

從下而上的行動經驗 ——心衛社工於社安網 從無到有的實務操作發展^(註1) 歷程

廖美蓮、陳道新、廖敏棋、陳曉萍

壹、前言

心理衛生社工的產生與「被」定位，
華路藍縷，從無到有。

社會安全網政策（以下簡稱社安網）的目的是結合政府各部門的力量，編織一張綿密的安全防護網，照顧社區中每一個最小的單位（從獨居者到各類型的家庭）所面臨具威脅性的議題。透過衛生福利部「精神照護資訊管理系統」（以下簡稱精照系統）與「保護資訊系統」（以下簡稱保護系統）串接現時及曾經在案個案，屬精神疾病個案（含有自殺企圖），同時合併有兒少保護、家庭暴力、性侵害事件加害人身分的服務對象，由於前述案件的問題通常是多重複雜且需高度專業整合性的服務輸送，非醫療單一模式即能治本，若個案本身缺乏病識感，未主動求醫或穩定就診，致受症狀干擾或出現暴力行為，同

時也有就業、福利及社區居住等需求待協助等。據此，社安網策略三增設具臨床（clinical）訓練背景的「心理衛生社工」（以下稱心衛社工）加入社安網團隊，與家防的保護性社工共案共訪，提供自殺危險、暴力風險、家庭功能、個案需求的評估，並進一步擬定其服務目標與處遇計畫，以避免症狀或家庭問題持續惡化（衛生福利部，2018）。

「108年度強化社會安全網輔導計畫」的主題二是落實心理衛生社工服務模式，編製心衛社工人員工作指引手冊，工作指引架構包含四個重點，重點一：釐清心衛服務的工作理念與明確界定心衛社工角色定位；重點二：研擬服務流程與保護性社工共案的案件類型、家庭評估的向度與評估指標之運用；重點三：修正心衛社工各種評估紀錄、表單與風險評估分級指標、訪視頻率與共案的評估機制（如表

1)；重點四：優化共案機制，落實網絡合作機制。

在進入心理衛生這個主題之前，主題二小組先進行多場次的內部討論以及外部拜訪，包括先與事業主管機關衛生福利部心理與口腔健康司（以下簡稱心口司）對話，針對社安網策略三辦理溝通座談會，除了解心衛社工目前的業務執行情形外，也多次仔細來回閱讀近50頁的心衛社工使用評估表單，發現表單工具的項目疊床架屋、風險評估結果與實際有差距，高風險低評分、評估頻率頻繁、評估項目的級距模糊不容易界定、過於強調個人生理症狀、家庭系統與動力關係的評估向度較無法捕捉成員之間的動態歷程。好的指標必

須符合：具可測性、具意義性、定義清楚具有一致的理解性（鄭怡世，2016），未來大數據的分析才有意義，因此需要重新檢視表單的各項評量指標，此部份將在本文第三節作更多說明。此外，實地拜訪六個縣市並以座談會的形式與各地一線專業工作者及業務主管，透過案例一起討論呈現目前主題一與主題二的在地合作機制與執行模式。

貳、從被害人開始的加害人工作的蛻變過程

拉拉扯扯—淡出守護被害人（家庭）的單一工作價值。

表 1 心衛社工評估紀錄、表單使用簡述（註 2）

服務階段	編號	紀錄表單	使用時機或評估頻率（狀態）
初次評估	表一	心理衛生合併保護性議題個案初評表	初次訪視評估時須填寫，應於收集後兩週內評估完畢（建議修訂）
	表四	個案紀錄表	初次訪視時須填寫
追蹤關懷	表二	精神疾病暨風險評估表	每一個月須重新評估（建議刪除）
	表三	心理衛生合併保護性議題個案定期評估表	每三個月須重新評估（建議修訂）
	表四	個案紀錄表	每次訪視時須填寫
轉介服務	表五	個案轉介表	個案遇有轉介其他單位情形時需填寫
	表六	轉介回復表	個案轉介至其他單位後，由受轉介單位填寫
	表七	轉介情形追蹤表	開出轉介單後一個月內須填寫
結案	表八	結案紀錄表	個案結束前需須寫（建議修訂）

資料來源：研究者自行整理。

「喂～喂喂！請問衛生局○○○社工在嗎？我有急事要找他，請他馬上跟我聯繫，如果沒有立即配合我的訴求，我就要投訴你們！」；或是「……我就要讓你們再也找不到我！」或是：「我要傷害或殺害○○○，讓大家後悔莫及！……」；……或是「我不需要你們的服務！我現在沒有問題，過得很好。謝謝！」；……或是「你敢再來我家一次，我真的就要殺死你！……」。以上的對話時常在出現在心衛社工的電話紀錄中，更遑論在社區進行訪視所遭遇的千奇百怪的拒訪。然而，心衛社工處在缺乏具強制力的法規依據、來自於保護系統的資訊及共案機制尚有不足，甚至許多網絡單位對於心衛社工功能抱持錯誤期待的處境。

家庭暴力是家庭系統失衡的現象，家內成員深陷於權力與控制及彼此間情感糾葛中，家暴事件中的兩造無法全然以是非對錯的二元思維論斷。實務上不難發現，家暴案件兩造互為相對人與被害人的比例不低。治理合併精神疾病的加害人／相對人的心衛社工角色非常考驗，以下回顧社安網將近兩年匍匐前進的足跡：

一、守護被害人——以家暴加害人精神疾病的社會控制為治理策略

過去，家暴防治的作法上，將事件的歸因停留在被害人與加害人／相對人二

分法，過度關注相對人的外顯行為，防治策略亦停留在暴力的抑制，對被害人提供保護而對相對人則施以處遇治療，忽略相對人內在價值觀、生命的歷程及自身和家人關係的評價。近幾年，透過各項研究及實務經驗發現，透過家庭角度思考家暴防治工作，更能貼近家庭的需求並有機會修復破裂的家庭關係，邱惟真、阮祺文（2016）透過與法院合作辦理的家暴相對人整合性方案發現，約有64%的家暴相對人具有改變的意願。是以，中央政府透過社安網政策所編列的預算經費，補助各縣市及民間單位拓展家庭暴力相對人服務方案，以提供相對人心理、法律、醫療等專業服務，協助其心理復健及生活適應，最終能達到減少使用暴力之目的。

心衛社工之設置無論在衛政或社政端均屬創舉。只不過，心衛社工被擺在衛政系統內，斡旋在公共衛生護理師及社區精神關懷訪視員之間，共同服務不同狀態與類型的精神疾病患者，在其角色定位與工作的核心價值對服務提供者及使用者都產生衝擊的情況下，使用的評估工具可否貼近實務並滿足計畫的期待？

二、寄居社安網的心衛社工

針對服務目標族群，中央分別運用精照系統列管社區精神疾病個案、保護系統管理保護性議題個案。故心衛社工的服務對象清冊係由精照系統勾稽保護系統產

出，然計畫執行初期因系統配套措施無法銜接且精照系統未勾稽正確之保護系統欄位，以致於心衛社工需不斷聯繫家防社工詢問個案概況，甚至詢問之個案已結案多年，徒增第一線人員之工作負荷。有關心衛社工評估表單之擬定，亦未考量其專業特性、訓練背景及受評估對象之特殊性，僅沿用舊有之精神症狀評估並加上家暴高危機個案解除列管評估指標中相對人評測題項，即將個案粗略分為A、B、C三級訪視。心衛社工在網絡間被要求擔任主動聯繫的角色，在行政流程上有掌握個案保護性案件資料的無助與焦慮，在被個案當成詐騙集團時又須考量自身訪視的安全，確實需要強大的心理素質及單位的支持與後盾才能繼續堅守崗位。

三、共築安全網的夥伴關係

今（109）年，衛福部針對第一期社安網計畫廣納各縣市第一線人員之建議，委託專家輔導團進行各項策略社工工作指引手冊及表單之修訂，針對心衛社工部分，不難發現專家們仍將心衛社工設定為提供家防中心、兒少保社工了解精神疾病或主動提出共案者之角色。心衛社工執行業務期間若發現確有家暴、兒少保等案件時，均應依規於24小時內責任通報家防中心，家防中心收到通報後依規應立即連繫當事人與網絡相關人員評估個案之受暴風險，綜合評估後向各網絡提出共案服務

或處遇建議，而非心衛社工逕行提出共案建議即可。另心理衛生社工服務對象雖是精照系統勾稽保護系統之保護性案件加害人，然而實務上多有互為加害人及被害人之個案，社工關注之焦點應為個案本身而非其於家庭暴力案件中的角色。再者，心理衛生社工與家防社工、兒少保社工均為社會安全網中同等地位之專業人員，針對精神疾病如何影響親密關係暴力行為與家庭動力甚而影響個案親職功能，身為與家庭工作之專業工作者均需在各自崗位上不斷精進其各項知能，而非單方面由心理衛生社工協助、更非心理衛生社工之工作價值與方向，爰心衛社工非提供家防社工疾病影響暴力之諮詢者之角色，而為與家防社工共同提供家庭評估處遇之角色。

四、成為「以家庭為核心」的共案團隊

心衛社工之工作目標，除了追蹤精神疾病穩定外，更應以關注家庭互動、修復關係為目標，採用優勢觀點，滿足每一個家庭成員的缺乏和需求，各自歸回原有的位置上，發揮該角色應該有的功能；然大多數心衛社工對於家庭社會工作及精神社會工作方法是陌生的，未來如何凝聚各網絡間共識，並將整個家庭視為家暴防治工作的單位與工作對象，而非將暴力的成因歸因於精神疾病、憂鬱、自殺、藥物濫用等表面問題，是努力的方向。

參、從評估工具、指標操作化 定義到風險分級

坎坎坷坷——進入田野尋求共識與理解的過程。

心衛社工發揮其臨床專業能力，評估家暴併精神疾病加害人／相對人的疾病樣態、就醫與服藥情形，逐步落實心衛社工及家防社工建置共案的專業資訊交換與討論平臺的構想，加強介入處理的時效，預防暴力發生，避免等到暴力發生時才反應。因此，心衛社工與家防社工共案、共訪、共評的合作機制在社安網政策推動中扮演著重要的角色（游美貴、廖美蓮、陳玟如、鄧佳旻、黃淪珊，2020）。工欲善其事，必先利其器，要有適當的工作評估，就要先從表單著手，經與六個縣市衛生局及心衛社工的座談、交流與確認，梳理目前的操作流程與系統表單使用情形，分別從評估表單與評量指標兩個面向分析說明：

一、「去專家化」、「去病理化」與 「家庭為中心」的眼光檢視評估工具

心衛社工的評估紀錄表件共計八份，其中表一、表二、表三（參考表1）內容冗長，在精照系統上分屬不同階段填寫，內容幾乎一模一樣，題目有重複之外，部份欄位僅適用於成人保護個案，而不適用於兒少保護、老人保護或性侵害案件，有

幾個關鍵原因促成輔導團決定刪減與增修的現有評估表件，分別如下：

- （一）表一《心理衛生合併保護性議題個案初評表》，共13頁。關於醫療順服性、服藥規則性（Brown & Gray, 2015）與病識感認知程度（Marjorie & Ruth, 1999）三項是心衛社工對個案重要的評估指標，惟原來表單上這三題的選項缺乏操作性定義或參考值，造成一線工作者只能各自理解並界定每個等級的定義，使得統計的基準不一致，影響社安網大數據的資料分析。
- （二）表二《精神疾病暨風險評估》原先設定訪視頻率為每月重新評估一次，然而對慢性病患個案而言，一個月內疾病變化的幅度可能有限，當個案狀態差異不大，表件頁數又多，有些欄位缺乏客觀評量指標，不僅降低表單的實用性，對評估處遇也沒有實質意義。
- （三）表一與表三的ABC風險級數與分級評估，只有提到各種風險等級的工作目標、訪視規格，但沒有說明分級計算方式的依據。研究者團隊進入系統實際操作，發覺兩個問題：第一，心衛社工進行風險分級，原先是以暴力與症狀為評量的兩軸線，但有可能發生高危機案件低派（A級案勾C級案），然而心

表 2 心衛社工評估風險 PMH-ABC 分級分類（草案版本）

等級		PMH-A	PMH-B	PMH-C
保護性案件 分級分類		1. 個案犯成人保護案件， TIPVDA大於8分屬高危機案件。 2. 個案犯兒少保護案件， SDM ^R 屬高危機。 3. 性侵害再犯風險評估為 高或中高者（由心理師 專業評估）。	1. 個案犯成人保護案件， TIPVDA 4-7分屬高危機 案件。 2. 個案犯兒少保護案件， SDM ^R 屬中高危機。 3. 性侵害再犯風險評估為 中低者（由心理師專業 評估）。	1. 個案犯成人保護案件， TIPVDA 3分以下屬低危 機案件。 2. 個案犯兒少保護案件， SDM ^R 屬低危機。 3. 性侵害再犯風險評估為 低者（由心理師專業評 估）。
心理衛生 分級		符合前開任一項，且有以 下情事之一者（參考條 件）： 1. 病情不穩定，未就醫或 不規則就醫。 2. 缺乏病識感。 3. 有多元照顧議題（近1 年有自殺通報或物質使 用者）。 4. 獨居、同住者為65歲 以上者並有失能或長照 議題、成年慢性需照顧 的精障子女、或12歲 以下小孩。 5. 3個月內重複被多次通 報家防。 6. 心理困擾 >15分：屬 重度情緒困擾（BSRS-5 評量）。	符合前開任一項，且有以 下情事之一者（參考條 件）： 1. 病情不穩定，未就醫或 不規則就醫。 2. 小部分病識感。 3. 有多元照顧議題（近1 年有自殺通報或物質使 用者） 4. 獨居、同住者為65歲 以上者並有失能或長照 議題、成年慢性需照顧 的精障子女、或12歲 以下小孩。 5. 心理困擾10~14分：屬 中度情緒困擾（BSRS-5 評量）。	符合前開任一項，且有以 下情事之一者（參考條 件）： 1. 病情不穩定，未就醫或 不規則就醫。 2. 大部份病識感。 3. 有多元照顧議題（近1 年有自殺通報或物使濫 用者） 4. 獨居、同住者為65歲 以上者並有失能或長照 議題、成年慢性需照顧 的精障子女、或12歲 以下小孩。 5. 6~9分：屬輕度情緒困 擾（BSRS-5評量）。
建議 訪視 頻率	前3 個月	每月至少面訪2次、電訪 2次。必要時協助就醫， 並增加訪視頻率。	每月至少面訪1次、電訪 2次。必要時協助就醫， 並調動訪視頻率。	每月至少面訪1次、電訪 1次。必要時協助就醫， 並調動訪視頻率。
	3至9 個月	每月至少訪視1次及2次 電訪。	每月至少訪視1次及1次 電訪。	每兩月訪視1次及1次電 訪。

資料來源：游美貴、廖美蓮、陳玟如、鄧佳旻與黃渝珊（2020）。

衛社工不能用人工方式修改系統風險級數；第二，儘管已強調心衛社工與家防社工共案共訪原則，然而心衛社工評估加害人的症狀時，較少著墨精神症狀、暴力行為與家庭動力三者之間的交互作用以及帶給家庭系統的影響。因此，將家防社工對被害人的危險評估作為共同討論與聯合評估的基礎顯得重要（如表2），紀錄表單爰增列共同評估欄位，以落實跨專業的合作。

二、建立團隊工作共識的原則釐清評估指標與定義

心理衛生社工角色在以家庭為核心的評估過程中，蒐集個案家庭的疾病風險、保護因子、風險因子與脆弱因子，以及這些因素與家庭系統暨各個子系統間的交互作用是很重要的（Thomlison著、劉瓊瑛譯，2018）。家庭系統理論提出，家庭不只是一群人的集合，而是一個系統的整體，當家庭系統轉變，每位家庭成員的相處方式便隨之改變；因此，與家庭一起工作時，不僅要看見「個人」，也要看見生成個人的「家庭模式」，以及這個家庭結構內多個生命交錯連結的動力關係，是如何受到僵化且隱晦的家庭規則影響運作（Minuchin等著、林麗純&楊淑智譯，2007）。家庭治療師認為，一個人表現任何的症狀，都與其家庭關係的動力緊密關

連（Minuchin等著、張美惠譯，2015）。因此，家庭評估工作強調協助家庭發展處理問題的能力，提升每個家庭的社會功能與修復家庭關係，只要能引導家庭成員看到自己有能力幫助被認定的病患，就會願意改變家庭內本來的互動模式。由此可見，心衛社工與家防社工共同合作、發展一套清楚的家庭圖像，其中涵蓋各種家庭結構、角色和功能顯得重要。透過國內外文獻梳理，輔以心衛社現場實務經驗，統整並研擬心衛社工對家暴加害人／相對人的精神症狀暨家庭功能評估指標架構及內涵，共計分成四個面向、21項評估指標與各個等級的具體定義，以及其系統架構圖（如圖1），以利一線工作者的操作。預計下半年度實地參訪勘察各縣市實際操作的結果，再依大家對各項指標的執作經驗與建議修正之。

肆、心衛社工使用表件的變革

來來回回—聽取第一線心衛社工情境經驗是修改的關鍵。

一、忐忑不安的摸索前進

因應社會變遷及家庭型態的改變，家庭暴力案件的複雜性及多元化也隨之提高，其中又以家庭成員中具有精神疾病類別的案件，其評估的面向以及處理的複雜程度顯著不同於一般暴力案件，在新聞媒

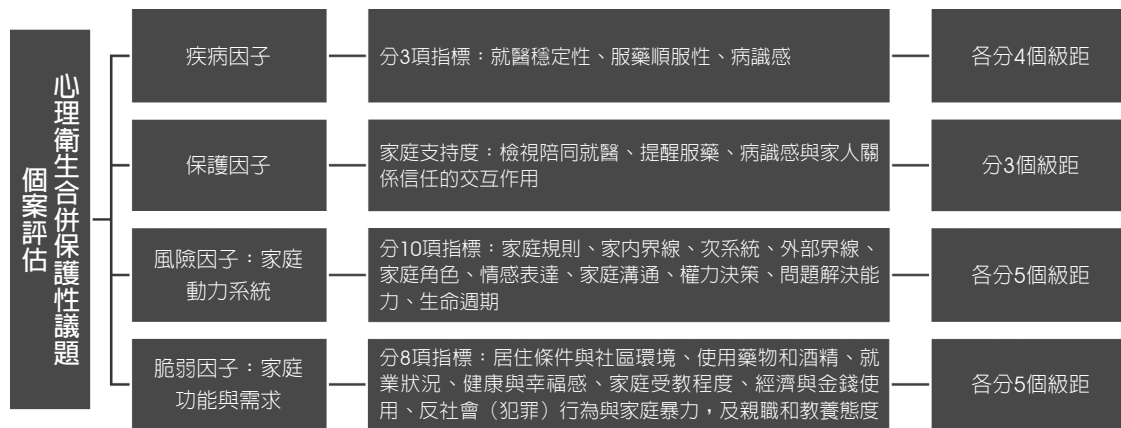


圖 1 心理衛生合併保護性議題加害人／相對人及其家庭評估架構圖

資料來源：研究者自行整理。

體對於精神疾病患者的獵巫式播報及過度渲染之下，使得數起重大的精神疾病患者暴力事件赤裸裸的披露在社會大眾眼前，雖然喚起社會的重視，但某個層面上也形成汙名化的枷鎖，對於本國精神醫療領域的發展可說是利弊互見，也因此，強化社安網2.0的主題二落實心理衛生社工服務模式與優化網絡合作的機制便應運而生。

過往，從醫療院所返回社區生活的精神疾病患者皆由公共衛生護理師及關懷訪視員提供追蹤關懷服務，經過檢視效益產出的評估過程中發現：要處理具家庭暴力議題的精神疾病患者，以舊有的模式運作恐怕已無法滿足這類家庭的需求，因此增設心理衛生社工職類儼然就是政府對社會期待的回應。然而前期階段，由於缺乏實證評估研究的服務模式，也無適切的評估工具，讓心衛社工僅能就公衛護理師及關

懷訪視員所使用之評估表單的修改版先湊合著使用，即開啟和家防社工共案服務的機制，看起來及時回應了社會期待，但對於每位選擇投入社安網心理衛生領域的社工以及接受服務的家庭來說，都是在彼此忐忑不安的狀態中摸索前進。站在精神疾病的評估面雖有其必要性及歷史脈絡，但表單較偏向病理化、數據化的結構，使心衛社工在以家庭為核心的共案機制下難以施展專業。

二、難以對應實務需求的評估表單

許多心衛社工從保護性服務的領域轉職，就必須持續面對及處理個案家庭的問題，然而接觸及評估的主要對象從被害人轉變為加害人，從保護扶助的議題擴大成為家庭動力及生命週期的覺察，更從相對多數的自願性個案轉化為相對多數的非自

願性個案，這些反差使得初踏足此領域心衛社工感到棘手，即使接受一系列以家庭為核心、加強橫向網絡聯繫的教育訓練，仍難以彌補心衛社工在實務現場所需要的技巧能量，若心衛社工所使用的評估表單沒有相應符合的面向，則更難以反饋評估面向的不足。在這樣的背景下，我國第一批的心衛社工仍然秉持著對於保護性工作的熱誠努力面對，縱使有許多夥伴逐漸凋零退去。

再者，心衛社工所使用的精照系統，設計用途是為了慢性化精神疾病患者的社區追蹤、照護，以連結或促進其醫療照護或社區居家治療，因為社安網策略三的推動，短時間內要因應社安網規劃各種橫向聯繫機制，必須介接婦幼保護系統、社福比對系統、戶役政資訊系統…等多項社政長年使用的資訊平臺，心衛社工很快的發現目前所使用的系統及表單恐無法負荷保護性案件高頻率及變動式的評估，資訊的更新速度也跟不上家庭內危機事件或動力的變化，在服務輸送的同時亦發現裝備的缺乏及不適用，尤其是對於幾乎過半的酒癮、藥物過度使用及人格違常的案件類型，使用舊有的評估面向不僅突兀，也難以即時回應和家防社工的共案機制。

三、中央輔導團的引導及啟發

強化社安網計畫以家庭為中心，整體評估個案及家庭成員之多元需求，擬定工

作計畫，提供整合性服務，各地方政府及中央各司署都面臨全然不同於以往的工作模式，突顯橫向跨部會合作的重要，如何從中央的規劃部署，轉化讓地方的一線社工在實務上可以順暢運作更是一件不容易的事，結合了專業領域的專家學者到各地方政府進行心衛社工現行服務模式的檢核及個案討論，不僅可以從各地方政府的心衛社工服務模式中擷取優點，也在收集心衛社工的實務經驗中修正個案紀錄等評估表單的適用性，在輔導團的研討中提出現正處遇的個案進行研討分析，檢視個案服務介入的階段、環節，舉出心衛社工和家防社工的共案核心任務：

- (一) 經由共案機制讓成保(註3)社工了解精神疾病如何影響親密關係、暴力行為與家庭動力，由心衛社工提供整合性精神醫療服務與資源連結，並協助成保社工擬定被害人安全計畫。
- (二) 經由共案機制讓兒少保(註4)社工了解精神疾病如何影響個案的親職功能與家庭動力，提供個案整合性精神醫療服務與資源連結，並幫助兒少保社工在考量個案患有精神疾病的狀態下，如何兼顧個案本身狀況與兒少的家庭處遇規劃。

從社安網2.0計畫第一期的尾聲回首看來，接受輔導團的檢核引導是重要的一環，因為結合了實務經驗、學術研究與文

獻理論以及政策規劃的輔導過程，確立心衛社工的服務價值觀：充權賦能並從加害人／相對人的角度及立場出發，並以家庭為核心的保護性處遇服務為理念。

四、心衛社工與家防社工重新思考共案的優先順序

依據衛福部函示，心衛社工自民國108年8月起，啟動服務所謂的「105年~107年保護系統曾經在案」，要求心衛社工主動介入過去曾有家暴通報及開案服務紀錄、而目前家防社工已結案的精神疾病患者，然而時空遞嬗，現有的評估表單並不適宜用於評估其精神疾病、暴力行為對於家庭動力的影響，同時也缺乏保護性社工提供來自於被害人的佐證資訊，尤其這類被害人容易因為過去的受暴經驗選擇遠離加害人／相對人，往往與之疏離甚至已斷絕關係，使心衛社工在單打獨鬥的狀態下難以找到以家庭為核心的施力點來啟動共案處遇，雖然可以達到暴力風險評估及預防的部分效果，卻不符合共案的精神，因為只有心衛社工單方在案，自然無法共案。

在參與社安網主題二心理衛生工作指引的焦點團體中發現，輔導團在巡迴座談中已先蒐集與梳理各地心衛與保護系統一線工作者對於那些類型案件較能夠成功合作或迫切期待共案的案件，並排出四種共案的案件類型優先順序，包括：（一）

重複進案案件（例如酒後情緒失控）、（二）婚暴合併兒保與精神症狀（例如妄想型人格違常與反社會人格等）、（三）照顧議題，照顧者變加害者或因長期照顧負荷而罹患憂鬱的案件（例如老人保護、精障保護個案）、（四）家暴合併多元需求案件（自殺、毒品或酗酒等）。

五、經歷社工實務、學術理論及社會政策的相互激盪

精神疾病是一種慢性病，藉由生活作息調整，透過家人的支持及適當的藥物治療，定時回診追蹤就能穩定病情，恢復正常生活。隨著精神醫療的進步，多數在急性期出現的混亂、干擾與失序等精神症狀，都能有效地獲得緩解與改善；然而精神醫學是個腦部病變治療、個體成長經驗及家庭社會功能交互影響的領域，現行精神醫療工作模式必須結合醫、護、職、心、社的專業合作，才能趨近精神疾病患者的多元化需求。是以服務對象為過去曾有家庭暴力紀錄、或現正處於家庭暴力高風險期的社區精神疾病患者的心衛社工，需要發展不同於過往在醫療院所的團隊合作模式，其角色定位在必須擔任、兼顧及連結精神醫療網絡及婦幼保護網絡單位的個案管理者。

在社安網策略三一心衛社工的業務推展中，有幸可以經歷結合實務經驗、學術理論及政策規劃互相激盪的歷程，這來回

多次的溝通討論逐漸形塑建立起心衛社工的服務理念及核心價值，討論思辯的過程中也挖掘出一些可行的網絡合作機制、資訊即時交換、交接或案量限制…等，但檢視後往往仍須留意法規限制、實務現況、以及是否有理論或實證研究根據…等多重考量，因此可能無法完全符合各網絡及相關單位的多元期待，但仍可看到社工專業結合心理衛生及暴力防治的開創性及結構改革是真實且有感的，也讓每位參與心衛社工表單改革的夥伴在過程感受到尊重、有成就價值感，期許這些努力讓每個需要幫助的家庭及個案能獲得更適切且符合需求的服務。

伍、從篩派到共案怎麼做？

風風雨雨，實踐團隊合作與共案機制。

民國107年尚無社安網系統，至108年初雖完成社安網系統介面，但無法完整查詢經接入社安網系統之個案清冊相關資訊，能從系統中得知的個案服務資訊更少，若需更多個案服務資訊，須向精神照護個案管理員諮詢，讓迅速及精準篩派個案優先順序更顯困難；甚至系統清冊無法篩選年度期間，更有105年以前曾經在案案件，篩派案似乎全憑派案者隨機選派，須將清冊全部匯出再人工逐一汰除，留下待服務案件，而何者優先派案服務亦無定數與原則。此外，在檢視清冊的過程中，

發現案件是滾動式而非一成不變的，但系統不會主動提醒案件有變，心衛社工也難以立即得知在案服務中的社政保護案件新案串接進系統的時間，雖經不斷反映，系統增修功能時已剔除105年以前案件，並得以篩選在案及未派案件，減少了排除非服務案件的前置時間，然仍未解決篩派優先順序及串接進案時間點問題，使得篩派優先順序仍需實務經驗與向前端收集更多資訊，透過雙重資訊共同確認及評估，以完整判斷案件風險性，非僅依精神照護級數或保護系統目前在案與否單一判斷。

經過不斷的磨合，透過與公衛護理師及家防社工反應，在過程中努力不懈探索「精神照護資訊管理系統」與「保護資訊系統」介面的欄位顯示與第一線公衛護理師及社政單位社工的討論，形成了目前的篩派標準及共案機制：

一、派案流程與啟動合作

首先，隨時檢視清冊有無新案，從待服務案件中優先選擇目前保護系統在案案件優先派案，先與家防窗口確認主責社工並告知心衛之主責社工，且於派案同時通知家防之主責社工啟動共案機制之準備，另須與公衛護理師端聯繫確認將派及目前服務狀況與須注意事項，再於派案時同步告知心衛社工；心衛社工接獲派案後需聯繫社政保護社工，討論各自所獲案件

及案家相關資訊，約定共訪時間，共訪完後再進行討論，擬定網絡間分工合作之服務目標與整合性服務計畫，並不定期檢視目標達成情形及視評估需求逐步修正服務目標與策略，以家庭為服務核心，進行不同服務階段的資源連結，串聯案家就學、就業、就養及醫療等方面需求，整合社政與衛生行政單位不同專業優勢，補強過往家庭暴力體系對加害人及其家庭在心理衛生議題介入服務的不足，並能藉此更強化目前家庭暴力防治系統的服務量能。藉由心衛社工的加入，將原本僅以被害人為服務視角的家庭暴力防治服務，擴充到「看見」加害人在家庭暴力事件中的需求，進而提供協助。

二、曾經在案之篩案機制

針對非家防在案中的案件先行篩選，以精神照護級數一級為優先，並與公衛護理師討論適合派案與否及須注意事項，於派案時同步告知心衛社工，其次則為精神照護級數二級、三級…以此類推，服務過程中若發現尚有保護情事發生或風險評估等級提高，則依關懷e起來通報程序逕行通報，連結至家防的保護性社工評估介入，共同討論，循前述方式進行服務。

三、發展後續追蹤

對於心衛社工已結案之案件，主動積極向各公衛護理師宣導若個案或家庭狀

況不穩定致使風險提高，可知會衛生局端逕行討論派案，再由心衛社工受案評估後續服務策略，以達跨專業多元服務網絡整合性服務及精神照護個案落實分級分流服務機制，強化社安網計畫精神－案件不漏接，從最初到現在，過程雖風風雨雨，但仍秉持實踐團隊合作與共案機制之理念持續進步中。

四、精進篩派到共案機制

有鑑於，心衛與家防兩邊系統的差異，使系統介接案件發生時差，共案需花費不少時間確認資訊準確性，如是否開案服務或加被害人關係等，經過不斷與社政窗口溝通確認雙方獲知之資訊及澄清與溝通，已能快速交流並達成共識，形成無礙溝通，讓心衛社工得以盡早介入與保護性社工共案合作，共同討論整合性服務計畫。綜上，為使服務再精進，歸納關於篩派到共案之問題與建議如下：

（一）「精神照護資訊管理系統」與「保護資訊系統」未能有效整合，無法即刻得知個案完整家庭訊息。建議優先整合跨專業多元服務網絡，畢竟先有資訊整合才能服務整合，期許透過AI智能整合多元資訊，能更快速獲知服務個案完整家庭訊息及過往成長之脈絡，有助於評估個案狀態。

（二）精神照護級數及社政保護性議題風

險評估難精準評估案家實際或潛在風險狀態。建議透過多元資訊整合建構風險預警系統，藉以篩選出待服務案件之優先順序，以提早發現與預防高風險個案，以利與跨網絡間更迅速與同步啟動相關服務機制，擬定具體且有效之分工合作策略與計畫。

共案過程，家防社工以及心衛社工必須討論共同的工作目標，假如各自為政，缺乏對話，那麼案件極可能回歸各自的進度，不會溝通何時完成處遇目標，讓服務能暫時告一個段落。再者，心理衛生社工與保護性社工有時在服務目標以及所提供的處遇上，可能會有衝突或是差異，如果中間沒有共同討論案家服務目標的機制，很可能反而對家庭造成負面的影響。

陸、結論與建議

兢兢業業—由下而上的合作關係。

一、結論

社安網希望看見的不只是「個人」，更要看見生成個人的「家庭系統」，以及在這個家庭結構內多個生命交錯的情感連結、界線及權力牽動的動力關係與隱晦的家庭規則背後的運作，家庭治療師論述，個體所呈現的任何症狀，都與其家庭關係有緊密的關連，在這個處遇信念下評估暴

力事件才有意義。因此，社安網共案合作，正是為了強化協助家庭發展處理問題的能力所不可或缺的機制，只要能引導家庭成員看到自己有能力幫助被認定的病患，就有機會改變家內固有的互動模式，協助心衛個案恢復到原來的社會角色功能。亦因此，共案過程必須意識到疾病與家庭生態系統的交互作用，並評估疾病在此系統內的風險，以發揮預防效果。

值得反思的是，精神疾病不見得是影響加害人/相對人使用暴力行為的唯一原因，這恐怕是一種對精神疾病的污名。加害者/相對人的症狀有的時候也參雜了其本身的性格與防衛機轉，包括：缺乏現實感、思考僵化、扭曲、多疑或深信不疑、妄想或幻聽，或是易怒、衝動夾帶暴力傾向，在在都影響其認知、情緒及行為舉止等層面，若心衛社工能夠在網絡會議上提供家防社工或相關單位有關其個案的狀態與症狀解碼，有助於讓網絡成員提高敏感度與家庭工作。

透過參與主題二，建構心理衛生社工人員工作指引手冊的過程，面對面的互動、對話與討論、線上會議、或利用心衛社工種子老師line群組的發問、發想，才能體會萬事起頭難的箇中滋味。一開始，先是發現心衛社工使用的評估表單是最大的結構性障礙，接著發現社安網心衛社工角色功能與定位並不明確，後來又發現雖然已有共案共訪的制度，但由於欠缺合作

機制，使得執行尚無法真正落實。此外，心衛社工有如孤鳥，在小的縣市可能只有一或兩位的名額編制，因此體制內無法編列督導的職缺，在缺乏穩定與持續的督導制度下，增加工作者的挫折感，促使心衛社工難以久任。本文的四位作者中的兩位曾經是保護性的社工，後轉跑道加入心衛行列，其中一位有感而發：

「初出茅廬的熱血社工鼓起勇氣投身浪濤洶湧的心衛社工服務，不管面對多少多重複雜的困境或令人沈重的案情，仍讓滿懷理想抱負的菜鳥願意迎頭接受挑戰，然而隨著案件所帶來負向情緒的能量損耗、和保護網絡單位的業務拉鋸、進行家庭處遇遭遇加害人威脅恐嚇或施虐者的起起伏伏，使第一線專業工作者逐漸累積斑斑傷痕，更可能對自己所存在的社工價值及社會觀感所烙下的期待感到疑惑，有社工因此喘不過氣、不堪壓力負荷，離開這充滿助人價值使命但卻缺乏網絡支持的領域。」

二、未來展望

當心衛社工與家防社工兩個團隊攜手合作，從家庭需求的角度出發，不斷的優化服務策略和輸送，就能提高服務效能。只是，在合作過程中仍有一些結構性的障礙值得中央與各地方政府一起努力衝破圍牆，提出四點建議如下：

（一）建構跨專業的集中篩派團隊

心衛社工與家防社工的合作最好始於集中篩派案中心，以增進並深化對彼此工作的認識，因此建議集派中心團隊加入有心衛專業背景的成員。

（二）建置共案平臺與聯合評估機制

為免家防社工的危機評估與心衛社工的風險評估產出不一致的結果，建置對話的平臺並定期討論是合作過程中很重要的一環。未來在評估表單中，建議新增一個雙邊評估的區塊，目的為形成工作目標的共識。共案機制能增進心衛社工與家防社工之間的互動，以及對於個案家庭的共同評估。

（三）發展符合倫理的個案資訊共案機制

資訊先整合服務才能整合。目前「精神照護資訊管理系統」與「保護資訊系統」尚未有效整合，無法從系統知悉心衛個案全面的家庭資料，只能名義上共案，共管尚須排除結構性的困難，例如專業保密倫理守則、被害人身分保密、人身安全議題以及個人資料保護法等相關規定，因應未來共案平臺的建置，應儘早研擬開放授權對方分享資訊的範圍與限度，讓彼此得以觀看了解對方的工作進度，也不失倫理原則。

（四）發展與培力「心理衛生種子老師」

「強化社會安全網計畫」特別重視共案機制與評估表單的修改與各個評量指標的操作化定義，未來，期待投入資源培訓心理衛生種子老師，由種子老師先學習練習正確使用評估表單與共案共管的的操作原則，再實地教授、陪伴其他心衛夥伴相關知能、概念與應用，精進心衛社工的專業與評估知能。

最後，感謝每一位願意在心理衛生社工領域付出耕耘的夥伴，竭盡全力貢獻社工生涯所積累的實務技巧，及堅持那份對

保護性案件的熱情。期待心衛和家防社工的共案機制成為保護性合併精神疾病患者及其家庭的福音，共同以友善與平等編織密實的社會安全「網」。

（本文作者：廖美蓮為東吳大學社會工作學系副教授；陳道新為臺南市心理衛生社會工作督導；廖敏棋為雲林縣心理衛生社會工作督導；陳曉萍為前臺北市心理衛生社會工作督導，三位督導為社安網主題二的心理衛生種子老師。）

關鍵詞：社會安全網、心衛社工、從下而上、共案機制

註 釋

註1：指修改心理衛生合併保護性議題個案評估表格的經驗。

註2：由於表件的頁數很多，請至衛生福利部心理健康與口腔司網站查閱。

註3：成保社工是指各地家庭暴力暨性侵害防治中心成年保護案件社工。

註4：兒少保社工是指各地家庭暴力暨性侵害防治中心兒童少年保護案件社工。

參考文獻

Minuchin等著、林麗純、楊淑智譯（2007）。《家庭與伴侶評估：四步模式》。臺北：張老師文化。

Minuchin等著、張美惠譯（2015）。《米紐慶：家族治療百寶袋》。臺北：張老師文化。

Thomlison, B著、劉瓊瑛譯（2018）。《家庭評估實務：概念與方法的學習手冊》。臺北：雙葉。

邱惟真、阮祺文（2016）。〈家庭暴力相對人整合性方案之發展與建構：以中區防暴中心為例〉，邱惟真主編，《家庭暴力相對人處遇與評估論文集（1-16頁）》。臺中：社團法人臺灣家庭暴力暨性犯罪處遇協會。

游美貴、廖美蓮、陳玟如、鄧佳旻、黃渝珊（2020）。〈心理衛生社工人員工作指引手冊（初

稿)》，衛生福利部社會及家庭署主辦「109年強化社會安全網輔導計畫全國性期中成果分享會」。臺北：臺灣大學社會科學院梁國樹國際會議廳。2019/7/14。

衛生福利部(2018)。《強化社會安全網計畫(核定本)》。<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-40093-1.html>。

鄭怡世(2015)。《成效導向的方案規劃與評估(第二版)》。臺北：巨流。

Brown, E. & Gray, R. (2015). Tackling medication non-adherence in severe mental illness: where are we going wrong? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), pp. 192-198.

Marjorie, B., & Ruth, L. E. M. (1999). A descriptive study of insight into illness reported by persons with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(1), pp. 47-53.