



社區精神復健的另類服務： 以新北市慈芳關懷中心的 「會所模式」為例

呂又慧·戴雅君

摘要

現代社會的發展，其實也是許多疾病與痛苦產生的根源。科技文明的高度發展，使現代社會不斷面臨劇烈的變遷與擺盪。臺灣社會近年來，經歷了許多災難與變動，慢性精神病患（障礙者）有不斷增加的趨勢。從社會變遷的角度來看，精神障礙者的產生，已不只是一種腦科學醫療凝視之下的身心疾病，它更是某些社會群體反射精神失序的映照，與一種集體的社會受苦現象。

近幾年在臺灣開始出現的「會所模式」(clubhouse model)，針對精神障礙者提供了一種新型態的福利服務。本文研究的目的是在於檢視：這種另類新興服務團體，它的特色為何？與既存的社區精神復健服務模式有何不同？其意義或影響會是什麼？

研究結果發現，在慈芳會所發展出的這種服務模式，精障服務使用者與提供服務的工作者間，身分與關係已被重新定義。「會所模式」看待精障者為有貢獻潛能的人，而不只是病人。此外，在面對精障者的社會困境時，慈芳嘗試從「社會受苦」與「社會模式」的觀點切入，發展出集體敘說的策略，企圖營造精障社群之自我認同空間。

在新管理主義色彩濃厚的福利政策下，慈芳「會所模式」在進出體制之間，仍須面臨許多挑戰與課題。

關鍵字：精神障礙者、會所模式、社會受苦、社會模式、社區福利服務

Abstract

The development of modern society is the origins of distress and disease. The scientific civilization causes dramatic social changes. From the perspective of social change, people with mental illness are not under medical-gaze, but the reflection of collective social suffering.

Recently, clubhouse model provides a new type of service for people with mental illness. The objectives of this article are to look at what's the ideas of clubhouse model? What's different with the traditional community psychiatry service? And, it's impact.

The results show the relationship and role between service user and provider have been redefined in Easy House. Clubhouse model views people with mental illness in the way they are able persons, not patients. Moreover, Easy House has developed the strategy of collective narratives from the perspectives of "social suffering" and "social model".

They try to create the space to identify themselves as social community.

Under the governance of New-Managerialism, Easy House has to face many challenges and hot issues since they are still of the institution .

Key words: people with mental illness, social model, social suffering, community psychiatry service.

我曾經是一位八家將的生徒。國中時候，因為人際關係衝突，進了少年監獄。關了幾年出來，社會已經從農業社會變成工業社會。我以前學的沒有太大用處，就去學作黑手。黑手作了幾年，工作壓力大，一個不小心，喝醉酒，我又闖禍了……這次又進去蹲了十幾年。出來後，社會又變成科技發達的時代；什麼電腦啊、我都不會，想都沒想過…找工作很難找啊，生活很辛苦，我心裏很痛苦啊。然後就住院了…這樣蹉跎了幾年，別人介紹我，就來到中心這裏…

一位精神障礙者的自白

壹、研究源起：社會變遷與精神障礙

現代社會的發展，其實也是許多疾病與痛苦產生的根源。科技文明的高度發展，使現代社會不斷面臨劇烈的變遷與擺盪。臺灣社會近年來，經歷前所未有的轉型與風險，許多天災人禍相應而生，慢性精神病患（障礙者）有不斷增加的趨勢；精神疾病在全世界的疾病負擔(disease burden)已達 11%。從社會變遷的角度來看，精神障礙者的產生，已不只是一種腦

科學醫療凝視之下的身心疾病，它更是某些社會群體反射精神失序的映照，與一種集體的「社會受苦」現象(蔡友月, 2007)。

這種集體的社會受苦現象反映在：精神障礙者從醫院回返社區時，不斷地被社會排除，而處在極邊緣社會位置的窘境：高失業率、就學受挫、貧窮、社會污名與人際關係互動疏離等等(Howard et al., 2010; 江碧純, 2006; Perkins & Rinaldi, 2002; Honey, 2000)。

然而，精神障礙者的宿命，真的是一群無法自我照顧，生活能力不足、只餘殘存功能，以致終究社會調適不良，而必須落入社會邊緣的一群人嗎？

在現代社會中精障者個人身心的治療固然重要，但是當精障者面臨社會變遷，遇到結構性的集體困境時，只倚靠醫療與藥物治療的途徑提供服務，無法解決他們與社群及社會連結的問題。當精障者急性期過去，必須離開醫院回返社區時，又有多少資源可以協助他們重新建立生活？

臺灣目前對於精障者的社區服務，包含所謂社區精神復健機構中的「日間照顧中心」、「康復之家」、「庇護工廠」等。且這些服務模式多半仍依循「醫療病理處遇」的思維：以「個體問題為處遇目標」、「以專業角度評估精障者需求」的模式。相較於逐年上升的慢性精神病的發生率而言，這些服務仍然呈現「僧多粥少」數量有限的狀態。

2004 年始，臺灣社會中，一向從事身心障礙服務的社福團體伊甸基金會活泉之家，針對社區中的精神障礙者，率先宣稱

引進美國在 1948 年興起的社區復健中的「會所模式」(clubhouse model)，來進行服務。2005 及 2006 年，兩個以精神障礙者家屬倡議團體為主的機構，也相繼宣稱成立了以「會所模式」(clubhouse model)，來進行服務的兩個中心：新北市慈芳關懷中心(母機構為臺北市康復之友協會)及臺北市 My House 精障者交誼中心(母機構為康復之友聯盟)。事實上，這個宣稱以「會所模式」提供社區精神復健服務的單位，至今為止，全臺就已經超過六家。「會所模式」在西方國家的「社區精神復健」服務中，已經蓬勃發展，然而「會所模式」在臺灣社會而言，仍是一種新的服務型態。

「會所模式」(clubhouse model)這種另類新興服務團體，它的特色為何？與既存的社區精神復健服務模式有何不同？其意義或影響會是什麼？成了研究者主要關注的焦點。

貳、文獻探討

一、會所簡介

1942 年美國有一群精神科醫師與精障者，考慮出院後回歸社區的生活方式時，開始了一個精障者自助團體的運作，1948 年，這個自助團體在紐約的曼哈頓找到一個新的聚會處，稱為「紐約活泉之家」，開始了以「會所模式」(clubhouse)運作的組織。活泉之家或「會所模式」成立的最大宗旨，就是期望以精神障礙者為主，成立一個據點，透過團體彼此支持的功能，及「工作日」(work-ordered day)之

會務工作的設計，為社區中的精神障礙者，建立一個互助的網絡及就業前的準備環境。而參與在其中的非精神障礙者，也能與精神障礙者，在這樣的環境中共同參與，一起工作，一起生活。這種屬於精障者的社區服務模式，在醫療專業主導的精神醫療體制外，建立起另類的復健模式（Anderson, 1988; 慈芳，2008）。

目前以「會所模式」模式服務精障者的組織，全世界已超過 300 多家。2004 年臺灣在伊甸基金會的支持下，首度以「活泉之家」開始了精障者「會所模式」(clubhouse)的運作。臺灣至目前為止，「宣稱」以「會所模式」進行社區精神復健、或精神障礙社區服務/照顧的團體，共有六家（連同 2009 年底剛結束的 My House）：

表 1 以會所模式為精神障礙者提供服務的機構

製表人：呂又慧

會所名稱	成立年	母機構	政策定位
活泉之家	2004	伊甸基金會	日間照顧中心
北縣慈芳關懷中心	2005	北市康復之友協會	福利服務中心
My House—臺北精障者交誼中心	2006	康復之友聯盟	衛生署專案補助 (已結束)
新竹精健會	2009		方案委託
高雄視而不見關懷協會	2009		方案委託
清新坊	2009	北市康復之友協會	方案委託

北市康復之友協會，自 2005 年 6 月接受當時臺北縣政府社會局的委託，辦理公設民營，開設新北市慈芳關懷中心（以下簡稱慈芳）。其營運方針採用會所模式，即嘗試以身心障礙福利服務中心的機構立案性質，落實會所模式的服務精神與工作方法，並嘗試建構以精神障礙者為中心的社區支持系統。慈芳的組織運作是從聯誼性活動開始，接連陸續建立工作日部門、過渡性就業方案、教育方案、公共會議、社群網絡等...以期形成一連串相互扣連、符合會所準則以及回應服務對象多元與個別需求的社區支持系統（慈芳，2008）。

以下茲將本文研究相關概念及方法分

述如下：

二、社會受苦

1980 年代至 90 年代，一些醫療人類學者，開始採取不同的姿態，看待精神疾病與精障者。他們理解疾病經驗的觀點，採用文化人類學的取徑，其中最具代表性的概念為「社會受苦」。「社會受苦」(social suffering)的觀念，最早是由哈佛大學的醫療人類學家 Authur Kleinman (1986)在他編輯的著作「苦難與疾病的社會起源：現代中國的憂鬱、神經衰弱及苦痛」(Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China)提

出。書中以文化人類學的方法論作為進路，諸如「在地世界」、「互為主體」的經驗，以及「日常生活」等概念，主張對於疾病的成因，並非單一因素或敘說可以涵蓋。研究疾病必須考量罹病者背後的社會、政治、經濟等文化與生活脈絡，將其疾病經驗置放於這些脈絡下，如此才能真實地貼近罹病者的受苦經驗與處境，並描繪出疾病較為多元而複雜的面貌。

Authur Kleinman (1999)認為個體受苦的經驗，是一種道德型式(moral mode)。日常生活中的人際互動經驗，人際網絡、語言、生活規範及模式等等因素，會對個體的在地世界產生影響。社會變遷、歷史事件與文化轉換的過程中，個體的在地世界，承載了許多人際流動與政治、經濟等作用力的烙印及負面影響，其所產生的疾病與苦痛，其實是有此社會根源與脈絡。Kleinman 認為許多疾病及社會問題，其實就是一種社會受苦(social suffering)的型式。這種社會受苦的經驗，是在失序時代(disordered epoch)中一種失序的道德經驗(a disordered moral experience)。

1999 年「文化、醫療與精神醫學」(Culture, Medicine and Psychiatry)期刊，分別刊出美國學者 Authur Kleinman 與香港學者 Sing Lee，對於中國的社會精神醫學議題與社會受苦概念的相關研究。在 Kleinman (1999)這篇文章「日常生活中社會經驗之轉變」(The transformations of everyday social experience)與 Lee (1999)的文章「延遲的診斷：神經衰弱與後毛時代精神醫學之轉變」(Dignosis Postponed:

Shenjing Shuairuo and the transformation of psychiatry in post-Mao China)中，都提到現代化、文革造成的政治變動與全球化的風潮下，中國的歷史經歷了許多創傷，社會結構面臨巨大的變革。在社會不斷變遷，經濟快速成長，城鄉差距益形明顯之際的同時，中國人民也被迫要經歷許多的改變與壓力，人們的社會與心理健康遭遇極大的挑戰與威脅，許多人開始出現身體症狀與緊張焦慮的痛苦。Kleinman 指出，這些個人的身體與受苦的經驗，其實是超越了他們個別的經驗，現在所看到的是過去混沌年代與政治過程中，耗竭的社會記憶與經驗，所形塑的社會身體。

另外，香港學者 Sing Lee，提到 80 年代至 90 年代，原先充斥著強調身體症狀的神經衰弱症診斷，然而漸漸被憂鬱症診斷取代。因為其背後有著盤根錯結的社會作用力。自文革開始的年代到後毛時期，中國經歷許多價值（家庭、婚姻、經濟等）與社會結構的改變。許多中老年人及婦女，選擇以自殺的方式，來抵抗與回應時代的變革。中國社會其實存在不低的自殺率，但隨著西方精神醫學 DSM 的診斷成為問題界定的標準，自殺和憂鬱症被當作一種相關症狀的聯結結果：憂鬱症的診斷變多了，自殺的社會問題被「醫療化」了；但其背後所該反映的社會集體的痛苦，反而被轉換成一種「個人病理」及壓力調適策略的經驗處理(Lee, 1999: 368-369)。Lee 認為降低自殺率及這種「社會集體受苦」的問題，該由社會及結構面來處理，而不該是抗憂鬱藥物能夠解決的。

臺灣學者蔡友月(2007)，則將社會受苦的概念，實際運用在解釋蘭嶼達悟族人的精神失序現象上。在她的文章中提到，1960年之前，達悟族經歷日治時代與國民黨政府初期的「山地政策」，達悟族是孤立但尚能自足的小島，與臺灣社會的生活與交通，幾乎可說是隔離的。1960年代之後，各種外力進入蘭嶼，達悟族的社會結構，在極短的時間經歷前所未有的改變。60年代至70年代，臺灣社會開始步入轉型，進入工業與經濟起飛時期，需要大量的勞動人力，因此無論本島或外島的原住民，都因為部落的農業式微，都市有較佳的工作與就學機會，而離開原鄉，開始進入都市打拼。事實上，光復後出生的達悟青壯世代，就是開始在這時期大規模遷徙至臺灣。之後，陸陸續續有許多達悟族人，為了尋求「更美好的生活方式」，而渡海遷移到臺灣社會。然而他們的成長過程，卻經歷了社會不同價值體系與生活方式劇烈的改變—無論在教育準備、職業經歷、族群文化衝突、親屬連帶、成就期望等各種面向上，他們都承受了許多身心的挫折及被主流社會排除的痛苦(蔡友月，2007：41)。

從上述有關精神疾病與社會受苦的相關研究中，可以發現：理解疾病經驗不能只從生物或基因醫學的角度去看待，否則可能落入簡化與病理化個體的疾病經驗，而只施以症狀及藥物處理。如此，對於疾病的治療，不見得是最好的方式。

在 Kleinman, Lee 與蔡友月的研究中，我們發現以社會受苦的解釋架構，來

理解疾病經驗，能反轉個人病理與悲劇化的觀點，而不易落入個人責任歸因，反而引導人們能從宏觀與集體的角度理解疾病；看見疾病背後—那巨大的歷史與社會文化結構，及可能隱藏的體制與結構性暴力—是如何地傾軋著受苦的身體與心靈。

所以從社會受苦的觀點來看待精神障礙者，其實就是嘗試從社會與結構變遷的立場，來觀看障礙者的一種理解。精神障礙者在多元變遷及生產力導向的社會中，所產生的各種問題，與其說是一種個人悲劇的展演：不如說是：一種社會結構與制度排除與擠壓下的結果。

從這個理解的角度出發，社會受苦既然強調一種社群受到社會變遷的影響，且承受較為負面的結果；那麼面對精神障礙的現象，就不能單單歸因於精障者個人的困難與病理問題，而只倚靠醫療與藥物治療的途徑提供服務；或是仍把精障者視為：沒有(喪失)能力、無法進行足夠的社會調適，以致需要接受助人專業及社會福利的援助，才能有效地改變他們的生活。

三、社會模式中障礙的觀點

「社會模式」(social model)是一種來自障礙者內部看待自己角色的聲音。這是在受到傅柯與後結構、後現代思潮影響，去中心化，去專業化的一種思考模式(Morrison, 1998)。社會模式尊重障礙者主體的存在，是以障礙者主體經驗為中心，看待障礙者的一種觀點。在社會模式的觀點中，對於障礙的解讀，有幾個相關的議題，如損傷(impairment)與障礙的關係、障

礙與公民權、及障礙與社會壓迫等等的議題。在社會模式中，「損傷」被界定為一種身體或心智上的限制；而「障礙」是指社會中的某些組織，將某些人、特別是有損傷之人，排除在參與主流社會活動之外，所帶給他們的困難限制或不便等(Oliver & Barnes, 1998: 18)。因此社會模式的「障礙」定義，不是放在個人是否遭遇損傷來討論，而是強調制度、系統或環境等外部因素，造成有損傷之人生活上的困難或限制。換言之，「障礙」不是個人的損傷導致，而是社會的制度、觀念或環境因素造成的。「障礙」就是社會建構出來的。

四、從社會模式觀點看待精神障礙

相對於醫療模式的個人化觀點，與社會建構論息息相關的「社會模式」，提供了一種新的詮釋「精神障礙」的典範觀點。社會模式尊重障礙者主體的存在，是以障礙者主體經驗為中心，看待障礙者的一種觀點。在社會模式的基本論點中，認為：損傷 impairment 與 disability，視為兩組不必然存在因果關係(Oliver, 1996: 35; Barnes & Mercer, 2003: 12)的概念；同時：障礙的是環境，而非個人；障礙是社會建構(social constructing)出來的(Barnes & Mercer, 2003)；它其實是制度性的，不是個人造成的；障礙甚至可以說是一種壓迫經驗。這些觀點，對障礙者也是對精障者，開創了一種新的局面：將總是「疾病/生理歸因與詮釋」的脈絡轉移開，將討論焦點集中在「障礙歸因與解決策略」的層面，繞開了「疾病/生理」問題的處理。

在社會模式中，「損傷」被界定為一種身體或心智上的限制；而「障礙」是指社會中的某些組織，將某些人、特別是有損傷之人，排除在參與主流社會活動之外，所帶給他們的困難限制或不便等(Oliver & Barnes, 1998: 18)。因此社會模式的障礙定義，不是放在個人是否遭遇損傷來討論，而是強調制度、系統或環境等外部因素，造成有損傷之人生活上的困難或限制。因此損傷與障礙沒有必然的因果關係。

五、小結

綜上所述，在 Kleinman (1999), Lee (1999)與蔡友月(2007)的研究中，我們發現以社會受苦的解釋架構，來理解疾病經驗，能反轉個人病理與悲劇化的觀點，而不易落入個人責任歸因，反而引導人們能從宏觀與集體的角度理解疾病；看見精神失序，是精神障礙者面對這時代與歷史變遷，無可逆轉的一種無奈的回應；精神失序，在他們的日常生活中，是一種普遍的受苦經驗；而這樣的經驗，讓我們能更加深切地去進入精神障礙者的在地世界，聆聽與見證他們日常生活中的受創經驗，對疾病的意義建構與受苦的主觀歷程，在意義建構的過程中，理解疾病與創傷背後的文化脈絡，所導致的生活張力；在倖存者的社會受苦生活中，運用這種張力的敘說，其實也可以是一種復原的寶藏。

另外，從社會模式的角度來看，對於障礙最好的解決之道就是：移除社會性與系統性的障礙(social barriers)，為障礙者營造真正「無障礙的」環境。然而這種障礙

的移除，除了須移除許多硬體上的障礙「硬體空間」之外，許多「無形」的障礙的移除，如污名化與烙印，其實更是需要努力的；學者 Shearer (Oliver & Sapey, 1999) 認為：社會大眾、媒體的障礙視框及專業人員的障礙定義，其實常強化了「醫療模式」中「個人悲劇的再現」；因此這些的障礙移除，才能真正協助障礙者擁有「無障礙」的空間；而 UPIAS 在 1976 的宣言中，則強調除非障礙者本身現身參與，並經歷對抗壓迫的奮鬥與自我定義（宣稱），障礙的移除，才能真正對障礙者有利（註 1）。對障礙者而言，他們要尋找的是一種可以自我決定 (self-determination) 的公民權 (citizenship)：需求及服務由自己界定，不是非障礙者的他人 (Oliver, 1996)。

參、研究方法

一、研究者與田野的關係

研究者於 2007 年 10 月，因為教學中的機構觀摩，帶領學生參觀了北縣的慈芳關懷中心；2008 年 1 月，參與了北縣慈芳中心合作的行動研究案，開始進入慈芳中心，至今為止，除固定參與一個月一次的會所聯繫會議之外；學期中與寒暑，每個星期約一至兩天，以志工/研究者的角色，進入慈芳，參與其中心運作，繼續與田野：會員及專業人員建立關係，配合當天會務運作及進行田野觀察與記錄。

二、資料收集與分析

本研究是以個別訪談或焦點團體來進行資料收集，除此之外，田野的觀察日誌或記錄，相關團體的會訊、月刊、年刊、會議記錄、研究、會員或工作人員書寫的文本、檔案等相關文獻，都會是本研究參考的資料來源。本文的資料來源主要為下列幾項：

1. 會員（精障者）五位、工作者四位的訪談稿
2. 會員（精障者）、工作者書寫的文本
3. 慈芳關懷中心的會議記錄、年刊及研究成果報告
4. 研究者的田野資料

本文中工作者的訪談稿或書寫文本的引用皆以 S (staff) 代表，會員則以 M (member) 代表。

三、資料分析

本研究過程的訪談在徵得當事人同意後，以錄音存檔，並經逐字稿謄寫，連同工作者書寫文本，進行質性研究紮根理論的譯碼、概念歸類及再詮釋的資料分析。在這不斷循環的資料收集與分析過程中，研究者檢視資料與研究目的與問題之間的關係，以確定資料收集或分析方式的信實性 (trustworthiness) (Lincoln & Guba 1985) 與嚴謹度。

參、研究發現：翻轉醫療看待精障者的眼光

一、慈芳關懷中心的基本資料描述

表 2：慈芳關懷中心的基本資料描述

製表人：呂又慧 2010.12.02

基本資料項目	項目內容
總會員數	199 人
工作人員數	9 人
部門分組名稱	文書資訊、行動發展、餐飲
平均參與年資	3 年
積極會員人數 (每個月至少參與會所一天以上者)	72 人
日出席人數 (平均每天出席人數)	28 人
工作人員與會員比例 (積極會員人數/工作人力)	1:16
開放時間	週一至週五 8:30~17:30 週六 13:00~17:00
每週服務時數	48 小時
就業方案	20 位 過渡性就業 6 慈芳媒合 4 自行尋找 10
工作職種	清潔、舊衣回收、藥局、企業舉牌

有感於精障者處於個人生活與社會結構的「雙重困境」，慈芳以會所(clubhouse)服務為基礎，集結精障者成為中心的夥伴，朝向具備社會運動的組織前進，從小處著手在人的服務（目的是接住會員、陪

同前進），從大處著眼在精障者去污名運動（目的是對社會結構有影響性）。此兩大困境是導致精障者生活無法自立、無法實踐公民權的循環，如圖 1（戴雅君，2010）：

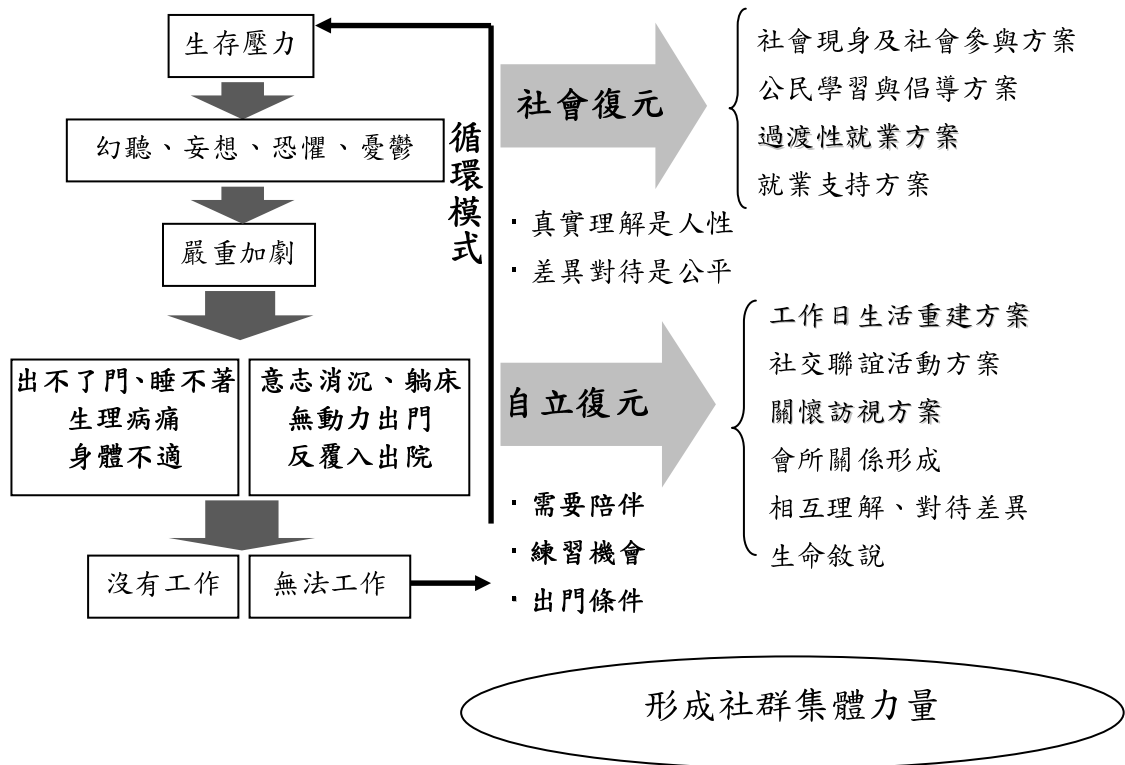


圖 1 慈芳會所服務設計概念及工作策略圖示

製圖人：戴雅君 2010.11.26

從圖 1 來看，慈芳的服務設計概念及工作策略，從長程來看：就是為了解決精障者的「雙重困境」，先進行內部凝聚與社會對話，以達自我去污名的充權實踐，之後再進行與外部社會關係的對話與互動，來促進社會整合。這些另類的作法特色，對於傳統社區精神復健服務帶來何種意義與挑戰？以下試分述之。

二、重新定義的身分與關係

在會所，精障者一旦決定接受會所模式的服務，他就有機會被稱為「會員」。在

會所模式運作過程中，只有兩種身分，一種是「職員」，即所有的工作人員；一種是「會員」，即自願入會的精障者。這兩種人唇齒相依，共同維繫中心會務的運作，彼此互為伙伴關係，缺一不可：

所謂的會所模式，簡單而言，就是工作人員與會員並無從屬關係，平等地一起合作、共同完成工作、達成任務。這裡蘊涵的重要觀念是：精障者是一個人，而不是病歷上的醫學名詞。(S3)

在會所模式中，精障者與工作者的關係，是「職員---會員」，不再如同傳統社會工作中的專業關係與助人契約中的語言：「專業---案主」，藉由稱謂語言的轉換，在會所中，我們發現他們彼此的角色與關係，已經重新被界定。

會員是一個稱呼，大家是同在一個屋簷下的朋友，在這裡沒有分大小，大家要互相尊重…工作人員是工作人員、會員是會員。我們的差別只差在身分，相處上像朋友，互相提醒、包容與堅持。(S2)

學者徐美玲與胡紹嘉(2007)曾提出許多人認為醫學意象的大眾化過程(特別是經過媒體報導)，使得許多醫學知識或疾病被扭曲。但他們引用 Montgomery (1996) 在“The scientific voice”中的觀點，認為疾病的「軍事隱喻」以及「生物軍事主義」的思維：即將疾病視為如同打戰般，需要攻擊消滅，或二元化看待疾病---有病因與對立者，需要對付與克服，這種隱喻的思維，其實才是始作俑者。

當傳統「專業---案主」的辭彙被放在醫療化的脈絡中，去提供服務時，它牽涉了對精神障礙本質的假設、精障者基本價值，同時指涉了服務知識認同的生產與權力關係(Hernandez, 1997: 11-12)。這種只看見病理症狀與問題解決的觀點，是承襲了傳統醫療論述的助人學科思維。在這樣的論述中，具有疾病經驗的人被問題與症狀化，助人者的眼光，慣於過度強調疾病症狀、病歷記錄和問題行為，服務知識的生

產，傾向著重於解決問題行為或抑制/緩減病狀處理等技術性的過程。在這種服務過程，疾病背後那個「真實的人」，往往容易被忽略。事實上存在於服務者與被服務者雙方之間的互動關係，也因此容易產生權力不平等的現象。

會所模式採用「職員---會員」的語言，改變了傳統服務者與被服務者：「專業---案主」的關係，企圖突顯出一種新的看待精障者與工作者身分的另類選擇。「職員---會員」的語言使用，刻意翻轉傳統精神醫療或助人工作固有的視框。精障者不再是醫學凝視下的病人與名詞。相較於傳統的社區精神復健服務，過度將精障者病理化，而可能忽視對精障者人性的理解，在這裏，會所模式指出互動關係可能的一個另類選擇：精障者需要「被看見」的：不是他的疾病程度，而是他這個獨特的個體、這個「真實的人」--與生具來的潛能及擁有的資源；而助人者「必須」則採取一種新位置與身分來看待精障者，學習一起合作、一起生活、一起經營機構的成長，而不是一個給予問題解答的專家角色。

三、從「病人」到「人」的想像移動

「職員---會員」的關係，同時也指涉著會所模式中，服務型態、權力關係與傳統社區精神復健服務之間的差異。

(一) 自主 V.S 專業評估

ICCD「會所服務之準則」條款開宗明義明定：「會籍是自願性和永久性的」(ICCD 第一條)，第四條並明定：「所有

會員都有平等參與會所的權利」。在慈芳，精障者「進入」會所及使用服務的合法性，不是經過許多專業人員手中流傳的轉介單或評估表而被決定；而是不論精障者目前疾病與生活情況如何，他們都有權利，自己決定是否要「進入」會所使用服務：

會所這邊，第一個就是：只要是符合會員資格的你，都可以進來，沒有評估機制。我們不會評估他用藥穩不穩定，或者是疾病穩不穩定，我們唯一的條件，就是全然一定要是臺北縣民。因為沒辦法這是臺北縣的經費。我們一定要是臺北縣民，而且要有精神疾病就醫的證明手冊，…只要你願意，你都可以進來，而進來的那個東西，不再把持在專業人員的那個上面去決定。(S1)

這裏提到精障者進來機構的資格：不是由任何專業人員去評估精障者疾病狀況穩不穩定；精障者參與會所使用服務，沒有所謂楚氏測驗、或任何手部功能評鑑；更不是以轉介單來處理。因此精障者可以自己主動憑藉他自身的意願、參與動機及所處地區為條件，及他身為「會員」的權利，作為接受服務的考量。因此接受服務，是精障者「自決」的一種權利，而不是一種「需求評估」後「被決定」的服務提供：

它的工作設計，為什麼他要設計跟會員一起工作？你會去看到會員的優點和專長、你會看到他有什麼是可以幫忙你的，而不是你要去管理他，或是去訓練他的角

色。嗯是很不一樣的，反而是你要去倚重他來幫忙你，然後在這過程中其實是相互學習。(S1)

……會員可以說是會所的主角，而最重要的是會員在慈芳的自主性。……所謂自主性範圍從每天早上及下午各一次的開工會議中，會員可以自主的選擇自己喜歡做的事，或選自己想發展的相關工作來投入，……看重會員自主的背後，最終以會員的自我負責為目標。(M1)

會所模式中，特別需要提出的一點是，“Work”：「工作」，這個名詞被賦予一種新的意義。它不只是指有酬的就業型態，或職場；而是包含一切對他人有助益的事務。以「工作日」(work-order-ed day)為主軸的服務設計，將對於他人、組織有意義的事務設計成一系列的安排。形成如同一般職場的工作環境與氛圍，讓會員可以透過結構性的工作安排，來規劃、練習與準備將來再度與社會及職場接軌的工作環境(慈芳，2008)。因此，「工作」是圍繞會所模式運作的核心議題，期望藉這樣的練習與實作過程，讓精障者重拾信心、自我認同。工作日的方案，強調從會員個人自主參與為開始的基礎：

我要、就是我也是中心的人阿、我要協助這樣……他們有給我任務，協助 xx 見習、就是能夠幫助人家，覺得被看重的感覺；在這邊，好像我辦公的地方。會員的參與性比較高、然後就是、比較有發揮的功能…(M1)

我參加行政文書組，學到接電話怎麼轉接，還有量體溫怎麼量，還有寫公文怎麼寫，到銀行去存款金錢怎麼存，……來到慈芳和工作人員一起學習，慢慢學習才有今天的我，所以這對我很重要。……從這學到待人處事方面，……希望我能康復走出去。(M2)

在自願與自主參與會所運作的背後，透露出會所的價值及哲學，即：精障者需要「被看見」的：不是他的疾病程度，而是他與生具來的潛能及擁有的資源。精障者的聲音不該隱藏在專業語言的敘說背後。會所中，「工作日」參與機制的設計，就是相信精障者是有潛能、可以為社群付出、甚至給予協助。他們不是：需要被解決的問題或只能接受專業援助的案主。「疾病及分級標準」不再是精障者的標籤或名字。精障者以成為一個「擁有主體性與資源能力的人」：「被看見與被聽見」。他們參與中心的工作，以“side by side”的伙伴關係，共同協助分擔中心的工作量與會所運作。

(二) 共同參與的發聲練習

慈芳在 2005 年成立之初即接手北縣衛生局的「社區關懷照顧計畫」，並運用「兩人三角的同儕訪視」工作模式，來進行社區中待關懷精障者。事實上這也是慈芳一種外展的關懷工作。它也被中心內部認為是：慈芳伙伴延伸至社區生活共同工作的一種方式。它強調運用會員的潛能及生活的文化經驗，與工作者協同進行社區中待

關懷者的訪視。

進行關懷訪視的過程，精障者必須與不同的工作者，二或三人一組分工因此也促使會員必須要與工作者，甚至代關懷者進行較為深入的人際互動，藉著彼此經驗的差異，學習給予尊重、學習互相支持，建立伙伴關係，才能一同進行關懷。會員因著身體帶著疾病經驗，從而發展的出對疾病的理解與調適之道，這種角色反而產生有別於工作者的「工作知識」。在關懷訪視中，較之工作者，他們更能「將心比心」地貼近待關懷者，甚至主動引發彼此互動的機會。這種同儕經驗分享與在地網絡的連結，成為慈芳在社區提供服務的另一種「搭橋」的資源：

在談話的過程中，我發現到待關懷者的外表和言語表達與 T 的氣質很像，彼此分享一支菸、一顆檳榔就能夠稱兄道弟的破冰，簡單的非語言互動蓋過我的好幾分鐘的自我介紹及解釋來意；…(S2)

待關懷者談到…因為路不熟，不喜歡出門的不便，…G 對路很熟，提供了坐捷運坐公車的方式，也畫起了板橋到土城騎機車的地圖，一瞬間燃起了待關懷者想試試看的能量—她其實可以自己騎機車。(S3)

同儕訪視中工作者以較「優勢」的專業知識或資源，和會員一同進行關懷工作，然而較「優勢」的專業知識或語言，不一定能夠在工作中取得較有效率的結果；因此希望借重會員生病經驗與次文化

語言的影響，來介入處理問題。在這種極具複雜性也挑戰人性的工作過程中，工作者從非預期的同儕回應的視角中，反而對自己的關懷介入服務，也可能產生反身性的回觀與理解：

我反問 C，面對 E 拒絕的態度，我又該做些什麼呢？如果 E 因為沒有吃藥，而狀況變差，那應該怎麼辦？C 很堅定的告訴我：「不吃藥會不舒服，自己要變差自己會有感覺的，你只要一直去關心他，他會知道你是來幫他的。」

在關懷訪視的過程中，常常被期待能有力的介入案家，……背負著這些期待的我，反而忘記看見眼前的待關懷者，忽略了貼近待關懷者的世界。(S4)

在同儕關懷訪視的方案特色中，值得注意的設計是，它企圖創造出：一個讓精障者會員可以走出家庭與中心，出門去的一個環境條件。在這種環境之下，精障者的生活圈被擴展，他們必須接觸不同人群；分享自己「過來人」經驗的過程中，他們要「化被動為主動」，為要進到社區的待關懷者世界中。會員的身分再次因著這種服務設計而被轉換，反轉了原本消極的「病人」角色，成為一個積極「出去」「助人/關懷」者的角色。會員身上雖然帶著疾病經驗，而在日常生活中必須承受疾病帶來的身心內外的掙扎，但他們並沒有失去作為一個「真實的人」仍然具備的思考與能力。以伙伴關係為基礎，共同參與服務提供的作法，讓會員的聲音能夠真實地被

聽見與理解：

家訪的第一位男孩，第一次見面…藥吃很重，…一直睡，聊沒兩句又回去睡。我給男孩的建議是減藥，他有聽進去。第二次見面在醫院，…聊一下，調整的不錯，我建議他要運動……第三次見面，我帶男孩去跑操場，男孩掛點，跑沒幾圈沒跑了。…請他加油。……很多心理疾病的人都有一個共同的特點，那就是不懂生活，…如何健康的生活和整理自己的情緒。……我在生病前什麼也不懂…生病後才學會和體會很多事情。(M3)

在這種「被傾聽」與「被看見」的服務型態中，有別於傳統社區精神復健的設計，會所模式創造了一種空間，讓精障者能夠以共同營造的伙伴關係，同時具備服務質素及助人者的角色，參與在組織的運作與服務提供。這樣的服務設計，讓會所運作的知識生產來源，不獨限於工作者，更能注入來自精障者自身的觀點與經驗，讓精障者能夠在互助、自助的過程中，發展出不同層面的人際互動關係及工作經驗。於是在這裏，我們同時也看見藉由這些服務的設計，精障者社區復健服務獲得了一種新的面貌，生產出一種「從【病人】到【人】」之想像的實踐。社區精障者的服務可以重新被看待與定義。因為當關係的定義，決定了彼此的身分認同、互動模式及原本固著的權力位置時，共同參與取向的服務設計就建構了伙伴關係。

只是，這樣的服務模式，對長期身處

精神醫療脈絡，過度強調以專業角色與知識權威提供服務的工作者而言，專業關係、位置的移動，衝撞著工作者原有的服務知識影響力。在這種想像的實踐中，他們既有的工作模式、角色認同及內在世界，勢必都將面臨改變或衝突的挑戰。

四、集體敘說形塑社群認同

精神障礙者在多元變遷及生產力導向的社會中，所產生的各種現象，與其說是一種個人悲劇的展演；不如說是：一種社會結構與制度排除與擠壓下的結果（呂又慧，戴雅君與王增勇，2010）。環境與制度性問題，長期擠壓著精神障礙者的個人生存空間，社會對於精神疾病長期存在的誤解甚至不理解，這些困境弱化了他們與社會的連結，擴大了他們與其他族群間的社會距離，並且嚴重影響了精障族群的社會參與及自我認同。

慈芳在發展會所經驗的歷程中發現，單單針對精障者個別化的需要或機會，提供服務與努力，對於精障者而言，是不夠的。精障者要翻轉在社會被邊緣化與孤立的處境，需要看見形成精障者問題背後的政治、經濟及文化脈絡。以集體看待的位置，形成社群體互助支持，才有可能推進

精障者與社會的關係。

(一) 公共議事的會議機制

慈芳發展經驗的初期信念為：會所是相信精障者作為一個人的潛能，並給予更多機會來參與體驗與發揮。所以以伙伴關係為基礎，在白願會員制與會議機制層面創造集體感：

「會員有機會參與會所內的一切工作，包括行政、研究、接收新會員、介紹會所……倡議及評核會所的成效」。(ICCD 第二十條)

慈芳的組織設計，按照會所準則，需要規劃出：讓會員和職員一樣擁有參與公共事務與決策的權利與機會，會所模式中，為了讓每日進出慈芳的人，可以了解會所發生的事以及需要做的事、如何組織來來去去的人一同來運作，會議的設計是會所模式中集體討論、分工、凝聚共識的重要機制。而「議程的討論很重要，是形成集體的過程元素」（謝佳蓉，2011）。在慈芳，有大大小小不同的會議，如表 3，每個會議都是會員與職員共同參與和集體討論：

表 3 北縣慈芳會所各種會議類型

製表人：呂又慧 2010.04.16

會議時間	會議性質
每天	早會、部門分工會議
每週	行政業務會議
隔週	公共論壇 中心運作會議
每月	敘說團體、就業晚餐
每年	共識會議

例如慈芳曾經爲了是否可以在中心抽煙(或喝酒)，或會務工作時間可不可以聽音樂等議題，透過隔週舉行的公共論壇，來進行全體的共識決討論：

一次會員違反公約偷酒喝，大家要討論他的去留，但是不是由工作人員決定的，而是提到公共論壇由大家一起討論的。(M3)

從會所內涵理解會員參與會所的層次是很重要的，就像公共論壇，會員會透過公共論壇提出對於中心公共事務的決定，大家都可以寫提案單。(S2)

然而會所看重會員的參與，並非僅僅只是表象的一起討論或採納意見，而是直接從組織管理層面賦予會員實質的權力，包含人事聘用與財務管理(慈芳，2008)：

當時會錄取 A 的原因是他很有親和力，適合慈芳的感覺，A 來了很照顧大家，有一種鄰家大姊的感覺。…後來錄取 F，是心理系畢業，但不用心理系的理論。…

慈芳是大家在一起生活的工作人員，我覺得應該要用這種人在慈芳。

這個任務是一個能找到自己喜歡的工作人員，可以和大家一起工作的人的一份優勢。(M4)

事實上，這些會議的存在與運作，權力結構是由下而上的，專業人員不能單向主導決策或服務內容。從賦權(充權)的角度來看，這樣的會議機制，開拓了會所內自我發聲練習的場域，它企圖強化會員實質參與會所公共事務與服務提供決策的權力，同時也協助會員發展集體的公民意識；會員可透過人事管理小組的機制，爲自己決定服務提供者，而不是被動與單向地由工作人員決定而已。這個促進會員學習社會參與，卻又必須彼此磨合的過程，可使長期噤聲或在華人文化中，不習慣發言與面對衝突的精障者與工作員，有機會在會議的平臺中，練習表達、練習倡權，同時傾聽與自己不同、多元的意見，除了學習溝通與民主運作的過程之外，也能體會伙伴關係在工作中落實的複雜性。

(二) 集體勞動的就業型態

另外一個運用集體策略的是，會所模式開發出過渡性就業的就業型態。它強調這不僅是會所工作日的延伸，工作的開發與維持，更不期待精障者或就輔員個別去承擔。過渡性就業的特色是期望同時支持雇者及會員。它認為勞動是集體性的，因此有人無法上線工作時，就將職場的空缺視為會所全體一同承擔責任。會員中盡可能有人「缺席遞補」，以維持這份工作的延續性及會所與職場的關係。為了維繫職場與雇主的信任，慈芳開發一般職場的工作機會向雇主提出擔保，工作機會的維持是會所的責任，工作是同時屬於會所與會員雙方共同擁有，並不是屬於會員個人的工作（慈芳，2008）。

而整個方案中的核心：「缺席遞補」機制，最能反映出會所撐出一個集體勞動的空間的努力，企圖讓雇主可以無後顧之憂的願意與會所合作，並解決精障者因為疾病起伏，導致穩定出席工作的限制，讓會員可以減輕單獨面對工作職場的壓力：

以前是自己一個人去拼，現在在慈芳有團隊的感覺是很好，因為有時候工作上有狀況可以一起商量，有人有商有量才不會做錯誤的決定。(M5)

讓其它會員有機會進行就業探索與體驗同時把工作完成維繫住職場特別需要小團隊工作支持得會員很有效慈芳其實想辦法弄了很多幫方法與機會讓會員有錢賺有機會練習「真實工作」這件事（余郡蓉，2011）

過渡性就業職場維繫，配合上就業討會與每個月都有的就業晚餐的分享，讓會員帶著群體意識在維持工作，並將自己在慈芳的認同感與歸屬感，帶入職場角色之中，共同與慈芳攜手合作維繫工作

(三) 集體敘說的認同營造

然而當會所經驗不斷地繼續累積，內部也越來越熟練會所模式的操作時，也漸漸經驗到體制與勞動市場的複雜與壓力。受到社會結構排除的會員，有時會反過來擠壓工作者，影響內部關係的彼此對待。因此除了既定的服務方案之外，慈芳考慮在精障者自我內在去污名的同時，必須為自己爭取社會空間，進行有組織的社會運動，以喚起社會高度關注，才能逐步試著縮短精障社群與社會的距離。同時面對內部關係的整合，他們在 2008 年開始，發展了多元集體敘說的行動團體，在內部大量地整理工作者與會員的家庭與生命經驗，彼此練習「說」與「聽」，期望逐步發展出會所中每個成員的實踐主體。此外，積極與底邊基層社群連結，也發展出新的社會行動。將工作者與會員的關係，注入組織工作者的元素，參與各式論壇、營會甚至以會員的文化資本：歌曲創作、演劇、音樂為工具，嘗試以精障社群的集體面貌現身，企圖「弱弱相連」，編織更大的社群網絡與社會建立關係。

慈芳 2009 年 3 月 7 日，聯合了包括伊甸活泉之家在內其它四間會所，一起舉辦了一場大型的會所研討會。在研討會中除

了勾勒出會所的功用與位置，同時也創造一個嶄新的平臺，以故事展演的方式，讓精障者們有機會向與會者現身，進行自己的生命敘說及對話。之後慈芳成立「蜂巢計畫」，繼續類似的方式，以工作人員及精障會員組成講師團隊，針對各大專院校、社福機構、專業研討會，逐步對外進行專講與社會對話。除此之外，慈芳也與各類為底層發聲的運動團體結合，如蘆荻社大、日日春協會，不定期地參與社會運動，以進行更多公民倡權的學習。

醫療人類學者 Kleinman (1998)曾指出：許多社會受苦的經驗容易在「醫療化」的過程中，被轉換成問題與病理性的詮釋，如疾病與病人角色的產生，以致被忽略或遺失其社會性與道德意涵。因疾病而受苦的經驗被醫療化或商品化的轉換解釋，易將經驗主體的人分割與零散化，而可能會再度強化與複製原本就被政治經濟文化所形塑的政策邏輯，使被社會變遷推擠至邊緣的少數族群，處於較原先更不利的地位。

從集體與受苦經驗的觀點來看，透露出另類的一種看待精障者社會困境的基本假設與對待方式，即：精障者的社會困境，並非只有精障者與家屬要去面對；這些困境，其實是社會要共同承擔與解決的。如同社會模式所強調的：真正的障礙是具有社會性的(social barriers)，真正該被移除的障礙，是不利於障礙者生存的制度、環境與文化。慈芳發展會所模式過程中，越來越看見精障者被社會集體高度排除。精神衛生的社區發展政策與資源分配，有許多

不足之處，無法公平正義及有效地對待疾病複雜的差異性所帶來的困境。因此企圖創造屬於精障社群的自我認同空間，自我積蓄能量，進而打開與社會對話的可能。在污名化與高度排除精障者生存機會的主流社會中，力圖開拓融合空間，是慈芳目前在發展的策略。

在這裏，我們看見慈芳營造社群認同的過程，有意識地大量運用集體敘說的方式。經由語言的敘說，無論是個人故事或相對應的家庭背景、政治、社會脈絡的經驗整理，或是藉著集體會議意見的表達、傾聽與分享、就業團隊中人際溝通、職場責任分擔或是文章、歌曲、戲劇等的創作表演，他們都在大量製造敘說與再敘說的機會，企圖建構精障社群的論述空間。事實上在敘說的過程中，無論是敘說個人認同或是組織認同，當敘說經驗不斷地互動、碰撞、重疊、交織、發展，它就會進而建構出集體社群的「意義認同」(蔡敦浩、劉育忠，2010)。

認同是個體社會化的過程，認同(identity)的探討，藉由思考「我是誰？」的議題，最後，漸漸會發展成區別自我與他者的一種社會性符號 (Iden 1997；鄧志松，2000)。認同的形塑不是一種線性、單因的行進過程；相對地，認同的形塑是動態的、是具有流動性的持續性歷程，它與語言的使用緊密是相關的 (鄒嘉彥、游汝傑 2007；鍾鎮城、黃湘玲，2009)。慈芳以集體敘說的方式，反思在體制的抵抗與參與間進出，與底邊社群網絡互相扶持、資源共享，以一種社會運動意義的轉進，

嘗試建立起精障社群的歸屬空間。

只是，這種集體敘說的運動營造，將會開發出何種空間與可能？一位工作者（許雅婷，2011）在慈芳集體對外發表的演唱會後，提到：

（演唱）會後在慈芳進行檢討時很多。會員清楚地在運動這個層次發話。大家的話中有擔心。也有期待期待。社會給我們空間，同時擔心著自己的生存能不能維繫。

在這裏我們看到：會員雖然有認同，但同樣帶著對未來的疑惑。這種方式是否能夠帶出一種新的生存可能？的確需要時間考驗與繼續觀察。然而集體敘說的認同營造至少指出一條新的路徑：尊重障礙者主體存在，以障礙者主體為中心，看重障礙者的需求與公民權利。這種思維的移動，指涉著：精障者不該繼續只是成為醫療凝視的脈絡下，那些個體悲劇的主角們；面對社會結構對精障者的污名與歧視，精障者服務需要發展更有力、更有效的康復策略、社會對話與集體行動，讓精障者集體的社會困境，能夠在多元差異及被「醫療臨床化」的大環境中，真實地被理解，並且能同其他社會公民般在基本的人權與社會權上，公平地被對待。

肆、結語：會所模式面臨的挑戰 ---進出體制的難題

什麼樣的思維、觀點及服務型態，才

是能讓精障者跳脫傳統醫學凝視，而能再次擁有一種新的眼光，看待自己的角色、身分與認同呢？社會受苦的角度，提醒我們精障者的疾病經驗中，需要被關注的集體困境與社會脈絡；「社會模式」觀點則提醒服務與政策制定者，應該站在障礙者主體的立場，提供以障礙者需求為中心的福利服務。而慈芳發展的會所經驗，則讓我們看到精障者福利服務，一種新的圖像與空間的另類選擇。

只是在重新定義精障者與工作者關係設定下，在臺灣目前的社會福利政策與制度下，這種服務模式的實作，必須面對許多複雜的生存課題：

評鑑對我們而言，是一場大家必須一起面對的硬仗。我們鼓勵會員了解評鑑、參與評鑑。會員不再是單純的服務使用者、福利接受者，更是服務提供的參與者。（林修雯，2010）

慈芳活在體制內，就必須面對制度代表制度者其背後的邏輯。（S1）

臺灣的社會福利政策充滿了濃厚新管理主義色彩，大量實施民營化契約委託、公辦民營方式，個案管理流程，進行福利服務提供。因此政府必須透過許多表格與服務流程的制定，對社福團體進行管控與績效評鑑。結果，社福團體必須耗費許多時間與精力，處理行政作業，也使自己與案主的距離亦形疏離。

會所模式在臺灣現今的政策定位上，是模糊紛歧（見本文表1），並沒有明確的

政策歸屬。慈芳目前是以「社會福利服務中心」的角色在體制內生存。爲了爭取更多人力，進行發展，組織勢必要提出更多方案計畫，爭取經費。因此除了社政單位之外，勞委會及衛生署都是重要的補助來源。在這樣的大環境下，許多評鑑表格、標準，其實尚無法反映與承載一種新型態的服務樣貌。過多的紙上作業，對於高度強調會員共同參與，但更須細緻服務實作的「會所模式」而言，則無疑是更沉重的考驗：

對我們這一代的社工員來說 越來越沒有條件可以真的貼近在疾病中承受生命困苦困頓的人。在績效管理主義與成本效益的雙重夾殺下。越建制化就越感受不到生命。在第一線現場中經驗，花大半心力理解與承接會員的過程，只會越來越被「他一個月來幾天、參與多少次活動、我們提供的【服務】滿足他幾項需求所取代」。對一些被幻聽妄想所苦，一出門就覺得被跟蹤監視的會員來說，我們非常看重他願意起床梳洗換衣服準備出門搭上公車，然後來到慈芳的過程。然而這些只會是評鑑報告會表格中的一個數字或一個勾勾。(郭佩妤，2011)

臺灣在承接西方福利思潮的同時，所進行的社會服務民營化策略，正面臨著：市場獨占、利益衝突、商業化、社福團體自主性的式微等，等嚴峻的課題。慈芳的會所模式，在這種大環境中進出體制，如何重新思索適合於自己在地的精障服務策

略，對他們而言，不啻爲重大的挑戰。

怎樣的評鑑方式或機制，比較能適切與公正地反映會所模式的服務樣貌？這其實並非本文主要的研究目的，因此無法花太多篇幅逐一進行討論。它是另一個重要的課題，值得專文專章再行處理與呈現。只是文末，針對這樣的現象，或者我們可以先從會所模式認證機制的觀點，對於一個新興的服務模式之形成經驗如何被看待與評鑑，提出一些基本的反思。

1994年，爲了有效推行會所模式，會所社群逐漸催生出一個「國際會所發展中心組織」，ICCD (International Center for Clubhouse Development)，它提供各種發展援助及確保有效的溝通及資訊傳播，讓所有想朝會所模式發展的單位，都可以使用這個平臺。發展 ICCD 組織的過程中，發現：運用同儕實地訪視的支持諮詢，才能真的協助建立與強化會所服務及社群網絡。因此他們逐步建立起一些步驟與準則，期望藉著這些過程，可以實際幫助更多會所的發展，不會偏離原初會所爲精障朋友服務所建立的精神與價值，於是後來將同儕實地訪視的支持諮詢過程與結果，轉變成一種會所的認證機制 (Propst, 1997)。

ICCD 的認證過程，充滿了同儕諮詢的元素。它的認證內容，包含：一份會所本身描述性的自評報告、ICCD 選出兩位國際代表（會員與工作各一位）至認證會所進行實地訪視機構的對話諮詢、（著重在改善的機會討論）、代表的書面報告與會所面對面的討論分享會議。會議結束，

收集相關意見修改後，另一份建議評估報告，提交 ICCD 的評估委員會，之後發布認證/評鑑結果（沈楚文，2011；蕭靜惠，2011）。

ICCD 的認證過程，其實也是另一種評鑑的過程，只是它的目的，不是去確認專業服務的品質控管與督導，也不是去處理服務過程的資源分配與管理，是否合乎成本效益？它的認證設計，包含同儕實地坊視、自評報告與討論會議的評估方式，都是公開且集體的回饋分享。這種設計著眼於會所中社群關係的形成與建立，促進成員對於會所的歸屬感與團隊工作，同時營造工作人員、會員及國際會所，彼此溝通理解的過程，提供了評鑑者與被評鑑者多元的互動與理解的空間。

另外值得一提的是，會所認證評鑑的自我評估報告，重視質的描述，同時是機構自我書寫與集體討論的結果。這樣的過程，期望增進所有成員對會所模式的認識與凝聚共識，能給予機構運作面貌及發展經驗，較完整呈現的空間。

綜上所述，這樣的機制，它強調看見障礙者怎麼被對待及建立？這種評估的方式與過程，或許同樣花費許多時間與精力，然而也讓我們看到它把評估焦點放

在：促進會所發展經驗形成的過程建立，及看重服務過程能反映原初會所為精障朋友服務所建立的精神與價值，而非專業服務者的結果評估。或者，這也是一種另類的評估思維。

或許，看待「會所模式」發展的同時，我們也應該這樣看見：醫病思維取向的福利政策不是協助精障者的唯一可能；障礙者不該是「個人悲劇」的代罪羔羊。精障者社群應該發展更積極、開放與多元的服務。會所模式的服務提供，反映出：透過這種集體參與的歷程，精障者與專業工作者，其實也在建構一種新的差異認同文化，學習將彼此的差異視為是有價值的，在彼此尊重與不斷地掙扎與反思中，期望讓精障者在社會受苦經驗的困境裏，找到一種新的身分認同。換句話說，當福利服務能漸次往「去除制度性障礙」、「翻轉傳統醫療視框的助人哲學」思維移動，那麼新的社區精障福利的想像，才有可能真實地再現。

（本文作者：呂又慧現為臺灣基督長老教會臺灣神學院宗教社會工作碩士班主任；戴雅君現為臺北市康復之友協會承辦新北市慈芳關懷中心主任）

📖 註 釋

註 1：Oliver, M., Sapey, B. (2nd) 1999, 22.

📖 參考文獻

- 江碧純(2006)。雇主僱用精神病患就業經驗之探索。中國醫藥大學護理研究所碩士論文。
- 呂又慧、戴雅君與王增勇(2010)。精神障礙的社區福利新圖像：以精障自助社群為主的「會所模式」為例。發表於 2010.05.07「風險社會下臺灣福利社會的未來」研討會，嘉義：中正大學。
- 余郡蓉(2011)。慈芳公版之 96 年歷史。刊載於會所本土化實踐論壇。北縣慈芳關懷中心，43-46。
- 沈楚文(2011)。慈芳關懷中心國際認證的意義。刊載於臺北市康復之友協會 99 年年刊，17。
- 林昱貞(2002)。批判教育學在臺灣：發展與困境。教育研究集刊 48 (4)，1-25。
- 林修雯(2009)。在會所遇見精神障礙者一個社工的轉向陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 徐美玲、胡紹嘉(2007)。醫療保健新聞報導的科學 v.s 科學建構。刊載於人文醫學與疾病敘事。蔡篤堅編著。臺北：記憶工程，57-143。
- 許雅婷(2011)。演唱會回顧與意義。刊載於會所本土化實踐論壇。北縣慈芳關懷中心，34-36。
- 郭佩妤(2011)。實踐者主體生成與轉化：同志、會所社工與家庭關係的交織連動。東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 慈芳(2008)。行動研究成果報告書，北縣慈芳關懷中心。
- 鄒嘉彥、游汝傑(2007)。社會語言學教程。臺北：五南文化。
- 蔡友月(2007)。遷移、挫折、與現代性：蘭嶼達悟人精神失序受苦的社會根源臺灣社會學(13)，1-69。
- 蔡敦浩、劉育忠(2010)。組織敘說：組織研究的敘說轉向。應用心理研究，47，21-40。
- 鄧志松(2000)。認同與認同衝突：一個自由主義的解決途徑，發表於「第四屆社會教育學論壇「多元文化、身分認同與教育」學術研討會」。花蓮：花蓮師範學院，2000 年 12 月 1-3 日。
- 蕭靜惠(2011)。慈芳國際認證。刊載於會所本土化實踐論壇。北縣慈芳關懷中心，29。
- 鍾鎮城、黃湘玲(2009)。客籍新移民女性之語言使用與自我移民認同形塑。高雄師大學報，26，49-64。
- 謝佳蓉(2011)。走向人群的我。刊載於會所本土化實踐論壇。北縣慈芳關懷中心，62-64。ICCD 國際準則，康盟，Taipei My House。

- Anderson, Stephen B. (1988). *We are not alone: Fountain House and the clubhouse culture*, N.Y: Fountain House.
- Barenes, C., Mercer, G. (2003). *Disability*, Blackwell Press.
- Hernandez, A. (1997). *Pedagogy, democracy, and feminism: Rethinking the public sphere*. Albany, State University of New York Press.
- Honey, A. (2002). *Mental illness and employment: personal perspectives*. Unpublished phd dissertation: Sydney, Australia: School of Occupation and Leisure Sciences, The University of Sydney.
- Howard, M. L, Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., & Jarrett, M. (2010). Supported employment: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 404-411.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven. CT: Yale University Press.
- Kleinman, A. (1998). *Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder*. The Tanner Lecturers on Human Values. Delivered at Stanford University April 13-16, 1998. Retrieved from January 29, 2010
http://www.google.com.tw/search?hl=zh-TW&biw=916&bih=534&rlz=1R2SUNA_zh-T
- Kleinman, A. and Kleinman, J. (1999). The transformations of everyday social experience: What a mental and social health perspective reveals about Chinese communities under global and local change. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 23: 7-24.
- Lee, S. (1999). Dignosis postponed: Shenjing Shuairuo and the transformation of psychiatry in post-Mao China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23:349-380.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Oliver, M. (1996), *Understanding disability: from theory to practice*, Macmillian Press.
- Oliver, M., & Barnes, C. (1998). *Disability people and social policy: From exclusion to inclusion*, Longman Press.
- Perkins, R., & Rinaldi, M. (2002). Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. *Psychiatric Bulletin*, 26, 295-298.
- Propst, R. N. (1997). Stages in realizing the international diffusion of a single way of working: The clubhouse model. *New Directions for Mental Health Services*, 74: 53-66.
- Scott, L. M. (1996). *Science; miscellanea; History; Social aspects*. New York: Guilford.