

# 以社會處方作為社會福利服務提供 與委外執行之可行性探討

劉宜君

## 壹、前言

隨著人口高齡化與醫療費用上漲的雙重壓力，部分先進國家如英國、美國、紐西蘭、加拿大等，除了提供病患醫療服務外，開始推動非醫療的介入 (non-medical interventions)，稱為「社會處方」(social prescribing)，有時稱為「社區轉介」(community referral)(ERS, 2013; Kimberlee, 2016)。以英國為例，衛生部在 2006 年將醫療資源由疾病的治療移轉到疾病的預防，在地方執行社會處方計畫，建立醫療部門、社會部門與非營利組織之間的夥伴關係，讓民眾更容易獲得協助與資源，促進心理健康與獨立性。社會處方服務的對象，包括：弱勢與社會邊緣的人，例如低收入的單親母親、失去親人的老人、有慢性疾病的人，或是剛到新社區的人、有輕度到中度焦慮或沮喪的人、長期與持續心理健康問題的人、頻繁出現在初級醫療照護的人等 (Frasure-Smith, 2000; Greene, 2000)。有鑑於社會處方讓不同性

質的非營利團體、社區組織能在醫療服務領域能發揮專業，以及與醫療部門建立夥伴關係，有別於以社會福利為主的社會服務。為此，本研究探討社會處方作為社會福利服務提供方式與委外執行的可行性。

## 貳、文獻探討

文獻探討包括社會福利服務委託之意涵與相關研究、社會處方意涵與類型、社會處方實施步驟與臺灣類似經驗。

### 一、社會福利服務委託之意涵與相關研究

從 1970 年代開始，英美等國家開始反思福利國家的概念，試圖引入市場或志願部門的力量替代或補充政府在社會福利服務扮演的角色，產生新的社會福利服務模式，例如「購買式服務契約」(purchase of service contracting, 簡稱 POSC)、外包 (outsourcing)、抵用券等 (林萬億、陳毓文、秦文力, 1997: 5)。契約委外是

由公、私部門簽定的契約，由政府組織管理私部門組織，達成政府設定的預期目標（孫煒，2016）。Le Grand and Bartlett（1993）指出政府福利服務的民營化是「準市場」（quasi-market）模式，亦即政府在履行福利照顧責任時，以市場的意識型態，經由契約體系和市場運作方式，提供有效率、公平、有選擇性的社會福利服務。因此，契約委外讓政府由「自行生產服務者」的統治角色轉變為「服務的購買者」的治理角色（Kettl, 2000; Ramia and Carney, 2001）。惟社會服務契約委外可能導致非營利組織依賴政府的資源（Johnston and Girth, 2012: 7）。此外，部分研究顯示政府契約委外的績效與競爭關係並不明顯（Lamothe and Lamothe, 2010），或是因為競爭導致提供社會服務的私部門組織不斷變更，影響服務的品質（Schlesinger, Dorwart, and Pulice, 1986）。因此，Lavery（1999）指出政府生產或購買社會服務時，需要考量的因素，包括：供給與需求之間的平衡、服務輸送模式的品質與數量、公辦公營的優勢與劣勢、社會偏好、社會福利受益者的觀點等。同時進一步指出政府部門扮演「智慧購買者」（smart buyer），進行「智慧委外」（smart contracting），特徵包括：一是策略導向：契約委託者具有策略思考的能力；二是勝任能力：決策者在服務輸送的檢視、契約策略、受託者選擇與監督上，具備足夠的勝任能力；三是掌握資訊：決策者擁有足夠瞭解供應成本與品質的資訊；四是獨立性：決策者、契約管理者與受託者之間關係不受政治因素的影響

（Lavery, 1999）。因此，社會服務契約委託的成功條件，包括：審慎挑選委外的項目、存在高度發展與競爭性的市場、契約上明確說明委外項目、委託者具有公共管理能力，發展評鑑績效工具，與管理整個契約過程（Lavery, 1999; Slyke, 2003; 劉淑瓊，2005）。相關研究如黃源協、蕭文高（2006）指出契約管理制度的不穩定影響服務成效，亦增加社會行政人員管理契約的負擔；當契約雙方對評鑑制度不信任時，將增加契約失靈的發生頻率與交易成本。此外，根據劉淑瓊（2008：97）對於地方政府身心障礙者服務與婦女服務委約契外的經驗研究，兩者都缺乏實質性競爭，只有一個社福型非營利組織來投標的委外案均高達八成以上；兩個以上來投標的都在一成五上下；三個以上競標的案件數更是只有5%左右。王篤強、高迪理、吳秀照（2010：111）研究指出除了北高兩市之外，其他的大部分地區還有符合資格之服務供給者不足的現象，其中又以南部以及東部縣市最為嚴重。

因此，孫煒（2016：24）主張地方社會服務契約委外應採用透明合理的採購模式，建議社福型非營利組織之間的競爭，是「績效競爭」，而非「價格競爭」，即強調不同社福型非營利組織提供社會服務的「異質性」。「異質性」是指一種能明顯區別「廠商」銷售產品績效的特性（王國武、余文德，2009：27-28）。也就是各非營利組織提供的社會服務具有差異性。「績效競爭」的精神可以翻轉社會服務契約委外的目的由「訂立對政府最有利的契約」至「訂立對受益民眾最有利的契

約」，由原本地方社福行政機關契約委外的績效重心的經濟指標與效率指標，擴展至品質指標與效能指標。地方社福行政機關與社福型非營利組織之間應建立「協力夥伴」的互動模式，以追求社福型非營利組織之間公平競爭。

綜合前述，社會福利服務委託的趨勢為政府扮演具有效率與效能的服務購買者，同時社會福利服務的委託應具有競爭性，強調服務提供者之間的績效競爭，而非價格競爭，聚焦在不同社福型非營利組織提供社會服務的「異質性」。惟前述關於社會福利服務委外的討論，以滿足社會需求為主，較未涉及醫療服務與福利需求的結合。

## 二、社會處方的定義與類型

社會處方是將有社會、情感需求的人連結社區的非醫療資源，例如藝術、閱讀、教育、運動，或是大自然、健康生活、資訊提供、社會企業活動、時間銀行等 (CentreForum Mental Health Commission, 2014: 6)。社會處方透過轉介，讓病患獲得非臨床的服務，這些服務通常由自願組織、社區與宗教部門提供 (Thomas, Camic, and Chatterjee, 2015: 6)。社會處方同時滿足病患醫療與非醫療的需求，可視為建立在「以人群為基礎的途徑」(on a population-based approach)，透過集體責任，建立整合的醫療系統 (Trainis, 2019)。

社會處方的類型相當多元，茲說明如下：

第一種社會處方是「資訊處方」

(information prescription)，是提供有社會照護需求的病患，能諮詢健康問題或社會需求的專業資訊。例如初級照護機構會對於需要自我協助的患者進行資訊排序，以地方電話簿、病患資訊手冊、公布欄或網際網路等途徑提供關於照顧服務與效益，以及支持團體的資訊 (Leisey and Shipman, 2007)。

第二種社會處方是「電腦化治療」(computerized therapy)，是以電腦與網際網路為途徑，提供心理治療方法 (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, and Titov, 2010)。例如英國國家健康與照顧卓越研究院 (The National Institute for Health and Care Excellence, 簡稱 NICE)(2006) 建議「Beating the Blues」(對抗憂鬱) 主要針對從未使用過電腦的病患提供八個段落的自我協助 (self-help) 線上治療課程，協助病患管理自己的情緒 (Friedli et al, 2009: 36)。(註 1)

第三種社會處方是「閱讀療法 / 圖書醫療法」(Bibliotherapy) 或「閱讀處方」(Book on prescription)，是一種以圖書資料為媒介的治療 (Hebert and Kent, 2000; Myers, 1998)。在英國，閱讀處方採取兩種形式，一是由家庭醫師或心理健康工作者提供書籍的借閱，二是由家庭醫師或心理健康工作者推薦書籍，讓病患能從地方圖書館借閱 (Friedli and Parsonage, 2008; Lewis and Anderson, 2003)。

第四種社會處方是「運動處方」(exercise on prescription)，是由家庭醫師或復健醫師開立，轉介病患使用支持性的運動課程，包括：健身房運動、指導與健

康步行、自行車、游泳、水療、團體運動、舞蹈課程等 (Medscape, 2018)。

第五種社會處方是「藝術或創作處方」(arts and creativity on prescription)，是指病患參與藝術和創造性活動 (Bungay and Clift, 2010)。例如加拿大魁北克「蒙特婁美術館」與「加拿大法語區醫生公會」合作，醫師可視患者狀況開立藝術處方箋，患者憑處方箋可以攜伴免費前往參觀美術館展覽；亦能預約藝術治療師，參與適合的繪畫、表達、互動行為療程 (謝文馨, 2018; Cascone, 2018)。音樂處方藉由音樂和音樂活動的使用，達到身心障礙者或罹患疾病者在肢體、情緒、認知和社交方面的需求 (American Music Therapy Association, 2002)。

第六種社會處方是「綠色活動處方」(green activity on prescription) 與「生態療法」(ecotherapy)，是將有輕度與中度心理健康問題的人連結大自然環境 (Mind, 2007)。例如臺灣在 2004 年，由在美國拿到園藝治療師認證的園藝治療師黃盛璘引進「園藝治療」，結合本土植物的特性與民眾的需求，並到各機構進行園藝治療的推廣，包括老人養護中心、醫院精神科或中小學的資源班 (小虎文, 2017)。

第七種社會處方是「學習與教育處方」(learning/education on prescription)，主要透過促進個人的社會經濟地位，獲得健康服務與資訊，問題解決與自尊與自我效能等，對心理健康具有正面的影響 (NIACE, 2003; Friedli et al., 2009: 43)。在實證研究上，從學習處方參與者身上發現自信與自尊、促進睡眠、增加活動，以

及具有更廣泛的社會網絡、更能控制情緒 (James, 2001)。

第八種社會處方是「志願服務處方」(volunteering on prescription)，是指鼓勵人們擔任志願工作有助於心理健康，以及使用志願服務作為社會處方 (Friedli and Parsonage, 2008)。Greenfield and Marks(2004) 指出志願服務工作能提高心理健康、降低憂鬱與負面的心理症狀。

第九種社會處方是「就業處方」(employment on prescription)，包括：對於工作者的心理健康問題給予改善的建議、提供支持性的就業、或是協助在社會企業或是社會公司或是時間銀行工作，作為社會治療的方式 (Rubin and Roessler, 2001; Friedli et al., 2009: 46)。

最後第十種是「食物處方」(food prescription)，英國國民健康服務為全面治療飢餓和飲食相關疾病，允許醫師開給低收入病患與其家庭食物處方 (蔬果食物券)，獲得一定數量的新鮮的水果與蔬菜，確保營養均衡與健康飲食 (Miller, 2015)。美國 Wholesome Wave 公司 2010 年開始在五個州和華盛頓特區實施水果和蔬菜處方計畫 (fruit and vegetable prescription program, 簡稱 FVRx)。例如心血管疾病的患者可以獲得醫師開立的食物處方，獲得價值 40 美元的水果和蔬菜，在特定的農業市場購買這些食品，瞭解健康改善情形 (McKernan, 2013)。

### 三、社會處方的實施步驟與執行要素

社會處方在英國與美國均有實施經驗。在英國，由家庭醫師判斷或病患自行

提出有非醫療或是出現心理與社會症狀、醫師轉介病患到適合的社會處方計畫、工作人員對病患進行初步的訪視與評估、病患參與社會處方計畫，進行評估後，讓病患重複類似的活動 (Thomas et al., 2015: 31)。英國的社會處方整合在初級治療服務中，透過醫療服務提供者與社區團體、非營利組織與地方主管機關之間的連結，提供休閒、福利、教育、文化、就業與接觸大自然等社會服務，促進病患的心理健康與福祉。在執行社會處方計畫的過程中，透過簽訂計畫進行轉介。轉介的議題，包括：一是轉介的途徑：誰能推薦與轉介，以及提供服務的方法；二是轉介標準：符合轉介的資格；三是轉介的結果：評估轉介效果 (Friedli et al., 2009: 28)。執行的關鍵要素，包括：訓練與支援初級照護的工作人員；推薦與轉介人員之間的協調合作；訂定推薦標準；提升機構資源與設備；強化社區、非營利組織提供服務的能力；監測成效與評估結果；促進社會大眾對於

社會處方的認知 (Friedli et al., 2009: 17-18)。

近期，在英國由於有不少傳統社區藥局關門，因而提出除了家庭醫師外，讓社區藥師在社會處方的執行過程扮演參與角色與獲得醫療保險給付，讓社區藥師鼓勵社區孤立者參與多元化的社會活動，而不是僅透過藥物治療。換言之，讓社區藥師成為執行社會處方契約的一員，扮演更重要的責任。惟以往家庭醫師與藥師之間較缺乏合作關係，因而社會處方的契約議題具有重要性 (Trainis, 2019)。隨著社會處方在英國的推展，公共諮商集團公司 (Public Consulting Group, Inc.) 提出「下一代社會處方」(next generation social prescribing) 的構想，將病患線上服務整合在家庭醫師的紀錄，自動化社會處方的提供，讓病患成為自我照顧者，建立一個真正以民眾為中心的途徑，如圖 1，讓民眾在促進個人健康與福祉上扮演更積極的角色 (Public Consulting Group, 2017)。

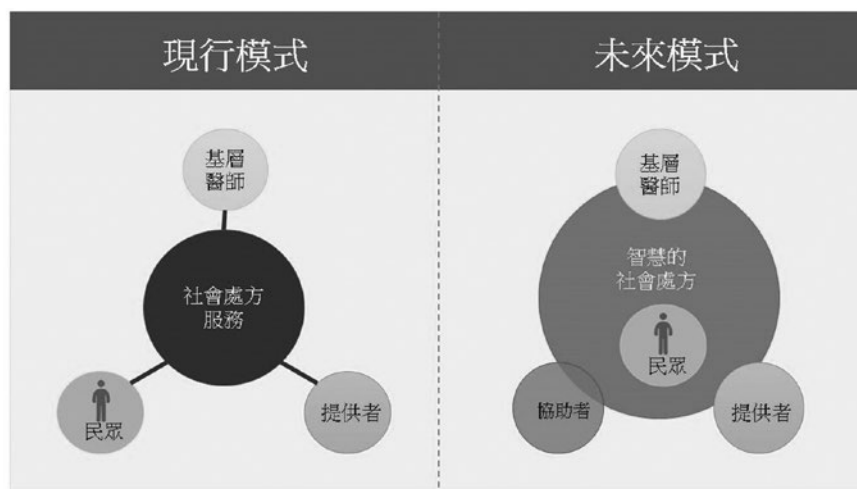


圖 1 以民眾為中心的社會處方途徑

資料來源：Public Consulting Group (2017)

美國與英國的醫療保險系統不同，但也是由基層醫師轉介病患，以獲得社會處方 (Alderwick et al., 2018)。以 Health Leads 這個大型的非營利組織為例，讓醫療服務提供者考慮影響病患健康的社會與經濟原因，連結低收入病患獲得維持健康的基本資源 (Sarkar, 2010)，換言之，病患的健康問題也與社會或環境因素有關，例如食物、能源、住宅或其他資源，因而醫師開立的處方應該包括非醫療資源，該組織的志工透過公共服務與社區資源協助，滿足病患非醫療的需求。

至於社會處方的委外契約內容，需要考慮提供社會服務的效益與複雜程度。例如就業處方與藝術處方的效益與操作的複雜程度不同，前者以提供協助者的工作作為治療方式，同時具有經濟與心理效益，成效需要較長期的觀察；後者則是透過音樂欣賞或是參觀博物館或是創作改善心理問題，成效可短期觀察到。因而需要針對不同類型的社會處方建立標準形式的契約，提供政府委外的管理原則與評估方式。其他契約要求包括：一是資訊治理 (information governance)：保護病患個人隱私資料；二是病患安全：留意病患的健康，及提供服務提供者的資訊；三是品質維護：促進社會處方提供的經驗，與分享好的照顧經驗，建立非營利組織或社區團體之間的夥伴關係；四是風險管理：管理病患轉介的風險，例如食物處方比資訊處方的風險為高，由於部分提供社會處方服務的團體或組織沒有實際接觸病患的臨床經驗或能力，因而治理與風險議題需要在契約中規範；五是回饋與評估結果的蒐集：

例如透過問卷填答蒐集評估資料 (Healthy London Partnership, 2018)。由此可知，社會處方的執行需要醫療部門與社會部門的合作，建立以病患為中心的服務途徑。

#### 四、臺灣類似的實施經驗

近期，臺灣有政府部門、社區組織、非營利組織推動高齡者、孩童、身心障礙者、失智症者等提供運動、園藝、音樂、閱讀等活動。這些活動雖然在媒體報導時，以運動處方、園藝療法、書目療法、音樂療法等稱之，但醫療部門參與有限，主要是一種社會服務或是輔助活動，其有助於參與者的心理福祉或情緒穩定，但非本研究指的社會處方概念。例如國立臺灣美術館在 2015 年邀請心理諮商師與藝術治療師合作，以每二週一次的頻率，為社區日間照護中心的輕度失智長者規劃美術館取向的藝術教育治療活動「老當藝壯：美術館與我」體驗工作坊。治療師以耐心等待、仔細聆聽、核對、複述與回應等照顧到長輩自尊的對話技巧，以肢體動作引導或民謠歌曲同唱，與高齡學員進行藝術對談 (吳麗娟, 2016: 73-75)。其他如園藝治療的推廣，透過植物媒材與園藝活動，結合身心健康概念及群體活動等；透過園藝媒介的操作，善用團體的優勢，使參與者從中獲益 (林俊德, 2016: 86)。園藝治療應用在醫院和機構、職業訓練設施、療養院、中途之家、學校、農場以及社區花園等，且在看護中心、家扶中心、學校、監獄、養老院中有很大的效益 (陳惠美、黃雅鈴, 2005)。在實證研究方面，林俊德、江璇 (2012) 以融入團體諮商的

方式，設計以園藝活動或植物栽植為媒材的園藝治療活動，發現居住安養中心的高齡者在「口語表達、人群互動、認知能力、生活習慣、情感表達、興趣表現、機構認同及生命意義」等層面，皆有正向的變化。何羿邦、吳俊杰（2017）研究在日間照顧中心，對失智高齡者實施園藝治療課程，減少實施園藝活動的障礙。

在高齡運動的推廣方面，新北市政府與「運動即良藥」（Exercise is Medicine，簡稱 EIM）全球總會代表簽署國際合作備忘錄，鼓勵醫師及其他健康照護提供者將運動融入健康諮詢與慢性病治療計畫，以體能活動預防疾病和改善健康，首梯培訓 385 個醫師及相關醫護人員為種子師資，評估患者的身體活動需求，開立適合個別病人的「運動處方」（陳麗如，2017）。彰化縣政府在二水鄉衛生所設社區不老健身房，針對六十歲以上社區民眾，從體能檢測到體能訓練，由醫師給予評估及訓練課程，增強長者肌力、預防衰弱及跌倒，鼓勵偏鄉長輩多運動。醫師看病的同時，視個人狀況額外開立免費運動處方箋，費用僅有看門診的部分負擔 50 元，設備免費使用（鄧惠珍，2017）。陳信宏、歐宜佩（2018）認為臺北市有市立醫院和市立（及民間）運動中心可提供推動具約束性的運動處方箋的發展基礎，透過穿戴式裝置數位化的紀錄運動效果，並建議政府針對銀髮及亞健康族群，以降低未來健保醫療給付為政策目標，擴大推動及與醫療體系鑲嵌，建立特定族群規律性運動的誘因機制。在藝術輔療部分，優照護（2018）將高齡者人生中的回憶與故事

做出來，透過藝術創作，以此提升高齡者的自尊與信心，減緩其失智加重程度。

至於推動高齡者在藝術、表演、園藝、音樂、舞蹈等活動方面的高齡照護機構或非營利組織有哪些呢？例如怡德養護中心推動音樂欣賞、高齡舞蹈、高齡表演、植物照顧；清福養老院推動音樂欣賞；弘道老人福利基金會推動音樂欣賞、高齡表演、高齡運動；怡仁基金會推動音樂欣賞、高齡舞蹈、高齡表演等。

## 參、社會處方運用在社會福利服務的可行性分析

本研究在討論社會處方委外執行方案的可行性時，主要從幾個面向加以分析，包括經濟、行政、法律、政治與技術可行性。就社會處方的執行而言，第一，經濟可行性指執行方案時，需要的資源，例如經費、人力、空間與設備等，由於社會處方的執行是讓具有不同專業的非營利團體發揮其專業，在專業能力應無問題，主要是在執行此項社會服務後，隨著服務人數的增加，需要有相對應的人力、軟硬體設備、教育訓練經費等，例如負責執行運動處方的團體，相關的設施必須能滿足民眾的需求。

第二，行政可行性是指政府部門在委託社會處方的執行時，所具有的簽約、權責、策略規劃、資訊掌握與績效評估的能力。由於社會處方是相當新穎的概念，涉及醫療保險部門、社會部門的合作與互動，目前中央的醫療與社福部門均由衛生福利部管轄，社福團體或社福非營利組織

可在過去與政府社福部門有合作經驗的基礎上，推動社會處方的執行，例如時間銀行的社會處方、社會企業的就業處方或是食物處方；但如果由運動專業團體、藝術專業團體、電腦專業團體或是閱讀相關團體執行社會處方計畫時，由於過去沒有參加醫療與社會服務的經驗，需要透過委外契約的明確規範，以及績效評估的執行，建立穩定的夥伴關係。

第三，法律可行性是指政策方案在制訂及執行時，具有相對應的法律規範，以落實權利與義務。社會處方計畫的執行需要多元利害關係人的配合，包括轉介病患、轉介標準、成果評估、維護隱私資訊、轉介風險監督、醫療保險給付、相關費用等，目前的相關法律沒有前述規範，需要有配套的法律規範，落實權利與義務，確保病患獲得適當的社會處方服務。

第四，政治可行性是指民眾對於社會處方的認知與接受程度，目前高齡者、失智者或身心障礙者的照護機構或是非營利組織陸續推動藝術輔療、園藝治療、高齡運動、失智者出門購物、化妝活動、食物供給等非醫療的社會服務活動，惟較少與醫療部門連結與合作，同時偏向團體活動方式。歐美的社會處方是針對病患個人的非醫療需求執行，通常由基層醫師判斷或是病患個人提出需求，同時透過轉介或推薦程序，需要由中介者負責轉介的執行。臺灣已有類似經驗，但需要更有系統地執行，由於在歐美國家實施的經驗，顯示對於病患具有效益，因而如果能在醫療部門與社會部門的充分溝通與合作下，對於病患或民眾具有高的接受程度。

綜合言之，社會處方的概念並非全然新穎，類似的輔助活動或是推廣已在照護機構或是社區、社團實施，例如高齡運動、園藝治療、藝術治療、就業協助、食物協助或是資訊提供等。但執行社會處方計畫需要醫療部門與社會服務部門的合作，尤其透過轉介標準、轉介平台、轉介程序的落實，始能據以評估實際效果。

## 肆、政策建議

社會處方是轉介病患滿足社會、情感需求，到廣泛的地區與非臨床的服務，這些服務通常由自願組織、社區與宗教組織提供。社會處方有助於增加這些邊緣人、弱勢者或是有心理健康問題人的社會參與，減少社會排除，同時協助這些人管理自己的健康，例如自主性、正向影響與自我效能，並促進就業力(employability)。社會處方產生的效益包括：自尊與自信增加，控制力增加與賦權感、促進心理的幸福、焦慮與憂鬱的症狀減少。最常見的是家庭或基層醫師將病患轉介到協調者或仲介者，由其認定病患的需求，此一協調者有不同的身分職稱，包括：社會處方人員、醫療部門工作者、社區組織活動者等(Kimberlee, 2016: 11)。他們鼓勵病患更積極負責自己的健康，增加在社區的社會接觸與支持，尤其是對於邊緣團體或是社會疏離的高齡者。最成功的是使用連結社區組織與初級醫療服務的連結工作者(link worker)，或是轉介代理機構(referral agent)做為一站式服務。

本研究建議將社會處方作為社會福利

服務提供方式時，可先盤點社區內能提供資訊處方、電腦化治療、閱讀療法/圖書醫療法、運動處方、藝術或創作處方、綠色活動處方、學習與教育處方、志願服務處方、就業處方、食物處方的機構或組織。例如獨立書店、圖書館、訓練機構或學校能協助提供閱讀療法/圖書醫療法，健身機構、運動相關協會、運動社團或社區活動中心能提供運動處方，社區活動中心、學校、里長辦公室或政府部門能提供志願服務處方，農會、農園、休閒農場能提供綠色活動處方，而博物館、美術館、藝文中心、藝文團體、藝術教育機構、文創機構或音樂訓練機構能提供藝術處方，食物處方則透過社福機構、社區關懷據點提供。其次，在盤點資源後，透過理念說明、教育訓練與初級醫療照護服務提供者的溝通，瞭解參與社會處方服務的提供者的意願與配合資源，建立以社區為基礎的社會處方服務模式。再者，在正式實施前，政府部門針對前述盤點的機構資源與配合資源，擬定實施計畫或是試辦計畫，編列預算、管考評估方式與宣導方式，作為推動依據，並以朝向最終能納入健保給付為目標。

政府在推動以社會處方作為社會福利服務方式時，呼應 Lavery (1999) 的觀點，需要考量服務供給與需求之間的平衡、社會處方服務提供的品質與數量、社會偏好、社會處方服務受益者的觀點。同時如同 Slyke (2003)、劉淑瓊 (2005) 建議，政府部門要能智慧委外，審慎挑選社會處方服務委外的類型、契約內容明確說明委外項目、並具有管理社會處方服務的能力，發展社會處方成效的評估工具

此外，社會處方服務如果最終要納入保險給付，需要短、中、長期的規劃，例如在行政可行性與經濟可行性的基礎上，比照長照十年的試辦做法，編列經費執行試辦計畫。例如有策略的選擇幾種主要類型的處方，如運動處方、藝術處方、植物治療處方或是閱讀處方，以及選擇某一地區的高齡者參與試辦，透過簽訂計畫進行轉介，並訂定轉介標準與程序，以及評估實施成效的標準與方式，如委託運動相關協會或俱樂部成立高齡者銀髮俱樂部，透過專業支援、檢測與提供個人的「運動處方箋」。至於配套措施包括對於醫療部門、社會服務部門與民眾的宣導，瞭解民眾對於社會處方的認知、接受情形與可能影響的意見，以提高實施的政治可行性。

至於中期做法，建議在評估初期試辦成效與問題，開始建立社會處方的臨床效果，並修正社會處方執行計畫內容，擴大試辦地區範圍與社會處方的類型，除了盤點該地區提供不同類型社會處方服務的團體、社區組織等，並透過專業訓練與建立共識，同時加入就業處方、電腦操作處方或食物處方，並持續修訂轉介標準與程序，以及評估轉介效果與分析其對於臨床療效與健保財務的影響，建立未來納入健保給付的行政與法律基礎。

最後，長期作法為建議隨著病歷電子化成為全球推動智慧醫療國家的普遍政策，結合雲端電子病歷，雲端醫療資訊系統，不論是醫師開立的社會處方、提供社會處方服務的組織或是病患本身，均能透過網路平台輸入資訊與查詢，包括線上轉介、評估與檢查系統、即時登錄社會處方

服務系統、線上的社區服務檔案、結果報告功能，同時最終能納入健保給付，視社會處方與醫療處方具有相等的治療效果與重要性。

至於社會處方作為社會福利服務的模式，可能遭遇的困難是醫療服務提供者對於社會處方實施方式與療效的認知與信任，醫療服務與社會福利服務之間的配合，以及轉介機構或是連結平台的建立，

服務對象對於社會處方的接受度與配合度，但作為創新的社會福利服務提供模式，且在其他國家已印證實施的效果，即使有前述可能的困難，仍是值得嘗試推動的政策。

（本文作者為元智大學社會暨政策科學學系教授兼主任）

**關鍵詞：**社會處方、社會福利、契約委託、可行性、藝術治療

## 註 釋

註1：八個段落包括：開始(50分鐘)、設定目標與自動思考(50分鐘)、在憂鬱與焦慮共同思考的扭曲情形(50分鐘)、改變無助的思考(50分鐘)、內在信念(50分鐘)、內在信念(延續的)與歸因模式(50分鐘)、歸因模式(延續的)(50分鐘)、結論與因應挫折(50分鐘)。

## 參考文獻

- 王國武、余文德(2009)。異質性專案採購分析之研究。專案管理學刊，2(2)，26-42。
- 王篤強、高迪理、吳秀照(2010)。台灣社會福利民營化的未預期後果：地方政府相關人員「官僚自主性」的初步闡釋。社會政策與社會工作學刊，14(2)，91-146。
- 吳麗娟(2016)。藝術即治療—美術館取向的藝術教育治療試辦經驗分享。博物館學季刊，30(3)，67-79。
- 林俊德(2016)。以團體歷程觀點檢視高齡者參與園藝治療之改變因子。國立臺中科技大學通識教育學報，5，85-106。
- 林萬億、陳毓文、秦文力(1997)。社會福利公設民營模式與法制之研究。內政部委託研究報告。
- 孫煒(2016)。台灣地方社會服務契約委外的績效與競爭。公共行政學報，51，1-33。
- 陳信宏、歐宜佩(2018)。專家傳真—從社會數位轉型 論運動處方箋芻議，網址：<https://www.chinatimes.com/newspapers/20181119000320-260202>。
- 陳麗如(2017)。運動也有處方箋！Exercise is medicine 運動即良藥 動健康。網址：<http://www.mmh.org.tw/MackayInfo2/article/B350/1743.htm>。

- 黃源協、蕭文高 (2006)。社會服務契約管理—台灣中部四縣市社會行政人員觀點之分析。臺大社會工作學刊, 13, 173-218。
- 劉淑瓊 (2005)。精明的委外：論社會服務契約委託之策略規劃。社區發展季刊, 108, 120-135。
- 劉淑瓊 (2008)。競爭？選擇？論臺灣社會服務契約委託之市場理性。東吳社會工作學報, 18, 67-104。
- 鄧惠珍 (2017)。不老健身房 醫開「運動處方」/ 二水衛生所首創 可增長者肌力, 網址：<https://tw.appledaily.com/headline/daily/20170901/37767037/>。
- 謝文馨 (2018)。「參觀博物館」可望成為英國醫師處方箋, 網址：<https://www.cam.org.tw/notice20181122/>。
- Alderwick, H. A. J., Gottlieb, L. M., Fichtenberg, C. M., and Adler, N. E. (2018). Social Prescribing in the U.S. and England: Emerging Interventions to Address Patients' Social Needs. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(5), 715-718.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., and Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>.
- Bungay, H. and Clift, S. (2010). Arts on Prescription: A review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health*, 130(6), 277-281.
- Cascone, S. (2018). Blues period? Doctors in Montreal will now prescribe visits to the museum as treatment for all kinds of ailments. Retrieved from <https://news.artnet.com/art-world/doctor-museum-visits-treatment-1377736>.
- CentreForum Mental Health Commission (2014). The pursuit of happiness: a new ambition for our mental health. Retrieved from [https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw\\_32003-1\\_0.pdf](https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_32003-1_0.pdf)
- Fernandez, S. (2007). What works best when contracting for services? *An analysis of contracting performance at the local level in the US. Public Administration*, 85(4), 1119-1141.
- Frasure-Smith, N. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919-1924.
- Friedli, L. and Parsonage, M. (2008). Mental health promotion: Building an economic Case. Belfast: Northern Ireland Association for Mental Health. Retrieved from [http://www.chex.org.uk/media/resources/mental\\_health/Mental%20Health%20Promotion%20-%20Building%20an%20Economic%20Case.pdf](http://www.chex.org.uk/media/resources/mental_health/Mental%20Health%20Promotion%20-%20Building%20an%20Economic%20Case.pdf)
- Friedli, L., Jackson, C., Abernethy, H., and Stansfield, J. (2009). Social prescribing for mental

- health - a guide to commissioning and delivery. Care Services Improvement Partnership (CSIP) North West Development Centre: Manchester.
- Greenfield, E. A. and Marks, N. F. (2004) Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, S258-S264.
- Healthy London Partnership (2018). Contracting, governance and risk in social prescribing. Retrieved from [https://wiki.healthylondon.org/Contracting,\\_governance\\_and\\_risk\\_in\\_social\\_prescribing](https://wiki.healthylondon.org/Contracting,_governance_and_risk_in_social_prescribing)
- Hebert, T. P. and Kent, R. (2000). Nurturing social and emotional development in gifted teenagers through young adult literature. *Roeper Review*, 22(3), 167-171.
- Johnston, J. M. and Girth, A. M. (2012). Government contracts and “managing the market” exploring the costs of strategic management responses to weak vendor competition. *Administration & Society*, 44(1), 3-29.
- Kettl, D. F. (2000). The global public management revolution: A report on the transformation of governance. Washington, DC: Brookings institution.
- Kimberlee, R. H. (2016). Gloucestershire clinical commissioning group, social prescribing service: Evaluation report. Retrieved from <http://eprints.uwe.ac.uk/30293/3/Report%25406.pdf>
- Lamothe, M. and Lamothe, S. (2010). Competing for what? Linking competition to performance in social service contracting. *The American Review of Public Administration*, 40(3), 326-350.
- Lavery, K. (1999). Smart contracting for local government services: Processes and experience. Westport, CT: Praeger.
- Le Grand, J. and Bartlett, W. (1993). Quasi-Markets and Social Policy. Westport, CT: Praeger.
- Leisey, M. R. and Shipman, J. P. (2007). Information prescriptions: A barrier to fulfillment. *The Journal of the Medical Library Association*, 95(4), 435-438.
- McKernan, B. (2013). NYC doctors prescribe fresh fruits and vegetables. Retrieved from <https://www.nbcnewyork.com/news/local/South-Bronx-Fresh-Fruits-Vegetables-Health-Bucks-Farmers-Markets-216836271.html>
- Medscape (2018). Exercise prescription. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/88648-overview>
- Miller, M. (2015). Food Prescriptions: Using Healthy Food to Manage Chronic Disease and Improve Community Health. Retrieved from <https://stakeholderhealth.org/food-prescription/>
- Myers, J. E. (1998). Bibliotherapy and DCT: Co-constructing the therapeutic metaphor. *Journal of Counseling and Development*, 76(3), 243-250.

- Public Consulting Group (2017). Next Generation Social Prescribing. Retrieved from <http://www.publicconsultinggroup.co.uk/media/1169/next-generation-social-prescribing-paper.pdf>
- Ramia, G. and Carney, T. (2001). Contractualism, managerialism and welfare: The Australian experiment with a marketised employment services network. *Policy & Politics*, 29(1), 59-80.
- Sarkar, S. (2010). Physician "Prescriptions" Written During Medical Visit and "Filled" by Onsite Volunteers Connect Low-Income Families to Vital Community Resources. Retrieved from <https://innovations.ahrq.gov/profiles/physician-prescriptions-written-during-medical-visit-and-filled-onsite-volunteers-connect>
- Schlesinger, M., Dorwart, R. A., and Pulice, R. T. (1986). Competitive bidding and states' purchase of services: The case of mental health care in Massachusetts. *Journal of Policy Analysis and Management*, 5(2), 245-263.
- Slyke, D. M. Van (2003). The Mythology of Privatization in Contracting for Social Services. *Public Administration Review*, 63(3), 296-316.
- Tranis, Neil. (2019). Social prescribing should be in pharmacy contract. Retrieved from <https://www.independentpharmacist.co.uk/social-prescribing-should-be-in-pharmacy-contract>.