

國立臺灣師範大學教育學院
成癮防制碩士在職學位學程
專業實務報告

Continuing Education Master's Program of Addiction Prevention

College of Education

National Taiwan Normal University

Professional Practice Report

臺灣心理衛生社工的現況、困境與因應

The current situation, difficulties and coping of mental health
social workers in Taiwan

黃俊智

Jiunn-Jyh Huang

指導教授：李思賢教授

Advisor: Tony Szu-Hsien Lee, Professor

中華民國113年6月

June 2024

謝辭

經過了 2 年的學習，最終來到了最後的時刻。在相關領域工作了好一段時間，撐過了一次又一次的瓶頸經驗，就在看似盡頭的時候，得到了師大成癮防制學程的進修機會，也在 2 年的學習經驗中，拓展了更寬廣的視野，豐厚了基礎，讓我又能夠繼續在這行業走下去。

在這 2 年間的學習，首要感謝的沒有他人，就是學程的師資群，以及最重要的指導老師李思賢。思賢老師在教學上採取討論式、逐步引導思考的方法，讓每一次的學習都很紮實。也感謝思賢老師的包容，接受我拿著過去淺薄的實務經驗衝撞理論，最後讓我深刻體會到動機式晤談法與減少傷害的實際內涵，未來不論繼續在一線工作，或是在二線帶領同仁，都希望可以傳遞這些理念。

接著要感謝我的愛貓、生活伴侶與同事。感謝愛貓與生活伴侶在我學習受挫的時候持續地支持我，也包容我的遷怒，更包容我因為連續 2 年的週末上課、平日工作，根本無暇陪伴生活伴侶。即使如此，他仍然陪伴在身邊。而對同事也是感謝他們的包容，讓我可以免除周末加班或待命的壓力、專心地在學校學習。我會將這 2 年所學的一切，都帶回公司一起分享，讓我們單位可以持續成長。

最後則是感謝當初決定報考以及持續支持到最後的自己，2 年間的不斷的周間工作、周末學習，真的不是普通的累，但老師們引人入勝的教學方式，總讓人想繼續聽下去，所以我也可以很肯定地說「這一切都會是值得的」。感謝老師與友伴、愛貓、同事們，以及感謝我自己。

摘要

臺灣藉由強化社會安全網計畫，提出心理衛生社工(以下稱心衛社工)的設置。本文希望能探索臺灣心衛社工的實務工作現況，促進社區及網絡單位對心衛社工們的認知與支持，同時也呈現實務上心衛社工面臨的困境，提出改進的建議，以期待能協助心衛社工能常駐久任。

本文採用質性研究個別深度訪談，於臺灣北部都會地區邀請了 5 位心衛社工接受訪談，訪談內容轉騰為逐字稿，再以主題分析方法進行歸納與分析。本文發現透過心衛社工的工作，保護性案件中相對人服務的重要性首次被看到。心衛社工藉由減少傷害的工作方法，提供個案、家庭以及社區一個安全、不被評價且感受到支持的正向經驗，進而促使家庭與社區發生改變。心衛社工自身也轉變為更具包容力以及彈性的助人工作者。然而心衛社工遭遇了長時間、高負荷的困境，使得人力不斷地流失。有待建立完善的制度，達到去機構化的目標，使個案能獲得有尊嚴的自立生活。

最後本文提出 3 點建議：1. 持續落實減少傷害，讓選擇減少傷害的方式成為生活態度的一種；2. 以減少傷害為核心，建置相關服務標準指引，並提供更多專業訓練課程；3. 持續推動社區內心理健康識能及減害概念，從認識精神疾病及生活賦能做起，推廣友善社區。

關鍵字：心衛社工、減少傷害

Abstract

Taiwan has established Mental Health Social Workers (referred to as MH social workers) through the Improving Social Safety Nets Program. This article aims to explore the current situation of MH social workers, promote understanding with community and network units, and also present the practical difficulties faced by MH social workers, offering suggestions for improvement with the hope of assisting MH social workers in achieving long-term and stable positions.

The article utilizes a qualitative research method with individual in-depth interviews, inviting five mental health social workers in the metropolitan area of northern Taiwan for interviews. The interview content was transcribed verbatim, followed by thematic analysis for induction and analysis. This article reported the importance of serving the respondent in protective cases was first recognized through the work of MH social workers. By employing harm reduction, MH social workers provide a positive experience of safety, non-judgmental support, and encouragement to client, families, and communities. This leads to transformative changes within families and communities. Additionally, MH social workers themselves transform into empathetic and flexible worker. However, MH social workers face prolonged periods of high workload. There is still a need to establish comprehensive systems and achieve the goal of deinstitutionalization, allowing individuals to lead dignified, independent lives.

The article concludes with three recommendations:

1. Continue to promote harm reduction, and make it a part of one's lifestyle attitude.
2. Develop service standard guidelines with Harm Reduction, and provide a professional training.
3. Consistently advance mental health awareness and harm reduction, for a friendly community.

Keywords: mental health social worker, harm reduction



目錄

第一章 緒論	- 1 -
第二章 文獻回顧	- 4 -
第一節 心理衛生社工的定義與角色	- 4 -
第二節 去機構化的精神醫療	- 5 -
第三節 精神衛生法	- 6 -
第四節 減少傷害的社區工作	- 9 -
第三章 現行策略與作法	- 12 -
第一節 資料收集與分析	- 12 -
第二節 訪談分析	- 15 -
第四章 結果與討論	- 41 -
第一節 訪談結果	- 41 -
第二節 討論	- 42 -
第五章 建議與限制	- 46 -
第一節 建議	- 46 -
第二節 限制	- 47 -
參考資料	- 49 -

第一章 緒論

行政院於 107 年 2 月 26 日核定強化社會安全網計畫（以下稱社安網），108 年開始施行社安網計畫相關事項，隨後又於 110 年 7 月 29 日核定社安網第二期計畫。在社安網中擬定四個大方向之策略，包含策略一：布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務；策略二：整合保護性服務與高風險家庭服務；策略三：整合加害人合併精神疾病服務與自殺防治服務；策略四：整合跨部會服務體系（衛生福利部，2018）。

社安網策略三將現行社區內的 3 大議題-保護性案件、精神疾病患者照護、自殺防治工作提供整合性的服務，除各項單一議題原設有專責之社區關懷訪視員提供服務外，若遇有合併其中 2 項議題以上的案件，因其問題複雜，已非醫療單一模式能提供協助，需要社工專業服務介入。因此衛福部補助各地縣市政府成立心理衛生社工之人力，並隸屬於衛政機關內，針對前述議題案件列為心衛社工服務之對象，除合併精神疾病與自殺議題者外，合併保護性案件者，係以案件相對人為主要服務對象，從是類案件的根本問題-相對人的精神疾病、自殺等問題，透過以家庭為核心、整合式的服務，進行完整地家庭介入服務，大幅提升了過去公衛護理人員或社區關懷訪視員難以接觸的家庭核心議題的服務效能；心衛社工同時也彌補了過去社政在保護性議題上，以服務被害人為重的缺口，提升相對人的權益保障。

為達到前述的目的，行政院於社安網計畫內明訂聘用心衛社工之資格與條件，原訂需有社工師應考資格並具備社會福利直接服務工作經驗 3 年以上者，因遭遇招募困難，經各地方政府反應後下修為「具備社會福利直接服務工作經驗 1 年以上者」，心衛社工督導則仍維持需服務滿 3 年以上者。

從社安網的內涵與社工聘用規則來看，社安網的目標在於聘用有實務經驗的

社工，期待立即性的介入與網絡間的相互合作，應可合理想像出在這樣完整的社會安全網下，社區內的保護性議題可獲得大幅的緩解，是件可喜可賀的事情，然而在實務工作上似乎不盡然如此。透過與北部地區服務的心衛社工訪談得知，心衛社工多面臨不被諒解與認同的困境。

現行心衛社工面臨過去較不熟悉的精神疾病領域，進而產生工作上的挫折感；精神疾病的問題難解，若再加上藥癮、酒癮等物質成癮議題，容易使家庭問題更加複雜化，使心衛社工因工作不容易有明顯成效，以致不被網絡單位間認同，甚至被譏諷為「拼裝車」。在各種因素的影響下，心衛社工們產生普遍性地工作認同感低落的狀況，也大大地影響了社工們的留任率與聘用率的議題。記者陳雨鑫（2020）於聯合報元氣新聞網報導，心衛社工進用率約七成，但平均在職月數僅有約 9.96 個月。顯見心衛社工呈現人力折損的困境，也使得個案服務難以延續，影響處遇工作成效與個案的權益。

當我們單一來看物質成癮的治療議題，成癮治療模式與其他疾病的治療方式大不相同，讓提供治療者並未有可依循的一致性標準治療流程，也時常讓個案或家屬覺得治療的療程不十分明確，因此李思賢教授提倡成癮疾病的治療與效果評估類似許多內科慢性疾病，如糖尿病、氣喘、高血壓，需要以健康促進做為長期的治療控制，且這些疾病的病人也有類似的復發率(McLellan et al., 2000；Lee, 2011；李思賢，2022)。針對精神疾病，國立臺灣大學醫學院附設醫院精神科主治醫師林奕廷於 2020 年記者陳佳慧的新聞報導中也有提醒，思覺失調症與雙相情緒障礙症（俗稱躁鬱症）屬於高復發風險的疾病，每一次的復發都有可能導致腦部不可逆的損傷。在同時面對這兩個議題的狀況下，筆者發現心衛社工們採用了減少傷害的工作方法來因應艱困的工作環境，也透過減少傷害的方法，在個案與家庭面、社區面，甚至心衛社工自身都有著正向工作經驗，並未如網絡單位眼中所認定的負面印象。

因此，本文將透過質性訪談的方式，邀請心衛社工分享自己的實務工作現況

與經驗，協助社區及網絡單位認識心衛社工的內涵，促進對心衛社工們的認知與支持；另一方面也針對心衛社工實務上所面臨的困境，提出改進的建議，以使心衛社工能常駐久任，提供良好且完整的處遇服務。



第二章 文獻回顧

第一節 心理衛生社工的定義與角色

在臺灣，一般社會上對社工的認知是協助社會弱勢族群，扶持貧困族群，協助脫離貧窮等工作目標。美國社會工作專業人員協會也是主張，除了要強調社會工作是助人的專業之外，也強調其在對抗貧窮、壓迫及協助弱勢族群的重要角色，而且顯示社會工作者的角色不是單一（杜瑛秋，2004；呂靜淑，2013）。

依國內外學者對於社會工作者所扮演的角色認定，通才的社會工作角色包含直接服務、間接服務以及合併服務的角色，然而在各角色的專業領域功能只能從各樣角色的闡述中可以發現其功能附屬在角色之中（Lister, 1987；Connaway & Gentry, 1988；莫藜藜，2003；呂靜淑，2013）因此從心理衛生社工的職業名稱字面上來看，可以拆解成「心理衛生」與「社工」2個被整合在一起的概念，代表了提供心理衛生服務的社會工作，又習慣性地簡稱為「心衛社工」。

心衛社工的工作可以往前追溯至精神醫療社工。二十世紀以來，受到人道主義與精神醫學的興起，又經歷了二次世界大戰，醫療體系開始注重精神疾患出院後的關懷服務，在時代的碰撞與影響下，從出院服務工作演變成為臨床治療工作，逐漸形成了當代精神醫療社會工作的主要樣貌。在我國，精神醫療體系也受到美國專業化深遠的影響。臺大醫院神經精神科仿效美國成立跨專業團隊，並首開國內先河，聘任社工人員提供病患及家屬服務（林憲，2004/2007）；於1986年精神醫療網計畫開始施行，其中人力培訓的對象也包含精神醫療社工人員（王金永、盧惠芬、黃韻如，2024）。然而，1999年行政院頒定「醫事人員人事條例」後，規範各醫事人員任用資格，心理師、職能治療等專業人員皆成為醫事人員，唯獨社工卻沒有被納入，至此，精神醫療社會工作者在臺灣正式成為「行政人員」，此與美國以社工為心理衛生主體的樣貌有極大差異（林子軒、蕭至邦，2021）。

另一方面，隨著衛生署（現衛生福利部）於 2010 年開辦「整合型心理健康工作計畫」，補助全國各縣市聘僱關懷訪視員，結合公共衛生護理人員共同執行社區精神病人及自殺通報個案追蹤訪視工作，定期到宅訪視與評估，提供精神醫療資源、疾病衛教、資源轉介、家屬心理諮詢等服務（衛生福利部，2021）。但關懷訪視員任依島（2020）投書「獨立評論@天下」網站，提出過往關訪員的在職訓練，以及被要求的工作目標，過於集中在辨識個案的精神症狀變化、追蹤就醫與服藥狀態、協助案家處理緊急狀況，才會在每次個案家庭發生不幸事件時，被批評過於「個人」，而非以家庭為中心去工作。政府並以此再延伸出「社安網」心衛社工的制度設計。

心衛社工的出現，一部分緩解了一點過去社區關懷訪視員失常的人力與服務比，以更為專業的處遇介入，嘗試以家庭為中心，整體性地提供完整服務；另一部分也彌補了過去在保護性案件中，偏重服務被害人的政策，提供案件中相對人所需的服務，從問題的根本-相對人的精神疾病提供協助。

第二節 去機構化的精神醫療

若干發病前因素的研究顯示，除了環境因素（尤指匱乏社會互動的環境 desocialized environment）以及疾病本身存在、類型與嚴重度之外，發病前因素亦與個案之「機構化」有關（劉運康，1984）。而且長時間的隔離可能會導致患者的社交功能惡化，他們可能缺乏現實感，增加自卑感和依賴感，使得患者更難以康復(McInerney et al., 2018；Wu et al., 2023)。台灣政府在 1970 年代美國的去機構化運動之後，社會更關注精神疾患的復健與復元，並於 1990 年代開始通過精神衛生法，同年衛生署（現衛生福利部）也透過「精神醫療網」等精神醫療政策與計畫，帶動大量專業人員投入醫療體系服務、進行精神疾病的分區負責、建立專業精神醫療、改進醫療品質、推展社區化，精神醫療服務量增加，精神醫療由收

容隔離走向積極醫療復健（Wu et al., 2023；張如杏，2006）。

然而，林靜蘭等人在 2010 年研究發現出院精神病患重返社區所面臨的阻礙有個人、家庭及社會層面，包括症狀纏擾、自我認同因疾病經驗而混淆、社會功能的退化、家人的不解與排拒、家庭角色與關係面臨衝擊、社會對精神疾病之烙印觀感、貧乏的社區照護網絡等。顯見精神病患在復歸社區的活動上，需要相當大量的人力與資源投入，必要時可能也須賦予社會監控的力量，以協助患者在家庭、社會上的精神復健。

另一方面，臺灣的社會準備好支持精神病患回到社區了嗎？一項臺灣民眾對思覺失調症和抑鬱症患者認知和態度的全國性調查發現，大多數的受訪者認為思覺失調症患者可能無法預測，並且對他人暴力，儘管受訪者表達出對患者的同情心多於憤怒，但他們仍希望與接受精神病治療的人保持社交距離（Lien, 2019）。

臺灣社區距離去機構化的理想目標還有一段路要走。而在達到目標之前，精神疾患從機構端回到社區之間，心衛社工扮演了一個相當重要的銜接角色。透過心衛社工的介入工作，協助減少精神疾患家庭內的衝突，持續提供社區內的精神疾患衛教知能，搭起重回社區的橋樑。

第三節 精神衛生法

精神衛生法自 1990 年 12 月開始公佈實施，其中法規第一條即表明法條旨意「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」，並依「精神衛生服務」、「病人保護與權益」、「協助就醫、通報及追蹤關懷」、「強制治療」、「罰則」等五大項目區分法規章節，將精神科門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區精神復健及居家治療等各項精神醫療服務、病患權益等入法納管，另針對有自傷或傷人之虞之嚴重病患予以緊急護送就醫或強制住院治療等保護措施。當時，台灣社區精神醫療照護模式分為（一）以

醫院為基礎的模式：由醫院精神科護理師提供「居家護理」或「電話追蹤」；

(二) 以社區為基礎的模式：由衛生所公衛護理師提供「居家服務」，負責社區精神障礙病患追蹤、轉介等服務。尚有社區精神復健機構、精神護理之家、心理衛生中心及康復之家等（蕭淑貞等人，2005）。

隨著時間的推展，國際上精神病患的權益受到更多的重視，於2007年臺灣精神衛生法進行大幅度修訂。新版「精神衛生法修法」以精神疾病患者權利為「重要基石」，最終以「回歸社區」為目標，修法精神以保護病人、回歸社區及建立「審查會鑑定」機制為重點。（楊聰財、魏兆玟，2008）。

然而，精神疾病患者的社區照護在臺灣的社區內仍遭遇到相當大的困難。何健民（2009）研究發現臺灣國民對自我心理衛生照護模式仍未建立、精神醫療資源失衡及服務體系轉介魏禎落實、缺乏其他先進國家比較研究之實證資料、汙名化問題仍然嚴重、病人及家屬對醫療資訊缺乏等狀況。林靜蘭與黃秀梨（2011）也指出臺灣的心理衛生照護面臨了心理疾病之文化烙印、精神照護難以突破「機構化照顧」的「慣性」等議題。而這時候各地衛生所的公共衛生護理師在社區心理健康訪視服務中發揮了重要的功能（Wu, M. C., Hung, C. C., Fang, S. C., & Lee, T. S.-H., 2023）。公衛護理師需要成為良好的溝通者和批判性思考者，他們必須能夠管理多個優先事項，特別是在預防和治療精神病學方面。精神疾患透過公衛護理師了解自身狀況，可以提高患者的病識感，有效地讓患者認識和接受病情的進展，並幫助患者在需要時就醫，減少傷害、穩定病情。透過護理師的介入服務，例如個案管理、電話和面對面的支持性接觸、解決問題和基本心理衛生教育諮詢，可以改善病人的憂鬱、焦慮、身體和社會功能、服藥順從性和生活滿意度（Huang et al., 2008；Kennedy, 1997；May et al., 2021；Spohn et al., 1951；Svensson, 1999；Armijo et al., 2013；Halcomb et al., 2019；Wu et al., 2023）。

近年隨著社會安全網計畫的成立，政府投入的資源逐年升高，但媒體報導仍充斥著有關精神疾病的負面新聞，如王景玉的小燈泡事件、屏東弑母事件、新北市的達摩洞事件等，使得臺灣社會對於精神病患的社會控制與機構化管理的呼聲再次浮現到檯面上。立法委員王婉諭（同時也是小燈泡事件受害者家屬）在2022

年提出了精神衛生法的修法草案，其中包含六個重要事項：1.穩定的社區支持系統，需依照病患的需求提供「居家式」、「社區式」病人支持服務及家庭照顧者支持服務；2.機動式的社區處遇服務，將精神科醫師、護理人員、心理師、社工人員、職能治療師、就業服務員、同儕支持等納入服務團隊，提供外展式治療、照顧訪視服務，必要時提供緊急援助；3.強化社區心理衛生中心功能，將其職責與服務項目法制化；4.關懷訪視員法制化，以補足人力，和病人及家屬建立穩定關係；5.在臺灣醫療、社區復建與支持性就業的規劃中，建立同儕支持網絡；6.將強制住院、強制社區治療，或其他替代處遇的審酌和決定，交由司法單位作為第三方裁定，透過司法的強制力協調各執行單位，來平衡「病人自主」、「醫療需求」、與「社會安全」的重大爭議。

而 2007 年以來都未調整的精神衛生法，終於在 2022 年 12 月再次進行了一次大翻修，加強了病權保護，將社區支持服務納入法條規定以強調社區資源布建，讓社區心為中心的服務更為明確，強調心理健康促進服務任務，另一方面也深化精神疾病防治的概念，將諮詢會議的層級從過往衛生局辦理，拉高至縣市首長籌辦。如同社會所期待的，新法一改過往社會控制的治安維護導向，以病人保護為主題，強化精神疾患服務團隊的陣容，但對於如此重大變革的未來，面臨 2024 年 12 月 14 日新法即將上路的現在，相關子法規、配套措施等仍問題仍懸而未解。

自 1990 年至今，精神衛生法經歷了 3 次的修訂、2 次的大翻修，或許臺灣的社會仍可以依著蕭淑貞等人在 2005 年所提出的建議，在社區精神心理衛生照護體系中，為了因應各國文化環境特性及健康照護體系架構的不同，宜考量發展一套適用於本土化的社區精神心理衛生照護模式，提供民眾能在社區生活中享有可用的 (available)、易取得的 (accessible)、可接受的 (acceptable)、可負擔的 (affordable)、可信賴的 (trustful) 社區精神衛生照護服務。而在心衛社工的所推動的社區工作下，讓精神疾患或是一般社區民眾都能接納彼此的狀態，達到全

人身心健康的社區。

第四節 減少傷害的社區工作

「減少傷害 (Harm Reduction)」觀點之推動源自於 1980 年代歐洲與澳洲各國為了因應愛滋病毒的擴散而推動，並於 2005 年引進臺灣，由衛生福利部疾病管制署推動減害計畫，以因應共用針具與稀釋液造成的愛滋快數擴散傳染 (李思賢, 2008)。臺灣在藥癮行為者的政策思維與處遇工作上，也在這個時期將施用毒品者視為成癮者，需要到醫療機構由專業醫療團隊進行治療，讓疾病獲得改善與控制。(李思賢, 2022)。

根據美國國家減少傷害聯盟 (NHRC) 描述，減少傷害運動目標是減少與藥物相關的負面後果的實用策略和想法，同時也是一項建立在對藥物施用者權利的信念和尊重基礎上的社會正義運動。關於減少傷害，並沒有通用的定義或公式，但 NHRC 提出 8 項核心原則：

1. 無論好壞，都承認合法和非法藥物使用是我們世界的一部分，並選擇努力盡量減少其有害影響，而不是簡單地忽視或譴責它們。
2. 理解施用藥物是一種複雜的、多方面的現象，包括從嚴重成癮到完全戒斷的一系列行為，並承認某些施用方式顯然比其他方式更安全。
3. 將個人和社區的生活品質和福祉（不一定停止所有藥物使用）作為成功介入措施和政策的標準。
4. 呼籲向施用藥物者及其居住社區提供非評判性、非強制性的服務和資源，以幫助他們減少隨之而來的傷害。
5. 確保施用藥物者和有施用藥物史的人在訂定「旨在為他們服務的計劃和政策」時擁有真正的發言權。
6. 確認施用藥物者本身是減少毒品危害的主要因素，並鼓勵施用藥物者分享資

訊、相互支持。

7. 認知到貧窮、階級、種族主義、社會孤立、過去的創傷、性別歧視和其他社會不平等現實影響人們對毒品相關傷害的脆弱性和有效處理能力。
8. 不試圖最小化或忽視與非法藥物使用相關的真實、悲慘的傷害及危險。

雖然「減少傷害」最初的推出是為了因應靜脈注射海洛因或其他非法藥物濫用所引起的 HIV 傳染，或是其他衍伸出來的社會議題。若將 NHRC 所提出的 8 項原則中的施用藥物相關字眼置換為精神疾患，我們會發現其實有很大的概念是相近的。透過心衛社工的工作，我們可以知道精神疾患也是世界中的一部分，依著精神症狀的影響，患者的生活樣態也呈現複雜、多面向的現象，隨著貧窮、階級等社會不平等的現實，也會影響精神疾患的脆弱性。因此，心衛社工可以透過減少傷害工作，成為對精神疾患權利的信念和尊重基礎上的社會正義運動。

再進一步來看，李思賢（2024）對「減少傷害」做出定義：與疾病相關的減少傷害是一種立基於人性與正義的科學實證取向，聚焦於正向改變、提供施用成癮物質者生存工具與知識，同時致力於減少政策、法規或司法系統對個人造成的負面影響；減少傷害的實踐是一種以不帶評斷、不強迫、不歧視或以停止使用成癮物質為前提的協助過程，直接與施用成癮物質者和其家庭接觸、提供符合個別化需求的服務，並通過漸進式的改變賦予用藥者達成個人目標的能力。這樣的作法，有機會帶給精神疾患全新的社區經驗，透過與患者及其家庭的直接接觸，直面患者們情緒與擔憂，也針對家庭提供個別化的服務，可避免整個家庭被隔離於社區之外，協助精神疾患漸進式的復歸社區。

讓我們回到精神疾患在社區中的議題。臺灣心理衛生社會工作隨著世界衛生組織（WHO）強調去機構化與照護系統社區轉向，愈加重視精神疾病社區復原、長期照護需求、自殺防治及災難重建等領域，強調激發案主潛能與長處為基礎的賦權觀念、社區融合為工作服務目標（吳慧菁，2022）。隨著 2022 年新版精神衛生法修正通過，朝著精神病患保護的目標前進，讓工作重點回歸到社區內，但是

在實際社區內的生活，卻不是這樣的一片理想與和樂。當精神疾患回到社區，開始實踐所謂「社區復歸」時，遭遇到的是一連串的汙名化與社會排斥，在近年的新聞報導中，更是不斷地看見媒體將各種社區內的滋擾問題、暴力問題過於簡化地歸因至精神疾病，而不細探其問題背後的家庭原因，甚至筆者在一場會議上，直接聽到地方里長要求將疑似個案逕行安置收容。

國際身心障礙者組織（Disabled People's International，簡稱 DPI）在世界衛生組織出版 CIDH 之後，也提出對身心障礙定義之解釋，強調損傷（impairment）是個體在生理、心理或是感官知覺的損傷所造成功能上的限制。而障礙（disability）為身體和社會上的阻礙，限制或失去參與一般社會生活的能力（Oliver, 1996；董和銳，2003；唐宜楨、吳慧菁，2008）。由前述的定義中可以發現，身心障礙者所面臨的最大問題即是受限的生理與心理認知識題，人們無法要求或期待他們做出符合社會期待的標準反應與動作。然而，在臺灣現在的社區內仍可不斷地發現民眾持續地要求這些身心障礙者執行符合社會期待的行為。顯然，臺灣的社區對於精神病患的社區化服務還沒有準備好。

白鎮福等人在 2022 年的研究中提出建議「每個人都有自己的道路，我們不應該要求復元/ 社會復歸的道路都只有一條」。在還未準備好的社區中，減少傷害工作的推行將為精神疾患的復原與回歸社區創造出另一條新的路，也會是銜接現在與未來的一個橋樑，透過減少傷害的工作，帶動社區對精神疾病的理解、提供社區支持性服務、精神疾患的去汙名化等，都有助於提升精神疾病患者的尊嚴與信心，更願意尋求醫療的協助，並再回歸到社區中獨立自處，獲得一個社區成員應有的健康全人生活。

第三章 現行策略與作法

第一節 資料收集與分析

在臺灣，心理衛生社工（以下稱心衛社工）成立以來僅僅6年，雖然在這之前已有政府毒品危害防制中心提供藥癮者生活追蹤輔導之介入處遇，另一方面，也規劃有公衛護理師與社區關懷訪視員提供社區內精神疾病患者定期關懷訪視、協助穩定生活，而心衛社工是首次嘗試以更為專業、更以家庭為中心的角度嘗試切入，並將服務範圍擴展至保護性議題、自殺等多元合併議題，是一種全新的挑戰。因此，本文將透過與現職心衛社工訪談的方法，探索心衛社工目前的工作現況與服務內涵，以及心衛社工們所面臨的困境。

本文訪談對象為現職第一線工作之心衛社工或心衛社工督導，其工作經驗中曾服務過藥癮者，且於該次處遇工作中，獲得正向工作經驗。另考量專業之助人工作者，其性別、所屬族群等均不影響專業判斷，爰不限定特定性別或族群。

本文採滾雪球取樣方式，利用現筆者職場上人脈關係，於台灣北部都會地區尋找符合條件之心衛社工，也透過心衛社工們的推薦，邀請了5位心衛社工接受訪談。受訪者的背景說明如下表1，訪談時間為2023年5月10日至9月8日間。

筆者採用半結構式的訪談方法，並依基本資料、社工養成背景、直接服務經驗、職涯展望等議題設計訪談大綱，並於訪談前提供知情同意書，於受訪者簽署同意後，方進行訪談。每次訪談時間約1至2小時，採取全程錄音方式，並輔以簡單速記紀錄。筆者於訪談期間採開放、不評判之態度，依回應內容決定問題順序及欲深入了解的內容，以讓受訪者可安全、自由地、最大化地分享自己的經驗。訪談大綱設計如下表2。

表 1 受訪者背景資訊

受訪者	年齡	社工訓練 歷程	心衛社工 年資	心衛社工以外 背景經驗	現職 負擔案量
TS1	44	國外研究所	3 年半	護理系畢業、社工研 究人員	50
NS1	36	在職學分班	2 年半	餐飲管理系畢業、藥 癮個管	50
NS2	40	在職學分班	4 年	中文系肄業、教保 員、機構社工	10 幾案
NS3	38	在職學分班	3 年	社會心理系、自殺關 懷訪視員、計畫助理	30
NS4	36	社工系	4 年	保護性社工	50

表 2 訪談大綱

序號	訪談大綱
1	請您簡單地自我介紹一下，包含年齡、教育程度、專業背景、過去工作經驗等。
2	請說明你何時進入心衛社工？目前服務經驗之概況，以及與過去的社工服務經驗有甚麼不同？
3	請問你每月需要提供多少個案服務？提供個案服務的類型？通常你會如何開始個案服務？
4	在提供成癮個案服務過程，你如何與個案建立關係、開啟服務？你曾遭遇那些困難？如何克服？

接下頁

表 2 (續) 訪談大綱

序號	訪談大綱
5	曾經有哪些藥癮個案經由服務達到成功復歸社區？請說明你如何與這些個案建立關係，提供服務？
6	你是如何判斷這一個案例的處遇工作是「成功」的？
7	在職場中的工作夥伴或是長官，在這些工作經驗中扮演著甚麼樣的角色？
8	經過這樣的正向工作經驗，您對於自己的職涯有甚麼樣的影響？
9	你期待自己在這份工作中，能夠達到甚麼樣的成就或是目標？
10	對於現在的強化型社會安全網制度以及心衛社工的工作，您有甚麼建議，或是可以如何地改善社工的服務。

訪談完成後，筆者利用網頁程式「good tape」將錄音檔轉譯為文字檔，再重新整理為逐字稿，並將受訪者相關敏感資訊加以匿名化處理、給予流水號編號，以避免因被辨識出特定對象，進而影響受訪者於工作職場上的隱私與權益。本文採用主題分析方法，將探討的主題編列代碼為 H.心衛社工的內涵、P.心衛社工的工作經驗、C.心衛社工的困境與因應，並以流水號方式呈現各主題於訪談文本中的位置，如 TS1-H1。編碼範例可參考下表 3。

表 3 編碼範例

逐字稿	編碼	摘要	反思
然後還有即便他可能是去年這個保護性相對人家暴的這個議題，那他可能今年有這個自殺通報的新事件，他就會進案讓我們心衛社工來做這個服務	TS1-H7	心衛社工服務的相對人可能為長時間以來的保護性案件相對人。	在服務的經驗上，心衛社工可以從相對人的位置提供服務，以防止保護性事件的持續惡化。

第二節 訪談分析

一、心衛社工的工作內涵：

(一) 心衛社工的任務與多元背景

心衛社工來自於行政院強化社會安全網計畫，被賦予了針對具複雜性多元議題的精神疾患或是保護性案件相對人的重要任務，服務對象包含了 A 類「精神疾患合併有保護性議題」、B 類「精神疾患合併有自殺企圖」、C 類「保護性議題合併有自殺企圖」、D 類「精神疾患合併有保護性議題，且有自殺企圖」以及 E 類「出監或結束監護處分之嚴重精神疾患」等 5 個類型案件，而其中以 A 類型-精神疾患合併保護性議題之案件為主要服務對象為，其次為有 B 類型自殺企圖之精神疾患或 C 類型之精神疾患合併保護性案件相對人，以及少部分的結束監護處分的精神疾患案件。

我自己目前手是 A 類會是最多的，A 類可能就佔了三分之一。

然後 B 類跟 D 類是牽涉到自殺議題的，大概綜合起來也佔了三分之一。然後再來就是 C 類跟 E 類就比較少。(NS2-H6)

心衛社工的話，通常就是他有自殺、精神的議題，然後合併有保護性議題 或是性侵害加害人，就主要是兩個合併這樣子 (TS1-H9)

乍看之下，心衛社工的服務對象中包含了兩個重大的要素-自殺企圖、精神疾患，以現行強化社會安全網計畫制度下，這兩種類型的個案都已經各自有自殺關懷訪視員、社區關懷訪視員在提供服務，然而當個案的議題開始惡化，可能出現家庭內系統的複雜性議題，甚至涉及藥物施用與濫用、家暴等多元議題，就會需要心衛社工的介入服務了。

因為其實心衛社工在做的個案複雜度也滿高的，就是主要是家庭問題需要做處理。(NS3-H2)

那他施暴的樣態非常嚴重，是嚴重到他在家會跟太太，會互相吞安眠藥、或者是自殘。(NS1-H14)

那因為家裡還有兩個年幼的未成年的孩童，所以我們也擔心會波及到孩童照顧的這個議題。(NS1-H15)

也因為這些複雜多元的議題，使心衛社工的培養相當困難。從接受訪談的 5 位心衛社工經歷來觀察，要能持續工作 2 年以上（超過心衛社工開始設置以來 1/3 的時間），似乎需要來自於多元專業議題養成背景的社工，而非單純的社工養成經驗。另一方面來看，或許我們也可以將關懷訪視員、藥癮個案管理員等職種視為基礎入門，而心衛社工是屬於較進階、整合多元議題的工作型態。

可能就比較是你只有大學念社工的人，他們會比較會說「我們大學沒有受過這種訓練」(TS1-H13)

我覺得其實以自殺防治訪員的就是那時候的養成...因為自殺的個案其實問題點非常複雜，就是包含心理問題、社會問題、家庭問題、成癮問題、酒癮問題，其實滿多問題都會引發一個人可能想自殺。所以那時候其實很大量地訪視了非常多類型的個案，當然裡面也會有一些人格問題的個案。其實滿能夠幫助到目前的心衛社工領域的工作。(NS3-H1)

所以大多...過去的經驗都會是在...毒品個管相關的工作經驗上面這樣子。(NS1-H1)

結合了我的精神科的就是專業興趣，能力跟社工。(TS1-H2)

(二) 以家庭為中心、以社區為基礎

心衛社工不只是只有進階這麼單純。依據社安網計畫的核心價值-以家庭為中心、以社區為基礎，心衛社工除了以個案為主要工作對象外，整體工作也包含了整個家庭。心衛社工透過個案概念化的歷程，從個案的視角觀察整

個家庭的狀態與需求，以及這個家庭所面臨的議題，將整個家庭作為工作的核心。

那相較的這個...我覺得在社工這邊會...比較是會以這個家庭為中心，然後需要花更多的心力，而不是說單單處理他這個藥癮上面的問題。(NS1-H3)

這些東西會比較是次要的，而是回到這個人的需求、這個家的需求上面，所以會有這樣子的一些不一樣。(NS2-H4)

那你做家暴、暴力事件跟做自殺防範的面向是完全不一樣的，所以你每個新案你要花很多力氣去評估他的個案問題、個案概念化，然後確認他手邊有哪些保護因子、危險因子，我們再去做處遇評估。(NS3-H17)

的確家庭就是一個非常失功能，難以重建的一個狀況，就是家庭維繫重建這些都做不到，然後才會到出養，所以會變成是說，他們的確就是多重議題...那樣的一個訓練就是接觸，那所以就變成好像到這邊做相對人就銜接，其實我是覺得沒有什麼，就好像就很習慣是做。(TS1-H4)

心衛社工憑藉著社工專業，試著將家庭連結至社區、網絡夥伴的資源，必要時也會對社區或是網絡夥伴進行衛教，協助社區認識精神疾患。透過這樣的工作，心衛社工從個案本人，到整個家庭，最後將工作拓展至社區，成就了「以家庭為中心、以社區為基礎」的核心目標。

那我覺得反而社工的部分好像必需...你就是個案的這個狀態你要非常清楚的了解，然後每個資源都好像連結的部分都要到位，而不是說好像我們只是轉介過去，然後就知道到有轉介成功，這樣OK、就沒事了。(NS1-H4)

那從壞到好，剛剛說是社會賦予我們的期待，其實我們在工作中就

需要跟個案本人跟家庭，還有網絡有時候你也得教育。(NS3-H8)

(三) 相對人的服務價值

在與訪談過程中，受訪者 NS4 也說明「因為我們通報單一來，看到的都是被害人說的話，或者是我們聯繫家屬，他也都是家屬說的話，或者是看公衛護理師或社關的紀錄，他可能都訪不到這個所謂個案的本人」(NS4-H7)，我們可以看到心衛社工的服務對象經常會是社會中的弱勢，或是被遺忘的族群。在這樣求助無門的狀況下，相對人可能會產生了更多的情緒或是失控的行為，如同 NS3 所描述的「就他（指相對人）完全不曉得太太跟小孩去了哪，所以他情緒很慌張，就整個焦慮發作，他就有自殺的意念被通報進來。」(NS3-H4)，又或者是因為社會的標籤，使得相對人呈現拒訪態度，讓家庭工作更為困難。這也顯得心衛社工的重要性，他們補足了在家暴防治法或是傳統社會工作上被遺漏的缺塊，也因為心衛社工的設置，讓社會安全網能被有力地拉起、張開。

所以我當時有一個想法就覺得那他們為什麼...什麼都沒有一個角色可以讓他去這個諮詢，就很奇怪。即使我們是因為家暴防治法，去把這個被害人緊急安置，可是這個相對人他如今沒有被判刑，他並不是法律上的一個犯罪行為人。那可是他任何諮詢的權益都沒有，我覺得蠻不公平的。(NS3-H6)

可是相對人是一開始他就被下了一個這樣的標籤，所以我可能去訪他的時候就要跟他討論保護性的議題。那他就說為什麼你要來找我，我又沒有怎麼樣。我覺得那個感覺是很不一樣的 (NS4-H2)

那後來是藉由我們就是...我們的角色去做諮詢，但我們也知道說我們詢問這些內容跟訊息是不能直接告知這個相對人，因為還是要保護被害人的狀態，所以只能讓他稍微理解說「目前的狀態、然後可能他們被留會留多久、然後讓他心裡面有個底，就未來他可能要怎

麼因應這個他自己造成的家庭問題」。(NS3-H7)

(四) 過重的工作負荷與減害的工作方法

透過 5 位受訪者的描述，可以看到心衛社工的工作內涵及價值所在，而與此同時，筆者也看到了極大的工作量，以及隨之而來的工作壓力。依 NS4 的說法，合理的案量應落於 25 至 30 案之間，才能提供較佳的服務品質。然而在訪談之中，也觀察到了事實總是與理想有所差距，每位社工總是負擔了超出理想值的 1 倍以上。

是可以大概在 25 到 30 案之間，我是比較有餘去做工作的，譬如說每個個案我每個月都可以去訪視他，每個月面訪或家訪他是可以做到的 (NS4-H5)

就是我講的啊，就是 50 案啊 (TS1-H7)

好像訪員目前的案量可能 80 到 100，你不可能做到這麼細。你大概只能教教他們（指個案）自己如何自處就結束了。(NS3-H9)

而不只是案量的議題，對於要能彰顯心衛社工的價值核心仍然在於服務的品質與效果。依 NS3 於訪談間說明，面對拒訪或是較為困難服務的案件，通常會需要半年至一年的時間。而在單一案件的服務期間，仍會有新收入案件不斷地被派入，以致心衛社工被困在沉重的案量壓力之中。

你可能可以做半年到一年，甚至做長一點做兩年。其實這樣子深入的做的話，對於個案的一些家庭功能的改善，或者是他願意被服務的意願會有一點彈性跟調整。(NS3-H10)

然後像我們 N 區是小區，就兩個社工，他就是輪流就是進來就輪流派案這樣子，他沒有在管你案量 (TS1-H8)

所幸，在心衛社工體制剛開始起步的現在，許多制度尚未完備，心衛社工們可以自由地彈性多方嘗試工作方式。而在這樣高負擔的狀況下，對心衛社工最有利的方式即是「減害」。透過減害的概念，心衛社工們能為個案及

其家庭提供個別化的服務，並以漸進式的歷程協助個案以及家庭面對問題，以及面對各自的需求與限制。

我覺得我比較習慣跟同儕一起討論「我做這個個案的概念化，或者是處遇的方向是不是適合，跟是不是絕對只有這一條路」。因為做個案工作很有彈性，就是他有很多方向可以嘗試。(NS3-H20)

但是家屬期待常常都是非常簡單的一件事，好好跟他吃一頓飯，然後希望他不要大小聲跟我講話，或者是希望他像別人一樣，就是去過生活、組織家庭，但這些目標我們得要評估這個案的生活能力、自理能力，那有的可能可以，有的是沒辦法，就必須要跟他們修正這個目標 (NS3-H19)

二、心衛社工的工作經驗

(一) 最後也最困難的工作

由於心衛社工的工作性質特殊，通常已是各種案件的末端，甚至在訪談中，也有心衛社工提到「這個相對人到我面前來可能已經是他最不好的時候了」(NS4-P1)。心衛社工們為先了解現有網絡夥伴資源，以及過去各網絡服務的狀況、家庭狀況等資訊，並從家訪開始與個案或是案家開始接觸，以最短時間先掌握個案家庭系統狀況。

所以我後來就開始跟...除了做個案工作之外，跟整個家庭工作，知道誰的主述是什麼、誰跟誰不好、誰跟誰是小團體、誰跟誰怎麼樣，這個家有很多的結盟，跟這個相對人到我面前來可能已經是他最不好的時候了。(NS4-P1)

先電話跟他約訪談啊，就我講的，我一定會想辦法，就是見到面。(TS1-P1)

我通常在服務之前，會把這些個案過往的服務狀態、服務的網

絡...我只要可以查詢得到的資料都會先看過一輪。然後看過一輪之後，我會自己稍作整理「我對這個人的好奇是什麼」，我會擬出幾個問題，如我覺得好像這些資料裡面我少看到了什麼，我就會把它寫下來。然後大概列了幾個問題之後，我會先找幾個比較熟悉的，或者他目前已經有在服務他的單位，先去確認我那些問題。(NS2-P1)

其實我自己的習慣是一定要面訪，我是不習慣用電訪。電訪我覺得讓我會很有距離感。(NS2-P3)

所以我比較傾向於跟他們面對面的談，那也讓他們比較安心說這個社工人員他是這樣子在幫助我、聽我講。(NS3-P6)

然而，雖然說是個案服務，心衛社工不會馬上關心主要浮現在檯面上的議題，如精神疾病或是藥癮，而是關心個案在生活、在家庭中的狀況，並傾聽個案的話語，提供個案表達自己的機會，也助於釐清在事件的當下，案家正在經驗的議題以及個案的需求，藉此進一步與個案及家庭建立工作關係。

但是我不會那麼快就是切入說「因為你怎樣，所以我來服務你。」我會把我整理出來那些疑問、對這個人的好奇，我來開始跟他的對話。(NS2-P4)

可是他過往有沒有好的樣子，或者是過往有沒有有一些故事是需要被傾聽的，所以我會除了跟可能家屬工作之外，也會跟這個所謂的相對人工作。(NS4-P2)

那也會就是從中去理解他在暴力這件事情，跟這個被害人，或者是互為相對人這些事情，他們的這個關係存續的這個議題，這樣子。還有平常他生活...可能就是談論一些生活瑣碎的事情啊，例如說他平常都在做甚麼，或者是說他喜歡什麼、不喜歡什麼，以這樣的方式去建立這個關係 (NS1-P3)

(二) 敲動被關上的心門

雖然心衛社工試著以同理、開放的態度進行入家服務，但如同前面訪談中心衛社工們提到的「轉到心衛社工服務的案件，通常已在事件的末端」，而這時案家的議題也較為複雜，因此碰到的被拒絕的經驗也早已是工作的常態，這時的心衛社工大多僅能以耐心應對。甚至只能以蹲點的方式，也透過這樣的方法，讓個案能經驗到穩定的正向工作關係。

那不一定是每案就是這麼順利或成功，也有遇到可能他的阻抗性很高，對。那我...當下也不會說要勉強個案一定說...要個案說出什麼、我必需說要收集到什麼資料，這些等等。我就是還會是遵照個案的這個意願為主。(NS1-P6)

那我那個時候我覺得也說起來有點好笑，那就是去蹲點。就是他可能拒絕我，但是我就是下兩天...我就是很冷的時候，或者是我很熱的時候，或者是什麼時候我就在他的家蹲點。(NS4-P3)

因為我們真的就是我至少這3年多工作下來的經驗，我自己是真的覺得我蠻努力，真的希望能夠，就是很努力想要見面，或者是任何的機會，就像他講的就是可能打好什麼，用什麼，就是能有面訪的機會我就會面訪，然後試著建立關係。(TS1-P3)

心衛社工們也發現到個案受到過往人際互動的經驗影響，將心衛社工也視為「社會制度的加害者」，使得個案對於政府單位或是社工人員的介入服務感到抗拒。因此心衛社工需要採取更開放的態度，提供個案陳述自己經驗的機會，也讓心衛社工有機會可以澄清自己身為助人角色的立場，往往能有機會敲動個案的心門。

那通常初期都是帶著好奇在問他的「欸我很好奇你怎麼了，欸那你...」但我也不避諱啦，讓他知道我會有他的一些訊息。畢竟我還是帶著工作目的來的，我不是來跟你閒聊的人，所以我有些訊息我

很好奇。通常服務對象都會有一點驚訝。(NS2-P5)

因為可能比較被服務的經驗都是...來的人都會是「欸！啊你就是怎樣，所以我要...」，就是好像帶著某一種「處理」的意涵在裡面。

但是我可能是帶著好奇「我對你這個人覺得好像有些東西不夠多，是因為你以前沒有機會講，還是你不想講，還是你怎麼了？」那他大概就會...通常個案都蠻能夠這樣子接了球，就往下走了。(NS2-P6)

對我來講就是你要慢慢的讓這個人卸下他的防備心，去...讓他接受你這件事情很需要時間，跟很需要你展現出什麼樣的特質，你是一個專業者嗎，還是你是一個來說三道四的人，還是你只是就真的來關心他。(NS4-P4)

(三) 減害的工作經驗

如同前文，心衛社工為了因應過重的工作負荷，採用了減害的概念。在 NS4 分享的工作經驗中，也可以看到心衛社工實踐了「以不帶評斷、不強迫、不以停止使用成癮物質為前提的協助過程」，並透過漸進式且尊重個案意願的工作方法與個案建立工作關係。

一開始是在門跟門之間，應該說是他沒有開門，但是是紗窗。他家在一樓，所以我就隔著那個紗門跟他講話。然後我去了，我先跟他確認我可不可以進去，他說不可以。那我就說「好，那我可以站在這邊跟你講話嗎？」然後到後來，就像剛剛說的採蹲點的方式，反正我就常常過去。有的時候也不是跟他特地約好的，我就會跟他說我剛好在附近訪視，我就過來看看你。然後到...他就說「那這麼熱，你要不要進來坐一坐。」喔，他開門了！我就想說開門了也是一個機會。然後...但他站著，所以我就想說那我還是站著跟他講話。然後所以到他邀請我坐下來、到邀請我、問我來這邊幹嘛，到

後來他可以去講暴力這件事情、談用毒這件事情，然後談他想要怎麼樣。(NS4-P22)

讓我們從個案的視角來看，心衛社工的不評價、不強迫的方式，提供給個案一個正向的人際關係經驗，也因此願意對心衛社工鬆動心門。筆者在此看到了「減少傷害」工作的成果，隨著將減害概念引入心衛社工的處遇工作之中，個案也開始學習認識自己的需求。

可能他在家庭關係裡面或者是說被其他單位聯繫的感受都沒有那麼好，沒有被一個人那麼的全心全意的聽他說，雖然我們不一定是認同他「什麼軟爛在家、跟家人威脅要錢」，不會去為了取得跟他好的關係就去這麼說，但是要讓他練習說跟一個正向支持他的對象談話，那要用好的方式談話才會有人聽他講。(NS3-P4)

那在一個社工人員他是不會去亂罵你，或者是情緒反彈在你身上，對他們來說是很正向的溝通經驗。(NS3-P8)

透過減害的工作方式，心衛社工開始了解到個案的過往經驗，以及在眼前階段所面對的限制與需求，也成功將這些狀態展現在個案的面前。心衛社工們也利用這樣的關係，規劃如何與這樣受限的狀態下提供介入服務。

我通常不會告訴他們「問題是什麼」，而是「你現在的狀態是什麼」。因為要讓他理解到這個東西是在改變的。因為你的狀態會依據你旁邊的一些情境因素，或者不同的人，或者是你所在的一些工作環境等等都會產生變化，所以你的狀態是什麼。(NS2-P11)

但是我也不會真的很PUSH說你一定要現在幹嘛，就是我也不會去壓迫他，因為我知道他們的限制真的很大啦。(TS1-P18)

再來就是經由你在服務中碰到藥癮個案，你才知道他們會說實話、會說假話，其實我有時候覺得他們的無助、無望感跟一般的個案沒什麼兩樣。(NS3-P11)

心衛社工將個案的生活逐一拆解成可以更為簡單地被看見的狀況，同時也陪著個案面對自身的狀況、陪著個案討論與家人之間的關係，促發改變的動機，進而協助個案學習如何才能健全地生活。

那他就比較多提到的事情是「因為這樣不會讓他感覺自己是一個廢物，就用的時候...因為他的人生很多時刻都是沒有被期待的樣子，甚至是他回家也不會有人跟他說你回來了，然後也不會有人跟他坐在一起吃飯，所以他都告訴我說「這個世界上沒有人期待他要成為什麼樣的樣子。」(NS4-P43)

那我後來又再去找他，他就說你又來了。我說對，我是因為什麼來的他也很清楚。所以我後來比較多跟這個個案在討論怎麼樣減害，就是他知道不使用毒品的時候，跟人的關係會是怎麼樣，這個到底是不是他想要的。(NS4-P47)

他就開始在想，他可能對外可能要有一個看起來...他是形容比較正常的樣子。所以他就開始在想怎麼樣讓自己看起來比較正常、比較一般。(NS4-P48)

所以我後來想想，我覺得這個案子對我來說是比較有成就感，我覺得算是成功的案例。雖然我不知道他哪一天又會再去嗑藥，但是既然我們防不勝防，那我就讓他理解到說好的關係，或者是好的家庭生活是什麼樣貌。(NS3-P26)

(四) 減少傷害也是一種賦能

有心衛社工認為，這樣減害的工作方式是一種「賦能」的方法。當心衛社工以不帶評斷的方式，漸進式地帶領個案看到自身所面對的議題，進而改變個案對於「選擇權」的想法。個案不再感到受限，或是被迫選擇，並且進一步學習到主動求助，讓個案遭遇的事件不會急速惡化成無法挽回的局面。

當他（指狀態）改的時候，你覺得你處理不來，你就可以來問我，

或者你可以來找我跟你一起討論。我覺得要讓他們要有這樣子能夠有主動，或者是選擇，或者是讓他們更有彈性。(NS2-P12)

但是我覺得這一次就是他很棒，是他知道該找我們求助。就是至少有個討論的過程，或許他現在沒有意願這麼做，以後下一次他再遇到，他可以參考這個求助的模式。(NS3-P22)

就是我現在這樣做會不會...達不到我期待的方向，因為那是我期待的方向。那個案自己的需求，就是我們可能會在討論過程中去核對，然後把方向調整成比較可行性的執行方案。(NS3-P28)

那既然他自己覺得他可以做得好，我們就讓他做他想成為的人。
(NS3-P24)

他說他現在已經五、六十歲了，他不知道他人生還可以怎麼樣。所以與其要這樣很失落或者很頹廢的過人生，他寧願偶爾去享受一下那個飄飄然的感覺。(NS4-P25)

(五) 減害對家庭的影響

秉持著社安網「以家庭為中心」的精神，心衛社工將減害工作運用於個案的家庭中，並發現了這樣的工作方法對於家庭來說，是非常有效果的。

因為有時候個案確實比較不容易碰觸得到的話，我跟家屬也都會是用這樣的方式在啟動我的服務。那一旦那個話接起來了，那個關係就可以在當中去發酵了 (NS2-P7)

心衛社工在進行家庭工作時，也透過減害的概念，理解案家正在經驗的議題。如同提供給個案的正向經驗，心衛社工也會以減害的工作方法，面對家庭內的每一位成員，提供每一位家庭成員表達自己的想法的機會，也透過這樣的方法，將家庭內所面對的需求一一串連起來，並帶著家庭一起討論。

所以像剛剛說的跟家屬工作，就是每一個家屬，這個家庭成員可能不會只有個案跟父母，還會有其他家庭成員，所以父母跟其他

的手足，或者是其他的親友怎麼去看待這個個案這件事情，就要一一訪問。(NS4-P11)

所以家屬怎麼去因應個案的疾病或者是暴力行為，我覺得是很需要被討論的。(NS4-P13)

減害工作中的重要概念「不評斷」，讓個案家庭在助人的工作中獲得正向的經驗，讓家庭獲得必要的支持與尊重，進而打破傳統的保守觀念，與心衛社工成為合作的「隊友」，也讓個案與家人彼此的關係可以被更清楚地看見，並且讓家庭學習到新的溝通方式，以及接受彼此的議題，進而達到穩定的家庭關係。

我覺得東方社會比較多會把暴力跟精神疾病當作是家庭祕密，他們很難對外說我的小孩生病了、我的小孩打了我，或者是去對外求助。(NS4-P8)

會變成我們兩個好像在同時在面對一個東西。那這樣子能夠去挖掘的東西其實就會越來越多。那才能去看到他目前遇到的會是什麼樣的狀態。(NS2-P10)

那這些家屬怎麼去理解疾病這件事情，怎麼去理解...應該說怎麼去因應這個個案，它衍生出來的這些行為或者是不去工作，然後在家裡面很混亂的樣子，這件事情很重要。(NS4-P10)

夫妻難免都會爭吵，我覺得一定會，那當然我覺得在這個爭吵過程中，夫妻怎麼去做協調，我覺得是很重要的。我覺得是穩定啦。(NS1-P19)

從 NS4 分享的案例中，我們可以更清楚地看到，透過心衛社工以減害的工作方法介入後，讓個案理解自己的需求，並且學習新的與家人的溝通方式。

而且也跟他去討論說...因為他施用毒品之後會有暴力行為，那媽媽

也申請了保護令，那他對於這個關係他怎麼看，然後他就告訴我說「那就跟媽媽保持距離，那他如果要跟媽媽拿 500 塊的話，以前可能會用搶的、或用偷的，那他現在就是說媽媽你把五百塊放在那邊，我會自己去拿，如果你忘記的話，我會寫紙條告訴你你忘記給我了。」(NS4-P26)

然後他真的多做幾次之後，小孩的反应變了，就是他覺得小孩看他的眼神變了，因為小孩之前看他都是好像在看敵人的眼神，就是敵視的樣子。他說覺得小孩...他開始有些改變的時候，小孩看他的眼神變了，然後變得比較溫和，甚至是他講我回來了，小孩子會抬頭。(NS4-P45)

所以我覺得對這個家而言，他們可以找到自己的平衡很重要。。我雖然是社工，我也知道說戒癮或者是不要用，當然是最好的。但是要回到尊重這個家的步調。(NS4-P51)

對個案家庭來說，或許不會因為幾次心衛社工的介入，而成為所謂成功的模範家庭，但是在心衛社工藉由「必要的支持、協助與尊重」的引導下，可以產生變化，並且願意開始對外求助，使家庭內的壓力有了宣洩的管道。而這些案家的變化，也讓心衛社工看到自己的工作價值所在。

我覺得變化比較在這個家有沒有習慣要對外揭露他們家的家庭秘密，還有就是這個工作者能不能維持跟這個家一定的關係，還是我只是來聽聽，但我沒有要...我沒有辦法提供任何的協助，我又走了。(NS4-P54)

那我還是會覺得這個人家的工作者跟這個家維持怎麼樣的溝通品質還是很重要的。就是不是要這個家照你的方法做，而是真的尊重這個家的步調。也許他就真的還沒有辦法對外說，但是我們可以保持一定的連結，他在必要的時候他知道我什麼時候會下班，那他那個

時候就要打 110、那個時候就要打 119，他想說話的時候要打 1925。

(NS4-P57)

那這個可能是在這個工作上面看到的一些價值。就是心衛社工可能可以做的事情有非常多，那當然我不確定到底心衛社工有沒有被期待長成什麼樣子，可是我覺得是心衛社工可以做的，就是我們不但跟個案工作，還可以跟家庭工作，甚至有機會創造一些改變或調整。(NS4-P62)

(六) 社區中的減害工作

不只是家庭，也可以發現心衛社工將減害的概念進一步運用到社區內的工作。能接受減害想法，以及理解個案狀況的社區或網絡夥伴都能成為心衛社工的工作夥伴，也成為個案的社會支持資源。心衛社工也藉此調整對於不同風險等級的案件所產生的工作負荷。

就是作假、溢領，說低收入補助金，就是當他入監期間，我們就當然跟那個社會課合作一下，就是說趕快把他處理掉，然後讓他也不要退回那個補助金，就是說至少大家入監，我就幫他，就是說停到我們不要去追，就是說跟社會課說不要去追。(TS1-P11)

所以比較低風險的個案，我除了跟他工作之外，我也跟家屬工作、我也跟當地的社區工作，所以當社區沒有回報「他怎麼了的資訊給我」，我就可以知道那可能沒有什麼事情。(NS4-P5)

那這一點同樣也適用於中高風險，因為高風險很容易社區又通報進來。所以在高案量的時候，只能夠把火力先集中在可能比較中、高風險的個案。(NS4-P6)

目前這個藥癮個案的服務上，或者是說像有一些網路成癮的孩子，討論的方式或者是工作的方式也都是這樣。(NS2-P24)

(七) 減害對心衛社工的改變

筆者從心衛社工們的工作經驗訪談中看到，減害的工作對多元且複雜的案件可以帶來一定程度的助益。但在服務案家的時候，心衛社工也未必全都是正向的工作經驗，也會遇到案家的阻抗，甚至進一步成為心衛社工另一個壓力來源。

那一開始真的很困難，就是這個家沒有人要改變，然後連這個媽媽也沒有要改變 (NS4-P32)

因為我知道對家人的期待可能會是這樣 (NS2 將手舉高)，我說可是他現在的狀態可能只在這裡 (NS2 將另一隻手放到相對低位置)。那你要讓他先穩穩的在這裡，再慢慢往上走，還是說你讓他突然什麼都沒有了，但他接下來可能狀態會是更不好的。只能這樣去跟家屬分析，但是說真的還是有很多身邊的人覺得...想要來衛生局檢舉我。(NS2-P25)

心衛社工在這樣高壓力的狀況下，直接面對個案與家庭時，感受到了個案在家庭以及社區內所受到的不平等與不被尊重，讓心衛社工有機會更能同理個案生活上的經驗，進而更能思考著如何依循個案的需求，提供個別化的服務。

我反而在這種時候，我可以感受到我不被理解，那我的個案呢？在家裡...哇...那個可能受...因為他走不掉，我還可以被轟出來，他沒有選擇，他可能被趕出來，但他還是要回到這裡。(NS2-P26)

心衛社工透過減害的工作方法，看見個案的真實樣貌，也看到了自己的樣貌，並藉此與個案一同進步。對心衛社工自身來說，「成功」與否或許已不再是心衛社工所追求的目的，他們藉由減害的工作方式，重新定義了個案工作，或是助人工作的目標，試著保持著工作的彈性，讓心衛社工自己也可以擁有「選擇」，使得個案工作不再是未知的壓力，也可以讓心衛社工減少面對爭議性議題的矛盾情緒，降低工作壓力，也讓心衛社工能在工作上獲得

較高的成就感。

所以這跟社會上可能大家期待的完全戒毒，或者是就不要用這件事情，可能有點相違背。可是我們沒有辦法代替這個個案過他的人生，所以不要用毒這件事情，是我的期待、大家的期待，還是個案的期待，我覺得這一點還是要釐清一下。(NS4-P53)

就是我現在這樣做會不會...達不到我期待的方向，因為那是我期待的方向。那個案自己的需求，就是我們可能會在討論過程中去核對，然後把方向調整成比較可行性的執行方案。(NS3-P28)

那還是會回扣到我一開始最開始工作的那個信念，就是「你可以有選擇」。但是你在不同的情境底下，你可以做什麼轉換，還是會回來這裡。(NS2-P31)

那還有就是...我會覺得這些個案其實都是用他們的生命經驗來讓我學習，或讓我其實有些反思是也許我都沒有辦法對我的媽媽、對我的爸爸說這麼溫暖的話，然後我卻期待個案也可以對家人說這些溫暖的話。(NS4-P63)

其實我自己也是，當我有選擇的時候，我就不會焦慮、我就不會有壓力，或者是我不會...最基本的就是我對這件事情我就不會反感。(NS2-P15)

所以反正他們有做，就會覺得好開心，但是他們沒做就覺得正常。(TS1-P19)

三、心衛社工的困境與因應

(一) 專業性不足

心衛社工設置並開始正式運行後，遭遇到的第一個狀況即是「專業性不足」的問題。而此問題並非是指社工專業能力，而是對於精神疾病、物質濫用等議題的專業知能不足。TS1 在受訪過程中，表達出過往的社工訓練歷程

中，從未有過相關的經驗，以致在個案工作上，僅能依靠過去的執業經驗補足部分工作需求。

我們以前社工哪會教這種，他什麼哪一種病啊...什麼就是還要評估他什麼，就是我覺得他自己應該也會覺得自己的不足啦，就是如果你就是傳統的社工領域。(TS1-C1)

可是我覺得那個藥真的對大家還是太挑戰了啦，就是基本上能夠做到ABC 那個就是，就是 affect-情緒啊，然後行為-behavior，跟 conative-認知，就是說精神狀態評估，你能夠沒有受過這樣的訓練，你能夠評估到。(TS1-C4)

而對於這樣子狀況，心衛社工採用不斷地安排課程，讓相關的硬知識能夠，或是透過個別督導、團體督導等方式，將資深心衛社工或是心衛社工督導的工作經驗傳承下去。

可是我們T市的，是幾乎上過的課都還是會再重複再上，比方就是說精神科的藥物這樣的一個介紹，大概每年至少都會排一次課程。(TS1-C3)

就像我講其實我教育訓練，我會很認真聽，會把握每一個（機會），因為來講的（講者）都是大咖，或者是他真的有一些知識或經驗，然後我就會問我個案當中遇到的狀況，就說我遇到的問題.....然後把我個案問題丟給他們，然後就說這樣子的話可以怎麼做，然後他們可能就會給我一些建議跟方向，那就變得我就又可以回到我工作去試試看。(TS1-C26)

但是你就是還是一樣，一個人做不了什麼改變。當然我那時候轉過去（指轉任社工督導）之後，建制就是督導要做個督，但是（由）同仁個別申請。就是因為也沒有...有的同仁他就是不願意談嘛，你也不能強迫他。那團督就是變成...我那時候制定好像是每個月一

次，然後再加一次的結案會議。那 T 市的結案會議是督導自己做，就督導對同仁。所以他那個嚴謹度沒有像 N 市這邊那麼高。我覺得其實蠻可惜的啦。(NS3-C6)

另一方面，也有心衛社工發揮社安網計畫的精神，連結相關的網絡資源，借助相關專業單位的夥伴，以共案服務的方式嘗試打破困境，或是主動向單位內有相關學識背景的長官求助。

所以我那時候才打電話去毒防說「你可不可以跟我去共訪，可以看一下嗎 或者評估一下他現在的那個狀態，因為我就覺得我看不太出來」(TS1-C8)

其實督導的背景也蠻多元的，看他是什麼背景，然後就是會問他過去經驗累積下來比較專業的那個問題這樣.....就是你大概會針對他們不同的專業去請教他們這樣子。(TS1-C18)

然後再來，我覺得是一些跨網絡專業的交流非常重要，還有彼此之間的這些需求跟一些討論的部分 (NS1-C17)

(二) 衛政與社政的分歧

心衛社工的成立時間仍短，在衛政與社政彼此不熟悉的狀況下，難免會有溝通不良的狀況，一來是單位性質迥異的議題，在社安網計畫的實施下，心衛社工被設置於衛政體系內執行保護性社工的工作，彼此又不互相理解，導致工作分派出現狀況，因此有心衛社工認為長官是個「扯後腿」的隊友，部分長官被認為對心衛社工的工作一無所知。

所以我覺得真的在目前的衛政單位裡面，現有可能就是所謂的公務人員、比較常駐型的，他們並沒有辦法很能夠理解社安網到底每個人的角色都在做些什麼。他們好像只是為了執行一個計畫而已，而不是去了解那個內涵，這是一塊。(NS2-C9)

之前的可能長官都會被認為是也許有點扯後腿，因為長官跟督導也

是有一些權力上的，或是可能也是行政業務上分派的不愉快。

(TS1-C16)

那但我後來比較發現的事情是在局的角度有他的受限，就是我們是公部門嘛，然後公部門有公部門的困難，還有就是中央給的一些 KPI，那還有就是他們可能對社工是什麼一無所知。(NS4-C18)

另一方面，心衛社工成立後不久，恰逢新冠肺炎 (COVID-19) 國內疫情升溫，心衛社工們既然身為衛政中的成員，勢必被要求協助部分非相關的公共衛生工作，導致網絡單位間的不理解，甚至被譏諷為「拼裝車」，使得心衛社工們感受到挫折與失望，甚至出現求去的想法。

然後大家可能也都蠻抱怨疫情期間就被拉去做別的工作，就大家同時做 2 份工作。就是其實真的很多問題啊，甚至被說拼裝車，或是被別的.....不同領域那種.....尤其是家防中心可能都覺得我們不是很專業的保護性社工。(TS1-C22)

那後來不做 T 市的心衛督導，是因為我兼了不是心衛督導的行政工作。那個業務占我百分之七十到八十的工作量能。(NS3-C7)

心衛社工將這一連串的議題的矛頭指向了社安網制度的不健全。因為心衛社工僅成立短短數年，許多制度尚未建立完成，對於心衛社工的工作目標，也無法獲得完整的討論，使得心衛社工的工作如同瞎子摸象，難有正向的工作經驗，使得心衛社工們更加速地流失。

應該說策略三的...因為他就是工作年資發展還很短，所以變得說很多東西其實不完備，甚至是缺漏。(TS1-C21)

那當然我覺得以我們的工作職場裡面無論是主管上到下，或者是同僚，我覺得我們都是站在一個相信彼此的服務狀態裡面，但還是不免看見真的有些人沒有在這條軸線上，但是我們沒有相關的規範。那這個相關規範又怎麼該在這樣子的一個心衛社工的情境裡面去做

制定。(NS2-C1)

那在這樣的混亂情況之下，其實那個時候（社安網計畫初期）有點懷疑自己到底在做什麼，除了制度的不完善之外，然後個案也讓我挫敗之外，然後再來就是局也搞不清楚到底我們這些人進入衛生局要做什麼。(NS4-C6)

雖然我有找當時的同儕討論，可是大家可能走的走，或者是跟局內當時的長官討論，或者當時的督導討論，也沒有獲得比較正向的回應。(NS4-C8)

面對這兩個迥然不同的領域的分歧，以及人才快速的流失，心衛社工主動地將相關訓練制度建立起來，一面透過各項行政的手段，分別對上、對下訓練與管理，讓長官們開始認知到心衛社工的工作性質與內涵，並邀請相關領域的專家學者，持續帶領著整個單位前進。

那後來我覺得比較有機會促成改變的事情是我們把訓練制度建立起來。除了讓我們可以比較精準的去報告之外，某一些部分像我們結案會議其實是會有外部專家來的。那因為長官需要擔任主席，所以他不得已也得聽這些事情。那聽了之後就有長官覺得說社工好像跟訪員不一樣，好像跟公衛護理師不一樣，能夠做的事情好像也真的有點不一樣。(NS4-C21)

另一面，也有心衛社工主動連結不同領域的網絡單位，促進網絡單位間的彼此了解與學習。更有心衛社工透過研究的方式，試圖讓心衛社工可以有系統地被認識。

那因為我們不了解彼此的工作的方式或是處遇，我覺得在這個夥伴之間在合作上面，我覺得很多的會是花在討論上面，也會激起一些不一樣的火花。那我會覺得是相互學習這個角色。(NS1-C7)

反正就是我們有同事他是很積極的寫論文，希望就是說用這樣的論文形式，報告的形式，把這個工作經驗、工作方法，就是說傳承或是散布出去。那我覺得寫你們論文可能更是一個結構化，或者是有系統的方式來分享這樣子的一個內容。其實都會是蠻有幫助的。(TS1-C36)

(三) 暴衝的社會安全網計畫

自 108 年心衛社工成立，110 年行政院再次核定社安網第二期計畫，將更大量的案件納入了心衛社工的服務範圍，而在原本服務機制的不確定性下，心衛社工宛如失控的火車般，跟著大量的通報案件不斷地啟動服務工作，甚至每位心衛社工的案量已遠超過可負擔的數量，再加上計劃所訂定的服務量化指標的壓力，讓心衛社工的工作壓力日漸攀升，連案家的服務都無法滿足，使得心衛社工逐漸在社區服務中迷失，無法安心工作。

可是到 50 案的時候就會發現說這件事情是沒有辦法的，甚至連個案的哪些是優先順序，我都沒有辦法去分辨。所以那個時候就會有一種...好像哪一個個案爆出家暴我就去訪他，我覺得那個沒有辦法達到一個預防的效果，(NS4-C1)

但那個（指現行社安網對心衛社工的考評指標）沒有辦法反映在我們的工作現場。(NS2-C2)

如果在往上（增加案量）其實都是很嚴重超負荷，可能沒有辦法做得很完善。那只要一個不完善，我們其實就怕這個案家會出什麼狀況。因為它是已經在緊張的關係，跟...可能我們的相對人他的病情相對是在不穩定的狀態下，所以發生衝突或者是意外事件的狀況是很容易的。(NS3-C11)

除了前述的高案量，心衛社工也落入了「被個案追著跑」的窘境，面對著多元複雜的案件，以及纏結交錯的網絡單位，使得心衛社工難以伸展手

腳。

那如果說你每個月開十個新案，你跟這些人都不熟，然後你要花一點時間去建立關係，然後跟網路合作，然後下個月又開十個新案，那你的舊案好像都還沒熱、沒熟，然後你又要認識十個新的對象，跟十個以上的網路。每一個個案他背後都有網路跟服務的資源，那你是不是要重複做很多這些事情。那其實對於個案，我們要深化服務是很困難執行的。(NS3-C15)

(四) 關於「人」與「減少傷害」

就在一陣混亂中，心衛社工重新檢視當下的工作對象，與過往的工作經驗中的最大相同之處，即是服務對象同為一個被稱為「人」的有機體。如同NS4所描述的，即使相對人如何地影響家庭或是社區滋擾，但他們同樣也是依著個人的「需求」所驅動。而這樣的出發概念，恰好與「減少傷害」所提倡的「平等與人性關懷」相近，所以心衛社工開始重新將工作的目標定位在「減害」上。

其實就回顧過往的工作經驗。就是我過往在做被害人的服務，那被害人的服務...在他成為家暴被害人在我面前之前，那他是什麼人？他就只是一個人。(NS4-C9)

我後來真的找到一個工作價值是「你要讓暴力停止，不是只有協助被害人，而是你要去理解為什麼相對人施暴的原因，他過往可能也是一個受虐兒，或者是他根本不太知道怎麼跟人互動。你要去改變他這個認知，比較有機會降低暴力的風險，或者是讓他知道他需要就醫，或者是知道怎麼跟小孩或跟太太互動的方式。」

(NS4-C11)

應該是說，我知道毒癮就是一個很大的挑戰嘛，然後所以才會說能夠減害就不錯了。(TS1-C10)

他覺得「你是社工、你可以給他工作，我就希望他以後去工作，不然我們如果老了、死了，他誰要照顧他。」就這個期待好像可以執行，那我們就幫他轉職業重建，或者是勞工局的一些職訓課程。不好意思，這段路非常的遠跟長。就是我們降低暴力、降低自殺風險，還沒有比送他去就業難。(NS3-C21)

心衛社工開始運用減害的方式在社區中工作，一面是去理解個案的需求以及限制，另一方面，心衛社工也向家庭、社區宣導減害的概念，試圖以減害模式與家屬、或網絡夥伴合作，並發現在實踐減害工作之後，可以成功降低個案或是家庭的挫折感。透過這樣的方法，更有利於協助個案或是心衛社工尋找到真正問題所在，並讓個案、家庭與心衛社工都能獲的正向工作經驗，TS1 也將這樣的結果稱之為「正向的循環」(TS1-C25)。

有聽過一個督導分享一句話我覺得很受用，就是「青少年個案嘛，就是你看看他們要有一個從壞到好的改變其實不容易，所以我們從壞到一點壞就是進步。」那你要常常在做個案中間給自己這樣一個回饋或發掘，不然你這工作做不下去。(NS3-C18)

就是我們現在，好啊，就這麼差，那我們什麼都不做，我們還是一樣這麼差，得不到任何的進步。可是假如我們做一件小改變，或者是我們怎麼樣調整彼此的互動，或是我們把目標放在比較可以執行的方向上面，提供他們一個處理的方向，然後說不定可以成功、可以試試看、值得一試。那其實不只對個案本人挫折感變低，家屬也是。(NS3-C20)

因為可能，因為是說你有一個正向的情緒，那你當然就比較有能量就是再去找尋一些資源來繼續再投入這工作，你繼續找尋或是藉由不同方式來解決問題，那你能解決問題的能力提升了，你可能更能夠做好事情。(TS1-C24)

(五) 讓減害成為一種工作的彈性

減少傷害的工作方法雖然成功地協助心衛社工尋得新的工作價值，對於心衛社工面臨的案量壓力、KPI 指標等議題仍無法有良好的解決方法，因此心衛社工將「沒有制度」的現況視為一種彈性，並利用這樣的彈性，心衛社工將過去的被動化為主動，試圖建立起一種服務的模式以及相對應的教育訓練，也藉由實踐減害工作，讓心衛社工的專業經驗隨著個案一起成長。

其實你要怎麼做也很看個人，因為目前體制上，並沒有很明確心衛社工到底該何去何從，你怎麼做這個個案，沒有很 SOP 的規定，所以他的彈性比較高。(NS3-C1)

然後第二個是我覺得心衛社工的培力這件事情也很重要，就是因為我們不一定都有精神科的背景，所以心衛社工一來可能就要面對精神、毒品、自殺這些多元類型的個案。那他怎麼樣在他的工作經驗上面累積，然後接受訓練，然後被培力之後也許是可以帶新人、帶實習深的前輩。這件事情還是很重要的。(NS4-C26)

但是你要去發掘這件事情，要花一點時間跟力氣。你期待他往哪個方向長成，他不一定會往那個方向去，就是你中間也是要慢慢去修正你的工作方向。(NS3-C28)

(六) 整合於社區心衛中心

隨著社安網第二期計畫的成立，各縣市政府開始成立社區心理衛生中心，而心衛社工也藉此更進一步地拉緊相關的工作夥伴。透過社區心衛中心不同領域的成員、提供不同視角的服務模式，建立起完整的服務網絡，透過這樣工作夥伴的信任關係與減害工作的實踐，讓個案能夠維持在穩定接受服務的狀態，取得案量與服務品質之間的平衡。或許也可以這樣說「心衛社工以減害工作為核心，置入於社區心衛中心，建立起心理與精神衛生在社區中的立足點」

所以但是未來如果真的在心衛中心，我覺得是有可能的。對這個督導機制可以是一個串聯的，而不是只是我心衛社工督導或者關訪員督導，我來對這個工作者，而是整個中心來對工作者。然後工作者也更能夠有機會能夠去反應他現在的狀態、去尋求協助，或者是尋求一些合作的機會。就是內部的一些合作。(NS2-C7)

但是之後我覺得有機會是大家如果真的都到心衛中心了，大家會是浸泡在那個社區裡面了。可能我如果理想的話，真的就是執秘、然後到督導，接下來就是各個不同的職業的督導，然後到工作者，我覺得大家是可能能夠相互串聯的。而且因為大家都浸泡在那個社區裡面，其實對那邊的所有的東西，其實大家會更有掌控感。(NS2-C11)

但是你不這麼做我相信在 N 市你如果不這麼做你就活不下去。假如你的社工的尊嚴很高，就是你覺得你收進來的個案我一定要做到什麼程度的服務內容，我才能夠把它 pass (轉銜) 給下一個夥伴，你對... 比方說下一個夥伴的意思就是地段護理師，或者是我們的社區關訪員、自殺關訪員，你對於你的夥伴不夠信任的話，你在這個位置上沒有辦法做很久，而且也會很挫折。(NS3-C16)

那如果真的在比較遠的話，是因為現在有社區心衛中心，所以真的有不同的角色，那我們怎麼樣跟不同的角色合作。還有就是個案在社區裡面，所以怎麼樣跟社區裡面的網路去做串聯，這件事情就更重要。(NS4-C28)

第四章 結果與討論

本文的目的在於了解心衛社工的實務工作狀況，並以本文呈現心衛社工的內涵，以及所心衛社工們所面對的困境及因應的方法。筆者以半結構方式與 5 位心衛社工個別訪談，並將訪談內容以三個主題為主要討論的核心-心衛社工的內涵、工作內容以及心衛社工的困境與因應。本章也將圍繞這三大主題以及相關的概念因子來進行討論。

第一節 訪談結果

一、在社安網「以家庭為中心、以社區為基礎」的核心底下，保護性案件中相對人服務的重要性被首次看到。在過去的政策中被忽略的一部分，相對人成為了社會中弱勢的一群。而心衛社工被賦予了整合家庭內及在社區內多項資源的重要任務，並與網絡單位，如家防中心，共同合作提供社區直接服務。也因為這樣多元且複雜的任務，讓心衛社工的工作困難度上升，能順利留任下來的，多是具備多元訓練或經歷背景的社工師。

二、雖然同為社安網計畫下的網絡單位，心衛社工在網絡服務中通常會是最後也是最困難的位置。透過訪談可以發現，心衛社工面對的是早已是許多單位服務過的家庭，同時在個案身上也貼滿了「標籤」，以致個案的防備難以被撼動。

以筆者所訪談的 5 位心衛社工多是因為有過去相關的訓練背景，才得以理解精神疾患的限制、家庭內部與外部的壓力，以及藥癮者的高復發性，並憑藉著過去的工作經驗，將減少傷害的工作概念納入工作核心價值之一。藉由減少傷害的工作方式，能提供個案或是家庭一個安全、不被評價且感受到支持的正向經驗，進而敲動被關上的心門，接受心衛社工的個別化處遇服務、漸

進式地修復家庭關係。另一方面，減少傷害的工作模式也可以讓社區成為工作夥伴之一，提升個案及家庭在社區中的支持。心衛社工自身也透過這樣的工作模式，轉變為具包容力以及彈性的助人工作者。

三、心衛社工經過了強化社會安全網第一期計畫實施後4年，許多的制度尚未完全建立，馬上又面臨社安網第二期計畫的改動，加上「衛生」與「社政」兩個截然不同領域的意見分歧，以致心衛社工面臨「專業性不足」的批判，甚至被嘲諷為「拼裝車」，使心衛社工的專業工作備受挑戰。這樣的狀況讓部分心衛社工充滿挫折，甚至紛紛求去。然而筆者所訪談的心衛社工中，有人將這樣的狀況形容為彈性與自由，並將過去的工作經驗整合到現在的家庭與社區服務中。

心衛社工將工作對象返回到以「人」為原點的思考，自行發展出減少傷害的工作模式。這樣的作法，讓精神疾患或物質濫用者不再如以往般因未知而被懼怕，同時拉近了心衛社工與個案、案家的距離，成功降低了心衛社工的部分工作壓力。TS1更將這樣的狀況形容為「正向的循環」(TS1-C25)，為心衛社工們帶來正向的工作核心價值。

隨著社安網第二期計畫頒布，各縣市紛紛設立社區心理衛生中心，心衛社工期待能將減害工作整合入完整的社區工作之中，建立起心理與精神衛生在社區中的立足點，拉緊網絡間的合作關係，持續壯大心衛社工的工作夥伴團隊，建立起完整的服務網絡。

第二節 討論

一、貫穿在心衛社工之中的減少傷害工作

我們可以發現「減少傷害」的概念貫穿了心衛社工的完整工作經驗。減害的工作模式讓心衛社工能理解個案的需求，也透過減害工作協助家庭重新

認識彼此，並認同彼此的需求。或許不能稱上所謂的「成功」，但心衛社工們一致地認為減少傷害為工作帶來了正向經驗，也藉著這樣正向經驗的循環與傳承，支持著心衛社工繼續紮根在社區內，更進一步地成為了心衛社工的核心工作價值。

依吳慧菁（2022）提出心衛社工之內涵在於運用社會工作的理論與方法預防並治療社會心理障礙、精神與情緒性疾病，重視對家庭進行深度或短期的直接處遇或間接服務。透過訪談，筆者在心衛社工的實務工作上看到，家庭在面對藥癮者的物質濫用議題，或是精神疾病復發時，家人看似毫無選擇性，被迫接受不穩定的個案，心衛社工選擇以減少傷害的工作方法進行家庭工作，協助讓個案及家庭看到彼此，並學習如何選擇減少傷害的方法進行互動與彼此尊重。

讓我們再將心衛社工的工作經驗再對比到李思賢（2024）對減少傷害所提出的定義，心衛社工們藉由漸進式的方法，協助讓家庭成員間看見彼此的狀態，創造出個案能適度自我表達的空間，並接納他，而非忽視或譴責，並將個案以及家庭的需求作為個別化處遇工作的標準，這些種種方法都是減少傷害的體現。

美國物質成癮與心理健康服務部(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)有提出心理疾病與物質使用障礙（或稱成癮）的復元是個人改善全人健康的改變過程，而在 SAMHSA 在復元指導原則中，即開宗明義提出「復元源於希望」；「希望」是個人內在對於復元實現的渴求，可以催化個案自我驅動的意志來啟動與維持復元行動，主動建立自己的優勢與韌性，使其能夠克服挑戰與挫折，以重新獲得對其生活的控制權 (SAMHSA, 2011; 白鎮福等人, 2022)。而當心衛社工以減少傷害作為介入的工作方法，讓個案及家庭重新獲得生活的控制權，即有可能讓個案與家庭產生復元的希望、轉動起正向的循環。

藉助於減少傷害的工作模式，心衛社工找到新的核心價值。心衛社工們不再以成功與否來定義工作成果，因為成功對個案、家庭或是社工自身來說太過沉重，也遙不可及。減少傷害也是一種賦能的作法，透過減少傷害的方式，讓個案與家庭能夠在唾手可及的範圍內，逐漸地發展出新的選擇。而對心衛社工來說，減少傷害也是一種選擇，與其面對著如同未爆彈的個案，這樣的作法讓個案工作不再是未知的壓力，另一方面，對於藥癮復發、暴力攻擊等道德爭議的工作性質，減少傷害的概念讓心衛社工減少矛盾情緒，也讓心衛社工能在工作上獲得較高的成就感。

自 1970 年代開始，「減少傷害」為處理藥物濫用的議題而誕生，並於 2006 年被引進臺灣以對愛滋病毒進行傳染病管控，也使臺灣的成癮防制工作獲得相當的進展，並成為工作的根基。經過了數十年的發展，透過心衛社工的工作經驗分享，減少傷害或許可以進一步擴張至心理衛生的全人健康發展，對於精神疾病的管理、協助或是制度面的應用，都是值得被進一步討論的。

二、心衛社工在制度上的困境

減少傷害的社區工作可以帶給心衛社工正向工作經驗，讓心衛社工能找到核心工作價值，但在整體環境制度上，仍然遭遇了相當的困境。

在需要經常面對多元且複雜的難題下，心衛社工也會需要多元的知識與能力，而這些都是過去傳統社工訓練中缺乏的。

我們以前社工哪會教這種，他什麼哪一種病啊...什麼就是還要評估他什麼，就是我覺得他自己應該也會覺得自己的不足啦，就是如果你就是傳統的社工領域。(TS1-C1)

另一方面，相較於關懷訪視員、藥癮個案管理員等職種工作的高壓力、高風險，心衛社工所面對的壓力與風險又要更高，因此心衛社工所負荷的案量成為另一個需要被注意的議題。以筆者訪談的心衛社工的經驗中，平均每

位社工負擔 25 案左右即可提供最佳的服務品質，且每案往往需服務半年至一年以上。但是目前社區內的案件數往往達 50 案以上，若是考量在開案與結案評估之間的流動案量，甚至可能達 80 至 100 案左右，心衛社工落入了「被個案追著跑」的窘境。在長時間、高負荷的工作壓力之下，讓心衛社工不斷地流失，面臨了人手不足的困境。

依著社安網第二期計畫的推行，心衛社工如何藉由社區心理衛生中心，搭起衛政與社政領域的溝通橋樑，拉起各個社區內的網絡資源，將會是一個重要關鍵。透過減少傷害的實踐與推廣，心衛社工的服務能夠立基於真實的需求上，並不斷地調整改進，也讓使處遇與治療制度轉變為更具有包容力與復元理念的方案，讓台灣社區內的精神疾患處遇達到真正去機構化的效果，減少社區及家庭內滋擾、衝突事件，使精神疾患或物質濫用者能穩定復歸社區，獲得有尊嚴的自立生活。



第五章 建議與限制

第一節 建議

經過綜整與心衛社工們訪談的結果及討論，筆者藉由心衛社工的視角，看見了現在精神疾患在社區內的發展狀況，以及患者所遭遇的困境，更看見了心衛社工們如何運用減少傷害於社區中工作，同時看見個案與家庭，以及心衛社工自身的需求，在此也對於現行政策提出以下建議：

一、建議持續落實減少傷害

過去在政策面的討論多著重於零容忍，亦即沒有傷害或是完全治療好的理想基礎，然而在抵達最終目標前，仍有許多議題有待討論與解決。在愛滋病防治及成癮防制工作上，藉著減少傷害的推動，我們看見相當的成效，也讓成癮疾病獲得改善與控制。而筆者從心衛社工的工作經驗看到，減少傷害的工作模式對精神疾患及其家庭內的工作成果，也看見以減少傷害為名的道路。當減少傷害進一步延伸於社區內精神照護服務上，協助精神疾患及其家屬重新認識家庭內系統的限制以及家庭成員各自的需求，進而學習如何選擇減少傷害的行動方式，重新獲得對生活的掌控權。因此筆者建議持續落實減少傷害的推動，並延伸至社區內心理健康推廣，讓選擇減少傷害的方式成為生活態度的一種。

二、建議建置相關服務標準指引

現行社安網對心衛社工僅有收案標準及服務流程規則未有完整的制度規則，使個案只要符合標準即需開案服務，以致服務案件快速地累積。藉由心衛社工的工作經驗分享，筆者看到多元議題案件的複雜與困難，也看見心衛社工的工作壓力不斷地膨脹、發展，以致社工們結案的速度遠比不上通報開案速度，沉重的案量壓得心衛社工喘不過氣，或是出現僅服務家屬，而忽略真正有服務需求的個案本人，有違心衛社工的真實工作內涵。故建議以減少傷害為核心價值，建置相關

服務標準指引，提供心衛社工在案件服務上的彈性與依靠，並提供相當之專業訓練課程，以利心衛社工持續於社區內推動減害工作，創造出更多的正向經驗的循環，有助於心衛社工長駐久任。

三、建議持續推動社區內心理健康識能

由心衛社工的訪談中發現，社區中對於精神疾患的排斥，可能來自於對精神疾患的不解或誤解，甚至心衛社工自身也可能遭遇類似情況，以致對案家提供錯誤的服務方式。而案家也可能受困於汙名影響，而不願主動對外求助，長年照顧壓力累積，引發家內衝突危機事件。而透過心衛社工的服務，家庭及社區因為對疾病的認識後，轉為可以接受彼此的限制與需求，並選擇減少傷害的生活方式，因此建議持續推動社區內心理健康識能及減害概念，從認識精神疾病及生活賦能做起，推廣友善社區。



第二節 限制

本文係透過訪談方式，邀請北部都會地區服務之心衛社工分享實務工作經驗，並加以分析整理，其工作經驗是否適用於偏鄉或中南部、東部、離島等地區仍有待釐清，或需要更廣泛地收集各地心衛社工服務經驗，以豐富資料內涵。而心衛社工分享減少傷害工作方式可提供正向工作經驗，其效果程度以及是否仍會受到缺乏明確制度、案量負荷等影響心衛社工留任意願，仍有待量化資料釐清。

另關於單位內部長官支持狀況，於本文接受訪談的 5 位心衛社工提出分歧的狀況。一部分有心衛社工提出單位內長官不理解社工的工作內涵，並命令承接過多額外的行政工作，以致心衛社工難以認同而求去；另一部分心衛社工則提出長官可以成為促進自己學習的動力，或是諮詢的對象，更有心衛社工說明在社區心理衛生中心中，可以由相近的工作者組織共案合作團隊，透過心衛中心主管到一線服務社工，達到一條龍的工作模式，可有助於社區心理健康的推動，故有關長

官以及心衛社工之間的關係，仍有待其他更多資訊以進一步討論其交互影響的狀況。



參考資料

- 王婉諭 (2022 年 3 月 24 日)。6 大重點看懂我們為什麼要修精神衛生法?。多多益善 (Right Plus) 王婉諭專欄。 <https://rightplus.org/2022/03/24/amendment/>
- 王金永、盧惠芳、黃韻如 (2024)。精神科社工人員臨床團體工作實務現況與能力研究。 *中華心理衛生學刊*, 37(1), 19-51。
[https://doi.org/10.30074/FJMH.202403_37\(1\).0002](https://doi.org/10.30074/FJMH.202403_37(1).0002)
- 白鎮福、李宗憲、吳思穎、黃韻儒、李思賢 (2022)。施用影響精神藥物者之以全人為導向的復元與社會復歸架構：社區服務機構之文本分析。 *中華心理衛生學刊*, 35(2), 181-213。 doi: 10.30074/FJMH.202206_35(2).0004
- 任依島 (2020 年 1 月 30 日)。【投書】是誰讓社區關懷的工作失焦？一位社區關懷訪視員的心聲。獨立評論@天下。
<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/9002>
- 李思賢 (2008)。減少傷害緣起與思維：以美沙冬療法做為防制愛滋感染、減少犯罪與海洛因戒治之策略。 *刑事政策與犯罪研究論文集*, 11, 89-109。法務部。
- 李思賢 (2022)。施用成癮藥物者的復元與復歸社會的挑戰。 *中華心理衛生學刊*, 35(2), 111-116。 doi: 10.30074/FJMH.202206_35(2).0001
- 李思賢 (2024 年 1 月 19-20 日)。減少傷害宣言〔連署書發表〕。2024 亞太減少傷害國際專家論壇與研討會，臺北市，臺灣。
- 何建民 (2009)。臺灣精神衛生法制之研究〔未出版之碩士論文〕。國立臺灣師範大學政治學研究所在職進修碩士班。 <https://hdl.handle.net/11296/md4tgd>
- 吳孟潔 (2022)。探討公共衛生護理師家庭訪視與社區精神病人緊急護送就醫之關係〔未出版之碩士論文〕。國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系健康促進與衛生教育碩士在職專班。 <https://hdl.handle.net/11296/njcvte>

- 吳慧菁 (2022)。臺灣心理衛生社工的現況與未來。醫療品質雜誌，16(1)，30-35。https://doi.org/10.53106/199457952022011601005
- 呂靜淑 (2013)。破繭而出?! 少年服務中心社工人員的角色期待、角色壓力與調適歷程之研究 [未出版之碩士論文]。東吳大學社會工作學系。
https://hdl.handle.net/11296/3n28v8
- 杜瑛秋 (2004)。婚暴社工員陪同出庭過程的專業角色與功能之探討 [未出版之碩士論文]。輔仁大學社會工作研究所。https://hdl.handle.net/11296/54xyfv
- 林子軒、蕭至邦 (2021)。鑑往知來-精神醫療社工之歷史緣起與本土化挑戰。社區發展季刊，173，287-302。
https://cdj.sfaa.gov.tw/Journal/Content?gno=11648
- 林憲 (2007)。精神醫學的贈物：從臺灣到日本 (王珮瑩譯)。心靈工坊。(原著出版於 2004 年)。
- 林靜蘭、溫偉鈞、姜喬慧、薛競秀 (2010)。出院精神病患重返社區所面臨之阻礙。弘光學報，61，26-39。https://doi.org/10.6615/har.201012.61.02
- 林靜蘭、黃秀梨 (2011)。衛生所之社區精神衛生工作的挑戰與機會。護理雜誌，58(3)，80-86。http://dx.doi.org/10.6224/JN.58.3.80
- 唐宜楨、吳慧菁 (2008)。精神疾患汙名化與去汙名化之初探。身心障礙研究季刊，6(3)，175-196。https://doi.org/10.30072/JDR.200809.0002
- 張如杏 (2006)。台灣精神醫療社會工作專業發展與危機。臺灣社會工作學刊，6，119-145。https://doi.org/10.29814/TSW.200901.0004
- 陳佳慧 (2020 年 4 月 14 日)。慢性精神疾病復發機率高 醫呼籲：疫情期間也務必持續治療。健康醫療網。https://www.healthnews.com.tw/article/45800
- 陳雨鑫 (2020 年 7 月 18 日)。心衛社工「短命」 平均 9 個月就離職。聯合報元氣網。https://health.udn.com/health/story/5999/4712639
- 楊聰財、魏兆玟 (2008)。新版精神衛生法與強制就醫新制。源遠護理，2(2)，

11-17。 [http://dx.doi.org/10.6530/YYN.2008.2\(2\).02](http://dx.doi.org/10.6530/YYN.2008.2(2).02)

劉竹瑄、鄭惠心、侯建州 (2017)。社區關懷訪視員工作動機與角色之初探。 **社區發展季刊**，157，372-386。

<https://cdj.sfaa.gov.tw/Journal/FileLoad?no=171794>

劉運康 (1984)。慢性精神科個案之社會復歸－談“去機構化”與“現代精神醫院之社區化”。 **職能治療學會雜誌**，2，1-6。

<https://doi.org/10.6594/JTOTA.1984.02.01>

衛生福利部 (2018)。強化社會安全網計畫 (核定本)。社會安全網，

<https://topics.mohw.gov.tw/SS/lp-4515-204.html>

衛生福利部 (2020)。強化社會安全網計畫－策略三辦理現況與未來展望。

<https://www.mohw.gov.tw/dl-67684-e1623c9d-13db-4536-822d-cccc1bb0427a.html>

衛生福利部 (2021)。社區關懷訪視及個案管理人員安全手冊。

<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/lp-4505-107.html>

蕭淑貞、黃宣宜、林靜蘭 (2005)。社區精神衛生持續性護理的現況及展望。 **護理雜誌**，52(1)，11-17。 <https://doi.org/10.6224/jn.52.1.11>

Armijo, J., Méndez, E., Morales, R., Schilling, S., Castro, A., Alvarado, R., & Rojas, G. (2013). Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 116. doi: 10.3389/fpsy.2013.00116

Halcomb, E. J., McInnes, S., Patterson, C., & Moxham, L. (2019). Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *Family Practice*, 36(1), 64-71. doi: 10.1093/fampra/cmy101

Huang, X. Y., Ma, M. F., Shih, H. H., & Li, H. F. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan.

Journal of Clinical Nursing, 17(22), 3030-3040. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02426.x

Kennedy, C. W., Polivka, B. J., & Chaudry, R. (1997). Public health nurses' role in the care of adults with mental disabilities. *Psychiatric Services*, 48(4), 514-517. doi: 10.1176/ps.48.4.514

Lee, T. S.-H. (2011). Efficacy of drug counseling intervention among injecting drug users at opiate substitution treatment (NSC 100-2628-H-003-002-MY3) [Grant].

Lien, Y. J., & Kao, Y. C. (2019). Public beliefs and attitudes toward schizophrenia and depression in Taiwan: A nationwide survey. *Psychiatry research*, 273, 435-442. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.062

May, S. Y., Clara, N., Khin, O. K., Mar, W. W., Han, A. N., & Maw, S. S. (2021). Challenges faced by community health nurses to achieve universal health coverage in Myanmar: a mixed methods study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(3), 271-278. doi: 10.1016/j.ijnss.2021.05.003

McInerney, S. J., Finnerty, S., Walsh, E., Spelman, L., Edgar, N. E., & Hallahan, B. (2018). Quality of life and social functioning of former long-stay psychiatric patients transferred into the community: a 10 year follow up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(8), 795–801. doi: 10.1007/s00127-018-1520-3

Spohn, E., & Warinner, A. (1951). The public health nurse in preventive and therapeutic psychiatry. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(2), 285-291. doi: 10.1111/j.1939-0025.1951.tb06102.x

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2011). *SAMHSA's working definition of recovery*.

https://www.naadac.org/assets/2416/samhsa_working-definition_of_recovery.pdf

Svensson, B., & Bjorkman, T. (1999) . The role of the nurse in community psychiatry.

Medical Archives, 53(3), 153-157. PMID: 10546450.

Wu, M. C., Hung, C. C., Fang, S. C., & Lee, T. S.-H. (2023). Change of home visit frequency by public health nurses predicts emergency escorts for psychiatric patients living in the community: A retrospective medical record review. *Frontiers in Public Health*, 11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1066908.

