

# 臺灣社區精神復健機構發展近況及 興革建議

王禎邦 歐陽文貞

**研究目的：**回顧台灣近四十多年來精神復健機構的發展歷史，探討目前設置及服務近況，並審視近年來最重要精神復健的核心概念「復元」，分析目前於精神復健機構實務面與政策面的問題，並提出建議供未來實務照顧和政策擬定的參考。**研究方法：**經由關鍵字「精神復健」、「康復之家」及「社區復健」搜尋。1980至2019年10月華藝(Airiti Library)、中文電子期刊服務(CEPS)與學位論文服務(CETD)資料庫、政府公開資訊發表文獻(共27篇)及臨床經驗，來描述目前精神復健機構近況、可能問題，並提出興革建議。**研究結果：**目前台灣精神復健機構的發展規模較四十年前已有大幅的進步，住宿型精神復健機構之設置數量已超過預估需求數量，但仍有少數縣市區域目前尚未開設；日間型精神復健機構的發展可能受到健保給付未合理調增的影響，目前整體的數量未達預估需求量且成長停滯。**研究結論：**在邁向復元成功時，精神病人的社區精神復健需求是多元的，需要投注更多的資源並加以整合，特別是在各縣市心理衛生中心或進行個案管理，提供病人更積極有效的協助。

**關鍵詞：**精神病人、精神復健、社區精神醫學、復元、嚴重精神疾病

---

王禎邦：衛生福利部嘉南療養院社區精神科主任；高雄醫學大學醫學系醫學士；專長領域與研究興趣為社區精神醫療。

歐陽文貞：衛生福利部嘉南療養院 高年精神科主治醫師兼副院長；國立陽明大學公共衛生學研究所博士及醫學系醫學士；專長領域與研究興趣為失智症及老年精神醫學、思覺失調症、精神疾病流行病學及臨床試驗。(通訊作者；E-mail: d88904@gmail.com)

收稿：2019年11月4日；接受：2020年4月1日

## 一、緒 論

雖然醫學證據足以認定精神病(psychotic disorders)，如思覺失調症(schizophrenia，舊稱精神分裂症)或雙相情緒障礙症(bipolar disorders，躁鬱症)等，是因為腦部神經功能與情緒壓力失調(emotional-stress dysregulation)(Godsil, Kiss, Spedding, & Jay, 2013)，是一種腦神經系統的疾病。在現代精神藥物的治療下，許多嚴重且令人困擾的正性精神病症狀，如幻覺及妄想等皆可以獲得有效的控制。但疾病所造成負性精神病症狀(negative symptoms)及認知功能、自我照顧、社交技巧、人際關係、就業表現和休閒活動功能上的諸多缺損，單獨依靠藥物治療成效有限，必須配合精神復健治療(psychiatric rehabilitation)，才能恢復身心健康回歸社會(吳慧菁，2019；楊明仁，2004)。

而綜觀目前世界精神醫療發展趨勢，精神醫療模式從原先個案在精神醫療機構給予醫療介入與處置的醫療模式，逐漸轉以社區為導向的社區精神醫療模式。由於最理想之精神病個案治療場所是「最熟悉而最少限制」的環境，正是個案居住習慣的社區，而各先進國家紛紛裁減慢性精神病患的床數，社區精神醫療模式遂成為各國治療慢性精神個案的主流(鄭若瑟，2003；謝明憲、劉智民，2000)。

台灣對精神病的治療在過去幾十年來有很大的進展。從早期只是將精神病人安置在收容所，供給食物、水、居住所來讓病人及社區民眾遠離危險，到目前已經能比較有效地治療精神病人，使其過正常的日常生活。使用藥物治療、修訂精神衛生法、其他社會和心理理論取向的治療都扮演相當重要的角色。經由職能治療、護理、心理、社工及精神醫學專業發展的結果，精神病的嚴重性已被降低，比起過去90%以上的病人收容在醫院，到現在超過三分之二的病人生活在社區，已有大幅度的變革(邱南英，2007)。

然而，儘管在社區醫療及去機構化的浪潮影響下，台灣對於社區精神醫療及精神復健日益重視，但不論是醫院或患者端，至今仍偏重僅使用門診與住院服務，就比例而言，僅有少數的患者使用到社區精神復健。過去認為其主要的的原因是社區照顧服務措施的缺乏，以及臨床上亦較偏重治療症狀而較少著力於復健治療(謝佳容、

蕭淑貞，2006)，而本文的目的是藉由回顧過去社區精神復健的進程，說明社區精神復健領域的核心理念與原則，並佐以筆者臨床上照護患者之經驗及與社區精神復健提供者之交流心得，提出目前於社區精神復健機構的實務面與政策面所遇到的問題與困境，期盼藉由專業的省思，提出未來實務照顧和政策修正的參考。

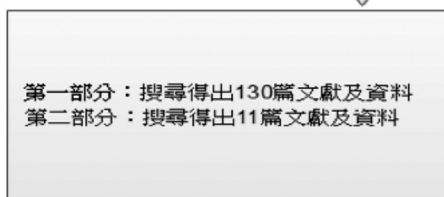
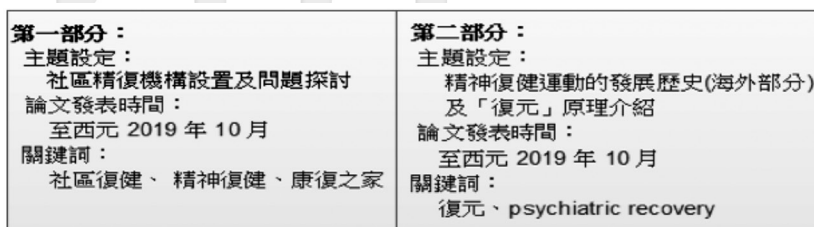
## 二、研究方法

本文檢索華藝線上圖書館(Airiti Library)，聯結中文電子期刊服務(CEPS)與中文電子學位論文服務(CETD)資料庫，查詢1980年1月至西元2019年10月的電子書、期刊及臺灣博碩士論文，使用的關鍵詞包含精神復健、康復之家及社區復健。此外，亦透過網際網路google搜尋系統查詢，除上述關鍵詞外，增加復元(recovery)與“psychiatric recovery”的資料搜尋，並且經由網路收集政府公開資訊，如社區精神復健機構之設置數量及位置分布、基本人口統計母數資訊，及政府精神醫療資源政策規畫，以當作本文呈現數值資訊及政策規畫之獨立引用依據。依據本文研究目的及主題，將搜尋文獻及網路資料共27篇，經由兩位社區精神醫學專家審視，並以「精神復健運動的發展歷史」、「精神復健機構的定義、需求及設置現況」、「精神復健原則」及「精神復健機構服務品質的提昇及確保」四個標題作為結果之呈現，並進行最後之問題分析及建議。本文文獻搜尋之流程圖如圖1所示。

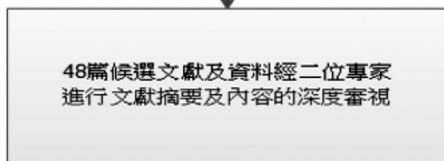
## 三、研究結果

### (一)精神復健運動的發展歷史

在美國，精神復健運動開始於1940年末和1950年初，出現少數提供慢性精神病人的服務計畫。這些計畫希望為精神病人尋求長期機構化與重複再住院(re-admission)的替代方案。多數早期計畫的設計與執行，大都從實際執行或嘗試錯誤發展而來。直到1970年，去機構化運動開始出現許多新問題之後，才受到重視及推動(胡海國、郭峰志，2001)。



文獻篇名初步排除：93篇  
 1. 非精神、心理衛生相關：12篇  
 2. 非社區精神復健相關：50篇  
 3. 與主題無顯著相關：31篇



文獻內容排除：  
 非本文探討主題內容：21篇

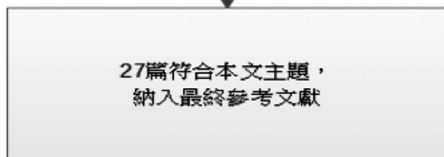


圖1 研究架構流程圖

典型的精神復健計畫是指，依照精神復健治療哲學，提供嚴重精神障礙者服務。所提供的服務，目的在於協助病人成功地在社區中生活，包括社區生活技巧訓練、職業復健、社會復健、居住訓練及個案管理。此領域早期的先驅者陸特曼(Irvin D. Rutman)，對「精神復健計畫」有如下節錄的定義要點(Rutman, 1987)：

1. 精神復健是一系列的計畫，其設計目的是要強化慢性精神病人的能力與技巧，以符合其居住、就業、社會化及個人成長之需要，並希望能改善精神病人的生活品質，協助他們盡可能在社會當中負起主動且獨立生活的責任。
2. 精神復健所提供主要服務項目，包括社會化、娛樂治療、職能治療、居住服務、社區日常生活技巧訓練及個案管理等，基本上是具有連續性的。
3. 精神復健計畫可以短期或無期限地被使用，並且要在支持、不受歧視的社區環境中進行。
4. 精神復健強調個人的「常人角色」，而非「病患角色」，強化個人的責任感與自尊，鼓勵復健過程的主動性。

而在台灣，1972年葉英堃醫師擔任台北市立療養院(現台北市立聯合院松德院區，簡稱北市療)的創院院長，積極推動「台北模式」的社區精神醫療(吳佳璇，2005；高麗芷、周美華，2004)。當初是以精神專科醫院為推展中心，「以醫院為基礎」(hospital-based)的社區精神醫療，結合基層的衛生所而扎根於社區。70至80年代台灣受到去機構化的世界潮流引導下，嘗試讓以往長期住院的病患回歸社區為優先選項之一，開始積極發展社區精神復健，強調社區化的照顧模式，以符合人道精神、減少消極收容與養護，降低醫療資源的浪費。許多精障者在家屬的安排下被長期安置在慢性療養為主的醫療機構，然而缺乏相對應的生活經驗與技巧讓許多病人縱使離開慢性精神醫療或療養機構，卻不足以因應人際、經濟、就業等適應而陷入困境；另外，關係的疏遠促使一度得以重新找到生活平衡的家屬再度面臨親情上的抉擇。為因應此現象，「台北模式」進一步強化至「以社區為基礎」(community-based)，1979年由北市療增設康復之家，兩年後向台北市社會局借用安康國宅，首創的康復之家正式走入台灣社區。1984年於北市療成立「台北康復之友協會」，當時衛生署(現為衛生福利部)亦開始鼓勵各地方成立一個可以提供病人相互支持的場所，促成各區康復之友協會成立(吳慧菁，2019)。



airiti

立法支持與政策對社區精神復健發展有密不可分的關係，1985年衛生署所核定的「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」、「加強精神病患社區復健」為重要的措施之一(行政院研究發展考核委員會，1995)。於1988年衛生署所公告的「精神病患社區復健試辦計畫」鼓勵各教學醫院帶頭進入社區，讓台灣邁入社區復健的紀元(葉英堃，1996)。1990年「精神衛生法」更明定了精神醫療服務包括門診、急診、全日住院、日間留院(partial hospitalization)、社區復健以及居家治療，在法令上建立支持與協助病人於社區生活的國家方向，並且藉由「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」，1994年鼓勵醫院或民間機構依循立案設置復健機構，包括社區復健中心與康復之家，以獲得財務支付。1995年正式將社區復健方案與康復之家住宿型精神復健機構(分為全日型、夜間型)，納入健保給付項目。

此外，衛生署與內政部於1997年起共同研訂「病患照顧體系權責劃分表」(行政院衛生署，1998)，依照病人精神病症狀、社會功能、家庭支持等因素分成六類，作為服務機構與衛政及社政權責劃分的依據，以因應身心障礙者保護法的修正。此後「以醫院為基礎」或「以社區為基礎」等社區精神復健機構紛紛成立，服務逐步普及，家屬與社福團體也加入不限於原先以醫療為主軸的服務體系。這些轉變反映出政策的轉向、多元與友善，以及衛政、社政與勞政資源的初步結合，同時以勞政就業基金的補助與衛政全民健保的支付，增加社區精神復健服務提供的管道。

台灣精神醫療資源的分配上，依「精神病患照顧體系權責劃分表」作為參考。第二類到第四類通常為社區精神醫療照護對象。第二類的「精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者」指的是病人的精神病症狀雖已緩和，但還不到穩定程度，仍需以醫療為導向，進行積極治療及復健，因此適用的精神醫療服務為慢性住院治療或日間留院治療、居家治療等。另外就第四類「精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者」來說，適用之精神醫療資源則為社區精神復健資源。病人症狀穩定，雖局部功能因精神病症退化，但仍有復健潛能，且能開始進行復歸社會的工作訓練，因此服務項目則為日間留院治療或社區精神復健治療、社區追蹤管理、就業輔導等。不再只是以醫療治療為主，而是開始進入復元的復健狀態。

表1 精神病患照顧體系權責劃分表

病患性質	服務類別	服務項目	服務機構	權責劃分
一、嚴重精神病症狀，需急性治療者。	精神醫療	急診 急性住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
二、精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。		慢性住院治療 日間住院治療 居家治療		
三、精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。		長期住院治療		
四、精神病症狀穩定，局部衛生醫療單位功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者。	精神醫療 社區復健	日間住院治療 社區復健治療 社區追蹤管理	精神醫療機構 精神復健機構 衛生所	衛生醫療單位
	就業安置	就業輔導	職業訓練及 就業服務機構	勞政單位
五、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	長期安置	安養服務	社會福利機構	社政單位 (主辦)
	居家服務	養護服務		衛生醫療單位 (協辦)
六、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、失智者、智障者、無家可歸者。		居家服務 護理照顧服務	護理機構	衛生醫療單位

備註：1. 第五、第六類病患如需醫療服務由醫療單位提供支援。

2. 各類精神病患係依其病情變化，由精神醫療機構、精神復健機構、社會福利機構或職業訓練及就業服務機構共同提供服務。

## (二)精神復健機構的定義、需求及設置現況

台灣於2007年再次修「精神衛生法」，第一條即明確指出「應支持並協助病人於社區生活」的目標；第二條定義「社區精神復健」為「協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療」且第十六條第一項更規定「各級政府按實際需要，得設立或獎勵民間設立精神復健機構，提供社區精神復健相關服務」。依「精神衛生法」第十六條第二項制定的「精神復健機構設置及管理辦法」則規定精神復健機構設置標準及相關管理原則，也明定社區精神復健機構分為日間型及住宿型機構。由前二個法規賦予設置社區精神復健機構的正當性和法源依據。此外，「身心障礙者權益保障法」第六十二條第一項規定直轄市、縣(市)主管機關應按轄區內身心障礙者人口特性及需求，推動或結合民間資源設立身心障礙福利機構，提供生活照顧、生活重建、福利諮詢等服務；而「身心障礙者權益保障法施行細則」第二十條則說明上述身心障礙福利機構提供的服務，包括復健服務、自立生活訓練服務、休閒活動服務及社交活動服務等。前二個法規則賦予了社政體系單位在社區設置機構來提供身心障礙者相關社區精神復健服務的法源。

依現行「精神病患照顧體系權責劃分建議表」，社區精神復健個案屬於第四類，其精神病症穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者(行政院衛生署，1998)。在台灣的社區精神醫療體系中，日間型精神復健機構(即社區復健中心)為精神病人出院返家後，病情穩定且有接受精神復健需求時，可參與社區復健中心的活動，它可提供社交技巧、日常生活處理能力訓練等復健治療，並加強精神病人社區生活的適應能力。社區復健中心是在社區中提供病人有關工作技能與態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等的復健治療，讓病人能維持正常作息，利用白天到社區復健中心參與復健訓練課程，以提升生活功能、環境適應能力，並儘早適應社區環境，獨立面對未來生活。至於住宿型精神復健機構(half-way house，即康復之家，亦稱中途之家)則是第四類病患在病情穩定出院之後，因各種因素而無法返家，或無法獨立在社區生活，則可藉由康復之家階段性地提供半保護性或支持性的居住服務，並同時接受精神復健，以盡其最大可能的參與



社區生活。康復之家的主要目標為「在監督的情況下，暫時提供給無家可歸的精神病人轉銜至其社區生活之所需」(Raush & Raush, 1968; Rog & Raush, 1975)。康復之家透過團體方式生活以訓練住民建立自信與培養獨立生活之能力，故住民能在返家前，做短期或長期之居家生活訓練(謝明憲、劉智民，2000)。康復之家的宗旨是病人出院後在重回家庭與社區生活前的一個中途站，透過模擬化家庭生活，依據住民的功能與住民共同擬定一個個別化的復健計劃，協助最終能於社區獨立生活。精神復健機構之服務內涵及健保給付變化可見表2。

截至2019年6月底，全國共有220家社區精神復健機構，其中包括康復之家152家和社區復健中心68家(心理及口腔健康司，2019)。2019年6月底之全台人口數為23,591,031人(內政部戶政司，2019)，康復之家床位以每萬人口一床來計算，預估所需床位數為2,360床，而目前現有提供數已達為6,470床，即每萬人口床位數已達2.74。而社區復健中心床位，以每萬人口二床來計算，預估所需床位數為4,719床，但目前提供數量僅為3,324床，即每萬人口床位數為1.41。相較13年前(2006年)，當時共有132家社區精神復健機構，其中包括康復之家79家和社區復健中心53家，各提供康復之家3,272床及社區復健中心2,431床。雖然2006年時康復之家的登記床位數便已超過預估所需床位數，但至2019年，康復之家的床數大增近一倍，相較之下，社區復健中心床位數雖有成長，但仍未達到先前預估所需數量，且近年以來成長停滯，甚至在部分地區(如台南市)，社區復健中心因營運困難而終止服務的狀況。此二類型的社區精神復健機構消長態勢之所以會有此差異，一般認為是因為健保給付成長差異所致。1992年行政院衛生署補助康復或養護為主的康復之家個案每人每月7,500或4,000元，至1995年健保開辦後停止，改以補助機構個案每人每日160元住宿費；在1998年，衛生署醫療發展基金補助康復之家硬體設施申請，鼓勵與補助偏遠地區之機構發展。2003年行政院衛生署全民健康保險局調高康復之家復健費給付從每日210元至378元，再加上衛生署每日160元之住宿補助；然而，2003年至2005年兩年間，或許因為政府政策與經費補助之配合，康復之家機構數量分別增加15家與14家，其年增率高達為30.61%與21.88%；而2011年，健保給付康復之家費用再從每日378元調漲至508元，此為之後康復之家另一波大成長之主因(李孟達、毛慧芬、呂淑貞、

表2 精神復健機構(衛政)

類別	日間型機構 (社區復健中心)	住宿型機構 (康復之家)
健保給付： 復健治療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 250 NTD/日 (1995.03.01~2003.03.31)</li> <li>• 450 NTD/日 (2003.04.01~2010.12.31)</li> <li>• <b>480 NTD/日</b> (<b>2011.01.01~</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 210 NTD/日(全日)/70 NTD(夜間) (1995.03.01~2003.03.31)</li> <li>• 378 NTD/日(全日)/126 NTD(夜間) (2003.04.01~2010.12.31)</li> <li>• 508 NTD/日(全日)/126 NTD(夜間) (2011.01.01~)</li> </ul>
收案對象	精神病患照顧體系分類第四類病患	精神病患照顧體系分類第四類病患
服務內容 (評鑑項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病情行為調適：心理成長、壓力處理、護理衛教、藥物衛教和各類職能訓練等。</li> <li>• 體能休閒訓練：健康體適能、球類、舞蹈、健康操、歌唱、棋類等各式體能休閒活動訓練。</li> <li>• 復健工作訓練：各種勞務、事務、農務和服務性等復健工作訓練。</li> <li>• 生活技能訓練：自我照顧、購物訓練、金錢管理、烹飪課程、美姿美儀課程、家事處理、生活常識應用等。</li> <li>• 就業轉銜服務：職前評估、就業諮詢及開發社區就業資源、支持性就業服務、職業輔導評量、職業訓練班等。</li> <li>• 社區生活適應：生活危機處理、時間安排訓練、社區資源運用等。</li> <li>• 社區融合參與：社區里民活動、時令活動參與、在地生活體驗等。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 居住服務</li> <li>• 病情行為調適：心理成長、壓力處理、護理衛教、藥物衛教和各類職能訓練等。</li> <li>• 體能休閒訓練：健康體適能、球類、舞蹈、健康操、歌唱、棋類等各式體能休閒活動訓練。</li> <li>• 復健工作訓練：各種勞務、事務、農務和服務性等復健工作訓練。</li> <li>• 生活技能訓練：自我照顧、購物訓練、金錢管理、烹飪課程、美姿美儀課程、家事處理、生活常識應用等。</li> <li>• 就業轉銜服務：職前評估、就業諮詢及開發社區就業資源、支持性就業服務、職業輔導評量、職業訓練班等。</li> <li>• 社區生活適應：生活危機處理、時間安排訓練、社區資源運用等。</li> <li>• 社區融合參與：社區里民活動、時令活動參與、在地生活體驗等。</li> </ul>

林克忠，2015)。相對地，社區復健中心的健保給付復健費從1995年之每日250元，2003年調增至每日450元之後，2011年僅再增加至480元，此次調增幅度明顯低於康復之家(陳仙季，2019)。

截至2019年6月止，身心障礙者中慢性精神病人數為128,568人，較88年底48,464人增加1.65倍，增加速度為整體身心障礙人口之二倍，佔比為10.90%，每萬人口之慢性精神病患者達54人。以性別來看，男性為61,772人，略低於女性之66,796人，依年齡別比較，以50至59歲者的障礙人口最多，為38,500人，其次為30至44歲，為31,280人(內政部統計處，2019；衛生福利部統計處，2019)。若以需住院者估計約為三分之一計算，約42,000人，其餘三分之二約86,500人可住於社區，需要長期治療與精神復健。且近年來精神科急、慢性床位總數大致處於持平的狀態，由此推估人數來看，社區精神復健需求是持續增加的。且透過表3，我們可詳細瞭解社區精神復健機構的現況，近年來康復之家因為健保給付的增加，各區新設立床位皆有不少的增加，全區平均已達每萬人2.74床。除少數偏遠離島縣市如金門、連江、澎湖目前尚未設立之外，其他各縣市康復之家床位均已超過每萬人一床的目標數，少數縣市如嘉義市及宜蘭縣，甚至已達每萬人五床以上之設置數量，且若以精神醫療網七個分區(台北區、新北區、北區、中區、南區及高屏區)來看，則七區的康復之家床位設置達成率皆已超過每萬人一床的預設目標。相對的，社區復健中心床位設置的達成率便較康復之家遜色，本服務模式的平均床位數為每萬人1.41床，並未達到預期每萬人二床的水準，整體來看數量並不足，且從資源之地理分佈發現有明顯分佈不均現象；精神醫療網七區中，僅高屏區及東區社區復健中心設立床位超過每萬人二床，分別為每萬人2.55床及2.20床，其他區域則皆少於每萬人二床，社區復健中心資源最少之區域為南區，每萬人僅0.56床，而全國共有六縣市至今尚未設置社區復健中心，分別為金門、連江、澎湖、雲林、台東及嘉義縣。最後，各縣市的社區精神復健資源分佈型態並不相同，精神復健機構亦有城鄉發展的差別，像是台北市康復之家有44家為全國家數最多的地區，但設置的康復之家幾乎都是小型化(49床以下，且大多數為29床以下)、公寓式房舍。較大型的康復之家則出現於中、南部。而各區社區復健中心的提供仍多以醫院為基礎再推展到社區，由於可以引進及聯結醫院資源

表3 2019年6月底台灣精神復健機構資源統計

縣市別	精神復健機構					
	日間型機構			住宿型機構		
	登記家數	登記服務量	每萬人口 服務量	登記家數	登記床數	每萬人口 床數
基隆市	1	80	2.17	1	42	1.14
臺北市	6	368	1.38	44	1,293	4.87
新北市	5	192	0.48	23	807	2.02
宜蘭縣	4	160	3.52	4	141	3.10
金門縣	-	-	0.00	-	-	0.00
連江縣	-	-	0.00	-	-	0.00
桃園市	4	150	0.67	19	727	3.25
新竹市	2	74	1.65	4	239	5.34
新竹縣	-	-	0.00	4	167	2.98
苗栗縣	5	263	4.81	6	248	4.54
臺中市	11	514	1.83	6	402	1.43
彰化縣	2	63	0.49	5	586	4.60
南投縣	4	209	4.22	4	402	8.12
雲林縣	-	-	0.00	4	165	2.41
嘉義市	1	28	1.04	3	151	5.63
嘉義縣	-	-	0.00	1	40	0.79
臺南市	3	160	0.85	13	424	2.25
高雄市	14	688	2.48	9	456	1.64
屏東縣	4	255	3.10	1	84	1.02
澎湖縣	-	-	0.00	-	-	0.00
臺東縣	-	-	0.00	-	-	0.00
花蓮縣	2	120	3.67	1	96	2.94
合計	<b>68</b>	<b>3,324</b>	<b>1.41</b>	<b>152</b>	<b>6,470</b>	<b>2.74</b>
台北區	10	528	1.62	48	1,434	4.39
新北區	6	272	0.62	24	849	1.94
北區	11	487	1.29	33	1,381	3.64
中區	17	786	1.72	15	1,390	3.03
南區	4	188	0.56	21	780	2.34
高屏區	18	943	2.55	10	540	1.46
東區	2	120	2.20	1	96	1.76

及照護上的經驗，醫院附設之社區復健中心規模常較大，其服務資源多優先提供給自己醫院出院的病患。

時至今日，目前康復之家和社區復健中心設置成長的差異，反應二者之間供需的問題點：社區復健中心的設置及營運因為缺乏相當合理的誘因，導致數量明顯不如預期，且呈現地區分佈不均狀況的困境。對於全國的社區復健中心需求達成率低，於十多年前就有專家提出，此服務模式患寡，也患不均的現象(謝佳容、蕭淑貞，2006)，但至今卻未見顯著改善，此部分也需要政策擬定及預算分配者重新思考及重視，方能使康復者容易獲得可及性和可近性的照顧資源。

### (三)精神復健原則

美國精神復健協會定義精神復健係協助功能嚴重受損的精神病個案邁向復元、完全社區融合，並改善其生活品質。精神復健服務是跨團隊合作的、以人為本的，及需要個別化的，是人類服務範圍的基本要素，應該以證據為基礎。這些服務專注於幫助個案發展技能和獲取所需資源，以提高他們在自己選擇的生活、工作、學習和社交環境中達到成功和滿足的能力(Psychiatric Rehabilitation Association [PRA], 2019)。

精神復健治療的核心為鎖定個人的功能，而非疾病。其目標是藉由教導因應技巧及提供支持性環境，協助個人彌補疾病相關的功能缺陷。通常個人需要發展及執行社區生活技巧，包括：個人衛生、整理家務、街頭求生之道、使用大眾運輸工具、社交技巧、問題解決能力、職前訓練技巧及任何受到精神殘障影響的生活區域。最好是在真實的社區當中，培養社區活動的能力。越能融入當事人正常生活的活動，所介入的訓練方案會越有效。

此外，在過去的幾十年裡，復元的概念已經成為精神復健哲學的基石。復元代表著對未來的樂觀。對於許多醫療情境，這意味著治癒。由於患有嚴重精神疾病的人面臨的挑戰有時是終生的，許多學者認為，有必要採用一種可以與疾病及其症狀的持續經驗並存的新的康復觀念。有多位學者以自身早期罹患精神疾病的經驗現身說法，將「復元」加以定義並分享，例如Deegan(1988)認為這是「一個過程、



一種生活方式、一種態度、一種解決生活挑戰的方法；這個過程並非是完美的線性過程」；Chamberlin(1997)則說「讓復元成為可能的一個因素是要相信自己」；Leete(1989)提出「擁有『希望』對復元是相當重要的」。

Anthony(1993)循著「去機構化(deinstitutionalization)」的社區支持與復健服務軌跡，將復元定義為：「一個具深度個人化且獨特改變個人態度、價值、感受、目標、及/或角色的過程；是一種對生活滿意、充滿希望與做出貢獻的方式，即便是帶著疾病的限制。復元涉及人的生活中新意義和新目標的發展，隨著人的成長超越了精神疾病的災難性影響」。「復元」就此成為全世界心理衛生政策、體系制度及相關服務上最具有影響力的概念(Piat & Sabetti, 2009)。

美國物質濫用及心理健康服務管理局(SAMHSA)在2010年提出了復元的工作定義，其中包括了四個層面及十項引導原則，如表4 (SAMSHA, 2012；新生精神康復會，2019)。

#### (四)精神復健機構服務品質的提昇及確保

我國依據「精神衛生法」訂定「精神復健機構設置及管理辦法」並規定「中央主管機關應定期辦理機構評鑑」。因此衛生署自2003年起委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會試辦「精神復健機構評鑑」相關作業，希望藉由外部稽核、輔導之方式協助精神復健機構提升復健服務品質。

而於2004年正式開始社區精復機構的評鑑制度，為順應國際間已成為主流的精神復健之「復元」概念，以及提升精復機構之服務品質，故後續於2006、2009、2012及2016共進行4次評鑑基準研修。從2003年起至今，評鑑制度經歷起步期、成長期、突破期及成熟期的革新過程(李慧玲、林惠珠、簡以嘉，2016)，確實強化評鑑之功能和品質。為了減少精復機構工作人員準備評鑑之負擔，自2017年起精簡評鑑內容，應可更真實反應機構實際運作成果，讓精神復健機構邁向更精進的社區復健服務。

表4 社區精神復健中的復元定義與四個層面

健康	整體健康始於解決使身體和情感健康惡化的成癮症狀。建議戒除酒精、非處方藥和非法藥物的使用，以便解決和治療任何精神疾病。這將導致更明智和更健康的選擇，這些選擇將維持持續的復元。
家庭	有一處每天可以回去的一致、和平與穩定的地方，將有助於消除可能導致自我毀滅行為的不確定性和焦慮感。
目標	對於每個人，尤其是那些正在重建中復元生活的人，不論透過志願工作、就業還是上學來成為有生產力的人，都是有意義。
社區	從成癮和精神疾病中復元過來的一個重要面向是理解他人也是經歷了類似的困難和掙扎。從朋友，家人和其他復元中的人身上得到非判斷性支持，正好可以幫助獲得復元的動力。
十項引導原則	
希望	希望是對未來的盼望，也是復元過程的推動力，能夠啟動整個過程，使其延續。無論康復者、職員和家人都應對復元心存希望，不受精神狀況的穩定性影響。朋友、家人和職員的支持，能增加康復者對生活的希望和動力，促進康復者克服所面對的障礙和困難。
自主	康復者是自己生命的主角，他們有權決定自己的復元路向，並在復元過程為自己作決定，有責任地承擔選擇的結果。促進康復者的自主和獨立能力以及資源的掌握和運用，有助他們肯定自己生命的意義。
多元途徑	由於每位康復者都是獨特的，他們以不同方式邁向復元，並在過程中表現出不同之處。多元化的復元路是指有多種途徑邁向精神健康，而當中出現的形式、過程及效果亦會有差異。所謂「條條大路通羅馬」，多元化的復元路也能達致良好的效果。明白廣泛的復元路徑及不同的支援模式，能使我們變得更有彈性，並在不同的文化、家庭及宗教背景下化解分歧。
整體性	復元強調整全的生活，而精神病只是生命的一部份，不是生命的全部。康復者在其生命當中有不同的角色和責任。復元不局限於消滅病徵、穩定病情，而是著重身、心、靈和社會的參與，並涵蓋生活的各個範疇，包括住屋、就業、教育、心理健康、保健服務、創造力、社會網絡、社區參與及家庭支持。

表4 社區精神復健中的復元定義與四個層面(續)

同伴支持	康復者透過分享個人的復元和生活經驗互相幫助。互助支援小組建基於組員的參與和自主，是互惠互利的、免費的及持久的。這些互助組織能幫助康復者提高應變能力和提高復元希望，同時這些組織也需要其他人的幫助和支持。
人際關係及社交網絡	復元過程中的一個重要因素是，相信個人能夠復元的人們之存在和參與；這些人們能給予希望、支援和鼓勵，及建議如何改變的策略和資源。家庭成員、同儕、提供者、信仰團體、社區成員和其他盟友組成了重要的支援網路。通過這些關係，人們將不健康和/或未實現的生活角色拋在腦後，並且從事新的角色(例如，伴侶、照顧者、朋友、學生、員工)，從而產生更大的歸屬感、人格感、授權感、自主性、社會融合及社區參與。
文化為本	文化和文化背景以其各種不同的表示形式(包括價值觀，傳統和信仰)是決定個人旅程和獨特復元途徑的關鍵。服務應具有文化基礎、協調性、敏感性、一致性和稱職性，並實現個人化，以滿足每個人的獨特需求。
起伏中成長	復元是一個有起伏的過程，亦是一個成長的過程。在復元過程中，康復者有機會遇到挫折或經歷復發，重要的是我們從經驗中學習，明白及相信將來會有成長的機會。
個人、家庭及社區的優勢與責任	個人，家庭和社區都有優勢和資源，是復元的基礎。此外，個人對自己的自我照顧和復元旅程負有個人責任。應支持康復者為自己發聲。家庭和重要他人有責任去支持自己的親人，特別是對於復元中的兒童和青少年。社區有責任提供機會和資源來解決歧視問題，並促進社會融合和復元。康復者也有社會責任感，應該有能力與同儕一起集體談論自己的優勢、需求、需要、願望和志願。
尊重	尊重每一位康復者的價值及獨特性。社會的尊重和接納能讓康復者投入社區生活，參與各個範疇的活動及事務，促進復元過程。服務機構可協助康復者接納自己，並提倡應有的權利，讓他們投入生活。

## 四、討論與結論

整體而言，雖然我國的精神復健機構經過四十多年的發展，且在政策及法規的配合下，不論設置家數的規模數量及品質皆有長足的進步，但隨著對社區精神復健需求的日益增加以及精神復健觀念的持續演進，還是面臨了不少的困難及挑戰，以下列出筆者在實務面所觀察到的問題，並提出未來擬定政策時可參考的建議。

### (一) 社區精神復健機構面臨的問題：

1. 資源投注有限且健保給付未合理增加：雖然依照「精神病患照顧體系權責劃分表」，不同病情狀況的病患應各自有合適收治的醫療單位、復健機構或養護單位，但現有社區精神醫療資源(含精神科慢性、日間留院及社區復健、精神護理之家等)，限於健保給付之限制，機構的獲利成為醫療服務提供時的重要考量(宋鴻生、蘇喜，2006)，即使是公立醫院及宗教社團醫院，也無法完全不考量合理收益，其他私人單位更傾向朝利益方向發展，因此對於利潤較少的精神復健機構、養護單位等，缺乏開辦意願，加上建築及消防法規對於精神復健機構之限制，更增加了開辦的成本。另外像是病患滯留醫院佔用慢性床位，在目前台灣的健保體系之下，其所需要支付的費用比在社區精神復健機構來得少，不必再額外負擔如生活照顧費、交通費等其他生活開銷，而且這樣的影響對於低收入家庭而言尤其明顯(行政院研考會，1995)。再加上出院後社區復健機構及養護單位資源的不充足，更加強了家屬將病人留滞在醫院內的動機。而在醫院端方面，隨著醫療成本支出不斷升高，但是健保給付卻無法相同比例提昇時，床位閒置所帶來的經營壓力不言可喻，因此對於一些狀況穩定、好照顧的慢性病患，即便病患應可出院接受社區精神復健治療，但在家屬要求持續住院的情況下，醫院也可能透過一些運作模式，讓病人等同於長期留在醫院內接受住院型式復健治療，而非往社區復健進階。
2. 社區復健中心患寡也患不均：除之前提到的資源分佈不均外，社區復健中心的數量不足和全民健康保險給付給社區照護的費用很有關係。但社區復健中心要長久

經營的要素之一是便利的交通，如果機構的交通不便利，會增加學員接受精神復健及工作訓練的阻礙而磨損其復元動機。但是機構交通便利及使用面積足夠的地點，機構建築土地的取得及使用成本常常不低，以現行的健保給付過低之下，是造成社區健保中心成長率不佳的主因。

3. 康復之家小型化且連鎖化經營，照顧品質良莠不齊：目前所成立的康復之家，不少機構是小型化且連鎖化企業經營的型態，對精神社區復健理念不足，不僅承襲過去收容養護的觀念，更缺乏以住民為中心的社區積極復健計畫的安排，並於機構內收治過高比例宜轉往長期安置機構之住民，也因此失去社區積極復健的意義，所幸，經過年來不斷的評鑑計畫的展開，優質的精神復健服務體系逐漸形成，但不及格機構仍須再積極改善其服務品質。
4. 缺乏社區連續性照顧的專責個案管理：近年來，因陸續發生精神病患或疑似精神病患傷人或家暴兒虐之社會事件，讓台灣對精神病患的關懷協助不足的問題浮上檯面，政府也先後投注資源在不同的個案管理方案上，如社區精神病患關懷訪視員計畫及社會安全網心衛社工、處遇協調社工計畫，再加上衛生所公衛護師個案訪視，其實台灣在精神病患個案管理上仍有投入相當資源。但這些方案主要所期望達到的效果仍關注在「精神病患不要出事、鬧事」，然而，大部分的穩定個案並不會有危險性，便有可能不會在這些管理方案的服務範圍，或即便在管理方案計畫之內，也並不是會獲得優先關懷的對象。但是絕大部分的精神病患在社區生活上仍會面臨各種醫療、復健、福利、就業上多元的需求，精神病患常是弱勢中的弱勢，若沒有單一窗口主動積極地提供服務，許多病患的生活困境及功能提昇將無法有所解決及突破。此外，精神病患的個案管理如果要達到令人滿意的水平，需要適當質與量的精神個案管師，而臺灣目前缺少專業精神個案管理師的認證制度，對於病患的需求是否可以達成妥適的協助或資源轉介，目前仍是受到質疑的。
5. 心理衛生中心功能不彰：1990年底，政府通過「精神衛生法」，明訂直轄市及各縣市衛生主管機關得設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導，但社區心理衛生工作中心的定位功能、業務內容及設置標準，卻一直尚未有明確的成文規定(姚卿騰，



2015)。2007年立法院通過「精神衛生法」修正條文，社區心理衛生中心成為「應設」單位，心理衛生工作的重要性進一步確立。社區心理衛生中心的發展雖有進步，但在諸多限制中仍存在許多問題和困境。因為即使有法令強制設立，但設置標準、人員配置、定位和應有的功能尚無明確規定，也未考慮實際需要的服務人口比例及專業人員的足夠供給，使得不少中心形同虛設。

6. 職業技能訓練為重，較少全人關懷的社會心理照顧：在社區復健機構照顧的重點幾乎偏重職業復健中的工作訓練與技巧的制式化學習，較少個別化的復健計畫內容安排。而個案之人際關係、壓力因應和藥物定期服用以維護症狀的穩定，更是決定就業是否成功的關鍵，但在復健過程中若照顧者缺乏對其社會心理照顧方案做出考量，最後可能還是無法達到協助病人獨立生活之目標。
7. 家屬與個案在精神復健的過程中，權能及責任未被激發，以致未能積極參與復健內容：由於服務與資源的提供者和使用者之間應是夥伴關係，需要相互合作與配合。但過往家屬和個案的權能及為自己負責的心態未被激發，過於被動的等待救助。專業人士也缺乏對不同族群的家屬提供適切性的資源，且因家屬社區精神復健服務設施及服務內容所知有限，家庭中照顧者的教育程度偏低，年齡上也傾向老年化，因而在瞭解或取得社區精神復健服務訊息較為困難。此外，專業人員解說及建議利用社區復健機構的衛教較少，以及社區復健機構缺乏可近性的情況下，社區病患大都只持續接受門診治療，有的則出院後就與醫院失去聯繫(張作貞、宋麗玉，1998)。使得這群大多於青少年時期就發病的患者，只能留在社區中由家屬長期照顧，但卻又因為社區精神復健資源的不足，造成家屬極大的負擔。

## (二) 對未來社區精神復健政策制訂的建議：

對於社區復健的未來展望，筆者們認為現今醫院與社區共同追求高品質及連續性醫療照顧的理念已逐漸達成共識，我們需要在醫院與社區間架構一個緊密的精神醫療網絡，來推展社區式照顧方案，使個案有機會也有能力來使用社區復健機構，筆者們遂提出以下幾點建議，盼藉由跨部會的政府單位和各專業領域的學者專家共同合作，更重要的是精神醫療的使用者及其家屬一同參與，以期能達到更好的社區

醫療水準和生活品質。

1. 持續透過實證性全國精神疾病流行病學調查，建立合理的醫療資源需求評估之依據：每五年一次之「身心障礙者生活狀況及需求調查」是歷年來規模最大的全國性社區訪視調查，透過該調查對各種精神病之盛行率、社會人口學與危險因子更完整的分析，深入探討精神疾病產生的社會、個人負擔與失能評估，並期能推估不同病程的個案所需的醫療照顧、各項精神衛生設施及專業醫療人力的需求，以避免社區復健機構供需推估失衡。對於各縣市社區復健中心的床位不足，也應透過獎勵措施和提升健保給付，鼓勵開辦；同時須注意縣市城鄉差距，提供偏鄉適當的獎助。
2. 檢視現行社區精神醫療與復健措施的成效性：鑑於現行社區精神醫療的服務措施已逐漸出現結構性問題，因此，對於目前社區精神復健機構是否合宜且滿足住民/學員的需求，的確有其檢討的必要性。除評鑑制度的執行外，需針對現有的社區復健政策進行成效評估，包括健保給付和床位補助費的適當性；對於照顧品質較差的機構，除給予輔導協助外，亦需積極落實退場機制，讓公部門資源能用在良好的住民/學員照顧活動中，而非不肖業者的濫用。
3. 確實執行衛政和社政單位之權責劃分與整合：雖衛生福利部和內政部針對精神病患照顧體系權責劃分已有共識，然而在實際住民照顧上，仍有功能劃分不清、照顧資源未被適當應用等情況。例如，康復之家收治不少屬於第五、六類需要機構式照顧、或無家可歸的年邁老人，卻居住在康復之家，不但無法落實積極復健精神，也迫使該機構採封閉式管理，而使住民無法於社區中自由活動。此外，住民的病程、功能狀態及復健潛能可能會隨著其年齡的增長而呈現退化的狀況，即個案的狀態不會永遠不變。因此依據住民狀況的改變，提供不同層級間的照護，如從精神復健期轉為長期照顧安養階段。因此，專業間的轉銜，如衛政和社政單位間應該有更明確的落實權責整合與劃分，才能保障個案權益，使個案獲得適所的照顧。
4. 建立精神病人專責專業的個管師制度，落實精神衛生服務體系之轉介：精神病人服務體系必須配合其精神疾病之病程進展變化而提供適當的治療及處置。如對於

慢性化、症狀穩定，已無住院必要，但須社區精神復健者，應協助轉社區精神復健資源。理想的精神病人個案管理制度應可提供主動積極的服務，整合不同行政體系及社區資源，包括村里幹事及民間團體，促使個案生活潛能的發揮，並使其回歸社區化的常人生活。然而，症狀穩定卻久佔精神慢性床的個案需協助轉置社區復健機構，特別是醫院可能為留住功能好的個案，於院內進行庇護性工作訓練，而減少社區復健機構的轉介。這樣的結果產生排擠效應，也使得穩定的急性病人無法轉介到慢性病床；或是等待急性床的病患進不來，形成一個相互嵌合的惡性循環。因此，精神衛生服務的體系轉介之落實需積極達成，且需避免發生醫院內迴旋門的機構化現象之發生。

5. 強化及落實社區心理衛生中心之功能：過去台灣省政府時即設立心理衛生中心，至1990年精神衛生法實施，由於功能定位不清，便將其併入各區的公立精神專科教學醫院；但2007年修訂的「精神衛生法」要求在各縣市設立心理衛生中心，卻遲遲未落實。由於社區心理衛生中心的設立與去機構化運動的發展有關，其基本精神是提供可近性、廣泛性以及連續性的心理衛生照顧。意即社區心理衛生中心的設立是使社區民眾能方便得到服務，其服務內容包含預防、治療和復健層面，並且需促進社區內現有資源的協調與善用，使社區民眾及病人能得到服務。故社區心理衛生工作的落實，建議政府應明確制定與規劃相關政策。就中心的定位、功能、業務內容及考評方式等有明確之規定，並顧及地方的差異性給予預算與支援。自精神衛生法公佈後，社區心理衛生中心營運責任開始下放至地方，地方首長、官員是否重視與瞭解社區心理衛生工作，對於中心營運發展有關。因地方制度法與財政收支劃分法的實施，地方首長掌握有人事任用及地方經費決定權，其對業務的瞭解與重視與否必然影響社區心理衛生中心之發展。因此，建議透過規劃適當的推動人力，挹注足夠經費等方式，增加社區心理衛生中心的可運用人力、物力資源，來具體落實社區心理衛生中心的功能。
6. 建立重視全人關懷的合作團隊：個案在社區復健的過程中重視的是全人化生活經驗，且復健涉及領域廣泛且複雜，應秉持「以病人為中心、復元為導向」的核心價值來提供個案／康復者的照顧。像是管理人員所提供的服務項目，包括情緒管理、身體評估、獨立生活訓練和服藥訓練等皆極具意義。由於個案在社區中的機

airiti

構生活，需要監控與防治傳染病。因此對於個案的衛生教育也宜增加肺結核和皮膚病防治等議題。這樣方能協助個案在良好的生理照顧、穩定的服藥和人際關係發展之狀態下，進行職業復健的落實，使其能成功適應社區的生活。

7. 加強對個案和家屬的充權，提升主動參與社區復健生活的力量：我們應尊重個案和家屬的意見和權利，讓他們能透過權力增長的過程，充分認識社區復健的模式，能擁有為自己健康做決定的權力，包括時間的管理、復健活動的多元選擇，以及能連結不同復健團體的網絡關係，積極參與正常化的生活型態，並與社區有良好的融合。最後，社區復健過程應更開放讓家屬參與，使家屬增強其透過多元網絡尋求資源之能力，進而增進照顧者自己與家人、以及社區的身心健康。

### (三) 結論

精神復健的發展，除公部門的政策規劃與行政支持外，也需要不同專業團體間共同努力與合作，更需要個案和家屬的充權與參與。目前社區精神復健機構的發展已見規模，今後更要重視的不只是機構數量的增加，更需要注意服務的可及性與可近性、資源之均衡發展、以及復元服務之品質與成效。因此，對於社區復健機構的照顧品質，不管是人力、物力、和措施的建立，都還有很多待加強的空間。此外，無論政策的規畫或執行上，都應該秉持全人關懷精神，以促進個案「復元」為優先，亦及以個案如何順利地在社區生活為出發點，而非偏重於醫療層面的症狀控制。期待台灣可以建立更整合及專業的個案管理制度、強化社區心理衛生中心的功能，以提供弱勢的社區精神醫療使用者與家屬更主動積極、有效能的服務，讓所有康復者在復元的道路上可以更順利、更有尊嚴地前進。

## 參考文獻

內政部戶政司(2019)。**民國108年6月戶口統計資料分析**。取自<https://www.ris.gov.tw/info-liferay/app/channel/newsDetail/1563172433639>

內政部統計處(2019)。**土地與人口概況**。取自<https://statis.moi.gov.tw/micst/stmain>。



jsp?sys=100

心理及口腔健康司(2019)。**108年6月底全國精神復健機構資源統計**。取自<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-402-1166-107.html>

行政院研究發展考核委員會(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。

行政院衛生署(1998)。**精神病患照顧體系權責劃分建議表**。取自<https://health.tainan.gov.tw/warehouse/%7B63AE43DD-A398-431C-B9F5-8B043CAE2F79%7D/臺南市精神病患病情分類及處置建議表.pdf>

吳佳璇(2005)。**台灣精神醫療的開拓者葉英堃傳記**。台北市：心靈工坊。

吳慧菁(2019)。**台灣社區心理衛生**。載於楊劍雲與吳日嵐(主編)，**社區精神健康服務與輔導工作**(35-59頁)。香港：商務印書館(香港)有限公司。

宋鴻生、蘇喜(2006)。**精神醫療機構對健保論質計酬的態度與預期醫療服務的變化**。**醫務管理期刊**，**7**(4)，383-402。doi: 10.6174/jhm2006.7(4).383

李孟達、毛慧芬、呂淑貞、林克忠(2015)。**臺灣精神康復之家發展現況之探討：文獻回顧**。**臺灣職能治療研究與實務雜誌**，**11**(1)，33-49。doi: 10.6534/jtotrp.2015.11(1).33

李慧玲、林惠珠、簡以嘉(2016)。**精神復健機構評鑑革新**。**醫療品質雜誌**，**10**(6)，22-28。doi: 10.30160/JHQ

邱南英(2007)。**精神分裂症：問題導向**。臺北市：合記圖書。

姚卿騰(2015)。**臺灣社區心理衛生政策回顧、發展現況與未來展望**。**護理雜誌**，**62**(4)，5-11。doi: 10.6224/jn.62.4.5

胡海國、郭峰志(譯)(2001)。**現代社區精神醫療—整合式心理衛生服務體系**(第一版)。台北市：心理。

高麗芷、周美華(2004)。**臺北市社區精神復健中心**。**北市醫學雜誌**，**1**(4)，503-511。doi: 10.6200/tcmj.2004.1.4.17

張作貞、宋麗玉(1998)。**影響社區精神復健服務使用之相關因素研究—以臺灣中部地區為例**。**中華心理衛生學刊**，**11**(4)，頁105-129。

陳仙季(2019)。**多元/多元社區生活模式，2019國衛院論壇—「發展多元、整合、友**



善、復元為導向的社區精神病人照護體系」。臺北市。

新生精神康復會(2019)。**復元辭彙**。取自<https://www.nlpra.org.hk/tc/theme/%E5%BE%A9%E5%85%83%E8%B3%87%E8%A8%8A/3>

楊明仁(2004)。**建構精神障礙者社區照護服務體系**。載於胡海國(主編)，**台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編**。(23-24頁)。國家衛生研究院論壇長期照護委員會。

葉英堃(1996)。**承先啟後一對革新臺北市精神醫療保健的私見**。**臺北市立療養院民國八十五年年報**，139-142。

衛生福利部統計處(2019)。**2.3.5身心障礙者人數按類別及年齡別分**。取自<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2976-13825-113.html>

鄭若瑟(2003)。**台灣精神障礙者照護現況分析與未來發展—醫療層面**。載於胡海國(主編)，**台灣精神障礙者照顧發展研討會彙編**(頁35-39)。台北市：國家衛生研究院論壇長期照護委員會。取自 <https://ph.nhri.org.tw/zhtw/wp-content/uploads/2019/10/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E7%A4%99%E8%80%85%E7%85%A7%E8%AD%B7%E7%99%BC%E5%B1%95%E7%A0%94%E8%A8%8E%E6%9C%83%E5%BD%99%E7%B7%A8.pdf>

謝佳容、蕭淑貞(2006)。**台灣社區精神復健機構的服務現況與展望**。**精神衛生護理雜誌**，1(2)，45-54。doi: 10.6847/tjpmhn.200609\_1(2).0005

謝明憲、劉智民(2000)。**社區精神醫學**。載於李明濱(主編)，**實用精神醫學**。(353-357頁)。臺北市：國立臺灣大學醫學院。

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Chamberlin, J. (1997). Confessions of a non-compliant patient. *National Empowerment Center Newsletter*, pp. 9-10.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(1), 11-19. doi: 10.1007/978-1-349-92322-9\_9

Godsil B. P., Kiss J. P., Spedding M., & Jay T. M. (2013). The hippocampal-prefrontal pathway: the weak link in psychiatric disorders? *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(10),

1165-81. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.10.018

Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophr Bull*, 15(2), 197-200. doi: 10.1093/schbul/15.2.197

Piat, M., & Sabetti, J. (2009). The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of commonwealth countries tells us. *Can J Commun Ment Health*, 28(2), 17-33. doi: 10.7870/cjcmh-2009-0020

Psychiatric Rehabilitation Association (n.d). Defining Psychiatric Rehabilitation. About PRA. Retrieved from <https://www.psychrehabassociation.org/about/who-we-are/about-pra>

Raush, H. L., & Raush, C. L. (1968). *The halfway house movement: A search for sanity*: Appleton-Century-Crofts.

Rog, D. J., & Raush, H. L. (1975). The psychiatric halfway house: How is it measuring up? *Community Mental Health Journal*, 11(2), 155-162. doi: 10.1007/bf01420353

Rutman, I. D. (1987). The psychosocial rehabilitation movement in the United States. In A. T. Meyerson (Ed.), *Psychiatric disability: Clinical, legal, and administrative dimensions* (1st ed.). Washington, D. C.: Amer Psychiatric Pub Inc.

SAMSHA. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery - 10 guiding principles of recovery*. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>

# Recent Developments and Suggestions for the Psychiatric Community Rehabilitation Centers of Taiwan

CHEN-PANG WANG, WEN-CHEN OUYANG

**Purpose:** The objectives of this review are to examine the history of the development of psychiatric rehabilitation institutions in Taiwan over the past 40 years, to explore the current settings and services, and to assess the core concept of the most critical aspect of psychiatric rehabilitation: recovery. We analyzed the practical and political aspects of current psychiatric rehabilitation institutions to propose recommendations for reasonable care and policy development. **Methods:** We used openly published government information, 27 related publications, and practical experience in the clinical care of patients to describe the current state of psychiatric rehabilitation institutions and to analyze possible problems. **Results:** The analysis indicated that Taiwan's psychiatric rehabilitation institutions have made significant progress compared with 40 years ago. The number of residential psychiatric rehabilitation institutions exceeds the estimated demand, although there are still a few counties that have not yet opened institutions. The development of day-care psychiatric rehabilitation institutions may be affected by an unreasonable increase in health care payments. In fact, currently, the number of day-care institutions does not meet estimated demand; growth has stagnated. **Conclusions:** The needs of patients with psychotic disorders are diverse in terms of mental health rehabilitation services. They require integrated resources, especially the case management system, to provide them with more active and practical assistance.

**Key words:** Mental disorder, psychiatric rehabilitation, community psychiatry, recovery

---

Chen-Pang Wang: Director, Department of Community Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan

Wen-Chen Ouyang: Vice superintendent & Visiting staff, Department of Geriatric psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan (Corresponding Author, e-mail: d88904@gmail.com)