



徐森杰·蔡春美

28 歲的小雅感染愛滋病毒已經 10 年餘，日前某夜深睡時被室友侵入房門加以性侵害，小雅在驚慌之餘趕緊撥打 113 通報家暴中心，緊接著由社工陪同至鄰近的醫院驗傷採證，並至警察局製作筆錄。完成程序後，社工擔心加害人再對小雅施暴，欲將小雅緊急安置至庇護中心，小雅擔心感染身分之後曝光會造成更多困擾，加以婉拒，後來小雅又回到原住處，持續陷於可能被侵害的恐懼中！

42 歲的阿明 5 年前與友人一起靜脈施打海洛因，共用稀釋液及容器。之後被捕入監體檢時，證實感染愛滋病毒及 C 型肝炎。多次入獄服刑的他，這次直接被收容於愛滋病患專區，與近 200 位同樣是感染愛滋病毒的收容人朝夕相處。刑期屆滿出監回家後，鄰里早已傳遍阿明在監獄內住愛滋病專區的訊息！家人排拒、舊識不認，遭受歧視的阿明受不了打擊，再次施打毒品以逃避現實的壓力。3 年來為了避免毒癮戒斷的痛苦，完全沒有心思回診定期檢驗免疫功能及病毒量，終在引發腦膜炎等伺機性感染而住院，治療後因身體癱瘓，醫院欲尋求長期療養機構收容均被拒絕，成了醫院的人球！

16 歲的小童因網路援交，觸犯「兒童與青少年性侵害防治條例」，社工緊急將他安置在庇護機構，不料在體檢過程中發現小童感染性病及愛滋病。經某醫療機構住院治療及實施心理輔導後，社工怎麼也連結不到青少年安置機構願意收容，幾經輾轉目前被安置於某精神科病房持續住院中。

壹、前言

上述是筆者從實務工作中接觸案例的冰山一角。以往許多安置機構，屢屢會以各種理由拒收感染愛滋病毒的個案（以下

簡稱感染者），而衛生署在民國 96 年 7 月修訂「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，其中第六條已明示，對於親屬無照護能力且感染者有安置、安養或長期護理之必要，並符合收治條件者，

社會福利或護理機構不得拒收病人（總統府，民 96）。但現況是，許多感染者被送至安置機構經常被拒收，最後只好轉至專責愛滋照顧的民間機構收容。而民間機構除了能收置的人數十分有限之外，若該民間機構收容住所遭曝光後，又得面對被社區排擠的事件（註 1），使得感染者處於無處收容的窘境。

依據疾病管制局（民 98a）的統計，截至 98 年 6 月底止，本國籍感染者的人數已達 17,540 人。近年來，一直以平均每 5 小時增加一位感染者的速度在成長。隨著愛滋病的治療不斷更新之際，感染者存活的時間不斷地延長，勢必面臨老化或失能等現象，未來所有安置機構均有可能面臨到收容感染者的挑戰。

感染者照護需求，疾病本身反而不是案主最大的擔憂，他們的生活與一般人無異，最大的擔憂是財務、居住、社會關係等問題（社團法人台灣露德協會，民 97）。但一直以來，行政院衛生署愛滋病防治計畫著重於預防感染及醫療照顧，民間機構所提供的服務亦容易將愛滋病感染者標籤及區別化，並產生隔離的效果，不但加強社會大眾對感染者或愛滋病患的刻板印象，無形中也限制了感染者接受一般性服務的選擇權（王淑貞，民 97）。因此如何增強安置機構收容愛滋病毒感染者的意願，以落實現行法令之要求，並朝愛滋病服務社區一般化及去除烙印化發展，是本文撰寫的重要目的。以下將先探討安置機構拒收愛滋個案的可能原因，隨後再提出增進安置機構收容愛滋個案之策略。

貳、安置機構拒收感染愛滋病毒個案可能的理由

筆者在此收集整理國內外安置機構與感染愛滋個案的相關文獻（Heckman, Somlai, Peters, & Walker, 1998; 莫藜藜、鍾道銓，民 95；王淑貞，民 97），加上筆者實務工作時所見，綜合分析提出安置機構拒收感染個案的原因如下：

一、無法接納感染愛滋病毒的個案

一直以來，衛生署一直以「高危險人口群」進行愛滋病疫情報導。以人口群為主的方式呈現新增感染人數，無形中使得被報導的男同性戀者、雙性戀者、靜脈注射毒癮者、性工作者等身分有著無法去除烙印的原罪，廣泛被認為和性行為異常、氾濫及藥物濫用有關，不但影響感染者求助，也影響專業人員的態度（Valdiserri, 2002）。安置機構在面臨將服務「高危險人口群」時，道德評價在所難免，對於他們的次文化不甚瞭解的同時，畏懼及排斥感油然而生，自然也影響助人者對此類個案服務的態度。

二、擔心照顧過程中遭受感染

許多安置機構的助人工作者，對於愛滋病的知識可能不甚瞭解，或是存有許多錯誤認知與迷思，如被感染者的口水噴到、共餐、處理排泄物、蚊蟲叮咬會被傳染等。工作人員對於空窗期與潛伏期，以及感染者與愛滋病患無法區別，誤以為感染後免疫系統就會損害到完全沒有免疫能

力，而以擔心受到個案感染，或其他住民也會被感染為由不敢提供照顧（王淑貞，民 97）。另外則是害怕遭受非自願性收容的感染者攻擊為由而加以拒絕。

三、擔心沒有足夠因應知能照顧感染愛滋病毒的個案

安置機構有時分辨不清個案的症狀是否已發病？若有其他伺機性感染怎麼處置？個案不按時回診治療或放棄服藥時，要如何幫忙？若個案在機構裡猝死，該怎麼處理？伴隨有憂鬱症或揚言要輕生的個案要如何處遇？等等，均增加安置機構處遇的複雜度。另外，愛滋個案照護相關的職前及在職教育訓練，均頗為缺乏，以致工作人員缺少照顧及轉介的知能。

四、擔心收容個案曝光

如果照顧個案的第一線助人工作者，事後才知道個案的感染身分，可能會有未被告知的恐慌情緒。另外，若雖事先已得知感染者的身分，一旦發生感染愛滋病毒的個案身分遭受曝光，對於其他住民而言，可能亦會陷於恐慌之外，隨之而來住民家屬的壓力、鄰里若知曉後集結反彈的聲浪，都有可能使得安置的管理及機構生存更加困難。

五、擔心轉介資源不足

和其他慢性疾病患者一樣，這類疾病患者除了有社會服務的需求之外，醫療照護需求佔有相當大的比重，特別是除了愛滋病外，合併有其他共病如精神疾病等症

狀的患者。因此安置機構是否與社區內愛滋之醫療機構或精神服務網絡建立轉介的機制？在未得到保證後送或是有資源可以共同照顧的承諾下，擅自收容愛滋病毒感染個案，有時候覺得像燙手山芋一樣，接了後無力承擔。甚或收容了個案之後，如果碰上需要轉介其他機構的情形，是不是一定要告知對方機構感染者的狀態？或者要不要告知家人、親屬？都讓工作者左右為難。另外，愛滋病屬於第三類法定傳染病，加上依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」規定，將有公共衛生人員進行愛滋個案追蹤及管理，因此如何與衛生主管機關建立追蹤機制，也是影響收容意願的重要因素之一。

六、其他相關因素

其他諸如工作者的家人反對，不願照顧感染愛滋病的個案(莫藜藜、鍾道銓，民 95)。或是引用「衛生署所屬醫院精神疾病養護床收治作業要點」第二條為由，明定「精神疾病養護床收治對象應具備『未罹患顯有感染他人之虞之傳染病者』」而拒收愛滋病個案。其他法令如法務部的戒治處分執行條例第七條也規定，「受戒治人入所時，應行健康檢查，但若罹法定傳染病、後天免疫缺乏症候群或其他經中央衛生主管機關指定之傳染病，便可以拒絕入所」等當拒收理由，法令的相互牴觸及限制，使得工作人員無所適從，均是有待與各主管機關共同商討修定因應對策，以利不得拒收的理由更能落實。

參、增進安置機構收容感染愛滋病毒個案的策略

即使法令已明定以愛滋病理由拒收之機構，應處三十萬到一百五十萬罰鍰，但在實務上，安置機構以各種理由拒收愛滋病個案的現象仍普遍性在。基於上述原因，工作者對愛滋病的知識不足、對愛滋照護的知能欠缺、對愛滋病的價值觀與道德規範、擔心收容個案曝光、轉介資源不足、相關法令衝突、個人因素等，都有可能影響安置機構收容愛滋個案，如同王淑貞（民 97）就某安置機構的調查就指出，安置機構直接服務人員中 94% 擔心個案後送、資源連結的問題，而 86% 擔心自己沒有足夠能力提供感染者相關的服務，85% 擔心感染者非預期的蓄意傳染行為。

因此，以下根據國內外文獻(Heckman, Somlai, Peters, & Walker, 1998; IASC, 2003; 莫藜藜、鍾道銓，民 95；王淑貞，民 97)，以及依據上述原因筆者實務工作上的經驗，以及與轉介合作之安置機構商談結果，提出增進收容之對策，期許愛滋病個案無處可去的窘境，能有所突破：

一、提供安置機構在職人員有關愛滋病的相關知識

擔心自己在照顧的過程中被感染，是影響安置機構第一線助人工作者照護愛滋個案的重要阻礙因素之一。因此，提供切實可防護的愛滋病相關資訊，將可以有助於降低擔心被感染的憂慮。

事實上，愛滋病毒的傳染是需要具備

一定的要件，舉凡溫度、濃度、數量及時間。當感染愛滋病毒後 6 至 12 週的期間，尚未在人體內產生抗體的反應，此稱為「空窗期」，檢驗不出來但有傳染他人的危險性；而在證實感染病毒後，到免疫功能未遭受嚴重破壞出現伺機性感染前，此稱為「潛伏期」；一旦出現多重性感染或伺機性感染時，才稱為「發病期」。這三個階段的感染能力並不一樣，需視有無接受抗愛滋病藥物而定。加上環境的溫度、感染者是否有服抗愛滋病毒的藥物、感染者的病毒量、接觸體液的病毒量多寡等，也會影響被感染的機率。除了短時間直接接觸感染者的血液、精液、陰道液外，人體的唾液、汗液、尿液、排泄物，若沒有夾帶血液，雖均含有微量的愛滋病毒，但其濃度及數量並不具有傳染力，因此日常生活行為如共同進食、如廁、對談等並不會受到感染。在安置機構中，一般的照顧工作、住民共同生活，是不會被感染的。但是當工作者有機會處理血液、女性經期的排泄物、男性的夢遺或精液時，便要格外小心。

感染愛滋病毒應是疏忽預防病毒傳染的行為所致，而非其本身所屬的族群或身分，亦即，應該說是：從事男性與男性，或男性與女性發生非安全性行為者；共用針具、稀釋液或容器實施靜脈注射毒品者；從事非安全性行為的性產業工作者等，這些行為才是病毒傳染的途徑。因此，以行為取代烙印其身分，是去除污名化的重要步驟之一。

然而，工作者遭受感染愛滋病毒個案攻擊的案例也極為罕見。倘若感染愛滋病

毒的住民與其他住民發生肢體衝突，或攻擊工作者時，基於含有愛滋病毒高濃度的體液與非感染者之開放性傷口或黏膜接觸才會有傳染之虞，因此遇到此情況，非感染者應避開其體液的接觸，若不小心接觸到，則大量以清水沖洗的方式減緩病毒停留在身體的時間，並可以至愛滋指定醫療院所（註 2）接受緊急處置，將可以大大降低被感染的風險（疾病管制局，95）。

二、建立醫療諮詢暨服務網絡

大部分安置機構，均沒有配置醫療人員，即使有醫療人員的配置，也往往沒有受過感染控制或是愛滋病醫療照顧的相關訓練。因此，可以平時建立起可諮詢的資源管道和服務網路，緊急情況發生時可進行後送處置，便可降低焦慮及感染的程度。

（一）就愛滋醫療服務層面

1. 請教專家學習愛滋病的相關知識、分辨常見的伺機性發病症狀。

2. 與轄區內指定之愛滋醫療機構，建立合作處遇的平台，該指定醫院的醫療團隊基本成員會有感染科主治醫師、個案管理師、護理人員、及社工師，其中個案管理師通常是由具有醫護背景者擔任，主責個案定期回診、服藥順從及接觸者追蹤、連結社會資源等事宜，安置機構可優先與該團隊的個案管理師保持聯繫。

3. 對於不配合回診或服藥的個案，商請公衛人員或個案管理師共同照料。

4. 衛生署防疫專線 1922 及 0800-888-995 此兩條免付費專線，也是重

要的諮詢管道，其中 0800-888-995 主要是由轄區內衛生局疾病管制課愛滋病承辦之公衛人員負責，若一般上班時間在安置過程有任何愛滋病醫療相關的疑問，均可撥打此電話獲得及時的協助。

5. 可與當地衛生主管機關保持聯繫，如有醫療機構拖延處置，或是其他拒絕情形，可商請衛生主管機關出面處理。由於在法令中已明定轄區內衛生主管機關為主要申訴者，因此和當地衛生主管機關保持溝通的暢通實屬必要。

（二）就社區照護服務網路層面

1. 若安置機構在台北、台中、高雄及屏東地區，亦可就近與直接從事愛滋病毒感染服務者服務的民間機構（註 3）建立服務網絡，使感染愛滋病毒的住民可以擁有更多的資源以協助其疾病調適，並提昇其各項生活品質。

2. 發生個案死亡時尋求當地衛生主管機關的支援。

3. 揚言自殺或伴隨有嚴重憂鬱等精神症狀的個案啟動緊急精神醫療網共同照料。

4. 平時建立與其他社區服務友好機構，如生命線、自殺防治中心或心理衛生中心、毒品危害防治中心等之服務網路。

三、提升全面防護措施的知識與能力

過去有不少安置機構收容了感染愛滋病毒處於空窗期的個案，通常在個案檢驗報告出爐後，整個安置服務團隊陷入慌亂及不知所措。因此，安置機構應對所有住

民導入全面防護的觀念，不因其身分是否為愛滋病毒感染者在對待上而有所差異。除了工作人員應有足夠的知能外，所有住民也應該增長此議題的資訊（疾病管制局，98b）。

在設備上，準備充足的手套、口罩及消毒水，以備面臨緊急意外或傳染性症狀出現時，可隨時取得。另外，急救箱裡的常備藥物、體溫器、處理傷口的繃帶、消毒水等也應備妥。

四、加強機構內感染控制的知識與能力（IASC, 2003；疾病管制局，95）

（一）在軟體設備部分

1.服務流程規劃：當個案在申請入住時，儘可能要求其檢附其非開放性肺結核之診斷證明及病例摘要，做為預防傳染性疾病管制的相關作業，並制定標準作業程序（疾病管制局，98a）。其目的不在防堵有感染病症者進住，而是協助其先處理症狀後，再安排入住事宜。

2.安置期間定期觀察感染愛滋病毒個案病情的進展，如果發現可能的感染症狀，須進一步提供處置。

（二）硬體設備的部分

1.配置不同房型以備臨時調度之用，如備有隔離房的考量。

2.緊急事件的動線規劃：當發生災難時，人員的進出應有控管，如左進右出，緊急逃生口及路線圖等。

3.清潔及消毒用品：準備適量的漂白水或濃度 70%的酒精定期進行清潔環境及

消毒工作，個人衣物視情況可進行定期消毒。

4.防護器具的準備：前項已述及之急救箱、口罩、手套，另外 CPR 急救面罩、防護衣或防護鞋可用雨鞋或雨衣替代等。

（三）工作人員的事前檢測、定期檢查及健康維護

1.工作人員在到職前建議其進行愛滋病毒的篩檢，主要目的在於確保其提供照顧期間，若被感染後可提出有效證明之依據，此乃是向主管機關申請因公殤理賠之重要依據。

2.每年至少安排一次員工 X 光檢查，以確保肺部的健康，因為愛滋病經常與結核菌存在著共病的現象。另外，若能提供員工免疫功能及身心舒活項目，此目的在顧及工作者照顧多重困難個案的同時，也能自我照顧，以避免工作耗竭，或員工個人健康不佳波及個案。

（四）工作人員的教育訓練，以備充足的實務處遇知能。教育訓練的議題包括：處理住民之排泄物、傷口處理、協助定期服藥、抗愛滋病毒治療的知識、藥物副作用的因應、感染或發病症狀的辨識等。

1.在處理帶有血液的傷口時，應提高可能會有何感染性疾病的警覺，主動搭配上手套，並且養成常洗手的習慣。

2.當處理帶有血液之排泄物時，應置入適量的漂白水或消毒液一併沖入下水道裡。若排泄污穢物具有大量的血液時，應先浸泡高濃度的漂白水或消毒液後再棄之處理。

3.傷口的處理：所使用的紗布、棉棒

按照一般廢棄物處理即可，但若有相關管路、針筒、醫療廢棄物等，可收集至鄰近醫院統一處理。

4.藥物監督：個案藥物儘可能使用藥盒，由其自行服藥，工作人員定期追蹤輔導。

5.按時回診：囑咐其按醫囑定期回診、追蹤檢查或定期拿藥。

五、針扎事件或擔心感染之虞的處理流程

(一) 被疑似已污染的針頭或尖銳物扎傷時，請立即擠壓傷口周圍處使血液流出，在流動的水下清洗傷口至少 5 分鐘；若破損的皮膚或黏膜與個案血液、體液接觸時，如眼睛則以流動水或 0.9%生理食鹽水沖洗；口腔則以流動水清洗。

(二) 在通報單位主管的同時，也要確立可能的感染源，並應設法調閱其最近一次的檢驗報告，一併帶至感染科主治醫師處，供其評估是否施予預防性投藥。若醫生評估應立即投藥，此相關費用由目的事業主管機關的衛生署疾病管制局全額擔付。倘若醫師評估無需預防性投藥，但當事人擔心感染而堅持欲投藥者，仍可以自費方式為之。

(三) 感染科醫師通常在考量空窗期後，會實施感染可能疾病的相關抗體檢測。在實施第一次檢測後，若檢驗報告為陰性者（未感染），可定期後續每三個月持續追蹤檢測至一年。

六、加強住民的防護教育及關懷宣導

現行法令已規定，愛滋病毒感染者有不告知他人的權利。安置機構的工作人員可能在個案申請入住時，有機會先得知個案的身體情況，但住民並不一定獲得相同的資訊。雖然共同生活起居並不會有傳染愛滋病毒之虞，但是，住民間朝夕相處的接觸，有可能會有親密關係或是性行為的發生，有時意外狀況是無法預期的。因此，平時排入安全性行為或全面防護措施的教育議題，將有助於住民增強自我保護的能力。另外，安排「如果有住民是愛滋病毒感染者」的體驗式課程，細緻的探討可能面臨的處境，傳染風險性高低行為的辨別，增強同理愛滋病毒感染個案的處境，都將創造安置機構內為愛滋病個案友善的環境。在告知與不告知間的拿捏，以及儘快釐清是否真的如想像中的令人害怕，即時補充不足的防護知識，或提供價值澄清的機會教育，釐清對愛滋病的迷思與刻板印象，均是將曝光後可能帶來的傷害提早進行風險管控。

七、建立團隊工作意識，並設法影響鄰里

除了住民的教育外，創造信任及共同合作夥伴的團隊關係也是重要的策略之一。安置機構的工作人員往往流動性很高，加上住民獨特及差異性大，往往使得工作人員經常處於高耗竭的狀態。由於安置機構內的助人工作者較著重於社會暨心理需求的服務，對於感染愛滋病毒的個案可能相關照顧知能並不足夠，若沒有適時補充勢必會無形中累積工作的焦慮感及耗

竭程度。因此，團隊成員間的彼此互助、支持及包容，將可提升工作者照護困難個案的意願。當然，機構主管的帶頭示範也是不可或缺的重要元素。

有些安置機構收容感染愛滋病毒的個案業經曝光後，可能也會遭鄰里反彈或影響機構募款，這時，回歸機構為服務弱勢的初衷，以及結合公共衛生或相關資源如里長辦公室、村里幹事、里民大會時機等以教育鄰里一同去除標籤化及回歸對弱勢基本人權的尊重，將有助於共創互助的社會而努力。

愛滋議題多半屬於較邊緣的範疇，實務工作者往往會因為擔心被感染而遠離與其接觸。然而隨著全球化人口快速遷移及性行為日益開放的程度，愛滋病毒的傳播速度比我們想像的快速及多元，未來社會工作服的個案勢必朝向多元化及複雜化，任何個案均有可能合併有愛滋病毒的感染，社會工作專業發展勢必正視個案各項新興的需求，期待社工們可以更以多元文化的角度，提供愛滋全人的關懷與照護。

（本文作者：徐森杰現為社團法人台灣露德協會秘書長；蔡春美現為台北大學社會工作系兼任講師）

肆、結語

以往在台灣的社會工作專業訓練中，

註釋

註 1：如關愛之家事件：台灣關愛之家在台北市某社區設置收容處所，經社區修訂規約要求遷離，95 年 10 月一審判決應搬家，引發愛滋病患何去何從的社會議論；96 年 8 月二審高等法院宣判，考量法律新近增訂「保障愛滋感染者的安養、居住權」，認為社區規約已牴觸前述法律，應屬無效，逆轉改判社區敗訴確定。

註 2：因為抗愛滋病毒藥物昂貴，衛生署針對方便藥物管理及醫療人員訓練，特別訂定愛滋病指定醫療機構及提供感染者醫療服務，截至 98 年 7 月共有 37 家。

註 3：社區民間愛滋病直接服務機構，台北地區：台灣露德協會、愛慈社會福利基金會、愛滋感染者權益促進會、關愛之家協會、台灣生命社服協會、浮木濟世會、預防醫學會附設希望工作坊；台中地區：台灣露德協會台中辦公室、台灣懷愛協會；高屏地區：愛之希望協會、快樂生命聯盟協會、關愛之家高雄暨屏東服務處。

參考文獻

王淑貞（民 97）。2008 接受愛滋感染者庇護安置服務研究。勵馨社會福利事業基金會，

未出版。

社團法人台灣露德協會（民 97）。95 至 97 年度服務成果報告書。台北：社團法人台灣露德協會。

疾病管制局（民 95）。保護員警執勤安全手冊。取自疾病管制局網頁：

<http://www.cdc.gov.tw/public/data/87218592571.doc>

疾病管制局（民 98a）。西元 2009 年 6 月份 HIV/AIDS 統計月報表。上網日期：98 年 7 月 8 日，取自疾病管制局網頁 <http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/97715332771.xls>

疾病管制局（民 98b）。標準防護措施。上網日期：98 年 7 月 8 日，取自疾病管制局網頁：

<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/942013383071.pdf>

莫藜藜、鍾道銓（民 95）。從愛滋社工者的工作經驗初探「部分社工不願提供服務愛滋感染者或病患」之現象。台灣社會工作學刊，卷五，頁 1-44。

總統府（民 96）。人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例。取自總統府網站：

<http://www.president.gov.tw/paper/pdf/6752-38.pdf>。

Heckman, T.G., Somlai, A.M., Peters, J., & Walker, J. (1998). Barriers to care among persons living with HIV/AIDS in Urban and Rural Areas. *AIDS Care*, 10(3): 365-375.

Inter-Agency Standing Committee (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Published by IASC: New York. <http://www.humanitarianinfo.org/isac>.

Valdiserri, R.O. (2002). HIV/AIDS Stigma: An Impediment to Public Health. *American Journal of Public Health*, 92(3): 341-342.