

心衛社工在社安網的角色與功能 ——過去、現在與未來展望

陳玟如

壹、過去：心衛社工在臺的發展

精神醫療學在歷史上曾歷經四次革新運動，第一次是18世紀末為顛覆中古世紀中對「瘋癲」定義的人道治療運動，第二次是20世紀初的心理分析學運動，第三次是1950年代的社區心理衛生發展，第四次是1970年代迄今的精神醫學（史考爾著，梅荻苙譯，2018）。若以心理衛生社工（簡稱心衛社工）的服務階段區分，有張如杏、楊添圍、張玲如（2017）提出三段五級的照顧光譜，分別是「初段預防（含促進健康、特殊保護）、次段預防（即早期診斷及早期治療）、末段預防（對復發的慢性病人改善生活品質）」。若以心理衛生發展的時間順序來看，則可依據王金勇、李易蓁、李玟璵、陳杏容（2020）對臺灣精神醫療社會工作的起源與發展，區分為「1950-1970年的萌芽開創期」、「1971-1996年的培訓成長期」、「1997

年-迄今的專業發展期」等三個階段。為回應心理社工在臺之發展，本文將以發展時間進行整理，簡述如下：

一、「萌芽開創期」

此階段以林李美貞（註1）為起點，她除了是第一位本土的精神醫療社會工作者外，也是率先於民國46年在臺大醫院精神科門診與病房，以社會個案工作的方式提供病友服務的社工，是奠定社會工作在精神醫療院所得以發揮社工角色與功能的重要代表（黃梅羹，1992；李雲裳，2005；張如杏，2006）。爾後，臺灣於1956年在世界衛生組織資助下成立「臺北兒童心理衛生中心」（註2），並開始聘任專職社工人員提供家庭評估與介入服務等臨床工作（王金勇等，2020）；繼受1950年代全球吹起「治療性社區」（The therapeutic community）風潮的影響，以及1960年代有人主張以「團體過

程」(group processes)作為接近精神病患應為其主要方法，且強調應賦予和病患關係最為親近之工作人員適當的權威與責任，儘管個案工作仍是精神醫療社工主要的工作方法，但其角色與功能已逐漸由過去直接對精神病患的服務、轉向須兼顧間接服務的型態，且開始偏重諮商、督導、社區組織與病人心理衛生教育等技巧（黃梅羹，1992；張如杏、楊添圍、張玲如，2017）。

此階段臺灣精神醫療社會工作具體擴展的代表，如1965年的臺大精神科開辦了成人日間留院部、1967年臺北兒童心理衛生中心成立兒童日間留院治療部，以及透過臺大醫院的協助在全臺各地成立的精神醫療專科醫院（包括高雄市立凱旋醫院、臺北市立聯合醫院松德院區與仁愛院區、彰化基督教醫院）；此外，1968年為配合臺大醫院精神科的研究，社工人員亦開始在臺北木柵區衛生所參與推展預防性社區心理衛生工作，以減輕病人與家屬的痛苦，此舉則被視為精神醫療社工進入社區的濫觴（黃梅羹，1992；王金勇等，2020）。

二、「培訓成長期」

此階段的發展，實與臺灣社會工作教育的發展有關。林萬億（2013）指出在1971年行政院核定令省、市政府聘用社工名額，且1973年亦有四個縣市開始聘

用社工員後，已使得社會工作教育的專業化需求更顯迫切，並讓臺灣社會工作教育開始得以被認可為一門獨立的學科訓練；在1950、60年代已有不少留學返國並開始從事社會工作教育的大學教師，在他們的努力下，社會工作的分組教學更帶動了社會工作教材出版的需求。以精神醫療社會工作教育為例，中興大學社會系早於1972年便已開設「精神病社會工作」之選修課（王金勇等，2020）。

除臺灣精神醫療社會工作培養出越來越多專業人才外，在政策上亦制定諸多規範精神醫療社會工作實踐的法令與措施。如1980年通過的《精神衛生法》、1986年行政院衛生署依法陸續推動的《全國醫療精神網計畫》與精神科醫院評鑑、1987年的《醫療機構設置標準》（註3）、1995年全國開始實施《全民健康保險法》與將慢性精神病患納入《身心障礙者權益保障法》（註4）（原殘障福利法）等。張玲如（2013）曾指出，1986年的精神醫院評鑑已明文規範醫院應成立社工部門且聘任相關科系之畢業生，對精神醫療社會工作者的角色與功能有了明確的正面影響。然而，如同水能載舟、亦能覆舟，張如杏（2006）則指出政府推動的精神醫療政策雖帶動大量社工專業人員投入醫療服務並促成相關專業的專業化發展，但在全民健保與總額制度對醫療專業的衝擊下，促使醫院僅重視經營績效，驅使社工專業性用

證照區隔以爭取收費及增加服務項目的發展，不僅使得精神醫療社會工作日漸偏向醫療行政，精神醫療社工專業能力的發揮，也越來越被侷限在醫療院所。從上可知，儘管在「萌芽開創期」已種下社區精神醫療服務的種子，但其後的發展，卻在精神醫療日漸專業化與體制化下，壓縮了社區精神醫療服務茁壯的空間。

三、「專業發展期」

1997年我國立法通過的《社會工作師法》可視為是與「培訓成長期」分水嶺。《社會工作師法》除了象徵社會工作專業地位在臺灣的確認，也是社會工作專業走向證照制度的重要里程碑；2007年對該法的修正內容，更增設了「專科社會工作師」，並在2009年頒布《專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法》，將「心理衛生」納入專科社工師的五大領域中，且其職務內容，則包含任職醫院與社區的精神醫療與心理衛生社工人員；實是將精神醫療院所與心理衛生之社工專業，視為同等重要的一大證明。

在1997-2009年間，影響精神醫療與心理衛生社工人員在工作角色與功能之相關政策與法規，亦相繼出現。包括了2001年衛生署制定《家庭暴力加害人處遇計畫規範》，可由主管機關遴聘受過家庭暴力防治相關訓練且具實務經驗之社工師，提供加害人處遇計畫（註5）；2005年起，衛

生福利部鼓勵聘任有社工專業訓練背景或社工實務者，投入由各地縣市政府衛生局或民間單位聘任的社區關懷訪視員；2006年起，全國各縣市成立的毒品危害防制中心，提供成年癮者戒癮與復歸社會，並鼓勵聘任有社工專業訓練背景或社工實務者擔任毒品個管師；2012年修訂公布之《性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法》，亦是由符合資格之精神醫療院所（含院內社工師）及社福團體、機關、個人（含執業社工師）等執行（王金勇等，2020）。自此，精神醫療院所或從事社區心理衛生服務之社工專業人員，在依循這些規範與辦法下，開啟對這群不一定為精神疾患確診、但依法裁定應對其提供心理輔導、精神治療、戒癮治療、其他輔導／治療、社區關懷訪視、與性侵害加害人身心治療及輔導等之服務大門。

貳、現在：心衛社工在社安網的角色與功能

從上簡述，可知在2018年推動社會安全網（簡稱社安網）以前，臺灣精神醫療社會工作（含醫院與社區）專業發展的起源與發展脈絡，是從醫院逐漸走向社區，而政府發展精神醫療服務的重點，則涵蓋以醫療院所的門診、急診照會、住院精神醫療（含急性住院、日間／夜間留院、復

健治療），及社區精神復健醫療體系（含居家照護、康復之家、庇護性工廠、社區復健訓練中心）；加上在健保的護航下，讓慢性化的精神病友或嚴重病人之治療與服務介入，有了較為綿密的醫療及社區照顧體系。然而，對合併有家庭暴力事件的精神疾患確診、或疑似有精神疾患之加害人來說，被判須接受加害人強制精神治療期間，對於如何重建其精神疾病、家庭生活、個人功能等生活平衡，卻在此類服務對象的問題被病理化與去社會脈絡化、合併有精神疾病與暴力行為者之加害人被部分民眾期待應施以強制隔離與監禁下，對這群加害人提供整合精神醫療、家暴防治與自殺防治等整合性社會服務，成了社安網推動前的服務死角。

家防社工C：如果合併有精神疾病，只要有暴力問題，就算是我們的……但是我們也沒辦法叫他看病吃藥……找他們（精神公衛護士）也都說個案沒有服務意願……或者叫身障科或老福科幫我們評估老人受照顧的情形，有些他們連這個都不願意……他（加害人）到了要出院的時候，醫院就會一直 call 我們，要我們幫他找機構……衛生單位只會回覆我們他們只是負責嚴重病人（註6），說安置是社政的事情……（鄭麗珍、游美貴，2013：177）。

有鑑於此，108年強化社安網計畫中特擬定策略三「整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」，強調應跳脫過往僅注重被害人的服務思維，將介入層面擴及至合併有精神疾患與自殺行為之加害人，期待透過整合性跨系統服務，補強過往家庭暴力體系對加害人及其家庭在心理衛生需求介入之不足，特別新增心衛社工一職，期待心衛社工除了能肩負起活化過往服務死角的重要任務外，更能發揮社工專業效能及強化家庭暴力防治的服務量能，以更積極的態度，回應加害人因精神疾患與成癮議題衍生出的暴力循環、反覆進案、及自殺／自傷等累加性風險。據此，筆者試圖提出心衛社工在社安網中，兩項重要的角色與功能並分述如下：

一、對合併精神疾病與自殺行為之加害人，提供「以家庭為核心」之整合性評估

衛福部（2018）指出過往服務家庭暴力加害人合併精神疾病與自殺意圖／行為時，常見的六類困境是：（一）加害人合併精神疾病、自殺意圖者，除暴力行為問題，精神疾病及家庭問題複雜，個案處理之複雜度極困難度很高；（二）精神照護及自殺通報個案之關懷訪視員，縣市多採人力委外聘用、個案分訪等方式運作，關懷訪視員的訪視量負擔極大（註7）；（三）現行關懷訪視員以處理疾病問題為

主，缺乏對個案之家庭、經濟、社會福利需求與自殺風險等議題之完整評估（註8），因此影響對需求的回應及資源連結能力，導致對暴力再犯預防及自殺防治的成效有限；（四）家暴及性侵害加害人介入之執行業務及列管案量高（註9），但執行人力卻十分有限；（五）根據過往對家暴加害人合併精神疾病的服務經驗，這些人普遍缺乏治療動機與相關社區資源，以致難以預防暴力再犯；（六）自殺成因往往複雜且多元，當被服務人為家暴加害者時，更難以即時發現與轉介至心理健康體系與自殺防治輔導。

然而，國外已有不少研究指出家庭暴力與虐待不僅和個體的社會心理狀態及精神疾患有關，且在暴力與虐待的歷程中，將更削弱受害者與加害者的社會心理適應力與惡化原有的精神疾病，因此若能對受害者與加害者均提供心理衛生的專業服務，不僅能提升他們這群人的心理健康，且對暴力行為的再發生亦有其保護作用（Ruijne, Howard, Trevillion, Jongejan, Garofalo, Bogaerts, Mulder, & Kamperman 2017; Lee & Hadeed, 2009）。自2018-2020年社安網輔導團對心衛社工目前工作現場的觀察，不難發現心衛社工面對加害人合併精神障礙與自殺行為之服務樣態不僅複雜，且時常面臨諸多難解的困境；筆者透過輔導團與縣市衛生局心衛社工、家防社工共案服務經驗中，整理三類常見合

併精神疾病與自殺行為之加害人的服務紀錄，以凸顯心衛社工服務對象與其案家之多元複雜性。

（一）兒少保加害人也是親密關係中的隱性被害人

加害人因揚言要殺害子女而被通報兒少保案，經兒少保社工轉由心衛社工評估後得知，加害人長期飽受憂鬱情緒與照顧壓力所苦，且亦為長期處於親密關係暴力陰影下的隱性被害人；該加害人在自認無法再提供子女必要的照顧與保護下，萌生殺子意圖。經心衛社工根據過往病歷評估，始得知該加害人在過往已有多次自傷與傷人之行為而遭強制送醫後，但因有照顧壓力與親密暴力議題、因而無法穩定就醫與就業，導致身心失衡的惡性循環。基於加害人為隱性的親密暴力被害人，因此心衛社工除了需持續與兒少保社工討論如何共案處遇外，還須連結精神醫療資源，以利對加害人創傷後壓力症後群與憂鬱進行進一步評估與診斷，及保持對親密暴力之敏感度。

（二）兒時便發病，但在成年後須承擔起家庭照顧責任之加害人

加害人與被害人為母子，且為家中獨子，因毆打案母後因尊親屬暴力事件開案。因有確診病例紀錄，因此家防中心開案後便轉由心衛社工進行加害人合併精神

疾患之處遇；經心衛社工了解，加害人因青少年時期發病被診斷有妄想型思覺失調後，主要多由父母親照顧，成年後之工作與就醫狀況還算穩定。3年前案父因病過世後，便開始承擔照顧母親的責任，母親近1年來開始情緒不穩定，時常辱罵加害人，且多次外出後無法自行返家。暴力發生的起因，是加害人認為案母可能罹患失智症、因而希望帶母親就醫，但多次均被母親拒，時有口角並進而引發推擠與情緒失控之暴力行為。經心衛社工評估，此案家實為病人照顧病人的弱勢家庭，加害人不僅因早年發病而影響社會適應與功能，父親死後的照顧壓力更直接影響與案母（被害人）的關係與自身的就醫穩定。基於加害人為已確診之精神病人，而被害人有老年及長照需求，在家防中心開案後，展開心衛社工需協助合併精神疾患之加害人的處遇計畫，並與家防成保社工共案，以協助案家連結社會局處之長照資源與相關社區資源。

（三）承擔起家中經濟責任的加害人

加害人與被害人為配偶關係，育有子女，因親密關係暴力事件而被通報。基於加害人有自殺通報紀錄，由家防中心轉心衛社工評估後，得知加害人長期為家庭主要經濟來源，工作壓力大或失業時，便會以飲酒的方式紓解壓力，曾至身心科評估後有輕度憂鬱的診斷，儘管被害人樂

見如此，但在對憂鬱症狀了解不深的狀況下，多年來亦默許加害人的飲酒行為，只求加害人有工作意願並能持續承擔家中經濟壓力即可。在數月前加害人因被診斷出肝硬化後，被害人便開始對加害人的飲酒行為進行管束，並進而發生口語及肢體衝突；而在長期飲酒、經濟壓力、與慢性疾病等多重不利因子影響下，加害人亦出現拿刀自殘的行為，並在某次與被害人拉扯中，用刀刺傷被害人，因而通報親密關係暴力。基於該案子女均為未成年人，且多次目睹父母雙方的口頭與肢體暴力，案妻亦為本次通報之被害人，在家防開案評估後因加害人有自殺行為因而轉案心衛社工。初步評估，此案家除需提供被害人親密暴力服務外，對未成年子女還須提供目睹兒服務，而加害人部分則需由心衛社工提供自殺防治預防、連結精神醫療以診斷酒精依賴及治療憂鬱、提供肝病治療等介入計畫，才能同步降低加害人的自傷意圖及穩定其家庭功能。

上述經驗，僅彰顯一小部份合併精神疾病與自殺行之加害人多元且複雜的家庭動力。因此，若僅依法對加害人提供加害人處遇計畫（註10），則加害人與其家庭都容易再次落入危機暫時緩解的假象，而無法真正解決並回應加害人與其家庭之多重需求。採「以家庭為核心」之整合性評估與服務介入，其核心精神首重不再把家庭暴力僅歸因於個人因素，並借由心衛社工

對精神疾患、自殺防治、物質使用／依賴（含法定毒品與酒精）等專業評估與介入能力，與家防中心及相關單位協力提供跨專業與跨部門之整合性服務，以填補過往服務死角。

二、心衛社工應具備跨機構與跨專業溝通之個案管理角色與功能

有鑑於過往對社區精神病人提供服務者，包括社區關懷訪視員（註11）、自殺關懷訪視員（註12）、公共衛生護理師（註13）、毒品防治中心個案管理員（註14）等，但一旦個案因發生家庭暴力事件而被通報開案後，原本的精神照護服務便很容易中斷；雖設有處遇協調社工（註15）一職，但其職務內容主要以加害人處遇計畫之行政業務安排為主，並未對加害人提供實質的服務，因此「強化社會安全網計畫策略三－整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」對心衛社工的工作任務設定，是透過精照系統及保護系統介接，對精神疾病合併兒少保護、家暴及性侵害等之加害人，心衛社工須提供1.定期追蹤訪視精神病情、2.整合性評估暴力風險、自殺風險、家庭功能、社會福利需求、3.與家防社工共同研擬家庭服務計畫等服務內容；可知心衛社工首重能與家防社工共案合作，並共同發展整合性服務計畫，且在分工後，能由直接對合併有精神疾患與自殺行為之加害人提供服務。

從心衛社工的實務現場來看，目前服務對象是由衛生福利部「精神照護資訊管理系統」（簡稱精照系統）與「保護資訊系統」（簡稱保護系統）串接，篩選出目前、或自109年往前推5年內，合併精神疾病確診及有自殺企圖、且合併有兒少保護、或家庭暴力、或性侵害事件等通報紀錄之加害人身分者，即為心衛社工應開案之服務對象。因此，根據目前篩選條件，心衛社工在實務現場面對的開案類型，又可分三類：（一）目前與家防社工共案服務中；（二）家防社工剛結案、但經心衛社工家訪或接觸後評估，加害人與家人關係仍有因精神疾病不穩定而衍生之暴力風險；（三）5年內曾經在案，但自該次通報後，已再無出現家暴議題。

第（一）種開案類型，是最回應社安網設置心衛社工之目的，因此心衛社工與家防社工的共案，應依照加害人與其案家之需求，以家庭為核心的概念共同擬定處遇服務計畫，在彼此對處遇目標有一定的共識下，心衛社工可依照處遇計畫，同時與精神照護系統與家庭暴力防治系統進行內部合作與溝通（Intra-agency relations）外，亦可以與家防社工發展與外部網絡單位的跨機構與跨專業協力關係（Inter-agency relations），致力於加害人與案家需求滿足、且能對在暴力風險緩解後的結案，仍有延續性的資源（如既有的精神照護系統、家庭暴力後追服務網絡、社區資

源等)穩定其個人、家庭與社區生活之三方平衡。

第(二)種開案類型,基於加害人與其家庭關係的穩定狀態,可能還有變化的空間,若經心衛社工評估後,加害人仍有因精神症狀干擾、且有家庭暴力再次循環發生之風險,則可提供家防社工具體評估內容與建議,並持續與家防社工討論開案之必要性。此時,由於家防社工已結案,因此心衛社工須把家防系統視為跨機構合作關係,不僅不宜轉由社區關懷訪視員或公共衛生護士提供服務,反而應積極的與家防社工確認該個案是否曾有反覆家防進案紀錄,以發揮跨機構溝通之協調功能。基於過往經驗,由於不少加害人與家庭的互動的關係,呈現時而緊密、又時而衝突,因此不斷反覆進案,若能藉由心衛社工的介入,緩解因過往忽略加害人因不良家庭互動而對疾病治療產生的干擾、進而衍生之暴力循環,則是心衛社工可積極發揮之角色與功能。

第(三)種個案類型,根據心衛社工目前的實務經驗,發現這類加害人與其家庭關係已呈現穩定、且在該次通報後,已無再有家暴通報紀錄,因此當心衛社工受案後進行家訪過程時,時常遭到加害人與其家屬的拒絕,且表示重提(家暴)往事,反而可能誘發加害人情緒的不穩定、並進而影響疾病治療的意願與生活平衡。因此,有鑑於過往對社區精神病人提供

服務者,原本便包括社區關懷訪視員(註16)、自殺關懷訪視員(註17)、公共衛生護士(註18)等服務系統,因此若能透過資訊系統的整合,協助心衛社工對其自殺通報紀錄、毒品使用紀錄(註19)、以及目前社區精神照護等服務狀況進行整合性評估,除了可事半功倍的了解加害人目前生活狀況及家庭互動情形外,在確認家庭互動與關係穩定的狀況下,則可對既有精照服務網提供心衛社工的評估,並轉由社區心理衛生服務系統繼續服務,發揮精照服務系統內部協調與溝通的角色與功能。

儘管社安網推行之初,有不少人質疑在過往制度中的家暴社工及加害人強制處遇計畫中,是否還有需要心衛社工此一角色的必要性,但有鑑於過往當合併精神疾病或自殺行為之個人,容易在家庭暴力事件通報後,中斷原本之精神照護服務;雖在過去,亦設有處遇協調社工(註20)一職,但其職務內容主要以加害人處遇計畫之行政業務安排為主,並未對加害人提供實質的服務,因此「強化社會安全網計畫策略三—整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」,便是期待由心衛社工直接提供:1.定期追蹤訪視精神病情、2.整合性評估暴力風險、自殺風險、家庭功能、社會福利需求、3.與家防社工共同研擬家庭服務計畫等服務。由此可知,心衛社工首重能與家防社工共案合作,並發展整合性服務計畫,且在分工後,能直接對合併有

精神疾患與自殺行為之加害人提供服務。從近3年的心衛社工實務現場經驗的累積來看，亦確實發現心衛社工的加入，有助於調整過往僅以「被害人為中心」的家庭暴力介入視角，並協助家庭暴力防治服務「看見」加害人在家庭暴力事件中的需求，進而提供服務。心衛社工的專業實踐，對臺灣社會工作專業發展與人民福祉的貢獻，更是一個十分值得被肯定的過程。

參、現階段建議與未來展望

儘管多年來，許多精障者的社區復健機構常倡導「最好的復健就是在社區」，但對於合併有家暴加害人身分的精障者來說，卻是一條更為漫長且看不到終點的路。近3年來，社安網相關部會均承擔著歷經調整的陣痛，而生力軍「心衛社工」在臺灣精神醫療社會工作的發展中，不僅是一個從無到有的歷程，更承擔了現行服務整合的諸多不確定性。雖在近期，逐漸透過中央與地方各部會不斷對話與調整，心衛社工在取得服務資料、人力聘用、分級分流評估與個案服務遇到的困難，已獲得初步解決與改善；然而真正的挑戰，是如何整合有效能的橫向合作平臺，並實踐心衛社工對加害人與其案家的角色與功能，提升合併有精神疾患及自殺行為之加害人與其案家暴力循環的有效介入。因此

在最後，筆者將根據108-109年社安網輔導團與心衛社工的討論紀錄，提出對現階段之建議與未來展望。

一、強化社區心理衛生中心功能，提升心衛社工服務資源與量能

借鏡英國的經驗，是運用心理健康醫院／機構（mental health trust）成為家庭暴力防治服務系統中的重要角色。意味著在家庭暴力事件中，當涉及心理健康議題，應提供合併精神心理疾患兼備健康性與社會性的照顧服務，且確保服務具可及性、持續性與能即時回應等特性；同時提供診斷、連結社區心理衛生資源、協助個案選擇服務／資源等（SaveLives, 2019）。若從被害人的角度出發，亦可知當被害人因創傷經驗而成為隱性有精神症狀或心理健康議題時，亦將更容易落入不利的暴力循環與生活處境中，因此唯有透過心衛社工與家暴社工的通力合作，以貫穿保護（through care）的概念建構對被害人與加害人兼具的介入服務，才更能長久的降低因家中有成員有精神疾患、自殺意念、或心理壓力等，所衍生的家庭暴力風險與不利生活處境。

回顧本文在「專業發展期」提及目前精神醫療院所或從事社區心理衛生服務之社工專業人員，已經依循相關規範與辦法，裁定應對其提供心理輔導、精神治療、戒癮治療、其他輔導／治療、社區

關懷訪視、與性侵害加害人身心治療及輔導等之服務大門，但這多半是已經在法院裁定後，才能獲得之服務。然，根據家防社工服務疑似合併有精神疾患之加害人與被害人的過往經驗，不少加害人伴隨有多重創傷經驗（如曾經歷學校霸凌、兒童虐待、職場霸凌、過往親密暴力等）、或因經歷重大意外導致器質性腦傷、或因物質誤用／依賴／成癮、或因有待釐清之健康因素而衍生的自殺意圖等，這些加害人在發生家庭暴力的背後，都有著更多需要釐清的線索與健康狀況，且這些加害人常因其家庭的多重脆弱性，一直無法透過穩定就醫而取得確診的身分。簡而言之，若無法透過心衛社工的專業評估與介入，將持續累積並衍生家庭暴力行為的循環、提高加害人與其家庭不良的互動，並發生令人遺憾的社會事件，因此若不做「疑似」的加害人服務，不僅很難使其變成確診的加害人，更難以回應「強化社會安全網計畫策略三－整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」中，對心衛社工應執行「與家防社工共同研擬家庭服務計畫等服務」之重要任務。

有鑑於此，筆者強力呼籲心口司在規劃社安網中長程計畫時，應盡速強化社區心理衛生中心功能，對「**已確診為精神疾患**」之加害人，可持續依循現有精照服務中多元專業人力的提供服務，但須強化這群工作者對家庭動力與疾病之敏

感度與評估能力，讓公共衛生護士、自殺關懷訪視員、社區關懷訪視員、毒品危害防制中心個管員等，一同加入預防家庭暴力發生與循環的行列。對「**疑似合併有精神疾患**」之加害人，則可透過以下兩點建議進行改善：1.由社區心理衛生中心組成跨專業之社區精神醫療居家服務團隊，並提供因家暴開案之加害人與其家庭提供到宅精神醫療評估、診斷與治療等服務；與2.仿效美國National Association of Social Workers（NASW）對臨床社會工作者的專業職能認定，得讓取得精神醫療專業評估資格之心衛社工，能直接在第一線提供精神疾病、各種情緒與行為障礙、物質成癮與涉入程度等進行評估與診斷，並依據此結果，協助此類加害人與其家庭，取得更適切的相關社會服務與資源（NASW, 2005; NASW, 2013; NASW, 2020）。若區心理衛生中心的未來發展，能兼顧精神疾患「已確診」及「疑似」之加害人與其家庭成員，始能更積極的抑止憾事的再發生，照亮社會安全網服務死角。

二、提升心衛社工的職場安全與人身安全

心衛社工的專業功能，在於能發揮臨床之專業能力，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，透過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、鄧佳旻與黃淪珊，2020），從上可知心衛社工與家防社工同時對有保護性議題的案家，提供服務。

然而，依據「保護性社工人員資格要件及職務範疇認定基準」，家防社工已屬於保護性業務範圍；然，此基準最近修正時間為106年，而當時尚未推動社安網，因此儘管目前心衛社工與家防社工共案處理保護性業務，但仍未有相關辦法保障，不僅影響了這些心衛社工無法累積其保護性工作年資，亦形成建置職場環境安全與人身安全訓練的盲點。因此，筆者亦強力呼籲相關單位應盡速修正此辦法，除可提供心衛社工執行保護性業務之明確權利與義務規範外，中央與地方政府亦須支持衛生局提供安全之執業環境，並對執行保護性業務之心衛社工相關之人身安全訓練，以期讓降低執業風險，發揮專業效能。

三、對合併有精神疾患之加害者的社會理解，需要全民一起來

林萬億（2013）指出當代社會工作應開始強調應跳脫個人病因模式，以避免產生「責難受害者」的服務計畫。而史考爾著、梅苕苕譯（2018）在《瘋癲文明史》提及：「過去兩百年內現代精神醫

學反覆將精神疾病與病患的生理、身體緊密扣連，不僅決定了治療的形式，影響著瘋癲者甚鉅外，同時也徹底左右社會大眾對於瘋癲的理解（瘋癲=精神疾病=大腦或神經疾病）；尋常的醫師也不願並無法理解瘋癲背後的體驗、意義、自我與社會文化，僅著眼於客觀於各關的確定症狀並加以改善……這種看似想方設法地試圖將瘋癲剝除意義，強調瘋癲所帶來的種種破壞，就只能被化約成生理現象，對此我們必須質疑」。

基於社會工作專業的基礎訓練，相當強調理解與探索人類行為與社會環境共構對每一個服務對象的生命圖像與歷程；因此，身為一個社會工作者，我們不能背離並應致力避免將評估限定在單一因素。對心衛社工來說，除了需理解加害人在合併有精神疾患與自殺行為時之生理、心理與社會的多面向交互作用外，更呼籲中央與地方縣市主責社安網推進的各個行政部門，都應在此前提下，致力整合並提供對加害人與其家庭的多面向評估與介入服務，並同時降低各種不利這群人生活的負面社會標籤，以落實強化社會安全網策略三之核心精神。

（本文作者為臺北大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：社會安全網、心衛社工、加害人、角色與功能

📖 註 釋

- 註1：李美貞女士的先生是有臺灣精神醫學之父之稱的林宗義醫師，林醫師是我國腦神經精神醫學的先鋒和奠基人，於民國32年就讀於日本東京帝國大學醫學部且曾任其醫局擔任醫局員；民國35年返臺後，便先後於臺北市錫口療養院（即臺灣日治時代的臺灣總督府精神病院養神院）與臺大醫院神經精神科行醫，與李美貞女士是臺灣臺灣精神醫療社會工作內容的重要推手。
- 註2：由當時的臺灣省衛生處與臺大醫院精神科合作成立。
- 註3：醫療機構設置標準：規範各醫院應依據醫院屬性（如精神科專科醫院、精神科教學醫院）等從專業人員的人力與病床比，以精神科臨床社工人員為例，精神急性、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每150床應有1人以上；精神科日間照護單位，每75名服務量應有1人以上。
- 註4：修法沿革：中華民國八十四年六月十六日總統（84）華總（一）義字第4056號令修正公布第3條條文。
- 註5：根據家庭暴力防治法第一章第2條第六款規定，指對於加害人實施之認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其它輔導、治療。
- 註6：張如杏、楊添圍、張玲如（2017）指出「嚴重病人」之設置，主要係指特定嚴重病情狀態、無法自理事務的人，需進行強制通報與追蹤輔導、強制就醫、強制住院程序、強制社區治療等（頁36）；然對於「不能處理自己事務」的認定，通常是以醫療事務相關違憲，若是單純的酒癮或藥癮、人格特質違常、多數精神官能症而有自傷或傷人情形者，若經專科醫生認定並無「與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務」者，就不符合「嚴重病人」之定義（頁37）。
- 註7：根據105年精神照護資訊管理系統所關懷訪視之社區精神病人共有14萬3,286人，僅有99名精神照護關懷訪視員，即平均每人訪視案量為350-400人；在自殺通報個案之關懷訪視個案計有2萬5,201人，僅有120名自殺關懷訪視員，即平均每人訪視案量為（200-250人）。
- 註8：迄105年12月底止，經精神照護資訊管理系統及保護資訊系統勾稽後，在兒少保護、家庭暴力與性侵害加害人合併精神疾病者，共計有1萬78人，進一步與自殺防治通報系統交叉比對後，又有高達13.55%的人曾有過自殺企圖而被通報。
- 註9：案量變高主要原因有二，一是因為104年2月修正公布家庭暴力防治法以內入親密關係伴侶，家庭暴力加害人介入計畫增列親職教育輔導，保護令期限則延長為兩年，二是自性侵害犯罪防治法於94年2月及100年11月修正公布後，除擴大社區介入之加害人對象，納入緩起訴處分人、未成年行為人及犯性騷擾罪者，且又將社區介入期從原本2年以下延長至3年以下。因此，相較95年與105年的加害人介入個案數，家庭暴力增加4.07倍，性侵害增加

2.09倍，105年合計服務量已超過1萬人次，然透過衛福部整合型心理健康工作計畫補助地方政府衛生局的23名人力辦理相關行政業務。

註10：同註5。

註11：精神病人社區關懷訪視員：依據「整合型心理健康工作計畫」，提供社區確診之精神病人，訪視追蹤、病情穩定及服藥等服務（心理及口腔健康司，2019）。

註12：自殺關懷訪視員：依據「整合型心理健康工作計畫」，提供企圖自殺個案，自殺防治等服務（心理及口腔健康司，2019）。

註13：公共衛生護理師：以關懷社區內確診之精神病人及自殺風險個案為主（心理及口腔健康司，2019）。

註14：毒品防治中心個案管理員：依據「毒品危害防制中心工作暨衛生福利部補助辦理藥癮者介入計畫」，提供出監所個案（含少年）、緩起訴與緩刑個案、五年內查獲3次之三、四級毒品個案，以及網絡單位轉介個案、自行求助個案等對象相關服務。

註15：處遇協調社工：無縫銜接加害人處遇，強化社區監控能量，負責加害人處遇業務安排、處遇系統資料維護、未出席移送裁罰、社區監控、評估小組及網絡會議、服務人員訓練與管理（心理及口腔健康司，2019）。

註16：精神病人社區關懷訪視員：依據「整合型心理健康工作計畫」，提供社區確診之精神病人，訪視追蹤、病情穩定及服藥等服務（心理及口腔健康司，2019）。

註17：自殺關懷訪視員：依據「整合型心理健康工作計畫」，提供企圖自殺個案，自殺防治等服務（心理及口腔健康司，2019）。

註18：公共衛生護士：以關懷社區內確診之精神病人及自殺風險個案為主（心理及口腔健康司，2019）。

註19：可諮詢毒品防治中心個案管理員：依據「毒品危害防制中心工作暨衛生福利部補助辦理藥癮者介入計畫」，提供出監所個案（含少年）、緩起訴與緩刑個案、五年內查獲3次之三、四級毒品個案，以及網絡單位轉介個案、自行求助個案等對象相關服務。

註20：處遇協調社工：無縫銜接加害人處遇，強化社區監控能量，負責加害人處遇業務安排、處遇系統資料維護、未出席移送裁罰、社區監控、評估小組及網絡會議、服務人員訓練與管理（心理及口腔健康司，2019）。

參考文獻

心理及口腔健康司（2019）。《「強化社會安全網計畫」策略三工作執行概況與心理衛生社工服務流程》。臺北：衛生福利部。

- 心理及口腔健康司（2019）。《社區關懷訪視及個案管理人員安全手冊》。臺北：衛生福利部。
- 王金勇、李易蓁、李玟璵、陳杏容（2020）。《精神醫療社會工作》。臺北：新學林。
- 史考爾著，梅苐苐譯（2018）。《瘋癲文明史》。臺北：貓頭鷹。
- 李雲裳（2005）。〈臺灣地區醫務社會工作之發展〉，《社區發展季刊》109。頁165-171。
- 林萬億（2013）。《當代社會工作：理論與方法》。臺北：五南圖書。
- 張如杏（2006）。〈臺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。頁119-145。
- 張如杏、楊添圍、張玲如（2017）。《精神醫療社會工作理論與實務：兼述心理衛生社會工作》。臺北：洪葉文化。
- 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。
- 黃梅羹（1992）。〈精神醫療社會工作〉，《社區發展季刊》60。頁13-15。
- 衛生福利部（2018）。《強化社會安全網計畫（核定本）》。2018/2/26。
- 鄭麗珍、游美貴（2013）。《臺北市家庭暴力問題之研究》。臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心委託研究報告。
- Lee, Y-S. & Hadeed, L. (2009). Intimate partner violence among Asian immigrant communities: health/mental health consequences, help-seeking behaviors, and service utilization. *Trauma Violence Abuse Apr*; 10(2), pp. 143-170. Doi: 10.1177/1524838009334130.
- NASW (2005). *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. Resource from: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=Y0g4qdefLBE%3d&portalid=0>.
- NASW (2013). *NASW Standards for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders*. Resource from: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=ICxAggMy9CU%3d&portalid=0>.
- NASW(2020). *Clinical Social Work*. Resource from: <https://www.socialworkers.org/practice/clinical-social-work>.
- Ruijne, R., Howard, L., Trevillion, K., Jongejan, F., Garofalo, C., Bogaerts, S., Mulder, C., & Kamperman, A. (2017). Detection of domestic violence by community mental health teams: A multi-center, cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. Doi: 10.1186/s12888-017-1399-7
- SafeLives. (2019). *Safe and well: Mental health and domestic abuse*. Resource from: <http://safelives.org.uk/sites/default/files/resources/Spotlight%20-%20Mental%20health%20and%20domestic%20abuse.pdf>.