

東海大學社會工作學系博士論文

指導教授：簡春安教授

精神醫療社會工作者之角色困境與定位

The role dilemma and role identification of
psychiatric social work in Taiwan

研究生：張玲如

中華民國一〇二年六月

東海大學社會工作學系博士論文

指導教授：簡春安 教授

精神醫療社會工作者之角色困境與定位

The role dilemma and role identification of
psychiatric social work in Taiwan



研究生：張玲如

中華民國一〇二年六月

致謝

人生半百，想想往昔，長久作為公部門組織的夾心層級，終日忙碌於醫院之願景及服務宗旨的實現，亦背負著社工人專業使命的實踐，少有空暇靜思社工實務的整理，忝然久佔「位置」，毅然離開了熱愛服務 25 年的精神科專科教學醫院。了然己之個性，惟一之途，只有博士路才能逼出自己好好整理社工生涯之實務經驗，也才不愧以專業社工素為志業期許的我該有的作為。然人生美好規劃，往往抵不過情境中的變化，只因不忍違逆同鄉敬重耆老，而接了育幼院興建大樓重任，博士班學業加上院務及大樓募款，常讓自許好好享受最後學術薰陶的我課堂愧然。所幸同班好友秀燕、紅柑、文芳、文娟不斷的相互提攜勉勵，好不容易修完了學科，再接再厲完成了一科科艱鉅的學科考試，真是關關難過，也關關驚險幸運過呀。如此千錘百鍊，也深刻體會做學問的學海無涯！

論文得以完成，首先要感謝指導教授簡教授春安博士的悉心指導，常在他提綱挈領的引導下，讓魯鈍的我突然豁然開朗，當下也才明白自己做學問的灶門在哪？也體驗到做學問的真正樂趣。感謝論文審查委員龍紀萱教授及張振成教授，由醫務社工不同觀點，審慎觀察點醒我的精神醫療社工主觀論述，提醒我當一個社工人該有的深自反省。感謝劉邦富教授及陳琇惠教授尤其在論文內容結構及方法論的加強提醒，四位教授細心審查指正，讓此論文得以益臻完善。指導教授及審查教授做學問之嚴謹態度，謹記在心，亦成為我終生學習的典範。

感謝參與我論文，窮其畢生對精神醫療、精神醫療社會工作專業發展關注、貢獻良多，提供我論文主題寶貴意見的 30 位我醫療界的社工夥伴們及團隊最佳夥伴。在您們繁忙的工作中還要撥冗回答我須要花費您不少功夫、腦力及心力的嚴肅枯燥、但重要的切身問題，真是辛苦您們了。如果沒有您們的鼎力協助，知無不言、言無不盡，我是無法完成我對精神醫療社工的這項志業使命。由於限於研究倫理，我無法一一列名致謝，但您們的仁至義盡，讓我銘記深印在心。

感謝所有東海社工系的每位老師，尤其是學科教授：簡春安老師、蔡啓源老師、曾華源老師、彭懷真老師、劉正老師、Dr Moon，每位老師各懷寶藏，各具優點特色，尤其對學生之關照，都是我今身為教師最好的楷模。武自珍老師、吳秀照老師、劉珠利老師、高迪理老師、王篤強老師，在專題寫作的指導，都奠下我論文寫作之基礎。謝謝篤強主任的慈憫關懷，讓東海生涯倍感溫馨。

博班生涯，感謝秀燕、紅柑提供了二年溫馨愛的午餐。高鐵開跑、學妹秀雲在烏日站的接送赴校。學姐麗瓊同車、同宿校友會館、同赴學科考的討論，早我畢業公忙之餘還不忘關心我論文進度。學妹麗紅在其繁忙中仍義助我擔任論文計畫書口試時之記錄及庶務處理。學妹佳螢在我最後的論文口試犧牲其難得的假期

並提早到校協助我必要的行政作業。好友玢妃平日的工作經驗分享與鼓勵，莉馨主任的文獻搜集協助，同事瑛凰在電腦困境時的幫忙。資深學生的博班生活，要不是有這麼多的好同學、好姐、妹的同甘共苦，苦中作樂，培養出深厚難忘的永生情誼，博班也將失去了學習的趣味。

感謝我的摯愛家人，外子英翔、女兒琬瑜、含真及兒子昱凱，容忍我長達七年，有失為人妻、為人母的角色職責，在我當資深學生的艱難日子裡，你們為我分憂解勞、製作歡笑，在學業外盡所能幫我，尤其是外子，只為滿足我這個從小「聽話好學生」，卻因作業到黎明、瞌睡錯失班車，而親自駕車為我準時趕赴九點交作業的截止時間，此份深情印烙在心，兒女情長，是我活水泉源，無以回報。感謝原生家庭，兄旭光、弟耿誠、姊淑如、慎如在精神上的支持，而妹淳如在我寄宿生活的接送，手足情誼，成為我最豐富的精神支持力量。衷心感念疼惜我、卻已在天上的翁、姑，要不是您們的寬容，身為獨子長媳的我，是無法自由的追求學術精進。最後，大大感恩生我、育我，以其身示範當為人之真、善、美品德，賜給我「樂觀積極」、「認真踏實」的父母，相信天上的您們，必含笑首肯：咱們阿玲，這個第三女兒，永遠是我們的榮耀。

張玲如 2013年6月30日

摘要

隨著國家政策、醫療生態鉅視環境的改變，素以強調專業團隊合作的精神科醫療模式也隨起變化，社工在此氛圍中，其在醫院的角色地位亦受到影響。本研究旨在探討當階段台灣精神醫療社會工作者的角色困境與定位，並為團隊中逐漸氣消勢弱的社工，尋找出其專業發展途徑。

研究結果發現，社工的角色困境有：社會工作師非醫事人員，是團隊中唯一不具醫事人員身分者，形成受訪社工有證照無用論之慨。且因健保支付制度不利社工績效之呈現，在醫院以健保給付收益論專業角色貢獻之指標，社工承受之壓力大。社工壓力大、流動率高，有斷層之現象，惡性循環，社工缺乏專業自信，專業認同低落。醫院評鑑，社工評鑑委員重視服務品質提升之要求，對工作人力少、工作面向廣而工作量大且繁雜的社工更形成壓力。在績效壓力下，社工角色位置到底要服務院內的個案或多承接院外的委託服務案？此亦形成工作倫理兩難。在精神科專科醫院，醫療團隊關係是競爭大於合作，各做各的，團隊成員成為健保生產線上的作業員，缺乏統整、連續之病人治療服務。在綜合醫院，精神科社工之組織編制，逐漸被歸併到社工部門，其最大擔心是精神醫療社工專業養成的困難。

研究結論是：社會工作師證照是邁向專業、獲取社會認同之基本條件，是建立社會專業認同的起點。績效要求之適度壓力是激發社工專業成長、建立專業責信、專業自信的必要之重。客觀評鑑指標的建立，有助社工專業服務品質的提升。成為醫事人員角色已是大多數受訪社工認為這是精神醫療社工要在醫院專業立足的必要之路。與團隊他成員的運作關係，應是合作可擴大彼此視野，相互成長。社工應有分階分級繼續教育制度，依專業資歷職級來處理不同業務。精神醫療社工與醫務社工的關係是合則能彼此凝聚力量，共識專業發展。

研究建構精神醫療社工為「綜融權變社工專業角色」。其基本條件是大學社會工作系畢業，具有社工師執業執照，在職場有分級進階訓練及評鑑，使其有持續專注職場動力的能量。區隔社工員與社工師之業務內容，並隨年資調整院內及院外服務工作比重。

關鍵詞：精神醫療團隊、健保支付制度、醫事人員、醫院評鑑、綜融權變社工專業角色

Abstract

Driven by governmental changes on medical policies, the once professionalism-focused and teamwork-renowned psychiatric medication model has also been changing among the evolving ecology of medical and health care system. The role and status of social workers in hospital have hence been affected. This research aims to explore the role dilemma and identification of cotemporary psychiatric social workers in Taiwan's medical system. Furthermore, it seeks to identify further paths of occupational development for frustrated social workers among the teamwork setup.

Results of this research reveal that there are multiple causes to the role dilemma of social workers: social workers are non-medical staff and the only member in a psychiatric team possessing no medical professional status, which further leads to the prejudice of uselessness of visiting certificate of social workers. Social workers are further heavily pressurised by disadvantaged performance scoring system due to the way hospital rewards contribution according to health care revenues attributed to members. Social work as a professional is stressful, high of attrition rate and exhibits staffing gap, these shortcomings further develop to a vicious cycle resulting in lack of professional confidence and weak role identification among social workers. On the other hand, hospital assessment and social worker appraisal committee's single minded emphasis on improving service quality, together also form another source of pressure for social workers who are facing short-staffing, wide variety of job demands and heavy and complicated workload. Under the performance pressure, should social workers identify themselves as exclusively for psychiatric hospital cases or open to undertake cases and commissions outside? This also forms a work ethical dilemma for the profession. Within psychiatric hospital, the relationship within medical team is biased more towards competition than to cooperation; when everyone only does their own assignments, members could become like workers of the assembly line of the health care system, lacking integration and continuity for holistic medical services for patients. In comprehensive hospitals, psychiatric social workers are gradually shifted towards the department of social work in the payroll, under the key concerns of the professional constraints developed in psychiatric social work profession.

The research conclusion is that: social worker licence is the basic threshold for social workers to be recognised as professional in the society, is the starting point to establish professional recognition in the society. The pressure from performance requirements needs to be appropriate to motivate social workers professional growth and establishment of professional responsibility and confidence, as it is necessarily critical. The establishment of objective

assessment metrics should be helpful to improve social workers service quality. Becoming professional medical staff has become the necessary career path for the majority of the interviewed social workers in order to settle in the hospital industry. A collaborative teamwork relationship with other members in the team should widen each other's professional horizon and encourage mutual growth. Social workers should have a graded further education system, and deal with different assignments corresponding to one's professional seniority. The relationship between psychiatric social workers and general medical social worker should be superadditive when together in unity and effectiveness, mutually constructive in professional development.

The research is also dedicated to conceptualise psychiatric social work as 'comprehensive dynamic social work professional status'. The fundamental requirement of this conceptual status should be college social work major graduation, qualified with social worker licence, instituted with graded further training in workplace so to ensure sustainable professional momentum moving forward. The distinction between social worker and social work professional should be established in terms of assignment nature, and the case ratio between in hospital and outside of hospital should be adjusted proportionally to the service tenure.

Keywords: psychiatric team, health care payroll system, medical staff, hospital service assessment, comprehensive dynamic social work professional status

目錄

第一章 緒論

第一節 研究背景.....	1
一、精神醫療社會工作在精神醫療體系發展之因素.....	1
二、精神醫療社會工作在台灣之脈絡.....	2
三、精神醫療社會工作之角色與任務.....	3
第二節 問題陳述.....	6
一、專業角色模糊.....	6
二、無主管單位可行政隸屬.....	7
三、主體性、法律性不足.....	7
四、社工人口群單薄.....	8
五、精神醫療團隊中專業劣勢.....	10
六、新管理主義績效無法彰顯.....	11
七、缺乏共識的社群與專業組織.....	12
小結.....	13
第三節 研究動機.....	15
一、我與精神醫療團隊：25 年精神醫療社會工作者之心路歷程.....	15
二、參與精神科醫院評鑑深刻體驗專業角色建立之重要.....	15
三、逐漸氣消勢弱之精神醫療社會工作者需要充權培力.....	16
四、社會工作專業實務者之志業使命.....	16
第四節 研究目的.....	17

第二章 文獻探討

第一節 精神醫療模式-團隊工作.....	18
一、團隊的意涵.....	18
二、團隊工作的運作.....	19
三、精神醫療社會工作者與團隊之關係.....	21
四、精神醫療團隊的權力結構.....	22
五、精神醫療社會工作者與團隊其他成員角色之差異.....	23
第二節 角色理論.....	26

一、角色理論的重要概念.....	26
二、角色理論處理的相關問題.....	28
三、角色理論與精神醫療社會工作者.....	30
小結.....	31
第三節 符號互動論.....	33
一、符號互動論的重要概念.....	33
二、符號互動論之研究重點.....	34
三、符號互動論與精神醫療社會工作者.....	37
小結.....	38
第四節 角色理論與符號互動論.....	40
第五節 精神醫療社會工作者的角色.....	41
一、社會工作者之規範角色.....	41
二、醫療社會工作者實務工作角色.....	42
第三章 研究方法與設計	
第一節 研究方法的選擇.....	45
一、質性研究--詮釋取向社會科學的應用.....	45
二、以質性研究探究精神醫療社會工作者之角色困境及定位的適當性.....	45
第二節 研究對象與概念性架構.....	47
一、研究對象之界定.....	47
二、概念性架構.....	47
三、研究之選取—立意取樣、選取標準、樣本來源.....	49
第三節 資料蒐集方法與分析.....	51
一、資料蒐集方法.....	51
二、資料蒐集工具.....	51
三、資料處理.....	52
四、資料分析.....	52
第四節 研究信度與效度.....	54
第五節 研究倫理.....	56
一、徵詢研究對象同意.....	56

二、隱私與保密原則.....	56
三、研究者態度.....	56
第四章 研究發現	
第一節 受訪者基本資料.....	58
一、基本資料分析.....	58
二、專業角色學習歷程.....	60
小結.....	64
第二節 精神醫療社會工作者角色.....	66
一、社工怎麼看自己角色.....	66
二、團隊他成員怎麼看社工角色.....	79
三、社工定位自己之角色.....	91
四、社工看自己、團隊他成員看社工及社工定位自己之角色.....	105
第三節 角色定位之影響因素.....	108
一、健保制度績效管理下的團隊醫療.....	108
二、全民健康保險制度對社工之影響.....	110
三、醫院評鑑制度對社工的影響.....	114
四、社工師法對社工的影響.....	120
五、社工職系隸屬之影響.....	124
六、社工納入醫事人員對專業角色之影響.....	129
小結.....	132
第四節 現階段精神醫療團隊.....	134
一、團隊運作模式.....	134
二、現階段精神醫療團隊圖像.....	137
三、社工在團隊中的角色地位.....	140
四、社工與團隊成員角色之關係.....	142
五、社工如何化解與團隊衝突.....	145
小結.....	148
第五節 社工之角色困境.....	150
一、國家政策鉅視面.....	150
二、醫療體系微視面.....	163
小結.....	171

第六節 邁向專業途徑.....	174
一、國家制度面.....	174
二、社工體系.....	176
三、精神醫療與醫務社工攜手邁向專業發展.....	193
第五章 研究結論與建議	
第一節 討論與結論.....	197
一、角色困境.....	197
二、角色定位.....	211
第二節 研究建議.....	220
一、實務界.....	220
二、學術界.....	221
三、專業組織.....	222
四、主管機關.....	222
第三節 研究限制與後續研究建議.....	223
一、研究限制.....	223
二、後續研究建議.....	224
參考書目.....	225
附錄一、精神醫療社會工作者訪談大綱.....	235
附錄二、精神醫療團隊其他成員訪談大綱.....	236
附錄三、訪談同意書.....	237
附錄四、敬邀精神醫療專家學者問卷諮詢函.....	238
附錄五、專家學者意見諮詢問卷.....	239
附錄六、專家學者接受意見諮詢問卷同意書.....	242

圖表次

表次

表 1-1 台灣社會工作專業人力各領域現況與推估結果.....	9
表 1-2 精神醫療團隊人力.....	9
表 1-3 精神科收費項目分析.....	11
表 2-1 社會工作者與醫護人員角色功能之差異.....	24
表 2-2 角色理論與符號互動論的比較.....	40
表 4-1 受訪者基本資料.....	59
表 4-2 精神科專業團隊他成員及社工專業團體受訪者基本資料.....	60
表 4-3 社工自己眼中與團隊他專業成員眼中的社工角色異同表.....	92
表 4-4 社工看自己、團隊他成員看社工及社工定位自己之角色異同表....	107

圖次

圖 2-1 工作角色的發展.....	27
圖 2-2 Mead 符號互動論體系的組成成分之全面性概觀.....	36
圖 2-3 社會工作人員角色組.....	42
圖 3-1 概念性架構.....	48
圖 5-1 綜融權變社工專業角色發展圖.....	219

第一章 緒論

第一節 研究背景

一、精神醫療社會工作在精神醫療體系發展之因素

(一) 精神疾患非單一因素致病

亙古至今，精神疾病就存在於人類社會，其引起的問題一直是個亟待關心的社會現象。當在討論「疾病」之時，通常會關係到兩個層面作為討論之議題，一是有關疾病「disease」本身，包括其成因、病理、診斷、治療及復健等；另一則是疾病「illness」，病患對其疾病的心理反應、態度、看法及處理方式等。一般在探討精神疾病之成因時，將其歸為道德觀念、宗教或宇宙觀念、生理因素、社會心理因素及遺傳因素（鄭泰安，1985；曾文星、徐靜，2005）。美國精神醫學會制訂之精神疾患診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM），即根據生物-心理-社會模式下的多軸向系統，做為精神疾病診斷之依據。

(二) 精神疾病需要團隊合作醫療

從臨床之立場，依病人的各種病情與治療所需，精神領域的醫療工作，特別是在住院治療與護理的環境裡，宜採取各種不同專業的醫護人員協同作業，包括精神科醫師、臨床心理師、護理人員、社會工作者及職能治療師等。各種專業者能發揮各個的特長與經驗，相互協調合作，產生最佳的醫療效率（曾文星、徐靜，2005）。由各種不同專業之醫療人員共同組成的團隊，以「團隊工作」協同方式，進行精神疾病醫療工作，團隊合作提供精神疾病患者完整的身-心-社-靈「全人」、相關所有家屬「全家」及從疾病發病-治療-復健「全程」的關懷服務，成為現代精神醫療最大之工作特色。

(三) 社會工作者是精神醫療團隊必然且必要角色

依據精神衛生法(2007)第三條：「精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，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，依照 DSM 的架構，以五個軸向，第一軸向：臨床疾患、可能成為臨床關注焦點之其他狀況；第二軸向：人格疾患、智能不足；第三軸向：一般性醫學狀況；第四軸向：心理社會及環境之問題；第五軸向：功能的整體評估，進行疾病之評估與治療。精神醫療團隊各成員就其自身之專業知能，共同收集病患之生理、心理及社會等功能資料、評估，醫師整合醫療團隊各專業意見，形成治療之計畫與執行，其中醫師、護理師、心理師及職能治療師只就病人本身之醫療、照護、復健作治療工作，而精神醫療社會工作者，特別就第四軸向的心理、社會、環境之問題處理，以及對病人之社會生活適應、照顧發揮專業的角色功能。

二、精神醫療社會工作在台灣之發展脈絡

(一) 與專業團隊同步發展的精神醫療社工萌芽期：1947-1985

台灣的精神醫療是移植美國的精神醫療模式。台灣精神醫療社會工作在 1947 年台大醫院精神科草創期，即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，世界衛生組織支持成立台北兒童心理衛生中心，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（黃梅羹，1996；吳來信、廖榮利，2005；李雲裳 2005）。此時期，精神醫療體系以精神分析學派為主流，重視病人之生理-心理-社會層面治療，恰好契合社會個案工作心理暨社會學派之應用，是一個充滿社會人文關懷的場域，團隊成員彼此間的業務無明確的規範，團隊成員皆可自由發揮、著力於其興趣主題，可說是精神醫療社會工作的萌芽與摸索期。

(二) 形式主義專業平等團隊合作的精神醫療社工發展期：1986-1994

台灣精神科醫院評鑑自 1986 年開始，研究者自 1989 年起即忝為精神科醫院評鑑委員迄今。起初由行政院衛生署辦理，於 1999 年轉委由財團法人醫院評鑑

暨醫療品質策進會辦理，每 3 年評鑑一次，即根據精神醫療模式五大專業，由醫師 2 名、護理、職能、心理、社工各 1 名委員，由其中 1 名醫師擔任召集委員，共同組成每梯隊評鑑小組，其中召集委員就醫院整體行政，而另五員就各自在自己專業領域之軟體、硬體設施、設備評量。醫師雖居評鑑委員之首，召集領導評鑑業務，但每位評鑑委員角色地位平等，發言權相等，各領域所佔評鑑分數比率等值。團隊專業彼此尊重、關係和諧，共同努力於精神病人之服務品質提升。此時期台灣的家族治療在精神科剛萌芽，社工在家族治療團隊（通常由醫師、護理及社工組成）擔任重要的治療者角色，社工不僅在醫院內角色活躍，當中，因精神病人回歸社區成為精神醫療世界潮流，行政院衛生署在台灣規劃 7 大精神醫療網區域，令各地區核心醫院積極推展精神醫療社區復健模式，社區心理衛生工作蓬勃發展，社會工作者在其中更是推展社區工作的主力角色，此期間，可說是精神醫療社會工作的發展期。

（三）新管理主義績效壓頂下的精神醫療社工衰弱期：1995-迄今

1995 年全民健康保險開始實施，健保改變過去醫療體制的運作，為抑制醫療費用的膨脹，嚴格審查醫療操作流程，醫療自主性與個別化因健保給付制度而改變，總額制度衝擊整個醫療專業結構，影響醫療生態及精神醫療專業間之合作。此時期，新管理主義浪潮襲捲整個醫界，尤其是公部門在政府要求法人化、民營化呼聲及經費自負盈虧下，強調效率、彈性、市場及消費者導向的信念，使得社會工作專業受到了巨大的影響。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，醫療服務輸送並非以病人需求為主要考量，而以醫院所訂定的優先順序或績效指標為主要導向，精神醫療社會工作雖然專業條件具備，卻在健保有限資源之協調及績效力求下倍受壓力，尤其在醫療法中不被規範為「醫事人員」的緊箍圈下，以「行政人員」定位，在健保收費點數漸漸失去專業空間，社會工作從精神醫療相關專業漸漸偏向醫療行政，成為精神醫療團隊中的專業弱勢（張玲如，2002）。在此同時，除健保給付制度、新管理主義影響，其中又受生物精神醫學抬頭，強調病人藥物治療，忽視社會心理動力，精神醫療社會工作縮小了專業舞台，是專業角色地位在團隊競合中充滿奮鬥、危機，須好好省思社工專業角色的精神醫療社會工作的衰弱期。

三、精神醫療社會工作之角色與任務

（一）行政到臨床治療的綜融性精神醫療社工

精神醫療社會工作者在公部門雖以公務人員國家考試及格之行政人員任用，實際卻從事精神病人之臨床治療工作。以行政院衛生署舊制精神醫療評鑑所規範的臨床社會工作專業服務項目，計有：1、心理暨社會診斷，2、家庭評估，3、家庭、婚姻治療，4、家屬衛教指導，5、個案輔導，6、注意個案身心及社會需要：(1) 病人獨立生活訓練；(2) 社交技巧訓練；(3) 心理演劇治療；(4) 家庭訪視、學校訪視、或機關訪視；(5) 個案管理。7、社會資源的運用：(1) 協助病患申請醫療費用補助；(2) 發掘社會資源；(3) 從事醫療及社會福利等相關機構之諮詢、照會與轉介工作及建立仁愛基金、倡導社區志願服務及其他等。2008年，新制精神醫療社會工作臨床專業服務評鑑，項目有：1、依病人需要制訂精神醫療社會工作計畫，2、依據計畫提供精神醫療處遇且紀錄詳實一對不同性別年齡群族或診斷別等病人群，提供多元且適當之處遇或治療模式，包括：個案工作；家族、夫妻治療；團體治療；社會心理教育(如家屬座談會)；社區復健方案；出院準備服務，3、檢討分析精神醫療社會工作部門之運作情形，4、積極針對病人家屬提供家庭支持性服務—提供有協助家屬了解有關精神疾病知識、照顧技巧、病人權益及精神衛生法、身心障礙權益保障法等相關服務方案，5、精神醫療社工人員能與社區連結，協助病人社會參與，6、對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫(醫策會，2009)。

綜合新、舊制醫院評鑑的精神醫療社會工作內涵，精神醫療社會工作者的主要任務有：1.對精神病人進行社會心理預估及處遇。2.對病人及家屬進行支持性、教育性、治療性之婚姻、家庭、團體工作。3.開發、運用社會資源，創造有利於病人治療、復健之環境。4.參與初級預防之心理衛生教育訓練工作。其工作是處理「精神疾病患者在環境中」有關從微視、中視、巨視層面及彼此相互交流間所產生的問題，著重焦點在病人之心理社會及環境的問題處理，服務對象不僅限於病人個人，尚包括與其生活緊密的家人、學校、職場相關人員。這種多層面、多面向的綜融性工作模式，就是與其他專業團隊成員，大多僅是以病患個人為焦點之處理模式最大不同之處。

(二) 跨領域跨社區由醫院到社區範圍的精神醫療社工

精神醫療社會工作者是兼具雙重領域的專精化社會工作者，其所需具備的能力除社會工作專業知識外，尚包含心理衛生及精神醫療專業知識(廖榮利，1993)。精神醫療社會工作的服務範圍，包括從機構內的精神病人與家屬到社區推展心理衛生初級預防工作。根據社會工作辭典的定義，精神醫療社會工作是精神病防治暨心理衛生服務中的社會工作實施。傳統的精神醫療社會工作主要是指，兒童心

理診所和精神病醫院的個案工作，精神醫療社會工作尚包括在一般心理衛生設施中的社會工作實施。精神醫療社會工作者是一種較深入和專門性的治療性社會工作專業人員，具備較豐厚及專業的知識、技術與性格特質(廖榮利、萬心蕊,2000)。近年來，由於性侵害犯罪防治法、家庭暴力防治法和兒童及少年福利法等各項法規對社會問題醫療化，賦予精神醫療更多治療性的業務，使得精神醫療社會工作者的業務範圍，超越傳統精神疾患及其家庭的服務工作，還包括性侵害加害人和家庭暴力相對人的社區處遇計畫，精神醫療社會工作者的服務內容及領域，已是跨領域、跨社區，由醫院到社區範圍的精神醫療社工。

第二節 問題陳述

由精神醫療社會工作之歷史回顧，精神醫療社會工作專業在台灣的發展，是與其他精神醫療專業團隊同步開始，在台灣社會工作發展史上，算是一個起步較早、具備專業條件的社會工作實施場域。1990年12月7日「精神衛生法」頒佈，其中第11及30條提及社會工作人員的職稱及任務。1995年，全民健康險實施，健保支付制度主導精神醫療院所如何對待精神病人之醫療模式，醫院管理模式績效掛帥，以所屬各成員在健保支付所得多寡，做為績效表現的核實依據，精神醫療團隊組織氣氛亦隨之發酵，團隊成員間專業競爭大於合作。1997年，社會工作師法頒佈，由於社會工作師證書由內政部頒發，與主管醫事人員的衛生署單位有所不同，對精神醫療社會工作者在爭取納入「醫事人員」之說服力仍有不足。工作被賦予專業技術人員任務的精神醫療社會工作者，卻在獎勵金發放時多數被認定為行政人員，精神醫療社會工作在績效獎勵上士氣受挫，專業角色地位曖昧。2004年，一群精神醫療社會工作者，為有利於向衛生署爭取醫事人員專業角色地位之緣由，而籌組「台灣心理衛生社會工作學會」，以尋求專業發展有更大空間。歷經多年，精神醫療社會工作者在團隊中的專業角色位置及在精神醫療體系之角色地位，是否有所改善及提升？以研究者參與精神醫療院所及復健機構評鑑觀之，顯然精神醫療社會工作在整體的內、外在環境趨勢氛圍，對精神醫療社會工作者之專業角色發展有諸多不利因素。以下將精神醫療社會工作者在專業角色發展所面臨之問題陳述於後：

一、專業角色模糊

(一) 民眾不認識精神醫療社會工作者

一般民眾對醫院專業人員的認知，除了醫師、護理師最為外界所熟悉外，其他專業人員之角色就顯模糊不清。醫院的社工，最常被錯誤認知的角色是志工，或是隸屬於社會局的社工。以研究者之自身經驗，當介紹自己的工作職場是在醫院時，第一個被反應聯想的，是以「性別角色」佔最大多數的「護士」，其次是「醫生」身分，當說出自己是「社工」角色時，普遍的回應是：那是在做甚麼的？是沒有領薪水最有愛心的志工？還是社會局派來的「社工員」？

(二) 醫院行政同僚認知為服務大眾的全能者

醫院分有行政與醫療兩大行政系統，在公部門，「社會服務員」、「社會服務室」在人事隸屬行政人員，卻實際與其他醫療人員在門診或病房從事病人與家屬治療工作。當總務室或住院室人員，一遇到有處理不來或是新工作項目時，第一個想到的就是「社會服務員」、「社會服務室」該處理，其理由是你們是「社會服務」啊！

公、私部門社會服務室（課）、社會服務員的單位名稱、職稱，是最容易讓一般民眾、行政同僚產生誤（偏）解、讓精神醫療社會工作者專業角色更加模糊的原因。

二、無主管單位可行政隸屬

在衛政體系，所有醫事人員皆納入醫事人員人事條例規範，並由其執業場所職業登錄於主管醫政部門，有關人員之考試、訓練、錄用及獎懲，皆有主其事之主管部門為其聲援，但也因此對於非規範在醫事人員條例的醫院社會工作師排除於外，當醫院社會工作師極力在爭取納入為醫事人員時，其卻以社會工作師證書由內政部核發為由，而認定醫院社會工作師非其主管人力；而係出內政部社會司核發、在醫院執業的社會工作師，卻又因為在衛生署所主管的醫療院所工作而被排除在其統計的社會工作人力。所以當在找尋醫療院所之社工人力時，在衛生主管單位的衛生署及內政部社會司官方網站都找不到有關醫院社會工作師之人力統計。從未正式統計醫院社會工作人力這一事實，突顯了雖然醫療團隊需要社會工作者參與服務，卻並不重視其人事制度的建立與發展。因此，精神醫療社會工作者就成為莫藜藜（2010）所描述、呼籲的「爹不疼、娘不愛，需要再被肯定與支持的醫院專業社工」。

三、主體性、法律性不足

醫療體系，特別是在台灣，都以醫師背景為最高行政首長的體制下，醫師當然成為團隊的領導者。團隊工作之運作，本身就是個複雜的程序，尤其由不同專業領域人員所組成的精神醫療團隊，在精神科醫師的主導下，精神醫療社會工作者處於競爭激烈的醫療環境中服務，面對由精神科醫師所領導的跨專業合作團隊，其專業角色的執行很容易受精神科醫師的影響。

台灣精神醫療社會工作的發展始於1950年代，其專業屬性可以由社會工作人員之職務任用，是為技術人員？或行政人員？及其職稱是為社會工作師？或社會服務員？而可窺知社會工作者在精神醫療體系之處境。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，缺乏專業區隔與不可取代性。精神醫療社會工作者主要是提供臨床服務，卻被歸屬於「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。陳永興（2003）認為：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」。

2006年修正的「醫事人員人事條例」第二條，所稱醫事人員，是指依法領有醫事專門執業證書，並擔任醫療院所醫事職務之人員。所謂「醫事專門執業證書」，在該條例第四條第二款明言，是指經專門職業及技術人員考試醫事相關類科考試及格，並取得中央衛生主管機關「行政院衛生署」核發之醫事專門執業證書者。由於所有社工人員都是經專門職業及技術人員社會工作師考試及格，取得中央社政主管機關「內政部社會司」核發之社會工作師證書。因此，在精神科醫院的社會工作師所領有的職業證照並非醫事專門執業證書，自然不被列在醫事人力。除了「醫事專門執業證書」之外，另一個條件是「醫事人員人事條例」中「擔任醫療院所醫事職務」此規範，因衛生主管單位認為社工所提供的服務不是「醫事職務」，而是行政工作（莫藜藜，2010）。

四、社工人口群單薄

隨著社會需求，國內醫療、社福領域社工人力逐年增加，近年，在教育、勞政與司法體系也增加社工的職缺。社工人力在各領域有不同的消長：心理衛生社工人數成長遲緩，但是新興的社工領域，例如學校社工、身心障礙、就業輔導、長期照顧等的社工人力需求持續增加。研究者整理自呂寶靜（2010）眺望 2020 年台灣社會工作專業發展之趨勢一文中的台灣社會工作專業人力各領域現況與推估結果（採中推估值），發現精神醫療社會工作者是社會工作領域中人數最少的一群，見表 1-1。雖然中華民國醫務社會工作協會於 1983 年成立，是台灣最早的社會工作專業人員組織，精神醫療社會工作專業發展在台灣亦起步較早，但在政府部門行政無隸屬、法源無根據的情況下，勢單力薄的精神醫療社會工作者，人微言輕，發聲力量薄弱。

表 1-1 台灣社會工作專業人力各領域現況與推估結果

領域（人數）	年度	2008 年	2010 年	2015 年	2020 年
老人福利服務領域(不含行政人力)		1198	1866	2714	3722
身心障礙福利服務領域(含行政人力)		1716	2833	3449	4208
兒童暨家庭福利服務領域(不含行政人力)及少年、學校福利服務領域(專責人力/社工人力)		1717	3293	2473	3070
婦女福利服務領域(含行政人力)		1510	2687	2773	2773
一般醫療		777	901	970	1045
心理衛生		425	623	688	760

資料來源：研究者整理自呂寶靜（2010）

再由精神醫療人力比較團隊中各成員之狀況，亦可觀知團隊成員近 30 年的成長狀況，精神醫療社會工作者之人力已是團隊中人數居最少數者，詳見表 1-2。在精神醫療界普遍採行新管理主義，以由健保支付所得來決定團隊成員的貢獻度，並依此做為績效獎勵的情況下，專業團隊成員除醫師握有高權力主導權外，其他專業團隊成員：醫療體系人數最多的護理人員，以其人多勢眾，工作依附關係，向來是醫師、護理同盟；與社會工作師法 1997 年同年立法通過的職能治療師法，及 2001 年還是其中有社工師友情支持而通過的心理師法，三者成員原為精神醫療生態中人少弱勢的同盟夥伴關係，也在此其間，各自以其專業組織為後盾，強力支持以專業化素質、驗名正身醫事人員，而將社會工作師排擠出專業角色邊緣位置。

表 1-2 精神醫療團隊人力

職別（人數）	1981 年	1993 年	2006 年	2011 年
醫師	168	481	733	1410
社工	33	137	418	488
臨床心理	24	124	426	525
職能治療	52	187	271	635
護理			4791	

資料來源：研究者整理自張如杏（2009）、衛生署精神醫療資源現況表（2013）

五、精神醫療團隊中專業劣勢

社會工作師法雖經立法通過，然社會工作師在醫療體系下，雖是專門職業技術人員卻不包括在醫事人員人事條例內，由於全民健康保險精神醫療支付標準大多以論量計酬，在此情況下，受診療項目次數限制，強勢團隊成員居於優勢角色地位，搶奪工作地盤而造成團隊成員彼此競爭衝突的現象。由研究者代表精神醫療社工，於 2002 年，南區精神醫學研討會中發表的「精神醫療團隊之困境-社工團隊」，研究者曾就全民健康保險支付精神醫療院所診療項目總計 26 項中，扣除藥物、使用器械等治療項目，以通用於醫療團隊中的 17 項診療項目對南部地區包括醫學中心、精神科專科教學醫院、區域醫院、地區醫院等 5 家做一調查，結果發現醫師可診療項目有：一般心理治療、特殊心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、會談治療、心理劇治療及家族治療等 8 項，心理師可診療項目有：一般心理治療、特殊心理治療、一般團體心理治療、特殊團體心理治療、智能評鑑、人格特質評鑑及心理測驗等 7 項；職能治療師可診療項目有：一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療及職能評鑑等 6 項；護理師可診療項目有：一般心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、會談治療及精神科特別護理等 6 項；社工可診療項目有：一般心理治療、一般團體心理治療、特殊心理治療、會談治療及家族治療等 5 項。精神醫療社會工作者在健保診療項目中，除家族治療（4 家）、一般心理治療（3 家）屬較被認可項目，不若其它專業大多有所專屬的診療項目，相形之下受限較多，顯示出在團隊成員中社工是屬較劣勢的專業角色。

2005 年，健保局推動總額預算制，將每項醫療服務賦予不同申報點數，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申報點數，精神專科醫師的收費點數最高，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，申報點數較低（見表 1-3）。目前，精神醫療社會工作者專屬的執行項目只有社會生活功能評估及家族治療，且次數受限。

表 1-3：精神科收費項目分析（以 2013 年為例）

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） 社會生活功能 評估（344）
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）	
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）	職能評鑑（687） 活動治療（108）	
團體生理回饋治療執行（129）	生理回饋治療評估與計畫（1031）	智力評鑑（687） 人格評鑑（859）		
生理心理功能檢查（344-430）	深度心理治療（1203-1718）	全套測驗（1375）		
心理劇治療（219）	精神科診斷性會談			
住院個案行為治療（52）	（1031-1375）			
行為治療評估（301）	藥物治療特別處理費（每日86）			
行為治療計畫執行（1203）	住院病人特別處理費（1031）			
特別護理每日（129）				

備註：（）內數字為健保支付點數

資料來源：研究者整理自健保局精神科健保申報點數（2013）

六、新管理主義績效無法彰顯

在新管理主義績效掛帥的思潮雲湧下，強調效率、彈性、市場及消費者導向的信念，使得社會工作專業掀起了巨大的轉變。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，醫療服務輸送並非以服務對象需求為主要考量，精神醫療社會工作者以「非醫事人員」的行政人員定位，在健保申報點數漸漸失去專業空間，精神醫療社會工作業務在健保績效無法彰顯的現象有（張玲如，2002）：

（一）無獨立自主的診療項目：治療項目必須經過醫囑，精神醫療社會工作

者無法獨立作業。

(二) 工作績效難以呈現：健保診療項目中，精神醫療社會工作者能獨立作業，卻無法獨立獲得支付，無法反應社工專業所應得之報酬、成本效益與成本支出難以平衡，在以績效獎金為獎賞報酬之醫院，精神醫療社會工作者所受到的不公平待遇更造成其心理創傷與士氣低落。

(三) 健保診療項目無法包含工作內容：精神醫療社會工作者在個案安置問題、經濟困難協助等，常需花費大量時間在機構間之協調、聯繫、轉介，解決了病患個人及社會環境上之問題，卻無法反映在社工的成本效益上。

七、缺乏共識的社群與專業組織

社會工作師法對建立台灣社會工作專業制度頗具貢獻，惟從立法過程開始，整個社工社群之間意見分歧，爭議不斷，突顯社會工作專業制度的建立是一條坎坷艱辛的歷程。各社工社群從己身角度出發，意見不一，在社工社群內部爭議尚符合民主機制，但在對外部之中央政府或其它專業團體時，如不能化異求同，取得對外一致之共識，卻只有削弱社工團體力量、徒增政府主管部門或其它團體的低貶。

社會工作師法通過後，取得社會行政高普考資格之社會工作者，在證照轉換過程，面臨行政與專業資格不一致，無法轉換。其他醫事人員在國家高普考類別屬於專門技術類，與證照同一類，在專業證照通過後，資格與高普考資格可以整合直接換證，社會工作師與社會行政高普考分屬專門職業與行政類別，無法流通。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角色地位、爭取增加健保申報項目與提高支付點數，專業與行政角色衝擊精神醫療社會工作對專業的思考。但因社工師錄取率低，許多精神醫療社會工作者未取得證照，而有社工師證照者，因初期尚可於證照取得 2 年後轉任至其他非醫療體系之公部門擔任行政職，證照反成為其任公務員之跳板。在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的情況下，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，然而在多數精神醫療社會工作者未取得證照的情形下，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。

當許多法規修法規定專業證照是進入專業的必要條件時，台灣心理衛生社會

工作學會與社工師公會竟在爭取醫院設置、評鑑標準時，主動放棄以社工師證照為基本條件，以此作為降低人力成本，爭取提高醫院社工人力。當醫院新制不再以病床數規定相對人力，醫院的行政人力將逐漸降低，專業人員可以透過醫事人員保障工作人力與薪資，精神醫療社會工作捨棄專業證照，並不能增加醫院聘用員額或保有現有的職務。因此，從薪資、健康保險支付點數與項目、專業地位的提升，專業證照對精神醫療社會工作的長期發展確實有其必要性，社會工作者因為考試的問題否定證照與專業，這種近視短利，更是令多年來積極努力在醫院推展精神醫療社工專業的研究者扼腕。社工師法通過立法，當時實務界與學術界都對法寄予厚望，期待這是推動社工專業發展的力量，當精神醫療團隊專業間競爭、利益衝突時，其他專業團隊結合其學會、學校老師提供相關說帖，爭取專業的發展空間與待遇，少數卻具有影響力或代表專業組織的社會工作教育者與實務工作者，卻對社會工作專業證照質疑，真是讓精神醫療社會工作者腹背受敵。

小結

精神醫療社會工作者在精神醫療體系，重視健保支付制度引導服務輸送、強調新管理主義「績效」決定優勢論、並在社工師專業證照不被認定醫事人員情況下，處在精神醫療團隊專業競爭中逐漸被邊緣化、內心倍受衝擊。精神醫療社會工作者面臨諸多角色問題，這些問題，對原先在台灣社會工作實務領域，可算是專業發展起步較早、共同開創台灣第一個社會工作專業協會、社會工作專業角色素被肯定及佔有社會工作實務領域專業優勢地位的精神醫療社會工作者，無異是處在專業角色尷尬、地位自尊受傷的精神醫療體系。而最大的影響則是社會工作在精神醫療領域的沒落，精神醫療社會工作除了在專業醫療團隊變成「無專業角色的角色」外，亦將成為社會工作實務領域中最失落的場域。

精神醫療團隊中處於弱勢的精神醫療社會工作者，如何積極地從社會工作專業本質、特性，找出一條能與其他專業團隊成員區隔、無可取代性的角色功能，成為當今精神醫療社會工作者、尤其是負有職權的精神醫療社會工作管理者應積極亟思的重大課題，此關乎著精神醫療社會工作未來專業發展的重要出路。困境、危機就是轉機、突破的時機。精神醫療社會工作者在台灣精神醫療團隊的角色，自發展起始直至今日，在精神疾病三級防治工作、精神醫療網絡系統，由直接服務、間接服務到合併服務所扮演的角色，充分發揮了社會工作由預防、發展、恢復到解決的功能。精神醫療社會工作者在精神醫療團隊是絕對有諸多的積極、主動專業角色，可在精神醫療團隊專業舞臺中扮演，成為團隊中一個傑出、擁有社工專業優勢、自信的助人專業者角色。

社會工作開宗明義，既是一門科學、亦是一門藝術的應用科學，這是門行動取向的專業，其內涵隨著當代社會現實的變動而與時俱進，既背負著人道主義的自我期許，卻又無法自外於社會大環境中的科學實證、管理主義的要求。精神醫療社會工作者如何在不斷變遷的醫療環境中，勇敢、自信的在專業團隊中迎接挑戰，為社會工作專業在精神醫療體系開展出一片新局，社會工作者之專業角色定位是首要課題。精神醫療社會工作者專業角色的發展危機，在在顯示精神醫療社會工作者在專業發展上的問題之嚴重性，更突顯本研究之重要、必要與迫切性。探究「精神醫療社會工作者的角色困境與定位」，關乎著精神醫療社會工作在專業團隊之永續發展，故成為研究者在此實務領域中首要之關注議題。

第三節 研究動機

一、我與精神醫療團隊：25 年精神醫療社會工作者之心路歷程

1980 年，因緣際會初入南部最大、歷史悠久的精神科專科教學醫院，在一個充滿人文關懷、自由開放，沒「制式」規範的杜鵑窩裡，院長「家長」式的領導作風，團隊成員「平等」、彼此「尊重」。沒有「白袍」的壓力，誰是工作人員？誰是病人？有時還真讓「外來者」分不清楚。在「自尊、自重」、輕鬆的氛圍中，「做中學、學中做」，團隊定期由醫師主持的讀書會、個案討論會，也吸收了不少精神醫學、精神分析學派個別心理治療、婚姻治療、心理演劇、團體治療及家族治療等知識。在那個不計較時間、醫療成本的年代裡，案主（包括家屬）是我們真誠關懷的「白老鼠」，團隊成員或醫、病之間，彼此是真心的人性流露。也就是這種對人的價值信念，讓研究者找到一處可以安身立命之工作場域。

1990 年代，「以病人為中心」、「回歸社區」是世界潮流，衛生署積極推展精神病人社區復健方案實驗計畫，大力培植精神醫療人員，以團隊模式輪流派遣核心醫院團隊成員至加拿大、美國取經。在林宗義教授及林李美貞女士的精心規劃下，團隊成員都能在歸國後積極發展出該院的社區復健模式並成為每年衛生署舉辦精神復健研討會各家爭鳴的特色。社會工作教育及業務範圍之故，社工專業角色被賦予開發社區復健業務，成為團隊中最被看重也最可依賴的重要成員。此時期，開始對精神醫療院所評鑑，重視硬體設備及人員設置結構面的保障與服務品質的提升，形式主義專業平等的醫療團隊，成員間彼此尊重、關係和諧，共同努力於精神病人服務品質的提升。

2000 年代，新管理主義風行、民營化走向、健保支付「績效」管控專業成效表現，醫療生態斐變，醫療專業本質受到干擾，在充滿緊張壓迫的精神醫療環境裡，團隊成員間競爭大於合作。成員間在搶食健保小餅之際，醫療院所讓病人機構化的作為日益嚴重，社工專業倫理受到極大之挑戰。而在專業爭奪治療項目之際，在法源「非醫事人員」的解釋下，精神醫療社會工作者原有的專業地位急速被矮化、工作士氣掉落谷底。

二、參與精神科醫院評鑑深刻體驗專業角色建立之重要

在以證照認定是專業素質最基本條件、各專業競爭大的醫療環境裡，要在團隊中要求被公平、正義有尊嚴對待，與其他皆領有國家師級執業執照的專業團隊成員平起平坐，精神醫療社會工作者當然是無法自外於社會工作師法、不自擁有

社工師執業執照。專業是職業專業化的必然結果，是擁有某種特殊知識技能的職業團體，精神醫療（心理衛生）領域已是社會工作師所規範的五大專科社工師之一，唯有在專業的養成、訓練及專業證照的建立上，透過證照制度使專業條件成熟，才能在立足點上、以集體的力量爭取工作、福利與自主權，否則精神醫療社會工作者在團隊中爭取健保項目及點數的發言權，勢將越來越微弱，而在精神醫療團隊中的角色地位終有被取代的時候。

三、逐漸氣消勢弱的精神醫療社會工作者需要充權培力

社會工作者的專業教育養成過程及實務工作中，不斷的呼籲、賦予我們，要對服務使用者「賦權」、「充權」、「增權」(empowerment)，當社會工作者自己的專業自我及專業能量卻是不足，尤其是在備感壓迫的精神醫療團隊中的時候，當身為一個並期許自己是一個有能量的助人專業之精神醫療社會工作者時，該用甚麼角色能量來面對弱勢中的弱勢—精神病人及其家屬服務群體？故要成為一個健康有能量的助人專業者，首先要自我培力增強權能，在專業醫療團隊中能展現社會工作專業自信及發揮社工專業魅力，在面對其他專業醫療團隊時，能貢獻社工無可替代之專業角色功能，在團隊中不再是個受盡壓迫無地身處的精神醫療小社工。

四、社會工作專業實務者之志業使命

研究者以台灣社會工作老兵自居，且是與台灣社會工作發展同時並進，把社會工作當成是自己的「志業」。在精神醫療領域 25 年，其中 20 年忝為精神醫療專科教學醫院社會工作部門的管理者，除不斷戮力在社會工作專業之發展，並將「社會服務室」、「社會服務員」組織修編正名為「社會工作科」、「社會工作師」為己任，在僵化的公部門行政體系，好不容易在 2001 年組織修編完成，但卻阻礙在人事部門對醫事人員之解釋，始終無法提升職等與其他專業團隊並列，這是讓研究者深以遺憾，並認為是有礙精神醫療社會工作者專業發展、職涯規劃最大的障礙。歷經全盛到看到逐漸弱勢的精神醫療社會工作者，又豈能坐視精神醫療社會工作者在專業團隊中的角色困境。發展社會工作者在精神醫療團隊中有效、可行的行動策略、建立精神醫療社會工作者永續發展之專業角色，始終縈繞在研究者腦中。藉由深度訪談精神醫療社會工作者及醫療團隊其他專業成員，整理、建立社會工作者在精神醫療團隊中的有力角色地位、幫助精神醫療社會工作者尤其是新進社工，能輕鬆自如的展現專業自我面對團隊成員，這是研究者深以自許的任務。

第四節 研究目的

精神醫療社會工作在台灣的发展，是與其他精神醫療專業團隊同步開始，在台灣的社会工作發展史上，算是一個起步較早、具備專業條件的社会工作實施領域。然有關精神醫療社會工作之學術研究較少，在當今面臨精神醫療團隊其他成員對其專業角色之質疑、精神醫療社會工作者深感角色被壓迫的時刻，本研究更具有意義與重要性。

本研究藉由角色理論，探討精神醫療社會工作者怎麼看自己角色？團隊他成員又怎麼看社工角色？兩者對精神醫療社會工作者之角色觀點差異如何？藉此釐清彼此對社會工作者之角色期待、及其差異處。並藉由符號互動論，探討精神醫療社會工作者在團隊中與其他專業成員互動過程中，如何詮釋並定位行諸出社工的角色。期望本研究能勾勒出精神醫療社會工作者之專業角色，協助精神醫療社會工作者建立專業自信，並找出社會工作在精神醫療團隊中的桃花源。

歸納本研究之目的有：

- 一、瞭解精神醫療社會工作者怎麼看自己角色。
- 二、瞭解團隊其他成員怎麼看精神醫療社會工作者角色。
- 三、探討精神醫療社會工作者與團隊他成員互動中怎麼定位自己社工角色。
- 四、瞭解現階段精神醫療團隊運作之樣貌。
- 五、探討精神醫療社會工作者在團隊中的角色困境。
- 六、建構精神醫療社會工作者專業角色發展。

第二章 文獻探討

精神醫療社會工作專業在台灣的發展，是與其他精神醫療專業團隊同步開始。在現今精神醫療體系，重視健保支付制度引導服務輸送、強調新管理主義「績效」決定優勢論、並在社工師專業證照不被認定為醫事人員的情況下，精神醫療社會工作者在團隊業務範圍競爭中，專業角色逐漸處於弱勢與被邊緣化。本章擬從團隊工作之運作及權力結構探討團隊成員的角色，社會工作者與團隊其他成員之角色差異；以角色理論的重要概念瞭解精神醫療社會工作者之角色；再以符號互動論之重要概念，探討精神醫療社會工作者如何在機構與之互動成員間形塑出其角色執行。期望藉由這幾方面的文獻探討，對所研究的「精神醫療社會工作者之角色困境與定位」有清晰之分析脈絡可尋，並有助於精神醫療社會工作者在專業及自我層面能有成長。

第一節 精神醫療模式-團隊工作

一、團隊的意涵

團隊是一小群擁有充分不同技能的人，願意相互給與承諾，去完成共同的目標，並且在過程中相互負責（黃源協，2010）。由此意涵，團隊成員是具有充分的專業知能、彼此承諾、及相互負責為共同的任務目標而努力，此是專業團隊運作的特性。為了達成目標，每位團隊成員貢獻自己專長，扮演好自己專業角色，彼此在團隊中溝通協調、分工合作，並為團隊目標的達成與否，共同承擔成敗責任。團隊的定義會隨著各領域的差異而有所不同，但團隊多是為解決多元而複雜的服務對象問題所組成的工作團體，成員係來自不同的專業領域，彼此透過專業分工、協調與合作的方式，致力於共同確認的工作目標。本質上，人群服務專業間的合作，是身-心-社-靈全人之照顧實務中不可或缺的要素。

專業團隊合作可避免服務提供的零散、重疊，增進資源使用的效率，並提昇服務輸送的品質，有效善用團隊成員的專業知識與技術，並發揮員工的潛能。透過整體計畫及目標導向的服務輸送，減少服務的鴻溝和間斷。團隊成員彼此工作目標分享，有助於專業角色和任務的分工、協調與整合，專業間相互支持、任務互依，除可增進工作目標完成，並因此在完成任務的過程中所培養出的情感互依（凝聚力），營造出更令人滿意的工作環境，將更能發揮人群服務所強調的：提供高品質的全面性、連貫性、完整性的全人、全程的服務輸送。

精神醫療專業團隊，每個成員來自不同的專業訓練背景，各自擁有其專門獨

特的專業知識、技術和資源，在致力精神疾病患者的治療及其相關工作上分工合作，透過成員間不斷的討論、溝通及協調來達到團體的目標，以提供精神病患生理、心理、社會全方位的完整服務，精神醫療團隊通常所指的成員包括：醫師、護理人員、社會工作者、臨床心理師、職能治療師。在傳統的跨領域合作、照護多學科專業教育中，其核心知識及態度是團隊成員以各自專業知識為主體出發，明確彼此角色邊界以釐清責任歸屬；世界衛生組織於 2010 年宣達：「專業間教育」，其核心知識、態度與技能是：同時接受專業知識與團隊準則引導，認識夥伴角色及其範疇功能，以團隊技能發揮團隊照護效益，其目的在藉由教育培育出「具備合作與團隊照護能力的醫療專業人員」，來達到跨領域團隊合作照護，最終進而提升醫療照護品質。此教育方式（周致丞，2011）歷經數十年之實證研究已證明其成效，將成為現代跨領域團隊工作教育之趨勢。

二、團隊工作的運作

醫療團隊運作最主要的功能在提供服務對象高品質的全面性、連貫性、完整性的全人、全程服務輸送。但在團隊工作的運作過程中，由於各領域或有彼此認識不清或工作界限模糊的部份，易造成團體成員角色模糊或工作效能的降低。團隊的組成到工作過程，莫藜藜（1998）歸納 Lowe、Herranen 及 Germain 的看法，認為團隊工作發展的過程，從逐漸熟悉、各自為政嘗試錯誤的階段，到集體的不作決定，之後，面對危機階段，解決問題階段，最後才有團隊的維持階段。陳璋璋（1986）將精神醫療團隊發展的過程，由團隊組成至彼此合作到功能的統整，分為：初期認識、角色辨別、工作結構化、阻抗現象、不安氣氛、妥協階段及統合功能七個階段，其所分析之團隊發展過程，至今仍為團隊運作發展之重要歷程。茲將兩者的觀點整合，團隊運作之過程如下：

- （一）初期認識：開始階段，團隊成員逐漸熟悉，各領域成員相互認識，以個人資料為主，包括個人、家庭及社會背景、個性、學歷、資歷等。團體領導者由地位較高的人擔任，精神醫療團隊通常是醫師擔任。醫師的領導型態可能由專制到民主風格，團體的互動是有禮的、非個人主義的，對服務對象處置，可能由某個專業者個人所訂立，而缺乏團體的一致協調，個人的情緒會被壓抑、中和，因而團體的衝突少。
- （二）角色辨別：各自為政、嘗試錯誤的階段，此時期，成員能認知到協調治療計畫的需要，逐漸看到個人在團隊中的角色，個別成員會去尋找聯盟，若能與某人性格相容，則會遠離那些難以相容的人，在此階段，成員會開始試探彼此的差異。但領導的角色、決策方式和團體規範與第一階段相似；在情緒方面，成員會有明顯的彼此懷疑現象，尤其是在自己的領域防衛上，

深怕別人之侵犯。各專業習慣性的表現自己專業的功能，以致呈現出焦慮的情緒和競爭的氣氛；專業彼此之間企圖劃出明確的界線。

- (三) 工作結構化：團隊醫師負起運作團隊的責任，團隊成員彼此界定其角色及運作範圍，如社會工作者能為病人提供什麼？在團隊中發揮什麼功能？任務又為何？在此階段，團隊領導者能以許多不同的方式協助團隊內的溝通，利用團隊個案會議討論病患的問題、透過團隊討論會議來協調彼此的看法。成員在此時期，集體的不作決定，避免直接的衝突，並儘量尋求角色的平衡，次團體的界線開始明顯的發展，而在決策上常是假裝一致性。角色衝突開始出現，但未直接加以處理，規範促使個別成員服從團隊，暗地裡生氣，且團隊士氣低。
- (四) 阻抗、不安氣氛：產生阻抗的相關原因可能在於彼此的概念、技術及所用的術語不同而產生摩擦，如社會工作者個案工作方法與臨床心理師心理治療的差異；或者個性間存在的差異，如不同個性表現在敏感度、攻擊性、溫和性上；另外可能發生人事變動。面對危機階段，由於集體的不作決定，使得團隊產生危機。此時期，成員會更嚴格的劃分界線，深怕別人越界。成員亦能開始去處理本身負面的情緒。此階段因訊息的不足、意外的延遲溝通，都易造成不安，亦因此使團隊成員彼此猜忌不信任，使問題得不到滿意的解決。
- (五) 妥協、解決問題階段：個人化減低後，個人才能開始注意彼此所擁有的知識、技術，及對病人的貢獻，團體成員瞭解到其他人可以如何提供服務，以完成共同的目標。解決問題階段有開放的溝通、分享領導決策和責任。個人和團體都有較高的生產力，情緒亦因而出現滿足的現象，成員已確實認識到彼此的差異和各自的專長，並開始試圖整合，並發展出共同的語言，對團隊產生滿意感。此階段，團隊成員逐漸能向領導者表現訴苦，不可信賴及批評，成員會開始改善溝通，形成有功能的團體。
- (六) 統合功能、維持階段：團隊成員處理臨床問題，某一成員的困難變為團隊的困擾，某一成員的成功歸因於團隊的成就，而逐漸發展出成熟的關係，團隊成員對彼此的工作角色、專長有所認識，也能瞭解彼此重疊之部份及限制，互相接納及支持，整個團隊能有效積極的運作。

團隊過程的發展是配合團隊成員對相互之角色與功能的瞭解，以及經由衝突管理來解決專業間的競爭，團隊行為的規範被強化、確認以及彼此的相互接受，以促進工作的進展，成員間積極從事資訊交流發展出共同的語言，團隊能積極的管理其內部衝突，成員能認知且尊重其他成員的觀點，以妥協與交涉的方法對複雜的事物訂定處理與分析的優先順序。不同的醫療專業人員聚集一起，並不保證

就能行使專業團隊的功能。Handsley等人（2009）認為一個專業性團隊應具備：凝聚力、溝通、角色明確性與目標明確的特質。就團隊的成員而言，需要懂得其他專業的角色功能，進而尊重別的專業。

團隊運作過程中，由於各專業之間存在著本質上的差異，持本位主義是常有的現象，而非以服務目的作為主要的出發點，通常這些差異及障礙包括：專業角色不同所產生的差異性、對其他專業所持抱的刻板印象、工作項目的優先順序的不同、缺乏專業間的共同訓練、專業間不同的地位與權力、專業用語上差異及專業服務界定糊模（呂寶靜，2002）。團隊工作的原則是每個成員皆要有明顯的貢獻，但要完全劃清各自的工作領域並不容易，因為各專業間不可避免的都具有模糊的重疊部份，如會談治療等服務可能是由社工師也有可能是由心理師執行，護理人員可能在照顧過程中也發現家庭因素對於病人治療的重要性，處遇上也納入家屬的面向。故專業之間分工若未能明確，易造成合作上的障礙，其解決亦有賴團隊間彼此的溝通與協調。

三、精神醫療社會工作者與團隊之關係

精神醫療團隊其專業化工作使知識與技術快速發展，並藉由分工來達成高度效能，使各專業的獨立性與特有之功能，藉由相互依賴的運作程序，達成以合作取向的管理目標。但各專業人員有可能為確保自身的工作範圍和維護專業本身的存在地位，並爭取各專業成員的優勢權與社會尊嚴而有所衝突。阻礙團隊工作或衝突的因素，一般認為（廖榮利，1993；馮怡菁，2001；Berger等，2003；劉佩芬等，2006）有機構、團隊內及團隊成員個人等因素，茲分述如下：

（一）機構因素：由於團隊各專業教育及訓練方面的不足，而造成各種專門醫療及技術人員對人普遍欠缺完整的知識和瞭解，彼此角色認識不清，因此在醫院中往往只有分工而無合作，醫院上層缺乏團隊工作之瞭解，因而有關團隊的計畫或研究造成阻礙，且醫院未充分的發掘、利用、分配現有的各種醫療人力，缺乏對個別成員的潛能認識。

（二）團隊內的因素：

1、角色方面—角色有重疊的現象，由於來自不同的專業背景，對彼此專業角色不明瞭，期待也不一致，這些問題會導致團隊內的衝突，甚至會使專業成員建立自己的專業領域，將病人分為數個部分，各自依不同專業各自照顧或做自己的治療。

2、溝通方面—成員有心理過濾作用，即在傳遞消息的過程中，接受訊息的可能依個人偏好、價值觀念、參考架構、心理防衛，或因外在環境因素

而對溝通者的意念產生某種程度的差異，以及溝通的曲解。亦即團隊成員是由不同專業成員組成，會因為專業所使用的術語不同，而使得溝通的雙方無法明白對方的意思，更因而阻礙團隊功能的發揮。

3、領導模式方面－在醫院結構中，醫師的權威高過一切，醫師大多是帶有權威的領導者，多半無法接受、採納其他專業成員的意見，以指揮支配其他團隊成員，所以常因領導方式不妥而造成團隊工作氣氛不良，而阻礙團隊功能的發揮。

(三) 個人因素：在年齡方面，年齡愈高，團隊情感滿足程度愈高，團隊溝通及角色的困難會愈低；在教育程度方面，教育程度愈高，溝通與角色的困難度也會愈低；在經驗方面，在團隊的經驗年數愈多，感受團隊的溝通和角色的困難也會愈低。

Bentley等(2005)研究報告指出精神醫療社會工作者之工作能力及執行適當成功的關鍵因素是在與同僚及病人工作交流中渴望看到改變，其建議除精神醫療社會工作者提升工作能力外，最重要的是應加強與主治醫師間的專業溝通頻率。Marriott等(2004)對188位精神醫療社會工作者研究，顯示工作滿足首要決定於所處職位的滿足，職位滿足與其他領域對精神醫療社會工作者的職業認可有關，而非基於其他特別的工作任務，團隊合作是精神醫療社會工作者工作滿足的重要因素，且精神醫療社會工作者的自主性與價值決定於所處特定團隊合作的關係。

精神醫療機構皆是透過專業醫療團隊的合作來為病人提供服務，醫療團隊經由定期的團隊會議、個案討論會來加強彼此的溝通，並使得精神醫療團隊成員的接觸較為密切，團隊其他背景的專業人員也因此較容易對社會工作者的角色有更深入的瞭解，但也可能因此而有衝突的發生(Saleebey,1996)，故社會工作者在精神醫療團隊中，要清楚自己的角色定位，並在團隊的合作過程中不斷的向其他成員澄清自己的角色和功能，以加強精神醫療社會工作者和團隊的合作關係。

四、精神醫療團隊的權力結構

團隊的權力結構對其中的成員具有相當的影響力。每個成員在權力結構的位置會決定他該做些什麼？他的自主性有多少？以及他是否容易受到不合理的控制？權力較大者對於團隊成員有其自主與改變的力量；反之，權力較小者因為其位置無法提供充分的自主性，使他對工作上的期望常受到阻礙與挫折，對團隊目標所作的貢獻亦不易受到肯定與重視(張馥媛、黃光國，1995)。換言之，團隊成員在精神醫療團隊中的權力結構，成為其自主空間與挫折高低程度的指標，亦成為衝突來源的重要因素。

精神醫療團隊的領導者角色通常是由醫師擔任，醫師必須擔負起醫療病人的法律責任，故醫師具有較大的權力，對於其他專業團隊成員是否介入治療過程，醫師通常具有決定權，並具有較大的自主性以達成醫療工作之目標。其次，護理人員在醫療體系是佔所有醫療人力的絕大部分，可說是醫療團隊中人數最多的社群，更是與病人接觸最為直接、時間最為長久的團隊成員。然而，在傳統的醫療體系，常將護理人員視為是依附在醫師、遵從醫師指令（by order）而存在的角色，因而未受到應有的重視。精神醫療團隊中的其他成員：社工師（員）、臨床心理師以及職能復健師被歸屬為醫療團隊中的附屬性角色。

顯而易見，醫師與其他醫療團隊成員形成領導者與被領導者的上、下角色結構，因此，醫師的領導模式與團隊運作有著關鍵性的力量。權力結構下的醫師，是使精神醫療團隊其他成員之意見的參與程度，成為主要的決定關鍵。團隊工作成員間互有重疊，彼此的溝通協調有利團隊功能的發揮。醫師的領導角色關乎團隊工作的成效，理想的團隊領導者是能發揮協調的功能，使團隊各專業都能得到均衡發展。

長期以來醫療團隊以醫師為主導的情形，往往導致對其他專業的干擾，造成其他專業之自主性降低（潘淑滿、葉明昇，1999）。相關研究指出臨床心理師在醫師主導的權力架構下，由於自主性較低，可能因而低估自己的角色，對自己產生較低的角色期望，甚至降低了自己原本可能提供的貢獻（張馥媛、黃光國，1995）。相同情況，精神醫療社會工作者是否亦有可能在「上對下的權力結構團隊」中產生類似的情況。在實務領域中，社會工作者在團隊討論會議中，或與醫師溝通時，對於醫師的專業權威多少會感到有點距離與畏懼，特別是新進的社會工作者。許玉如（1999）研究指出社會工作者參與醫療團隊一段時間後，漸漸地體會到團隊成員互動優先順序原則，社會工作者首先會以聯繫層次較高的主治醫師為先，而醫療方面的事情則與總醫師或住院醫師溝通，若無法溝通時，則請護理長扮演中介者。換言之，醫療團隊成員在溝通過程中亦出現位階的權力結構關係，而這樣的「上對下」次序規範，可能降低了精神醫療社會工作者參與團隊的自主性。

五、精神醫療社會工作者與團隊其他成員角色之差異

精神醫療領域啟用社會工作者與歷史背景有關，當第一次世界大戰爆發之後，美國醫學界的醫護人員被調到歐洲戰場服役，醫師人手不足。在此情況下，精神科乃採用一些女性工作人員協助醫療工作，特別是針對病人的家屬做輔導與諮詢工作，希望透過家屬來進行病人的治療與康復工作（曾文星、徐靜，2005）。故

社會工作者在精神醫療團隊中是較慢加入的角色。

Mizrahi&Abramson (1985, 轉引自秦燕, 2009: 127) 認為醫學與社會工作在專業訓練與社會化過程、專業知識和專業肯定、對病人角色權力、團隊工作認識及對社會工作者等角色功能都有差異。茲將社會工作者與醫護人員角色功能之差異整理如表 2-1。

表 2-1、社會工作者與醫護人員角色功能之差異

角色功能異同比較	社會工作者	醫護人員
工作重點	注重個人及整體環境的福利，接納個別差異	重在病理、疾病及治療技術的發展，易將病人標籤化
專業知識背景	行為科學，注重價值勝於事實，重視過程大於結果	病理生理學方面的知識，重視事實與結果
對病人角色及其權利認識	是病人的諮商者、服務提供者與協調者，鼓勵病人自我決定	扮演病人的治療者與決定者，通常決定病人的治療並傾向要求病人配合
對團隊工作關點	強調支持、問題解決、團體動力及系統分析	醫師較著重自治、自律及自我依賴
社會認可程度	受到中低度的專業肯定	醫師受到社會高度的專業肯定；其他工作者則受到中低度的專業肯定

資料來源：研究者整理自 Mizrahi&Abramson,1985，轉引自秦燕，2009：127

由上表可知，社會工作者與醫護人員的專業知識養成、工作重點、對病人的角色及其權利認知、對團隊工作觀點以及被社會認可的程度皆有不同程度的差異。謝伶瑜、王靜枝 (2007) 比較台灣精神科居家治療團隊之角色功能，其中，醫師角色是：診斷者、開立醫囑者、共同合作者；護士角色是：評估者、教導者、轉介者、提供諮詢者、共同照顧者、危機處理者、傳遞訊息者、病情追蹤者；社工師角色是：評估者、溝通者、資源轉介者、危機處理者、心理諮商者。檢視上述團隊成員之角色功能，醫師除仍是病人疾病診治者之角色無可替代，護士與社工師之角色功能已多有重疊處。近年來，醫療體系重視顧客服務導向、各醫療成員亦強調「人性化」及「全人」服務理念，在專業通識及價值理念上已漸趨一致，精神醫療社會工作者在團隊中，由於其所受之專業訓練及價值體系背景，更可突

顯其在團隊中的重要角色。

第二節 角色理論

一、 角色理論的重要概念

社會學家林頓（Linton）定義角色是依地位而來的行爲模式，角色是地位的動態展現，隱含著權利與義務的觀念，其內涵為社會的期待和行爲的規範（王行，2000）。角色理論是討論有關人與他人的互動，以及他人的期望和反應如何引發人們以特殊的方式回應。它假設人們在社會結構中佔有特定的位置，每一個位置都帶有一個相關的角色；角色是由一組與該位置相關的期望或行爲所組成，只有在互動關係中才有意義且才能被確定（Payne,2005）。角色理論強調一個人由於有角色取得的能力，因此能夠站在他人的觀點來擬想他人對自己的期待，且根據他人的期待來調整自己的行爲，使自己看起來能符合他人所想像的樣貌。至於一個人的角色概念及形成過程，可以從結構面和過程面向探討（林東龍、范麗娟，1998），結構面論述：社會結構是決定角色形成的重要因素，個體在社會相互連繫的網絡中扮演各自的角色，個體聽從權威者的命令，照著權威者的角色期望來扮演，故此著重於探討個人如何將期待內化成行爲，以及個人將自己與他人的期待相互比較等。過程面則認為：角色是協商出來的，不是將規範所期望內化而來，個體在日常生活中透過與他人的互動才能產生出自己的角色，故此著重於探討人們行爲與互動中的一致性如何。

有關角色理論的重要意義概念，綜合各家學者對角色理論之論述整理，茲陳述如下（簡春安、趙善如，2008；DeLamater & Myers,2007；王以仁，2007；Payne,2005）：

（一）角色期待（role expectation）

係指在角色意識內，對個人代表著一套固定的行爲模式，是其置身於社會生活中應表現的行爲，也同時為社會大眾所期待。亦是指社會對於某一特定身分者，所抱持的一系列期望行爲、權利與義務，是一種被期待表現的行爲；也因為有角色期待才讓一個人知道自己在不同角色上應表現何種行爲、態度及特質。因此，角色期待的功能在於使一個人的行爲有所指引。角色期待有兩個來源，其一為個人本身對角色的期待，亦即自己認為具有該角色者應該有何種行爲表現；另一個角色期待的來源是來自於公眾對某一個角色的期望，這兩者之間不一定相同；也有學者認為角色期待來自四方面：1、規範，是來自於社會文化的期待，2、自己，是自己對於要扮演的角色所希望達成的行爲，3、他人，是個人生活中的特定他們對於此角色的期待，4、參照群

體，是個人所屬族群的期待。角色期待是我們對於某一角色的預期行為，包含自己本身與他人對自己所期望扮演的角色。

(二) 角色知覺 (role conception)

指個人對所託付的角色之想法，稱之為「角色知覺」。角色知覺是個人對角色的主觀看法，而角色期待是一種客觀上對角色的認知；兩者有密切的關係，若角色知覺與角色期待差距太大，就可能產生不適應的問題。

(三) 角色認知 (role perception)

指個人在社會上對於所扮演角色的認知與判斷，也可能包括對此角色行為的社會標準的認知。

(四) 角色接受 (role acceptance)

指角色的實際執行，亦可說是個人確實行使其角色義務與角色權力的行動。角色接受是一個人對其被付託之角色所願意接受的程度。

(五) 角色取得 (role taking)

表示個體接受某個角色所賦予的權利義務，並且準備行使這個角色。當一個人接受了社會對某一角色的期待，在行為上才會表現出合乎他人期待的行為，而這種為了行使角色而表現的實際行動稱之為角色履行。如果角色期待與角色知覺差距太大，且個人又不願接受社會對該角色的期待，那麼他就不會去執行社會認為該角色應有的行為。

工作角色的發展分為四部分 (Kahn,1964) 如圖 2-1 所示：

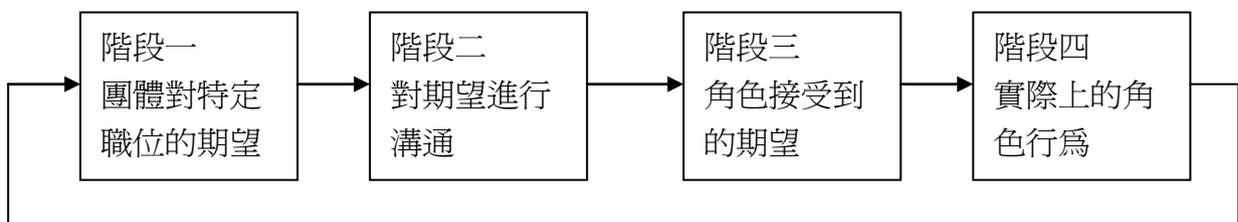


圖 2-1 工作角色的發展

從第一階段組織團體成員對特定職位形成一種期望行為或評估標準到第四

階段角色實際的行為，整個過程是持續不斷的，會一直循環到角色接受者的實際行為和團體期望一致或直到團體的期望改變為止(劉麗娟，1995)。第一階段和第三階段在性質上是屬於認知的部分，即他人認為該角色應如何行為；第二與第四階段是可觀察到的行為，包含角色傳遞者與角色接受者之間的溝通行為與角色接受者的實際行為 (Kahn,1964)。

綜合以上有關角色之論述，角色是由一組與該位置相關的期望或行為所組成，而在互動的關係中顯示出其意義並被確定，故角色的結構是由自我認知與執行及角色期待與角色行為(表現)組合而形成其外顯的面貌 (what)。精神醫療社會工作者在精神醫療體系的實務工作，亦在團隊工作的運作過程中，認知並接受團隊成員對其之角色期待而執行出其工作角色之實際行為。

二、 角色理論處理的相關問題

個人對於角色的要求不易達成，可能來自於社會結構中存在著對成員含糊、協調，或不可能完成的要求，因此，造成角色壓力。角色壓力可分為三種類型：角色衝突、角色混淆及角色負荷過重 (簡春安、趙善如，2008；DeLamater & Myers,2007；王以仁，2007；Payne,2005)。有關角色理論的研究，Morley&Flynn (2003) 指出工作情境中有四個角色特點，即角色嶄新性、角色負荷過重、角色混淆和角色衝突，這些角色作用會影響工作的完成程度，茲分述如下：

(一) 角色嶄新性 (role novelty)

與以往工作扮演的角色有所差異，這是在組織中新的角色作用，可能增加新的工作角色的不確定性，如：可能促使工作者面臨更大的工作壓力與責任，在工作表現缺乏信心以及效率遞減。

(二) 角色負荷過重 (role overload)

有兩種狀況，一是角色要求過多，無法在一定期限內完成；二是指角色要求水準過高，超出個人能力範圍。對工作者有過份的工作要求或任務過重時，他們將無法在工作上作出適當的反應，在工作上將產生負面的影響。

(三) 角色混淆 (role ambiguity)

因為對角色的權利與義務不清楚，使個人無法獲得清晰的角色期望，或是對期望有不一致的情形。亦指個人缺乏足夠明確的資訊，而對自己的行為會

導致何種結果缺乏預測力，個人不明瞭其角色行為的期望為何，對自己的職責、本身所有的權限以及自己價值不清楚，導致影響個人的決策能力，而無法達成組織的目標。角色混淆有四種情況：1、工作評估的不明確，2、進步範圍的不確定性，3、責任範圍的不明確；4、個人的表現與他人期望有落差。

(四) 角色衝突 (role conflict)

指要求一個角色或在多個角色之間存在矛盾或不一致時，工作者將會產生壓力、抑制，甚至不滿。因此，角色衝突會影響一個人的心境，並導致工作滿意度、承諾和組織效力的低落。角色衝突有二種類別（簡春安、趙善如，2008）：

- 1、**角色間衝突 (inter-role or inter-position conflict)**：當一個人面對各種不同的角色期待與矛盾要求時。亦即，在同一個人中，面臨到不同的角色要求，而這些要求是相互矛盾的。
- 2、**角色內衝突 (intra-role or intra-position conflict)**：當一個人本身對自己的地位或角色期待與他人的期待產生衝突或矛盾時。亦即在同一個角色內，當事者體會到矛盾與衝突。

根據Schulz&Auld (2006) 研究，一個人在特定的工作或職位上所預期的行為角色，會因為在組織中所面臨的壓力與衝突、混淆情況增加，產生對工作上角色的不滿，因而影響工作行為上的表現。並且在角色嶄新性與角色負荷過重的情況下，有角色的不確定性、過多的工作要求現象發生，也可能導致角色混淆與衝突。綜合學者的研究，發現角色衝突與角色混淆的來源主要是個人無力去瞭解組織的複雜性、人際關係經營的困難、正式與非正式的組織規範及溝通過程是否充分。

回顧角色理論相關的研究文獻，在社會組織活動中，各種社會角色總是不斷地相互影響和相互作用。一個人對自我行為和地位的認識，是根據對他人的行為和地位的認識而獲得，因為角色的行為總是以對應的另一角色的行為為基礎。關於角色理論的研究中，發現特別對角色衝突、角色混淆議題做研究

(Morley&Flynn,2003；Koustelios et al.,2004；Schulze, 2007)，工作環境中角色衝突和角色混淆是兩種造成負面的工作滿意度最常見的要素，文獻中普遍重視角色混淆和角色衝突管理的重要性。Major (2003,轉引自Payne,2005) 提出六階段過程，即：1、明確新角色之要求，2、定義角色組所涉及的他人及其角色內容，3、澄清當前角色之障礙以及與新角色的衝突，4、對新角色進行詳細協商：何時何地由誰做什麼？5、力求角色整合，如製訂時程表以明確何時由誰做什麼，6、當

回饋表明需要進行改變時，要對角色進行重新討論。此六步驟可做為角色混淆和角色衝突管理的重要參考。

精神醫療生態隨著科際及醫療技術日益精進、服務需求日益多元且複雜、健保支付制度、新管理主義績效論等因素產生急遽的變化。組織為了達到開源節流，進而精簡人力，以利更有彈性與效率回應外在環境的變動。但人力的減少，相對於每個人的工作要求增加，工作負荷也會加重，是造成角色混淆、角色衝突的來源之一（Wickham&Parker,2007）。Ahmad&Taylor（2009）認為因為訊息溝通不足，會導致角色混淆、衝突的機率增加，進而對於個人的角色容易感到不滿足、焦慮、歪曲現實，從而明顯減少執行任務的行為。精神醫療團隊在面對這種組織變革與複雜的醫療生態環境，越來越容易使團隊中成員彼此角色之混淆和衝突，這種角色混淆不清或不明確造成彼此間工作之緊張，進而影響團隊成員之工作執行能力。精神醫療社會工作者處在組織之新管理模式變革情境中，歸屬非醫事人員之社工專業角色地位，更可能帶來角色混淆及角色衝突的情況。

三、 角色理論與精神醫療社會工作者

精神醫療社會工作者處在當今國家政策健保醫療資源有限、社工社群及專業組織力量支持薄弱、機構新管理主義績效優勢管理模式、團隊專業競爭及服務對象問題需求多元而複雜的精神醫療生態環境下，面對的是來自社會工作專業倫理包括機構、服務對象、同僚、社工社群及社會大眾等五大面向對其所要求的「角色認知與期待」，在各方異、同相間的角色期待下，精神醫療社會工作者取得、接受了哪些角色任務，在各方對其之角色認知與角色期待下，彼此間的認知與期待之溝通、協調是否順暢，亦或是造成了精神醫療社會工作者的「角色混淆」及「角色負荷過重」，更甚而引起「角色內及角色間之衝突」，諸如此等問題而無法適應、勝任精神醫療社會工作者之角色，將對其個人造成職涯留或離之抉擇危機。

角色理論涉及的是個人與他人的互動以及他人的期望和反應如何使個人以特有的方式做出回應，強調於行為的認知與感覺因素，認為個人行為與思想都是藉著與別人互動的過程，不斷的揣摩與學習而來。角色理論對社工專業而言，它提供一個社會行為分析的取向，說明個人的行為與環境之間直接或間接的關係，更為社工專業的「人在情境中」提供一個理論和實務的支持系統（Deutsch & Robert,1965，轉引自簡春安、趙善如，2008：453）。應用角色理論，讓我們能瞭解一個精神醫療社會工作者在其「位置」時，當面對服務對象、社工同僚、團隊其他專業同僚、機構管理、社工專業社群及社會大眾之「角色組」的各種行為表現及其背後隱函之認知與感覺因素。

角色理論本質上與社會工作「人在情境中」之理念契合，當個人能適當的扮演其社會角色行爲，個人在其所處的情境中自然能勝任其角色任務而身心健康。應用角色理論，除了讓精神醫療社會工作者更清楚人在情境中的各種角色行爲及角色所面臨的種種問題，使精神醫療社會工作者在實務中更能同理服務對象的角色執行困難而給予服務對象適當的角色行爲學習，並對自己深陷在精神醫療體系中的角色困境之角色執行有更深切的體悟。精神醫療社會工作者唯有充分認知到自己可發揮的專業角色，並深知機構所賦予的角色職責功能，在與之互動對象的溝通交流中，知彼、知己之對「精神醫療社會工作者」之角色認知與期待，藉著主動、積極多給予精神醫療社會工作者之「角色澄清」定位，讓團隊成員彼此多溝通、協調及澄清彼此之角色任務，以各自就自己專業角色發揮至極大功能，更因此產生共識而彼此在專業上密切合作、互助互益，在助人專業上皆能精進而日益成長。

小結

角色是依地位而來的行爲模式，是地位的動態表現。對精神醫療社會工作者而言，其本身即負有機構所賦予的角色地位職責，此意謂著精神醫療社會工作者在機構所擁有的權利與義務，是社會對其角色的期待和行爲規範。在機構結構面的角色位置，賦予了精神醫療社會工作者的社會期待，規範了精神醫療社會工作者行爲表現之職務功能；透過與團隊成員不斷的互動過程，精神醫療社會工作者不斷的檢視、修正及調整自己在專業團隊中的角色行爲並發揮其功能。

隨著醫療科技及技術的日益精進、服務對象需求日益多元且複雜、健保給付制度、新管理主義績效論等因素，致使醫療生態斐變。精神醫療機構在開源節流、精簡人力，以利更有彈性與效率回應外在環境的變動下，相對每個工作成員之工作量要求增加，工作負荷也隨之加重，精神醫療團隊成員在組織績效的壓力下，容易造成對彼此的角色認知、角色期待、角色混淆，甚至成員彼此間動輒有角色衝突的現象，此等角色的嶄新、負荷過重、混淆及衝突的狀況，易使團隊中的個人角色感到焦慮而無法勝任，精神醫療社會工作者在得不到組織及同僚的支持壓力下，有些會明顯減少角色任務的行爲執行，對精神醫療社會工作者之專業角色產生懷疑，有甚者因此而遁離職場，這些現象狀況對社會工作在精神醫療體系的情境實令人堪憂，且對之專業發展亦都有不利之影響。

精神醫療社會工作者唯有充分瞭解自己在精神醫療體系可以發揮的專業角色及功能，認清機構所賦予的角色任務、認知職場中與之互動的各方對其之角色期待，透過彼此不斷的對精神醫療社會工作者角色功能認知之澄清、檢討與磨合，才能對專業精神醫療社會工作者有清晰的角色定位。精神醫療社會工作者也唯有

與時俱進，不間斷的接受在職教育、督導及自我充實來提升自身之專業知能，以符合社會體系各層面對「精神醫療社會工作者」之專業角色之期待，並能勝任且能悠遊於精神醫療社會工作者之職涯角色並能在社工專業上有所成長。

第三節 符號互動論

一、 符號互動論的重要概念

符號互動論是從微觀的角度探討個體在社會中的角色，個體之所以有意義是因為他與週遭環境的人、事、物，透過各種符號互動的結果，這些符號的積極意義得自於個體本身的體會，是個體與其他個體間及其他個體與環境之間的互動結果。符號互動論認為個體行為深受經驗與情境的影響，因此，不同的人在某種情境下，對相同事件會有不同的看法；同樣地，同一個人在不同的情境下，對相同的事件亦可能有不同的看法。符號互動論主張人是依據符號的溝通進行角色的學習，並在溝通互動的過程中取得訊息，進行情境的再界定及行動方向的再計劃。因此，人藉由溝通及互動的過程來維持及改變社會，個人只有透過自己與其社會間的符號互動才能成爲一個完整的全人。

符號互動論認為社會的本質是透過社會互動不斷的創造、維繫和改變社會組織；它對個人的看法是人能創造並操控符號，並在社會互動過程中建構義意及生活世界；社會秩序的基礎是透過互動所形成的共同瞭解；在互動過程中意義的改變及創新引起了社會變遷。符號互動論有幾個重要的概念，綜合各學者之論點（DeLamater & Myers, 2007；Baron 等，2007；Charon, 1989；柯朝欽等譯，2007）茲陳述如下：

（一）符號（symbol）

符號包括語言、文字、動作、手勢與符號等，是行動者用來代表物體、感覺、觀念、思想、價值和情緒。符號均有社會賦予的意義，以作爲人際溝通之運用；但符號的意義與運用，會因使用者之互動方式而有不同。符號具有三種基本要素：1、符號的發展是社會性的，人們經由互動的過程以符號代表意念、價值與思想，2、符號的定義與運用並非完全一致，其定義通常由使用者隨意而定，當互動方式改變時，符號定義也可能會改變，3、手勢和語言都具有某種特定的意義，當個人把手勢和語言連接在一起使用時，就能用來表達意思、溝通和互動。

（二）自我（self）

自我是符號互動論的核心概念。自我概念並非與生俱有，其產生是依據他人和社會的定義而產生，因此自我也就不斷地修改、發展和變遷。個人經由自

我而思考，而選擇；也可經由自我而對情境加以解釋，更可用來與自己或社會中的他人溝通互動。個人以自我來判斷別人，同時也以自我來判斷自己。自我的擁有使人能夠應付世界的需求，是指引個人行為的工具，若沒有自我，就無法有社會互動。

（三）心靈（mind）

心靈是個人與自我的符號互動，是個人行為的內在活動方式，它對個人的社會互動具有不可或缺的影響力。心靈幫助個人瞭解別人，讓別人瞭解自己，也幫助個人決定互動的方針，因為在互動過程中，個人不僅把別人當做互動的對象，也把自己當做互動的對象。心靈使人能控制和組織對外界之反應。有了心靈的支使，個人才能對外界的反應有所選擇，也才能解決困難和處理問題。因此，人之心靈有其特性，即：運用符號來界定環境中客體的能力；能做內在斟酌，並對這些客體採取各種行動路線的能力；避免不適當的行為及選擇合適的行動。

（四）扮演他人的角色（taking the role of the other）

扮演他人角色是個體在每一社會情境中都會做的活動。個體透過辨認和解釋他人的姿勢、符號，來進行溝通和互動。個人能相互識別對方，預期對方的反應，以便彼此適應。人在互動的過程中，會對他人的觀念加以猜測分析，並以此做為行為的準則。亦即把自己看做他人，依照自己的想像力扮演那人的角色，就像是同理心、替他人著想，因此，才能瞭解他人的立場是什麼，為什麼他會那樣做。有了這種想像的瞭解，才能依此修正自己的行為，並在互動中協調適應。

上述之符號、自我、心靈和扮演他人的角色等四個概念是彼此相互關聯，缺少其中任何一個，都可能使人在社會互動時產生困難，個人在互動的過程中，是要靠著這四個概念的交流來運轉。從符號互動論的角度分析個體在社會中的行為，認為要關心其與環境的互動，如此才能確認個體在不同情境下，面對不同的其他個體時，為何會有不同的行為表現。

二、 符號互動論之研究重點

符號互動論的研究重點在於個人與個人之間互動的性質和過程。它認為社會只不過是一群互動中的個人所組成，個人的互動行為不斷地在修改和調整，因此社會也自然不斷地在變遷。人與人之間的互動不是體能上直接的反應，而是要經

過分析和瞭解。個人總是先將別人的想法和看法加以解釋判斷，然後再決定如何反應。符號互動論偏重微觀、個人角度、日常生活。象徵是符號互動論的另一重要概念，互動是藉著象徵來表達，而語言、文字、符號、手勢等皆是象徵，有了這些，個體彼此才能互動。符號互動論其焦點關注在行動者與這個世界的互動並主張行動者與這個世界均為動態的過程，而非靜態的結構，最重要的，乃是賦予行動者詮釋社會世界的能力（Payne,2005；Ritzer & Goodman,2005；DeLamater & Myers,2007）。

歸納符號互動論對個體與社會的關係，其命題為（Blumer, 1969；Manis & Meltzer, 1978；Rose,1962；Snow, 2001；Ritzer & Goodman,2005,轉引自柯朝欽等譯，2007：38；蔡文輝，1994）為：

- （一）人類不同於較低等動物，乃具有思考的能力。
- （二）思考能力是受到社會互動過程所形塑。
- （三）在社會互動中，個人會學習意義和符號，使之可以運用人所特有的思考能力。
- （四）意義和符號使人得以執行行動和互動。
- （五）人能夠依據對情境的詮釋，修正意義和符號的內涵。
- （六）人之能夠修正意義和符號的內涵，乃是在互動過程中，有能力檢視行動的可能因果，評估利弊得失，然後選擇有利的其中一條路徑。
- （七）相互交織連結的行動和互動模式組成了團體和社會。

符號互動論認為所有組織、文化、和群體中的人皆持續在解釋周遭的世界，對情境的解釋和定義決定其行動，人是主動創造自己的世界，藉著與他人的互動而解釋其經驗，建構其經驗的意義。因此，想要瞭解人之行為，就須進入個人之解釋和定義經驗的過程。

符號互動論歷經該理論學者之整合微觀和巨視理論觀點，亦不斷融合後結構主義、後現代主義與激進女性主義的觀點。相較於 Blumer 全盛時期的符號互動論，後 Blumer 的符號互動論逐漸成爲一種較具綜合性的理論觀點。特別是 Mead 被認為更具有整合性的取向。Mead 之觀點，不僅具有整合性、具微觀與巨觀意義的社會世界，且提供一個具彈性的體系，有利於連結來自所有當代社會科學流派的貢獻。如圖 2-2 所示。Stryker（1980）整理符號互動論的整合目標：「一個令人滿意的理論架構必定會銜接社會結構與個人，它必定能從個人的層次移動到大規模的社會結構，反之亦然。必定存在著一個概念架構來促進從組織到個人層次之間的移動」（Charon,1989；柯朝欽等譯，2007）。

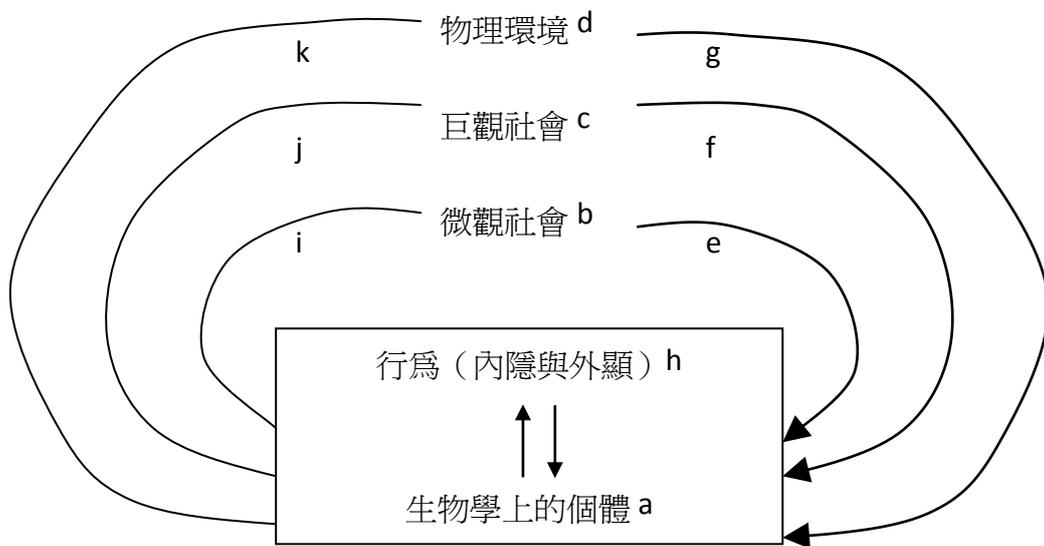


圖 2-2 Mead 符號互動論體系的組成成分之全面性概觀

Stryker認為符號互動理論必須同時專注較小規模與較大規模層次現象，才能成為適當的社會學理論，根據八項原則Stryker發展出其研究取向（Ritger & Goodman,2005；整理自柯朝欽等譯，2007：62；馬康莊、陳信木譯，1995）：

- （一）人類的行動是依據一個已命名或已分類的世界，其中的名稱和分類對於行動者是具有意義的。人經由與他人的互動學習如何分類世界，以及被期望如何面對世界而行動。
- （二）人所學習的事物中，最重要的就是用來指認社會位置的符號。位置這個概念是：相對穩定、同形的社會結構之組成，並賦予角色為重要的核心概念，視角色為附著在社會位置上所共享的行為期望。
- （三）社會結構有其的重要性，將社會結構視為是組織化的行為模式，純粹將之視為「框架」，人是在框架裡面行為。在社會結構中，人可以為他人命名 (name)，亦即，承認其他人為位置上的占有者，在此同時亦對每個人之行為內容有所期待。
- （四）進一步視之，在這樣的脈絡中行動時，人們不僅彼此命名，也為自己命名；亦即，將位置的指派(positional designations)應用到自己身上。這些自我的指派成為自我的一部分，依自己的行為將期望內化。

- (五) 當人在互動時，藉由應用命名情境、命名其他參與者、命名自己、和命名情境的特殊特徵而來界定情境。所以，這些界定就被行動者用來組織自己的行為。
- (六) 儘管社會行為受到社會意義的限制，但是，它們並非是由社會意義來決定。人並非純粹地在扮演角色；相反地，人是積極且具創造性地面對自己的角色。
- (七) 社會結構限制角色被「形塑」(made)的程度，角色不僅是被「採用」(taken)，相較於某些結構，有些結構會允許較大的創造性。
- (八) 角色形塑的可能性使各種不同的社會變遷成為可能。變遷是發生在社會以命名、符號和分類的互動方式界定。變遷所累積的效果，可以改變較大的社會結構。

綜上論述，符號互動論提供研究者將精神醫療社會工作者之角色行為如何框架在精神醫療體系由微視面到鉅視面之動態形塑過程。

三、 符號互動論與精神醫療社會工作者

符號互動論植基於三個前提：一是人存在的本質是基於事物對他的意義；二是事物的意義來自於人與同伴的社會互動；三是意義因人詮釋的過程而被處理與修正。意義藉著人與事物相遇時的詮釋過程而被操作與修正，此三前題點出符號互動論觀點所關注的三個主軸－意義、社會互動與詮釋過程。從符號互動論的觀點，探討精神醫療社會工作者在精神醫療體系中之與人、事、物交往互動過程中的重要象徵符號和意義為何？這是關乎社會工作者的自我能否恰如其角色職位身分，在精神醫療體系安然自在、活出生命意義的重要關鍵。

社會工作價值觀是人本主義和精神性的思想，社會工作把人當做完整個體對待，時刻與其環境處於互動之中、尊重人對其經驗的理解和詮釋、並以案主為中心思考。符號互動論和現象學思想契合社會工作本質及價值觀，它為精神醫療社會工作者提供理解服務對象、團隊成員及其內在自我的基楚，此理解是隨情境的變化而富有彈性。符號互動論提供精神醫療社會工作者瞭解職場中的服務對象及同僚對其世界的感知和詮釋，與世界對服務對象及同僚的反應之間的互動情境是如何產生，明瞭案主的行為或適應不良是由社會過程所形塑或增強，以同理心接納職場中的人、事、物，但更重要的是提供精神醫療社會工作者以積極、主動的行動力來促進情境的改變。

符號的意義隨個人情境變化而有不同之詮釋。從符號互動論的觀點視之，精神醫療社會工作者的微視面活動範圍，大多是在機構內的團隊實務工作，機構內組織氣氛、管理模式、團隊運作過程中與其他團隊成員之互動及臨床工作所接觸到的人、事、物，直接、間接形塑出精神醫療社會工作者對「精神醫療社會工作者」此角色的符號象徵意義及角色行為扮演。社會工作者如何在其精神層面打從內在自我的心靈「採取接受（take）精神醫療社會工作者」此角色，其對此角色的詮釋意義及認同是甚麼？其心靈在互動行為中的行為、語言、態度等作用又是為何？應用符號互動論觀點，可讓研究者瞭解在當今大社會環境下的精神醫療領域社會工作者，如何透過心靈自我的內在對話過程，將「精神醫療社會工作者」此角色內化而有所「自我成長」。

小結

互動是人類生活及社會化過程中重要的課題。人不能離群獨居須要與他人互動，來習得各種符號、生活規範及扮演不同的角色。在日常生活中，藉著與他人的互動，個人會思考他人對自己的期待，也會期待他人對個人進行思考、感受和反應，甚至會改變自己的行為以順應所處的環境及人群。實用主義哲學家 Mead 的符號互動論，是以微觀的方式，來探討個人在社會和團體互動過程中，不斷形成自我和心靈的特質；而人的許多面向的自我，會藉著互動而不斷的改變，且有能力把自己視為客體，並與他人產生互動。人的心靈是運用符號來界定環境中的他人，以使自己能選擇和採取適當的行動。

符號互動論肯定個人人格是在互動過程中發展出來的，雖然參照團體、家庭、觀點、以往的經驗都可能對個人有所影響，但影響最大的還是互動，一個人的行為方向受互動過程中的情境和互動對象影響，因此，符號互動論者認為個體互動就是社會，社會是一群以符號互動的人群組成的，這些人相互溝通以發展出一套大家遵守的觀點和法則。簡單地說：個人影響、創造社會，同樣地，社會也影響、創造個人。

由於個人行為表現所呈現的各種符號，是綜合個人自我的體會，與他人互動所得的意義，與其他個人對週遭環境的互動所得概念所形成。精神醫療社會工作者個人在機構中應用哪些符號的表達和他所接觸的人互動，如何將「精神醫療社會工作者」內化形塑在職場中的角色行為表現，以適當扮演好「精神醫療社會工作者」角色之執行。亦即說精神醫療社會工作者在團隊工作時，是根據自己的哪些目的接觸他人，並從接觸他人、對他人行動的過程中詮釋意義來修正自己在團隊中的行動方針。因此，從符號互動論的角度分析精神醫療社會工作者在精神醫療體系中的行為，關心精神醫療社會工作者在與其環境所接觸的人、事及物的互

動其背後隱含之價值意義，如此才能確認精神醫療社會工作者在不同情境下，面對不同的其他成員時，為何會有不同的行為表現，藉用符號互動理論從中促進精神醫療社會工作者在自我能量的提升使能，始能讓神醫療社會工作者之自我成長發揮角色執行之最大功能。

第四節 角色理論與符號互動論

角色理論與符號互動論皆屬社會心理學的範疇。角色理論的假說是：人很多時間是在組織和團體參與中度過，在這些組織中，每個人都有獨特的位置，每個位置都是一個角色（role），即個人為團體所扮演的功能，而角色是由其他團體成員的期望來界定的，團體常將這樣的期望化成規範（norm），規定個人應如何表現，個人通常會扮演起自己的角色，並遵循相應的角色規範，團體成員會監控每個人的表現，確認其是否遵從了團體的規範。而符號互動論的基本假設為：人性與社會秩序皆是人們符號溝通的產物。在此一取向中，人與他人互動中的給與取建構了個人的行為，行為既不是單純的回應刺激，也非單純地表達內在生理驅力、極大化收益，或服膺角色與規範，相反地，個人的行為是在其與他人的互動中持續展現的。兩者皆在探討人的角色行為，彼此更可補足理論之不足處。茲將角色理論與符號互動論兩者之比較整理如表 2-2。

表 2.2 角色理論與符號互動論的比較：

向度	角色理論	符號互動論
核心概念	角色	自我角色扮演
解釋的行為	角色行為	互動中發生的行為序列
對人性的預設	人具服從性，會依角色期待來行動	人是自我監控的行動者，會在互動中運用角色扮演
引發行為改變的因素	角色期待的改變	作為自尊基礎之他人標準的改變

研究者整理自：【DeLamater & Myers,2007.；(陸洛等譯，2007：24)】

研究者應用角色理論之觀點來瞭解精神醫療社會工作者的角色樣貌為何（what），應用符號互動論觀點來瞭解精神醫療社會工作者的角色行為為何會如此（how），經由符號互動論賦予了角色生命。在符號互動論的研究範圍內，角色理論提供了大部分的正式命題和概念的定義，讓研究主題「精神醫療社會工作者之角色困境與定位」從靜態、被動的教條性變成更有動態、主動、有系統的角色研究，並希望從而發現，什麼樣的團隊互動會導致並維繫長期性的工作行為模式。

第五節 精神醫療社會工作者的角色

角色是依據地位而來的行為模式，而地位乃是指在社會結構中所佔據的一個位置，其可依據地位取得的方式區分為歸屬地位與成就地位。精神醫療社會工作者的角色屬於成就地位，在工作場域，他面對的人群，除了病患、家屬及一般民眾等服務對象，還有組織科層體系中平行的社工同僚、不同專業同僚及垂直之上司，並有組織外的各種同質性及異質性之機構、團體成員，故精神醫療社會工作者角色是由許多的角色組合。他對案主表現出一種行為模式，對同僚表現出一種行為模式，對上司表現出另一種行為模式，對組織外部成員又表現出另一種行為模式，配合精神醫療體系中社會工作者這個位置的所有角色，稱為精神醫療社會工作者的角色組，也因為此角色，精神醫療社會工作者扮演著此位置的行為、規範與期望。本節針對社會工作者的規範角色探討，以瞭解精神醫療社會工作者在團隊中之實務角色。

一、 社會工作者之規範角色

社會工作者針對個人、團體、家庭、組織來工作，其所扮演的角色不是單一的，是多樣的；也就是社會工作者必須同時扮演多個角色。而角色扮演的選擇取決於環境與目標（林萬億，2008）。社會工作的角色是由一組完成社會工作目標所需的行為與期待而成，這組成的角色表現了社會對社會工作的期待以及社會工作者本身的知識、技能、倫理道德。依貝克(Baker, 1976；轉引自江亮演等，2003)所主張的社會工作人員角色組(Role set)如下圖所示：

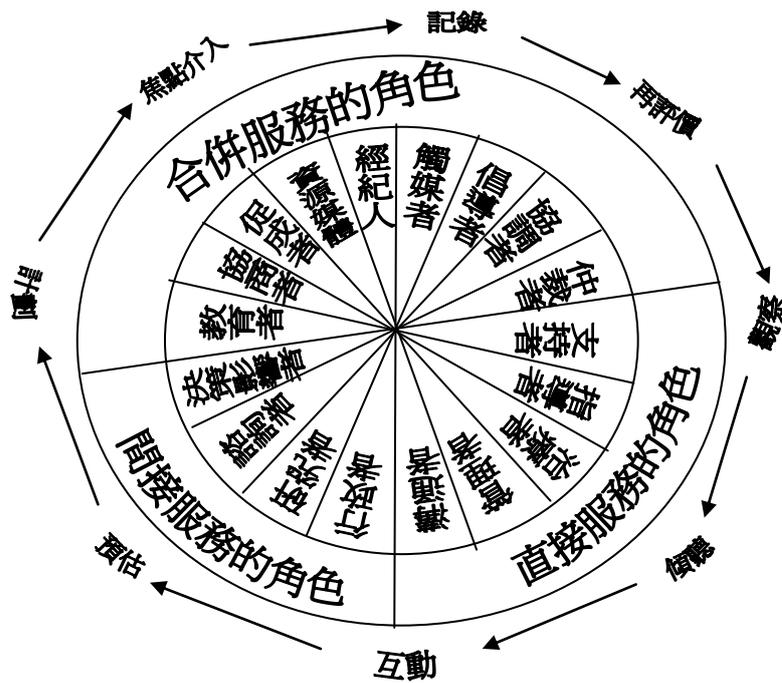


圖 2-3 社會工作人員角色組 (Baker, 1976；轉引自江亮演等 2003)

從 2-4 圖可瞭解 Baker 將社會工作者角色分為直接服務的角色：支持者、指導者、治療者、管理者及溝通者五種，間接服務的角色：行政者、研究者、諮詢者及決策影響者四種，合併服務的角色：教育者、協商者、促成者、資源媒體、經紀人、觸媒者、倡導者、協調者及仲裁者九種。社會工作由直接、間接到合併服務的十八種角色，可歸納有下列六種角色：

- (一) 參與臨床服務者的角色。
- (二) 社會計劃者的角色。
- (三) 社會運動提倡者的角色。
- (四) 社區活動組織者的角色。
- (五) 擔任或參與評價研究者的角色。
- (六) 社會問題發現者的角色。

二、 精神醫療社會工作者實務工作角色

社會工作者在精神醫療體系的實務工作，其角色任務包含由精神疾病防治三級預防工作的初級預防、次級預防到三級預防工作所形成的精神醫療網絡系統。其工作任務目標綜合如下：

(一) 運用社會工作之專業知識與技術，對病患有關的心理、家庭、社會、經濟等各種問題做最適當的指導與治療，提供如何預防未發生的問題，協助解決已發生的問題及減低因疾病引起的最大傷害，讓患者重新適應家庭、社會生活，重返社會生產。

(二) 倡導志願服務，善用社會資源，讓社會大眾共同參與精神疾病服務工作，增進社會對精神疾病患者之友善與接納。

(三) 精神醫療社會工作知識與技術之發展、研究與教學，促進精神醫療社會工作之專業化。

(四) 協助心理衛生暨精神醫療工作之推展，發展社區服務工作。

社會工作者在精神醫療體系的業務範圍整理有：

(一) 個案工作：社會心理分析、診斷與處置、家庭評估與處置、婚姻處置、家庭、學校、機構訪視與調查、個案管理、個案轉介、協調、聯繫、安置問題、司法鑑定個案與看守所評估等業務。

(二) 團體工作：家屬教育團體、自助團體、病友團體、家屬座談會、團體討論、活動、家暴、性侵加害人、被害人團體、藥癮替代療法美沙冬團體、戒治所藥癮戒治團體。

(三) 社區工作：社區心理衛生工作之推展、社區精神病患家屬座談會、社區公共關係、康復之家、社會資源的開發與運用、仁愛基金之勸募與徵信、志願工作之推展。

(四) 教學研究與發展：參與機構內、外之專業訓練、從事臨床教學與研究、提供大專院校以上社會工作系學生實習、有關精神醫療社會工作訓練及研究。

(五) 社會行政：倡導志願服務工作、身心障礙鑑定業務、危機處理業務。

(六) 其他：病患醫療詢問與解答，反映意見之處理；病患、民眾之晤談、電話、信件諮詢服務。

由上述精神醫療社會工作者之實務工作其角色可歸納為：

(一) 直接服務角色：提供個人、配偶、家庭與團體直接服務，如危機介入、處制、倡導與資源的協調。

(二) 個案管理者：提供特殊案主與、團體的個案管理，協調跨領域活動。

(三) 社區發展者：從社區工作的角度，瞭解社區需求，促進精神疾病議題與精神健康資源之發展。

(四) 督導與諮商者：藉督導、諮商與維持品質，管理聽證會與審查等方法讓其它社會工作者融入精神醫療服務體系。

(五) 方案管理與行政者：透過監督精神健康方案與服務輸送，達成組織發展。

(六) 教學者：大學層次的教育、工作營、會議與專業內的服務。

(七) 發展者：方案、政策與資源之分析、規劃與建立標準。

(八) 研究與評估者：促進精神醫療社會工作實務之專業提升。

(九) 倡導者：精神病人及家屬之權益保障及安全維護。

總括精神醫療社會工作者在精神疾病防治網絡中其介入面由微視層次系統、中視層次系統至鉅視層次系統，其角色已函括了 Baker 所謂的直接服務的角色、間接服務的角色及合併服務的角色。

本研究採質性研究之方法，由角色理論之觀點瞭解精神醫療社會工作者在團隊權力結構下之角色行為面貌 (what)，並由符號互動論觀點，探討精神醫療社會工作者如何在團隊成員的動態互動過程中，自我、主動的形塑出其專業角色 (how)，期望透過此研究，對逐漸在團隊中弱勢、邊緣化的精神醫療社會工作者，能重新、從心找到在團隊中的專業角色，並能充權培力、以「精神醫療社會工作者」為志業發展，活出有意義的精神醫療社會工作者之生命光彩。

第三章研究方法與設計

第一節研究方法的選擇

一、質性研究--詮釋取向社會科學的應用

研究方法論是支撐社會科學合乎科學的基礎。社會科學四個典範包括實證主義、後實證主義、批判理論與建構論，每一種取向都有一套自己的哲學假設和原則，以及該如何進行研究的特有觀點，這些取向代表著看待世界的不同方式。建構論的典範融合了現象學、詮釋學以及符號互動論等哲學觀點（Numan,2002，王佳煌等譯；潘淑滿，2003）。建構論秉持相對論認知，主張沒有恆定的事實，社會現象與事物是多元的，沒有任何知識是永恆的，所以既有知識應該被質疑，且唯有在特定脈絡下、特定關係內的特定事物與對象才有意義；建構論認為研究者與研究對象是互為主體的關係，社會事實是來自於多重建構的結果（Guba, 1990；Guba & Lincoln,1989；陳向明，2002；潘淑滿，2003）。

本研究在建構論的典範下，採用「詮釋學」的方法論，原因在於欲探究「精神醫療社會工作者之角色困境面貌」與「在困境下精神醫療社會工作者的角色定位」，這些行為、現象與行動背後的意義，是需要由精神醫療場域中的行動主體—團隊成員—對於其立場與觀點做詮釋性的理解，方能瞭解其行動背後的意義（陳伯璋，2000；潘淑滿，2003）。研究者在此領域25年，帶著先前之理解與觀點進入研究場域，有著研究者既有的精神醫療社會工作與精神醫療團隊互動的經驗，也有提出研究問題下的背後前提預設存在，以及來自文獻整理所形塑成的想法，故在詮釋學的研究方法中，研究者會加以自省，最終希望以研究者的視域（horizon），與研究對象的視域互動，形成「視域融合」（fusion of horizons）（畢恆達，1996），來共同建構出對「精神醫療社會工作者之困境樣貌」與「困境下精神醫療社會工作者的角色定位」。在此過程，研究者需不斷檢視自身之先前理解，並透過研究者之自省，同時回顧、省思社會工作的本質，以利於與研究對象共同建構出「精神醫療社會工作者之角色新定位」。

二、以質性研究探究精神醫療社會工作者之角色困境及定位的適當性

質性研究強調對未知領域的探索，重點不重驗證與推理，重視的是事實整體性的觀點，此種以發現取向的研究方法，在邏輯推理上多採歸納法；由於質性研究是透過自然研究對真實世界的瞭解，故在方法上係運用參與者自己的語言、字彙以較深入的訪談來理解被研究者主觀的世界。質性研究不預設立場，不作假設，使研究者有較彈性的研究空間，並可依據資料收集的程度與內容來修正原先的研究設計與研究方法（簡春安、鄒平儀，2004；Patton, 1995，吳芝儀、李奉儒譯，1995）。質性研究多屬詮釋性與批判性社會科學的研究取向，追求的是傳神的詮釋、合理的推論與批判的精神（蕭瑞麟，2006）。

本研究目的，主要在探討精神醫療社會工作者角色困境之樣貌，瞭解精神醫療社會工作者在困境下的因應策略，並共同反思社會工作本質在醫療生態環境下可能的專業本質轉變議題，期待能建構一個適切的精神醫療社會工作者角色新定位。因此，透過實務場域中工作者陳述其對「精神醫療社會工作者之角色」的主觀經驗。此「精神醫療社會工作者之角色困境面貌」與「困境下精神醫療社會工作者的角色定位」經驗，正是其與環境互動下共同建構的結果，是故，沒有真正絕對的答案，且甚至連文獻整理之精神醫療社會工作者的角色困境，也需要被檢視，此事實是源自於精神醫療社會工作者、其與精神醫療團隊成員、精神醫療生態環境、國家政策等之脈絡交錯互動下的結果，所以說社會事實是多重建構的，答案是非永恆不變的真理（Lincoln,1990；潘淑滿，2003）。研究者對社會現象的信念是沒有絕對的真實存在，而是因為「如何看待」而有不同，因為互動而有所演變，也就是說，研究者認為現象是「相對地如何（how）演變成（becoming）什麼（what）」，而不傾向社會現象與事實「絕對是（being）什麼」，所以研究者認同「相對論」的概念。綜合言之，本研究傾向建構論的研究典範，是詮釋取向的社會科學應用。

第二節研究對象與概念性架構

一、研究對象之界定

本研究所稱之「精神醫療社會工作者」係指在精神醫療體系包括醫學中心、區域醫院、精神科專科教學醫院及精神科專科醫院從事臨床工作之社會工作師及社會工作員；「團隊成員」係指在精神醫療體系從事臨床工作之醫師、護理師、臨床心理師及職能治療師，包括團隊互動經驗豐富的醫院院長、負責專業團隊部門之主管及醫師、護理師、臨床心理師及職能治療師。

二、概念性架構

概念圖是用各種表去探索、繪製資料間的關係，將概念繪製成圖表，概念間關係將更透徹。Strauss (1987, 轉引自徐宗國譯, 1997: 170) 修正為整合的圖解，概念圖指的是研究領域範圍的圖示，非研究本身，是目前工作理論視覺化呈現、研究者從研究現象發生事物圖片及設計發展概念性情境工具，研究歸納理論看見理論的內涵。綜合文獻、相關研究與實務資料之整理，研究者提出本論文之初步研究概念架構如圖 3-1。

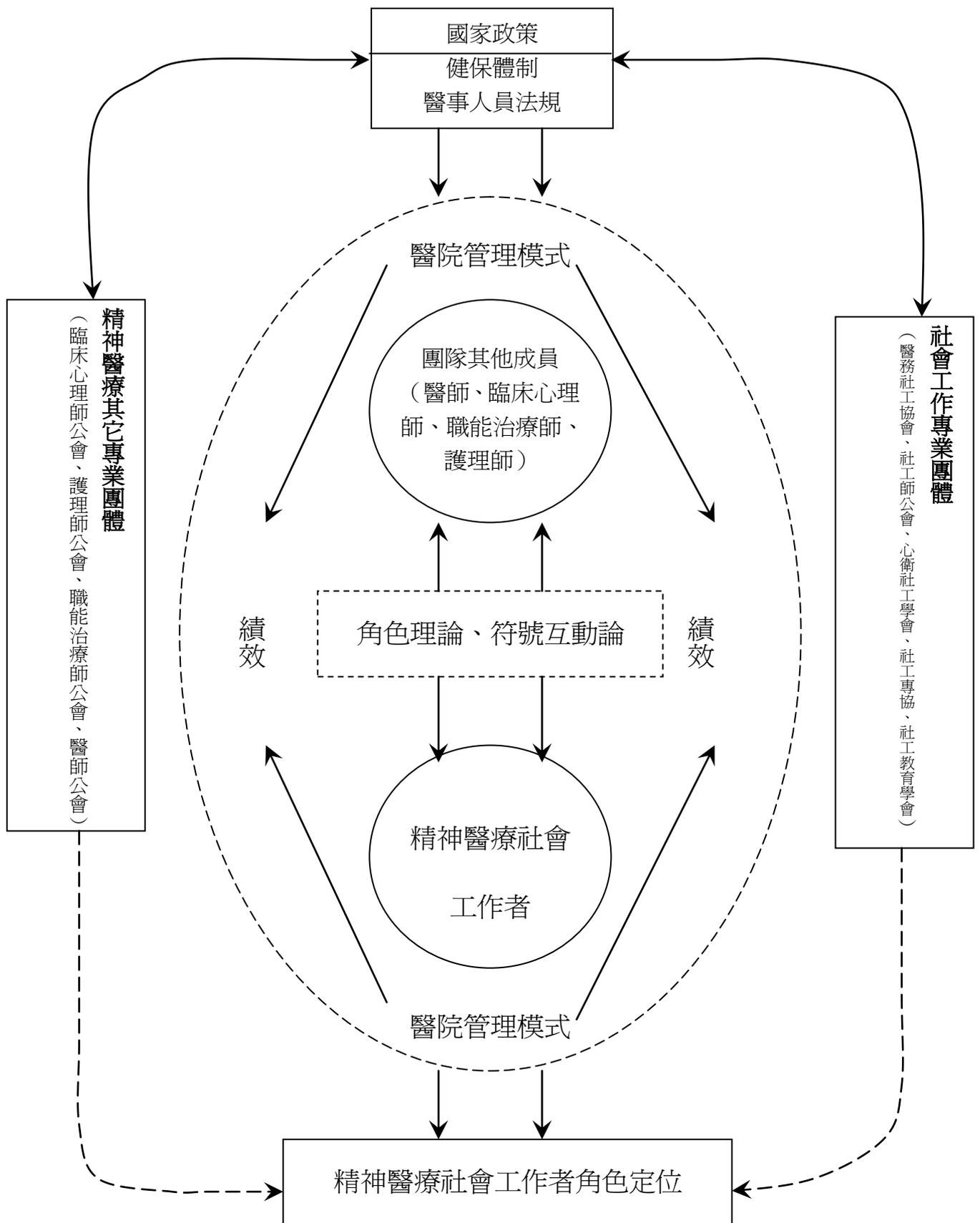


圖 3-1 概念性架構

本研究探討精神醫療社會工作者之角色困境及定位，而精神醫療社會工作者之角色困境及定位是受到精神醫療團隊中其他成員、醫院管理模式及鉅視面大環境之精神醫療政策所產生的效應影響，精神醫療社會工作者之角色定位是在其所處團隊、醫院及社會環境多重影響下，所做出的臨床因應與回應，本研究將之歸納整理成一套因應的角色定位模型。期待透過資料的搜集回答下列之問題：

- (一) 精神醫療社會工作者在團隊中的角色
- (二) 精神醫療團隊其他成員如何視域精神醫療社會工作者角色
- (三) 精神醫療社會工作者在團隊互動過程中如何形塑自己之角色
- (四) 醫院管理模式下的精神醫療社會工作者角色執行樣貌
- (五) 精神醫療社會工作者之角色困境
- (六) 精神醫療社會工作者專業角色定位之途徑

三、 研究對象之選取—立意取樣、選取標準、樣本來源

質性研究在樣本選取時，主要是考量所選取的樣本是否能呈現研究目的所須要的豐富資訊，因此，本研究採立意取樣，主要原則就是可以回應研究目的，以利於描繪、建構研究目的所欲探討的現象。取樣策略是基於需要典型、充分代表性的樣本而採取「深度抽樣」、「典型個案抽樣」、「關鍵個案取樣」；又因希望掌握主要的變異，亦即顧及不同立場研究對象的觀點，故亦採取「分層立意取樣」（Patton, 2002；簡春安、鄒平儀，2004）。至於研究對象數量，並沒有一定的標準，秉持「資料飽和」概念的判斷原則進行深度訪談，最後計有30名受訪者。

分層立意取樣的具體作法是精神醫療社會工作者，因顧及「精神醫療社會工作管理者及精神醫療社會工作員不同角色」、「團隊其他成員」、「醫學中心精神醫療部門、區域醫院精神科、精神科專科教學醫院、精神科專科醫院、軍系精神科醫院」等不同醫院層級。故研究者將研究對象分為以下兩類別：

- (一) 精神醫療社會工作者：精神科專科教學醫院及精神科專科醫院之社會工作主管及社會工作師、社會工作員；醫學中心及區域醫院精神醫療社會工作師、社會工作員。其有8年以上豐富的團隊互動經驗，選樣8年以上之年資，主要考量受訪者其在精神醫療社工及管理之經驗已臻熟稔及成熟。
- (二) 團隊其他專業成員：精神科專科教學醫院之醫師、護理師、臨床心理師及職能治療師。其有10年以上豐富的團隊互動經驗，年資10年以上之考量，主要是因新管理主義醫院績效管理模式及因應健康保險醫療支付制度影

響醫療生態之時間點考量，受訪者在此情境下已有的豐富經驗程度。

而「深度抽樣」的具體作法，是以上述分類架構為依據，依研究者實務經驗，主要秉持符合表現充分興趣、資訊豐富，可以提供豐富訊息之專業團隊成員所構成。

第三節資料蒐集方法與分析

一、資料蒐集方法

質性研究資料蒐集的方法主要有三種（胡幼慧，1996；陳向明，2002；Babbie, 2007；Rubin&Babbie,2008）：

- （一）觀察法：研究者採用非結構式或參與的角度來進行觀察，這些選擇和研究目的、事前假設和瞭解程度有關。
- （二）訪談法：訪談者有一個大概訪談計畫，非一組特定問句，按特定詞及順序提出，訪談者確立大概談話方向，根據受訪者提出特性主題問下去，受訪者談話佔大部份。可分 1、非結構式，2、半結構式，3、結構式，4、文件收集法。
- （三）錄製法：運用科技工具來進行錄音以輔助收集資料。
本研究加上
- （四）問卷意見諮詢：運用問卷諮詢學者專家。徵詢對精神醫療社會工作者有充分瞭解之學者專家，經其同意後，電子郵件傳專家學者意見諮詢問卷請其填答。

研究之目的及所採取詮釋學的研究方法，在研究者與研究對象互動而融合觀點，並對於現象作深度描述等前提，研究者認為資料蒐集方法最適宜的方式為訪談法，透過受訪者對研究問題之想法與意見之深度表述，而得以獲得完整、深度現象之描繪與概念之呈現，過程中透過交談，使受訪者得以意見傳達、主觀表述與互動反省；又依照研究之目的與研究設計，並非期待受訪者沒有架構地陳述，也非採取相當限制且有結構的訪談，故採取「半結構式的訪談」方式，以利在有參考架構與充分自由論述之間取得平衡，此為本研究所採用的資料搜集方法。又為利於不便接受訪談，但願意深入表達意見的重要學者實務專家，本研究設計了專家學者意見諮詢問卷以利重要資訊之蒐集。

二、資料蒐集工具

詮釋學研究方法研究者本身就是最佳的研究工具。研究者之精神醫療社會工作經驗，以及多年參與團隊工作、社會工作專業團體及醫院評鑑，對於此研究主題有更多想法，包括對精神醫療社會工作的文化脈絡熟悉度、醫院環境與動力

的敏感度等，對於進入研究場域與研究資料詮釋與對話更能勝任，將有助於研究之進行。此外，「半結構式訪談大綱」也是重要的研究工具。半結構式訪談大綱的設計，主要是依照研究目的所欲探究的現象，以及研究文獻整理所釐清的概念與架構結合而成。訪談大綱如附錄一、二、五。

三、資料處理

本研究運在詮釋學的研究方法，所採取的分析方法有（畢恆達，1996；管貴貞、連秀鸞，2005）：

- （一）反省詮釋者先前的理解與成見：詮釋學認為研究者是帶著價值進入研究場域，因此應進一步自我省思。所以研究者會思考自己是否過於主觀？本身背景與價值是否會造成整個研究什麼樣的影響？省思自己所在意與關注的焦點為何？
- （二）詮釋的循環：認為部分的理解需透過整體的意義所引導，而對於整體的理解亦有賴於部分的理解來達成；所以研究者會在部分與整體兩者間來回移動，時而著重部分特質的描述或探討，時而留意整體脈絡的影響。
- （三）視域的融合：在研究過程中，由於詮釋者無法完全跳脫自己的立足點而進入他人的視域，故詮釋者僅能藉由個人的角度之延伸來理解被詮釋者的觀點，在過程中，研究者亦須不斷省思自己是秉持何種視角在進行對話以及對被研究者的視角進行理解？後者將透過同理的能力來加以完成。總之，成功的視域融合目的在於使原本差異的兩個視域，逐漸消除差異趨於統一，最後融合在一起構成一個融合後的新視域，也因此產生新的意義。此也是本研究探討現象、整理因應方式與建構新精神醫療社會工作者角色定位之目的。

四、資料分析

質性研究是一種藉由歸納、分析與詮釋，進而發現事實的過程。如何從大量的蒐集資料中尋找出其間隱含的意義，並辨別出和研究主題有重大意義相關的組型，從而建立架構或模型，是質性研究資料分析過程中最具挑戰性的階段，此有賴研究者之訓練技巧、深度省思與洞察能力，才能完成質性研究的任務。本研究之資料分析是依循逐字稿的謄寫、研究目的之再確認、編碼、資料詮釋、建構概念、和引證說明等之質性研究步驟，秉持存而不論和現象還原的原則，呈現出現

象之的普遍性意涵，和相關文獻進行對話印證(簡春安、鄒平儀，2004；Patton,2002；Strauss & Corbin, 1998；陳向明，2002)。資料分析步驟如下：

(一) 將訪談錄音寫成逐字稿並和研究目的再確認：將訪談中的對話，以錄音方式保存，再將錄音檔案逐字打成逐字稿，同時再確認研究之目的，逐一檢視與該目的相關的資料，進行保留或擱置。研究者也將儘速於訪談後，將訪談中獲得的重要想法與概念記於筆記本。

(二) 開放性編碼 (open coding) 與資料來源初步分析：針對單一個案，閱讀逐字稿，並回到訪談的回憶與脈絡，做初步的意義分析，開放地賦予概念。

(三) 主軸性編碼 (axial coding) 與跨個案轉換譯碼：將相同概念的資料，跨個案地聚集、歸類，進行類比分析 (analogy)，並與以命名。

(四) 選擇性編碼 (selective coding) 與資料詮釋：給予譯碼重新詮釋，加上蒐集到的相關文獻、文件與理論等作討論，並以深厚的描述來進行資料的詮釋。

(五) 歸納成組型：將意義再加以組織成組型，而第三、第四步驟來回不斷思考，以建構、修正組型。

(六) 形成成品：將組型與研究目的、主軸加以結合、呈現為成品。

第四節研究信度與效度

對於質性研究的信、效度學者各有不同的看法。有學者認為質性的評估如同量化研究的信、效度一般，也有的學者認為質性研究該有跳脫出量化研究信、效度的思維，而非落入量化思維來求信、效度。仿效量化研究信效度，而提出質化研究的評估者有Guba & Lincoln(1989)所提的「可信性」(credibility)、「可轉移性」(transferability)、「可靠性」(dependability)與「確認性」(confirmability)。所謂可信性是指內在效度，即研究資料與實際場域現象的「貼近程度」，若可信性愈高則資料欲接近實務的真實面貌；可轉移性，如同外在效度的思維，主要是希望研究所討論的現象，可以於類似情境、相關脈絡下加以轉換而運用；而可靠性，是來自於量化一致性、信度的概念，期望同一研究重複操作下，會有極為類似的結果；至於可確認性，在量化研究中是強調客觀性的重要，所以在此處是希望研究結果非僅研究者想像，而應該是要真實反應訪談資料與實際現象 (Guba&Lincoln, 1989)。

此外，Guba & Lincoln(1989)仿效量化的信、效度之外，也談到詮釋性的過程，即為品質的控制。胡幼慧、姚美華(1996)融合Lincoln (1994)所提出以「值得信任」(trustworthiness)來取代效度之觀念，以及Hammersley (1990)認為「效度即反省」(validity as reflexive account)的見解，而指出質性研究受到批判觀點影響，對於研究品質聚焦於「值得信賴」與「省思研究倫理」兩部分。而潘淑滿(2003)也引用Bauer & Gaskell (2000)的觀點指出應以多重來源、多重觀點來作檢視的「三角檢定法」(triangulation)為品質確保的方式，而透過研究者自我反省的「反思性」(reflexivity)方式也是重要的，最後，可以以研究者不斷辯證、不斷否定證據不足的資料之「否定證據」(negative evidence)的策略來保障研究品質。

綜上，研究者採用適切的研究品質標準，以作為本研究品質的掌控標準。茲說明如下：

一、可信性

此指的是本研究的內在效度，研究者應確保研究資料的真實程度。研究者從事精神醫療社會工作25年經驗，目前雖離開該場域，但仍然參與精神科醫院評鑑工作、與精神醫療界團隊成員保持聯繫與討論，又有社會工作專業團體參與經驗，研究過程中會自我提醒所謂先理解與成見的議題，來掌控研究的可信性。並為了確保受訪者所提供資料正確，徵求其同意，採用訪談過程全程錄音方式，且輔以問卷諮詢受訪者意見，以確保資料轉錄時的正確性。

二、可轉移性

此指的是外在效度，意謂能有效轉換受訪者的感受及經驗成爲文字敘述，此不僅指的是要將受訪者所述說的內容忠實記錄下來，並要將其陳述的真切感受經驗以文字忠誠傳達。研究者爲能精準表達受訪者之感受及經驗，每次在訪談結束後，即刻完成記錄之整理，以確實轉換成符合其真實的文字，正確透過深厚的描述（thick description），以使研究對象意見與研究場域面貌與現象，更如實、豐富地呈現，以利於研究結果的轉換。

三、可靠性

指的是內在信度，意指研究者如何運用策略有效搜集可靠之資料，蒐集之資料經過研究者多次分析或其他研究者，針對同樣資料所分析的結果差異不大。因此，本研究對每份資料都會透過不同時間點進行重複之分析，並與精神醫療社工討論及向指導教授請益，以確認各類屬與各項分類的正確性，來提升研究的可靠性。

四、可確認性

指的是中立客觀性，質性研究中，研究者本身就是工具，研究者的技巧、能力、敏感度及嚴謹度，是影響研究效度的關鍵，研究者的自我反省在知識的建構中就是效度的確保。因此，爲確保本研究的可確認性，研究者對於自我的先前理解與成見作反省，並在研究過程中不斷自我省思，精神醫療體系、專業團隊與精神醫療社會工作者的關係爲何？研究者與精神醫療社會工作者的關係又是怎樣？研究者的立場與資料蒐集後的關係？以不斷深度省思來維持研究品質。不斷提醒自己要避免本身之主觀、偏見或誤解受訪者的陳述，盡可能保持中立、客觀及開放之態度面對受訪者，避免武斷之決定、判斷情形。在每次訪問前事先演練問題之進行、訪問後隨即進行錄音之聆聽，以確保訪問過程中之中立態度。

五、三角檢定法

本研究由精神醫療社會工作者及精神醫療團隊他專業成員的角度，不同視域的融合，符合三角交叉檢定的概念。因此，研究者重視包含資料的來源、探討層面、影響動力的其他力量、正反意見等內涵之三角交叉檢定原則，來掌握、控管本研究之品質。

第五節研究倫理

Numan (1997) 認為倫理議題指的是當在考量執行研究的適當方式時所激起的擔心、兩難與衝突。很多倫理議題涉及兩種價值平衡，科學知識的追求與研究對象或其他的權利，我們必須權衡社會生活的瞭解、提昇決策品質、或幫助研究參與者衡量潛在利益和失去尊嚴、自尊、隱私或民主自由等潛在代價間之得失(朱柔若譯，2000：830)。研究倫理若反應學術社群共識，自然也脫離不了社群所處社會脈絡文化信念、價值觀等影響，研究對象有哪些基本權益？不外乎生理及心理免於受傷害、自主性、自我抉擇等原則，前者與確保參與者之匿名、保密、卻除負面後遺症等措施有關，後者衍生「自願參與」、「告知同意」、「不可欺騙」、「中途隨時撤出」等有關(嚴祥鸞，1998)。

在整個研究中，研究者須特別注重研究倫理，因為研究倫理是在研究者從研究對象獲得資料，所當善盡的義務。本研究之研究對象為精神醫療體系之專業團隊成員。因此，研究者參考文獻之歸納，將本研究之倫理議題設定如下：

一、徵詢研究對象同意

遵守自願同意原則。研究者首先要徵詢受訪者參與研究的意願，不能有所勉強。為使整個研究過程能在研究對象的自願同意下進行，研究者必須先將研究的主題、目的、性質，及研究對象在整個研究過程中，可能遭遇的狀況做詳細說明，並要確認研究對象瞭解前述的說明，及同意參與研究。本研究進行訪談之前，向研究對象說明整個訪談時間、研究主題與目的等各項權利義務，充分說明後，將給予研究對象填寫研究參與同意書(如附錄三、六)，而其亦可以隨時退出研究。

二、隱私與保密原則

對研究對象隱私之保護及保密是研究者的重要職責。整個研究過程中，從研究設計、訪談過程、資料整理撰寫到研究結果之呈現，都可能涉及到研究對象隱私的侵犯和身分資料的保密議題，研究者需向研究對象充分說明，確實維護受訪者的隱私權。本研究之研究者雖能認出誰是受訪者，但自當信守研究倫理不洩密給他人；研究者亦要做到讓讀者無法指認出誰是受訪者，本研究以代號取代研究對象之真實姓名、身分以維護受訪者之隱私權。

三、研究者態度

研究者在質性研究中是最重要的研究工具。研究過程中，研究者所具備的能力技巧、敏感度與嚴謹性是影響研究品質的主要關鍵。在研究過程中，研究者對受訪者的看法、對研究倫理的要求、和在研究情境中的反應等，都是研究倫理中極重要的課題。而且研究者的職務身分也可能影響受訪者的意願，或對研究對象帶來心理的負擔或壓力。研究者雖在精神醫療界工作多年，應屬局內人之角色，但目前工作身分與訪談者已無實質之影響力，僅以研究者身分努力謹守各項研究倫理規範，期望不會帶給受訪者可能的負面影響。而在研究的分析和報告上，研究者將誠實的交代本研究的發現與限制，並分享研究成果，期望將有助於精神醫療社會工作者在角色執行之脫困及專業角色之成長。

第四章研究發現

第一節受訪者基本資料

一、基本資料分析

本研究受訪者計精神醫療社會工作者 23 人，其中 2 人公職退休後，目前 1 人擔任專業組織之執行長、1 人擔任理事長。醫務社會工作者 3 人，其中 1 人曾擔任過精神醫療社會工作者。社工 26 人中，除 3 人不具社工師資格外，皆具有社會工作師證照，其中並具專業團體會員多重身分，當中 3 人負有引領精神醫療社會工作及醫務社會工作團體會務工作者。精神醫療團隊他專業包含醫師、護理師、臨床心理師及職能治療師各 1 人。總計研究參與者有 30 人，男性 6 人、女性 24 人，學歷具大學者 6 人、碩士 21 人、博士 3 人。遍佈在台灣地區北、中、南、東部，公、軍、私部門的醫學中心、區域醫院精神科，精神科專科教學醫院及精神科專科醫院。精神科年資 5 人有 30 年以上、20-30 年者 8 人、15 人在 10-20 年，僅 2 人在 10 年以下。研究參與者基本資料詳如表 4-1 及 4-2。本研究總計有 30 份第一手資料，其中 15 份為研究者與研究參與者之訪談逐字稿記錄，另 15 份為研究參與者詳實填寫「精神醫療社會工作專家意見調查問卷」之資料。為避免受訪者之真實身分明顯受辨識，以下資料呈現僅以醫院代號、性別、醫院資歷標示出。

表 4-1 受訪者基本資料

代號	性別	教育	社工 年資	醫院 年資	是否 社工師	醫院別專業團體會員
A01	女	博士	23	23	是	醫學中心 4
A02	女	碩士	31	31	是	醫學中心 1、4
A03	女	碩士	23 (N)	17	是	醫學中心 2、4
A04	女	大學	18 (C)	18	是	醫學中心 4
A05	女	碩士	28	26	是	醫學中心 3、4
A06	女	碩士	13 (D)	13	是	醫學中心 4
B01	女	碩士	30 (G)	28	是	精神科專科教學醫院 3、4
B02	女	大學	18 (G)	15	是	精神科專科教學醫院 4
B03	女	大學	25 (G)	22	是	精神科專科教學醫院 3、4
B04	女	大學	20	20	是	精神科專科教學醫院 4
B05	女	碩士	18 (G)	12	是	精神科專科教學醫院 4
B06	女	碩士	18 (D)	18	是	精神科專科教學醫院 3、4
B07	女	碩士	27	27	否	精神科專科教學醫院
C01	女	碩士	11 (B)	11	是	區域醫院 4
C02	女	博士	25 (G)	22	是	區域醫院 4
C03	女	碩士	19 (N)	18	是	區域醫院 3、4
D01	女	大學	35	35	是	精神科專科醫院 3、4
D02	男	碩士	8	8	否	精神科專科醫院 3
D03	女	碩士	19	19	是	精神科專科醫院 3、4
S01	男	碩士	17	15	是	軍精神科專科醫院 1、4
S02	女	碩士	21 (D)	18	是	軍精神科專科醫院 3、4
AMS1	男	碩士	24 (G)	23	是	醫學中心 1、2、4
AMS2	女	碩士	20	20	是	醫學中心 1、4

備註：

- 代號：A 醫學中心、B 精神科專科教學醫院、C 區域醫院精神科、D 精神科專科醫院、S 軍精神科專科醫院、(G) 含公部門經歷、(N) 含非營利組織經歷、MS 醫務社工
- 專業團體代號：1.中華民國醫務社工協會、2.台灣社會工作專業人員協會 3.台灣心理衛生社會工作學會 4.社會工作師公會

表 4-2 精神科專業團隊他成員及社工專業團體受訪者基本資料

代號	性別	教育	醫院年資	專業證照	醫院別	專業團體
BD	男	博士	30	醫師	精專教	精神醫學會
N01	女	碩士	30	護理師	精專教	護理師公會
BP	男	碩士	20	心理師	精專教	臨床心理師公會
BO	女	碩士	15	職能師	精專教	職能治療師公會
ASS1	男	碩士	10	社工師	精專教	醫務社工協會
ASS2	女	碩士	35	社工師	醫學中心	非營利組織
ASS3	女	大學	28	無	精專教	心理衛生社工學會

備註：受訪者都在醫學中心或精神科專科教學醫院任職多年或已退休，任職期間都歷任專業學會理監事，退休者目前皆從事專業組織之重要職務。受訪者有豐富之精神科團隊經驗。

二、專業角色學習歷程

社會工作者之養成背景，絕大多數高中屬文組、大學屬法學或社會科學院之畢業生，學校教育缺乏有關醫療相關課程，基於本身之興趣或工作機會因緣，進入了精神醫療場域，有些在進入之前已有其他領域或類屬之社會工作服務經驗，有些是人生的第一份工作。在與多元專業組成的精神醫療團隊中，精神醫療社會工作者如何展開其工作角色職涯歷程，研究顯示也呈現出個人及體制規範型態兩類因素。個人因素之工作角色學習歷程有：自我摸索型、精進不輟型、典範學習型三類，體制規範因素有：認命苦幹型、依歸領導型及醫師指導式學習型。

(一) 自我摸索型

綜合醫院精神科或小型專科醫院之一人社工的單位，因為精神科醫院評鑑，須要設置社工人力，往往主事者也不知道社工到底要做些什麼，故常是放任社工人員自我摸索，社工如自己主動、積極性夠，除自我摸索外，尚能自我尋求規模較大、專業性佳的機構模式參考。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「我大學畢業就踏入精神科領域，是機構引進的第一位專業社工人員，自己對精神醫療社工的功能角色也不明確，既無前人可學習，又無人督導的情況下，只好靠自己摸索。當時的我超無自信，藉由自我摸索、參考其它醫院，如市療、台大的工作模式及作業方式、積極參與研習會。」

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「進入精神科後，除了例行的精神病患及家庭之評估和處遇工作外，常是因為社會問題嚴重且政策要求醫院要處理而讓自己臨身，常常是突然、匆忙的情況就逼上陣，所以我都是土法煉鋼自己摸索，邊做邊累積經驗，一陣子後，似乎也做出些苗頭，但也不清楚自己到底變成了什麼。」

(二) 精進不輟型

教學醫院、醫學中心提供不少在職訓練機會。2003年8月在財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會的推動下，經衛生署公告實施畢業後一般醫學訓練計畫(簡稱PGY)。教學醫院評鑑規定醫事人員畢業後仍須接受基本訓練，課程包含實證醫學、醫療品質、感染管制、醫學倫理與醫療法律等課題。PGY培訓，給醫事人員許多專業學習的機會，只要社工人員自己願意，通常都能有許多的在職教育學習新知能。

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「本院是教學醫院，醫院本身就提供了各種各樣的在職訓練的機會，也會聘國、內外專家學者來院指導，像各種治療模式、學派我都會積極把握參加，自己主動積極，當有機會受訓的時候就會被看到而有機會參加。」

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「自己想要發展一些自己的專業知能，醫院本來就有一套體制會支持，team是精神科醫師會安排每個禮拜training，就會請外賓來。他會要社工提供我們想要的名單，其他的就是院體制裡面有編預算，所以每一個人大概一年有15000的補助吧！公費、公假，不限次數。不限你的假期有多少天，另外一個是公假，四天嘛！用來教育訓練，所以你可以去外面，那其實是不夠的啦！我們那個年輕的孩子教育訓練機會很多，他們若晚上工作，就算加班啊，他們就累積了很多時數去學習。」

【A01，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「PSW早期特殊性高，期許成為治療師，讓許多PSW更積極學習非社工課程，例如各類治療，但是這些課程並沒有透過學會或學校課程，讓後來加入PSW的人也可以學習，這些人比較是自己埋頭學習提升自己能力，沒有集結大家的力量、沒有實證研究的支持，只是個人學得的技術，沒有轉化成為專業、傳授後輩。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「目前很多精神醫療社工『嚴肅地』看待自己身為醫療團隊一員、具備

的『醫療角色』，願意自己付錢或把握機會參加專業訓練課程，在服務時更自我要求地注重醫療倫理、病人安全、服務對象的脆弱性及處遇的適當性。」

精進不輟型的社工，會透過醫院資源或自己專業使命驅使，把握機會，積極參加機構外部教育訓練或機構內部的在職教育，不斷充實自己、獲取專業新知識。

(三) 典範學習型

在精神醫療社工界裡，有一些敬業精神優良、認真謙和、專業精進、努力不懈，專注在精神醫療領域的社工前輩，他們常是代訓機構督導及專業訓練的講師，其典型風範常是新進社工的學習對象，透過對這些資深前輩之學習歷程，讓新進社工產生了正向之專業認同。

【A01，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「會選擇到○○（醫院），是分發前，我問過 MSW 社工實務界前輩，○對我說：如你真的要做專業，就去○○，我實習在○○（醫院），我的確對精神科有興趣，想學東西。我高考受訓 4 個禮拜回來又去草療訓練，我在學生時代○○（人名）曾帶我們去草療主辦的 PSW 訓練，那時○○○（人名）也來，講師都是 PSW 大老級。我在第一年真的感覺很豐富，不大有機會看社工位置，初期養成是靠前輩去帶。○○○（人名），我對他尊敬，他給我身教，他對個案的認真，他去康家處理，苦人所苦、同理像家人一樣。」

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「我剛開始到精神科是在精神科專科醫院，我的主任就親自帶領我，他是個很認真、人又親切的長者，之後我到這裡是精神科專科教學醫院，有大老級的○○及○○（人名）在裡面，給我有榜樣學習的機會。」

【ASS3，女，精神醫療社工 28 年】

「我畢業先在基層醫療工作，後到○○（醫院），那時○○○（人名）在那裡，那時他在團隊很有份量，很有 powerful，他是主管，社工角色典範，都跟著他學習。」

(四) 認命苦幹型

在精神醫療團隊裡，醫生為團隊領導，醫師獨大，醫生又常須靠護理醫療上之協助，兩者常相互結盟，在專業角色模糊的情況下，社工常是聽命行事、認命苦幹的「聽行者」。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我來的時候，大部分團隊成員都同時來，在團隊裡面，RI 可能就會常常叫我去聯絡家屬，護理只要談到家屬，就是社工，其實如果在時間允許的範圍內，我都會一直做，因為我覺得多做，我自己覺得啦！多做只是會（停頓）讓自己的能力更好，所以就是多去處理啊！從剛開始，然後自己找路，自己在社工在這團隊裡面的那個位子。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「我們醫院是醫師最大啦，尤其主任，以前的主任，要我們『視病如親』，把我們社工叫到門診，罵我們給家屬看，誰敢回嘴！連病人家屬不會坐公車，也要我們社工親自帶家屬去火車站坐車。啊反正他說甚麼我們就要做甚麼，只要是家屬就是我們社工的工作啦。」

（五）依歸行政領導型

在官僚體系任事，行政倫理嚴謹，以階級高低聽命行事，所謂官大學問大，階級凌駕專業，一切以主事者意見為行事依歸，也因此主將換人，其工作內容又是大有不同。

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「本人一開始擔任社工就在○○單位及○醫院，前二單位社工著力點不多，大多是 by order，上級隨著政策怎麼命令，當下屬的就跟著做。一切社工專業必須緊貼著單位長官的想法，完成長官的意志和指示。但是長官就代表專業嗎？錯，往往都是官大學問大，常常看到階級凌駕專業。當然每位領導者素養不同，對專業的尊重也有差異。所以影響社工角色的主因就是單位主管。主管有專業素質整體也會朝高品質的方向前進，相對的，主管只有向錢看的話，那整體的品質也不會好到哪裡去，這當然也涵蓋其他專業。」

【S02，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「在軍事系統中，我們常隨主官而改變工作內容，主官換了，我們也就跟著改變，所以工作是沒準則的啦，看長官愛做甚麼我們就做甚麼，談

不上是有甚麼專業的學習。」

(六) 醫師指導式學習型

精神科以團隊模式醫療，醫師為團隊領導，在團隊會議、個案討論會及讀書會上，通常以醫師意見為最後決議，醫師主導團隊成員之學習。

【S02，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「我在○○醫院那時，社工室一個主任加 2 個人，主任很多行政，我自己來，跟著住院醫師，跟著他們學心理治療一整年，一早就急性、慢性病房整個走過，感謝那一年，○○（醫師）會直接講你，team 合作互相刺激經驗，從團隊成長。早期經驗很好，沒從社工主任學，跟著 caseconference，不能只有社工語言，病症、從案家、社會心理、環境因素影響，現代社工不容易有這樣的經驗。」

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「在醫學中心我們有個好處，尤其我們是家老店，裡面有許多各個不同專精的大老級醫師，早期我們都採團隊模式醫療，從 morning meeting、case review、case conference、family therapy、group therapy、讀書討論會、查房、都是由主治醫師主持、團隊參與，那是很好的學習經驗。」

小結

角色學習是在特定的社會和互動中掌握角色的行為規範、權利與義務、態度與情感、知識與技能的過程。現代醫療科技、專業技術日益千里，在強調專業證照、醫師主導的精神醫療團隊，組織兼具醫事及行政兩大體系，繼續教育、專業學習，是醫事人員被要求的重要事項。在此氛圍下，精神醫療社工也會因個人之興趣、自我要求，或組織之規範而不斷精進學習，以提升自己的專業知識及服務品質。社工專業角色的學習歷程，關係到其對精神醫療社會工作之角色認同與執行。

在小型綜合醫院或專科精神醫院之一人社工，常在茫然的社工業務及缺乏督導的支持與指導下而挫折陣亡，形成此類型醫院之社工人員流動率高，每遇評鑑，社工新人不斷，如能留下來者，「自我摸索」、「認命苦幹」，皆已對精神醫療社會工作之角色有所認同，願意奉獻心力專注在此領域。在醫學中心或精神科專科教

學醫院，醫院規模大、組織完備、資源豐富，在團隊中「醫師指導式學習」及有「社工典範」之前輩帶領下，「精進不輟」的社工，可以透過醫院資源或自己專業使命驅使，把握機會，積極參加機構外部教育訓練或機構內部的在職教育，不斷充實自己獲取專業知能，其對專業認同佳，也較有專業自信。至於在軍事、輔導會體系下的精神醫療社工，由於其所處組織，行政官僚嚴謹，「聽命行事」、「領導依歸」為其任事之最高原則，幾經多年，如能適應，亦自有其學習之道，反靈活發揮、向外發展而活出社工自我角色。

歸結精神醫療社會工作者之工作角色學習歷程，可歸因屬於個人特性之自我摸索、精進不輟、典範學習型，及在體制規範下的認命苦幹、依歸行政領導及醫師指導式學習型等六類，社工在「精神醫療社會工作者角色」之學習歷程，發展出社工個人之專業及自我成長，也因而影響了其之後對社工角色的認知與執行。

第二節 精神醫療社會工作者角色

角色概念是來自於社會文化的期待規範、自己對於要扮演的角色所希望達成的行爲、個人生活中的特定他人對於此角色的期待、以及個人其所屬的參照群體的期待所形成。角色的結構是由自我認知與執行及角色期待與角色行爲組合而形成其外顯的面貌。社工在精神醫療體系的實務工作，亦在團隊工作的過程中，認知並接受團隊成員對他的角色期待，而再反思執行其工作角色。以下由社工眼中自己的角色、團隊他成員眼中的社工角色，及社工反身定位自己的角色三部分陳述。

一、 社工怎麼看自己角色？

擔任精神醫療社工之前是否已有不同之工作經驗，或者是身處在醫學中心、區域醫院、精神科專科教學醫院、亦或是精神科專科醫院之不同類型醫院的精神醫療社工，其經歷或是組織的不同，是否會對精神醫療社工之角色認知與角色執行有所不同？

A02 從大學畢業就先在中部醫學中心擔任醫務社會工作，結婚後再到北部醫學中心從事精神醫療社會工作，他強調精神醫療社工是「治療者」的角色，即使是為病人做一些申請低收入戶、健保卡等庶務性工作，過程中對患者之人性化、真誠關懷的會談，可以使一個長久處在社會邊緣的弱勢病患有所感動，因而產生改變的動能。

(一) 治療者

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我們兩個門診 worker 都專門在做治療，他們的會談室都很大很大，應該是社工地位不是那麼穩，所以大家很拼，我覺得也跟人有關哪，以前曾經的時代，可以很高調的，我就是排三個月才排得到，醫生也不會怎樣，可是我們現在這兩個中生代的社工，大概五十、六十年次，這個 range 的這兩個社工很拼、很拼量。一個社會功能評估，一個家族治療，我們現在能夠 charge 到錢的，就是這兩個。」

爲了拼績效，拼在團隊中的位置，社工在門診拼命做社會功能評估與家族治療。醫學中心門診量大，心理師健保吃不完的量，都落到精神醫療社會工作者的會談治療、家族治療。反正醫師也樂得有人做，拼精神科的績效。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「社工人力很吃緊，可是因為吃苦耐勞，所以就變成醫生轉就做，醫生轉就做，所以變成心理師他們就三個月排啊，精緻的做他們的治療工作嘛。所以變成他們那邊消化不了的量都通通會給我們會談，就變成會談治療、家族治療，醫生反正有人做嘛。我們就只有 charge 家族治療跟社會功能啦。可是現在家族治療實際上也是做個別、跟家庭、跟婚姻，都有啦。因為做不完啊，做不完，所以大概就不會有比較庶務性的工作。」

A05 之組織亦是醫學中心，他強調在醫院的角色，以治療者角色為第一要務，社工要具備這樣的執行能力。

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「在醫院，我們社工做個別與家庭問題的介入處遇，也就是健保的家族治療項目。工作中當然也有經濟協助、法律問題的諮詢及資源的轉介。但是個別及家庭處遇的能力會放在第一順位，要求要有這樣的執行能力。」

(二) 資源管理者

精神病人「人在情境」脈絡的家庭、社會面的處理，向來是團隊中精神醫療社工處理的工作重點，尤其是疾病引起的經濟、家庭、社會環境相關問題處理，更是須要精神醫療社工與社會脈動保持靈敏，舉凡精神病人之相關政策、法規，對所處環境的資源認識、整合、連結與應用。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「社工專業角色是會有兩大塊啦，我覺得治療上的嘛，基本他在整個去處理社會面啦，家庭的整合支持系統啦，還有整個社會資源的連結這一塊啦，這一塊我覺得真的是越來越多，因為真的越來越複雜，所以其實社工某種功能要扮你的 manager 的角色，整個資源的那個整合。」

家庭結構變化，大社會經濟不景氣，長期慢性精神病人缺乏家庭、社會支持系統，出院後的安置問題，亟須社區長照系統的協助。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「對這個很 basic 的這一塊，社工怎麼整合，跟更大的環境，更大的系統，怎麼去工作的這一塊，看來這一塊就會花掉我們很多的時間，因為

真的越來越複雜，家庭系統越來越差，然後整個大環境嘛經濟的不景氣啦，我覺得對我們很多的病人，嘖，我看很多的家庭支持系統很差啦。所以變成要去機構安置的越來越高。這一塊其實就是比較傳統的，我們社工比較早期就在處理這一塊。現在資源很多嘛，醫院越來越困難，整個人口老化，所以那個護理之家跟康家的需求性越來越大。我們去建置這一塊的資料庫，然後要去媒合，因為家屬其實完全不知道啊，如果你不給他 Information 的話，我覺得這一塊，其實花掉我們很多時間呢。」

缺乏家庭、社會支持的棘手個案，社會資源的整合應用，常耗去精神醫療社工大量的人力、時間處理，因機構間的協調、聯繫、資源應用都需要彼此間的關係建立。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我最近光一個個案他就花掉我很多的時間，他是一個從美國回來就病發作，然後在社區跟房東有衝突！就沒有錢啊，繳不起房租，然後他就告房東，房東也告他，後來就被強制住院治療，沒有家屬，家屬不願出面處理啊，因為他年紀也六十幾歲，沒有家屬願意出面處理，整個非常的困難，我下禮拜會把他安置到康家去，像類似這樣子的，人口的老化，加上家庭支持系統的瓦解，我覺得那一塊也會吃掉社工很多，我覺得這一塊要怎麼樣的去整合更多的資源，然後那個資料庫的建立啦，比較更快的去掌握，然後少一點力氣建立一些關係，合作關係。」

精神醫療社會工作者社會資源處理的典型個案，常是因家屬或無家屬出面，但牽涉層面是疾病醫療、經濟、出院安置等多重而複雜的問題，需要衛政、社政、甚或戶政協助解決病人之「身分」取得，才能得到後續的福利資源。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「這個個案連身分證也沒有、健保卡也沒有，我去幫他辦身分證，幫他辦健保卡，幫他辦重大傷病卡，幫他辦身障手冊，幫他辦低收入戶，因為他，我透過這個個案去連結看看，現在社會的脈動到底是怎麼樣，就發現衛生體系指定了健康服務中心的一個護士當作保護人，可是我覺得這完全沒有功能，倒是社政系統、戶政，他們很快耶，他們那個便民措施，我聯絡隔天他就來辦了，那個里幹事非常積極的去幫忙處理，所以低收入戶應該會過，再去連結康家，發現康家漲到太離譜可怕了，所以我說我會在很無聊的工作裡頭，還會去做一些事情，還是會保持一個脈動啦。這一個是最典型的，就是我還要去碰到好多的系統。」

在協助處理多重而複雜的個案中，常要與社會各系統接觸、碰撞，最困擾的，還是法執行面之模糊及主事者之老大作風，以致精神醫療社工，在社區資源的整合、連結之角色執行上，耗費多時，其所銷耗社工在身、心、社、靈之能量，恐非團隊他專業成員所能體會。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「其實有一些系統已經有很多的改善，可能已經被罵慣了，所以社會福利系統反而效率很高耶，我覺得心理衛生的系統還是最老大，真的，完全沒有一通電話，完全沒有功能，他就告訴我說，他只是負責瞭解他醫療狀況、病情而已，我不知道我們指定保護人到底是怎麼樣？形式上指定嗎？透過這個真的很棘手的個案，去體檢一下不同的系統。如果說我從資深要跳下來做這麼底層的工作，你從那個角度想，你會很另外的感受，就想啊，去碰碰看現在的系統到底是怎麼樣，當然這也不全然就可以很斷定這樣子啦，可是我覺得我真的普遍性感覺到社福系統有被操到耶，戶政系統也是，我覺得那個整個效率比較高，反正我們的心理衛生系統有點老大欸。」

B04、B03 所處的公部門精神科專科教學醫院，身為核心醫院，須擔負起社會公共責任。弱勢精神病人，因疾病需要，住院急性病房，然因健保住院日數規定之限制，常要由財團法人醫學中心轉介到公部門醫院，繼續接受復健病房之住院治療，病人後續之出院安置，常是社工要花頗多心力，協助他尋求社會資源，以做後續之妥善安排。

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「我們是公立醫院，要負很多社會責任，很多病人都是經濟狀況不好的中、低收入，病久了，父母死了，沒支持系統，我們醫院又不能住那麼久，後續要怎麼處理，特別是在資源的連結、安置、經濟及與外面的溝通協調等問題上，可以協助團隊成員解決他們的困難。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「講不好聽一點，我們都在幫忙財團法人、醫學中心收濫攤子啦，他們急性的錢收完了就要求轉來我們醫院。我們醫院有許多包袱啦，民代、里長拜託，上級單位一通電話。這些沒有經濟、家庭支持弱的病人，最難處理的就是他的出院後續安排。每個家屬都期望長期收容，我們又沒有那麼多的收容單位。怎麼讓家屬能夠瞭解、配合，協助家屬申請現有資源應用，這常是我們工作最大的困難。」

(三) 病人權益倡導者

病人的安全維護及權益保障是新制醫院評鑑的重點，「公平正義先鋒、權益福利尖兵」素為社工群體所自許的角色責任。在 921 地震中的災區醫院，B04 對此有深刻的體驗。

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「社工對於病人權益的維護及倡導，在醫療糾紛中醫院與家屬間的協調處理，或是在災難突發危機狀況的介入，社工的角色被賦予很高的期待。921 大地震時我們醫院嚴重的受到影響，怎麼把病人送到安全的地方，當時我們把病人送到○○療養院暫時安置，跟家屬聯絡…，病人的食、衣、.. 我們社工要全力張羅、處處替他們著想，不能因此就讓他們受到委屈。」

現代社會民主意識提升、人民權利日受重視，醫院卻一味的追求營運績效，忽略服務品質的提升，以致醫病關係緊張，動輒有醫療糾紛。社工在醫糾是第一線的處理，除要安撫病人及家屬之情緒，並要掌握其訴求，客觀的反應給院方，成為兩方溝通的橋梁。B07 認為社工要有公平正義，維護病人權益。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「近幾年來，國內醫療環境快速發展、民眾就醫型態的改變與權益意識的提高，造成醫療機構與病患間的醫病關係變化很大。病患就醫後如有身體不適或者是醫療效果未符合他的預期，就認為醫師處置不當，部份醫療機構一味的追求營運績效，未能同時提升醫療水準與服務品質，而導致醫糾案件一再的上演。善後工作都是要社工去處理，有些不合理的，我們當然不能昧著良心，要站在客觀的立場，站在病人和家屬的立場替他們說話。」

(四) 志工管理者

醫療生態同質性各醫院競爭激烈，在各專業人力吃緊下，公部門又被交付許多公共政策之執行，尤其在衛生署指定的核心醫院-精神科專科教學醫院，其公共政策之推展更是不遺餘力，醫事人員忙於替醫院賺錢，只有社工須思考無形績效之產出，「人力補充」提升醫院形象的志願服務推展，遂成為精神科醫院社工的重要任務。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社工的工作，除了住院病人的接案、社會功能評估、家族治療，其他的有日間病房病人團體課程、家屬諮詢服務、出院準備服務，與醫療團隊分家暴個別認知輔導、藥癮團體治療。最重要是志工管理及志工相關醫院要求的工作。志工管理從招募、訓練、督導、管考、福利、聯繫會報、期末的志工滿意度調查、…等。志工服務要依志願服務法規定的來辦理，事實上要花不少的時間來做這些事情。」

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「精神科專科醫院，社工不像其他醫事人員工作明確清楚，雜事很多，我們不得不招募社區具愛心又肯付出的志工來訓練，協助做一些庶務性及病人的服務工作。像門診走動式的服務、外出活動服務、到日間成人、老人病房、復健病房帶音樂欣賞、說故事、養生功、英文教學、帶動唱、照顧陪伴、協助帶領病患院外就醫服務、社區巡迴醫療服務等。但志工要發揮效用也要好好的管理，」

(五) 整合性服務角色

精神醫療社會工作者以病人疾病引起的社會心理環境層面之問題處理，所接觸的對象不限在病人個人，其處理的面向範圍較廣，醫院外的機構聯絡、資源連結，病人權益之倡導，大多時候是以直接、間接及合併角色執行整合性服務工作。

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「精神醫療社會工作之角色有指導者、教育者、溝通者、支持者、協調者、轉介者、資源者、補助者、治療者、倡導者等等角色。這是從處理病人的工作內容性質來分析的，我認同在病人的工作處理上，有時候是直接面對面的工作角色，例如治療者、指導者、支持者，有時候是間接的角色，如行政庶務的處理有時候兩者都有的合併角色。」

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「在平常我們社工的工作分配上，我就把它分成臨床的門診及病房工作，這是比較屬直接的服務角色，另一部分則是屬於間接的行政工作，我們是精神科專科教學醫院，又是核心醫院，有許多行政庶務性的文書工作，像仁愛基金、志工督導、研究…，當然在病人補助的資源應用上也常常是兩者角色都有的。」

(五) 行政協助者

精神醫療社工，隨著其所屬醫院的不同，行政隸屬在組織中的不同單位。在公部門，其人事系統更是僵化，故同樣在醫學中心、區域醫院，精神醫療社工的行政隸屬，有些就歸類為行政人員，只有台大醫院精神科社工，早期以技術人員任用，近年也因評鑑人力之整合，而歸併到社工部管理。在公部門的精神科專科醫院，社工經國家公務人員考試及格，以行政職系任用。反倒是私部門的精神醫療社工，較常以醫技人員聘用。

A03 在擔任精神科社工之前，曾在民間社團法人協會擔任社會工作人員，也曾擔任民意代表的為民服務工作。他認為自己目前的社會工作人員角色就是行政協助者。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我覺得基本上我還蠻同意我們其實是一個行政協助，治療這一件事情，我自己不會很想把自己放到那麼治療的那個角色，因為我覺得每一個環節都很重要。難道醫院就不需要櫃台的人員嗎？櫃檯人員真的就比較低嗎？我覺得我們有一點自己怎麼這麼肯定，看自己這個角色，那你那麼愛治療，你就去念心理念醫生嘛！對不起，我的意思是說社會工作者本身在團隊裡面的（停頓）在精神醫療社工裡頭的角色，本來就不是全部只在做家族治療，對不對？其他部分其實是不能用收費，可是卻重要的！」

社會工作者應用社會工作專業知識與技術在精神科，A03 特別強調他是一個在精神科擔任社會工作的人，是一個社會工作者在精神科執行社會工作者的角色。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我覺得我在精神科的社工的角色喔，老實講，我很少去講精神科社工，我常常就是在扮演一個社會工作者，我覺得我也不是在扮一個醫務社工，我覺得我是一個在精神科擔任社會工作的一個人。我其實不太強調去學治療，我甚至覺得我們不必收費。」

醫學中心、區域醫院等綜合醫院及精神科專科醫院，如果要成為一家教學醫院，基本上要通過教學醫院評鑑指標，教學醫院評鑑通過，健保會提供醫事人員的在職教育訓練之經費。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我們是行政人員也沒什麼不好。因為我就不用被專技那樣的醫療技術人員有那個評鑑教學，我們現在醫院的教學評鑑只評專業技術人員、醫療醫技人員，所以他對於我們的教學研究再用一些框架來要求我們，基本上有的人可能會認為這樣子就好像被別人邊緣化了，我們這邊是行政人員，所以進來的時候就是這個樣子，我們的薪水、獎勵金本來就比較低！因為我們就跟行政一樣啊，就不會跟 OT 跟心理一樣！在薪資報酬上也就 OK，基本上我覺得 OK，所以我不曉得我會不會有點奇怪。」

教學醫院評鑑針對各醫事人員有一些品質指標須達成，且在文書作業資料整理的準備上，需要花費不少時間、人力及物力。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「因為我覺得教學醫院評鑑那些東西其實耗損了很多我們實際臨床，實際去工作的時間，很多的 paperwork，很多的形式，但是我不被這樣框架，我做的論文還比他們多（笑），反正我們薪水本來就低呀！每個醫院的薪資，社工一定都比 OT 和心理低呀！公務人員薪資一樣，可是我們（醫院）還有一個專業加給，所以我們這邊等於是行政人員。」

以賺取健保收入為績效考量的情況下，精神科人力是社工人力比心理師及職能治療師少，原因是他們做治療，社工做聯絡的工作。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「事實上，OT 跟心理他們人數比社工多啦，OT 直接是要做病人的工作嘛，心理也是，我們比較多一些是連絡，我們可以收兩個費，可是基本上我並不是，就像我們的很多社工在學校做聯絡，他是一個專業，可是我覺得我不想直接我這個專業就要被你化成是一個費用，在健保的情況下，那些都要變成執行一個治療的費用，做一些他的社會心理層面這一部分啊！我覺得假如是這樣去 charge，我就覺得不會不好意思，假如純粹聯絡的話，我又覺得有點很重要，跟這個病人得到很好的治療，其實妳不把他連絡來，醫生怎麼給他教嘛！所以我覺得基本上我還蠻同意我們其實是一個行政、協助。」

在擔任精神醫療社工之前已有不同的工作經驗，這些經驗對「精神醫療社會工作者」的角色認知與期待會有不同的看法。A03 自認自己不是「醫學院畢業的精於治療」，過去的「以人在大環境裡」而跟社區有所合作的工作經驗，讓她在醫院的「行政人員」角色位置，能更開放的除了在醫院外拓展社工人的工作生涯。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我前面的經驗很多是社區，還有做比較是屬於政策的，以前的經驗讓我自己是比較大脈絡的一個，然後再回到只是精神科裡面的時候，其實我覺得有一點關不住我的那種感覺，我覺得我常用比較大、宏觀的大的脈絡來看我的病人跟我的工作。所以我從一開始我就沒有只是天天都在醫院，我跟社區跟社政的網絡間的關係還算有互動，我覺得不是都在精神科裡面接案跟治療，我其實有一些社區比如說酒癮的、強制親子教育的、，所以我覺得精神科社工你為什麼要設定你是精神科這麼精，我常跟人家講，我就是一個社工，所以我因為這樣而變成我其他的社工我都可以去。其實精神科只是幫助妳更精的看一個人、看內在，可是其實這樣的一個人是要在這樣大的環境裡的那個環境，所以我一直都跟一些其他機構有一些合作。」

A04 在素以經營管理嚴格的財團法人醫學中心擔任精神醫療社工，醫院將其行政隸屬歸類為行政人員，但從健保給付的績效所得，可以得到薪資外加的績效獎金，對於自己的「行政人員」角色倒甘之如飴。

【A04，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「醫務社工在醫療體系一向被拿來當『公益』與『公關』，精神醫療社工也面臨類似的情景，當其他專業在團隊有固定的『產值』時，社工因為不是醫事人員，在醫療給付上並無法有獨立的『產值』，因此當政府交辦特殊業務時就會落在社工頭上。像很多對外的行政文書處理、聯絡工作，其他人工作明確。但醫事人員他們是要自己賺自己的薪資，我們是外加績效獎金，如果我們是要靠自己賺薪資，那我們鐵定是一定比現在差咧，我們是賺不夠的啦。現在這樣反而是好。」

（六）院內精障照顧者

醫院的病人治療，有其臨床路徑之治療模式，精神醫療社工在此治療模式中有其角色任務，路徑中的每個工作時間，有其時限。如果院方接受政府委託方案到社區工作，在醫院的工作人力有限下，勢必影響、剝奪到院內病人的照顧工作。ASS2 強調：醫院內的精障照顧者，是精神醫療社會工作者的主要角色。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「早期急性住院 3 個月，第一個月是症狀的處理、第二個月處理 sycho-social 家庭治療、出院前回去試家庭生活，我們覺得這是很完整

的治療，後來健保縮短時間，第一個月就做了，第二個月沒甚麼費用收，3、4週內處理，再來出院規劃很重要，之前也會討論，但沒像現在，比較差別則是現在資源豐富，以前只 day-care，出院安排，現在轉變比較這樣，psycho-social 以門診為主，所以社工門診處理很多，我們完全不接衛生局委托的方案，我們接了就沒時間做院內的事，醫院要照顧精障。」

S02 認為醫院的設置人力都是以病床數之比來計算，專業人力應該以照顧醫院的病患為主。A06 也認同醫院內部的病人就已夠多，須花心力在他們的照顧。

【S02，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「現在有些醫院的社工都在做政府委託的方案，性侵害、家暴、、，都往外發展，急性病房的病人還有人做，慢性病房病人就放任著在那裡。一個人的工作時間有限，說實在，這對慢性病人是很不公平。」

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「我們醫院的性質有他的宗教背景特質，較不會去看賺不賺錢，但醫院的門診量就很大，門診就有做不完的個案，在加上病房，沒有時間去做外面的。我們應該先把醫院的病人照顧好才是重要的。」

（七）社區（院外）工作者

隨著社會脈動新法的頒布，家庭暴力、性侵害加害人、被害人之輔導與治療，自殺防治、新住民弱勢家庭、災難、毒害、、等等新興社會議題，不管是所屬之醫院承接政府委託案或是該等服務機構聘請兼任工作，資深精神醫療社會工作者因其資歷、優秀口碑及外界的亟需專業人才，都有很多機會擔任醫院外社區機構之直接服務或是間接督導工作。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我沒有天天都在醫院，我跟社區跟社政的網絡間的關係互動，我覺得不是都在精神科裡面接案跟治療，我其實有一些社區的，比如說酒癮的，或是一些強制親子教育的，或者一些社工的督導，或者一些特別的團體，比如說單親啊！或者是植物人的，就是跟社工，所以我覺得精神科社工你為什麼要設定你是精神科這麼精，不用，我常常都跟人家講，我就是一個社工，所以我因為這樣我反而變成我其他的什麼社工我都可以去。」

【D03，女，社工師，精神醫療社工 19 年】

「我們為了要替醫院賺錢，也給社工有多一點賺錢的機會，我們盡量爭取外面政府的委託方案，像 88 災區的服務工作，我們至今都還在做，社會局的家暴加害、被害人輔導治療，衛生局的自殺防治也委託，這是最近這十年來政府的許多新興工作，也讓我們精神醫療社工有許多在外的工作機會。」

（八）醫院評鑑規範執行者

每三年一次的衛生署醫院評鑑，規範了精神醫療社會工作的工作內容。項目有：依病人需要制訂精神醫療社會工作計畫，提供多元且適當之處遇或治療模式，包括：個案工作；家族、夫妻治療；團體治療；社會心理教育(如家屬座談會)；社區復健方案；出院準備服務；與社區連結，協助病人社會參與；對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫(醫策會，2009)。醫院評鑑時的資料準備，就會要求依據社工評鑑的項目，整理精神醫療社會工作者每年工作角色之執行狀況，以呈現社工角色行為之質與量的展現情形。所以 A02、D01、B03 認為：社工的角色，就是醫院評鑑的規定項目執行者。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「社工我們自己的那個照會系統，照會單有什麼問題，要做什麼處理，那個照會單其實是我們自己設計的，所以就很清楚，你們就是照會我這些我能提供的服務，那也是我們專業去發展的。我倒覺得啦，因為那個評鑑，評鑑會去規範啦，規範評鑑的那幾個 criteria，那會倒過來去規範我們，每年衛生局、每三年衛生署要評的時候，要呈現這些工作量嘛，工作的質，那些東西，會變成你是要去呈現的。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「我們醫院可能比較特別，就是說，其實我們如果說明年工作計畫，我們打算是帶團體呢！我們會自我要求，因為評鑑嘛！就會要看你這些東西，以前，我們都會試著要帶幾個團體，我們比較沒有說醫院要求什麼，其實是我們自己去安排。不過我們評鑑項目對社工的要求是包山包海，含蓋個案、家庭、社區、政策及病人權益倡導，內容包山包海，業務量明顯多於其他科室，人力配置卻跟其他科室一樣。評鑑要求社工多啦，所以我們好像都有一點像為了評鑑。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「我們醫院是專科教學醫院、也是精神科核心醫院，很重視評鑑的榮譽，所以我們都要照著評鑑的項目一一的做整理，花很多的時間在評鑑文書的工作準備，但基本上，你就是要東西才整理得出來，所以評鑑社工的內容，就是我們最基本的工作哩。」

精神科專科醫院人力少，醫院評鑑沒有依據醫院之規模大小、服務性質而區隔出評鑑指標，所以只要醫院評鑑規範有的項目，都要呈現其執行情況，社工要是無所不能，工作內容被譏為是無所不包。

（九） 社工自行規範者

醫院評鑑項目中社會工作手冊的訂定，其內容包含社會工作者之角色職責，此內容是由社會工作部門自行討論、決定出的精神醫療社會工作者角色之工作具體執行。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「在我們社工科所訂的社會工作手冊，社工的角色有個案工作，包括心理社會診斷與治療；家庭評估與治療；婚姻治療；家庭、學校、機構訪視與調查；個案管理；個案轉介、協調、聯繫；安置問題；司法鑑定個案與看守所評估業務。在團體工作有：家屬教育團體、自助團體、病友團體、家屬座談會、團體討論、活動，家庭暴力、性侵害加害人、被害人團體治療，藥癮替代療法美沙冬團體，戒治所藥癮戒治團體。社區工作有：社區民眾之心理衛生教育宣導、社區精神病患家屬座談會、社區公共關係、康復之家、社會資源的開發與運用、社會服務暨醫療救助基金之勸募與徵信。」

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「本院社工工作角色有臨床業務、社服基金、顧客反應、醫療或危機協處、志工管理、實習教學、醫療網訓練計劃、家暴、性侵加害人處遇與行政、身心障礙鑑定、行銷公關、醫學倫理委員會、每月月(院)刊、輿情蒐集及臨時交辦事項等。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「目前在我的醫院社工的規範角色任務有：臨床的精神科疾病適應問題處理、家族治療、社會生活功能評估、家庭會談、遊民路倒病患處理、出院準備、長期照護、保護性工作、自殺防治、戒治團體、醫療救助、

社交技巧訓練團體、早期療育、悲傷輔導、身心障礙鑑定的社會功能評估。行政工作有志願服務管理、實習訓練、募款與基金管理、福利諮詢、病友組織、緊急救災、社區健康營造、心理衛生宣導、身心障礙鑑定、實證研究、繼續教育訓練、服務品質管理、倫理審查、個案管理、行動方案、社區資源管理、醫療爭議處理、輔具資源管理、公關行銷。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「本院社工的角色執行有個案工作：門診、住院接案、評估、家庭評估，家屬衛教指導，問題處理與輔導，出院輔導與安置，出院追蹤。團體工作有：治療性團體，家屬座談會，配合醫療團隊所舉辦之各項全院性病友娛樂團康活動。社區工作有：辦理社區活動、社區講座宣導、提供社區相關諮詢服務、社區醫療網之轉介服務。社會福利資源的連結與運用、社區復健資源諮詢及轉介服務等。個案管理是針對個人、家庭之需求與社區資源及服務結合，提供出院準備服務，協助個案及家屬獲得全面且持續的心理衛生照顧。病患暨家屬的權益倡導如提供社會福利諮詢，宣導法令及相關福利政策。其他還有諮詢服務、轉介服務等。還真是包山包海！」

由精神醫療社工自行所規範的角色視之，不論是區域醫院的精神科，或是精神科專科或專科教學醫院，不論其規模大小，社工之角色執行內容，牽涉的單位層面有個人、家庭、團體到社區，所應用的社會工作方法，涵蓋了個案工作、團體工作及社區工作，真是廣而多元，應有盡有，已將社會工作涵括盡淨。

小結

精神醫療社會工作者的角色，在工作場域，除了面對病患、家屬及一般民眾等服務對象，還有組織科層體系中平行的社工同僚、不同專業同僚及垂直之上司，並有組織外的各種同質性及異質性之機構、團體成員，故精神醫療社會工作者的角色是由許多的角色組合。他對案主、對同僚、對上司表現出不同的行為模式，對組織外部成員亦表現出另一種行為模式。配合精神醫療體系中社會工作者這個位置的所有角色，精神醫療社會工作者扮演著此位置的行為、規範與期望。

精神醫療社工怎麼看自己的角色，歸納整理如下：

- 1、以工作角色內容分析，有**治療者**、**資源管理者**、**病人權益倡導者**、**志工管理者**，其角色性質是直接、間接及合併服務的**整合性服務角色**。
- 2、以行政隸屬分析，**行政協助者**，是社工在公部門人事上以行政人員任用的正式角色，在組織的位置就是行政人員。醫學中心者有因不同薪資及獎勵金計

- 量方式，在利益相權量之下，行政人員顯然是條件較好、較無壓力的角色。
- 3、以工作地點醫院內外場域分析，有**院內精障照顧者**、**院外（社區）工作者**。
 - 4、以醫療生態面分析，有鉅視面政策下的**醫院評鑑規範執行者**、鉅視政策影響下微視面社工部門所訂之手冊**規範執行者**角色。

健保、評鑑制度引導社工之角色行爲，精神醫療社工自己眼中的社工角色，由治療者的直接服務角色到行政協助者的間接服務角色，並兼精障照顧者之合併服務角色，其角色執行內容可謂之行政、治療無所不包的工作執行者。有人堅守醫院內的病人服務工作，以照顧院內之精神病人爲其最重要的角色職責；但有人認爲精神醫療社工不應該劃地自限，醫院外海闊天空，任君遨遊。精神科醫院評鑑已規範了精神醫療社工的工作角色內容，它的規範已讓人力少、無所不做的專科醫院社工，追著做不完的工作。而醫學中心精神醫療社工也有做不完的會談治療、家庭治療的治療者工作，大型精神科專科教學醫院在自我要求下亦規範了自己許多臨床及行政角色工作。總結精神醫療社會工作者自己眼中的角色有：治療者、資源管理者、病人權益倡導者、志工管理者、行政協助者、院內精障照顧者、院外（社區）工作者、醫院評鑑規範執行者及社工自行規範者。

二、 團隊他成員怎麼看社工角色？

特質是個體行爲的基本特性，會在個人行事風格及人際關係上，有一定的表現方式，當社工在工作中表現出的行爲模式，常形成團隊他人眼中的社工型態。由個人之特性或體制規範中學習「精神醫療社會工作角色」的社工，在團隊中的其他專業成員是怎麼來看「精神醫療社會工作者」這樣的角色呢？研究者由團隊他成員的訪談資料、訪問精神醫療社工：「團隊他成員怎麼看社工角色？」的資料，整理歸納成以下十二項：

（一）耐操耐勞無聲者

社會工作者在職場中，工作態度認真、溫和，並負責處理許多病人及家屬之多重而複雜的疑難問題，且多能圓滿達成任務，故常給團隊他人有社工是吃苦耐勞、任勞任怨的刻板化印象。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我們主任在找新人的時候，他就說：我知道心理師要找那個很會吵架的，我們臨床心理師很敢跟醫生吵，fight 他們要的東西，他就說社工要找那個就是那種刻苦耐勞型的，因為沒有講 OT，所以我也不知道他心

目中OT是什麼，在主管裡頭的心目中就是臨床心理師最強悍的，社工呢，就是沒什麼聲音的，刻苦耐勞，因為他們不敢講太多話，我們這邊好像沒有什麼強勢的社工耶！」

【N01，女，護理師，精神醫療 30 年】

「社工你們給我的印象就是刻苦耐勞，有棘手、我們處理不來的個案家屬轉介給你們，你們都能夠很有耐心的把他處理好。這是很值得讚許的正向特質。」

（二）熱心醫療專業知識不足者

社工在團隊中，工作態度熱誠，然因大學所學在醫學專業知識較為缺乏，因此，先天專業醫學知識不足，故在有關疾病之生理因素知識，較團隊他專業弱勢。「阿婆啊心」，熱心有餘、專業知識不足的助人者，是一個資深精神科醫師對社工的評語，他強調在他的醫師朋友群裡面，他們有這樣的看法。

【BD，男，醫師，精神科 30 年】

「我所認知的社工雞婆個性，但專業不夠，舉例來說審查會 7 組委員，討論 2 個出槌的個案，剛好都是社工審的，不是大家特別去挑，但挑出來的 2 個都是社工做的，他說『這個不用住院，居家治療就可以』，這已經強制入法，說太多被糾正，社工有這樣的特質。是個人的氣質嗎？我倒認為社工普遍有這樣的性格。」

【AMS2，女，社會工作師，醫務社工 20 年】

「在醫療體系我們社工因先天的不足，我們大多數非理科背景，對醫學方面的知識本來就較弱，在跟團隊的論述方面也弱，但我們也有我們的優勢，基本上，我們熱誠，能主動積極替病人及家屬著想，站在他們立場為他們解決問題。阿婆啊心啦！」

（三）文武全能者

社會工作者常在人少事繁、經費少的工作環境下，為能圓滿達成工作任務，個人潛能常受激發，工作磨練下，被訓練發展出各種能力，成爲一個能文能武的全能者。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「精神醫療社工在團隊中被付予太多的期待，解決疑難雜症，只要跟家庭或社區有關的問題都丟給社工，辦得好是應該的，沒有嘉許肯定，無法解決的就受指責。我們被要求甚麼都要會。」

【BD，男，醫師、精神科 30 年】

「精神醫療社工十八班武藝都要會，社工萬能做很多，很重要，比其他專業廣，對案主善體人意。在 team 中，家庭、兒童基礎訓練更多，輸在生理基礎不夠，到醫院才懂，精神醫療社工在社工界是少數、在社工中專業度最好。社工的先天弱勢是學校養成教育生理基礎不夠。」

精神醫療社工普遍給團隊他人的感覺是「熱心」、「雞婆」、「吃苦耐勞」、「任勞任怨」，遇到委屈事物常是「無聲」、「靜音」的反應，這與早期社會工作概論教科書上所描述的社會工作者應有的溫暖、真誠、接納、支持、同理等態度或人格特質似乎不謀而合，此是因這種人格特質的人自然而然會走上社工助人者之角色，亦或是社工專業訓練之薰陶下，將之內化成工作角色特質，形成團隊他人眼中的社工角色特質。而在精神醫療社會工作者的角色執行上，團隊他成員又是如何來看社工的呢？

（四）評鑑規範執行者

在醫院設置標準及醫院評鑑的規範下，精神醫療機構或單位成員都有被賦予的大體粗略的角色職責，團隊成員為因應醫院評鑑，大多依據評鑑之規範來執行其業務。

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「社會工作這個專業在以績效產值為表率的醫療環境職場中，醫療團隊對於社會工作者的角色期待是透過了相關的醫療政策規定反應出這個體系對於這個角色的期待與想法，包括醫院評鑑、以及醫院設置辦法等等相關的規定，在在都在陳述反應出這個體系對於社會工作者的想像與期待甚至角色地位。」

【BD，男，醫師、精神科 30 年】

「基本上，評鑑都有要求每一個專業要做到的項目，所以社工的評鑑所要求的，那也是你們自己的專業訂出來的，那應該是社工最基本的工作

角色要求。」

(五) 出院準備服務者

為能節省醫療成本、避免醫療資源浪費，以求床位得到最大效益，出院準備服務成為醫院很重要的一項工作，病患出院安置是社會工作者被付予的重要角色任務。但病人出院常遷涉到家庭等外在環境因素影響甚鉅，社工被過度期待處理病人出院，卻也因此而無法滿足團隊之需求。被過度期待卻無法滿足團隊需求之出院準備服務者，是團隊他成員對社工角色執行的看法。

【BP，男，臨床心理師，精神科 20 年】

「績效壓力下，服務數量與品質雙重要求，都增大了工作量，為縮短等候時間，時效壓力也將加大。全面出院準備服務要求下，加上平均住院天數管控要求下，面臨病人頻繁入出院時效壓力大，病人出院問題常涉及家屬是否做好讓病人出院打算，因此社工常被團隊要求加強與家屬溝通，而家屬又常閃躲或出爾反爾，徒增空等時間。因應出院準備服務，團隊過度仰賴社工就家庭主要照顧者，具備幫病人辦理出院的關鍵人物，做更多的聯繫與會談，要求社工師協助病人出院或轉到其他機構一段時間，若病情不穩再轉回病房接續住院治療。」

團隊他專業成員期待精神醫療社工能在病人的出院準備服務中，多發揮聯繫主要家屬之溝通、協調、資源連結與應用的角色功能。

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「往往很多貧窮或接近貧窮的人來住院或看病無力繳錢，有的是確實的實況，有的是試探性的挑戰，有的是無賴。遇到這些問題醫院總是會交給社工處理，以為只要社工出馬，萬事搞定。隨著大環境的經濟結構的變化，沒錢的人或假裝沒錢的人越來越多，社工的不成功率和無力感會隨之增加，被單位的質疑能力不足、套上沒有專業的觀念的聲音層出不窮。幸好在下是定力很強的社工，否則日子一久也會慢慢對自己的能力有所疑惑。」

【B02，女，社工師，精神醫療社工 15 年】

「團隊對社工的期待太高，出院準備或家屬復健的參與，容易以社工為主，僅流於團隊討論，但在執行上可能未以團隊方式進行，較常見為醫師亦將病情及出院的說明交由社工執行。」

病人之出院服務準備，事實上涉及到病人之病情、家庭照顧之功能、以及社區之照護系統，甚至連國家對精障者之福利政策—生活津貼之補助也會影響到病人是否能順利出院。但團隊他成員卻殷切期待，社工能獨立在病人的出院準備服務中，多發揮聯繫主要家屬之溝通、協調、資源連結與應用的角色功能。

(六) 治療者

傳統精神醫療團隊模式，每一團隊成員在病人的疾病治療上，都被賦予該專業的治療者角色。醫師是疾病之診斷、醫療，統整團隊醫療方向；護理師是指導病人之日常生活照顧；臨床心理師是對疾病之心理診斷及心理治療；職能治療師是對精神病人之作業、康樂、產業治療及技能訓練、就業輔導；社會工作師則負責病患家庭與社會功能之評估與有關治療。在還未講求專業證照、績效管理的年代，精神醫療社工無庸置疑在團隊中是一位治療者的角色。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「先前待過綜合醫院精神科，雖然名義上仍如本院為行政人員，但精神科醫療團隊所認知的社工角色比較為醫事人員，是治療者，較受尊重，只要做治療或方案相關的服務就好，也可能因小科別且病人數少，工作內容相對單純，不像精神專科、一般科，社工很多行政、庶務工作，如仁愛基金管理、身心障礙鑑定、幫忙催繳欠款、簡易的就醫諮詢如方向導引、醫療糾紛處理等。」

在綜合醫院的精神科，歸類精神醫療社工為醫事人員，與團隊他專業較對等。在團隊各個專業成員都工作忙碌不堪的狀況下，精神醫療社工也被他專業成員期待能成爲一個治療者的角色，以分擔彼此的工作。

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「我從進入精專教學醫院，被要求治療者身分、認定等同醫師、心理師、社工師。與病人有關的治療都分給你，婚姻、家庭適應問題、對他生活適應給予輔導，用詞角色定位是治療者、治療師，對醫師要有概況評述評估，這樣才能用治療醫院之用語，依據傳統醫療對醫療人員認定，他對你要求亦是，個案病症狀、生活適應失調，你用甚麼方法矯正，從個案會談、從其外顯表現，他這次治療成效如何，我們有能力治療，醫師沒那麼多時間，故社工被醫師、心理師拉去做治療，由接案，後續追蹤、持續性會談，家庭、婚姻適應問題。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「就臨床團隊中，社會工作常被期待與規範為『家族治療師』的角色，團隊人員在遇有家庭問題個案時，就會期待社工師介入處理。這個期待是最對等的，也是最能凸顯社工專業與其他專業最大的不同。雙方尚能在此部份符合彼此的期待。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「社工師的角色就是醫療團隊的一環，照顧案主與案家庭的需求，協助分析釐清案主家庭內複雜的權力關係、緊密疏離程度、或環境、社交對案主的整體影響、醫療介入措施以及能否真正滿足案主需求或案家需求等，是一套針對專業部分去執行評估處遇，提出看法建議。這些方式一直持續進行中，其他專業團隊也習慣此運作模式，也知道社工師的職責範圍，業已達成工作默契，故社工師在專業的提供操作起來比較無問題。」

(七) 資源爭取與應用者

社會資源的開發、組織、連結與應用，是社會工作者的養成教育中很強調的一項工作技能，也是在醫療團隊中最受重視的專業技能，尤其在公部門公務預算逐年遞減，營運被要求自負盈虧，公、私部門財源日益困頓的情況下，「開源節流」成爲醫院管理者的重要經營策略。爲病人、家屬及醫院爭取更多資源、善用資源，就成爲精神醫療社工被期待的工作要務。

【BP，男，臨床心理師，精神科 20 年】

「社工師能做的部分很多，協助病人及病人家屬爭取更好的社會補助。社工師被期許在醫療團隊中多花些力氣站在病人與家屬立場，為病人與家屬爭取更多資源。更花多一點時間在病人與病人家屬上，協助病人與醫療團隊及家屬間充分協調。對於衛政、社政、教育等資源能夠更熟悉，增強資源轉介達成率。」

【BO，女，職能治療師，精神科 15 年】

「OT 專業團體在健保項目點數爭取、衛生局長期照護方案、輔具評估等專案均有具體成效。社工專業團體如能在健保或衛政相關機構爭取更多資源，可強化醫療社工在醫院的功能角色，增加社工專業的曝光率及重視度，除衛政外的機構亦可協助病人申請低收補助、福保、做病人與家屬連繫的橋樑及病人出院後的安置外，可以學習更多社福相關資源、隨

時吸取新知以取得立即資源訊息，協助病人除醫療外的協助，如家暴、性侵害、住宅租屋補助、戒酒戒毒資源、單親家庭孩童協助、子女課後輔導、司法問題協助等。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「社工對個案家庭部份的瞭解及資料上的搜集最為完整詳盡，對社區資源的掌握最充足，只要有任何與家庭、社區有關的問題，團隊就認定是該由社工處理並解決。處理經濟問題可發揮社工運用社會資源的功能，且較易評估其效果。」在病患問題處理上，以經濟問題的協助最能受到醫護人員的肯定。」

（八）公關行銷者

在健保資源有限、眾多醫院分食，醫療生態競爭嚴重的時代，開發非健保服務項目、打出服務品質保證，爭取社區認同以招來服務客群，成為各醫院公關行銷的重點。然醫療體系少有專職公關行銷人員及人才，團隊成員中誰是最適合來擔任此角色，想當然爾又落到了美其名為「最擅長溝通協調、公正公益形象優良」的社工角色任務了，尤其社工主任被賦予重任。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「醫院期待社工能多建立良好的社區公共關係，尤其要成立行銷公關小組，定期與不定期辦理記者會、鼓勵員工投稿報社、不定期安排媒體專訪、不定期撰寫新聞稿傳予媒體刊登，我個人認為應獨立設置由學有專長的人來行銷，應有公關人員之編制，專才專任，而非任務編組方式。當個人期待與機構期待有落差時，透過各種管道溝通協調，無法達成共識時，仍得配合機構的政策，這是我的無奈與現實。」

【B02，女，社工師，精神醫療社工 15 年】

「我們院長很注重醫院的形象，尤其是媒體的正向報導，他認為社工嘛就要積極主動跟外界建立良好的關係，尤其我們積極在推展社區復健，更應該讓社會大眾認識，例如辦園遊會行銷病人的作品、募款、外賓的參訪接待…，團隊中似乎社工被認為是最適合做公關行銷的工作。」

（九）行政庶務處理者

早期公部門的社工，係經由國家考試社會行政職系任用，在職稱上冠以「社會服務員」，近期公部門醫院被要求「法人化」、「財源自負盈虧」之體制革新，「公務員」出缺不補，醫事人員以專門職業執照進用，公、私部門團隊專業成員皆以專門職業「醫事人員」登錄職業執照，受衛生單位「醫事人員」規範，唯獨精神醫療社工不以「社會工作師」要求，在專業養成教育又大異於其他醫事人員，故在專業屬性上易被認為是「行政庶務工作」角色，被認為是行政庶務性之「工具性角色處理者」。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「精神醫療團隊中，除醫師外，相較於護理師、心理師，社工師仍處於相對弱勢，而且大多被認為是處理行政工作或與病人及其家屬情緒支持、輔導、溝通。醫院對社工師的評價並不高，尤其是醫師對社工師的評價最低，醫師並不期待社工師涉入醫療作業的進行，僅期待各種庶務性的協助服務，其他醫療專業則期待社會工作在環境操弄上扮演工具性的任務，有關疾病適應、心理、情緒問題方面，則是難見成效，不易評估，尤其醫師們會直接會診精神科心理治療人員，並不認同社工師功能。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「與臨床團隊在任務角色較大的差異為：團隊人員有時會期待社工擔任會談的聯繫者，而非會談的主導者。行政團隊常交辦非社工專業的工作，例如擔任庶務性質的對外窗口，沒人要做的帳務報銷等。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「醫院以往沒有社工編制，因應評鑑而設立，但是經常在磨合階段。就設立的位置，屬於醫療部之下的社區醫學科內的編制，因為是社區醫療的醫師管理，重點會是把社工人員擺在社區醫療工作為主；醫院其他病房因無法繳款、無健保身分、無法聯繫到家屬等棘手問題，也隨著新增社工師的加入，紛紛把這些事物丟出來叫社工處理。加上家暴、性侵的通報或陪伴處理，工作量也不輕。最重要的事，醫院將陳情案件丟給社工師來處理，因為陳情不好做，也沒人願意做，反正你社工是新來的，就分給你來做，長官也不懂，也覺得是應該。」

（十） 全人服務者

精神醫療團隊他專業成員以醫事人員擔任治療者角色，其服務對象主要以病人及其疾病之治療為主，唯有精神醫療社工以病人疾病引起的社會心理環境層面

之問題處理，其接觸對象不限在病人個人，其處理的面向範圍較廣，在團隊中的角色被期待以綜合角色執行其「全人服務」任務。

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「就本機構醫療團隊其他成員對精神醫療社會工作者的角色認知，大概包含了教育者、溝通者、支持者、協調者、轉介者、資源者、補助者和治療者等角色。」

由於精神醫療社工業務範圍廣，當各種新法規範了精神醫療任務時，這些任務來到醫院，通常又是精神醫療社工被付予對外聯絡之窗口，新興業務繁多，故常由所有社工分擔所有的行政庶務，分工細，短期間易彼此社工間不了解彼此的工作內涵。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「最近 15 年，精神醫療社工在團隊中的角色執行上服務內容不再侷限精神病人個人及家屬服務，而是因應醫院（精神科）被期待的多元角色功能，服務項目增加如家暴、性侵或其他方案等業務，從另一角度其實相對擠壓到原來精神科治療功能，及對精神病人的服務時間及精力。」

【B0，女，職能治療師，精神科 15 年】

「希望社工是全人的服務，這也是團隊成員對社工的期許，但醫療社工多偏重於病人與家屬間的聯繫，病人伙食或住院費用欠款的處理、出院後安置、志工服務等，如遇到一些政府部門或聯合勸募可申請之專案計畫，社工多推委非其工作業務，或社工分得太細，如 A 社工只知道住院醫療、不清楚酒癮勒戒方面，B 社工只知道門診業務、不清楚家庭暴力處置。」

【BN 女，，護理師，精神科 30 年】

「精神醫療社工，是精神醫院團隊中的一員，在醫療中是重要的角色，尤其慢性精神病人久病後，失去家庭系統支持，家庭經濟也需協助等，病患這方面的問題和需求都需精神醫療社會工作人員的幫忙，其重要性不可言喻。尤其是社會資源的運用、家屬支持系統的建立、病患社交技巧的教導、慢性病患的轉介與安置等，都是精神醫療社工師的專長，對醫療團隊的幫助極大。我認同精神醫療社工師的角色，也予以肯定，精神醫療社工師足備專業性功能的醫療角色。社工師與病患及家屬有長時間且密切的接觸，在現今醫病關係不友善的時代，尤其需要社工師的協

助和介入，減少彼此的隔閡，促進醫病間的友善和信任關係。」

(十一) 無健保產值者

全民健保實施後，精神醫療團隊成員在健保有限給付項目中，被分配在各個治療項目內以換得最大的金錢獲取。社會工作者在非醫事人員的現實中常成爲是個「無健保產值角色」的角色。

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「在以營利為前提的狀態下，身在體系中的每一個角色都必須要有產值或者是貢獻，對於管理者而言如何讓每一分成本產生最大的效益是其角色最基本的職責，因此在醫療體系中組成成員可被劃分為可直接產生收益的生產者，以及無法直接產生產值的必需成本，精神醫療社會工作者在健保的給付體制中剛好跨在兩者之間，因為被認可可產生產值的項目過少給付也過低，無法被當成有效的生產者，因此多數時候是被當成無產值的必需成本看待。」

【ASS1，男，社工師，醫院社工 10 年】

「績效獎勵是依據工作『產能』與『產值』給予實質激勵，在過去的經驗中，醫務社工或精神醫療社工的績效獎勵金的核發，可以分成『論量績效』和『考核績效』二種類型，論量績效是以申報健保的點值為基準，超過基準值給予獎勵，而考核績效是以工作綜合表現作為考核依據給予獎勵。不論何種方式，社工所處的『行政』與『醫事』的尷尬角色，是很難有產能與產值的。因此，思考績效獎勵制度前需先定位醫務社會工作的工作如何和衡量其績效？尤其在健保給付項目與內容均不優的精神醫療社會工作中。」

(十二) 倫理兩難者

精神醫療社工身處在機構組織中，病人及其家屬是其最重要的服務對象，「病人權益倡導、公平正義化身」是社工自許的重要角色，當社工在工作的過程中，所牽涉到的關係面向通常是廣而雜，其中最常碰到的倫理兩難情況是：機構績效政策要求之壓力下一切「向錢看」，故工作處理都以醫院最大獲利為最高原則，而此原則通常與社工之「以服務對象最佳利益考量」相背，造成病人受照顧權益品質被忽視或下降，社工因此成爲團隊他成員眼中的「常陷在機構與服務對象倫

理兩難的角色內衝突」。

【BO，女，職能治療師，精神科 15 年】

「健保財務緊縮，採總額給付與控管醫院健保費用收入後，改變醫院經營者的管理策略以績效為導向，致社工被要求除服務病人外，績效亦是評核表現之一，亦影響醫院聘僱社工的主要考量。在醫院多以處理病人安置問題、家屬聯繫、病人積欠伙食費或醫療費用處理、醫療糾紛為主，專案計畫申請之角色反被弱化，且病人及家屬權益日益高張的情況下，社工反難站在醫療立場考量，而須與家屬需求做妥協。」

BO 認為醫院管理以績效導向為最高處理原則，當社工面臨到病人與家屬與醫院或社工專業間之利益權量下，通常是妥協在強勢者之下。BO 認為在健保的框架中，精神醫療社工倒把看家的本領--社會資源的開發、組織、連結與應用給丟了。為求健保績效，團隊成員成為生產的工具，原有社會工作者該做卻健保得不到的給付工作都被忽略或迷失了。

【BO，女，職能治療師，精神科 15 年】

「社工在醫療體系的角色會以病人及家屬服務為主，但無法看到社工在一般社福團體所發揮的功能，如方案計畫申請、活動帶領、多元化的社會資源連結與運用等。醫院變成以績效考量為優先，病人服務及品質次之。社工為全人照顧的服務，涵蓋醫療、社區、社福、資源連結等，此健保給付措施造成社工工作都著重在住院病人及後續安置如何幫醫院爭取更多績效，有些社會資源連結如勞政、社政等資源反被忽略。」

NO1 認為時代的變遷，民眾意識的高漲，亦讓社工在此醫療情境面臨更大之工作挑戰。

【NO1，女，護理師，精神科 30 年】

「現在醫院環境跟我們早期很不一樣了，主政管理的一切以營利績效為前提，大家都做急性病人有健保給付的，慢性病人都在病房閒著沒事做，病人又難出院，病房靠 1-2 個護理人力，還好有志工到慢性病房去帶活動。我看你們也在績效的壓力下很難作主了，現在的環境家屬的態度也不一樣較強勢，以前病人在醫院發生事故，家屬還會謝謝我們辛苦幫他們照顧，現在一怎樣就先責難，社工要處理的挑戰更大。」

當面對病人最關心的出院問題時，社工，你是要遷就家屬的照顧者立場或者是病人的自主權利？當面對強烈績效的壓力下，社工，你是要成為醫院的生產工

具亦或者是替普遍病人的福利著想？而當確實是因醫療人力缺乏所造成的疏忽醫糾，社工，你的正義化身能否突顯亦或是站在機構的利益關點思考？所有所有的倫理兩難，社工因處理的面向較廣、接觸到的人際面較其他團隊成員多，也因此~~在~~團隊他成員眼中社工倫理兩難困境多矣！

小結

角色是依地位而來的行為模式，是地位的動態展現，內涵為社會的期待和行為的規範。角色期待是社會對於某一特定身分者，所抱持的一系列期望行為、權利與義務，是一種被期待表現的行為；也因為有角色期待才讓一個人知道自己在不角色上應表現何種行為、態度及特質。因此，角色期待的功能在於使一個人的行有所指引。精神醫療社工的角色期待來源，其一為個人本身對角色的期待，亦即已認為具有該角色者應該有何種行為表現；另一個角色期待的來源是來自於團隊成員對社工角色的期望，這兩者之間不一定相同。角色期待是我們對於某一角色預期行為，包含自己本身與他人對自己所期望扮演的角色。

由團隊他成員怎麼看社工角色？可歸納有：

- 1、從社工微視面的角色人格特質，印象是**耐操耐勞無聲者、熱心、文武全能者**。
- 2、以工作角色內容分析，有**評鑑規範執行者、出院準備服務者、治療者、資源爭取與應用者、公關行銷者、行政庶務處理者、全人服務者**。
- 3、以社工角色執行性質分析，則角色屬**無健保產值者、倫理兩難者**為其特性。

社會工作概論開宗明義即闡述社會工作是一門助人的工作，助人工作者之基本態度要具備溫暖、真誠、接納、尊重、支持與同理，當這些助人的基本態度內化而成為社會工作者在工作角色執行時所散發出的氣質，就成為他人眼中社會工作者所具有的人格特質。精神醫療社工在團隊他專業成員的眼中其人格特質有：熱心有餘醫療專業知識不足的雞婆型、刻苦耐勞耐操靜音的無聲型、十八般武藝樣樣皆通的文武全能型。

團隊他專業成員其對精神醫療社工的角色認知與角色期待有：依據法定評鑑所規範的精神醫療社工之角色職掌；醫院公關行銷者；為病人、家屬及醫院爭取更多資源的資源爭取及應用者；全人服務角色；行政庶務工具性角色；醫事人員治療者角色；迷失在健保給付項目失去社工本質，在機構、服務對象與專業間的倫理兩難者；被過度期待無法滿足團隊需求之出院準備服務者。這些對精神醫療社工之角色認知與期待有由行政庶務工具性角色之執行到醫事人員治療性角色、資源應用者到全人服務角色，亦即綜融性的精神醫療社會工作者角色執行，尤其

在資源的開發應用、協助團隊在病人的出院準備順利，是醫院績效管理政策下被熱切期待的角色。

三、 社工定位自己之角色

在社會組織活動中，各種社會角色總是不斷在相互影響和作用。個人對自我行為和地位的認識，是根據對他人的行為和地位的認識而獲得，因為角色的行為總是以對應的另一角色的行為為基礎。角色理論強調一個人由於有角色取得的能力，因此能夠站在他人的觀點，來擬想他人對自己的期待，且根據他人的期待，來調整自己的行為，使自己看起來能符合他人所想像的樣貌；符號互動論強調透過自己對別人看自己行為的義意詮釋，而再影響自己的行為表現。角色期待來自四方面：1.規範，是來自於社會文化的期待 2.自己，是自己對於要扮演的角色所希望達成的行為 3.他人，是個人生活中的特定他人對於此角色的期待 4.參照群體，是個人所屬族群的期待。角色期待是我們對於某一角色的預期行為，包含自己本身與他人對自己所期望扮演的角色。

精神醫療社工在團隊他專業成員的眼中其特質是熱心有餘醫療專業知識不足、刻苦耐勞耐操默默做事、能文能武樣樣皆通的全能者。其對精神醫療社工的角色認知是：依據醫院評鑑所規範的角色職掌；醫院公關行銷者；為病人、家屬及醫院爭取更多資源的資源爭取及應用者；綜合全人服務角色；行政庶務工具性角色；醫事人員治療者角色；迷失在健保給付項目失去社工本質，在機構、服務對象與專業間的倫理兩難者；被過度期待無法滿足團隊需求之出院準備服務者。而精神醫療社工自己眼中的角色是：治療者、資源管理者、病人權益倡導者、志工管理者、行政協助者、院內精障照顧者、社區（院外）工作者、醫院評鑑規範執行者及社工自行規範者。團隊他專業成員眼中與精神醫療社工自己眼中對社工角色的認知有何異同？研究者歸納整理如下表：

表 4-3：社工自己眼中與團隊他專業成員眼中的社工角色異同表

	社工自己眼中的社工角色	團隊他成員眼中的社工角色
同	<p>工作內容</p> <ul style="list-style-type: none"> * 治療者 * 資源管理者 * 行政協助者 * 醫院評鑑執行者 	<p>工作內容</p> <ul style="list-style-type: none"> * 治療者 * 資源爭取與應用者（積極） * 行政協助者 * 醫院評鑑執行者
異	<p>工作內容</p> <ul style="list-style-type: none"> * 病人權益倡導者 * 志工管理者 * 社工自行規範者（工作手冊） <p>角色性質</p> <ul style="list-style-type: none"> * 整合性服務角色 <p>工作場域</p> <ul style="list-style-type: none"> * 院內精障照顧者 * 院外工作者（社區） 	<p>工作內容-</p> <ul style="list-style-type: none"> * 出院準備服務者- * 公關行銷者 * 全人服務者 <p>角色性質</p> <ul style="list-style-type: none"> * 無健保產值者 * 倫理兩難者（機構、服務對象與專業間） <p>人格特質-</p> <ul style="list-style-type: none"> * 耐操耐勞無聲者 * 熱心醫療專業知識不足者 * 文武全能者

資料來源：研究者依研究發現整理表

精神醫療社工對自己的角色與團隊他專業的認知其大同處是：在工作內容認定—治療者、資源管理者、行政協助者、醫院評鑑規範執行者，其同中小異為行政協助在社工的意涵裡，包含有替團隊成員執行專業時的聯絡工作。兩者對社工角色認知之不同處在：工作內容，他專業成員強調出院準備服務者、公關行銷者、綜合型全人服務者，他們的認知期待是：社工是能站在醫院立場，扮演一個任勞任怨，對內、對外無所不能的公關行銷及替醫院床位充分應用的高手，當無法完

成此任務時，社工在醫院「無健保產值者」的角色，就會常陷在倫理兩難的工作情境中。異中小同處，在社工自己所訂定的工作裡，出院準備服務素為評鑑重要項目，公關行銷在志工管理多少已隱涵在內，只是對人力少包含院內院外場域、工作量多的社工是否能樣樣兼具，確實有其困難處。當團隊他成員對社工角色的認知與期待，在社工角色的執行中，讓他們產生了期待落差，當這些落差反諸回到社工時，又會引起社工對自己之角色有甚麼樣的變化？

(一)「行政人員」型-認命組織歸屬

「醫事人員」在相關法規、設置及評鑑標準上都有清楚的規範。醫事人員在醫院雖薪資待遇、角色地位較高，所享有的培訓資源較為豐富，然必須要接受法令規章，例如繼續教育，執業登錄、更新等辦法的規定行事，如所處之醫院是教學醫院，更要接受教育部對教學醫院在教學資源、師資培育、跨領域教學與學術交流、研究教學與成果、其他實習學生及醫事人員之訓練與成果等項目評鑑（衛生署，2010）。這些繁瑣之法規制度措施、評鑑文書作業，雖然是對醫療服務品質的保證，但是對這些平日已經工作量頗大的醫事人員來說，也是很重的負荷。故 A03 認為成為醫事人員要被「醫事人員法」限制框住，反而自尋麻煩。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「行政人員也沒什麼不好。因為我就不用被專技那樣的醫療技術人員那樣的去有那個評鑑、教學，我們現在醫院的那個教學評鑑只評專業技術人員醫療醫技人員，所以他對於我們的教學研究跟這些方面再用一些框架來要求。」

教學醫院評鑑要準備很多文書作業接受考評，評鑑指標多如牛毛，在做不完的臨床工作壓力下，真是費人心力，無論衛生署多次的修改評鑑標準，評鑑仍最受醫療從業人員之抱怨。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我覺得…很多的 paperwork，很多的形式，但是我不被這樣框架，…..反正我們薪水本來就低呀！…這就牽扯到專業加給是用技術人員的加給或是行政人員的加給，所以我們這邊等於是行政人員，所以進來的時候就是這個樣子，我們的薪水本來就比較低！我們的獎勵金，因為我們就跟行政一樣啊！」

A03 在大多數精神醫療社工都極力在為爭取成為「醫事人員」，而他卻堅定的承認自己角色就是「行政人員」。在醫院被歸為行政人員，A03 認為當初進入

醫院就是如此，社工的工作人力較少，角色工作執行內容也與職能治療師及臨床心理師之「治療者」角色有所不同。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「因為事實上，我覺得一來他們 OT 跟心理他們人數也比社工多啦，我們這兩年才變成三個。那像 OT 他們就是都直接是要做病人的工作嘛！心理的也是，可是我們比較多一些是連絡，其實有時候我就是家屬這邊不是要算家族治療是什麼 psychosocial 這些，我們可以收那兩個費，可是基本上其實我並不是，我覺得假如是這樣去 charge，我就覺得會不好意思啊！所以我覺得基本上我還蠻同意我們其實是一個行政協助治療這一件事情，我自己不會很想把自己放到那麼治療的那個角色，因為我覺得每一個環節都很重要。」

A03 認為我們社工要當治療者就應該去讀醫學院或像心理師一樣去讀理學院，他認為醫院中每個人的角色都很重要。A02 也有相同的看法。他認為我們的精神醫療社工的工作內容廣而不精，我們的學校訓練跟醫療體系都沒有關係。

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「難道醫院就不需要櫃台的人員嗎？櫃檯人員真的就比較低嗎？我覺得我們有一點自己怎麼這麼肯定，看自己這個角色，那妳那麼愛治療，妳就去念心理念醫生嘛！對不起，我的意思是說社會工作者本身在團隊裡面的角色本來就不是全部只在做家族治療。對不對？基本上……我們這邊等於是行政人員，.. 進來的時候就是這個樣子。」

【A02，女，社工師、精神醫療社工 31 年】

「我們太廣了，又那麼多不同的領域，然後每個領域都很 general，我覺得我們就是很 general。不像人家是很 specify，真的啦，你看他們實習會再一直 run，阿我們這個沾一下，阿每一樣都大概知道一下。阿都不深入，因為我覺得基本上喔，其實我們訓練背景跟醫療體系不是沾點邊嘛，不像職能他們本來就在醫學院裡頭嘛！我覺得那個本來就被認定他們是醫學院的人嘛！嘿，然後臨床心理師因為他們也在理學院，然後或者是他們比較早就納入那個衛生署直屬證照嘛，我覺得他們本來就社會地位、專業地位就跟著他們整個教育訓練背景是有關啦。」

針對張如杏(2009)認為醫療體系社工薪資較其他專業低，被列為行政人員、以行政職系進行專業服務、未與專業證照結合、服務的排他性不足，在醫療專業化之際漸漸邊緣化，A03 他不能認同。

(二)「自廢武功」型-關門自閉缺乏社工專業使命

現代小型醫院社工人力少，大型醫院雖然人較多，但白天已有忙不完的工作，非上班時間，工作人員大多以個人事務為主，不願上班之餘額外花時間、付出金錢於專業精進上，ASS2如是感慨現代年輕輩的社工，不若當年之我輩具有對社工專業發展的使命感，早期精神醫療社工精進學習的家庭治療、會談治療功夫，她們都不會也不想學習，學會舉辦的在職教育課程，參加的學員很少。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「療養院社工還算多，大家現較沒有使命感，不想參與。公家醫院、大的綜合醫院還好，私人醫院 1、2 最多 3 人，小醫院大醫院有責任，沒有辦法要求大家都一樣，因大家都有家庭，不能要求大家犧牲奉獻，家庭要顧，怎可能像你、我們那層級比較好，醫院性質影響，以前我們很拼，前輩典範，現代重視個人，自廢武功，越來越甚麼多不會，現在資源越來越難開發，現做家族治療也越來越少，也不是所有 case 都接，越少越少，這是被人打擊的結果吧！」

ASS2 推論現代年輕輩精神醫療社工之被動、不求專業知能之精進，是因為在團隊中被打擊士氣的影響，ASS3 也對現代年輕輩的社工有如是之抱怨。他認為精神醫療社工流動率高，不想學習，她擔憂精神醫療社工連基本功都不會，只想往醫院外的社區發展。

【ASS3，女，精神醫療社工 28 年】

「現代流動率太大，全國新手社工報出來都一年，沒人帶，搞不清楚做甚麼，但不會又不知去外求助，去訓練，現在成本考量，學會辦繳錢不來，我們都繳錢去學，跟 team 關係比較消極，人家一直往前，只有我們停留，學會辦新手社工訓練很少人參加，設計北、中、南、東越來越少人，環境要知自己要做甚麼，基本功，幫大家看能為病人做甚麼，家屬陪伴關係，家屬、社會環境、結構體系的影響，家屬發生甚麼事這東西現講得比較少，不看家屬，發展社區，醫院已經走到瓶頸。」

ASS3 認為還是醫院能幫助精神病人，但現代精神醫療社工缺乏動機、不出來受訓學習，無法幫助病人及家屬，且醫院已非社工人職場工作之首選，精神醫療社工面臨斷層問題。

【ASS3，女，精神醫療社工 28 年】

「體制面怎麼看病人，但社區幫病人不足。醫院人不出來，徵人醫院不

來。基本功一樣，回到本質，社工價值。我們那一代做了再說，這一代先拒絕想清楚再做。我們那一代做了再說，尋資源，這一代先拒絕想清楚再做、退縮、資源需求多就不去倡導，對家屬這塊不去多瞭解，缺乏專業認同。」

醫學中心之精神醫療社工，如隸屬在精神科，沒有直屬社工之主管或督導之位階督核工作，站在位階同是一樣的資深社工，也無立場管理資淺者，ASS3 感慨新生代社工的價值觀、對精神醫療社會工作的專業認同、學習態度及敬業精神是遠不如前輩，A02 也有相同的經驗。

【A02，女，社工師、精神醫療社工 31 年】

「我與 young 的 worker 是分一半工作量，我們病房是分一半，做一樣的，做的層次不同啦，嘿，那我會額外再接那個門診的個案，他不接門診，他說門診病人他不會做，他不要接，他們可以這麼樣，我們的新人是這樣啦，你有時候叫不動他們啊！現在年輕的孩子可能，也許也不覺得這個的是重要的啦。」

(三)「順勢而為」型-牢記社會工作專業本質

A02 認為在當今醫療生態，團隊情勢不利精神醫療社工的情況之下，但只要回歸社會工作專業本質，即使是工作卑微，我們仍然可以在本乎社會工作的本質，把它人性化、藝術化的呈現出社會工作專業。

【A02，女，社工師、精神醫療社工 31 年】

「那個病人，他就已經被藥打的昏昏的，穿褲子，骨質疏鬆就跌斷手，最近因為要幫他轉出，前幾天我就握著他的手，他就說阿，○小姐，我都不知道要說什麼感謝你，嘿，就是那種很困難的當中，有一個人關心他，我覺得他就很真誠的在講這個，我覺得在醫療裡頭，這些病人真的沒有很被當人看，我們訓練也一直跑掉，可是我覺得，這些東西其實我們早就有了，我覺得很奇怪，就是○（學會人名）不要學了，不好的是他們這些人！他的後現代的批判裡頭就覺得我們社工沒有這個精神啦，可是我覺得有啊，所以後現代那些東西，其實社工早期就是在講這個，我們醫療社工在實務當中就是在展現這個。」

心理衛生社會工作學會一些主要成員，鼓吹新生代精神醫療社工應走出醫院到社區發展，認為精神醫療社工在醫院團隊中受壓迫，走出醫院到社區才能真正幫助精神病人。A02 很不以為然！尤其留在醫院內認真努力工作的資深精神醫療

社工，反成為專業學會被批判的傳統、非主流。

【A02，女，社工師、精神醫療社工 31 年】

「在醫院！不一定要在那個社區才能呈現他們是多麼的這個，就我們自己內部在這部分，我把那個個案好好寫，我覺得那是一個教材啦，從頭到尾到我再去 follow 他去康家，我覺得那個整個訓練。我真的老一點，所以看事情會不同角度去看啦，我覺得那個是很重要的，你看大家都覺得麻煩啊，累贅啊，而不同系統那邊踢來踢去啊，所以妳看他好不容易有把他當人的這樣的一個，我真的是每個步驟都尊重他，我覺得那個要去落實啦，我都覺得這東西本來就在呀，根本不需要後現代的來批判呢！只是我覺得整個醫療體系的社工就變得好像越來越被另外一個主流、另外一個形式主流給..，唉，有時候是我的偏見。」

A04認為，當團隊成員期待我們做庶務性的聯繫工作時，我們仍然可以自主性的，在團隊會談中，發揮社工的專業角色。

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「與臨床團隊在任務角色較大的差異為，團隊人員有時會期待社工擔任會談的聯繫者，而非會談的主導者。此部份的調整為，雖仍擔任聯繫者，但在會談時一定會讓自己在會談中的角色凸顯。與行政團隊工作是最有專業衝突的，行政團隊常交辦非社工專業的工作，例如擔任庶務性質的對外窗口，沒人要做的帳務報銷等。在遇角色任務衝突時，先看情勢有沒有可以再扭轉的空間，若沒有時只有接受，再想想怎麼從中去變成『社工的專業』。

(四)「主動積極醫事人員」型-自我肯定

精神醫療社工要在醫療體系發展，以目前情勢，避免不了一定要成為醫事人員，因為醫事人員在繼續教育及執業登錄上雖受到主管機關管控，但相對的其權益也受到保障，尤其在教育訓練上得到補助。可以提升專業能力。

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「醫事人員就會規定醫療科室，對社工比較好，只要有證照醫院都比照，醫院以證照為主，只要有證照，平等、薪資一樣。社工現主管認定不一樣，衛生署教學補助沒有，臨床教師沒有名字，但不會要求你。雖然我不是醫事人員但我會做，這是自我肯定，臨床教師都有可以提升，社工

總是說的不夠精簡，開會描述一大串，人家沒耐心聽，總是落入像護士的流水帳，我訓練新的拿記錄給我看，重新寫，這樣那樣是怎樣，要簡潔有力。訓練歸納能力、濃縮摘要。」

A06 認為社工在團隊中，其他團隊成員都是師級有證照，為什麼我們精神醫療社工就要自貶為「員」，我們的家族、婚姻治療足被肯定，他對心理衛生社會工作學會之主導者，其對醫療機構內的社工批判及反專業、倡導基變的做法很不以為然。

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「要放入醫事人員，最近吵專科社工師，在機構是必然的發展，學會『去專業』、有人去社區，專業的反思也 OK，我們不是高高在上，社區以病人為中心思考，聽到對機構社工的質疑不公平，那論調奇怪，在心衛機構內機構外被健保宰制部分是事實，宰制剝削他們分大餅，我們在團隊裡跟潮流走，得跟著走，機構裡較難基變、去專業，人家 OT、心理都是師，拿證照的，你是員，你是認為甚麼，我們拿不出甚麼？我們認識具備甚麼能力才能說服人，精神醫療社工做很多事情就可被承認，家庭、婚姻治療這部分被看重。」

(五) 「被動消極醫事人員」型-情勢所逼不得不走

醫院在體制革新、人力精簡的國家政策下，社工再以行政人員任用，則依受聘雇進用之規定，社工人力尤其是在公部門，將大受限制，成為醫事人員已是精神醫療社工不得不走的路，否則無立足空間。C02 舉其醫院狀況，說明精神醫療社工之角色身分認定，將在人員僱用上的大不同。

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「因為制度上的變革，醫療社會工作納入醫技已經是現實上不得不的考量了。醫務社工是否納進醫技人員，對公立醫院較為迫切性的影響是：公立醫院醫療基金聘用人員，原先公立醫院醫療基金聘用人員，比照正式編制員額比例為：醫事人員 85%，行政人員 15%。考試院 166 次會議要求各公立醫院，逐年降低醫事人員契雇比例已成既定事實。輔導會依規定在 98 年就訂定醫事人員契雇比例原則，之後為達到具體目標，101 年 7 月重申，醫療基金聘用契雇人員以第一線醫護人員為原則，亦即，醫療基金不能再聘用醫療行政人員。」

ASS3 也認為，精神醫療社工要走行政人員之回頭路，是行不通的。

【ASS3，女，精神醫療社工 28 年】

「以目前社會趨勢，醫療體系都在講證照了，怎麼可能再反證照，大勢所趨，回不去了！我們要調適自己迎合制度面的要求，醫事人員是非走不可的路。」

（六）「發展專業風格」型-走出自己風格專業被肯定

能找到自己的社會工作專業角色，發揮社工在團隊中的角色功能，成為團隊中被諮詢倚重的對象，C02 認為專業不是自己的認定，而是能走出自己風格、專業被肯定而得到別人的認同。

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「我個人由於跨領域的特質鮮明，自實務工作上不管在精神科或在一般科已經找到自己的專業定位。但是，大家仍認為那是個人的特質與成就，『妳是很特別的社工』或者『原來社工是這樣的』。專業不是我們自己關起門來喊『專業』，而是其他專業人員認為你的角色功能不易取代，其他專業團隊人員需要仰賴你的判斷跟協助，因而覺得社工做的事情很『專業』這才是真正的專業。因此，我們還需要花很大的心力去確認社會工作的專業角色內涵，並帶領其他年輕社工人員朝向專業化的路。」

A01 認為精神醫療社工要在精神醫療體系找到自己工作的著力點，以社工專業為己任去思維，走出社工自己的路。

【A01，女，社工師，精神醫療社工 23 年】

「我個性適合當社工，我同事說社工不應去處理路倒病人、處理轉院手續，醫院社工當保護人，當路倒病人沒家屬帶他去做...我每件事都跟專業聯結，思考從『社會現象的不幸受害者』，鉅視、法規賦予我們要做的，思考到底怎麼把法放進去。PSW 沒有從現在的精神醫療體系找到自己著力點：例如，新制鑑定有社工師的參與空間，還有許多新興業務個管、自殺防治等，這是新的心理衛生服務，但是 PSW 將自己限於醫院，不知如何將專業範圍擴大，所以只能做補助、資源轉介，這是自己沒有為自己專業盡力，不能怪別人。」

（七）「積極放大社工功能」型-做出比醫院期待更多的社工角色功能

D03 自我期許，做出比醫院期待精神醫療社工更多的角色執行，希望能發揮社工最大的角色功能。

【D03，女，社工師，精神醫療社工 19 年】

「我們醫院社工除提供急性、慢性病房基礎精神醫療社會工作服務，還接受門診照會及諮詢；與司法精神鑑定與性侵害加害人刑前鑑定、參與性侵害加害人輔導教育或身心治療社區處遇計畫；參與家暴加害人社區處遇計畫；參與災區心理重建業務；參與醫療糾紛調節與處理；處理病患及家屬申訴、抱怨案件；負責家暴、性侵害事件及自殺防治通報；兼任合作機構康復之家及社工督導；兼任基金會高風險家庭關懷方案行政與直接服務督導；提供大專院校社會工作相關科系學生暑期實習。這些服務內容除健保業務外，是我依據社工在醫院的角色與功能設定的，我們對自己功能及角色的期待大於醫院對我們的期待。」

【B01，女，社工師，精神醫療社工 28 年】

「人家對我質疑，我就應要更有建設性的去思考、去感受對案主和案主權力可以給他很大的幫忙，我可以雙贏，未來工作操縱在自己手裡，不是別人手裡，對別人只有好處的事，人家為什麼要反對你？人家不了解，就讓人家知道你可以做甚麼，要跟得上社會脈絡，站在機構立場彼此可以還是可以發展自己。現在增很多業務，機構付予你這樣任務，既然是 team，要跟著一起成長，有需要，機構也會幫你，又不是只要進入核心才能去影響決策，要正向引導。」

上述之認命組織歸屬「行政人員」型、自我肯定主動積極的「醫事人員」型，以及情勢所逼不得不走被動消極的「醫事人員」型，此三類型是從行政組織的「角色地位身分認同」思維。關門自閉缺乏社工專業使命「自廢武功」型、牢記社會工作專業本質「順勢而為」型、走出自己風格專業被肯定之「發展專業風格」型，以及做出比醫院期待更多的「積極放大自我功能」型，此四類型是從「角色行為」思維。無論是從角色地位身分認同或者是角色行為兩者思維，在精神醫療社工之「角色接受」的義務與權力行動上就產生了主動與被動的差異。反諸在工作執行時又如何來看待自己在其中所扮演的角色，以下有：

（一）治療者

醫學中心門診量大，在門診有做不完的家庭治療、會談治療，A05、A02 表示醫學中心精神醫療社工執行的角色以治療者為主。區域綜合醫院精神科的社工 C03 亦以個案個人及家庭治療為主要專業角色。

【A05，女，社工師，精神醫療社工26年】

「我是治療者，在門診、病房，我已經有做不完的治療工作，工作中要當病人、家屬及醫療人員的協調者、問題解決者與諮詢者。所以我的工作

是偏重在治療者角色。」

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「社工專業角色我覺得是治療上的嘛，基本在處理家庭的整合支持系統。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「我自己對精神醫療社工的角色認知與期待是在醫院中擔任較多個人及家庭輔導、心理治療、心理社會問題或情緒和行為問題的處理的臨床工作並輔以社會行政協助的角色。」

(二) 通才者

精神科專科醫院的社工除了做臨床的「以家庭為整體的個案工作服務」、「病友、家屬團體」、精神社區復建工作等直接服務，機構內、外的社區資源開發、連繫、協調及轉介工作，尚有許許多多的行政庶務工作，且重要的是要滿足、解決團隊成員的問題需求，所以他扮演的是一個樣樣皆要會的「通才者」角色。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「通才社會工作者：精神醫療社會工作內容龐雜，所扮演的角色多重，包括提供臨床服務的直接服務、間接服務與合併服務。『通才社會工作者』是團隊對社工角色之期待，社工常介在醫療團隊、家屬、病友、機構、社區等多重關係的期待中。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「在團隊中通常都擔任溝通協調，家屬服務及協助醫病溝通、合作，處理出院問題，病人沒錢找錢。社工儘量主動地促進醫療團隊間的溝通、協調及合作，在病人及家屬間找到資源，可以一起努力的目標且去執行。通才是專科醫院社工要會的技能。」

B04認為團隊成員對社工有過多的角色期待，當社工能滿足其需求，做出其他團隊成員所不能做的事，就能突顯精神醫療社工在團隊中的角色。D01亦認同社工的通才者角色。

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「社工是助人者、教育者、諮詢者、支持者、權益倡導者、問題解決等多元角色，這些不是我的專長是什麼，不是我想作什麼，而是經常被要求你應該作什麼，往好處想社工潛能無限，往壞處想社工工作領域無限擴張，到最後會發現專業的發揮有限，因為身兼數種職務，每一種工作只能蜻蜓點水。社工業務不斷拓展，但人力一直跟不上腳步，就經營者而言，運用現有人力運作是最省成本的做法。當團隊成員期待社工能夠為他們處理他們所遭遇的困境，例如：經濟、出院、安置、資源連結、處理難溝通家屬或個案等問題，社工能滿足其需求，做其他團隊成員不能做的事，就能突顯精神醫療社工在團隊中的角色。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「社工著重的不只是個案，還包括家人，是與整個家庭工作，甚至還擴充到社區，及整個大環境，社會工作的介入是鉅視面的，在精神醫療專業團隊中，比起其它科室，社工除了『以病人為中心』，同時兼顧家屬的立場及需求，做全面評估，溝通協調，為個案謀求最佳利益，角色要樣樣會的通才者。我認同精神醫療社會工作者的角色服務為直接服務、間接服務、行銷服務、教學服務、研究發展、行政庶務。」

(三) 替代家屬者

精神疾病是一種長期慢性的疾病，病人歷經了長期漫漫的疾病過程，社會、日常生活功能日漸退化，父母年邁逐漸老去，兄弟姊妹各自成家立業，這些在經濟大環境不利生活的弱勢原生家庭，更是自顧不暇，哪有餘力來擔負慢性精神病人的事務處理。

【B02，女，社工師，精神醫療社工 15 年】

「精神醫療社會工作在團隊中的角色被定位在家屬服務與資源連結，容易被認為是家屬的替代者或資源的連結者，致困難個案：如家屬放棄或不理或出院計畫或醫療爭議等的處理在社工有較大的負荷，且相對於職能、心理師而言會處理較多的行政庶務事項。專業分工將家屬部份分給社工，社工成為家屬替代者。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「我們許多復健病房的病人，非精神科的疾病治療、出院轉介，家屬都聯絡不來，我們只好擔任起家屬替代的角色，病房工友人手不夠時甚至

帶他去綜合科看病，幫他協助辦理許多是家屬要處理的掛號瑣碎工作，或像是低收或健保卡之類。」

(四) 社區資源連結應用者

資源的連結、應用，是社工在團隊中最被期待的角色，社工也自認這是在團隊中無法被取代的角色並以擔任此角色為榮。

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「醫療團隊常常需要社工提供資源連結，解決案主或單位問題，這是別專業無法取代的工作，也是社工工作的榮耀。」

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「家屬的經濟、福利補助或申請、病人的出院轉安置等，社工為病人與外在系統資源的連結及協調者。」

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「我自己本身對於精神醫療社工角色的認同是在臨床實務工作中最被肯定的資源的提供者、轉介者、補助者與協調者。」

(五) 個案管理者

社會工作照會單是精神醫療社工自己設計後，交給團隊成員可照會社工處理的問題工具，故社會工作照會單所規範的問題處理，A02 認為這是社工自己訂出來自己要走的路，也就是社工能發揮的角色功能，照會單所設計的照會問題，通常是針對個案所遭遇到的問題處理，包括有：疾病方面引起的問題、住院或治療引起的問題、病人本身有關疾病、住院治療引起的問題、家庭關係方面問題、病人人際關係方面問題、病人婚姻和家庭方面問題、社會評價、安置問題、經濟問題及轉介機構等問題。現代個案常是遭遇到多重而複雜的問題，個案管理者亦成為社工重要的角色。

【A02，女，社工師、精神醫療社工 31 年】

「我們自己的那個社工照會系統，照會單有什麼問題、要做什麼處理，那個照會單其實是我們自己設計的，所以就很清楚，你們就是照會我這些。那我能提供的服務那也是我們專業去發展。其實社工某種功能要扮

manager 的角色。」

【D02，男，精神醫療社工 8 年】

「個案管理者是我們社工以個案為中心所採用的個案工作方法，我們醫院的病人大多是長期慢性的病人，家庭支持系統弱，我們常要處理他的生理疾病、零用金、人際關係、轉介、出院安置…等等問題，個案管理者是我們對病人的角色。」

(六) 承接外部方案者

台灣在 20 世紀末，隨著社會變遷新法之頒布，性侵害、家庭暴力、自殺防治、美沙冬減害等配合國家政策的業務加入了精神科，醫院承接辦理政府委託的方案，精神醫療社工開始做很多醫院外的治療業務，以接監獄、社區性侵加害人或家庭暴力加害人之治療工作為主，成為另闢疆土顧外不顧內的外關財源者，也替醫院開闢了健保收入以外的財源。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 3 5 年】

「健保點數、給付在餅就只有那麼大的狀態下，精神醫療與社工給付有限，影響成本，但管理績效制度抬頭，精神醫療相關工作是高人力成本、低給付的先天條件，社工可以收費的項目在團隊中本來就少，點數又低，就我所知，有些醫院的社工只好走向承接外部方案的方式賺錢。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「社工新興業務很多，原有的角色業務外新增各項社區醫療之角色，家暴、自殺、性侵。之前把自己定為接案，我們有能力治療，因醫師沒那麼多時間去監獄，故社工被醫師、心理師拉去做治療，體制上之刑事後續追蹤、持續性會談。」

小結

角色理論涉及的是個人與他人的互動以及他人的期望和反應如何使個人以特有的方式做出回應。角色是社會結構中與位置相關的一系列期望或行為，個人如何看待自身角色，影響到個人能否很好地控制變化。人們在社會互動中觀察他人的符號，通過適度表現，控制他人從我們這裡接收到的信息，來影響他們對我們的看法。工作角色通常被理想化，因而它包含了共同的社會期望，在組織的團隊中成員一起工作，共同承擔扮演社會所認可的角色責任。

團隊他專業成員眼中的精神醫療社工及其對精神醫療社工的角色期待，透過平日工作時在團隊的互動交流中傳達給精神醫療社工，這些角色期待與精神醫療社工對自己的角色認知有些相同、有些是大有落差，當這些期待落差在頻繁的團隊成員交互互動的過程中，尤其透過團隊會議之討論，訊息會強烈的傳達給精神醫療社工，並要求社工角色執行去完成團隊的治療目標。這些角色執行落差，有些是大環境因素制度面及家庭支持體系的問題所致，精神醫療社工又是如何反身角色期待在團隊中回應。

歸納精神醫療社工反諸執行的角色有 1、治療者；2、通才者；3、替代家屬者；4、社區資源連結應用者；5、個案管理者；6、承接外部方案者。在行政組織的「角色地位身分認同」有：認命組織歸屬「行政人員」型、自我肯定主動積極的「醫事人員」型、以及情勢所逼不得不走被動消極的「醫事人員」型。因對角色執行態度之積極或消極表現而發展出：關門自閉缺乏社工專業使命的「自廢武功」型、牢記社會工作專業本質的「順勢而為」型、走出自己風格專業被肯定的「發展專業風格」型，以及做出比醫院期待更多的角色功能之「積極放大社工功能」型。

四、 社工看自己、團隊他成員看社工及社工定位自己之角色

角色知覺是個人對角色的主觀看法，而角色期待是一種客觀上對角色的認知，兩者有密切的關係，若兩者差距太大，個人又不願接受他人對該角色的期待，那麼他就不會去執行他人認為該角色所應有的行為。符號互動論強調角色是如何通過他人期望和標籤而形成，符號互動論認為人們按照其腦中的外在世界符號-對處境的感覺，來採取行動，通過他們對與外在世界間的互動解釋，來創造他們的符號，也因為要和外部世界互動，必須清楚互動進行的狀態，由此可以理解一個危機、威脅是需要重新對自我認同，從對世界的主觀理解中尋找意義的重要性。

帕森斯(Parsons)認為當代社會不可被視為資本主義，即使是一個資本主義經濟體，仍有一個非資本主義的社會結構，他認為醫療是基於利他性與照顧服務倫理，他的專業角色是特殊的，它抑制這些專業人員的自我中心意識與市場關係的競爭 (White, K. 2012；黃有志等譯)。團隊他專業成員對精神醫療社工的角色認知與期待，透過團隊成員的互動交流中傳達給精神醫療社工，團隊對社工的角色認知與精神醫療社工有些相同、有些是大有落差，精神醫療社工是如何反身角色期待在團隊中回應。以下將三者之異同整理呈現在表 4-4。

由社工定位自己「資源連結應用者」角色，可回應團隊他成員眼中的社工是

被過度期待無法滿足團隊需求之「出院準備服務者」、「公關行銷者」角色，「承接外部方案者」角色回應「資源爭取與應用者」角色，「替代家屬者」角色回應「行政庶務處理者」角色，「通才者」、「個案管理者」角色回應「綜合型全人服務者」角色。精神醫療社工在角色的執行回應中，發揮社工人在團隊眼中的特質-「耐操耐勞無聲者」、「文武全能者」之精神，故在行政組織位置是「行政人員」、團隊專業角色地位弱勢的情況之下，除態度消極地以關門自閉缺乏社工專業使命的「自廢武功」型回應外，亦多能以積極主動態度發展出：牢記社會工作專業本質的「順勢而為」型、走出自己風格專業被肯定的「發展專業風格」型，以及做出比醫院期待更多的角色功能之「積極放大社工功能」型。

表 4-4：社工看自己、團隊他成員看社工及社工定位自己之角色異同表

	社工怎麼看自己角色	團隊他成員怎麼看社工角色	社工定位自己之角色
同	工作內容 * 治療者 * 資源管理者 * 行政協助者 * 醫院評鑑規範執行者	工作內容 * 治療者 * 資源爭取與應用者 * 行政庶務處理者 * 醫院評鑑規範執行者	工作內容- * 治療者 * 資源連結應用者 * 通才者
異	工作內容 * 病人權益倡導者 * 志工管理者 * 社工自行規範者 角色性質 * 整合性服務角色 工作場域 * 院內精障照顧者 * 院外（社區）工作者	工作內容- * 出院準備服務者- * 公關行銷者 * 全人服務者 角色性質 * 無健保產值者 * 倫理兩難者（機構、服務對象與專業間） 人格特質- * 耐操耐勞無聲者 * 熱心醫療專業知識不足者 * 文武全能者	工作內容- * 替代家屬者 * 個案管理者 * 承接外部方案者 組織行政認同-- * 認命組織歸屬「行政人員」型 * 自我肯定主動積極的「醫事人員」型 * 情勢所逼不得不走被動消極的「醫事人員」型 角色執行態度- * 自廢武功型 * 順勢而為型 * 積極放大社工功能型

資料來源：研究者依研究發現整理表

第三節角色定位之影響因素

1995 年全民健康保險制度開始實施，健保改變過去醫療體制的運作，為抑制醫療費用的膨脹，嚴格審查醫療操作流程，醫療自主性與個別化因健保給付制度而改變，總額制度衝擊整個醫療專業結構，影響醫療生態及精神醫療專業間之合作。20 世紀末新管理主義風潮吹進了醫療體系，在醫院取其績效管理為主要思潮下，強調效率、彈性、市場及消費者導向的信念也影響了精神醫療團隊成員間互動關係之改變，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，醫療服務輸送並非以服務對象需求為主要考量，精神醫療社工以「非醫事人員」的行政人員定位，在健保收費點數漸漸失去專業空間。1997 年，社會工作師法在社工學術及實務界的通力合作下，效率極快的立法通過，這對亟須專業驗身的精神醫療社工是否帶來了「護身符」的作用？而自 1986 年即已開始的每三年一次精神科醫院評鑑對社工又帶來了甚麼樣的影響？當面對社會脈絡的急遽變遷，精神醫療團隊中的社工在此些政策、制度之鉅視面影響下，其角色又受到怎麼樣的衝擊？

一、 健保制度績效管理下的團隊醫療

全民健康保險制度透過社會保險方式使全民享有公平的醫療資源，但對醫療院所經營者而言，健保成為醫院收益的來源，在最大化績效的原則下，醫院汲汲營營以獲得更多健保產值為目標，一塊健保大餅分食，醫院運用各項策略求得最大營收。健保為了控制經費、減少醫療資源支出，在計費方式、給付要件與範圍、費用核付之考核上，都做了層層的管控，這些控管機制固然是為了節省健保資源而不得不然，但也因此影響醫師在診療手段與用藥的選擇自由。由於健保透過全民強制保險之體制，掌握了絕大部份的醫療資源，在此情況，多數醫院必須依附在健保體系下以求生存，從而，健保行政之費用核付方式，無疑地支配了所有健保特約醫療院所的服務生態。

（一）被切割的治療模式

健保制度論量計酬，規範治療項目及治療之執行者。團隊醫療模式不再以「病人為中心整體考量」之服務需求，只要健保規範有給付的範圍，醫院為求最高利益，團隊每個專業成員被規範了每個病人的工作項目及工作次數，且各做各的。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保對個案的看法更問題導向，從點而非面的方式來處理個案，如個案服藥找醫師可計價，心理問題轉心理師心理治療可計價，家庭問題可能由社工師做家族治療可計價，一個月一個人不可超過幾次，不然會被刪且回推扣錢，但這個案複雜性的問題可能須全面性、彈性的協助如多次服務。台灣雖有個案管理、醫療團隊合作，但目前實際運作不足，其運作精神相較於 10-20 年前無異，甚至更少。」

B06 感慨在健保制度下，團隊成員各作各的，缺乏彼此溝通，精神醫療團隊合作及個案管理模式反而比從前不如了！相同的情況 B07 亦如此慨然。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「我們醫院規定每個團隊成員分工，每個月每個病人要開出幾次的治療、會談……，大家搶著病人談，各作各的，白天急性病房的病人是很忙的，大家根本不管病人的情況是怎樣！」

精神病人在健保體制規範下成為醫療團隊賺取金錢爭取績效的工具！團隊專業成員也在極力「績效」的追求中失去了專業倫理的判斷。

(二) 缺乏專業自主的團隊

在健保給付制度框架的影響下，團隊專業成員失去了一個治療者該有之專業、自主的判斷能力，此情況勢必影響著各專業的長期發展。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「全民健康保險以維持最低品質為服務標準，立意良好，但反而限制需要或想要更多個別化服務的提供。對整體醫療影響是普遍性的，影響醫療工作人員的專業自主性及其專業發展。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「機構會以健保可申請的項目、次數，要求科室配合辦理，為配合醫院政策，業務需適時做調整，影響團隊各專業的自主性發展。」

團隊成員在重複不變的健保治療項目中，每日工作在忙、盲、茫的陀螺生活旋轉中也喪失了對其專業發展的責任。

（三）製造階層不公的醫療

健保制度限制了精神醫療專業團隊的專業自主，以致影響醫療服務品質，醫院為生存經營，另闢健保支付外的醫療服務，也因此形成醫療階層化。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「台灣實施全民健康保險後，對整體醫療的服務品質全面是下降的，各醫療院所比比皆是有自費項目的醫療，皆有所謂 VIP 制度，精神醫療亦不例外，極盡所能開發所謂的自費醫療項目，徒增醫療之不公平。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「我們醫院在最好的位置整修改裝成 VIP ROOM，開闢了心理健康門診，提供各種減壓特殊療法，為不同需求的民眾提供不同的服務。」

各家醫院除提供一般健保服務爭取最高營運收入，各醫療專業人員無不絞盡腦汁想盡各種方式，開闢健保外的自費服務項目，精神科亦不例外，以提供最好的硬體設施設備、軟體新技術如芳香療法、放鬆、催眠治療等服務。

二、 全民健康保險制度對社工之影響

精神醫療給付政策牽引病患服務模式，以「病人為中心」之權益維護成為空談，病人成為「成本控管、金錢掛帥」之績效指標下的犧牲品，「按量計酬」讓住院病人成為各醫療團隊成員爭相會談、治療的對象，社工在此氛圍下，「非醫事人員」在分食治療項目之際，常成為他專業最有利的攻擊利器，而當健保改為「總額給付」時，醫療團隊亦速改弦易策，開發非健保醫療服務之「自費顧客」成為最佳績效指標。社工角色之工作執行常受團隊領導之醫師決定。

（一）社工專業受制醫師

團隊醫師主導病人之治療項目，開立處方由誰執行是醫師的權責，醫師主宰團隊成員的工作項目。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「健保優點是照顧經濟弱勢族群、身心障礙者、重大傷病者。但缺點是醫療品質下降、民眾濫用健保資源、醫院想盡辦法獲得健保給付。社工專業受制於醫師，在醫療業績掛帥之現實處境中易有無力感、低成就感之因，往往與工作績效難以彰顯有關。社會工作師雖有專業證照，但在健保體制下，各項治療費用之申報，各項治療記錄皆需有醫師之醫囑及簽章才能申請健保給付，專業往往受制於醫師。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「在健保資源被濫用、給付制度規劃的不健全下，發展到後來是用壓縮的方式，也因此擠壓了其他專業人員的發展。就精神醫療社工為例，如初期醫師皆希望每個病人都可以接受社工完整的評估與會談，所以社工的角色很容易被看到與被重視；現在為了控制給付額度，在必要時才照會社工處理，社工的角色相對的變得為非必要的。」

在績效框架內的團隊成員被要求自己賺取自己薪資，社工在有限的治療項目中渴求自給自足誠屬不易，也因此成為醫院組織變革、精簡人力下首當其衝的犧牲者，更遑論社工之專業發展。

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「健保因給付不高，造成醫院經營困難，醫師只能大量做健保有給付的項目，人員無法賺到自己的薪資，經營者當然會在人力部分刪減，以降低成本，首先第一個會被裁減的人力會是社會工作師。社會工作在健保給付制度下，因可收費項目少，首先人力會被核刪，成為社、心、職三職類團隊中人員編制最少的一軸，綜合醫院精神科社工師最後可能會被歸併醫院社會服務室，無法有固定的精神醫療社工人力，要形成專精社工師難上加難。」

【BP，男，臨床心理師，精神科 20 年】

「在團隊合作下，維持最低品質，因此，醫療項目有人做就好，社會工作師工作範圍限縮，因為有些社工可做的部分，由其他醫事人員提供。」

又或因為單一病人總額侷限下，多做反而浪費，因為已達申報上限，無法再申報。也因此不容易擴展新的服務項目，因為涉及團隊運作，又得跟團隊協商，若涉及醫院整體規劃，那就更不容易了。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保確實對精神社工的發展產生一定的影響，醫院重視成本效益，健保在那個部份給付得多，醫院也會要求社工在那個部份注入較大的心血，如醫師希望社工加強家族治療、社會生活功能評估的能力看出，畢竟在健保有給付的狀況下，醫院在營運的考量下也會鼓勵社工能多投入該項工作，相對的會排擠社工師在其他業務上的重心，這對於專業的發展以及對患者的權益是有深遠影響的，當專業忘記了自身發展的基本精神時，這會是這個專業的危機的開始。」

健保給付方式影響了醫療作業，直接影響了病人所接受的治療項目，社工的「非醫事人員」身分其工作執行角色更受到團隊主導醫師的影響。

（二）健保生產線上的作業員

在以健保產值為團隊成員各專業績效的指標下，各專業每位成員都被期待從健保得到最高的產值，社工自不例外，也成為健保生產線上的作業員。

【ASS1，男，社工師，醫院社工 10 年】

「精神醫療社工能申請健保給付的僅有家族治療、社會生活功能評估、心理演劇、支持性心理治療、支持性會談、生理回饋等，其中心理演劇、支持性心理治療、支持性會談、生理回饋等項目尚須與團隊瓜分，縱使給付項目與點數均為團隊成員之末，但仍有來自健保產值的壓力，且需與職能、心理、護理等專業在產值競逐的遊戲中相互比較，也使社工的工作取向由慈善、人道的處遇，轉為以績效與產值為導向的工作模式。不論所作內容是否符合家族治療的原則與目標，只要能與家庭會談並能撰寫紀錄，符合申請健保給付的原則，即可被視為家族治療，成為以獲取給付工作的型態。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「健保有給付的項目才提供服務，健保未給付的項目沒人做，醫療品質

下降，社工給付的項目少，給付的點值又低，在績效掛帥下，社工績效在團隊中最差，於是又被期待開發新的財源或是做更多健保有給付的項目服務。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「為了均衡健保的給付制度，社工接案廣但不深，書面作業多但不真實，社工專業服務仍停留在表淺的接案、會談、與資源連結，社工所執行的業務大多落得『有申報就好』的基本要求。」

社工在健保產值衝量極大化的情況下，個別化服務原則成爲空談，亦形成爲工作深度不足的社工。

（三）健保外另闢產值的社工

社工在健保體制下無法生存，只好往醫院外尋找資源，以利在績效表現上爭得可看之成績。隨著性侵害、家庭暴力、藥癮毒害、自殺防治…等社會議題，相關新法陸續通過，對個案之保護處置規定，也因此讓社工在社政、衛政及勞政的相關福利服務找到了健保收益外的發展空間。

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「如果要說醫療體系就會以醫師為主導，落入健保的績效牢籠，社工是沒有辦法生存，於是又被期待開發新的財源或是做更多健保有給付的項目服務。所以社工就要在原有的角色業務外新增各項社區醫療之角色，家暴、自殺、性侵…等等的治療工作，這些收入是由監獄、家防中心、自殺防治中心之委託案方式來的。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社會工作在醫療體系中一向被拿來當『公益』與『公關』，因此為了符合最低品質而又得要能平衡醫院收支時，醫療社工被要求在有限的資源下舉辦各種活動。精神醫療社工亦面臨類似的情景，當其他專業在團隊有固定的『產值』時，精神醫療社工在醫療給付上非醫事人員並無法有獨立的『產值』，因此當政府交辦特殊業務時就會落在社工頭上。」

社會急遽變遷，為解決新興社會問題，在小而美政府組織政策下，公部門釋放出許多服務方案，委託外包醫療單位執行特殊業務，精神醫療社工因此在此發揮了資源連結之角色功能。

三、 醫院評鑑制度對精神醫療社工的影響

1986 年台灣開始實施精神科醫院評鑑，評鑑內容主要為專業團隊五部門之硬體設施設備及軟體人員素質、穩定度、業務內容與品質管制等，因此促使各級醫院設立社工部門，聘用專業社工。在評鑑指標中，明訂社工員不得低於病床數一定比例、社會工作應具備條件，因此，社工在精神醫療領域的地位獲得鞏固。醫院評鑑除有助國內醫院管理與服務品質之健全發展外，更對社工人力正式受雇於精神醫療機構具有關鍵性的影響，不同層級之醫院，為了通過與符合政府評鑑之規定和要求，除需正式設立社會工作部門，且需僱用社工專任主管與工作人員，對促進社工受雇於醫療機構影響甚大。新制醫院評鑑制度於 2005 年 8 月正式上路，在新制醫院評鑑基準，社會工作業務包括：第一章「應有社工人員提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題」、「醫院有志工之設置並有明確之管理辦法及教育訓練」、第四章完備的醫院體制及運作、明確之組織及適當之醫師人力及相關醫事人力配置的項目，受評機構欲通過最低 C 級認定，都至少需有社工師固定評估每床經濟心理社會狀況並有紀錄。此新制在其它章節中為突顯新制在「病人為中心」、「醫院整體性」以及強調「醫療品質與醫院功能」的特色，皆有社會工作可參與和發展的空間。

(一) 評鑑是對社工品質的最低保障

精神科醫院評鑑在社工業務範疇及品質要求都訂有作業標準，其評鑑指標成為社工品質的最低保障。

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「精神科醫院評鑑要求醫院一定要聘用社會工作相關科系的社工人員，這對社工是最基本的保障，不是隨便的行政人員都可以說他們也是做社會工作。以病人安全服務品質指標是時代趨勢，社工亦不應例外。甚至，社工的介入，應該是從不同的角度，給病患更好的服務品質，只是，社會工作服務的評估指標與內涵，也許應該與其他以生物為基礎的專業團隊不同。」

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「醫院評鑑規範有基本人力配置比例，精神醫療社工不會因績效問題被人力縮減，人力比有保障。以病安、病權觀點出發的新制評鑑制度，在乎病人、家屬權益對精神醫療社會工作發展有益，社會工作重視弱勢病人與家屬權益倡導工作，病安、病權的提倡會重視工作者與家屬病人互動，醫療糾紛增加，將影響社會工作臨床服務，相信醫院會更重視社工的發展。但是對病安與病權的觀點對精神科影響不大，因為精神科社工原本即服務家庭，在乎照顧者對病患的看法重病患就醫與治療過程。」

A05 認為醫院評鑑對社工人力配置是種保障，新制評鑑精神「病人權利維護及安全保障」更讓社工在病人及家屬工作有發展的空間。B04 亦有如是看法。

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「社工人力是否足夠會影響評鑑成績，因此評鑑前儘可能補足人力，減輕工作量。社工對於病人權益的維護、倡導、醫療糾紛的處理、危機狀況介入，社工被賦予很高的期待。在醫療團隊中對於社工角色的職務有所影響。」

醫院也會隨著評鑑項目的輕重比率而在應對措施上有所調整，舊制評鑑以團隊五大專業之實施狀況評量，新制評鑑已改變精神，以「病人為中心」、「醫院整體性」強調「醫療品質與醫院功能」為其特色。因此社工在新制醫院評鑑中也多少受到其影響，通常影響最大的就是社工人力的調配。

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「一開始因有著重在人力的分數，故可以爭取相對合理的人力，但現在因為精神科在綜合醫院分數比下降，已不再被重視。較無明顯之影響，以護理師在臨床照顧比較有明顯的變化。社工通常只被提醒需要注意的事項。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「醫院評鑑對社工是有正面的好處，因為社工部分占有分數，人力的部份也是計算分數的重點，所以就會出現奇怪的循環：快到評鑑時，人力就會補齊(或借用、或調撥、或急聘)，一旦評鑑過了，人員離職，能不補就不補，等下次要評鑑又被重視就會見到社工室熱鬧起來。這種有趣

的畫面在下已經經歷了4次，每次都一樣，頗習慣的。不過要感謝評鑑啦，拜評鑑之賜社工的人員編制會依照標準來填充，這也是福利啦！」

D03 認為醫院評鑑倒是平衡健保畸形發展的良藥。

【D03，女，社工師，精神醫療社工 19 年】

「我基本上是贊成醫院評鑑的，這是平衡健保制度造成的偏頗服務的另一種方式，我單看有關社工項目評鑑基準都是以一位精神醫療社工角度來看是須要做的，只要醫院是落實在執行評鑑項目，評鑑委員是以輔導協助心態來評鑑，我覺得這倒是混亂制度中的好事。」

(二) 社工因舊制評鑑發展也因新制評鑑受挫

醫院評鑑規範了醫療院所最低硬體設施設備標準，也規範了醫療人員工作內涵，醫院評鑑合格與否又與健保合約掛勾，評鑑等級（醫學中心、區域醫院、地區醫院）愈高健保給付額度愈高，故各家醫療院所無不卯足全力以求通過。舊制重視團隊各專業平等發展、新制打破團隊以醫院整體考量，團隊精神喪失。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「台灣開始實施精神科醫院評鑑，讓各醫療團隊各自專業領域皆能受到重視，不是只偏醫師與護理，記得以前有醫師就說，醫院只要有醫師與護理就能生存，不一定要有社工，代表社工人力是可由醫師或護理來取代，沒有所謂的團隊。精神科醫院評鑑制度，讓醫療團隊都有評鑑基準，讓社工之專業受到肯定。但新制之醫院評鑑，以病人安全服務品質為指標，又讓社工專業失衡，醫師與護理之專業再度形成專業霸權，他們有專屬之評鑑章節，再度突顯社工僅是陪襯角色，評鑑分數好或差對整體評鑑結果未有什麼影響。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「評鑑引導著專業走向，引導著服務的內涵，故醫院評鑑帶來制度性社工人力僱用，也導引社工任務重點與服務品質發展，但在人力有限，任務多變，工作量大的現實下，社工部門人力發展策略與對評鑑的反思，成為值得重視的課題。加上評鑑過程雖於 2011 年將精神醫療社工服務內容部份歸在護照組，但仍有多數項目歸在管理組，整體評鑑由醫管專家按表核對評定，對社工專業在醫療服務體系的定位與特性，卻有其專業的侷限，無法

觸及社工評鑑所呈現資料的核心，甚至促進院際社工專業交流與成長。」

(三) 評鑑制度引導實務作為但無助社工專業提升

評鑑委員評鑑之建議通常列為下次該醫院評鑑之改善項目，對受評醫院來說，有督促其改進之效用，故評鑑委員之思維、意識型態會左右相關之醫療人員工作發展。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「評鑑對醫院的政策及運作有絕對的影響力，醫院會針對評鑑標準而對各團隊的工作內容有所要求，但醫院為降低人事成本，在人力配置上卻只求最低標準，尤其新制評鑑，社工所佔的比例不多，對整體評鑑結果影響不大。社工業務量明顯多於其他科室，人力配置卻跟其他科室一樣。不同專業背景的評鑑委員的評語與建議，會有不同考量點，社工背景的委員通常會很熱心的針對業務的部份提供建議，卻未考量在有限人力下，可負荷的程度，反觀心理背景的委員對心理科的建議通常是把增加心理人力擺在首要，相較之下，醫院未來改善方向，只會對社工業務更加要求，而忽略社工人力問題。」

社工評鑑委員之思維顯然較工作取向的建議，不若心理師之評鑑委員先求人力再求工作，畢竟須先有人事穩定、素質良好的專業人員才能提升專業內涵，否則「又要馬兒跑得好、又要馬兒不吃草」，社工在角色負荷繁重之下，「崩熬」陣亡，流動率高形成社工人力斷層，不利社工之專業發展。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社工人力的要求有一定的比例可爭取，慢性病房的服務處遇有一定的要求，但社工人力基準未隨之調整，實務上仍難實質進行深入處遇，僅流於形式上的處遇，從過去的角色分工到要求事事團隊共進，但團隊共進非完全以病人為中心的整合，而是要求團隊『人力』的參加，例如多帶團體、一起帶病人散步種菜。」

【AMS1，男，社工師，醫療社工 23 年】

「國內不同層級的醫療機構為了通過所爭取的評鑑等級，符合評鑑的規

則與標準，當然是最安全保守的作法，此制度的運作初期，對醫院社會工作部門的設立、一定比例的社工人力增加、及社工專業活動等，多帶來正面的影響。但隨著給付制度的利益衝突、各醫療利益團體的遊說及缺乏整體醫療政策的調整。醫院經營者在財務的壓力下，人力的緊縮政策與不同的雇用條件，成為未來主要回應方式，而人力比例則成為各個醫療專業團協商的焦點議題。社工人力與服務範圍的限縮，將成為社會工作在一般與精神醫療領域發展的共同挑戰。」

【ASS1，男，社工師，醫院社工 10 年】

「在考試引導教學，評鑑引導實務的思維下，新制醫院評鑑 1:100 的人力配置並未隨社會環境的變遷而有增加，迄今仍停留在民國 78 年所訂的人力標準，新制思維雖重視以病人為中心的價值，但不論是對一般醫社工或精神社工，在醫療團隊中的定位、角色仍妾身未明，無法看到社工在以病人為中心的價值下如何與醫療團隊進行分工與合作，雖然精神專科醫院評鑑中，將職能、心理、社工單獨成單元，並有社工背景的評鑑委員，但是所佔的題目不多，且非必要項目，若醫院經營者如此看待醫院評鑑，當然無法提昇社工於團隊中的價值與角色。」

(四) 評鑑制度引導實務作為有助社工專業提升

上述評鑑制度雖有受訪者認為無助社工專業之提升，但亦有受訪者認為評鑑內容規定了社工人力及服務品質，對社工的角色地位及服務品質是有維護作用。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「醫院評鑑中，受社會問題改變與全人照護理念提升下，多項條文提及相關全人照護服務與社工部門、人力配置、服務內容等標準，因此亦相對保障醫院社工部門之專業地位與存在空間，尤其評鑑委員對社工部門的關切與到訪，更能收醫院高層對社工部門重視之效，於社工人力的標準配置要求與服務品質的維護上應有所幫助，將有助於社工臨床的地位及品質維護！」

【BP，男，臨床心理師，精神科 20 年】

「醫院評鑑標準涉及人力、設備與空間最低標準，好在有評鑑標準，才讓醫院高層管理者因重視評鑑成績而釋出醫院資源。以病人安全服務品

質為指標，醫院鼓勵病人安全通報，通報之後就會有根本原因分析，直、間接影響團隊人員要花時間投入於原因分析與改善上。」

(五) 評鑑帶來行政文書庶務煩瑣工作

醫院評鑑雖在工作人力、病人服務品質有最低維護之保障，但因評鑑重視服務記錄及作業檔案，因此也帶來了許多文書庶務工作。受訪者對評鑑工作所帶來的煩瑣文書作業，認為反失去了評鑑精神的良善。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「因評鑑要求各項工作需有紀錄，文書繕打相當耗時，會擠壓到與個案互動的機會及被迫放棄許多非評鑑要求的活動。社工一直以來相當重視病人權益倡導與維護，故以病人安全服務品質為指標的新制醫院評鑑辦法，對精神醫療社會工作影響不大，但對其他醫療團隊像醫護造成相當的壓力，許多管理方式必須修正，也增加了許多作業流程及記錄的負荷。」

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「醫院評鑑制度，制定了評估的指標，成為臨床實務工作的工作風向球，為了能夠拿到評鑑分數，對於評鑑條文內的要求，醫院幾乎是盡全力努力達成。以病人安全服務品質為指標的新制醫院評鑑辦法，強調的是醫療品質的管控，某部分而言與社會工作的專業信念與價值觀是可以契合的，但是各家醫院的操作方式與責任分工不盡相同，這樣以管理為主導的思維，常常淪為書面作業繁重，但是病人實質照顧品質的維護與提昇則不見得有達到成效，而精神醫療社工的工作內容，其臨床工作比重漸漸被這些文書行政工作侵蝕，工作內容越來越偏向行政文書管理工作。」

【B0，女，職能治療師，精神科 15 年】

「評鑑正面是改善醫療品質讓全國各醫院的醫療照護品質趨向一致，有一套標準可依循。但負面是醫療人員花在照顧病人時間變少，反而花時間在準備評鑑資料上，且為了評鑑醫院做了許多形式上的改變，卻無法落實執行，無法將真正的品質改善落實在病人身上。」

四、社工師法對精神醫療社工的影響

1997年，社會工作師法在社工學術界及實務界的通力合作下迅速立法頒布，精神醫療社工是否因為此法案界定社工為專門職業技術人員，而得以驗明正身「專業技術人員」，立足在醫事人員行列？以下是受訪者對社會工作師法之影響觀點。

(一) 社工專業角色提升

由醫學中心、精神科專科醫院及軍醫院都可以看出社會工作師法對社工的薪資結構、專業執照加給都帶來了實質增加的益處，對社工隸屬在醫事人員及評鑑師級人數比例的規定，都顯示社工專業角色地位的提升。

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「社會工作師法頒布實施，對精神醫療社會工作在醫院的專業角色提升是有幫助的，因具有證照之社工師在薪資上會有專業加給，這是對專業之肯定，且在精神科教學醫院評鑑上，社會工作師晉用之比例應達1/3(含)以上，這都是專業角色的提升。在團隊中社工師的職稱已經可以跟心理師或職能治療師一樣為師級，且經由立法，社會大眾更肯定其角色。」

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「有實質的幫助，與其他專業相同多一筆執照加給。在專業角色地位上，以及實質方面均有幫助。在醫院各個專業角色均須先有證照登記才能執行業務，社工有證照在執行業務上比較可以被肯定，唯證照屬於內政部核發，與衛生署所屬核發執照不一，無法呈現在職場上。另外具有證照者醫院會核發執照津貼，津貼全院相同。另外評鑑建議有要求需要社工證照比例。此些規範對社會工作在醫療專業尚可以和其他專業平等，在薪資結構上差異降低，對社工也是肯定。」

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「個人認為有助於醫院專業角色的提升，社工師法除明定社工師之權利義務、專業技術、使命、資格取得、執業規範與業務等，並讓設立社工師事務所，公會有所依循，社會工作專業發展有法源依靠，同時，透過多年的專技考試與院方對社工師法實施多年的普遍認識與專業資格認同，

可從本院近一年之社工人員招募錄用資格上轉向必須具備社工師證照者及變更隸屬醫事單位一事,得以證明立法對社工人員在醫院專業角色地位提升的幫助！」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「會有正面的幫助，最少醫院在聘任人員時會考慮證照層面，不錄用無照人員，以確保工作人員素質；但是不會因證照加薪水，只會等同一般師級的工作同仁給相同的點數加給。在之前，醫師、護理師、心理師、職能師都須有證照，社工師不普遍，所以給醫師們認為好像不是那麼專業或不用專業人員也可以做此行業的感覺，現在都有證照了，專業角色也可被認可與專業地位可以被定位。」

(二) 社工專業角色未提升

社工不具社工師資格，卻能與社工師執業於醫療體系專業，加上社工師考試資格條件門檻低，師、員工作無區隔，在組織之隸屬是「行政人員」，社工師考試無法真正鑑別出在臨床實務上的能力與工作狀態與態度，故在一些精神科專科醫院及地區醫院的受訪者，不認為社會工作師法會對社工的專業角色地位有所助益。

【ASS1，男，社工師，醫院社工 10 年】

「社工師法通過後，因為錄取率偏低，使得法通過十五年後，仍然存在不具社工師證照者於醫療機構工作的現況，這對以專業證照作為專業職業門檻的醫事人員而言，反倒減損社工師於醫療機構中的專業地位，以及證照背後所代表的專業價值，雖然，在 97 年社工師法修法，將專科社工師制度入法，內政部於廢續的子法訂定中，更將醫務及心理衛生列為社工師之二次專科，但在社工師錄取率偏低，且專科社工師與社工師間並無明顯職責上的區隔，使得社工師進入專科之後的專業角色未能明確被界定。因此，在社工師法之後醫務及精神醫療社會工作的專業地位的提昇與否，實難以單一的思維衡量其影響。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「我認為社會工作師法頒布實施對精神醫療社會工作在醫院的專業角色提升沒有幫助，原因是在醫療團隊中只有社工不是醫事人員，社工被歸

屬於行政人員，社工的專業性易被忽視，即使通過考試拿到社工師還是做同樣的工作，並無太大的改變。社工師考試當初門檻太低，對於考試資格的認定太過寬鬆，納入一些無專業背景的社會服務工作者亦可參加考試，造成社會大眾認為成為社工師的條件低，故社工師的專業性易被質疑。」

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「我個人認為社工師法的頒布，對於精神醫療社工在醫院的專業角色並無實質的幫助，僅在制度上好似與其他專業有達到一致的狀態，然而角色地位並未因此而有差異。對於專業角色的提升，我個人認為仍與此專業在產業上的產值與可產生的價值性有較高度的相關，證照考試制度並無法真正鑑別出在臨床實務上的能力與工作狀態與態度，當然在產業的產值上以及可產生的價值性上，證照除了評鑑的規定與要求之外，無任何實質上的助益。」

【D03，女，社工師，精神醫療社工 19 年】

「我覺得沒有甚麼正向的幫忙，除了執照加給的費用，但以鉅視面來看，我不覺得是正向助益，第一許多人考上社工師，之前有兩年之後轉任公職人員的途徑，許多同伴轉去做公職，離開精神醫療領域，第二我看到許多優秀的精神醫療社工考了多年無法考上執照，由這張執照來決定他是否符合當主管的資格、決定他的薪資，由這張執照來影響他的專業自信，這一兩年要修改社工師制度，放寬錄取率，但多年來決定很低的錄取率及放寬錄取率都不是決定在基層，是決定在不做基層的專家學者手中，這是甚麼社工精神與體制？」

（三） 社工專業角色部分提升

有社工師執照者，除薪資有稍微增加外，在實質專業角色及功能、地位無明顯差異，因民眾及團隊、行政部門仍不了解社工師與社工員有何差異，差別只是有證照者薪資好些，在專業訓練、體制結構、健保產值沒改變下，對專業價值提升幫助不多，AMS1 認為社工要在專業團隊的地位有所提升，仍須靠有效的專業作為與實力才是重要因素。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「名義上改變是與其他專業相較，識別證也有個『師』字。除薪資外，

有社工師執照者，薪水有增加，實質專業角色及功能、地位，無明顯差異，因民眾及團隊、行政部門仍不了解社工師與社工員有何差異，可以如何培養及善用社工功能，只有評鑑要求時，人數足夠就好，精神醫療社工專業能力之教育養成、專業所能發揮的功能性及醫療體制結構均未改變，立法並不能改變精神醫療社工的本質，只是有、無考上，比較會唸書考試的考上，目前精神醫療社工師與其他領域社工師之差異性無，大家仍不了解有何差異性。」

【D02，男，精神醫療社工 8 年】

「社工師法之頒布對社工專業確實有提升，但就醫療系統中之醫務社工專業則未見其顯著意義。因應醫院評鑑制度，保障部分證照人員之工作條件，但若針對醫療體系運作上社工師之專業運作機制則顯得力道偏弱，影響力有限。醫院經營仍基於健保制度，健保核給社工人員僅兩項申報項目，對醫院之整體經營或社工個別專業之維繫實難凸顯專業價值。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「僅有部分幫助。取得社工師證照在醫院中就等於專業人員？相較於醫師、護理師或其他醫療專業人員因其歷史久遠、制度完善，升遷也有管道，有著明確的工作內容及任務，而臨床心理師也以技術人員任用，唯有社工師與職能治療師有些不同的職稱與用法，但在整個醫療團隊中只有社工師目前仍以行政人員任用。精神醫療社工師一直存在妾身未明的問題，職業場所屬衛生單位所轄，執業登記由社政主管機關管理，導致權責不一的矛盾狀況，也使得實際工作內涵與理想預期有著很大的差距，目前法的通過提及社工師應作的業務，但對於社工師專業並無詳細明確的規定，容易造成精神醫療社工師有角色模糊的狀況。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「有提昇是因為名稱與證照的實質化，在外表的呈現上與其他專業一樣有證照而且是『師』。但在工作內容執行與角色地位上仍無實質幫助。社工執照歸屬在『內政部』，而其他專業人員的執照則歸屬在『衛生署』，也因此精神醫療社工無法獨立執行業務，需要醫師的 cosign 才能為之。」

【AMS1，男，社工師，醫療社工 23 年】

「納入國家專門職業與技術人員法律規範，取得國家認可的專業地位，

對受雇於凸顯專業與技術社會形象的醫療機構的社會工作者，社工師立法完成對機構內的專業形象的提高有所助益，而金額不等的專業證照加給，也是此證照取得後可增加的實質權益，致於在專業團隊的地位，有效專業的作為與實力，仍是爭取團隊認可較實際的考量因素，而非證照。」

五、社工職系隸屬之影響

精神醫療社工在組織行政職系隸屬上，各家歸類或有不同，台灣最早有精神醫療社工的臺大醫院是歸為「技術人員」，職稱為「技正、技士」，公部門除隸屬在教育部系統之台大醫院外，因精神醫療社工須具備公務人員考試及格任用，故都以「行政人員」任用而實際從事病人的臨床工作。因此，社工在精神醫療體系有以「醫技人員」（2006年改為醫事人員）或「行政人員」任用，其薪資、福利及獎勵辦法即依照各醫院的認定而有所不同。醫事人員人事條例於2006年5月17日修正條文通過後，所有依法考試領有專門職業證書之醫院從業人員，只有社工師不列在「醫事人員」中，「社會工作師」角色身分未被「醫事人員人事條例」驗明正身，除關係到社工在醫療院所之任用資格、薪資俸級之核敘及考績獎懲外，更關係到社工師後續之執業登記及繼續教育。其影響狀況分別如下：

（一）視同醫療科訂績效獎勵無別

公部門之精神科專科教學醫院在台灣省精省過程組織修編時，將社會服務室修編為社會工作科，雖行政隸屬行政科室但在科之職等上已跟其它醫療科同等，這是經過多年精神醫療社工主管之努力所獲得的結果，在社工專業的認可上自有其重要之意義，而新成立的署立醫院其編制已將社會服務室正名為社會工作科，其組織編制雖為行政科室，但在薪資、獎勵上是比照醫療科。

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「機構有實施績效獎金制度，依行政能力、工作績效、服務態度三方面進行考核，其中工作績效除行政績效或臨床服務績效外，尚包括公共服務績效如社區醫療服務、教學、研究及教育訓練等。社工之獎勵金是歸屬行政人員，但在實得點數是調整為以醫事人員之實得點數為基準，調整後社工之績效獎金與醫事人員之獎勵金是相同的。人事歸屬是行政人員，但因機構在新創立時組織編制即訂為社會工作科，實質上定位為醫療科室。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「我們醫院在組織修編時早已把社會服務室修編為社會工作科、社會服務員職稱修為社會工作師，但人事系統卻因醫事人員人事條例始終認定我們是行政人員，但我們醫院在獎勵金的發放上卻一直是認定我們社工為醫事人員，社會工作師等同其他醫事人員。」

(二) 隸屬行政或醫療業務大不同

綜合醫院精神醫療社工隸屬在精神科，大多職系歸屬為醫技人員，由精神科醫生主任管理，醫療科室少有行政庶務工作，社工單純做會談及家族治療。精神科專科醫院及綜合醫院社工室被列為行政科室，社工要分擔資源之開發連結、志工管理、仁愛基金補助等間接服務工作，瑣碎事務繁雜。社工歸屬在行政或醫療科業務大不同，兩者在薪資待遇上也略有不同。近來綜合醫院因醫院社工人力評鑑，逐漸有將社工建制在社工室統籌由社工主任管理之趨勢。

【B01，女，社工師，精神醫療社工 28 年】

「績效以醫事類與行政類為區分基準，科室主管視業績、態度、工作量等自行打分數，另提一定比例為醫院統籌運用之鼓勵績效，社會工作科歸屬為醫事人員。綜合醫院社工歸屬在精神科，則較有專業深度，歸屬在社工科，則有許多行政業務必須共同分擔。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「人事歸屬會影響精神醫療社工在團隊中的原有工作執行，其影響讓社工工作執行內容，行政工作多於臨床服務，且無法取得合理的資源分配，如人力員額職缺的配給、健保資源、獎勵金等均以醫事人員為主。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「醫療社工是歸類行政人員，精神科社工歸為醫技人員，所以有些不同。根據有沒有直接服務病人為主要考量，精神科社工師要寫病歷、要評估處遇、要與專業團隊討論而後採取作法等，比較有符合醫療行為的精神，故在編定人員職掌時，將精神科社工師納入醫技人員。因為是醫技人員所以不影響團隊中工作之執行。」

(三) 社工歸屬行政「有做無賞」績效歸醫師

社工是行政亦或是醫技人員角色模糊，讓各醫院在績效獎勵金的發放認定上各有不同，歸在行政是與團隊他成員同工不同酬，在社工的工作士氣上起不了激勵，反而是挫敗，較好的情況是取得社工師證照者能以醫事人員平等對待，以證照區分社工之角色歸屬，以此區隔，似可作為社工員與社工師之工作內容區分。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「本院為鼓勵醫師多收病人，多安排治療活動以增加醫院收入而實施績效獎勵措施，凡能申報健保給付項目或執行政府方案都可抽成，醫師看診論人次，收治住院病人論住院天數，但是，社工卻被排除在外，理由是社工非醫事人員，社工申報的項目卻納入醫師之績效，社工有不平之鳴，卻未被重視。依本院人事章程社工歸屬於行政人員，早期社工角色功能不明確，順應機構的要求，承接了許多非專業的行政業務，現已是獨立科室，理論上在團隊運作上與護理、心理、職能是平等的，但因業務內容性質之故，在專業性上較不被認同。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「本院將精神醫療社工歸屬為行政人員，績效獎勵金分配點值與醫事人員落差甚大。同樣我們也做健保治療工作，可是我們分配到的獎勵金卻是以行政人員對待，這是讓人很不平的。等於替人作嫁！人事歸屬會影響精神醫療社會工作在團隊中的原有工作執行，其影響讓社工工作執行內容行政工作多於臨床服務，且無法取得合理的資源分配，如人力員額職缺的配給、健保資源、獎勵金等均以醫事人員為主。」

(四) 寧願歸列行政人員無績效壓力

在一些以「成本管控、績效等於薪資」的財團法人醫院，醫事人員之薪資是靠自己專業執業所得決定，社工在此等體系之醫院成為醫事人員，因能執業的項目給付過少，不足以養活自己，人事歸屬關係實質薪資，社工反而擔心如歸列為醫事人員，須靠自給自足，薪資反不利現況，因此會受到減薪或有被裁員之虞。而有些醫院歸在行政人員，不用受到醫事人員法規之種種規範考評，反而輕鬆自

在。

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「績效獎勵根據個人執行醫療業務之數量，例如家族會談、社會功能評估，精神醫療社工原為行政人員，但在評鑑需求上現在已改為醫事人員，但只是在文字上改為『醫事人員』，實質上之制度仍為『行政人員』。人事上的實質歸屬將影響薪資，因醫事人員可以獨立執行醫療項目之給付，即薪水是自己賺的，而現在之社工薪資結構中的績效為附加的，非獨立的。若現階段健保給付項目少、給付金額低被歸為醫事人員，但又無可以獨立執行之醫療項目時，將被變相減薪。」

【A03，女，社工師，精神醫療社工 17 年】

「我們是行政人員也沒有什麼不好，因為我就不用被專技那樣的醫療技術人員那樣子的去有那個評鑑、教學，歸屬行政沒有績效獎金及證照加給，但行政好處是你就不要逼我，所以在逼績效的時候就逼不到我啊！逼不太到我們。我們不會因為多收個案多聯絡，我就多一點錢，反而這樣，會比較不會限制到我們。可以讓我們更發揮我們社工。」

(五) 行政出缺不補醫事身分多樣

早期公部門社工是經過國家考試行政人員任用，業務包括行政及臨床工作，當 20 世紀末國家政策積極推展小而美的政府，公立醫院朝向法人化走向。醫院為節約人事成本，公立醫院新進人員不再具有公務人員身分，行政人員「出缺不補」，人力委託由派遣公司支應，醫事人員出缺則改約僱聘任，社工人力雖不受「列管」限制，但至此，同一科室卻有幾種不同的任用身分，有具公務員身分者、有約聘及契僱者，受雇身分不同，薪資待遇福利獎勵又大不同，形成小科室卻有各種身分不同的同工卻管理、酬勞不同之「同工不同酬」現象。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「本院人事歸屬平時為行政人員，評鑑、考核時變成醫療人力。有實施績效獎勵，但我不太清楚，因為是契約社工人員，薪資近 10 年如一日，對績效無感覺，如果被打乙等，大概就有感覺，倒是同工不同酬的問題，公務員、契約社工師、契約社工員及契約教保員，同樣的工作，薪資級數差很多，幸好今年契約教保員的學妹考上社工師，不然只能繼續陪她

感嘆-人本生而不平等。」

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「公立醫院開始自負盈虧之後，醫院普遍的盈餘愈來愈少。以績效獎金為薪資基礎的醫師獎金屢創新低，為減少醫師流失，出去自行開業，因此已有人提議改變醫師 85%，醫技人員及其他人員 15% 的分配方式，目前尚未定論。由於醫院盈餘已經普遍降低，所以對精神科社工而言，○ ○醫院今年度開始，社工師以醫技點數計算，社工員以行政人員點數計算尚屬合理。但真正不合理的地方在於基本的薪資結構還是以行政人員非醫技人員計算，同工不同酬，這才是對臨床社會工作人員不公平之處。」

(六) 角色身分決定因主官因素而異

私部門醫療院所人事組織彈性較大，社工角色身分之認定，以主事者之認定觀點而彈性變動，受主官之因素影響角色身分隸屬。

【AMS1，男，社工師，醫療社工 23 年】

「本人服務的機構，人資部門在考量社工人力機構內系統歸屬，因主管主觀認知或偏好會有差異，但在實際運作層面，社工就是醫療團隊密切的夥伴，在升等或教育訓練的要求時，視為醫事人力，在申請健保教學費用補助，因非屬衛生署醫事人員辦法範定的醫事人員，就被排除。而與會計、人事及總務等人員比較，此等人員完全不會接觸病人家屬與醫療團隊，但社工大多時間須密集與病人家屬與醫療團隊人員互動，這是真實的狀況，無法否認。對社工專業的表現，有無此名稱的影響，個人認為因人的主觀認知與受雇機構屬性而有所差異。」

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「目前本院的精神醫療社工歸屬為醫事人員，人事歸屬於精神科管理，精神醫療社工在團隊的工作內容確實會依主管期待有所調整與不同，就主管對於目前精神醫療生態，以及其期待精神科之發展，及對團隊工作人員的角色認定分工而有變動，目前多依主管對精神醫療社工角色期待、身分認定、工作內容會有所調整。」

六、社工納入醫事人員對專業角色之影響

既然社工之角色身分在組織行政被歸類為行政人員，大多數的社工其認定是不利專業發展，且也在薪資、獎勵及福利層面不利社工，那將社工歸列為醫事人員，社工將又會有何看法？

(一) 絕對是好處—與他專業立足平等均衡發展

不論是在醫學中心、精神科專科教學醫院、綜合科區域醫院，一致認為將社工歸列為醫事人員位階提升，有助社工專業教育及養成，提升專業層級，對社工專業的廣度、深度及人員進用上將不會受到限制。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「納入醫事人員，社工或許能分配到政府提供給醫事人員的專業訓練資源，有助於專業的養成。且因受醫事人員之要求，能激勵學校更重視社工在醫療的專業角色，充實此專業的養成教育，如多開些精神醫療社工相關課程，而非認為精神醫療社工非治療人員，不需具有治療知識且不應從事治療工作，那麼現在健保制度下分到『家族治療』項目的執行，自己專業的老師都不認可，那不是自打嘴巴嗎？倘若我們也自認是行政人員，或醫療團隊不認為你是醫事人員，對他們而言要如何看待你所提供的意見，應是為一般行政見解或醫療見解？倘若他認為你是非醫療見解，又如何重視你的意見或認為對他病人的治療是有助益的？」

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「社工師納入醫事人員法規成為『醫事人員』對精神醫療社會工作的專業角色發展絕對有助益，角色定位清楚不管在績效獎金、專業能力受肯定皆有助益，不會淪為是其它專業不想做的雜事就推給社工，如此各專業才能合作，才能平衡發展。」

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「個人認為納入醫事人員對社工專業角色發展確實有相當助益，尤對服務於醫學中心與教學醫院之社工專業地位影響更多！因醫事人員法規對專業人員之定義與規範，影響多數醫療團隊人員與外界對所謂專業人員

之認知，觀感與角色平等期待，於醫院評鑑與機構人員素質提升上，影響社工人員是否享有醫事人員相關教育訓練資源使用之資格與不缺席之團隊地位，於社工轉任公部門及人事調動上，有所依循與規範，受到專業尊嚴之保障。」

(二) 角色執行有法依據但無助專業提升

社工納入醫事人員條例，受法之規範，依法行政，不會處於現況以行政人員之名從事治療之實，其適法性受到質疑之角色尷尬情境，且與其他團隊成員同職系同職等，教育訓練資源增加，社工與服務對象之權益受到保障，此為納入醫事人員之好處，然而在軍系及精神科專科地區醫院及綜合科區域醫院精神科的社工認為，因組織結構、醫療生態的狀況，社工業務性質廣而雜，其專業「產值」及「不可替代性」弱，故專業角色的發展並不會因此而有所提升，亦可能因法的要求服務、教學及研究等的工作量大，在人力、社工整體資源不足下，將會更忙更累！

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「就現實面，社工納入醫事人員看是好像不錯，回歸到醫療體系整體大家庭，但是實質上就會被無理的工作壓榨。舉例：本院高層曾經要求「只要有民眾諮詢、求助等，都要寫紀錄，報帳！」這個重點在「報帳」。精神科都是要在醫師的醫囑對案主的社會功能做評估、服務，對醫師負責，當然報帳是算在醫師業績下。這些醫師是要承擔起最後的責任。一般民眾來求助或諮詢，並沒有透過醫師轉介，醫院要求報帳是說不過去，因為要負全責的「頭」，也不知道是誰？若是納入醫事人員，則這些可以適時的解套，因為醫事人員就可以以專業來做紀錄也可以獨立報帳，不能像現在只能呈現專業紀錄，屆時只會有更多的文書作業，醫院也會因此增加收入，但社工並不會相對增加薪水，對工作品質無益，對社工專業也無益。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「在精神醫療團隊中只有社工不是醫事人員，社工被歸屬在行政人員，但是，社會功能評估、家族治療、支持性心理會談的工作項目可申報健保給付，其適宜性？若以組織層面思考，將社工納入醫事人員，僅能提供社工在團隊中處於平等位置，對社工專業角色發展應不會有太大的助益。」

【D02，男，精神醫療社工 8 年】

「在現行健保制度及醫療生態下，社工師所能發揮或執行的『醫療業務』均太少，在此限制下，精神社工專業發展並不會因為其歸屬衛生署而有顯著改變。」

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「就目前本院的精神醫療社工被歸醫事人員，然基本上此對於專業角色的發展我認為並非主要的影響因素。目前來說，雖被歸為醫事人員，但是為有名無實的虛名身分，因我們並不受醫事人員相關法規所管理與約制，且就算被納入相關法規的管理與約制，對社工專業的發展並無相關的助益，反而增加許多限制與負擔。在目前的醫療環境中，專業的發展與角色被重視的依據是產值，以及不可替代性的專業能力，如果就此兩面向的標準而言，是否被列為醫事人員身分對於專業角色的提升並無實質的助益。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社工師納入『醫事人員』，對專業角色發展有助益，當然也有缺點：助益的是在團隊角色的專業地位更名實相符；在專業發展上可獲得較多醫院教學資源，PGY 二年訓練可提高社工水準，增加實務學術論文；病患權益部分，可在醫療團隊中接受『完整的身體及社會、心理照顧』；在教學傳承上，教學工具增多且學生實習機會較多；在福利上，較能反應社工服務績效報酬。缺點是：現有取得專業證照人數是否足以提供必要的人力？特別是偏遠醫院招募人員非常困難；精神醫療社工自成一格與其他領域社工分道揚鑣，缺乏整體社工支援；擔心在專業地位上尚未與其他醫事人員平等前服務、研究、訓練種種要求接踵而來，在人力薪資均未增加前卻更忙、更累。」

(三) 納入醫事人員壞處多於好處

醫學中心的精神醫療社工認為社工有其特性，要在專業角色提升，須有其他配套，而非只在表面之名稱求與其他醫事人員相同而已！

【ASS2，女、社工師，精神醫療社工 35 年】

「我同事跟我說，現在成為醫事人員應該最直接的好處只是薪水增加而已！至於成為醫事人員對專業角色發展應該沒有什麼直接的關聯與影響，他認為壞處可能多於好處。因為社工專業不必然都要照著醫學發展的邏輯去走。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「若依現在的醫療給付項目與給付金額，並無助益精神醫療社會工作在專業的發展，其項目太少、金額太低。若只是追求『名稱』與『名稱』的變化，而無配套措施，將只是模仿其他專業之外表，而無法達到成為『專業』的目標，畫虎不成反類犬！」

是否納入醫事人員，包括同類別醫學中心、不同層級類別的醫院，意見就紛紜下的精神醫療社工，要達到一致性的意見，還真各有自己立足點之立場觀點，比較一致認同納入醫事人員的是公部門精神科專科教學醫院，故精神醫療社工的「身分認定」，還有待專業團體的大力統整與努力，才能對其專業發展有一共識目標，否則精神醫療社工之專業已耗費大量能量在內部的紛歧意見，豈有能量再對外發聲。

小結

健保制度績效管理下的醫療團隊已造成病人被切割的治療模式，製造醫療消費者階級的不公，形成團隊成員缺乏專業自主。全民健保對社工的影響，除了社工專業受制於醫師，社工成為健保生產線上的作業員，為了產值，還要努力在健保點值之外另闢產值。在健保、績效管理影響之下的醫療生態，所幸有每三年一次的醫院評鑑制度來確保醫療服務品質，社工在評鑑所訂定及格的最低指標中，至少維持軟、硬體設施設置標準，在人力、素質及業務品質上有所保障，但舊制醫院評鑑重視的是團隊各專業平等發展，新制卻打破團隊以醫院整體為考量，團隊精神喪失。評鑑制度引導實務作為多少有助社工專業，但也帶來了許多煩瑣的文書庶務作業，且在社工評鑑委員工作取向的思維建議下，社工人力有限被要求工作量及服務品質提升，只有讓社工在繁重的角色負荷下崩熬，流動率高形成社工人力斷層，新制評鑑，社工在人力及專業角色弱勢的情況中受挫，將更不利社工之專業發展。

1997年立法通過的社會工作師法，雖沒有讓精神醫療社工因通過專門職業技術人員考試而成爲醫事人員，但在部分醫學中心、精神科專科醫院及軍醫院對社工的薪資結構、專業執照加給都有帶來實質益處。而部分認爲社工師法對社工專業角色並未提升，原因在社工師及社工員之工作內容並無區隔，在實質專業角色及功能、地位無明顯差異，且社工師考試無法真正鑑別出在臨床實務上的能力，精神醫療社工如要在專業角色有所提升，應該從專業訓練、體制結構及健保產值上有專業作爲始能發揮作用。

「社工師」不列在「醫事人員」中，不僅關係到社工在醫療院所之任用資格、薪資俸級及獎勵金核發，也關係到社工後續之人力進用、執業登記及繼續教育，對精神醫療社工之專業發展實有重大影響。精神醫療社工職系隸屬在行政部門抑或是醫療部門，其影響是業務內容的不同，兩者在薪資待遇上也有所不同。多數受訪者認爲社工納入醫事人員對其專業角色絕對是有好處，因爲唯有如此，依法有據，在社工專業教育及養成，才能夠與他專業立足平等得到均衡發展。維有少數醫學中心的社工，因擔心受醫事人員條例網綁並自負盈虧而寧可當自由度較大、實薪較少的行政人員。立足角度不同、眾說紛吟的精神醫療社工群，如要在專業角色上有所發展，確實須要在內部意見的整合上下功夫，否則實難對外界鉅視層面的政策上有改變之影響力。

第四節 現階段精神醫療團隊

台灣的精神醫療是移植美國的精神醫療模式，強調團隊合作，同心協力為病人之治療與復健共同努力。精神醫療社會工作專業是與其他專業團隊同步開始，在以醫師為主導的團隊中，專業成員彼此尊重，分工合作、各司其責，發揮各自之角色功能。1995 年全民健康保險開始實施，健保改變過去醫療體制的運作，醫療自主性與個別化因健保給付制度而改變，總額制度衝擊整個醫療專業結構，影響醫療生態及精神醫療專業間之合作。在此同時，新管理主義浪潮襲捲整個醫界，尤其是公部門在政府要求法人化、民營化高呼聲及經費自負盈虧下，強調效率、彈性、市場及消費者導向的信念，使得社會工作專業受到極大的影響。醫院重視經營績效，積極爭取收費與增加服務項目，服務並非以病人需求為主要考量，而以醫院所訂定的優先順序或績效指標為主要導向，社工在健保有限資源之協調及績效力求下倍受壓力，尤其不具「醫事人員」的身分，在健保收費點數漸漸失去專業空間，成為精神醫療團隊中的專業弱勢。在精神醫療團隊以健保支付引導服務輸送、強調「績效」管理、並在社工師專業證照不被認定為醫事人員，當團隊目標不再是成員的共同目標，精神醫療團隊又呈現出怎樣的風貌？

一、 團隊運作模式

(一) 醫學中心--工作各有所司彼此分工合作

醫學中心精神科以門診、急性病床為發展重點，醫師為部門主管統領團隊工作。門診服務量大，醫師、心理師可在門診成立特別門診，因服務量大，各專業可發揮自己所長，各司其責，彼此間尚可合作，但社工也已在健保空間受限下而發展院外之福利委託方案。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「這裡可能量大，大家就不會在那裏爭那個小地盤，量很大，大到做不完，每一個人累死了，反正做不完，你做，你就做吧！而且我們的不同的 team，各自有不同的背景理論！因為基本上個案量這麼多，所以大家可以互相合作。因為大家都可以一起受訓練，所以說就有一個工作模式！就把家庭，個案跟父母親分開做，可能最開始合在一起做，之後分開，我們社工通常就是去做父母的這一塊，醫師跟臨床心理師會做孩子，但是心理師或精神科醫師也有可能來做父母親，一段時間就會互相討

論。我現在跟一個醫師合作，他做兒童，我做父母親，我們之前是一起做全家，我們一起合作帶一個兒童青少年的團體。」

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「精神醫療社工在團隊中的角色，與各家醫院的文化有所不同。就我目前的工作環境而言，隨著健保給付制度的變化，醫師照會社工的頻率漸低，而社工本身亦因忙於應付政府交辦給醫院的各項計劃，近年來在臨床治療工作的參與程度亦下降。其原因除了健保給付制度的變化之外，與近年來政府亦將各類社福方案委外辦理有關。精神醫療社工與其他領域的社工，甚至醫務社工最大的不同是，我們與醫療團隊是高度密切的合作，我們最被賦予的任務最明顯的不同是在「家庭」項目上，可以在各直接工作、間接工作上做連結。」

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「我一直覺得 team 間是合作，各有角色，一定要合作，沒強弱之別。合作群不一樣，個別深度由心理師，個案需求不一樣，不是每個人都有嚴重的家庭問題，精障也不是都一樣，團隊成員彼此要合作不要互相排斥，每個專業有他重要服務的族群，不是每個人都要怎麼樣，有些病人再怎麼治療就是退化，有些人就會好起來，我認為團隊彼此尊重很重要，醫師也沒有地位高、相互的，年輕的 R 都比我孩子小，我尊敬他，也不能否定他。我在 team 的人際關係都很好，當然我影響到同事，大家都很好。」

（三）精神科專科教學醫院——健保績效框架內的競合

精神科專科教學醫院，各專業單獨成立科室，各有負責之業務推動，在強調績效管理各科每月公開評核下，健保給付之收入成為醫院經營最重要的財源，機構主管多以此做為績效考核重要指標，但健保資源爭食有限，形成專業團隊間競爭大於合作之關係，尤其是醫師外的職能、心理、護理及社工競爭評比績效，故在健保框架下的精神科專科教學醫院，各團隊成員是各自本位立場，彼此各懷利（立）基，真誠合作困難。

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「團隊討論內容增加績效與對帳流程，科室管理與考核需將績效納入，

跨科間績效比率討論增加疑慮與衝突，同仁除服務外，增加許多管考指標與稽核，主觀負荷感重，應付記錄與績效排擠服務時間，服務方式走不出醫院。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保帶給團隊的合作及關係改變—先前健保未開辦前，心理、職能及社工未立法之前，或許各專業團體未發展成熟前，在醫師獨大下，若有好的且願意教學的醫師反而可以帶領團隊一起服務個案，團隊關係是緊密且同心協助，追求整個精神醫療的專業發展與服務，精神醫療社工的角色及功能是多元、充滿活力。隨著心、職、社立法、各專業團體發展及分工越來越細，健保有限資源下，專業競爭，醫療管理績效介入，醫院多角化經營，醫病關係緊張，反而造成團隊以任務、問題為取向，嚴重甚至因團隊間競爭而表現合作、實質疏離關係。」

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「最近 15 年，精神醫療社工在團隊中的角色更多元，因績效之評比考核，導致團隊專業競爭更劇烈，每個專業領域都期待有專業特色表現，非他人能取代，能在專業上有獨霸權，造成真誠合作愈來愈困難。」

(四) 精神科專科醫院及地區綜合醫院—缺乏合作健保醫療對策下的壓力社工

精神科專科醫院及地區綜合醫院，團隊各專業的自主性與發展受到健保與機構雙重規範，亦如同上述精神科專科教學醫院，團隊人力都花在健保費用的爭取，衝量大，連帶影響醫療品質的低落，社工除要擔任健保下「家族治療」、「會談治療」者，亦要處理更多其他專業因服務品質降低所帶來的非醫療因素之問題，然因社工人力單薄，讓社工面臨更鉅大的壓力。

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保給付項目影響專業發展方向，以健保對於精神病患在住院期間的給付依病程發展不同而有著不同的給付，如在急性病房會依著精神醫療團隊提供的服務而給予給付，但在慢性病房或日間病房會採用固定的給付方式，不論團隊提供的服務為何，就是給付固定的金額，也因此造成多數醫院會以急性病房為提供服務的主要場域，對於日間病房或慢性病

房大都採用照會的方式提供服務。」

【AMS2，男，社工師，醫療社工 23 年】

「健保制度讓醫療機構受雇的醫療專家，再次成為健保局的服務提供者，其專業作為須受到健保與機構雙層的規範，對各醫療專業的自主性與發展應是全面性的。早期在給付極大化的目標下，服務量也須衝大，醫護的負擔大，醫療品質難以掌控，加上醫療糾紛的風險增加，造成目前醫護四大皆空的困局。健保不給付項目或高貴自費藥材的產出，對社工的經濟評估與補助也帶來挑戰。同時回應經濟不景氣所增的新興近貧人口群，與家庭規模小與照顧功能減弱，住出院患者照顧與安置問題，成為社會工作者的工作重點。和一般醫療社工比較，社會工作者在以醫院為主的精神部門，受到的壓力與限縮十分明顯。」

二、 現階段精神醫療團隊圖像

精神醫療專業團隊是由醫院內直接面對病人及其重要家人服務的五大專業組成，理應大家有一共同目標，就是讓病人能夠獲得適當治療恢復健康，因此，每個專業成員必須分工明確、執行本分職責，雖然彼此成員是由不同專業體系訓練而成，在看待病人需求與問題，以及專業知能的應用上會有不同的判斷與實施，但在以團隊合作為基礎的實踐下，將更能提升醫療照護品質。然而，近十多年來，在國家體制鉅視層面的政策施行影響下，尤其是健保體制，已讓精神醫療專業團隊，在醫學中心發展成工作各做各的但也有幾分合作關係，精神科專科教學醫院是在健保績效框架內的競合關係，而精神科專科醫院及地區綜合醫院的團隊是缺乏合作只各自針對健保給付提供醫療服務，其衍生出的非醫療問題，卻是社工必須單獨承擔的壓力情境。現階段精神醫療專業團隊的圖像是：

（一）各懷利基結盟，團隊合作關係忽隱忽現

各級各類醫院，在績效管理壓力、受健保資源限制，也因有醫療獎勵金此等胡蘿蔔酬賞下的團隊，各專業失去了專業自主，尤其在精神科專科及專科教學醫院，為鞏固自己專業在醫院的角色地位，為醫院賺取更多利益，各專業是各懷利基，合作誠屬困難。社工在此情境中，也開始思考發展健保資源外的院外服務方案。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保開辦後，健保給付成為各醫院主要且可能是唯一收入來源，明確規範各項醫療行為給付由何專業執行，若加上行政管理績效導向，或對精神病人全面、個別性的照顧方式不了解，可能影響精神醫療服務內容的多元性，如不能計價的服務少做或不做。」

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「最近 15 年，精神醫療社工在團隊中的角色更多元，因績效之評比考核，導致團隊專業競爭更劇烈，每個專業領域都期待有專業特色表現，非他人能取代，能在專業上有獨霸權，造成真誠合作愈來愈困難。」

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「我認為這 15 年來的精神醫療社會工作在團隊中角色執行比較大的變化是專業的自主性，因為整個醫療環境制度的改變-包括健保制度、評鑑制度、醫療績效管理制度、精神衛生福利政策等等，迫使精神醫療社工在制度的壓迫與規範下，漸漸喪失了專業的自主性，得屈服於制度的規範與束縛。」

【D03，女，社工師，精神醫療社工 19 年】

「職能與心理的專家學者去爭取了健保批價項目高及多，為醫院增加收入多，薪資高，但是同樣也為自己找來束縛，尤其職能每天有寫不完的紀錄，這是相對的，所以成為幫醫院增加收入賺錢的專業不見得能獲得專業自主或專業自由，我通常都帶成員發展非健保業務的多元化心理衛生服務方案，能為醫院增加收入，雖然不像健保項目每天可以給付的多，但是可以結合專業自主及專業發展，同時也訓練 PSW 發展日後適應醫院外工作環境的能力。」

(二) 各自為政團隊關係疏離

團隊運作由於各專業間存在著本質上的差異，持本位主義是常有的現象，但在健保資源有限、醫院重視依績效獎賞各專業的管理政策下，團隊成員各持本位尤重，就更非以服務目的做為主要的出發點。每位團隊成員都對病人提供服務，但因各專業分工各司其職，並不能針對病人的需要提供完整的服務，而是一種片斷式的接觸過程，所有的醫療人員和病人之間呈現的都是例行化、不知變通的工作取向，彼此間的關係少了「人際」的取向（張荳雲，1998），團隊因此形成各

自為政，關係疏離，各人各吹一把號，自彈自唱，是空有其名而無實質的空殼團隊。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保對個案的看法也更問題導向，從點而非面的方式來處理個案，如個案服藥找醫師可計價，心理問題轉心理師心理治療可計價，家庭問題可能由社工師做家族治療可計價，一個月一個人不可超過幾次，不然會被刪且回推扣錢，被切割的治療模式，以前由醫師主導且帶領團隊，現在雖然還是有，但似乎專業各做各的，因為醫師本身或受限於管理部門的規定，可能認為多做收不到錢，症狀改善或時間一到就出院，但個案很快再來醫院報到。健保帶給團隊的合作及關係改變，各專業團體發展及分工越細，健保有限資源下專業競爭，嚴重甚至因團隊間競爭而關係疏離。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「各科室各自為政，各管各的，有事能推就推，能閃就閃，除非有 pay，團隊很難合作。因科室間競爭大，平日又缺乏聯誼，加上其它科室人員流動大，關係很難建立，且新進人員大都較年輕，在觀念溝通及工作態度上合作困難。其它科室自我優越感高，較本位主義，各科室立足點不同，社工處於弱勢，被邊緣化。」

(三) 專業霸權凌駕誰也不服誰

傳統醫療團隊，醫師理所當然為領導人，主導團隊醫療運作，健保體制下，團隊成員分食健保資源，各自為政，各做各的。當團隊醫師外的其他專業成員，其背後有全國性之強而有力職業公會的專業團體支持，在團隊中的角色地位無形高漲，說話分量氣勢也隨之而焰。

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「在精神科服務已經遇過 3 次，不同的心理師不同的時期與醫師對抗，其原因就是專業凌駕的問題。都自認自己的專業不輸對方，為何要聽從對方的安排與指揮，自己有自己的專業判斷，不需要因為對方的認為而去做執行。這樣因而造成專業團隊的不合諧，工作氣氛怪異，常常抱著懷疑的態度處理事務，實非單位之福。職能師與醫師主任衝突的情況有 2 次，與心理師的狀況也是大同小異，但是總是比較快的落幕，因為一

有不爽職能師就走人。探討因素，常常於醫師的專業傲慢，不懂得權力下放、專業分工所導致內部分裂。加上其他 2 個專業意識高漲，當然背後可能是有強大的公會支持，讓專業角色提昇，會讓自己覺得與其他專業是一般高。」

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「護理、心理、職能專業團體在爭取市場、人力及福利方面都很積極。心理是很強勢、很本位的，臨床心理師把考試資格的門檻拉高，排除一些非相關科系人員，考試內容放寬，錄取率提升，如此保障真正有實力及有心從事臨床心理工作的從業人員，達到人員素質的管制，他們心理是自己發展啦！學校老師到機構督導他們自己的實習學生，產學合作，力量就強。」

三、 社工在團隊中的角色地位

社會工作師法立法通過，社工師名列專門職業技術人員國家考試，團隊中的社工師因不是醫事人員，且其設置及醫院評鑑標準皆無強制規定有社工師執照者方可執行社工業務，團隊中的「社會工作人員」又大多是「社工員」，當專業證照凌駕行政職位時，社工在團隊中之角色地位也無形中略遜一籌，專業權威與專業自信低落，在此氛圍情境，亦易因此形成精神醫療社工負面情緒的壓力源。

（一）弱勢專業缺乏自主性

精神醫療團隊各成員，雖然都在健保體制框架下執行工作，但無論是醫師、護理師、臨床心理師及職能治療師，其背後都有精神科單一學會或公會團體組織強勢支援，社工之專業團體多元，執業領域廣泛，原為凝聚精神醫療社工力量的心理衛生社會工作學會內部又對證照意見紛歧，故社工在團隊中變成醫院專業弱勢（精神科是醫院公認的弱勢科）中的弱勢，缺乏專業自主性。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「因為現在 biological 掛帥！藥物掛帥嘛，我一直都覺得人還是有它基本的療癒能力，他有健康的那一面，我們怎麼去 promote 他，可是我覺得這個是跟這個體制是扞格的啦，用藥就是壓下去嘛，每一個病人都這樣被損得呆呆的樣子，我覺得社工是人本的，其他的專業裡面很專業獨

立，臨床心理師是訓練到他們很專業主義，他們的整個訓練結論報告就會建議社工做什麼，常常這樣子，醫生都會參考他們的建議照會我們，他們會寫的頭頭是道，但他們不一定會做。」

【C01，女，36歲，社工師，精神醫療社工11年】

「我認為這15年來的精神醫療社工在團隊中角色執行比較大的變化是專業的自主性，因為整個醫療環境制度的改變-包括健保制度、評鑑制度、醫療績效管理制度、精神衛生福利政策等等，迫使精神醫療社工在制度的壓迫與規範下，漸漸喪失了專業的自主性，得屈服於制度的規範與束縛。」

(三) 進退失據專業倫理衝突

醫師主導、專業霸權，以人為本的社工，在工作處理上常面臨機構、同僚、服務對象或是自己專業間之專業倫理兩難。

【B07，女，精神醫療社工27年】

「因身為主管，大部份都是做業務規劃與其他專業團隊之溝通協調工作，社工員常面臨專業倫理之衝突，在團隊中較易產生衝突之主因為價值抉擇之認定不一，在提供專業服務過程中，與醫師之價值理念常有很大之不同。身為助人工作者是有法定之義務及專業倫理，當面臨專業倫理衝突時，社工員會遵循倫理判斷原則順序，以作為助人過程中判斷的準據與方針，然實務上仍有甚多衝突，尤其社工需負責處理醫療爭議時，社工員角色之一為溝通協調者角色，當醫療爭議發生時，代表機構與家屬溝通協調，當危機化解時是對機構之倫理責任，失敗時也要想盡辦法不能在媒體曝光。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工35年】

「社工處理的有些問題是困難解決的或者是牽涉到制度面的問題。當團隊成員在認知與期待上有差距時，除當下說明或於團隊會議中提出討論，說明社工可協助的部份及其他團隊成員可一起努力的地方，但是，還是有部份業務重疊無法明確歸屬哪個單位主責，且各家醫院因條件不一，狀況不同，做法不一，所提供的社工臨床工作項目、內容及提供服務的深度不一，社工本身就很難達到一致性的標準及要求，故在與團隊溝通時，較無法提出強力可說服的參照資料。」

四、 社工與團隊成員角色之關係

專業團隊的關係往往被視為是互助、認同與尊重的重要來源，團隊的支持和互動可緩和工作壓力。然而，當個人的價值或理解層次有衝突時，若無適當的處理，團隊成員便可能紛爭時起，在各專業堅持下可能就容易產生團隊關係緊張。影響專業間運作的主要問題有：溝通不良和語言差異、權力關係的衝突、意識型態的差異及角色混淆（呂寶靜，2009）。社工在團隊中與其他專業成員之相處，因彼此之意識型態、認知及立場差異、易產生的緊張情況，由受訪者資料結果發現，可能的情形如下：

（一）與醫師（意識型態）－生物VS人本取向→專業霸權下唯諾緊張的社工

團隊的領導者為醫師，其所代表的是行政與專業權威，但在對病患或家屬的議題上，不同的專業常有其不同角度的評估與處遇。在精神科，有很多醫師具有深厚的人文素養，文質彬彬，常是後輩學習的典範。但如醫生之意識型態偏為生物精神醫學取向，在生物精神醫學為主流的情境中，則社工與醫師因較緊張之意識型態、價值理念差異，且醫師又以權力本位，在其個人權位的操作下，就容易產生關係的緊張。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我其實有某一個部分是跟醫生有衝突的啦！因為現在醫療掛帥，biological 掛帥！藥物掛帥嘛，可是我一直都覺得說人還是有它基本的療癒能力，他有健康的那一面，我們怎麼去 promote 他，可是我覺得這個是跟這個體制是扞格的啦，用藥就是壓下去嘛，每一個病人都這樣被損得呆呆的樣子，我覺得社工是人本的。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「專業中常會與原本處遇相左的是醫師。因為要維護案主最佳利益時，所做的規劃，往往都快完成了，醫師的一個決定就會導致前功盡棄。最常見的例子：有些病人是因為有某些目的而來住日間病房，如：領住院保險。經過評估，建議用門診復健的方式收療，但是醫師會堅持己見，不管其他專業的評估是如何，弄得前面做一些白工。其實醫師早已決定要怎麼做，只是再找幾個專業來背書而已。但這樣做法往往會搞得相互間不愉快。又常以工作勞務分配不均而起爭執。例：本科經常要支援去

社區演講，發文單位希望以醫師的專業去做宣講，但是因為沒有 pay，所以醫師興致缺缺，就會加冠一個高帽，要求其他成員輪流去講。搞得彼此間不愉快。總之，就是因為自私而損害和諧的關係與氣氛。」

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「與專業團隊的處遇觀點與看法不同的狀態時常會有，我認為與訓練背景及價值信念有關連，個人特質與治療信念與想法不同，比較容易造成處遇方法意見的歧異。例如以生物取向為其價值信念的工作者，通常較偏重於藥物的處遇，對於社會心理面向的處遇則較不置可否，加上個人特質及角色位置，可能面臨的衝突與歧異會有不同的展現方式，如果是醫療團隊的主導者醫師，其可能在處遇方法上即操控了主導權，衝突的情況有可能為挑戰其權威、質疑其處遇計畫，或者違背了醫療團隊的治療計畫。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「醫師。通常是困難出院的個案，醫師希望限期出院，或醫師因較忽略醫病關係、說明，導致家屬抱怨、醫糾又不願一起處理。」

(二) 與職能治療師（服務對象）—權威老師 VS 平等夥伴→易角色混淆彼此處理善後

團隊成員中因工作利益，成員間易互結盟。職能治療師法與社工師法大約同時間完成立法，考試學歷資格與社工皆只要大學畢業，同為團隊弱勢，早期頗有同處弱勢兄弟情誼，隨著職能治療師其全國聯合公會的積極作為，又因其學院專業證照背景，理所當然取得醫事人員位置，在健保資源搶得先機，聲勢日漸提升，社工與職能治療師在專業養成及溝通語言之差異，容易因對外精神障礙者的職業訓練、福利資源開發等的認知期待落差，而致角色混淆。

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「社工與 OT 對服務病患處遇方式差異極大，OT 對病患與家屬處遇態度會比較用上對下的老師角色，易造成病患壓力與家屬抱怨，社工師通常是溝通協調者，在與 OT 對話因立場、觀點差異較大，但可以透過溝通將觀念拉近，OT 對專業關係的訓練不足，尤其專業關係的拿捏。20 世紀末葉，社會工作強調與案主是夥伴關係，社會工作師一直有服務合作概念，但 OT 訓練過程較不注重專業關係建立，早年社工師常須面對個案與家屬的抱怨，是在作他們兩者溝通的橋梁。」

【BO，女，職能治療師，精神科 15 年】

「社工是全人的服務，但社工多偏重於病人與家屬間的聯繫，病人伙食或住院費用欠款的處理、出院後安置、志工服務等，如遇到一些政府部門或聯合勸募協會之專案計畫申請，社工多推委非其工作業務，社工的溝通技巧及情緒穩定度還要加強。」

(三) 與臨床心理師（專業自信）－專業自信強勢 VS 專業自主性弱→銜接心理工作處理

臨床心理師立法在社工師法之後，但因其證照的取得訂出本科碩士畢業加上臨床實習一年的高門檻，在他們專業教育的養成過程中，其實務界（產）、專業組織行政主管（官）及學校臨床心理背景之教師群（學）大力合作，以專業霸權排他性強，在健保資源亦搶到優勢先機，氣焰聲勢隨之高漲。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「社工是人本的，其他的專業裡面很專業獨立，臨床心理師是訓練到他們很專業主義，他們其實是不需要我們的，他們學生從來沒有要認識社工在幹嘛，他們平常是很高傲耶，他們不太多打理人，他們在 team 跟人互動其實也不是很需要，他們的整個訓練結論報告就會建議社工做什麼，常常這樣子，醫生都會參考他們的建議照會我們，他們會寫的頭頭是道，但他們不一定會做，嘿，他們做就是做他們很精緻的個案。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「在團隊運作中，社工與其它科室之間的競合，以社工跟心理之間的互動較為微妙，因社工與心理有部份業務是類似的，例如病友團體、會談治療等，故常會有些競爭與排擠。此外，兩者對服務對象的處遇觀點不同，社工著重的不只是個案，還包括家人，是與整個家庭工作，甚至還擴充到社區，及整個大環境，社會工作的介入是鉅視面的，心理師則較著重個案本身的心理情緒狀態，其介入的點較偏個人層面，故對個案評估及處遇偶爾會有不同的看法。」

(四) 與護理師（社工角色認知）－家屬替代者 VS 權益倡導者→角色錯置衝突

社工與護理師接觸的服務對象都是病人與家屬，在護理師平日忙碌的病人照護工作中，社工與病人及家屬長時間且密切的接觸，在現今醫病關係不友善的時代，社工的介入及協助，應可減少護理師在病人及家屬工作的壓力，促進醫病間的友善和信任關係，社工與護理工作理應是相輔相成，然實際上卻又不然，護理對社工的家屬工作期望高，尤其當把社工成爲家屬的替代者時，角色認知與期待彼此不同，故反而是較有衝突發生。

【B02，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「與護理人員的衝突較多，精障者的家屬參與度或配合度較不佳，尤其是長住的慢性病人，社工容易變成家屬代理人，造成處理上的衝突，例如內外科疾病的外診人力、同意書的簽立、……。」

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「臨床服務易與護理在業務職掌有認知上落差，如只要家人、看護就歸因為社工業務；另期待 on call隨時協助處理臨時事務。」

【D03，女，社工師，精神醫療社工 19 年】

「與護理單位在對事情的認知及處理態度上差異大，護理期待社工高，只要一有牽涉到家屬，就認定是社工的工作，而長期慢性病人，其家屬願意配合醫療的意願又不足，故對社工常有抱怨。」

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「與團隊處遇觀點與看法不同的狀況時常會有，訓練背景、價值信念、個人特質與治療信念與想法不同，比較容易造成處遇方法意見的歧異。與其他專業人員的歧異可能是對社工專業角色提供的服務，提出質疑或對專業角色功能提出批判，無法支持社工角色所提出的處遇計畫與服務。社工與護理的接觸較為頻繁，故也有較多的意見！」

五、 社工如何化解與團隊衝突

精神醫療各專業成員，因專業角色訓練背景、彼此對其他成員角色的期待、專業間不同的地位與權力及專業服務界定糊模等因素，爲確保自身的工作範圍和維護本身專業的存在地位，並爭取優勢權與社會尊嚴而有所衝突。團隊要能發揮

功能提升服務品質，惟有加強各自專業素質，並藉由分工來達成高度效能，使各專業的獨立性與特有之功能，藉由相互依賴的合作運作程序來達成醫療服務目標。故團隊中處於弱勢的社工又如何來面對與其他成員的衝突？

(一) 透過團隊會議溝通協調

把握以病人為中心的立場，透過與成員合作態度，勇敢的在團隊會議中溝通再溝通，討論協調共識，成為社工在團隊中化解衝突的利器。

【B02，女，社工師，精神醫療社工18年】

「以病人為中心的角色功能並非僅由社工處理，而是團隊共識，若衝突大，無法形成共識，則仍須針對病人最佳利益說明社工評估，提供團隊參考。另在病人中心考量下，該做的仍必須先做，後續再加強討論。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工18年】

「在團隊中可以在以病人為中心發揮溝通協調的角色功能，所採取的溝通方式大多是透過團隊會議中進行意見溝通與協調，這是一個非常重要的團隊合作模式與態度，尤其是精神醫療社工要能不畏權威勇於表達專業意見且勇於溝通協調，這對精神社工本身的專業自信、在機構內的專業角色與專業發展皆是有正向的影響力量。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「社工處理的有些問題是困難解決的或者是牽涉到制度面的問題。當團隊成員在認知與期待上有差距時，除當下說明或於團隊會議中提出討論，說明社工可協助的部份及其他團隊成員可一起努力的地方，經由正式與非正式的溝通協調，逐漸釐清。」

(二) 提升或充實專業成為團隊成員諮詢對象

態度謙和、充實自己，建立自己的專業自信與權威，是耕耘在此領域資深敬業的精神醫療社工積極作為，也因此成為團隊中受尊敬及其他成員諮詢的對象，

社工的角色地位、專業權威自然也就在團隊中鞏固。

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「工作初期專業衝突最多的是擔任團隊 leader 的醫師，但是受到照顧最多的也是醫師。專業成熟度足夠之後，縱使意見未必相同，但很少與團隊成員有衝突。我已經可以做到擔任其他專業人員諮詢者的角色，因此，差別在於選擇跟那個專業有較多或較少的合作關係。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「因為年齡的關係，大都擔任「馬首是瞻」的角色。雖然處事風格已經是低調再低調，但是旁人(指其他專業)還是會尊重其看法與意見，而他們做事或計劃事物時，也會希望獲取在下的認同或被諮詢意見看法。這一點，多年來我始終小心翼翼的處理，千萬不能掉進倚老賣老的老賊傲慢的心態裡。」

(三) 自我調適詮釋專業及自我價值

自我心理調適，詮釋自我處境與尋找、創造專業及自我價值感，是社工在團隊成員高角色認知與期待下的自我調適之道，儘量滿足他人角色期待中，找出社工在團隊中的適當角色位置。

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「以社工目前在團隊的處境，我常自我勉勵自我調適心情，情勢比人強啊！社會在變，整個醫療生態在變，現在醫院已跟以前大不同了，要在此領域繼續發展生存，我們除了積極配合醫院政策，找出社工的意義，讓自己過得愉快重要。」

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「精神醫療社工在醫療團隊中被期待的角色，基本上受到團隊領導者對於此角色的認知與期待有高度的相關性，當主管對於社工的期待與我的期待和認知有落差時，在不違反自我的價值觀與信念前提下，會試圖努力先達成主管對與此角色的期待，進一步在可能的機會下，讓主管可以認可與肯定我們其他的角色功能。在執行上較無所謂的困難度，比較大

的挑戰是對於自我專業的認同與定位的問題，基本上還是端賴執行者如何去詮釋自我當下的處境與尋找創造自我價值感。」

小結

台灣精神醫療模式最早移植美國，強調專業團隊合作，同心協力為病人之治療與復健共同努力，在以醫師為主導的團隊中，專業成員彼此尊重，分工合作、各司其責，發揮各自之角色功能。隨著國家政策在醫院評鑑、全民健康保險、醫事人員法規的相繼實施，社會氛圍新管理主義的風潮脈動，精神醫療團隊內部之運作、成員間彼此的人際互動也起了變化。

團隊運作模式，在醫學中心由於服務量大，成員不須為爭食健保資源競爭，工作各作各的，因專業繼續教育，彼此尚有合作空間。精神科專科教學醫院，健保資源為醫院經營最大財源，是各醫療部門績效呈現的重要指標，故形成團隊成員間競爭大於合作的關係，成員各自本位立場，彼此各懷利基，真誠合作困難。在精神科專科醫院及地區綜合醫院，各專業的自主性與發展受到健保與機構雙重規範，團隊人力花在健保資源的爭取，人力少工作量大，連帶影響醫療品質，且社工要處理其他專業因服務品質降低，所帶來的複雜非醫療因素問題，以致落入社工壓力大、流動率高、新人不斷、專業無法累積的惡性循環。

現階段精神醫療專業團隊的圖像，成員各懷利基結盟，團隊合作忽隱忽現，各級各類醫院，在績效管理壓力、健保資源限制及醫療獎勵金酬賞下，各專業失去專業自主性，尤其在精神科專科及專科教學醫院，團隊成員為鞏固自己在醫院的角色地位，為醫院賺取更多利益，合作關係更為困難。各自為政關係疏離是現階段團隊運作的寫照，每位團隊成員都對病人提供服務，但因各專業分工各司其職，並不能針對病人需要提供完整服務，所有人員，各人各吹一把號，包括醫病、同僚關係，都呈現例行化工作取向，少了人際情誼，團隊成為空有其名而難發揮實質加成效能。團隊中甚至有專業霸權現象，當團隊醫師外的其他專業成員，背後有其全國性之強而有力職業公會支持，在團隊中的角色地位無形高漲，說話氣勢隨之高焰，成員中誰也不服誰的專業。

社工在專業角色混淆、不被列在醫事人員的醫療體系，且其專業團體多元，執業領域廣泛，不若其他精神醫療團隊各成員，雖然都在健保體制框架下執行工作，但其背後都有精神科單一學會或公會團體組織強勢支援，故社工其角色地位在團隊中成為最缺乏專業自主性、常面臨工作進退失據專業倫理衝突的兩難情境，是醫院中最弱勢的群體。

精神醫療各專業成員，因專業角色、彼此對其他成員角色的期待、專業間不同的地位與權力及專業服務界定糊模等因素，為確保自身的工作範圍和維護本身專業的存在地位，並爭取優勢權與社會尊嚴而有所衝突。團隊要能發揮功能提升服務品質，惟有加強各自專業素質，並藉由分工來達成高度效能，使各專業的獨立性與特有之功能，藉由相互依賴的合作運作程序來達成醫療服務目標。故處於弱勢中的社工，唯有在社工專業充實精進，在團隊中把握以病人為中心的立場，透過同理、與他成員合作態度，發揮社工最擅長之技能－溝通，勇敢的在團隊會議中討論、溝通，協調共識，成為社工在團隊中化解衝突的利器。

第五節 社工之角色困境

莫藜藜(2010)曾以「爹不疼，娘不愛」的窘境形容醫務社工的招、考、用、訓分屬在內政部與衛生署，領著社會局處核發的執業執照，身處衛生主管機關立案的醫療機構，參與醫療團隊執行衛生主管機關所訂定的法規，但在專業隸屬與管轄上，擺盪在衛政與社政之間，與總務、會計、人事及病歷等部門同屬行政部門，是行政部門中唯一進入病房參與團隊，與病人及家屬工作的人力，有醫事人員的角色卻又是行政人員的編制，莫文所指的醫務社工涵括了精神醫療社工，其窘境正是目前精神醫療社工所面臨的處境與挑戰。精神醫療社工在重視健保支付制度引導服務輸送、強調管理主義「績效」決定優勢論的醫療體系，並在社工師專業證照不被認定醫事人員的情況下，處在精神醫療團隊專業競合中，職位角色定位不清，團隊中其角色地位逐漸弱化。精神醫療社工在國家政策鉅視面及醫療體系微視面上到底有哪些困境？

一、 國家政策鉅視面

(一) 健保體制影響

一) 治療角色降低績效壓力下承接外部福利服務方案

健保總額支付制度，治療項目次數受限，給付項目具有醫事人員身分者之醫師、心理、職能、護理等專業各據一方，社工臨床治療角色降低，健保績效壓力下，開始在醫院外部承接辦理福利服務方案，社工角色成爲健保外須另闢財源的社工。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「健保制度醫療給付的實施多年，各臨床專科給付利益分配不均與民眾醫療行為的改變，致擔任急重難症之醫師受醫療給付微薄與民眾爭議日昇的壓力交相影響，舊人紛紛出走，新生代不願意投入急重難症；醫院收入亦受限於健保審查與 DRG 制度，做的多未必賺得多，看診量亦受限制，醫院經營越加困難，使院方日加重視自費項目的開發與科室績效的產出！以上原因使有部分服務項目給付的精神醫療社工也必須承擔科室經營的績效壓力與面對沉重的工作負擔。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「如果要說醫療體系就會以健保為主導，落入其中，原有的角色業務外新增各項社區醫療之角色，家暴、自殺、性侵等業務。」

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「健保有給付的項目才提供服務，健保未給付的項目沒人做，醫療品質下降，社工給付的項目少，給付的點值又低，在績效掛帥下，社工績效在團隊中最差，於是又被期待開發新的財源或是做更多健保有給付的項目服務。」

二) 健保給付少，人力、需求易被忽略的弱勢社工

社工在健保有給付項目的受限下，不若職能治療師的工作產值高，亦不若心理師的工作受到法的保障，故站在醫療院所管理者論功行賞之立場，社工人員的需求是會被忽視的。健保給付項目所得少，除了社工角色地位因此受到影響，在人力的需求上也易被忽略，而成爲的弱勢的社工。

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「精神醫療五大專業中，職能治療師對於其執行的工作項目所對應的產值-健保給付，是相對於所有專業工作項目中相對產值最合理也是最高的，因此在目前講求績效的醫療環境中，其所能得到較合理的對待及在爭取人力等情境狀態下，相對於精神醫療社工的處境是相對比較優勢的狀態。而臨床心理師對其執行業務的保護性規定，讓很多工作內容與項目受到法令的保護限制與專一性，增加其角色地位不可替代性與鞏固其專業位置。」

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「健保因給付不高，造成醫院經營困難，醫師只能大量做健保有給付的項目，人員無法賺到自己的薪資，經營者當然會在人力部分刪減，以降低成本，首先第一個會被裁減的人力會是社會工作師。社會工作在健保給付制度下，因可收費項目少，首先人力會被核刪，成爲社、心、職三職類團隊中人原編制最少的一軸，綜合醫院精神科社工師最後可能會被歸併醫院社會服務室，無法有固定的精神醫療社會工作人力，要形成專

精社工師難上加難。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「全民健保實施之後，醫院收入主要來自健保給付，醫院大多以各科室可以申報健保給付的多寡來衡量科室的重要性，然而社工業務內容大部份都無法申請健保給付，可申報健保給付項目很少，因此，社工角色與人力需求易被忽略。」

(二) 學校教育體系—缺乏核心課程，與實務合作關係少，對精神醫療社工角色認定不一，精神醫療已非實習首選

社工實務領域廣泛、服務多元，學校中有精神醫療或研究背景的師資少，老師影響著學生實習領域的選擇。社工學校教育之實習訓練，不若其他醫事人員背景者在生理層面的深入，亦在其專業領域有長期紮實之實習過程，招、考、用、訓連結一貫，社工學校教育與實務界較為疏離，彼此合作少，當今精神醫療社工實習已不像過去那麼的熱門、能吸引學生興趣。且學校老師對社工在醫療領域的角色認定不一，甚至公然在主管單位面前持「社工怎麼可以做治療！」之反對立場，一句話就足以打壞醫療社工多年來之辛勤積極，為社工專業角色在醫療體系的工作之努力。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我覺得現在心理的經費會再高一點啦，因為他們自己開門診啊！他們實習學生進來，訓練背景也比我們強！我覺得心理產官學，他們合作比我們好太多了啦，人家心理測驗發展的工具就發展得很好，發展出來就給他們學生用，然後學校就訓練的很好，然後在臨床上在一些訓練督導，就上路了嘛！可能兩三個月就上路了嘛！我們社工很難耶！就是瞎子摸象啊，你那個研究所畢業來喔，我覺得學校的那個老師，我不知道耶，學校老師在精神醫療這一塊的很少，很少，現在也越來越少孩子願意走精神醫療了，實習學生越來越少嘛！我覺得，我們學會那邊申請學生也比以前少，不是那麼熱門了。」

【BD，男，醫師，精神科 30 年】

「社工 cover 很好，所以醫師就不用見家屬，團隊只 team-meeting，其他各自為政，我要他們資訊多開界面，綜合評估界面，大家彼此看彼此記錄。社工先天弱勢，學校養成教育在生理基礎面不夠，社工是萬能，做很多事，很重要，比其他團隊的人廣，對案主善體人意，team 中，是

在家庭、兒童基礎訓練更多，輸是在生理基礎不夠，到醫院才懂。」

AMS2 舉其長期的觀察，學術界與實務界的關係疏離、隔閡現象，彼此互有需求時才會往來合作。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「個人於臨床服務二十年之經驗與觀察，社會工作學界與實務界的關係十分疏離，似乎只有在大學生或研究生需要實習時才有短暫的合作，或實務界的社工同仁在職進修時，才有機會與學界老師們因著師生關係相互往來！。」

台灣進入多元而複雜社會，家庭、社會結構改變，社工之新興議題多元，且其專業活動蓬勃發展，專業督導體制亦建立完善，引發現代學生學習之興趣，精神醫療社工領域已經不若從前般的吸引學生。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我覺得其他領域的專業蓬勃發展啦，其他領域的專業其實他們也整個專業發展或是有那麼多的方案在承接，我覺得很多的社工接很多的方案，或是做這些方案設計，方案管理，像家暴中心他們也吸納很多的社工嘛，而且那一塊體制有，當然很累，可是覺得那一些有一些的挑戰性吧。或者是那一塊，我看我不曉得其他地方啦，我看新北市跟台北市他們那個社工的整個制度，也都建立的還算完整嘛！那個什麼督導制度，然後很多領域啊，身障的領域，然後老人的，老人的是開始嘛！啊我覺得精神醫療領域對很多人來講，我覺得沒有太大吸引力捏！」

而學生對社工實務就像是一張白紙，學校老師影響著學生實習領域的選擇，有實際利益及專業自主性強的社工領域，成為學生熱門首選。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我覺得現在學校老師的教育也在影響啊！像○○大學，幾乎那些老師都是後現代的，妳知道後現代的，他們那些學校的學生，不會想要來做這種所謂的科層體制、醫生霸權底下，社工沒什麼自主性，他們大部分都會走到社區的心理衛生嘛！所以跟那個老師的背景可能有關係吧！像○○（學校）的○老師，就會跟我講說學生他們也很在意，他說他們學

生很喜歡到社會工業社會工作去實習。就是工廠啦！因為工廠會給他們 pay 啊！他去實習還有 pay，可是他的論文好像是暴力的呢，他教精神醫療！我看其他領域蓬勃發展，精神醫療社工不再被認為就是專業發展的一塊領域而已啦！就是說很沒有專業自主性。」

社工教育專業養成最重要的實習，與實務界、教育部門及學校體系的產、官、學連貫合作制度緊密相連，牽涉層面廣而雜，如三界各自本位各爭鋒頭，就難建立起社工教育專業訓練的嚴謹優良制度。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】 -

「…我們的實習學生來，幾乎對精神科的東西都沒有什麼概念，從頭教育起，很多時候就暑假來八週就走了，研究所的學生，有時候是學期中來，每個禮拜來兩天，帶稍稍有一點熟悉後就走人了。事實上對我們也沒幫助，我們要變成是負擔，你花那麼多心力去帶這個人，將來他也不一定走這個領域，所以整個是沒有回流回來，我不覺得回流多啦，那當然對整個社工體制不代表沒有貢獻，因為那一些人對精神醫療有一些認識，回到不同的體系底下，可能也會對這一塊是合作關係，會有些基礎吧！我覺得早期我帶的學生，都有回來啊，我覺得整個教育訓練，一個是學校教育，然後實習的教育，後到在職的教育訓練，然後學校怎樣去 backup，可是我覺得這很難耶。」

心理領域之學校與實務界的時間長而緊密的實習合作情形，兩者互惠而相得益彰。學校教育須實務界提供場域供學生實習，學校老師至實務界提供學生及心理師專業督導，學生實習後離校，將回饋回流至實務界，兩者良性循環，學校體系成爲實務界最佳後盾。社工領域廣而學生都屬一般性短期實習，對實務很難有深入之學習，學界與實務界雙方較難建立穩固的合作關係。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】 -

「心理系的學校老師，會來督導他們的學生做治療，順便這裡的工作人員一起去受督，一起參與督導，貢獻回饋給機構，一整年的實習是都待在機構，所以就滿紮實的，醫院其實有給他們一些方案，方案裡頭有督導費，他們學生應該也同時會受惠，就是有回饋機制啦。學生要完成這個才拿得到證照，所以其實沒有什麼話好說，因為學校的要求、法的要求，我們醫生跟諮商心理師的合作關係就非常好，我們外接了很多方案，一個方案就養一個個諮商心理師。我們社工太廣了，又那麼多不同領域，

每個領域都很 general，不像人家是很 specify。實習會在一直 run，阿我們這個沾一下，阿每一樣都大概知道一下，阿都不深入啦。」

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「社會工作師並不像職能治療師、臨床心理師之執業範圍以醫療院所為主，因此在專業發展及專業認同上無法如同前述專業人員，而現今在社會工作學界中，著墨或專長於醫務社會工作、精神醫療社會工作的實在不多，因此，事實上是不易透過學界力量共同爭取。」

團隊中的醫師 BD，他認為社工的危機是專業訓練不足，且社區的新興工作者都用社工的專業名詞，易與社工有混淆之嫌，他認為社工要專業發展，一定要在國家體制內才能發展，沒有理由反對社工師考試，社工師考試門檻低及健保制度，BD 認為是妨礙社工專業發展的重要關鍵。

【BD，男，醫師，精神科 30 年】

「社工學校專業訓練不足，現社區都用你們的名詞，個案管理、就業服務員，這是專業危機，專業要說服人，你們可以發揮得很好。社工要期望入制度，現會反對的人不願考試的人我想有 2 種，一種是像你們一樣上了年紀的沒去考、反制度，另一種是想考、考完而沒考上的人。社工要體制內發展，我不贊成體制外發展。心理考試門檻要碩士，你們是大學、20 學分班，由歷史觀點來看，健保、社工師考試影響你們在 team 的地位。」

B06 期待學校老師應該對精神醫療社工的角色在臨床實務上有更多的瞭解，能與社工專業團體合作，大力支持實務界在專業角色上取得國家的認定，而不是在醫務社工爭取專業角色國家認同時落井下石。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「職能治療師及臨床心理師之專業團體在爭取其專業角色國家認定上絕對有值得我們社工專業團體學習之處。學校教社工的老師、專家應試著了解精神醫療社工臨床服務內容、角色、功能及處境，願意支持社工專業團體追求專業的成長及爭取其專業角色的國家認定，大家團結一致對外之政府，否則社工團體高唱追求專業認同，學校老師及學者認為社工不夠『專業』或專業不在『治療』，沒有足夠的專業治療教育背景，不應從事精神『醫療』服務，把醫療交給醫師及護士，這好像是自家父母-

『老師』打小孩-『社工』，豈不是讓醫療團隊的人看笑話。」

(三) 社工師法--考試資格寬鬆，業務內容無排他性，招、考、用、訓未做連結

1996年通過社會工作師法，是台灣社工專業發展過程重要的里程碑。由於社會問題複雜多變、工作挑戰性高，社工教育、訓練、考試與任用未能緊密結合，且社會工作師考試資格限制寬鬆，業務內容-無排他性，只要20學分班修完即可取得社工師應考資格，考上了即是法定社工師，在社工教育的專業養成上較顯不足，速成結果，專業自信不足，造成社工人力流動大，國內社工的供需一直在大量生產、快速流失的惡性循環。

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「心理、職能的專業霸權相當明顯，法條排他性強，從社工的法條來看，立法者對社工專業缺乏自信，因此條件寬，廣納百川，做法讓社會工作變成『行政工作』，人人可以做，已破壞市場法則。」

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「職能治療師及臨床心理師之專業在某些領域或服務有其不可取代性，樹立其專業角色，社工也應思考在那些領域或服務是別人不可取代的。」

(四) 醫院評鑑--無區別力標準，各級醫院條件不一，工作內涵難取得一致標準

綜合醫院、醫學中心、精神科專科醫院，彼此間之條件人力不一，自有不同工作重點，但醫院評鑑項目內容卻一致要求，新制雖有依評鑑規範項目完成之多寡，分A、B、C三等級，然社工評鑑委員卻少有在社工之人力及權益上建議，大多在業務內容之提升作要求，在人力少、資源少的情況下，更讓院方根據評鑑之建議要求社工改善，讓已在團隊處弱勢地位之社工更有落井下石之感。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「各家醫院因條件不一，狀況不同，做法不一，所提供的精神醫療社工臨床工作之項目、內容及提供服務的深度不一，社工本身就很難達到一致性的標準及要求，故在與團隊溝通時，較無法提出強力可說服的參照資料。此外，醫院評鑑中對社工工作的要求太過理想化，較無法針對醫

院本身條件上的個別差異，站在經營者角度會期待社工能做到評鑑要求，而有過度的期待。」

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「評鑑未將不同層級醫院之業務要求區隔，大小醫院都是同一套標準，社工人力有限，甚麼都要做，就無法做出醫院的特色來。」

(五) 社會工作專業社群--精神醫療社工缺乏強而有力團體為其發聲

社工領域廣，雖專業團體不少，卻難團結一致對單一領域用心發聲，社工專業團體多，亦可能因競爭而削弱了彼此力量。而社政、衛政隔閡大，精神醫療社工橫跨兩者，兩邊都得不到重視。

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「社工專業團體因為領域過於廣泛，差異性大，很難理解及體會在講求績效產值的醫療環境中各專業存在的競爭性及必須獲得的支持，而衛政與社政長期互不理解甚至是對立的位置，在這樣的體制狀態下，精神醫療社會工作常常是在兩個體制下被邊緣化的人。」

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「主觀上我感覺其他專業團體較為團結，社工在醫聯盟就有三個團體代表，間接消弱力量與發生效果。」

且精神醫療社工之專業組織社群內部門派路線之爭，主事者如缺乏溝通包容極端結果，讓當初懷抱理想積極為專業發展而努力之士出走，分裂嚴重，鬩牆之後更讓精神醫療社工難有共識凝聚力量對外部發聲。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「精神醫療社工團體之著力尚須面臨內部不同聲音與合作關係的整合。對於社工專業角色與地位的爭取及權益維護，仍待齊心齊力積極地合作！」

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「學會理事長要寫一封信跟大家告知我們學會未來的方向，學會要讓所有的 PSW 所接受所認同，理監事與○（人名）的不愉快，堅持退出，緣起與證照有關，○反對，可是又代表學會身分，不要証照，個人身分 OK，代表學會身分就不 OK，…有一個醫院代表是醫師，他說他找很久都請不到心理師，○就說那可以請我們，我們沒證照可以較便宜，這件事讓我非常..，評鑑社工人力 1：120 這件事，就有人問學會在幹嘛，行銷都有問題，基本上我不反對○的想法，但希望我們標準到社工師，師級跟人平起平坐，OT 也是大學，師平起平坐爭取甚麼比較容易，我曾寫信建議理監事辦周末加強班幫助會員，沒人理我，有一票社區跟○走敘述，他都辦類似那種訓練，要病人、家屬、Wr 發聲，這沒甚麼錯，倡導、權益，總而言之，他以他的理念為主。」

學會內部個人色彩濃厚，不能兼容並蓄，主事者大力推展其學門教派，反對社工證照，與當初大家創立學會的初衷大異其趨，在最高主管單位衛生署失去了為精神醫社工力爭權利及在團隊中的角色有力位置。ASS2 參與其中，曾見證過精神醫療社會工作的歷史發展，其對精神醫療社工的專業發展深抱期許。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「○（人名）反彈醫師、鼓勵社工去社區發展。今天去社區，這群病人不就是從社區來，不同階段不同的服務目標銜接，這群個案是在醫院得到好的照顧，每人一天 24 小時，把醫院放掉，時間有限，觀念問題，我這樣覺得，在醫院、在社區，不要否定別人做的，顯然大家對學會都不是好印象，我沒鼓勵新人，○（人名）利用..當實驗場所，○組織一個私立精神醫療院所的組織、定期組織，從她學習。有一件事為什麼我們要成立 PSW 學會，我們被...，我不是反對他，只是他反證照讓我..。」

ASS2 這位在精神醫療社工界頗受團隊人敬重、待人謙虛和善的長老，語重心長的說出了學會當前發展最重要的癥結所在，他說出了醫療體系社工任用受限的隱憂。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「做學會領導人，你不能反對別人，…….，PSW 人沒空檔。有一次有一年實習也是，實習生到醫院不用受限於醫院，所有實習也跟我們原始結構不一樣，到醫院也可以有機會到社區 run 到其它機構，參觀可在專業課程一天排，到機構不可能 2 星期去哪 2 星期去哪，那誰要去負責學生實習，他一直宣揚他的方式，他開會就..，有一次○○（人名）有出來

講話，不能說你們就..，這影響很大的，很多人不知道學會在做甚麼？公職人員不受到影響，有影響的是約聘雇人員，醫院有一套做法，不利社工發展。」

ASS2 娓娓道來當初心理衛生社會工作學會成立與內部紛爭的緣由，期望學會理事長應有願景企圖帶領學會努力方向。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「當初我個人沒有期望與醫協分開，我並沒有想說要分出來，我知道有一群人很喜歡很希望能夠分，其實我不太想分家，因為很多年以前我們就討論過，大家就覺得不適合，因為我們人比較少，可是有一群人喜歡、一直都希望可以獨立，可是老實說，我是覺得有一點遺憾啦，因為當初主導的就是有一群人，就完全反證照的，裡面有比較傾向這樣，所以我覺得 PSW 這個學會到今天都會被某些人認定他是反證照的，這兩三年已經不提這個問題了，...，中間我們開過幾次理監事會阿，曾經也因為類似這樣的事情鬧得非常不愉快，甚至因為是意見不一樣退出，換了理事長之後，我就跟他講應該寫一封信給所有的會員，現在換了理事長，未來三年要做甚麼，目標要放在哪。...」

學會沒人力、沒財力，請不起專任人員，且理監事間理念立場不一，理事長個人色彩濃厚，以個人理念訴諸行動，反國家體制，故難在國家體制的遊戲規則上取得認同，對外發揮不了組織團結力量！甚至削弱了在國家體制內建立專業角色地位的契機。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「因為經費的問題，總幹事一直都不穩定，跟理事長沒有合作的很好，所以總幹事等於消失了，幹事都是兼的，這個學會就是經費不夠嘛，一直都運作的不是那麼順暢，改選的時候...○○（人名）接，○○（人名）..沒有明講，但是明顯的反證照，...我覺得這個學會並沒有讓所有的 PSW 所接受、所認同，我看到醫院評鑑，○○（人名）與○○（人名）退出學會，緣起都與證照有關，...」

社會工作專業團體太多，彼此競合，缺乏團結一致，削弱了社工社群的力量。而學界較少有專研醫務及心理衛生領域者，有學校老師就不認同社工的治療者角色，甚至在社工積極爭取治療者角色過程中落井下石，故難對此領域有所助益。

實務界、學校及政府部門合作少，不若心理與職能界的產、官、學連結一氣，招、考、用、訓延續連貫，這是精神醫療社工發展的劣勢。

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「主觀上感覺，其他像心理或是職能的團體較為團結，社工在醫聯盟就有三個團體代表，間接消弱了力量與發聲的效果。」

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「社工團體之著力尚須面臨內部不同聲音與合作關係的整合。對於社工專業角色與地位的爭取及權益維護，仍待未來齊心齊力積極地合作!」

(六) 組織隸屬—醫事抑或行政體系關係人力任用及教育訓練資源之差異

「醫事人員」在醫療相關法規與醫院設置、評鑑標準、專業繼續教育及執業上皆有清楚規範，醫事人員皆須配合遵守，尤其醫事人員平日忙於健保給付項目之執行，大多利用自己休假日完成專業繼續教育。社工領域廣，缺乏水平之溝通交流，各領域之社工對彼此之服務內容不熟悉，社工組織以證照數不足而反對專科社工師成為醫事人員，除了會錯失精神醫療社工以專業角色在醫療團隊立足的機會，更會在人力的需求上受到忽略，要在專業上有所發展更形困難。

【BD，男，醫師，精神科 30 年】

「社工講專業一定會反彈，只要不在醫界不一定要當醫事人員，醫事人員很苦，假日受訓，職業專業認同，衛福部來管，管得嚴，整體社工機構不同，做的不同，我的看法是社工分工太細，常社工彼此間之工作是一問三不知，例如新制度問社區的社工不知，機構之間差異很多，醫院這理保守，outreach 太少，公務體系不須開口募款，民間社團、社會局官方差異大，機構影響社工，長久之 life-career 會偏。」

社工要在醫療體系立足，尤其是在公部門，因受到醫事及行政人員任用條例比率不等之限制，成為醫事人員已經是精神醫療社工不得不走的路，否則人員進用將受到限制而無立足空間。

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「制度上的變革，醫療社會工作納入醫技已經是現實上不得不的考量了。醫務社工納進醫技人員，對公立醫院較為迫切性的影響是公立醫院醫療基金聘用人員比照正式編制員額比例為醫事人員百分之 85，行政人員百分之 15，逐年降低醫事人員契僱比例已成既定事實。醫療基金聘用契僱人員以第一線醫護人員為原則，醫療基金不能再聘用醫療行政人員。」

(七) 精神醫療及醫務社工的分與合

社工在醫療體系的發展，過去以服務領域區分為精神醫療社工與醫務社工，兩類社工分屬不同體系，精神醫療社工是精神科專業團隊人力，非精神科之社工則由醫院社工室（課或組）進行人員之調配，在醫院類型與病床分類上，精神科的醫療服務內容、模式和人力配置上，與醫務社工兩者是有所不同。醫療體系之社工因長期角色定位不清，不論公私立醫院，大多數社工都屬行政職缺。近年來，綜合醫院在組織與管理的考量下，逐漸有將精神科社工人力整併到社工室。2008 年，社工師法修正法案，以「醫務社工師」、「心理衛生社工師」並列為專科社工師，在社工專業實務上，兩者在醫療體系並行發展多年，各有重點特色。當整體醫療環境變遷，兩者的分與合，對彼此之發展是否有利，其利弊得失如何？受訪者有如下的看法：

一) 分之理由--工作內涵方式不同合併管理不易

以服務對象場域之特性、專業應用模式及健保收入之差異來劃分，認為兩者是不同，理應分，分則工作深入、持續，有利精神醫療社工之專業發展。兩者合併，顯示社工「專業」的基礎薄弱，專科的內涵有待充實，是代表著行政凌駕專業（張如杏，2012），尤其是隸屬在精神科的社工，其直屬長官醫師主任為什麼不幫自己的組員講話，受訪者認為如此更是對精神醫療社工專業的莫視。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「健保制度醫療給付的實施多年，各臨床專科給付利益分配不均與民眾醫療行為的改變，致擔任急重難症之醫師受醫療給付微薄與民眾爭議日升的壓力交相影響，舊人紛紛出走，新生代不願意投入急重難症；醫院收入亦受限於健保審查與 DRG 制度，做的多未必賺得多，看診量亦受限制，醫院經營越加困難，使院方日加重視自費項目的開發與科室績效的產出！以上原因使有部分服務項目給付的精神醫療社工也必須承擔科室經營的

績效壓力與面對沉重的工作負擔，然相對也因獲得給付，有收入貢獻與服務特色，在專業地位與角色產值上，較僅有安寧居家服務才有給付的醫務社工似乎更受到經營管理階層與團隊的尊重！」

【S02，女，社工師，精神醫療社工 21 年】

「綜合醫院歸屬在精神科，則較有專業深度，歸屬在社工科，則有許多行政業務必須共同分擔。PSW 歸到 MSW 代表醫院行政凌駕了專業，行政組織要改變，行政不同放在一起，同一科室的業務分工，醫療分工，精神醫療社工由社會服務室負責，主任或許不知道他的社工做得那麼深入那麼多，延續沒有那麼多治療者角色，制度凌駕專業，精神科主任說甚麼話？為什麼沒有說話？！」

二) 合之理由-社工專業知識處遇焦點相同管理統一

近年醫院面臨營運壓力，透過管理方式將組織改造，因應內、外部挑戰，從管理之角度，醫院內的社工人力統一管理，有效人員輪調，增加社工廣泛學習機會，因此思維讓醫學中心的精神科社工併入社工室，且精神醫療社工人力較少，與醫務社工合併，人多勢眾，並有社工直屬主管為其爭取權益與福利。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「個人認為精神醫療社工與醫務社工一樣，皆屬醫療領域中協助病人及其家屬有關疾病適應，社會心理，經濟，家庭及住出院問題之調適，改善與解決之專業人員，差別在於前者被期待於業務與技能上包括提供精神疾病患者及其家屬，心理困擾者，藥酒癮者或性侵害或家暴事件之加害人或受害人等深度個別或團體心理輔導或治療或鑑定！但據過去業務合作或對談經驗，精神醫療社工亦如是認知與期許，惟在經濟問題處理上與急診醫師照會精神科患者問題上，精神醫療社工似乎認為非其應執行或專業服務範圍，尤當精神醫療社工與醫務社工於急診遇精神科病患或其家屬問題時，精神醫療社工畫地自限，自我認知非其服務範圍之觀點，常與醫務社工有所碰撞！亦與社工助人專業本應涵括對精神科病患及其家屬之經濟或因家庭衍生之住院等問題的基本處遇態度與服務內容有落差！」

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「當初我個人沒有期望 PSW 和 MSW 做分開，我知道有一群人很喜歡很希望能夠分，其實我不太想分家，因為很多年以前我們就討論過，大家就

覺得不適合，因為我們人比較少。可是有一群人喜歡一直都希望可以獨立，可是老實說，我是覺得有一點遺憾啦。我們醫院行政上現合併，之前2次要合併，我寫簽呈給院長工作樣貌不一樣，外在因素影響工作，工作還是在精障，現要參加那邊的行政、個案討論會，社工室個案討論會都是補助問題，與長期訓練視野有關，環境週邊、生態有關，MSW較沒注意到這些，深度、廣度沒有。」

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「有社工室獨立科室，人事歸屬為行政獨立科室，可由科室為單位運作，讓專業更加發展，有更多資源可運作、使用，更可獨立發揮社工專業，有社工室主任可落實社工專業發展，不用附屬在其他科室內。」

二、醫療體系微視面

精神醫療社工在醫療體系微視面上，由於健保體制、組織職系隸屬行政部門，非醫事人員身分及工作性質牽涉層面廣而複雜等因素，在精神醫療團隊的專業角色地位式微。其面臨的困境有：

（一）角色認知差異

在社會組織活動中，各種社會角色不斷在相互影響和相互作用，個人對自我行為和地位的認識，是以對應的另一角色之行為做基礎，根據相對他人的行為和地位之認識獲得。角色學習是在特定的社會和互動中掌握角色的行為規範、權利與義務、態度與情感、知識與技能的過程。社工在醫院的科層組織和團隊工作中，難免有角色衝突存在，個人往往不易同時符合機構組織及團隊他成員的工作角色要求，但社工在人的處理上自有他的角色位子，工作角色的主要問題是在能否回應團隊他成員對社工角色的期待。

【B05，女，社工師，精神醫療社工 12 年】

「精神醫療社工擔任問題解決與資源的聯結者，醫生易將病人病態化，強調症狀而非以人看待，社工在臨床服務上易與護理在業務職掌有認知上的落差，如只要是家人、看護，就歸因為社工業務；另期待社工 on call，隨時協助處理臨時事務。」

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「現在年輕的 PSW，受到心理影響，沒有信心可以去處理 psycho-social 的問題，其實是不用擔心不會處理這方面的問題，我們的服務對象是人，不是像一般行政、會計處理事務，人是活的，要有此概念，把握以人為核心。」

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「社工目前在精神醫療體系中需要面臨的挑戰，基本上包括了在團隊中角色是否具有不可取代性，以及其角色重要性的比重，另外精神醫療社工對自我專業的認同與角色的設定，是否可回應團隊對社會工作者的期待，是目前很重要需要思考的議題。」

精神醫療社工在團隊中的角色如何突顯自己的專業性，如何回應組織及團隊對之角色功能的期待，重要的是合理發揮出他專業無可取代的社工在人的社會心理環境面向的角色功能，而不是只做個團隊他成員「有求必應」的「應聲者」。

(二) 工作性質

一) 配合健保提供服務，難凸顯社工專業性

全民健康保險實施之後，改變了整個醫療生態，醫院靠健保生存，所有醫療服務依健保規範而行，各醫院搶分健保資源，團隊醫事人員亦根據健保資源之獲取多寡，而建立其角色地位在醫院的重要性，因此，各專業積極力圖發展，爭取自己專業在健保的位置。社工在此情境，非醫事人員身分，較難取得專業之認同及健保資源，而要配合健保服務項目衡量績效的過程中，也迷失了社工之專業我角色。

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「健保有給付的項目才提供服務，健保未給付的項目沒人做，醫療品質下降，社工給付的項目少，給付的點值又低，在績效掛帥下，社工績效在團隊中最差，於是又被期待開發新的財源或是做更多健保有給付的項目服務。」

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社會工作要在精神醫療領域發展、要在團隊中具有獨特的角色功能越

趨困難。心理（諮商）、護理等越來越多人對家庭治療有興趣，各種治療方式陸續被引入如音樂、藝術治療等，社會資源資訊從網路上可輕易地自行瞭解獲得，社工原資源訊息提供或連結越來越不是獨門強項，若要在團隊中具有獨特的角色功能，除不斷提升治療及處遇能力，另可能須具備更多能力如跨專業學習、文化敏感度及語言運用等。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「健保確實會對精神社工的發展產生一定的影響，醫院重視成本效益，連帶的醫療行為受到影響，健保在那個部份給付得多，醫院也會要求社工在那個部份注入較大的心血，如醫師希望社工加強家族治療、社會生活功能評估的能力看出，畢竟在健保有給付的狀況下，醫院在營運的考量下也會鼓勵社工能多投入該項工作，相對的會排擠社工師在其他業務上的重心，這對於專業的發展以及對患者的權益是有深遠影響的，當專業忘記了自身發展的基本精神時，這會是這個專業的危機的開始。」

【D02，男，精神醫療社工 8 年】

「站在醫院端的位置來思考，減少疾病復發、恢復健康仍主要以病理指標為主要考量，對於影響健康之其他社會、家庭、文化…等因素，因為缺乏『特效藥』，也沒有改變的『萬靈丹』，且無法以標準化結構性的致病機轉來評估，故為了均衡健保的給付制度，社工人員所執行的業務大多落得『有申報就好』的基本要求。時至今日，觀精神社工尚未有凸顯專業的醫療服務項目。」

三) 業務面向廣而不深

社工從直接服務到間接服務，要承擔多種工作角色，對精神醫療社工的專業品質及專業發展均有不利的影響，精神醫療社工宜在工作角色上有所規範，以突顯其專業獨特性。

【B02，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社工工作面廣而量大，接案廣但不深，書面作業多但不真實，深入的專業訓練難在機構中進行，因為難有統一的時間，且訓練時間排擠工作時間，社工專業發展多憑個人興趣利用假日在外學習，社工專業服務仍停留在表淺的會談、接案與資源連結。」

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「社工著重的不只是個案，還包括家人，是與整個家庭工作，甚至還擴充到社區，及整個大環境，社會工作的介入是鉅視面的，在精神醫療專業團隊中，比起其它科室，社工除了『以病人為中心』，同時兼顧家屬的立場及需求，做全面評估，溝通協調，為個案謀求最佳利益，角色要樣樣會的通才者。我認同精神醫療社工的角色服務為直接服務、間接服務、行銷服務、教學服務、研究發展、行政庶務，但一個人同時要承擔多種服務角色，除了身心疲憊外，對於專業品質、專業發展均不利。期待能夠建立制度面，規劃精神醫療社工的角色。」

【BD，男，醫師，精神科 30 年】

「整體社工，機構不同，做的不同，我的看法是社工分工太細，不同機構的工作業務，彼此間是一問三不知，醫院新的制度問社區社工，不知，機構之間差異很多，公立機構保守，OUTREACH 太少，公務體系沒開口募款、社會局官方與民間社團差異，機構影響社工長久之 life-career，會偏。」

四) 醫療體系專業權威地位序位低

醫療體系各專業角色功能，各自有其不同的重要性，醫院以治療疾病為主要職責，故醫師統整團隊各成員，為病人疾病之療癒努力，護理師與病人接觸時間最長，醫師權位最高、護理師是第一線的工作人員，日夜照護病人，其角色不可或缺。心理師及職能治療師，其專業組織-職業公會，為其會員爭取到健保高額合理的治療項目，在醫院績效成果表現亮眼，唯有社工無法凸顯專業角色功能，在健保收入績效上難與其他專業相提並論，因而相對之角色地位低落。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「醫院是一個霸權父權的社會是正確，尤其○○醫院，院長就是大男人，醫院本來就醫師、NURSE 最重要，醫院沒醫師、NURSE 就不叫醫院，這不能否定，我沒那麼反彈，我們沒有辦法改變他們，他們學的非常專業，不能改變他們，我們就改變，更有自己東西去融入，不須跟他們對立抗爭，我在念○○所，○（人名）旁聽，他以其早期經驗位子排列，以位置圖表社工不被重視、不被尊重，從這講權威關係，我不這樣認為，社

工位階上坐最邊緣，不是因為這樣就是醫師不尊重，我們沒有理由去霸占醫師的位子，要融入這團體，是融入不是霸爭。」

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「大都會的醫學中心，很多生態跟那個 local 精神科專科醫院是完全不一樣的，所以那個社工，沒有特別要去拼業績啦，因為本來量就很大，我們就是要做了嘛，阿做完，你做了以後的那些業績也不會納入你的個人績效考量嘛！主管會知道，因為他們早就知道說，心理師的 charge 很高，OT 的 charge 也很高，社工本來就比較少，他們早就知道了，阿他們也很知道，很多時候病房很多問題是要社工處理的啦，所以知道說沒有社工也不行，但是 anyway 臨床心理師，我覺得啦，他們的地位還是最高啦。」

(三) 精神醫療社工斷層嚴重，不同世代價值理念差異大

家有一老如有一寶，社工耆老受團隊成員敬重，有其非正式角色地位，在醫院說話分量重，醫院中如有此角色，團隊他人皆不敢妄動取代社工之治療角色、撼動社工在醫院之重要地位，他亦能成為新進社工之楷模、標竿典範。精神醫療社工斷層嚴重，新生代較被動消極，敬業態度及專業認同低落，社工代間學習態度有落差。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我覺得因為○○（人名）跟我一直很長期在這邊耕耘吧，當然○○也很夠分量啦，我們就都有老人在啊！我覺得整個，或者是說，因為老人在嘛，人家不太敢動你嘛！也不太好意思動嘛。對呀，就是這些東西，後來這兩個新的人大概也有壓力吧！他們要撐一些東西，我覺得他們也很拼啦！可能有那個角色的楷模在吧！他們也很拼啦，所以就會變成有好的一個示範，一個部分是因為老人家在，所以那個地位還在，那個樣子還沒走掉啦。如果○○走，我也同時走，我覺得很快會垮，我是因為又撐了好幾年，年輕人已經慢慢開始上來了啦！地位也鞏固了啦！我覺得那個傳承也差不多，不至於會一下子沒有人撐著啦。」

精神醫療社工斷層，醫療生態變化極大，一切講求績效、效率，組織要求專業人力每位都是生產者，新人一到，就要上陣，投入生產線上，那、職前訓練？那是要在學校就準備好了。不同世代的社工，其價值理念差異大，職場稍不合意、一遇挫折，或想學的專業技能學到，就離職走人。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「現在像我們這種老人家，磨這麼久的，差不多要斷層了啦。新一代發展他們新的觀念，就是我愛做就做，不做就走人啊，也不會忠誠在這裡，學到什麼東西，我就走啊，我覺得新新人類他不會去 fight，但是她想離職，像我們那個新的社工，他要離職前，他一個月前才跟你講，他完全不考慮你這個科的人力狀況，人力的配置到底怎麼樣，兩個人同時就走，變成留下來的人要承接，我就說現在整個有點斷層啦。社工師公會統計也是，資深的一塊，中間的全部斷掉。我們這邊還有兩個五十八、六十年次的，這個已經算是中間的囉，四出頭了，四十多歲了ㄋㄟ，照說四十多歲應該，你看企業界行政主管，都已經四十多歲的接了嘛，我們這塊都老一點，都陸陸續續要退了啦。」

【ASS3，女，精神醫療社工 28 年】

「現代流動率太大，全國新手社工報出來都一年，沒人帶，搞不清楚做甚麼，但不會又不知去外求助，去訓練，現成本考量，學會辦繳錢不來，我們都繳錢去學，跟 team 關係比較消極，人家一直往前，只有我們停，學會辦新手社工訓練很少人參加，設計北、中、南、東，越來越少人，環境要知自己要做甚麼，基本功，幫大家看能為病人做甚麼，家屬陪伴關係，家屬、社會環境、結構體系的影響，家屬發生甚麼事這東西現講得比較少，不看家屬、發展社區，醫院已經走到瓶頸，體制面怎麼看病人，但社區幫病人不足。醫院人不出來，徵人醫院不來，○○認為我們老了，但人是可以改變，他是走批判，基本功一樣，回到本質，社工價值。人的過程，我們那代做了再說，這代先拒絕想清楚再做。」

社工是對人的工作，專業知識技能應用是須要時間經驗的累積，新一代的社工，人生歷練不足，缺乏「對人」工作的基礎訓練，與個案建立專業關係難。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我自己做了很久，跟著我的訓練有關，我覺得回到那個很傳統，很 basic 那種 Carl Roger 講的人的接納、尊重、關懷那一塊對病人，當然，我覺得後現代談到的，我們不是一個霸權，不是很主觀的就進入這個案主經驗的那一塊的訓練，我覺得那一塊是很重要的，因為即使現在越來越可以跟這些病人建立比較深厚的關係，因為我覺得真的人生的經驗也夠了，你可能、也知識理論的整合都比較好了，你對這些人很快的可以

看到他的核心的東西，他的問題在哪裡，他的困難在哪裡，我覺得關係的建立是重要的。但是我覺得現在年輕一代，沒有關係的建立，沒有那麼的被強調跟訓練，我覺得那個要訓練啦，那也是專業訓練的部分，啊那個部份我覺得都斷層了。」

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我們年輕的社工沒有這麼拼，他們比較重視勞動人權，該休的假一定要休，該有的福利一定要有，他們很清楚自己的福利啦。很清楚自己權利，權益跟福利，並沒有在專業上這麼衝啦，我覺得可能他們都是五年末段跟六年初，這個年代的孩子也不太一樣，我們後來那幾個就都是七零年代的，因為是七零年代吧，這些孩子他們對於專業的那個承諾度差了，對於專業自主啦，專業的這些角色吧，他們會在這個系統裡面，善用這系統資源，得到很多的教育訓練。他們該有的權益，他們是很清楚的，而且會把握的很好，比較沒有像我們這一代的那種努力啊，去找那個專業認同啊，我覺得他們沒那麼積極啦！基本上他覺得這裡不 ok，他就走人了。」

(四) 社工專業自信不足、專業認同低、缺乏專業價值與使命

精神醫療社工在社會工作領域是人數較少的一群，在職場面對的是由精神科醫師領導的跨專業團隊，工作時需要的專業知識包含社會工作、心理衛生及精神醫學三方面的知識體系，而心理衛生及精神醫學的專業知識，經常是進入職場後才有比較多的學習，在這樣的發展背景下，精神醫療社工對專業認同是其發揮角色與功能的最基本立足點。台灣社會工作本身的知識理論體系尚在建構、精神醫療社工專業教育之養成過程資源缺乏、不若其他精神科團隊成員有強而有力的專業組織背後支持為其發聲，在工作環境中團隊領導者精神科醫師是科層組織中的權威、心理師又有其明確的測量工具與知識理論體系，再加上精神醫療社工在醫院科層組織中的職位，此等等因素，皆會影響精神醫療社工對社工專業的信心與認同低落。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「現在年輕的 PSW，受到心理影響、沒有信心可以去處理 psycho-social 的問題，其實是不用擔心不會處理，我們服務對象是人，不是像一般行政、會計處理，人是活的，要有此概念，○（人名）以人為核心，在某些認知角度不一樣，就造成理念不一樣，理念不一樣，但都在幫助人……。」

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26 年】

「心理、職能的專業霸權相當明顯，法條排他性強，從社工的法條來看，立法者對社工專業缺乏自信，因此條件寬，廣納百川做法，讓社會工作變成『行政工作』，人人可以做，已破壞市場法則。」

【ASS3，女，精神醫療社工 28 年】

「療養院社工還算多，大家現較沒有使命感，不想參與，公家醫院、大的綜合醫院還好，私人醫院 1、2 最多 3 人，小醫院大醫院應有責任，沒有辦法要求大家都一樣，因大家都有家庭，不能要求大家犧牲奉獻，家庭要顧，怎可能像你、我們那層級比較好。醫院性質影響，以前我們很拼，前輩典範，現代新人重視個人，自廢武功，越來越甚麼多不會，現在資源越來越難開發，現做家族治療也越來越少，越少越少，這是被人打擊的結果吧？！」

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「有些醫院討論，衛生局發的照才是醫事人員，醫事人員比行政好，擺在行政人員不利，醫院人力設施標準，以前的評鑑配置，現在被MSW拉下，1:100，聽起來社工變成點綴性的，大醫院應去爭取回來，人力不能比人家差太多，團隊惡性競爭，誰會賺錢，機構我就請誰，健保給付多，說話大聲，醫院考慮就會很拼，我不希望變成這樣，我可以賺錢養自己，但我不希望，社會功能評估1月1次、團體心理治療、家庭治療可以，社工不能用此算，會做得很辛苦，不能以此遊戲規則玩-賺自己薪水，如此再發展，主管會如此看。精專TEAM合作多，跟自己社工合作少，要受訓要進步要學習，否則會被取代掉。」

(五) 社工工作量大產學合作少研究少

社工業務廣工作量大，平日有做不完的工作、寫不完的記錄，少有心思整理實務經驗，而實務界與學術界又多隔閡，兩者甚少合作，精神醫療社工少有研究產出，社工專業地位弱勢，研究能力弱。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「心理與醫師合作啊！或者是跟學校○老師有關啦！○老師在兒青這一塊，他們長期在做精神分析，因為他們學生來這邊實習，所以他就義務做督導，所以 team 就一起接受實證研究的東西，加上我們社工也比較少去把它變成實證研究啦！我覺得要寫的話可能是寫一些質性的吧！要花時間去設計，我覺得沒有辦法有時間好好的去讀、看書，然後去整理經驗，沒有時間，我幾乎記錄都沒有寫完啊！幾乎沒有辦法寫完啊！一整天，都在做治療。而且我們常常都會有個案啊！有時候個案約到晚上做治療，醫院沒規定量啦！但是我們主任會去抓！他會去看，所以社工的量是最大的啊！心理是因為很多時候是實習生做，心理師他們做自費啊！」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「社工每天都被工作、記錄追著跑，表面上科室那麼多社工，但醫院床位數多，要處理的業務量大，光是健保的就接不完，入、出院量大，記錄常寫不完，要被追蹤、扣點，教學醫院也有研究的壓力，但是沒有辦法！」

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「由於多數社會工作實務界的夥伴仍屬醫療團隊中的弱勢族群，尤對任職於醫學中心與教學醫院者，服務量與工作紀錄負擔多，另一方面亦非人人對研究有興趣或能力，在缺乏研究指導協助，鼓勵與時間體力有限影響下，投入研究意願低，臨床研究發表有限，相較其他團隊人員之研究產出與風氣，確實影響社工臨床實證研究的產出，個人升等及社工專業地位！」

小結

精神醫療社工面臨處境，是在重視健保支付制度引導服務輸送、強調管理主義「績效」決定優勢論的醫療體系，並在社工師專業證照不被認定醫事人員，處在精神醫療團隊專業競合中，職位角色定位不清的情境。精神醫療社工在國家政策鉅視面及醫療體系微視面上其困境有：

一、鉅視面：

(一) 健保體制之影響，治療角色降低，在績效壓力下，承接外部福利服務方案

來提升工作績效，社工角色成爲健保外須另闢財源的社工。且因健保給付少，人力、需求易被組織忽略，亦成爲團隊中人力最少的弱勢社工。

- (二) 學校教育體系，有精神醫療或研究背景的師資少，教師影響學生實習領域選擇，精神醫療社工實習已不像過去吸引學生，實習又不若其他醫事人員背景者有長期紮實之過程，缺乏招、考、用、訓連結一貫之專業養成體制。學校教育與實務界疏離，彼此合作少，而最大挫敗，是來自學校具政策影響力之老師，其對精神醫療社工「非治療者」角色之認定，一語就可摧毀精神醫療社工在團隊中的專業角色地位。
- (三) 社會工作師法，考試資格寬鬆，業務內容無排他性，招、考、用、訓，未做連結。20 學分班修完，即可取得社工師應考資格，考上即是法定社工師，在社工教育的專業養成較顯不足，速成結果，專業自信不足，造成社工人力流動大，國內社工的供需一直在大量生產、快速流失的惡性循環。
- (四) 醫院評鑑無鑑別力，各級醫院人力、條件不一，工作內涵難一致標準。但醫院評鑑項目內容一致，新制雖有依評鑑項目完成多寡分三等級，然評鑑委員卻少有在社工人力及權益上建議，多在業務品質作要求，在工作人力少、資源有限下，讓已在團隊中處弱勢地位之社工更形艱困。
- (五) 缺乏強而有力專業社群爲精神醫療社工發聲，社工專業團體多，卻難團結一致對單一領域發聲，團體多，易容易競爭而削弱彼此力量。精神醫療社工橫跨社政、衛政兩領域，兩邊都得不到重視。
- (六) 組織隸屬醫事抑或行政體系，關係社工人力任用及教育訓練資源。「醫事人員」在醫院設置、評鑑標準、專業繼續教育及執業上皆有清楚規範，醫事人員忙碌於健保給付項目執行，多須犧牲假日完成專業繼續教育。社工領域廣，彼此缺乏水平溝通，各領域彼此不熟悉各自服務內容，社工組織反對專科社工師成爲醫事人員，會讓精神醫療社工在人力需求受到組織忽視，在專業發展上更形困難。
- (七) 精神醫療及醫務社工的分與合。贊同分者，以服務對象場域之特性、專業應用模式及健保收入之差異，認爲兩者不同，理應分，分則工作深入、持續，有利精神醫療社工專業發展。贊同合者，以近年醫院面臨營運壓力，透過管理方式將組織改造以因應內、外部挑戰，從管理角度，醫院內社工人力宜統一管理，有效輪調，增加社工廣泛學習機會，且精神醫療社工人力較少，與醫務社工合併，人多勢眾，並有社工直屬主管爲其爭取權益與福利。

二、微視面：

- (一) 角色認知差異。精神醫療社工在醫院科層組織和團隊工作，往往不易同時符合組織及團隊他成員對之要求，角色衝突難免，但社工在人的處理自有其角色位置，工作角色主要是能回應他人對社工角色的期待。精神醫療社

工如何突顯自己的專業性，回應組織及團隊對他的角色功能期待，合理發揮他專業無可取代的社工在人的社會心理環境面向的角色功能，而不是只做個團隊他成員有求必應者。

- (二) 精神醫療社工目前以配合健保提供服務為主，難凸顯社工專業性。全民健保實施，改變整體醫療生態，各醫院搶分健保資源，團隊醫事人員根據健保資源獲取多寡建立其角色地位，社工以非醫事人員身分在此情境，業務面向廣而不深，較難取得專業認同及健保資源，而在配合健保服務項目衡量績效的過程中，也迷失了社工之專業角色。社工無法凸顯專業角色功能，在健保收入績效上難與其他專業相提並論，相對的，角色地位、專業權威地位序位低。
- (三) 精神醫療社工流動率高、斷層嚴重，不同世代價值理念差異大，新生代較被動消極，敬業態度及專業認同低落，社工代間學習態度有落差。且社工專業自信不足、缺乏專業價值與使命感。
- (四) 社工業務廣工作量大，平日有做不完的工作、寫不完的記錄，少有心思整理實務經驗，而實務界與學術界又多隔閡，兩者甚少合作，精神醫療社工少有研究產出，社工專業地位弱勢，研究能力弱。

第六節 邁向專業途徑

精神醫療社工在鉅視面的健保體制影響、管理主義組織績效壓力、學校教育與實務無法在招、考、用、訓建立一貫之專業養成體制、社會工作師法考試資格寬鬆業務內容無排他性、醫院評鑑業務品質要求高、缺乏強而有力專業社群為其發聲，非醫事人員身分在工作人力受限資源有限下，社工在團隊中處於弱勢地位。微視面上，團隊成員對社工角色認知差異，社工若再無法突顯自己的專業性，回應組織及團隊對他的角色功能期待，專業權威地位序位低，加上社工流動率高、斷層嚴重、代間價值觀差異、專業自信不足、缺乏專業價值與使命感。此等等前節所述諸多因素，形成精神醫療社工在醫療體系，內有門派太多、專業團體多頭爭艷憂患，外有處在團隊中邊陲弱勢、諮商心理師虎視眈眈覬覦其在醫院角色位置，如不亟思專業發展途徑，將會有生存上之危機。精神醫療社工的發展，必須體認現實環境，結合社會變遷與脈動，在組織的變動中尋找專業定位。Parsons 認為當代社會不可被視為資本主義，即使是一個資本主義經濟體，仍有一個非資本主義的社會結構，他認為醫療是基於利他性與照顧服務倫理，其專業角色是特殊的，它抑制這些專業人員的自我中心意識與市場關係的（White,K.2012；黃有志等譯）。台灣醫療社工引進西方醫院的社會工作概念，協助病人與家庭處理就醫的社會心理相關議題，減輕這些因素對疾病治療的影響（葉肅科，2011；邱秋員，2011）。國家醫療政策醫院評鑑、健保制度衝擊醫院營運，醫療體系的社工透過醫院設置標準、評鑑指標，成為醫院中的特殊人力。精神醫療社工要在醫療體系發展，經由研究發現有下列途徑：

一、 國家制度面

（一）醫療體系-成為醫事人員

力爭「在其位謀其政」，從結構面根本著手，成為名符其實的醫事人員角色。精神醫療社工是醫療團隊中的重要成員，負責有關疾病引起的病人有關社會心理環境相關層面的問題處理。社會工作師法、社會工作執業執照、社會工作師繼續教育實施，皆是在專業技術人員國家考試規範依法行政，社會工作師自無被排除在醫事人員之外，只是要在現行法令外再做補強事宜。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「人事歸屬對精神醫療社工及團隊中之工作執行的影響，個人認為應無

特別影響！此問題，醫務社工感受恐較為強烈，因本院醫務社工有獨立部門且人數較多，故當涉及此議題時，社會服務室是院方主要被溝通的部門！人事歸屬與依據上，本院過去將社工歸屬於行政人員，自101年起，於醫院對外網頁上將社工部門歸於醫事部門，乃個人向臨床教育訓練部人員與人資室主管質疑部門定位，反應社工師目前雖未列入醫事人員條例之一員，但卻被院方視為醫事人員般，須經常配合醫院及臨教部之教學期待，任務要求與提供所需相關資料。如歸屬一般行政人員，應無此責任角色，故本院臨教部與人資室至此改變認知，將社工部門改列本院醫事部門！」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「我們硬著頭皮一定要走入醫事人員，因為我們在醫院，要他認定，體制上我們不是醫事人員，為了資源分配一定要走，資源分配、職等、考績，醫事人員的主任師二級，組織編制與行政位置職等不同、稱呼也不同。」

【BD，男，醫師，精神科 30 年】

「職業執照一定要有的，社工專業從事醫療是少數，走得早、有專業，未來要靠政府發動力量，由源頭做，衛生福利部，源頭考試，由源頭有效管理，教育、倫理，長期來看專業證照管理。現在社工師考過沒人管。你們的次專科分得不好，分科要說服人，現這樣分是業務取向，心理衛生管很多，身心障礙也有關聯，你們這樣分重疊，要發展有效、分出去要長久，社工源頭政府發，管理、整併，從上而下或從下而上，專業中間要整併，社工師跟醫師一樣，管執照管次專業，社工師的執照登記，要體制內規則，體制外不會成功，是「狗吠火車」，學會要找相對國家相對需求的數據交給政府，發展自己特色。」

醫療社工在台灣的發展已經六十年比其他領域更早發展，有專業組織（中華民國醫務社工協會），發展專科社工師的條件較其他領域更完整，社工師法（2007）中已經將「醫療社工師」、「心理衛生社工師」，列為專科社工師，未來應積極倡議「醫療社工師」、「心理衛生社工師」成為醫事人員，才能爭取專業認同，在新資與福利、繼續教育上有更大的保障。同時有利在學校發展專（業）門學程，更完整的建構社工專業訓練。

（二）社工師資格限制

提高社工師考試門檻，在學歷上有所限制。A01 認為社工的學校養成教育是專業的推力，在所有專業都不斷提升學校教育資歷之際，社工系以 20 學分班來補充社工人力需求，將訓練不足的人力推上第一線，其影響是貶低社工學歷，讓醫療體系社工師與相鄰專業的競爭更不利，也是開專業倒車的做法。

【A01，女，社工師，精精神醫療社工 23 年】

「社工的學校養成教育是專業的推力，在所有專業都不斷提升學校教育訓練之際，社工系以 20 學分班來補充實務人力需求，將訓練不足的人力推上第一線，是未教而戰、殺雞取卵的做法，其影響是社工師錄取率無法提高、貶低社工學歷，讓實務社工師與相鄰專業的競爭更不利，也是開專業倒車的做法。」

D01 認為社工師考試應如心理師把考試資格門檻提升，在報考學歷之資格設限，而在錄取錄上提升，也就是「考試資格從嚴，錄取標準放鬆」原則，與其他醫事人員達成合理的錄取率，同樣僅是取得專業技術人員資格，如此才不會打擊到真正有心要在精神醫療領域從事專業社工之士的職業生涯，社工在醫療體系之專業發展。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「臨床心理師法把考試資格的門檻拉高，排除一些非相關科系人員，考試內容放寬，錄取率提升，如此才能保障真正有實力及有心從事臨床心理工作的從業人員，達到人員素質的管制。反觀社工師考試資格門檻過低，相關科系及學分班都能報考，錄取率偏低，但是卻不能藉由這樣的機制篩除掉那些未經正規養成訓練的人員，反而讓真正適任有資格的人，無法取得社工師資格，備受挫折因而放棄。」

二、 社工體系

(一) 社工業務：專、精無可替代，計價凸顯需求

A01 認為精神醫療社工要「專」、「精」、服務計價，以凸顯社工在團隊有其需求，排除可替代性工作之角色功能，與團隊他專業成員區隔健保給付工作，專業非慈善事業，社工應找出自己專業舞台，建立專業自信。

【A01，女，社工師，精神醫療社工 23 年】

「醫療體系社工，含一般醫療和 PSW，一直沒有針對社工服務的專業，究竟是什麼達成共識，所以每次談收費都說我們很多服務都沒有收費，言下之意也不想收費，因為不要造成個案負擔，所以我們一直沒有認真的面對專業是該收費，專業不是慈善，專業可以有慈善的基礎，但是專業的價值必須從收費去反應，不收費的服務是不會被需要的。我想一般醫療更抗拒收費，因為這隱含未來會被要求賺足夠的付薪水的服務，也就是責任。這是醫療體系社工最害怕的。社工必須思考目前的服務，有多少專業？或是要如何被分析成本，或是發展團隊中不可被取代的服務，否則將慢慢失去舞台。」

ASS2 認為社工在人的處理「社會心理」層面上有他的位子，不應自身心理缺乏自信而退縮。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「現在年輕的社工，受到心理影響、沒有信心自己可以去處理社會心理層面的問題，其實我們是不用擔心這個不會處理，我們的服務對象是人，人是活的，要有這樣的概念，以人為核心，我們社工有自己在這塊的發展空間。」

C02 認為專業是其他人對你的角色功能肯定，須仰賴你的專業協助，故精神醫療社工須好好省思自己的專業角色內涵。

【C02，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「專業不是我們自己關起門來喊『專業』，而是其他專業人員認為你的角色功能不易取代，其他專業團隊人員需要仰賴你的判斷跟協助，因而覺得社工做的事情很『專業』，這才是真正的專業。因此，我們還需要花很大的心力去確認社會工作的專業角色內涵，並帶領其他年輕社工人員朝向專業化的路。」

A04 認為精神醫療社工的專業角色內涵除需要具專業獨特、不可取代性外，在健保或評鑑項目上皆都要再做檢討。

【A04，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「發展較具體的專業獨特性，增進不可取代性，才能使專業角色突顯。對於精神醫療社工提供更精進的在職進修課程管道，醫療給付項目的爭取細分，而不是只有一個大鍋菜『家族治療』，評鑑項目上的再檢討，而非只看重『加分』的公益項目。」

精神醫療社工要在醫院發展，A06 認為成為醫事人員、專科社工師，是勢必要走的路，在社工人力有限下，與社區社工區隔，發展婚姻、家庭治療成為精神醫療社工的專業特色。

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「要放入醫事人員，最近吵的專科社工師，在醫院這是必然的發展，學會去專業，專業的反思也OK，但聽到對醫院社工的質疑，這是不公平的，在醫院被健保宰制部分是事實，我們在團隊裡跟潮流走，得跟著走，在機構較難基變、去專業，人家OT、心理都是師，拿證照的，社工是員，你是認為甚麼！？我們具備甚麼能力才能說服人，家庭、婚姻治療這部分被看重。在人力有限下，醫院社工與社區社工如何做，不同的人去做，社區心衛、精神醫療機構、社區關懷訪視、專管員、康家專職社工師，社工獨有的甚麼，醫療體系的社工要被看重，專業度一定要有，否則別人都會做，專業度不夠，做庶務性工作是悲觀的！」

建立社工專業、排他性的治療工具，D02 認為這是精神醫療社工在提升專業認同、專業價值及在健保體制下可發展的具獨到且排他的專業項目。

【D02，男，精神醫療社工 8 年】

「個人認為社工專業應發展出一套具排他性的『專業工具』以提升專業價值及其不可取代性。職能師及心理師等其他精神科專業均有其個別專業之『工具』，且此工具限制其他專業不得執行相關評估或治療業務，如心理師之各類智能衡鑑、神經心理衡鑑工具等、職能師之手部功能測試等等，不僅可提升專業認同，更能在健保制度下增加『獨到且排他』的治療項目。」

AMS2 認為精神醫療社工須在團隊中多與成員溝通，瞭解社工與其他成員對社工角色認知上的差距，自我要求依醫事人員之嚴格規範，展現社工溝通協調、資源之組織應用及全人服務之優勢，才能在業務績效及專業發展上突顯特色。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「團隊上，與有競合關係的團隊或病家對話，相信能從中更了解社工社群的認知與團隊認知的差異與期待，服務上，展現全人全家之個案管理能力與行政或個案之溝通協調能力，積極結合志工資源與社區專案於服務處遇上，業務上，績效的提升與學術發表的結合，以及人才培育機制上，比照醫事人員之職場表現規範，更為嚴謹，如比照心理師要求碩士畢業或更高的實習時數或師生督導密切，才能凸顯於團隊中的社工角色特色！」

社工除了在院內醫療工作，亦應多元在社區發展，專業路才會寬廣。

【S02，女，社工師，精神醫療社工 21 年】

「為什麼能夠入醫事人員法，我們常常在社區的個案，醫師、心理師、社工一起工作，醫師針對症狀，心理師、社工我們重疊，可是可各自做，分個案做，心理師做測驗，社工做家庭個案，分攤個案，社工要分攤性侵犯家暴團體。社會問題層層反映到法律，當然有主管機關才能有行政配套，才有治療者，才有進入地檢署。預防醫學，心理衛生工作人員不侷限在醫院裡，拓展工作，收入、工作面很好，主管選特質評估誰可以做，主管因人排工作，培訓，安排讓他走次專，人出外，工作照做，有可能其他工作，質上不可能像以前一個個案耗那麼多時間，如不影響就要提升治療者，工作者如他能走過高壓，就可以一直走下去。」

（三）建立繼續教育制度

精神醫療社工在學校體制的專業養成課程上較顯不足，故職場上的專業訓練，精進充實專業知能，是成為醫事人員很重要的功課。

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「社工與心理訓練過程不一樣，大學畢業來精神科是不夠的，要增加精神疾病的知識，要專要精。從病房的 review 可增加精神症狀知識，會談技巧、家庭動力知識要增加。PSW 一定不能缺掉精神醫療這一塊，學校沒有這一塊，精神醫療不在社工學程內容，整個社區不是精神醫療的社區，在團隊成員醫、護、社、心、職中，只有我們是文組，在社會科學院，醫療這塊訓練不足，是進入職場工作才學。」

要比照醫事人員在職場表現的規範，A04 認為提供精神醫療社工更精進的在職進修課程管道，讓社工經由在職訓練繼續教育而建立專業自信。

【A04，女，社工師，精神醫療社工18年】

「對精神醫療社工提供更精進的多元在職進修課程管道，例如透過在職進修、繼續教育課程，好好規劃學習內容，來提升專業素質，建立社工的專業自信。」

B06 認為社工原具優勢的家庭治療及資源應用能力，已因其他團隊成員基於其興趣，在家庭治療知能的充實及資訊運用發達之下，讓社工不再獨占擁有此項專長，他建議社工應有跨專業的多元學習，並在文化敏感度及語言應用上提升處置能力。

【B06，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社會工作要在精神醫療領域發展、要在團隊中具有獨特的角色功能越趨困難。心理諮商、護理等越來越多人對家庭治療有興趣，各種治療方式陸續被引入，如音樂、藝術治療等，社會資源資訊從網路上可輕易地自行瞭解獲得，社工原資源訊息提供或連結越來越不是獨門強項，若要在團隊中具有獨特的角色功能，除不斷提升治療及處遇能力，另可能須具備更多能力如跨專業學習、文化敏感度及語言運用等。」

在職教育訓練發展社工特色，對人基本接納、尊重、關懷的專業關係建立，實務經驗累積與知識理論整合之能力、瞭解服務對象的全面性需求，為精神醫療社工專業繼續教育的發展核心。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我做了很久，大概跟我的訓練有關，我覺得回到很傳統，很 basic，Carl Roger 講的人的接納、尊重、關懷那一塊對病人，當然，後現代談到的，我們不是一個霸權、不是很主觀的就進入案主經驗的那一塊訓練，那一塊是很重要的，因為越來越可以跟病人建立比較深厚的關係，我覺得因為真的人生的經驗也夠了，知識理論的整合都比較好了，你對這些人很快的可以看到他的核心的東西，他的問題在哪裡，他的困難在哪裡，我覺得關係的建立是重要的。但是現在年輕一代，沒有那麼被強調跟訓練關係的建立，我們講同理很容易啦，但是我覺得真的要同理到比較深

層的需要，那個要訓練啦，那個部份我覺得都斷層了。」

B02認為建立社會個案工作、團體工作多元化處遇或治療的學習，發展具信、效度的工作量表，深化延續性處遇的知識與能力是精神醫療社工繼續教育的重點內涵。

【B02，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「在各專業分工下，又須有多元化的處遇或治療學習，例如除家族治療外，對於個別會談技巧、團體帶領及心理演劇等也須學習，所以專業分工下，另有許多專業間的重疊，專業分工無法細緻切割，社會心理層面的介入，在各專業中均須觸及，所以角色的重疊性變高。常有病人稱社工為護士或心理師，社工在病人的辨識度中仍較弱。家庭社會的評估或支持度等資料的搜集，可以發展具信效度的量表，另在家庭互動的治療或團體可以有深化、延續性處遇。具信效度家庭、家屬評估工具的發展、二年期教育訓練或督導制度的發展、證照執業的發展，社工員、社工師、督導的分級分照，專科社工師宜以實務為導向，而非僅理論或學術取向。」

隨著社會脈動進步，他山之石可以攻錯，向他專業學、協會標竿學習在職教育之機制，種類分基礎與進階在職教育是 ASS1 的看法。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「有證照給 worker 有定心，回過頭來社工要自立自強，工作中的訓練，特別在整個社會脈動都在改變，社會脈動不可能用學校那套用，再教育很重要，PSW 再教育很重要，基礎、進階，現面臨多元，跟其他學、協會辦，每年年底的心理衛生聯合會，重要的是看人家學協會怎麼辦，封閉、反醫療權威、反證照是不行的，應與他學協會標竿學習。」

(三) 建立督導制度

精神醫療社工專業要被團隊其他成員及社會大眾認可，建立督導制度並積極自我行銷社工的角色功能是須要的，當大家都認可了社工的角色功能，自然就會得到別人認同。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「專業化制度在整體專業發展上看似可以跟其他專業抗衡，取得地位，被一般大眾認可，但我認為比較實在的還是要不斷檢視臨床工作，增加督導學習的機會，主動積極讓專業團隊的其他成員知道你可以做什麼、不做什麼，當其他人看到你可以做，也做得好的時候自然就會認同你。因為總是不乏一堆考上社工師的人不知道努力進取就停滯，沒考上的人卻一點也不影響其專業能力與倫理的例子。人文色彩強的專業，比較無法大量培養人才，因為不是工廠出場的機器，需要靠一點一滴類似師徒制、同儕督導的方式去消化、統整臨床工作的內涵，而且還需要不斷自我檢討，由上而下的考試制度也許能夠馬上對外取得專業形象，但是人與人的接觸是很真實的，是工具性？還是人性的對待，實際經驗就會知道，故在面對大環境就是需要往專業化發展的同時，社工專業可否增加的是除了考試制度外，我們自己能夠如何建制內部督導制度、同儕學習等自制而非他制的環境。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「社會工作的專業養成，督導是很重要的。目前精神醫療社工在人力組織編制上並沒有督導這樣的職稱、位階，能單獨成立科室部門的精神科專科及專科教學醫院，大多由主任擔任社工的督導，但主任有主任的角色任務，在行政權責上不一定能適任、勝任督導的角色，發揮督導的功能。而在醫學中心、區域或地區綜合醫院，精神科就更沒有人來做督導了，內部大多是同儕督導，資深的帶資淺的，但說實在資深的也沒有這個義務。還好，醫院評鑑品質保證上有社工督導這項，外聘督導常是因應評鑑工作，但無形中也穩住了資淺社工，所以建立社工督導體制我認為很重要。」

(四) 社工專業團體的責任與使命

社工專業團體代表的是社工社群，要有承擔社工專業發展的責任，他的角色任務，必須先了解社工在精神醫療領域服務所遭遇到的困境及阻礙，積極發展策略來因應，以為精神醫療社工爭取較有利的工作環境及制度規範。

【C01，女，36 歲，社工師，精神醫療社工 11 年】

「社工專業團體因為領域過於廣泛、差異性大，很難理解及體會在講求

績效產值的醫療環境中，各專業存在的競爭性及必須獲得的支持，而衛政與社政長期互不理解，甚至是對立的位置，在這樣的體制狀態下，精神醫療社工常常是在兩個體制下被邊緣化的人。社工專業團體如果要對社工在精神醫療領域發揮實質的幫助，必須先得理解在這樣的職場領域的特性，以及專業團隊人員對於精神醫療社工角色的期待，並依在這各領域中的制度與重視的價值觀點為思考脈絡，為精神醫療社工爭取較有利的工作環境及制度規範。」

專業組織應著力於社工在市場、人力及福利的爭取，這是 D01 對社工專業團體的期許。

【D01，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「社工專業團體較專注於社工專業知能的訓練，較少提供社工臨床工作困境上的協助，且訓練課程都是把焦點擺在服務案主，為案主謀福利上，如何把服務做得更好，較少照顧到社工，為社工爭取福利。反觀，護理、心理、職能專業團體在爭取市場、人力及福利，相較之下積極許多。」

AMS1 及 ASS2 皆認為社工專業團體要標竿學習他山之石，參考其他專業團體的積極作為，實務與學術界產學攜手合作，把握機會，在官方會議上為精神醫療社工發聲，而非自我封閉的反醫療權威、反證照。

【AMS1，男，社工師，醫療社工 23 年】

「以精神社工領域，在學界且對衛政體系心理衛生部門有溝通管道的學者，有幾人？平日相關委員會參與和政策諮詢的機會有多少？此皆是在累積與官方互動經驗，同時了解官方訊息，作為專業團體遊說議題選擇的基礎。故維繫與學界教師與官方互動關係，是專業團體須細心經營的一塊，也是可以向其它近鄰專業組織取經之處。」

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「PSW 再教育很重要，學會擔任提供社工在職教育的角色，基礎、進階，社工現面臨多元社會，學會要跟其他學、協會辦，每年年底的心理衛生聯合會，重要的是看人家學協會怎麼辦，封閉、反醫療權威、反證照是不行的，應與他學、協會標竿學習。」

針對與精神醫療社工最有直接、密切關係的台灣心理衛生社會工作學會，更多的受訪者有對其角色的期許與建議：

一) 學會聘專職人員全力推展專業提升工作

學會要有專人專責之工作人力全力以赴，才能積極推展學會工作，尤其在專業角色國家認定上對專業維護具有排他性。學會需要強而有說服力的理事長及幕僚，才足以代表精神醫療社工立場在官方最高主管機關會議代言，積極爭取社工專業角色在醫院的地位及權益。

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「在協會擔任理事長角色，代表的是會員的專業角色地位，學會的招牌出去開衛生署的相關會議，要有文膽的作業才能被聽到，對抗爭的人要 support，這些人是否能抓得住，出去的人出去的說詞，自己有自己的特質出來！倡導不一定要尖銳，說帖要強，醫事人員理由，現實務上做的足夠推，理事長要去衝，幕僚作業，會寫的論述說帖，召集 PSW 的主管、綜合醫院的資深社工，充分讓我們知道，以這些人當種子，全國一致力量才會大。機構內的社工，被健保局的案量已經追死了，少有力量去做這些了，但臨床現況去鞏固，提供意見、說帖更厚實。」

【B07，女，精神醫療社工 27 年】

「職能治療師及臨床心理師之專業團體在爭取其專業角色國家認定上對其專業維護具有排他性，相對的精神醫療社工，在各個機構之角色、功能不盡相同，尤其是綜合醫療院所對於精神醫療社工不是非常重視，這讓社工專業團體較無法使力。這幾年來社工專業團體已努力爭取，但因幹部都是兼職人員，無法全力協助，在精神科專科教學醫院之精神醫療社工，其專業角色較受肯定，也較能發揮，所以無法苛求社工專業團體。」

二) 學會鼓勵並幫助會員考取社工師

精神醫療社工要在醫療機構、團隊中立足，資歷至少應與團隊他成員一致要求，如此才能在立足點平等上與他專業平起平坐，爭取醫事人員專業角色及權益。故擁有社工師證書、專業職業證照是社工立足醫療機構成為醫事人員之最基本條件，學會有責任協助現行中的精神醫療社工取得此門檻資格，學會角色不只在精神醫療社工在專業知能提升的教育訓練而已。更要有清楚走向之規劃，保障會員

權利，帶領所有精神醫療社工走向社工角色定位清楚、在醫院專業地位鞏固之途。

【ASS2，女，社工師，精神醫療社工 35 年】

「學會理事長要寫一封信跟大家告知我們學會未來的方向，學會要讓所有的 PSW 所接受、所認同，要行銷出去，社工標準到社工師，鼓勵大家去考，師級跟人平起平坐，OT 也大學，我們工作人員一定也要師，平起平坐，爭取甚麼比較容易，我曾寫信建議理監事辦周末加強班幫助會員。」

三) 要有清楚願景及策略

【B04，女，社工師，精神醫療社工 20 年】

「學會必須先了解社工在精神醫療領域所遭遇的困境及阻礙，要有清楚走向之規劃，為社工發展因應策略，爭取市場及工作人力及福利。」

【S02，女，社工師，精神醫療社工 21 年】

「要入醫事人員就是要融入醫療體制，要納入一定要做甚麼，不可能只照原來的，當前輩要把我們帶入醫事人員，要把我們帶入甚麼境界？我們會變成甚麼？心理衛生社會工作學會還看不到明確的方案，我只知道依據各項法必須執行專科社工師，學會理事長及底下的工作小組之策略看不到。起碼學會要問卷調查，求得最大共識，一定要講這些策略衝完的景況是怎樣？PSW 有先天優勢，因已被認定治療者優勢，學會要對照成為醫事人員去蒐集資料，學會要讓我們知道，衛生署體制下會做甚麼改變，健保這區塊會被怎麼處理，資料要蒐集好、補充資料之不足，衛生署怎麼認定，醫事人員的教育學分、職業登錄、教學補助，學會應架構清楚。」

(五) 精神醫療社工本身之積極作為

一) 自我充實提升專業能力

在這多元而複雜的社會，除了繼續教育、接受督導，讓精神醫療社工專業成長外，社工本身亦要不斷充實自我及在助人專業有所成長，能提供病人及家屬有

效的服務。

【C01，女，36歲，社工師，精神醫療社工 11年】

「面對社會多元發展，社會問題種類日趨繁複，以及專業競爭的前提下，精神醫療社工人員為提供家庭及病人更有效的服務，就必須不斷接受新知，學習新的專業技術，培養宏觀的思考判斷力，提昇自己的專業能力與地位。」

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31年】

「因為心理實習生承接 baseline 那一塊，他們整個訓練和專業發展是很大衝擊的，心理師現在都自己在開門診，專業地位高啦，我不知道這樣對病人來講到底是怎麼樣，不過這個好像也是常態啦，其他人可能也有一些權威，願意在這裡長期訓練，實習生承接這一塊，他們一部分也是學啦，社工督導就可以比較多去做一些次專科，去發展更多的，比較有一些時間去發展，我接一些演講，一部分是主要跟我學 Satir 比較是有關，比較談到主要專長啦，跟 psychosis 社工比較沒有關係，是你自己，變成是你自己的、專長。」

【A05，女，社工師，精神醫療社工 26年】

「在本單位角色執行沒有很大變化但業務量增加許多，因業績要求。社工仍然在團隊工作居重要角色，並增加家暴與門診臨床業務—家族與個別治療，身心障礙評估。變化原因來自健保給付問題，增加門診家族治療與個別心理治療和社會生活評估項目。積極爭取可行的工作，不要害怕做多，而是把個案處遇當作老師去學習，如此社工的生命經驗豐厚，自然可以處理如家暴等複雜的社會問題。當然自我充實非常重要，沒有精神醫療各領域的專業知識當後盾，困難於精神醫療社工界生存的美好。」

二) 主動搜集提供資訊參與倡議團體

台灣目前社工專業社群可謂不少，但其成立宗旨原是為爭取精神醫療社工社群之權益倡導的團體，目前似乎還感受不到醫院內精神醫療社工的困境。故 B01 及 S01 呼籲精神醫療社工應主動搜集資料、提供資訊、聚焦使力參與倡議團體。

【B01，女，社工師，精神醫療社工 28 年】

「社工專業團體因涵蓋各領域之社工夥伴，對於精神醫療社工夥伴遭遇之困境與期待恐缺乏深入之了解，建議大方向除產官學積極合作之外，精神醫療社工夥伴宜彙整目前遭遇之共同問題與具體需求後，向各地公會或全聯會或相關團體之權益促進會或教育委員會或相關委員會反應或有心之士主動加入各委員會積極關心，方能結合與引導各社工專業團體力量整合異同，聚焦使力，提供切合實質之幫助！」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「在精神醫療社工、在醫務社工、在專業社工、在專業體制、在國家機器上或許都得仔細思考，我們的存在究竟是政治性的存在，還是真正因為需求而存在？！亦或是問題、需求根本就是我們或更大的結構所搞出來的呢！？萬一有問題的是結構呢？！萬一，是體制不知道變通缺乏彈性呢？！萬一，是裡面的人根本只想安定不想改變呢？！萬一，大家覺得這根本不重要、沒有相關聯、事不關己呢？！我思考，若我想成為一位社會行動者，那麼從現在起，我必須得要傾聽、觀察、留意、紀錄，同時反思這些議題，更有意識的調整自己的位置與社會角色，適當的採取有意識的行動與選擇，貼近需求的，放掉僵化專業角色的迷思，才能開闊更多的可能性。」

(六) 建立以實證為基礎的社工專業

美國政府對「實證基礎醫療」(evidence based medicine, EBM) 的重視也衝擊著社工教育、實務與研究，以及服務成本，未來從教育、實務與研究都將以有實證基礎的服務並兼各成本與成效。精神醫療社工要在醫療體系發展，勢必亦要跟著此趨勢走才能在專業上獲得認可，社工的角色要更多元、積極，從醫院內有關病人疾病問題的生態環境面向處理，擴大到社區健康照護，在在都要有實證為基礎展現我們社工的專業實力。

【D02，男，精神醫療社工 8 年】

「在醫療體系中要能凸顯專業價值，evidence-based 是很重要的指標，社工人員應努力把所做所為轉化為可見可計量的指標及數據，配合專業工具之運作，才可能逐漸突顯專業價值。」

【B03，女，社工師，精神醫療社工 22 年】

「實證為基礎的研究是我們在教學醫院很被要求與強調的，社工要有能力論述，很清礎的告訴團隊其他成員，我社工的處置是根據甚麼而來，我為甚麼是這樣而不是那樣處理，要如何讓 staff 信服、讓家屬、病人信任。把實務好好透過研究做科學的整理。」

(七) 與團隊充分合作提升彼此助力

精神醫療強調團隊合作，以醫師為主導，與團隊成員間人際關係和諧，彼此學習，相互合作，提升專業助人能力。

【BN，女，護理師，精神科 40 年】

「在團隊中更主動，並更積極的參與團隊活動，在團隊會議中即可瞭解病患、家屬的需要，與專業的動向，醫師尚未轉介就立即行動。與團隊建立良好的互動，提升彼此的助力，是團結力量大的功能寫照；積極任事，人際關係與人際和諧，都是建立專業角色與專業能見度的不二法門。」

【A06，女，社工師，精神醫療社工 13 年】

「精專早期分類，team 合作多，跟自己社工合作少，在精神科受訓，要進步要學習，不然自己叫高興！否則會被取代掉，大家一起學、團隊融合，有一些消長，以前大家 case conference，為醫師作嫁，因醫師獨大，paramedical 在病人住院期間，醫師的觀念怎樣，醫師、主治醫師訓練，創新醫院服務，醫院有錢，搞○○○○中心，中心醫師積極，要精神科都要來學習，中心從精神科長出來，大家一起學習，互相照會知道，我受訓的辯證行為治療，那部份靠 team，單打獨鬥死得快，國外強調 team，不斷專業提升。」

(八) 產官學攜手合作專業發展

精神醫療社工要成為醫事人員，要在醫療體系發展，一定要師法學習其他醫療團隊成員之所屬專業團體做法，積極與學界老師及主管機關聯繫、合作，倡導相關議題。

【B01，女，社工師，精神醫療社工 28 年】

「個人認為應師法其他專業團體，聯合學界老師共同協助其領域之實務工作者之證照或專科資格取得人數，提升社工社群人數，設置臨床教師，增加具教師資格之臨床社工教師，研究上協同或幫助實務者加入，指導實証發表與定期舉辦大型國際研討，比照其他團隊專業提升國際化模式，同時協助醫事人員法規的加入與相關權益的積極倡導等，皆是值得當前社工專業團體與學界共同合作與整合力量推展之方向！」

【AMS1，男，社工師，醫療社工 23 年】

「精神醫療社工領域，在學界且對衛政體系心理衛生部門有溝通管道的有幾人？平日在相關委員會參與和政策諮詢的機會有多少？這都是在累積與官方互動的經驗，同時了解官方訊息，作為專業團體遊說議題選擇的基礎。故維繫與學界教師與官方互動關係，是實務界、專業團體要用心經營的一塊，這是可以向其它近鄰的專業組織取經之處。」

（九） 舉辦焦點團體共識尋求社工發展

精神醫療社工要怎麼走？國家體制內招、考、用、訓，如何建立一貫連續制度？社區專業認同策略如何？在在都須要運用焦點團體，集思廣益，取得共識後努力去推展。

【A02，女，社工師，精神醫療社工 31 年】

「我們社工需要什麼？早期我們的○神父，他申請一筆錢，把我們這些社工湊在一起，有一些焦點團體，我參加過一次，我覺得精神醫療社工需要有一個放空的時間，有一點點時間，各種不同領域的人，不同機構，我覺得要多一點全面性的去瞭解去掌握，你扮演這個角色你就會整理一點東西，我覺得那個有一些異質性啦，當然還是有一些同質的東西，因為我們不清楚我們現在的全貌到底長什麼樣，到底我們需要些什麼？因為現在其實像我們這種老人家，磨這麼久的，其實差不多要斷層了啦，我覺得差不多要斷了。」

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社工組織內部先取得共識，尤其是對『社工師法』的確定，建立一個社會工作專業制度，如要以法律規範，究竟是要比照專技人員立法，以『社工師』作為立法核心，或是著眼於範圍較為寬廣的『社會工作人員』。」

社工專業團體召開各區公聽會，聽取建言，歸納整理意見後，爭取立委認同，並協助推動。而在立法院通過社工師法之相關修法前，社工專業團體在精神醫療社工人員的招、考、用、訓等方面應予協助並取得其他專業認定。」

(十) 多元多面向作為提升專業發展

社工要在精神醫療領域發展、在團隊中具有獨特的角色功能，前述各項策略要多元多面向積極進行，彙集共識，以公會、團體力量權益倡導才會有成。例如：多元專業發展、對社會新興議題搶得專業認同先機、積極提升特殊類型案主委案業務、提升不同於其他團隊人員之專案及團體經營能力、以人為本從大脈絡理解並提供服務。這些作為是要積極形成氣候，凝聚大家力量，集體行動，而非如往昔般的，只是眾多個人只會在台面下叫叫、抒發情緒而已！

【C03，女，社工師，精神醫療社工 18 年】

「社工要在精神醫療領域發展、要在團隊中具有獨特的角色功能，我認為應要有下列作為：建立專業分科制度，透過醫院評鑑強制要求醫院建立督導制度，修正社工師考試制度，增加學術界及專業團體的支援，學校課程設計朝向分組專業化發展，充實專業能力，建立客觀科學的評估機制或工具以呈現服務績效，加強與團隊成員溝通取得專業認同，加強實證學術研究。社會工作專業在專業發展上尚需努力，建議嚴格考試資格取得、提升服務品質、審慎處理專業分工、簡化專業組織管理、保障社會工作權益、對等業務過失罰則、其他相關配套措施如增定社工師充任資格之排除條款、社工師遵守法律規定得免除倫理規範等。」

C03 所提的每項工作，都是精神醫療社工在邁向專業發展過程中，所要積極努力的重點，包括前述體制面的改革及社工體系內的制度建立。AMS2 認為專業團體應在此些工作上扮演著重要的角色任務，串連集結起有關精神醫療社工權益、專業發展的重要議題，向主管機關發聲。

【AMS2，女，社工師，醫療社工 20 年】

「社工專業團體應該如何使力來協助精神醫療領域的社工，發揮實質上的幫助，我是建議專業團體裡面的精神醫療社工代表，要好好的蒐集彙整夥伴們目前所遭遇到的共同問題與具體需求，向社工全聯會或相關團體

的權益促進委員會或教育委員會等反應，利用專業組織團體的力量，才能彙整、整合異同，聚焦使力，向主管機關發聲，如此才能提供具體實質的幫助。」

一) 多元專業發展

多元專業角色發展，是 C01 認為處在目前處處講求績效、成本效益以及身兼多重角色功能取向的經營理念醫療生態下，精神醫療社工在專業團隊競爭中，所要培養的宏觀多元專業技術能力，這才是增加專業價值被重視的特質，社工也因此才能發展。S01 強調專業素養及熱心服務是專業被看到、被需求的重要元素。

【C01，女，社工師，精神醫療社工 11 年】

「在目前的醫療環境之下，醫療團隊中，社工的角色就是得具有這麼多元的特質，專業競爭的前提下，精神醫療社工為了在團隊中占有一席之地，有不可被取代的位置與角色，就必須不斷學習新的專業技術，培養宏觀的思考判斷力，提昇自己的專業能力與地位。而單一不可取代的角色任務，基本上就目前的醫療環境而言，大概很難有這樣的角色功能，在講求績效和成本效益以及身兼多重角色功能取向的經營理念下，讓專業有更多元全面性的發展，反而是增加專業價值被重視的一個特質。」

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「社工在醫院眾多專業的環境下，要得到其他專業的尊重，我認為所仰賴的只有專業的素養和服務的熱心，以這二個為主要項目。其他的像樂觀的態度、活潑的精神、圓滑的處世、謙恭的舉止等都是有加分的乘效，只不過比起前二項來看，大家還是會依據你的專業程度和工作熱誠來評斷你的社工專業角色地位。在遇到案主或工作上需要社工介入的，一定是社工專長之處。如果在這部份沒辦法來解決，或者是不懂引用其他資源來供同解決，或將案件轉介到它應該可以提供協助的地方，並且將所執行的步驟向案主或其他專業來說明，讓他們知道工作進度和未來走向使其放心，使得在共同參與中不覺得社工是個負擔，相對的還變成是個重要的夥伴。」

二) 對社會新興議題搶得專業認同先機

近年來隨著社會變遷文化的多元，或是因天災人禍而產生了許多新興社會問題，這些新興問題都須要服務人群的專業人士投入，哪個專業敏感度高、視野遠，搶得先機，就容易被主管機關見到而委以專案服務。社工如能順勢積極在專業知能上充實，及早由學校做好培育人才的規劃，透過行銷，就可得到在新興問題處理上的專業角色位置，精神醫療社工亦可不要再侷限於團隊的弱勢陰影中。

【AMS2，女，社工師，醫療社工20年】

「近年聽聞精神醫療社工的服務內容隨著部分社會凸顯的問題與政府積極介入的委案及給付，使人對精神醫療社工的印象有了不同於以往的業務拓展與技能特色，個人認為宜把握當下問題趨勢與政策扶持下，積極發展新技能，從學校階段深根課程與實習，提早培育相關人才，行銷上，透過新聞及學術發表或交流活動宣揚社工服務特色與輔導成效，專業競合關係上，把握趨勢並搶得先機，強化團隊人員或環境氛圍對社工服務與特定對象或特定服務方式的服務關係連結，方能在誰都可以介入或提供服務的普同認知下，搶下專業工作分配權的頭香與區隔專業角色的優先權！」

【AMS1，男，社工師，醫療社工23年】

「社區自殺防治或加害人處遇的專案計畫參與，是一個變化，甚至在災難救援與重建過程的參與，也可增加其在新興社會議題的可見度。綜合醫療機構的一般與精神社工人力是否採輪調的議題，應可開放討論，讓精神醫療的訓練成為醫療機構社工人力的共通基礎，有助於提升醫療機構社工人力在專精領域的表現，同時回應急重難症患者與家庭的社會心理需求，特別是癌症者及其家庭的身心壓力反應，臨床心理專家已積極介入，致於自殺防治、照顧者壓力、學校社會工作、保護性服務及社區心理衛生防治等議題，精神醫療社工可涉入之處甚多。而非停留在精神科部團隊的思維與框架。」

積極提升特殊類型案主委案業務與提升不同於其他團隊人員之專案、團體經營能力，是 AMS1 認為精神醫療社工可行之道。

【AMS2，女，社工師，醫療社工20年】

「從精神醫療社工近年開始參與帶領加害人、受害人，吸毒者..等團體治療服務與社區復健中心方案的發展，可見在政府、院方及機構發展的重視與期許下，精神醫療社工除既有的處遇能力與原有業務之外，必須積極

提升特殊類型案主委案業務與提升不同於其他團隊人員之專案、團體經營能力,並參與機構內部之人員教育會議、走向社區提升參與預防宣傳、運用傳媒網路經營社區關係,另學術上,配合當前業務趨勢與公會或學校結合,共同邀請國內外學者與臨床團隊工作者進行學術與實務的經驗交流、合作期待對談或跨國交換訓練,以上是個人認為有助於新格局的開發與團隊角色認知！」

三、精神醫療與醫務社工攜手邁向專業發展

精神醫療社工與醫務社工在台灣的發展各有其淵源歷史背景。精神醫療社工因在初始即源襲美國精神醫療模式,強調專業團隊合作,社工須具備大專社會工作或相關科系者始能擔任,而醫務社工早期以行政人員擔任,資格較無限制,在公部門,早期因其職等較高,還常被濫用做其他醫院行政庶務的工作處理,未單獨成立室時是總務或病歷室一員,成立單獨室後又要兼管醫院三不管業務,直到8-90年代,透過從實務界跳到學術高堂的廖榮利教授與多位醫院裡的資深社工號召而成立的全國第一個社工專業團體-中華民國醫務社會服務協會(名稱已變更爲中華民國醫務社會工作協會)的大力呼籲與醫院評鑑規定,醫務社工任用資格從此才有社工系正科班的限定。精神醫療社工與醫務社工雖同在一團體,但因工作性質內涵不一,故在教育訓練委員會是各分兩組各自分別運作。醫務社工人數較多,歷任理事長大多爲醫務社工擔任,但兩者攜手合作,共創醫院社工邁向專業新局。2004年,一群精神醫療社工基於其在醫院團隊的弱勢位置,專業發展危機,希望以專業團體最高位置在中央主管機關發聲,而出走醫協成立了台灣心理衛生社會工作學會。以當今醫療生態,勢必兩者集結合作,凝聚力量,才能從醫院困境中發走出專業發展困境。合久必分,分久必合,合合分分,似乎是人事情境的必然過程,社工號稱以處理人跟人、人跟環境的問題處理,用在自己、用在自己專業社群,更不該只是說教而已,力行實踐功夫是我們當加強的,否則常形成外界看我們自己社工內部的笑話,常以「你們先內部溝通清楚取得共識」來回應我們的訴求。回歸服務需求,放棄個人意識形態,積極行動才是社工當務之急。

【S01,男,社工師,精神醫療社工15年】

「放在更大的結構下來思考時,其實困境是相同的,我不能對於因為個人情感或偏好而對個別專業角色,有著特殊的期許或期望,這必須是回歸到服務對象需求,還有誰能做?!以及誰願意做?!的議題;因此,當個別專業、或個人不願意或不符合服務對象的需求,無法滿足、調整、僵化、發展出適當的姿態、策略、彈性、方法、反思時,勢必面臨了被

邊緣化、排除，這也是無可迴避的發展，我不能、也無法阻擋這種自然生存型態的發展法則，除非專業或個人自己本身有意識到並採取行動！我不能採取保護主義，因為反而會阻礙了整體的進步與發展，同時，也無法貼近服務對象真正的需求！」

S01 及 A01 認為精神醫療社工及醫務社工都要反思專業發展深沉嚴肅的問題，亟思專業出路。

【S01，男，社工師，精神醫療社工 15 年】

「在精神醫療社工、在醫務社工、在專業社工、在專業體制、在國家機器上或許都得仔細思考，我們的存在究竟是政治性的存在，還是真正因為需求而存在？！亦或是問題、需求根本就是我們或更大的結構所搞出來的呢！？所以，我們的選擇、優先順序，會不會根本就搞錯方向了呢！？萬一有問題的是結構呢？！萬一，是體制不知道變通缺乏彈性呢？！萬一，是裡面的人根本只想安定不想改變呢？！萬一，大家覺得這根本不重要、沒有相關聯、事不關己呢？！我思考，若我想成為一位社會行動者，那麼從現在起，我必須得要傾聽、觀察、留意、紀錄，同時反思這些議題，而不再成為議題的主導者；因為，那將使得我盲目，過於情感與價值偏好作祟，而看不見其他人的情感與價值偏好！同時，更有意識的，調整自己的位置與社會角色，適當的採取有意識的行動與選擇，並堅定維持去保護的、自由意識選擇的、靠近貼近需求的、彈性調整組織型態的，放掉僵化專業角色的迷思，才能開闢更多的可能性」

【A01，女，社工師，精神醫療社工 23 年】

「社工在台灣的醫療發展比其他領域更早發展，有專業組織-中華民國醫務社工協會，發展專科社工師的條件較其他領域更完整，社工師法已經將『醫療社工師』、『心理衛生社工師』列為 5 類專科社工師的其中兩類，可見其重要性，未來更可作為成為醫事人員的重要利基，以爭取專業認同，在薪資與福利、繼續教育上更因此有更佳的規範與保障，同時有利在學校發展專門學程，建立完整的專業教育及訓練訓練。醫院面臨營運壓力，透過管理的方式將組織改造，因應內外部挑戰，從管理的角度，醫院內的社工人力統一管理，有效人員輪調，增加社工廣泛學習機會，這樣的思維再次顯示社工專業的基礎薄弱，專科的內涵有待充實。值得醫務和精神醫療社工思考。」

小結

精神醫療社工沿襲美國精神醫療模式，透過國家醫療政策之醫院設置標準、評鑑指標，成為醫院中精神醫療團隊的重要人力。然而近年來受到健保制度衝擊醫院營運、新制醫院評鑑影響，非醫事人員角色身分，讓精神醫療社工角色困境重重。社工要在精神醫療體系發展，經由研究發現下列途徑：

一、 制度面：成為醫事人員，限制社工師資格

力爭成為名符其實的醫事人員角色。社會工作師法、社會工作執業執照、社會工作師繼續教育實施，社工師都是在專業技術人員國家考試規範依法行政，精神醫療社工師只要在現行法令外再做先天專業養成上之補強，不應被排除在醫事人員之外。社工師「考試資格從嚴，錄取標準從寬」原則，與其他醫事人員達成合理錄取率，取得專業技術人員資格，讓真心想要在精神醫療領域從事專業社工之士，社工志業專業發展。

二、 社會工作體系

- (一) 社工業務內容再設計，「專、精，無可替代，計價突顯需求」，找出自己專業舞台，除了在院內醫療工作，亦應多元在社區發展，建立專業自信，專業發展才會寬廣。
- (二) 建立繼續教育制度。精神醫療社工在學校體制的專業養成課程上較顯不足，故職場上的專業訓練，精進充實專業知能，是成為醫事人員很重要的功課。向他專業標竿學習在職教育機制。
- (三) 建立督導制度。社工在專業及自我成長，透過督導機制，建立專業品質及專業自信。
- (四) 社工專業團體的角色，要有願景、使命及策略，承擔社工專業發展的責任，瞭解社工在精神醫療領域的困境及阻礙，在市場、人力及福利的爭取，積極因應，建立有利的工作環境及制度規範。並著力實務與學術界產學合作，在官方為精神醫療社工發聲。
- (五) 精神醫療社工本身之積極作為，要自我充實提升專業能力，並主動搜集提供資訊參與倡議團體。
- (六) 建立以實證為基礎的社工專業。社工的角色要更多元、積極，從醫院內有關病人疾病問題的生態環境面向處理，擴大到社區健康照護，在在都要有

實證為基礎的研究，展現我們社工的專業實力。

- (七) 與團隊充分合作提升彼此助力。精神醫療強調團隊合作，以醫師為主導，與團隊成員間人際關係和諧，彼此學習，相互合作，提升專業助人能力。
- (八) 產官學攜手合作專業發展。積極與學界老師及主管機關聯繫、合作，倡導相關議題。
- (九) 舉辦焦點團體共識尋求社工發展。精神醫療社工走向、國家體制內招、考、用、訓建立一貫制度、社區專業認同策略，在在都須要運用焦點團體，集思廣益，取得共識後努力行動。
- (十) 多元多面向作為，提升專業發展。積極進行多元多面向策略，彙集共識，以公會、團體力量，權益倡導。例如：多元專業發展、對社會新興議題搶得專業認同先機、積極提升特殊類型案主委案業務、提升不同於其他團隊人員之專案及團體經營能力。

三、精神醫療與醫務社工攜手邁向專業發展

精神醫療社工與醫務社工，都屬醫療領域中協助病人及其家屬有關疾病適應、社會心理、經濟、家庭及住出院問題之調適、改善與解決之專業人員。兩者應回歸服務需求，放棄個人意識形態，彼此尊重，亟思專業出路，團結力量大，攜手合作，共邁向醫事人員、專業發展努力。

第五章 研究結論與建議

第一節 討論與結論

一、角色困境

(一) 證照不過是一張紙？證照無用論？→證照是邁向專業、獲取社會認同之基本條件，是建立社會專業認同的起點。

近年來，透過國家考試取得證照，已成為台灣各個助人專業積極投入的專業化歷程。取得證照，似乎就是獲得社會地位的認可、經濟收入的保障、以及職場上的專業自主。社工師法歷經六年完成，修法前，初始其通過主要提供公部門約聘社工員取得正式公務員資格的捷徑。社工師法對大多數社工員並無實惠。對民間部門社工員而言，並沒有明顯立即的改變，除少數大型組織之外，薪資依舊，對於醫院社工員，除了衛生署在醫院評鑑會要求社工師執照之外，社工員依然被視為一般行政人員，並不會因此而享有其他醫療專業相等的專業加給，因此，這一連串的證照化行動過程，真正的動力是在爭取公部門社工員，取得正式之公務員身份，改善勞動條件（王增勇、陶蕃瀛，2006）。陶蕃瀛（1999）認為社會工作建制化是向國家體制靠攏，甚至依附，而專業化是專業自主性提升，兩者不同。

雖然社會工作師不等於社工專業化，但是它是專業標準最低保證的基本條件，是一個專業的建制過程。如果不是在國家體制內進行，如同本研究對象所描述，會形成「狗吠火車」般的無法發揮作用。社會工作專業的發展歷程中，也是有賴於政治經濟、社會與組織等三部分的設置環境相輔相成，才能發展出一套社會工作專業的體制（王卓聖，2004）。事實上觀察其它相鄰助人專業的發展，專業化未必排斥建制化，建制化未必就是向國家體制靠攏，國家考試規制、制度設計，事實上在建制過程，專業團體都有管道訴諸規範、表達、感覺及比較性需求，透過管道或實際參與，可以在決策時具有重要的影響力。反而是徒有建制化不能保證社會工作已經是專業化。就如同中華民國醫務社會工作協會在社工師法尚未施行前，所頒發的「醫務社會工作師」得不到社會的專業認同，成不了氣候一樣。因為專業不是自己社群關起門來，自己認定自己是專業。如果覺得通過社會工作師法，或是社會工作界自行甄審自己的專業資格，就表示社會工作專業化，那就太一廂情願，社會正義的使命、為弱勢者爭取權益的承諾、服務品質與績效、知識系統、專業倫理若不足以服人，專業進步的空間還有很大（林萬億，2011）。

研究顯示：社工師及社工員的業務內容沒有區隔，薪資、福利亦無因擁有「社工師證照」而有多大改變，讓研究對象普遍有「證照無用論」的感嘆。但社工師證照，確實是在國家體系、社會獲得「專業認同」的最基本條件。以職業證照革除文憑主義迷失，是教育外部系統革新的契機。文憑主義的產物是「名過其實」、「有學歷，沒有實力」，在當今大學廣設社工系，大開社工路之際，教育資源分配又十分集中，形成學生素質的不均衡。更有需要建制社工師執業執照規範，「證照」只是取得當「社工」職業的入門資格，之後，尚須有嚴謹的社工執業職場規範，也因此才能在社會正義的使命、為弱勢者爭取權益的承諾、服務品質與績效、知識系統、專業倫理面向提升，以保證社工師專業素質，責信社會。

職業證照制度之功能是在維護服務使用者的安全，提升服務品質，實現社會正義的重要機制，法令對社會系統有強制性，是促使專業內部系統自我調節與自我創新的強制力量。由職業證照的取得，將有助社工界在調整用人之標準，以職業證照取人，而不是以文憑取人。以職業證照建立專業形象「專業化」是世界潮流，整合科技與人文來表現專業能力與精神，已成為先進國家發展的重心。職業證照應該具備專業技能的內涵，與教育互動，提升職業教育訓練水準與人力素質，促進技術向上發展，提昇現代化服務品質，展現現代國家專業素質（莊貴枝，2010）。

研究顯示部分研究對象的「證照不過是一張紙，證照無用論」，連帶認定社會工作師法對社工專業提升沒有作用或抱持著存疑態度，認為社工師考試資格寬鬆，業務內容無排他性，招、考、用、訓，未做連結，20學分班修完，即可取得社工師應考資格，考上即是法定社工師，在社工教育的專業養成較顯不足，速成結果，專業自信不足，造成社工人力流動大，國內社工的供需一直在大量生產、快速流失的惡性循環。此種種現象，應都可以在社工學校養成教育、社工師的修法、考試規章及考試內容鑑別力、執業規範及社工繼續教育訓練、督導制度及勞動條件等多層面，從社工專業建制過程中，獲得社工實務界(產)、主管機關(官)、學校(學)三界，拋開個人意識形態、盡釋前嫌、連袂合作，從群策群力中共識而積極改善。

社會工作專業的存在，必須不自外於與社會情境、組織、與制度相連結，才能實踐社會工作的價值與突顯其專業。以目前社工的培育，完全以市場化導向大量生產，而沒有好的專業品質管理機制，不僅有侵害服務使用者權益之虞，更直接對社工專業社群的發展造成傷害，社工的低薪化趨勢將更為嚴重，因為就業市場的資方只願意僱用社工員就好，反正會有一堆畢業生，何必要去僱用社工師呢？因此，唯有社工師不斷增加，有足夠規模的專業人數，社群才有更多的支持力量與對話能力，要求市場改善社工的勞動條件，因為考取社工師者在其執業期間，必須接受繼續教育課程的規範，專業知能就能不斷提升，個案的權益及服務品質

也就因而獲得保障。故社工應有一套「用人唯才」的評鑑方法，建立社工證照，執業執照的嚴謹管理機制，才是社工獲得專業肯定、社區認同的開始。各國社工專業的發展，大致以正式學校教育、專業證照、提升學歷、結合學術研究與專業組織合作倡導，以提升社工地位與福利，其中專業證照是社工專業化的重要歷程，宣示社工專業願意接受專業的責任與義務：以專業倫理自我約束、以專業組織為會員爭取福祉提升專業認同，證照是專業化發展過程的必要條件。

（二）績效難呈現？績效逼壓啓憂論？→適度壓力激發成長，社工要建立專業責信。

管理主義注重效率、效能、服務品質、和社會的公平正義的手段偏狹和標準獨斷的根本問題。一切進入市場，只有符合他們市場競爭邏輯的才有效率；能夠用國家貨幣數量化的成果才有價值，其他價值標準一律退後（陶蕃瀛，2007）。研究顯示，在健保體制醫院實施績效管理之影響下，團隊各專業成員競逐健保有給付之服務項目，「非醫事人員」角色的社工治療角色降低，在績效壓力下，必須承接外部福利服務方案來提升工作績效，社工角色成為健保外須另闢財源的社工，且因健保給付少，人力、需求易被組織忽略，亦成為團隊中人力最少的弱勢社工，此等現象在精神科專科及精神科專科教學醫院尤甚。工作人員在每天績效、績效的陰影籠罩下，有些社工無法承受壓力就此遁離或消極被動以對，亦形成了精神醫療社工有嚴重斷層的現象。

陳琇惠（2007：121）指出新管理主義的迷失是：強調結果，為目標和結果負起責任的迷失，事實上新管理主義強調結果而非過程，而為表現結果以量化的方法來決定努力水準，事實是，社會工作服務係助人專業服務，強調的是專業服務的過程，如以量化、數據，呈現目標達成之指標，則恐流於數字資料的呈現，而非品質效率的提升。醫療生態是沒有創收能力就被淘汰，重視成本效益考量的機械化作業，在此情況，社工的自主性喪失，替代性升高，在思考解決服務對象的問題架構，不再以其需求為考量，取而代之的是，以特定化、自動化及機械化的組織管理技術為主要的思考架構。

績效管理責信時代，有績效才有資源，成果的評量越來越走向表象化，而不再探究社會或個人行為的深層因素。社工常在組織強調表面數據績效的氛圍中，忘卻了其角色是服務使用者之公平正義保障及維護者。社工所面對的是一個持續變遷的政治經濟社會環境，變遷的環境脈絡，決定了社會工作者的發展方向。管理主義之因應策略為社會工作專業服務的手段，而非目的，但基於現實情境，管理主義對於精神醫療社工造成的影響不可忽視，確實需要有對策謀略，才能讓精神醫療社工在醫療生態管理主義氛圍的環境中生存，此才是精神醫療社工專業發

展的基本關鍵。

社會工作必須與社會情境、組織、與制度相連結，才能實踐社會工作的價值與突顯其專業。精神醫療社工宜借力使力，運用管理主義的邏輯來回應管理主義，就如研究顯示，以「順勢而為」、「積極放大社工功能」的態度，積極在實務工作中，包含溝通技巧、組織文化、管制思維、績效指標，以及績效管理層面上，有所作為。例如：管理主義下的健保績效管理制度、醫院管理者的特殊期待，可能與社工的價值、認知有所差異，社工即可發揮溝通、協調專長，透過「角色互換」及「符號互動詮釋」，來正向轉化彼此在社工角色的認知及期待上的差距，以求雙贏局面。在醫院組織願景及使命策略上，精神醫療社工應走出社工範疇，參與組織決策之溝通協調，並走出醫院，整合資源。社工在強調以「全人-身、心、社、靈」關照的精神醫療情境，其價值理念、服務範疇，皆符合社工的價值理念與實踐，「社工專業角色」定有空間位置可以大大發揮。要走出社工的知識範疇，融入管理主義概念，以求相得益彰，釐清管理主義與社會工作價值之相同處，皆是同在一「顧客導向」、「病人中心」，管理主義的「責信」概念與社會工作「責信」價值相符。

(三) 專業認同為何低落？我的自信飛哪了？→專業自信的建立

分歧的編制職稱與專業職稱不利於專業認同與專業發展，專業職稱比較能夠反應不同專業人員的專業訓練與專業認同，且專業職稱也比較穩定，不容易隨機構與階級而變動。職稱愈趨統一的結果，有助於社會大眾的認識與接受，也有助於專業的長遠發展（林家興，2000）。精神醫療社工在組織編制之職稱與專業職稱並不完全一致，編制職稱常因機構性質與職務階級而有不同，公部門除台大醫院精神科早期以「技正、技士」醫療技術人員任用外，其他公立醫院以「社會服務員」、「主任」之行政人員編制，私部門反而彈性較大，較能符合醫院評鑑指標之名稱「社會工作員」、「社會工作師」呼應。目前社會工作師的編制職稱就有社會工作師、社會工作員、社會服務員、主任、社工督導，以及技士、技正等不同。精神醫療社工偏好的職稱是社會工作師，以偏好職稱一致性代表各專業的認同程度，精神科醫師與社會工作師對自己專業的認同感較高（林家興，2000）。然事實上，經過這十多年的社會情境醫療生態變動，本研究顯示精神醫療社工在職場士氣及專業認同是普遍低落的。其低落來自於：

鉅視面－國家政策健保體制影響下，社工治療角色降低，健保給付少，人力、需求易被忽略而成弱勢，而在績效壓力下又必須承接外部福利服務方案。在學校教育體系則缺乏核心課程，與實務合作關係少，對精神醫療社工角色認定不一，精神醫療已非學生實習首選。而社工師法之考試資格寬鬆，業務內容無排他性，

招、考、用、訓未做連結。醫院評鑑無區別力標準，各級醫院條件不一，工作內涵又難取得一致標準。精神醫療社工缺乏強而有力之專業團體為其發聲。且社工在醫院的組織隸屬大多為行政編制，因此，教育訓練的資源不若醫事人員來得豐富。

微視面－團隊成員對社工角色的認知差異，精神醫療社工不易同時符合組織及團隊成員對其角色之要求，因而角色衝突難免。全民健保實施，改變整體醫療生態，各醫院搶分健保資源，團隊醫事人員根據健保資源獲取多寡建立其角色地位，社工以非醫事人員身分在此情境，業務面向廣而不深，較難取得專業認同及健保資源，而在配合健保服務項目衡量績效的過程中，除難突顯社工專業性角色功能，也迷失了社工之專業角色。社工在健保收入績效上難與其他專業相提並論，相對的，角色地位、專業權威地位序位低。多重因素壓力下，社工流動率高、斷層嚴重，不同世代價值理念差異大，新生代較被動消極，敬業態度及專業認同低落，社工代間學習態度有落差。且社工專業自信不足、缺乏專業價值與使命感。在忙碌的例行工作中，少有心思整理實務經驗，實務界與學術界又多隔閡，兩者甚少合作，少有研究產出。社工專業地位弱勢、研究能力弱，也因此專業自信不足。

從台灣社工專業發展的歷程來看，最早是表現在精神醫療社會工作，其服務的範圍、內容廣泛及專精性，加上必須具備相當程度的精神醫學及治療知能，因此有其獨具之特色。社會工作師法自 1997 年制定後，法律上的專業地位更為明確，惟社會對社工專業還是相當陌生。但在近十多年來，許多大學紛紛設立社會工作相關系所，大學以上畢業生激增，帶動了更多人投入社工服務行列，不過也引發熱誠之士憂心社工專業品質降低或不足的疑慮？另一方面，偏低的專技高考社工師錄取率也一直是社工人的壓力，但處於證照化的社會中，似乎有證照的人比較專業，沒有證照的人便不夠專業，所以即使是位從事直接服務多年的資深社工，因為沒有考上社工師，因而被質疑其專業性，對社工社群來說，有些人也陷入這樣的迷思中，社工自我專業自信不足，更遑論其他人等在不清楚社工專業服務內涵與特性下，只好單純地以有無證照來看待社工的專業性。

健康照顧的社會工作向來被描述成是一個在外人做主的組織中的職業，對於組織的核心活動而言，社會工作是處於一個從屬的位置。機構的目的與運作都被醫護專業與意識型態所決定，而這對社會工作者的專業認同與專業資格產生了挑戰（Bjorkenheim, 2007；取自簡家欣譯，2011）。如何有效能且有效率地使用社工專長，主要是仰賴醫師和其他團隊專業成員，他們如何來看待社會工作的實務與專長。社工有必要透過各種正式之團隊會議或非正式的人際溝通機會，積極努力地發展出能讓團隊成員彼此相互瞭解、且有共識的社工執行角色。

醫院的工作是以醫療為依據，而權力則是掌握在舊有的、被高度尊敬的專業者手中，這專業有它自己的傳統、慣例與術語，並且也相當知覺在組織中所扮演的角色。因此，醫院中的社工和醫師比較起來是處於較弱的位置，也因此依照 Richmond 的看法，社工必須盡力在社會工作原則與工作方法的周密管理之中求得一席之地。社會工作和健康的領域性質不同，社工既不能從組織整體的功能運作得到支持，也不能從專業結構得到支持，這所造成的挑戰結果，可能是社會工作對組織而言的重要性變得模糊。接著而來的便是健康社會工作被其它專業團體，特別是醫師，被照顧組織功能的意識型態所定義（Lajunen，2011；Riikka,N 等，2011），精神醫療社工的專業自主性就因此更加薄弱。

精神醫療社工必須和其他握有較強權力的專業團體協商其任務的重要性，此挑戰與問題會持續存在。社工要公開宣導、行銷其在精神醫療領域的專長、實務工作的特色，而這些專長與特色，是用來追求精神醫療共同的目標。研究顯示資深社工不會因專業認同模糊而受困，他們從工作經驗到社工助人的意義與價值，從而建立其專業自信，也找到了屬於自己工作的個人哲學，並因此發展、擁有屬於自己個人在專業領域的特長。

2008 年，社會工作師法再度修正公告，其中關鍵的法案內容變革，為第 3 條規定：「專科社會工作師之分科如下：一、醫務。二、心理衛生。三、兒童、少年、婦女及家庭。四、老人。五、身心障礙。」第 5 條指出，「社會工作師經完成專科社會工作師訓練，並經中央主管機關甄審合格者，得請領專科社會工作師證書。前項專科社會工作師之甄審，中央主管機關得委託全國性社會工作專業團體辦理初審工作。領有社會工作師證書，並完成相關專科社會工作師訓練者，均得參加各該專科社會工作師之甄審。專科社工作師之分科及甄審辦法，由中央主管機關定之。」（台灣社工專業協會，2011）。至此，社會工作專業進展又被推進到另一個位階「專科化」。專科化的概念源自於醫療系統，醫師的專業以專科區分。但這樣的分類適合社工專業嗎？2011 年，研究者受台灣社會工作專業人員協會之邀請，擔任專科社會工作師分科甄審辦法心理衛生組委員，共策甄審內容。研究者有幸因此聽到了來自全國基層最具代表的各層級資深精神醫療社工的心聲。公聽會上，依然聽到少數反對社工師、專科化考試的聲音。然而，就在行政與立法部門的引導下，社工專業專科化機制已經上路，且有法源規範。社工專業專科化已是一條不歸路，社工唯有在實施過程中能具體詳實之論述利弊得失以做為修法之依據準備，讓社工專業化之途能更適合台灣社會情境，而社工也能在法源保障、規範下，發展擁有自己的專業風格與專業自信。

（四）「成也評鑑、敗也評鑑」？評鑑為何物？→客觀評鑑指標建立

精神科醫院評鑑自 1986 年開始，評鑑內容隨著社會環境的變遷、醫療機構內部的改善而逐年革新重點。由最初對醫院基礎建設結構面的要求，進而提升至過程面與結果面的品質評估。醫院評鑑的目的主要是為改善醫院服務設施及設備、提升醫療服務品質、保障及維護病人之安全及權益。評鑑是劃定、獲取、提供、以及應用描述性和判斷性的資訊歷程，這些資訊涉及研究對象之目標、設計、實施，以及結果的價值與優點，以利指導改進的決定，提供績效的報告，通報機關或散播決定，以及包含各種現象的改進瞭解。(溫信學，2011)。

醫院評鑑是健康照護機構自我評估和接受外部同儕審查的過程。根據既定的標準來精確評估自我的表現，並訂出執行方案以持續改進健康照護制度。我國醫院評鑑的法源依據分別是：醫療法第 28 條、第 95 條、第 96 條、第 97、第 121 條。對精神科醫院的評鑑工作，最初由行政院衛生署聘請精神醫療團隊五大專業成員擔任評鑑委員，至 1999 年起，衛生署委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會進行醫院評鑑改革規劃，並於 2007 年起正式全面施行新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑。新制醫院評鑑的基本思維是：打破病床規模、科別設置之醫療品質分級迷思、以社區民眾的健康需求為導向、鼓勵發展不同類型之特色醫院、以醫療品質及醫療服務的成效作為評核的標的、強調對病人整體照護的過程之評核。新制醫院評鑑精神，回歸以病人為中心的評鑑制度，以病人的醫療服務品質取勝，重視醫療團隊的整體合作，並以符合病人為中心，來重新思考與規劃醫院應有的經營策略及制度。其核心價值，是顧客、社區與奉獻。建立安全、以病人為中心、適時、效率、公正優質的評鑑機制，並透過各職類的人員團隊醫療之運作，提供符合社區民眾健康需求的醫療服務，同時鼓勵醫院發展特色及專長，並追求卓越(醫策會，2007)。新制評鑑之立意不可謂不善。

以病人為中心的評鑑理念，是一種以病人為導向的評鑑查證方法，整合過往評鑑過程，將過去舊制評鑑的查證路線更加延伸及貫穿醫院整體的經營與管理面，促使醫護人員能重新思考過去執行的每一項步驟處置原因，改變昔日一切醫療作為皆由醫師下指令的執行模式和思考步驟，讓醫療團隊重新以病人立場及專業執行角度思考，主要目的乃是希望能透過對照護、治療或服務過程的直接觀察，以及反覆的查證、與院方醫護人員的交談、病人或家屬的訪談等，讓評鑑委員能更深入瞭解病人實際所獲得的照顧、醫療人員對病人疾病照護認知和感受，讓醫院所有執程序及所提供的服務，構成動態具體的評鑑過程，並期待能引導評鑑委員及醫院逐日遞減對非必要書面文件的依賴。所以新制評鑑，已改變以文書作業為本，而是重現醫院對病人提供的整體醫療服務系統，評鑑委員再據以分析系統提供的醫療照護、治療或服務優劣。

故新制評鑑變革，與社會工作最核心的觀點「維護個案最佳利益」高度吻合。

對社工的直接影響就是要更積極主動整合醫療服務系統，對社工服務方式與內容要明確記載與呈現，團隊合作與個案管理將更密切的交替使用，同時，因其強調計畫（plan）、執行（do）、檢核（check）及行動（action）P、D、C、A的循環管理模式，社工專業要具備自我檢視的機制，時常針對工作流程與內涵進行檢驗，隨時修正以強化專業服務品質。但新、舊制精神科醫院評鑑的最大不同，是打破以往精神醫療五大專業齊頭式的形式平等模式，社工在舊制評鑑資源，反因齊頭式平等而享有最低資源的保障。新制的社工評量分數比重減輕，相對已非昔日醫院評鑑過關與否的影響關鍵，故在社工重要人力及設施設備等資源提供，就成為機構主管非重點的考量。此也就是研究所顯示的，社工之「成也評鑑、敗也評鑑」主要原因。

評鑑從設計開始，設計從服務對象需求開始。精神醫療服務績效的評鑑，宜建立結合政府、專家學者、公正人士及受助者四方組成的評鑑小組，進行評核，評估指標質化與量化並重，並應研究設計一套標準化的評鑑指標。新制醫院評鑑基準各項次評分分級，C級為一般水準，B級為一般水準以上，A級為完全達成。社工人力因為全民健康保險下的醫院評鑑而更提升、保障了醫院對社工人力的晉用，甚至要求更高品質的社會工作師執業執照資格，但是在醫院評鑑保障人力下，亦有漏洞的時刻，即在醫院評鑑未來臨前，以遇缺不補的方式來節省成本。但至少醫院評鑑保障了社工的最低人力、素質及服務品質，這是精神醫療社工要邁向專業發展的最低條件。

（五）醫事人員？行政人員？組織編制，我到底要歸屬何處？→醫事人員角色建立

在醫療機構中，醫師為主要提供病人診療的服務者，相對地，也握有較高的權力與威權，特別是在病人治療決策的層面上，社工處在這樣的體制下，其專業自主空間是否有開展的機會，將影響社工的服務方式。莫藜藜（1998）就曾指出，國內尚無「醫院社工部門設置標準」之規範，是因為醫療機構對其社會工作部門的重視程度不一，以及醫療機構的質差異極大。同時他建議，在設置醫療機構中的社工部門時有幾個重要事項需要注意，包括：部門名稱的設定、人員的編制、經費預算、辦公地點、工作人員職責等。由於多數醫院社工仍被歸屬於行政人員，尤其公部門皆以行政人員編制任用。在職務上，社工卻必須肩負直接臨床服務與行政工作兩大類別，這是社工與其他醫療團隊成員最大的不同，亦是其在醫療體系角色身分模糊，常糾葛在獎勵依行政人員、做事則依醫事人員要求的悲憤情仇中。

由於醫療院所非社會工作或社政部門所主導的體系，如同 Hall 的專業區分，社工與醫院體制的關係是傾向於他律型的專業組織關係，社工在此種體制下更容

易受到組織的管理與支配，所以當社工在非其主導之體系下，專業自主性的拿捏程度，將受限於醫院管理者對於社工角色之期待所影響（張淑英，1987）。所以，社工被醫院要求執行更多行政業務，非直接服務病人的工作趨勢日漸明顯，當然，從廣義的助人服務意涵，都可以解說成是在提供服務，但從專業訓練的立場，社工更可以在臨床服務的空間廣闊發展，在以病人為中心的原則下，能夠讓個案獲得身-心-社-靈等層面全人需求的滿足，更可強化醫療團隊的服務品質。因此，如何能夠擴大臨床服務範圍，增加專業自主性，減低行政工作負擔，將是社工可思考的方向。

2011年，醫療機構設置標準納入社會工作人員及社會工作師，此可視之為是社工在醫療體系專業發展的契機。2012年衛生福利部成立、專科社會工作師甄試開始，2012年新制醫院評鑑、醫療法或醫事人員法修訂等，此種種法制化，必然帶給精神醫療社工專業發展的新契機，社工能否站穩重要團隊工作的角色和地位是關鍵期。精神醫療社工雖已不再是專業社工唯一的首選，要留任穩定優秀專才，需要更多努力及較優的工作條件。如何在有限社工人力之下，做到對案主的服務多元、品質又好，並且能提升社工本身之知能、取得證照及接受專精訓練，又能對團隊合作做出專業貢獻，社工部門必須在人員的考用及工作管理上更加用心，才能得到醫療團隊成員與主管部門對社工成為醫事人員之支持。

醫務社工納入醫事人員之列的醫療法修法行動，已於2010年台北市社工師公會，在其理監事會議通過推動醫療法第十條修正案，將「醫務專科社會工作師」及「心理衛生專科社工師」納入醫事人員。中華民國醫務社會工作協會考量現實環境之需求，結合社工師公會全聯會、心理衛生社工學會，共同積極推動「社會工作師」納入醫事人員之醫療法修法版本，提出立法倡議案，其主要訴求是：民眾需要在「完整的醫療專業團隊」的醫療院所中接受照顧。醫院社工納入醫事人員可使現有照顧服務體系更加完備。醫院社工師應併入醫事人員管理體系中管理。此案於2011年3月18日送入立法院程序中，在5月16日社福衛環委員會初審，但由於現今未有「專科社工師」證照而鍛羽，2012年8月，中華民國醫務社會工作協會在台灣北、中、南、東分區舉辦四場全國醫務社工主管共融營，凝聚對修法共識（施睿誼，2012）。

醫療體系社工薪資較其他專業低，被列為行政人員、以行政職系進行專業服務、未與專業證照結合、服務的排他性不足，在醫療專業化之際漸漸邊緣化（張如杏，2009）。醫療社工在台灣的發展比其他領域更早，有專業組織－中華民國醫務社工協會、心理衛生社會工作學會，發展專科社工師的條件較其他領域社工完整，社工師法已經將「醫療社工師」、「心理衛生社工師」，列為專科社工師，未來應積極倡議將「醫療社工師」、「心理衛生社工師」成為醫事人員，才能爭取專業認同，在薪資與福利、繼續教育上有更大的保障。同時有利在學校發展專科

領域學程，更完整的建構精神醫療社工專業訓練。

是否將社工納入醫事人員，研究顯示，多數受訪者認為社工納入醫事人員對其專業角色絕對是有好處，因為唯有如此，依法有據，在社工專業教育及養成，才能夠與他專業立足平等，得到均衡發展。而有少數醫學中心的社工，因擔心受醫事人員條例網綁，並自負盈虧而寧可當自由度較大、薪資較少的行政人員。較一致認同納入醫事人員的是公部門精神科專科教學醫院。此尚有待專業團體--心理衛生社工學會，大力的統整與努力，才能對精神醫療社工的專業發展有一內部共識目標，在對外部其他專業團體及主管機關有一相同口徑，以免招致精神醫療社工被外部譏為內部意見分歧、最不團結合作的社群。

從實務工作立場論之，精神醫療社工組織編制的行政隸屬，醫事人員角色身分是多數社工專業生涯的最大期待。在研究者於 2013 年 2 月 22 日晚上 7：30 至 9：30 所參與的一次非正式類焦點團體，7 位目前在精神醫療社工界占有舉足輕重、分佈在醫學中心、精神科專科教學醫院及精神科專科醫院的資深社工師，共商精神醫療社工專業走向大計，一致建議：學校教育須好好重新設計如心理及職能治療師有實務臨床之足夠訓練；心理衛生社會工作學會要重新整體換血，找回熱情會員；為反對而反對的學術夥伴，應休息不能再濫用神醫療社工資源。建立精神醫療社工在醫療體系成為醫事人員角色身分，是大家共同一致努力的目標，希望因此能為新生代社工，建立一條社工專業生涯志業之路。

(六)向左轉？向右轉？在院內？在院外？我的位置到底在哪裡？→分階分級繼續教育制度，依專業資歷職級處理不同業務

1990 年 12 月，「精神衛生法」公布實施，明定了精神醫療服務包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健（社區復健中心及康復之家）及居家治療，是精神醫療服務的里程碑。在以「醫院為基礎」的服務模式下，衛生署最初積極將全國規劃分成台北、北、中、南、東區、高雄及澎湖七區精神醫療網，以全國精神科專科教學醫院為核心醫院，積極推展社區精神醫療復健模式，建立精神病人一貫、連續照護的治療模式。故由 1990 年代，精神醫療社工的觸角已由醫院踏出社區，在精神病人之社區復健治療模式扮演著積極且重要的角色。

葉錦成（2011）將精神醫療社會工作定義為：精神病人的聆聽、理解、溝通的施行者，以同理心、真誠、公平、尊重的理念，去體會患者一生的掙扎和痛苦。明白和培育每一位患者的潛能、復原力、適應能力。培育一個接納、關懷、尊重的社會文化環境，讓精神病人在支持和正常的環境中復原，再回到正常的生活。在複雜、糾纏和混亂的精神病症狀和怪異行為中，幫助精神病人去找回重組他們的生命意義、自我衝突、壓抑的需要，以及感受。讓他們「人」的一面再次被呈

現、理解和釋放。義不容辭地替精神病人爭取可能在入院、治療和復原過程中，可能會失去的自尊權利和尊重。由此定義，精神醫療社工是以「精神病人」為主體，建構一個支持友善的環境，來協助病人作為一個「人」所該擁有的權益，正常的生活在社區環境，並能夠活出其人生意義。社工在此角色扮演，充分發揮了社工在「預防、治療、解決、發展」的功能。在心理衛生的三級預防工作中都佔有積極之角色。

精神醫療社會工作的角色和定位，是隨著不同年代精神康復、心理健康實務的發展而有所改變（Dixon&Goldman,2004），不同的階段中，社會工作的角色和定位都因而有所不同。在院舍和精神病院中，社工成為控制、治療團體中的一份子，因為其對醫藥角色訓練的不足，只能成為比較次要的角色去輔助患者，其工作方法也以傳統的診斷、社會治療為主。轉變到以社區為中心之後，社工的角色和重要性也因而有所增加，社工變成以建立社區支持系統、倡導精神病人有關權利之合理和良好服務的領導者，亦積極去建立一個支持、接納病人的社區，使其融入和回歸。到了現代復元運動，社工的角色更為重要，成為多元科際團隊中不可替代的專業工作者，也成為很多有關社區復原介入手法和服務的主要推行者（葉錦成，2011）。

社工要在一個多元科際的團隊中，發揮其獨立的角色定位、任務和影響並不容易，同時精神病人的背景、病情和復原取向都非常複雜，加上不同的社區和社會對精神病和精神病人都有不同的看法，因此精神醫療社工在實務上，其角色定位、理念及工作方法上的推行都不容易。每個精神醫療社工到底要放多少時間在病人及其家屬身上？有多少時間該花在醫院內或醫院外的服務工作？又該由資淺者或由資深者去執行社區的工作？在當今醫療體系積極施行新管理績效控管社工人力的年代，這確實是個需要精神醫療社工界慎思的問題。

從本研究結果可知，健保制度績效管理下的醫療團隊，已造成精神病人被切割的治療模式，製造醫療消費者階級的不公，形成團隊成員缺乏專業自主。全民健保對社工的影響，除了社工專業受制於醫師，社工成為健保生產線上的作業員，為了產值，還要努力在健保點值之外另闢產值。社工在此情境，很難去實現病人被公平、正義對待的維護者，甚至淪落到常陷於專業倫理兩難的矛盾中。健保體制醫療給付措施並非一層不變，以量制價或以價制量措施皆有其弊端，無法落實真正以「病人為中心」的理想醫療模式，而談論多時的以病人「個案管理」照護模式，應可以讓精神病人得到其疾病階段所需求的精神醫療服務模式，社工在此「個案管理」模式中，更可以發揮個案管理者之角色。

臺灣社會環境變遷所面臨的特殊議題包括：新住民、失業勞工、藥物濫用、愛滋病、未婚懷孕、墮胎、心理疾病、貧窮、家庭解組等議題（張振成 2003），

在在都與心理衛生工作有關。隨著當今保護性個案進入醫院接受醫療服務的案數與頻率增加，社工在醫院被重視或依賴的程度日增，尤其當急診面對受虐兒童、性侵害、家庭暴力、自殺防治等個案，都會期待社工共同介入，以提供服務，甚至希望社工提供 24 小時的輪班服務，能提供立即性處理。然而醫院管理階層在增聘社工人力上並未支持，以致需求與期待間的落差油然而生。隨著取得社工師證照人數增多，如又社工師入醫療法成為醫事人員的法條通過，社工師全時服務的型態將慢慢出現。因此，社工在工作上，雖被期待更具機動性、主動性、全面性甚至是全時性，然而在當今社工人力規模、勞動條件、薪資待遇並未相對合理的改善下，社工仍應據守該有的專業要求，才不致因案量過多、工時過長，造成社工快速流失，反而無助專業知能與經驗的累積。

美國醫療環境改變，醫務社工將領域擴大為健康照護社會工作（Health care social work），關注健康議題，除了傳統在醫院的臨床社工服務、與團隊合作，也積極介入政策倡導，以及從鉅視層面協助案主與家庭（Browne,2006）。未來健康照護社工將面臨：強化社會對社工角色與功能的認識、提供社工服務的有效性、與其他專業的競爭能力、重視疾病的心理社會因素與重視醫療公平性。受到醫療環境變化的影響，未來醫療社工被要求「成本與成效」，其直接服務的部份會以較便宜、少訓練的人力取代，訓練良好的社工將會針對特定對象進行直接服務。重視實證基礎醫療也將衝擊社工教育、實務與研究，以及服務成本。社工的角色更多元、積極，從醫院內疾病問題處理，擴大到社區健康照護（張如杏，2011）。故精神醫療社工要對這些議題有充分之認識與準備來面對挑戰。

身處在外在環境衝擊加劇，內在社工專業不斷提升的時代下，精神醫療社工專業要如何展現服務特性？如何回應服務人口群變遷的需求？在醫療生態追求高管理、利潤、實證的導向下，如何找到精神醫療社工的定位與前景。21世紀是個以變革取代穩定為現代法則的時代，變革才是常態。重要課題已不只是求生存，更需注重創新，創新已成為變革的領導者（Drucker,P；轉引自劉毓玲譯，2000）。創新已成為當代專業或組織迎戰未來不可避免的任務與使命，醫療體系內地位、專業資格及專業內涵與能力的轉變，身為助人專業的精神醫療社工，當面臨外在環境與內在結構不斷變動調整的環境，應該朝向何種方向進行創新與變革，才能在維護人性尊嚴、保障人權與提升健康福祉的基礎上，更加展現專業的知能與重要地位。

醫院內部業務或醫院外部工作拓展，其所須之專業知識與技能多所不同，社工專業尤重工作之經驗與傳承，社工員與社工師的業務如何區隔？當社工在看到自己專業與他專業的位置、思考照顧要多或要少的服務人口？自己的助人專業素質如何？專業自我相對案主生存、理性相對感性、規則相對自由裁量，等等諸多情境問題。隨著社工專業知能及素質的提升，精神醫療社工能具影響人、改變人

正向提升的綜融能力應有所提升。故精神醫療社工應該好好思量、細細規劃，依照精神醫療社工年資、接受教育訓練狀況，而有繼續教育分階、分級制度，在社工職位階的設計上，也應以精神醫療社工專業助人素質有所規劃區隔，以此作為精神醫療社工業務處理範圍之規範，並以此策略鼓勵培育優秀人才。

(七)與團隊的運作關係，是競爭？抑是合作？→合作擴大彼此視野，相互成長。

精神醫療社工處在一個多元團隊的環境中，團隊成員隨著醫療環境的改變，成員間的關係也起了變化，在健保績效管理的競合中，團隊成員彼此不再融合。研究顯示：隨著國家政策在醫院評鑑、全民健康保險、醫事人員法規的相繼實施，組織力行績效管理，精神醫療團隊內部之運作，在醫學中心由於服務量大，成員不須為爭食健保資源競爭，工作各作各的。精神科專科教學醫院，健保資源為醫院經營最大財源，是各醫療部門績效呈現的重要指標，團隊成員間競爭大，真誠合作困難。在精神科專科醫院及地區綜合醫院，各專業的自主性與發展受到健保與機構雙重規範，團隊人力花在健保資源的爭取，人力少工作量大，連帶影響醫療品質，社工要處理其他專業因服務品質降低，所帶來的複雜非醫療因素問題。團隊成員雖都對病人提供服務，但因各專業分工、各司其職，工作呈現例行化，少了人際情誼，團隊成為空有其名，而難發揮實質加成效能。

精神醫療各專業成員，因專業角色、彼此對其他成員角色的期待、專業間不同的地位與權力及專業服務界定糊模等因素，為確保自身的工作範圍和維護本身專業的存在地位，並爭取優勢權與社會尊嚴而有所衝突。團隊要能發揮功能提升服務品質，惟有加強各自專業素質，並藉由分工來達成高度效能，使各專業的獨立性與特有之功能，藉由相互依賴的合作運作程序來達成醫療服務目標。故處於弱勢中的社工，唯有在社工專業充實精進，在團隊中把握以病人為中心的立場，透過同理、與他成員合作態度，發揮社工溝通專長，透過團隊會議中之討論、溝通，協調共識。

精神醫療社工在醫院中的職責與角色定位是動態的，是需要與團隊相互磨合、教育與溝通的過程。社工應盡量讓其他團隊成員，明白公平、正義、福利、自我決定能力在提供精神治療、復健和社會融入上的重要性，並鼓勵團隊在提供介入和服務中落實。社工應該與其他團隊成員合作，共同教育社區人士，尊重精神病人、精神病康復者和其家屬，為他們塑造一個公平、正義和入道、接納的社區環境，讓精神病人在教育、職業、居住、社區生活、婚姻和家庭上，得到與其他人一樣的機會和看待。精神醫療團隊成員彼此相互合作，共同建構一個以人為本，讓每個社會成員能發揮所長、互相接納、互相幫助的和諧社會，這是每個助人專

業者的共同目標與使命。

在一個強調跨專業合作的工作場域，如何扮演好社工的角色並獲得團隊成員的認同與尊重，這是社工在團隊運作良好的重要因素。長期以來，社工建立的專業形象，往往會讓其他醫療團隊成員認為只要醫護以外的問題都可以找社工，因為社工是最佳的資源提供著，家屬的代理者，全能的問題解決者，也因此對社工產生不當的期待。相對的造成社工的工作困擾與角色衝突，亦成為社工壓力的重要來源。

醫療體系素來強調團隊運作，社工和其他團隊成員關係又是環環相扣，彼此互相需要協助，一個運作良好的團隊關係，不僅讓個案獲得完整服務，團隊成員工作起來順利愉悅。而要建立良好團隊關係的策略，則是建立溝通管道，通過一對一或團隊會議機會，表達社工的看法和立場，讓其他團隊成員瞭解社工能做什麼？不可以做什麼？隨時回報工作成果或進度，和醫護人員共同討論解決問題的方法，瞭解和掌握社工的進度與努力，且透過討論，也可讓其他成員瞭解個案的困境，進而能包容體諒病人及家屬。透過團隊會議、科室會議、個案討論會或大型研討會，讓相關之醫療團隊成員瞭解在政策執行中，每個人之角色、負責的工作內容、工作流程及法規，以提升團隊間彼此互相合作。唯有努力發揮社工在醫院的溝通、協調效能，才能穩固建立社工的專業性和無可取代的角色位置。

社工處在強調非線性思考及環境不確定性的基礎下，趨向彈性、分權的組織結構，更重視水平的合作與知識共享。單打獨鬥不合組織效能原則，合作力量大。當衛生福利部已正式開始運作，整體健康照護產業將興起一波預見的變革時，精神醫療社工宜積極主導，建立助人服務的新視野、新模式，心理衛生社會工作學會與醫療院所之院際聯盟，將讓精神醫療社工更具力量、策略與方向，期待在維護個案擁有更好的健康福祉目標下，精神醫療社工社群亦能享有更受尊重、肯定的專業角色地位。

(八) 精神醫療社工與醫務社工的分抑合？→合則凝聚力量，事權統一，共識專業發展。

台灣醫療體系社會工作的發展，在 20 世紀末，面臨許多新挑戰。過去社工以服務領域區分，醫療社工與精神醫療社工都在醫療體系服務，但是醫院類型與病床分類上，精神科的醫療服務內容、模式和人力配置不同，兩類社工分屬不同的體系，精神醫療社工屬於精神科的專業團隊人力，除大型精神科專科醫院有成立社工室外，社工隸屬精神科，由醫師主任管理。非精神科則由醫院社工科或課、

室、組進行人員的調配，推動醫療社工業務。近年來，許多綜合醫院基於各項理由將醫院內的社工人力進行整併，行政上的整併通常由非社工的醫院主管決定，專業上的磨合在整併後才開始，包括工作方式、工作分配、績效計算（張如杏，2011）。社會工作的發展必須結合社會變遷與脈動，21世紀台灣醫療環境與組織的變革，必然帶動醫療體系的專業發展，醫療體系社工要體認現實，在組織的變動中尋找專業定位。

2008年社工師法修法，以「醫務社工師」、「心理衛生社工師」並列為專科，當時曾對兩者類別或合併有諸多討論。實務上兩者在醫療體系早已並行發展多年，各有重點，當整體醫療環境變遷，兩類醫療體系社工的行政角色將面臨重大挑戰。到底醫療體系的社工是行政人員抑或是醫事人員？爭取列入醫事人員顯然已經是大多數醫療體系社工的心聲。以社會工作專科之定位，是具有社工專業背景之士，他帶著社會工作之專業知識與技能，在其服務領域執行社會工作助人專業，其所要具備的工作知能是社工專業加上其服務人口群特性之知能。

研究顯示，主張精神醫療社工及醫務社工兩者應分的理由是：兩者工作樣貌、面對案主的角色、所受訓練及視野都不一樣，醫療社工處理的個案大多是經濟補助問題，在個案處理的深度與廣度不足，合則在管理上不易，且精神醫療社工需面對雙重主管的壓力。主張合的理由是：兩者皆屬醫療領域中協助病人及其家屬有關疾病適應、社會心理、經濟、家庭及住、出院問題之調適、改善與解決之專業人員，差別只在精神醫療社工被期待於業務與技能上，包括提供精神疾病患者及其家屬、心理困擾者、藥酒癮者或性侵害或家暴事件之加害人或受害人等深度個別或團體心理輔導或治療或鑑定，是因為工作環境塑造了社工不同之特質。合之好處是社工有獨立科室，人事歸屬可由科室為單位運作，讓專業更加發展，有更多資源可運作使用，更可獨立發揮社工專業，且有社工主任可落實社工專業發展，不用附屬在其他科室。

過去，精神醫療與醫務社工兩者同時在醫院內提供服務，兩類社工人力配置計算、服務方法不同，精神醫療社工有健保收費項目，直接提供家庭評估與處遇，家暴、性侵加害人及被害人之個案處遇等，兩者同在醫院工作，卻有不同工作內容，交流有限。綜合醫院現因基於管理而非社工專業發展有合併趨勢，然而，因兩者在專業性或不可取代性，以及專業養成過程的差異不大，回歸服務者需求，合併已是大勢所趨。只是在分紛合和的處理過程中，對社工自家人之態度及意識型態處理，仍應本乎社工對案主之真誠與人性化細緻處理。當今醫療體系社工，皆要面臨國家政策及組織管理變革，所帶來的衝擊壓力。團結力量大，精神醫療與醫務社工更應攜手合作，凝聚共識、亟思社工專業如何在醫療體系發展。

三、 角色定位

(一) 資格認定

社會工作是一門影響人向上、向善改變劣勢情境的助人專業，其處理的是人與人、人與環境的問題，故在專業素質上應經過公證認定，其服務品質才能獲得保證。Johnson & Yanca (2001) 是從專業的特質、過程、力量及自主性等四方面來看社會工作專業發展。專業特質：包括有系統的理論、專業權威、社區認可、倫理守則及專業文化等；專業過程：專業組織和專業教育在邁向專業地位的過程；專業力量：專業服務輸送的權威性及獨占性；專業自主性：社工多數受僱於機構，因而要面對公眾服務為其負責，相形之下擁有較少之自主性。渠等進一步指出，當提及社會工作是專業時，可用專業特質來解釋；當提及社會工作專業知識發展過程，可用專業過程來解釋；當提及專業權威和社區認可時，可用專業力量或控制來解釋。他們認為必須制定要求專業人員擁有執照或註冊的法律，並要求其有受專業教育的資格，才能維持社工專業人員的水準。故精神醫療社工專業化發展，必須制定擁有執照的法律，並要求其有受專業教育的資格，才能維持社工專業水準，社工學歷、社工證照，此兩者是精神醫療社工最基本的資格條件。

職業專業化與證照化是現代社會發展趨勢，而專業組織的成立運作，也是任何專業發展的重要指標之一，社工師在 1997 年完成立法，將此國內新興的助人專業納入國家專門職業與技術人員考試的法制系統裡，對社工專業制度在教育、考試、聘用及組訓等層面，皆帶來質量程度的改變（陳武宗、張玲如，2007）。新修訂的社工師法規定公會之專業角色、專科社工師、繼續教育定期更換證照等。精神醫療社工屬心理衛生專科社工師範疇，應該結合該領域的政策與法令，推動精神醫療社工成為該領域的專業人員，加強繼續教育，以提高精神醫療社工專業人力品質與專業發展。精神醫療社工之教育、訓練、考試、任用，必須整體規劃。實務界、精神醫療社工社群與教育界在規劃課程與發展時必須合作，多頭馬車各自為政，將摧毀好不容易建立起來的社工專業制度。未來在法規的架構下發展專科社工師，帶動精神醫療社工專業發展，以提升社工師之素質與競爭力，有良好的制度才能有利精神醫療社工的人力穩定。

我國的社工師考試制度，缺乏分級制度，把資格認證與執照考試混為一談，亦缺乏合格認證下的督導之實務工作經驗。社工師考試應是一種資格考試，而非任用考試，其制度關係各領域社工專業發展。修改社會工作師法，將現行一試定終身制，改為二級制。第一級為一般社工師資格考，必須在督導下始得執行業務，取得一般社工師資格後，在合格的督導下，始得參加其所執行專長業務之專科社工師考試，專科社工師考試，科目應與一般社工師考試有所區別，主要與該專科專長領域之理論知識、社會政策法規、工作方法、服務技巧及倫理守則為主，及

格者始得獨立執行業務，並受聘為督導或主管（目前內政部社會司委託台灣社會工作專業協會所規劃的專科社工師考試草案朝此方向完成）。任何社工師都應該接受繼續教育的要求，以保證服務品質，並作為換證的必備條件，而社工倫理守則是社工行為規範，宜明確、周延，以利社工師遵行。他山之石，與精神醫療相臨專業學習，規劃嚴謹的專科社工師養成制度，才能獲得社區認可與建立專業自信。

（二）角色內容

醫療體系社工室是醫院中的小單位，許多 100 床以下的小型醫院沒有社工人力，社區型醫院的社工只有 3 到 5 人，除了臨床業務更有許多醫院交辦的業務和活動，面對上級單位交辦業務，難以推辭，但是眾多業務中有多少是社工專業內容？福利資源轉介或經濟補助是社工服務主要項目（陳武宗等，2011）。上述是醫務社工現象，同樣情況也發生在精神醫療社工。每個醫院規模不同，社工人力不同，故其工作內容也有所不同。由於精神疾病的特殊性，精神醫療社工的服務內容，主要多在對家庭與病人的直接服務。目前除了傳統精神科個案與家庭的直接服務外，志工管理、醫療糾紛處理、毒癮戒治、司法鑑定及兒童保護個案之家庭評估，亦擴大到精神科以外的業務，如發展遲緩兒童家庭評估、特殊個案（變性、器官移植個案）評估等，也有參與院外強制住院審查委員會運作，精神醫療院所及社區復健機構督考與評鑑。

由研究資料顯示，精神醫療社工在看自己的角色內容時，有治療者、資源管理者、病人權益倡導者、志工管理者，其角色性質是直接、間接及合併服務的角色。業務範圍大多以醫院評鑑所規範的內容為藍本，再依自己醫院狀況訂定其執行內涵。而團隊他成員看社工的角色是：法定評鑑規範執行者、出院準備服務者、治療者、資源爭取與應用者、公關行銷者、行政庶務處理者、綜合型全人服務者。團隊互動交流後，社工定位自己角色之工作內容有：治療者、資源連結應用者、通才者、替代家屬者、個案管理者及承接外部方案者。因為醫院評鑑及格與否，關係到醫院與健保局之合約簽訂，健保是醫院生存之主要財源，故醫療專業成員無不以醫院評鑑所規定的工作內容為其主要依歸。

2012 年新制精神醫療社會工作臨床專業服務評鑑，項目有：1.依病人需要制訂精神醫療社會工作計畫 2.依據計畫提供精神醫療處遇且紀錄詳實一對不同性別年齡群族或診斷別等病人群，提供多元且適當之處遇或治療模式，包括：個案工作；家族、夫妻治療；團體治療；社會心理教育(如家屬座談會)；社區復健方案；出院準備服務 3.檢討分析精神醫療社會工作部門之運作情形 4.積極針對病人家屬提供家庭支持性服務—提供有協助家屬了解有關精神疾病知識、照顧技巧、

病人權益及精神衛生法、身心障礙權益保障法等相關服務方案 5.精神醫療社工人員能與社區連結，協助病人社會參與 6.對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫（衛生署、醫策會，2012）。其內容已涵蓋了運用社工專業直接、間接服務方法，在處理病人因疾病引起之人與人、人與環境的問題。

（三）角色場域

精神醫療社工之角色場域，配合社會環境的變遷、政策與法規的影響逐年在擴大中，服務範疇從精神疾病三級防治工作到司法鑑定、緊急醫療、家暴、性侵害、自殺防治等等。其服務場域從醫院到社區，包括院內門診、急診、全日住院、日間留院以及院外之社區復健機構、居家治療等。台灣的精神醫療社工已從微視層面的病人和家庭工作、中介（視）面的社區與組織工作擴大到鉅視層面的國家心理衛生政策參與。

近年來，由於性侵害防治法、家庭暴力防治法和兒童及少年福利法等各項法規對社會問題醫療化，賦予精神醫療更多治療性的業務，使得精神醫療社工的業務範圍，超越傳統精神疾患及其家庭的服務工作，還包括性侵害加害人和家庭暴力加害人的社區處遇計畫，精神醫療社工的服務內容及領域，已是跨領域、跨社區，由醫院到社區範圍的精神醫療社工。

（四）繼續教育

台灣醫療體系社工起步較早，在學校社工系課程裡，有醫務社會工作及精神醫療社會工作，針對國家政策長期照顧計畫，又提供了長期照顧課程，有些學校設有健康照顧社會工作學程。近年來，新興議題如自殺防治、藥毒癮戒治、保護性業務的心理評估處遇、災難社會工作及新制身心障礙鑑定等議題，也都列入了精神醫療社會工作課程。學校課程已大多能配合社會情境時勢所趨而調整了課程內容，社工學生在學校教育體系，已較能有豐富的精神醫療社會工作相關課程學習，而精神醫療領域雖已非學生實習首選，但透過心理衛生社會工作學會與各區精神醫療社工協調籌劃，已有行之多年制度化的實習內涵。學校社會工作課程奠基了精神醫療社會工作的專業基礎。

精神醫療社會工作的教學與實習養成教育，培育學生的精神醫療社工基礎能力，除了基本課程--社會工作概論、社會個案工作、社會團體工作、社區工作等，醫療社會學、精神醫學及精神醫療社會工作，是最重要的課程。參訪醫療機構及暑假、在學期間至精神醫療社工部門的實地實習，建立基礎的精神醫療社工知能。

之後到職場，接受例行性督導及繼續教育課程，專業素質才能與時俱進有所提升。

研究顯示，社工須精進充實專業知能，具有論述的專業能力，以社工之優勢，對家庭與環境風險的多元角度評估，考量機構、案主、團隊目標之立場，不卑不亢的理性態度與團隊成員溝通，才不致呈現被動配合、無力、委屈的角色，而可以積極、主動，並發展出自己風格，展現專業形象、解決問題。

社工在以強調標準、客觀的實證科學所界定的專業思考邏輯下，永遠處於「不夠專業」的邊緣地位（王增勇、陶蕃瀛，2006）。學習是終身的過程，同時也是專業延續的源頭。在台灣的專門職業法規中，均有明定中央主管機關應訂定該專業人員接受繼續教育之課程內容、積分、實施方式、完成繼續教育證明文件及其他應遵行事項之辦法。社工已於2009年7月，依據社會工作師法第5條及第18條規定，訂定了「專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法」，其中第14條，規定了繼續教育課程內容及積分之審查認定，課程內容包括：專業課程、專業相關法規、專業倫理及專業品質（內政部網站，2013）。2012年開始，社會工作師繼續教育及積分採證，內政部委託中華民國社會工作師公會全國聯合會辦理，但繼續教育之廣度及深度內容規劃卻付之闕如，對有系統的培育社工素質尚待加強。

以目前台灣社會工作實施領域之繼續教育訓練狀況，大致可分為：職前訓練、在職訓練與職外訓練。然而大多零星且沒有系統的培訓計劃，故無法提升社工應有的專業知識與技能（陳武宗、張玲如，2007）。在醫療體系社工的繼續教育方面，組織有規模者，自訂有一套在職教育訓練辦法，包括新進人員之職前訓練、接受機構內、外相關工作之在職教育。組織規模小者，通常社工人力單薄，早已忙碌於過量的工作處理、並多額外因組織管理者之過當要求而瀕臨「崩熬」，以致人員流動率高，新人不斷，更遑論有在職之專業學習機會及社工之永續發展。職外訓練是指機構派社工參加外部機構或社工專業團體所舉辦之研討會、培訓課程或其他相關之訓練活動。

根據王綉蘭（1998）研究指出，國內第一線社會工作人員，有58.1%取得在職訓練機會不易。由研究資料也顯示，目前學會辦理之教育訓練，通常是叫好而不叫座。因為醫療體系之社工在新管理主義「績效」掛帥、有形之「成本」考量下，往往裹足不前，且時間的安排在假日，亦是讓出席率不高的主要因素。故精神醫療社工繼續教育，唯有將在職教育之訓練時數列入醫院評鑑之重要項目，才能改善社工參與繼續教育狀況。在知識經濟時代，當下的專業知識往往五年後，原先所學已不敷應付新社會問題之處理，尤其在科技日益千里、各專業並立競爭

的醫療體系，社工必須終身學習，才能具備新價值觀、新知識技能，以適應當代社會工作的各種挑戰。

（五）綜融權變社工專業角色發展

專業繼續教育，是在學校教育體制外，依社工職場所需，以再教育方式培育社工專業知能，持續其專注職場動力的來源。精神醫療社工背負著專業助人使命、醫院績效要求及評鑑服務品質提升之高壓下，如未能獲得持續之支持與充能，確實是個人力易於流失之場域。透過專業組織力量，集結精神醫療社工社群，群策群力，從精神醫療社工所應具備之垂直與擴散知識、廣度與深度之研討共識，有系統規劃出精神醫療社工繼續教育之每個分級內容，針對專業核心知能作加強，並能隨社會環境變遷做有效之因應，使有志於精神醫療領域之社工，能先自身獲得心靈安適，才能發揮社工人之影響人向上成長的力量。

所謂「綜融性實務觀點」，是採用各種工作方法以綜融方式解決複雜的問題。綜融社會工作之組成要素，包括社工、案主，以及包含兩人、多人和社會環境三種層次互動的系統，其關心的焦點，不只是前來要求協助的對象，更關注那些阻礙求助對象需求滿足或功能發揮的相關系統（李增祿，2012）。社會工作應以全方位觀點看待問題，對於案主的問題著重所有的社會系統。其架構包含並整合不同的理論和處遇方式，提供社工協助理「人在情境中」的問題。社工要扮演的角色不只是微視面的直接服務，也包括方案發展、計劃、政策發展、倡導、研究等工作，是系統維持與發展者的角色。綜融性社會工作是社工採用了所有的社會工作方法，以協助個體的問題（謝秀芬，2010）。

以傳統個案工作為主的社會工作，已無法應付廣泛複雜的社會問題，滿足服務使用者之需求，必須配合國家社會福利政策、立法、行政等社會安全制度來全面解決問題，因此，整合社會工作方法成一元化途徑的綜融社會工作成為現代社工必須具備的專業知能。如何培育具備精神醫學與社會工作理論知識基礎，並能融會貫通於實施過程，協助服務對象問題解決之多元角色通才者，亦就是所謂的「**綜融權變精神醫療社工師**」，其發展途徑，研究者陳述如後，並以圖 5-1 圖示：

一）資格條件：社工系所畢業具社工師執業執照者

在各專業醫事人員林立的醫療體系，社工想要立足站穩一席之地，唯有在法制內與他專業立足點平等。通過社工師考試、取得執業執照資格，是最基本條件。我們不能自恃、自述，醫院須有社工來處理疾病以外的「非醫療因素」

之煩瑣問題，且醫院設置及醫院評鑑皆已有規定社工之人力配置。當我們社工自己輕忽自己國家法制認定的專業素質、獲得通俗社會所認可的「職業牌照」，我們在職場又缺乏專業論述的能力，從事的大多是可替代性高、他專業不做的庶務性工作。處在當今資訊發達、教育體系大學各科系鼓勵開發學生多元學習、具備多元工作知能的环境，還真讓抱有社工使命之士憂心：當社工失去了專業知能競爭優勢，總有一天，在組織管理者多層面「績效」利益的裁量下，社工終有被犧牲取代的一天。故社工系所畢業、具社工師執業執照者，是精神醫療社工最基本的條件。

二) 繼續教育分級進階評鑑：分級進階訓練

綜融精神醫療社工之養成，學校教育是基礎，機構的繼續教育、督導及職場訓練是厚植綜融社工師最重要的根本，故宜精心策劃以利培育專精社工師。與社會工作師法繼續教育及專科社工師辦法結合，依精神醫療社工資歷，分級進階設計課程內容。社會工作方法之整合與社工專業程度有關，精神醫療社工初步階段，著重以傳統的個案工作、團體工作為基礎，歷經傳統工作磨練，分級依序加入精神醫療次專領域工作之知能設計，由 SW1→SW2→SW3→W4→SW5 評鑑合格進階，而終能培育出優秀的綜融精神醫療社工師。繼續教育分級進階制度宜由精神醫療專業組織精細設計治理，分級進階制度是一套能讓精神醫療社工信服、有鑑別力、客觀標準之模式。讓精神醫療社工能以分級進階為其專業素質、專業生涯肯定之榮譽，且因此責信機構組織，做為精神醫療社工師薪資勞動條件提升的有力依據，並因而鼓舞工作士氣。

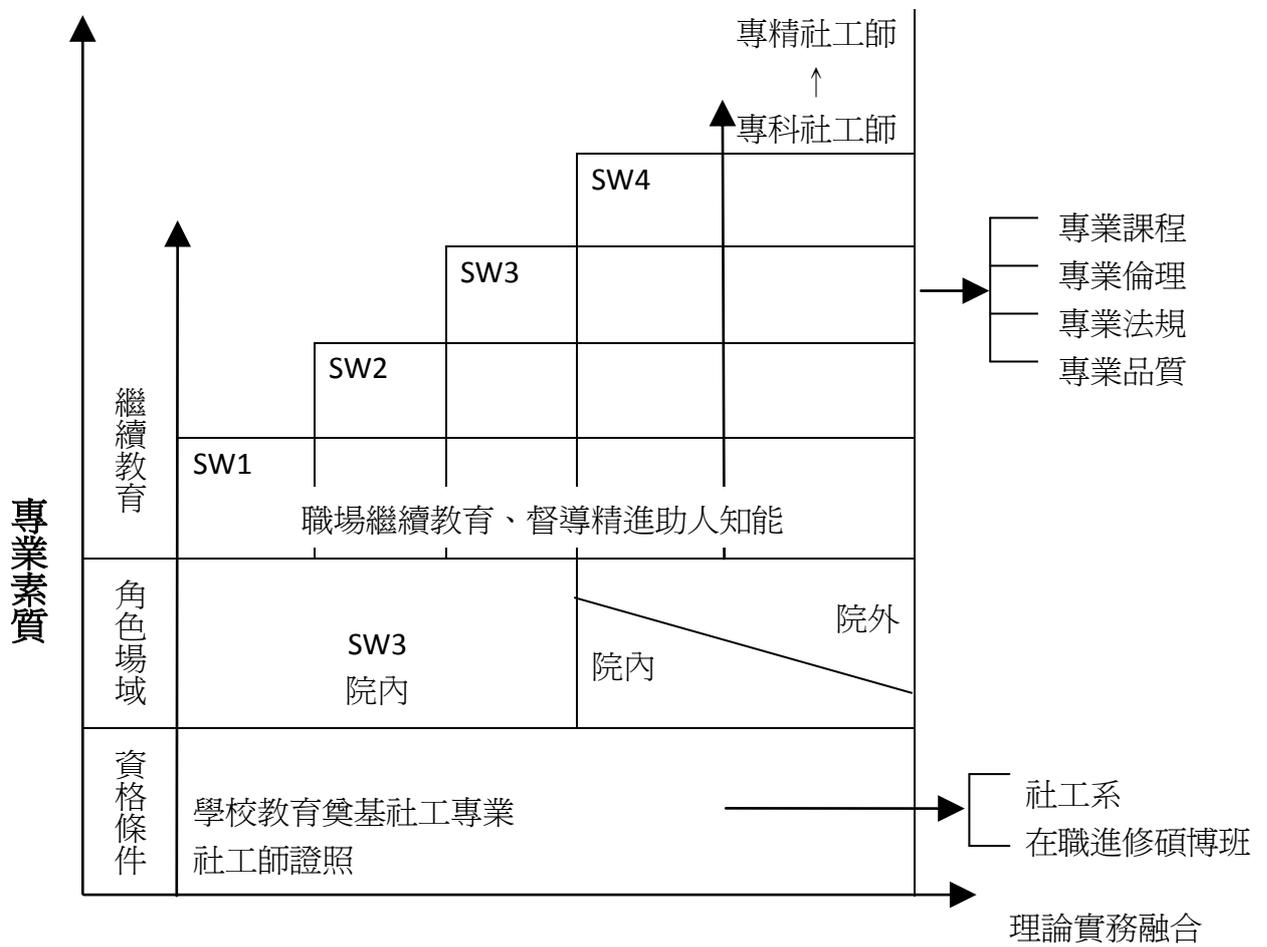
三) 角色場域

精神醫療社工的工作執行場域，原則上以醫院內為主。精神醫療社工的服務範疇，包含精神疾病的三級防治工作，由第一層級的心理衛生教育到社區推展精神疾病預防、第二層級在醫療院所的精神疾病治療工作、再到第三層級的社區復建追蹤。且因社工處理的焦點是在疾病及其環境關係之問題處理，故社工的服務場域，包括了醫院內及醫院外的角色場域，其工作的主要對象，是以住院病人及其家庭工作為大宗。配合社會環境的變遷、政策與法規的影響，社工的腳步已逐年踏出醫院圍牆外，在社區承接公部門所委託的方案。醫院人力設置，皆以服務院內病床為單位計算，理應說，各專業人力應以服務院內病人為其職責。然因醫療生態、醫院服務模式之改變，社工院內及院外之工作比重，確實有所轉移。院外比重過多，對院內服務對象難顯公平正義，更遑論安全維護及其權益保障。研究者根據實務經驗及研究資訊，主張精神醫療社工前三年，應專注在醫院內部之

工作技能，俟熟練融會各種助人方法，再到多元而複雜的社區磨練、精進，以提升服務知能。

四) 社工員、社工師業務區隔

社工師、社工員之角色業務應有所區隔。在這多元而趨複雜的社會，精神醫療社工業務之執行，除須具備社工專業知能，尚須對精神醫療及心理衛生知能有所認知。以目前專科社工師之規劃，社工師有證照、繼續教育及職業執照換發之管理，專業素質、服務品質能獲得一定水準之保障，工作執行責信較佳，較易取得社區專業認可。醫院社工管理，應可將業務區隔為社工員及社工師，此將對社工之專業素質提升及社工師以專精社工為其志業必帶來鼓舞作用。



精神醫療社工資歷

圖 5-1：綜融權變社工專業角色發展圖

第二節研究建議

社工服務領域，越來越多的服務內容，連結醫療保健與社會福利之業務，其中尤以醫療機構服務的社工，更是扮演重要角色。醫療體系社工所提供的服務，其終極目標在解決因疾病引起之各種有關社會、經濟、家庭、職業及心理問題，使病人得以重新適應於社會。近 20 年來，國內醫療與社會環境已產生巨大變化，加上衛生福利行政組織的整合、健保制度與醫院組織的變革、人口老化與長期照顧、健康促進及災難疫病衝擊等發展挑戰，皆有必要藉由全盤的鉅視、中介（視）及微視層面的回顧加以檢視和反省，進而作為醫療體系社工角色定位發展之參考。

學（教育體系）、產（社工實務界）、官（政府部門）三位一體，建立教、考、用、訓一貫連續體制。透過社工專業社群，精神醫療社工學程之學校課程規劃，建議由台灣社會工作教育學會制定，規範成為一個精神醫療社工養成，在學校的必修課程，建立學生專業知識基礎。且教育學會應與政府教育部門取得密切的配合與聯繫，成為教育主管單位的助手，讓經過各校社工系主任詳細討論後的社工教育決策，成為政府主管單位的政策。台灣心理衛生社會工作學會則是實務工作者組成的社群，故應集結實務界現況，規劃繼續教育課程、工作範疇及發展方向，交由主管機關規範評鑑內容。如此才能建立一套有標準品質保證的精神醫療社工專業體制。因此本研究就下列面向作積極建議：

一、 實務界

精神醫療社工必須思維，既然新管理主義「績效管理」，在健保制度的施行下，已經是醫療體系無可避免的狀況，所幸尚有醫院評鑑作為服務品質把關的最低防線，故在角色定位上應有所作為。

其一是：如何落實以顧客導向的服務理念，強化服務品質，以服務使用者滿意作為重要基礎，蒐集服務需求相關資訊，並依據資訊作為改善角色內容之參考。其二是：與團隊維持競合關係。成員間彼此競爭又合作，透過團隊會議、醫療合作、教育訓練之正式與非正式的經驗分享，相互學習，帶動團隊成員的相互成長與合作關係。三是：社工不是神，不要把自己當作十八班武藝樣樣皆通的「全能者」。社工應把自己角色的優勢與限制告知組織、團隊及服務對象，並加強繼續教育，專注於專業知識與助人技能的充實，提升專業服務品質。再者，爭取社工員（或稱社工師助理）之編制至少一名，協助社工師之庶務工作處理，區隔社工員與社工師之業務。讓社工師足以成為社工生涯發展並能安身立命之志業。

在社工專業角色的功能發揮，要與時俱進，配合社會脈動，提供綜融多元模式服務，也就是精進充實精神醫學及社會工作之專業知能，並內化成爲社工個人的助人動能，而能成爲一個在助人專業上有效能、有影響力的綜融精神醫療社工師。從而由過去傳統消極的被動配合角色，轉而成爲積極多功能的專業角色，包含有效能的社會資源連結、個案及家庭關係處置。

社工服務對象的問題，隨社會環境變遷逐漸變得多元而趨複雜。故各類層級醫院之社工業務，宜分成庶務行政及專業工作，在社工員、社工師之角色身分分階、繼續教育分級的訓練下，社工前三年在醫院內熟悉院內所有精神醫療社工專業服務，熟悉精神醫療各次專科之社工專業知能後，才踏出社區承接外部之委託方案。如此循序漸進，在資深社工師或主任之督導下，建立其以精神醫療社工師爲職志之專業生涯。

二、 學術界

在教育體系建立精神醫療社工學程，其規劃透過與實務界及官方之諮詢會議，三者充分討論後審慎規劃。並由教育體系教師社群之集思廣益、精心研擬，由台灣社會工作教育學會制定，規範要成爲一個精神醫療社工，在學校養成教育的必修課程，以建立其知識基礎。

參考國內心理師、護理師及醫師等專業的養成及發展過程，渠等專業都與學校教育、證照制度及在職繼續教育相結合，例如醫學系臨床教授必然是有證照醫師、持續在醫院提供第一線服務，同時進行教學與研究。認同專業證照是進入該專業的必要門檻。專業化的過程，學歷、證照、繼續教育的關係密切，學校、專業學會、專業組織（公會）緊密結合，故該等專業學科的實習督導，不論是實習單位或學校負責實習的教師，都必須具備專業證照者才能擔任。

未來社工系學生實習的督導老師，建議也朝此方向規劃、或由熟悉此領域內涵之教師擔任，讓學校老師能在擔任學生實習督導期間，與實務界建立良好的合作關係，雙方合作以實證爲基礎之實務研究，彼此相輔相成、互惠互利，爲台灣的精神醫療社工建立本土化的實證教材，除有利精神醫療社工之專業發展，並能從中建立起精神醫療社工的專業自信，且亦有助改善目前實務界與學術界之隔閡疏離現象。

三、 專業組織

專業化不可能單靠政府推動，民間組織往往是帶動專業化的推手。社工領域廣，專業團體不少，卻也因此分散了彼此力量。代表精神醫療社工之專業組織—台灣心理衛生社工學會，自成立以來，內部門派紛爭，難團結一致對外發聲，有當初懷抱理想、積極為專業發展而努力之士出走。2013年，眾望所歸、冀望能帶領精神醫療社工有新境界的理事長、理監事會順利產出，期望新人新作為，能兼容並蓄、同心協力凝聚社群共識，在國家體制內會議能充分代表社群發聲，並建立起社工專業角色在國家體制內的有力地位。

四、 主管機關

社工在組織隸屬醫事抑或行政體系，關係社工人力任用及教育訓練資源。醫事人員在醫院設置、評鑑標準、專業繼續教育及執業上皆有清楚規範，社工要在醫療體系發展，隸屬醫事人員，已是情勢使然，不得不走之路。值此中央成立衛生福利部之際，透過社工師及專科社工師證照，作為社工成為醫事人員之有利訴求。

期待社工與團隊他專業的事權統一，在社工角色能合理、適度回應組織及團隊對他的角色功能期待，因而站穩其專業角色地位。之後，政府部門在統籌醫療衛生服務、健康保險與社會福利之業務時，社工將可以其熟稔各系統脈絡之優勢，扮演更有利於衛生與福利政策推動與民眾福祉增進之角色。

第三節 研究限制與後續研究建議

本研究廣度搜集分布於全國北、中、南、東，分別在各級醫學中心、區域醫院、精神科專科教學醫院及精神科專科醫院，其類別亦涵括了公、私部門及軍系、輔導會系統之精神醫療社工，也分別拜訪醫療團隊其他四類師級專業工作者。深度訪談瞭解精神醫療社工在現實醫療體系下，來自鉅視及微視層面的角色困境與專業角色定位視界（域）。期待角色地位身分至今未明之精神醫療社工，能以其專業優勢，建立其專業自信，並能在醫療體系永續發展，走出一條屬於自己專業風格、自助助人的職涯志業。研究者雖以認真態度力求周延，但恐有未逮之處限制。本研究之限制及後續研究建議如下：

一、 研究限制

以三角檢定法，搜集來自全國不同區域、不同層級的精神醫療社工、以及團隊其他專業成員，對精神醫療社工之角色困境及定位，各自從其視域提出看法，研究者試圖以角色理論及符號互動論，來理解、分析精神醫療社工，在醫療體系受鉅視面國家政策、法規及微視面醫院組織管理模式、團隊互動等交互因素之有形、無形影響，社工最後如何來看自己的社工角色、角色困境因應及尋求社工專業角色發展之道。研究廣度足，但就研究對象、研究取樣及研究方法上仍有其不足之處，茲將陳述於後：

- (一) 研究對象：團隊其他成員各訪 1 人，由社工回答團隊其他成員怎麼來看社工之角色，兩者整理成團隊他成員怎麼看社工角色之議題，在他人對社工角色詮釋上有其限制。
- (二) 研究取樣：本論文以精神醫療社工發展之歷史脈絡及其受當代生態系統鉅視、微視面之影響因素探討，因此立意取樣深度及典型抽樣受訪者，其在精神醫療領域之歷經年資長久，是否有其主觀意識上之偏見，資深及資淺者是否會因經歷不同而有不同之見解，在推論上會有限制。
- (三) 研究方法：本研究係以深度訪談為主、問卷意見陳述為輔，蒐集第一手資料，以彈性、開放之方式了解受訪者之主觀經驗、意見，質性研究結果，在推論精神醫療社會工作目前的角色全貌、困境及定位上會有所限制。

二、 後續研究建議

本研究以質性研究方法，各級各類醫療院所精神科社工初步資料蒐集，瞭解其對當今社會大環境、醫療生態政策的變革下，精神醫療社工所遇到的困難與挑戰，可提供專業社群作為普查的參考而後定位精神醫療社工的角色及專業發展策略，以建立精神醫療社工完善的一套招、考、訓、用一貫作業。

後續研究建議：

- (一) 精神醫療社會工作者由於歷經醫療生態環境的不同，其年資之深、淺，對社工角色之困境與定位是否會有所不同，可再作進一步的探討。
- (二) 質性研究，再深入瞭解能精進專業成長在精神醫療領域數十年的資深社會工作者，其持續的哲學與價值意義，成為鼓舞新進社工的典範標竿學習，共同為精神醫療社會工作者專業角色定位並建立專業角色之權威。

參考書目

一、 中文部份

- 王行 (2006)。從推動到抵抗：我在諮商心理建制劃過程中的行動。《應用心理研究》，30，21-36。
- 王行 (2000)。角色理論。《社會工作辭典》，219-220，內政部社區發展雜誌社。
- 王增勇、陶藩瀛 (2006)。專業化=證照=專業自主？《應用心理研究》，30，201-224。
- 王以仁 (2007)。《人際關係與溝通》。台北：心理。
- 王琇蘭 (1998)。台灣地區社工督導員專業認同、工作滿足與留職意願之研究。《社會福利》，139，55-66。
- 王卓聖 (2004)。臺灣與香港社會工作專業發展的比較分析。《台大社會學刊》，9，137-182。
- 王國川、翁千惠 (譯) (2005)。《質性資料分析-如何透視質性資料》。(原作者：Boyatzis,R.E)。台北：學富。(原著出版年：1998)。
- 王佳煌等 (譯) (2005)。《當代社會工作研究法：質化與量化途徑》。(原作者：Numan,W.L.)。台北：學富。(原著出版年：2000)。
- 任凱、王佳煌 (譯) (2005)。《質性研究法-社會情境的方法與分析》。(原作者：Lofland,J&Lofland,L.)。台北：學富。(原著出版年：2005)。
- 朱柔若 (譯) (2000)。《社會研究法：質化與量化取向》。(原作者：Numan,W.L.)。台北：揚智。(原著出版年：1997)。
- 呂寶靜主編 (2002)。《社會工作與台灣社會》。台北：巨流。
- 呂寶靜 (2010)。《台灣社會工作專業人力各領域現況與推估結果》。內政部委託專題報告。
- 江亮演等 (2003)。《社會工作概論》。台北：空大。

- 李雲裳（2005）。台灣地區醫務社會工作之發展。*社區發展季刊*，109，165-171。
- 李增祿（2012）。社會工作之意義與發展。李增祿主編，*社會工作概論*，3-34。
台北：巨流。
- 吳芝儀、李奉儒（譯）（1995）。*質的評鑑與研究*。（原作者：Patton, M.Q.）。
台北：桂冠。（原著出版年：1995）。
- 吳來信、廖榮利（2005）。*精神病理社會工作*。台北：空大。
- 周致丞（2011）。跨領域團隊合作照護教育的內容結構與教案規劃概念。
醫療品質雜誌，（5）5，67-73。
- 周玟琪等（譯）（1995）。*當代社會工作理論：批判的導論*。（原作者：Payne, M.）
台北：五南。（原著出版年：1991）。
- 林萬億（2006）。*當代社會工作理論與方法*。台北：五南。
- 林東龍、范麗娟（1998）。高齡志工角色壓力初探。*社區發展季刊*，83，146-156。
- 林家興（2000）。心理衛生專業人員職稱偏好、工作場所與服務時間之比較研究，
教育心理學報，32（1），1-14。
- 林本炫、周平編（2005）。*質性研究方法與議題創新*。高雄：復文。
- 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*，109-129。台北：心理。
- 胡幼慧（1996）。*質性研究：理論、方法及本土女性研究實例*。台北：巨流。
- 胡幼慧、姚美華（1996）。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何蒐集資料、登錄與分析？胡幼慧主編，*質性研究：理論、方法及本土女性研究實例*，141-158。台北：巨流。
- 柯朝欽等（譯）（2007）。*社會學理論*。（原作者：Ritzer, G. & Goodman, D.）。
台北：巨流。（原著出版年：2005）。

- 施睿誼等 (2012)。台灣醫務社會工作人力與薪資概況。 *台灣健康照護社會工作新紀元研討會彙編本*，59-66，中華民國醫務社工協會。
- 秦燕 (2008)。 *醫務社會工作*。台北：巨流。
- 馬康莊、陳信木 (譯) (1989)。 *社會學原理*。(原作者：Ritzer,G.) 台北：巨流。(原著出版年：1989)。
- 畢恆達 (1996)。詮釋學與質性研究。胡幼慧主編， *質性研究：理論、方法及本土女性研究實例*，27-45。台北：巨流。
- 徐宗國 (譯) (1997)。 *質性研究概論*。(原作者：Strauss,A. & Corbin,J.)。台北：巨流。(原著出版年：1990)。
- 陸洛等 (譯) (2007)。 *社會心理學*。(原作者：DeLamater,J.D. & Myers,D.J.) 台北：心理。(原著出版年：2007)。
- 張如杏 (2009)。台灣精神醫療社會工作專業發展與危機。 *台灣社會工作學刊*，(6)，119-145。
- 張如杏 (2012)。台灣醫療與心理衛生社工實務的分與合。 *台灣健康照護社會工作新紀元研討會彙編本*，107-114，中華民國醫務社工協會。
- 張玲如 (2002)。精神醫療團隊之困境-社工團隊。 *全民健保精神醫療支付第一次研討會*，95-98。台北：中華民國精神醫學會。
- 張紉 (2003)。 *世界各國社會工作專業制度之比較及國內社工人力需求、運用困境因應之調查評估研究*。內政部社會司委託研究計劃。
- 張振成 (2003)。助人關係與中國文化。許臨高主編， *社會個案工作-理論與實務*，155-165。台北：五南。
- 張淑英 (1987)。 *自醫療組織特性、社會工作特性和專業性來討論醫療社會工作之運作*。東吳大學社會研究所碩士論文。
- 張馥媛、黃光國 (1995)。台灣精神醫療體系之權力結構中的臨床心理師， *中華心理衛生學刊*。8 (2)，31-44。

- 許玉如（2000）。*新進醫務社工員適應醫療團隊工作之研究*。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 馮怡菁（2001）。*社會工作者在精神醫療團隊角色之研究*。東海大學社會工作研究所碩士。
- 馮晉麗、葉鵬飛（譯）（2008）。*現代社會工作理論*。（原作者：Payne,M.）北京：中國人民大學。（原著出版年：2005）。
- 陶蕃瀛（1999）。社會工作專業發展的分析與展望。*社區發展季刊*，88，190-196。
- 陶蕃瀛（2007）。新管理主義新在哪裡？*新管理主義對社會工作專業的挑戰與回應研討會論文集*，123-124，東海大學、台灣社會工作專業服務品質策進協會。
- 曾文星、徐靜（2005）。*新編精神醫學*。台北：水牛。
- 莊貴枝等（2010）。二十一世紀初期台灣、英國、加拿大技職教育發展之探討與省思。*2010年度精進技職教育國際研討會彙編本*，135-153，屏東科技大學。
- 莫藜藜（1998）。*醫務社會工作*。台北：桂冠。
- 莫藜藜（2010）。爹不疼，娘不愛的醫院社工？需要再被肯定與支持的專業社工人力。*社區發展季刊*，129，234-248。
- 陳向明（2002）。*社會科學質的研究*。台北：五南。
- 陳永興（2003）。國家醫療政策與精神醫療政策，*台灣醫療發展史*。台北：新自然主義。
- 陳珠璋（1986）。從精神科醫師看精神科社工師的角色與功能。*中華醫務社會服務協會專刊*，7-12。
- 陳琇惠（2007）。向右轉抑或向左轉—談新管理主義與社會工作專業的關係。*新管理主義對社會工作專業的挑戰與回應研討會論文集*，121-122，東海大學、台灣社會工作專業服務品質策進協會。
- 陳武宗、張玲如（2007）。社會工作專業組織治理、繼續教育及國際接軌。

- 社區發展季刊，120期，48-66。
- 陳武宗等(2011)。醫院醫療補助與社會工作實務。社區發展季刊，136，136-148。
- 陳伯璋(2000)。質性研究方法的理論基礎。質的研究方法研討會論文集。嘉義：國立中正大學教育學研究所。
- 陳若平等(譯)(2008)。社會工作研究法。(原作者：Rubin,A&Babbie,E.R)台北：五南。(原著出版年：2005)。
- 黃源協(2010)。社會工作管理二版。台北：雙葉。
- 黃俐婷(2004)。衝突處理過程分析-以醫務社會工作者參與醫療團隊工作為例。台灣社會工作學刊，(2)，159-183。
- 黃梅羹(1996)。驚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，259-269，臺大醫院精神部。
- 黃有志等(譯)(2012)。醫療社會學。(原作者：White,K.)。台北：洪葉。(原著出版年：2012)。
- 管貴貞、連秀鸞(2005)。詮釋學方法在質性研究中之探究。輔導季刊，41(3)，1-10。
- 溫信學(2011)。醫務社會工作。台北：洪葉。
- 葉錦成(2011)。精神醫療社會工作：信念、理論和實踐。台北：心理。
- 鄒平儀(2011)。醫療社會工作績效評量與管理。社區發展季刊，136，86-103。
- 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。
- 廖榮利(1993)。精神病理社會工作。台北：五南。
- 謝伶瑜、王靜枝(2007)。美國與台灣精神科居家治療服務與團隊的角色功能比較。精神衛生護理雜誌，2(2)，64-69。
- 謝秀芬(2010)。社會個案工作理論與技巧。台北：雙葉。

- 劉毓玲（譯）（2000）。*21世紀的管理挑戰*。（原作者：Drucker P）。台北：天下。
（原著出版年：2000）。
- 劉麗娟（1995）。*組織變革對基層員工角色衝突影響之研究*。東海大學公共行政研究所碩士論文。
- 劉佩芬等（2006）。醫院品管圈的團隊結構與衝突處理行爲。*台灣衛誌*，（25）6，449-459。
- 蔡文輝（1994）。*社會學理論*。台北：三民。
- 潘淑滿、葉明昇（1999）。精神醫療社工人員專業倫理之探討。*社會工作學刊*，53-93。
- 潘淑滿（2003）。*質性研究：理論與應用*。台北：心理。
- 鄭泰安（1985）。台灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究。*中華心理衛生學刊*，2（1），117-131。
- 簡春安、鄒平儀(2004)。 *社會工作研究方法*。台北: 巨流。
- 簡春安、趙善如(2008)。 *社會工作哲學與理論*。台北: 巨流。
- Rikka Niemi, Anna Metteri, 簡家欣（2011）。芬蘭健康照顧社會工作者締造的新境界。*社區發展季刊*，136，61-75。
- 蕭瑞麟（2006）。*不用數字的研究*。台北: 培生。
- 嚴祥鸞主編（1998）*危險與秘密-研究倫理*。台北: 三民。
- 行政院衛生署、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會編（2010）。*99年度新制精神科醫院評鑑-委員手冊-護理及健康照護領域*。台北：編者。
- 行政院衛生署、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會編（2012）。*101年度新制精神科醫院評鑑委員手冊-護理及健康照護領域*。台北：編者。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會編（2007）。*精神科醫院評鑑委員共識營講義*（2007）。台北：編者。

臺灣社會工作專業人員協會（2013）。101 年度 5 專科社會工作師甄審規劃及
宣導相關作業委託專業服務結案報告。台北：編者。

二、英文書目

Ahmad,Z.&Taylor,D.（2009）.Commitment to independence by internal auditors:the
effects of role ambiguity and role conflict.*Managerial Auditing Journal*.24（9）,
899-925.

Aviram,U.（2002）.The changing role of the social worker in the mental health
system.*Social Work Health and Mental Health*.12,617-635.

Babbie,E.（2007）.*The Practice of Social Research*（11thed）.Belmont,CA:Thomson.

Baron,R.A.,Byrne,D,& Branscombe,N.R.(2007). *Mastering social psychology*.
Boston, MA: Pearson/Allyn and Bacon

Bentley, K.J., Walsh, J & Farmer,R.L.（2005）. Social work roles and activities
regarding psychiatric medication: results of a national survey.*Social Work*.50
（4）,295-303.

Berger,C.S.,Mizrahi,T.&Fleit,S.et al.(2003).The impact oforganizational change on
social work staffing in a hospital setting: Anational,longitudinal study of social
work in hospitals. *Social Work inHealth Care*, 37(1),1-17.

Blumer, H.（1969）.*Symbolic interactionism : perspective and method*.Englewood
Cliffs,NJ : Prentice-Hall.

Browne, T. A. (2006). Social Work roles and health-care settings. In S. Gehlert & T.
A. Browne (Eds.), *Handbook of health social work*,23-42. New Jersey: John
Wiley & Sons, Inc.

DeLamater,J.D., & Myers,D.J.(2007).*Social psychology*（6th ed.）. Belmont, CA.
Thomson/Wadsworth Publishing

Dorn,R.A., Scheyett,A., Swanson, J.W. & Swartz,M.S.,et al.（2010）.Psychiatric
Advance Directives and Social Workers: An Integrative Review.*Social Work*,55
（2）,157-167.

- Dixon,L.,&Goldman,H.(2004).Forty years of progress in community mental health :
The roles of evidence based practice. *Administration and Policy in Mental
Health*,31(5), 387-403.
- Edwards, S. J. L., Kirchin, S. & Huxtable, R. (2004) Research ethics committees and
paternalism. *Journal of Medical Ethics*, 30(1), 88-91.
- Guba, E. G. (1990), The alternative paradigm dialog, In E. G.Guba (Eds.).*The
paradigm dialog*, 17-27, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guba, E. G., &Lincoln Y. S.(1989),*Fourth generation evaluation*, London: Sage.
- Handsley, S., & Stocks, S. (2009) Sociology and nursing: Role performance in a
psychiatric setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1),
26-34.
- Johnson, L.C., & Yanca,S.J. (2001) *Social Work Practice: A Generalist Approach*.
Boston: Allyn and Bacon.
- Kahn,R.L (1964) .Organizational stress: studies in role conflict and
ambiguity.(University of Michigan Ann Arbor) Publisher: Wiley (New York)
- Koustelios,A., Theodorakis,N.& Goulimaris,D.(2004) Role ambiguity, role conflict
and job satisfaction among physical education teachers in Greece *International
Journal of Educational Management*, 18 (2) ,87-92.
- Lincoln,Y.S.. (1990) .The making of a contractivist.In E.G.Guba (Ed.) .*The
paradigm dialog*.Thousand Oaks, CA: Sage.
- Manis, J.G. & Meltzer, BN. (1978) *Symbolic Interaction: A Reader in Social
Psychology*, second edition. Boston: Allyn and Bacon
- Marriott,A.,Sexton,L.&Staley,D.(2004).Components of job satisfaction in psychiatric
Social workers.*Health and Social Work*,19 (3) ,199-206.
- Morley, M. &Flynn, M..(2003),The Relationship Between Work-role Characteristics
and Intercultural Transitional.*International Journal of Manpower*,24
(2) .118-127.

- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research method*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Payne, M. (2005) . *Modern Social Work Theory third edition* . London : Wildwood House .
- Rose, A.M. (1962). A Systematic Summary of Symbolic Interaction Theory, in Human Behavior and Social Processes.
- Rubin, A., & Babbie, E. R. (2008). *Research Methods for Social Work* (sixth ed.). CA: Thomson Brooks/Cole.
- Saleebey, D. (1996) . The strengths perspective in social work practice : extensions and cautions.. *Social Work*, 41 (3) , 296-305.
- Schulze, B. (2007) Stigma and Mental Health Professionals: a Review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Schulz, J & Auld, C. (2006) Perceptions of role ambiguity by chairperson and executive officers in Queensland sporting organisations. *Sport Management Review*, 9, 183-202.
- Snow, D. (2001). Extending and Broadening Blumer's Conceptualization of Symbolic Interactionism. *Symbolic Interaction* 24:367-377.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998) . *Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Strauss, A. (1987) . *Qualitative analysis for social scientists*. New York : Cambridge University Press.
- Wickham, M.D. & Parker, M. (2007) Reconceptualising Organisational Role Theory for contemporary organisational contexts, *Journal of Managerial Psychology*, 22(5), 440-464.

三、網路資料

內政部（2013）。*社會工作師法*。網址：<http://sowf.moi.gov.tw>

上網日期：2013年4月20日

行政院衛生署中央健康保險局（2013）。*第二部第二章第五節精神醫療治療費*

Psychiatric Treatment Fee (45001 ~45102)。網址：<http://www.nhi.gov.tw>

上網日期：2013年4月21日

附錄三、訪談同意書

精神醫療社會工作者的角色困境與定位訪談同意書

本人（以下稱受訪者）為協助張玲如（以下稱研究者）進行由簡春安教授擔任指導之「精神醫療社會工作者的角色困境與定位」博士論文，同意接受深度訪談。為保障受訪者之隱私及權益，茲與研究者簽定此訪談同意書。有關訪談同意書之內容如下：

一、訪談進行方式

- （一）訪談是以面對面的方式進行，視訪談之實際狀況，可能需要進行超過一次以上的談話，每次大約會進行一至二個小時，如果您認為時間過長或過短，也可以依照您的意願彈性調整。
- （二）有關訪談進行的時間及地點，將以您的便利為優先，即使已經事先約定好，您仍然可以因為個人或其他因素改變或取消。
- （三）為了確實紀錄您的談話內容，在您同意之後，研究者將在訪談過程全程使用錄音及撰寫現場筆記的方式進行。

二、訪談內容的處理與應用

- （一）訪談的原始內容不會讓第三者知悉，且研究者與指導教授討論及未來研究報告的呈現，將會以代號的方式呈現您的身份，以確保您的隱私。
- （二）訪談結果將轉為文字檔案，作為這份研究論文之原始資料。
- （三）作為未來相關研究主題的資料與發表。

三、受訪者的權利

- （一）雖然您已經表示是自願同意參與這個研究，您仍然有權利決定是否接受訪談。沒有任何人可以勉強您，您也不會因為拒絕訪談而有任何權益上的喪失。
- （二）您有權利拒絕任何您不願意回答的問題。
- （三）您有權利隨時中斷、暫停、退出研究。

受訪者簽名：

研究者簽名：

簽署日期：

附錄四、敬邀精神醫療專家學者問卷諮詢函

敬愛的同道：您好。

素來對您長久以來在醫療機構為專業及服務對象之努力不懈而深感敬佩。我是張玲如，曾經擔任精神醫療社工 25 年，素以精神醫療社會工作為職志，目前在東海大學社會工作博士班進修。

精神醫療社會工作在台灣的发展一甲子，由與精神醫療專業團隊同步發展的萌芽期、歷經形式主義專業平等團隊合作的發展期、到新管理主義績效壓頂下的衰弱期。目前其專業，似乎在醫療體系是遭受到爭議與挑戰的困難時期。當看到當前精神醫療社工所面臨的諸多專業發展上的問題，心中都有無限的感慨。

因此，我以「精神醫療社會工作者之角色困境與定位」做為我博士論文的研究題目。您，就是我研究中極力被推崇、推薦之專家學者諮詢名單中的重要成員。期待透過您的鼎力協助—意見提供，能為精神醫療社會工作未來發展有重要的幫助與影響。

這份問卷也許會花費您不少時間思考、提供意見作答，但經您在此領域多年的貢獻之專家意見表達，相信必能為精神醫療社工目前所遭遇的困境因素做出精確的評論(診斷)，也將為陷在困境中的精神醫療社工尋求出一條邁向專業自主、走出專業自信之出路，讓精神醫療社工能在醫療專業團隊中發揮社工專業角色。

誠摯感恩您的協助，隨函附上接受問卷諮詢同意書及問卷，敬請指教。
敬祝健康平安 萬事如意

東海大學社會工作學系博士班
指導教授 簡春安教授
研究生 張玲如 敬上

附錄五、專家學者意見諮詢問卷

「精神醫療社會工作者之角色困境與定位」之研究 專家學者意見諮詢問卷

■ 基本資料

性別：男 女

年齡：年生

教育：大學 碩士 博士 其他

精神醫療領域年資：年

目前職稱：年資：年

專業團體會員：師公會 其他

第一部分：精神醫療社會工作者之角色困境

一、精神醫療社會工作在台灣走過一甲子，由最初與精神醫療團隊同步發展的萌芽期、歷經形式主義專業平等團隊合作的發展期、到新管理主義績效壓頂下的衰弱期，請問您認為這中間社會工作者在醫療團隊中的角色地位變化，其關鍵影響及改變因素是甚麼？您認為目前精神醫療社會工作在團隊中的角色困境有哪些？

您的意見看法：

二、1995年台灣實施全民健康保險制度，請問此制度的醫療給付措施，對台灣醫療界產生何種影響？對精神醫療社會工作在團隊中的工作造成甚麼影響？其對精神醫療社工的角色執行產生的影響是甚麼？

您的意見看法：

三、有學者認為台灣實施全民健康保險對整體醫療的服務品質以維持最低品質為服務標準，這對整體醫療工作人員的專業自主性及其專業發展有影響，請問這個影響是對所有醫療專業具普遍性或是僅對某部分專業有特殊性影響？對社會工作在醫療體系的專業發展有何影響？

您的意見看法：

四、1997年社會工作師法頒布實施，請問您這個立法對精神醫療社會工作在醫院的專業角色提升是否有幫助？如果是有幫助，其原因是甚麼？如果是沒有幫助，其問題原因是在哪裡？

您的意見看法：

五、1986年台灣開始實施精神科醫院評鑑，請問醫院評鑑對精神醫療團隊的影響是甚麼？以病人安全服務品質為指標的新制醫院評鑑辦法，對精神醫療團隊帶來甚麼樣的影響？

您的意見看法：

六、醫療機構大多數有績效獎勵金發放辦法作為其醫院管理方法，請問就您所知或您所屬的醫院是否實施績效獎勵？如有，其績效獎勵標準之主要內涵是甚麼？醫院將精神醫療社工歸屬為醫事人員或行政人員？其人事歸屬根據為何？請問您人事歸屬是否會影響精神醫療社會工作在團隊中的原有工作執行？其影響為何？

您的意見看法：

七、在精神醫療五大專業團隊中，職能治療師法、社會工作師法、臨床心理師法相繼頒布實施，在團隊中爭取其專業角色發揮上佔有實際的影響力，請問職能治療師及臨床心理師之專業團體在聯合其學界老師共同爭取其專業角色國家認定上是否有值得我們社工專業團體學習、師法之處？您認為社工專業團體應如何使力才能對社工在精神醫療領域發揮實質的幫助？

您的意見看法：

第二部分：精神醫療社會工作者之角色定位

一、請問您自己怎麼看精神醫療社會工作者角色？團隊他成員怎麼看精神醫療社會工作者角色？團隊成員與社工兩者對角色看法是否有所不同？當這兩者不同時，社工通常如何看待與處理？

您的意見看法：

二、目前精神醫療社會工作內涵有由醫院內部的行政工作到臨床治療工作，亦有醫院外部的跨領域跨社區範圍的工作，請問這麼多的直接、間接工作，在社工人力有限下，您認為社會工作在精神醫療重要的具體角色任務是甚麼？才能突顯精神醫療社會工作在團隊中的角色？

您的意見看法：

三、請問您，最近15年，精神醫療社會工作者在團隊中的角色執行上有甚麼變化嗎？如果有變化，您認為發生的原因是甚麼？請問您認為社會工作要在精神醫療領域發展、要在團隊中具有獨特的角色功能，您認為應要有哪些作為？

您的意見看法：

再次感謝您花了不少智慧的心力提供意見，由於您寶貴的資訊，讓我能認真的整理出您們各位-對精神醫療社工專業發展深具影響力的專家學者們-的意見，讓精神醫療社工能在醫療團隊中的角色執行勝任愉快，並能在社會工作專業發展上有所發揮與貢獻。