

台灣精神障礙者照護發展
研討會彙編

總編輯：胡海國

國家衛生研究院論壇長期照護委員會

中華民國 92 年 4 月

目錄

◎ 計畫主持人序	
◎ 目錄	
◎ 開幕致詞	
◎ 主題論述	
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(一)	
衛生政策層面.....	13
社會福利政策層面.....	17
就業政策面.....	23
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(二)	
醫療層面.....	35
全民健康保險對台灣精神障礙照護未來努力之方向.....	41
家屬及病友層面.....	43
台灣精神健康照護模式之探討	
台北市模式.....	59
民間基金會模式.....	63
整合門診與支持性就業之職業復健方案.....	67
◎ 綜合討論紀要	
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(一)	
引言... 陳永興局長.....	81
討論.....	82
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(二)	
引言... 宋維村教授.....	87
討論.....	89
台灣精神健康照護模式之探討	
引言... 周碧瑟主任.....	93
討論.....	94
綜合座談.....	99
◎ 執行摘要.....	113
◎ 籌備委員名單.....	115

計畫主持人序

國家衛生研究院論壇長期照護委員會所舉辦之精神障礙者照護發展研討會，可以說是台灣醫學界的一個創舉。發展精神障礙者照護政策與實務方案在我國精神醫療界是刻不容緩的工作。受了醫療商業化的影響，精神醫療的內容，受到極為強烈的衝擊，而精神復健與精神障礙者的照護更是欲振乏力。沒有良好的精神復健與完整精神障礙者之照護，將給精障朋友、精障家屬與整體社會帶來無比的代價，其中包含因精神症狀惡化引起急性精神醫療之昂貴醫療代價，包括家屬與鄰居因精神症狀引起的實際性與情緒性負擔，更主要的是因缺乏精障復健與精障照護引發的社會生產力之損失。這些都不是商業化的醫療所能估算出來的社會代價。因此，國衛院長期照護論壇能舉辦精神障礙者照護發展研討會，可以對我國精神醫療諸多問題予以智性的針砭。

發展精神障礙者照護政策與實務方案的要旨是要能掌握精神障礙的精神病理現象與我國社會文化特性，及兩者相互間之互動對精神障礙者照護之影響。瞭解精神障礙的精神病理現象，才有實證基礎可以呈現精神障礙之復健與照護之重點及極限在那裡。瞭解我國社會文化特性，當然要掌握我國精神醫療、精神復健、精神照護資源與制度，尤其要掌握健保制度下運用精神醫療復健與照護資源之影響。此外，更要瞭解我國文化特性中對精神障礙之態度、烙印，以及我國文化特性中家庭對精神障礙者之責任、付出、負擔與需求。

我們要瞭解商業化健保制度中精神醫療狀況，但不能在既有健保框架裡討論精神障礙者照護的發展。我們要以“人本”為基礎，以精障者與其家屬之尊嚴為出發點，以精神障礙的精神病理現象為基礎，舉出精神障礙照護體系在我國社會文化背景中理想層面之架構。這個架構除了精神醫療、精神復健相關性的體系外，尚有健保局、民政、社政、警政、社區志工與種種民間資源、精障者與家屬團體等不同體系之參與，才可竟全功。

基於如此的認識，國衛院長期照護論壇中所舉辦精神障礙者照護發展研討會是一系列之研討會，且將由精神障礙者照護系統的各個不同層面做切入點，把持精障照護之理想性，掌握我國社會文化特性，以實證精神病

理現象為基礎，展開符合我國社會人文特性之精障照護體系之發展。

本研討會很強調精神病理實證資料之收集、分析與應用。若我國精神障礙相關精神病理資料有所不足，除參考國外資料，更會建議我國特有精神病理資料之研究與整理。此外，本研討會的另外一個特性是強調精神障礙者系列性與多層面性的照護需求。因此，研討會之進行，特別著重不同層面人員的參與，形成我國既有精神障礙者照護系統研討的合夥性平台。本研討會中所謂合夥性平台中相關合夥人，是精障者照護體系中所有各環節相關人員，包括精神病理學學者、醫療事業的不同專業人員、精神醫療行政人員、精神醫療資源提供者及管理人員、社政人員、警政人員、民政人員、健保行政人員、精障者與家屬團體(如全國康復之友聯盟、各縣市康復之友協會組織及其他心理復健團體等)、社區志工人員、民間團體及民間資源提供者等。

本研討會中所謂合夥性平台之用意是指在研討會之討論要兼顧整個精障照護系統中的每個環帶。因為每個環節都是重要的角色，缺一不可。所謂合夥性是要各個環節中各相關角色的人員，要通力合作，要體認到相互的需求著，不是一方獨大。要體認面對整體社會大環境對精障者刻板印象是那麼固著，因此要大夥兒一起努力才可竟全功，不可進行內耗性之互動。要能即時偵測任何不利之內耗性互動，而適時調整健康、有效、互相鼓勵的合夥關係，一致對外，力求發展。所謂合夥性平台是指任何一個環節的角色或人員，在此平台上是相對地重要的，是缺一不可的，換句話說，應是在精神障礙者照護系統中，各個環節的角色或人員是平起平坐的，要相互尊重，要相互提攜的。因為面對一般外界社會文化對精神病強烈之誤解、排斥與刻板印象而言，這個合夥性平台所能展露的力量，實在仍是太渺小了。此合夥性平台非得努力，以腳跟用力站住不可，也就是要以強烈溪流衝刷的中流砥柱為此合夥性平台之自我要求，才有可能竟全功。這是國衛院長期照護論壇中設計精障者照護發展研討會之基本認識與基本行動綱領。

本次(91 年度)之精神障礙者照護發展研討會是此系列性研討會的第一次舉辦，因此，在研討主題上以精神醫療、復健與精神照顧之現況呈現、分析與討論為主題。在研討會籌備會上以精神醫療行政人員、精神醫療與復健專業人員、相關社政人員、家屬代表為主軸。在研討會之進行方面，

包括(1)現有精神障礙者醫療與照護政策的報告，(2)現有精神醫療、復健與照護之實際服務現況之報告，(3)嘗試性精障照護模式之報告，(4)綜合討論及(5)精神障礙者照護體系中合夥性平台之對話，在此對話平台由主持人、報告者與來自精障照護系統所有參與人員進行開放性之對話。

本次是第一次研討會，有長期照護論壇之主任委員藍忠孚教授及副主任委員石耀堂教授蒞臨指導與鼓勵，甚為重要；有各級精神醫療行政人員，有精神醫療團隊各類專業人員，有精障照護相關社政、民政、警政人員參與，也有熱心社會人士，精障朋友及其家屬的熱心參與。大家均能體會有志一同之“合夥性平台”角色，言無不盡，相互禮貌相待，互相砥礪，沒有內耗性的不必要爭議。因此，本次研討會成果豐碩。此 91 年度精神障礙者照護研討會彙編，記錄了此次研討會的豐碩成果，是有理論與實務，政策與方案，理想與現實三大軸向的參考價值。僅以 91 年度精神障礙者照護發展研討會主持人之身份，為序一篇，以資鼓勵。

胡海國

台大醫院主治醫師

台大醫學院精神科教授

2003 年 3 月 3 日

開幕致詞

胡海國教授

藍教授、石主任、陳局長、吳科長、宋教授、還有其他的朋友！我個人感到十分高興大家能夠在百忙中安排這麼珍貴的時間，參與今天的研討會，希望能夠藉此集中、激發我們的想法，把有關精神醫療、精神障礙者照護方面的想法凝聚起來。今天論壇的研討會只是一個開始，希望將來能每年有新的題目，所謂新的題目就是新問題的發現，因為精神醫療、精神照護所牽涉的範圍實在是太廣了，光一次的研討會不可能把它討論得清楚，所以希望能夠像接力賽一樣，一層一層的詳加討論，盡可能把所有的資料與想法整合起來，將來無論是醫療服務、醫療行政、或是研究方面，各個相關領域都可把它當作一重要參考。我想今天大家花時間來的目的應該就是如此。

我尤其感到高興的是，今天與會的人員來自於多個層面，包括家屬、甚至病人本身、以及負責醫療行政的人士，也包括了研究人員等等，我衷心盼望能透過這種多層次、交叉的討論，以得到最符合我們社會所需要的、具有理想性的結果，將來可以當作精神醫療與精神障礙者長期照護方面的參考訊息。各位從手上的大會手冊可以看到今天議程的安排，在幾位籌備委員用心思考的結果，我們可以從政策方面、實務方面，並針對目前所看到的現狀、所發現的問題等面向來進行討論。這些包羅萬象的討論將分三個場次來進行，各場次的主持人在最後的綜合討論時都會把所看到的、聽到的、想到的問題或看法，作一個引言，所以最後的綜合討論應該會是更精采、更具爆發力的。透過這樣的努力，相信大家都可不虛此行，都會非常的有收穫。

國家衛生研究院之下設有論壇長期照護委員會，我們算是其中的一個小組，論壇的執行長、副執行長都十分重視精神障礙者的照護與將來的發展方向，他們都相當熱心並有獨到的見解，接下來就歡迎他們為大家致詞。首先邀請藍執行長，藍忠孚教授過去在衛生、福利、經濟方面都有他獨到的見解，前幾年還熱心於教育在慈濟大學當校長，現在回到最拿手的本行來繼續發揮。接著邀請石副執行長，石曜堂教授是國家衛

生研究院醫療保健政策研究組的組主任，他以社會醫學的背景，長期以來不只是從事公共衛生方面的教育，而且從過去在衛生署很多的政策擬定，以及到現在在國衛院政策方面的研究，貢獻專長。今天的研討會，應該也在他的範疇裡面，依他獨到的見解，給我們一點鼓勵。

歡迎詞一

藍忠孚執行長

主席胡海國教授、衛生署吳科長、以及陳局長、宋教授、各位來賓。身為國家衛生研究院論壇長期照護委員會的召集人，很高興看到在長期照護委員會當中能有一個 section 專門來討論有關精神醫療、精神障礙者照護的議題。我想以往所謂的 long-term care 常常偏重在老人，但是嚴格來講，長期照護的定義應不只限於老人，像是植物人涵蓋的年齡層就十分廣泛，而精神病患的照護無庸置疑的，也是長期照護領域中非常重要的環節，所以我們並不願漏掉有關精神方面的議題，希望今天的研討會能有很豐碩的成果，並由衷地期望這些成果對身心障礙的朋友能或多或少有所貢獻。我僅代表論壇長期照護委員會，向今天所有參與的朋友表示敬意、表示歡迎，更感謝胡教授，還有幾個主要負責引言的，陳永興局長、宋維村教授、跟下午的周碧瑟教授，能夠來主持幾個 sections。

過去三十多年來一直從事衛生政策跟管理相關的學習，接著，我想把個人的對這方面的觀感和體認，跟各位報告一下。二十一世紀初期有關疾病型態跟未來醫療照顧的發展上的一些端倪，與二十世紀相比，我想有很多不一樣的地方。比如說，未來的社會與世界都將會更多變，國家與國家間的衝突也會更為詭譎多變，在這樣的情況下，從個人到社會都將備感壓力，因此健康上的問題、以及精神方面相關的問題，都將成為更不容忽視的問題。其次，過去將近三、四十年裡，其實精神醫療已經有很大革新與進展，但是我想，今後將會隨著基因醫學的發達，人類對於大腦將會有更突破性的瞭解，相信這對於精神疾病的認知、診斷與治療方面都將會更上一層樓，這一點也是值得我們大家重視的。

另一方面，在這個世紀，人口與社會的結構都有顯著的變遷，日本人習慣稱這種結構為「少子高齡化」，意思是說大家孩子越生越少，大家的平均餘命越來越長，這樣的情況下，我們可以想見，一個家庭的成員裡面，假定有長期需要接受照護的情況發生時，不管這位成員是老人或是身心方面有障礙的任何年齡層的人，大部分的家庭都將無法派出人手來從事照護工作。所以在了解幾個重要的背景因素後，如何建立一個健全的照護制

度，並兼顧良好照護品質，就是 quality of care，乃至身心障礙者真正需要的生命或生活上的品質 (quality of life)，這些問題都是值得我們大家來深思、重視的。因為時間的關係，我就點到這裡，我只是強調今天探討問題所牽涉的層面非常廣泛，從整個議程看來，今天的研討會將不會只有從生物學的、醫學的角度來看，甚至會從社會學的、經濟學的角度來看，乃至政策面，整個國家、整個社會、整個體系的建構都會兼顧。事實上，家中一旦有需要長期照顧的病患，不只病人痛苦，家庭、社會也都會感到莫大的負擔。目前在科學上並沒有更大的突破，以了解病因、機制、甚至治療方法，在找到更好的辦法之前，我們仍然只能在有限的範圍下，尋求最合理、最合適、最具成本效益，兼顧照護品質與生命品質的照護體系。在這樣的背景下，國家衛生研究院論壇很樂意來舉辦這樣的研討會。再一次表示感謝、歡迎各位，感謝胡醫師跟各位精神醫學界的前輩們，今天能夠共襄盛舉，祝福我們研討會順利、圓滿、成功，各位健康快樂，謝謝大家！

歡迎詞二

石曜堂組主任

謝謝胡教授的邀請。

當看到大會的議程時，我第一個深刻的感受是胡教授及八里療養院的簡主任在研討會安排上的盡心盡力。今天的研討會共分成三個部分進行，首先是從政策層面，包括衛生政策、社會福利政策、勞工政策，主持人是高雄市衛生局的陳永興局長；接著是從醫療體系、健保、病人及家屬等三個層面來談，是由台大的宋維村教授擔任主持人；最後一個階段由陽明大學的周碧瑟主任主持，所談的是種種基層模式的探討。其後還安排了一場綜合討論，這樣刻意用心的安排，我相信大會一定會成功，收穫必定也會相當豐碩。

今天是週末假日，然而台下仍是座無虛席，對於各位熱心參與的態度實在是萬分的感佩。有人將「LOVE」做了以下的詮釋：「L是 learning，O是 observing，V是 verbalizing，E是 encouraging」，各位今天的參與，讓我深深感到這真是「L、O、V、E」四個字母各代表的意涵。

最近我接到一封 e-mail，說：「聯合國向全世界的小朋友發了一封問卷，內容是『對其他國家糧食不足的問題，請表達自己的看法。』對非洲的小朋友而言，他根本不知道什麼叫做糧食；對歐洲的小朋友而言，他不知道什麼叫做不足；對亞洲的小朋友而言，他根本不懂什麼叫做自己的想法；對拉丁美洲的小朋友，他根本不知道什麼叫做請；對美國的小朋友，他根本不知道什麼叫做其他國家。」這或許是一個笑話，但實實在在道出了「凝聚共識」是件多麼困難的事。常有人質疑國家衛生研究院的功能無法達到改變政策的目的，但是必須有所認知，政策是需要經過政治程序做決定的，以學術的觀點，光是能提供良好的建議就有其存在的價值。舉例來說，今年八月份我們在台中舉辦了一場有關「發展社區化長期照護之策略」的座談會，特地把會場選在台中縣政府，把北、中、南甚至東部等各地的社政單位、以及衛政單位全都聚在一起討論，雖然這也沒有到政策層次，但已經有了強烈的共識，這就是行動的開始。今天我們針對精神醫療的發展，以及精神障礙者的照護，從各個角度凝聚在一起討論，這是很重要的，也是另一個行動的開始。預祝大會成功，再次謝謝各位的熱烈參與！

目 錄

計畫主持人序.....	1
目 錄.....	5
開幕致詞.....	6
主題論述	
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(一)	
衛生政策層面.....	13
社會福利政策層面.....	17
就業政策面.....	23
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(二)	
醫療層面.....	35
全民健康保險對台灣精神障礙照護未來努力之方向.....	41
家屬及病友層面.....	43
台灣精神健康照護模式之探討	
台北市模式.....	57
民間基金會模式.....	61
整合門診與支持性就業之職業復健方案.....	63
綜合討論紀要	
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(一)	
引 言.....陳永興局長.....	81
討 論.....	82
台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(二)	
引 言.....宋維村教授.....	87
討 論.....	88
台灣精神健康照護模式之探討	
引 言.....周碧瑟主任.....	93
討 論.....	94
綜合座談.....	99
執行摘要.....	113
籌備委員名單.....	115

精神障礙者照護之現況分析與未來發展 -- 衛生政策層面

衛生署醫政處 吳文正科長

雖然慢性精神病患者自民國八十四年起已納入「身心障礙者保護法」規範之身心障礙者範圍之一，但限於疾病本身的特質及過度污名化的雙重弱勢之下，精神病患者的醫療、福利、就學、就業及就養等措施明顯較其他障礙類別不足，這是中央政府相關單位所必須正視且加強的部分；然而政策的推廣，的確有其實際執行的障礙及限制，以下，將針對精神障礙者照顧的現況、問題與障礙及未來發展的重點，做簡要的陳述，並希望與其他精神病患者照顧之相關單位分享經驗。

一、精神衛生工作現況：

- (一) 強化精神衛生行政體系：中央及各縣（市）政府均已設置專責單位及專人辦理精神衛生工作。
- (二) 健全精神醫療服務網路：自民國七十五年起，將台灣地區依地理環境、人口及資源分布情形，劃分為七個責任區，指定核心醫院，建立區域性精神醫療網，辦理人員培訓與醫療支援工作，加強緊急送醫及個案追蹤管理制度。
- (三) 充實精神醫療設施：編列經費補助公立醫院及獎勵民間醫院興建精神科病房，至民國九十一年十二月底有精神科診所及醫院 218 家，全日住院病床計 19,304 床；尚有 9,900 餘床已獲許可興建中，預估近年內將可達每萬人口 10 床目標。
- (四) 培育專業人才：為提高精神科醫師待遇、分發公費醫學生至精神科服務、鼓勵自費醫學生從事精神醫療工作、辦理精神醫療人員繼續教育、提供國內（外）進修機會及訓練基層醫療與衛生保健人員有關精神醫療知識等具體措施。
- (五) 推廣心理衛生工作：為滿足民眾對心理衛生服務之要求，本署補助直轄市及縣市政府逐年設立社區心理衛生中心，提供心理衛生保健、諮詢及諮商服務，並推廣心理衛生教育宣導。
- (六) 辦理強制住院醫療補助：依精神衛生法規定，本署九十一年指定 73 家精神醫療機構辦理精神疾病嚴重病人強制住院業務，並補助強制住院期間醫療費用。

（七）加強藥物濫用防治：責成各公立醫院精神科全面開辦藥癮治療特別門診，並已指定 147 家醫院辦理藥癮治療業務，接受民眾自動求戒。

（八）推展教育宣導：編印心理衛生專輯 21 輯、製作單張 10 種、製播宣導短片 17 支、每年並補助各縣市衛生局、康復之友協會、中華心理衛生協會、董氏基金會、國際生命線協會中華民國總會及社團法人中華民國自閉症總會辦理心理衛生教育宣導活動。

二、問題與障礙：

（一）精神衛生法修訂：精神衛生法自民國七十九年公布施行迄今，精神醫療體系的建構，已粗具規模；惟隨著時代的變遷，醫療制度的改變，精神衛生法的實施也逐漸出現一些問題，如：保護人制度未能落實，強制送醫及強制住院流程有瑕疵，精神衛生服務機構定位及功能不明，及精神病患就醫、復健及安置等資源間缺乏連結機制等，鑑於以上問題，精神衛生法的修法的確有其必要性及急迫性。

（二）精神醫療暨相關服務生態之供需失衡：現有精神醫療資源（含精神科急性、慢性、日間住院及社區復健、長期養護等）限於健保給付之限制，其發展均朝利益方向靠攏，對於利潤較少之精神復健機構及社區心理衛生中心等，缺乏投資意願，加上建築及消防法規對於精神復健機構之限制以致精神醫療、精神復健及長期養護資源之供需逐漸失衡。

中央單位對於精神衛生政策缺乏定期評估機制，以致相關服務措施之成效為未能有效評估，缺乏精神衛生政策修正之實證依據。也由於社會大眾對於心理衛生認知不足，社區民眾對於精神醫療、復健設施的抗拒也是造成精神醫療、精神復健設施不足且分布不均的阻力之一。

（三）精神衛生服務體系轉介之落實：精神病患服務體系必須是配合精神疾病病程發展的過程，從照顧社區民眾心理健康、發現社區精神病患及協助就醫，到出院後之社區復健、列管追蹤及長期養護等建立一完整的服務網絡，才能提供病患完整且連續性的照顧；然而，受限於病患病情分類未落實、轉介流程不順暢及相關社區復健及長期養護機構不足，使得精神衛生服務體系之轉介無法充分發揮功能，

- (四) 衛政與社政單位之權責劃分與整合：精神病患的照顧應屬整體性且連續性的服務模式，依病患性質不同，應由衛政、社政、教育及勞政單位提供不同類別的服務。衛生署雖於八十七年已和內政部針對精神病患照顧體系權責劃分有初步共識，然而在實際病人照顧上，仍有功能劃分不清、長期養護機構不足情形，特別是在精神疾病症狀穩定但呈慢性化，不需住院但須長期生活照顧的病人上，因此，未來在部會的功能整合及權責劃分上應該有更明確的方向，才能保障病人權益，使病人獲得適所的照顧。
- (五) 精神衛生行政、精神醫療專業與病患及家屬期待之落差：由於民族性所致，精神病患家屬與病患間的連結十分的強，家屬同時也是病患在社區中的主要照顧者，也由於病患的照顧是花費長時間及大量心力的艱辛工作，因此家屬對於政府是否能分擔照顧責任及給予適當的補助措施有相當大之期待；然而對於行政資源及轉介體系的認知不足、對政府照顧或安置病患的期待過高等，往往造成病患家屬與政府之間的衝突與對立，病患家屬在照顧病患上所付出的努力及辛苦是值得肯定及同理的，但是若能妥善宣導政令及教育家屬，同時強化病患家屬在精神衛生服務體系的角色，那麼病患家屬則不再是精神衛生發展的阻力而是助力。
- (六) 心理諮商、輔導、社區復健及處遇範圍之驟增：隨著家庭暴力防治法、性侵害防治法及緩起訴制度的施行，家庭暴力及性侵害加害者的認知輔導教育及心理輔導的需求大量增加，加上因應緩起訴制度的犯罪被告人的社區處遇需求，中輟學生之心理輔導，婦女、弱勢族群及外籍新娘之心理健康促進等，心理衛生工作的範圍大增，因此現有制度須做適當的調整，並增加專業心理衛生人力，方能因應。

三、 未來發展重點：

- (一) 修訂精神衛生法：持續精神衛生修法會議，修正重點仍主要強調精神病人權、健全保護人制度及精神病患強制送醫及強制住院流程、檢討精神衛生相關設施之功能及定位，另亦將強化精神病患社區安置措施等，以期這個關係到全體國人身心健康及精神病患醫療、福利措施的法規能更臻完善且符合世界強化病人人權保障的趨勢。

- （二）進行全國性精神疾病流行病學調查：政策制定、執行及修正均有賴於實證依據，才能有客觀且明確的基礎，因此衛生署已委託相關專業團體及學者著手進行精神衛生相關服務之調查研究，其中九十一年起進行之全國性精神疾病流行病學研究計劃，將參考世界衛生組織之「世界心理衛生研究」，調查各種精神疾病之盛行率，並將其與社會人口學等因素進行分析與危險因子之探討，同時深入探討精神疾病產生之社會及個人負擔與失能，以期推估病患醫療照顧、各項精神衛生設施及專業醫療人力之需求。
- （三）檢討現行精神醫療及復健措施之適當性：鑑於現行多項精神衛生行政措施已逐漸出現問題，因此目前的精神衛生服務措施是否合宜且滿足民眾的需求的確有其檢討的必要性，因此衛生署已計畫針對現有政策執行成效進行評估，如：精神醫療網執行成效評估、社區復健成效評估及強制住院費用審核及給付流程檢討等，以作為政策修訂之依據。
- （四）評估整合式精神病患社區服務方案：依據精神病患者病程發展情形，建立以病人為中心之整合性社區服務方案，包含設立病患服務之單一窗口、協助就醫及服務需求諮詢與評估、機構轉介、職業訓練、就業輔導、就學諮詢及長期安置等，並預計選定部分縣市試辦，並評估其全面推廣之可行性。
- （五）發展本土化之社區心理衛生中心服務模式：鑑於本土民情保守，民眾對於心理衛生問題淡漠及抗拒，發展本土化及因應公共衛生三段五級之預防概念之社區心理衛生中心服務模式為當務之急。
- （六）因應並研擬藥癮、家庭暴力、性侵害加害者及犯罪病患之社區處遇方案：為因應藥癮戒治、家庭暴力、性侵害加害者之快速成長及緩起訴制度施行後而可能急速增加之犯罪病患之處置，發展適合於社區執行之戒治模式、認知輔導教育及處遇措施已是未來精神衛生工作的一部份，而異於原有醫療機構治療體系的社區處遇概念也預計是精神衛生政策推動上極大的挑戰。

台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(一)

社會福利政策層面

內政部社會司 陳彥丞科長

壹、前言

慢性精神病患者自八十四年六月起納入身心障礙福利範圍，依身心障礙者保護法第三條規定鑑定符合中央衛生主管機關所定等級之慢性精神病患並領有身心障礙手冊者為本法適用對象，有關其就養、就醫、就學、就訓、就業等均比照其他障礙者依「身心障礙者保護法」規定享有各項福利照顧，截至九十一年六月底止領有身心障礙手冊者共有七九〇、三一二人，其中慢性精神病患計有六四、九〇八人，占身心障礙人口百分之八．二一，依法皆受政府提供之各項福利與照顧。台閩地區身心障礙者人數每年約以百分之十之成長率，即每年增加七萬人，因而，對身心障礙者之就養照護、經濟安全、福利服務與合法權益等之促進保障，向為政府重要施政之一，惟為達上項目標，更有賴政府與民間資源之整合，共同規劃並推行各項福利服務措施，以提昇福利服務品質。

貳、現況概述

一、推展身心障礙福利服務重要措施：

- (一) 辦理身心障礙者生活需求調查。
- (二) 寬列身心障礙福利服務預算經費。
- (三) 辦理身心障礙福利專業人員訓練。
- (四) 召開身心障礙者保護委員會、權益促進委員會。
- (五) 辦理中低收入身心障礙者生活、托育養護、輔助器具費用補助。

- (六) 補助身心障礙福利服務機構建築物及設施設備。
- (七) 補助身心障礙福利服務團體、機構辦理各類身心障礙福利活動。
- (八) 補助身心障礙教養機構服務費、交通費。
- (九) 到宅評估輔具服務及復健訓練計畫。
- (十) 補助設置輔助器具資源中心。(輔具資源整合、回收、租用、諮詢、展示、復健、後送維修)
- (十一) 辦理身心障礙福利機構評鑑。
- (十二) 補助設置身心障礙者社區家園、團體家庭。
- (十三) 身心障礙者生涯轉銜服務管理整合之規劃。
- (十四) 補助身心障礙者居家服務。
- (十五) 補助身心障礙者社區服務(復健、諮詢、日間照顧、臨(短)照顧)。
- (十六) 規劃建置「社會救助與身心障礙者人口資料管理與福利資訊整合作業系統」。
- (十七) 推動身心障礙者財產信託。

二、領有身心障礙者手冊(含慢性精神病患者)可享有之福利服務措施：

- (一) 中低收入生活補助、托育養護、輔助器具補助。
- (二) 居家服務。(居家護理、居家照顧、家務助理、友善訪問、電話問安、送餐到家、居家環境改善、陪同就醫)
- (三) 社區照顧。(日間照顧、臨時及短期照顧、餐飲服務、交通服務、休閒服務、親職教育、轉介服務)
- (四) 社會保險保費補助。
- (五) 所得稅減免。
- (六) 優先核准購買或承租商店、攤販、國宅、停車位。
- (七) 乘搭交通工具半價優待。

- (八) 租屋或首次購屋貸款利息補助。
- (九) 本人及子女就學學雜費之減免。
- (十) 教育代金補助。
- (十一) 職業訓練生活津貼。
- (十二) 創業貸款補助。
- (十三) 定額進用保障就業。
- (十四) 風景區、文教設施半價或全額優待。
- (十五) 公益彩券經銷商之申請。
- (十六) 核發身心障礙者專用停車位識別證、理療按摩執業許可證。

三、慢性精神病患就養安置：

- (一) 為協助其獲得妥善照護，將依案主實際症狀，轉介至精神醫療、精神復健或社會福利機構接受適當醫療、復健或養護。
- (二) 內政部業與行政院衛生署協調研議「精神病患照顧體系權責劃分表一」，依該表所列第一類至第四類病患性質係由衛生醫療單位主辦，第五類及第六類病患性質如領有身心障礙手冊者係由社政單位主辦、衛生醫療單位協辦，內政部已函請地方社政主管機關積極籌設安置慢性精神障礙者之收容機構並提供居家服務，以加強對慢性精神障礙者之照顧。另亦會同行政院衛生署研訂醫療及社政單位照顧慢性精神病患者協調連繫作業要點及轉介流程，並函知地方社政及醫療主管機關加強聯繫辦理。
- (三) 截至九十一年六月底台閩地區擁有「慢性精神病患者」身心障礙手冊者計有六萬四千九百零八人，依據身心障礙者生活及福利需求調查報告資料顯示，需由機構收容安置之身心障礙者百分之五點四就養需求推估，約需有三千五百

零五個收容養護床位。除衛生署各精神病養護所設有慢性精神病床接受縣市政府委託收容外，本部目前已委託私立台中仁愛之家、私立台南仁愛之家、私立高雄仁愛之家、衛生署玉里醫院、衛生署桃園療養院、衛生署草屯療養院等六個單位收容低收入戶精神病患一千三百六十二人。另積極輔導直轄市、縣市政府設立或獎助民間興辦收容慢性精神病患養護機構；目前已立案單位包括台南縣私立康寧殘障教養院（收容九十一床）及台北市公設民營機構——一壽照顧中心（收容五十床），高雄市立凱旋醫院附設大寮養護中心（收容二百床）；另台灣省寧園安養院整修房舍後可增加收容三十二床，社政單位合計設有一千七百三十五床，尚不敷一千七百餘床。

（四）內政部推展社會福利服務補助作業要點訂有對民間設立身心障礙福利服務機構及床位之補助，故各直轄市、縣市政府可評估轄內第五、六類慢性精神病床位之需求數，積極輔導轄內相關機構增設慢性精神病患收容照顧床位或輔導設立機構，內政部將依上開要點規定予以補助及協助。

參、未來展望

政府之施政是以民眾福祉為優先，而對民眾之福利服務，是一個持續逐步之過程，因此，我們當以不斷地專業提昇促進福祉，廣續推動身心障礙各項措施，茲就慢性精神障礙者照護未來努力方向扼述如下：

（一）強化經濟安全制度：除廣續加強辦理生活、養護及參加社會保險保費補助、重病醫療及住院看護費用（健保未給付項目）補助等經濟支持外，未來將再加強慢性精神病患安養照護、推展財產信託制度及配合國民年金制度之規劃、實施，以保障障礙者經濟安全，改善生活品質。

- (二) 加強社區照顧服務：社區化是推展福利服務重要原則之一，加強社區照顧體系之建立更是推展障礙者福利重要措施，促使障礙者能就近運用福利服務資源，除廣續加強推展居家服務、日間照顧外，九十一年度配合推動「照顧服務產業發展方案」，針對非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務，減輕其家庭照顧負擔。
- (三) 提昇機構照護品質：加強輔導收容慢性精神病患者教養機構，以保障收容對象之權益，並輔導機構朝向小型化、社區化發展。對有意願參與慢性精神障礙者養護服務之財團法人，經依法申請障礙福利機構設立許可且服務績效良好者，依據內政部加強推展社會福利服務補助作業要點規定，予以建築費、設備費、教養服務費等補助，並補助辦理專業人員培訓，辦理機構定期評鑑，以確保服務品質，保障慢性精神病患權益。
- (四) 增進社會參與機會：為提昇障礙者全面參與社會活動，除廣續補助社（財）團法人積極規劃辦理各項休閒、育樂活動外，未來將更積極落實豐富身心障礙文化精神生活實施辦法，讓有才藝之障礙者得以充分展現，對相關文化活動也應予以公平參與之機會。
- (五) 委託研究「成年心智障礙者（以智障者及慢性精神病患者為主）社區照顧與居住模式之發展」：探討比較歐美身心障礙者社區居住相關住宅政策、法案與配套福利服務措施；檢討我國現行推展障礙者居住照顧政策與福利服務措施，進而提出我國推展成年心智障礙者社區居住初步模式；擬訂「社區居住模式之作業手冊」及辦理培訓、成果發表會或研討會。

台灣精神障礙者照護之現況分析與未來展望 就業政策面

勞委會職訓局 蘇昭如科長

壹、前言

殘障福利法自民國 69 年公布施行以來，歷經五次修正，84.6.16 修正第三條將慢性精神病患納入，此為精障朋友自精神衛生法 79 年發布以來於福利法規獲得更多福利權益之保障。86 年修法名稱更正為身心障礙者保護法，並將促進就業獨立為專章，明訂勞工主管機關主管身心障礙者之職業訓練、就業服務等事項，中央部份業務於 86 年自內政部(社會司)移撥勞委會辦理。影響精障者社會 / 職業功能之因素包括社會烙印與恥辱感、認知與功能障礙、症狀干擾、人際關係與社會技巧困難等多方面問題，故較之其他障別，精障者就業安置問題更加引人關注。

貳、身心障礙人口分析

隨著身心障礙者保護法多次修訂，身心障礙類別之擴增及各項福利措施之推行，持有身心障礙手冊人口數與日增加，從民國 70 年的 128,420 人，佔全國人口的 0.71%，至 91 年 6 月底止台灣地區領有身心障礙手冊計 790,312 人，佔全國人口數的 3.43%。其中，領有精障手冊人數從民國 84 年的 12,023 人，佔全部身心障礙人口數的 3.05% 逐年增加，至 91 年 6 月底為 64,908 人，佔 8.21%；較之其他障別人數，次於肢障的 338,266 人(佔 42.8%)、聽障 85,324 人(10.80%)、多障 77,382 人(9.79%)、智障 74,825 人(9.47%)，居第五名。若依 15 至 65 歲各障別人數比較，則精障人口數躍居第二位，僅次於肢障(44%)佔該年齡層身心障礙總人數 12.85%。(內政部統計處)

在年齡結構方面，整體身心障礙人口 65 歲以上者近年來大幅成長。91 年 6 月底止 65 歲以上 268,524 人，佔 34.8%，此或因國內人口老化，以及整體身心障礙福利措施優於老人福利所致。又各障別之年齡結構不同，視障、聽語障以中高齡為多，失智症偏向高齡更明顯；智障與自閉症以幼年或青年前期為主；65 歲以上精障者僅佔 6.9%，精障者之年齡集中於中壯年，30-45 歲佔 45.1% 最多。

在教育程度方面，23.7% 不識字，國小以下 58.4%，國中以下則為

74.4%，高中以上程度佔 25.6%，可見身心障礙者較一般國民教育程度偏低，此亦間接限制身心障礙者之就業機會。其中，精障者之教育程度平均高於整體之身心障礙者，高中以上者為 41.01%，惟國中以下學歷者仍佔 59%。

在就業方面，內政部委託中正大學所作「八十九年度台閩地區身心障礙者生活需求調查報告」發現，90 年 3 月止全國 15 歲以上身心障礙者 612,942 人，其中就業人數 11,6750 人(19.05%)，失業 30,912 人(5.04%)，非勞動力 243,033 人 (75.91%)。再就就業之身心障礙人口進一步分析，其中肢障就業比例最高(61.38%)，聽障次之(9.71%)、智障(6.71%)重器障(6.69%)再次之，精障就業人數 4018 人，佔 3.44%，遠低於其所佔身心障礙總人口數之比例(89 年底為 7.64%)。統計各地方政府所報至 91 年 4 月底止定額進用之身心障礙者計 40,255 人，其中精障者僅 696 人，佔 1.73%，可見精障者於一般競爭性職場較之其他障別之競爭能力更低，或反映精障者即使投入職場亦希望隱匿其障礙者之身份。

就業之身心障礙者總平均每月薪資 25,881 元，就各障別比較分析，平均每月薪資以重器障(28,769 元)、其他障礙(28,582 元)、肢障(28,142 元)、顏面傷殘(26,789 元)較高，精障者月平均薪資 15,729 元，僅高於自閉症(5,138 元)、失智症者(6,800 元)及智障者(14,476 元)。

身心障礙者找工作之途徑，以親朋介紹最多(34.43%)，其次為自己應徵(25.54%)，第三為考試分發(6.29%)，社會福利機構介紹佔 4.7%，就服機構轉介僅佔 2.57%。就精障者而言，親友介紹之比例更高為 50.85%，顯見其更不利之社會處境。

參、精神障礙者就業問題

醫療專業人員以職業復健之目的是工作(work)，包括一切有目的、需投注心力與時間，不見得有物質效益但具社會意義之活動，如義工、家務與學校活動，不僅限於賺取薪資的就業(employment)。惟本文仍聚焦於探討精神障礙者於就業職場之問題主要包括：

一、社會烙印與恥辱感影響社會接受程度

媒體經常以「不定時炸彈」形容社區中的精障者，造成社會大眾及各個就業職場均對精神障礙者心生恐懼，污名化之效果使精障者被隔離在家

裡或機構，阻礙精障者回歸社會之發展。

二、持續復發之症狀干擾及認知功能障礙影響精障者就業之穩定性

高達 30-40% 的精神病人在一年內會再復發，且每況愈下。

(Lieberman,1984)精障者常見之問題即是症狀對其日常行為與功能角色之干擾，常使其無法穩定就業；又疾病之限制使其社交技巧及適應能力大受限制，難以處理工作職場之人際及適應問題，加以社會烙印與恥辱感，使精障者常想隱匿其障礙之身份及服藥之行為，致其病情更不易穩定控制。

三、持續性追蹤輔導及團隊專業協助之需求

持續性之醫療需求，加上與家庭、社區、工作職場等社會適應專業協助之需要，精障者較之其他障別更需要醫療、復健、社會工作等專業團隊之協助；加以其復發之可能性，需持續之追蹤輔導。

肆、促進身心障礙就業措施現況

依身保法就業促進章明訂勞工主管機關應辦理事項包括：

- 一、定額進用、獎勵進用身心障礙者工作之績優機關（構）等
- 二、身心障礙者就業基金專戶經費之管理與運用
- 三、辦理職業輔導評量
- 四、提供無障礙個別化職業訓練及就業服務。
- 五、設立或獎勵設立職業訓練及就業服務機構。
- 六、提供支持性庇護性就業服務。
- 七、設立或獎勵設立庇護工場或商店。
- 八、就業職業種類與輔助器具之研究發展。

職訓局辦理身心障礙者就業訓練業務 91 年度公務、基金預算計約 4 億 8337 萬元，目前工作重點、遭遇問題等分述如下：

一、就業促進措施

現況

針對具有工作能力及工作意願之身心障礙者進入一般(競爭性)就業市場，除各就業服務機構提供求職求才登記之外，亦有相關法規及措施保障其工作機會。

1.定額進用

依身保法規定，公部門員工每滿五十人，私部門滿一百人者應用身

心障礙者各 2%、1%，未足額進用者應繳納差額補助費。截至九十一年六月底止，進用義務機關（構）計 8,912 家，未達法定進用機關(構)1,536 家，佔義務機關（構）總數 17.2 %；應定額進用 30,353 人，實際進用 40,935 人，進用比例 138%；已繳納差額補助費 147 億 4344 萬元；直轄市、縣(市)政府身心障礙就業基金專戶已支用 81 億 1076 萬元，連同歷年累積利息尚餘 114 億 9582 萬元。

2. 僱用獎助

私立機構團體僱用身心障礙者連續達三個月以上，且每週工作 20 小時以上，僱用薪資在基本工資(全職每月 15840 元，部份工時 7543 元)以上者，每僱用一人每月補助 5000 元，最多 12 個月；若因此減少使用外勞者每人每月補助 8000 元。90 年度計補助 1800 人，3969 萬元，91 年度至 7 月止補助 1376 人，2395 萬元。

問題分析

1. 未落實定額進用及差額補助費之催繳

身心障礙者保護法規定，義務機關構未足額進用身心障礙者且未依規定繳納差額補助費者，經通知限期繳納，逾期未繳納者移送強制執行。至 91 年 6 月止，全國尚有 19 個直轄市、縣(市)共欠繳 3 億 6835 萬元，部份縣市欠繳差額補助費仍高，台北市、台南縣、桃園縣、台中縣各欠繳 8387 萬、4688 萬、5412 萬元、3487 元最多。

2. 每位身心障礙國民所受益之就業基金金額不均

因定額進用人數之核算以義務機關構公勞保投保人數計，致有差額補助費集中於總公司設立較多之都會型縣市收繳之現象，台北市之專戶餘額佔全國之專戶總餘額 50.32%，若以各地方政府之專戶基金餘額(912)除以其身心障礙人口數(90.12)，則台北市每一身心障礙者可使用 61,016 元，新竹市之身心障礙者居次可使用 32,927 元，桃園縣再次之，每人可使用 30,969，屏東縣身心障礙者之處境最糟，每人僅可使用 858 元。

3. 身心障礙就業基金未妥善有效使用

依本會 91.4.12 之調查，91 年度有 8 個地方政府該基金預定核發超額補助費佔其該年度支出超過 50%，甚有高達 85.7%，對促進身心障礙者就業直接相關項目比例偏低，甚有發現部份地方政府以該基金用於非屬促進身心障礙者就業相關事項上；大部份地方政府對該基金補助民間團體之計

畫事先缺乏需求調查，事後未見實地查証及成效考核等。又依本會之調查，各地方政府 91 年度預定收支情形，僅新竹縣政府收入高於支出，餘均呈透支現象。

二、職業輔導評量

現況

依據身心障礙保護法第廿八條第一項規定：勞工主管機關協助身心障礙者就業時，應先辦理職業輔導評量，以提供適當之就業服務。另依身心障礙者職業輔導評量辦法規定，為促進職業輔導評量工作之研究發展及評量服務之提供，主管機關應設立或獎助設立職業輔導評量中心。

本會為培育身心障礙者職業輔導評量之專業人員，前於九十年辦理身心障礙者職業輔導評量人員專業訓練，另購置「生涯興趣量表」及「工作價值觀量表」提供各區就業服務中心、身心障礙者社區化專業服務機構評量運用。台北市及高雄市政府目前均已開辦身心障礙者職業輔導評量工作，90 年度各評量 826、88 人，本局亦將補助台北縣政府規劃成立職業輔導評量中心，另預計有台中縣、台南縣、宜蘭縣、桃園縣預定於九十二年度開辦。

問題分析

- 1.目前全台各地僅台北市及高雄市對於身心障礙者辦有職業輔導評量，部份縣市因經費、專業人力等資源有限未辦理，身心障礙者接受職評之據點甚為有限。
- 2.職評工具大部分由外國引進，其常模亦係以外國人之條件所建立，缺乏本國人所研發編製之職評工具及常模。

三、職業訓練

現況

1.專案委託辦理身心障礙者養成訓練及進修訓練

職訓局 90 年度委託 38 個職業訓練機構，辦理三月至一年時間不等之職業訓練，開班人數從 5 人至 15 人者皆有，計辦理養成訓練 1294 人，進修訓練 103 人，支用 9078 萬元。

除了委託身心障礙機構團體專案辦理職業訓練之外，90 年度身心障礙者參加職訓局委託訓練機構辦理之資訊軟體人才、新興產業人才培

訓計畫 157 人，參加職訓局補助地方政府辦理之職訓 570 人，參加其他政府單位或公共職訓機構之職業訓練 355 人。

2.職業訓練券：提供即訓即用之訓練，90 年度計協助 247 人，計 702 萬元整。91 年度預計補助 300 人，至 7 月止計發券 279，實領 152 人次，核發 375 萬元。

3.膳食費補助，每人每月 2,400 元，90 年度補助 1,471 人，3173 萬元。91 年七月止計補助 1093 人，401 萬元。

4.訓練生活津貼：每人每月 12,000 元，如有扶養親屬者，每月每戶加給 3,000 元，90 年度計補助 2,432 人 2 億 735 萬元。91 年度預計補助 2,600 人，至 7 月止計補助 1338 人次。

5.獎助身心障礙職業訓練機構充實相關設備設施

對財團法人或社團法人辦理促進身心障礙者訓練就業服務績效良好且擬充實相關設備（設施）者，酌予獎助設備費，91 年度補助預算 3800 萬元。

90 年度之專案委託職訓，計委託三所機構提供精障者職業訓練，訓練 66 人(佔 5.1%)；91 年度精障類委託職訓機構計有伊甸、八里、嘉南療養院、高雄博訓中心、高雄縣殘服中心等五家；若再加上台北市身障基金補助北市療、仁愛、中興、和平、台北榮總、國軍北投、台安醫院、北市康復之友協會、北市心理復健家屬聯合協會等單位之工作訓練或庇護性就業，現有服務提供單位分為三種：其一，以醫療機構之團隊專業優勢增加辦理，佔最多；其二，以家長或康復之友協會辦理；其三，以綜合型之身障機構增加精障者亦得與其他障別共同參訓。

問題分析

1.身心障礙者職業訓練品質問題

(1) 目前各單位結訓後平均輔導就業率約為五至六成，仍應加強。

(2) 庇護性就業、支持性就業與職業訓練應有所區隔，訓練前之職能評估應落實辦理，適合參訓且具就業潛能者方予納訓，以避免純粹為申領訓練生活津貼或為獲得安養者參加職訓，浪費訓練資源。

2.膳食費補助及訓練生活津貼重複發放問題

依現行規定，身心障礙者參加職業訓練得同時發給膳食補助費每人每

月 2,400 元，及訓練生活津貼每人每月 12,000 元，如另有扶養親屬者，每月每戶加給 3,000 元，如三項都領取時，其金額已超過基本工資，不無資源重複配置之問題（訓練生活津貼已包含膳食費）。本會擬自 92.1.1 以後辦理之訓練不再補助膳食補助費（惟各公共職訓機構原招收跨越九十一年度之各種養成訓練班別有案者，仍繼續發放至該班結訓為止）。

四、支持性就業

現況

勞委會自 82 年推動以來，已補助 20 個專業機構提供身心障礙者個別化、專業化的就業服務，協助其在社區中順利就業。91 年度職訓局計核定補助 20 個專業機構 28 位社區就服員，精障部份計補助宜蘭縣、台中市、台南市、花蓮縣、桃園縣康復之友協會五單位計七位社區化就業服務員(佔 25%)提供精神障礙者個別化就業服務。台北市身障基金 91 年度補助 78 位社區化支持性就服員中，補助精障者計 5 單位 15 人(佔 19%)。

至於社區化就業服務流程、表格過於繁複問題，職訓局已委託原研訂之屏科大胡若瑩老師修訂，並於九十一年八月分北、中、南辦理三場說明會，以建立標準化服務流程。

問題分析

經濟不景氣及雇主對身心障礙者認知不足，造成開拓就業機會不易；加以各地方政財源不一，重視程度有別，無法普及，身心障礙者就業輔具及資訊之不足，身心障礙者職業評量工具及人員之不足，支持性就業服務尚待加強推動。

五、庇護性就業

現況

身保法第三十條規定，對於工作能力不足之身心障礙者應提供庇護性就業服務，主管機關及目的事業主管機關設立或獎勵設立庇護工或商店；第五十八條規定，各類機構得單獨或綜合設立，其設立許可、籌設、獎助、查核之辦法及設施、人員配置、任用資格，由中央主管機關及中央各目的事業主管機關定之。目前為止，僅有內政部訂定「殘障福利機構設立暨獎勵辦法」，社福機構、團體立案之庇護工場類型及屬性無法區分（如生產型或養護型）。

問題分析

1.目前庇護工場或是提供庇護性就業服務之單位，均依據身心障礙福利機構設立，大部分屬非營利組織，無法辦理營利事業登記，喪失參與公部門財貨投競標機會，無法提昇庇護工場的收益；其多以接代工方式經營，常會受廠商的牽制，如訂單的穩定性、利潤條件等問題。其原料、勞力輸出、產能、產品之產出，無法經由銷售換取金錢，亦較難以薪資的方式付給庇護工場中的身心障礙者。

2.某些庇護工場需要辦理工廠設立登記，尤其是製造產業者，工廠設立登記需有一定之資本額，庇護工場為非營利機構，取得資格常有困難。

3.設立庇護工場涉及土地與建物登記、工場登記、營業登記、公司執照、消防管理等規定，致立案不易

4.部份身心障礙者產能不足，惟依身保法第三十三條第規定「進用身心障礙者之機關（構），應本同工同酬之原則，不得為任何歧視待遇，且其正常工作時間所得不得低於基本工資，故而降低雇主僱用意願，影響身心障礙者就業機會。

5.目前僅有依「殘福機構設立暨獎勵辦法」立案之生產型及養護型庇護工場，尚未訂定「身心障礙者庇護工場設立及獎助辦法、設施標準」，致就業型庇護工場立案尚無法令依據。

六、職務再設計

現況

九十年度職務再設計及就業輔具之補助方式為雇主提出申請後，再透過縣市政府或就業服務中心進行初審，訪視或複審工作，其補助項目包括改善工作環境、機具設備、工作條件及調整工作內容等，以九十年度為例，共核定補助 54 件，補助 245 萬餘元。統計 84 至 90 年度職務再設計各障別補助情形發現，以肢障者使用最多，佔 38.5%，視障次之(25.3%)、智障者再次之(16.9%)，精障者僅佔 1.6%，七年年來個案量 12 人。

90 年度辦理方式係經就業服務中心或縣市政府初審，再由本會進行複審程序，其所需時間往往長達三個月。經與身心障礙團體、專家學者及地方政府開會研議，91 年度已修訂簡化審查作業流程，增加業界及團體申請辦理之意願。此外，勞委會已針對內政部、國科會及衛生署所設立十一家輔具評量中心進行調查瞭解工作，分析各輔具中心之任務、職掌及執行工

作，探究各輔具中心與本局合作開發及共同拓展就業輔具工作之可行性，以建構就業輔具資源網絡。

問題分析

職務再設計及就業輔具之推廣及運用往往需具備醫學工程、復建醫療等相關專業知識，目前國內此類專業人員十分有限。

七、就業轉銜服務

現況

就業轉銜為生涯轉銜的一部分，勞工單位主要銜接教育、醫療、社政需就業之身心障礙者，提供適性的就業服務。為溝通各縣市勞工單位、就業服務機構及大專院校，協助身心障礙學生就業觀念及做法，90年度辦理七場大專身心障礙學生就業轉銜聯繫會報。近來，職訓局已配合內政部訂頒之「身心障礙者生涯轉銜計畫實施方案」，訂定「身心障礙者就業轉銜實施要點」，並於91.8.23函送直轄市、縣(市)政府、就服中心等相關單位據以辦理；

問題分析

1.地方勞工主管機關缺乏轉銜窗口專責單位及人員，致轉銜服務資源聯繫困難。

2.服務流程及資料傳送機制未建立，缺乏轉銜共同表單。

3.職業輔導評量相關配套措施尚未落實普及。

92年度職訓局已編列預算補助地方政府專責人力及規劃建置就業轉銜資訊管理系統，屆時將可建構完善之就業轉銜服務網絡。

伍、促進身心障礙者就業未來展望

一、釐清中央與地方之分工

勞委會為身心障礙者保護法第二條第二項所稱中央目的事業(勞工)主管機關，對於促進身心障礙者就業負有監督輔導地方政府落實法規及措施之執行等職責，以往所扮角色多為直接補助相關機構團體辦理職業訓練或促進就業業務，面對仍有部份縣(市)限於人力預算業務推行之困境，實宜減少直接提供服務之角色，代之以扮演「開創性」之角色，率先進行相關服務制度、措施、方案之研訂，輔導推廣至各縣(市)政府執行；在經費預算方面，應督促地方政府編列促進身心障礙者就業相關預算，妥善運用就業

基金，並在預算範圍內，對財政較困難之縣市酌予補助，以落實執行。

二、加速修訂身心障礙者保護法

為回應城鄉資源分配不均、身障就業基金管理使用等諸多問題，勞委會已分別於 90.5.2 及 91.3.25、91.5.28、91.7.16 等多次邀集地方政府、身心障礙團體召開修法研商會議，修正重點包括：(1)差額補助費收繳地點及分配方式(2)該基金是否納入政府預屬單位預算(3)增列明訂欠繳差額補助費滯納金規定(4)庇護性就業排除適用基本工資規定(5)超額進用獎勵金發放額度彈性規定，預定於九月底前將本會修法版本送內政部彙辦。

三、落實身心障礙者職業輔導評量

職訓局已完成全台職業輔導評量之資源調查統計工作，建立對各縣市所具備職評之工具、常模及專業人力之基本了解，將協調縣市政府依「身心障礙者職業輔導評量辦法」之規定，結合地方之各種資源以委託或補助方式辦理職業輔導評量工作，使職業評量更為落實。

考慮偏遠地區設有職業輔導評量之單位及機構數有限，故研議於北部、中部、南部及東部補助團體成立綜合型之職業輔導評量中心，以提供人員訓練、工具開發及職業輔導評量資源之協調，並加強職業輔導評量專業人員之培訓。

四、推動身心障礙者就場(廠)訓用合一職業訓練

為使接受職業訓練之身心障礙者充份就業，職訓局已研擬「補助事業機構辦理身心障礙者就場(廠)訓用合一職業訓練實施計畫」(草案)，尋找有意願及適合身心障礙者訓練職類工作之公司企業，直接轉介身心障礙者至現場訓練，訓練完成後即予以僱用，並配合訓練生活津貼、僱用獎助津貼、職務再設計補助、支持性就業補助等措施，以達到「訓用合一」之目的。

五、推動庇護工場及庇護性就業模式

積極研訂庇護工場設立及獎助辦法及設施標準，獎助設立或結合設立庇護工場，並明定庇護工場類型及屬性，及協調消防、工務、建管單位專案另予考量，以利庇護工場之設立。又考量各類庇護工場之差異性大且立案不易，故研訂「身心障礙者庇護性就業服務計畫」，以補助方式普遍提供庇護性就業機會。

陸、促進精神障礙者就業服務措施

排除身心障礙朋友在就業上生理、心理、社會等方面之障礙是本會努力的目標。對於受社會烙印與恥辱感、認知與功能障礙、症狀干擾、人際關係與社會技巧困難等多元問題所困擾之精障者本會規劃加強推動之促進就業服務措施包括：

一、**加強結合醫療專業團隊提供服務**：因應精障者持續性之醫療需求及追蹤輔導之必要性，除既有社區化就業服務結合各地康復之友協會之外，在職業訓練、庇護工場等方面均朝結合醫療專業資源方向辦理。如最近核定補助高醫附設中利醫院之洗車訓練工作坊即是一例。

二、**加速推動庇護工場及庇護性就業模式**：精障者因其社會烙印及專業團隊服務之需求，較適合發展庇護工場及庇護性就業之就業模式。本會除於 92 年度就安基金預算編列 3318 萬元外，已研訂就業型庇護工場設立及獎助辦法及設施標準(草案)，又考量各類庇護工場之差異性大且立案不易，同步訂定「身心障礙者庇護性就業服務計畫」，以補助方式普遍提供庇護性就業機會，俟完成法定程序後即可據以辦理。

三、**擴大辦理支持性就業服務**：進入一般就業職場之精障者仍需專業人員之追蹤輔導。本會除持續辦理補助社區化就業服務及評鑑外，92 年度增加編製預算大辦理是項服務。

四、**落實就業轉銜服務**：精障者在醫療、福利、就業等多元需求下，對其生涯轉銜服務之需求更殷。本會除已於 91.8.23 函送「身心障礙者就業轉銜實施要點」至直轄市、縣(市)政府、就服中心等相關單位據以辦理外，92 年度於就安基金預算編列 1135 萬元建置資訊管理系統及補助地方專責人力，加以相關表件格式、作業流程之標準化作業，以提供完善之轉銜服務。

五、**加強宣導去除社會大眾之刻板印象**：所有之就業準備之後，最重要的仍是社會大眾之接納與支持，政府對精障者去標籤化之宣導工作需持續努力。

參考資料：

內政部統計處 內政統計月報

內政部統計處、衛生署、勞委會

- 2000 中華民國八十九年台閩地區身心障礙者生活需求調查報告
- 周月清 1998 身心障礙者福利與家庭社會工作 理論、實務與研究，五南
- 林知遠 2002 職業復健 支持性就業模式，精神衛教專欄 13
- 勞委會職訓局 2002.5.30 促進身心障礙者就業現況與展望

台灣精神障礙者照顧之現況分析與未來發展 醫療層面

行政院衛生署草屯療養院 鄭若瑟副院長

前言

政府自民國七十五年推動第一、二期「醫療保健計畫 籌建醫療網計畫」及其修正計畫以來，擴大精神病患醫療補助、規劃「精神疾病防治醫療網」、建立精神衛生行政組織、整建及增建精神醫療設施、加強基層精神醫療保健工作、並推展康復之家、庇護性工作場、社區復健中心、居家治療、危機處理等精神病患社區復健方案，對精神醫療設施及專業人員的增加和病患就醫經濟障礙的解除有一定的成效，且自七十四年起執行多次的醫療院所評鑑，使精神醫療機構的品質確有改善。民國七十九年公布施行之「精神衛生法」強調精神醫療、精神復健與心理衛生保健三者並重，強化病人的保護及醫療及尊重病人的權利及保障其福利等，並提供精神醫療專業人員法律之依據，將我國精神醫療帶入一個新紀元。然而，臺灣地區估計約有九至十三萬名各式精神病患，(八十七年即已有近八萬人領有精神科之重大傷病卡)其中可能有六成為功能退化、需要長期性、持續性的醫療及復健照顧的嚴重精神病患。若採取傳統的長期收容養護政策，比照日本的做法，則我國精神科病床需要 57,800 床，扣除現有 15,000 餘床，尚需增建 43,000 床，建築土地和設備成本將超過千億元以上，維持經費每年需四百多億元。故無論從財政、人力、時間與需求的角度來看，大量收容政策無其必要與不可行性應無庸置疑。

綜觀近百年來世界精神醫療發展史，以社區為導向之精神醫療模式是時勢所趨，各先進國家莫不以提昇治療品質、促進病患人權、減輕醫療成本，而紛紛採取抑制或裁減慢性精神病床措施，除日本尚屬起步階段外，社區精神醫療模式無論是顧及成本或人權因素，均已成各國治療慢性精神病患的主流。與美加英日等國比較，台灣未發生嚴重機構化問題，家屬對病患較高支持度但亦承受較高之負擔和壓力。因此台灣地區精神醫療之議題為：如何普及急慢性和社區復健與醫療設施，如可增進醫療體系之品質與效率，如何避免製造更多依賴人口，如何給予家屬足夠鼓勵優惠及訓練

支持，增強其長期照顧病患意願和能力等。

台灣精神醫療現況

在民國七十年以前，臺灣地區並無完整的精神醫療床位數、人員配置及服務概況等統計分析。民國六十九年行政院研究發展考核委員會委託葉英*教授初次對臺灣地區精神醫療機構作普查，結果發現整體服務水平差異很大，除了幾家公立及財團法人的精神醫療機構服務品質尚好外，大部份的私立精神機構的服務品質都很差，病患無法得到適切的治療；甚至於連基本的生活照顧都極為低劣。民國七十四年行政院衛生署開始對全省精神醫療院所執行第一次的醫療品質評鑑工作，同時透過醫療發展基金和其他軟硬體的補助措施，加上勞保繼而健保之給付，近二十年來，台灣精神醫療之服務量和品質都有顯著之提昇。由表一可看出，相對於七十四年，急性床增加了三倍，康復之家從 0 增加到 1700 多床，社區復健中心從 0 增至 700 多病人。除慢性床外和社區復健機構外，急性床已達衛生署原訂目標。相對於世界各主要地區，台灣每萬人口有 6.7 床，比美洲平均 3.3 床之兩倍，為歐洲 8.7 床之八成。目前仍有 7000 床已核准興建中，預計一至兩年內開放，屆時每萬人口將有 9.75 床，超過衛生署原定 9 床目標，比 2001 年歐洲平均值為高。

表一、 台灣地區精神醫療資源變化

統計年度	登記病床數				日間留院	社區復健機構	
	急性	慢性	合計	每萬人		康復之家	社區復健中心
74年度	1,265	9,801	11,066	5.53	179	0	0
82年度	1,820	10,443	12,263	5.84	676	286	630
90年度	5,097	9,951	15,048	6.71	--	1,754	724
增加率%							
(82-74)	44%	7%	11%	6%	278%		
(90-82)	180%	-5%	23%	15%		513%	15%
(90-74)	303%	2%	36%	21%			
80年制定85年目標值	5,155	15,445	20,600	9.00	2,061	3,561	6,122
90年與目標值差距%	-1.1%	-35.6%	-27.0%	-25.4%		-50.7%	-88.2%

表二、台灣與世界主要地區精神醫療資源比較

地區	統計年度	每萬人口病床數
台灣	2001	6.7
美洲	2001	3.3
歐洲	2001	8.7
日本	1997	28.3
世界平均	2001	1.6

病人與家屬的需求

莊明敏與作者等於民國八十二年接受行政院研究發展考核委員會委託研究，並於八十四年出版報告「精神病患醫療服務體系之檢討」一書，其中曾對精神病患及家屬對精神醫療的需求和滿意度進行調查。共調查北中南東四區 17 家公私立專科及綜合醫療院所，完成有效問卷 2227 份，其中病患 1048 份，家屬 1179 份。主要發現：約 80% 之門診病患，70% 失聯病患住在自己、配偶、或父母房子內，顯見家屬支持度頗高；但病患就業率普遍很低，多不及一成。有六成在病患功能很差、仍有些症狀、退縮在家、或整天無所事事，是一群較弱勢之依賴人口。病患治療的經濟障礙已相當程度的解除，少部份地區仍有待加速設立精神醫療設施。程序可近性方面，有近三成經歷過一床難求的困境，在需要住院時無法立即住院而要等床。而且住院病患或家屬對住院治療之期待相當高，有四成以上希望要完全恢復到正常（即無症狀，能上班）才可以出院，否則就一直住下去，78.8% 的住院家屬擔心再住院要等床位，對已經床位不足之我國精神醫療體系之床位利用週轉利用相當不利。六成門診，八成住院者家屬表示家人已照顧病人很久，感到有些無能為力。一般說來，至少有三分之一到一半的家屬清楚地感受到因病患生病而造成的心理負荷，其中尤以住院病患之家屬表達較強烈的負面情緒和觀點。對未來十年內，門診家屬認為對病患的較為理想的安置方式，贊成繼續和家人同住並門診治療者高達 82.4%，而贊成替病患另外找房子住，不要與家人住一起的意見則只有 8.6%，贊成長期住院者有 23.4%，贊成以日間留院方式治療者達 54.8% (可複選)，雖然有負擔，但家屬對病患基本上是相當支持和接納的。然而，門診家屬四成五、住院者家屬六成擔心父母或其他親人、照顧者年老時，病患無人照顧，希

望政府能協助。綜合建議事項，歸納其意見發現，照顧收容流落在外或家庭無力照料者，加強福利、補助，以及提供病患工作機會和工作訓練使能獨立生活等，為最多的三項建議。綜合來說病患和家屬主要有三大需求：急性發病有床可住、出院回家有事可做、無依年老有處可安。從八十二年
到九十年急性床增加 180%，康復之家增加 5 倍，雖然慢性床數量幾乎不變(表一)，精神醫療資源已明顯改善，急性時一床難求的情在多數地區已不多見。然而社區復健機構相對仍缺乏，與衛生署估計數少 50%之康復之家和 88%之社區復健中心，居家治療之人力有限，對照於前述研究發現可知長期退化功能不佳之社區病患的需求仍未解決。

精神醫療未來發展策略建議

由於現有之給付結構、財務誘因，使得精神醫療體系仍偏重住院醫療之發展，但對多數在社區功能退化之病人復健和照顧之資源仍相當缺乏。雖然八十七年衛生署與內政部初步協調精神病患照顧之權責分工原則，但迄今未能完全落實，使得仍有不少養護類型之病患佔住積極復健之資源，讓許多需要復健之社區病患屎得其門而入，形成社會與家屬之沉重負擔。因此建議今後之精神醫療體系發展策略如下：

一、極積治療與復健，避免產生更多依賴人口與機構化

由於病程特性，功能退化雖是許多病人的宿命，但治療模式之積極與否？藥物之適當和連續與否？復健之妥適與否？都是影響病人預後的重要因素，同時更影響家屬能否長期照顧病人之意願和能力。台灣雖未似歐美國家六十年代有大量機構化問題，但若不能避免製造新的失能依賴人口，則長期下來社會與醫療體系必付出相當之代價。因此，「免機構化」應是最起碼之目標，積極運用第二代精神病藥物，做好個案管理，積極安排復健，給家屬足夠教育和支持，以免病人退化淪落成為機構化之受害者，應是上策。

二、建構整合性精神醫療與復健照顧體系

由於精神病患照顧之權責分工未能實現，現今仍有不少養護類型之病患佔住積極復健病床之資源，而社區中各項設施不足和未能整合，許多病人退化在家，因為治療中斷常惡化，或是到處逛醫院神壇。因此建構整合

性精神醫療與復健照顧體系，以個案管理為核心，資源間明確分工合作，才能讓有限資源發揮最大效用。

三、鼓勵品質導向與證據為基礎之精神醫學

過去急性論件計酬和慢性不分級、不分類之給付模式，缺乏誘因讓醫療院所提昇照顧品質，許多慢性病人之照顧更是無明確標準。因此如何設計更適當之給付制度，配合人員之教育，鼓勵品質導向與證據為基礎之精神醫學，應是今後努力之方向。

四、發展先進醫療科技篩檢高危險群以早期介入

精神疾病之遺傳、神經生理、生化之研究已有許多進展，使得及早篩檢或標定高危險群的潛在病人成為可能。因此充份運用最新之研究和科技，教育社會大眾和高危險群家庭，如何保護潛在個案之腦功能，及早介入，避免嚴重精神症狀和社會關係干擾之發生，則是上上之策。

結 論

台灣精神障礙者之照顧，歷經數十年公私資源之積極投入，雖有明顯之進步，由於偏重住院醫療之發展，對多數在社區功能退化之病人復健和照顧仍有許多未能滿足的需求(unmet need)。然而資源有限，如何設計妥善之分工、整合、給付制度，推展積極復健和早期預防的觀念，始能解除精神障礙者之宿命。

全民健康保險對台灣精神障礙照護未來努力之方向

中央健康保險局 曲同光副理

全民健康保險自八十四年三月一日開辦以來，秉持「全民共享，平等就醫」之理念，持續推動全民就醫之可近性，並在保障民眾醫療權益之前提下，致力於如何運用有限資源，創造健保價值，提升醫療品質，為民眾購買健康。

在社會型態及就醫觀念的改變下，精神醫療需求日殷已是必然的趨勢，全民健保所提供之醫療服務亦符合此一潮流，目前提供之精神醫療給付範圍計有：門診、急診、急性病房照護、慢性病房照護、日間照護、居家治療、康復之家及社區復健中心，業將精神醫療體系中所有項目皆涵括在內。同時健保局在過去檢討支付標準合理化時，也針對精神醫療之基本診療及特定診療進行數次調整（例如門診診察費、急診診察費、加護病床照護費等等），目前並參採相關專業團體之建議，擬進一步修訂慢性精神住院照護及精神社區復健中心之復健治療支付標準，未來更將朝向整體醫療照護之方向努力。

在全民健保架構下，健保局需扮演健康保險管理者的角色，希望能將醫療資源之利用極大化，每一分錢都用在刀口上。為了講求經濟效益，如何運用適當的醫療科技，在多數疾病發生前，預先防範，或在最短時間內，做最有效的處理，即成為健保局現在努力的方向。因此，健保局鎖定子宮頸癌、乳癌、肺結核、糖尿病及氣喘等，將公共衛生三段五級預防之理念納入，規劃以醫療品質改善為導向之方案。改變支付方式並加上適當誘因，引導醫界將過去「論量計酬」的看診模式轉換成以個案為中心的整體性醫療照護方式，目的在使病患獲得高品質之醫療，及尊重醫療專業人員之專業。

精神障礙疾病，往往會慢性化，常導致病患人際退縮、社交互動障礙、自我照顧能力減低等社會功能障礙問題，加上缺乏病識感，拒絕服藥造成治療中斷而反覆發病住院，增加家屬照顧的壓力和醫療費用。因此，如何藉由支付方式之設計，讓醫院與社區間架構一個緊密的精神醫療網絡，提供整體且持續之醫療照護，使病患回歸社區，是此際努力之方向。健保局

基於前述推動整體性醫療照護之理念下，已針對精神疾病之照護需求，進行適當給付方案之規劃，目前先以規劃「全民健康保險精神分裂症醫療服務品質改善方案」為目標，結合專業團體之力量，將疾病管理之概念導入精神醫療照護中。本方案主要架構是將現行之各種精神醫療（如急性住院醫療、慢性住院、日間留院、門診、急診、居家治療及社區復健等）整合成「共同醫療照護網」，在照護體系內，參加之醫院需具備一定之資格，且具有專任之精神科專科醫師、護理人員、心理師、職能治療師、社工人員、個案管理員等醫療團隊，並由專人負責管理及追蹤病患醫療處置。此外，根據醫療需求，訂定明確之治療指引，並配合不同就診類型病患，結合目前不同支付模式之急性住院醫療（論量計酬）、慢性住院與日間留院復健（論日計酬）、門診及急診診療（論量計酬），以及居家治療照護（專案申請論次計酬）等，成為一包裹支付模式，強化對病患連續性醫療照顧，並使醫院有誘因發展以品質為導向之精神醫療，進而促進病患與家屬之生活品質提升，並依醫療院所執行成效，予以實質獎勵。如此以財務誘因與具體之品質指標，並提供治療指引，達成高品質及連續性醫療照護之目標。

精神醫療照護是講究團隊之醫療照護，應用疾病管理模式，將可使此團隊醫療成效更為彰顯，因此，藉由前述方案之規劃及實施，將精神醫療之願景納入全民健保之支付制度，使兩者之結合，創造對精神病患最有利之就醫環境，並讓有限之精神醫療資源得到最大之效用，將使我們的精神病患及其家屬得到更完善之醫療照護及支持。

台灣精神障礙者照護之現況分析與未來展望

家屬及病友層面

台北市康復之友協會家屬聯誼會 金林會長

第一篇 消費者所希望的長期照護

康復且穩定，有相當程度工作能力的精神障礙者，他們說：

基本生活面上，我們需要的是 -

- ↳ 居住設施： 需要便宜
 需要有可以自我料理（如煮三餐）的設施
 需要有可以談心、討論生活的人
- ↳ 經濟自足： 需要夠居住（付房租）日用的花費
 需要有一點小小的零花錢
- ↳ 獲得照顧： 需要有一些呵護（關照生活起居）
 需要雇主有愛心（了解障礙的狀況，要求合理）

心理層面深刻來說，我們需要的是 -

- ↳ 需要一股引力來繼續求生存下去：
 「因為我們動作慢、缺錢，又思想灰色不容易信任別人，所以我們需要『一股引力來繼續求生存，發展下去』。」
- ↳ 需要友誼，需要有心情的出口：
 「我們心理脆弱，不知道怎樣表達比較適當，需要有能夠了解我們的人，作中介，幫我們安排社交、活動的機會，介紹我們彼此認識。」
 「照顧我們，先要能了解我們，不能夠忽略每一個人不同的個性。」
- ↳ 需要適合的教育和訓練：
 「我們需要一些教育，主要是要學習了解自己 - 因為我們需要結交朋友，但了解別人之前，我們需要了解自己；然後，我們需要兩性交往的教育，才不會唐突引起別人不高興；再來，就需要一些職業上

需要的訓練；然後，我們可以再選一些自己有興趣的東西來上課。」

「給我們的訓練，應該兼顧，和圈內人相處的訓練，以及和一般大眾相處的訓練。」

還沒有穩定康復的精神障礙者，他們的家屬和已康復的精神障礙朋友們，替他們說：

『有些人好像一陣子之後就被家裏和社會放棄了，但是，不應該有人被放棄』 -

◎ 他們需要「武功比較高強」的人，來幫忙。

狀況比較差的人，需要特別厲害（經驗豐富、協助病人的能力較強）的專業人員幫忙

病人在心理層面、生活方式上，出現的奇異行為，需要接受輔導加以改善

◎ 他們對於居住、經濟、關愛、生存引導、情緒宣洩、教育、訓練等這些項目的需求，和已穩定的病人是一樣的，只是提供的方法必須不同，所需要的人力素質和數量，也應該有所不同。

第二篇 消費者對現有制度的不滿

1. 衛生醫療與社會福利機構（主管機關）分工（資源提供）方式不適當：

88年7月衛生署訂定「精神病患照顧體系權責劃分表」，將慢性精神病患者分為一到六類，前四類由衛生單位負責，第五、六類則屬於社政單位的責任。

但我們覺得這樣的「分工」方式存在著許多的問題：

(1) 沒有...位病人應該被放棄...每位病人都需要「復健治療」...

本文所稱的復健治療，其實是廣泛的指稱精神團隊醫療裏，除了藥物以外的心理治療、職能治療、工作治療與社工關懷。中風的病人，就算是只有手指頭能動，都要幫他設計適合他的復健療程，但為什麼我們的精神領域專業人員，卻總是可以斷言哪位精神病人「沒有復健的潛能」？

反覆發病多少次，就是「治療效果不彰」、「沒有復健潛能」，就該被

打入「黑五類」，而不再能享有足夠的心理治療、職能治療？日本長崎縣精神障礙者聯合會的會長山口弘美先生，應台北縣康復之友協會陳瑞玲理事邀請來台灣時，親口告訴我們，他開始時反覆發病住院過八次，包括搗毀神社的「異」行，第五次住院以後，他才開始覺得自己是病了，第八次住院後才算穩定下來，但找工作也非常辛苦，前後換了十幾個工作，直到考到類似代書的執照，生活才穩定下來，並且成為病友會的會長，奉獻公益。而，我們的制度呢？在台灣，多半當病人急性住院幾次之後，急性病房的醫師就會很「誠懇」且「好心的」引導家長們，該要讓病人去「長期住院」了，而並不考慮，為什麼病人狀況這樣不好，是不是應該有更多「高手」來幫助他或幫助家屬。

一到六類的責任劃分，流弊所及，實際上是讓病人被概分為「有希望」和「沒有希望」的兩類，狀況差的病人本來需要「武功」越高強的專業人員支持，結果卻反而被限定為只值得給最少的資源。這樣的結果，更令人憂心的是：

長期住院病人獲得的復健資源最少，但國家的財政負擔卻最大這類長期住院療養的病人，他們獲得的資源最少，但國家保健體系（包括政府的補助和全民健保的支付）卻為他們擔負起最多的財務支出。（請詳第三篇的詳細估算）

不願意「臣服」於長期「監禁」的不穩定病人，遊走社區數增加狀況不佳但自我意識仍然較強的病人，或者是家屬不忍心或無力將其從家中「殺」出去的病人，當然會選擇「逃避」被歸類到慢性病院、長期療養，所以遊走於社區的中、重度精神障礙者，人數將越來越多。

(2) 病人的康復狀況...應該是可以流動的

誰是神，可以判定某位病友一輩子就應該長期住院、長期療養？目前的「體系」，一位專科醫師（當然，在很多的狀況下，是深陷於無力感中的家屬，央求醫師拍板的），就可以「一拍定終身」判定病人歸為長期住院的第四類，或者長期養護的第五、六類，而這些病人，

一但「進駐」之後，除了自我了斷或蒙主寵召之外，能夠離開院牆返回社區的，就非常少了。

我們看一看，拿殘障手冊的精神障礙者，就算是重度的障礙者，都需要過三年就重新評估一次，那為什麼我們的精神照顧體系，卻沒有讓慢性病人可以向「上」流動的設計機制。

復健的道路，如一階一階的樓梯，我們應該針對不同病人的特性與需求，設計不同層次、不同等級的復健方案，來幫助他一階一階的往上攀升，而不是限定復健的「模式」，然後說，「喔，你不够好，你沒有復健的希望，不能用復健資源，你已被限定要長期住院或長期養護。」

(3) 第四類「應」長期住院和第五類「應」長期養護的病人，差異不明

現在精神障礙者「長期的居住設施」，多半還是在醫院的慢性病床或者是療養床，而且多數是「聚落」式，動輒三、五百床，乃至上千床，照權責劃分社政單位需要負責的第五、第六類病人，多半也是由社會局轉介到前述的病院聚落去，所以有人說，每次看到社會局「整車」的送人到玉里去，就不禁流下淚來。

而即使是社政單位履行該權責分工，我們不禁要問，目前「長期住院」的病人和第五類病人，有什麼大的差異嗎？如果再加上，目前已淪為「收容目的」的「康復之家」，對消費者來看，似乎只是使得「未能回歸家庭的精神障礙者的居住安置」，徒然「一國三制」罷了。本來它們應該有功能的分類，現在看來只是家長願意花錢多寡《支出\$：社服機構（不能蓋健保卡）> 康復之家（額外收費比較沒有人管）> 慢性病床》，和願不願意把病人送到遠處《距離：康復之家、社服機構 < 慢性病床》的考量而已。

2. 社區復健規劃不當：

衛生署在民國 82 年 1 月核定「精神疾病防治工作計劃」裏頭寫到，相對於總人口數：

嚴重的慢性病人，佔 3 / 1,000

嚴重病人中有 1 / 3，也就是總人口數的 1 / 1,000，需要住院
住院的病人，其中 1 / 4 是急性住院，3 / 4 是慢性住院

康復之家的需求，佔 1 / 10,000

社區復健中心的需求，佔 2 / 10,000

日間留院的需求，佔 1 / 10,000

照講，有千分之三的嚴重病人，千分之一是要住院的，換句話說，回到社區的當然是千分之二，這些人當然都需要社區復健的設施，可是我們把計劃書的社區復健設施「目標」數加起來，就連日間留院算在裏頭，也只有萬分之四，也就是千分之零點四而已，衛生署的計算 $3 - 1$ 居然不等於二，而是 $= 0.4$ ！

再何況，那千分之一的住院病人，有四分之一的急性住院患者，是住院二週、或一、二個月就要出院，再回到社區去的，所以實際上，社區復健所需要的設施，應該遠超過每萬人口千分之二床，我們國家卻在十年前，就只「計劃」要照顧需要照顧人口中不到半數的病人。

這個計算多麼錯誤，這樣的施政方針，一開始就擺明了把嚴重病人丟回家裏、丟回社區，不給予積極的復健與協助的資源，當然會不時有病人殺人的事件發生，社會當然會把病人視為不定時炸彈，當然會出事情。可憐的病人，因此被社會放棄難以康復，可憐的家屬，因此難以承擔倍受折磨。

3. 嚴重病人急性期出院後，沒有接續照顧，缺乏主動協助的資源：

嚴重病人急性住院，一、二個月出院以後，就和職能治療、心理諮商斷了線，醫院裏縱然有「復健病房」、「日間留院」，急性病房的醫師照會過去，後面的復健、日間病房一樣自有主張，只要一句「病人沒有意願」、「病人沒有主動性，來了也可能會走」、或者是「沒病床請排隊等」，醫院就沒有什麼責任，越是嚴重的病人，越是回到社區。

而狀況穩定、有禮貌好相處的病人，「復健病房」、「日間留院」的團隊，十分「珍惜」，還會「教」家長，怎麼讓病人再住久一點。對於家長來說，門診除了醫師講兩句話開上一個月的藥，沒有職能治療、沒有工

作復健、沒有社交育樂活動，當然這類病房留得久對病人來說是好的，所以，除非醫院趕人，也就不會輕言離開，所以流動率就降低了。

而就算有日間留院的床，嚴重病人也進不去，因為我們的醫療制度中，醫院對於急性出院後的病人，並不幫忙誘導、勸服他們獲得接續的資源。而，病人如果很樂意獲得復健幫助，也就算不得「嚴重」了，狀況混亂，無法為自己做有利、正確的決定，正是嚴重病人的「本色」。我們前面也提過，越是嚴重的病人，越需要專業的「武林高手」，就像是協助受虐的人、遭受巨變創傷的人，這些人所以需要幫助，就是因為他們沒有辦法自我尋求幫助，使得生活中充滿了「危險和苦難」，專業高手必須要主動出擊，才有希望解除他們的危難，可是我們的醫療制度裏，嚴重缺乏這樣的設計。

如果我們不做好這一環，那麼所謂急性病房平均住院天數多短、多保障病人人權，都是騙人的，因為這些嚴重病人不過是反覆再住院，然後一部份病人，幾年以後就被判為第四、五、六類病人，「終身住院」去了；另一部份，則是藏在社區，造成家庭長期的負擔，以及社區的不安全感。

4. 心理治療資源、家屬協談資源嚴重短缺：

全國的臨床心理工作者不到四百位，要分配給精神科、家醫科、癌症病房、安寧病房...，人力嚴重短缺，使得精神障礙者時常被精神科醫師歸類為「不可能康復」的病人，而不願轉介心理治療資源給這些患者。衛生署去年刪減掉對強制住院病人「特殊心理治療」的補助項目，就是這種「醫療歧視」的典型偏見作風。

精神障礙者需要長期服藥，大家都認同也都知道，但是藥從醫院藥局「走到」病人胃裏，這條路需要鋪設「個人支持系統」（要病人承認自己不對勁，病人的自信和尊嚴已然受到相當的打擊，如果支持系統太弱，病人當然會選擇逃避，不去面對）和「家庭文化調適」（一位先生生病了，忽然之間太太所倚靠的大公司經理變成無業遊民，一位優秀的高中生生了，忽然之間，家族間的驕傲變成了最難以啟齒的污名，這些家庭成員間的角色、互動與認知，生活的作息、家庭的文化，需要多麼巨大的調

整)的磚。

每一位家屬和病人一樣，都在醫師的宣布後，一夕之間多了一項他們所陌生的頭銜「病人家屬」；在他們自己焦頭爛額的同時，還被國家社會「寄予厚望」，醫療專業都說病人的康復家屬的幫助舉足輕重，社會都說這個家屬沒把自己的病人管好、看好、治好，但請問我們的醫療體系給過家屬多少時間，教過他們多少法寶？為什麼當他被冠上家屬的頭銜時，忽然間就該要有三頭六臂，「法力」高強？

很多家屬憂心忡忡或者氣急敗壞的來到門診，但許多的醫師都只堅持著「病人沒來門診就此結束」，或者只是很無奈的表示，這麼亂了要求家屬趕快把病人送到急診強制住院。忽略了眼前這些家屬也亟需要幫助，他們需要學一些方法，回去可以應付病人避免發生不幸，甚至於有時候，家屬也可能是另外一位未經診斷的病人，但醫師卻無心聞問。吳英彰教授曾說，他們「當初」曾經整個早上就只是一診，幫助個案的多位家屬，我們多麼盼望這樣的醫療品質。

對於需要早療協助的兒童，比如說過動症的兒童，兒童身心科的醫師會看個案的需要，幫家長開「親職團體課程」，每一梯次平均六次，每週一次，每次約八位家長，每次收費\$220，教給這些家長生活中切實可以用到的、和小朋友互動的方式，對家長的幫助很大。

精神疾病的家屬，也很需要這樣的團體課程，我相信對傷透腦筋不知如何協助病人、或者是不知如何和病人相安無事的家屬來說，付上二、三百元只是小事情，家屬為了希望病人康復，一帖幾萬元的藥都願意出錢了，問題是在於，沒有醫院這樣為精神病人的家屬，設計課程。

事實上，反覆(強制)住院的嚴重病人，正是最需要臨床心理工作者介入協助的病人，而他們的家人，也是最需要專業社工從旁教導協助的一群，盼望我們的精神醫療制度，能夠早日補平這兩塊會讓人跌進深淵無法脫逃的裂縫。

5. 未考慮病人的「全人」需求，對病人欠缺生活的照顧：

長期住院、住康復之家，用的是全民健保的錢，原則上這部分的機構，

只要注意到「醫療」就可以了，並不需要照顧到病人的生活需求。所以，我們看到的慢性病床，可以幾百床共處一室，不需要隔間，可以幾百人只有三、四位管理者。相較於其他身心障礙者，對於精神障礙者實在不公平的。

同樣是協助障礙者的機構，我們來看一下精神衛生法下的精神社區復健機構和身保法下的托育養護機構，對於工作人員配置的要求有什麼不同。

精神社區復健中心	精神康復之家	托育養護機構
<ul style="list-style-type: none"> □ 負責人有二~四年的經驗 □ 專任管理員 1:20 □ 兼任職能治療師至少 1 名 □ 兼任精神醫療社工、或臨床心理人員、或護理人員至少 1 名 	<ul style="list-style-type: none"> □ 負責人有二~四年的經驗 □ 專任管理員 1:15 □ 兼任精神醫療社工至少 1 名 □ 視需要設置兼任護理人員、職能治療人員、或臨床心理人員 	<ul style="list-style-type: none"> □ 社工員 住宿與日間 1:50 庇護工作 1:70 □ 護理人員 住宿者 1:15 □ 教保員 日間機構 1:3~6 住宿機構白天 1:3~8 住宿機構晚上 1:5~15 □ 生活服務員 住宿機構白天 1:3~8 住宿機構晚上 1:5~15 □ 庇護工場輔導員 1:5~10 □ 依機構功能的其他專業人員的設置

事實上精神社區復健機構裏的負責人，也可以是兼職的，所以真正來說，學員或住民的生活保障，只有那 1:15 或 1:20 的管理員。

更且，衛生署自從發布「精神社區復健機構設置管理與獎勵辦法」後，

就一直沒有做過品質評鑑工作，只靠各縣市政府衛生局「自發性」的督導考核。這些機構，所收健保局和家長的錢，和他們所提供給病人的幫助，究竟是否相當，就無法立即回答了。

6. 欠缺個案管理與轉介制度：

資源的需求與資源的供給，必須要即時聯繫得上，精神障礙者全面性的個案管理和有強度的機構轉介制度，亟需建立。

第三篇 財務面的衡量

1. 慢性精神病床的負擔：

依照衛生署出版的統計資料，以民國八十九年度為例來推估，每一個慢性精神病床，健保每年支出金額概算約為四十三萬元，全年總支出約三十三億元，耗用健保精神疾病總給付的半數以上。〈附帶提一下，目前衛生署編印的統計數據中，「醫療服務量」部分的資料分類較多，較詳細，「醫療保健支出」\$錢的部分分類資料比較少，比方說，只有精神科醫院的精神疾病支出，才有分門診與住院，其他醫院的精神科支出就沒有分類；又如，在服務量上有「精神療養床」的分類，但在保健支出上，就沒有這一個類別的資料。我們只好先假設，政府是有較詳細的成本分析數據，只是沒有公佈出來，所以民間自己來估一下；否則的話，施政缺乏財務數據預估，政策制定宛如盲人瞎馬臨崖而不知，豈不駭然。〉（詳細計算，請詳附錄）

當然有些人會說，這裏的總支出數字應該包括藥費，實際上「額外」的支出，數字比較小，但事實上，估算中所用的急慢性病床比率、慢性病床平均住院日數，還沒有把「慢性療養床」的服務量計算進去，所以我們相信每床年平均負擔\$43萬，還是一個可以參考的數據，據此，我們用患者平均住院日數，來看一下若干醫療機構「收容」每一位慢性精神障礙者，需要花全民健保多少錢：

	單位：日		單位：\$萬元	
	慢性病床	精神療養床	慢性病床	精神療養床
總計（全國平均值）	204.95	1560.84	\$24	\$184
衛生署所屬醫院	238.97	5684.1	\$28	\$670
非財團法人/醫學院之其他法人附設醫院	1034.22	0	\$122	\$0
私立醫院	345.31	7625.8	\$41	\$898

值得注意的是，雖然平均每位患者的慢性住院日數不高，只有二白天，但事實上，我們將各年度全國年住院人日 ÷ 年住院人次，所得的這個數字，在八十五年是一百天、八十六年是三百天、八十七年起忽然急速變少，連續兩年度不到一百五十天、然後八十九年度又拉高超過二白天，合理的推測，恐怕是健保「上有政策」而醫院「下有對策」的結果，比如說，病人只是從這家醫院的慢性病床，轉到另一家醫院的慢性病床而已，或者是請家屬配合回家數天，再重新辦理住院手續，所以幾年度的住院人次等資料，才會呈現出戲劇性的變化。另一方面，因為健保是從八十四年起才施行；而，將賠錢的署立醫院、私立醫院，「轉型」為「精神專科醫院」，精神科慢性病床大量擴增，也是這幾年才開始推行的「政策」。所以，短短幾年間，這些新健保慢性病床所呈現出來的住院天數，當然還不很長。

但值得注意的是，在現有的制度下，進駐第四類「長期住院」的病人，並沒有什麼引導他們離開慢性病房的設計，所以隨著全民健保的「年紀」增長，一年一年的過去，我們可以預期的，這些住院日數只會累積性的增加，而不會減少。或許私立醫院的精神療養床所呈報的數字，才和我們消費者所知道的數據，相近一些。平均天數七千六百天，相當於二十一年，全民健保需要為每一位病人支付八百九十八萬元。

事實上，長期住院、療養的病人，有相當多數除了健保的支出外，中低收入戶，社服單位編列補助的金額（健保是不付伙食費等等的），還不知道有多少，初步看來，凡是長期住院、療養的，政府（含全民健保）總要為每位病人，準備上一千萬元。這樣的制度設計，政府、

百姓的負荷是沉重的。

2. 健保要準備多少錢，才夠幫助所有的精神障礙者

如果我們用衛生署計劃書中所說的千分之三，作為慢性病人的估計，則 $23,000,000$ 萬人口 $\times 0.3\% = 69,000$ 人，內政部統計領有身心障礙手冊的精神障礙者，截至今年第二季，恰有 $64,908$ 人，兩者相當的接近。

如果 $69,000$ 人都住慢性病床，每人每年需 $\$43$ 萬元，那麼健保一年要花 $\$296.7$ 億元，差不多正好等於全民健保一整年總經費的十分之一。

但如果我們在社區中為病人提供職能等復健治療，就算每十五位障礙者，我們給他二位專業人員的人力，再加上每位病人都吃新一代的藥，計算所需的總成本： $[69,000 \text{ 人} \div 15 \times 2 \times \text{薪水} \$45,000 \times 12 \text{ 個月} = \$49.7 \text{ 億}] + [69,000 \text{ 人} \times \$100 \text{ 藥費} \times 365 \text{ 日} = \$25 \text{ 億}]$ ，每年總共也不過 $\$74.7$ 億元。只是前者的四分之一而已。

如此看來，社區復健、協助家屬幫助病人居住在家庭中，是多麼重要的事情，精神醫療究竟是要花小錢，還是要花大錢？

結論

1. 從第一篇我們可以知道，慢性精神病人不論狀況是否穩定，政府政策上首先要照顧的就是他們居住上的需求。然後，對於這些多半在青年期發病的病人，他們需要被照顧、需要教育、需要交友，需要有全人的照顧。
2. 相對於慢性住院，居住在社區的病人以及協助他們居住社區的家屬，實在是減少國家財政負擔的最大功臣，唯有加強社區復健、主動協助嚴重病人急性出院後接續獲得專業資源、輔導家屬增強對病人的瞭解和相處技巧，才能夠在避免政府財政負擔惡化的同時，真正降低精神疾病的社會風險。
3. 「精神病患照顧體系權責劃分表」的分類並不恰當，不宜把病人分類為「有復健潛能」或「無復健潛能」，個人以為，取代的方法，應該是將病人所需要的復健治療（包括心理治療、職能治療、工作治療、社工關懷等），視病人狀況劃分等級，比如說，可以定「基本復健需求」、「進

階復健需求」、「高級復健需求」、「全面社會參與需求」等幾個等級，然後統籌協助病人的醫療床、社區復健、社福機構等，分別定位其應該提供哪一類的復健服務，再作適當的個管轉介，使得他們各自服務不同類型的病人。或者，同一個機構，也可以提供幾個不同等級的服務。政府付錢，則是按機構實際服務的精障者，其所獲得的不同等級復健服務，而給付不同的錢給機構。

4. 精神障礙者的照護發展，是不是應該以「全民健保」來支付，是一個需要深入且嚴肅探討的問題。個人傾向認為，全民健保應當支付門診費、藥費、急性住院費等，以及配合上面一項所支付的不同等級的復健服務費，至於居住設施的支出，乃至於個案管理的建立，則應該由社福體系來支付。

換句話說，即使是住在慢性床的病人，健保也是只貼它藥和復健服務的錢，住院費則是由社福體系來負擔。至於非住院的居住設施，則一方面需要降低對障礙者中低收入的認定，准許將成年的精神障礙者獨立計算其經濟能力，一方面則需要政府釋出不動產的資源，協助設立障礙者社區公寓，鼓勵病人自立生活。

5. 政府、健保局，不論在國民醫療保健，或者是社福方面的數據資料，不夠詳盡，政策討論時無法提供適當的參考，需要善加規劃資訊的彙總與分析。
6. 對於老人長期照護的議題，各大學教授、政府部門官員們，做過很多國外的實證資料與分析，但是精神障礙者的長期照護，特別是社區支持系統的部分，卻看不到比較完整的國外制度之研究。我們以為，需求不必到外面去調查，問自己家裏身邊的人就可以知道。但供給面的制度設計，雖然世界上沒有哪兩個國家，國情、體制是完全相同可以「照抄」的，但是要建構開創性的制度架構，相信國外經驗仍然是非常可貴的參考資料，期盼政府能夠出錢，教授、官員們能夠出力，好好的研析國外制度，公開給學、官、民們共同來集思廣益，尋找適合我們的好制度。
7. 光是精神障礙者的長期照護這一塊，資源就十分匱乏，急需政府投入大量經費，加以協助，行政院游院長居然還能決定，拿公益彩券的錢來補貼並無急迫性的老人津貼，我們實在深以為憾，並且要呼籲行政院的官

員們，多花一些時間，瞭解國內精神疾病弱勢族群的處境。

8. 為了建立制度，共創美好的明天，請以實際行動，支持大台北地區康復之友協會所推出的「精神衛生法 - 『民間版』」修法版本。

後記

第三篇財務計算九月發表後，承蒙幾位先進給予意見，茲說明如下：

- (1) 文內假設若所有障礙者（69,000人）該慢性住院且每床每年\$43萬元時，得出健保年花費約三百億，大約是全民健保「十分之一」的數字，當天發表時誤寫為全民健保的「總數」，現場經高雄衛生局陳永興局長指正，非常感謝，本文已加以更正。
- (2) 慢性精神障礙者，需要花全民健保多少錢的表格，應該要用每年\$43萬來乘算，但發表當天的資料誤以\$34萬計算之，所以九月研討會資料表格右方金額部分有錯誤，本文已加以更正。

本文估算慢性病床每年健保花費\$43萬元，是由床數比推估急性：慢性花費為30%：70%，但居善醫院郭院長表示，實務上醫院經營者的了解，兩者的比率應該接近50%：50%，慢性病床每一床實際上的健保月支出，大約在兩萬元左右，全年約二十多萬元，而不是文中估的四十三萬元。感謝郭院長提供實務數據，讀者可自行用以調整本文的數字。

附 錄

感謝意見與資料提供者：

台北市康復之友協會 唐明龍助理、曹紫慧助理

台北縣康復之友協會 劉麗茹總幹事

八里療養院社工室 劉蓉台主任

台北市康復之友協會 家屬聯誼會

「精神病患照顧體系權責劃分表」

病人分類	病患性質	服務項目
第一類病人	嚴重精神病症狀，需急性治療者	急診、急性住院
第二類病人	精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者	慢性住院、日間住院、居家治療
第三類病人	精神病症狀繼續，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者	長期住院治療
第四類病人	精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者	日間住院、社區復健、社區追蹤管理、就業輔導
第五類病人	精神病症狀穩定且慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者	安養服務、養護服務、居家服
第六類病人	精神病症狀穩定且慢性化，不需住院治療之年邁者、痴呆患者、智障者、無家可歸者	務、護理照顧服務

慢性精神病床健保 89 年度財務負擔的估算

89 年度國民醫療保健支出中 > [精神及專科機構] 總支出為：NT\$7,417 百萬元，100%均為公部門（政府補助及健保支付數）負擔，先不計政府補助的 NT\$1,211 百萬元，僅看保險支付數（因為私部門負擔比率為 0%，故所謂的保險支付數就等於是全民健保支付數） = NT\$6,206 百萬元

{資料來源：衛生署編印「2000年國民醫療保健支出」的表八}

以 89 年度國民醫療保健支出中 > [精神科醫院] 的住院與門診花費比率來推估，所有醫療機構（除了精神科醫院之外，還包括綜合醫院、診所等中的精神科支出）中，有關精神科的住院支出，估計為：

$$\text{NT\$6,206 百萬元} \times (\$2,555 \text{ 百萬元} \div (\$2,555 \text{ 百萬元住院支出} + \$776 \text{ 百萬元門診支出})) = \text{NT\$6,206 百萬元} \times 76.7\% = \text{NT\$4,760 百萬元}$$

{資料來源：衛生署編印「2000年國民醫療保健支出」的表十八；及前項推估}

衛生署出版品的資料不足，健保精神科住院支出，要劃分急性與慢性床並不容易，不過因為綜合醫院中的慢性床支出較低，因此整體比率應該要低於上面精神科醫用的成本比，以健保開辦之後，85 年度到 89 年度等五個年度的平均數，測算兩個數字：

五年度病床數量比，慢性病床為急性病床的 2.385 倍，慢性床佔總數比率 70.46%

$$\frac{\text{慢性 9908 床}}{(\text{慢性 9908 床} + \text{急性 4154 床})}$$

五年度病床服務量住院人日數比，慢性病床為急性病床的 2.759 倍，佔總數比率 73.40%

$$\frac{(\text{慢性床年平均人次 } 13625 \times \text{平均住院日數 } 204.95)}{(13625 \times 204.95) + (\text{急性床年平均人次 } 30285 \times \text{平均住院日數 } 33.42)}$$

因為一般覺得慢性床成本較低，故擬採較低的病床數量比，並以較小的約略數 70% 作為估計基礎。

如此，估算健保於民國 89 年度給付精神科慢性病床之花費為：

$$\text{NT\$4,760 百萬元} \times 70\% = \text{NT\$3,332 百萬元} \quad \text{三十三億元}$$

{資料來源：衛生署編印「民國 89 年台灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表」的表五、表三十三之一、表三十六；及前

兩項推估 }

推估 89 年度每一慢性精神病床，健保的平均花費為：

三十三億元 (全國精神慢性病床數 9749 床 × 平均佔床率 78.62%)

四十三萬元 / 年.床 三萬六千元 / 月.床

{資料來源：衛生署編印「民國 89 年台灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表」的表五、表三十八；及前三項推估}

台灣精神健康照護模式之探討—台北市模式

台北市政府衛生局局長 邱淑媿

台北市政府衛生局第三科股長 李玠芬

一、前言

行政院衛生署於民國 75 年開始規劃「區域性精神醫療網」，推動區域性精神疾病防治工作，79 年「精神衛生法」的公佈施行，行政院衛生署於 82 年核定「精神疾病防治工作計畫」、83 年訂定「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」，83 年「全民健康保險法」將精神疾病患者納入醫療保險對象，84 年「身心障礙者保護法」將慢性精神病患者納入請領身心障礙手冊者範圍，以及現代化社區精神醫學的發展；精神疾病患者不但有醫療照護權力，也成為社會福利的照顧對象，更受到法令的保障，精神病患陸續回歸社區。

在衛生署的推動下，陸續將精神衛生行政體系、精神醫療人力、精神醫療設施與治療模式、精神病患社區照護等措施建置完成。但由於精神疾病的症狀及病程的特殊性，疾病的傷害經常造成全人的影響，例如：情緒表達、思考判斷、行為表現、生活自理……等障礙，也可能對家屬及社區民眾造成困擾或傷害。

由於都市型態的不同，居住在台北市的市民生活步調快、承受的生活壓力普遍偏高，相對的病患及家屬也面臨較大壓力，如：社區居民對疾病刻板印象與排斥、日常生活照護的人力資源等問題。照顧市民身心健康及謀取福利是政府的責任，因此，台北市政府衛生局對精神疾病患者的相關照護措施與模式，分述如下。

二、台北市精神健康照護模式

(一) 建立社區疑似精神病或精神疾病個案通報系統

為早期發現疑似精神病或精神疾病個案，以早期提供患者適當的醫療照顧，並協助家屬及維護社區居民生活安寧，本局結合民政單位之里鄰長、里幹事及社政單位之社工人員與衛政單位之公衛護士、社服員，建立轄區單一通報系統及

服務窗口，使需要精神醫療照顧之病患儘速獲得醫療協助。

（二）社區精神病患追蹤照護業務

為降低社區中精神病患疾病復發，協助其獲得適切之醫療與社會資源服務，本局訂定「臺北市政府生局社區精神病患追蹤個案照護要點」，將病患依病程及病況分為五級，由本市十二區衛生所心理衛生人員主動對出院或居住於社區中的病患提供追蹤、輔導服務，積極掌握病患在社區中的動態與需求，協助提昇病患在社區中的適應能力，並於需要時提供相關醫療資源及社會福利的協助。

為提昇社區服務品質，每年度均訂定「社區精神衛生保健工作計畫」，將本市分為四區，聘請當地精神醫療院所精神專科醫師擔任督導醫師，定期召開督導會議，協助衛生所心理衛生工作人員辦理社區追蹤工作。

（三）建立醫院外展個案管理照護服務

為全面照護社區中需要精神醫療服務患者或家屬，對於部份病患在接受住院、急診治療後，但症狀仍不穩定、不規則就醫、服藥順從性低等需要較多醫療協助個案，而在過去的就醫經驗中已與醫院建立互動關係的患者，本局特別結合醫院，對這些需要較整體性評估及持續個案工作者，建立醫院外展個案管理照護工作，提供積極性的精神醫療服務。

（四）建立特殊個案通報與個案管理服務

對於社區中有部份病患呈現的問題不是偏重醫療取向，又不符合嚴重病人強制就醫者，除了精神疾病外可能合併其他問題，如：環境衛生、社區生活干擾、社會福利、國籍與戶籍等問題，十二區衛生所於發現或受理通報有特殊個案後，即通報市立療養院，由市立療養院依個案問題分類，結合衛政、社政、民政或相關單位共同協助個案問題的處理。

（五）社區精神復健

由於連續性的精神醫療與復健，有助於病患病情改善、避免功能退化及功能重建，以回歸社區過正常生活，然而健保在精神復健給付額度是全國一致的，民間若要在台北市設

立精神復健機構，由於台北市房價普遍偏高，相對會增加機構經營成本。因此，本局特別訂定「台北市政府衛生局精神復健機構補助獎勵措施」補助機構設立房屋租金，鼓勵公營或民間單位在台北市普遍設立精神復健機構，促使慢性精神病患在社區中接受復健治療，協助其逐步適應社會生活。

對於經過復健協助職業功能改善，有就業意願的康復病友，醫療院所可研擬方案，向市府勞工局「身心障礙者就業基金專戶」，申請辦理就業訓練或庇護性就業；對於復健後功能改善可獨立就業康復病友，衛生局與勞工局訂定「促進精神障礙者就業『永續精贏』（精障個案與僱主雙贏）試辦專案」，由市立醫院提供正式職缺僱用康復病友，協助康復病友重回職場。

（六）精神疾病患者「暫托服務」

過去台北市推動長期照護暫托服務，由於照護機構專業知能與人力問題，而將精神病患排除在外。為了體恤精神疾病患者家庭照顧者的辛苦，本局於 91 年度規劃辦理精神疾病患者「暫托服務」，提供家屬適當休息的機會，分擔照顧者的負荷，而能持續在社區中支持與照顧病患。

（七）辦理精神病患里鄰關懷活動

為加強社區里鄰、居民對精神疾病患者有正面認識，去除民眾對精神疾病負面的刻板印象，減少病友回歸社會過正常生活的阻礙，本局持續結合民間、社政及民政等單位辦理精神病患里鄰關懷活動，包括：十二行政區精神疾病防治宣導活動、康復病友歌唱比賽、社區精神健康志工培訓、精障個案與家屬支持團體等活動。

（八）推動精神醫療院所辦理居家治療服務

對於拒絕就醫或家屬協助就醫有困難的病患，本局持續推動醫院向衛生署申請辦理居家治療，辦理居家治療需較多人力與醫療成本，但可以儘速改善需要醫療協助的病患就醫問題，避免問題惡化再處理，將耗費更多社會成本。

（九）建立「社區緊急個案醫療小組」

社區「嚴重病人」的定義與強制送醫權責，在「精神衛生法」中雖有規範，但在實務工作中，常遭遇各單位對法規見解不同，以致嚴重病人送醫經常耗費相當多的人力與時間。因此，本局成立「社區緊急個案醫療小組」，於必要時派遣精神醫療專業人員直接的、主動的到社區，提供精神醫療專業評估、診斷及做必要的處置，以改善社區嚴重精神病患送醫問題。

（十）建立精神病患轉診資源管理系統

目前各種精神醫療設施都已逐步設置，然而實務運用上仍會有不足、不知道資源何在或何種設施較適當的問題，而台北地區的精神醫療設施一直與其他縣市共享，為滿足民眾精神醫療與復健的需求，能儘速獲取資源，本局正開發「臺北醫療區域精神病患轉診資源管理系統」，以掌握臺北醫療區域精神醫療、復健設施使用動態，可於病患需要時提供必要的協助，避免四處洽尋的困境，及延緩個案處置計畫的實施。

三、結語

罹患精神疾病，並非患者與家屬所願，而精神疾病對病患所造成的全面性傷害，加上患者本身的家庭特性、社會資源應用問題……等，所衍生的問題，可能包括精神醫療、緊急就醫、危機處理、生活照顧、居家問題、社會救濟……等，因此，需要有連續性與整體性的醫療與社會福利照護，以及資源的整合應用，包括結合衛生、警政、消防、社會、民政、以及民間等單位的資源，共同針對個別病患提供全面性協助與照顧，使患者與家屬得到應有的照顧，並使社區居民獲得安寧的生活環境。

為人民謀福利是政府的責任，台北市在照護精神病患已初具規模，然而在整體照護中常需要相當的人力、物力及措施的建立，更需提昇使用效率與服務品質，因此，仍有很多待加強的空間，在此與大家共勉，一起為弱勢病患努力。

台灣精神健康照護模式之探討—民間基金會模式

精神健康基金會執行長 簡以嘉

一、前言

身處二十一世紀的今天，追求健康乃屬於基本人權。一般而言，追求身體健康，大家均認為理所當然，然而，對於精神健康的提昇，往往易為吾人所忽視。就保守的估計，國人每五人中就有一位罹患精神疾病，但一般人對精神疾病的觀念，重者往往諱疾忌醫，輕者往往不以為意，甚至加以輕忽。殊不知，隨著精神醫學的進步，許多精神疾病，都有很好的治療方式，若因對精神疾病的認識不足無法即時就醫，不僅患者個人受苦，整個家庭受影響，甚至影響國計民生，因此，精神衛生教育的推廣，實屬當務之急。

財團法人精神健康基金會在董事長胡海國教授及捐助人劉俊杰先生的號召下，歷經數月的積極籌備，於90年6月21日正式成立。基金會的宗旨為一、推廣青少年、青年及一般國人之精神健康教育。二、提昇青少年、青年及一般國人之精神健康教育水準。三、推動精神障礙之早期發現與轉介。四、關懷社區精神障礙者與其家庭。五、推動精神病理研究。六、籌設腦科學博物館。我們深感一般民眾對於精神疾病及心理衛生的知識仍然相當欠缺，而且，基層紮根的工作，光靠政府的力量不足以成其功，若能藉由民間的基金會、社團，一點一滴來做，逐步推廣，將能日積月累，克竟全功。

在基金會籌備的過程，我們請了好多位精神科醫師、醫療同仁及其它專業人士與基金會董事，一起來討論基金會未來的工作重點。難能可貴地，我們的朋友均利用晚上公餘時間，熱心參與，竭盡所能地貢獻專業經驗。藉由大家的集思廣益，我們成立了精神健康腦科學教育普及組、精神健康指數組、精神健康論壇組及里鄰關懷組等精神健康工作小組，並釐訂各組工作目標及工作計畫，平時由各組召集人召集委員們開會討論，每月則會同公關組及網路資訊組召集人，討論連繫相關事宜及所需提供之行政支援。

二、各工作小組之執行概況

（一）精神健康腦科學教育普及組

顧名思義，我們希望提倡腦科學教育，普及一般民眾對精神疾病及心理衛生相關知識的了解。我們不僅在基金會會址舉辦精神健康教室，也到民間社團、學校、企業及其他場所舉辦精神健康演講。我們也針對一般民眾有關精神健康常見的問題，請專家答覆，彙整精神健康常見問題 100 問，於報紙及網路發表。本會會務委員醫師並經常受邀至廣播及電視節目接受訪問，暢談精神健康議題。另外，本組會務委員也積極投入精神健康大眾衛教 CD 的製作，以利未來之全面推廣。

（二）精神健康指數組

在精神健康指數組方面，我們期待能結合精神醫療的專家學者發展簡易的篩檢工具，使一般民眾能用來檢測自我的精神狀態，若有問題，則可以早期發現、早期就醫。本組已與論壇組於 91 年 6 月 29 日聯合舉辦精神健康論壇，預定從各領域專家論述中摘取精神健康指標，進一步討論發展成精神健康指數。精神健康指數的發展誠然不易，需兼顧客觀、時效及持續性，然而，此畢竟為本基金會之重大目標，本組會務委員亦體認到任重道遠，已積極持續發展中。目前，本會印製有胡海國教授先前所發展的精神健康評量手冊供各界索取參考。

（三）精神健康論壇組

在精神健康論壇組方面，希望能蒐集社會有關精神與心理健康的議題，讓大家一起來討論重視，蔚為風潮。我們曾在 90 年 12 月及 91 年 6 月各舉辦一場精神健康論壇，分別從精神、心理、社會、家庭、文化、經濟、宗教、哲學等不同層面來探討，希望能喚起大眾對精神健康議題的重視，並將於 91 年底集結成冊出版，藉由文字傳播的管道，希望能引起更多的重視及討論，使得精神健康的議題深入一般大眾生活之中，使大家覺得精神健康的討論是屬於日常生活、與每個人都有切身關係，並非嚴肅、遙不可及的學術論述。

（四）里鄰關懷組

在里鄰關懷組方面，我們覺得目標可以放在喚起民眾對精神健康之關懷、落實民眾對精神疾病患者與家屬之關懷以及精神健康關懷志工之招募。希望能訓練志工，推動對鄰里患有精神疾病朋友的關懷，建立相互關

懷的社區網絡系統。因此，我們嘗試設計志工培訓工作坊之課程，做為志工訓練之初階課程，一方面讓來參加的學員對精神疾病有初步的認識，一方面也對本基金會的性質有更進一步的了解。如果認同本會宗旨，則可報名申請成為本會之志工，或是至其他單位做有關精神衛生關懷的志工，我們也非常歡迎。即令將來沒有成為志工，但能藉此關懷自己、家人或朋友的精神健康，也是美事一樁。

從九十年九月中旬至十一月底，我們分別在本會會址、台北市立中興醫院、萬芳醫院及衛生署八里療養院舉辦了四場里鄰關懷志工培訓工作坊，我們總希望可以結合當地醫院、社區鄰里，在地生根，為社區民眾服務。幾場下來，參加人數每場約 30 至 40 人，總共約 150 人。參加學員包括醫院志工、病友家屬、康復之友協會會員、慈濟功德會會員、民間團體會員及一般社會人士。今年我們在台北市衛生局協助下，與台北市民生社區會館合作舉辦三個梯次里鄰關懷志工培訓工作坊，參加人數也有 150 人，大家對精神疾病充滿好奇，極欲揭開其神秘面紗，反應也相當熱烈，也感受到我們精神科從業人員，都非常誠懇有耐心，也頗為風趣，一點也不可怕。的確，我們常因陌生不了解而擔心害怕，當熟悉認識後，也知道精神疾病不過是眾多疾病中的幾種病，腦子生病一樣要接受治療，平常也要好好保養。去年及今年的幾場志工培訓工作坊舉辦下來，給我們很大的鼓舞，我們也了解到社會在這方面有很大的需求，也感謝衛生署及台北市衛生局的經費補助及各單位的協助辦理。

三、未來發展方向

（一）會務組織專業化

成立初期因限於經費籌措不易，大部分工作人員均為志工性質，在時間的投入及機動性方面，較無法全面配合，今後，若經費許可，應充實人力，各司其職，較能全面發展。

（二）會務委員多元化

由於本基金會致力於推廣精神衛生教育，故需要更多的精神科醫師、護理人員、社工、心理師及職能治療師來共同參與，擴大各工作小組功能。

（三）志工服務組織化

本會已辦理多場里鄰關懷志工培訓工作坊，但如何使招募來的志工有

所發揮，有所貢獻，提高向心力，實為志工訓練服務的一大課題。因此，平時志工的組織、連繫、分工及再教育，均需詳細規劃，才能使志工充分發揮效能。

（四）會務發展全國化

目前本會因限於人力物力，大半的活動均在北台灣舉辦，精神健康的問題，不分地域、性別、年齡、種族均會有此需求，將來，我們希望會務的推動，能擴大服務範圍，遍及全台灣。

（五）網路資訊便捷化

本基金會已有專屬網站，但各項資訊的傳遞及整理，仍然不夠迅速確實，目前已是 e 化時代，我們需進一步建立好此溝通平台，更有效與我們的朋友相互傳遞訊息。

四、結語

社區總體營造、社區健康營造是我們耳熟能詳的名詞，基金會成立之初，我們就構思著將來如何做往下紮根的工作。雖然，台灣社會隨著工商業發達及經濟起飛，人與人間的關係變得淡薄了，鄰里間的網絡似乎不若以往緊密般地結合，然而，像慈濟功德會也招募了四百萬個功德會會員，服務網絡無遠弗屆，創造了另一項台灣奇蹟。因此，既然我們可以去關心窮人、老人、災民，當然我們也應該關心自己、關心周遭朋友、以及關心精神病友的精神健康。未來，我們將繼續推動發揮各工作小組的功能，我們也將繼續經由志工培訓，散播精神健康里鄰關懷的種子，確實在社區生根，範圍不限於北台灣，將擴展至全台灣。阿扁總統經常提到志工台灣，台灣應該不只可以締造經濟奇蹟，不只追求富裕，我們更應關心精神層面，提高生活品質，追求精神健康的生活。

雖然面臨很多的困難，感謝眾多朋友的協助，精神健康基金會得以順利成立及推展，時光匆匆，至今亦已屆滿一年。然而，我們深知未來的路仍然遙遠及艱難，光靠基金會目前的人力及資源，也絕對不足以完成我們的目標。因此，我們要呼籲凡是認同本基金會宗旨及目標的朋友，請立即與我們連繫，台灣民眾精神健康的促進，需要您的共同加入。我們也盼望台灣有更多的民間團體，一起來努力致力於民眾精神健康的促進。保養頭腦、免除煩惱，是我們基金會的口頭禪，請與我們一起來關心您的精神健康，也關心大家的精神健康。

整合門診與支持性就業之職業復健方案

國立成功大學醫學院精神學科、附設醫院精神部

楊明仁主任

精神衛生法規定社區精神復健內容有日間病房、社區復健中心、居家治療、康復之家、庇復性工作站；可是，不能否認唯有職業復健的落實，才是成功社區安置的主要關鍵。工作不僅可以滿足個人的基本需求，更是個人社會定位與身分的認定。有了工作，才能夠感為社會的一份子以及自我的存在價值。但，對於精神疾病患者這卻是何等的苛求。所以求職就業的輔導，幫助精神病患儘快恢復健康，回歸社區，成功就業安頓，以減少社會資源與社會成本的浪費，是精神疾病復健治療的重要目標。

但，倘若缺乏安置的工作復健環境，精神病患者最後還是必須依賴他人或機構，無法真正重返社會。對於精神病患而言，獲取社會資源實在非常困難，工作機會更是鳳毛麟角，往往是想釣魚就是沒有釣竿。

根據調查一年內曾就業的精神障礙患者僅約四成左右，其中可以穩定工作半年以上者卻是寥寥可數。精神障礙患者就業所遭遇的困難有：社會烙印與恥辱感、認知功能障礙、症狀干擾、以及人際關係與社會技巧困難。幾乎所有精神障礙患者，在就業時遭遇的最大困難就是擔心老闆、同事知道自己有病；其次有半數左右因認知功能受損，動作與反應變得較慢，無法限時完成工作，而且工作時注意力無法集中，因此，擔心工作表現不佳，會被辭掉工作；也有許多患者承認在工作壓力的調適上有困難，以致在工作上常感到挫折，影響情緒；另外，尚有約三成左右的患者表示不知如何與同事相處，甚至覺得受到排斥。

而值得注意的是，當在工作上發生困難時，大多嘗試自己解決，或僅能尋求家人協助。也就是說，對就業身心障礙者而言，他們在就業、工作過程中往往是無依無靠，不知如何尋求協助，必需自己面對種種功能上的不足，更於心不忍的是，社會烙印與歧視，以致雪上加霜，更遑論擁有一份穩定的工作。

有鑑於此，成大醫院精神部特別開辦「支持性就業方案」，除持續開發院內外支持性就業機會外，希望以訓用合一方案，落實精神復健治療，創新醫學中心慢性精神障礙治療模式，以成為其他醫療機構典範。本文的

目的，即在說明因應台灣醫療現狀，而建構以精神科門診病患為對處遇象，所進行之支持性就業方案的背景，並探討期間所遭遇的困難與提出可能的解決方法。

目前台灣社區與職業復健之現況：

1. 健保在精神醫療的政策，一向是重住院而不重社區醫療；因此，雖然社區復健對於精神疾病患的治療與預後的重要性眾所周知，但健保支付制度的偏差，社區復健給付不敷成本，造成社區精神醫療在台灣發展受到嚴重的限制。以致，職業復健服務對象大都以長期住院病患為主，而工作訓練內容則大都侷限於院內庇護性工作，因此，只是聊備一閱，不能形成一定規模與模式，對於真正需要工作的社區病友幫忙相當有限。
2. 職業復健缺乏創新模式，只是依循傳統復健方式強調先訓練再就業的原則。可是往往因為職場經驗不能移轉，訓練內容情境與現實職場落差，導致訓練成功但就業失敗的窘困。
3. 另外，職業復健的重點過去都一直擺在工作訓練與症狀治療，但鮮見對於社會心理之處遇。根據國外報告，職業復健之成效不僅與症狀功能之狀況有關，個案的人際關係更是決定就業是否成功關鍵；但由於過去過度強調工作技能的訓練，缺少對工作場所以及個案之社會技巧進行處遇，所以，經常是功虧一匱，最終還是無法達到成功地就業安置的目標。
4. 再者，過去的職業復健大都只針對個案進行處遇，不免忽略了家屬與工作場所之相關工作人員的角色，在就業支持過程中的重要性。還有，過去家屬與個案的心態也都過於被動，乞待救助而未能積極尋求自助，以致也影響了社區復健的成效。

本方案之理念：

為了真正落實社區精神復健的理想，特別針對當前台灣復健的現況與問題，擬定精神障礙支持性就業方案。顧慮綜合醫院的角色與功能，本方案處遇的對象主要是來自於門診或社區患者，而非長期住院患者；而之所以採取支持性就業而非庇護性方案，即在力求擺脫過去辦家家酒式刻板做法，改以更貼近現實生活世界為考慮，以進入真正競爭性職場工作為目標。

精神疾病的障礙本質，主要是來自於病症所導致的認知功能缺損；因此，除了運用各種代償輔助的方式，建構精神疾病患者的「無障礙空間」，透過工作環境的改造與職業再設計等機制進行職業輔導外，"治療、訓練、與教育"，三合一的整體照護方案，也是缺一不可。

除此之外，本方案還特別強調完全介入、資源整合、以及訓用合一。在這個過程中，社區和家屬將為我們最重要的資源，除了去除社會大眾對精神疾病之污名化之外，更希望能提昇家屬由接受協助、協同、自助、助人到倡議的角色，爭取弱勢族群更多的權益，這也是所謂完全介入的理念；藉由「社會資本」之概念的運用與操作，整合社區社會資源，配合積極復健治療，以達到成功社區安置以及就業的目的；換句話說，除了針對其殘障問題的本質、實際需要以及其所遭遇的困擾進行方案的規劃，給予積極的復健介入處理，還將經由積極輔導人員的協助與介入，運用教育以及各種社會資源，創造最優社區環境，以減少疾病的復發，獲得最佳的生活品質。

另外，本方案亦強調訓練安置一併作業，落實訓用合一的理念；也就是說，不再是遵循傳統先進行工作訓練然後在轉介職場的做法，而是採用先安置於職場後再進行訓練的方式。在完成工作媒合之後，個案的訓練以及將來的聘用將在同一職場進行。當然，這樣的方式不僅可以延續職場經驗與工作場所人際關係，避免轉換環境還要重新適應的問題。

方案內容

就形式上而言，本方案內容主要可分為四個主要部份；1. 就業門診，2. 希望學園，3. 就業支持，4. 社區介入；但，基本上這只是說明方便而

做的區分，在實務上有時很難可以如此清楚地區隔。

「就業門診」主要是為媒合工作場所以及醫療機構介入處遇的平台，接受轉介篩選與評估；並積極連結鄰近社區資源，以推展各種復健工作訓練計劃。因此，藉由這一窗口有意願工作個案可以尋求幫忙，而其主要來自於科內同仁、他院或社區機構轉介，當然也有部份是從媒體以及相關活動宣導得知而要求就診者。

經過評估和詳細解說之後，將符合收案條件的個案組成學員工作團體。在方案中，則以學校模式的「希望學園」，一方面進行就業復健訓練與精神健康教育活動，另一方面尋求與社區支持性就業場所媒合，並安排到各個合適的工作場所進行工作訓練。如此一來，不但可避免病人中斷治療，並可促進病患將所得的技能類化至實際的生活情境中，增進病患社會功能。

學員們則依照每個人不同的狀況和階段，在就服員的帶領下分別安排於院內營養部、洗縫組、病歷室和園藝組等不同的單位接受工作訓練。

社區介入是本方案的特色。有鑑於過去社區復健的重點均以個案的訓練為重點，以致忽略了社會環境的處遇，所以本方案特別強調社區介入的重要性；在運作過程則以社會資本之概念為基礎，強調人際網絡的開拓與運用，主要的目的則在藉著社區活動的機會，增加患者與社區的互動，並進一步進行大眾衛教、導正對於精神障礙者之汙名、取得社區資源資源。除此以外，我們也積極爭取並整合政府各相關單位的資源，例如衛生局、勞工局、以及社會局之各種補助，同時也藉著各種機會，喚起相關單位對於社區復健的重視，希望也可在政策有所突破。

方案操作

團隊組成

本方案團隊成員包括精神醫療團隊之各專業，有醫師、護理師、社工師、職能治療師、專案經理人。因為，尚無經費聘用就服員，只得申請勞工局就業工程計畫聘用四名待業者為替代。我們稱他們為催促員，而非就服員。臨床上常發現家屬為了照顧生病的家人，只得犧牲工作整天在家陪

伴，因而也不免造成過度干預的情形。對社會家庭而言，由於失去了生產者對家庭經濟造成損失。因此，本方案也特別選取合適的家屬，由其帶著家人和其他學員一起到職場工作。為了方便工作協調，方案團隊每星期定期開會，討論行政事物以及學員狀況。

就業門診

門診工作內容在了解過去工作史、生病史等基本資料，並評估其參加支持性就業的動機，以為將來工作媒合之準備。決定加入支持性就業方案後，便由專經理安排各項評估，包括職能評估、症狀評估、以及社會心理功能評估，之後再轉介希望學園，安排參加各項訓練課程。

希望學園

經過評估之後，若無法馬上獲得工作機會，學員們則安置在日間留院或「希望學園」接受工作訓練以及各項社會心理衛教方案；之後，則視職場狀況進行媒合轉介的工作。

希望學園應用學校制度於精障礙之復健治療，本方案將學園課程分為必修（如醫學講座，藥物衛教，社交技巧訓練，以及壓力調適）、選修（如體適能訓練）、社團活動（如表演團體，如何唱、藝術創作、打擊樂器）以及課外社區活動（如社區聯誼茶會，社區與家屬衛教團體）；主要目的在透過衛教，提升精神障礙者之對於疾病之態度與認知以及自我照顧能力。

除了必修課程須由專業人員擔任授課老師外，其他選修或社團活動則盡量聘請志工或社區團體帶領；尤其是門診憂鬱症康復的患者，我們特別鼓勵他們擔任團體的帶領者，希望藉著參與的過程領略施比受更有福的境界，也間接幫忙疾病的恢復。

本方案強調必修課程的必要性，所以鼓勵學員們都要全部參加。並採行護照制度，登記學員課程參加記錄以及工作情形，作為日後就業安排的參考。

就業支持

由於暫無就服員之編制，只好爭取勞工局推辦就業工程方案，申請聘用失業家屬擔任催促員工作，帶領患者一起到職場接受工作訓練。目前主要以「訓用合一」的方式，推動院內支持性就業方案，工作訓練內容有在餐廳進行外場菜餚分裝、餐盒包裝、工作場清潔整理，以及開刀房無菌包製作、包布摺疊、安全器械整理等；其他將持續開發中的工作包括：花圃綠地整理、環境清潔、垃圾分類、燈光節約巡邏、以及協助行政業務等，共將開發 30 個院內工作機會，可謂利用現有的資源，創造更大的獲利，贏取雙贏局面。

為了開拓職場，以順利學員安置，工作開發一直都是本方案最重要的工作。所以，本方案一連串舉辦雇主焦點團體，邀請中小企業老闆座談，了解他們對於聘用精障患者之態度以及顧慮，並說明政府關於聘用身心障礙之相關規定與獎勵辦法，以廣結善緣，不放棄任何提供工作機會的相關資源。

社會與社區介入

在社區介入上，本方案則本著社會資本的理念，企圖建立社會網絡的弱連結，以匯集更多的社會資源，便利職場的開拓；另外，也企圖藉著社區的處遇，降低居民們對精神疾病的汙名，期待更能接受並幫助患者們進入職場工作。

在處遇上則將標的對象區分為，一般大眾、高危險群、或個案家屬等。在方法上則包括創辦發行衛教報紙 - 元氣報或與媒體合作進行相關衛教宣導；舉辦社區聯誼茶會以及其他社區活動，如社區音樂會、參加佳節活動、或衛教活動等；家屬與個案團體衛教；辦理社區精神醫療現況研討會，共商討論目前社區精神醫療的困境與突破方法。

方案成果

個案訓練成效

十個月期間，總共有 56 名個案接受轉介評估，其中有 16 名目前持續

在職場工作，另有二名將獲得正式聘用。共舉辦各種患者教育訓練課程，包括健康講座四場，社交技巧六場，壓力調適課程八場，體能復健課程四十五堂，藥物衛教課程十四堂，總共有 502 人次參加。

職場開發

總共開發幾個職場，有院內五個，院外一個。院內工作場主要在員工餐廳、洗滌組、花圃、福利社、及病歷室；院外則有一運動器材代工場。職場獲得的管道起初都是透過朋友或社會關係，當逐漸上軌道有了初步績效後，則藉著口碑、演講或其他宣導的機會，也順利地獲得工作機會。

為了溝通聯誼以及了解職場的運作情形，定期舉辦職場同事茶會，藉著雙向交流的機會，融洽學員與工作人員間的人際關係，並達到衛教宣導的目的。

社區處遇

在整方案執行個過程中，總共舉辦一場雇主焦點團體，二場社區茶會，三場家屬衛教，一場社區音樂會；並到社區進行衛教宣導活動二場。媒體宣導則包括，自辦元氣報進行衛教，並將相關訊息與衛教內容披露於平面與電子媒體。

社會政策

完成南部地區社區精神醫療現況調查，並舉辦南部地區社區精神醫療研討會，針對對目前社區精神現況困境，進行深入了解與討論，提出可能的解決方案。還參加行政院南部服務中心舉辦南部地區社區復健資源整合會議，提出台南市社區復健資源整合方案。也接受高雄縣政府邀請，參加社區復健資源整合會議。

其他

論文發表

Exploring schooling and employment difficulties among the patients with chronic mental disorders. Annual Conference of Taiwanese Psychiatric

Association, 2001.

Integration of psychiatric outpatient clinic and supportive employment program: an innovative community rehabilitation model. Annual Conference of Taiwanese Psychiatric Association, 2002.

The role of the general hospital in community psychiatry. 12th World Congress of Psychiatry 2002, Yokohama.

遭遇的困境

由於健保給付上的限制，社區精神復健常常需要依賴醫院專業人員人力支持，以及政府專案經費支助。可是，經費獲得不易，不能持續，復健計畫與經費常會共存亡。因此，如何爭取專案補助得到預算與經費推動計畫，經常會讓我們抓破腦袋；再者，即使得到計畫，因為補助不足，捉襟見肘，往往讓計畫窒礙難行。

雖然目前勞工局推辦希望工程永續經營方案，就是可以與社區精神復健之工作相結合，可以申請聘用失業家屬擔任催促員工作，一來可解決失業問題，二來可以帶領患者一起接受工作訓練。但，我們更希望突破法令限制，可以得到向勞工局申請就業輔導員聘用的補助；以媒合的工作機會及工作場所現場輔導，以及擔任與雇主、同事的溝通協調橋樑，協助成功就業安置的理想。因此，專業間之共識，以及政府有關單位之間（中央、地方政府之醫療、衛生保健、福利、保險醫療費用給付單位）行政制度配合更是不容忽視之課題。

社區精神復健涉及的領域廣泛複雜，專業間若無法去除成見，無法配合，必不能有所成就，而支持性就業的推動更是如此。這段期間，團隊為推動支持性就業而出現的歧異與困難有：

1. 專業理念的衝突。支持性就業的工作內容與職務安排，基本上已經超越了原本傳統精神醫療行政體系的編制；例如，在方案中就服員或專案經理人的功能與其所扮演的角色舉足輕重。但，因目前醫療體制中沒有編制，只能以原來的工作人員充任，加上專業理念的差異，也限制了對於認同。所以，無論職能治療或社工或護理 都將進入社區或職場，視為額外的工作，相互推諉。不僅如此，甚至連醫院管理對於這樣的工作或業務也是有認同困難，在成本會計的考慮之下，要獲得

支持也是相當困難。

2. 個案選擇的衝突。個案選擇的衝突是另一常見於團隊間的問題；因為傳統職業訓練的理念，是選擇訓練成功的個案進入職場工作，但，本方案則是強調先安置後訓練，重視媒合。所以，擔心個案症狀不穩定或能力不足，需要多付出精神來照顧，也給工作人員帶來重焦慮。
3. 方案未能符合所有個案的期待，以致個案流失率大。例如方案工作流程以及工作機會獲得不易，學員們都不堪需要花長時間等待工作機會；又有些學員只想獲得工作機會，不願意接受訓練輔導，最後也只能不得不放棄。另有些流失的個案原因是在於，對評估過於繁雜感到不滿意。
4. 為了順利進行工作訓練，最須克服的困難有二，一是工作訓練獎勵金的籌措，以及工作機會的獲得。一般而言，最好的狀況是雇主可以提供工作機會以及工讀金，若表現良好，還可以直接聘任。但，成大的經驗發現，在現實的社會條件下，一般雇主連提供工作練習的機會都很難得，更遑論工作獎金。但為了將來可以得到被直接聘用的機會，通常需要有一筆不少的工作獎金來支付工作獎金。而其來源則須仰賴募款，因此為了籌措經費，就必須以舉辦音樂會、義賣、以及發行元氣報的方式來進行；同仁們也利用各種演講場合，進行募款以及勸募工作機會。

另，我們社會大眾社會對精神疾病之恥辱烙印與汙名未能去除，媒體常以悲憫但憤慨的報導來描繪精神病患者，而這往往換來大眾對患者的誤解。再者，精障患者與家屬目前幾乎處於被接受者的角色，如此一來，更容易讓這些家庭躲在黑暗的角落，無法努力爭取應有的權力。

建議與改善策略

綜合歸納成大經驗，為突破目前社區精神醫療困境，我們提出以下建議：

1. 打破專業間的蕃籬與隔閡，建立共識。社區精神復健涉及的領域廣泛複雜，專業間若無法去除成見，必不能有所成就，因此，如何喚起專業間之共識，以及政府有關單位之間（中央、地方政府之醫療、衛生保健、福利、保險醫療費用給付單位）行政制度配合應為首要課題。
2. 「利之所在，勢之所趨」。目前國內社區精神復健大都以機構為主，以醫院為中心，發展到社區，依賴醫院專業人員人力支持及政府經費支助。可是，經費獲得不易，不能持續，復健計畫與經費常會共存亡。再者，現在的社區復健頂多也只不過是將原本在院內庇護性工作站繼續延申到社區，換言之，只是徒具「院外」形式，終究走不出機構。可見缺乏利導，將只會一味鼓勵住院，增加醫療成本，卻無法真正落實現代精神醫療之精神。所以，建議應該思考如何改變現行健保給付項目的規定，並加強成效評估。
3. 落實職業復健，是成功社區安置的主要關鍵。目前，院內日間留院與居家治療是為最普遍的社區精神醫療得方式，而真正的職業復健大多只是聊備一格，而且幾乎多僅止於院內庇護性工作站，久了，也只是流於形式，猶如在辦家家酒。建議，應針對患者之差異與需求進行評量與職種媒合。在介入處遇層面上，團隊介入，教育、訓練、治療，缺一不可；除了個人之外，家庭、社區、以及工作場所都需涵蓋在內，且更需整合醫政、社政、勞政等不同的行政體系，及村里幹事、社工以及公共衛生護士、宗教、鄰里、家屬、民間團體等各種資源。由於社會快速變遷，工業型態改變，代工愈來愈少，應盡可能以訓用合一或福利產業的方式，開創各種就業機會。
4. 因勢利導積極開放，鼓勵開辦社區復健中心，加強品質控管與成效評估。患者與家屬團體應積極組織團體，爭取社會資源，與醫療機構合作，以公辦公營或公辦民營的方式籌設社區復健中心，發展具有本土性、自助性、支持性的社區復健方案。建立成效評估的機制，作為管控的方法，提升社區精神醫療照護品質。

5. 改變患者與家屬的弱勢角色。協助患者與家屬團體成長，由他助者、變成自助、助人，甚至為倡導者，參與國家健康福利政策，推動、爭取、創造更多的福利，這將對於社區精神復健工作必有很大的影響力。
6. 破除社會對精神疾病之恥辱烙印與汙名。目前，社會大眾因無法了解精神疾病病理問題，終究讓它淪為原罪，進而演變為精神疾病的恥辱烙印與汙名，以致造成精神醫療在社區內服務的忌諱、偏見及拒絕也讓社區精神復健工作受到重重的阻礙。企業界也是「寧聘重殘、不用精障」。而精障患者卻經常因為社會烙印、恥辱感、人際關係與社會技巧困難，而在就業過程中遭遇挫折，這對病友回歸社區正常生活實為一大阻礙。如何落實教育大眾對於精神病患的認識，是當前精神疾病防治以及落實社區復健的重要課題。
7. 醫療與福利一條鞭。未來醫療與福利一元化絕對是必經之途，但如何協調整合、規劃社區精神復健，將有限資源做最大效益的運用，儼然正考驗著我們的智慧。

結論

就醫、就養、就業是精神病患者在醫療照護上的三大問題；這也無不透露社區精神醫療的複雜與困難。然，徒法不足以自行，如只是單賴衛生署目前的醫療政策，必是不足以應付如此龐雜的業務。建議在介入處遇層面上，除了個人之外，家庭、社區、以及工作場所都需涵蓋在內，且更需整合醫政、社政、勞政等不同的行政體系，及村里幹事、社工以及公共衛生護士、宗教、鄰里、家屬、民間團體等各種資源。除此之外，亦須做好其他配套措施，例如將社區精神醫療方案列入醫院評鑑的評比，並將其成效配合健保給付，如此，方可減少社會的負擔與醫療成本的浪費。

兩年來擔任北市勞工局身心障礙就業方案督導，最大的感歎是「當臺北人真好」。似乎只有臺北市得天獨厚，除了健保資源外，還分配有高額度的身心障礙者就業基金外，另外，加上在勞工局的推動之下，對於精障患者各種職業復健方案大力推展；近年來，各個醫院與社區團體相繼推出

各種複健計畫，例如臺北市立療養院的社區複健工作坊、仁愛醫院心靈鋪子、家屬心理複健聯誼會宅配服務、以及北投醫院的便利商店計畫...等等，從庇護性、支持性、到福利產業的發展，也是健保限制下的一種奇蹟。

縱然有著豐富的資源，但，也要有心做事。其他縣市的患者卻因資源分配以及人為的因素，與臺北居民有著天壤之別的待遇。根據監察院調查，「身心障礙者就業基金」被浮報、濫用、不當挪用的情形相當嚴重，甚至還有落入縣市長口袋為私房錢、挪用基金到非關身心障礙就業的科目，甚至借款給主計單位等情況。因此，出了臺北市，即使精神醫療工作人員有心，也苦無米之炊。而，精神障礙者的福利，那就更不用說了。

健康的差異與貧富差距有著絕對的關係，社會分配是為其影響機制的主要因素。台北市居民除了前陣子缺水外，不僅平均所得全國最高，平均壽命也是全國最長，而且精神複健方案也是有著最豐富的資源；而其更為社會不均導致健康差異的社會醫學教材，提供了鮮活的例子。雖然心中不免怨歎，南北以及城鄉資源的分配不均，但，還是衷心期望在不久的將來，臺灣地區的其他人們都可以享受如臺北人一樣的醫療待遇。

台灣精神障礙者照護發展研討會 綜合討論紀要

會議時間：九十一年九月十四日（星期六）

會議地點：台北榮總致德樓第一會議室



台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(一)

【主持人】

陳永興，高雄市衛生局局長

引言.....陳永興局長

這個階段分別由三個政府部門實際負責相關業務的科長，從政策層面來探討政府是如何看待精神障礙照護方面的問題，以及根據什麼樣的資料來分析這些問題，還有究竟針對這些問題提出了什麼樣的對策。討論政策不免會牽涉到法令、預算、設施、人力、服務體系的建立、以及目前著重的相關方案等方面。

第一位是衛生署醫政處的吳科長，從醫療衛生層面提出精神障礙者照護的現況與未來展望。吳科長將衛生署醫政處正在進行中的工作，還有一些被認為比較有問題的部分做了一些報告，據吳科長說醫政處第二科目前只有五個人力，卻要負責相當多的業務，不知道政府在這方面是否有考慮增加人力。另外，現有的設施是否已經確實符合民眾或病人的需要？修法過程可能會碰到什麼樣的困難？還有目前健保雖然有照顧到醫療的部分，可是對於要進入社區、就業、還有其他很多長期照護方面的層次好像尚未顧及到，我想這些問題還仍需有關單位提出關切。

接著內政部社會福利司的陳科長，是從社會福利層面來談照護的現況與發展。我想民眾總是覺得福利不夠，可是政府的財務又不甚負荷。陳科長提到台灣地區的身心障礙者每年以百分之十的成長率持續增加，可是很明顯的預算是不可可能每年以百分之十的速度增長，所以我想我們的社會福利經費是每年在減少，而不可可能增加。目前中央政府財政很困難，但地方更困難，我們都面臨了福利的經費要減縮，但是所需提供的福利內容要增加，這種兩難的窘境。舉例來說，在高雄市領殘障手冊之前都必須進行鑑定，所以我們每年都編列預算給醫療單位補助鑑定的費用，可是每到了九月、十月就都用光，呈現預算不夠用的現象。然而，每年申請鑑定的人的成長量，根本超過預算所能增加的量，這是一個很嚴重的問題，而且我發現每一個縣市政府幾乎都碰到這樣的問題。因此，大家應該一起來思考，在經費不能增加的情況下，如何把實質的福利內容做得更好，而如何追求

品質的問題亦有待解決。相對的，就我所知目前政府對於收容的機構有部分補助，但事實上這個補助的費用從醫療單位的角度去估算，以這個補助的標準用在照護機構上，基本上根本是不符合成本的。因此，如果要鼓勵這些養護、收容等長期照護機構的成立，若要用醫療單位、醫政單位的角度去看的時候，那是無法經營下去的。那要鼓勵民間去做的話，也許民間有基金會或其他財力的來源，才有辦法來配合這樣的政策來推動。這些可能都需要我們用心去考慮到的問題。假如社區的照顧服務做得好一點，其實需要長期收容的設施、機構的量就可以減少，也就是說兩者之間是一個互助的關係，社區中若有更多可以幫助病人的地方，也許就可以減少收容的地方。我們應以這樣的模式來思考這個問題，才能有效地分配社會福利資源。另外，醫政單位與社政單位的落差，以及民眾與政府之間的落差也都是值得我們仔細思考的問題。

第三位是勞委會的蘇科長由就業訓練輔導的層面切入，進行報告。勞工委員會職業訓練局從91年2月成立至今還不到一年的時間，就能把工作整理得如此有系統，而且也提供了很多基本資料供大家參考，實在令人感佩。另外，我感到精神障礙者在所有的身心障礙者當中是屬於相對的弱勢，無論尋找工作方面或社會接受支持度方面，仍然有很多有待大家努力的空間，如何協助精神障礙者就業，或得到工作的機會與職場的尊嚴和空間，社會大眾能否減少排斥的態度，僱主如何接納與輔導，都還有待政府機構和專業人員更大的投入。

討 論.....

葉先生（家屬） 請主管機關儘速修改精神衛生法。身心障礙保護法第三十六條末端，去年立法院修法通過，制定收支、保管及運用辦法的權限落在地方政府的勞工局，我覺得這是不可思議的事情，因為勞工局是一個執行機關，不是監護機關，應該回歸身心障礙保護委員會的職權！

使用獎助僱用辦法的僱主未必需要有營業登記

林醫師（玉里榮院） 依照獎助僱用的規定，僱主必須要有營業登記，以方便辦理勞健保，但是，一般比較有規模並有營業登記的僱主，通常希望

僱用能力比較好的病友，遺憾的是能力較佳的病患通常又不願意曝光；相對的對病友能力要求不高的雇主，往往都是一些沒有營業登記，若要求這些雇主辦理營業登記的話，業者的負擔勢必會變得比較高，而後可以想像對於僱用對象的要求將又會有所不同。這其中存在著相當大的矛盾。我認為有沒有營業登記似乎不是最重要的，而是願不願意接納並善待的問題。舉例來說有一些小本經營的工作，壓力比較沒那麼大，因此接納病友的意願相對的就比較高，然而卻沒有辦法使用獎助僱用，所以只能支付一些微薄的薪資，但是如果能運用獎助僱用的話，就可以給病人更高一點、更合理一點的薪水。

就業服務員未必需要專業背景

林醫師（玉里榮院） 第二個問題也是關於實務上的。明文規定就業服務員必須是社工的專業背景，可是在就業服務的過程當中，人格特質和生活歷練比起學歷似乎更是重要。我在 Boston 聽到，他們最優秀的就業服務員的背景是街頭藝人，因為他們人脈很廣，且願意跟病人接觸。很多剛從學校畢業的同學們，實在說他們很害怕，不太敢去接觸。我最近找了一個就業服務員，還好他過去有政戰社工科的背景，他以前做政戰的，在國民黨系統做地方選舉的，所以他人脈很廣，他在三個月內開了十二個工作，我非常謝謝他；我本來有找到一個中原心理系的，本來要做，後來想想就不敢來做，所以我覺得這個規定會讓我們產生困擾，同時它又規定沒有專業背景學歷的，要去參加 120 多個小時的職業評量訓練，而且這些地方都在高雄、台北，對其他縣市很不方便，我反而覺得比較需要 routine 的職業輔導的督導會議，會比較合宜，謝謝！

家屬 今天來聽了三位的報告，想請教的第一個，在組織方面，是不是將來政府改造，醫療和社福，是不是把勞工也一併考慮，這是第一個問題。第二個問題是，法律的法典化，意思是說把精神衛生防治醫療、保護、相關人員設備等等，還有財務，通通在一個法律之內。第三個問題是，回歸社區的評估，回到社區有沒有做評估，剛剛講的每年增加 10% 的人口，醫療好的有多少，這個評估有沒有做報告。再來是，關於社福的基金，剛剛蘇科長提到 114 億，有沒有包括採購法有一條：得標廠商 100 人以上要晉用殘障和原住民，若沒晉用的話要扣基金，過去的話都是繳基金，我不曉得這個基金有沒有算進去。再來是社福的研究，現在是對居住的研究，是不是對就業的研究比較重要。

蘇昭如科長 剛剛那位家屬提到：身障基金的來源，基本上是從目前的身保法的第 31 條，也就是定額晉用的錢，因沒有足額晉用就必須繳交差額補助費，一個人要繳交基本工資的金額，所以是不包括您剛剛提到的採購法的部分。再來，您也建議到未來政府組織改造，是不是勞工也要跟社政、醫療放在一起，其實我個人沒有研究，因為這決策參與的層級還不需要我，我只知道當時勞工獨立出來的原因是，因為服務的對象已超過八百萬人，我印象最深刻的就是這個理由，我會把您的意見記下來跟長官報告，作為參考。

玉里的林醫師，您的問題對我來講可能會艱澀一點，因為您的第一個問題：僱用獎助的這個規定，我可能要回去做個功課，因為這是我們從僱用獎助津貼的規定，您的問題比較深入，我也會把您的名片帶回去，事後再跟您回報。您的第二個問題提到，關於就服員就業獎助的一些規定，事實上公部門經費的運用都必定有一些規定，包括作業的流程、人力的提供等，需控制一定的服務品質。當然我也同意並不是社工科系的人，才能提供最好的服務，但是其實政府要看的是一個平均的標準。另外關於工作人員必須事先接受職評訓練的問題，事實上職評這個工作是屬於最上游，十分重要，但是目前卻缺乏相關人力，而且可以預想其需求量將會是很大的，所以我們才會思考不可能就現有的服務體系的人力，加以訓練，這樣至少可以應急，至少可以進行基本的評估。職評訓練就是基於這樣的出發點開始的。至於訓練地點的確對很多人而言都遠了些，這一點真的很抱歉，我想日後在規劃時，真的有必要考量到東部或比較偏遠地區的需要。其實當政府以專案委託的方式開拓民間的專業時，我們也意識到有一些機構，是慢慢的小本經營，本來是有一個，後來有兩個、三個，那些新開發出來專業機構跟人力，需要更多的專業協助與支持，甚至督導。據我所了解，殘盟跟智總他們就組成一個團隊，以三年的計畫，有一個 team 到各地的分會機構進行督導的工作，我覺得這個模式應該要再擴大、再應用，未來勞委會也將考慮用這樣的方式，提供基層、偏遠地區、規模較小的機構，更多專業的支持。

再來，謝謝葉先生的建議。身心障礙就業基金保管設置運用辦法，一開始(79年)是由中央主管來訂，於 86 年修法的時候，改成由直轄市、縣市政府來訂，現在經過一些討論、研商之後，全國性的社團建議還是由中央統一來訂。另一方面，在這次開會的過程中，看到有一些縣市政府，仍希望這個權力能掌握在自己手上，包括以前的台北市，或是其他的地方政

府，他們覺得唯有掌控權責才能容易運用這筆經費。您以上的意見我會記下來，但是我想這個應該還要透過立法過程裡面的政策辯論來做最後的決定，我先做以上的說明。

吳文正科長 牽涉到我這邊的問題總共有四個，我一一回答。第一個問題是葉先生提出來的，儘速修正精神衛生法，有關預算的部分，是不是也一併修。我剛剛在報告中有提到，關於精神衛生法的修正已經開過 22 次的會議，內容上我們針對幾個方面來談，包括增加社區心理衛生中心，以及預算方面。我想這些在“法”方面都沒有問題，主要是預算的編列一直在縮減，現在的預算一般都打七折，個案一直成長、服務的需求一直增加，然而預算卻無法增加，關於這點我們也很為難。

其次是立法院法制局研究員的這位先生提到的三個問題，以後當政府組織再造的時候，是不是可以加上勞政？就我的了解，好像主要是社政與醫政的結合，但是我可以把意見帶回去。另外，是不是在法典化的同時，把社政、財務都歸於一個法典，就是可能放在精神衛生法？您的意思大概這樣，一般來說，在立法技術上這樣做可能會有問題，也就是這樣可能會在各個不同的法典中重複出現一些同樣的內容，所以實際在訂定法律時，都會在立法目的之後，加上「本法未規定者適用其他法律」這樣的字眼。我想這是為了簡化法典，以避免法典越來越大，而變成「法典肥大症」。

另外是有關庇護工場的建築相關問題，您指的是精神復健機構，我們在 83 年施行精神復健機構設置管理及獎勵辦法，之後進行過一次修正，目前也準備再次修正。其中有一個規定提到有關消防與建築方面的條文適用建築法和消防法的規定，在設置管理中並沒有特別的明定，但現在實際上碰到的困難是，有些小型的社區復健中心、康復之家，對於也同樣必須變更使用執照而遭遇到一些困難，所以就希望是不是可以把它放寬一點、不需要變更？台北市曾經在 85 年陳水扁總統當市長的時候，直接發布行政命令免除使用執照變更，不過後來內政部對這個一直都沒有再確認，我認為還是需要從法上面來做修正才能執行，但是這個修法的職權不在衛生署，而是在內政部，所以這個部分我只能報告到這裡。

陳彥丞科長 我想回應一下立法院的同仁，他剛剛提到“精神障礙回歸到社區照護體系”，經過哪個單位診斷或證明之後，才回歸到社區照護體系來照護？請看大會手冊第 40 頁，內政部與衛生署有一個關於精神病患照護

體系，有這樣一個權責劃分：第一類到第四類屬於嚴重精神症狀，還有急性治療的都歸屬於衛生照護體系來辦理；而精神病症呈現穩定狀態而且慢性化，不需要在醫院裡面治療，屬於第五、六類的，才歸屬於社政體系，由社政單位來辦理。所以要進入社區照護體系之前，必須經過醫院的專科醫師診斷證明，經證實病情確實已經穩定，不需要再做治療，這樣才會歸到社政體系接受照護服務。

主持人 剛剛有提到研究的問題，我想在綜合討論的時候再來處理，因為在每一個政策面都需要做研究，研究的優先順序怎麼選擇，在下午可以繼續討論。

台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展(二)

【主持人】

宋維村，中華民國台灣兒童青少年精神醫學會理事長

引言.....宋維村教授

本人所主持的第二個主題分別由衛生署草屯療養院鄭若瑟副院長就醫療層面，中央健保局醫管處曲同光副理就健康保險層面，及康復之友協會家屬聯誼會金林會長就家屬及病友層面提出報告。他們三位都很用心準備資料，然而對於部份資料的內容及解讀，有不一致之處，可能需要進一步溝通和補充。

醫療是共同著墨最多的地方。就醫療而言，可以綜合評論是：「過去二十年來精神醫療的確有進步，但尚難符合病人及家屬的需求」。就所提供的資料而言，急性精神醫療病床數已接近衛生署預設的標準，慢性復健病床數尚不足四分之一，而社區復健則較預定服務人數不足二分之一。然而金林會長對衛生署所訂定的精神醫療設施目標數提出質疑，尤其對於社區復健的設施預定數目標明顯偏低，因此應由衛生署就精神醫療社區復健設施之需求數和預定數重新擬定目標之外，本人亦建議應請社政單位就依照「身心障礙者保護法」設立的精神障礙者之身心障礙福利機構之設施標準重新檢討，使其人員編制等更能符合精神障礙者的需求。衛生署亦應儘速制定精神護理之家的設施標準，使得慢性精神障礙者的照顧安置有多重管道以符合需求。

就慢性精神病人的復健需求而言，目前在慢性復健床的病人可分為三類，第一類是難治的（treatment resistant）精神病患，這些病患的陽性症狀十分明顯，對各種治療之病情改善有限，難以適應家庭及社區生活，這些病人是最需要在慢性病房長期治療保護的。第二類的病人則是在急性發作康復的過程中，需要較長時間的復健，這一類的病人如果有良好的社區支

持復健系統，有相當的部分可以轉到社區繼續復健照顧，這是先進國家的做法。第三類則是幾乎沒有陽性症狀，只有陰性症狀，其實是不符合住慢性復健病房的要求，可是由於社區缺乏相關的安置機構，或安置的設施不足，或有家歸不得，導致這些病人沒有必要的佔住醫院，這類病人應加速回歸社區復健和照顧。至於已經明顯退化的病人，則需要養護，這需要有更多的社區設施，尤其要避免大型機構化的設施，由小型家庭式的照顧來安置最為恰當。綜合而言，社區復健和照顧，是需要醫療、社政、勞政等相關單位共同研擬政策，提供必要的獎助措施以促進社區照顧的發展，在醫療機構和各種社區復健照顧機構的合作之下，對病人有合理的照顧。

根據聯合國和世界心理衛生聯盟及世界精神醫學會等組織多年來的呼籲，精神疾病患者的人權應予保障，因此今天金林會長提出的有關病人人權的要求，我們應予強力的支持，並呼籲全民改變對精神病患不當的烙印，給病友公平的、人道的、應有的醫療和照顧。精神病患的家屬面對極大的壓力，因此應予適當的支持，提供他們照顧精神病患的知識，以及增強他們照顧的能力，以協助精神病患的長期醫療和照顧，並促進家屬的健康。

整體而言，在這三個子題的報告和討論中，都可以發現彼此了解不夠的地方，譬如健保局同仁對精神醫療的內容和精神醫療的世界性趨勢並不了解，因此在健保給付政策方面，太過偏重財務的管理，而忽略了精神醫療的世界趨勢及病患的需要。在醫療機構方面，對健保的品質要求，以及對病友和家屬的需求，尤其是精神醫療的品質完整性，並沒有充分的了解和滿足需求。而病友團體對疾病的認識，對整個精神醫療制度的走向，對病人的最佳利益，以及國內精神醫療機構改善的情形也有不甚瞭解的地方。因此今天的研討會，提供了一個最好的機會給相關單位和團體溝通，我們期待這種溝通在未來能繼續下去，這樣在形成政策和法律的修訂上，會更能符合最多人的利益和滿足病家的需求，以達到精神障礙者醫療和照顧的合理化、普遍化和高品質化的目標。

討論.....

主持人 非常謝謝金會長，他開宗明義說：「不應該有人被放棄」，的確不應該有人被放棄，這是最基本的人權。接著她由好多方面，包括社區規劃的不當、精神醫療團隊的成員、成分不夠健全、精神醫療人員的武功不夠高強，還從財務面來檢討……。我聽了金會長的報告感受很深，雖然只有在開始的時候，提到一點有關居住的問題，這在照護上是非常重要的部分；另外，她花了比較多的時間在檢討醫療相關的層面，不過我想，這只是一個開頭，只是一個對話的開頭，將來還會持續。

期待健保局能建立一良好的評估機制，以掌握新藥、新科技的開發時機
王先生（彰化康復之友協會） 剛剛曲副理有提到，有關於新科技、新藥的部分，健保局是需要花一些時間去評估。民間開始希望第二代的非典型抗精神障礙藥物的開放到現在已經將近一年多的時間，可是健保局卻直到今年九月份起才開放，不知這個評估的標準是什麼？我想大概除了立委的強力介入外，我希望健保局在未來應該要有一個良好的評估機制，對未來新科技開放的這個部分有一個評估的標準。如果說新藥、新科技的開放，可以減緩疾病的惡化或是降低住院率，那就更應該即早檢討給付的必要性。另外，若打算調高保費時，應該明確指出給付將擴張到哪裡？疾病的給付到底有沒有增加？我覺得這樣才有足夠的立基去說服大眾，使大眾願意來接受保費漲價的問題。

醫護人員應減少開會時間、增加直接照顧病人的時間

吳女士（桃園康復之友常務理事） 對於醫護人員武功不夠高強這件事，我也有同感。現在不管是護理教育，或其他醫學的相關教育，感覺都不是很落實，像是在醫院就我所知，大多數的主管、經驗高的督導、護理部主任、護理長，幾乎都在天天開會，幾乎沒有時間用在直接照顧病人上面；每天花在研究行政方面的時間很多，甚至用電腦統計今天照顧了幾百個病人，其實我覺得這些根本沒有什麼意義。

照護工作應重視病人及家屬的教育

吳女士 我曾經擔任過護理部主任。我在臨床服務，看到很多病人浪費藥物的情形，不管病房的，或是社區的，大概有三分之二的病人都沒有好好吃藥。我曾經看到一個病人從床下拿出一個麻袋，一大堆藥。想想為什麼

會有這種情況，事實上據我的觀察，社區照護、臨床照護，都欠缺教導病人和家屬的教育內容。尤其家屬的教育，我覺得更難、更需要做，家裡有精神病患的家屬真的很可憐，當病人剛發病時，他們不知道該怎麼去對待，甚至於對病人的要求是以常人的情況去要求，更造成病人跟家屬的傷害。這是在臨床上的感覺，謝謝！

牛奶有 GMP 認證，對醫院也應有類似的制度

鄭若瑟副院長 今天聽到家屬對整個醫療體系的要求或檢討，真是非常感同身受，沒有錯，精神醫療品質到目前為止，都沒有一個很好的指標、或一個系統來保證，買牛奶，有 GMP 的認證，可是醫院沒有 GMP，只有醫院評鑑標準，然而這個評鑑三年才做一次，中間怎麼服務也沒人知道，這個叫做「資訊不對等」。現在學會、健保局都努力想辦法實現曲副理提到的論質計畫，希望能盡量用品質指標做標準，照顧得好，健保就會多給一些紅利。然而目前是只要有做就有錢，做壞了錢賺更多，因為變壞了有併發症不是可以收更多嗎？最好常常發病、常常住院。由此可以看出現在的制度是不好的，唯有讓論質計畫及早進行，建立個案管理的制度，並培養出武功高手，才能避免讓病人淪落到需要住院、需要慢性醫療。

慢性病房應該分級、給付也需跟著分級

鄭若瑟副院長 我想現在大家之所以對慢性養護持有負面的感覺，是因為定額給付制度的關係，事實上這個給付制度並沒有特別的要求，大家怎麼做各憑良心，完全缺乏誘因、或促進的效果，不管做得好不好，也不會有特別的獎懲，大家會覺得這樣的制度就是在放棄病人。一個好的制度應該是對醫院有所刺激也應該不要放棄病人。所以我建議慢性病房的部分應該分級，給付也要跟著分級，同樣是慢性病房也有功能很差的，也有功能比較好的，需要的東西也是不同的。我做過生活品質的調查，住院病人的生活品質比社區的病人好，社區的病人、門診的病人生活品質很差，這就是社區復健整個資源，不管政策目標也好、資源也好、給付也好，制度都不夠完整而造成的問題。我認為高手是需要很多誘因去培養、去激發，我們對健保局的期待是很高的，謝謝！

資源有限但需求無限的環境下，資源分配是相當重要的課題

曲同光副理 首先謝謝大家提供很多寶貴的指教。我想大概主要有兩個

問題，第一個是有關資源分配的問題，第二個是有關品質方面的問題。資源分配其實是很困難的，事實上我們所面對的就是一個資源有限，但是需求無限的社會環境，在有限的資源下怎樣充分運用真的是非常困難。我剛剛有舉幾個數字，事實上在最近幾年，精神醫療費用的成長是以百分之十幾的比例爬昇，比一般的醫療要快好幾倍的速度。這幾年來，其實精神醫療的資源投注比過去多，而且一直在增加，當然，或許還有許多人覺得不夠，不過因為大餅就是那麼大，資源大家都在搶，如何讓資源合理有效地得到分配，需要靠大家慢慢來進行討論。另外，剛剛也有提到，精神科第二代用藥，為什麼會拖那麼久，我想也是這個因素，資源真的是有限，如何把有限的資源用在最重要的地方，第二代用藥其實蠻昂貴的，雖然有很多好處，但是並不是比第一代用藥好，藥效方面其實第一代用藥也不錯，只是第二代用藥的副作用比較少，對病人比較好。資源的使用上需要考慮很多因素，所以我們需要逐步的開放，也希望能和藥商調整降價問題，畢竟大家都不願看到把健保資源用出去後，得利的是藥商。基於這些因素，我想有必要經過一段長時間的研究、討論之後，再慢慢的把它開放出來。至於牽涉到高科技的部分，未來也會採取更嚴謹的態度來處理，首先要確定這個高科技、或這個產品是有效的，再則要考慮經濟效益的問題，因為畢竟在資源有限的環境下，把錢用在刀口上是很重要的。

未來將著重醫療品質的發展並且兼顧醫療是否真正達到醫療的目的
曲同光副理 有關品質的問題，剛剛鄭副院長也提到，我想健保目前有個很重要的任務，就是把重點放在品質方面。過去我們要花很多的時間注意讓每個人都公平的得到醫療，等到這個任務能普遍達成之後，應該就要考慮怎麼樣讓錢、財務方面能得到一個適當的管理，讓財務的問題降到最低，不會經常要求民眾多付保費。這一點，相信透過總額預算的執行之後，應該可以有一個機制將費用做到妥善的管理。接下來，重要的一件事就是品質，這裡要談的不是表面的品質、不是空泛的品質，而是必須注重醫療是否有真正達到醫療目的的品質問題，這是目前我們努力的方向。當然品質也是一件很困難的事情，必須花一段時間來建立，健保局今後會把很多時間和精力投注在這些地方，就此跟大家做一個簡單的說明。

醫療資源的公正性應獲得改善
宋維村教授 非常謝謝三位主講人，分別從不同的角度來看問題。綜合以

上內容可以簡單的講，剛剛大家共同都討論到關於病人及家屬的人權、病人及家屬所獲得的待遇、整個醫療資源分配的公正性等，大家都一致認為必須共同呼籲去改善的。第二點，精神醫療在過去二十年裡面，的確是在進步，可是仍有一大段是沒能夠符合病人和病家的需求，這裡面也提到很多未來可能改善的方案，留待我們大家共同努力。最後一點我自己的感覺是，不管從資料的取得，病人或家屬對健保的了解，或許有一些誤解，或是醫療對健保的誤解，健保對醫療的誤解。我聽到三位的報告，還有在最後的對話中，的確是感受相當深。真的非常謝謝國家衛生研究院、胡教授，有這樣的規劃，讓大家今天有很好對話的開始，我想溝通，恐怕是未來精神醫療到慢性照護的重點，今天的主題是照護、長期照護，怎樣走會是最好的，我相信溝通是我們未來必然要走的、持續的、長期的一條路，謝謝！

台灣精神健康照護模式之探討

【主持人】

周碧瑟，陽明大學社區醫學中心主任

引言.....周碧瑟主任

台灣精神健康照護模式之主題由台北市衛生局邱淑媿局長報告台北市模式，這是從衛生行政的立場，來規劃並整合出全面性的精神健康照護模式，從公共衛生的角度而言，已包含疾病防治的三段五級，從預防發病，早期診斷早期治療到醫療復健皆已有了完整的架構，今後重要的是要落實執行，建議配合各地區的社區健康營造中心來推動，效果更佳。

財團法人精神健康基金會簡以嘉執行長介紹民間基金會的模式，基金會成員皆是義務奉獻，成立短短一年多，做了許多事情，值得敬佩。基金會大部份成員都是專業人員，從事青少年衛教，教育是根本大計，從青少年著手，使青少年對於精神疾病有正確的認知，可以及早防範，以達初段預防之功效；同時，發展簡易篩檢工具，可提供一般民眾自我偵測的方法，以達早期發現，早期治療的次段預防。該會努力將精神健康的議題生活化，透過志工培訓以推廣精神健康教育，及關懷鄰里精神病友，有些項目與台北市衛生局推動的項目相同，可以整合，以收相輔相成之效。民間模式較富彈性，較有效率，若與政府的資源相配合，更可以切合實際之需求。

南部模式由國立成功大學醫學院精神科楊明仁主任報告，重點在整合門診與支持性就業之社區復健方案。精神病患若無法就業，漫漫人生難以渡過，尤其是年輕的病患，職業復健更是重要，楊主任在這方面付出的心

力可感，做得很好。

這些年來，在醫政、社政、勞政的規劃與精神醫療團隊的持續努力下，精神病患已獲較好的照護。此外，家屬也應列入治療的團隊，不只是提供支持性的支援，更需積極性的介入，畢竟家屬要與病患相處一生，家屬與病患間的互動，無論對病患或對家屬都很重要，宜納入醫療的環節一併考量。

今天提出的三個模式皆屬都會區的模式，至於偏遠地區，如花蓮玉里，有數千名精神病患，其精神健康照護模式 尤其是社區復健的部份，自然與都會區不同，宜考慮另外的模式。在玉里的病患，很多是從各地區被放棄的個案，聚集在玉里，似乎是病患終老之地。這些病患近年來在玉里雖已得到較為溫馨的照顧，但親情是可貴的，無法替代，若能建構休閒園區，讓病患家屬願意前往探視，結合休閒與探病之功能，將精神醫療園區家園化，結合醫療與人權，可以建構一個“人權關懷園區”，這應該是可以嘗試的另一個模式。

討 論.....

醫院有必要融入社區幫忙社區的復健工作

王女士（台北縣康復之友協會理事長） 我參與家屬團體已經很多年，我兒子生病也已十多年了。今天在這邊聽到楊主任講的內容，真的覺得我們的精神醫療非常有希望。我一直覺得目前在台灣，醫院是資源最多的地方，無論是護理師、社工師、心理師等方面的人力都是最多的。其他的地方就非常的少，所以我認為醫院實在應該要融入社區來作社區復健。剛剛聽到楊主任的報告有這麼詳盡的計劃，而且正在實施，真的非常高興，也非常感激，由衷地希望楊主任能四處給大家宣導這些概念。另外也很感謝胡教授成立精神健康基金會，確實我們也非常需要宣導，而這個宣導也需要醫界的支持，因為家屬的力量畢竟是少數的、而且也是很有限的。我們希望胡教授這邊的基金會，能夠研究醫院應該怎麼來參與社區復健。再一次謝謝楊醫師，也謝謝精神健康基金會，謝謝！

呼籲健保增加給付就業方面的經費

王女士 目前健保似乎沒有給付就業方面的費用，我們希望將來健保也把這一項納進來給付，因為就業對病人而言是一項非常重要的治療。

讓民間團體開辦社區家園、或團體家庭來照顧精神障礙者

陳彥丞科長(內政部社會司) 剛剛聆聽財團法人精神健康基金會的簡主任，還有成大醫院的楊主任，就目前所推展的一些對精神障礙者的照顧方案，非常敬佩。我想目前對於這些精神障礙者回歸社區之後的一些照顧，在社政體系仍是比較缺乏的，所以我想，剛剛楊主任提到怎麼來拓展福利產業，是不是能夠建議，這兩個單位將來開辦一些有關精神障礙的社區家園，或是一些團體家庭來照顧這些精神障礙者，謝謝！

沒有收入或收入不夠，病友該如何過日子

病友 我在十年前因讀書的壓力太大而生病了。病情穩定後在外面找工作，雖然找工作的過程都還算順利，但是只要被知道是精神病患，都會被炒魷魚，我已經被十幾個工作給炒過了，最後勞工局很同情我，就把我收容到勞工局工作。可是在勞工局我發現了一個現象，雖然他們都對我們很好，可是我們都是領最低薪資，國中畢業的薪資。另外有一位同仁也是病友，在勞工局待了五年多，薪水都沒有調過還是跟我領一樣的薪水，據說這是人事室主張的。我現在又收留了一個精神障礙的病人住在我家，他比我更可憐，十幾歲的時候爸爸媽媽就過世了，現在唯一的收入是台北市政府發放的低收入戶殘障津貼，一個月才三千元而已，可是他要付給我房租，一個月要四千元。雖然他有去登記工作，但跟我以前一樣也是找不到工作，目前仍是沒有收入的狀態，然而健保局還跟他收兩萬多塊的健保費，雖然很同情但我也沒有辦法幫助他，因為我自己本身都無能為力了！

希望實際從事精神照護相關工作的所有人員都能獲得對等的報酬

李醫師(北投醫院) 剛剛聽到邱局長的報告，實在令我非常的感動，就是我們台北市一直有很好的局長在照顧精神病患，不過，目前我所知道的困境是，從前面的局長在推動的所謂精神病患長期追蹤照護計劃裡面的經費，感覺上給行政人員的資源還是不足，據說這些錢是有撥下來，可是後來又撥回給公家機關或公家單位，所以真正在做事的這些人，包括邱局長剛剛所提出的 89 年 1 月到 3 月的統計數據，就我所知真正在執行的公共

衛生護士，甚至連加班費都拿不到，這些人都是在做義工，所以我看常常有不同形式的義工，不知政府部門有沒有辦法在像邱局長很好的協調能力之下，能解決這些真正想做事的人。就是國家有撥經費，但是這些經費不會進入這些人的手上，所以我想慢慢這些經濟的誘因都會下來，那包括我們醫院和市立療養院在做的，很多所謂的緊急醫療小組處置的過程，我們都發現到有這樣類似的困境，就是很多人都想做事，可是憑著一時的、所謂的道德勇氣，可能不會撐到百年，所以我想如果有機會的話，由這個良好的行政上、制度的設計，可能會讓很好制度的美意能落實，謝謝！

建議醫院設置可供就輔員詢問病人情況的聯繫窗口

金林會長 根據勞工局的報告通常送病友去就業後，發現他們的情緒往往會發生很大的起伏，然而就輔員也往往不瞭解病人的狀況而無法應對。所以，我認為醫院與就輔員之間應有一個聯繫的管道，讓就輔員能掌握病況，即時思考因應對策。這個聯繫的對口不一定非得是醫師不可，可以是某個職能治療師、或某個社工師。但是這個窗口可以對外聯繫，醫院的病人他到社區裡面的其他機構、或者是就輔員，這些就輔員他們需要了解這個病人的一些 background、或是他情緒的起伏，可以透過醫院的這個窗口去聯繫，就類似這樣的管道，那時也是有，好像我們總幹事也是有提到類似李醫師講的話，因為問題是衛生局編一個錢進去，或者我們是希望勞工局的就業基金將來也可以補助這一塊，就是說就業的病人他也是會有情緒的起伏，那他需要這些專業的人即時的給予支持、或提供意見，那麼這些人在醫院裡面，如果沒有額外的錢，他不可能設這樣的窗口，或許是用就業基金去補這個錢，但是補這個錢就是會有李醫師講的，假如他真的能夠補了，他補到醫院系統裡面去，又不是真正做事的人會用到，我們也是希望說將來，就業基金可以拿出來，它就專門在補這幾個專門在做這些事的人，或是另外再增聘這樣的職能治療師、或是社工師來作醫院的窗口，做這樣的聯繫。

葉先生（家屬） 請問台北市衛生局局長，台北市第一家復健中心的產權的問題，購買產權的經費是從哪裡來的，現在是公家的、是市政府的產權，還是康復之友精障者的產權！

醫療、勞政、社政無論在政策上或財源上都必須統一

林醫師（玉里榮民醫院） 個人十分認同蘇昭如科長看法，醫療必須與就業結合在一起。對於精障的病人而言，尤其希望醫療、社政、勞政都能夠結合為一。根據國外的研究發現，若不同階段的服務由不同單位來付費的話，因每一個單位的預算編列、優先順序不同，很容易造成整個服務支離破碎的情況。其實我覺得台北市能夠做得這麼好，除了擁有豐富的財源之外，更重要的是行政體系的功能十分強大，能夠把衛政、勞政、社政都結合在一起。這是一個很重要的關鍵因素。可是台灣其他地方的民眾就無法享受到這份福利，因為在其他各縣市的相關體系都是分開的。可是當勞政真正把錢編到醫院來的時候，又會遇到「錢是不是真的用在該用的地方」的問題，不管是機構拿到這筆錢，或是社團法人拿到這筆錢，都可能發生同樣的問題。因此，實在有必要在政策上或財源上，將勞政、社政、跟醫療，整併為一。

健保應重視醫師以外的醫療團隊人員的給付

家屬 精神病是一種疾病，雖然仰賴醫師來治療是十分重要的，但是這個部分大致上是侷限於急性期時的治療，後續的照護其實是更為艱辛、更耗費人力的。因此，健保在精神醫療方面的給付，不應一味的全部歸給醫師，應該注重其他像是護理人員、心理人員、社工人員方面的給付。

社區復健經營不易，政府切勿輕易下令搬遷

鄭先生（北市康復之友協會） 台灣的精神照護環境和過去比較起來確實是進步許多，但是，我們仍時常在社區中遇到因居民不諒解、抗議，而使市政府來公文要我們遷移的事件。須知，社區復健中心對病友的意義是相當大的，而且目前也是供不應求的，況且從開創到成立、到營運，都需花掉很多人的努力與心血，放棄可惜不說，要另覓他處重新開始實在不是一件容易的事。

利用回收的舊房舍以公辦民營方式在社區中照顧精神障礙者

鄭先生 另外，社區復健除了幾家是公立的以外，其他多半都是私人經營，而這些私立的復健中心就我所知幾乎都是虧本經營。希望政府能以政策性方案來鼓勵。例如，有一些屬於市政府收回的房舍，若無他用則可免費提供給民間，以公辦民營的方式來照顧這一群流落在社區裡面的精神障

礙者。

落實個案管理制度，照顧回到社區生活的個案

鄭先生 還有就是有一些具有危險性行為的病人在就醫病情穩定以後，醫院就會讓他們回到社區，此時若缺乏具體的銜接措施，這一群人可能會在稍微不穩定的情況下，再出現一些怪異行為。對於這一群人，該如何去做好個案管理，應該要有具體的個案管理制度，以免醫院與社區之間的照護銜接不上，不僅徒勞無功，而且對病人的傷害也很大。

在中高等教育中安排認識精神疾病的相關課程

鄭先生 最後是有關教育的部分，對於民眾的教育，我想市政府、衛生署已經做得滿多了，可是仍然不夠。舉例來說，從小學就會安排一些課程來教育民眾認識很多疾病，例如高血壓、心臟病...等等。然而，有關精神或情緒方面疾病的教育就相當缺乏。要如何面對自己的情緒、預防疾病的發生等等，真的需要醫政單位與教育單位共同努力，讓這些知識融合在中學或高中的課程、例如健康教育裡面。

綜合座談

【主持人】胡海國

【引言人】吳文正科長、宋維村教授、周碧瑟主任

討論.....

主持人 首先感謝今天各場的主持人、主講者及同道，前面三場的研討應該算是成功的，最後這一場是屬於綜合性的討論，首先邀請三場主持人各進行十分鐘的引言後，接著邀請在場的各位貴賓充分的發言，但希望盡量精簡，但也不要為了精簡而喪失了要表達的意義，因為本次論壇是要印成一本冊子，就是要有歷史見證，如果來年再辦的話，可能會有一些追蹤的報告，如果大家有什麼意見的話，敬請大家寫起來放在外面的桌子上，或是來不及寫的，事後可以送到主辦單位 國衛院，這樣大家的意見可以比較完整，也不會太遺憾。因為時間有限，要表達的可能沒有表達得很清楚，而這一次研討會當然可能有些地方沒有弄得很細、很清楚或淋漓盡致，因為本次研討會是朝向大策略之考量，就像是我早上說的本次研討會要有點理想性的，讓大家來討論台灣的精神醫療、身心障礙者的照顧與保護，希望將來能在這一方面能有很好的成長。今天剩下來的時間，希望秉持這些原則，好好加以利用，把它當作是一種「互動的平台」，在這一個台上大家要攜手合作。我想大家從早上坐到現在，都懷有一顆很有希望的心，不管是作行政、研究、實際服務、醫療或福利規劃及其他各類的人士，都可以感覺到大家是一條心，可以互相勉勵、鼓勵。在目前還有一些不理想的地方，希望大家在現實生活裡面，用最有限的資源來作最大的創造與發揮，大家可以用這樣的態度來作最後的綜合討論。

吳文正科長 因為陳局長在南部還有一個會議，所以先離席，在這先跟各位致歉。我記得在前年十一月三十日，上任科長的第一天，參加了一個在高雄舉辦的醫政、護政研討會，當時陳永興局長知道我剛到衛生署擔任科長的工作，就送給我「任重道遠」四個字。就是說在精神醫療的工作，

往往不是一蹴可幾的，是要花費時間、精神與精力的，就好像家屬來照顧病患，照顧生病的家人是要付出很多的精神與心力。對於生病的人而言，他們也知道要控制精神疾病並非一朝一夕的，是需要長期來配合醫師與整體的醫療照護。所以精神疾病的照護是長期的，是長期照護的一環，我想，不管從行政的角度、或是從家屬照護病患的角度、從病患本身的角度來看，都是一個長期性需要大家好好努力的工作。今天早上，我們從社政、醫政、以及勞政三個方面來討論有關的議題，雖然政府部門分為三個部分，但是我們的目標其實跟各位都是一樣的，那對於消費者，也就是病患、或是病患的家屬，我想，不需要去管是哪個單位來做，只要去了解自己的需要是不是被滿足了，期待是不是獲得了回應，我想這個才是最重要的，至於誰做、怎麼做，我想這些都交給衛生行政、勞政、或是社政單位來傷腦筋即可。大家提出來的意見，我想可以歸結於幾點：第一個，大家都希望在精神衛生法修法的現在，能夠將很多的規定融入在內，所以會有很多版本，包括有沈智慧立委版、余政道立委版、聯盟的版本、或其他的版本，目前我們手上大概有四、五個版本，其實修法的主要目的是希望保障病患或家屬的權益，我們確實也是往這個方向在做。除了醫療機構以外，對於社區心理衛生中心，以及基層復健機構，我們也希望能夠提供更好的服務。對於社區復健、基層醫療的設施，衛生署訂有「精神復健機構設施管理辦法」，其中包括了評鑑的標準和獎勵的措施，但是很遺憾的，目前在實務上、操作上都還沒有落實，也沒有實質的獎勵，這部分是我們的努力目標，也是近來的工作的重點。但是前提是必須先把精神衛生法這個重頭戲先完成之後，接下來才能繼續展開這部分的工作。

先弄清楚「健康的定義」

吳文正科長 另外，對於健康和品質，每個人的概念不是很一致，事實上前不久進行二代健保問題討論會議時，就提到“何謂健康”，大家都沒有辦法提出一個很好的定義，就因為定義不是很能一致的情況下，要討論所謂滿足健康需求時，就會出現一些不同的看法。所以在精神衛生的領域中應儘可能訂出什麼叫做「心理的健康」，不過是很困難的，只能靠一些指標、一些需求來訂。據我所知，目前健保局正積極訂一些指標供作參考，或許在不久的將來就會有清楚的定義。如果健康的定義比較明確，或者指標明確化之後，怎麼提供人力、怎麼提供服務，這些問題也就跟著明朗化。

現在衛生署的政策，是先將機構(急性床、慢性床)的數目達到理想的

目標。早上鄭副院長有提到，目前如果不算養護床的話，每萬人口是六點多床，大概離目標床數十床還有一段距離，不過比起以前一床難求的狀況已經改善不少。此外，衛生署也同時配合內政部長長期照護政策的展開，今後在社區中會設置個管中心，並安排人力及經費上的補助。今後在社區照護上，我們不僅要顧及老人或身障者的照顧，同時也會設法讓精障者也能獲得很好的照護。

社政、衛政、勞政各自為政注定不是一個很好的制度，「整合」是大家的期望，亦是未來勢必要走的路。我們都知道目前醫政、社政、勞政三方面都尚未能滿足各位的照護需求，並且整個醫療照護環境也都還有很多改善的空間，希望我們大家一起攜手努力。

宋維村理事長 經過三位主講人，以及各位對於醫療層面、健保、還有病人、家屬等方面的熱烈討論之後，我也做了以下兩個結論。

第一個結論就是，精神病人應該得到適當的醫療和照顧，病人的家屬應該得到關懷，這是基本人權的一部分。這種基本人權已經是很清楚的，在聯合國相關的人權宣言中，也有一個有關精神病人照護的宣言，所以大家應該要有這個共識，應該要喚起全民對這一方面的重視。第二點是，過去的二十幾年來，政府以及各級的醫療單位，在精神醫療和復健上的確提供了相當多的心力，也有相當明顯的進步，可是仍然沒有辦法滿足病家所提出來的需求。事實上如果按照政府的規劃，急性床已經差不多達到目標床數了，可是從病家的角度來看，或許他們懷疑這個規劃、這個床數是不是合理。至於慢性復健床則距離目標數還約有四分之一的差距。以我過去在公立療養院的經驗來看，慢性復健的病人約略可分為三種：有一種病人是從進去開始，一直到慢性病床，精神病症狀(陽性症狀)，例如幻覺、妄想等等症狀，沒有消失過，仍然是非常明顯，而且都一直干擾到自己的生計，這一類的病人屬於難治的精神障礙者，健保有一項規定，在急性床住了幾天之後就不能繼續再住，所以不得不轉到慢性病床去，可是實際上他可能持續幾個月、幾年，都是持續在這種難治的狀態，對於這一種病人我覺得未來在分類上應考慮用不一樣的分類處理；第二類的病人是屬於病情已逐漸穩定，但是社會功能卻逐漸退化，而沒有辦法立即適應家庭、職業、和其他社會的生活，所以需要在慢性復健床一段時間後，才能轉到社區去；至於第三種是完全沒有明顯的陽性症狀，也就是沒有妄想、幻覺，然而有一些社會功能的退化，但更多的原因是被社會排拒，而沒有辦法回到

社會去的。

所以從這樣的觀點來看，我們應該重新考量，對於慢性復健床的病人，應依照他們不同的種類、不同的病情，提供不同的治療。而對於需要更長時間來復健的病人，或是有退化現象的病人而言，毫無疑慮的社區復健是必然要走的路。

重新評估精障者照護需求、另訂精障者照護機構之設置標準

宋維村理事長 談到社區，從醫療、行政、社會福利等等層面去考量固然是相當重要的，但是我們似乎忘了一件事，那就是目前台灣就業環境的問題。精神障礙病人隨著病情的惡化，無論社會適應能力或職業適應的能力都會減退，使得他們能回到原來較複雜、較精密的工作的機會減少。過去勉強強在家人、朋友的幫忙之下，可以從事的一些工廠的支持性就業，在這幾年隨著傳統產業的外移，很明顯的在台灣大多已經不存在了，精神障礙病人的就業也因此而更形困難。所以庇護性工廠這類的設施，未來隨著傳統產業的外移，實在有必要考慮增加。金林會長剛剛也特別提到，當初衛生行政單位所設定的社區復健措施，包括日間病房等等，很多相關數字可能都需要重新評估，我贊成這個想法，有必要重新評估社區相關設施的需要數量、以及設置的標準。同樣的由於精神障礙者和肢體障礙者、智能障礙者的照護需求不一樣，因此我也要呼籲社會行政機構，對於一些用身心障礙設置標準所設立的精神障機構，能夠考量用不一樣的設置標準。當然，部分的病人會因退化，加上家庭、社會、職業適應能力減退的因素，沒有辦法留在家庭裡繼續生活，而需要進住機構接受長期的照顧及養護，但是依照現階段的分類，這類病人都只能歸類於社會福利體系的養護機構來負責，而無法進入由衛政單位負責之護理之家接受療養，我想這應該需要儘速來改善並推展，建立提供精神照護的護理之家相關設施標準辦法，才能符合退化程度較嚴重的精障朋友的照護需求。

溝通的重要性

宋維村理事長 有關於精神醫療的門診人次增加多少、費用增加多少？老實講，我的解讀和曲副理不盡相同。我認為過去台灣的精神醫療相當不受重視，所以很多的病人諱忌就醫，不敢去看病，家屬不願意帶病人去就醫，寧願把他綁在、關在家裡面。經過這幾年來社區精神醫療的推展，終於把他們請出來了，理所當然就醫的人次就因此增加，所以我認為就醫人次不增加才是表示我們的精神醫療沒有進步、退化了。

事實上許多不同背景的人，對同一件事情的解讀方式都不盡相同，所以我覺得“溝通”是這個論壇相當重要的功能。假如將來能繼續有這種溝通，我想對於有關政策的形成將會是助益良多的。我剛剛也跟幾個精神科醫師交換意見，我們今天來這裡，接受了某種程度的震撼教育，雖然這些聲音，我不是第一次聽到，十幾、二十年前我就聽到了：精神科醫師只會開藥，不會談話...等等，一大堆的問題，精神醫療團隊成員真的要虛心的檢討，從養成教育到繼續教育，該如何來增強我們的武功，這是借金林會長的話，應該讓我們的武功更高強一點。雖然現在的精神醫療並沒有天下無敵的武功的情況下，我們怎麼在十八般武藝裡面，至少學會兩、三種，而不是只有一種，至少知道別人的武藝是怎麼做，或許拳法我不會練，可是我知道拳法跟刀法有哪些互補的地方，我想這對我們的團隊是很好的整理、檢討的機會。當然這個檢討，如果可以跟家屬團體一起來合作，並且能夠得到健保的支持，我想，醫療方面的整體運作一定會比較圓滿，也一定更能滿足病人、病家的需要。謝謝！

周碧瑟教授 下午聽了有關精神健康的照護模式，其中包括台北市的照護模式、民間精神健康基金會來主動做的、還有成大在復健方面的成果。台北市資源的整合是比較好一點的，在公共衛生觀點的疾病三段五級，從疾病的預防、早期發現早期治療、到復健的部分似乎都照應到了，但問題是這種事情永遠是沒完沒了的，這個架構有了，怎樣能夠昇化、更落實，永遠都是做不完的事，而且是越做越多的。在成大的這個部分，十分重視職業復健，確確實實這是非常需要的，因為病人治好了回到社區，如果都還很年輕而不讓他工作的話，他怎麼過他這一生，我想不僅病人本身不好過，連家屬也不好過。剛剛也有好些家屬提到的，家屬的教育是非常的重要，其實，不只是要給家屬心理支持，更應該讓家屬了解這個病人，了解怎麼去跟病人相處，怎麼跟病人共同過這一生？病人發病的原因有一部分是因家庭相處的溝通管道不良，如果能夠整個家庭一起來治病的話，我想會使病情進步的更快一點。

關於復健的部分，我們深刻體會到成大楊主任很用心，能做到這樣的地步是不容易的，真是令人敬佩。那至於民間基金會就更難了，什麼都要靠募款等等，而且不管醫師人員、或非醫師人員都是志工，這是要投入相當的愛心，才能夠做出這樣的事情。民間的基金會有比較大的揮灑空間，比較不是一個制度化的東西，所以機動性和彈性會比較大，能夠做的事也能比較深入一點。

我覺得今天這個論壇滿好的，能讓病友、家屬的聲音一起納進來，當然也有醫療團隊碰到的一些問題等等，在這個論壇很多層次的意見都能夠發揮出來，而且也是可以幫助家屬了解到原來醫療的團隊也是有很多的困難。剛剛宋教授提到，這是震撼教育，從病家提出的意見，也是給醫療團隊的意見，這是一個雙向溝通，而且不只是雙向，是多向。不管是社政、勞政、醫政等等，這些都是離不開的，因為精神疾病不像一般比較簡單的生理上的疾病，只要醫療的團隊就可以。另外，針對模式的部分我倒是有一些建議，目前在台北有很多社區健康營造中心，裡面就有很多的志工，不管是在教育的層面，或是病人的追蹤治療、support、或是在復健的部分，都可以使得上力，若這些照護模式能與社區健康營造中心的這股力量互相連結，我想效果將會更好。

就我所知，玉里榮民醫院還有另一個不同於今天所介紹過的照護模式，在此提出來跟大家分享。五十幾年前，大家一提起玉里，幾乎就是跟黑暗畫上等號，當時沒有人問玉里鎮民說：把五千個精神病患丟在玉里鎮，你們同不同意？三年前我第一次去參觀的時候，我看到的是玉里鎮民跟這些精神病患已經是生命共同體了，這給了我很大的震撼。據說早期只有幾個住院醫師負責照顧五千多個病患，大家就可以想像那是什麼樣的一個世界，不過現在已經完全不一樣了。我覺得精神醫療界整個團隊，在這些年來確確實實對精神病患做了相當大的努力，除了醫學進步以外，最主要的是大家都很有心，除了愛心以外，還要耐心，以及其他很多的心。過去有許多被放棄的病人好像就往玉里那邊丟，事實上這些年來在一批醫師的努力下，整個醫療團隊也沒有放棄這些病人，似乎好像還恢復的不錯，這樣的精神真的值得讚許，也值得當作精神照護的典範。

邱淑媿局長 我覺得今天的研討會非常有意義，做為一個行政人員，我認為傾聽病患、跟家屬的心聲，傾聽我們第一線工作人員的困難，還有聆聽專家學者給我們的意見和指引是非常重要的，也是我們的義務，唯有這樣的傾聽，才能夠學習到在行政工作方面該如何提供更多的服務、更多的規劃、更多的執行，來滿足病患跟家屬的需要，讓這個城市真的能夠照護到弱勢族群的醫療人權和健康人權，成為一個真正的健康城市，這其實是我們的義務。

剛剛大家提到的，有很多其實是地方政府在規劃面和執行面要更加努力的地方，關於這部分我來做一些回應。第一個，當醫療人員、衛生人員參與實際的服務工作時，應該怎麼樣去落實對他們的獎勵，我想這個主要是過去公務人員在接受一些經費的獎勵，一些法令的限制有關，但是我相

信，我們將來會去尋求法令的解套，我們會去努力，像現在市立醫院，醫師或護理人員如果提供這方面的服務的話，我們會提供更多的獎勵金。

另外，剛剛提到有關第一家的康復機構(在八德路)這個問題，事實上現在是為了讓場地更好，正在做整修，所以另外找一個地方安置病患，但將來還是要搬回來的，目前已經有人要準備抗爭了，那我也已經準備好要跟他們 fight 了，到時候再請總幹事、各位家屬、各位病友，大家一起來幫我，一起來奮鬥，這個地方我們不會退縮，我們一定會奮鬥到底。

復健團隊的結合

邱淑媿局長 今天的會場上大家都非常關心復健的問題，關於這部分目前臺北市先用市立醫院來試辦。因為市立醫院的精神科主任們的醫療團隊，就跟我們復健的、就業的、輔導的團隊結合，而且輔導的團隊裡面包括有社工師、心理師、護理師，如果直接遇到病患還有其他問題的時候，就可以直接在醫療方面做一些互動。另外，我們也進一步再跟民間的企業結合，比如說花坊或是咖啡店，訓練好了以後，就進一步到民間的加油站，或是到民間的超商去做全職的工作，今後我們也會繼續朝這個方面去努力。至於民間的社區日間照護、社區康復機構這方面的擴展，如果這一方面有需要的話，我們也很樂意提供更多的點來做這一方面的拓展。在獎勵方面，也會尋求如果在法令上可以解套的話，一定很樂意在獎勵方面提供更多的補助，同時對於這些康復之家，今年開始做訪查跟落實管理，在未來，相信評鑑的工作也可以來落實，希望在這一方面，復健機構的品質可以提昇。

家屬的教育與支持

邱淑媿局長 就我所知，目前在市立療養院已經有出院準備服務，而且是在病人入院以後，就開始對家屬，並對病人的後續復健、安置等進行衛教，希望將來整個台北市都有這樣的作法。至於在社區的部分，今年已經在辦家屬的成長團體，每三個月就會有一次聚會，另外在公共衛生護士做地段、個別的訪視的時候，也會去落實對家屬的教育，當然，將來如果能在國小、國中的課程裡面做這一方面的教育，當然會更好。此外，台北市很多的民間團體在這一方面做了非常多的工作，將來我們可以做更多的整合。

緊急送醫管道暢通

邱淑媿局長 我覺得台北市比較幸運的是，警察局和消防局目前都有這

樣的共識，此外，我們為了怕說，是不是沒有家屬，在處理上有困難，所以衛生所本身就有這樣的窗口，市立療養院、國軍北投醫院，都有這樣緊急的服務小組，如果緊急送醫有困難，他們也會出面來作協調和協助。

病患回歸社區銜接措施

邱淑媿局長 剛剛有建議到，有危險行為的人從醫院回歸到社區，這中間的銜接措施，我們從去年已經開始做。無論病人是否具有危險行為，當要出院回歸到社區生活時，並不是就直接交給社區的護士去做追蹤，而是由醫院去做 out reach 服務，由醫院走到社區繼續進行個案管理，這種方式將來也會繼續落實。

最後周教授有提到說，跟社區健康營造中心的結合，這個我們會來努力，非常感謝大家給我這麼多寶貴的意見，我們會繼續奮鬥，謝謝大家！

胡海國教授 現在坐在上面的有各場主持人和主講者，現在就開放給大家發言。因為明年還會再針對精神醫療與照護方面的議題舉辦更深入的研討會議，因此今後大家若有一些心得，或又看到一些問題，看到一些新的啟發、啟示，歡迎提供出來做為重要的議題，或當做未來研討會的主題。今天的主題是：精神障礙者的長期照護發展，大家不要忘記“發展”兩個字是今天討論的重點，所以等一下的發言，希望盡量朝著將來可以有什麼發展？該如何開拓未來？將來需提出討論的問題有哪些？希望鼓勵在座的專家學者多做哪些研究？提出您的建議。因為時間不是太多，假如現在沒有想到問題，會後也歡迎利用電話、書信、E-mail 等方式提供給國家衛生研究院論壇的工作人員，我們會蒐集起來，當做參考。

在開放討論之前，我還要回應宋教授，他提到世界衛生組織、世界精神醫學會，尤其世界精神醫學會有兩個宣言，這一次在日本的大會裡面，雖沒有提出第三個宣言，但是會議的主題，事實上就是世界潮流的思考方向，以前的宣言是符合過去時代的，然而這個時代是要以合夥關係來思考面對問題之方式，也就是病人、家屬、專業人員、社會大眾，包括民間團體，還有政府的施政措施，均成為合夥關係，來追求大家的福利，這就是病人的福祉，這是很重要的方向。然而，就今天之情勢來看，不用等世界的宣言，台灣已經努力在做了，看台灣雖小但是心志是非常寬大、宏偉的。今天有這樣一個聚會，朝這個方向來努力，我想我們將來會發展得更好。另外我有一個要求、一個期待，今天的主講者是不是可以用五千字到一萬字，而主持人用一千字左右整理一下剛才所談的內容，把它當作這個時代

的見證、紀錄。過去有很多會議，都講講就過去了，後面也沒有追蹤，參加的人每一次提的問題又都是一樣的話，就會原地踏步。假如能留下紀錄，各方面也都在努力的狀況下，就可以比對進展的情況，如此可能會更有意思。如果今天能寫得越好，將來進一步進行研討會就會更容易。大家知道目前政府的財源窘困，國家衛生研究院的經費也是十分有限，所以我們應該在有限的資源下舉辦最有意義的研討會，也就是對專業成長、對各病人之照護、對衛生行政推行方面都有好處的研討會。這是我對大家的一點期待，接著就開始開放給大家來討論。

林先生（北市心理復健家屬聯合協會） 今天非常高興有這個機會來參加這個研討會，今天在座聚集了主管機關的長官、醫界、學界的資深先進、實務界專家以及家屬，真是難得的機會，但是或許因為是第一次，節目排得太過緊湊，我想有很多人都沒辦法暢所欲言，以後如果有機會，可以從過程裡面找到比較好的模式，可以做比較完整的內造學習，這是對未來規劃研討會的建議。

剛才勞委會蘇科長提到關於基金管理的修法，我個人認為這個修法有些本末倒置，我們知道這個基金的來源是就業未聘到法定標準時的罰款，一個區域的基金如果比較多，就代表該區域的就業機會應該比較多，然而卻沒有完成聘用的標準，舉例來說，如果台北市剩很多錢，這代表行政部門沒有把事情做好，應該要受到處分，而不是間接的把台北市身心障礙市民的權益剝奪掉。

就業服務政策應授權給地方政府來制定

林先生 每一個地區的產業屬性都不盡相同，應該以當地就業機會最多工作為主要輔導目標。舉例來說，台北市是一個商業都市，如果要在台北市推動的就業服務應該要以商業性的工作為主，如果到了台北縣的五股、蘆洲就應以工廠的生產線工作為主，如果到台東，可能又是另一種模樣。在不可能一策萬用的情況下，與其由中央擬定符合每個縣市的不同政策，不如授權給地方政府，擬定真正符合該縣市就業狀況的相關策略。

建議衛生署將精神衛生法施行細則第 20 條中的「治療」二字去掉

林先生 我認為精神衛生法施行細則第 20 條，將社區復健的內容訂得太過嚴肅，該施行細則提到「心理治療」、「家族治療」、「行為治療」，每一項都掛上「治療」兩個字，一旦涉及治療，難免執行的人需持有證照，然而我認為取證以後，往往就開始跟社區的脈動脫節，例如，就我所知醫院的 OT 所教的東西跟外面就業市場的脈動起碼差了 20 年，20 年前的技倆

根本無法勝任目前的就業要求。所以我建議衛生署修改法令，把「治療」兩個字去掉，我們只要讓病人恢復社會功能、恢復職業功能、恢復人際互動的溝通能力，如果不要用治療的字眼，就可以延攬具備這些專長的人進到這個體系，就能更有效率地做好這個工作，如果在這邊還要強調醫療專業的話，這個工作就窒礙難行。剛剛宋教授也提到，一個好的社區復健成本絕對不低於醫院的成本，當社區無法拿到足夠的資源時，可以請一些義工來協助，這是個勉強的補強，但如果也要求這些人都必須有證照的話，服務的品質就會因經費來源的多寡而有所不同。

回歸社區的定義有必要再釐清，我認為回歸社區之後就是要有工作，如果沒有工作在家裡睡覺就不叫回歸社區，住到康復之家沒有工作也不叫回歸社區，從這樣的定義看來，約有七成的病人沒有回歸社區。社政機關是身心障礙者保護法的主管機關，理應承擔責任負起養護這些未能真正回歸社區的身心障礙者，而不是一味地只編預算去補助醫院的護理床。再則現在台北市成立很多康復之家，一般而言康復之家的規模都無法跟醫院相比，很多人因此戲稱病人從醫院遷進康復之家，就好像一隻鳥從鳥園遷進鳥籠。活動空間變小不打緊，每個月還必須繳七千到八千元。康復之家跟家屬收費到底合不合法，又是一個值得爭議的地方，康復之家的業者也感到十分無奈，事實上一個個案每月的成本為一萬多元，七、八千元的收費根本不合算，但卻有沒有法源的依據可以讓他們增加收費到合理的程度，希望有關單位能正視這個問題。

憑殘障手冊自由選擇康復之家

林先生 另外，依規定病人要到康復之家必須由醫師開轉介單，我認為這無形中會產生醫院跟康復之家之間的掛勾，我們知道健保並不容許病人在醫院住太久，兩者之間若有掛勾，醫院為了圖利就可先將病人輸送到第二個地方(康復之家)去，等到時效過了再送回來，這必定會成為一個詬病，而阻礙醫療的進步。我覺得病人已經經過醫師的鑑定而領有殘障手冊，就已經代表是重大傷病病患了，大可憑著殘障手冊選擇自己想要去的康復之家或是社區復健中心，這樣對大家都好。

今天的研討會其實是很有意義的，但是能夠發展到政策層面，不清楚就要靠大家的努力，不過起碼我期待的是這樣的研討會，在座的每一個人能有一個內造的成長，在每一個人工作崗位上，可以互相的學習，這樣目的也就達到了，謝謝！

彰化康復之友協會總幹事 今天的研討會訂名為「台灣精神障礙者照護發

展研討會」，我認為「障礙者」三個字並不妥適，難免會覺得有歧視的感覺，這是值得深思的。

另外，就我所知在日本好像有對媒體監督、監看的制度。反觀台灣的媒體報導常未顧及精神病友的隱私問題，這對病友是一種嚴重的打擊。為了保障這些弱勢團體，或許我們也該有類似的制度，監督媒體業者，甚至嚴格規定報導的尺度。

陳珠璋教授 到目前聽起來，我們好像重視治療勝於復健方面，而且在心理衛生的首要預防工作方面也做得不多，我們基金會做這個心理衛生中心是從青少年的問題開始做，所以將來有機會發展的話，發展 primary care、primary prevention 方面，這個也是另外一個需要考慮的地方。另外，我們的中心是屬於私人的心理衛生中心。我想請問吳科長，心理衛生法裡面，89 年到現在，鼓勵民間設立心理衛生中心，至今還沒有辦法立案，聽說有備案在台北市衛生局，這個方面到底立案的可能性有多少？將來健保方面，可以得到很多財政上面的幫忙，我們跟精神健康基金會比起來，他們規模比較大，我們在士林地區，算是小地方，但是我們做的很深入，所以我們很驕傲，就是學校方面、社區方面、家庭教育，我們都做的不少，是不是這個方面有沒有辦法合法化，這個方面，我們請吳科長給我們一些回答，如果以後我們有機會的話，這方面衛生局也是一樣，衛生局講了，還是沒有辦法上去，這個中間卡掉了，請吳科長幫我們回答，謝謝！

葉先生（家屬） 台北市第一家身心障礙復健中心，是用愛心彩券盈餘分配款買來的，這是專款專用，這個基金的用途，在發行條例有指定是弱勢團體專用，但是這個房子的產權應該是台北市精障者所屬，但是現在卻落在衛生局手上，台北市康復之友協會每個月還要付衛生局幾萬塊的租金，我認為政府不該挪用弱勢團體的資源，做為自己的政治資源！

吳文正科長 剛才陳教授提到有關私人的青少年的心理衛生中心，我想既然已經備案，還沒有立案，怎麼處理？我不太清楚實際的處理狀況，是不是可以請地方科長、或股長來回答會比較貼切。

沈希哲科長（臺北市衛生局） 關於這個據我所了解是屬於設置標準的問題，如果中央規定必須有設置標準，如果沒有符合規定當然就沒有立案的可能性。另外，剛剛康復之友協會提到的產權問題，台北市政府社會局後

來移撥到衛生局，我們是根據市有房舍的辦法，我們知道康復之友協會有健保給付，所以只是為了這樣的原由，我想這是市政府的規定，我們只是依法行政，謝謝！

吳文正科長 社區心理衛生中心，在各縣市衛生局是「得設」，在直轄市就是「應設」，目前來講，我們是鼓勵設置社區的心理衛生中心，若考慮由民間來設，這倒也是一個很好的想法，剛剛有人提到，社區心理衛生中心缺乏設置的標準，以後我們可以考量訂定設置標準，但這又牽涉到法院的部分，所以回去得問問看法規等相關單位來處理。

A 先生 吳科長提到衛生署將來要努力發展社區，這是已經確定的政策嗎？具體的發展方法與方向是否也已確定？就我的感覺，目前醫院越蓋越大，這跟社區化好像有點背道而馳，不知衛生署的看法如何？

吳文正科長 醫院越來越大，不代表我們不應該發展社區化，這個好像不大一樣，只是說目前醫院成本經營的關係，所以醫院本身的發展就比較大，像今天早上鄭副院長有提到，醫院常需要慢性床來彌補急性床的收入，所以會有這個情況，確實在這幾年醫院申請床位都是以慢性床為主，所以表面上看來好像是慢性床越來越多，不過因為在早期醫療網的計劃，就是每萬人口十張床，這個比率一直沿用至今。鄭副院長也有提到，如果加上養護床，每萬人口是八點多張床，已經慢慢接近 10 張床的目標床數，所以社區化的政策方面，我們剛好配合內政部和整個國家，往社區化方向來走，不管長期照護、社會福利，現在都是走向社區化，走向社區化並不是就要放棄機構、或是停止機構的發展，整個衛生、福利系統的發展是先機構、後社區，甚至同時重視雙方面的發展，如果經費夠的話，以後會漸漸增加社區的預算支出，我想這個部分應該是這樣做。

剛剛有提到，社區的費用不會比在機構的花費少，美國的經驗是這樣子，因為它需要更多的人力，人力在目前來講是非常昂貴的，精神科以外的其他科別都是靠機器、靠檢驗來增加收入，但精神科只能靠人力、靠服務，等於是服務業。我倒是認為健保或許可以從這個觀點來考量，特許精神科把購買高科技儀器的昂貴費用轉成服務費，以實質的服務取代機器所能提供的項目，這樣才能提供更貼切的服務，健保的支付標準可以朝這個方向再做考量。

另外，林先生提到在精神衛生法中規定社區復健需要有證照制度的部

分，回顧從早上到現在提到的，其實有證照的專業人員都未必能有品質上的保證了，如果缺乏證照制度的話，又該如何確保品質呢？這是我比較擔心的部分，不曉得這一點林先生能不能給我們一個回答？

林先生 我也認同證照制度可以用來確保某些程度的服務品質，但是應該要求持有證照的是直接提供治療的專業人員，而並非該機構的負責人。眾所皆知，健保局給付給社區復健的經費比起醫院要少得很少，在經費不足的情況下更需要有經營概念的人才來掌管整個機構的營運。然而衛生署所發的證照是屬於輔導病人專才的認證，而不是經營方面的認證，因此我並非主張廢掉證照制度，而是應該更改證照持有人的規定。

蘇昭如科長 真的很欽佩林先生深入的見解，我知道您對這個議題有長期的關注和了解。在此我要說明的是，為何我會建議中央應多扮演政策擬定的角色。最近很多的縣市提出，經費、人力不足的問題，希望中央能訂出相關規範以供參考，為此上星期我們請縣市政府團體與幾位專家召開了關於中央跟地方分工的會議。我自己本身是在台南鄉下出生的，因北上唸書所以留在台北工作，在台北市政府工作了十多年，從地方轉換到中央的位置，我深切的體認到，台灣二十幾個鄉鎮的資源、狀況都完全不同，會議中也提到不喜歡用父母親跟子女來形容中央跟地方的關係，我認為每一個單位都是一個獨立的個體，當我們提到中央以後是不是可以做比較多的規劃，而地方去做執行的時候，台北大學的陳老師是行政法的專家，他提醒我們，其實從地方制度法的規定來看，關於身心障礙的就業還是劃規在社會福利的範圍內，這是地方自治的事項。所以其實我們在概念上已經釐清，倒不是勞委會很想訂一堆政策，然後規定地方一定要去遵守，我們的出發點是提供一些參考的範本給資源較缺乏而無法做更多規劃的縣市，這是我們必須強調的。

陳彥丞科長 林先生提到社政單位必須要有屬於自己的養護系統，而不是補助醫院辦理精神病的收容安置，我想這有一個歷史背景，在民國74年，台灣省政府社會處就是補助玉里療養院、桃療、草療、台南仁家、高雄仁家，使他們收容一些低收入戶的病床，而不是全部都補助醫院來收容精神障礙者，這是有當初的歷史背景。在88年之後，內政部承接省政府的業務，所以這些業務才由內政部來辦理。其實早上我也跟大家報告過，內政部也有編列預算，補助、鼓勵財團法人，只要是財團法人有意願辦理

收容安置精神障礙者，我們都可提供建築經費補助的申請，包括充實設施、設備，還有將來開辦後的人事費用，就是服務費的補助。社政單位事實上是有屬於自己的養護機構，在此做一個澄清，謝謝！

胡海國教授 剛才陳教授特別提到心理衛生中心，正好也是我準備要講的，今天提到照護發展應該重視預防工作，我們的基金會一直以來都相當努力，像吳科長也是十分熱心，或許我們應該學習台北模式，及早偵測個案，及早了解民眾精神上的困擾，早期發現早期治療。剛剛也提到偏見、烙印的問題，這個也是我們將來研討會要討論的地方，我想無論政策或是復健方面的多數議題，不是一下子就可以解決得很好，我建議論壇可以籌畫大約兩小時的辯論會(debate)，不同意見可以來辯論，家屬也可能有兩種不同的意見，專業人員也可以有兩種不同的看法，當然辯論不是隨便亂罵的，而是要有一定的資料、一定的條理，說明得失之間該怎樣平衡，我們常常會講話講得火氣很大，事實上從理論上來辯論一下，或許可以找到解決問題的方法，或許會比沒有辯論之前增長一些智慧。

今天非常感謝大家，有些人從遠處來，回家要多小心，我們大家一起繼續努力、一起奮鬥，謝謝大家！

執行摘要

簡以嘉

一、成立背景

國家衛生研究院論壇長期照護委員會，鑒於精神衛生的問題日益為大家所重視，乃於民國九十一年成立精神醫療小組，由台大精神部胡教授海國出任召集人，邀請與精神衛生相關之政府、醫界與民間代表為研討會籌備委員，於九十一年四月及五月假國衛院召開二次籌備會，並於同年九月舉辦論壇年度研討會。

二、召開籌備會

第一次籌備會於九十一年四月二十六日召開，與會者均充分表達意見，初步確定論壇年度研討會題目為「台灣精神障礙者照護發展研討會」，討論主題為一、法規及行政層面之探討，二、服務營運層面之探討，以及三、社區健康照護模式之探討。第二次籌備會於九十一年五月二十四日召開，決定論壇年度研討會於九十一年九月十四日舉辦。在法規及行政層面之探討主題，邀請衛政、社政、勞政等單位政府官員參加；在服務營運層面之探討主題，邀請醫院、健保局及家屬代表參加；在社區健康照護模式之探討主題，邀請衛生局、醫院及民間基金會代表參加。

三、舉辦論壇年度研討會

論壇年度研討會於九十一年九月十四日，假台北榮民總醫院致德樓第一會議室舉辦，當天與會各方賢達約 180 人，論壇執行長藍教授忠孚、副執行長石教授曜堂均到場致詞。三個主題主持人，分別為高雄市衛生局陳局長永興、台大精神部宋教授維村以及陽明大學周教授碧瑟。

主題一、台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展 一，在衛生政策層面，衛生署吳科長文正從精神衛生工作現況、問題與障礙及未來發展做重點分析；在社會福利政策層面，內政部社會司陳科長彥丞從目前推展身心障礙之福利服務措施、慢性精神病患之就養安置及未來照護方向做愷切陳述；在就業政策層面，勞委會職訓局蘇科長昭如，從身心障礙人口分析、精神障礙者就業問題及現況分析，談到未來展望要點及具體措施。

主題二、台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展 二，在醫療層面，衛生署草屯療養院鄭副院長若瑟從台灣地區精神醫療資源變化分析、病人與家屬的需求，談到未來發展策略建議，希望發展積極治療與復健，建構整合性醫療與復健照顧體系；在健康保險層面，中央健康保險局曲副理同光從健保支付制度設計、治療指引之訂定及疾病管理模式，探討精神醫療整合式照護之未來方向；在家屬疾病友層面，台北市康復之友協會家屬聯誼會金會長林從消費者的角度，提出希望獲得的照顧、對現有制度的不滿以及財務面的衡量。

主題三、台灣精神健康照護模式之探討，台北市衛生局邱局長淑媿以台北市精神健康照護模式為例，介紹精神病患的個案通報、追蹤照護、管理、社區復健及里鄰關懷等服務；精神健康基金會簡執行長以嘉以民間基金會模式為例，介紹如何透過民間的力量，成立腦科學教育普及、精神健康指數、論壇及里鄰關懷等工作小組，來大力提倡推動精神健康教育服務；成大精神科楊主任明仁，以精神病患就業方案為例，強調完全介入、資源整合以及訓用合一全面性的就業輔導方案。

最後綜合座談部分，首先由三位主持人，高雄市衛生局陳局長永興、台大精神部宋教授維村以及陽明大學周教授碧瑟就三場主題的論述及討論發表引言，其他與會各方賢達也給予大會很多寶貴的意見，使得九十一年論壇研討會順利圓滿閉幕。

四、結語

國家衛生研究院論壇長期照護委員會，於民國九十一年首度針對精神健康議題舉辦研討會深入討論，對於精神衛生界的工作同仁以及病友家屬而言，具有相當正面的鼓勵作用，其意義彌足珍貴。我們期待這是一個好的開始，希望往後每年國家衛生研究院論壇都能就大家關心的精神健康議題舉辦研討會，引領大家一起來重視精神衛生，集思廣益，擘畫我們未來更美好的精神健康社會。

籌備委員名單

胡海國，台大精神科教授

簡以嘉，衛生署八里療養院社區精神科主任

呂淑貞，衛生署八里療養院職能治療科主任

吳文正，衛生署醫政處科長

金 林，康復之友協會家屬聯誼會會長

胡維恆，台北市立療養院院長

陳彥丞，內政部社會司科長

邱淑媿，台北市衛生局局長

楊明仁，國立成功大學醫學院精神學科、附設醫院精神部主任

劉麗茹，台北縣康復之友協會總幹事

劉蓉台，衛生署八里療養院社會工作科主任

國家圖書館出版品預行編目資料

台灣精神障礙者照護發展研討會彙編 / 胡海國
總編輯. -- 初版. -- 臺北市 : 國家衛生研
究院, 民 92
面 ; 公分

ISBN 957-01-3870-X (平裝)

1.精神病 - 論文, 講詞等 2.精神醫學 - 論
文, 講詞等 3. 長期照護-論文, 講詞等

415.9507

92005630

台灣精神障礙者照護發展研討會彙編

發行人：吳成文

發行機構：財團法人國家衛生研究院

總編輯：胡海國

主編：簡以嘉

執行編輯：蔡淑娟

地址：台北市內湖區 114 民權東路 109 號 3 樓

電話：(02)2653-4401

網址：<http://www.nhri.org.tw>

出版年月：中華民國九十二年四月

版次：初版 1 刷

定價：新台幣 140 元整

委託銷售：

國家書坊台視總店

地址：臺北市八德路一段 10 號 B1

電話：(02) 2578-1515#643 傳真：(02)2579-9625

網路書店

網址：<http://www.govbooks.com.tw>

電話：(02)2659-8074 傳真：(02)2657-9106

三民書局

網址：www.sanmin.com.tw

重南店

地址：台北市重慶南路一段 61 號

電話：(02) 2361-7511 傳真：(02)2361-7711

復北店

地址：台北市復興北路 386 號

電話：(02) 2500-6600

五南文化廣場

地址：台中市中山路 2 號 B1

電話：(04) 2226-0330 傳真：(04)2258-2340

新進書局

地址：彰化市光復路 177 號

電話：(04)7252-792 傳真：(04)7225-891

青年書局

地址：高雄市青年一路 141 號 3 樓

電話：(07) 3324-910 傳真：(07)3331-829

GPN: 1009200939

ISBN: 957-01-3870-X