧窮的年輕人自殺時，我們說他爛草莓；當被社區視為定時炸彈的人終於「爆炸」時，藝人荒謬地說出「家屬要連坐」。當我們認為一個人的問題都是「他家的問題」；當我們等待一個機構如醫院，把「不正常」的人抓出「我們的」日常生活；當我們等待一個人代替我們，拿一把槍把「有問題的人」通通槍決.....其實就是讓社會製造越來越多「邊緣人」。

用誤解與排擠去對待「發生問題的人」，並擴大監視、審查任何「可能發生問題的人」，試圖把他們都趕走的那刻，社會正是自己眼中，那個危險的、瘋狂的、無法對話的、傷害人的人，而社會卻一點也不自知。因此，作為精神障礙主體的我們建議政府應該有所作為，建議如下：

- 1、 衛福部心口司即刻檢視現行心理健康相關政策。
- 2、 政府應於平時建立心理健康平台，提供有精神障礙者、同儕支持團體、家屬與照顧者團體必要之資源。