

慢性精神病人的衛生福利需求 ——龍發堂現象及其照護實踐

黃志中、潘炤穎

壹、前言：當鐵柵門鎖打開後

龍發堂位於北高雄市的路竹區，過往一直以收容慢性精神病人而為人所知，存在近半世紀歲月的歷程中，地方傳聞著許多神蹟，期間也曾發生數次被指控不當對待精神病人（陳正宗，2018）。於1980年代後期堂方更於農牧特定土地上建置有一地上七樓、地下一樓總建坪超過6,000坪的違建大樓，所照顧的堂眾人數曾高達近1,000人，但確實人數與堂眾名冊一直未為政府部門所知悉。當2017年7月初及9月底陸續爆發阿米巴痢疾及肺結核法定傳染病群聚事件之後，因為防疫工作而打開了層層被管制的門鎖，才揭露其內部真實的生活照顧情況。檢視龍發堂現象在覺察慢性精神病人照顧需要以及此過程中家屬困頓所產生的破口現象，並省思臺灣社會中的衛生福利體系運作如何回應精神病患長期照護。

龍發堂現象是帶著在地具民俗風采與所在脈絡的社會想像，並存著正向追尋或負向禁忌，龍發堂現象過去被視為傳說，如鄉野傳奇般地被社會傳頌，畢竟是許多半世紀之來為照顧精神病人家屬所寄託，至於家屬則有著極為異質的需求狀況。實際上，患者處境是被視為家人身心耗竭的重擔、極欲除去包袱、個人或家庭利益的切割等原因不一。在家屬照顧困頓下付出一定金額後獲得龍發堂對精神病人終身照顧承諾，而無一般精神醫療機構的出院機制，免除了家屬力竭而無力照顧壓力。堂眾的死亡率在1980年代約每年為7.5%，到了全民健保施行後2010年至2017年6月間仍高達每年5%，且死亡者的平均年齡明顯年輕（黃志中，2018）。在龍發堂2017年法定傳染病群聚感染事件調查處理過程中，所揭露的堂眾身心健康狀況不佳、照顧不足，以及居住環境狀態明顯不堪。加上僅有七名正職人力，以維持一個

容納超過五百位慢性精神病人的七樓違建場域，在生活大樓的實際生活環境均為常態性鐵柵門上鎖，衛生設備簡陋而不足，簡陋溝式排糞坑、破損便器、無門板設置的廁所、數目與使用人數不成比的衛浴設備、無肥皂及衛生紙，蟑螂、鼠糞、鼠跡四處可見，致使居住環境極為不佳（蘇嘉宏，2018）。種種現象都呈現出國家社會以家庭關係為照顧基礎的不足，未能具體落實出慢性精神病人做為一個「人」的社會主體處境。堂眾所流失的諸多個人健康、生命代價，家庭、社會卻是為入住龍發堂付出了無以衡量的代價。

貳、龍發堂堂眾離堂處遇的衛生福利議題

龍發堂現象是半世紀來臺灣精神病人衛生福利照護困難總和的呈現，精神病人的流動與留滯、生活方式與居住環境以及長期被對待方式的影響，都呈現在龍發堂堂眾離堂處遇過程中。在2017年10月7日確認並建立所有龍發堂堂眾名冊後，總計有503位堂眾長期住在龍發堂的生活大樓，原戶籍地幾乎遍布全國，其中臺北市40人、新北市52人、桃園市38人、臺中市47人、臺南市41人，加上高雄市120人，超過三分之二（338人）屬六都。即便多年來經部分堂眾戶籍轉入龍發堂後，堂眾的現戶籍仍分布於19縣市（黃志中，

2018），龍發堂現象具有全國性的議題。進一步瞭解堂眾的精神疾病狀況，發現需要安養、養護或護理照顧服務屬於第五、六類（精神病症穩定且呈現慢性化需要長期生活照護）的堂眾人數超過75%，需要急診、住院等急性治療（第一類）或慢性、日間住院或居家治療等積極治療（第二類）的堂眾僅一成（表1）。就領有身心障礙手冊堂眾分析，現設籍高雄市276人中，重度有231人，極重度15人，合計就近九成（表2）。堂眾的生活安排內容顯示低度的活動性、疏離的社會參與、不足的復能效能（表3），此與多數堂眾呈現明顯退化、嚴重失能有關。

因為龍發堂的長期隔離作法與不明的照護狀況，外界在2017年10月之前並不知悉堂眾的數目與名冊，更遑論對於堂眾身分、身心狀態及福利需求的全盤瞭解。因此，在準備堂眾離堂處遇相關的衛生福利需求議題時，需要進行堂眾盤點及確認名冊，進行分析比對、傳染病各項醫療及感染控制介入、精神病人評估分類、社會福利身分清查、社福補助領取對象確認、身心障礙證明清查、全國精神醫療資源盤點、擬訂各縣市接回計畫及安置計畫、分批家屬說明會、提供家屬社福諮詢並追蹤、特殊精神個案醫療與福利需求個案討論會、非精神個案安置等工作，並依照堂眾需求分流、轉銜進行安置（圖1、2）。

表 1 龍發堂堂眾精神病患分類

精神疾病	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類	其他 (註)	總計
合計	38	26	5	27	353	27	27	503

註：1.其他為家屬自行帶離原因等離堂而未能評估。

2.數據統計截止日為106年11月13日。

資料來源：作者自行整理。

表 2 設籍高雄市身心障礙證明程度分析

障礙程度	輕度	中度	重度	極重度	合計
人數	4	26	231	15	276
百分比	1.4%	9.4%	83.7%	5.4%	100%

資料來源：作者自行整理。

表 3 1980 年代與 2017 年龍發堂住民生活作息

1980年		2017年	
作息時間	項目	作息時間	項目
4:00~4:30	起床漱洗	5:00 ~6:00	起床盥洗（刷牙洗臉在所住的樓層廁所）
4:30~5:40	早課（誦經禮佛、敲法器、收拾拜殿）	6:00 ~6:30	早課（在大殿念經）
5:50~6:50	升旗（唱國歌、升旗、三寶歌、做早操、拔河比賽）		
7:00~7:30	早餐（排隊、吃飯禮佛、排隊盛飯、排隊離開）	6:30~7:00	早餐（1樓餐廳）
7:30~10:00	工作（成衣、廚房、雞屎、撿蛋、餵豬等組）	7:00~10:00	自己做自己的事、掃地、擦窗戶
10:00~12:00	娛樂（工作做完分兩組教唱）	10:00~11:30	操場運動（人數不到30人）、看電視、自由活動

1980年		2017年	
作息時間	項目	作息時間	項目
12:00~13:00	午餐（排隊、吃飯禮佛、排隊盛飯、排隊離開）	11:30~12:00	午餐（在1樓餐廳、輪流排隊進入用餐，會有人擺好桌椅及盛好一碗飯菜給每一個人）
13:00~16:00	工作（分成衣、廚房、雞屎、撿蛋、餵豬等組）	12:00~14:00	午睡
		14:00~16:00	操場運動（人數不到30人）、看電視、自由活動
16:00~17:00	洗澡（由班長帶入浴間完成）	16:00~17:00	洗澡（在住的樓層廁所）
17:00~18:10	晚課	17:00~18:00	晚課（在大殿念經）
18:10~18:30	降旗（唱國歌、降旗、三寶歌）	18:00~19:00	晚餐（在1樓餐廳、輪流排隊進入用餐，會有人擺好桌椅及盛好一碗飯菜給每一個人）
18:30~19:00	晚餐（排隊、吃飯禮佛、排隊盛飯、排隊離開）		
19:00~21:10	娛樂（唱歌、看電視、康樂活動） 工作（成衣組）	19:00~20:00	看電視、自由活動
21:00~4:00	睡覺（由班長帶到臥室就寢）	20:00~5:00	睡覺

資料來源：1980年為文榮光先生於1984年之研究原始資料；2017年為高雄市衛生局於2017年進行之連續兩日全日觀察紀錄。

參、龍發堂現象含涉衛生福利需求的法律規範

精神疾病人的照顧對病人本身、家屬、國家社會都有其一定的沉重，龍發堂現象所呈現的衛生福利議題，其需求的滿足應合於憲法明定國家政府對人民的保護、照顧義務。家庭關係是整個臺灣醫療

照顧及福利政策的重要基礎及論述依據，也是社會期待中的重要關係倫理元素，照顧與保護責任卻未曾因家庭關係的深邃影響而將國家政府的職責全然置於背後。國家政府相關法律規範及其立法精神歷歷在目，不應以家庭關係具有的保護與照顧功能為由，而在個人權益上作為消極、退卻，也不應讓家庭對於精神病人照顧的立

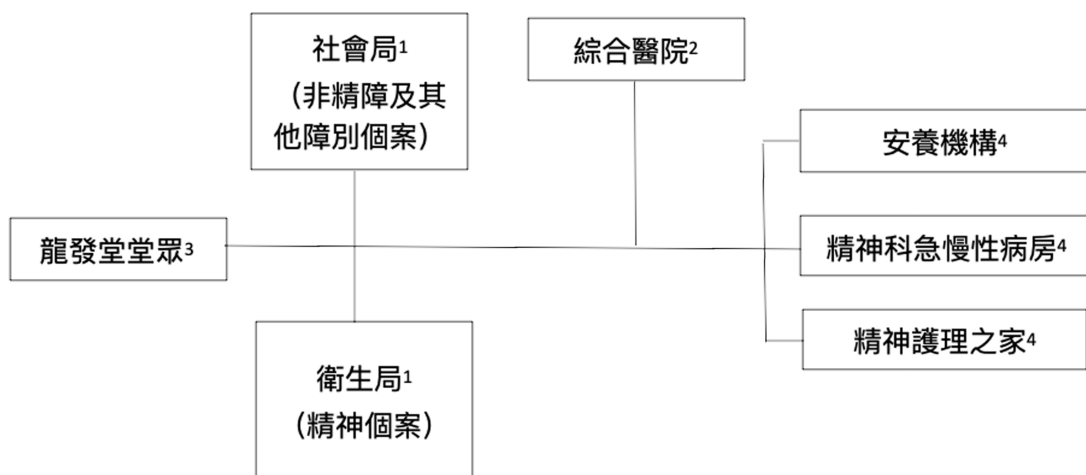


圖 1 龍發堂個案離堂處理分流

註：1. 精神個案有 474 人，非精神及其他障礙類別個案有 29 人，合計 503 人。

2. 2017 年 7 月至 2018 年 2 月間因內科疾病被安排至綜合醫院治療有 36 人。

3. 2019 年 2 月統計家屬帶回照顧或自行離堂有 57 人，返回龍發堂住香客房舍有 38 人。2023 年 8 月統計住龍發堂香客房舍有 22 人，另有 10 人死亡。

4. 2019 年 2 月統計入住安養機構有 27 人，入住精神科急慢性病房有 288 人，入住精神護理之家有 83 人。

資料來源：作者自行整理。

場遊走於家庭關係及國家與個人關係之間（黃志中，2019）。任由家庭關係決斷進行對個人的照顧，僅在家庭失功能程度嚴重到危害個人的基本照顧，才有明確行使國家政府的責任與角色，在照顧人民責任的退卻無疑是國家政府的角色失能，所造成國家衛生福利體制上的破口，切斷式的隔離與排除成了個人、家庭、社會苦難期待的出口，這也是龍發堂現象持續半世紀的重要原因。

檢視慢性精神病人照護相關的衛生

福利相關法律，包括有精神衛生法、《長期照護服務法》（長照法）、《身心障礙者權益保護法》（身權法）、老人福利法或身心障礙者權利公約施行法等法律，均直指國家政府對於病患的保護照顧與被對待處境有維護與保護的責任（陳竹上，2018），不僅要做到摒除精神病患被社會排除的不倫理處境，更要積極實踐精神病患做為社會主體所應保有的社會正義。近20年來的相關立法已逐漸將精神病人照護的場域管理納入公權力監督稽查機制內

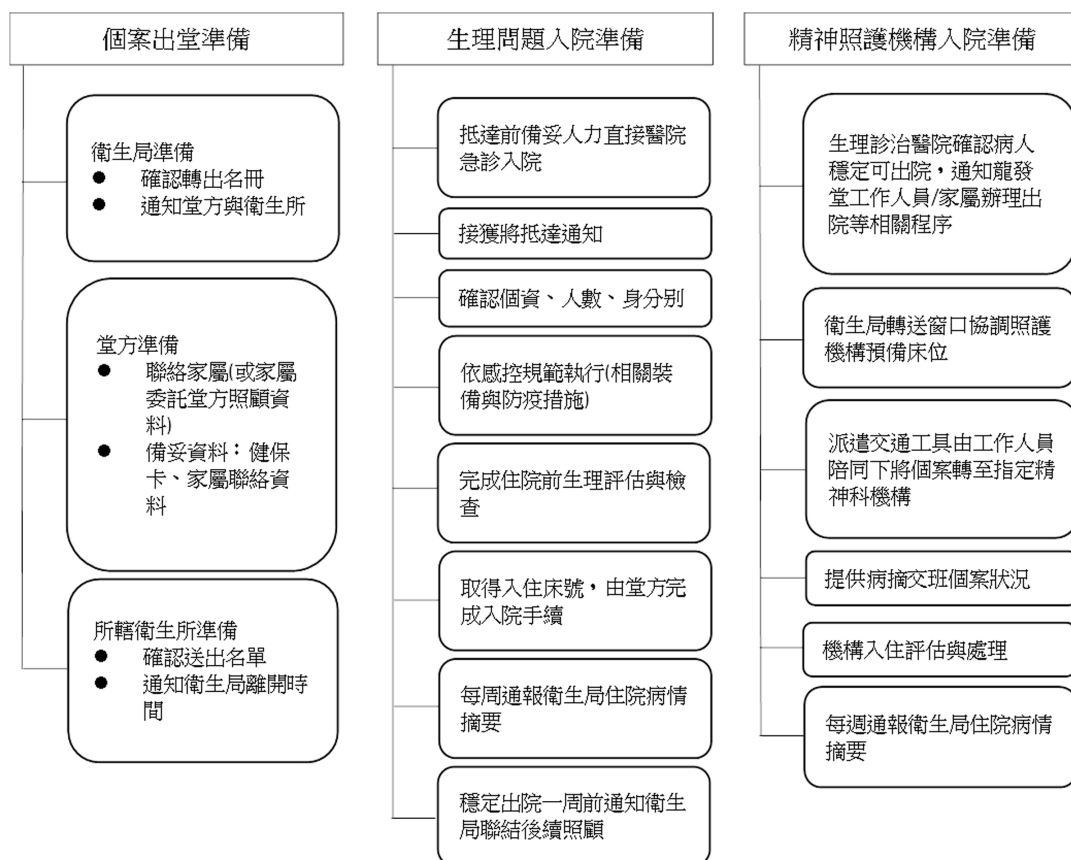


圖 2 龍發堂個案轉銜照護機構流程

資料來源：作者自行整理。

（表4），透過條件規範與督導考核的法治合法化，以通過許可設立為前提，以根本管理及積極督考來落實慢性精神病人的人身保護。將慢性精神病人的衛生福利需求應回歸到法治社會的規範，不僅在於落實國家對人民的保護與照顧義務，也在於關於照顧的論述要能回歸到被照顧的主體。

肆、慢性精神病人衛生福利照護的再思考

精神疾病衛生福利照顧從急性病症到慢性化狀態，有著各種不同的病程發展，除了藥物治療之外，各類精神職能復健、家庭復歸與關係重塑、社區生活調適、適性職涯發展、經濟補助等也都是照顧的內涵。過往精神疾病衛生福利的照顧建置，

表 4 慢性精神病患照護機構及人身保護的適法狀況

	《精神衛生法》	《身心障礙者權益保護法》	《老人福利法》	《長期照顧服務法》
機構立案程序	<p>第21條 各級政府得依實際需要，設立或獎勵民間設立精神照護機構，提供病人相關照護服務。未依法設立精神照護機構或非由各級政府主管機關委託、補助、或管理者，不得為病人提供住宿或治療服務。</p> <p>第22條 精神復健機構，應置負責人一人；並得視需要，置醫事人員或社會工作師。</p>	<p>第63條 私人或團體設立身心障礙福利機構，應向直轄市、縣（市）主管機關申請設立許可。</p>	<p>第36條 私人或團體設立老人福利機構，應向直轄市、縣（市）主管機關申請設立許可。</p>	<p>第23條 長照機構之設立、擴充、遷移，應事先申請主管機關許可。</p>
未立案機構的罰則	<p>第79條 違反第二十一條第四項規定者，處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰及公告其姓名，並令其限期改正。於前項限期改正期間，不得增加收容病人。</p> <p>經依第一項規定令其限期改正，屆期未改正者，必要時，並得為斷絕其營業所必須之自來水、電力或其他能源之處分，再處其負責人新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令其於一個月內對其收容之病人予以轉介安置；其無法辦理時，由地方主管機關協助之，負責人應予配合。</p>	<p>第89條 設立身心障礙福利機構未依第六十三條第一項規定申請許可設立，或應辦理財團法人登記而未依第六十三條第二項或第三項規定期限辦理者，處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰及公告其姓名，並令限期改善。於前項限期改善期間，不得增加收容身心障礙者，違者另處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。</p> <p>經依第一項規定限期令其改善，屆期未改善者，再處其負責人新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，得按次處罰，並公告其名稱，且得令其停辦。</p> <p>經依前項規定令其停辦而拒不遵守者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並得按次處罰。</p>	<p>第45條 設立老人福利機構未依第三十六條第一項規定申請設立許可，或應辦理財團法人登記而未依第三十六條第二項及第三項規定期限辦理者，處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰及公告其姓名，並限期令其改善。</p> <p>於前項限期改善期間，不得增加收容老人，違者另處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得按次連續處罰。</p>	<p>第47條 長照機構違反第二十三條、第四十一條第一項或第四十四條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。</p> <p>長照機構違反第二十三條規定者，除依前項規定處罰外，並限期令其改善；屆期未改善者，得按次處罰。</p> <p>未經許可設立為長照機構，提供長照服務者，除依前二項規定處罰外，並命其歇業與公布其名稱及負責人姓名。</p>

	《精神衛生法》	《身心障礙者權益保護法》	《老人福利法》	《長期照顧服務法》
人身保護規定	<p>第29條 對病人不得有下列行為：</p> <p>一、遺棄。</p> <p>二、身心虐待。</p> <p>三、留置無生活自理能力之病人於易發生危險或傷害之環境。</p> <p>四、強迫或誘騙病人結婚。</p> <p>五、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。</p> <p>第31條 精神照護機構因醫療、復健或安全之需要，經病人同意而限制病人之居住場所或行動者，應遵守相關法律規定，於最小限制之必要範圍內為之。</p> <p>第32條 醫療機構因病人醫療需要或為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件，於告知病人後，得於特定之保護設施內，拘束其身體或限制其行動自由，並應定時評估，不得逾必要之時間。前項醫療機構以外之精神照護機構及緊急醫療救護人員，為防範緊急暴力、自殺或自傷之事件，於告知病人後，得拘束其身體，並立即護送其就醫。前二項拘束身體或限制行動自由，不得以戒具或其他不正當方式為之。</p> <p>第36條 嚴重病人情況危急，非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，保護人或家屬應即時予以緊急處置；未能即時予以緊急處置者，地方主管機關得自行或委託機構、法人或團體為之。</p>	<p>第75條 對身心障礙者不得有下列行為：</p> <p>一、遺棄。</p> <p>二、身心虐待。</p> <p>三、限制其自由。</p> <p>四、留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境。</p> <p>五、利用身心障礙者行乞或供人參觀。</p> <p>六、強迫或誘騙身心障礙者結婚。</p> <p>七、其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為。</p> <p>第95條違反第七十五條各款規定情形之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，並得公告其姓名。身心障礙者之家庭照顧者或家庭成員違反第七十五條各款規定情形之一者，直轄市、縣（市）主管機關應令其接受八小時以上五十小時以下之家庭教育及輔導，並收取必要之費用；其收費規定，由直轄市、縣（市）主管機關定之。</p> <p>拒不接受前項家庭教育及輔導或時數不足者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，經再通知仍不接受者，得按次處罰至其參加為止。</p>	<p>第51條 依法令或契約有扶養照顧義務而對老人有下列行為之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，並公告其姓名；涉及刑責者，應移送司法機關偵辦：</p> <p>一、遺棄。</p> <p>二、妨害自由。</p> <p>三、傷害。</p> <p>四、身心虐待。</p> <p>五、留置無生活自理能力之老人獨處於易發生危險或傷害之環境。</p> <p>六、留置老人於機構後棄之不理，經機構通知限期處理，無正當理由仍不處理者。</p>	<p>第44條 長照機構及其人員應對長照服務使用者予以適當之照顧與保護，不得有遺棄、身心虐待、歧視、傷害、違法限制其人身自由或其他侵害其權益之情事。</p> <p>第47條 長照機構違反第四十四條規定者，除依第一項規定處罰外，並限期令其改善；屆期末改善者，處一個月以上一年以下停業處分，停業期滿仍未改善者，得廢止其設立許可。</p> <p>長照機構違反第四十四條規定，情節重大者，得逕行廢止其設立許可。</p>

資料來源：作者整理。

從急性精神病房、慢性精神病房、精神醫療的急門診、居家醫療、精神護理之家、住宿型康復之家、日間照護及各類社區復健中心或機構等，統合成多元、多層級的精神疾病衛生福利照顧體系（周煌智，2018）。雖然近年來對於去機構化的努力後，社區中的各類精神照護活動有著十足的增加，但對精神疾病汙名化與標籤化仍帶來很多不利與困難。對於慢性精神病人的照顧來說，疾病症狀的不穩定、殘留的失能狀態常帶給病患本人、家庭、社會莫大的負擔（黃志中，2022）。檢視慢性精神病人因社會排除的處境而造成的衛生福利需求困境，避免成為整個國家社會照顧、保護責任的破口，統整龍發堂現象及其照護實踐經驗，慢性精神病人的衛生福利需求應更為加強。

一、去機構化的社會支持：對於機構式的社會排除影響所造成的禁閉效果傷害慢性精神病人的身心的負面影響，應持續深化社會對於精神疾病的去汙名化運動，建置友善的社區接納與生活融入情境，讓慢性精神病人在社區中不受歧視、不被排除。

二、醫養合一的全人照顧：兼顧醫療與社福照顧功能，因著慢性精神病能的病情與失能狀況，所需要的醫療與社福強度不一，需要醫療與社福不同單位之間契合服務輸送，並依疾病與失能狀態的動態變化而調整，才能因應慢性精神病人日益

老化後隨之而來的退化性疾病加重失能程度、家屬照顧的量能消弱等照顧需求。

三、以人為本的行政統整：去除不同主管單位彼此間因為各自形成的行政程序與規定所造成的衛生福利服務輸送斷裂，複雜、繁瑣與不一致的行政規章常造成慢性精神病人及其家屬疲於奔命、無所適從。而跨縣市的差異不僅是慢性精神病人與家屬在與公部門之間的溝通障礙，缺乏彈性的要求更是惡化了當事人的無助，也增加了無謂的壓力。

四、減緩失能的多元照護：隨著照護效能的提升，慢性精神病人的復能需求明顯異質化。病人年齡增長帶來的老化及慢性病影響，所需要的照護內涵更為多元。各類型多功能的社區復建與照護機構，兼具照護、復能多元需求，增加跨機構的合作性，流通共享不同的作業模式與課程，並導入社區在地資源，與時俱進的多元照護以豐富慢性精神病人照護、復能的量能。

五、減輕負擔的家庭照顧：慢性精神病人長期照顧負擔，家庭成員承擔著照顧體力或心理壓力、就業限縮而不利的經濟支持，遠非少數現金給付的福利所能緩解。國家社會應透過社區資源建置與家庭以分工合作來分擔照顧工作，發展社區的照顧與生活空間以網絡連結專業服務，並提供高可近性的社區喘息服務以減輕家屬長期照顧壓力。

六、擴大量能的長期照護：社區照護

機構資源的建置應無城鄉差距，更無地方差距，且社區機構的多角化功能與多元專業須具有開放性與可近性，才能做為落實醫養合一的全人照顧、減緩失能的多元照護、減輕負擔的家庭照顧等目標的厚實基礎。

思索當下精神病患的長期照護，之所以會有終身的無恐懼狀態與無負擔照顧期待，是有其社會對於精神病患刻板印象威脅及家屬照顧辛勞的背景。這些都是具社會想像性及政治性影響力的背景有著強大滲透性與影響力，而常主導著臺灣社會相當時日的社會氛圍。既然過往歷史事件已經與現今現實脫節而不應成為慢性精神病人照顧的出口，在現有臺灣社會精神醫療照護的發展與建置脈絡下，強化精神疾病長期照護就有其相對重要性（李麗娟，2018）。目前長照2.0的施行內容就明顯地以生理疾病及相關肢體障礙的失能照護為主軸，而精神病患的照顧需求在長照政策與資源佈建中有著諸多不足、缺乏（周煌智，2018）。慢性精神病患的照顧需求理應是含括在長照法的範圍內，但實際上也是到了2017年才開始有失智症的長照政策開始推動，更何況評估長照需求的表單與慢性精神病患的需求仍存在明顯的落差（周道君，2018）。這些都一再地顯示現階段長期照護政策需要藉由醫療照顧與社福支持的全方位關照，提升對於失能者的統整性照顧。

伍、結語：浴火歷史成展翅鳳凰

慢性精神病患的長期照護不應該是「不要造成困擾的隔離」狀態，那是一種如同終身監禁般地「處置」，是疲憊、無助混雜擔憂、恐懼的冷酷，所編織出來的情境脈絡，正是社會共謀下人權被剝奪的不正義狀態。這精神病人的社會主體位置被所處的社會想像以及家庭關係「他者化」的客體，國家體制卻也以「龐大負擔」而消極對待，其不倫理基礎發展的認識性操演已經先驗性地認定社會排除的必要，也因此而造就整體社會不願面對、不願付出的認識性不正義（epistemic injustice）（Fricker, 2007）。不正義的滲透影響是具有強大的社會性，具共識性的特定場域就成了收納「隔離與排除」的總和。慢性精神病人照護不應視為全然是個人或家庭私事與負擔，即便是強調家庭關係與照顧價值的臺灣社會，依照法律規範提供基本需求條件以上保護照顧人民的環境，當是國家必須承擔而不可退卻的積極責任。過往的許多歷史事件經驗一再告訴我們，於危害發生後再依法被動行政已經不符合慢性精神病人及其家屬的需求，了解潛在危害而積極主動行政是現代國家的必要態度與作為。

（本文作者：黃志中為高雄醫學大學醫學系醫學人文與教育學科副教授；潘炤穎為國立高雄師範大學科學教育暨環境教育研究所博士生）

關鍵詞：慢性精神疾病、衛生福利、長期照顧

參考文獻

- 李麗娟（2018）。〈精神疾病照顧者的擔憂與期盼〉。載於黃志中（主編），《精神病患健康權利暨長期照護政策》（頁88-98）。高雄市政府衛生局。
- 周煌智（2018）。〈臺灣精神病人長照政策的挑戰與新思維〉。載於黃志中（主編），《精神病患健康權利暨長期照護政策》（頁151-216）。高雄市政府衛生局。
- 周道君（2018）。〈慢性精神病患長期照護之擘劃〉。載於黃志中（主編），《精神病患健康權利暨長期照護政策》（頁137-150）。高雄市政府衛生局。
- 陳正宗（2018）。〈龍發堂事件之見證與醒思〉。《精神醫學通訊》，37（12），14-16。
- 陳竹上（2018）。〈精神病人家屬長期照護負荷與需求：司法案例分析〉。載於黃志中（主編），《精神病患健康權利暨長期照護政策》（頁41-87）。高雄市政府衛生局。
- 黃志中（2018）。〈以實踐理性落實當代精神疾病照護的人權法治〉。載於黃志中（主編），《智慧城市的新興醫療健康照護：現代醫療、照護與司法的科技整合議題》（頁180-202）。高雄市政府衛生局。
- 黃志中（2019）。〈用想像填充現實脈絡斷裂下的非正義狀態：探索龍發堂多重面貌脈絡中失聲者的社會主體〉。載於林立人（主編），《撥雲見月：龍發堂現象及其社會意義》（頁138-150）。高雄市政府衛生局。
- 黃志中（2022）。〈精神病人的主體性與規範性照顧〉。載於黃志中（主編），《照亮精神照護的復元之路》（頁27-40）。高雄市政府衛生局。
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>