



從心理衛生政策、 衛福部架構探討 社工專業發展

張如杏

前言

心理衛生(Mental health)服務是爲了提升、維持心理健康、預防心理疾病、治療和復健心理疾病，對象不只是病人，還有提升整體民眾心理健康(Dolgoff, 2009)。回顧歷史，心理疾病(Mental illness)和各類身體感官的疾病不同，心理衛生與精神疾病(Psychiatric illness)受到不同社會文化影響，心理疾病已經成爲從少數人的問題變成社會問題，憂鬱症和自殺對社會造成的影響，WHO (World Health Organization 世界衛生組織)呼籲政府必須重視心理健康，否則社會將付出重大代價。20世紀後期隨著精神醫療與藥物發展，各國政府將心理衛生與藥物濫用問題也納入社會政策，從疾病處理到預防，積極提升民眾心理衛生(Aneshensel & Phelan, 2006, 37-55; Greeno, 2008; Hortwitz, & Scheid, 1999)。

每個社會在不同時代都有各類的規範和常模(Normal)，表現如果背離社會常模，就會被認爲異常(Abnormal)，行爲異常不一定是生病，精神疾病與個人思考認知、行爲、情緒的異常有關，這些表現和社會文化有密切相關，不同文化有其處理機制。美國1952年發展精神疾病診斷與統計手冊(DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)，開始對於個人發展、認知、情緒、行爲異常，進行疾病歸類，到第三版時提出以五個軸向(axis)進行疾病診斷治療，強調從生物心理社會(biopsychosocial)層面的評估治療，正式建立精神疾病診斷標準，開始精神醫療專業發展。同時發展精神醫療團隊服務，除了醫師還有心理師、社工師、職能治療師與護理人員等專業提供完整的疾病醫療照護(張如杏, 2009)。近期精神醫療朝向大腦生化與基因探討致病與治病因素，精神醫療藥物的發展不斷推陳出新，醫療費用很

高比例在藥物上，反映出精神醫療偏重生物因素發展 (Mechanic, 2008, xi-xvi; Aneshensel, & Phelan, 2006; Hortwitz, & Scheid, 1999)。

隨著社會重視福利和人權，政府積極介入精神疾病的照護和預防，心理衛生成爲社會福利的一部分。本文希望從心理衛生歷史發展，參考 WHO 及美國心理衛生政策，反省臺灣心理衛生政策，探討未來衛生福利部架構，對社工專業在心理衛生發展提出建議。

社會福利與心理衛生

社會政策(social policy)是回應社會問題的指導方針，傳統社會福利是針對「貧、病、愚、懶、髒」這幾類容易淪爲社會弱勢者進行服務，其中貧窮與疾病的關聯密切，1980 年我國「殘障福利法」並未將精神疾病(psychiatric disorder)列入身心障礙對象，僅針對七類障礙（視聽殘障、視聽或平衡基能殘障、聲音機能或言語機能殘障、肢體機能、智能不足、多重殘障及其他類）比較偏重肢體感官方面殘障者，以殘補式(residual)福利爲主，對障礙者的服務傾向以「收容」隔離安置爲主，1995 年「慢性精神障礙」列入「殘障福利法」，從此慢性精神疾病患者也可以接受身心障礙法規的保障，接受就學、就醫、就養、就業等福利。

過去我國對於精神疾病的福利服務比較被動，1990 年發生螢橋國小被疑似精神病人到校園潑硫酸事件，基於保護大眾安

全及維持社會秩序，政府通過「精神衛生法」，這是身心障礙類別中唯一單獨立法，且以偏重醫療專業服務內容，規範精神疾病相關專業治療方式，並保障精神病人權益（陳永興，2000）。

1980 年之前臺灣精神醫療服務是屬於社會救助的一部分（陳永興，1981、2003），當時是由內政部、社會局處負責，當時雖然也有醫療（醫院精神科或療養院），但是大部分是收容、救助病患，以減少社會問題，對於精神疾病的治療採取被動「收容管理」，和遊民一起收容。有些社工在這些機構提供社會福利服務，也有在醫療體系隨著醫師一起對病人與家庭進行服務，隨著 1980 年之後歐美推動精神醫療社區化，社工成爲專業團隊最特殊的專業，當時除了醫師，其他專業還沒有證照，社工員以行政角色參與臨床服務，除了直接服務也有行政職責（補助與安置），與心理、職能治療成爲精神醫療的“近專業”(Paramedical professional)人員（註 1）。精神醫療社工在團隊的專業角色，隨著精神疾病從社會救助到醫療化的歷程，從社會福利漸漸趨向醫療，與團隊一起使用醫療語言溝通討論、書寫病歷、執行處遇(treatment)，其臨床服務可以收費，同時成爲精神醫療評鑑的一部分，有相關服務流程與規定。社會工作的助人角色融入醫療團隊，並發展精神醫療社會工作的處遇模式。

從歷史回顧，臺灣精神醫療發展與國家的心理衛生政策法規的推動有密切關係，1990 年 12 月政府通過「精神衛生法」，

將政府對心理衛生的做法以法令明確規範，但是也將心理衛生議題窄化為精神疾病的預防與治療，其優點是推動各類精神醫療業務（精神醫療網），帶動各類專業人力成長，但是缺點是過度強調疾病三級預防，缺乏全方位提升心理衛生做法。在「衛生白皮書－跨世紀衛生建設」（2002）第八項「重視心理衛生，增進國民心理社會調適能力」，宣示性陳述國家心理衛生政策，心理衛政策只有點綴性角色，缺乏和整體衛生與福利政策的連結，心理衛生與其他衛生政策各行其政。Greeno (2008)認為心理衛生議題涵蓋健康、醫療、就業、家庭關係、社區適應等，這是許多民眾終生議題，需要全面規劃整體服務網。

法令依據，但是徒法不足以自行，過去臺灣精神醫療的問題有：1.設施不足 2.人力短缺 3.體系闕如 4.品質低落 5.法令不足 6.忌諱就醫（陳永興，2000）。這些問題持續至今有了許多變化，就現況需求與設施，根據內政部統計(2011)從民國 92 年 75832 人到民國 99 年 108,883 人，大致維持占全部身心障礙人口 10%，臺灣的精神病患人數持續增加，政府提供醫療體系的各類服務增加、且服務形式更多元：居家治療、社區復健中心、康復之家、精神護理之家。其中醫院精神科許可病床數、開放病床數，含急慢性全日住院、養護床、日間住院床，各類精神醫療更多元，且醫療許可床數多於實際床數，設施日漸充裕（見表 1、2）。

臺灣精神醫療的演變

精神衛生法讓臺灣精神醫療發展有了

表 1：精神科病床數

病床類型	1981 年 a		1995		2005 (87,093 人)		2010 (110,809 人)	
	治療床	收容床	急性床	慢性床	急性床	慢性床	急性床	慢性床
床數	1,780	4,243	2,606	10,695	6,012	12,544	7,937	14,994
總床數	6,023		13,301		18,556			

1981 年全臺（治療床+收容床）/每萬人口數=3.52

a.陳永興（1981：39），表五之 1。

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

c 衛生署:精神醫療資源現況表。

表 2：精神醫療設施

年 度	許 可 病 床 數				開 放 病 床 數				養 護 床
	全日住院病床			日 間 住 院	全日住院病床			日 間 住 院	
	合 計	急 性	慢 性		合 計	急 性	慢 性		
95	23,606	7,334	16,272	6,159	18,648	5,928	12,763	5,983	4,526
99	22,931	7,937	14,994	6,712	20,621	6,862	13,759	6,712	4,340

就專業人力部分，也是精神醫療和其他醫療不同之處，民國 70 年之後各類醫院評鑑規定，精神醫療專業人力持續增加、服務品質提升，同時精神醫療網的建構，也充實社區和醫療服務，透過社區服務，還有個管員提供社區精障者各類服務，社區化的照護系統減少病人的醫院的依賴。近年來精神疾病治療藥物發展迅速，雖然住院天數減少，藥物費用占精神醫療的費

用比例成長，心理治療、家族治療等的醫療給付相對偏低，導致醫療偏重生化藥物治療，社工與其他專業人力都有成長，但是心理衛生社工缺乏創新與實證基礎的服務，在醫療團隊漸漸邊緣化。每個領域的社工必須面對在該領域案主也會有心理衛生問題，對心理衛生專業的學習，不是侷限在心理衛生或精神醫療領域的社工 (Greeno, 2008)。

表 3：精神醫療專業人力比較

	1981 年 a	1993 年 b	2006 年 c	2010 年 c
專科醫師	168	481	888 + 237	1107 + 249
社工人員	33	137	414 + 114	464 + 32
臨床心理師	24	124	406 + 57	456 + 74
職能治療師	52	187	468 + 101	581 + 24

資料來源：

a 陳永興 (1981：52、55)，表十三、十四。

b 陳永興 (2003：186)，表十四。

c.衛生署：精神醫療資源現況表，專任+兼任

美國 1970 年代推動「去機構化 (Deinstitutionalization)」運動，將長期安置機構的精神病患從機構回歸主流 (mainstreaming)，美國的精神醫療同樣面臨機構收容安置到社區照顧發展 (Mechanic, 2008, pp.96-123)，臺灣 1990 年之後也有精神醫療社區化照護模式 (Community mental health care)，減少精神疾病住院時間，協助精神病人與社區融合，減少因為隔離造成歧視。然而，美國在精神疾病去機構化之後，由於各類服務轉銜不足、疾病復發率高、造成病人旋轉門效應 (Revolving Door)：病人經常在醫療、監獄、就業體系進出，取代機構化的結果是遊民暴增（許多離開機構的精神病人淪為遊民），社區精神病患比機構病患的死亡率更高，為了人權減少機構長期安置，卻因為配套不足，讓病患失去足夠照顧 (Karger & Stoesz, 2010)。良好立意缺乏妥善配套可以造成難以預料的後果，心理衛生發展須兼顧專業與人權，才能真正提升民眾心理衛生。

初級預防的心理衛生政策－強化心理資本

整體上，各國對心理衛生的重視是在 20 世紀後期，精神醫療的做法是心理衛生的議題中的第三級預防 (Karger & Stoesz, 2010)，也就是減少疾病造成的影響，避免疾病影響生活品質，然而促進國人心理衛生應該從初級預防：營造健康環境、減少致病因素（壓力）、提升個人因應壓力能

力。初級預防的做法需要減少環境致病因素，例如減少壓力，同時要加強民眾對壓力的調適因應，增加個人對壓力的免疫力，以減少疾病發生。

Beddington 等人 (2008) 提出心理衛生涵括人的「心理資本」(mental capital) 概念：建構人在不同展階段的發展問題、壓力與因應，包括初級預防，減少疾病、以及負向問題發生因素、強化抗壓性，次級預防，包括強化支持系統，終生心理資本發展是從個階段發展及疾病預防、環境支持與致病因素等，了解如何預防心理疾病，增加個人心理資本（見表 4）：

人的心理資本在不同發展階段有正負向影響互相作用，政府在建構心理衛生服務體系時應該從初級預防開始構思，如何減少各階段影響心理資本負面因素（或稱壓力源），增進心理資本的正向影響，把重心放在疾病治療只是治標不治本，忽略大多數人的心理健康的維護與促進。

精神醫療社會工作的發展從醫療團隊與福利服務連結，基本上是三級預防臨床直接服務為主，過去心理治療、家族治療，已經被藥物治療取代，藥物治療的費用已經快速超過其他精神醫療費用，我們需要省思心理衛生問題窄化為精神疾病的藥物治療，社會工作專業何去何從？精神復健 (Psychiatric Rehabilitation) 和提供實證基礎的實務服務 (Evidence-based practice) 是心理衛生介入和社工實務的重要概念 (Solomon, 2008)，心理衛生政策必須從提升所有民眾心理資本，在人的不同發展階段針對重要的環境因素介入、強化其正向

影響，減少負向影響因素，讓個人到環境整體規劃，從初級預防角度，社工的參與不只侷限在精神疾病的治療，而是擴大到

從環境因素強化民眾心理資本，政府心理衛生政策將引導國家對心理衛生的服務方向。

表 4：各發展階段的心理資本

環境因素	母體	家庭	學校	工作	家庭與工作	退休
發展階段	胚胎期： 胚胎發展	兒童早期 (0-4 歲)： 早期發展	兒童期 (5-12 歲) 學習階段	青少年：執行 功能、社會認 知、自尊、語 文和數理	成人期：認知 韌力和調適技 巧	成人後期：認 知限制 (退化)
正向影響		良好親職技 巧、家庭經 驗	支持性的教導 和教育	應對同儕壓 力、融入社會		身體活動、認 知活動、社會 刺激、醫療或 飲食介入
負向影響	菸酒、藥 物、營養不 良	暴露在早期 壓力	暴露在早期壓 力、兒童期創 傷	反社會行為、 青少年懷孕、 抽煙	藥物與酒濫 用、社會隔 離、壓力、焦 慮、憂鬱、慢 性疾病、	年齡相當的認 知身體的挑戰

Beddington, J., Cooper, C. L., & Field, J. et, al. (2008). The Mental Wealth of nations. *Nature*, 455(23), 1057-1060.

心理衛生政策與服務

20 世紀後期對心理衛生的重視，來自疾病的盛行率增加，民眾罹患心理疾病造成社會成本增加，以及疾病造成個人、家庭與社會的成本增加，因此 WHO 建議各國政府必須正視心理衛生議題的處理，WHO (2007)提出「發展心理衛生政策與計畫的步驟」，從政策面推動心理衛生。

發展心理衛生政策：步驟 1-7

1. 評估民眾需求
2. 搜尋有實證的有效策略
3. 照會及協商
4. 與其他國家交換
5. 陳述政策的遠景、價值、原則及客觀性
6. 決定行動的範圍
7. 釐清不同單位的角色與責任

發展心理衛生計畫：步驟 8-12

- 1.決定策略及時間
- 2.設定指標和目標
- 3.決定主要的活動
- 4.決定成本、資源和預算
- 5.設定監測和評鑑機制

實行政策和計畫：步驟 13-19

- 1.決定政策
- 2.尋求政治支持與資金
- 3.發展支持性組織
- 4.設定小型計畫進行先行研究
- 5.強化心理衛生支持者
- 6.增強組織間合作協調
- 7.提升利益相關者互動

除了政策面的規劃步驟，心理衛生要能融入一般健康照顧，心理衛生和生理健康一樣重要，但是因為精神疾病容易被標籤歧視，當心理衛生與其他健康問題一起處理時，可以減少標籤。

WHO(2007)建議心理衛生的議題從預防到治療非常廣泛，政府在政策面的方向：1.限制精神醫院，減少機構化、減少成本。2.建構社區心理衛生服務。3.發展一般綜合醫院的心理衛生服務。4.將心理衛生服務融入基層健康服務。5.建立非正式的社區心理衛生服務。6.提升每個人的自助能力。國家心理衛生的推動應該落實在精神醫療之外，可以減少被標籤，有利初級預防，減少對醫療的依賴、降低醫療成本，這樣的觀念值得參考。

衛生福利部架構中的心理衛生發展

任何政策推動需要有行政組織規劃執行政策，過去衛生署的組織，經歷近百年的演變，現行衛生行政體系大致維持中央、地方並行（衛生署網站，2011），中央以衛生署為主制定政策與法規，地方則透過縣市衛生局，將法規與政策落實，然而心理衛生的議題從預防到治療，從兒童到老人，從疾病、自殺防治到藥物濫用處理，其複雜程度不能侷限在衛生領域，必須將衛生與福利結合，避免心理衛生政策淪為處理精神疾病的政策。

行政院推動組織改造，民國 101 年起將原本衛生署與社會司關於福利業務整併為衛生福利部，規劃衛福部的架構，包括下列事項：

- 1.衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理及監督。
- 2.衛生福利事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。
- 3.國民年金、全民健康保險、長期照護保險之政策規劃、管理及監督。
- 4.社會救助、社會照顧、福利服務與社區發展之政策規劃、管理及監督。
- 5.家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。
- 6.衛生福利人力資源之政策規劃、培訓、發展及管理。
- 7.心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。
- 8.中醫藥發展之政策規劃、管理、監督及研究。
- 9.所屬中醫藥研究、社會福利與醫療

機構之督導、協調及推動。

其他有關衛生福利事項。

目前衛福部架構，涵蓋健康、社會福利、綜合科（社會保險）三大部分（見附件，行政院院會 100.01.06 版），在衛生醫療部分預計有「醫事司」、「中醫司」、「心理健康司」，其中「醫事司」將負責醫事人員的管理與教育訓練，「心理健康司」的業務：心理促進（初級預防）與自殺防治；精神醫療；物質濫用；家庭暴力防治、加害人處遇、司法精神醫學，從組織架構看，我國心理衛生政策已經從精神醫療擴大到長期照護，將自殺防治、物質濫用、保護性個案處遇整合，擴大精神醫療介入範圍。

心理衛生社會工作專業的發展

過去精神醫療專業人員主要是在醫療體系內服務，根據醫院設置標準與評鑑標準，依病床數設置相對人力，未來隨著衛福部的業務擴大，將有更多專業人力在不同領域提供心理衛生服務。過去許多社工在機構與醫院提供精神疾病治療、福利服務與資源轉銜（張如杏，2009），近期許多社工擔任社區個案或是自殺防治關懷員，主要在心理衛生的三級預防，實際的參與和貢獻不容抹煞，隨著各類心理衛生的方案推動，更多社工人力投入服務。

Mechanic (2008, pp.1-22)指出精神醫療社工的訓練偏心理動力因素，提供各類治療，他們喜歡投入直接治療，由於治療成本比較低、保險公司願意給付，社工師成為美國心理治療的主要提供者。但是，

精神醫療社工不善於政策規劃，習於接受醫療權威的決策，因此在其他社工同儕眼中是比較缺乏自主與權力，甚至薪資也比其他領域社工低。Karger 與 Stoesz (2010)認為：當醫療成本持續增加，健康保險無法支付龐大支出時，政策會鼓勵以福利方案替代治療方案，社工將被要求從直接治療服務轉成個案管理，以降低醫療支出，失去對個案直接治療，對社工專業發展不利。

社工師證照近 15 年之後全國超過 4,000 人取的證照，精神醫療社工取得證照的人數卻沒有任何官方統計，薪資也沒有因證照而提高，癥結在於精神醫療社工師不是醫事人員，無法進入醫事人力統計，衛生主管機關（醫事處）不管醫院的社工師，醫療體系（含精神醫療）社工成為醫院中最怪異的一群：有照無照可以做相同業務，因為不是醫事專業人員，沒有明確業務範圍，醫院各類業務都可以交給社工。國內各領域社工服務沒成本計算，精神醫療社工服務是少數有收費項目，但是精神醫療社工執行治療在健保的點數低、項目少，由於半數精神醫療社工不具證照，至今無法承諾以證照社工師進行臨床服務（有照無照收費一樣）。精神醫療社工不是醫事人員，無法爭取成為醫院設置標準、評鑑標準的必要項目，導致醫院考量成本時社工人力遇缺不補，因此不論醫療體系內外，心理衛生相關方案成長，以社工師為職缺的職務卻不多，社工師薪資也比其他專業人員低。許多對精神醫療有興趣的年輕社工，在還沒有臨床訓練基礎就

擔任各類心理衛生方案的個案管理員，缺乏社工專業訓練基礎，漸漸認同行政和管理，社工專業並沒有隨著心理衛生業務推動而成長茁壯。

明年衛福部成立，新增心理健康司，將提升政府對心理衛生議題的關注，預計將有更多方案需要人力投入，欣見國家對於心理衛生的積極做法，從行政組織上規劃整合，落實積極的心理衛生預防政策，社工專業應該有前瞻的思考，包括爭取以社工師進行各類臨床福服務，例如長期照護、新制身心障礙鑑定與需求評估；強化社工師繼續教育與在職訓練，以提升社工

專業素質；積極推動以心理衛生專科社工師，成為醫事人員，以爭取合理薪資及健保給付；和其他醫事人員以共同基準（證照與教育訓練）爭取專業人員應有的福利與發展；同時發揮社工專業能力積極參與政策規劃，發展有實證基礎的專業服務模式，承擔專業的責任與使命。未來心理衛生社工同業必須在福利和醫療、專業與人權、行政與專業的多重考量，走出新的服務模式與思維，才能與國家的心理衛生發展並進。

（本文作者張如杏現為臺大醫院精神部社工師、臺北市社工師工會第四屆理事長）

📖 註 釋

註 1：近期已經將 paramedical professionals 改成 Allied medical professionals，表示對專業團隊成員的自發性與專業性的尊重。

📖 參考文獻

- 衛生署(2011)。精神醫療資源現況表，衛生統計。2011年8月8日查閱，見衛生署網站。
- 陳永興(1981)。飛入杜鵑窩：臺灣地區精神醫療時況報導。作者自印。
- 陳永興(2003)。國家醫療政策與精神醫療政策，*臺灣醫療發展史*。173-194，臺北：新自然主義。
- 陳永興(2000)。我國精神衛生法立法始末（一至四），*精神醫學通訊*，19卷，7-10期。
- 張如杏(2009)。臺灣精神醫療社會工作專業發展與危機，*臺灣社會工作學刊*，第六期，頁119-146。
- 衛生署(2011)。關於衛生署，行政組織，細說從頭，衛生署網站，
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=188&now_fod_list_no=&level_no=&doc_no=50399，2011年8月8日查閱。
- 衛生署(2011)。「衛生白皮書－跨世紀衛生建設」新聞稿，衛生署新聞稿，建檔時間2002/10/02 17:37:11。

- Aneshensel, C. S., & Phelan, J. C. (Eds.). (2006). *Handbook of the Sociology of mental Health*. New York: Springer.
- Beddington, J., Cooper, C. L., & Field, J. et, al. (2008). The Mental Wealth of nations. *Nature*, 455(23), 1057-1060.
- Dolgoft, R., & Feldstein, D. (Eds.). (2009). Social Welfare Programs: Sustaining the Quality of Light. *Understanding social Welfare: A Search for Social Justice* (Eighth ed., pp. 233-275). Boston: Allyn and Bacon.
- Greeno, C. G. (2008). Mental health: Overview. In T. Mizrahi & L. E. Davis (Eds.), *Encyclopedia of Social Work* (pp. 221-232). Washington, DC: NASW Press.
- Horwitz, A. V., & Scheid, T. L. (Eds.). (1999). Part I Approaches to Mental Health and illness: Conflicting Definitions and Emphases. *A Handbook for the study of mental Health: Social contexts, Theories, and Systems* (pp.1-11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Karger, H. J., & Stoesz, D. (2010). Social Policy and the American Welfare State. In *American Social Welfare Policy: A Pluralist Approach* (Sixth ed., pp. 1-26). Boston: Allyn & Bacon.
- Karger, H. J., & Stoesz, D. (2010). Mental Health and Substance Abuse Policy. In *American Social Welfare Policy: A Pluralist Approach* (Sixth ed., pp. 338-360). Boston: Allyn & Bacon.
- Mechanic, D. (Ed.). (2008). *Mental Health and Social Policy: Beyond Managed care* (Fifth ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Snowden, L. R. (2008). Mental Illness: Service System. In T. Mizrahi & L. E. Davis (Eds.), *Encyclopedia of Social Work* (pp. 247-252). Washington, DC: NASW Press.
- Solomon, P. (2008). Mental health: Practice intervention. In T. Mizrahi & L. E. Davis (Eds.), *Encyclopedia of Social Work* (pp. 232-237). Washington, DC: NASW Press.
- Wiki (2011). 心理衛生行政。參閱時間：2011/07/31。
- WHO (2007). *Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans*.

100.01.06行政院院會版

