

居住所管理者思維與精障個體復元關係之探討 ——醫療取向或復元取向的倫理議題

謝加娣^{*} 羅美麟^{**} 嚴奇峰^{***}

摘要

促進精障個體復元並融入社區生活是精神復健的主要手段與目標，因此精神復健社區化已是主流。本研究旨在探討居住所管理者思維對精障個體復元的影響，並就居住所管理類型及倫理觀點加以論述。本研究對資深專家、前任官員與居住所管理者等，進行三階段、五個多月的深度訪談並進行整理分析。本研究根據居住所的八項服務內容指標，首度歸納出國內業者實際經營的四種居住所類型（T1 保護照顧型、T2 醫療復健型、T3 機構整合型、T4 社區整合型），並與歐美國家的三種理論模型進行比較探討，其中 T4 在手段與目標方面符合精神復健社區化的主流。本研究發現，居住所管理者對精障個體的基本假設（病人或常人）與經營思維（醫療取向或復元取向），直接主導了不同的居住所經營模式及管理類型。在四種居住所類型中，有三種類型對精障個體基本假設與經營思維間的邏輯一致，其中 T1 及 T2 假設精障個體是病人故採用醫療取向經營模式；而 T4 假設精障個體是常人故採用復元取向經營模式。但是 T3 為一種變異的經營模式，表徵上滿足了政府推動社區化的形式要求，實質上卻無益於精障個體的復元，故而在本質上引發了倫理的爭議。本研究最後提出未來研究、經營管理及政府政策上的建議，俾利於精神復健的社區化與經營倫理的深化。

關鍵詞：居住所（康復之家）；管理思維；精障個體；復元；倫理爭議

^{*} 中原大學企業管理學系博士候選人

^{**} 政治大學社會工作所碩士生

^{***} 中原大學企業管理學系教授兼企業社會責任研究中心主任（通訊作者）

The Relationship between Housing Manager's Philosophy and Recovery of People with Mental Illness - An Ethical Debate on Medical Approach or Recovery Approach

Chia-Ti Hsieh* Mei-Lin Lo Ghi-Feng Yen*****

Abstract

Promoting the recovery of people with psychiatric disabilities and embedding them into the community living are the primary means as well as goal of personal recovery. The objectives of this research are to study the relationship between housing management models and recovery of people with psychiatric disabilities and the related ethical issues. This study explores (a) various housing management models on recovery of people with psychiatric disabilities; (b) various types of housing and their current prevalence in Taiwan; and further debates on (c) ethical issues on real-life practice. Besides reviewing literatures of “the classification of housing” and “the essential client services in a caring system” to deepen the theoretical background, a three-stage/open-end questionnaire was administered to and in-depth interviews were conducted with experienced experts, former government officials, and housing practitioners over five months.

We determined that four housing management types, identified by and compared with three theoretical housing models, including: (a) the protected care type (Type 1) combines elements of the custodial housing and the supervised group housing models, which emphasizes custodial care but accompanied by medical care; (b) the medical rehabilitation type (Type 2) that is similar to supervised group housing model but with more surveillance in nature; (c) the agency integration type (Type 3), which combines nighttime placement and daytime mental health services provided by the same proprietor, that barely meets government evaluation requirements but is actually a variant one; and (d) the community integration type (Type 4) that integrates partial functions of both supervised group housing and supported housing models.

The *raison d'être* of each management type (medical approach vs. recovery approach) reflects manager's philosophy and their basic assumptions to the residents (patient vs. normal

* Ph.D. Candidate, Department of Business Administration, Chun Yuan Christian University

** Graduate Student, Graduate Institute of Social Work, National Chenchi University

*** Professor (Corresponding Author), Department of Business Administration, Chun Yuan Christian University
Director, Research Center of Corporate Social Responsibility, Chun Yuan Christian University

person). And some of the management types in practice violate the recovery goal in many aspects that raise ethical debates. Finally, implications and suggestions are provided for both practice and future research purposes.

Keywords: Housing, Manager's Philosophy; People with Mental Illness; Recovery; Ethical Debate

壹、緒論

從美國波士頓大學精神復健中心 (Center for Psychiatric Rehabilitation) 執行長 Anthony 在 1993 年提倡以「復元」為願景引導精神醫療服務，將「復元」定義為：「一個深度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」；並提出配合精障個體復元想要跟需要的基本服務包括：治療 (症狀緩解)、基本支持 (維生)、危機介入 (安全)、個案管理 (可近性)、復健治療 (角色表現)、豐富化 (自我發展)、權利保護 (平等的機會)、自我幫助 (充權賦能)等八項 (Anthony, 1993)。從此，「復元」儼然已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(Compagni, Adams, and Daniels, 2007; Piat and Sabetti, 2009)。

為了達到復元的目的，有許多精神復健方案，其中「居住所 (housing)」在精神復健領域裡，作為「產出一個普世的個人目標(住屋)」，以及「投入一套影響精神復健流程的因子」，具有一個核心的重要角色 (Newman, 2001a)。在居住所中，個體生活安排的型態會影響其它生活領域，包括社會整合 (Wong and Solomon, 2002)以及臨床生活功能與生活角色的表現 (Newman, 2001a, 2001b)。相關研究也發現居住所方案對改善無家可歸的精障個體是有成效的 (Tsemberis and Eisenberg 2000; Tsemberis, Moran, Shinn, and Asmussen, 2003; Tsemberis, Gulcur, and Nakae, 2004; Mares and Rosenheck 2007; Pearson, Locke, Montgomery, and Buron, 2007)。

根據對居住所 (housing)之文獻回顧大約可分為留置照顧型 (custodial care)、監督型團體居住所 (supervised group housing)、支持性居住所 (supported housing) (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, and Solomon, 2007)。其中支持性居住所(supported housing)是限制較少的居住所模型，有利於精障個體賦權，透過社區整合能長期獲得住所租金補貼與社區精神健康與支持的服務 (Carling, 1992, 1993; Rog, 2004; Corrigan et al., 2007)，此模型的居住所，目的在促進精障個體的獨立生活技能，鼓勵精障個體與社區團體互動，並連結個體所需以社區為基礎的社會和精神健康服務 (Wong and Solomon, 2002; Wong, Nath, and Solomon, 2007)。

台灣的精神復健肇始於 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 (行政院研考會, 1995)；現有之社區精神復健機構則分為「社區復健中心」與「康復之家」，後者為住宿型的精神復健機構，即本文所要探討的居住所。根據精神衛生法第三條：社區精神復健，指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。

綜合上述，無論中外，居住所設立的目的，是要協助精障個體復元並回歸到社區，使其能獨立生活。因此居住所的經營管理對於精障個體的復元就有著息息相關的直接影響，特別是管理者的思維如何看待精障個體，視精障個體為病人加以保護管束，抑或是視為常人加以賦權支持？以及管理者是否符合居住所本質的倫理觀點來經營居住所，視精障個體為「人」加以尊重協助其復元，抑或是視為增加居住所收入的營運工具？皆成

為精障個體是否能真正復元的重要關鍵因素。

本研究希望從管理者的管理思維來探討，了解管理者的管理思維如何影響精障個體的復元？並找出台灣居住所有哪些類型？進而探究這些管理思維引發出的倫理爭議有哪些？故本研究提出的研究目的有：

- 一、探討台灣居住所有哪些類型？
- 二、探討管理者的管理思維對精障個體復元的影響。
- 三、管理者的經營觀點所引起的倫理爭議。

貳、文獻探討

一、復元

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」；Long (1994)以其自身復元歷程提出復元是「重新與社會的連結，擁有安全感，擁有希望以及接受與承認自我」；Granger (1994)的體認則是「復原最大的喜悅是帶著自身的經驗，在內心世界裡有自己的信仰」；Caras (1999)對復元的體認是「我接納了我自己，強化我每年學習到對生命檢視的能力。」

Anthony (1993)在閱讀大量精障個體紀錄與傾聽其努力復元的過程後，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：「一個深度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」。其中特別指出所謂的「去機構化」著眼於房屋與居住設施的使用；社區支持系統網絡的佈署；以及強調復健治療結果的場域。「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 (Compagni et al. 2007; Piat and Sabetti, 2009)。

Dornan, Felton, and Carpinello (2000)強調「希望」對復元的重要性，提出復元的中心思想是「希望」，透過求生意志、覺醒、行動計劃、自我和共同的決心，進而導向復元，因此定義復元為「個人身分與能力獲得取回希望的一種行為」。Ralph (2000)除了從個體自身對希望的渴求進而達成復元的目的外，更看到個體與環境的關係也是達成復元重要的指標，整理出復元有四個重要因素：內在因素—包含個人覺醒、洞察力與決心；自我照護管理—包含如何與疾病共處、如何因應困難與面對障礙；外在因素—包含與他人互動、家人與朋友的支持、人們願意相信個體有復元的意願；充權賦能—將自身的優勢與外在資源相聯結以提供個體能自我協助、倡導自身權利等。

另外 Ridgeway (2001)從分析四位精障個體早期的自我敘事 (Lovejoy, 1982; Deegan, 1988; Leete, 1989; Unzicker, 1989)，以恆定的比較定性法也找到與復元相關的主題，除了原本就強調的「希望」與「同儕支持」外，還有其它的特質，包含「絕望後希

望的再度覺醒」、「理解與接納」、「接受挑戰與積極參與生活」、「積極應對而非被動調整」、「從疏離轉化為意義和目的感」、「是一種複雜與非線性的旅程」、「涉及到支持與夥伴關係的旅程」及「不再只是考慮個人的精神疾病而是重申正向的自我感覺」。

總體而言，復元被視為是個體克服疾病所帶來的挑戰的經驗反映(Anthony et al., 2003; Torrey, Rapp, Van Tosh, McNabb, and Ralph, 2005; McLoughlin, Webb, Myers, Skinner, and Adams, 2010; Moran and Nemec, 2013)，因此Farkas (2007)定義復元為：「症狀的減緩，職業功能的養成，能獨立生活，有同伴關係的建立」。這樣的定義，已經明白點出精障個體是可以擁有工作權並進一步為自己的生活去努力的。

二、居住所

國際人權組織宣言 (第 25.1 條)在 1948 年確立了精障個體有居住的權利：「人人皆有權利過足以讓自身與家人舒適的生活，包括食物、衣著、住房、醫療照護與必要的社會服務...」。為協助個體復元，有許多精神復健方案，諸如個案管理服務 (case management services)、自助方案 (self-help programs)、居住所 (housing)等，尤其在去機構化之後，居住所對精障個體與社會扮演了相當重要的角色。

早在西元 1937 年，美國聯邦政府開始設置公立居住所，開放給精障個體承租使用，並給予補貼，當時在鄉村區域總共設立了超過 45 萬間居住所 (Youmans, 1992)。1955 年正式去機構化，醫院陸續釋出精障個體，截至 1998 年，留置醫院的精障個體從 559,000 人減至 60,000 人 (Lamb and Bachrach, 2001)，居住所提供了精障個體回歸社區生活一個遮風避雨的地方、一個處遇的場所，甚至是一個「家」，扮演了與社區連結的重要角色。

從「去機構化」的角度來看，可分為留置照顧型居住所 (custodial housing)、給予支持型居住所 (supportive housing)、支持性居住所 (supported housing)、自主性居住所 (autonomous housing)。前兩者可視為提供居住膳食型，是保留醫院照護模型而形成的，強調安全而不強調個體的自主性；後二者具有較多與公寓類型相似的資源，強調個體的自主性，但也會引發個體與外界隔絕而帶來孤立的風險 (Dorvil, Morin, Beaulieu, and Dominique, 2005)。

其中「留置照顧型居住所 (custodial housing)」是由非專業人士提供長期的食宿，屬於機構養護型方案，能適度解決精障個體的行為問題，但個體之間情感是冷漠的，也無法提供更積極的功能，如社交、復健方案和復健活動 (Fenby, 1991; Barr and Fay, 1993)。而「給予支持型居住所 (supportive housing)」，是建立在「一個人要適應新環境前必須要先具備一些技能」的基礎上來發展的。認為精障個體會需要使用居住所所設計一連串的服務，精障個體只能單向強迫接受這一整套的服務，但事實上這樣的服務不能滿足所有精障個體的需要 (Segal and Liese, 1991; Geller and Fisher, 1993)。

至於「支持性居住所 (supported housing)」，最早是在八零年代被定義 (Ridgway and Zippel, 1990)，它是融入社區，精障個體能獨立租用且負擔得起的居住所，是從心理衛生服務機構獨立出來的居住所，沒有工作人進駐其中的。精障個體有機會獲取 24 小時的

服務來使用居住所，避免發生危險而中斷使用居住所(Rog, 2004)。支持性居住所的產生，一開始就是為了要克服與補強給予支持型居住所的弱點(Hogan and Carling, 1992)，將「居住所方案」與「治療方案」做了明確的區隔，讓個體依自身需要可以做選擇。除此之外，還鼓勵個體去尋找屬於自身所需的住房，給予為他們的需求量身訂做的支持，發展作為一個租屋者所需的技能(Blanch, Carling, and Ridgway, 1988)。如前所述，支持性居住所，透過社區整合讓精障個體長期獲得住所租金補貼與社區精神健康與支持的服務，有利於個體充權賦能 (Carling, 1992, 1993; Rog, 2004; Corrigan, et al., 2007)，其目的在促進個體的獨立生活技能，鼓勵個體與社區團體互動，進而連結個體所需以社區為基礎的社會和精神健康服務 (Wong and Solomon, 2002; Wong, et al., 2007)。

還有所謂的「家庭住宅型居住所 (family homes)」，在西方國家中，精障個體與家人同住的比例估計有七成(Minkoff, 1978; Thompson and Doll, 1982; Dorvil, 1986; Seeman, 1988; Anthony and Blanch, 1989; Johnson, 1990)。有研究指出，精障個體處在緊張的環境中，是更容易引起復發的(Lefley, 1997)；而精障個體與家人同住，通常也會引發照顧者高度壓力(Greenberg, Greenley, and Brown, 1997; Stengard and Salokangas, 1997)，照顧者的壓力是家庭負擔的主要來源，特別是與精障個體同住一個屋簷下，照顧者的壓力來自精障個體情緒的波動與緊張情緒下的行為反應(Provencher and Mueser, 1997)。Corring (2002)因此建議，應該發展更多客製化的服務來協助家人減少負擔，進而讓家庭住宅型居住所發揮它最大的彈性效用。

廣義來說，在精神復健領域中，有三種居住所典範，留置照顧典範(custodial care paradigm)、居住所處遇典範 (residential treatment paradigm)、支持性住房典範 (supported housing paradigm) (Parkinson, Nelson, and Horgan, 1999)。留置照顧典範以提供精障個體餐飲、人身清潔、醫療為主要服務內容，沒有任何復健治療的介入；居住所處遇典範開始出現復健治療，以及保護精障個體免於被毒販吸收等服務內容；支持性住房典範則是協助精障個體選擇適合自己能獨立的生活方式，以及提供符合個體需要的個案管理方案。

根據所有居住所 (housing)之文獻回顧都同意在方法論上是很脆弱的，並非建構在一個完整的概念架構上，故 Corrigan et al. (2009)歸納出三個理論模型，即「留置型居住所 (custodial housing)」、「監督型團體居住所 (supervised group housing)」及「支持性居住所(supported housing)」，其中居住所處遇典範 (residential treatment paradigm)與給予支持型居住所 (supportive housing)等歸類在「監督型團體居住所 (supervised group housing)」，作為研究居住所的概念架構。

參、研究方法

本研究訪談期間為 2014 年 1 月至 5 月，前期為 1 月至 2 月，重點在於訪問相關業者並發展與篩選訪談問題(questions)，並整理出初步結論，後期為 4 月至 5 月，分三階段訪問上述資深專家、前政府官員與居住所負責人，從不同角度來驗證並修正初步結論。每階段約 2 至 3 小時，受訪者事先已取得問卷題項，但在訪問時仍然會先交換意見，並確認彼此在各種定義及觀念上是否有出入。

第一階段訪談的主題是先針對歐美國家居住所的三个模型來交換觀念想法，在相對

比較之下，瞭解台灣在地化的結果有幾種管理類型？

第二階段訪談的主題是台灣居住所的幾種管理類型，對精障個體提供了哪些基本服務內容？不同管理類型所提供的基本服務內容有何異同？根據第一階段訪談的分類結果，將各種居住所加以命名。

第三階段訪談的主題是居住所管理類型與八項基本服務內容的關係。每個類型是否配合精障個體復元需要跟想要的基本服務，予以採用八項基本服務內容？

肆、研究結果

一、第一階段與第二階段結果(發掘台灣居住所類型及其相關假定與特性)

在相對比較之下，歐美國家居住所的三個模型，與台灣居住所管理類型有所不同。從實務上觀察，台灣存在著四種類型的居住所。第一種類型的居住所(Type 1: T1)主要對個體提供保護性照顧，防範個體自傷或傷人，同時也協助家屬幫被照顧者找到一個長期保護安置的場所。第二種類型的居住所(Type 2: T2)主要提供獨立生活訓練的服務，如內務整理、金錢管理等，與職能活動如職能訓練、產業治療等。第三種類型的居住所(Type 3: T3)與第二種相似，但形式上較重視與機構外的連結，白天讓住民前往社區復健中心或回到醫院做日間留院，晚間再回機構休憩睡眠。第四種類型的居住所(Type 4: T4)強調以社區為基礎的服務設計，讓個體真實生活在社區中，在社區中活動，購物、交友、學習、工作。

上述四種類型的居住所，經過審慎的討論與確認，可由對精障個體的基本假定與居住所定位的不同，明確分為上述 T1 至 T4 四種類型。第一種基本個體假定與居住所定位，是認為精障個體存在潛在的危險性，如自傷傷人，因此需要保護照顧服務；據此假定，康家旨在提供保護安置，此類型居住所充分回應了負荷耗竭家屬的感覺性需求，此為 T1 類型居住所。第二種基本個體假定與居住所定位，是認為精障個體的生活基本功能不足或缺損，需要給予訓練或修復；據此假定發展出兩種類型康家，一種認為康家是「處遇(a treatment/ rehabilitation setting)」的場所，旨在提供生活功能訓練，及/或職能活動，如產業治療活動，此為 T2 類型居住所；另一種認為康家只是提供夜間住宿的場所，白天則訓令個體參與日間復健機構所提供的心理健康服務，如日間留院或前往社區復健中心，但此類復健中心多為居住所業者連鎖經營的，此為 T3 類型居住所。第三種基本個體假定與居住所定位，則認為精障個體無異於一般普羅大眾，有權利、有能力用自己的方式生活；據此假定，認為康家是社區生活的據點，亦即康家旨在協助個體在真實社區中發展生活架構、陪伴個體在社區生活、工作、學習，實現生活目標，此為 T4 類型居住所。

除了基本假定不同之外，從訪談的結果與整理中得知，台灣的居住所在經營實務上，另外還可以從門管限制、住民被指導的程度、對藥物觀點、住民與社會連結程度，以及符合評鑑要求等五個面向觀察。T1 與 T4 可以看成是光譜的兩端。在門管限制方面，T1 類型的居住所中，精障個體基本上行動受到機構嚴密監控，只能在工作人員的陪同與

管控下，進出居住所。而在 T4 類型的居住所中，個體能根據自己意願與安排，自在的進出居住所。另外在 T2 與 T3 類型的居住所中，個體在工作人員的同意下白天可進出居住所，夜間原則上不允許外出；在 T2 中的個體主要被要求參與「機構內」復健活動，而 T3 中的個體主要被要求參與連鎖經營的日間型復健機構活動，雖屬「機構外」，但多為同一業主。

在住民被指導的程度方面，T1 類型的居住所中，個體被明確規定甚麼可以做、甚麼不可以做，而在 T4 類型的居住所中，個體被鼓勵追求自己的生活目標，為自己做點什麼，此時工作人員則聚焦於協助個體發展生活目標建立健康生活架構。而 T2 與 T3 類型的居住所，則傾向努力提供個體獨立生活訓練及生活指導，但服務並未聚焦在鼓勵個體有更積極的自我生活目標。在使用藥物觀點上，T1、T2 及 T3 的居住所管理類型，皆嚴格要求個體要遵從醫囑服藥；而在 T4 類型的居住所中，個體則被鼓勵面對自己的「症狀」，以開放的態度面對自我症狀與藥物之間的關係，也認為服藥只是短暫不得不的選擇而已。在個體與社會連結程度方面，T1 類型的居住所中，個體主要是被安置在「保護照顧下」的環境，與社會連結程度低；而在 T4 類型的居住所中，個體在社區中生活、工作並進行學習，與社會高度連結；在 T2 與 T3 類型的居住所中，個體主要接受機構內所提供獨立生活訓練，個體與社會連結程度不一，傾向中度連結，端看各機構的活動設計而定。

就符合評鑑要求方面而言，T1 與 T4 類型的居住所皆不甚符合評鑑要求，T1 提供監督保護性照顧，較不符合評鑑制度的積極復健精神；而 T4 跳脫以「醫療化」復健觀點為主的現行評鑑制度，以正常人觀點來看待精障個體，從正常人的發展性出發，強調「去病」與「逐漸去藥」的觀點，這個基本觀點很難符合現行醫療化評鑑指標要求，例如 T4 管理類型認為服務應聚焦在個體生活目標的追尋，而非結構化的獨立生活訓練而已；該管理類型也認為藥物是短暫不得已的選擇，而非理所當然的遵從醫囑監督服藥。介於上述兩者之間的 T2 與 T3 類型居住所，則傾向遵守政府現行傾向醫療化的評鑑指標的引導，故自然比較能夠符合評鑑要求。第一階段訪談結果與彙整，如表 1 所示。

經過專家確認四種類型服務內容後，本研究據此整理並將四種居住所分別命名為：T1—保護照顧型，認為精障個體具有潛在的危險性需要被隔離保護；T2—醫療復健型，視精障個體生活功能不足、缺損，需要予以訓練、修復；T3—機構整合型，同樣視精障個體生活功能不足、缺損，需要予以訓練、修復，但是形式上較重視與機構外的連結；T4—社區整合型，視精障個體為常人，有權利及能力用自己方式生活，並為自己負責。

二、第三階段(歸納台灣四種居住所類型及相關服務內容比較)

從專家訪談資料的整理中，得知台灣在地化形成的四種居住所類型，並非皆能符合與提供 Anthony (1993)所提及的八項「配合精障個體復元想要跟需要的基本服務」。其中 T1 類型的居住所強調遵從醫囑服藥、定期門診以達到症狀緩解的目的；提供完整的基本生活支持；危機介入方面採用預防性措施、提供保護性照顧，聚焦在環境的安全性；此類型主要以保護照顧為主。T2 類型的居住所，除了上述的服務之外，在危機介入上較接

表 1 台灣四種居住所類型及其相關假定與特性

居住所類型 假定與特性	T1	T2	T3	T4
對精障個體的 假定／居住所 的定位	視精障個體具有潛在 危險性，需要隔離保 護。 視居住所為安置的保 護場所。	視精障個體生活功能 不足、缺損，需要予以 訓練、修復。 視居住所為處遇場所。	視精障個體生活功能 不足、缺損需要予以訓 練、修復。 僅將居住所視為夜宿 場所。	視精障個體為常人，有 權利及能力用自己方 式生活，並為自己負 責。 視居住所為社區生活 據點。
服務性質	居住所提供保護性照 顧，關注個體的安全 性，充分回應負荷耗竭 家屬的感覺性需求。	居住所提供各種獨立 生活訓練、復健訓練 (職能活動、產業治療 等)。	居住所在夜間提供各 種獨立生活訓練；日間 協助聯結其他機構提 供復健服務(如復健中 心、醫院)。	居住所協助個體在真 實社區中發展生活架 構，陪伴個體在社區生 活、工作與學習，實現 生活目標。
門管限制	高度門禁管制。	低～高度門禁管制(主 要為日間在內部採低 ～中度門管，夜間則採 高度門管)。	低～高度門禁管制(日 間規定住民參與他機 構接受復健服務；夜間 採高度門管)。	無門禁管制。
個體被指導規 範的程度	高度規範(個體生活被 監控)。	中度規範(適度指導個 體生活)。	中度規範(適度指導個 體生活)。	低度規範(個體被鼓勵 安排自己的生活為自 己負責)。
對使用藥物觀 點	遵從醫囑監督服藥。	遵從醫囑監督服藥。	遵從醫囑監督服藥(日 間協同其他連鎖機構 監督服藥)。	工作人員陪伴個體學 習看待自身的狀況，跟 「病」與「藥物」之間 複雜關係，不強制服 藥。
住民與社會連 結程度	低度連結(生活與社區 隔離)。	中度連結(機構內服務 為主)。	中度連結(自身機構到 其他連鎖機構)。	高度連結(在社區中生 活、工作與學習)。
符合評鑑要求 程度	低度(服務聚焦在保護 照顧，不甚符合評鑑對 復健的要求)。	中～高度。	中～高度。	低度(不甚符合結構化 評鑑對現行醫療化之 要求，以及服藥監督方 式)。

近常態生活情境，觀察個體的症狀變化、情緒起伏，適時予以支持協助，並運用社區安全網絡，例如救護車護送機制、精神科急診機制等，也更重視各種獨立生活訓練與復健活動，如職能訓練、產業治療等，另外，就形式上而言亦關注到精障個體基本人權的維護，此種管理類型傾向於醫療復健模式。T3 類型的居住所，較之 T2 而言在形式上又強化了個案管理的服務，由專家評估個體所需，轉介到連鎖經營的日間復健機構參與適合的心理健康服務方案，例如白天轉介到社區復健中心參與職能活動，晚上再回到機構，基本的實質內容與 T2 無異，但居住所本身主要以夜間服務為主。T4 類型的居住所，除了關注個體的發展性與強化充權賦能的服務設計，與 T1、T2 及 T3 等類型存在著重大差異外，其他精障個體所需的基本服務，如症狀緩解、基本生存、安全性、生活角色學習、權利保護、服務連結等，亦皆迥異於其他類型；T4 類型試圖將精障個體完全融入社區，充分運用社區資源，在社區中學習、生活與工作。本研究第三階段訪談結果及彙整，如表 2 所示。

表 2 台灣四種居住所類型及相關服務內容比較

服務內容	居住所類型 T1 (保護照顧型)	T2 (醫療復健型)	T3 (機構整合型)	T4 (社區整合型)
治療(症狀緩解)	✓	✓	✓	✓
基本支持(維生)	✓	✓	✓	✓
危機介入(安全)	✓	✓	✓	✓
復健治療(角色表現)	--	✓	✓	✓
權利保護(平等的機會)	--	✓	✓	✓
個案管理(可近性)	--	--	✓	✓
豐富化(自我發展)	--	--	--	✓
自我幫助(充權賦能)	--	--	--	✓

註：“~”表示具備此類功能；“--”表示不具備或不易觀察到此類功能。

資料來源：本研究根據 Anthony (1993) 復元基本服務內容調查整理而成

伍、結論與建議

一、研究結論

(一)台灣居住所的類型

對照歐美國家居住所三個理論模型「留置型居住所(custodial housing)」、「監督型團體居住所(supervised group housing)」及「支持性居住所(supported housing)」，研究結果發現，台灣實務上存在著四種類型的居住所，而居住所管理者對精障個體的基本假設(被保護的人、病人或常人)與經營思維(醫療取向或復元取向)，直接主導了不同的居住所管理類型。第一種類型的居住所(T1:保護照顧型)認為精障個體存在潛在的危險性，如自傷傷人，因此需要保護照顧服務；據此居住所主要對個體提供保護性照顧與安置。第二種類型的居住所(T2:醫療復健型)認為精障個體的生活基本功能不足或缺損，需要給予

訓練或修復；據此認為居住所是「處遇(a treatment/ rehabilitation setting)」的場所，旨在提供生活功能訓練，及/或職能活動(如產業治療活動)等。第三種類型的居住所(T3:機構整合型)其基本假設與 T2 相同，但形式上較重視與機構外的連結，白天讓精障個體前往社區復健中心或日間留院接受復健訓練，晚間再回機構休憩睡眠。第四種類型的居住所(T4: 社區整合型) 則認為精障個體無異於一般普羅大眾，有權利、有能力用自己的方式生活；據此認為居住所是個體在社區生活的據點，強調以社區為基礎的服務設計，旨在協助個體在真實社區中發展生活架構、陪伴個體在社區生活、工作、學習，實現生活目標。

(二)管理者的管理思維對精障個體復元的影響

居住所（住宿型精神復健機構）是精障個體照護機構中一個重要的環節，其目的在促進個體復元回歸社區生活。因此居住所，以及住在居住所的住民與社區的扣連與融合至為重要。由於精障個體所需的居住所服務，在新管理主義的浪潮下早已走向市場化經營，1994 年衛生署訂定「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」，鼓勵精神醫療專門技術人員（醫生、護理、心理、職能、社會工作人員）以私有資金開設精神復健機構擔任負責人，執行社區精神復健業務收取服務費時，社區精神復健服務實質上就已經開放營利事業的加入。現有復健機構約三分之二屬於連鎖性質／或大型化／或醫院附設，足以說明社區復健照顧早已進入營利化、市場化的浪潮，以及照顧資本早已進入資本大型化的趨勢。經營者／管理者在追求利潤極大化的考量下，紛紛調整服務內涵與機構管理型態，以機構連鎖擴大經濟規模、或設立大型機構直接拉大經濟規模，例如大多數的 T1、T2、T3 居住所隸屬於個別的「醫療資本集團」或「福利連鎖機構資本集團」，以及上下游整合的經營型態。它們有各種調降服務成本的作法，如生活物資的聯合採購、中央餐廚供餐等，以及專業人員互相支援卡班等等。

居住所是精神復健機構，其服務宗旨在促進個體復元，而個體復元是非常個別化的、生活化的、融入社區生活的，以及個體與生活社區／環境是緊密扣連與融合的。然而經營者／管理者在追求利潤極大化的考量下，生活物資聯合採購，中央餐廚供餐，本質上切斷了人與日常生活的連結，個體無法長出自己的生活知識，這樣的作為不利於個體復元的發展與促進，違背了促進個體復元的居住所本質與基本任務。而中央廚房供餐不利於個體復元，因為(1)潛藏食安問題不利個體健康；(2)飲食是日常生活中重要的一個環節，其中蘊藏豐富的生活知識，中央餐廚供餐，飯來張口，剝奪了個體學習的機會；(3)備餐、覓食、弄一頓飯來吃，個別差異性極大，中央餐廚很難滿足個別需求，而促進個體復元是極為個別化的東西。中央餐廚違背了促進個體復元差異化的原則。

(三)管理者的經營觀點所引起的倫理爭議

經營者為了追求利潤，精障個體甚至成為機構謀利的工具，違反了以「案主為中心」的倫理原則，尤其連鎖機構或上下游整合機構為了提高佔床率，個體變成可操作調動的商品，連鎖機構間相互調整床位以追求利潤極大化，以至於人與生活社區脫離，無法在個體所在社區生根，無法融入社區生活。為了促進個體復元，個體需要真正融入社區生活，需要個別化對待，而個別化對待則不利於機構管理，以及追求利潤極大化。

在四種居住所類型中，有三種類型對精障個體基本假設與經營思維間的邏輯一致，

其中 T1 及 T2 假設精障個體是病人故採用醫療取向經營模式；而 T4 假設精障個體是常人故採用復元取向經營模式。但是 T3 為一種變異的經營模式，表徵上滿足了政府推動社區化的形式要求，實質上卻無益於精障個體的復元，故而在本質上引發了倫理的爭議。

T1 管理者、精障家屬及社會大眾普遍認為精障個體具有潛在的危險性需要被隔離保護，據此 T1 居住所提供醫療取向的保護照顧服務，宛如「慢性病房在社區」，這與居住所設立的目的在協助精障個體回歸社會生活的趣旨不合引發倫理爭議，然而此類型居住所卻也充分回應了社會與負荷耗竭家屬的感覺性需求。

T2 管理者認為精障個體社會功能不足或缺損，需要給予訓練或修復，據此認為居住所是「處遇的場所 (a treatment/ rehabilitation setting)」，這與醫療取向的復健治療相符合。

T3 管理者基於「精神復健社區化」的潮流，為符合政府評鑑制度要求居住所業者提供服務中「有 50% 以上住民須外出參加工作復健訓練及進行轉銜服務」，形式上較重視與機構外的連結，白天讓精障個體前往社區復健中心或日間留院接受復健訓練，晚間再回機構休憩睡眠；不過它對精障個體的基本假設與 T2 相同。然而業者以垂直整合態勢採二合一，甚至「多合一 (二合一、三合一、四合一或五合一，即居住所+復健中心+護理之家+長照機構+診所)」的連鎖經營，居住所僅提供夜宿服務，日間訓令精障個體參與業者連鎖經營的日間復健機構接受復健訓練服務，以符合「50% 以上住民須外出...」的要求，形成台灣居住所管理類型的特殊變體。精障個體從居住所到復健中心，從機構到機構進入不了社區，表徵上滿足了政府推動社區化的形式要求，實質上卻無益於精障個體的復元，故而在本質上引發了倫理的爭議。

T4 管理者則認為精障個體無異於一般普羅大眾，有權利、有能力用自己的方式生活；據此認為居住所是個體在社區生活的據點，旨在協助個體在真實社區中發展生活架構、陪伴個體在社區生活、工作、學習，實現生活目標；這個以社區為基礎的服務設計，形成個體與生活社區／環境緊密扣連與融合，符合居住所的設立宗旨在於促進個體復元回歸社會獨立生活。

二、後續研究及實務建議

- (一) 質性研究方面：(1)建議分別對國內 T1、T2、T3 及 T4 各類型的負責人，進行深度訪談，了解各類居住服務內容、與八項基本服務內容融合的情況；(2)與各個領域專家、學者及政府官員進行深度訪談，針對醫療取向與復元取向的管理思維，藉由歐美三個管理模型進行觀念交流與比較，再探討台灣居住所類型的社會文化背景及管理課題。
- (二) 量化研究方面：未來針對國內各類型居住所住民的復元狀況進行抽樣調查，以了解何種類型的服務能真正有助於個體的復元。進一步了解各類型實施個案復元服務的狀況如何？最有利於個體復元的服務內容有哪些？其優先順序又是如何？不利復元的最大障礙有哪些？如何將這些不利的因素排除？
- (三) 政府評鑑制度方面：國內居住所管理類型根據本研究發現，呈現 T1—保護照顧型、T2—醫療復健型、T3—機構整合型，及 T4—社區整合型，從居住所類型光譜

最左端的「留置照顧典範」到最右端的「支持性住房典範」，多元混雜同時並存。然而居住所（即精神復健機構）的評鑑制度，以標準化規則作業，似乎未能回應實務面存在著諸多管理類型的復健機構的事實，因此評鑑制度很難達到「引導復健機構發揮復健成效」的使命。建議政府主管心理衛生相關部門，以及執行評鑑機制的財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，參考本研究的結果來發展符合各管理類型的半剛性評鑑指標組，以之修正現行剛性的精神復健機構標準化評鑑指標，代之以可選擇的、對應不同管理類型的評鑑指標組，不同類型的機構採用不同的評鑑指標組，俾能達成真正促進「個體復元」的目標。

參考文獻

- Anthony, W. A., 1993, Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16: 11-23.
- Anthony, W. A., Blanch, A., 1989, Research on Community Support Services: What Have We Learned?, *Psychosocial Rehabilitation*, 12: 55-81.
- Anthony, W., Rogers, E. S., Farkas, M., 2003, Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in an Era of Recovery. *Community Mental Health Journal*, 39, 101-114.
- Barr, O., Fay, M., 1993, Community Homes: Institutions in Waiting?, *Nursing Standard*, 7: 34-37.
- Blanch, A. K., Carling, P. J., Ridgway, P., 1988, Normal Housing with Specialized Supports: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community, *Rehabilitation Psychology*, 33: 47-55.
- Caras, S., 1999, *Reflections on the Recovery Model*. Unpublished paper.
- Carling, J., 1992, Homes or Group Homes? Future Approaches to Housing, Support, and Integration for People with Psychiatric Disabilities, *Adult Residential Care Journal*, 6(2): 87-96.
- Carling, J., 1993, Housing and Support for Persons with Mental Illness: Emerging Approaches to Research and Practice, *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 439-449.
- Chamberlin, J., 1997, Confessions of a Non-Compliant Patient, *National Empowerment Center Newsletter*, 9-10.
- Compagni, A., Adams, N., Daniels, A., 2007, *International Pathways to Mental Health System Transformation: Strategies and Challenges*. California, CA: California Institute for Mental Health.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., Solomon P., 2009, *Principles and Practices of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Corring, D. J., 2002, Quality of Life: Perspectives of People with Mental Illness and Family Members, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25: 350-358.
- Deegan, P. E., 1988, Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(1): 11-19.
- Dornan, D. H., Felton, C. J., Carpinello, S. E., 2000, *Mental Health Recovery from the*

- Perspectives of Consumers/Survivors*. American Public Health Association Annual Meeting, Boston: MA.
- Dorvil, H., 1986, Les Caractéristiques Du Syndrome De La Porte Tournante A L'Hôpital Louis-H Lafontaine, *Santé Mentale au Québec*, 12: 79-89.
- Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A., Dominique, R., 2005, Housing as a Social Integration Factor for People Classified as Mentally Ill, *Housing Studies*, 20(3): 497-519.
- Executive Yuan Investigation Committee, 1995, *An Examination of Service Systems for the Treatment of Mental Illness*. Executive Yuan Research and Development Evaluation Committee, Taipei.
- Farkas, M., 2007, The Vision of Recovery Today: What It Is and What It Means for Services. *World Psychiatry*, 6: 68-74.
- Fenby, B. F., 1991, The Community Residence as a Family: In The Name of the Father, *Journal of Independent Social Work*, 5: 121-134.
- Granger, D. A., 1994, Recovery from Mental Illness: A First Person Perspective of an Emerging Paradigm. In *Recovery: The New Force in Mental Health*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Greenberg, J. S., Greenley, J. R., Brown, R., 1997, Do Mental Health Services Reduce Distress in Families of People with Serious Mental Illness?, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21: 40-50.
- Hogan, M. F., Carling, P. J., 1992, Normal Housing: A Key Element of a Supported Housing Approach for People with Psychiatric Disabilities, *Community Mental Health Journal*, 28: 215-226.
- Johnson, D. L., 1990, The Family's Experience of Living with Mental Illness. In Lefley, H. P., Johnson, D. L. (Eds.), *Families as Allies in Treatment of the Mentally Ill*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lamb, H. R., Bachrach, L. L., 2001, Some Perspectives on Deinstitutionalization, *Psychiatric Service*, 52(8): 1039-1045.
- Leete, E., 1989, How I Perceive and Manage My Illness, *Schizophrenia Bulletin*, 8: 605-609.
- Lefley, H. P., 1997, The Consumer Recovery Vision. Will It Alleviate Family Burden?, *American Journal of Orthopsychiatry*, 67: 210-219.
- Long, A. K., 1994, Reflections on Recovery. In *Recovery: The new force in mental health*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.

- Lovejoy, M., 1982, Expectations and the Recovery Process, *Schizophrenia Bulletin*, 8(4): 605-609.
- Mares, A. S., Rosenheck, R. A., 2007, HUD/HHS/VA Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness, *National Performance Outcomes Assessment Preliminary Client Outcomes Report*, Washington, DC: VA Northeast Program Evaluation Center.
- McLoughlin, K. A., Webb, T., Myers, M., Skinner, K., Adams, C. H., 2010, Developing a Psychosocial Rehabilitation Treatment Mall: An Implementation Model for Mental Health Nurses, *Archives of Psychiatric Nursing*, 24: 330-338.
- Minkoff, K., 1978, A Map of the Chronic Mental Patient. In Talbot, J. A. (Ed.), *The Chronic Mental Patient: Problems, Solutions and Recommendations for a Public Policy*, Washington, DC: APA Edition.
- Moran, G. S., Nemec, P. B., 2013, Walking on The Sunny Side: What Positive Psychology Can Contribute to Psychiatric Rehabilitation Concepts and Practice, *Psychiatric Rehabilitation*, 36: 202-208.
- Newman, S. J., 2001a, Housing Attributes and Serious Mental Illness III: Implications for Research and Practice, *Psychiatric Services*, 52: 1309-1317.
- Newman, S. J., 2001b, *Housing and Mental Illness: A Critical Review of the Literature*. Washington, DC: Urban Institute.
- Parkinson, S., Nelson, G., Horgan, S., 1999, From Housing to Home: A Review of the Literature on Housing Approaches for Psychiatric Consumer/Survivors, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18: 145-164.
- Pearson, C., Locke, G., Montgomery, A., Buron, L., 2007, *The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Serious Mental Illness*. Washington, DC: U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research.
- Piat, M., Sabetti, J., 2009, The Development of a Recovery-Oriented Mental Health System in Canada: What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2: 17-33.
- Provencher, H. L., Mueser, K. T., 1997, Positive and Negative Symptom Behaviors and Caregiver Burden in the Relatives of Persons with Schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 26: 71-80.
- Ralph, R. O., 2000, Recovery, *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(3): 480-517.
- Ridgway, P., Zipple, A. M., 1990, The Paradigm Shift in Residential Services: From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13: 11-

31.

- Seeman, M. V., 1988, The Family and Schizophrenia, *Human Medicine*, 4: 96-100.
- Stengard, E., Salokangas, R. K. R., 1997, Well-Being of the Caregivers of the Mentally III, *Nordic Journal of Psychiatry*, 51: 159-164.
- Thompson, E. H., Doll, W., 1982, The Burden of Families Coping with the Mentally III: An Invisible Crisis, *Family Relations*, 31: 379-388.
- Torrey, W. C., Rapp, C. A., Van Tosh, L., McNabb, C. A., Ralph, R., 2005, Recovery Principles and Evidence Based Practices: Essential Ingredients of Service Improvement, *Community Mental Health Journal*, 41: 91-100.
- Tsemberis, S. J., Eisenberg, R. F., 2000, Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities, *Psychiatric Services*, 51(4): 487-493.
- Tsemberis, S. J., Gulcur, L., Nakae, M., 2004, Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis, *American Journal of Public Health*, 94 (4): 651-656.
- Tsemberis, S. J., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S. M., Shern, D. L., 2003, Consumer Preference Programs for Individuals Who Are Homeless and Have Psychiatric Disabilities: A Drop-in Center and a Supported Housing Program, *American Journal of Community Psychology*, 32: 305-317.
- Unzicker, R., 1989, On My Own: A Personal Journey through Madness and Re-Emergence, *Psychological Rehabilitation Journal*, 13(1): 70-77.
- Wong, L., Nath, B., Solomon, L., 2007, Group and Organizational Involvement among Persons with Psychiatric Disabilities in Supported Housing, *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 34: 151-167.
- Wong, L., Solomon, L., 2002, Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations, *Mental Health Services Research*, 4: 13-28.
- Youmans, R., 1992, The Shortage of Low-Income Housing: The Role of the Federal Government. In Jahiel, R. I., (Ed.), *Homelessness: A preventative approach*: 255-268. Baltimore: Johns Hopkins University Press.