

醫務社會工作

在臺灣的現況與發展

— 莫 藜 藜 —

壹、緒 論

社會福利的主要範圍之一，即保健工作。健康係社會之財富，如何維護並恢復人類健康，實為社會福利之主要目標。每個時代的醫療服務都會反映當時的社會思想，科技知識和社會、經濟、政治發展的狀況；而當代的人也會制訂不同的法律規章來使他們的醫療服務更理想。

人類社會早年的醫院多由宗教工作者創辦和經營。醫院最初並沒有什麼組織，並充滿了慈善救助的色彩。十九世紀時，對一般人的醫療服務，常是一個相當簡單的過程，他們的「家庭醫師」是主要負責人，他不只有在疾病及健康上幫助，更同時協助患者及家庭一些日常生活的難題；也就是說，家庭醫生同時顧及病患及家屬生理、心理和社會的需要。二十世紀以後，科學日益精進，醫療服務的方式也跟着複雜起來，大型醫院的設立，現代企業的經營方式，住院病患的增加，而產生了醫療服務的分工化和專業化。現代的醫生們已將他們的技術專注在病患的疾病治療，而少有顧及病患社會心理的需要。因此，社會工作者開始在醫療服務中占一席之地，並逐漸在其中扮演重要角色。他們的任務主要在以前家庭醫生時代所關注的「因疾病而產生的日常生活難題」，並協助醫護人員排除在治療過程中所遇之障礙。（莫藜藜，一九八二：二六七～二六八）

社會工作既不是一般的慈善工作或救濟工作，也不是一般公益或公共事業，乃是現行社會、經濟制度下，對一般不幸份子，運用現代科學知識與方法，從生理、心理、社會、經濟、家庭、職業等各方面，去徹底瞭解個人或家庭所以失調的原因，然後再對症下藥，協助其自力更生，重新適應於社會，更進而防止失調現象再度發生。（姚卓英，一九七五：一四～一五）

近年來，醫務社會工作（Medical Social Work）日益受到重視。根據臺中榮總社會工作室最近的一項研究（一九九一：二四～二五）顯示，以臺灣地區具有社會工作（服務）人員之醫療院所計一一四所；社會工作者五八九人。而「醫務社會工作協會」截至民國八十一年五月，計個人會員三四〇人。目前

公私立醫療院所設有社會工作部門者，在行政上屬該醫療院所之二級或三級單位。由單位名稱亦可看出其所屬層級，如：社會工作（服務）部，社會工作（服務）處，社會工作（服務）室，社會工作（服務）課，社會工作（服務）組。其人員編制有少自一人，多至十六人者。由社會工作部門的實施現況亦可發現，各個醫院社會工作部門的業務與職授相當紛歧（莫藜藜，一九八二，一九八三，一九八八；卓春英，一九八四；彭淑華，一九八六；張淑英，一九八七；曾茂禎，一九八九；鄭佩芬，一九九〇）。理想上，醫院社會工作者協助患者及家屬處理因疾病帶來的家庭、情緒、經濟、職業、傷殘復健、出院安置及其他各種適應問題，使醫療過程順利進行，並積極增強患者自力更生，重新適應社會的能力。國內少數醫院，如臺北榮總、臺中榮總、臺大精神科、長庚、馬偕、國泰、三總、臺北市療、彰基、成大、高醫、高雄凱旋等，都能符合理想。但仍有許多醫院社會工作部門，或以病歷管理，批價收費業務為主要工作，或以專業公共關係，排解醫療糾紛等事務。而醫院相關人員對社會工作部門的重視程度與社會工作者的素質亦有相當的差異性。

本篇採用「醫務社會工作」，而不用「醫院」或「醫療」社會工作的主要原因是：醫務社會工作者不僅在醫院中扮演重要之「治療」、「醫療」的角色，並且包涵「行政事務」的工作。行政事務亦即研究、訓練、基金募集管理、社區資源聯繫與倡導等。

近代醫學注重預防工作。在預防醫學團隊中，如果沒有社會工作者，則所行之預防措施常會因一些社會、經濟、家庭、職業、心理等問題所阻止而不能實行。目前英、美、瑞典等國中央政府都聘用社會工作者到疾病的預防機構，如衛生所、衛生局、衛生處和衛生署等衛生行政和公共衛生推展部門。

醫務社會工作的領域可以下列五方面說明：(1)一般綜合醫院或專門醫院，如：臺灣省各私立醫院、教學醫院附設醫院、教會醫院、臺北市立婦幼醫院等。(2)公共救助及社會福利機構，如：各縣市社會科（局）等。(3)公共衛生及醫療行政機構，如：臺北市十七個行政區的衛生所、國立婦幼中心等。(4)精神病醫療（或心理衛生）機構，如：臺灣省（市）立各療養院、臺灣省（市）各社區心理衛生中心等。(5)殘障復健醫療機構，如：臺灣省政府所屬各教養院、振

興復健中心、彰化老人養護所等。後二者原可併入第(1)項專門醫院社會工作，然而因他們的工作內容及方式特殊，且在今日社會的需要量較以往多，故將之劃分為二個獨立領域。

目前醫務社會工作者多在一般綜合醫院、專門醫院和精神病醫療機構，其次是殘障復健醫療機構，再次是公共救助、公共衛生機構中工作。本篇將以醫院中的社會工作為焦點，先述醫務社會工作在臺灣的歷史發展，醫療福利法令的依據；再論醫院社會工作的功能，醫務社會工作的方法；最後提出醫務社會工作發展的建議。

貳、醫務社會工作歷史發展

民國十年，北平協和醫院在美籍醫務社會工作者蒲愛德女士(Iida Privic)領導下，首先創立醫院社會服務部，是我國醫務社會工作的開端。而在臺灣的發展，幾個重要的里程如下：

1. 八年抗戰及大陸變色，醫院社會工作的有關措施被擱置，此時臺灣亦未有類似工作。
2. 民國三十八年政府遷臺，省立臺北醫院（今之臺北市立中興醫院）首先在臺成立醫院社會服務部；各地公私立及教會醫院始相繼成立社會工作（服務）部。（姚卓英，一九七八：三五）
3. 民國五十六年省立醫院普遍設立社會服務室，掌理醫療社會服務及貧病救助等事項。
4. 民國六十一年始，臺北市十六處衛生所大眾門診部設置社會工作者。
5. 民國六十四年，臺灣省衛生處分別成立五個社區心理衛生中心，每個中心設有專業人員如臨床心理學家、社會工作者、心理輔導員、心理衛生護士及精神科學醫師。
6. 民國六十六年起，臺灣省各縣市分別設置社會工作專業人員，當社區民眾面臨與醫療有關的問題時，給予必要的扶助。
7. 民國七十二年，由實務與學術界醫務社會工作人員組成了「中華民國醫

務社會工作協會」，有計畫地舉辦在職訓練，並致力於醫務社會工作專業體制的建立與提升。

8. 民國七十四年，行政院衛生署將社會工作納入醫院評鑑標準，正式肯定社會工作為醫院不可或缺之部分。

9. 民國七十八年十月九日衛生署醫字第八〇〇六六四號函公告，慢性醫院及精神科醫院設置標準，規定設置社會工作人員及臨床社會工作人員，並說明其為大專以上社會工作學系所（科、組）畢業者。

10. 民國七十九年十二月七日「精神衛生法」頒布，其中第十一及三十條提及社會工作人員之職稱及任務。

與醫療服務有關的社會工作志願服務團體，目前已非常普遍。由醫院社工部門負責組織與督導的「志工隊」始自民國七十年左右，彰化基督教醫院、長庚醫院及臺中榮總等，皆由社工者訓練志工參與門診及病房之服務工作。許多醫院相繼成立「志工隊」，並分「學生志工」和「婦女（媽媽）志工」兩種，充分彰顯志願服務的崇高精神，並發掘不少社區中的人力資源。

叁、醫療福利之法令依據

古今中外在談到衛生保健政策時，大多與金錢脫不了關係。我國有關醫療之福利立法，如：社會救濟立法，社會福利立法，及社會保險立法，就大部分指的是醫療救助。民國二十二年，國民政府公布「社會救濟法」，促使我國的社會救濟往前邁進一步。民國三十九年分別由社會部（即今日之社會司）及衛生署會同公布「各地方推行義診辦法」，及臺灣省政府頒布之「臺灣省各公立醫院附設貧民施醫所辦法」，和「臺灣省貧民施醫辦法」。

社會福利立法方面，目前已有民國六十二年公布之「兒童福利法」，其中第十五、十六條規定，各地政府應設置或補助……傷殘兒童重建院、低能兒童教養院、精神病兒童保育院、及婦幼醫院、兒童社會問題諮詢所等福利設施。民國六十九年公布之「老人福利法」，其中第七條規定「各級主管機構應視需要設立並獎助私人設立療養機構，以療養罹患長期慢性疾病或癱瘓之老人

為目的」。第十五條規定「老人得依意願接受地方主管機構定期舉辦之老人健康檢查及提供保險服務。」第十六條規定「公私立醫療院、所對老人傷病之醫療費用，予以優待；老人及其撫養義務之親屬無力負擔者，得依法予以醫療補助」。民國六十九年又公布「傷殘福利法」，其中第五條規定「省（市）社會處（局）及縣市政府應定期舉辦殘障者之調查」。第十五條規定「對於合於社會救助之殘障者，其醫療、復健及重建，應憑殘障手冊，酌予下列補助：(1) 診察及治療費，(2) 手術及材料費，(3) 藥劑費，(4) 住院費，(5) 職業重建費。民國七十年十二月曾做全國性殘障普查，以製備殘障手冊。又於民國六十九年公布「社會救助法」分：生活扶助，醫療補助，急難救助及災害救助。其中規定「凡合於下列規定之一者，得檢同有關證明，向當地主管機構申請醫療補助：(1) 低收入戶之傷、病患者，(2) 救助設施所收容之傷、病患者，(3) 患嚴重傷、病所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者」。

民國七十八年公布之「青少年福利法」，其主要精神與內涵和「兒童福利法」相近；差別只在前者重「輔導」，後者重「保護」。而在民國七十九年公布的「心理衛生法」，其中第三十三條規定「病人或其家屬家境清寒，無力負擔醫療費用時，應由各級政府編列預算，酌予補助」。第三十四條規定「嚴重病人送醫及強制住院期間之醫療費用，應由中央政府負擔」。

我國現行之社會保險立法，有「軍人保險條例」（民國四十二年），「公務人員保險法」（民國四十七年），「勞工保險條例」（民國四十七年），「農民健康保險辦法」（民國七十七年）等四種，其中與醫療有關的是「軍人保險條例」中的疾病、殘廢及死亡給付；及「公保」、「勞保」與「農保」中的生育、疾病、傷害、殘廢及死亡給付。民國八十三年政府將實施「全民健康保險」，屆時社會工作者則必依此而提供服務，可能的情況有二：1. 病患及家屬能因有醫療保險而減少費用之負擔，社工者可以將時間、心力多放在有關社會及心理問題的解決。2. 社工者因此發展有效的社會及心理治療，因有具體成效而將其納入醫療保險給付項目。

事實上，現今醫療福利法令乃公共救助、公共衛生和殘障復健社會工作領

域的主要依據。

肆、醫院社會工作的功能

目前社會工作部門需以醫院的性質來組織並規畫。如醫院是教學醫院，區域醫院或地區醫院；又如醫院是財團法人醫院，企業所屬醫院或教會醫院，則醫院社會工作部門將斟酌配合醫院的目標，印有不同的工作計畫。

依據美國「醫院社會工作主管協會」(Society for Hospital Social Work Directors) 的看法，醫院社會工作部門的功能如下：（引自 Hubschman, 1984:11-13）

1. 提供有關社區資源的訊息。
2. 處理「轉介」的工作。
3. 住院前的計畫。
4. 主動發現個案或檢視社會危險程度 (Social Risk Screening)。
5. 出院計畫。
6. 協助病患和家屬利用醫院的服務。
7. 對病患和家屬提供諮商。
8. 社會及心理評估。
9. 健康教育。
10. 經濟補助。
11. 檢視社會工作運作過程 (Utilization Review)。
12. 對醫院員工提供有關個案的諮詢。
13. 對社區機構提供有關個案的諮詢。
14. 對醫院員工提供有關方案的諮詢。
15. 對社區機構提供有關方案的諮詢。
16. 參與「醫院計畫」有關的活動。
17. 參與「社區保健計畫」有關的活動。
18. 社區服務活動。

19. 研究。

並非所有的服務項目都必須在同一部門中出現，亦即一個部門可能強調某些功能而放棄另一些服務。但是在美國的醫院中社會工作者的確適當地履行上述功能。

而國內最近的一份「醫療院所社會服務部門工作現況評估研究」（秦燕等，一九九〇：三二～三三）指出，醫務社會工作之「基本工作項目」依執行之排序，分別如下：

1. 處理病患心理情緒上的困難。
 2. 對病患澄清醫院有關規定。
 3. 協助病患病情或醫療的瞭解與適應。
 4. 導正病患不當行為。
 5. 協助與醫療、住院相關費用之經濟補助申請。
 6. 處理並協調在醫療過程中的各種不當的人際或醫病關係。
 7. 提供病患與家屬相關的醫療資訊。
 8. 協助病患利用醫院有關設備。
 9. 聯絡協調其他相關機構共同來服務病患。
 10. 協助病患出、入院安置計畫。
 11. 協助病患運用其他有關之社會資源。
 12. 提供相關醫療與福利之電話諮詢。
 13. 協助病患處理不良之家庭關係。
 14. 醫療糾紛之疏導。
 15. 將個案完全轉給其他相關之醫療或社會福利機構。
 16. 澄清並解釋各種有關收費之問題。
 17. 教導家屬如何照顧病患。
 18. 路倒病患之處理。
 19. 協助病患訂定追蹤治療計畫。
- 所謂基本工作項目是指醫務社會工作者日常所需提供之服務項目。再以因

素分析的結果將基本工作項目劃分為五類：

A. 處理病患及整體醫療體系之關係，如前述第五、七、九、十、十一、十二、十三、十五項。

B. 病患個人問題處置，如前述第一、三、四、六項。

C. 適應醫院環境及規定，如前述第二、八、十六項。

D. 出院之追蹤服務，如前述第十七、十九項。

E. 其他特殊之服務，如前述第十四、十八項。

蘇秋莉（一九七七：三八—四五）的研究曾指出：當病患患有經濟困難時，八五、八九%的醫師會尋求社會工作者的協助；病患患有心理困擾時，六六·八%的醫師不會尋求社會工作者協助；病患有家庭問題時，五〇·六二%的醫師會尋求社會工作者協助；當病患需出院但不肯出院時，六五·一五%的醫師不會尋求社會工作者協助。此調查是以當時臺大醫院全體醫師為樣本。筆者一份全國醫院社工部門現況調查（一九八〇）並指出，有五〇%的社工者覺得醫生認為其是「替貧民申請醫藥費的人」；筆者另一份「臺灣省立醫院社會服務室現況調查及功能之研究」（一九八三），由於病患大多數為中低階級，醫師和醫護人員對社服室功能的看法，亦皆以「醫療費用的補助」為主。在早期的角色功能上，醫院社工者發揮了經濟協助的功能。

然而在曾茂禎對長庚醫院醫師、護理人員、醫技人員和行政人員的一份調查中顯示（一九八九：一〇三）：在對社會工作的評價上，以醫師對社會工作的評價最低。在對社會工作的期待上，醫師、護理人員並不期待社會工作者深入有關醫療作業的進行，僅期待各種庶務性的協助服務，此點與社會工作者的期待間有較大差異。而鄭佩芬在針對國內綜合醫院的另一份研究中亦發現（一九九〇：五一—五二），在協助完成治療，提供醫療團隊諮詢，參與醫科教育、社工部門的規劃及研究參與等項上，醫師明顯較社工者傾向保守，不似社工者強烈同意。

由前面的敘述可知，我國和美國都將醫院社會工作的功能分列十九項，並且內容亦十分接近，這是醫院社工者努力的成果。也是筆者近十年來的觀察，醫院社會工作的品質確實較以往提升許多，這些可以由不同的研究發現；亦可

由醫務社會工作協會舉辦研討會和訓練課程時，社工者參與的盛況，及該會出版的刊物得知。然而由於社會工作服務品質的評估不易，即要具體展現並周告社會大眾有關社會工作服務上的貢獻並非易事，因此產生了社工者和醫院其他專業從業人員對社會工作認知，評價和期待上的差異。

伍、醫務社會工作的方法

醫務社會工作就是將社會工作的方法應用在醫療服務的有關單位。現在的醫務社會工作已從其他家庭福利、兒童福利等社會工作區別出來。一般綜合醫院的社會工作部常是按科別指定社會工作者，且多半是從所謂的四大科（即內科、外科、小兒科及婦產科）開始，如內科的社會工作者專做內科的個案，小兒科的社會工作者專做小兒科的個案。如此社會工作者才能對其所負責科別有關疾病的症狀、原因、治療方式和應注意情形有深入的了解，熟能生巧，在處理個案時才能得心應手。也就是說，一個醫務社會工作者除了需具備一般社會工作的學識和技術外，對一般疾病需有相當的認識，才能達成任務。然而目前有關醫務社會工作人員的訓練，我國尚未達理想。「醫務社會工作」只是學校中選修的一科目，社會工作者在進入此領域之前未有充分的醫療知識，對醫院的工作環境也常認識不夠。因此只有在受聘之後，再予以職前訓練及在職訓練，所謂邊做邊學，故而按科別指定社會工作人員是必需的，如此才能專注於某些疾病患者，提供社會工作的服務。

醫務社會工作的方法也如一般社會工作的方法一樣，有個案、團體和社區工作，現在分別敘述如後。

（一）社會個案工作方法

這是傳統的，而且基本的醫務社會工作方法。醫院中案主被轉介，請求幫助的來由有下列幾個途徑：（1）醫生的介紹。（2）護士及其他醫護人員，以及其他

部門工作人員，如守衛、工友、住院部收款員等。(3)病患或其家屬、親友自行要求協助。(4)社會福利機構轉介。(5)社會工作者主動發現。其中最常轉介的是醫生。轉介的原因，如上一節中，醫務社會工作的功能所列的各種問題。

在有水準的醫院社會工作部，皆設計有一種可夾在病歷上的「轉介單」，正面是醫護人員（主要是醫生）填寫的病患基本病情資料及需要協助事項，反面是由社工填寫的有關病患和其家庭的社會及心理資料，社會工作的處置，以及計畫和建議。通常社工者在接到轉介單後，必須儘速接觸該病患、家屬及有關人士，並將反面資料填妥，夾回病歷上，以保持醫療小組的溝通流暢。

社工者收集病患的社會及心理資料，以作為對病患社會及心理診斷的依據。因為社工者是醫療機構中處理社會問題的專家，自應提供有關病患的社會及心理診斷，其內容宜分為以下各項：(1)病患目前所呈現的問題及其形成因素之分析。(2)病患家庭生活情況及其家庭心理動力因素分析，包括家庭病理因素的分析。(3)病患個人人生長史及其行為動力的分析，包括其常用的心理防衛機轉。(4)對病患接受幫助的意願和使用幫助能力的評估，以及對該病患服務或治療計劃的擬定。

筆者認為醫務社會個案工作方法，在收集資料過程中，必先閱讀病歷，並與醫護人員商談有關病患的病情，然後才收集有關病患的社會及心理資料，作好社會診斷，及服務計畫，提供社會工作的服務，然後記錄並評價。

(二) 社會團體工作方法

自第二次世界大戰以來，社會團體工作的方法開始廣泛的被運用在醫療機構，社工者將病患置於適宜的環境中，透過團體成員的相互反應，加上社工者的鼓勵，支持與指導，使病患對疾病的反應與治療有深切的瞭解，並很快就恢復了對生活的信心；同時也因在那兒有治療氣氛的環境中，使病患自然打破以前的孤獨、消沈、苦悶，重新建立良好的人際關係，與積極的人生觀。

近一、二十年來，社會團體工作之治療模式在國內許多醫院中逐漸受到重視。團體的創造性不但滿足了患者及專業人員雙方之需求與期待，更充實了專

業範圍。臺中榮總社工室秦燕等（一九九一：二八～三三）的研究顯示：在全部樣本八十三家醫院中，有五十四家醫院有進行團體工作，平均一年辦四十一個團體，進行二八·七次，提供八四六·九個服務人次。其團體工作以一般疾病之患者團體最多，如：洗腎患者，癌症患者的團體計三十一個，其次是精神科患者與家屬的團體有十一個。而同一研究顯示：社會工作系畢業之社會工作者在「團體工作」及「研究工作」上很明顯的多於其他科系畢業者，這是可喜的現象。醫院中運用社會團體工作方法的事實，說明了傳統個案工作之外，團體工作的有效性逐漸為社工者所體驗，也將為社會工作走向專業化的過程中展現具體成效。

醫院中團體的類型，以我國目前的狀況有下列幾種區分方式：（莫黎藜：一九九二：一〇五～一〇六）

(一) 從疾病種類區分——多為慢性病或因急性疾病而產生家庭危機的情況。如：長庚「直腸癌病人團體討論會」；馬偕「知心團體（乳癌病患及家屬）」；榮總「精神科家屬團體」；彰基「糖尿病患者討論會」等。

(二) 從成員身分區分——可分成病人團體、家屬團體、病人與家屬團體三種。如：長庚「癲癇病患團體討論會」；馬偕「燙傷病患及家屬團體」；榮總「試管嬰兒準媽媽團體」；彰基「啓智父母營（智能不足者之父母）」等。

(三) 從成員出入控制區分——可分成(1)封閉式 (Closed Group)，即團體人數有一定限制，聚會期間也確定。一定的人數在團體初期就確立，期中只可能有人退出，而不接受臨時加入的人。有興趣加入者可在下一梯次再報名。如：長庚「子宮頸癌團體討論」；馬偕「小兒血液腫瘤親子討論會」；榮總傷殘中心職訓班「社會心理團體」；彰基「攝護腺腫病人團體」等。(2)開放式 (Open-ended Group)，即團體聚會期間無限定，成員可在任何時候加入。如：長庚「腎臟移植病友座談會」；馬偕「不孕夫婦座談會」；榮總「神經外科加護病房家屬座談會」；彰基「長期住院患者家屬討論會」等。

(四) 從團體性質區分——這一項的「性質」往往不易界定，可從團體的功能

、目標來看，則有社會支持團體、教育（訓練）團體、治療團體。而一團體有可能同時具備上三項功能。另可從團體的活動形式來看，則有聯誼會、座談會、討論會等。再可從問題性質來看，則有危機調適團體、多元家庭團體、調停（仲裁）團體、出院計畫團體等。另有一種團體很難歸類，即所謂「自助團體（Self-help Group）」，顧名思義是病人或家屬們自己負責掌握的團體，目前在國內外皆很盛行。自助團體形成之前，往往需由醫院的社工者在其主持的封閉式或開放式團體中，鼓勵成員產生共識，一起計畫成立自助團體，參與並執行其團體一切的發展事宜。如：長庚的「換腎俱樂部」；馬偕的「開懷俱樂部（乳癌患者）」；榮總的「開心俱樂部（心臟手術者）」，「蝴蝶俱樂部（紅斑狼瘡患者）」，「無喉者復聲協會」，「氣喘俱樂部」等。

(三) 社區組織方法

自有醫務社會工作以來，社區組織的方法就開始被運用了，只是它在醫療機構的專業性和必要性仍被質疑。姚卓英（一九七八：二二三）認為，想要提高醫務社會工作的效果，主要取決於二個條件：(1)要有專業訓練的人才，和領導能力。(2)要有足夠的人力和財力。基於此，社工者或可運用社區組織方法，去徵集人力、物力、財力，以支持醫務社會工作效果的提高。目前國內在這方面運用社區組織方法的情形如下：（莫藜藜，一九八六：三二一～三二二）

1. 加強公共關係：社工者，尤其是社工部主任，應經常利用參加各種社區集會的機會，如扶輪社、青商會等社區裏熱心公益的團體，使他們了解自己工作的情形，有什麼計畫需要他們贊助。許多醫院社工部的基金，及與外界的合作計畫或活動皆來自於公共關係的良好。

2. 發動志願工作人員：社會工作所需要的人力和財力都是永無止境的，尤其醫務社工者服務的對象是疾病纏身者，其聯帶發生的社會、經濟、家

庭、職業、心理等複雜問題，常是千頭萬緒，決非有限的人力在短期間內所能完全解決的，因此需要借重志願服務人員。目前彰化基督教醫院、臺中榮總分院、省立臺南及臺中醫院與臺北長庚紀念醫院已發動並訓練醫院社會服務志願工作人員，他們的參與，使病患得到更多的幫助。3. 利用大眾傳播工具發動社會力量幫助病患及家屬：此為藉社區組織團體與團體間工作的原理，使社區中其他團體或社民衆了解醫務社會工作的意義，而主動支持。定期的工作成果報告，也能引起熱心人士的共鳴。4. 針對少數病患的需要，推廣至全社區：許多醫院社會工作部已主動參與山地及海邊的社區醫療隊，從計畫到實施，是促進民衆衛生保健的工作。平日在家庭訪視時，常會發現一些病患的家庭，環境衛生太差，致使疾病蔓延，因此激發社區民衆，在政府和熱心社團的支援下，採取行動，改善環境衛生。或是主動從事社區醫療服務之研究，建議改善的對策。

(四) 其他特殊方法簡介

近十年來，醫務社工界深覺出院安置計畫（Discharge Planning）的重要性，因而加強在這方面的知識和訓練。詹慧雯的一篇研究說明了最近的事實（一九九〇：六一～六八）；國內大部分醫院之社工部門均有提供此項服務，但其中只有四分之一的社工者為出院計畫主要負責人。至於出院計畫工作流程可分為四：1. 病患之篩選界定——有近半數的醫院目前尚無篩選指標，而有八成的情形是由轉介者主觀經驗的認定；易言之，醫護人員不但事先決定了社工者介入的時機，同時也事先判斷了案主的問題，社工者在案主發掘系統（Case-Finding System）中，居於被動的地位，並無自主性，這情形與美國醫務社工界一九六〇年代所遭遇的情形相仿（Berkman & Rehr, 1973:256; Rehr, et al, 1980:403）。2. 社區資源聯繫——國內醫務社工者對於可用的社區資源感到相當的不足；醫院與社區資源間並無工作網的建立，但其中近半數醫院已擁有自己建立的資訊庫。3. 轉介工作——幾乎所有醫院目

前都已擁有固定格式的轉介單，但多數尚無整合醫療、心理、社會等多方訊息為一體，成為一整合性的轉介單。4.病患追蹤工作——社工部門對於所有經社工部門轉介，安置出院的病患，幾乎都是「不全然」進行追蹤服務；可能的原因是：人力上不允許，以及有些追蹤工作似可由公共衛生護士擔任。至於出院計劃實施之困難，則提出三項：1.較多認為缺乏足夠的社區資源，與繼續性照顧系統不健全。2.社會工作篩選系統尚未建立。3.保險制度未能配合給付出院後之繼續性醫療照護費用。筆者認為：由出院計劃的工作流程來看，與近年來社工界盛行的議題「個案管理」工作模式的過程相似，在運用時皆能培養社工者對於個案中各個問題輕重緩急和優先順序的判斷力，更能切合病患和病家的需求，而達到協助的功能。

美國醫院社工者自一九七〇年代始加強在「急診室的社會工作」，一般建議如在年有十萬病患的急診室，應有三位社工者輪流值班（Lurie, 1976: 85-94）。因為下午五點以後，病患的社會心理危機亦常發生，却缺乏社會資源可以協助，常會找上急診室值班人員。而醫生護士們常因治療上的急迫要求和不斷來的病患，使他們無暇顧及病患的社會和心理的需要。因此急診室的社工者，其工作目的、項目、排班方式、記錄方式和繼續性的照護等都一再地討論和改善中（Farber, 1978:7-18; Groner, 1978:19-29）。國內楊淑美的一份研究（一九八四：七，八三），乃以危機調適方法對來到急診室的意外災害病人和家屬提供協助，然後評量服務的效果，並建議設置「急診室社會工作者」。周玲玲等（一九八八：八三~八四）對臺北市立仁愛醫院三一五位急診室的社工處遇病患之調查研究，社會及心理問題方面的諮詢、情緒及其他問題（醫院費用等問題）佔最多（三三·三%），聯繫問題次之（三二·四%），再次為住院、出院問題（二〇·六%）及協調問題（一三·七%）。由此可見社工者在急診醫療團隊中，可扮演不可或缺的角色。

另外，近年來為了因應醫療服務的需要，社工者亦開始加入一些新的醫療團隊，如：器官移植小組，家庭醫學科，安寧病房，顫顫畸形治療小組，愛滋病治療團隊，燙傷中心等。

陸、針對醫務社會工作發展的建議

由醫院組織特性來看，社會工作於醫院組織中有存在的絕對必要性，社會工作人員應建立專業自信，肯定社會工作的價值，脫離在醫院中次要角色的陰影及打破專業本位主義（張淑英，一九八七：七六）。社工者本身的知識、技術與自信心不夠，以及醫護人員對疾病的社會及心理因素缺乏了解，都將造成團隊工作施行上的困難。因此，除了積極的參與團隊工作，建立醫療團隊關係，以加強醫護人員「完整治療」的概念之外，針對醫務社會工作的發展，筆者試提如下之建議：（彭淑華，一九八六：一八一~一九二；莫藜藜，一九八八：一一三~一一九）

一、對社會工作專業教育之建議

1. 加強醫務社會工作相關學科之課程與師資：開授「醫務社會工作」之外，再增開「醫療社會學」、「醫療政策與立法」、「社會工作與公共衛生」等課程；並聘請曾有實務經驗的學者來講授課程，以培養學生對社會工作的認同，儲備專業知識與技能，增強醫務社會工作的陣容。
2. 從事醫務社會工作之研究與評估：學校應與醫院或衛生行政單位合作，建立對社會工作的研究和評估制度，供做醫務社會工作發展之參考。
3. 於醫學院基礎教育增列醫務社會工作相關課程：如此可以培養醫學生對於社會環境因素之洞察力與敏感度，以及對社會環境因素之重視。

二、對醫院及衛生行政組織之建議

就醫院社會工作部門工作特性來看：

1. 確立工作單位名稱、職稱與編制：建議統一單位名稱為「社會工作部」，以與一般社會服務有所區別；工作人員職稱改為「社工者」，社工師或社工

員；並依衛生署醫院設置標準聘雇一定數目的社工作者。

2. 聘用社會工作相關科系畢業人才：惟有資格的限制，在任用後才易於有效展現社會工作能力，不致避免浪費人才，且能使之得其所哉。

3. 加強待遇和福利措施，健全升遷體制：為社工部門之業務推展，宜建立層層相屬之升遷體制，依社工作者之專業知識與經驗，劃分職稱自「社工接待員」、「社工者」、「社工督導」、「社工部主任」，並依不同職務給予相當之待遇。

4. 加強在職訓練方案和督導制度：為社會工作實務經驗的分享與傳遞，應建立長期性與統合性的在職訓練計畫，並加強督導的自我成長與專業素質。

5. 與公共衛生工作配合：社區居民如何預防疾病的發生及病後的復健是治本的工作，尤其在醫療轉診制度實施後，社工者在社區醫療團隊中的角色必須加強。

6. 建立專業證照制度：社工者所發揮的功能遠超過一般行政人員的業務權限，亦非一般行政人員均能勝任，因此建議設立社會工作專業證照制度，改以技術人員聘用，以確立社工者在醫療體系內的角色與地位。

7. 健全社會工作評鑑制度：目前的評鑑標準過於寬鬆，並因醫院等級與類型而有不同標準，實非明智，亦嫌缺乏誠意。

就醫院社會工作部門組織特性來看：

1. 適當的自主性：社工者一向對其協調與溝通能力較為滿意，然過去亦較處於被動地位，今後應重視自主性，並主動宣傳以爭取專業認同；開拓社會資源，建立轉介網路。

2. 社會工作服務範圍的確立：過去十年來有關的研究中主要方向之一即在服務項目和範圍之確立（如本文中所述之研究報告）。社工部門應在醫院的功能力下，主動積極處理與病患疾病相關聯之社會——經濟——心理等問題，以確保醫療成效。

3. 建立績效評估的工具及模式：社會工作對人的關懷和協助是主要價值所

在；然而如何測知案主得到多少協助和改變多少實屬不易。為彰顯社會工作的績效，又勢在必行。因此今後對於工作成果應有統一的計算及呈現方式，據以做為績效評估的標準。

三、對社會工作專業組織之建議

成立迄今已屆十年的「中華民國醫務社會工作協會」，對於醫務社工者素質的提升和權益的維護不遺餘力，除定期舉辦專題研討會，發表相關性著作外，並積極爭取社會工作專業性地位。尤其在舉辦醫院社工者在職訓練課程時，受到衛生署大力支持和支援，益為難得。為充分發揮醫務社會工作專業組織的功能，今後仍將在：(1)提升專業素質，(2)確保專業權益，和(3)加強整體規畫方面繼續努力。

我國醫務社會工作發展至今，已有七十多年歷史，遷臺至今更有長足進步，然需繼續改善之處仍多。社工者現在除了靠同事轉介個案之外，應主動發現個案，並開創新的工作。新的醫院社工部模式應符合綜合性區健康服務的要求，和醫療服務模式一樣，社工部的模式也需更普遍，更具社區責任，即一所綜合醫院成為一地區的核心醫院，除了提供住院服務外，也為病患作特別診斷及門診治療，更為慢性病院、家庭照護、心理衛生門診、煙毒勒戒所、嬰兒照顧、兒童或青年中心等，提供諮詢和診斷服務。

總之，醫務社會工作的特殊貢獻，包括診斷病患的環境及心理壓力，瞭解病患的疾病對家屬的影響，協助他們適應疾病狀況，使他們儘可能地發揮生理、心理和社會的能力。這些都是研究、評價及治療一個人的必要因素，基於這些，社工者可作社會診斷，並提出解決問題的建議。如今醫務社會工作的範圍不僅由解決因疾病產生的社會問題，而擴展到注重恢復健康和協助預防疾病，特別在預防引起疾病的社會心理因素。

參考書目

1. 蘇秋莉（一九七七），醫師對於社會工作者的態度研究，臺大社研所碩士論文。
2. 彭淑華（一九八六），綜合醫院社會服務部門之研究，臺大社研所碩士論文。
3. 張淑英（一九八七），自醫院組織特性、社會工作特性和專業性來探討醫療社會工作之運作，東吳社研所碩士論文。
4. 曾茂禎（一九八九），醫院從業人員對醫務社會工作態度之研究，東吳社研所碩士論文。
5. 詹慧雯（一九九〇），出院計畫服務現況初步評估性研究，東海社工所碩士論文。
6. 鄭佩芬（一九九〇），醫院社會工作者工作目標優先順序及其相關因素之探討，東海社工所碩士論文。
7. 莫藜藜
 - （一九八〇）全國醫院社工部門現況調查，東海社會工作學刊創刊號，二〇～三二頁。
 - （一九八一）(a)醫院社會工作服務的標準，東海社會工作學刊，二（二），三～五。(b)為什麼要在醫院成立社會工作部？東海社會工作學刊，二（三），一五～二〇。
 - （一九八二）中外醫務社會工作比較，摘自李增祿主編，中外社會福利服務比較研究，中央文物供應社，二六七～三〇七。
 - （一九八三）臺灣省立醫院社會服務室現況調查及功能之研究，省衛生處委託。
 - （一九八六）醫務社會工作，摘自李增祿主編，社會工作概論，二九三～三二八，臺北：巨流。
 - （一九八八）我國醫院社會工作者專業滿足之狀況——理論與研究，臺北：力行書局。
 - （一九九二）社會團體工作在醫院中之運用，東吳社會學報，第一期，九五～一二八。
8. 姚卓英（一九七八），醫務社會工作，臺北：正中。
9. 秦燕等（一九九二），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。
10. 周玲玲等（一九八八），臺北市立仁愛醫院急診病患社會心理問題之探討，醫務社工協會七十七年刊，八二～八六。
11. Hubschman, L. (ed.) (1983)
Hospital Social Work Practice. Praeger Publishers.
12. Berkman, B. & Rehr, H. (1973)
"Early Social Service Case Findings for Hospitalized Patients: an experiment," Social Service Review, June, (47), 250-265.
13. Rehr, et al. (1980)
"Screening for High Social Risk: Principles and problems," Social Work, 25 (2), 403-407.
14. Lurie, A. (1976)
"Staffing Patterns: issues and program implementation for health care agencies," Social Work in Health Care, 2(1), 85-94.
15. Farber, J. M. (1978)
"Emergency Department Social Work: a Program description and analysis," Social Work in Health Care, 4(1), 7-18.
16. Groner, E. (1978)
"Delivery of Clinical Social Work Services in the Emergency Room: a description of an existing program," Social Work in Health Care, 4(1), 19-29.

（本文作者為東吳大學社會工作系，所副教授）