



社團法人台北市心生活協會

～你、我、他，一起來做關懷精神健康的心朋友～
心生活精神族群充權服務（中華聯合勸募協會部分補助）

精神病(患)社區關懷訪視服務發展歷史緣由說明

1. 公衛護士每年一或二次電話問安，30年來精神族群處境無法改善：

最「陽春」的「精神病患社區關懷服務」由衛生所(現改稱健康服務中心)公共衛生護士負責追蹤管理，全國已實施30多年，但各縣市皆成效不彰，又因各項公共衛生業務繁重，人力不足，遂將應追蹤服務之病患(多半來自精神科住院通報資料)分級列管，平均一年訪視不到一次。以本市而言，家屬多半是一年接到一到兩通沒有後續服務的電話而已，致社區精神病患問題仍層出不窮、精神障礙者家庭成員們長年累月獨自奮戰備感無力與無奈，無論貧富貴賤許多家庭都充滿了衝突與艱難。

2. 95年9月我國開辦病人關懷訪視服務，精障家庭開始可以受益：

為求有效緩解精神障礙者家庭之困難、協助長年在家缺乏復健及服務資源的患者可以連結嘗試使用社區中的服務資源(例如：社會局辦理的生活重建服務、勞工局辦理的就業服務，或者衛生局管理的社區復健中心服務等)，故自95年9月起由中央衛生署補助各縣市衛生局辦理『精神病(患)社區關懷照顧(訪視)服務』(備註：歷年所用名稱並非完全相同故用括弧表示)，補助人數從最初補助11名到後來補助12名訪視服務員(一般簡稱為：「訪員」、「訪視員」、「社關」、「病社關」)，以個案管理模式，提供深度關懷訪視服務，漸進式的由訪員與病人建立穩定與信任的關係，從陪同就醫、提升患者自信、促進患者產生正向改變之動機、提供獨立生活能力訓練、增進患者人際關係等各方面著手，創造並增強重大精神疾病患者的社區支持系統，進而達到可以減少患者精神疾病復發與再住院機率、可協助患者連結使用政府服務或社會資源的成效目標。雖然精神病人的訪視，在每月需不斷開新案、全年每人須服務超過80人的超高案量要求以及現有各種服務不足或缺乏彈性的情況下，服務工作困難很多，但數年下來在台北市已創造許多高價值的服務效益，真正幫助到好多原本與家屬相互困在家中的精神障礙者穩定就醫、運用資源、走向康復，成效遠高於公衛護士零星的電話問安。

(備註：「精神病」一詞過去精神衛生法施行細則定義為精神分裂症、躁鬱症、器

通訊：110 台北市基隆路2段141號5樓 電話：2732-8631 傳真：2739-3150 網站：www.心生活.tw

精神障礙服務專線：心朋友的店 2737-4279 心朋友工作坊 8732-6543 心家庭諮詢：2739-3150

台北市信義區及南港區身心障礙者社區資源中心 2732-4512 捐助「心生活協會」郵政劃撥：1979-3224



社團法人台北市心生活協會

～你、我、他，一起來做關懷精神健康的心朋友～
心生活精神族群充權服務（中華聯合勸募協會部分補助）

質性精神病…等幾種，96年修法後刪除此定義，一般用英文 Major Disorder 另翻譯為重大精神疾病，此類患者與輕度的精神官能症患者不同，重大精神疾患多半領有精神科的重大傷病卡或身心障礙手冊，故也可泛稱為「精神障礙者」。

3. 100年將病人的關懷訪視服務與自殺防治關懷訪視服務混淆：

99年衛生署因監察委員關切報上批露之自殺問題層出不窮，要求衛生署增加服務人力，衛生署遂公告民國100年將該署補助的「自殺通報個案社區關懷訪視」服務與「精神病(患)社區關懷照顧(訪視)計畫」兩案『整合』（備註：虛有整合之名，用意無非是要達到增加自殺訪視服務量以回應監委所請的效果；此舉經民間精神公益團體抗議及立法委員之關切，衛生署察覺並非妥適，故另函通知申請衛生署補助之訪視員人力，其服務對象要合併辦理或分開辦理，請各縣市政府自行裁量），故縣市衛生局在100年提及『關懷訪視』服務時，就開始混淆自殺防治與精神病患社區照顧服務，將兩項服務的人力加起來陳述。

衛生署接著再表態，無論自殺防治訪視或精神病訪視都是地方政府原本就應該要興辦的業務，所以補助人力經費一律要求50%需由地方政府相對自籌。而後，99年底時，衛生署又以通案考量台北市經濟實力最強，應足以自籌服務所需經費為由，故政策性全面停止對於台北市的經費補助。也就是說，100年無論是自殺防治或者慢性精神病人的關懷訪視服務，衛生署都要求台北市需要自籌100%的經費辦理。

4. 本市社區訪視人力，原本為：「精神病」部份12名、「自殺防治」部份9名，共計21名；100年實際執行改為病人和自殺防治都歸零沒有專責人力，但另起爐灶編製10名人力服務『高危險群』：

過去經費來自於衛生署補助，台北市做精神病患者社區訪視的人力有12名、作自殺防治社區訪視的人力有10名，合計共21名，但如前述，原本衛生署要求台北市衛生局100年要全數自籌經費，沒有補助款；為此，99年間衛生局及民間精神公益團體於持續向衛生署表達抗議，最終衛生署因此另起爐灶，改以「高危險群個案心理健康促進關懷訪視計畫」為名，補助台北市衛生局10名社區訪視人力。



社團法人台北市心生活協會

～你、我、他，一起來做關懷精神健康的心朋友～
心生活精神族群充權服務（中華聯合勸募協會部分補助）

（備註：據悉，衛生局將此 10 名人力，8 名做自殺防治訪視，1 名做局內人力，只留下 1 名作精神病人的社區訪視服務。）

將慢性精神病人的服務等同於高危險群服務是錯誤的，認為自殺者都是精神病人也是錯誤的。依衛生署 99 年提供給黃淑英立法委員的資料，自殺防治服務對象中，約有一到兩成的人為精神疾病患者；而病人關懷訪視服務對象中，只有 3%~5% 的人有自殺問題。認為每一個病人都具有危險性是污名，但也確實，如果社會無法為慢性精神病患者創造友善的支持性環境、無法給患者和家屬一些支持和服務，那麼長期而言，有些患者確實會成為高危險族群。精神病患者的關懷訪視服務，就是要防患於未然，提供給患者支持性的服務，幫助他們進入自我疾病管理及使用復健、活動、社會資源的軌道，讓障礙者病後數十年的人生可以有發展和寄託，也緩解廣大精障者家庭過重的負擔。

將精神病人訪視與自殺防治訪視或高危險族群混為同項服務時，因為自殺/高危險族群會上報、多數都在「緊急狀態」，所以無論是衛生局或服務者本身，自然都會將服務傾向集中於服務自殺和高危險個案，慢性精神病人的需求就會被輕忽、被邊緣化，許多精神障礙者家庭的困頓將永無解決之日；精神心理衛生服務淪於頭痛醫頭、腳痛醫腳的偏斜式服務，衛政服務不走在前面，精神障礙者制度化的社政及勞政服務都將更難推展。

5. 邱副市長曾允諾 101 年度編列精神病關懷訪視服務之預算：

99 年內針對衛生署 100 年經費預算之變化，心生活協會等精神病關懷訪視服務承辦單位及精障公益團體，曾多次向衛生局反應吳請搶救這項重要服務；99 年 11 月初於台北市社會福利聯盟座談會上，衛生局林副局長表示將考量動用預備金等方式編列 100 年預算；而後，團體代表面見當時的邱局長（代理副市長），邱副市長表示 100 年預算來不及、當面應允編列 101 年之預算。



社團法人台北市心生活協會

～你、我、他，一起來做關懷精神健康的心朋友～
心生活精神族群充權服務（中華聯合勸募協會部分補助）

精神病人積極性的社區訪視服務，是 21 世紀文明城市無可迴避的施政重點

誠如衛生署所言，給精神病人適當的社區服務本來就是各縣市政府的職責，也具體訂定於「精神衛生法」、「身心障礙者權益保障法」裏。台北市有一萬六千多位精神疾患需要追蹤服務，這是市府無可迴避的職責，絕對不應該只仰賴衛生署補助，中央有補助才做，中央沒補助就永遠拿公共衛生護士當招牌、不思積極促進服務、不檢討如何改善精神疾患市民家庭的負擔。

美、加、澳洲等人權先進國家，精神障礙者的社區多元服務種類繁多，服務各種不同處境和需求的精神障礙者，專業服務部份包括：個案管理服務（Case Manager；相當比率永不結案）、積極性訪視服務（Assertive Community Treatment；以多種專業組成團隊來提供）、緊急危機處理小組（Crisis Team；全年 365 天全日 24 小時無休）、疾病管理成長團體（Illness Management Program；每一團體不超過八人，全年持續辦理）等等，在服務案量上，服務員與障礙者人數比一般在 1：8 到 1：20 之間，反觀台灣以一人服務員單槍匹馬跑社區要求 1：80 的服務案量，正當精神界正在探討如何讓精神病人關懷訪視服務更理想、更有效能的時候，台北市政府卻不但不思擴大服務、更積極作為，反而把好不容易發展了五年的服務中斷腰斬，豈只遺憾兩字可以形容精神族群、心理衛生界人士的心情。

爰此，讓精神病患者訪視關懷服務延續存在，病情尚未穩定/還無法使用服務資源的精神障礙者，能穩定病情在社區中獲得支持與服務，家屬可以安心工作；當精神障礙族群獲得適當服務時，我們才能自詡台北文明、才能期許台北第一。