

社工者在社區醫療照顧體系中的角色

莫藜藜

一、前言

社區係指具有共同特質和生活圈的一群人，例如同一鄉鎮，同一縣市，同一工廠或門診，社區的基本單位是家戶。由於公共衛生的普及，生活水準的提高，民衆健康的需求增加。社區醫療照顧的目標從預防保健的工作至疾病的照顧，以促進身心健康，維護健康人權，建立安和樂利的社會。

要討論社工者在社區醫療照顧體系中的角色，首先要清楚社區醫療照顧體系在整個醫療照顧體系中的位置及其功能，接替了解醫務社工者的角色功能，進而才能討論社工者在社區醫療照顧體系中的角色。

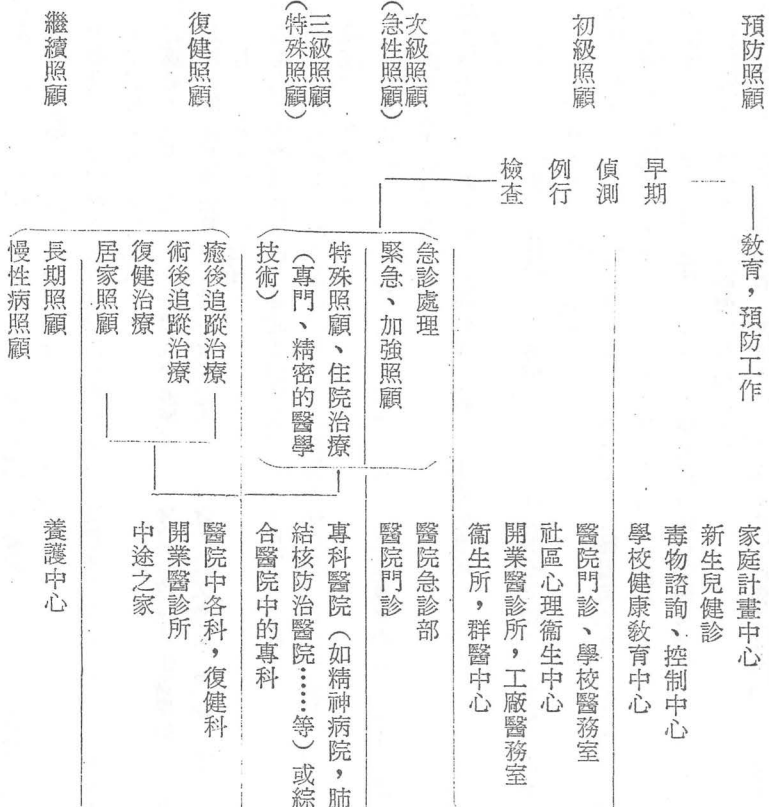
二、醫療照顧輸送體系與社區基層醫療

醫療照顧輸送體系可分六個層級，分別如下：（美國健康、教育暨福利部，一九七六）（請見表一）

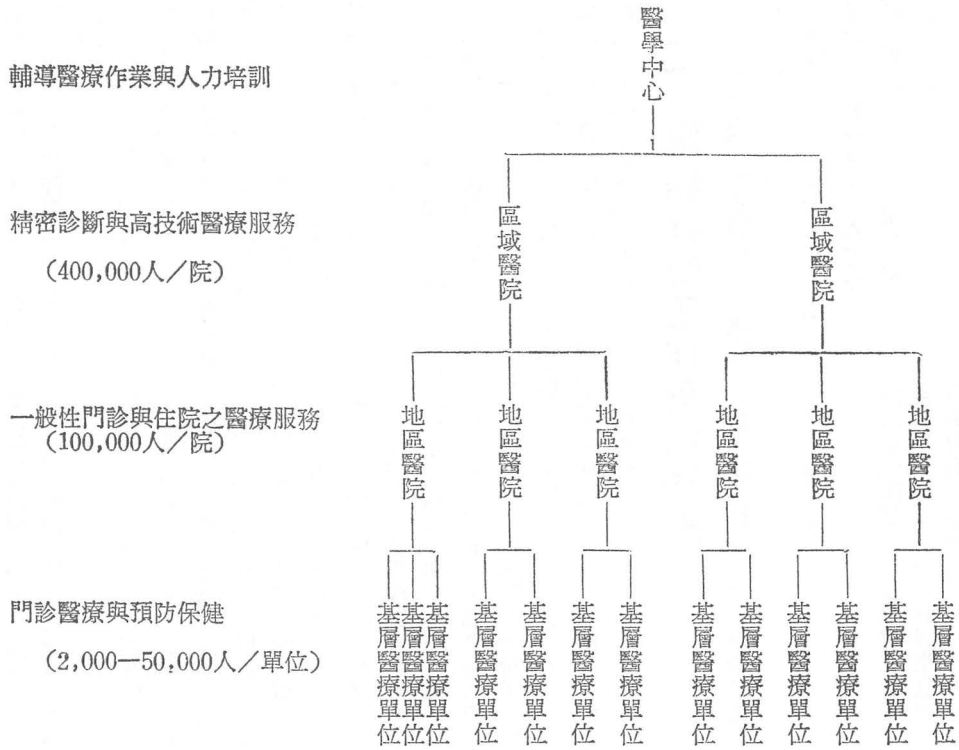
就整個醫療體系而言，在整體規畫上，基層醫療應該是最重要的基礎——包括預防照顧和初級照顧這二個層級——但是也是最弱的一環。主要原因應在於制度不健全，人力不足和訓練課程缺乏。

臺灣社區基層醫療的革新發展與家庭醫學的發展息息相關。根據臺大家醫學院辦理「全科醫師養成訓練計畫」開始，至七十一年十月中美家庭醫學研討會，在高雄舉行決定家庭醫學發展的策略和執行進度爲止。其間全省第一所社區醫療保健站在臺北縣澳底社區開幕；及行政院第四次科際顧問會議決議在各醫學院成立家庭醫學科。

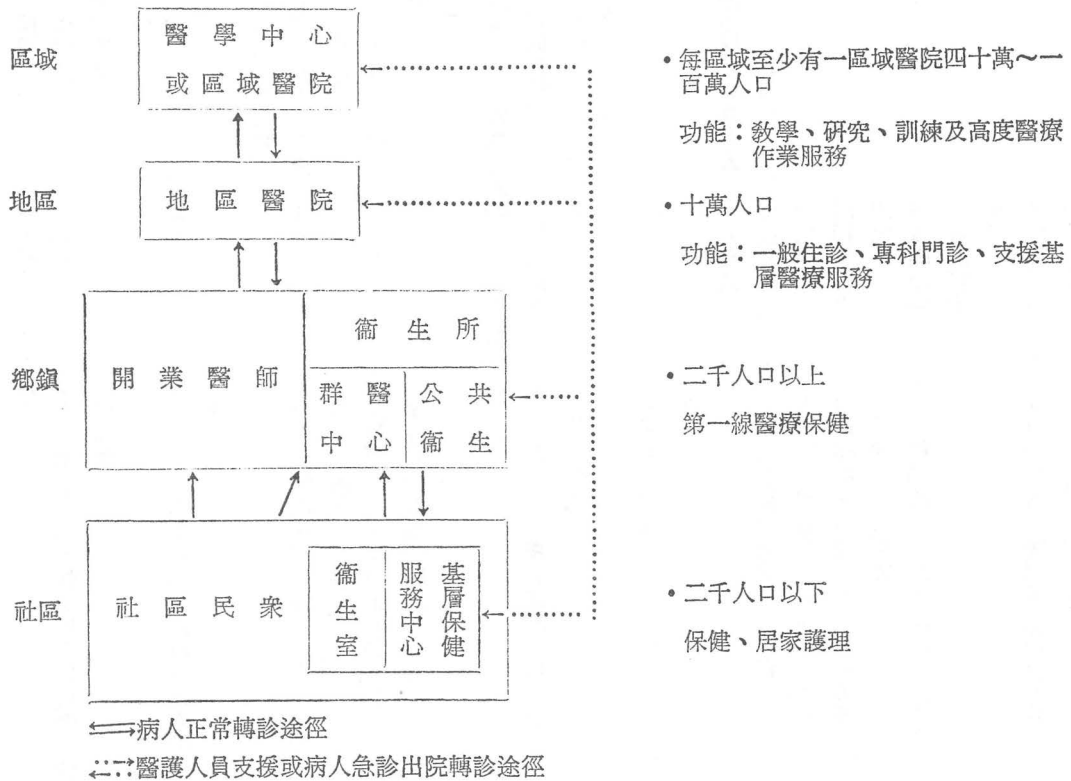
（表一）
照顧層級



圖一、醫療體系圖



圖二、轉診路徑圖



第二階段從民國七十二年七月臺灣省衛生處公布「群體醫療執業中心試辦計畫實施要點」開始，至七十五年三月中華民國家庭醫學會成立為止。其間家庭醫學教育，包括住院醫師訓練，醫學生教育和一般開業醫師的繼續教育課程全面展開。

第三階段從民國七十五年四月衛生署展開籌建醫療網計畫，劃分醫療區域，建立區域醫療體系（如圖一）及建立轉診制度（如圖二）。一般病人應先在基層醫療單位處理，如需住院或專科醫師診斷時，轉往地區醫院診治，如需精密診斷或高度技術之醫療工作時，則轉往區域醫院。地區醫院和區域醫院出院之病人，則應被轉回基層醫院單位。區域醫院應在區域內負責協調發展雙向轉診服務，加強醫療單位間良好關係之建立。（衛生署，一九八七）

根據世界衛生組織的規定，社區基層醫療體系中的醫師應提供民眾基本保健醫療服務，其服務項目至少包括下列八項：(1)對常見健康問題和防治方面的衛教，(2)食物和營養的促進，(3)飲水和環境衛生的指導，(4)婦幼衛生和家庭計畫，(5)預防接種，(6)流行疾病防治，(7)常見疾病傷害的診治，(8)合理用藥（引自楊志良，一九九〇）。如果社會工作者是社區醫療照顧團隊的一份子，則需先了解此團隊中醫師的服務項目，才知如何配合，促進共識和合作。

至於社區醫療團隊的成員一般包括醫師、公共衛生護士、藥師、檢驗師及衛生稽查員，臨床心理人員，社工者，辦事員及秘書等。

三、醫務社會工作角色功能

Caputi (1978) 以醫療知識技術的發展，來看醫務社會工作的角色功能，並將之分為五個階段：

醫學發展	社工者角色	社工者功能
<p>第一階段 一九〇五—一九一八</p> <p>臨床醫學模式 人口醫學模式</p>	<p>角色不明確</p>	<p>協助處理醫療「非人性化」(In-Personal) 氣氛所引起的後果及疾病治療失敗的社會因素</p> <p>減輕病患因其社會問題所造成對醫療照顧妨礙。</p>

第二階段 一九一八—一九四八—一九六〇

醫療技術進步快速
醫學儀器精細
醫學分工
醫師與病人、醫師與社區資源之間的聯繫。

（美國醫師協會定義）教育者
要協助病人激發其在醫療計畫中的合作意願。

第三階段 一九六〇

疾病完全非生物因素
注重社會因素
（美國醫院協會與全
國社會工作人員協會
定義）
使能者
協助醫療團隊瞭解導致病人患病的社會、經濟與情緒因素。

倡導者
增加對醫療相關的人員教育計畫。

第四階段 一九六〇末期—一九七五

建立評估組織網絡
醫療救助、資源發展
及高品質的服務
評估與研究
加強與病人照護有關的知識，並促進醫院社會工作方案有效性。

諮詢者
醫院醫療相關人員、社區及照顧者教育計畫。

第五階段 一九七五—一九七八

（1976N.A.S.W.發表）
直接服務之
角色
間接服務之
角色
病人及家屬解決問題，改善生活環境，並與其他醫療人員澄清案主需求。
行政事物、資源開發、計畫審閱、教育訓練、評估研究。

醫療團隊合作（團體干預）
參與科際間的合作，團隊工作之運用
促進環境改善
醫療消費者團體組織之領導與教育，醫療照顧系統的管理與評估。

一九八〇年代以後，醫技發展，社會進步相對提高醫療成本及服務需求，而福利基金及可利用資源的開發，提供有效醫療，以減少個人及家庭危機，因此社會工作於醫療體系中更顯得重要。

然而在醫務社會工作的整個發展過程中，其功能愈來愈大，服務範圍也愈來愈擴大，故在促使社會工作角色制度化的同時，不可忽略任何實施，應在功能、職責與重要性上做優先次序的考慮。也就是最基本的病人及家屬的需求為基礎，而後考慮其他的相關因素，使之能成為輔助之功效。

綜合而言，醫務社工者的角色功能分別可由：巨視面——在醫療網絡服務和政策服務方面，及微視面——在病人服務及病人家庭服務方面來看。以下分別製成四表來說明：

(表二) 醫務社工者在病人服務的角色功能

角色	功能	期望成果
診斷者	對新病人的檢視，及早認出是否有心理及社會問題。	心理——社會問題的診斷。
諮商者	提供溫暖、適當、可信任的情境，使病人能表達情緒及困擾。	增強病人的自我了解及調適能力。
教育者	提供個案及團體方法，協助病人學習到調適技巧。	病人適應疾病。
行為改變者	以簡單明白的訓練，行為修正技術或心理治療，改變病人不良行為。	減少因疾病或住院產生的不良行為。
倡導者	為家庭、病人及醫療相關人員爭取應有的服務與資源。	疏通資源，達成轉介。
調解者	病人與醫護人員間不良關係的處理。	化解誤會

(表三) 醫務社工者在病人家庭服務的角色功能

角色	功能	期望成果
診斷者	預估家庭中主要照顧者的能力，家庭的完整性，應付危機的能力，及支持網絡。	病人得到最好的照顧
聯繫者	運用方法使家屬得到應有的資源。	有效，有利資源的運用
協助者	促成家屬對病人的照顧及處理的選擇。	家庭功能提升
諮商者	協助家屬克服不適的情緒及維持家庭的完整。	家屬能克服情緒障礙，有效照顧病人。
教育者	教導個人或家庭處理危機的技能。	調適家庭危機，解決問題。
倡導者	為家庭，病人及醫療相關人員爭取服務管道及資源。	疏通資源，達成轉介。
調解者	家屬與醫護人員間衝突情境之協調。	化解誤會
(表四) 醫務社工者在政策服務的角色功能		期望成果
諮詢者	與其他醫療人員或機構一起工作，提供心理及社會診畫，以協助解決有關病人的問題。	增加對病人的了解提供最佳服務。
行政者	參與方案計畫、資金運用、督導、管理及人事之決策。	提供最適合的服務方案
推動者	促使未得到服務之病人，得到服務及新設備或新資源。	拓展服務方案，使資源與需求結合。
倡導者	為服務制度中，被拒絕受理的病人(因政策、條例、措施等因素)，爭取到服務。	為病人爭取權益，管道及政策的開放，及資源轉介。

教育者 在職人員的進修，有關人類行為與社會環境的理論，家庭危機處理與熟悉服務的程序。

提升服務能力及品質

支持者 提供醫療團隊成員情緒支持及溝通。

研究者

團隊合作順利

從事與病人有關的家庭、學校、工作場所、社區等研究工作。

改進對病人的照顧，及深入了解疾病的生理—心理—社會之因素。

(表五) 醫務社工者在醫療網絡服務的角色功能

角色 功能

期望成果

聯繫者

提供病人主要支持系統之間的連結，如：家庭、學校、社會福利機構、醫療服務機構。

各系統能產生聯繫，提供予病人完整的支持系統。

轉介者

評估病人的實際需要，協助醫師轉介，及家屬接受轉介機構。

達成轉介

教育者

對病人的生涯發展過程中的棘手問題，提供照顧方式的建議。

提供醫療照顧者專業知識，使病人受惠。

諮詢者

協助轉介機構及其他醫療機構人員，瞭解病人醫療上遇到的問題，照顧方式及服務過程。

病人及家屬能獲得適當的照顧。

創新者

設計新的服務方案，以符合不同的病人、家庭及社區。

因應社會變遷，病人、家庭和社區的不同需要。

組織者

善用社區資源，促進醫療網絡的健全。

醫療網絡對病人照顧的整體性。

協調者

醫療團隊間衝突情境的中介者

化解人際間的衝突

四、社工者在社區醫療照顧體系中的角色

民國七十五年行政院研考會委託藍忠孚等做的「區域醫療保健體系之研究」及民國七十九年衛生署衛生統計，在衛生人力中的醫事人力並未列入一般醫務社工者的項目和人數。但是衛生署於民國七十八年十月九日衛署醫字第八〇六六四號函公告，慢性病醫院及精神科醫院設置標準皆規定社會工作人員，未滿一〇〇床者應有特約一人；一〇〇床以上者，每一五〇床應有一人以上。而由民國八十年醫務社工協會會員資料統計，及臺中榮總「醫療院所社會服務部門工作現況評估研究」中所列研究樣本得知，醫務社工者中約八五%至九五%在醫療院所服務。按(表一)的醫療層級，應在初級，次級和三級照顧機構。

臺灣地區基層醫療機構包括鄉、鎮、市、區衛生所、室，及羣醫中心。於民國七十九年六月，臺灣省有三三六鄉鎮市區衛生所(其中一二所設有群體醫療執業中心)，臺北市設有十六個區衛生所；高雄市設有十一區衛生所。其中只有臺北市各區衛生所設有「社會服務員」。

本文中所謂社區醫療照顧體系，應屬(表一)中的預防和初級照顧。其服務內容屬教育和預防工作，以及例行檢查，早期偵測。嚴格地說社區醫療也應包括復健照顧和繼續照顧。然而國內一般的觀念仍停留在預防和初級照顧。所謂初級照顧(Primary Care)表示初次進入醫療體系，所以亦可稱為「全人照顧」(Holistic Care)，是整個人健康的維護，其理念是治療(Curing)和照顧(Caring)。醫療機構包括：社區醫院中的一般門診，衛生所，群醫中心，社區心理衛生中心，開業醫診所，醫院中的家庭醫學科等。

在評量社工者參與初級醫療照顧機構中(即在社區基層照顧輸送系統)，拓展專業角色的潛力之前，有些問題要先思考一下：

- 1. 以角色定義來看「全人照顧」方面，社工者和其他專業角色之間的界線及特性為何？

2. 當病人帶著廣泛且複雜的醫療及社會問題來到醫療機構，他們當中那些人是需要社會工作服務的？

3. 如果有病人需要社會工作的服務，則那些技術，或有不同於傳統醫院社工者的技術是在初級醫療單位的社工者需具備的？

Eli 和 Morrison (1981) 及其他一些學者曾建議，研究社工者的角色，在家庭醫學教育上可以多予接觸和探討，以便解答上述問題。國內各大醫院皆已設家醫科，且在實務上已將社工者納入為團隊一份子，然尚未有一家醫院聘社工者為家醫科專任者。英、美的文獻皆已注意到社工者在家庭醫學中的角色、地位的發展。而且許多初級照顧機構也開展了社工者的訓練方案，從傳統的觀點出發，針對現代的需要而有挑戰性和改革性的一些課程，仍然將重心放在預防性和臨床工作。下面先舉一個在美國的社工者 B 先生的例子：

在某家醫科例行地接受一些憂鬱症病人的 B 先生發現，這些病人中許多是錯置的 (displaced) 家庭主婦，她們是新近離婚，或分居未久的一些中年婦女。

雖然她們在臨床上的診斷是急性憂鬱症，需藥物和心理治療，她們也要求職業訓練的機會。經過了許多年奉獻家庭和家務之後，她們對就業市場所需的技能已非常生疏。大部分的病人來到門診抱怨她們身體上的不適及心身症的一些主訴。她們對不明原因的頭痛、胃痛和其他問題的一致看法是「憂鬱」。

B 先生和家醫科主任及其他同仁協商後，邀請這些病人組成一個團體。她們共同目標在經濟情況的改善和獲得職業訓練。團體聚在一起時，病人對憂鬱的感覺，與被遺棄，不舒服的感受，以及資源不足的情況有所認識。

當 B 先生協助病人在團體中分享感受的同時，他也為他們聯繫當地訓練機構。後來有人參加了職訓課程，並於結束後找到了工作。另外一些特殊的方案也發展出來，以因應這些病人的需要。後來當醫生再次檢查這些病人的病歷時，發現許多病人已經可以不需服用抗憂鬱的藥物。

慢慢地家醫科的同仁也可以確認那些病人可以參加那些團體，例如：老年

病人的中年兒女，在做病人照顧者時所遭遇的問題，可以在團體中得到幫助。如此，B 先生不但可發展多元化的服務，科內同仁也體認到這一事實，有時亦會向 B 先生諮詢醫療問題之外的其他問題，特別是在社會層面的問題。

當醫生亦在其醫療過程中考慮心理——社會因素時，他的所作所為常讓 B 先生覺得醫生亦在扮演社工者。當然，醫生事實上仍是以生理——醫療為主，但是更有心理——社會因素的概念了。

因此當我們進一步分析社工者在社區醫療體系中的角色時，我們可以將衛生所的大眾門診部，社區群醫中心，社區心理衛生中心等機構比照醫院家庭醫學科的團隊，發揮社工者的功能。至於角色，乃試述如下：

(一) 診斷者——家庭功能、心理及社會狀況的評估。設計「家庭功能評估表」及「高危險群病人檢視表」，對每一個新病人的檢視，及早認出是否有心理及社會問題。

(二) 諮商者——家庭功能、心理及社會問題的諮商、輔導與治療。增強病人的自我了解及調適能力，並使家屬能克服情緒障礙，有效的照顧病人。

(三) 轉介者——社會資源的發掘，運用與轉介。建立「社會資源網絡」，連結「需要」與資源。評估病人的實際需要，協助醫生轉介，以及協助家屬接受轉介機構。

(四) 聯繫者——提供病人主要支持系統之間的聯結，如：家庭、學校、社會福利機構、醫療服務機構等。

(五) 教育者——對病人的生涯發展過程中的棘手問題，提供照顧方式的建議。

(六) 倡導者——為病人、家屬及醫療相關人員爭取應有的服務、福利與資源。

(七) 調解者——病人、家屬與團隊成員間不良關係衝突情境之協調。

以上七種角色中診斷者與諮商者的焦點是在家庭功能、心理及社會問題，當然與醫生和臨床心理人員不同。而轉介者及聯繫者則是社工者的專長，幾乎可說是專利了。至於教育者、倡導者和調解者則是團隊中每一份子皆應有的角

色，只是社工者在扮演教育者時，乃以病人為軸心，看到個人與其環境的互動和心理——社會的發展，而不只侷限在衛生教育而已。

再從醫務社工者的角色——醫療網絡服務，政策服務，病人服務和病人家庭服務等四方面來看，可知社區醫療機構中的社工者角色亦包含在內了。然筆者認為其中診斷者，轉介者和聯繫者恐怕是最主要的三項角色，此乃是因應機構特質和功能。而在整個醫病體系中有關醫療政策和網絡的了解，和做為一個社工者在社會資源網絡的了解，然後如何將醫療網絡和社會網絡整合，則更是社區醫病機構中的社工者之職責。

五、結語

社工者在社區醫療機構中服務的確實數據，許多國家（包括美國）都不易獲得。根據 Hookly (1978) 的一項調查，約有一、〇〇〇個社工者在三〇〇個社區診所（筆者按：即是衛生所）和群病中心服務。Grinnell (1976) 的研究指出，當年有六〇〇個社工者參與家醫科的教育方案。即使樂觀如 Bracht (1978) 也發現社工者在健康維護組織 (H. M. O.) 中的角色似乎也沒什麼擴展。顯然地，這仍是一個新的領域，需社工者賦予更多的努力，積極地發展和研究，使社工者的角色和功能更具體。

從衛生署醫療網的全盤規畫，可以看出社區醫療未來的方向。首先是建立分級醫療、轉診制度和輔導醫療區域的籌建，以均衡醫療資源的分佈，其次是重視社區預防保健業務的發展。然而要完成醫療網的建立，必須在醫療網的人力和轉診制度的周全，此點有賴社工者和醫療有關人員共同倡導。

參考書目

1. 衛生署 (一九八七)，「醫療保健計畫——籌建醫療網計畫」簡報。
2. 臺大家醫科 (一九九一)，「社區健康照護團隊」，社區醫學研討會。
3. 衛生署 (一九九〇)，醫療保健計畫——建立全國醫療網第二期計畫，(核

定本)。

4. 楊志良 (一九九〇)，公共衛生新論，臺北·巨流。
5. 藍忠孚等 (一九八六)，區域醫療保健體系之研究，行政院研考會。
6. 秦燕等 (一九九一)，醫療院所社會服務部門工作現況評估研究，臺中榮總社工組社工室。
7. Miller, R. S., (1987) "Primary Health Care," *Encyclopedia of Social Work*, 18th(ed), 321-324.
8. U. S. Dept. of Health, Education and Welfare, (1976) *Trends Affecting U. S. Health Care System*, publication No. HRA-76-1450, Jan. P. 262.
9. Caputi, M. A., (1978) "Social Work in Health Care: Past and Future, *Health and Social Work*", 3 (1), 10-29.
10. Ell, K. and Morrison, D. R., (1981) "Primary Care," *Health and Social Work*, 6 (4): 358.
11. Grinnell, R. M., (1976) "The Status of Graduate Level Social Workers Teaching in Medical Schools," *Social Work in Health Care*, 1, 317, Spring.
12. Bracht, N. F., (1978) "Health Maintenance Organization: a model for comprehensive health and mental health care delivery", in Bracht, N. F., editor: *Social Work in Health Care*, N. Y.: The Haworth Press.
13. Hookey, P., (1978) "Social Work in Primary Health Care Settings", in Bracht, N. F., editor: *Social Work in Health Care* N. Y.: the Haworth press.

(本文作者為東吳大學社會工作系、所副教授)