



精神障礙到宅服務者的美麗與憂愁

座談會紀錄/成果

日期時間：民國 109 年 11 月 2 日下午二點到五點

地點：新北市永和區仁愛路 65 號 (接近頂溪捷運站) JR House

主辦單位：社團法人台北市心生活協會

經費來源：109 年度臺北市社會局補助[心家庭開步走]服務之精神族群充權服務。

主持人、記錄：金林 列席工作同仁：蔡旻潔、鄭稼漁

活動緣起：

可積極走動、到宅的服務，是精神障礙社區服務體系中的靈魂與連結服務的精靈，也是發展精障長期生活化照顧與支持服務的核心項目，許多精神障礙者(甜心)，需要先有人到家關心、逐漸可以開始與人互動、感受到自我的價值後，才能考慮出門、慢慢的進展到可以參加活動或者到定點使用服務。

這樣穿梭於大街小巷的服務並不容易，除了給予這些無懼豔陽/晴雨的工作者掌聲之外，如何讓大家的成功經驗可以交流、或者讓夥伴們可以吐吐孤獨工作的苦水，想想看需要政府規劃給予哪些支持，也非常的重要。

座談會主旨：

邀請精神障礙到宅服務(含陪同患者於社區走動、辦事、看診)的工作者，參與座談，探討這類服務的<歡喜--成功幫上忙的關鍵要素> 與 <憂愁--最迫切需要的訓練或支持為何>。

補充說明：

心生活精神族群充權服務自民國 99 年至 108 年(中華社會福利聯合勸募協會補助案)長年蒐集服務使用者(精神病友、家屬、照顧者)的需求，民國 103 年撰稿完成對應於國家 96 年修過之現行「精神衛生法」的修法草案，長期倡導呼籲國家社會佈建多元化的精障社區服務。109 年充權方案不幸遭聯勸婉拒補助，無專人可提供服務，此時我們一方面歡喜心口司在各方輿論壓力下開始撤出一些資源進入社區服務，一方面也憂心政策未能洞見精障服務使用者及提



供者雙方的多重需要，因此從中抓取大家都覺得重要卻缺乏討論精進作為的項目-【精障到宅服務】-邀請服務工作者，擬從專業工作者不同工作屬性的觀點，蒐集共識，拋磚引玉，以為此行業探討精進之基礎，啼聲初鳴尚賴後續眾鳥共音引政策者側耳一聽。

參加者：

姓名	年資	任職單位	職務/職稱
金林	20	心生活協會	總幹事
夏安婷	18	八里療養院	個管師
王育慧	10	八里療養院	居家護理師
朱世宏	9	八里療養院	居家訪視 心理師
蔡芷怡	10	新北衛生局	心衛社工
顏苡安	3	新北衛生局	心衛社工
曾建彰	8	臺中精神領域單位	社工員
張巧依	1	暘基醫院	關懷訪視員
黃怡君	1.5	暘基醫院	關懷訪視員
林淑華	15	祐成康復之家負責人	遷出案的追蹤 訪視
蕭函青		八里療養院	精神病人長照
劉麗茹	26+	新北市康復之友協會	會務主任/公設 保護人
張先甫	2	八里療養院	關懷訪視員
陳慧瑛	2.5	(前)真福之家	生活重建
陳冠竹		向陽會所	社工員
張敏如		向陽會所	

會議記錄(摘要)：

第一階段：

各自介紹自己的姓名、到宅服務的項目、服務精障領域的年資，對到宅服務最想說的幾句話。

◎ 曾建彰 台中精神領域單位 社工員



服務精障列管合併保護性議題者；103 年後曾經有保護性議題者。早期酒藥癮會進來，現在會漸漸減少此部分，將之轉毒品管制中心

◎ 朱世宏 訪視(多年)+精神科居家(5 個月)

到宅服務的能力是做居家的養分。

居家就和醫院、醫師這邊更為緊密。

◎ 張巧依、黃怡君

全基隆僅兩位關懷訪視員，暘基醫院接辦。

醫院承接是想多深耕社區，108 年才剛開始接關懷訪視。

遇到患者不願意回診、不願意服藥，關懷訪視員能做得有限，似乎只能仰賴醫院，但會有搶其他醫院病人的問題。

病人想就業，但我們如何協助，似乎也只能先做關懷訪視。

◎ 蔡芷怡 淡水區的心衛社工

在醫院待了八年，再跑社區；服務區域：板橋、汐止、淡水…等共五區。

◎ 張先甫

新北關懷訪視人十多年來有增加，but 是合併了自殺的關懷訪視。目前 一人=精神 40 案+自殺 60~70 案。

◎ 陳慧瑛

107 開始真福之家接生活重建個案，從此才開始看到家庭納入服務。

◎ 夏安婷

職能治療師，剛開始做長照個案管理員之督導。

發現若精障者去申請長照，約 80% 可以獲得通過；主要是交通需求(長照專車去醫院)、其次是代為購物，但純粹代購時，沒有建立關係。

長照遇到的最大問題，是服務提供者的不容易；當精障者症狀不穩定時，第一個懷疑的就是居服員，以至於出手攻擊，後續以訛傳訛，居服員就不敢來服務精障者。

長照居家可以做賦能，但開始時也會抓不到方向。



- ◎ 蕭函青 八里長照
個案需要由醫院和其他單位轉介，但會有些為難之處。
- ◎ 陳冠竹(向陽會所 社工)：向陽成立已四年。
- ◎ 劉麗茹 新北市康復之友協會前總幹事，目前執行公設保護人業務。
新北公設保護人是行政契約，避開了標案的繁瑣。一年經費約七十萬元左右；原本協會沒有用多餘的人力，是用原來的人力去做，今年增加一些經費，可以給案主在經濟困難時，一些急難或生活(如租金)補助金。
新近遇到的問題，是服務對象出院後期待要銜接社區關懷訪視員，先前溝通醫院說要，但後來說因為已經到機構(康復之家)所以就不派案，但案主明明就有很多的問題，都還沒能好好的處理，就被迫停止服務。
建議：社關、心衛、公設保護人應整併。
- ◎ 林淑華 祐成康復之家，進行結案病友的訪視。
今年中華心理衛生協會訓練同儕訪視服務員。開始試跑社區。有位會計師的住民，遷出獨居後，不到半年就發病了、再去八里住院、再回到康家。
病友常不能對家庭、工作上的夥伴說自己任何疾病上的事，思考著究竟什麼樣的社區服務可以支持他們。
- ◎ 王育慧 八里療養院 精神科居家治療之護理師(家屬四十年)
居家治療有七位(含兼職)，跑十四區，一個月訪視 80~100 人次
個案超過五十名時，超過負荷時，就必然有點亂做了。
健保的給付，每次家訪 775 點，每個案最多每月給付二次的服務。多數都是打長效針而已，無法做居家細緻的個別服務計畫之擬定與執行。
關係的建立、維持，作為支持患者的網絡之一，是重要的。
- ◎ 顏苡安 新北市衛生局心衛社工第二年
家屬有可能是病友暴力的被害人。
服務上常感挫折。



進入第二年，開始思索：

例：一位家屬智能障礙、一位病友，每次通報家暴，連究竟因何而起都述說不清楚。第一個想的是，是否可以有長照可以進入服務，但長照服務單位打電話來，案主自己弄不清楚、可能覺得不需要就會掛電話，目前已經轉過三個長照服務單位。

例：自己無法陪想就業的人去職重單位等(案量大、也想連結外部服務)，但身心障礙家庭資源中心會說，病友住在康復之家，所以家資無法提供服務，應該由康家去陪。

例：案主已搬到桃園，但桃園資源中心不分障別，對精障不熟悉，所以會抗拒轉案。

例：推薦個案使用個人助理服務後，案主發現需要自費一部分，會有些困難。

連結服務時，需要運用人脈關係或者發揮一些技巧。

第二階段：

精神障礙到宅服務**最幫得上精障者、家庭忙的地方是什麼**，這類服務在整個精神障礙服務體系的位置如何。

- ◇ 【到宅服務協助精神障礙者進入穩定醫療的軌道】。(劉麗茹)(病人沒有就醫前，非常被鄙視)
- ◇ 【病人安居社區的力量】(劉麗茹)(剛出院即使轉入康家，如果之前有暴力行為的經驗，若沒有人後續追蹤支持，是很難有人敢面對他的)
- ◇ 【是病人家庭期待的『病人的朋友』】(朱世宏)
- ◇ 【入家服務是精障者或家屬重新與社會連結的橋樑】(朱世宏)(將病人連結到社會)(精障者很不容易走出家門，如果沒有這樣入家的服務，幫忙他們重新連結到社區與社會，他們就會一直處於孤鳥狀態。)
- ◇ 【入家服務打破病友及家屬的孤單，也因此緩解這些當事者因為無人可以分享其遭遇的痛苦。】(苡安)((推薦「痛苦可以分享」



這本一痛苦需要被理解，被連結以打破孤獨)

- ◇ 【入家服務給予當事者所需要的陪伴、回應他們感覺到的困惑或者困難。】(蔡芷怡)
- ◇ 【到宅服務給予患者情緒發洩的管道，相當程度充權了患者，藉由與患者的對話，讓他們修復過往接觸及使用醫療資源曾經遇到的創傷與挫折經驗，使當事者有力氣和意願再回去面對醫療單位】。(張先甫)
- ◇ 【到宅服務有機會關照到家庭中每個成員，支持家屬修復他們協助病友使用醫療與服務資源時，所遇到的困難和挫折。也幫助家屬重新面對自己家的病友、修復彼此的關係，也比較有機會在情緒上支持家屬。】(王育慧)
- ◇ 【到宅服務有機會協助家庭尋找到合適的服務，或由服務工作者主動轉介連結到合用服務。】

結論：到宅服務是病友社區生活中的重要陪伴者與支持力量，並可成為病友或家屬連結各種醫療資源、社區服務與社會資源的橋樑。

第三階段：精障到宅服務者最迫切需要的支持與協助

大家先討論了到宅服務的實質內容：

- 傾聽、關懷
 - 需求評估、尋找資源、連結
 - 陪同就醫、陪同處理生活事務
 - 緊急狀況的處理
 - 夜間到宅
 - 家人的支持
 - 生活技能訓練
 - 家屬照顧技巧的提醒
 - 案主其他服務單位的聯繫及服務內容的確認與分工
- ◇ 【到宅服務工作者迫切需要有實際到宅服務經驗的資深工作者，於工作中相互討論、彼此支持。】(ps. 不是督導的經驗，當大家



都已有相當的經驗和年資時，是跨專業的交流、觸發，取長補短、構思好的切入服務及提供服務的方式。)

- ◇ 【到宅服務工作需要以團隊取代單槍匹馬。】
- ◇ 【到宅服務工作本身就是服務使用者的資源，而病友有各種不同的需要，所以服務團隊需要跨專業組成】。
- ◇ 【精神到宅服務，陪伴與情緒支持很重要，因此補助與給付，不應限每月次數或時數】。
- ◇ 【精障者重大傷病免部分負擔的政策不能改變】(政府政策的擬定，必須要聽基層的聲音，不能只聽專家學者的意見)。(劉麗茹)
- ◇ 大約民國一百年時，八里療養院會安排初到任的關懷訪視員到急性病房見習、到門診跟診一周左右。主管會安排資深同仁帶領初到任者家訪。執行工作時會有團體督導(包含社區精神科醫師/護理長、居家護理師、社關員)兩周一次。(更早期是一周一次)這樣的制度安排，值得肯定和各單位學習。

滿意度問卷及回饋意見：

- 一、滿意度問卷採線上表格填覆方式，共 19 人參加，扣除主持人及工作人員，外部參與者 16 人全部填寫了滿意度問卷。
- 二、各題項總分 5 分，換算為滿意/同意%如下：
 - ❖ 整體滿意 89%。
 - ❖ 能相互交流經驗與想法 93%。
 - ❖ 感覺鼓舞 86%。
 - ❖ 對服務的重要性達到共識或進行有意義的討論 91%。
 - ❖ 對到宅服務需要的支持項目達到共識或進行有意義的討論 86%。
 - ❖ 行政作業滿意度 90%。
- 三、意見回饋詳參附件，有一人表示：「這些討論還是要有使用者(精障/家屬)的加入，而且透過確認主體到底是誰，整個服務設計才有機會從根發展」。此確實重要，不過心生活充權服務曾多年全國舉辦病友和家屬需求的座談會，故在這部分已有充份的訊息蒐集、理解與整理。未來可規劃服務使用者與提供者對話。