

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

醫院之社區精神復健服務探討

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC91-2412-H-002-005-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：國立臺灣大學社會學系暨研究所

計畫主持人：余漢儀

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 7 月 31 日

醫院之社區精神復健服務探討

理想的精神醫療是當患者病情惡化時能有急診與及時住院的短期治療，病情穩定即可出院作定期門診，故而其後的復健措施至為關鍵。民間社團的社區精神復健方案雖較有彈性，然受限於財務資源及專業人力不足，方案的深度有其侷限。反觀台灣地區的精神醫療院所愈來愈注重社區醫療，紛紛發展社區復健方案，例如玉里榮醫發展的「治療性社區」及「支持性就業」，就是極明顯的案例。截至民國九十一年底，台灣地區衛生局列冊追蹤的精神病友共計 62,992 位，而台灣的社區精神復健措施卻並不普遍，它們又大多附屬於醫院。這與衛生署的補助政策可能有所關聯，而精神復健機構之設置對消防、建管設施要求，也不利於民間機構立案。

筆者以北市療、國軍北投、八里療養、北市仁愛及和平市立醫院這五個公立醫療組織的社區復健服務為對象，進行個案研究（case study），透過檔案文件內容分析、方案運作參與觀察、知情人士深度訪談及專家座談，探討：

- （1）醫院的社區復健服務發展的脈絡，而這些所謂的「全控組織」（total institution）如何透過這些方案發展出與病友的另類（alternative）關係？
- （2）而社工專業在執行這些方案的醫療團隊中是否扮演什麼角色？
- （3）醫療團隊中的各專業又是如何看待病友家屬的角色？是否抱持不同觀點，而這些不同觀點又怎樣反過來影響家屬對專業服務的看法？

結果發現社區復健服務的確開拓另類醫病互動的機會，但由於醫療競逐營利的趨勢，這些方案處於醫院邊陲，未能衝擊原有醫病關係結構。社工與職能、護理、心理是常見的團隊人員，但並無凸顯角色，家屬仍被視為醫療照護代理，被動的配合專業人員要求。

關鍵詞：社區精神復健、精神病院、精神健康、精神病患、專業角色

Study on the Community Rehabilitation Services for the Mentally Ill Operated by the Hospitals

As the ideal treatment for the mental illness, it requires not only the medical intervention based on diagnosis and symptom-control, but also the follow-up community rehabilitation for those with regular out-patient services. The pro for a grass-root agency to operate the community mental rehabilitation programs is flexibility, and the con will be its limited resources. In nowadays Taiwan, psychiatric hospitals pay more attention on community medicine, and develop their community rehabilitation programs, such as a “therapeutic community” or a “supportive employment program” by Yu-Li Veterans Hospital. According to the 2002 mental health statistics, in Taiwan, there were in total 62,992 patients listed as the mentally ill living in the communities. However, the community mental rehabilitation programs are not popular, and most of them have been operated under the auspice of hospitals due to the subsidy policy of the Health Department and the strict construction regulations further putting a non-medical agency in a disadvantaged position.

Five public hospitals have been chosen to study their affiliated community mental rehabilitation services. Through content analyses of program documents, participatory observation of program implementation, in-depth interviews of program informants and experts’ meetings, the following research purposes shall be served:

- (1) To study the context of the community rehabilitation services development, and how the total institution such as psychiatric hospitals might offer alternative interaction model with their patients through those programs,
- (2) To analyze the role played by the social work profession in the medical team in charge of the community mental rehabilitation services, if there is any,
- (3) To understand how different professions in the team perceive the role of the patient’s family members, are they different? And how do they in turn affect the family member’s perception of the professional services?

It is found that those community rehabilitation programs do open a window for alternative physician-client-relationship, while it’s not strong enough to transform the existing structure. Social Work as a member of the professional team, plays no unique role. The family of the mentally ill is perceived as a care extension of the hospital, they comply the professional expectation passively.

Key words: Community mental rehabilitation, Psychiatric hospital, Mental health, the
Mentally ill, Professional role

章節目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究緣起及目的.....	1
第二節 相關文獻探討.....	2
第三節 研究策略.....	6
第二章 精神醫療資源之變化.....	9
第三章 身心障礙者就業基金.....	13
第四章 建構社區復健.....	26
第一節 社區復健服務.....	26
第二節 勞政與衛政的競合.....	29
第五章 結語及討論.....	33
參考文獻.....	37
附錄.....	40
1 國軍北投醫院訪談 A.....	40
2 國軍北投醫院訪談 B.....	51
3 國軍北投醫院方案學員 A 訪談.....	59
4 國軍北投醫院方案學員 B 訪談.....	77
5 國軍北投醫院訪談	

C.....	93
6 國軍北投醫院訪談	
D.....	101
7 國軍北投醫院訪談	
E.....	108
8 市立療養院訪談	
A.....	110
9 市立療養院訪談	
B.....	115
10 市立療養院方案學員 A 訪 談.....	117
11 市立療養院訪談	
C.....	130
12 市立療養院方案學員 B 訪 談.....	137
13 八里療養院訪談	
A.....	154
14 八里療養院訪談	
B.....	159
15 八里療養院訪談	
C.....	167
16 八里療養院方案學員 A 訪談.....	171
17 八里療養院方案學員 B 訪談.....	190
18 八里療養院訪談	
D.....	203
19 八里療養院訪談 E.....	205
20 八里療養院方案學員 C 訪談.....	209
21 八里療養院方案學員 D 訪談.....	224
22 北縣康復之友心橋愛心工作坊訪談.....	237
23 三重醫院心橋愛心工作坊方案學員訪談.....	243
24 仁愛醫院就業服務組訪談.....	253
25 仁愛醫院方案學員訪談.....	268

26	和平醫院精神科訪談.....	274
27	和平醫院方案學員 A 訪談.....	282
28	和平醫院方案學員 B 訪談.....	288
29	康復之友聯盟訪談.....	295
30	台北市政府勞工局訪談 A.....	305
31	台北市政府勞工局訪談 B.....	312
32	台北市政府勞工局訪談 C.....	321
33	勞委會職訓局身心障礙就業訓練組訪談.....	327
34	台北市政府衛生局訪談.....	333
35	行政院衛生署醫政處訪談.....	344
36	「各醫院社區精神復健服務」主管座談會.....	353
37	「各醫院社區精神復健服務」工作人員座談會.....	373
38	主管座談討論題綱.....	389
39	工作人員座談討論題綱.....	390

表目錄

表 1-1	本研究欲探討之公立醫院附設之社區復健方案資訊	6
表 1-2	醫院社區復健方案及相關部門參訪情形.....	8
表 2-1	臺灣地區歷年列管精障病友相關統計(民 86~91 年).....	9
表 2-2	各縣市衛生局列管精神病友個案數(民 89~91 年)及管理績效(民 91 年).....	10
表 2-3	臺灣地區歷年精神醫療設施服務量(民 86, 88~91 年)	11
表 2-4	台灣地區各縣市精神醫療設施服務量之分佈(民 91 年)	12
表 3-1	向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案(88 年下半年~89 年度)	14
表 3-2	向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案(90 年度)	15
表 3-3	向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案(91 年度)	16
表 3-4	向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案(92 年度)	18
表 3-5	北市勞工局身心障礙者就業基金專戶補助方案申請統計(88 年下半年~92 年度)	21
表 3-6	台北市勞工局身心障礙者就業基金補助身障福利團體/機構服務方案統計(88 年下半年~92 年度)	22
表 3-7	台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶歷年補助之精障機構(88 年下半年~92 年度)	23
表 3-8	北市勞工局委託各單位辦理精障者社區化支持性就業服務	

	(90~92 年度)	24
表 3-9	北市勞工局歷年對各精障機構之委託及補助 (88 下半年~92 年度)	25
表 4-1	本研究探討之醫院附設精障社區復健方案(民 91 年)	26
表 4-2	北市勞工局身心障礙者就業基金專戶歷年補助四家醫院之精障方案 (88 下半年~92 年度)	32

第一章 緒論

第一節 研究緣起及目的

理想的精神醫療是當患者病情惡化時能有急診與及時住院的短期治療，病情穩定即可出院作定期門診，故而其後的復健措施至為關鍵。各國社區復健型態未趨成熟之前多以醫院為基礎，以病患症狀及醫療為主，社區照顧為輔（李文瑄，1996）。但先進國家則已脫離此型態，發展為社區取向的復健模式。社區中有各種心理衛生保健及復健措施，精神醫療院所只有當病患經各種社區照顧失控時，才提供短期住院治療，出院後則在社區中有長期後續服務。

1999 年年底至 2000 年七月，筆者曾透過走訪台北縣市、台南市及高雄市康復之友協會的社區復健方案（余漢儀，2000），除了對方案規劃、執行及其贊助單位承辦作深入訪談外，更現場參與觀察方案之實際運作。研究發現此四個家屬主導程度不等的民間社團，發展出不同的社區復健營運模式，而與其任務環境，特別是精神醫療院所如何交換資源至為關鍵；而民間社團的社區復健方案雖較有彈性，然受限於財務資源及專業人力不足，方案的深度有其侷限。反觀台灣地區的精神醫療院所愈來愈注重社區醫療，紛紛發展社區復健方案，例如玉里榮醫發展的「治療性社區」（黃媛齡，1998）、或逐漸由做中學的支持性就業方案（黃媛齡等，1999），就是極明顯的案例，衛生署即委託國家衛生研究院的林知遠等學者涵括玉里對慢性精神病患社區復健實驗計畫進行兩年（2001~2002）的研究。

我國的精神衛生法第六條界定「社區復健治療」為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供有關工作能力、態度、及社交技巧、日常生活處理能力等復健治療；包括社區庇護性工作場所、社區復健中心及康復之家。截至民國九十一年底，台灣地區衛生局列冊追蹤的精神病友共計 62,992 位（衛生署，2002），而台灣的社區復健措施卻並不普遍，它們又大多附屬於醫院。為何精神病社區復健措施大多附屬於醫院呢？這與衛生署的政策可能有所關聯，民國七十七年擬訂的「精神病患社區復健試辦計劃」提供各種補助以鼓勵核心醫院推動社區復健治療方案，例如庇護工作場所每人月 6,000 元，康復之家每人月 4,000 元或 7,500 元及居家治療每人月 3,000 元。但民間非醫療機構若提供類似社區精神復健方案，就得各展神通去爭取補助。而民國八十三年年的「精神復健機構之設置、管理及獎勵辦法」對消防、建管設施要求，也不利於民間機構立案。

筆者希望能就台灣地區的幾所公立精神醫療院所的社區復健方案，探討它們

發展的脈絡，並所謂的「全控組織」(total institution) (Goffman, 1961: 6-11) 如何透過這些方案發展出與病友的另類 (alternative) 關係？而社工專業在執行這些方案的醫療團隊中又扮演什麼角色？而醫療團隊中的各專業又是如何看待病友家屬的角色？是否抱持不同觀點，而這些不同觀點又怎樣反過來影響家屬對專業服務的看法？

第二節 相關文獻探討

一、醫院的社區復健方案

為提供精神病患連續、完整的醫療照護，及免於其長期住院造成機構化現象，衛生署自民國七十八年開始執行「精神病患社區復健試辦計畫」，起先兩年主要以公立醫院或教學醫院為主，從民國八十年後則擴大補助對象，凡經「台灣地區精神醫療院所（科）評鑑」合格之醫療院所皆可提出申請，然而歷年補助以醫院為多及少數康復之友協會。而前者由於財力較穩定，且較後者在硬體上有其先天優勢，例如大部分醫院以租用離院較近的社區民宅、改建自己院外的員工宿舍、或現有的院內房舍，來設置病友的社區復健方案（林純美，1993）。

衛生署自民國七十四年起，每三年辦理一次公私立精神醫療院所（包括綜合醫院精神科）之評鑑工作，「康復之家」及「社區復健中心收容量」也於民國八十三年第四次評鑑時正式出現於評鑑資料上，由於衛生署補助及擴大試辦，此二類別也快速增加（1999），然而陸續幾個社區復健方案評估卻不盡理想。例如王馨梓（1993）檢視市療、榮總、宏濟醫院及台北市康復之友協會的社區復健方案，結果卻不樂觀，她認為社區復健方案執行困難，充其量也只是成為醫院提高病床替換使用率的後送單位，失去醫療社區化的意義。鄭夙芬及文榮光（1992）針對八十一年度接受衛生署補助精神病患社區復健的三十五個方案作郵寄問卷調查，回收廿六個方案的問卷，發現方案的工作人員多為兼職、非相關復健專業、且流動率高，除庇護性工作場與社區有較和諧互動外，復健方案與當地社區間的關係是冷漠、隔閡的。柯少華（1995）實地訪視接受衛生署八十三年度委託辦理康復之家的十六所公私立精神醫療院所以及三個康復之友協會等十九所機構的廿三家康復之家，發現收容率只有 64%，且專任工作人員流動率高。同時面臨的嚴重問題包括：民眾不瞭解康復之家、補助辦法不完善、房舍難找、個案社區就業資源不足等五項。由於「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」對消防及建管的要求，廿三家康復之家皆未能通過申請。

張璣如等（1993）進一步針對中部七所精神醫療院所（草療、彰基、明功堂、信安、靜和、明德、以及台中榮總）的 308 位門診病患家屬作問卷訪談，探討阻礙病患利用社區復健設施的相關因素，結果發現中部社區復健的發展不脫「以醫院為中心的復健」型態，僅康復之家的發展較能呈現一般社區病患的需求；另外，（1）資訊傳播不良、機構不適用（地點、費用、效果、設備等）與不可及等組織因素，（2）家屬的信念及態度等個人因素，及（3）病患的需求因素都影響復健設施的使用。黃梅羹等人（1993）則針對台北市的萬華、大同及中正區衛生所的追蹤個案，以及台大日間留院個案共 75 名精神分裂症病患（45 歲以下，在 1991~92 年間持續接受治療或社區追蹤的）及其家屬作問卷訪談，除了 54.7%受訪者表示沒有聽過社區復健外，病患的年齡、性別、發病年數、婚姻、教育程度、現職及家人關係均影響家屬對社區復健的認知、態度及行為；而對社區復健方案考慮的優先順序為社區復健中心、康復商店及庇護性工場。張作貞（1997）訪視中部四家醫院門診及居家治療的 244 位病患家屬照顧者後，也發現 48.4%受訪者未曾聽過任何一種社區復健措施，而社區精神復健服務與病患的前置特徵、需求因素、及照顧者之性別、年齡、教育程度、選擇治療方式的態度、照顧時間長短、負荷程度皆無顯著相關；但與病患診斷、行為問題程度、照顧者求助動機及充權資源中的家人支持、以及對服務認知等變項有顯著相關。

陳快樂等學者（1999）對八里療養院復健病房的 58 位精神分裂病患所做實驗，發現除了研究期間之醫院復健病房全年病床週轉率較前一年成長 145%外，接受社區精神醫療照護方案之實驗組在控制病患病情方面，與接受住院照護之對照組無異。除了作者所提出的理由，例如樣本選擇性偏差、受訪病患家屬記憶偏差及樣本流失外；進一步探究其「社區醫療照護方案」的操作定義，包括康復之家、復健中心、日間留院、居家治療及門診治療等內涵歧異的服務，自變項內涵未能標準化可能也是問題。國外相關成效研究極多，Anthony 等學者（1990）綜合嚴重精神病患復健服務的相關發現後的結論之一是：社區復健機構與醫院間的合作，及其與整體長期社區支持體系間的關聯極為重要。本研究直接探究醫院的社區復健方案如何介於醫院及社區間運作，這樣的臍帶關係（與醫院）是否提供病友與醫療組織不同的互動關係？

二、醫療團隊中社工員的角色

醫療團隊中的相關專業，亦即精神科醫師、臨床心理師、社工師、職能治療

師及護理人員，他們又處於專業權力結構中不同的位置。少數本土研究曾有探討這個敏感的議題。例如張馥媛及黃光國（1995）探討台灣地區的臨床心理師在醫療體系的精神醫療團隊中的地位，認為台灣的精神醫學及臨床心理學知識是由美國移植過來的，同時也複製了臨床心理師和精神科醫師間的角色關係，亦即醫師是醫療團隊的領導者，對於其他專業人員是否應介入治療過程具決定權，而臨床心理師只有在醫師的同意下經過轉介，才能介入病人的處遇過程。

社工師的處境也很類似，根據一份對台灣地區 79 家醫療院所 266 位社會工作人員的郵寄問卷調查（尤幸玲，1993），目前醫務社工員多藉由參與團體工作、及個案研討來增進團隊合作，雖然能在工作中肯定自己的努力，但不諱言會與醫療同仁有角色責任重疊的現象。無獨有偶的，加拿大 188 位精神醫療社工的回郵問卷調查，也發現由於社工對其工作的多元、自主及價值有賴醫療團隊互動的品質，他們很難區辨工作的滿足感究竟是因為來自團隊互動中其他專業所賦予的尊重，亦即專業中的人際關係，還是真的來自本身工作表現（Marriott, et al., 1994）。

衛生署於民國八十三年即推行「出院計畫」（discharge planning），盧純華等人（1999）於民國八十七年針對 8 所醫學中心的醫師、心理師、職能治療師、社工師及護士等 350 人郵寄問卷調查，回收 269 份。五類專業人員中以社工師感受挫折程度最高，而出院計畫的服務項目中，社工師對轉介及社區資源的聯繫又較其他專業看重。各專業都強調在出院計畫服務時「提供訊息與教育」，但其內涵則不同，例如護士以病人的「服藥指導」及「自我照顧」，醫師除「服藥指導」外則是「病情說明」，社工師則以「介紹補助申請」和「社區資源」為主。

Byren（1999）也特別討論到在精神病患居家照護（psychiatric home care）中，社工員與護士的角色區分，例如後者應服務有 DSMIV Axis I 診斷、有急性症狀或有次級病症診斷的病人，若進一步發現社會性問題，則應轉介給社工員。而社工員提供與護士不同的諮商服務，主要在促進照護計畫、減低治療的社會性障礙，或減低因病人照護需求所引發的家屬或照顧者衝突。

由於社工員對「人在環境中」（person in environment, PIE）的雙重關注，個人的適應及對環境制度的改造是同時並進的。Vourlekis 及其同僚（1998）回顧在 20 世紀初期，美國社會工作者如何透過「後續照護」（aftercare）將服務對象擴及重度精神病患。透過一些特定事件的歷史分析，清楚的呈現社工結合了社會行動／倡導和直接服務，成功的達成專業界限設定（boundary setting）及轄區宣稱（jurisdictional claim）。雖然目前社工在精神健康領域的定位似乎還曖昧不明，但社工若將其社會行動／倡導功能與其直接服務的能力聯結，即能塑造其適當定位。

1995 年 1 月第一屆「社工在精神健康」國際研討會在以色列的耶路撒冷舉行，來自 21 個國家約七百位學者發表了 350 多篇論文，但可惜的是參與者多為來自西方已發展國家的社會工作者，缺少亞洲、非洲、拉丁美洲及東歐國家的不同視角（Aviram, 1997）。本研究探討社工員在醫院社區復健方案中所扮演的角色並與其他專業的互動關係，將累積台灣本土的精神社工實務的知識，並與其他國家的經驗對話。

三、醫療團隊如何看待家屬？

精神病的成因錯綜複雜，特別在 1994 年「精神疾病診斷及統計手冊第四版」（DSMIV）出版後，美國精神病協會（APA）放棄以往對精神病人以「器質性」（organic）或「功能性」（functional）病源學的二分法，引發了以下的論戰：是否過去被視為功能性的嚴重精神疾病其實為器質性的？雙方陣營各有支持者（Arben, 1996）；然而一般仍多採所謂「bio-psycho-social」的說法，試圖整合生物、心理及社會三個層面的影響成因。但就算醫療人員沒有明說，而就醫時常須填答家族相關病史，也使得病患家屬心中總有揮之不去「家族遺傳」的陰影，隨之而來的內疚、恥辱感更達一生之久。家屬在協助精神病患治療及復健過程中，的確扮演關鍵角色，然而他／她們的角色定位到底是什麼呢？

國外早在 1950 年代即有研究往家屬與病患的情感聯結對其後復發、預後的影響方向發展（Brown, et al., 1972），台灣這方面的研究雖不似國外那般汗牛充棟，但近年卻也累積了一些家屬情緒與患者預後關聯的研究（魏芳婉等，1990；陳珠璋與李明濱，1991；吳就君，1993；梁鳳玲，1996）。病友家屬最怕醫護人員的一句話：「出院時還好好的，怎麼一回家就變成這樣？」家屬長久以來就被期望扮演病患照護的角色，甚至分擔醫療復健的責任。在患者住院治療時，醫療機構往往會同步開辦「家屬教育團體」或「家屬座談」等活動，內容不外是對精神疾病的認識、情緒感受、及對病患問題處理等（林美珠等，1987；韓青蓉，1995）；筆者並非認為家屬沒有這方面的需要，或這些不重要，只是家屬的需求在這些方案中並沒有成為重點，如何使家屬能勝任照護精神病患的角色才是目標，亦即家屬被視為醫院延伸到社區家庭內的後續服務。而社工也常被賦予協助家屬作疾病管理的責任（牟秀善，1996）。

到底精神病患的照護屬於社會責任，還是應由家庭成員來吸納呢？在現實生活的經驗中，或「精神衛生法」有關「保護人」的規定（十四條的由家屬擔任；十七條的非正當理由不得推辭；十八條、二十一條、二十二條、二十六條及二十

七條的協助送醫、治療、後續社區復健；十九條的賠償責任），在在都反映出台灣精神病患的問題是由家庭來吸納、解決。黃碧珠（1995）的研究是少數由社會責任觀點出發，探討 160 位台北地區的精神病患家屬（51.2%來自台北縣市的三個家屬團體）對病患基本人權，健康照護、及福利權利的意見，她認為家屬的角色應是倡導病患權益及表達家屬的需求。

我們的醫療團隊是如何看待病友家屬的角色？是「替罪羔羊」？是「案主」？還是「夥伴」？各專業是否又觀點不同？這些不同的觀點又如何影響家屬來詮釋專業人員的協助？

第三節 研究策略

由衛生署醫政處所提供之「民國 88 年台灣地區精神醫療資源分佈情形一覽表」，先選出同時有日間留院、社區復健中心及康復之家的公立精神醫療院所，再配合衛生署網站聯結到這些醫院的社區復健服務網頁確認其方案內涵，表 1-1 即為筆者之前欲研究之公立醫療組織及其當時社區復健服務資訊整理。

表 1-1 本研究欲探討之公立醫院附設之社區復健方案資訊

醫院 社區復健	北市療	國軍北投	八里療養	草療	台南市立醫院
日間留院	200 (科技團隊)	60 (護士)	100 (未知)	50 (未知)	100 (未知)
居家治療	醫護人員	護士	未知	未知	未知
社區復健中心	183 (復健師)	37 (個管員)	30 (未知)	40 (未知)	40 (未知)
康復之家	6 (社工員)	未知 (社工員)	未知	27 (未知)	43 (未知)

說明：數字表服務案主量，() 內則為方案主要負責人員之專業背景

筆者預備以此五個公立精神醫療組織的社區復健服務為對象，進行個案研究（case study），湊巧它們涵括了專科醫院、軍醫院及綜合醫院，母機構的不同特質或將能更豐富它所延伸出的社區復健方案，展現與病友不同的互動關係。筆者曾於民國八十九年以機構檔案分析、配合深度訪談及參與觀察，探討台灣地區的四個家屬主導程度不同的康復之友協會的社區復健方案的營運特色，並專業人員在不同的

營運模式中所扮演角色。雖然田野工作將近半年極為耗時，但卻較能掌握問題的動態層面。本研究將採質化方法，運用資料涵括：(1) 醫院既有之內部檔案文件，例如方案計畫、執行報告及管理報表等；(2) 深入訪談及參與觀察等初級資料；(3) 相關此五醫院社區復健之研究、調查資料及官方統計。將透過以下步驟蒐集資料：

- (1) 由五所醫院各社區復健服務負責人及其網站，取得方案資訊，由其中發掘方案運作之關鍵人物，配合滾雪球策略找出其他知情人士 (informants)，針對方案之策劃者、執行者及使用者 (病友學員) 進行深度訪談。
- (2) 參與觀察五所醫院各社區復健方案實際運作進行。
- (3) 配合內部檔案文件及以以上一手資料重新建構方案的脈絡及內涵。
- (4) 舉辦兩次專家座談，請與會者 (不同屬性之醫院的社區復健方案主管及工作人員) 針對初步研究發現提供意見或不同詮釋。

田野工作由民國九十一年 11 月展開，其間得知北市勞工局針對市立醫院進行創新方案，故而增加仁愛、和平二所市立醫院。各醫院負責社區復健之科室主管分別隸屬於精神科、職能復健科、社會工作科等，對方案緣起及院方立場都能掌握。再請其推薦對方案執行較熟悉的工作員接受訪談；最後再由工作員取得方案學員的同意後，推薦願意分享方案經驗的學員給筆者。筆者訪談均配合受訪者方便的時間、地點進行，訪談記錄初稿整理後亦經受訪者過目修改後才定稿。其間由於 SARS 疫情緊急，4 月中旬至 5 月底訪談工作曾暫時停頓，而中南部的草療及台南市立醫院亦因不便接受訪視而取消行程。詳細的訪談期程及內容可參照表 1-2 及附錄 1~37。共計訪談 12 位方案學員、9 位方案工作員、7 位醫院社區復健服務單位主管及 7 位相關政府及民間單位中階主管。透過資料分析及發掘，應有助於呈現以下的研究成果：

- (1) 探討社區復健服務發展的脈絡，及類似精神醫療組織這種全控組織，透過其社區復健方案如何發展出與病友的另類關係，將有助於提供精神病友更貼心且完整的全人服務。
- (2) 探討社工員在醫院社區復健方案中的定位，有助於累積台灣本土的精神社工實務知識，並可與國際經驗對話。
- (3) 凸顯家屬在病友社區復健活動中的關鍵地位，希望藉此能使專業人員視其為夥伴，同時也需要發展一些服務以充權家屬。

表 1-2 醫院社區復健方案及相關部門參訪情形

醫院名稱	方案參訪	訪談對象（時間）	附錄	初稿	定稿
國軍北投醫院	庇護工場	就業輔導員（91/11/26）	1	12/29	1/22
	支持性就業	督導（91/11/26）	2	2/13	2/27
		方案學員 A（92/6/12）	3	7/10	7/17
		方案學員 B（92/6/14）	4	7/10	7/28
	快樂商店	就業輔導員（91/11/26）	5	1/14	1/15
	社區精神科	主管（91/12/10）	6	12/23	12/25
	社區復健中心	負責人（91/12/10）	7	2/13	2/17
台北市立療養院	心湖職能工作坊	OT 主管（91/12/3）	8	1/14	2/21
	草山職能工作坊	職能治療師（91/12/3）	9	2/13	2/17
		方案學員 A（92/5/22）	10	6/27	7/2
	文山職能工作坊	職能治療師（91/12/17）	11	12/23	12/27
		方案學員 B（92/5/21）	12	6/6	6/17
八里療養院	社區復健中心	OT 主管（91/11/29）	13	1/14	1/20
		職能治療師（91/12/2）	14	12/23	1/20
		就業服務員（91/12/2）	15	2/13	2/14
		方案學員 A（92/6/7）	16	6/30	7/4
		方案學員 B（92/6/9）	17	6/30	7/4
	康復之家	SW 主管（91/11/29）	18	1/23	2/20
		社工員（91/11/29）	19	2/20	2/21
		方案學員 C（92/6/10）	20	7/2	7/4
		方案學員 D（92/6/10）	21	7/3	7/10
三重縣立醫院	心橋愛心工作坊	總幹事（92/2/10）	22	2/25	3/5
		方案學員（92/4/16）	23	5/23	5/29
台北市立仁愛醫院	就業服務組	組長（92/2/11）	24	2/26	3/3
	咖啡坊	方案學員（92/4/3）	25	4/10	4/14
台北市立和平醫院	精神科	主管（92/3/5）	26	4/2	4/3
		方案學員 A（92/4/8）	27	4/11	5/2
		方案學員 B（92/4/9）	28	5/23	5/26
北市康復之友聯盟		秘書長（92/1/24）	29	2/13	3/10
台北市政府勞工局	第三科	督導（91/12/28）	30	1/14	3/7
		專員（92/1/15）	31	2/14	2/14
		執行長（92/1/22）	32	2/10	7/28
台北市勞委會職訓局	身心障礙就業訓練組	副組長（92/3/3）	33	3/21	3/27
台北市政府衛生局	醫政科精神衛生股	股長（92/2/27）	34	3/12	4/9
行政院衛生署醫政處		科長（92/7/15）	35	7/23	7/24

「各醫院社區精神復健服務」座談	6 方案主管（92/7/7）	36	7/17	7/28
	8 方案工作人員（92/7/9）	37	7/21	7/28

第二章 精神醫療資源之變化

各縣市衛生局對當地精神病友有所謂的精神病患列管業務，亦即凡到醫療院所求診的病友，名單自然匯集到其居住地的衛生所，然後由地段公共衛生護士家訪或電訪，瞭解病友後續就醫及服藥狀況，由於衛生所地段公衛人員業務龐雜，雖對病友及家屬雖未必有實質協助，至少代表衛生單位對精神病友情況的掌握。衛生署多年前曾設定衛生局管理個案目標數應達轄區總人口數之千分之 1.7（亦即萬分之 17），有識者以為毫無根據的低估。近幾年全台灣地區平均列管率已達萬分之 28（表 2-1），列管病友人數也逐步攀升到 62,992 人，但相較於社政單位領有身心障礙手冊的精障人口統計，卻相對遜色（68,017 位），地方政府內部衛政與社政單位資訊的比對應有助於精障病友社區統計掌握。

表 2-1 臺灣地區歷年列管精障病友相關統計（民 86～91 年）

民國	年終人數	列管數	領身障手冊	列管數 / 領身障冊數	列管數 / 每萬人
86	21,683,316	38,498	33,518	1.15	17.75
87	21,870,876	47,039	40,488	1.16	21.51
88	22,034,096	48,453	48,256	1.00	21.99
89	22,216,107	52,739	53,470	0.99	23.74
90	22,339,759	58,864	59,513	0.99	26.35
91	22,453,080	62,992	68,017	0.93	28.05

說明：86～88 年資料參考表 2-1，2-2（余漢儀，2000：6-7），89～91 年參考衛生署醫政處「直轄市及各縣市衛生局精神衛生行政工作執行成果一覽表」（89.7～91.12）。

衛生局列管的精障人數在過去三年增加了 19%，由民國八十九年的 52,739 人增加到九十一年的 62,992 人。其中又以台北市（10,325 人）、台北縣（8,463 人）及高雄市（5,473 人）的人數較多。若相對於各縣市轄區人數計算出精障者列管比例，則只有台中市（萬分之 13.3）仍未達到衛生署的萬分之 17 低標。無獨有偶的，當對照領身心障礙手冊的精障者人數時（3,225 人），台中市衛生局的列管病友數（1,326）也只佔 41%，亦即台中市衛生局列管追蹤輔導的名單缺漏很多，連已列管社政單位的精障名單也不能全數掌握。新竹市則是另一仍有極大改善空間的地

方政府（744：2375＝31%）。若此比例超過 100%的縣市，則表示當地衛生局的績效較高，提供社政單位推展身心障礙者福利的空間，若能由當地衛生局取得列管名單，再由社工人員訪視該病友是否合乎申領身心障礙手冊資格，則同時能關照精神病友的醫療及經濟需求。

表 2-2 各縣市衛生局列管精神病友個案數（民 89～91 年）及管理績效（民 91 年）

區域	縣市	民 89	民 90	民 91	轄區人數	列管比例 (萬分比)	身障手冊 領取人數	列管數/ 身障數
北	台北市	4,640	10,006	10,325	2,641,856	39.08	9,855	1.05
	台北縣	9,230	7,747	8,463	3,641,446	23.24	8,984	0.94
	宜蘭縣	1,525	1,541	1,694	464,107	36.50	1,720	0.98
	桃園縣	3,165	3,437	3,607	1,790,000	20.15	3,809	0.95
	新竹縣	889	918	965	452,679	21.32	1,185	0.81
	基隆市	1,002	1,120	1,340	390,276	34.33	1,284	1.04
	新竹市	623	731	744	378,739	19.64	2,375	0.31
中	苗栗縣	1,600	1,611	1,627	560,766	29.01	1,590	1.02
	台中縣	2,865	2,933	3,295	1,512,083	21.79	4,231	0.78
	彰化縣	3,367	3,247	3,339	1,306,253	25.56	838	3.98
	南投縣	1,249	1,186	1,203	541,818	22.20	1,957	0.61
	雲林縣	1,891	1,892	2,228	742,797	29.99	2,828	0.79
	台中市	1,820	1,393	1,326	996,706	13.30	3,225	0.41
南	高雄市	4,021	4,803	5,473	1,509,510	36.26	4,743	1.15
	嘉義縣	1,811	1,880	1,722	563,365	30.57	2,280	0.76
	台南縣	2,654	2,887	3,220	1,107,397	29.08	3,324	0.97
	高雄縣	2,466	3,153	3,513	1,233,395	28.48	4,296	0.82
	屏東縣	2,813	2,818	2,963	909,364	32.58	2,472	1.20
	澎湖縣	346	365	402	92,357	43.53	364	1.10
	嘉義市	647	576	591	267,907	22.06	927	0.64
	台南市	1,785	1,890	2,015	745,081	27.04	1,916	1.05
東	台東縣	860	1,086	1,110	243,965	45.50	1,086	1.02
	花蓮縣	1,470	1,644	1,827	352,064	51.89	2,728	0.67
合計		52,739	58,864	62,992	22,443,931	28.07	68,017	0.93

說明：整理自行政院衛生署「直轄市及各縣市衛生局精神衛生行政工作執行成果一覽表」(民 88.7.1～91.12.31)。民 91 年列管比例＝列管精障人數/轄區人數×10,000。

根據近年相關精神醫療設施服務量（表 2-3），台灣地區在民國九十一年底時共有 222 家精神醫療院所，其中有 164 家醫院。各提供精神科急性病床 5,322 床及慢性病床 10,549 床。近年急、慢性床增幅不大，而提供居家治療（由 56 到 79 家）

及日間留院床數卻激增，由民國八十八年的 72 家 3,470 床到民國九十一年 89 家 4,540 床；社區復健中心則時有停滯，民國九十年甚至跌到 14 家，只服務 504 人；九十一年稍有回升，到 21 家，838 人。這些都和健保給付的額度調整有關，同樣是提供精障者日間活動的日間留院和社區復健中心，前者健保給付幾乎為後者的 2 倍，就能解釋何以幾年前日間留院就超出標準（每萬人一床），目前更多出整整一倍，而社區復健中心卻乏人問津；醫院經營，病友轉介也是在日間留院額滿後才考慮復健中心。

表 2-3 臺灣地區歷年精神醫療設施服務量（民 86，88～91 年）

民國	院所	急性床	床數 /萬人	慢性床	床數 /萬人	日間 留院	居家 治療	社區復 健中心	康復 之家
86	185	3,760	1.73	10,235	4.72		43	16 (730)	20 (622)
88	152 / 57	4,815	2.19	12,963	5.88	72 床 (3,470 人) (1.57 床/萬人)	56	13 (481)	25 (853)
89	152 / 59	5,149	2.32	10,120	4.56	78 床 (3,724 人) (1.68 床/萬人)	64	17 (631)	32 (1,718)
90	156 / 57	5,380	2.41	9,716	4.35	86 床 (3,995 人) (1.79 床/萬人)	69	14 (504)	36 (1,753)
91	164 / 58	5,322	2.37	10,549	4.70	89 床 (4,540 人) (2.02 床/萬人)	79	21 (838)	41 (1,945)

說明：民國 86、88 年資料參考表 2-3（余漢儀，民 87：頁 20），89～91 年參考醫政處「精神衛生行政工作計畫成果」（89.12～91.12）

由表 2-4 可看出目前各縣市都有精神科急性病床，台北市的 1,122 床佔了 21%，而新竹市及台東縣則是沒有慢性病床的縣市，要借助鄰近的新竹縣及花蓮縣支援，而台北縣的 1,718 床加上花蓮縣的 1,356 床，也佔了全部的 29%。胡海國等人（1996）認為台灣精神病床位分佈應依各區人口平均配置，而急、慢性床數的比值應為 0.6，亦即每萬人需有 6 床急性床、10 床慢性復健床。目前就慢性病床而言，宜蘭縣（10.49 床）、南投縣（13.84 床）及花蓮縣（38.52 床）顯然遠遠超出此限。而每萬人分不到一床精神科急性病床的則有台北縣（0.52 床）、彰化縣（0.77 床）。目前台灣地區平均每萬人口只有 2.37 急性床、4.74 慢性床，急性病床的需求顯然是持續有迫切需求的。

目前台灣的社區復健措施仍不普遍，截至民國九十一年底，全台灣地區 21 所社區復健中心（含庇護性工作場）的容量是 838 人，主要分佈在台北縣、市、宜

蘭縣、桃園縣、台東縣、南投縣、市、高雄縣、市、及屏東縣、花蓮縣。41 所康復之家則可收容 1,945 人，很多是由私人開辦的，主要集中在高雄縣、花蓮縣及台北縣市。醫院的日間留院也是社區復健的一環，如前所述，由於健保給付有利，諸多縣市都超出標準（1 床/萬人），例如台北市（4.52 床/萬人）、花蓮縣（10.79 床/萬人）、基隆市（5.25 床/萬人）、台南市（3.83 床/萬人）等等。依每萬人一床的標準，台北市約只需日間留院 265 床，目前就足足多了 930 床。

表 2-4 台灣地區各縣市精神醫療設施服務量之分佈（民 91 年）

區域	縣市	醫院/ 診所	急性床	床數/ 萬人	慢性床	床數/ 萬人	日間留院	居家 治療	社區復健 中心	康復之家
北	台北市	28 / 5	1,122	4.25	464	1.76	20(1,195 人)	10	4(195 人)	18(374 人)
	台北縣	17 / 5	190	0.52	1,718	4.72	4(250 人)	7	2(53 人)	3(211 人)
	宜蘭縣	6 / 1	78	1.68	487	10.49	3(125 人)	5	1(70 人)	1(40 人)
	桃園縣	9 / 0	435	2.43	626	3.50	7(385 人)	4	1(40 人)	0
	新竹縣	4 / 0	60	1.33	257	5.68	2(40 人)	1	0	1(20 人)
	基隆市	3 / 0	78	2.00	145	3.72	2(205 人)	1	0	1(8 人)
	新竹市	1 / 0	50	1.32	0	0.00	1(100 人)	0	0	1(48 人)
中	苗栗縣	5 / 3	206	3.67	259	4.62	1(60 人)	3	0	0
	台中縣	12 / 2	374	2.47	627	4.15	4(112 人)	4	1(11 人)	0
	彰化縣	4 / 2	100	0.77	162	1.24	3(112 人)	3	0	1(120 人)
	南投縣	4 / 0	213	3.93	750	13.84	2(140 人)	1	1(20 人)	3(70 人)
	雲林縣	3 / 2	80	1.08	230	3.10	1(40 人)	1	0	0
	台中市	10 / 6	210	2.11	339	3.40	5(210 人)	5	0	1(12 人)
南	高雄市	14 / 14	467	3.09	530	3.51	9(360 人)	7	2(80 人)	2(66 人)
	嘉義縣	5 / 0	86	1.53	304	5.40	1(30 人)	3	0	0
	台南縣	5 / 1	184	1.66	722	6.52	3(132 人)	2	0	0
	高雄縣	6 / 2	242	1.96	623	5.05	3(170 人)	4	3(169 人)	4(293 人)
	屏東縣	9 / 4	310	3.41	664	7.30	4(88 人)	5	1(100 人)	0
	澎湖縣	1 / 0	25	2.71	25	2.71	0	1	0	0
	嘉義市	4 / 5	111	4.14	220	8.21	2(71 人)	2	0	0
	台南市	5 / 10	150	2.01	41	0.55	6(285 人)	5	4(60 人)	2(43 人)
東	台東縣	2 / 0	83	3.40	0	0.00	1(50 人)	2	0	0
	花蓮縣	7 / 0	468	13.29	1,356	38.52	5(380 人)	3	1(40 人)	3(640 人)
合計		164 / 62	5,322	2.37	10,549	4.70	89(4,540 人)	79	21(838 人)	41(1,945 人)

說明：衛生署醫政處第四科提供之「台灣地區精神醫療資源分佈情形一覽表」、「精神衛生行政工作計畫成果」（2002.12）。本表不含分佈於南投縣（200 床）、花蓮縣（3,377 床）、及高雄市（200 床）的養護床（3,777 床）統計。

第三章 身心障礙者就業基金

本研究涉及三所專科醫院（北市療、國軍北投、及八里療養院）及二所綜合醫院（北市仁愛及和平醫院），其中有四所位於台北市，來自勞工局身心障礙者就業基金專戶的資源挹注，也很直接的影響到他們各類社區復健方案的發展。本章即為透過具體的方案統計來呈現，在競逐資源的過程中，有哪些精障服務團體/機構嶄露頭角，而相關就業服務方案類型的發展趨勢又是如何？

本研究將屆結束時，正值台北市勞工局首長更動，而身心障礙者就業基金專戶的管理及使用也備受爭議，議會、行政單位及申請單位似各有立場。其關鍵在於近年基金因進帳有限（罰款來自強制雇用不足額之單位不多、利率銳減），而支出居高不下（超額雇用單位之獎勵補助有增無減、相關就業方案申請核定金額也逐年增加），依此用度，行政單位估計約在四、五年內基金即將告罄，基金專戶管理委員會因而面臨是否要調整補助政策的選擇。

以下有關勞工局補助資料主要是參考台北市身心障礙者就業基金專戶網站（<http://210.241.85.201/lds03.htm>）統計，首先選取與精障相關方案彙整為表 3-1 到 3-4，可呈現近年各單位的方案發展。由民國八十八年 7 月到八十九年 12 月（表 3-1），就業基金專戶共資助 59 個身障團體/機構的 184 個方案，合計 255,758,983 元；而其中有 7 個精障機構 20 個方案，計 24,575,404 元。由方案性質看來，此期有職訓（或稱工作訓練）、就輔方案於庇護商店及社區復健中心（職能工作坊）進行，由於名稱通泛並無從明確得知方案內容。而由於勞工局蓄意鼓勵精障服務機構發展就業輔導措施，採取較寬鬆認定，故而有「身心調適活動」、「心理諮商計畫」、「團體家庭設施設備善後處理」等方案也在眾多就業協助申請案中。

表 3-1 向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案（88 年下半～89 年度）

單位	方案名稱	核定金額	(%)
台北市康復之友協會	電腦培訓課程方案計畫草案	1,944,000	(7.91)
台北市康復之友協會	長春藤工作坊精神障礙者庇護性工作職業訓練計畫	1,528,474	(6.22)
台北市康復之友協會	八德社區復健中心就業輔導職前訓練計畫	3,342,287	(13.60)
台北市康復之友協會	康復之友協會八十九年度東埔塔塔加身心調適活動	450,000	(1.83)
台北市康復之友協會	社區團體家庭個案就業輔導計畫	1,744,623	(7.10)
台北市康復之友協會	康復之家--個案就業輔導方案計畫草案	1,915,945	(7.80)
台北市康復之友協會	西區精神障礙者庇護工場與西區精障者社區團體家庭設施設備善後處理費用補助	180,700	(0.74)
台北市康復之友協會	清新坊就業服務站暨藝文中心計畫	620,894	(2.53)
台北市康復之友協會	專業團體心理諮商計畫	160,000	(0.65)
台北市康復之友協會	一壽重殘照顧中心職業訓練及就業輔導計畫	1,257,991	(5.12)
台北市康復之友協會	清新坊就業服務站暨藝文中心計畫	444,850	(1.81)
台北市康復之友協會	一壽重殘照顧中心職業訓練及就業輔導計畫	864,000	(3.52)
台北市一壽重殘養護中心	養護安置個案日間訓練申請計畫	283,420	(1.15)
台北市心理復健家屬聯合協會	精神障礙者就業輔導與庇護性商店計畫	4,541,785	(18.48)
台北市立和平醫院	台北市立和平醫院精神科職能工作坊續辦計畫	1,811,997	(7.37)
國軍北投醫院	八十九年度精神病患身心調適活動計畫	180,000	(0.73)
國軍北投醫院	八十九年度精神病患社區就業服務工作計畫	2,488,651	(10.13)
國軍北投醫院	八十九年度精神病患社區就業服務工作計畫	239,544	(0.98)
台北市立療養院	八十九年度台北市精神病患洗車服務工作訓練計畫	506,126	(2.06)
台北市立仁愛醫院	台北市立仁愛醫院精神科職能工作坊--心之屋咖啡屋	70,117	(0.29)
總計		24,575,404	(100)

說明：參台北市身心障礙者就業基金專戶（<http://210.241.85.201/lds03.htm>）統計，當年身障就業基金專戶有 59 個機構，提出 188 個方案；後通過 59 個機構，184 個方案，共核定 255,758,983 元；其中精障就業服務方案有 7 個機構，提出 21 個方案；後通過 7 個機構，20 個方案，共核定 24,575,404 元。

到了九十年度，基金專戶共資助 70 個單位的 160 個方案，合計 262,524,048 元；其中有 8 個精障服務單位 22 個方案，共計 27,067,514 元。此時期兩民間協會方案仍佔多數，且在勞工局鼓勵創新就業服務、扶植機構能量發展的方向下，出現「成長團體」、「心理諮商」、「身心調適活動」、「需求研究計畫」等或與就業輔導間接相關之方案。

表 3-2 向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案（90 年度）

單位	方案名稱	申請金額 (%)	核定金額 (%)
台北市心理復健家屬聯合協會	心怡職業復健大安工作站計畫	38,431,812 (43.39)	0 (0)
台北市心理復健家屬聯合協會	心怡職業復健-精神障礙者就業輔導與庇護性商店計畫	7,979,488 (9.01)	3,718,626 (13.74)
台北市心理復健家屬聯合協會	精神障礙者促進就業方案-職前探索與工作認知成長團體計畫	1,403,420 (1.58)	1,227,458 (4.54)
台北市康復之友協會	八德社區復健中心就業輔導職前訓練計畫方案	3,433,153 (3.88)	1,907,315 (7.05)
台北市康復之友協會	專業團體心理諮商計畫案	200,790 (0.23)	200,560 (0.74)
台北市康復之友協會	專業個別心理諮商計畫方案	486,780 (0.55)	365,400 (1.35)
台北市康復之友協會	電腦培訓課程計畫方案	1,658,160 (1.87)	1,620,000 (5.99)
台北市康復之友協會	清新坊就業服務站暨藝文中心方案	2,089,922 (2.36)	1,948,393 (7.20)
台北市康復之友協會	一壽重殘照顧中心庇護性就業輔導訓練安置計畫	2,802,590 (3.16)	0 (0)
台北市康復之友協會	台北市康復之友協會職業訓練及就業輔導方案	3,650,722 (4.12)	760,577 (2.81)
台北市康復之友協會	常春藤工作坊精神障礙者庇護性工作職業訓練方案	3,214,462 (3.63)	2,950,463 (10.90)
台北市康復之友協會	社區團體家庭個案就業輔導方案	1,524,865 (1.72)	509,064 (1.88)
台北市康復之友協會	康復之家個案就業輔導方案	1,985,863 (2.24)	636,000 (2.35)
台北市康復之友協會	九十年度身心調適活動	450,000 (0.51)	300,000 (1.11)
台北市康復之友協會	台北市精神障礙者職種需求研究計畫方案	1,511,100 (1.71)	853,230 (3.15)

表3-2 (續)

台北市立療養院	台北市精神障礙者庇護性及支持性就業訓練計畫	1,024,048 (1.16)	1,024,048 (3.78)
台北市立療養院	九十年度台北市精神病患文山小棧餐飲服務工作訓練計畫	552,024 (0.62)	544,024 (2.01)
台北市立療養院	台北市精神病患洗車服務工作訓練計畫(續辦)	1,024,048 (1.16)	512,024 (1.89)
台北市立療養院	台北市精神病患垃圾資源回收服務工作訓練計畫	512,024 (0.58)	512,024 (1.89)
國軍北投醫院	社區化就業服務方案	2,012,567 (2.27)	0 (0)
國軍北投醫院	九十年度精神病患社區化庇護性就業輔導工作計畫	5,662,964 (6.39)	1,831,707 (6.77)
台北市立中興醫院	慢性精神病患園藝坊就業訓練計畫	1,606,367 (1.81)	1,594,935 (5.89)
台北市立仁愛醫院	台北市精神障礙者社區化就業計畫-心靈舖子咖啡屋職能工作坊	1,358,804 (1.53)	1,219,700 (4.51)
台北市立和平醫院	台北市立和平醫院精神科職能工作坊續辦計畫第三年	2,009,257 (2.27)	1,682,767 (6.22)
台北榮民總醫院	慢性精神病患工作度訓練-社區化就業服務訓練	1,997,302 (2.26)	1,149,199 (4.25)
總計		88,582,532 (100)	27,067,514 (100)

說明：參台北市身心障礙者就業基金專戶 (<http://210.241.85.201/lds03.htm>) 統計，當年身障就業基金專戶共有 79 個機構，提出 203 方案，申請 612,631,776 元；後通過補助 70 個機構，160 個方案，共核定 262,524,048 元。其中精障就業服務方案有 8 個機構，提出 25 個方案，申請 88,582,532 元；後通過 8 個機構，22 個方案，共核定 27,067,514 元。

九十一年度就業基金專戶共補助 95 個身障服務單位 206 個方案，共 354,884,726 元，其中有 9 個精障單位的 18 個方案，共取得 43,908,123 元，除了一些方案持續辦理外，其中北市康的研究方案及北家聯的就業服務員培訓等方案，因性質較特殊引起疑慮。

表 3-3 向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案(91 年度)

單位	方案名稱	服務人數	申請金額 (%)	核定金額 (%)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者庇護性就業輔導計劃	46	1,049,766 (1.88)	1,046,786 (2.38)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者洗車服務工作訓練續辦計劃	50	1,049,766 (1.88)	783,690 (1.79)

表3-3 (續1)

台北市立療養院	臺北市精神障礙者文山小棧餐飲服務工作訓練續辦計劃	30	524,833 (0.94)	523,393 (1.19)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者垃圾資源回收服務工作訓練續辦計劃	25	524,883 (0.94)	0 (0)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者派報服務工作訓練計劃	30	524,883 (0.94)	523,393 (1.19)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者點心製作工作訓練計劃	25	577,883 (0.94)	565,793 (1.29)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者住房服務工作訓練計劃	25	524,883 (0.94)	0 (0)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者社區清潔服務工作訓練計劃	20	524,883 (0.94)	523,393 (1.19)
台北市康復之友協會	職業訓練(含職前準備)與就業服務計劃案	150	19,619,218 (35.18)	13,455,375 (30.64)
台北市康復之友協會	專業心理諮商	50	963,634 (1.73)	0 (0)
台北市康復之友協會	臺北市精神障礙者就業支持系統對策問題研究方案	(100 ?)	1,175,775 (2.11)	632,538 (1.44)
台北市康復之友協會	職業性向評估暨就業輔導訓練安置計劃	20	2,046,172 (3.67)	0 (0)
台北市心理復健家屬聯合協會	促進精神障礙者就業之職前訓練計劃	同一時段 16 名學員，全年 24 名學員	4,994,959 (8.96)	4,572,407 (10.41)
台北市心理復健家屬聯合協會	引導精神障礙者促進就業計劃方案-職前生涯探索與工作認知養成計劃	36	1,006,248 (1.80)	748,112 (1.70)
台北市心理復健家屬聯合協會	辦理精神障礙者就業服務人員基礎教育培訓計劃	38	932,549 (1.67)	198,375 (0.45)
台北市立和平醫院	台北市立和平醫院精神科職能工作坊續辦計劃第四年	28	1,937,054 (3.47)	1,560,042 (3.55)
台北市立仁愛醫院	推展精神障礙者社區化就業計劃-『心靈舖子』咖啡屋職能工作坊	每年約 20-50 人，2 年合計約 40-90 人	7,155,234 (12.83)	6,457,434 (14.71)
國軍北投醫院	九十一年度精神病患社區化庇護性就業計劃案	15	2,293,303 (4.11)	2,213,182 (5.04)
國軍北投醫院	九十一年度精神病患社區化庇護性商店就業計劃案-『快樂商店』職能工作坊	15	2,832,843 (5.08)	3,976,738 (9.06)

表3-3 (續2)

台北市立中興醫院	慢性精神病患園藝坊就業訓練計劃	正式學員 10 人，預備實習學員 5 人，以六個月為一期，預計年度受益人數約 15-25 人	1,806,764 (3.24)	1,889,738 (4.30)
基督復臨安息日會台安醫院	精神障礙者庇護職場計劃	預計庇護性就業安置 15 人，支持性就業安置 5 人 (15+5=20)	1,437,926 (2.58)	2,122,992 (4.84)
台北榮民總醫院	建構慢性精神病個案工作復健訓練網絡	25 人	2,325,372 (4.17)	2,114,742 (4.82)
總計		599/819 人	55,828,831 (100)	43,908,123 (100)

說明：參台北市身心障礙者就業基金專戶 (<http://210.241.85.201/lds03.htm>) 統計，當年身障就業基金專戶共有 97 個機構，提出 246 個方案，申請 651,495,832 元；後通過補助 95 個機構，206 個方案，共 354,884,726 元。其中精障就業服務方案有 9 個機構，提出 22 個方案，申請 55,828,831 元；後通過 9 個機構，18 個方案，共核定 43,908,123 元。

九十二年度就業基金專戶通過補助 90 個身障服務單位的 183 個方案，共 488,935,033 元，其中精障有 10 個單位的 23 個方案，共爭取到 68,598,908 元。就業服務員培訓及家屬教育仍出現在兩個民間協會的補助方案內容。

表 3-4 向台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶申請之精障方案 (92 年度)

單位	方案名稱	服務人數	申請金額 (%)	核定金額 (%)
台北市康復之友協會	職業訓練〈含職前準備〉與就業服務計劃	150	20,684,144 (18.42)	11,488,996 (16.75)
台北市康復之友協會	精神障礙者就業服務人員在職教育計劃	30	98,280 (0.08)	96,705 (0.14)
台北市康復之友協會	悠遊咖啡坊 EASY COFFEE 庇護商店	8	3,136,962 (2.79)	2,169,979 (3.16)
台北市心理復健家屬聯合協會	心怡職業復健中正工作站計劃	16	31,217,578 (27.80)	9,767,965 (14.24)
台北市心理復健家屬聯合協會	心怡職業復健大安工作站計劃	16	11,065,440 (9.86)	9,401,728 (13.71)
台北市心理復健家屬聯合協會	促進精神障礙者就業—職前探索與家屬教育計劃	92	2,627,418 (2.34)	2,059,688 (3.00)
台北市心理復健家屬聯合協會	辦理精神障礙者就業服務人員教育訓練培訓計劃	20	421,305 (0.38)	297,718 (0.43)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者環保工作訓練計劃〈續辦案〉	15	726,515 (0.65)	656,683 (0.96)

表3-4 (續)

台北市立療養院	臺北市精神障礙者“有何不可”咖啡屋工作訓練計畫	15	782,671 (0.70)	712,839 (1.04)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者洗車與居家清潔服務工作訓練計畫	20	915,247 (0.82)	643,352 (0.94)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者文山小棧餐飲服務工作訓練續辦計畫	20	1,040,575 (0.93)	710,295 (1.04)
台北市立療養院	九十二年度臺北市精神障礙者派報服務工作訓練續辦計畫	30	1,395,611 (1.24)	1,366,848 (1.99)
台北市立療養院	臺北市精神障礙者草山坊庭園餐廳及住房服務工作訓練計畫	45	909,015 (0.81)	1,937,139 (2.82)
台北市立療養院	九十二年度臺北市精神障礙者社區清潔服務工作訓練續辦計畫	50	1,628,311 (1.45)	1,191,707 (1.74)
台北市立和平醫院	台北市立和平醫院精神科職能工作坊續辦計畫第五年	20	2,507,004 (2.23)	2,215,398 (3.23)
國軍北投醫院	九十二年暨九十三年度精神障礙者社區化庇護性就業服務工作計劃—庇護工場	24	7,542,240 (6.72)	6,842,218 (9.97)
國軍北投醫院	九十二年度精神病患社區化庇護性就業輔導計畫-快樂商店	12	4,971,514 (4.43)	3,766,690 (5.49)
國軍北投醫院	清潔工作隊計畫	12	4,157,338 (3.70)	3,536,567 (5.16)
台北市立中興醫院	慢性精神病患就業訓練計劃—複合式庭苑咖啡及園藝景觀工作隊訓練	15	8,235,017 (7.33)	3,056,040 (4.46)
基督復臨安息日會台安醫院	精神障礙者庇護職廠計畫	15	1,697,700 (1.51)	1,528,717 (2.23)
臺灣大學醫學院附設醫院	臺北市臺大醫院精神部精障者電腦培訓計畫〈初級班、進階班〉	30	1,447,805 (1.29)	2,175,271 (3.17)
財團法人振興復健醫學中心	職業訓練商店〈含職前準備〉就業服務計劃案	7	1,716,237 (1.53)	656,539 (0.96)
台北榮民總醫院	建構慢性精神病個案工作復健訓練網絡	24	3,361,904 (2.99)	2,319,826 (3.38)
總計		636/686	112,285,831 (100)	68,598,908 (100)

說明：參台北市身心障礙者就業基金專戶 (<http://210.241.85.201/lds03.htm>) 統計，當年身障就業基金專戶通過補助 90 個機構，183 個方案，申請經費 653,165,700 元，核定金額 448,935,033 元。其中精障就業服務方案共申請 112,285,831 元，通過 10 個機構的 23 個方案，核定金額 68,598,908 元。

若將表 3-1 到表 3-4 的統計跨年整理（表 3-5），則可看出就業基金專戶核定補助金額逐年增加，由民國八十九年約 2.6 億元到九十二年的 4.5 億元，補助身心障礙機構由 59 個成長到 90 個；其中精障方案的補助上升幅度也不小，由佔所有障別的 9.61%（約 2 千 5 百萬）到 15.28%（約 6 千 9 百萬），補助或申請機構則維持在 10 個之內。

根據勞工局身心障礙者就業基金專戶的網站資訊所整理的表 3-5 呈現的趨勢，大體上和由勞工局三科所提供內部統計，所整理的表 3-6 一致，除了在後者精障佔所有身障方案補助的比例是呈下降再回升。

表 3-5 北市勞工局身心障礙者就業基金專戶補助方案申請統計（88 下半年～92 年度）

年度	88 年下半年及 89 年度			90 年度			91 年度*			92 年度		
	通過機構 /申請機構	通過方案 /申請方案	核定金額	通過機構 /申請機構	通過方案 /申請方案	核定金額 /申請金額	通過機構 /申請機構	通過方案 /申請方案	核定金額 /申請金額	通過機構	通過 方案	核定金額 /申請金額
精神 障礙	7/7	20/21	24,575,404	8/8	22/25	27,067,514 /88,582,532 (30.56%)	9/9	18/22	43,908,123 /55,828,831 (78.65%)	10	23	68,598,908 /112,285,831 (61.09%)
所有 身障	59/59	184/188	255,758,983	70/79	160/203	262,524,048 /612,631,776 (42.85%)	95/97	206/246	354,884,726 /651,495,832 (54.47%)	90	183	448,935,033 /653,165,700 (68.73%)
通過 精障 /身障	7/59 (11.86%)	20/184 (10.87%)	24,575,404 /255,758,983 (9.61%)	8/70 (11.43%)	22/160 (13.75%)	27,067,514 /262,524,048 (10.31%)	9/95 (9.47%)	18/206 (8.74%)	43,908,123 /354,884,726 (12.37%)	10/90 (11.11%)	23/183 (12.57%)	68,598,908 /448,935,033 (15.28%)

說明：資料整理自表 3-1～3-4 及台北市身心障礙者就業基金專戶 <http://210.241.85.201/lds03.htm>。*91 年度 1-4 月北市勞工局就服組另補助 29 個社區化支持性就業服務，計 16,861,372 元，其中有五個精障類（北市康、北家聯、北市療、北投醫院及中興醫院），計 3,179,701 元（18.91%），並未納入表內 91 年度資料。

表 3-6 台北市勞工局身心障礙者就業基金補助身障福利團體/機構服務方案統計（88 下半年～92 年度）

年度	88 年下半年及 89 年度			90 年度			91 年度			92 年度		
	補助 件數	補助 團體數	補助 金額	補助 件數	補助 團體數	補助 金額	補助 件數	補助 團體數	補助 金額	補助 件數	補助 團體數	補助 金額
精神 障礙	32	10	42,265,224	23	8	41,146,404	17	8	41,793,381	21	9	64,109,103
所有 身障	163	63	259,056,921	166	72	291,410,626	185	82	371,779,734	180	90	445,962,948
			42,265,224			41,146,404			41,793,381			64,109,103
精障 /身障	32/163	10/63	/259,056,921	23/166	8/72	/291,410,626	17/185	8/82	/371,779,734	21/180	9/90	/445,962,948
	(19.6%)	(15.9%)	(16.3%)	(13.9%)	(11.1%)	(14.1%)	(9.2%)	(9.8%)	(11.2%)	(11.7%)	(10%)	(14.4%)

資料來源：台北市身心障礙者就業促進業務統計速報表（92.1）

表 3-1 到表 3-4 的資料，亦可發現近年不少醫院也加入競逐就業基金的補助，然而較大宗的仍屬北市康和北家聯兩個民間團體，補助他們的款項就超過所有補助款的一半；國軍北投和台北市療則是眾多醫院中拔得頭籌者，分居精障補助款的第二及第四位。由於各單位所提方案異質，故而服務人數比較的基礎自然不同，例如有些方案除人事補助外，還含開辦時硬體設備，故而行政費難免提高單位成本。雖然輔導弱勢群體就業原本就困難，怎樣的單位成本才算合理尚無定論，然而精障服務單位應可逐漸發展出同類方案的效益指標。

表 3-7 台北市勞工局身心障礙者就業基金專戶歷年補助之精障機構（88 下半年～92 年度）

單位	88/7～89 年度 核定金額	90 年度 核定金額	91 年度 核定金額/服務人數	92 年度 核定金額/服務人數
北市康	14,737,184 (59.97%)	12,051,002 (44.52%)	14,087,913 (44.52%)/150 人	13,755,680 (20.05%)/158 人
北家聯	4,541,785 (18.48%)	4,946,084 (18.27%)	5,518,894 (12.57%)/52 人	21,527,099 (31.38%)/124 人
國軍北投	2,908,195 (11.83%)	1,831,707 (6.77%)	6,189,920 (14.08%)/30 人	14,145,475 (20.62%)/48 人
北市療	506,126 (2.06%)	2,592,120 (9.58%)	3,966,448 (9.03%)/201 人	7,218,863 (10.52%)/195 人
北市仁愛	70,117 (0.29%)	1,219,700 (4.51%)	6,457,434 (14.71%)/40 人	--
北市和平	1,811,997 (7.37%)	1,682,767 (6.22%)	1,560,042 (3.55%)/28 人	2,215,398 (3.23%)/20 人
北市中興	--	1,594,935 (5.89%)	1,889,738 (4.30%)/15 人	3,056,040 (4.46%)/15 人
台北榮總	--	1,149,199 (4.25%)	2,114,742 (4.82%)/25 人	2,319,826 (3.38%)/24 人
台安醫院	--	--	2,122,992 (4.84%)/20 人	1,528,717 (2.23%)/15 人
臺大醫院	--	--	--	2,175,271 (3.17%)/30 人
振興醫學	--	--	--	656,539 (0.96%)/7 人
總計	24,575,404 (100%)	27,067,514 (100%)	43,908,123 (100%)/561 人	68,598,908 (100%)/636 人

說明：參考表 3-1、3-2、3-3、3-4 整理；91 年度經費不含社區支持性就業服務補助，服務人數扣除培訓就服員，純指病友學員人數。

民國九十一年 5 月起社區化支持性就業服務改為委託業務，除了行政費用外，主要經費補助就業服務員及督導的人事薪資，表 3-8 為根據勞工局內部統計，整理出精障單位的委託人事費及員額，在九十一年度花費約 1 千 3 百萬雇用了 19 位就服員，到了九十二年度，則增加到 1 千 5 百多萬。就北市勞工局訪談時，曾提及委託案相對於補助案，是較能標準化而要求績效的，由勞工局估計社區所需

服務量而公開招標採購，民國九十年設計了 70 個就服員名額讓民間身障機構申請，但只委託出去 40 個，民國九十一年設計了 100 個，但民間也只能吸納 70 幾個，其中精障的大約申請了 19 個就服員，歷年來台北市療及北市康所標得的支持性就業經費就佔大半。雖然社區化支持性就業自民國九十年改為委託，但承辦人員也不諱言有些機構仍透過補助方式申請，只是在名目上改用其他名稱而已。

表 3-8 北市勞工局委託各單位辦理精障者社區化支持性就業服務（90～92 年度）

核定經費/就服員+督導數	90 年度	91 年度	92 年度
北市康	3,156,072 / 4+1 (28.57%)	3,023,869 / 4 (22.64%)	3,205,532 / 4 (21.05%)
北家聯	1,578,036 / 2+0.5 (14.29%)	195,022* / 1 (1.46%)	--
國軍北投	1,578,036 / 2+0.5 (14.29%)	2,191,589 / 3 (16.41%)	2,404,149 / 3 (15.79%)
台北市療	3,156,072 / 4+1 (28.57%)	3,779,836 / 5 (28.30%)	4,006,915 / 5 (26.32%)
北市仁愛	--	1,071,016* / 2 (8.02%)	1,602,766 / 2 (10.53%)
北市中興	1,578,036 / 2+0.5 (14.29%)	2,022,005 / 3 (15.14%)	2,404,149 / 3 (15.79%)
台北榮總	--	1,071,016* / 2 (8.02%)	1,602,766 / 2 (10.53%)
總計	11,046,252 / 14+3.5 (100%)	13,354,353 / 19 (100%)	15,226,277 / 19 (100%)

說明：參勞工局第三科內部資料，*91 年度北家聯補助到 4 月，仁愛醫院及台北榮總皆為 5～12 月。

若將近年對各精障單位的支持性就業委託費用及方案補助費用加總（表 3-9），則可發現到九十二年度會有北市康、北家聯、國軍北投及台北市療四單位得到超過千萬元就業基金專戶挹注，約佔全數的八成，北家聯甚至超過兩千萬（佔全數的 1/4 強）。精障的就業服務原本就缺乏技術基礎，故而勞政單位在早期就業基金寬裕時對申請單位採較寬鬆的審核及評估標準，原是無可厚非，然而這樣的鼓勵措施是否真的提升了精障服務單位的體質，使精障者就業服務技術得以累積，也應是主管單位需交待的。究竟精障消費者是否因而受益，受益的幅度如何？都有賴主管單位與執行團體共同建立評估機制。

表 3-9 北市勞工局歷年對各精障機構之委託及補助（88 下半年～92 年度）

	88 下半年及 89 年度	90 年度	91 年度	92 年度
北市康	14,737,184 (59.97%)	15,207,074 (39.90%)	17,111,782 (29.88%)	16,961,212 (20.23%)
北家聯	4,541,785 (18.48%)	6,524,120 (17.12%)	5,713,916 (9.98%)	21,527,099 (25.68%)
國軍北投	2,908,195 (11.83%)	3,409,743 (8.95%)	8,381,509 (14.64%)	16,549,624 (19.74%)
台北市療	506,126 (2.06%)	5,748,192 (15.08%)	7,746,284 (13.53%)	11,225,778 (13.39%)
北市仁愛	70,117 (0.29%)	1,219,700 (3.20%)	7,528,450 (13.15%)	1,602,766 (1.91%)
北市和平	1,811,997 (7.37%)	1,682,767 (4.42%)	1,560,042 (2.72%)	2,215,398 (2.64%)
北市中興	--	3,172,971 (8.33%)	3,911,743 (6.83%)	5,460,189 (6.51%)
台北榮總	--	1,149,199 (3.02%)	3,185,758 (5.56%)	3,922,592 (4.68%)
台安醫院	--	--	2,122,992 (3.71%)	1,528,717 (1.82%)
臺大醫院	--	--	--	2,175,271 (2.60%)
振興醫院	--	--	--	656,539 (0.78%)
總計	24,575,404 (100%)	38,113,766 (100%)	57,262,476 (100%)	83,825,185 (100%)

說明：彙整自表 3-7 及 3-8。

第四章 建構社區復健

本研究涉及三所精神專科醫院及兩所市立綜合醫院（表 4-1），很明顯的，前者在社區復健方案發展的歷史較久，也較多元化；後者由於近年勞工局就業基金專戶的補助，也才使精神科在院內資源有限的情況下，嘗試推展庇護商店及支持性就業的服務。服務數量涉及不同的標準，例如支持性就業由學員進入方案（接案）、雇主媒合、到轉介到職場花很大功夫，但要學員穩定就業 3 個月才算成功，層層濾過就所剩不多了。通常接案量亦即服務學員量，往往倍於其後符合「成功就業」案量，表 4-1 採較嚴格認定標準。

表 4-1 本研究探討之醫院附設精障社區復健方案（民 91 年）

人員背景 社區復健	北市療	國軍北投	八里療養	仁愛醫院	和平醫院
日間留院	護理（150）	護理（60）	護理（100）	護理（30）	護理（40）
居家治療	醫護	醫護	醫護	--	--
社區復健中心	職能*（313）	護理（37）	音樂/心理（30）	--	--
庇護工作場	*	護理/社工（12）	職能（100）	--	--
庇護商店	*	護理/社工（12）	--	心理（14）	護理/心理/社工（30）
支持性就業	*	護理/社工（11）	心理（9）	心理（14）	--
康復之家	--	--	社工（60）	--	--

說明：（）內數字表案主服務量，* 北市療的社區復健中心內含庇護工作場、庇護商店、支持性就業工作人員，各坊都有一位職能治療師及社工師、心理師；支持性就業服務員有社工師、心理師、職能治療師等不同專業

第一節 社區復健服務

一、日間留院及居家治療

在一般綜合醫院，精神科門診是唯一配備，由於台北市衛生局政策要求，台北市的市立醫院除了精神科門診外，還要有日間留院。傳統的精神醫療設備日間留院設施，針對已不須住院，返家後規律門診的病友提供日間活動去處，也協助其規律服藥，通常是護理專業人員照護，由精神科醫生擔任主管。由於有不錯的健保給付（醫學中心每日 750 元，專科醫院 6 百餘，區域醫院 4 百餘），醫院也可直接由門診病歷篩選「合適」病友，近年在衛生署不設限的狀況下，各縣市擴增到總計 4,540 床，也使衛生署不得不喊停，要各縣市衛生局踩煞車。雖然健保給付限時一年，希望使日間留院成為由醫院轉銜到社區的過渡方案；但有受訪者表示

當日間留院病友流動時，就需要較多的護理人力照顧新案例，所以爲了便於管理，維持日間留院案例的穩定就有其需要。醫院運用不同方案間轉換的「旋轉門效應」滯留功能較好的病友，症狀尚不穩定需要服務的病友卻不得其門而入，是民間單位質疑醫院競逐健保給付造成的惡果。另一方面由於日間留院面對醫院評鑑的壓力，所以它的活動內容，也會有成長團體、遊戲治療、心理劇等創意的非傳統課程，此時學員的人數規模就很重要了，無怪乎有受訪者就認爲以日間留院的專業人力優勢（除護理外，其他有社工、心理、職能治療員工的支援），又可由上游即篩選病友，排出的活動內容和社區復健中心的差別不大，唯一的不同是活動場地在醫院內而非社區。這樣的說法是看到日間留院作爲病友社區復健的實質功能，然而忽略了物理環境所延伸的醫療意識型態。相對於院內病房內的醫病關係，在日間留院的專業人員和病友的互動層面固然較廣，但不必然較鬆動，藥物管理、病情監控可能還是重點，亦即以較柔軟的形式來實踐醫療模式，這可由「日間留院」又稱爲「日間住院」，服務人數也以「床位」計算可見一斑。由於方案內病友發病時可優先直接門診或急診，家屬也都偏好此方案。

「居家治療」顧名思義是將精神科門診服務貼心的延伸送到住家內，通常適用於兩種情況。一種是病友不願就醫而家屬亦無力強制帶其就醫的慢性病況；另一種則屬突發的症狀影響，出現干擾、自傷/自殺、攻擊/破壞行爲時。通常是由一位精神科醫師帶著一位護士應病友家屬之申請前往，半天最多能安排 2 個家庭，而健保給付一次家訪以往只有兩百多元，難怪有些醫院備而不用，並不積極推展，或者變相的縮減服務內容，增加量產；現今支付調高，或有不同發展。日間留院及居家治療是大部分醫院早期就發展的精障社區復健服務，然而由於健保給付不同，發展命運也各異，醫院管理遵循短線、狹義成本效益的運作，因而限制了兩類服務的復健功能。

二、社區復健中心及其他

復健中心的功能原爲藉職能治療以建立自信，並發展病友社交技巧及獨立生活技能，強調促進病友社交互動能力以適應社會生活，多於日間排定課程或活動形式。即便有代工，也是強調職能治療；然而就某些醫院，由其稱爲「職能工作坊」可看出其對病友就業的企圖心。就職能復健而言，依病友職能程度不同，可有職業/工作訓練、庇護工場、康復商店及支持性就業（supportive employment）等四類方案。「支持性就業」通常針對預後較穩定、功能較高的病友，透過就業服務員居中媒合適宜雇主後，持續提供現場協助（on-site assistance）病友的工作適應，

尋找職場的自然支持者（可能是雇主或病友的同事），並提供病友後續諮商輔導，也稱為「社區化就業」。近年因中央及地方勞政單位補助，醫院紛紛聘雇就服員，然而服務技術仍在養成，也凸顯服務人員對雇主市場的陌生。以上方案通常隸屬於醫院的職能復健科或精神科、社區精神科主任，參與的專業來自職能治療、護理、社工、心理、音樂等工作人員，相較於日間留院，與病友較能有一對一且長時間的互動，脫離了集體管控的印象，病友的自我期許及自我形象都比在日間留院時來得高。

傳統上慣於將社區相對於醫院內，固然有其空間位置的意義，但其實社區另一重意義指人際關係組合。醫療院所內固然限制了與社區互動機會，但由非醫療機構經營的復健設施，是否必然就有較多的社區互動及人際關係？其實較深入來看，在社區中的精神復健設施和它的左鄰右舍的互動並非理所當然，除非透過一些產品（跳蚤市場、花坊、餐點...）、一些活動（睦鄰清潔、工作坊、洗車...），所謂的復健設施也可以成為閉塞的囚籠，病友往來於住家與此之間，卻只和方案學員認得，若是這樣，「社區」的意義就不大了。院內也不必然就是一個同質社區，即使在專科醫院內，病友仍然可能面對來自於行政人員或醫療人員的異樣眼光，對病友的刻板印象早成了無形的圍籬，不論在專科醫院、綜合醫院內、外，都截斷他/她們與社區融合的機會。

庇護工場對產能的要求和學員薪資的給付，是勞政單位補助時的關懷點，然而目前工作員似乎不作如此期望，大部分是作代工。工作員明言，由於能壓低價格、肯趕工，廠商做善事心理，故而取得貨源並不難；若用心，甚至可以轉包給鄰近的復健設施。學員其實是在意工作酬勞的，因為除了經濟上需要，微薄的收入仍然象徵著「自立」；可惜部分工作員表示僅求讓學員有事可做、打發時間，故而每月只有數百元是常事，若能有兩千多就算高的了，如此就成了工廠下游的家庭代工。也有認真的輔導員認為工作訓練、產能管理和廠內輔導的發揮，是就業型庇護工場的成功要件，可惜人力吃緊，無法專注，亦即他們雖不是醫院支付薪資，但卻不能免於分擔院內部分工作。

康復商店的經營需要創意和管理專業的協助，一方面提供學員與顧客互動窗口，另一方面仍要兼顧產品市場競爭力。醫院內最常見的經營項目是花坊、咖啡、餐點等，主要是以院內員工、病人及探病者為消費顧客，未必是市面普遍的就業職種。有創意的單位因緣際會引進超商企業合作，經過職務再設計，學員也能勝任某些工作項目，難得的是還進一步爭取學員到社區超商實習和工作機會。然而開明的企業主管投入贊助，卻未必願意與精障作企業形象的聯結，衛生、勞政主

管單位如何適時的表揚這些企業，並重塑病友的形象應是持續要投入的社區大眾教育。

三、康復之家

病友和精神疾病長期共存，家人關係需要極具強韌才能持續，康復之家提供了病友居住的選擇，也表示學員有生活自理能力，應是功能最好的。由於硬體維護、人力投注和社區居民的排斥，醫療單位辦理的不多。例如某些縣市有不少私營的康復之家，其管理方式使病友如入牢籠，雖是在社區中的小型機構（50 床內），然而卻形同養護。目前各縣市衛生局雖每年查核，然而卻無法可罰，有待衛生署修訂「精神復健機構及設置、管理及獎勵辦法」時加入罰則。住在康復之家，不表示學員就不與家人來往，他/她們可能是週末或年節會回家團聚，因應「相見容易同住難」的現實。工作人員的角色有些像二房東，有情況就直接和學員溝通，因為相對於其他復健方案，學員的主體性顯得較明確，工作人員表示若要聯絡學員家屬，一定取得學員同意，除非學員明顯的症狀危及自己及他人，否則會尊重學員的決定。

第二節 勞政與衛政的競合

精神障礙原本由民國七十九年的「精神衛生法」所規範，衛政單位為主管，然而同年第一次大翻修後的「殘障福利法」所提供的福利和醫療補助，比前者有利多了，於是民間的康復之友協會集結向立法院請願，希望將精神病患納入殘福法的保障對象。終於在民國八十四年將慢性精神病患納入，自此社政單位也有所相關，而在民國八十六年殘福法第二次大幅更動，除了正名為「身心障礙者保護法」外，並分章節列舉各相關單位權責，有關就業方面正式歸屬勞政單位主管。未幾，在各縣市原屬社政單位的身心障礙者就業基金專戶就轉由勞政單位管理，開啓其後勞政參與社區復健設施的空間（余漢儀，2001：274，284）。

一、一廂情願的「永續精贏」？

醫院對病友而言是熟悉的場域，就近的醫護人員及設備也有利於隨時必要的醫療支援，醫院是治療所在，是否也能成為工作訓練的開始呢？台北市前勞工局首長與當時衛生局長先協調，然後決定先由六家市立醫院實驗，若效果不錯，再推動到其他醫院。作法很簡單，請醫院提出勞務的需要，全職或兼職皆可，然後由勞工局出薪資，第一個六個月全額補助，第二個六個月補助一半，第三個六個

月希望醫院若還有需要這份勞務，則自行吸納、雇用病友。以往醫院其實也常用慢性病房內或日間留院的學員充當院內工作助理，做些清潔勞務、簡單文書工作，視為「生活復健」，提供象徵式酬勞；所以這部分並不是新事。特別的是由勞工局聘雇的就業服務員派駐到醫院，期望透過協助擔任工作助理的學員，累積一手精障就業輔導經驗，也藉機瞭解醫院內動力。這六位派駐醫院的就服員每週有半天回到勞工局開督導會議，其他時間歸屬醫院復健方案主管督導。勞工局想以「做中學」培養直接經驗的員工，以作為發展精障就業服務的種子專家，是很有企圖心的作為，然而執行上落差不小。原希望醫院釋出工作助理的需求，該科室也能就近協助訓練，然而卻發現因是衛生局長交辦院長，院長吩咐，科室勉強擠出的缺，有些科室也始終不信任病友的能力，供在那裡無所事事，失去訓練的實質內涵。六位就服員先統一交由仁愛醫院集訓，然後再分派到六家醫院，結果折損率不低，抗壓力不夠而離職的派駐就服員多有所在。是當初低估了工作的複雜度，還是之前招募資格不夠嚴苛，以致半途而廢？當然也有病友因做院內工作助理而提升自信、技能增加，順利找到院外機會。至於醫院是否願留任學員而自行支薪呢？案例不多，對醫院而言，究竟無酬勞務是比合理支薪聘雇病友來得容易。此方案名稱獨具巧思，但也引人誤會，有學員受訪時就以為自己的院內工作助理機會是無限期的，否則何以稱為「永續」？有些院內的復健方案主管原先並不看好此「創新」措施，只因院方交辦無從拒絕；勞工局派駐就服員的督導及工作績效如何與醫院的切割？勞工局首長更替，對精障就業服務發展應由誰主打的思維，顯然是不同的。將病友預備好，由復健作轉銜就業應該由醫院啟動？還是勞政一手包辦？有趣的是醫院復健方案的主管或工作員，在座談會時都對醫院營運考量盈虧視為理所當然，不作任何期望，反而期許勞工局挑起精障就業服務的擔子。

二、再見就業基金專戶

研究對象中位於台北市的四所醫院，近年由於勞工局就業基金專戶對精障就業方案的補助，不僅有創新的可能，也能有方案延續的機會（表 4-2）。由於是創新性質，故而開辦設備及設施、行政費、人事費就先需投資，理論上當續辦方案時，單位成本似乎就應較為穩定。由勞工局身心障礙者就業基金專戶的網站上彙整出民國八十八年 7 月到九十二年 12 月四家醫院的方案核定補助資料，九十一年及九十二年由於附有各方案服務人數統計，故而可試算方案的單位成本。工作對一般人而言固然首重養家活口，但其非經濟效益也不可忽視，例如由工作帶來的成就感、自我實現等等。資本主義的經濟體系中，工作身份代表的市場產能價值

也常因而簡化等同於每個社會成員的價值。姑且不論這樣的社會價值是否正確；對病友而言，一份工作，即使是計時薪的零工，似乎也意味著他/她與一般人無異，是個「有用」的人。若再加上因為工作衍生的生活規律、社會人際互動，也有助於精障者的復健的，由這觀點看來，能使一位精障者進入職場，享受工作所帶來的好處，當然意義非凡。其間除了要有醫療人員門診的服務外，更要有職能復健人員職能評量、就業服務人員突破職場對精障者的疑慮，使雇主願提供機會，預備精障者能在支持性的工作環境貢獻所能，需靠跨專業團隊和病友一起努力才能成就。

醫院在方案人力調派上，除了讓原有復健人員兼任外，透過聘雇就服員使位於邊陲的社區復健人力不虞，也增加其他專業人員進入醫療體系與病友互動的機會。護理訓練背景的員工會對學員的藥物管理、症狀掌控較為注重，醫療資源較為便捷，有團隊相互支援，這些都是不同於一般非醫療機構的社區復健方案。然而期望這種與學員互動的非傳統醫病關係，擴散到院內其他醫療部門，似乎就太過理想了。台灣地區近十年醫療服務商品化是明顯的趨勢，全民健保雖為社會保險機制，然而其給付項目設計不當卻加遽醫療資源配置不均，醫療院所競逐利潤也是不爭的事實，即使公立醫院也不諱言盈虧考量凌駕於病者權益。醫療行為須在醫院財務管理的框架中進行，這樣的惡質發展驗證了多年前筆者在全民健保規劃前的隱憂（余漢儀，1993）：若不削弱醫療市場中既存權力結構，有效推動醫療分級及轉診制度，以相關預防醫療專業（如家庭醫學、護理、心理、公共衛生及社會工作者）間的團隊合作，取代傳統醫學的單打獨鬥，全民健保鉅額投資反而造成醫療品質進一步惡化。

表 4-2 北市勞工局身心障礙者就業基金專戶歷年補助四家醫院之精障方案（88 下半年～92 年度）

	88 下半及 89 年度	90 年度	91 年度	92 年度
台北市療	洗車服務工作訓練 (506,126 元)	洗車服務工作訓練（續辦） (512,024 元) 庇護性及支持性就業訓練 (1,024,048 元) 文山小棧餐飲服務工作訓練 (544,024 元) 垃圾資源回收服務工作訓練 (512,024 元) 小計：2,592,120 元	洗車服務工作訓練（續辦） (783,690 元/50 人=15,674) 庇護性就業輔導 (1,046,786 元/46 人=22,756) 文山小棧餐飲服務工作訓練（續辦） (523,393 元/30 人=17,446) 社區清潔服務工作訓練 (523,393 元/20 人=26,170) 派報服務工作訓練 (523,393 元/30 人=17,446) 點心製作工作訓練 (565,793 元/25 人=22,632) 小計：3,966,448 元/201 人	洗車與居家清潔服務工作訓練 (643,352 元/20 人=32,168) 「有何不可」咖啡屋工作訓練 (712,839 元/15 人=47,523) 文山小棧餐飲服務工作訓練（續辦） (710,295 元/20 人=35,515) 社區清潔服務工作訓練（續辦） (1,191,707 元/50 人=23,834) 派報服務工作訓練（續辦） (1,366,848 元/30 人=45,562) 草山坊庭園餐廳及住房服務工作訓練 (1,937,139 元/45 人=43,048) 環保工作訓練(續辦) (656,683 元/15 人=43,779) 小計：7,218,863 元/195 人
國軍北投	身心調適活動 (180,000 元) 社區化就業服務工作 (2,488,651 元) 社區化就業服務工作 (239,544 元) 小計：2,908,195 元	社區化庇護性就輔工作 (1,831,707 元)	社區化庇護性就業計畫 (2,213,182 元/15 人=147,545) 社區化庇護性商店就業計畫-快樂商店 職能工作坊 (3,976,738 元/15 人=262,449) 小計：6,189,920 元/30 人	庇護工場 (6,842,218 元/24 人=285,092) 快樂商店 (3,766,690 元/12 人=313,891) 清潔工作隊 (3,536,567 元/12 人=294,714) 小計：14,145,475 元/48 人
台北和平	精神科職能工作坊第二年 (1,811,997 元)	精神科職能工作坊第三年 (1,682,767 元)	精神科職能工作坊第四年 (1,560,042 元/28 人=55,716)	精神科職能工作坊第五年 (2,215,398 元/20 人=110,770)
台北仁愛	精神科職能工作坊-心之屋咖啡	精障者社區化就業-心靈舖子	推展社區化就業	--

	(70,117 元)	咖啡屋職能工作坊 (1,219,700 元)	(6,457,434 元/40 人=161,436)	
--	------------	---------------------------	----------------------------	--

說明：資料整理自表 3-1 到表 3-4

第五章 結語及討論

根據陳永興（1997）對台灣精神醫療發展的歷史回顧，台灣醫界對精神疾病的認識始於 1917 年日據時代，但初期採監護措施，直到 1922 年方對病患施以治療。在民國六十九年之前，台灣的精神醫療較屬社會救助措施，由內政部、社會處、社會局等單位主管，民國六十九年後方有衛生署加入，並有醫院評鑑及強制住院等措施。然而多年來精神醫療的資源主要在發展醫院硬體，例如急、慢性病床的擴建，民國七十七年才有所謂的「精神病患社區復健試辦計畫」提供補助鼓勵核心醫院推動社區復健治療方案。

民國七十九年「精神衛生法」公佈，第六條界定「社區復健治療」，提及社區庇護性工作場所、社區復健中心及康復之家。而民國八十三年「精神復健機構之設置、管理及獎勵辦法」對消防、建管設施要求，卻不利於民間機構立案。同年「康復之家」及「社區復健中心收容量」，才正式出現於第四次公私立精神醫療院所的評鑑項目，然而比重不高，誘因不大。民國八十四年全民健保正式開辦，自此健保給付左右了醫療院所發展精神社區復健服務的方向。例如日間留院的給付遠高於社區復健中心，前者就擴張而排擠後者，至民國九十一年底全台地區領有身心障礙者手冊的精神病友有 68,017 位，而只有 21 所社區復健中心分佈在 11 個縣市，服務量只有 838 人。除了調整健保給付項目及額度，衛生署近年亟思有所作為，試圖建議各縣市衛生局規範當地復健設施數量平衡發展；然而衛生署對法令的更改顯得緩不濟急，而為導正偏差所提供的經濟誘因也是杯水車薪。目前醫院內的日間留院和居家治療雖號稱是醫院與社區的中介，希望有橋樑功能，然而卻功能不彰；至於復健中心、庇護工作場、庇護商店及社區支持性就業服務，都有賴地方勞政單位的身心障礙者就業基金專戶補助，醫院經營則因受盈虧自負的壓力，並不鼓勵發展「會虧損」的精障服務方案，故而端賴部分有心的精神科、復健、社工主管積極爭取外援支撐，方案持續堪慮。民間協會則因受限於財務資源及專業人力不足，方案發展的深度有其侷限。精神醫療單位和民間病友/家屬團體如何各按其特質（前者較能掌握病友疾病病理變化，及時提供醫療支援；後者則提供更多自主的社會互動機會和彈性）合作，會受健保給付影響，更受衛政單位的政策影響。台灣地區出現以醫院為據點衍生的社區復健方案，與民間協會的小型社區復健措施及市場營利康復之家並存的現象，這和近十年我國

較缺乏長期的精神衛生政策規劃有關。

各地衛生所地段公共衛生護士是社區內第一線與精障病友接觸的專業人員，各縣市衛生局病友列冊名單逐年加長，列冊比例也多已超過衛生署所謂轄區人口的千分之 1.7；然而由於地段公衛人員業務龐雜，長久人力短缺，未必能對轄區內病友及其家庭有持續的實質關照，列管比例流於數字也就失去意義。各類精神醫療設施服務量的發展和健保給付項目額度的調整關係至鉅，急性病房的提供仍遠落後於專家建議的每萬人 6 床，各縣市數據顯示台北縣、彰化縣尤其短缺急性病床。日間留院、居家治療、社區復健中心與康復之家針對精障病友不同面向的需要設計，然而最重要的社區復健中心卻有發展停滯的現象，它和日間留院的排擠效應由來已久，除了徹底的調整健保給付額度外，兩類服務的區隔刻不容緩，否則會發生功能原本不錯的病友在日間留院退化，社區復健中心卻每是功能尚不穩定的學員。康復之家市場化，提供多元選擇，原本無可厚非，然而，一旦變質為養護機構，卻不受社政主管規範，衛生主管又無法可罰，難怪在某些地區利之所趨之下，出現連鎖化經營的現象。

身心障礙者就業基金專戶的管理，使得勞政單位因精障病友就業輔導的業務而和醫療單位有交集，然而也引發方案的醫療復健功能是否能與就業輔導區隔、切割的爭議。由於基金補助，長久以來處於醫療院所邊緣而資源困窘的精障復健方案，有創新的機會（社區化支持性就業成為可能），也因能引進院外資源，而在傳統的醫療空間拓展出另類可能的病友活動。然而「創新」的代價是無數的「嘗試錯誤」和「做中學」，在基金充裕的前幾年，成本效益的要求是不存在的，基金對精障服務慷慨的挹注，是否嘉惠一定數量的病友是無人質疑的。然而隨著基金透支，近年入不敷出的情況日益嚴重，它使用的正當性自然開始受到檢驗，受補助的方案被要求呈現服務績效，學員數量是最直接被想到的指標，然而就精障病程不穩的特質，究竟合理的服務案量應是多少，也是需要在彼此說服的過程中逐漸澄清的吧？

醫院經營社區復健方案的優勢一向受民間團體欽羨，除了健保給付財務保障、掌控學員來源的上游、與其醫療部門可密切聯繫，而憑藉醫療機構名聲，與企業合作及招募復健方案專業員工都較容易，政府部門考慮補助績效時，醫院也較有專業人員呈現書面報告。對照醫療單位與民間協會經營的復健方案，前者無論硬體設備、軟體專業團隊都較有規模和結構性，「行為矯治」更是見於多數方案執行策略；隨著物理空間與醫院的距離加大，工作人員與學員的關係也漸輕鬆，但對學員的按時服藥、規律門診卻不放鬆，雖然身體疲累、環境壓力、思維

認知方式都被某些學員認為是相關發病原因，而學員大多都採信服藥和疾病復發間的關聯。當醫院發展出日間留院、復健中心、庇護工作場、康復商店及社區化就業這樣多元方案時，學員通常同一時段會橫跨不同方案，亦即轉銜時有必要的重疊。由於精障的不穩定，學員在方案中未必是循序單線進階，隨著學員的狀況，可能要搭配不同方案，就像在社區雖已兼時工作，仍部分參與醫院的復健中心或庇護工作場有助學員的穩定，很多工作人員如是說。

在方案工作人員的呵護下，方案學員的面貌逐漸明朗。由訪談學員的經驗，所呈現的共通之處卻令人無法樂觀。他/她們都在青春正盛（國、高中）時發病，至今十餘年病史，不乏重複入院的經驗。回顧醫病關係，藥物副作用是他/她們最關切，卻又最無從得到說明或協助的。他們原有的社會網絡在生病後重組，原有鄰里關係疏離、學校或職場生活因而中斷、親友往來減少，通常只餘留少數近親（父母或手足）堅持與其併肩作戰，例行到醫院門診、拿藥、打針，動輒數年，但醫療人員與他/她們的聯結僅止於症狀的查詢。參加社區復健方案後，多了些親切的「老師」（對方案工作人員通稱）和方案學員可以聯結，問及最開心或難過的經驗，都離不了和學員相處。醫院附設這些社區復健方案的確開拓了另類醫病互動的機會，但由於醫療競逐利潤的趨勢，這些方案往往處於邊陲，未能衝擊原有的醫病關係結構。人際關係的有限，也明顯的反映在其休閒生活，待在家中或一個人逛街是最普遍的。經濟收入普遍不穩定，家人口中的「零用錢」離學員自給自足目標尚遠，更別說養家活口。即便如此，他/她們安於維持現狀（能與疾病共處），過儉樸的生活，不敢想以後（相依為命的親人過世、儲蓄用完、年紀老大...），包括功能穩定的學員對未來也是欲言又止。社區復健服務也許無從扭轉人生，從頭來過，然而是否能因而聯結社區資源，提供學員當下的需要，增加他/她們面對生活的勇氣？「社區」所代表人際關係聯結的面向，和學員復健息息相關，目前在台灣卻只是起步。

幾乎所有社區復健方案（康復之家例外）申請時，都要求家屬陪同面談，家屬的支持被視為會影響病友在方案中表現，這和傳統中將家屬視為醫療延伸照顧的代理人類似，大部分家屬只要病友能留在方案中，也都盡力配合。透過和復健方案人員的聯絡，有些家屬也會藉機抒解與病友的相處衝突，但這又隨個別專業人員理念而異。由於常年的照護負荷，家屬一般對病友期望不多，也無從研判病友自理能力；病友能有固定處所活動，發病時能及時有醫療照顧，是家屬最大企盼。形式上，方案例行的家屬座談並不多，亦即方案並沒有聯結家屬彼此，這和民間協會同步發展家屬聯誼或學員支持/互助團體的走向不同。難道是醫療模

式的影響，不傾向也不擅長聯結服務使用者，強調他們的主體性發展？個別的病友、個別的家屬和專業團隊互動時的權力位階是明顯的，他們的集結其實更代表社區的面向，社區復健措施的物理位置（在社區中）只是基本形式條件，與社區（包括學員家庭、鄰里）人際關係有所聯結，才能名符其實。

如前所述，社區復健團隊工作人員是整個醫療體制的異類，他們對病友的服務顯然不會增加太多營收，除了有助醫療公益形象塑造，但仍不敵盈虧自負的壓力，醫院經營利潤取向的目標不動如山，一旦外援停止，醫院大抵是不會繼續「容忍」、「支持」這些方案。面對外面社區對精障患者的刻板印象排斥，內部組織理念的不同，復健人員無異腹背受敵。約聘雇人員固然因無保障而流動高，院內編制人員士氣也屢受打擊（例如科室會議時總被點名虧損），難免造成不做不錯的氛圍。團隊組成雖說有不同的專業學院訓練背景（常見有職能、護理、心理及社工），但對精神疾病的認識和病友接觸經驗的建立才是關鍵考驗，通過這關有賴個別性格的韌度，訓練背景反而顯得區辨力不大。方案主管對此感觸良多，好不容易找到合適員工，但是否有合理的工作條件使其留下？醫院人事編制的緊縮使其只願以既有人力兼任（擠壓專業人員的工作量），或外部資源來短期聘雇。連公立醫院都淪落至此，已不能再歸因個別主管理念，而是要挑戰整個台灣的醫療產業結構及使之致此的衛生政策。

參考文獻

（中文部分）

- 尤幸玲（1993）《醫務社會工作者參與醫療團隊及其角色關係之研究》，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 王馨梓（1993）《去機構化運動與精神病患社區復健》，台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 牟秀善（1996）〈社會工作者如何協助慢性精神病患家屬之疾病管理〉，《社區發展季刊》，76:113-119。
- 李文瑄（1996）〈推展台灣地區精神醫療復健工作之省思與建議〉，《台北市立療養院 85 年年報》，頁 24-32。
- 吳就君（1993）〈嚴重精神疾病影響家庭的相關因素研究—跨國文化比較〉，《中華心理衛生學刊》，5（2）:103-123。
- 余漢儀（1993）〈我國全民醫療保險之研探—社會面之考量〉，《台大社會學刊》，22 期：215-237。
- 余漢儀（2000）《精神病患家屬（自助）團體之社區復健營運模式探討》，國科會研究計劃 NSC89-2412-H002-004。
- 余漢儀（2001）〈第八章 身心障礙福利政策與法規〉，在江亮演等編著之《老人與殘障福利》，台北：國立空中大學。
- 林知遠、陽明仁、楊家聲、宋麗玉、施教裕、張苙雲（2001~2002）《社會資本與精神復健：慢性精神病患社區復健實驗計畫》，衛生署委託研究 NHRI-EX90-9032PP。
- 林美珠等（1987）〈精神病患家屬教導團體相關因素之探討〉，《中華心理衛生學刊》，3（2）:9-16。
- 林純美（1993）〈精神病患社區復健辦理情形〉，《衛生報導》，3（6）:20-24。
- 柯少華（1995）《台灣地區精神病患康復之家之評估》，台灣省政府衛生處醫學與公共衛生研究。
- 張作貞（1997）《影響社區精神復健服務使用之相關因素研究—以中部地區為例》，暨南國際大學社會政策與社會工作研究所碩士論文。
- 張璣如、洪月華、周英伶（1993）《阻礙慢性精神病患利用社區復健設施的相關研究調查》，行政院衛生署委託研究，DOH82-MA-007。
- 張馥媛，黃光國（1995）〈台灣精神醫療體系之權力結構中的臨床心理師〉，

- 《中華心理衛生學刊》，8（2）:31-44。
- 陳永興（1997）〈國家醫療與精神醫療政策〉，《台灣精神醫學》，11（1）:3-15。
- 陳快樂、呂孟穎、吳聖良（1999）《精神病患社區醫療照護方案之評估研究》，公共衛生 26（1）:49-57。
- 陳珠璋、李明濱（1991）《精神分裂病住院患者家屬外顯情緒與患者預後關係之研究》，國科會研究報告，NSC80-0301-H002-042。
- 梁鳳玲（1996）《家屬情緒互動特質與精神病患復發之相關性研究》，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 黃梅羹、胡海國、黃曼聰（1993）《都會地區發展精神病患社區復健之研究—病患及家屬相關因素探討（以精神分裂病患為例）》，行政院衛生署委託研究，DOH81-MH-016。
- 黃碧珠（1995）《家屬對精神病患「基本人權」、「健康照護權利」、「福利權利」態度之研究》，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 黃媛齡（1998）〈探尋精神病患的治療性社區〉，《中華心理衛生學刊》，11（4）:131-150。
- 黃媛齡、林知遠、高美雲（1999）〈支持性就業與慢性精神分裂病患協力網絡的建立〉，《中華心理衛生學刊》，12（3）:47-78。
- 鄭夙芬、文榮光（1992）《精神病患社區復健計畫之評估》，行政院衛生署委託研究，DOH82-MA-038。
- 葉英、呂淑好、戴、蘇文、喜（1999）〈台灣歷次精神醫療院所評鑑之比較〉，《台灣精神醫學》，13（2）:17-26。
- 衛生署（1999～2002）〈臺灣地區精神醫療設施（資源）分佈情形一覽表〉。
- 衛生署（2000～2002）〈直轄市及各縣市衛生局精神衛生行政工作執行成果一覽表〉。
- 盧純華、曾雯琦、于漱、蘇東平、黃珮玲（1999）〈醫學中心精神病人出院計畫現況調查〉，《公共衛生》，26（2）:103-113。
- 魏芳婉、陳珠璋、柯少華、林惠珠、丁志涵（1990）《精神分裂病患家屬情緒表露與病情惡化相關性之繼續性探討》，行政院衛生署補助研究。
- 韓青蓉（1995）《精神分裂病人家屬教育方案之成效研究—以省立草屯療養院為例》，東海大學社會工作研究所碩士論文。

（英文部份）

Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). Psychiatric Rehabilitation. Boston:

Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

- Arben, P. D. (1996). "Are Mental Illnesses Biological Diseases?" *Health and Social Work* 21 (1) :66-69.
- Aviram, U. (1997). "Social Work in Mental Health: Trends and Issues", *Social Work in Health Care* 25 (3) :1-9.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. F. (1972). "Influence of Family Life in the Course of Schizophrenic Disorders: Application," *British Journal of Psychiatry*, 121:241-258.
- Byren, J. (1999). "Social Work in Psychiatric Home Care: Regulations, Roles, and Realities" *Health and Social Work* 24 (1) :65-71.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Anchorbook Doubleday & Company, New York.
- Marriott, A., Sexton, L., & Staley, D. (1994). "Components of job Satisfaction in Psychiatric Social Workers," *Health & Social Work*, 19 (3) : 199-205.
- Vourlekis, B. S., Edinburg, G. & Knee, R. (1998). "The Rise of Social Work in Public Mental Health through Aftercare of People with Serious Mental Illness," *Social Work* 43 (6) :567-575.