

〈精神病患照顧體系權責劃分表〉 之適用性與制度挑戰——精神醫療 專業人員的觀點

蔡旻家、王美富

壹、緒論

一、研究背景

根據許美玲（2024）碩士論文指出，我國精神醫療系統，偏重提供精神病患的急性照護，對於出院個案，則係期待可以在社區中，得到非機構式，社區融合的健康生活照顧處遇。但因精神病患老化現象，失能現象逐漸產生，使得照顧問題陸續顯現，照顧問題則需要透過尋找長照機構提供照顧。

從陳亮妤（2022）的研究中可以看出，精神病患在臨床治療上，因為缺乏病識感等原因，會更需要較多的醫療資源，離開醫療體系之後，對於治療才是挑戰的開始，離開醫療環境後，得視回到社區是否能夠建構良好的社區支持系統，社區精神醫療系統的布建，用以達到預防復發等效果，提供適切服務，用以滿足有效的資源服務。

觀〈精神病患照顧體系權責劃分表〉（表1）（下稱權責劃分表），可依個案性質，簡要將我國服務類別區分「精神醫療」、「社區復健」、「就業安置」、「長期安置」、「居家服務」等6類，提供服務的單位類型可包含「精神科急性病房」、「精神科日間病房」、「精神護理之家」、「社區復健中心」以及近年來興起「社區家園」等。我國為照顧精神障礙者提供全方面服務，期待用權責劃分表針對不同功能之精神疾病病患，提供適切服務。

本研究場域，除權責劃分表中第四類僅設有「社區復健中心」外，其餘類型之照顧服務，該場域皆有設置。若以研究者主觀觀察，研究場域所收治之個案類別，包括了權責劃分表1-6類的類型，但就研究者臨床觀察，在提供服務過程中，卻沒有辦法依個案功能，分類安置到合宜的照顧場域。

表 1 精神疾病照顧體系權責劃分表

病人分類	病患性質	服務項目
第一類病人	嚴重精神病症狀，需急性治療者	急診、急性住院
第二類病人	精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者	慢性住院、日間住院、居家治療
第三類病人	精神病症狀繼續，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者	長期住院治療
第四類病人	精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者	日間住院、社區復健、社區追蹤管理、就業輔導
第五類病人	精神病症狀穩定且慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者	安養服務、養護服務、居家服務、護理照顧服務
第六類病人	精神病症狀穩定且慢性化，不需住院治療之年邁者、痴呆患者、智障者、無家可歸者	

資料來源：胡海國（2003，頁55）。

二、研究目的

（一）探討精神醫療專業人員對於權責劃分表中個案功能評估的適用性與實際服務類別安置之間的實務落差，並歸納專業人員在分類決策中運用的主觀經驗與考量。

（二）分析專業人員視角下，造成「無法依個案功能分類安置」現象的制度性與結構性障礙，包括機構屬性對分類的限制、

多重福利法規之間的相互制肘，以及權責劃分表在現行精神照顧體系中的制度性挑戰。

貳、文獻回顧

研究者具備長期安置領域的實務經驗，觀察到該領域的現況與研究議題之間存在顯著差異。鑑於國內文獻主軸傾向去機構化，對「精神疾病安置」議題的系統性論述相對缺乏，本文獻探討將採取間接

推進策略以填補此缺口。首先，將整理我國精神疾病長期照顧與《精神衛生法》的發展脈絡作為起點；其次，引入精神疾病照顧體系困境與分類爭議研究奠定理論基礎；最終，藉由彙整疾病分類治療與照顧的相關研究，呼應本研究的核心主題，並建立關於分類照顧提問的論述依據，藉此突顯目前我國在精神疾病安置議題上的關鍵缺口。

一、我國精神疾病長期照顧及《精神衛生法》發展脈絡

我國精神疾病照顧體系的發展歷經了從被動收容到積極復健的轉變。最早可追溯至清朝時期類似養濟院的收容機構，而系統化發展則始於日據時期，將精神醫學知識帶入臺灣（陸振芳，2008）。近代，照顧模式從1957年成立的玉里榮民醫院等採行的隔離收容模式，逐步轉向因應病人權利抬頭的積極醫療復健導向（張淑兒等人，2015）。

在政策工具與制度轉向方面，為整合衛政與社政資源、建立連續性服務共識，行政院衛生署與內政部自1998年起制定了〈精神病患照顧體系權責劃分表〉（胡海國，2003）。現行的權責劃分依據「復健潛能」在臨床專業上備受質疑，主要的爭議點在於，服務分類的標準應拋棄此「潛能」指標，改以病患實際所需的治療需求作為劃分的核心基礎。

此轉變與《精神衛生法》的修訂脈絡相符。為配合「發展積極治療及復健、減少消極收容養護」的政策目標，2007年修訂的《精神衛生法》確立了保障病人權益、規範強制住院流程、以及推動社區照顧與多資源整合（勞、社、教）等三大重點，以支持病人順利回歸社會（薛瑞元、廖慧娟，2007）。

政策目標的轉向，使去機構化成為心理衛生工作的主流。然而，實務上發現部分病患在缺乏醫院結構環境支持下，容易出現「脫離控制」現象，且因低藥物遵從性導致疾病復發率高，影響照顧者功能並造成醫療資源浪費（張文彬，2021；黃鈞麟，2023；吳慧菁、何建忠，2023；賴美靜、陳嘉民，2023）。儘管如此，機構式照顧（如2003年後設立的精神護理之家）仍藉由提供專業護理功能，成為家屬面對負荷時的喘息與照顧選項（蕭淑貞等，2006）。

綜上所述，我國精神疾病照顧體系已確立了以積極復健為核心的政策導向。然而，作為整合衛社政資源的政策工具，權責劃分表在分類依據上與專業實務需求存在顯著落差，這突顯了本研究所探討的分類安置爭議，正是現行制度亟待解決的關鍵挑戰。

二、精神疾病照顧體系困境與分類爭議研究

我國精神疾病照顧的核心困境，源於社會汙名化導致日間復健機構與養護中心等社區資源布建困難（謝孟璇等，2019）。在此背景下，政府為推動分類安置，於1998年制定了〈精神病患照顧體系權責劃分表〉（鄭若瑟，2001）。然而，權責劃分表以「復健潛能」作為分類依據的分類標準一直存在爭議，學者建議應改為以「病人所需的復健治療」作為分類標準，以更貼合實務需求（金林，2003）。儘管去機構化被視為復健的最高理想，鼓勵病患回歸社區生活（劉運康，1984），但實務上發現，部分病患因脫離醫院的結構環境而低藥物遵從性、復發率高，造成醫療資源浪費（張文彬，2021；黃鈞麟，2023；吳慧菁等人，2023；賴美靜等人，2023）。特別是在長照體系中，社區資源（如居服員）對精神障礙者仍存在不熟悉與烙印，凸顯了社區支持系統建構不完整的問題（謝孟璇等人，2019；劉運康，1984）。因此，當前挑戰在於如何彌合去機構化理想與社區支持不足的巨大鴻溝，避免不恰當的分類安置，持續陷入資源循環浪費的困境。

三、分類與疾病、治療、照顧的關係

分類系統（taxonomy）是科學領域中知識結構化與研究發展的根本驅動力。它

遠不止於單純地整理客觀事實，而是一套強大的工具性框架，使研究社群能夠系統化地管理、有效提取和廣泛分享學術成果（Smith & Medin, 1981; Reed, 2016）。人類發展分類思維，最初是為了克服有限的認知資源，透過簡化資訊來降低認知負荷（Miller, 1956）。然而，這項基本需求已演進為科學探索的核心方法論支柱。一個精良的分類系統，是深化科學洞察力、加速學術進展的基礎邏輯，構築了從混亂現象中提取意義與模式的必要架構（Rosch, 1978; Horvitz & Klein, 2013）。簡而言之，分類不僅是描述世界的手段，更是建構和傳播科學知識的核心機制。

本研究旨在探討權責劃分表使用上的分類現狀。由於權責劃分表的核心功能是透過分類，將病患轉介至合宜的照顧場域，故須釐清疾病分類對治療與照顧的影響。既有文獻普遍肯定疾病分類對於醫療與照顧具備正向價值。

疾病分類對於臨床實務具有重要價值。標準化的診斷系統，如《精神疾病診斷與統計手冊》（DSM-IV/DSM-5），能透過整理不同的症狀表現，協助主治醫師進行精確診斷，從而有效降低誤診率與錯誤治療模式的使用（戴月明，2006）。進一步來說，疾病分類能夠引導醫師針對特定病症（如失眠）提供最適切的多元治療模式，無論是藥物或非藥物治療，皆能確保治療的精確性（鍾威昇等人，

2013)。

根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 的官方網站宣稱, 國際疾病分類 (International Classification of Diseases, ICD) 用於記錄和報告全球範圍內的健康和健康相關狀況。ICD 確保數位健康數據的互通性及其可比較性。ICD 涵蓋疾病、失調、健康狀況等諸多內容。持續修正更新 ICD 版本, 可以有助於確保提高全球衛生數據的互通性和可比較性、準確的疾病監測以及更有效率的全球決策 (WHO, 2025)。此外, 儘管國際疾病分類 (ICD) 可能存在低估現象, 但其系統性資料仍有助於未來疾病定義的精確化, 特別是能夠準確識別共病現象, 提供更全面的臨床視角 (Oake et al., 2017)。陸振芳 (1995) 的研究中呈現, 精神疾病分類系統是確診的依據, 同時是醫護團隊內部溝通及制定照顧方案 (護理人員) 的共同參考語言。

分類系統 (taxonomy) 是科學知識結構化、管理與傳播的核心基礎, 它起源於降低認知負荷的需求, 現已成為深化科學洞察和加速學術進展的關鍵方法論。在醫療領域, 疾病分類尤其具有不可或缺的價值, 分類可以提升臨床精準度、作為溝通與照顧的基礎。簡言之, 無論是在一般科學研究還是具體的醫療實踐中, 分類系統都是從混亂現象中提取意義、精確化知識、並推動協作與發展的核心機制。

參、研究方法

本研究採用質性研究 (Qualitative Research) 取向, 旨在探究特定社會文化脈絡下, 精神醫療體系工作人員對於長期收容住民安置與分類議題的內在觀點與經驗。質性研究立基於社會現象的情境化與變動性, 強調需深入理解受訪者的日常生活情境和主觀經驗以建構全面理解。本研究特質著重於: 收集豐富描述性資料; 在複雜情境中讓概念架構從資料中浮現; 以及深入探究被研究者的內在觀點 (潘淑滿, 2003; 李政賢, 2014; 簡春安、鄧平儀, 2016)。

一、研究場域與對象選取

(一) 研究場域

研究場域為我國一所歷史悠久、規模最大的精神科教學醫院。研究場域設有急性病房、慢性病房、日間病房、社區復健中心、精神護理之家及長照機構等多元安置型態, 幾乎涵蓋了精神病患所需的全方位服務。其獨特的歷史背景與機構設置, 為本研究提供了探討長期收容與安置議題的理想場域。

(二) 研究對象與抽樣策略

為確保研究參與者對研究場域院史及長期住民來源具有足夠清晰的理解, 本研究採用非隨機分層抽樣, 結合立意抽樣和

滾雪球抽樣進行邀請。

1. 選取條件

- (1) 專業職類：涵蓋精神科專科醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師及社會工作師，以確保多元視角。
- (2) 資歷要求：具備於研究場域執業三年以上之經驗。
- (3) 特定職級要求：考量護理人員為研究場域最大宗人力，為提升資料的廣度與深度，護理師將邀請護理長層級以上之同仁。

2. 職類與人數分配

本研究目的為探究議題的合理解

與涵蓋，而非推論母群體。依據質性研究的資料飽和原則，以八名研究參與者為基礎，並視資料飽和狀況修正。職類結構分配如表2。

二、資料蒐集與分析

(一) 深度訪談法

本研究採用深度訪談法蒐集資料。深度訪談具備目的性談話、雙向交流、平等互動與彈性原則等特點，有助於研究者深入探究社會文化情境，完整捕捉參與者的主觀經驗(潘淑滿, 2003)。

(二) 訪談程序

- (1) 地點：為減輕受訪者負擔，訪

表 2 職類與人數分配

專業職類	人數	備註
精神科專科醫師	1名	
護理師	3名	護理長層級以上
職能治療師	1名	
臨床心理師	1名	
社會工作師	2名	
合計	8名	依訪談進度確認是否達到飽和

資料來源：由研究者自行彙編。

談於其所在分支機構之會談空間進行。

- (2) 訪談時長與次數：每位參與者以訪談1次，每次1小時為基準。若資料未達飽和狀態，將協商進行第2次追蹤訪談。
- (3) 工具與紀錄：研究者設計半結構式訪談大綱。經書面同意後，訪談將全程錄音並輔以現場筆記。研究者自身場域經驗有助於引導與核對資訊，強化

資料真實性。

(三) 資料分析方法：主題分析法

本研究依循主題分析法 (Thematic Analysis) 進行資料整理與歸納，以辨識、組織並洞悉資料中的主題型態與意義。分析流程包含：

- (1) 轉譯：將錄音檔轉錄成逐字稿。轉譯時將詳細註記語氣、語助詞及非語言行為 (配合現場筆記)，以確保可轉換性

表 3 受訪者編碼表

總收案序	該職類收案序	職類	職類縮寫	編碼
1	1	護理師	NR	11NR
2	1	醫師	DR	21DR
3	2	護理師	NR	32NR
4	3	護理師	NR	43NR
5	1	社會工作師	SW	51SW
6	1	職能治療師	OT	61OT
7	1	臨床心理師	PS	71PS
8	2	社會工作師	SW	82SW

資料來源：由研究者自行彙編。

(Transferability)。

- (2) 編碼：對逐字稿進行開放式編碼。為利於後續追溯，逐字稿內容將依序給予編號（以每句話結尾）。受訪者編碼方式為：順序數字-該職類順序數字-職類英文簡稱-逐字稿段落序（例：第三位受訪者為第二名護理師第10句對話，編碼為32NR10）（表3）。
- (3) 歸納與發展主題：透過比對編碼之間的共通性與相似性，彙整為中心組織概念，並逐步歸納、修正與界定核心主題。
- (4) 報告撰寫：依據主題分析結果，提出研究結論，並給予相關建議。

三、研究嚴謹性與倫理考量

(一) 研究倫理與保密

本研究已獲研究場域研究倫理委員會（IRB）審核通過（核可編號：YLH-IRB-11101）。所有研究嚴格遵守知情同意原則，參與者於訪談前簽署同意書。所有資料將進行去連結（Decoupling）與編碼，確保身分隔離。資料（錄音、逐字稿、筆記）由研究者加鎖存檔。研究結案並達保存年限後，紙本文件粉碎銷毀，電子檔案永久刪除。

(二) 研究嚴謹度策略

本研究將透過以下四個層面，確保質性研究的嚴謹性：

- (1) 確實性（Credibility）：資料蒐集緊扣核心議題，研究者利用場域經驗互動與核對，確保資料完整呈現並能正確回應主題。
- (2) 可轉換性（Transferability）：透過詳實記錄語言與非語言線索，將受訪者經驗有效轉換成文字描述。
- (3) 可確認性（Confirmability）：研究者持續自我檢核與反思，以中立客觀提問，降低引導偏差，確保訪談材料的中立性。
- (4) 可靠性（Dependability）：透過整理訪談資料時，觀察參與者回應結果的一致性與趨同性，確保歸納主題具有穩定的支持證據。

肆、研究結果

一、多數研究參與者給予權責劃分表正向肯定

本研究透過提問「什麼狀況之下知道這個表格」及「您認為這個表格的優缺點」，用以蒐集受訪者對於權責劃分表的認知，以及使用情形，部分受訪者表示，

在本次訪談之前，不曉得有權責劃分表的存在，多數受訪者表示之前就有對權責劃分表有所知悉。

(一) 多數研究參與者在受訪前已知悉權責劃分表存在

本研究透過提問「什麼狀況之下知道這個表格」，用以蒐集了解研究參與者是否知悉權責劃分表或是否已曾經使用過權責劃分表，多數研究參與者在受訪前已知悉權責劃分表。

那針對劃分表的部分，是這次訪談才知道有這個權責劃分表。

(11NR131)

我很早就知道。(21DR159)

因為其實在醫院裡面他會有一些課程。(32NR57)

我之前沒有看過這個表格過。

(43NR61)

工作及相關研討中。(71PS8)

你是說分第幾類第幾類，有阿。

(61OT4)

需評估機構新收個案。(82SW4)

到醫院從事精神科社工師工作時才知道此表格。(51SW4)

多數受訪者已知悉或有使用過的經驗，受訪者提到「我很早就知道」、「工作及相關研討中」、「需評估機構新收個案」、「到醫院從事精神科社工師工作時才知道此表格」等。但仍有部分受訪者在

進入研究前對權責劃分表不知悉，受訪者提到「那針對劃分表的部分，是這次訪談才知道有這個權責劃分表」、「我之前沒有看過這個表格過」等。

(二) 權責劃分表具有參考價值

本研究提問：「您認為這個表格的優缺點」，用以蒐集受訪者對於權責劃分表的認知，以及使用情形，多數受訪者在接受訪談時提及，在過去工作經驗，多少都有透過權責劃分表進行分類參考，權責劃分表存在可以做為提供參考的指標。

所以這個可能我們在臨床人員看應該是一目了然。(11NR136)

這個會影響到放到那幾類。

(21DR163)

其實整體上看來的話他其實分得很清楚。(32NR42)

表格簡單劃分，內容淺顯易懂。

(82SW5)

依照病人的疾病狀況和性質將病人分類，且說明不同性質的病人可以到適合的醫療體系和單位接受治療或安置，讓臨床工作者在協助病人就醫或是協助出院準備時有一工作指引。(51SW5)

多數研究參與者認為權責劃分表是一個有用且實務性高的工具，其主要優點在於結構清晰、易於理解、分類明確、具體指引，實務參考價值高。

(三) 對權責劃分表分類方法的初表表示認同

對於權責劃分表，部分受訪者認為，是有其價值，並且也認為為了進行分類的初表表示認同。

優點啦！我覺得他在劃分當然就是很清楚啦。(11NR132)

怎麼樣的病程劃分變成該收到哪邊去。(11NR133)

他這六類，劃分也還不錯啦。(21DR140)

多人的經驗累積出來的這樣一個的照顧模式。(32NR66)

理念很好，在機構營運生存的過去現況下，落實上仍有很長的距離。(71PS6)

就是什麼樣的病人就可以分類，他是優良的分類。(61OT7)

二、適用性的困境

多數受訪者皆給予權責劃分表正向的肯定，但在適用性之上，透過「請您分享您心中貴院的定位」及「試著將〈精神病患照顧體系權責劃分表〉放在貴院，請問如何看待權責劃分表在貴院的適用？」題組，用以蒐集機構屬性所導致收治個案多元性，是否有可能產生分類困境，受訪者普遍認為，仍存在明顯困境，且研究場域具有公立醫院的角色，擔負公醫責任。

(一) 機構屬性導致分類不彰

研究對象機構屬於公立醫院，有擔負相關的公醫職責，且因研究場域為精神科專科醫院及教學醫院，收治的住民含括的類別光譜較寬，進而使分類照顧上就會產生差異。

那我們都知道他叫做公立醫院，那也有他的公立醫院的使命。(11NR46)

也是我們對社會公立政府照顧。(21DR127)

就是說這可能是精神科病人就是最後安養的最後一站。(32NR15)

從臺灣末端精神醫療安置機構轉型成精神長照及醫療體系。(71PS2)

精神醫療的安寧站，就是如果不能出去的住民，有個歸宿，吃住穿不愁。(61OT3)

公醫體制中照顧失依失能精神病友。(82SW2)

安置全國弱勢中(許多低收入和中低收入戶)的精神疾病患者，外縣市無法醫治的個案，許多都會送到本院。(51SW2)

從上述受試者所述內容，確實可以看見，受試者所屬機構，因應著擔負公立醫院責任，以及精神科專科醫院的角色，也是屬於精神疾病患者照顧的末端，而因為這樣的角色責任，導致研究場域在收治病

人的種類多元，以光譜角度觀察，可以看出，研究場域的收治疾病與障礙程度呈現多樣性。

那在本院是不是適用，那是不是因為我們現在受到干擾因素比較大。

(11NR180)

就是對病人的身分，對這個權責劃分表，可能病人身分限制會比較大。(11NR181)

對我們目前當然遇到比較最大的困境，就是身分別呀。(11NR182)

我們醫院的好處，是這六類的當中，我們需要那種服務單位，我們都有。(21DR195)

我們就照他的需要，放在他所需要的服務單位。(21DR196)

我們第四類配套服務比較不夠。(21DR206)

那我第五、六類的，基本上醫療機構就已經離開了。(32NR145)

但我們不是呀，我們就醫院啊。(32NR146)

所以這張表是不是很合適我們醫院。(32NR153)

先定位本院「執行公醫使命」與「自行建全營運」的優先次序。(71PS10)

我是覺得不適用，因為我們醫院的病人型態很類似，大概都是四五六類，但是我們醫院沒有太多合適的

場域放第四類病人，大部分都是會混一起照顧，我們的照顧體系沒有辦法有合適的場域進行分類，因為醫院需要去考量身分以及營運狀態。(61OT9)

整理上述受訪者所述內容，可以看見適用性具有疑慮，且有臨床實務限制，主要限制來源產生於身分限制、服務接受者、服務資源不匹配以及內部營運所產生之限制。人力和場域資源不足，導致研究場域難以完全遵循表格的理想劃分，而必須優先考慮營運和有限的人力。

(二) 推行的困難

整理權責劃分表在研究場域的使用狀況，研究參與者的回應，普遍認為適用性不佳，原因來自於收治個案的身分、配套不足、機構營運、照顧人力等問題，造成目前權責劃分表的使用限制。

可能礙於身分的限制。(11NR146)

比如說，合約床它就沒有辦法去社區復健中心。(11NR148)

我們現在不是你屬於那一類就放那一類。(21DR166)

第四類配套不夠。(21DR165)

但是，這個表格他其實就是在臨床執行上確實有它的困難度在。

(32NR67)

理念很好，在機構營運生存的過去

現況下，落實上仍有很長的距離。

(71PS6)

因為機構都只是依照設置標準，如果這張表不是基本要求，就不會有人理他。(61OT8)

醫護人力照顧量能過低，未能依循該表分類照顧，僅能依各病房態度和醫生評斷去劃分個案收治場域。

(82SW7)

整理上述受訪者所述內容，發現權責劃分表在實務應用中最大的缺點在於其「低落的執行性與強制力」。表格的理想化分類在現實中受到病人身分、機構營運考量、關鍵配套資源缺乏，以及醫護人力不足等多重體制性因素的限制，導致最終的分類與收治決策往往偏離表格指引，依賴主觀判斷。

伍、討論與結論建議

一、討論

研究參與者所述內容，確實可以看見，研究場域因擔負公立醫院責任，以及精神科專科醫院的角色，也是屬於精神疾病患者照顧的末端。研究參與者的回應，權責劃分表的適用，確實與機構特性以及機構營運有相關，如同82SW所述，因為醫院的特性，收治的住民多屬於失依或失能，且因為機構管理問題，導致沒有辦法依照著權責劃分表分類。

研究場域所收治的精神病患，包含了權責劃分表中的第4類到第6類，但因為第4類的精神病患功能良好，若依照權責劃分表進行分類，則會持續影響後端的照顧及管理問題，這個問題也在82SW中被觀察到。32NR也認同權責劃分表不適用在研究場域，而原因為研究場域為精神科的最後一站，收治的病人屬性將無法如權責劃分表一般進行分類收治。而研究場域除疾病本身的分類方式之外，尚還需要考慮「身分」問題，而這樣的身分問題也因屬於《身心障礙者日間照顧與住宿式費用補助辦法》產生連動關係。

隨著世界對於社會福利發展的脈動，我國於2015年制定公布《長期照顧服務法》，建置更完善社會福利體制及系統，依該法我國將社會福利服務推展到更廣的服務對象，包含所有失能者，提供包含「社區式」、「機構住宿式」等長照服務，在文獻回顧中亦有提及。

透過訪問機構專業人員，可以更清楚了解，臨床機構運作與政策設計上的差距，有許多社會政策在設計初期，確實存在解決社會問題而存在的價值（王秀燕，2016），但社會政策的發展可能會因為制度的僵化，導致可能無法順利因應社會經濟變遷（孫迺翊，2012）。本次研究的發現，觀察到整理出相關議題，並沒有產生職種差異，甚至更可以說，是各職種普遍感受。

目前我國為一法治國家，行政系統需要依法行政，對於依法行政，則需所有行政行為都要依照規章辦理。假設有精神疾病患者家屬，需申請《身心障礙者日間照顧及住宿式費用補助》，安置處所則須為經地方主管機關同意安置之處所，包含：

（一）社會福利機構、（二）精神復健機構、（三）護理之家、（四）國軍退除役官兵輔導委員會榮譽國民之家、（五）社區居住提供單位。若要進入精神復健機構，依〈精神復健機構設置及管理辦法〉所需條件，須經精神科專科醫師評估為可復健且須接受精神復健之病人，但又依福利擇優原則，無法同時取得健保給付以及住宿式費用補助。

綜上，本研究發現，在我國依法行政原則下，方出現本研究發現的「分類不彰」現象。探究其原因，本研究認為，權責劃分表雖立意良善，礙於各福利服務法源不一，又在「新自由主義」社福浪潮下，我國社會福利朝向社會民主主義模式發展，因此提供服務的機構，為求生存，創造機構生存條件，因此在收治對象時，較難依機構屬性，收治屬於適合機構屬性的個案。

二、研究限制

由於本研究場域涵括的組織類型已可以滿足權責劃分表各類型，但由於本研究場域具有「公立醫院」以及「專科醫院」

等身分，或許會限制了其他不同類型角色的視角展現，為滿足權責劃分表全貌及各面向，未來可以將本議題就近先推展到私部門，再擴大到公私部門獨立追蹤研究。

三、結論與建議

依據本研究討論之內容，整理本研究之結論，依照結論以及相關文獻，提供因應建議，結論與建議如下。

（一）結論

1. 權責劃分表仍有存在價值

權責劃分表的橫空出世，確實提供臨床人員，在提供後續服務規劃中產生作用，用以作為區分安置分類的方向，這在相關訪談中也都有提及，研究參與者，確實也肯定權責劃分表存在的價值與意義。國內外文獻亦有對分類系統對照顧或醫療具有正向價值的肯定。

2. 分類模式不恰當

如金林（2003）所述，權責劃分表的基礎來自於「復健潛能」分類模式，但這分類模式卻不恰當，權責劃分表應該依「病人所需的復建治療」作為分類來取代「復健潛能」分類模式。而對於臨床實務上以及組織經營運面向而言，確實也因為相關的政策配套導致相互制肘，無法配合個案或家屬需求，將個案安置到適當處所，更遑論要確實依照權責劃分表進行分類。

3. 制度對權責劃分表分類確實產生影響

目前我國對精神疾病病患提供的服務系統多元，依權責劃分表，至少可以依照主管機關不同，區分為衛政主管機關以及社政主管機關。雖然每個系統初起設置理念良善，但對現實營運卻有其不合時宜之處，且目前並無對於是否進行合宜分類有「強制力」要求，也會使的機構要使用權責劃分表分類有被動消極的表現。

以《身心障礙者日間照護及住宿式費用補助辦法》為例，可以看見受到法律限制，因須接受長期安置者欲取得補助，將無法依照權責劃分表，進入適當之處所接受服務，不同形式機構的收費模式以及給付來源不同，皆會導致對分類的影響。

(二) 建議

1. 可以持續推展權責劃分表

權責劃分表具有參考價值，仍可以推展使用權責劃分表，但本研究在蒐集文獻過程中，未搜尋到制定權責劃分表的科學過程，因此無法確認權責劃分表是否曾有經過科學化過程驗證，未來在推展權責劃分表同時，可以持續對權責劃分表進行科學驗證，並適時調整使權責劃分表與時俱進。

2. 修正分類模式

修正分類模式來提高其適用性和執行性，修正時考慮表格本身的設計與其應用

環境的匹配度，明確增設「身分別/支付別」的影響因子，並為受限制的身分（如合約床）設計替代性或過渡性的安置建議。

3. 整合機構營運考量

目前我國社政及衛政之中央主管機關已於多年前合併為「衛生福利部」，研究者建議可以重新檢視目前我國長照系統的使用規劃，用以面對合理給付問題，使得服務使用者在選擇服務時，降低因給付差異，產生系統不對等狀態，導致服務使用者無法選擇適切的服務提供場域。更甚透過法律制度，增加獎補助辦法，降低市場機制對於經營者影響，增加經營者可以合理依分類方法照顧適當個案。

4. 針對「強制力」的修正

推動將權責劃分表或其核心精神納入醫療機構「設置標準」、「評鑑」或「支付標準」的相關要求中，賦予其必要的強制性。

（本文作者：蔡旻家為衛生福利部玉里醫院社會工作師、國立空中大學社會科學系兼任講師、國立政治大學社會工作研究所博士生；王美富為衛生福利部玉里醫院社會工作師）

關鍵詞：精神病患照顧、權責劃分、安置分類現況

- 潘淑滿 (2003)。《質性研究理論與應用》。心理。
- 陸振芳 (1995)。〈精神疾病診斷分類與護理診斷之相關探討〉。《長庚護理》，6 (2)，47-51。
- 陸振芳 (2008)。精神醫學與護理發展。見劉杏元等 (編)，《精神科護理學》。高立。
- 陳亮妤 (2022)。〈精神疾病早期介入理念之落實〉。《醫療品質雜誌》，16 (1)，18-23。
- 賴美靜、陳嘉民 (2023)。〈不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷之研究：以南部某區域教學醫院為例〉。《長期照護雜誌》，26 (2)，173-191。
- 戴月明 (2006)。〈精神科門診、住院病患之分類、治療及療效評估〉。《臨床心理通訊》，32，11-14。
- 薛瑞元、廖慧娟 (2007)。〈保障病人權益——談精神衛生法修訂重點〉。《醫療品質雜誌》，1 (4)，56-60。
- 謝孟璇、張雁晴、歐千芸、陳明德 (2019)。〈思覺失調症個案的老化及介入〉。《職能治療學會雜誌》，37 (2)，147-168。
- 鄧啟明 (2020)。《推動優勢觀點個管模式之督導歷程與督導者因應策略之探究》 (碩士論文，國立政治大學)。臺灣博碩士論文加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/w4hgx9>
- 鄭若瑟 (2001)。《行政院衛生署報告：第一階段改革——精神醫療網及評鑑制度》。<http://www.mohw.gov.tw/dl-572-975e584a-2fdc-4f77-aa0f-bfad540d4c.html>
- 簡春安、鄒平儀 (2016)。《社會工作研究法》。巨流。
- 鐘威昇、李鳳群、何豐名 (2013)。〈失眠的分類及治療〉。《臺灣醫界》，56 (12)，19-22。
- Horvitz, E. J., & Klein, A. (2013). *Utility-based abstraction and categorization*. arXiv preprint arXiv:1303.1469. <https://arxiv.org/abs/1303.1469>
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63(2), 81–97. <https://doi.org/10.1037/h0043158>
- Oake, J., Aref-Eshghi, E., Godwin, M., Collins, K., Aubrey-Bassler, K., Duke, P., Mahdavian, M., & Asghari, S. (2017). Using electronic medical record to identify patients with dyslipidemia in primary care settings: International classification of disease code matters from one region to a national database. *Biomedical Informatics Insights*, 9, 1178222616685880. <https://doi.org/10.1177/1178222616685880>
- Reed, S. K. (2016). A taxonomic analysis of abstraction. *Perspectives on Psychological Science*, 11(6), 735–750. <https://doi.org/10.1177/1745691616659939>
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B. B. Lloyd (Eds.), *Cognition and*

categorization (pp. 27–48). Lawrence Erlbaum.

Smith, E. E., & Medin, D. L. (1981). *Categories and concepts*. Harvard University Press.

World Health Organization. (n.d.). *ICD-11 implementation*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/icd-implementation>