

去或留？去機構化運動的挑戰： 以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

邱裕閔*

* 東海大學社會工作學系博士生。財團法人彰化縣私立真善美社會福利慈善事業基金會附設靜元家園社工師。通訊地址：彰化縣二水鄉山腳路 3 段 211 號。電話：04-8795911。電子信箱：hn85000.hn161@msa.hinet.net。

收稿日期：2021 年 7 月 6 日；同意刊登日期：2021 年 12 月 20 日。

摘 要

我國於 2017 年將 CRPD 國內法化，繼之邀請國際專家審查我國實施情況並提出建言，國際專家依據 CRPD 第十九條針對我國身心障礙福利機構提出逐步使住宿機構及其他規模之特定居住安排予以退場之建議。有鑑於此，本文以精障者為例，從西方國家去機構化運動之發展進程進行回顧，探討北美、歐陸與斯堪地維娜亞半島等不同國家在針對精神醫療實施去機構化之成效。其後回溯台灣機構式照護、精神醫療發展及精障者長期安置三者之歷史脈絡之發展與關聯，再就台灣機構式照護現況與精障者特性，進行深入討論以釐清精障者之需求，探究去機構化之意義及其衍生之個人助理與社區自立生活實施於精障者所面臨之挑戰。

研究發現精神病人縱使病程處於慢性化，依然呈現多樣性之需求，或有病人可回歸社區或家庭，然而實際上國內外之研究已確定縱使經過相當之治療後仍有部分重症精障者仍無法回歸社區需要長期安置照顧服務。職是之故去機構化運動對於精障者宜參考去機構教養化之精神而非全面關閉機構，否則借鏡西方國家經驗只是去機構化變成轉機構化或再機構化而已。因此，去機構化及其衍生之個人助理與社區自立生活，則應視需求審慎評估後實施而非一體適用所有障礙者。

關鍵字：去機構化、慢性精神病患、個人助理、自立生活、精障人權。

Remove or save? The challenge of the deinstitutional movement: Taking Taiwan's residential institutions for people with chronic mental disorders as an example

YU-MIN, CHIU

Abstract

Taiwan legalized the CRPD in 2017, and then invited international experts to review my country's implementation and put forward suggestions. According to Article 19 of the CRPD, international experts have proposed to gradually withdraw accommodation institutions and other specific residential arrangements for disability welfare institutions in my country. In view of this, this article takes chronic mental patients as an example, reviews the development process of the deinstitutionalization movement in Western countries, and explores the implementation of deinstitutionalization of psychiatric care in different countries such as North America, Europe, and Scandinavia effectiveness. Later, I reviewed the historical development and connection of institutional care in Taiwan, the development of psychiatric care, and the long-term placement of people with mental disorders, and then conducted in-depth discussions on the status of institutional care in Taiwan and the characteristics of the mentally disabled to clarify the relationship between chronic mental illnesses. Demand, explore the meaning of de-institutionalization and the challenges faced by the implementation of personal assistants and

community self-reliance in the implementation of chronic mental illness in Taiwan.

Studies have found that even if the course of the disease is chronic, there is still a need for diversity, or patients can return to the community or family. Therefore, the de-institutionalization movement should refer to the spirit of de-institutionalization for patients with chronic mental illness rather than completely shutting down the institution. Otherwise, based on the experience of Western countries, it will only become trans-institutionalization or re-institutionalization. Therefore, de-institutionalization and its derivative personal assistants and self-reliance in the community should be implemented after careful assessment based on their needs rather than being applied to all barriers.

Keyword : deinstitutionalization 、 chronic mental disorder 、 personal assistants 、 independent living 、 human right of mental disorder

壹、前言

關於身心障礙者（以下簡稱身障者）權利的維護與落實，各國雖訂有不同的法律規範加以保障，但真正能全面訂定身心障礙者各種權益，始於 2006 年 12 月 13 日聯合國通過身心障礙者權利公約（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities，以下簡稱 CRPD），並於 2008 年 5 月 3 日起生效。該公約具有劃時代之意義，主要在於人類發展至 21 世紀，終於有首部國際性公約，以關注身障者人權為標的，其內容主要以保障身障者平等權、公民權、自由權、教育權、就業權、就醫權、健康權、參政權等權利為範圍，作為各締約國身障者政策與法制之指引，影響至為重要與鉅大。

台灣對身障者權益的關注，始於 1980 年訂頒殘障福利法，嗣於憲法增修條文之社會安全專章，增列維護身障者權益條文（第十條）。至於身障者相關法制，殘障福利法於 1997 年更名為身心障礙者保護法，此次修法亦將病程呈現慢性化之精神病人以「慢性精神病患」（以下簡稱精障者）之名稱納入身心障礙者類別。該法為配合環境變遷，積極保障身障者之權益，並使身心障礙分類與國際接軌後，再於 2007 年完成身心障者權益維護法，實施了 ICF 需求評估機制，保障範圍涵蓋醫療、福利、教育、就業、交通、無障礙環境、強制雇用等福利措施（行政院國情簡介，2021）。台灣對身障者權益的維護，做了諸多努力，也獲致一定的成果。

台灣雖自 1971 年因政治因素失去聯合國席位後，未能再行參與聯合國事務。但一些聯合國附屬組織，特別是非政府組織一些弱勢扶助與人權維護的活動，還是積極參與，例如世界貿易組織／WTO、亞太經濟合作／APEC、亞太防制洗錢組織／APG 等（外交部，2021）。

2014 年當時執政之馬政府為與世界接軌及維護身障者權益為由，曾向聯合國提出申請締約，卻遭聯合國以非成員國為由退件（孫迺翊、廖福特，2017）。雖然如此，為展現對身障者權益維護的決心，仍於當年 8 月 20 日由馬政府公布「身心障礙者權利公約施行法」（以下簡稱 CRPD 施行法，於 12 月 3 日起生效施行），此一動作即行宣示落實 CRPD，並將其國內法化。

2016 年繼任之蔡政府，依據 CRPD 施行法持續進行各項作為，如明訂各級政府機關依其業管法規與行政處分於當年提出檢視清單，有與 CRPD 落差者，應於 2017 年內完成修法及行政作為之改善，2019 年內完成相關子法修訂。並於 2017 年將行政院核定之「身心障礙者權利報告」與編訂英文版，函送聯合國身心障礙者權利專家進行書面審查（國際審查）。針對第一次審查意見，蔡政府於 2019 年 1 月提出「身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查會議結論性意見」作為回應。此次審查意見中，國際專家針對公約第 19 條提出建議（衛生福利部及社會家庭署，2018）如下：

國際審查委員會建議：

- a) 國家發展有規劃期程計畫，逐步使住宿機構及其他規模之特定居住安排予以退場，以確保身心障礙者可選擇居住地點、方式及同住者，並推廣自立生活，包括適當增加各類社區型服務之經費。
- b) 國家發展有規劃期程計畫，提供身心障礙者適當支持，協助其居住並積極參與社區，避免隔離與孤立。
- c) 個人協助服務預算應納入國家正式預算，以確保經費符合穩定、可預期及公開原則，此類個人協助包括：

- 根據個別需求評估，提供個人直接給付，以確保其足以獨立生活，取得協助服務，以具競爭力的薪資雇用個人助理，無需自行負擔相關費用。
- 針對個別需求提供客製化服務，以於招聘、訓練、監督助理時，協助身心障礙者按其個別要求、生活環境及偏好做出決定。
- 身心障礙者具有專屬個人助理，無需與他人共用。個人協助在品質及數量方面，均應足以確保身心障礙者無需依賴他人，並實現個人潛能。

參照上述國際專家建議，可整理出主要建議有三。第一，在機構式照護部分，提出國家應制定計畫使各類型機構退場；第二國家提供適當支持，協助身障者參與社區；第三，需透過個人助理方式協助障礙者於社區自立生活。

每一位精障者皆為獨立個體，自有其個別需求。故關於國際專家審查意見各類型機構應退場以及發展個人助理服務的建議，雖然為身心障礙者權利公約的條文，然而將機構式照顧完全去除是否符合每位精障者之需求？再者，獨立生活與個人助理對精障者適合性如何？且社區資源佈建情形為何？或是在台灣施行之經驗為何？這些都值得再進一步探討。

本文將從歐美去機構化運動的發展、歷程與轉變開始探討，其次回顧我國精障者安置機構之演進。然後，就 CRPD 所揭櫫目標之可行性，對台灣現況與精障者特性，進行深入探討。最後，結合歐美的經驗反思台灣機構式照顧、自立生活與個人助理兩者對於精障者之未來發展方向。

貳、歐美「去機構化」運動之發展歷程與經驗探討

Scully (2015) 考察西方世界，指出約莫在19世紀初，歐陸各國民眾對於嚴重精神疾病如躁鬱症、思覺失調症病人認為有隔離之必要，各地逐漸興建大型機構，並以「大禁閉時代」形容西方世界對於嚴重精神障礙者的照顧方式，整個時程至20世紀中後始有改變(梅菱仁譯，2018)。這樣的「隔離」方式直到1960年代的美國始因「去機構化運動」而有明確的轉變，並且影響到歐陸、北歐、中東、南美等世界各地(梅菱仁譯，2018)。以下從美國機構的發展開始以及去機構運動興起之時空背景出發，後對美國、歐洲、其他地區去機構化運動之歷程進行探討。

一、美國去機構化運動的歷程

(一)美國「機構式照顧」的發源

1601年英國濟貧法頒布施行，對於貧病老殘的照顧，採院內救濟與院外救濟兩種方式，其中對智能障礙、精神障礙等各類心智障礙者採取院內救濟，這是機構式照顧的濫觴。美國自殖民地時代開始即深受英國制度影響，在社會福利部分也是如此。北美新大陸初開發之時，對精神障礙者，因受限地廣人稀採取的方式是「居家監禁」方式。1843年之後，才開始設置庇護處所安置照顧，主要由著名道德療法提倡者Dix女士極力奔走，各州政府在認同其「庇護所是文明象徵」的理念後，各州紛紛籌設庇護所，由於當時對於智能障礙、精神疾病等

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

各類心智障礙者未有明確定義或診斷，故一併於庇護所安置(梅菱芒，2018)。

(二)美國去機構化運動的興起

庇護處所的照顧型態維持一段時間之後，因兩次世界大戰期間，工業化社會大幅減少了對庇護的資金投入，甚至許多住民因戰時物資缺乏而餓死，總體而言，庇護所因生活條件差、缺乏衛生、人滿為患以及屢次虐待住民而惡名昭彰。因此，在1920年代和1930年代初步實施社區服務方案以嘗試替代庇護所(Fakhoury、Priebe，2007)。「去機構化」運動則約於1960年代首先在美國興起(張瓊懿譯，2016；梅菱芒，2018；Truong、Maguire、Maguire，2020)。

在社會經濟環境上，世界各國在二次大戰後，自不免面臨動員復興之時機，透過凱因斯式總體經濟需求的提升，創造了戰後一波經濟榮景；加上自貝佛里奇報告書的提出，西方各國走上福利國家之路。在Esping-Anderson所提出的《福利資本主義的三個世界》中，各國都面臨到1970年的經濟危機，造成原因主要是石油價格狂飆導致世界經濟衰退，無不緊縮財政支出作為因應，故社會福利相關支出不免首當其衝遭到限縮(張世雄，2012)。另外，當時美國各地不時傳出庇護所對住民有不當對待情事，記者即潛入其中，將在庇護所內所見所聞發表，例如《美國之恥(Shame of the states)》一書即是。社會學大師Ervin Goffman亦在取得同意下，喬裝為復健人員，至紐約著名之中央醫院進行民族誌田野觀察，Goffman以其精練的摹寫手法，將所見所聞以《精神病院(Asylums)》一書呈現於世。這些作品的問世，不只刺激了美國人民，也是在美國民間點燃改革之火(群學翻譯工作

室，2012）。

在政治上，約翰甘迺迪當選總統，於1963年在其任內通過《母嬰健康及心智遲緩法案修正案》、《智能遲緩設施與社區心智健康中心興建法案》兩項法案，兩法案明確承諾照顧身障者並授權提供經費，兩法案之通過，對美國甚至是全世界身障者之照顧與支持，為劃時代的里程碑。甘迺迪總統妹妹Rosemary Kennedy為心智障礙者，或許是因為這個緣故，甘迺迪總統及其家族對於身障者的關懷與支持，一直非常重視與關心（張瓊懿譯，2016）。

在精神醫療部分，於1950年法國醫師發現氯丙嗪（Chlorpromazine，簡稱CPZ），該藥品常見商標名為托拉靈（Thorazine），是第一種經實證對思覺失調症具有療效之藥品；1948年澳洲醫師發現鋰鹽（Lithium salts，簡稱Li）使用於雙極型情感性疾病（躁鬱症）具有療效，前述兩種開創性藥物皆於50年代取得FDA核准並於美國上市。氯丙嗪、鋰鹽皆列入世界衛生組織基本藥物標準清單，為基礎公衛體系必備藥物。有此兩種藥物問世，對於精神疾病之治療或是緩解都給予世人許多信心，也是美國當時關閉機構的推手之一（Truong、Maguire、Maguire，2020）。

（三）美國去機構化運動的檢視

有前述之基礎，美國與歐陸各國遂紛紛雷厲風行的自1960年中期後進行「去機構化」運動。然而，自1970年代後起也開始出現檢討聲浪。歐洲有學者對「社區照顧和去機構化」進行回顧時，點出「家庭有能力撫養慢性精神病人嗎？」、「是否願意為這些病人承擔責任？」

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

兩大問題並討論兩大問題與家庭政策、社區照顧間影響，結論發現兩大問題未能解決時，社區照顧相關推動實屬不易(Segal、Steven, 1979)。同年，另有研究發現美國各州精神病院的病人從55萬減少到15萬，因此對精神病院的批判者認為，應該為那些出院病人先建立一個社區照顧系統，但是實際上，從康復、重新融入社區以及社區照顧的連續性並不足夠且未先於關閉大型精神醫療機構建置完成(Goldstein、Michael, 1979)。

二、歐陸去機構化運動的歷程

在去機構化運動發展十年之後，Hudson (1991) 以「De-institutionalization: what went wrong? (去機構化：出了什麼問題?)」為題，針對英國進行研究，先以「backlash (反衝)」來形容對去機構化運動的反彈，該研究指出當代對該運動失敗案例的關注不足而欲探究其成因。在研究結果發現，對精障者而言，該運動越來越被認為是一種失敗的政策，需要新的政策替代，原因在於專業認知的歧異抑制了相互間的合作，特別是在「精神醫療」和「社會學」兩種學科之間已形成缺乏專業共識的歧見，例如社工人員認為所有醫護人員都以「醫療模式」為判準，忽略社會心理方面的疾病與依賴性以及重視機構式服務而忽略社區式服務；而醫療衛生人士則認為「社會模式」不具科學根據，故該運動在執行時遇到消極抵抗是意料之中。

知名精神科醫師兼心理學家Priebe率領團隊(2004)對1970後的英國、德國、意大利、荷蘭、西班牙、瑞典六國精神醫療去機構化運動進行研究，在研究結果發現各國呈現兩種趨勢，一是各國「司法精

神醫院 (Forensic)」和「支持性住房 (supported housing)」的床位都在增加, Priebe等以「Re-institutionalization (再機構化)」來形容; 其次是所有國家的一般監獄人口都大幅增加。在歐洲, 前述之支持性住房屬於社區心理健康服務機構, 透過機構人員長期指導或督導的方式, 支持嚴重精神病人於社區中長期居住, 住房成員彼此間沒有血緣關係, 但皆罹患嚴重精神疾病導致能力受損而一起居住在住房中 (Heer-Wunderink et al., 2012)。爰此, 支持性住房通常被視為庇護所的替代方案, 從而成為是去機構化的指標, 但它仍代表著一種制度／機構式的照料和保護, 此過程似乎可描述為重新機構化或僅稱為跨機構化(僅將安置從一種結構轉移到另一種結構)(Priebe et al., 2004)。其後Chow與Priebe (2016) 研究澳洲、德國、荷蘭、比利時、丹麥、法國、愛爾蘭、義大利、紐西蘭、英國、西班牙11等國, 以1990—2012年為期, 進行跨國縱貫性研究, 所得「各國一般監獄人口與精神病院住院人口呈反比」、「各國增設司法精神醫院」、「各國增加支持性住房」三項結論與Priebe等在2004年的研究相同。

三、其他地區去機構化的運動及相關研究的探討

自1990年以來, 南美國家呈現每減少一張精神病床就增加5名囚犯之趨勢 (Chow、Priebe, 2016), 以色列也有類似數據資料呈現同樣趨勢 (Priebe et al., 2008)。Priebe等提出監獄通常無法為精神病人提供最有益的環境; 而關於支持性住房, 對精神病人轉向更獨立生活的動機助益不大 (Priebe et al., 2008)。Winkler等 (2016) 進行系統性回顧, 也認為精神病床數量與「無家可歸者」或「一般監獄服刑但

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

具有精神疾病之受刑人」，存在著很強的負相關性。甚至在司法判例上，似有精神病床越少，對精神病人的刑事定罪就越多之趨勢，從機構中解放出來的精障者無家可歸，以及可能犯罪的問題未解決，將成為改革的障礙。另有學者針對吉達與沙烏地阿拉伯資料進行研究，指出在二十世紀後半葉，去機構化運動將這些病人的境遇從國家機構轉移到社區照顧，這種轉變對精神衛生系統和病人的家庭產生了重大影響，因為家庭成員過去並一直沒有充分準備，這樣的論述與Segal與Steven在1979年所點出「家庭有能力撫養慢性精神病人嗎？」、「是否願意為這些病人承擔責任？」兩大問題雷同，呈現出經過近四十年，不論是西方工業化國家或是阿拉伯國家在進行去精神醫療機構化運動之際，似乎要將精障者從庇護所或是機構轉移到所謂的社區，皆須面對家庭或社區未有足夠準備之困境與現實(Alzahrani et al., 2017)。

四、北歐的經驗

社會民主體制的北歐五國為「去機構化」運動之急先鋒，周月清(2017)整理北歐五國資料，提出挪威於1990—1995年期間改革，在1995年關閉所有教養院，而丹麥與芬蘭於1990與2000年分別跟進，但前述資料所指稱之教養院服務對象為智能障礙者，並非精神障礙者。Pedersen、Kolstad(2009)對挪威自1950—2007年期間精神醫院之演進做研究，發現從1955年到2007年間，精神醫院出院率增加了一倍、接受門診治療的病人數也大幅增加、由社區中專業的心理健康服務機構治療與照顧的病人比例呈現增加，故可推論挪威的去機構化不僅減少精神病院床位數或住院病人的數量，後續透過社區式的機構提供積

極治療與復健方為主要因素，例如自1970年代開始，在城市地區建立了門診診所系統，接續於1990年以來已經建立了約80個地區精神病院。這樣的演變即是宣示長期住院治療服務從大型醫院轉移到相對小型醫院，或是在社區中復健依然需要積極治療的支持，而家庭持續提供後期照顧和支持自是不在話下。

回顧1960年代從美國開始的去機構化運動，不管是歐陸或是其他地區，主要是針對當時大型精神病院內的不當照顧方式進行改革，因此重點在於機構內之服務或照顧方式。據此不難理解我國官方對於CRPD首次國際審查報告的回應文書中，為何明確指出去機構化的主要癥結在於去「機構教養化」，而非直接關閉機構，申言之，提升機構式照顧品質與社區式服務方為對症下藥之途而非僅止於關閉機構。

參、台灣精神障礙安置機構的歷史發展與演進— 從機構安置到去機構化的倡議

台灣屬於社會移民，開墾先民絕大多數為華人，自不免深受華人文化影響，自清代起即有類似安置機構之設置。日治時代由總督府開啟精神醫療服務，對於各類身障者亦投入官方正式資源進行持續性安置服務。國民政府遷台後，初期未有精神障礙相關福利服務措施，僅有以「貧民施醫」方式對貧困精神病人提供醫療協助，直至1972年臺灣省政府實施「小康計畫」後，貧困精神病人獲得官方支持得以長期機構安置。1997年精神病人納入身權法保障後，至2021年止計有近20所社會福利機構提供長期機構安置。我國於2017年接受第一次CRPD國際專家審查，對於關閉大型機構之建議，衛福部以「引導機構朝向縮小規模」及「提升服品質」作為回應，並為未來之發展方向。

回顧我國身權法內機構式服務相關法條的演進可以發現於1990年公布之殘障福利法即有獎勵機構設立與提供機構式服務為法定項目之內容，例如「各級政府應按需要，設立、獎助或補助下列各類私立殘障福利機構」（8條）、「直轄市及縣(市)主管機關對殘障者，予以下列輔導或安置」（12條）。到了2007年通過的身權法則是增加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（62條）、機構法人化（63條）、評鑑與輔導查核機制（64條）、家屬與機構需訂定書面契約（65條）等條文。衛福部於2020年依法持續輔導身心障礙福利機構提升服務品質，協助機構改善設施、設備，及因應身心障礙者人口特性及照護需求增設各類身心障礙福利機構，並透過評鑑之實施對268所立案機構進行檢視以全面加強提升服務品質（衛生福利部，2020），顯示我國仍將機構式

服務列為主要正式資源，透過提升機構服務品質與機構服務量之限制防止機構化作為回應CRPD初次國際審查之回應。

一、台灣精神醫療與安置機構之起源（1643—1985年）

在華人世界中等待救濟的民眾，通常先由族人、同鄉鄰里救濟，或是民間私人團體所辦的各類善堂，各類善堂負責收容養護如鰥寡孤獨或身障者在內之民眾，此種民間救助代代相傳（沙依仁，2005）。遠在清朝順治、康熙年間，台灣民間已有對貧病等弱勢民眾提供機構式照護，而清政府並非不知民間之善舉，唯因清自開國直到平三藩之亂的40年間，無法將精力全部放在社會經濟政策上面，故未積極參與及正式承認，直到雍正登基後才有正式詔書鼓勵各地善堂之成立（陳燕禎，2005）。各類善堂中有所謂「棲流所／留養局」專為收容老人、障礙者、流民、乞丐等各類需施以救濟者，在清代因臺灣為新闢疆土，孤兒、貧民、身障者、精神病人及無家可歸者眾，故從乾隆年間逐漸增設之（沙依仁，2005）。

二、日治時代精神醫療與安置機構之發展（1895—1945年）

日治時代第四任臺灣總督兒玉源太郎（任期1898—1906年），採取積極治台策略，集清代各慈善機關財產並以日本皇室賜金及地方募捐等方式，復興各地機構，最初始於臺北仁濟院並先後於各縣廳設慈惠院，大體沿用清代遺制，安置者包含獨身無靠者、殘疾者、病傷者、老衰者、幼弱者等；服務項目有醫療、教育、習藝、斂葬等（沙依仁，2005）。針對精神病人方面，在公立機構有養神院，私立機構

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

有養浩堂醫院、臺北愛愛寮、臺北仁濟院、臺中慈惠院及高雄慈惠院，唯當時對精神病人的安置費用偏低（沙依仁，2005）。到1917年台灣總督府邀日籍教授中村讓到臺授課，此為台灣醫界對精神醫療認識之開端（莊明敏，1995；鄭若瑟，2008）。起初日人對精神疾病之策略主要是戒護隔離，直到1922年仁濟醫院成立才對精神病人施以治療，此為私立精神病院之開端；1934年總督府發布精神病院相關制度，將精神病院定名為「養神院」，同年養神院竣工啟用，為公立精神病院之濫觴（陳永興，2003）。

三、政府遷台至殘障福利法立法前精神醫療與安置機構之發展 （1945—1980年）

由上述史料可之，日治時代對於精神病人先有安置機構後，始有精神病院成立。後「養神院」歷經多次更名，從錫口到省立臺北療養院，最後就是現在的部立桃園療養院；另退輔會系統的臺灣省立玉里養護所於1966年成立，再加上1961年成立的省立高雄療養院，三所機構執行小康計畫及社會救助業務，對早期對精神病人的收容與治療的工作肩負起重責大任（楊素端等，2005）。在1972年臺灣省政府主席謝東閔先生宣布實施「小康計畫」，在此之前精神病人的治療附屬在「貧民施醫」業務之中，意即服務範圍／公部門資源僅限具貧困身分者（洪貴真，2005）。小康計畫的施行，顯示官方正視貧困精神病人治療議題，欲透過該計畫的實施提供貧困精神病人安置服務（楊素端等，2005）。小康計畫主要發揮各級政府的團隊精神，發弘揚社會仁愛精神，以精神病人收治作為具體行政措施（洪貴真，2005）。

小康計畫除了安排獨居者進入慈善仁愛機構亦協助身心障礙者安置機構，呈現視個案需求提供服務，故該計畫亦具有「個案管理」之意涵（洪貴真，2005）。

四、殘障福利法立法初期精神病人安置社會福利機構概況（1980—2000年）

莊明敏於1995年的調查顯示，1995年精神醫療機構約有140餘家、急性治療床有1769床、慢性復健床有10455床，雖相較民國1990年的80家精神醫療院所、急性治療床有1780床、慢性復健床有4243床，呈現增加。然而1995年粗估約有12萬名精神病人，其中有8萬名為慢性精神病人，因此整體精神醫療體系有明顯的資源不足的情形，常有病人發病時長途跋涉尋求醫療資源卻面臨一床難求之窘境（楊素端等，2005）。1980年代之際，除醫療資源一床難求之外，對於社區精神醫療服務例如社區復健中心、居家治療等服務亦尚未開辦，僅有小康計畫對於貧困精神病人提供長期安置服務，在如此供給嚴重不足狀況之下，始有釋開豐法師以其特殊照顧方式創立「龍發堂」長期安置精神病人（稱堂眾），以協助堂眾及其家屬（湯家碩，2018）。

我國對身心障礙者正式挹注資源始於1980年頒布之殘障福利法，該法於1997年更名為身心障礙者保護法（現稱身心障礙者權益保障法，以下簡稱身權法）並將病程呈現慢性化之病人以「慢性精神病患」納入身心障礙者範圍，自此之後精障者始等同其它類別之障礙者享有同等之就醫、就業、就學、就養之社會福利資源（莊明敏，1995；鄭若瑟，2008）。自精障者納入身權法後，第一所針對精障者提供全日型生活照顧服務之社會福利機構為「財團法人台南市私立康寧教養院」，

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

該院成立於1999年1月8日，此後遂漸有提供精障者住宿服務機構設立（衛生福利部社會及家庭署，2020）。

五、台灣安置精障者之社會福利機構發展歷程（2000年後）。

財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設玫瑰園養護所、財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設牡丹園養護所、財團法人台灣省私立台南仁愛之家香草園養護所等三所機構原為辦理前述小康計畫中，收治貧困精神病人單位，自2003年起劃歸社會福利機構，由社家署統一管理（衛生福利部社會及家庭署，2020）。台南私立康寧教養院於1999年成立，為第一所服務精神障礙之全日型生活照顧社會福利機構，其後服務精障者之機構多數以此模式作為營運方式。惟在各機構中，僅「臺北市政府社會局委託財團法人伊甸社會福利基金會經營管理臺北市萬芳啟能中心」以單純「日間照顧」作為營運方式；另亦有「財團法人台南市私立朝興社會福利慈善事業基金會附設朝興啟能中心」、「財團法人宜蘭縣私立懷哲復康之家」以兼辦方式提供「日間照顧」（衛生福利部社會及家庭署，2020）。此外，「新北市政府社會局委託社團法人台北市康復之友協會辦理新北市慈芳關懷中心」與「財團法人伊甸社會福利基金會附設臺北市私立活泉之家」兩單位主要營運理念為會所模式（clubhouse），相對其他以福利服務及生活照顧為營運模式之機構，實為萬綠叢中一點紅（衛生福利部社會及家庭署，2020）。透過原定於2020年（因疫情展延至110年辦理）辦理之第11次機構評鑑資料進行分析，可提供住宿型服務之機構約19所，然因多數機構並非針對精障者提供安置，如衛生福利部社會及家庭署寧園安

養院雖有230床之服務量，但服務對象為「領有身心障礙手冊之中度以上失智症病人、植物人、多重障礙及慢性精神疾病病患。」故難以推估整體服務量，僅能推估19所機構提供之住宿服務總量約為2100床，而日間照顧服務合計僅提供61床服務量（衛生福利部社會及家庭署，2020）。

六、台灣社會福利主管機關對 CRPD 去機構化之回應

1960年後的「去機構化運動」對世界各國都產生大小不一的影響，我國自是不免其外。周月清（2017）引用Alaszewski在1986年的論述，指出「教養院」為有別於一般住宅之獨立區域，社區居民可以指認出明顯界域內之集合建築與空間設施、居住、活動與生活，故兒童的育幼院、老人安養之家、障礙者住宿的教養院、特殊學校／啟智學校、啟聰學校、啟明學校、盲人院、庇護工場，皆為教養院，屬於CRPD所規範應關閉機構之範疇。我國於2017年接受第一次CRPD國際專家審查，主管機關衛福部於2019做出正式書面回應。在第一次國際專家審查意見中，明確建議我國制定計畫逐步關閉機構並增加經費逐步提升其它各項社區型服務。對此，衛福部在「身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查結論性意見回應表」中做出以下回應：

- 1、西方國家自 1960 年代開始一連串「去機構化」運動，希望讓精神病人及障礙者回歸社區。
- 2、臺灣社會福利發展，整體政策一直以來均朝社區化、小型化方向規劃。

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

- 3、在美國實施去機構化歷程中，也發生因為社區缺乏精神復健機構導致精神病人成為遊民的狀況。因此身心障礙福利重點不以興建住宿型大型機構為主，同時注意社區服務之規劃。
- 4、目前精神病人係以病情輕重，有無傷害危險，提供各式精神醫療，並已建立社區精神病人或疑似精神病人護送就醫、嚴重病人通報、病人出院準備及社區追蹤保護等連續性服務機制。
- 5、針對各精神復健機構新設立或擴充服務量，2014年已訂定「50床以下」服務規模原則，並輔導機構辦理，至2017年底，已有85.31%精神復健機構為50床以下機構。

由前述書面回應可知我國於2017年後以縮小社區型復健機構規模而非關閉機構，做為對去機構化議題的回應。

肆、去機構化運動對精障者之挑戰

去機構化運動源自1960年代的美國，隨後遠渡大西洋到歐陸各國以及斯堪地維娜亞半島的北歐，其後中東國家、南美國家亦紛紛效仿。由前述各學者所做研究，特別是歐陸地區的長期追蹤結果可以發現，各國在執行去機構化後，雖然關閉大型精神病院，但是卻增加司法精神醫院病床數以及監獄囚犯人數或是遊民的增加。而挪威雖然也一樣關閉大型精神病院，但在社區中增加專業心理健康服務機構與精神科診所提供持續性的治療與照顧服務（包含住宿式服務）。

所謂精障者，主要特色在於因精神病程處於慢性化，導致其生

活、職業與社會功能呈現長期惡化且無法逆轉之趨勢(李明濱, 2011; 黃宜宜, 2018), 參照中央主管機關公告之障礙等級可知精障者之需求包含職業、社交、日常生活功能之長期復健與持續治療。對於台灣而言, 雖在政策上鼓勵回歸社會且設有如康復之家及社區復健中心等具體社區式復健措施, 但是也正視並非所有精障者皆可回歸社區之現實, 因此仍需機構對失去生活功能之重度與極重度精障者提供長期安置照顧服務, 西方國家則在歷經多年去機構化運動後也做出需要先佈建社區資源再行去機構化之反省。至於獨立生活, 與醫療衛生體系之康復之家具有相近概念, 是否需要再另闢蹊徑則有待進一步實證以避免資源重疊。同時自立生活與個人助理模式在實證研究上或是社會運動部分皆並非以精障者為主體, 故有適用性之疑慮。

一、精障者之需求

精神衛生法(2007)明訂「精神疾病」指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常, 致其適應生活之功能發生障礙, 需給予醫療及照顧之疾病; 其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病, 但不包括反社會人格違常者(第3條第1項第1款)。而「嚴重病人」指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為, 致不能處理自己事務, 經專科醫師診斷認定者(第3條第1項第4款)。現行身心障礙等級為行政院衛生署於2002年所公告後沿用至今, 其中將精障者定義為: 係指由於罹患精神病, 經必要適當醫療, 未能痊癒且病情已經慢性化, 導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙, 需要家庭、社會支持及照顧者; 其範

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

圍包括精神分裂症、情感性精神病、妄想病、老年期及初老期精神病狀態、其它器質性精神病狀態、其它非器質性精神病狀態、源發於兒童期之精神病。精障者之障礙等級因失能狀況不同共分四等，其各等級障礙狀況說明如下：

- 1、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。
- 2、重度：職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維護其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。
- 3、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。
- 4、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，且無需他人監護，極具日常生活自我照顧能力者。

以上各等級內容可知極重度與重度精障者須長期由他人協助／監護以維持基本自我照顧能力與品質，呈現被密集照顧之需求。國外精神科醫師亦提出「嚴重障礙」概念，作為形容重症者無法自理食衣住行等基本所需之實證結果（Truong、Maguire、Maguire，2020）。前述研究之結果與我國精障者障礙等級所載內容有一致概念，故極重度與重度兩種障礙程度顯有機構式照顧需求。

二、精神醫學對精障者需求之回應

Chow、Priebe (2013) 指出精神病人住院治療仍被認為是當今精神病醫學中必不可少的一種照顧類型，尤其是患有急性精神疾病和缺乏支持的病人更不適合進行社區照顧。德國精神醫學專家 Reumschuseel-Wienert 更主張建立封閉型態的精神病院，針對無病識感、對疾病的認識不足、無法調節或控制自身情緒等嚴重精神病人提供照顧服務，由於此類型病人在疾病上有嚴重侷限性，一般社區精神病院無法提供足夠的照顧 (Chow、Priebe, 2013)；也就是應該給每位病人機會，但我們必須意識到部分病人將無法實現正常化的理想 (Lamb、Bachrach, 2001；Lamb、Weinberger, 2016)。Sisti、Segal、Emanuel 於 2015 以「Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum」為題，呼籲重新正視庇護所 (Asylum) 之價值與意義，而 Lamb、Weinberger 於 2016 年更進一步提出以下觀點：

- 1、專業人員不應該對重症精神病人的能力和需求進行預設或具不切實際的期望，反之，專業人員應該是精明的臨床醫生，盡力了解每個病人的行為和症狀背後所隱含的需求，並努力相應的對其進行藥物、心理、職能等各式治療。
- 2、就現實層面而言，並非所有重症病人能夠實現恢復較高的社會和職業功能，也就是在預後不佳的前提下生活在提供庇護的地方以改善生活質量，是故對重症病人而言不應低估庇護的價值。
- 3、在執行層面而言，需要認識到病人的動機和應對壓力的能力各不相同，呈現異質性群體，所以每個病人康復成效差異很

大。透過「減壓適應區」的庇護概念，為病人在精神醫院之外，提供一個減少生活壓力以適應社會環境。

回顧莊明敏等（1995）、鄭若瑟等（2008）及賴德仁等（2020）三次研究調查或西方多次跨國縱貫性研究之結果，皆已正視現階段精神醫學有其極限之事實，即承認有部分重症精神病患在失能成為障礙者後，有密集監護之需要。歸咎其因，精障者需要機構式服務之主要核心或根源在於精神疾病之「慢性化病程」，因為無法治癒（cure），在反覆發病的狀況下自然就容易步上慢性化（chronic）的病程。而步入慢性化之主要原因在於精神醫學迄今對嚴重精神疾病如思覺失調症等在致病機轉方面尚無定論，所以無法有效認識精神疾病，最佳例證就是DMS迄今改版五次仍只能以症狀學方式分類精神疾病而未能說明致病機轉，這樣的窘境與近一百四十年前Kraepelin博士在描述思覺失調證實如出一轍，似乎在暗示精神醫學仍有許多發展空間，也因此治療方法上至今仍無確切有效的治療方法（Glatt、Faraone、Tsuang，2020）。有鑑於此，精神醫療學者Lamb、Weinberger（2016）進一步針對機構化作出反省，指出嚴重精神病人的重要需求之一是結構式的生活計畫，在機構中透過適當的住房和安全保障、低的護病比例、密切監測藥物依從性、病人每日能有適當時間進行職能復健，另外在經營管理部分，管理階層能引導機構人員自發性的自我限制避免發生不當或暴力的管理行為。

Newton、Rosen、Tennant等人（2001）指出精障者於社區居住時，首要條件為病情已臻平穩，如症狀加劇或是具有侵略性或暴力行為之虞，容易使社區成員感到不安或排斥。而Chow、Ajaz、Priebe（2019）

邀請德國、英國、義大利三國專業人員如心理學家、精神科護理人員、社會學家或公共衛生專家等進行質性研究，以探索促使精神照護體系制度改變原因之研究，各國專家認為精神病人潛在的風險難以預料，在短的時間內發生變化機率相當高，因此對未來的病程難以預測故須妥善規劃預防措施以降低可能之風險，此研究結果即表明在進行關閉機構之前應先有適當應對措施。

Winkler等（2016）指出，生態學研究發現精神病床數量的減少與無家可歸者或在監獄中的精神健康問題人數的增加之間存在著很強的相關性。Frazier等（2015）也提出未增加社區內各式心理健康服務以滿足精障者需求之前，即關閉機構，如此無視精障者需求必然導致社會空白（Social voids），無怪乎以往精神病院經歷過去機構化失敗。Pedersen、Kolstad（2009）對去機構化歷程進行研究，總結出三個過程，首先從試圖擺脫對精神病醫院的依賴出發；其次，不同服務性機構「跨機構化」或在綜合醫院（或其他場所）增加精神病床的數量；最後，形成精神病人社區住院和門診服務的增長。這樣的過程也符合Hudson（1991）提出在社區中獲得更好的替代設施之前，先要準備好醫院病床之建議。

本文所舉之我國三次調查研究以及西方精神醫學多次跨國連續性之調查皆已闡明機構存在之必要，惟現今去機構化之重點已不再與1960年代相同，以單純關閉機構為目的，而是以「去機構教養化」為目的，也就是避免機構為便於行政管理或是降低營運成本，忽視精障者個別需求，逕行統一式服務。Pedersen、Kolstad（2009）對挪威自1950—2007年期間精神醫院之演進做的研究結果提醒我們，當時期關閉大型精神病院得到「精神病院出院率增加一倍、接受門診治療的

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

病人數也大幅增加、由社區中專業的心理健康服務機構治療與照顧的病人比例呈現增加」三項成果的相對應代價／成本就是先建置社區資源系統，例如社區中小型醫院、專業心理健康服務機構等以持續提供積極社區復健、門診服務、短期住院與家庭支持服務，並非只是單單關閉大型精神病院而已。

三、我國政策對精障者需求之回應

莊明敏教授於1995年接受衛生署委託對我國精神病患醫療服務體系之進行研究，提出「精神病患照顧體系權責劃分建議表」，該表旋即成為我國醫療衛生、社會福利、勞動就業等各主管機關業務權責劃分依據。該表將精神病人劃分為六類，其中第五類為「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。」，第六類為「精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆病人、智障者、無家可歸者。」，兩類所需服務由社會福利主管機關主辦長期養護安置業務，醫療衛生提供醫療支援業務。時至2008年由八里療養院鄭若瑟院長率領團隊，進行「精神病患照顧體系分類評估與轉銜機制」調查研究，結合病程概念，將權責劃分建議表之第五類與第六類合併為「失能期」(Disable stage)，該期特性「病患雖已經積極治療及復健，情緒及精神病症狀已不嚴重，但認知、生活及社會功能和社會參與明顯受損，IADL、ADL皆明顯不佳，多數個案在社區生活可能危及其自身安全。歷經積極治療及復健，同樣之障礙狀態持續數年以上，已達平穩(plateau)，能改善之機會不大。」。

此次調查也提出障礙期(Impaired stage)之概念，該期特性「經過

適當且積極之治療及復健之後，病人仍存有輕至中度之情緒及精神病症狀，且認知、生活及社會功能和社會參與明顯受損，但不致於有危險性或生活無法自理。基本生活功能(ADL)大致正常，但較進階之工具性生活功能(IADL)部份受損。歷經積極治療及復健，同樣之障礙狀態持續數年以上，已達平穩(plateau)，能康復之機會不大。經適當之支持與環境設計，多數病人在督導下可以維持在社區生活。」。

曾華源、白倩如(2004)針對落實慢性精神病患的社區照顧進行研究，提出社會生活需要能適應工作之看法，並指出工作的目的除獲取經濟資源外，也可促進個人成長與適應社會朝向自立生活，因此就業為具體協助慢性精神病人回歸社區的方式。精神衛生法將「社區精神復健」定義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(第3條)，而執行機構為康復之家或社區復健中心。以康復之家為例，此類型服務主要是提供夜間住宿，而生活中各項事務為須由精障者自行規劃，而日間時段由機構或與勞動就業體系合作協助推介就業，在服務概念上已具協助精障者逐步朝向自立生活與社區就業之意涵。

先後兩項研究調查案都明確指出精障者之需求之多樣性，簡而言之，經積極治療及復健，已達平穩者，如基本生活功能(ADL)大致正常，則可在督導下維持在社區生活；如基本生活功能(ADL)缺損甚至個案在社區生活可能危及其自身安全，縱在督導下仍無法在社區生活。依照前兩項針對我國各類精神病人以及服務體系之研究，可以統整出以下結果：

- 1、不同病程之精神病人需求不同，因此不論是醫療衛生、社會福利、勞動就業等領域，皆有其相對應之服務接受者，故不宜以同一處遇模式對不同病程之精神病人。
- 2、對於失去日常生活能力之重度與極重度精障者（請參照前頁失能期），因病程至今無法有效逆轉，故機構式照顧為必要措施之一。
- 3、社區生活之前提為無危險性與具生活能力之精障者並接受督導（請參照前頁障礙期）。

國家衛生研究院論壇在2018年針對精神病人社區照顧之需求為題進行研究，於2020年由賴德仁、張家銘提出研究報告—「精神病人社區照顧需求探討及評估」。該報告指出我國近年來在社區復健資源與人力量能雖已顯著增加，然而社區照顧之問題也隨之而來，例如：

- 1、缺乏醫院到社區的連續性及衛政、勞政、社政等各種資源的整合。
- 2、社區復健機構品質良莠不齊、區隔不清且有再機構化現象。
- 3、未以精神病人與家庭的需求為中心。
- 4、汙名化與誤解仍然存在。
- 5、家屬仍承受長期照顧精神病人的責任負擔。
- 6、身心障礙評估制度並未落實與銜接後續需求。

故在政策上建議未來應該以「復元」為導向的社區精神醫療照護當作整體目標。在具體建議中，第二項為「整合串聯各種多元就學、就醫、就養、就業的精神照護與社會服務」，此項建議呼應身權法所

揭示身障者四項主要權利，也呈現正視「就養」需求存在之事實。

承前述概念，西方學者Thornicroft、Tansella（2013）認為對於精神病患完善的照顧體系不只是單靠醫療體系，因為僅有以醫院為中心的體系並不足以提供長期、連續性的照顧；同理，若僅有以社區為中心，則無法處置緊急或嚴重的病情危機，惟有醫院與社區相互搭配，達成平衡，才最能符合各類精神病人之需求此為BCM（balanced care model，平衡照顧模式）之概念。上述概念與前述挪威經驗雷同，也就是病人因病情需要在精神病院住院治療，在回歸社區後，仍需在社區小型醫院或是心理健康機構持續門診、復健甚至短期危機處遇等各式服務。

歐洲許多國家縮減精神病院床位數量為1960年後所形成的主流的趨勢，但仍有Lamb、Weinberger等學者提醒必須注意是否有同步挹注足夠的資源來建構社區的各項服務。病人離開長期安置的醫院或機構而回歸社區後，生活品質是提升或是下降？或是成為街友？還是進入獄政體系？甚至是自殺身亡？都是值得後續追蹤研究之議題（Winkler et al.，2016）。然而就究國家預算使用角度而言，已有部分研究顯示，以社區為基礎的照護體系如果有適度配套與預算挹注，去機構化的阻力與陳抗效應會緩和或是減少，國家可在用相去不遠之預算，促成精神病人在康復之路上有著更高的生活品質（Salisbury、Thornicroft，2016）。然而，如果只是站在樽節財政支出立場，在關閉機構後沒有挹注適足的資源以提供各式後續復健服務，社區照護的品質勢必不保（Salisbury、Thornicroft，2016）。

在賴德仁、張家銘（2020）提出研究報告中指出，雖然我國近年來在社區復健資源與人力量能已顯著增加，然而社區照顧之問題也隨之而來，其中針對社區式復健機構之品質良莠不齊、區隔不清且有再機構化現象。例如因健保支付制度，致使許多應先經過工作訓練方能輔導社區就業之病人，卻在機構內終日無所事事，或是僅在機構內進行簡單家事訓練及家庭代工。依據精神復健機構設置標準，住宿型精神復健機構設施設備僅包括一般家庭生活所需之臥室及日常生活起居空間，不包含工作復健空間，而相關服務人力僅有專任管理員無輔導或協助病人就業之相關人力（衛生福利部心理及口腔健康司，2017）。另王禎邦、歐陽文貞（2020）對我國社區精神復健機構發展近況進行研究並提出興革建議，其中對於住宿型精神復健機構（康復之家）未確實依照精神病患照顧體系權責劃分所定之第四類病人進行收治，卻收治為數不少之第五、六類需要機構式照顧之病人，這樣的作為使機構管理走向封閉式，也剝奪機構內所有病人在社區中活動之自由。由上述研究可以看出我國精神醫療走向原本預定跟隨世界潮流，將支持與協助病人往社區生活作為政策方向之初衷，然而實際執行社區式復健之際卻不如預期，呈現社區式服務之多變性與挑戰性，故應以嚴謹態度落實各類社區式服務並隨時檢討進行滾動式修正，避免虛耗公帑及侵害病人權益。

四、獨立生活與個人助理概念適用性未知

國內學者進行國外障礙者獨立生活之研究時，大多以智能障礙為例，如知名特教學者林宏熾，於2006年針對美國身心障礙學生於成

年後進行社區獨立生活轉銜服務進行研究，資料來源皆為智能障礙。周月清（2004）比較英美加三國身障者社區居住與生活之研究，以及周月清次年比較英美兩國身障者社區居住與生活，研究對象亦為智能障礙。同時周月清（2004）研究指出，因為障礙者最了解什麼服務對他／她是最好的，所以為了促使他／她獨立生活，需要強調障礙者參與各種政策決定及服務輸送，以促成障礙者透過自我選擇、管理其生活方式達到生活尊嚴及社會參與。這樣的目標無可厚非，然而對於需他人監護之重度與極重度精障者是否可行？恐為相當大之挑戰。

在社會運動方面，台北市新活力自立生活協會（以下簡稱新活力）已多次舉辦遊行，希冀引起社會共鳴以支持自立生活，以2017年遊行訴求為例，顯然以重度肢障為核心，主訴其社區中缺乏經濟、人力、住房等資源，而其他如視障、聽障、精障等族群在自立生活之困境並未在近年受到關注（王育瑜，2017）。上述自立生活相關研究範疇以智能障礙為主，而相關社會運動方面雖然號稱跨越障別，然參與者以肢障為主，顯然兩者與精障者未有足夠連結，故將獨立生活之概念一體適用於精障者恐有違個別化原則之疑慮。

身心障礙者個人照顧服務辦法第70條明定「自立生活支持服務應符合各身心障礙類別需求」，依據該法個人助理應具備足夠知能服務障礙者，然而我國個人助理在養成課程主要是以肢障、視障、輔具運用及個人助理相關概念課程內容（台北市社會局，2020；高雄市社會局，2021），與精障者需求似無足夠關聯。另外，周月清、陳伯偉、張家寧（2019）研究「個人助理與居服關係」與CRPD第一次國際審查意見及周宇翔、李淑貞、李慧婷（2015）針對台灣身心障礙者個人助理服務制度之研究均認為障礙者具有主導地位，故可參與個人助理

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

的聘用、訓練、督導等事宜，如此對障礙者進行充權無可厚非，然而對於認知已有明顯缺損之精障者是否可行恐為相當大之挑戰。

在實務工作成果部分，根據新活力網頁資料，該協會成立於2007年，聯合勸募於2008年補助該協會，在臺灣以實驗方案形式執行個人助理服務成為臺灣個人助理發展里程碑，但此實驗方案參與對象皆為肢障。根據周月清、陳伯偉、張家寧在2019年的研究可知：

依據2016年財團法人平安社會福利慈善事業基金會資料...2016年底全國使用個助服務總計為285名，佔全國障礙者總數0.025%(P8)。

前述資料透露出個人助理在服務量使用上尚未開展，也隱含個人助理服務對精障者實證資料之不足。在理念部分，目前康復之家與社區復健中心兩類型機構式服務為法定精神復健機構，就理念上已內涵部分獨立生活或是自立支持的概念，經過將概念系統化以及本土經驗梳理後，可做為精障者自立支持服務模式的前端(謝詩華，2018)。

不論是去機構化運動或是自立生活與個人助理，對台灣而言皆是舶來品。黃光國(2013)指出西方理論雖然也可以用來理解某些層面的華人社會行動，不過只有工具性價值，也就是只偏用西方理論，未能深入理解則會造成表面性的文化視盲。以清末之西化運動—「中學為體西學為用」或稱「中體西用」為歷史借鏡，吾人可嘗試想像，在認識論的層面是為體的中學，而方法論就是為用的西學，這樣子的理路不啻為「名實不符」？對於外來文化或科學知識只是將其翻譯，而未能從認識論部分發展出正確理論認識事物，更是無法探究其真意，如果未能詳盡理解各來源而將其化約使用，自然產生邏輯之謬誤。基於前述理由，自立生活與個人助理皆是立基於自我選擇、自我負責之理念。根據第11次機構評鑑資料，我國社會福利機構針對植物人／重

殘養護、智能障礙、慢性精神障礙、脊髓損傷等不同類別障礙者提供住宿式服務，在關閉機構後宜進行自立生活與個人助理是否符合前述各障礙尚有待實證，以避免因未考量其認識論層次而產生文化視盲之後果。國內學者針對北部某精神復健協會於2017年所辦理之第二屆「精神障礙者自立生活營隊」對參與者的影響進行研究，發現（陳芳珮等，2020）：

- 1、2015—2017 歷年間，全國使用個人助理或同儕支持服務的身障者歷年皆未達 500 人，其中使用者為精障者更是鳳毛麟角，呈現研究資料之不足與累積不易。
- 2、符合精障者需求的個人助理及同儕支持等自立生活支持型態之服務模式仍未開創，致使精障者自立生活權利遲遲未能實踐。

顯然陳芳珮等人之研究結果與本文不謀而合。

伍、結論

CRPD國際審查專家針對我國社會福利領域所屬機構式照顧部分，提出以下主要建議包含「國家應制定計畫使各類型機構退場」、「需透過個人助理方式協助障礙者於社區自立生活。」，對於我國社會福利領域所屬機構式照顧皆產生極大挑戰。對於CRPD國際專家或是國內學者之論述，本文有不同之看法。首先，不論是國內或國外精神醫學已實證精神疾病慢性化後，由於自然病程持續單向進展，導致病人逐漸失去自理、社交、職業等功能，進而損傷社會角色而成為障礙者，故有相當部份之精障者需要住宿型機構式照顧，此為精神障礙實際且真切之需求。其次，以2021年第一季底為準，我國精障者合計131894人，其中極重度1754人(約1.33%)、重度20173人(約15.29%)、中度70895人(約53.75%)、輕度39072人(約26.62%)(衛福部，2021)，參照我國兩次精神疾病調查研究結果，極重度與重度精障者(計21927人，約16.62%)為符合機構式照護之資格，雖尚無研究證實前述之符合資格者有多少比例確實需要安置機構，然而就供需角度而言，社會福利機構現有床位約2100床，顯見供給量僅為符合資格者十分之一。在此供需懸殊之際，再行關閉機構，對家屬與社區之衝擊可想而知。第三，參照西方經驗，在社區尚未完成準備之際即貿然關閉機構，導致病人流離失所、司法精神病院與支持性住房的床位增加、監獄人數增加等再機構化或轉機構化之現象產生，故本文認為機構式照護仍有存在之必要。

對於機構式照顧之弊端，回顧1960年代美國去機構化運動之開端，主要是針對當時大型精神病院內的不當照顧方式進行改革，因此重點在於機構內之服務或照顧方式。據此不難理解我國官方對於

CRPD首次國際審查報告的回應為何明確指出，去機構化的主要癥結在於去「機構教養化」，而非直接關閉機構。申言之，本文認為提升機構式照顧品質方為對症下藥之途而非僅止於關閉機構。

除了斯堪地維娜亞半島以外的西方國家，對於自1960年代以來的去機構化運動已有許多研究實證其效果未臻理想，主要原因在關閉大型機構後，未有適當措施填補其服務空缺，導致精障者在服務輸送與連續性呈現斷裂的狀況下，卻依然回歸社區故而衍生出許多未預料的困境。這樣困境，顯示在政策上應先將社區資源建置完成再行機構關閉之外，也隱含部分精障者長期受症狀所苦，仍需機構式照顧。而機構式照顧的發展方向則應參考部分去機構教養化內容，針對精障者特性提供適切服務，爰此，本文結論如下：

1、部分重度障礙精障者仍無法回歸社區需有庇護之處所

歐洲學者已指出急性精神疾病和缺乏支持的病人更不適合進行社區照顧，甚至更進一步主張建立封閉的精神病院，收治無病識感、無法控制自身情緒等嚴重精神病人；換言之，雖然每個病人都應該有機會回歸社區，但必須正視部分病人將無法達此境界之現實。因此在面臨去機構化風潮之際，依然有學者呼籲重新正視庇護所可提供「減壓適應區」存在之價值與必要性，為病人在精神病院之外，提供一個減少生活壓力以適應社會環境。前述概念與我國三次研究調查或西方多次跨國縱貫性之結果，皆已正視現階段精神醫學有其極限之事實，即承認有部分重症精神病人在失能成為障礙者後，有密集監護之需要。進一步而言，病人因症狀干擾導致如前述障礙等級所列之「需完全仰賴他人養護或需密切監護者」，自然難以見容於社區或家庭，而這也

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

是各界興建機構之初衷也是至今無法完全關閉各類型精神機構之原因。上述原因結合前述 Lamb、Weinberger 所提出重新發現庇護所之概念，本文以「部分重度障礙精障者仍無法回歸社區需有庇護之處所」作為本文第一項結論。

2、機構式照顧需朝向去機構教養化之目標邁進

部分學者認為機構式照顧具有社會角色的剝奪，導致個案呈現冷漠、退縮、缺乏動機以及無助感，故對機構式照護多有負向觀感。然而精神醫療專家則認為前述現象，為思覺失調症的自然病程與症狀，並非不能推論為機構式照顧所引起。甚至於精神疾病診斷與統計手冊（DSM）第四版與第五版早已將前述主動、冷漠、退縮等列為精神疾病之原發症狀，與機構式照護並無關聯。有鑑於此，去機構化並非是意味著完全排除任何機構式的照顧，而是對於必需要接受機構式照顧的服務對象，提供避免「全控機構」的服務。由於精神醫學已證實機構式照顧對於精障者為必要資源且提出具體改善方向，故本文以「機構式照顧需朝向去機構教養化之目標邁進」作為本文第二項結論。

3、我國社區資源錯置故不足支持精障者社區生活

以康復之家為借鏡，我國精神醫療在設置社區式復健機構協助病人回歸社區及減少病人滯留醫院之際，雖有理想然而因準備不足，導致病人很快的再機構化「reinstitutionalization」或是轉機構化「transinstitutionalization」，也就是康復的精神病人並非真正離開機構，只是從精神病院移動至其他的機構，而這樣的現象確實已在台灣發生。雖然國外文獻指出關閉機構前，國家應先挹注資源至社區以發

展後續服務，然而資源錯置情形如無法改善，縱有再多資源其成效亦令人擔憂。據此，在我國社區復健資源已有一定成效下，宜進行資源盤點並落實病人能在正確的位置接受正確的服務，避免有限的資源在錯置之下更顯不足。故本文對社區復健現況，以「我國社區資源錯置故，不足以支持精障者社區生活」作為本文第三項結論。

4、自立生活與個人助理適用何種障礙等級之精障者需經實證

另就精障者而言，依照障礙等級，僅輕度等級之精障者不需他人監護並具日常生活自我照顧能力，而中度以上則需他人部分到密切之不同等級監護。本文試想，參照障礙等級，自立生活與個人助理兩項服務或許對輕度精障者有實施之可能，而障礙等級在中度以上之精障者則不適合。如此是否與自我選擇、自我決定與自我負責之理念產生衝突尚有待實證，本文套用身心障礙研究的名言「沒有我們的參與，就不要替我們做決定」（Nothing about us without us），故以「自立生活與個人助理適用何種障礙等級之精障者需經實證」作為第四項結論。

早在 1982 年劉運康站在職能治療之立場針對呈現慢性化病程的精神病人進行去機構化之研究，謝聖哲在 1994 年以倫理取向對去機構化進行政策分析，兩者對於去機構化一事進行深入討論，同樣指出去機構化之目的在於消除「機構教養化」，也就是針對機構服務方式進行改善而非以關閉各式機構為目的，或是未建置適當後續服務資源而形成「為關閉而關閉」之異化現象。去機構化運動雖立意良善，然而精障者之需求與智障或是其他障別不盡相同，尤其嚴重精神病之病程容易慢性化且約有三分之一病人對於藥物反應不良，以致精障者日

常生活、社會與職業功能呈現不可逆之長期惡化趨勢。在這樣的現況下，本文認為對於輕度障礙的精障者，可能適合進行各式充權服務與倡議行動；然而重度與極重度精障者在充權與倡議之餘，也必須正視無法緩解症狀之事實，爰此，在政策上依然保留機構式服務。值此之際，除了提高機構服務品質之外，機構式服務內含適用精障者之充權服務與倡議行動自是不在話下。

對精障者而言，障礙程度分成四級，輕度與重度之差異已在文中敘明，故不宜以同一標準看待之，衍生出來的就是服務方式必須能應對個別化之差異。一體適用（one fit for all）只會造成齊頭式平等，唯有尊重個別差異，才有立足點實質之平等以及公平正義可言。試想一位重度精障者，如果因症狀干擾導致自身基本生活能力皆無法自理，或是基本生命安全堪虞，難道不是以維持身為一個人應有之基本生活品質與安全為先嗎？不論是社工、護理或是醫師，各專業倫理必然重視個案權益，但也必然將生命安全擺在首位。最後，本文再次重申，精障者差異性大，所以服務方式之思考邏輯需具連續性與多樣性。經實證後的各式服務設計有其預設之意義與條件，故不論各類機構式照顧皆有存在之必要，反映在我國精神醫療政策上為住宿型與日間型社區復健機構，在社會福利體系部分為住宿型與日間型生活照顧機構。其中社會福利身心障礙機構提供住宿式長期生活照顧服務為眾多服務之中，屬於最後一線服務方式。

由於精神醫療有其極限，對於部分重度障礙精障者仍無法回歸社區之事實，國外精神醫療專家已予以正視並透過實證研究提出重新看見庇護所必要性之論述。惟鑑於過往機構式照顧之缺憾，故朝向去機構教養化之目標雖已普世價值。然而考量現實面，以及過往我國社區

因資源錯置故不足支持精障者社區生活為現存事實，未來應針對不同障別進行不同實驗計畫研發最適服務模式，以免社區生活徒具口號。至於自立生活與個人助理適用何種障礙等級之精障者，或是強化現有社區復健資源即可則需經實際驗證以落實兩者之理想。

參考書目

- 王育瑜（2017）。〈誰的自立生活？身心障礙者社區自主生活的多元實踐〉。《臺灣社會學會通訊》，87，21-34。
- 王禎邦、歐陽文貞（2020）。〈臺灣社區精神復健機構發展近況及興革建議〉。《中華心理衛生學刊》，4(33)，315-340。
- 台北市政府社會局（2021）。109年度個人助理員職前培訓課程。取自於：
<http://www.scitpe.org.tw/1091031122891111228911720491201542116129702328872106922521353473550631243.html>
- 外交部（2021）。國際組織參與現況。取自於：
<https://subsite.mofa.gov.tw/igo/cp.aspx?n=DED5DAB0D6C7BED6>
- 行政院（2021）。身心障礙福利。取自於：
<https://www.ey.gov.tw/state/98B78B731CEF2DDE/93ef1584-77cb-46a6-8f8a-c8a560af1105>
- 李明濱（2011）。《實用精神醫學》。台北：國立台灣大學醫學院。
- 沙依仁（2005）。〈臺灣身心障礙者保護的發展與展望〉，《社區發展季刊》。109，103-110。
- 周月清（2004）。〈障礙者獨立生活運動緣起與意涵—美加英文獻探討〉。《社區發展季刊》，106，331-344。
- 周月清（2005）。〈發展智能障礙者社區居住與生活：美英兩國探討比較〉。《社會政策與社會工作學刊》，9(2)，139-196。
- 周月清（2017）。〈去機構教養化與解放研究：身心障礙者服務及障礙研究〉。《臺灣社會學會通訊》，87，11-20。
- 周月清、陳伯偉、張家寧（2019）。〈「個人助理是居服的補充包」？地方政府執行身心障礙者自立生活支持／個助服務的迷思與困境〉。《臺灣社會福利學刊》，2(15)，1-56。

周宇翔、李淑貞、李慧婷（2015）。〈台灣身心障礙者個人助理服務制度的實踐與反思：瑞典及日本札幌市經驗的借鏡〉。《社會工作實務與研究學刊》，2，73-106。

林宏熾（2006）。〈美國身心障礙學生成人社區獨立生活轉銜服務之發展與省思〉。《中華民國特殊教育學會年刊》，95，13-26。

法務部（2021）。中華民國憲法增修條文。取自於：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=A0000002>

社團法人台北市新活力自立生活協會（2021）。台灣自立生活服務（運動）推展。取自於：

http://www.ciltp.artcom.tw/ap/cust_view.aspx?bid=35

洪貴真（2005）。〈小康計畫的歷史記憶－防貧、脫貧社區方案之推動〉。《社區發展季刊》，109，111-119。

孫迺翊、廖福特（2017）。《身心障礙者權利公約》。臺北：財團法人台灣新世紀文教基金會。

高雄市政府社會局（2021）。110年度高雄市個人助理員職前培訓課程。取自於：

<https://www.beiclass.com/rid=24462e6606bb07907e6a>

張世雄（2012）。〈現代社會福利的發展〉。《社會福利概論(第2版)》。1-29。台北：空大。

張瓊懿譯（2016）。《羅絲瑪麗：啟發身障人權、特殊教育和醫療倫理的甘迺迪家族悲劇》，（Larson, C. K. 原著）。臺北：行路。

梅菱仁譯（2018）。《瘋癲文明史：從瘋人院到精神醫學，一部2000年人類精神生活全史》，（Scully, A. 原著）。臺北：貓頭鷹。

莊明敏（1995）。《精神病患醫療服務體系之檢討》。台北：行政院研究發展考核委員會。

陳永興（2003）。《臺灣醫療發展史》。臺北：新自然主義。

去或留？去機構化運動的挑戰：以台灣慢性精神障礙者住宿型機構為例

陳芳珮、王敏菱、林嘉珮、林易萱、滕西華（2020）。〈精神障礙者自立生活營隊對參與者影響的分析〉。《東吳社會工作學報》，39，39-72。

陳燕禎（2005）。〈台灣社會福利發展—日治時代社會福利機構的歷史探討〉，《社區發展季刊》，109，226-244。

曾華源、白倩如（2004）。〈落實慢性精神病患的社區照顧—建構工作場域的社會支持網絡〉。《社區發展季刊》，106，209-218。

湯家碩（2018）。〈龍發堂與台灣現代精神醫療，198-1990〉，收錄於蔡友月、陳嘉新主編，《不正常的人？台灣精神醫學與現代的治理》，頁460-503。台北：聯經。

黃光國（2013）。〈儒家文化中的倫理療癒〉，《中華輔導與諮商學報》，37，1-54。

黃宣宜（2018）。《最新精神科護理學(十版)》。台北：永大。

楊素端、詹玉蓉、許芝綺、黃逢明（2005）。〈社政衛政合作實例—轉安置桃園縣某醫院收容精神病患〉。《社區發展季刊》，109，368-376。

群學翻譯工作室（2012）。《精神病院：論精神病患與其他被收容者的社會處境》（Goffman, E.原著）。臺北：群學。

衛生福利部（2021）。身心障礙者個人照顧服務辦法。取自於：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050187>

衛生福利部（2021）。取自於：

<https://www.ey.gov.tw/state/98B78B731CEF2DDE/93ef1584-77cb-46a6-8f8a-c8a560af1105>

衛生福利部（2021）。精神衛生法。取自於：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020030>。

衛生福利部（2021）。身心障礙者權益保障法。取自於：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050046>
衛生福利部及社會家庭署（2021）。國家報告及國際審查。取自於：

https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletinList&p=b_1&page=1&rows=15&c=D

衛生福利部心理及口腔健康司（2021）。精神復健機構設置及管理辦法。取自於：<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-396-1151-107.html>

衛生福利部社會及家庭署（2020）。《實地訪評手冊》，（108至109年度辦理109年度第11次身心障礙福利機構評鑑行政及評鑑結果分析報告計畫）。

衛生福利部社會及家庭署（2021）。身心障礙者權利公約初次國際審查會議結論性意見。取自於：

https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletinList&p=b_1&page=2&rows=15&c=D

鄭若瑟（2008）。〈精神病人照顧體系分類評估與轉銜機制〉。行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫。

賴德仁、張家銘（2020）。〈精神病人社區照顧需求探討及評估〉。國家衛生研究院。

謝詩華（2018）。〈精神障礙者自立支持在臺灣的實踐經驗〉，《社區發展季刊》。164，67-77。

Alzahrani H. S., Fallata O. E., Alabdulwahab A. M., Alsafi A.

W., Bashawri J. (2017). Assessment of the burden on caregivers of patients with mental disorders in Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Psychiatry*, 17:202.

Chow S. W., Priebe S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13:169.

Chow S. W., Priebe S. (2016). How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since

1990. *Mental health Research*. BMJ Open Apr 2016, 6(4).
- Chow S. W., Ajaz A., Priebe S. (2019). What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 54, 737–744.
- Fakhoury W. , Priebe S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313-316.
- Frazier D. B., Sung H. E., Gideon L., Alfaro K. (2015). The impact of prison deinstitutionalization on community treatment services. *Health & Justice*, 3(9). DOI 10.1186/s40352-015-0021-7.
- Goldstein, Michael (1979). The sociology of mental health and illness. *Annual Review of Sociology*, 5 (1), 381-409.
- Glatt S. J., Faraone S. V., Tsuang M. T., (2020). *Schizophrenia the Facts* (4th Edition) . Oxford University Press.
- Hudson B. (1991). Deinstitutionalisation: what went wrong? *Disability, Handicap & Society*, 6(1), 21-36.
- Lamb .R. H., Bachrach L. L. (2001). Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52(8) , 1039-1045.
- Lamb .R. H., Weinberger E. L. (2016). Rediscovering the Concept of Asylum for Persons with Serious Mental Illness. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 44 (1), 106-110.
- Newton L., Rosen A., Tennant C., et al. (2001). Properly planned deinstitutionalisation for mental illness maintained most in community living with enhanced quality of life. *Evidence Based Nursing*, 4(2) 63. DOI: 10.1136/ebn.4.2.63
- Priebe S. et al. (2004). Reinstitutionalization in Mental Health Care: Comparison of Data on Service Provision from Six European Countries. *British Medical Journal* , 15, 123-126.
- Priebe S et al. (2008). Mental health care institutions in nine European

- countries, 2002 to 2006. *Psychiatry*, 59 (5), 570-573.
- Pedersen B. P., Kolstad A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation—changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems*.3:28.
- Salisbury T. T., Thornicroft G. (2016) : Deinstitutionalisation does not increase imprisonment or homelessness. *Br J Psychiatry*, 208 (5), 412-413.
- Segal, (1979). Community care and deinstitutionalization: a review. *Social Work*, 24 (6), 521-527.
- Sisti D. A., Segal A. G., Emanuel E. J. (2014). Improving Long-Term Psychiatric Care: Bring Back the Asylum. *The Journal of the American Medical Association*., 313 (3), 243-244.
- Truong H.A., Maguire E.G., Maguire Maguire A.G. (2020). A History of Psychiatry in the United States of America. *臺灣精神醫學*, 34 (2), P59-66.
- Winkler P., Barrett B., McCrone P., Csémy L., Janoušková M., Höschl C. (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *The British journal of psychiatry*, 208(5) ,421-428. Doi: 10.1192/bjp.bp.114.161943