

走向去機構化 ——倫理取向的政策分析

謝聖哲

壹、前言

在去年發生了一連串的精神病患逆倫弑親事件，社會上再一次出現對我國精神醫療問題及政策的批評和檢討之聲，但是在一陣熱度之後的再被忽略情形，相信大眾（甚至是主管機關）早已司空見慣，可是一再重提的結果卻是問題依然存在。其中最受爭議的就是：精神病患是否有權拒絕強制醫療和鑑定，以及精神病患的人權問題，也就是對去機構化的爭議。本文將先就去機構化的議題，以國外相關文獻及作法為討論基礎，深入了解其內涵，並引以作為我國精神醫療政策改革之參考。

一、何謂去機構化？為何會發生？

一個適當的去機構化定義需包括三個主要過程：一為公私立醫院住院人數的減少，二乃可能的住院者轉向以社區為基礎的服務機構，三是由單一服務到多樣服務的病人照護責任的伸廣。但去機構化的概念還指涉著其他概念，如：收容所、遊民、最少受限環境、預後照護、社區精神衛生中心等；因此我們可以試著回答去機構化的目標是，減少由制度化機構所提供的服

務，特別是公立精神專科醫院，並且去增加由在社區中的出院病人機構所提供的照護。

當初去機構化會得到廣泛的接受，是因為普遍共享的對傳統機構的認知是如蛇窩般的陷阱，或是監禁的地方，而非治療、再社會化及復健的場所。所以，此一遠離這些機構的行動後果之一，必然是促使效用低的傳統機構之品質提昇。促使品質提昇在作為設計高品質機構，及創造一個均衡的機構和非機構服務的體系之部分努力上，也得到了意識形態層次的支持。

當然，對去機構化的定義眾說紛紜，或許是因為對「機構」一詞有不一樣的解釋，而且又常常涉入解釋者的主觀價值判斷所致。根本上，去機構化是一項事實、一個過程與一種哲學，因此為了達到共同的認知，我們可以參考 Leona L. Bachrach(1989:165)對去機構化所下的定義：對於慢性精神病患，避開傳統的機構，特別是公立精神科醫院，同時發展針對該人口群之以社區為基礎選擇的照護。此一定義即包含了上述的三個過程。或許，以最一般化的辭彙來說，去機構化意味的是，那些不能獨立生活及需要持續的精神健康照護的人從大型、長期的、公立機構轉到較小的、較有彈性的及較少受

限的社區機構的活動。

就以美國來說，一九六三年的心理精神衛生法案就很少會被討論，因為根本沒有人會想去反對人道主義，且該法案假定以社區為基礎的照護方式會降低成本並普及人性化的照護，而機構式的照護方式將繼續浪費並不人道的對待病人。這個對問題的簡單輪廓於焉產生了一個簡單的解決方式：去機構化。在實際上，這意味著慢性病人的出院率提高，急性精神病人在私人醫院的住院日數縮短，以及公立機構的新入院案例降低。

那究竟去機構化的風潮是如何發生的呢？當然，這可以追溯到歐美國家在精神醫療的歷史發展脈絡中，機構化過程中的種種景況，使得去機構化的想法漸漸出現。可是，本文僅就在意識形態上推動去機構化的兩個全然迥異的來源做討論，分別是公民自由主義支持者(CIVIL LIBERTARIANS)和財政保守主義者(FISCAL CONSERVATIVES)，前者關切的是在公立精神科醫院中的景況，以及對人類尊嚴、自由和個人價值的損害，後者則主要關注大型使用公有財務的機構之經濟成本。這些關心主要被定義於純屬機構的問題，也就是說，機構是不好的，而且必須被削減。

二、國外的經驗

我們將檢視六個國家在執行有關精神衛生政策上的努力，其中包括對慢性精神病患去機構化和以社區為基礎的服務方案。

瑞士

它與美國相似，在每個地區都有充分的權威決定其本身的健康政策與施行，雖然有些不同，但在有些地區仍是成功的。其社區支持及復健服務乃針對使慢性精神病患再整合到社區中，而這是透過醫療管理和社會心理復健達成的；但是工作復健方案對去機構化病人並非顯而易見。

丹麥

雖然丹麥有一些邁向以社區為基礎服務的傾向，但仍以傳統的醫療照護體系為主。政府政策對出院病人的服務是透過醫院機構的方式遞送；為確保醫療的連續性，社區醫療服務是由當地開業醫師和護士訪視在家病人的方式提供。所以強調將病人留在家裡是由醫療管理而非心理社會或工作復健來達到的。另外，在丹麥很少有中途之家，連病人自助團體的組織也不明顯，病人仍是醫院的責任。

英國

英國在發展以社區為基礎的慢性病患服務上一直扮演著領導的角色，連美國早期的服務也是以英國在提供由醫院贊助的社區照護嘗試為模型的。其社區支持及復健方案在每個地區的健康與社會服務主管機關中各不相同，大部分好的方案都包括了與居住有關的照護，而設計也以應付不同需求和一些社會支持網絡為主。一般來講，英國較不強調以達成生產性雇用為目標的復健方案。

瑞典

其國家政策追求的是長期慢性精神病患的需要以地區化為主，該政策鼓勵為精神病患準備的資源可在每個地區的行政體系下組織起來；而社區支持體系也體認到需要去為慢性精神病患準備以社區為基礎和復健取向的照護。在每一區中都有完整的系統，有獨立生活技巧和社區技巧的訓練機會，以及集體之家安排和收容機構。在許多區中，社區方案提供庇護性及暫時過渡性的受雇工作服務。

荷蘭

它的精神衛生體系去機構化的腳步過去一直非常緩慢，精神醫療機構的

革新與現代化，加速了去機構化和以社區為基礎的服務發展。社區服務的焦點也由集中的醫院管理延伸開來，但醫院治療人員仍是病人與收容機構的主要扣結。相關法案統整了地區化的原則，使每一區負責地方健康服務主管機關的角色能與中央級機關配合。荷蘭精神衛生體系目前的問題，主要是缺乏一套完整的組織架構以及因此所產生的介於醫院、出院病人服務和收容機構間的有限資源的競爭。

日本

過去以來，長期機構化照護一直是日本主要精神病患的治療方式。在一九六五年修訂的精神衛生法中，強調社區精神衛生的重要性，並公布相關法規，強化慢性精神病患的復健；但即使連於一九八八年通過的精神衛生法修正案中，強調的目標有二：提昇精神病人權的保護、增加復健方案數目使病患能整合到社區中。也就是政府鼓勵並支持社區對精神病人的整合和復健方案的發展，也同樣因公眾冷漠及政府不正視而使進度緩慢。

三、公平與效率——再機構化(REINSTITUTIONALIZATION)。

前述美國在六〇年代實施的社區心理衛生法案，採取去機構化的治療方式，結果實施了二十餘年來，毀譽參半。因為其社區的心理衛生中心組織一直不完善，同時使得病人在社區中所接受的治療和待遇甚至比在機構中還差，而且還因精神病人屢次引起事端（如騷擾、殺人等）而造成社會不安及恐慌；另一方面，實施去機構化原先所預期的財政效益並未出現，也就是反而每年政府需多花費大量經費予以補助，因此去機構化的效果，包括經濟的、社會的、甚至是人性上的，已引起廣泛的爭議及反省。於是，再機構化的想法悄悄升起……

當然，在考量精神衛生政策適切性的同時，Kathleen C. Plura認為有兩個道德原則與決策特別具有關聯：一為分配的公平，指出社會機構的負擔

與利益不應隨意分配，而須以公平、希望、需求或契約的標準之一致性為主；另一為對個人的尊重，要求每個個人須被以獨特的及與他人同等的對待。前者包括了对公平與效率的考量，後者則包含了與隱私、個人自主性和自由有關的原則(1987:508)。

首先，就公平的層面來說，政策應重視公平以減少過多限制的發生，而不僅是在評估選擇時只針對效率而已；因此，公平對健康照護資源的分配而言，說的是依需求的標準。但需要服務的和得到資源的人卻總不相同，紐約州社區支持系統基金就是一例；它提供補助給在心理衛生機構中的病患，但去機構化的病人卻得不到，所以它所產生的不公平就在於，其資源分配與資格的認定是以是否在機構中而非是否是個慢性精神病患為判準。

再來，就效率面的考量來說，先前談到去機構化預期的財政效益並未出現，因為結果並不向原先所承諾的那樣，當公立醫院住院人數減少時，人事比例和每個病人住院日成本就相對快速增加；相同地，社區治療也未比當初保證的便宜，反而我們現在需要同時負擔醫院和社區的雙重治療花費；如果再深入觀察的話，大多數的病人很少有機會選擇他們所得到的治療型式，不管是團體式或個人式的，藥物或社會心理取向的治療方式；相同地，醫師及管理者也沒有很多治療選擇可以利用，使得即使去機構化病人比非慢性病人需要更多的資源，可是他們卻都只拿到少部分的專業服務。因此，醫師就深陷於此一效率外還需兼顧公平的兩難之中。

四、道德上的抉擇(MAKING ETHICAL CHOICE)

其實，對於慢性精神病患應機構化收容或是讓他們去機構化回歸社區之間該如何抉擇，本來就是見仁見智的事情。雖自從一九五〇年代發現抗精神病藥物的治療效果之後，帶給精神病患甚大的注意，但三十年來，經過嚴格追蹤研究顯示，至少還有二十五—三〇%的精神分裂病患對於抗精神病藥

物沒有反應，而趨向慢性與敗壞的臨床病程。但這是指自然的臨床病程而言，倘若施以各式各樣的復健，譬如：團體行為治療、職能治療等，應可減緩其敗壞的速率，而讓其有機會再回到社區中去過正常的生活。

因此，去機構化的概念體現了人類自由的道德原則，病人在最少受限的環境下得到照護，但因實行去機構化，也造成了對心理衛生專業人員進一步的導德困境：得承受來自社區要求控制社會偏差及削減預算的壓力，且他們也同時希望能提供病患個人的自主性。當然，社會的安寧端賴於其個別成員的福祉，而社會選擇本就包括了個人與個人之間必然的衝突與兩難；去機構化被假定能提昇個人的福利，甚至是社會的福利，雖然目前的情況並不如預期般的達到我們想要的結果，甚至在表面上看來還得到反效果，但並非所有政策的反面效果都可以事先預測的，尤其並沒有充分的證據可以證實反效果達到顯著。公共政策的決策目的是為個人全體的福利，及有關於決策者必須作出的道德抉擇。但福利指的是什麼？誰可以判斷一個人的福利？而且如何測定福利都應依道德原則和價值來決定。因此在依倫理抉擇修正公立精神衛生機構的功能時，須以有用的理論為規畫依據，以有限的及經驗性的基礎為執行準則，使越有彈性的計畫可在需要時作出即時矯正的行動。即所謂有彈性的計畫，是指對未來介入慢性精神疾病的干預，以極大化公平與效率、預期不良後果，擴展機構與非機構的心理衛生服務形式的結合等原則小心規畫，這也就是我們的責任，新的政策標示不是去強調機構化與否，而是去針對政策所服務的病人人口群，提供真正的道德倫理的抉擇。

（本文作者為中正大學社會福利研究所碩士班研究生）

參考資料：

1- Brinton M. Lyjes, Ramsay Liem Human Rights and Mental Health

in the United States. *Journal of Social Issues*, V.46, Iss.3, 151-165, 1990

2- David Mechanic; David A. Rochefort Deinstitutionalization: an appraisal of reform. *Annual Review of Sociology* V.16, 301-27, 1990

3- K. Koizumi; P. Harris Mental Health Care in Japan. *Hospital and Community Psychiatry* V.43, Iss.11, 1100-3, 1992

4- Leona L. Bachrach Deinstitutionalization: a semantic analysis. *The Journal of Social Issues* V. 45, 161-71, Fall, 1989

5- Paul Lerman Deinstitutionalization and Welfare Policies. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* V.479, 132-55, May, 1985

6- Kathleen C. Plum Moving Forward With Deinstitutionalization: Lessons of an Ethical Policy Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry* V.57, 508-14, October, 1987

7- Mary A. Jansen Mental Health Policy: Observations From Europe. *American Psychologist* V.41, 1273-8, November, 1986

8- Andrew Scull Deinstitutionalization and Public Policy. *Social Science & Medicine* V.20, No.5, 545-52, 1985

9- 陳喬琪 日本的私人精神病院及住院病患——兼論其精神衛生法之漏洞，臺灣醫界，第二十九卷，第一期，二十四—二十七頁，民七十五年一月。

10- 林 憲 臨床精神醫學，臺北市國立編譯館，一三九—一四〇頁，民七十四年。