

以社工角度看心理衛生社工的實務現場

劉于綸

壹、前言

近年來發生多起重大案件，從無差別殺人到精神病患者當街殺害幼童，都不斷引發社會譁然，107年2月衛生福利部核定強化社會安全網計畫，其中策略三的部分在加害人治療處遇及精神疾病合併加害人的這個族群，希望衛政能從心理健康角度介入，將社工專業帶入衛政，納入心理衛生社工（以下簡稱心衛社工）來協助精神疾病合併保護案件加害人，希望以家庭為核心之基礎概念，滿足保護性議題精神病人之整體家庭福利服務需求，一起完完整個社會安全網絡。

108年社區發展季刊第165期〈強化社會安全網計畫——以精神疾病個案危機事件為例〉中提到，心衛社工除協助個案就醫及提供疾病藥物衛教外，更應提供具社工專業之家庭評估及處遇，增加對家庭脆弱性及自殺、暴力風險之敏感度，以掌

握家庭各面向之需求、功能及風險狀況，有效預防風險議題之發生（譔立中、李炳樟、紀馨雅、何佩瑾，2019）。心衛社工背負各界期待，除了須具備上述各領域的知能之外，眾所關切的還有這樣一個新的角色如何與既有的網絡合作銜接，如何創造、補充過去被認為缺乏的那一塊。

實際上從計畫草創時期運作到現在進入社會安全網第二期計畫，在進行個案服務過程中，發現精神疾病合併加害人這個新興弱勢族群的資源配套相較於其他弱勢族群實在是少之又少。林惠珠認為「精神病人的復原不僅需要妥善的醫療資源，也需要社會福利資源的介入與協助，以減少病人在生活適應上的困難，並減輕家屬的負擔，增加疾病保護因子」（林惠珠，2020）。這個新興族群除了病人的身分同時也是加害人，以及他們在家庭中的角色，除了醫療需求之外，他們也會有其他各種可能的匱乏，而經濟的需求也不僅止

於醫療費用而已。

但目前除了原先社會上普遍性的資源外，這個族群現在擁有的只有社工，然而助人工作並不是單有社工這個角色就能成事，社工需要很多工具做為服務的後援與籌碼，在為一個全新的服務對象設計服務計畫的同時，是需要體制上非常多的調整與支持，例如法律條文的增修、計畫內容更清楚的制定、網絡單位對心衛社工服務內容與對象的認識，以及衛政本身從中央到地方對於社工專業特性有充分的理解與包容，協調原有的精神照護系統並給予更多發揮的空間及經費彈性運用，並制定更合理的工作執行計畫。以下便探討心衛社工在計畫執行過程與實務案例中的發現。

貳、資源的限制

一、沒有打破局處思維

林惠珠認為，精神照護系統由衛生醫療與社會福利分責但未整合，政策規劃與資源分配相互行政協調不易（林惠珠，2020）。心衛社工在執行個案服務與處遇時，只要涉及福利與經濟議題，目前仍僅能仰賴社政資源或是自行連結民間資源，造成實務工作上諸多限制與不便。衛政一直以來是行政單位，從中央到地方過去並未有過個案直接服務的業務與經驗，在加害人處遇部分過去衛政執行的都是協助連

結治療的處遇行政工作，認為資源連結、經濟問題就是社政的權責，因此在預算編列上從未有過協助個案經濟的相關預算項目，致使心衛社工在服務過程中面臨遇個案有臨時性的金錢支出，卻無經費項目得以便利運用與核銷的困境。部分縣市經過溝通後，地方主管或許願意在預算項目說明中加註運用範圍給與彈性，但在公部門重視依法行政的文化中，若不在預算項目中明定的用途，地方機關主管在無所依循的情況下，便無法同意彈性使用。目前社會安全網計畫制定的工作取向衛政已不僅是過去的行政單位，心口未積極了解業務執行需要，協助基層向主計單位說明經費項目內容調整之必要，是衛政系統從中央到地方仍未打破局處間各司其職的思維。

二、案例圖像—阿雄

（一）案由

阿雄長期無業，因物質濫用傷及腦部演變成慢性精神疾病，與前妻離婚後近幾年與女友及女友的三名未成年女兒同住，某日阿雄再因吸食毒品引發精神症狀，在家中自言自語、與電視對話、妄想、幻聽、幻覺、大聲叫囂、玩火、偷竊等等脫序行為，家中三名放暑假的青少女每天都只能躲在家附近的便利商店等阿雄女友下班後才敢回家，但女友也無法勸阿雄到醫院治療於是向社工求助。

(二) 過程

社工評估阿雄確實需要立即接受治療，利用會談技巧成功讓阿雄同意只要不需要付錢就願意到醫院就診，由於阿雄當時配合度尚佳，評估不符合請警消護送就醫條件，阿雄女友也忙於工作無暇陪同前往，因此社工便連續三周陪同阿雄搭計程車前往醫院回診，直到醫師評估阿雄脫序情況持續惡化決定收住院，而已是低收入戶負責全家經濟收入的阿雄女友因無力支付醫療費用，經協調後由醫院協助阿雄全部的住院與門診費用，但幾次回診的交通費卻沒有著落，社工見阿文女友捉襟見肘的模樣不忍催討，過去遭受阿雄暴力對待、從來沒有盡過責任的原生家庭也沒有意願出面，阿雄爸爸甚至直言要社工將阿雄安樂死。

(三) 困難

阿雄在住院前沒有穩定就醫，沒有重大傷病卡，也沒有身障手冊，因戶籍在他轄，女友的低收入戶身分不包含阿雄，因此阿雄沒有任何福利身分。衛政系統與社會安全網計畫本身並無編列相關費用可支應案主的臨時生活費用，而阿雄當時交通費用的需要其實並不太符合急難救助與馬上關懷等資源申請條件，且上述兩項救助資源相同事由以一次為限，每次會給一筆錢，以阿雄當時的狀況並不適合一次申

請一大筆錢讓他自行運用，他需要的是小額、多次、彈性的協助。

(四) 解決方式

社工詢問社會處救助科熟識的夥伴，說明阿雄的概況與困難，由於金額不大，因此便以庶務金方式協助社工申請補助予以核銷。

三、現行相關資源的限制

(一) 弱勢醫療

目前衛政針對民眾提供的經濟相關協助僅有弱勢醫療方案，其協助方式為提供弱勢民眾之醫療費用補助，每人每年上限為3萬元，而以新竹市為例，109年的經費在同年7月份便已用罄，顯見此方案並不足以隨時因應心衛社工服務個案醫療及生活上的需要。

(二) 急難救助

社政的急難救助對象需要符合其設定的8項條件均可提出申請，但急難救助每年同一事由以申請一次為限，屬於救急不救窮，在實際個案工作上並不是那麼便利運用。

(三) 身心障礙者生活補助

本項補助設有排富條款，列計家庭總收入及不動產價值金額等條件，常見的問題是，許多個案的家庭成員雖同住或同

戶籍也有收入，但未必會願意或有餘力協助同住的個案，而很多時候案家居住的房產雖高於公告現值，但沒有賣掉就沒有現金可以使用，同樣無法對於生活有實際作用。除此之外，並非所有精神疾病患者都領有身心障礙手冊，個案可能因為沒有病識感而不認為自己需要領有手冊，或是擔心被標籤化，求職不易或在職場面臨異樣眼光，（即便健保卡不註記，雇主仍可能發現案主的身心障礙身分）不願意申請手冊，也可能個案許久未就醫而無法進行鑑定或有效期限過期，尤其是精神障礙患者許多皆無就醫意願，以及其他沒有理由單純不願意申請手冊的個案，都無法取得身心障礙者的生活補助。

（四）急難紓困實施方案（原馬上關懷）

設有6類請領對象條件，補助金額為1至3萬元不等，但如林惠珠所言「思覺失調症或慢性精神病人由於認知功能減損、現實判斷失誤及衝動，經常有金錢及財務處理的困擾」（林惠珠，2020）。對於自控能力與辨識能力不好的精神疾病患者，可能無法掌握其用途，恐有遭他人覬覦、詐騙等情事，尤其是獨居或時常在外遊蕩之個案，可能有無法妥善運用之疑慮。

（五）社會救助

依據林惠珠所述「社會救助身分之審核係以家戶為單位，實有其困難性，例如

因家庭因素導致居住設籍困難者，成為縣市政府間的人球；家屬有經濟能力卻不願照顧；手足僅願照顧尊親屬卻不願意協助精神病人，而精神病人因家庭整體經濟評估又無法通過社會救助審核，以致影響所需之醫療、復健及長照資源轉介。」（林惠珠，2020）。這就是個案常會因各種情境條件限制，而造成有實際需求卻無法通過審核取得救助資源的情況，在個案工作中，要在千奇百怪的需要中都能找到符合相應的福利資源有時候不見得是件容易的事。期待社安網計畫能夠規劃可供臨時性小額的應急預算項目，讓社工在工作時發揮的空間更有彈性，更有籌碼與誘因使個案願意接受服務與治療。

四、以家庭為中心工作模式，卻無規劃加害人的資源

目前大部分的福利政策、相關法令保障對象大多為弱勢族群以及被害人，鮮少有提供加害人經濟資源的單位。例如家庭暴力防治法第8條「除了提供被害人24小時緊急救援等相關措施，還有經濟扶助、法律服務、子女就學、庇護安置、諮商……等等處置」，以及第58條「主管機關得核發家庭暴力被害人緊急生活扶助費用、非屬全民健保給付範圍之醫療費用及身心治療、諮商與輔導費用、訴訟及律師費用、安置費用、房屋租金費用、子女教育生活與兒童托育費用及其他必要費用」

等相關六項補助。而馬上關懷的補助項目亦有提供遭家暴經通報或庇護安置，於緊急生活扶助金尚未核發期間家庭生活陷於困境之對象。

上述法條是希望家暴被害人在遭受暴力需要離開暴力環境時，無論在生活、經濟或是隨行子女教育或司法訴訟、庇護期間所有的需要都能獲得保障有安全感，不至於為了依附加害人而留在有風險的環境裡。然而有些時候子女未必有受暴風險或隨著被害人離開，依然是由加害人／相對人照顧，那麼若要以家庭中心為工作方法的概念來看，相對人（加害人）在家庭角色中與家暴事件中，同樣也可能面臨生活經濟需要、租屋費用、子女教育生活與托育費、訴訟、醫療與司法等資源，尤其合併精神疾病者通常也沒有工作能力，同時也是身為心智障礙類的弱勢族群，在同一事件中若能夠與被害人補助有一樣多樣化的協助項目，或許在不幸或暴力事件發生時需要離開的就不一定是被害人或其家屬，也能避免被害人及家屬還需要負擔加害人各種費用的窘境，同樣的道理也適用在兒童保護類型案。

而性侵害案件雖被害人未必是親屬，但心衛社工服務的對象並非單純的加害人，而是同時合併為精神疾病患者，其行為並非單純為己私慾而去侵犯被害人，可能是在疾病影響之下做出的犯罪行為，但在社會與司法中確實常被忽略了病人的角

色，而未獲得相應的資源協助，如果這群合併精神疾病的加害人也能有屬於自己的資源，除了司法的矯治與疾病的醫療，或許社工在提供服務的選擇除了醫院、機構與監獄之外還能有其他思考與處遇的方向。

參、司法困境

一、精神病人與家屬在法庭上的弱勢

（一）阿文案例

阿文因為物質濫用導致腦部受損診斷為思覺失調症，在發病時菸癮犯了卻沒有錢，先是在機車行擅自拿走店內架上的香菸，隔日又走進便利商店拿走兩包香菸未付錢就離開。幾個月後阿文偷竊的案件開庭審理，由心衛社工陪同阿文到庭。檢察官在庭上詢問阿文連續犯下兩次偷竊罪，是否承認犯故意竊盜罪？阿文帶著哭腔回答說「他是警察上門讓他看到監視器畫面才知道自己做了那樣的事，他知道自己做錯了，但當時後是精神狀況不好，並不是故意的。」檢察官聽到「精神狀況不好」幾個字勃然大怒，當庭嚴厲喝斥阿文「不要拿精神病當藉口！你自己在做什麼事會不知道？！你又沒有精神鑑定證明！鑑定報告我看多了啦！」、「已經做錯一次被處罰還敢說第二次不是故意的！」以及「你這樣以後出去要是像小燈泡案那樣殺人怎麼辦！」

社工徵得檢察官同意為阿文提出一些說明，包含詳細說明阿文當次發病的時間點、發病前與發病當時狀態的不同，在阿文精神症狀發作時，他的社會法治知能已經喪失只剩下本能的想要，是非辨識能力不能與常人一般，以及案發那段時間正是社工疲於奔命帶著他回診數次後終於將他送住院的階段，而阿文兩次案件是在很短的時間內連續犯下，並不是有了第一次審理判決後再一次明知故犯。社工認為阿文確實應為自己的作為負責，但就阿文當時的精神狀態來說應當不能算是故意的。

縱然阿文是犯罪的被告，但同時也是一名身心障礙者，他的行為來自於犯案當時的認知無法辨識，並非法律上為己私利而犯故意竊盜罪，然而司法人員對於精神疾病的認知不足，在法庭上未要求阿文提出診斷證明確認疾病情況即片面的駁斥阿文，甚至引用重大社會案件認為阿文也可能發生那麼嚴重的後果，這在比例原則與疾病的認知上都有極大的謬誤。對阿文這樣的當事人來說即便是被告，權益也應該被維護，更遑論他同時是身心障礙者，心理層面並沒有獲得應有的照顧。當時法庭上尚有一名學習司法官，若當時沒有社工在庭上嘗試為阿文的精神疾病做說明，這樣的學習便將會傳承到另一名初入法界的司法人員經驗裡，作為他未來承審案件的指引，這是多麼令人憂心，有多少案件、多少精神障礙者在因為疾病而不得不面對

司法時，還要經歷這樣不被理解的負向經驗與罵名。

（二）大竹案例

大竹罹患思覺失調症因自行停藥後精神症狀出現而不斷滋擾家人，大竹媽媽因此聲請了暫時保護令並獲核發，而後大竹甚至到弟、妹的公司與住家外不斷叫囂、稱姪女在外面有不當行為，甚至在廟口斬活雞的頭等脫序異常行為，讓大竹家人不勝其擾。某日大竹終於被以違反保護令現行犯逮捕，地檢署審理後將大竹送醫並由精神科病房收住院。因大竹的手足擔憂大竹出院後恐怕再有騷擾或暴力行為，因此由家防官協助大竹的手足們也聲請保護令。

在審理大竹手足的保護令時，事務官在庭上針對大竹手足聲請保護令表示：「大竹不是會在醫院住到好了才出來嗎？為什麼你們需要聲請保護令？」一副即將駁回聲請的態樣。大竹手足們面面相覷，對法律與醫療程序都不甚了解且口拙的兩人根本無從回應起。所幸家防中心社工在一旁陪庭且先前與心衛社工保持密切聯繫，對精神醫療處置情況稍有所了解，因此協助大竹的手足回應事務官：「雖然大竹目前住院中，但無法確定哪一天會出院，大竹並非強制住院病人，若無意願是不能違反其意願強留住院，且健保急性病床有住院天數限制，思覺失調症也並非短期疾

病，因此在大竹出院後確實仍有對家屬施暴與滋擾的可能性」。

由事務官的反應可知，司法人員對於精神疾病的基本認知並是有落差的，這樣的情況不僅可能在案件審理判決中做出錯誤裁定，甚至因無法理解家屬的情況而造成二度傷害，讓家屬除了覺得不被支持外，還誤解原來循國家體制流程也無法解決他們的問題及保障他們的權益，對制度失去信心，影響甚遠。

(三) 司法人員對精神疾病認知相對陌生，專業素養待提升

家庭暴力與性侵害案件因為案件類型特殊有保護被害人之必要，以及多年來公、私部門對於相關議題的重視與倡議帶動社會風氣，家暴案件有專門承審的事務官、家事法庭，性侵害也有專責的檢察官負責審理，並且在家庭暴力防治法第59條明定「社會工作人員、保育員、警政、司法、衛生、教育及移民等主管機關應辦理防治家庭暴力在職訓練」，以及性侵害犯罪防治法第14條「法院、檢察署、軍事法院、軍事法院檢察署、司法、軍法警察機關及醫療機構，應由經專業訓練之專人處理性侵害事件。前項專責人員，每年應至少接受性侵害防治專業訓練課程六小時以上」。因此司法人員對於被害人被施虐與侵害過後的反應開始有更多的理解與包容，也對於社工所提供的資料判讀更有一

致性，而能夠更細緻的照顧到身心受創的被害人，對加害人的行為模式也更有概念。

然而精神疾病合併加害人的這個族群除了有犯罪行為之外，一大前提是為精神病人，其心理與精神狀態更是存在著病理性的脆弱與弱勢，在病情不穩定時他們可能觸犯的案件類型眾多，無論是在犯罪當下或於法庭審理中，其精神與情緒都處在莫大的壓力中，但這樣一群特殊又敏感的人在司法過程中卻時常被當作一般加害人看待，甚至在尚無精神鑑定報告前還可能因為自述有精神疾病而被冷嘲熱諷、喝斥或嚴厲訊問。就這些個案疾病的狀態來說，這樣的司法環境其實並不友善，這些個案犯罪的狀態與一般權控、有意識為己私利而犯法的人本質上是不一樣的。精神疾病患者在精神與心理、情緒上都較常人更為敏感，是其心智上的弱勢，也需要被更謹慎、細緻的對待與理解其行為成因與疾病的關聯性，但目前國內的司法系統並未針對精神病人這樣特殊性的對象有相關教育訓練課程，以提升司法人員對精神病人的基本知能以及精神相關鑑定報告的判讀一致性。

二、想借司法之力卻銜接不流暢

(一) 大韓案例

大韓為思覺失調症患者，因不穩定服藥有明顯幻聽、幻覺與妄想干擾，不斷

滋擾家人甚至曾經攻擊醫院的醫護人員，因此被註記為嚴重病人，近期已經行為嚴重脫序且有傷人之虞急需就醫。某日警方終以違反保護令現行犯將大韓帶回派出所並準備移送地檢署開庭。社工知道雖然大韓違反保護令但並未有實質上的傷害，可能開完庭就會被飭回，因此聯繫派出所員警，希望警方能夠協助提醒檢察官大韓的精神狀況需要就醫，派出所員警因時常接獲大韓家人報案，也認為大韓確實需要就醫，因此協助在資料上註記社工的建議。

很幸運的，檢察官開庭前親自連繫社工詢問建議將大韓送醫的理由，卻在聽完社工說明後詢問社工在程序上應如何將大韓送醫？是否需要家屬簽同意書？當時社工並不是非常了解檢察官可以援用何項法條讓大韓就醫，因此僅能向檢察官說明大韓目前病況必須接受醫療協助是社政、衛政社工與家屬的期待，以及依據精神衛生法32條請警消護送就醫的程序、依據，且家屬無須簽署同意書…等等，經多次對話及社工協調當日精神科輪值醫院醫師同意協助，大韓開庭後雖是飭回，但由偵查佐以協助包紮大韓的外傷為由，護送大韓至醫院由醫師評估後收住院。

本案幸得派出所、市刑大、檢察官到醫院醫師、家防中心社工的幫忙有了妥善的收尾。但在從法院到醫院的過程中，其實有一度是檢察官並不了解像大韓這樣的病人在司法程序執行完後，在實務上有什

麼機制或步驟可以合理、順利地銜接護送個案到醫院進行醫療處置，是在合作過程中感到不流暢之處。

（二）司法人員對於精神病人醫療處置相關法規不瞭解

目前的保護案件相關法源對於相對人、加害人及施虐者都訂有相關的司法審理流程、罰則及處遇治療規則，然而心衛社工的服務對象，加害人犯罪的當下除了事實情節之外，可能也是在發病需要醫療協助的狀態，但目前司法對於相關案件的裁定除了羈押、飭回、交保、責付家屬等，礙於現行法規可能難以在沒有醫師證明情況下裁定將個案送醫治療，又對於精神衛生法第23條警消協助護送疑似精神病患就醫之相關條件不熟悉，導致在案件審理過程或是社工請求協助時銜接得不那麼順暢，尚有待溝通協調之處。

肆、其他困境

一、進入家庭工作的不易

（一）家屬對體制的失望

心衛社工時常在接案初期聯繫訪視案家時，會遇到家屬不理解心衛社工與過去曾經提供服務的公衛、各種社工（含家暴、相對人、身障、高風險、兒保、醫院……）、個管師（身障個管、毒防……）等人員有什麼不一樣，對長期照

顧家中精神病人的家屬來說，精神病人的存在與各種衍生的問題從來沒有消失過，而前項所述的人員可能曾經短暫出現又離開，大部分家屬沒有辦法分辨各個角色與任務的不同，會認為心衛社工也同樣不能根絕問題而抗拒接受服務與回應相關問題，甚至阻擋心衛社工與個案的接觸，或是拒絕提供個案的聯繫方式及近況資訊，造成心衛社工在服務上需耗費更多的時間精神，甚至得等到再有事件發生才可能出現介入的契機。

（二）被害人同時為主要照顧者

在心衛社工服務的案件中，家暴案件占多數比例，被害人往往同時也是個案的主要照顧者，過去家暴案件的工作模式是將被害人及相對人切割分別由不同的社工服務，且主要以保護被害人的立場（遠離、躲避）去擬定安全計畫。然而許多被害人基於照顧者的角色根本難以完全與個案切割，無論是親密關係或直系、旁系血親，在道德與法律上都將被害人箝制，許多被害人因此對於照顧個案產生更多更複雜不甘願又不得不的情緒，也因此照顧個案上產生更多負向循環。心衛社工要介入這樣的家庭並與主要照顧者工作討論正確照顧個案的心態、觀念與方法同時要保障安全，其實是在挑戰整個家庭長年來的動力與個別背後的心理狀態，而依照計畫內容的多元家庭服務，甚至還要照顧到主

要照顧者的需要，心衛社工一個個案量卻等同於服務兩個（或以上）的個案，在這麼新的政策中，即便是過去在家防體系身經百戰的保護社工都時常覺得自身工具不夠難以撼動，更何況是其他領域經驗背景的心衛社工應更是難以處理如此細緻的重要環節。

（三）多老／殘誰照顧誰

在服務的案件中也不乏家庭中有一位以上甚或全家都是身心障礙者、以及照顧者為老人的家庭。當主要照顧者自理能力也不佳，無法督促個案就醫服藥或其他約制功能，甚至個案為家中的主要照顧者與經濟來源，這樣的家庭根本不能稱作為有主要照顧者。這樣的家庭即便擁有各種福利身分及資源，但成員們只要住在一起往往就會有相互干擾不完的事端，家庭支持系統沒有建立的條件，心衛社工只能疲於奔命不斷應付新的事件。

二、與網絡間的合作與期待

（一）在醫院與社區之間

對精神病人來說，大部分不是在醫院與機構，就是等待去這兩者的路上，在服務不穩定就醫服藥又有滋擾狀況的個案，社工能仰賴的只有醫院，但時常在好不容易達到護送就醫條件甚至警消也諮詢過專線人員建議送醫後，院方卻僅以施打針劑後便讓個案出院返家，曾經發生過個案自

殺送醫包紮傷口後離院，再自行於其他醫院就醫後才得知鋰鹽中毒差點死亡的例子。當然精神衛生法有保障精神病人的人權，然而當個案已達自傷、傷人或更多滋擾情事，各網絡單位皆束手無策，屢次這樣的結果心衛社工只能與家屬一同失望，並承受家屬的不信任感，或是只能祈禱遇到可以請託或幫忙的醫生，現行體制與床位當然有其限制，但心衛社工也想知道，還能怎麼辦？我們的存在是預防，而不是與公衛及社關一樣進行日常的追蹤關懷與衛教，無法等待事件再發生。

（二）社政共案

社安網期待心衛社工與保護性社工能夠共案共結，然而兩者的進案系統及處遇目標與工作規劃並不完全一致，以家暴案件來說，在暴力風險控制及家庭照顧的立場確實共案討論及制定計畫有其必要，然而家暴案件量高，在暴力風險降低後通常便予以結案，而心衛社工尚要擔負個案的病情穩定及多元服務，這些與暴力風險可能不完全有直接關聯的部分，實難以要求雙方要同開同結，建議在核心議題的暴力風險解除，取得共識或經由會議決議後各自評估與服務次要目標。

（三）網絡對心衛社工服務對象不了解

心衛社工加入網絡後，從中央到地方大家引頸期盼的就是過去只要遇到精神議

題就無解的各種案件都彷彿出現了曙光，然而各界所認為的精神病人與實際上被列為社區慢性精神病人追蹤關懷對象實有巨大的落差。對於一般大眾或網絡單位而言，只要出現情緒暴躁、控制不佳、異常行為、滋擾的狀況，甚或教育端常見的過動、自閉症及網路成癮造成的親子衝突都一概歸類為疑似精神異常。一般網絡無法區辨是思覺失調、躁鬱症、藥酒癮、失智或是其他精神官能症所產生的行為結果，也認為心衛社工服務精神病人合併加害人就是囊括了所有這些對象，沒有人知道實際上被納入社區精神病人的只有其中特定的幾項慢性精神病，在社安網計畫書上也沒有載明，導致好像畫了一塊大餅，實際上能執行的卻只有一小部分，而更多會產生暴力行為的酒藥癮等類別卻不在心衛社工服務對象內。例如新竹市高危機會議109年列為疑似精神病人加害人有48案，有心衛社工服務的只有3案這種數據落差，在中央會議也多次被列舉詢問，然心口司官員在場與會竟也無即時回應說明，導致基層心衛社工百口莫辯，只能不斷說明與回應。

（四）網絡合作

各界與中央不斷想知道心衛社工與其他網絡間的合作模式，其實心衛社工本質上就是社工，與各領域的社工並沒有不一樣，都具有溝通、聯繫、開創、通報、整

合與轉介資源的能力。無論與社政、勞政或教育系統，社工之間的合作大多以電話聯繫，資源共享與核對案家資訊，有機會或必要共訪時可以一同前往，而共訪也要端看時間能否配合或單位對於業務的認定是否有其必要，討論權責分工與角色分配，加上各類會議與研討會的召開，以及醫療、就業等轉介，最終目標都是希望能協助家庭問題解決問題步上穩定軌道。

另外在衛政方面，較常面臨的是公衛及社關不理解社工的工作模式，因受限於個案法及維護個案權益認為精神議題不便替個案對外界回應與告知，時常會對於社政想聯繫詢問個案狀況有所保留及排斥，心衛社工因工作性質及過去工作經歷關係（以保護性社工背景為例），經常作為衛政及社政間的橋梁協助說明。對公衛來說也仍需要加強對心衛社工的理解，尤其是沒有督導作為窗口的縣市，公衛對於原先所轄列管個案無法掌握會感到困惑，因此主動告知公衛有關心衛社工服務個案狀態（亦可由系統看見服務資訊），並邀請參加心衛社工結案會議，銜接服務是較為妥適的方式。與醫院合作方面，醫院通常會有精神科社工協助了解個案治療歷程變化及出院準備、復健機構銜接討論、經濟協助及證件遺失辦理等，因為服務對象相同，是較能分擔與協助心衛社工的網絡。目前最需要的還是讓各單位了解心衛社工

的角色，尤其第二期計畫服務內容有所調整，勢必仍需要再加以說明與澄清。

伍、衛政是否準備好接納社工專業

社會安全網第一期計畫已結束，仍有許多縣市心衛社工人力尚未到位或是人力頻繁流動，除了社工界人力不足是常態，個案類型讓人卻步也是業界對於心衛社工服務對象常有的反應。但對於已經在心衛社工崗位上的夥伴來說，除了個案的困難與特殊性，最大的挫折應該還是來自於環境。

醫事背景的長官會對於社工需要花費很多時間與個案會談、家訪、工作感到不解，他們用醫療角度甚至是行政工作的立場在看待社工執行業務，時常感到困惑，認為「有必要嗎？為什麼需要這樣、那樣？」也曾聽過其他行政人員、同儕對於社工的工作方法提出質疑，連中央對於個案經濟問題需求也是同樣以過去沒有這個預算項目所以只能找社政和民間單位資源連結，無論多少縣市夥伴提出相同的建議都得到這樣一致的回應，這是從中央到地方都沒有用全新和開放的態度面對這樣一個新領域去接納不同的可能性。

心衛社工在費心處理個案工作時還須面對種種的質疑聲浪與箝制，相信許多夥伴們勢必也都曾花費相當多的心力去說明

與澄清，但社工在衛政仍是少數，尤其是編制人數少的縣市，難以發聲且資源相對共案的社政來說實在過於薄弱，無法取得支持以及被看見社工的價值，在系統內的孤獨感對心衛社工來說是一種情緒與心理莫大的耗竭。

陸、建議

一、衛政

- (一) 真正認識並接納社工專業的工作模式及價值，在政策規劃及計畫設計上不應僅將社工視為擴充的人力，不正視議題與服務模式的不同，一味將困難及多重議題個案皆賦予心衛社工服務。
- (二) 應看見心衛社工在服務上的需要，協助調整經費預算項目予以彈性使用，並規劃更多相關支持方案作為心衛社工的後援。
- (三) 爭取心衛社工在結構上的角色定位與權益，才能開創友善的環境讓人力久任，也才能真正有效地提供個案服務，並將經驗傳承。
- (四) 主動向各界說明社區精神病人收案標準，並增加符合心衛社工工作需要的教育訓練，不僅以現行的由社政辦理家暴議題課程、衛政辦理精神議題課程，還需增加符合工作情境需要的以家庭為中心工作課程，

及自殺議題課程等。

二、司法

- (一) 對司法人員進行精神議題相關教育訓練，提升司法人員對於精神病人特性及權益等基本認知與素養。
- (二) 精神疾病個案從司法機關到醫院的程序討論及流程制定目前基於人權與專業分工，除了保護令的精神處遇之外，在沒有醫師評估下，司法端無合適的法規可令精神病患從司法機構直接前往就醫或住院，往往仍須仰賴警消的護送就醫流程規章或親友、社工等自行協助就醫，甚或需行文協請醫院協助開立診斷證明始能作為命令依據，往往錯失個案就醫的良機，建議討論相關機制。

三、其他網絡單位

希冀各網絡單位能夠對心衛社工的定位有更清楚的認識，並有良好的溝通與合作。社政需要調整過去僅服務被害人的工作模式，一同學習家庭工作的方法，雖然社會工作本應具備家庭工作能力，然在實務工作場合因服務對象與過往教育訓練仍會有習慣的服務模式與思維。另外，也應更加認識精神疾病議題，才能有更一致的評估知能共同來研議家庭處遇，也能提高疑似精神病人轉介的成功率。

(本文作者為新竹市衛生局心理衛生 關鍵詞：社工、心理衛生社工
社工)

參考文獻

- 行政院衛生福利部（2018）。《強化社會安全網》。臺北：衛生福利部。
- 謙立中、李炳樟、紀馨雅、何佩瑾（2019）。〈強化社會安全網計畫——以精神疾病個案危機事件為例〉，《社區發展季刊》165。頁63。
- 林惠珠（2020）。《精神病人社區照顧需求探討及評估》。臺北：國家衛生研究院、衛生福利部。