

CRPD 第 2 次國家報告獨立評估意見

2021年03月12日社會心理障礙者焦點團體發言紀錄重點摘要

發言人	發言摘要
劉麗茹主任(新北市康復之友協會)	<ol style="list-style-type: none">1. 新北市康復之友協會辦理就業輔導已經20多年，就業歧視與雇主態度密切相關，如雇主願意進用，刻板印象則較少，如雇主不願意進用，則有較多刻板印象與就業歧視。2. 定額進用制度雖為法定福利，精神障礙者是享受不到的，因為一般雇主多把精障排在最末順位。3. 至於穩定就業主要因素，根據我們的服務經驗，第一個是雇主的友善進用，第二是服務對象願意穩定服藥、規律回診。4. 通常職務再設計由雇主或就服員提出，雖依照CRPD公約精神應該是精障者本身提出，但實際現況中，本會服務的精障者較少能主動表達，即使他工作上卡卡的仍是較難，通常依據就輔員的專業敏感度去提出職務再設計的需求；但花費較大的職務再設計，雇主會有所考量。而如花費不高，本會的就輔方案也可支援如圖卡、墊高之類。5. 新冠肺炎期間，對就業服務的量影響很大，餐廳歇業、工廠作業員放無薪假，醫院的工作則是沒人敢去。6. 醫療部分，有些醫師較彈性，每個月或半個月回診，視病情穩定度，願意釋出慢性病處方簽，可以在家附近藥局拿到藥。7. 遺憾看到有職能治療專業工作者投書，認為精障者在社區趴趴走是COVID-19的高危險群。
林昭生(台灣失序者聯盟)	<ol style="list-style-type: none">1. 新冠肺炎部分，那段時間我有去住院，探訪時間只有半小時，人家拿東西給你吃或買衛生紙來，就要走了，對精障者而言其實是很空虛的，因為住院很無聊，又沒人陪你，跟社會斷連了，我覺得這很嚴重。慢性病房就更嚴重，慢性病房原本可以出來散步及請假，都不行了，復健也不行出來，我有個筆友在某慢性療養院，他說他很寂寞。2. 沒有拿到身心障礙證明者沒有服務可以用，但很多精神障礙者沒有拿到或不願領取，就沒有穩定就業的可能及

發言人	發言摘要
	<p>介入管道。我身邊很多人是比我嚴重，但很多原因，導致沒有身心障礙證明，他們無法服藥、接受醫療。</p> <p>3. 融合教育：</p> <p>(1) 融合教育有時會將重點放在如何幫助個人、學生，但這樣容易使融合教育的問題又被「個人化」。</p> <p>(2) 要融合到班級上，班級氣氛、老師帶班方式很重要，我覺得那是內功的訓練，比較困難，希望在教師訓練能增加帶班、實作的課程，我認為是很實用的，因為班上氣氛是影響精障者待不待得下去的主因。老師們也很忙的情況之下，要如何「盯學生」(按：支持學生不自殺)，就有一些「時間魔法師」實用帶班技巧及方式，當老師觀察到學生心情不好，就對學生說「明天一定要來、有重要的事情」，學生就多活一天，有了活下去的力量，這種需要傳承及教授給每位老師的帶班功力，並不是上一堂「認識精神疾病」的課就有用，而是要有實作技巧的課程。</p> <p>(3) 我有一個學妹來讀書，醫院希望她到學校努力讀書，但學校希望她趕快休學(想甩鍋)，她休學(被甩鍋)之後就自殺過世了。醫院與學校間應彼此溝通，不要再互推皮球了。對，她過世了。</p> <p>(4) 班級中「包容的氣氛」，在實際帶班上可以操作很細膩，比方說我是會自殘的學生，如果老師可以向大家說明清楚，而不是講得很隱諱、西西簌簌(例如：「那個學生有一點那個」)，老師可以說明障礙生所遇到情緒狀況，我們班可以如何面對、討論這件事情，幫助別人也是在學習合作的方法，所以對班級同儕也有學習的利益，我們如何一起成長，互助共榮，過程可以讓大家知道、看見社會上不同、多元的人，互相合作，有一個好的循環，讓班級成為幫助人的氣氛 不是排斥人的氣氛，有這樣的意識與做法，氣氛就差很多。</p> <p>4. 就業：</p> <p>(1) 精障就業有個可怕的做法是：「有什麼缺就補那個缺」，有清潔就去做清潔，沒有人在意精障的自我實現，並</p>

發言人	發言摘要
	<p>不是讓精障往自己想要的方向發展，輔助他前進，而是要他認命，只能做清潔。不管你是誰、努力過什麼，人生還是做清潔，對很多人來說都很難接受這點。</p> <p>(2) 精障者在職場需要有協調者，幫忙協調氣氛的人，希望在就服、就輔的後追能增加來做這部分：由第三方定期介入處理職場氣氛，這對障礙者會有很大幫助。</p> <p>(3) 有關穩定就業，精障者要穩定很難，若有不穩定的方法可能更好。一般就輔員思考的是一個工作，而不是奇怪(按：非典型)的接案模式，比方說兩個人一起做一份工作可以嗎？算不算穩定就業條件？或有無配套方式，有沒有不同想像？是可以思考的。關於穩定就業，可以想得寬一點，要想更多背景，比方說自由業，用各種不同方式思考「就業」的可能，而非穩定在一個地方就業。</p> <p>5. 回歸社區：我除了是精神病人我也做過精障社工，「回歸社區」我看到很可怕的事情是，一個人回到家就是社區，他家可能什麼支持都沒有，沒有朋友、同儕，住院可能還快樂一點，但住院不快樂的地方再說。我們有沒有做好一個社區，讓人可以回去、住得開心，這很難。社區要有生活感，有人陪他生活練習，有家的歸屬感與同儕支持。住院有人照顧、有同儕，外面沒有，這到底是自由或不自由？現在的社區還不夠有力量讓人可以好好回去。政府是不是多撥一點經費，現在錢(按：資源)都放在強制住院，如果往更前端把前面做好，人就不會掉出去了。</p>
<p>滕西華 理事長(台灣社會心理復健協會)</p>	<p>1. 有關新冠肺炎：</p> <p>(1) 預防宣導與支持措施：可看到國外對於廣泛社會心理困難者(自閉症、心智障礙者與廣泛精神疾病)的相關措施，我也翻譯世界精神學會提供的資訊向大家建議，包括：如何支持家屬及與障礙者溝通，有些國家緊急訓練一批專門人員收治，因無法要求每家醫院均有專門與障礙者溝通服務的人員，故緊急招募、訓練一批，國外有國家均有訓練。另外也包含：與既有的福利服務機構間的合作(預防、宣導事項)，及在新冠肺炎宣導上，如何提供</p>

發言人	發言摘要
	<p>符合障礙需求的溝通(手語、點字、有聲),與心智障礙者溝通的易讀版及口語宣導,很多國家均有,但在臺灣並未看到。</p> <p>(2) 確診新冠肺炎的身心障礙者:新冠肺炎確診者當中,有無身心障礙者、障別分布?醫院對這些身心障礙確診者提供服務有無困難?其實政府及醫院也不必去否認困難,因過去並無相關經驗,有困難大家可以幫忙。但迄今政府均無提供新冠肺炎確診者當中屬於身心障礙者的統計資料,使外界難以瞭解及幫忙。理論上,若依照人口流行病比例應當確診者當中會有身心障礙者,新冠肺炎的傳染不太可能排除120萬身心障礙者,但政府並未公布相關數據。</p> <p>(3) 關於疫情前既有的社會心理障礙朋友,疫情期間部分醫院主動減少服務提供,住院人數減少,亦有病人自動不去住院(病人會忍著不去住院)或早點出院,但替代服務沒有產生。門診部分,有些應固定回診、拿藥的病人,疫情期間沒有如常按時回診、拿藥,但社區追蹤跟替代系統也沒有產生,針對疫情前既有病患因受疫情影響並未如常拿藥,到疫情目前為止,仍還缺乏社區追蹤及替代系統。這群人,因疫情而中斷服務、提早出院,或自己延緩出院後追蹤機制,總之可能並不在我們訪視員既有的追蹤名單之列,但政府並無相關紀錄、追蹤措施及替代系統。</p> <p>(4) 關於疫情期間新增或惡化的社會心理障礙病患:我國心口司在疫情期間有安心專線或宣導,提供電話關懷、被動接受民眾打電話來,但上述做法可能不夠。國外案例看到,因疫情而生的擔憂恐懼,導致社會心理障礙病人惡化及新增的情況,尤其是在藥癮、酒癮方面(藥酒癮惡化及新增藥酒癮),在國外明顯地增加及失控,這些新增及惡化的病患,他不去醫院治療,因此失控。但就目前我們在社區,並感受到國家重視這塊。目前無論是針對新增或惡化,我們都沒有介入治療,希望政府投入額外方案來處理這塊。</p>

發言人	發言摘要
	<p>(5) 此外，有些在社區中的障礙者，向本會表達，他們需要一些互助團體，比方說病友們可以彼此說，他如果覺得害怕應該怎麼樣，因為現在去門診、復健機構比較少，或是會害怕去，他應該要怎麼辦。至少我們的社區關懷訪視員、個案管理，在疫情期間政府應對關懷訪視員加以特別集訓，告訴關懷訪視員於訪視時可能遇到的情況，當障礙者有關於疫情及互助團體的疑問時，訪視員應如何向家屬、服務對象妥適說明，但目前政府也沒有做這塊。希望政府能亡羊補牢，因為我們知道接下來會面對打疫苗的恐懼，國外有一派主張老人、障礙者先打，因為被傳染的風險高，但另外有一派反對，因為老人、障礙者可能體質較弱，打疫苗後容易出現不良反應，我們一樣會有這樣的問題，真的要打疫苗分配時，身心障礙者怎麼選擇，他對疫苗的恐懼與擔憂，可能比一般人更需要及早介入的服務，這是比較少的。</p> <p>2. 精神障礙者的融合教育問題：</p> <p>(1) 對於精神障礙青少年，我所知道的先前臺灣有3家醫院可以開課，讓在義務教育階段因精神障礙無法回學校上課的青少年取得同等學歷，但這種作法已不符合時代趨勢。首先，這麼做的結果，因無適合師資(老師進去精神科醫院上課的意願低)，使這些青少年的資源受到很多剝奪，比在家教育更少、遠不如在家教育。其次，這種作法不符融合教育精神，自1995年後醫藥科技、針劑、藥品進入新紀元，2000年後更是，使青少年介入治療時預後更好，基於融合教育觀點，應重新思考醫院存在同等學歷認證教育體系的重要性。臺灣已經設置了20年若仍這樣做，應該要檢討。</p> <p>(2) 高中教育以下階段依學校輔導法規定，學校班級數達50班、一定學生數才能設置1名心理輔導人員(包括臨床心理師、諮商心理或社工師)，但少子化後，班級數標準也應調整下修，否則學校配置不到應有的心輔人員。以前我們算過，以臺北市情形各校配置的每1名心理輔導人員至少要面對468個學生，且非各校均配置，即使有也只</p>

發言人	發言摘要
	<p>有1名。政府如要落實推動融合教育，或在義務教育階段重視學生心理健康，特別是針對情緒障礙、具情緒行為問題學生的支持，應重新檢討心理輔導人員法定配置比例的合理性。</p>
<p>詹惟丞(伊甸社會福利基金會)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新冠肺炎帶給我們的影響，我在醫院工作，疫情嚴重時醫院發布禁止會客，據我自己就近觀察，我們很多家屬或病友看到新聞中關於疫情的揣測，住在醫院的病友的心理、心情起伏很大、很不安，且部分工作者因擔心被感染，立刻辭職，造成願意留下的人精神壓力也很大，壓力雙管齊下的結果，導致住在醫院中的病友發病機率變得很高。 2. 融合教育部分，我們其實有很多人因為症狀干擾，無法長時間精神集中，加上有時吃藥副作用，導致精神渙散，無法跟其他人達到相同的學習品質。所以我覺得，如果有一些改善方式(合理調整)的話，例如縮短上課時間或提供錄影(音)輔助，使我們可以更瞭解課程內容；或課堂中我想做筆記，但可能當下我很疲倦，精神無法集中，能否有1位學習助理幫忙我一起做筆記。 3. 國家考試或檢定考，我們有人想考試，但問題是考試需要很大精神集中，我可能無法長時間集中在考試題目上，是否可容許我中途出考場休息，若擔心作弊問題，可以請一個監考人員陪同出去。 4. 心理社會障礙者真正的問題是出在溝通，例如像與家屬間的溝通，很多人的壓力來源大部分是家屬，在醫院主要是探討心理社會障礙者的發病症狀等等，但不一定會與家屬討論到如何與心理社會障礙者講話或相處，所以我認為可以有一些專業諮詢管道、單位、專線，提供相關建議給家屬。 5. 工作歧視部分，我的工作環境是算高壓的，藥效、症狀干擾下，我們學習能力變得很慢，我們的主管對於心理社會障礙者的認知也不清楚，所以他們有時候甚至覺得我們學不會，就直接剝奪我們學習的機會。像我之前做餐飲時，我想學習做菜的步驟、菜色擺盤，但他們看到這種學習機會，就把我支開去做打雜的工作。

發言人	發言摘要
	<p>6. 關於定額進用，當雇主進用心理社會障礙者時，容易用同情眼光或做慈善的心態，不是真正要認同當事人的能力，但這種狀況下，我們很多人會遇到歧視、言語刺激(比方說上輩子做缺德事或父母有問題的言語)，很多雇主認為聘用你，我就隨便你去工作。</p> <p>7. 校園中部分學生其實對何謂心理社會障礙者缺乏認識，回家後，家人也用他們刻板印象教導小孩說，心理社會障礙者就是一些怪怪的人，離他們遠一點，但我有發現有一些人，分不出傻與怪有何不同，我覺得可以讓他們從小學就建立正確的認識。</p> <p>8. 我就學時，同儕會模仿我的行為或動作，但他們不知道，那會造成我潛意識中的不舒服；他們也可能會笑我或說，這人動作怎麼那麼奇怪？為何要一直洗手？洗那麼多次做什麼？但問題是我們就是會這樣，為何一定要用異樣眼光看我。</p>
<p>林坤典(嘉義市心康復之友協會)</p>	<p>1. 我就業時遇到的狀況，面試時我主動告知我領有身障手冊，雇主就直接說我們的工作環境壓力不適合你，叫我離開；後來我應徵行政助理，我沒說我有手冊，錄取後，雇主幫我投勞健保時，得知我是有障礙別的，就直接拿自願離職書要我填寫，雇主說他原先不知道，現在知道了，認為我可能不適合，就直接要我先離開，也因為這樣，慢慢地去就業我就不主動說我是有障礙別的。</p> <p>2. 我後來在做動物救援行政兼外勤，剛開始同事不知道我有障礙別，後來同事知道我有障礙別後一直用精神病字眼或不理性言語來攻擊我，老闆也沒有制止，還說給你工作就要感謝他了，當時我要自己承受這些職場霸凌及心理壓力，後來我也做了8個月，我才離職。所以就業歧視，真的講也講不完。</p> <p>3. 定額進用制度，我曾去應徵嘉義知名蛋品工廠的身心障礙者職缺，該公司人資打電話來問我的障礙別，我說了之後，他回應說公司主管希望是輕度且不是精障障別，就把我拒絕，讓我覺得定額制度還問障礙別真的是想幫助我們還是想便宜行事。</p>

發言人	發言摘要
	<p>4. 職務再設計一開始有用，但到後面穩定就業，我可以使用的資源幾乎沒有，我都自己去找資源(協會或醫院)，所以職務再設計應該以穩定就業為主。</p> <p>5. 我之前住心康復之友協會的社區家園，一開始想去時，我父親說為什麼要去與精神病人住在一起，我哥哥、姊姊均領中度思覺失調的手冊，我父親還會這樣說。後來我去住社區家園後，社區家園的人有在醫院工作，當時我還沒有，他們的鼓勵及同儕支持，讓我覺得可以找到工作，後來也因為這樣，我更加努力找工作，也找到了，我覺得社區家園是很重要的幫助。</p> <p>6. 有次向我康復之家的朋友建議，看他們想不想也來住在社區家園，但他們回應說要問專管員或父母，無法自己決定，我覺得很可惜，因為我靠我自己想要出來，我覺得應該不要侷限於被人家說這個你要做那個你不能做，我們在社區家園都是一樣的，有同儕支持，我覺得是最好的。</p> <p>7. 生活支持各縣市有一些落差，在嘉義能就業的只有做清潔工作，但清潔工作有時效性，往往會造成精神障礙者更大的莫名的壓力，這也是我們要自己去承受的，但這不是我們所造成的，我希望他們可以慢慢體會。</p> <p>8. 我想到之前我的不好，我之前都待在家，爸媽跟我說，你待在家什聽爸媽的話，爸媽會養你，但我不想這樣，我想要自己走出來，有工作自己生活，做自己喜歡做的事情，我才開始主動四處找資源，後來找上協會也慢慢走出來，才會想更進一步幫忙跟我狀況一樣的同儕，所以動力是在於，我想要改變自己並幫助到其他人。</p>
<p>廖福源 主任(伊 甸社會 福利基 金會)</p>	<p>1. 我所要提出的多與專業工作者意識提升相關。</p> <p>2. 新冠肺炎部分，如同昭生前述提出，疫情期間規定住院者每天只能有1個時段(半小時)接受探視，對於心理社會障礙的住院者而言，他本來即是一個需要關係的人，住院形成的隔離狀態，導致關係更失落，甚至有些醫院規定僅開放三等親探視，我們工作者即便事先聯繫也不開放探視這一年期間我們被醫院阻擋很多次，因此，專業工作者很多時候不見得是歧視，而是他們並不瞭解這個</p>

發言人	發言摘要
	<p>人、障礙者有特別的需要，與專業工作者意識提升相關。(即使非新冠疫情因素，某家國軍醫院明文規定只有家屬與國軍相關人員才能探視，否則要經家屬同意。)</p> <p>3. 教育方面，很實際的狀況，學校老師也不是很認識我們，我們有個孩子思覺失調，上學有困難，家長不希望孩子休學，只能不斷請假，老師竟對家長說「孩子是裝病的，你說你孩子狀況不好在家裡休息，但你知道孩子還有傳訊息給同學嗎？他不會不能來學校。」老師甚至分不出來，難道能傳訊息就可以來學校嗎？顯示，教育專業工作者真的不是很瞭解這些孩子、學生的困難是什麼。</p> <p>4. 就業部分，職重系統中的專業工作者同樣不認識我們：</p> <p>(1) 曾在職重系統遇到專業人員拒絕我們的會員，要求心理社會障礙者須出院滿半年再來、且不能有暴力史，否則不派案，雖非所有職重單位均有此規定，但這是我們親身實際案例。我們一位會員，這十多年來他一直害怕醫生會對他下藥，但他仍斷斷續續工作，有的工作長達2、3年。他回醫院調整後出院，再去職重單位求職，卻被認為他剛出院才1個月、未滿半年，而不能接受服務。其實他只是需要回醫院調整，調整後就能再工作，而這次回醫院調整前，他其實也已經穩定就業2年多，工作表現很好，單位還甚至想把他留下來。建議應加強職重單位員工的教育訓練，使其瞭解社會心理障礙者的特性與能力。如果連職重單位本身也不瞭解障礙者，他又如何能做到協助障礙者進行合理調整？</p> <p>(2) 因面臨嚴重歧視與社會排除作用，導致心理社會障礙者不想去申請身心障礙證明的很多。依CRPD的精神，不應以身心障礙證明為是否提供服務的標準，但無論社政、勞政、衛政，仍常以身心障礙證明當作標準。其實在對視障者提供服務方面，臺北市職重體系規定「視障者15歲以上求職者，經醫生診斷有視覺功能漸失(以醫生診斷為主)」，就可以進入職重，已經不要求須有身心障礙證明。具體建議精神障礙者可否比照？以醫</p>

發言人	發言摘要
	<p>生或我們基金會、就服單位、社福機構開立證明有需求，就可以進到職重系統。</p> <p>(3) 現行職業重建就業輔導，均以就業3個月為成功就業、6個月結案，但心理社會障礙者就業不穩定多發生於3個月後，部分縣市、方案的人力投入雖有3個月之後的追輔，但未制度性建立，且制度應建立於職重就服系統對社會心理障礙者的認識與瞭解上，否則仍然沒用。針對精神障礙者，可否於就業屆滿3個月後仍予協助，至少達半年的就業追服或支持？</p> <p>(4) 臺灣職重的量不足，又因方案、績效規格，難以後面6個月繼續支持雇主。有一些雇主選我們，是因為本單位伊甸真福之家支持會員就業有很多自籌案，即使超過6個月，本單位不用重新開案，對雇主而言，有問題就可以找到人。</p> <p>(5) 本單位做就業開發時會遇到一個問題，即使有心的雇主，也不知道怎麼僱用障礙者，障礙者接受到職重的仍是少數，對那些有心願意僱用的雇主，要怎麼支持？一般社會雇主不知道有職重體系，我曾接觸過銀行、百貨業者，雇主遇到一些困難時他們不知道要找誰求教、諮詢，我建議，勞動部原本就有障礙者或勞工諮詢電話，應新增雇主僱用障礙者的相關諮詢電話。</p> <p>(6) 企業均對內辦理教育訓練，政府可否不僅止於要求定額僱用，而更應積極要求企業辦理教育訓練時，應納入合理調整及對障礙者的瞭解相關內容，規定企業應辦理相關教育訓練。</p> <p>(7) 精障者多需定期回診，回診時間不可能均在非上班日，但回診要請自己的休假或病假，請病假考績會被扣分。針對這部分，有何方式使心理社會障礙者的回診需求不列入考績？像是提倡勞工有心理健康假。</p> <p>5. 有關住宿小型化與去機構化：</p> <p>(1) 自立生活跟住很有關係。針對精神障礙，現在有所謂「精神復健機構」，亦即「康復之家」，係提供復健功能，被視為住宿型單位，康復之家因畢竟為「精神復健」，</p>

發言人	發言摘要
	<p>會用2年時間來看，但康復之家其實仍為統一管理，並非讓人可以學習自立生活的地方；社區居住的問題則是，雖然其宗旨係以訓練獨立生活為目標，但因補助方式是補助4點到12點間的工作人力，4點之前沒有工作人力，導致有的做社區居住會要求4點以前不准回去。不合理之處在於「我在社區生活，這是我住的地方，為何我不能決定幾點待在這裡？我只要自己有安排為何不能決定白天時間待在這裡？難道接case的人不能住社區居住？」以上是我認為康復之家及現行的社區居住，均非真的能讓人可以就地自立生活的地方。</p> <p>6. 衛福部108年醫療機構的精神科慢性病房統計，全國慢性病房平均住院日數是275天、桃園859天最高、新北796天、南投606天。這樣的機構到底是在做治療？還是居住的支持性服務？但現在慢性療養院是很封閉型的，我不能決定我要吃什麼、能不能跟朋友相約、看電影，無法與社區接觸。我在慢性療養院住這麼久，是為了治療還是隔離？這是一個很大的問題，即使一個人需要治療，但他已經慢性化，他的治療與居住，建議可否仍應以社區生活本質的自立生活的方式進行？</p>
<p>王榮璋 委員提問</p>	<p>住宿機構對於未受監護宣告或輔助宣告的成年人(諸如智能障礙或精神障礙)提出希望外宿朋友家的請求(朋友家長已同意)，機構可能會擔心，如果中間發生什麼意外，家人、主管機關可能要求機構負責，就這部分有無共識？大家的想法及認知為何？</p>
<p>廖福源 主任(伊甸社會福利基金會)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 這要回到該「社區居住」的經營型態為何？很多智能障礙是團體家屋，但我所指的「社區居住」，是真的一般的家，不是團體生活的。我希望能像一般人，如有室友可以互相照應，通常的室友關係也會互相關心，對方如果要外宿，請他到達朋友家時通知我一聲，如有任何事發生時室友能即時知道。 2. 人會否發生意外與其是否為障礙者沒有關係。 3. 機構要分清楚，這個人住在機構中的權利與責任，不能只看到責任，也要看到這個人的權利。

發言人	發言摘要
	<p>4. 機構想的是，我接了方案，發生事情，政府會不會怪我，或因家屬壓力責怪政府，政府把壓力給機構，都是環環相扣的。我認識的機構發生過類似的事，後來與家屬打訴訟，機構立場很清楚，並沒有因為這樣而認為機構的做法做錯了。我也覺得這當中並不是對錯問題，而是，作為一個機構負責人，我們機構是基於什麼樣的價值理念？應於入住時就讓家屬、當事人知道，讓家屬、政府要知道機構的權責在哪裡。</p> <p>5. 往後精神障礙繼續往下推動社區居住時，類似這樣非常實際的執行面的問題，是我們(包括政府、社會及機構)無可迴避必定要面對、思考到、要想清楚的層面。</p> <p>6. 精神障礙者與智能障礙者的父母、家屬在觀念價值上可能也有各障別之間的差異，智能障礙機構是否長期在家屬團體、或某種文化、壓力之下，會使接受委辦的機構更辛苦？</p> <p>7. 而精神障礙家屬所面臨的一個很實際的日常是，他(精障者)會不會跑回家裡來亂，當家屬想的是不要來亂我，就不會同意讓精障者去社區居住，連康復之家都不會，因為家屬要選擇能夠「管理」精障者的單位。</p> <p>8. 你若要問我說家屬準備好了沒？那就要真的這個國家提供比現在多百倍以上的資源。為什麼？我們資源有辦法協助他自立生活到，甚至在很重度的都給他24小時，而不是一旦發生事情，機構要回頭找家屬。比方說，醫院怎麼找家屬？醫院處理方式，類似強制住院，會有留觀，如果急診室醫護人員沒有力氣管這個人、看好這個人，會跟家屬說除非今天留下來，不然沒有人力顧；第二種是已經住院了，但我住院期間沒有自傷傷人，護病比不夠時，醫院會說，要不病人出院、要不就是要有家屬留下來陪病、住在醫院。這個例子凸顯出我們資源根本不足，最後麻煩的是對於家屬來說就是要承擔，家屬承擔的辦法就是，家屬雖然仍要付很大的代價，但在家屬可以接受的代價下，家屬選擇把人抓去療養院，這變成一個複雜的問題。與其問家屬準備好了沒？應問，國家資源與社</p>

發言人	發言摘要
	<p>會認識精障者的處境而投入的資源準備好了沒？</p> <p>9. 關於昭生提出「包容的氣氛」我想補充，我們單位是一個會吵架的單位，甚至會有一些肢體衝突，但並沒有因為衝突而一定會離開，有幾個會員在衝突後，他會向大家說，我以前發脾氣、怎樣的時候，大家後來也接受我、願意支持我，那個經驗很好，現在某某遇到困難了，可不可以我們來支持他。回到班級，氣氛是大家不以學業成績為主，而是希望班上每個人都會被支持的氣氛。像是，可能我生活中也會遇到困難，這位同學遇到困難，而不是他不好，這氣氛是在支持任何一個人都可能在班級中犯錯時，是被班級所接納的，這不容易。</p>
<p>涂惠滋女士</p>	<p>1. 國家報告中指出「……衛生福利部 2018 年完成身心障礙權利影響評估檢視表，將《CRPD》第 3 條一般原則轉化為評估項目，2020 年 3 月起請各部會及地方政府於法規制（訂）定、修正時參考運用，以檢視是否符合《CRPD》原則……」身心障礙權利影響評估檢視表到底真的有做嗎？我明明查到的是合併到108年10月1日的「法案及性別影響評估檢核表」，人權是平等的，如果是那張表的話，怎麼可以以性別平等為主，其他權利全部是次要，政府大聲說符合CRPD原則，但如此重要的身心障礙權利影響評估檢視表，可以幫助全台各單位檢視哪些要注意，只看得到中央到地方的性平專區有類似的檢視表，資訊模糊不清，我查到的各縣市都放在性平專區，我相信地方政府都以為那只是性平影響檢視表。</p> <p>2. 人權模式：國家報告第1點即強調「立法及行政措施基於人權模式」，光是長照2.0政策，如果用身心障礙權利影響評估檢視的話，依然是醫療模式和福利模式，以失能程度評估服務需求，這明顯是醫療模式。CRPD不是只有針對有身心障礙證明的障礙者在做思考，所有有生命遇到困境時都一樣要實質平等，請用CRPD好好檢視一下長照2.0的政策，光以照顧的概念，就會覺得無止境的砸錢都不夠，長輩加障礙者人數一直增加怎麼辦啊？衛福部只能這樣思維嗎？這就是健康和福利？這些生命在這樣狀</p>

發言人	發言摘要
	<p>態應該用什麼政策面對？一直擔心未來長照經費準備破產的問題。</p> <p>3. 資訊權與參與權：</p> <p>(1) 很多心理社會障礙者根本沒有手機網路，而中央新冠肺炎covid-19流行疫情指揮中心要求沒有手機不得參加大型活動等，許多疫情即時消息都透過網路，沒有網路的人根本沒有資訊平權。而且心理社會障礙者常常面臨別的障別服務我不能使用，所以政府部門否定我們提出的需求，只認為我需要的都是醫療嗎？住康家嗎？還是去精神社區中心？以上全部是醫療模式，只有健康權，忽略其他所有權利，所以民法離婚現在還有一條政府和專家認定我的需求而不思考我們提出的需求，大家都認為我們瘋言瘋語，說話不可作為政策參考依據，但我現在會嗎？我的表達包含許多情緒語言，但完全不影響我的主述意見，這麼多所謂的專家自作主張制定關於有關於我們基本權利的一切政策，請大家捫心自問，攸關我們的精神衛生法許多相關法案修訂，所謂的團體代表中有幾位是心理社會障礙者當事人出席參與？如果醫療界還認為精神衛生法的修訂只有醫療專業人員能參與，明顯違反CRPD。把我們認定為低一階的國民，無權參與那就是歧視！！</p> <p>(2) 民法第 1052 條夫妻之一方，有下列情形之一者，他方得向法院請求離婚：第8款「有重大不治之精神病。」強烈歧視並忽視我們的人權，居然用「重大不治」是指要死亡了吧？我們是被判刑還是判死啊？我光是用全國法規資料庫去查就有至少15條法案以上是歧視精神疾病並且限制我們的人權及法律權利。我們並沒有犯法，也沒有被褫奪公權，另外也沒有被監護宣告等，卻立法來限制我們的應有各項基本權利，因為心理社會障礙被剝奪的所有基本人權請主動還給我們。</p> <p>4. 健康權、法律平等權及司法保護：</p> <p>(1) 住院治療請回歸健康權原意及住院期間本來就應該有的基本人權，我要求不多，享有和大家一樣的基本人</p>

發言人	發言摘要
	<p>權，精神醫療機構生活管理制度已經脫離人權基本精神，也就是把我們只視為麻煩及等死之人，有把我們當人看嗎？「請不要把人當作瑕疵商品集中回收到精神機構」。</p> <p>(2) 把障礙者在社區居住的權利放在健康權內的政策本身就是錯誤，這樣永遠人力都不夠，以要求健全人的生命狀態，來要求心理社會障礙者的生命狀態，本身就是個錯誤，把健康權中的「復元」概念涵蓋所有心理社會障礙者的所有人權，定調就是個問題。</p> <p>(3) 精神科醫院我十幾次住院，每次都是要去把自己調整成符合這個社會要求的機器般的標準，才能回工作崗位及回到社會生活，但是我只要一陣子就做不到了，這社會卻認為都是我的錯，大家對我夠好了，為什麼做不到？因為「我不是那個可以達到效率生活的模式的人，我是需要更彈性及合理調整生活的人」，躁鬱混合期思緒感觸多到我很難處於「機器正常運轉模式」，對於這個把人當作商品和機器人的資本主義社會而言，「我這個人」的確是「瑕疵品」，因為我做不到這個社會要求的效能運轉方式。資本主義社會底下的人分3種：有貢獻的人、一般人、瑕疵品(連人的基本尊嚴都稱不上)，我這個人被視為瑕疵品的下場就是一般般的人的未來，這個社會太多工作已經被AI取代，如果不正視自己十年後的未來是不是還會活得像在一樣，那就繼續漠視心理社會障礙者的困境及存在狀態吧。但「我是人不是社會的商品，我不是這個社會生產的機器人，每個人有不同的樣子那才是人，這個社會只要銀翼殺手2049的複製人」。</p> <p>(4) 就算是心理社會障礙者需要負法律責任時，那也是要符合人權模式的處理，而不是因為精神疾病不會好而把本來該負20年的刑責變成一輩子，精神機構本身就已經夠像監獄了就像判無期徒刑，住進去看不到盡頭的日子，為什麼我們這麼害怕被緊急強制送醫，進去了我是不是一輩子完蛋了……甚至家人再也不讓我出</p>

發言人	發言摘要
	<p>院？所以司法精神醫院如果是在刑期內的醫院，以刑期內該有的健康醫療及復健之健康權該如何處理就如何辦理，請不要模糊焦點，其實只是為了不知如何處理犯重大刑法而不如何面對的心理社會障礙者，而用司法精神醫院去處理刑期期間難管理又想逃避需面對的人權問題及給社會大眾安心的答案。</p> <p>(5) 因為目前資本主義社會運作方式非常講究效能運作，缺乏彈性且只能接受某種型態的生存模式，也非常害怕大的改變，所以犧牲某些人換來現在的人暫時的安穩，對於殺警事件等，請不要無限上綱，我們大多數的心理社會障礙者更害怕影響到別人，甚至最後自己選擇一輩子居住在比監牢還像監牢的精神機構或醫院。</p> <p>5. 工作權：</p> <p>(1) 阻礙我穩定工作的狀況，是職場不知如何面對心理社會障礙者不穩定的狀態，包括情緒。因為我出勤的狀態不穩定，所以主管和夥伴承受了隨時接手的壓力，面對種種社會對於人的檯面上規則和潛規則要求，我就是做不到穩定，對於從小是活在高標下的升學班名校出身，我無法容忍自己做不到看似很基本期待的「穩定」。天天都很想從頂樓跳下去，但18年前發誓過我絕對不再有自殺的舉動，這18年來面對不死比死還難。而我雖在公部門，也因請假問題對同事內疚，無法有尊嚴的工作並且年年考績乙等。只有「無障礙環境」並無法真正解決實質平等的問題，我工作上需要的合理調整，絕對不是要為難主管，因為我連最照顧我的同事，我一句對不起或謝謝都說不出口，因無法承諾我做得到職場上期待我的穩定出勤工作。我想解決因障礙面臨工作困境，不是每天想的是怎麼穩定工作和活下去……。</p> <p>(2) 不要再推給個人和醫療及精神醫療機構，把覺得很困擾無法面對的精神障礙者關進機構或醫院就沒事了，那叫做關進「隔離島」與世隔絕，以為不要影響社會家庭工作運作就沒事了。</p>

發言人	發言摘要
	<p>(3) 為什麼霸凌事件不斷發生，不斷有人自殺，整個社會逃避去思考，只想只要心理健康就沒問題，強迫要把心理復元到健康，這就是國民心理健康計畫的重點。我們從小被教導要求像完美的機器人一樣活著。而無情的人訂的無情法，還規定我絕不能自殺，自殺是罪惡的，帶給別人無限痛苦，不但上不了天堂，還要輪迴自殺好幾世……。</p> <p>(4) 職務再設計對心理社會障礙者而言，就是個空泛的計畫。現在大聲說出我需要的合理調整，「在家部分工時及彈性上班，以工作內容職務達成為原則；定期回診及障礙住院不扣薪不算入考績；因性平法列入假的人權平等措施，其他人權應比照原則辦理不應差別待遇」。請問以上哪一點，勞動部或人事行政總處有清楚的依據可執行，政府和企業都不敢動，光是在家部分工時影響公務體系人事運作就很大，沒有明確依據乾脆不動因為茲事體大。是！整個社會歸咎一切心理社會障礙者都是個人或醫療的問題業障心魔……合理調整請參考美國Job Accommodation Network(JAN)官網，如果勞動部或人事行政總處連這個網站都不知道，表示對於合理調整根本都沒思考過，居然還敢扯我們的職務再設計有符合公約的合理調整。如果有就會有很清楚各障礙別的工作上合理調整需要做可參考內容的部分，也不會像國家報告回應結論性意見部分只有翻譯修正，而無任何國家實際作為，這就是對障礙者的歧視，CRPD明明就說得很清楚，更不要說會達到實質平等。</p> <p>(5) 大家到65歲退休還想著有20幾年可遊山玩水，以我目前輕度第一類障礙要拚到60歲退休，我心裡只有種感覺我連喪葬費都領不到，我很無奈交織障礙的狀況，更覺得身心障礙鑑定完全不透明，怎麼鑑定我要智商低到100以下才能拿到中度以上嗎？請搞清楚我是第一類障礙中的躁鬱症！我是情緒受困擾很大，不是智力退化很嚴重。身心障礙鑑定還停留在醫療模式中，</p>

發言人	發言摘要
	<p>障礙者有疑慮有問題，只能重新鑑定還是再交回醫療模式中無限循環。「退休年齡應以障礙需求考量；身心障礙鑑定應透明化；身心障礙鑑定標準應符合人權指標」。</p> <p>6. 自立生活與融合社區：</p> <p>(1) 我想和朋友一起住、自己住、和家人住，甚至想同居，我和所有人享有同樣的居住權，所以不管哪種障別，不能因他的障礙難解決度高，就忽視其自主權，忘記CRPD非常重要的實質平等，當障礙者都能達到時，一般民眾的問題常常就會搭便車跟著走，包括長輩居住的問題，一定也是同樣在思考，生命的狀態是一直在改變，當我們對人懂得尊重，自然也會對其他生命環境尊重。</p> <p>(2) 自立生活支持服務推展成效落差甚大，因為還是福利模式思考，而且各中心或承辦單位為何沒有聘用任何一個自立生活中的障礙者為工作人員，全都是社工，反正就是社工才有專業嗎？對於障礙者要怎麼生活誰才是專業？連這部分都沒有人權模式，還是只把障礙者放在同儕支持員，然後社工來督導……這就是歧視並看不起障礙者……我要怎麼生活還要經過社工和社會局評估同意後，請問一般人的生活模式有要經過社會局同意嗎？這是基於我人權的權利。另外我不需要單向的同儕支持員支持，同儕支持員是單向諮詢的角色嗎？我需要的是雙向及多向的同儕支持，每個障礙者差異很大，不要為了好處理，就用單一模式的同儕支持員丟進自立生活服務，這樣就表示同儕支持服務很積極推動嗎？用福利模式去處理障礙者的自立生活一定會有問題，更好笑的是因為我公務員的身分卻很難在制度內可以同儕支持其他障礙者，真是浪費我去日本和現在的經驗。</p> <p>(3) 個人助理的服務表格居然是參照居服員服務的內容去改的，然後又說個人助理做的事情和居服員不一樣，是啊！以我一個躁鬱症的需求，都不知道勾哪項好？</p>

發言人	發言摘要
	<p>因為我不需要一張像居服員服務內容項目，友善訪視？請問個人助理是志工關懷嗎？請把友善拿掉！這是我的人權！不要再把慈善模式放進來，CRPD開章明義說的障礙者尊嚴在哪？既然上面有電話問安，就表示中央也瞭解我們有這需求，但現在沒有人再打電話了，各種免費通訊軟體包括LINE都是用打字的，所以針對網路線上各種陪伴方式，請中央給地方明確的文字項目提供勾選，讓地方政府有依據可讓我勾選這需求，不要再對這個需求懷疑。個人助理服務內容的表格以後可以找障礙者每年參與修改嗎？不是障礙者會知道障礙者的需求嗎？明明就是中央還要做統計那就不自己瞎忙瞎搞，沒有我們的參與請不要自己作決定，社工不是我們的督導，這不是我的工作，是我的生活！個人助理連勞健保都沒有，只有意外保險，很可笑！我每個小時要付個人助理60元因為我有薪資，所以我活該有工作，我不知道政府鼓勵我努力工作生活還是不要，這叫打折扣的支持服務，我的薪水在公務員裡已經很低了，在合理調整沒達到前，我根本拿不到考績甲等，我可以在單位內說任何一句話嗎？沒辦法！何來支持和實質平等，而我整個可以和大家一樣繼續在社會上工作、社區生活，就是我的自立生活，這才叫自立生活支持服務，沒有申請個助，在政府的統計資料裡我算是有在自立生活嗎？政府也很心虛不敢統計進去，因為沒做到其他事情，連合理調整都沒個影。</p> <p>(4) 障礙者的人力支持服務切得亂七八糟，看起來很合理，居服員歸衛生單位、個人助理歸社會局、重度肢提障礙者的職務助理歸勞工局、就學的學校助理歸教育局……各有專業是嗎？我需要的人力支持是完整的，不是一直人力換來換去，請中央長官體驗一天障礙者的自立生活，人力就這樣一直切換，編列預算可以分割，但是人力支持請整合。最近去看診問題推來推去，難怪大家還是想請移工看護比較方便，錢比較少人力比較單一方便。請大家思考一下為什麼日本沒有移工的</p>

發言人	發言摘要
	<p>看護人力問題，而臺灣卻問題不斷，問題不在工作人力的國籍啊。</p> <p>7. 身心障礙婦女：精神障礙者的生育權一直被檯面下否定，用各種優生學論調讓我們決定避孕結紮，26歲診斷躁鬱發病，30歲自己決定不生小孩，也影響了婚姻的決定，目前51歲未結過婚。社會期待覺得我這樣子決定是對的，才不會影響小孩及家庭，我其實很想有自己小孩，也不敢有任何期待，我不想給任何人困擾……連領養小孩我都不敢，我好怕影響小孩……害怕生下來就是製造社會問題。我有排卵我卻不能生。</p> <p>8. 社福及醫療評鑑制度已經過頭，績效檢驗也需要合理調整及符合人權模式，評鑑原意是為了改進及進一步對話，但政府各部門過度依賴評鑑制度來控制一切，整排的卷宗和紙張非常耗費地球資源，社會大眾想要的是達到效果不是摧殘醫療及社福人力。請把珍貴的時間留給服務需求上的滿足及思考真正要達到目標的方式，不是每種服務都是要用評鑑才能達到督導的目的。所以不要怪國家報告為什麼會寫成這樣，有讓公部門心用在好好研究CRPD該怎麼制定政策嗎？每個公私社福及醫療單位一天到晚都在應付很多不同、大大小小的評鑑。</p>
林昭生(台灣失序者聯盟)	<p>1. 惠滋講得很好，有很多沉痛的心情及怨恨，我很有感受。有一件事情很有趣，大家聽到這種比較強烈的語言，會有種想迴避的感覺，但這是我們的日常，即便表達很強，但內容都是很重要的，惠滋講的內容真的很讚。我們常遇到的困境，是我們沒辦法出門，或我們努力出門，但表現得不像是一般人冷靜，精障常被認為不具代表性或不夠穩定，但沒有這種事，每個人都可以講自己想講的事情。</p> <p>2. 有個關於同儕支持的研究訪問3,000人後指出，在同儕支持中，給予希望、有諮詢對象、平等互助(自己有能力幫助人，不是只被幫助)、互相情感支持、覺得自己不孤單，是重要的。但現在的同儕支持，等於你服務他，上述東西可能會做不到，需要社群中進一步的倡議及政府單位</p>

發言人	發言摘要
	<p>的引導精進，有一些細部項目可以再設計，不要只有同儕支持員一種方法，而是很多種同儕服務。</p> <p>3. 促成精障者社群：</p> <p>(1) 精障者有非常多「說」的需求，能聽懂的大概只有同樣處境的人，我被同儕社群幫助很多，社群是住院時加LINE，但住院會阻止我們加LINE，也阻止病人回去看病人，他都沒朋友了，我來看他為什麼不行？禁止的理由是「會互相干擾」。應檢討種種阻止精障者發展社群的做法，病人與病人的連結、社群可以發揮很大的支持、聆聽效果，也難以禁止，不但不應該禁止，社會應該更加地促成及鼓勵社群，如果有場地讓我們聚會，或有一些相關活動經費，讓我們可以彼此支持，對於社群的經營很有幫助。不要限制一定要專業人員才可以標方案，標方案的可以是某個同儕想做小的實驗方案，都可以嘗試看看，對於「自我的去汙名」是有幫助的，看到大家活得不一樣、都在你面前，就會有被支持的感覺。</p> <p>(2) 在活泉之家以外，因為活泉之家很遠，所以我們不會想去，精障者不同縣市、不同地方的不同類型組合，會導致不同的社群，不同社群不可能與別的社群卡在一起，因為不合。</p> <p>(3) 困難有幾個，第一，需要場地，要講發瘋的故事，講自己癲狂的經驗，需要在一個安全的地方，避免講的時候如果旁人都聽到，會想說這邊有一群怪怪的人，會很尷尬，所以我們需要場地。第二，精障者很容易遇到的問題是，大家會週期性一起低落，組織就會斷掉，有沒有辦法有個比較好的方式讓大家互相有點支持度，讓大家不要一起低落，可能有一個人不低落，把大家約出來，或是更積極地處理，例如這個團體凝聚力很夠，可以去他家拜訪，一起互相支持、買東西，你發生什麼事我們去關心你，很需要生活上的支持與互動，精障組織困難在於，每次出院LINE就斷掉，或是生活圈差很遠，狀態也不是總是可以用LINE，我們的困難</p>

發言人	發言摘要
	<p>其實是蠻多，但純病人組織，真的很重要。</p> <p>4. 除了女性的弱勢處境之外，性傾向的處境要被看見，很多機構有固定立場，不太願意看見同性戀的情慾，有歧視性發言。機構中的「性」也需要重視，比如如果有精神病人表示想打手槍？如何處理「性」是重要的。</p> <p>5. 有關司法精神病院：</p> <p>(1) 司法精神病院應該擋不下來，但我希望它往變得更好的方向前進，希望有較好的對於「復歸」的想像，進去是為了出來、為了變得更好，而不是被關在裡面。要有一個想像，除了司法精神病院之外，還要有完整配套，包括司法精神法庭。</p> <p>(2) 會進來司法精神病院的人都是沒有被重重社會網、教育網接住的人，要如何讓這些人在裡面能有好的被對待的經驗，才可以讓他們相信社會，這是困難的。</p> <p>(3) 障礙者應入場參與設計，這是與我們有關的事情，如僅由專業人士設計法庭，有違CRPD精神。</p>
王榮璋 委員提問	我想請教，剛剛提到的一個問題，我們在機構中，醫院、日間留院、療養院等，如何看待性需要？
王明輝 先生(台灣失序者聯盟)	機構多數會擔心婚前性行為、懷孕、生小孩的問題。
廖福源 主任(伊甸社會福利基金會)	這件事目前是被忽略或禁止，90年曾在玉里試辦，後來也沒有了，因為擔心在病房中怎麼樣。
滕西華 理事長(台灣社會心理復健協)	<p>對醫療機構、住宿型機構、康復之家而言，在此議題上面臨困境。我曾受邀討論或看過的案例包括：</p> <p>1. 案例1，發生在醫院的真實案例，臺灣有醫院被告，且連帶賠償，法官認為、課以醫院有管理責任，怎麼可以不管理病人的行為？但同樣案例發生在國外，醫院不會被告</p>

發言人	發言摘要
會)	<p>，因為病人是成年人，醫院是治療機構，負責治療，不會去管理或介入行為的部分，這是國內外文化、社會氛圍及家屬態度上的差異。</p> <p>2. 案例2，雙方合意有性行為發生，但女方父母不同意，認為是誘姦、被騙，都是成年，女方並沒有被監護宣告、輔助宣告，是一個在民法上完全成年的人，但女方父母堅持要告，障礙者對家屬有高度依賴、依存，這案例中，男生沒有家屬，機構也很為難，結果是將雙方都趕出去。</p> <p>3. 案例3，心智障礙者(5個女生)在外租屋，1人1間分租，像是團體家屋，她們都具備很好的生活能力，也有NGO負責、訪視等。當中1個女生約了男性朋友來，發生性行為，之後一樣被禁止，認為不好、影響安全，同租室友認為有安全疑慮，機構處理結果也是趕出去。</p> <p>4. 也許不能稱為歧視，但畢竟在過去文化中是被壓抑的，尚未建立制度，家屬、專業人員尚未學習到怎麼面對。</p>
涂惠滋女士	這本身就是錯誤，因為我們的障礙要被管理、限制再限制，我活在社區就沒有這個問題，因為我們的人權受到壓抑再壓抑，請不要用健康權over我們所有人權。
王明輝先生(台灣失序者聯盟)	我身邊很多他們從小就患有精神病，但他們大部分在治療中很幸運有教育的場所，但我不知道其他地方是否也可以接受特殊教育的管道，如果有的話，我希望能在精神醫療機構，做這方面的宣導，因為將來精神病患與精神病患結婚的例子可能越來越多，所以我覺得有需要宣導，我目前的松德院區，我並未看到這樣的宣導。
莊慧真女士(新北市康復之友協會)	精神醫療社區資源不足，我是106年才知道心橋工作坊，我們是新北市，我住在板橋，覺得精神醫療社區宣導不是很夠，我以前就有一些問題想要求助，但求助無門，覺得說機構服務的量能不夠，因為心橋工作坊跟新莊工作坊總共只有服務大概60幾位，還有很多人精神復健的需求，想要加入，希望多設立據點，可以服務精神病患。
劉麗茹主任(新北市康)	<p>回應慧珍，社區資源會如此不足的結構性因素，就是因為社區會抗爭，設立社區機構被抗議。</p> <p>從前端的國民教育中落實教導學生心理衛生、精神健康，</p>

發言人	發言摘要
復之友協會)	<p>是非常迫切需要的，否則後端的處理都只能事倍功半。依我自己工作經驗，我個人認為小燈泡事件、殺警案，那是可以預防的，我個人一直這樣認為，但卻不幸發生。在殺警案中，社會沒有反省這件事為何發生，而是不斷指責年輕警察被殺了，我覺得根本問題是對整個社會的教育。今天社會心理障礙者，主要的核心問題都是歧視，歧視就要靠教育解決。要落實教育，才能弭平歧視、精神障礙內在烙印與汙名的問題。</p>
詹惟丞(伊甸社會福利基金會)	<p>有關工作歧視、工作環境中的教育與意識提升：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 我有很多朋友，他們工作時往往面試時都會考慮要不要誠實向雇主說明是精障者，講了的話，會擔憂遭受歧視；因此有人乾脆隱藏身分，但不講的話，又好像自己永遠活在要隱藏的生活，不敢公開表露，我們生活在這社會上的感覺就是很受壓迫，別人可以大聲說出興趣、理想，但卡在我們是精障者，就什麼都不能說，無法表達我們的慾望。 2. 有些人認為我們遭受歧視是理所當然，我受到霸凌當時其實我根本就是找不到任何人可以幫我，連我問了旁邊的同事，我覺得我遭受霸凌行為，你們怎麼看，他說有嗎？你有被霸凌嗎？我怎麼不知道。就在他們面前一直發生，他們居然說不知道，這是怎麼回事，他們好像永遠都在狀況外，我在那邊永遠都是被排拒的人，導致我工作也做不滿3個月。 3. 因此，工作環境中，雇主與周遭員工在意識提升方面，應該好好學習，其實應該好好做工作環境中在意識提升方面的教育宣導，雇主與周遭員工有充分瞭解後，可以解決精障者在職場中面臨到的很多問題。
廖福源主任(伊甸社會福利基金會)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 關於精障者長照： <ol style="list-style-type: none"> (1) 心口司拿到一筆經費去年開始實驗，是做精障者的長照，但問題是蠻失敗的，失敗有很多原因。 (2) 精障者一定要二等級以上才拿得到長照服務，但因為評估工具，很多精障者拿不到二、進不去長照服務，於是這個實驗計畫就是讓拿不到二以上的人也可以銜接

發言人	發言摘要
	<p>到服務；或者是，二以上，但長照目前提供的服務不符合需求的人，透過那個方案的機制，還是可以得到服務。</p> <p>(3) 該實驗方案目前面臨一個問題是案量、找不到案，但另一個根本問題是，長照評估工具就不適合心理社會障礙者，及長照服務的(按：對象、內容)較偏向生理，我們需要的是社會參與、心理社會支持，雖然長照服務項目有些是「社會參與」，但整體長照服務提供仍偏向生理。所以就算精障者進到長照，還是一樣得不到心理社會資源。</p> <p>(4) 又，長照越來越偏向給有失能的人，其實1.0到2.0應該將家庭照顧者、失能者納入長照，但現在政府開倒車。有一種狀況，過去家庭照顧者所照顧的人雖尚未到失能程度但如照顧負荷比較高，是可以申請到資源協助家庭照顧者，但現在不行，現在取得服務資源標準必須是「失能」的並使用過長照，他的家庭照顧者才能得到支持服務。去年跟今年的差別是，我們有的家屬(按：家庭照顧者)去年還可以使用長照提供給照顧者諮商服務，但今年不行了。現在長照資源趨勢是比較for失能者，而不給未失能者的家庭照護者。</p> <p>2. 學生心理健康與精神健康、精障者學習上的合理調整：</p> <p>(1) 台大學生先前也發生一些狀況，學生有提出學習合理調整，但並沒有確實執行。台大那時候提出學習調整制度，能不能制度性地被建立？其中一個提到的是，1200：1的心理諮商師，可是前幾天大家應該有看到，連最多資源的台大，他們其實申請要見到諮商師是1個月以後，我認識1個現在大一，之前是兒少諮詢代表，他沒有身障證明，申請的是IBS(按：「人際行為量表」Interpersonal Behavior Survey, IBS)的支持，他要做心理衡鑑，他用情緒障礙去申請，結果上學期申請，4月才排得到心理衡鑑，這是一個很大的問題。我建議是說，一定要用人數比嗎？可不可以用需求、案量比，來編列心輔資源。</p>

發言人	發言摘要
	<p>(2) 國外早就有學習合理調整，在英國及不同國家都容易找得到文獻，我們對於身心障礙者，是用延長修業年限4年，但如果沒有一個好的合理調整，延長年限只是讓學生在裡面很辛苦，應該把合理調整在教育所需的各個階段，或比方說考試、上課、交作業的合理調整都要落實，否則，其實我們諮詢很多，包括連學校，就算他是校長、主任都會遇到一個問題，是老師們沒有這個概念，所以有的老師會覺得你裝病或覺得憂鬱症就是不夠堅強、不夠努力，會拒絕學生，就算拿了診斷證明，有的教授是不理學生的。我覺得建立合理調整制度，讓老師都知道，於法有據，除了法還要訂執行辦法，讓他們可以執行。</p> <p>關於健康權，我們到底怎麼看待一個人的精神健康、心理健康？國家有沒有早期預防、早期介入？而當要做早期介入這件事時比較矛盾與衝突的是，我們「對於資源身分的認定」，一直在臺灣遇到問題，拿身障證明才可以得到社家署服務，但心口司的服務沒有在社區，如果沒有拿身障證明的精神病人即使拿「重大傷病卡」，拿到的都還是醫療資源，但醫療資源都在醫院，你沒有社區支持的資源。結構性因素，臺灣現在關於心理健康是心口司主管的，但心口司這麼小的司有辦法處理嗎？去年幾個立委聯署要求心口司研議要不要分開，我覺得一個是分開，一個是層級到哪裡。不然其實就我們實務經驗，在做身心障礙就業當中心口司、勞動部與社家署推來推去、資源被切割，這些部會認為這不是我的專業、權責，我們就被切割來切割去。</p>
<p>張朝翔 總幹事 (嘉義市 心康復 之友協 會)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 最大問題是來自於整個社會對精障者的汙名，政府官員、專業人員、就服員、社會大眾、學校老師，整個社會形成一個很大的障礙讓他們沒有辦法回到社區，當社會形成很大的障礙時，政策方向就會歪掉。真正的障礙是社會的障礙，整個社區、社會，對我們障礙很深，不是我們自己障礙的問題。 2. 特別在新冠疫情發生之後，更凸顯精障者人權不被重視，包含你要去病房探視這件事。疫情期間，我們也有一

發言人	發言摘要
	<p>個家園住民，中途有急性狀況發作到急性病房住院，他去急性病房住院時，我們協會組織要探視也是不行，但他的家屬遠在高雄，沒有辦法及時過來，好險我與醫院其他工作同仁有認識，有點像是我必須打通關才能去探視這個住民。但他在急性病房住院中，他很需要，常常要call out問，你哪時來看我？我需要跟你們聊聊天，這就是社群的力量，但住院的隔閡卻把社群的線切斷，而且他們不能帶手機，我只要看到打電話來的是未顯示電話號碼，我就知道是他，因為他手機被收起來，但我完全不能理解，為何在病房不能帶手機，你等於跟社會連結都切斷了。醫院的病友間也會互相偷渡幫忙偷渡其他病人的電話出來，說他也需要幫忙，希望轉達親友與他聯繫。所以說，我們的病房到底是隔離還是治療？有時候我也不知道這種到底是什麼狀況？我在病房已有7、8年經驗，我很瞭解病房的運作模式，現階段需要被改變，人權在新冠疫情之後，完全被忽略。</p> <p>3. 其實疫情中心已說開放可以參與社區活動，但機構無論康復之家或病房為了管理方便不開放，還要再觀察，精障者人權被忽略，你們比一般人更容易感染新冠肺炎。且不只一家醫院用這樣的管理方式，就是為了方便管理，其實其他護理之家明明可以開放參與社區活動，為何醫院還要這樣對他，基本人權完全被忽視，是很真實的現況。</p> <p>4. 汙名化問題在學校亦然，連老師、學生、整個學習環境就是在排擠這個學生，若你有心理社會障礙，你的學習環境就是很痛苦，有時候就有點逼迫你退學、不要在這裡學習，對每個心理障礙的學生在這樣環境學習都是一種折磨，我們自己的會員都有這樣經驗，這樣的環境讓他無法在這裡學習，這是關係整個教育工作者，以及到整個民眾的教育前端的如果對於精神疾病連基本認識都沒有，根本無法同理、支持他走過這段路。</p> <p>5. 本會據點搬遷到某學校裡面，沒多久，對面單位是輔導諮商系的教授，直接來問我們說，你們是精障者怎麼可</p>

發言人	發言摘要
	<p>以到這邊？你們風險評估在哪裡？你們會不會有暴力？帶著他的員工、學生來興師問罪。連輔導諮商系的教授都問這種問題，這是很嚴重的事情，我說每個人都有風險，如果這樣那我建議入校每一位都要風險評估。</p> <p>6. 障礙者回歸社區生活：本會在嘉義，殺警案影響非常大，但政府沒有做好這部分教育，甚至放任媒體。本會據點是日間服務，今年要開辦新的社區家園，房東聽到心康復之友協會多半立刻拒絕，理由是你們就是精障者，無法到社區居住，會有暴力行為。整個國家、社會大眾連意識提升都沒有，要讓障礙者怎麼回到社區中生活？</p> <p>7. 就業：</p> <p>(1) 就業這一塊，一直以來，對精神障礙沒有做特別的另外的支持與輔導，就服員很多用肢體或智能障礙的服務方式。其實每個障別有各自的服務方式，但就服員沒有針對這部分做理解跟支持，我覺得都不用做太多太深的訓練，只要先理解跟支持。</p> <p>(2) 事實上精神障礙者需要的是長期穩定的關係建立。坤典的例子，他一直維繫工作的期間，當中並未透過職重服務，均係透過社群、協會同仁一路支持，只要職場遇到困難，隨時可以call out。但在就服端，穩就3個月，關係就被切斷了，即使現在勞動部開始推「職場適應就服員」，延長那3個月的時間，但那政策推動力度非常薄弱。</p> <p>8. 長照：</p> <p>(1) 長照最大的問題是評估，長照以IADL、ADL為主軸評估，但事實上心理社會障者很多不是日常生活外顯部分，他們很多是心理支持的部分，但這部分評估不出來，他們進入不到長照服務系統，試辦方案我必須講的確是失敗的，這部分希望政府今年第2年趕快可以檢討這個服務模式出了什麼問題。</p> <p>(2) 即使精障者回到一般長照據點，日間的C據點，其實都拒收精神障礙，這也是實際狀況，他們可以收其他類別，但精神障礙就被排擠。</p>

發言人	發言摘要
	<p>9. 司法精神病院：</p> <p>(1) 我自己接過監護處分病房復健治療，其實我認為還是回歸到資源問題，在前端的資源，其實我們只是一般的帶團體活動、一般的治療，根本沒有為他們的復歸做準備。</p> <p>(2) 到底設立司法精神病院，我們是為了讓他們有下一步可以走？或者只是另外的隔離、監禁？你投入的資源多寡？復健治療的多寡？其實我都看不到；而後端的社區資源也都沒有長出來，所以我會覺得有可能這只是另外一個隔離的形式而已。</p> <p>(3) 現在的監護處分，所投入的資源都非常地少，這還是關乎資源投入的問題。</p> <p>(4) 社區資源仍尚遠遠不足，精神相關復健轉銜機制並沒有被建立，因此很多人長期留置在慢性病房、康復之家，社區居住長不出來，又很多限制，我們的整個政府在社區的投入資源都還不夠多。</p> <p>(5) 現階段應該是要重新檢討各部會怎麼把資源做連結，這個檢討過程，我希望心理社會障礙者可以一起參與，因為他們使用資源時，也看見很多問題，可以給予政府端很多建議。</p>
<p>涂惠滋女士及黃娉婷個人助理</p>	<p>1. 惠滋：我要補充一件很重要的事情，臺灣很少心理社會障礙者社區生活使用自立生活服務，我與我的個助是高雄第1位，我希望能把我的個人助理服務到我的這塊看不見的東西的部分提出來參考，否則大家總覺得心理社會障礙者為何好像永遠少一塊，並認為心理社會障礙者無法自立生活，其實是可以的。</p> <p>2. 娉婷：我是惠滋的個人助理，我們差不多要6個月了，我有服務過其他障礙者，例如視障者、罕病、坐輪椅的情況，而惠滋是我惟一服務過的心理社會障礙者。個助的理念，是我做你的手、腳，這對於肢體行動不便的人是很明顯的，但對於心理社會障礙者，障礙是隱形的、多變的，會隨時間、狀況、有彈性地變化，且障礙者自身也在捉摸、理解自己現在是在什麼狀況。</p>

發言人	發言摘要
	<p>3. 娉婷：一開始我們目標很單一，我叫他起床(我問過惠滋可不可以說，惠滋說可以)，讓他有辦法去上班，為了職務進行的，我們嘗試了1個多月，用了各種方式，讓起床這件事是比較舒適，讓你可以比較開心地起床。可是你想我們其實試了1個多月，1個多月後，惠滋情況又變了，我們原本抓出來的模式，又會慢慢改變，過程中惠滋也理解到，原本設定的目標要如何再細緻化，過程中，我希望提出來的是，心理社會障礙者的個助服務或自立服務，要注意的是，可能需要更多時間，才能根據個體狀況慢慢把真正有辦法幫助到對方的方案找出來，這並不是一開始社工或團隊開個會，我們坐在那邊用想的就想得出來的，我覺得不是。我覺得也許這個對於今天的大家的討論有幫助，所以我問了惠滋就提出來。</p> <p>4. 惠滋：這會影響到什麼？需求評估訂了我的服務內容：工作時數40小時、社會參與10小時，共50小時。如果要改呢？又瘋子，到時候可能又這個、那個不行，我連要他在line陪我，也只核准上個月1小時，承辦單位他說未來再討論，這明明是我的需求，我要討論到民國幾年需求評估才符合我？自立生活是很個人的，但政府一直control。</p> <p>5. 娉婷：惠滋說過她早上起來，很多時候情緒起伏很大，我以「陪伴他人、解決他的情緒」這件事情，使我感覺到「我在活著」，這能力也不是只有我有，最大、最基本的要訣是不要恐懼，在最一開始時，我第一個做到的事情是，當惠滋情緒很大的時候，我不要恐懼，光這一點就可以幫助很多。</p>
<p>廖福源主任(伊甸社會福利基金會)</p>	<p>有關司法精神病院：</p> <p>1. 去年10月針對監護處分修法舉行公聽會，多名精神科醫師明確指出，一個病人來到他們手上半年其實就可以獲得治療與控制，精神科醫師們也在質疑到司法精神病院繼續待著，是為了隔離、控制還是治療？他們認為不是為了治療。</p> <p>2. 受監護處分的期間不斷延長，不是為了治療，而是為了</p>

發言人	發言摘要
	<p>社區接不住他們，這反映一個結構性因素是-社區資源根本不足。記者會指出司法精神病院預算投入24.8億元，但我印象中國民心理健康計畫只有5億多元，沒有增加。</p> <p>另一個結構性因素是-政治，而政治是民眾如何思考，與有沒有辦法做到民眾的意識提升，人民真正認識我們，不是用司法精神病院簡單解決。</p>
<p>王明輝先生(台灣失序者聯盟)</p>	<p>我非常贊成麗茹主任的想法，在課綱裡面加入精神病患知識的教育，這可以解決很多問題，至少可以改善一些歧視，以及精神病患自己有可能會去自殺或者是發現有生病的問題去就醫，也可能可以避免重大刑案的發生。加入這部分在健康教育、公民教育是非常重要的，需要政府與大家一起努力。</p>
<p>滕西華理事長(台灣社會心理復健協會)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非典型就業提早退休的部分，即使申請提早請領退休給付，但仍應有後端配套。 2. 障礙者就業處境：低薪、短年資、非典型就業。 3. 有關職業病與職災問題，臺灣已是亞洲第3個把精神疾病列入職業病與職災補償的國家(我國將自殺亦列入)，但與日本等其他國家相比，我們低非常多且取得非常困難。根據芬蘭、澳洲研究，精神疾病者自殺4%與工作有關，日本2010至2016年申請職業病補償認定中，其中將近40%與工作、精神疾病相關，臺灣比例偏低。此外，本來就有精神疾病的病人，因為被霸凌，再重新認定其他憂鬱症或自殺職業病一直未被關注，影響目前就業市場上已被診斷為有精神疾病的人，不是只有思覺失調，更多的可能是憂鬱症、恐慌症等精神疾病的人。 4. 根據行政院院會通過的「保安處分執行法」部分條文修正草案，監護處分沒有上限或高於刑期是不合理的，無論刑後處遇或刑期合併監護處分，沒有上限顯然侵犯人權。監護處分之所以被大法官認為必須要與保安處分分開，是因為當中有刑罰的概念，不是只有治療，是刑罰之下合併治療。且檢察官為延長或免其處分之執行聲請時得參酌評估小組之認定(評估報告)，評估小組認定之效力為何？法官保留原則係聲請由法官裁定，我國無司法精

發言人	發言摘要
	<p>神法庭，法官有無相關專業訓練？美國精神衛生法庭(專業法庭)的配套很重要，精神衛生法庭不只處理刑事，也處理民事、精神鑑定等。</p> <p>5. 「緊急監護」是本次修法新增，在羈押期間與偵查期間就可以聲請，可長達5年，不管有罪無罪，也未規定是否適用提審法？重大刑案5年通常不可能完成審判，如果最後無罪、又不併入刑期、沒有國賠、冤獄賠償，白白被關出來，若被強制治療還可以聲請提審或救濟，但緊急監護的抗告救濟不利人民，亦未明定是否適用提審法。</p>