

# 台灣精神障礙者之社區照護發展： 理想與實務研討會彙編

總編輯：胡海國

主 編：簡以嘉

國家衛生研究院論壇長期照護委員會  
中華民國 93 年 4 月



## 序

台灣精神障礙者照護之現況，含政策面、醫療面、家屬層面，在 2002 年的第一次論壇曾經由相關行政人員與家屬代表作深入報告與討論。該次論壇之結果，已彙整為 2002 年台灣精神障礙者照護發展研討會彙編(2003 年 4 月出版)，由國衛院出版。我相信大家都深切體認到我國精障者之社區照護，仍有許多缺失，其中最明顯的是我國社會對“精障者照護”仍過於忽略。

今年是精神障礙者照護發展的第二次論壇，此次論壇主軸是以精神障礙者社區照護在理想與現實間之差距，作為討論主題。精神障礙者之照護，應有它之理想性，那麼理想的精神障礙者之照護是什麼？在有限之社會資源下，我國精神障礙者之社區照護，現實面是如何？理想與現實間，如何求取平衡？如何由現實層面邁向理想層面？我相信此次的論壇，應可以為我國精障者社區照護發展，提供可行方向。

如何把“精障者照護”之意義，融入我國社會之主流價值，是本次論壇很重要的使命之一。為達到此目的，本次論壇規劃了兩個專題演講：(1) 各國精障者社區照護比較、(2) 台灣精障者之社區照護發展；另外有三個論壇主題，包括(1) 建構精障者社區照護服務體系、(2) 結合社會資源發展、以及(3) 豐富精障者社區生活內涵；最後有一場精彩的綜合討論。此 2003 年精神障礙者照護發展第二次論壇之彙編，應頗具學術與實用價值。

我一直以為精神障礙者照護有關之行政人員、專業人員，家屬/病人與社會有心人士，應建立一個合作性之合夥平台，一起努力，共同合作，融合論壇之結果，集思廣益，才能開創我國精神障礙者照護發展之社會主流價值，使精障者能受到良好之照護，這是病人之福，也是社會之福。本次(2003 年)論壇之彙編，一定可以提供此合夥平台之基石，以為我國精神障礙未來永續發展之重要參考資料。

我要感謝本次精神障礙者之社區照護發展論壇之籌備委員，他們是吳英璋教授、楊明仁教授、蕭淑貞教授、曲同光副理、金林會長、吳文正科長、陳彥丞科長、郭振昌組長、李玠芬股長、簡以嘉主任、魯中興主任、

呂淑真主任、劉蓉台主任。我特別要感謝簡以嘉主任擔任論壇籌備會之執行秘書，他盡心盡力，多所辛勞，順利達成任務。所有籌備委員在百忙中撥空，做最有效、最有深度與廣度之腦力激盪，才有今年論壇之成就。我們也要特別感謝國衛院同仁蔡淑娟管理師與譚家惠助理之協助。如此豐富又有創意的之論壇內容，具有學術與實用價值，更是精障者長期照護發展之重要里程碑，這些有意義之論壇內容收集在本年的論壇彙編，值得關心精障者福利的各界人士之參考。

精障者社區照護發展論壇主持人

胡海國 謹誌

## 開幕致詞一

胡海國 教授

很榮幸邀請郭教授、藍教授、宋教授、簡主任、楊主任、劉主任、呂主任以及各位貴賓蒞臨今天的大會。剛剛提到的名字是今天研討會很重要的主持人及策劃人員，此研討會是繼去年首度舉辦之「台灣精神障礙者照護發展研討會」之後，第二次的精神障礙者照護相關的研討會，精神醫學進展到目前國際化發展的時代，雖然我國已有很進步的科技可將精神疾病的治療發揮到最好的效果，但在精神疾病患者的照護上，仍需要仰賴人文及社會條件的配合，亦即不能全然學習外國的科技，而需要靠我們自己對社會做檢討、對自己的文化做省思。如何善用現有的社會資源，個人希望藉著論壇的方式，補足社會科技以外另一面需要發展的地方。我們的研議主題是精神障礙者的社區照護發展，今年的重點是理想與實務之間的檢討，一講到文化的省思及社會資源的動用，在現實上有種種的限制性及盲點，希望藉此機會匯集學術界，以及行政、醫療、福利等領域的專家，乃至家屬、精障朋友，組成一個討論的平台讓大家共同參與，相信我們可以在這高科技的時代，讓精神醫療能夠配合社會文化層面條件向前邁進，相信未來精神障礙者的社區生活照護方面可以有成功的發展。

經過籌備委員會召開幾次的籌備會議，將今天探討的題目設定在理想與實務之間，大會一開始會有專題演講，讓我們以較宏觀的角度探討社區生活中的精神疾病照護的定位，除了吸取其他先進國家的經驗外，並透過台灣過去的一些觀察及研究資料，或許可描繪出一個建構社區精神疾病照護的藍圖，所以專題演講應該是非常精采的。緊接著大會有三場不同層面的主題討論，希望大家共同參與。最後安排的綜合討論是非常重要的，希望大家能夠堅持到最後一刻，各場主持人將會把主持時的心得做綜合整理而後在最後的綜合討論中提出報告，希望大家能夠在此時段進一步討論。透過大家共同的參與，將可延續去年論壇的成果，累積今年的經驗，希望經過幾次的論壇之後，能彙整出非常好的資料，提供政府施政人員做參考，專家研究上的立足點，並且提供親屬或家人很好的照護方向，這樣論壇就可達到成功的目標。

討論進行之前，特別邀請到國家衛生研究院論壇的執行長郭耿南教授

為我們致詞，郭教授在美國從事骨科醫學方面的教育與研究工作，是世界級的人物，目前回到台灣為國家貢獻，主掌國家衛生研究院的論壇，想必一定有他的遠見與抱負，今天很高興郭教授能夠跟我們一起開動精神疾病社區照護發展的論壇，現在就請郭執行長來為我們鼓勵與勉勵。

## 開幕致詞二

郭耿南 副總召集人兼執行長

國家衛生研究院論壇於 1996 年成立，成立之初由宋瑞樓教授擔任總召集人，藍忠孚教授擔任執行長，藍教授將論壇經營得非常好，希望我接任之後亦能不負使命。論壇成立的目的之一是提供國內醫療衛生相關議題的討論平台，並對迫切的衛生政策提出建言，其構想是參考美國的 IOM(Institute of Medicine)而來。2002 年國家衛生研究院董事會會議通過論壇為正式單位，並聘請前署長李明亮教授擔任專任總召集人，相信在李總召集人的帶領以及各位先進的繼續支持與指導，論壇一定可以發揮更大的智庫功能，貢獻良策。

論壇目前共有五個委員會，其中負責承辦本場研討會的論壇長期照護委員會是在 1999 年成立，由藍教授親自擔任該委員會召集人，並邀請許多專家學者參與有關的研議工作，三年多來已有相當豐碩的具體成就，包括九個以上的大型研討會以及六本出版品。今天所舉辦的「台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務」研討會，係由胡海國委員精心規劃，針對精神照護相關領域迫切需要獲得解答的議題提出就教於諸位先進，相信在大家的共同參與下，透過這個討論平台可獲得圓滿的結果。

個人於 1966 年從台大畢業，翌年前往美國密西根州的 Wayne County General Hospital 當實習醫生，該醫院的精神科單位收容了一千六百餘名精神病患。二十年後，我再度回到密西根參觀這個醫院，發現精神病患都住到社區了，這跟我在學生時代所見的精神病患的生活有很大的差異，我想能有這樣的結果主要是靠精神藥物科技的進步，讓這些病患能夠在社區內控制病情。雖然美國的精神照護已經實現了社區化，但我認為仍有許多地方有待改進，例如目前很多病人住在 Halfway House，然後需仰賴交通車集體送到醫院治療。美國的精神科治療技術雖然非常值得我國學習，但是某些做法或許並不那麼適用於我國；另外，也因為家庭結構差異性大，比起美國我們應有更好的家庭與社會支援，因此我們應要有足夠的信心相信台灣的精神照護將會發展得比美國好，尤其在此見到各位認真的神情，相信我國的精神照護一定可以在大家的努力下開創出十分美好的未來。最後在此祝福大會圓滿成功，謝謝。





# 目 錄

● 序 .....	i
● 開幕致詞一 .....	iii
● 開幕致詞二 .....	v
● 目 錄 .....	vii
● 執行摘要 .....	1
● 主題論述	
各國精神障礙者社區照護發展之比較探討 .....	5
台灣精神障礙者之社區照護(復健)發展 .....	13
建構精神障礙者社區照護服務體系 .....	23
結合社會資源發展 .....	25
豐富精神障礙者社區生活內涵 .....	33
● 綜合討論紀要	
主題一：建構精神障礙者社區照護服務體系	
引言 .....	49
回應 .....	49
討論 .....	51
主題二：結合社會資源發展	
引言 .....	55
回應 .....	55
討論 .....	57
主題三：豐富精神障礙者社區生活內涵	
引言 .....	61
回應 .....	61
綜合座談 .....	65
● 籌備委員名單 .....	75



## 執行摘要

簡以嘉主任

國家衛生研究院論壇長期照護委員會，於民國九十一年成立精神醫療小組，並於當年九月舉辦「台灣精神障礙者照護發展研討會」，獲得精神衛生從業人員及相關團體相當大的回響。鑒於社區服務為將來精神障礙者的照護發展主軸，論壇精神醫療小組，於九十二年繼續邀請與精神衛生相關之政府、醫界與民間代表為委員，就精神障礙者的社區照護發展於九十二年三月及五月假國衛院召開二次籌備會。在籌備會期間，各籌備委員均提供相當寶貴的意見，大家一致認為，社區精神照護的發展為時勢所趨，是台灣一定要走的路，此時為發展關鍵時期。因此，針對這個主題舉辦研討會，有其重大歷史意義。在籌備委員充分交換意見的同時，我們也深深覺得籌備會本身其實就是很好的專家會議，可以激盪出很多精采的想法。最後，籌備會決定研討會題目訂為「台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會」。內容包括安排大會演講，並從建構精神障礙者照護服務體系、結合社會資源發展及豐富社區生活內涵三個主題來探討論述。

九十二年論壇年度研討會於十月二十五日，假台北榮民總醫院致德樓第一會議室舉辦，當天與會各方賢達有 250 人，論壇執行長郭耿南教授特別蒞臨會場致詞，對論壇研討會多所期許。大會二場專題演講主持人為陽明大學藍教授忠孚及台灣大學宋教授維村。三個論述主題主持人，分別為八里療養院簡主任以嘉、八里療養院劉主任蓉台以及輔仁大學蕭副院長淑貞。第一場大會專題演講由葉博士玲玲主講「各國精神障礙者社區照護發展之比較探討」，葉博士介紹美國、英國之社區照護發展、如何評估社區精神照護需求以及提出對台灣社區精神照護政策之建議。第二場大會專題演講由暨南大學宋教授麗玉主講「台灣精神障礙者之社區照護發展」，宋教授闡述精神復健的定義、台灣精神復健的理念、資源、方案運作及理想藍圖。

在主題討論方面，主題一、建構精神障礙者社區照護服務體系，主講人高雄醫學院楊主任明仁對目前精神障礙者社區照護服務體系做詳細說明，並提出問題及可能之運作模式。回應人衛生署吳科長文正，從精神障礙者的人權及就醫、就學、就養及就業的整合問題，談到精神醫療體系的規劃，

過去是先機構後社區，今後應落實個案管理及評鑑制度。主題二、結合社會資源發展，主講人中華民國康復之友聯盟滕秘書長西華介紹社會資源型態、如何選擇資源、如何與資源建立關係及連結並提出實例分享，也提到目前精神障礙者所需資源及困境。回應人台北縣社會局楊局長素端則提出幾個方面和大家分享，包括第一誰要做資源連結者、第二誰要做資源開發者、第三做資源創造者、第四資源提供者應該如何宣導。楊局長並提出希望能設計理想的精神障礙者社區長期照護體系。主題三、豐富精神障礙者社區生活內涵，主講人八里療養院呂主任淑貞從政策面、專業人員角色轉換、社區生活內涵、精神障礙者之就業服務模式、復健訓練計畫及精神障礙者之鳳凰盃運動會來做說明。回應人台北市康復之友協會家屬聯誼會金會長林，提到應提供家庭照顧者支持與照顧技能、慢性病房應普及化、重視個案管理、設立庇護工作坊及調整部分工作人員心態。最後綜合座談部分，首先由三位主持人，簡主任以嘉、劉主任蓉台以及蕭副院長淑貞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，幾位演講者也有所回應及進一步說明，九十二年論壇研討會順利圓滿閉幕。

國衛院論壇長期照護委員會精神醫療小組，連續二年舉辦有關精神障礙者照護發展的研討會，一年比一年更受到大家的重視與支持，九十二年報名研討會人數是九十一年二倍。尤其，九十二年在社區精神照護，有幾個重要事情值得一提，包括社區復健相關服務的健保給付調高八成、衛生署開始試辦社區精神復健機構評鑑、以及社會大眾對社區精神衛生日益重視。凡此種種，皆讓我們感受到台灣全面推展社區精神照護的時機已經來臨，值此重要時刻，我們很榮幸藉由國家衛生研究院論壇來發起討論這個重要的議題。論壇的目的，應在於引領大家討論的風潮，啟迪思考，集思廣益，提供重要意見給國家衛生決策單位做參考。我們謝謝籌備委員、主講人、主持人及與會者的熱心參與及貢獻。國衛院精神衛生論壇是大家的舞台，我們也希望來年能就大家所關心的精神健康議題，再有一番熱烈的討論。

# 主題論述



國家衛生研究院  
National Health Research Institutes

## 台灣精神障礙者之社區照護發展 理想與實務研討會



# 各國精神障礙者社區照護之比較探討

葉玲玲

和信治癌中心醫院醫療政策研究室

## 壹、各國精神健康照護之使用情形

精神健康照護體系的發展經常受該國社會、文化與政治的影響，而且要妥善照護精神分裂症患者需要多元精神醫療服務，所以每個國家健康照護體系不盡相同。但是藉著思考台灣與各國精神障礙者健康照護服務利用與費用相關資料的差異，對於台灣體系應有更深入的瞭解，同時亦可提供體系改革的方向。

表一呈現 2001 年 OECD Health Data 1960、1970、1980 與 1990 年代精神障礙者平均住院日數與每千人口精神病床數。結果發現每千人口精神病床數的多寡與平均住院日數長短似乎無關；各國精神病床數差異不大但平均住院日差異很大。歐洲國家精神健康照護支出佔 GDP 比率較高；台灣相對於其它國家則偏少(表二)。各國精神分裂症患者精神健康照護利用之比較，顯示出台灣患者偏重使用門診與住院服務為主，日間照護、社區照護與康復之家等復健服務則相對較少使用，其中社區照護更少患者利用(表三)。這現象應該來自台灣社區照護服務設施嚴重缺乏；另一方面，在臨床上亦較偏重治療症狀而較少著力於復健治療等原因。

## 貳、各國精神社區照護之發展

美國自 1960 年去機構化運動之後積極發展精神社區照護工作，其延續性政策適得以讓我們瞭解政策的發展與其推動政策的結果，以及美國如何面對與解決問題。英國也同樣經過去機構化運動，但其政策發展方向與美國不同。近幾年英國精神照護體系展開積極改革，其中有頗多值得我們學習的地方。以下就進一步說明美國與英國精神社區照護政策之發展，以及相關社區照護方案。

### 一、美國

#### (一)、社區精神醫療濫觸階段 (1960 )

美國於 1961 年 Kennedy 時代在 Joint Commission for Mental Illness

and Health 中授權 NIMH(National Institute of Mental Health)主導精神疾病防治工作，當時目標為提供現代精神醫療以使得精神疾病患者能在社區中維持正常生活。1963 年 Community Mental Health Act 通過，聯邦政府才開始支持社區精神醫療，同年通過 Aid to Disabled 才使在社區中的精神病患得到政府財務補助去除就醫的財務障礙，之前只有住在醫院的精神病患可以享受醫療服務。但也因此精神醫療費用支出有 85% 來自公部門。1963 年 Mental Retardation Facilities 與 Community Mental Health Centers Construction Act 兩個法案使得美國有預算廣設社區復健中心(Community Mental Health Center)。社區復健服務中心主要提供 1)住院治療、2)急診、3)部份住院、4)門診、5)諮詢教育服務。

#### (二)、社區精神醫療擴張階段(1970 )

NIMH 於 1971 年提出 Community Mental Health Movement。1973 年 New York 通過 Health Maintenance Organization Act 與 Utilization Reviews 兩個法案。1975 年通過 Community Mental Health Centers Amendments，確認聯邦政府 12 項社區精神衛生工作(增加提供兒童、老人、去機構化出院患者、安排長期住院、治療飲酒問題、治療藥品問題，以及安排中途之家等服務)。政府已感受到精神醫療支出的負擔，開始支付制度改革。論人計酬實驗計畫也開始於社區精神醫療服務。在此階段政府亦反省到缺乏精神疾病流行病學資料以規劃精神醫療體系，因此撥預算委託 NIMH 進行有名的 ECA 研究。

#### (三)、社區精神醫療改革階段(1980 )

1980 年代精神疾病患者自我意識高漲，他們有權利決定接受何種治療，亦開始影響精神醫療體系。政府仍有控制精神醫療費用上漲壓力。雖然精神醫療費用持續增加但仍有不少精神病患無法獲得適當的治療，不同社區精神醫療方案開始進行成本效益或成本效果的評估。1983 年 DRGs 推出，公部門精神醫療提供者因為大都照顧嚴重精神病患而被除外，1985 年才開始陸續納入。另 Salmon 於 1984 年提出精神醫療產業是有利可圖，鼓勵私部門提供精神醫療服務，認為未來應該公私部門同時發展。

#### (四)、社區精神醫療精緻化階段(1990 )

1990 年代面臨雙重診斷(dually diagnosed)精神病患的問題。精神醫療照護體系的高成本不得不令人全盤思考組織體系與財務問題。



1993 年 National Advisory Mental Health Council 則建議精神醫療資源應該用於嚴重精神病患，因此決策者應提供好的健康保險以免除嚴重精神病患之就醫障礙。1996 年 Mental Health Parity Act 則宣示職業健康保險計畫給付範圍應該包括精神醫療服務。因為嚴重精神病患或具有雙重診斷的精神病患容易被醫療保險計畫拒絕，是為逆選擇。外包式(carve-out)支付制度就是將這類嚴重精神病患發掘出來另外加入專為他們設計的醫療保險計畫。(Bennett, 1991; Breakey, 1996; Domenici, 1993; Frank, 1996; Jensen, 1998; Hales, 1996; Santos, 1995; Shern, 1995)

#### (五)、社區照護方案

美國民間組織亦推動各項社區照護方案，例如：Psychiatric Rehabilitation Consultants (PRC)，National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)。各組織所推動的社區照護方案內容各有其特色，精神障礙者與其照顧者可以有多重選擇。

## 二、英國

### (一)、1920-1960 年精神健康照護政策

1926 年 Macmillan Royal Commission 將精神疾病治療納入現代醫療。1959 年 Mental Health Act 則正式成立精神福利部門。1963 年衛生部門提出 National Plan for community care，正式確定政府需提供精神社區照護服務。

### (二)、1960-1990 年精神健康照護政策

1971 年 Department of Health & Social Security (DHSS)，提出以綜合醫院為主之整合醫院與社區照護服務的精神健康照護方案。1975 年 White Paper Better Services for the Mentally Ill 則明確其精神健康照護服務內容。10 年後，1986 年 Audit Commission 審查 Better Services for the Mentally Ill 是否達到預期目的。結果發現精神障礙者醫院服務利用降低遠比其使用社區照護服務利用快，其原因為使用社區照護有財務障礙，以及不同區域服務標準不同。

### (三)、2000 年以後精神健康照護政策

2000 年 6 月政府提出 NHS Plan 十年健康照護計畫，並成立六個重要主題之研究工作團隊，精神健康主題則為其中之一。2002 年 6 月成立 National Institute for Mental Health in England (NIMHE)負責制定

各項精神健康照護相關準則，Mental Health National Service Framework (MHNSF)則負責設計精神健康照護服務體系，使得精神健康照護體系可以運作的軟體為 Care Programme Approach (CPA)。而 2000 年政府通過 Carers and Disabled Children Act，因此政府開始注意照顧者健康照護相關問題。

## 參、精神社區照護之內涵

### 一、精神社區照護的定義

社區精神醫療的定義雖未有共識，但以 1966 年 Sabshin 提出社區精神醫療的定義較實用。其定義說明如下：藉著社會精神醫學與其他行為科學的技術、方法與理論調查不同地區精神疾病功能性的需要，並將得到的訊息回饋醫療體系 (Bennett, 1991)。Breakey 於 1996 年於現代社區精神醫療 (modern community psychiatry) 一書中說明 1950 與 1960 年代對社區精神醫療定義為：它是理論導向，並將焦點放在社會心理團體與社會網絡，致力提昇病患與社會網絡互動的功能。但作者認為現代社區精神醫學應該更關心社區精神醫療照護體系的組織，以及符合成本效果(cost-effective)服務模式的發展(Breakey, 1996)。

### 二、精神社區照護的對象、內容與提供者

由美國與英國經驗來看，美國精神社區照護對象由廣泛服務到強調照護嚴重精神障礙者；英國則只要轉介精神科醫師的患者皆納入其照護體系，但仍加強嚴重精神障礙者的照護，近年亦納入患者的照顧者。在精神社區照護內容方面，美國強調精神醫療服務，英國始終以全人角度提供完整性與連續性服務照護精神障礙者。美國有公部門與私部門提供精神社區照護服務，但英國則大多由國家主導。

## 肆、評估精神社區照護需要

大多數先進國家在決定發展精神社區健康照護體系時都會先瞭解照護對象的需要，因此以下將說明精神社區照護需要評估目的、方法與工具。

### 一、評估目的

評估照護需要研究常用來瞭解一個國家或一個區域是否有問題或者呈現出需要狀況，據此資料政府再規劃需投入更多資源解決問題。亦有些

研究乃針對某一群患者調查其精神健康照護需要狀況，以作為提供照護計畫或發展健康照護體系的參考。

## 二、評估方法

評估需要的方法大致可分為質性與量性。質性方法包括訪問關鍵人員、焦點團體討論、透過公聽會收集資料等。量性評估精神健康照護需要方法主要為流行病學調查法、服務利用資料分析法、社會指標評估法、運用比率資料法，以及個別患者需要調查法等五種。

## 三、評估工具

文獻中常見的需要評估工具有 Needs for Care Assessment (NCA)、Cardinal Needs Schedule (CNS)、Camberwell Assessment of Needs (CAN)、Perceived need for Care Questionnaire (PNCQ)...等。

## 伍、對台灣精神社區照護政策之建議

### 一、由美英經驗省思對台灣的建議

美國經驗可以作為借鏡，提醒我們需優先照顧嚴重精神病患，以及需從整合照護模式著手。英國經驗可以學習從全人之整合照護著手，同時考量硬體與軟體整合以提供服務，以及照護病患之照顧者，使其可以持續與政府共同照護患者。但各國文化環境與健康照護體系架構不同，因此台灣需創造出本土精神社區照護模式。

### 二、台灣精神社區照護模式建立之建議

建立台灣精神社區照護模式的進行步驟建議如下：

1. 可以先進行已就醫精神病患與其照顧者之精神醫療與福利服務之需要評估。
2. 訂定具整合性與持續性之精神社區照護方案服務提供準則(需由衛政與社政單位共同認定)。
3. 由各地方根據準則發展符合當地需要之社區照護模式
4. 結合財務面因素，向健保局建議試辦計畫。

另一方面，政府宜鼓勵現有精神病患、照護者、病友相關團體提供精神社區照護方案，以及民間投資精神社區照護服務中心。政府更應該持續有計畫的去污名化的努力，並提升社區發展工作技能。

### 參考文獻

1. Bennett, D.H., Freeman H.L.(Ed.). Community Psychiatry. Churchill Livingstone. 1991;40-70.
2. Breakey W.R.(Ed.). Integrated Mental Health Services. Oxford University Press 1996;29-41.
3. Domenici S P V, Mexico R N. Mental health care ploicy in the 1990s: Discrimination in health care coverage of the seriously mentally ill. J Clin Psychiatry 1993;53(3):5-6.
4. Frank, R G, Huskamp, H A, McGuire T G, Newhouse J P. Some econommics of mental health carve-outs. Arch Gen Psychiatry 1996;53:933-937.
5. Hales, R.E. , Yudofsky, S.C.(Ed.). Synopsis of Psychiatry. The American Psychiatric Press 1996;1323-1341.
6. Jensen GA, Rost K, Burton RP. Mental health insurance in the 1990s: Are employers offering less to more. Health Affairs 1998;17(3):201-209.
7. Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997;32:137-142.
8. Knapp M, Chisholm D, Leese M et.al. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. Acta Psychiatr Scand 2002;105: 42-54.
9. Santos, A B, Henggeler, S W, Burns, B J, Arana, G W, Meisler, N. Research on field-based services: Models for reform in the delivery of mental health care to populations with complex clinical problems. Am J Psychiatry. 1995; 152(8):1111-1123.
10. Shern DL, Donahue SA, Felton C, Joseph GR, Brier N. Partial capitation versus fee-for-service in mental health care. Health Affairs 1995;209-217.
11. 葉玲玲，藍忠孚，鄭若瑟 台灣精神分裂症患者精神醫療利用與費用之分析探討。台灣公共衛生雜誌 2003; 22(3)194-203.

表一：各國精神健康照護使用情形

		1960+	1970+	1980+	1990+
丹麥	住院日數		13.4	12.8	7.8
	精神病床		<b>2.1</b>	<b>1.6</b>	<b>0.8</b>
芬蘭	住院日數		22.7	39.3	41.0
	精神病床	<b>3.9</b>	<b>4.2</b>	<b>3.4</b>	<b>1.5</b>
荷蘭	住院日數				32.4
	精神病床	<b>2.1</b>	<b>2.0</b>	<b>1.7</b>	<b>1.6</b>
義大利	住院日數		88.1	30.2	17.9
	精神病床		<b>1.7</b>	<b>1.1</b>	<b>0.6</b>
西班牙	住院日數		178.8	141.4	95.0
	精神病床		<b>1.3</b>	<b>0.9</b>	<b>0.6</b>
加拿大	住院日數		18.8	28.3	30.3
	精神病床			<b>0.4</b>	<b>0.5</b>
英國	住院日數		47.3	103.3	142.2
	精神病床		<b>3.1</b>	<b>2.5</b>	<b>1.4</b>
美國	住院日數		10.9	12.3	9.7
	精神病床	<b>3.8</b>	<b>1.7</b>	<b>0.8</b>	<b>0.5</b>
日本	住院日數		331.0	318.1	329.8
	精神病床	<b>1.7</b>	<b>2.5</b>	<b>2.8</b>	<b>2.9</b>
台灣	住院日數				36.0
	精神病床				<b>0.6</b>

OECD Health DATA 2001

註：精神病床為每千人口精神病床數

表二：各國精神疾病醫療費用支出佔 GDP 的比率分布

	1960+	1970+	1980+	1990+
丹麥			0.4	0.4
芬蘭	0.5	0.5	0.5	0.3
荷蘭		0.5	0.5	0.5
西班牙				0.1
美國	0.2	0.3	0.2	0.2
日本		0.3		0.2
台灣				0.1

OECD Health DATA 2001

表三：各國精神分裂症患者精神健康照護利用情形

三個月	住院		門診		日間照護		社區照護		康復之家	
	%	日數	%	次數	%	次數	%	次數	%	日數
荷蘭(首都)	2	1.48	28	1.97	39	13.51	89	9.85	28	25.08
丹麥(首都)	23	8.54	15	2.21	92	18.42	44	6.19	15	13.85
英國(首都)	17	5.44	27	0.54	48	5.83	98	9.76	13	11.6
西班牙(桑丹德)	9	1.48	11	0.11	0	0	99	4.66	0	0
義大利(威洛納)	10	3.07	84	4.9	44	15.37	52	9.41	8	6.37
台灣(一年)	10.9	36.0	75.7	9	6.3		0.4		1.7	

資料來源：Knapp et.al. EPSILON study 2002, 葉玲玲等人健保資料分析 2003.

## 台灣精神障礙者之社區照護(復健)發展

宋麗玉

國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系教授

*由我的親身例子可知，精神病患只要持續接受治療、按時服藥、生活規律，不但可以和正常人一樣工作，而且可以做得出色。……希望藉由我的經驗談，社會能給我這群人有工作的機會，因為他們也想說：請給我工作---讓我活得更出色....。(中國時報，2002/9/3，第34版)*

這是一位精神病友於報上傳達的心聲，其中有著創造積極生活的渴望。當我們談論精神障礙者的社區照護(顧)時，首先要問的是：我們如何看待精神病患？他們是有「疾病」的一群人，還是和我們一樣是「人」；我們認為他們的前景如何？是黯淡或是充滿希望？

我們的照顧體系與實務反映背後的基本哲學理念與原則。社區照顧只是醫院(機構)照顧的延伸，或是有不同的目標與方法？由社區照顧的內涵來看，應該是後者。服務社區化已然成為當今潮流，意涵「在社區照顧」與「正常化」，前者又指 1. 非醫院之照顧(Non-hospital care)，2. 由社區照顧(Care by the community)，3. 在社區中接受照顧(Care in the community)。(Rowland, Zeelan, & Waismann 1992; 引自 Ekdawi, Conning, & Campling, 1994)。正常化乃指使病患依文化所認為有價值的方式生活，強調病患過完全生活(full lives)的權利(Ekdawi et al., 1994)。正常化正是上述病友傳達的需求，是一種積極生活，追求個人嚮往的實現。那麼我們體系現況能否回應如此的渴望？

社區照顧目標的達成需要連續性的服務設計以滿足病患在社區生活的多元需求，其中涵括醫療照護與社區復健；前者包括持續門診服藥以穩定症狀、日間留院服務、與再發病時緊急住院，後者則包括個人生活自理、居住、社交娛樂、教育/就業等重建。在醫院治療服務方面，根據衛生署網站公佈的資料，目前急性病床(5,305)與慢性病床(13,999)共有 19,304 床，如以每萬人十床的目標(23,000 床)來看，已達 84%的預定目標，較 1997 年的 74%有明顯的成長。然而仍存在嚴重的地區分配不均，集中於特定的縣市，急性病房每萬人的病床比例由 0.76 床(彰化)至 9.29 床(花蓮)；慢性病

床的比例由 0 床 (金門、台東)至 132.84 床(花蓮)。另外，日間留院床位是近幾年成長最快者，在 1997 年即已超過預定目標。反之，社區復健部份則是成長緩慢，基於精神障礙者個人生命價值實踐之權益維護，本文將著重在這方面的討論。筆者首先重申精神復健的定義以作為討論的依據，接著檢視台灣相關法規中可能反映的理念傾向，另外也檢視社區復健方案的類型與運作、政府在其中扮演的角色、與個案管理實施的狀況。最後筆者嘗試提出一個理想的理念與實務模型。

## 一、精神復健的定義

精神復健又稱社會心理復健，Anthony 等人(2002)對照去機構化政策與精神復健之間的差異，藉以呈現精神復健的內涵—去機構化著重關閉機構，復健聚焦於開創生活；去機構化著重終結局限病患的實務；復健聚焦於獲得個人的支持；去機構化著重使個人自由，復健聚焦於在自由中獲得生活。因此精神復健服務的宗旨乃在：「幫助有精神障礙的個人增強其功能，使他們能在最少的專業協助下，於他們所選擇的環境中過著成功且滿足的生活」(Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002, p.2)。世界衛生組織(WHO, 1996)給社會心理/精神復健的定義為：「社會心理復健是一個促進個人盡可能在社區獨立生活的過程，它涉及增進個人的能力與改變其環境，使有精神障礙者能夠創造更好的生活；社會心理復健的目標在達到個人與社會的最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能成功地生活於社區。」(Anthony et al., 2002, p.102)。由此可見精神復健強調協助精神障礙者依據其選擇，成功地在社區生活，而且是滿足的生活；精神復健不只是著重在病情控制與管理，而是在個人的發展。Anthony 與 Liberman (1994)早就提出可以就技能發展與環境發展兩方面著手，並且比喻前者如磨「鑰匙」，後者則是修正「鎖」，使二者能夠相合。Rutman(1994)指出幾項精神復健的要素：1.盡量讓方案成員參與正常化的角色與關係；2.致力於協助成員個人生活適應的實際問題；3.強調經由實際經驗的活動促進社會學習和行為改變；4.試圖減少病患與專業人員之角色、權威與地位之區隔。

## 二、台灣精神復健的理念

台灣的精神障礙者社區復健肇始於 1985 年衛生署核定的「醫療保健



計畫-籌建醫療網計畫」,「加強精神病患社區復健」為其中的重要措施之一(行政院研考會 1995)。那麼,台灣精神復健的理念為何?在「精神衛生法」第二十五條,將社區復健納入精神醫療方式之一,並沒有特別專條規範,其是否意味其為醫院醫療的延伸或是一環?Anthony (2002)論及精神治療與精神復健的宗旨是相當不同的,前者目的在「症狀減緩、發展治療所需的洞察力、治癒」,後者則是「增進在特定環境下的功能與滿足感」。

「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」第四條規定精神復健機構負責人必須是服務於醫療機構或是衛生機關之醫療專業人員,成為精神復健設施增設的阻礙因素之一,民國八十六年修正後增加第三項,任職於精神復健機構或衛生、社政及勞政主管機關補助辦理之專任人員四年以上,顯然已放寬負責人資格。負責人資格的嚴格把關,顯示衛生署重視精神復健機構的專業服務品質,然而,另一方面使得大多數精神復健機構都是由醫院設置,或與醫院有關。如此規定又如何回應社區照顧的理念,或社團法人與家屬團體想要投入精神復健服務的可能性,特別是國外由病患經營的社區復健服務已蓬勃發展,我們又如何回應這種趨勢?

在「精神復健機構設置標準」當中規範社區復健中心與康復之家必須設置專任管理人,但是職能治療人員、社工人員、臨床心理人員、護理人員都是兼任即可,這是否反映我們只將復健機構的目標著重生活管理與控制,而不在精神障礙者之發展?

### 三、精神復健資源

台灣精神復健機構設置成長緩慢,筆者 1998 年整理的資料顯示,如康復之家需求量為 3,561 床,1997 年 12 月的現況為 559 床(17 家);庇護性工場及社區復健中心需求量為 4,122 床,1997 年 12 月的現況為 813(行政院衛生署,1992;行政院研考會,1995)。余漢儀(2002)整理 1999 年的資源狀況,25 所康復之家可服務 853 人,13 所社區復健中心(含庇護性工場)的可服務人數為 481 人。兩年之間,康復之家容量大增,然而社區復健中心則銳減。再者,衛生署 1996 年度共補助 37 個社區精神復健計畫,可服務病人總數只有 1,304 人(行政院衛生署,1997),可見現況離理想狀況仍遠。除了數量不足之外,社區精神復健資源之地區分佈也嚴重不均,資源主要集中在台北縣、高雄縣、以及北高兩市,有 12 個縣市掛零。不

過近幾年有另一項社區照顧資源加入，即社政單位的居家服務，目前有嘉義縣市委託聖馬爾定醫院針對精神障礙者著手辦理，就筆者了解他們也能著重精神障礙者的社會適應與陪伴，樂見有此資源介入，未來其在精神障礙者的復健方面所扮演的角色為何，值得觀察與討論。

復健機構增設緩慢除了前述設置標準過於嚴苛，包括負責人資格與建築法規要求之外，另有社區大眾的阻力與服務給付和使用者的福利給付偏低(宋麗玉，1998)。關於社區民眾阻力，或許我們不必過度悲觀，在國衛院補助張苙雲等五人(含括筆者)的一項實驗方案暨研究計畫中我們進行了全國抽樣電話調查，了解民眾對於精神病患與精神疾病的態度，發現民眾對於病患頗具善意，也能接受他們在社區復健並不加予他們社會限制，不過在非權威與正常化兩方面的態度則較不正面，意即有善意未必不權威。不過我們也發現直接接觸(如與病患說過話、當朋友、照顧過病患)或是閱讀相關書籍有助於提升對於病患的正向態度，因此如果能夠透過安排讓民眾有直接接觸病患的機會，那麼或許善意可以轉化為對病患的接納並且視其為如一般人，如此則有助於社區精神復健之推展。

若欲促進復健設施的增設，必須給予誘因，然而目前復健服務的給付低於住院治療，住院治療的一天給付 600-700 元，日間留院 456-600 元，而康復之家一整天一個學員給付 280 元，復健中心則是 250 元。給付標準過低一方面未能給予有興趣者誘因，另一方面可能使得承辦者，為壓低成本而降低服務品質，特別是康復之家，可能有床位過於擁擠的問題，學員的生活品質堪憂。

#### 四、精神復健方案運作

余漢儀教授(2002)就四個具有規模的康復之友協會所推動的精神復健為例分析方案內涵、組織狀況、週邊任務環境、與家屬的參與狀況。其中台北市與高雄市成立於七零年代為醫療院所及精神科醫師發起，台北縣與台南市則是成立於八零年代，前者來自家屬的發起，後者則是衛生署與成大附設醫院的合作。台北市的方案內涵最為齊全，含括職業訓練、庇護性工場、康復商店、支持性就業、復健中心、與康復之家。其他三縣市則沒有康復商店、復健中心、與康復之家(現今狀態可能又有變化)。經營如此多樣方案需要相當多專業人力，在 1999 年，台北市與台南市各用了 13 個專職人力，台北縣任用 6 個，高雄市任用 5 個；另外台北市還用了 7 個兼

職人力。經費來源方面，平均五成以上仰賴政府方案補助，如 1999 年四個協會的政府補助額度在 58%至 81%之間，以台北市最多。補助單位以勞政為主，即各縣市勞工局的就業基金專戶，另台南市也轉向中央勞委會申請補助；台北市與台南市則另有社會司透過各縣市社會局委託執行個案管理；另外各協會也仰賴聯合勸募的社工人事費補助。衛生單位在對社區團體的經費補助則是缺席的。

台灣精神復健方案有沒有升級的可能性？庇護性工場能否擺脫「家庭代工」的無奈？社區復健中心能否發揮社交與生活技能發展的功能，而非只是活動安排，填滿他們的時間？康復之家能否終結「終途之家」的命運？在這裡提出幾項研究結果或許能夠激發我們一些想法。波士頓精神復健中心兩位研究員 Ellison & Russinova (1999)進行一項調查，找到 500 位具有精神障礙的專業與經理人員，了解他們的就業狀況以及促進就業穩定的因素。當然其樣本並不具代表性，這些人是具高教育水準者，83%有大學及以上教育水準。這些人中有 73%是全職工作者，62%在現職有兩年之久，29%則有五年之久。這些數據顯示有精神障礙者仍能夠從事較高層次的工作，而非侷限於低層次低薪資的工作，並且也顯示他們對社會的貢獻。江明志(2003，尚未發表請勿引用)針對台北市勞工局支持性就業服務進行成本效益分析，在精神障礙類對參與者(案主)而言成本效益高達 13.83，對整體社會成本效益幾乎達到 1(0.97)，可見支持性就業服務值得推展，況且其對案主生活品質有提升作用，雖然難以測量。最後，DeSisto 等人(1999)的 35 年長期研究發現 Vermont 州的病患復元狀況比起 Maine 州比較組好，是因為病患較早給予機會適應社區的生活，這些機會包括居住安排、工作、與社交等。在國外庇護性工場早就被揚棄，著重於過度性就業服務與支持性就業服務；居住安排由團體之家到獨立生活有多種樣貌，尊重精神障礙者的選擇加以安排。我們的體系是否能提供多元且尊重案主選擇的服務，端賴我們的政府與民眾如何看待精神障礙者，對他們抱持多大的期待。

## 五、精神復健理想藍圖

### (一) 理念篇—以復元為導向的復健服務

在此提出一個理念，意即我們的復健服務應該以幫助精神障礙者復元(recovery)為目標。復元的概念在 1990 年在美國開始提出，並且蓬勃發展。根據 Anthony et al. (2002)的定義，復元乃指：「一個改變態度、價值、感受、

目標、技巧、與/或角色的深沉個人過程，無論疾病所造成的限制是否存在，個人能夠超越疾病，過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(p.31)。筆者將 recovery 譯為「復元」而非「復原」，乃在強調「元氣」的概念，指的是過程中希望的萌生與生命力的再現，進而影響行動的力量，帶來正向的結果。復元是一連續但是非線性的複雜演變歷程，也是痛苦與困難的經歷，在這過程中必然有抗拒，因此個人可能來來回回，但是逐漸地一個新的自我感受浮現——與自己有更真實的連結、與他人產生連結，並且生命顯得更有意義與目標(Spaniol et al., 1994)。Deegan (1988)指出復元並非指涉一個最後結果，並不意味「治癒」，而是更深沉接受其限制，但是有希望的灌注，即使受苦，內心仍有平安，因為知道痛苦將引導她邁向新的未來。她認為：「復元是一個過程、是一種生活方式、是一種態度、是面對每日挑戰的方法」(p.57)。Deegan(1988)進一步提到的復元三大磐石：希望、意願與負責的行動。因此我們的復健服務應該要能夠激發精神障礙者有復元的希望，有意願學習和改變，並且採取行動。而更重要的是我們自己對於他們要抱持希望。幾個長期追蹤研究也呈現了精神分裂症者的長期照顧結果中，完全復元者與完全失能者都有。這些研究涵蓋瑞士、德國、美國、與日本，研究期間最少 22 年最多 35 年，研究的樣本在 140 至 502 之間，綜合各研究發現，46-68%的精神分裂症患者好轉(improved)並且/或復元(recovered)。這幾個研究對復元的界定是指沒有症狀、沒有服藥、沒有怪異行為、有工作、有社會關係、並生活於社區。好轉則指前者中有一項狀況仍不佳(DeSisto et a., 1999)。這樣的研究結果顯示精神障礙者的前景並非那麼黯淡，如果我們有良好的方案給予他們，如果社會願意給他們機會。

## (二) 體系篇

一個體系若要回應精神障礙者在社區生活的多元需求，則需要多元的服務，其中又需有整合服務的機制——個案管理。筆者在國外參觀一些成功的精神復健機構，他們都提供綜合性的服務，包括生活協助、居住安排、社交生活、就業服務(過渡性與支持性)，有個案管理者串聯這些服務，並且陪伴案主處理日常生活的問題。目前國外文獻則發現全方位(ACT)個管模式與優點個管模式最具成效。台灣若能依照各縣市的人口比例於每縣市設置至少一個綜合性的精神障礙者復健中心，編制專(兼)任精神科醫師與專任的社工師、護理師、心理師、與就業輔導員，將可更加落實精神復健

服務，擴大服務內容與受惠的精神障礙者。人力編制數目則視各縣市人口數而調整，國外每位專業人員的個案數都在 35 以下，有效的方案則是每位專業人員 25 個個案。至於是由醫院辦理或是社團法人辦理？國外文獻也提到社區精神復健方案重點不在由誰辦理，而是在於主事者與專業人員抱持的理念，只要能夠以復元為導向，任何人做都可以，然而另一方面也應鼓勵民間參與，特別是精神障礙過來人與其家屬，筆者認為復健機構應該著重的是裡面應編制足夠的專業人力，而非只是負責人的資格。再者，建議衛生署研商提高復健服務給付標準，方能加速復健服務的推展。

### (三) 實務篇

在社區復健中心或是既有的設施如日間留院設施，其服務內涵的設計應該促進案主復元，這當中重要的有希望的灌注、案主參與以增強案主權能、以及方案的彈性；並且方案內涵能夠與案主的生活經驗息息相關，且可直接運用者。機構人員的價值觀與態度更扮演關鍵的角色，其如何看待與對待案主，直接影響案主如何看待他們自己。

#### 1. 方案層面

- 1) 方案結構保持彈性(flexibility)—案主的復元過程往往是在嘗試/失敗之間來回，是一個非線性的過程，因此一個助長復元的方案必須能夠具備高度的彈性，容許案主有多次進入方案以及在各種狀況下進入方案，且方案的設計也不應是線性的。
- 2) 增加方案的選擇與價值多元—每個人復元的過程都是獨特的，因此方案中需要盡量提供各種可能的服務，並且幫助案主設定目標與選擇。
- 3) 雇用有復元經驗者—Deegan (1988)認為「希望」是可以相互感染的，因此雇用由任何障礙中復元者是相當重要的一環，他們可以激發其他人的希望，並作為模範。在美國現在有相當多的機構雇用有復元經驗者擔任全職或兼職的工作人員，他們可能擔任專業人員，也可能是輔助專業人員(paraprofessional)。
- 4) 不區隔正常-不正常的態度—如果專業人員持續抱持案主是不正常的一群人，而專業人員是正常的人，這種區分將有害案主的復元，使得專業人員無法真正幫助案主。每個人或多或少都有創傷的經驗，專業人員應該審視自己的傷痛與復元過程，那麼他們就更能夠

同理和了解案主。

- 5)落實社區溶合—在方案內涵方面應該減少庇護性工場，盡量推展過渡性與支持性就業，讓精神障礙者在實際的工作與生活場域中學習技巧；可透過團體討論方式協助精神障礙者與自己及他人的連結(connection)；另一方面則需加強精神障礙者教育方面的協助，包括在正式教育體系，或是由機構辦理，以增進其人力資本。
- 6)落實個案管理—經由個管人員評估精神障礙者的需求與其優點(內外資源)，連結、整合、與監督服務以協助其復元。

## 2.專業人員層面

- 1)具有案主能夠由精神障礙中復元的信念—希望的灌注是很重要的元素，且需要有人能對案主持續抱持希望，相信他/她是能夠進步的。
- 2)能夠忍受未來結果之不確定性—復元的過程並非線性，案主可能進步一段時間後又退步，且雖然有人復元了，還是有人持續與疾病對抗，因此專業人員本身必須能夠在這種情況下，對案主持續抱持希望，事實上這也是對專業人員最大的考驗。
- 3)具備提升案主結果的動機—這反映出專業人員是否真正對案主抱持希望，並且付諸行動。
- 4)採用激發希望的策略—運用案主的人際、內在、與外在資源激發案主的希望(Russinova, 1999)，增進他人對案主的肯定、容忍度與關懷；並協助個人發展有效的因應技巧，體驗成功經驗與處理失敗經驗；並提供外在資源，協助個人在居住、教育與職業等方面的改善等。

## 參考文獻：

1. 行政院研考會(1995)：精神病患醫療服務體系之檢討。行政院研究發展考核委員會編印。
2. 行政院衛生署(1992)：台灣地區精神疾病防治工作現況與展望。
3. 行政院衛生署(1997)：醫政要覽。
4. 余漢儀(2002)。經障者社區復健模式探討—以台灣地區的四個康復之友為例。 *中華心理衛生學刊*, 15(2), 1-24。
5. 宋麗玉(1998)。精神病患社區照顧之省思—社區化或機構化，選擇或因局？ *中華心理衛生學刊*, 11(4), 73-103。

6. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
7. Anthony, W. & Liberman, R. P. (1994). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. In Spaniol, L. et al. (Ed). *An introduction to psychiatric rehabilitation* (pp. 18-41). Columbia, MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
8. DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1999). The Maine and Vermont three-decade of serious mental illness: Longitudinal course comparisons. In Patricia Cohen et al. (ed.), *Historical and geographical influences on psychopathology*. (pp. 331-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
9. Ekdawi, M. Y., Conning, A. M., & Campling, J. (1994). *Psychiatric Rehabilitation: A Practice Guide*. New York, NY: Chapman & Hall.
10. Ellison, M. L., & Russinova, Z. (1999). A national survey of professionals and managers with psychiatric conditions: A portrait of achievement and challenges. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
11. Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.
12. Spaniol, L, Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). *The recovery workbook*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.





## 建構精神障礙者社區照護服務體系

楊明仁

高雄醫學大學社會暨社區健康發展中心  
高雄醫學大學行為科學研究所  
高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神科

雖然醫學證據以足已認定精神疾病，如精神分裂症或躁鬱症等，是一種腦的病變；但在治療上仍是有著相當大的極限。醫界莫不視之為當前二十一世紀醫學科學所面臨要突破的重要問題。

基本上，精神障礙是因為腦部傷害導致神經傳導功能失調，造成認知功能障礙，進而引起各種精神症狀以及行為問題。在醫學模式的思考之下，面對這樣的病理機轉，治療方式不外乎就是要引用各種藥物以改變腦部功能的運作，並配合復健治療(rehabilitation)，才能恢復健康重歸社會。然而，世界衛生組織提出的復健服務方式有：1.復健機構：包括綜合醫院的門診、日間留院，精神專科醫院等；2.居家治療：即到家中、社區進行服務；3.社區復健機構：依靠社會資源（人、財、物力、技術）為精神病患者就近服務，這需要社區、患者家屬、患者共同參與，以醫療、教育、社會、職業復健為目標，並建立一轉介模式。以上三種模式應是相輔相成的，沒有良好的復健機構就很難會有良好的社區復健機構，如沒有社區復健機構，則精神病患者的復健工作就不可能真正落實，所以世界衛生組織非常重視社區復健中心的設置。

在台灣目前對於精神障礙者的社區照護大致有：1.日間留院：正向症狀已不明顯，但負向症狀仍存在，尚無法上班、上學者，但為維持其正常作息及功能，則就安排至日間留院。2.居家治療。3.康復之家。4.社區復健中心：主要提供休閒團體、人際關係、工作訓練等。5.庇護性工作坊：提供各種不同的工作團體，培養工作能力、人際關係應對、養成良好工作態度。6.支持性就業。7.就業服務：安置患者就業，並定期門診追蹤，藥物治療、輔導。雖在身心障礙者保護法之條文有規定，積極推展身心障礙者社區化就業服務，但大家聘任精障者的意願還是很低的，所以，這也是目前施行上最為困難的照護。8.安養機構/寺廟。

長久以來，精神疾病被污名現象就一直存在；雖然，近年來大眾對於精神疾病的認識日益提高，但不幸的是社會對精神疾病患者的歧視卻

未曾稍減，甚至污名化也有更嚴重的傾向。因擔心害怕受歧視的影響，污名已成為患者求醫的障礙；即使台灣人口之五分之一有著任何精神疾病的診斷，但實際求助得到適當治療者卻不及一成。許多人是寧可自殺不願自己被貼上精神疾病的診斷；這不僅是個人嚴重的恥辱，而且甚至影響整個家庭對外的人際互動。所以，精神病患者就需更坦誠的面對疾病，必須先學會接受自己，對自我做整體性評估，對客觀環境及社會資源做全盤的考量，尋求適合位置發揮自我，有效達到人生目標。

精神疾病恢復的過程中也必需要靠醫療的方法使其恢復健康，而後才可回復原先的角色與功能，成為社會上之一份子。所以，除了醫療外，尚須職能訓練、衛生教育等介入，換言之，其所牽涉層面很廣，除了衛政以外，勞政、社政、以及民間非政府組織都將與其有著密切的互動。因此，如何整合資源，則是決定成功與否的關鍵。

精神醫療服務體系則應依據患者的狀態協助其病涯發展。例如利用提供疾病衛教、藥物指導以及安排各種復健方案，協助求助者安心配合接受治療；藉著充能的理念增加求助者個人資本，幫助他們成為協助治療者，再成為自助者。另外，也可以透過志工活動，藉著助人歷程讓求助者領受「施比受更有福」，增加人際關係的弱連結，擴大社會網絡的形成，培養社會支持的力量，發揮社會資本的最大效益；最後並將成為一倡議者，為自己與弱勢團體爭取權益。也就是，先增加求助者的自我效能使個人得到發展，生命價值才會得以充分實現；只有將人格與態度從被動接受轉為積極的改造，才有可能將自己從被疾病奴隸的狀態徹底地解放。

一個成功的復健方案是無法忽略社區以及社會層次的處遇。除了治療以及復健訓練，對於精神障礙者每天生活所需面對的社會脈絡以及社區環境的處遇，例如社區社會支持體系的建構、社會網絡的開拓等等，絕對也是成功社區復健所需的必要條件。然而這也是醫療專業目前所最欠缺的一環，也是長久以來無法突破的限制。

就目前社區照護運作方式而言，由於醫療體制過度專業化的傲慢與限制，整個社區復健方案的內容與工作方式，一直只能依循常規無法突破創新；而且操作方式過度重視患者的治療與訓練，忽略了精神障礙者之實際需求。所以，目前的復健方式，有可能將精神障礙者矮化並忽略其實際需求，以致於精神障礙者寧可在家閒蕩，也不願接受復健治療。因此，我們重新思考，到底病患需要的是何種復健機制，以及目前我們所缺少的復健機制又是什麼？如何納入社會以及家屬的力量，強化社區復健的機能。在大會中將提出可能的運作模式，並進行討論。

# 結合社會資源發展

滕西華

中華民國康復之友聯盟秘書長

## 一、前言：

台灣精神衛生的推廣及疾病的防治一直以來都嚴重落後於先進國家，無論是預算上的編列、病人人權的提倡、社區照護模式的推展及一般社會大眾心理衛生教育的普及程度，都與我們的期待相去甚遠，也正因為如此，精神疾病這一個會令人產生恐懼的疾病，使精神疾病患者就一直被這樣的污名影響和排斥著，這樣的拒絕和污名可能也存在於許多專業人員的心中，我們在推展許多社區化的服務時就受到嚴重的阻礙和困難，這樣的阻礙可能在人力、物力、財力、資源使用上都無時無刻在發生，進而影響精神障礙者回歸社區的進程及疾病的穩定，故而，如何結合社會資源，發展精障者的各項服務，並使社會大眾認識精神疾病，接納精神障礙者，變成一個非常重要的課題。

## 二、目前罹患精神疾病人口數

截至九十一年十二月底為止領有精神障礙者手冊的人數大約為 68,763 人，每年約以百分之十左右成長著，非常驚人，健保局統計中領有重大傷病之人數，更高達十萬人以上，可見因污名化而潛藏之人口相當可觀，若依世界衛生組織對廿一世紀發出的預警，每四人就有一人罹患神經或精神方面的疾病，那麼全台就有將近六百萬人口有這樣的風險，無怪乎憂鬱症成為本世紀最令人憂心的三大疾病之一，更令人擔憂的是，罹患精神疾病的年齡正逐漸快速的下降中，這些罹患疾病的人口多集中在青、壯年，若未能及早規劃服務及提出對策，我們擔心將會形成龐大的社會負擔，所以，關心精神衛生及疾病的防治（包含吸毒等物質濫用會導致的精神疾病問題）都將是我們每個人切身相關的事。

## 三、社會資源的型態

資源依其性質、目的、功能等各有不同之分類，如依其屬性，可分為第一部門（政府部門）、第二部門（商業部門）及第三部門（非營利/非政府組織）；依其類型又可區分為人力型（如志工組織）、財力型（如慈善基

金會) 物力型(如急難救助或是物資提供者);依其組織性質,又分為基金會型(財團法人)及一般人民團體(社團法人),當然人民團體或基金會又依其服務之對象或成立之目的,又有所區別,如社會福利型的基金會或協會等。某些資源的類型因其功能的多元,便會多元的發展,因此評估資源型態時宜兼顧評估其組織宗旨及服務對象,其組織服務的原則,以便能了解資源的內涵及彈性為何。

就服務對象使用資源的來源、形式而言,又可分為內在資源及外在資源,內在資源泛指案主或案家本身具備的先天或後天優勢條件,如學經歷、人格特質、家庭環境、家庭氣氛等等;外在資源則指除內在資源之外的資源系統,又區分為正式資源(如機構或縣市政府)及非正式資源(親友或鄰居、志工),一般正式資源都必須透過正式或一定之程序建立使用關係或契約,非正式資源較需要透過溝通協調之技巧來建立關係。在個案管理的服務方法中,較常使用此一方式來進行資源及生態系統的分析,而資源分析的過程中專業人員較易忽略內在資源及非正式資源的評估及運用。

#### 四、如何選擇及建立資源

資源的使用及選擇必須以需求(need)為基礎,其需求評估方式在此不贅述,但是在使用資源之前必須先將資源進行評估及分類,資源的分類已有幾種方式,如果可以的話,建立一個便於查詢或使用的資源手冊或檔案,是一個比較有系統的方式,但資源建立及評估的過程中,必須注意以下原則:

- (一)組織本身的特質及發展方向:組織本身的特質及發展方向會影響到資源評估的種類,也就是確立資源評估目的是重要的,許多機構在建立或收集資源的過程中,常常漫無目的,於是整個資源資料庫裡就顯得雜亂無章,當要使用時就難以評估出正確的資源為何。
- (二)分析資源的屬性:如資源等同組織而言是同質性團體、異質性團體、需求性團體等等,分析資源的屬性除能在建立資源時幫助了解資源與本身組織的關係外,更能提供建立關係或策略聯盟時一個很大的參考。
- (三)將資源分類並建立資源手冊:資源的分類對於資源管理上非常重要,我見過大部分的機構在收集資料時,都只是混亂的將資源的介紹放在資料夾中,或是只要參觀過一個機構,就將其機構之簡介原封不動存檔起來,非常的可惜及浪費,不但使用及搜尋上均不便,且不易引起直接服務者的使用興趣。資源的分類方式分許多種,如就學、就醫、

就養、就業等，或是依前面所提資源的屬性或功能來分類亦可，端賴組織之偏好或使用習慣。而資源手冊的建立，較佳的方式是與資源直接接觸來收集資料或建立關係，僅僅依靠書面資料是比較不理想的方式，除非這類資源是目前組織發展尚未能夠使用到的，或列為較次要的部分，或人力尚未能負荷的。資源手冊之建立需至少包含下列訊息：建立資源之基本資料、機構名稱、聯絡方式、主要宗旨及服務項目、服務彈性、服務地域、需配合事項、是否有特殊服務條件及主要聯絡人或是決策之人員等，若能備有曾經合作過的經驗的描述更佳。資源手冊製作要件：分類、便於查詢（如蜘蛛網圖）、簡要、詳細查詢背景資料之製作、常用資源等，其型態亦可以社區地圖或是蜘蛛網圖的方式來建立。

- (四)定期更新：組織必須自我設定一個資源更新的期限，就像制定服務對象的個別化服務計畫一樣，所有的資源亦應定期更新以達到掌握資源之有效性及正確性，亦可利用定期更新的階段來篩選已經不適合的資訊或是不存在的資源服務內容。

資源檔案參考：

- |                              |            |
|------------------------------|------------|
| (一) 資源型態(機構類型)：              |            |
| (二) 建檔日期：                    |            |
| (三) 機構名稱：                    |            |
| (四) 聯絡人：                     | 主要提供服務之主管： |
| (五) 聯絡方式：                    |            |
| (六) 可到達交通路線：                 |            |
| (七) 可提供之服務內容：                |            |
| (八) 是否需要付費：                  |            |
| (九) 可倡導空間：                   |            |
| (十) 特別注意事項(如是否可列為優先使用或需輔助資源) |            |
| (十一) 同仁使用機構之互動經驗             |            |

## 五、與資源建立關係及連結資源

與資源建立連結或關係時最重要的因素是建立雙向而舒服的關係，一個雙向而舒服的關係，才能使彼此的合作模式長久而能創新，並亦能為服務對象建立一個日後能自行使用的有效資源，除此之外亦能為機構帶來良好的口碑，促進與其他資源聯繫的基礎。茲分為兩個層次來談，以策略聯

盟而言，其方法及步驟為：

- ⊗創造共同利益與利益分享：在結盟的過程中，創造共同的利益並且彼此分享，才能強化彼此合作的意願，避免一方僅是為另一方抬轎。
- ⊗與主要決策者聯繫：如果能與主要決策者聯繫必能減少及降低等待的時間，並且使決策及聯盟的效力提升，溝通協調亦能較直接達成目的。
- ⊗會議之舉辦：單靠通訊並無法完整傳遞訊息，要建立最佳溝通的管道及了解彼此，必要舉辦一定之會議，除讓大家彼此認識之外，更能讓彼此之了解達一定程度，見面三分情也是這個道理，會議通常能減少拒絕的機會。值得一提的是，會議的舉辦如果能提供餐飲，則更能為會議之舉行加分，除了飲食能緩和衝突之氣氛外，也是基本之禮貌及示意。
- ⊗共識與策略：由於結盟的對象可能來自不同領域及組織，因此在合作之初共識的凝聚，為合作之基石，然後才能就共識及各組織之專長部分擬定策略，分別進行，確保進度。
- ⊗共同領導人：不同的組織進行同一種議題之倡導或合作時，除了共同之目的外，同時能增進組織之重要性 曝光率 認同感之提升……等等，因此共同選定一個發言人，並且兼顧各個組織之發展及特色，避免議題分散，否則將影響倡議的結果。

在直接服務方面，首先要先行評估案主的需求，從案主所需資源中來判斷資源之屬性及型態，如區辨為內在資源或外在資源，為輔助資源或是主要資源，然後檢視資源是否存在，當資源存在時，則必須著手與資源建立關係，若為常用資源則請依既定協商好之模式進行各項轉介工作，若為第一次合作之資源，則必須重新確認資源之服務型態、規則、時間(期限)、內容、交通、條件及費用等等相關事項。當資源不存在時，除了必須倡議資源之外，則宜考慮同時聯繫既有類似資源開放服務，以便於資源尚未建立時服務案主。有效的資源聯結必須符合四項原則：

- ⊗必須是可獲得的：存在、能滿足需求。
- ⊗必須是可信賴的：能強而有力持續滿足需求，非突發性。
- ⊗必須是舒服的：令人滿意的聯結是沒有壓力的。
- ⊗必須是均衡的：在交易時雙方都必須感到適切。

在與資源建立關係時，亦應備妥相關所需資料，包含轉介單，第一次時建議親自陪同案主前往，並且將所需事項書面化訂立使用契約，除確保

案主權益之外，亦將服務提供正式化，確保雙方對於服務內容是清楚的，並定期檢視服務使用之狀況，初期時尤其密集。相關資源的使用及評估可參考個案管理工作方法。

## 六、實例分享

### （一）健保開放第二代抗精神病用藥一線使用（間接服務）

1. 確定現況：民國八十九年時，我們發現現行的抗精神病用藥規定中，規範的使用規定將迫使許多有需要的患者，延誤治療時機，或是增加服藥治療過程中的痛苦，並且這個使用規定亦使台灣病人權益嚴重受損並且落後美國六倍以上。
2. 評估需求：藥物治療為精神疾病患者是否能回歸社區之重要條件，我們開始進行一些假設，並且評估精神疾病患者需要新藥的需求有多高？目前國外的現況為何？需求被滿足的可能性有多高？
3. 確立計畫：我們開始針對需求及現況評估，訂定一連串執行計畫，包含教育工作的推廣，讓家屬及病友清楚的知道藥物發展及資訊，並且比較新型及舊型抗精神病藥的不同；再者引起社會大眾之注意及支持，因為精神疾病的治療及其穩定是大眾所關心的，人們擔心不穩定的疾病會帶來社會安全疑慮；進行策略結盟，邀集相關民意代表、專業團體（如精神醫學會、專業人員協會）、身心障礙或病友團體、相關企業等，進行共同議題的倡導，並擬定媒體宣導策略。
4. 執行計畫：我們自八十九年起即於全國展開精神疾病藥物宣導講座，並且於九十年六月於狀元及第大樓事件之後舉行記者會，往後以策略聯盟方式配合各事件共陸續舉辦了三場公聽會及記者會，接著與健保局進行協商，並同時規劃全國第一次精神障礙者及家屬的遊行抗議活動，及一人一信到總統府活動，終獲健保局同意於九十一年九月開放新型抗精神病藥之使用。
5. 追蹤：至今仍持續追縱新型抗精神病藥使用情形是否有不同程度之受限，以影響精神疾病患者權益之情事發生。

### （二）輔導精障病友至企業就業—百貨公司清潔人員（直接服務）

1. 確認環境現況：評估大環境對精神障礙者之接納程度及看法，及現行雇用精神障礙者的機構雇主的想法為何，障礙者應該如何才能持續的工作，政府有無各項獎勵雇用措施等等。
2. 評估案主需求及能力：評估案主現行就業能力及意願，疾病的狀態對工作之影響，社會支持及經濟依賴程度，目前有哪些工作及勞動

條件是案主能勝任的，進行就業訓練及媒合。

3. 與企業接觸：親自拜訪雇主，提供企業關於案主的能力評估及社工人員、服務機構能提供的支持和服務，並且提供實例分享，或是開放試作機會給案主，並且為雇主之擔憂提供解答及協助（如百貨公司適不適合精障者就業）。
4. 偕同案主進行面試及試工：第一次陪同案主至工作場所進行工作內容及條件之了解，並讓雇主了解案主現況，讓案主與雇主（主要主管）及同事建立關係，並告知案主特質。
5. 訂定工作契約：包含勞動條件、工作地點、工時、工資、員工福利、個別案主的特定事項（如工作多久需休息或是職務再設計評估等）等等，如案主喜歡與人互動的工作，可以接受清潔的工作，但是現行雇主需觀察案主表現，只能提供地下停車場之清潔工作給案主，但兩週內表現良好，可以考慮調至美食街進行清潔服務並增加工資等。這計畫及工時均需獲得案主同意及了解。
6. 密集輔導及評估：案主工作初期宜經雇主同意之後密集到工作場所協助並觀察案主之工作情況。
7. 追蹤：持續追蹤案主之工作情形三個月至六個月，案主表現良好則宜把握機會再開發另一個案主至該企業服務。並逐步將案主薪資提到合乎勞基法基本工資之保障。

## 七、目前精障者所需之資源及困境

現行精神障礙者不論是就醫、就學、就養及就業都嚴重面臨資源不均或是不足的現況，國家預算亦嚴重遠低於世衛百分之五的建議。就醫方面緊急醫療的不順暢、急慢性病床的不足、社區復健機構的供給過低及功能不彰、潛藏罹病人口過多、專業人力發展不均、社區醫療照護模式不足、治療模式未能以病人需求為依歸等等，就學方面由於校園罹患精神疾病之人口越來越多，但是一旦學生罹病之後常因校園教師精神衛生知識不足，學生被迫要面臨休學或離開校園，但是相關的服務措施如教師在職教育、學生之心理衛生教育並未納入健康教育課程中，相關物質濫用的宣導亦未能普及，也可能造成精神疾病人口的增加；就養方面，依現行資料推估就養人口的需要亦至少要 3,713 床養護床位，但是目前一內政部統計資料床位數僅達一半（1,826 床），嚴重不足，而其精障者居家照顧服務亦未能推廣，更加使得精障的社區照顧措施雪上加霜，除了要努力避免社區民眾之誤解及抗爭之外，還需慢慢等待法定服務的落實；就業方面，根據內政部



八十九年的台閩地區身心障礙者生活需求調查報告指出，目前精神障礙者的平均年齡 41.1 歲，正值就業年齡；又根據中華民國殘障聯盟九十一年九月受勞委會委託之「促進身心障礙者就業中長程計畫」中提及除植物人及失智症之外，介於就業年齡(十五歲至六十四歲之間)之精神障礙者佔 12.85% (60,409 人)，僅次於肢體障礙(207,243 人)，教育程度國中以上佔 66.66%，扣除非勞動力人口，工作職類以『非技術性工及體力工』(43.55%)、『技術工及機械設備操作工』(24.76%)、『服務工作人員及售貨員』(18.62%) 為主，但精障者的就業率除高於自閉症外，是最低的，僅 8.29%，而其他障別之就業率分別介於 47.6% 至 13.79% 間，足見精障者就業之困難。就業服務中面臨到一個強大的壓力就是精障人口的激增，若國家未做好身心障礙人口之人力資源規劃，長期將面臨國家勞動市場人力匱乏。包含職業訓練及相關就業服務措施在內的就業服務，都應考慮積極工作復健對精障者及社會的重要性。最後，在法令上我們仍然面臨各項權益的剝奪，如工作權、應考權、服公職權利、隱私權保障等等，這些都有賴一個進步的政府和國民來共同促成。

總之，我們除積極督促政府應加提供各項法定服務，如個案管理、居家照顧、社區復健之外，更應該積極結合社會資源為精障者創造一個積極的復健環境，一個研究指出，四成左右的人對精障者進入社會從事各項活動亦存有或多或少的成見，但世界衛生組織發表的報告指出，八成以上的精神分裂症患者透過積極的復健，都能回到社區工作及生活，因此，一味等待資源的出現及供給的滿足，永遠無法為長期受到剝奪的精障朋友提供完整的服務。企業有時並不是不能提供服務，而是他們沒有機會去認識精神疾病，去了解正確的精神衛生知識。所以積極與社會資源合作，才能不斷開創友善環境，並進而影響社會大眾觀感。



## 豐富精神障礙者社區生活內涵

呂淑貞

行政院衛生署八里療養院職能治療科 主任  
 中華民國職能治療師公會全國聯合會 理事長  
 行政院衛生署長期照護諮詢委員會 委員  
 行政院衛生署精神防治審議委員會 委員

### 壹、前言

如何豐富精神障礙者社區生活內涵，提供社區模式、延續性服務、並善用社區資源。現今高品質連續性醫療照護，讓醫院與社區緊密結合，以推展社區式照護方案，此契機已成熟，社區復健的角色與重視已刻不容緩。什麼是復健？復健是使個人可以在精神、生理、社會、心靈，和經濟方面的生活能達到最大的獨立。Clark(1984)提醒我們，復健不是保護患者，而是使他們能有成功的經驗與產生較大的興趣和動機。

復健是心理健康的其中一項，它是從十九世紀開始發展至今，鼓勵病人參加工作訓練、休閒活動，從中去獲得他們的福利。在 1960 年代 Phenothiazine medication 引進之後，復健和許多長期照顧病人的出院就真的變得有可能，而且為病患做出院之準備服務。

香港政府對心理健康的其中一個目標，是讓有心理疾病的人的健康和社交功能有明顯的改善，因此生活品質在任何服務中都應該是主要關心的一點，有效的復健服務是相當需要的。

世界衛生組織描述復健的過程就像是“目標去降低失能的影響和個人障礙情況並使他們能和社區達成最大的整合”(Anon,1984)。Hagedorn(1992)說復健的治療模式像是以問題為基礎而且把焦點放在功能障礙。各種的活動、技巧和方法，是被用來當作是可以使病人盡可能發展出完全的生活技巧。復健包含幫助病人使用代償方式去處理任何障礙，並且學習處理策略的技巧。要去定義一般標準的獨立功能是很不適當的，因為個體間的變化是很大的。

我國文化特性中對精神障礙者之態度、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，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佈不均的阻力之一。

### 貳、政策

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，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。

類別	精神醫療	社區復健		就業服務			長期安置
項目	急診治療 門診治療 全日住院 治療	居家治療	復健治療	職業 訓練	就業 輔導	支持 性 就業	安養 教養 養護
機構	精神醫療機構		精神復 健機構	職業訓練 機構	就業輔 導機構		社會福利機構
機關	衛生行政單位			勞工行政單位			社會行政單位

### 資源和支持

- (一) 建立起醫院和社區之間的橋樑：精神障礙者必需了解當地資源和支持服務的資訊，以為出院後回歸社區準備的重要部分。「復健」就像 Caplan(1964)所指出並不是出院就結束，而是需要持續的支持，使他們能夠真正回歸社區。
- (二) 社區支持：精神障礙者參與社區的復健計畫後，需要確定所提供的服務是不是用有效的方法去完成。
- (三) 持續的支持：復健團隊應該決定如何提供給精神障礙者的支持。且在精神障礙者離開醫院後可能依然還是需要被監控的角色一段時間，以確保社區生活的壓力不會促使其倒了下來。
- (四) 與其他相關機構的聯繫：自我幫助團體可能把焦點放在患病者、照顧者或是兩者的需要上面，而和這些團體的聯繫是復健觀點中很重視的一部分。

### 社區資源與支持體系

- (一) 社區復健中心(含庇護性工場)
  - (1)獨立生活與自我照顧訓練：購物訓練、烹飪活動、禮儀訓練、家事處理。
  - (2)人際行為與社交技巧訓練：溝通技巧訓練、生活討論會。
  - (3)生活安排與社區生活輔導：體能活動、休閒娛樂、搭車訓練。
  - (4)產業治療與工作技巧訓練：工藝訓練、代工訓練、技能訓練。

- (5)職前評估與求職技巧訓練：職業性向測驗、工作團體。
- (6)就業諮詢與工作輔導轉介：社區就業轉介安置服務。
- (二)康復之家或團體家庭
- (三)居家治療--不只是藥物諮詢、生活指導，並應含教導活動設計與安排

### 參、專業人員角色轉換

由慢性或是生活形態所引起的疾病已強調社區中的健康需求，從現階段以傳統醫療模式向外發展到所生活和工作的社區之中，社區健康照顧模式正持續的發展中，是以較多面向、觀點和關係與社區做結合，建立一個整合不同策略和方法的實行中心。換句話說，執行的領域從專家或是權力主義的實行模式延到以社區和家庭為中心的合作模式。

執行方面	醫院	社區
執行的重點	個別的病人	社區環境中的族群或人群
服務的時間架構	簡短的、短期的	持續的
對象稱呼	病人	顧客、居住者、參與者或是消費者
健康被定義為	沒有疾病	安康，生活品質提升或是增加健康方面的選擇
方法	有限的機會去觀察家庭關係或是其他的健康指標	有很多機會去觀察家庭關係和影響健康的因素。
環境	限制病人的自主權	鼓勵家庭和社區的自主權及控制
專業角色	專家	合作者
角色	有清楚的界線	諮商、模糊不明的
督導	直接的	合作的、諮詢的
同儕關係	受限於醫院的人員	擴展到機構外而且在社區中能創造出合作

### 肆、社區生活內涵

(一)日常生活活動中，可分成五個方面：

- (1)個人獨立和社交技巧：包括了自我照顧、人際關係，和競爭性相關社交技巧。
- (2)家事和社交生活技巧：每天生活活動的實行常常被視為職能治療對復健最主要的貢獻之一。家事技巧包含烹飪、家事處理，這是踏出社區的第一步，「食」與「住」。如果沒有這些生活能

力，回歸社區也將無法跨越。在他們搬到自己適應的環境時，練習這些技巧，是無庸至疑。

- (3) 休閒活動：休閒的價值是在維持平衡，以及健康生活風格，這常被復健工作人員忽略，如何鼓勵精神障礙者善於安排空閒時間，這是復健計畫最重要的目標。休閒活動可透過團體的組成，以培養與訓練個案，通常團體的種類有體能、才藝，以及日常生活之種種活動，如：生活創意 DIY、手工藝團體、民俗技藝團體、棋藝團體、體能團體、英語會話團體、家事處理團體、獨立生活團體、戲劇團體、藝術欣賞、壓力團體、太極拳團體、園藝團體等，從參加其團體，以選擇适合自己之休閒，但有些休閒活動是可以促進個人成長，增加心理健康。
- (4) 表達性活動：藝術是強有力表達情感的方式，是無限制的自由與創作，他並不侷限在視覺藝術、音樂、舞蹈、戲劇、詩詞等形式，更可在美術的繪畫、陶藝等的表現，許多歷史上有名的藝術家，不乏曾經是精神病友。
- (5) 工作/職業/課業：要讓病人能回到他原來的工作或者是從事其他職業，就需要喚回他原來的工作技能，發展及訓練他另一項的工作技巧，且大多數的精神障礙者都因為社交退縮，而使得他們在工作時更加的困難，所以職前訓練是對於精神障礙者工作前之最好鎖鑰。

(二)時間管理：排好每天活動計畫

(三)個人、家庭、朋友或社區活動

(四)生活安排之困難：缺乏自信、經濟上的問題、交通上的困難、找不到同伴等

## 伍、精神障礙者工作之就業服務模式

(一)庇護性就業(sheltered employment)

指精障者目前的症狀與工作能力，尚未達到可以獨自工作或需要有人持續在旁指導及支持下才能工作的就業模式。

(二)支持性就業(supported employment)

指就業服務員透過有計畫而持續性的支持計畫，安排並協助症狀與工作能力穩定之精障者能在社區中就業，在一般職場與人共事，領取合理的薪資。

(三)競爭性就業(open employment)

指已具備競爭性就業能力，包括：症狀穩定、工作技能與人際互動佳、交通與飲食能自理等之精障者，能與一般人在相同的工作場所獨立工作，同工同酬且不需就服員特別的協助與支持的就業模式。

(四)職業輔導評量

指藉由評估一個人的心理、興趣、工作性向、生理狀況、與工作

行為以及評估一個人的耐力與極限，再與潛在的工作環境相比較後，來預測一個人現在和未來就業的可能性。

(五)職務再設計

指經由個案、雇主和同事的協調後，透過工作分析的方法，設計適合於個案的工作，來解決個案工作上的障礙，進而提昇工作的產品或品質，其內容包括：改善工作環境或設備、改善工作所使用的器具、改善工作條件、調整工作內容。

(六)就業轉銜服務

陸、從社區生活進行復健訓練計畫

社區生活訓練模式(TCL)的要素

服務的遞送和組織	處遇和服務的提供	預期結果
1.核心的服務團隊 (持續處遇團隊) a.固定的職責(所有需求) b.主要服務的提供者 c.永續的照顧、透過時間面和功能面的照顧者	1.直接協助 a.藥物 b.24小時的危機處理 c.短期住院治療 d.長期：臨床關係	1.減少症狀和復發 2.增進永久居住社區的可能性 3.增進生活的滿意 4.減少內在的痛苦 5.增進工具性功能 a.職業 b.社會關係 c.日常生活的活動
2.積極的外展和靈活的處遇	2.最佳支持環境的促進 a.符合基本需求的協助(居住問題等) b.支持性社會環境的協助 c.支持性家庭環境的協助(精神教育)	
3.個別處遇 a.病患間 b.患者本身不同時期	3.工具性功能的直接協助 a.教導貼近、有彈性、生活化的技巧與支持 b.環境的修正	
4.持續處遇和支持		

## 柒、從鳳凰盃運動會探討精神障礙者之社區生活

- (一)、 THERAPEVTIC EXERCISE 設定治療性的運動和運動計畫：
  - (1) 就個人理想的身體活動的選擇，最好能適合他的需求和能力及配合治療目標和方針。
  - (2) 經濟、體制、社會因素也會影響活動的選擇。
  - (3) 因此折衷的辦法是考慮個人要求、團體需求、治療師能力、課程的設備、工具及可利用的資金。
  - (4) 靈敏的治療師可就近利用部門、診所、醫院中的空間及設備，善用社區運動、游泳設施，與適當慈善機構保持連絡。具備當地資源新資訊。
- (二)、 體能性運動的禁忌
  - (1) 體能性運動是不適合心臟病、高血壓、肌肉骨骼有問題及骨癌病人。
  - (2) 控制不穩定的癲癇在使用運動設備時是尤其危險的。
  - (3) 帶有唐氏症的病人，因為寰樞椎的不穩定可能經由 SUBLUXATION 造成神經損傷的危險。
  - (4) 罹患神經性厭症、拒絕飲食兼具扭曲身體意象，為了減肥濫用運動的病人都應該排除運動計畫。
  - (5) 服用 PHENTHAZINE 有類似光敏感性，皮膚副作用的病人，需要預防陽光的曝曬。
- (三)、 ELEMENTS OF THERAPEUTIC EXERCISE 治療師角色
  - (1) 簡單的活動，如民俗舞蹈、軟性活動、體適能、跑步必須在大部分的職能治療師的能力範圍內，可再加入經驗或選擇活動的訓練。
  - (2) 治療師應該能察覺健康狀況、設備安全性，以及是個稱職的急救者。
- (四)、 場地
  - (1) 理想上，病人應該在因特別目的而建立的建築物，或特別的遊樂場、跑道、場所中完成運動和活動的計畫。
  - (2) 無論機構內、外的場地都必須符合健康和 safety 標準，而且環境也可以自由討論決定。另外地板也是特別重要，必須要求乾淨及不滑的地面。
- (五)、 設備
  - (1) 許多活動不需要特別道具，但是大部分運動是需要便宜和簡單的項目。例如：MATS、柱子、沙袋、跳繩、和球應該在每一個活動中是有用的。
  - (2) 所有的設備要保持良好、維持清潔及提供安全。



- (六)、裝備
- (1) 每個人於運動和練習期間應該有合適的穿著，衣服應該寬鬆、合身、溫暖、吸汗、容易清洗。
  - (2) 適合的鞋子是極重要的，穿著適當的鞋子將可預防在操場的滑倒和絆倒。
- (七)、人與人間的處理：練習團體的社交觀點包括如下
- (1) 處理社交因素需要運動和練習，促進社交的整合，並且增加個人自尊。
  - (2) 有社會心理的證據建議團隊，增加團體內的合作和認同，團隊會產生歸屬感。
  - (3) 創造性動作和舞蹈團體特別鼓勵接觸，協助發展非口語溝通技巧。
- (八)、競爭活動引導產生進取的氣氛以及改善執行和參與動機
- 大部分罹患精神疾病或心智障礙的病人有某些程度的社交功能的損失，以及缺乏社交自信。
- (九)、RECOMMENDG ACTIVITIES
- 針對精神障礙的病人，活動已經成功融入職能治療的計畫。雖然大部分的需求是要治療師有額外的訓練和經驗，但是對於特殊設備和消費額，仍有最低限度。
- (十)、放鬆訓練
- KEABLE(1985)：放鬆技巧通常被認為是種減少環境察覺有睡意感覺、安寧的夾雜狀態。
- (十一)、體適能(KEEP FIT)
- 體適能是最通俗及易取得的練習型式，KEEP FIT SESSION 應該經過完好的組織和訓練，以及符合個人的需求和能力。此外，在職能治療活動中，得到適度程度的健康和自信。
- (十二)、走路、慢跑、跑步
- 走路是最簡單和最自然的運動型式，走路和慢跑時應提供適當跑鞋以預防過度傷害。慢跑和跑步極端受歡迎、便宜、有趣。
- (十三)、放鬆訓練方法
- (1) 生理技巧
  - (2) 冥想技巧
  - (3) 催眠技巧
- (十四)、舞蹈 MINAS(1978)
- (1) 舞蹈可能使個人變得有能力及協調性，並在環境中更有功能。
  - (2) 大部分舞蹈和動作治療是以「自由動作是種情緒表達的有利媒介」為信念，身體和動作變成表達的手段，因此提供情緒

的釋放。

- (3) 舞蹈治療可發展自發性以及藉由創造力提供自我探索的機會。
- (4) 舞蹈可教導特別的放鬆藝術。
- (5) 舞蹈是種社交活動，經由接觸來發展非口語的溝通能力。
- (6) 它鼓勵參與者去察覺他們的使用空間。
- (7) 它給予人們一個非使用技巧性口語的溝通的歡樂機會。

#### (十五)、游泳

- (1) 游泳是一個較高的層次。
- (2) 游泳是個價值廉、有效率的活動，並且游泳應由受訓練的從事人員來訓練。

#### (十六)、瑜伽

- (1) ANDERTON 和 WINTERBANE：強調瑜伽不需要特別的哲學、宗教信仰而且當練習時，精神和身體的放鬆增進個人的能力。
- (2) GELLHARN 報告腦電波伴隨瑜伽 TWANCE 情況改變，異常的心智專注程度和相當的皮質活化程度在完全肌肉放鬆期間被達到。
- (3) 瑜伽是非競爭，需要平和氣氛並且強調放鬆 A GYM CLUB FOR PEOPLE WITH MENTAL HANDICAPS 目標和方針。
- (4) 給予病人短期目標以符合體能場團體情境，例如：BILL 將能忍受活動的參與，並且在活動練習期間不會離開體能場。

#### (十七)、主要的目標

- (1) 社交目標
- (2) 身體目標
- (3) 個人目標

#### (十八)、程序

這個 SESSION 是以 KEEP-FIT EXERCISES 為開始，每個人坐在體育館的 MAT 上，所有的關節、肌肉和 ROM 都被 WARMED UP 和 STRETCHED。緊接著慢跑 5 圈操場，然後再站著做更激烈的運動。假如有足夠的 STAFF 提供安全監督，病人可以爬上 WALL BARS 或平衡桿。

#### (十九)、領導型態

STAFF 使用民主的領導型式，不幸地，往往是以權威的方法來支配。

此次鳳凰盃做了五項措施：

1. 跨院際三十六隊，1500位選手及1500位觀眾
2. 邀請各縣市衛生局及康復之友加入
3. 邀請家屬來觀賞及為參賽選手加油
4. 邀請社區民眾一起瞭解精障朋友
5. 邀請國際友人來觀摩，放眼全世界，並開創造福所有殘障運動會之另一章。

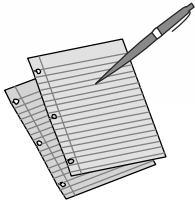
## 捌、未來建議

- 1.能在社區中生活，真是不容易，「污名化」使得精神障礙者很難在社區中被接納，如何去除污名化是刻不容緩。
- 2.應給予個案「充權」(Empowerment)之機會，學會如何自己做決定、時間管理、活動選擇及生活型態之重新安排(Life –Style Redesign)
- 3.照顧者(如親人、配偶、子女等...)亦需被照顧、喘息服務、生活豐富化、家屬教育課程(family to family education)
- 4.增進社會參與機會，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。
- 5.克服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，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。
- 6.精神障礙者就業職場之問題主要包括：(1)社會烙印與恥辱感影響社會接受程度；(2)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；(3)持續性追蹤輔導及團體專業協助之需求。
- 7.融入社區並加強宣導，主動敦親睦鄰，多舉辦精神病友與社區融合之活動。



# 台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會

## 綜合討論紀要



會議時間：九十二年十月二十五日(星期六)

會議地點：台北榮總致德樓第一會議室

記錄整理：蔡淑娟



## 台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會

### 議 程

時間：92年10月25日(星期六)

地點：台北榮民總醫院致德樓第一會議室(台北市石牌路二段201號)

主辦單位：國家衛生研究院論壇

時間	主題	講者/主持人
08:30-09:00	報到	
09:00-09:20	開幕致詞	郭耿南 副總召集人兼執行長
<b>大會專題演講</b>		
09:20-10:00	各國精神障礙者社區照護之比較探討	葉玲玲主任/藍忠孚教授
10:00-10:40	台灣精神障礙者之社區照護發展	宋麗玉教授/宋維村教授
10:40-11:00	茶 敘	
<b>主題一、建構精神障礙者社區照護服務體系 / 主持人：簡以嘉主任</b>		
11:00-11:30	主講人：楊明仁主任	
11:30-11:40	回應人：吳文正科長	
11:40-12:00	綜合討論	
12:00-13:30	午 餐 時 間	
<b>主題二、結合社會資源發展 / 主持人：劉蓉台主任</b>		
13:30-14:00	主講人：滕西華秘書長	
14:00-14:10	回應人：楊素端局長	
14:10-14:30	綜合討論	
<b>主題三、豐富精神障礙者社區生活內涵 / 主持人：蕭淑貞副院長</b>		
14:30-15:00	主講人：呂淑貞主任	
15:00-15:10	回應人：金林會長	
15:10-15:30	綜合討論	
15:30-15:50	茶 敘	
<b>綜合座談 / 主持人：胡海國教授</b>		
15:50-17:00	引言人：簡以嘉主任、劉蓉台主任、蕭淑貞副院長	

## 專題演講一、各國精神障礙者社區照護之比較探討

主持人：藍忠孚教授 / 主講人：葉玲玲主任

### 一、引言

**胡海國教授** 現在就開始今天的專題演講，首先請藍忠孚教授主持第一場專題演講。藍教授是論壇長期照護委員會的召集人，藍教授一向心胸開闊且非常關心精神照護的議題，更認同台灣的精神病患的照顧也是長期照護的一大難題，所謂難題不在學術上多難，而在人的思想的難，我們都希望能透過這種論壇集合各方面的動能，在這個平台上大家共同來討論。聽說藍教授已經卸下執行長的擔子，沒有領航整個論壇，但相信可以集中火力在長期照護方面提供更多的指導，演講就請藍教授主持，謝謝。

**藍忠孚教授** 個人認為精神疾病急性期的照護固然重要，不過也有蠻多病患可能更需要慢性的、長期的照護，因此個人有三個基本的看法：首先，從機構式轉向社區化已將近有 20 多年的軌跡，朝著這個趨勢進化，包括精神藥物的發展以及整個照護觀念及照護團體本身的改變，有很大的貢獻與促進的功用。第二點，這些年我國一直推動「以病人為中心」以及「outcome based care」，這種概念亦普遍運用在精神疾病的照護上，而在 cost containment 的時代，如何同時兼顧低成本、高品質的醫療照護，我想是十分值得大家一起來討論，看看能不能在台灣找到一個比較適合的或較創新的照護提供模式，這可能也是大會的第一個主題要務。第三點，基本上若要將精神障礙照護社區化，除了醫療方面的配合外，更要由廣義的健康 (health) 概念來思考，乃至於結合所謂的 social service，這樣整體的努力才能夠盡全功。另外，由於家屬是這些精神障礙者最親近的人，家屬所提供的 informal care，實際上也是非常重要。然而，formal care 是由眾多不同背景的專業人員共同組一個團隊來提供，怎樣才能讓各具不同 history、不同 profession 的工作團隊更具效果，我想今天在此應該特別提出來討論，也就是如何在重視 quality of care 的同時也著重這些精神障礙者本身的生活品質 (quality of life)。

今天非常高興有這個機會邀請葉玲玲博士，為大家介紹先進國家對於社區精神照護上的經驗與成果，希望透過葉博士的介紹能帶動這個階段的討論。

**葉玲玲主任** 演講內容請參照主題論述「各國精神障礙者社區照護之比較探討」。

藍忠孚教授 非常謝謝葉博士介紹先進國家的一些制度，特別是美國、英國跟少部份的澳大利亞。我想各國制度比較的報告，一般都是試圖瞭解可以從先進國家學習到什麼，當然每個國家的制度有其優點與缺點，有些確實是可以直接運用，但是某些仍需要小程度到大程度的修正、本土化後才可應用，至於一些因缺點太多不可行的經驗，我們應引以為借鏡，避免同樣的制度在我國重新上演、避免重蹈覆轍。

英國於第二次世界大戰邱吉爾首相的時代開始，health 與 social service 即結合得非常好，雖然與美國的市場經濟體制相當不一樣，但兩者有一共通點就是他們都十分重視患者的需求評估(need assessment)。再則我個人認為 need assessment 應該要能直接轉換為照顧計畫，並間接使其成為照顧品質上的監測(quality monitor)，也就是我剛剛提到的所謂的 quality of care、quality of life 兩者的兼顧。還有財務面也是必須十分重視的課題。最後，我想台灣一直非常欠缺系統性的、策略性的考量模式，因此，希望在座先進，能利用這個時間盡量提供一些系統性、前瞻性的建議，然後讓建議能成為策略性的「政策白皮書」，乃至於是一種實施方案，如此就能達到今天大會的神聖任務。



## 專題演講二、台灣精神障礙者之社區照護發展

---

主持人：宋維村教授 / 主講人：宋麗玉教授

### 一、引言

宋維村教授 聽了葉玲玲博士的演講與藍忠孚教授的歸納報告，我想我們對國際上主要的國家有關社區照護的經驗有了一個豐富的概念。接下來看看台灣的情形，下一個講題就是台灣社區精神障礙者的社區照顧發展，演講者是宋麗玉教授。

宋麗玉教授 演講內容請參照主題論述 「台灣精神障礙者之社區照護(復健)發展」。

宋維村教授 宋麗玉教授提到過去比較少參與有關精神照護相關的會議，我想他今天應該可以用獨特的角度，以一個學者的身分用研究的知識和理論參與討論。宋教授的演講針對過去二十年來，有關精神障礙者社區精神復健所呈現的缺失，以及其他所謂的理想方案，做了非常好的回顧，並且具有前瞻性的意義。我引用宋麗玉教授第一張投影片 病患的心聲：「請給我工作，讓我活得更出色」，以及最後結論所提到的：「要給我一個完整的美滿的生活」，做為我們規劃未來社區復健、社區相關活動，以及整合醫療、社政、勞政、其他相關民間的資源等等，大家共同努力的目標。原本預計讓聽眾提問題的時間，但因為時間已到，請各位將問題保留到下午的綜合座談時一併提出。



## 主題一、建構精神障礙者社區照護服務體系

主持人：簡以嘉主任 / 主講人：楊明仁主任 / 回應人：吳文正科長

### 一、引言

主持人 前面的專題演講算是今天大會的暖身運動，接著將會有比較熱烈的討論，這一場的主題是有關建構精神障礙者的社區照護服務體系，大家都知道台灣的社區照護目前仍處開始階段，執行的方向或方式似乎都還不是很具體，但是我認為這是一個非常好的機會，表示仍有很大的彈性發展，我們似乎也在創造歷史。大家也知道社區中已有一些很不錯的照護模式，譬如康復之家、社區復健中心、居家治療等，以及目前各個縣市正推展的就業輔導，十分多樣化且多元化。接著介紹本場次的主講人楊明仁主任，目前就職於高雄醫學大學附設醫院的精神部，他是哈佛的博士，具有醫療社會方面的專長，同時也非常熱心於社區服務的推動，譬如由他所創造的希望學園也是眾所周知的，我們歡迎楊主任。

楊明仁主任 演講內容請參照主題論述「建構精神障礙者社區照護服務體系」。

主持人 謝謝楊主任很精采的演講。其實當初我們在設計議程時，先安排一個主講人，其後緊接著有一個回應人，然後再進行綜合討論，之所以會這樣設計跟研討會的名稱有關—理想與實務，例如剛剛楊主任擘畫了一個理想的藍圖，其後再邀請吳科長做實務上的回應。雖然吳科長最近從四科轉任到一科，但是之前三年來，吳科長對整個精神衛生的努力與貢獻非常多，不管在實務上或是在政策上他都相當嫻熟，現在就邀請吳科長來回應。

### 二、回應

吳文正科長 楊主任的報告中一開始就提到人權的部份，確實精障者的人權是我們一直都很重視的問題，而且我本身是學法律的，不僅是生存權，對於精神障礙者本身的健康權我也特別重視，所以在精神衛生法修法當中，希望能將行政處分改為司法處分，由司法來認定誰應該強制鑑定、誰應該強制住院、誰離開機構而回到社區或家庭過正常的生活，都由司法來介入。雖然關於這個部份目前仍在修法當中尚未落實，但有朝一日我們希望能夠成功。另外，楊主任提到精神病患都會有一個歸宿，簡要劃分亦即指就醫、就學、就養、就業等四方面，然而剛才在整合一條鞭管理的部份比較沒有提到的是教育方面，以精障疾病來看，大部份都是在年輕的時候發病，而且都持續一段蠻久的時間，所以除了社政、勞政、

醫政的一條鞭管理介入外，教育方面也是非常重要的，我想或許今天的題目比較不是著重在這個方面，所以楊主任這邊就沒有提出報告，不過教育的部分仍是我們十分關切的議題。然而現今於實務操作上，確實跟教育方面互動較少，這也是我們以後需要努力加強的。精神醫療衛生法第十條與教育相關的多半都以推展為主，至於以後就學方面，目前衛生署與教育部也陸續建立合理的溝通管道，並召開相關協商會議，因此，應可陸續獲得解決方案。

另外，精神醫療體系的規劃上，確實長期以來是重機構而輕社區，但是若考慮成本效益優先順序，我們是把它當作先機構後社區，換言之，先醫療而後心理衛生。同時，應也強調「先量後質」，也就是先看看機構的量夠不夠，依照精神醫療網的規劃，急慢性床是每萬人口 10 張床，目前加上養護床已經達到每萬人口 9.2 張床左右，原則上許可床數大概為每萬人口 12 張床，床位本身可能還會因為土地變更或建院者的資金籌措、人才籌募不容易，所以打個折扣大概將目標訂在每萬人口 10 張床。

事實上我們也發現自從醫院評鑑開始將精神醫療也納入評鑑範圍之後，精神醫療的品質確實提昇了很多，有鑑於此，今年開始也對社區精神醫療進行了一個試辦計畫。試辦計畫主要是針對精神復健機構，包括社區復健中心與康復之家，相信在座很多學者專家都參與了，也相信很多醫療機構的同仁都感受到我們真的在做評鑑，明年度我們會進而制定評鑑標準，將會朝向類似精神醫療機構的評鑑方式落實，深信社區精神醫療的品質會持續提高。然而，目前社區復健中心的總數僅有 1200 床左右，距離目標數 4600 床的需求量僅約三分之一，「量」方面仍有待加強，所幸健保於社區精神醫療上的給付已在今年四月一日提昇百分之八十，這是件好事，我想可以鼓勵更多的投資意願，4600 床的目標應該不難實現。另外，我要向各位報告，現在整個精神醫療的討論已經拓展到整個社區，除了重視機構提供的服務以外，像是社區心理衛生中心設置標準的擬定以及其數量的發展都倍受重視，另外，還有一個比較特別的機構就是「精神護理之家」，這是新成立的機構，目前為止一般的護理之家並沒包括精神護理之家，這對於以後生活功能較差的精障者無法就學或就業的時候，就可進住這個精神護理之家接受類似養護之家的照顧，讓他們老有所終。我們將隨時公告設置標準，請大家特別注意。

以上，大家應該不難了解目前國內精障者照護的機構發展、評鑑制度，甚至品質與量方面都已有不錯的進展，但是有關個案管理的落實，以及精障者功能障礙的評估分類仍是目前比較欠缺的一環，這個部分事實上我們是朝著剛才楊主任所提到的五個分類標準逐步去做認定，不過因為部分內容仍有些疑義，所以目前是處於重新檢討的階段。只要個案病情的分類制度或是機構架構夠完整的話，我想個案就醫、就學、就業、就養四大方面的需求都可以獲得一個滿足的狀態。

最後很感謝國家衛生研究院舉辦這樣一個研討會，讓精神醫療社區照護發展

有一個很好的討論，也感謝所有參與者今天的蒞臨指導。另外，對於今後接手衛生署醫政處第四科的謝科長，請大家仍然繼續給予支持，個人擔任第四科科长職務的這三年來，在各位的協助下我多多少少也做一點事情，也希望大家繼續給我們支持與指教，讓相關業務能繼續延續下去，謝謝大家。

### 三、討論

主持人 感謝楊主任針對整個體系的建構做了未來遠景的描繪，而且也介紹了目前不錯的治療模式。而吳科長也從過去經驗談到目前現況以及未來仍需努力補足的地方。接下來時間就交給與會來賓提出問題，進行現場的討論。

陳豐偉醫師 最近我看到美國的人權團體 human right watch 發表的一篇研究論文，提到美國整個社區精神醫學發展過程所發生的一些問題，例如，因某些原因造成很多的精神病患變成遊民或者住在監獄等等，我覺得人權團體能協助我們把政府的資源引入社區復健中，實際上人權團體在這方面應該是很有貢獻的，這是我一點意見，謝謝！

吳阿井醫師 我是金門縣立醫院的精神科醫師，本來在金門縣衛生局擔任第二科的科長，現在轉換跑道又回到臨床。吳科長剛剛提到連續性，我個人也十分強調連續性，其實很多工作應該是需要個案管理(case manager)來整合的，吳科長認為這是我們很弱的一環，我個人的工作經驗上亦有同感，包括在金門推動相關業務時，這部分我們都做不好。不知道吳科長對於衛生署或是衛生系統這邊的做法或對這部分有沒有什麼建議，在制度上或設計上這部分要如何強化？

吳文正科長 關於這兩個問題就我所知道的先行回答。其實人權團體應不侷限於組織的名稱，什麼 XX 人權團體介入，才叫做人權團體介入，事實上像是康復之友協會還有一些關心精神醫療的民間團體，譬如在例行的訪查或是精神衛生法修訂時，一直都有實際上的參與，對於怎樣才可以保障精障朋友的權利不受到侵害一直都有實際的行動。其次，有關醫療人權的部分，聯合國每年都會做人權指標的調查，人權指標包括很多項目，醫療也是其中一項，台灣是由柴松林教授主導，每年都會有一份評估報告，其中的相關建議也會轉給我們。所以，或許僅是大家比較不熟悉，事實上精神病患的人權，有很多人或團體在關心。

至於連續性的照顧，確實這部分是比較弱的一環，探究其因約可歸納為三點，第一、醫療機構可能不太願意把個案轉出去，在缺乏誘因的情況下將個案轉出去，該醫療機構就無法繼續獲利，這是一個很現實的基本利益問題；第二、縱

使能將個案轉出，事實上能夠接手的社區機構並不多，況且他們的品質也仍有待加強，所幸這幾年康復之家與精神復健機構逐漸成長，這個問題或許可逐漸獲得解決，但是接手之後的人力問題又是十分棘手的，這些人怎麼做，社區機構的數量夠不夠等等，都是十分值得關切的；最後是機構和社區銜接的問題，這涉及到制度面的改革，也就是必須從健保著手，這一兩年有些醫院或協會接受健保局的試辦計畫，嘗試去了解一個精障者離開機構到社區，例如半年到一年如果再發病這個費用該怎麼算，就是將社區跟醫療結合在一起，看看要怎樣支付才會合理，該如何才能將個案從成本比較高的醫療機構移到成本比較低的社區機構，這樣才可能增加比較多的利潤，唯有如此才能產生比較好的連續性照護。

楊明仁主任 延續性的照顧與個案管理是分不開的，我想大家都知道將來誰掌握資訊誰就掌握一切，我非常期待將來如果醫療資訊發展能跟個案管理的落實結合在一起，可能就會開啟醫療的新紀元，當然延續性的照護最重要的還是要靠人，從臨床路徑到整合性 IDS 照顧模式的建構，到一個所謂落實品質管理，我想健保局一直都在改變給付的趨勢，這樣對我們來講是非常好的消息，整體而言，健保大概也是比較同意往這個方向來走，如此，相對的品質的管控就變得重要。衛生署已經開始進行社區復健機構、康復之家的評估、評鑑作業，我想這對將來延續性的照顧絕對有很大的幫助，也可以感受得到，以前衛生署跟健保局的方向比較不一致，不過現在越來越覺得他們倆邊的動作好像有一點串連的味道，也比較是往這個方向來走。

至於人權我想應該繼續提倡，要怎樣去落實必須是 everyday practice，就像醫療倫理一樣，我們還是每天都要講，還是每天都要想辦法落實到實際作業裡，我們都不是聖人，必須不斷地 remind，讓心裡牢記著有這麼一件事情，當然在處理精神疾病患者上，大家難免都會把人權的問題擺到最後，事實上他們的人權(human right)是值得我們重視而且最應該重視的一環。

金林會長 去年跟今年我都聽到主講者對玉里的讚美，我想發表一下不一樣的聲音。剛剛楊主任呈現的那張玉里的照片，我很期待可以面對面的跟實際居住者談話，我記得大概兩年多以前我們去參觀玉里榮民醫院時，曾跟那邊的榮民朋友聊一下，就是照片中牧羊的那些人，其實這幾年玉里蓋那些復健病房跟那些人是沒有關係的，他們原來就是退伍的軍人因為生病當初就被收容在玉里，而且以前在家鄉就已有這個農牧的習慣，所以就在玉里繼續牧羊。我認為硬體設備不是重點，重點是怎麼樣讓他們在那邊的生活能跟原來的習性甚至文化合在一起。兩年多前我們曾帶著家屬去參觀，一進玉里榮民醫院的門就感受到花蓮的藍天白雲，家屬就說「這裡很好，我要叫我兒子來！」，可是病人馬上回應說：「我絕對

不要來這裡」，為什麼呢，理由很簡單，因為對病人來說這裡已經遠離他熟悉的生活與文化。我沒有要挑戰什麼只是希望大家聽一點不一樣的聲音，每次跟醫療人員在討論的時候，常常聽到大家說玉里很不錯，但是我們要傳達另一種聲音，病人本身並不會覺得這個是不錯的。

主持人 今天好幾位都提到玉里榮院，剛剛好玉里榮院的主任在這邊，基於同等原則，我們是不是應該給林主任一點時間來回應。

林知遠主任 金會長兩年前去參觀時，我們才剛開始榮民農牧的計畫，金會長說得沒錯，因玉里榮院已經有 40 年的歷史，這些榮民們原本就住在那裡，但是最近幾年我們體認到不能讓他們長期住在感覺上像醫院的地方，應該讓他們的生活更接近社區，所以才積極地在硬體、軟體方面做了一些改變，例如志學向陽社區、社區復健中心、日間病房等等都是我們近幾年來的努力成果，玉里榮院每一年每一年都不太一樣，我們歡迎金會長再去看一下。

主持人 謝謝金會長跟林主任，因為時間有限，最後一個問題。

李嘉富主任 我是國軍北投醫院社區精神科醫師，我想回應剛剛演講者所提到的延續性與整合性的問題。我覺得今天的討論大多放在就醫的部分，實際上病人從急性、慢性到出院，後續可能還有很多復健照顧，完整的來看除了就醫以外就業、就養也是非常重要的。以我們過去的經驗，當我們覺得一個個案有非常高的就業價值與機會時，我們會想辦法協助他去就業，這個過程中常常會牽涉到跨部會的界線，譬如說勞工局可能會認為這個個案已經有接受衛生署的補助，勞政單位的補助就可以縮回。又如前幾天在北投區參加一個由社會局所辦的獨居老人的討論會，我們發現一個問題，有些必須接受居家照護的個案因未達到所謂的嚴重病人而領不到精障手冊，就無法申請健保給付請醫療人員到家裡提供護理或照顧服務，然而社會局則認為這還是醫療的問題應該交給醫政單位來處理。我個人非常期待這樣一個討論會裡，與會人員不只是醫政、衛政單位代表，也更希望有社政、勞政單位能夠一起跨部會進行討論，我覺得這對於提供完整性的照護來講助益相當大。

我本身擔任精神科醫師已經十六年了，我深刻地感受到醫界裡社區復健的成長，比起以前真的是跨越蠻多的，我希望今後住院醫師都有機會來到社區看一看現在進步的狀況，我之所以會這麼說，是因我知道不見得每家精神醫療院所都設有社區復健科，我相信在座各位曾經接觸過社區復健的，都應該會覺得這部分真的很好，而且這才是真正落實到把病人當成完整的一個人去看待，並提供更多元化的服務方案，所以我認為精神醫療體系的醫師訓練過程當中也應更加強這方面

的訓練。

主持人 謝謝李主任，最後再請兩位講者做簡短回應。

楊明仁主任 先回應關於玉里醫院的問題，我提出這個例子的用意是強調玉里已走出歷史，摒除過去把病患關起來的做法而開始往社區融合的方向完成「在地轉型」，我想這個過程需要經過很多的討論跟努力，是非常值得我們去學習的。目前有很多的專科醫院都在做慢性病房，但是我認為如果好好的把病人做分類，也許也可以往在地轉型的方向來進行。

關於住院醫師的訓練，我提出今年專科醫師考試的例子，當我向考生提出幾個關於復健的問題，另外一個考官卻說：「這樣不行！社區復健是你的專門領域，問這些問題他當然不會。」我很驚訝的是我認為社區醫療或復健應該是一般常識而不是另一種專業，這應該是一個延續治療的概念，然而我覺得我國專科醫師的訓練在這方面還是相當缺乏。

吳文正科長 有關醫政、社政、勞政在補助標準上尚未整合的問題，這確實是我們現在的困境，楊主任建議一條鞭的管理方式我完全認同，目前行政院也希望內政部與衛生署能合而為一成為厚生部，在新的行政組織架構下，精神醫療將提升為至少是一個處的層級，但這些都尚未定案，希望立法院這個會期將可開始審議。所以，針對這個問題我認為應先從行政架構組織調整，使醫政、社政的標準合而為一，另外，就現階段行政組織尚未完成調整的情況下若要真正落實整合式的管理，應該可從個案管理的角度來切入，也就是說以個案管理來整合這些分屬不同部門的行政資源，同時貫穿從精神醫療機構到社區的整體照顧。但是，坦白說我覺得這部分一直都尚未落實，若能早日建立個案管理的標準或是資格制度，我想對以後資源整合甚至對病患的服務、人權保障等，都可以推動得比較順利，且品質也會跟著提升。

簡以嘉主任 事實上現場有一些來自社政與勞政的朋友，下午台北縣社會局的楊局長也會過來，所以有關社政、勞政、衛政整合的問題，我們就留到下午綜合討論的時間一併討論。另外，這兩天我參觀了一些社區復健機構，感受到我們的精神醫療網，住院的部分大概還可以，但是社區醫療，包括資源分配不均的問題，或是如何落實社區統合治療，如何利用個案管理整合所有醫療照護資源，這些問題都有待解決，希望在下午的綜合討論時亦有機會深入討論這些問題。



## 主題二、結合社會資源發展

主持人：劉蓉台主任 / 主講人：滕西華秘書長 / 回應人：楊素端局長

### 一、引言

主持人 上午的討論中提到精神病患的全人照護與需求的問題，也提到整體性、連續性服務體系的問題，亦即資源管理成了一個主要的議題，有言道「巧婦難為無米之炊」，的確不管是從醫院把病人轉出去，亦或是在社區中尋找合適的復健中心，確實實務工作者都要面臨相當大的挑戰與困難。究竟應該如何來解決這樣的問題，資源的整合或許就是一個很重要且可行的方式。接下來，我們邀請到中華民國康復之友聯盟的滕西華秘書長，為大家介紹社會資源的結合，接著邀請台灣第一大縣 台北縣的社會局楊素端局長擔任回應人，楊局長過去累積很豐富的精神醫療方面的經驗，而後才轉任到社政單位，深信在資源結合上楊局長可以為我們找到很多解決的方案。

滕西華秘書長 演講內容請參照主題論述 「結合社會資源」。

主持人 病人於復健過程中應該如何找出一些社會資源，我想加強社會支持系統事實上是很重要的，從滕秘書長的報告中可以發現康復之友聯盟在資源連結與創造上做了相當多的工作。接著邀請實務工作界的資深社工，也是現在台北縣社會局的局長—楊素端局長為我們做一些回應。

### 二、回應

楊素端局長 大家午安。過去從事精神醫療社會工作的時候，我們也是極力推展社會資源的整合，剛剛滕秘書長提到每一個單位都有一本社會資源手冊，然而這本社會資源手冊基本上有個困難，亦即其中的內容必須每年都更新，鮮少有單位能有足夠的費用支應每年的印製成本。我個人從事這個工作也有 30 年的歷史了，三十年前發生的問題，現在好像又重複出現。我認為現在是電腦資訊化的時代，有關社會資源整合這方面的資料不該只限於書面，而應找出方法將全國的社會資源相關資料以電腦儲存並分類，將各方面的需求共同成立一個資料庫，讓所有參與相關工作的人士都能從這個資料庫中隨時取得資料。這樣的工作是不是能以衛生署委託協會的方式來進行。這三十年來我想精神醫療的發展其實是進步非常多的，至少專科醫院甚至社區復健單位都增加很多，只是應該以何種方式才能讓大家知道並共享這些分散各地的資源，我想電腦化的設計是現今必要執行的工作。有關設計的內容滕秘書長的資料中都已提到，看完這篇文章後我個人有幾

個感想，就此和大家一起分享。

第一，誰要做資源連結者，社區中存在著很多資源，但我相信到現在為止仍有很多案主不知道如何使用。我過去從事實務工作時，首先都會向前來就診的個案詢問何以得知這個機構，有些答案非常有趣且五花八門，例如有人是因乩童說貴人在東北方，就循著東北方向找到這家機構，另外就是親朋好友、左鄰右舍的口耳相傳，確實我們發現民眾之間的口耳相傳是很好的資源連結者，但是畢竟具有精神科就醫經驗者並非那麼普遍，光靠民眾彼此間訊息傳遞是不夠的。過去我們大多著重在專業體系的宣導，但是我認為如果能配合民間一起扮演資源連結者，必定能事半功倍，也才能讓需要就醫的民眾及早獲得合適的醫療資源。第二，誰要做資源的開發者，正如滕秘書長所提我們的資源確實不夠，然而究竟誰應該負起這個重責擔任資源開發者的角色，資源的開發可包括兩類，一是將現有合適的資源找出來而後運用到精神醫療的體系當中，就如滕秘書長介紹的健保的例子，以及到百貨公司開發的例子；另一個則是將現今缺乏的部分開發出來，例如我認為應該把慢性精神病患納入身心障礙者保護法中，這可以說是一個階段性、革命性的資源開發。另外，滕秘書長的報告中也提到心理衛生在學校的推廣工作好像相當困難，我想這是需要法源的規定，就如同性交易防治條例和性侵害防治條例中已明文規定學校必須安排四小時的性交易或兩性平權的課程，因此我們不用去拜託教育局也不用拜託學校老師，學校都會依照規定安排這類的課程，未來若要順利的在校園中推廣心理衛生工作，我想還是必須從法律面著手，至於是不是要新創一個心理衛生法或直接附加在精神衛生法中，我想大家可以多加思考。

第三是資源的創造者，也就是在沒有資源的狀況下，如何創造、如何將它無中生有。我從醫療領域轉到社政領域之初，看到了身心障礙者保護團體做了很多無中生有的工作，身心障礙者保護法是在民國 82 年才重新修法通過，當時一些有關身心障礙保護的工作仍然十分欠缺，但是這個民間團體不管有無法源依據就先完成了一些工作，等到有績效了再去倡導，然後再依此促使政府進行修法，這股民間的力量是十分強大的，包括剛才提到的性侵害防治法與性交易防治法都是靠民間團體的力量促使政府修法而達到目標的，所以我認為在社會資源的創造方面，或許也可比照這樣的方式，督促政府來做一些政策性的倡導。

第四個值得思考的就是資源提供者應該如何宣導，也就是資源提供者應該如何透過宣導讓消費者得知訊息而使用該資源。我想由於精神疾病有時遭遇了所謂污名化的限制，導致宣導上比起其他醫療資源都更加困難，但是，總也不能完全不做，而讓外界永遠不知道這個資源已經在社區裡存在許久。台北縣政府就曾在這方面做過一些努力，例如我們曾經嚐試離開精神醫療機構所在地宣導，譬如在板橋宣傳土城的精神機構，雖然這不算是一個理想的方式，但是也產生了一些效果。這方面仍有待大家集思廣益找出一些更合理的模式。

最後，我想回應一下滕秘書長提到的長期照護體系，經建會從去年開始推動照護服務產業，台北縣期待利用這個機會推動精神病患的居家照護服務，但是我們缺乏認定的標準，我十分期待胡教授能幫我們設計一套可做為接受居家照護服務的標準，相信這對於病人出院後的後續門診追蹤治療具有相當大的意義，如果能真正落實精神病患在家也能受到很好的照顧的話，我想對整個醫療系統、門診追蹤治療、復健系統，也將會是一個革命性的改變。

### 三、討 論

劉蓉台主任 謝謝楊局長給我們很多的提示，二十幾年來我國的精神醫療體制引發了很多模式，我想衛生署也做了很多無中生有的事，所以現在才能有這麼多的精神醫療服務，也造就了急慢性病床總數都已達到目標數，惟社區的部分還有待加強。上午的討論中也提到了選擇與多元化的問題，我想怎樣做好資源創造者其實現階段是蠻重要的，古語說：「窮則變、變則通」，其實現在各地的社區復健方案很多都是本著這樣的精神創作出來的。

楊素端局長 所謂照顧服務產業是指針對無法自我照顧日常生活食衣住行的失能者，提供到府服務的一種產業，這是去年才開辦的，服務提供前必須依照規定的評估標準將個案的失能程度區分為輕度、中度、重度三個類別，這三個類別的補助不受經濟狀況影響所能獲得的服務提供時間有所不同，輕度失能者每個月可獲得 8 小時的免費居家服務，平均一星期兩個小時；重度者可獲得的免費補助為每個月 16 個小時。而居家服務涵蓋的範圍包括協助洗澡、就醫、居家環境清掃等等。居家服務的對象一開始僅限於 65 歲以上的老人，而後開始拓展至一般的心智障礙者，也包括失智老人，現階段預定針對慢性精神病患提供類似的居家照顧，但因礙於目前尚未有一套合適的評估標準，再加上台北縣的案量太多，以致於遲遲未開始試辦。然而，可喜的是嘉義市即將針對該地區的 40 個精神病患開始試辦居家照顧服務，渴望不久的將來全國的精神病患也能同樣享受居家照顧服務。目前的居家照顧服務未包括居家復健服務，我想一般的精神病患是非常需要專業人員到家中提供復健服務，期待這方面亦能早日獲得規劃。

滕西華秘書長 我再次對行政院居家照護產業提出一些想法，居家照護產業是由一個完全不瞭解身心障礙的經建會主導，為什麼由經建會主導，事情應可追溯到民國 90 年，當國發會召開全國社福會議時提到身心障礙團體希望政府能規劃照顧服務，當時失業率很高，我們的國家就異想天開要經建會創造居家照顧服務產業以解決失業問題，希望能讓這些失業的人通通來做居家照顧服務員，所以勞委會就配合經建會推動居家照顧服務員的認證計畫，只要受訓幾個小時就可

以拿到證照。這當中存在著兩個問題，第一、這個訓練完全沒有考慮到身心障礙者的特性；第二、這樣就真的能夠解決失業問題嗎？我認為這只不過是假象就業，理由是假如有人想經營居家照顧服務，這個人就成了一個雇主，除了要負擔居家照顧服務員每個月六千元到八千元的薪水外，還必須負擔勞健保費用以及提撥退休準備金，若非一個具有相當規模的財源的團體的話，恐怕很少人可以輕易嚐試這個產業。目前從事居家照顧服務產業的，多半是屬於委託服務的狀態，因為是委託服務，政府提供一筆錢交給被委託單位使用，雇主應該是誰就成了問題，一般人可能都認為雇主應該是政府，但政府否認自己不是雇主，但是民間團體往往缺乏足夠的資金規模而無法擔任雇主。

其實這種居家照顧服務產業已經開始走樣了，事實上一開始就沒有考慮到居家照顧需求，完全只是為了解決失業問題，就因基於這種理由開創出來的居家照顧服務產業，其規劃根本就無法真正滿足基本的照顧需求。剛才楊局長為我們介紹了台北縣的執行狀況，我想他們是相當用心的，就我所知台北縣是全省 25 個縣市當中唯一邀集民間單位一起討論如何推動居家照顧服務產業的縣市，其他縣市包括執行試辦計畫的嘉義市都未經過詳細的討論就草草上路。另外，居家照顧服務指標的制定也是我們一直努力訴求的問題，但是至今政府都尚未給大家一個明確的答案，精神病患真的十分迫切需要健全的居家照顧服務制度，希望有關單位能及早完成這部分的規劃。

胡海國教授 此次研討會會前的籌備會議上，大家獲得了一個共識，即是當我們在爭取健保或是其他資源時，應該讓社會大眾很清楚我們要做的是什麼？精神病患到底需要什麼？也就是說首先必須創造出精障者照護這個工作本身的價值，而後才可受到肯定，才比較容易獲得各方資源的支持。就如同籌備會上健保局曲副理提出的「不是健保不支付社區復健，而是社會上需要支付的項目太多，假設社會肯定精障者社區復健照顧的價值，相信很快就可獲得補助」。所以，今天的研討會有個很重要的使命，我很期待在座各位，不管是專業人員，亦或是家屬、病友，都能夠努力創造出我們的工作意義、照顧病友的意義，讓社會大眾認同我們的努力是值得的，也讓我們的工作獲得更多的尊嚴而不是一味的委曲求全。

李光輝主任 在此向楊局長提出兩個請求。回應金林會長的話，有沒有可能創立一個叫做「無機構性活動式」的照顧模式，並且請局長編列預算，列入明年度的計畫。我想隸屬於康復之友聯盟、康復之友協會的社工師、心理治療師所做的治療活動，不一定要透過醫院向健保局申報經費，是否可以比照健保局的項目直接向台北縣社會局申報經費，這就是剛才金會長提到的，因為要創辦一個社區

復健中心、康復之家、甚至醫院是一件非常複雜的事，也必須要有非常雄厚的資本，但是服務一定要採用機構式嗎？是否可能租借社區活動中心，做一些免費的小型團體治療，我想這可以用計畫性的方式來幫康復之友聯盟所有的專業伙伴申請經費。第二個，剛才局長提到資源的提供者，我有個深切的經驗，記得我曾經打電話到台北縣社會局詢問，為何北縣社會局只跟花蓮玉里榮民醫院和台北市的幾家康復之友簽約，是否可能開放更多的機會讓其他機構也能一起參與，社會局的回答是目前都已經簽滿了，已經沒有多餘的資源可再開放出去，而且還很高興講了一句話：「現在還沒有聽到家屬的抱怨聲音，所以應該不太需要再開拓簽約對象」，就此我可不可以有第二個請命，如果台北縣的資源比較豐富一點的話，是否可以跟全省的長期照護收容單位簽約，只要個案願意住在那個機構中就讓個案住在該機構，而不用長途跋涉地從台北縣把病患轉到台北市，而台北市再做所謂的社會局的低收入戶申請。

楊素端局長 社會局每年都有編列預算贊助或補助所有的社團，特別是比較專業或特殊的團體，例如身心障礙者的相關團體，我們通常相當鼓勵有關團體能提出一些具體的方案，鼓勵身心障礙團體提的計畫不要都只是侷限於旅遊，應該提出一些像台北縣康復之友協會曾經提出的對家屬一系列的課程，或者是更具體的活動等等，這樣的具體方案我們就一定會非常支持。我們也很希望培植民間團體，就如同胡教授講的，民間資源的專業性越強的話，就比較能獲得政府的資源，這是相對的；剛剛李醫師提到的提供者，因為早期慢性病的治療床位相當的少，僅有玉里榮民醫院擁有比較多的床數，雖然我們也覺得太偏僻太遠了，可是台北縣就是沒有這樣的機構，如果台北地區有的話，我們也希望讓民眾就近照顧。不過因為北投地區已經有慢性精神治療床了，很多地方也都逐漸有這樣的床位，所以這個問題應該很快就可解決。目前大概有一、兩百個病患收容在玉里榮民醫院，這非常不理想，本來我們也是希望台北縣政府能夠自己蓋，剛好很不巧碰到整個經濟萎縮，政府財力大減，根本沒辦法再蓋新的機構。剛剛秘書長提到是否可以利用公益彩券的收益，但是事實上我們並不確定公益彩券明年會不會停辦，害怕一旦方案推出後將會後繼無力，往後政府也很難再繼續接手。

劉蓉台主任 因為已經超過預定時間，如果大家還想創作什麼資源，可以私底下找楊局長談，我想資源創造是很重要的，創造出有價值、有意義的資源更形重要，這個階段的主題討論就到此結束，謝謝大家。



## 主題三、豐富精神障礙者社區生活內涵

主持人：蕭淑貞副院長 / 主講人：呂淑貞主任 / 回應人：金林理事長

### 一、引言

蕭淑貞副院長 胡教授、諸位來賓、貴賓，非常感謝主辦單位舉辦今天這樣的研討會議，讓各方英雄好漢能有一個平台針對精障者的社區照護進行深入的討論，讓我個人感到做這樣的事情是十分有意義的。這個階段邀請的主講人也叫淑貞，我們算是二十幾年的工作伙伴了，呂主任今天主講的題目是「豐富生活內涵」，歡迎 another 淑貞。

呂淑貞主任 演講內容請參照主題論述「豐富精神障礙者社區生活內涵」。

### 二、回應

蕭淑貞副院長 接著邀請的回應人是金林理事長，金理事長也是多年的工作夥伴，他對工作的投入我想接觸過他的人都十分清楚，現在就以掌聲歡迎金理事長。

金林理事長 非常感謝呂主任非常豐富的演講，我想呂主任的演講正好可以呼應胡教授剛剛說的，我們可以將精神社區發展的重要性讓全國的民眾了解。其實在呂主任的文章裡就可以得到答案，不妨讀一下呂主任書面資料的第一段第二行：「推展社區式照護方案，此契機已成熟，社區復健的角色與重視已刻不容緩」，這個契機其實並不是說現在開始就順了，而是說在此刻大家都覺得社區復健確實是重要的，社區照護確實是有必要的，現在這個契機就好像黎明之前的黑夜，我們正要拉開黑夜的帷幕。第二段：「什麼是復健？復健是使個人可以在精神、生理、社會、心靈，和經濟方面的生活能達到最大的獨立」，從這裡就可以得到我們要宣導的東西，我們要宣導的不外乎是「精神復健必須要生活化」，反過來也一樣，我們需要的是生活化的精神復健，我想這個就是今天的主要方向。以前我們只講精神復健，今天的研討會點出一個很重要的主題就是生活，這也就是我們要向全國民眾宣導的東西。對於一個精神疾病的患者，在我們的團體裡我們都稱他為「甜心」，甜心需要什麼？將來社會可能幫助他什麼？其實很簡單，就是要讓他們過自己的生活，因為我們是人，我們就需要有自己的生活。

今天早上提到玉里的事情，其實想要強調的是那些老兵於戰前在自己的家鄉就從事農牧的工作，所以當他生病之後又同樣從事以前的牧羊生活，這就是為什麼外人可以感覺他們的平靜與安穩，因為現在給他的就是他以前生活文化裡面的

東西。呂主任也有提到這一點，所以我覺得今後可以讓全國民眾知道的就是將來的社區復健或是社區照顧，將會建立在醫療的基礎上，讓病人獲得改善生活的機會，讓他們能夠重拾自己在人類社團裡的生活。而且生活還必須建基在醫療技術上，我覺得這兩者可分別思考，但卻不能拆開、是一體的，也就是說在思考上可區分為不同層次，但是應該在既有的文化裡讓他們有新的生活，這也就是我們成立心生活協會的用意。

針對呂主任文章的第二頁，有關精神醫療社區復健就業服務長期安置的表格，我仍然延續去年的意見，亦即我認為不應該劃分醫療和社政的權責，且不應用極為簡單的一至六級的分級法，將五、六級劃分至社政，一到四級就都歸於醫療，這樣的分級法實在太過草率，目前我們面臨最大的困境就是醫療與社福的權責劃分得太細，以至於無法同時兼顧患者的生活與醫療照顧，對於患者而言，無論他目前處於青少年期、中年期、甚至老年期，亦或是一到六級的任何功能程度，他們的生活都需要獲得保障，因此，我認為將來較理想的分權方式應該是由社福單位支援患者的生活，例如可仿照美國或日本由社福單位提供津貼讓病患租房子。另外，關於病患的復健，倘若我們希望動員整個社區資源一起投入精神復健的工作，如此一來我們就不能只用一個中心或一個康復之家來提供復健，我們必須打破這樣的思維，應該依照每一個人不同的需求，提供合適的復健服務，而不限於非得由醫療單位、或是社政單位來提供，必要時應由教育單位甚至勞政單位提供更合適的復健服務。唯有如此，才可能打破現在大家明明知道但卻又無法突破的困境。

#### 提供家庭照顧者支持與照顧技能

今天研討的主題是社區生活，我認為要讓一個病患能安心的回到社區生活，有幾件事情是十分重要的，第一、家庭的照顧者將扮演很重要的角色，然而，一般的家庭照顧者對於突如其來的照顧工作往往不知所措，所以應該適度開放補助，提供家庭照顧者知識與技能，甚至鼓勵他們參加支持團體，讓這些照顧者能獲得實際的、心理的支持。

#### 慢性病房應普及化

第二，慢性病房應普及化。最近有位病人好不容易下定決心要好好住院治療，預定恢復到一個水準後才要出院，但是就在這同時發現台北市沒有醫院可以收容他，多數醫院都告訴他目前沒有慢性病床，這是很奇怪的現象，台北市的醫院只顧一味的發展日間留院，慢性病床都設在很遠的其他縣市。當醫藥進步到一個程度的時候，病患的住院時間可能會需要長一些，往往超過急性病床的限制但又沒有達到需要終生療養的程度，我們必須提供這類病患階段性的支援，否則連居家附近都找不到慢性病床，哪談得上什麼社區化、人權。倘若將一些尚未痊癒的病患送回社區生活，他們往往會發生事故，除了可能危害一般民眾外，病患本



身還可能因此遭到終身監禁，如此根本就喪失回歸社區生活的美意。所以要強調社區生活之前，慢性病床的普及化是絕對不可或缺的。

### 重視個案管理

第三，重視個案管理。上午葉主任的演講中提到美國個案管理的比率是 1：18，而英國是 1：35，再想想台北市的比率大約是多少？台北市目前領有手冊的精神障礙者為六千九百多位，事實上還有一些是沒有手冊的，假如用最保守的估計七千個人來看的話，台北市 12 個行政區目前僅各有一位社工負責，所以平均每位社工負責的個案管理人數約為 582 位，和美國與英國實在相差太遠了。大家都覺得個案管理非常重要，可是個案管理究竟要由公衛體系來提供，還是應該由心理衛生中心提供，這是十分值得深思的問題。我覺得當我們丟出問題的同時，就應該開始構思解決的可能方案，要跟政府要錢，要跟社會強調應該增加這個重要的資源時，應該也必須同時告訴他們需從哪裡開始走。因此，在拋出此問題的同時我的建議是希望將來如果有較多的社區心理衛生中心成立時，個案管理工作或轉介制度應該交由社區心理衛生中心負責，並且由衛政單位設計個案管理制度，財源支出與執行層面則由社政單位負責。這是我的淺見，希望有機會可以跟大家共同研究、探討。

### 庇護工作坊仍有存在的必要

上午宋教授提到國外的庇護性工作坊早已被揚棄，我覺得這句話太過果斷，應知精神病人的狀況分屬於很多不同層次，而且會反反覆覆時好時壞，因此，庇護性工作坊有絕對的必要存在，讓剛開始康復的病人在庇護性場所學習工作技能，也讓其他人學習信賴這些病人，然後再階段性地將他們轉送到支持性就業，而當無法適應支持性就業時，讓他們還有退路再回到庇護工場再次接受訓練，就像嫁出去的女兒還有娘家可回一樣。然而，可惜的是我們最近與勞政單位溝通時，發現勞政單位已被很多教授洗腦，接受不需要庇護性就業的建議，只為病患留下支持性就業。他們認為病人的情緒應該是醫院必須負責的，認為情緒控制課程、心理諮商課程都是不需要的，我認為這是很嚴重的問題，值得大家思考。身心障礙就業基金應該要照顧到每一個層級的身心障礙者，既然這是社福資源，不管這位病人的情況是好是壞，每一個人都有權利享受到應有的合適照料。

### 部分工作人員的心態有必要改進

想要豐富病人的生活內涵、要倡導社區化的照顧時，我認為有些人的心態必須先做調整。舉個例子，今天有家屬提到，當有什麼比賽要報名的時候，家屬或病人自己通常無法被接受報名，或者自己想要預約住院也常常是行不通的，接受預約或報名的單位首先都會先問我們是屬於那一個機構，若為個體戶就會被擋在門外、無法報名，連參加畫畫比賽、羽毛球比賽都必須透過機構報名，這說明了我們現在的架構是不信任家屬、不信任病人的，只信任在某個機構名稱下的

人。所以我再次呼籲，當我們想要動用到社區資源時，一定要回過頭來想一想，有一些什麼樣的態度應該是要改變的。豐富精神障礙者社區生活內涵是十分具有意義的事，希望我們的一些小改變能夠讓它發展得更好。

蕭淑貞副院長 非常高興聽到金理事長從心生活發出的聲音，而且對於他努力的將 positive image 傳達出來的勇氣感到十分佩服，這是非常重要的。接下來是討論時間，我想大家先休息後，將這個時間一起併到稍後的綜合座談，大家不要離開，今天衝擊了好多，怎麼樣把這些理想落實到建設性的建議，就做個整體討論，請大家把自己的想法表達出來，讓我們的智慧與愛化成力量，謝謝。

## 綜合座談

主持人：胡海國教授

胡海國教授 現在就開始進行最後的綜合座談。綜合座談一開始我們將先邀請三個主題的主持人將該主題最菁華的部分為大家複習，而後再進行討論。在這之前，我有兩件事情向各位報告，第一件，由於我們精神醫療照護小組是論壇長期照護委員的一個分枝，每年都有義務向委員會報告計畫成果並爭取經費，因此，我們必須第一個創造主流價值呈現給長期照護委員會的委員，再讓他們將這個主流價值呈現給論壇的諮詢小組。事實上精神醫療照護小組是非常受到長期照護委員會的支持，尤其是去年第一次成果報告書的出版，具有相當的公信力，委員們一致認為我們做得非常好，也十分肯定我們的努力，這表示我們所印出來的東西真的有發揮到教育的效果，且讓我們將這份榮耀化為未來繼續努力的動力。今天的研討會能順利召開主要感謝我們的籌備委員，在歷經幾次的籌備會議後才有今天的成果，有幾位籌備委員今天也來到現場，十分感謝，其他籌備委員因有要事在身無法出席的在此也一併致謝。我想任何一個成功的研討會，準備工作是非常重要的，討論什麼主題、什麼重點，而且為了兼顧持續性，可能有些重點還必須重複但又不能重複太多以免趨於一陳不變，這些都是非常難以拿捏的，我想今天大家看到研討會的主題分布，就可感受到所有籌備委員的用心，真的應該給予他們最大的鼓勵。

第二點，剛剛一直強調的主流價值，想想我們過去努力了這麼多年，卻從未想辦法向社會大眾宣揚，所謂社會大眾包括立法委員以及一般民眾、家屬等等，相信若能有效讓大眾了解我們的主流價值，就能增強他們對我們的信心，就像是剛剛提到的社會偏見，這些都是負面的，我們應提供給社會正向的價值感。一整天我邊聽邊想，到底應當如何向社會大眾宣揚我們的主流價值，我想今天大家可以互相砥礪技巧、方法、資源等等，如同金理事長、呂主任說的，我們的契機、時間已經到了，請大家多提供一些這方面的意見。我認為可以向大眾宣揚的主流價值約可有三項，第一是今天有貴賓提到的人權問題，的確精神病患應該要受到尊重，一般人也應該給予他們人道關懷；第二點我認為值得宣揚的是應該提供精神病患科學化的治療，包括科學化的心理治療、科學化的復健治療、以及科學化的藥物治療等等；第三點我覺得值得宣揚的觀念是精神病是可以康復的，所謂的宣揚就是希望在座的專家、家屬、行政體系人員，多提供、多強調我們的主流價值，讓一般人都可以認同，如此才可獲得肯定，努力才不至於白費。

大家今天很熱烈地購買論壇出版品，表示這些出版品都很有意義，我可以告訴各位今天參加這個研討會也是非常有意義的，因為會後我們將整理各位發言的

重點放在出版品裡面，您參與的證據就會留下來，主講人、回應人、還有在座各位的發言，都將彙整到今年度的彙編裡面，因此，我們應該謹言慎行，講話應有點收斂性，希望能達到這種記錄的作用。在綜合座談開始前，先請三位主持人簡要報告每個主題的討論內容摘要。

簡以嘉主任 我們講社區發展的契機來了應該是有跡可循的，去年的報名人數是二百人，今年增加一倍達到四百人，或許明年會增加到六百或八百人，參與意願這麼高表示大家都已經開始關心這個議題了。另外，剛剛呂主任提到，今年四月份健保給付已調高，而且今年也開始辦理社區復健機構的評鑑方案，從這些跡象看來，我想發展社區精神照護的時機真的已經來臨。

今天的主題一探討的是如何建構精神障礙者的社區照護服務體系，這個體系我想是有必要架構在全人照護或是人權的觀點上面。目前我國的社區照護服務的模式頗多，有些已經發展得不錯，但有些仍有待進一步的加強，例如，居家治療這種到府的服務，看起來好像並不是那麼困難，可是我知道在很多的縣市有些個案因無法就醫喪失了治療的機會，還有無法定時服藥的個案，這些問題我認為都可交給居家照護一起處理，讓居家照護發揮最大功能。至於社區復健中心這種服務模式，目前在各縣市的分配或總量都仍明顯不足；而康復之家的數量目前看來好像已經足夠，只是近來似乎有大型化的趨勢，雖然床數多一點不一定是不好，只是相對來講必須有足夠的人力和資源的規劃，才可能將社區方案推展好。另外，還有一個現在大家很關心的就業輔導模式，某些地方已陸續有一些試辦計畫，但仍缺乏普遍性，所以希望勞政單位能將更多資源釋放出來，如此整個社區的服務模式才可能發展得較為完整。

其次是整合的問題，或許我們可以學習國外的經驗，設立個案管理員(case manager)，個案管理的人力目前在台灣仍是比較缺乏的，又這些人力應該置於何處？應該由哪個單位編列預算？現階段究竟需要多少個管人力等問題，我想皆有必要及早釐清，並做一詳盡的規劃。唯有早日將諸多資源整合，將病患的就醫、就業、就養、就學等所有層面串起來，才可能達到理想的全人照護目標。

最後一點，我想提的是在整個精神照護上，政府與民間扮演的角色應先釐清，我認為政府可以扮演鼓勵的角色，不管衛政、勞政、或是社政要釋放多少資源出來，都應鼓勵民間來做，譬如說將來我們希望民間有更多的團體來做工作坊，或是康復之家，甚至一些機動性的社區服務，政府應釋出更多誘因讓民間來做，如果整個社區照護可以遍地開花的話，將來所有的病人便可以就近接受比較適當的照護模式。

劉蓉台主任 剛剛提到如何結合社區資源的一些問題，也提到如何有效的連

結資源，我想當病人在醫療機構治療到某一階段，要踏出這個醫院的時候，往往必須面臨所屬社區的支持系統是否足夠，是否可以讓他在社區裡面安然的生活等問題。資源的運用是非常重要的，至於能不能有效的連結，讓病人真正得到他所需要的資源也是十分重要的，唯有讓資源有效的連結，病患才有希望成功的在社區裡面生活。另外，我們也聽到滕秘書長講了一些無中生有的創造性資源，楊局長也提到當我們有效利用資源的時候，可多用電腦化技巧，將一些資料結合起來再更新，甚至讓大家知道有哪些資源可以運用，我想能創造多一些資源，才能多一些希望，才能夠讓病人真正的在社區裡面生活。

至於誰是資源的連結者，這個問題其實我仍沒有想到到底應該如何把整個資源結合起來，我個人認為還是要靠政府的力量，所謂政府的力量指的是政府本身不一定要自己去做，還是可以委託一些民間團體去做，我相信有很多的基金會其實在這個部分可以做得很好，政府可以扮演的角色應該是整合整體的資源。另外，誰是資源的開發者，我認為其實每一個人都是資源的開發者，無論康復之家或社區復健中心這幾年內都發展得不錯，這固然必須依靠一些強而有力的誘因，但是，真正能成功的因素仍基於我們照顧病人時感受到他們是有希望、有可能的，才提昇我們的意願去開發合適的資源來幫忙病人。所以，我建議各位從事精神醫療相關工作時，應該多打「希望牌」，給病人希望的同時也給自己希望，從希望中創造更多資源，營造多元化服務，讓我們的病人能獲得最理想的照護服務。

蕭淑貞副院長 康復之友上星期舉辦了一場國際會議，有位從紐西蘭來的貴賓，介紹了兩個主要的國際衛生標準，在此和大家分享。第一個是要確保每一個人的心理衛生的治療與支持，假如有人需要接受治療的話，應該確保治療的一致性，而不應該因為在醫學中心或其他不同等級的醫院而有所不同，也不應該因就醫的地方不一樣就得到不同品質的治療；第二個要確保不僅是持續照顧或 promote quality，還要確保他的能力好，另一方面包括病友、家庭、工作人員，甚至包括像曲副理那麼可愛的健保局的一些支援者。這兩個理念蠻令我感動的。後來我思索幾個情境，第一個是文化的涵養，也許跟核心價值有關，也跟生命關懷的本質還有策略有關，我覺得經過九二一大地震與 SARS 之後，社會整體好像學會謙虛了，也深深感受科技不能解決一切問題，重視真誠的、核心的生命才是重要的，我們的社會也較過去會去談論心理、心靈，甚至也了解關懷不是光靠用講的，一個重要的言行、一個深度的涵養，都必須靠我們以實際的行動來傳遞。紐西蘭的貴賓也提到一位精神病患者所受到最大的障礙就是被歧視，因此減少這種歧視增加他們應有的人權，幾乎是比治療更重要的。我覺得這個觀點在推展精神復健工作時應該十分重視。

第二點，社區支援系統，我想這個剛講很多就不要再講，可是我強調系統性開發跟整合，我一直覺得每一個實驗計畫不能分開個別執行，應該重視系統性。

另外，我想從護理的立場談談護理之家。我覺得政府的腳步實在太慢了，從戴傳文副院長當科長的時候就開始提了，到現在已經經過幾代了，護理之家還在公告，大家都知道護理之家的成立與否將會如何影響精神復健的工作，例如，原本應該住護理之家的人會佔用康復之家，也可能佔用慢性病床，因此，我在此呼籲政府應加速護理之家的立法，讓每一種不同功能的照護機構都能發揮最佳的功效。還有精神病患的居家護理也有一些問題存在，舉例來說，當醫護人員到個案家中進行個別治療時，花了很多心血、很多時間就是不能收費，所以再來我們要爭取的就是護理人員出去做一些支持性治療的時候，希望能夠獲得應有的給付，如此才能讓居家護理繼續維持下去。再來是人員的培育，這個人員包括所有的人，除了專業團隊外，像康復之友等非專業團隊的表現也是十分傑出，另外，護理人員雖已有 N1、N2、N3 的制度，但仍未真正落實，還是需要加強。提到團隊合作的伙伴關係，在此我要特別感謝胡教授，能夠辦理這樣的論壇讓所有人都可以自由參加，不見得所有的精神科醫師都有這樣的度量，或者是有這樣的遠見，其實所有精神領域的每個人大家都是一體的。最後我想提出來大家一起思考的是公共衛生護士與居家護理人員、或是醫院的醫療團隊之間應該怎樣合作、協調，我認為絕對不要再胡亂地將很多工作加在公共衛生護士的身上，他們承擔不起，太沈重，這並不是因為他們能力不好，而是公衛護士的角色和培育的過程並不是這樣子的，因此，在適當的地方投入適當的人力、將適當的工作分配給合適的人力，這對於整個團隊工作亦是十分重要的。

胡海國教授 現在開始開放現場討論。

羅美負責人 我是遠慈康復之家與奇岩康復之家的經營者，我想請問所謂的社區復健二年，是不是表示我們的社區復健還處於蹣跚起步的階段，我們的政策是不是要利用蹣跚起步的契機，成立護理之家而將之抹殺掉。我想以一個業者的立場提出護理之家的問題讓大家來省思一下。多數人皆認為很多康復得不錯的病人仍滯留在醫院，是因為社區復健還沒有做好，即使有病友要到社區復健繼續接受治療，可能能力也不足，所以我們有評鑑制度來強化社區復健、康復之家、社區復健中心的品質，讓這些單位有能力承接需要社區復健的病人。但是我們也很清楚政府馬上就要公告護理之家的設立標準，我們一直強調要讓病人回到社區，這時提的護理之家是什麼，護理之家是把病人隔離開來、養護類型的機構，所謂養護類型是否就是意味著當七、八十歲的老人需要進住養護機構時，不論他是否有精神疾病都住在這種養護機構裡呢，遠慈康復之家也曾經收過這樣的個案，他

們是精神病患、並且領有殘障手冊，但跟其他老人沒什麼兩樣，為什麼另外還要到護理之家呢，我認為並沒有這個必要。縱使病患是屬於青壯年，他們也應該更具有復健的潛能，應該有可以發揮的地方，雖然他們的病程時好時壞，但這時候如果把他們送進護理之家，不就等於將他們送進「『終』途之家」，如此一來可能會造成一個結果，就是僅有醫院與「終」途之家互相流動，康復之家或社區復健中心的必要性便會漸趨渺小。再則，會不會因為護理之家是護理，難免會涉及到藥物、治療，甚至醫師進駐等等，護理之家是否因此成為另外一個療養院，我們的政策似乎永遠都是想把精神病友關起來，真正的導向好像就是這樣，這跟讓病人走入社區的理念，根本就是背道而行的。

宋教授提到希望有一個全方位的照護模式，不論是由公部門或是私部門執行，我建議是否可能由政府出錢，讓民間經營一個專線，就跟 119 專線一樣，所有社會資源的整合或是個案管理 (case manager) 的傳遞都經過這個專線，就我所知台北市政府曾經有一個構想要成立一個 118 專線，以這個專線進行轉介的工作，例如就業輔導、長期照護設施，或是其他各項支援活動，我想就這個問題請教宋教授，應該由公部門來做，還是應該委由民間團體來發揮。

宋麗玉教授 以現在政府瘦身計畫、精簡人事的趨勢來看，由公部門來做幾乎是不可能的，我覺得唯一可行的是公辦民營的方式，或是民間單位自己來做，但若由民間來做時必須從多方面爭取一些資源、經費一起來做，否則將會是十分困難的。我之所以提出這個模式，主要是希望打破機構這樣一個藩籬，事實上我也非常贊同用方案申請或是方案委託的方式來做，不過要提醒的是，我想楊局長也非常清楚，其實政府補助任何計畫一定要是一個單位，而不可能補助個人，所以即使是一個非常機動性的計畫也需要一個單位。我在美國看過各種社區復健方案，其實也是必須仰賴聯邦的經費，州也有一些經費補助，還有一些民間的經費，以及 Medicare、Medicaid 這方面對服務的給付，甚至還有基金會的支持，不過事實上他們也自立生產，能夠自己支撐未來在方案上面的維持。當然台灣的民情不一樣，如果我們有非常好的個案管理機制存在，而且社區的資源又已經很多，在未來要設置的社區心理衛生中心先有個案管理師，並由個案管理師來整合目前社區現有的資源，我想我所提出的全方位社區復健中心將會十分可行。去機構化似乎是從美國率先發起的社會運動，走過三四十年下來，一直是朝著這樣的方向努力，當然如同剛才葉玲玲主任所說美國心理衛生中心行之有年，經常被詬病的即是他們所用的 case manager 的機制，可是他們的 case manager 機制就是一個所謂經紀人的角色，有一些 program evaluation 都已經證明這是一個無效的模式，我們是否還要參照這個模式，剛才金林理事長也提到台灣的病患也許狀況不同、文化、資源狀況也不同，我並不是強調我們一定要模仿美國的狀況，只是提

出來供大家思考，我十分期盼我們的社區心理衛生中心能早日成立，可是如果人事編制依然是每個專業人員都只有一位的話，還是很難發揮作用，我過去曾在心理衛生中心工作過一年，現在仍在思考心理衛生中心的定位，是預防性的工作還是針對精神病患提供 case manager 的工作，這些也是必須事先思考清楚的。

實務工作者 我參與社區復健工作已經十五年了，期間曾跟宋教授有一些經驗上的分享及意見上的交流，我個人覺得辦社區復健中心的過程最困難的兩個因素是經費與場所，經費方面自從今年四月健保給付調高後，我覺得已經慢慢拉近了可能性；至於場所部分，是在設立社區復健中心最困難的一點，十分難以取得。目前全國就屬台北市做得最好，因為台北市政府非常支持社區復健工作，當然除了政府支持以外，還必須仰賴參與的人積極的推動。台北縣也在楊局長的支持下推動了一個大型的方案，但是其他縣市就都沒有出現過類似的方案，也有很多協會雖然很認真找了一個場所，但是也都只是公寓只能服務十來個個案，永遠都無法擴大規模，所以，我認為社區復健的工作仍是少不了借用政府的力量。我非常贊同宋教授所提的，是不是各縣市至少先成立一個社區復健中心，至少先做出一個模式出來，日後才能有個遵循的方向，否則一下子要推展社區復健業務恐怕不是這麼容易就辦得到的。另外，常聽到有人說「去專業化」、盡量不要被專業壟斷等等的，這是非常值得爭議的，並非要阻斷其他專業的人來參與，只是若缺少專業人員的加入，品質問題就很難確保，舉個例子，一個人生病了會找醫生看病，無非就是追求就醫的品質；相對的，社區復健的品質還是須靠專業人士來提昇，換言之，一個健全的復健中心應該不能完全交給非專業人士來運作。

康淑美組長 滕秘書長提到社區照護模式不足，宋教授則提到完整的社區中心，我的想法是社區的觀點首重生活，其次重要的是就業。生活方面影響最大的莫過於家屬，病人一天二十四小時當中也許有時過得好，有時過得並不好，但是家人可能較難接受不好的時候，認為患者的精神症狀仍太過嚴重，可能就因此再將患者送回醫院，這種情形應該如何避免？服務的模式應該如何制度化？我有個想法，社福單位中，無論教育或就業都提到轉銜，生活輔導要不要轉銜是值得討論的，病人原本住在醫院，如果病情穩定了就可以回到社區或家中生活，出院前我想大家都知道出院準備計畫對病人而言是非常重要的，包括呂主任提到的時間的管理及娛樂就業能力的培養，這些能力訓練的過程要轉銜到社區中，應該規劃一個支援中心負責這樣的工作，譬如說台北市的任何一個區的居民當中共有多少個精神病患者，就規劃一個支援中心，這個支援中心裡面有專業人員專門做轉銜工作，剛開始可能密集一點到個案家中做訪視，幫助個案把家中的生活資訊、生活節奏、生活內容建立起來，讓他們學會怎麼樣過居家生活或適應家人，同時也



讓家屬可以適應病人。漸漸習慣後，專業服務人員尚可扮演的角色是早期發現問題、早期提供輔導，也就是 risk management 的工作，當個案偶爾發生狀況時適時提供協助，讓個案的小問題不至於像滾雪球似的越滾越大。這樣的轉銜工作能成功，個案才可能成功地回到家中或社區生活。

在就業輔導中也同樣有 risk management 的存在，大家都知道就業輔導有好幾種模式，諸如競爭式、支持性、庇護性、養護性，這當中存在有一類的病人他們需要的輔導模式或許不一定是庇護性的、也不一定是支持性的，他們需要的可能是一些及時性的幫助，例如突然跟老闆發生衝突時，輔導人員可以在最短的時間內幫助他們解決問題，這樣的輔導員在我們就業輔導制度當中一定要存在，這類的輔導員可以是職能治療師或受過訓練的就業輔導員，負責的輔導員應該先跟個案的工作單位的負責人或其他工作夥伴先建立好關係，也跟他的家人建立良好的互動關係，並且也熟悉個案的狀況，當發生問題時家人或工作單位便可馬上通知輔導員，輔導員就能及時提供協助，所以這個支持者在這樣的制度下可扮演相當重要的角色，可隨時幫病人解除危機，讓他們的工作得以繼續做下去，而不用重複接受職業訓練、不用重複的面對失敗的挫折。如果我們有這樣一個制度，或許就可降低殘障庇護的成本，使這部份的人可以回到社區去，有這樣的資源提供讓他們變成一個具有獨立性、競爭性的工作者，就因他們不完全的獨立，所以需要這種 on call system 隨時幫助他們。

黃宣英老師 我是護理老師，首先很感謝大會讓我收穫很多。接著我有三個淺見，第一個是今天的研討會當中，似乎沒有討論到護理人員在社區照護中應扮演的角色，或許是主題安排的緣故，希望今後有機會能做這部分的探討。第二是因最近我接任了學校的諮商中心主任，發現教育部有提供「支援教室」這樣一個資源給身心障礙的學生，包括精障的學生也可以使用，可是我發現並沒有精障的學生願意進來，原因是「污名化」的結果，他們不願意去拿身障者手冊，寧願不要享受這樣的福利，所以我認為「去污名化」的運動仍要繼續進行，不然這些學生日後可能就變成慢性的個案而流落到社區中，將來都可能成為社區照護的負擔。最後是我認為資源整合方面，不僅學校的輔導中心之間可以做好連結，甚至與衛生所也可以有良好的合作關係，例如我們的諮商中心最近就在衛生所經費的支援下，辦了一個吸食毒品防制的相關活動，也如同滕秘書長所說到學校做衛教等等，這些都是非常好的資源整合案例。

胡海國教授 我希望你瞭解確實是主題安排的緣故，將來的論壇也有專門都講居家治療。

鄭楠鵬總幹事 今天雖然未能全程參與，但我已把資料全部看完，有幾個感想要跟大家分享。一個就是去污名化的問題，其實我上了很多電台、電視台努力宣導我們的精神障礙朋友是可以在社區生活，但是，最近美國康復之友聯盟的講師來到台北，我邀請他到善導寺捷運站的 easy coffee，我問他反污名化應該怎麼做，他說這裡就是最好的反污名化，這才讓我恍然大悟，的確，台北市政府提供了這麼好的場所，讓很多民眾來這邊喝咖啡，店的大門上有一個康復之友協會的招牌，顧客都知道這就是精障者經營的，他說這就是最好的反污名化，根本不用透過特別的宣導，大家已經親眼看到精神病人就是這個樣子，可以工作、可以和大家一起在社區裡生活、可以暴露在大家的眼光下受檢視。另外，非常感謝台北縣政府社會局的協助，讓我們完成了一個任務，從去年底到今年在台北縣與台北市總共替 250 個家庭做居家清潔的工作，接受這種服務的家庭都不是被強迫的，這表示現在的民眾對於精神病患的接受度已經提高了，真的很感謝縣政府，例行性的幫我們舉辦記者招待會，讓大眾了解精神病人的真實狀況，我們越做越有口碑，一家傳一家，到目前為止共有 250 個家庭請精神障礙者到他們府上做家庭清潔工作，私人的地方願意讓精神病人進入工作，這就是去污名化最好的例子。這個例子能夠成功的關鍵，第一個就是政府部門應該要提供這樣的機會，第二個民間部門一定要好好的努力，假如沒有這些努力的話，我想我們再怎麼講去污名化一般人也不會接受。

再則，至今我們對於即將出院的病人都無法做好轉銜或出院計畫，我想利用這個機會提出來檢討與反省，或許是因為給付、或工作職責劃分的緣故，我認為當病人即將出院時，衛政人員應該負責病人出院後去處的安排，而且也應該向家屬解釋清楚病人目前的狀況，或許職能治療要負很大的責任，至少職能治療應該建議家屬可讓病人到復健中心、社區活動中心、日間照護、學校等等，甚至建議可以接受教育、接受職訓，而不是讓他們回家就好，當然社工也要負責教育家屬，我想這些出院準備工作應該由醫院主動提供，醫師當然也應該主動安排病人出院後的定期追蹤門診，我想衛政單位應該主導出院服務，支持這樣的出院計畫，並且設計一個門檻，讓缺少這樣的出院計畫的病患無法出院。而社政單位應該做的是針對一些無法照顧自己生活的嚴重病人，也就是提供長期照護或養護的服務，我很不客氣的說這個部分目前根本做得非常不好，全國目前大概有三千多個精神病人需要養護，但是現在真正接受養護服務的只有一千多個，光是台北市就需要八百多個，這些都是非常嚴重的病人，幾乎完全無法照顧自己的病人，我認為這應該是社政單位的責任，而不能全部丟到家屬身上，這是不合理的，政府應該負起責任安排這群人的去處。就我所知目前只有台北市政府做到這一點，真的非常感謝，台北市政府已經委託台北市康復之友協會公辦民營 50 個養護床，而且據說第二個方案也即將出爐，這是我們一直不斷爭取的，可是這樣還是不夠的，最

好是要能社區化，在每一個社區都設這樣的機構，否則這個社區可能會不願意接受別個社區的病人轉介過來，而造成部分社區的病患無處可去的情形。

胡海國教授 鄭總幹事講得慷慨激昂，我倒是從他的話當中聽到一點聲音，或許可以參考。一直以來我們的精神醫療都是從醫院輸出到外面去，但近年來越來越多的專業人員、以及家屬已陸續轉投入社區工作，投注了不少青春歲月，最近有機會跟這些在社區裡工作的人員共事，稱兄道弟，可以體會到他們真的有一套，剛才鄭總幹事所提的大概也不是說互相批評，而是說我們在社區工作要從醫院的經驗吸收一些技術，醫院工作的人員也需要從對社區工作很有經驗的人吸收一些必要的技巧，或者一些看法，這是將來在專業上面很重要的互動，現在有很多醫院也做了社區的工作，但是比起一天 24 小時、一年 365 天都在打交道的周邊社區鄰居，所看到的不一樣，這可能是將來我們可以討論的方向。我做個廣告，剛才鄭總幹事有提到 easy coffee，我建議在座各位有機會去喝一次咖啡，善導寺捷運站，包準喝了以後會讚不絕口，味道真的很好，走在遠遠就聞到非常香的咖啡，工作人員的穿著也非常漂亮、非常乾淨。

今天大家提了很多寶貴的意見，也非常感謝各演講者提供這麼精彩的演講，大家也討論得很熱烈，這些意見稍微整理一下都可以成為我們的賣點，一旦主流價值出來，大家有共識，我想無論是政策或是資源的整合，都是我們需要繼續努力的目標，今天非常感謝大家，我們大家一起繼續努力、一起奮鬥，謝謝大家。



## 籌備委員名單

主持人：

胡海國，台大精神科教授

執行秘書：

簡以嘉，衛生署八里療養院社區精神科主任

委員：(依姓氏筆劃序)

曲同光，中央健康保險局副經理

吳文正，衛生署醫政處科長

吳英璋，台大心理系教授

呂淑貞，衛生署八里療養院職能治療科主任

金 林，康復之友協會-家屬聯誼會會長

郭振昌，勞委會職訓局就業輔導組組長

陳彥丞，內政部社會司科長

湯華盛，台北市立療養院主任

楊明仁，高雄醫學大學社會暨社區健康發展中心教授

劉蓉台，衛生署八里療養院社會工作科主任

魯中興，台北市立療養院臨床心理科主任

蕭淑貞，輔仁大學醫學院副院長



國家圖書館出版品預行編目資料

臺灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務  
研討會彙編 / 胡海國總編輯. -- 初版. --  
臺北市：國家衛生研究院, 民 93  
面；公分  
ISBN 957-01-7050-6 (平裝)

1. 精神病 - 護理 - 論文, 講詞等 2. 長期照  
護 - 論文, 講詞等

415.9607

93005766

台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編

---

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 民權東路六段 109 號

電話：(02)2653-4401

網址：<http://www.nhri.org.tw>

出版年月：中華民國九十三年四月

版次：初版 1 刷

定價：新台幣 110 元

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](http://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:1009300963

ISBN:957-01-7050-6