



請給我們制度化的『精神障礙者社區關懷訪視服務』

【台灣的精神醫療離不開醫院已經陷入瓶頸，我們需要社會心理復健服務 (Psychosocial Rehabilitation) 進入社區的制度改革】

宜蘭發生的出院患者砍殺幼童事故，才剛剛出院的患者就鑄下大錯，這樣活生生而慘痛的教訓，告訴我們面對精神疾病的議題，台灣的醫療和社政已經到了須要共同合作、改革制度的時候：

1. 台灣目前精神醫療只依賴住院時的大量投藥，忽略對於患者的社會心理狀況評估。
2. 只寄望於強制住院、光蓋病床是降低不了自傷和傷人事故的發生率。
3. 出院之後對於未來內心毫無希望的病人，是不會繼續接受治療的。光吃藥沒有給患者心理重建、社會支持、復健資源的機會和希望，這些「中途致殘」「因為精神疾病而失去一切」的久病患者，就很容易自暴自棄，抱著「拖一天算一天最後同歸於盡」的負面危險想法。
4. 台灣的精神衛生法只苛責、要求『家屬』擔任『保護人』的角色，要求家屬有責任「協助」患者所有的事情，卻從沒想過無助的家屬該向什麼人求援，沒有給家屬的主動援助，只能讓家屬被二度污名，更加封閉自我，無法有效的對外求助，共同解決患者的問題。

【台灣需要的制度改革方向】

對於因為精神疾病所產生的事故，一而再、再而三的，政府只是漠視、民眾只是無名的恐懼，卻都忽略了，我們應該積極的有所做為，台灣需要為精神障礙者和他們的家屬們，提供積極的、合適的精神社區服務。台灣需要的制度改革方向：

1. 讓患者在社區中『看見自己未來的希望』，才能夠鼓勵患者持續接受治療。
2. 建立制度，讓好的心理衛生專業人才，願意在社區中提供服務，培養社區

服務的專業經驗，同時讓他們和在醫院服務一樣可以有升遷、發展的機會。

3. 服務不能夠忽略家屬所需要的協助。
4. 衛生署試辦十五個月（95年9月到96年12月）的「精神病人社區關懷訪視服務」，九十七年度不能夠停辦，而且應該檢討改進，奮勇向前改善缺失保留實力，持續辦理、擴大服務。

【精神病人社區關懷訪視服務開辦 15 個月後，面臨停辦的危機】

精神疾病患者離開急性病房後，醫院通報給各地衛生所（台北市稱為健康照護中心）訪查，但精神病患者的訪查只是衛生所公衛護士工作中的一個項目，沒有專責的人力，平均每位公衛護士手上的個案都是以百人為單位的數量，零星的電話無法真正給家屬們什麼實質的幫助。有位家屬就說出他的感覺：『衛生所一年打來一、兩次電話，什麼忙也幫不上，感覺好像只是來探聽病人是否死了。』

非常感謝衛生署醫事處薛處長領導三科同仁的努力，撥出專門經費試辦「精神病人關懷訪視服務」，委託民間精神心理衛生相關團體在95年9月到96年12月約一年三個月的時間中，辦理追蹤社區患者的關懷訪視服務。

這個服務希望補衛生所人力的不足，訪查社區中需要追蹤的患者。開辦以來全國共聘請了六十名心理衛生專業科系畢業的訪視員，每位訪視服務員接受各縣市衛生局指導衛生所派出的轉介個案資料，進行社區訪查與關懷服務，協助為患者連結資源、提供個案關懷及支持服務。本案要求衛生所每個月要轉介給每位訪視員五個新案，每位訪視員每月需服務三十名以上個案，96年全年度總服務個案數不得低於八十名。

雖然這個計畫有著專業人力服務案量過高、新開案不久之後就得結案等缺點，（本案專業人力與個案人數的比率，大概創了全世界精神社區服務的紀錄〈本案每月是1：30 全年是1：80、一般醫院的日間留院個案管理比率是1：10到1：15左右、國外積極性社區治療服務的比率約為1：20〉。每個月都有新增個案，換句話說，訪視服務員就有每個月必須要將好不容易建立關係

的個案結案的壓力)，但這是台灣史無前例的創舉，這個服務方案雖然執行起來難度很大，但各地衛生所的配合和民間團體的努力，讓家屬和病人們看到了很大的希望。我們很期待讓樣的服務能夠繼續下去。

原本衛生署在本次精神衛生法的修法（新的精神衛生法在今年六月經立法院三讀通過、七月由總統公告施行）過程中，勇於擔當的，將這樣的社區關懷訪視、個案服務寫入衛生署版的修法草案中，擬由衛生署編列經費辦理，寫入法案中建立制度讓台灣的精神醫療能夠有嶄新的一頁，孰料版本進入行政院後，行政院版的精神衛生法卻刪除衛生署版新增的「社區照顧專章」，刪除衛生署編列經費委由民間團體承辦關懷訪視個案服務的承諾，改寫為由各縣市政府自行承擔的宣示性文字。問題是，各縣市政府並沒有積極的參與修法的過程，他們對於精神疾病的問題，缺乏主動探討的「興趣」和「承擔」。所以我們雖然在等待修法十七年之後，有了新的精神衛生法，但卻無法緩解企盼社區資源多年的患者與家屬的「渴求」。

所以一個史無前例的創舉、一個好的政策，一個難得可以看到的政府有為之施政，卻在施行一年以後又將胎死腹中。

衛生署因應的方式，是將關懷訪視服務改為九十七年度的補助案，由各縣市政府「自行申請」辦理。身為家屬與患者的團體，我們實在極為憂心，一則縣市政府衛生局公務員「多一事不如少一事」的心態，有幾個縣市會願意主動的「申請」這筆經費，二則，衛生局一般的作法，與精神醫療相關的服務，一律交由轄區內的大型醫院辦理，「社區關懷訪視」很可能會「醫院化」而不是「社區化」，進入龐大的醫療體系之後，社區服務應有的彈性會蕩然無存，甚且變成只是為該院病人服務、寥備一格的雞肋式服務而已。

更嚴重的是，改為「補助案」後，衛生署的經費無法提供給身為直轄市的台北市和高雄市，所以對於北、高兩市的精障者而言，這樣切合需要的精神病人關懷訪視服務，只剩下不到五個月的壽命。

以台北市為例，96年承接本案的有「台灣心理衛生社會工作學會」、「社團法人台北市心生活協會」、「市立聯合醫院松德院區附設社區復健中心」、「國

軍北投醫院附設社區復健中心」，總共有十一名關懷訪視員，以每位訪視員年度內訪視八十名個案、手上須至少有三十名個案計，就有超過三百名、最高達八百名的個案，他們才剛剛與專業服務者建立起關係，就即將在不知情的情況下，『再被遺棄』！

台北市因為精神疾病領有身心障礙者手冊的患者，將近一萬兩千人，勞工局各類身心障礙者就業服務的補助及委託方案服務數百名、日間留院千名左右、本次的關懷訪視服務數百名、社區復健中心和康復之家服務人數也約數百名，這些全部加起來（中間有些個案接受不只一種服務）還是有將近一萬名的精神障礙者在社區中缺乏照顧與關懷。

我們期待「精神病人關懷訪視服務」能夠更加推廣，成為台灣跟上精神醫療潮流，做為推動「積極性社區治療」(Assertive Community Treatment)、為病人提供心理社會治療的起步和開端。

現在希望卻即將落空。明年度衛生署就不再有經費協助台北市持續提供這樣的服務，台北市的關懷訪視服務將要何去何從？被服務的個案再次被制度拋棄、好不容易累積出服務本事有了一年經驗的專業訪視員，他們即將失業，而更重要的是，社區服務需要經驗的累積，這些有經驗的寶貴人力，又將與患者和家屬們失之交臂。

【心生活協會呼籲大家一起來探討台灣這塊土地所需要的精神社區服務制度】

對於精神疾病的事故，我們不應該只是坐以待斃。台灣社會的每一個人，都應該一起來參與，我們應該給精神障礙者和他們的家屬們資源和希望，看見希望，病人才能夠真正的邁上奮戰疾病、面對生活障礙、建立自信、重新出發的康復大道。

當我們可以提供服務、可以處理問題時，我們可以不必再懼怕精神疾病。

對於精神疾病，台灣有太多可以向國外學習的制度與服務尚未建立，社團法人台北市心生活協會，呼籲媒體及民眾們一起來探討及研究，精神障礙



社團法人台北市心生活協會

請聽我們的聲音…我們希望能為甜心(精神疾病患者)和家屬們發聲

心朋友之聲 第八篇：請一起來催生制度化的『精神障礙者社區關懷訪視服務』

者和他們的家人需要什麼樣的幫助，台灣社會應該建立起什麼樣的服務體系和制度，面對精神疾病我們才能夠安心，每個人才能夠從漠視、擔心的無助狀況，進步為提供資源一起努力，改善我們自己的精神醫療與社會福利服務體系，有遭一日如果精神疾病找上自己，也才能夠無懼無畏，邁向康復。

新聞稿發佈人：社團法人台北市心生活協會

理事長：金林 (0916-072-755)

協會電話：2742-0302

電子信箱：heart.life@msa.hinet.net

網站：www.心生活.tw

心朋友之聲 第一篇到第七篇，請上心生活協會網站參閱。

(次頁起：有進一步的參考資料供閱)

進一步的參考資料：

【慢性精神疾病患者人口數不斷的快速增加】

依健保局的資料，台灣領有重大傷病卡的慢性精神疾病患者，在 96 年 6 月時已達 182,315 人，而且最近十二個月以來，每個月都增加一千三百多位因為慢性精神病而申請新發卡的人，是 31 種重大傷病種類中，除癌症外，增加人數最為快速的疾病。

超過十八萬領有精神科重大傷病卡的人，已經佔全國總人口數的千分之八，而事實上，還有很多發病未久（一般總要看醫師反覆掙扎一年以上才會開始去申請重大傷病卡）、或者是還沒有辦法接受患病事實的慢性精神病人，尚未申領重大傷病卡，因此可以說因為慢性精神病而使得生活能力、認知功能受到影響的總人口數，還遠大於這個數字。（註：這些數字並沒有包括，功能較佳的精神官能症患者，以及「還沒有資格」領重大傷病卡的眾多物質濫用的酒癮、藥癮患者）

每位慢性精神疾病患者有長長的一生，需要艱苦的和精神疾病所帶來的各種症狀以及服用藥物後的副作用奮戰，他們是極需要政府結合衛生、社政、勞政、教育主管機關資源，共同協助、無法為自己討求服務、處在弱勢的台灣同胞。

【精神治療不只是看病吃藥】

全世界精神科有藥物可以治療，是最近這五、六十年來的事，新的藥物也不斷的推出，讓我們可以懷抱著更大的希望，但即便我們知道藥物治療的重要性，但服用合適的藥物只是患者邁向康復墊腳的基礎而已，現代的精神醫療，結合著提供給失能者（精神障礙）的社會福利措施，精神治療（Treatment）不再只是看病吃藥，需要更多的心理社會（Psychosocial）治療。

患者生病後缺乏動機、無病識感、人變得懶散、情緒容易起伏且波動很

大、極度缺乏自信、認知能力受損等，如果沒有好的治療和復健資源，多半處於失業狀態、自我封閉、與家人或鄰居時相衝突、乃至於流浪街頭。

精神科除了醫師和藥師之外，還有心理師、社工、職能治療師、護理人員等其他的心理衛生工作者，他們需要共同合作，為精神障礙者提供心理重建、社交互動、職能復健的不同資源。而精神族群多半是青年、成年人，即便生病了大家還是和一般人一樣有各自的人格特性和判斷力，因此，雖然患者受到症狀干擾，難以主動親近他們所需要的資源，但是提供服務的時候、為他們轉介資源的時候，乃至於設計服務的時候，都需要「成人的對待」，服務提供者並無法向給小孩子糖那樣，不能夠認為我給你就要，而是要更細緻的去同理需求者的渴望，個別化的以傾聽和建立關係為基礎，逐步的瞭解每位精障者和其家庭受疾病衝擊的部份，評估其可能的改善方向，透過貼近的關係建立，持續的鼓勵患者及其家庭成員、慢慢的提供建議，帶動患者開始嚐試接受治療、使用社區中的資源。

【精神障礙者需要心理衛生專業者貼近的服務】

近十幾、二十年來，美國、加拿大結合了醫療、社福和就業輔導，在其國內很多地方發展出「積極性的個案管理服務」(Assertive case management)、「積極社區治療服務方案」(Program of Assertive Community Treatment)，實證經驗獲得很好的結果，證明這樣的服務，可以有效的降低再住院率，減少病人流浪街頭或犯罪被關的機率，並且大大的提高了病人接受治療的持續度。

積極性社區治療服務方案的概念並不難，就是將心理衛生專業者的服務場所，由在醫院提供服務，改成在社區提供服務。改變不斷蓋病床強迫收容病人的概念，換成由政府提供完整經費，提供專業人力在社區貼近的、機動的與患者建立關係，為其提供資源、連結服務，具體的協助患者改善生活中的困境。

以下謹節錄一段來自於美國 Treatment Advocacy Center 組織網站上文章中的介紹文字，供大家參閱。



- **Assertive case management**

Under assertive case management, case managers actively seek out at their homes or elsewhere in the community patients who do not follow up with appointments. The Program of Assertive Community Treatment (PACT or ACT teams) is the best known example of this. Multiple studies have demonstrated that PACT teams decrease rehospitalization days. In a Baltimore study of homeless individuals with severe psychiatric disorders, 77 were assigned to a PACT team and compared with 75 others assigned to traditional outpatient treatment. During the following year, those treated by the PACT team had fewer hospital days (35 versus 67), fewer days living on the streets (10 versus 24), and fewer days in jail (9 versus 19) (Lehman et al. 1997). Those treated by the PACT team also had increased medication compliance (either intermittently or fully compliant) from 29 percent at the start to 55 percent after one year; however, "approximately one-third of the subjects were noncompliant at any given time point" (Dixon et al. 1997). Assertive case management would therefore appear to be an effective method of assisted treatment for some patients but not others.