

臺灣心理衛生概況及其對策之檢討與展望

葉英堃

一、前言

「現代化」是本世紀以來全世界人類的新趨向，也是無法阻止的一大潮流，尤其對「開發中」的國家而言，正是其所追求之目標，而促使「現代化」在各方面的均衡發展以免社會之失調(Social Disorganization)、觀念之衝突以及其他弊害之發生亦正是各國所面臨之重大社會問題。

臺灣為第二次世界大戰後在亞洲發展最迅速地域之一，其經濟力量之高度成長，工業化，人口增加，平均壽命延長，教育普遍，義務教育延長，交通傳播工具之大眾化，人口之都市集中以及國外文化之高速交流皆明示其已邁進「現代化」之途。「現代化」對個人最大的影響是生活方式及價值觀念的改變，往往由於變化過於迅速劇烈，致使個人難於適應其生活環境而產生種種心理症狀。在這演變迅速的社會中如何協助個人適應其環境，並順利地促進個人以及整個社會之心理健康正是吾國國民心理保健工作之最重要目標。

「現代化」之特徵，與社會、文化之關係，其對個人家庭生活、個人性格發展以及心理疾病之影響在本書各篇已有專家詳細報告。在本文，筆者謹(1)報告臺灣目前之心理衛生概況，(2)有關治療設施及專業工作人員之概況，(3)介紹各先進國家有關心理衛生工作之最近發展趨勢，(4)檢討臺灣心理衛生工作之一些問題及其應發展之方向等四項，並寄望藉此引起各界之深切注意，以對心理衛生工作之推行有所貢獻。

二、臺灣目前之心理衛生概況

本省究有多少人罹患何種精神疾病？其嚴重性如何？不僅是心理衛生工作人員、政府有關當局，亦是社會各界人士所應關切之事。

1. 各種精神疾病發生頻度 (Prevalence) (註1)

根據臺大醫學院神經精神科於民國50~52年在本省平地三個地區所做的深入調查研究指出，每十人口有一·二人患有各種精神疾病(註2)。所謂精神疾病包括精神病(Psychoses)諸如精

神分裂病、躁鬱病、妄想病、老人性精神病以及大腦疾病所引起之各種精神病等比較嚴重之精神障礙，及非精神病之各種精神疾病諸如精神官能症(Psychoneuroses)、智能不足、人格違常等。其中最多為精神官能症為七·八人約佔全數之半，其次為智能不足四·九人，精神病為三·一人，人格違常為一·四人。若依此比例推算，則本省一千二百萬人口中約計有二〇六、四〇〇人患有各種精神疾病而需要醫師之注意照顧，其中精神官能症者有九三、六〇〇人，智能不足者有五八、八〇〇人，精神病者有三七、二〇〇人，人格違常者有一六、八〇〇人。由於這項研究係根據各地區對每一戶所做之調查而獲得之數目，故僅包括症狀比較明顯之病人在內，若將那些症狀較輕微而在調查時沒有被發現之病人也計算在內，則事實上病人之數字可能會超過。

2. 「時代變遷」與精神官能症及精神生理反應 (Psychophysiological reaction) 之增加

有一件值得注意的現象，就是精神官能症及精神生理反應在最近十幾年來有明顯之增加。根據上述臺大神經精神科研究，民國36~38年間在本省三個同地域之調查，各種精神疾病總發生率為每十人口九·四人，而於民國51~53年間在同地域之調查卻增至一七·二人，幾達二倍之多。但若把所有精神疾病分為二大類別即精神病群及非精神病群(如精神官能症，人格違常，智能不足等)，我們則會發現這發生率之增加係在非精神病群，其中極大部份在精神官能症，大約增達六倍之多(民國36~38年每十人口為一·二人)，小部份在智能不足者(民國36~38年每十人口為三·四人)，而精神病群則大約相同。在這前後相差十五年的二次調查期間，臺灣在社會、經濟、文化方面的改變非常迅速並顯著地影響個人的生活環境，而這對精神官能症的增加有很大的影響。這項發現很重要而支持一個學說；就是精神病之發生可能由於遺傳、生物學上的因素所佔之部份比社會、文化環境之因素所佔者大，相反的，精神官能症及精神生理反應的症狀之發生由於生活環境，尤其是社會文化環境之迅速變遷而使個人生活之適應困難所引起之重量比遺傳或生物學上之因素還要大。根據臺大神經精神科林憲教授等最近在大都市邊緣上迅速開發中之小鎮所做的調查發現，該地區住民的百分之四十二有明顯的精神生理反應症狀，而百分之十三有精神官能症的症狀(註3)。若是這學說是正確的，我們便可推論，在臺灣，精神病之發生率可能於將來十幾年中不致有大的變化，但在精神官能症、精神生理反應等症狀之發生率可能有按其社會生活環境之變化而有變化。這學說(或假說)同時也可回答我們精神科醫師常常被問的一個問題；「社會工業化了，現代化了，精神疾病是否會增加？」

3. 少年犯罪問題

少年的犯罪行為之增加往往是在高度「發展」國家之某些地域或社會階段，例如大都市之貧民區域或迅速現代化之地域被指出的一個嚴重問題。根據司法行政部及臺灣省警務處之報告(註4)，民國42年全省少年犯罪人數共為一、九二二人，民國57年則增至八、〇一九人而佔總犯罪人數之

百分之二·六，該報告同時指出少年犯罪行為大約百分之七十四為竊盜。然則少年犯罪人數是否真正增加？這問題還要與一般人口尤其青少年年齡群人口之增加相比較方能下結論，少年犯罪人數是否增加當視少年犯罪行為之定義，警察力尤其是破案之多寡及其處理方式，以及社會家庭對這問題之態度而異其結果，不論這結論如何，我們最關切的是其內容而不是統計數字。最近幾乎每天報紙都刊登有青少年犯罪事實，尤以竊盜、傷害、兇殺案件為多，我們更關切司法當局對竊盜及搶奪之少年犯之重刑。少年犯罪問題是我們這迅速現代化中之社會家庭，人人都有責任之問題，也是一個精神醫學、心理衛生之問題。筆者認為對每一個少年犯罪我們應該從精神醫學、心理衛生、社會學之觀點而了解其問題發生之原因及機轉，以治療或輔導處理為原則，以預防再犯，而不宜僅針對其行為而處以重刑。最近臺灣成立三個「少年法庭」，筆者希望該法庭審理少年案件時應以「個案研究」之原則與精神醫學與心理學之觀點詳細研究其犯罪原因以為處理案件之指南，這樣累積下來的心得及經驗，於將來對青少年犯罪問題之了解與解決必有重大貢獻。當然精神科醫師、心理學者、社會工作者或個案工作者等專業人員應密切和司法、警察人員通力合作。

4. 自殺

在歐美有些研究報告指出，自殺人數明顯地在都市者比鄉村者多，而年齡愈高者，自殺人數愈有增加之趨勢。這現象可能是由於大都市的生活對個人生活之威脅使得個人尤其老年人感覺極度不安全而易導致抑鬱厭世之故。本省自殺案件之發生究至何程度？筆者目前尚無完整資料可資引用，但根據馬階醫院「自殺防止中心」之統計，民國五十七年該院所接受之全部內科急診病人共有八、〇三三人中約百分之八·四即六七七人為用各種方法企圖自殺而被送來的，其中女性顯著地比男性多，而且在三十歲以下之年齡群者較多（佔百分之七十三），這一現象正和西方之情形相反，同時未婚者比已婚者多，主要原因以家庭糾紛、愛情失敗、婚姻糾紛為多（註5）。這數目僅是馬階醫院一家之統計而已，由此推論，全省自殺者人數包括已自殺死亡而未送至醫院者及時常有自殺之虞者，無疑地將相當可觀而成為一個「現代」社會中嚴重的心理衛生問題。自殺之預防可能牽涉到相當廣泛之範圍，包括精神醫學、心理學、社會學、社會工作以及醫院行政等各方面的合作；該院自殺防止中心設置「生命線」電話一部以供企圖將自殺之人在最後之一分鐘或事後在危險關頭，能夠隨時拿起電話求助，諮問或解決疑問等，其收效可謂甚大，為一深具意義之工作。更值得注意的是該中心之專任工作人員為若干位接受過短期訓練之護士，負責企圖自殺後之面談，家庭訪視以及治療之安排。接電話工作每天自上午六時至晚上十二時共十八小時皆由自願義務服務之一般家庭主婦擔任，他們接受精神科醫師之短期訓練後，在醫師、護士之指導下義務從事這項工作。這充分地表示一般社會人士貢獻於社區內心理衛生工作之熱心，在臺灣正須推行社區心理衛生工作的今天，其意義更屬重大。

5. 學校心理衛生 題

國民義務教育年限之延長，高等教育機會之普遍提高，學生人數之大量增加，使得學生之心理衛生問題更為重要，因為他們是國家未來之主人翁，其年齡正值個人智慧性格發展中，學習能力特別強，也容易受到家庭、社會、文化環境影響的時期，自易產生各種心理障礙或適應困難而成為各種症狀或行為問題（註6）。根據臺大醫院臺北兒童心理衛生中心於民國52年在臺北某一所相當規模國民小學之調查指出，班上學童平均有百分之十二被發現有各種心理症狀或行為問題需要輔導；該中心最近更在臺北市某一市立國中所做之調查，發現大致相同的結果（註7）。筆者等在臺北市某一國立大學曾從事為期四年的深入研究與調查，發現該校大學新生之百分之三〇·七在第一學年中顯有各種心理、生理症狀而影響其適應，其中百分之五·一，症狀至為明顯而需要專家治療。大學生中最常見的心理症狀是精神官能症及精神生理反應，前者以男生為多，而與同年齡群之一般人口比較，其發生率亦較高；而後者則以女生為多。值得注意的是，這些在第一學年便患有心理症狀之學生中，一半以上即百分之六二·六其症狀早在高中時代就存在而持續到大學的。雖然目前臺灣尚無對高中學生的這類研究，但由這項結果，可知高中時代今天是一段很緊張而容易發生心理衛生問題的時期。筆者曾從民國53年一年間就診臺大醫院神經精神科之有關精神疾病的病人總數一、五九九人中發現百分之一五·六即二四八人為初高中及大專學生，這二四八人佔了15、25歲年齡群之全部病人之百分之四一·七。由此可知，學生之心理衛生問題的程度，及學生心理衛生保健工作之重要性（註8）。

三、臺灣有關心理衛生治療設施及人力概況

1. 醫院及病床

根據臺大醫院神經精神科陳珠璋教授與筆者之共同調查，臺灣全省（包括臺北市）計有臺大醫院神經精神科、臺北市立療養院（民國58年4月設立）、臺北市立仁愛醫院神經精神科（現尚無病房）、省立臺北療養院及省立高雄療養院等五所公立精神專科醫院及精神科其病床共有五二五床（不包括軍醫院及榮民醫院病床）外，尚有八所財團法人精神醫院，其病床計六九一床，及五十二所私人精神醫院，病床為一、六六六床，另外還有六所私人醫院，僅辦門診而無病床之設置，總計全省共有七十一所公私立精神醫院及精神科，病床總數為二、八八二床。平均每萬人口僅有二·四床。這比例大約為日本之九分之一，美國之十七分之一。在這二、八八二床病床中大約一半是以長期收容為主之病床，毫無住出院循環率可言，這種病床大部份屬於私人醫院及救濟院，而一小部份屬於公立醫院。另一半則屬治療性病床，而總病床中將近一半即一、三七一床則在臺北市。按一百六十萬人口計算，臺北市每萬人口則有八·五床。而其餘一、五一床，則分佈

在其他十七個縣市中，而高雄縣、臺東縣、花蓮縣這三個縣卻連一床病床都沒有。除了臺大醫院精神科，臺北市立療養院、省立高雄療養院之全部病床及省立臺北療養院和數家救濟院之精神醫院之小部份病床為開放式治療性病床而有較高之治療水準外，其餘私人精神醫院之大部份病床則均屬長期收容性，其治療設備及水準均差，尤其是在臺北市之私人醫院，極大部份均收容市政府社會福利基金項下施醫之貧困精神病人，由於政府所撥給之經費極為有限，卻醫院設備簡陋，醫護人員素質差，人力又不足，根本談不上治療。而病人所受待遇之劣，實非一般人所可想像。

2. 兒童心理衛生中心或兒童輔導診所 (Child Guidance Clinic)

臺大醫學院臺北兒童心理衛生中心可說是本省第一家有關兒童心理衛生保健之中心，也是目前唯一這種保健之中心，係於民國45年由臺大醫學院和省衛生處合辦的，而主要由臺大醫學院神經精神科之同仁負責辦理，十幾年來，在兒童心理衛生保健工作方面，尤其是國中、國小心理衛生保健，護理，心理學，社會工作人員之訓練教育方面有着卓越的貢獻。雖然目前其他公立醫院亦有「兒童精神科」之設置，但由於兒童心理衛生專業工作人員目前在臺灣極為缺乏，因此迄今仍然無法順利地展開業務。

3. 從事精神疾病治療專業工作人員之概況

目前臺灣究有多少精神科專業醫師？至今尚無確論。因為我國尚無專科醫師制度，究竟須至某種程度始為合格之專科醫師目前尚無明文，因此本篇所謂「醫師」係指「現正在從事精神疾病診療工作者」而言。因此這些「醫師」之教育、訓練背景、素質及資格皆大有差異。第一類「醫師」為在立案之醫學院畢業並再在國內外大學附設醫院精神科接受若干年之專業訓練者；第二類醫師為經立案之醫學院畢業但從未受過專業訓練者；第三類醫師則指非醫學院畢業但具有數年經驗並經國家專門職業醫事人員考試及格者（所謂乙種醫師）或退役軍醫。臺灣全省共有一〇二位「醫師」（民國53年為準），其中屬第一類者佔27位，大部份在臺大醫院小部份散佈在各公私立醫院；屬第二類者大約42位，而屬第三類者大約有33位。第三類醫師全部都在私人醫院。有幾家私人醫院，甚致於假借第二類或第三類「醫師」之名義而從事實際診療工作。可見第三類「醫師」有很多地方是非常值得檢討而亟待輔導的。（這數目是根據民國53年之調查，現在可有能略增減。）

領有正式執照而從事精神科護理工作之護士，據民國53年之調查共有46位，即使其後每年續有增加，可能亦尚未達到一百位，其中極大部份護士集中在公立醫院服務，僅小部份在少數幾家財團法人之醫院及私人醫院工作。而極大部份之私人醫院則僅僱用助理護士甚或男性工友代之。可見護理人員之性別及資格與醫院性質及其治療水準之關聯頗地具有相關關係；即醫院性質為開放性而其治療水準愈高者，則正式護士愈多；若以長期收容為主之閉閉式病床愈多而醫療水準便

愈低者則代用人員（即男性助理護士或工友）亦愈多。

至於臨床心理學家及精神科專門之社會工作者因參加診療工作之小組 (Team Work) 之歷史在臺灣尚屬很短，其人數亦很稀少，目前最多可能各不超過10位以上而絕大部份皆在公立醫院。僅一小部份在治療水準較高之財團法人醫院從事工作而已。

四、各先進國家心理衛生工作之最新趨勢

心理衛生工作自二次世界大戰後已普遍受到各國之重視，在先進國家中之中央及地方政府各設有心理衛生各級主管單位負責有關心理衛生一切行政外，在美國、日本更設有國立心理衛生研究機構專門負責有關心理衛生工作之調查、研究、協調等以促進國民心理保健，為了推行這項工作，政府每年均編列龐大經費且逐年增加。

最近二十幾年來，由於精神醫學精進，尤其近十餘年來之藥物治療之成功及心理衛生運動之提倡，漸漸改變治療方式，增加一般社會對心理疾病之了解及希望，而使得精神疾病在社區內之門診治療能夠為大眾所接受，這可說是在精神疾病治療史上之一大革命。茲將最近發展之趨勢分述如下：

(1) 精神醫院之面目結構及功能之變化

由於各種醫療技術之進步，漸漸以深入而積極之開放式短期住院治療代替長期收容關閉式住院治療，並以門診治療或日、夜部份住院治療代替整日住院治療；對於住院病人則以各種作業治療、康樂治療及按照復健計劃之各種活動代替長期收容，這些治療方式之重大變化，使得精神醫院之結構及功能隨亦之大大的變化。更由於近年來因團體心理治療及文化社會學之發展導致一種新的觀念，即精神醫院不僅是病人食宿服藥之地，進而應為一個「治療性之小社會」，病人在這「小社會」裡學習如何和別人相處，認識自己以利改善或提高其出院後之社會適應能力。因此，現代化之精神醫院應儘量採用小數病人之開放式病房，考慮醫護人員與病人之比例，接觸機會之多少，各工作人員所擔任之角色等而設計醫院內之各種團體活動。對需要比較長期住院之病人，則積極施以各種技藝訓練（如手工藝、園藝、木工、裁縫、洗衣服等）或活動，以協助他們在醫院中或出院後能儘量利用其殘餘之潛能略事生產工作，而貢獻社會以減輕家屬或社會之負擔。

(2) 社區心理衛生中心之設立

門診治療是現代心理衛生工作重要方式之一，故現代精神醫院皆強化其門診部之設備與功能，同時辦理日、夜間部份住院，應診急症病人，並設置兒童心理衛生中心診治兒童各種心理疾病或問題行為，更進而深入各社區，為社區內各級學校、社會福利機構、宗教慈善團體、開業醫師、公共衛生人員以及一般社會人士提供有關心理衛生疾病、行為問題以及婚姻問題等之諮詢服務

及輔導，使得門診部發展成爲社區內心理衛生工作之中心以心理疾病之預防。所以今日的心理衛生工作已非僅由精神病醫院之醫師護士所可一手包辦的，進而應在一般社區內由醫師、護士、臨床心理學家、精神科專門社會工作者、公共衛生人員、教育家、宗教家以及一般社會人士通力合作推行的。

美國近幾年來在這方面所採取之一連串措施是值得吾人注意的(註9)。一九六三年甘迺迪總統曾提出「有關設置社區心理衛生中心」法案，當時立獲國會之熱烈支持通過。該法案規定聯邦政府應在三年間籌措經費一億五千萬美元協助全國各地方建立心理衛生中心，並預定於一九七〇年全國將建立五百所中心，同時另外籌集一億二千萬元爲研究、調查有關心理衛生之一切問題之經費。一九六五年詹森總統修改該法案，再提高預算，預定動員約二千五百名精神科醫師及其他地方衛生工作人員參加這項社區心理衛生工作。修改後之法案規定每人口七萬五千至二十萬人之社區，至少應設置一所「心理衛生中心」，由精神科醫師、護士、臨床心理學者及社會工作者所組織之工作小組(Committee)負責診療工作並爲該地區之各種有關工作人員及社會人士提供心理保健之諮詢服務及輔導工作。

日本，在這方面的工作，近十幾年來亦有驚人之發展(註10)。雖然其間尙有不少問題值得批評，但這現象正反映政府及社會對心理衛生保健工作之熱切關心。全國精神病床總數自一九五三年之三萬床大幅增加至一九六九年之二三二、一五六床，即每萬人口有二·七床，大約爲美國比例之半，且日有增加之趨勢。另一方面並制訂「精神衛生法」，規定精神障礙者之(1)醫療保護、福利措施及教育指導；(2)危害防止；(3)財產法及人權法；(4)優生學上之規則；(5)就職就業之指導等各種事項外，一九六五年更制訂在各縣內設立「精神衛生中心」專門機構之法令，並規定其組織規程及詳細工作範圍以便在社區內推行心理衛生保健工作；其經費大部份係由地方政府負擔而中央政府則補助其人事費三分之一。

英國在一九四八年建立國家保健制度後，對心理衛生保健工作大有加強，將大部份精神醫院改屬於中央政府衛生部門，劃分每一家醫院所負責之區域(Catchment area)，並從該地域具有聲望或有影響力之人士中選出，組織委員會負責管理各醫院之營運，改善設備，增聘優秀醫師以提高醫院治療水準。而社區內心理衛生工作則由該地域之地方政府衛生當局負擔，但和精神醫院取得密切合作建立一套工作系統。筆者曾於一九六一年由世界衛生組織之推荐在 Nottingham 市之 Alportley 精神醫院親自參加該院之各項工作將近三個月，深感這所醫院在心理衛生保健工作方面之方針，其工作精神及各種節目與措施值得各國心理衛生工作計劃之借鏡者良多。這所醫院和 Nottingham 市衛生當局之「心理衛生中心」密切合作建立了一套周到而有效果之工作系統，十幾年來這所醫院事實上成爲這個人口四十萬之輕工業都市之心理衛生中心。

五、臺灣目前心理衛生工作之一些問題，其對策與應發展之方向

綜上所述，筆者特據目前在台灣推行心理衛生工作所遇到的一些基本問題並討論其對策及闡明應發展之方向與目標。

(1)、心理衛生保健工作應由中央衛生主管單位，全國性統一策劃並直接監督執行

心理衛生是國民保健工作中最重要一環，其工作實效則有賴於完整之長期計劃及各方面如教育、社會福利、公共衛生機構、民間社團、宗教團體以及大眾傳播等之密切配合始能獲得。然窺諸本省心理衛生治療機構之狀況，其設施及專業工作人員之質與量之分佈則極不均勻，且政府衛生主管當局亦無專門主管心理衛生業務之單位，致使心理衛生工作難以推行。過去省衛生處除了維持二所精神病療養院外，有關全省心理衛生事宜全委由台北兒童心理衛生中心負責，而經費卻年僅編列三十萬、四十萬而已，且其預算年年有受縮減之虞，另外衛生處亦設有「心理衛生委員會」，然亦有名而無實。可見過去衛生主管當局對心理衛生保健工作之發展始終保持消極態度。他們常懷有一種偏見或錯誤觀念，以爲「多多收容精神病患而把所有病床住滿」便是精神醫院之主要任務，而對於專家們根據現代精神醫學及世界先進國家心理衛生工作之趨勢所提出之發展建議謂爲「浪費、奢侈、不切實際」而不屑一顧。這也是以往本省心理衛生保健工作進展緩慢之一大因素。最近中央成立衛生署，其組織規程中設有保健處而其業務項目包括「心理衛生」在內，在心理衛生保健工作日趨重要的今天，筆者特建議如下(1)衛生署保健處下應設有獨立承辦心理衛生保健業務之主管單位且具有相當重量；(2)這主管單位應按全省(包括台北市)之心理衛生現況、設備、人力、需要及其他條件，研擬全省統一性之計劃並監督其執行；(3)將省立台北療養院，省立高雄療養院，台北市立療養院改隸於中央衛生署直轄，加強其組織、設備及功能，提高專業工作人員素質及治療水準，促使各該醫院成爲該地區之精神疾病治療、預防、專業人員訓練之示範醫院及心理衛生保健工作之中心。

(2)、積極從事心理衛生各種專業工作人員之培養，量之增加和素質之提高，應優先於病床或醫院之增加

「台灣精神疾病發生之現況究竟是否嚴重？其程度如何？」這是常常被問的問題，也是很難確答之難題。因爲嚴重性是依其定義、觀點、治療設備、人力及其效果而異，它具有相對性而不是絕對性的。一般言之，就精神疾病發生頻度言，本省絕不會比其他高度發展國家嚴重。我們最關心的是治療設備及人力是否足夠及運用這些設備及人力的計劃及工作系統的問題。

「那麼我們現有的病床數及工作人員是否足夠？」這是最值得檢討的問題。據聯合國世界衛生組織(W·H·O)專家報告，在開發中的國家之社區內計劃心理衛生工作時，至少每萬人

應有一個病床，當然這寶貴的一床不應該是「長期收容」慢性病人的床，而應為高度新陳代謝之積極性的治療床。因此病床數達到一定標準後，應先考慮的問題，不是再增加病床，而是如何運用現有之設備及人力建立一套有效的工作系統。他們強調門診治療，或日、夜間醫院的部分時間住院；必要時，始予全日住院治療，但必須短期住院，其期間不宜太長以免脫離其家庭與社會生活。如果將這個原則及標準應用在臺灣之心理衛生計劃裡，則我們現有的治療性病床約一、四五〇床與本省一千二萬總人口相比，可謂已達最低條件，但問題在於病床分佈不均勻，其中半數病床在臺北市，另半數則分部在西部各縣市而東部卻連一床都沒有，今後若增加病床，應以這一地區為優先，惟病床之增設應配合專業工作人員之人力問題，否則將發生有名無實的現象，同時應以「治療性病床」為優先而不是長期的容性病床。台大醫院神經科僅有六五床病床，而民國五十八年一年間卻有四七二個病人住院治療，平均每床每年有七、二人利用，台北市立療養院（民國五十八年四月設立），於五十八年十一月開放第一病房共三三三床位，接受病人住院迄今（五九）年十月底止共有一〇七名病患住院，七七名出院，平均住院天數約五十天，在其開辦第一年，就平均每床有三、二人利用。而省立台北療養院共有病床二八〇床位，由於大部份病床均為長期收容性病人佔用，故每年出院人數不足一百名，病床循環利用速率很低。這些數目顯明地證實我們最優先需要的應是「治療性病床」。

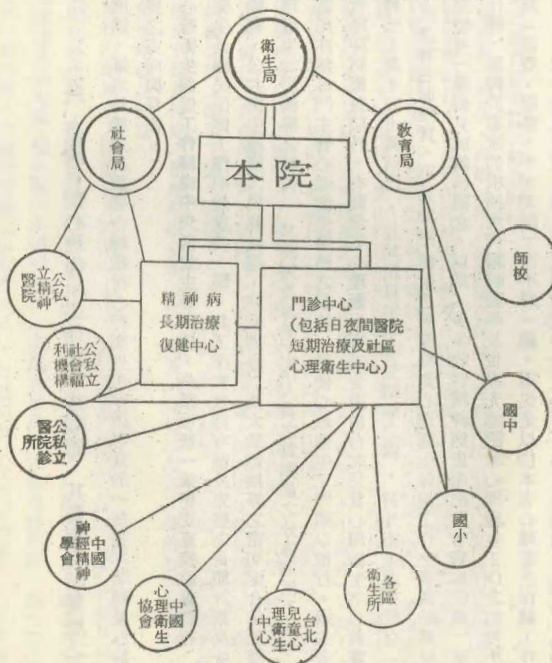
另一方面便是關於工作人員之問題，目前全省精神科專業醫師大約僅一百名左右。聯合國世界衛生組織（W·H·O）之專家認為開發中之國家每二萬人口有一位精神科醫師是推行心理衛生工作最適當之比例。若依這項標準計算，我們現有的醫師人數根本就談不上不够，何況這約一百名醫師中大約僅三分之一才是够標準的。即使以每十萬人口有一位精神科醫師之比例言，台灣目前現有醫師人數，無論在量與質各方面都是不足够。這一點由現在各公立精神醫院醫師編制名額懸缺甚多之情形便可獲得證明。因此，醫師之培養，量的增加以及現有醫師素質之提高誠為當前心理衛生工作計劃之第一要務。現在省衛生處與台大醫院精神科合作調訓各省立醫院之醫師，並計劃逐年在省立醫院內設立精神科，這一措施可謂頗切合實際需要。至於精神科護士、心理學技師，社會工作人員等專業人員之人數更是不足，當然這類人員之養成訓練亦屬當前急務。所以筆者深感醫院之新設立除應配合該地區之實際需要外，更應統整考慮該地區之既存醫療機構，人力之多寡與來源問題而計劃其需要性及時間性而逐步實現，以免造成人力分散而成為有名無實之現象。以台北市為例，台北市改制後三年間在心理衛生設施方面，除了與台大醫院合辦之台北兒童心理衛生中心以及台北市立療養院外，另在市立中興醫院，仁愛醫院設立神經精神科，但目前却發生醫師缺乏、人力分散的問題而影響業務順利的展開。台北市地域並不很大而交通方便，為了使心理衛生工作順利展開，人力應該集中在一個地方共同作業，這也是便民之一個辦法，筆者謹此

建議有關當局考慮，中興醫院及仁愛醫院之神經精神科專門做神經內外科業務需把其精神科部分之人力合併在市立療養院或者這三機構之人力技術上合作（不一定合併）而成立一所「台北市心理衛生中心」（假稱）不一定是正式機構，而是工作站，以共同為台北市民心理衛生保健服務。

3. 「現代性」精神醫院之組織、結構及其功能以及與社區之關係

一個「現代性」精神醫院應兼具有治療、預防、研究、心理衛生教育、社會服務等多種功能。因此，除了有良好的醫療水準和工作人員外，尚應鼓勵研究，造成濃厚的學術氣氛，並與各大專院校有關科系合作，接受學生來院實習以培養學生對精神醫學、心理衛生之興趣，造就心理衛生專業人才，以便吸收新血，充實人力與提高人員素質，並應與教育、社會福利、公共衛生等機構密切合作，配合需要建立一套有效之計劃與活動，為其所在之社區提供精神疾病之治療與預防之服務。因此，就台灣來說，筆者認為理想之精神醫院應設立在具有相當設備之綜合醫院附近以便互相利用其設備與特性，相互支援人力，而節省與財力。所以「現代性」精神醫院，其組織結構方面，原則上宜將門診部與住院部分開。門診部應設立在交通方便地區，除辦理門診治療，亦應有日、夜間部份住院設備，處理急診病人，此外並附設兒童精神科，或兒童輔導診所，診療兒童精神疾病及各種行為障礙問題。並進而由醫師、護士、心理學者及社會工作者，組織小型巡迴性心理衛生治療小組定期前往各地區之公共衛生機構如衛生所，教育機構如國中，國小辦理門診診

圖概想構院養療立市北台



療工作，指導及諮詢服務，促使該門診部發展成爲社區內心理保健工作之中心以利精神疾病，心理問題之早期發現，治療及預防。在治療方針上，對於病人應儘量留在門診部治療，必要時給予住院治療。住院部方面，其病床之設置應按實際需要考慮「短期治療」與「長期收容床」之比例，病房以開放式而少數人一間爲原則，在治療方式上除由醫師予以積極性之深入治療，並應施予工作治療及技藝訓練，同時利用團體心理治療之原則，配合病房之各種活動，積極促其復健，使病人於住院中能學習其對人關係以利其出院後適應於社會，或於醫院內略事某種生產。從而使醫院的住院部門成爲「強力治療復健中心」。臺北市立療養院正在計劃於將來四年間，分別建立門診中心與復健治療中心，就是完全符合這個方向。謹此附記該院發展構想概圖以資讀者之參考。

一所精神醫院惟有採取此項方針，方能吸引人才提高治療水準，並順應世界潮流符合最新精神醫學之要求與切合目前本省心理衛生工作之實際需要。

(4) 心理衛生專業人員及治療機構對社會之責任

心理衛生各級專業人員及其專門治療機構不僅須負起病人之治療，更應進而深入一般社區對學校、社會福利機構，甚至一般家庭，灌輸心理衛生常識，推廣心理衛生教育以利心理精神疾病之預防而促進國民心理之保健。蓋今日之精神醫學，對於心理及精神疾病之預防工作，尙無法發現其「預防針」，而其有效之預防完全依靠早期發現與早期治療以及推行心理衛生教育。今日在臺灣，雖然尙有部分社會人士，甚至政府有關當局對於「心理疾病」及其治療持着某種偏見或錯誤之觀念，然而實際上，社會一般人士對於心理衛生之重視已與日俱增。很多學校設有學生輔導中心，生活指導室，而有關心心理保健方面之醫療機構、民間團體、學術團體亦不斷地成立正證明了這一點，其中「中國心理衛生協會」便是一個全國性之民間組織。該協會早於民國二十六年便由政府顯要、專家教授、社會名流發起成立於南京，蔣委員長當時曾頒賜「革命必先革心」之訓詞。可見我國近幾年來，政府及社會對心理衛生工作已逐漸重視。但是以往由於精神科專業醫師極爲缺乏，缺少一套工作系統，而且又因部份醫師對社區心理衛生工作不感興趣或無信心；致無法給予社會指導滿足社會各界之需要，引起精神醫院及精神醫師與一般社會發生脫節之現象。這責任大部份應該由從事精神醫學之醫師負責。心理衛生機構之專業工作人員對社會心理衛生之推行要負領導及計劃之責任，所以應負責建立一個系統使醫院或心理衛生中心與社會之間有一個工作關係並能密切配合，使社會獲得心理衛生之指導與教育。然其工作之成效另一方面仍要依靠社會本身之積極合作與協助。在歐美諸國，過去很多聞名於世之心理衛生方面之活動，機構之設立，社團之組織或雜誌之發行等起初皆由民間發起，而後聘請專家指導，由民間有志者負責維持及推展，俟相當程度後，才由政府接辦並進而擴大。筆者希望本省各界人士對於心理衛生工作多多提倡發起並給予支持協助。

(5) 心理衛生教育之推廣

對個人性格發展，基本心理需要，情緒發展以及其與家庭，社會環境之關係，何謂心理衛生？何謂心理不健康？或何種環境因素應鼓勵或應避免等事項若具有正確的認識對個人、社會之心理衛生是很有助益，也是預防心理疾病之發生極有效之方法。所以心理衛生教育之推廣實有其必要。心理衛生教育可由醫師、護士、心理學者及社會工作者等專業人員透過書刊雜誌、演講或座談會等方式或利用各種心理衛生工作之節目隨機推廣外，最根本可靠之方法還是藉着教育本身之方法設計課程爲教材從國民小學就開始。本省國民義務教育已延長爲九年制，據聞健康教育之課程已被編入初中教材，以培養健康之公民。心理衛生教育是整個衛生教育中重要之一部份，故筆者希望心理衛生專業人員尤其醫師亦應被激發參加這項工作以對國民之心理衛生教育有所貢獻。

(6) 台灣心理衛生發展之潛力及其運用

雖然臺灣目前有關心理衛生之治療設備與水準，一般言之，距理想尙遠，專業工作人員亦甚缺乏，然而台灣在研究、教學、人材方面且有很大的發展潛力。因爲以往有關衛生主管單位從未好好計劃運用這潛力致成今日之情況。台大醫學院神經精神科是該院五大科之一，其學生教學點數之多，方法之講究，內容之廣泛充實以及各教員之熱心負責是世界各國包括醫學高度發達之國家在內所少見的。該科對台灣精神疾病流行病學之一連串研究及文化精神醫學的研究早就受到國際間之重視。這個台灣精神醫學之教學、研究、治療中心從光復後便一直強調社區心理衛生工作之重要並積極推行。爲了培養各級專業人員之指導人員，該科特與省衛生處合辦台北兒童心理衛生中心，並積極爭取各種國際獎補金以資遣派人員前往各先進國家深造。爲了協助台灣之心理衛生工作計劃，聯合國世界衛生組織(W·H·O)自民國四十四年正式開始援助迄民國五十七年共十三年間，共計贈給台灣二十二個爲期合計三十七年之獎補金(Yellowstun)使九位醫師共十二年，五位護士計十年，三位臨床心理學者及五位社會工作者計十年被保送到美國、英國及歐洲各國深造(其中二位醫師及一位社會工作人員外，其餘全部均由台大神經精神科及台北兒童心理衛生中心所包辦)。此外還有二位精神科教授，一位生物統計專家，二位精神護理及二位社會工作之顧問(其中一位護理顧問在台竟達七年之久)來台擔任各種工作之顧問，由此可見世界衛生組織對台灣心理衛生工作計劃之重視。然而究竟有何具體效果？得到獎補金的十九位台大及台北兒童心理衛生中心之工作人員中，有六位已再出國留在國外，其餘十三位則繼續在原單位服務，然而沒有一位到其他公立醫院機構專任服務而貢獻於本省之心理衛生工作。這現象是否表示世衛組織(W·H·O)援助台灣心理衛生工作計劃之成功或失敗，自當各有其看法，在此暫不檢討。但何以所有人才都不願意向外發展而聚集在台大醫學院原單位呢？這應是政府有關當局所應深加檢討的問題。儘管台灣有不少專家人才和熱心人士，但如何擬訂一套有效果的計劃去鼓勵、

安排、引進、運用、滙合這些專家人才及其熱心與力量共同努力於本省之心理衛生工作普及造福各地方實是當前政府衛生主管當局之要務，亦是一大難題。其中工作人員之待遇問題便是重大關鍵之一。目前台灣推行公共衛生工作之一大障礙便是由於工作人員之待遇過低，無法吸收優秀專業人員之故。所以提高工作人員尤其專業人員之待遇為要點之一。另外公共衛生機構（包括醫院）對於工作人員人事任用手續過於繁複且遷延時日，適用一般公務人員之條令而少尊重其專長等等亦為須待改進之處。總之，鼓勵、滙集這些專家人才之熱心與力量使其共同努力於心身工作之推行，實為發展本省心理保健工作之重要步驟。

【參考文獻與註釋】：

- ① 本文所用疾病名稱按中華民國精神醫學會發刊「神經精神科診斷名詞中文對照」民國五十八年。
- ② T. Lin, H. Rin, E. K. Yeh, C.C. Hsu and H. M. Chu, "Mental Disorders in Taiwan: Fifteen Years Later," A Chapter from Mental Health Research in Asia and the Pacific, Ed. by W. Caudill and Lin, East-West Center Press, 1969.
- ③ H. Rin, H. M. Chu and T. Lin: "Psychophysiological Reactions of a Rural and Suburban Population in Taiwan," Acta Psychiat. Scandinav. vol. 42. pp.410-473, 1966
- ④ 台臺省警務處「少年犯罪」統計。

台灣高等法院台灣省司法統計專構。

司法行政部編，少年犯問題之研究（民國54年）

- ⑤ M. T. Tsuang, "Suicide Prevention in Taiwan", Read at the World Federation of Mental Health Workshop, Singapore, March 29-April 2 1970.
- ⑥ C.C. Hsu and T. Lin, "A Mental Health Program at the Elementary School Level in Taiwan: A Six-year Health Research of the East-gate Project" A Chapter from Mental Health Research in Asia and the Pacific, Ed. By Caudill and Lin, East-west Center Press, 1969
- ⑦ E. K. Yeh, H. M. Chu, Y. H. Ko, T. Lin and S. P. Lee, "Some Psychiatric Findings of College Students in Taiwan", Read at the Lecture-Discussion Series, Institute of Advanced Project, East-west Center, Feb, 1968.
- ⑧ 葉英堃·范進福·在台大醫院精神科就診的大中學生之統計觀察（未發表）
- ⑨ G. Caplan & R. Caplan, "Development of Community Psychiatry Concepts," from the Chapter 45, of the Comprehensive Text book of Psychiatry Ed. by A. M. Freedman, 1969
- ⑩ 日本厚生省公衆衛生局精神衛生課編（一九六九年）第十七回精神衛生普及運動應報