



在跨界中堅守初心 精神專科醫院精神醫療社工師 服務內涵

柯錦雀、吳淑玲

壹、前言

精神疾病是重大慢性疾病，與其他慢性病不同之處在於疾病特性、社會壓力、自我要求、天氣劇烈變化等都可能讓精神疾病明顯變化，精神病人反覆入出院有時便會是不得不的選擇，每次可能長達60天起跳的住院天數，讓病人除了特定目的外，會盡量避開住院，然而不論主動同意住院、被勸同意住院抑或是大費周章由警消、公衛護士強制送入院，若病人無法在住院中看到治療前後差異了解現在狀況、醫療合作低的狀況下，無法讓治療結果事半功倍，有時在過程中不斷出現行為問題，不但照護壓力重，也會影響病房整體系統穩定度。

臺灣近年出現幾起與精神病患相關的重大刑案，尤其嫌犯的精神狀況與用藥與否，往往成為檢辯攻防以及報章媒體

關注的焦點，相關重大精神疾病與社會安全網議題的網路聲量也會在短時間內大幅上升，有鑑於補強社會安全網，行政院於2018年2月26日核定「強化社會安全網計畫」，以推動服務體系。惟社安網的執行除增加心理衛生社工人力較為明顯之外，其他在法律層面、社安網計畫內容、心衛社工本身及網絡單位對服務內容並無共識、缺少相關經費等都被持續討論與檢討，並依著這些討論，開始有立法委員呼籲修改《精神衛生法》，並即將於2022年開始社會安全網第二期計畫。當社區潛在精神病患以及精神疾病治療後銜接社區的照護日漸被重視，精神醫療服務也必須改變原本專注院內醫療的服務內涵與思維，精神醫療社工師也不例外。林子軒、蕭至邦（2021）整理美國精神醫療社會工作的專業成形歷史時發現，在1980年代精神醫療社工除了在大型醫療院所提供專業服

務，也在私人門診及社區工作，由於場域更加多元，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）取代，到了1990年代心理治療以及家族治療甚至成為精神醫療社工的主要服務項目之一，並透過訓練獲取家族治療的專業認證。Tomes（2008）調查1990年代美國的精神醫療專業工作者發現比起醫師及心理師，社會工作人數占比最多，比起1980年代的36%又更高了，社會工作者儼然為精神醫療服務提供的主體。然而與美國不同的是，臺灣直至1989年明訂醫院每30床急性病床需設置一名精神科社工後，醫院才正式納入精神醫療社工人力，服務項目從臨床個案工作開始，逐漸注重家族治療、團體治療工作，到進行家庭及社會心理診斷，穿上白色工作服被視為醫療人員，建立了專業形象，加上醫院環境單純，也因此精神醫療在過往常被社工界認為是工作環境最優良的領域。然而精神醫療社工師的專業服務早已從醫院延伸至社區，以堅信家屬及病人在陪伴與服務中生命得以改變的信念進行服務，本文將以精神專科醫院的服務模式為出發點，呈現精神醫療社會工作師服務內涵。

貳、醫療團隊的運作模式與精神醫療社工師角色

醫療單位的團隊合作以專業整合模

式為主，專業整合模式即是每個專業就各自所長來評估個案，經由溝通整合訂定團隊共同照護目標與計畫，再分別由各專業提供治療服務，照護過程中持續團隊間溝通、互動及合作。團隊間的溝通方式主要是專業團隊會議，再來是病歷紀錄及非正式溝通管道，優點是所有專業人員依團隊所訂定之治療目標執行服務，可節省個案時間，亦省去專業花費之心力，缺點是正式會議花費時間、個案面對多種專業可能困擾、以及若有專業堅持己見，則可能影響協調與團隊功能。精神醫療主要工作場域在醫院，以疾病治療為核心，以全人全程觀點來做出院準備，在照顧病人的生理健康之外，也要顧及病人的心理健康，並同時考量個人的家庭特性與社經狀況。為了做到全人全程，醫療團隊成員各司其職，各有明確的操作流程與規範，醫師、護理師、職能師、心理師主要工作對象就是病人，惟有精神醫療社工師尚需面對病人社會環境、家庭狀況、資源評估介入……等外部系統，也因此社工師扮演提供外部系統正確資訊與溝通的重要角色。這樣的角色須帶著社會心理以及人在情境中的信念，不落入疾病觀點只看到疾病，以優勢及復元觀點看到人的角色與能力，鼓勵病人及家屬共同參與復健，而非被動接受醫療專業人員的決定。

自精神科開始日間病房後，精神醫療社工師業務也隨之擴展至社區，醫療團隊

合作也從醫院延伸至社區，服務場域不再侷限於醫院中，團隊合作也從專業整合模式轉變成跨專業模式，由某個專業部分執行其他專業，優點是可以節省人力成本、個案不須面對多種專業人員，缺點是團隊中各專業角色較為模糊。為避免跨專業執行不力，精神醫療社工也需具有初步症狀評估、職能知能以及心理諮商輔導的能力，個案的各種社區真實生活層面，包含家庭互動、經濟、居住、就業及人際等議題，精神醫療社工也都有介入之處，工作方式比起在醫院更有專業自主與彈性，甚至在精神復健機構中擔任負責人，主導團隊運作。不過比起醫療單位，社區服務更重視夥伴關係，加上薪資結構差異變小、績效壓力較小、主導性相對更高、社區服務的限制較小、工作更彈性以及更能看到個案在生活上的變化，這些或許是精神醫療社工師近年來陸續出走至長照體系、社安網心理衛生、精神復健機構服務的原因。

參、精神專科醫院精神醫療社工服務內涵

一、治療與處遇兼具：不讓治療角色退縮

精神醫療社工與其他心理衛生社會工作最大不同在於可以執行健保收費項目，主要是社會功能評估及家族治療，次要收費項目為心理劇、支持性心理治療等，尚

有跟衛生局報備核可的非健保的收費項目。執行健保項目看似可以維持治療角色，但當預防重於治療、成本持續增加，或健保無法應付龐大支出時，政策便會改以福利服務方案代替治療，而社工人員與家庭關係、對法律熟悉以及社工專業獨特性及執行方案的能力等，比起其他團隊成員更易被交託個案管理角色，一旦卸下治療角色就更不利於精神醫療專業發展。因此為了不讓治療角色退縮，持續不斷學習以及接受資深的社工師或同儕督導（張如杏等人，2016），包含精神病理、疾病診斷、結構派家族治療、心理劇、薩提爾、家庭星座排序、華無式家族治療等知識，並將之綜融運用在家族治療與處遇中。

二、處遇對個案家庭的意義

在所有社工五大領域中，精神醫療社工大概是遇到最多非自願性案主的社工師，例如家暴加害人、性侵害加害人、強制住院病人、簽署住院同意書卻反悔住院病人，還有重覆入出院病人……等，即便病人如此不樂意住院，但在實務中發現，持續不斷的陪伴與處遇，仍能在反覆住院過程中展現力量及提升復健動機。此外，在服務品質與績效兼具下，不忘社工最重要的服務價值就是家庭處遇，依照不同家庭能量、發病年數、資源多寡……等的社會心理評估結果，將家庭與個案做服務的區隔，著重在不同的服務內涵，例如對剛

發病的家庭，著重提供正確疾病衛教，幫助家屬理解照顧知識與相處方式，以減輕焦慮及增加家人間的合作；對家庭互動過度僵化的家庭，提供連續性家族治療服務，不忘處遇對個案家庭具有實際需要及解決問題的意義。

三、心理衛生社會工作者角色的重要性

臺灣精神醫療社會工作始於臺大醫院精神科，逐步發展個案工作、團體工作、家族治療、心理劇、病人與家屬自助團體為主要業務，隨著各項法規如1997年《性侵害防治法》、1998年《家庭暴力防治法》、2007年修訂的《身心障礙權益保障法》、2007年修訂的《精神衛生法》公布，使得原本服務外，亦新增性侵害加害人個別治療與團體治療、家暴加害人個別治療與團體治療、自殺防治、司法精神鑑定、災難心理衛生工作、酒藥癮服務以及各項通報、轉介、鑑定、治療及安置等業務，顯見精神醫療社工師早已開始社區化的心理衛生預防與治療。雖然臺灣還不像美國的社區精神衛生中心、社區診所等，以精神醫療社工為主要心理專業人員，也沒有爭取到公共醫療外的第三方私人保險給付（林子軒、蕭至邦，2021），但在社區化場域中的社區家園、團體家屋、護理之家及精神復健機構的設置基準中皆明訂需要必備專任或兼任社工師，顯見在醫療專業團隊成員中唯一的非醫事人員，卻

是唯一橫跨所有服務領域的心理衛生工作者。

四、醫療關懷小組當然成員

在大型醫院中，大多有設置醫療糾紛處理的專門科室，主要功能在於預防及處理醫療爭議與醫療糾紛。2018年4月行政院通過衛生福利部擬具的醫療事故預防及爭議處理法草案，其用意在於衛生福利部希望透過醫病共享決策、院內關懷小組的即時說明與支持協助，調解會前先行調解，即在訴訟前溝通、爭議點整理、調足佐證病歷，並與專責公正單位進行評析與再調解等方式，推動醫療爭議非訴訟處理。院內關懷小組處理爭議方式在於理解處理事情前須處理情緒、處理情緒過程中不急著解釋，也須積極傾聽同理，著重了解個案及家屬需求，以及當事件告一段落後的後續關懷都是關懷小組的工作。在精神醫療專科醫院治療團隊角色中，同時具備曾與家屬建立關係、重視家庭需求以及被視為中立角色者，非社工師莫屬。在2019「台南醫法論壇議題：共創多贏——醫療爭議案件的本質與新機制」中，鍾侑谷醫師律師提及調解之於訴訟的重要性，並建議調解委員除了當科醫師與律師外，考慮納入「心理師、社工師」，或可增加成功率，顯見社工師總跟家屬工作以及中立的特性，會順勢成為醫院及個案家屬的溝通橋樑，在精神專科醫院中並不意外，

尤其並未設置專門醫療糾紛處理部門，因著精神科與家庭及個案深入工作的特性，病人所在的病房團隊便成為關懷小組成員，病房社工師亦為當然成員，並扮演著對醫病關係人即時說明的角色；惟在實際運作時，社工師須面對本身能力及醫院的雙重壓力，對本身必須察覺自己是否有價值中立的提供情感支持與陪伴，尊重與敏感受關懷者的宗教信仰與信念，為團隊帶來正確且主要的訴求，即使進入司法程序，仍需保有中立性的後續關懷。

五、肩負教學與督導之責

不少綜合醫院的精神科社工因業務分配、精神科收益、人力成本考量等而有併入一般科趨勢，然而與大趨勢不同的是精神專科醫院的社工部門仍保有一定的獨立性，既不單打獨鬥，也因業務逐漸擴展而能爭取成立心理衛生專科合格組織的權益，向公益彩券盈餘申請經費積極在院內辦理專科社工訓練。雖說繁忙業務中必須找出時間來上課頗有壓力，但是相對而言，卻是一種不需舟車勞頓也能獲取訓練資源的最佳省時省力的方法，另一方面也能協助鄰近精神醫療社工師取得心理衛生專科訓練證明、邀請不同經驗的心理衛生專科督導前來授課，並在此過程中教學鄉長。忙碌的助人工作下也要記得培育精神醫療新血以避免斷層，尤其精神專科教學醫院身負教學責任，比起在綜合醫院

的精神科社工人力，專科醫院社工師人力較多，也有較為完整及系統的實習機制，尤其多位實習生同期實習，更能有同儕支持及不孤單之感。此外，社工亦常接待外單位來院參訪見習，以提升各界取得理解精神醫療與病人努力復健過程的機會。

六、排除精神障礙者的復元障礙

（一）運用復元與優勢觀點的工作方法

看到人而不是看到病一直是精神醫療社工信念之一，此信念主要來自於復元與優勢觀點，個人復元指的是過程而非結果，徐淑婷（2019）在醫策會「108年度精神復健機構輔導研討會」中提及 Liberman（2008）認為要朝向復元之路、排除復元障礙，需有復元要素，包含希望與樂觀（Hope and optimism）、增強權能（empowerment）、自我負責（self-responsibility）、洞視與決定（insight and Determination）、靈性優勢（spiritual strength）、自我幫助與社會支持（self-help and socialsupport），透過這些要素，即使帶著殘餘精神症狀，仍然可以對社會有貢獻以及過著有意義的生活。為了落實復元要素、排除復元障礙，精神醫療社工總是相信個人潛能、強調夥伴關係以及重視個人選擇的權利，也在這樣的過程中看到個人亮眼及出乎意料的表現。

（二）排除個人復元障礙

精神醫療社工師幫助家屬或個人對疾病的認識與適應、衛教照顧方法與技巧、教導運用優勢眼光、社會資源及福利運用、情緒及壓力處理、就醫障礙排除、偕同社區巡迴醫療服務……等，從介入個人及家庭之初，每一項服務都是在為排除病人復元的障礙。然而精神障礙者個人從社區至醫院，再從醫院回至社區，尚有許多需要政策或社會協助排除的障礙，精神醫療社工師也在其間努力不斷。

1. 減少醫療過度干預

2006年12月13日聯合國通過的《身心障礙者權利公約》（*The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD*），表明身心障礙政策與執行應從醫療模式轉移到人權模式，從人權角度思考精神障礙服務，所有身心障礙者享有獨立生活和融入社區的平等權利，並且可自由選擇和掌控自己的生活。所以即使醫療環境優良，但長時間待在以健保為主的照顧體系，以及健保床後接社政床的一條龍式的服務，看似為個人著想，相對也限縮了精神障礙者的選擇權力以及對社會生活的想像。也因此，社工師不論跟個人、家庭或團隊都會提醒醫療與人權間的平衡。

2. 降低社會排除與去汙名

精神障礙的人權復元模式，除了障礙者從日常生活開始復健外，也需要友善

的環境。唐宜楨、吳慧菁（2008）整理精神疾病汙名化資料提及Sartorius與Schulze認為對社會大眾教導關於精神疾病的教育知識、親自與精神病人接觸的機會、提供精神疾病患者及其家人分享經驗的機會，以及持續關注社會對去汙名化的概念等方式，都可以降低社會排除與去汙名。社會大眾可學習從生活中去認識精神疾病，當有了開放對話的機會，就會是正常人與人間的連結、重新認識精神障礙者。相反地，若缺乏真實生活接觸，單就媒體報導來認識精神疾病，就容易只看到疾病，並增加擔心與恐慌。在精神醫療實務中便以家屬自助團體、平面及電子媒體正向宣導、真人圖書館等方式來增加社會大眾與精神疾病的接觸。

3. 協助社區自立生活

提供自立生活的協助替代過度干預的醫療模式是CRPD的精神，而自立生活當然就必須在社區生活才可能實現。精神障礙者住院期間或經由工作人員從旁協助，掌握疾病狀況與自我覺察，便能融入社區生活，然而臺灣精神障礙者有工作人員從旁協助的社區居住模式仍以住宿型精神復健機構數量最多、分布亦最廣、也是精神醫療社工師擔任最多角色的社區居住單位，但真正落實自立生活與社區融合的居住模式為社區家園、團體家屋與個人居住，而同儕支持更能實現人助自助精神，目前社會安全網第二期計畫以及研擬的

《精神衛生法》修法，或許能夠開創精神障礙者更多元的居住想像。

七、跨網絡及社區化合作

在衛生福利部2021年10月後在全臺各區辦理的強化社會安全網第二期計畫公

私協力服務方案說明會中，提及為強化社安網第二期計畫強調跨體系與公私協力的重要性，各部門應依職責角色與優勢發展服務，社安網計畫整合社衛政與教育、勞政、警政、法務等體系橫向合作，綿密跨網絡合作機制，策略有四：

策略一	策略二	策略三	策略四
· 擴增家庭服務資源，提供可近性服務	· 優化保護服務輸送，提升風險控管	· 強化精神疾病及自殺防治服務，精進前端預防及危機處理機制	· 強化部會網絡資源布建，拓展公私協力服務

其中策略三便是針對社安網第一期計畫的執行成果做檢討改進策略，公私協力服務方案項目包含精神病友多元社區生活方案發展計畫、成立危機處理團隊、疑似或社區精神病人照護優化計畫、精神障礙者協作模式服務據點。第二期計畫主要服務對象是在社區的精神障礙者與家屬，醫院角色就會是急性發病主要治療場域，長期復健則留給社區，精神醫療社工師也會積極與社區合作，連結醫院與社區，以期治療與復健不中斷。

肆、精神醫療社工師實務上被持續關注的議題

一、合作界線與角色衝突

醫療團隊各司其職有助以全人觀點

服務病人，但精神醫療社工師業務卻有著不同於其他專業的不確定感，明確與家屬工作的服務有助於病人回歸社區時的資源連結，但在團隊中可能會變成團隊的「助理」，要聯繫家屬所要零用金時找社工、外醫須看護時找社工、衣服不見找社工，與家屬有關的事情都是社工工作，為了爭取專業角色在治療與處遇兼具，業務界線與溝通一直來回不斷，過程曾演變成社工與護理的衝突，被質疑精神醫療社工不做事，甚至社工間也會因為病房間作法不一而有爭論，病房主治醫師及護理長對社工師的態度亦會成為社工師作法不一的來源，捍衛社工師專業同時是否要犧牲與團隊和諧相處，成為每位社工師個人以及科室同儕間拉鋸戰，即使是資深社工師也可能受此氛圍影響。精神專科醫院的社工師

因重視專科訓練且有地利人和之便，孕育出多位心理衛生專科社工師，但是一旦陷入專業地位與角色認同焦慮，就算有專科證照也無法更有自信，因此醫療團隊需在相互尊重與學習的前提下，先啟動對話，才有機會化解衝突。

二、績效要求壓縮了與家庭工作的時間

在績效充斥的年代，醫院每月要求各職類達到健保申報點值的同時又要兼顧服務品質下，不諱言快速與標準化的服務部分取代了深入與家庭及個案建立治療性人際關係的時間，違背了社工師重視與家庭建立關係的特性。此點在筆者在擔任心理衛生專科社工師督導期間，許多受督者在別督導討論的議題常在績效、團隊合作、違背初衷中擺盪即可看到端倪。醫院重視營運績效、計量成本效益，每個人力都被當成生產線一樣算入產值與貢獻度，看似沒有人的溫度，卻也不得不考慮服務永續經營以及給予辛苦工作人力的實質回饋，與其擔心過度量化，倒不如思考如何在秉持社工專業價值與專業基礎上，於成本及服務品質間取得平衡，建立與時俱進的服務工作。

伍、結語

精神醫療社會工作因時代變遷、服務範圍對象擴大而納入心理衛生社會工作，

然而不論是在醫院服務，亦或是自殺防治、酒藥癮戒治、性侵家暴加害人處遇，一直以來精神醫療社工師秉持著「以人非疾病」的眼光來看待服務對象，認為人是先於疾病存在，疾病是後來才發生，努力學習與疾病共存，體會與感受病人或家屬這長期過程中的壓力及求生存的方式，放下對「絕對」、「應該」、「一定」的期待來陪伴與協助家屬，並相信陪伴是有力量的，甚至改變生命。也因此，精神醫療社工師服務不因是否為醫事人員而改變服務精神與信念，持續努力為個人復元及去汙名，期許自己努力去做改變病人生命的天使。此外，由於服務對象不再限於住院病人，須不斷充實知能以因應新的服務族群、排除復元障礙及提升專業敏感度。

然而精神醫療社工再怎麼堅守初心，也需要團隊合作並共享合作成果，需要政策提供實質社區資源，以及對身心障礙者的支持，尤其社會大眾的包容與理解是精神障礙者的重要輔具，在接納與支持的環境中，整合醫院及社區服務、建構服務網絡，延續治療與復健，才可能真正融入社區，實現CRPD。

（本文作者：柯錦雀為衛生福利部嘉南療養院附設樂禾康復之家負責人；吳淑玲為衛生福利部嘉南療養院社會工作科主任）

關鍵詞：精神醫療社會工作、精神醫療團隊、社區心理衛生工作

參考文獻

- 王金永、李易蓁、李玟環、陳杏容（2020）。《精神醫療社會工作》。新學林。
- 林子軒、蕭至邦（2021）。〈鑑往知來——精神醫療社工之歷史緣起與本土化挑戰〉，《社區發展季刊》，173，287-302。
- 唐宜楨、吳慧菁（2008）。〈精神疾患污名化與去污名化之初探〉，《身心障礙研究季刊》，6（3），175-196。
- 徐淑婷（2019年10月31日）。〈精神復健的復元模式〉（會議論文）。108年度精神復健機構輔導研討會。臺北市，臺灣。
- 張如杏、楊添圍、張玲如（2016）。《精神醫療社會工作理論與實務：兼述心理衛生社會工作》。洪葉。
- 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》，136，232-250。
- 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). Springer.