

復元導向的精神康復者就業協助措施在臺灣實踐之探討——以職涯復元觀點

張朝翔、陳仙季

壹、現行制度推動精神康復者就業協助措施的挑戰

我國現行的《身心障礙權益保障法》中，勞政負責的職業重建服務旨在為身心障礙者提供各項就業協助措施，這些措施包括職業重建個案管理服務、職業輔導評量、職業訓練、就業服務、職務再設計、創業輔導等服務，以及支持性就業。儘管精神康復者也被納入身心障礙者的職業重建服務範疇，但由於精神康復者的疾病特質和身心狀態特點，使他們在現行的職業重建體系中獲得適合的就業協助面臨諸多挑戰，這也導致了其勞動參與率偏低。

根據勞動部（2019）《108年身心障礙者勞動狀況調查報告》，慢性精神障礙者的就業率僅為17.3%，在所有身心障礙者中倒數第五，高於失智症者的0.8%、平衡機能障礙者的6.2%、多重障礙者的7.8%、聽覺機能障礙者的16.3%，但與智

能障礙者的29.3%相比仍有顯著差距。

國際審查委員（International Rescue Committee, IRC）在2022年8月6日《身心障礙者權利公約》（*The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD*）第二次國家報告的結論性意見中針對工作及就業指出：

缺乏身心障礙者職業和專業訓練的資訊，且尚無有效的制度讓身心障礙者重新進入開放的勞動市場。特別是對心理社會障礙者來說，職業重建和就業協助是不足且無效的。（第27條）

並建議政府應「制定策略以提高身心障礙者，包括心理社會障礙者和心智障礙者的勞動力參與率」以及「改善對心理社會障礙者的職業重建和就業協助的有效性」。由此可見，如何有效提升心理社會障礙者（即精神康復者）進入開放勞動市場並提高其勞動參與率，以及改善其現行

就業協助措施和職業重建模式，應成為我國推動符合CRPD人權指標的重要議題。

同時，2024年12月14日即將施行修訂後的《精神衛生法》（1990 / 2022）提到，各級勞動主管機關應推動職場心理健康促進與精神疾病防治，提供病情穩定患者職業重建、職業訓練、就業服務及合理調整措施，協助其穩定就業，並獎勵或補助雇主提供就業機會（第7條）。這已將職業重建與合理調整納入精神病人的法定服務項目，而不僅僅局限於《身心障礙者權益保障法》所提到的精神障礙者。未來，即使精神病人未領有身心障礙手冊，也可以申請職業重建與合理調整服務。因此，當務之急應優先檢討現行精神康復者就業成效低落的問題，提出改善策略，以回應新的《精神衛生法》與CRPD第二次國家報告的結論性意見。

貳、初探精神康復者就業所面臨的困境

筆者於2019年進行了一項名為《運用復康足球團體輔以就業適應團體於思覺失調症患者之穩定就業效益探討》的研究計畫。雖然該計畫主要透過復康足球運動與就業適應團體來幫助精神康復者，但在對29位精神康復者進行個別訪談時，仍發現他們在生病後面臨現有就業協助的諸多挑戰。

研究方法採用立意取向，邀請南部康復之家、社區復健中心及社區家園的精神康復者參與就業適應團體。團體活動結束後，進行個別深度訪談，旨在了解其就業歷程中的困境，並探討改善就業協助措施的建議。研究資料採內容分析法，研究者先根據研究主題及目的製作登錄手冊（code book），再根據手冊中的編碼將訪談內容的字詞或句子分類歸納，並計算頻率或進行深入的統計分析。

過往就業困境中的訪談資料內容歸納分析如下：

一、疾病影響身心狀況，影響工作能力及動機

受訪者提及，疾病的影響加上藥物的副作用（如：昏沈嗜睡），對他們的工作狀況造成了不小的困擾。由於疾病歷程較長且經常起伏不定，受訪者頻繁更換工作的挫折感也大大削弱了他們持續找工作的動機。

二、職場人際關係的不適應，面臨職場歧視

受訪者認為，過往工作中遇到的困難之一是對職場人際關係的不適應。這包括遭受職場歧視，以及自身在人際互動中的退縮。由於不知如何與其他同事相處，他們在工作中如果無法很好地調適人際關係，或者感受到被同事言語嘲笑，這種壓

力影響了他們的工作表現，甚至導致他們選擇離職。

三、體力負荷比較大，無法應付工作需求

受訪者表示，自從生病後，他們的工作能力和體力不如以往。一部分受訪者提到，藥物的副作用也影響了他們的體力狀況，使得他們不太敢去求職，因為擔心體力狀況不穩定。即便嘗試求職，體力狀況不佳往往導致工作無法持續。

四、對自身工作能力的不自信

因為生病所帶來的人生歷程變化，無論是離開生病前的工作場域，還是在工作中持續受挫的經驗，都讓受訪者認為，相信自己能勝任工作是一個巨大挑戰。不自信的原因不僅影響了他們尋找工作的意願，也削弱了他們參與就業的動機。不自信還間接增加了他們在職場適應中的壓力。

精神康復者在就業上面臨的困境，可以從勞動部（2019）《108年身心障礙者勞動狀況調查報告》中得知。在所有身心障礙者中，慢性精神病患者的工作上遭遇的困難排名第三，僅次於平衡機能障礙者（第一）和失智症患者（第二）。若分析困難原因，「體力無法勝任」的困難度為第四高，平衡機能障礙者為15.7%，重要器官失去功能者為11.6%，罕見疾病

導致的身心功能障礙者為10.5%，慢性精神病患者為10.3%，相比之下，智能障礙者僅為3.5%。在「與主管或同事人際關係問題」方面，慢性精神病患者的困難度為所有障別的第四高，僅次於自閉症（14.4%）、多重障礙者（10.5%）和聽覺障礙者（9.4%），慢性精神病患者為9.3%。調查報告顯示，精神疾病特性對就業動機、自我效能、自信心、生理體能和人際關係都有顯著影響。筆者的研究訪談分析中也發現，體力無法勝任的問題與藥物副作用有關。相較於智能障礙者於「體力無法勝任」的困難度僅為3.5%，慢性精神病患者的困難度高出5.8%。總結來說，精神康復者在就業中面臨的挑戰涉及多方面，從就業動機、自信心、生理體力到人際關係，均受到精神疾病特性的影響。

精神康復者在就業方面所面臨的困境，與國外的就業資料分析也存在相似之處。根據日本厚生勞動省職業安定局（2017）《身心障礙者就業現況報告》，日本精神康復者離職的主要原因包括「職場人際關係適應困難」、「容易疲累，缺乏持續的體力」以及「精神症狀惡化（復發）」。報告中特別指出，精神康復者在「職場人際關係適應」方面的困境比其他肢體障礙者更為嚴重，而「容易疲累，缺乏持續的體力」和「精神症狀惡化」則是僅精神康復者在職場穩定時會遇到的特有

困難。此外，報告中還顯示，精神康復者在職場穩定工作率方面也是各類障礙中最低的。以三個月為基準，精神康復者的職場穩定率69.9%，而智能障礙者為85.3%。若以12個月為基準，精神康復者的職場穩定率下降至49.3%，而智能障礙者則為68%，高出精神康復者近18.7%。

總結筆者的研究資料及日本身心障礙者的就業統計資料，可以發現精神康復者因為疾病影響，在「疾病起伏的影響」、「職場人際關係」、「體耐力」及「工作能力不自信」等方面面臨困境。因此，未來的就業協助措施需針對這些挑戰進行調整。尤其是精神復健體系與職業重建體系，應深入了解精神康復者的就業困境，設計新的就業協助措施，以幫助他們跨越這些障礙，重返勞動市場。另外，在分析精神障礙者的職場穩定因素時，發現其穩定就業率是所有障別中最低的。因此，因應策略應包括建立長期的就業支持系統，提供穩定的支持關係，這將有助於累積和探索就業經驗。精神康復者需要的是符合其特性的支持性就業服務模式及長期支持系統（陳芳珮，2022）。

參、復元導向就業協助措施之核心意涵

復元導向的支持措施對於精神康復者的重要性已成為國際間的共識。世界衛生

組織（World Health Organization, WHO）在2021年出版的《社區心理健康服務指引——推廣以人為本以及以權利為基礎的取徑》（WHO, 2021）中指出，CRPD中詳述的健康權要求政府必須確保障礙者能夠獲得有品質、尊重其權利和尊嚴的心理康復服務系統。這意味著應實施以人為本、基於復元及人權的取徑，開發並提供一套人們願意使用、而非被迫使用的服務系統。該系統應促進自主、鼓勵復元，並在服務提供者和接收者之間建立信任關係。在此方面，健康權取決於心理健康照護中的一些關鍵人權原則，包括「尊重法律行為能力」、「非強制性措施」、「參與」、「社區融合」和「復元取徑」。換言之，復元取徑應應用於各項心理健康服務措施，並尊重精神康復者的就業權利，發展以人為本的復元導向就業服務措施。

Slade（2013）對於「復元」一詞有兩個不同的解釋。臨床復元是由精神科專業人員制定的概念，指的是減少症狀、恢復原本的社交功能，或「回復到正常」。個人復元則是由有疾病經驗的精神康復者制定的概念，與臨床復元的定義不同。Anthony（1993）提出了最廣泛使用的個人復元定義：「復元是一個非常個人化及獨特的過程，包含改變個人的態度、價值觀、感受、目標、技能和/或角色。這是一種在疾病的限制下仍能滿足而有希望的生活方式。復元包括找到新的個人生活意

義和目標，幫助個人跨越精神疾病所帶來的負面影響。」可見，個人復元與個人經驗密切相關。專業人員的核心工作是支持精神康復者邁向復元的旅程，幫助他們找到個人生活意義和目標，並發展其重視的社會角色，從而跨越精神疾病所帶來的負面影響。

要了解復元的核心精神，必須理解Slade（2013）如何闡述專業人員促進個人復元的「個人復元框架」（見圖1）。這個框架涵蓋了廣泛的專業人員，包括從事精神復健領域的工作者、職業重建專業人員、社會工作者、職能治療師、心理師和護理師等。

一、復元任務一：發展正面身分

復元的第一個任務是在精神疾病以外發展一個正面身分。一些身分的元素對某些人來說可能很重要，但對於另一些人來說則較次要，這意味著只有精神康復者自身可以決定哪些元素能建構他們個人所重視的身分。

二、復元任務二：重新建構「精神疾病」的定義

第二個任務涉及將專業人員對於精神疾病的理解演繹成為具個人意義的經歷。從經歷中尋找意義，將患病視為人的一部分，而不是一個人的全部。這個意義或許

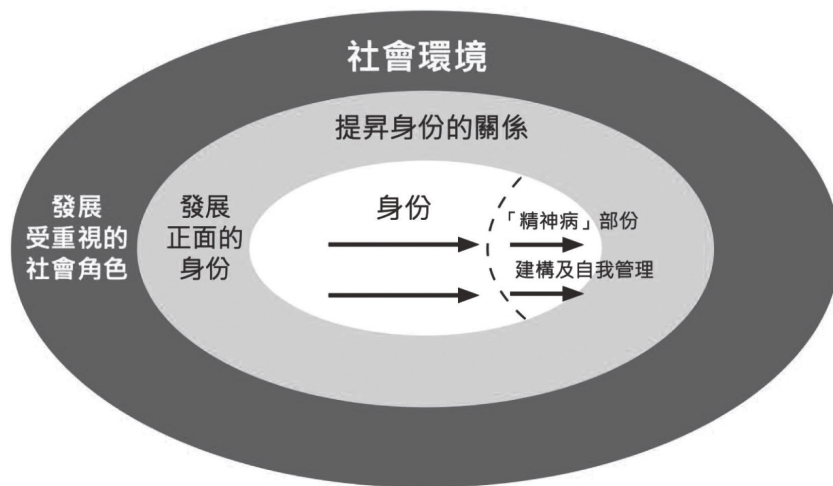


圖 1 個人復元框架

資料來源：Slade（2013, p. 9）。

表達為一個診斷、一個概念、又或者和任何專業模式無關，而只是一個靈性、文化或存在危機。

三、復元任務三：自我管理精神疾病

重新建構精神疾病的定義能將病患經驗轉化為人生的一個挑戰，讓精神康復者自我管理疾病的能力。精神康復者從臨床管理的被動角色轉化負上自我管理責任的角色。

四、復元任務四：發展受重視的社會角色

最後的任務包含獲得以往的、經過改善的、或擁有新價值的社會角色，這些社會角色通常和精神疾病無關。受重視的社會角色能支撐精神康復者的身分。

個人復元基於精神康復者的自身經驗，涵蓋自我身分認同、人生意義、個人責任與希望。在個人復元框架的外層，強調社會環境的支持。良好的社會環境可以協助精神康復者發展受重視的社會角色，而本篇論述的重點在於，社會環境中的就業支持模式是否可以促進精神康復者發展工作角色。Barber (2012) 提及，就業對於精神康復者而言，是精神復元的基石。在大多數社會環境中，工作是典型的成年人角色 (The IPS Employment Center, 2024)。

箭頭表示復元過程透過重新建構精神

疾病的定義與自我管理來減少精神疾病的影響，同時通過建立正面的身分及受重視的社會角色，達到個人最佳的身心狀況。然而，個人化和復元為本的精神健康服務或就業支持服務，強調以關係為基礎的支持模式，才能有效支持精神康復者承擔上述四個復元任務。

專業人員的支持模式應著重於關係的建立，換句話說，專業人員的支持應著重提升精神康復者身分的身分關係。這不同於以往的工作方法，僅注重外部力量管理與控制其疾病，或教導工作技巧。在復元模式中，提升身分的關係是通過強調選擇、喚醒精神康復者的內在力量與個人責任，促進自我管理。這種模式以優勢為基礎，根據個人的目標與願景，在真實的社會環境中支持其發展社會角色 (表1)。

從個人復元框架中可以得知，精神康復者的支持模式涉及支持其自我管理精神疾病。自我管理依賴於重新建構精神疾病的意義，而這部分需要在專業人員的關係為基礎的支持模式中，協助其發展正面的身分。在社會環境中，則強調支持其發展受重視的社會角色。社會環境的支持模式可以分為正式的社會支持環境和非正式的社會支持環境。正式的社會支持環境包括社會福利資源的支持、就業支持模式與工作場域的認可、精神健康體系的復元促進以及專業人員的支持模式。非正式的社會支持環境則包括家屬與親密關係、宗教團

表 1 傳統和復元導向服務的分別

傳統方法	復元導向
價值觀和權力分配	
不涉及價值觀	以價值為中心
專業責任	個人責任
著重控制	著重選擇
權利大於精神康復者	喚醒精神康復者的力量
基本概念	
病歷	個人經歷
病理化	困擾的經彥
診斷	個人意義
治療	成長與發現
知識	
系統化的檢討	從角色榜樣去學習
脫離一般社會環境規範(Decontextualized)	在真實的社會環境之內
實務工作	
陳述	了解
集中在「病患」	集中在「人」
問題為本	優勢為本
精神康復者適應復健計畫	服務提供者適應精神康復者
獎勵遵從及被動行為	促進充權
專業的個案經理	自我管理

服務的目標

抵抗疾病	有利於健康
被控制	自我控制
服從	選擇
回復原狀	轉化

資料來源：Slade (2013, p. 10)。

體關係、互惠友誼關係及鄰里支持。

在正式的社會支持環境中，本文將著重探討三項重要要素：

(一) 就業支持模式與工作場域的認可

涵蓋就業協助措施的支持，協助精神康復者發展受重視的社會角色。例如，美國根據精神康復者的特性，發展了會所模式下的就業協助措施，以及在職業重建體系中建立了個別化與支持性就業模式

(Individual Placement and Support model, IPS)

(二) 精神健康體系促進復元

要促進精神康復者的個人復元，精神健康體系需要進行典範轉移 (paradigm shift)。僵化的行政分工使得衛政部門僅侷限於職能復健，未能即時提供就業服務，且衛政與勞政之間缺乏有效的轉銜機

制，反而阻礙了精神康復者的就業進程，未能真正達成協助精神康復者穩定就業的目標 (陳芳珮，2022)。精神健康體制的轉化需要在真實的社會環境中促進精神康復者發展社會角色，並擁有受重視的社會角色。這樣的角色可以改善症狀並減少住院，而不是在治療後或經過階梯式訓練後才準備承擔責任和生活角色、工作角色。

(三) 專業人員的支持模式

在就業支持模式中，就業服務員的支持方式以及精神健康體系中衛政社政社區團隊的支持模式，均涉及專業人員的支持模式。在復元導向的專業人員實務工作模式裡，可以用「相互關係 (mutuality)」來形容與康復者之間的夥伴關係，並以教練模式 (Coaching) 來建立與康復者的溝通方式。專業人員的角色是激發個人的自我改善能力，強化個人的優勢及支持網

絡，而非著眼於其不足之處。同時，夥伴關係應致力於達成康復者的目標，幫助其與精神疾病共存。

肆、復元導向就業協助措施實踐於現行就業服務體系的可能

臺灣現行的就業協助措施在精神復健體系中的發展，包括衛政體系的工作訓練與職能訓練，是取自美國1950年代的階梯式職業重建。階梯式職業重建的核心信念是，精神康復者的症狀不穩定，加上長期離開職場，需要重新培養工作規範和核心技能。因此，這種模式非常重視症狀穩定，要求康復者必須具備完成某些任務的能力，才能晉升到下一個工作階段。這種模式花費大量時間學習工作技能，但大部分技能並不能直接應用到一般職場，且過程耗時很長。事實證明，只有少部分的精神康復者能通過這種模式回到一般職場（徐淑婷、郭乃文，2022）。1980年代，伴隨著美國新的職業重建和復元導向的精神健康體系的發展，證實支持性就業比階梯式訓練更有效，更能幫助精神康復者進入一般職場。大量的科學驗證表明，支持性就業模式是目前有實證依據及有效的精神康復者就業協助措施。

臺灣現行由衛政主導的階梯式職能訓練模式，再逐步轉銜到勞政體系的職業重

建。然而，勞政體系並未因應精神康復者疾病起伏的特性提供長期支持，且缺乏完善的轉銜機制，反而讓精神康復者長期停留在階梯式訓練階段，僅有少數能回到社區參與一般就業。這也是IRC委員提及的問題，認為臺灣對於心理社會障礙者的職業重建模式是無效的，無法提升其勞動參與率。

美國在職業重建方面的多代經驗，從庇護工場、階梯式職業重建轉向支持性就業，可以為臺灣未來的就業協助措施提供參考。1980年代，復元導向的精神健康體系在美國全面發展，對美國的精神復健模式與就業協助措施產生了深遠影響。2007年，美國精神復健協會重新定義了精神復健，指出精神復健的目的是幫助精神康復者過上有意義的生活，促進復元、全面社區融合與生活品質的提高。精神復健的服務應該是以人為本，強調協作和個人化，這些服務應該是醫療保健和以人為本各項服務的基本要素。精神復健應該專注於發展個人技能和提供所需的資源，以提高其能力，使他們在自己選擇的生活、工作、學習與社會環境中感到滿意（Anthony & Marianne, 2009）。

精神復健可以簡單定義為：在精神復健的過程中幫助人們選擇目標，並獲得實現目標所需的技能與支持。精神復健的過程旨在幫助人們確定他們希望實現的生活、學習、工作和社會角色（目標）。這

與個人復元框架所提及的精神一致，著重於確定個人願望，促進選擇與個人責任，以協助發展其有價值的社會角色。為了促進專業人員及其家人的參與與理解，波士頓大學精神復健中心從服務接受者的角度提出了選擇－獲得－維持（Choose-Get-Keep, CGK）過程，CGK模式也成為美國發展支持性就業的重要框架。換句話說，從接受服務者的角度來看，精神復健的過程是幫助人們根據自己的需求和願望選擇目標，獲得或實現目標，並保持目標。

一、從選擇－獲得－維持回到服務使用者的角度建構就業協助措施

（一）選擇（Choice）

在這個階段，支持性就業服務提供者幫助服務對象識別自己的興趣、技能和職業目標。這通常包括職業興趣測試、技能評估以及與服務對象討論他們的職業願景。目的是確保他們選擇的工作符合他們的興趣和能力，並且是他們真正想要從事的工作。

（二）獲得（Get）

在這個階段，服務提供者協助服務對象找到合適的工作。這可能包括幫助撰寫簡歷、準備面試、聯絡潛在雇主，以及提供工作搜索資源和支持。服務提供者還可能進行雇主教育，向雇主介紹支持性就業的概念，並消除雇主對雇用有精神康復者

的誤解和顧慮。

（三）保持（Keep）

一旦服務對象找到工作，支持性就業服務的重點轉向幫助他們保持這份工作。這可以包括提供在職培訓、工作適應輔導、與雇主協調以確保合理調整（如工作環境或時間安排的調整），以及持續的心理和情感支持。目的是幫助服務對象克服在工作中可能遇到的挑戰，確保他們能長期穩定地保持這份工作。

CGK階段模式回到服務使用者的角色來看，為專業人員提供實務思考與技術實施的指引，著重於促進專業人員與精神康復者在過程中共同努力。這與復元模式所提及的夥伴關係與個人復元框架的精神一致，強調選擇、獲得與維持目標，發展所期望的社會角色，並邁向職涯復元（vocational recovery）。本文將依據CGK的精神，論述兩種在臺灣未來可以發展的就業協助措施。

二、會所模式的就業協助措施

臺灣於2021～2025年運用社會安全網第二期計畫，發展精神障礙者協作模式服務據點，參考會所模式進行本土化設計，預計於2025年完成布建49處協作據點。2023年勞政部門開始投入資源，試辦協作據點結合就業，嘗試發展臺灣新的精神康復者就業協助措施。

會所模式已發展近70年，具有循證科學的成效與依據，其核心架構包括工作社群（Working Community）與社會實踐（Social Practice）的實務工作方法。會所模式推動以社群為基礎的就業協助措施，幫助精神康復者就業的脈絡也值得參考。2011年，會所模式被美國藥物濫用暨心理健康署（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）列為國家級實證方案。

McKay等人（2015）在一項關於會所模式的循證系統性文獻中發現，會所模式與主動式社區治療計畫（Program of Assertive Community Treatment, PACT）在就業率上無顯著差異。然而，會所模式的穩定就業天數為264天，顯著高於對照組（PACT）的173天，平均收入也顯示會所模式為6,202美元，對照組為3,948美元。需特別指出的是，主動式社區治療團隊結合IPS，即整個社區治療團隊與支持性就業服務人員進行密切合作。臺灣自2023年開始推動協作模式服務據點結合就業的試辦方案，雖然仍處於起步階段，但需要逐年檢視此方案是否符合實證導向的精神康復者就業促進框架，並發展符合臺灣在地需求的實證方案。

Doyle等人（2013）在分享並彙整國際間第一間精神會所模式——活泉之家的運作時，提及了幾個促進精神康復者就業的重要精神：

（一）具有選擇、自我決定與充權工作社群

活泉之家的主要創建者John Beard將會所建設為一個以優勢為基礎（strengths-based）、以機會為導向的合作式組織結構。在這個社群裡，尊重、自我決定和充權是核心理念，旨在促進會員感受到被需要和接納。會所建立了一個工作社群，作為幫助會員復元的社會環境。其實務工作方法是透過工作社群，會員與職員「肩併肩」的夥伴關係，實踐會員多元的目標。活泉之家尊重「會員的選擇」，因為自我選擇的權利能吸引會員參與，並創造「被需要的感覺」。在參與工作社群的過程中，會員能形塑自主性與個人責任感，將復元的能動性掌握在會員自己手中。

（二）職員與會員肩併肩朝向社會融合的目標：過渡性就業

在一個真正的工作場所工作並獲得平等的薪資，這種真實社會環境的經驗是模擬工作訓練無法替代的。就像在網球場以外的場地用球拍練球，無論練到什麼程度，最終還是必須上場。John Beard認為，讓會員在一般職場就業一直都是會所的終極目標，而關在封閉系統的復健訓練計畫是「可悲的」，就像被監禁者沒有希望回歸社會一樣。

為了滿足會員的就業目標，會所發展了過渡性就業。雖然過渡性就業的職缺是

有期限的，但這是在真實的工作場域中進行練習。會員可以「選擇」是否參與過渡性就業，並參加會所舉辦的面試，這避免了雇主因精神病史而對會員產生偏見，因為當時在美國職場上對於精神病史的污名仍然存在，許多會員在面試時因此失去了進入一般職場的機會。

過渡性就業旨在學習一般通用技能，以期待未來會員能在競爭性工作中取得成功。一旦會員被安置在過渡性就業職場，他們被期望保持正常出勤、學習如何與雇主及其他職員相處、處理個人的恐懼與症狀管理，以及如何在工作崗位上進行溝通與行動。自信及精通技能被認為是成功就業與生活的先決條件。過渡性就業的薪資與雇主給予一般員工的薪資相同，這保證了雇主會為會員設定與其他職員相同的工作標準，讓會員在真實的工作場域中練習，學習和達成工作績效，從中獲得於一般職場工作的信心、肯定與滿足感。

過渡性就業鼓勵會員承擔就業風險，但不需要承擔失敗的實際結果。即使是一般人在找工作時，也會有職涯發展的嘗試，有些工作可以勝任，有些工作可能不適合，甚至被解僱。對於罹患精神疾病的人來說，許多人因青春期晚期發病而失去了職涯發展的機會。活泉之家認為，給他們同樣的機會嘗試短期就業才是公平的。即使會員未能勝任過渡性就業的職場，他們仍會回到會所工作社群的長期支持中，

所有嘗試和累積的真實職場經驗都被視為一種成功。

（三）精神康復者的就業服務典範：個別化安置與支持性就業

如同會所的過渡性就業創建，IPS也因應精神康復者的疾病特性，幫助他們回到一般性職場工作。目前，IPS有實證依據證明其能幫助精神康復者更有效地進入一般性競爭的職場。IPS有八大原則需要依循（The IPS Employment Center, 2021）：（一）提供競爭性就業；（二）摒棄評估、訓練、就業諮商等一連串步驟，而是以直接、快速的求職為宗旨；（三）尊重求職者的喜好來安排就業服務，而非依賴專業人員的判斷；（四）系統性地發展工作機會，依求職者偏好進行；（五）無排除條款，不因就業準備程度、症狀、障礙程度等拒絕提供就業服務；（六）與精神復健團隊整合來提供服務；（七）提供個別化、易懂且正確的福利相關資訊；（八）依個別需求提供就業支持，無服務期限的限制。

精神康復者就業協助措施的有效性，涉及真實職場的經驗與學習，並將多元支持圍繞在精神康復者的周圍，幫助他們在職場及多元社區生活中取得成功。IPS的原則設計正是貫徹這一核心精神，並已被證實為有效的就業協助措施。由於大多數精神康復者希望回到職場工作，IPS的一

切努力都是朝著與精神康復者共同的目標前進。

以服務使用者的觀點來看，Topor與Ljungberg（2016）指出，就業服務員與服務使用者之間的工作關係是就業成功的關鍵。Drake等人（2019）也提出，就業服務員是IPS的核心人物。IPS就業服務員在長期支持的過程中，清楚了解精神康復者的就業願望、困境與挑戰，如職場人際溝通、職場適應、疾病起伏與自信心缺乏等。他們透過與康復者建立工作關係，討論因應策略，與雇主溝通，並結合精神復健團隊分工合作，協助疾病管理、藥物調整與提供多元長期支持等。

這一系列的支持措施，應證了CGK模式的精神，即透過專業人員與精神康復者在過程中一起努力，著重於選擇、獲得與維持目標，發展期望的社會角色。

伍、結論

多元社區資源的投入，相信能逐步克服精神康復者就業率低的問題，發展出復元導向的就業協助措施。美國早期也經歷過精神復健體系的轉型，透過復元模式的倡導，回到如何協助一個人參與社會與工作角色的需求與目標出發，從一開始的庇護性工場、階梯式職業重建，過渡到復健機構的產業、職前準備團體與生涯諮商團體，最終發展出具有實證依據的支持性就

業。這些過程與歷史經驗都值得臺灣參考與學習。

我們需要通盤檢討現行就業協助措施所面臨的困境，以及為何無法回應精神康復者諸多的就業挑戰，以擬定整合型策略，從精神健康體系促進復元、專業人員的支持模式與就業支持模式（職業重建服務）等三大面向進行整體性改革。這包括整合衛政、社政與勞政的資源，提供長期性的就業支持。例如，現行的臺灣協作模式就業方案已整合社政及勞政資源，而臺灣勞政若試行IPS方案，也可以整合衛政精神復健團隊的資源。

CRPD的結論性意見一再提醒政府要保障精神康復者與一般人一樣享有參與就業的權利。當制度設計回歸到人本角度，理解職涯復元是支持精神康復者自我發現與經歷起伏的旅程，使個人有能力選擇、獲得和維持其職涯目標，支持範圍不僅限於就業，還包括就學、社會參與和發展有價值的社會角色。這樣一來，因應所產生的就業協助措施就有了明確的方向和實行目標的策略，能夠長期支持精神康復者職涯復元及提升其生活福祉。

（本文作者：張朝翔為中華民國康復之友聯盟秘書長；陳仙季為中華民國康復之友聯盟理事長）

關鍵詞：精神康復者、職涯復元、就業困境、復元模式、會所模式、個別化安置與支持

參考文獻

- 《精神衛生法》（1990 / 2022修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>
- 厚生勞動省職業穩定局（2017）。《身心障礙者就業現況報告》。<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11601000-Shokugyouseiteikyoku-Soumuka/0000178930.pdf>
- 徐淑婷、郭乃文（2020）。〈整合連續性的照護體系：就學、就醫、就養、就業〉。載於賴德仁、張家銘（編），《精神病人社區照顧需求探討及評估》（頁245-255）。衛生福利部。
- 陳芳珮（2022）。〈「我生活就要去工作」——精神康復者的就業困境與建議〉。《社區發展季刊》，178，42-56。
- 勞動部（2019）。《108年身心障礙者勞動狀況調查》。<https://statdb.mol.gov.tw/html/svy08/0841menu.htm>
- 衛生福利部社會及家庭署（2022）。《身心障礙者權利公約（CRPD），第二次國家報告國際審查會結論性意見中、英文版》。https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=1710
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Barber, M. E. (2012). Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatric Services*, 63(3), 277-279. <https://www.doi.org/10.1176/appi.ps.201100248>
- Drake, R. E., Becker, D. R., & Bond, G. R. (2019). Introducing individual placement and support (IPS) supported employment in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(2), 47-49. <https://doi.org/10.1111/pcn.12792>
- Doyle, A., Lanoil, J., & Dudek, K. J. (2013). *Fountain house: Creating community in mental health practice*. Columbia University Press.
- McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of ev-

idence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0760-3>

The IPS Employment Center. (2024). *IPS works*. <https://ipsworks.org/>

Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery* (2nd ed.). Rethink Mental Illness.

Topor, A., & Ljungberg, A. (2016). “Everything is so relaxed and personal:” The construction of helpful relationships in individual placement and support. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(4), 275-293. <https://doi.org/10.1080/15487768.2016.1255276>

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>