

# 「我生活就要去工作」 精神康復者的就業困境與建議

陳芳珮

## 壹、就業對精神康復者的重要性

就業對任何人在心理、社會、經濟等各層面福祉之提升皆具重要性（Frederick & VanderWeele, 2019; Modini et al., 2016）。對精神康復者而言，就業更是精神復元的基石（Barber, 2012; Davidson & Roe, 2007; Jacobson & Greenley, 2001）。Rusinova等人（2002）提倡「職涯復元（vocational recovery）」來強調精神康復者有成功就業的可能。Gibbons與Salkever（2019）發現就業有助於重度精神疾病患者的心理健康狀態（包括整體的心理健康、功能與人際關係），而且對就業前心理健康狀況較差的患者起的作用較大。精神康復者的自述也反映就業對他們的精神復元、增權、自尊、個人成長以及自我價值與使命感有著重要的貢獻（Auerbach & Richardson, 2005; Fossey & Harvey, 2010; Provencher et al., 2002; Repper & Carter, 2011; Salzer &

Shear, 2002）。

## 貳、我國精神康復者就業服務體系

我國法規與行政分工深刻地影響到精神康復者就業服務的發展。在法規方面，我國的精神衛生政策方針仍維持以保守的醫療模式為主軸，主要法規《精神衛生法》是強調社會安寧與次序之維護以及展現精神醫療專業權威的「衛生政策」（唐文慧，1997）。針對精神康復者的社區生活福祉與權益—尤其是就業的部分，則僅止於口惠，未盡其立法「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」之宗旨。

精神康復者就業權益保障的契機來自於障礙者福祉保障的相關立法。雖然精神疾病經適當的醫療及復健後不必然造成不

可逆之障礙，但是病情起伏的歷程對個人與家庭造成的長期負擔不亞於其他類型的生理損傷。由於1990年頒訂的《精神衛生法》未善盡保障精神疾病患者全面福祉之責，1995年《殘障福利法》修法時將慢性精神疾病納入適用對象，以提供社會福利資源保障其生活品質。《殘障福利法》於1997年修正為《身心障礙者保護法》，又於2007年與國際接軌更名為《身心障礙者權益保障法》，更積極保障身心障礙者之就業等各項權益（林惠珠，2020）。

《身心障礙者權益保障法》對就業權益之保障特別聚焦於由勞政負責的職業重建服務，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（第33條），與支持性就業服務及庇護性就業服務（第34條）。法中亦規定地方勞政主管機關設立職業訓練機構、就業服務機構與庇護工場（第35條），且為確保身心障礙者就業機會，訂有公、私部門定額進用身心障礙者的規範（第38條）。

然而精神康復者就業權益保障的實踐在兩項立法的夾縫中以及行政部門各自閉門造車之下陷入一種尷尬的狀態。為促成衛政、勞政與社政三方分工合作以滿足精神疾病患者在不同病程階段的福祉與需求，行政部門於1998年4月共同制定「精神病患分類及照顧體系權責劃分表」，根據預設之精神病症狀及功能狀態將患者分

為六類，設定其不同資源需求。且依資源所屬權責來區分主管機關之主、協辦角色（林惠珠，2020）。由此分工可見精神病患照顧仍由衛政主導，將病患大範圍框限於醫療體系之中，並預設病患只有在被評估歸類為第四類，即「精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者」時，始考慮其就業之需求。

於是在衛政主導下，精神康復者之就業服務採取的是「階梯式就業服務模式」，並強調需依階段逐步進行（呂淑貞，2020）。呂淑貞（2020）描繪出一個「從職能治療出發，提供階梯式的職能復健以轉銜至職業重建多元模式並達成社會復歸之目標（頁69）」的架構：即從醫院中的職能評估與職能活動提供，到在社區精神復健中的庇護性工作訓練，再銜接勞政身心障礙者就業服務系統，包括職業重建、職業重建個案管理、一般性就業、支持性就業、庇護性就業、庇護性職場見習、居家就業、職業輔導評量、職務再設計、職前準備、就業適應、職業訓練、創業輔導、群組安置等服務。

遺憾的是，這看似面面俱到的階梯式就業服務模式卻沒有發揮作用。根據衛生福利部身心障礙者統計，我國慢性精神疾病患者中有超過八成為輕、中度障礙者，皆應有就業潛力。但是根據「105年身心障礙者生活狀況及需求調查報告」（衛生

福利部，2017），慢性精神病患者共計124,999人，其中就業者有18,839人，僅占慢性精神病患者15歲以上勞動力人數計124,911人之15.08%。與各障別的就業率相比，僅高於平衡機能障礙者及多重機能障礙者，為倒數第三低的障礙類別。另依勞動部統計至2020年12月底止，依據定額進用規定進用之慢性精神障礙者計6,176人，僅占所有定額進用之身心障礙者8,5638人之7.2%。這些數據似乎在質疑精神康復者回歸職場的可能性。然而蘇昭如（2010）的出國報告指出澳洲精神障礙者在接受開放性就業服務（open employment，即障礙者與非障礙者在同一個競爭性就業職場中工作）之占比31.7%為最高，身體障礙者26.3%次之，智能障礙者16%再次之，顯示精神康復者若能獲得合宜之就業服務，反而可能成為最具就業潛能的一群。

究竟為何我國精神康復者的就業成效會如此低落？是精神康復者個人缺乏就業動機與能力？還是當精神康復者在現行的就業服務體制下要進入職場時遭遇到困難？本文藉由屬於第四類、應考慮其就業輔導需求之康復之家（簡稱康家）住民及其家屬的經驗來檢討問題之所在。

## 參、精神康復者就業經驗分析

本文的資料來自筆者執行之科技部「探索康復之家住民之返家歷程」計畫。

康家以精神疾病患者精神復健為目標、回歸社區為目的，因此探索從康家成功結案、返回社區之住民的經驗能一窺精神康復者的就業處境。

研究團隊以立意取樣邀請從南部某康家符合結案標準、回歸社區達四個月以上（含）、接觸當下仍居住在社區中之住民，共有10位參與研究。訪問當下有5位無工作（其中3位曾有工作經驗）、2位協助家庭營生工作、以及3位有全職工作。經受訪住民同意後，研究團隊邀請與該住民在生活上有直接互動之家屬，共有8位（6位母親，1位父親，1位手足）受訪。研究參與者基本資料整理如表一（住民）與表二（家屬）。研究資料採用Hsieh與Shannon（2005）所描述的傳統式內容分析法（Conventional Content Analysis）分析，從原始資料中產生概念編碼，並根據歸納性的概念類別發展（inductive category development）（Mayring, 2000）來衍生出社會現象的概念化詮釋。本文結果報告聚焦於工作與就業相關之概念面向，包括住民與家屬對就業的觀點，以及住民所需之就業支持與在就業上遭遇的困難。

### 一、工作的重要性

受訪住民異口同聲認同工作的重要性。他們認為工作是回歸社區生活的必要條件，如一位在康家期間就亟於尋找工作以準備回到社區的住民說：「我一定要生

活，我生活就要去工作。」對住民而言能夠工作也是融入社區最具體的實踐與恢復正常最好的證明，從訪談中有工作的住民每逢工作相關的話題總會眼神發亮、侃侃而談，自信與自我肯定溢於言表可見一斑。

具體而言，工作收入可以直接滿足生活所需。對住民而言，做一份領有基本工資的工作至少可以負擔自己生活的開銷。若能節約儲蓄，甚至能有餘裕用以提升生活的品質。例如一位住民憑靠自己工作收入存款購買機車做代步工具，解決居住區域交通不便的問題。

家屬也認同工作的重要性。一位家屬觀察到擁有全職工作讓家人展現自信和對未來的渴望：

（他目前）薪水比較多（笑）！……他很高興，他說他從庇護工場去〔職場〕，我覺得這是能讓他自信起來的原因。他可能認為是非常正面的……還要包紅包給我們……他慢慢地自己存了一些錢，更積極地他會講比較多對未來的想法。

尚未有穩定工作的住民及其家屬共同的期盼也是住民能找到合適的工作，因為工作機會讓住民保持與社區的接觸，是回歸社區生活重要的媒介。工作收入與連帶的勞保與健保等福利也是為目前與未來的經濟安全奠定基礎。例如一位家屬表示：

我知道我的女兒……如果說有一份正式的工作，賦予她薪水，她會非常珍惜

的，她其實是很認真在工作的。……我覺得我女兒現在恢復到、我不跟她講，妳還是覺得她是一個很正常的孩子。我覺得吃對藥，疾病就被控制得穩定，她還是很ok啊。這種孩子做（代工），我覺得很可惜啦！我覺得政府如果可以看到這樣的一群……妳知道他們的爸爸、媽媽多辛苦？……我很希望政府去重視。

另一個工作管道是協助自家的營生工作，但從住民與家屬的經驗看來，這並非理想的替代方案。雖然家屬多半歡迎增加住民這個人手，但也會面臨家人照顧支持與工作要求相衝突的尷尬。家屬也發現較難真正建立起住民的工作觀念，而且住民也沒有跟外界接觸的機會，減少了因工作而擴大社交的好處。住民則因無法領取正常薪資，未能真正滿足生活所需與對金錢支配的自主性。

## 二、住民就業之困境

即使工作對精神康復者的意義重大，而且受訪住民很想要工作，但在就業過程中缺乏協助與資源，只能靠自己摸索，讓他們的就業之路走得艱辛。以下就受訪住民的經驗分析出六項挑戰。

### （一）落入破碎之就業體系的縫隙中

多數受訪住民都曾參與衛政精神復健體系（包括康家與日間社區復健中心）所提供的工作訓練，但這些服務並無人員編

制可專注於進一步協助住民就業或實質轉銜至勞政之就業服務體系。更甚者，即使住民運用勞政就業輔導體系的服務（例如庇護工場或職業訓練），由於缺乏銜接求職的轉銜機制，依然使得住民對就業準備所作的努力無法持續或累積，而反覆原地踏步。

例如一位家屬積極地幫家人爭取到職能訓練的機會，且家人在此安排之下的進步有目共睹。但家屬憂心缺乏從庇護性環境過渡到真實職場的資源和協助：

我們唯一很擔心的就是這個孩子的未來，因為我覺得他們都在一個友善的（工作訓練）職場……未來會不會造成她們無法銜接社會？畢竟社會不是這麼有包容性的一個工作職場……我們不知道有哪些資源，我們也不知道怎麼鼓勵她出去，再去接受工作。

## （二）缺乏求職與穩定工作之協助

多數有意願進入競爭性就業市場的住民得靠自己尋找工作，卻也讓住民經歷一個曲折且充滿挫敗經驗的過程。一位住民無奈地描述他的經歷：

我自己去找工作，都沒什麼人要請我。我已經有去試過，有去找過了。（研究者：那你之前都是找什麼樣的工作？）都隨便找啊，就看求才的報紙……都去問看看這樣。……我已經很久沒有工作了耶。

住民即便找得到工作，也可能不斷在

不同的工作中轉換，通常是因為無法找到適性、收入合理的工作。而不易維持穩定的工作也是家屬們普遍的擔憂，一位家屬細數家人這個跌跌撞撞的過程：

現在都好好的，就是找不到工作，她也會煩惱，真的找不到工作可以做。……她在販賣部那邊。不過那沒什麼錢啦，一個小時只有領二、三十塊而已。……有一次去（職場）的廚房，那個做比較有錢，問題是人家歐巴桑說她的動作慢啦。……前一陣子剛好武漢肺炎就休息，不用做。……七月要去職訓，要去學清潔工。……之前有去做〔工藝品〕，要繳學費，幾千塊，還要買〔材料〕。

## （三）遭遇職場人士的剝削與歧視

在沒有任何職場支持的情況下，住民常冒著被剝削與歧視的風險，司空見慣的是藉「因障礙而產能必然不足」之名給予較少的薪水，或要求不合理的工時。一位家屬心疼家人而為其抱不平：

上次去做一個洗衣的……一個小時70塊，現在勞基法最少要150耶！……洗衣工廠很辛苦，那個機器轉一整天，24小時沒有停，三班輪的。那時候老闆娘叫她去做晚班，我說：「妳不要去，做晚班的，妳回來才吃藥，顛倒妳又恍神了。」十二點做到天亮的耶！我就阻止她說不行。

另一項風險是住民需自行面對職場複雜的人際問題。家屬就提到家人被工作夥

伴帶壞學著抽菸、喝酒、嚼檳榔等，甚至成了戒不掉的癮。這些物質的使用不但嚴重影響住民的精神症狀，成癮更增加經濟負擔，亦可能讓求職受限、或影響到工作而被解雇。

最後，住民經驗到工作環境中對精神疾病的污名。住民在工作場合中經常感受到旁人有意無意的冷落排斥，或基於歧視而被刻意挑剔。例如一位住民得承受他人的嘲諷：

那時候我去應徵送冷氣的時候，我們那個同事說：「哎唷，你有辦法來送冷氣？領殘障手冊，送冷氣？」我說：「什麼？你做不到，我也做不到！」

這樣的氛圍也讓一位住民刻意不在工作場域揭露患有精神疾病之事，以避免「監管」的眼光。但也造成他在回診安排上的尷尬與不便。

#### (四) 面臨職場適應的困難

住民自行在不了解的就業市場中求職，經常會要屈就於不良的工作環境。一個家屬分享家人因無法適應工作環境且體力無法負荷，讓好不容易找到的工作幾個月後無疾而終。

她自己住在市區，她自己去找的，她自己也知道說，為了要生活，要自己賺錢……那個廚房也沒有冷氣，我也不知道她在那邊待了好幾個月……她說：「那個很累耶！」她說裝飯有多燙耶！整

身是汗耶！

部分住民缺乏就業經驗，也不懂得須遵守職場規範。一位家屬無奈地表示孩子不受約束，讓工作無法持之以恆：

像（康家）裡面的工作還可以，他到外面工作，他沒有那個耐心：我就做兩天，我如果不要去，我就是不要去；我如果想要做什麼，我就做什麼。人家說幾點可以下班，他自己都提早下班就回來了。那哪會有辦法工作啦？

#### (五) 遭受症狀起伏與藥物影響的限制

住民表示精神疾病症狀或所服用的藥物都可能影響他們工作的表現，包括工作效率不佳及反應速度變慢等，而讓就業變得困難。如一位被辭退工作的住民分享：

目前的話就不會再去找其他工作了，對。因為如果去找外面的工作，它一定會要求你跟正常人的效率一樣，所以我們這種精神病的人，可能就是有時候手腳會比較慢一點，然後有時候會腦筋轉不過來。或者是吃藥的關係，有時候會比較恍神一點，所以有時候就會被老闆fire掉了。

精神疾病也容易受到生活中各式因素的影響而有起伏，成為持續就業的阻礙。一位經常飽受幻聽之苦，又逢喪偶之痛的住民再度失業，他說：

怎麼都做不久。都幻聽……做到要跟人家吵架……因為後來（喪偶後）自己又

不舒服，幻聽叫我不要做，我又稍微這樣（發病），這樣就沒做了。

#### （六）缺乏個別化的長期支持

半數受訪住民在重病前曾有工作經驗，然而因為缺乏個別化就業輔導，這些過去的專長與經歷，未能被善加利用。例如一位具金融背景的住民，剛開始回歸社區時只得從事餐廳洗碗等勞力工作。之後自行嘗試回金融業擔任營業員卻未能一帆風順。另有住民為提升自己的就業條件，在病情穩定後完成學業，也取得丙級的技術證照，但因為缺乏就業的管道和協助，這些能力仍無用武之地。一位家屬就幫家人請命：

是不是能夠一對一做一個類似生涯規劃？譬如說怎麼針對這個個案的興趣、專長去做一個分析找他適合的工作。而不是像現在，譬如全部就是庇護工場，全部都安排一個大鍋炒。縱使是生病的人，還是有一些專長，或是說有沒有更細緻的作法能夠真正去接軌到一般人所認知的就業輔導。

缺乏個別化的職涯安排讓即使是目前工作穩定的住民，也懷有對工作持續性的隱憂，因為目前的安定猶如走在鋼索上的平衡，不知可以維持多久，也因而無法對未來有所規劃。一位家屬幫家人代言：

他其實是想工作，只是說他目前的狀況有沒有可能有未來、前瞻性。……他有

時候打電話問我說：「可能不曉得我某一天就會被炒魷魚。」……他非常想要知道他工作的前景，因為他也想嘗試能夠存一點錢，然後自己養小孩幹嘛，但是就是他不确定說他現在這樣的工作能不能夠一直持續下去。

### 肆、現行就業服務體系之檢討

上述分析可見受訪住民及其家屬皆重視就業，且對能穩定工作有所企盼。他們的經驗亦反映出能夠就業雖不乏個人因素如症狀特性與工作意願、態度的影響，更重要的是就業支持是否到位以及服務體系能否提供具連續性的個別化服務。

在個人因素方面，多數研究顯示疾病症狀與認知功能為影響就業結果的重要因素（范珈維等人，2007；Metcalf et al., 2018）。例如思覺失調症患者全職就業（每週工作40小時）的可能性較低，也許是藥物之鎮靜作用影響行動反應（Razzano et al., 2005）。本文的分析結果也有同樣的觀察，可見藥物治療與就業需求之間取得平衡的重要性。另外，精神疾病負向症狀（例如：動機低落與情感遲滯）的嚴重程度也影響能否在競爭性職場就業以及全職就業的可能性（Razzano et al., 2005）。至於因疾病或生活壓力事件引發症狀起伏而造成對工作的影響，則需發展出能維持工作與疾病管理的策略（Fossey & Harvey,

2010)。這些結果也顯示在就業過程中持續性支持與協助的重要性。

然而從本文分析具就業動機之住民的就業經驗明顯可見就業支持極度匱乏，以至於住民求職頻頻受挫、找到工作後經常無法維持、或在工作中遭受雇主剝削與職場人士的誘使或歧視。這個現象也在我國「105年身心障礙者生活狀況及需求調查報告」中得到驗證，發現慢性精神病患就業者中有約35%從事非典型工作，原因以「找不到合適的全時正職工作」為最多，占65.30%。另外在就業穩定性方面，慢性精神病患在障礙發生後曾做過平均高達4.18個工作（包括目前工作），高於其他障礙類別者，並且有5成以上曾有過未達半年的短期就業經驗。若以換過工作數觀察，身心障礙就業者平均次數為3.35次，而慢性精神病患以4.74次最高。再觀察實際工作經驗：一如本文住民資料分析結果，上述調查發現有42.45%的慢性精神病患表示在就業過程中「有遭遇困難」，在所有障別中居第二高位（僅低於平衡機能障礙者）。其中有一成至一成五的慢性精神病患經驗到「待遇太低」、「工作負荷重」、「體力無法勝任」及「與主管或同事人際關係問題」等困難。這些數據顯示精神康復者就業面臨諸多挑戰，卻無適切的就業支持可協助應對。

進而言之，就業服務體系貴在以支持精神康復者長期正向之就業發展為目

的，但現行之階梯式就業服務模式適得其反。該模式的基本假設其實不脫身心障礙者早期源自隔離保護主義「先訓練再安置」的思維（陳玫玲，2004），而歐美國家早在1980年代就挑戰這種缺乏成效又加重污名的職能復健模式（徐淑婷、郭乃文，2020）。就業前的準備服務假設概化性的職前訓練可改善精神康復者對工作的態度、提升未來在競爭性就業環境中工作的準備、進而獲取較高的收入（Nazarov et al., 2012）。然而部分障礙者無法或無以移轉職前訓練所學至就業場域（徐淑婷、郭乃文，2020；Wehman & Moon, 1988），以及在長期的職前訓練之後不論是專業人員或精神康復者本身都容易降低對工作能力的期望，而傾向選擇從事低薪的工作（Nazarov et al., 2012），使結果與預期相違。

除其概念架構不合時宜之外，我國階梯式就業服務模式的執行更因行政部門間的橋接斷裂而形同虛設。從康家住民的經驗看來，由於僵化的行政分工使得衛政僅侷限於職能復健，未能即時提供就業服務，且衛政與勞政之間也缺乏轉銜機制，反而阻斷了精神康復者就業之進程，終究未能真正做到協助精神康復者穩定就業的目標。階梯式模式的另一個弊病是無法提供個別化服務。職能復健與就業訓練的類型有限，且多屬於勞動性質的工作，領取的工資或補貼低微。強制先行參與職能準



備，往往使得精神康復者在職業訓練階段就失去興趣。目前的就業服務又未將精神康復者的偏好納入選擇工作機會的考量，常使得精神康復者難以在被安置的職位上持續工作（Drake et al., 2019）。

## 伍、為精神康復者量身打造就業服務

上述康家住民經驗以及就業服務之檢討可見我國仍缺少針對精神康復者特質與需求的就業服務模式。衛政之職能復健往往不具發展性；即便勞政之障礙者就業選項中有以「先安置再訓練」的支持性就業服務，也未必適合精神康復者的需求。障礙者的支持性就業源自於針對智能障礙者的就業服務（Wehman & Moon, 1988），以損傷狀態持久且穩定為前提。因此現行障礙者支持性就業規定，在一職場穩定就業達三個月即視為成功就業，並予以結案。但如文章前述之分析，精神康復者隨時面臨諸多影響工作穩定的因素（如症狀起伏、應對人際互動等），如此的結案標準恰好剝奪了當精神康復者遭遇發生在三個月之後威脅工作穩定性之因素時可以請求協助的管道，而再度落入失業。

因此精神康復者需要的是因應其特性之支持性就業服務模式以及長期支持系統。精神康復者之支持性就業服務模式中以個別化安置與支持模式（Individual

Placement and Support model, IPS）在國際間最為廣泛運用與研究（Drake et al., 2019; Frederick & VanderWeele, 2019）。不同於階梯式就業服務模式中衛政職能復健與勞政就業服務分為兩階段進行，IPS是由精神復健與就業服務合組之跨專業團隊來一起提供服務（Drake et al., 2019）。IPS依循：一、提供競爭性就業（competitive employment）；二、摒棄評估、訓練、就業諮商等一連串的步驟，而是以直接、快速之求職為宗（rapid job search）；三、尊重求職者的喜好來安排就業服務，而非以專業人員的判斷為依歸（worker preferences）；四、依求職者偏好系統性地發展工作機會（systematic job development）；五、無排除條款，不因就業準備程度、症狀、障礙程度等而拒絕提供就業服務（zero exclusion）；六、與精神復健團隊整合來提供服務（integrated services）；七、提供個別化、易懂且正確的福利相關資訊（benefits planning）；八、依個別需求提供就業支持，無服務期間的限制（time-unlimited supports）等八大原則來提供精神疾病患者就業服務（The IPS Employment Center, 2021）。綜合IPS相關研究結果發現當其他就業服務方案僅有不到四分之一的服務對象進入競爭性就業市場，IPS的服務對象有超過一半達成此目標。此外，跟其他就業服務方案相比，IPS的服務對象早約十週找到競

爭性市場工作，且平均獲得三倍的工時與工資。研究也發現IPS的服務對象在維持最久的職位上時長平均可達兩年，且許多IPS的服務對象就此留在就業市場當中。當視就業為中介變項時，IPS對自尊、生活品質、疾病症狀與住院次數等都有長期且正面的影響（Drake et al., 2019）。

從IPS的原則可推測此模式對於本文分析之精神康復者就業困境能夠提供有力的回應。IPS不強調就業前的準備訓練，而是直接協助精神康復者進入競爭性就業市場，因此避免遭遇在各階段之間轉銜可能受到的阻礙。IPS以依照個別精神康復者的偏好、有計畫地發展工作機會為依歸，這正是文中分析精神康復者與其家屬的想望。IPS採取零排除原則，以精神康復者具就業動機為唯一開案服務的考量，不受職能評估的羈絆。至於精神康復者可能遭遇之各種影響工作的因素，如藥物作用與症狀起伏等，則由在就業之途上同行的精神復健團隊及時提供支持。IPS提供無限期的服務，回應精神康復者與其家屬對長期支持的期待。特別是IPS重視依照個別精神康復者需求來整合相關福利資源，有助於個別化的長期經濟安全規劃，也是研究中受訪者的企盼。

不僅是IPS模式的概念性原則與精神康復者就業需求契合，徐淑婷於2012-2014年進行精神障礙者社區本位「個別化安置與支持」模式之支持性就業實驗計

畫，三年累計面試62人，成功推介48人，其中達現行三個月以上穩定工作標準有28人。值得一提的是，這些非經既有就業服務體系而來的28位服務對象在三年內平均持續工作達12個月（徐淑婷，2018），顯示我國精神康復者的就業潛能，以及在我國推動IPS的重要性。

進一步了解IPS的運作，有兩個特色值得借鏡。其中之一是IPS採用跨專業團隊的整合服務。除IPS就業專員（employment specialist）之外，團隊成員通常包括精神科醫師、護理師、社工師以及個案管理員。此處的整合意味著團隊定期（例如每週）開會分享服務對象的最新發展，在處遇計畫上同步並互相支持。例如當有精神康復者要開始工作時，團隊的所有成員分工合作來提供服務，像是協助減少藥物用量、更改門診時間、與家屬討論、添置上班服裝、在職場上的提點以及提供後續支持等（Drake et al., 2019）。換言之，精神復健與就業服務之各個專業的分工是平行、且即時地一起回應精神康復者的需求或面臨的問題，而非以階段性、各自獨立作業的方式來分工，如此才能達到服務「全人」的效益。

此外，就業專員是IPS中的靈魂人物。就業專員最重要的責任在於從精神康復者的喜好出發來開發工作機會、與精神康復者討論各職缺的優缺點並共同決策（Drake et al., 2019）。求職之外，同一

位就業專員也就直接在職場支持工作中的精神康復者，例如協助與雇主溝通、適應職場、人際互動、安排交通等問題，並將影響精神康復者穩定就業的大小因素帶回跨專業團隊討論以求解決之道。有效能的就業專員能讓精神康復者因工作而促進其生活福祉與復元、非僅增加一份收入而已（The IPS Employment Center, 2021）。

換言之，IPS就業專員為精神康復者提供全方位的服務，且建立長期、不被打斷的工作關係。這樣的好處在於讓就業專員有機會透過長期觀察來了解精神康復者的特質，除了將這一層認識運用在就業服務上，也有助於建立信任關係。這種與工作者建立起的信任關係能讓精神康復者提升面對改變的承諾和付諸行動的勇氣（Chen & Ogden, 2012）。而對就業中的精神康復者而言，長期的信任關係更是一股安定、持續的支持力量，特別是在遭遇挫折時有所依靠，而提高穩定就業的可能性。

以IPS服務對象觀點出發的文獻也肯認他們與就業專員之間的工作關係是就業成功的關鍵（Topor & Ljungberg, 2016）。因為除了專業協助，就業專員真誠關懷、在以人為本的基礎上建立起來的關係（personal relationship），讓服務對象深刻感受到自己的需求與願望受到就業專員的重視，也感謝在就業之途上有就業專員陪伴同行（Areberg et al., 2013; Moen et al., 2021）；也正是透過這種在就業過

程中所營造之相互合作與信任的工作聯盟（work alliance）才得以促成就業的成功（Topor & Ljungberg, 2016）。

## 陸、結論

本文藉由分析康家住民的就業經驗來檢討現行精神康復者就業體系，發現即使是有工作動機的精神康復者，仍需面對疾病與用藥對工作之干擾、以及缺乏就業支持與連續性的個別化服務等困境。這些困境實因受限於衛政與勞政分工卻無銜接，以及缺乏回應精神康復者特殊需求的就業服務模式。然而這些困境並非沒有解方；為精神康復者量身訂製的個別化安置與支持模式（IPS）即為一例。IPS一反現行階梯式就業服務模式的做法，直接以服務對象的就業偏好作為服務目標、以就業專員提供長期不間斷的支持，並以跨專業團隊提供就業服務，讓各專業能同時且及時地協助精神康復者在就業中遭遇的瓶頸，來提升穩定就業的可能。作為實證實務的IPS已一再顯現其支持精神康復者就業的有效性，在我國也曾展現過可行性。因此筆者建議政府重新檢討精神康復者的就業體系，尤其是各行政部門合作機制的重新整併與規劃，及相關專業服務人員角色與知能的重新配置與訓練，以提供真正符合精神康復者所需的就業服務，支持其職涯復元及生活福祉的提升。

(本文作者為國立中正大學社會福利學系教授)

**關鍵詞：**精神康復者、工作權、職涯復元、就業困境、個別化安置與支持模式

## 📖 參考文獻

- 呂淑貞 (2020)。〈職業重建的多元模式〉。載於賴德仁、張家銘 (編)，《發展多元、整合、友善、復元為導向的社區精神病人照護體系》(頁60-80)。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 林惠珠 (2020)。〈台灣精神康復者的社區照護復健發展、需求與評估〉。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101-123)。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 范珈維、張彧、潘瓊琬 (2007)。〈精神障礙者重返工作之因素探討：文獻回顧〉。《台灣職能治療研究與實務》，3 (2)，61-71。 [https://www.doi.org/10.6534/jtotr.2007.3\(2\).61](https://www.doi.org/10.6534/jtotr.2007.3(2).61)
- 唐文慧 (1997)。〈精神衛生法之立法過程——政體取向分析〉。《中華心理衛生學刊》，10 (1)，1-27。
- 徐淑婷 (2018，7月21日)。〈職業康復的共舞〉。107年社會與社區精神醫學年會。國立臺灣大學，臺北，臺灣。
- 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)。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 陳玫玲 (2004)。〈身心障礙者的社區照顧——社區支持性就業服務之困境與建議〉。《社區發展季刊》，106，245-259。
- 衛生福利部 (2017)。《105年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》。
- 蘇昭如 (2010)。《澳洲障礙者就業服務及相關措施》。行政院勞工委員會職業訓練局。
- Areberg, C., Björkman, T., & Bejerholm, U. (2013). Experiences of the individual placement and support approach in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 589-596. <https://www.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01056.x>
- Auerbach, E. S., & Richardson, P. (2005). The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 267-273. <https://www.doi.org/10.2975/28.2005.267.273>
- 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>
- Chen, F. P., & Ogden, L. (2012). A working relationship model that reduces homelessness among people with mental illness. *Qualitative Health Research*, 22(3), 373-383. <https://www.doi.org/10.1177/1049732311421180>
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- 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>
- Fossey, E. M., & Harvey, C. A. (2010). Finding and sustaining employment: A qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303-314.
- Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PloS one*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>
- Gibbons, B. J., & Salkever, D. S. (2019). Working with a severe mental illness: Estimating the causal effects of employment on mental health status and total mental health costs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(4), 474-487. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00926-1>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20, <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2386>
- Metcalfe, J. D., Riley, J., McGurk, S., Hale, T., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2018). Comparing predictors of employment in individual placement and support: a longitudinal analysis. *Psychiatry Research*, 264, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.050>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331-336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Moen, E. Å., Walseth, L. T., & Larsen, I. B. (2021). Experiences of participating in individual placement and support: A meta-ethnographic review and synthesis of qualitative studies. *Scandinavian Journal*

- of Caring Sciences*, 35(2), 343-352. <https://doi.org/10.1111/scs.12848>
- Nazarov, Z. E., Golden, T. P., & Schrader, S. V. (2012). Prevocational services and supported employment wages. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(2), 119-129. <https://doi.org/10.3233/JVR-2012-0605>
- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-144. <https://doi.org/10.2975/26.2002.132.144>
- Razzano, L. A., Cook, J. A., Burke-Miller, J. K., Mueser, K. T., Pickett-Schenk, S. A., Grey, D. D., Goldberg, R. W., Blyler, C. R., Gold, P. B., Leff, H. S., Lehman, A. F., Shafer, M. S., Blankertz, L. E., McFarlane, W. R., Toprac, M. G., & Carey, M. A. (2005). Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the employment intervention demonstration program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 705-713. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185939.11282.3e>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Russinova, Z., Wewiorski, N., Lyass, A., Rogers, E. S., & Massaro, J. M. (2002). Correlates of vocational recovery for persons with schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 303-331. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016941>
- Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-derived services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281-288. <https://doi.org/10.1037/h0095014>
- The IPS Employment Center (2021). What is IPS? *The IPS Employment Center*. <https://ipsworks.org/index.php/what-is-ips/>
- 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>
- Wehman, P., & Moon S. (Eds.). (1988). *Vocational rehabilitation and supported employment*. Paul H Brooks Publishing Co.

表 1 受訪住民基本資料 (N=10)

項目		個數 (百分比) / 平均數 (範圍)
年齡		42.4 (28-54)
性別 (女)		4 (40%)
工作狀況	無工作	5 (50%)
	協助家庭營生工作	2 (20%)
	全職工作	3 (30%)
至受訪時社區居住時長 (月)		27.6 (4-58)

資料來源：作者整理。

表 2 受訪家屬基本資料 (N=8)

項目		個數 (百分比) / 平均數 (範圍)
年齡		65.0 (46-85)
性別 (女)		6 (75%)
與受訪住民關係	母親	6 (75%)
	父親	1 (12.5%)
	手足	1 (12.5%)

資料來源：作者整理。