

精神醫療體系內 社會資源的整合與運用

楊素端

社會工作之領域十分廣泛，雖因服務對象或機構的不同而區分為兒童、青少年、婦女、老人、殘障，或是社區、學校、醫療、精神等類別之社會工作，基本上仍是以「人」為服務對象，而且是帶有「問題」的人，而這些問題的存在，往往不是單一事件，而是環環相扣，特別是心理——社會層面是並存的，社會工作者在處理案主的社會問題時，心理問題也應包括在評估與處置的範圍內，此外，不論是那一種領域的社會工作裏，都有可能遇到與精神疾病個案或個案的家人中有精神疾病的問題，社會工作者在解決案主的問題時，不能因為你不是在精神醫療機構工作就不去處理精神疾病的問題，譬如一個受虐兒童，可能是父(母)本人即是精神病患，為了協助這位兒童，首要工作應強制他的父(母)接受精神鑑定；當社工師在評估低收入家庭的就業能力時，可能會發現有工作能力的家人為了照顧家中的精神病患而辭去工作，或因變賣家產去支付龐大的醫療費用，協助該病患就醫應是解決低收入問題的第一要件；為了要輔導殘障案主就業，首先要克服他面對人羣的心理障礙及自卑心態，其次才是職能訓練與就業安排，同樣地，在精神醫療機構的社會工作所要處理的不僅是疾病的問題而已，醫療補助往往要先去解決；一個精神病患的母親其小孩的照顧問題；一個無家屬或遭到家屬遺棄的病人如何安置；如何協助精神病患就業等……這些問題呈現的面貌告訴我們個案的問題是複雜的，但社會工作者不是萬能的，也不是只有愛心就能處理個案問題，唯有善用已有的社會資源，才是社會工

作專業的發揮。

例如：一位桃園縣某鄉鎮的村幹事，發現一名精神病患在街上遊盪，露宿街頭，他很熱心地將他送到長庚醫院治療，並募集一筆款為他付醫療費用，後來病人說出他的戶籍在三重市，已沒有親人，而長庚醫院也通知他病情已穩定可以出院，此時，這位村幹事就以公文呈送桃園縣政府，再由桃園縣政府轉送公文到臺北縣政府，希望解決這位病人出院問題，結果公文往返三個月仍沒有結論，這位村幹事只好先把病人帶出院，安置到私人養護機構，每月養護費用二萬五千元……他為了這位病人已付出不少的時間與金錢，但問題仍未解決。

社會資源一詞原來是用在社區發展工作上面，其定義是指社區內一切可運用的資源，各方面的力量，它包括人力資源、物力、財力、知識與資料……等，只要有助於社區發展工作的，均應加以發掘、動員與運用(白，一九八二)。近幾年來精神醫療界大力推展「社會資源運用」的概念，主要是因國人對於精神疾病的觀念認識不清，認為是與鬼魂、宗教、道德等因素有關或只是火氣大、天氣太熱，或是功課壓力太大等，特別是在疾病發生的初期，大都以自己家庭內的方式處理，如服用傳統秘方、求神問卜，一直到病情嚴重，影響家庭或社區生活安寧才考慮送醫治療(Lin & Lin, 1978)，然而，此時的病情已十分嚴重，治療預後不佳，惟「忌諱就醫」、「不知到何處就醫」是目前普遍存在的問題，結果給家庭帶來沈重的壓力與負擔，其所造成的社會成本更不可計數，因此為了精神疾病

患者的預防、治療與復健等工作在社區中有有效的推展，亦需要去發掘、動員社區中可用的各項資源，提供社區民衆更多有關精神醫療的資訊與運用的方便性，以減少或解決精神疾病所帶來的社會問題。

一、精神疾病預防與社會資源間的關係

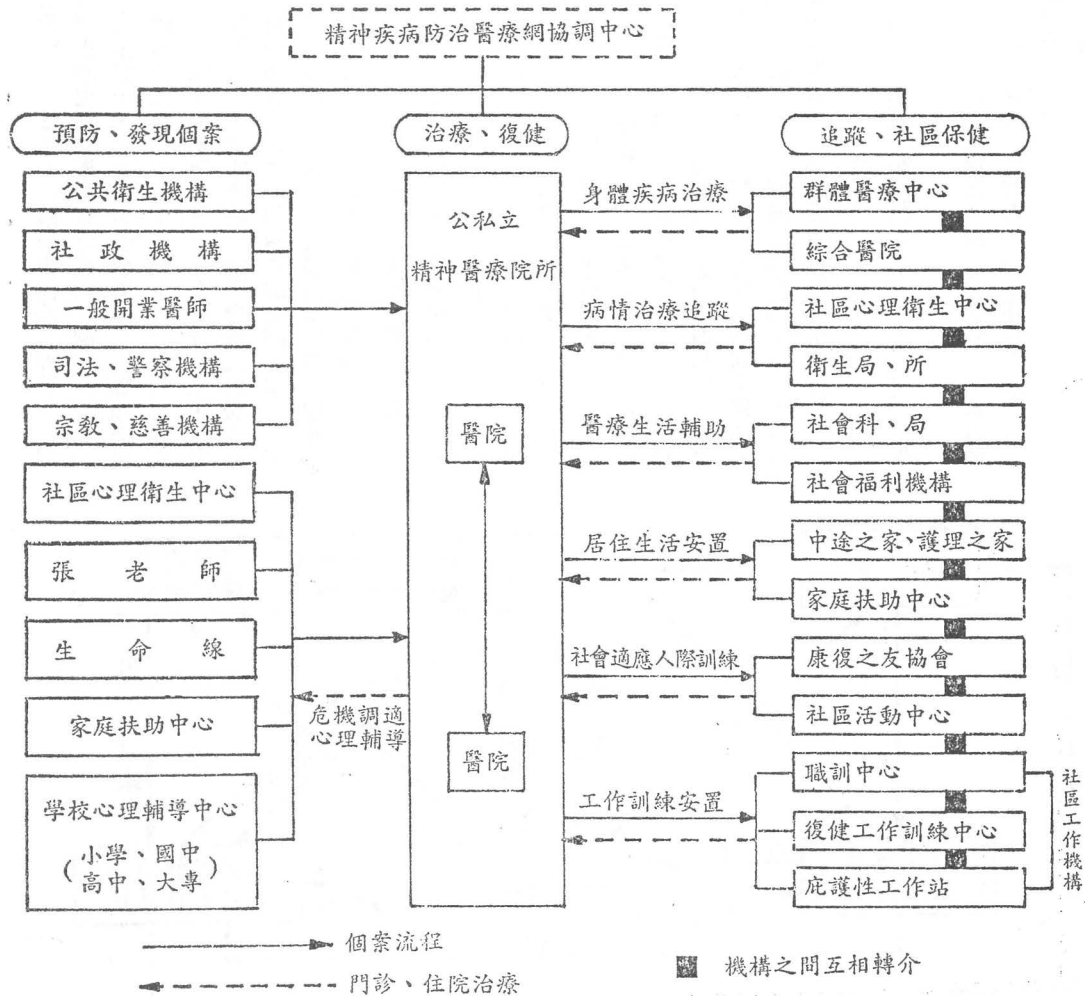
精神疾病雖然沒有像控制傳染病那樣有預防針劑可注射，然而它也是公共衛生保健工作中重要的一環，其預防工作共分成三級預防，旨在降低疾病的發生率，減少疾病的病程，抑制疾病所造成的傷害；爲了要有效的推展精神疾病之預防措施，必須與社區機構間相連結，以促進民衆身心健康。

以下就三級預防工作的內容及那些社區機構間應予參與分別說明如下：(葉，一九七七)

1. 初級預防：即預防問題的發生，在社區內設法使個人能夠避免或消除可能會引起各種疾病的因素，實際上是針對研究所發現的有關容易引起各種精神疾病的因素，在社區內建立一些制度、計畫及活動，使個人避免不良環境，減少問題發生的可能性，這包括相關機構提供的婦嬰衛生、兒童福利、各級學校輔導、老人健康等工作計畫，透過大眾傳播工具對社區內民衆給予一般性心理衛生教育之進行等。

2. 次級預防：主要是問題的早期發現與早期治療以免問題的嚴重化，社工師基本上要對精神疾病之初期症狀及該社區的精神醫療資源有所瞭解，他

圖一 精神疾病防治醫療網——各機構之轉介系統



能夠比病人或家屬更早發現疾病的存在，例如一位社工師在家訪時發現案家的兒子沒有工作，却自稱是在為北二高工程設計橋樑，因為沒有攻擊行為，家人也不知如何處理。

除了社工師以外，在社區中有機會從事家庭訪視的人員包括公共衛生護士、學校老師、村里幹事、警察、觀護人、開業醫師等，都應參與在發現精神疾病個案的工作行列。

3. 三級預防：本項工作主要內容有二點，第一點是對已被發現的病人加以治療，以預防問題的延長與加重，第二點是對病人或案主有關的家庭、工作、環境中的問題的解決，以防治病情的加重及其他類似問題的發生，主要負責上述工作的是精神醫療機構，但對於出院病人返回社區生活時，要安排工作、休閒活動、社交生活等復健訓練時，需要社會福利機構共同協助，以增進康復病友社會功能。

從圖一（柯，一九八七）顯示社區中有那些機構是在預防與早期發現個案工作上佔有重要的地位，而出院康復病友更應依其需要的不同，如病情追蹤、醫療生活補助、居住生活安排、人際關係訓練、工作安置等，分別轉介至適當的機構接受進一步的服務。

二、精神醫療服務之輸送

體系

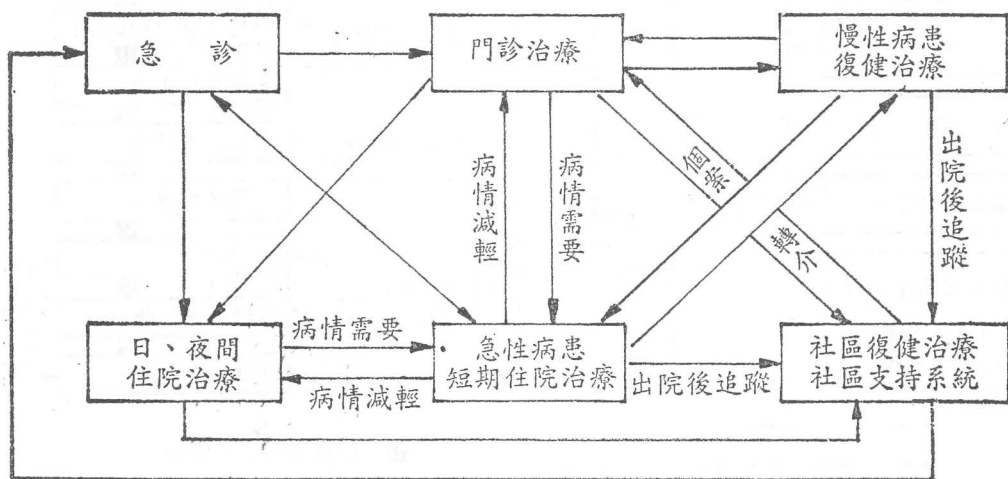
大多數的人對精神疾病是陌生的，對精神科醫院更存有社會偏見，比較容易被聯想到的是「黑暗

的小房間」、「鐵鍊」、「彪形大漢的管理員」，對於精神病患的處置大概都認為是要「關在醫院裏一直到病完全好」、「最好與社會隔離」，實際上現在的精神醫療工作已經是十分進步，治療的內容也很多樣化，除了藥物治療外，還有心理治療、行為治療、娛樂治療、職能治療，除了對病人個別治療外，還要強調病人與家屬間關係的協調，學校、工作環境的適應等，因此轉介者要對精神醫療體系的現況有充分的瞭解，才足以說服病患就醫。

自五十年代精神科藥物發明後，精神病患回到社會已不是神話，再經六十年代免機構化運動推動，醫院已不是唯一精神病患的治療地方，國內精神醫療體系亦受此潮流的影響，有了明顯的演變，由傳統監禁式養護發展到開放式的醫療，由住院治療發展到門診追蹤，以及近幾年來政府大力推展的社區復健計畫，其治療目標是要使病人能回到社區生活，但因精神疾病是容易慢性化導致社會功能受到障礙的疾病，需要長期的醫療照顧，因此精神疾病的治療不僅是消除或減輕症狀而已，進而要提高其社會生活功能，促進其家庭、社會的早日復歸為目標，而極需整體性、連續性醫療照顧系統（葉，一九八七）。

目前國內精神科治療模式大致可分為下列幾種

1. 門診：提供診斷鑑別之服務，並依病人症狀輕重程度予以適當轉介，此外，門診亦提供社區病患追蹤治療。
2. 住院治療：



圖二 各種醫療服務模式與病患流程圖

(1) 急性短期住院：病人症狀可在短期內控制穩定後出院。

(2) 長期復健住院：病情穩定但社會生活功能退化者，需在院內接受復健治療，其目標仍以回歸社會生活為主。

(3) 日（夜）間住院：因家庭接納度或地理環境等因素，病人白天可在醫院接受復健訓練，晚間回家居住，或是白天在院外工作，晚間回到醫院居住。

(4) 慢性長期護理：部分病人因症狀無法穩定到接受復健訓練程度，預測其回到社會生活會有困難時，需要在機構內被長期照顧。

3. 社區復健：

(1) 居家治療：對於中斷治療之病患，由工作人員定期家庭訪視，評估未再就醫之困難並協助解決。

(2) 社區復健中心：在社區機構內提供復健訓練項目，以供需要的病友使用。

(3) 庇護工作場：模擬工作場提供各類職能訓練，包括工作態度、求職準備，最後以輔導就業為目標。

(4) 康復之家：對於不適合回家或無家可歸，却已康復者，提供暫時性居住場所，訓練其獨立生活能力，最後能在社會中自立更生。

4. 社區支持系統：由病友、家屬或社區人士組織之社會團體，例如康復之友協會、心理衛生促進會

等，其宗旨在為病患謀福利，喚起社會大眾對精神病患的關懷接納。

以上這些治療模式彼此間是互為交流的，如圖二所示（葉，一九八七），所要強調的是讓精神疾病患者能依病情的不同、進展情形，獲得適當醫療照顧，一般轉介者只要將病患介紹至門診部門，即可進入精神醫療的體系運作程序。

三、精神疾病社會資源轉介工作之建立

精神醫療體系資源比起其他疾病醫療資源是十缺乏的，目前全國的精神科病床數約一萬二千床，且分佈十分不平均，如床位比例最高的地區是人口最少的東部，機構的治療功能不齊全，慢性收容床約佔五分之四，有社區復健設施的醫院才十二家，因此要有系統的建立轉介系統是重要的工作。

有關精神醫療體系社會資源的整合工作，早在民國七十二年就由中國心理衛生協會以推動機構內及機構間之溝通，建立心理衛生服務網為目的，在高雄市召開「南部地區變遷社會的心理衛生問題及對策研討會」，主題討論為機構間的行政協調、教育訓練、轉介照會等有關問題，有醫療機構、社區心理諮商（社會心理衛生中心）、危機調適（生命線）、青少年輔導（張老師）及學校輔導系統等機構參與，發現機構間的功能及服務對象有重疊之處，

部分機構內各成員所扮演的角色亦有混淆現象（宋，一九八四），該協會接著在民國七十四年元月於草屯鎮舉辦「中部地區精神疾病醫療網之建立」研討會，七十五年四月在桃園市舉辦「北部地區精神疾病防治醫療網之建立」研討會（宋，一九八五），提到自一九五三年醫學界開始使用治療精神病的藥物後，大力推行「免機構化」運動，把病人安置到社區給予工作及家庭社會適當的輔導，社區精神醫療逐漸成爲一項發展的新方向，他認爲精神醫療需要多重參與，包括醫療、社政、教育等各级政府機構及其他有關單位，人民團體以及消費者的共同參與，該次會議已有更具體的結論，建議成立協調中心，專司行政協調、教育協調及轉介協調等任務，並明確地將社區機構的轉介照會網絡系統標明出來，也設計了機構間的轉介照會單及轉介照會流程。

由於中國心理衛生協會的推動，行政院衛生署遂於七十六年度施政計畫中，開始推行精神疾病防治醫療網，並將全國精神醫療單位劃分出七個區域，每區域指定一家醫院爲核心醫院，其任務包含三大課題：(1) 協調、聯絡、與組織區域內的精神醫療院所，使有限的醫療資源能夠合理的分配與運用，(2) 聯絡協調區域內的心理衛生、社會福利、學生輔導等機構，提供有關精神疾病防治工作的教育訓練，(3) 建立轉介照會中心，推動各機構間使用統一的個案轉介照會單格式，完成社會資源手冊之彙編。

目前被指定的核心醫院是臺北區——臺北市立

療養院，高雄區——高雄市立凱旋醫院，北部地區——省立桃園療養院，中部地區——省立草屯療養院，南部地區——國立成功大學附設醫院精神科，東部地區——玉里榮民醫院，澎湖區——省立澎湖醫院精神科，負責轄區內精神醫療資源與社區資源間的整合工作，前項工作包括醫院間協調、輔導與轉介，專業人員訓練等，後者的工作則着重在訓練社區機構人員對精神疾病常識及醫療體系的認識，轉介程序；最重要的目標是希望發揮早期發現早期送醫之預防工作。

轉介照會工作在初期的推展上並不十分順利，根據賴（一九八八）的研究發現社區機構在過去一年內百分之八十曾經接過有關精神疾病的個案，但一半以上的人並未曾有轉介照會的經驗，主要問題是核心醫院人力不足、機構間彼此的共識不足、缺乏轉介照會的默契、精神醫療分布不均，近幾年來，政府在「加強精神疾病防治六年計畫」工作上已有顯著的成效，特別是在全國各省市立醫院成立精神科門診及日間留院及精神醫療費用補助之措施，使社區機構在轉介病患就醫的困難度更為減少。

精神衛生法在民國七十九年底通過後，有關社區精神病患強制送醫程序的工作流程更加具體落實到地方基層單位，茲以臺北縣病患為例說明之。

警察局接到民衆報案，有一女性精神病在一處

工地小屋裏，全身赤裸大聲叫喊，影響附近安寧並有礙觀瞻，管區警員前往查看後即通知當地衛生所公共衛生護士，公衛護士初步判定這位病人需要強制鑑定，遂以警察局救護車將病人送往有衛生署合約委託辦理精神鑑定之醫院門診，經醫師鑑定結果需要住院，因病人抗拒住院，而為其安全，決定予以強制住院，因病人身上無任何證明文件，其醫療費用由院方向衛生署申請強制住院醫療補助，病人住院後即進入精神醫療體系，由醫療人員接案，因懷疑病人可能被強暴，而有其他科別疾病，遂由醫院社工師協助前往綜合醫院檢查，結果正常，住院後第三天，病人說出一個電話及 B. B. Call 號碼，經社工師聯絡，前者是病人哥哥的家，電話是嫂嫂接到，表明病人母親長期臥病，父親年歲已大，他們早已不管病人的事，第二個電話則是病人的男朋友，馬上到醫院來，自此病人身分及病歷一切明白，因其戶籍在桃園縣，建議申請衛生署門診醫療補助，使能長期追蹤治療。

參考書目

白秀雄：社會工作，一九八二。
葉英堃：心理衛生工作人員在心理衛生保健工作上之任務，如何做好社區心理衛生保健，臺

北市立療養院，一九七五。

葉英堃：我國精神醫療的諸問題，中華心理衛生學刊，第三卷，第一期，一九八七。

柯少華：臺灣省北區精神醫療疾病防治醫療網建立之研討會……轉介照會組，中華心理衛生學刊，第三卷，第一期，一九八七。

宋維村：南部地區變遷社會的心理衛生問題與對策研討會，中華心理衛生月刊，第一卷，一九八四。

宋維村：會議報告……中部地區精神疾病防治醫療網之建立研討會結論，中華心理衛生學刊，第二卷，第二期，一九八五。

賴淑霞：中部地區精神疾病醫療網轉介照會制度建立制度之評估性研究，東海大學社會工作研究所碩士論文，一九八八。

Lin, T. Y. & Lin, M. C.: Service delivery issues in Asian-Horth American Communities, Am. J Psychiatr, 一九七八。

（本文作者任職於桃園療養院八里分院社服室）