

精神病人社區復健之現況與展望
就衛生、社福、社區居住及職業方面探討

台灣心衛生社會工作學會
理事長 林惠珠

精神衛生法立法宗旨

- 促進國民心理健康，預防及治療精神疾病
- 保障病人權益
- 支持並協助病人於社區生活

精神復健理念

世界衛生組織1996年定義「精神復健」為：

- 1.促進個人盡可能在社區獨立生活的過程。
- 2.促進個人之能力及改變其環境。
- 3.使精神障礙者能過更好的生活。
- 4.復健目標在達到個人於社會之最佳功能，減少因失能、障礙或壓力而影響個人之選擇。
- 5.使其能成功的生活於社區中。

精神醫療照護「去機構化」目標

醫院治療

社區照護

居家生活

精神疾病照護模式

醫院治療

急性病房

慢性病房

社區照護

日間病房

精神復健機構

精神護理之家

社區日間型作業所

生活照護機構

居家生活

門診

居家治療

社區關懷訪視

295品質促進計畫

長照居家服務

社區居住

精神復健機構定義

- 精神衛生法第十六條：
精神復健機構：提供社區精神復健相關服務。
- 精神衛生法施行細則第五條第一項
指提供有關病人工作能力、工作態度、社交技巧及日常生活處理能力之復健治療，以協助病人逐漸適應家庭及社會生活之機構。

精神病人社區復健機構現況

- 精神復健機構規模及資源分佈
- 精神復健機構服務收費
- 精神照護機構收、結案標準
- 機構各類工作人員配置
- 機構工作人員教育訓練
- 精神照護網絡之完整性及轉銜制度

機構設置規模及資源分布

1. 大型精神復健機構易採集中式管理及活動安排，病友自主性低，影響復健成效。
 2. 地區資源過於集中，分配不均，可近性不足，恐導致經營方式不符合功能期待。
 3. 社區復健中心因考量人力及空間配置，小型機構較不易發展多元化復健模式。
- 參考身心障礙生活重建機構，日間型以79人為限，住宿型以29床為限。

104年6月底日間型精神復健機構 服務規模家數分布及占率(按權屬別分)

單位：家/%										
權屬別	總計		機構服務規模							
			<=49人		50-99人		100-149人		>=150人	
總計	70	100.00%	53	100.00%	14	100.00%	3	100.00%	-	0.00%
私立機構	34	48.57%	28	52.83%	5	35.71%	1	33.33%	-	0.00%
公立醫療機構附設機構	20	28.57%	10	18.87%	8	57.14%	2	66.67%	-	0.00%
私立醫療機構附設機構	3	4.29%	3	5.66%	-	0.00%	-	0.00%	-	0.00%
醫療法人附設機構	3	4.29%	2	3.77%	1	7.14%	-	0.00%	-	0.00%
法人或其他人民團體附設機構	10	14.29%	10	18.87%	-	0.00%	-	0.00%	-	0.00%

註：全國機構中，服務規模<=49人、50-99人及100-149人者，分別佔75.7%、20%及4.3%。

(衛生福利部2015年)

104年6月底住宿型精神復健機構 服務規模家數分布及占率(按權屬別分)

單位：家/%										
權屬別	總計		機構服務規模							
			<=49床		50-99床		100-149床		>=150床	
總計	129	100.00%	112	100.00%	14	100.00%	2	100.00%	1	100.00%
私立機構	114	88.37%	99	88.39%	12	85.71%	2	100.00%	1	100.00%
公立醫療機構附設機構	13	10.08%	11	9.82%	2	14.29%	-	0.00%	-	0.00%
醫療法人附設機構	1	0.78%	1	0.89%	-	0.00%	-	0.00%	-	0.00%
法人或其他人民團體附設機構	1	0.78%	1	0.89%	-	0.00%	-	0.00%	-	0.00%

註：全國機構中，服務規模<=49床、50-99床、100-149床及>=150床者，分別佔86.8%、10.9%、1.6%及0.8%。

(衛生福利部104年)

健保支付制度對社區復健之影響

- 健保給付於92年、100年分別調升：
社區復健中心：250元/人日→450元/人日→480元/人日
康復之家：210元/人日→378元/人日→508元/人日
- 康復之家住民同時接受社區復健中心服務，其給付僅126元/人日，故有俗稱全日型與夜間型，但設置標準一致。
- 康復之家健保給付復健治療費，似乎不包括住宿費，以致機構可向住民或家屬收取部分費用，收費標準雖經地方衛生主管機關核定，但各縣市不一，約6000元～18000元。社區復健中心則僅有健保給付。
- 同時設置康復之家及社區復健中心之業者，其社區復健中心很多因經營考量而不再服務康家住民，又不易收到社區個案，因而式微。而康家尚無法社區就業之住民則僅能於機構內活動。

健保支付制度對社區復健之影響

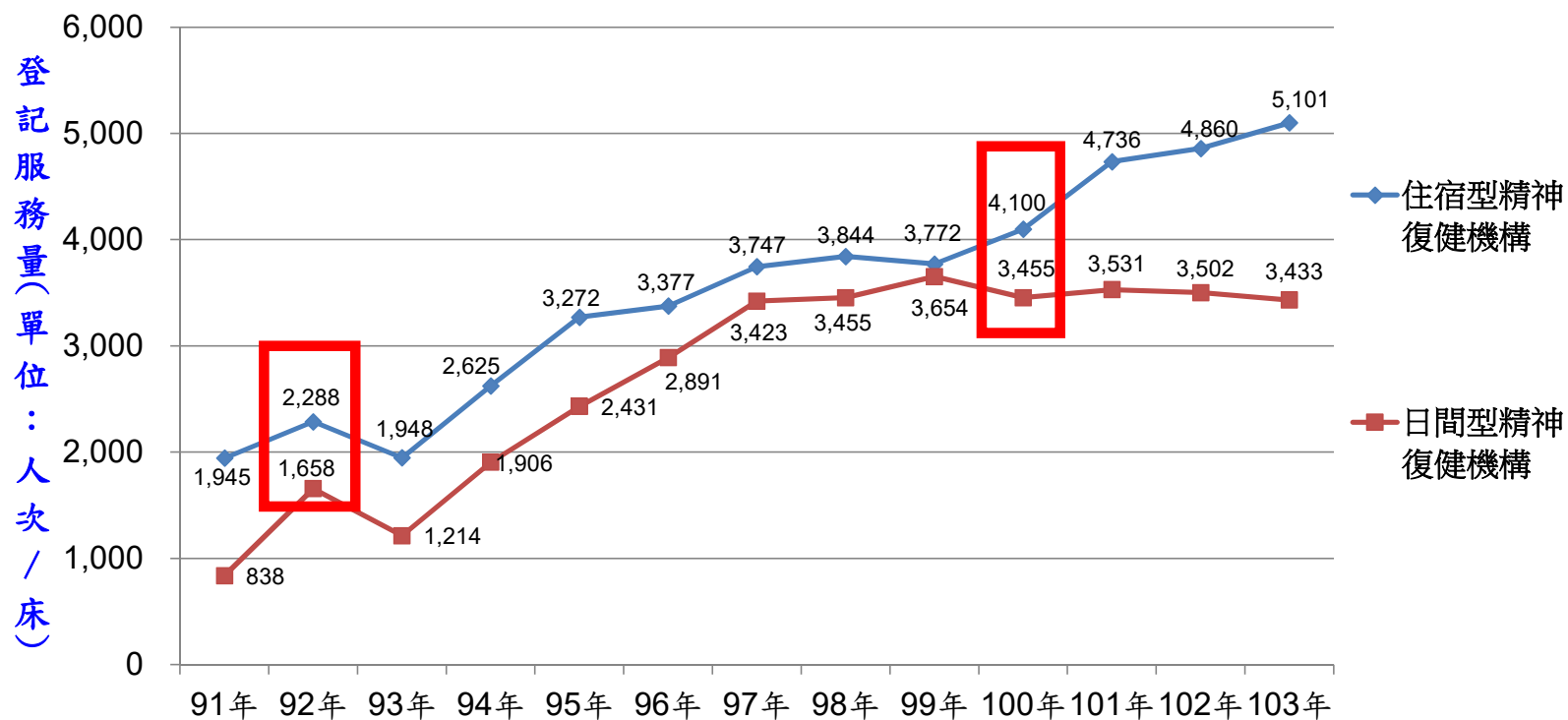
- 100年健保給付點數調升後，
康復之家家數床數不斷增加，5年內成長46.3%；
社區復健中心家數人數同降，5年內降低10%。
- 精神護理之家因應長照政策之推行，於5年內床位數成長55%。

精神復健及精神護理精神設施

西元年	日間留院		日間型精神復健機構		住宿型精神復健機構		精神護理之家	
	機構家數	服務量(人)	家數	服務量(人)	家數	服務量(床)	家數	服務量(開放床數)
1985		179						
1990		676						
1995		3,399		60		79		
2000		3,774		576		1,583		
2005		6,317	39	1,906	63	2,625	10	917
2008		6,584	65	3,423	91	3,747	22	1,493
2010	105	6,712	75	3,654	100	3,772	29	2,252
2012	104	6,534	71	3,531	116	4,736	30	2,477
2015	100	6,333	67	3,281	132	5,519	37	3,494

- 自2004年起補助公立及民間機構開辦或充實精神復健與精神護理設施
- 自2005年(民國84年)開辦全民健康保險，並將社區復健治療納入給付範圍

全國精神復健機構服務量能變化趨勢



註：84年開始給付，92年、100年調升。(日間型：250元/人日→450元/人日→480元/人日
 (源自衛福部資料) 住宿型：210元/人日→378元/人日→508元/人日)

精神復健機構收、結案

➤ 目前問題

- 精神病人之照護及安置，多僅考量便利性或配合家屬意願，部分機構未能確實依適切之病人特性、需求，落實收(結)案標準，而無法給予其妥善之照護。
- 精神科醫院慢性病床長期收容需養護之個案，或長期留置具社區復健潛能之個案，減輕機構照護負擔，甚至為機構分擔庶務工作，且未落實出院準備計畫，導致精神復健機構收案不易。
- 康復之家收容需長期照護而非積極復健之個案，並向社政單位申請托育養護費用，以致機構之功能定位與養護機構混淆不清，服務品質與成效長期難以提升。
- 精神護理之家為減輕照護負擔，收容具復健潛能之個案，甚至利用該等個案分擔庶務工作，而未基於病人之權益轉介社區復健。

精神障礙等級與照護需求

等級	定義	照護需求
輕度	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。	門診、急性住院 居家治療、關懷訪視 精神復建機構 生活重建機構 社區居住
中度	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。	門診、急慢性住院 居家治療、關懷訪視 精神復建機構、生活重建機構
重度	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維持其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。	門診、急慢性住院 居家治療、關懷訪視 精神護理機構、生活照護機構
極重度	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者。	門診、急慢性住院 居家治療、關懷訪視 精神護理機構、生活照護機構
等級定義：內政部統計處，101年12月		

日間型精神照護服務性質及收案對象

服務單位	服務性質	收案對象
日間型精神復健機構 (社區復健中心)	提供多樣化的生活與職能訓練，強化病人在社區的生活能力，以達成獨立生活為目標	第四類 ：精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但須積極復健治療者 以經精神科專科醫師診斷需復健治療之精神疾病患者為限
日間留院	開放性的精神疾病復健治療環境設施，屬於部份留院性質，採學校教育、訓練和治療三合一的觀念	第二類 ：精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者 第四類 ：精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但須積極復健治療者
社區日間作業設施	提供生活自理能力增進、人際關係及社交技巧訓練、休閒生活服務、健康促進服務、社區適應服務，協助其重建生活。	第四類 ：精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但須積極復健治療者
日間型生活照顧機構	提供身心障礙者長期性、持續性生活照顧、訓練與社會活動參與等相關服務，促進其身心功能發展及維護之場所	第五類 ：精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需生活照顧者 第六類 ：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。

全日型精神照護服務性質及收案對象

服務單位	服務性質	收案對象
精神科急性病床	提供急性期精神病人治療服務	第一類 ：嚴重精神病症狀，需急性治療者。
精神科慢性病床	提供慢性期精神病人治療服務	第二類 ：精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者 第三類 ：精神病症狀繼續呈現，治療效果不彰，需長期住院治療者
住宿型精神復健機構 (康復之家)	提供病人從醫院返回家庭之前，一個具有保護、支持性的暫時居住環境，	第四類 ：精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但須積極復健治療者 以經精神科專科醫師診斷需復健治療之精神疾病患者為限
社區居住	由身心障礙福利機構、團體組成專業服務團隊，以一般社區住宅房舍提供身心障礙者非機構式之居住服務。	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
精神護理之家	提供慢性精神病人長期收容安置及長期照護服務。	第五類 ：精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需生活照顧者 第六類 ：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
生活照顧機構 (全日型)	提供身心障礙者長期性、持續性生活照顧、訓練與社會活動參與等相關服務，促進其身心功能發展及維護之場所。	第五類 ：精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需生活照顧者 第六類 ：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。

精神復健機構收案問題相關因素

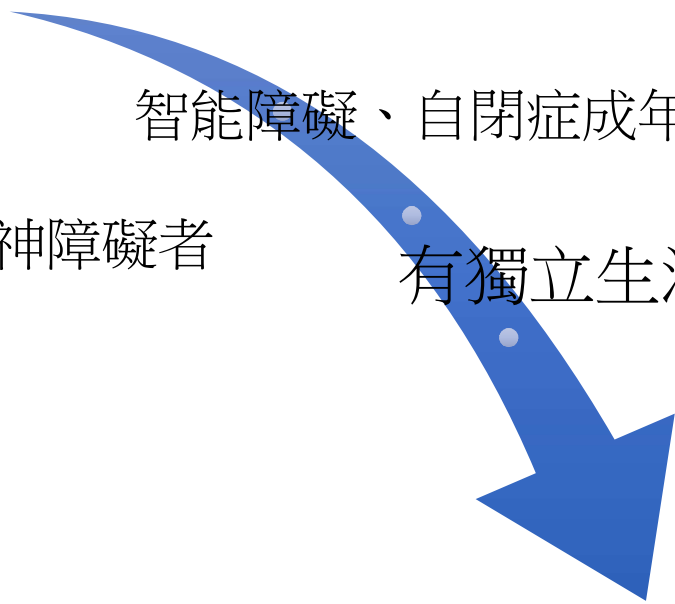
症狀不穩且家庭缺乏照顧人力或能力、遊民、監護處分

智能障礙、自閉症成年患者照護資源缺乏

未達長照條件的老年精神障礙者

有獨立生活能力但無居所

精神復健機構



機構設施設備

1. 康復之家地板面積僅規定每人10平方公尺，其中寢室每人至少5平方公尺，佔50%，其餘50%空間須設置：辦公室、會談室、廚房、衛浴室、客廳、餐廳、健身空間等，且尚需有足以容納所有個案的團體活動空間，很多機構還利用客、餐廳提供家庭代工，以致生活空間十分擁擠。
2. 社區復健中心地板面積僅規定每人復健空間至少5平方公尺，但因無寢室及相關生活設施，且學員每日在機構的時間至多8小時，部分復健活動會使用戶外空間，相對尚可接受。
 - 參考身心障礙生活重建機構，日間型每人至少6.6平方公尺，住宿型每人至少16.5平方公尺；精神護理之家每人至少20平方公尺；日間病房每人活動空間至少15平方公尺。
 - 康復之家寢室現行規定可至6床，惟身心障礙生活重建機構上限僅4床。
 - 康復之家若提供代工訓練並未規定額外訓練空間。

機構負責人

➤機構負責人之影響：

1. 精神復健機構雖為**醫事機構**，其人力配置卻頗低，且以專任管理員主，為非專業背景，僅高中程度即可，所學完全不相關，僅需70小時初階訓練；而專業人員多兼任性質，因此負責人必須具備相當年資的精神病人照護經驗及理念，始能適當經營管理機構及督導訓練工作人員。
2. 負責人資格目前包括職能治療生，考量其依法須在職能治療師督導下始能執行治療業務，是否適宜擔任；另護理人員及社工人員在各自專業發展之考量，師級亦成為考量重點。

機構專任管理人員

1. 專任管理員任用條件僅需高中（職）程度，通過精神復健機構70小時（46小時學科，24小時實習）初階訓練即可，故定位於生活照顧及輔佐訓練，其工作理念及能力的提升則仰賴每年36小時進階教育訓練及專業人員的督導，受教程度有限，素質良莠不齊，卻須承擔機構大部分復健治療業務的執行。
2. 康復之家專任管理員人力比雖為1：10，但為全日服務，故實際照護人力比為1：30~40。
3. 部分機構願意雇用專業人員擔任專任管理員，以提升服務品質，但執業登記非為專業人員，影響其權益及意願。

機構專業人員

1. 康復之家各類專業人力比為**1:100**，為專任管理員**1/10**，每位住民每月平均受服務時間僅**1.6**小時（含會談、評估、團體治療、紀錄等）；社區復健中心為**1:120**，為專任管理員**1/8**，每位學員每月平均受服務時間僅**1.06**小時。
2. 專業人員多為兼任，兼任時數不需受勞基法規範，且負責人及專任管理員均可兼任8小時。
3. **兼任**專業人員需有**一年**（評鑑規定**二年**）的精神醫療或復健服務資歷，**專任**則未規範，此不一致恐影響人員素質。

工作人員教育訓練

➤現行問題：

1. 教育訓練分為專任管理人員**初階訓練70小時**；進階訓練**每年36小時**；負責人及專業人員訓練每年36小時。由衛福部列入每年各區域精神醫療網計畫中辦理，為集中式訓練，造成機構人員工作調配之困難，跨區訓練又增加機構之成本負擔。
2. 專任管理人員兼任專業人員時，每年須同時參加二類課程，共計**72小時**，增加人力時間成本。
3. 課程為中央明訂，主題每年不變，影響學習成效。

工作人員教育訓練

年資		第一年	第二年	第三年
負責人		案一：比照專業人員 案二：18小時；精神復健繼續教育學分採認證制，強調機構經營能力及品質管理	6小時 回歸各專業繼續教育訓練規定 精神復健繼續教育學分採認證制	6小時 回歸各專業繼續教育訓練規定 精神復健繼續教育學分採認證制
工作人員	專業人員	46小時 內容維持原規定，惟可持相關專業課程證明抵免；實習12小時	18小時 回歸各專業繼續教育訓練規定 精神復健繼續教育學分採認證制 *應考慮有無經驗	6小時 回歸各專業繼續教育訓練規定 精神復健繼續教育學分採認證制 *應考慮有無經驗
	非專業人員	70小時 課程訓練46小時及實習24小時 內容維持原規定不變。	36小時 內容維持原課程不變。	18小時 採教育時數認證制。 *應配合教育程度提升

- 專業人員第一年教育訓練時數可持學習證明抵免。
- 建置教育訓練相關課程主題資料庫，供辦理單位參考及學分認證。課程主題訂定以大方向為原則，細節內容由主辦單位微調。

機構經營條件之比較

機構	社區復健中心	康復之家	精神護理之家
樓地板	1：5（平方公尺）	1：10（平方公尺）	1：20（平方公尺）
專任管理員 (照顧服務員)	1：15（學員）	1：10（每班30~50）（住民）	1：10(每班30~50)（住民）
專業人員 (護、職、心、社)	0.17：10（學員）	0.2人：10（住民）	0.7：10（住民）
健保給付/月	約10560點 (出席率100%)	約15240點（含假日）	
自行負擔	無	收費6000元↑	約25000元（含社福補助）

精神復健機構之行政管理

➤目前問題

1. 機構負責人因故不能執行業務，應指定合於負責人資格者代理。代理期間超過**一個月**始須報衛生局備查，代理期間可達**一年**。而機構專業人力有限，代理人常須外聘，對機構業務不甚熟悉，恐有品質疑慮。
2. 機構設置或擴充規定可**直接申請開業執照**，不須先經地方主管機關許可，導致主管機關履勘發現設施設備不須規定或服務需求時，難以更動或需耗費鉅額資金，造成行政管理之困擾。

興革建議

- 檢討釐清同屬全日機構式照護之慢性精神病房、康復之家及精神護理之家、住宿型生活照顧機構、社區居住之功能區隔與收案標準。
- 檢討釐清同屬日間型機構式照護之日間病房、社區復健中心、社區式日間作業所、日間生活照顧機構之功能區隔與收案標準。
- 整合身心障礙需求評估、長期照護中心、社區共同照護中心及慢性精神疾病個案管理制度，建立以人為中心之個案整合性評估及轉銜機制，並訂定各類照護機構及照護方案具體收、結案條件。
- 強化出院準備服務、社區個案管理及服務網絡溝通平台。

興革建議

- 健保署與心口司宜通盤檢討現行精神醫療機構及精神復健機構健保給付規定及收費標準對精神衛生政策發展之影響，並研擬因應策略。
- 提升小型精神復健機構及社區復健中心之給付標準。
- 考慮康復之家設置標準分級或分類（社區復健類、長期照護類），因應不同功能等級與問題需求之住民。
- 提供病友結案追蹤輔導，鼓勵設置Club House，發展日間型服務方案。
- 積極發展精神病人居家服務，降低家屬照顧負擔，俾減少對住宿型機構之依賴，包括：協助就醫、自管藥物訓練、清潔衛生訓練、家事訓練、休閒陪伴等。
- 社福單位應協助康復病友社區居住，以達獨立生活之目的。

興革建議

- 規劃多重障礙精神病人及成年自閉症患者之照護資源。
- 規劃老年或重度障礙精神病患日照中心及臨托服務。
- 提升精神復健機構工作人員素質，增加專業人員比例，且以專任為主；非專業人員至少須具備大專學歷。
- 工作人員教育訓練應重新檢討，以提升訓練之實質效益。
- 社區復健資源應加強規模、數量、分布之管理，平衡供需，提升普及性、可近性及家庭式，機構之設置地點需有復健訓練所需之社區資源，包括：交通、就醫、工作、購物、休閒等。

讓我們成為精神病友
的生命貴人

感謝聆聽
敬請指教