

# 鑑往知來 ——精神醫療社工之歷史緣起 與本土化挑戰

林子軒、蕭至邦

## 壹、前言

精神醫療社會工作的發展有其獨特歷史脈絡，二十世紀以前精神醫療社工受到人道主義與精神醫學的興起，促使醫療體系開始注重精神疾患出院後的關懷服務，形成社會工作之雛形；1900至1940年代，美國精神醫院開始聘任社會工作者，精神醫療社工成為精神科醫師之助手，面臨專業化挑戰；1940至1980年代又受到二次世界大戰的影響，開啟了精神醫療社會工作直接服務的年代，使心理治療成為主要臨床服務模式。精神醫療社會工作受到時代的碰撞與影響下，從出院服務工作演變成為臨床治療工作，逐漸形成了當代精神醫療社會工作的主要樣貌。

在我國，精神醫療體系也受到美國專業化深遠的影響，進而於1950年臺大醫院病房開始，發展出了精神醫療社會工作專

業，然而發展時間雖然早，至今卻受社會環境變遷下面臨嚴峻之挑戰，據此本文期待深度探討精神醫療社會工作的本土化困境，並回顧精神醫療實務工作70年的發展過程。此外，亦由於當前國內文獻多聚焦於醫務社工發展背景探討，而忽略精神醫療社工發展的歷史脈絡，有鑑於此，本文希望描述國內外精神醫療社會工作發展的歷史，了解此專業形成之過程，並冀望藉由對國內外發展過程的理解，作為未來專業發展上之參考依據。

## 貳、精神醫療社會工作的緣起與成形

### 一、由監禁轉為人道照顧與施賑時期： 1900年以前

談論精神科社工的發展必須先看回到精神醫學發展，在早期，精神疾病被視

作一種人被鬼神、惡靈附身的結果，這與當代的宗教及文化信仰有相當的關係，精神病患的醫治以民俗、宗教療法及瘋人院為主，當中的治療多為非人道手段，因此精神疾病患者在早期並沒有接受到醫療照顧。在古代中國，精神病患被當作鬼怪作祟或因果報應因素，需進行降妖除魔淨化儀式，不然便採取隔離禁閉的手段，以免他人遭到傷害（楊宇勛，2003）。

同樣地，16世紀的歐洲亦採取了隔離方法作為主要照顧精神患者的手段。其中最著名的兩家醫院/庇護所分別為聖瑪麗（Bedlam）和巴黎總醫院（Hôpital Général of Paris），兩所機構建立的目的是在於保護公眾免受精神疾病的侵害，當時許多患者被拴在牆上，生活極度骯髒，照顧方式相當不人道（Farreras, 2019）。到了17世紀，對於精神病患開始給予治療與照顧，當時牧師如同醫師一般可以進行治療工作，因為精神疾病被當作為靈魂層面問題甚至是被宗教視為個人的原罪（Houston, 2004）。換言之，18世紀以前的精神病患並沒有受到醫學上的妥當照顧，治療由宗教人士進行，照顧方式亦是以監禁為主，許多患者甚至受到慘絕人寰的非人道對待。

直到18世紀，義大利醫師Vincenzo Chiarugi開始提倡將精神病院病患的約束給予軟化，將人道主義引進精神病院而反對透過監禁或隔離方式對待病患（Gerard,

1998）。同時，法國神經病學家Phillipe Pinel亦主張人道主義的治療方法，其思想影響了許多專業人士。直到19世紀末，因為精神病理學之發展開始成熟，人們對於精神疾病有了進一步的了解。德國精神病學家Kraepelin首先意識到精神疾病的「生理歸因」並提出精神疾病之病因之一是受到遺傳影響。爾後，Kraepelin（1921）發展了症狀描述性的精神疾病診斷方式，並區分了癡呆症（Dementia praecox）和躁狂抑鬱性精神病（Manic depression）。當然，這些疾病分類與名稱現今都已經轉變，然而Kraepelin所奠定的描述性精神病學基礎深遠地影響了精神醫學界，成為日後診斷重要依據。

由於受人道關懷及醫學觀點影響，醫院也轉變傳統照顧模式對待精神病患者，逐漸脫離非人道照顧。一些醫院開始留意到貧困病患照顧問題，因此任命女性工作者從事出院後照顧服務。據文獻記載，英國1880年開始聘任施賑女士（Lady Almoners）為瘋人院為出院後的精神病患進行拜訪工作，主要目的在於關懷是否有社會或醫療需求，並且給予資源上的轉介（Stuart, 1997）。其中最知名的實務工作者為司徒爾特（Stewart）女士，他是1895年由倫敦皇家自由醫院聘任的第一位施賑員，面對不少精神疾患者給予第一線服務，Cullen（2012）認為司徒爾特樹立了早期醫療社工的職能與典範，而不僅僅

是一名施善者。綜上所述，在19世紀的英國已經有實務工作者協助精神病患社區服務，被視為是精神醫療社會工作的雛形，影響了日後社會工作的成形。

## 二、醫師臨床助手蛻變時期：

### 1900-1940年

受到英國的出院後照顧服務計畫影響，1907年美國馬薩諸塞州總醫院神經病學診所開始了社會工作服務，成為精神科社工的開端（Stuart, 1997）。之後不久，1910年美國波士頓精神科病院亦引進了社工人員，在當時，精神醫療社工被視為精神科醫師身旁的專業助手，工作的職責在於一同研究跟治療精神病患（Adelson & Leader, 1980; Lyday & Solomon, 1927）。正如同Adelson與Leader（1980）所述，早年醫院社工並無接受專業職業培訓，專業服務完全依據醫師個人信念與任務分配決定。French（1940）更指出當時精神科社工容易落入打雜角色，例如幫醫師與家人解釋醫療處置的建議，因此出現「差遣女孩」（errand girl）一詞形容當時的精神科社工協助醫師跑腿與使喚的角色。由此可知，早期美國精神醫療社會工作專業界線模糊，社工人員容易聽從醫師指示提供患者協助，尚未擁有專業自主性。

但事實上，當時醫師的專業也備受懷疑，1910年佛雷克斯諾提出著名的佛雷克斯諾報告書（Flexner report），抨擊了

許多醫學院的專業素養。他在18個月時間裡拜訪全美共155所醫學院後指出雖然大部分醫學院都聲稱自己擁有科學與醫療專業教育，但僅有少數學校真正擁有專業設施及相對應嚴謹的醫師訓練（Beck, 2004）。最終這份報告書迫使許多美國醫學院關門，醫師專業化走向嚴謹的教育訓練，同時讓社工界開始反思自身職業的專業性。之後，美國波士頓精神科病院的Southard博士和Jarrett女士為社工開發新的服務方法，其以個案工作技術的應用以及了解個案過去歷史協助醫師診斷病情為主要服務模式（Lyday & Solomon, 1927）。並從1918年開始，史密斯學院正式向大學畢業生提供了精神醫療社會工作的正式培訓課程。根據Lyday與Solomon（1927）描述，學院規劃之課程內容包含社會精神病學、社會醫學、心理學、社會學和個案研究，同時要求學生完成臨床實習。據此，精神醫療社工終於有正式的專業培訓，開始追尋自身專業價值及工作方法。

從1920年代開始，精神醫療社會工作者開始追求對患者的心理理解，並希望提供直接治療服務（Stuart, 1997）。因此精神醫療社工認為自己與其他領域社工不同，具體的影響便是1926年美國精神醫療社會工作協會的成立。而精神科社工走向心理治療，其中一個原因在於佛洛伊德發展的精神分析理論開始影響醫學及心

理學界，進而影響了醫師、社工等專業人員。不同於精神病理學，精神分析是將個案的問題放在意識層面的分析當中，不將精神疾患視作生理問題而視作是「心理歸因」。佛洛伊德的影響甚至使當時法國臨床心理學一度傾向以精神分析為主，權傾一時（沈志中，2005）。同樣的，社工也受到佛洛伊德理論影響深遠，漸漸與純粹的社會功能介入走向分歧的道路。Goldstein（2002）便指出一戰後的餘波使得社會工作者更加運用精神分析理論治療個案，並因1930年代經濟蕭條影響，社工透過精神分析知識為經濟上有困難的人們提供心理幫助。精神分析可說是最早引入社會工作的理論，它提供了許多社工心理治療技術的知識（Boehm, 1958）。

綜上所述，進入醫院後的社會工作者從醫師助手的角色，逐漸走向了專業化的道路，一方面受到美國醫師專業化思潮的影響，一方面受到精神分析學派運用的影響，精神醫療社會工作者不斷反思自身專業性，希望擁有不同於傳統病理學及社會診斷的舊有知識，精進實務工作的專業技巧。

### 三、二戰精神醫療直接服務化時期：

#### 1940-1980年

1939年是一個重要轉折年代，這年九月佛洛伊德逝世，同時世界敲響了二次大戰的鐘聲。戰爭慘澹的歷史亦將精神醫

療社會工作專業往前推進了一步，由於二戰規模及死傷遠比一戰慘重，當時美國為主要戰爭國，直接導致精神醫療社會工作需求大增。1940年代開始，因為第二次世界大戰使男性精神科醫生和心理學家人力資源耗盡，不少接受過專業培訓的女性開始出現在精神醫院補充醫療人力，大量擔任心理治療師職務（Adelson & Leader, 1980）。此外，也有一些精神科醫師的妻子志願到醫院服務病患家屬，輔導他們的家庭，被視為家族治療工作的開端（曾文星，2006）。

在這樣的背景脈絡下，精神醫療社工發展越來越被重視。社會精神病學顯示精神醫學不再只是關注傳統生理取向的一門醫學，而是有了其他方法論的支持與專業（Dunham, 1948）。追隨大量直接服務被投入實務工作現場，加上精神科社會工作學術發展，精神科社工想為自己正名的聲浪越來越強烈，冀望自己成為一個真正受到認可的專業。然而Hartwell（1940）指出，即便精神科社會工作已經成為精神醫療單位重要的一員，且開始建立了專業課程，但聯邦政府、州政府甚至專業團體本身都尚未建立授予精神醫療社會工作者學位或證書基本培訓標準。1950年社工訓練調查指出，只有加州政府保障社會工作學校授予的資格證明（張隆順，1984）。而社工界內不同團體彼此對學位證明爭論不休。最終，1952年美國成立社會工作教



育學會，最終承認了兩年制社工碩士的訓練。

戰後，有鑑於精神疾患人數增加，醫院資源有限，進而在1950年代開始重視非機構化的治療模式（葉錦成，2011）。許多受到創傷的士兵開始接受社區內的治療以復元受傷的心理狀態，進一步開啟了社區模式的心理衛生中心工作方法（Dixon & Goldman, 2004）。此舉促使精神醫療社工的工作也逐漸進入社區，醫院成為急性病患為主的收容機構，其餘慢性患者則由社區取代。1960年代，美國國家衛生院已經資助全美331個社區精神衛生中心，且各州預算花費也從1960年代的10億美元提高到1968年的20億美元，顯示以社區來預防精神疾病的重要性（Ewalt & Ewalt, 1969）。1970年，開始有私人醫療系統引入社會工作者進入社區診所，整合了社區資源和人力提供服務，精神醫療社工成為醫師以外的心理專業人員（Guillozet, 1975）。

至此，精神醫療社工的服務逐漸多元化，並從最初的醫院體系走入社區服務，此為去機構化潮流一部分，另一方面，社會工作者也擁有了明確的教育制度。此外，1970年代的美國在社會政策上也開啟了關於健康保險的爭論，公共醫療外的第三方私人保險開始被討論，並且爭取到專業服務上更大程度的自由（Tomes, 2008）。此舉相當程度的改變了精神醫療

服務提供的形式，奠定了近代社會工作者的工作樣貌。

## 參、當代精神醫療社會工作的專業成形

1980年代美國社會政策朝向與右派靠攏的趨勢，縮小政府規模以及減少政府對私人公司的管控蔚為主流。精神醫療的發展亦受此影響，因為政府在心理衛生方面的支出不斷縮減，同時大力控制醫療費用，對於精神醫療專業產生衝擊，醫師變得以藥物治療為主，心理治療漸漸沒落，反而，臨床社工在心理治療的專業中取得了極大的成就（Tomes, 2008）。延續去機構化以及1980年代縮減社會福利政策影響，精神醫療社工不僅僅是在較大型的醫療院所提供專業服務，更開始轉向私人執業如門診服務、社區工作，場域更加多元，因此精神醫療社會工作者一詞也逐漸被心理衛生社會工作（Mental health social worker）一詞取代，又或者被稱作臨床社會工作者（Clinical social work）。

逐漸地，心理治療以及家族治療的臨床治療成為精神醫療社工的主要服務項目之一，正如Thomas與Victor（1991）所述，1990年代的社工開始追求家族治療的專業執照以及美國婚姻與家庭療法協會的認證，使得社工工作方向產生轉變。在教育方面，一項調查研究亦發現精神醫療社

會工作碩士課程中，大多數乃以生物醫學精神病學為核心，最常使用的教材為精神疾病診斷與統計手冊（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱DSM）（Lacasse & Gomory, 2003）。換言之，以精神病學為中心的醫學以及科學取向已經成為當代精神醫療社會工作主流教育。同樣地，社會工作受到以證據為基礎的治療（evidence-based therapy，簡稱EBT）臨床原則影響，而使得社工教育規劃許多心理治療相關課程。Weissman等人（2006）調查心理及社工等課程便發現，博士班臨床心理以及碩士班社會工作教育課程同樣皆以認知行為治療為主要訓練內容。

正因為當代精神醫療深受精神病學以及心理治療取向的主流化教育影響，實務工作上，擁有臨床社工師身分的精神醫療社工也提供許多治療性服務，包含了精神疾病診斷、個別心理治療、團體心理治療以及婚姻家族治療等。而事實上從1980中期開始，美國約170,000名精神醫療專業人員中，就已經以社會工作人數最多，約占36%，比起醫師22%以及心理師20%更高，成為精神醫療服務提供的主體，且直到1990年代又更高（Tomes, 2008）。由此可見，美國當代的精神醫療社會工作已經成為臨床上最主要的治療人員。

我國在二次世界大戰期間，雖已有一些精神科或精神病患收容機構的成立，然

而，精神醫療社會工作者尚未出現。直到1950年，國立臺灣大學醫學院附設醫院精神科門診、病房開始引入社會個案工作。其中，精神科社工林李美貞女士進行許多直接治療性工作，如個案會談、家族治療及團體工作等，使社工成為醫療團隊一員（黃侃如，2003）。換言之，臺灣與美國之精神醫療社工員起都在於醫院，惟不同的是我國受到美國社工人力大量投入心理治療工作之影響，一開始便走向直接治療的服務模式。然而，此一階段的精神醫療社工社未受到我國醫院重視，除了臺大醫院外並無其他醫院引入精神醫療社會工作者，與美國已有許多醫院聘雇社會工作者有所不同。

我國直到1970年代，才逐漸有少量的醫院聘任精神醫療社工人員（註1）。即便在1980年以前，精神醫療社工一直沒有成為多數醫療院所專業人員之一。但精神科社工有感於自己的角色與功能不同於醫務社工，開始有定期非正式聚會，透過同儕督導冀望提升專業能力（萬心蕊、劉蓉台，2011）。1983年醫務社工協會成立，精神醫療社工個別成立委員會推動各項政策，其中較具影響力的政策便是1989年明訂醫院每30床急性病床需設置一名精神科社工，促使日後醫院納入精神醫療社工人力。爾後，精神醫療社工也從個案臨床工作轉為注重家族治療、團體治療工作，進行家庭及社會心理診斷的人，奠定精神醫

療社工專業形象（吳就君，2005）。

社區方面，我國最早於1985年於高雄成立第一個大寮社區復健中心，社區化的過程相較美國緩慢。爾後於1989年在行政院衛生署支持與補助下，開始推展社區復健方案（王馨梓，1993）。同年，臺北市社會局委託臺北市康復之友協會籌辦社區型庇護工作場。實際走向社區化的服務模式，則是到1990年精神醫療法通過後，更明文規範了醫院治療外之日間病房、社區復健及居家治療，確立了日後社區發展社區復健中心、康復之家的重要依據。

2004年伊甸基金會開始以會所模式服務精神障礙者，隔年康復之友協會亦成立了慈芳關懷中心。並於2006年，政府發現出院後需要追蹤之精神病患逐年增加的趨勢，進一步開啟了社區關懷訪視計畫（吳慧萍，2012），這些人力的產生顯示出我國社區心理衛生人力不足的問題。此外，1990年代後期開始，司法矯治領域服務的興起與開辦，使社工需求更上一層樓，精神科社工接觸了心理治療、犯罪預防以及團體工作等任務，雖然與美國發展脈絡不同，但同樣強化了社工人員在心理治療中的角色，並對於社區的發展更加多樣化，而不再只是服務精神障礙者。

教育方面，雖然臨床發展有所起步，但精神醫療社工教育卻停滯不前，相較於史密斯學院專門提供培訓，我國早期大學院校並無開設精神醫療社會工作課程，心

理衛生相關訓練也缺乏。探究成因，一方面社會工作相較晚近才從社會學中脫離出來獨自成為獨立系所，而精神醫療本身並非社會學探討之主流領域；另一方面，這是因為社會工作是一門通才學問，相較於其他領域醫院內社工人員稀少，比一般科人數更少的精神科社工也就容易被當成附屬地位。

1971年於內政部主導下，終於訂出社會個案工作、團體工作等課成為基礎課程（林萬億，2013），精神醫療社會工作方法涵蓋個案工作中。又直到2005年，吳來信及廖榮利出版《精神病理社會工作》後，國內才有第一本精神醫療社會工作教科書。此教科書呼應了歐洲早期出院服務工作及美國精神疾病診斷與處遇的臨床工作，可見精神醫療社工養成教育期待走向歐美的臨床模式，但仍不如美國強調生物病理及心理治療取向強烈。綜言之，早期精神醫療社會工作教育的養成大部分仰賴實習的臨床訓練，而在教科書出版後亦可見我國教育養成試圖趨近歐美的道路。

## 肆、我國精神醫療社工的本土化挑戰

### 一、醫院精神醫療社工行政化：治療角色退縮

精神醫療社會工作起源於施賑女士（Lady Almoners），直到美國1920年代

開始走向直接治療服務，而當代的臨床社會工作更以治療性服務為大宗。我國深受美國影響，在精神醫療的發展初期便走向直接治療工作，然而，近年來的精神醫療社工專業受到行政化及新管理主義影響，使得直接服務的臨床角色退縮，反被行政工作角色所取代，令人懷疑本土精神醫療社工發展是否正逐步退化，如同差遣女孩一般。在職務類別上，早年我國精神醫療社會工作者如同心理師、職能治療師皆被視為技士、技正身分，彼此相鄰專業之地位並無區別（黃侃如，2003）。

然而，我國1999年行政院頒定「醫事人員人事條例」後，規範各醫事人員任用資格，心理師、職能治療等專業人員皆成為醫事人員，唯獨社工卻沒有被納入，至此，精神醫療社會工作者在臺灣正式成為「行政人員」，此與美國以社工為心理衛生主體的樣貌有極大差異。行政角色影響了精神醫療社會工作者的勞動環境，許多醫院開始以行政人員薪資聘任社工，雖目前尚未有針對精神科社工薪資之調查。不過，依據《103年度全國醫院各類醫事人員薪資調查分析報告》，社工師在十二個具高考資格的醫院專業人員中排名敬陪末座，以平均年收入463,074元墊底（周貝珊、張斐綾，2016）。

在臨床工作方面，社工也從早期直接治療服務至今走向行政工作為主，心理治療反成為快速申報點數的工作項目，精

神科內社工的工作演變成快速、績效化與標準程序化的服務型態。雖此服務模式有些類似於1990年美國的臨床工作，如Farley（1994）訪談發現精神科社工服務開始簡短化，與病患及家庭非結構化的互動與建立關係不被重視，取而代之的是具侵入式且快速的會談。惟差別在於，我國社工取代的是行政工作為主，行政業務占據大量的時間。雖吳就君（2005）認為行政類基礎社會工作也屬專業服務，但在醫療體系當中似乎仍不被專業社群認可。

最後於編制方面，不少醫學中心陸續將精神科社工編排至醫務社工科，而精神科對於社工人員遭攆亦無挽留，社工如同任人驅趕的精神科團隊人員，這種消長影響了精神醫療社工之獨特性，部分精神醫療社工更受到醫務社工所督導，專業分化嚴重（註2）。由於精神科社工很大一部分的專業知能依賴社工學長姊，即比自己資深的社工或同儕督導（張如杏、楊天圍、張玲如，2016），因此不分科現象可能使得精神科社工有專業建構不全問題，也印證了精神科社工行政化的趨勢。

## 二、社區精神醫療工作斷軌：社區資源單薄

精神醫療社會工作起源於患者出院後的社區關懷照顧，又自二次世界大戰後，美國更加速了精神醫療社工社區化的趨勢，精神醫療的資源不僅僅在醫院內，



更擴及社區服務，金額龐大且重視預防工作。我國則是在1985年過後才開始有社區化復健的方案計畫，逐漸演變至今日的社區復健中心、康復之家、會所等社區照顧型態，不同的是，政府給予社區的資源卻少之又少，當前仍以醫院治療為主（註3）。

根據衛生福利部（2020）統計，我國日間照顧型精神復健機構共68間，其中私立比例占70%以上，部分縣市如雲林、嘉義、臺東、澎湖等甚至沒有社區復健中心。政府在一開始計算精神醫療復健需求之基準時便已經與實際盛行率有高度落差（謝佳容、蕭淑貞，2006）。且在健保給付方面，復健中心、康復之家給付亦比不上住院給付，專業人員投入意願低。

已有許多研究指出，接受社區復健照顧之病患重返精神科治療比例較低，顯示其對預防復發的重要（李亞璇、謝碧晴、李中一、蘇慧芳，2013；陳巧珊，2014）。精神醫療社工也在出院轉銜服務上耗費許多精力以安排患者理想之後續醫療照顧，然而，我國社區復健機構床位的不足以及保護人機制尚未健全下，使得社工無法在社區照顧上發揮良好功能，精神病房大門如同一個旋轉門，不斷反覆收治入院治療的病患卻無力減少患者預防疾病復發。

有鑑資源不足，政府也於近年引入關懷訪視員人力，此舉使得部分社工畢業生

願意投入，背負起精神醫療社區照顧的重擔。可惜的是，關懷訪視人力卻為計畫性編排，薪資亦不如精神科社工，且人力與服務比根本失常，社工以及衛生人員在社區的介入範圍有限，由此可見政府並無投入社區充足的預算，也因為資源的不足，限縮了精神醫療社工於社區進行預防的重要角色。

### 三、殘補式的社會安全網：預防工作失靈

近年來，有鑑於社區內發生多起的社會案件，因此政府於2018年開始推行了「強化社會安全網計畫」之重大政策，希望透過此計畫修補社會安全漏洞，達成社區預防。依據衛生福利部（2018）說明，在社會安全網計畫中共執行四項策略希望提升資源與服務效率，分別為（一）布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務；（二）整合保護性服務與高風險家庭服務；（三）整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務；（四）整合跨部會服務體系。其中，第三項整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務與心理衛生社會工作範圍息息相關，可望有助於提升社區內對各類加害人再犯預防的可能，並且早期介入擁有自殺風險之個案。可見，本政策希望以早期預防方式取代過往殘補式服務。

根據政策內容，政府具體作為包含降低加害人（合併精神疾病）個案負荷比、落實加害人處遇執行，強化社區監控網

絡、提升自殺防治效能等。不過，社區個案計算乃透過各地衛生局精神照護資訊管理等系統為依據，換言之，本身無病識感而未就醫的障礙者仍無被納入範疇，但這些隱藏的人口可能遠勝既有數據，例如以思覺失調症為例，吳佑佑（2020）指出思覺失調症全球終身盛行率約1%，但臺灣僅約0.4%，由此保守估計至少有一半以上患者根本沒有接受過精神醫療服務。

其次，針對加害人處遇，社安網政策強調社工角色在於業務安排、系統資料維護、未出席移送裁罰以及處遇人員訓練等，然而，這些工作都是後端行政工作，與衛生局醫政科現有服務差異微乎其微，是否有能預防暴力之成效有待考驗。最後，任何一項政策皆需社工人員穩定的投入，但政府當前僅以計畫方式執行，忽略社工本身高流動率特性，要如何穩定人力可能是計畫之外更須多加深思處。綜上而論，在精神衛生面之社安網計畫仍舊是「治療勝於預防」，似乎仍屬殘補式。

#### 四、當前專科化意涵不明：專業發展受限

在臺灣社會工作人員專業協會倡導下，我國於2008年於開始推行專科社工師（Specialized social worker）制度。社工專師的推行，與醫療及心理衛生社會工作者的期待有關（林萬億，2013）。的確，從名稱來看，專科一詞已經透漏相當醫療化之意涵，似乎將兒童、老人、身心障礙

等群體劃分成為需要醫療幫助的對象，似乎希望藉由專科一詞，提升社工師的專業地位。

此一制度的推行與臺灣本土社工專業息息相關，正由於醫院內社工的角色逐漸被行政化、去專業化，才會使得精神醫療及醫院社工藉由專科制，希望將自身專業比照醫師、護理師，試圖使社工專業不再被視弱。然而，這樣的制度施行至今，似乎仍有很大展望空間，因不同於專科護理師，大多數醫院都未承認專科社工師身分，業務範圍上與社工師／員並無太大差異。

對照相鄰專業專科制度，社工專師要求5年實務經驗才可報考，比起專科護理師3年及精神專科醫師的4年規範來得更長。同樣的，考試焦點亦有集中實務情境的特性，較少衛生政策、心理治療或精神醫學考題。然而，當前專科社工已經要求五年實務經驗資格，相較於醫師護理師都更高，筆試若仍以實務為主，對於專業發展擴張有限，也喪失考試審核之意義。當前，訓練的過程似乎較少跨領域知能，如同張如杏、楊天圍、張玲如（2016）所指精神醫療社工師除社工基本課程外，還應學習精神病理、疾病診斷及治療等課程。

因此，當前的專科制度是否有助於精神醫療社工之專業發展有待商榷。雖然，也有部分學者認為學習精神醫療或心理治療知能，將使社工順從權威而失去自身專業（萬心蕊、劉蓉台，2011；Aviram, 2002）。但

無論護理師或醫師，其專科訓練過程中皆包含了心理治療訓練，此亦符合美國EBT取向的臨床模式，若社工不願學習跨領域知能配合社工知識與價值，將使專業發展將更加限縮，無助於當代專業化的提升。有鑑於此，社工界本身亦需要先求得共識，才可能發展完善、受認可的專科制。

## 五、搖擺不定的教育課程：教育養成弱化

教育知識的傳授對一專業發展有極大影響力，不同於美國1918年開始便向學生提供精神醫療社會工作教育，我國直到社工系獨立分出後精神醫療社會工作仍不受到重視，知識傳授仍仰賴實習訓練。直到今日，這種特質仍舊沒有改變，部分大專院校之社工相關科系（註4）甚至沒有開設精神醫療社會工作一門課，以致於精神醫療社工教育的養成素質不一。事實上，追隨近代社工教育擴張，一些社工相關科系根本沒有或僅有一位的社工背景師資（註5），導致部分系所難以開設精神醫療社會工作課程，也可預見與理解。社會工作可能是當前具國家高考專業科系中唯一一個不需要本科師資即可培育專業人才的科系。

據調查，我國社工系教師非社工、社福、社政師資約50%，即有一半教師非屬社工專業（林萬億，2010）。筆者認為適切跨領域師資對社工專業並非壞事，甚至有利專業發展，惟當前師資分布卻具兩極化取向，部分學校教師全為社工背景；部

分學校社工相關科系只有一至兩位社工師資，更有北部公立大學相關科系開設社工學程卻無聘用任何社工師資。換言之，部分學校社工高等教育等同退縮至1970年代社工專業獨立前的狀態。因此正如張如杏（2006）所言，大學應盡速推動精神社工教育課程，以期能與實務產生連結。

另一方面，即便開設精神醫療社會工作課程，欲完整教授精神醫療社會工作知識也絕非易事，這是因精神醫療社工範圍深且廣。在美國，88.7%的精神醫療社會工作課程教學大綱遵循精神疾病診斷與統計手冊，其次教材為精神病學概要，占25.4%，第三則為基本精神病理學與治療，占14.1%（Lacasse & Gomory, 2003）。可見，美國之教學高度重視疾病診斷與治療方法。而分析我國四本精神醫療社工教科書內容，可發現教學教材強調疾病診斷、個案工作、家庭評估與家族治療，且近年的教科書範圍更擴展至團體治療/心理劇、個案管理、社區復健與心衛方案等（王金永、李易蓁、李玟王巽、陳杏容，2020；張如杏、楊天圍、張玲如，2016；廖榮利，2004；韓青蓉，2019）。

換言之，配合本土之實務工作，精神醫療社工課程應涵蓋精神疾病診斷與治療、精神衛生法規、初階心理、家族及團體治療工作，甚至是社區各類服務如藥癮處遇或加害人治療等層面。再進一步言，精神醫療社工教育最好還能建立社工人員

對精神醫療反思與批判的能力，並且能夠學習整合不同知識論點，試圖解構其他專業論點。可見授課內容龐大複雜，惟在尚未有教育共識且人力資源不足現景下，一門兩學分之精神醫療社工課程恐難以完成此一使命。

## 伍、建議

### 一、強化直接服務角色：給予分科、啟動調查、尋求共識

針對目前現況強化精神醫療社工師從事心理治療的教育訓練與直接服務比例有提升的必要，雖臺灣並不如美國社工從事心理治療執業相對普遍，但在心理衛生領域卻因涉及精神、自殺與司法矯治等業務，有其必要性。有鑑於此，首先建議醫療院所調整精神科與一般科社工保持分科狀態，此有助於精神醫療社工專注於臨床上的直接服務。

其次，當前社工面臨高流動率以及高案量比例，期待衛生福利部調查現有醫療院所精神科社工之個案負荷量甚至其他勞動條件，了解直接服務時數是否合理，討論是否改善床位負擔比。最後，針對精神醫療社工的在職教育應該納入更多的臨床治療訓練，例如心衛專科社工師的訓練過程或考試內容是否可能進行改革，建議專業團體能夠尋求共識，推動符合臨床所需的進階知識。

### 二、修補社區預防功能：提供誘因、增加訪員、個別化措施

建議政府針對部份縣市復健機構數量不足問題改善，若要以獎勵方式吸引私人機構則應該提高補助誘因，並重視機神科社工進行轉銜的工作價值，可考慮將出院服務納入健保點數服務項目，加強社工逐床協助給予急性病患進行轉銜的誘因。

此外，在政府聘用的關懷訪視員上，政府是否能夠擴充足夠的人數以進行長期關懷，而非蜻蜓點水式服務，甚至可主動發掘社區內需要關懷的潛在對象。最後，對於社區內的心理衛生服務如性侵個案，若發現經常性缺席除了裁罰外是否有其他個別化的措施，如常態性開設假日之治療團體，又針對特殊群體如青少年團體是否可設夜間或寒暑假團體輔導減少缺席，以達再犯預防之最終目標。

### 三、提升課程專業素質：增聘師資、檢視課程、實習嚴謹化

我國精神醫療領域社工課程一直沒有受到重視，原因之一在於精神醫療專長師資長期缺乏，部分大專院校透過外聘兼任教師方式彌補，另外一部分學校直接不開設課程，因此，建議大學端正視師資不足現象增聘專/兼任教師，此外社會工作教育學會可針對教師不足與非專業師資現象做深入討論，擬定因應方針，如推動社工



師報考校系師資比須有一定比例社工相關師資之辦法制定等。

另針對課程的專業性，筆者認為可分層化教學，學士制精神醫療課程可以精神病理學知識、個案評估與處遇、心理治療與家族治療技術等臨床實務為主；碩士制課程中，可建構針對精神醫療全方位的批判或知識論層面之思考能力，亦可依不同群體詳細化分課程如藥酒癮或性侵害加害人處遇等。最後，建議各醫療院所對實習條件進行調整，招收實習生以曾有修習相關課程為原則，無開課之學校則不開放精神科實習員額，此舉有助大學院校正視設立課程之必要性，以期產學能夠真正有所連結。

## 陸、展望與結論

我國精神醫療社會工作發展至今已70年，不同於醫務社工，精神醫療社工受美國戰後工作模式的影響，從初期便展露直接服務的臨床工作樣貌，強調心理與家族治療工作，並於90年代受政策演變，服務

範圍逐漸擴展至社區等心理衛生領域。然而，當前精神醫療社會工作面臨到諸多挑戰，首先是治療工作式微，這直接影響到精神醫療社工專業甚至患者的權益；其次是社區工作資源不足，促使精神醫療停留在殘補式服務；第三為專科意涵不明，內部養成缺少跨領域知能，外部又不被醫療院所所承認；最後則是大學教育課程無適切規劃。

是故，社會工作相關之專業群體應積極倡導自身專業重要性，同時提升精神醫療相關跨領域知識以持續擴展專業水平。這些專業制度上的改革皆仰賴各學會專家、政策執行者及教育端能正視此一現象，建立起完備之教學與臨床環境，才得以使精神醫療照顧體系更加完善，以期精神醫療社工發揮最大的專業知能。

（本文作者：林子軒為法務部矯正署新店戒治所社工師；蕭至邦為亞洲大學社會工作學系助理教授）

**關鍵詞：**精神醫療社會工作、社工歷史、社工專業發展、本土化挑戰

## 註釋

註1：臺大醫院作為國內精神醫療重要推手，其臨床服務模式亦影響了其他醫院，因此不少單位開始聘雇精神科社工人員，如1961年高雄凱旋醫院（時稱臺灣省立高雄療養院）聘雇社會服務員2名，到了1970年代，聯合醫院松德院區（時稱臺北市立療養院）、馬偕醫院等院皆聘用社會工作人員，是精神科社工臨床主要發展的年代。

註2：國內醫院精神科與一般科社工之分合問題一直備受討論，雖目前仍以分科為主，但正如張

如杏、楊天圍、張玲如（2016）指出在醫院管理主義勝過專業發展下，精神科與一般科社工單位合併乃大勢所趨。然而，此舉可能使得精神科社工專業養成產生危機，以臺中一醫學中心為例，科室合併之精神科社工受督於一般科社工下，績效管理與臨床服務為同一督導，社工被迫面臨行政與臨床衝突中，督導模式偏向績效討論，行政化趨勢明顯，完全不利專業自主發展。

註3：醫院治療上雖根據《108年度醫院評鑑基準》規範每30床應有1名社工。然而，社工本身流動率高，實務上一人負擔超過30床或被迫支援其他科室或業務、方案之情況並不罕見，臨床服務量相較其他醫事人員更不穩定。

註4：此處所稱之相關科系，係指科系名稱中有社會工作一詞，或者科系名稱雖非社會工作，但畢業之學生仍符合社工師報考資格或可擔任社工人員之相關科系、學程或組別。

註5：此處所稱社工背景師資，指教師擁有社工師執照，或研究所（含碩士、博士）畢業之科系為社會工作、社會福利、社會政策、社會教育四種類型者。

## 參考文獻

- Robin Jones著，張隆順譯（1984）。《國際社會工作教育的回顧與展望》。臺北：國立編譯館。
- 王金永、李易蓁、李玟王異、陳杏容（2020）。《精神醫療社會工作》。臺北：新學林。
- 王馨梓（1993）。《去機構化運動與精神病患社區復健——分析臺灣地區精神病患社區復健工作》。國立臺灣大學社會學系碩士論文。
- 吳佑佑（2020）。〈認識思覺失調症——跨齡階段的症狀、治療與社會適應〉。「特殊教育暨思覺失調症學生之教育與適應支持研討會」。臺北：臺北市立大學。
- 吳就君（2003）。〈心理衛生與社會工作的關係：發展與趨勢〉。<https://m.xuite.net/blog/t8879576728/twblog/104824120>。2020/10/31作者讀取。
- 吳慧萍（2012）。《臺灣地區精神疾病社區關懷訪視員角色壓力與工作倦怠之初探》。國立臺北大學社會工作學系碩士論文。
- 李亞璇、謝碧晴、李中一、蘇慧芳（2013）。〈精神疾病社區復健使用者再入院及危險因素之探討〉，《台灣公共衛生雜誌》32（6）。頁586-598。
- 沈志中（2005）。〈精神分析與法國臨床心理學的建立：歷史回顧與探討〉，《應用心理研究》27。頁215-237。
- 周貝珊、張斐綾（2016）。〈103年度全國醫院各類醫事人員薪資調查分析報告〉，《醫院》49（4）。頁1-10。
- 林萬億（2010）。〈我國社會工作教育的發展：後專業主義的課題〉，《臺大社會工作學刊》22。

頁153-196。

林萬億（2013）。《當代社會工作——理論與方法》。臺北：五南。

陳巧珊（2014）。〈社區復健模式對精神分裂症患者再入院風險影響〉，《澄清醫護管理雜誌》10（1）。頁26-33。

曾文星（2006）。《文化精神醫學——學理與應用》。臺北：水牛。

黃侃如（2003）。《精神社工專業認同之形塑與掙扎》。東吳大學社會工作學系碩士論文。

楊宇助（2003）。〈降妖與幽禁——宋人對精神病患的處置〉，《臺灣師大歷史學報》31，頁37-89。

萬心蕊、劉蓉台（2011）。〈後現代思潮中精神醫療社會工作發展的另類可能〉，《社區發展季刊》136。頁232-250。

葉錦成（2011）。《精神醫療社會工作——信念、理論和實踐》。臺北：心理。

廖榮利（2004）。《精神病理社會工作》。臺北：五南。

衛生福利部（2018）。《強化社會安全網計畫（核定本）》。<https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=1053&pid=7231>。2021/03/09作者讀取。

衛生福利部（2020）。《108年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計》。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-4931-54833-113.html>。2020/10/31作者讀取。

謝佳容、蕭淑貞（2006）。〈台灣社區精神復健機構的服務現況與展望〉，《精神醫療護理雜誌》1（2）。頁41-50。

韓青蓉（2019）。《精神醫療社會工作》。臺北：華都。

Adelson, G. & Leader, M. A. (1980). The social worker's role: A study of private and voluntary hospitals. *Psychiatric Services*, 31(11), 776-780.

Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 617-634.

Beck, A. H. (2004). The Flexner report and the standardization of American medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 291(17), 2139-2140.

Boehm, W. W. (1958). The contribution of psychoanalysis to social work education. *Social Casework*, 39(9), 487-494.

Cullen, L. (2012). The first lady almoner: The appointment, position, and findings of Miss Mary Stewart at the royal free hospital, 1895-99. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 69(1), 551-582.

Cohen, J. A. (2003). Managed care and the evolving role of the clinical social worker in mental health. *Social Work*, 48(1), 34-43.

Dunham, H. W. (1948). Social Psychiatry. *American Sociological Review*, 13(2), 183-197.

Dixon, L. B. & Goldman, H. H. (2004). Forty years of progress in community mental health: the role of

- evidence-based practices. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 668-673.
- Ewalt, J. R. & Ewalt, P. L. (1969). History of the community psychiatry movement. *American Journal of Psychiatry*, 126(1), 81-90.
- Farreras, I. G. (2019). History of mental illness. In R. Biswas-Diener & E. Diener eds., *General psychology: Required reading*. Champaign, IL: Diener Education Fund Publishers.
- French, L. M. (1940). *Psychiatric social work*. Commonwealth Fund.
- Farley, J. E. (1994). Transitions in psychiatric inpatient clinical social work. *Social Work*, 39(2), 207-212.
- Gerard, D. L. (1998). Chiarugi and pinel considered: Soul's brain/person's mind, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 33(4), 381-403.
- Goldstein, E. G. (2002). Psychoanalysis and social work: Historical perspectives. *Psychoanalytic Social Work*, 9(2), 33-40.
- Guillozet, N. (1975). Community mental health: New approaches for rural areas using psychiatric social workers. *Medical Care*, 13(1), 59-67.
- Hartwell, S. W. (1940). Social psychiatry—our task or a new profession. *American Journal of Psychiatry*, 96(5), 1089-1103.
- Houston, R. A. (2004). Clergy and the care of the insane in eighteenth-century Britain. *Church History*, 73(1), 114-138.
- Kraepelin, E. (1921). Dementia praecox and paraphrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 54(4), 384.
- Lyday, J. F. & Solomon, M. H. (1927). The problem of the supply of psychiatric social workers for state hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 84(4), 629-638.
- Lacasse, J. R. & Gomory, T. (2003). Is graduate social work education promoting a critical approach to mental health practice?. *Journal of Social Work Education*, 39(3), 383-408.
- Stuart, P. H. (1997). Community care and the origins of psychiatric social work. *Social Work in Health Care*, 25(3), 25-36.
- Tomes, N. (2008). The development of clinical psychology, social work, and psychiatric nursing: 1900-1980s. In: E.R. Wallace & J. Gach eds., *History of psychiatry and medical psychology*. pp.657-684. Boston, MA: Springer.
- Thomas, W. & Victor, G.(1991). The mission of social work revisited: An agenda for the 1990s. *Social Work*, 36(6), 500-504.
- Weissman, M.M., Verdeli, H., Gamberoff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H., Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives Of General Psychiatry*, 63(8), 925-934.