

社區精神復健理論

與

臨床建構

廖曉光

一、社區復健歷史發展

一、西方歷史發展

1. 對慢性精神病患的虐待與忽視。
 2. 十九世紀 Dorothea Dix 的改革，提供人性的照顧與治療，州立醫院出現。
 3. 大機構擁擠惡劣，醫療品質差，引起大眾注意。
 4. 一九五〇年來藥物治療的突破及社區心理衛生運動，導致「去機構化」政策，促使病患大量出院。
 5. 一九七〇年有人開始批評去機構化政策及社區安置所帶來的問題，認為社區尚未準備好配合這些病人的需要，導致很多人無家可歸，或住在騷亂的 single room occupant 而被孤立、忽略及沒有治療。
 6. 有人建議再恢復機構化及重開州立醫院，但有更多人贊同以社區為基礎的照顧是較合乎人性、治療性及少標籤化。
 7. 一九七四年 NIMH (國際心理衛生組織) 開始促進以社區為基礎的照顧。
- #### 二、臺灣歷史發展
1. 對慢性精神病人的虐待與忽視。
 2. 民國六十年玉里榮民醫院成立實驗性農場，其功能仍屬長期養護。
 3. 民國六十六年臺北市立療養院與彰化明德醫院率先成立職能復健工作場。
 4. 民國七十年建立社區病患追蹤轉介系統，由臺北市立療養院和臺大、榮總、三總三家綜合醫院之精神科負責成立所謂「臺北模式」。
 5. 民國七十四年高雄凱旋醫院積極籌劃「大寮復健治療中心」。
 6. 民國七十四年因社會事件如螢橋國小潑硫酸事件、司長被殺及龍發堂事件的發生，引起政府及社會大眾對精神病患的注意。
 7. 民國七十五年以前，著重於急性治療及長期收容養護。
 8. 民國七十五年，行政院衛生署開始注意醫療機構的擁擠及醫療品質惡劣。

9. 民國七十六年行政院衛生署依臺灣地區地理環境及人口資源分佈，劃分為七個責任區域，推動精神醫療網工作。

10. 民國七十七年行政院衛生署辦理「公私立精神醫療院所及綜合醫院精神科」評鑑。

11. 民國七十八年行政院衛生署為配合即將頒佈之「精神衛生法」，著手鼓勵並資助各區之區域核心醫院，積極展開各項復建工作。

12. 民國七十九年十二月七日總統頒佈「精神衛生法」，法條中第廿五條明文規定社區復健是精神醫療方式之一。

13. 民國八十年行政院衛生署，推動第二個五年計劃，亦即擬將七個責任區再劃分為十七個次責任區。

二、社區復健的理念建構

一、社區復健的理由：

(一) 建立整體性、連續性、系統性的醫療復健服務：

1. 急診服務：主要目標在消除症狀。

2. 慢性復健服務：主要目標在增強社會功能。

3. 門診服務：主要目標在維持症狀的穩定。

4. 社區復健服務：主要目標在維持既有的社會功能。

(二) 病患在被保護及醫療復健之權益：

精神衛生法第六條及第二十五條明文規定「社區復健」為精神醫療方式之一，同時第十八條第三項清楚規定病患出院後，保護人有責任協助病人繼續接受社區復健。

(三) 維護病患基本醫療人權：

協助其發揮個體潛力，以便追求生命尊嚴。

(四) 避免醫療資源浪費：

1. 善用醫療資源，減輕政府醫療經費負擔。

2. 提昇醫療服務品質。

二、社區復健概念建構：

(一) 對於整個社區的精神病患主動負責。

(二) 就近在社區內給予治療及復健照顧。

(三) 連續性的醫療照顧。

(四) 各種醫療人員的團隊合作精神。

(五) 與社區相關機構的聯繫協調。

(六) 病患家屬團體的介入。

三、社區復健文獻探討

一、依據目前精神醫學之見解，精神病之產生是遺傳與環境因素交互作用的結果，其病理和預後也受此二者之影響。雖自一九五〇年藥物的發現提高治療效果，但世界各地之精神病患仍有相當高比率無法完全治療，而成為慢性且需長期復健的病患者。故現代精神醫療並不完全奢談「治癒」而強調「照顧」，為此「復健」成為治療中重要一環。

二、文榮光醫師。(民七六)認為精神藥物治療與社會心理復健治療對慢性精神分裂病的作用是獨立的變數，各自具有其獨特的功效。若缺乏其中之一種治療，則勢必使患者的精神復健受阻。兩者兼顧，則患者將較易維持復健的效果。

三、Talbot認為慢性精神病患的照顧應包含復健與支持性的照顧，如：①醫療及護理照顧，②家事料理、交通服務，③收入補助，④居住設施，⑤工作、教育機會，⑥社交活動。而依臺北市立療養院(民八十)承辦衛生署社區復健——職能工作復健訓練的結果顯示，受訪者認為困擾病人主要問題為：①人際關係差、②無工作、③症狀不穩定，④不會安排休閒生活，⑤不會自我照顧等。

四、目前臺北市境內，以「社區」為基礎的精神病患社會復健機構僅位於廣州街的臺北市立療養院主持的「職能工作坊」及法人社團的「臺北市康復之友協會」。而市療之職能工作坊從一九八九年九月至一九九一年四月為止所服務人數共計五百六十人。

五、近幾年來，為促進精神醫療的發展，並配合精神衛生法公佈實施，社區復

臺北市精神疾病終生盛行率，預估人數

類 別	*終生盛行率 (0/00)	預估人數 (人)
一、精神病		
1.精神分裂病	3	5,538
2.躁鬱症	9.8	18,091
3.其它精神病	0.2	369
合 計	13	23,998
二、非精神病之精神疾病		
1.精神官能症	82.1	151,554
2.人格違常	1.4	2,584
3.酒癮	14.6	26,951
合 計	98.1	181,089
總 計		205,087

依據臺閩地區人口統計，內政部，78年，臺北市18歲以上人口預估約1,845,970人
葉、胡等流行病學研究，1982—1984年結果推算

四、社區復健臨床建構模式

一、居住方面：

1. 復健型態：設立「康復之家」模式。
2. 復健目標：增強病患日常獨立生活之功能。

健工作的推展在臺北、桃園、高雄、南投、花蓮等地陸續成立由病患、家屬、社會人士、民意代表及精神醫療專業人員組成的康復之友協會，它們

成爲配合政府推展精神醫療社區復健工作相當重要的民間團體。其中臺北市康復之友協會承辦臺北市政府社會局有關精神康復者社區復健——康復之家、常春藤工作及清新坊商店等三項業務。

六、我們從臺北市精神疾病終生盛行率，預估人數表及臺北市政府社會局——未來十年臺北市社會救助項目福利需求推估表（如左）清楚了解到社會復健機構需求面大於供給面，因此各個社會復健方案的擴大是可預期的。

二、復健工作方面：

1. 復健型態：設立
 - (1) 庇護性工作訓練場模式。
 - (2) 職前工作訓練模式。
 - (3) 庇護性就業輔導模式。
2. 復健目標：

- (1) 增強工作動機、促進工作能力、培養工作習慣。
- (2) 增強工作能力、養成工作習慣、訓練獨立自主。
- (3) 適應工作壓力、發揮工作潛力、訓練就業能力。

三、人際互動方面：

1. 復健型態：設立社區復健中心。

四、居家照顧方面：

1. 復健型態：在宅服務。
2. 復健目標：

- (1) 增強病患病識感。
- (2) 提供家屬衛教，協助家屬發展照顧技巧，減輕家屬負擔。
- (3) 運用家庭、醫療機構等社會資源，預防病情惡化，減低再住院率。
- (4) 評估病患和家屬需要性，提供適當的醫療資源或轉介。

五、休閒方面：

1. 復健型態：設立病友俱樂部（休閒推廣中心）。
2. 復健目標：提供病患多元化的休閒娛樂活動及場所。

六、社會支持系統方面：

1. 設立型態：組織「結合家屬、病患及社會大眾的法人社團」。
 2. 設立目標：
- (1) 形成家屬病患支持系統。
 - (2) 形成醫療資源支持系統。
 - (3) 形成社會其他資源支持系統。

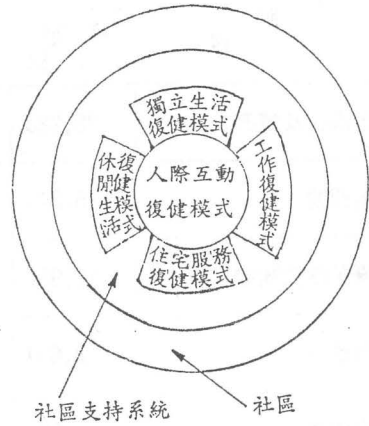
未來十年臺北市社會救助項目福利需求推估

單位：人

福 利 服 務	1992		1997		2002	
	最 低 需 求 量	最 高 需 求 量	最 低 需 求 量	最 高 需 求 量	最 低 需 求 量	最 高 需 求 量
職業訓練及輔導	26,223	64,530	28,730	92,609	29,799	96,055
生活補助	15,249	66,218	16,692	72,547	17,313	75,246
醫療保險及補助	27,981	98,008	30,656	107,376	31,796	111,370
喪葬補助	8,644	59,186	9,470	64,843	9,822	67,255
平價住宅	52,007	92,148	56,978	100,956	59,098	104,711
患難救助	28,421	96,982	31,137	106,252	32,296	110,205
收容安養	17,434	56,842	18,850	60,025	19,810	64,591
自強貸款	16,848	65,339	18,458	71,584	19,144	74,247
災害救助	17,727	73,250	19,421	80,251	20,143	83,236
日用品平價供應	21,972	106,944	24,075	117,166	24,971	121,525
免費托兒	9,669	48,345	10,593	52,966	10,987	54,936
子女免費教育輔導	20,803	86,581	22,791	94,857	23,639	98,385
尚 待 開 發 之 福 利 服 務						
租屋津貼	28,860	64,753	31,619	70,942	32,795	73,581
游民暫時性收容庇護	21,828	50,249	23,915	55,052	24,804	57,100
法律及心理諮詢服務	19,189	993,265	21,026	108,820	21,808	112,868
精神病患社區復健中心	26,516	64,753	29,051	70,942	30,132	73,581
低收入戶國民住宅	52,154	102,549	57,139	112,351	59,264	116,531

*各年之低收入人口數推估如下：1992-146,499 1997-160,502 2002-166,472

五、社區多元化復健功能關係圖



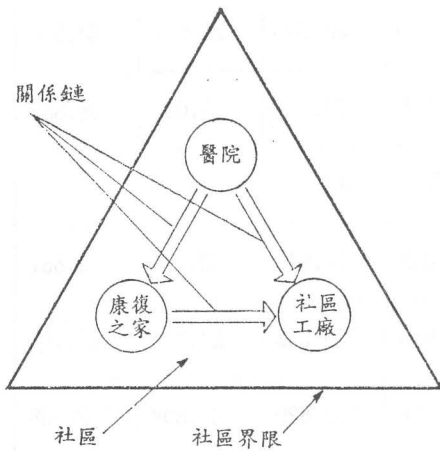
六、社區復健推動原則

任何社區復健的發展都應朝下列幾方面思索：

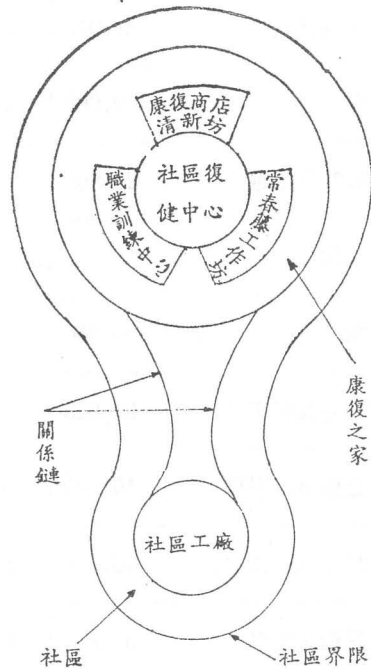
- 一、每一方案設計是否顧及其普及性、經濟性、被接受性、發展性及負責可靠性？
- 二、應以區域性概念逐步推動，使之真正達到社區精神醫學之功能。
- 三、每一區域之發展規模應以此區域之需求量大作為標準。
- 四、每一區域建立之復健模式須積極與臺北區域精神疾病防治醫療網配合。
- 五、每一復健模式在該區域設置前，須了解居民之凝聚力程度，以便減少抗拒現象。
- 六、需積極與該區域之居民建立互助關係。
- 七、積極結合社區中小企業，一方面解決其人力之缺乏同時達到輔導康復者就業目標，另一方面相信也可達到降低居民抗拒程度。

七、臨床實務推動

一、臺北市康復之友協會：



二、宏濟醫院：
該機構以醫院為基礎推動社區精神復健工作，茲以下圖簡示其相互關係：



該機構以社區為基礎推動精神復健工作，茲以下圖簡示其各復健功能關係

康復之家方案內容：

一、發展依據

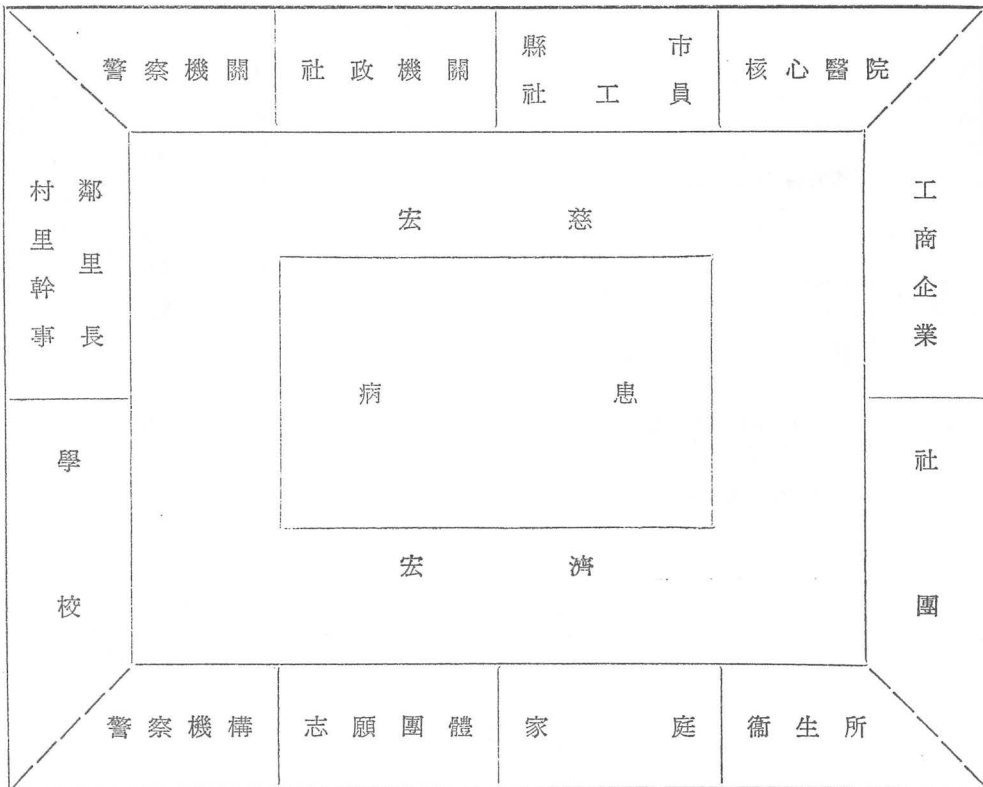
宏慈、宏濟醫院推動新店地區精神病患社區復健發展計畫：

一、計畫目標：

1. 增加病患社區適應能力。
2. 增強病患獨立生活功能，進而減少家庭問題。
3. 培養病患為獨立自主的成熟個體。
4. 協助病患回歸社區。
5. 教育社區居民對精神病患的正確認識。
6. 建立新店地區社區精神醫療網絡。

二、發展步驟：

1. 短程目標（七十六年十月～七十八年十月）：
 - (1) 建立社區性復旦之家。
 - (2) 發掘社區工作資源（如社區工廠）。
2. 中程目標（七十八年十月～八十年十月）：
 - (1) 建立社區性復健商店（或稱自助商店）。
 - (2) 建立社區性職業訓練廠。
 - (3) 繼續發掘社區工作資源。
 - (4) 與當地有關機關團體建立良好關係。
3. 遠程目標（八十年十月～八十二年十月）：
 - (1) 繼續積極參與社區活動，並實施教育計畫。
 - (2) 建立一套區域性醫療照顧支持網絡。



二、人員編制與職掌

一、組織：



二、職掌：

1. 兼任督導：負責康復之家計劃之擬定、督導、評估與修訂。
2. 兼任組長：協助督導者推動與執行相關業務。
3. 專任社工師：負責計劃之行政與業務管理事宜。
4. 村長：由穩定且居住在康復之家的病患擔任，其主要工作是負責安排村內日常整潔及協助專任社工師處理村內有關庶務性工作。

三、功能與地理環境

一、功能

1. 提供暫時性居住場所，以社會技巧訓練方式，建立病患自信及獨立自主的能力，使之重新回歸社區生活。
2. 提供無家可歸之慢性病患一個半保護性長期居住場所，使之有機會重新適應社會。

二、地理環境

1. 男康復之家（稱玫瑰村）位於新店安坑地區內之二樓公寓，其最高床位八床。
- (1) 面積坪數：室內權狀實坪二十八坪使用坪數三十二坪最高滿床八床（28坪÷8人=3.5坪）。
- (2) 屋齡：十年。
- (3) 交通狀況：新店客運、臺北↓玫瑰城、錦繡山莊社區巴士。
2. 女康復之家（稱木蘭村）位於新店安坑地區社區內之二樓公寓，其最高床位六床。

- (1) 面積坪數：室內權狀實坪二十七坪使用坪數三十一坪最高滿床六床（27坪÷6人=4.5坪）。
- (2) 屋齡：六年。
- (3) 交通狀況：新店客運、臺北↓錦繡、小城、安康派出所站

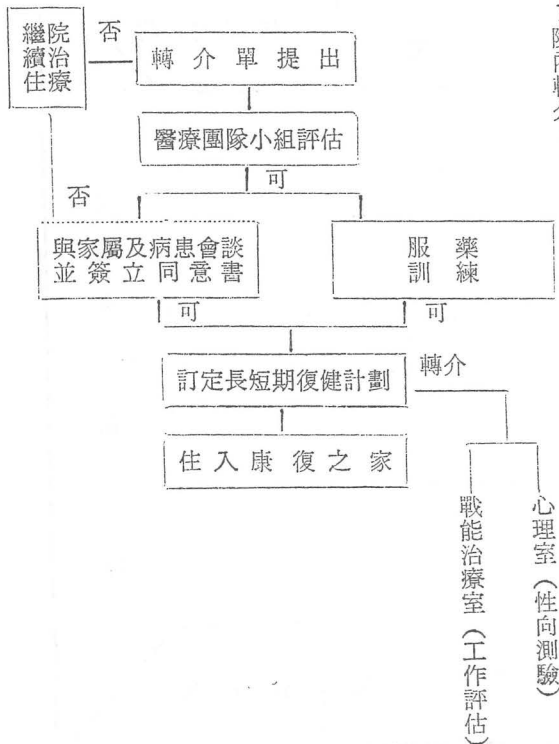
四、病患轉介原則與流程

一、原則

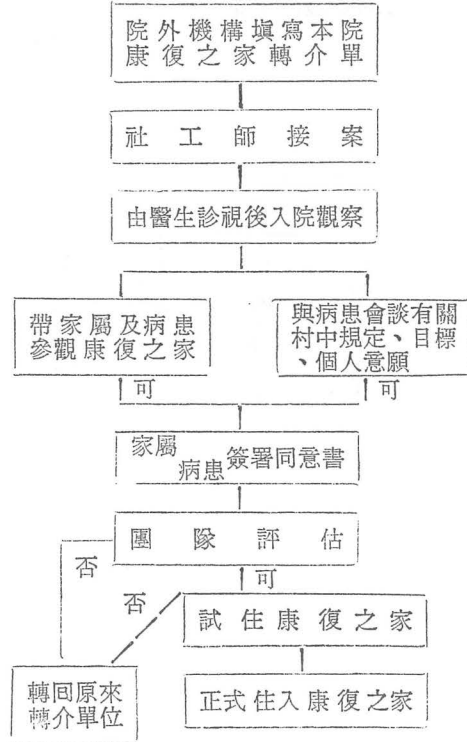
1. 有工作能力或有工作動機可訓練者
2. 無逃跑企圖者
3. 病情穩定者
4. 可自我照顧者

二、轉介

1. 院內轉介：



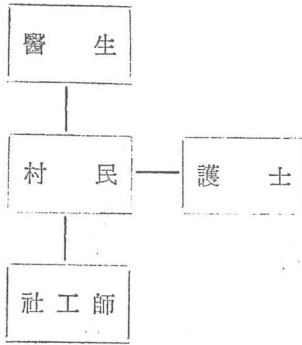
2. 院外轉介：



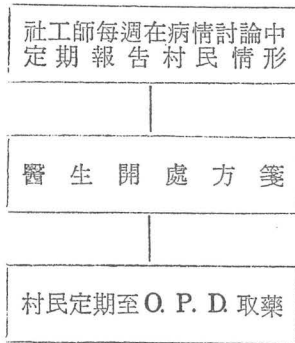
五、醫療復健網絡

一、醫療網絡：

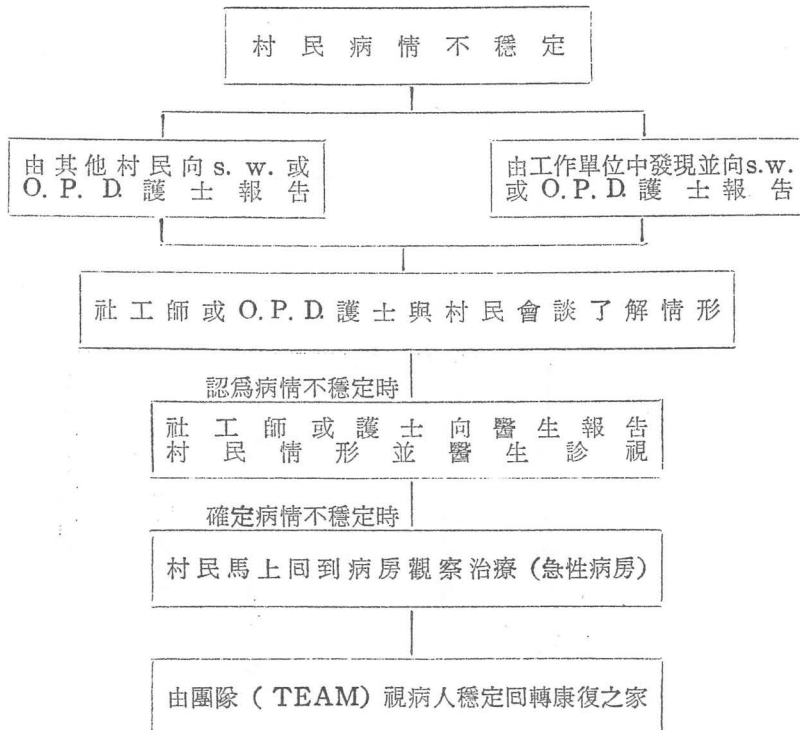
1. 醫療主要照顧者



2. 服藥一般流程：

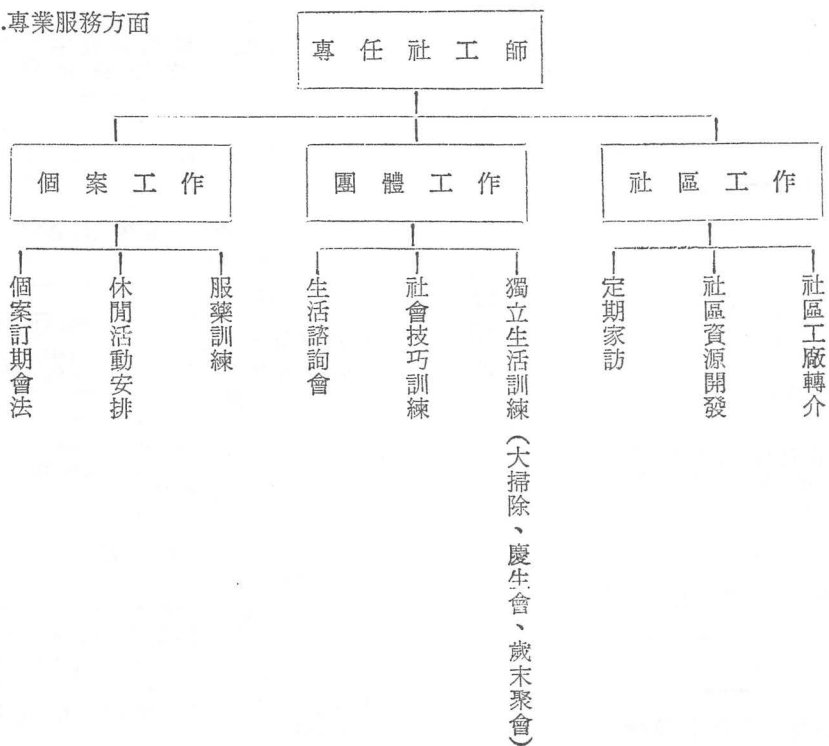


3. 緊急醫療處理流程：

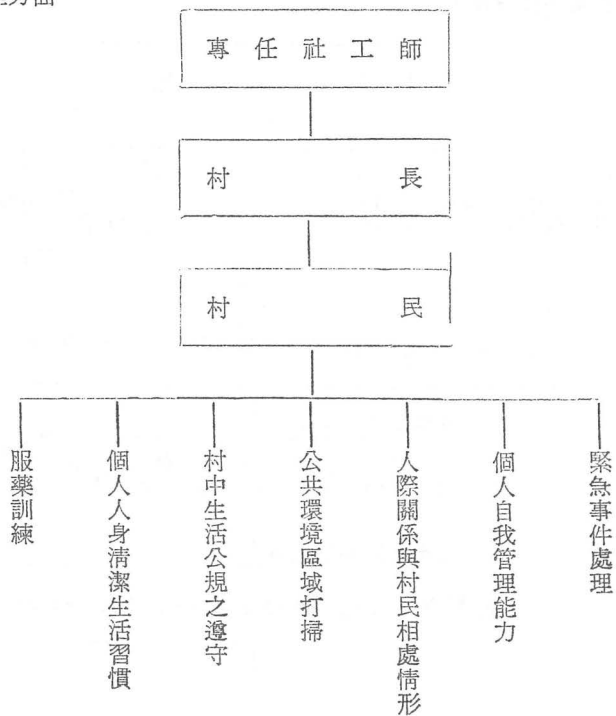


二、復健網絡：

1.專業服務方面

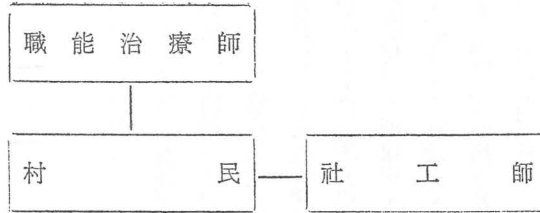


2.日常生活管理方面

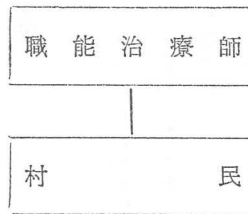


3.工作輔導網絡：

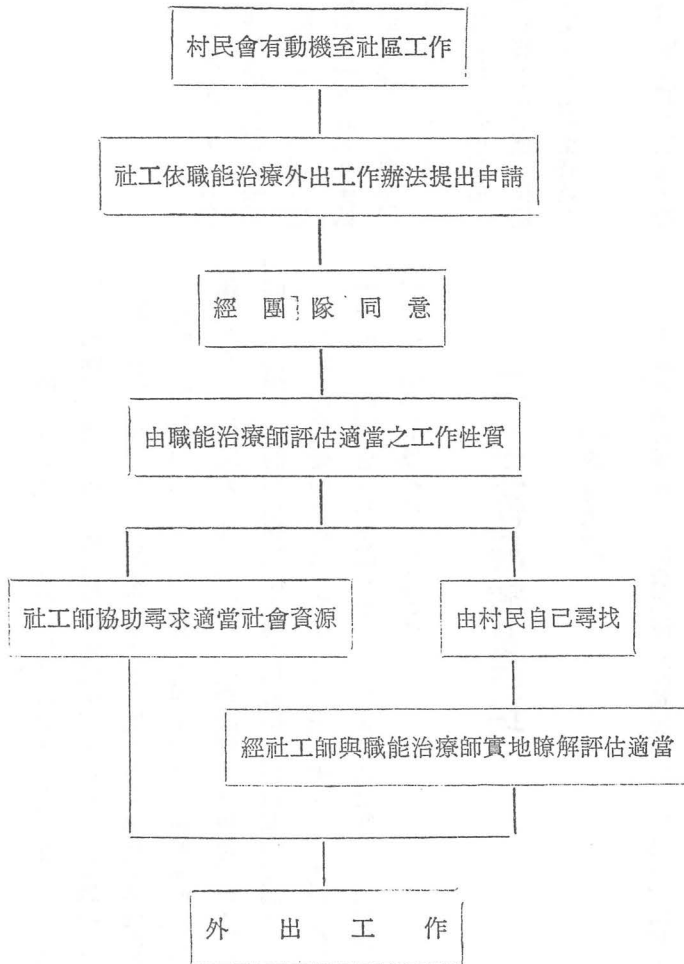
(1)工作主要照顧者：



(2)院內工作流程：



(3)社區工作流程：



(本文作者現任空大講師、康復之友協會社區復健部主任)