

發展以社區為基礎的藥癮更生人 職業重建服務與復元友善職場之初探

陳玟如

壹、藥癮更生人出監後的就業 困境

出來（監所）後有去職訓局，但是經驗很差，我國中中輟，所以都不能參加職訓……可是只要說我想去職訓，就會認為我是想要騙職訓補助……有一次好不容易撐完麵包烘培的課程、找到了天母一家麵包店，但我住在房租比較便宜的中和，每天通勤就要三小時，且主要工作是搬運麵粉、不是作麵包……後來撐了兩個多月後覺得這樣不是辦法，因為我學的也沒有人要用，這樣也做不常，我年紀也大了，就沒辦法再繼續……結果再回去找職訓局，就被就輔員說我工作動機差、沒有工作意願、只想申請補助……很傷人，我就再也不去了……。（受訪者）

上述筆者2018年的研究訪談文本，不僅隱諱地揭露過往就業服務對這群人的了解有限與服務的供需落差，更凸顯了對

剛經歷長時間社會隔離（監禁或戒治期）且試圖邁向復元（recovering）的用藥者，在取得進入勞動市場門票與維持工作穩定上的困難。

國內研究指出由於藥癮者有低自尊且有須被立即尋求滿足之特質，因此在前往就業服務站尋求服務的經驗中，填寫履歷時便已備感挫折，找到工作後，又可能因參加美沙酮療法、假釋報到、老闆批評、工作壓力等因素，導致時常請假或離職等低穩定就業狀況（黃筱雯等人，2019）。因此，本文根據國內外研究影響藥癮者求職或就業的障礙，可歸納以下三類主因。

一、污名內化（self-stigma，或稱自我污名）內在障礙

當個體有主觀的自我貶抑、邊緣化、見不得人、羞恥及退縮行為等污名內化表現，導致對個人帶來的不良後果，如低自尊、低自我效能、較高的自我貶抑（Corrigan,

2004)，社會行為上有較低的就業動機，且與人互動時會產生較高的羞恥感，會盡可能想避免與他人親近、建立親密關係及消極的社會參與，因此除了較難對外求助或接受心理治療，即便接受或完成治療後，污名內化亦將持續影響治療後的效果及影響生活品質與因應壓力的能力，因此污名內化是這群人在復元歷程的危險因素（陳玟如，2018；Corrigan, 2004; Tew, 2013）。

二、社會污名 (scoail stigma)

難以消除的司法刑事紀錄與社會污名與藥癮次文化污名（余育斌、許華孚，2005），都容易導致藥癮者在復元階段難以取得社會支持與接納（郭文正，2011；江振亨等人，2011；Daddow & Broome, 2010; White & Cloud, 2008），且在求職時亦容易面臨多重障礙（Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2017），常找不到工作或難以維持穩定工作等（黃筱雯等人，2019；Corrigan et al., 2009），且社會污名也時常在成癮者復元歷程中，對其身心健康與生活品質產生負面且不利的影響（Hewitt, 2007），顯見社會污名對這群人在就業與復元的影響。

三、因過往物質使用行為或成癮，導致的個人功能障礙

較常見的例子是藥癮者因處於戒斷期或因曾成癮導致的長期副作用，導致個

人出勤無法穩定、職場的因應力較低、人際適應困難、耐壓性較差、注意力難以集中、認知能力較差等因素，使得這群人不僅在職場上不容易完成工作任務，也難保住工作機會（郭文正，2011；Best & Aston, 2015; Hewitt, 2007）。

基於上述種種過往服務藥癮者就業的困境，臺灣自2017年起，基於國家政策對毒品議題與毒品使用人口群的重視，由行政院統合衛生福利部與法務部等相關部會共同推動「新世代反毒策略」，提出第一期「新世代反毒策略行動綱領（106－109年）」，試圖「從防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法」等五大面向著手，奠定我國毒品防制工作之根基（行政院新聞傳播處，2017）。爾後，為持續強化我國藥癮醫療與專業處遇服務資源之布建，並依照個案不同之需求以提供更為便利之求助資源，進一步規劃第二期（註1）「新世代反毒策略（110－113年）」，將毒品者的就業議題進行獨立規劃，訂定「策略6：深化施用毒品者就業服務，連結網絡資源以促進就業」，並透過提升個案接受專業服務之涵蓋率，由中央與地方政府整合衛政、勞政與社政之網絡，以強化毒品者的就業媒合率與準備，試圖以一案到底服務協助施用毒品者促進就業」（衛生福利部心理及口腔健康司，2021）（圖1）。

而「新世代反毒策略」在「戒毒面向」最主要之目的，即期待透過多元且具實證之

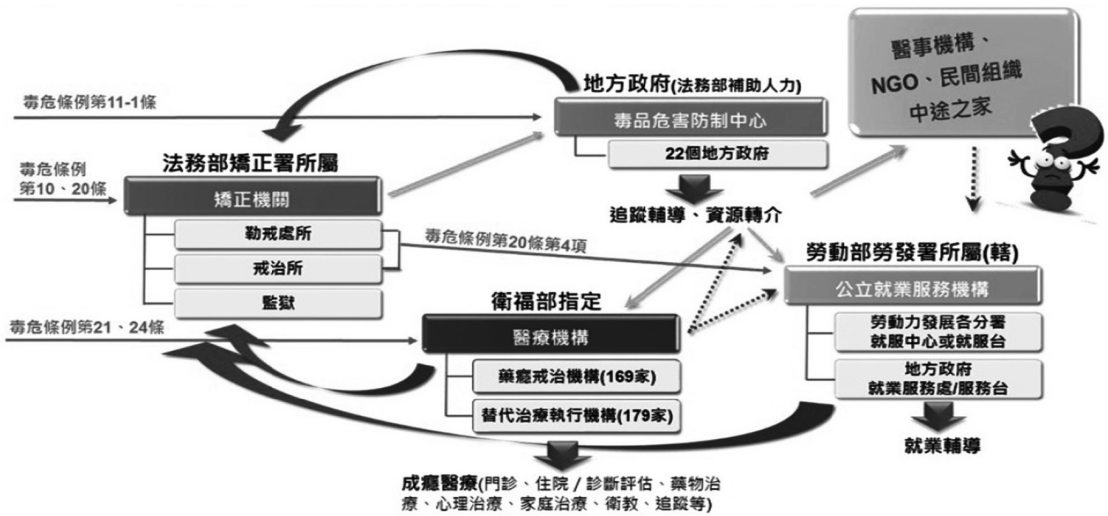


圖 1 現行毒品施用者處遇或服務機構圖

資料來源：行政院新聞傳播處（2017）。

連續性處遇服務，以及開辦多項藥癮戒治補助費用，降低個案就醫經濟障礙並提升治療動機，在鼓勵醫療機構積極投入藥癮治療服務下，強化治療成效使之能早日重返社會，同時亦強調需引入多元的民間協力資源，以持續提供服務對象在網絡中的各項轉介服務與資訊，始能有效降低毒品對臺灣公共衛生、社會治安與經濟發展所造成的衝擊（行政院新聞傳播處，2017；衛生福利部心理及口腔健康司，2021）。而在「110-114年強化社會安全網（第二期）」中，亦同時強調並明訂勞動部勞動力發展署應結合民間專業資源，提供特定對象及就業弱勢就業支持服務、激發就業動機與意願、排除就業障礙，以及協助其重返職場及穩定就業，除擬定了「委託辦理特定對象及就業弱勢者就業服務

計畫」，更積極依據《就業服務法》第24條第一項「主管機關對下列自願就業人員，應訂定計畫，致力促進其就業」的「十、其他經中央主管機關認為有必要者」，將施用毒品者、更生保護人等納入「就業條件相對不利對象」中（衛生福利部社會及家庭署，2021，頁94-95，99）。上述作為，均是目前臺灣政府企圖透過跨部門與跨政策之整合，對施用毒品者與更生保護人等投注更多就業資源與政策協助、以降低他們反覆落入就業不利處境之決心。

有鑑於社會工作實務服務的處遇計畫中，如何滿足服務對象的就業需求是一線社工經常的面對的處遇困境，在資源有限、缺乏就業機會與適合的職場、個人就業能力有限等狀況下，也經常需要與服務

對象一同面對並屈就在不穩定的現實就業機會與選擇中。因此，本文提想借鏡國外如何提供以社區為基礎的藥癮者就業服務策略與經驗，讓國內相關公私部門與實務工作者參考，並一同思考如何在社安網推動之際，架構起更有利於支持藥癮者在出監後能重返職場，並使這群人能真實化身為有助於提升個人生活品質與社會發展之生產者。

貳、「就業」是藥癮復元者的重要保護因子

就業（Employment）經常在研究文獻中作為藥癮者的介入結果指標，且不少臨床工作者與學者認為工作對復元有很重要的作用（Magura et al., 2004）。然而，臺灣本土對成癮者、或用藥者、或物質使用障礙者相關研究，雖經常強調就業服務的重要（林建陽、陳玉書，2008；許華孚、林正昇，2010），但卻較少聚焦研究如何發展以就業為導向的個案管理模式或服務。近年僅有黃筱雯等人（2019）透過借鏡國內身心障礙者支持性就業模式，討論運用此工作模式在物質使用障礙症者就業服務與職業重建的重要，並認為若能強化出院或出監前的協助，以支持性就業方案（supportive service，簡稱SE）協助個案在接受處遇後可接軌穩定工作，則能降低復發（relapse），達到復健的效果。因

此，為了能進一步具體探討如何建構有助於提升用藥者就業的復元保護因子，筆者試圖從借鏡國外以實證為基礎的研究與經驗，歸納出三個具體並可落實的層面，分別是「運用職業重建以降低藥癮者的就業障礙」、「以就業為導向的個案管理」與「建構復元友善職場」，整理如下。

一、運用職業重建模式以降低藥癮者的就業障礙

誠如前言所述，我國自2017年起由中央推動的第一期「新世代反毒策略」（106—109年）與第二期「新世代反毒策略」（110—113年），已強化國內藥癮醫療與專業處遇服務資源之布建，並依照個案不同之需求，提供更為便利之求助資源，且獨立規劃對毒品者的就業服務，訂定「深化施用毒品者就業服務，連結網絡資源以促進就業」之策略，結合現前社會安全網的推動，彰顯對這群人提供以就業個案管理模式提供職業重建的決心。因此，提供以就業為導向的個案模式的實務工作者，除對藥癮者有其生心理評估的專業能力外，亦有必要進一步了解何謂藥癮者的職業重建內涵與這群人就業面對的具體障礙，才能進而排除。

所謂「重建」或「復健」（rehabilitation）的內涵與定義，1974年世界衛生組織便提出一個人在傷病後，為使其功能盡可能恢復，因此有必要結合醫學、社會、教育及

職業相關專業人員，運用醫學、社會、教育與職業等訓練或再訓練，在視「重建」是一完整之恢復（restoration）過程，將一個人原來擁有的在失去後能重新獲得，或將一個人可能可以擁有的加以重新建立，讓此人能夠重新發展出最大的身體、知覺、心智、精神及社會功能，並於服務期間提供此人適當的工具，以改善其生活品質與提高獨立性。因此，「重建」之目標應包括：（一）減少或去除病患／個案執行或參與活動的障礙；（二）發展特定社區內生活、學期及工作所需要的生理、精神及認知功能；（三）協助病患／個案參與和學習、工作及社區活動等主要目標（張彧，2017）。

又，根據1955年國際勞工組織《失能者職業重建建議書》對「職業重建」定義，職業重建是一個連續且互相協調復健過程中的一部分，並提供病患／個案職業服務，包括：職業輔導、職業訓練及選擇性的就業安置，以讓他們能獲得及維持適當的就業，並運用：（一）支持雇主、個人、重要他人及相關人士；（二）職務再設計；（三）輔導、諮商與服務，及（四）就業服務、職業訓練等有關職業訓練與矯治性服務等策略，使接受職業重建服務者能充分發揮其在職業方面的能力，並在生理、心理、社會與經濟上獲得最高滿足與自立，由於職業重建的相關理論與工作模式很多（如身心障礙模式、復健參

考架構、生態學模式及管理模式），因此目前多採取個案管理模式提供職業重建服務，職業重建個案管理員通常不被期待親自提供治療或介入等角色，而是被定位在支持個案參與職業重建服務，且為能有效完成角色所賦予的功能與責任，職業重建個案管理員必須具備靈活機動性，且能發展不同技術或看法的能力（張彧，2017）。

在美國，根據以實證研究為基礎的貫時性研究結果擬定《38項指示：整合型物質使用治療和職業服務》（SAMHSA, 2018），而其中，在制定的個別化支持服務（Individual Placement and Support，簡稱IPS）此項目上，則有八項重要的原則，分別是：

- （一）將競爭性就業作為可實現的目標（IPS計畫將側重於協助服務對象進入直接競爭的就業市場，而非運用傳統職業諮商）；
- （二）尊重服務對象的選擇（IPS需尊重服務對象對工作的渴望與選擇，且不能被服務對象的症狀或障礙所局限）；
- （三）整合職業重建與心理健康服務；
- （四）重視服務對象的喜好，而非服務提供者的判斷；
- （五）個人化福利諮詢；
- （六）快速職業媒合（求職應儘早開始，而非使個案停留在職前評估、培訓等）；
- （七）系統化的工作發展（與雇主／僱用

者建立各職業種類的就業媒合網絡，以方便媒合服務對象求職)；
 (八) 個別化與無時間限制的支持——即只要服務對象還有需要和意願，須提供持續性的工作支持。

然，為避免服務提供者(如就業服務員／師與成癮治療團隊等)訂定不切實際的IPS計畫，對這群人提供職業重建服務時，則須考慮三個層面的障礙，見下表1。

表 1 藥物使用者職業重建的多面向障礙

藥癮者的個人障礙	
個人	1. 物質使用(使用史、類型、復發經驗、問題行為) 2. 心理或生理障礙(精神疾患、神經性障礙、認知障礙、HIV/AIDS) 3. 教育與技能評估(教育程度、學習障礙、讀寫能力、語言、運算能力、過時或低水平的工作技能、很少或沒有工作經驗) 4. 高風險的成長歷史(發展、家庭就業、就業、犯罪、失去親權) 5. 不合時宜的期望與態度(對工作要求、工作習慣、權威、自給自足、個人能力、變化、失敗、衝動控制、延遲滿足) 6. 收入不足(如缺乏衣服、食物、交通、住房、兒童照顧及工作設備) 7. 阻礙工作的因素(需仰賴福利補助、非法活動、有親屬支持) 8. 沒有健康保險與福利服務 9. 充滿危機的生活方式(患病、兒童患病、暴力社區、家庭悲劇和死亡、學校適應不良與霸凌) 10. 學著了解長期處於習得無助或物質依賴是個案的生活常態 11. 首重了解個案在找工作時最主要的障礙，並取代對戒癮的關注
態度	12. 對職業重建的消極態度 13. 對障礙／失能的消極態度
人際互動	14. 有被虐或暴力史或犯罪活動 15. 互相推諉的家庭照顧責任 16. 社會支持不足(如配偶、家庭、同伴群體、社區、機構) 17. 缺乏正面榜樣(如同儕、家庭／父母、社會)
就業處遇系統的內部障礙	
個管員	1. 缺乏穩定的督導或顧問 2. 提供職業媒合與服務時，缺乏員工倫理服務知能與員工培訓 3. 對職業議題不了解，也不懂與個案互動的技巧
專業服務關係	4. 不良的治療與服務關係 5. 對職業目標和個案所期待的不一致 6. 機構或服務提供者對個案的刻板態度(如關係評估或職業選擇)

就業處遇系統的內部障礙	
服務資源	7. 缺乏提供服務個案、工作人員、或員工培訓資金 8. 缺乏提供服務的職業資源網絡 9. 因個案缺乏醫療補助或公共福利，因而削減就業服務資金與資源
政策	10. 組織缺乏對職業服務的承諾 11. 未能將成癮治療計畫納入整合性職業服務的一環 12. 僵化的職業服務計畫 13. 缺乏提供個別化的就業計畫與處遇
結構環境的外部障礙	
僱主與企業	1. 對於僱用正在接受藥物成癮治療者、有犯罪紀錄或接受福利服務、多元性傾向、失能、特定種族等有偏見和歧視 2. 不利的工作環境（如以上偏見） 3. 職業培訓不足 4. 不良的薪資待遇、工作升遷制度、工作福利 5. 缺乏支持性服務與資訊 6. 由於需配合國家的看管與調查，以至於無論僱主是否願意僱用，都使個案無法自由選擇工作
工作福利	7. 對個案當下的工作能力及與他人合作，有不切實際的期待
在地勞動市場	8. 入門級或低階的薪水過少，且無前景 9. 難以與個案的工作能力進行媒合 10. 缺乏或直接被排除在工會之外 11. 工作地點太遙遠、交通不方便
在地服務	12. 有限的個人或公共交通資源 13. 安全但可負擔的起的居住資源不足 14. 缺乏在地其他所需之資源（如日托、學校、醫療、圖書館等）
在地的員工計畫與職業服務	15. 不適當或缺乏滿足當前勞動市場的需求 16. 不適切的服務和計畫（如無提供女性用藥者處遇與服務） 17. 缺乏長期培訓經費 18. 無提供留職停薪計畫／準備 19. 過早對個案安排工作 20. 等待過久、或延遲服務的提供 21. 服務系統間不協調、且缺乏共同的服務目標
資金	22. 工作不是管理或保險的目的，因此不願投入員工培訓經費

資料來源：SAMHSA（2017）。

由上可見，協助物質使用障礙症者之職業重建過程，需注意到服務對象之個人主體障礙、就業處遇系統的內部障礙及結構環境的外部障礙，且此過程涉及「個案管理服務模式」的應用，因此本文將繼續適用於藥癮者以就業為導向的個案管理模式之內涵與運用要點。

二、以就業為導向的個案管理模式

National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2019) 與SAMHSA (2017) 均認為對成癮者或有物質使用障礙症者最好

的治療方式，便是除了提供成癮治療外，還能整合其他的服務，以滿足個人／病患的需求，且研究顯示若僅對這群人提供戒癮治療或以緩解戒斷症狀為目的、但無後續提供服務，將容易反覆生這群人重複使用物質（含酒精與藥物）以作為因應各種生活挫折的結果；因此，應提供以實證為基礎的處遇並同時運用臨床與個案管理模式，以提供復元支持方案與連續型照顧（NIDA, 2019）（圖2）。

從圖2可知，職業服務（vocational service）是整合性處遇重要且獨立的一



圖 2 對成癮者與物質使用障礙症設計的整合性處遇服務

資料來源：NIDA (2019)。

環。而本文在整理成癮者或用藥者接受就業個案管理之研究上，可知美國有Siegal等人（1996）對632名藥癮退伍軍人接受個案管理服務之介入研究，發現有接受個案服務之實驗組在受僱天數、平均收入、工作穩定度等，均明顯高於無接受個案服務之對照組，且達統計上顯著，實驗組的成員不僅在家庭與人際關係的改善上顯示高度正相關，最具體的研究發現是實驗組每年平均可多獲得超過1,000美元的收入且有助於提升繼續接受成癮治療的意願，因此強烈認為「以就業為導向的個案管理」不僅能創造這群人擁有正向的社會經驗，且能藥癮退伍軍人在參與過程中與個案員建立起的正向夥伴關係，除能改善他們各項生活中的各項問題外，也能提升與其他生活領域互動的意願與能力，因此強力呼籲若能在不受傳統復發與否的框架下與個案工作，給予個案員能運用靈活、彈性且以個案需求為導向的個案服務，較能與這群人創造成功的就業經驗且提升他們願意在個案員面前展現工作潛能。

在德國，亦已發展「以就業為導向的個案管理模式」並廣泛認為此模式有助於成癮者或用藥者結束戒癮醫療治療後、能立即恢復競爭性就業的有效策略。根據Saal等人（2016）針對準備出院前六週的病人以隨機分配的方式，分成接受「以就業為導向的個案管理模式」及「一般的護理個案管理模式」兩組，在追蹤24個

月這兩組在競爭性就業職場的就業穩定、融入狀況、藥物停用（禁慾）、就業維持、使用就業公共服務的比例、生活滿意度、居住與財務穩定度、持續使用個案服務等項目，比較兩種個案管理模式在出院前六週、剛出院一至二天內、第12個月與第24個月等時間點的差異，結果發現以就業為導向的個案管理模式此組在——重返工作率、停用藥物、生活滿意度、居住穩定度與財務穩定度等，與一般護理個案管理模式相比後雖無顯著差異，但在與公立就業中心與相關就業資源的聯繫頻率此兩項上，則有明顯提升，因此認為雖要證明以就業為導向的個案管理的有效性相當困難，但此結果可能是受到德國失業率自2006年的19.2%降至2011年的12.6%的影響，換句話說，兩組差異不大應是受到德國就業率整體提升有關，且透過統合分析（meta-analysis）後則更進一步反映社會融合（social inclusion）對這群人就業率確有正向影響，並基於在德國這群人重回歸勞動市場的比例（30.3%）仍遠低整體失業者（48.3%）的事實，因而呼籲對這群人在接受戒癮治療後，仍應積極繼續提供整合性服務的必要。

若進一步根據Magura等人（2004）整理美國過去30年間對成癮與用藥者接受職業服務的有效性分析來看，亦有幾點值得臺灣公私立部門參考的提醒如下：

（一）目前用藥者職業就業服務上有兩

種不同的哲學思維：一是高門檻取向（high threshold approach），即個案須已戒癮且無戒斷症狀，因此就業除了能提供這群人有生活重心／目標與提升社會生產力外，也是復發預防的重要策略，適用於成癮／依賴程度較低且生活脆弱性較低者；另一是低門檻取向（low threshold approach），即認為就業是鼓勵復元的策略，因此不認為戒癮是必備先決條件，且在職業服務的目的設定，應是幫助這些人透過勞動生產過程以增強其自我形象，因此較適用於成癮／依賴程度高且生活脆弱性亦偏高者（如：合併有身心障礙、愛滋感染或仍接受美沙酮替代療法等）。

（二）儘管沒有所謂的通用性的職業服務計畫、且很難證明職業服務能直接降低成癮復發，但部分研究仍發現可具體測量就業服務成效的指標，包括：工作天數、收入、ASI就業綜合得分（註2）、職業／教育訓練的參與等，並建議應在服務的過程建立介入時間的基線並提供追蹤測量（如：1個月內、前1個月、過去4個月或6個月），在搭配隨機分配或對照組等準實驗設計下，則能具體看出該職業服務介入的成效。

（三）將就業作為是復元的目標，對政府

／國家政策來說可能具有相當的誘因，但卻容易加劇處於成癮與生活脆弱性較高之用藥者——在把就業作為個人復元責任下，變相成為對這群人的懲罰。因此，為預防就業政策成為這群人在結構性限制下的弱勢，應積極投入探索雇主不願僱用成癮／犯罪者之原因，或如何對合併有多重身心障礙者、老化與多元性別、生活有多重脆弱性者（如貧窮、缺乏工作技能、低教育程度、缺乏自信、因工作型態導致無法取得醫療福利等），提供以多元就業服務介入策略，發展以實證為基礎的積極性職業服務政策（如提供整合性處遇策略、以復元為導向的個案管理模式與實務介入模式等）。

最後，近年來亦有Borowski等人（2020）進行對用藥者或合併有前科用藥者融入社區的「以社區復元的個案管理模式」（The Community Recovery Program，簡稱CRP）介入研究，其研究結果發現，由於個案管理模式提供了每一個參與者有專門的服務提供者，因此有助於提升用藥者在各復元領域的討論（包括就業、教育、居住、財務、心理健康與身體健康等）；儘管如此，缺乏就業機會則是此介入方案最大的挑戰，因此研究結果呼籲國家應注入相關勞動政策，且有必要

創造友善職場資源並提供更多有助於這群人重回社區之就業機會，不僅如此，該研究也認為無論是以就業為導向的個案管理模式或以社區復元為導向的個案管理模式，作為連結用藥者與職場與社區／社會的個案管理員角色甚為重要，因此有必要對這群提供適切的專業培訓知能訓練、正向且支持性的工作環境與社區就業資源。

三、建構復元友善職場

誠如上述整理，又已知基於國內外文獻時常指出，有物質使用障礙症的這群人時常飽受毒癮標誌與更生污名的影響，因此難以取得就業服務、就業資源與就業機會，然而在不少學者與臨床實務工作者仍認為「就業」是促進物質成癮／使用者復元、復發預防，與遠離過往用藥生活型態的潛在保護因子（DeFulio et al., 2009; Magura et al., 2004），乃是相信擁有合法的就業經驗，將可作為這群人提升自尊與自我支持泉源，並藉此協助他們融入主流社會或重新社會化（郭文正，2011；陳玟如，2018；Platt, 1995; Room, 1998; Yates, 2014）。因此，可知提升就業市場對這群人的雇用意願與支持性就業環境，是穩定他們持續維持復元生活的一大前提。

在美國，研究指出1971年所成立的國家藥物使用和健康調查中心（The National Survey on Drug Use and Health，簡稱NSDUH）（註3）分別對2002、2003、2004年美國勞

動人口在工作場所使用法定毒品的調查結果，估算出18—64歲的全職勞工有8.2%曾或正在使用法定毒品，且過去一個月內仍持續使用者又以18—25歲最多、沒有受過大學教育與家庭收入較低之勞工使用毒品的流行率也較高，因此開始將工人吸毒視為重要的社會議題，並制定一系列員工援助方案（employee assistance program，簡稱EAP）與支持雇主／職場計畫等國家級藥物及酒精政策（Larson et al., 2007）。美國復元中心（Recovery Center of America，簡稱RCA）指出患有物質使用障礙（Substance Use Disorder，簡稱SUD）卻持續工作的人，其比例超過七成，但這群人卻常發生不願因需接受住院成癮治療而向公司請假或因戒斷症狀（withdrawal）、依賴症狀與副作用等，導致工作績效不彰、或注意力不集中而增加工作傷害、或員工間的人際衝突、或同事間非法銷售毒品與進行其他非法活動，及挪／偷用公司的資金等，不僅導致用藥勞工的個人傷害，也同時造成公司各項生產力的損失。爾後，Goplerud等人（2017）則透過分析2012至2014年NSDUH資料庫，發現全美因物質使用障礙導致企業生產力受損不僅每年超過4000億美元、且企業／雇主面對如何降低成本與工作風險卻一籌莫展（包括曠職／翹班、事故／意外、醫療保險／保健、生產力），因此認為若能在工作場所提供企業

／雇主與有物質使用障礙症的員工（簡稱SUD勞工）具復元資本力的人資服務和專業EAP計畫，不僅有助於這些勞工恢復健康，且更有助於企業雇主降低生產成本與負擔，具體作為包括：由國家提供雇主僱用勞工因未接受成癮治療所衍生的生產成本、提供雇主發展企業內員工健康照顧服務與工作計畫、協助雇主了解評估SUD勞工藥物與酒精的使用狀況（含成癮治療與一般性健康醫療）、提供雇主協助SUD勞工時的隱私維護與保密守則與操作流程、提供安全員工教育訓練與培訓計畫、保障雙方之僱用契約擬定，已及引進相關社會福利援助資源等。

美國在累積十多年員工在職場吸毒與飲酒等實證研究後，了解到無法透過具有反毒意識的《無毒工作場所法案》（註4）與藥物檢驗，建立起對這群勞工具支持性的工作環境、或降低企業／雇主的生產折損，因此2014年積極的在賓州成立Drug Free Workplace PA（簡稱DFWPA），運作經費主要來自州政府稅收，成立宗旨則是提供企業雇主和社區建立「無毒工作場所計畫」，以打造具支持性的工作場所，提供的主要內容有：（一）建立不同職業之無毒工作場所政策；（二）主管培訓；（三）員工培訓；（四）藥物檢測政策和程序；（五）參與員工支持方案（即EAP），並由DFWPA協助全州僱用有物質使用障礙者之企業／雇主免費的職場工

作政策、免費現場培訓與線上培訓課程，以及與企業雇主討論員工支持方案的執行、協調藥物測試協議與執行爭議時等，且自2017年更進一步提供賓州有物質使用障礙的在職父母、家庭和社區額外的福利服務資源，同時和賓州成癮復元中心建立合作關係，對這類家庭提供更多就業與生活支持，而此方案亦已逐漸成為美國協助物質使用障礙症者（含成癮與使用）的重要處遇策略。

時至2020年，由賓州的藥物與酒精計畫部門則更積極的結合了復元聯盟（Unity Recovery）與無毒工作場所聯盟（PA），並在全美推動復元友善職場計畫。此計畫強調由於全國各地計畫經費，均來自於無毒工作場所聯盟、藥物與酒精計畫部還有其他基金會的捐贈，因此對企業／雇主與員工（含家庭）所提供的相關復元就業諮詢、復元支持服務、職場復元政策的擬定、員工支持計畫等都是免費的服務，且推廣至今，儘管各組織建構復元友善職場的步驟與發展有所差異，然根據這些組織的經驗，達成初始步驟並符合復元友善職場標準的時間約僅需歷時二至四個月，且根據這些申請成為復元友善職場的組織或企業／雇主的經驗，他們發現當工作場所變成了復元友善職場後，不僅能提供員工更健康的工作環境，也向社區和其客戶展現了該組織是積極主動、有價值且友善的社區夥伴，且同時降低因人力流

動所衍生的訓練成本、員工因更健康而提升了生產效能，且更能延續其勞動能力與復元狀態。為提供對物質使用障礙者以實證為基礎的復元服務，全美更組織起全國性復元友善職場聯盟（recovery friendly workplace，簡稱RFW），並倡導「復元友善職場」是提供地方社區有能力辨識有利物質使用障礙與精神疾病患者的正向復

元優勢，並讓職場、家庭與整個社區，都能基於對物質使用障礙與精神疾患具備有基礎知識下，能願意與這些勞工一起工作，從而建立支持性社區。有鑑於復元友善職場鼓勵透過與企業／雇主、員工和社區共同積極創造，消除這群人在復元歷程中面臨的各種障礙，RFW還設立了三個具體的目標（圖3）。

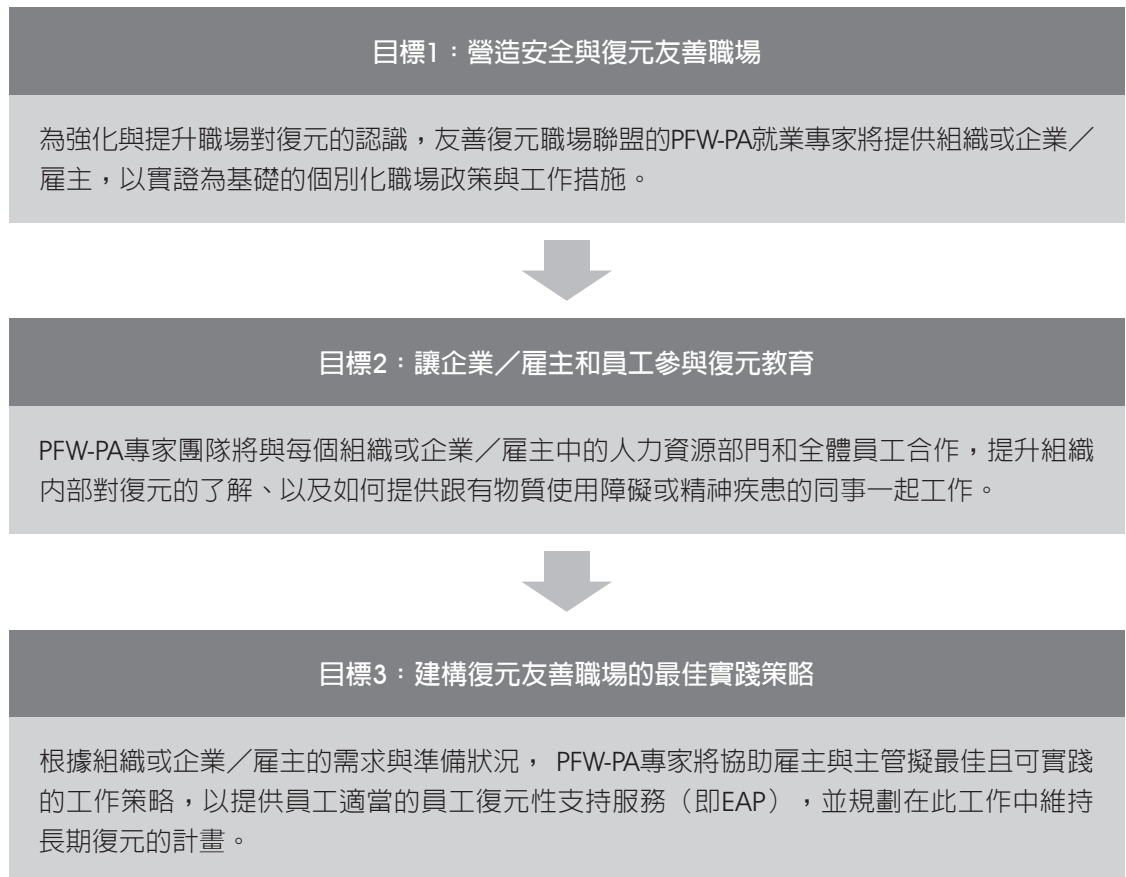


圖 3 復元友善職場的目標

資料來源：筆者翻譯自RFW（<https://recoveryfriendlypa.org/about/>）

參、結論與建議

從國內目前「支持性就業服務」的內容與建構來看，可知是依據《身心障礙者權益保障法》第34條規定：「各級勞工主管機關對於具有就業意願及就業能力，而不足以獨立在競爭性就業市場工作之身心障礙者，應依其工作能力，提供個別化就業安置、訓練及其他工作協助等支持性就業服務」規劃與執行，並由就業輔導員為有意願但就業能力不足以獨立面對競爭性就業市場者，提供個別化的就業安置、訓練及其他工作協助等支持性就業服務（勞動力發展署，2021）（註6）。

若從身心障礙者提供的支持性就業的實務經驗可知，多提供兩週至三個月的就業輔導，並為其開發適性之就業機會、發展職業重建計畫、擬訂就業服務計畫、工作配對檢核、就業前工作能力訓練、工作流程與職務分析、陪同面試、職場安置、強化穩定就業輔導、轉介與連結相關資源，及媒合就業後之追蹤輔導等服務內容，待個案穩定就業三個月後再予以結案（黃筱雯等人，2019），由此可知，臺灣應已具備以國家勞動系統建構就業不利人口之服務系統與建構之經驗。然而，社會對具毒品與更生／犯罪雙重污名之國民的接納度究竟有多高，參考美國與德國的研究經驗則可了解，社會對這群人的包容力，將直接或間接反映在這群人是否能在

在復元歷程-於社區與生活範圍內-順利取得就業機會與資源上。

因此，本文希望整理國外可借鏡的經驗，試圖從「了解藥癮者職業重建的內涵與就業障礙」、「以就業為導向的個案管理」與「建構復元友善職場」等三個層面的研究結果與政策經驗，作為臺灣在推動「新世代反毒策略」與「110-114年強化社會安全網（第二期）」時，能以更積極的態度落實並鼓勵發展以實證研究為基礎的藥癮者處遇服務，除了提供目前在勞動現場積極執行「新世代反毒策略」與「社會安全網」藥癮者（含更生人）之一線助人者有更完整的員工教育訓練、提升專業服務知能外，還能作為雇用這群人之雇主／企業堅強的後盾，並發展臺灣本土「以社區為基礎」的藥癮更生人處遇服務評估與就業服務計畫上，能仿效美國以國家級藥物與酒精政策，將支持雇主／企業雇用計畫、轉化為本土化可落實之實證經驗，在公私部門協力推動社安網之際，架構起更有利於支持藥癮者出監後能重返職場，落實提升藥癮更生人生活品質與成為社會生產者之目的。

文末，筆者也想呼籲將藥癮更生人視為兼具「生產者與服務使用者」此二身分的必要性，且在服務歷程中，亦不應侷限在線性歷程-成為生產者後便不需再提供服務的重要。由於已有不少文獻證明這群人的復元往往需要三年以上的時間

方能穩定 (Best & Aston, 2015; Daddow & Broome, 2010)，且其就業能力養成與職場適應期往往又比一般人更長 (DeFulio et al., 2009; Saal et al, 2016; SAMHSA, 2018)，若未來對藥癮更生人的就業服務止步於找到工作或就業三個月穩定便結案等作法，實難協助這群人累積更多的復元資本，也容易使先前醫療、社政、司法與勞政等一線助人者的付出付之一炬，並將這群人再次推向被服務的無限循環中、難以自力。因此，本文懇切希望相關單位擬定藥癮更生人就業處遇政策時，能了解此

二身分共存的必要性，在能借鏡國外對這群人提供就業服務的經驗，持續提供整合性的連續性服務，始能讓這群人在對服務「有感」下、進而感受到社會融合與支持，能持續保有使用服務的意願以形成正向循環，讓這群人能在成癮復元歷程中掙扎向前並找到對生活與未來的盼望與動力。

(本文作者為臺北大學社會工作學系助理教授)

關鍵詞：藥癮更生人、就業服務、職業重建、友善職場、復元

註釋

註1：「新世代反毒策略（第二期110－113年）」於2020年8月27日經行政院第3716次會議核定。「新世代反毒策略行動綱領（第二期110－113年）」（核定本）經行政院於2020年12月31日以院臺法字第1090202107號函通知法務部准予推動辦理；並將「溯毒、追人、斷金流」等「斷絕毒三流」設為反毒總目標，訂定八項主要策略，分別是：策略1：多元發展藥癮醫療服務方案，建立轉診與分流處遇系統。策略2：擴大藥癮治療與處遇人才培訓制度。策略3：深化多元安置型藥癮處遇與社區復健服務質量。策略4：強化替代治療便利性與提升治療品質。策略5：建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返社會。策略6：深化施用毒品者就業服務，連結網絡資源以促進就業。策略7：強化毒防中心追蹤輔導效能。策略8：提升矯正機關藥癮醫療服務質量，建立復歸轉銜機制。上述策略，除策略5由衛生福利部社會救助及社工司主政、策略6由勞動部主政外，其餘都由衛生福利部心口司主導與規劃（衛生福利部心理及口腔健康司，2021）。

註2：ASI是The Addiction Severity Index的縮寫，中文常譯為成癮嚴重性指數並含七個面向的評估，分別是：醫療狀況、就業和支持、用藥、酒精使用、法律／司法、家庭／社會地位與精神狀況等七個面向。

註3：美國全國藥物使用調查和健康公共使用數據（National Survey on Drug Use and Health Public Use Data，簡稱NSDUH）是由美國藥物濫用和心理健康服務管理局（Substance Abuse and

Mental Health Services Administration，簡稱SAMHSA）指導，是美國衛生與公眾服務部（United States Department of Health and Human Services, HHS）中的一個機構。

註4：美國對於物質使用障礙者工作的職場政策，追溯至尼克森總統於1960年代喊出的「反毒戰爭」，並鼓勵公私部門的企業／雇主對其員工進行藥物檢測，以確認員工使用毒品的狀況並進一步加以懲罰與矯治，並發展了在職場上管理「工作偏差」（Workplace Deviance）的組織管理策略，及越來越精密的藥物檢測技術與管控機制（Boyes-Watson, 1997）。

註5：由就業服務員提供的工作內容，其工作時間、工資與勞動權益，均應符合相關勞動法規（如：部分工時者至少每周工作20小時），以確保支持性就業者之權益；而就就業服務員實施的方式有二，一是提供「個別服務模式」：由就業服務員以一對一個別服務方式，協助身障者在競爭性職場就業；一是提供「群組服務模式」：就業服務員以每組至少二人服務方式，以協助身障者在競爭性職場就業。

📖 參考文獻

江振亨、陳憲章、劉亦純、邱鐘德、李俊珍（2011）。〈戒治團體方案對受戒治人心理變項與再犯與否之成效評估研究〉。《犯罪學期刊》，14（2），41-97。

行政院新聞傳播處（2017年5月25日）。〈新世代反毒策略〉，行政院。<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/47bbd6cf-5762-4a63-a308-b810e84712ce>

余育斌、許華孚（2005）。〈藥物濫用少年與其社會網絡之互動要素分析：以明陽中學收容少年為例〉。《犯罪學期刊》，8（1），65-97。

林建陽、陳玉書（2008）。〈除刑化毒品政策之檢討——論我國毒品犯罪之戒治成效〉。載於法務部（編），《刑事再犯防治政策研究成果報告》（頁145-204）。<https://antidrug.moj.gov.tw/dl-36-2f8b2de8-d253-4795-a485-ae1d7b957fd8.html>

張彧（2017）。《職能治療與職業重建》。禾楓。

許華孚、林正昇（2010）。〈藥癮戒治者的社會復歸與社會支持系統之研究〉。載於法務部司法官學院（編），《刑事政策與犯罪研究論文集12》（頁53-80）。法務部司法官學院。

郭文正（2011）。《藥癮者社會支持、壓力知覺與戒癮改變階段之模式建構》（博士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣碩博士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/en2n2a>

陳玟如（2018）。《尋找復元的可能——毒品使用者復元資本、復元障礙與復元關係之研究》（博士論文，國立臺灣大學）。臺灣碩博士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/99zdh6>

黃筱雯、陳貞夙、吳亭芳（2019）。〈支持性就業於物質使用障礙症的應用〉。《矯政期刊》，

- 8 (3) , 56-74 。 [https://doi.org/10.6905/JC.201907_8\(3\).0003](https://doi.org/10.6905/JC.201907_8(3).0003)
- 衛生福利部心理及口腔健康司 (2021年8月10日) 。〈新世代反毒策略之戒毒策略〉。2021年9月30日，檢索自<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4077-43294-107.html>
- 衛生福利部社會及家庭署 (2021年9月30日) 。《強化社會安全網 (第二期計畫110-114年) 》。檢索自社會安全網。 <https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4515-62472-204.html>
- Best, D., & Aston, E. (2015). Long-term recovery from addiction: Criminal justice involvement and positive criminology. In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive criminology* (pp. 177-193). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-13>
- Borowski, S., Wenzel, S., Smith, L., & Turner, S. (2020). An evaluation of the community recovery program: A case management approach to assisting individuals recover from substance use and incarceration. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 7(5), 149-160. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00167-8>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>
- Daddow, R., & Broome, S. (2010). *Whole person recovery: A user-centred systems approach to problem drug use*. RSA. http://www.thersa.org/_data/assets/pdf_file/0011/362099/RSA-Whole-Person-Recovery-report.pdf
- DeFulio, A., Donlin, W. D., Wong, C. J., & Silverman, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: A randomized controlled trial. *Addiction*, 104(9), 1530-1538. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02657.x>
- Goplerud, E., Hodge, S., & Benham, T. (2017). A substance use cost calculator for US employers: With an emphasis on prescription pain medication misuse. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(11), 1063-1071. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001157>
- Magura, S., Staines, G. L., Blankertz, L., & Madison, E. M. (2004). The Effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Substance Use & Misuse*, 39(13-14), 2165-2213. <https://doi.org/10.1081/JA-200034589>
- National Institute on Drug Abuse. (2019, January 17). *Treatment approaches for drug addiction drugfacts*. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>
- Platt, J. J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin*, 117(3), 416-433. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.416>
- Room, J. A. (1998). Work and identity in substance abuse recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*,

15(1), 65-74. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(97\)00250-x](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(97)00250-x)

- Saal, S., Forscher, L., Kemmann, D., Zlatosch, J., & Kallert, T. W. (2016). Is employment-focused case management effective for patients with substance use disorders? Results from a controlled multi-site trial in Germany covering a 2-years-period after inpatient rehabilitation. *BMC psychiatry*, 16, 279-288. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0990-7>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017, August 10). *Recovery and recovery support*. <https://www.samhsa.gov/recovery>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *TIP 38: Integrating substance abuse treatment and vocational services*. <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/tip-38-integrating-substance-abuse-treatment-vocational-services>
- Tew, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360-374. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.687713>
- White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22-27.
- Yates, R. (2014). Recovery capital, addiction theory, and the development of recovery communities. *The Turkish Journal on Addictions*, 1(2), 96-112.