

臺北市社區遊民福利需求 與福利服務之探討

王淑楨、黃志成

壹、前言

每當氣象局發出低溫特報時，位於社區街友聚集最多的三個社福中心（臺北市中正、萬華、大同）會啟動緊急的送暖行動，包括贈送保暖衣物、睡袋、熱食等，確保社區中的街友生命安全不會因為低溫受到威脅。然而很難想像的是，在講求民主、重視人權的臺灣，竟然常有以極不尊重的方式對待遊民之新聞報導。遊民不是特定身分的人，他們可能因失業者、精神疾病、失依獨老、家暴受害者、有家歸不得等因素，也就是你我都可能因這些原因而成為遊民，遊民需被協助與尊重，他們是我們的同胞，只是弱勢而已，不是敵人（林萬億，2011）。對遊民的不尊重待遇，不僅傷害了遊民，呈現出社會排除現象，更嚴重傷害了我們的民主形象。

鮮少人願意為遊民倡權，而讓人感動的是，在傳統的雙連市場收攤後，攤位老闆都可以通融，讓街友在攤位上休息過夜，攤位雖然簡陋，但攤位的老闆不會驅趕無家可歸

的流浪者。遊民資源網絡缺乏、孤立無援（Morrow, 2010）。社會工作者努力為資源匱乏的遊民披荆斬棘，尋找任何可能的資源。真正需要協助者卻淪入「制度性排除」的困境（李健鴻，2010）。形成被邊緣化與社會排除的社會階層（Flanagan & Hancock, 2010）。對遊民的歧視，突顯出遊民不被尊重，更顯出受到社會排除的樣貌，因此，本文欲藉由相關研究及實務工作經驗，探討社區遊民在生活上的困境與福利服務的需求，提供建議給政府部門以及遊民社會工作者，作為制定政策與提供服務的參考。

貳、遊民成因與現況

研究者因業務需要，統計每天求助的社區遊民次數，每月求助的遊民都超過 400 人次，原因為沒有錢繳健保費無法看醫生、證件遺失沒有錢補辦證件、沒有錢返鄉、肚子餓沒錢吃飯、沒有住的地方、沒有保暖或換洗衣物、沒有清潔用品、需要工作機會等多元需求，求助反覆性高，且大多是工作人口

群，什麼原因會淪為遊民？遊民需要甚麼福利服務？以下就從幾個面向做探討。

一、遊民成因

鄭麗珍、張宏哲（2004）在「遊民問題調查、分析與對策研究」報告指出，成為遊民通常會歷經一段困頓生活累積的歷程，首先，個人在變成遊民之前也是正常工作、隸屬家庭者，但當個人開始經歷就業的不穩定、生意失敗、染上精神疾病後，原本不常接近的家人關係漸趨冷漠、家庭資源用盡，家庭也逐漸解組，個人開始經歷不穩定居住。Deborah, Victoria, Ben, 與 Ana (2010)及 Jean-Pierre, Louise, Régis, Michel 與 Noé (2009)也發現罹患精神疾病的遊民，不容易回歸正常生活。因為精障遊民不容易在競爭性的就業市場工作 (Biegel, Stevenson, Beimers, Ronis & Boyle, 2010)。在淪為遊民之前均具有勞工身分 (陳大衛, 2010)。此外，研究者也發現，部分遊民原本為一般市民，卻因為染上藥酒癮影響工作，當工作不穩定後經濟逐漸無法自足，終淪為無家可歸的流浪者。因藥物濫用而淪為街友也是重要因素 (Liu, Stinson, Hernandez, Shepard & Haag, 2009)。

因為長期的失業沒有穩定收入，造成貧困，導致無法負擔住屋費用，最後只好四處流浪 (Makiwane, Tamasane & Schneider, 2010; Cross, Seager, Erasmus, Ward & O'Donovan, 2010)。而資源網絡缺乏也是成為遊民的重要因素 (Morrow, 2010)。缺乏親情支持與援助最終流浪街頭，家庭的援助成為最後的關鍵 (石慶賀、趙元清, 2011)。

二、遊民生活現況

以下依遊民的生活現況進行探討與分析，說明如下：

(一) 就養現況

遊民居無定所、缺乏房屋庇護 (鄭麗珍、張宏哲, 2004)。尤其患有慢性病的遊民，更是缺乏照顧與住所資源 (Basu; Kee; Buchanan & Sadowski, 2012)。此外，在飲食與營養部分更是匱乏，研究者在年後的上班日結束工作欲返家時，親眼看見有一街友正在垃圾桶翻找食物，將別人吃剩下的便當一邊吃著一邊收集，這已不是第一次看到的景象。遊民經常從垃圾桶裡找食物，營養攝取嚴重不足 (Mahadevan & Fisher, 2010)。糧食的不安全是造成遊民身體健康不佳的相關原因 (Sheri, David, Susan, Kathleen, Margot & Edward, 2009)。Booth (2006)指出，遊民因為基本的需求未獲滿足，鋌而走險的偷竊行為就是為了獲取食物。

(二) 經濟現況

遊民往往因為一時失去生活重心，加上整體環境工作、工資條件越來越差，要翻身，並不容易 (王顯翰, 2010)。根據臺灣當代漂泊協會 100 年的調查發現 7 成遊民有工作，但都是打零工，工作不穩定讓他們陷入貧困的循環 (呂苡榕, 2012)。流浪期間雖有高達七成的遊民有工作，但他們過著月收入少於三千元的赤貧生活，這些勞苦終日卻無法在房價、物價飆高年代生存的工作窮人 (何榮幸, 2011)。職業不穩定，錢又少，也沒辦法租屋 (陳玉梅, 2012.01.16)。

(三)就業現況

根據臺北市政府社會局(2012)遊民處理統計通報數據資料顯示,101 年 2 月底通報人數就高達 13,791 人次。根據臺北市政府社會局大同社福中心(2012)的統計,求助的遊民每月至少有 400 人次,年齡大多在 55 歲以下的工作人口群,且大多為男性,遊民並非不想工作,求助遊民經常詢問就業機會,中心也會轉介勞工局進行媒合,但成效不高,遊民反應登記後或面談後幾乎都等不到消息。Kok, Cross 和 Roux (2010)表示,年齡因素影響遊民的就業機會。患有精神疾病的遊民,更是不容易在競爭性的就業市場中生存(Biegel, Stevenson, Beimers, Ronis 和 Boyle, 2010)。政府如持續讓派遣勞工等「非典型就業」問題惡化,可以預見,會有愈來愈多人在工作缺乏保障、付出與工資不成比例下淪為工作窮人以致露宿街頭(何榮幸,2011)。

(四)健康醫療現況

Badiaga, Benkouiten, Hajji, Raoult 與 Brouqui (2012)指出,遊民因為貧困的生活特別容易得到傳染性的疾病。也會產生負向的心理穩問題(Nyamathi, Marfisee, Slagle, Greengold, Liu & Leake, 2012)。如心理障礙的情況與認知功能的改變(Pluck, Lee, David, Spence, & Parks, 2012)。社區遊民每天都有急需醫療而求助開立掛帳單,就診的科別如皮膚科、腸胃科、內科、精神科、泌尿科等,科別多元,甚至有遊民因為衛生習慣不佳,引發蜂窩性組織炎,導致截肢的下場。Chen, Mitchell 與 Tran (2012)指出,遊民有足部護理需求,威脅到肢體產生疾病。Grossberg,

Carranza, Lamp, Chiu, Lee, & Craft (2012)也指出,遊民忽略皮膚護理,嚴重時也會導致皮膚惡性腫瘤或是疥瘡、皮膚病等。遊民因為生活不穩定影響健康,如愛滋病、精神異常、牙科、皮膚病和胃腸等問題,因為能力困難,難以應付健康問題的支出(Aguiar & Iriart, 2012)。遊民缺乏財力資源,以致無法滿足保健需求(Nickasch & Marnocha, 2009; Stefan, Stephen, Jay, Ferris & Mark, 2009)。Tsemberis, Kent 與 Respress (2012)在華盛頓針對流浪 5 年以上患有精神疾病者進行密集的支持服務,運用現有的閒置社福空屋,提供遊民治療和支持服務,計畫執行後發現,這種方法使得長期無家可歸者的疾病狀況獲得很大的改善。因此,穩定的健康醫療是有健康問題遊民最迫切的需求。

(五)教育現況

吳欽仁(2007)針對新北市遊民教育程度調查發現,小學程度 46.10%最多;其次國中 31.70%;第三高中學歷 15.80%,大專以上 3.60%,未就學者 2.80%。雖有高學歷的遊民,但大部分遊民學歷普遍不高,因此缺乏競爭力,此外,遊民更缺乏教養子女的知能。David, Gelberg 與 Suchman (2012)指出,街友缺乏教養孩子知識,影響子女發展任務。在臺北市大同區社區公園內就出現一對年輕夫妻,父母約 30 多歲,最小的女兒才 1 歲,兩名子女均有發展遲緩,此為父母缺乏教養知識,孩子刺激不足所致。

(六)遊民服務狀況

從內政部統計處(2012)統計資料可知,

遊民服務內容為協助返家、轉介福利服務、轉介就業服務或職業訓練、轉介精神療養院治療、轉介老人安養機構收容、轉介身心障礙福利機構收容、轉介遊民收容所、送其他有關機關，這些福利數據中僅有「轉介就業服務或職業訓練」是可以有機會讓遊民重新站起來的，卻僅 1,104 人獲得協助，但在這 1,104 人中究竟有多少人是接受協助中途又放棄或協助後能順利就業或穩定就業（連續工

作超過三個月）的，並未能知曉。此外，從內政部遊民統計報表中可看出，在 3,913 人中可獲得長期安置照顧的街友共計 348 人，包括精神疾病（65 人）、老人（97 人+166 人=263 人）、身心障礙（20 人），但 348 人中均屬特殊人口群，而短期、臨時的遊民收容中心為 902 人。而散布在全國各角落未納入服務的遊民，無法獲得政府的關愛。

表 1 遊民處理情況

年別	性別		協助返家	轉介福利服務	轉介就業服務或職業訓練	轉介精神療養院治療	轉介老人安養機構收容	轉介老人養護機構收容	轉介身心障礙福利機構收容	轉介遊民收容所	送其他有關機關
2010	計	3,913	522	1,278	1,104	65	97	166	20	902	156
	男	3,396	409	1,084	973	45	83	142	18	839	124
	女	517	113	194	131	20	14	24	2	63	32

資料來源：內政部統計處（2012）統計年報

參、從社會救助法分析遊民現況

從以上的分析可看出，遊民福利需求環繞著經濟、就業、醫療、住所、教育、食物

等議題，方耀德（2009）建議，應結合失業救濟、社會救助，甚至精神醫療等資源支持。修法後的社會救助法能否適切的協助遊民呢？分析如下：

表 2 社會救助法與遊民福利現況

	法規精神	遊民福利現況
資格取得	法規精神（第 1 條） 「…為照顧低收入戶、中低收入戶及救助遭受急難或災害者，並協助其自立。」。	福利資格取得困難： 遊民因戶籍資格限制，又無實際居住地，無法申請低收入戶與中低收入戶。
生活補助	1. 生活扶助資源的取得（第 10 條）：低收入戶得向戶籍所在地直轄市、縣（市）主管機關申請生活扶助。 2. 其他生活補助（第 16 條） (1)產婦及嬰兒營養補助。	生活補助資源獲取困難： 1. 遊民未能取得福利資格，無法提出生活補助申請。 2. 沒有福利資格就無法獲得生活補助資源。

	(2)托兒補助。 (3)教育補助。 (4)喪葬補助。 (5)居家服務。 (6)生育補助。 (7)其他必要之救助及服務。	
醫療補助	1. 協助困苦之弱勢者因患嚴重傷、病，所需醫療費用補助（第 18 條）。 2. 全民健康保險之保險費補助（第 19 條）。	醫療補助資源獲取困難： 協助對象須具有下列情形之一者（第 18 條）： 1. 低收入戶之傷、病患者。 2. 患嚴重傷、病，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者。 遊民不具第 18-1 條低收資格，而第 18-2 條需要自費 2 萬元以上者方能申請醫療補助，且有戶籍限制。
急難救助	1. 負家庭主要生計責任者，失業、失蹤、應徵集召集入營服兵役或替代役現役、入獄服刑、因案羈押、依法拘禁或其他原因，無法工作致生活陷於困境（第 21 條）。 2. 流落外地，缺乏車資返鄉者，當地主管機關得依其申請酌予救助（第 22 條）。	急難救助有排外條款，戶籍資格是審查最嚴格的標準；返鄉的車資補助也有限制，以臺北市為例，僅限於部分地區，如萬華區公所、臺北車站等有設窗口，並非所有地方主管機關均有。
災害救助	人民遭受水、火、風、雹、旱、地震及其他災害，致損害重大，影響生活者，予以災害救助（第 25 條）。	災害救助困難，戶籍限制是門檻。

從上表可歸納出，遊民幾乎無法適用社會救助法，社會救助法的立法精神應為照顧或救助遭受急難或災害者，並協助其自立。但社會救助法卻產生了社會排除現象，遊民受限戶籍制度與實際居住地的門檻，以致未能使用到社會救助福利資源。

對於遊民而言，政府部門大多以治安問題視之，不會主動去碰觸遊民真正的問題，致遊民問題依然無法有效解決。遲鈍的福利服務輸送體系，導致遊民反覆循環在經濟生活困乏、健康問題嚴重及人身安全備受威脅

的街頭生活。完善的福利資源網絡應包括正式與非正式的資源連結，並且整合社政、勞工、警政與教育各部門共同配合(王淑楨、黃志成，2010)。

肆、相關理論

一、社會排除觀點

Richard Lenoir 在 1974 年提出社會排除概念，認為社會福利的功能之一是促進社會

的整合，若個人所應享有的社會權遭受到剝奪，且這種剝奪通常不是個人所能控制的狀況時，就稱為社會排除（social exclusion），不僅是失業或低所得，也與住宅條件、教育與機會、健康、差別待遇、公民權等有關（黃源協、蕭文高，2012）。遊民為社會邊緣群體，不僅在福利上的不足，也是被社會排除的一群（Flanagan & Hancock, 2010）。

大多數遊民無一技之長且年齡偏高（陳大衛 2010），常被排除在就業市場之外。臺北市勞工局辦理職業訓練及就業服務期間照護補助，對象須設籍臺北市，且為低收入戶者（臺北市政府勞工局，2011）。此方案是遊民無法使用到的福利服務，也說明遊民在獲得就業技能的機會上也是被排除的一群。此外，遊民有較高的健康問題與醫療服務需求（Buchanan, Rohr, Kehoe, Glick & Jain, 2004; Karin, 2010）。但大部分的遊民缺乏財力資源，以致無法滿足保健需求（Nickasch & Marnocha, 2009），尤其是患有嚴重精神疾病的遊民（Deborah, Victoria, Ben, & Ana, 2010; Jean-Pierre, Louise, Régis, Michel & Noé, 2009），更需要長期穩定的醫療追蹤治療。卻因國家財政壓力，使得遊民保健需求未獲得滿足（Stefan, Stephen, Jay, Ferris & Mark, 2009）。遊民無法取得社會救助福利的醫療補助，被排除在健康維護的體系外。

此外，Mahadevan 與 Fisher (2010)發現，遊民經常從垃圾桶裡找食物，營養攝取相當不足。遊民因為缺乏食品，導致沒有足夠的營養維持工作所需（Persaud, McIntyre & Milaney, 2010）。糧食不安全因素是造成遊民身體不健康的原因（Sheri, David, Susan,

Kathleen, Margot & Edward, 2009）。目前政府部門並沒有特別設置遊民的餐飲資源，時有遊民為了肚子餓而偷竊食物的案例發生。

目前遊民收容中心多屬於短期、臨時性的。Culhane 和 Metraux (2008)指出，提供緊急、短暫的底護住所，並不是最好的解決遊民居住問題的方式，認為對於遊民應有完善的規劃，提供一個人性化、有效率的住宅服務，建議以社區為基礎，協助遊民重回主流社會的福利服務計畫。Huey (2010)指出，遊民的地位與處境較為弱勢，有較高被騷擾和犯罪受害的經驗，主要是因為沒有安全的居住空間，且遊民人身安全沒有受到政府部門重視，更少有人願意為遊民發聲，使其被排除在公共安全維護網之外。

教育是影響家庭收入，減少貧困的重要因素（Hassan & Birungi, 2011）。但是對於遊民而言，接受教育是困難的，沒有戶籍是進不了校門的，除了遊民本身外，其子女進入教育系統也是困難的，研究者曾協助社區中的遊民子女就托，當遊民子女進入托兒所就讀時，因為幼兒遊民不整齊的外觀，引發托兒所其他家長的抗議，導致被迫休學，形成遊民第二代受到教育排除的現象。

二、增強權能觀點

增強權能觀點在處理人遇到直接和間接障礙時，協助案主能排除障礙，減輕案主存有的無力感，提升自我能力（Solomon, 1976）。增能是助人工作者與服務對象協同合作的專業介入服務過程，雙方關係是平等、互信、相互尊重，以夥伴關係增強能力改變處境，脫離困境，只要增強遊民的權能，遊

民是可以期許脫離困境的（陶蕃瀛，2004）。增強權能是個人內在所自生與自發的，幫助個人促進與增強權能，特別是針對處於無力狀態的弱勢族群（宋麗玉、施教裕、顏玉如、張錦麗，2006）。增強權能是一個歷程，遊民從增強權能的過程中學習到各種技巧、知識與方法，進而能夠擁有更好的生活品質（鄭麗珍，2006）。透過醫療可以讓病弱的遊民獲得健康，給予教育機會可以提升遊民的競爭能力，透過各項資源的協助後可以增進遊民自我照顧功能，發揮潛能，進而有能力與他人競爭。

增強權能可從兩個管道著手，首先是幫助遊民裝備所需要的資源，其次為增進遊民在生活上的完整度，也就是說，提供機會給遊民，使其能夠學習自決、連結資源、權力掌控與操作（簡春安、趙善如，2008）。因此，協助遊民增進社會適應能力，將有助於遊民協助個人克服社會適應障礙（曾華源，2007）。並且可以借力使力，增進其解決問題的能力（萬育維，2008），進而擁有更多自我照顧的能力。

三、優勢理論觀點

凡是人皆有其優勢和資源，亦有成長學習改變的潛能（宋麗玉、施教裕，2010）。基於對人的能力和改變潛能有根本的相信，再針對於案主著重發掘他們的優點，將他們的優點擴大，並協助案主加以達成其設定的目標，簡單來說，就是讓案主發現其實自己也是有優點存在的（宋麗玉等，2006）。遊民雖然是社會邊緣的族群，但許多遊民都期待能夠獲得自食其力的工作機會。有 29 位遊民到

捷運出口推銷，希望讓他們自力更生，他們一改髒亂，打扮得整齊齊賣雜誌，能夠有一分工作賺錢，讓這些遊民開心的直呼，自食其力的感覺真好！（翟翹、王哲男，2010.04.01）。遊民張先生說：「我之前沒有接受過什麼幫助，我覺得現在生活最困難的是沒有工作可以做，以前景氣好的時候，一個月可以做 15 至 20 天的工，現在是連一天都沒有，生活都不知道要怎麼過。」（曾鈺婷，2010.06.17）。可見，遊民並非都是依賴、懶惰、沒工作意願的，只要給予機會或訓練，遊民是可以獨立自主，照顧自己的。

伍、遊民社會福利之需求探討

從相關的研究與實務經驗可知，遊民有就業、健康維護、居住、經濟、教育、飲食等需求，但受限於設籍與實際居住地，福利資格取得困難，使街友被排除在福利體系之外。社會救助的精神是希望協助弱勢者在困境時可以獲得資源，但社會救助施行的實際狀況卻因資格限制排除了遊民，尤其對於罹患精神疾病卻沒有病識感的遊民而言，在沒有社區資源，亦無正式的福利資源，無法穩定就醫，使得病情無法復原，甚至更加惡化，無法進入福利門檻，這也是政策制定者始料未及的。

育有子女的遊民本身缺乏子女教養知識，無法教育子女，遊民父母親帶著需要接受教育的子女四處流浪，沒有戶籍與居住地，無法接受正規的教育，遊民子女從小跟著父母流浪，學習到父母親的生活模式，父母缺乏正確的教養知識，可能使遊民第二代

再淪為遊民。由此可知，在無遊民福利政策，且受限福利申請的戶籍資格門檻，使得遊民在醫療、教育、經濟、安置、公共安全及職業上的匱乏。

陸、遊民服務對策

基於以上陳述，可歸納出遊民所處環境不利其改變生活現況，雖然憲法第 155 條明文規定，人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟；但資格限制將遊民排除在社會救助體系外，各政府部門尚未形成遊民服務的合作體系，使遊民求助困難，成為名符其實被社會排除的一群，有鑑於此，研究者擬針對下列單位提出具體之因應對策。

一、社政單位

遊民是移動的社會邊緣族群，但受限於資格規定，遊民福利取得困難重重，遊民常被驅趕，牴觸了憲法第 10 條「人民有居住遷徙自由權利」，及第 23 條「不得妨礙他人自由、避免緊急危難」之基本人權。反觀日本基於人道考量，讓遊民在繁華地區的公園內搭設帳棚居住（內政部社會司，2004）。因為居住安全是遊民迫切需要的，收容安置床位不僅不足，收容安置時也需要審查資格，產生了另一種排除效應，政府部門可將閒置的公有空屋做有效用的收容安置，讓遊民在寒冬與酷暑的氣候中，避免造成生命威脅之虞。遊民大多無業，符合國民年金資格，但卻因無力繳納，建議應將遊民納入補助。此外，遊民類型多元化，需求複雜，應增加

服務遊民的社會工作人力，並且加強社會工作專業知能訓練，以符合現階段多元的遊民服務業務需求。

二、衛生單位

遊民雖有醫療需求，但大多遊民未繳納健保或不具健保身分，導致被排除在健康照護系統外，社會救助法雖然有醫療補助，但遊民被排除在外，無法獲得健康照顧資源，各地醫療單位應以人權考量，提供相關的醫療衛生協助，對於沒有健保身分的遊民，依據憲法第 157 條（衛生保健事業之推行）「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」，因此，政府更應基於健康維護與生命安全考量，提供必要的醫療補助或相關的醫療服務政策。尤其有精神異常與智能障礙的成人女性遊民，應鼓勵、協助結紮或避孕；針對無病識感之精神疾病遊民，應協助鑑定，若罹患精神疾病，應給予必要之醫療，以防病情惡化，落實憲法第 155 條「…人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟」。

部分遊民不具尋求醫療資源的能力，據此，應成立醫療外展服務，巡迴至遊民經常聚集之處所，展開現場醫療服務，對於需要送醫就診者，則協助前往就醫或住院治療，每年固定為遊民提供免費健康檢查，做好預防性措施，尤其罹患傳染性疾病的遊民，更應個案管理，提供跨團隊服務，避免傳染性疾病擴大感染，造成更大的社會成本負擔。

三、教育單位

教育是良心事業，政府更應負起教育責

任，讓需要受教育的遊民及其子女能及時接受教育，憲法第 158 條指出：教育文化能健全體格與科學及生活智能。知識即經濟，脫離遊民最好的途徑就是教育，避免惡性循環讓遊民的第二代再度成為遊民；此外，基於人權，製作教育宣導短片，排除負面的社會觀感，鼓勵企業、民間單位提供相關的就業機會，讓遊民能生活自主。

四、警政單位

各地區警察派出所之巡邏網應對轄區遊民負起保護之責任，預防發生危機事件，對於身體病弱之遊民應協助護送就醫或安置，以維護其生命安全。

五、勞政單位

憲法 152 條指出，人民具有工作能力者，國家應予以適當之工作機會以達人盡其才的目的。我國與日本文化背景相仿，日本針對所謂的「路上生活者」成立「自立支援中心」，提供求職交通費、就業準備服裝費、就業準備

的身心復健及相關協助（如駕照之取得、技能訓練）等，一方面維持遊民的社會參與度，另一方面也可賺取薪資，照顧自己的生活（內政部社會司，2004）。遊民大多為工作人口群，可設置遊民就業庇護中心，由政府規劃相關的就業機會或職業訓練，讓遊民投入勞動市場，使其經濟能自足。此外，建立遊民就業輔導政策，提供遊民職能評估、職業訓練與就業輔導，做好追蹤輔導工作。

六、戶政單位

遊民戶口常常被放置戶政事務所，形成所謂的幽靈人口，從工作經驗中可知，遊民戶口與實際流浪地未必相同，目前戶政 e 化系統完善，如能在發現有類似被放置到戶政的人口群，應主動提供給相關單位，以利做更有效率的整合服務。（本文作者：王淑楨為東海大學社會工作研究所博士生；黃志成為中國文化大學社會福利學系教授）

關鍵字：街友、福利需求、社會排除

參考文獻

- 內政部社會司（2004）。日本對路上生活者輔導管理考察報告。取自 <http://61.60.79.3/gfweb/>
- 內政部統計處（2012）。遊民處理情形。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/>
- 方耀德（2009）。遊民自由權利之保障－以遊蕩及乞討行為之規制為中心（未出版之碩士論文）。中原大學碩士論文，桃園。
- 王淑楨、黃志成（2008）。高風險家庭育兒福利需求之探討～以臺北市大同區領有育兒補助之兒童為例。載於靜宜大學青少年兒童福利學系主辦之「兒童及少年權益：行動與挑戰」學術研討會手冊。52-67。
- 王淑楨、黃志成（2010）。社區中高風險家庭兒童福利工作之探討。載於實踐大學社會工作學系與中華民國社區發展協會主辦之「遽變時代中多元與活力的社區工作」研討會手冊。

190-204。

王顯翰（2010）。街友客串攝影師拍下自己說心情。公晚精選。取自

<http://homelessoftaiwan.pixnet.net/blog/2>

石慶賀、趙元清（2011）。遊民的休閒生活。載於體委會、教育部、吳鳳科技大學運動健康與休閒系主辦之「2010年國際體育運動與健康休閒發展趨勢研討會」專刊。372-381。

何榮幸（2011.02.09）。遊民是這樣出現的。中國時報。

呂苡榕（2012.1.05）。窮忙年代 漂泊人難翻身。臺灣立報。

宋麗玉、施教裕（2010）。復元與優勢觀點之理論內涵與實踐成效：臺灣經驗之呈現。社會科學論叢。4(2)，2-34。

宋麗玉、施教裕、顏玉如、張錦麗（2006）。優點個案管理模式之介紹與運用於受暴婦女之評估結果。社區發展季刊。113，143-161。

李健鴻（2010）。臺灣新貧階級的形成與因應對策。臺灣新社會智庫。取自

<http://www.taiwansig.tw/>

林萬億（2011.12.26）。遊民是同胞 不是敵人。蘋果日報。

陳大衛（2010）。社會關懷與遊民服務之省思—從臺北縣、市之遊民服務現況探討。社區發展季刊。130，259-266。

陳正根（2010）。遊民與基本人權之保障。臺大法學論叢。39(4)，117-165。

陳玉梅（2012.01.16）。人間異語：我不懶 是工資養不活自己。蘋果日報。

陶蕃瀛（2004）。行動研究：一種增強權能的助人工作方法。應用心理研究。23，33-48。

曾華源（2007）。更生人就業與家庭適應之社會工作。社區發展季刊。119，298-312。

曾鈺婷（2010.06.17）。助街友一臂之力 培力商店實現創業夢想。靜報。取自

<http://www.peopo.org/portal.php?op=viewPost&articleId=58346>

黃源協、蕭文高（2012）。社會政策與社會立法（修訂二版）。臺北：雙葉。

萬育維（2008）。從社工員充權來談如何協助父母親。載於財團法人微龍教育基金會主辦之「第四屆親子論壇系列活動」。113-116。

翟翹、王哲男（2010.04.01）。犀利哥效應 臺北街友賣雜誌自力救濟感覺真好。東森新聞。

取自 <http://www.nownews.com/2010/04/01/11490-2586700.htm>

臺北市政府社會局（2012）。臺北市遊民處理情形季報表。取自 <http://www.dosw.tcg.gov.tw/>

臺北市政府社會局大同社福中心（2012）。101年2月分成果統計AB報表。

臺北市政府勞工局（2011）。臺北市政府辦理職業訓練及就業服務期間照護補助辦法。取自

http://www.bola.taipei.gov.tw/MP_116001.html

臺北市政府勞工局（2011.12.27）。輔導街友就業、北市勞工局溫暖扶持。news 宅急便（新聞稿）。取自 <http://www.bola.taipei.gov.tw/>

- 潘淑滿 (2009)。遊民政策與服務的意識形態。臺灣社會工作學刊。7，49-83。
- 鄭麗珍 (2006b)。增強權能理論與倡導。載於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍合著之社會工作理論—處遇模式與案例分析。407-440。臺北市：洪葉。
- 鄭麗珍、張宏哲 (2004)。街友問題調查、分析與對策研究。內政部社會司委託研究報告。
- 謝文華 (2012.01.09)。遊民攝影展 自拍冷暖人生。自由電子報。取自
<http://www.libertytimes.com.tw/2012/new/jan/9/today-life5.htm>
- 簡春安、趙善如 (2008)。社會工作哲學與理論。臺北市：巨流。
- Aguiar, M.M., & Iriart, J.A.B. (2012). Meanings and practices associated with health and illness among the homeless in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cadernos De Saude Publica*.28(1).115-124.
- Badiaga, S., Benkouiten, S., Hajji, H., Raoult, D., & Brouqui, P.(2012). Murine typhus in the homeless. *Comparative Immunology Microbiology and Infectious Diseases*.35(1).39-43.
- Basu, A., Kee, R., Buchanan, D., & Sadowski, L.S. (2012). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care.*Health Services Research*. 47(1).523-543.
- Biegel, D. E., Stevenson, L. D., Beimers, D., Ronis, R. J., & Boyle, P.(2010). Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Research on Social Work Practice*. 20(2). 191-201.
- Booth, S.(2006). Eating rough: food sources and acquisition practices of homeless young people in Adelaide, South Australia. *Public Health Nutrition*. 9(2). 212-218.
- Buchanan, D., Rohr, L., Kehoe, L., Glick, S. B., & Jain, S. (2004). Changing attitudes toward homeless people. *Journal of General Internal Medicine*,19(5).566-568.
- Chen, B., Mitchell, A., & Tran, D.(2012). Podiatric health needs of homeless populations as a public health concern. *Journal of the American Podiatric Medical Association*.102(1).54-56.
- Cross, C., Seager, J., Erasmus, J., Ward, C., & O'Donovan, M.(2010). Skeletons at the feast: A review of street homelessness in South Africa and other world regions. *Development Southern Africa*.27(1).5-20.
- Culhane, D. P., & Metraux, S.(2008). Rearranging the deck chairs or reallocating the lifeboats? Homelessness assistance and its alternatives. *Journal of the American Planning Association*.74(1).111-121.
- David, D. H., Gelberg, L., Suchman, N. E.(2012). Implications of homelessness for parenting young children: A preliminary review from a developmental attachment perspective. *Infant Mental Health Journal*.33(1).1-9.
- Deborah, K. P., Victoria, S., Ben, F. H., & Ana, S.(2010). Substance use outcomes among homeless

- clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. *Community Mental Health Journal*.46(3).252-257.
- Flanagan, S.M., & Hancock, B.(2010). 'Reaching the hard to reach' - lessons learned from the VCS (Voluntary and Community Sector). A qualitative study. *BMC Health Services Research*.10(92). Published: APR 8 2010.
- Grossberg, A.L., Carranza, D., Lamp, K., Chiu, M.W., Lee, C., & Craft, N.(2012). Dermatologic care in the homeless and underserved populations: observations from the Venice family clinic. *Cutis*.89(1).25-32.
- Jean-Pierre, B., Louise F., Régis, B., Michel, P., & Noé, D. W.(2009) Health and mental.health care utilization by clients of resources for homeless persons in Quebec City and Montreal, Canada: A 5-year follow-up study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*.37(1).95-110.
- Hassan, R., Birungi, P(2011). Social capital and poverty in Uganda. *Development Southern Africa*. 28(1). 19-37.
- Huey, L.(2010). False security or greater social inclusion? Exploring perceptions of CCTV use in public and private spaces accessed by the homeless. *British Journal of Sociology*.61(1).63-82.
- Karin, M. E. (2010). Mobile phone technology: A new paradigm for the prevention, treatment, and research of the non-sheltered “Street” homeless?. *Journal of Urban Health*.86(3).349-498.
- Kok, P., Cross, C., & Roux, N.(2010). Towards a demographic profile of the street homeless in South Africa. *Development Southern Africa*.27(1).21-37.
- Liu, W. M., Stinson, R., Hernandez, J., Shepard, S., & Haag, S.(2009).A qualitative examination of masculinity, homelessness, and social class among men in a transitional shelter. *Psychology of Men Masculinity*.10(2).131-148.
- Mahadevan, M., & Fisher,C.B.(2010). Factors influencing the nutritional health and food choices of African American HIV-positive marginally housed and homeless female substance abusers. *Applied Developmental Science*.14(2).72-88.
- Makiwane, M., Tamasane, T., & Schneider, M.(2010). Homeless individuals, families and communities: The societal origins of homelessness. *Development Southern Africa*.27(1).37-49.
- Morrow, S.(2010). The homeless in historical context. *Development Southern Africa*.27(1).51-62.
- Nickasch, B., & Marnocha, S.K.(2009). Healthcare experiences of the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitipners*.21(1).39-46.
- Nyamathi, A., Marfisee, M., Slagle, A ., Greengold, B., Liu, Y.H., & Leake, B.(2012). Correlates of depressive symptoms among homeless young adults .*Western Journal of Nursing Research*.34(1). 97-117.

- Persaud, S., McIntyre, L., & Milaney, K.(2010). Working homeless men in Calgary, Canada: hegemony and identity. *Human Organization*.69(4).343-351.
- Pluck, G., Lee, K.H., David, R., Spence, S.A., & Parks, R.W.(2012). Neuropsychological and cognitive performance of homeless adults. *Canadian Journal of Behavioural Science-Revues Canadiennes Des Sciences Du Comportement*.44(1).9-15.
- Solomon, B.B.(1976). Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities. *New York, NY: Columbia University Press*.
- Sheri, D. W., David, R. B., Susan, K., Kathleen, R., Margot, B. K., & Edward, A. F.(2009). Food insecurity among homeless and marginally housed individuals living with HIV/AIDS in San Francisco. *AIDS and Behavior*.13(5).841-848.
- Stefan, G. K., Stephen, W. H., Jay, I., Ferris, J. R., & Mark, E. L.(2009). Rising inability to obtain needed health care among homeless persons in birmingham, Alabama (1995–2005). *Journal of General Internal Medicine*.24(7). 841-847.
- Tsemberis, S., Kent, D., & Respress, C.(2012). Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *American Journal of Public Health*.102(1).13-16.