

台灣精神醫療社會工作 專業發展與危機*

The Professional Development and Crisis in Psychiatric Social
Work in Taiwan

張如杏

國立台灣師範大學特教系博士候選人
台大醫院精神部兒童心理衛生中心社工師

* 本文獻給臺大醫院精神部黃梅羹女士（台灣最資深、敬業的精神醫療社工師），及在精神醫療領域堅持專業的同業。

摘 要

台灣現代精神醫療制度與精神醫療社會工作幾乎同時發展，戰後台灣精神醫療專業的發展深受歐美影響，強調從生物心理社會（biopsychosocial）層面的評估治療，發展精神醫療團隊，提供完整的疾病醫療照護。精神醫療社工的發展，提供專業與慈善服務，開啟台灣現代社工專業的濫觴。

政府推動精神醫療政策，帶動大量專業人員投入醫療體系服務，促成相關專業的專業化發展，全民健保及總額制度衝擊醫療專業，影響專業合作。醫院重視經營績效，專業以證照區隔，積極爭取收費與增加服務項目，社會工作從精神醫療相關專業漸漸偏向醫療行政。

本文將介紹精神醫療社工的服務內容、精神醫療團隊發展，從專業、專業化角度探討國內醫療專業化的過程，非醫師的醫療專業人員形成醫療體系中的階層，專業化對醫療體系的影響。接著，分析精神醫療社工專業與行政特質。面對專業競爭壓力，作者認為精神醫療社會工作的專業化與證照，將是未來在醫療體系服務必須具備的，同時，社工應積極建構與發展有實證基礎的服務模式、參與法規與政策擬定，強化專業角色。

關鍵字：精神醫療社會工作、專業化、專業發展、專業危機

收件日期：2007年5月22日

接受刊登日期：2007年9月13日

前言

台灣現代精神醫療制度與精神醫療社會工作幾乎同時發展，二次世界大戰後臺大醫院神經精神部成立，社工人員開始對病患家庭提供服務，成為專業團隊的成員（吳就君 1972）。

戰後台灣精神醫療專業的發展深受歐美影響，疾病的定義與診斷以世界衛生組織（WHO, World Health Organization）國際疾病分類（ICD, International Classification Diseases）為依據，1980年引進美國精神疾病診斷與統計手冊第三版（DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III），對精神疾病以五個軸向（axis）進行診斷治療，強調從生物心理社會（biopsychosocial）層面的評估治療，發展精神醫療團隊，除了醫師還有心理師、社工師、職能治療師與護理人員等專業提供完整的疾病醫療照護。精神醫療社工的發展，提供專業與慈善服務，開啓台灣現代社工專業的濫觴。

1990年代政府通過「精神衛生法」，推動精神醫療政策與計畫，帶動大量專業人員投入醫療體系服務。精神醫療由收容隔離到積極醫療復健，1995年全民健保給付制度衝擊醫療專業結構，精神醫療社工雖然專業條件具備，卻以行政人員定位，在收費點數與評鑑體系，漸漸失去專業空間，成為精深醫療專業團隊的邊緣。

本文將介紹精神醫療社工與醫療團隊的發展、從專業與專業化的角度，分析精神醫療社工專業化的優勢與問題，探討醫療制度與政策對社工專業的影響，最後提出對精神醫療社會工作的建議。

一、移植美國的精神醫療模式與精神醫療社會工作現況

1947-1955 年台大醫院精神科草創，開始有社會服務員的編制，林李美貞女士在台大醫院精神科門診及病房從事精神病患社會個案工作，1956 年 WHO 支持成立台北兒童心理衛生中心(Children Mental Health Center, CMHC)，設立三名專職社會工作人員，負責該中心社會工作，以當時美國社工師的治療模式，進行對兒童與家庭的評估診斷與治療。當時社工紀錄列入病歷、並參加精神醫療分組指導會議、進行社區服務，奠定社會工作者在精神醫療團隊工作的基礎(吳就君 1972；吳來信 2005；李雲裳 2005)。

這個階段精神醫療社會工作的內容，大致包括：以個案工作進行病人與家庭評估處遇及轉介、規劃與執行團體工作(包括家屬衛教團體、家屬座談會)、參與演劇心理治療、家族治療、推動病患自助團體(協助成立「康復之友協會」運作)，對精神疾病個案及家屬進行直接服務；還有參與間接服務：教學、研究、參與專業組織、社區精神醫療業務推廣、受衛生署委託評鑑精神醫療院所等(黃梅羹 1996)。

近年來各項法規(性侵害防治法、家庭暴力防治法、兒童及少年福利法等)對社會問題醫療化，精神醫療團隊配合政策，提供通報、鑑定、治療，社工專業角色擴大到社區心理衛生預防與治療的參與。根據「心理衛生社會工作學會」(醫改會 2006)提供的精神醫療社工業務，包括：

1. 家庭評估、婚姻治療、家庭治療
2. 個別心理輔導、團體心理輔導
3. 病人及家屬衛教
4. 出院安置準備服務

5. 社會資源開發及運用
6. 司法精神鑑定(家庭暨社會生活評估)
7. 性侵害加害人評估與個別心理輔導
8. 家庭暴力加害人個別心理輔導與家庭治療
9. 災難心理重健
10. 緊急醫療轉介服務
11. 心理衛生中心暨自殺防治諮詢服務
12. 志工招募及管理、仁愛基金管理

從上列項目，精神醫療社工的服務和 Johnson & Schwartz (1991)、DuBois & Miley (2002) 及 Lin (1999) 認為精神醫療社工師 (psychiatric social worker) 或稱臨床社工師 (clinical social work) 工作模式或內容相近：運用社會工作的理論與方法以預防與治療社會心理障礙或情緒性疾病，強調對與家庭進行深度治療服務或短期服務，也有預防性服務或間接服務。台灣的部分因為政策與法規的影響，服務對象從精神疾病到司法鑑定及緊急醫療、自殺防治、基金管理與志工訓練，與醫療團隊相輔相成。精神醫療體系社會工作的治療者與慈善助人角色並存。

根據 NASW (National Association of Social Workers 2005) 規定，臨床社工師必須接受由州規定的專業實務，受各州的法律規範，從事臨床社工必須具備社工科系碩士、至少兩年或 3000 小時的碩士後臨床受督導經驗、取得州的臨床執照。台灣的精神醫療社工的資格並沒有專屬證照，訓練與學歷的要求也比 NASW 的建議寬鬆。

二、精神醫療的特色－團隊合作提供完整服務

根據精神衛生法（2002）「精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病。」精神醫療團隊模式（interdisciplinary team）依照 DSM 的架構，以五個軸向（層面）進行疾病評估與治療，整合專業人員的意見，形成治療計畫。精神醫療專業團隊通常包括醫師、護理人員、社工師、臨床心理師、職能治療師、藥師等，共同收集評估、形成治療計畫與執行治療是精神醫療的特色。

何謂專業合作（professional collaboration）？Abramson & Rosenthal（1995）認為合作是由一群異質人或組織，共同參與問題解決以達成共同目標的過程，社工必須學習與非社工背景的人合作，以提供完整的服務。專業合作可以發揮一加一大於二的效果，實際推動時則可能利弊參半，Friend & Cook（2003）認為合作必須是自願、有共同目標、平等、共同承擔責任做決定、分享資源、承擔服務績效，在這些基礎下才能產生合作的效果，達成共同目標。Whittington（2003）認為合作和夥伴關係是一體兩面的，合作是形成夥伴關係的積極過程，夥伴關係是一種在組織、團體或個人間持續作為的狀態，專業間的合作不只是人員的結合，還有服務運作與責任績效的分擔。合作的立意良好，但是專業理念與團體目標可能有落差，或是對問題處理的優先順序、選擇重點看法不一致，導致理想與實際有落差。精神醫療的專業團隊合作（interdisciplinary team collaboration（其運作是以醫師為主，其他專業被視為精神醫療聯盟（psychiatric alliance）），基於對精神疾病預防治療的理論，將專業知識與技術運用在疾病預防治療。

英國心理衛生專業團隊以合作的方式提供無接縫（seamless）服務，其基礎來自國家法規（Mental Health Act）的規定，然而實際上

專業人員認為其專業的地位與專業權威影響團隊合作(醫師的地位高於其他專業),各專業地位不平等在團隊中專業自主性受到(醫師或領導者決策)限制。其中臨床心理師認為其專業與精神科醫師有很高重疊、競爭;職能治療師很少參與治療決策,團隊中比較邊緣、不受重視;護理人員是依醫囑執行治療,很少參與治療決策(Leiba 2003)。專業合作的問題還有「合作良好,並不等於服務的成效好」。

醫療團隊中社工從家庭與生態的剖析與介入,是其他專業所無法取代的,馮宜菁(2001:83)調查精神醫療社工與團隊專業人員都肯定社工的角色,但是其治療性角色、專業能力(在職訓練、研究能力)需加強。尤幸玲(1993)的調查亦顯示,精神醫療社工對團隊的參與最多,透過參與個案服務與研討,與團隊建立合作關係。精神醫療團隊工作模式,帶動非醫師的專業人員進入醫療體系服務。

三、專業、專業化、醫療專業化

專業(profession)是職業專業化(professionalization)的產物,是擁有某種特殊知識技能的職業團體。一個職業要成為專業必須是能在新進者的數量、訓練和評估表現三方面有足夠的發言權,同時能積極地排除其他行業介入,享有獨有的權威。具有某專業所需的知識和技能,並有資格依照所屬的共同規範和倫理守則,自主地執行業務者,就是「專業人員」(professional)。專業化是由專家和白領階級演變為一種具職業控制的特殊結構和文化形式的過程,專業化是社會化過程,將個人引導進入特殊職業訓練制度的網絡。專業的形成必須諸多條件,包括:以理論知識為基礎的技術、有訓練和教育的設施、對成員能力的測驗、遵守一套專業行為準則、專業組織、利他服務、社會認可的專業權威。專業化的條件包括有:(1)全時的或專職的工作活動;(2)建立大學的訓練;(3)成立全國性的專業組織;(4)強調

同行控制和自律信念；(5) 取得法律的保障與社會認可；(6) 倫理守則等(詹火生 1987:103-129;張苙雲 1998:164-5、190;胡幼慧 2001)

醫療專業化和科學的進步相關，現代醫院體系掌握科學的研究發現，取得專業自主性與權力，醫師結合臨床服務與研究，主宰醫療團隊，形成不同的社會階層，隨著科技的進步，醫師掌握更多權力，護理(或其他醫療專業)與醫師互動過程，難以形成可以互相抗衡的關係，其他專業的自主性(autonomy)在醫師的限制下發展，醫師專業化是專業化成功的典範(胡幼慧 2001)。

台灣的醫療專業化過程，醫師的起步最早，日據時代就有學校進行醫師的培育，學校主導教育與研究，1916年「台灣醫師令施行規則」(張苙雲 1998:176)，國家法規引導專業發展。其他醫療專業大抵是學校教育與職場訓練結合、證照考試及專業組織、倫理法規等條件完整後，形成專業。近10年許多專業陸續通過專業人員法規¹：物理治療師法(1995)、職能治療師法(1997)、社工師法(1997)、心理師法(2001)通過證照立法。專業人員取得證照後，以「醫事人員」成為醫療體系新的階層，其訓練、考核、任用、升遷與福利，依照「醫事人員人事條例」(衛生署 2006b)規定，完整的專業條件，有利專業認同與地位提升。

醫學發展分工精細，醫療專業中已經朝「次專科」發展，例如醫師(內外科、精神科等)、護理師(專科護理師、精神科護理)；也有朝分級發展，例如職能治療師。有些專業早期是師徒制轉任、缺乏大學的科系引導，從業者透過專業組織，主動要求國家提供證照考試，以宣示其專業角色，如語言治療師、呼吸治療師。

¹ 各專業網站：

物理治療師見中華民國物理治療學會，網址：<http://www.ptaroc.org.tw/>；

臨床心理師見台灣心理學會臨床心理學組，網址：<http://tacp.homeip.net/tacp/>；

職能治療師見台灣職能治療學會，網址：<http://www.ot-roc.org.tw/>。

張荳雲 (1998: 161-193)、胡幼慧 (2001) 認為專業的發展產生新的社會階層，過去醫師專業尊嚴、專業自主與社會地位、所得都比較高，形成一個專業位置 (professional status) 與階層。然而隨著醫療組織龐大，醫院管理階層主導醫院營運，醫療發展得如同工廠，醫療專業失去自主性與技術本位。其次，醫療專業的精密複雜、科技的發展，不同專業間合作成爲必要的工作模式，醫院愈來愈龐大，醫師人數逐年增加，其他醫事人員增加更迅速，醫師在醫療體系占的比例下降 (衛生署 2006a)，非醫師的專業人員形成醫療中的另一個階層，這些專業透過證照制度使專業條件成熟，以集體的力量，爭取工作與福利、自主權。

四、精神醫療社工以行政的資格提供專業(臨床)服務

在龐大的醫療組織中，產生複雜的行政 (官僚) 體系，醫療專業與行政 (官僚) 的緊張關係來自於兩者的運作與理念不同，行政講求規則步驟、層級分明、去個人化的運作，專業的特質強調自主性、個別化，專業運作以知識與經驗爲基礎，醫療行政的目的是爲了使專業更有效率，但是行政的規則卻會限制專業自主性，兩者的關係在合作中有緊張 (張荳雲 1998: 231-251)。

詹火生 (1987: 103-129) 認爲在專業發展過程，由於理論與實務的建構脫節，社工與護理專業化發展最困難。以醫師的專業發展過程來看，教學、研究與臨床緊密結合，醫師既是臨床工作者，同時進行教學與研究，其專業地位來自專業自主性與獨特性被社會認可。護理與社工專業的教學和臨床服務完全分開 (分屬學校與職場)，理論建構和臨床服務缺乏連結。

過去只有醫學中心的精神科社工師曾經以「醫療技術人員」任

用，公立醫療院所任用具社會行政高普考資格者，高普考行政人員可以轉任，缺乏專業區隔、不可取代性。精神社工主要是提供臨床服務，卻被歸於「醫療行政人員」。

私立醫療院所依設置與評鑑標準，聘用社工人員，僅要求社工相關科系畢業，其服務內容包括非醫療的行政業務，依機構要求調整，在專業證照還不完備的年代，精神醫療社工以行政人員的資格，提供行政與專業（臨床）工作，被「視同」專業人員，與臨床心理師、職能治療師的福利、待遇、地位接近，同為「精神醫療專業人員」（陳永興 1981、2003）。

五、精神醫療社工專業的重大危機

吳來信（2005）將台灣的精神醫療發展區分為：機構化處遇（-1964）、精神醫療機構設立與社區照顧準備期（1965-1995）醫療網建制與社區精神醫療復建時期（1995-）。機構化處遇階段，醫療與社會救助界線模糊，療養院中收容無家可歸的遊民，收容的目的更甚於治療（陳永興 1981）。到精神醫療機構設立與社區化照顧準備期，政府對精神疾病採取積極治療方式，醫院精神病床大量增加，根據衛生署衛生統計從 1995 至 2005 年，急性精神病床從 2605 床增為 6012 床（增加 130.7%），慢性精神病床從 10695 增為 12544 床（增加 17.3%），帶動對精神醫療專業人員需求。（見表一、二）

表一：精神科病床數

病床類型	1981 年 a		1995		2005	
	治療床	收容床	急性床	慢性床	急性床	慢性床
床數	1780	4243	2606	10695	6012	12544
總床數	6023		13301		18556	

1981 年全台（治療床+收容床）/每萬人口數=3.52

a.陳永興（1981：39），表五之 1。

b.資料來源：<http://www.doh.gov.tw/statistic/醫療服務量/94.htm>。

表二：精神醫療人力比較

	1981 年 a	1993 年 b	2006 年 c
醫師	168	481	733
社工	33	137	418
臨床心理	24	124	426
職能治療	52	187	271

資料來源：

a 陳永興（1981：52、55），表十三、十四。

b 陳永興（2003：186），表十四。

c 詳見醫改會「給署長的說帖」各專業組織提出之人力推估。

根據陳永興（1981）的調查，1980 年代精神醫療院所的治療方式以「長期收容或隔離監禁、簡單的藥物治療」占了一半，有「以藥物加上簡單的心理或治療作業」約占 36.25%，以「藥物、心理、作業、家族、團體、環境治療配合使用」約 15%，這是教學醫院人力設備充足才能有的完整治療服務，其他精神醫療院所的人力與設備不足，半數是監禁、隔離，全台 2/3 以上病床是長期收容為主，醫療與社會控制結合（Conrad 1979），醫療人員以其獨特的專業知識與技能進行社會控制，這種情形一直到 1990 年代，政府推動社區醫療、精神疾病「去機構化」，吸引大量專業人員投入精神醫療服務，醫療專業積極治療取代收容隔離，縮短住院天數，減少醫療社會控制（medical social control）的角色。

1990 年代，衛生署推動「精神醫療網」，進行精神疾病的分區負責、建立專業精神醫療、改進醫療品質、推展社區化，精神醫療服務量增加，「精神衛生法」於 1990 年通過立法，確定精神疾病預防及治療由衛生主管機關負責，衛生署提出衛生白皮書「跨世紀衛生建設健全精神疾病防治措施」：確定對精神疾病採加強積極治療與復建，減少消極收容與養護的政策導向，並將精神疾病防治工作納入醫療網計畫，台灣精神醫療進入社區精神醫療復健時期（吳來信 2005）。這些重大精神醫療政策，宣示政府對精神疾病醫療化的立場，同時帶動專業人力需求，促成醫療專業成長與成熟。精神社會工作從臨床直接服務擴展到社區。

醫療政策帶動醫療專業成長，精神醫療社工卻在專業競爭的洪流中，面臨來自外在競爭危機與內部認同問題：

危機一：醫療保險制度衝擊專業合作，社工行政角色不利爭取收費，缺乏說帖爭取服務給付與項目

1995 年台灣推動全民健康保險（National Health Insurance, NHI）制度，改變過去醫療體制的運作，嚴格審查醫療操作流程（standard operational procedure, SOP），對於治療方式與藥物選擇、病歷記載、收費等都有規定，若其審查結果不符規定將扣點罰款，以抑制醫療費用的膨脹。醫療人員必須依規定（SOP）執行業務，否則無法取得給付，醫療個別化與自主性被保險制度改變。2005 年健保局推動總額預算制、將每項醫療服務賦以不同點數²、依疾病類別計費，設定醫療服務的執行者，形成醫療體系內的競爭關係。

總額制度將醫療服務賦予不同點數，精神專科醫師的收費點數最

² 健保點數類是收費價格，例如支持性心理治療 97 點等於 97 元，但是健保局有各種理由，最後支付給醫院的金額可能是將點數乘以 0.9 或 0.8，醫院難以取得 1:1 的給付。

高，各專業特殊服務點數提高，以區隔專業服務項目。所有專業成員都可執行的項目，點數較低（見表三）。例如智力測驗限制由臨床心理師執行與收費。目前，社會工作人員專屬的執行項目只有家庭社會功能評估、家族治療，其點數低，收費次數有限，無法涵蓋社工師提供的服務內容與反映成本。

醫師在醫療體系中可以選擇醫療、檢驗方式，轉介其他專業提供服務。當健保總額預算限制醫院的給付上限，所有專業共享有限的總額，醫師考量其績效，轉介將漸趨保留。此次調整各項服務點數時，各專業都爭取提高給付點數，某專業的點數增加，直接影響其他專業的點數減少，總額制度下團隊合作受到嚴格考驗。

從表三看到社工師收費項目比其他專業少，點數也低（家族治療的點數比智力測驗低），許多服務不列入治療收費項目，例如家庭支持、訓練管理志工、個案管理、社會資源運用與轉介資源等，由於社工的行政角色，許多服務不被認為是醫療專業，又因其不要求證照，無法成為醫事人員，在專業競爭下逐漸放棄專業而成為團隊邊緣，長期將不利社工專業的發展。

醫療專業必須以證照為基礎，因為醫療專業需要以證照進行服務品質保障，凝聚專業共識，與其他專業合作，放棄證照無法協商服務收費與爭取人員合理薪資福利，過去社工的行政資格提供薪資與福利的保障，未來必須以證照為基礎，就其服務現況進行成本分析，爭取收費項目與點數，並就專業獨特性與不可取代性提出有力的說帖。以臨床心理師專業發展為例，心理師證照通過不到 5 年，就取得較多專屬治療項目及較高的點數，確立其專業的不可取代性，公會主動提供薪資與收費成本計算，保障現有人員權益及合理工作環境，其專業的發展後來居上。各專業從證照與學歷提高門檻以利對外談判時，精神醫療社工卻執著在行政角色（不用社工師證照），將使專業的發展自我設限。

表三：精神科收費項目分析

精神醫療專業 團隊人員	精神專科醫師	臨床心理師	職能治療師	社工師
支持性心理治療(97)	特殊心理治療(344-515)	特殊心理治療(344-515)	一般職能治療(299)	家族治療(515)
支持性團體心理治療(64)	特殊團體心理治療(129)	特殊團體心理治療(129)	特殊職能治療(325)	社會生活功能評估(344)
生理回饋治療執行(258)	深度團體心理治療(344)	生理功能回饋治療評估與計畫(1031)	職能評估(687)	住院病人限每月申報一次)
團體生理回饋治療執行(129)	生理功能回饋治療評估與計畫(1031)	智力測驗(每次687)		
生理心理功能檢查(344-430)	深度心理治療(1203-1718)	人格測驗(859)		
心理劇治療(219)	精神科診斷性會談	全套測驗(1375)		
住院個案行為治療(52)	(1031-1375)			
行為治療評估(301)				
行為治療計畫執行(1203)				

資料來源：健保局（2007）。

危機二：新制人力設置制度壓縮專業發展，社工專業角色更少

過去醫院必須符合「各級醫療院所人力設置標準」才能開業，醫院根據所屬等級與病床數配置人力，通過衛生署醫院評鑑，取得不同等級的醫療給付，衛生署以評鑑進行醫療品質管理（見表四）。過去的醫院評鑑設定各不同等級醫院的醫療人力設備，2006 年起醫院評鑑改成過程與結果的評鑑，不再硬性規定病床與醫療人力比，醫院對人力的運用更彈性。

近來政府推動公立醫院法人化，醫療服務以 SOP 進行績效管理，所有醫療人員漸漸要能“賺到自己的薪水”。失去評鑑對醫療人力的保障及從臨床服務的收費反映出合理的薪資成本，被歸在行政部門的社工，如何呈現其在專業團隊中的不可取代性及服務成本？

表四、精神科醫院人力設置標準

	現行設置標準		新制設置標準				舊制評鑑標準	
	急性	慢性	專科	教學	專科	教學	專科	教學
專業人力與病床比例								
醫師	20	200	20/120	16/96	150	120	20/100	10/50
護理	5	15	3.5/15	2.8/12	20	16	2.8/15	2.8/10
社工	150	150	150	120	75	60	30/75	30/60
心理	150		150	120	150	120	30/75	30/60
職能治療	100		100	80	75	60	40/60	30/40

詳見醫改會（2006）、及許景鑫(2006)。

（急性/慢性）

過去社工服務內容涵蓋專業與行政，不易精算服務成本、提出具體數據說明人力與醫療品質的關聯。在機構化階段，社工的行政角色偏重在經濟補助、協助安置、轉介資源等，其慈善的角色將服務由病人擴大到家庭，這是精神醫療社工師不同於其他專業的特色，但是精神疾病醫療化與社區化，精神醫療資源增加，住院天數縮減，大部分精神疾病屬於健保重大傷病，病人醫療費用負擔減輕，社工必須強化專業服務，才能爭取服務項目與收費點數。

同時針對目前的服務，整理發展成服務模式，例如，急性精神病家庭介入方案、青少年早期精神疾病家庭處遇計畫等，將現有服務 SOP 才能精算成本，提出爭取服務項目的說帖。只有從強化、擴大專業角色，呈現服務績效，才能爭取、確保在精神醫療團隊的服務。

或是參考英國的心理衛生團隊的做法 (Leiba 2003)：由社區社工師進入醫療團隊提供服務，社工師以其公務員角色提供服務，在團隊中突顯社會工作價值理念，如「社會正義」(social justice)、「病人權益」(patient right)、「病人自決」(self-determination) 等議題，提供以病人或家庭為中心的治療，這也是專業對精神社工肯定的 (馮怡菁 2001)，同時協助病人與家屬確實了解相關權益、法規、治療方式，參與治療的決策，讓社工的治療角色可以兼顧社會正義與慈善。

危機三：社工師證照的衝擊與專業認同危機

Hopps & Collins (1999) 認為：社工慈善與行政角色常被認為是社工難以成為專業的原因，實際上缺乏理論、缺乏實證為基礎 (evidence-based) 的服務、服務方式分歧 (diversity) 難以驗證其成效等，才是社工專業的長期問題。其次 Popple (1999) 認為社工專業還在討論是否要證照時，許多新興的專業已經將原來由社工師提供的服務，立法要求必須擁有該專業證照者才可執行，將社工師排除在外，例如：家族與婚姻治療、兒童治療。這些經驗似乎也在台灣複製

(心理師在社工師法修法過程對社工師的服務內容的限制)。

1997 年社工師法通過，取得社會行政高普考資格的社工，在證照轉換過程，面臨行政與專業資格不一致，無法轉換。其他醫療人員在國家高普考類別屬於專門技術類與證照同一類，在專業證照法通過後，資格與高普考資格可以整合（直接換證），社工師與社會行政高普考分屬專門職業與行政類別，無法流通。考試資格無法轉換凸顯社工行政與專業的角色衝突情形，行政人員身分可以轉換不同公家單位、延續公務員資格與福利，但是專業條件完備有利提升專業地位、爭取增加收費項目與提高給付點數，專業與行政角色衝擊精神醫療社工對專業的思考。

根據考選部（2006）統計資料，2001 - 2005 年專技高考社工師平均錄取率約 5.42%，許多實務工作者未取得證照，全台 400 多位精神醫療社工中，估計可能僅半數通過社工師考試，取得社工師執照。長期證照考試的挫敗及專業證照對薪資改變不如其他專業，造成對實務界對證照的消極態度，影響社工界對證照與專業認同（王行 2006；王增勇、陶藩瀛 2006）。

醫療專業化，專業證照是在醫院服務的基本條件，然而半數精神醫療社工未取得證照的情形，除了對於考試、錄取率、轉任問題的反彈，也開始質疑醫療社工是否需要專業制度。精神醫療社工的專業角色早已被專業團隊肯定（陳永興 1981、2003；馮怡菁 2001；Leiba 2003）卻在證照問題，引發社工界對其專業角色的質疑（醫療社工如同「情婦」、「小老婆」）（王增勇、陶藩瀛 2006：206-208）。

當許多法規修法規定專業證照是進入專業的必要條件時，社工專業組織（學會與公會）在爭取醫院設置標準、評鑑標準時，主動放棄以社工師證照為基本條件，以降低人力成本，爭取提高醫院社工人力。當醫院不再以病床數規定相對人力，醫院的行政人力將逐漸降低

(簡化組織、降低成本)，專業人員可以透過績效調整增加人員與薪資，精神社工捨專業與證照，並不能增加醫院聘用員額或保有現有的職務。

因此從薪資成本、保險給付點數與項目、專業地位提升，專業證照對專業的長期發展有其必要性，社工因為考試的問題否定證照與專業，是因噎廢食的作法，擔任社工教育的老師(王增勇、陶藩瀛 2006)與專業組織對證照的質疑(醫務社工協會 2006)反而讓精神社工背離專業更遠。學校教育對專業發展扮演火車頭的腳色，專業組織則是實務工作的重要支持，當專業間競爭、利益衝突時，其他專業結合學會、學校老師提供相關說帖，爭取專業的發展空間與待遇，社工教育與專業組織對社工專業的質疑，讓實務工作者腹背受敵。社工教育與實務脫節的情況似乎隨著社工證照推動更明顯。

除了缺乏支持，精神醫療社工還面臨：

1. 服務內容與方式缺乏以實證基礎，難以證明服務的必要性。如何證明急性病房家庭評估與介入的重要？合理服務給付的依據？
2. 缺乏成本分析和成效評估，難以爭取提高待遇、增加人力。
3. 醫療行政人員，難以爭取醫事人員應有的專業自主性與待遇。
4. 醫院社工人力依病床數配置，工作增加，人力卻無法增加。
5. 公務員與約聘雇人員間的同工不同酬，待遇差別大，造成人力老化。

過去精神醫療社工專業起步早，這 10 年專業證照制度、醫療環境與保險制度的變化，同時衝擊所有專業團隊，當其他專業透過證照區隔、鞏固專業領域時(例如心理師)，社工內部耗費能量質疑自己的專業性，教育界與實務界漸行漸遠，對外與其他專業競合時，漸漸

成爲專業團隊的邊緣。

六、結語與建議

台灣精神醫療社工起步早，在精神醫療團隊有其不可或缺的角色，與其他專業形成醫療聯盟或團隊，共同爲精神病人與家庭提供完整的服務。多年來許多前輩努力開創服務，提供精神病患與家庭對疾病的調適、爭取其應有的權利等專業服務，其專業的角色與地位受到肯定。

隨著醫療政策與專業法規的改變，精神社工的服務內容增加，專業角色反而模糊，以傳統行政身分執行醫療業務，在證照制度下反而被質疑，缺乏證照以致收費項目少與給付點數低，專業自主與地位深受影響，在醫療專業團隊逐漸邊緣化。

作者建議加強專業認同、積極參與修法、強化學校教育、建立精神醫療社工師專科證照、發展實證基礎的服務，以利精神醫療社工專業的長期發展：

（一）加強對專業角色的認同，進行權益倡導

精神醫療社工被定位爲醫療行政人員，這個結果有利有弊，就專業發展而言，精神醫療社工應強化其專業角色，才能有利社工專業化長期發展。專業認同必須從學校到職場持續推動，學校教育應該在課程與實習強化職前準備，除了講授課程，更需要讓學生認同精神社工的專業角色，對實務工作有適切期待。

實務界社工應加強在職繼續教育（in-job training），發展專屬服務模式及服務的 SOP，重視服務成效，才能以專業的獨特性及不可取代性，爭取人力配置與提高專業地位。對於「個案管理」、「出院準備

計畫」等社工服務項目爭取列入健保給付，爭取提高現有項目支付點數。

同時加強對病人、家屬權益相關議題重視與執行，結合社會工作的價值與專業服務，創造專業服務更高價值，將社會工作視野擴大，不只是「執行醫囑」，也要教育其他專業人員與社工合作。

（二）參與精神醫療相關政策制定

英國的「心理衛生法」清楚賦予精神醫療團隊的角色與任務，我國的「精神衛生法」修訂，也有許多和病人權益及專業服務有關的內容，社工師應該積極參與各項精神醫療相關法案的制定，例如精神衛生法、醫院人力設置、醫院評鑑法規等，提出社工師的意見與主張，從專業角度提出說帖，主動說明社工在精神醫療的專業角色，保障實務界的工作。社工重視弱勢者的權利，將豐富的經驗，轉成文字，形成服務架構，將實務工作與理論、法規結合，擴大社工的參與層面。

（三）強化大學精神社工教育課程，教育與實務界進行對話

大學中社工系應該增加精神醫療方面的課程，除了精神醫療社會工作與實習，應該增加對精神醫療相關課程，及對其他專業的了解、專業合作的訓練。增加醫療政策與醫療社會學的課程，協助了解醫療外在環境，調適與團隊合作的角色，強化社會工作的價值與信念在精神醫療領域的發展。透過與其他專業互動釐清對社工專業角色的認同。

教育界在大量生產社工系學生時，應該與實務界對話，提供學生與實務工作連結的課程。另外，可形成類似「學群」或是「學程」的模式，開設各領域（例如精神醫療、學校社工、保護工作等）課程，修滿一定學分取得次專科考試資格。豐富的專門課程對於能有利爭取

成爲醫事人員，增加社工師在專業團隊中專業自信與地位，長期工作環境改善才能吸引有志於精神醫療專業的年輕社工投入，避免專業人力老化。

（四）建立精神醫療社工師專科證照，提升專業地位

專業的成熟需要證照化，全台精神科醫師不到 100 人時，精神醫學會已經開始專科醫師制度的教育、訓練與考試，其他如心理師、職能治療師等，都朝分級或分科發展。精神醫療社工除取得社工師證照，應該儘早規劃精神醫療社工師次專科證照，才能爭取健保收費項目與點數有足夠談判籌碼，透過次專科證照確認其醫療專業角色。

從各專業的發展經驗，次專科制度建立在一般專科的基礎上，例如先取得醫師執照，經過規定的訓練與考試才能取得專科執照。精神醫療社工師無法自外於社工師法，未來社工分科制度形成，精神醫療領域是重要的社工師次專科，不論專業組織或公會，都必須積極準備因應次專科的制度，對人力的訓練、專業生涯發展提供完整的規劃。許多專業證照建立的過程，專業訓練與課程都是由專業學會規劃，接著要求學校教育必須具備相關課程。專業組織對於社工師專科制度的建立應該更積極、責無旁貸。

（五）發展有實證基礎的服務模式與成效評鑑

社會工作自稱助人專業，對於建構專業服務模式、成本計算與成效評鑑比較不足。當實務發展缺乏理論支持，容易淪爲例行公事，未來精神醫療社工要發展有實證基礎的服務模式、成效評鑑，以提升專業地位，醫療服務中專業獨特性才是專業地位與權力的基礎。專業的成長必須結合研究與理論，在協商時提出支持的證據，爭取提高收費點數與項目。社工專業不因其慈善角色而迴避成效的檢核，透過理論與服務成效的建構，將有助精神醫療社工朝專業化發展。

社工專業化過程的問題與阻力，與外在醫療環境的轉變，造成精神醫療社工在內外壓力下漸漸邊緣化。作者認為精神醫療社工的問題，必須結合社工教育、社工專業組織與實務界共同努力，重新省思對社工專業的認同，規劃學校教育、發展專科社工、建立實證基礎的工作模式等，才能永續發展精神醫療社工專業。

參考書目

- 中央健康保險局 (2007)。全民健康保險醫療費用支付標準。網址：
http://www.nhi.gov.tw/inquire/query2.asp?menu=1&menu_id=8，瀏覽日期：2007年1月8日。
- 王行 (2006)。從推動到抵抗：我在諮商心理師證照化現象的觀察與省思，
應用心理研究，30，頁 21-36。
- 王增勇、陶藩瀛 (2006)。專業化=證照=專業自主？*應用心理研究*，30，
頁 201-224。
- 尤幸玲 (1993)。醫務社會工作者參與醫療團隊及其角色關係之研究。台中：
東海大學社會工作碩士論文。
- 台灣精神醫學會 (2007)。台灣精神醫學會簡介：歷史的腳步。網址：
<http://www.sop.org.tw/>，瀏覽日期：2007年3月8日。
- 考選部 (2006)。94年考選統計：專技人員高等統計，表 65：近5年專門職業
及技術人員高等考試報考人數暨錄取率按類科分。台北。
- 李雲裳 (2005)。台灣地區醫務社會工作之發展，*社區發展季刊*，109，頁
165-171，內政部。
- 吳來信 (2005)。精神醫療政策的變遷與社會工作角色的改變，*精神病理社
會工作*，頁 1-47，國立空中大學印行。
- 吳就君 (1972)。臺大醫院神經精神科社會工作，*國立台灣大學醫學院附設
醫院神經精神科二十五週年紀念刊*，頁 79-84，台大神經精神科印行。
- 胡幼慧 (2001)。醫療專業的階層和權力基礎，*新醫療社會學：批判與另類
的視角*，頁 109-129，台北：心理。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (2006)。新制精神科醫院評鑑基準。
網址：http://www.tjcha.org.tw/news/HA_9559.htm，瀏覽日期：2007年
1月8日。
- 張荳雲 (1998)。醫療與社會：醫療社會學的探索。台北：巨流。
- 許景鑫 (2006)。精神科醫院設置標準修正草案(預告)。網址：
http://60.248.196.58/tjcha_data/HA/HA_955901.pdf，瀏覽日期：2007年

1月8日。

馮怡菁 (2001)。《社會工作者在精神醫療團隊之角色研究》。台中：東海大學社會工作碩士論文。

陳永興 (1981)。《飛入杜鵑窩：台灣地區精神醫療時況報導》。作者自印。

陳永興 (2003)。國家醫療政策與精神醫療政策，*台灣醫療發展史*，頁 173-194，台北：新自然主義。

黃梅羹 (1996)。驀然回首五十載白頭宮女話當年，*五十載浮沉－臺大醫院精神部五十紀要 (1964-1996)*，頁 259-269，臺大醫院精神部。

詹火生譯 Jones, K., J. Brown, & J. Bradshaw (1987)。專業主義的雙重角色，*社會政策要論 (Issues in Social Policy)*，頁 103-129，台北：巨流。

衛生署 (2002)。《精神衛生法》。網址：

<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Newsdetail.asp?NO=1L0020030>，瀏覽日期：2007年1月8日。

衛生署 (2006a)。《衛生統計九十三年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計分析》。台北。

衛生署 (2006b)。《醫事人員人事條例》。網址：

<http://www.nchu.edu.tw/~person/announce/954665.pdf>，瀏覽日期：2007年1月8日。

台灣醫療改革基金會 (2006)。〈給衛生署長的說帖〉 (內部文件)。

中華民國醫務社工協會 (2006)。《有關社會工作師法修法綜合意見說明》。網址：<http://www.mswa.org.tw/news/hot/95swrrelawR.doc>，瀏覽日期：2007年3月12日。

Abramson, J. S. & Rosenthal, B. B. (1995). Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration, in NASW (Ed), *Encyclopedia of Social Work*, 1479-1489, Washington, DC: NASW.

Conrad, P. (1979). Type of Medical Social Control, *Sociology of Health and Illness*, 1(1), 1-11.

DuBois, B. & Miley, K. K. (2002). Social Work in Health, Rehabilitation, and Mental Health, in DuBois, B. & Miley, K. K. (Eds), *Social Work: An*

Empowering Profession, 313-354, Boston: Allyn and Bacon.

Friend, M. & Cook L. (2003). The Fundamentals of Collaboration, in Friend, M., & Cook, L. (Eds), *Interactions: Collaboration Skills for School Professionals*, 1-25, Boston: Allyn and Bacon.

Hopps, J. G. & Collins, P. M. (1999). Social Work Profession Overview, in NASW (Ed), *Encyclopedia of Social Work*, 2266-2282, Washington, DC: NASW.

Johnson, L. C. & Schwartz, C. L. (1991). Social Welfare and Mental Health, in Johnson, L. C. & Schwartz C. L. (Eds), *Social Welfare: A Response to Human Need*, 218-240, Boston: Allyn and Bacon.

Leiba, T. (2003). Mental Health Policies and Interprofessional Working ,in Weinstein, J., Whittington C., & Leiba T. (Eds), *Collaboration in Social Work Practice*, 161-179, London: JKP.

Lin, A. Mu-jung P. (1999). Mental Health Overview, in NASW (Ed), *Encyclopedia of Social Work*, 1705-1711, Washington, DC: NASW.

NASW (2005). *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. 網址 : <http://www.socialworkers.org/> 瀏覽日期 : 2007 年 1 月 8 日。

Popple, P. R. (1999). Social Work Profession: History, in NASW (Ed), *Encyclopedia of Social Work*, 2282-2292, Washington, DC: NASW.

Whittington, C. (2003). Model of Collaboration, in Weinstein, J., Whittington C., & Leiba T. (Eds), *Collaboration in Social Work Practice*, 39-61, London: JKP.

Abstract

In 1950s the modern psychiatry and psychiatric social work were almost established at the same time in Taiwan. The social work was first adopted by psychiatric system as the professional. The psychiatric teams provide the comprehensive service for improving the mental health of the Taiwanese.

This article will discuss the development of the psychiatric social work and psychiatric team. What are the professional and the process of the professionalization in the psychiatric? The psychiatric social workers are defined as medical administrative staffs, which are providing both administrative and professional service. The mental health policy by the government was separate and custodial before 1990. There is expanding need for social workers after enactment of Mental Health Act and related acts on social welfare in 1990's. The professional developmental were flourish in psychiatric teams.

National Health Insurance (NHI) is changing the medical system. However, due to the facts that, psychiatric social worker, the service charge is low and limited, the manpower to number of hospital beds is too high, and half of social workers aren't licensed, the development of professional psychiatric social work in the future is troublesome.

In the meanwhile, the high thresholds in the license test were impact the social work identification. The author suggest: Psychiatric social work must emphasis the professional role and establish the psychiatric social work license, to establish the accountability and evidence-based service, to involve the policy advocacy.

Keywords : psychiatric social work
professionalization
professional development
professional crisis

