

從排除到融合 ——協助社區精神病人之實務經驗分享

林正鄆、呂秀蓉、陳怡吟、莊媚媚、金婉玲、王詩涵

壹、前言

在談到精神病患議題時，多數人會直接聯想到「危險的、具攻擊性、反社會、不定時炸彈」等，精神疾病非傳染病，其成因包括生理及遺傳、心理、社會及環境等因素，精神衛生法將精神疾病界定為：「指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病」。精神病患常見的行為反應包括：因動作緩慢或身體不自主抖動而害怕與人相處、低自信而顯得退縮、功能退化而呈現低自尊、容易產生壓力且出現不耐煩與抗拒等情形。時至今日科技化快速發展，社會大眾能在短時間內就接收到電子新聞報導，而快速的社會步調，亦造成人們在閱讀新聞時僅瀏覽標題或簡略內容，若未能好好地閱讀且思考報導內容，就容易呈現「先入為主、以偏概全」的觀念，導致社會對精

神疾病接納度低。

另一方面，因應環境變遷與社會問題層出不窮，複雜且多元議題讓助人工作專業難以負荷，政府單位與專家學者開始思考並提出解決方法，行政院於2018年2月26日核定「強化社會安全網計畫」，整合相關網絡結合民間力量，提供以家庭為中心的整合服務，建立社區為基礎的防護體系（衛生福利部，2018），考量各縣市政府社區單一關懷訪視人力與專業知能，難以因應家庭暴力、兒少保護、性侵害事件等加害人合併精神疾病的情形，此類個案問題需求多元且複雜性高，其中計畫策略三為「整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」，將社工人員編制於衛政單位提供專業服務，期能解決是類個案與家庭的問題。

強化社會安全網第二期計畫經行政院於2021年7月29日核定，因應第一期計畫服務模式與運作機制具見成效，賡續辦

理第二期延續性計畫，以期深化「以家庭為中心、以社區為基礎」（衛生福利部，2021）的服務模式，創造永續價值，亦即從精神疾病延伸至其他面向，並提升家庭照顧與社區支持服務，尤其針對多元議題的困難個案，處遇應以中長期的追蹤輔導與關懷訪視，監控疾病及照顧以達深化服務、前端預防之目標。

本文主要以社區精神病人為對象，從汙名化、偏見歧視、社會排除議題為核心，因應目前強化社會安全網計畫策略三實施、輔以士林區社會安全網區級聯繫會議，士林區健康服務中心工作人員（公衛護理師、社區關懷訪視員、心理衛生社工）以「社區經營」模式提供直接服務，發展家庭支持服務與社區照顧資源，在與各網絡單位夥伴關係發展下進行社會倡議，精神病人終能朝向社會復歸和社會融合之層次，以實現強化社會安全網計畫的政策目標。

貳、強化社會安全網計畫之策略

強化社會安全網計畫起因於重大社會案件，時代背景下有其社會政策與福利服務的意義，同時強調跨專業網絡合作的重要性。以下先行簡略介紹強化社會安全網計畫及策略三內容，接著，再說明士林區社會安全網區級聯繫會議，期能讓讀者了解行政區域的服務策略。

一、強化社會安全網計畫

強化社會安全網第一期計畫經行政院2018年2月26日核定，強調「建立社區為基礎的防護體系、提供家庭為中心的整合服務」（衛生福利部，2018），運用四個策略、建置跨網絡／體系的合作與資源連結，期能提升各類風險人口通報，解決影響社會安全的各項危險因子，進而提出對應策略及改進方法，強化社會安全體系運作效能。計畫起因於臺灣多起嚴重傷害社會案件及無差別隨機殺人事件，例如，經濟貧困父母攜子女燒炭自殺、無業男子租屋無預警殺死房東、臺北捷運隨機殺人事件、北投女童割喉案、內湖女童命案、臺鐵殺警案……等，上述事件不僅造成被害人家屬無法抹滅的傷痛，更使得社會大眾人心惶惶，尤其當殺人者被鑑定罹患精神疾病，在面對法律制裁上，似乎有脫罪的可能性。

強化社會安全網計畫分為四個策略：策略一為「布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務」；策略二為「整合保護性服務與高風險家庭服務」；策略三為「整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」；策略四為「整合跨部會服務體系」。第一期計畫推動至2020年底結束，各縣市在策略三人力進用、服務模式與專業成效等皆有精進，2021年起賡續辦理強化社會安全網第二期計畫（110至114

年），透過第一期實務工作的經驗累積，增進心衛社工保護性業務、精神醫療知能及社區外展能力，有助於朝向第二期計畫的目標「前端預防、危機處理、服務深化」（衛生福利部，2021）。

二、策略三

過往衛生主管機關的社區關懷訪視人力，多為衛生醫療專業背景，較缺乏家庭暴力、兒少保護、性侵害等知能，尤其加害人合併精神疾病的問題需求更為多元複雜，非單靠關懷訪視得以處理（衛生福利部，2018）；因應社會安全網計畫招聘社工人員進入衛政體系，從事個案家庭服務及處理多元議題，以精神病人合併家庭暴力、兒少保護、性侵害、自殺防治為對象，由於問題需求涉及衛政、社政主管機關，如何兼顧量化（服務涵蓋率）與質化（處遇策略）的服務模式，就成為心衛社工專業發展的趨勢，其中策略三即由心衛社工提供追蹤輔導與關懷訪視，並整合社會福利、衛生醫療、司法警政、勞動就業、民政、教育等網絡系統。

心衛社工在進行個案服務時，要能「以家庭為中心、以社區為基礎」去擬訂處遇計畫，非僅以保護性議題為介入重點，應從精神疾病延伸至其他面向，並提升家庭照顧與社區支持服務，尤其針對多元議題的困難個案，處遇採中長期的追蹤輔導與關懷訪視，監控疾病及照顧以達服

務深化、前端預防之目標。

三、士林區社會安全網區級聯繫會議

因應中央推展強化社會安全網計畫，臺北市政府亦實施社會安全網補強執行計畫，強調社會安全網啟動基層合作，主要為增進各網絡單位間合作連結、快速處理社區中長期困擾個案；聯繫會議著重基層團隊的合作，針對原有機制無法有效處理之個案，邀請各網絡單位召開個案研討會，擬訂共同處遇目標及分工機制、尋求解決方式，至於有關行政區內重大困難個案（如：社區滋擾、自傷傷人、藥酒癮），提報至區級聯繫會議，透過網絡團隊力量，期能真正解決個案問題及提升網絡間之合作默契。

社會安全網區級聯繫會議主要提報個案指標為：（一）有傷害行為者（傷人行為、自傷行為、傷害動物行為、故意破壞物品）；（二）有任何傷害之表示者；（三）有影響社區安全疑慮者；（四）非上述類型，但造成社會困擾者；（五）其他。從提報指標來分析，區級個案研討著重在初級預防，在個案行為狀況未嚴重前，即提早介入處遇，避免問題惡化成為高危機／高風險個案。

區級聯繫會議由區長主持，由區域內各網絡單位提出報告並針對個案進行研討，報告相關主題如：士林區社會安全網執行成果報告、公共安全風險評估量

表（社會福利服務中心）、士林區自殺趨勢分析及地方性防治規劃建議（自殺防治中心）、就學安全網工作推展報告（教育局學生輔導諮商中心）、健康照護網報告（健康服務中心）、就業安全網（就業服務處）、區里關懷網（士林區公所）、士林區緊急救護網執行說明（消防局士林中隊）。

參、對精神病人之汙名化與社會排除

本文主要以社會排除（social exclusion）觀點來探討分析，透過對照《精神衛生法》、《身心障礙者權益保障法》、聯合國《身心障礙者權益公約》（CRPD）等

作對照（表1），期能了解障礙者所受到的汙名化處境，再分析環境體制的困境，最後運用策略來朝向社會融合（social inclusion）目標。

一、汙名化

歧視（discrimination）是指對某些人的負面行為，也就是一種從偏見態度轉化而來的行為，汙名（stigma）指當違背社會正常標準時，被貼上一種記號，這種記號會造成社會大眾所排斥，社會學家郭佛門（Erving Goffman）就用「烙印」一詞來描述被歧視者的歸因，此種烙印特別是在遊民、精神病患、愛滋感染者身上容易感受到，因為社會的主流價值觀往往是道德標準，弱勢者就只能被迫去接受（引自

表 1 精神衛生相關法規

公約／法規	內容
精神衛生法	第8條：中央主管機關應會同中央社政、勞工及教育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。
身心障礙者權益保障法	1. 第16條：身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、應考、進用、就業、居住、遷徙、醫療等權益，不得有歧視之對待。 2. 第22條：各級衛生主管機關應整合醫療資源，依身心障礙者個別需求提供保健醫療服務，並協助身心障礙者福利機構提供所需之保健醫療服務。
聯合國身心障礙者權益公約（CRPD）	第25條健康：應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別敏感之健康服務，包括與健康有關之復健服務。

資料來源：作者整理。

藍采風，2000）。

學者Corrigan（2004）提出汙名化對不僅包括他人亦包含個人本身，且與生理疾病相較，心理疾病的汙名化程度更為嚴重，且進一步將汙名化分為公眾汙名化（public stigma）和自我汙名化（self stigma），並從刻板印象、偏見及歧視三個層面進行討論。個人會由與病人直接接觸或其他訊息管道界定某類病人的行為或特徵表現，形成對此類病人的刻板印象，並採納或認同對渠等的負向評價或看法，進而想要遠離及逃避，公眾汙名化影響個人看待別人與自己的方式，因此也影響個人的社會機會，而自我汙名則對個人的自尊及自信有很大的影響。

新聞媒體一直扮演著重要關鍵的角色，雖有其主導性與自主性，但也應受到相關法規和倫理規範，《精神衛生法》第23條規定：「傳播媒體之報導，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽者對病人產生歧視之報導」。同法第24條第1項：「未經病人同意者，不得對病人錄音、錄影或攝影，並不得報導其姓名或住（居）所；於嚴重病人，應經其保護人同意」。由此可見，新聞媒體若能不作偏誤、傷害性或聳動報導，將可避免誤導社會大眾認知與刻板印象。

由上述討論可知，偏見歧視與汙名化是種無形的負向標籤，最直接的就是精神

病人為抗拒進入醫療體系、拒絕服藥，因為一旦被貼上標籤，在生活、就學、就業等層面受到影響，因為被認為是沒有能力或具危險性，可見汙名化對精神病人的影響甚鉅。

二、社會排除概念

排除（exclusion）的概念最早是出現於1960年代的法國，當時被排除者包括身心殘疾者、自殺者、社會邊緣人、藥物濫用者、犯罪者、反社會與其他社會適應不良等等（引自邱汝娜，2008），1974年法國社會主義者Richard Lenoir提出「一群未被涵括在社會安全體系中的人」（引自李易駿，2006），李易駿（2006）亦指出社會排除涉多重及變遷中的因素，而導致人們被現代社會之正常的交換、運作及權利中而排擠，貧窮是最明顯的因素之一，亦可指涉住宅、教育、醫療及接近服務使用上的不足。

社會排除有兩項重要特質：（一）是一種動態的過程：動態主要乃是彰顯出社會排除觀點的特色，不是一個靜態的描述而已，還要探索一個人或團體之所以在其生命週期中，逐漸淪落到排除的動態過程；（二）是多面向的：強調的是排除現象並非單指物質或經濟上的問題，還包括心理、價值、醫療、社區空間、社會與政治參與等問題（張菁芬，2005；Pierson, 2002）。此兩個特質有助於了解精神病人

與家庭的問題時，能更全面深入地作思考探究，助人工作者亦能更深刻地察覺到個案家屬的無力感。

精神病人與藥癮更生人、愛滋感染者、遊民等都是屬於弱勢中的弱勢，在助人工作領域較少被關注，應秉持著「社會正義」（social justice）為案主謀福利、增進權益，並協助個人／團體取得服務，進而減少基本權益被剝奪的機會。由此可知，社會工作講求的就是一種「反壓迫」實務，重視個案的內在需求與生活經驗，即是透過需求評估與社會倡議去突顯出問題的嚴重性與迫切性，以支持個案／家屬充權和需求滿足。

三、從社會排除到社會融合

社會排除著重在「關係」議題的處理，亦即強調社會參與的面向，精神病人因社會排除所產生的福利弱勢，以及所面臨的生活障礙與困境。在提到社會排除觀點，就會想到相對的社會融合（social inclusion）、社會整合（social integration）等概念，反社會排除的社會融合行動，尤其是充權（empowerment）與社會支持，除了關注結構面、特定團體的資源取得、制度的無差別待遇外，更必須注重個人層次的充權，不僅是幫助那些已經被排除的人，而且也關注那些高危險群的人，從治療到預防的行動，提供給高危險群者具有積極行動的能力。

精神障礙者在全民健保的制度下是享有同等的醫療資源，但有時受限於病識感或醫療認知，導致他們缺乏使用接近資源的能力，精神障礙者在物質資源不一定會缺乏或陷入貧窮，但在生活其他面向有可能會受到不公平對待而無法融入社會，從更廣泛的角度去看，就是障礙者的基本權益被剝奪。因此，在分析社會排除的概念現象時，除了考量物質、社會資源與福利服務外，更應著重被排除者的社會參與及社會融合議題上。

因此，本文的概念就是從「精神障礙者及家庭」為出發點，透過公衛護理師、社區關懷訪視員、心衛社工的追蹤輔導與關懷訪視，提升就醫服藥能力、降低家庭暴力風險、減輕照顧壓力負荷、辦理各項去汙名化活動、參與網絡相關會議……等，最終能從排除的情境達致融合。另著重在「關係」議題的處理，亦即強調社會參與的面向，同時審視社會政策及福利服務的關聯性，以此觀點來論述精神障礙者因社會排除產生的福利弱勢，同時了解渠等所面臨的生活障礙與困境，這些人口群在接近資源上是存在著某種障礙。

肆、社區精神個案實務推展面向

為了解社區精神病人實務推展的作法，茲從精神病人與家庭、社區第一線專業人員、網絡單位、新聞媒體及社會大眾

等面向進行討論，運用汙名化、社會排除理論觀點，發展實務經驗的工作方法及技巧，強調「社區經營」的服務理念，期能提升精神病人處遇服務，進而朝向社會復歸與社會融合，以達到反社會排除境界及強化社會安全網計畫目標（服務概念如圖1）。

一、精神病人個案與家庭

（一）個案

1. 精神疾病屬於長期慢性類型、治療過程較長，惟大多數患者只需要在精神科門診接受治療無須住院，只

有病情嚴重或有自傷傷人時才須住院。因此，對於社區精神病人個案應定期追蹤輔導與關懷訪視，提供心理支持，穩定就醫及規律服藥之重要性，當面臨問題或需求時能提供協助，以降低暴力危機風險。

2. 汙名化與偏見歧視造成精神病人被社會排除，長期隔離（含心理距離）更造成病患功能退化喪失、缺乏現實感，增加挫折與自卑感。助人工作者目標應協助去除標籤，運用各項精神復健資源提升生活能

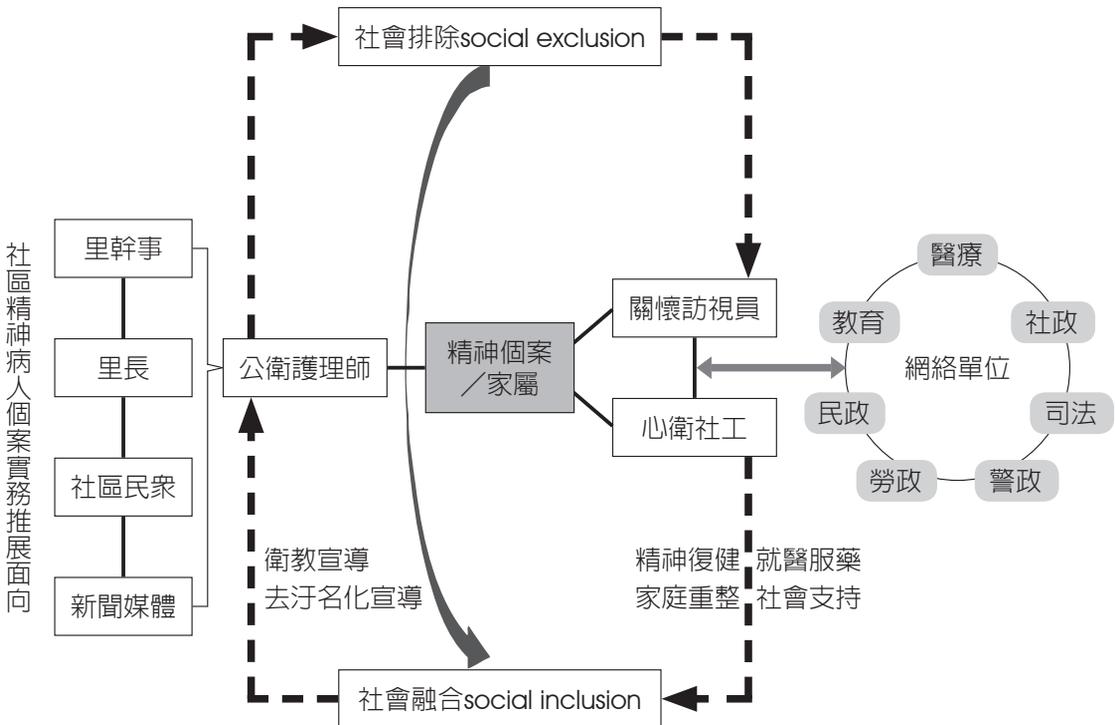


圖 1 從排除到融合：服務概念圖

資料來源：作者整理。

力、增加自我效能，建立個案與社會產生連結為長期目標。

(二) 家庭／照顧者

多數社區精神病人的家庭照顧資源與支持系統少，家庭（照顧者）長期壓力與負荷易衍生多重議題，不管公部門或民間單位服務提供者，要能進入家庭的生活環境脈絡，鼓勵家屬參與社區照護計畫，連結精神復健資源，創造社會支持系統，以提升家屬照顧意願與能力。

二、社區第一線專業人員

本文以士林區社區精神病人及家庭為探討，依精神衛生法、整合型心理健康工作計畫及強化社會安全網計畫之基礎及架構，由健康服務中心三類專業人員共同提供服務：

(一) 公衛護理師

1. 地段經營者

公衛護理師平時對所轄的地段有明確掌握，最主要的方式即是透過與里長、里幹事建立合作關係，當遇到有社區滋擾或民眾投訴案件，第一時間訪視了解協助解決問題，顯示「社區經營」的重要性。

2. 提供醫療諮詢服務

公衛護理師平時透過關懷訪視、提供衛教服務、營養飲食等與社區個案／家庭建立關係，同時提供各項醫療諮詢服務。

3. 辦理衛生教育及宣導

精神病人汙名化議題是長期被討論的問題，或許因為不了解而排斥，抑或許因為少數社會新聞案件而抗拒，多數精神病人透過醫療復健是可以穩定地在社區生活，辦理去汙名化宣導為年度重點工作。

4. 轉介服務

當精神個案就醫服藥不穩定時，轉由社區關懷訪視員追蹤關懷；當有家庭暴力或多重議題時，則轉由心衛社工處置；若精神個案穩定僅需要經濟或就業服務，公衛護理師亦可擔任資源連結與轉介者。

(二) 社區關懷訪視員

1. 主要工作項目為社區中精神疾病個案及其家屬進行關懷訪視。
2. 提供精神疾病照護衛教、協助就醫、規律返診及服藥等服務。
3. 評估需求並提供資源連結，支持個案在社區中生活。

(三) 心理衛生社工

1. 處理精神疾病加害人合併家庭暴力、兒少保護、性侵害等議題。
2. 精神病人合併自殺防治議題、結束監護處分、離開矯正機關等。
3. 提供追蹤輔導與關懷訪視，並整合社會福利、衛生醫療、司法警政、勞動就業、民政、教育等網絡資源。

(四) 里長、里幹事

1. 處理社區民眾生活中問題，或代為向各單位反映／申訴。
2. 針對家庭貧困或生活發生重大變故者，協助申請急難救助、各項紓困方案。
3. 協助公衛護理師推展三段五級社區健康促進、精神疾病去汙名化宣導活動。
4. 當民眾發生社區滋擾或自傷傷人事件，協助緊急處置並逕行通報。

三、網絡單位

各類福利人口群的問題需求有其多元性及困難性，尤其藥癮更生人、愛滋感染者、精神疾病患者更被貼上負面標籤與汙名化，身為第一線社區的專業工作人員，在與各網絡單位合作時要能適時倡議，對於精神疾病越認識了解，就能有更多的同理關注。

強化社會安全網計畫介入的焦點由「以個人為中心」轉變為「以家庭為中心、以社區為基礎（community-based）」（衛生福利部，2018）的服務模式，且強調橫向聯繫與溝通合作、強化資源網絡運作效能。心衛社工針對個案及家庭問題，採取不同的理論觀點，運用綜融性方法介入，進行跨網絡的連結與協調，茲整理策略三網絡合作面向與方法：

- (一) 醫療：陪同就醫、護送就醫準備（強制住院）、評估連結居家／社區治療、就醫費用補助、健保查詢。
- (二) 社政：脆弱家庭、危機家庭（採共管共訪）、無依個案安置。
- (三) 警政：失聯個案協尋、加害人約制告誡、協同訪視個案（人身安全）。
- (四) 司法：出庭準備、陪同出庭、為個案倡議（家庭暴力vs.精神疾病）、觀護報到、入監公務接見、出監銜接準備。
- (五) 勞政：就業協助、就業媒合、轉介就業中心或精神病人職業重建。
- (六) 民政：里長／里幹事、戶政人口查詢。
- (七) 教育：自傷與自殺防治、資源聯繫會議。

四、新聞媒體

新聞媒體有報導的主導性和自主性，但也應具有社會責任與道德意識，尤其當報導對象與內容是涉及私領域、社會議題時，更應審慎處理，目的是讓新聞議題可與社會大眾有連結互動，而非僅以聳動的標題內容來吸引讀者，面對精神疾病等族群新聞報導上，更應避免使用偏見、歧視的字眼來敘述，社會標籤貼在族群身上就難以卸除。

新聞媒體應適時地發揮良善的社會教育力量，幫助社會大眾能夠正確地認知精神疾病議題，無論從社會、歷史、文化的觀點來看，新聞媒體絕對是責無旁貸；助人工作者與網絡單位更應發揮專業精神，提供正確客觀、去汙名的資訊，新聞事件報導的目的是釐清觀念、強化認知。

五、社區民眾

社會大眾的認知支持是精神障礙者及特殊族群的關鍵因素，家庭教育亦扮演著重要因素，若成長過程中接收更多正向的觀點看待，將有助於精神障礙者回歸社區與家庭，在生活空間、工作職場、休閒娛樂更被人性化對待。林正鄆（2011）指出因對愛滋病的不了解和缺乏認知，因而產生歧視愛滋感染者，由於愛滋病的汙名化與標籤化，感染者在日常生活中仍傾向不主動告知、不願讓別人知道自己的感染事實；同樣地，精神疾病患者易因疾病汙名化與標籤化而害怕就醫，導致未能規律服藥易引發情緒及精神症狀混亂。

汙名與歧視仍是所有傳染病中影響最大的因素，普遍存在人們的意識中，亦會藉由大眾傳播媒體、輿論等形式作傳達，直接或間接造成社群的負面想法。士林區行政中心與轄區內各網絡單位，透過各種會議與活動管道進行倡議，讓工作人員能先認識了解進而支持，再將認知透過各種形式影響社區民眾，亦期望這份良善的力

量可以被關注、被看見，雖然透過新聞媒體或宣導可改變民眾認知，即使效果緩慢卻值得努力前進。

伍、結語

對於罹患過精神疾病的人們，一旦有違反社會秩序或破壞傷害行為，新聞媒體與社會大眾容易把事件與疾病作連結，導致病人害怕或拒絕就醫，亦造成病人被排斥拒絕、被邊緣化，身為助人工作者的我們很難完全不對某些特定族群存有既定的觀感，在個案處遇過程中須時時提醒自己的專業倫理與價值，社區精神病人工作目標即是穩定就醫及規律服藥、提升個人自我效能、建構家庭照顧資源與社區支持、降低暴力風險危機，最終讓精神病人在較少的偏見歧視與排除環境中，逐步自立以邁向社會融合。

本文以社區精神病人為服務對象，論述健康服務中心專業人員的追蹤輔導與關懷訪視，以及跨網絡單位的連結合作，精神病人始終被汙名化、標籤化，個案及家庭處遇服務必須思考反社會排除的核心價值，讓社會大眾可以從認識、了解到接納。因應今（111）年度嚴重特殊傳染病 COVID-19 疫情影響，健康服務中心全力投入防疫工作，俟疫情趨緩後將持續結合民間精神復健單位，共同投入精神病人社區照顧服務，促使社會大眾更接納與包

容該族群，以落實強化社會安全網計畫的目標。

（本文作者：林正鄆為臺北市政府衛生局資深聘用保護性社工；呂秀蓉為臺北市士林區健康服務中心主任；陳怡吟為臺北市

士林區健康服務中心秘書；莊媚媚為臺北市士林區健康服務中心組長；金婉玲為臺北市士林區健康服務中心護理長；王詩涵為臺北市士林區健康服務中心護理師）

關鍵詞：社區精神個案、強化社會安全網、汙名化、社會排除

參考文獻

- 李易駿（2006）。〈社會排除：流行或挑戰〉。《社會政策與社會工作學刊》，10（1），1-47。
<https://doi.org/10.6785/SPSW.200606.0001>
- 林正鄆（2011）。《男同性戀愛滋感染者就醫就業障礙與因應方式之初探》（碩士論文，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/11296/52u48z>
- 邱汝娜（2008）。《臺灣原住民族就業障礙與對策之研究：從社會排除觀點探析》（博士論文，國立暨南國際大學）。臺灣碩博士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/g59u7n>
- 張菁芬（2005）。《社會排除現象與對策：歐盟的經驗分析》。松慧。
- 衛生福利部（2018）。《強化社會安全網計畫》。
- 衛生福利部（2021）。《強化社會安全網第二期計畫》。
- 藍采風（2000）。《社會學》。五南。
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://www.doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Pierson, J. (2002). *Tackling social exclusion*. Routledge.