

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

莫藜藜

前言

現代國家多十分重視社會福利制度的建立，期望使國民富足、社會穩定，因而也推動許多必要之福利措施。然而，為維持福利服務輸送順利，最重要的一項基礎工程應是建構完善的專業人力聘任制度，才能落實社會福利服務政策。

各國在瞭解其聘用之社工人力時，多由統計並加總不同領域之社工人數，其分類方式不一，以美國為例，其各類社工人力雇用單位可分為公部門、私部門、自雇者等三大類，而其各類社工人力雇用之領域又分成：1.兒童、家庭與學校；2.醫療與公共衛生；3.心理健康與物質濫用；以及4.其他等四類（呂寶靜等，2009）。其中，第2可被視為一般醫療領域社會工

作，第3可被視為心理衛生領域社會工作。而Cowles(2003)指出，美國在2002年總共有477,000名社工，其中1/4的社工服務於醫院。

筆者於民國68年開始在大學社工系開授「醫務社會工作」課程，記得在民國70-90年間每逢學系安排學生至機構實習之時，醫療機構常是學生爭相選填之第一志願。據聞那時各校幾乎都是此種盛況，而在學生之間傳述的原因是醫院中的社會工作人員有較高的素質，也較有機會展現社會工作服務的特質。但時至今日，當人們問起「我們在醫院服務的社工人員有多少？」時，常讓我們無言以對，因為我們發現無論如何都找不到全國醫院社工人力的正式統計數字。

我國社會工作專職人員人數是由行政

院內政部社會司統計，但卻未將醫療機構之社工人數納入調查，因為這些社工是受雇於衛生署主管的醫療院所。根據民國97年內政部統計處的資料，公私部門辦理社會福利業務的社工專職人員共有5,660人，公部門1,948人，私部門3,712人，統計範圍包括下列：兒童及少年福利、婦女福利、老人福利、身心障礙福利、社區發展、社會救助、社會保險、社會工作，以及志願服務等九個領域，可是並未顯示以「醫療院所（一般醫療和心理衛生）」項目的社工人力。遺憾的是，社工人員雖然受雇於醫院，衛生主管單位的衛生署在調查醫療院所的醫事人力之時，也未將社工人力列入統計。因為醫院社工不被視為醫療單位的醫事人員，因此統計上一直不予登錄。

從未正式統計醫院社工人力這一事實，凸顯了雖然醫療團隊需要社工人員參與服務，卻並不重視其人事制度的建立與發展。因此，我們必須呼籲，全國社工人力的調查項目應再確定，不宜再忽略醫療院所社工人力的統計。本文將先簡述臺灣醫院（一般醫療和心理衛生）社工發展的歷史；然後，瞭解現階段法規對醫院社工人力的規範，以及醫院社工人員提供服務之事實內容；最後，探討為何需求醫院社工人力，卻不統計社工人力？再嘗試提出建議，以期再次肯定和支持醫院社工的專業。

壹、臺灣的醫院社會工作發展歷史

民國38年國民政府遷台，省立台北醫院（今之台北市立聯合醫院中興院區）首先在台成立醫院社會服務部，由前北平協和醫院社工員劉良沼女士主持（姚卓英，1978）。民國39年，由林李美貞女士在台大醫院精神科門診和病房開始從事精神病患之社會個案工作。民國45年，教會醫院之馬偕紀念醫院首先設立社會服務部。繼之，彰化基督教醫院於民國52年，設立社會工作部，接著多家基督教醫院相繼成立社會工作部門。民國47年，省立台中醫院設立社會服務室。民國56年，臺灣省各省立醫院普遍設立社會服務室，主要掌理醫療社會服務及貧病救助等事項。這一時期由台大醫院、教會醫院，到省立醫院，多是設立社會服務部（室），是台灣醫務社會工作的開創時期，醫療機構感受到需要有人來協助病患解決其社會問題，但還未要求工作人員的專業知識和技術，主要由於那時的社會工作人員的養成教育制度尚未建立所致。

民國60年左右，多所大學社會系開始設立「社會工作組」的教學，也開授了「醫務社會工作」，以及相關之課程，培育不少得以進入醫療院所服務之社工人

員。

民國74年，衛生署將社會工作服務納入醫院評鑑項目，正式肯定了社會工作為醫療服務中不可或缺之部分。接著，民國75年衛生署開始第一期的〈醫療保健五年計畫〉，在建立特殊醫療系統方面，對醫院社會工作業務較有影響的包括：建立緊急醫療網、建立精神疾病防治網、建立慢性病及復健醫療網等三項，醫院社工人員開始參與急診醫療團隊、精神醫療社區復健團隊、特殊慢性疾病醫療團隊等。民國79年，〈精神衛生法〉頒佈，明訂心理衛生醫療團隊中社會工作人員之職稱和任務。而民國79年，又公告〈醫院評鑑標準〉，其中規定醫務社會服務工作之業務及設備。自此以後，新成立之醫院多會考慮設置社會工作部門，這是透過相關法令的頒佈，正視醫務社會工作專業服務的必要，也促發了社會工作專業的成長。

目前全國各公私立醫療院所設有之社會工作部門，在行政層級上屬該醫療院所之二級或三級單位。由單位名稱亦可看得出其所屬層級，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）課或社會工作（服務）組等。其人員編製有少自一人，多至二十五人者。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掌相當紛歧（莫藜藜，1998）。所謂醫務社會工作，是指社會工作人員運

用社會工作專業知識與技術於醫療衛生機構，從社會暨心理層面來評估並處理病患的問題，以醫療團隊一份子的身份，共同協助病患及家屬排除醫療過程中之障礙，不但使疾病早日痊癒，病患達到身心平衡，並使因疾病而產生之各種社會問題得以解決，同時促進社區民眾之健康（莫藜藜，2002）。醫務社會工作是在醫療衛生保健機構中所實施的社會工作，傳統的定義著重其在醫療衛生機構中對病人之服務工作，近代的定義則擴大到社區，對於民眾身心健康之促進，以及對疾病的預防與治療。

因此，在醫院服務的社會工作者不是希望解決病人所有的問題，而是著重於處理那些直接影響疾病原因和治療的社會暨心理因素，也就是所謂的「疾病的社會與心理成分」。和其它領域的社會工作不同之處，乃在於醫務社會工作除了本身對社會工作專業知識的具備，更需加強對身心疾病的認識，並瞭解疾病對個人和家庭所造成的影響，再以社會工作的概念、原則和計畫來配合醫院和病人的需求。

民國96年〈新制醫院評鑑基準〉的頒訂，再度肯定社工人員參與醫療服務的重要性。然而，從60年前醫院設立「社會服務室」，到40年前開始聘用受過社工專業養成教育的人力，社工一路走來兢兢業業地秉持專業的熱誠，為病患、家屬和醫院服務，努力建立社工專業制度，卻沒想到

其社政主管機關的社會司從未將其列入社會福利服務人力；而雇用這些社工的衛生主管單位，衛生署也未將之列入其醫事人力，真是成了「爹不疼，娘不愛」的處境嗎？這樣受到限制的處境，未受到應有的支持和肯定，將如何讓醫院社工有進一步的發展呢？

貳、醫療機構對社工人力的需求情形

我國醫療機構之層級分類有醫學中心、區域醫院、地區醫院和基層醫療單位。本文所謂的醫院社工人員，將在這些醫療機構中再分一般醫療和心理衛生醫療機構，因為這兩類在醫院服務的社工人員已發展出不同的社工專業服務。

一、現階段法規對醫院社工人力之規範

Dyer、Rowland 和 Ferris(1982)指出，預測未來人力之一種方式是「人事比率」原則（引自吳美連、林俊毅，2003），即以過去人事資料決定每項職位與人數的關係，例如某醫院過去有200張床位，共雇用20名護士，則預估到達600張床位時，根據過去10:1的比率，需要60名護士。目前我國醫院社工人力需求的規範，主要是依此原則來範定，以下分述之：

（一）在一般醫療機構

目前影響一般醫療機構社工人力設置的因素，主要是以病床數為依據，根據〈醫療機構設置標準〉第4條規定，「慢性醫院未滿100床者，應指定專人負責社會服務工作。100床以上者，每150床應有一人以上」。而〈新制醫院評鑑基準〉規定，急性病床100床以上者，應有一位社工人力配置，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庭暴力等問題，並建立相關業務處理規範及具有相關工作紀錄。醫學中心評鑑之規定除了100床：1名社工之外，應設有獨立之社會工作部門，且由具有社工專業背景或實務經驗滿五年之社工人員負責。依各項參考資料（如服務量、民眾滿意等）作為改善服務的參考，定期追蹤及檢討，改善服務品質。另外，〈護理機構分類設置標準〉第8條規定，每100床應有一名社工，未滿100床者，應有兼任之社工人員。

上述〈新制醫院評鑑基準〉已規定社工的服務內容和組織，按目前規定100:1的社工人力配置來看，筆者以非正式方式詢問不同醫院的數位資深社工，他們皆表示沒有一家醫院達到目前設置標準之規定，只醫學中心或教學醫院社工人力較接近規定，其他醫院社工人力則是長年處於不足狀態。如此，自然影響社工的服務量和服務成果。

（二）在心理衛生醫療機構

心理衛生社會工作人員基本上也是受雇，並執行其業務於上述各類型之醫療院所內，如是精神專科醫院，則設置一獨立之社工部門；如精神科是附屬於一綜合醫院，則社工由該院之社工部門或精神科負責聘任，行政上亦由該院社工部門或精神科負責，專業服務上則由該精神科團隊規範。

衛生主管單位對於心理衛生社會工作人力的設置有不同於一般醫療的規定和作法。影響心理衛生社工人力設置的因素，最初主要根據〈醫療機構設置標準〉第6條規定，精神科醫院是：1.精神急性、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每150床應有一人以上社工人力。2.精神科日間照護單位，每75名服務量應有一人以上社工人力。而精神科教學醫院則是：1.精神急性、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每120床應有一名以上社工人力。2.精神科日間照護單位，每60名服務量應有一人以上社工人力。3.社會工作師比例應達三分之一以上。可知，這些規定都是由服務內容和服務量之特性，而有不同的人力配置。

自從〈新制醫院評鑑基準〉頒佈後，各層級醫療院所多依其規定配置社工人力。在新制精神科醫院4.10.1.2條文中，對精神醫療社會工作之適當人力配置規定

C類中，精神科醫院在1.急性、慢性精神一般病床及精神科加護病床合計，每90床應有精神醫療社會工作人員1人以上。2.精神科日間病房，每75名服務量應有精神醫療社會工作人員1人以上。精神科教學醫院在1.急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每75床應有精神醫療社會工作人員1人以上。2.精神科日間病房，每60名服務量應有精神醫療社會工作人員1人以上。3.社會工作師比例應達1/3(含)以上。至於，B類醫院則需符合C項，且：1.專任精神醫療社會工作人員應有1人以上。2.急性精神病床，每30床應有1人以上。3.慢性精神病床及精神科日間病房，每60床應有1人以上。而A類醫院則需符合B項，且：1.專任精神醫療社會工作人員應有2人以上。2.急性精神病床，每30床應有1人以上。3.慢性精神病床及精神科日間病房，每60床應有1人以上。

另外，對擬申請第一類評鑑精神醫療院所者，〈新制醫院評鑑基準〉4.11.1.1則規定需有專責精神醫療社會工作人員，且其人員配置為：1.急性治療床每30床應有1名，2.慢性治療床或日間病房每75床應有1名。申請第二類評鑑者，也需有專任精神醫療社會工作人員，且其人員數規定：1.急性治療床每30床應有1名，2.慢性治療床或日間病房每60床應有1名。申請醫學中心評鑑者，其專任精神醫療社會工作人員至少有2名，且其人員數為：

1.急性治療床每30床應有1名，2.日間病房每60床應有1名，3.精神科門診每月平均3,000人次以上需增1名。

由於醫院社工尚未被列入衛生署之醫事人力之正式統計，所以目前到底有多少心理衛生社工無法獲知正確之數字。但是

筆者在搜尋衛生署對醫療院所相關統計時，發現了精神護理之家及精神復健機構社會工作人力雇用統計資料，確有統計社工人力，其社工人數是以「具專業工作人員數」(para-medical personnel)來計算（參閱〈表一〉）。

表一：精神護理之家及精神復健機構數社會工作人力之雇用情形

| 計算項目 服務領域 | | 家數 | 病床 | 現有社 工人數 | 病床數/家 數 | 以總床數 比 50:1 |
|---------------------------|--------|-----|-------|------------|------------|----------------|
| 精神護理之 家共 19 家 | 醫療院所附設 | 11 | 1,178 | 7 | 107 | 24 |
| | 獨立型 | 8 | 361 | 3 | 45 | 7 |
| | 合計 | 19 | 1,539 | 10 | 81 | 31 |
| 社區復健中 心（日間型） 共 64 家 | 醫療院所附設 | 28 | 1,519 | 21 | 54 | 30 |
| | 獨立型 | 36 | 1,742 | 18 | 63 | 35 |
| | 合計 | 64 | 3,261 | 39 | 51 | 65 |
| 康復之家 （住宿型） 共 90 家 | 醫療院所附設 | 16 | 600 | 15 | 36 | 12 |
| | 獨立型 | 74 | 2948 | 67 | 40 | 59 |
| | 合計 | 90 | 3,548 | 82 | 39 | 71 |
| 總計 | 醫療院所附設 | 55 | 3,297 | 43 | 60 | 66 |
| | 獨立型 | 118 | 5,051 | 88 | 43 | 101 |
| | 總計 | 173 | 8,348 | 131 | 48 | 167 |

資料來源：衛生署 97 年底統計資料。

綜合瞭解〈精神復健機構設置及管理辦法〉第2、3、8條的規定，無論日間型或住宿型機構服務量為100人以上者，每100人服務量應聘專任社會工作人員一人以上。但是，日間型機構服務量為50人至99人者，宜有兼任之社會工作人員，而

住宿型機構服務量為50人至99人者，應有兼任之社會工作人員一人以上。無論日間型或住宿型機構服務量為49人以下者應有兼任社工。由〈表一〉97年底衛生署網頁公布的數字，精神護理之家及精神復健機構現有社工人數131名，機構平均床數以

50人以上居多，如以上述法規對社工人力雇用之規準50:1來計算，社工人力仍顯不足。

雖然目前心理衛生社工人數無法得到確切資料，但是依上述法規以及筆者個人觀察，醫療院所之精神科社工人員尚未達到法規要求之標準，各醫學中心或教學醫院社工人力可能已接近規定，但其他醫院社工人力則是長年處於不足狀態。如此，自然也會影響社工的服務量和服務的成果。

二、相關法規不斷增加醫院社工的業務項目，卻無補助社工人力或薪資。

我們也觀察到，近年來相關法規不斷增加一般醫療院所和心理衛生社工的業務項目，特別是具有法定保護責任之業務，但並無補助社工人力或薪資的情形。以下仍分兩類加以說明：

（一）在一般醫療機構

根據〈家庭暴力防治法〉規定，醫院急診室要求該院社工處理婚姻暴力、兒童虐待與性侵害的案件。因此，各縣市如臺北市就於民國94年頒布了〈臺北市醫療機構受理家庭暴力暨性侵害事件就醫保護作業要點〉，其中包括：「有關被害人之身心復健、安置事宜，應由受理醫療機構積極處理，如因個案需要，經社會工作人員

評估及被害人同意得轉介至相關機構」。

以及「醫療機構工作人員應以親和態度服務，由社會工作人員陪同被害人就醫，夜間（指二十二時至次日八時止）由值班護理長陪同，次日八時轉給社會工作人員繼續協助處理並列案管理」等之規定。

由於此類服務無法估算病床數，也沒有因此增加醫院的社工人力。依衛生署93年〈出院準備服務計畫補助作業要點〉，主要以六年為原則，醫院必須組成跨專業工作小組，其成員包括社工人員，負責家庭暨經濟評估、殘障鑑定、後送機構轉介，並協助家屬取得所需社會福利資源。各醫院多是從現有社工人力予以重新調配工作職責，並未因此而增加社工人力。

近年來，醫療界積極重視研究之醫療倫理議題，依據衛生署於民國92年頒佈之〈醫療機構人體試驗委員會組織及作業基準〉第二章，有關人體試驗委員會之組成及召開之內容「委員會置委員七人至二十一人，其中一人為主任委員，一人為副主任委員，均由試驗機構選任之，並報請中央衛生主管機關備查。前項委員除有關醫事專業人員外，應有三分之一以上為法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士」。因而，醫院社工人員必須參加人體試驗委員會執行審查業務。綜而言之，以上這些都是新設法規中要求社工要參與之服務，導致醫院社工業務量增加，卻未

增加聘僱之人力。

（二）在心理衛生醫療機構

相關法規也不斷增加心理衛生社工的業務項目，根據〈家庭暴力加害人處遇規範〉第6條規定，直轄市、縣（市）主管機關應遴聘受過家庭暴力防治相關訓練之下列人員，包括：精神科專科醫師、心理師、社會工作人員、少年調查官、少年保護官或觀護人，組成相對人評估小組，辦理相對人有無接受處遇計畫必要及其建議之評估。

根據〈性侵害犯罪防治法〉第6條、〈性侵害犯罪防治法施行細則〉第2條，及〈性侵害事件醫療作業處理準則〉第8條規定，醫院成立性侵害事件醫療小組，其成員亦必須包括社工人員。

然而，依內政部社會司（民國98年）社會福利服務申請經費補助項目及基準，在家庭暴力和性侵害防治工作中，可申請之人力皆以相關機構聘用專職服務為主。因此，醫療院所雖增加醫院社工參與加害人處遇和性侵害處遇案件，但仍以現有人力兼辦此類新增業務，並無因此增加社工人力的情況。

參、醫院社工人員之服務項目與內容

從人力資源管理的角度來看，國家或

組織需求某種專業服務，則需對該專業服務進行工作內容分析。因此本文再從目前醫院社工之服務項目與內容，瞭解醫院社工之工作職責、服務意義與其貢獻。筆者依個人過去臨床經驗（先於一般醫療，後於心理衛生機構服務），將各項工作職責予以歸類，再以德飛法(delphi survey)和焦點團體法(focus group interview)請多家醫院目前在職之社工提供意見。再予以彙整之後，將醫院社工部門之工作項目分為三大類。茲將各項工作內容分述如下：

一、一般醫療社工人員之工作職責

P1：臨床工作（傳統的直接對病人與家屬之個案與團體服務）

（一）個案服務部分（住院、門診、急診病人）

P1-1-1 接受醫院各病房照會之各種疾病病人及家屬，提供社會暨心理評估與個案處遇（附件一）

P1-1-2 參與出院準備服務小組，提供家庭經濟評估及社會福利資源取得

P1-1-3 處理醫療抱怨、醫病溝通協調、法務等事項。

（二）特殊個案服務（近年增加並參與之醫療團隊服務）

P1-2-1 發展遲緩兒童早期療育社會評估

P1-2-2 參與器官移植小組，協助器官勸

募，提供捐贈者/受贈者之社會暨心理評估，及後續追蹤服務。

- P1-2-3 提供保護性個案（婚姻暴力、兒童虐待、性侵害）之社會暨心理評估與個案處遇，及依法完成保護性個案之社政通報。
- P1-2-4 參與安寧療護共同照護團隊，提供社會暨心理評估與個案處遇
- P1-2-5 參與愛滋病防治醫療團隊，提供社會暨心理評估與個案處遇
- P1-2-6 參與醫院自殺防治服務，依法完成自殺個案之衛生系統通報。
- P1-2-7 參與罕見疾病醫療團隊，協助家屬處理各項問題。

P2：社區工作（支持醫療服務，以潛在病人為對象）

- P2-1 志工招募、訓練、督導、管理與福利表揚等。
- P2-2 各項節慶義賣活動、籌募社會資源。
- P2-3 與院內、院外單位合作，至社區推動各項衛生保健方案
- P2-4 支援及協助醫院至社區機構看診服務
- P2-5 參與社區健康營造中心工作，提供社區獨居長者送餐服務及到院就醫協助
- P2-6 參與院外社團活動接待、外賓參訪接待，以及民防救災工作。

（三）舉辦病友團體活動

- P1-3-1 在醫院內為各種慢性病患和家屬的支持性團體，例如糖尿病病友團體、肌無力症俱樂部、乳癌病友支持團體、巴金森症病友團體、安寧喪親家屬支持團體、癲癇病友團體等。
- P1-3-2 結合院內外資源，協助病友自助團體之成立與運作，例如思樂醫之友協會（紅斑性狼瘡患者）、類風濕性關節炎之友協會、早產兒家屬聯誼會、脊髓損傷者協會、開懷協會（乳癌患者）、關懷心臟病兒童協會等。

P3：行政、研究及督導工作（支持醫療服務，不直接對病人的業務）

- P3-1 各項工作紀錄和報表、工作手冊制訂、醫院臨時交辦業務等。
- P3-2 院內服務品質推動，包括處理抱怨專線，建立讚美專線、意見箱信件回覆、評鑑資料製作等。
- P3-3 政府法令作業管理、身心障礙鑑定與管理。
- P3-4 參與醫院「人體試驗委員會」之研究案件審查與出席會議。
- P3-5 提供社會福利諮詢。
- P3-6 社工之甄選和訓練、大學社工系學生實習教育、代訓他院社工。

- P3-7 研究發展、醫療社工國際交流。
- P3-8 行政與專業督導、社工目標管理、績效管理。
- P3-9 擔任院內醫師或醫學生訓練課程之講師。
- P3-10 如果部門沒有行政助理或事務員，則社工員還需負責下列行政業務：
- P3-10-1 社服財產管理、庶務用品領用、部門電腦與網頁管理。
- P3-10-2 社會資源之收受與分配管理：各項基金及捐款專戶管理、捐款徵信、社服醫療輔助器具借用管理、社服醫療補助資料整理。
- P3-10-3 社工部門收發公文管理、各項年月報表製作、日報資料輸入。

筆者在非正式訪查醫院時，曾有醫院社工表示，他們還會負責每日低收入戶住院名單、每月住院病人低收入戶身分伙食費申請，門診、急診福保患者掛號費補助統計，以及門診、急診身心障礙部分負擔費用補助統計等，筆者認為在此資訊化的時代，這些項目應在醫院中有更適合的單位負責，不宜由社工單位來統計，因此未予列出。

在上述第一部分，傳統的個案工作服務方式已逐漸確定，近年來增加的特殊個案服務多是其醫療團隊要求社工加入而一起合作的服務項目；至於病友團體亦是各院開始重視的一塊，甚至有許多醫院將之做為醫院的特色，並放在醫院網頁上加以

宣傳。

近年來，有加強辦理的服務項目，包括出院準備服務、醫院附設「護理之家」的服務、家庭暴力與性侵害案件。至於近三年辦理創新的服務項目，則有居家照護服務和長期照護服務，尤其未來長期照護保險實施之後，長期照護服務系統會需要更多社工，而此領域社工除了部分可歸屬老人福利或身心障礙福利之外，醫務社工也會與長期照護服務體系接軌。

因此，從已有的法源要求社工加入服務團隊所反應的事實，目前雖無完整的實證資料作為依據，然依筆者個人觀察和訪查醫院後之社工個別意見，皆已直指各項業務中有逐年增加的趨勢，如果以一個部門或一位社工的工作量為一個單位來看，其工作量的比重原來的單位是1，再將上述三大類工作項目的分配權數比例為 $P1:P2:P3=0.7:0.2:0.1$ ，則目前醫院社工的工作量可能為 $P1:P2:P3=0.7:0.3:0.2$ 。亦即，以工作量原來是1來看，目前至少是1.2倍的情況。這還是保守估計，因為只將增加的參數分放在P2和P3，雖知P1的工作項目和工作量已有增加，但此時尚未將之增至0.8或0.9，否則工作量應是原來的1.3或1.4倍的情況。

二、心理衛生社工人員之工作職責

P1：臨床工作（直接對病人與家屬之個案與團體服務）

- P1-1 個案工作服務部分（急慢性病床、門診、急診病人）
- P1-1-1 承接門急診、精神科病房照會之病患與家屬社會暨心理功能評估、家庭功能評估等。
- P1-1-2 提供病患與家屬個別支持性心理治療、家庭和婚姻治療等
- P1-1-3 提供病患與家屬情緒支持、福利諮詢、就業諮詢與轉介、疾病衛教、社會資源提供與轉介服務等
- P1-1-4 參與出院準備服務，包括會議和紀錄、資源建檔、資格連結、轉介與追蹤等
- P1-1-5 處理醫療抱怨、醫病溝通協調等事項。
- P1-2 特殊個案服務
- P1-2-1 家庭暴力輔導治療、性侵害通報、加害人處遇治療
- P1-2-2 自殺防治
- P1-2-3 監所治療、物質濫用之治療，如美沙冬替代療法。
- P1-2-4 法律門診、司法單位要求之精神鑑定
- P1-3 舉辦團體治療或病友團體活動
- P1-3-1 病房或門診支持性團體心理治療、遭受性侵害個案之社區處遇團體
- P1-3-2 舉辦支持性、教育性和治療性家屬團體。
- P2：社區工作服務（對日間病床、社區復健機構的服務）
- P2-1 各項院內節慶義賣活動、院外社區資源聯繫會議以籌募社會資源
- P2-2 負責志工招募、訓練、督導、管理與福利表揚
- P2-3 慢性精神病患社區照護及處遇計畫，例如社區關懷方案、社區康家方案。
- P2-4 參與養護中心、護理之家、社區心理衛生中心、會所模式的社會工作服務
- P2-5 與院內院外單位合作，協助推動社區心理衛生保健方案。
- P3：行政、研究及督導工作（支持醫療服務，不直接對病人的服務）
- P3-1 各項工作紀錄和報表、工作手冊制訂、醫院臨時交辦業務等。
- P3-2 綜合社工業務運作、發展、督導、績效考核及預算編列。
- P3-3 社會福利之諮詢、申請和轉介。
- P3-4 身心障礙鑑定與管理
- P3-5 社會福利資源連結。
- P3-6 各項教育訓練、研究之規劃推動與執行。
- 近年來，心理衛生社工有加強辦理的服務項目，包括：參與出院準備服務、家庭暴力輔導治療、加害人處遇治療、性侵害通報、物質濫用之治療等。此外，心理衛生醫療機構已開始朝向社區化的服務，從醫療院所承辦自殺防治中心、酒藥癮治療方案、家庭暴力和性侵害處遇計畫等業

務，都需與社區專業團隊合作。民間機構開始推動慢性精神病患社區復健之「會所 (club house)」而申請經費補助，這是一種小型作業所的方式，目前只有台北縣政府社會局補助台北市康復之友協會成立慈芳關懷中心。

衛生署開始在社區推動社區關懷訪視服務方案，即精神障礙者之個案管理方案，已經推展三年，設有社區關懷員，並透過招標的方式委託醫療院所或相關組織辦理。因為在社區中的病患類型問題都非常複雜，在社區關懷計畫中針對下列四類服務案主群提供訪視：精神障礙、自殺、物質濫用、強制出院準備。社區關懷員的人力其實可以再充實，心理衛生領域的社工都很適合擔任此職務，像在高雄市立凱旋醫院就承接此項委託服務方案，另聘6名人力負責此項業務；心理衛生社會工作學會也承接此項委託服務方案，聘有4名人力提供社區關懷服務。社區關懷員個案負荷量規定為30:1，將來按病人人數計算，社區服務需更多社工人力。

由上述各項心理衛生社工業務中，也有逐年增加的趨勢，以一個部門或一位社工的工作量為一個單位來看，其工作量的比重原來為 $P1:P2:P3=0.7:0.2:0.1$ ，目前可能為 $P1:P2:P3=0.8:0.3:0.1$ ，亦即目前的工作量超過1，至少也是1.2倍的情況。由於目前醫院社工人力普遍不足，使得醫院社工不只是超時工作，平日延後下

班，還需經常在假日辦理活動或加班而並未補假，已成為醫院社工職場的常態。

肆、為何需求醫院社工人力，卻不統計社工人力？

由上述可知，台灣的醫療院所從60年前開始設置社會服務單位，於40年前開始普遍要求聘用畢業於社會工作科系的專業社工人力；然後，在25年前開始醫院評鑑規定以病床數配置專業社工人力。既然已有法規指明在醫療團隊中需要配置社工人員，並說明其服務內容之規定。一路走來，醫療院所也聘用了社工，並視之為專業人力；而社工在醫療服務中提供了許多不可或缺的專業服務，其貢獻已昭然若揭；但在全國醫療院所醫事人力統計時，卻不將其列入，這是國家長期不重視醫院社工專業人力的結果。

究其原因，筆者認為內政部社會司在調查全國公私部門社工人力時，未將醫院社工人力納入，乃因醫療院所是由行政院衛生署主管，受聘於醫療院所的社工人力則不歸社會司管轄，故而不統計。但是，社會工作師的專業證照考試，在考前的資格審定，以及考後的訓練和人力運用管理等，不分哪一類社工（包括醫院社工）都是以社會司為主管單位。

至於，衛生署在調查全國醫療院所醫

事人力時，未將醫院社工人力納入，乃因社工師的考試不屬於衛生署業務，社會工作的養成教育在一般大學的社會工作學系也不在醫學院，或與衛生體系有關的學院。民國95年修正之〈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。而所謂「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，取得的是中央社政主管機關（內政部社會司）核發之社會工作師證書。因此，醫院社工人員所領職業證照並非醫事專門執業證書，自然不列在醫事人力統計了；甚至於考前的資格審定，以及考後的訓練和人力運用管理等，都不在衛生署的管轄範圍內。

通常醫院也期待其所聘用的社工人員具有社工師之證照，但這些社工師之專業管理卻不在其權限內，所以衛生署也不統計其人力了。也就是說，醫院社工人員所謂的「招、考、訓、用」是分屬不同主管單位，這就成了「爹不疼，娘不愛」的窘境了。

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，不知是否

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，而不統計醫療院所之社工人力？但是，從上述醫院社工的服務項目與內容，我們瞭解醫院社工之工作職責中，至少三分之二以上屬於對病患和家屬的醫療服務，即所謂的臨床工作（P1：直接對病人與家屬之個案與團體服務）。如本文第參單元，醫院社工的服務項目和工作量由三大項目（P1、P2、P3）加總，其工作量已是原來的1.2倍的情況。而不論一般醫療社工或心理衛生社工這些年特別在P1的增加，已是有目共睹的事實。也就是說，由醫院社工所提供之服務項目來看，不應將其歸類為行政工作而已。

伍、由官方統計醫院社工人力，才顯示對此專業的肯定和支持—代建議

多年來，醫院社工人員一直希望將其納入醫院醫事人力來正式計算，尤其精神專科醫院和綜合醫院之精神科社工在醫療團隊中早已提供多種心理與家庭治療活動，但長久以來皆以醫院行政人員身分任用，影響其專業士氣甚重。

如果醫院社工沒有在醫療團隊中提供服務，將是醫療團隊服務的一個缺口，很難想像所謂的完整的醫療(total healing)

將如何進行和達成？莫藜藜(1998)曾指出，醫院社會工作者扮演治療的角色，主要是對病人及家屬提供社會暨心理治療，也常在醫療團隊中提供有關病人的社會暨心理評估，協助醫療團隊以「全人」的觀點對病人做診斷與治療。疾病對個人和家庭的社會功能造成極大的影響，社會工作者是受過專業訓練來處理社會問題的最佳人選。

以上述醫院社工的服務項目（P1、P2、P3）來看，已略知在總量中約有三分之二以上是屬於對病人和家屬提供「治療」性質的服務，行政工作只是其整體服務中之一小部分。尤其目前全民健保對一些社工服務項目已有給付，例如：心理衛生社工在精神專科醫院或綜合醫院之精神科所提供的支持性心理治療、家庭治療、婚姻治療和支持性團體心理治療等。

近年來，從我國人口老化的趨勢和國內十大死亡原因，使得國人罹患之疾病和需要之醫療服務已產生明顯的變化，醫療團隊早已覺察病患對社會暨心理問題的服務需求；而新制醫院評鑑的要求下，各類醫療院所也不斷增加社工之業務項目和業務量。因此，對於如何進行醫院社工人力的統計，筆者建議如下：

一、以「招、考」而言，目前主管單位為社會司

1. 社工人員的專業證照考試和考前的

資格審定，仍由社會司負責主管。

2. 請社會司與衛生署協調，商請衛生署每年定期調查其主管之各級醫療院所聘用之社工人員人數，並以社工員和社工師分別統計。

二、以「用、訓」而言，目前主管單位為衛生署

1. 請衛生署每年定期調查其主管之各級醫療院所聘用之社工人員人數，並以社工員和社工師分別統計。

2. 請衛生署考慮將醫院社會工作服務歸類為醫事服務，並建立醫院社工人力的運用和管理制度。

3. 修改〈醫事人員人事條例〉之內容，考慮設立「醫院社工師」的證照考試之可行性，則醫院社工人員之專技證照考試之主管單位為衛生署。

三、未來成立「衛生暨福利部」，以「招、考、訓、用」一體規劃

1. 目前正在規劃將衛生署與社會司之業務合併，而成立「衛生暨福利部」，定期調查各級醫療院所聘用之社工人員人數。

2. 社工師的考試和任用在衛生暨福利部為主管單位的設定下，修改相關法規並予以認可為醫事人力，建立醫院社工人力的運用和管理制度。

(本文作者：現為東吳大學社會工作學系教授)

參考文獻

- 內政部統計處(2009)。我國公、私部門辦理社會福利業務的專職社會工作人力。
- 衛生署統計處(2009)。精神護理之家及精神復健機構社會工作人力。
- 呂寶靜、莫藜藜、鄭麗珍、陳毓文、游美貴、林惠芳、吳玉琴(2009)。推估未來十年台灣社會工作專業人力需求(第一年研究報告)。內政部委託台灣社會工作專業人員協會研究計畫。
- 吳美連、林俊毅(2003)。人力資源管理：理論與實務。台北：智勝。
- 莫藜藜(1998)。醫務社會工作。台北：桂冠
- 莫藜藜(2002)。醫療福利。台北：亞太
- 莫藜藜(2002)。醫院實施社會工作照會與個案記錄電腦化之方案評鑑-以某醫學中心社會服務處為例。國科會專題研究計畫成果報告。計畫編號NSC 91-2412-H-031-005。
- Cowles, L. (2003). Social Work in the Health Field(2nd ed.). N.Y.: Haworth Press.

附件一

醫務社工「社會暨心理評估」與處遇項目

| 項次 | 問題類型 | 問題內容 | 處遇項目 |
|----|---------------------------------------|---|--|
| 一 | 經濟問題：病患因家庭貧困或其他經濟因素，需協助其解決相關之醫療費用問題者。 | 1. 醫療費用問題 2. 醫療材料費用問題 3. 醫療器材租借或購買問題 4. 積欠健保費用問題 5. 救護車及特別護士費用問題 6. 看護費用問題 7. 對收費有疑問 8. 生活費用問題 9. 喪葬費用問題 10. 其他費用問題(日用品、伙食、住宿、車資等) | 1. 家庭經濟評估：依評估等級，予以經濟補助 2. 討論可運用之社會福利資源，提供相關資訊。 3. 轉介社會福利機構或民間團體，申請補助。 4. 協調院內相關單位〈如帳務組〉處理醫療費用問題。 5. 提供器材借用 6. 協助健保加保事宜 7. 其他 |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 二 | 疾病適應： 病患或家屬無法面對與處理因疾病而引發的調適問題；或不能與醫院軟硬體環境取得和諧關係者。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 因疾病症狀造成的適應問題 2. 因檢查或治療副作用造成的適應問題 3. 因疾病造成家庭適應問題 4. 因疾病造成工作適應問題 5. 因疾病造成人際相處困難 6. 因疾病造成自我形象改變 7. 不願配合或放棄治療 8. 其他 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 諮商會談及情緒支持 2. 協調醫療團隊，解釋病情及治療計畫 3. 參與病情解說 4. 提供疾病衛教資料 5. 鼓勵病患接受治療 6. 協調相同疾病患者，提供經驗分享 7. 轉介志工病房探視關懷 8. 其他 |
| 三 | 情緒問題： 因疾病引起病患或家屬的情緒反應，足以困擾其治療、醫病互動或人際關係者。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 無助、無奈的情緒 2. 焦慮、緊張的情緒 3. 沮喪、憂鬱、哀傷的情緒 4. 依賴的情緒 5. 罪惡、自責的情緒 6. 憤怒的情緒 7. 害怕、恐懼的情緒 8. 失望、絕望的情緒 9. 否認的情緒 10. 攻擊行為 11. 有自殺傾向或意念 12. 酒癮、藥癮 13. 其他身心症狀 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 諮商會談及情緒支持 2. 心理輔導 3. 醫療衛生教育宣導 4. 悲傷輔導 5. 提供相關諮商機構資訊 6. 提供病友團體資訊 7. 告知相關人員注意案主身邊危險物品 8. 建議會診精神科 9. 提供戒斷相關機構資訊 10. 轉介志工病房探視關懷 11. 其他 |
| 四 | 家庭問題： 因疾病或家庭關係引發家庭成員間關係緊張、角色衝突、功能失常等不協調現象者。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 照顧的人力或能力不足 2. 家屬治療意見不一致 3. 因案主生病，家人乏人照顧 4. 病人遭惡意棄養，或無家屬 5. 婚姻關係失調 6. 家庭成員因壓力導致衝突 7. 家庭成員因壓力導致家庭暴力 8. 家庭遭遇其他重大事件 9. 其他 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭會談及情緒支持 2. 強化家庭支持系統 3. 協調醫護人員加強衛教 4. 聯繫協調家屬前來照顧 5. 透過警政及社政單位聯絡家屬 6. 轉介相關社會福利或心理諮商機構 7. 通報家庭暴力防治單位 8. 法律諮詢 9. 其他 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 五 | 福利諮詢之需求： 病患及家屬對各項社會福利資源可能有需求，卻不明瞭者 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於健保相關規定不瞭解或有疑問 2. 對於重大傷病相關規定不瞭解或有疑問 3. 對於社會保險給付相關規定不瞭解或有疑問 4. 對於身心障礙福利不瞭解或有疑問 5. 對於中低、低收入戶福利相關規定不瞭解或有疑問 6. 對於強制汽車責任險相關規定不瞭解或有疑問 7. 對於政府或民間其他福利不瞭解或有疑問 8. 病患或家屬權益之法律諮詢 9. 其他 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 隨時蒐集相關福利資源資訊，予以建檔。 2. 對病患和家屬提供相關福利資源之說明。 3. 必要時，協助家屬申請相關福利資源。 |
| 六 | 醫病關係： 病患或家屬基於某些原因，不能與醫護人員達成有效溝通，以致醫病關係不良者。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療過程、處置及治療結果有所抱怨、質疑或不滿 2. 病患或家屬對醫護人員服務態度不滿 3. 病患或家屬的態度導致醫護人員不滿 4. 發生醫療糾紛 5. 其他 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 瞭解病患及家屬的意見 2. 與醫護人員溝通，瞭解醫療處置過程。 3. 參與病情解說 4. 協調醫病溝通 5. 協調院內相關部門共同處理醫療抱怨。 6. 情緒安撫 7. 其他 |
| 七 | 出院準備服務： 有出院困難的病患和家屬 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性疾病患者出院問題 2. 亞急性治療患者醫療與出院問題 3. 主動提出轉院者 4. 家庭照顧問題 5. 不配合醫囑者 6. 出院安置問題 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供支持，以減少病患與家庭因出院準備產生的焦慮 2. 與家屬討論與評估病患日常活動所需要的幫助，以發展出院計畫 3. 評估家庭的問題解決和適應能力，以及家庭支持系統 |

| | | | |
|---|-----------------------|--|--|
| | | 7. 其他 | 4. 與醫療團隊討論，提供社會暨心理相關資訊給醫療團隊，以發展出院計畫 5. 提供病患與家屬關於疾病調適和危機處遇方面的諮商 6. 聯繫社區機構，安排出院後之服務 7. 出院之後與病患、家屬及社區機構電話聯絡，以監督服務計畫。 |
| 八 | 復健就業： 病患於復健就業中需要協助 | 1. 需要職業介紹 2. 需要職業訓練 3. 需要生活輔助器材（例如：輪椅、拐杖、氣墊床） 4. 需要特殊外出工具（例如：康復巴士） 5. 其他 | 1. 提供相關職訓資料 2. 轉介相關機構 3. 提供生活輔助器材租用或借用資訊 4. 提供交通資訊 5. 其他 |
| 九 | 家庭暴力暨性侵害問題 | 1. 兒童遭受疏忽或虐待 2. 家庭成員遭受虐待 3. 案主遭猥褻或強姦 | 1. 陪同驗傷 2. 情緒支持與心理輔導 3. 通報社政單位 |

資料來源：修改自莫蓁蓁（2002）。醫院實施社會工作照會與個案記錄電腦化之方案評鑑-以某醫學中心社會服務處為例。國科會專題研究計畫（NSC91-2412-H-031-005）成果報告。