

南華大學非營利事業管理學系研究所
碩士論文

精神復健機構與政府協力關係初探：
以高雄市日間型社區復健中心為例

Preliminary investigation of the cooperation between Psychiatric
rehabilitation organizations and government : Day Community
Rehabilitation Center in Kaohsiung City

指導教授：蔣念祖 博士

研究生：陳仙季 撰

中華民國一百零一年六月

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩 士 學 位 論 文

精神復健機構與政府協力關係初探
-以高雄市日間型社區復建中心為例

研究生：陳仙李

經考試合格特此證明

口試委員：李志宏

蔣念祖

傅馬誠

指導教授：蔣念祖

系主任(所長)：鄭文輝

口試日期：中華民國 101 年 6 月 2 日

謝誌

回想；從事精神醫療、社區精神復健工作到非營利組織服務精神障礙者與家屬，有將近數十年時間，一路走來總是不斷自我反思，除了醫療層面外，如何運用公部門及民間資源，協助他們能夠走入社區，參與活動、就業訓練、培力充權。因此，開辦日間型社區復健中心、夜間社區居住與生活服務、支持性就業輔導、社區關懷訪視、精障者與家屬充權培力教育訓練、社區心理衛生宣導、權益與福利倡導等工作，使精障者達到他助-自助-助人的目標。

經歷；研究所的領域學習到非營利組織的領導、管理、永續經營應具備的知識與技術，充實工作多年來能力不足的部份，當擬定研究主題時讓我從新思考未來組織發展方向，在寫研究論文過程中，正逢籌辦第二家社區精神復健機構及身體不適，導致夜間身體疼痛，必須固定去復健、針灸、整椎，千頭萬緒，總算完成碩士學程。

感謝；非營利事業管理系的老師們殷勤教誨，如傅篤誠老師侃侃而談他人生閱歷精華，衝撞我固著的思維方式，涂瑞德老師引導涉略文學、不同企業的組織管理、募款等，教導我充實學問的方法，李志宏老師教授我對國際援助的認識，擴展對跨國救援知識，讓我了解公益服務的珍貴，蔣念祖老師指導我研究論文，從完全不懂何謂公私協力概念及寫論文的技術，而按部就班的協助我完成論文，順利畢業。

感恩；二年陪伴我一起從高雄到嘉義的同學，沛綺、肇乾、婷婷、曉雯，因有你們相伴，讓往返的路程增添樂趣、活力及相互勉勵。感謝家人默默的支持，因擔心健康，總是供給補助元氣的物品，才有體力應付工作與學業。感謝組織桂菲理事長的鼓勵，同事海萍、美惠、欣玲、淑惠幫我分擔相關工作，「圓夢」的裕城主任、佳芬、澄淑、雅萍，「喜福」的素雯主任、麗玉、詩涵、淑芬、月娥等工作夥伴們的同心協力，讓我無後顧之憂，專心學業，感謝大家，終於畢業了！

陳仙季謹誌於
南華大學非營利事業管理研究所
中華民國一〇一年六月

摘要

精神病患醫療照護的另一條路徑；社區精神復健治療，自 1989 年衛生署所公告推動的「精神病患社區復健試辦計畫」，主要以「發展積極的治療與復健，減少收容與養護」為政策導向，因此政府以契約方式委託民間團體參與社區精神復健服務輸送，並且希望能使服務品質產生最大效益，因此，制定精神復健機構設置管理與績效評鑑機制，確保受服務者有個別化的需求與照顧服務。

公私協力は政府治理公共事務的策略工具，政府依賴民間多元資源、創新訓練活動，彈性有效率的行政作業，以節省公部門成本、增加效能。本研究採質性研究之個案分析，收集公私協力的相關文獻資料後，參考吳英明之垂直分隔、水平互補、以及水平融合等三種互動模式，探討高雄市日間型社區精神復健機構與公部門的協力互動關係，從「協力脈絡」、「協力執行」、「協力評估」三項構面發展研究架構，瞭解公部門對私部門的助力及執行服務過程中私部門遭受的困境與解決問題的策略，以半結構式訪談高雄市經營管理社區復健中心的負責人，透過受訪者個人感受、經驗的陳述，與文獻資料的理論相比較，應驗研究的目的。

本研究發現，公私協力互動模式由垂直分隔互動模式發展到水平互補互動模式，私部門希望與公部門建立有效溝通協調平台，達到彼此間平等、互惠、相互依存的協力關係，而協力的困境來自政策面、治理面、執行面，導致 1. 缺乏明確且清楚的協力目標。2. 中央與地方的權責不明。3. 行政作業繁瑣。4. 不信任、怕圖利他人心態。5. 權力不對等。6. 給付不對價等問題。建議公部門簡化審查收案行政流程，廣納社區復健業者、受服務者及精障者之主要照顧者意見，修訂在職教育課程加入相關勞政資源、職業重建、產品行銷，復元(Recovery)概念，並跨部門合作，協助精神障礙者就業及產品銷售管道，達成公私協力雙贏的成效。

關鍵字：精神復健機構、公私協力、垂直分隔互動模式

Preliminary investigation of the cooperation between Psychiatric rehabilitation organizations and government : Day Community Rehabilitation Center in Kaohsiung City

Abstract

There is another way for medical care for mentally-disordered patients - community mental rehabilitation therapy. Since 1989, the Department of Health, Executive Yuan, has announced and promoted the “Community Mentally-Disordered Patient Rehabilitation Trial Program” which has a policy oriented toward “development of active remedy and rehabilitation, decrease of shelter and care.” Thus, the government has entrusted private groups by signing contract with them for their involvement in community mental rehabilitation service conveyance in the hope of maximizing benefits of service quality. Therefore, the government has set up mental rehabilitation organization management and performance evaluation mechanism to ensure that patients who receive service enjoy individualized demand satisfaction and care service.

Public-private partnership is a strategic tool for the government to manage public affairs. The government relies on non-governmental organizations’ multiple resources, innovative training activities, flexible and efficient administrative operations so as to save cost and increase efficiency for public sectors. The present study adopted qualitative research for a case study to collect and analyze related references and literatures about public-private partnership. After that, Wu, Ying-ming’s three interactive modes—vertical segregation, horizontal complementation and horizontal fusion were used to discuss the joint and interactive relationship between day community mental rehabilitation organizations in Kaohsiung city and public sectors. From the three aspects of “joint history,” “joint execution,” “joint evaluation,” the research framework was developed to understand public sectors’ help to private sectors and obstacles private sectors are confronted with as well as problem-solving strategy during the course of service execution. By semi-structured interview with the responsible person who runs and manages one community rehabilitation center in Kaohsiung city, the research purpose has been

testified through the comparison between the interviewee's statements about his/her personal feelings and experiences and theories from literature.

It was found that the interactive mode of public-private partnership has been evolved from vertical segregation to horizontal complementation. Private sectors hope to establish a platform for effective communication and negotiation with public sectors so that an equivalent, reciprocal, interdependent partnership can be built. The obstacles to partnership have been from factors related to policy, governance, execution, that resulted in the following situations. (1) There is no specific and clear partnership goal. (2) There is no clear-cut power and responsibility distinction between central government and local government. (3) Administrative affairs are minute and complicated. (4) A mindset that does not trust and fears taking advantage of others exists. (5) There is no equivalent power. (6) Service provided by private sectors is underpaid by public sectors. It is suggested that public sectors should simplify the administrative procedures of review and case closing, hear the voice of primary caretakers of community rehabilitation, the served people and mentally-disordered patients, modify educational curriculum for staff in-service by including related labor administration resources, occupation rehabilitation, product marketing and the concept of recovery. Also, public sectors should work on cross-sectoral cooperation, assist mentally-disordered patients with obtaining employment and product marketing channel and eventually create a win-win situation for both public and private sectors.

Keywords: psychiatric rehabilitation organizations, public-private partnership, vertical segregation interactive mode

目次

中文摘要	I
英文摘要	II
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	5
第三節 研究限制與範圍	6
第四節 研究流程	8
第二章 文獻探討	10
第一節 瞭解慢性精神疾病的特性	10
第二節 探討公私協力相關理論	17
第三節 社區精神復健與政府協力的發展歷程	31
第三章 研究設計	45
第一節 研究架構	45
第二節 研究方法	50
第三節 研究倫理	59
第四章 研究個案分析	61
第一節 高雄市日間型社區復健機構現況	61
第二節 政府對社區復健機構的治理策略	67
第三節 精神復健機構與政府協力關係探究	75

第五章 研究結論與建議	91
第一節 研究結論	91
第二節 研究建議	100
參考文獻	100
壹、 中文部分	105
貳、 英文部分	110
附錄	100
附錄一： 精神復健機構設置及管理辦法	111
附錄二： 101 年度精神復健機構評鑑基準<日間型機構>	115

表目次

表 1-1：	各縣市日間型社區復健中心設置現況表	3
表 1-2：	歷年社區復健中心增加數	5
表 2-1：	精神障礙者人口數成長統計表	12
表 2-2：	縣市別精神障礙者人數統計	12
表 2-3：	年齡統計分布	13
表 2-4：	慢性精神病失能程度人口分布	14
表 3-1：	學者專家對公私協力的定義歸納整理一欄表	20
表 3-2：	Najam 的 4C 's 模式表	24
表 3-3：	政府與第三部門經費或服務主導互動模式	27
表 4-1：	台灣社區復健中心成長現況表	40
表 4-2：	無社區復健中心之縣市	40
表 4-3：	台灣社區復健中心資源現況表	42
表 4-4：	各縣市轄內精神復健機構開放數統計一覽表	43
表 5-1：	受訪者編碼、基本資料、訪談時間地點一覽表	49
表 5-2：	公私協力相關專書一覽表	51
表 5-3：	本文相關期刊文獻回顧一覽表	52
表 5-4：	本文相關的研究論文回顧一覽表	54
表 5-5：	研究面向與研究目的具體要點一覽表	56
表 6-1：	高雄市精神障礙者人數統計	62
表 6-2：	高雄市社區復健中心資源現況表	63
表 6-3：	日間型精神復健機構評鑑基準	72

圖目次

圖 1-1：本研究流程圖.....	9
圖 1-2：現行我國精神醫療服務模式及流程	16
圖 2-1：公私部門垂直分隔互動模式.....	25
圖 2-2：公私部門水平互補互動模式.....	26
圖 2-3：公私部門水平融和互動模式.....	26
圖 3-1：研究架構	45
圖 4-1：精神復健機構變更使用執照流程	68
圖 4-2：設置社區復健中心流程圖	70
圖 4-3：申請全民健康保險特約作業流程.....	71
圖 4-4：社區精神復健機構與公部門互動模式-由上對下的關係.....	80
圖 5-1：服務目標與復健服務對應關係.....	93

第一章 緒論

『在法律前人人平等，在法律之內人人自由』，然而當罹患精神疾病之時，是被當成罪患而囚禁在修道院、療養機構或家中，終生不見天日，失去人應有的基本權利及自由，即使接受治療亦是採用處罰、符咒或儀式的方式¹。1950年代抗精神疾病藥物發明，對精神分裂、躁鬱症治療有較佳療效，至1970年實施去機構化，由消極性將精神病患隔離收容政策，轉變為積極推動社區化照護模式，因此社區治療及精神復健治療逐漸成為精神醫療的主流²。於1989年衛生署所公告的「精神病患社區復健試辦計畫」即是精神復健機構與政府協力開端，本研究目的探討高雄市精神復健機構與政府協力因素、協力互動模式、協力執行過程中遭受的阻力與因應困境的方法，以及對精神復健機構發展的影響。本章內容第一節研究背景與動機，第二節研究目的，第三節研究限制與範圍，第四節研究的流程。

第一節 研究背景與動機

一般民眾對精神疾病患者的刻板印象是蓬頭垢面、衣衫不整、兩眼呆滯、自言自語、比手畫腳、不語或話多、脾氣暴躁、情緒自控能力差等怪異行為、奇特思想，被冠上污名化字言稱為瘋子、神經病、不定時炸彈等。大多數的精神障礙者在青少年階段罹患精神疾病之後，必需與疾病共生存，人生大半輩子多須長期服藥，長期受聽幻覺、視幻覺的干擾，疾病的症狀造成思緒混亂，常脫離現實的情況，然而服藥之後，即便病情穩定但藥物副作用使精障者精神渙散，注意力不

¹ 廖榮利著（1993）。精神病理社會工作。國立編譯館主編。五南圖書出版公司印行，頁8。

² William R. Breakey 編著（2002）。Integrated Mental Health Services：Modern Community Psychiatry，郭鋒志主譯，頁322。

集中，學習能力與動作遲緩，神情呆滯，人際互動被動，缺乏參與活動及工作動機，且背負社會刻板印象，因早期精神醫療不發達、不普及，被認為是神加諸於對人的懲罰或是前世造的孽今世得的果，家人深怕被親朋好友，左鄰右舍知道，將長期禁錮在家中或醫療機構，與世隔離，與社會脫節，使之呈現極嚴重人際關係退縮、活動量減少、思考貧乏、情感冷漠；這些非人道的對待，亦因精神醫療進步，醫學研究證實精神疾病是一種腦部疾病及 1970 年代實施去機構化，之後，逐步協助住院病人經治療病情穩定出院回到社區，然而社區生活是病情穩定的病人最佳生活模式，但適應社會獨立生活的過程中，社區復健工作扮演非常重要角色，所以社區復健工作是去機構化過程中，協助病人能順利適應社區生活的一種過度訓練方法³。

早期精神病患因沒有社會保險，精神醫療住院需自費，且住院費用不斐，即使是病情穩定出院後，長期門診藥物治療費用是造成家庭經濟重大負擔，而疾病發作，非醫師、家屬或病人可以掌控，這種不確定性的病情，使的家屬、病人生活在恐懼、不安、緊張、衝突的氛圍裡，長時間拖累整個家庭。因此 1990 年行政院衛生署推動精神疾病防治工作，主要以「發展積極的治療、復健，減少收容與養護」為政策導向，建立全國精神醫療網，其工作項目為加強精神病患社區復健，補助核心醫院、教學醫院試辦社區復健計劃與精神病患醫療補助，減輕家屬負擔，讓精神病患者長期持續接受治療。⁴

自 1989 年至 1995 年行政院衛生署試辦社區復健工作六年計畫，獎勵精神醫療機構附設精神復健機構，一直到全民健康保險實施，社區復健機構的成立需依循精神復健機構設置及管理辦法向所在地衛生局申請立案，核發開業執照，之後，與全民健康保險局簽定合約，其服務個案可以向健保局請領復健治療費，因此民間單位逐漸參與社區復健工作，經由公私協力方式共同推動精神疾病社區照護服務，基於此，社區復健中心設置仍多以醫院為基楚，提供復健服務以自己病

³楊延光主編（1999）。杜鵑窩的春天。張老師文化出版社，頁 182。

⁴胡海國主編（1995）。精神病患服務體系檢討行政院發展考核委員會編印，頁 104。

人為主，不易將病人釋出於其他復健機構，政府未建立完善轉銜制度，使得病人長期置留醫院或無配套措施誘使精神障礙者走入社區。

雖然推動社區復健至今有 22 年，依行政院衛生署精神醫療資源現況表 2010 年第四季報告，目前台灣有 22 縣市，有 15 縣市設置社區復健中心，仍有 7 縣市無社區復健中心（表 1-1）⁵，由資料顯示各縣市精神復健機構資源分布不均及資源集中在高雄市、台中市、台北市。

表 1-1 各縣市日間型社區復健中心設置現況表

縣市別	日間型精神復健機構		
	合計	醫療機構附設	社區復健中心
總計	70	28	42
新北市	5	2	3
臺北市	8	5	3
臺中市	10	3	7
臺南市	4	2	2
高雄市	14	7	7
宜蘭縣	3	1	2
桃園縣	3	1	2
新竹縣	0	0	0
苗栗縣	3	0	3
彰化縣	3	0	3
南投縣	5	0	5
雲林縣	0	0	0
嘉義縣	0	0	0
屏東縣	2	1	1
臺東縣	0	0	0
花蓮縣	4	4	0
澎湖縣	0	0	0
基隆市	1	0	1
新竹市	3	0	3
嘉義市	2	2	0
金門縣	0	0	0
連江縣	0	0	0

資料來源：衛生署提供 99 年底

⁵行政院衛生署。<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=80869&s=1/精神復健家數按縣市別>。（2012/2/20）。

觀察我國過去20年精神復健與政府協力發展脈絡，了解政府與民間單位合作提供公共服務的策略滿足精障者的需求與期待，又如何透過制度面的合理規劃以推行精神復健治理工作，自九十二年起衛生署開始試辦精神復健機構評鑑，期能透過評鑑制度監督精神復健機構服務品質，以確保精神障礙者有優質的社區復健服務機制，同時復健治療給付由250元調高為450元，依行政院統計資料顯示九十二年始提升社區復健中心設置至九十九年由20家社區復健中心增加到70家，其中醫療機構附設28家，其非醫療機構附設有42家（表1-2）⁶，因此可知復健治療給付調高誘使民間單位願意與政府協力投入社區精神照護體系。然而政府在引進民間資源與力量參與精神復健服務輸送的政策上，以經費給付、獎勵的方式、資源支援、績效評估等，期待經由這種公私的協力(partnership)關係，改善服務輸送的諸多問題，因這些協力互動關係缺乏文獻資料、是為本文所要了解與探討的主題之一。

⁶行政院衛生署。<http://www.doh.gov.tw/statustuc/data/>醫療服務量現況及服務結果摘要表。（2011/5/25）。

表 1-2 歷年社區復健中心增加數

年度	日間型精神復健機構			日間型精神復健機構增加率%		
	家數	醫療機構 附設	社區復健 中心	家數	醫療機構 附設	社區復健 中心
民國 86 年	5	2	3	-	-	-
民國 87 年	6	4	2	20.00	100.00	-33.33
民國 88 年	12	9	3	100.00	125.00	50.00
民國 89 年	15	10	5	25.00	11.11	66.67
民國 90 年	18	11	7	20.00	10.00	40.00
民國 91 年	20	10	10	11.11	-9.09	42.86
民國 92 年	28	15	13	40.00	50.00	30.00
民國 93 年	36	20	16	28.57	33.33	23.08
民國 94 年	48	25	23	33.33	25.00	43.75
民國 95 年	56	26	30	16.67	4.00	30.43
民國 96 年	62	28	34	10.71	7.69	13.33
民國 97 年	64	28	36	3.23	-	5.88
民國 98 年	66	26	40	3.13	-7.14	11.11
民國 99 年	70	28	42	6.06	7.69	5.00

資料來源：行政院衛生署

第二節 研究目的

基於研究者在社區復健中心多年工作經驗，了解慢性精神病患者在除了接受住院、門診治療之外，在社區裡選擇方便性、可近性參與復健治療亦是非常重要的，尤其精神障礙者人口日趨快速增加，其因應精障者多元的需求，莫不競相以強化公共服務功能，以及透過公私協力關係的建立，來提供更好的服務績效和品質，然而政府與民間機構協力推動社區精神復健至今有22年，其服務量不足與各

縣市精神復健機構資源分布不均現況已然存在，而要成立社區復健中心，需經歷許多階段如建築物變更使用執照、申請消防及建管許可、涉及無障礙設施、手續繁雜，立案困難，單憑健保收入，無法平衡收支，需其他經費補助或自行籌措經費⁷，雖是如此，高雄市是全國社區復健機構設置最多的地區，對提供精障者復健服務蓬勃發展，因此以高雄市社區復健機構為研究對象，了解精神復健機構與政府協力互動關係中，協力成因、協力執行、協力評估，作為未來政府或經營社區復健機構的民間單位參考資料。

一、研究目的：

- (一) 探討高雄市精神復健機構與政府協力互動模式。
- (二) 了解高雄市日間型精神復健機構與政府協力互動的助力與阻力。
- (三) 了解高雄市日間型精神復健機構因應阻力的方法。
- (四) 歸納研究結論與建議，提供政府未來與精神復健機構協力互動參考。

第三節 研究限制與範圍

壹、研究範圍

本文的研究範圍主要是以經營日間型社區復健中心為主要研究對象，依(表1-1)顯示高雄市為全國設置最多日間型社區復健中心之區域，其經營社區復健中心型態多元化，限於人力、經費與專業之考量，本研究僅針對高雄市公立精神醫療機構附設2家、財團法人精神醫療機構附設1家、財團法人私立仁愛之家附設1家、社團法人附設2家、私人經營復健中心2家，共計8家。

訪談對象為社區復健中心負責人，其背景為專業者⁸，而專業者有職能治療

⁷高麗芷(2005)全國精神社區復健中心現況與特色；胡海國總編、簡以嘉主編(2005)。台灣社區精神照護研討會，國家衛生研究院編印，頁75-76。

⁸社區復健中心評鑑基準第一章人員配置之適當規定專業人員系指：(1)社會工作人員：

師、護理師。本研究考量資料收集的方便性，採用文獻分析法、深度訪談法，經由訪談對象個人實務經驗，了解精神復健機構與政府合作的助力、困境、因應困境方法。

貳、研究限制

本研究限制如下：

一、文獻資料限制

本研究在文獻的收集因時間點上，無法網羅所有之文獻資料或對所有文獻進行分析，及缺乏精神復健機構與政府公私協力相關之研究資料，僅以其他具有公私協力代表性之文獻資料歸納分析。

二、受訪者限制

政府單位層級在中央無法列入訪談對象，因此僅以社區復健機構負責人為訪談對象，而社區復健機構成立背景不同，有公立或私立精神醫療附設、非營利組織或個人經營，因此其立場、角色或專業背景不同，其主觀因素或保留態度，影響研究結果的真實性。

三、時間及經費限制

本研究在時間及經費上無法做全方位得訪談，僅以高雄市社區復健機構為研究對象，因此減低研究結果的客觀性。

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。

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。

第四節 研究流程

本研究流程分為九個步驟：

- (一) 研究題目界定：探討高雄市日間型精神復健機構與政府協力合作關係中找出互動模式、問題與因應方法。
- (二) 研究動機與研究目的：了解精神疾病的特性與需要社區長期復健照護重要性，探討政府透過公私協力治理精神復健機構中合作關係、協力執行過程中助力與阻力、探討未來協力模式可行之建議。
- (三) 研究文獻探討：透過國內外相關專書、期刊、研究論文、文獻分析，建立本研究之理論基礎及研究方向。
- (四) 建立研究架構：依研究動機、研究目的，擬定研究方法，呼應理論礎建立研究架構。
- (五) 確定訪談對象：以高雄市公立、私立、非營利組織之日間型精神復健機構負責人為訪談對象。
- (六) 確定訪談大綱：依研究目的擬定訪問題綱。
- (七) 訪談資料整理：實地訪談紀錄、文件分析等收集到之資料，加以彙整，歸納分析。
- (八) 研究結果與問題發現：將進一步得到具體之結果與問題和前述理論相互對照，並檢視理論與實務契合度。
- (九) 政策建議：提供政府、精神復健機構及後續研究一些建議。

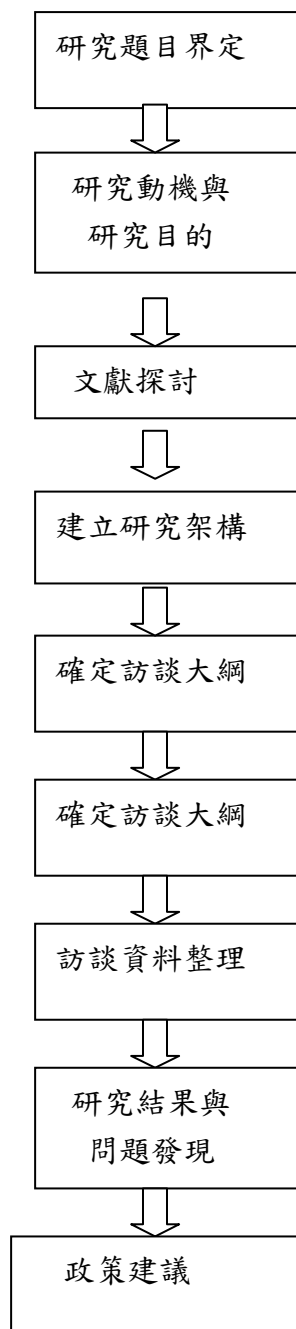


圖 1-1：本研究流程圖

資料來源：研究者自繪

第二章 文獻探討

本章共分為三節，第一節瞭解慢性精神疾病的特性，第二節探討公私協力相關理論，第三節說明社區精神復健與政府協力的發展歷程。

第一節 慢性精神疾病的特性

壹、精神疾病定義

依據行政院衛生署於 1980 年公佈精神衛生法將精神疾病定義為：係指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者（精神衛生法第 3 條）。

行政院衛生署於 1997 年公告身心障礙等級將慢性精神障礙者定義為：係指由於罹患精神疾病，必經適當醫療，未能痊癒，且病情呈現慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭、社會支持與照顧者，其範圍包括精神分裂症、情感性精神病、妄想病、老年期及初老期精神病狀態、其他器質性精神狀態、其他非器質性狀態、源發與兒童期之精神疾病。

內政部將慢性精神障礙鑑定其障礙等級之分類如下：

- (一) 輕度障礙定義：職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作且勿需他人監護即具日常生活自我照顧能力者。
- (二) 中度障礙定義：職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可以

在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部份監護維持日常生活自我照顧能力者。

(三) 重度障礙定義：職業功能、社交功能退化，施以長期精神復健治療，以維持日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。

(四) 極重度障礙定義：職業功能、社交功能、日常生活功能退化，須完全仰賴他人養護或需密切監護者。

貳、慢性精神病患人口特性

依據內政部統計處發佈2008年底領有身心障礙手冊之精神障礙者101,846人，至2009年底精神障礙者為107,663人，較2008年增加5,817人，成長率5.71%，2010年底精神障礙者計110,809人較2009年增加3,146人，成長率2.92%，至2011年9月精神障礙者已達113,023人，較2010年增加2,214人，從統計資料顯示精神障礙者三年內增加11,177人成長率為10.63%如(表2-1)⁹，是身心障礙類別中增加人數第三順位，佔所有身心障礙者10.30%。全國精神障礙者人口分佈以新北市15,701人為最多，高雄市15,167人次之，臺北市14,144人居第三，如(表2-2)¹⁰。

⁹內政部。精神障礙者人口數成長統計表。(2012/2/27)。
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week10035.doc>。

¹⁰ 同前註 17

表 2-1 精神障礙者人口數成長統計表

年度	精神障礙者人數	增加數	增加比例
2008	101,846	-	-
2009	107,663	5,817	5.71%
2010	110,809	3,146	2.92%
2011/9月	113,023	2,214	2.00%
合計		11,177	10.63%

資料來源：依據內政部統計處 2008 年-2011 第三季之精神障礙者人口數資料整理

表 2-2 縣市別精神障礙者人數統計

民國 100 年 9 月底

單位：人

縣市別	身心障礙人數	精神障礙人數	縣市別	身心障礙人數	精神障礙人數
台北市	144,363	14,144	雲林縣	50,155	4,130
新北市	115,984	15,744	嘉義縣	37,976	3,263
宜蘭縣	31,320	3,620	嘉義市	13,963	1,358
桃園縣	74,921	7,160	台南市	92,780	7,823
新竹縣	20,685	1,996	高雄市	128,912	15,167
苗栗縣	31,501	2,744	屏東縣	49,502	5,083
基隆市	19,887	2,586	台東縣	20,815	1,428
新竹市	15,032	1,499	花蓮縣	25,704	3,795
台中市	109,972	11,176	澎湖縣	6,229	579
彰化縣	63,468	6,229	金門縣	5,405	432
南投縣	34,232	3,067	連江縣	413	43

資料來源：內政部統計處，2011 第三季

100 年 9 月底依性別內政部統計處報告精神障礙者人數 113,023 人，其中

男性 56,461 人，女性 56,562 人，女性較男性多 101 人數。依年齡分布以 0-12 歲有 14 人，12-18 歲有 283 人，18-29 歲有 7,733 人，30-44 歲有 38,899 人，45-59 歲有 47,336 人，60-64 歲有 8,687 人，而 65 歲以上有 10,093 人(表 2-3)

¹¹。由統計資料顯示成人精神障礙者 18-64 歲為最多，有 102,655 人佔 91%。

表 2-3 年齡統計分布 單位：人

年齡-性別		人數	百分比%
總計		113,023	
性別	男	56,461	49.96
	女	56,562	50.04
年齡別	0-12	14	0.12
	12-18	283	0.24
	18-29	7,733	6.84
	30-44	38,899	34.42
	45-59	47,336	41.88
	60-64	8,687	7.69
	65 歲以上	10,093	8.93

資料來源：內政部統計處，2011 第三季

依障礙等級內政部統計處報告 100 年 9 月底精神障礙者人數以中度障礙者 64,080 人，佔精神障礙者 56.70% 最多，輕度障礙者 28,634 人，佔 25.34% 次之，重度障礙者 18,847 人，佔 16.68% 居第三，極重度障礙者 1,462 人，僅佔 1.29% (表 2-4)¹²。由資料顯示中度障礙者人數佔所有精障者人口的半數。依內政部將慢性精神障礙鑑定其障礙等級之分類，中度障礙者需長期精神復健治療，維持、增強、提升其日常生活功能、職業功能、社交技巧與社會

¹¹ 同前註 17

¹² 同前註 17

功能。

表 2-4 慢性精神病失能程度人口分布

等級	定義	人數	百分比%
輕度	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作且勿需他人監護即具日常生活自我照顧能力者。	28,634	25.34
中度	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可以在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部份監護維持日常生活自我照顧能力者。	64,080	56.69
重度	職業功能、社交功能退化，施以長期精神復健治療，以維持日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。	18,847	16.68
極重度	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，須完全仰賴他人養護或需密切監護者	1,462	1.29
總數		113,023	100

資料來源：內政部統計處、2011 第三季

參、慢性精神病醫療資源運用現況

台灣精神醫療體系設計呈現有四部份：精神醫療（醫院）服務、社區精神復健服務、精神醫療相關機構與精神醫療網轉介中心。精神醫療服務；當社區民眾罹患精神疾病到精神醫療機構門診或當疾病急性發作，透過精神醫療網轉介急診治療或急性住院，經過治療急性症狀緩解，但病情未完全穩定，轉到慢性病房繼續住院治療，或是日間留院，白天住院治療晚上回家，但台灣情形是病人往往

被安置長期住院，不然待在日間留院許久，使病患流動率變低，影響社區復健資源可用性¹³。

社區精神復健服務；當病人出院之後轉到社區復健機構接受復健治療，其服務包括居家治療、康復之家、庇護性工作場及社區復健中心，而復健中心使用率 70%，其原因是精神病患及家屬對社區復健知識不清楚及行政院衛生署除了補助復健治療費之外，未提供個案交通及膳食費，無誘因以利精神復健的增設或精神障礙者的參與復健治療¹⁴。

精神醫療相關機構；對精神病患服藥順從性不佳，無規律性定期門診治療，導致重複發病住院之個案，衛生單位定期追蹤訪視或精神病患在社區有傷人或傷己之虞，可啟動強制住院治療機制¹⁵，社區心理機構與學校輔導中心亦是發現精神病患及時協助治療之單位，尤其學校輔導中心編製輔導人員，但相關精神疾病認知及評量工具欠缺，因此發揮的效益有限。警政單位主要確保民眾安全，當精神病患在社區疾病發作有傷人及傷己行為時，適時介入協助送醫治療。

精神醫療網轉介中心；精神醫療網推行自民國七十五年始全省分北、中、南、東、澎湖、台北、高雄七個區域，每一個區域有核心精神醫院負責行政協調、轉

¹³ 宋麗玉 a (2000, 12)，建構台灣慢性精神病之社區支持體系醫療模式與社會心理模式之整合，社區發展季刊，第 92 期，頁 129-130。

¹⁴ 同前註，頁 132。

¹⁵ 精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法

第一條 本辦法依精神衛生法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。

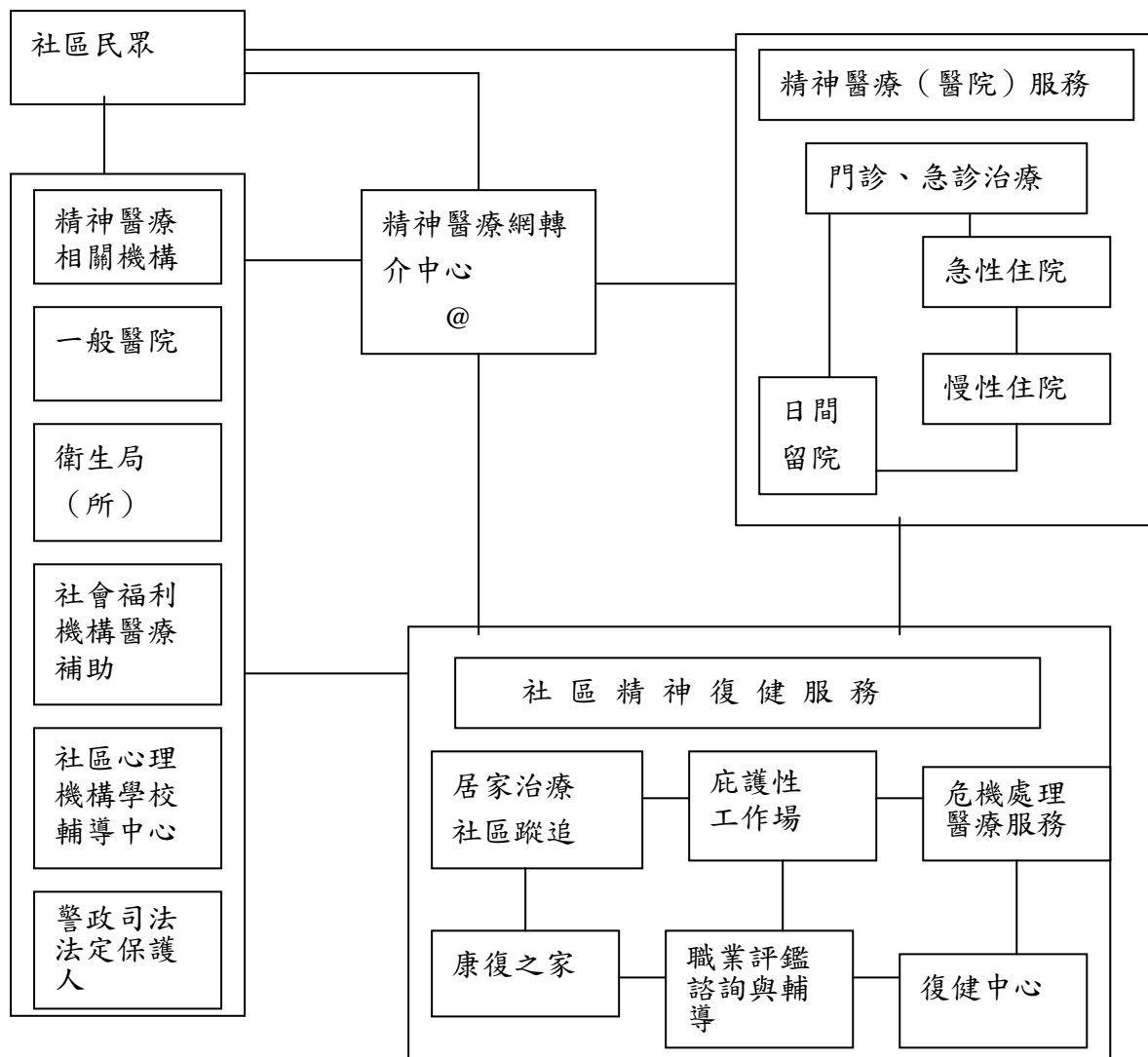
第二條 精神醫療機構評估嚴重病人有接受緊急安置之必要時，應即通報地方主管機關為必要之處置。

第三條 緊急安置得以下列方式為之：

- 一、限制嚴重病人活動之區域範圍。
- 二、拘束嚴重病人之身體或限制其行動自由。
- 三、給予嚴重病人藥物或其他適當治療、處置。
- 四、其他合理可行且限制最小之保護措施。

前項緊急安置措施，得於指定精神醫療機構(以下稱指定機構)之急診、病房或其他適當場所為之。

介照會、教育訓練工作，統籌整合各區域的醫療資源協助轉介業務及病患追蹤系統。



資料來源：行政院研考會（1995）頁 114

附註：@部分地區未設

圖 1-2 現行我國精神醫療服務模式及流程

肆、小結

大多數民眾對精神疾病不了解產生許多的迷思與刻板印象，然而精神疾病與其他慢性疾病相同，需要長期藥物治療，再加上適當的運動、娛樂、人際互動、

規律生活等 亦能和一般人一樣過正常的生活。

近年精神病患人數有快速增加趨勢，依據內政部統計處精神病患歷年人口數以97年101,846人至100年9月113,023人比較，增加率10.63%，增加數11,771人，呼應精神疾病盛行率9萬至13萬，其中嚴重病人需住院治療三分之一，約6萬人，其他都需要長期門診及復健治療，而精神疾病耗發年齡約青少年期，尤其18歲至44歲的青壯年期人口有46,632人，以中度精障者人口佔56%，因罹病之後神經認知、記憶缺損，導致學習能力與執行功能退化或退縮，雖然政府以相當前瞻性規劃一套精神醫療照護服務流程，但基本上仍然以住院為主的醫療模式，因此，如何使許多在社區中青壯年、中度精障者由依賴人口，轉換為自覺、充權、有生產力族群，是需藉由社區復健服務，透過政府、企業、非營利與個人等四個部門共同扮演服務輸送、供給者的角色。

第二節 公私協力相關理論

壹、公私協力關係定義

有關公私部門協力(public-private partnership)之定義，學者間的說法不一，茲就國內外學者所做的定義概述如下：

Stuart Langton (1983) 公私協力意指政府、企業、第三部門及個別的公民，在實現社群需求上，相互依存，共同合作分享資源¹⁶。

Guy Peters (1997) 則認為¹⁷，協力關係可從五個面向加以分析：

- 一、協力關係包含二個或二個以上的參予者，其中至少有一個是公共部門。
- 二、每個參予者多是主角，能夠為自己利益交易，擁有自主性的迴旋餘地，願

¹⁶轉引自江明修著(2002)，非營利管理，初版，台北：智勝文化，頁85-86。

¹⁷ Peters.B.Guy.“Managing Horizontal Government：The Politics of Co-ordination, ” *Public Administration*, Vol.76 (1998), Summer, pp.295-311，轉引自林玉華〈公私夥伴關係的治理：理論的初探兼英國的第三條道路〉。

意趨與穩定協力關係。

三、成員間存有持久的關係及持續性地互動。

四、每個參與者對協力關係必須提供一些物質或非物質的資源；如金錢、公共土地、或是權威、以及象徵性的價值。

五、所有參與分享行動後果責任。

McQuaid (2000) 協力關係五個向度區分：

一、參予者追求目標-參與協力關係為一個計畫或組織為取得資源，透過協力方式為共同目標努力，進而建立夥伴關係。

二、誰是參予者-主要參予者包括中央、地方政府、政府基金機構、自願性部門、地方社區、私部門及重要個人。

三、何時發展協力關係-協力發展依據政府政策的過程分為規劃與執行的階段，整個政策的行程包含整體目標與目標的訂定與執行、資源輸入、執行機制、以及監督、評估。

四、參予的區域-可以是一個區域或跨區域。

五、如何執行-執行機制包括誰做什麼，亦是誰提供資源、誰掌控資源¹⁸。

朱森村 (1999) 公私協力は平等、互惠、共同參予、責任分擔為原則，建立公民參與為基礎，公共責任為核心，公共利益為目的，結合公部門、第三部門與公民，並建構公私協力的機制為連結的公共服務責任網¹⁹。

吳濟華 (2001)，認為廣義的公私協力則包括不具形式的各種協議或協定關係，顯然公私協力關係是來自公部門與私部門的互動，在維持彼此完整的個別權力和責任下，追求具社會與經濟的共同目標。雖然雙方可能因實際執行上的分工而有組成的變化，然而彼此都希望協力的效果能比獨自行動更具效率與效能²⁰。

¹⁸ McQuaid, R.W. (2000). *The Theory of Partnership: Why Have Partnership?* In S.P. Osborne (eds). *Public-Private Partnership: Theory and Practice in Interantional Perspective*. London: Routledge:13, 轉引自林玉華〈公私夥伴關係的治理：理論的初探兼英國的第三條道路〉。

¹⁹ 朱森村 (1999)，公私部門協力關係之研究-以台北市推展社區大學個案分析，政治大學公共行政研究所碩士論文。

²⁰ 吳濟華，〈公私協力策略推動都市建設之法制化研究〉，《公共事務評論》，2 卷 1 期 (2001)

李宗勳（2004）公私部門協力關係，即公部門與第三部門的互動關係，並且第三部門包含非政府組織與非營利組織，是近年來政府尋求提昇治理能力、改善治理效果的主流思維，其不僅止於合產(corporation)強調對價與利益結合的交易與交換關係，反而強調與凸顯的是一種基於相互認同的目標，而建立在不同行動者間的動態關係。所謂動態關係包括相對自主、公平參與、明確課責、更多包容適應、欣賞學習與異質交流的資源連結與組織學習的轉換過程²¹。

年 4 月），高雄市：中華公共事務管理學會，頁 9。

²¹李宗勳，〈公私協力與委外化的效應與價值：一項進行中的治理改造工程〉，《公共行政學報》，12 期(2004 年 9 月)，台北：政治大學公共行政學系，頁 42。

綜合以上學者專家對公私協力的定義歸納整理如表 (3-1)

表 3-1 學者專家對公私協力的定義歸納整理一欄表

作者	協力參與者	協力目標	協力原則	協力執行	協力評估
Stuart Langton (1983)	政府、企業、第三部門及個別的公民。			相互依存，共同合作分享資源。	
Guy Peters (1997)	含二個或二個以上的參予者。	每個參予者多是主角，能夠為自己利益交易	每個參與者對協力關係必須提供一些物質或非物質的資源	存有持久的關係及持續性地互動。	有參與分享行動後果責任。
McQuaid (2000)	政府、私部門、重要個人。	透過協力方式為共同目標努力，進而建立夥伴關係。		目標的訂定與執行、資源輸入。	監督、評估
朱森村 (1999)	公部門私部門第三部門與公民。	公共利益。	平等、互惠、共同參予、責任分擔。	連結的公共服務責任網。	責任分擔。
吳濟華 (2001)	公部門與私部門的互動。	社會與經濟的共同目標。	不具形式的各種協議或協定關係。	誰提供資源、誰掌控資源。	協力的效果能比獨自行動更具效率與效能。
李宗勳 (2002)	政府、非營利組織、非政府組織。	相互認同的目標。	政府尋求提昇治理能力、改善治理效果的主流思維。	學習與異質交流的資源連結與組織學習的轉換過程。	相對自主、公平參與、明確課責。

資料來源：研究者整理

由上述學者對公私協力定義，歸納界定公私協力大致而言根據吳英明 (1993)，公私協力關係的意涵有「合作關係」與「合夥關係」兩個層面如下：

一、合作關係：指公私部門水平互動的過程中，公部門扮演誘導性和支援性的角色，而私部門扮演配合性的角色。

二、合夥關係：乃指公私部門互動過程中，公部門與私部門形成平等互惠、共同參與及責任分擔的關係。

兩者間的差異在於公私部門共同決策及責任分擔的程度，公私部門在合夥關係中的共同決策程度比合作關係來得高，彼此信任²²。

綜合上述的學者專家對公私協力的定義歸納整理分為五項目包括公私協力的參與者、公私協力的目標、公私協力原則、公私協力執行及公私協力評估，個別詳述如下：

- (一) 協力參與者：二個或二個以上包含政府、非營利組織、企業及個人，每個參與者，投入人力、物力、資源為共同目標努力使服務輸送順暢。
- (二) 協力目標：有共同或認同的目標其為自己或公共的利益建立協力關係。
- (三) 協力原則：公私協力は政府為提升治理能力的工具與民間的協議，且在過程中經由雙方契約訂定確立彼此權責，以建立公共服務責任網。
- (四) 協力執行：參與者確定協力目標，依照政府的契約之規範提供服務，其協力執行中遭受到問題及採用的策略。
- (五) 協力評估：藉由評估檢驗執行的績效是否達到協力的目標，協力績效優劣決定協力關係持續或終結。

貳、公私協力理論

政府、企業、非營利組織及個人在平等的地位上，以信任為基礎，追求實現社群需求上共同的合作與分享資源，藉由雙方資源交流以達到公共服務的生產與輸送之目的，而公私協力は政府推動公共事務最佳治理方法，亦是政府再造的一種新管理模式，不易由單一的理論觀點進行周延解釋，茲將公私協力的理論擇要整理如下：

一、政府失靈與市場失靈理論

傳統自由經濟學者認為，一個社會中財貨或服務的生產者與消費者在供需的關係裡可構成完全競爭的自由經濟市場，生產者以追求最佳利潤，而消費

²²吳英明，〈公私部門協力關係和「公民參與」之探討〉，《中國行政評論》，2卷3期（1993年），台北：中華民國公共行政學會，頁6。

者以追求最佳效用。但在現實世界裡，因為受到外部成本、公共財、資訊不對稱錯誤訊息等因素影響，導致生產者可能會收取過高費用或提供低劣品質之財貨與服務，使得消費者蒙受損失。在此情況下，市場競爭並不能提供市場機能充分運作的法則，而造成了「市場失靈」的問題²³。

雖然政府可以透過各種政策工具或干預行動來解決市場失靈的問題，但在實際執行層面由於政府本身僵化運作流程、科層的體制，導致政府無法解決市場失靈問題，致使資源無法有效配置而造成政府失靈。

二、公民參與理論

公民參與政府公共事務，以行動去影響政府作為，而影響的範圍包括政策形成、政策決定、方案執行與行政程序等階段。「公民參與」是現代政府推動公共事務不可或缺的重要資產，強調公民或公民團體主權的認知與實踐，而投入其情感、知識、時間、精力等直接積極以影響公共政策或公共事務的行動。

三、公私部門的合產理論

由公民或非營利組織與政府合作，共同進行公共財或勞務的生產與提供。大致上來說，公私部門建立在平等互惠、共同參與、責任分擔的關係，民眾並不只是公共行政組織的顧客，更是公共服務產出的共同提供者，也是服務品質好壞的共同負責者。「合產」對政府服務功能、績效及其品質的增進，有相當實際和正面的功效，已受到許多肯定；更進一步，「合產」工作經由人與人面對面的接觸，可加強民眾對其鄉里和社區的忠誠感。

²³王仕圖，〈「公設民營」的迷思：非營利組織理論觀點的反省〉，《社區發展季刊》，85期（1999年3月），台北：內政部社區發展雜誌社，頁157。

四、第三者政府理論

公民社會中第三部門是提供公供財的最佳機制（Salamon，1987），亦是由下而上具有志願基礎的第三部門在公共服務輸送較多元、創新、彈性的作法，易與民眾建立信賴關係²⁴，政府委由第三部門解決社經問題，提升政府行政績效，更可以節省不必要行政支出，政府扮演支援角色，當第三部門失靈時，才介入干預。

五、代理人理論

雇主與代理人兩者關係建立在契約上，相互負權利義務責任，前者提供報酬，後者提供服務或產品²⁵。藉由此理論觀點出發，公部門基於節省財政與人力的負擔，釋出部份公共服務予私部門，並簽訂契約劃分彼此的權利義務，使得公私雙方均可扮演監督管理之角色。

由上述觀點來看，公私協力互動脈絡是因應公私協力的理論基礎，無論是從政府或是市場失靈、公民參與、合產觀念、第三部門、代理人等理論的角度來看，都顯示出僅依賴政府或自由的市場，都已無法解決現今社會的公共問題，唯有透過公私協力的合作模式，才是解決當前公共事務的最佳途徑。

參、公私協力模式

政府與民間夥伴關係的互動模式，從目標與手段觀察公私協力互動模式，則以國外學者 Najam 所提出的 4Cs 模式來分不同的合作模式，以層級組織的互動模式，則以吳英明教授的三種模式來探討公私協力關係，另以經費與服務輸送區分，則以 Giridon 等提出四種關係模式，其分述如下：

²⁴江明修著（2002），非營利管理，初版，台北：智勝文化，頁 5。

²⁵王千文（2005），公私協力執行的經驗性研究-以台北市社區規劃師制度為例，世新大學，行政管理學系碩士論文。

一、Najam 提出的 4Cs 模式

Najam 的 4C 模式指出政府與非營利組織之間的互動模式可經由兩個面向來觀察，一為目標 (goals)，政府與非營利組織都要追求實踐某些目標；另一為策略或手段 (preferred strategies)，二者都有自己的偏好或方法以達成目標。這兩個面向交會的結果便構成四種組合：(1) 二者用相似手段追求相似的目標，(2) 二者用相似的手段追求不相同的目標，(3) 二者追求的是相似的目標，但偏好用不同的手段或策略以達成之，(4) 二者偏好用不相同的手段或策略，且追求的是不相同的目標²⁶。而這四種互動模式內含分述如下：(一) 合作 (Cooperation) 模式：當公私部門分享共同目標與達成目標的手段類似時，其公私部門權力相等的合作模式。

(二) 競逐 (Co-optation) 模式：當公私部門共享相同的手段，但卻在達成的目標有相異，亦是私部門企圖透過與政府分享資源或政策的同時，影響政府政策的過程。

(三) 互補 (Complementarity) 模式：公私部門有共同的目標，但卻在達成目標的手段上相異，公私部門各取所需達成共同目標。

(四) 衝突 (Confrontation) 模式：公私部門有不同目標及不同達成目標的手段時。如表 6-2

表 3-2 Najam 的 4C 's 模式表

		目標	
		類似	差異
偏好的手段	類似	合作模式 (Cooperation)	競逐模式 (Co-optation)
	差異	互補模式 (Complementarity)	衝突模式 (Confrontation)。

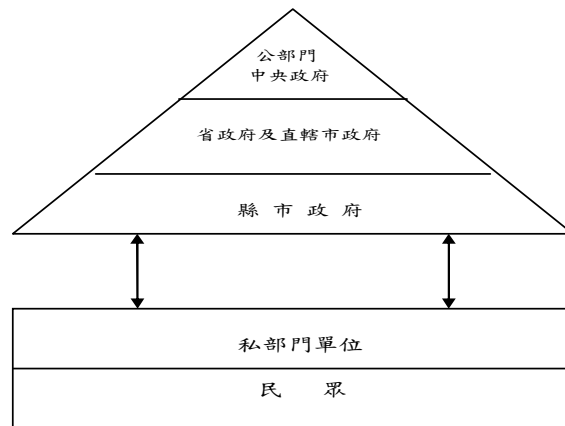
資料來源：Najam, 2000: 386; 江明修, 2002, 非營利管理, 頁 237-239

²⁶同前註 26, 頁 237-239

二、吳英明（1996）提出公私部門間的三種互動模式

將公私協力分為垂直分隔、水平互補、以及水平融合等三種互動模式，詳述如下²⁷：

（一）垂直分隔互動模式：係以公部門為上層主導指揮的單位，私部門則處於下層配合服從的地位；私部門的活動係在公部門所架構的層級組織下做有限度的發展，同時也被用來策略性的支持公部門的政策；如圖（2-1）所示，公私部門的互動屬於彼此相互對立或互相利用，較無法與民眾（公共利益）建立休戚與共的關係。



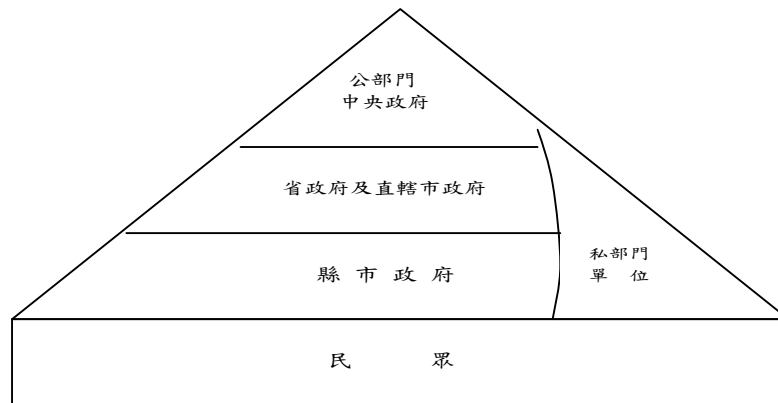
圖示 2-1：公私部門垂直分隔互動模式

資料來源：吳英明（1996：19）

（二）水平互補互動模式：如圖（2-2）所示，在此種模式中，公私部門相互依存配合的程度增加，公部門雖較處於主導性的地位，但已不具有完全的指揮或控制權，私部門雖較處於配合的角色，但也非完全處於服從或無異議的地位。私部門開始透過社會責任意識的反省、自勵與行動，開始學習與公部門合作，以作為互補性的協助。此時公共利益與服務的經營已不再由公部門完全主導，私部門亦

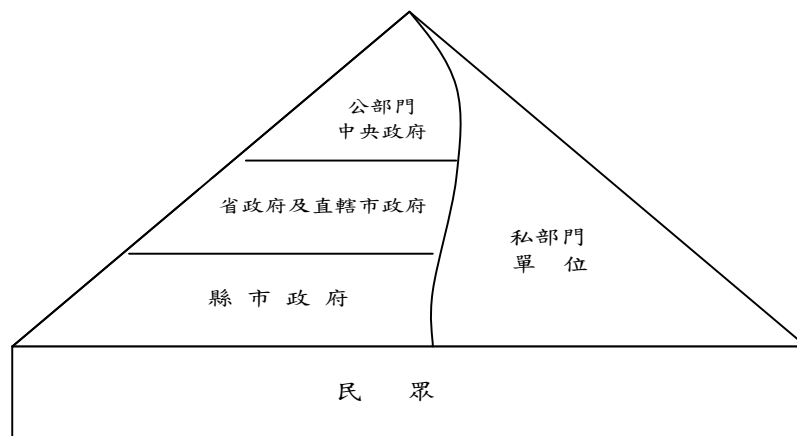
²⁷吳英明（1996）公私部門協力關係之研究：兼論公私部門聯合開發與都市發展。高雄：麗文文化，頁 18-22

嘗試發揮力量與公部門共同服務大眾。



圖示 2-2：公私部門水平互補互動模式
資料來源：吳英明（1996：20）

(三) 水平融和互動模式：如圖（2-3）所示，係指私部門不再只是依附於公部門之下的從屬關係，而是與公部門形成一種水平式鉅齒融合的互動關係。公私部門的互動從傳統的「指揮—服從」、「配合—互補」轉化成「協議、合作、夥伴」的平等關係。社會體制的經營不再由公部門完全主導，公私部門充分瞭解彼此「分擔責任」與「共創利益」實質意義。



圖示 2-3：公私部門水平融和互動模式
資料來源：吳英明（1996：21）

三、Girdon 等提出四種公私協力模式

如（表 3-3）所示分為政府主導、雙元模式、合作模式、非營利組織主導，詳述如下：

（一）政府主導模式（Government- Dominant Model）

此模式乃第三部門不願或無法提供福利服務，必須由政府擔任經費與服務輸送的雙重角色。

（二）雙元模式（Dual Model）

即政府與非營利組織各自提供經費與福利服務的輸送，兩者間並無經費上的交集，而是處於平行競爭的關係，而第三部門服務範圍不同於政府部門，可以補足政府提供服務的不足，有完全主導權執行公共服務事項。

（三）合作模式（Collaborative Model）

由政府提供資金，第三部門實際負責服務的輸送，亦是政府將公共服務交付第三部門執行，政府扮演經費資源供給者與福利決策者。

（四）非營利組織主導模式（Third-Sector Dominant Model）

第三部門可以完全主導提供資金與服務輸送的角色，因掌控經費與服務，所以服務方式更具有創新、彈性，因此政府與第三部門互動關係是薄弱。

表 3-3 政府與第三部門經費或服務主導互動模式

功能	模 式			
	政府主導	雙元模式	合作模式	非營利組織主導
經費提供者	政府	政府與非營利組織	政府	非營利組織
服務提供者	政府	政府與非營利組織	非營利組織	非營利組織

資料來源：Girdon, Kramer and Salmon, 1992：18

由上述可知政府與第三部門間互動關係依政府管理策略情形、部門層級架構

及經費與服務的主導權等三個面向區分多種的樣貌，有合作模式、互補模式、競逐模式、垂直分隔互動模式、水平互補互動模式、水平融和互動模式、雙元模式、政府主導、非營利組織主導等形式，綜合其形式有的是平等、合作、共享的夥伴關係，有的卻屬於不平等、控制、以上對下的協力關係。

肆、影響公私協力關鍵因素

政府與民間單位要使協力順利進行，雙方應相互信任及權責明確，政府除了提供經費之外，為確保優質服務品質需建立相關監督機制，然而雙方在互動過程中可能不易擺脫本位角色，因此政府監督管理民間單位策略的適當性，影響協力關係運作順暢或阻礙其功能發揮。

一、公私協力成功要件

公部門與民間部門協力成功要件，Jones（1993）認為關鍵因素包括；公開及有效的溝通、表達困難決策的意願、文化分享、建立長期性的友誼關係、尊敬制度的自主性。Malhotra 則強調過程公開及互惠的重要性、分享願景、適當時間建立關係、開誠布公、課責、誠心接受相互批評。Fowler（1997）：互信是成功的基石，互信是透過組織授能且彰顯於績效評估、資金往來、治理分享、公開的決策制定的過程。John Hailey（2000）認為成功的公私協力應包含五項特質：清晰的目的、互信及互敬、投入時間及資源、協商角色及責任、保持長期穩定的能力²⁸，茲分述如下：

- （一）清晰的目的：公私協力建立經費與服務輸送互動關係中，為使每一位參與者彼此共同期待，須有明確的目標，目標的建立，才能設置績效評估基準。
- （二）互信及互敬：合作關係建立彼此共識，亦與進行溝通協商議題，當有問題

²⁸江明修著（2002），非營利管理，初版，台北：智勝文化，頁 96-97。

時，因彼此互信互敬的關係，使彼此更有彈性與協商空間。

- (三) 投入時間及資源：設定目標、發展計畫、執行績效評估、回饋分享、投入合理的時間、結合資源，使協力關係更順暢。
- (四) 協商角色及責任：協商彼此可以接受的績效指標及基準，分享或共同協力關係中遭受阻力與克服問題心得。相反，發生問題逃避責任亦易導致協力失敗。
- (五) 保持長期穩定的能力：協力計劃考慮協力關係的生命週期、資金來源、組織成員、參與協力意願、協力成本與決定成功指標，對執行階段的期望及結束協力的條件。

二、公私協力可能困境

吳英明(1996)指出公私協力可能之困境包含：1. 政府機構層次複雜，私部門難以配合或貫穿；2. 協力過程監督、審議太多，削弱競爭契機；3. 公私部門對公共事務認知差距；4. 公私部門害怕被冠上「官商勾結、圖利他人、利益輸送」之名；5. 公私部門資訊具壟斷，茲分述如下：

- (一) 公部門機關組織層次複雜私部門難以配合及參予：公部門包含中央政府與地方政府，而且包含了繁雜且層級科層行政制度，私部門對行政體系的運作過程或運作程序無法全然瞭解，徒增合作過程中不必要的誤會或成本。
- (二) 協力過程監督審議及行政流程太繁多，削弱競爭機制：從招標簽約到結案核銷整個監督、審議以及相關的行政作業太繁重，限縮了參與管道與意願，近而削弱競爭契機。
- (三) 公私部門對公共事務認知有所差距：公、私部門界線模糊，導致課責關係複雜，責任不清等問題，為釐清責任需求，也會徒增交易成本。而公部門常有可能把政策失敗的原因歸咎於私部門的執行不利，而忽略問題的根本。

- (四) 公私部門害怕被冠上「官商勾結、圖利他人、利益輸送」之名：公私部門透過協力關係促使私部門參與公共事務或公共服務，與公部門為合夥關係，即便公部門自認為可以公平的擬定各項遊戲規則，仍不免害怕被民眾質疑其公正性，因害怕被冠上圖利他人，官商勾結之嫌，容易導致公部門無法客觀而公正地評估私部門的執行績效。
- (五) 公私部門資訊具壟斷：公部門擁有資源優勢，如果不將資源釋放予私部門，造成壟斷，形成權力的不對等，徒增彼此互信、互敬、互利原則，導致無法維持長期穩定合作關係。

伍、小結

由學者專家論述協力關係規納可知「協力脈絡」是須參與者二人以上，有一方是公部門，另一方為第三部門或是重要個人，為共同目標相互合作投入人力、物力、連結資源網絡，以達成目標，然而民間單位參與協力原因不一，有可能是政府無能力提供服務或是基於公民責任志願協助公共事物，不管任何一種協力成因，最終目的可以更有效率的處理公共政策來滿足民眾的需求。

協力關係互動模式的探討中，企圖在不同環境之下，應使用不同的模式來分析，避免單一角度觀察，而遺漏其它細節，因此從管理策略模式分析如Na jam的4C 模式，讓我們知道因策略及手段不同，使公私協力有互補、合作、競爭或衝突模式。從政府科層制度發展有公部門指導，私部門配合模式，到雙方互補合作，最後彼此平等互重，互為生命共同體的模式。依經費與服務提供者的不同分為政府主導、非營利組織主導、互動或雙元等模式。然而協力互動模式不同，使得公部門與私部門的「協力執行」中產生不同助力與阻力的相關因素，唯有透過公私協力合作的夥伴關係，公部門提供經費，民間組織則負責執行，民間組織可以獲得穩定又長期的資助，公部門則因民間組織的執行較具彈性、效率、節省預算，而使政策更有效率，經由「協力評估」省思雙方具有雙贏的互補關係，達到共生

共榮的目標，協力關係也才能長久。

第三節 精神復健機構與政府協力發展歷程

壹、社區精神復健的定義

依據 96 年 7 月 4 日公佈之精神衛生法第一章總則第三條，社區精神復健指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人 有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力 等之復健治療。

依據行政院衛生署 87 年公告精神醫療照顧體系權責劃分表，社區精神復健服務對象須精神病症狀穩定、局部功能退化、有復健潛能、不需全日住院、但須積極復健治療者。

國內學者（呂淑貞，2011）良好的精神復健須包含三種概念充權（empowerment）、勝任（competency）、復元（recovery）、3R-Rename、Rehabilitation、Recover，延伸三大概念則社區精神復健內含有四大主軸²⁹：

1. 技巧訓練-從認知技巧到社會化相關技能之訓練，逐步潛移默化、自我覺察而內化成生活的技能。
2. 就業服務-產業治療、工作態度、工作技能、職前訓練到支持性就業服務為精障者適應職場順利達到就業目的。
3. 社區資源開發-協助個案認識社區資源進而連結與適時運用資源，提升自我效能、降低再住院率。
4. 同儕支持-團體中與同儕相互關心、支持、幫助自我成長、分享經驗與社區參與。

²⁹ 呂淑貞，台灣精神康復者人權演進與社區充權發展研討會，中華康復之友聯盟編製，（2011）頁 42。

宋麗玉（2000）社區精神復健目的加強精神患者強處（strength）增進職業與社會功能，著力於病患所處的環境並且給予掌控（master）與希望。所謂掌控的感覺是病患可以因應內在驅力、其症狀與環境的要求³⁰。

國外學者（Rutman, 1989）精神復健定義係指短期或無限期提供社會、心理復健服務，其服務項目包括職能治療、娛樂治療、社區生活技巧訓練及個案管理，其目的強化或改善個人的能力與技巧，使之適應社區生活與就業及符合個人之角色，讓精神障礙者在社區生活中負起主動獨力生活責任，提升生活品質³¹。

貳、精神復健機構

依據精神衛生法第十六條第五點精神復健機構：提供社區精神復健相關服務。

依據精神復健機構之設置、管理辦法第三條機構分為日間型社區復健中心及住宿型康復之家，本研究以日間型精神復健機構為主。

因精神障礙者生病歷程漫長，須長期依賴醫療協助，雖然病情穩定，仍有殘餘症狀造成其職業功能、生活功能、社會功能的退化或退縮，而在生理、心理及社會功能的障礙問題，及社會大眾刻板印象，因此社區復健是精障者在家庭、醫療、社區的中途站，對有工作動機、工作技能不足的精障者，透過工作訓練、社交技巧、日常生活功能、職前準備，使之順利進入社區適應生活。

參、美國社區精神復健與政府協力發展歷程

1949年澳洲Cade報導鋰鹽對躁症之療效至1952年法國Deniker及Delay發表chlorpromazine能控制精神分裂症³²，因此發現精神疾病經由藥物治療，可有效控制怪異行為，在1960至1970年期間學者們如Anthony, Liberman, Wing和

³⁰ 宋麗玉（2000, 12），建構台灣慢性精神病之社區支持體系醫療模式與社會心理模式之整合，社區發展季刊，第92期，頁131。

³¹ Ruth A. Hughes（2002）；William R. Breakey 編著。Integrated Mental Health Services：Modern Community Psychiatry，郭鋒志主譯，初版二刷，台北：心理出版社，頁322-323。

³² 高麗芷、周美華（2004）。台北市社區精神復健中心，台北醫學雜誌，第1卷，第四期，頁123。

Limb 提出長期嚴重的精神病患的治療觀念和原則是：精神病可以藉由藥物來減少在復發的機率，如果沒有這些精神藥物的使用，精神疾病的社區復健就不可能適用於嚴重的慢性精神病患者³³，於 1963 年美國政府頒佈社區心理衛生法

（Community Mental Health Act）強調社區要具備照顧精神病患居民的責任，鼓勵聯邦、州、地方皆參與其中，讓公部門、私部門連結資源，共同投入社區心理衛生工作，因此病患從療養院出院回到社區，卻也發現社區沒有提供精障者生活所需的支持與服務，如無法回到原生家庭、沒有工作、沒有收入及無相關社區精神照護機構、社區生活適應技能訓練、危機出現時的支持服務或同儕支持等。

1977 年美國政府提出『社區支持計劃』開始建立社區照顧體系，強調個案優點及生活功能，非個案症狀及病人角色，開始在社區中成立社區精神復健模式：

一、活泉之家（The Fountain House Model）

最早成立 1940 年紐約市，是現代精神復健醫療一個重要的里程碑，活泉之家是社團俱樂部的組織，每個參加的精神病患刻意發展出一個社區，著重成員長處與潛能發揮，在同儕與治療人員支持與鼓勵之下，擔負會所的管理及生產的責任。針對有興趣工作的會員，不論工作技能高低，都會安排到職場工作，有工作人員及會員至職場提供支持與訓練，將一份全職工作分成兩個兼職工作，每一個工作由會員單獨執行，逐步發展到全職，即所謂過渡性就業³⁴，會員需要住宿則會安排到會所與其他會員同住。根據研究發現參與活泉之家活動的會員與對照組比對，有較低的再住院率，住院天數較短及在社區生活亦具有較高的功能（Beard,1976;Beard ed al., 1982）。

二、主動式社區治療（Assertive Community Treatment,ACT）

針對嚴重且慢性化的精神病患，提供主動性、機動性與支持性的照護與治療，被形容為無圍牆的精神復健，把社區當成治療場所，而醫療團隊將臨床和復

³³ 李宗翰（1995）。從美國的精神復健模式來探究國內的精神復健現況與困境。中華民國醫務社會工作學刊，第五期，頁 81 - 96。

³⁴ 張君威著（2006）。精神醫療的美麗境界-大溫哥華精神衛生照護模式，台北，秀威資訊科技公司出版，再刷，頁 56。

健治療服務提供於社區案主，史坦等人最早於威斯康辛州的麥迪遜發展出此模式 (Stein & Test, 1975, 1983; Thompson et al., 1990)。就服務面向而言，以加拿大溫哥華主動式社區治療內容包括社區支持、治療與復健，提供個案社區服務與醫療服務中繼站；增加病人生活、職業及自我照顧功能，讓家屬滿意，亦讓家屬減少照顧的負擔³⁵。「主動式社區治療計畫 (PACT)」經研究證實可以成為替代住院，合乎成本效益的治療模式，能有效協助案主穩定適應社區生活 (Taube et al., 1990)³⁶。

三、個案管理的『優勢 (strengths)』模式

一種社區復健個案管理的「優點」模式中，每位案主都有個人的個案管理員，著重於每位案主的個別及社會需求，連結社區的資源來符合案主的需求，一項針對十二個使用「優點模式計畫」的研究報告指出，接受此模式治療的案主，比起其他社區支持方案，明顯有較低的再住院率 (Rapp and Wintersteen, 1989; Wintersteen and Rapp, 1986)。

四、惠唯德旅店

惠唯德 (George Fairweather) 最早發展此項計畫，特別強調病患的自主性，來推動病患順利地從醫院回到社區，由一群精神殘障病患住在一起，自己訂定生活規則及彼此的期望。他們通常也會投資小型商業，由住民共同經營及擁有。當團體異質性越高，他們的投資越可能成功。在此模式中，工作人員只扮演推動者或諮商角色。由團體擔負解決問題及設定目標的責任 (Fairweather et al., 1969)。通常旅店計畫是使成員形成高度向心力、工作取向的團體，在社區中可以維持良好運作。旅店計畫也被證實可以明顯降低住院率及增加成員的就業率 (Fairweather and Fergus, 1988)。

³⁵ 同前註，頁 97。

³⁶ Ruth A. Hughes (2002)；William R. Breakey 編著。Integrated Mental Health Services：Modern Community Psychiatry，郭鋒志主譯，初版二刷，台北：心理出版社，頁 327。

肆、台灣社區精神復健與政府協力發展歷程

台灣社區復健運動肇始於 1985年衛生署核定的「醫療保健計畫-籌建醫療網」、「加強精神病患社區復健」為重要的政策。1989年衛生署公告『精神病患社區復健』試辦計畫，於1990年11月23日公佈實施「精神衛生法」宣示精神醫療、精神復健與心理衛生保健三者並重，強化精神病患的保護和醫療，尊重病患的人權及保障福利，因此1994年12月28日精神復健機構設置管理及獎勵辦法公告，依精神衛生法施行細則第二十條明訂社區復健及居家治療的項目(行政院衛生署，民80);及第二十二條明訂執行社區復健及居家治療的機構條件。1989年衛生署所推行的精神病患社區復健方案有四項示範性試辦計畫包括³⁷：

一、社區復健中心 (community-rehabilitation center CRC)

以職能治療活動為主，工作訓練為輔，規律安排精神病患日常生活，鼓勵參加社區活動，加強社區生活適應能力及人際互動關係，達成獨立生活為目標。

二、庇護性工作場 (sheltered workshop SWS)

精神病患者功能退化無法進入一般職場工作，以工作做為一種治療工具，訓練精神病患者良好工作習慣、工作態度為進入職場前準備及協助就業問題。

三、康復之家 (half-way house HWH)

提供半保護性、支持性、暫時性的社區居住服務，在專業人員協助下建立獨立生活能力。

四、居家治療 (community homecare CHC)

針對不規則門診服藥的病人或是醫療資源缺乏，交通不方便地區的精神病患，有醫療人員進入家庭提供衛教、診療服務。

³⁷胡海國主編(1995)。精神病患服務體系檢討行政院發展考核委員會編印，頁115。

行政院衛生署自開辦社區復健計畫以來，自民國七十八年度起委託核心醫院、教學醫院及康復之友協會承辦，至八十年度開始擴大承辦單位，凡經八十年度臺灣地區精神醫療院所評鑑合格之醫院皆可提出申請，由行政院衛生署補助公立或私立精神醫療機構經費辦理社區復健方案。行政院衛生署對社區復健計畫方案的補助辦法為：自民國七十八年度起補助每一項計畫的人事費（一名專任人員及兩名兼任人員）、設備費、業務費及旅運費等。自八十二年度改為補助人事費及旅運費兩項。而設備費、房租、業務費及維護費等，希由各計畫自營自足。但對初次開辦者，第一年仍全額補助開辦費（含房租、人事費及設備費等），第二年半額補助，第三年則需自行負擔。另衛生署對於參加的個案提供「社區復健訓練費」，各承辦單位按服務個案數向衛生署申請醫療訓練費，以作為收入。上述補助僅限符合衛生署醫療補助身份之個案，無其他的補助或保險給付。衛生署並自八十一年三月起規定，凡經該署補助辦理精神患社區復健計畫之服務收入，應建立專款專用制度，以期社區復健計畫之財務收支能達到自給自足的目標，此後，提出申請之醫療院所逐年增加至八十二年度增為14家。

各縣市精神醫療機構紛紛成立社區復健機構如下³⁸：

- 一、1985年5月 高雄凱旋醫院在大寮成立大寮復健中心，開始執行產業治療。
- 二、1986年 大寮復健中心積極推行「大寮模式」復健計畫，農園藝、畜牧、實習商店等。
- 三、1988年 玉里醫院成立萬寧農場從事農藝治療，高雄市立凱旋醫院與高雄市康復之友協會合作辦理社區復健中心「康復之友園地」業務。
- 四、1989年3月 桃園療養院開辦桃源復健中心、同年5月設立庇護性工作場。高雄市立凱旋醫院在鳳山成立社區庇護性工作場。同年台北市立療養院在廣州街成立社區復健中心及社區庇護性工作場。玉里榮民醫院成立鶴山茶園社區工作隊與社區的企業、廠商合作聘僱精神疾病患者從事庇護性工作。
- 五、1990年3月 高雄市立凱旋醫院開辦社區復健庇護性農場-內埔農場。6月草

³⁸ 褚增輝主編（1992）。中華民國職能治療發展史-成立十周年慶特刊，中華民國職能治療學會出版，頁 25-49。

屯療養院利用醫院的閒置空間開始運作庇護性工作場。陸軍 802 總醫院精神科委外經營方式成立社區復健中心。

六、1991年 陸軍802總醫院精神科委外經營方式成立社區庇護性工作站。

1995年3月中央健康保險局成立，將社區精神復健納入健康保險醫療業務。社區復健公私協力關係依據精神衛生法之社區精神復健機構設置辦法辦理³⁹；凡是成立社區復健中心，首先向設置所在地衛生機構提出申請，由衛生機構審查核可，才發給開業證照，而後，再向中央健康保險局申請醫事服務機構合約，而社區精神復健機構設置管理及獎勵辦法，依據精神衛生法第16條第5項規定訂定之⁴⁰。因此台灣邁入社區復健公私協力關係里程碑，為慢性精神病患提供合乎人性，符合經濟效益的精神復健體系。

伍、社區精神復健對精神病患的影響

精神復健的觀念自民國三十五年台灣省立桃園療養院由護士、護佐帶病情穩定的病人做手工藝、種菜及康樂活動。民國五十四年國立台灣大學附設醫院精神科成立作業治療場所，並為國內第一所「日間留院」，至此之後精神醫療機構相繼成立職能治療服務如六十一年玉里榮民醫院成立實驗性農場，在海端、志學及池上等三處有設置職能治療區，以模擬小型社區照顧的方式，隔年復健室擴編

³⁹中華民國九十七年十月六日行政院衛生署衛署醫字第0九七0二0六八五五號令修正發布名稱、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。

⁴⁰第十六條 各級政府按實際需要，得設立或獎勵民間設立下列精神照護機構，提供相關照護服務：五精神復健機構：提供社區精神復健相關服務。精神復健機構之設置、管理及其有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

人力，提供多元復健治療項目，如1.手工藝類：編織、木工，2.藝術類：書法、陶藝雕塑、繪畫，3.農業類：農藝、園藝、牧，4.加工類：食品加工治療場所。彰化明德醫院於六十三年在醫院內設製鞋工廠，給予住院病人從事生產性工作。六十七年臺大醫院精神科從事「康復之家及保護性工作站」的實驗研究計畫由陳珠璋教授主持。民間「康復之友協會」團體也相繼設立，為精神病患之福利盡心力，民國七十二年六月首先成立高雄市康復之友協會，接著於七十三年七月臺北市康復之友協會成立及同年十二月花蓮縣康復之友協會成立，七十六年六月成立桃園縣康復之友協會。康復之友協會是由一群病患家屬及康復病患、醫療人員、專家學者、民意代表、社區熱心人士所組成，其設立宗旨；以結合社會資源來辦理病患的社區復健計畫，協助其醫療、復健與維護權益，爭取應有之福利，辦理相關病患或家屬聯誼會、心理衛生講座、社區復健活動、康復病患運動會及相關的政策促進活動等。1970年代去機構化運動，使得社區精神復健被重視，改變台灣精神醫療模式，將原在醫院內的社區復健計畫，延伸至院外的社區復健工作。

社區精神復健的目標，是要幫助病患補償或去除由精神殘障所造成的功能性缺陷、人際及環境屏障，以恢復獨立生活能力、社會化及有效率的生活管理。介入的治療，藉由發展新技巧、因應技能及創造支持性環境，來協助個案學習克服精神症狀所造成的負面影響。精神復健執行也能藉由恢復病患的自信心、強化個人的優點、強調健康而非疾病，來對抗次發症狀的影響。有許多研究顯示，社區精神復健治療模式對病患有正面的影響。

台灣地區估計約有十二萬名精神病患其中有八萬名為生活功能不良需要長期性、持續性的醫療與復健治療，因此，1989年衛生署推動『精神病患社區復健』試辦計畫以方案計畫的方式提供經費補助與民間單位合作，至1995年中央健康保險局成立，將社區復健列入健保給付業務，需與健保局簽約，由健保局給付社區復健治療費，然而想要申請辦理社區復健中心單位，大都數是租賃房子不符建築法規F類2組定義，亦是房子無法變更用途為殘障福利機構，社區精神復健概念因

政府宣導不足，復健治療費用給付過低，使之落實社區精神復健政策窒礙難行。依據國內學者謝佳蓉、蕭淑貞（2006）研究報告指出社區精神復健機構面臨問題有精神復健資源之供需逐漸失衡，依衛生署在進行精神醫療與復健措施的需求推估數計算基準可能已不敷實際的盛行率狀況，且現有社區精神復健機構僅於健保給付之限制，民間單位對於利潤較少的精神復健機構，缺乏開辦意願，加上建築及消防法規對於精神復健機構之限制，以致分析全省有27%的住院病患應出院而未出院，其原因政府為減輕醫療費用負擔，凡申請重大傷病卡者，住院醫療費用由健保局負擔，病患僅付伙食費，因此，住院花費比居住社區花費低，家屬寧願選擇住院，另則社區復健中心患寡也患不均；除之前提到的資源分佈不均外，社區復健中心的數量不足和全民健康保險給付給社區照護的費用很有關係⁴¹。

依 93 年台灣社區復健中心全國服務量 1,427 人，達成率 31%，至 99 年全國服務量 3,885 人，達成率 84%（表 4-1）⁴²，由台灣社區復健中心資源現況表中顯示有縣市過少或過多情形，如台北區及南區達成率前則 51%，後則 31%，然而高屏區及東區達成率超出預估數，但東區因有玉里醫院與玉里榮民醫院其超出預估數是可以理解，整個發展情形仍有縣市無社區復健中，如新竹、嘉義、台東等地區，（表 4-2）⁴³。

⁴¹謝佳蓉、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 卷 2 期，頁 47。

⁴²行政院衛生署。<http://www.doh.gov.tw/statustuc/data/>醫療服務量現況及服務結果摘要表。（2011/5/25）。

⁴³同前註。

表 4-1 台灣社區復健中心成長現況表

區域	需求數 0.02/100人	現有數			達成率%		
		93年	95年	99年	93年	95年	99年
全國	4600	1427	2431	3885	31	53	84
台北區	1470	528	768	754	36	52	51
北區	650	50	218	421	8	34	65
中區	900	170	310	1357	19	34	151
南區	700	107	244	217	15	35	31
高屏區	740	398	667	927	54	90	125
東區	120	174	224	209	69	187	174

資料來源：衛生署提供；謝佳容、蕭淑珍，2006

表 4-2 無社區復健中心之縣市

縣市	推估需求量	縣市	推估需求量
新竹縣	93	臺東縣	48
嘉義縣	112	澎湖縣	18
金門縣	12		

資料來源：衛生署提供；謝佳容、蕭淑珍，2006

依據國家衛生研究院(2005)於台灣社區精神照護研討會-家庭照護與就業服務之社區復健發展現況中指出，社區復健中心在提供服務的量方面發展緩慢，其探究原因是〈1〉開辦社區復健中心房舍不易尋找及房子變更用途中關聯消防及建管申請手續繁雜，立案困難。〈2〉尋找專業人員不易。〈3〉開辦時政府補助經費不足。〈4〉居民對精神病的污名刻版印象，排斥精障者進入社區。〈5〉區域內醫院病房數及日間留院容量，遠超過推估需求數，以致社區復健無法生存。〈6〉每半年個案需重新開立社區復健中心的轉介單，手續繁瑣。〈7〉健保申請費用耗時，抽查個案資料頻繁，單憑健保收入，無法平衡收支，需其他經費補助或自行籌措經費。〈8〉學員工作訓練所得獎勵金太少，影響個案參與動機。

〈9〉需每天過健保卡，家屬不放心及學員覺得不方便，經常忘記帶。〈10〉家屬配合度差，造成學員病情不穩，再住院⁴⁴。

然而由資料(表4-3)⁴⁵顯示99年全省75家社區復健中心，許可服務人數3,885人，但實際服務人數為2,984人，其平均資源使用率才76.81%，仍有些地區使用率不足，原因病人及照顧者參與或支持社區復健中心動機不足，照顧者對病患使用這些服務時不放心，質疑社區復健治療得效果，亦覺得病患病情穩定在家中即可，另則病人出院時精神醫療團隊對個案出院準備銜接社區的業務未徹底執行⁴⁶。黃梅羹、胡海國(1994)指出使用率偏低原因有〈1〉不知道有這類機構，〈2〉不知道如何使用，〈3〉沒有動機使用，〈4〉地點交通不方便，〈5〉擔心有負面的烙印，〈6〉生活正常不必使用等⁴⁷。

⁴⁴高麗芷(2005)。全國精神社區復健中心之現況與特色-胡海國總編、簡以嘉主編，台灣社區精神照護研討會-家庭照護與就業服務。台北：國家衛生研究院，頁76-77

⁴⁵行政院衛生署。hppt://www.doh.gov.tw/statustuc/data/醫療服務量現況。(2011/5/25)。

⁴⁶宋麗玉(2000)。促進社區精神復健服務支使用-一個實驗方案結果呈現。社會政策與社會工作學刊4卷 1期，頁1

⁴⁷黃梅羹、胡海國、黃曼聰(1994)。都會地區發展精神分裂病社區復建相關因素之研究。中華民國醫務 社會工作學刊，第四期 頁117-139

表 4-3 台灣社區復健中心資源現況表

縣市別	家數	許可服務人數	實際服務人數	資源利用率%
合計	75	3885	2984	76.81
新北市	6	221	184	83.26
宜蘭縣	2	77	47	61.04
桃園縣	3	122	99	81.15
苗栗縣	3	175	105	60.00
台中縣	8	567	291	51.32
彰化縣	3	173	133	76.88
南投縣	5	406	312	76.85
雲林縣	1	50	-	0
台南縣	1	40	28	70.00
高雄縣	6	328	312	95.12
屏東縣	2	174	115	66.09
花蓮縣	4	209	209	100
基隆市	1	45	45	100
新竹市	3	124	98	79.03
台中市	5	161	106	65.83
嘉義市	2	55	43	78.18
台南市	3	122	102	83.61
台北市	8	411	411	100
高雄市	8	425	344	80.94

資料來源：行政院衛生署精神醫療資源現況表，2010

表 4-4 各縣市轄內精神復健機構開放數統計一覽表

至 100 年 12 月

縣 市	日間型精神復健機構		縣 市	日間型精神復健機構	
	設置 登記數	每萬人口 開放數		設置 登記數	每萬人口 開放數
基隆市	45	1.18	彰化縣	142	1.09
臺北市	411	1.55	南投縣	406	7.77
新北市	221	0.56	雲林縣	-	0.00
宜蘭縣	162	3.53	嘉義縣	-	0.00
金門縣	-	0.00	嘉義市	15	0.55
連江縣	-	0.00	臺南市	177	0.94
桃園縣	85	0.42	高雄市	719	2.59
新竹縣	30	0.58	屏東縣	204	2.36
新竹市	124	2.95	澎湖縣	-	0.00
苗栗縣	175	3.11	臺東縣	-	0.00
臺中市	482	1.81	花蓮縣	165	4.90

資料來源：行政院衛生署精神醫療資源現況表，2011

陸、小結

精神疾病的照護除了藥物治療外，適當的心理社會治療(psychosocial therapies)是十分需要的，如1. 社交技巧訓練(social skills training) 幫忙患者修飾語言和非語言溝通技巧、瞭解對方用意、適當表達讚美感謝等正向情緒、如何化開被批評指責等負向情緒，以及將行為技巧移轉到適應新的社會情境

上等。2. 認知訓練利用電腦訓練個案的認知功能(如注意力、操作速度、記憶、執行能力等)。兩者訓練運用到日常生活中。除此之外包括社區活動、娛樂治療、藝術治療、職業功能訓練等，對於穩定情緒、增加體能、促進社交互動、提高自信心與自尊心、培養職業能力等都有助益⁴⁸。

社區精神復健治療視慢性化的精神病患視為唯一獨立的個體，協助他自己潛能完全發揮出來，重視病人的能力以及強調其優點，精神復健是持續性的治療活動而不是短期的，其最終目標是協助精神病患適應社區生活，藉由職能治療、工作取向，增加就業率，降低住院率。

政府將社區復健業務開始委託公立精神醫療機構，以經費補助方式辦理，其分布區域於北、中、南、東部等，提供服務內容因地區不同與連結社區資源差異性，發展出不同復健模式，南區以高雄凱旋醫院為代表，所謂大寮模式，提供產品代工、種菜、園藝之工作訓練，並與民間單位合作。北區有台北市立療養院，所謂台北模式，以手工藝及產品代工為主⁴⁹。東部因地理環境因素，提供種稻米、養豬及工作隊方式至社區商家工作。這些服務方式是台灣開始發展社區復健公私協力的始作俑者。

由前面的論述我們可以得知，在社區照護系統中建立政府部門與民間部門間的夥伴關係已是實務上之重要趨勢，若期望能在社區精神復健福利供給民營化中建立理想的公私協力之互動關係，便需要釐清政府部門政策導向、誘因導向及策略適當性，否則是很難建立既平等、互信、長期合作、資源分享、責任分擔的互動關係。

⁴⁸黃宗正^{1,2}、劉智民。精神分裂症的臨床與精神病理，台灣醫學，2011年15卷4期，頁370-371。

⁴⁹高麗芷、周美華(2004)。台北市社區精神復健中心。北市醫學雜誌，1(4)，頁125。

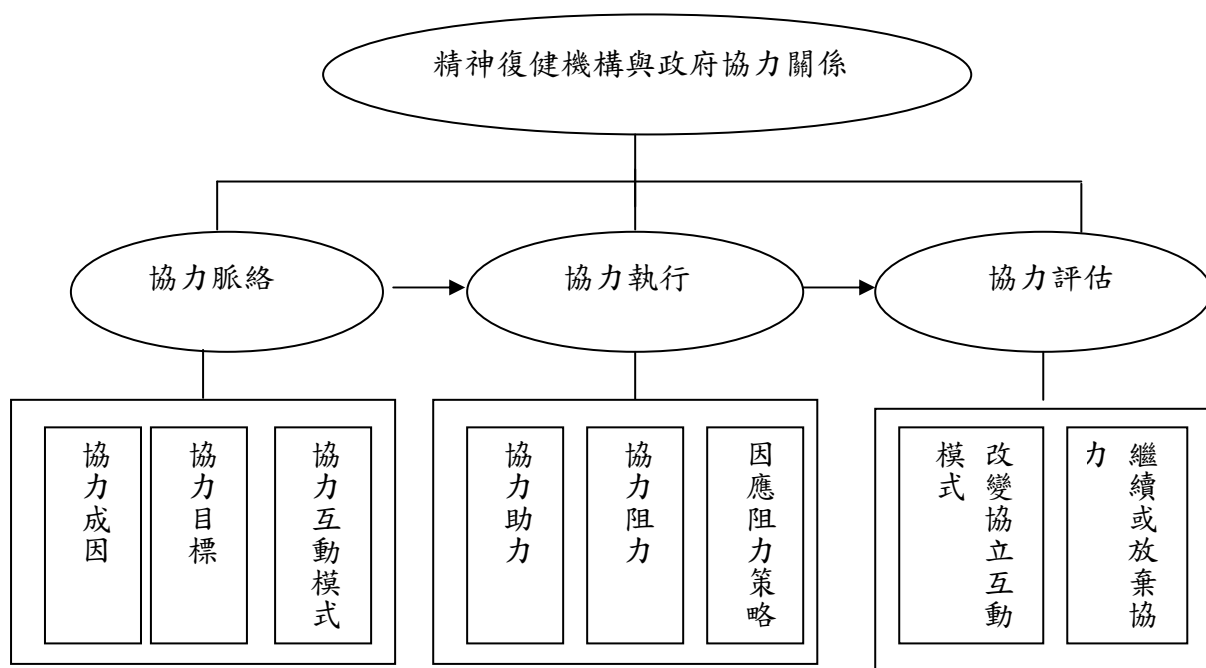
第三章 研究設計

本章共分成三小節。第一節研究架構，依據研究目的及文獻回顧建立研究架構、擬定訪談題綱、訪談對象的選擇。第二節研究方法，本研究採質性研究，資料蒐集的方法包含：文獻分析法、深度訪談法以及探討信效度問題。第三節則研究倫理。

第一節 研究架構

一、 研究架構

本研究架構以精神復健機構與政府協力關係為主軸，先以文獻回顧闡述慢性精神疾病的定義與特性，公私協力相關理論、互動模式、政府運用公私協力合作關係推動精神復健服務照護精神病患；再探究精神復健機構與政府協力執行中政府對復健機構助力、阻力、克服阻力方法等，最後依研究目的及研究方向設計成訪談題綱，以深度訪談、相關文獻之分析等方式蒐集研究資料，再根據所得之資料加以歸納與分析而整理出結論，以作為日後精神復健機構與政府進行協力關係之參考。



圖示 3-1：研究架構

資料來源：研究者自繪

三、擬定訪談題綱

二、研究面向的分析

本研究的主要目的在探討高雄市日間型社區復健機構與政府協力關係，其包含：「協力脈絡」、「協力執行」、「協力評估」，而參酌相關文獻之精神疾病的人口特性、公私協力理論及社區精神復健與政府協力發展關係，依據前述理論探討「協力的成因」、「協力目標」、「協力互動模式」、「協力助力」、「協力阻力」、「因應阻力的策略」、「改變協力互動模式」、「繼續或放棄協力」等八個題向，以作為本研究的研究架構以及訪談大綱的基礎。

（一）協力的脈絡：

由文獻回顧發現社區精神復健機構與政府形成協力關係有可能是政府為推動公共福利政策、機構領導者的治理的概念、公民參與公共福利服務的理念或有著共同的目標等。本研究試著找出社區復健機構與政府形成協力關係的脈絡為何？即是探討社區復健機構與政府合作的目標，並瞭解雙方協力互動模式，然而互動關係模式，考驗雙方協力執行工作的順暢與否。

（二）協力執行：

在文獻回顧中得知，公私部門協力執行中雙方協力關係能夠長期穩定的合作，其政府對民間部門助力或正面效益？當私部門執行雙方訂定契約或課責績效時，面對機構經營管理之理念與公部門的制定規範目標或利益有衝突，仍然會對協力關係抱持著期待及試著要維持這樣的協力關係，在互動過程中的阻力及困境有哪些，克服這些困境的策略為何？甚至哪些困境是目前無法解決的？

（三）協力評估：

進一步探究精神復健機構與政府協力關係，私部門期待抱持互動關係為何？公私協力關係的退場或繼續合作機制為何？

三、訪談題綱

本研究是探討精神復健機構與政府協力關係，根據研究架構，擬定半結構式訪談大綱，訪談內容：

- (一) 協力脈絡：形成協力關係的成因、目標及協力互動關係的看法。
- (二) 協力執行：執行服務輸送的互動過程中，政府協力助力、阻力、解決困境的策略。
- (三) 協力評估：省思與政府協力關係中對未來精神復健機構與政府互動模式的改變，政府對精神復健機構的評鑑，決定協力關係繼續或結束的看法。

訪談大綱擬妥之後，為使訪談對象對訪談題意易於理解或避免與研究者預收集資料有出入，故在正式訪談之前先對精神復健機構工作的職能治療師一人、管理員一人作預試，預試後，根據預試對象所提供之意見並請指導教授等專家修正後擬定訪談大綱如下：

- (一) 貴社區精神復健機構的業務會與政府採取協力模式的原因是什麼？是為提升服務品質？解決財源問題？還是因應或順從政府的政策？或是基於甚麼樣的機緣所促成？
- (二) 您認為貴機構與政府間的協力目標各為何？相同之處？不同之處？
- (三) 您認為貴機構與政府間協力は屬何種互動模式？(1) 從屬關係，上層指揮，另一方配合及服從的地位；(2) 水平關係，一方擁有主導權，另一方互補性協助；(3) 平等關係，雙方都相同重要，缺一不可的夥伴關係。
- (四) 與政府協力時，對貴機構提供服務中的助力有哪些？對社區復健有何正面效益？
- (五) 與政府協力時，對貴機構提供服務中的阻力有哪些？對社區復健有何負面效益？貴機構有能力解決這些困難嗎？方法或策略為何？尚無法

解決困難有哪些？

(六) 您認為貴機構與政府間協力應改為何種互動模式較為合適？(1) 從屬關係，上層指揮，另一方配合及服從的地位；(2) 水平關係，一方擁有主導權，另一方互補性協助；(3) 平等關係，雙方都相同重要，缺一不可的夥伴關係。為什麼？

(七) 整體而言，您認為貴機構未來在服務推動上會再採取與政府協力互動模式進行嗎？為什麼？

四、研究對象的選擇與描述

本研究是以深度訪進行研究，其研究對象是要對社區復健及經營理念豐富經驗，可以對精神復健與政府協力實務經驗及相當程度瞭解者為選取條件，因此以高雄市社區復健機構的資深負責人⁵⁰亦是專業工作人員作為訪談對象。而訪談對象 8 人分布在高雄市不同經營模式的日間型精神復健機構：(1). 公立

⁵⁰ 依據 99 年度精神復健機構評鑑基準對復健機構負責人有評分規範：

基準	配分	評分說明
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。

精神復健機構 2 人。(2).財團法人附設精神復健機構 2 人。(3).社團法人附設精神復健機構 2 人。(4).個人經營精神復健機構 2 人。性別區分為男性三人、女性五人，專業背景是職能治療師 3 人、護理師 4 人、社工 1 人，其工作平均年資有 13 年，受訪者基本資料整理如表 5-1：

表 5-1 受訪者編碼、基本資料、訪談時間地點一覽表

受訪者的編碼以英文字 A 為代碼，依序 A1、A2...				
受訪者身份	受訪者編碼	基本資料	訪談時間	訪談地點
私立社區復健中心負責人	A1	男性 職能治療師 評鑑委員 工作年資 15 年	101/4/18 14:40-17:30	復健中心 辦公室
公立社區復健中心負責人	A2	女性 護理師、社工 工作年資 13 年	101/4/19 09:10-11:10	復健中心 辦公室
社團法人附設社區復健中心負責人	A3	女性 護理師 工作年資 7 年	101/4/20 14:10-16:00	復健中心 辦公室
公立社區復健中心負責人	A4	男性 職能治療師 工作年資 9 年	101/4/23 09:10-11:00	復健中心 辦公室
私立社區復健中心負責人	A5	女性 護理師 工作年資 12 年	101/4/27 14:10-16:20	麥當勞 博愛店
財團法人附設社區復健中心負責人	A6	女性 護理師 工作年資 19 年	101/5/01 10:10-12:00	復健中心 辦公室
社團法人附設社區復健中心負責人	A7	男性 職能治療師 工作年資 9 年	101/5/02 10:10-12:00	復健中心 辦公室
財團法人附設社區復健中心負責人	A8	女性 護理師 工作年資 14 年	101/5/07 16:30-18:20	復健中心 辦公室

第二節 研究方法

本研究是質性的研究方法其的資料蒐集方式，主要為經由研究者透過「文獻分析法」、「半結構式的深度訪談」、「個案分析」的方式來取得研究資料。

壹、文獻分析法

係採取文獻探究之方式，透過政府與民間組織共同為精神障礙者之社區精神復健及公私協力的相關文獻等資料的蒐集、分析、整理及歸納，對公私協力關係概念有所瞭解，做為理論與實務分析評述之根據。

文獻資料主要蒐集來自國內外有關精神復健公私協力的發展歷程、影響因素、公私協力相關理論、互動關係、社會福利民營化、公辦民營、非營利組織、民間部門等書籍、期刊或相關的實證研究等次級資料，透過相關文獻的資料作為本研究分析之依據，期能從相關資料，兼顧理論與實務，完整地呈現出政府與民間組織的夥伴關係，並探討政府與民間組織間協力關係的相關各種問題和意涵。

一、專書文獻

國內以往針對精神疾病之社區復健機構的研究文獻並不多見，更缺乏相關社區復健之公私協力文獻，因此以政府對設置精神復健機構之規範為例，將公私協力相關專書整理如下表 5-2。

表 5-2 公私協力相關專書一覽表

作者	書名	出版社	出版年
廖榮利	精神病理社會工作	五南圖書	1993
楊延光	杜鵑窩的春天	張老師文化	1999
江明修	非營利管理	智勝文化	2002
李宗勳	政府業務委外經營理論與實務。	智勝文化	2002
郭鋒志主譯	現代社區精神醫療整合式心理 衛生服務體系	心理	2002
劉麗雯	非營利組織：協調合作的社會福 利服務	雙葉書廊	2004
張君威	精神醫療的美麗境界－大溫哥 華精神衛生照護模式。	秀威資訊科技股 份有限公司	2006

資料來源：作者自行整理

江明修編著《非營利管理》一書，從宏觀的角度來探討非營利組織可能臨之重要問題，其中在互動層面上，對公私協力關係的興起、定義、相關理論的探討、國際經驗、以及政府與第三部門協力關係策略管理其組織使命、目標，透過目標進行績效評估有深入探討，並提出公私協力的具體策略。

李宗勳之著作《政府業務委外經營：理論與實務》，主要論述委外經營的背景、理論基礎、策略與實際運作及我國政府業務委外經營的經驗，探討我國委外經營的實務個案與政策內涵，並歸納整理國內外經驗與借鏡，說明未來的委外經營遠景與藍圖。

劉麗雯在《非營利組織：協調合作的社會福利服務》一書中，主要說明非營利組織間協調合作的理論、策略行動、研究方法議題及實務解析等作系統性的整理與論述，特別對非營利組織與政府機構之間的協調合作以專章來探討，並且提出創造成功協調合作環境之建議與省思。

廖榮利《精神病理社會工作》一書中，精神疾病的生病原因，社會工作者如

何協助病患、家屬運用醫療相關資源，使疾病獲得適當照護，家屬得有喘息空間。

楊延光《杜鵑窩的春天》一書中，以淺顯易懂敘述方式介紹精神疾病病理原因、精神疾病種類與運用個案生病歷程故事使閱者更能貼近精神疾病患者的內心層面，亦探討精神醫療照顧的困境，相關醫療、社會福利資源詳細陳述，使精神醫療工作人員、精神疾病患者、家屬易了解，運用於精神疾病照護中。

郭鋒志主譯《現代社區精神醫療整合式心理衛生服務體系》一書中，介紹社區精神醫療之歷史背景、理論基礎、治療方式及相關社會文化、法律、政治環境、人類行為及精神復健治療等有精闢的闡述，從書中認識美國推展社區精神復健透過公私協力關係，在社區發展出不同的服務模式。

張君威《精神醫療的美麗境界-大溫哥華精神衛生照護模式》一書，以溫哥華的精神醫療及社區復健服務經驗為台灣的借鏡，希望能藉由國外的精神照護觀念，減少台灣未來自行摸索的過程，使台灣精神醫療躍進一個新的美麗境界。

二、期刊文獻

文獻的回顧中，近年來有為數不少的文章是以第三部門或是非營利部門與政府協力為主題的相關論述及政府推動社區精神復健之相關著作，本文旨在探討社區精神復健機構與政府的協力關係，相關的期刊文章整理如表 5-3：

表 5-3 本文相關期刊文獻回顧一覽表

作者	研究題目	研究焦點
吳英明 (1993)	公私部門協力關係和「公民參與」之探討。	公民參與的意義、公私部門互動的模式、及公私部門協力關係之意義。
李宗翰 (1995)	從美國的精神復健模式來探究國內的精神復健現況與困境。	從美國精神復健服務模式為台灣社區復健發展之借鏡及全民健保實施後對精神復健影響。

作者	研究題目	研究焦點
林玉華 (2000)	公私夥伴關係的治理：理論的初探兼論因英國的第三條道路。	夥伴關係是治理的一種工具，其成功關係要件是互相信任、目標清楚、責任明確、分工確實。
吳濟華 (2000)	公私協力策略推動都市建設之法制化研究。	政府運用契約委外方式，可以節省政府財政與人力負擔，基於社會與經濟的共同目標，公私協力共創雙贏。
宋麗玉 (2000)	建構台灣慢性精神病之社區支持體系醫療模式與社會心理模式之整合。	探討台灣慢性精神病患的照顧政策以精神醫療、社區復健與家庭照顧者之問題及困境，提出運用公私協力建構有利精障者社區支持體系。
宋麗玉 (2000)	促進社區精神復健服務支使用——一個實驗方案結果呈現。	研究出院之後精障者使用社區復健服務的比例及社區復健對精障者功能的影響與減輕家屬照顧的負荷程度。
李宗勳 (2004)	公私協力與委外化的效應與價值——一項進行中的治理改造工程。	委外如何提供民間參與的足夠誘因，追求的目標，如何執行及如何監督與管理獲得成果及績效。
李宗勳 (2004)	公私協力與委外化的效應與價值——一項進行中的治理改造工程。	委外如何提供民間參與的足夠誘因，追求的目標，如何執行及如何監督與管理獲得成果及績效。
高麗芷、 周美華 (2004)	台北市社區精神復健中心。	台北市社區精神復健服務方式及服務策以結構面、執行面、成果面探討。
李柏諭 (2005)	跨部門治理的理論與實踐：以連潭國際文教會館的委外經營為例。	公司協力跨部門合作關係其成功的關鍵決定於互動是動態性或穩定性。
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。	社區復健的重要性和發展的類型，針對精神復健機構提出實務面與政策面的問題。

作者	研究題目	研究焦點
林淑馨 (2008)	社服型非營利組織與政府再服務輸送互動上困境分析。	運用Najam提出理論探討非營利組織與政府的互動關係，因不同分析面向產生不同關係型態。

三、研究論文

收集文獻資料擇其與本研究相關理論架構及研究方法之論文為主，彙整如表

5-4：

表 5-4 本文相關的研究論文回顧一覽表

作者	題目	研究方法	研究目的
朱森村 (1999)	公私協力關係之研究-台北市推動社區大學個案分析。	深度訪談法 文獻分析法	探討公私部門關係、公私部門協理論與策略分析，並以台北市推動社區大學為例，以深入訪談方式，探討政府部門與民間在從事公私協力上的問題與解決。
郭昇勳 (2000)	公私合夥理論與應用之研究。	文獻分析法	探討公私部門合夥關係之興起背景、理論基礎、運作類型與成功要件，並探討美、英、日之公私合夥經驗，以及我國公私合夥現況。
嚴秀雯 (2001)	政府與非營利關係-以台北市的獨居老人居家照護。	深度訪談法 文獻分析法	與非營利組織合作成功需要哪些條件的配合，政府與非營利組織必須具備哪些條件，同時探討我國目前在此方案上的現況，並提出改進之建議。

作者	題目	研究方法	研究目的
林美華 (2002)	政府與非營利組織夥伴關係-以中部三縣市生活重建服務中心為例。	質性研究 文獻分析法 深度訪談法 參與觀察法	三縣市政府間的互動情形比較分析，據以了解各縣市政府與非營利組織彼此間是否為合作、夥伴的互動關係，而各縣市政府在與中心互動時有何差異，而欲達成好的夥伴關係，又有何要件及執行秘訣，並提出政策建議。
李建村 (2002)	公私部門協力關係之研究-以台北市文湖國小社區學區聯防為例	質性研究 文獻分析法 深度訪談法 個案分析	瞭解公私部門協力互動關係傳遞與互動模式及社區、學區安全聯防體系和執行中困境與互動原則。
王千文 (2005)	公私協力執行的經驗性研究-以台北市社區規畫師制度為例。	德菲法分析法	藉由對「社區規劃師」制度的探討，為了解都市發展中公私部門的協力狀況，並評估相關理論的解釋能力與侷限。本研究將以前此文獻所提及之執行成功要件作為理想化的協力要件，藉此瞭解公私協力下社區規劃師，對這些要件的滿意程度為何。
陳靜子 (2007)	台北市社區大學經營管理問題之研究-政府服務委外監督機制建立之觀點。	質性研究 深度訪談法 文獻分析法	契約在整個公共服務管理的機制，傳統政府科層制度其管理與民間的經營管理之不同，因此探討公部門如何監督管理其績效。
陳景霖 (2008)	公私協力夥伴關係之治理模式-以花蓮縣豐田社區總體營造為例	質性研究 深度訪談法 個案分析	政府與社區得角色、協力互動關係遭受得問題，即在社區中可行性、適當性。

作者	題目	研究方法	研究目的
謝宏政 (2011)	公私協力探討社區營造中心之營運-以新竹市為例。	質性研究 深度訪談法 個案分析	協力治理模型，以「初始狀況」、「制度設計」、「促進型領導」、「協力過程」等四項構面，建立社區營造中心營運之研究。

茲將上述諸研究之研究面向與具體要點整理如表 5-5：

表 5-5 研究面向與研究目的具體要點一覽表

研究面向	研究目的	相關研究
協力脈絡	協力的成因	吳英明 (1993) 林玉華 (2000) 吳濟華 (2000)
	協力的目標	李建村 (2002) 李宗勳 (2002)
	協力的互動模式	江明修 (2002)
協力執行	協力助力	朱森村 (1999) 郭昇勳 (2000)
	協力阻力	江明修 (2002) 林美華 (2002)
	因應阻力策略	王千文 (2005) 陳景霖 (2008)
協力評估	改變協力互動模式	李宗勳 (2002) 陳靜子 (2007)
	繼續或放棄協力	謝宏政 (2011)

資料來源 研究者自行整理

貳、深度訪談

一、訪談的定義

訪談是一種收集資料的方法由研究者與受訪者面對面的語言交換，了解受訪者正在做什麼或想甚麼、為何要如此進行等，以研究過程區分為結構式訪談、半

結構式或非結構式訪談及群體訪談⁵¹。

訪談分為開放式、半結構式與結構式訪談（傅篤誠，2003）⁵²。訪談者與研究者面對面直接交談，訪談法乃為質化研究中最廣泛運用蒐集資料的一種方法，期望經由實際的場域，透過受訪者個人感受、經驗的陳述，研究者獲得了解及解釋受訪者個人對研究議題的認知，發掘事實真相，尤其在研究題材不易從表面觀察得到，經由特定對象或訊息提供者的訪談，憑藉其在組織工作中的知識、經驗與地位，協助研究者深入現象或議題的核心部份，本研究採用半結構式訪談。

二、正式訪談

- （一）擬定受訪者名單，依名單先以電話與受訪者口頭邀約訪談時間及地點，說明訪談目的與訪談內容。正式訪談時，徵求受訪者同意在訪談過程中會有錄音。
- （二）為避免有遺漏，訪談結束後，根據錄音內容繕打成逐字稿，建立訪談記錄，並在訪談中紀錄受訪者的非語言溝通、肢體動作、表情、口氣等，可以藉此了解受訪者的情緒及受訪情境，使收集資料詳盡確實。除此之外，若受訪者對題意有疑問，會加以說明解釋，以避免受訪者誤解題意，而答非所問。
- （三）訪談結束將訪談稿完成後，請受訪者確認訪談稿內容是否符合受訪者的想法，若有出入，請受訪者修正不妥之處，研究者進一步與受訪者確認內容不妥處後，再予以修改。

三、資料信效度

質性研究因為是以人為研究工具，故必須特別重視研究資料具有可驗證

⁵¹Minichiello et al, 1995,p.62 轉引自林金定等 2005，質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析，身心障礙研究，頁 123。

⁵²傅篤誠，2003 非營利事業行銷管理，中華非營利組織管理學會，頁 208-209。

性以及可信賴性，因此整個研究過程，研究者必須留意研究資料的信效度。

(一) 信度具有一定可靠程度，可靠程度不是每次試驗都會相同結果而是所得結果有些偏差但偏差在可許範圍內⁵³。

(二) 研究者的記錄資料與自然背景中實際發生事物的吻合程度視為質性研究之信度，(林重新，2001；王文科，2000) 信度分為內在信度與外在信度：

1. 內在信度係指對相同的條件，蒐集、分析和解釋資料的一致程度。
2. 外在信度則在處理獨立的研究者能否在相同或類似的情境中可以發現相同的現象研究的問題。

(三) 一般討論質性研究的效度時，多指其研究結果是否可接受的、可信賴的或是可靠，質性研究效度可分為內在效度與外在效度：

1. 內在效度關注研究的結果是否屬於因果關係描述現象，如何運作（即研究過程）以及發展和應證初步的因果假設和理論。
2. 外在效度指研究結果可推論到類似情境的程度。

(四) 效度包括內效度預測效度與結構效度；內容效度是設定變數能完全解釋研究對象，預測效度是能準確推論研究結果，結構效度所使用推理過程合乎一般邏輯規範⁵⁴。

(五) 本研究提高信度的方法有：

1. 選擇受訪者多是從事精神復健機構之負責人。
2. 詳加紀錄訪談的時間、地點、及情境。
3. 全程將訪談內容錄音，並依據錄音內容繕打成逐字稿，避免訪談內容的疏漏。
4. 本研究運用訪談紀錄、文獻資料、個案分析等不同來源的資料來驗證結果

⁵³ 傅篤誠，2003 非營利事業行銷管理，中華非營利組織管理學會，頁 2003

⁵⁴ 同前註，頁 2003

的一致性。

5. 蒐集資料盡量呈現事實，作具體深入的描述，而少用推論的方式。
6. 訪談大綱經由預試的檢驗與指導教授等專家的修正。

第三節 研究倫理

倫理(ethics)通常是指人與人之間的相處關係，亦是一種行為規範，進行質性研究必須遵守的行為規範及原則，有學者黃瑞琴(1991)在《質的教育研究方法》一書中有專門討論倫理的課題，所論包括：

- 一、研究結果不得作為非研究用途(如評鑑、考核等)。
- 二、儘可能誠實以對，讓研究對象了解研究目的和性質。
- 三、保持高敏感度，避免破壞研究現場的人事、結構與氣氛。
- 四、要有感同身受的同理心，避免傷害研究對象。
- 五、在研究過程與報告中，謹守匿名原則，確保資料不外洩。
- 六、中立觀察、紀錄而不介入研究情境。

林天佑(2005)在研究的實施過程，要遵守意願、安全、私密、誠信的四大原則：即在進行研究時，要直接向受訪者告知研究性質，並尊重其參與意願；在研究過程，在資料呈現時，不洩漏個人的資料及屬性；不得欺騙研究對象，但如確屬不可避免，必需事後予以委婉補救、說明。

上述學者對研究倫理的論述，本研究僅遵研究倫理及原則如下：

- 一、尊重受訪者：研究者事先都需經過受訪者的同意，尊重志願方式參與研究，研究過程中，要留意參與者的感受，訪談時採用錄音的方式，需經過受訪者的同意。
- 二、陳述受訪者內容皆以代號表示。

三、參與者有隨時退出研究的權利。

四、研究者對每個受訪者都要應明確的告知研究目的，不可有欺騙受訪者的行為。

五、客觀分析訪談資料，研究者應儘量原貌呈現，不可臆測或杜撰，研究結果僅作研究用途。



第四章 研究個案分析

本章分三節；第一節高雄市日間型社區復健機構現況，第二節政府對社區復健機構的治理策略，第三節精神復健機構與政府協力關係探究。

第一節 高雄市日間型社區復健機構現況

壹、高雄市精神障礙者人口分佈現況：

高雄縣市合併於99年12月25日，原高雄市劃分為9個行政區域，其精神障礙人數占前三名為三民區1,763人，其次是前鎮區1,244人，而苓雅區1,047人。原高雄縣幅源遼闊整個區域劃分27鄉鎮，其精神障礙人數鳳山區1,659人為最多，大寮區666人次之，林園區445人居第三，然而合併之後，高雄市38個行政區域，精神障礙者人口分佈佔前四名區域，有三民區、鳳山區、前鎮區、苓雅區，高雄市精神障礙者總人口有15,167人，占高雄市身心障礙者128,912人之11.77%如(表6-1)⁵⁵。由精神障礙人口分佈情況，觀察精神復健機構設置區域分布情形與精神障礙者人口分佈及精神醫療機構設置區域是相對應。

⁵⁵ <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week10035.doc>，(2011/6/27)。

表 6-1 高雄市精神障礙者人數統計

民國 99 年底 單位：人

行政區	精神障礙 人數	行政區	精神障礙 人數	行政區	精神障礙 人數
三民區	1,763	大寮區	666	永安區	53
鳳山區	1,659	大樹區	255	彌陀區	131
前鎮區	1,244	大社區	158	梓官區	204
苓雅區	1,047	仁武區	268	旗山區	234
左營區	945	鳥松區	165	美農區	249
楠梓區	836	岡山區	76	六龜區	107
小港區	776	橋頭區	155	甲仙區	35
新興區	295	燕巢區	162	杉林區	88
鼓山區	675	田寮區	33	內門區	99
旗津區	328	阿蓮區	121	茂林區	5
鹽埕區	202	路竹區	392	桃源區	7
前金區	182	湖內區	146	那瑪夏	15
林園區	445	茄萣區	214		

資料來源：內政部統計處，2010 第四季

貳、高雄市日間型社區精神復健機構分佈現況：

行政院衛生署依推估精神疾病的盛行率推估精神復健之需求，以每萬人有二人需要社區精神復健之服務，而高雄市人口有 2,773,483 人，應需求數為 555 人，實際服務 764 人，超出 209 人，佔每萬人 2.59，以設置登記數高雄市最多，而依每萬人口比率高雄市佔全省第六位，觀察高雄市精神醫療資源包括高雄市立凱旋醫院、高雄醫學院、陸軍 802 總醫院、高雄市私立仁愛之家附設慈惠醫院、樂安醫院、高雄榮民總醫院、靜和醫院、靜和醫院燕巢分院、高雄長庚醫院等，

然而大部份精神醫療機構附設社區復健中心，其中公立凱旋醫院之社區復健中心許可服務人數 120 人佔總服務人數 15.71% ，為高雄市第一位，而其次為樂安精神專科醫院附設五龍發社區復健中心 90 人佔 11.78% ，及高雄醫學大學附設醫院之精神科的社區復健中心二家總服務人數 90 人佔 11.78% ，社團法人高雄縣心理復健家屬關懷協會附設二家社區復健中心總服務人數 85 人佔 11.12% ，如表 6-2 所示⁵⁶。

表 6-2 高雄市社區復健中心資源現況表

行政區	機構名稱	許可服務人數
苓雅區	高雄市立凱旋醫院附設社區復健中心	120
	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處 附設社區復健中心	40
	私立福德社區復健中心	45
前金區	社團法人高雄市康復之友協會 附設私立仙人掌社區復健工作坊	40
三民區	高醫第二社區復健中心	45
	高醫築夢安生社區復健中心	45
左營區	高雄榮民總醫院附設紅樓社區復健中心	30
小港區	私立呈泰日間型精神復健機構	30
鳳山區	佛明社區復健中心	29
	社團法人高雄縣心理復健家屬關懷協會 附設圓夢社區復健中心	40
大寮區	高雄市立凱旋醫院附設大寮社區復健中心	45
	財團法人台灣省私立高雄仁愛之家 附設社區復健中心	75
岡山區	五龍發社區復健中心	90
旗山區	月娥社區復健中心	45
前鎮區	社團法人高雄縣心理復健家屬關懷協會 附設喜福社區復健中心	45
合計	15 家	764

資料來源：高雄市政府衛生局，2012

⁵⁶高雄市政府衛生局。<http://khd.kcg.gov.tw//Attachment/>。100 年高雄市精神照護機構。(2012/5/016)。

參、高雄市日間型社區精神復健機構類型

本研究以高雄市日間型社區精神復健機構為研究對象，訪問 8 間不同類型復健機構，將復健機構做概要的介紹：

一、高雄市公立精神復健機構

(一) 公立專科教學醫院附設社區復健中心

母機構成立於民國五十年，而醫院服務目標為高雄市民身心健康的守護者，為高雄地區精神醫療網之核心醫院，現有病床數為 821 床、社區復健中心二家合計 165 床、康復之家二家合計 70 床，養護床 248 床、護理之家 99 床。

提供慢性精神病患作統整性積極的復健與產業訓練方式，作為病患重返社區前之準備，因此於九十四年在院內興蓋一棟二層大樓為第二家日間型社區精神復健機構，收置 120 人為高雄市最大規模的社區復健機構，其優勢是鄰近母機構故復健治療服務設施及個案來源結合母機構醫療資源，而其缺點亦失去社區化復健訓練的意義。

(二) 公立綜合教學醫院精神科附設社區復健中心

母機構成立於民國七十九年，於八十三年住院服務量提升至急性病房 40 床，日間病房 50 床，於八十六年急性病房 40 床在擴增為 48 床。

於九十七年將院區內屋齡近二十年，但別具特色的古厝改建為社區復健中心，以提供一個可近性、安全又豐富的復健環境，才能真正協助與支持精神障礙患者在社區內獨立自主的生活⁵⁷。原本許可設置 15 人，在區域內缺乏社區精神復健機構之服務，經由衛生局建議擴展到 30 人。鄰近母機構，因此社區復健中心個案來自母機構而復健治療服務連結醫院資源，但缺乏社區個案來源影響收案數。

⁵⁷ <http://tw.myblog.yahoo.com/redhouse2152/article?mid=187&prev=198&next=147&l=f&fid=5>

二、高雄市私立精神復健機構

(一) 由精神科醫師成立社區復健中心

社區復健中心成立因創辦人本著傳統儒家思想之下，大同世界的實現是政治哲學永恆追求的理想，依馬斯洛所主張，對於社會、尊重、以及自我實現等更高層次需求的追求。因而，在舊思維之下長期機構照護便為精神醫療服務之目標為落實社區精神醫療復健是實踐人本關懷的關鍵⁵⁸。

復健機構成立於九十六年，許可服務人數 45 人，復健治療服務與精神障礙之社團作資源連結，個案來自醫師之診所的轉介。

(二) 由職能治療師成立社區復健中心

本著信仰和優勢態度以及永不放棄的精神服務精神障礙者。20 多年的深深感受到服務態度比專業技巧重要，態度對專業信任關係的建立尤其重要，因此辭去公職的工作創辦社區復健中心。

復健機構成立於九十七年，許可服務人數 40 人，因個案來源不足，而調整服務人數 30 人，目前實際收案約 20 人，其主要原因缺乏個案來源，另一方面是服務地點較偏遠亦導致工作人員流動性高，使得復健中心經營困難，雖是如此，仍堅持初衷永不放棄。

三、非營利組織精神復健機構

(一) 由財團法人綜合教學醫院附設社區復健中心

母機構之精神科成立四十九年為教學醫院，因此，設有急性病床 41 人，日間住院 44 人，於八十九年發展仙人掌洗車隊使日間留院的病人工作技能訓練。

九十二年成立社區復健中心，許可服務人數 45 人，其復健中心地理位置鄰近母機構，因此復健治療服務設施、專業人力支援、個案來源與醫療資源結合發

⁵⁸ <http://blog.rood.com/fudecenter/archives5672065.html>

展多元工作坊，而社區復健中心是以幫助精神病患回歸社會為目的，希望提供長期社會照顧及各種職業活動、培養工作良好態度、及工作技能；期待藉由復健中心的訓練學員能更獨立自主的面對未來的生活⁵⁹。

(二) 由財團法人精神專科教學醫院附設社區復健中心

母機構為精神專科醫院成立七十九年，提供門診、急性住院、慢性住院、日間住院等服務。

九十四年成立社區復健中心，許可服務人數75人，其復健中心地理位置鄰近母機構，因此母機構提供專業人力支援、個案來源與醫院資源結合，提供復健治療，其目標基於自覺、自尊、自主、自立之原則，建立安全、有效、以學員為中心、公正優質的精神復健服務。並協助學員在適合的情境中被治療、被幫助以逐漸適應家庭及社區生活⁶⁰。

(三) 由社團法人附設社區復健中心

協會成立於民國七十二年是目前全國廿餘個康復之友團體中最早成立的。社區復健機構成立於九十年，許可服務人數40人，其目標為精神障礙者提供一處人性化的復健環境⁶¹。

(四) 由社團法人附設社區復健中心

協會成立民國八十三年由一群精神障礙者家屬，有感精神疾病是慢性疾病，需長期依賴醫療協助，因此結合其家屬力量為精障者就醫、就養、就業、就學、社區照護、權益福利倡導為目的，服務內容有社區復健中心、社區家園、支持性就業、社區家庭關懷訪視、社區精障者去污名化宣導、庇護農場經營等。

於九十五年成立社區復健機構，許可服務人數40人，為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、

⁵⁹ <http://www.kmuh.org.tw/www/psychia/ns/MAIND-01.htm>

⁶⁰ <http://thmh.khja.org.tw/service.asp#13>

⁶¹ <http://www.kfmra.org.tw/main.php?f=about>

日常生活處理能力等之復健治療⁶²。

第二節 政府對社區復健機構的治理策略

壹、社區精神復健機構設置辦法

政府為促使民間團體能參與公共服務輸送，並且希望能使服務品質產生最大效益與最小損失的政策結果，因而使用某些治理工具來達成政策目標，而政策工具即是將實質政策目標轉化為具體政策行動的工具或機制作用。社區精神復健機構設置管理及獎勵辦法，依據精神衛生法第 16 條第 5 項規定訂定之⁶³。

因此成立精神復健機構須經由三個階段：

一、第一階段變更建築物使用執照：

設置社區復健機構申請人在申請開業執照之前，須取得建築物合法使用證明文件，首先向當地政府的工務單位申請變更為身心障礙福利機構之用途（F2 或 H1），因此須委託專業人事代為處理，先調出建築物原始設計圖，繪製符合用途的設計，內含建築物裝修符合防火材質、建築物安全檢查及消防安檢設施設備符合無障礙之規定（如圖 4-2），其申辦過程困難度與耗費時間及費用視建築物的大小和有無違建、增建情況而定，快則 4-5 個月拿到建築物變更時用執照。此期間經營者需負擔委託建築師變更使用執照、查驗室內裝修、消防圖之書面審查、竣工費用，另外有室內裝潢及消防設施設備費用與房屋租金等其花費不斐，加上房屋府符合建管、消防條件、且須取得住戶同意入住許可更是不容易，亦是減低民間參與精神復健服務原因之一。其建管消防之困難，參考政府法規之規定如下：

⁶²<http://cilifuza.org.tw>

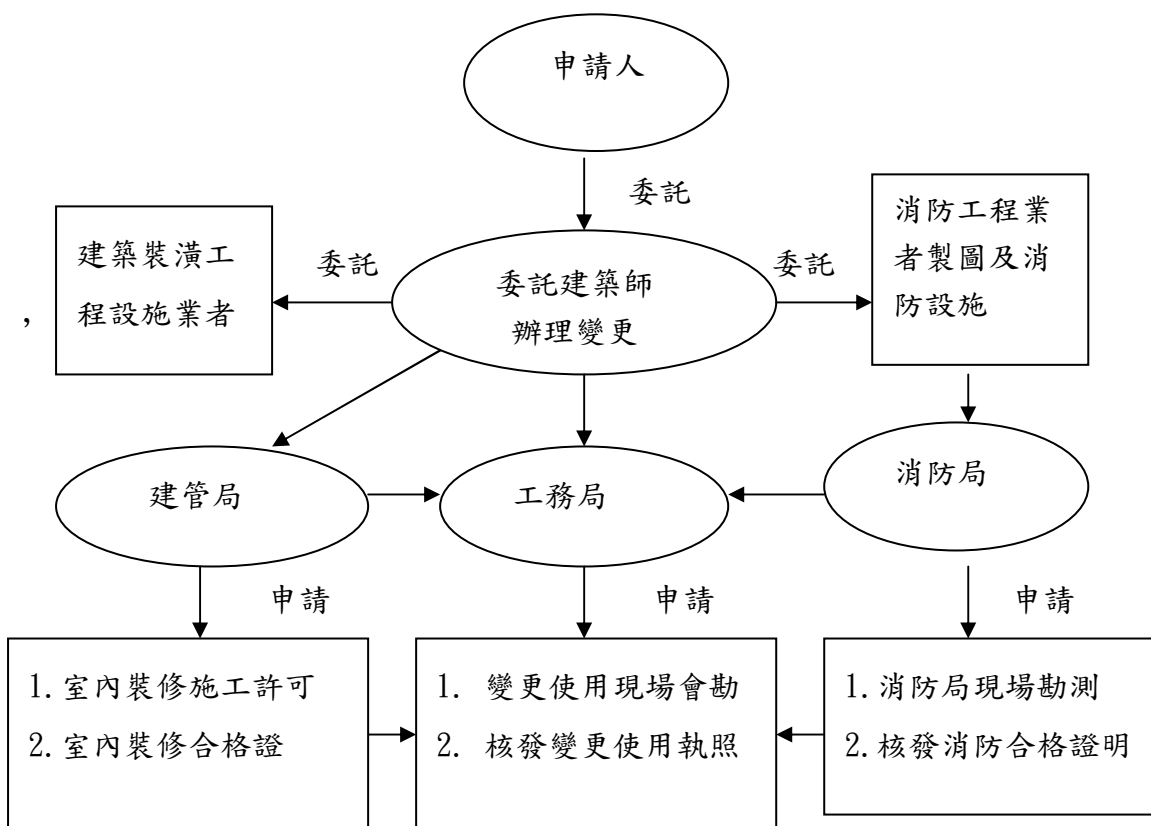
⁶³第十六條 各級政府按實際需要，得設立或獎勵民間設立下列精神照護機構，提供相關照護服務：五精神復健機構：提供社區精神復健相關服務。精神復健機構之設置、管理及其有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

依照高雄市都市計劃委員會九十二年四月二十四日會議修正高雄市身心障礙者福利服務機構設置適用分區管制審定案紀錄說明：

(一) 住宅區：獨棟住宅且全棟均作為身心障礙福利服務機構使用者許可設置外，若有獨立出入口、門廳、公共樓梯間或用電梯間出入，均作為身心障礙福利服務機構使用者，得於地面上樓層設置。另避難、防災、安全考量基地面臨寬度 10 公尺以上都市計畫道路。

(一) 商業區：必須符合 1. 公寓大廈管理條例第二十九條或其規約規定取的所有權人會議之決議同意設置者或是 2. 具備專用電梯或獨立出入口者。

由上述可知精神復健機構設置在大樓需有獨立出入口及樓梯或電梯，為考慮地震、火災發生時，確保身心障礙者逃生安全性，且要住戶同意才能設置，這些設限讓從事精神復健機構者找尋適宜場地非常不容易，除非是購地自行建設，否則要租賃大空間又符合建管、消防之規定，困難重重。



圖示 4-1 精神復健機構變更使用執照流程

資料來源：研究者自繪

二、第二階段申請精神復健機構開業執照：

社區復健公私協力關係依據精神衛生法；凡是成立社區復健中心，必須依據社區精神復健機構設置辦法辦理，首先向設置所在地衛生機構提出申請，由衛生機構審查核可，才發給開業證照⁶⁴（如圖 4-2 所示），向當地衛生主管機關申請開業執照需 2-3 週，政府對籌備期間費用無任何補助。雖然行政院衛生署年度補助（捐）助公立及民間精神照護機構充實精神復健設施、設備經費，以該直轄市、縣(市)日間型精神復健機構未達每萬人口 2 人為優先補助考量；如前揭縣市無機構提出申請，將視提出申請機構之所屬縣市醫療資源現況及計畫書內容，擇優補助。

⁶⁴中華民國九十七年十月六日行政院衛生署醫字第 0 九七 0 二 0 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。

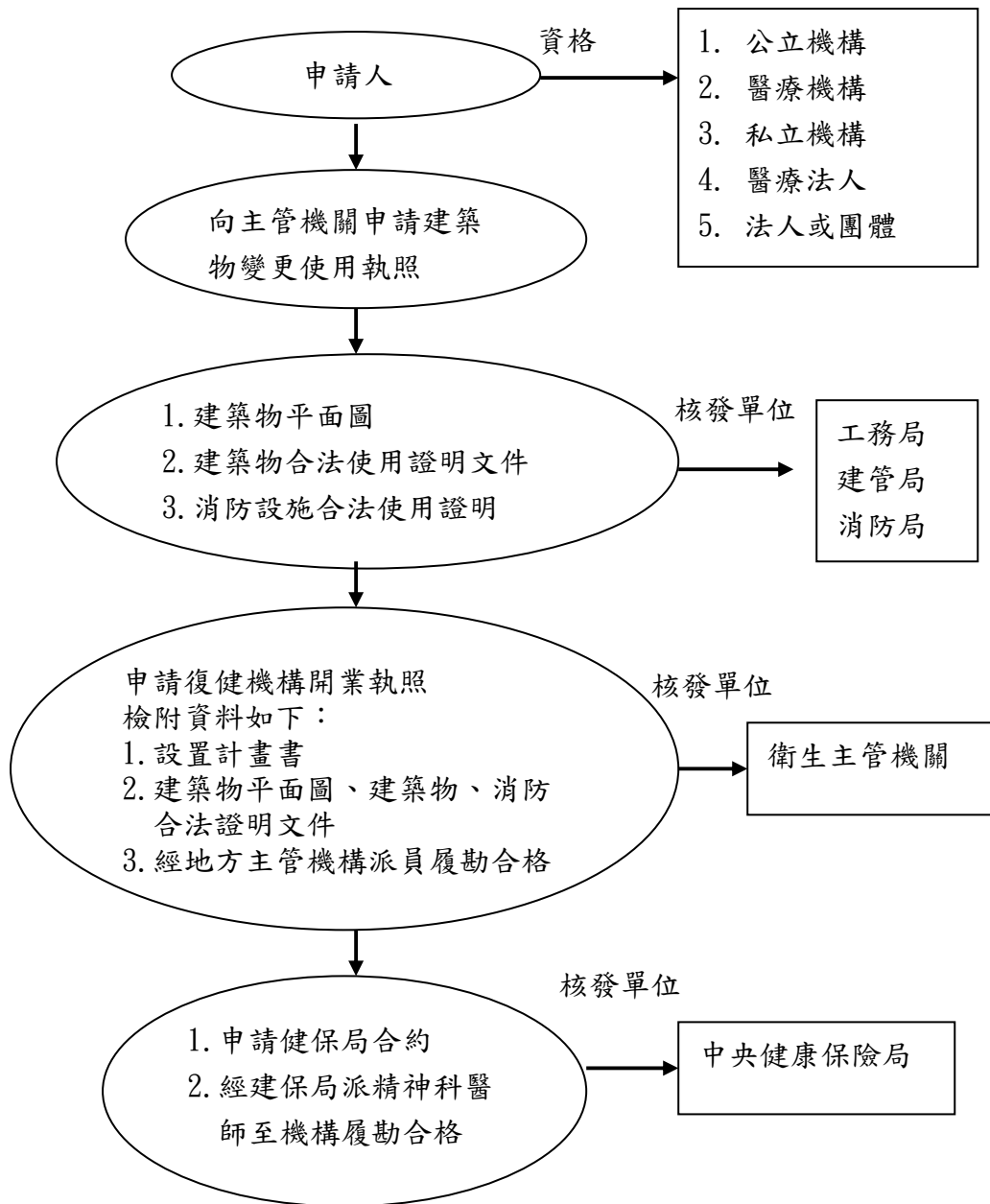


圖 4-2 設置社區復健中心流程圖

資料來源：依精神復健機構設置管理辦法彙製

三、第三階段向中央健康保險局申請醫事服務機構合約

精神復健機構開業執照核發之後，向中央健康保險局申請委託精神疾病社區復健治療業務，健保局派精神科醫師蒞臨現場作訂定合約前的評鑑，花費時間約 1-2 個月，其健保局提供復健治療費向民間單位購買社區復健服務，合作流程如圖 4-3 所示：

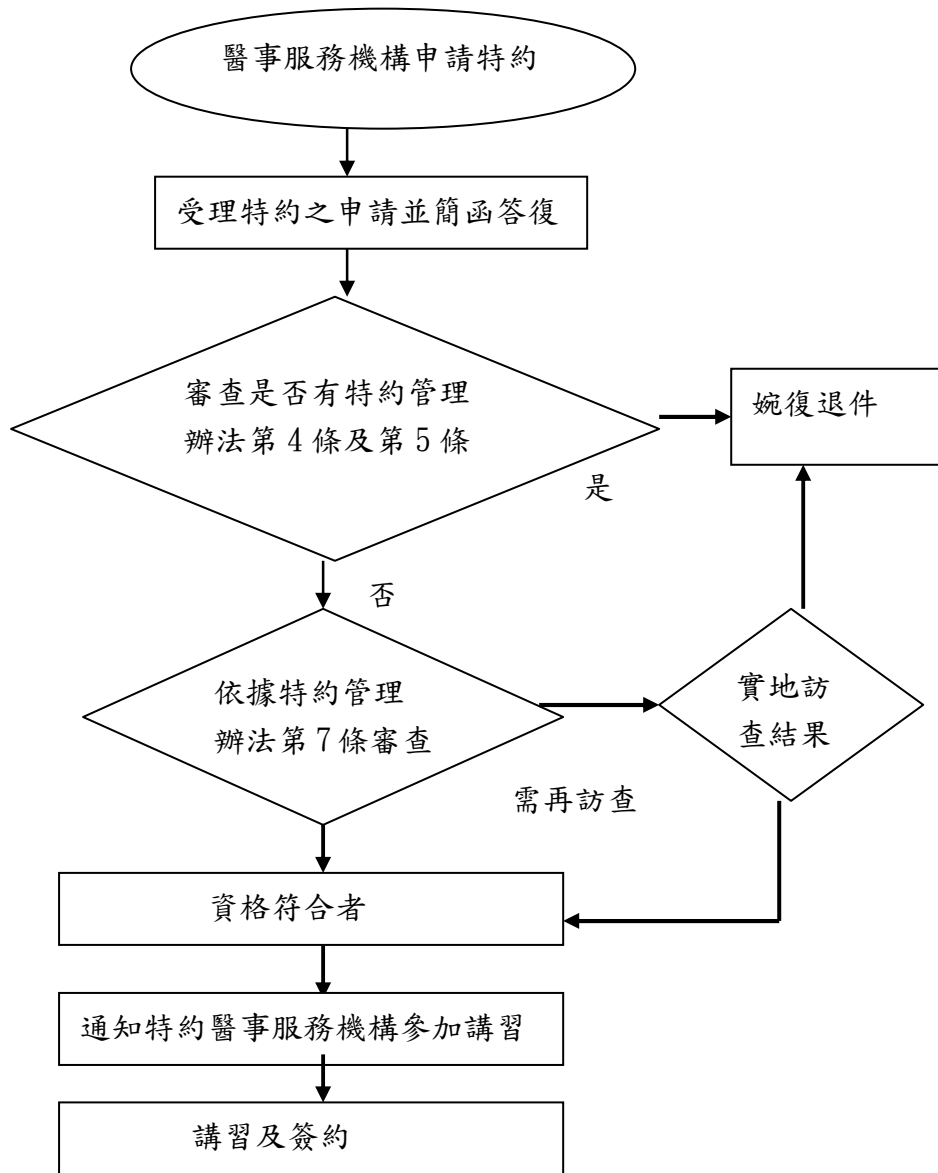


圖 4-3 申請全民健康保險特約作業流程

資料來源：中央健康保險局

貳、政府科層治理復健機構

一、行政院衛生署精神醫療網：

行政院衛生署精神醫療網區域輔導計畫自民國 75 年起實施，目的在建構完整之精神醫療體系，均衡各地區醫療資源發展、醫事人力與設施，全面提升醫療品質，建構全人健康照護體系等，相關精神復健機構輔導計畫為訓練精神復健機構負責人及相關人員，以增進其對精神疾病及相關治療、精神復健理念與政策、

社區復健經營方法與方向等專業知識；另將支援與協助轄區內各衛生局輔導區域內精神照護機構。每年辦理人員教育如下：

1. 日間型精神復健機構專任管理人員初階訓練 70 小時。
2. 日間型精神復健機構專任管理人員進階訓練 36 小時。
3. 日間型精神復健機構負責人與專業人員訓練 36 小時。

二、行政院衛生署醫院評鑑醫療品質策進會：

行政院衛生署為整合精神病人照護品質與療程連續性及符合時代的適用性，自 2003 年起委託財團法人醫院評鑑醫療品質策進會（簡稱醫策會）著手規劃辦理精神復健機構評鑑制度，期能透過第三者公正客觀之立場進行外部考核與輔導機制，提升精神復健機構之素質及服務品質。在實地評鑑過程亦增加與機構負責人面談時段，以瞭解經營理念與對精神復健認知，促使精神復健機構朝向穩定經營之願景。

評鑑標準如表（6-3）：

表 6-3 日間型精神復健機構評鑑基準

項目	評鑑基準	配分
第一章	人員配置適當性	10
第二章	設置地點及空間配置之適當性	8
第三章	服務設施妥善性	15
第四章	健全復健業務之提供	28
第五章	具有復健服務品質管理措施	30
第六章	適切結合社區資源	10
第七章	上次評鑑建議事項改善情形	5

精神復健機構申請評鑑需依作業流程規定繳交申請資料及衛生局查證回復單，資格通過之後，將機構現況表與自評表資料上傳予醫策會，並等候實地評鑑，

成績計算為新設立、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，則日間型機構之總分為103分，加總各細項得分後，達總分之60%以上為合格，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。

據醫策會2007年精神復健機構評鑑結果分析⁶⁵，社區復健中心評鑑成績分析除「健全復健業務之提供」得分率較低（僅61%）外，其餘各面向知得分率達到65%，惟其落實提供多元復健服務方向亦有相當改善空間。

有鑒於國內精神復健機構成長快速，機構負責人變換頻繁，為使機構於合格其間內仍維持服務品質及對評鑑缺失事項進行改善，自2007年行政院衛生署參照醫院評鑑，委託醫策會執行精神復健機構不定時追蹤輔導訪查機制。訪查對象合格但有此情形之一者必列為追蹤輔導訪查；1. 評鑑成績未達65分者。2. 「健全復健業務之提供」及「具有復健服務品質管理措施」二大評鑑面向，任一面向未達合格標準者。3. 發生重大違規事件但未取消精神復健機構評鑑等級者。追蹤輔導訪查評量方式分為A-E五等級，提供個別建議事項供參，惟必須半年內提供改善計畫及執行規劃書面資料備查作為下一次評鑑參考⁶⁶。訪查結果「健全復健業務之提供」及「具有復健服務品質管理措施」二面向改善情形較差僅有29.63%之機構通過。

三、行政院衛生署中央健康保險局權責-高屏區健保局

- (一) 簽訂合約：與社區復健機構簽訂合約，三年一簽。
- (二) 專業審查：其服務個案必須按照審查標準作業流程申請，由健保局聘僱精神科醫師專業審查個案收案與否。
- (三) 行政審查：將每月服務量治療費申請審核。

⁶⁵ 醫策會（2007）精神復健機構評鑑結果分析。醫療品質雜誌，第6期，第1卷，頁66-67。

⁶⁶ 同前註，頁68-69

(四) 核撥治療費：每月核撥治療費。

(五) 健保局支付復健治療費點數給付分為三階段：

第一階段 82 年至 92 年，每一個案每日復健治療費點數 250 元。

第二階段 92 年至 99 年，每一個案每日復健治療費點數 450 元。

第三階段 100 年 1 月起，每一個案每日復健治療費點數 480 元。

四、地方衛生主管機關權責-高雄市

依精神復健機構設置管理辦法第十八、十九、二十條規定地方主管機關（衛生局）對轄區內機構業務，應訂定計畫實施督導考核，獎勵⁶⁷。高雄市主管機關為衛生局其業務承辦單位為社區心理衛生中心之精神衛生股，業務內容之第四條精神醫療、精神復健機構管理、督考及評鑑業務、第十條 高雄市精神復健機構管理。衛生局權責如下：

- 1、審查核發社區復健機構開業執照、歇業、停業及負責人變更等。
- 2、每年定期辦理社區復健機構督導考核。
- 3、精神復健機構醫事人員執業場所報備與管理。
- 4、訂定精神復健獎助辦法。
- 5、訂定社區復健中心之學園膳食補助辦法。

⁶⁷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 。

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。

6. 訂定社區復健中心之收費標準。
7. 社區復健中心每季服務人數與服務狀況匯報。
8. 其他相關颱風、地震等天然災害的匯報。

第三節 精神復健機構與政府協力關係探究

壹、公私協力脈絡

一、形成協力的成因

政府與民間共同推動公共福利服務成因如 Guy Peter (1998) 提出形成協力先決條件及誘因，參與公共事務的服務輸送一則須公私部門獲得利益交換，而利益須是實質利益，二則是獲得成就感、達成組織使命或個人價值、宗教信仰，如文獻回顧理論基於政府政策、公民參與及第三部門合產的理念、不論何種因素、雙方協力成因必須先建立在互信、互利的條件上，才能使關係維持長期穩定夥伴關係。

(一)是問參與精神復健的業務會與政府採取協力模式的原因是什麼？是為提升服務品質？解決財源問題？還是因應或順從政府的政策？或是基於甚麼樣的機緣所促成？

「因應政府推動社區復健中心，因為是公立醫院附設，所以大部分是因為院長理念，從前任的院長到現任院長都很重視社區復健的發展，院長的理念和方向對中心的影響很大。醫院的預算是總額配置，復健中心是總和預算外的營收，這也是醫院很大的收入來源」。(A4-1)

「我們的成立應該有一半的原因是因應評鑑，還有因為我們的醫療模式，我們醫療服務有急性和日間，後面延續性的沒有慢性病房，所以有一些個案，他可能日間或是急性出院之後，很多個案還是可能會再復發，所以說我們也是有顧慮到說是不是發展一些延續性的照顧，那原本我們期待的也許是設立慢性病房，可是在我們的現階段要去成立慢性病房，其實又跟政府的政策不一樣，因為政府的政策要縮減慢性病房，然後有一個

部分的話最主要是精神復健中心是健保總額以外的收入，所以說醫院有考量到醫療營收的部份，它可能可以創造營收，基於這兩個理由，所以就准許我們辦理這項服務」。(A2-1)

「個人因素吧!我覺得用個人因素會比較適當。讓我看到精障者未來是有希望的，開到現在 3 年多到現在還沒回本，這是我個人因素，我沒有打算要賺錢，我的能力的狀況是我沒有在考慮成本，所以我不可能會賺錢，因為這個機構我是個人組織，所以有很多東西我不用面對那各所謂的金融上的壓力，我虧本就虧本」。(A1-1)

「我個人的部份是因為學以致用，延續之前的精神科，我在精神科做過 6 年，所以說最主要的原因是因為可以學以致用、延續之前所有的一個經驗去做，因為我覺得來從事這個部分是一個新的挑戰」。「他（創辦人）認為世界的每一個人都應該是平等的，不應該分所謂的弱勢族群跟我們一般人有所差別，他一直都覺得說每一個弱勢的團體，尤其是他走精神科這麼多年，他希望帶他們是看到另一個天堂的，他做的就只是希望大同世界的實現」。(A5-1)

「我覺得近年來的復健理念是不錯的，這理念避免讓生病的這些人長期的關在慢性機構裏面，讓他們有可以改變的一個模式，我其實滿喜歡精神復健機構的設立，至少他真的是朝服務人的方向去做，以我來講我覺得能投入這樣的工作其實我還滿榮幸的，這份工作其實會讓我學到自我成長，那我覺得說可以這樣子去幫忙這群人」。(A6-1)

「精神醫療只是治療精神病患的疾病症狀而社區復健服務是貼近精神障礙者及家屬的生活化的照顧模式，因政府的政策提供經費補助，符合本會服務宗旨」。(A7-1)

「成立社區復健中心原因是服務精神障礙者是協會成立宗旨，一則可以增加會員量，二則透過服務輸送增加財源收入，其因是精神復健中心與健保局簽約每服務一個案有復健治療費收入，祇要服務量足夠，讓營運順暢對財務有些許的幫助」。(A3-1)

精神復健機構成立原因有四人認為辦理社區復健服務是可以增加收入，這因應協力關係成因為經濟目的及利益，有八人覺得社區復健服務是照顧精神障礙者的最佳模式，公部門參與復健服務響應政府政策，但私人經營者較缺乏個案來源及社區資源，造成經營的困難，一直處在收支不平的狀況，而堅持繼續服務，主要原因，身為公民學有專精，願意付出所學為弱勢族群貢獻一臂之力而非營利組

織的參與是為使命及增加財源。

二、公私協力的目標

政府協力目標依精神復健機構設置及管理辦法第一章第二條精神復健機構之服務對象，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。另依精神衛生法指社區精神復健為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療。民間部門提供復健治療宗旨為何，是否與政府的目標一致，目標的確立才能評估績效。

(二) 您認為貴機構與政府間的協力目標各為何？相同之處？不同之處？

「我做社區精神復健做到現在，我還是覺得社區精神復健到底是什麼？他沒有比精神醫療明確，精神醫療很明確的告訴他就是治病，治症狀，那社區精神復健治什麼或者是服務什麼？復健嗎？復健什麼？讓他的病好嗎？沒辦法！你說好讓他的功能可以提昇或是維持，這個東西到底是什麼，所謂的日常生活自理，什麼叫自理？這一群人來自社區，他每天都會自理啊！」。(A1-2)

「我們不曉得到底最終目標在哪裡？有人說就是回到社區、就是要讓這群人回家啊！可是社區復健中心的人都是從家裡來的啊！那我們還需要繼續經營嗎？那我們社區復健最終的目標除了這群人本來就在家以外，是因為他們不敢走出來嗎？還是因為他們不敢讓社區的民眾接觸他們嗎？因為他們幾乎都是在社區裡面工作、生活，只是因為步調都比較慢，沒有好的藝術、文化、經濟的發展，然後社區融合，那到底是社區的人融合他們，還是他們去融合了社區，這是我最近在思考的，所以我才會說，比如說我們和政府合作，他們給的目標到底在哪裡，我們真的不知道」。(A6-2)

「社區復健中心的復建目標大多是強化學員獨立自我照顧的能力，加強學員職業化能力與工作技巧，訓練適當的時間分配與興趣休閒的適切安排，另外使組織能永續經營收支達到平衡，不要虧損。政府部門一般的目標多為執行政策或依循行政法條規定辦理，政府為達到績效，規定太多行政作業，反剝奪照顧學員時間」。(A7-2)

「政府的目標是希望個案能夠出來、依個別需要及功能由我們提供服務、來減輕社會醫療資源，可是我們的目標是希望不但是想要他們能走出來之外，還能再提升能力，然而服務常遭到評鑑委員的批評，這中間為什麼會有落差，不知道」。(A5-2)

「復健目標是讓個案可以就業，有工作，有收入進而可以獨立生活回歸社區，因此學員以能夠就業為目的，從學員進中心就開始職前訓練、做代工，再慢慢把學員推進工作坊，目前有 18 各工作坊、4 各商店，大概可以提供 130~140 工作坊的工作職缺，依照學員能力的好壞，分配到低階、中階、高階的工作坊，最後往上走銜接就業服務，復健中心的走向以職業復健為主軸，學員會依照這個模式出去社會，所收個案狀況比較不適合，沒潛能或是沒意願的學員，在收案過程中會去挑選。政府亦是要提供給精神病人積極性的復健治療，最後都希望他們能回歸社區，要回歸社區最重要的還是自己能夠獨立生活、能夠工作養活自己」。(A4-2)

「多是照顧社區中精神障礙者，目標都是差不多的，都是以共同的目標在做。」(A2-2)

精神醫療機構有明確的目標，就是治療個案的疾病症狀，然而社區復健是治療精神病患甚麼？有許多經營者回答，不清楚復健目標為何？

「還是說政府沒有明確告訴我到底目標在哪裡，其實我覺得好像很多人都不知道，變成我們這些人就都自己做自己的、自己去學習，省思復健治療是提升或維持個案能力，其定義很抽象，個案原本在社區生活，為何回歸社區」。(A6-2)

雖然每間復健機構不論提供訓練或活動必須有執行目標，如提供於精神障礙者生活、工作、社交、休閒娛樂、社區參與等訓練，並且監控規則服藥及轉介就業，教育家屬，必需相關專業人力投入將種種的服務做成紀錄，評估個案進展，因為提供太多服務，反而使服務目標模糊不清。

三、協力的互動模式

公私協力關係是將私部門參與公共事務地位合法化和正式化，公私部門相互依存地程度會因協力關係建立而增強，因此協力互動模式關係私部門是否繼續合作。

(三) 探討公部門與私部門合作輸送服務予精障者兩者採取何種互動方式

您認為貴機構與政府間協力は屬何種互動模式？(1) 從屬關係，上層指

揮，另一方配合及服從的地位；(2) 水平關係，一方擁有主導權，另一方

互補性協助；(3) 平等關係，雙方都相同重要，缺一不可的夥伴關係

「但是今天政府委外的時候去拜託民間來買服務，那科層還是在，政府沒有拿掉，權力不對等，政府一直怕你圖利，政府給你錢是買你的服務，給你錢賺，但是他又怕你變成財團，所以政府又想給你錢，但是他又怕你變大，所以他就一直把你框起來限制住，他又設了很多的關卡，所以科層更嚴重。政府只是 4 個字：設置、管理，其他的都沒提，那這個現在是我們整個思維裡面，我們業者跟政府之間，他怕我們圖利？這個權力的一個概念上面，我所知道的台灣的文化來講，政府很難做到對等」。(A1-3)

「上面主導而下面服從的互動方式，尤其是評鑑的時後最明顯，每次評鑑列出許多改善意見，每次遇到評鑑，工作人員人仰馬翻」。(A3-3)

「與政府協力的互動模式大都為從屬關係，對於一些法令規定與政策執行大多是由政府部門主導，社區復健中心配合的關係。而方案執行則大多屬與平等關係雙方合作執行」。(A7-3)

「因為是屬於公立醫院附設，所以比較是從屬的關係，例如上層有政策需要推動時，其他單位或許還可以協商，但是我們勢必就需要去配合，反而是公家機構更沒有彈性」。(A4-3)

「公私協力互動關係政府主控權佔七成，所以是上層主導，業者配合政策執行」。(A8-3)

「覺得還是上下的關係，我並不認為與政府是一個夥伴關係，一直以來他們就是給少少的錢，但是政府的要求很多，我是覺得政府應該要把評鑑和健保給付脫鉤」。(A2-3)

政府設定評鑑制度，每三年由財團法人醫院評鑑醫療品質策進會進行實地評估精神社區復健機構的成效，如不合格者必需半年內申請複評，仍不合格，健保局不給付治療費，屆時影響機構經營。

「我真的覺得是在接受上層的指揮，它把評鑑的標準制定成那樣子，我們就必須依照那樣子去做，修的法我覺得是越來越走向醫療，根本就是上面指揮我們，政府講什麼我們就是要做什麼，規定要你改善的你就非這麼做不可」。(A6-3)

「水平關係；一方有主導權，另一方有互補性的協助，那所謂的主導權就是，因為社區復健中心是我們在執行，確實我們需要他們經費補助的協助，可能我們在個案的管理上面或者是我們比較不清楚的地方的時候，是他們來告訴我們」。(A5-3)

行政院衛生署制定精神復健機構設置管理辦法、費用給付、評鑑基準，由中央到地方必需依照政策法令執行，以此角度判定協力關係，是由上而下，公部門為上層主導指揮，私部門則處於下層配合服從，為(吳英明)垂直分隔互動模式。如(A7-3)觀點，提供服務或執行方案則大多屬與平等關係，雙方合作執行。但中央設有評鑑機制，針對提供服務有許多的批評與改善意見，雙方處於權力不對等關係，綜合訪談對象對公私協力互動模式整理如(圖 4-4)：

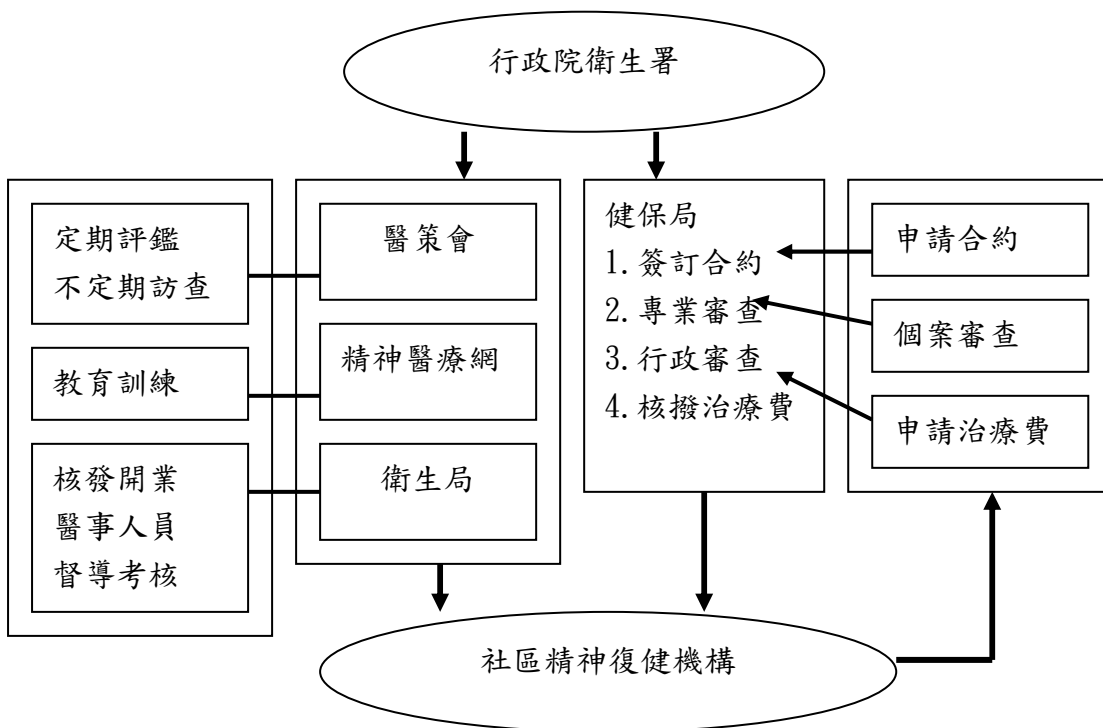


圖 4-4 社區精神復健機構與公部門互動模式-由上對下的關係

資料來源：研究者自繪

貳、公私協力執行

一、協力助力

公部門協力應重視效益、價值與資源整合，資源分有形與無形資源，有形資源包括政府的政策、資金、人力、土地、硬體設備、特定族群。無形資源為知識、態度、觀念、方法等，政府公共事務委託私部門經營，雙方製訂合作契約時，提供那些合作的條件及誘因？。

(四) 當與政府協力時，對社區復健機構提供服務中的助力有哪些？對社區復健有何正面效益？

「政府部門提供經費協助，雖然經費與服務沒有對價，人力的培訓及衛生局午膳的補貼」。(A7-4)

社區精神復健機構業者常反應健保給付健治療費用較低，但中央要求地方政府設置收費標準，地方政府亦制定一套收費辦法，然而許多日間型社區復健機構不敢向個案收費，一方面精障者社經地位低，如果收費，怕個案無法付費，而不來復健中心，對精障者不是好方式，另則同業競爭導致大家不敢收費。

「當然啊，經費就是一個幫助，還有他有一些就是品質促進的措施，比如說他還滿堅持那些在職教育的部份，這其實是有助於提升我們專業知能的部份，我覺得這個部分是有幫助的，還有高雄市補助的中午膳食費，我覺得可以穩定個案留在這邊受訓的時間」。(A2-4)

「高雄市中午補助 25 元，這是一個福利，或多或少都會有幫忙，搭公車免費、搭捷運半價，對高雄市的精障者要離開家走入社區其實有很多正向的幫忙，另外有復健治療費收入」。(A1-4)

「我比較正向來看評鑑，的確他對於某些的品質上面是有幫助的、是正向的，因為那是一個可以作為依循的，那萬一我們在操作，你不知道你的服務，你沒有一個所謂的客觀的標準在，你不知道你操作的一個服務方式對他們是不是合適的或者是有幫助的，那你透過一個所謂的標準，那各可能是一個客觀的比較公正的一個角度來看這一件事情，評鑑是可以是一個幫忙的」。(A1-4)

「健保局的 480 元也是一項補助，當然給付仍是不足。每年的初階、進階人力的

培訓。還有就是產業加工，衛生局還是多少有幫忙願意去購買一些我們學員產業加工的產品，衛生局午餐 25 元」。(A5-4)

許多社區復健機構為創造多元的職前訓練(評鑑基準要求職前訓練)方式，提供送餐服務、簡餐、洗車、水餃製作等訓練，公部門熱情採購或利用內政部優先採購平台販售產品，主要目的是增強個案工作技能及增加個案獎勵金。

「健保局給付 480 元最大的助力，幫助個案走入社區參與許多活動，結交朋友，但以我們機構而言，主要助力來自母機構的協助，如醫學係、運動係學生等每學期的社會服務到機構帶心理、運動課程，另外與協會合作申請方案及社區志工幫忙」。(A8-4)

「大多從本院慢性病房出院的、從醫院門診轉介個案、公衛護士轄區的個案習慣性轉到本機構。衛生局或衛生所如有相關個案要轉至復健中心，轉公部門較為妥當。三十六小時在職教育訓練，我是覺得辦這課程是好的，畢竟我們人員需要在職教育」(A2-4)

衛生局或衛生所會轉介個案到公部門附設的社區復健中心，不會轉介到民間單位，害怕被冠上圖利他人。

「政府對我們有什麼幫忙，沒有，你說政府提供什麼，它就給你 480 元、你每天服務一個精障者就只有 480 元，沒有提供精障者工作的資源，博愛職訓算是政府機構了，可是對不起，他對精障者最為排斥」。(A6-4)

二、公私協力阻力

公私協力雖然是公部門各層級、非營利組織、企業或個人彼此間之夥伴關係存在的重要性，然而政府為使協力過成順利，建立一套管理、監督、考核機制，當政府制定相關政策時，其利益、目標的考量與私部門不同，當推動社區精神復健機構的合作關係時會遇到阻力，因此需思考運用一些方法來突破瓶頸與困境。

(五)與政府協力時，對貴機構提供服務中的阻力有哪些？對社區復健有何負面

效益？貴機構有能力解決這些困難嗎？方法或策略為何？尚無法解決困難有哪些？

「其實政府的態度很硬，一切都是按照規定來，所以沒什麼好商量的，我覺得最大的困難其實是內部的困難，要去因應評鑑的這個部份會覺得還滿無力感的，因為如果就整個綜合醫院來講，精神復健機構的評鑑對醫院而言是一個小的評鑑，並不是會影響整個醫院的運作」。(A2-5)

綜合醫院附設的社區精神復健機構僅佔醫院的一小部門，因醫院組織龐大，科層制度程序僵化，當需要專業人力支援復健機構時，常需要花時間與上級溝通協調，造成負責人另外的困境。

「常常因為要應付考核、評鑑這類東西，以致於我們都忽略學員，讓復健機構和醫院評鑑並沒有什麼兩樣，這個讓我覺得是困難。另一個就是太容易被健保批退的問題，例如說展延一個學員的時候，就很容易被抓毛病，明明這個學員上次展延也 OK，同樣的等到下一次變成不困難就是提報給健保局審查的這個角力戰，一個案子審查時間往返」。(A5-5)

「督導考核用意應該是在於說他要來訪查我們的機構是不是有違規、變更，比如說人力是不是有調動沒有讓他知道，或者是你的設置隨意去變更，其實他原本應該只是這樣的定義，跟品質無關，可是演變到後來他變成是令一個評鑑，那我覺得這樣子對像我們這種小型機構我是覺得吃不消啦！是滿大的阻力」。(A2-5)

「最常遇見的阻力就是行政部門的法規限制與較不能變通，如衛生署的評鑑會與衛生局的督導考核同一年度時，就發生一年需應付二次評鑑情況，輕則造成執行步驟過於繁瑣，浪費時間，重則權責不分造成多頭馬車，浪費時間重複執行步驟，成效不彰」。(A7-5)

「衛生局督導考核的輔助團隊，使評鑑的問題還沒解決又馬上督導考核丟了問題給你，只能說這一塊要花很多時間去準備，會讓我們壓力變很大。依據評鑑的項目去看大致是沒問題，但是委員額外的想法要去實踐就比較困難」。(A4-5)

依照社區精神復健機構設置管理辦法規定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，目前高雄市政府衛生局執

行督導考核方式與行政院衛生署評鑑方式相同，業者覺得公部門權責不清楚，圖增業者工作負擔。

「在公家部門的規範、門檻有更多更嚴格的限制，所有的東西都要進會計系統，例如經營工作坊時，臨時缺少某些材料時是無法立即購買的，都須遵守絕對的流程，所有東西都是要列出請購單，批准後才能前去購買，衛生局督導考核的輔助團隊，針對部門內的問題來做建議和輔導，不要變成評鑑，因此每年都要花很多時間去準備評鑑」。(A4-5)

公私協力的阻礙有部分來自母機構科層制度造成行政作業繁瑣。

「評鑑委員有沒有清楚的了解社區精神復建到底在做什麼?它要的是什麼?那我們目前精神復健機構的評鑑委員都是以醫療為主，那用醫療的模式來看復健這一塊，我們不能說他們沒有關係，但是不是那麼的相似，醫療的環境是比較封閉的，社區這個概念他是比較開放的，他有很多的東西，思維上面不應該是用相同的角度來看這件事情，所以變成是說，我們有些來評鑑的委員他的認知、他的了解是不是足以勝任這樣一個評鑑工作，我的建築物、消防，都合法，根據法規，我根本不用防火管理員，因為我的人數還不到，但是問題是，我都符合，委員會給我的建議是什麼?設立一個防火管理員。這就是我們一直常常在講的造成困擾的原因，評鑑的委員一直不相信你，他寧可錯殺也不縱放的一個概念，告訴委員這一群人（精障者）都沒有意外，我這個房子很安全，評鑑時質疑有意外你沒寫，因為你不相信我我再怎麼說，我再怎麼樣給你足夠的證據，你都有可能以為我有造假了，那就沒有所謂的共識了」。(A1-5)

衛生署對精神復健機構每三年評鑑一次，邀請評鑑委員一組三人，委員來自精神醫療機構的醫師、職能治療師、社工師、護理師、臨床心理師，每年行政院衛生署辦委員共識營，然而實際評鑑時建議改善事項，讓業者不知如何因應，尤其硬體設施，雖是合法，但不盡理想（如樓梯稍陡）確難以改善。

「評鑑規定團體紀錄就是要設置一個團體紀錄的表格，表格裡面你就明文規定一定要有患者簽名，可是患者很可憐，他要不同的時段一直不停的簽名，上午要簽名、下午團體活動他要簽名、去工作訓練又要打卡，你們如何來定義說他有沒有在這裡一整天，雖然說這只是防弊和保護自己的機制，我覺得受服務的對象也會滿困擾的。至於

參予團體活動個案寫的心得，有部份是學員寫、大部份是我們工作人員寫，竟然有委員跟我講說這樣子學員寫太多，紀錄他並不是很認同給學員來寫，可是我覺得學員願意寫那才是他的東西，所以我就不知道這個委員在想些什麼，我們甚至有一本聯絡本類似讓學員當作是聯繫的工具，比方說復健的計畫，讓學員自己手寫去擬定計畫，我們是有工作人員手寫版本，也有學員寫的版本，結果是學員寫的太多，造成委員懷疑我們工作人員是不是都寫很少，我就想說怎麼會這樣」。(A2-5)

「健保作業流程麻煩，如新收個案可以服務一年，之後展延需每半年一次，增加個案困擾，填寫轉介單，遇上有些醫師不願意寫，導致個案無法到復健中心」。(A7-5)

「服務的案量約八成，好的個案需轉介職訓或就業，所以從未服務量達九成以上」。(A7-5)

「轉介申請書會被駁回的這個部分是完全沒有方法可以改善的，審查委員有很多就是不是那麼客觀，我們醫院附設的醫生，專科醫生或比較知名的醫生寫的轉介單他們就不敢質疑，但是如果說是診所的醫生寫的或是比較小的醫院寫的轉介單，他們可能就會有一些刁難」。(A2-5)

「自服務量由 15 人增加至 30 人，個案多維持在 20 人，做的多，虧損的多」。(A2-5)

「雖然評鑑內容的每一條都很清楚，可是實際上執行起來還是很模糊，而且每一項想要達到 A，那我每一項都要做 PDCA 才能達到 A，不過我哪來這麼多時間去做 PDCA，而且平均我們一天就 2~3 個活動，那我們服務多少人，然後每一個工作人員要寫這麼多的文件，活動前的計畫書要寫、活動帶完之後的活動紀錄、會談的紀錄，前面的弄完我還要怎麼做 PDCA？所以我覺得要思考的是設立這些標準到底真正幫助服務使用者嗎？」。(A2-5)

「不贊成衛生局的督導考核方式，造成工作人員的工作量，且評分等級，每一家社區復健機構都非常認真提供服務，如以等級評分，使機構之間競爭關係，我覺得機構之間大家是夥伴關係」。(A8-5)

「小規模的單位做事情就沒有所謂的一個分工那麼的仔細，變成說你什麼事情都要做，那你就會做很雜，而且在你要提供一個服務這個概念的時候，很難去做一個適當的切割，所以這個社區復工工作讓人覺得真的是不容易，你的個案來源，亦是問題，在開

發個案來源的過程當中，工作人員是重要的，對我來說我比較困擾的是這個，那這個部分又回到剛剛一直講的，到底社區精神復健在做什麼？它的功能腳色定位到底在何處？人就跟水一樣可以載舟也可覆舟，那你怎麼樣去找到合適的人真的不容易，那你怎麼樣去訓練或者是什麼樣的教育更是不容易的，包括這一群工作人員他們怎麼樣去調整他們的倦怠感」。(A1-5)

個案來源是非精神醫療機構附設社區復健機構共同必需面對的問題，服務個案量不足，原因是附設復健中心的精神醫療機構不會轉介，公部門的衛生單位不敢轉介，怕圖利他人，精神科開業診所不敢轉介，怕會失去個案，另外居家治療的個案不能與社區復健的個案重複，而導致大多數精障者在社區無所事事，如何使他們走入社區參與復健治療是公私部門共同的責任。

解決阻力方法有：

「每半年辦理一次，常常麻煩門診的醫生，會造成很大的困擾。以我們的模式，我是把轉介 4 聯單重點的比較需要問到的部份，比如如藥物、病史或是個案主要的問題，這個部分我用一個比較簡單的轉介單，然後我只要請醫生填簡單的轉介單，那其他 4 聯單我是打成文字檔後再請個案拿過去給醫生看、補充然後蓋章，所以醫生不用一次寫到 4 聯，實際上我們給醫生填的只有一張而已，等回來我們在摘錄醫生填的然後寫好申請書之後，最後再送回去給醫生蓋章、補充」。(A2-5)。

「解決方法的話我還是會按照他們的方式重新做，該刪的還是要刪，也就是審查沒過的話，還是要重新寫轉介、重新送審，我們重新做會看時間，如果時間上很急迫的話我們就不複查，我們就重新送件」。(A5-5)

健保局收案作業流程，新個案或展延的個案需要個案主治醫師填寫轉介單，連同申請收案同意書、個案評量表送至健保局，透過健保局審查委員（由精神科擔任），審察是否可以收案，如果不同意，個案再一次去請醫師重新寫轉介單，送健保局複審，這中間耽擱許多時間。

「我們有沒有能力解決這困難，說實話就是照著評鑑去做，就變成是做兩套，我就評鑑的時候我做一套給你看，但是我真正在做的東西你看不到，我的壓力來自於機構，它一定要你優等的」。(A6-5)

「社區復健機構常碰到問題往往是政策或規範的阻力，而法規僵化沒有彈性只能照作，另外遇到醫師不寫轉介單只好拜託熟識的醫師幫忙寫」。(A7-5)，

「評鑑要求改善，我們一直在更新，那是在更新什麼?這群受服務者他們需要的是什麼?所以就我去過在國外的機構，他們沒有像我們這麼的嚴格，規範的越嚴格的情況下，你沒有辦法把每一樣都規範到，你的狀況還是一樣會出現，那為什麼不從寬呢?既然同樣的一個概念，鼓勵業者多元經營，鼓勵大家發展出特色，但是問題是你的法規讓業者沒有辦法，所以我才會一直講那各框架還是在，你發展出特別的多元的一個服務模式，那各是在一個框框以外在做」。(A1-5) 與 (A6-5) 想法相同，作一套符合評健要求，另外一套是自己理想服務模式。

「記錄表單常是評鑑委員指正問題，他們跟我們說什麼，我們就儘量配合，例如職能有很多功能，社會認知或是職能評估等，我不要超出這五大功能，我認為這就是很完美的一個表單，我認為概念、骨架都有，其他你應該讓業者去設計，每一家的風格本來就不一樣，那如果說真的要硬制的話，那委員要不要告訴我們哪一家比較好，那我跟你講那就不叫社區了，這個就等於是醫療體系下的社區化行為而不叫復健了」。

(A5-5)

評鑑委員審察以書面查核，所以紀錄表單非常重要，必需要呈現出服務過程及成效，否則常受委員的質疑或建議改善，但問題是每個委員觀點不同，每年遇到委員不一樣，因此建議紀錄表單不同，造成業者困擾。

參、公私協力評估

一、改變協力互動模式

研究架構設計探討公私協力的形成，公私部門為共同服務精神障礙者而努力，透過協力模式達成協力目標，當執行服務輸送過程中，因政府政策治理方式，造成民間單位的助力或阻力，此時私部門如何因應，運用策略改變或影響公部門的合作關係，值得探究。

(六)、您認為貴機構與政府間協力應改為何種互動模式較為合適？(1) 從屬

關係，上層指揮，另一方配合及服從的地位；(2) 水平關係，一方擁有主導權，另一方互補性協助；(3) 平等關係，雙方都相同重要，缺一不可的夥伴關係。為什麼？

「我只能說多溝通吧，因為我們都是人，人需要的就是溝通，然後溝通的平台要出來，和上層對話是有機會，但是就是要有溝有通，不是我講我的、你聽你的，就是說我們講的東西是可以討論的，我比較期望的是多平台、多溝通，讓我們都有轉變的機會，十年二十年台灣的社區精神復健可能就會不一樣了」。(A1-6)

「只能做到水平互補，我們機構有自己發展的權利，針對自己的屬性自己去發展，上面要求的事項，如果能配合發展就盡力配合，如果不行的話，那就只能協助推動，無法全力配合。例如我們機構還是走對學員整各的復健方向在走，上層要求的東西，我們選擇對自己機構有發展有幫助的項目去配合，沒有辦法做到全部的配合」。(A4-6)

「是要創造夥伴關係，因為他們的雙向溝通關係，因為我覺得督導考核的機制，就像我講的可能要做一個變更，而不是它變成一個小評鑑，衛生局是在科層裡頭，但是他應該拉下來和我們是要一致性的去面對衛生署的要求，這樣子應該能比較容易去達到雙贏的效果，我們機構能生存下去，然後他們也認為說把個案放在我們機構他們能夠很安心，衛生局要擔任的腳色在於說怎麼協助我們去跟衛生署協調，當然如果有更多的溝通當然更好，讓這個訊息可以馬上讓上層的知道，也能馬上跟我們做一個溝通協調」。

(A2-6)

「當然是夥伴關係最好，因為他自己有主權性我們也有主權性，我們是缺一不可的夥伴，也就是說他知道我們的需求是什麼，我們也了解政府部門他們希望我們怎麼提升，這樣我們雙方都有一個良性的溝通。比如說我們現在現有的經費不足，政府是不是要幫我們想想辦法，或許他們會比較知道哪邊可以擺攤之類的，將這些訊息告知我們，例如我們不知道捷運可以擺攤，那政府告訴我們可以去那邊擺攤，藉此來增加學員的收入。希望能夠把一些資源釋放給我們，而不是讓我們辛苦的去找、我一直想要達到水平的地方是財力，復健中心的財力如果足夠的話，他給學員的服務會更好。」。(A5-6)

「基本上還是會與政府部門協力互補模式，政府部門與社區復健中心是魚與水，小丑魚與海葵的關係，互助合作，互利共生的關係，於現今的社區復健中心發展模式不可能屏棄政府部門而單打獨鬥，政府部門毫無疑問需要民間部門協助服務輸送，更何況社區復健中心還是需受政府部門的規範管理，相對的因為政府有最多資源的單位，擁有網狀的資源結構，若位於此網狀資源結構中能釋放予社

區復健中心資源，相信會對社區復健中心的發展較有幫助」。(A7-6)

「當然要平等，需要平台有可能由衛生局來做，最起碼衛生局跟我們要是平等地位，然後我們有什麼意見給衛生局，它就可以馬上有一套的應變措施、雙向的溝通，建立這樣的平台會比較接近我們所說的平等的關係，可是我覺得這個只有 50%機會而已，因為我認為衛生局裡面應該要設立一個位子給我們，比如說要成立一個協會，這個協會如果力量大到可以變成一個溝通的平台，我們就可以透過這個協會跟衛生局平起平坐，然後才能把問題反應到上面，所以我覺得心裡衛生中心裡面要有一個人，而這個人就是在我們這些組織當中的中心人物，因為至少他是真的在做，因為我覺得衛生局還不夠，衛生局應該是和善的機構和我們最為平等的、可以聽我們的心聲、替我們反應的，可是我覺得它並不和善，因為衛生局也受制於上面，它也拿評鑑的那套來督導我們」。(A6-6)

「主導權仍是政府，許多的社區復健機構必須透由政府制定規範來管理，否則會混亂，當然合作間可以多一些溝通」。(A8-6)

受訪者一致希望未來公私協力的模式是(吳英明 1996)水平互補互動模式，公部門依賴私部門提供服務輸送，私部門依賴公部門提供的資源，彼此雙方相互依存配合的程度，公部門雖較處於主導性的地位，指揮或控制，私部門雖較處於配合的角色，私部門執行面較多的自主權，私部門與公部門合作，以作為互補性的協助。公共利益與服務的經營不再由公部門完全主導，私部門主導權決定如何服務受服務者。

二、公私協力評估影響協力關係

(七) 整體而言，您認為貴機構未來在服務推動上會再採取與政府協力互動模式進行嗎？為什麼？

「我覺得會喔，因為你再怎麼樣子的有心，當你的收入一直小於你的支出的時候，那你還有辦法支撐下去嗎？因為我們沒有其他補助，所以我們可能就會有結束社區復健中心的想法，再來就是政府，他覺得你評鑑沒過他就不給你補助，他如果沒有給你機會，那在這雙重打擊之下，你會不會想結束，還有一直苦無學員，就算有多強大的師資陣容，可是沒有學員而影響到中心關掉」。(A5-7)

「還是會採取，因為經費還是來自於政府，還是不得不低頭」(A6-7)

「公部門沒有退場機制除非政府政策改變不做社區復健否則繼續執行」

「繼續走下去就對了，就這樣子走，讓我看到未來是有希望的，這樣我自己認為是有希望的，但是相關的證據、相關的資料顯示，他不容許我樂觀，所以我不會用樂觀這兩各字來看這一些事情，我就覺得說反正就繼續走下去，就一直走下去就對了，那會到什麼境界其實也很難講，但是沒有走不下去就是了，還是走下去就對了，可以走下去的，就是你遇到難題的時候就解決它吧，他還是可以走下去的」。(A1-7)

「其實我們是公立醫院附屬機構，因此我們都有一定的危機意識，就會很擔心，如果長期虧損之下，我們會不會就醫院發展的政策來講，如果它覺得我們在評鑑的價值上沒有預期的高度，會不會有可能有被裁撤的一天。現階段我覺得是會持續的，持續的原因是因為精神醫療其實在社區是最夯的，所以說我們可能在它還沒有納入總額之前，我們可能都對它懷抱希望，所以我們主任是還滿想要推展這一塊的，在他任內他希望能把社區做起來，所以我覺得短期因為配合長官的期待，我們還是會持續和政府合作，不會退出這個市場」。(A2-7)

「目前社區復健機構經營能平衡狀況是不會退出」。(A7-7)

二十一世紀社會福利服務方向，是服務提供者、經費的提供者和服務使用者三者的局面，為加強彼此制衡作用，提高責信要求，強化服務品質，建構在買賣服務契約，契約制定由公部門主導，條約內容有利公部門，形成不對等互動關係，因此公私協力互動模式影響服務的使用者，公私部門共同省思，應建立彼此互信、互利、長其穩定的合作關係，才是民眾之福。

第五章 研究結論與建議

公私協力的形成是近年來政府滿足民眾多元需求，提升治理能力與改善治理效果，將公共事務委外經營，雙方的合作建立對價與利益的交易與交換關係，運用公私協力治理社區精神復健機構，推動全省每個縣市設置小而美的社區復健服務，照護社區精神障礙者，為維持、改善、提升精障者功能，節省醫療成本，減輕家屬照顧負荷。本研究訪問八位經營社區精神復健機構負責人，由訪問者實務工作經驗、專業知識、願景，歸納分析與文獻回顧相呼應。本章二節；第一節研究結論，第二節研究建議，詳述如下：

第一節 研究結論

壹、公私協力脈絡

一、精神復健機構參與協力成因

高雄市有十五間社區精神復健機構其中精神醫療機構附設有八家，其中本研究的受訪者四家，個人經營有四家，其中本研究受訪者二家，社團法人附設有三家，其中本研究受訪者二家，分述形成協力原因如下：

(一) 四家精神醫療機構附設參與公私協力原因：

- 〈1〉延續精神醫療服務自全日住院、日間住院到出院後門診及社區復健服務，建構成完整精神醫療照顧體系。
- 〈2〉社區復健醫療不含括在健保局總額預算內，所以額外增加機構的收入。
- 〈3〉因應衛生署核定的「醫療保健計畫-籌建醫療網」、「加強精神病患社區復健」的重要政策。

(二) 二家個人經營社區精神復健機構參與協力原因：

- 〈1〉具有專業背景可以學以致用。
- 〈2〉肯定社區復健是在社區照護精神病患者最佳服務模式。
- 〈3〉基於公民的責任願意協助精障者。

(三) 二家非營利組織附設精神復健機構參與協力原因：

- 〈1〉基於組織使命協助精障者增加自我照顧能力，減輕家屬負荷。
- 〈2〉透過公私協力創造收入，累積收入提供創新服務方式。
- 〈3〉響應政府政策。

綜合以上的論點形成公私協力的因素有個人經營社區復健機構者符合公民參與理論，而非營利組織符合第三者政府理論，公部門的社區復健機構考量利益及組織整體發展，大多數精神醫療機構附設的社區復健中心為個案旋轉門之效應，掌握個案自全日住院、日間住院、社區復健、門診之循環服務。

二、公私協力的目標

(傅篤誠，2006) 在競爭定位理論論述，目標的訂定要符合五原則：明確 (specific)，可測 (measurable)，可達成 (attainable) 相關，(relative) 可追蹤 (traceable)，亦就是所謂 SMART 五原則⁶⁸。由受訪者資料分析整理如下：

- (一) 共同目標：從受訪者訪談資料了解社區精神復健機構參與協力其目標的訂定是照顧社區的精神障礙者。
- (二) 公共利益：民間單位有營運的壓力，除了服務精障者之外，營運收支平衡亦是非常重要。
- (三) 衝突矛盾：部分受訪者對復健的目的產生質疑，因服務一群人，每個人的障礙情況不同，每個人學習能力不同，提供活動、技能訓練須各別訂定目標，隨著個案進展必需再修訂目標，以受服務者角度很難說明目標。

⁶⁸ 傅篤誠，(2006)，非營利事業管理：議題導向與管理策略，新文京開發出版，台北縣，頁 115。

(四) SMART 原則的五目標原則呼應「公共利益」、「共同目標」，民間單位經

費來自服務個案的收入，當服務量不足，造成虧損狀況時，影響組織生存，為達成 SMART 原則，因此服務量才是經營者首要考量之目標，然而服務品質優劣亦是個案考慮參與復健的相關因素。

綜合上述公私協力目標符合文獻之學者、專家理論，協力關係建立彼此雙方「共同目標」、「公共利益」，才能使公私協力關係永續發展，將精神復健設置服務目標與評鑑指標之復健服務二則對應關係如(圖 5-1)：

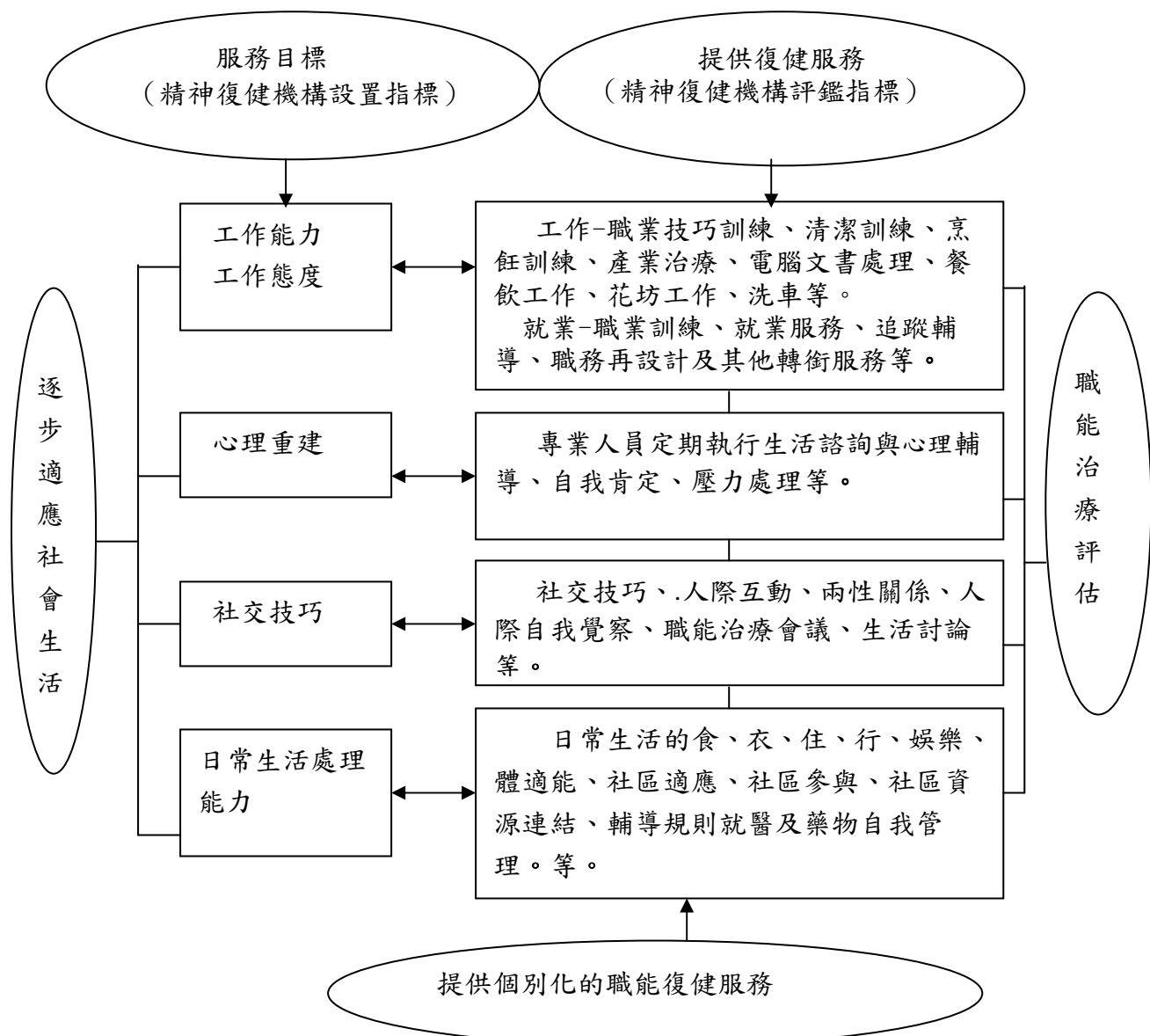


圖 5-1 服務目標與復健服務對應關係

資料來源：研究者自繪

由圖(5-1)了解復健機構設置目標有四大項為工作、心理、社交及日常生活等技能訓練，而最終目的是適應社會生活，但評鑑指標對應設置四大面向，其復健機構執行涵蓋非常廣，尤其是工作技能訓練、職前準備、就業輔導等職能復健比其他服務要求更高，造成醫療機構附設之復健中心大多設置在醫療機構內，因易於運用其母機構資源提供多元的工作訓練模式。然而當經營復健機構者必須依照評鑑基準提供如此之多的職能治療服務，且準備繁瑣的書面資料以應評鑑之需，因此質疑服務目標是為個案需要或是公部門績效課責之需要呢？

三、垂直分隔互動模式到合作模式

(一) 訪問八個受訪者一致表示與府協力關係，從開業與健保局合約，之後每年督導考核、在職教育訓練及評鑑，完全必須依照公部門制定政策實施，每家復健機構為使評鑑合格，服務內涵、行政作業，依照評鑑基準操作，避免評鑑不合格，沒有健保收入，影響機構生存，而針對政府制定復健機構相關法令規章或修改相關評鑑標準等，復健機構經營者完全沒有參與的機會（公部門附設復健機構除外），因此符合（吳英明，1996）論點垂直分隔互動模式，公部門作為上層指揮，私部門則處於下層配合及服從的地位，私部門的服務輸送，多在公部門設定的框架內運作。

(二) 另有受訪者（A7-3）表示，除了政策部份是上下從屬關係外，復健機構提供服務方案或活動，公部門不會干預，所以符合（Girdon 等，1998）論點為合作模式，公部門提供經費而私部門負責服務輸送。

貳、公私協力執行

一、公私協力的助力與效益

非營利組織不像公部門在社會的競爭市場上面臨生存發展的問題，必須

在許多競爭者之中，爭取資源，因此公私協力，公部門的助力更加重要。

1. 財力資源：中央健康保險局提供參與復健治療個案每日 480 元，為社區精神復健機構主要的收入來源，因此個案量及個案出席率，影響組織收入多寡，影響組織生存。
2. 教育資源：依評鑑辦法規範社區精神復健機構工作人員每年必須參加在職教育與訓練，公部門每年分區辦理（1）日間型精神復健機構專任管理人員初階訓練 70 小時。（2）日間型精神復健機構專任管理人員進階訓練 36 小時。（3）日間型精神復健機構負責人與專業人員訓練 36 小時。教育訓練費用由公部門支付，參加者不需負擔任何費用⁶⁹。
3. 物力資源：〈1〉行政院衛生署年度補（捐）助公立及民間精神照護機構充實精神復健設施、設備經費，以該直轄市、縣(市)日間型精神復健機構未達每萬人口 2 人為優先補助考量；每床補助 2 萬元。〈2〉高雄市政府衛生局依照精神衛生法獎勵民間機構⁷⁰，督導考核優等者取三名有獎金補助設施設備，然而高

⁶⁹

項次	基準	配分	評分說明
5.8	負責人及專任管理人員教育訓練	2	<p>優：符合良，且受訓知識能應用於實務，並有資料佐證。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
5.9	專業人員教育訓練	2	<p>優：符合良，且受訓知識能應用於實務，並有資料佐證。</p> <p>良：符合可，且能於機構內進行分享或研討。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

精神復健機構設置及管理辦法

⁷⁰ 第十九條 機構具備下列各款規定者，得依本辦法予以獎勵：

高雄市社區復健機構有十五家，大多數為精神醫療機構附設，其人力資源、設施設備較非醫療機構附設優勢，衛生局獎勵措施對非醫療機構附設之社區復健中心意義不大。

4. 福利資源：〈1〉高雄市政府衛生局每年編列預算補助參與社區復健的個案每日25元膳食費。〈2〉搭乘大眾交通工具申請博愛票公車免費。
5. 評鑑資源：依(A1-4)陳述評鑑是服務方向的基準，評估者與被評估者的溝通策略，正向看待評鑑是累積專業知識、改善服務品質、作為組織服務決策的依據及行銷工具。
6. 個案資源：依(A4-4)陳述衛生局、衛生所轉介個案到社區復健機構(A1-5)、(A2-5)說明最大問題是沒有個案來源，然而個案是機構的財源，公私部門有互相競爭之慮，公部門怕圖利他人考量，影響社區復健的發展，個案集中在醫療機構造成所謂旋轉門症候群，不是精障者之福。

由上述公私協力最大的助力是資源分享，包括有形資源；財力、設備、福利，無形資源為知識、態度、觀念、方法等。

二、公私協力的阻力與解決困境的策略

公私協力在合作過成中難免有存在問題是必然，而困境來自是政策面、治理面、執行面，其整理如下：

政策面

-
- 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。

- (一) 目標不清楚：(A1-5)、(A5-5)、(A6-5) 陳述不清楚公部門的目標是什麼，因此導致公部門在執行課責績效時，私部門反應覺得公部門在找碴，往往業者為經營考量反而符合評鑑才是最終目標，因此影響受服務者照護權益。
- (二) 權力不對等：不論社區精神復健設置辦法、評鑑基準或給付標準設定及修定等主導權掌控在公部門，民間部門只能服從，形成權力不對等。
- (三) 給付不對價：具多數的民間單位表示節省營運成本避免虧損，運用母機構資源提供經費、人力支援或是開發社區資源等，以提升多元化的服務，符合評鑑基準，因此健保給付一人一日治療費 480 元與評鑑要求設施設備、人力、品質是不對價，「要馬兒好、馬而不吃草」的協力模式是私部門最大的困境。

治理面

- (四) 權責不明：高雄市政府督導考核機制每年一次，其執行考核方式與行政院衛生署評鑑相同，一地方政府的觀點如果每年評鑑屆時中央評鑑沒有問題 (A1-5)、(A5-5)、(A6-5) 等認為評鑑與督導考核方式應該不一樣，地方政府須以社區復健機構評鑑缺失或問題提供輔導及改善方法為目的，而不是製造問題，增加業者困擾。
- (五) 行政作業繁瑣：〈1〉 健保局每天過健保卡、每半年申請展延、收案審查往返時間冗長。〈2〉 向健保局申請收案、檢附醫囑轉介單、社區評量表，內容部份重複，每半年填寫一次，程序繁瑣。〈3〉 達到評鑑基準須準備許多書面資料，這些資料繁瑣佔用許多工作時間，相對減少服務個案時間。

執行面

- (六) 怕圖利他人：公部門握有龐大資源卻不敢釋放或協助私部門，最怕被冠上官商勾結、圖利他人的刻板印像，因此制定許多治理措施，防範業者，另

外保護自己盡到課責績效的責任。

- (七) 不信任：評鑑委員執行評鑑過程可能基於個人主觀的認知、理念、長期在精神醫療機構工作根深醫療模式或是個人專業素養的思維，使得審查書面資料不客觀，導致彼此間衝突、不滿、挫折、壓力情緒，因此合作模式必需靠彼此之間互信與互敬，才是建立雙贏的關鍵因素。

三、因應困境方法：

- (一) 上有政策、下有對策：政策是僵化無彈性，當無法改變政策時，事在人為，只好求變通，連結資源，解決困境。
- (二) 盡全力配合政府規定：私部門基於互信、互利的夥伴關係，雙方共同為服務特定族群，彼此關係不可分割，不僅相互依賴，亦相互依存，是休戚與共的生命共同體，因而願意犧牲部份的利益，以成就更美好的公共事務，以積極行動配合公共利益而努力。

參、公私協力評估

從八位受訪者中一致認同政府處在主導、指揮的角色而私部門有負起社會責任，提供社區復健服務理念填補政府科層、僵化、無彈性的缺失，使服務輸送順暢，發揮效率，維持長期合作關係。

一、從屬關係發展至水平關係

- (一) 水平互補互動模式 (吳英明, 1996)：公私協力は整體考量，公部門掌握最大資源及資金，因此主導權仍是政府，但在合作關係間增加溝通與協商，私部門執行服務輸送能較多主導權貫徹服務理念及實現理想，不是一味符合評鑑標準而失去初終目標。

- (二) 合作模式 (Girdon 等, 1998) 由政府提供資金，第三部門實際負責服務

的輸送，亦是政府將公共服務交付第三部門執行，政府扮演經費資源供給者與福利決策者。

- (三) 互補模式 (Najam, 2000) 公部門與私部門為共同目標，使用不同的手段達成目標，亦是政府提供財務予私部門，而私部門提供不同的服務達成任務，各取所需的互動模式。

不論何種公私協力的互動模式，最重要是中央、地方政府到民間單位須有暢通溝通平台，當民間遭受經營困境時能適切提供協助。

二、繼續推動社區精神復健機構與公部門協力關係

- (一) 退場機制：不符合經營成本、不符合評鑑基準或是組織理念改變，都可能退出合作關係。
- (二) 繼續長期穩定合作關係：私部門仍抱持協力合作關係，由公部門提供資源，私部門提供服務，彼此間建立合作或是水平互補互動關係，才能維持長期夥伴關係。

公私協力的合作關係不應執著由上而下的互動關係或是由下到上的夥伴關係，應是政府發展一種互補合作關係，彼此是水平互補互動模式，因此，公私協力過程中，政府應先確立目標、分享願景、建立良好的溝通管道、善用資源協助民間有限的力量，才能活化民間力量，創造一個以「人」非「病人」的服務模式，非僅強化績效與成果服務方式。

第二節 研究建議

公私協力其實是私部門與行政院衛生署、中央健康保險局、行政院衛生署精神醫療網、行政院衛生署精神醫療品質策進會、地方衛生局之間的互動關係，政府公共管理思維考慮協力的成果，如何達到績效與產出控制同時，應與私部門建立相互依存、責任分擔互動關係。私部門回應政府治理的策略、落實服務社群精神、平衡營運與永續經營的理念，該有相關應變措施。

壹、對政府的建議

一、行政院衛生署：

- 〈1〉建立溝通的平台，使相關政府部門與經營社區復健機構者有橫向與縱向的對話機會，讓彼此推動公共事務在政策面、執行面、治理面，經由溝通、協調達成共識。
- 〈2〉制定政策或修定法規與評鑑基準應廣納社區復健業者、受服務者及精障者之主要照顧者的意見。
- 〈3〉衛生署應編列經費，製作社區復健宣導短片，教育基層公務人員包括社政、衛政、勞政等及社區的精神障礙者與主要照顧者，使社區復健服務輸送順暢。
- 〈4〉訂出住院、日間留院天數限制，鼓勵病患轉入社區復健中心，減輕國家社會的財務負擔，解決社區精神復健使用率不高及設置不均的問題。

二、精神醫療網：

以往衛生署明定主辦單位開辦課程內容，建議將課程分為固定課程與彈性課程，其課程內容加入相關勞政資源的結合、職業重建概念、產品行銷，復元

(Recovery)概念。依實務所需或碰到的問題去制定相關的課程，這樣的培訓課程和實務執行層面上有一定的連結，有助於工作人員專業成長與服務品質。

三、精神醫療品質策進會：

- 〈1〉評鑑委員聘用以實務參與社區精神復健工作者為佳。
- 〈2〉每年辦理委員的在職教育訓練。
- 〈3〉每年評鑑社區復健機構請業者回饋受評意見。
- 〈4〉彙整回饋意見作為修法的依據或是委員的在職教育訓練內容。

四、中央健康保險局：

- 〈1〉簡化審查收案行政流程以診斷證明書替代醫囑轉介單，以避免轉介個案主導權掌控在醫師手上，對非醫院附設社區復健機構經營者，因無法填寫轉介單，阻礙個案來源，造成經營的困難。
- 〈2〉依據（謝佳容、蕭淑貞，2006）論述，社區精神復健機構的成本過高，通常社區復健中心的設置，以100坪以上大坪數、服務50人以上之規模，才符合經濟效益，然而根據高雄市日間型社區復健中心除公立社區復健中心設置服務量120人外，其他社區精神復健機構平均許可服務量46人，不符成本，因此須調高社區復健治療費，服務輸送與經費給付有對等關係。

五、衛生局：

- 〈1〉落實督導考核機制，協助社區復健機構解決評鑑遭受的問題。
- 〈2〉扮演中央與社區精神復健機構的溝通、協商平台，有效解決社區復健機構面臨的問題。

六、跨部門合作：

- 〈1〉依評鑑基準⁷¹需與勞政單位合作協助精障者就業轉銜，目前勞委會職訓局每年職業訓練有一定名額於精神障礙者參加，且高雄市社區精神復健機構可以向勞工局競標支持性就業服務方案，希望將好的就業服務措施推廣到全省社區復健機構。
- 〈2〉內政部將社區精神復健機構生產的商品協助銷售通路，增強精障者多元的工作訓練，增加所得收入，促進個案參與動機。

貳、對精神復健機構的建議

一、開發個案來源：

目前高雄市社區復健機構服務使用率約70%至90%左右，如醫療機構附設社區復健中心收案量約80%至95%，非醫療機構附設社區復健中心收案量有70%至80%，因此，開發個案來源是永續經營主要關鍵，建議機構走入社區與衛生所、社區精神科診所、里長合作，辦理精障者關懷活動或利用大眾媒體及文宣衛教，加強精神衛生教育，增加個案來源。

71

項次	基準	配分	評分說明
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。

二、正向面對評鑑：

績效評估是公私協力關係中必然的治理策略，可以使機構了解日常執行工作是否發揮管理功能，了解服務輸送之效率、品質、效果三方面的優缺點，有評鑑更清楚知到哪些地方需改善，促使機構更能精益求精。

三、策略聯盟：

社區精神復健機構彼此間能建立資源分享平台，如工作機會、產業代工、志工人力、執行中經驗傳遞或是二手物品的公益回轉給需要物資者等合作關係，彼此間創造資源網絡，對機構、服務使用者、公部門三贏的局面。

參、後續研究建議

一、研究對象

本研究以高雄市日間型社區精神復健機構為研究對象，訪談的對象以機構負責人為主，單一闡述執行工作中遇到的助力與阻力及解決困境的方法，難免有所疏漏而未能周延描述，若後續研究能以不同職務工作者作為訪談對象，並將研究結果作比較，找出其差異性，或許能另有啟發。

再者本研究訪談對象鎖定社區精神復健機構談論公私協力，雖然所蒐集到公部門次級資料，但若能實地訪問公部門對公私協力的看法，訪談資料會更完備。

二、研究問題

本研究以社區精神復健機構與公部門協力成因、執行過程及協力評估為主軸來探討公私協力關係，而與本研究主題探討公私協力的互動模式，政府對私部門的協助與執行中遭受的問題、解決的辦法、協力退場或繼續合作機制等都頗有繼

續研究之價值，後續研究可以利用本研究為基礎，進行更深入探討公私協力的研究。

三、研究範圍

本研究以高雄市為研究範圍，雖然研究母體涉及公部門、非營利組織及個人經營者，但區域性不同，遭受困境或是助力亦不同，所以後續研究範圍擴展為全省分不同區域包含北區、中區、東區、南區，資料收集更詳細。

參考文獻

壹、中文部份

一、書籍

- 王文科(2000)。質的研究問題與趨勢。載於國立中正大學教育研究所主編，質研究方法。高雄：麗文。
- 江明修(2002)。非營利管理。台北：智勝文化。
- 李宗勳(2002)。政府業務委外經營理論與實務。台北：智勝文化。
- 吳英明(1996)。公私部門協力關係之研究：兼論都市發展與公私部門聯合開發。高雄：麗文文化事業股份有限公司。
- 高淑清(2009)。質性研究的18堂課-首航初探之旅。高雄：麗文文化。
- 黃瑞琴(2001)。質的教育研究方法。台北：心理出版社。
- 張芳全(2011)。論文就是要這樣寫。台北：心理出版社。
- 張君威主編(2006)。精神醫療的美麗境界-大溫哥華精神衛生照護模式。台北：秀威資訊科技股份有限公司出版。
- 楊延光主編(1999)。杜鵑窩的春天。台北：張老師文化出版社。
- 劉麗雯主編(2004)。非營利組織協調合作的社會福利服務。台北：雙葉書廊有限公司出版。
- 廖榮利著(1993)。精神病理社會工作。國立編譯館主編。五南圖書公司。
- 郭峰志主譯(2002)。現代社區精神醫療-整合式心理衛生服務體系。(William R. Breakey 編著，1996)。台北：心理。
- 傅篤誠(2003)。非營利事業行銷管理。嘉義：中華非營利組織管理學會。
- 傅篤誠(2006)。非營利事業管理：議題導向與管理策略。台北縣：新文京開發。

二、期刊

- 王仕圖(1999)。公設民營的迷思：非營利組織觀點的反省，社區發展季刊，85期，台北：內政部社區發展雜誌社，頁157。
- 王仕圖(2007)。社區型非營利組織資源動員與整合：以社區發展協會為例。台

- 灣社會福利學刊，第5卷第2期，頁103-137。
- 李宗翰（1995）。從美國的精神復健模式來探究國內的精神復健現況與困境。中華民國醫務社會工作學刊，第五期，頁81-96。
- 李宗勳（2004）。公私協力與委外化的效應與價值：一項進行中的治理改造工程。公共行政學報，台北：政治大學公共行政學系，頁9。
- 李柏諭（2005）。跨部門治理的理論與實踐：以連潭國際文教會館的委外經營為例。公共行政學報，台北：政治大學公共行政學系，頁41-76。
- 吳英明（1993）。公私部門協力關係和「公民參與」之探討。中國行政評論，2（3），台北：中華民國公共行政學會，頁6。
- 吳濟華（2000）。公私協力策略推動都市建設之法制化研究。公共事務評論，2（1），高雄市：中華公共事務管理學會，頁9。
- 宋麗玉（2000a）。建構台灣慢性精神病患之社區支持體系-醫療模式與社會心理模式之整合。社區發展季刊，第92期，頁129-130。
- 宋麗玉（2000b）。促進社區精神復健服務支使用-一個實驗方案結果呈現。社會政策與社會工作學刊4卷1期，頁1。
- 宋麗玉（2005）。精神復健與復元一個積極正向的觀點。中華心理衛生學刊，18卷4期，頁01-29。
- 林天佑（2005）。教育研究倫理準則。教育研究月刊。頁71-75。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花（2005）。質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。身心障礙研究季刊，卷期3:2，頁123。
- 林淑馨（2006）。社服型非營利組織與政府再服務輸送互動上困境分析。社區發展季刊，12期，頁47-53。
- 高麗芷、周美華（2004）。台北市社區精神復健中心。北市醫學雜誌，1（4），頁123。
- 黃宗正、劉智民（2011）。精神分裂症的臨床與精神病理，台灣醫學，15（4），

頁 370-371。

黃梅羹、胡海國、黃曼聰（1994）。**都會地區發展精神分裂病患社區復建相關因素之研究**。中華民國醫務社會工作學刊，第四期，頁 117-139。

黃宗正、劉智民（2001）。**精神分裂症的臨床與精神病理**。台灣醫學，15（4），頁 370-371。

孫本初（2001）。**論治理模式在政府與非營利組織互動中之應用**。人事月刊，41（3），頁 8-17。

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 卷 2 期，頁 47

三、論文

王千文（2005）。**公私協力執行的經驗性研究：以台北市社區規畫師制度為例**。世新大學，行政管理學系碩士論文，未出版。

朱森村（1999）。**公私協力關係之研究-台北市推動社區大學個案分析**。國立政治大學，公共行政研究所碩士論文，未出版。

李建村（2000）。**公私部門協力關係之研究—以台北市文湖國小社區、學區安全聯防為例**。中央警察大學行政管理研究所碩士論文，未出版。

官達人（1999）。**社會居民對精神病的態度之研究**。陽明大學，醫務管理研究所碩士論文，未出版。

林麗瑞（2006）。**慢性精神障礙者醫療資源利用相關性研究**。靜宜大學，青少年兒童福利學系碩士論文，未出版。

林美華（2002）。**政府與非營利組織夥伴關係之研究—以中部三縣市生活重建服務中心為例**。國立暨南國際大學公共行政與政策學系碩士論文，未出版。

胡海國主編（1995）。**精神病患服務體系檢討**行政院發展考核委員會編印，頁 104

胡海國總編（2003）。**台灣精神障礙者照護發展研討會彙編**。台北：財團法

人國家衛生研究院

高麗芷(2005)。全國精神社區復健中心現況與特檢討會：胡海國總編，台灣社區精神障照護研討會，國家衛生研究院編印，頁75-76。

陳景霖(2007)。公私協力夥伴關係之治理模式—以花蓮縣豐田社區總體營造為例。東華大學公共行政研究所碩士論文，未出版。

陳靜子(2008)。台北社區大學經營管理問題之研究-政府服務委外監督機制建立之觀點，玄奘大學，公共事務管理學系，未出版。

郭昇勳(2000)。公私合夥理論與應用之研究。國立政治大學，公共行政研究所碩士論文。未出版。

謝宏政(2011)。公私協力探討社區營造中心之營運-以新竹市為例。玄奘大學，公共事務管理學系碩士論文，未出版。

嚴秀雯(2001)。政府與非營利組織夥伴關係之研究--以台北市獨居老人照顧為例。國立台北大學公共行政暨政策學系碩士論文，未出版。

四、文件

呂淑貞(2011)。台灣精神康復者人權演進與社區充權發展研討會，中華康復之友聯盟編製，頁 42

褚增輝(1992)。中華民國職能治療發展史。台北：中華民國職能治療學會成立十周年慶特刊，頁 25-49。

行政院衛生署(2009)。全國醫療網暨社區精神復健業務檢討會。台北

行政院衛生署(2010)。全國醫療網暨社區精神復健業務檢討會。台中

行政院衛生署(2011)。全國醫療網暨社區精神復健業務檢討會。台南

五、雜誌

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2007)。醫療品質雜誌，1(6)，頁66-69。

六、網路參考資料

行政院內政部。(2011/5/25)。精神障礙者人口數成長統計表。檢索自

<http://www.mou.gov.tw/stat/undex.asp>。

行政院衛生署。(2011/5/25)。醫療服務量現況及服務結果摘要表。檢索自

<http://www.doh.gov.tw/statustuc/data/>

高雄市政府衛生局。(2011/5/06)。100年高雄市精神照護機構。檢索自

<http://khd.kcg.gov.tw//Attachment/>。

行政院衛生署。(2012/2/20)。精神復健家數按縣市別。檢索自

<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=80869&s=1/>

紅樓。(2012/4/20)。

<http://tw.myblog.yahoo.com/redhouse2152/article?mid=187&prev=198&next=147&fid=5>。

[xt=147&fid=5](http://tw.myblog.yahoo.com/redhouse2152/article?mid=187&prev=198&next=147&fid=5)。

福德。(2012/4/29)。

<http://blog.rood.com/fudecenter/archives5672065.html>。

高醫。(2012/4/25)。

<http://www.kmuh.org.tw/www/psychia/ns/MAIND-01.htm>。

仁愛之家。(2012/4/30)。

<http://thmh.khja.org.tw/service.asp#13>。

康復之友。(2012/4/22)。

<http://www.kfmra.org.tw/main.php?f=about>。

心理復健。(2012/4/20)。網站

<http://cilifuza.org.tw>。

林玉華(2000)。公私夥伴關係的治理：理論的初探兼論因英國的第三條道路。

<http://web.ntpu.edu.tw/~yuhwa/governance%20of%20partnership.doc>

貳、英文部分

- Najam, Adil. 2000. "The Four-C's of Third Sector-Government Relations: *Cooperation, onfrontation, Complementarity, and Co-optation.*" *Nonprofit nagement & Leadership* 10 (4): 375-396.
- Peters, G. B. (1998). *Managing Horizontal Government: The Politics of Co-ordination.* *Public Administration* 76, Summer: 295-311.
- McQuaid, R. W. (2000). The Theory of Partnership: Why Have Partnership? In S. P.Osborne (eds). *Public-Private Partnerships:Theory and Practice in International Perspective.* London: Routledge: 13.
- Osborne(2000) *Public-Private Partnership--Theory and Practice in International Perspective,* London : Routledge, pp.9-35.
- Langton, S,(1983) "Public-Private Partnerships : Hope or Hoax ?" *National Civic127Review,* 72, pp.256-261.
- Pierre,J,and B. Guy Peters,2000 *Governance,Politics and the State.* London: MacMillan Press. 2001 " *Development in Intergovernmental Relations:Towards Multi-level Governance*" .*Policy and Politics* 29 (2) :131-136.
- Salamon (1995) .*Partners in Public Servic.* Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Hailey,John (2000) , " *NGO Partners:The Characteristicics of Effective Development Partnership,* " in Stepen P. Osb rne (ed) .*Public-Private Partenership:Theory and Practice in International Perspective.*London and New York:Routledge.
- Foeler. A. (1997) , *Striking a Balance: A Guide to Enhancing the Effectiveness of NGOS.* London: Earthscan.
- Jones, R. E. (1993) . *Choosing Partentrships, The Evolution of the Katalysis Model.* Stockton, C.A.:North/South Development Partnerships.

附錄一

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。

101 年度精神復健機構評鑑基準<日間型機構>

<p>第一章</p>	<p>人員配置之適當性</p>	<p>10</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>七、服務量認定：以衛生局報備收治服務量計之。</p>
<p>1.1</p>	<p>機構負責人之經營管理</p>	<p>3</p>	<p>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。</p> <p>2.計畫期程： 短程：1年內 中程：1~3年 長程：3年以上</p> <p>3.與負責人面談，以了解投入程度、管理的理念與願景。</p> <p>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。</p> <p>優：符合良，有中長程計畫並有具體成效。</p>

			<p>良：符合可，且積極帶領機構運作。</p> <p>可：具正確社區復健理念，且熟知精神復健機構業務。</p> <p>差：社區復健及經營理念模糊，且不熟悉機構作業。</p> <p>劣：缺乏社區復健及經營理念，且無中長程計畫。</p>
1.2	專任管理人員與收治療學員人數比適當	2	<p>服務量每 15 人（含 15 人以下），應有專任管理人員 1 人。</p> <p>優：1:10 以下</p> <p>良：1:11~14</p> <p>可：1:15</p> <p>差：1:16~20</p> <p>劣：1:21 以上（含 21）</p>
1.3	職能治療師（生）設置	3	<p>1.需提供服務內容之紀錄或其他佐證資料。</p> <p>2.機構應提供近三年歷月僱用情形。</p> <p>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。</p> <p>良：符合可，且</p> <p>(1)聘任之職能治療人員皆為職能治療師；</p> <p>(2)服務時數優於設置及管理辦法規定之 20% 以上。</p> <p>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。</p> <p>差：服務時數未達設置及管理辦法規定。</p> <p>劣：服務時數未達設置及管理辦法規定之 80%。</p>
1.4	其他專業人員設置	2	<p>優：服務時數優於設置及管理辦法規定之 40% 以上。</p> <p>良：服務時數優於設置及管理辦法規定之 20% 以上。</p> <p>可：符合設置及管理辦法規定。</p> <p>差：服務時數未達設置及管理辦法規定。</p> <p>劣：服務時數未達設置及管理辦法規定之 80%。</p>
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	<p>設置地點宜方便學員使用大眾運輸工具及社區資源。</p> <p>優：500 公尺以內</p> <p>良：501~750 公尺</p> <p>可：751~1000 公尺</p> <p>差：1001~1500 公尺</p> <p>劣：1501 公尺以上</p> <p>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。</p>
2.2	空間配置及隔間		

2.2.1	適當之復健治療空間	3	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>優：符合良，且空間利用良好。</p> <p>良：符合可，且每人之復健治療空間 5 平方公尺以上。</p> <p>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。</p> <p>差：復健治療空間規劃不適當。</p> <p>劣：每人之復健治療空間未達 4 平方公尺</p>
2.2.2	適當隔間之會談空間	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且安全舒適。</p> <p>良：符合可，且隱私性良好。</p> <p>可：有適當且符合會談目的之空間。</p> <p>差：會談空間規劃不適當。</p> <p>劣：未設置會談空間。</p>
2.2.3	適當之學員休憩空間	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且安全舒適。</p> <p>良：符合可，且空間寬敞。</p> <p>可：有適當且清潔衛生之休憩空間。</p> <p>差：休憩空間狹小且雜亂。</p> <p>劣：未設置休憩空間。</p>
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	<p>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。</p> <p>2.烹飪訓練設備如：電冰箱、炊具、廚具、餐具等。</p> <p>優：符合良，且充分使用，品質良好。</p> <p>良：符合可，且設備充足，功能良好。</p> <p>可：有適當且合宜之職能治療及烹飪設備。</p> <p>差：設備項目、數量明顯不足。</p> <p>劣：設備功能及品質不堪使用。</p>

3.1.2	適當且合宜使用之健身設備	1	<p>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）。</p> <p>優：符合良，且功能良好，並能充分使用。</p> <p>良：符合可，且健身設備數量充足。</p> <p>可：有適當且符合學員之健身設備。</p> <p>差：健身設備數量明顯不足。</p> <p>劣：健身設備功能及品質不堪使用。</p>
3.1.3	適當且合宜使用之康樂設備	1	<p>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。</p> <p>優：符合良，且功能良好，並能充分使用。</p> <p>良：符合可，且康樂設備數量充足。</p> <p>可：有適當且符合學員需求之康樂設備。</p> <p>差：康樂設備數量明顯不足。</p> <p>劣：康樂設備功能及品質不堪使用。</p>
3.1.4	學員方便使用之通訊設備	1	<p>優：有學員專用且隨時可用之通訊設備。</p> <p>可：有學員隨時可用之通訊設備。</p> <p>劣：無通訊設備或不方便學員使用之通訊設備。</p>
3.2	一般設施		
3.2.1	安全消防設施及訓練	2	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>優：符合良，且實地演練後有檢討改善機制。</p> <p>良：符合可，且實地演練操作正確。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)樓梯、走道及浴廁地板有防滑措施。</p> <p>(3)有定期消防演習及逃生訓練（備有紀錄）。</p> <p>差、劣：設施不符規定且無定期演練、實地操作不正確。</p>
3.2.2	維持環境清潔衛生	1	<p>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。</p> <p>可：維持機構內外環境清潔衛生，且無異味。</p> <p>劣：機構內外環境有異味。</p>
3.2.3	採光、通風良好	1	<p>優：符合可，且整體空間普遍採光、通風良好且舒適。</p> <p>可：</p>

			<p>(1)室內採光良好。</p> <p>(2)室內空間能通風。</p> <p>劣：室內採光、通風差。</p>
3.2.4	適切之環境美化	2	<p>優：符合良，且能由學員參與環境美化。</p> <p>良：符合可，且符合學員需求佈置。</p> <p>可：塑造溫馨、安全環境，如：色彩、內部裝飾、綠化等佈置。</p> <p>差、劣：環境簡陋，未有美、綠化之佈置。</p>
3.3	飲用水充足且符合水質標準	1	<p>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。</p> <p>2.視學員多寡提供足夠之飲水設施。</p>
3.4	備有簡易急救箱	1	<p>優：符合可，且有定期檢查及更新。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)應注意內容物之有效期限。</p> <p>劣：物品效期過期或放置處方藥品。</p>
3.5	蚊、蠅、鼠害防治之適當措施	1	<p>優：符合可，且有病媒防治計畫，並落實執行。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)定期清潔或消毒室內外環境。</p> <p>劣：機構蚊蠅滋生。</p>
第四章	健全復健業務之提供	28	<p>1.逐項面談工作人員業務內容、工作方法、步驟。</p> <p>2.檢視各項服務紀錄之有無與內容品質。</p> <p>3.與學員面談，了解學員是否了解自己的復健目標與計畫。</p>
4.1	適當且合宜之職能治療評估	4	<p>1.應由職能治療師執行評估，並備有紀錄。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>優：符合良，且有上述 5 項評估。</p> <p>良：符合可，且有上述 4 項評估。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)每 3 個月評估 1 次。</p> <p>差：未共同討論訂定但有定期評估。</p>

			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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>良：符合可，且目標及計畫與評估密切連貫，並具體可行。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)每3個月修正1次。</p> <p>差：由專任管理人員擬訂且每3個月修正1次。</p> <p>劣：無明確復健計畫且未定期修正。</p>
4.3	提供個別化的職能復健服務	3	<p>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。</p> <p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>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。</p> <p>可：提供個別化的職能復健服務，並有紀錄。</p> <p>差：個別化的職能復健服務貧乏，執行與紀錄不完整。</p> <p>劣：未執行職能復健服務。</p>
4.4	提供活動團體服務	3	<p>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。</p> <p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>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。</p> <p>可：提供活動團體服務，並有執行紀錄。</p> <p>差：活動團體服務貧乏，執行與紀錄不完整。</p> <p>劣：未提供活動團體服務。</p>
4.5	提供工作復健訓練及轉銜服務	6	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>良：符合可，且能定期檢討服務成效並提出改善措施。</p> <p>可：能依據評估及個人功能需求，提供適切之工作復健訓練</p>

			<p>及轉銜服務。</p> <p>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。</p> <p>劣：完全沒有提供工作復健訓練及轉銜服務。</p>
4.6	定期生活諮詢、心理輔導	2	<p>應由專業人員定期執行生活諮詢與心理輔導，並有紀錄。</p> <p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>良：符合可，且能定期追蹤、檢討成效並提出改善措施。</p> <p>可：每月1次，並有明確之會談目標。</p> <p>差：每月少於1次。</p> <p>劣：無任何紀錄。</p> <p>註：抽取會談紀錄5本。</p>
4.7	適切處理學員突發性緊急醫療及異常事件	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且能定期追蹤、檢討成效並提出改善措施。</p> <p>良：符合可，且有適當之處理及統計分析。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)鼓勵主動陳報。</p> <p>(3)有工作人員急救訓練紀錄。</p> <p>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。</p> <p>劣：未訂有突發性緊急醫療及異常事件處理流程。</p>
4.8	輔導規則就醫及藥物自我管理	1	<p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>良：符合可，且能定期追蹤、檢討成效並提出改善措施。</p> <p>可：輔導學員規則就醫及服藥訓練，並有紀錄。</p> <p>差：輔導學員規則就醫及服藥訓練執行不確實。</p> <p>劣：未提供輔導學員規則就醫及服藥訓練計畫。</p>
4.9	定期召開職能復健討論會	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且改善措施之成效良好。</p> <p>良：符合可，且每2週1次，且能定期檢討並提出改善措施。</p> <p>可：每月1次，符合學員需求且紀錄完整。</p> <p>差：每月少於1次，不符學員需求，且紀錄品質差。</p> <p>劣：未定期舉行且無任何紀錄。</p>
4.10	定期召開生活討論會	1	<p>優：符合良，且改善措施之成效良好。</p> <p>良：符合可，且每2週1次，能定期追蹤並提出改善措施。</p>

			<p>可：</p> <p>(1)由學員擔任主席，每月 1 次。</p> <p>(2)紀錄有公告周知或傳閱。</p> <p>差：每月少於 1 次，且紀錄未傳知全體學員。</p> <p>劣：未定期舉行且無任何紀錄。</p>
4.11	定期舉辦家屬座談會或聯誼活動	1	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>劣：1 年以上未舉辦過。</p>
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	<p>機構之收案對象應符合以下 4 項條件：</p> <p>1.精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。</p> <p>2.繼續接受精神科門診追蹤及治療。</p> <p>3.能自行獨立接受訓練或家屬可配合。</p> <p>4.稍具耐性及工作動機。</p> <p>優：符合良，且所收學員 100% 符合上述條件。</p> <p>良：符合可，且所收學員 90% 以上符合上述條件。</p> <p>可：</p> <p>(1)所收學員 80% 以上符合上述條件。</p> <p>(2)應有適當之收案評估（如：評估紀錄）。</p> <p>差：所收學員 60 至 79% 符合上述條件。</p> <p>劣：所收學員未達 60% 符合上述條件。</p>
5.2	適當之結案	3	<p>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。</p> <p>2.適當之結案標準係指：</p> <p>(1)功能進步可回歸社區生活者。</p> <p>(2)功能退化需轉介至適當機構者。</p> <p>(3)症狀惡化需轉介至醫療機構者。</p> <p>(4)其他超出機構照顧能力者。</p> <p>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。</p> <p>良：符合可，且 3 年內有 10% 以上學員功能進步，可結案回</p>

			<p>歸社區生活。</p> <p>可：</p> <p>(1)訂有結案標準並確實執行。</p> <p>(2)有定期檢討分析。</p> <p>差：訂有結案標準，但未針對學員結案適當性進行檢討分析。</p> <p>劣：未訂定結案標準。</p>
5.3	訂有工作手冊	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且檢討後有落實執行及再修正，並有顯著績效。</p> <p>良：符合可，且工作手冊有定期檢討或修正。</p> <p>可：訂有適切的工作手冊，並落實執行。</p> <p>差：雖訂有工作手冊，但未依照執行及修正。</p> <p>劣：未訂有工作手冊。</p>
5.4	紀錄內容清晰、詳實、完整，並妥善管理	4	<p>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。</p> <p>優：符合良，且紀錄完整詳實，並有督導核閱。</p> <p>良：符合可，且紀錄完整，並有定期查核機制。</p> <p>可：</p> <p>(1)工作人員執行業務均留有紀錄。</p> <p>(2)訂有個案紀錄管理辦法，且落實執行。</p> <p>(3)有獨立且具保密性之設施存放上述紀錄。</p> <p>差：訂有管理辦法，但未落實執行。劣：未訂有管理辦法。</p>
5.5	活動妥善規劃並定期修正	3	<p>優：符合良，且能依個案復健需要定期檢討修正。</p> <p>良：符合可，且有各項活動企劃書。</p> <p>可：訂有適當之活動時間表並落實執行。</p> <p>差：未依活動時間表或企劃內容執行。</p> <p>劣：未訂活動時間表。</p>
5.6	適切的復健基金管理	2	<p>優：符合良，且有檢討機制，並針對會議決議追蹤處理。</p> <p>良：符合可，每3個月召開會議1次，且管理完善。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)成立管理委員會或小組，應有學員代表參加且紀錄完整。</p> <p>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。</p> <p>劣：未執行復健基金管理。</p>

5.7	專任管理人員之督導	2	<p>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。</p> <p>2.督導內容包含個案討論、方案規劃、紀錄品質查核等。</p> <p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>良：符合可，且每月督導2次以上，且業務確有改善。</p> <p>可：明訂專任管理人員督導內容，每月督導1次，並留有紀錄。</p> <p>差：未定期督導，或督導內容、紀錄貧乏。</p> <p>劣：未進行專任管理人員督導。</p>
5.8	負責人及專任管理人員之教育訓練	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且受訓知識能應用於實務，並有資料佐證。</p> <p>良：符合可，且能於機構內進行分享或研討。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
5.9	專業人員之教育訓練	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且受訓知識能應用於實務，並有資料佐證。</p> <p>良：符合可，且能於機構內進行分享或研討。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
5.10	適當之學員權益維護措施	2	<p>優：符合良，且定期檢討改善，成效良好。</p> <p>良：符合可，且有相關會議進行檢討。</p> <p>可：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。 <p>差：僅有學員權益之公告，但未落實執行。</p>

			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	<p>優：符合良，且有具體成效。</p> <p>良：符合可，且</p> <p>(1)能將學員與家屬意見、抱怨、申訴適時回覆，且有紀錄可查。</p> <p>(2)滿意度調查結果能週知學員，並有後續處理措施及紀錄。</p> <p>可：</p> <p>(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）。</p> <p>(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。</p> <p>差：有滿意度調查，但未統計分析。</p> <p>劣：未有學員申訴管道與處理措施及滿意度調查。</p>
5.12	健康維護措施	2	<p>優：符合良，且能經常辦理健康促進活動。</p> <p>良：符合可，且針對健康檢查異常結果進行追蹤處理。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)有教導學員正確洗手之相關訓練。</p> <p>(3)依疾病管制局規定通報傳染病。</p> <p>(4)杯子、碗筷等物品應有防止共用或汙染之措施。</p> <p>差：僅符合可之 3 項要求。</p> <p>劣：僅符合可之 2 項以下要求。</p>
5.13	定期召開品質管理相關會議	2	<p>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。</p> <p>優：符合良，且成效良好。</p> <p>良：符合可，且有檢討改善措施。</p> <p>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。</p> <p>差：未定期召開、全年開會次數未達 10 次，或紀錄內容貧乏。</p> <p>劣：每年開會次數少於 4 次。</p>
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。 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

			<p>學員之照顧安全。</p> <p>差：上次評鑑建議事項有改進措施，但成效不佳。</p> <p>劣：針對上次評鑑建議事項未有具體改進措施。</p> <p>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。</p>
7.2	評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	2	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>可：</p> <p>(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。</p> <p>(2)實地評鑑時，呈現1個月前之相關資料。</p> <p>(3)評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。</p> <p>差：評鑑資料填寫及評鑑簡報內容過於簡略。</p> <p>劣：評鑑資料填寫及評鑑簡報內容簡略且與現況不符。</p>