

國立臺灣師範大學復健諮商研究所
碩士論文

指導教授：吳亭芳 博士
徐淑婷 博士

精神復健機構的評鑑制度與專業實踐：
建制民族誌之分析

研究生：陳怡伶 撰

中華民國一百年一月

謝 誌

2006 年我重返校園，開始將近四年半的研究所生涯，從來未曾想過自己能夠進入學術的殿堂，然而感謝在我生命中的每一個人，陪伴我完成一個自己認為不可能達成的夢想。

感謝所有的研究參與者，讓我看見您們對精神復健工作的執著與努力，和對精神障礙朋友的真誠與付出，以及體制所造成的限制與無奈，期待這個發聲能夠引起更多精神復健工作夥伴的共鳴。

感謝我的指導教授吳亭芳博士和徐淑婷博士，亭芳老師在我挫折、失落時不斷的鼓勵我，讓我有勇氣繼續往前走，淑婷老師溫暖、包容的特質，顛覆我對精神科醫師的刻板印象，每次的討論與回饋都讓我受益良多，在論文寫作的過程，兩位老師給了最大的支持與指導，也容許我用自已的速度前進，來完成這篇論文。感謝口試委員王增勇博士的指導，帶領我認識建制民族誌，讓我從不同的視角來呈現論文的意義，而張千惠博士對質性研究寫作的建議，也增進了論文的完整性。

求學生涯最幸運的事情，就是與一群為復健諮商奮鬥的好夥伴相會，在課業上的分享與學習，以及情緒低落時的相互支持和鼓勵，都讓我感受到無比的溫暖與幸福，有了你們的陪伴，讓我的研究所生涯更加豐富與充實。

中心的工作夥伴們，最感謝秀足在這五年多來對我的支持與包容，總是忍受我的壞脾氣卻又默默的幫我做好每一件事，還有這些年一同為精神障礙朋友努力的夥伴們—純仁姐、德誠和俊銘，感謝你們對我論文寫作的關懷與鼓勵，也珍惜和你們的緣分。

我的家人們，感謝我的父親在我的工作和課業上，一直給予最大的信任和包容，還有無論我做什麼決定，總是最支持我的大姊素娟，妹妹們映秀和怡君，在我離家的日子陪伴著老爸，讓我能專注於我的學業，而映秀除了是我的妹妹之外，也曾是我在工作上的夥伴，感謝你們讓我能夠無後顧之憂的完成學業。也謝謝公公和婆婆的支持與體諒，而我親愛的老公輝明，與你在我的研究所生涯中再次相遇，進而相知、相惜，在我最徬徨無助的時候，你給我安定的力量，感謝你的陪伴，這是我人生最大的福氣，接下來換我陪你完成學業了！

最後，要感謝的是我的母親—蔡麗琴女士。

親愛的媽媽，感念您在有生之年，為精神障礙朋友和家屬的關懷和付出，對於您的離去我們仍舊感到萬分的不捨，但是您的精神一直在我心中，也促使我完成這篇論文，感謝您帶我進入精神復健的領域，沒有您便無法成就今日的我，僅將這份成就獻給您！

感謝的話永遠說不盡，但我相信這並不是結束，或許另一個開始已經悄悄的展開！

精神復健機構的評鑑制度與專業實踐：建制民族誌之分析

摘要

本研究旨在探究精神復健人員在權力體制規範之下的工作樣貌，並嘗試分析評鑑制度與實際工作經驗之間的斷裂經驗，發掘體制背後的意識型態是如何運作，以及精神復健人員在實務工作中所展現的工作樣貌及對專業的實踐。

透過建制民族誌作為探索問題的角度，以國家透過評鑑制度與精神復健機構、精神復健人員和精神障礙者之間所形成的權力結構作為研究場域，並訪談五位精神復健機構資深的管理者或專業人員，藉由對在地經驗的描述，理解精神復健機構如何回應評鑑制度的要求，以及法規、文本對精神復健工作的擠壓，並沿著評鑑制度建制的脈絡描繪出精神復健體系的權力運作。研究發現如下：

- 一、精神復健的專業在建制化過程中，延續了精神醫療的意識型態，國家運用評鑑制度管控精神復健機構的服務品質，設置辦法、評鑑基準和評鑑委員帶有醫療比社區更專業的邏輯，進而對機構進行審視並達到管控的目的，評鑑的結果主導著健保給付資源的分配。
- 二、機構為因應評鑑制度生產各式的文本紀錄以佐證服務績效，機構運用各種工作知識滿足了國家的要求，但機構服務的主體—精神障礙者，卻也在這個過程中不斷被消費，上下權力來回拉扯的結果，犧牲精神障礙者的需求和主體性。
- 三、復元的觀點帶給精神復健人員重新詮釋專業的機會。在精神復健發展的歷程中，精神復健的工作人員應擺脫醫療觀點和評鑑的限制，適時的丟掉專業的角色，又該在什麼時候穿上專業的外衣，從精障者的生

活中去了解其能力及限制，以精神障礙者的本質做為主體，看見的是個人的發展，而不再只是著重在病情控制與管理，並以社區為基礎並貼近精神障礙者的生活，充分展現精神復健工作的多元樣貌。

建議未來評鑑制度應將服務品質回歸到精障者的需求，並理解精神復健人員在地性經驗，考量精神復健機構在社區化的多元樣貌，使評鑑制度更加完善。

關鍵字：精神復健、評鑑制度、專業實踐、復元、建制民族誌

Psychiatric Rehabilitation Agencies Accreditation and Professional Practice: An Institutional Ethnography Analysis

Abstract

This research was generated from the day-to-day work experience and problems of the researcher who serves as a psychiatric practitioner and an executive manager of a psychiatric rehabilitation agency, and intended to explore work experiences under the accreditation system and to analyze the disjuncture between accreditation system and practical fieldwork, as well as to discover the operation of ideology behind the power system which strongly impact the profession of psychiatric rehabilitation.

The methodology of institutional ethnography was adopted. The research focus was the power structure between the government, agencies, professionals, and persons with psychiatric disabilities behind the accreditation system in the field of psychiatric rehabilitation. The texts generated by the fieldwork, and regulations and documents related to the operation of accreditation system were examined. Five senior supervisors and professionals also participated in-depth interviews to describe their experiences to meet the demands from the accreditation process. The results are below:

1. The institutionalization of the profession of psychiatric rehabilitation retains the ideology of psychiatry as a medical system. The government uses the accreditation system to control the service quality of psychiatric rehabilitation agencies. Also, the establishment and management measures of psychiatric rehabilitation agency and the appointment process of accreditation surveyors convey the ideology that the medical system is more professional than the field of psychiatric rehabilitation professionals and agencies in the communities. Furthermore, the government censors and controls the psychiatric rehabilitation agencies by the results of accreditation which leading to the redistribution of reimbursement form the National

Health Insurance system.

2. To prove the service outcomes, the psychiatric rehabilitation agencies use various records to meet the standard of accreditation. In other words, the psychiatric rehabilitation agencies implant a kind of working knowledge to satisfy the government. However, the subjectivity of psychiatric rehabilitation service, i.e., the voices, needs, and the lives of persons with psychiatric disabilities, would disappear in the process of operation of power.
3. The notion of recovery brings opportunity for psychiatric rehabilitation professionals to reinterpret their profession. The psychiatric rehabilitation professionals should extricate themselves from the ideology of medicalization and the limitations from accreditation system in the professional development. They should be able to adjust their professional positions and structure according to multiple faces of the subjectivity and lives of the people with psychiatric disabilities living in the communities, rather than to emphasize symptoms control and management.

This study discovered the fact of the disjuncture between the work experiences and subjectivity of psychiatric rehabilitation under current accreditation standards and process. It is recommended that the future accreditation system should focus on service qualities which reflect the needs of persons with psychiatric disabilities who live in community, and should take diverse perspectives of local experience of psychiatric rehabilitation professional into account.

Keywords: psychiatric rehabilitation, accreditation system, professional practice, recovery, institutional ethnography

目 次

中文摘要.....	I
英文摘要.....	III
目次.....	V
表次.....	VIII
圖次.....	IX
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景及動機.....	1
第二節 研究目的與問題.....	5
第三節 名詞解釋.....	6
第二章 文獻探討.....	7
第一節 精神復健專業的意涵.....	7
第二節 體制權力與精神復健.....	18
第三章 研究方法.....	23
第一節 研究取向.....	23
第二節 研究參與者.....	32

第三節 研究工具.....	35
第四節 資料收集與分析.....	37
第五節 研究的嚴謹性.....	42
第六節 研究倫理.....	44
第四章 待宰前夕的沈默羔羊.....	45
第一節 機構日常的運作.....	46
第二節 確保服務品質的「評鑑制度」—由上而下的權力運作.....	51
第三節 文本建構的事實—強化「由上而下」的權力觀點.....	67
第四節 評鑑前的準備工作對機構的衝擊.....	80
第五節 評鑑制度與日常運作的拉扯.....	94
第五章 評鑑制度建制的精神復健專業.....	97
第一節 精神復健的工作樣貌—評鑑制度的擠壓.....	97
第二節 精神復健人員的專業實踐.....	113
第六章 結論與建議.....	123
第一節 評鑑制度與專業實踐的建議.....	123
第二節 評鑑制度的限制與再思考.....	126
第三節 研究限制與未來研究方向.....	128

第七章 後記.....	131
參考文獻.....	135
附錄.....	141
附錄一 訪談同意書.....	141
附錄二 訪談題綱.....	142
附錄三 全民健康保險醫療費用支付標準.....	143
附錄四 精神復健機構設置管理辦法（含設置標準）.....	145
附錄五 精神復健機構評鑑作業程序.....	152
附錄六 臺灣地區精神復健機構評鑑基準（日間型）.....	157
附錄七 精神復健機構評鑑申請書.....	168
附錄八 機構開業登記事項查證回復單.....	169
附錄九 精神復健機構現況調查表（日間型）.....	170

表 次

表 3-1	研究參與者之背景資料一覽表.....	33
表 3-2	研究者與研究參與者訪談狀況一覽表.....	34
表 3-3	研究參與者訪談編號一覽表.....	37
表 3-4	文本資料之內容與來源一覽表.....	39
表 4-1	評鑑與督考比較表.....	49
表 4-2	精神病患照顧體系權責劃分建議表.....	56
表 4-3	全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書.....	60
表 4-4	臺灣地區精神復健機構評鑑標準（日間型）配分修正比較表.....	62
表 4-5	精神復健機構評鑑標準在體制內的意涵.....	66
表 4-6	某社區復健中心收案晤談紀錄表.....	72
表 4-7	某社區復健中心收案評估表.....	73
表 4-8	某社區復健中心職能評估報告.....	74
表 4-9	某社區復健中心活動紀錄表.....	77
表 4-10	日常生活對話與專業術語比較表.....	78
表 4-11	某社區復健中心意見申訴單.....	89
表 4-12	某社區復健中心意見申訴回覆單.....	90

圖 次

圖 3-1	文本事實的社會組成.....	27
圖 3-2	建制民族誌之間的關係重要概念.....	28
圖 3-3	從真實到說法的知識形成過程示意圖.....	30
圖 3-4	建制民族誌為方法之分析架構.....	41
圖 4-1	中心之組織架構與職務分工.....	48
圖 4-2	某社區復健中心工作手冊目錄.....	69

第一章 緒 論

本研究旨在探究精神復健人員在權力體制規範之下的工作樣貌，並嘗試分析評鑑制度與實際工作經驗之間的斷裂經驗，發掘體制背後的意識型態是如何運作，以及精神復健人員在實務工作中所展現的工作樣貌及對專業的實踐。本章共分三節，第一節說明研究背景及動機，第二節為研究目的與問題，第三節為名詞解釋，茲分述如後。

第一節 研究背景及動機

壹、前言

台灣早期提供精神病患的服務是以醫療和症狀控制為主，直到去機構化運動的影響，民國 77 年衛生署開始推行社區復健方案：社區復健中心、庇護性工作場、康復之家以及居家治療等，精神復健服務開始走入社區；民國 84 年精神障礙者（以下簡稱精障者）開始納入殘障福利法，開始具有社會福利身份。民國 86 年「身心障礙者保護法」修正通過後，對於身心障礙者之職業重建、職業輔導評量、支持性就業、庇護性就業、職業訓練及就業環境的促進等，有了具體的法源依據，以提供身心障礙者整體性及持續性之服務，精障者之就業也自此漸漸受到重視（胡若瑩，2003）。行政院勞委會依據該法推動身心障礙者社區化就業服務，精障者也能透過相關服務進入社區就業。因此提供精障者服務的服務人員，除了精神復健機構設置管理辦法中所規定的機構配置人員包括醫師、護理師、社工、職能治療師及專任管理員之外，還包括就業服務員及其他職業重建相關專業人員。

民國 79 年家母蔡麗琴女士創辦了南部第一家社區復健中心¹，當初

¹ 精神復健機構設置管理辦法於民國 96 年 10 月 6 日修訂，精神復健機構型態區分為「日間型」及「住宿型」，社區復健中心為前者，康復之家則為後者。

設立的宗旨，是希望協助精神障礙朋友能夠重返社區生活。因為過去精神障礙者的照顧模式還是著重疾病症狀的治療，回歸社區對他們來說似乎是遙不可及，而精神病患長期處於社會階層的最下端，飽受污名化與社會大眾的歧視，家中有精神病患如同是個不能說的秘密，家母多年來陪伴精障者和他們的家庭，瞭解精障者家屬的心力交瘁，因此有了創辦社區復健機構的構想。當時我們的想法很單純的是希望能夠讓精神障礙者在出院後，重拾對自我的信心，並透過社區真實的環境，讓他們能夠體驗一般的日常生活。然而當時精神復健機構要聘請專業人員並不容易。母親對我的期待，希望我能夠選填職能治療的相關科系，因為之後我可以承接社區復健的工作，而我們也不用常常為了聘請精神醫療專業人員而疲於奔命，雖然我之後念的是心理相關科系而非職能治療，至少也算是和精神復健規定的相關科系，也因此開啟我對精神復健工作的認識。

因此在民國 87 年大學畢業後，我進入精神復健工作的領域，並不是因為自己的興趣，而是因為家母創辦的社區復健中心需要人力協助。當時精神復健機構設置及獎勵辦法規定社區復健機構的負責人和工作人員都必須是精神醫療專業人員，並且有過精神醫療相關工作經驗²；以當時的環境要聘請專業人員到社區從事精神復健工作實在不容易，因為經費補助有限，民間團體要辦理此方案實在困難。就讀大學臨床心理相關科系的我，在這樣的機緣下，畢業後就進入了社區精神復健工作。當時我擔任精神障礙就業服務員，負責的是社區化就業服務，早在學生時代便與精障者相處，在與他們互動的過程中也更能體會社會對他們的異樣眼光，因此在和他們工作的過程中，也常和他們一起分享生活的經驗和體

² 83.12.28 精神復健機構設置管理及獎勵辦法第四條之規定精神復健機構負責人，應具左列條件之一：一、曾服務於經中央衛生主管機關評鑑合格之醫學中心或精神科專科教學醫院，擔任精神醫療專業人員二年以上。二、曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之區域醫院、地區醫院或精神科專科醫院，擔任精神醫療專業人員四年以上。三、曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構，擔任精神病患社區復健工作專任人員五年以上。前項所稱精神醫療專業人員，指醫師、護理人員、社會工作人員、職能治療人員及臨床心理人員。精神復健機構設置標準表：壹、專業人員之備註說明，專業人員至少應曾服務於經中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構滿一年以上。

驗他們真實的生活。後來我在民國 92 年轉任社區復健中心的專任管理員（以下簡稱專管員），擔任機構最基層的工作，依舊和精障朋友有最直接的互動與接觸。在我擔任專管員時，在機構的科層組織中，雖然所處的位置是非管理階層的第一線工作者，在這樣由上而下的權力階層中，在執行業務時的自主性與決策的權力當然相對較少，不過機構當時對於精障者的服務理念是著重於個案與家屬的需求，其他的人力和硬體設施等礙於成本考量，只要能夠符合精神復健機構設置管理辦法和設置標準的最低規定即可。因為當時健保的給付額度低，再加上醫療競逐營利的趨勢，使得社區精神復健方案在精神醫療體系相較於主流的急性精神醫療是被邊緣化的，民國 91 年以前台灣的社區精神復健措施並不普遍而且大多附屬於醫院，而精神復健機構之設置對消防、建管設施和專業人員資格的要求，也不利於民間機構立案（余漢儀，2003），也因此民間團體或醫療機構在社區設置社區復健中心或康復之家的意願並不高。雖然機構經營的外在環境並不理想，但是工作人員還是堅持在各自的工作位置上，陪伴這一群精障朋友分享生命的經驗。

貳、評鑑制度與案主需求：何謂專業？

民國 93 年之後，行政院衛生署開始辦理精神復健機構評鑑計畫³，用意是在於建議優質精神復健服務體制，監督精神復健機構加強業務管理，以確保精神疾病患者之社區復健服務品質（財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會【醫策會】，2006）。在民國 96 年時我接任機構的負責人，在擔任負責人後首要面對的，便是機構的營運問題和民國 97 年的精神復健機構評鑑。在進入評鑑準備工作時，檢視評鑑基準與機構現況，我發

³醫院評鑑制度的建立是目前國際公認最有效促進品質提升的方法，國內對於「醫院評鑑」的建立可追溯至民國 67 年，那時是由教育部開始對教學醫院評鑑，衛生署於民國 78 年開始進行醫院評鑑工作，並於民國 88 年成立財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會），在衛生署和教育部的指導下，辦理全國醫院及教學醫院的評鑑工作（謝佳容、蕭淑貞，2006）。自民國 92 年起，衛生署始委託醫策會試辦精神復健機構評鑑，其評鑑委員是由精神領域的醫師、護理、職能治療、社會工作、臨床心理師等專業人員共同擔任委員，並有衛生行政單位及家屬代表列席，期能透過評鑑制度，建立優質精神復健服務體系，監督精神復健機構加強業務管理，以確保精神疾病患者之社區復健服務的品質（醫策會，2006）。

現要做的改善事項還真不少，除了硬體設施改善和活動需要調整之外，專業人員配置也成了當務之急。當機構依據評鑑基準盤點服務現況後，增聘了專業人力，也開始進行評鑑工作的準備，並開始調整機構的服務方式，但是也就在這個時候，工作團隊之間對於精神復健的專業該怎麼做產生了衝突！專業人員因為擁有評鑑制度所規範的專業背景，在機構裡運用其專業的權力來主導精神復健的服務，但基層的專管員在社區中，長期累積對精障者需求的敏感度，並與家屬建立良好的互動關係，然而專管員和精障者與家屬這樣的互動經驗似乎不是社會的主流價值。因此在評鑑制度的洪流之下，專業人員以精神復健機構的評鑑基準檢視機構日常生活的運作，然而現有的服務一切看起來似乎都達不到專業的標準，因此專業人員建議我應對機構的服務進行改善，並增購設備和硬體。然而改善的過程並不順利，因應評鑑基準所做的服務改善，對於曾經擔任專管員的我而言，服務的提供並未針對精障者的需求設計，而我對精神復健的工作經驗告訴我，服務應以案主的需求為中心，促進案主的權益與增強權能，在這個過程中的工作經驗使我對精神復健專業的實踐產生衝突，我開始對精神復健的專業產生疑問。

經過這些波折，我開始思考精神復健人員的工作樣貌為何？評鑑制度又如何規範精神復健人員的專業？體制權力下對精神復健人員的專業實踐又產生了什麼影響？

第二節 研究目的與問題

依據前述之研究背景和動機，本研究之目的如下：

- 一、研究者由個人經驗的工作樣貌所產生的問題意識為基礎，進入精神復健人員日常生活的工作脈絡，藉此探究精神復健人員的工作樣貌。
- 二、瞭解精神復健人員在權力體制規範的評鑑制度之下，對實務工作中所展現出來的工作樣貌及對專業的實踐。

依研究目的發展出的研究問題如下：

- 一、探討在體制權力規範的評鑑制度下，精神復健人員工作樣貌為何？
- 二、在這樣的工作樣貌之下，精神復健機構的評鑑制度如何建制專業？在這樣的處境中精神復健人員又如何展現對專業的實踐？

第三節 名詞解釋

壹、精神復健

本研究所指之精神復健為採用精神衛生法第三條第五點之規定，為協助精神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。

貳、精神復健機構

依據精神衛生法第十六條第五點規定：為提供社區精神復健相關服務之設置，機構型態分為日間型及住宿型機構。本研究所指之精神復健機構，乃為日間型精神復健機構。

參、精神復健人員

本研究所指之精神復健人員，乃依據精神復健機構設置及管理辦法第三章及精神復健機構設置標準表之規定，於精神復健機構從事精神復健工作之相關人員。相關工作人員包括：負責人、社會工作人員、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及專任管理人員等。其中專任管理人員之職務為負責服務對象之生活照顧及輔佐訓練等相關事宜。指高中（職）以上學歷，並業已參加精神復健機構訓練課程取得合格證書者。但由專業人員擔任者不在此限。

第二章 文獻探討

本研究關注的焦點在體制的權力結構下評鑑制度對精神復健專業化的影響，以及精神復健人員在此工作樣貌下對專業的實踐。因此本章將分為三節，第一節首先討論精神復健專業的意涵，並由此理解精神復健人員專業化建制的脈絡；第二節體制權力與精神復健，將探究體制權力如何影響精神復健專業制度的建構，以及精神復健人員對專業實踐之衝擊和工作困境。

本研究所指之精神復健人員，依據精神復健機構設置及管理辦法第三章及精神復健機構設置標準表之規定，於精神復健機構從事精神復健工作之相關人員。相關工作人員包括：精神復健機構負責人、社會工作人員、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及專任管理人員等。

第一節 精神復健專業的意涵

本節將探討專業的意涵以及專業形成的路徑，而當專業形成後，個人如何在專業社會化的過程中產生對專業的認同？最後說明臺灣精神復健在評鑑制度之下如何達到專業化的地位。

壹、專業的意涵

一、專業的特質論

「專業」是職業「專業化」後的產物，也就是由職業專業化，讓職業的從事者擺脫雇主或管理者的控制，得以自己掌握工作的方式和內容；亦即勞工地位的轉換過程，由某一職業的從事者試圖控制和壟斷其所擁有的特別知識和技能，轉化成「社會地位」和「物質報酬」的過程（Abbot,1988，引自胡幼慧，2001）。

Carr-Saunders 和 Wilson 提出的專業特質，需具備兩項重點：1.要成立強而有力的協會（association）；2.具有足夠的政治權威。亦即專業權力的取得，需仰賴強而有力的同業組織，由此組織負責專業教育訓練和證照制度，以提供具有品質保證的專業人員；另外還需要有公權力的支持，在政策或法令上（如醫師法、機構設置管理辦法）對其他非經訓練的人，給予限制與規範，以確保專業的地位（胡幼慧，2001）。

西方學者 Greenwood（1957）從社會學觀點指出，專業是一個有組織的團體，透過與社會的不斷互動而形成母群體的特質，也經由正式及非正式關係來落實社會功能，同時也創造出自己的次文化（蔡漢賢，2000）。其所提出專業的五項基本特性最具有代表性：1.一套系統的理論體系；2.具專業的權威；3.獲社區的認可；4.一套共同信守的工作道德守則或信條；5.一套專業的文化（廖靜薇，2003）。

陶蕃瀛（1991）探討專業與非專業本質上的差異應是：1.專業是有組織的職業；2.專業是一種有壟斷其職業市場之能力的職業；3.專業被社會大眾認為是「為公眾利益，謀社會福祉」的職業。也就是說，專業是鞏固地位與權力的一種界定歷程，當職業專業化後，其被取代性愈低，其地位與權力便愈高，以便操控工作。

綜上所述，專業的特質可歸納為：1.擁有一套系統的理論與方法，具有科學理性的邏輯，專業人員依據這套科學知識體系的理論而非僅憑經驗提供服務；2.排他性，以保障其專業的品質，並使他人無權干涉或限制，透過自身專業組織運作的力量，控制欲加入此行業者的資格，維護此行業既有的專業地位，並訂定其專屬知識的範圍，排除其他行業的介入而獨享此知識的權威；3.專業組織共同發聲：確立工作的專業性並且發展組織的專業性，明確說明從事此行業的資格、服務內容和方法之標準，以及提供服務之前所需受的技術訓練，並通過和考試合格等；4.有足夠的政治權威，獲得社會認同：確立專業的權威，並得到社會的認

可；5.專業倫理守則：有共同信守的工作道德守則，成員接受專業規範的約束，服務不涉入個人情感與價值判斷，以反映其特有的價值、規範及特殊的次文化。

二、專業的權力觀

羅曉瑩（2005）以「權力論」的觀點，指出專業並非是一種理性的界定過程，專業是一種職業成就的評價結果，哪一種職業在社會分工中佔有較重要的地位，於是它就可以自我操控其工作的本質。即當某些職業的可替代性愈低，那麼其所擁有之專業界定也就愈加明顯（林萬億，2002）。

1970年代興起的另一研究取向——一般稱為「權力論」的專業社會學分析中，強調專業興起並非某些社會結構下必然的產物，而是某一職業為達到其優勢地位，所展現的權力角力過程。專業化，就是權力較勁的過程。Johnson（1972）在其《專業與權力》（Professions and Power）一書中就批判，過去著眼於專業特質與功能的研究，太過接受專業者自己所提出的專業定義；如「利他」等元素，根本可能是一個取得專業特權合法性的策略性宣稱，而非專業者實際的特質（轉引自吳嘉苓，2000）。這些自 1970 年代起著重權力面向的社會學家們紛紛提出，先不要問某些職業到底是不是個專業，而要問某些職業為何能集體向上流動，達到專業的地位，而所依靠的又是什麼樣的權力資源（吳嘉苓，2000）。

Freidson（1970）以權力分析詮釋專業應包含「自主性」和「自我規範」兩個層面；而自主性的取得需經由契約的訂定和對社會的說服而取得，契約由接受過專業知識及教育訓練的菁英共同決定的，在內部菁英的控制下，確立工作的專業性並且發展組織的專業性，這套契約成功實行後還需具備對社會有效說服的策略，才能得到社會對其自主性的認可，也才有助於其自主團體的發展；而專業發展其自主性時，同時必須發展出自我規範的機制，以保障其專業的品質，並使他人無權干涉或限

制。當專業團體沒有自我規範的能力且缺乏社會控制，就會造成濫用自主權，自我規範機制的失靈便會造成專業宰制下的權力失衡（引自胡幼慧，2001）。因此在專業發展的過程中，專業化是專業自主程度的提升，強化對其職業領域控制能力的過程。國家體制是社會體制內分配資源的主要公共場域，如果能夠取得與國家體制良好的關係位置，則可以穩定的獲得社會資源之分配，當一個專業的組織或個人若要取得國家資源，並且在國家體制內取得合法的專業地位，就必須選擇向國家體制靠攏，以獲得公權力或得到公權力的認可支持（陶蕃瀛，1999），達到職業的專業化。

在上述有關專業特質的論述中發現，我們習慣以一種客觀、理性標準化的指標加以規範和評量專業，一個職業是否符合專業具有一套標準化的操作定義，在社會上佔有重要的地位及不可替代性，建立共同信守的倫理守則，在獲得社會的認可後也同時建立專業的權威，並且在國家體制的權力結構之下，獲得公權力的支持與認可，就能夠在社會上得到應有的專業地位。

三、專業認同的意涵

當專業形成後，個人如何在專業社會化的過程中產生認同？Hall（1968）在「專業模型」（professional model）的實證研究中提到的「態度特質」（attitudinal attribute）：1.視專業組織為其主要之參照來源：不論是正式的專業組織抑或非正式的專業同僚團體，都是專業人員之想法與判斷的主要來源與依據；2.服務大眾的信念：從事該專業工作不僅只為一己之利，而且具有為公眾謀福利的社會性意義。3.自我規範的信念：相信只有同行的專業人員才足以去評斷專業性工作的功過得失，意即同事間相互控制的信念；4.使命感以及自主性（萬育維，1996）。而Hall 所謂的態度特質即為專業認同的意涵，因此萬育維（1996）在探討兒童保護社會工作人員的專業認同與工作滿意之間的關係時，將專業認同歸納

為個體在社會關係的結構中，透過參與互動，內化了專業價值、知識體系、倫理守則、專業行為及目標等，所形成專業的自我意象，是一種具有專業的職業人格，對專業生涯產生執著感的過程。他更進一步提出專業認同包括了專業意識型態、專業理念架構、專業行為、專業投入及專業角色等五部分的認同。

由此可知，「專業認同」的「認同」是一個歷程，也可以說是一個「學習」的過程或「內化」的過程，學習如何將專業的知識體系變成自我人格的一部份，對專業產生自我規範的信念，形成對專業實踐的自主性。然而羅曉瑩（2005）指出其個人對社會工作始終具有高度的專業認同，也在大學畢業後即刻投入了實務工作，而卻也隨著接觸社會工作時間的增長以及觸及面向的增廣，產生對專業認同的障礙，在工作中持續累積的負向工作感與低度的工作成就感，著實無法增加其個人對社工之專業認同，而專業的實踐就更不是在高度專業化之後就可如願達成的心理成就。

一個人的專業認同程度足以影響其工作的感受與專業的表現（梁畢玲，2006；萬育維，1996）。他對自己身處此一職業的自我概念，知覺到特定的工作情境，賦予意義並採取行動，是具有十分重要的地位。專業人員對於專業之認同程度將足以影響其工作感受和專業表現，而專業認同度愈深就愈能夠對工作產生正向之工作感受，也愈有可能有較佳之專業表現；反之，則會導致對工作產生工作厭倦、也難以勝任專業角色，甚至還會形成專業社會化過程中之障礙（萬育維，1996；羅曉瑩，2005）。

廖靜薇（2003）和黃侃如（2004）對精神醫療社工進行專業認同之相關研究時，將專業認同的意涵歸納為四個面向：對專業意識型態的認同、對專業理念架構的認同、對專業行為的認同、對專業投入的認同（廖靜薇，2003；黃侃如，2004）。綜觀以上論述可以瞭解，這四個面向包含對專業知識體系的認同，並且因認同的程度而對個人產生不同的思

考、工作感受與工作表現。

貳、精神復健人員的專業之相關研究

過去與精神復健人員專業有關的研究並不多見，因此文獻回顧重點將以精神醫療相關人員為主，並參考醫護人員、社會工作者、諮商輔導人員、教師以及助人工作者等與專業有關之文獻，藉以探討可能影響精神復健人員的專業之因素。

專業人員透過學校教育的學習、專業組織訓練建立專業的知識體系（李致瑩、鍾麗英、陳詞章、施陳美津、楊念慈、潘瓊琬，2006；黃侃如，2004），對於專業人員在團隊的工作角色、專業分工和性別，以及對職務的勝任感會影響其對專業認同的程度（李致瑩等人，2006；廖靜薇2003）。除此之外，當醫療體系以績效管理和利潤為導向時，專業人員在國家體制和外在經濟環境的變遷下，對專業的認同與實踐產生衝突（黃侃如，2004）。

而在組織的結構中，機構的制度、工作結構和分工明確等機構特質，以及同事關係、督導領導和科層組織的階級和權威等，與專業人員對專業認同的影響亦有相關性（萬育維，1996；廖靜薇，2003）。

亦有研究指出專業概念的界定對專業認同的提升並不重要，專業化是一種政治的過程，透過權力掌握專業的自主性，得以取得特權與威望並達到專業地位（吳秀玲，2004）。張廣運（2003）和張馥媛（1991）的研究也發現，臨床心理師長久以來受到精神醫療模式的影響，在精神醫療的權力體系中，臨床心理師的專業地位較精神科醫師的專業地位來得低，專業的自主性在階層結構下是否能獲得重視，便要看領導者的態度。

李栩慧（2005）和陳彥君（2005）在探討助人工作者面對自身專業形象與專業認同時，指出助人工作者與個案的生命經驗是相互影響與牽動，對專業是由外在認同轉變成內在認同的過程；並藉由自身經驗與專

業知識體系的反思，瞭解專業體制及權力結構的競爭對專業認同的影響。

在對資深專業助人工作者的研究中發現，影響助人工作者對專業認同的因素包括了：1.大學時期對助人社團的接觸；2.對助人價值的肯定和認同；3.工作中的督導或具楷模長者的支持與引導；4.同事間的切磋；5.專業成長，包括對助人理論與技術有更多的掌握與實踐力，進而能從工作中體會到其對助人價值觀的實踐；6.工作環境能讓個體有所發揮；7.家庭的支持與接納等。這些都是提高助人工作者其專業認同的正向因素，而至於缺乏有系統與深入的訓練、機構不合理的體制等因素，則會對專業自我的發展產生阻礙（李憶微，1989，引自羅曉盈，2005）。

在國中教師專業認同之研究中，洪瑞璇（2007）發現教師專業認同的建構是由教師主體的生活出發，而非本質化的採用教師角色，來回應工作需要、或生活事件中顯著事件與他人之影響，因此教師工作的內容未必與國家主流政策規範的要求一致，有時甚至是互相衝突悖離的。然而教育結構的複雜、交織且多層次的形式，影響教師對專業認同之建構。因此教師的「意識覺醒—自我反思—選擇行動」是建構其專業認同時主體展現之模式，同時運用不同層次的行動，共同發聲並運用資源，嘗試在現實環境和專業認同之間尋找平衡點，來抗拒結構的壓迫宰制甚至改變結構（洪瑞璇，2007）。

由此可知，上述影響專業認同的因素，也可能會影響精神復健人員。雖然有部分研究提到體制、權力關係對專業認同和工作的影響（張馥媛，1991；吳秀玲，2004；李栩慧，2005；李憶微，1989；陳彥君，2005；張廣運，2003；洪瑞璇，2007）。然而在體制的權力結構之下，是否影響精神復健人員對專業的認同以及專業的實踐？而在精神復健的工作場域中，體制權力背後的意識型態，亦尚未有相關的討論。

參、臺灣精神復健的專業化

民國54年台大醫院精神科首先設立精神病人日間留院模式，開創了社區復健的觀念。在民國66年至67年其間台北市立療養院與彰化明德醫院等成立院內職能復健工作場和康復之家，開放精神病患正式走出醫院並居住於社區之中。在民國70年至76年間，各地區療養院體系發展各種社區復健模式，其目的皆是以培養病患各種社會生活及工作能力，為適應社區生活作準備。至民國79年度衛生署正式委託精神科醫院試辦「精神病患社區復健計畫」，將原在醫院內的社區復健計畫推展到院外的社區復健工作，精神衛生法也在當時通過，條文中明訂社區復健之定義為：「本法所稱社區復健，係指為協助病人逐步適應生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療」。並於施行細則第二十、二十一條明訂，社區復健及居家治療的項目及機構設置標準。為因應民國84年全民健保的實施，衛生署在民國83年底將仍在試辦階段的社區復健方案制度化，通過了草擬已久的「精神復健機構設置、管理及獎勵辦法」，目的即是鼓勵民間參與推廣以社區為基礎的精神復健方案（張作貞，1997）。但其中對於消防、建管設施要求規定門檻過高，不利於民間機構立案，以及負責人必須是服務於精神醫療機構或是衛生機關之精神醫療專業人員，成為精神復健設施增設的阻礙因素之一（宋麗玉，2004；張作貞，1997）；因此在民國86年該法修正後放寬負責人資格為任職於精神復健機構或衛生、社政及勞政主管機關補助辦理之專任人員四年以上者即可擔任（宋麗玉，2004），目的即在於降低設置門檻，鼓勵民間團體設置。當時專業人員聘僱不易，因此有意辦理的民間團體，家屬及民間團體開始運用非專業人員提供社區復健服務。

綜上所述，為使精神復健機構符合社區照顧的潮流及專業化的定義，衛生主管機關也制訂相關的一套客觀、理性的指標加以規範和評量，而精神復健也因為符合專業具有一套標準化的操作定義，在獲得社會的認可後也同時建立專業的權威。

為了強化精神復健的專業品質，王馨梓（1993）在分析臺灣地區精

神病患社區復健工作的研究結果中，建議衛生署制訂一套完善的管理督導辦法，以定期評鑑機構之服務成果作為監督服務品質和後續申請經費補助的依據。民國92年衛生署委託醫策會開始對社區精神復健機構制訂評鑑試辦計畫，主要是針對社區復健中心與康復之家進行醫療服務評鑑。民國93年進而制定評鑑標準，評鑑結果將作為與中央健康保險局簽訂特約機構之依據，呼應專家學者認為精神復健應提升專業服務品質及專業人員配置，該法於民國97年修訂並更名為「精神復健機構設置與管理辦法」，其中第三章規定，精神復健機構應置專任負責人及相關工作人員，負責人之資格條件應符合下列各款之一：

- 1、曾服務於精神醫療機構，從事精神醫療專業工作二年以上之醫師、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及社會工作人員。
- 2、曾服務於衛生機關，擔任精神衛生行政工作五年以上之醫師、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及社會工作人員。
- 3、曾服務於精神復健機構或病人權益促進團體，實際從事服務精神病人工作五年以上之醫師、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及社會工作人員。

相關工作人員包括：社會工作人員、護理人員、職能治療師（生）、臨床心理師及專任管理人員。其中兼任之專業人員必須服務於評鑑合格之精神科醫院兩年以上；專任管理人員之職務為負責服務對象之生活照顧及輔佐訓練等相關事宜，指高中（職）以上學歷，並業已參加精神復健機構訓練課程取得合格證書者。但由專業人員擔任者不在此限。

由此可見，精神復健人員主要還是以精神醫療的專業人員為主，其他非精神醫療領域之人員則需接受過相關訓練始可擔任。對於負責人資格的限制，其依循的邏輯又為何？精神醫療體系的規劃上，確實長期以來是重機構而輕社區，回顧臺灣精神醫療在去機構化之前，精神障礙者

被集中收容在醫院之內，精神醫療專業人員能夠輕易的掌握他們的病情，並且清楚的瞭解其需求，專業人員常受限於本身所學的理论訓練和意識型態，在過度專業化的發展之下，忽略專業主義中所強調的知識和技巧並非全然是科學的、不可被挑戰的，而精神醫療領域便利用其傳統的權力來強化既存的社會次序（王馨梓，1993），因此對於負責人資格也用如此的方式來規範，但是在去機構化之後，精神醫療人員所需面臨的挑戰，是如何協助散居在社區中的精神障礙者獲得持續性、整合性的社區照顧。

負責人資格的嚴格把關，顯示衛生署重視精神復健機構的專業服務品質，對於民間有意願辦理者要聘僱符合資格的負責人並不容易，使得大多數精神復健機構都是由醫院設置，或與醫院有關。如此規定又如何回應社區照顧的理念，或民間團體想要投入精神復健服務的可能性，特別是國外由病患經營的社區復健服務已蓬勃發展，我們又如何回應這種趨勢（宋麗玉，2004）？而健保給付制度限制各單位發展社區復健的意願，健保制度開辦後，給付朝向住院而非出院治療，其發展大多朝利益導向，使病患、病床集中在醫院，社區復健因為給付制度設計的關係，缺乏利潤的誘因，加上建築及消防法規對於精神復健機構的限制（李栩慧，2005；陳紀言，2004），以及精神復健評鑑基準要求高比例的專業人員人數，以服務量作為服務品質的指標，使得醫療社區化無法在精神復健的理念下實踐（羅美麟，2009）。江一平（2008）的研究也發現，因為評鑑制度和設置標準的規範，造成部分康復之家為了迎合體制而忽略精神復健的目的，在評鑑制度影響下為淪精神醫療模式的延伸。衛生署在民國93年全面施行精神復健機構評鑑後，精神復健人員視其為「一套標準化的理論與方法，具有科學理性的邏輯，專業人員依據這套科學知識體系的理論而非僅憑經驗提供服務」，是否更加深精神復健人員對體制的遵循？

對於專業，我們習慣以一種客觀、理性標準化的指標加以規範和評

量，一個職業是否符合專業具有一套標準化的操作定義，在社會上佔有重要的地位及不可替代性，建立共同信守的倫理守則，在獲得社會的認可後也同時建立專業的權威，只要符合這些專業的認證就能夠在社會上得到應有的專業地位。當專業形成後，個人在專業社會化的過程中，對專門學問、職業的認可與贊同，有意願投入、接受、對專業工作內容、環境的滿意、堅持、有歸屬感等含意，能從中肯定自我，發展並實現自我，更進而對此專業產生期望、為身為一份子而感到榮耀，進而對專業生涯產生執著感的過程便產生專業認同。由此可知，從專業到專業認同，是個人由內在自我與外在環境不停的來回互動的過程。從了解「我是什麼樣的人」之後，進而想像「我要成為什麼樣的專業人員」。

由臺灣精神復健發展的過程中，精神疾病治療的模式早期著重的是疾病與症狀的控制，一直到有去機構化與精神復健的概念，政府也因應這樣的趨勢開始規劃試辦方案的補助計畫。過去未有相關精神復健規定時，即有部分民間團體或精障者家屬自行辦理精神復健服務。但是在法令頒佈後，對於設置標準中，消防、建管設施要求規定門檻過高，以及負責人必須是服務於醫療機構或是衛生機關之醫療專業人員，也成為精神復健設施增設的阻礙因素之一，同時不利於民間機構立案。而對於長期從事精神復健工作者，可能因為缺乏相關經歷或專業人員的認證，因此在地的精神復健人員多半無法成為體制所認可的專業人員。體制權力、機構制度等因素可能會使精神復健人員對於專業認同產生懷疑。在這個過程中，精神復健人員對於精神復健工作的專業認可與贊同，投入的意願，以及對專業工作滿意度、和歸屬感等都可能受到影響。

臺灣精神復健工作的專業化，透過修訂設置辦法、提升負責人資格及專業人員比例以及評鑑制度，以達到所謂專業化的服務品質。衛生署全面施行精神復健機構評鑑後，評鑑辦法和機構設置標準似乎也成了精神復健的專業準則？

第二節 體制權力與精神復健

本節將延續上節對精神復健專業化的討論，探究在權力結構和科層體制下，對精神復健專業發展的影響。

壹、權力結構下的精神復健

人們通常把權力關係視為單向性的，掌握權力的人對被其統治的人實施自上而下的控制、支配，從而構成了直線式的統治與被統治的關係。但傅柯（引自陳炳輝，2002）認為，權力不是一種自上而下的單向性控制的單純關係，而是一種相互交錯的複雜網絡，在各種局部中不斷流動，具有多變的型態。權力以網路的形式運作，而且既處於服從的地位又同時運用權力，因此在權力的流動上大略分成兩方面：1.在組織的權力階層上，地位較高的人通常是下位者認同的對象，高級領導人物如何看待其他專業人員，也可能促使其他領導者仿效，因此組織中主管的態度亦有舉足輕重的影響。這種權力是由上而下的；2.個人都處於相互交錯的權力網絡中，在權力的網路中既可能成為被權力控制、支配的對象，又可能同時成為實施權力的角色（陳炳輝，2002）。這種權力較不同以往由上而下的概念，也有可能是由下而上的權力觀。

精神醫療團隊中的各個專業人員視自身的專業訓練作為服務的依據，有獨特之技術與取向，運用其不同的專業技術與技巧，處理團隊共同的問題，同時不斷的溝通、審視、評估，並針對病人的需求提供較完善之醫療服務。而團隊各自處於專業權力結構中不同的位置，的確需要整合協調，若未經整合，權力角力的結果可能會造成不平等關係。進而從權力觀點檢視專業，我們發現：1.擁有權力和權威似乎就擁有專業嗎？2.在機構上位者是如何運用專業體制及權力結構來管理或操控下位者？3.機構下位者以其專業塑造的權力，是否能夠因應或對抗上位者的控制？4.新進人員與資深人員因應策略又有何不同呢？5.在醫療組織中各專業人員的專業背景、專業地位、工作性質等，是否影響其擁有的決策

權力？

貳、科層組織下的精神復健

當醫療服務被置於科層化的場所中進行時，出現的第一個效果就是，在強調理性和效率的科層化體制之下，組織設計所採用的是適用於大多數人的「普同主義」，而非考慮個別需要的「特殊主義」。因此，以個人特殊為重點之醫病關係的本質，即很容易在科層體制內被扭曲；醫院組織成員的活動，也因而容易偏離其原有以病人為主體和以治療照護為本職的目標（張苙雲，1998）。現代醫院是一種特殊的「大型組織」。就像其它的「大型組織」一樣，由許多互相依賴的部門或群體所組成，它有特殊規則和固定的「官僚程序」，它擁有特定的人與物質資源和便利性，同時也被設計成去追求某一種特定的目標（胡幼慧，2001）。

根據韋伯的說法，科層組織具有五種特徵：1.樹立規則制度的權威性，強調組織日常的運作規則及應有的權力皆有明確清晰的訂定，依規則行事可避免人為的因素影響組織的效率及效能，使組織結構得以穩定且持久；2.權威層級體制的設立能夠有系統的分工，並控制組織的日常活動，有秩序的分配上司與僚屬的權力，掌握權力的程度依職位層級高低而不同，在此層級體系中，上司擁有指導、監督和管理僚屬的權力，僚屬亦可透過既定管道向上級申訴；3.用人取材強調普遍性而不是因人而做不同的考量，人是的任用、升遷和考核是一去被任用者的知識、技術等，因科層組織分工趨於專門，唯有經過相當訓練及專業知識者才有資格被考慮任用；4.科層組織大部分的職位都應視為專職並予以專業待之，酬庸或兼職性質都會減少組織的效率；5.文件檔案制度化，此為現代組織管理的基本要件，無論是組織章程、行政文件、合約及會議記錄等都需明文記錄並存檔備查，因文件檔案的建立使組織的日常作業依其記錄內容作業，不受時間、空間轉變影響，意即組織的基本元素是職位而非人（張苙雲，1998）。

廖靜薇（2003）則歸納科層制度帶來的限制大致可分為：1.缺乏效率：分級審理原則的貫徹，必然會帶來徒然增多的文件數量，可能會使文牘主義風氣蔓延；強調履行職務活動必須在文件形式上齊全的過分求全態度，反而會使處理公務的效率降低；法規明確規定了官員的權限和職責，又可能產生對管轄以外的事情漠不關心、互相推諉，本位主義和派系主義的消極現象；處理公務嚴格按照規章制度，意味著將人的關係轉變為事的關係，又可能會帶來科層制式的冷漠態度；2. 影響專業自主性：科層的本質即是在控制，使組織的活動可以在一種穩定和一致的情況下進行，因此，成員在組織中的活動和行為，基本上是在組織允許的情況下發生的。科層組織的權威結構、行政規章，往往限制了專業人員運用其專業判斷的自由，並妨礙知能活動的發展和創進，干擾專業倫理的遵從（張苙雲，1998）。科層組織表現出來的是特殊訓練的專業工作人員，職責的清楚畫分，規章限制以及階級分明的服從關係。科層化和革新的字眼通常是不會同時出現的，大部份科層化組織並不知道他們有能力可以去激勵新點子和實驗的產生，尤其是在人類服務的領域中。過度科層化的人類服務工作場所會導致低工作滿足與耗竭。3.缺乏人性化：韋伯是襲用了馬克斯的異化概念，認為科層制是一種有其力量和價值所在的社會力量，但它同時也逐漸發展成使人成為其附庸的社會力量。

在科層組織中，專業人員的行事，並不是完全可以依個人「專業」的判斷而進行，自由運用決策權也是有限。社會組織特別強調「方法」（means）和「成果」（ends）之間的關係，強調「效率」的追求及合理的運用社會資源（張苙雲，1998）。科層組織控制專業人員行為的呈現，專業人員在科層組織中任職，就是一個組織人，是難抵抗科層組織的控制與影響。在科層組織的限制下，專業人員可能會陷入科層主義，獲得特權，形成另一種社會階層，只著重對事的處理，失去對人的關懷；或是因權威結構、行政規章、職責畫分清處、階級分明的服從關係等等，而限制了其運用其專業判斷的自由，並妨礙知能活動的發展和創進，甚

至干擾專業倫理的遵從。而當「專業人」進入科層組織後，專業的落實竟也讓「專業人」自動演變成為是為維持科層制度的「組織人」，似乎也成為必然的趨勢（羅曉瑩，2005）。

精神醫療體系的社區復健方案，因為政策的限制和資源不足而影響設立資格或在運用資源時受到牽絆，或是因為本身的資源不足，必須仰賴醫院的資源，醫院因此而掌握主導權，由醫院的主管階層涉入過多的決策權，精神復健人員失去自立的自主權（謝宏林，1999）。

綜上所述，精神復健在發展的過程中似乎可看見精神醫療權力結構的影子。醫師通常是擔任團隊中領導者的角色和團體的中心，對於其他專業人員是否介入治療的過程具有決定權。例如精神障礙者要進入精神復健機構，需要精神科醫師開立「慢性精神病患社區復健轉介醫囑單」（以下簡稱轉介醫囑單或轉介單），過去精神障礙者欲參加職業訓練、就業服務，則必須由精神醫療專業人員開立「醫療諮詢單」，決定精神障礙者是否可以接受社區復健服務。再者，精神復健延續精神醫療的模式，承襲了雙軌權威的科層組織。在科層組織的限制下，精神復健人員可能會陷入科層主義，形成另一種社會階層，只著重對事的處理，失去對人的關懷；或是因權威結構、行政規章、職責畫分清處、階級分明的服從關係等等，而限制了其運用其專業判斷的自由，並妨礙知能活動的發展和創進，甚至干擾專業倫理的遵從。

如果我們將國家規範的制度與體制看成一個「大科層體制」，則精神復健機構則是在此權力結構之下的「小科層體制」，我們不難發現「小科層體制」會隨「大科層體制」而變動。但是「小科層體制」內部是如何因應「大科層體制」變化而衍生對策？而且其中又包含多少權力流動的關係？

第三章 研究方法

本章第一節將說明研究取向，並簡述建誌民族誌的重要概念，以及採用建制民族誌之理由，第二節呈現研究參與者與其相關背景，第三節說明研究工具，第四節敘述本研究的資料收集與分析架構，第五章說明研究的嚴謹性，第六節討論研究倫理。

第一節 研究取向

社會科學研究的三大取向：實證主義、詮釋社會科學與批判社會科學，不同的研究取向有其哲學假設與原則，以及其進行研究時特有的觀點。實證主義社會科學應用最為廣泛也最為人熟知的取向，以精確的量化資料、測量工具和所得數據來驗證假設，強調客觀和中立。詮釋社會科學則主張應該反省、檢討、分析研究者觀點與感受。然而批判取向是為了幫助人們改變狀況、建構更美好的世界，超越表面的幻覺，並揭露物質世界真實結構的批判性調查過程（朱若柔譯，2000）。目前大部分的社會科學研究大多傾向於使用前二者，建制民族誌強調研究者由自身的生活經驗出發，有別於實證主義所宣稱的客觀、中立。但是又與純粹探究主體認知識界的詮釋取向又有所不同，因為建制民族誌強調要去發掘存在社會組織裡的統治關係，由一個位置出發，並且有明確的問題意識要來分析與說明，而此分析與說明具有強烈的批判性，目的是在於希望揭露統治關係並發展行動以去除建制。建制民族誌可說是批判民族誌（critical ethnography）的一種，強調研究者立基於日常生活的微觀描述中以分析背後的權力或宰制關係，使意識型態與日常生活經驗之間的關連得以具體呈現（王增勇、郭婉盈，2008）。

本研究試圖瞭解精神復健人員在權力體制規範之下的工作樣貌，嘗試分析評鑑制度與實際工作經驗之間的斷裂經驗，並發掘體制背後的意

識型態是如何運作。因此透過建制民族誌作為探索問題的角度，以研究者自身在精神復健機構中的斷裂經驗作為問題意識的起點，透過與精神復健機構資深的管理者或專業人員的訪談，並沿著事件脈絡描繪出在精神復健體系的權力運作，亦試圖分析機構規範、政策法令中的相關文本如何複製不平等的權力關係。

以下將介紹建制民族誌之概念，並透過建制民族誌的視角，說明本研究之問題意識以及日常工作經驗與權力關係之間可能產生的連結。

壹、建制民族誌簡介

建制民族誌（Institutional Ethnography）是加拿大當代女性主義大師 Dorothy Smith 所發展的一種探究路徑，其發展建制民族誌的思考起源於她生命中被異化的經歷。她是一位女性主義的社會學者，從她的日常生活經驗中，感覺到當代學術主流文化、意識形態，與自己在家庭中照顧生活的經驗的斷裂。這二者之間，好似意識分歧的各行其事，卻又發生於生命個體的具體經驗中，這種身體經驗與理性認知之間的落差，被稱為斷裂（disjuncture）（王增勇、郭婉盈，2008；楊幸真、游美惠、楊滿玉，2005）。於是 Smith 開始由經驗出發，挑戰傳統以男性經驗為主所發展出來的學術論述，開始發展基於女性經驗與觀點的社會學。

建制民族誌中的「建制」，指的是一種特定功能而建構的制度，相較於一個具形的組織，例如：醫院、學校等具有疆界的空間，制度跨越不同場域作用在不同的社會關係中（王增勇、郭婉盈，2008），是一種統治的多元關係的交錯與協調，指的是一種複雜的統治關係（ruling relation），是一種個人的、機構的、專業團體的多元活動，以及在活動過程中所產生並傳播的論述，這樣的過程與論述會集結成特殊的功能，產生遠距的操控，例如：學校教育活動；而被操控者往往無法覺察其中的權力運作模式。Smith 提出建制民族誌的動機就是要創造可用於協助人們瞭解其被壓迫處境的社會學，並且去發現不同制度中的關連性與受宰制

的關係。使用民族誌 (ethnography) 是因為研究實際上所做的是在找尋人們到底在做什麼，還有他們對自己的生活有什麼可以談論的。

建制民族誌並不將研究的視角侷限於在地社會組織或人類生活經驗的描述，而是將每日生活世界視為問題化的開始，作為探究的來源。研究者的工作在於找出人類活動在社會關係⁴及多元在地場域中的位置，使人們進一步開始了解自己所未能覺察的生活及工作內容。

貳、建制民族誌的重要概念

由於在建制民族誌的理論與方法中，許多重要概念具有特殊性，且與過去既有的理論與方法具有差異，以下將說明建制民族誌的重要名詞與概念。

一、知識的建構與產生

現代主義知識觀依循科學實證性的典範，認為真正的知識或真理是普遍性，並且是可演繹與具說明性的，因此在地性、描述性或敘事性的經驗並不能成為真正的知識，頂多也只是充滿偏見的個人主觀經驗；知識的生產可經由可靠標準化操作再現與預測，並且符合客觀性與科學性的真實，這樣的現代知識產生一種支配的效果，使人們不斷的依循此規範生活，而這樣的日常運作就一再地被複製與維持；然而忽略道德價值判斷和自身日常微觀的經驗，卻使人的經驗在科學的框架下被分解而客體化，缺乏認識自己所存在之體制的能力。知識藉由論述以文本的形式連結人類活動，呈現出社會性的組織，透過意識型態的循環與複製，便構成統治關係的基礎，在不斷的生產、複製及實踐之下，在知識生產過程中生產者背後的意識卻也消失不見。

⁴ 此處的社會關係(social relations)並非是一般社會的、文化的或血統上的靜態關係 (呂美慧, 2008)，而是指人類彼此在不特別意識到的情形下，在跨時間與跨區域中，協調其生活的複雜活動。

二、文本作為媒介的統治關係

組織透過文本進行的，經由標準、複製的文本，跨越不同的場域，進行人類活動的概括化，使外界的規則直接進入人們的日常生活世界，文本可以透過各種形式來侵入、滲透在地情境，例如被閱讀的文字，可以是印刷出來的文字，也可以是電腦軟體的文字。文本能夠協調在地情境與特殊時間，亦能夠連結人們與外部的社會關係，協調與連結的作用，是經由人們對於文本的閱讀，以及其他讀者的接續動作產生。閱讀是一種交互作用的歷程，與讀者之間的關係是動態的，文本與面對面對話的差異在於文本無論被閱讀多少次，內容均不會產生改變，在不同情境、時間的讀者，都可能受到相同文本的規訓；例如機構之工作手冊、個案記錄、轉介單、評鑑表等。

文本的作用是在人們使用它的過程當中被啟動(activate)，個人的經驗在進入組織中便開始了客體化的歷程，透過與文本之間的對話，產生去脈絡化與去情境性的訊息，個人不再具有個殊性，而此片段的經驗成了文本建構事實的說法，個人經驗則被類別的一般客觀意義所取代，形成相同一類的人群，個人的自我經驗和觀點就這樣被文本收編而隱沒(呂美慧，2008)。

文本與其啟動過程，建構了人們之間的社會關係。這樣的啟動過程，能夠使得文本的統治能力超越場域，協調不同場域的人們的行動，因此讀者與文本發生關係便是啟動意識型態的循環。然而文本在去除個人經驗所建構出來的事實，與個人實際的生活經驗間的落差，造成斷裂的經驗。人們通常無法察覺這樣的斷裂經驗，並且內化這些推論，當讀者以為在文本中找到自己做為讀者的主體性時，例如開始懂得使用文本技術或辨識值得成為文本的資訊時，其實就已經參與統治關係的運作。圖 3-1 說明了文本建構事實的過程。

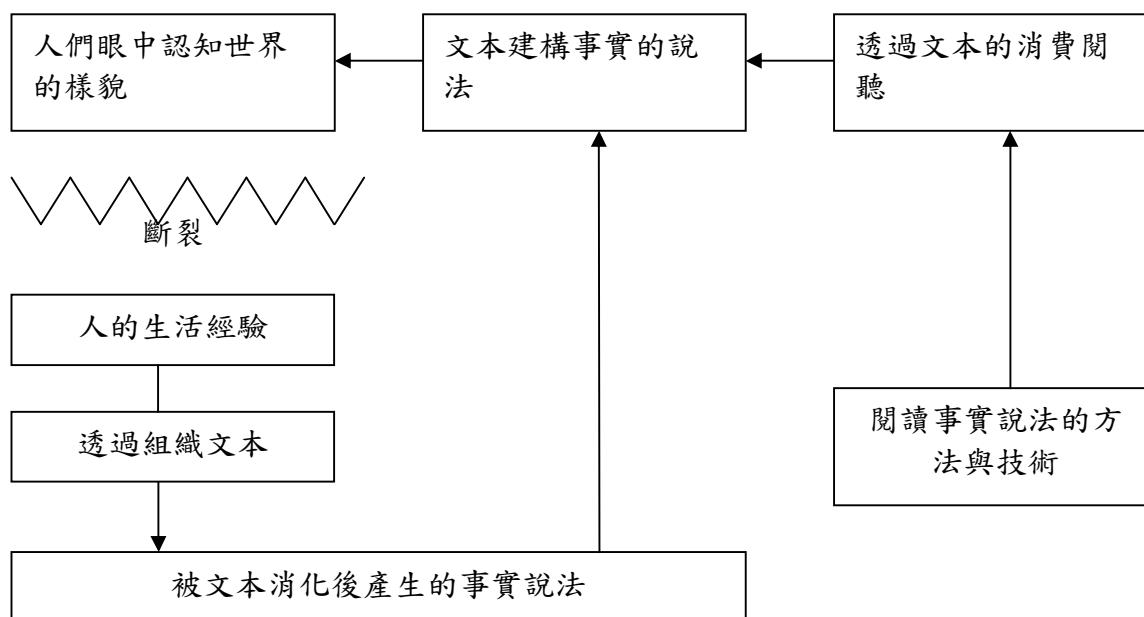


圖 3-1

文本事實的社會組成

資料來源：王增勇、郭婉盈（2008）。建制民族誌：勾勒在地權力地圖的社會探究。載於周平、蔡宏正（主編），日常生活的質性研究，36 頁。

圖 3-2 說明了建制民族誌重要概念之間的關係，以幫助我們進一步的了解不同概念在建制民族誌研究方法中的「位置」。在圖 3-2 當中，工作代表的是每一個體在不同在地情境當中的活動與經驗，這樣的工作受到了論述藉由文本做為媒介所產生的統治關係的影響。其次，個體與文本、論述之間的互動是雙向的，論述不但作用在個體的身上，個體對於論述文本的閱讀，及所產生的實踐，亦展現了論述的效果。不同在地場域當中的個體，受到論述、文本的統治關係影響所產生的協調與隱而未現的編制效果，便是社會關係。而全圖所呈現的，便是個體在論述、文本、社會關係、統治關係的交互作用之下的「建制」效果。

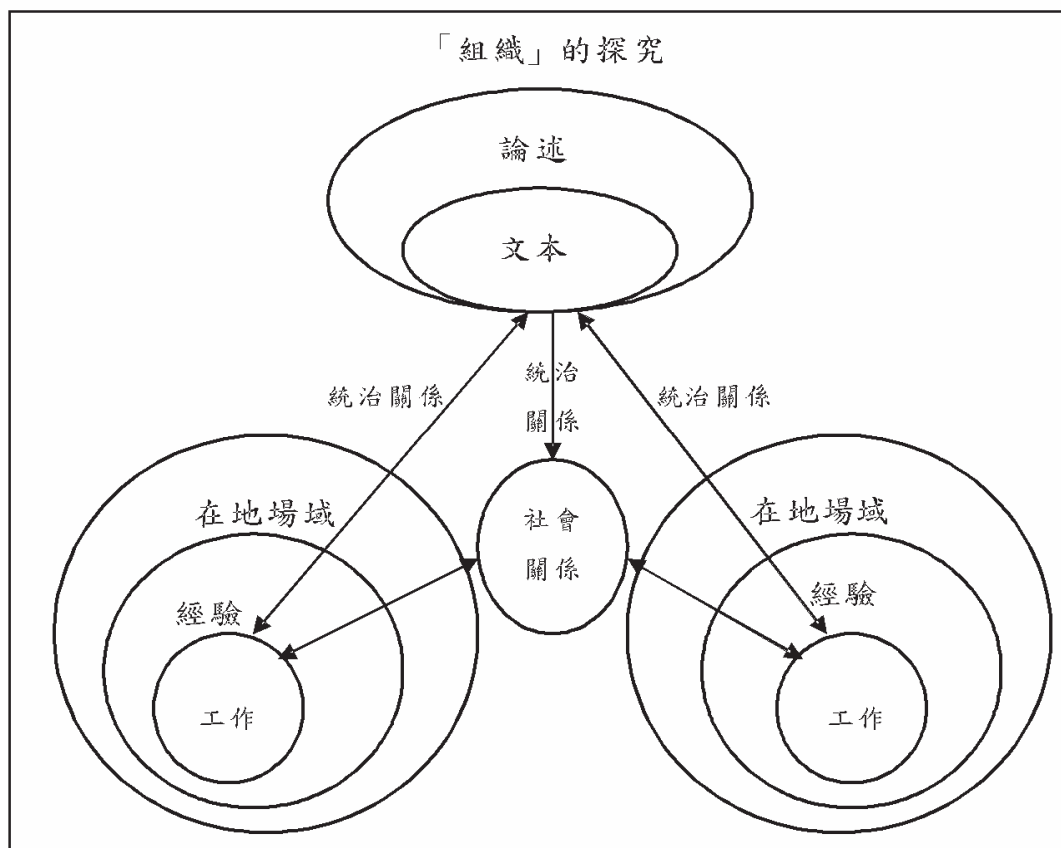


圖 3-2

建制民族誌之間的關係重要概念

資料來源：楊正誠（2005）。析論組織俗民誌的意義、概念、方法與實例。女學學誌：婦女與性別研究，20，238 頁。

參、問題意識的起點

建制民族誌將問題意識植基於日常生活中，以日常生活中的斷裂作為問題意識（problematic）的起點，並引導我們去探索問題和重新理解社會運作的一種可行性，而非只是一種抽象性的知識思考。在正式知識體制裡探究人們的日常生活經驗，與體制如何連接關係，研究者的目標便是要探究人們在特殊的在地情境中發生了什麼？並且探究人們如何透過活動與工作實踐，與組織進行協調與重構。

肆、分析步驟

本研究以建制民族誌的方法，藉由研究者個人在精神復健機構工作經驗與對評鑑制度的反思，以及與精神復健機構之負責人或專業人員和評鑑委員的訪談，並且透過相關文本的蒐集與分析，從不同的視角來檢視精神復健機構評鑑制度的具體運作以及精神復健人員對專業實踐的影響。

一、選定研究的立足點

本研究以研究者精神復健機構負責人的生活經驗為出發點，並選定精神復健機構之負責人或資深專業人員，同時具有經營管理經驗者作為研究參與者。

二、探究組織的工作制度與工作流程

由工作分工體系中，探索每個人所被賦予的角色與職權。本研究欲探討的工作制度為精神復健機構的評鑑制度，因此除了訪談對機構工作流程熟悉之負責人或資深人員之外，亦包含熟悉評鑑制度運作相關的相關人員。

以民族誌法對研究者進行訪談，並透過研究參與者的訪談資料與蒐集來的文件中，分析工作制度是如何分配工作？每個人的工作如何配合形成工作步驟，相互銜接使機構得以運作、完成預定的目標？

三、解讀工作流程背後所隱含的詮釋基模

工作流程都會有主導的論述在協調每個步驟的參與者進行必要的活動，這種論述會結晶成建制內通用的術語或分類系統，提供給建制內的參與者用來進行日常經驗的詮釋基模（圖 3-3）。組織中的文本，包括記錄、表格、公文等，是分析建制論述的重點。真實的生活經驗（A）會被主流論述的詮釋基模（interpretive scheme）（D）所篩選、分類與編碼（B），也就是透過基模被賦予意義，而產生出對經驗的說法（C），通常

會寫入文本中，成為建制中被看見的真實，而這些說法會進一步強化主流論述的觀點，因此具有自我複製的特性（王增勇，2010）。例如學員反應「昨天熬夜看棒球轉播，太晚睡沒吃藥，所以沒睡好」（A），工作人員撰寫紀錄時，「沒吃藥」和「沒睡好」的日常敘述需以「服藥態度」與「生活常規」（B）篩選與分類，而產生「藥物順從性不佳」和「生活作息不規律」（C）的專業術語作為對學員日常經驗的說法，然後撰寫於紀錄文本中成為真實，以醫療專業（D）的基模來解讀精障者的日常生活經驗。

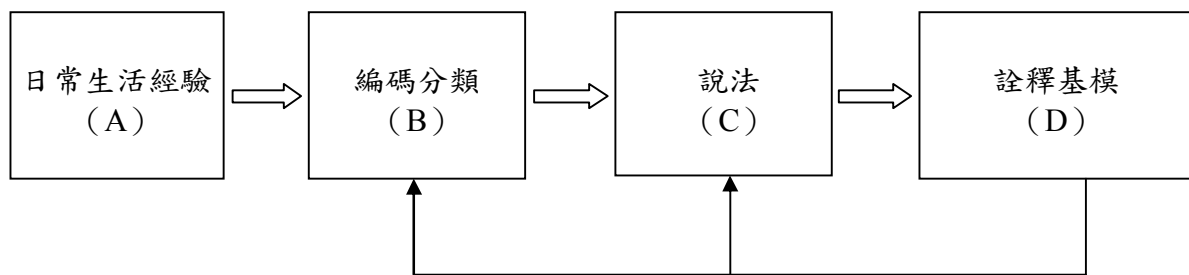


圖 3-3

從真實到說法的知識形成過程示意圖

資料來源：王增勇（2010）。建制民族誌：為弱勢者發聲的研究取徑。IE建制民族誌工作坊上課講義，2010年6月25日。中山大學社會學研究所。

四、跨地運作的意識形態如何強化外部社會關係

當研究者從一個經驗開始看見部分的建制運作，接下來是擴充這個建制運作的外推性到其他經驗，這個步驟需要我們將研究場域轉換到機構工作，而這個階段除了訪談持續進行之外，還需要其他分析技巧，例如：在地語言分析、文本分析等，因此在這個階段也將分析蒐集到的文本，包括機構使用的表格、紀錄，以及機構因循的法規政策等文本。因為文本可以跨越時空整合個人行為，我們需要追溯一套文件/文本來作為研究建制過程的分析，並蒐集其他經驗。當研究者所發展的詮釋足以勾勒出一個完整的社會建制體系時，也就是研究分析「飽和」（saturated）的時候（王增勇，2010）。

伍、小結

研究者認為精神復健人員似乎無法覺察日常工作經驗與權力關係之間的連結，在組織的規定和政策制度之中，透過文本決定每日的工作，雖然可以達成組織的工作要求，但卻無法關注案主的利益和需求；而這種在組織的規定與案主的需求之間的斷裂經驗，似乎也影響精神復健人員對專業的實踐。

建制民族誌的研究強調從個人日常生活經驗來提問，但並非指研究者只描述自身在地性的個人經驗，更重要是透過從個人經驗的困擾或提問做為起點，最後連結到與其他人、其他活動的社會關係。每個人在自己的特殊位置和生活經驗都有足夠好的知識，使其能夠順利的運作每日的生活或工作，並非一定是專家認定的事實才算是真正的知識。研究者將以在真實經驗中體會到的斷裂作為研究的起點，以國家透過評鑑制度與精神復健機構、精神復健人員和精神障礙者之間所形成的權力結構作為研究場域。建制民族誌的取樣不在於找出個體的特質，而是要追蹤流程裡位置與工作之間的相互關連性，先由研究者整理個人的斷裂經驗做為研究起點，透過個人在進入精神復健服務體系的工作經驗，挖掘在體制的權力結構下，精神復健機構的評鑑制度對於精神復健專業的實踐影響，以及專業人員對於評鑑制度與案主需求之間的拉扯。

第二節 研究參與者

本研究的研究參與者，設定為精神復健機構資深的工作人員。重點在於其本身對於工作經驗與專業的實踐間，有體會與感觸者。研究者期待訪談資料中，能夠包含精神復健每日的工作流程，以及機構組織回應評鑑制度的方式，而資深人員在同一領域中，累積的工作經驗及所產生的觀點，也能夠反應體制規範與專業間權力關係的運作脈絡。

考量尋找研究參與者的便利性，由於研究者工作的關係，與精神復健機構之間經常有業務往來，因此經由熟識的工作伙伴詢問符合資格者的意願，請他們將有意願者的聯絡資料留下，研究者再與其聯繫，再透過電話或面訪告知研究的目的與訪談的內容方向，並告知訪談過程需要錄音，為避免研究參與者有人情上或同事情誼上的權力關係或壓力，說明他們有拒絕的權力，之後詢問他們的意願。願意接受訪談者，研究者會再次向研究參與者說明本研究的研究目的，並瞭解其工作狀況、相關經歷，並澄清研究參與者對於本研究的疑慮。在研究者與研究參與者之間建立基礎關係，並簽訂訪談同意書（如附錄一）之後，才正式進入本研究的訪談。

研究參與者設定為曾於精神復健機構擔任經營管理工作之負責人或資深專業人員，或曾參與擔任精神復健機構評鑑委員者，對評鑑制度的運作有體驗與感觸者，重點在於理解不同位置的研究參與者，在與評鑑制度與交手的經驗之下，對機構日常生活運作和專業實踐的影響。期待藉由他們的經驗，來瞭解精神復健人員在權力體制規範的評鑑制度之下，對實務工作中所展現出來的工作樣貌及對專業的實踐。

因為研究者本身亦身處於本研究之研究場域中，而個人工作經驗亦為本研究之起點，因此研究者本身亦為研究參與者之一。本研究共有五位研究參與者，包含男性兩名，女性三名，平均工作年資約為 17 年，研究參與者 A2、A4 及 A5（研究者）目前皆為日間型精神復健機構負責人，

並身兼經營管理工作，A1 曾擔任住宿型精神復健機構負責人，以及日間型精神復健機構專業人員，皆為負責機構之經營管理，A3 及 A4 目前皆為精神復健機構評鑑委員，A3 現為某全國精神衛生專業學會之理事長，曾擔任精神醫療專業人員及精神復健機構業務之經營管理職務。茲將五位研究參與者之相關資料整理如表 3-1。

表 3-1

研究參與者之背景資料一覽表

研究參與者	性別	工作年資	專業背景 及證照	現職	工作資歷
A1	男	7 年	社會工作學系	社工主任	私立日間型精神復健機構社工員 私立住宿型精神復健機構負責人 私立精神科專科醫院社工員
A2	女	26 年	護理學系 護理師	負責人	私立日間型精神復健機構負責人 精神病患社區關懷訪視計畫督導 私立精神科專科醫院護理長
A3	女	27 年	職能治療學系 職能治療師	理事長	專業學會理事長 精神科專科醫院、精神復健機構評鑑委員 公立精神科專科醫院職能治療主任
A4	男	13 年	職能治療學系 職能治療師	負責人	私立日間型精神復健機構負責人 精神復健機構評鑑委員 公立療養院職能治療師
A5 (研究者)	女	12 年	臨床心理學系	負責人	私立精神復健機構專任管理員、負責人 精神障礙就業服務員

訪談主題依據訪談大綱可分為精神復健機構的工作經驗及評鑑制度對精神復健機構日常生活運作的影響，以及機構實務工作的操作經驗。五位研究參與者之平均訪談時數約為四小時，研究參與者訪談狀況整理如表 3-2。

表 3-2

研究參與者訪談狀況一覽表

研究參與者	訪談日期	時數	訪談主題
A1	98.10.13	2 小時	精神復健機構的工作經驗
	99.04.25	3 小時	評鑑制度對精神復健機構日常生活運作的影響與實務操作經驗
A2	98.10.21	3 小時	評鑑制度對精神復健機構日常生活運作的影響與實務操作經驗
A3	99.04.16	2 小時	精神復健機構評鑑制度的演進與實務操作經驗
	99.05.01	2 小時	
A4	99.06.28	2 小時	精神復健機構的工作經驗
		2 小時	評鑑制度對精神復健機構日常生活運作的影響與實務操作經驗
A5	98.10.05	2 小時	精神復健機構的工作經驗
	99.04.19	2 小時	評鑑制度對精神復健機構日常生活運作的影響與實務操作經驗

第三節 研究工具

本研究中以研究者為主要的研究工具，本節將說明研究者個人於精神復健工作與質性研究之相關資歷，以及訪談題綱之編制與運用。

壹、研究者

研究者從事精神復健相關工作至今約 12 年，工作位置由基層工作人員到管理階層，長期陪伴精神障礙者及其家屬，並與精神復健相關人員有工作上的交流，也累積豐富的互動經驗。也曾經多次參與精神復健機構及精神科專科醫院之評鑑工作，辦理精神復健相關方案，並擔任南部某民間機構之精障就業服務督導員。除了豐富、多元的精神復健工作經驗之外，在研究所進修期間，曾修習「慢性精神病患復健諮商專題研究」此一學科，使研究者對於精神復健領域的知識與實務有更深入的瞭解。另外也曾於本校教育研究所修習「質性研究的設計與實施」之課程，並於碩二學期間運用半結構式的訪談方式，針對精神障礙者參與交誼中心與現行社區復健機構服務之因素進行探討。在此研究過程中，研究者實際參與訪談大綱之擬定、訪談引導、訪談紀錄、觀察紀錄、訪談資料編碼與分析等，這些質性研究能力對於研究實務與論文撰寫也有所助益。

貳、訪談題綱

研究者依據研究目的，以自身在精神復健工作的經驗作為問題起點，整理個人在精神復健工作的斷裂經驗，透過工作經驗的蒐集和反思，再以開放性、不預設過多立場的方式，擬定半結構式的訪談題綱。訪談題綱在正式使用前，尋求兩位非正式受訪者進行試訪後進行修訂（附錄二），最後運用修訂後之訪談題綱作為訪談的輔助工具。在訪談前經研究參與者同意後，開始對研究參與者進行正式訪談，以瞭解精神復健人員的工作經驗與評鑑制度之間的關連性，並就訪談資料加以檢視分析，對於工作經驗中視為理所當然的事提出質疑，探究其發生的原因。為避免

一問一答的方式過於形式與嚴肅，而限制訪談過程的豐富性，研究者採用非制式依照訪談題綱的問題依序提問，訪談過程儘量使受訪者感覺舒服、無壓力，使其能夠暢所欲言。過程中研究者適度與受訪者分享談話內容的想法與觀點，或提出經驗能夠相互參照之處，不過度詮釋受訪者的想法，順著受訪者的脈絡進行深入、明確或延伸性的訪談，以豐富訪談的資料。

參、省思日誌

研究者在訪談後，透過省思日誌的紀錄，將研究訪談的經過感受、與研究參與者訪談的互動經驗、同儕討論、研究生督導會議、研究資料的分析與結果，以及研究者在研究過程自身的感受做進一步的呈現，或將研究過程中的稍縱即逝的想法即時記下，在進行研究的過程中，省思日誌中的紀錄亦可作為研究分析的要素。

第四節 資料收集與分析

本節將說明資料收集的方法，以及本研究之分析架構。

壹、資料收集的方法

一、訪談資料

進入正式訪談前，研究者先取得受訪者的同意再進行錄音。錄音檔由研究者親自整理為訪談逐字稿，並與研究參與者以面對面的方式，針對文意不清之處進行修正或討論，請其協助訪談逐字稿的檢核。對於前次訪談有模糊不清或語意不詳之處，則透過下次訪談中澄清。訪談資料僅作為本研究之參考，不會移作他用。對於整理過後的逐字稿，先寄給研究參與者審閱，以確認書寫方式及欲呈現的內容無誤。訪談逐字稿編號以 A1、A2、A3、A4、A5 作為五位研究參與者之代號，研究參與者代號後之兩位數字代表訪談次數，由 01 開始予以流水編號，最後三位數字則為研究參與者訪談內容，依據訪談資料發生的順序，由 001 開始給予三位數之流水編號，另為避免與研究者之研究結果中的文字混淆，訪談資料之字體皆以 12 號新細明體標示。編號方式整理如表 3-3。

表 3-3

研究參與者訪談編號一覽表

研究參與者	訪談日期	次數	逐字稿編號
A1	98.10.13	1	A1-01-XXX
	99.04.25	2	A1-02-XXX
A2	98.10.21	1	A2-01-XXX
A3	99.04.16	1	A3-01-XXX
	99.05.01	2	A3-02-XXX
A4	99.06.28	1	A4-01-XXX
		2	A4-02-XXX
A5	98.10.05	1	A5-01-XXX
	99.04.19	2	A5-01-XXX

例如：「但是小機構有這些資源嗎？沒有啊！」(A1-02-086)。編號 A1-02-086 即

為研究參與者 A1 在第二次訪談時的第 86 段訪談內容，由此編號即可瞭解訪談逐字稿之來源，其他訪談資料內容之編號方式亦以此類推。

二、文本資料

在本研究當中，研究者蒐集本身服務的精神復健機構所使用的文本，包含機構之工作手冊、個案記錄、轉介醫囑單、評鑑表等，以及與精神復健機構設置辦法與評鑑基準修正之相關文件資料。文本資料之內容與來源整理如表 3-4。

除了訪談所蒐集而來的資料之外，文本也是很重要的資訊來源。文本是建制民族誌的重要概念之一，透過文本的傳遞，經由標準、複製的文本，跨越不同的場域，能夠對人類活動進行概括化，使外界的規則直接進入人們的日常生活世界，文本可以透過各種形式來侵入、滲透在地情境，能夠協調在地情境與特殊時間，亦能夠連結人們與外部的社會關係，無論被閱讀多少次，文本內容均不會產生改變，在不同情境、時間的讀者，都可能受到相同文本的規訓。

在研究者的工作經驗中，有著許多正式或非正式的文本，而這些文本往往也是形成統治關係的重要媒介。除了文獻回顧所提到相關的法規、政策論述之外，研究者在機構內的文本也是重要的資訊來源。組織中的文本，包括記錄、表格、公文等，是構成組織決策運作的重要依據；因此在參與田野的過程中，研究者可以從已經知道與機構制度有關的文本開始蒐集，然後再探尋文本間的關係，以及其被後所蘊藏的意義。

三、其他輔助資料或文件

建制民族誌的資料收集包含了兩種層次，第一，是屬於入門層次的資料（entry-level data），意即研究首先要收集的資料，就是人們日常生活所做的那些事情。在本研究中，以精神復健人員日常生活的工作經驗為出發點，蒐集精神復健機構日常使用的文本，包括工作表格、服務紀錄和工作手冊等，並透過民族誌方法探究機構的工作流程及組織制度。

第二層次的資料（level-two data），則是要找出組織如何運作的細部資料，此部分將蒐集與精神復健機構制度相關的文本，包括機構設置與評鑑基準等相關法規等。研究者必須從文本或是文本媒介的論述中來檢視支配關係如何產生，使得權力在組織中、在人們生活中如何運作是可以被理解的，並解讀工作步驟所使用的區隔方法，如何強化或複製既有外部社會權力關係，以及背後所隱含的意識型態。

表 3-4

文本資料之內容與來源一覽表

資料內容	資料來源
全民健康保險醫療費用支付標準	附錄三
精神復健機構設置管理辦法	附錄四
精神復健機構評鑑作業程序	附錄五
精神復健機構評鑑基準（日間型）	附錄六
精神復健機構評鑑申請書	附錄七
機構開業登記事項查證回復單	附錄八
精神復健機構現況調查表（日間型）	附錄九
精神復健機構作業規範手冊	
精神復健機構之工作手冊（目錄）	圖 4-2
問題申訴單	表 4-11
問題申訴回覆單	表 4-12
全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書	表 4-3
收案晤談紀錄表	表 4-6
收案評估表	表 4-7
職能評估報告	表 4-8
活動紀錄表	表 4-9
機構工作會議紀錄	

三、研究者的反思

不論是進入研究前或研究過程中，研究者仍會透過各種形式的札記、備忘錄、部落格或工作日記等文本，記載研究者對自身的覺察與反思，這些反思性的文本亦是本研究重要的資料來源，也是研究者在思考本研究主題時的重要材料。在接觸建制民族誌之後，再回顧這些文本資料，研究者開始試著去思考在權力結構之下，研究者在體制的運作和機構生存之間所遭遇的問題，以及面對這些問題時所採取的行動，也反省在體制的權力結構裡，研究者扮演的角色是共犯還是反抗者。在研究過程中，研究者透過這些文本，檢視自身在不同的位置中的工作經驗，是否也隨著體制權力的變動而影響工作的內容、想法、態度甚至本身的行動。

貳、分析架構

本研究之分析架構如下：以國家透過評鑑制度與精神復健機構、精神復健人員和精神障礙者之間所形成的權力結構作為研究場域，分析在體制的權力結構下，精神復健機構的評鑑制度的運作，如何影響精神復健人員的工作，以及精神復健人員是如何透過服務紀錄、工作表格和工作手冊等文本，重新編制精神障礙者每日的生活運作，而在文本編制後產生的事實說法，如何與評鑑制度和國家體制對話。另外也藉由對評鑑制度相關文本的分析，探討國家規範、政策法令中的相關文本如何複製不平等的權力關係，以及評鑑制度對精神復健機構日常運作的影響和評鑑制度背後的詮釋基模，最後從精神復健人員在實務工作中所展現的工作樣貌及對專業的實踐，對評鑑制度提出相關建議。本研究之整體分析架構整理如圖 3-4。

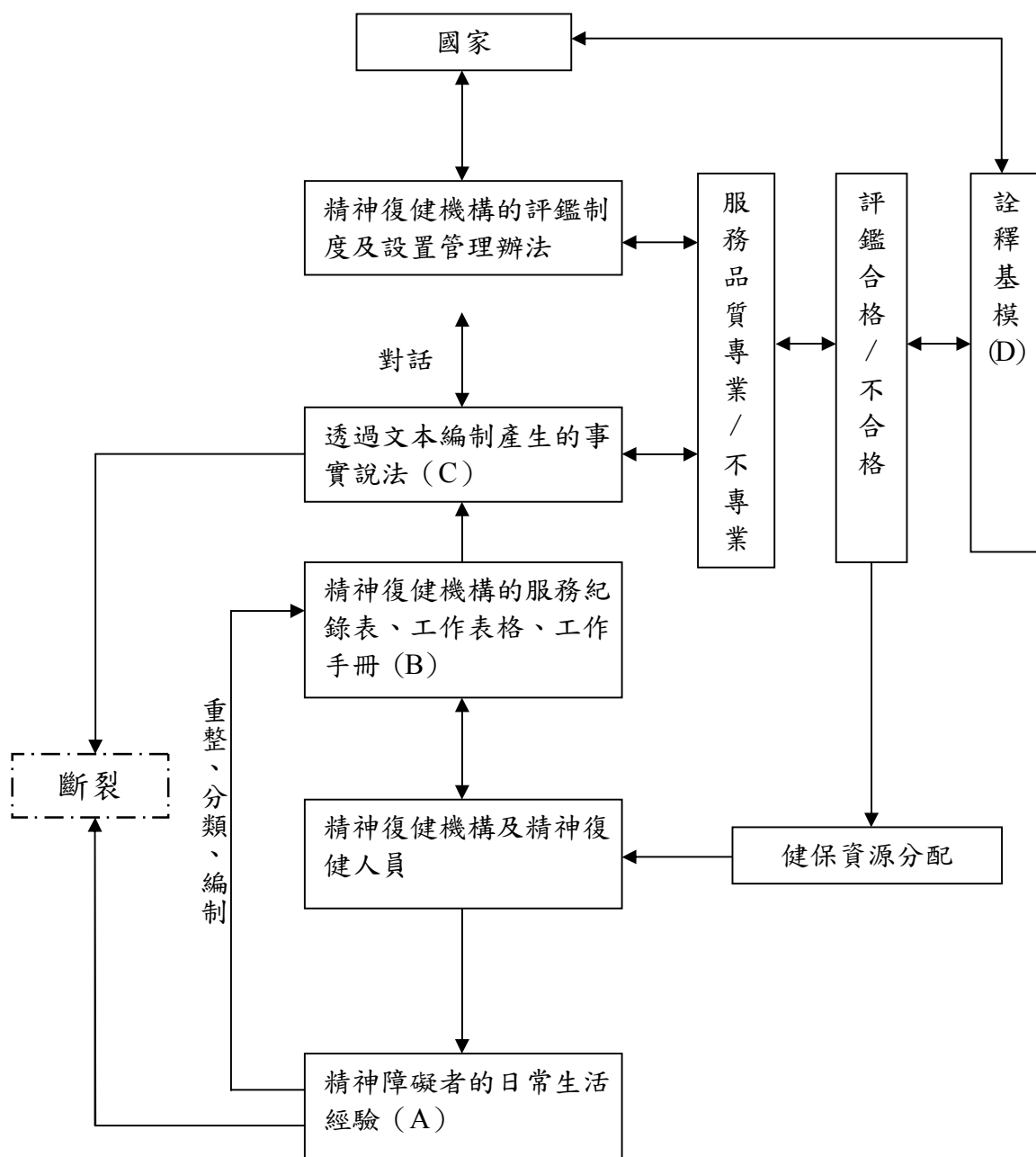


圖 3-4

建制民族誌為方法之分析架構

第五節 研究的嚴謹性

質性研究的價值和判定標準，並非以量化研究典範中的「信度」及「效度」所涵蓋（胡幼慧、姚美華，2008）。Lincoln 和 Guba（1985）認為質性研究的信賴度，可由以下四個指標來檢核，分別為可信性（credibility）、遷移性（transferability）、可靠性（dependability）、可驗證性（confirmability）（引自鈕文英，2007），本研究亦依據此概念進行研究信實度的檢核。

壹、可信性（credibility）

指研究的內在效度，及研究資料真實性，以及研究所蒐集到的為研究者真正希望得到的資料。研究者對於所蒐集到的資料是否確實先進行驗證；資料分析時分別與研究參與者進行討論；再者邀請不同背景的專業人員作為研究參與者，以多元的資料比對資料的真實性；於研究生督導會議與有經驗的研究者及指導老師討論，並由指導老師於督導過程中的討論及提醒，以增加研究者的敏感度及研究的確實性。

貳、遷移性（transferability）

即外在效度，指經由受訪者所陳述的經驗與感受，能有效進行資料性的描述與轉換成文字敘述，研究者必須以「深厚描述（thick description）」技巧增加其可轉化性，謹慎地將受訪對象的脈絡、議題、意義、行動融入文字裡，使其具有可比較性與詮釋性（胡幼慧、姚美華，2008）。為更能真實呈現研究參與者的描述，本研究除了會將訪談內容以逐字稿陳述的方式呈現之外，也將多次聆聽訪談內容，體會研究參與者所表達的情境與議題，作為呈現深厚度描述的寫作依據。

參、可靠性（dependability）

指內在信度，係指個人經驗的重要性與唯一性。研究者應清楚呈現

研究過程及相關資料蒐集方式，以確認資料及研究的可靠性。本研究已於前述說明研究資料來源、取得過程及處理步驟，作為可靠性判斷依據。另研究者在資料分析階段，避免受個人實務工作與研究參與者的經驗影響，研究者在研究生督導會議，可藉由同儕團體或指導老師之提醒與叮嚀，提升本研究的可靠性。

肆、可驗證性（confirmability）

確保研究結果確實來自於研究所蒐集到的資料，研究分析具有邏輯性而非研究者個人想法之推論。因此研究者在分析文本資料時，將分析架構、文本資料與指導老師討論，並使用來自研究者、訪談資料、機構文件等資料對照並參考。

第六節 研究倫理

本研究進行過程中，將以研究參與者的權益為最大考量，並尊重當事人的自決與同意權。在研究進行之前會向參與者說明研究進行的程序、研究目的、結果運用的方式，和資料處理的過程和原則，使研究參與者能夠充分瞭解研究的過程和內容。同意書內容如附錄一。

在進行訪談、錄音、參與觀察和相關文件檔案蒐集過程中，研究者會再次讓研究參與者充分瞭解研究的目的，並取得其知情同意並尊重其參與的意願。本研究所蒐集的資料一律採匿名方式處理，使每一位參與者的訪談內容，及所提供的資料都獲得保密，研究報告中也將無法辨識參與者的身份。研究過程中所獲得的逐字稿或文件分析的內容，都會經過參與者的最後確認及同意後才作為研究結果。而在保存本研究過程中所蒐集的研究資料，皆嚴守保密原則，所有的原始紀錄、電子檔或存放的資料夾皆會鎖定，皆未有可辨識參與者身份的資訊。

第四章 待宰前夕的沈默羔羊

以下將分節說明在精神復健機構日常生活運作的流程，和工作人員在準備評鑑時，對服務的內容和環境所做的改變，以及改變時所遭遇的困境。第一節將討論機構日常的運作，描述機構在日常生活下的工作樣貌，以及準備評鑑的過程中所做的改變。第二節說明確保服務品質的評鑑制度——「由上而下」的權力運作，先描述以評鑑制度作為確保精神復健服務品質的工具，在國家體制的權力結構之下，精神復健機構評鑑制度的發展歷程，以及評鑑基準背後所依循的邏輯。第三節探討文本建構的事實——強化「由上而下」的權力觀點，將說明國家和機構文本所建構的事實，是如何強化國家權力的運作。第四節評鑑前的準備工作對機構的衝擊，將說明機構為了因應評鑑基準對人事配置和業務調整、服務設施和空間環境的改善，以及在這些改變之下，對工作人員和學員造成的衝擊。最後在第五節討論評鑑制度與日常運作的拉扯，說明在評鑑制度下，對於精神復健機構的日常運作所產生的影響，以及機構和個案的處境。

第一節 機構日常的運作

以下將分別敘述學員在中心每日的生活運作，以及中心的組織架構及工作人員的職務分工，最後說明研究者在評鑑制度之下，對於機構服務主體的位移和經營管理產生的質疑。

壹、中心每日的生活運作

以下是我在擔任專任管理員時，中心學員每天日常生活運作的狀況，我是每天和他們相處，生活上很緊密接觸的基層工作人員，也參與學員每日的生活作息。

一、朝氣蓬勃的早晨

依舊是一天的開始，早上八點不到，有幾位學員已經來到中心，有些是自己搭公車來，有些自己走路，有些是家屬協助接送，等待工作人員來開門之前，有人看報紙或互相聊天、也有人靜靜的坐在一旁。中心的門一打開，每個人打完卡之後，各自開始忙碌自己的工作；工作人員處理行政的工作，學員們也開始忙自己的事；Blue 幫忙整理代工材料、Amy 協助行動不便的 Kay、River 盡責的換好日曆、Ping 幫忙洗米和整理餐盤，而歐兄、Ling、Yang、Long 和 Tom 的工作訓練小組，則是一早就到社區職場工作。其他陸續較晚來學員，也在大家的招呼之下，各自參加代工或社區服務，在中心每個人都有參與的機會，而中心每日的生活運作，就在熱鬧又忙碌的氣氛中展開。（摘錄於 A5 之 95 年工作札記）

二、悠閒自在的午餐

中午用餐時間，有人外出吃飯，也有人和中心一起訂便當，社區工作小組有時會回來一起吃午餐，工作人員和學員有時也討論著工作的狀況或聊著生活上的瑣事，或是分享昨天晚上八點檔鄉土劇的劇情。（摘錄於 A5 之 95 年工作札記）

三、自由選擇的活動

下午的時間，每天都安排了不同的活動，有體能休閒活動、成長團體和生活討論會等。每個人可以選擇要不要參加，想去打籃球或羽球的人，就各自呼朋引伴到社區的體育場，學員總是喜歡和我比賽籃球；想找幾個志同道合的牌友打麻將的人，只要湊成一桌就可以開打；那不想參加這些活動的人呢？有人就會協助處理中心的行政工作，例如繳費、郵寄信件或是送公文等，有時候也會討論門診、服藥的狀況，或是社區裡是不是又有新的工作機會。下午三點半過後，有人繼續各自的活動，有人準備打掃工作，有人幫忙整理場地，Blue、Ping 和 Wen 準備到對面搭公車回家，River 和 Amy 則是等家人來接，大約四點半左右，學員陸續回家。其他人還在等待

接送的這段時間，工作人員有時會整理服務紀錄，有時也會和他們聊聊天，有些家屬來的時候，工作人員會和他們話家常，瞭解學員在家中的生活狀況，同時也適時提供中心的資訊，鼓勵家屬一起參與。約過五點後，社區工作訓練小組也差不多下班了，有時候他們會返回中心，和大家分享今天的工作心得或抱怨工作的壓力。約五點半，學員們大多回家後，工作人員有人討論著明天的活動，也有人準備下班。明天又將是充實又忙碌的一天。（摘錄於 A5 之 95 年工作札記）

貳、中心的組織架構與職務分工

在民國 96 年 7 月，前負責人在中心即將面臨三年一次的評鑑時離職，因此後續由我接任管理。專管員與負責人職務的差別，在於負責人是機構的經營管理者，負責規範機構的經營理念，需有明確的社區復健概念，同時也是機構業務的督導者，而專管員的工作內容，是依據各專業人員評估後擬定的復健計畫去執行服務，當專業人員無法完全執行復健計畫時，就是交給專管員執行，因此專管員在執行復健計畫時，其實跟精障者接觸的時間，應該比其他專業人員還多，甚至對於每位個案的特性，了解的深度也不亞於專業人員，因此專管員除了每日密切的與精障者相處之外，對於不同專業人員的個案評估計畫，必須要能夠整合各個專業人員的訊息，當各個專業人員的想法和意見相左時，專管員還需要具有溝通協調、跟連結各個專業之間的功能，當專管員無法整合來自不同專業人員的想法和意見時，負責人就應當扮演協調溝通的角色，整合每個工作人員的意見，並且做出適宜的決策，因此負責人要能夠瞭解精障者的生活狀況，也必須掌握機構內的運作機制和每個工作人員的狀況，才能適時提供工作協調與整合意見⁵。茲將中心之組織架構與職務分工整理如圖 4-1。

在我接任社區復健中心負責人之後，我的角色從第一線工作人員轉

⁵ 以上整理自 99.5.1 研究參與者 A3 之訪談資料。

變為中心負責人，轉變的並非只是職稱改變，我的工作內容也必須調整，我的位置從基層人員變成經營管理者，在從專任管理員接任負責人之後，所面臨的第一件事情，就是準備民國 96 年底衛生局的督考以及民國 97 年衛生署的精神復健機構評鑑。當時我除了原本的第一線工作之外，還必須要熟悉中心的行政管理工作，還未及思考過，在評鑑時該如何去回應評鑑基準與健保制度的要求。

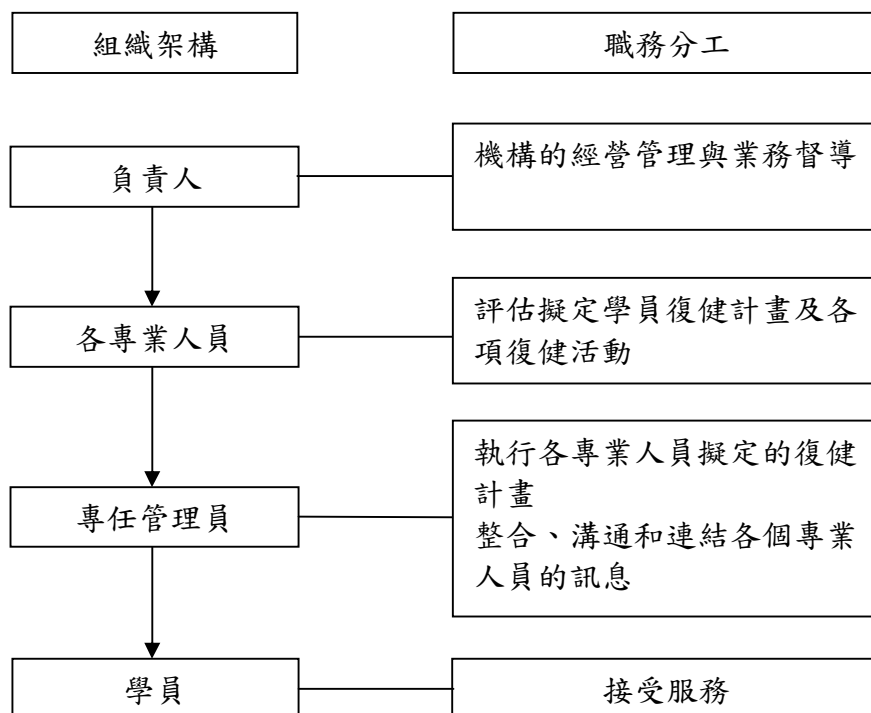


圖 4-1

中心之組織架構與職務分工

參、服務主體的位移

在我接任負責人前的最近一次評鑑是在民國 94 年，中心當時是以民國 94 年度評鑑指標，作為中心軟硬體設施及服務品質的依據，評鑑基準每年度都會做修改。過去負責人在面對評鑑時，會為了符合評鑑基準的要求，配合評鑑改變中心的日常活動，中心於民國 92 年參與第一次精神復健機構試評之後，直到民國 94 年這段期間中心運作大多維持舊有的模式。因此我在民國 96 年接任負責人之後，也依據民國 96 年的評鑑基準

開始檢視中心的現況，為了符合評鑑基準的要求，以便於先應付民國 96 年底衛生局的督考，同時也為民國 97 年的精神復健機構評鑑做準備。茲將研究者接任負責人後，中心將接受評鑑及督考的時間表，以及評鑑與督考之比較表整理如表 4-1。

表 4-1

評鑑與督考之比較表

依據辦法	年度	檢核情境	檢核指標	目的	執行單位	執行頻率
精神復健 機構設置 管理辦法	96 年	督導考核	精神復健 機構設置 標準	檢核開業 門檻（設 施、人力）	衛生局	每年一次
	97 年	評鑑	精神復健 機構評鑑 基準	檢核服務 品質	醫策會	每三年一次

為了應付評鑑指標，我開始對中心的活動作調整，並且對每位學員被安排重新評估與擬定復健計畫，但這樣的改變卻造成了工作人員和學員的困擾，學員必須改變日常生活的習慣，工作人員為了便於在每日的工時內完成學員活動，以及各項活動紀錄和個案紀錄的書寫，學員的活動團體成了制式化的操演，學員的需求或意見僅能在相關的活動團體中提出，相較於過去學員隨時能夠提問或反應意見，在準備評鑑的過程中，也擠壓了工作人員與學員互動與相處的時間；而評鑑基準要求需安排學員就業轉銜或職業訓練等服務，為了至少能夠達到此要求，對於尚未有就業意願的學員也被迫要參加工作訓練，中心對於評鑑基準要求的內容，工作人員都必須在評鑑前的有限時間內完成。在改變的過程中，學員對於日常生活的變動感到疑惑，但仍舊是逆來順受的配合著。在準備督考與評鑑的歷程中，我陷於回應評鑑與面對學員需求的兩難中。若是選擇應付評鑑，而忽略學員需求的服務，可能會讓學員流失，減少健保

給付的收入；選擇關注學員需求卻放棄評鑑，卻也擔心評鑑合格與否而影響機構的生存，而為了可能會失去與健保特約的機會而苦惱。在這兩難的情形下，我思索著是否是魚與熊掌都能兼得或不能兼得？在這徬徨中，最後我還是決定為了準備評鑑，而又儘量不要影響中心日常活動的運作，於是表面上中心所有工作仍舊持續，但是在人力編制、活動進行方式和工作紀錄表格上也開始因應評鑑而做調整，整個中心開始進入一種既詭異又緊張的狀態。

第二節 確保服務品質的評鑑制度—「由上而下」的權力運作

醫院評鑑制度的建立是目前國際公認最有效促進品質提升的方法，台灣對於「醫院評鑑」的建立可追溯至民國 67 年，當時是由教育部開始對教學醫院評鑑，衛生署於民國 78 年開始進行醫院評鑑工作，並於民國 88 年成立醫策會，在衛生署和教育部的指導下，辦理全國醫院及教學醫院的評鑑工作（謝佳容、蕭淑貞，2006）。自民國 92 年起，衛生署始委託醫策會試辦精神復健機構評鑑，其評鑑委員是由精神領域的醫師、護理、職能治療、社會工作、臨床心理師等專業人員共同擔任委員，並有衛生行政單位及家屬代表列席，期能透過評鑑制度，建立優質精神復健服務體系，監督精神復健機構加強業務管理，以確保精神疾病患者之社區復健服務的品質，因此評鑑制度作為提升精神復健服務品質的工具，評鑑合格是達到精神復健服務品質的最低門檻，且與機構是否能夠生存有關（醫策會，2006）。

在過去為了提升專業服務品質而制訂的基準，是否壓抑精神復健專業服務的品質？評鑑標準是參照醫療體系評鑑制度所延伸出來，卻衝擊著社區精神復健的模式，每年的督導考核和三年一次的評鑑似乎不斷的在告訴我們「精神復健是精神醫療的延伸」、「精神醫療比社區復健更專業」。

壹、提升服務品質—衛生主管機關的「管理」邏輯

一、精神復健機構的發展與評鑑制度的演進

多年來精神醫療的資源主要在發展醫院硬體，例如急、慢性病床的擴建，民國 77 年才有所謂的「精神病患社區復健試辦計畫」提供補助鼓勵核心醫院推動社區復健治療方案（余漢儀，2003）。依據衛生署在民國 82 年 1 月核定「精神疾病防治工作計劃」，以臺灣地區精神及定流行病學調查，需積極醫療與照顧之嚴重精神病人，約佔總人口數的千分之三，其中需住院之嚴重病人約佔三分之一，需要住院的病人，其中四分

之一是急性住院，四分之三是慢性住院；而日間住院的需求量約為每萬人口一床，康復之家（現為住宿型機構）的需求量，以每萬人口一床計算，社區復健中心（現為日間型機構）的需求量以每萬人口兩床計算，以衛生署在民國 82 年的估計，當時急性病床約佔需求數的 28.5%，慢性復健及長期養護床數約佔需求數的 64.7%，而日間住院床數佔需求數的 32.7%，康復之家的床數只佔需求數的 8.0%，社區復健中心及庇護性工作場的服務量只佔需求數的 15.2%，整體而言，當時的精神醫療工作仍是以慢性病人的住院治療為主，社區精神復健服務仍與推估需求數有很大的差距（王馨梓，1993）。民國 83 年公告精神復健機構設置標準後，將社區復健方案由試辦計畫，正式納入地方衛生主管機關管理，原本期待能夠藉此鼓勵民間或醫療單位開辦，但因消防和建築物變更用途困難，不利於民間機構立案（余漢儀，2003），導致原本接受補助之醫院或民間團體辦理之機構關閉，然而當時適逢北市遭遇私立精神科醫院超收病人之問題，部分業者以設立住宿型精神復健機構作為替代方案，並且以非專業人力進行照顧工作，精神復健流於慢性療養模式延伸，嚴重影響精神復健服務品質及精神復健機構之立意，民國 86 年至 89 年為鼓勵民間設立精神復健機構，設置標準作了兩次修改，第一次是在民國 86 年時放寬負責人條件，這次的修法降低了專業的門檻，民國 87 年更將康復之家列入衛生署醫療發展基金補助，民國 89 年時進行第二次的修正，主要是放寬申請人條件，納入精神衛生民間團體亦可申辦精神復健機構，並編列公務預算補助精神復健機構開辦費，這次的修訂與補助措施，較第一次修法對鼓勵民間設置影響較深（呂淑真、劉蓉台，2005）。

台灣的精神復健機構在發展初期素質參差不齊，機構的發展緩慢成長，甚至有些機構盡鑽法規漏洞，無視精神障礙者的權益，當時衛生署一直未辦理機構評鑑，僅有各地方衛生主管機關辦理督導考核，因此在民國 91 年衛生署委託中華民國職能治療師公會全國聯合會邀集社工、職能、心理、護理和精神醫學等相關精神醫療專業團體，共同制訂精神復

健機構評鑑標準，在民國 92 年社區復健健保給付調升，精神復健機構如雨後春筍般設立，部分業者在偏遠地區設置大型化機構，除了降低照顧人力之外，甚至收取社政托育養護費用，但服務品質仍舊流於機構式的照顧（呂淑真、劉蓉台，2005）。因此衛生署於民國 92 年開始委託醫策會辦理精神復健機構試評，並以衛生署委託中華民國職能治療師公會全國聯合會制訂的精神復健機構評鑑標準做為參考指標。其評鑑委員是由精神領域的醫師、護理、職能治療、社會工作、臨床心理師等專業人員共同擔任委員，並有衛生行政單位及家屬代表列席，期能透過評鑑制度，共同建立優質精神復健服務體系，監督精神復健機構加強業務管理，以確保精神疾病患者之社區復健服務的品質（醫策會，2006）。並於 93 年正式全面辦理，並每年修正評鑑標準及提升品質要求。精神復健機構評鑑實施至今，再加上地方衛生主管機關每年定期實施之督導考核，確實也促進許多精神復健機構的軟硬體設施提升，並淘汰不良機構，精神復健機構也隨著時代和病人權益的覺醒，開創更貼近社區生活的多元樣貌（呂淑真、劉蓉台，2005）。

二、評鑑合格獲得健保特約和資源分配入場券

督導考核和評鑑機制作為健保資源分配的依據，衛生署委託醫策會進行精神復健機構評鑑，評鑑結果關係著是否能夠繼續取得與健保局的特約，衛生署亦規定為參加評鑑或經評鑑不合格的機構將終止其與健保特約（2006，醫策會）。除了符合評鑑基準制式化的指標之外，還需要接受評鑑委員在評鑑當天的實地查證。因此精神復健機構設置管理辦法和精神復健機構評鑑基準所形成的管理機制，運作之後產生的結果將判斷精神復健機構是否具有使用國家資源的權力。

因此評鑑之所以成為精神復健機構的重要大事，是因為評鑑合格代表著機構具有專業服務品質，並且獲得國家的保證。評鑑不合格的單位無法與健保特約，就必須向服務使用者收費，而精神復健服務的使用者，多為社會經濟的弱勢，自費接受精神復健服務對他們而言有相當的困

難，除了與健保特約之外，也影響其他資源的運用和機構的生存。

三、評鑑制度實地操作－啟動國家管理機制

（一）評鑑流程

衛生署在每年年初公告「精神復健機構評鑑作業程序」（附錄五），說明評鑑作業的操作流程，規定接受評鑑機構的申請資格，機構需符合「精神復健機構設置管理辦法」及「精神復健機構設置標準」（附錄四）之規定，並已取得開業執照，才可提出申請。評鑑內容依據「臺灣地區精神復健機構評鑑基準」（附錄六）所列項目，並於指定期限內填具「申請書」（附錄七）及「機構開業登記事項查證回復單」（附錄八），並繳交「現況調查表」（附錄九）及「評鑑自評表」⁶作為初審資料，初審合格才能進行實地評鑑，否則將不進行實地評鑑，因此初審通過才算拿到實地評鑑的入場券。

因此要進入評鑑的流程，首先就是必需要符合精神復健機構設置標準的基本門檻，軟硬體設備都需要達到最低的標準，評鑑機制才會開始啟動。在實地評鑑時，衛生局的角色，便是檢討機構內的人力配置和設施設備是否符合規定，再次確認機構是否符合評鑑資格，而專業服務品質的檢視與評斷，則由交衛生署所遴選的評鑑委員審核。實地評鑑當日將依照評鑑基準，對於基準項目逐一審視執行成果，機構則須準備與自評表及評鑑基準項目相符的資料，以利評鑑委員審查時作為佐證文件。

（二）評鑑委員的產生

衛生署為了確保評鑑委員能夠對評鑑基準有共識，並確實執行評鑑的要求，但是評鑑委員難免還是帶有各自的觀點來詮釋精神復健，為了避免評鑑委員以單向的視角審視機構的服務，衛生署增加了委員評鑑前的實務訓練，使評鑑能更貼近機構的需求，也讓機構在共識營向評鑑委

⁶ 自評表內容與評鑑基準相同，每項評分再以服務之執行程度區分為優（100%）、良（80%）、可（60%）、差（40%）、劣（20%）五個等第。

員分享實際經營的狀況。

共識營是大家先對指標做個清楚的了解，分一階段或兩階段，就是說共識營一定要全部參加，今年才會出去（評鑑），沒有參加的話就不出去（評鑑），就是怕有一些沒來上課就按原來的（評鑑指標），今年新增修的一些評鑑標準他可能不是很清楚，所以沒有上課就不出去....之後再看大家評鑑的基準有沒有出入，或是分數有沒有差異，後來發現有些項目分數的差距也比較大，有人的標準尺度會不一樣，為什麼後來產生初階跟進階的課程，是因為共識營可能那些課程不夠了解，不夠深入，甚至於在初階、進階都是邀請一些從業的機構來做一些分享。當然在初階、進階班課程上課的時候，有些機構（分享）其實讓委員可以聽到不同的聲音，就是不能只以委員的角度去看一件事情！那我覺得那樣子是可能有更客觀的方式去了解一些機構。（A3-01-006）

四、以疾病和症狀切割服務資源

精神障礙者原本由民國 79 年的「精神衛生法」所規範，衛政單位為主管，然而同年第一次修正後的「殘障福利法」所提供的福利和醫療補助，比前者更多，因此民間的精神障礙者家屬團體集結向立法院請願，希望將精神病患納入殘福法的保障對象，終於在民國 84 年將慢性精神病患納入，自此精神障礙者的照顧體系由衛政系統擴展至社政系統，而在民國 86 年殘福法第二次大幅更動，除了正名為「身心障礙者保護法」⁷外，並分章節列舉各相關單位權責，有關就業方面正式歸屬勞政單位主管（余漢儀，2003）。而衛生署於和內政部在 87 年針對精神病患照顧體系權責劃分的共識，於 88 年制訂了「精神病患照顧體系權責劃分建議表」（表 4-2），精神障礙者的照顧應屬整體性且連續性的服務模式，而服務體系必須是配合精神疾病狀態發展的過程，因此依病患性質不同，應由衛政、社政、教育及勞政單位提供不同類別的服務（吳文正，2003）。

⁷ 已於民國 96 年修訂為「身心障礙者權益保障法」。

表 4-2

精神病患照顧體系權責劃分建議表

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，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	日間住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
		社區復健	社區復健治療	精神復健機構	
			社區追蹤管理	衛生所	
		就業安置	就業輔導	職業訓練及就業服務機構	勞政單位
五	精神病症狀穩定且慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者	長期安置 居家服務	安養服務 養護服務 護理照顧服務	社會福利機構 護理安養機構	社政單位（主） 衛生醫療單位
六	精神病症狀穩定且慢性化，不需住院治療之年邁者、痴呆患者、智障者、無家可歸者				

資料來源：呂淑貞（2005）。載於中華民國職能治療師公會全國聯合會（主編），精神復健機構作業規範手冊，4 頁。

精神障礙者的疾病狀態被劃分為六類，第一至三類為有明顯精神症狀，病症緩和但為達穩定者，需積極治療者，由衛政系統之精神醫療機構提供照顧服務；第四類為精神症狀穩定、具有復健潛能，且需要積極復健治療者，由衛政和勞政系統提供服務，其中衛政之精神醫療機構提供日間病房和精神復健機構提供社區復健服務，勞政則為職業訓練或就業服務機構提供就業相關服務；第五、六類為則為症狀穩定且病情呈現

慢性化，需要長期生活照顧者，劃分由社政系統提長期安置及養護服務。當時國家為了確保精神醫療和社會福利的資源能夠被合理的分配和運用，以精神障礙者的疾病和症狀將照顧體系劃分為六類，以此來決定他們應該接受什麼體系的服務，符合各項條件者則自動被編配進入服務系統，其中需接受精神復健服務者被劃分為第四類的個案。在以疾病和症狀治療的邏輯劃分服務體系時，同時也將精神障礙者的疾病生命歷程切割分類，以疾病症狀的穩定程度作為劃分的依據，症狀顯著需要急性醫療介入處理者，劃分為前三類；症狀穩定具有社區復健價值者才可接受精神復健資源；至於病情呈現慢性化者則歸屬於社政的養護安置服務。然而在這樣的切割與科層分工之下，雖然國家的資源能夠合理的運用在符合條件者身上，但是不符合這些條件的精神障礙者卻也在無形中被邊緣化。

貳、精神醫療比精神復健更專業－機構的「醫療」邏輯

一、精神復健的醫療化

督導考核和評鑑機制不僅作為健保資源分配的依據，也掌握了對精神復健專業的詮釋權。宋麗玉（2004）和高麗芷（2005）檢視 83 年訂定的「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」規定，專任管理人員、負責人和專業人員的資格、人數比例與執行績效難符合專業期待。因此精神復健機構設置管理辦法在民國 96 年第三次修正時，對於負責人資格及專業人員的配置有大幅度的改變，依據精神復健機構設置管理辦法修正草案⁸的說明，修正內容依循醫療法對精神復健機構規範，在機構性質、軟硬體設施及負責人資格皆延續了醫療體制，依據 97.10.6 修訂之「精神復健機構設置及管理辦法」第三章第八條之規定：機構應置專任負責人一人，對其機構業務負督導責任。負責人之資格條件應符合下列各款之一：一、曾服務於精神醫療機構，從事精神醫療專業工作二年以上之醫師、護理

⁸ 資料來源：資料來源：行政院衛生署。<http://www.doh.gov.tw>

人員、職能治療師(生)、臨床心理師及社會工作人員。二、曾服務於衛生機關，擔任精神衛生行政工作五年以上之醫師、護理人員、職能治療師(生)、臨床心理師及社會工作人員。三、曾服務於精神復健機構或病人權益促進團體，實際從事服務精神病人工作五年以上之醫師、護理人員、職能治療師(生)、臨床心理師及社會工作人員。對於兼任專業人員的資格，設置標準規定至少需有一年以上、評鑑基準規定至少需有兩年以上之精神醫療經驗，明訂負責人及專業人員應具有醫事人員之專業證照，並且必須具有精神醫療專業背景。精神復健評鑑委員的產生，則是由衛生署、精神醫療五大專業（醫師、護理、心理、社工、職能治療）相關的學會、公會、協會及醫策會，推薦具有精神醫療相關經驗者，推薦完成之後，被推薦者須先填寫評鑑委員資料表，讓衛生署理解被推薦者背景是否符合精神醫療專業規定，整個名單彙整完成之後，再由衛生署做確認與遴聘⁹。委員的遴聘還是以醫療系統的專業為主，因為醫院派出的人都是專業人員，有國家專業的保證，就代表正確的邏輯¹⁰，經由醫策會彙整所有符合資格者，再由衛生署遴選而產生。衛生署為了確保每位評鑑委員都能理解評鑑基準的定義，評鑑委員須參加兩日的評鑑課程及共識營，才能夠擔任委員，全程參與共識營的委員，才有機會參與當年的評鑑，沒有參加者便無法參加，其用意是在於考量未參與課程的評鑑委員，可能會依據各自的專業和過去評鑑的經驗，而無法正確的傳達新增修的評鑑基準，因此評鑑委員必須需要經過一連串的評鑑訓練，才能進入評鑑制度的運作¹¹。

國家以制度和法令將精神醫療的概念套用精神復健，疾病醫療的觀點似乎也延伸到精神復健而影響其發展，在民國 93 年評鑑基準的修正朝向類似精神醫療機構的評鑑方式落實，藉此提高社區精神醫療的品質(吳文正，2004)，精神復健儼然成了醫療模式的延伸。

⁹ 整理自 99.5.1 研究參與者 A3 之訪談紀錄。

¹⁰ 整理自 99.6.28 研究參與者 A4 之訪談紀錄。

¹¹ 整理自 99.5.1 研究參與者 A3 之訪談紀錄。

二、專業人員啟動精神復健服務

全民健康保險支付標準（附錄三）在社區復健服務中規定，精神障礙者要進入精神復健的服務，首先須經過精神科專科醫師開立「全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書」（以下簡稱轉介醫囑單或轉介單）（表 4-3），民國 99 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（日間型機構）之第 5.1 項，適當之收案：機構之收案對象應符合以下 4 項條件：1.精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。2.繼續接受精神科門診追蹤及治療。3.能自行獨立接受訓練或家屬可配合。4.稍具耐性及工作動機。轉介單交由精神復健機構後，專業人員再依據上述之收案標準，並符合「精神病患照顧體系權責劃分建議表」之第四類病患，對應轉介單內容針對精障者在「目前精神症狀及主要問題」、「定期回診」、「服藥態度」等是否具有一致性的描述，最後才由負責人在申請書填寫能夠呼應轉介單的「收案理由」以及「復健目標」，再交由健保局審查是否符合收案。一旦健保局審核通過後，同時也啟動資源分配的機制，機構能夠依據每月的服務量申請健保費用。在國家制度的規範下，經過治療後「精神症狀穩定」、「無自傷、傷人之虞」、「繼續接受精神科門診追蹤及治療」、「能自行獨立接受訓練或家屬可配合」、「稍具耐性及工作動機」者才能使用精神復健的資源。若填寫的內容未符合以上指標，便可能被視為不具有收案資格者而被排除在社區精神復健服務系統之外。由此可知，具有疾病醫療概念的精神症狀穩定、定期回診和規則服藥是健保局考量收案重點，並以此區隔「具有社區復健價值」與「不具社區復健價值」作為進入資源分配的考量。

精神醫療視精神復健為其延伸，並利用專業的權力，透過專業人員的操作來強化並且複製「醫療比社區更專業」的邏輯，而由具有精神醫療背景的專業人員之所以能夠決定誰可以進入服務系統，是因為過去精神障礙者被集中收容在醫院之內，精神醫療專業人員能夠輕易的掌握他們的病情，並且清楚的瞭解其需求，因此就由具有精神醫療背景的專業

人員，來啟動精神復健的服務。

表 4-3

全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書

全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書 (應自轉介日期起三十日內，持本單至全民健康保險特約之社區復健機構辦理，逾期失效) 轉介醫囑單		
轉介院所名稱：_____轉介院所代號：_____轉介日期：____年____月____日 (機構) (機構)		
建議轉往之社區復健機構名稱：_____		
轉介類別：() 1.日間型機構 2.住宿型機構(全日) 3.住宿型機構(夜間) 4.居家治療		
個案來源：() 1.本院、所門診初診 2.本院、所門診複診 3.本院急性病房 4.本院慢性病房		
5.本院日間留院 6.本院其他科室 7.其他醫事機構 8.社會福利機構		
9.公共衛生機構 10.心理輔導機構 11.收容機構 12.病人自行提出		
13.家屬提出申請 14.其他		
病歷號碼：_____	轉介醫師：_____	轉介醫師：_____

一、一般資料：	
姓名：_____出生日期：____年____月____日(足歲)身分證號：_____	
地址：_____	
婚姻：() 1.未婚 2.已婚 3.離婚 4.分居 5.鰥寡 6.再婚 7.同居 8.不詳	
學歷：() 1.不識字 2.小學 3.國(初)中 4.高中(職)肄 5.高中(職) 6.五專、二專肄	
7.五專、二專 8.三專、大學肄 9.三專、大學 10.研究所以上 11.不詳	
就業現況：____1.就業中____2.主婦 3.學生 4.從未就業 5.失業	
6.服役 7.退休 8.不詳	
主要聯絡人：_____與病患關係：_____聯絡電話：_____	
聯絡人地址：_____	
二、醫療情形：	
(一) 1.診斷：_____首次病發約____歲	
2.國際疾病代碼_____	
(二)曾住院()次，最近一次住院期間是____年____月____日至____年____月____日	
(三)目前是否有下列需要治療的身體疾病？如有請勾選	
☐ 心臟血管疾病 ☐ 腦血管疾病 ☐ 癲癇 ☐ 肺結核 ☐ 性病 ☐ 皮膚病 ☐ 糖尿病 ☐ 肝炎	
☐ 其他_____	
(四)過去是否有下列症狀或行為？如有請勾選	
☐ 幻聽 ☐ 妄想 ☐ 憂鬱 ☐ 自殺、自傷行為 ☐ 攻擊他人 ☐ 嚴重破壞行為	
☐ 危害公眾之行為 ☐ 性方面問題如強暴、雜交 ☐ 其他_____	
(五)目前精神症狀及主要問題：	
(六)能否規則前往門診？請勾選 ☐ 規則 ☐ 不規則 ☐ 其他_____	
(七)對藥物治療的態度： ☐ 完全拒服，經勸服無效 ☐ 拒服，但經勸服可改善	
☐ 不規則或未持續服藥，但經提醒後可改善 ☐ 能自動且規則的持續服藥	
(八)目前使用的藥物及劑量：	

續 表 4-3

全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書

第一聯 轉出醫院留底，第二聯 健保審查聯，第三聯 社區復健機構留底

(九)有否藥物副作用？ ☐ 無 ☐ 有，但不影響日常生活及活動 ☐ 有，且影響日常生活及活動 (十)是否有下列習慣或問題？ ☐ 抽煙 ☐ 喝酒 ☐ 藥物濫用 (十一)其他適切資料：	
病人或家屬同意轉介簽章 病人： 家屬：	轉介專科醫師簽章： 醫事服務機構地址：

申請書

醫事服務機構代號名稱		受理日期(免填)	(原)受理編號(詳說明)	案件類別： ☐ 申請收案 ☐ 申請複核 ☐ 申請延長照護
收案日期	年 月 日	(原)申請期限	年 月 日	
延長 照護期限	年 月 日			
收案理由 或 延長照護理由				
復健目標				
機構負責人姓名： 印 信： 醫事服務機構地址：				
健保局審查意見欄 ☐ 同意備查 ☐ 不符收案條件，不同意。 ☐ 資料填寫不全，請補正。 ☐ 其他_____			審查醫師 承辦人	說明 1.本申請書一式三聯，由照護機構於收案後二週內向健保局分區業務組填復。 2.「原受理編號欄」，係申復或申請延長社區復健時填寫，申請收案者不須填寫。 3.未依規定報備核准收案或延長社區復健者，不予給付費用。 4.對核定結果有異議者，自核定通知之日起六十日內，應遵循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核；否則不予受理。
決行	科長	複核		

參、精神復健機構評鑑基準在國家體制內的意涵

臺灣精神復健機構的評鑑基準¹²自民國 92 年制訂後至今，歷經六次修改，總分及合格分數分別由 100 分及 60 分提升至 106 分和 63.6 分。而評鑑基準在民國 95 年之前總共分為六大項，在民國 96 年新增第七大項，為「前次評鑑建議事項改善情形」，各項之配分亦有調整，茲將其整理如表 4-4。

表 4-4

臺灣地區精神復健機構評鑑標準（日間型）配分修正比較表

評鑑基準	年度					
	92/93	94	95	96/97	98	99
壹 人員配置之適當性	20	20	18	10	10	10
貳 設置地點及空間配置之適當性	10	10	10	8	8	8
參 服務設施之妥善性	20	20	19	15	15	15
肆 健全復健業務之提供	20	20	20	27	27	28
伍 具有復健服務品質之管理措施	20	20	23	30	30	30
陸 適切結合社區資源網絡	10	10	10	10	10	10
柒 前次評鑑建議事項改善情形	-	-	-	5	5	5
總分	100	100	100	105	105	106
合格分數	60	60	60	63	63	63.6

資料來源：研究者自行整理

由表 4-4 的比較可發現，前三大項「人員配置之適當性」、「設置地點」和「設施設備」的配分比重逐漸降低，而在「復健業務提供」和「復健服務品質管理」的配分逐年提升，唯一不變的是「結合社區資源網絡」，並且新增「前次評鑑建議事項改善情形」。

¹² 因研究者之服務機構為日間型精神復健機構，因此在本文中所提及之精神復健機構的評鑑基準皆以日間型機構為主。

一、人員配置之適當性

前三項配分的降低，其中以第一大項調整最多，表面上看起來似乎是降低了這三項指標的重要性，然而仔細觀察基準內容細項的變化，第一大項人員配置之適當性，專業人員資格與服務時數的提升，且除社會工作人員之外，專業人員均需具備相關證照，兼任之專業人員需具有從事精神醫療相關工作滿兩年以上的資歷，否則不予計分，而所有工作人員每年亦必須接受至少 36 小時之在職訓練，負責人則必須具有精神復健的經營理念，並且具體規劃機構之中長程發展計畫，並且透過重要會議向工作人員傳達經營理念。專業人員時數的提升，期待的是專業人員除了評估之外，還能達到復健治療的效果，同時專業人員也應該走入在社區，從醫療模式轉變為社區模式，自從民國 93 年衛生署開始全面辦理精神復健機構的評鑑，也確實淘汰不少服務品質不佳的機構，同時也增加工作人員的在職訓練時數，以提升專業服務的品質¹³。因此專業人員服務時數提升之後，機構相對的也必須聘請專業人員，儘管機構經營成本受到衝擊，但是為了達到評鑑合格，還是必須遵守評鑑基準的規定，否則即使配分比重降低，但專業人力配置若未達評鑑標準仍舊是不易得分。

二、設置地點與空間配置之適當性及服務設施之妥善性

第二和第三大項規定機構設置地點、空間配置和服務設施等，雖然配分比重調整不多，但各細項規定的要求提升，要能得分也是得看機構是否願意提高經營成本，依照評鑑的基準進行設施設備的整修與更新。經過評鑑制度的篩選機制，機構對於人力配置、環境空間和硬體設施皆已能達到評鑑基準的要求，代表的是專業服務品質的提升。精神復健機構的設置標準與評鑑基準對於人力配置、樓地板面積、個案使用空間、環境設施等皆有明確的規範，顯示充足的軟硬體設施是機構設置的基本條件，過了這個門檻機構才可設立，但是若要能夠通過評鑑的考驗，就必須要定期的修繕、更新或美化環境空間，並且有實際使用設施的紀錄，

¹³ 整理自 99.5.1 研究參與者 A3 之訪談資料。

才足以證明服務設施的妥善性及空間配置的適當性，然而這些其實都是牽涉到機構的經營成本，也都必須由機構的健保收入下支付。

三、健全復健業務之提供與復健服務品質之管理措施

第四和第五大項所規範的復健業務與服務品質，配分比重調整最多便是這兩大項。第四大項的細項所規範的要求，包括個案的評估、復健計畫擬定與修正、復健服務團體、心理輔導、復健討論、以及就醫服藥管理等服務內容，這些皆須由精神醫療專業人員來執行，也回應了第一大項對於人力配置的要求。從這些評鑑基準細項的規定，也不難看出精神復健服務承襲了精神醫療的模式。

第五大項對於服務品質的管理措施，則規範了服務對象的收案和結案標準、工作手冊、紀錄內容、活動調整、工作人員的教育訓練、個案的權益和申訴管道、健康維護以及機構定期對於服務品質的檢討等。而這些也應當由專業人員來執行，服務對象的收案和結案標準，評鑑基準皆訂有制式的條件，並計算達到收案和結案標準的比例作為評分的標準，以個案之精神狀態穩定，能持續於精神科門診治療作為收案標準，並需有適當的評估及訓練目標，而結案的標準則以個案之生活功能及疾病症狀作為評估的重點，並需定期檢討及分析結案適當性。收案和結案標準決定個案能否進出機構，除了沿襲精神醫療的疾病治療觀點之外，同時也回應了健保局轉介醫囑單的邏輯和精神病患照顧體系權責劃分建議表的內涵，機構應依據權責劃分建議表規範個案的六類特質，將個案安置在服務系統中適當的位置，為了確保國家的精神醫療和社會福利的資源能夠被合理的分配和運用，評鑑基準也善盡了管理資源分配的功能。而負責人、專業人員和專管員應積極的參與衛生署辦理之相關教育訓練課程，因此精神復健人員透過國家規範的標準化課程中，提升專業的地位與專業的服務品質。

而工作手冊規範的工作流程和紀錄所呈現的內容更是代表了精神復健工作是否確實執行的佐證資料，有關這些文本資料為何在回應評鑑制

度時有舉足輕重的地位，將於下節詳加論述。

四、適切結合社區資源網絡

第六大項對於社區資源網絡的建立，則規範了與醫療院所的轉介制度、復健資源的開發與連結、敦親睦鄰與社區交流和社區服務活動等。此大項歷年來整體得分未調整，僅於內部細項微調配分，並於民國 99 年新增「融合社區辦理敦親睦鄰及交流宣導活動」項目，目的在於鼓勵機構融入社區，使個案能夠實際參與社區，或邀請社區民眾參與機構活動。既然精神復健服務強調的是社區化，協助精障者逐步適應社會生活，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、日常生活處理能力之復健治療，而第六大項的評鑑基準應是最符合社區化的意涵，然而由評鑑基準的配分和歷年來的修正與調整，卻無法看出此項目對精神復健服務的重要性。

五、前次評鑑建議事項改善情形

第七大項配分於民國 96 年新增，並沿用至今。此項配分則是檢視機構對於前次評鑑建議事項辦理情形以及評鑑資料填寫及實地評鑑的簡報品質。對於前次評鑑建議改進事項，在每次評鑑時都必須重新被提出檢討，而評鑑建議記載的內容代表的是一種文本建構的真實，在機構改進的過程中實際發生的狀況，其實並無法透過文本的流傳被看見。然而在評鑑的過程中，我們卻只能夠透過評鑑制度所生產的文本與國家體制對話，相對的國家也透過評鑑制度來延伸管理的權力。茲將精神復健機構的評鑑基準所對應體制內的意涵整理如表 4-5。

肆、小結

臺灣的精神障礙者在去機構化運動的風潮之下，政府開始推動社區精神復健服務，除了有衛政體系下的資源，在具有身心障礙者的身份之後，也同時享有社政、勞政等相關服務資源。然而國家為了能夠合理掌控精神障礙相關資源的分配，透過精神病患照顧權責體系的劃分，依序

將六類精神障礙者規劃進入各個服務體系，以確保服務資源分配的合理性。精神病患照顧權責的劃分充滿著疾病醫療的概念，將精神障礙者視為需要透過治療達到疾病管理的目的，因此在精神復健機構的設置管理表 4-5

精神復健機構評鑑標準在體制內的意涵

項目	評鑑基準	體制內的意涵
壹	人員配置之適當性	人員專業化、延伸國家管理的權力
貳	設置地點及空間配置之適當性	專業的服務品質
參	服務設施之妥善性	專業的服務品質
肆	健全復健業務之提供	人員專業化、服務醫療化
伍	具有復健服務品質之管理措施	疾病醫療觀點劃分服務資源
陸	適切結合社區資源網絡	落實社區化的意涵
柒	前次評鑑建議事項改善情形	延伸國家管理的權力

資料來源：研究者自行整理。

和評鑑制度，也延續了精神醫療的模式，而將精神障礙者視為需要被醫療與專業介入管理的，國家也必須以專業的權力來進行對精障者的監控，而機構的工作人員，正是具有國家認證的專業資格，在評鑑制度的規範下，執行專業的權力而對精障者進行的控制與管理。專業人員經過國家以一種客觀、理性、標準化的指標加以規範和評量，取得國家認可的專業地位，國家管控資源的權力也藉此延伸，決定誰能夠進到精神復健的服務和國家資源的分配，不符合收案標準的人，他們的需求則自然被排除在外。同時為了能夠確保資源的分配運用，運用評鑑機制「由上而下」進行統一管理並監控服務品質，一旦啟動了評鑑的程序，機構便進入國家管理機制的權力體系。

評鑑制度實施多年後，標準化、條列式的評鑑指標，建構機構為了回應評鑑制度所產生一系列看似理所當然的工作知識，卻使得精神復健機構的工作樣貌趨於制式化，而精神復健也在不知不覺中進入了精神醫

療的專業權力階層中。在這個權力體系中，我們看到了國家運用評鑑制度的管理和對專業的規範來監控精神障礙者，精神障礙者失去決定自己需求的主體性，他們的聲音在這個權力體系中也逐漸銷聲匿跡。

第三節 文本建構的事實—強化「由上而下」的權力觀點

在評鑑制度之下，精神復健人員對於評鑑的要求該如何回應，關係著評鑑是否能夠通過，機構是否能夠繼續獲得健保特約而得以生存，而日常工作的操演所依循的工作手冊和紀錄表格的設計與撰寫，在回應評鑑要求時具有舉足輕重的地位，也是在評鑑制度之下的產物。代表國家權力的評鑑委員以此作為日常生活中服務的依據，而機構主管或主要管理者也以此作為是否具有專業服務品質的象徵。當這些文本進入精神復健工作時，對於精神復健人員和評鑑制度又具有何種隱而不見的意涵？

壹、規範機構運作的工作手冊—將國家管控的意識形態寫入日常生活

一、機構每日工作的指標

國家管理的機制，透過評鑑制度的規範和專業人員的執行達到目的，由機構的工作手冊的編排，如圖 4-2，即可看出將這樣的意識形態寫入生活中的媒介。依據 99 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（日間型機構）之 5.3 項規定，機構應制訂並備有工作手冊，手冊內容應明列機構組織架構、各單位及人員業務執掌、服務對象入出機構辦法、重要工作流程、緊急事件求助與通報等聯繫窗口、電話等資料，並且定期檢討或修正。

在現在的評鑑要求裡面，它一定要每個單位都要有自己的操作手冊，那這些操作手冊，其實剛開始不否認借用同行的，那我們來參考這樣子.....他已經有很明確的有一些項目，是你需要操作手冊跟操作手冊執行修訂才會給分的。所以在這個部分，它已經是有很明確..他不要求你內容的豐富度，他一定要有你的操作手冊。（A1-01-012）

因此機構都會備有一套工作手冊，內容依照設置標準及評鑑基準依序列出工作人員職責、個案服務流程，以及規範各類表格的使用時機，還需列出修正的時間點，表示機構有定期檢討與修正工作手冊，依據各指標規範著工作人員在甚麼時候應該做甚麼事情。

○○社區復健中心工作手冊

目 錄

壹、機構概況.....	1
一、設立背景.....	1
二、設立目標.....	2
三、發展過程.....	3
四、組織架構與人力配置.....	4
五、基地面積、建築物面積.....	5
六、設立服務人數.....	5
七、地理位置.....	5
貳、服務宗旨與遠景.....	6
參、業務項目.....	7
一、社區復健的角色.....	7
二、社區復健的定義.....	8
三、社區復健的功能.....	8
四、復健治療內容.....	9
五、活動時間表.....	10
肆、基本復健治療設施及空間配置.....	11
一、復健治療設施.....	11
二、職能評估工具.....	11
三、空間配置.....	12
四、一般設施.....	12
伍、復健服務品質管理.....	13
一、收案標準.....	13
二、結案標準.....	13
三、工作內容與業務執掌.....	13
四、工作流程.....	14
五、個案安全與健康維護.....	17
六、健保申報作業.....	23
七、復健基金管理辦法.....	24
陸、工作表格一覽表.....	27
柒、工作人員管理辦法.....	28

圖 4-2

某社區復健中心工作手冊目錄

嗯...工作手冊，我想....手冊的東西訂出來，當然你每天的常規要做些什麼東西，我想大概大家心裡有數，就是按表，大多會按表操這個課程，然後剩下的時間大概就他們自己去該做的紀錄啊，該做的一些考核...一些什麼他們自己都會自己去做，因為重點是我只要看東西，他們就必須要有東西給我。（A2-01-061）

二、評鑑指標代表專業

機構的工作人員依專業分工執行每日的工作，管理階層只要看到成果，並不在意過程發生了什麼事，而在機構中來自精神醫療的專業人員，對於精神復健該做些什麼，有著自身對專業的定義，在評鑑制度的運作之下，管理者只在意是否依照評鑑標準完成工作，也無法干預精神復健人員對專業的各自表述。

工作的分工...很明顯，很明顯不是我（負責人）分配，就大家屬於自己的（專業）就認領回去吧！因為我要的只是成果。對，過程...我比較少在管過程，通常我大概要的是成果，因為我想過程是每一個人自己要他的想法去執行，但我們沒辦法去干擾每一個人的想法吧！（A2-01-068）

工作手冊依據評鑑基準將工作指標寫入工作流程中，對於評鑑基準沒有提到的內容，有沒有執行就不是重點了，而各個專業的精神復健人員只要完成各自專業的部分，工作成果只要符合評鑑對於服務量和服務績效的要求。因此評鑑基準之外的工作經驗，便在文本的書寫中排除，經過時代的演變而不存在。

貳、表格紀錄是專業的呈現——將醫療的意識型態寫入日常生活

一、撰寫記錄必須使用醫療的專業術語

每當評鑑或督考將來臨時，工作人員感受最深的便是寫不完的紀錄。因應每年評鑑基準的修訂，紀錄表格也跟著不斷的修正。紀錄之所以重要，是因為在評鑑機制中，它除了回應評鑑基準的要求和每次的評

鑑建議改善情況之外，也代表著機構專業服務的成效。紀錄必須能夠回應評鑑對於專業服務品質的要求，紀錄書寫的內容也代表了專業的呈現，精神復健人員怎麼撰寫紀錄，就引導著評鑑委員和閱讀者如何看待這件事情，撰寫人必須要重新編整自己的經驗，以評鑑委員或管理者熟悉的專業語言寫入，才能產生對話關係，呈現的是經過專業語言重新編制的事實，而至於日常運作所發生的事實是什麼，真實性也已經無法追究。在這過程中，日常生活中的每一件事情，都要轉換成專業的語言紀錄下來，填寫到對應的表格中。因此在表格的設計時，就要依據評鑑基準的規定預先設計，何者是需要填寫的，都透過表格的各項欄位呈現出來。

為應付評鑑，機構所生產的表格，大致上可分為：1.收案晤談表。2.職能評估報告。3.個案服務紀錄表。4.活動紀錄表。過去收案晤談表的設計，評鑑機制為了確保機構所收的個案都符合國家體制管理的對象，要求收案者需符合開案標準，因此機構在收案表格的設定上，原有的收案晤談表紀錄（表 4-6），設計「目前精神症狀與主要問題」的欄位，對應轉介單相同的欄位，以便呼應「精神症狀穩定」、「無自傷、傷人之虞」的指標，「疾病歷程概述」對應「精神科門診追蹤及治療」，「家庭狀況概述」、「就業現況概述」、「身心發展評估」和「日常生活功能概述」等欄位對應「能自行獨立接受訓練或家屬可配合」、「稍具耐性及工作動機」。另外還增加了收案評估表（表 4-7），依照評鑑所規定的向度增加「社區復健開案指標」欄位，中心在收到轉介單，並且完成收案晤談記錄表之後，再次依據收案評估表的開案指標，對應勾選案主符合的項目，再次確認案主具有接受社區復健服務的條件，也同時進入符合「精神病患照顧體系權責劃分建議表」分配的服務體系。

表 4-6

某社區復健中心收案晤談紀錄表

○○社區復健中心 收案晤談記錄表			
個案編號：_____		晤談日期：_____	
一、基本資料			
姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女
出 生 日 期		身 高	公分
轉 介 來 源			
教 育 程 度		婚 姻	
診 斷		障礙類別等級	
生 理 疾 病			
目前精神症狀與 主 要 問 題			
二、身心發展評估			
個 人 成 長 與 家 庭 互 動 關 係		求 學 歷 程	
服 役 歷 程		婚 姻 狀 況	
社 交 互 動 及 人 際 關 係		重大傷病或意 外 壓 力 事 件	
三、家庭狀況概述			
四、疾病歷程概述			
五、就業現況概述			
☐ 就業中 ☐ 從未就業 ☐ 主婦 ☐ 學生 ☐ 失業 ☐ 退休 ☐ 服役 ☐ 其他			
開 始 年 月	職 訓 或 工 作 性 質	合 計 年 月	離 職 原 因
年 月		年 月	
工 作 動 機	☐ 高 ☐ 普通 ☐ 低		
六、日常生活功能概述			
生 活 起 居 時 間 安 排	☐ 主動正常 ☐ 主動失常 ☐ 被動正常 ☐ 被動失常 ☐ 不詳		
週 遭 環 境 事 務 處 理	☐ 主動負責 ☐ 被動負責 ☐ 部分協助 ☐ 大多拒絕 ☐ 不詳		
休 閒 娛 樂 活 動 安 排	☐ 主動適當 ☐ 主動不當 ☐ 被動適當 ☐ 被動不當 ☐ 不詳		
概 要 評 述	☐ 可獨立 ☐ 尚可獨立 ☐ 需協助可半獨立 ☐ 嚴重失調完全依賴		

專任管理員：_____

主任：_____

9908 修訂

表 4-7

某社區復健中心收案評估表

○○社區復健中心 收案評估表					9908 修訂
姓名：_____ 診斷：_____ 個案編號：_____					
出生日期：_____ 開案日期：_____					
一、個案目前情況					
評量等級：5：良好 4：尚可 3：稍差 2：差 1 很差 0：極差					
1.一般行為	項目	評等	項目	評等	
	(1)儀容		(4)活動量 a)低 b)高		
	(2)情緒穩定度		(5)語言表達		
	(3)怪異行為		(6)身體動作協調		
	小計				
2.社會行為	(1)團體活動參與度		(4)互動態度		
	(2)團體中角色		(5)接受指導		
	(3)社會化		(6)自我肯定 a)被動 b)支配		
	小計				
3.工作行為	(1)參與動機		(5)解決困難		
	(2)工作耐力		(6)操作技巧		
	(3)責任感		(7)整潔性注意細節		
	(4)理解力		(8)對完成活動的興趣		
	小計				
總計					
二、社區復健開案指標（依據健保局及精神復健機構評鑑基準之收案條件）					
☐ 符合衛生署規定之精神疾病診斷，精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。 ☐ 具疾病認知，繼續接受精神科門診追蹤及治療。 ☐ 能自行獨立接受訓練或家屬可配合。 ☐ 稍具耐性及工作動機。 ☐ 局部功能退化，不須全日住院，具有復健動機及潛能者。 ※至少應符合前四項，若未符合前四項而收案者請於處遇計畫中說明。					
三、初步處遇計畫					

團隊工作人員簽章

主 任

專業人員

專任管理員
接案者

職能評估報告（表 4-8）更是指出案主的主要問題和服務需求的關鍵，閱讀這些紀錄時，閱讀者需要具備對精神醫療的專業知識，評估報告中所使用的專業術語便是區隔了「專業/非專業」，並將案主的行為表現問題化，強化需要專業介入的概念。這樣的邏輯不僅在機構的紀錄表格中現形，在醫囑轉介單也存在這樣的意識型態。因此職能評估報告的設計，就必須更精確的呈現專業服務，除了將個案問題化之外，還要擬定案主的復健計畫，在單向的專業權力運作過程中決定案主需要的服務。

表 4-8

職能評估報告

○○社區復健中心 職能評估報告							
姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 案號：_____							
診斷：_____ 轉介日期：_____ 日期：_____							
壹、一般觀察							
一、生理功能	體能狀況	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
	動作協調	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
二、情緒狀態	焦慮調適	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
	情緒控制	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
三、社會功能	人際互動	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
	溝通表達	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
四、職能活動能力	活動動機	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
	注意力	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
	配合度	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 稍差 ☐ 差 ☐ 極差					
五、安全顧慮	☐ 走失 ☐ 性騷擾 ☐ 自殺 ☐ 暴力 ☐ 跌倒 ☐ 其他_____						
貳、評估項目及結果							
一、褚氏日常生活功能(II)評估						測驗日期： 年 月 日	
觀察項目	填寫動機 (3)	自我認知 (3)	儀容整潔 (3)	填寫速度 (3)	閱讀能力 (3)	書寫能力 (3)	觀察總分 (18)
量表項目	衛生習慣 (10)	健康問題 (10)	獨立功能 (10)	休閒活動 (10)	生活品質 (10)	—	PAS(自我照顧) (50)
						—	
	文字數學 (10)	一般常識 (10)	金錢交易 (10)	交通通訊 (10)	應變能力 (10)	—	PBS(生活常識) (50)
						—	

續 表 4-8

職能評估報告

○○社區復健中心 職能評估報告						
姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 案號：_____						
診斷：_____ 轉介日期：_____ 日期：_____						
總分記錄	自填	測驗時間	量表總分	量表等級	觀察等級	調整等級
	是/否					
綜合說明：						
二、褚氏注意力測驗(Ⅱ)			測驗日期： 年 月 日			
答題數		錯誤數		錯誤率		總得分
百分位數	精障 常人	障礙 等級	☐ 良好(110以上) ☐ 尚可(109-87) ☐ 輕度(86-60) ☐ 中度(59-40) ☐ 重度(39-20) ☐ 極重度(19以下)			
觀察與結果說明：						
三、褚氏手部協調測驗(Ⅱ)			測驗日期： 年 月 日			
慣用手	☐ 右手 ☐ 左手 ☐ 不顯著					
右手得分		百分等級	☐ 100-80 ☐ 79-65 ☐ 64-50 ☐ 49-35 ☐ 34-20 ☐ 19-0			
左手得分		百分等級	☐ 100-80 ☐ 79-65 ☐ 64-50 ☐ 49-35 ☐ 34-20 ☐ 19-0			
雙手得分		百分等級	☐ 100-80 ☐ 79-65 ☐ 64-50 ☐ 49-35 ☐ 34-20 ☐ 19-0			
總得分		障礙等級	☐ 良好 -110 ☐ 尚可109-100 ☐ 輕度99-90 ☐ 中度89-75 ☐ 重度74-60 ☐ 極重度59-0			
觀察與結果說明：						
四、艾倫認知功能測驗			測驗日期： 年 月 日			
測驗等級		觀察與結果說明				
Level()						
五、完成句子測驗			測驗日期： 年 月 日			
題目分類	內容		主訴說明		問題評估	
六、其他測驗						
測驗日期	測驗名稱		結果說明			
七、綜合評估						
功 能 類 別					優 點	缺 點
認知功能(如：理解力、注意力、組織、判斷力、邏輯、問題解決能力等)						
作業行為與作業技能(如：動機、主動、協調、服從、技巧、品質、責任感等)						
體適能功能(如：體能狀況、動作協調、持續耐力、負重能力、平衡感等)						
人際行為與社會功能(如：參與度、角色、社會化、言語表達、互動態度、自我肯定等)						
自我照顧與獨立功能(如：儀容、衛生、交通、金錢管理、休閒安排、時間管理等)						

續 表 4-8

職能評估報告

○○社區復健中心 職能評估報告		
姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 案號：_____		
診斷：_____ 轉介日期：_____ 日期：_____		
心理調適應與現實適應(如：情緒穩定、控制、環境適應、挫折忍受度、壓力處理等)		
八、主要問題分析		
九、社區復健處遇目標		
功 能 項 目	復 健 目 標	
獨 立 生 活	☐ 調整生活作息 ☐ 提升認知能力 ☐ 規則服藥觀念 ☐ 增強主動性 ☐ 培養良好衛生習慣 ☐ 增強家事處理能力 ☐ 提升簡單計算能力 ☐ 加強金錢處理能力 ☐ 增強交通自理能力 ☐ 增強通訊能力 ☐ 增強日常應變能力 ☐ 學習時間管理 ☐ 其他_____	
社 會 功 能	☐ 改善人際互動關係 ☐ 增強人際互動行為 ☐ 增強適應群體生活 ☐ 增進成就感，建立自信 ☐ 其他_____	
體 適 能	☐ 增強肢體動作協調、柔軟度與平衡 ☐ 增強肌力 ☐ 增強耐力 ☐ 增強心肺功能 ☐ 增強健康管理觀念 ☐ 其他_____	
職 業 功 能	☐ 增強工作動機 ☐ 增強持續度 ☐ 增強注意力 ☐ 培養責任感 ☐ 培養良好工作態度 ☐ 培養良好工作習慣 ☐ 強化工作能力 ☐ 轉介職業訓練 ☐ 支持性就業諮商與輔導 ☐ 其他_____	
休 閒 / 調 適	☐ 培養健康的休閒興趣 ☐ 培養休閒技能 ☐ 增強休閒安排能力 ☐ 增強調適能力 ☐ 其他_____	
十、社區復健處遇計畫		
訓 練 項 目	復 健 計 畫	
獨 立 生 活	☐ 家事技巧訓練 ☐ 烹飪訓練 ☐ 社區獨立生活功能訓練 ☐ 金錢概念與管理訓練 ☐ 使用交通/通訊工具 ☐ 自我照顧訓練 ☐ 社區適應活動 ☐ 時間管理訓練 ☐ 其他_____	
社 會 功 能	☐ 社區適應訓練 ☐ 社交技巧訓練 ☐ 人際溝通訓練 ☐ 社會功能訓練 ☐ 自我肯定訓練 ☐ 其他_____	
體 適 能	☐ 戶外體能運動 ☐ 肢體伸展律動 ☐ 有氧舞蹈 ☐ 健康操 ☐ 健康管理訓練 ☐ 其他_____	
職 業 功 能	☐ 產業治療 ☐ 職前工作訓練 ☐ 求職技巧訓練 ☐ 職業訓練 ☐ 庇護性工作安置 ☐ 支持性就業安置 ☐ 社區化就業服務	
休 閒 / 調 適	☐ 棋藝/益智類 ☐ 文藝類 ☐ 美工藝品創作類 ☐ 電腦資訊類 ☐ 音樂欣賞 ☐ 歌唱 ☐ 樂器彈奏 ☐ 運動類 ☐ 舞蹈及表演類 ☐ 外出購物或旅遊 ☐ 心理治療 ☐ 情緒壓力管理 ☐ 其他_____	
十一、建議事項		
1.	案 主 簽 章：_____	
2.	專任管理員簽章：_____	
3.	職能治療師簽章：_____	
96.09修訂		

二、記錄內容代表專業的呈現

在個案服務紀錄表和活動紀錄表（表 4-9）更是複製了「專業/非專業」的意識型態，專管員在撰寫紀錄內容時，也必須把握這個原則，並且能夠說明活動所回應的復健目標，以及案主的問題化行為進展的程度，內容不可過於簡略，使用的文字也必須是專業的術語，才能充分展現專業的治療成效，讓所有閱讀的評鑑委員，能有共通對話的語言。

表 4-9

某社區復健中心活動紀錄表

○○社區復健中心 活動團體紀錄			
活 動 類 型	☐ 日常生活功能訓練 ☐ 休閒娛樂	☐ 社交技巧 ☐ 體能活動	☐ 職業團體 ☐ 其他
復 健 目 標	☐ 獨立生活功能訓練 ☐ 培養休閒功能	☐ 加強社會功能 ☐ 體適能復健	☐ 強化職業功能 ☐ 其他_____
活 動 目 的	1. 2. 3.		
日 期 / 時 間	年 月 日，星期 ____：____～____：____		
地 點			
領 導 者			
協同領導者			
器 材 / 材 料			
參 與 學 員	共計 名		
活 動 流 程			
學 員 參 與 及 活 動 表 現			
記 錄 者		主 任	

99.04 修訂

過去專管員在撰寫活動或個案紀錄時，因為表格的內容較無結構，也無太多的欄位，所以紀錄的內容大多以生活瑣事或活動表現為主，例如：學員歐兄告訴專管員昨天「熬夜看棒球轉播，太晚睡沒吃藥，所以沒睡好」，對於一般人來說似乎很理所當然，然而這類像流水帳式的紀錄，無法明確辨識問題行為和服務介入的成效，當這樣的文本無法與評鑑委員對話時，便是界定這個服務是「專業/非專業」。因此在機構的紀錄中，專管員絕對不能用生活的語言紀錄，必須要轉換成專業的術語「生活作息不規律」、「藥物順從性不佳」，才能引導評鑑委員進入對話關係。茲舉例如表 4-10。

表 4-10

日常生活對話與專業術語比較表

學員參與及活動表現	
日常生活對話	所有學員：在家屬及其他工作人員的參與下，皆能參與跳讚美操、唱詩歌等活動。每位學員都覺得這次的活動很棒，教會的兄弟姐妹對他們很好，中餐吃的很好，也有冷氣吹很舒服，並有 KS 醫院的 L 醫生替他們解答問題。只有 YP 及 SH 覺得不好玩，SH 在活動進行中一直捉弄 WN 及 HM，YP 說她的手被 TS 打到很痛。
專業術語寫入	學員在家屬及工作人員的帶領下，皆可配合參與此次活動，活動內容包含：體適能、休閒團體等。 YP：表示不好玩，<u>活動參與度不佳</u>，少與人互動，<u>社交技巧不佳</u>，活動過程中與 TS 有肢體衝突無法自行處理，<u>個人解決問題能力不佳</u>，經由工作人員協助及安撫後，<u>情緒穩定可配合活動之進行</u>。 SH：活動過程中<u>注意力不佳</u>，時有干擾他人的行為，<u>活動參與度不佳</u>，對 WN 和 HM 有輕微的<u>攻擊行為</u>，經工作人員提醒後改善情形不佳，後續追蹤個案之<u>服藥狀況與症狀</u>。 此次活動邀請 KS 醫院的 L 醫生進行疾病和藥物座談，協助個案進行<u>疾病和藥物管理</u>。社區民眾對於個案接納程度提升，透過與社區之交流活動可<u>增進個案之社會功能與人際互動</u>。
說明	日常生活對話以粗體字表示，如：只有 YP 及 SH 覺得不好玩。 專業術語以文字底不佳上底線表示，如：<u>活動參與度不佳</u>、<u>有干擾他人的行為</u>。

資料來源：A5 與專管員進行定期督導之紀錄。

所以撰寫紀錄的人，除了專業人員已經具有一套既定的專業知識之

外，若是管理員沒有具備這一套知識，無法轉譯這套專業術語，那他與案主的工作經驗就無法與評鑑制度產生關係。案主的評估、復健計畫擬定、活動安排等，必須透過專業人員的設計，評鑑基準提升專業人員時數，是希望除了評估之外還能做到治療，並且將活動執行和紀錄撰寫，使用專業的術語寫入紀錄，啟動與評鑑委員的對話，當評鑑委員能透過這些文本讀取相關訊息，才代表機構具有專業服務品質的表現，但是在這個過程中，有沒有誰真的去瞭解服務對象在生活中，真正發生了什麼事？

表格呈現與撰寫方式代表著一套相對性的權力體系，在文本建構的過程中，精神障礙者的主體性是隱而不見的。而精神復健人員與精障者在生活上共同努力的經驗，也在經過表格切割、分類、組織和的編寫後消失無蹤。

參、服務紀錄成為工作主體

因此當一個新手或評鑑委員想要了解機構的運作時，其實並不需要實際進到這個場域，只要透過機構的工作手冊便可一目了然；而評鑑委員亦可透過紀錄書寫的脈絡，評斷機構是否完成國家權力賦予的管理使命。在表格紀錄中我們所見到的，都是代言國家權力的評鑑機制所說的準則，當這些文本成為精神復健人員每日工作的主體時，人與人之間的最自然的互動關係會漸漸消逝，取而代之的是以專業語言書寫的文本，只要見到表格紀錄就等於瞭解一個人的日常生活，因此工作人員花費大量的時間精力在生產表格和撰寫服務紀錄，然而精神復健中我們所關注的主體——精神障礙者，他們真實生活的經驗，在這個文本建制的過程中卻消失不見了。

精神復健人員在這個權力體制的擠壓之下，又是如何面對制度外的經驗？是選擇與精神障礙者共同發聲，還是做為國家體制權力的延伸，以共犯結構的方式繼續複製不對等的權力關係？

第四節 評鑑前的準備工作對機構的衝擊

本節將說明因應評鑑之前的準備工作，機構在專業人力配置、活動調整與個案評估、服務記錄與表格以及設施設備的調整，對於個案每日生活和專業服務日常運作的影響與衝擊。

壹、專業人力配置調整

一、經營成本影響專業人力編制

進入評鑑的基本門檻首當要務就是人力和設備是否符合要求，其實在安排人事配置也需要相當謹慎，配置符合評鑑基準的專業人力，中心經營成本必定會受到較大的負擔，配置不足則會影響評鑑結果，因此真的要仔細計算成本，而什麼才是適當的人力，也是我必須要思考的，在收支部分當然也要能夠量入為出。因此評鑑要求的服務人力照理來說應是最低的要求，於是我在人力配置上便出現有兩種想法：1、評鑑基準要求的專業人力配置量，是否真的符合中心提供服務的需要？2、評鑑基準中規定的專業人力所產出的服務品質，是否符合個案所需？如果評鑑是要符合標準量化的標準，我想用最低要求的人力編制即可。但若還要達到服務品質，那在人力的部分是否需要擴編專業的人力？以目前中心的現況是否還有盈餘獲預算可以增聘人員？或是能有替代性的專業人力可以補充？這些思考帶動了我對評鑑的反思。評鑑制度要求的專業是依照什麼觀點建構而成的？如果評鑑制度是關注學員的需求為起點，我想身為管理者的我並不會這麼的苦惱，假若評鑑制度與學員是同一個立場，中心在經營管理上也是依照學員的需求，案主對於服務滿意度高，相對的也對帶動服務人次的提升，因此中心的穩定經營應該不是太大問題，但是目前的經驗卻並非如此。

民國 86 年中心正式立案時，編制為負責人一人兼任專任管理人員（以下簡稱專管員），護理人員一人兼任專管員，再外聘一位兼任職能治療師。當時的法規（精神復健機構設置管理及獎勵辦法，內含設置標準，

以下簡稱設標)並未說明負責人、專管員及專業人員可否互相兼任,以及兼任職能治療人員的時數,再加上健保給付低(250元/日),中心為了節省人事成本支出,便採取內聘人員兼任專業人員或負責人的方式,而外聘職能治療人員則是每週或每月一次,時數大約為4小時/次。當時並無所謂的精神復健機構評鑑,僅在精神復健機構設置管理及獎勵辦法提到¹⁴,地方衛生主管機關對精神復健機構業務,應訂定計畫實施督導考核,因此在民國93年全面實施精神復健機構評鑑時前,中心每年都需要應付衛生局定期的督導考核,也因為當時僅規定業務內容但未說明應如何執行,中心對於活動的安排,會儘量讓學員有多元化的選擇,許多活動也讓學員們自行運作,活動的參與依照個人的意願參加而不制式的規定,活動內容多元也貼近生活,但也儘量符合設置標準的規定。

二、專業人力編制符合最低門檻

為了符合民國96年評鑑基準的要求,當時首先要面對的,就是人員編制重新規劃,我開始依據基準檢視中心目前的業務狀況和人力編制,社區復健中心(現為日間型精神復健機構)在人力部分偏重的是職能治療的專業,依據民國96年評鑑基準¹⁵首先要調整的是對於人員配置之適當性要求。過去中心礙於人事成本考量,專業人員大多以最低時數聘請兼職人員,然而要聘請符合資格者¹⁶卻是非常困難,因為符合評鑑基準規定之專業人員多為醫院現職人員,但醫院讓現職人員到其他社區復健機構兼職的意願並不高,部分社區復健機構的變通方式則是聘請專業人員掛名,但實際執行業務時數可能未達標準,僅要求兼職人員呈現書面資

¹⁴ 89.2.22 精神復健機構設置管理及獎勵辦法第二十五條:直轄市、縣(市)衛生主管機關對轄區內精神復健機構業務,應訂定計畫實施督導考核,每年至少辦理一次,其計畫應報請上級衛生主管機關備查。

¹⁵ 依據96年台灣地區精神復健機構評鑑基準(社區復健中心)壹、三:職能治療師人數之規定:1.至少應有兼任職能治療師1人,需確定有提供服務內容之紀錄或其他證明資料。2.職能治療師,每服務量20人,每週兼任時數之評量基準:優:10(含)小時以上、良:6~9小時、可:5小時、差:2~4小時、劣:未滿2小時。因此兼任職能治療人員之時數至少必須達到每20人每週四小時,才評為「可」,當時中心核定收治人數為29人,因此兼任職能治療人員時數換算為每週六小時。

¹⁶ 依據民國96年台灣地區精神復健機構評鑑基準(社區復健中心)壹、人員配置之適當性之規定:兼任專業人員:專業人員至少應曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之醫療機構,從事精神醫療相關工作滿2年以上,並向衛生局報備支援。

料，能夠應付評鑑要求即可。過去這種方式其實很普遍，很多單位也都心照不宣，只要書面資料和紀錄能夠完美的呈現評鑑基準的要求，同時也獲得評鑑委員的認同，就能在評鑑時得到好成績，但是如果這樣能夠代表服務品質，是否每日的工作只要依評鑑撰寫記錄和報告即可？！

我身為負責人兼管理者，雖然我是大學臨床心理相關科系畢業，但民國 95 年之評鑑基準明訂專業人員除社會工作人員之外，職能治療人員、臨床心理師、護理人員、醫師等都需領有專業證照。而我在民國 87 年大學畢業後正好遇上心理師法的立法和證照化，當時未有臨床心理的相關資歷，無法參與臨床心理師特考，即使大學視精神醫療的相關學科，但未具有專業證照，因此在法規上我並不算是精神醫療的專業人員。因不具有專業人員身份，僅能兼任專管員，然而聘請兼任之專業人員不易，但督導考核和評鑑在即，我也不願意因循過去的工作模式，為了能使中心的運作能搭上評鑑的軌道，也只能暫時先放下成本的考量，先聘請一位專任專業人員來共同規劃中心的活動和業務。

三、學歷與專業訓練代表服務品質

而在專管員部分，法規規定的資格為高中職以上，接受過相關訓練¹⁷者即可擔任，但若為專業人員則可免相關訓練。而專業人員的認定，除了社會工作人員不需證照之外，其他專業如：心理師、職能治療師、護理人員及醫師等皆須具有專業證照才可符合資格。所以當時是由我（負責人）兼任專管員，另一名專管員為 94 年聘任，已接受專管員相關訓練並取得結訓證書。至此，中心的工作人員包含負責人一名（兼任專管員）、專任職能治療師一名、專管員一名，符合設置標準和評鑑基準的規定。

除此之外，為了確保復健服務品質，評鑑基準還規定所有工作人員

¹⁷ 行政院衛生署原針對專管員有規範五十小時的課程訓練與實習，但多年來未修訂，因此又於民國 94 年委託臺灣心理衛生社會工作學會邀集各相關人員修訂初階訓練課程，並增訂專管員之進階及負責人之訓練課程，之後專管員之初階訓練課程再由原來之五十小時提升為七十小時（王勝輝、高麗芷、陳淑萍、黃媛齡、楊美惠、劉蓉台、謝佳容，2005）。

都必須定期接受在職訓練¹⁸，96 年評鑑基準規定「負責人及管理人員每年至少 30 小時之教育訓練，其中至少 10 小時應至機構外接受教育訓練，兼任專業人員每年至少 16 小時之專業相關教育訓練」。為了能符合這個評鑑基準，須安排工作人員參加相關的訓練，在專業人員部分尚有專業學會組織每年安排的教育訓練，但是負責人和專管員部分的在職訓練，尚未有專業組織安排，所以專業人員以內部訓練的方式，作為其他人員之在職訓練，藉此達到評鑑基準的要求。

貳、中心活動調整與個案重新評估

一、活動依據評鑑基準調整為五大項

過去中心有許多活動都由學員自己運作，專管員扮演協助的角色，當然活動形成初期會有工作人員帶領和引導，但是當學員們已經熟悉活動對他們的意義，並且成為生活中的一部分時，他們便能運作自己在中心的生活，例如每週的體能活動、卡拉 OK 活動、社區服務等。

為了至少能夠達到評鑑合格的門檻，專業人員很盡責的依據評鑑基準，調整所有的活動項目和評估計畫，專業人員依據過去在精神醫療機構操作評鑑的經驗和他對精神復健的概念，而對活動做出修正。中心所有的活動全部修正後，活動團體和復健服務全部都需要符合評鑑基準所規定的五大項，依據民國 96 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（社區復健中心）第肆、四項：應提供個別化的職能復健服務之規定，包括：獨立生活訓練、社會功能加強、職業功能強化、休閒功能訓練及體適能復健等 5 項復健服務。因此除了依據評鑑面向新增活動項目是之外，還要把當時中心學員原本的活動團體全部「塞進」這五大項目裡。例如「獨立生活訓練」，就安排了「外出購物」和「日常生活功能訓練」；「社會功能加強」就有「社交技巧訓練」；「休閒功能訓練」新增了「休閒教育團體」；在「體適能復健」的活動安排，除了購置了許多運動健身器材之外，

¹⁸ 99 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（日間型）已修正為：負責人、管理人員及專業人員每年至少 36 小時之教育訓練。

還要有使用的紀錄；社區「就業適應」的訓練，活動名稱要改成「職前訓練與就業輔導」或「職業功能強化」訓練，每週專管員必須定期訪視，並且一定要撰寫訪視紀錄，所有的活動團體皆需要撰寫紀錄，這樣才表示確實有服務且有紀錄佐證；包括了每日例行的早操和閱報活動，並且一切都需要照表操課，甚至要學員一定都要參加各項活動，活動的部分也要定期修正¹⁹。

依照評鑑該做的每半年或是每三個月要做一次的活動調整，大概是這些東西。（A2-01-024）

二、制式的評估基準與復健計畫

除了活動的修正之外，規定中心學員至少每三個月需重新進行職能評估，並擬定復健計畫，為了是能檢視學員復健進展的成效。

因為這些...其實礙於評鑑的要求，這些東西都一定要有。所以我們都是按照上面的，然後一些復健計劃大概也是要求治療師每三個月要修改一次，大概我們就是符合評鑑的那個基準。（A2-01-028）

譬如說我們（學員）的復健計畫，它（評鑑）要求每三個月要修正一次，然後這個我們就有做了，然後你的家屬座談會一年最少兩次，那我都會超過，那你要求我們做什麼東西，其實說真的啦，還是會依評鑑的要求，我們會去做它所要的東西。（A2-01-043）

在重新進行評估時，有些學員配合著完成，有些學員發出抗議；「這不是做過了嗎？」、「每次都做一樣的，我都知道答案了！」。而職能評估報告撰寫的向度，也是依照評鑑的五大面向，所以中心的每個學員因為督考和評鑑，必須被重新審視，並且依照這個審視的結果，決定他們在中心應該做什麼，而為了讓評鑑委員確定這個復健計畫是學員自己同意的，所以專業人員也在表格上設計了學員簽名的欄位，做為學員參與復

¹⁹ 依據民國 96 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（社區復健中心）伍、五、機構應提供活動時間表並定期修正：1.應視其公告與否、時間適當性、內容多元性、確實執行、定期檢討給予評量。2.應具備活動企畫書與學員出席活動和表現紀錄。

健計畫擬定的佐證。

參、製造各式紀錄表格並統一撰寫內容

一、服務紀錄是資源分配的證據

當活動項目開始增加，為了能夠具體證明活動確實有進行，所以每項活動都必須要紀錄，因為在評鑑的過程中，紀錄絕對是一個影響評鑑結果的關鍵證據，除了每月健保申報或抽審時，會以此作為執行業務的依據之外，督考或評鑑時，評鑑委員會以此檢視中心每日的工作運作是否有確實進行，因此因應活動的增加，撰寫記錄成為所有工作人員每日工作的重頭戲。

表格的設計還有紀錄撰寫內容會包含一些健保局的一些要求跟規定，還有評鑑基準也含在裡面，就好像是他們看到的，就是評鑑基準裡面把整個評估的部分分成五項，那五項功能的部分我還是存在。其他的部分就是用復元的概念，那我會把它放到另外一個項目。所以我寫的東西，不會比評鑑基準來的少，也不會比健保局要求的來的少，我寫的是比較多的。

（A4-01-020）

當然剛開始的時候在設計表格也好，或者是寫紀錄也好，對工作人員他本來就是一個...像我們整個訓練的歷程裡面就比較少寫，通常都是用嘴巴講比較快。那寫下來真的是不容易，所以基本上來推動這些東西他都會有一些困難。我的工作人員他們有從表格勾選式的1、2、3、4、5的那種評量方式，到後面用敘述性的描述，讓他們有一個階段性。因為我的記錄表格我有改版過，我原本的是比較簡單的，但是問題是簡單的部分，他們還要再做一些...所謂除了勾選式，還要再做所謂的執行，就是文字的描述的部分。（A4-01-023）

實際上的查證，譬如說有相關的紀錄！表單，或是實際上的訪談，訪談工作人員，訪談個案，然後環境的話就現場去看，像有些時候健康維護，就看看有沒有做健康檢查，健康檢查有異常的時候有沒有做一些處理，這個

就是你實際上去了解的，那你問說他有沒有做健康維護？他說有就給分，可是健康維護的資料並沒有去善加運用，那可能有些委員會覺得他雖然有，可是他根本不管他有高血壓啊！糖尿病啊！那表示說你有做了，但是你沒有去好好的運用它。（A3-02-025）

二、服務紀錄是專業的展現

紀錄撰寫的內容除了要符合健保局申報和評鑑基準的要求，還要能夠說明活動進行的狀況，以及學員在活動中的表現是否符合復健計畫，或是服務方案執行的概況，內容不可過於簡略，並且詳實記載服務的過程和成效，使用的文字必須是專業的術語。過去中心的服務紀錄表格多為勾選式或流水帳式記載學員的生活狀況，似乎無法充分的展現專業的治療結果，因此專業人員重新修訂各式紀錄表格，並要求專管員要詳實填寫，才能讓所有閱讀的評鑑委員，能有共通對話的語言，否則就可能換來「紀錄內容應更詳實，請改進」的評鑑建議。因此表格和紀錄在評鑑的過程中佔有重要的地位，因為在評鑑的過程中，這些文本才是能夠說明服務有確實執行的佐證資料。

肆、改善空間配置與服務設施

一、節省成本，堪用的設備勉強使用

中心的基本硬體設施尚都延續民國 94 年舊有的模式，對應當時的評鑑基準根本在及格邊緣，雖然中心的設置地點位於社區熱鬧的地段，交通便利並鄰近社區生活圈，符合社區性與交通便利性，但是房舍老舊一直是我們中心每年被詬病的問題。當時衛生署獎勵民間辦理社區復健方案，因此許多家屬團體已紛紛投入。中心於民國 79 年成立之初，並沒有任何經費支持，過去僅有部分衛生署獎助的經費，當時所購置的設備大多老舊不堪，在立案後與健保局特約，符合評鑑基準的這些硬體設備費與人事費須由健保費用中分攤，中心為了要維持營運，在硬體設施、人力配備都必須考量成本，生存之道便是能省則省，堪用的設備設施就勉

強繼續使用。

二、充足的設備代表服務品質

中心的硬體的設施設備在評鑑過程中之所以重要，是因為硬體是評鑑中對服務品質的基本要求，當時我的想法是先維持中心穩定，先考量成本後再規劃硬體設施的改善進度，因為扣除人事開銷和例行支出後，其實所剩並不多。然而環境美化和舒適性也是評鑑重點之一，因此專業人員認為陳舊的設備會給人服務專業度不佳的印象，為了能在這些評鑑項目得分，我硬著頭皮做了許多設備的改善，先是在一樓活動區蓋了一個廚房、買了投幣式電話機、換了新的窗簾，還要增加運動健身器材，加上一堆看起來很不搭調的環境美化布置，整個中心新舊物品交雜陳設，活動空間在如此東拼西湊之後，把每個物品或設備拆開檢視，似乎樣樣都得分，但是整體觀感就是四不像。

伍、難道這是學員要的生活？

一、強迫改變機構的日常運作

原本中心的活動安排，是讓學員依照自己的興趣或需求參加，例如體適能活動，學員們可以自行到社區體育館使用場地，每週的卡拉 OK 活動也可以自由參加，但是在活動修正後，這些活動變成全部都需要工作人員的帶領，過去他們可以自在的參加活動，但是現在好像只能接受制式的安排，即使提出反抗，也不被接受。

我自己在教瑜珈，所以評委...特別是職能的評委，他們很期待住民一個禮拜練一次瑜珈，那他們覺得體適能對精神病友很重要，特別是退化型的，就是他們要運作不斷的參加社團。所以我遇到兩個職能的老師同樣的是說，他們在評鑑裡面寫的東西是一樣，希望我的瑜珈皮拉提茲的次數增加，那我的學員跟我抗議說，我們又不是體育班，人家可能也不用一個禮拜一次或兩次。可是為什麼我們要到這麼多次？那在符合評委的期待之下，我還是做，但是（學員）參與度好不好？我可以跟你說不大

好，但是要不要做？我也還是會做...(A1-02-060)

學員當時對於這樣的改變，雖然一時之間無法適應，但是礙於評鑑要求和委員的建議，工作人員和學員們只能默默的接受，並且循著這些規定不停改變每日的生活。

例如說每日活動就會跟著大變動啊！我原本可以安排比較多的社區或者是比較多的靜態，但我必須要一個禮拜五次的體適能的時候這就是種變動啊！(A1-02-071)

工作人員除了忙於應付活動改變，還有寫不完的紀錄，在評鑑前夕這種狀況更加嚴重；

我曾經去一個機構三年一評，那邊的學員就說，你們（評鑑委員）終於來了！我們（評鑑委員）說怎麼了！（學員說）工作人員每天都不理我們啊！每天都在寫記錄啊！就說評鑑要來了！我們（學員）上個月就知道你們要來了！可能快來了！你們終於來了喔！我們那時候想說，這個到底是好事還是壞事！所以其實這個有些人覺得說，你三年評的時候到了評鑑前的那時候，那個有些人就當成犧牲品了！住民學員的活動啊！他的 program 就被丟在一邊，工作人員都是很專心再補那些資料這樣子！(A3-02-031)

當工作人員花費時間在撰寫記錄時，相對的也擠壓了與學員互動的時間，每日工作的重點變成完成紀錄的撰寫，活動執行和學員變成了附屬品，而因應評鑑需求的紀錄表格也不斷的被創造出來。

二、階層化的服務

評鑑基準提到須有學員申訴管道與處理措施及滿意度調查，因此設置意見箱正好能達到這項要求。為此工作人員向學員宣導意見箱的使用時機，並且請學員可多加運用。過去中心雖然也有設立意見箱，但使用率並不高，因為學員習慣有問題就直接和工作人員討論，通常都能夠獲得立即性的處理。然而專業人員認為沒有書面的資料，就無法呈現服務

成果和達到評鑑基準的要求，因此評鑑前，工作人員持續訓練學員使用意見箱，並鼓勵學員填寫問題申訴單，如表 4-11 所示，工作人員在接獲問題申訴後，依據標準流程啟動處理機制，於一週內將處理結果由專責人員回覆申訴者。

表 4-11

某社區復健中心問題申訴單

○○社區復健中心 學員、家屬、訪客問題申訴單		96.9.1 制訂
填寫人姓名：_____		
身份： ☐ 本中心學員 ☐ 家屬 ☐ 訪客 ☐ 本中心工作人員		
教育程度： ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中(職) ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 碩(博)士		
連絡住址：_____		
連絡電話：_____ 手機：_____		
我有話要說		
填寫日期： 年 月 日		
事件發生日期： 年 月 日 時間_____		
事件發生地點：_____		
一、事件發生內容陳述		
二、相關工作人員態度		
三、管理規範與物品設施		
四、其他		
感謝您費心填寫，請留下您的姓名、聯絡地址與電話，並將此單張放入本中心意見箱內，以方便我們告知您本案件知的處理結果。		
管理流程：本單張放置於本中心入口處意見箱旁，每週五由管理人開啟信箱收回，於週二與相關工作人員檢討與回應並呈報主任(負責人)，之後，一週內將處理結果由專責人員回覆申訴者。		

而且若是在評鑑當天，裡面還「正好」有一兩封意見投書，也能夠適時的在評鑑當天，實際操作意見投書處理的標準化流程。評鑑前，專業人員一直提醒我，意見申訴回覆單，如表 4-12 所示，依據職務分工，由組織架構最底層的工作人員，由下而上依序填寫處理經過，還有處遇結果，記得要押上處理時效內的日期，然後才回復給申訴者，而為了呈

現意見申訴流程有確實執行，甚至還把意見表發給學員帶回去，請家屬也要一起填寫？！但是我的經驗告訴我，學員有任何的意見反應，通常不會透過意見箱，他們習慣直接來跟我討論。學員說，「怎麼這樣麻煩？直接跟主任說就好了啊！」。

表 4-12

某社區復健中心問題申訴回覆單

○○社區復健中心 問題申訴回覆單 回覆日期： 年 月 日		96.9.1 制訂
申訴單反應事件	案由：(例) 王○○申訴工作訓練需求	
專責人員回覆	專任管理員 職能治療師(督導) 主任	
主任	督導	專任管理員

因為他們(學員)每天都在反應。我試著提供一些機會讓他們去反應，包括早上的晨會，那晨會完之後他們只要有什麼時間，他要跟哪一個工作人員講，或者是什麼，都是有門路，或者是一些方式可以反應的。(A4-01-027)

結果在評鑑當天，委員在詢問意見箱使用時機時，「正好」裡面就有一張意見投書，已經被評鑑搞的神智不清的我，直覺的就從意見箱投入口把意見表拿出來，當時我看到專業人員懊惱的表情，評委詫異和不可置信的反應！因為我忘記評鑑前，專業人員一直提醒我並且和我排演的標準流程，正確的程序是，掏出意見箱的鑰匙，打開意見箱後，取出意見表，鎖上意見箱！身為管理者的我，不但沒有依據標準流程來處理，反而犯了一個很不專業的錯誤！扁平化階層的精神復健機構是否需要使用一個較大的、較多階層的服務模式？當然意見投訴的機制能夠備而不

用是好的，但是透過意見單的回覆機制，學員的意見必須先由專管員處理，專管員再向負責人回報處理過程，或是透過工作會議討論，再擬定處理方式，最後再由負責人決定如何回應學員的投訴，由專管員回覆給學員，並且公告處理的經過與結果。然而在這一來一往之間，將人的關係轉變為事的關係，服務模式被階層化之後，行政程序複雜同時造成時間延宕，似乎也形成另一種社會階層，只著重對事的處理，失去對人的關懷。然而在社區機構中，其實工作人員在服務時跟學員時常就相處在一起，甚至跟我也是最直接的接觸，每天都能有互動的機會，談話、工作和生活上的每一件事情都是共同分享，學員和工作人員像是夥伴一般，有話就談，是一起融入彼此每日的生活運作中。

陸、專業服務的提供不容許被干涉

一、通過評鑑是專業的象徵

什麼是專業？專業就是一種壟斷的行為與思考模式建構出來的權力象徵。用獨特的專業術語構成一套思考模式，像似畫一道無形的牆垛與人區隔而具有排他性。

在調整活動和面對學員問題的處理時，專管員提出平時和學員生活上相處的經驗，也因此和專業人員發生衝突，專業人員認為他具有專業的訓練和經驗，能夠處理學員的問題行為，不應被其他非專業的人員干涉。

專業人員認為通過評鑑的考驗並取得高分才是專業的象徵，代表著中心能夠提供專業的精神復健服務，而評鑑就是取得專業認證和服務品質的工具。

二、學員的需求不被看見

因此愈接近評鑑時，工作人員愈加疲於應付記錄撰寫和改善硬體，對於學員的需求只能暫時視而不見，學員 May 在評鑑前幾天投書意見

箱，內容提到：「○○老師怪怪的」，我和 May 討論工作人員的狀況，May 表示他覺得工作人員這段時間都怪怪的，情緒好像都不太穩定，急著趕他們參加活動，May 問我，工作人員是不是沒有好好吃藥，所以情緒不穩定？

學員 Jay 也在某次的生活討論會提到：

「評鑑委員到底什麼時候來？評鑑沒有過的話，中心是不是要關門大吉了？那我們怎麼辦？」（摘錄於 A5 之 95 年工作札記）

這種緊張而詭異的氣氛，讓學員也感受到工作人員的情緒起伏和不安，以及評鑑結果對他們可能的影響。這樣的情況一直延續到評鑑當天評鑑委員來之前，整個中心籠罩在一個詭異的空間裡，是徬徨嗎？對於已經完成的評鑑項目好像可以再多做一點？還是已經夠了？不放棄任何一個可以得分的機會，專業人員堅持把所有的評鑑資料都做到「優」，因為在體制上評鑑被視為專業品質保證的指標，評鑑基準內的要求一定都要做到，但評鑑基準之外的似乎就不是那麼重要了？！學員們也擔心評鑑的結果對中心的生存不利，也可能會影響他們未來的去處，因此他們對於中心為了評鑑所做的一切改變，也只能默默的配合，然而他們真正的需求和心聲，卻在評鑑的驚濤駭浪中，隨波逐流漸漸消失不見……

柒、「燈光美、氣氛佳」—制式化的硬體設備

一、環境必須美化

我永遠無法忘記在準備民國 97 年評鑑的前幾個月，我每天抱著當年評鑑基準、民國 94 年的評鑑建議和民國 96 年督考建議，不停的檢視所有評鑑資料，還有所有建議需要修正的項目，包括各式軟硬體設施，幾乎每天都睡在中心裡。原本中心沒有廚房設備²⁰，但評鑑基準和建議都有這個指標，我硬著頭皮在一樓的活動區蓋出了一間廚房，為了環境美化，

²⁰ 依據 96 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（社區復健中心）參、一、1.應有適當且合宜之職能治療及烹飪訓練設備。

在所有的牆面上只要是能夠貼的地方，幾乎都被裝飾品佔滿了！專業人員擔心無法達到評鑑的指標，為了中心硬體增購和環境該如何擺設跟我有爭執，並且認為在專業人員的標準裡，中心當時的一切設施設備都是未達評鑑標準的規定，並且將評鑑的成績作為是他的專業展現。

二、充足的硬體設備

隨著時代的變遷、科技技術與便利性的提升下，我們依然用著舊有的模式與評鑑基準在服務學員，評鑑基準中提到應有學員方便使用通訊設備，然而因為專業人員過去在精神科專科醫院的評鑑經驗中，住院病人的通訊設備以裝設投幣式電話是最容易達到評鑑基準，但是我心裡思索的是，現在手機這麼普遍，學員大多也都會使用，再加上中心外面就有公用電話，是更能讓學員實際運用社區設施和資源，我實在想不透為何需要再買投幣式電話機？難道環境的美化和這些設施設備的充足與配置，也能夠代表服務品質和專業嗎？

第五節 評鑑制度與日常運作的拉扯

本節將討論在評鑑制度之下，對於精神復健機構的日常運作所產生的影響，以及機構和個案的處境。

壹、評鑑制度對日常運作的影響

一、評鑑結果影響機構生存

為何我們要如此汲汲營營的追求達到評鑑的要求？因為在體制上，評鑑合格代表著機構的專業化和服務品質。國家以評鑑的方式來確保醫療機構的服務品質，以此來控管健保費用的給付，而這種制度也延伸到精神復健機構，若做得不好，無法達到評鑑合格的門檻，機構可能失去與健保局的特約。雖然對於第一次評鑑不合格的機構，衛生署訂定可申請複評²¹的機制，然而在申請複評至確認複評合格的期間，機構是無法請領健保給付的費用，需等待複評合格才可追溯複評期間的健保費用，若是複評仍不合格，政府還是有絕對的權力停止機構辦理此項業務，因此評鑑有無合格關係著機構是否能夠繼續的生存。

複評這半年健保局是不做任何的給付啊！只是說你複評合格可以追回，請問一下貴單位將近半年沒有給付你們活得下去嗎？（A1-02-066）

因為你要生存，你需要這些錢來支持你的這個中心要來營運下去，這是很現實的問題你沒有錢怎麼做事對不對，就像人家說的你肚子餓自己都故不飽你還去做善事。（A2-01-094）

二、改變日常運作忽略學員需求

改變的過程並非想像中的順利，這樣的變動造成資深員工和學員的反彈，但專業人員堅持活動都必須依據評鑑基準來設定，因為這樣才能

²¹99 年精神復健機構評鑑作業規定：評鑑結果未達合格基準者，於評鑑結果公告後 4 個月內僅進行乙次複評，若複評仍未達合格基準者，則列為「評鑑不合格」，並以主辦機關函知「評鑑不合格」之當月月底，為原評鑑合格效期截止日。評鑑結果將供衛生單位、醫療保險及社政單位合約參考。98 年之前為評鑑結果公告後 6 個月進行複評。

達到評鑑合格的目標，所以有許多活動僅是符合評鑑的要求，但事實上有無符合案主需求卻是有待商議。

我的學員跟我抗議說，我們又不是體育班，人家可能也不用一個禮拜一次或兩次。可是為什麼我們要到這麼多次？那在符合評委的期待之下，我還是做，但是（學員）參與度好不好？我可以跟你說不大好，但是要不要做？我也還是會做...(A1-02-060)

我不停的問自己，到底怎麼了？為什麼要搞成這樣？因為我不具有專業人員的資格，難道過去將近十年和學員家屬的共同生活經驗，就無法踏上專業的殿堂嗎？然而我們要反思的是評鑑的要求是機構發展助力還是阻力？專業的人力應該具有怎樣的資格，什麼樣的硬體設施才是學員所需要的，什麼樣的服務模式才使學員有想要參與的動力，學員評估的五大指標中，每一項都是學員需要的嗎？而達到每一項評鑑基準的要求，就代表符合專業的品質嗎？

貳、精神障礙者的處境

一、專業人員的看法—有「病」的「人」

在心理衛生實務工作的情境中，照顧者及專業人員常將精障者視為缺乏判斷與行為能力，自行做醫療及生活上的決定對他們而言是困難的，因此採取保護的態度使其遠離社會壓力，在此脈絡下所呈現的關係，不只是權力的不對等，且是治療者與病人、照顧者與被照顧者的階層關係（王國羽，1997）。一旦當精障者被診斷是有「病」的「人」後，醫療專業關注的焦點將是疾病控制、減少復發，以復健訓練來維持功能或減少退化，並以精障者需要有病識感、規則服藥，作為對精障者的理解，而忽略精障者的主體感受（朱淑怡，2007）。

二、復元者的看法—真實體驗生活

Deegan(1988)以個人罹患精神疾病的經驗提出對精神復健的看法，

精神復健是以復元（recovery）為目標，是面對精神疾病所帶來的挑戰並且去克服的真實生活體驗，精神復健的服務應是有彈性和可接近的，提供多元化的精神復健服務，使精障者能夠有效的運用並選擇復健資源。

然而在目前精神復健的工作流程中，似乎仍舊存有疾病醫療的觀點，並透過評鑑制度不斷的延伸。回想我在中心應付評鑑的這段日子，工作人員忙著準備評鑑的文本資料，以及中心活動調整和重新評估，但是卻忽略了學員的感受，對於中心這樣的變動，學員大多逆來順受的配合著改變，我開始思考為何學員對於中心的安排都概括接受，中心規範的這些服務確實是他們所想要的嗎？他們能不能為自己做決定，過自己想要的生活？而精神復健人員透過評鑑制度所看到的圖像，究竟是精障者的「病」或是帶病生活的「人」？

參、小結

雖然我是管理者，我認為有些評鑑基準的指標並不一定這麼死板，然而因為我沒有專業人員的身份，反而像是被噤聲的基層小員工，對於專業人員與專管之間的衝突無能為力，掙扎與徘徊在評鑑基準和學員需求之間。評鑑就像是個天秤，管理者是支點，在評鑑的制度下，專業人員在案主需求和評鑑基準之間拉扯，該如何維持一個平衡才能夠獲得雙贏？也因此我開始思考評鑑對中心帶來的衝擊，還有我對服務的定義。我究竟是要照評鑑基準操作，還是堅持我精神復健工作的想法？我們好像都忘了當初對精神復健工作單純的熱忱和期望？！為何每到評鑑時，中心與工作人員會執著於回應評鑑基準？而評鑑制度論述下專業服務是什麼？中心因願景與時代轉變下服務品質如何被壓抑？兩方面的專業服務知識體系如何被建構？又如何互相衝擊？而且被誰代言著？在這些衝擊下，精神障礙者的位置又被擺在哪裡？精神障礙者是否可以選擇自己在精神復健體系的定位點？

第五章 評鑑制度建制的精神復健專業

本章將分四節說明說明評鑑制度執行的工作流程，以及其背後隱含的意識型態，如何影響著精神復健人員對精神復健專業的實踐，而精神復健人員在這些情境中，又如何找到自己的位置進而安身立命。第一節討論精神復健的工作樣貌——評鑑制度的擠壓，將敘述在評鑑制度的擠壓之下，機構所呈現的工作樣貌以及對精神復健工作的限制。第二節精神復健人員的專業實踐，將討論精神復健人員藉由評鑑制度的反思，以復元觀點詮釋精神復健工作的專業，並呈現他們對專業的體驗與實踐。

第一節 精神復健的工作樣貌——評鑑制度的擠壓

面對評鑑制度對真實經驗的切割，精神復健人員在評鑑制度規範下，會用什麼策略去回應評鑑制度，所呈現的又是何種樣貌？

壹、預防犯錯與不信任

一、評鑑委員的醫療思維

評鑑委員透過評鑑機制審視機構的運作，評鑑流程中不斷的檢驗、比較和查證所有的書面資料，為了就是找出機構可能犯錯的地方，即使機構已經依照評鑑基準做準備和評鑑建議作改善，到了評鑑時，一種預防犯錯抓賊和不信任精神障礙者會自我照顧的邏輯卻不斷運作，當評鑑委員以負向的視角來檢視機構的時候，他所關注的就是那個「萬一犯錯」。

因為我們的文化比較像的是，選對的跟選錯的（邏輯），我們都是選錯的，就是只會去挑問題挑毛病，所以只會就是說，你做得再怎麼好，但是...，你挑的是那個不好的地方。就好像那個刀子，在醫療機構裏面，刀子是什麼？危險物品，它一定要收起來要上鎖，在社區復健中心呢？它不會阿！那這個就是，你會怕他那個萬一他拿刀子起來自殺的後果是什麼，所以你

基本上來講你是把這樣的這群人，當作他都是可能發生危險的一個機率啦！（A4-01-010）

一位資深的負責人，敘述自己從醫療附設的機構轉換到真正社區的機構時，覺察到醫療化社區和真實社區的不同之處，是在於醫療模式來到社區後，整個國家體制追尋的仍是疾病的概念，並沒有隨著環境而改變社區運作的模式。

醫院附設（社區復健中心）裡面它的概念它是非常的清楚，它就是一個醫療模式，那醫療模式的部分就是指比較清楚的地方就是整個運作的方式，從醫療機構搬到社區，那問題是只有環境改變。但是實際上整個運作的制度，包括團隊運作的方式，它並沒有隨著情境的改變而有所變化，那在醫療模式在操作的時候，其實還是針對的就是一個追尋人的疾病的概念來操作。所以那個標準就很清楚，因為源自於醫院對待追尋人的那種操作模式，那個標準就很清楚。那不同的地方，這兩者不同的地方在於情境上面要去做一個轉換，這個是最難的地方，也是我認為不一樣的地方。

（A4-01-006）

二、醫療與復健的比重分配

另一位負責人在評鑑時，也感受到評鑑委員沒有和精神障礙者實際生活或長期相處的經驗，評鑑時用醫療的概念或醫療本位主義來看待社區，並且對於在社區中，醫療和復健的比重該如何分配也未有明確的概念。

我真的覺得他必須去跟社區的病友生活過或者是一起工作過，那來審查的，我一直在講的這個評審，他其實他的身分是一個醫生，所以他有很多的概念是從醫療出來的。那裡面的東西包含...他質問我會不會用藥，我跟他說我們有護士。那我們假設社區精神病友的用藥是穩定的，那護士一個禮拜一次的藥物衛教，我覺得是足夠了！可是他覺得我必須要每天去觀察他的用藥起伏，那....把一些復健概念跟這位評審對談的時候其實是有出入的。但再回到...就是表示說他對這一塊只是有理念的在經營評鑑這些單

位。可是他自己對於精神病人進入社區能做什麼，或是醫療比重在經營社區精神病人裡面要占多少，他很像自己也沒有一個概念，他也不覺得其他的專業比例是重要的。(A1-02-011)

三、醫療圖像的延伸

在評鑑制度的思維下，機構為了維持生存，在工作上會順從評鑑基準的要求，而機構也因為評鑑的框架，不斷的拆解、分類和重整，為了是能拼湊出符合評鑑機制的圖像，不僅限制了服務的多元化，也失去了在地生活的真實經驗。而我們看到的僅是精神醫療在社區延伸的圖像，看到的這些人的病，而忽略了他們每個人都一個獨立的個體。另一位資深的負責人很感慨的說：

評鑑就按照標準，每樣的東西...都是要...很多吧！大概上百項。每次評鑑的建議都二三十點，改善...那每次要改善這邊也要改善那邊也要改善，甚至...局處的考核嘛！加起來大概四五十點，很難改善。我覺得每一個委員看得東西是不一樣的。我不可能因為每一個委員的建議，我今年改這樣明年改那樣，那我很有可能自己主要的目標都沒了！那我主要的精神都沒有，那我覺得沒有什麼意義。(A2-01-033)

其實這樣子依照評鑑的制度我會覺得比較沒有自我，完全受限在這標準裡面，我覺得就算你是按著這標準，在設、在做，可是你到時評鑑時，還是會有問題出來，所以你會覺得有時改善到最後，一點都不像自己要的東西，這個是我覺得比較悲慘的問題。(A2-01-045)

四、評鑑委員對於精神復健專業的各自表述

評鑑委員個人對於專業的各自表述，在評鑑後衍生的評鑑建議，對於基層的工作者而言，代表的是對機構的不信任，對專業服務品質的質疑。

大多數的委員都會加上自己的想法，因為在不同的環境裡面，不同的背景，然後不同的上班的情境上面，我想每個人所做的事情是不一樣的，同

樣事情處理，但是會有可能有十幾種處理方法是不一樣的，所以你說不要讓委員加上自己的意見，我覺得比較困難，但是如果你今天能按照評鑑的標準，那你覺得你看起來這個有缺失你可以告訴我們怎麼改善，但是不要用批評的方法，你可以用建議我們改善的方式而不是用批評的方式或是責罵的方式，我想不需要這樣子。（A2-01-040）

具有社區服務經驗的評鑑委員，也相對的較能瞭解機構實際運作的困境，而社區經驗較為不足的評鑑委員，檢視專業服務品質時用的是評鑑制度制式化的標準，相對的也就容易陷入指責或批評的邏輯。

我想有基層做起的人（評委），我想他有實際的一些臨床的經驗，然後他又知道在基層做的辛苦面，我想他應該會有那個同理心去看這東西，那高高在上的人大概從來可能沒有接觸到基層的東西，我想可能一些不知民間疾苦吧，所以可能大概就是用他們的標準在看這個東西，我覺得是不公平的啦！……我覺得實際的東西有臨床經驗的老師或是委員跟沒有是差很多的，因為他指是在用他的想法在看東西，可是如果真的有臨床工作這些的委員在看東西，他會知道說有一些面的執行實在是不可行的時候，他或許是會修正他在指責別人的時候那種態度。（A2-01-036）

像比如說有一個精神科的醫師，他就非常的要求我去了解病人在慢性病房的作息，我才能夠出來經營社區。可是當我在跟他討論社區跟慢性病房的區隔的時候，他是非常的不認同。他覺得社區的精神醫療只是慢性病房的衍生，甚至講直接一點只是因為健保給付的關係，所以才有社區這個東西出來。那...這麼概念不全的醫生來做我們評鑑委員的時候，那這樣的評鑑價值在哪裡？（A1-01-052）

五、確保評鑑委員對評鑑基準的共識

衛生署規定委員必須要參加共識營，還要參加初階和進階訓練，訓練時數必須符合規定，因此評鑑委員也需要不斷的在職訓練，以維持應有的專業知識及對評鑑基準的共識。然而是否透過評鑑委員的共識營和

符合時數的在職訓練，就能夠確認委員對於精神復健的概念是符合機構的需求？

我覺得有時候在職教育是很好，但是就是時間上，有的時候....不過真的也是很難突破，因為他集中一天，你也沒辦法就是說大家什麼時候有空，但是因為共識營是一個一定要參加的，雖然必然要參加，只不過初階、進階班，不是說必然要參加只是說有提供這樣，鼓勵你參加，那現在目前都還規定委員每年固定要上課幾小時，你要符合...三年幾小時...因為醫療機構有醫療機構的時數，精神復健有精神復健的時數，所以像我們要合併兩個組的話，就是要加在一起不能抵免，所以發覺每年要上的課也不少。

(A3-01-009)

民國 99 年我在一次的精神復健機構評鑑委員進階教育訓練的場合中，有機會跟評鑑委員分享日間型機構經營實務，接到醫策會的邀約時，我還覺得很高興能夠和評鑑委員們分享在地的經驗。當時是周末假日，我和另一位住宿型機構的負責人被安排在上午九點至十點三十分做機構經營的分享，眼見分享時間已到，會場只坐滿了三分之一的人，當時心裡納悶的以為評鑑委員只有這些，然而當我開始分享時才看到有人姍姍來遲。下午由三位精神科醫師針對實地評鑑經驗交流、精神病人復健治療模式和評鑑基準與評分說明共識討論，我和另一位負責人被請出了會場，原因是因為我們是業者，不方便留在現場和大家討論評鑑基準和經驗交流。然而當我們兩人在會場外等候時，我卻見到有些委員在簽到後就離開了會場。因此只要在職訓練時數足夠，國家就認定符合評鑑委員的資格？但上課只簽到就離席者也大有人在，所以只拿到時數證明就能代表具有精神復健的專業知識嗎？

為了確保評鑑的品質，避免評鑑流於評鑑基準制式化的規定，又期待能夠讓精神復健機構有發聲的機會，國家制訂了評鑑委員的訓練制度，安排評鑑委員必須要參加評鑑基準的共識營和在職訓練，也安排機構進行實務分享，透過一連串的訓練強化委員對於評鑑基準的定義，預

防評鑑委員在評鑑過程中無法確切落實基準的要求。然而當評鑑委員在五大專業的學、公、協會的專業組織推薦之下，參與衛生署制訂的評鑑委員訓練，而取得在職訓練的時數之後，是否就真的能夠代表瞭解精神復健的專業？

這是整個社區也好，政府也好，還有我們學公會這些協會，他對社區精神復健的這一個部分，他的重視是什麼？今天你竟然明明知道你要推派的這些委員，他是社區精神復健機構的評鑑委員，你為什麼會推派一個完全不懂的人，來參予這樣的一個評鑑業務呢？那你用什麼...就是回到你的評鑑基準，YES 跟 NO 他只要有達到他就打勾嘛！還是什麼...？那你這一些人、這些委員，他就會產生所謂的他根本不了解，他不了解他就是按評鑑基準來評。那一種評鑑基準評出來的東西，你說他就是客觀，但是他符不符合每一個機構的狀況，這就是見仁見智。

(A4-02-014)

評鑑應是一套檢視的機制，規範的是原則性的基本準則，然而由專業組織推派的評鑑委員，經由國家專業認證的資格，有基層工作經驗的委員較能以輔導與協助的視角去檢視機構的服務成效，但部分不具有精神復健的實務經驗，卻因為掌握國家賦予的專業權力，在檢視機構的過程中，僅用評鑑基準來判定機構的服務品質「合格/不合格」，達到標準就合格，未達標準就會被判出局。在評鑑之後，機構會儘量去針對評鑑的建議作改善，即使不合乎服務對象的需求還是必須執行，因為每次的評鑑都會重新檢視「上次評鑑建議改進事項」，而機構也必須提出相關的佐證資料來說明，因為評鑑委員的建議也透過文本不停的流傳，所代表的就是一種真實，每到評鑑或督考時，就必需要再被檢討一次。

貳、啟動服務機制的轉介醫囑單

一、轉介醫囑單一進入精神復健服務的門票

轉介醫囑單是進入精神復健服務的門票，要讓這張門票更容易被取

得，醫師在撰寫轉介單時就必須配合健保局的思維，如果把病況寫得太嚴重或太穩定，轉介單有可能會被剔退，病況嚴重者健保局會建議個案應該回到醫院治療，而病況穩定者便是回歸社區獨立生活才是上上策了，而負責人在撰寫收案理由和復健目標時，也必須在健保局規定的開案後兩週內執行完畢，然而在這短短的兩週內，就能夠瞭解精障者的需求和服務嗎？轉介單送至健保局後，先由承辦人員收件確認應備文件無誤之後，再交由健保局聘請專業醫師審查。因此機構通常除了會與開立轉介單的醫師溝通或協調，請他們配合使用符合收案的「專業術語」之外，負責人在填寫收案理由和復健目的時，同樣也需要把握這樣的原則，否則轉介單就很有可能以不符合社區復健收案條件而被剔退。

我們轉介單被退件，然後回覆的意見是非常有趣說，目前的精神症狀很嚴重，不符合社區復健條件需要住院治療，我看了一下內容寫了「仍有幻聽、妄想干擾」，那其實醫生在寫這個東西根本也不會管你那麼多，所以變成後來說，我們後來爲了可能要讓轉介單他可以通過審核，所以我們都會拜託醫生，請醫生在後面加註「具有社區復健價值」。(A1-02-033)

在健保體制下轉介單的影響很大阿...如果這個醫生開出來的轉介單它不是符合社區的收案標準，那這個病人就不可能到社區接受服務啊！這就個就要講回來，醫生腦袋裡面裝多少東西是關於社區復健？那再講一個題外的例子，我在健身中心遇到另外一個精神科醫師，他也執業了兩三年了！那他從實習醫生到專科醫生已經兩三年了！那他也在精神科看門診。我跟他說我在做社區復健，他居然跟我說「社區復健是什麼？」(A1-02-015)

二、誰可以決定精障者的服務？

轉介單在撰寫時就要符合健保對社區復健收案的標準，通常醫師若是對於社區復健不瞭解，真的也寫不出社區概念的轉介單。但是再回到誰可以決定精障者進入服務，難道就只有醫師能夠決定嗎？因為在體制上賦予醫師這樣的權力，但在教育訓練的過程中，沒有讓醫師完全瞭解精神復健在社區的意涵，讓醫師去承擔體制所造成的問題對他們來說也

不公平。

這個醫生如果他可以開轉介單，那他開的標準在哪裡？其實也是一個問號。對...所以在整個體制上來說...其實我覺得...比如說資深的職能師、資深的心理師、或是社工、或是資深的社區復健工作者，為什麼他沒有評估的權力？為什麼一定是醫師？當然健保，在衛政體系裡面醫生還是最大的。（A1-02-017）

我覺得當初在訂轉介單這個制度的時候就已經鎖死了啊！他並沒有考慮到...在台灣可以做這個評估的人不只精神科醫生啊！所以回到這個制度面的時候，其實....我覺得保護意味還是很濃，就是還是以醫生本位為大。

（A1-02-019）

A1 認為第一線人員因為長久與精障者相處，較能瞭解個案的狀況，而醫生門診時只能用有限的時間來評估個案是否能進入精神復健的服務，給的建議似乎也較為籠統，並不一定能夠符合個案的需求。

病友大概都是兩周到一個月，那請問一下這些醫生對這個病人的評估在哪裡？門診那二十分鐘嗎？還是我們的轉介單？還是我們的陪診人員？還是病人的口述？還是醫生的觀察？但是我們這樣子在現場，或是說我們每周超過四個小時或五個小時的觀察，會不專業於醫生的二十分鐘嗎？

（A1-02-036）

三、轉介單制度的思維－醫療與疾病

轉介單還是充滿著醫療和疾病照顧的概念，轉介單制度的運作也影響著評鑑的成果。如果到三年一次的評鑑時，個案一直都在機構裡，評鑑委員便會質疑機構的復健成效。因此機構在收案滿三年前會考量評鑑的結案標準，在一段時間後就考慮是否需要先將個案轉出，然後過半年或一年後，再重新開轉介單讓個案再回到機構。

在這個領域服務，就是說你認為在社區裡面的病人，他是一年兩年之後就完全不需要服務嗎？轉介單的部分他其實某部分真的很僵化，是因為可能

我第二年合作完，照顧完這個病人會去考慮結案是因為我在開第三年的時候我是有壓力。如果我今天不用一些技巧來修飾這件事情的話，其實我要很正規的去開第三年的轉介單，那個壓力是很大的。那其實...講回來評鑑跟轉介單，都是衛政單位的決策。（A1-02-041）

個案的復健歷程並非單向性發展的歷程，但是在延長或重新轉介單開立的過程中，卻說明了服務的單向性，個案使用服務的權力不再自己手上，當個案因為轉介單到期，被迫必須先離開機構時，誰該滿足他們的需求？評鑑機制使得轉介單的體制過於僵化，機構也不斷發展因應的對策，花費許多時間與精力在應付繁瑣的行政工作，擠壓了個案的權益與需求。

參、迎合評鑑基準的表格紀錄

一、不斷產出制式化服務表格

依據 99 年台灣地區精神復健機構評鑑基準（日間型）4.1 適當且合宜之職能治療評估。1.應由職能治療師執行評估，並備有紀錄。2.職能治療評估包含：獨立生活功能、社會功能、職業功能、休閒功能及體適能評估等 5 項。3.治療、評估工具：係指各類專業人員執行其專門業務所需之相關測量、評估工具。優：符合良，且有上述 5 項評估。良：符合可，且有上述 4 項評估。可：(1)有上述 3 項評估，並由職能治療師與專任管理人員共同討論，且有簽名紀錄。(2)每 3 個月評估 1 次。差：未共同討論訂定但有定期評估。劣：未共同討論訂定且未定期評估。為了避免犯錯而遭到質疑，領教過評鑑機制的精神復健機構，應該都有能夠閃避評鑑制度但又能讓機構生存的方法。不斷生產制式化的表格紀錄是最常使用的方法。

職能師跟我討論新的復健紀錄和評估的格式，他建議把評鑑指標想看的內容全部放到表格的欄位裡，所有的活動紀錄加上復健目標，復健目標包含五大評估的選項，例如：獨立生活功能訓練、社會功能強化、體適能復健、

職業功能強化、休閒功能訓練等，設計以勾選的方式，當評委在看的時候便能很快知道這是什麼活動。（摘錄於 A5 之 99 年中心工作會議紀錄）

除此之外，對於個案的評估和復健計畫的擬定，也是依照這五大項評估的內容作設計，並且至少每三個月評估一次才評為「可」，然而究竟多久重新評估個案的復健進展才是合理的頻率？對於一個初到精神復健機構的精神障礙者，工作人員又需要花多少時間熟悉個案？又應該由誰來判斷個案的進展？

請職能師定期安排學員評估控管表，評鑑要求至少三個月評一次，已經有很多學員半年多未評，這樣會影響評鑑的成績。但職能師認為若要定期三個月評估一次，可能無法帶其他的活動。（摘錄於 A5 之 99 年中心工作會議紀錄）

評鑑基準規定應由專業人員來進行評估，專業人員在有限的時間內要完成個案的評估和計畫的擬定，過程中除了要瞭解個案的狀況之外，還必須要完成制式表格的填寫，因為這些表格都是依照評鑑要求所設計，專業人員透過標準化的評估工具去拆解個案的生活經驗，並且將拆解後的生活經驗使用專業的語言，依序填入制式化的文本中，最後產生專業的評估建議和復健計畫，也滿足了評鑑的要求。

二、提升專業人力增加服務時數

然而專業人員在滿足了評鑑的文本之後，還留有多少時間與個案相處？文本呈現的是個案生活經驗切割之後的樣貌，真實的生活到底是如何也無從得知。因此評鑑基準提升專業人力的時數，目的是希望能夠增加專業人員與個案相處的時間，並且在社區紮根，提高服務的品質，甚至能夠深入個案在社區的真實生活，

以前發覺說兼八小時，一個專業人員兼八小時。可是呢，那個八小時能做什麼？譬如說，可能有些機構就是要專人要做所有的評估，可是發覺呢....他來到這個機構，那這個機構假設三十個人，然後這樣的機構說，他可能

每次來就要一直評一直評，輪完一輪之後他又要開始評第二輪，所以變成專業人員比較沒有辦法去發揮。後來就是把（專業人員）時數提高之後，可以兼顧評估跟治療，就是說至少活動應該專業人員要親自帶，這樣的話才能夠讓服務品質能夠提升，所以服務時數提升之後就相對增加服務能力，那也增加一個經營成本。這也是看到的一個狀況！所以我想其實某些時候是又要量又要品質，有些時候的確是蠻兩難的，所以那時候會這樣增加，應該是說，是希望專業人員不是來這邊沾個醬油人就走了！專業人員的服務時數的提升，當時是希望比較落實，而且專業人員應該多點時間在社區，而且希望專業人員慢慢從一個醫療模式走到社區的模式，那盡量走出來。不然否則專業人員、醫療人員都在醫院裡面，還是出不來，我們是希望說多點人慢慢了解社區，在社區裡面工作，然後在社區裡面深根，這樣可能會比較讓社區進步快一點。（A3-02-013）

然而這樣卻也增加了機構的經營成本，造成機構經營上的兩難。精神復健機構在聘請專業人力時，對於精神科醫院附設機構而言，因為本身的專業人力資源充裕，專業人力可由院內釋放相關的專業人力資源；對於社區小型機構而言，聘請專職的專業人力，在機構經營的成本上卻是很大的負擔。依據 97.10.6 修訂之精神復健機構設置管理辦法之日間型機構設置標準對兼任專業人員服務時數之規定，每 15 名服務對象應有兼任人員每週至少 5 小時之相關服務，其中服務量 49 人以下之日間型機構應有兼任職能治療師（生）一人，社工、護理、臨床心理至少應有一類人員以上。因此以 30 人計算小型機構服務量，兼任職能治療師和其他三類專業人員合計，每週分別至少服務各 10 小時。因此機構為了符合評鑑的基準，但又考量機構的經營成本，因此會以符合評鑑基準的最低時數，來聘請兼任的專業人員，使得專業人員僅能在有限的時間內，依照評鑑的基準完成紀錄和報告。

醫院附屬的（精神復健機構）其實它的資源多，所以它可以釋放出它的職能、社工、心理出來兼都沒問題，我們這種小單位我們要去哪裡找這些呢？

變得說大醫院我隨便放一個職能師出來兼三天我評鑑一定高分，對啊！職能師三天耶！嚇死人～或是我隨便放個心理師出來，放個社工出來，或放個護士出來都很高分啊！但是小機構有這些資源嗎？沒有啊！

（A1-02-086）

三、實際服務與撰寫紀錄的平衡點

精心設計過後的活動紀錄和復健計畫評估表格能夠對應評鑑基準，讓評鑑委員在閱讀時可以很快進入文本敘述的意識型態，但是卻相對的擠壓了和個案相處的時間。然而表格紀錄的運作真的都萬無一失嗎？在評鑑基準之外的服務又該如何呈現？

當然表格的東西是寫得越多越清楚，基本上在寫紀錄的時候就是要清楚，那你要詳實嗎？那這些東西本來就是要你寫得越多越好，但是就是如何去做到，然後又要兼顧到對這群人的服務，然後你又要把你能夠服務的部分記錄下來，它有一個平衡點啦！那我就試著讓這群人，讓工作人員去做做看，那表格裡面有哪些是需要的，其實我的設計裡面基本上還是依著那個評鑑的基準，那基本的幾項，然後再把一些我想做的事情放進來。但因目前我現在還是試著在做做看，還是依著評鑑的基準的那個部分，設置標準或者是相關的一個基準點，來做的一個表格。（A4-01-024）

因為當你如果完全落實手冊的操作的表格的時候，你會發現這中間有很多很繁瑣的表格操作。那這些繁瑣的表格操作，其實會造成工作人員很大的負擔。那我們還在試著努力從表格和執行面做一個，找一個平衡點，表格是員工可以操作完畢，而且落實呈現執行的成效的。（A1-01-016）

因此除了評鑑的向度之外，有些機構還會加上體制外的服務，當這些服務成效都要一併呈現出來時，紀錄表格也就愈來愈多，內容繁瑣的程度和增加的工作量往往造成工作人員的負擔，因此機構也需要找到文本書寫與實際經驗的平衡點，使服務成效能夠具體呈現。

肆、便於管理的活動安排

一、少數服從多數的活動安排

活動的設計與安排大多還是依照評鑑基準規定的項目，雖然有讓學員依照興趣調整，但機構還是會以較多學員選擇的活動做優先安排，在活動時間不想參加者就安排自己的活動，但是為了便於管理，工作人員還是會鼓勵學員參加多數人的活動。

大概我們都會有一個個別就是填那個興趣，其實我們有設計一個興趣表，就是譬如裡面的活動，你喜歡什麼我們會讓他差不多在三個月裡面做一次勾選，然後我們隨著他們的勾選下去然後會做一些調整。依他們最多項去排...當然有些學員不見得喜歡這些東西，然後我們其實也是就是說少數人的部分，大概我們就是如果你真的不願意參加這些團體，大概我們是以多數人爲重，那少數人就不喜歡嘛！那在活動期間，你要打球啊！你要看報紙！你要看書，你要在外面都隨便你。就是完全由他們自己處理這樣子，不過還是會以多數人的決定爲主。（A2-01-019）

二、學員缺乏表達需求的經驗

機構在評鑑制度規範的工作流程擠壓之下，每日安排的活動流於制式化，每日的生活除了評估、訓練之外，對於機構的安排，學員大都逆來順受，並且配合著這個體制的操演，而他們的需求又是如何被滿足？能夠有相對應的管道讓他們去表達嗎？

我發現就是我們這群人（精障者），不知道是我們文化的因素，還是整個制度的一個概念，其實他們的需求的表達沒有像國外，或者是我念的文獻上面那麼的多。其實他們對需求的表達，比較不是那麼的...那麼的深入，或者是那麼的廣。我們的機制裡面就是全部（接受），那你就會說，他們有沒有什麼特別的喜好跟偏好？我不知道是不是我們在住院的過程，或者是在整個生病的歷程裡面，他已經慢慢的選擇跟決定的部分，不見了！所以基本上來講，他們的需求其實我們一直在說要符合他的需求，那它的需求我們能不能有一個相對應的機會或者是管道，讓他可以去表達，或者是

他表達的能力也降下來，所以他的需求就很少？那這個東西需要再去促進對自我的一個表達，我覺得有的人根本就不太喜歡講話，他根本就是你弄什麼他都說好，他是真的好還是什麼？或許是真的好，或許是還有什麼樣子，只是他覺得他過往的經驗裡面他講太多都沒有用。（A4-01-029）

三、制式化的活動隱含醫療的思維

比如說，我們給他（精障者）的空間越大，可能他發病或是他犯錯的機會越大，但是你在社區裡面要不要給？那在慢性病房可能我們求的是穩定不再發病或是不退化，那所釋放出來的訊息是，只要你能夠維持住他的功能性和他的自我照顧的功能就好了！（A1-02-013）

流於形式的活動隱含著醫療的思維，而機構為了能有效率的管理，只要症狀穩定不要發病就好，每個人的獨特性不被看見，或許因為過往在醫療的經驗中，精障者習慣沒有聲音，或表達需求但不被重視，一種上對下的階層化，漸漸的就削弱了他們表達的權力。

伍、體制之外的生活經驗

在體制外的日常生活經驗，總是在我們用體制內的文本來對話時，逐漸隱匿而消失不見，在體制的權力之下，我們被迫需要用建制的語言來分割、拆解我們的生命經驗，填不進制式的表格和文本中的生活經驗是沒有存在價值的。

一、被拆解的生活經驗

資深負責人 A2 說，機構內的一些設備，例如廚房設備在更新後，還要有使用過的痕跡，如果沒有使用過，可能會被評鑑委員認為設備是設了但備而不用，僅是為了應付評鑑而已。因為 A2 曾經在一次的評鑑中，因為評鑑委員對廚房設備的使用狀況有意見，兩人對於現況無法達到共識。評鑑委員觀察到瓦斯爐和廚房過於乾淨，質疑這些設備未曾使用，但 A2 反問委員，是否自己家的廚具用完都不整理和清洗？這些設

備要呈現什麼狀況才是有使用過？評鑑委員在運用評鑑基準檢視機構時，對於機構發生的每一件事情往往流於基準表面的解釋，而忽略了日常生活經驗中會發生的真實狀況。

在我自己機構的評鑑經驗中，有一次評鑑委員對於機構輔導個案就醫和服藥的策略有疑義，因為服藥訓練沒有常規化的訓練紀錄。工作人員在陪伴個案門診時，會和醫師共同討論最近服藥和生活的狀況，讓醫師也能夠更瞭解個案在社區生活的真實樣貌，工作人員也藉此機會讓精神醫療機構的專業人員，能夠更瞭解精神復健機構在社區的努力。機構也設計了回診紀錄單，讓醫師填寫門診的狀況，有時工作人員無法陪伴個案回診時，也會運用回診紀錄單讓醫師瞭解個案最近的生活狀況，當然也並不是每位醫師都會很友善的回應回診單。然而這個陪伴的過程中，工作人員和個案一起努力的經驗，似乎無法回應評鑑基準的要求。因為紀錄的內容雖然記載了門診時間和狀況，但是並沒有記載個案是否有每日按時服藥的紀錄，因為機構無法掌握個案的服藥狀況便無法掌控他們的病情，然而工作人員陪伴個案一起努力的這些經驗卻不被看見，換來的卻是「未落實服藥常規化訓練，請改進」的評鑑建議。

二、共同體驗生活經驗的真實

工作人員和精神障礙者共同努力的生活經驗、與社區的互動、家屬聯繫甚至和雇主建立的信任關係，精神復健人員甚至發展出屬於自己的工作知識，對於精障者和所有相關人員是一種共同體驗生活經驗的真實感受。

我比較喜歡人性化的東西，我比較喜歡人性，而且真正去面對家屬，我會發現家屬的無奈，其實我滿喜歡跟家屬的一些互動，然後能幫他們解決一些問題，或是今天能幫助一些學員幫助他們能回到家裡面生活，其實這是我比較喜歡的工作。（A2-01-119）

去年有一個方案就是，在我們那個社區，裡面有個協會提出的方案是社區

打掃，那個有點類似多元就業，那我們有三個病友去，那這三個病友其實本來進不去的，是我們透過關係，去拜託里長鄰長，還有帶著他們去試做，那 OK 之後他才可以進入到這個職場。因為那個工作是早上六點要到，然後打掃到（上午）八點，然後中午再去掃兩個小時，所以我們的專管員要想辦法在早上五點半之前，讓病友他們起床出門工作，其實這些事情講起來很像還可以做到，但是你是一個禮拜要五天這麼的規律去讓它發生的時候，其實那個部份真的需要很多的工作人員的聯繫跟專業的支持在裡面。

（A1-02-099）

其實我在社區裡面看到的，或許我工作在社區裡面的時間不是很長，問題是可以看得到家屬跟機構之間的那種互動，本身之間的支持的切割，或者是那種角色很清楚，我覺得是蠻不錯。（A4-01-012）

我的個案就是只要他去工作、去就業，像有些人都還有在就業，他不來了！我就在等啊！一直還是用電話，跟他聯絡，關心、關懷看他工作的狀況怎麼樣。（A4-02-004）

這些在體制外的生活經驗，精神復健人員都要想辦法把他轉變成體制內的語言，否則在體制的權力結構之下，這些生活經驗是無法成為體制上的主流。因此在評鑑制度的工作經驗之外，精神復健人員真正與精障者共同努力的生活經驗，因為不是體制內熟悉的語言，做了可能無法在評鑑時候得分，也可能也無法申請更多的健保給付，這時候要不要去執行，就看機構本身對精神復健的服務抱持的是什麼樣的態度。

當每日的生活被評鑑基準的向度佔據後，例行的活動和表格紀錄變成了每日生活的主體，活動內容逐漸流於制式化，表格紀錄成了唯一的真實，齊頭式的服務限制了精障者自主性的發展，評鑑基準說機構要與社區資源連結，機構就安排一個社區服務，也不管他們想不想去；回歸社區就以社區就業作為復健成效，而不考慮工作是不是他們的需求，精神復健多元化的內涵，在制式化的思維中限制了其豐富發展的樣貌。

第二節 精神復健人員的專業實踐

臺灣精神復健在發展的過程中受到精神醫療權力結構的影響，精神醫療專業運作模式是以全面性的介入方式協助精神疾病患者，在此團隊中的專業角色分工是以治療為前提，目的是在於疾病的控制和預防症狀復發，在這樣的情境中當然是由醫師擔任團隊中領導者的角色，而精神復健機構評鑑制度中，更以高比例的專業人員配置和硬體設施做為主體來強化醫療的概念，忽略精障者對生活的自主性，這樣的意識型態也透過文本的書寫與閱讀不斷的流傳而成為主流。然而精神復健人員長期在社區深耕，以復元的觀點重新詮釋精神復健，在和精障者互為主體的互動中，累積了對服務情境的敏感度及與精神障礙者及家屬建立良好的互動關係，過程產生的互動經驗而累積了對精神障礙者需求的敏感度，這些專業能力與操作技術，雖然無法被合乎主流價值的知識標準化具體測量，但是藉著這樣的反思與實際操作，在這個場域裡找到適合自己的位置，呈現了他們對精神復健專業的詮釋與體驗。

壹、復元觀點詮釋精神復健

一、精神復健的醫療觀點

臺灣的精神復健機構延續了醫療的模式，在進入服務系統的相關規定中，精神障礙者須經由精神醫療院所之評估和轉介，機構才可收案，同時強調服藥管理與疾病監控，隱含著精神醫療中治療性活動的延伸及病人的角色，然而卻有違精神復健的宗旨（朱淑怡，2007）。

醫療模式看到這群人的病，那不是看到人，那復元的概念，它是從人的這樣的一個角度來看他的生活也好，看他的復健也好，或者是看他復元也好，用人的角度來看，那跟病的部分是不太一樣。他是一個人，復元是一個人有病，那病的部份那是他的一部份，那不需要特地去就那個病的部分來處理，是針對的是人的需求來給予協助...（A4-01-006）

那基本上來講，復元的概念它其實它包含了一些症狀改善的部分，其實復元我在我的認知裡面，它的位階會比醫療模式裡面的那些症狀處理的模式位階來的高一點。換句話說，你復元的這樣的一個概念理論，如果可以落實的話，基本上對於他症狀的改善，應該也會有幫忙。（A4-01-014）

二、精神障礙者參與自我決策

精神復健已經超越醫療所能駕馭的範圍，除了醫療疾病的照顧之外，還讓個案看到自己在社區生活的能力，在社區努力作為一個人。精神復健領域的先驅 Rutman（1989）對精神復健計畫的定義中曾指出，精神復健的目標是改善精障者的生活品質，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（郭峰志主譯，2001）。精神復健強調協助精神障礙者依據其選擇，成功地在社區生活，而且是滿足的生活；精神復健不只是著重在病情控制與管理，而是在個人的發展（宋麗玉，2003）。根據 Anthony et al.（2002）的定義，以復元為導向的精神復健，宗旨在於「幫助有精神障礙的人增強其功能，使其在最少的專業協助下，於他們所選擇的環境中過著成功且滿足的生活」（引自宋麗玉，2005）。Anthony（1993）認為復元「復元是極個人化且獨特的改變過程，發生在態度、價值、感受、目標、技巧、角色等方面，精障者即使處於疾病的影響下，仍能過著滿意、有希望、有貢獻的生活」。當我們用復元觀點來詮釋精神復健時，強調的是讓他們自我決策，給他們參與的機會：

像現在那一些社區適應活動，回到社區裡面去的，就讓他們自己來慢慢的去設計，但是你也可以發現，就是有一群人設計，另外一群人就不去，或者就是有人設計，然後就有人怎麼樣，那總是不妨去符合多方面的需求。那試著他們自己去表達，我想做的是這樣，自己去設計，或許他不能盡力啊！但是這是一個機會。（A4-01-029）

復元典範（recovery paradigm）整合了優勢（strengths）觀點和充權

（empowerment）觀點，之後在人類服務的領域也流行起來。此觀點不同於過去十年精神醫療領域的研究。從復元的觀點中，相較於過去以症狀管理和預防復發，精神障礙者參與有意義的活動和重建受重傷的自我之技能發展已成為優先的處遇。因此服務傳遞的焦點已由疾病的治療轉變為全人的處遇。個人優勢的發展成為跨越疾病的限制及邁向復元的道路（Russinova,1999）。雖然復元的本質不排除由疾病障礙完全復元的潛能，但從精神障礙復元被認為是個人功能很重要的改善，而非從疾病中完全痊癒（Deegan, 1988）。

三、帶病生活—超越疾病的障礙

精神復健與精神醫療的本質不同，精神復健在於發展個人力量，協助啟動個人的資源，重新恢復其在社區生活的能力；精神治療則著重在疾病控制與症狀緩解(宋麗玉，2005)。Deegan（1988）以其過來人的經驗提出以復元為導向的精神復健觀點，即強調「復元是一個過程、是一種生活方式、是一種態度、是面對每日挑戰的方法」，強調的是一個新的自我感受—與自己有更真實的連結，與他人產生連結，並且生命顯的更有意義與目標（Spaniol et al.,1994，引自宋麗玉，2005）。

我會覺得一個要到社區的病友...他需要有他的某部分的能力...是可以獨立生活在社區的。那不同於慢性病房，是他已經退化了！甚至喪失了很多的自我照顧的部分，所以那是沒辦法的。那這個過程裡面社區復健的價值（健保收入）絕對不會像醫院那麼高。因為我們是開放式環境，可是我們的努力絕對不同於慢性病房的。那這個部分其實回到復元觀點的時候，就是病友自己本身怎麼去讓自己獨立生活，那他怎麼去跟他的疾病做一個共處，那我覺得這個部分是重要的。所以我希望我的個案都可以有他獨立生活的能力，不管是...他的疾病多麼嚴重，他可以在他疾病的影響之下，獨立的在社區生活。（A1-01-053）

因為以前在慢性療養院的服務概念裡面，其實因為他們（精障者）被送到

我原來服務醫院時，他們通常都是被長期安置，那在那樣的過程當中，在我原來服務的機構就給我一個概念，他們是來生活。安置其實在某一個角度來看，它是一種生活，它比較重視的生活，而不是疾病部分的處理，所以在那個地方給我的一個概念，其實我那時候偏向於一個生活的概念，而不是一個治療的理念。（A4-01-007）

因此精神復健的指的是最小限制的環境，最少必要的干預，精障者的經驗認為精神復健是以人的本質做為主體。因此復元導向的服務精神是以合作、促進自主的方式來取代「疾病—醫療」的導向，排除疾病慢性化和依賴的迷思，尊重精障者的表達、增權及選擇。然而在評鑑體制的思維之下，引導我們看見的精神障礙者的「病」，還有一種父權思考下以專業為尊的信念，而不是這個「人」，精障者所面臨的生活，不只是疾病與症狀的舒緩，還有其他多樣化的需求。在體制之下，長期以來著重的是疾病對生活的影響，依賴醫療體系的權威，精障者的需求與復健方案的參與，大多受制於醫療專業主導與監控，精障者成為是一個被動配合的角色，在過程中失去參與自己生命經驗的機會。精神復健是去機構化後的產物，雖說用意是在於提供精障者回歸社區之中途站，但也是國家管理監控精障者的另一手段，制式化的評鑑制度導致服務流於形式，僵化的服務為回應評鑑要求而失去精障者的主體性，精神復健的工作人員必須跳脫醫療觀點和評鑑的限制，從精障者的生活中去了解其能力及限制，而非只關注其疾病。去機構化並非僅針對精障者回歸社區與制度的轉換，對於專業人員來說亦須去機構化、擺脫白袍加身的高高在上，走出醫院並貼近個案的生活經驗，轉換不同的思維觀點與接觸方式，選擇傾聽在地的聲音，作為精神復健的代言人，不再成為國家體制的共犯。

貳、精神復健專業的建制化與專業化

而在這一連串建制的過程中，精神復健人員如何看待專業？在精神

復健的場域對於專業的實踐又有何種不同的詮釋與體認？

一、專業的發展：專業化與建制化

陶蕃瀛（1991）探討專業的本質，專業是有組織的職業，有壟斷其職業市場之能力的職業，也就是說，專業是鞏固地位與權力的一種界定歷程，當職業專業化後，其被取代性越低，其地位與權力便越高。透過國家權力所建制的專業，依據學歷、相關課程訓練和取得專業證照，但是對於被專業體制排除，但有豐富工作經驗的基層工作人員而言，不具有詮釋專業的權力，專業化的論述權力掌握在國家和專業團體手中，專業發展過程中是專業應對專業領域的具有自主性和自我規範的機制，以保障其專業的品質。然而當專業以擁有國家權力，透過自身專業組織運作的力量，選擇向國家體制靠攏，而排除其他行業，就會造成濫用專業的自主權而造成專業宰制下的權力失衡（胡幼慧，2001）。專業發展的主要指標是專業人員對專業領域的自主程度與自主範疇，而專業的建制化反其道而行，是擠壓專業人員的自主空間，建制化不同於專業化，建制化是向國家體制靠攏，而專業化是專業加大自主程度，強化對其職業領域控制能力的過程，建制化與專業化是專業發展上兩個方向迥異的過程，然而建制化依附國家權力產生的效應卻帶來專業化的假象（陶蕃瀛，1999）。精神復健工作的建制化使得精神復健人員必須執行國家所交付的職責，換取的是國家的支持，壓縮了專業自主的空間、精神復健機構的發展和精神障礙者的需求。

臺灣精神復健的專業發展似乎是走向建制化而非專業化，專業人員在國家體制之下，認為精神復健的專業建制化便是專業的提升，然而在這種情境之下，我們可能看不清楚專業人員和國家的關係，國家掌控著資源的分配，透過精神復健機構評鑑制度的規範，為了生存使得機構和專業人員必須不斷迎合國家體制，系統性的排除有在地經驗和不符合專業資格者，當我們愈靠近國家體制的思維，專業的自主性相對減弱甚至

消失，如此又如何能夠實踐專業？

對於什麼人可以擔任精神復健人員，國家以有沒有精神醫療的背景或訓練為依據，透過權力的滲透不斷複製國家的體制權力，然而身在其中的精神復健人員卻尚未覺察國家的權力，當這樣的意識型態集體運作時產生了排他的作用，精神復健機構成了運作體制權力的環節之一，而精神復健人員是否也成為國家體制的共犯？

二、專業的知識體系是裝備

Hall (1968) 認為不論是正式的專業組織或非正式的專業同僚團體，都是專業人員之想法與判斷的主要來源與依據，從事專業工作應具有為公眾謀福利的社會性意義，並且具有自我規範的信念，對專業的使命感以及自主性（萬育維，1996）。

精神復健人員與精神障礙者相處的過程中，專業的知識體系對精神復健人員的意義是什麼？在體制規範下的訓練、學校教育後取得的相關證照，是否就代表在這個場域能夠無往不利？當精神復健人員開始進入精神障礙者的生活時，我們用了哪一套知識體系和他們一起工作又如何規範對專業的自主性？

其實專業的部分，它非常的...其實在整個訓練的過程裡面，它非常的嚴謹。那所以基本上來講，這種基本邏輯的部分比較不會再是一個專業上的一個判斷，那專業的部分其實告訴你什麼事情可以做，什麼事情不能做。
(A4-01-013)

雖然我一直講，那這個東西你說他是不是專業也很難講。那專業上面的概念就是，當你在做這些事情的時候，每一個人所念的所謂的專門學科的那一個部分，它就是幫忙你幫忙工作人員去達到剛剛講的那一些目標、目的的一項工具。所以我常常講專業就只是一個工具，那你可以用，你也可以不用，那你什麼時候要用，那就要看你服務的對...一個個案的狀況來決定。或許他不需要，只是需要一個關懷、關心，那關懷、關心是一個人本

來就應該要有的，它牽扯不到專業。（A4-01-038）

我覺得整個專業也是個整體性的部分，那我什麼時候該選擇我們能夠提供的，什麼時候該說我們沒辦法提供的。就是說我們有沒有失去我們原來應該要有的專業判斷，我們一個人完整個認識你，可以提供專業性的評估，職能計畫，訓練計畫等等，跟個案是生命共同體，然後他的問題你真的是用，你覺得不管用知識行為態度去做一些改變，然後能夠知道你能做的，也能知道你不能做的，那不是選擇你能做、你不能做，然後最後不能做的，你也要做一些後續的建議這樣子。（A2-02-036）

專業的知識體系對專業人員而言，專業知識是一套裝備，一個工具，其中包含著對專業的使命感與自主性，幫助精神復健人員看清自己能力所及之處，能夠適時的發展專業的自主性，專業的精神復健人員知道在什麼時候去運用它，而不是流於形式的操作它。

三、專業是生活的體驗，在精障者的需要上看到自己的責任

當一個人被醫生診斷為「精神疾病」時，我們對他的認識便習慣透過醫療專業所標籤的診斷來理解，於是在他們生命過程中，疾病成了主要的關注焦點，醫療模式多視精神疾病為令人感到無望的慢性化且預後不佳的疾病，復元的觀點認為疾病只是生命的一部份，即便是「帶病生活」依然能開展屬於「人」的生活與新的可能性（朱淑怡，2007）。

我之前的個案是全身脫光躺在家裡面，然後每天在那種妄想、被害妄想中過生活的人，然後父母親外省的伯伯都七老八十的，這樣照顧中，我照顧他四年後他可以參加職訓，然後可以走出去，然後每天到高雄做清潔工作，現在到衛生局做清潔工，我想這是能幫忙家屬然後又讓個案醒過來，從躺在床上從全身脫光，到現在可以做清潔工作，我不能說是成就，但是至少我一直有努力在做這樣的工作，可能是讓我覺得說他們不是沒有救，而是要看比耐心比耐力下去。（A2-01-106）

精神復健人員不以專業的知識去分割精障者的問題，而是運用這套

專業裝備，跳脫疾病和問題的觀點，以對人性的關懷去體驗他們的生活經驗，看見他們的成長與改變，和找尋每個人生命的獨特性，也是精神復健人員認為對專業的實踐。

專業？我常常講，我常常跟我的工作人員講，專業就是背上的一把劍，它只是在幫助你去處理一些事情，但是它是什麼？備而不用。其實在我這個地方，我比較少會去用所謂的专业概念。雖然我是專業人員，但是其實我在這裡所做的是一個生活。那不管復健是不是生活啦！復健是生活的一部分，或者是什麼...那重點是在生活。生活基本上來講，每一個人不管你有沒有專業，基本上來講，你都有基本的生活的能力。所以我基本上認為專業，我比較不會用怎麼樣才稱得上專業，只要你在這裡，能夠照他們的需求，能夠協助他們，關心關懷他們。然後讓他們可以有一些他們想要達到的目標，或者是他們的目的，那就是一種幫忙，那也就是一種專業。

（A4-01-038）

我覺得這個是從被你服務的人的感受去看，如果說今天你在這個精神復健機構裡面，被你服務的人他覺得受你照顧，然後他會感謝你給他一個不同的改變，我覺得那就是我們的專業，那如果說我們今天，他們覺得連這個人的存在他們都覺得很淡薄，覺得沒什麼感覺這個人存在，那我覺得可能在這個精神復健機構裡面，可能你沒有提供你應該提供的服務。

（A3-02-036）

當精神復健人員融入精障者的生活世界，與之成為生命的共同體時，看到的已不再是被體制分割後的圖像，而是每個人獨特的生活樣貌，和體制對弱勢者的壓迫。

社區專業的養成我覺得就是在精神科之後，你要有一個訓練或是實施，而且那個對於病友的復健價值在哪裡，是要有不一樣的思考進來的。我覺得那個真的是一個很重要的點，就是我看到很多工作人員一個讓我覺得很遺憾的就是說，他吃藥穩定之後他能幹嘛？很多人是問號，包含有的時候我遇到病友，一些病友我也是問號，他吃藥穩定之後他還能銜接著去做什麼

事情？他們能不能回到原本的生活，這些都是問號，這些問號我們有沒有辦法解決？我覺得那個也很重要。（A1-02-098）

我還是滿堅持，我覺得學員不一定要就業賺多少才是他們說，而是他們能真正喜歡在這社會上面，他們可以好好跟人家相處，然後好好過自己的生活，然後他們生活所需要的，能好好達到這才是最重要，並不是用就業來看你的復健成效，我覺得這是非常的不是很 OK 的事情。（A2-01-101）

各種專業在專業發展上的基本課題，一是專業為社區與案主提共的服務能否符合需要，其次就是專業如何發展和維繫專業社群自主自律的組織力量（陶蕃瀛，1999）。雖然體制如此不友善，但在地的精神復健人員長期與精障者的相處，也體驗自己的專業應該要能看到個案的需求，站在個案的位置與他們共同體驗生活的經驗。精神復健的專業人員須不斷自我提醒，對精神障礙者的態度應由「病」與「問題」的關注，轉換到對於「人」和「經驗」的關懷，讓此關係是一種在生活脈絡下、有人情味的溫暖關係，而非疾病脈絡下冷冰冰、病理化的問題處理（朱淑怡，2007）。對於精神復健人員而言，專業不再是擁有建制化的知識體系而取得的地位，精神復健是一種對人的關注，對生活的體認和對服務對象的承諾。

參、小結

過去我是一個基層的專管員，當我們因為法規與規範而受訓取得資格後，開始進入機構工作。起初或許會因為歷練不足，對於服務提供方式沒有直接的決策權，而遵循管理者的所謂的「專業」。但是當自己進入工作，累積多年的經驗之後，熟悉服務該做些什麼時，開始動搖對管理者對「專業」的詮釋。對於機構為了閃避制度壓迫的生存之道產生質疑，也因為自己所學與所認知的開始跟管理者意見紛歧，我試著在這分歧之間找到一個平衡點。

當我自己成為機構的經營管理者，因為我沒有專業證照的加持，所

以我在法規上並不是國家體制認定的專業人員，設置標準和評鑑制度認定有專業證照者才能成為專業人員，才能提供專業服務和服務品質，即使我有多年的服務經驗而且也成為經營管理者，在機構運作和服務提供上，我還是必須聘請專業人員以符合設置標準，並依據專業人員的建議而執行服務，依據國家體制規定取得專業資格者，能夠迎合設置標準的門檻，而我在地將近十年的工作經驗卻被制度排除在外。精神復健的專業在權力結構下，透過建制而標準化專業地位，並且以評鑑制度排除具有在地經驗的基層工作者，和精神障礙者在服務過程中的主體性。

然而復元觀點對精神復健建制化的專業地位有了不同的詮釋，相較於醫療模式，復元觀點對於人有更多的關懷，從疾病的視角到生活的體驗，精神復健人員對於專業的實踐，是選擇站在弱勢者的位置，去體驗他們的生活，所看到的是一個「人」，而不是一個「病」，是一個生活的樣貌，而不是被分割、拼湊後的圖像，正是他們對精神復健工作專業的體驗。

第六章 結論與建議

研究發展至此提出以下結論與建議：第一節提出對精神復健機構與專業實踐的建議，第二節將探討評鑑制度的限制與在思考，第三節將說明研究限制與未來研究方向。

第一節 評鑑制度與專業實踐的建議

壹、融合醫療與社區的精神復健

一、精神復健延續精神醫療模式

精神復健的專業在建制化過程中，延續了精神醫療的意識型態，國家運用評鑑制度管控精神復健機構的服務品質，設置辦法、評鑑基準和評鑑委員帶有醫療比社區更專業的邏輯，進而對機構進行審視並達到管控的目的，評鑑的結果主導著健保給付資源的分配。而機構為因應體制的要求，疲於生產各式的文本紀錄以佐證服務績效，在這一來一往的過程中，機構運用各種工作知識滿足了國家的要求，但機構裡的精障者卻也在這個過程中不斷的被消費，上下權力來回拉扯的結果，犧牲的卻是精神障礙者的需求和主體性。

二、將醫療融入社區於無形之中

復元的觀點帶給精神復健人員重新詮釋專業的機會，在精神復健發展的歷程中，精神復健的工作人員應擺脫醫療觀點和評鑑的限制，何時該丟掉專業的角色，又該在什麼時候穿上專業的外衣，從精障者的生活中去了解其能力及限制，以精神障礙者的本質做為主體，看見的是個人的發展，而不再只是著重在病情控制與管理，並以社區為基礎並貼近精神障礙者的生活，使其能夠自由的在社區生活，充分展現精神復健工作的多元樣貌

精神復健服務雖然受到醫療化的影響，仍具精神醫療的形式，然而執行服務的專業人員，在社區精神復健服務的重點，不應該只是偏重於個人疾病控制，或僅依照評鑑基準提供精神障礙者相關社區適應活動而已。張玳菱（2006）和江一平（2008）的研究皆提及精神復健人員雖然必須在體制下，配合執行社區精神復健服務，被迫扮演壓迫精神障礙者的工作角色，相較於精神障礙者，精神復健人員具有執行社區精神復健服務的實際服務的權力，因此除了在回應評鑑基準之外，精神復健人員如何在評鑑基準與案主需求之間取得平衡點，仍可透過個人外在的工作態度，使精神障礙者感受到尊重與關懷，也能在個人工作權責範圍內，對精神障礙者提供適當的服務。

貳、對精神復健專業的實踐

一、建制化並非專業唯一的路徑

專業除了透過系統化的認證之外，實務工作者透過實務經驗的訓練和對專業的承諾，善用專業的知識體系融入精障者的生活經驗，進而發展人生終極關懷，也是一條通往助人工作的專業路徑。余漢儀（2003）在探討醫院之社區精神復健服務中發現，精神復健人員的組成雖有不同的精神醫療專業學院訓練背景，如：職能治療、護理、心理及社工等，然而對精神疾病的認識和精障者接觸經驗的建立，專業訓練背景反而沒有顯著的區辯力，工作人員個別性格的韌度和在地工作經驗的累積才是專業服務的關鍵。

二、體驗精障者的生活作為專業的實踐

不論工作人員為何種專業背景，應先重整對於精神復健服務理念，並鼓勵具有相關專業知識的人，試著放下醫療的專業，脫掉醫療的白袍走入社區，與精神障礙者共同體驗的生活，並將對精神障礙者的關懷，內化為專業價值和知識體系的一部份。在此並非否定精神醫療專業在社區的貢獻，也不是反對專業進入社區，而是期待能夠發展屬於社區精神

復健的專業哲學，以作為一個人的角色，重新建構社區精神復健的內涵與主體性。

第二節 評鑑制度的限制與再思考

近年來精神復健機構評鑑基準逐年調高，各領域專業人員對精神復健的專業也有各自的表述，評鑑制度發展至今，確實淘汰部分品質不良的機構，然而評鑑制度的推展，結構面的問題造成機構執行時的衝突，使得精神復健人員在執行時遭遇了體制與案主需求之間的兩難。

壹、醫療思維限制精神復健的多元發展

社區精神復健延續了精神醫療的思維，以醫療化的概念建構評鑑制度，作為分配健保資源的依據，健保的管理邏輯使機構單方面迎合評鑑要求取得資源分配，並透過機構的運作進行社會控制，對精神障礙者進行管理以維持既有的社會秩序，精神復健機構和工作人員延伸國家控制的權力。

一、專業人力和充足的設備代言服務品質

評鑑實施至今雖然也改善了精神復健機構的軟硬體設施及環境，然而標準化的工作流程和制式化的設施環境，限制了精神復健的多元樣貌。專業人力配置和服務時數的提升，美其名是提升服務品質，但實質上健保給付未調升，使機構也面臨成本增加、入不敷出的困境。而評鑑基準年年修改，縣市政府督導考核指標不一，導致機構年年為了準備督考和評鑑而疲於奔命，然而評鑑委員依據評鑑指標逐一檢視服務成效，機構日常生活的運作在條列式的基準裡切割、分類、重整、編制之後，使精神復健機構呈現制式化的生活樣貌，而評鑑委員來自各個不同的專業背景，雖具有精神醫療相關資歷，然而部分卻未有實際從事社區精神復健工作之實，既有的精神醫療概念並不完全等同於社區的經驗，只會讓機構在評鑑的過程中，又再次陷入精神醫療的邏輯中。

二、制式化活動忽略精神障礙者的個別性

評鑑過程中為了呈現活動的多元化和各項服務有確實執行佐證資料，機構依據評鑑基準安排大量的活動團體，形成制式化的活動，並製造各式文書紀錄表格以資證明，然而卻忽略了精障者的需求性和個別化，相對的也排擠了工作人員與精障者直接的互動和相處的時間，這與衛生署推動社區精神復健的目的產生矛盾，也應該不是衛生署原本的用意。

貳、對評鑑基準的建議

一、評鑑委員的聘用資格

建議衛生署未來對於評鑑委員的延聘應考量其對精神復健的實務經驗，或延聘復元者或精神復健機構的經營管理者；在專業人員資格的限制上應著重的是其個人對於精神復健之理念，而非精神醫療的經驗。

二、評鑑制度的執行

對於精神復健機構評鑑的實地查證，避免流於評鑑基準的書面表格審查，應著重精神障礙者於精神復健機構的日常生活運作。

三、評鑑基準的修訂

對於評鑑基準的修訂，應參酌目前精神復健機構執行的實務經驗以及服務使用者的實際感受，另外應定期與各精神復健機構檢討評鑑基準在實務工作的可行性，並提出適當的修正，使評鑑機制除了達到服務品質的提升之外，更能貼近精神復健機構原來的樣貌，並傾聽精神復健人員的在地經驗，使精神障礙者回歸精神復健服務的主體，讓精神復健的專業能在日常生活的運作中在地實踐。

第三節 研究限制與未來研究方向

本研究由研究者自身在精神復健機構中的斷裂經驗作為問題意識的起點，透過與精神復健機構資深的管理者、專業人員和評鑑委員的訪談，進而探討在體制的權力結構下，精神復健機構的評鑑制度對精神復健人員的影響，以及國家規範、政策法令中的相關文本，是如何複製不平等的權力關係，並藉由他們的經驗來瞭解精神復健人員在權力體制規範的評鑑制度之下，機構及工作人員在應付評鑑制度與回應案主需求之間的拉扯，以及對實務工作中所展現出來的工作樣貌及對專業的實踐。以下提出本研究之限制與未來研究方向。

壹、研究限制

一、機構型態

由於臺灣精神復健機構設立的型態，因機構所處之縣市、地理環境和資源分配，而影響其設置規模，偏遠或資源缺乏地區多為大型化之精神復健機構，而都會區則以小型化機構居多。本研究此次以日間型精神復健機構作為研究場域之一，但並未設限機構的規模，因此研究參與者也來自大型和小型機構，然而機構設立規模與管理者對於資源投入和人力編制，皆可能影響服務的提供與專業人力的配置，而住宿型精神復健機構服務提供的方式亦與日間型有差異。

二、研究參與者

此次多以工作人員的觀點，作為問題意識的起點，而未討論精神障礙者及家屬在此權力結構中自身的主觀感受，無法得知對於精神障礙者使用精神復健服務的情形。

貳、未來研究方向

對於未來研究方向之建議如下：

一、研究場域

以不同規模與型態的精神復健機構作為研究場域，探究精神復健人員國家體制的權力結構下之工作樣貌，是否因機構規模與型態而有不同。

二、研究參與者

可進一步將研究參與者拓展至精神障礙者與家屬，探討他們在國家體制的權力結構下，對於選擇服務資源的自主性以及所遭遇的問題，以作為後續國家制訂政策之參考。

第七章 後記

這篇論文看起來，應該不像是我會寫的題材，因為在我的生命經驗中，一直是扮演逆來順受的角色，或是說，在不同的角色裡我永遠都是順著眾人對我的期待。求學過程中並非一帆風順，雖然從國中、高中到大學，每個階段都在及格的邊緣掙扎，卻都非常努力完成母親對我的期待，大學畢業後工作也是如此。在這個工作中，我被賦予很重要的角色，然而當時並無法體會我對這個工作有多重要，甚至有想要逃離的念頭。直到自己擔任負責人之後，才開始慢慢體會這個工作對我的意義。

回顧這三年來，對於準備、應付評鑑和督導考核所做的改變，過程中一直在調整和修正，從硬體設備的增修到工作方式和人員編制的變動，到後來已經不知究竟為何而改變。過去對於體制的要求，我只能接受，以設標和評鑑基準的定義來看待我自己的身份，我並稱不上是專業人員，因為這裡沒有我的位置，沒有國家專業證照的加持，我的實際工作經驗在國家體制裡，並不被認為是專業，也因此讓我以為依循體制的作法就是代表專業。結果造成這三年來人事一直不穩定，從民國 96 年接任至今，聘請的專業人員不停的流動，任用專任專業人員對機構成本耗損極大，然而改聘兼任專業人員，服務時數切割零散，相對也就犧牲學員的服務。民國 99 年聘任專任人員，專任管理員、兼任人員的流動，每一次的變動就代表著內部所有的工作又要重新變動一次，再加上每年都在調整的評鑑基準，我必須不停的與專業人員和專管員溝通服務的理念和協調工作。然而專業人員都帶著自己對精神復健的專業知識，和資深專管員的基層工作經驗屢屢發生衝突，我的角色確實很為難，每日疲於應付人員的衝突和評鑑制度的壓迫，我常常在想，那我們的學員呢？誰去關注他們的需求？在這樣的權力關係下，學員們也常常安靜的在一旁等待，說不出口的需求就永遠停滯在那裡，機構安排的活動多多少少就配合著做吧！在評鑑制度的切割之下，拼湊出來的到底是誰的需求？誰的期望？我也一直在思考究竟這麼堅定要繼續經營下去的意義是什麼？

自從民國 92 年給付提升為 450 元後，日間型機構如雨後春筍般的設置，衛生署為了確保所謂的服務品質而開始舉辦評鑑，精神醫療單位附設的復健機構愈來愈多，擁有強大精神醫療背景支援的精神復健機構，在母機構的人力、硬體等相關資源協助下，強調專業和精神醫療垂直整合的連續性服務，而民間的私人機構多年來的深耕和在地經營，在這股風潮之下愈走愈辛苦。健保給付調高後，核心醫院又打出五星級，甚至六星級的硬體設備，和醫院強打的專業人員服務，和我們這些一星級、二星級在地深耕的基層機構相較之下，軟硬體設備不佳、專業人力不足的窘境，在評鑑的思維裡要如何代言專業的服務品質呢？

評鑑基準所強調的醫療概念和專業化，以條列方式切割精神復健服務，當所有的服務切割開來填入評鑑基準的框架下，表面上能填進去每個得分都漂亮，填不進去的就當作是做功德，但如果仔細審視這些框架堆疊出來的圖像，這會是一個完整的精神復健圖像嗎？這些框架代表的是誰的價值觀，精神復健人員認為這樣就是專業嗎？國家體制制訂這樣的標準，用的是甚麼思維？我們自己努力多做的，擠不進既定的框架，按照模子打印出來的，便能依照樣板永世流傳，久而久之，擠不進框架的隨著時間消逝不見，而既定框架拼湊出來的圖像，到底又是誰的圖像呢？

在民國 96 年初，我有機會參與臺灣 clubhouse 的運作，我投入交誼中心的工作，這是一個新的服務方案，和過去我的工作經驗不一樣，相同的地方就是服務同樣的族群，但是方法不同了，這對我來說真的是挑戰，因為在交誼中心的每一個人，都可以自由參與中心的活動，活動都是由工作人員與精障者一起進行討論，共同決定與分擔，少了制式化的上下階級關係，讓他們體驗真實的人際互動，也真實的參與社區的活動。但是過去我們的服務不是這樣做的，因此自己也會產生一些衝擊，包括權力的從屬關係，與精障者的平權和夥伴關係。能夠與精障者以平等的身份為新的模式而努力，原本期待是一個不同與精神醫療的模式，但是

仍受制與體制的限制，收案的標準、績效管理和表格文本的操弄，如同精神復健機構評鑑的翻版，而這個模式也因為績效不佳、收案標準不明確而在民國 98 年底停止運作。

最後我想還是把問題意識的立足點回到我自己身上，選擇這個題材做為我的論文，其實是想透過建制民族誌的研究路徑，藉由我的斷裂經驗，除了去探究評鑑體制背後的意識型態之外，也想探尋我的母親和這一群人工作的經驗脈絡。過去我曾經對母親投入這個工作感到不解，但是當我也和她一樣，成為體制外的基層工作者時，也才看清楚他在這個位置時，為了讓機構能夠生存，又能讓精神障礙者的生命經驗獲得重視，選擇站在弱勢的一邊發聲，去對抗不平等的權力壓迫，找出適合生存的中庸之道。

中心成立至今二十年，去年工作人員向家父邀稿，透過父親的文章也才讓我瞭解，父親因著對母親的愛選擇在背後默默的支持他，帶著母親上山下海去探訪精障者和他們的家庭，和母親一起去體驗這群人的生活，從對這群人的陌生，到認同他們的生命經驗，直到母親走到生命的最後一刻，說無怨太高調，但父親始終不後悔支持母親做了這個決定。選擇在這裡說是因為不希望模糊論文的焦點，讓閱讀者覺得我的寫作是對工作的抱怨和個人情緒的表述。

此篇論文並無意批判與健保制度和評鑑體制相關的專業人員，其實專業人員也是這個體制之下的受害者。

寫作到此告一段落，我也該回到我的生活場域，與我的工作伙伴們，包括工作人員、學員和家屬們，繼續體驗我們共同的生命經驗，並且整理我們的裝備，一起為準備迎戰民國百年的評鑑而努力！

參考文獻

中文部分

- 王增勇、郭婉盈 (2008)。建制民族誌：勾勒在地權力地圖的社會探究。載於周平、蔡宏正 (主編)，日常生活的質性研究 (27-44 頁)。嘉義：南華大學教育社會學研究所。
- 王增勇 (2010)。建制民族誌：為弱勢者發聲的研究取徑。IE 建制民族誌工作坊上課講義。中山大學社會學研究所。
- 王馨梓 (1993)。去機構化運動與精神病患社區復健。台灣大學社會學研究所碩士論文，未出版。
- 王勝輝、高麗芷、陳淑萍、黃嫻齡、楊美惠、劉蓉台、謝佳容 (2005)。品質管理篇。載於中華民國職能治療師公會全國聯合會 (主編)，精神復健機構作業規範手冊 (115-116 頁)。台北：行政院衛生署。
- 江一平 (2008)。康復之家社區精神復健服務之研究。暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，未出版。
- 朱淑怡 (2007)。康復之家精障者的復元內涵探討。國立臺灣大學社會科學院社會工作研究所碩士論文，未出版。
- 朱若柔 (譯) (2000)。社會研究方法－質化與量化取向 (原作者：W. L. Neuman)。台北：揚智。
- 呂淑貞、劉蓉台 (2005)。貳、歷史沿革篇。載於中華民國職能治療師公會全國聯合會 (主編)，精神復健機構作業規範手冊 (5-24 頁)。台北：行政院衛生署。
- 呂美慧 (2008)。M. Foucault 與 D. E. Smith 論述分析之比較及其對教育研究之啟示。臺北市立教育大學學報，39 (2)，71-104。
- 宋麗玉 (2000)。促進社區精神復健之使用——一個實驗方案結果之呈現。

社會政策與社會工作學刊，4（1），157-197。

宋麗玉（2004）。台灣精神障礙者之社區照護（復健）發展：理想與實務研討會彙編。國家衛生研究院論壇長期照護委員會。

宋麗玉（2005）。精神障礙者之復健與復元——一個積極正向的觀點。中華心理衛生學刊，18（4），1-29。

余漢儀（2003）。醫院之社區精神復健服務探討。行政院國家科學委員會專題研究計畫。計畫編號：NSC91-2412-H-002-005。

吳文正（2003）。精神障礙者照護之現況分析與未來發展——衛生政策層面。台灣精神障礙者照護發展研討會彙編。13-17。

吳文正（2004）。建構精神障礙者社區照護服務體系。台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編。49-51。

吳嘉苓（2000）。醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析。台灣社會學研究，4，191-268。

吳秀玲（2004）。權力與專業自主性：護理人員專業地位現況之探討。國立臺灣師範大學政治學研究所碩士論文，未出版。

李栩慧（2005）。抗拒異化：醫院精障就業輔導員的行動反思。國立陽明大學社會福利研究所碩士論文，未出版。

李致瑩、鍾麗英、陳詞章、施陳美津、楊念慈、潘瓊琬（2006）。職能治療專業認同感之探討：國立大學生的觀點。醫學教育，10（3），197-208。

林萬億（2002）。當代社會工作——理論與方法。台北：五南。

胡若瑩、陳靜江、李崇信、李正雄（2003）。身心障礙者就業轉銜之社區化就業服務理念與實務——作業流程與工作表格使用手冊。行政院勞

工委員會職業訓練局。

胡幼慧 (2001)。新醫療社會學—批判與另類的視角。台北：心理。

胡幼慧、姚美華 (2008)。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析。載於胡幼慧 (主編)，質性研究—理論、方法及本土女性研究實例 (117-132 頁)。台北：巨流。

洪瑞璇 (2007)。國中教師專業認同之研究：游走在「結構—能動」之間。臺灣師範大學教育學系博士論文，未出版。

高麗芷 (2005)。台灣社區精神照護研討會—家庭照護與就業服務—彙編。國家衛生研究院論壇長期照護委員會。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (2006)。95 年度台灣地區精神復健機構評鑑計畫委員行前暨共識會議-資料手冊。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

郭峰志 (譯) (2001)。現代社區精神醫療—整合式心理衛生服務體系 (原作者：W. R. Breakey)。台北：心理。(原著出版年：1996)

梁畢玲 (2005)。國小教師生活型態、專業認同與職涯滿意度關係之研究。高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版。

黃侃如 (2003)。精神社工專業認同之形塑與掙扎。東吳大學社會工作學系碩士論文，未出版。

陳紀言 (2004)。影響精神醫療專業人員推動精神復健服務相關因素之研究。暨南大學社會政策暨社會工作研究所碩士論文，未出版。

陳炳輝 (2002)。福柯的權力觀。廈門大學學報 (哲學社會科學版)，152 (4)，84-90。

陳彥君 (2005)。專業諮商員生涯困境與心理調適歷程之生命故事研究。

國立台北師範學院教育心理與輔導學系碩士論文，未出版。

陶蕃瀛（1991）。論專業的社會條件：兼談台灣社會工作之專業化。當代社會工作學刊，創刊號，1-16。

陶蕃瀛（1999）。社會工作專業發展的分析與展望。社區發展季刊，88，190-196。

張玳菱（2006）。社工新人無法拋置的生命經驗。東吳大學社會工作學系碩士論文，未出版。

張作貞（1997）。影響社區精神復健服務使用之相關因素研究：以中部地區為例。暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，未出版。

張馥媛（1991）。從權力結構的觀點探討臺灣精神醫療體系中臨床心理師與精神科醫師對於臨床心理師角色的知覺。台灣大學心理研究所碩士論文，未出版。

張廣運（2003）。臺灣臨床心理師專業發展的比較分析。成功大學行為醫學研究所碩士論文，未出版。

張芷雲（1998）。醫療與社會-醫療社會學的探索。台北：巨流。

鈕文英（2007）。教育研究方法與論文寫作。台北：雙葉。

萬育維（1996）。專業認同與工作滿意之間的關係探討—以從事兒童保護社絕工作人員為例。東吳社會工作學報，2，305-332。

楊幸真、游美惠、楊滿玉（2005）。組織民族誌。性別平等教育季刊，30，130-134。

楊正誠（2005）。析論組織俗民誌的意義、概念、方法與實例。女學學誌：婦女與性別研究，20，223-254。

廖靜薇(2003)。臺灣地區精神醫療社會工作者專業認同之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文，未出版。

謝高橋(1982)。社會學。台北：巨流。

謝宏林(1999)。精神分裂症家屬主要照顧者期待病患長期安置之相關因素探討。暨南大學社會政策暨社會工作研究所碩士論文，未出版。

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)，41-49 頁。

羅曉瑩(2005)。研究者社工認同的形塑、探索與掙扎——一種過程取向的差異對話研究。東吳大學社會工作學系碩士論文。未出版。

羅美麟(2009)。以「生命的自主性」為指標批判精復機構評鑑的妥適性與精神醫療的病態發展。演慈、奇岩康復之家季刊，5，1。

英文部分

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.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Russinova, Z.(1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.

附錄一 訪談同意書

訪談同意書

親愛的_____您好：

我是臺灣師範大學復健諮商研究所的研究生，陳怡伶。目前正著手進行論文研究，研究主題是「精神復健機構的評鑑制度與專業實踐：建制民族誌之分析」。目的是想探討，在體制權力的規範下，對精神復健人員專業認同的影響，及可能產生的工作困境，而在這樣的情境中，精神復健人員又是如何展現的其工作樣貌？期待透過本研究，瞭解精神復健人員的工作處境與體制權力間的關係，做為精神復健人員未來從事相關服務時的參考。

在此誠摯的邀請您成為我研究的參與者。如獲您同意參與本研究，我將進行數次訪談，訪談前會事先徵求您的意願，訪談過程中會經由您的同意進行錄音及記錄，訪談錄音將在論文完成後銷毀。本研究以保障您的權益和隱私為最高原則，訪談過程及研究報告撰寫，一定尊重您個人的隱私，您的身份及其他受訪成員的基本資料，一律以匿名及代號的方式來呈現，資料與記錄會上鎖，也沒有會從論文或報告中知道受訪者是誰。

在訪談過程中，若您有不舒服的經驗，歡迎您隨時反應；研究報告的撰寫也會請您閱讀後同意再行呈現。若不方便再繼續參與研究，您隨時可以退出。

經過以上的說明，如果您已經完全了解您參與本研究的權利，請在下面簽上您的名字。本同意書一式兩份一份為參與研究者持有，一份由研究者持有，以保障您的權益，謝謝。

研究參與者：_____

研 究 者：_____

聯 絡 電 話：_____

國立臺灣師範大學復健諮商研究所

指導教授：吳亭芳 博士

徐淑婷 博士

研 究 生：陳怡伶 敬上

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附錄二 訪談題綱

訪談題綱

一、您負責的職務和工作內容是什麼？

二、您通常如何開始你一天的工作？

→每天、每週、每月的生活作息狀況？

→有哪些事情是一定要做？

→為何你在工作中認為這件事情很重要一定要做？

三、每日工作流程中是否有使用操作手冊？有哪些？怎麼使用？

（表格、紀錄、報表等）這些操作手冊的內容是如何訂定的？

四、在使用這些操作手冊時，是否有困難？

五、您在工作過程中是否曾遭遇困難？是什麼樣的困難？對您的影響？

六、遭遇工作中的困難時，您會怎麼作？機構內部或主管會協助處理嗎？

七、作為一位資深的精神復健人員（或負責人），您曾經有帶領新人的經驗嗎？您如何教導或協助他熟悉工作流程或職務？外在環境對經營管理有沒有限制？

八、您認為在什麼時候，您像是一位精神復健的專業人員？（在何種情境中或該如何作，才像是一位專業人員）

附錄三

全民健康保險醫療費用支付標準

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

通則：

- 一、轉介社區復健之精神疾病診斷以符合全民健康保險重大傷病範圍之慢性精神疾病患者為限。符合轉介疾病診斷患者之收案及結案條件、評估方法、評估期間如附表5.2.1。
- 二、保險對象及其家屬或相關人員，向精神醫療機構或精神復健機構提出收案申請。精神醫療機構或精神復健機構受理個案申請後，應請精神科專科醫師評估，符合收案條件者開立轉介醫囑單。
- 三、精神醫療機構或精神復健機構於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具社區復健申請書，連同轉介醫囑單，送保險人核備，保險人得視情況實地評估其需要性；經核定不符收案或繼續收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由精神醫療機構或精神復健機構自行處理。本章病患之住宿費，不列入給付範圍。
- 四、社區復健收案期限以一年為限，並以收案日起算；若病情需要延長，應重新評估，符合收案條件者再開立轉介醫囑單連同社區復健申請書，於到期前一個月，向保險人申請核准延長，並以前次核准期限屆滿之次日起算，每次延長不得超過六個月，同一機構同一個案，於期限截止日起三十日內再申請者，應以申請延長案辦理，不得以新個案申請；不符合收案條件者應即結案。
- 五、精神復健機構(含日間型及住宿型機構)復健治療之診療項目：一般心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療、會談治療、一般行為治療、家族治療、護理指導及相關服務；居家治療之診療項目：醫師治療、其他精神醫療專業人員處置。申報費用時應檢附診療紀錄。
- 六、僅接受精神復健機構(住宿型機構)夜間復健治療者，可同時接受精神復健機構(日間型機構)之復健治療(05401C)。
- 七、本章所訂點數均已包括人事費、第二部第二章第五節精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報本章以外之費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05401C	精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)					450
05402C	精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)					378
05403C	精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)					126
05404C	居家治療醫師診治費(次)					1035
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構					600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以六個為限；每月以一百八十個為限。					
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					700

附表 5.2.1：精神疾病社區復健治療收案與結案條件、評估方法(工具)、評估期間

服務類別	收案條件	結案條件	評估方法(工具)	評估期間
精神復健機構(日間型機構)復健治療	1. 精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。 2. 繼續接受精神科門診追蹤及治療。 3. 能自行獨立接受訓練或家屬可配合。 4. 稍具耐性及工作動機。	1. 轉介或輔導就業。 2. 住院或活動適應困難離開。 3. 病患病情、社會功能、家庭關係穩定。	1. 精神疾病患者社區復健評量表。 2. 評估者：該機構之精神醫療專業人員。	收案、結案時分別評估，收案期間每三個月應評估一次。
精神復健機構(住宿型機構)復健治療	1. 精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。 2. 無嚴重之生理疾病。 3. 願意接受精神科治療。 4. 能參與復健方案或外出工作。 5. 能遵守生活公約。	1. 再住院。 2. 回家。 3. 獨立居住。 4. 死亡。		
居家治療	1. 精神疾病嚴重病人或症狀明顯干擾家庭及社區生活之精神疾病病患且拒絕就醫。 2. 無病識感有中斷治療之虞。 3. 精神功能嚴重退化，需醫療照護。	1. 規則門診接受精神科治療且病情穩定。 2. 居家生活安排或工作表現尚可。 3. 住院。 4. 死亡、遷出或失去聯絡。 5. 病人或家屬欠合作。		收案、結案時分別評估。

資料來源：行政院衛生署中央健康保險局。<http://www.nhi.gov.tw>

附錄四 精神復健機構設置及管理辦法

精神復健機構設置及管理辦法

八十三年十二月二十八日衛署醫字第八三〇七七九〇
號令發布全文三十條

八十六年九月十日衛署醫字第八六〇五四七七五號令
修正發布第四條、第二十七條、第六條附表，增訂第
二十九條之一

八十九年二月二十二日衛署醫字第八八〇六八五一七
號令修正發布第七條、第二十條及第二十五條

中華民國九十七年十月六日行政院衛生署衛署醫字第
〇九七〇二〇六八五五號令修正發布名稱、修正發布
全文二十三條及附表

第一章 總 則

第 一 條 本辦法依精神衛生法（以下稱本法）第十六條第二項規定訂定之。

第 二 條 精神復健機構（以下稱機構）之服務對象，為經專科醫師診斷需精神復健之病人。

機構之醫事相關、社會工作人員應評估服務對象個別需要及功能後提供適合服務，並協助其定期接受就醫治療。

第 三 條 機構分為日間型及住宿型機構，其設置標準如附表。

第二章 設 置

第 四 條 機構之開業，應依下列規定，向所在地主管機關申請核准登記，發給開業執照：

一、公立機構：由其代表人為申請人。

二、醫療法人附設機構：由該醫療法人為申請人。

三、私立機構：由其負責人為申請人。

四、醫療機構附設機構：依醫療法規定之申請人為申請人。

五、法人或其他人民團體附設機構：由該法人或團體為申請人。

第 五 條 機構依前條申請開業時，應檢具執照費及下列文件向地方主管機關提出申請：

- 一、建築物平面簡圖。
- 二、建築物合法使用證明文件。
- 三、設置計畫書，包括機構名稱、願景、任務、業務項目、開業地址、基地面積、建築面積、設立服務人數、基本復健治療設施、機構組織架構及人員配置與職掌、服務及管理要點。
- 四、醫療法人附設機構者，其經中央主管機關許可設立之函件、法人登記證書影本及其財產移轉為法人所有之證明書。
- 五、法人或其他人民團體附設機構者，其經目的事業主管機關許可設立之函件、法人登記證書影本及其財產移轉為法人所有之證明書。
- 六、其他依規定應檢具之文件。

前項之申請，經地方主管機構派員履勘合格者，發給開業執照。

第 六 條 機構開業，應登記事項如下：

- 一、名稱、地址及開業執照字號。
- 二、負責人之姓名、出生年月日、住址及主要學經歷或專業證照類別及號碼。
- 三、申請人為醫療法人者，其名稱、事務所所在地及其代表人姓名。
- 四、申請人為法人或其他人民團體者，其名稱、所在地及其代表人姓名。
- 五、所屬專業人員數及其姓名、出生年月日及主要學經歷或專業證照類別及號碼。
- 六、可收治服務對象數。
- 七、服務項目。
- 八、其他依規定應行登記事項。

前項第一款機構名稱之使用或變更應以主管機關核准

者為限。

第 七 條 醫療機構、醫療法人或其他法人附設之機構，應與之院區、房舍區隔，獨立設置。

機構不得設置醫療、藥局、醫事檢驗、醫事放射之部門或單位。

第 三 章 管 理

第 八 條 機構應置專任負責人一人，對其機構業務負督導責任。

前項負責人之資格條件應符合下列各款之一：

- 一、曾服務於精神醫療機構，從事精神醫療專業工作二年以上之醫師、護理人員、職能治療師(生)、臨床心理師及社會工作人員。
- 二、曾服務於衛生機關，擔任精神衛生行政工作五年以上之醫師、護理人員、職能治療師(生)、臨床心理師及社會工作人員。
- 三、曾服務於精神復健機構或病人權益促進團體，實際從事服務精神病人工作五年以上之醫師、護理人員、職能治療師(生)、臨床心理師及社會工作人員。

第 九 條 前條負責人及機構內相關人員，應每年接受繼續教育訓練，並取得課程時數證明文件。

前項訓練之課程、時數及訓練機構，由中央主管機關定之。

第 十 條 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者，應報請原發開業執照機關備查。

前項代理期間，不得逾一年。

第 十 一 條 機構內相關人員執行業務時，應製作紀錄。

前項紀錄應指定適當場所及人員保管，並至少保存七年。但未成年者之紀錄，至少應保存至其成年後七年。對於逾保存期限紀錄，其銷燬方式應確保內容無洩漏之虞。

機構因故未能繼續開業，其紀錄應交由承接者依規定保存，無承接者至少應繼續保存六個月以上，始得銷燬。

第 十 二 條 機構及其人員因業務而知悉或持有服務對象之病情相關資訊或健康資訊，不得無故洩漏。

第 十 三 條 機構歇業或停業時，應自事實發生之日起三十日內報請原發開業執照機關備查。

機構登記事項變更時，應報請原發開業執照機關核准變更登記。

機構依前二項規定報請備查或核准時，應檢同開業執照及有關文件為之。

機構遷移或復業者，準用關於開業之規定。

第 十 四 條 機構應將其開業執照、評鑑合格證書、收費標準及其他有關服務事項，揭示於明顯處所。

第 十 五 條 機構之收費標準，由地方主管機關核定。

機構收取費用，應開給載明收費項目及金額之收據。

機構不得違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。

第 十 六 條 機構廣告，其內容以下列事項為限：

一、機構之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。

二、負責人姓名、性別、學歷、經歷、醫事人員證書及執業執照字號。

三、全民健康保險及其他保險、信託之特約機構字樣。

四、服務項目及服務時間。

五、開業、歇業、停業、復業、遷徙及其年月日。

六、其他經中央主管機關公告容許事項。

第 十 七 條 中央主管機關應定期辦理機構評鑑。

第 十 八 條 地方主管機關對轄區內機構業務，應訂定計畫實施督導考核，每年至少辦理一次。

主管機關視需要，得通知機構提出相關業務報告，機構不得拒絕。

第 十 九 條 機構具備下列各款規定者，得依本辦法予以獎勵：

一、組織健全，設備完善，其管理及使用確有成效者。

二、經評鑑合格且符合主管機關規定者。

第 二 十 條 前條獎勵，得由各級主管機關依下列方式辦理：

一、設施與設備之補助。

二、研究之補助。

三、社區復健活動之補助。

四、匾額、獎狀或獎金之發給。

五、其他適合之方式。

前項獎勵所需經費，由各級主管機關按實際需要編列預算支應之。

第 四 章 附 則

第二十一條 機構及其人員違反本辦法有關設置或管理之規定，依本法相關規定處罰。

第二十二條 本辦法所訂開業執照費，其費額由中央主管機關定之。
前項開業執照費之徵收，依預算程序辦理。

第二十三條 本辦法自發布日施行。

本辦法中華民國九十七年十月六日修正施行前已設立於醫療機構或醫療法人、其他法人所設醫療機構院區內之機構不受第七條之限制。

本辦法十月六日修正施行前已擔任機構之負責人者，其資格不受第八條之限制，但機構遷移、收治量增加或總樓地板面積擴增等異動時，仍應依第八條規定辦理。

精神復健機構設置標準表（適用於日間型機構）

壹、人員	備 註
一、負責人應具本辦法第八條所訂之資格條件。 二、服務量每十五人應有專任管理人員一人以上，未滿十五人者，以十五人計。 三、服務量為一百人以上者： （一）每一百人服務量應聘專任社會工作人員、護理人員、職能治療師(生)各一人以上。 （二）每一百人服務量另應聘請專任或兼任之臨床心理師一人以上。 （三）未滿二百人服務量，不計，餘類推。 四、服務量為五十人至九十九人者： （一）應有專任之職能治療師(生)一人以上。 （二）另有兼任之社會工作人員、護理人員、臨床心理師，上述三類人員至少應有二類人員，每類各一人以上。 五、服務量為四十九人以下者：應有兼任之職能治療師(生)一人；社會工作人員、護理人員、臨床心理師，上述三類人員至少應有一類人員一人以上。	一、服務量以主管機關許可數為準。 二、社會工作人員：指大專社會工作學或社會學系所科組、醫學社會學系、青少年兒童福利學系等相關系所畢業者。 三、專任管理人員：負責服務對象之生活照顧及輔佐訓練等相關事宜。指高中(職)以上學歷，並業已參加精神復健機構訓練課程取得合格證書者。但由專業人員擔任者，不在此限。 四、兼任之專業人員至少應曾服務於經中央主管機關評鑑合格之精神醫療機構、精神復健機構滿一年以上。 五、兼任之專業人員其兼任時數應符合服務對象需要，每十五人應有兼任人員每週至少五小時之相關服務，其未滿十五人者，以十五人計。 六、機構服務量為四十九人以下者，其負責人及專任管理人員如具專業人員資格，得抵任兼任人員每週八小時時數。
貳、精神復健服務設施	備 註
一、應設置復健治療空間，每服務量一人至少應有四平方公尺。 二、應有會談空間。 三、應有服務對象休憩空間。 四、應有治療、評估工具。 五、應有健身設備。 六、應有康樂設備。 七、應有電話設備。 八、應有精神復健紀錄放置設施，並應有專人管理。	一、復健治療空間：指職能治療活動室、康樂室、烹飪室、產業加工場、園藝區(室)、運動場地、復健農(牧)場地等。 二、治療、評估工具：指各類專業人員執行其專門業務所需之相關測量、評估工具。 三、職能治療設備：指文書、美工、編織、縫紉、皮雕、陶藝、藤工、烹飪、木工、印刷、園藝、農牧或產業加工等設備。 四、健身設備：指跑步機、腳踏車、划船器、跳床、運動墊或各類球類設備等。

	五、康樂設備：指音響、電視、錄放影機、伴唱機、各式棋類／牌類、報紙或書刊等。 六、烹飪設備：指電冰箱、廚具、餐具等。
參、建築物之設計、構造及設備	備 註
一、每服務量一人至少應有五平方公尺總樓地板面積。 二、一般設施： （一）應符合建築法及有關法規規定。 （二）每二十人應有一間廁所，未滿二十人者以二十人計。 （三）應設置便於殘障者行動及使用之設備、設施。 （四）應有空調設備。 三、消防設施：應符合建築法及消防法暨其各有關法規規定。 四、安全設施： （一）應符合建築法及其有關法規規定。 （二）樓梯、走道及浴廁地板應有防滑措施。	總樓地板面積不含員工宿舍、車庫、屋突、陽台及庇護性工場之面積。
肆、其他	備 註
一、應維持機構內外環境整潔。 二、室內應通風、光線充足。 三、用水供應充足，飲用水符合飲用水水質標準之規定。 四、應有照明設備。 五、應有蚊、蠅、鼠害防治之措施。 六、應有簡易急救箱。 七、應於明顯處張貼服務對象申訴管道及須知。	簡易急救箱內必要內容物：體溫計、簡易消毒、包紮用品、消毒棉籤、OK 繃、優碘、血壓計。並應注意內容物的有效期限。

附註：本標準修正施行前之社區復健中心，其服務設施及人員設置條件與本標準公布修正之規定不符者，除本附表備註欄另有規定者外，應於本標準修正之規定施行後六個月內完成補正及換發開業執照，逾期未完成補正者，依本法第五十四條規定處罰。

附錄五

96 年 1 月 11 日衛署醫字第 0960201014 號函公告。
97 年 1 月 23 日衛署醫字第 0970203718 號函公告修正。
98 年 5 月 12 日衛署醫字第 0980260319 號函公告修正。
99 年 4 月 22 日衛署醫字第 0990006323 號函公告修正。

精神復健機構評鑑作業程序

壹、評鑑目的

- 一、建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的精神復健服務體制。
- 二、評核精神復健機構服務品質，提供民眾選擇參考。
- 三、監督精神復健機構加強業務管理，確保精神病人之社區復健服務品質。

貳、辦理機關

行政院衛生署主辦，得委託協辦。至受委託之協辦單位由行政院衛生署每年於網站公告。

參、辦理年度

精神復健機構評鑑每年均得辦理。

肆、評鑑委員

由主辦機關聘請有關專家及相關業務主管擔任評鑑委員，進行實地評鑑。

伍、申請資格

- 一、於本作業程序申請期限截止前領有開業執照（包含機構因故歇業由另一位負責人於原址重新開業者，即俗稱變更負責人），經審查符合「精神復健機構設置及管理辦法」與「精神復健機構設置標準表」規定者，始得提出申請。
- 二、機構提出申請後，因故歇業由另一位負責人於原址重新開業者，得於原申請機構排定實地評鑑日期前，提出申請以變更後負責人接受評鑑，惟應經當地衛生局查證符合「精神復健機構設置及管理辦法」與「精神復健機構設置標準表」規定。
- 三、經評定公告為合格之機構，在有效期間內，如有遷移地址（含

公立、法人附設及私立機構），即使未有負責人變更之情事，仍應申請專案複評。

陸、申請類別

- 一、日間型精神復健機構。
- 二、住宿型精神復健機構。

柒、評鑑內容

日間型精神復健機構及住宿型精神復健機構評鑑，依「精神復健機構評鑑基準」所列項目辦理。

捌、申請表件

公告於行政院衛生署醫事機構評鑑管理系統與協辦單位網站。

玖、申請程序

- 一、申請日期由協辦單位公告於其網站。請於前述期限內，至行政院衛生署醫事機構評鑑管理系統填寫「申請書」，填寫完畢後下載「申請書」（A4 紙張規格），並完成負責人簽章欄及關防，檢齊後由專人送達或郵寄（以郵戳為憑）至協辦單位提出申請，逾期不受理；如有相關證明文件未及備齊，應於截止日起5日內完成補件。
- 二、於前述期限內，另檢送「機構開業登記事項查證回復單」（A4 紙張規格，請於上述系統網頁下載）至所在地衛生局申請查證，衛生局查證後之結果，將寄回協辦單位處。
- 三、評鑑資料申報方式為網路申報，資料繳交之相關規定請詳參閱申請評鑑注意事項，逾期不受理。

拾、評鑑作業

- 一、由行政院衛生署及協辦單位依本程序之規定初審各申請機構所送之資料，經初審不合申請資格者，由行政院衛生署通知機構，不再進行實地評鑑。
- 二、實地評鑑

(一) 經初審合格之機構，將由協辦單位於實地評鑑日程前10個工作天通知受評機構。

(二) 實地評鑑程序：

1、機構簡報。

2、實地查證。

3、總評。

(三) 實地評鑑時間：以3-3.5 小時為原則。

三、為符合評鑑作業需要，得由協辦單位安排評鑑委員觀摩實地評鑑作業。

拾壹、實地評鑑日期

得於每年2月至11月辦理。

拾貳、評鑑成績核算及評定原則

依「精神復健機構評鑑成績核算方式與合格基準」（如附件）進行評量與評定。

拾參、評鑑結果

一、評鑑結果由主辦機關召開評定會議確認成績後公告，並發給合格證明文件，由協辦單位發給實地評鑑個別建議事項。

二、經評鑑合格之機構，其評鑑資格有效期間為3年，期滿需重新申請評鑑。

三、機構參加評鑑經評定公告為合格者，嗣後如因故歇業，由另一位負責人，於原址重新申請開業者（俗稱變更負責人），即屬新設立機構，應重新申請參加最近一次評鑑。惟為兼顧實情，若該機構實際上其軟硬體設施並無變更，原經核准之評鑑資格，可延續至其得申請參加最近一次評鑑之結果公告生效日止。

四、經評定公告為合格之機構，在有效期間內，如發生重大違規事件，得予註銷評鑑合格類別。所稱發生重大違規事件之處理與

認定，由行政院衛生署組成審查小組辦理。

五、機構對評鑑結果有疑義者，得於公告後一個月內向主辦機關申請複查評鑑成績，惟複查結果不提供成績資料。

六、評鑑結果未達合格基準者，於評鑑結果公告後4個月內僅進行乙次複評，若複評仍未達合格基準者，則列為「評鑑不合格」，並以主辦機關函知「評鑑不合格」之當月月底，為原評鑑合格效期截止日。

七、實地評鑑期間受評機構如有不符「精神復健機構設置及管理辦法」規定者，得由直轄市、縣（市）衛生局依相關法規及權責要求限期改善。屆期已改善者，精神復健機構評鑑成績雖達合格基準，次一年度須列為不定時追蹤輔導訪查必要追蹤輔導訪查機構（情節重大者得縮短合格效期）；屆期未改善者，得由行政院衛生署逕予核定為「不合格」機構，並應由直轄市、縣（市）衛生局依法裁處。

八、評鑑結果將供衛生單位、醫療保險及社政單位合約參考。

精神復健機構評鑑成績核算方式與合格基準

一、精神復健機構評鑑基準評量方式分為優、良、可、差、劣五等級，分別為該項基準配分之100%、80%、60%、40%、20%以下。

二、精神復健機構評鑑基準共分7大章，各章配分如下表：

評鑑項目	配 分	
	住宿型機構	日間型機構
第一章、人員配置之適當性	10	10
第二章、設置地點及空間配置之適當性	8	8
第三章、服務設施之妥善性	15	15
第四章、健全復健業務之提供	27	28
第五章、具有復健服務品質之管理措施	33	30
第六章、適切結合社區資源網絡	10	10
第七章、前次評鑑建議事項改善情形	5	5
總 分	108	106

三、精神復健機構評鑑合格基準：

加總各細項得分後，達總分之60%以上為合格。

四、新設立、第一次申請評鑑或上次評鑑無建議改善事項之機構，評量項目「7.1」得免評，則住宿型機構之總分為105分，日間型機構之總分為103分。

附錄六

99 年度精神復健機構評鑑基準

<日間型機構>

項次	基準	配分	評分說明
第一章	人員配置之適當性	10	一、專任管理人員： 負責服務對象之生活照顧及輔佐訓練等相關事宜。指高中（職）以上學歷，並業已參加精神復健機構訓練課程取得合格證書者。但由專業人員擔任者，不在此限。 二、專業人員： (1)社會工作人員： 指大專社會工作學或社會學系所科組、醫學社會學系、青少年兒童福利學系等相關系所畢業者或社會工作師。 (2)職能治療師（生）。 (3)臨床心理師。 (4)護理人員。 (5)醫師。 三、兼任專業人員： 至少應曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構、精神復健機構，從事與擔任職務相符之精神醫療相關工作滿2年以上之專業人員，惟專任專業人員不在此限。 四、各專業人員執行專業服務應依各專業人員法規定辦理，並向衛生局報備。 五、專業人員工作內容涵蓋學員復健評估、復健計畫擬定、復健訓練活動執行、督導。 六、機構服務量為49人以下者，其負責人及專任管理人員如具專業人員資格，得抵任兼任人員每週8小時時數；惟仍須符合上述兼任專業人員資格才得以抵任。 七、服務量認定：以衛生局報備收治服務量計之。
1.1	機構負責人之經營管理	3	1.負責人應對其社區復健及經營理念、短中長程計畫及執行成效提出簡報，作為評分之參考。 2.計畫期程： 短程：1年內 中程：1~3年 長程：3年以上 3.與負責人面談，以了解投入程度、管理的理念與願景。 4.機構負責人評鑑時應在場並做簡報，否則本項視為不合格。如不克在場，需獲得委員共識同意。 優：符合良，有中長程計畫並有具體成效。 良：符合可，且積極帶領機構運作。 可：具正確社區復健理念，且熟知精神復健機構業務。 差：社區復健及經營理念模糊，且不熟悉機構作業。 劣：缺乏社區復健及經營理念，且無中長程計畫。

項次	基準	配分	評分說明
1.2	專任管理人員與收治學員人數比適當	2	服務量每 15 人（含 15 人以下），應有專任管理人員 1 人。 優：1:10 以下 良：1:11~14 可：1:15 差：1:16~20 劣：1:21 以上（含 21）
1.3	職能治療師（生）設置	3	1.需提供服務內容之紀錄或其他佐證資料。 2.機構應提供近三年歷月僱用情形。 優：符合良，且服務時數優於精神復健機構設置及管理辦法（以下簡稱「設置及管理辦法」）規定之 40% 以上。 良：符合可，且 (1)聘任之職能治療人員皆為職能治療師； (2)服務時數優於設置及管理辦法規定之 20% 以上。 可：職能治療師（生）人數及服務時數符合設置及管理辦法規定。 差：服務時數未達設置及管理辦法規定。 劣：服務時數未達設置及管理辦法規定之 80%。
1.4	其他專業人員設置	2	優：服務時數優於設置及管理辦法規定之 40% 以上。 良：服務時數優於設置及管理辦法規定之 20% 以上。 可：符合設置及管理辦法規定。 差：服務時數未達設置及管理辦法規定。 劣：服務時數未達設置及管理辦法規定之 80%。
第二章	設置地點及空間配置之適當性	8	
2.1	符合社區性與交通便利性	1	設置地點宜方便學員使用大眾運輸工具及社區資源。 優：500 公尺以內 良：501~750 公尺 可：751~1000 公尺 差：1001~1500 公尺 劣：1501 公尺以上 註：應符合「精神復健機構設置及管理辦法」第 7 條：醫療機構、醫療法人或其他法人附設之機構，應與之院區房舍區隔，獨立設置。
2.2	空間配置及隔間		
2.2.1	適當之復健治療空間	3	1.應設置復健治療空間，每服務量 1 人至少應有樓地板面積 4 平方公尺。 2.復健治療空間如：職能治療活動室、會談室、康樂室、烹飪室、產業加工場、園藝區（室）、運動場地、復健農（牧）場地等。 優：符合良，且空間利用良好。 良：符合可，且每人之復健治療空間 5 平方公尺以上。

項次	基準	配分	評分說明
			可：每人之復健治療空間 4 平方公尺，且配合機構復健計畫設置。 差：復健治療空間規劃不適當。 劣：每人之復健治療空間未達 4 平方公尺
2.2.2	適當隔間之會談空間	2	應有適當隔間、不受干擾之會談空間，且有適當且舒適之桌椅等基本設備。 優：符合良，且安全舒適。 良：符合可，且隱私性良好。 可：有適當且符合會談目的之空間。 差：會談空間規劃不適當。 劣：未設置會談空間。
2.2.3	適當之學員休憩空間	2	應有適當隔間、不受干擾之休憩空間，且有適當且舒適之基本設備。 優：符合良，且安全舒適。 良：符合可，且空間寬敞。 可：有適當且清潔衛生之休憩空間。 差：休憩空間狹小且雜亂。 劣：未設置休憩空間。
第三章	服務設施之妥善性	15	
3.1	復健服務設施		依服務人數多寡、需要性、方便性、設施設備品質、功能及利用情形評分。
3.1.1	適當且合宜之職能治療及烹飪訓練設備	3	1.職能治療設備如：文書、美工、編織、縫紉、皮雕、陶藝、藤工、木工、印刷、園藝、農牧、產業加工、電腦或打卡鐘等設備。 2.烹飪訓練設備如：電冰箱、炊具、廚具、餐具等。 優：符合良，且充分使用，品質良好。 良：符合可，且設備充足，功能良好。 可：有適當且合宜之職能治療及烹飪設備。 差：設備項目、數量明顯不足。 劣：設備功能及品質不堪使用。
3.1.2	適當且合宜使用之健身設備	1	健身設備如：跑步機、腳踏車、划船器、跳床、運動墊或各類球類設備等（可考量戶外空間、社區運動相關設施的可利用性或有替代方案或措施，並有資料佐證）。 優：符合良，且功能良好，並能充分使用。 良：符合可，且健身設備數量充足。 可：有適當且符合學員之健身設備。 差：健身設備數量明顯不足。 劣：健身設備功能及品質不堪使用。
3.1.3	適當且合宜使用之康樂設備	1	康樂設備如：音響、電視、錄放影機、伴唱機、各式棋類／牌類、報紙或書刊等。 優：符合良，且功能良好，並能充分使用。 良：符合可，且康樂設備數量充足。 可：有適當且符合學員需求之康樂設備。 差：康樂設備數量明顯不足。

項次	基準	配分	評分說明
			劣：康樂設備功能及品質不堪使用。
3.1.4	學員方便使用之通訊設備	1	優：有學員專用且隨時可用之通訊設備。 可：有學員隨時可用之通訊設備。 劣：無通訊設備或不方便學員使用之通訊設備。
3.2	一般設施		
3.2.1	安全消防設施及訓練	2	1.應符合建築法及消防法與其他相關法規規定。如：瓦斯桶防爆器與一氧化碳偵測器之設備；電容量視服務人數增加，使用電熱水器、保障照明充足及用電安全。 2.學員及工作人員應有定期消防演習及逃生訓練（將實地測試），如：學員及工作人員會使用滅火器、知悉逃生方向等。 優：符合良，且實地演練後有檢討改善機制。 良：符合可，且實地演練操作正確。 可： (1)符合建築法及消防法與其他相關法規規定，有定期消防安全檢查。 (2)樓梯、走道及浴廁地板有防滑措施。 (3)有定期消防演習及逃生訓練（備有紀錄）。 差、劣：設施不符規定且無定期演練、實地操作不正確。
3.2.2	維持環境清潔衛生	1	優：符合可，且裝置垃圾器具符合衛生原則，能考量廢棄物之處理及分類。 可：維持機構內外環境清潔衛生，且無異味。 劣：機構內外環境有異味。
3.2.3	採光、通風良好	1	優：符合可，且整體空間普遍採光、通風良好且舒適。 可： (1)室內採光良好。 (2)室內空間能通風。 劣：室內採光、通風差。
3.2.4	適切之環境美化	2	優：符合良，且能由學員參與環境美化。 良：符合可，且符合學員需求佈置。 可：塑造溫馨、安全環境，如：色彩、內部裝飾、綠化等佈置。 差、劣：環境簡陋，未有美、綠化之佈置。
3.3	飲用水充足且符合水質標準	1	1.飲用水應符合飲用水水質標準之規定，並有定期清潔檢查紀錄。 2.視學員多寡提供足夠之飲水設施。
3.4	備有簡易急救箱	1	優：符合可，且有定期檢查及更新。 可： (1)機構應有簡易急救箱，必要內容物包含：體溫計、簡易消毒、包紮用品、消毒棉籤、OK 繃、優碘、血壓計。 (2)應注意內容物之有效期限。 劣：物品效期過期或放置處方藥品。
3.5	蚊、蠅、鼠害防治	1	優：符合可，且有病媒防治計畫，並落實執行。 可：

項次	基準	配分	評分說明
	之適當措施		(1)機構應有防蚊、蠅、鼠措施，如：紗窗、捕蚊燈、殺蚊劑、滅鼠藥、殺蟲劑等。 (2)定期清潔或消毒室內外環境。 劣：機構蚊蠅滋生。
第四章	健全復健業務之提供	28	1.逐項面談工作人員業務內容、工作方法、步驟。 2.檢視各項服務紀錄之有無與內容品質。 3.與學員面談，了解學員是否了解自己的復健目標與計畫。
4.1	適當且合宜之職能治療評估	4	1.應由職能治療師執行評估，並備有紀錄。 2.職能治療評估包含：獨立生活功能、社會功能、職業功能、休閒功能及體適能評估等 5 項。 3.治療、評估工具：係指各類專業人員執行其專門業務所需之相關測量、評估工具。 優：符合良，且有上述 5 項評估。 良：符合可，且有上述 4 項評估。 可： (1)有上述 3 項評估，並由職能治療師與專任管理人員共同討論，且有簽名紀錄。 (2)每 3 個月評估 1 次。 差：未共同討論訂定但有定期評估。 劣：未共同討論訂定且未定期評估。
4.2	訂定學員適切之復健目標與計畫並定期給予修正	3	宜由職能治療師、專業人員、專任管理人員及學員依據評估結果共同擬定符合學員個人需要之適切復健計畫，並備有紀錄。 優：符合良，且由職能治療師、專業人員、專任管理人員與學員共同擬訂，且成效良好。 良：符合可，且目標及計畫與評估密切連貫，並具體可行。 可： (1)由職能治療師、專任管理人員及學員共同擬訂，並有簽名紀錄。 (2)每 3 個月修正 1 次。 差：由專任管理人員擬訂且每 3 個月修正 1 次。 劣：無明確復健計畫且未定期修正。
4.3	提供個別化的職能復健服務	3	依據學員個別功能需求，提供獨立生活功能訓練、社會功能加強、職業功能強化、休閒功能訓練及體適能復健等個別化且多元化的職能復健服務。 優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且服務項目多元化，能定期檢討服務成效並提出改善措施。 可：提供個別化的職能復健服務，並有紀錄。 差：個別化的職能復健服務貧乏，執行與紀錄不完整。 劣：未執行職能復健服務。
4.4	提供活動團體服務	3	活動團體服務如：儀容修飾、獨立生活功能、社交技巧、自我肯定、壓力處理、娛樂治療及體適能等活動團體。

項次	基準	配分	評分說明
			優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且團體項目多元化，能定期檢討服務成效並提出改善措施。 可：提供活動團體服務，並有執行紀錄。 差：活動團體服務貧乏，執行與紀錄不完整。 劣：未提供活動團體服務。
4.5	提供工作復健訓練及轉銜服務	6	1.工作復健訓練如：求職技巧訓練、清潔訓練、烹飪訓練、產業治療、電腦文書處理、餐飲工作、海報設計、花坊工作、洗車等。 2.轉銜服務如：轉介職業輔導評量、職業訓練、就業服務、追蹤輔導、職務再設計、創業輔導及其他轉銜服務等。 優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且能定期檢討服務成效並提出改善措施。 可：能依據評估及個人功能需求，提供適切之工作復健訓練及轉銜服務。 差：未依據評估及個人功能需求提供適切之工作復健訓練及轉銜服務。 劣：完全沒有提供工作復健訓練及轉銜服務。
4.6	定期生活諮詢、心理輔導	2	應由專業人員定期執行生活諮詢與心理輔導，並有紀錄。 優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且能定期追蹤、檢討成效並提出改善措施。 可：每月1次，並有明確之會談目標。 差：每月少於1次。 劣：無任何紀錄。 註：抽取會談紀錄5本。
4.7	適切處理學員突發性緊急醫療及異常事件	2	異常事件包含：失聯、攻擊事件、不當性行為、跌倒、意外傷害、群聚感染、自殺自傷、酗酒、藥物濫用、賭博、偷竊等。 優：符合良，且能定期追蹤、檢討成效並提出改善措施。 良：符合可，且有適當之處理及統計分析。 可： (1)訂有突發性緊急醫療及異常事件處理流程，並有事件處理表單與紀錄。 (2)鼓勵主動陳報。 (3)有工作人員急救訓練紀錄。 差：訂有突發性緊急醫療及異常事件處理流程，但未落實執行。 劣：未訂有突發性緊急醫療及異常事件處理流程。
4.8	輔導規則就醫及藥物自我管理	1	優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且能定期追蹤、檢討成效並提出改善措施。 可：輔導學員規則就醫及服藥訓練，並有紀錄。 差：輔導學員規則就醫及服藥訓練執行不確實。 劣：未提供輔導學員規則就醫及服藥訓練計畫。
4.9	定期召開職能復健	2	由專業人員主持，與學員共同討論社區復健與適應問題，如：兩性交往、婚姻、人際關係、工作適應等問題。

項次	基準	配分	評分說明
	討論會		優：符合良，且改善措施之成效良好。 良：符合可，且每2週1次，且能定期檢討並提出改善措施。 可：每月1次，符合學員需求且紀錄完整。 差：每月少於1次，不符學員需求，且紀錄品質差。 劣：未定期舉行且無任何紀錄。
4.10	定期召開生活討論會	1	優：符合良，且改善措施之成效良好。 良：符合可，且每2週1次，能定期追蹤並提出改善措施。 可： (1)由學員擔任主席，每月1次。 (2)紀錄有公告周知或傳閱。 差：每月少於1次，且紀錄未傳知全體學員。 劣：未定期舉行且無任何紀錄。
4.11	定期舉辦家屬座談會或聯誼活動	1	優：每半年1次，且全年度累計共有50%以上學員之家屬參加，並備有紀錄。 良：每半年1次，且全年度累計共有40%以上學員之家屬參加，並備有紀錄。 可：至少每年1次，且全年度累計共有30%以上學員之家屬參加，並備有紀錄。 差：每年1次，但全年度累計共未達30%學員之家屬參加，且未有紀錄或紀錄不完整。 劣：1年以上未舉辦過。
第五章	具有復健服務品質之管理措施	30	
5.1	適當之收案	2	機構之收案對象應符合以下4項條件： 1.精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。 2.繼續接受精神科門診追蹤及治療。 3.能自行獨立接受訓練或家屬可配合。 4.稍具耐性及工作動機。 優：符合良，且所收學員100%符合上述條件。 良：符合可，且所收學員90%以上符合上述條件。 可： (1)所收學員80%以上符合上述條件。 (2)應有適當之收案評估（如：評估紀錄）。 差：所收學員60至79%符合上述條件。 劣：所收學員未達60%符合上述條件。
5.2	適當之結案	3	1.依據精神復健服務評估結果訂定適當之結案標準，並確實執行，且應有3年內之結案資料。 2.適當之結案標準係指： (1)功能進步可回歸社區生活者。 (2)功能退化需轉介至適當機構者。

項次	基準	配分	評分說明
			(3)症狀惡化需轉介至醫療機構者。 (4)其他超出機構照顧能力者。 優：符合良，且3年內有20%以上學員功能進步，可結案回歸社區生活。 良：符合可，且3年內有10%以上學員功能進步，可結案回歸社區生活。 可： (1)訂有結案標準並確實執行。 (2)有定期檢討分析。 差：訂有結案標準，但未針對學員結案適當性進行檢討分析。 劣：未訂定結案標準。
5.3	訂有工作手冊	2	手冊內容應明列機構組織架構、各單位及人員業務執掌、服務對象入出機構辦法、重要工作流程、緊急事件求助與通報等聯繫窗口、電話等資料。 優：符合良，且檢討後有落實執行及再修正，並有顯著績效。 良：符合可，且工作手冊有定期檢討或修正。 可：訂有適切的工作手冊，並落實執行。 差：雖訂有工作手冊，但未依照執行及修正。 劣：未訂有工作手冊。
5.4	紀錄內容清晰、詳實、完整，並妥善管理	4	紀錄應涵蓋評估結果、學員參與復健活動種類、內容、表現與進步情形。 優：符合良，且紀錄完整詳實，並有督導核閱。 良：符合可，且紀錄完整，並有定期查核機制。 可： (1)工作人員執行業務均留有紀錄。 (2)訂有個案紀錄管理辦法，且落實執行。 (3)有獨立且具保密性之設施存放上述紀錄。 差：訂有管理辦法，但未落實執行。劣：未訂有管理辦法。
5.5	活動妥善規劃並定期修正	3	優：符合良，且能依個案復健需要定期檢討修正。 良：符合可，且有各項活動企劃書。 可：訂有適當之活動時間表並落實執行。 差：未依活動時間表或企劃內容執行。 劣：未訂活動時間表。
5.6	適切的復健基金管理	2	優：符合良，且有檢討機制，並針對會議決議追蹤處理。 良：符合可，每3個月召開會議1次，且管理完善。 可： (1)訂有復健基金管理要點，明訂學員復健治療所衍生之收入應全數歸予學員。 (2)成立管理委員會或小組，應有學員代表參加且紀錄完整。 差：訂有復健基金管理要點及管理委員會或小組，但收益未確實合理回饋學員。 劣：未執行復健基金管理。

項次	基準	配分	評分說明
5.7	專任管理人員之督導	2	1.督導人員至少應曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構、精神復健機構，從事精神醫療相關工作滿4年以上，並具備正確之社區復健概念。 2.督導內容包含個案討論、方案規劃、紀錄品質查核等。 優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且每月督導2次以上，且業務確有改善。 可：明訂專任管理人員督導內容，每月督導1次，並留有紀錄。 差：未定期督導，或督導內容、紀錄貧乏。 劣：未進行專任管理人員督導。
5.8	負責人及專任管理人員之教育訓練	2	負責人及專任管理人員應積極參與衛生署辦理之相關教育訓練課程。 優：符合良，且受訓知識能應用於實務，並有資料佐證。 良：符合可，且能於機構內進行分享或研討。 可：負責人及專任管理人員參與衛生署認可之繼續教育訓練每人每年時數應達36小時以上。 差：負責人及專任管理人員參與衛生署認可之繼續教育訓練未每人每年時數均達36小時。 劣：負責人及專任管理人員中，有50%以上人員每年參與衛生署認可之繼續教育訓練時數未達36小時。
5.9	專業人員之教育訓練	2	專業人員應有應積極參與衛生署辦理之相關教育訓練課程。 優：符合良，且受訓知識能應用於實務，並有資料佐證。 良：符合可，且能於機構內進行分享或研討。 可：專業人員參與衛生署認可之繼續教育訓練每人每年時數應達36小時以上。 差：專業人員參與衛生署認可之繼續教育訓練未每人每年時數均達36小時。 劣：專業人員中，有50%以上人員每年參與衛生署認可之繼續教育訓練時數未達36小時。
5.10	適當之學員權益維護措施	2	優：符合良，且定期檢討改善，成效良好。 良：符合可，且有相關會議進行檢討。 可： (1)落實精神衛生法有關權益之相關規定。 (2)學員相關權益或公約規範有以學員易懂之文字描述。 (3)應以書面告知，並有學員簽名。 (4)張貼於明顯處，且落實執行。 (5)若需錄音或錄影，需獲得學員同意。 差：僅有學員權益之公告，但未落實執行。 劣：未有維護學員權益之措施。
5.11	申訴管道與處理措施及滿意度調查	2	優：符合良，且有具體成效。 良：符合可，且 (1)能將學員與家屬意見、抱怨、申訴適時回覆，且有紀錄可查。 (2)滿意度調查結果能週知學員，並有後續處理措施及紀錄。

項次	基準	配分	評分說明
			可： (1)應訂有申訴處理流程，並於明顯處張貼抱怨、申訴流程及須知，並給予書面通知學員及家屬（註明主管機關申訴電話）。 (2)每年進行學員及家屬滿意度調查（內容包含服務事項、服務人員態度、設施設備等），且有統計分析。 差：有滿意度調查，但未統計分析。 劣：未有學員申訴管道與處理措施及滿意度調查。
5.12	健康維護措施	2	優：符合良，且能經常辦理健康促進活動。 良：符合可，且針對健康檢查異常結果進行追蹤處理。 可： (1)收案時，應有基本健康檢查資料，且每年至少 1 次胸部 X 光檢查，並依全民健康保險成人健康檢查相關規範定期進行健康檢查。 (2)有教導學員正確洗手之相關訓練。 (3)依疾病管制局規定通報傳染病。 (4)杯子、碗筷等物品應有防止共用或汙染之措施。 差：僅符合可之 3 項要求。 劣：僅符合可之 2 項以下要求。
5.13	定期召開品質管理相關會議	2	品質管理相關會議內容包含：意外事件、群聚感染、申訴案件、工作流程、服務理念等品質改善相關措施，且備有紀錄並能定期追蹤改善。 優：符合良，且成效良好。 良：符合可，且有檢討改善措施。 可：定期召開且全年開會次數至少 10 次以上，且紀錄內容完整。 差：未定期召開、全年開會次數未達 10 次，或紀錄內容貧乏。 劣：每年開會次數少於 4 次。
第六章	適切結合社區資源	10	1.可以從、娛樂休閒、生活機能、醫療面、就學與工作等層面來檢視日間型機構對社區資源的管理與運用，了解外界資源進入日間型機構的情形。 2.核對佐證之照片或書面資料。
6.1	建立特約醫療院所之疾病診治或轉介制度	1	優：符合良，且有具體成效。 良：符合可，且針對轉介制度進行檢討。 可：建立特約醫療院所之疾病診治或轉介制度，且執行情形備有紀錄。 差：未落實特約醫療院所之疾病診治或轉介制度。 劣：未建立特約醫療院所之疾病診治或轉介制度。
6.2	復健資源之開發、聯繫及轉介制度之建立與施行	3	復健資源包含：衛政、社政、勞政或教育等公部門及民間相關團體或志工、企業廠商或社區公共設施等。 優：符合良，並有統計分析，且有具體成效。 良：符合可，並建立有資源檔案，定期更新且充分運用。 可：具體建立並運用適當之相關資源網絡，且執行情形備有紀錄。 差：未落實運用相關資源。

項次	基準	配分	評分說明
			劣：未開發或未建立相關資源。
6.3	融合社區辦理敦親睦鄰及交流宣導活動	3	敦親睦鄰及交流宣導活動如：接受外界參訪、講座、社區歌唱比賽、園遊會、跳蚤市場、年節活動（如：中秋烤肉）等。 優：符合良，且有具體成效。 良：符合可，且有持續性及規劃多元化活動。 可：每年至少主動辦理 1 次社區敦親睦鄰相關交流及宣導活動。 差：未落實社區交流與互動。 劣：缺乏規劃與社區交流之活動。
6.4	適當參與社區服務活動	3	1.訓練學員有機會回饋社區，服務社區如：掃街清潔服務、資源回收、送餐服務、其他等。 2.備有相關紀錄可查。 優：符合良，且有多元化參與社區服務。 良：符合可，並持續參與社區服務。 可：實際參與社區服務。 差：未落實社區服務之規劃。 劣：未有任何社區服務之規劃。
第七章	上次評鑑建議事項改善情形	5	上次評鑑建議事項辦理情形、評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質。
7.1	上次評鑑建議事項辦理情形確實且具成效	3	優：符合良，且上次評鑑所有建議事項皆完全改進。 良：符合可，且改進措施確能改善對學員之照顧成效。 可：上次評鑑建議事項有具體改進措施，並有相關佐證資料；無法改進事項有確實說明，經查證屬實，且不影響學員之照顧安全。 差：上次評鑑建議事項有改進措施，但成效不佳。 劣：針對上次評鑑建議事項未有具體改進措施。 註：新設立、第一次申請評鑑或上次評鑑未有建議事項機構，本項不計分。
7.2	評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	2	優：符合良，且實地評鑑簡報內容確實、精簡扼要，呈現機構特色及經營管理與業務狀況。 良：符合可，且評鑑資料依規定填寫完整無缺漏，詳實反應機構實際經營管理與業務狀況，並與簡報資料有一致性。 可： (1)評鑑資料之填寫正確詳實且呈現機構實際經營管理與業務狀況。 (2)實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。 (3)評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。 差：評鑑資料填寫及評鑑簡報內容過於簡略。 劣：評鑑資料填寫及評鑑簡報內容簡略且與現況不符。

編碼：_____

附錄七 精神復健機構評鑑申請書

申 請 書

本機構擬申請參加貴署辦理之○○年度台灣地區精神復健機構評鑑；有關本機構開業登記事項查證回復單另案送請○○縣衛生局查證，敬請 鑒核。

此 致

行政院衛生署

申請機構名稱（全銜）：○○社區復健中心/康復之家

申請機構代碼（十碼）：○○○○○○○○○○○○

申請評鑑類別：☐ 康復之家 ☐ 社區復健中心

☐ 社區復健中心

最近一次評鑑結果：☐ 年度 ☐ 康復之家
☐ 評鑑不合格

☐ 新申請機構

負責人簽章：

（若機構屬性為醫療機構附設或精神衛生團體附設，請實際負責人簽章）

○○○

（請蓋關防及負責人章）

聯絡人（職稱）：○○○ 負責人

地 址：

電 話：

傳 真：

中 華 民 國 ○○年 ○○月 ○○日

附錄八 精神復健機構開業登記事項查證回復單

編號：_____ 96.01

○○年度精神復健機構開業登記事項查證回復單 年 月 日
本機構參加○○年度精神復健機構評鑑，申請類別為：☐康復之家 ☐社區復健中心
請就本機構之開業情形及負責人、核可之服務量、專任管理人員及兼任專業人員數等資料予以查證，並請將結果通知財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會為禱。 此致 ○○○衛生局 申請機構： 負責人：○○○ 填表人簽章：○○○ （請蓋關防或負責人章）

◎查證機構下列資料是否與衛生局登記之資料相符

項 目	本機構填報資料（機構填寫）	該機構登記資料（衛生局填寫）	查證結果（衛生局填寫）
機 構 屬 性	☐ 公立 ☐ 財團法人 ☐ 私立 ☐ 醫療機構附設 ☐ 精神衛生團體附設	☐ 公立 ☐ 財團法人 ☐ 私立 ☐ 醫療機構附設 ☐ 精神衛生團體附設	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
設 置 類 別	☐ 康復之家 ☐ 社區復健中心	☐ 康復之家 ☐ 社區復健中心	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
執 業 登 記	於○年○月○日前領有開業執照？ ☐ 是 ☐ 否	於○年○月○日前領有開業執照？ ☐ 是 ☐ 否	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
機 構 代 碼	○○○○○○○○○○○○		☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
登 記 開 業 日 期	○○年○○月○○日	年 月 日	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
負 責 人 姓 名	☐ 抵充專任管理人員 ○○○ ☐ 抵充兼任專業人員 ☐ 皆無	☐ 抵充專任管理人員 ☐ 抵充兼任專業人員 ☐ 皆無	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
專任管理人員 數（不含負責人）	位（另計兼任專業人員 位， 專業領域：_____）	位（另計兼任專業人員 位， 專業領域：_____）	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
兼 任 專 業 人 員	精神醫療社會工作人員 位 職 能 治 療 人 員 位 臨 床 心 理 師 位 護 理 人 員 位 精 神 科 醫 師 位	精神醫療社會工作人員 位 職 能 治 療 人 員 位 臨 床 心 理 師 位 護 理 人 員 位 精 神 科 醫 師 位	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）_____
衛 生 局 核可服務量	○○ 床（人）	床（人）	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）_____
總 樓 地 板 面 積	○○○ 平方公尺	平方公尺	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）_____
平 均 每 床 （ 人 ） 面 積	○○ 平方公尺	平方公尺	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）_____

◎綜合意見（衛生局填寫）

一、綜合上述資料該機構 ☐符合精神復健機構設置標準，且符合 ☐康復之家，評鑑資格。 ☐不符合精神復健機構設置標準 ☐社區復健中心 二、該機構於本局所登記之資料，業已輸入「醫事機構管理系統」及「醫事人員管理系統」中： ☐已核實輸入。 ☐未輸入，惟於三日內完成。（註：務請於三日內完成輸入，以免影響該機構之評鑑成績。） 縣（市）衛生局 查證人員：_____ 業務主管：_____ 簽章 簽章

註一：本回復單煩請貴局於97年3月14日前逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（220 台北縣板橋市三民路2段31號5樓）彙辦，以免耽誤機構申請評鑑時效。

附錄九

99 年度精神復健機構現況調查表

— 日間型機構 —

機構名稱：_____ 機構代碼：_____ 負責人姓名：_____

機構地址：_____

機構電話：_____ 傳真號碼：_____

聯絡人姓名：_____ 職稱：_____ 聯絡電話：_____

E-mail：_____ 資料填表日期（以申請評鑑當月數據為主）：_____ 年 _____ 月

一、權屬別

☐ 1. 公立機構 ☐ 2. 醫療法人附設機構 ☐ 3. 私立機構 ☐ 4. 醫療機構附設機構

☐ 5. 法人或其他人民團體附設機構

二、開辦日期（開業執照發照日）：_____ 年 _____ 月 _____ 日

最近一次參加精神復健機構評鑑：_____ 年度

三、總樓地板面積：_____ 平方公尺，平均每人 _____ 平方公尺

四、服務量

類 別	衛生局登記服務量	健保服務量	勞政單位委辦服務量
日間型機構	(人)	(人)	(人)
庇護工場			(人)

◎人員配置

一、機構服務人員數、時數資料（機構服務量：☐ 49 人以下，☐ 50~99 人，☐ 100 人以上）

人員別	96 年 12 月 31 日			97 年 12 月 31 日			98 年 12 月 31 日			99 年 _____ 月 _____ 日		
	專任	兼任	人員數	專任	兼任	人員數	專任	兼任	人員數	專任	兼任	人員數
人員別	人數	人數	每週服務時數	人數	人數	每週服務時數	人數	人數	每週服務時數	人數	人數	每週服務時數
負責人												
專任管理人員												
職能治療師												
職能治療生												
社會工作人員												
臨床心理師												
護理人員												
醫師												
合 計												

註：兼任人員人數、時數計算不包含以下兩類人員抵任者。

1.負責人是否抵任專業人員：

☐無抵任。

☐有抵任：

抵任類型：☐職能治療師 ☐職能治療生 ☐社會工作人員

☐臨床心理師 ☐護理人員 ☐醫師。

2.專任管理人員是否抵任專業人員：

☐否 ☐是（另計兼任專業人員_____位，專業領域別：_____）

二、業務資料（如機構填報資料起迄月份不同者，請註明）

期 間 項 目	96 年 1 月 1 日～ 96 年 12 月 31 日	97 年 1 月 1 日～ 97 年 12 月 31 日	98 年 1 月 1 日～ 98 年 12 月 31 日	99 年 1 月 1 日～ 99 年__月__日
A.全年服務總人日				
B.全年服務總人數				
C.全年服務日數				
D.全年新收案人數				
E.全年結案人數				
E-1 功能進步輔導社區 相關就業人數				
E-2 功能退化轉介至適 當機構人數				
E-3 精神疾病症狀惡化 轉介至醫療機構 人數				
E-4 其他				
F.全年轉銜就業結案人 數				
G.全年使用率 [A/C*核備服務量]				

填寫說明：

A.全年服務總人日＝全年每月服務人日數

B.全年服務總人數（同一學員不重複計算）

C.全年服務日數＝全年服務日之總和

D.全年新收案總人數（同一學員不重複計算）

E.全年結案人數（同一學員不重複計算）

F.全年轉銜就業結案人數（同一學員不重複計算）

G.全年使用率＝全年服務總人日／（核備服務量×全年服務日數）×100%

三、學員基本資料（資料填寫時間，以申請評鑑當月數據為主）

項 目		20 歲以下	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	60 歲以上	合計
性別	男							
	女							
白天活動	機構內活動							
	參加機構內工作訓練							
	參加機構外工作訓練							
	其他(請說明)							
夜間安排	住宿型機構							
	返家							
	其他(請說明)							
參加時間	未滿 1 年							
	1 年以上未滿 3 年							
	3 年以上未滿 5 年							
	5 年以上							
診斷	精神分裂症							
	情感性精神病							
	器質性精神病							
	妄想狀態							
	其他							
身心障礙等級	輕度							
	中度							
	重度							
	極重度							
學歷	小學及以下							
	國中							
	高中職							
	大專							
	研究所以上							
	不詳							
婚姻	未婚							
	已婚							
	喪偶							
	離婚							
	其他							

※年齡的計算方式：實足年齡計算至小數點第一位，採小數點進位。

◎健全復健業務之提供

1. 執行各類功能評估之頻率：

- (1)獨立生活功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (2)社會功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (3)職業功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (4)休閒功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (5)體適能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (6)其他評估工具：_____，多久評估一次：_____

2. 執行各類職能治療評估工具之頻率：

- (1)手眼協調評量測驗：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (2)獨立生活功能評量測驗：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (3)職業能力評量測驗：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (4)認知能力評量測驗：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (5)身體功能評量測驗：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (6)其他評估工具：_____，多久評估一次：_____

3. 請列舉貴機構提供之活動團體服務（如：儀容修飾、獨立生活功能、社交技巧、自我肯定、壓力處理、娛樂治療、體適能）：

4. 提供之工作復健訓練與轉銜服務：

- ☐求職技巧訓練 ☐清潔訓練 ☐烹飪訓練 ☐電腦文書處理 ☐餐飲工作
- ☐海報設計 ☐花坊工作 ☐洗車 ☐職業輔導評量 ☐職業訓練
- ☐就業服務、追蹤輔導及轉銜 ☐職務再設計 ☐創業輔導
- ☐其他：_____

5. 定期生活諮詢、心理輔導之頻率：○每週，○每2週，○每月，○其他：_____

6. 定期召開職能復健討論會之頻率：○每週，○每2週，○每月，○其他：_____

7. 定期召開生活討論會之頻率：○每週，○每2週，○每月，○其他：_____

8. 定期舉辦家屬座談會或聯誼活動之頻率：○每半年，○每年，○其他：_____

9.處理學員突發性緊急醫療及異常事件處理：○無，○有（事件處理表單：○無，○有）

*如有異常事件，請填寫最近3年（96-98年）項目數

項目 \ 期間	96 年（件）	97 年（件）	98 年（件）
受傷（需就醫者）			
跌倒			
傷人			
自傷			
死亡			
群聚感染			
破壞			
失聯			
不當性行為			
酗酒或藥物濫用			
藥物事件：藥物不良反應			
賭博			
偷竊			
公共意外事件			
其他			

定義說明：

(1)群聚感染：係指同一時間點，兩人以上有相同傳染病症狀者。

(2)藥物事件：藥物不良反應－與服藥過程相關之異常事件

(3)公共意外事件－建築物、通道、其他工作物、天災、有害物質外洩等相關之事件（受影響對象廣泛，不只侷限一人）

◎復健服務品質管理措施

1.所收學員_____ %符合評鑑要求之收案原則

2.工作手冊：○無，○有（最近修訂日期____年____月____日）

3.專業人員提供專任管理人員專業督導：

○無，○有（○不定期，○定期：多久一次？_____）

4.滿意度調查頻率：

(1)學員滿意度調查及分析：○每月，○每3個月，○每半年，○其他：_____

(2)家屬滿意度調查及分析：○每月，○每3個月，○每半年，○其他：_____

5.學員健康維護措施

(1)收案時之健檢紀錄：☐無，☐有

(2)學員健康檢查：☐不定期，☐定期：☐每年，☐每2年，☐其他：_____

(3)傳染病預防依疾病管制局通報：☐無，☐有（通報案例：_____）

6.定期召開品質管理檢討會：☐無，☐有：96年____次，97年____次，98年____次

7.是否設有監視器：☐無，☐有（設置地點：_____）

◎社區資源網絡

1.請簡要列出3年內辦理之敦親睦鄰相關活動：

年度	敦親睦鄰相關活動
96	
97	
98	

2.請簡要列出3年內參與之社區服務活動：

年度	社區服務活動
96	
97	
98	

附件一、各類服務人員名冊

※資料時間自 96 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日，此期間所有異動人員之資料皆須填報，如空間不足，請依格式另紙繕附。

(一) 負責人

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服務期間)	專業人員證書 字 號	專任管理人員 訓練證書字號	在本機構服務 期 間	三年內在本機構服務期間繼續教育時數				備 註
							96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(二) 專任管理人員

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服務期間)	專業人員證書 字 號	專任管理人員 訓練證書字號	在本機構擔任 專任管理人員 服 務 期 間	三年內在本機構服務期間繼續教育時數				備 註
							96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(三) 社會工作人員

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服務期間)	專業人員 證書字號	服務於經中央衛生 主管機關評鑑合格 之醫療機構從事精 神相關工作年資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(四) 職能治療師(生)

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服 務 期 間)	專 業 人 員 證 書 字 號	服 務 於 經 中 央 衛 生 主 管 機 關 評 鑑 合 格 之 醫 療 機 構 從 事 精 神 相 關 工 作 年 資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(五) 臨床心理師

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服 務 期 間)	專 業 人 員 證 書 字 號	服 務 於 經 中 央 衛 生 主 管 機 關 評 鑑 合 格 之 醫 療 機 構 從 事 精 神 相 關 工 作 年 資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(六) 護理人員(含護理師及護士)

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服 務 期 間)	專 業 人 員 證 書 字 號	服 務 於 經 中 央 衛 生 主 管 機 關 評 鑑 合 格 之 醫 療 機 構 從 事 精 神 相 關 工 作 年 資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(七) 醫師

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服 務 期 間)	專 業 人 員 證 書 字 號	服 務 於 經 中 央 衛 生 主 管 機 關 評 鑑 合 格 之 醫 療 機 構 從 事 精 神 相 關 工 作 年 資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 總 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(八) 督導

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服 務 期 間)	專 業 人 員 證 書 字 號	服 務 於 經 中 央 衛 生 主 管 機 關 評 鑑 合 格 之 醫 療 機 構 從 事 精 神 相 關 工 作 年 資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

(九) 其他

第 頁

姓 名	年 齡	學 歷	經 歷 (單位、職稱及 服 務 期 間)	專 業 人 員 證 書 字 號	服 務 於 經 中 央 衛 生 主 管 機 關 評 鑑 合 格 之 醫 療 機 構 從 事 精 神 相 關 工 作 年 資	專 / 兼 任 服 務 期 間	(專/兼任) 時數/每週	三 年 內 繼 續 教 育 時 數				備 註
								96 年度	97 年度	98 年度	總時數	

附件二、專業人員支援兼任一覽表

姓名	專業類別	專職服務機構	職稱	支援機構	支援起迄期間	支援報備核准文號	每週兼任時數	支援業務內容

備註：

- 1.貴機構所有支援人員均需填寫，無論是其他機構支援貴機構或是貴機構支援其他機構。
- 2.若同一人兼任多家機構，則所有兼任機構皆需填寫。

附件三-服務人力時數彙整

人員 月份		核定服 務量	實際服務人數														專業人員每週實際服務時數 (專任人員每週服務時數以 40 小時計算)				
			專任 管 理 人	任 員 數	職能治療師		職能治療生		社會工作人員		護理人員		臨床心理師		專業人員人數 小計		職能治 療師 (生)	社會工 作人員	護理 人員	臨床 心理師	小計
					專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任					
96 年度	1 月																				
	2 月																				
	3 月																				
	4 月																				
	5 月																				
	6 月																				
	7 月																				
	8 月																				
	9 月																				
	10 月																				
	11 月																				
	12 月																				
97 年度	1 月																				
	2 月																				
	3 月																				
	4 月																				
	5 月																				
	6 月																				
	7 月																				
	8 月																				
	9 月																				
	10 月																				
	11 月																				
	12 月																				

人員 月份		核定服 務量	實際服務人數													專業人員每週實際服務時數 (專任人員每週服務時數以 40 小時計算)				
			專任管 理人員數	職能治療師		職能治療生		社會工作人員		護理人員		臨床心理師		專業人員人數 小計		職能治 療師 (生)	社會工 作人員	護理 人員	臨床 心理師	小計
				專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任					
98 年 度	1 月																			
	2 月																			
	3 月																			
	4 月																			
	5 月																			
	6 月																			
	7 月																			
	8 月																			
	9 月																			
	10 月																			
	11 月																			
	12 月																			