

## 研究論文

# 管理主義效應下的醫務社會工作： 醫療臨床的觀察\*

侯建州\*\*

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系副教授

---

收稿日期：2022 年 6 月 30 日，接受刊登日期：2022 年 9 月 30 日。

\* 本文為研究者博士論文之部分研究成果。

\*\* 通訊作者：superyoyo@gmail.com

## 中文摘要

醫務社工在管理主義興盛的醫院工作，臨床上與醫療團隊合作密切，因此臨床醫務社工受影響處境與醫療團隊對於醫務社工的認知與期待有關。本文係探討醫務社工與醫療團隊互動下對管理主義的回應策略。本文採取質性研究法，深度訪談醫院主管、社工主管、臨床醫務社工、醫務社工組織代表共 18 位。研究發現提出管理主義對臨床醫務社工所產生的效應，高度與醫療團隊對臨床醫務社工認知與期待有關。本研究彙整臨床醫務社工的回應策略包含（1）溝通與說服－發揮論述與溝通能力以彰顯專業功能、（2）支持及內控－穩固社工內部以展現自我照顧及成長、（3）教育與傳播－種下改變種子以建立未來友善環境。最後，提出討論與建議，以醫務社工的回應策略做總結。

**關鍵字：**醫務社會工作、管理主義、醫療團隊、臨床社會工作

# **The Effects of Managerialism on Medical Social Work: Observation of Medical Clinical**

**Chien-Chou Hou**

Associate Professor, Department of Medical Sociology and Social Work,  
Chung Shan Medical University

## **Abstract**

Medical social workers show suppression of hospital managerialism and expectations of medical teams. This study aimed to investigate the responsive strategies of clinical medical social workers toward managerialism based on the interaction between its and medical teams. This study conducted 18 in-depth interviews. The effects of managerialism on clinical medical social workers were derived from cognition and the expectation gap between medical teams and clinical medical social workers. This study generalized the professional responsive strategies of clinical medical social workers as follows: (1) communication and persuade: demonstration of discussions and communication competency to reveal professional functions, (2) support and internal control: stability of internal aspect of social workers to facilitate self-care and growth, and (3) education and spread: making changes to construct a friendly environment. Finally, this study proposes discussions and suggestions and concludes the responsive strategies of medical social work.

**Keywords: Medical Social Work, Managerialism, Medical Team, Clinical Social Work**

## 壹、前言

在醫院服務的專門職業及技術人員中，有一類專業人員特別著重弱勢病人之協助、強調醫療資源之公平正義、著墨醫院治療之全人觀點，即為醫務社會工作人員（以下簡稱：醫務社工）。醫務社工緣起於 1985 年衛生署將社工服務納入醫院評鑑項目，1990 年「醫院評鑑標準」明定醫院社工部門的條件需為獨立部門，聘請社工專業人員，並有明確主管與社工人員的學歷與資格要求（秦燕，2009；莫藜藜，2010；陳武宗，2010；陳武宗，2011；莫藜藜，2020）。於是，社工專業正式地被國家衛生部門肯定（莫藜藜，2010），而奠定了社工在醫院與醫療團隊合作來解決病人心理暨社會問題的開端。

醫務社工對於專業制度與發展之追求，可謂社工領域中頗為積極者<sup>1</sup>。醫務社工以社政背景於衛政體系工作，且處於多個醫護暨醫事專業領域服務，因此有跨專業合作與互動的能力需求，專業發展與服務成效上也與醫療團隊密切相關。再者，醫務社工在醫院從事臨床服務，需與醫療團隊相互合作，因此醫療團隊對醫務社工角色之認知與期待在實務上影響甚深。

再者，醫療環境中如健康照顧制度的需求、變化中的醫療技術、管理思維的管制要求等，以及社會對於醫院的觀點，都型塑了醫務社工的功能期待（Kitchen and Brook，2005）。再加上管理主義對於當代社會的影響甚鉅（Shepherd，2018）；是故，在醫院的管理主義思維與控制甚深下，醫療團隊與醫務社工在臨床上感受到管理主義效應頗高（Mizrahi and Berger，2001；Berger，

---

<sup>1</sup> 醫務社工籌組臺灣第一個社會工作專業組織——「中華民國醫務服務協會」，遊說衛生署促使社工服務納入醫院評鑑項目且明定醫院需聘僱社工人員，也倡導並共同推動「社會工作師法」的立法（陳武宗，2011；簡春安、李雲裳、高永興，2005），後續合作進行社工師修法而催生「專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法」使醫務社工成為五大專科之一，目前為止醫務專科社工師是爭取態度最積極且人數最多的一個專科。

Robbins, Lewis, Mizrahi and Fleit, 2003；侯建州，2018），因此在與醫療團隊合作工作中的醫務社工所受到的影響與環境處境相當值得探討。

綜上，醫務社工同時存在著自我期許及醫療團隊的期待，又面臨醫院管理主義的效應，故本研究目的著重於瞭解醫務社工在臨床上受到醫院管理主義的影響內涵為何？醫務社工在與醫療團隊互動與工作中的影響關係？在以上處境下醫務社工對於管理主義之回應策略有哪些？

## 貳、文獻探討

### 一、管理主義對於醫療臨床的影響

管理主義的意涵在許多研究中因不同學門而有不同用語，如新公共管理（new public management, NPM）、企業型政府（entrepreneurial government）、新管理主義（new managerialism）、後科層典範（post-bureaucratic paradigm）等，但由於此些均被認為指涉相似內涵而通用，故管理主義的內涵主要可以概括為一種自由主義的思想，主張減少公共支出以及政府對市場的干預，並認為公共服務應按照經濟邏輯管理（Timor-Shlevin and Benjamin, 2020）。此外，管理主義的實務，與新管理主義的歷史背景有關，主要是立基於新古典經濟學的思潮與新自由主義的意識形態（Clarke and Newman, 1997；黃源協，2007；陳政智，2012；黃源協和莊俐昕，2019）。管理主義的意識形態與核心概念有透過管理才是組織治理的最佳方式、管理主義是社會繁榮的主要途徑、管理主義源自科學且需實踐管理技術、管理是理性且價值中立的、管理具有全面的普遍性與適用性、管理主義賦予管理者管理權力、私部門的管理實務本質上是比較優越的等（Clarke et al., 1997；Shepherd, 2018）。

Klikauer (2015) 認為，管理主義係將管理知識與其意識形態結合，並且在組織或是社會當中確立自己的地位，同時剝奪他人的決策權；管理主義以優越的意識形態、專業訓練以及對有效營運組織或者是社會所必需的管理知識為由，認為管理技術運用於社會當中是合理的；意即，管理主義的主要核心概念就是相信專業經理人的價值與其使用之方式。Clegg (2014) 則以 Henri Fayol 與 Frederick Winslow Taylo 的相關概念做彙整，提出將高度組織化的管理方式轉為管理主義，並發展出管理主義的公式：「Management + Ideology + Expansion = Managerialism」，也就是說管理主義等於管理加上意識形態並加以擴張。

若論及管理主義對於醫療臨床服務之影響，管理主義被認為在健康照顧領域是破壞臨床自由的管理者文化 (Anessi-Pessina and Cantu, 2006)。實務上，績效指標管理經常與專業自主有所衝突 (Exworthy, Wilkinson, McColl, Moore, Roderick, Smith and Gabbay, 2003)，且管理主義亦常造成專業工作的重組 (Bernardino and Felli, 2008)。此外，管理主義下醫院也可能會減少住院病床，轉成非住院照顧或社區照顧 (Mizrahi et al., 2001)，而此與醫師等醫事人員之專業自主判斷相互背離。

管理主義不僅造成醫院專業的重組，同時也會影響醫務社工，Heenan (2021) 也提到醫療社工會受到管理主義的影響，造成了與病患間建立關係的時間減少，限制了醫療社工的傳統角色。Weinberg and Taylor (2014) 的研究也表明，管理主義在醫院當中設置了許多的規則，而這些規則正是造成醫務社工在醫院內執行業務時容易受到侷限的原因。當專業人員以行政管理效率為主的科層體制當中時，經常很容易受到生產過程過度的重視生產力，以及效率與行政管理的問題，造成專業人員職業原則的失落，意即失去了自主權、控制。張玲如、邱琬瑜 (2015) 研究也發現，管理主義注重效率、效能、服務品質等，適度的績效

壓力能激發成長並且建立專業責信，但也因此讓醫務社工籠罩在績效陰影之下，無法承受績效壓力的醫務社工就會離開或消極被動以對。

總之，管理主義使得專業的意義已經從過去相信專業權威的判斷，轉變成由外部來評估，且需要透過工作績效才能證明專業的表現與成果，如此一來，已經與過去的專業意義大有不同（Exworthy et al., 2003）。臺灣的管理主義對於醫療也有類似影響，包含醫院管理方面的財務嚴格規範、病人需求導向以及醫院績效制度等，至於醫療臨床方面，重視營收與績效來做為醫療服務的成果，限制了醫療專業的自主性是常見的現象（侯建州，2018）。

## 二、醫療團隊對於醫務社工的期待及互動

醫務社工主要是在健康照護與醫療保健場域中從事社工服務，多數是社工人員運用社工知識與技術於醫院中，與醫療團隊相互合作，從心理暨社會層面來評估案主問題與需求，並進行心理暨社會處遇，共同協助案主獲得身心上的平衡（溫信學，2021）。其實，在健康醫療領域中，只要是以「全人觀點」來提供整合型照顧服務，就頗需社工的角色與功能（Beder, 2006; Zerden, Lombardi and Jones, 2018）。

由於醫務社工工作是以醫療為服務核心的醫療院所，因此相當程度受到醫療團隊的影響，不論是認知程度、角色期待以及實質互動等；而相關研究也揭露醫療團隊成員對於醫務社工的認知與期待影響甚深（Peterson, Chou, Falisi, Ferrer and Mollica, 2018；呂佳蓉和蕭至邦，2016）。角色上，醫務社工自期比醫師所認知的角色要更為廣泛，且著重於諮商、心理治療、心理暨社會問題、情緒與行為問題等（Cowles and Lefcowitz, 1992; Mizrahi and Abramson, 2000）。但醫護人員對於醫務社工角色期待卻較少「病人的情緒與行為問題」，而預期

是「環境操控者」(environmental manipulators)，期望展現「工具性任務」(instrumental tasks)、發揮「病人的環境問題」之能力，如安置到護理之家、積極地提供所需具體服務、執行出院後照顧資源轉介等(Cowles and Lefcowitz et al., 1992、1995)。

即便醫務社工具有專業知識，且在醫院也是專業成員之一，在工作未必全然獲得醫療團隊理解下，服務成效與品質與醫療團隊對於醫務社工的足夠認同跟期待切合十分有關(Peterson et al., 2018；童伊迪，2019)，甚至此為醫務社工挫折的來源(Cowles et al., 1992)，於是更是需要在醫療團隊的醫療臨床場域中努力累積與建構而形成合作模式(Chen and Zhong, 2021)。當然，社工要發揮適切功能與角色在臨床，其實不能忽略組織與系統性元素對於社工在整合型服務的支持(Zerden et al., 2018)；是故，本研究在有感於醫療團隊對於醫務社工期待與互動之重要性下，更進一步地探究呈現醫務社工與醫療團隊互動與策略運用上對於醫務社工臨床表現的關鍵性。

### 三、管理主義對於醫務社工的影響效應

隨著環境變遷，醫院追求生存而實踐管理主義，於是醫院難以避免跨機構協調服務的複雜性、多元組織與專業文化存在性、成本和品質與責信之平衡度等議題(Berger et al., 2003)。醫務社工在管理主義下也受到影響，研究者彙整相關研究呈現如後。

#### (一) 影響醫務社工的專業自主

醫院中各種專業人員雖期許提供病人有品質的照顧，但在管理主義下醫事人員已明確感受到在病人照護決策中自主性的減少，特別是醫師感受更為強烈



(Mizrahi et al., 2000)；而醫務社工也不例外，過度的監督也會造成專業自主的實踐 (Karvinen-Niinikoski, Beddoe, Ruch and Tsui, 2019)。

理想上，醫務社工應著重於協助家庭適應與因應慢性疾病 (Snow, Warner and Zilberfein, 2008)；但在醫療環境趨向利益的追求為動機，而非病人需要為服務動力下，醫療照顧體系愈來愈重視成本控制、降低住院天數，於是出院計劃受限 (Cowles et al., 1995)；所以醫務社工自然無法完整評估、難以詳盡地與病人與家屬會談 (Snow et al., 2008)。於是，醫務社工專業觀點不足以抵銷組織氣候的力量，形成醫務社工專業自主受到破壞。甚至醫務社工主管也擴展其對於臨床社工服務控制的幅度 (Mizrahi et al., 2001)，以著專業者立場來管理專業，實質上限制了專業自主權 (Germov, 2005)，與 Lévesque and Negura (2021) 的研究結果相同，即管理主義的結構可能會對醫療社工的服務品質有損害。

## (二) 期待醫務社工的經濟產值

部分西方社會中，醫務社工在醫院可謂處於「努力求生存的」狀態 (Globerman, White, Mullings and Davies, 2003)，健康醫療領域主管恐因為未見醫務社工「獲利性」(profitability) 的貢獻而對於醫務社工所扮演的角色不認為有價值；至於社工的「生產力」(productivity) 有些則被界定為對於病人的接案數量與轉介病人出院的速度而定，但是縮短住院天數以及減少急性照護成本等要求對醫務社工倫理有頗大衝擊。對於醫務社工而言，要進行一個全面且以病人中心的計劃不易達成，甚至遭醫院縮減開支、人事凍結，使得醫務社工個案負荷量增加，於是縮減在病人與家屬身上的時間與心力。

此外，因為「醫院經濟產值的思考」是對應於臺灣「全民健康保險給付制度與項目」之追求，即因由於醫院中各種專業人員（如：物理治療師、心理師等）對病人的醫療處置皆有健保給付，部分醫院期待醫務社工可以申請健保給

付社工服務（蕭惠如，2005）；再加上醫院在追求利潤及績效的趨勢下，很現實地在醫院中的影響力易與對於醫院的「貢獻」連結，於是醫務社工容易在這種制度下被忽視及邊緣化（宋麗玉，2002），或甚至走向扭曲醫務社工功能之路。

### （三）調整醫務社工來協助經營

以美國為例，「綜合預算調節法案」（Omnibus Budget Reconciliation Act，OBRA）要求每個醫院需要訂定病人出院計劃，其雖規定計劃內容須有醫療紀錄，以及與病人討論或病人的意見陳述等，但是根本的目的是要加速病人的出院速度（Beder，2006）。又聯邦醫療保險給付（Medicare reimbursement）開始「診斷關係群」（DRGs）制度，實質上迎接了所謂的「管理式照護」概念的來臨（Beder，2006）。基本上，管理式照護是以供給者的立場作出發，用來控制健康照顧的取得與健康照顧的成本（此也指醫療成本）（Beder，2006；黃源協、陳伶珠、童伊迪，2004）。

出院計劃是透過個案管理模式，由醫療人員與病人及家屬合作，以治療照護為軸心，確保醫療品質，以利於病人出院後受到持續性照護，以減再入院率。由於強調在社區中照顧的觀念，所以醫務社工從事更多諮詢會談與合作的工作；於是評估所花費時間變短，討論出院計劃的時間變長，即醫務社工在醫院與社區間扮演掮客角色（a brokerage role）（Lechman and Duder，2009）。但實務上，有些醫院中出院計劃是醫務社工主要責任，也有些醫院出院計劃是護理人員或是利用率檢視員（utilization reviewer）的工作，但此些均為醫院經營導向，而非個案福祉導向（Mizrahi et al.，2001）。相對臺灣健康醫療環境還未如美國脈絡如此現實，但若財務限制下的管理主義效應持續發酵，也預期會有類似趨勢。

總而言之，醫務社工受到管理主義影響之關鍵因素，涉及接近醫務社工職責角色但被要求醫院經營考量外，也有管理主義對於成本經濟及績效產值的期

待落實於醫務社工身上等；當然，醫院在管理主義下對於整個醫院管理管控或對於醫療臨床的團隊要求，也會要求醫務社工以醫院一員與醫療團隊一員角色來做對應分擔期待。

## 參、研究方法

由於本研究欲勾勒醫務社工受管理主義影響且處於醫院醫療團隊生態的情況，故本研究基於對醫務社工在醫療團隊處境中受管理主義影響之樣貌做深度脈絡性描述，以凸顯現象與議題間的關聯性及理解度，故採取質性研究方法。研究對象選取上，考量醫務社工受管理主義影響之多面向內涵與不同位置觀點（Patton, 2014；簡春安和鄒平儀, 2016），故研究對象包含醫院主管、社工主管、臨床社工等三種成員，再加上醫務社工專業組織代表以增加分析的全面性。

研究對象招募上，以同一醫院之醫院主管、社工主管、臨床社工三種角色均可參與為前提，透過中華民國醫務社會工作協會的理事或監事推薦，再以滾雪球取樣來進行選取，接洽醫院過程中多數以接洽社工主管為先，再共同評估醫院主管與臨床社工的資料豐富性來進行選取；醫務社工專業組織代表，則以曾任或現任中華民國醫務社會工作協會、中華民國社工師公會全聯會、社會工作專業人員協會理事或監事者，或曾任或現任中華民國醫務社會工作協會理事長為挑選指標來進行邀請。

研究對象有四種背景之研究設計，主要是期盼由醫院主管提供醫院管理立場，社工主管則是分享兼具社工角度與醫院管理的訊息，臨床社工是期待談及一線社工的臨床意見，至於醫務社工專業組織代表是希望提供醫務社工專業制度的想法。除上述四種不同背景身分有其特有資訊提供外，其實有三種背景屬

於社工專業，也有三種背景具有管理者角度，因此實際分析亦以研究對象所知訊息來做研究發現之彙整。

研究對象所屬醫院包含 T(公立區域醫院醫療體系)、H(公立區域醫院)、C(私立醫學院校附設醫學中心)、Y(財團法人醫學中心)、P(宗教型財團法人區域醫院)等 5 間醫院；訪談對象分別有 T、H、C、Y、P 間醫院的醫院主管(代號如 T1 等)、社工主管(代號如 C2 等)、臨床社工(代號如 Y3 等)；另有 3 位醫務社工專業組織代表(代號為 OA、OB、OC)。研究人數以「資料飽和」為原則(Patton, 2014；簡春安等人, 2016)；最後總計 18 位。詳如下表 1。

表 1：研究參與者基本資料表

編號	受訪者背景	醫院背景
T1	醫院主管，公衛、醫管背景，碩士	公立醫院，多個區域醫院(體系)
H1	醫院主管，醫學、醫管背景，碩士	公立醫院，區域醫院
C1	醫院主管，醫管、經營背景，博士	私立醫學院校附設醫院，醫學中心
Y1	醫院主管，醫學背景，學士	醫療財團法人醫院，醫學中心
P1	醫院主管，神學背景，碩士	醫療財團法人醫院(宗教型)，區域醫院
T2	社工主管，社工相關碩士，社工師	公立醫院，多個區域醫院(體系)
H2	社工主管，社工學士，社工師	公立醫院，區域醫院
C2	社工主管，社工博士，社工師	私立醫學院校附設醫院，醫學中心

表 1：研究參與者基本資料表（續）

編號	受訪者背景	醫院背景
Y2	社工主管，社工碩士，社工師	醫療財團法人醫院，醫學中心
P2	社工主管，社工相關學士	醫療財團法人醫院（宗教型）， 區域醫院
T3	臨床社工，社工學士，社工師	公立醫院，多個區域醫院（體系）
H3	臨床社工，社工碩士，社工師	公立醫院，區域醫院
C3	社工人員，社工碩士，社工師	私立醫學院附設醫院，醫學中心
Y3	臨床社工，社工學士，社工師	醫療財團法人醫院，醫院中心
P3	臨床社工，社工學士	醫療財團法人醫院（宗教型）， 區域醫院
OA	醫務社工背景，曾任公立醫院社工主管，社工碩士，社工師	醫務社工專業組織
OB	醫務社工背景，醫療財團法人醫院（企業型）社工主管，社工學士，社工師	醫務社工專業組織
OC	醫務社工背景，私立醫學院附設醫院醫院社工主管，社工碩士，社工師	醫務社工專業組織

資料來源：研究者自行整理

研究者以半結構式訪談大綱對研究對象進行個別深度訪談；研究訪談大綱<sup>2</sup>的設計，主要是依照研究目的所欲探究的現象，以及研究文獻整理所釐清的概念與架構結合而成。本研究訪談主軸有醫院管理主義作為落實於醫務社工的實

<sup>2</sup> 本研究訪談大綱乃來自於原始大型研究計劃之訪談大綱，並依照本文主題設定對應研究主軸而產生。

務、管理主義影響醫療團隊而發生於醫務社工之效應、醫務社工對於管理主義作為之回應；訪談大綱詳見附錄。

資料分析基於質性研究的分析概念，資料分析程序為：資料來源初步分析、跨個案轉換譯碼、資料詮釋、歸納成組型、撰寫論文（Strauss and Corbin, 1998；徐宗國譯，1997；陳向明，2002）。研究倫理的考量方面，研究發現的論述以匿名的方式呈現，並且選擇足以彰顯本文研究目的的語料進行分析，顧及論文整體的研究品質。

最後，研究者本身具有醫務社工臨床經驗而理解研究對象所陳述脈絡，又多年參與醫務社工專業組織，因此具有此主題之研究與分析能力；研究角色上秉持開放對話、多元包容角度之自我定位。

## **肆、研究發現一：管理主義的臨床影響效應**

本研究發現，管理主義對醫務社工所產生的臨床影響效應，有兩個重要元素，其一為醫療團隊對醫務社工的認知與期待，其二是醫務社工自由裁量權受影響。

### **一、醫療團隊對臨床醫務社工的認知與期待落差**

管理主義常造成管理階層與專業工作者間在自主性上的矛盾，醫院管理之管理控制作為對於臨床醫療團隊所施予的壓力，自然地發生於醫護等醫事人員及醫務社工身上，也因此導致要共同分擔並回應管理主義的影響。醫務社工在臨床上與醫療團隊互動過程中，常面臨因醫療團隊對於醫務社工之認知和期待與社工的自我認知期待有所落差而受影響，於是兩者之間關係及現象對醫務社工實具意義。

（一）經濟補助和資源運用：資源工具運用的專業信念差異

醫院管理主義具有顧客導向、經營考量，因此希望追求病人與家屬等服務對象的滿意度，並且解決醫院欠費或呆帳問題，促使醫療臨床順利，而實務上常出現於病人主訴經濟情況不佳。對此議題，醫師與醫務社工對處遇內容的認知與工作邏輯不同。基本上醫師關注醫療成效與問題解決成果，但是醫務社工考量與案主的合作關係、案主的內外資源、案主的負擔能力、資源投入的持續度等。

所以，醫務社工會先瞭解案主所有可用的內外資源，再予以評估如何協助；但醫護人員會認為直接給予資源或介入協助為最佳作法。C2、C3、P2 等與以下 H2 有類似看法。

我們有一個叫社服基金，一般不懂的人可能就會覺得，你們假如只要符合那個要點你就補他就好啦，然後完全會忽視社工專業評估的介入，所以他（指其他人員）會覺得說他（指病人）看起來就很貧困，他路倒難道不貧困嗎？可是有時候我們會覺得，路倒我們不會馬上想到說趕快給他錢，我們一定會想說趕快找看看有沒有支持系統，有沒有家屬他有沒有其他資源等等，所以那就會在專業看法上或有出入。（H2）

此外，某些醫院也會有醫管行政部門傾向醫務社工以個案經濟困難為名，解決醫病財務問題（即欠費或呆帳）為前提來補助，醫療團隊或醫院主管可能也期待社工人員直接解決其表面所看到的病人需求，但如此與社工的需求評估及充權理念，有所期待落差存在。

（醫院同仁）大家就會講說，我們既然醫院都提撥一筆錢進到這樣基金裡面，那直接用這個錢去補掉這個病人就好了，醫院呆帳就降了。...那面對醫護同仁有時候壓力很大，就是說你沒有辦法在當下在他未出院之前給他承諾說我一定補他，可是當我看到這個病患他在住院裡面是沒有家屬可以

照顧，可以直接很確定就是我幫你請個看護照顧，那這個錢他們就會覺得說為什麼你們不補一些醫療費而是補看護費用，所以這種東西就會在專業之間的對抗啦。（H2）

再者，少數醫院認為關於呆帳、欠費問題，與醫務社工角色有關，希望藉由社工催促病人來處理呆帳問題，但是醫院主管 P1 站在社工的立場認為欠費問題應該整個流程都該調整，並非最後要求社工收拾善後。

那大家...錢...有欠費的問題，（認為）社工強一點錢就可以收回來了，我說應該不是這樣，我們之前（醫院程序）就要評估（及介入）！（P1）

總之，醫務社工容易面臨被醫療團隊「覺得」的功能而有期待的支配作為。

## （二）醫療爭議與糾紛調處：雙重角色功能的職責定位落差

醫療糾紛與爭議會帶給醫務社工的心理壓力與負荷，如 C 醫院負責處理醫療糾紛是另有法務專人負責，所以社工角色主要是醫病關係經營、初期醫療抱怨溝通處理等，但法務專人扮演「黑臉」下，也會連帶對於扮演「白臉」的醫務社工有對個案回應進度上的壓力。

我們不負責後續他和解，或者是要不要告，這些我們有另外的人在（處理，壓力）比較不會那麼大，是公關還是法務這個單位在負責這個糾紛，他會有壓力，他反而會盯我們的工作人員，因為等於他的績效嘛...。那第一線的人每天會被他煩死，「你去年弄了家屬怎麼樣？他到底是要不要告我們？」。其實的壓力都是這樣從這裡來！（C2）

若以H醫院而言，社工主管旗下的專員為醫療糾紛業務主要負責人，醫院主管也認為社工主管該高度關注之下，介入上較偏向醫院立場，所以社工主管H2受訪者自己擔心有專業立場與案主立場之合法性危機（尤其是涉及賠償金額「底價」的探聽之情事），也因此有所壓力與倫理困擾。



副院長他還是會要求我必須要把這個病人或家屬整個關係、家庭結構、經濟能力、社交關係等，都是要幫他探聽好，所以我還是發揮社工的本能去做這些資料的收集，但是當我在面對病患的時候我是站在同理他的立場去處理醫療糾紛，我覺得我做了幾次之後我是覺得有一點自己覺得良心不安，我覺得我在欺騙他（指個案）的感覺...。然後我就覺得每次我去跟人家談判那個什麼一百萬要降成五十萬，五十萬降成三十萬，三十萬再降成一萬塊，這種東西我就會覺得...非常的無奈不開心。（H2）

簡言之，以社工專業立場是個案中心、個案權益至上，但又身為醫院雇員之一，在醫院院方立場，臨床醫療團隊期待對醫院有最小財物損失及名聲衝擊下，管理主義效應更加劇影響。

### （三）出院準備與安置服務：專業考量與關注焦點的不同

醫療團隊對於病人的出院準備與出院安置等後續並未有過多思考，主要以醫療臨床診斷與治療為持續住院考量與否，但醫務社工考量病人照顧生活品質及出院資源適切與否，因此雙方頗有認知落差（C2、P3、Y2也有相仿想法）。此也造成臨床社工相當大的壓力。

有的時候也會面對說，你急著把他轉出去，你對於後送單位其實沒有那麼滿意、沒有那麼放心，可是你不得不。私人醫院的社工可能會面對說，你明明知道這一個病人，他就是因為他不是一個好處理的，所以你就看著他被送出去了，這也會有倫理上的掙扎...。時間的壓力轉嫁到社工的身上，因為醫生就希望趕快，就會有一天好幾次問候你，社工就會...覺得很有壓力，工作人員的流動跟離職就會出來這樣子。（T2）

出院安置，通常醫生他就是會...因為他們好像會如果超過一個期限，他們也會被健保局扣，或者是醫生需要寫報告，他們就會一直趕你，可是有時候有一些病人真的不好處理；又有會什麼出院準備服務的個管師整天都一

直跟你講說：「他不可以再住了！」那其實你都知道，可是他就是無家可歸，但是他們會很明顯的告訴你說他再住下去就是浪費錢，然後我覺得那時候我們就壓力很大！（H3）

醫務社工因為對於社會資源熟悉之故，所以在出院計劃中負有重要的工作角色，然而關於出院計劃的評估與轉介，並非僅由於工作者服務專業度可以決定，外界資源多寡、社會資源的配合度、體系合宜與否、案主福利資格多寡等，某程度更影響著出院安置的順利程度；此外，醫務社工協助案主作出院安置所需的工作時間，本來就不是醫師所期待的兩、三天，所以此種限制常使得醫務社工難為。

我有沒有社會資源轉介得出去不出去，其實會影響到他到底能不能出院；醫療計劃上面他（指病人）是可以出院，可是他出不去，那這個部份我覺得在臺灣現在似乎不容易做，因為後面的資源沒這麼多，那要這個社服來完全擔綱這個東西，...你外面的...體制沒有這麼好...。（T1）

像是說...（停頓4秒）...住院住差不多的時候，醫生就會希望我們趕快把他協助做出院啊。然後...護理之家什麼吼，...那這些資源都不是很夠或比較昂貴的時候，要接下面有時候會有一些困難。（T2）

上述所述出院安置服務所面臨的醫療團隊對醫務社工有期待落差，這在醫療社工所負責的各科病房均有類似現象。

#### （四）志願服務管理：人力資源管理的運用期待相異

管理主義的效應下許多醫院都遇缺不補、精簡人力，相形之下志工人力顯得重要，志工經常被以一種輔助人力的概念來彌補專業人力的不足，所以醫療臨床科別與治療室都有志工的需求。

醫院中的志工是由醫務社工帶領，以社工來帶領志工之專業理念，應是協助志工在透過服務過程，有著非營利、公益的助人動機與自我成長；而實務上

的運用，幾乎是當成免費人力來協助醫院經營之順利，所以P醫院主管較為站在社工的觀點，對於提供志工給臨床科別有著較多考量與攻防。由此可見，社工的角度與醫療團隊上，可能因為專業理念不同而有認知的落差。

醫院就科別...增多，然後人力沒有增加，所以很多的人...就是說（台語）要求社服室，趕快找志工，質量俱佳的志工！很多人來跟我要志工，一個什麼健保的，一個什麼活動的，要去外面做什麼...然後需要志工。我對這方面我的看法我會比較嚴格一點，自己可以做的不要找志工。（P1）

#### （五）臨床行政庶務：疑難雜症分工的角色定位落差

在醫院中，也許醫療團隊中各種專業人員職責均具體明顯，而醫務社工具有「社會面」形象，而使醫療團隊常將與財務經濟有關等其他行政事務之責任，直接認為醫務社工的職責，而有期待落差。以下除 P3 與 P1 以外，C2、Y2、Y3 等表示接近看法。

有些護理人員，他們會就會把一些事情切得很乾淨這樣，像我之前在護理之家，就是有家屬會那個...帳有問題，那可能會有一些小 murmur 或是一些 argue 等等的，那護士一樣打來請我們去處理，那其實實際的狀況是...護理之家那個註明他們用的耗材費用其實是第一線的護理人員他們在記的，但是她卻告訴我說我要去了解去處理一下，「我們不管錢的東西」，但是，明明你就是第一線記帳的，怎麼會找我（社工）哩？（P3）

當然有時候我也覺得對社工員不公平的是，平常是不被注意的，我們不是生產單位（指營利部門、績效部門）。可是有什麼事搞砸了都還是找社工。...顧客反映啊、法律糾紛啊、家屬給你亂（台語），都馬上找社工（台語）。（P1）

社工部門由於其「社會性」特性，容易產生較廣義解釋的服務內容，於是非明確屬於醫療團隊成員的工作、屬於醫療團隊成員但卻偏向行政與社會元素者，容易被迫歸類為醫務社工的工作內容。T3也表示公家醫院會更多此種情況。

## 二、臨床醫務社工的專業自由裁量受限

臨床醫務社工面臨與醫療團隊的認知與期待落差，在管理主義被強調的環境中更顯困境，於是後續常發生社工專業自由裁量權受影響的情境。

醫務社工受到管理主義的影響，也包含與醫療團隊互動的臨床議題，即醫療團隊所受到的管理主義效應若無法吸收，有可能間接影響到社工服務，例如受訪者 OC 所述醫師受到管理主義獎懲制度的控制，而這壓力某程度就會轉嫁醫療社工，而影響醫務社工的專業判斷及裁量。

管理主義對醫師的這一套獎懲的制度會影響他的醫療行為，醫療行為會影響到團隊社工的合作，社工就會陷入到一個...他如何去面對病人的權益、就醫的公平性、資源合理運用的公平性。價值當然就是這個地方會浮現。

(OC)

醫務社工臨床實務上具體普遍受影響，以下特別呈現部分現況。

(一) 經濟補助和資源運用：部分醫院會因醫療期待而影響專業自主

對於某些醫院而言(如H醫院)，醫療補助的考量，不只是案主的支付能力、經濟條件等，醫院更有著順利經營上的期待(如減少欠費呆帳的可能性)，所以於是傾向醫務社工盡量做醫療補助，以利於醫院經營；再者，有些醫院由於手術病人多，所以院方期待社工放寬醫療補助門檻來協助病人；然而醫療補助有其額度、流程等限制，亦影響社工專業獨立判斷，所以也常有為難之處。

「經濟補助嘛，他很可憐你們應該多幫忙他！」；但我們的專業評估裡面沒有辦法我們沒有那個全部幫忙的那種概念，就是你有三萬塊錢醫療費用，我們就幫你補完，你有二十萬，我們就幫你找資源。醫生他只管醫療的，他覺得那都是社工去處理的，我只做我的醫療專業。（C2）

那就像經濟補助，就像譬如說我們說我們常常有一些開刀就二十、三十萬，就是這樣就開下去，那其實在我會跟醫師溝通說，其實這有一些刀是可以健保，只是他可能需要復原的天數長，或這是他可能需要開二次，那也許對一般的民眾來說這是可以負荷的（費用），（但）醫師會覺得為什麼要讓病人痛二次？（反正醫務工會再進行醫療補助）（H2）

醫療上醫師認為最理想的是完整開刀或符合該醫院治療主流思考，但由於醫療費用高，於是易有醫師影響醫務社工的補助自主權之情況。

我覺得這在最近還蠻明顯的，自從我們醫院一直在開刀之後，因為一直開刀然後所以那個裡面刀子錢都高，所以更希望社工補多一點這樣子！然後我們，其實我們都無奈耶，因為不是我們不補，而是因為那個社服基金他有他的額度嘛，那我們會希望把錢花在真的有需要的人身上，然後只是你看你開刀這樣子（停頓兩秒）就變成就是...你有時候就會覺得怎麼這樣，就是「你叫我補我就補喔！？」（有不滿情緒）（H3）

受訪者 H3 也表示某些醫師代替社工承諾病人會提供醫療補助，而此可謂更是直接地影響、支配醫務社工的專業自由裁量。

那個案家可能算是邊緣戶，就是你請他付這個手術可能兩、三萬他可以，可是比較特殊的耗材七、八萬是一個負擔。然後病人就會開始憂愁了，（但又）覺得說好像應該要弄好一點。病人說經濟上困難，醫生就會說：「沒關係阿，我們工會幫你！」醫生他們就會先承諾，開完刀之後，就請我們去看阿，就問一問，家庭的工作狀況什麼都是正常的，只是可能說收入

沒有那個高，那這樣子我們很難抉擇，他不是所謂的弱勢，（但）因為有所謂的社服基金嘛...。（H3）

這可能此與 H 醫院在管理主義氛圍下，以財務收入為考量有關，於是更加鼓勵病人採用自費。

我們醫院就是很重視開刀！有些開刀他可以是健保給付的，但是我們家的醫生很喜歡請他們自費。（H3）

整體來說，本研究發現在醫療補助上，普遍醫護人員期待個案獲得快速、完整的協助，但是醫務社工會以專業信念作法來為之；有些醫務社工面臨醫師過度介入專業自主，恐與醫院對於社工人員持工具性角色有關，應是受到完成醫院整體財務、經營目標為前提之影響。若此則有社工專業倫理暨理想作法與現實職場環境壓力下之行為間的拉扯。

## （二）醫療爭議與糾紛調處：部分醫院強調醫院立場而影響專業自主

原則上醫務社工在醫療爭議與糾紛上，主要是關懷家屬的潤滑劑角色，透過專業關係給予案家支持與資源，由於社工專業本身使命有著充權案主、案主最大利益的考量，但是本身又是醫院聘僱的一員，在醫療爭議與糾紛上，應以個案為中心或以醫院為考量？使社工的角色不易拿捏，尤其是如果醫院將醫務社工當成只考慮醫院立場下的工具，則需好好思考專業倫理的議題。

以C醫院為例，醫務社工非醫療糾紛業務主要負責人，在服務定位以個案關懷為主，但實際作為一舉一動恐遭來自醫院或團隊質疑。

醫糾，你站的角色就很尷尬，你到底要站在醫院這一方？還是站在病患或家屬這一方？當大家都停滯的時候誰要去 push？誰要去採取行動？就可能有人就是把社工部門推出去，「你們去瞭解一下這個家屬有什麼需求啊？你去講可能相關的法律諮詢」，（對案主：）「你（指案主）可以有 copy 病歷的權利、你（指案主）可以找第二意見徵詢」，你都得要告知他相關

他（案主）應該要知道的。所以我們有時候會很為難，當我們講多了，醫院覺得，那你們到底是站在哪一方？（C3）

在醫療爭議調處上，由於立場的不同，所以認知便不同，再加上醫療爭議處遇難度甚高，若再加上醫院院方指示、醫療團隊要求，確實會造成醫務社工極大心理壓力與矛盾。

也因此，醫療爭議與醫療糾紛調處有著各方勢力與力量之介入，以 T 醫院處理各分院醫療爭議的分院社工主管來說，此業務非常耗費心力，而公立醫院又有許多民意代表與各界利害關係人可能會介入，而容易增加困難度，容易影響專業自主。

那是（指醫療糾紛處理）...很耗心力的，那...特別是...公立醫院有它的困難度，就是因為它有很多公公婆婆—民意代表！（T2）

（三）出院準備與安置服務：不少醫院會照醫療期待而影響專業自主

在出院安置上，醫療團隊可能考慮成本效益、醫管對臨床的要求指標、住院治療的必要程度、疾病康復的穩定情況等，於是醫療團隊一旦判斷不需再住院，決策上比較期待病人盡快出院，然而醫務社工的評估與專業判斷可能不盡然如醫療團隊的期待，於是可能有內心倫理掙扎與作為上的矛盾；而且醫師的管理主義壓力（如C3所言）在此情況下轉嫁給社工人員，難免影響了醫務社工的專業自主；而此普遍存在（本研究數位受訪者均有類似表述）。

以前可能做醫師就覺得沒關係啊，我們就能夠住就住啊，可是現在可能有些醫生會 care，當然多少對我們會形成一些壓力的部分啦。...當然會有些影響啦，他可能以前是沒有的，那他現在有壓力了，他這壓力再往下，再轉嫁在我們身上。（C3）

醫療的東西通常是來的很快，就是像你說這個病人今天出來 ICU 了，所以你可能二、三天就讓他出去，那我們被通知的時間到我們完成這個任務，

通常的時間會比他們期待的還要長，那他們就會覺得說是不是 worker 不夠努力，或者 worker 專業是不是有問題。（H2）

因此，整體來說，在專業臨床面上，醫務社工受到的影響高度關乎醫療團隊的認知與期待，具體則有醫務社工自由裁量受限之情況。又從實務研究資料發現，醫療團隊對醫務社工的認知與期待若接近醫務社工之信念與想法，則醫務社工專業自主性較高，若有認知與期待落差下醫務社工不回應或醫療團隊不太調整，對醫務社工專業自由裁量權受影響。

## 伍、研究發現二：醫務社會工作專業的回應策略

針對前述管理主義實務效應，研究者彙整呈現受訪者的回應策略有三大點，在當前回應中，一方面有對外溝通與說服策略，另一方面同步對內是支持及內控策略，若放眼未來醫療團隊環境，則採教育與傳播策略。

### 一、溝通與說服—發揮論述與溝通能力以彰顯專業功能

#### （一）專才：展現專業的論述暨影響能力

面對社工專業信念中如病人健康權、弱勢者人權等遭遇管理主義壓迫時，應展現專業論述與能力來維護專業。本研究認為社工要有正義論述的底、不卑不亢的格、理性溝通的面，才不會總呈現被動、屈從的角色，而是可以積極、主動並追求理念，而實務上，與醫療團隊溝通時，要以專業信念與自信，以合理的論述能力來展現專業形象、解決問題。如面對企圖影響或破壞醫務社工經濟補助評估的醫療團隊與臨床溝通，如 OC 所述應具體力爭陳述專業立場，以說服取向來完成專業間溝通。



我一直對訓練 worker 來講，叫做不卑不亢、自信，什麼時候應該為，什麼不該為。知進退啦，不卑不亢...醫生再兇我也是（台語）...我認為對的還是要做啊，那你兇是你家的事啊，我不能因為你生氣就...違反原則吧，對不對？！（OC）

你既然在這個醫院跟這一群工作人員混，照理說，你總有你發表意見的時候啊！...，所以我一直說，（醫療）專業未必會打壓，但是（醫療）專業必須要聽到你（指醫務社工）陳述你的理由，專業能不能透過管理的方式、管理的數據去告訴專業說這（出院安置介入時間）時間太少了！（OB）

同時考量機構、案主、團隊目標之立場是醫務社工因應醫療團隊壓力必要的態度，其中，熟悉醫療團隊在意點（重救命治療、怕法律申訴等）、掌握醫院病房文化，確認專業價值，以形成社工專業論述；必要時社工部門主管出面以創造溝通場景，來倡議特殊個案之權益，並分析對醫院的判準，以專業分析與論述能力來說服團隊、展現專業表現。以下為醫療團隊對於病人以無急性醫療需求又有健保壓力下，期待醫務社工盡速安排病人出院的案例，OB 與 OC 建議的回應策略。

這個事情如果出去可能會有醫療糾紛，那還要不要繼續這樣？在管理主義之下，我就必須在這個的情況之下，去創造團隊的溝通的一個場景，我要告訴醫院風險，利跟弊，醫院當認同我的部分，甚至是知道我在這部分的評估，它願意接受，這個案可能會 delay 再給他十天！（OB）

...出事了誰要（台語）負責？萬一病人出來，沒有安排好，錢是小事耶，可能很快就解決，但是如果出來出了事情呢？我用責任來壓過那個錢啊！，你自己要清楚你的論述的點。這個醫師他就習慣用這招吃人，他本質就這樣子，所以社工一進到病房，你要做病房的生態分析，主治醫師的習性要

瞭解，那所以有時候要跟護理部要聯合，你的論述，你對你工作的理念要瞭解，那如果量越來越多了，變成一個議題。（OC）

所以，這種在醫療中應有的人本及道德角色，便是醫務社工應以專業的論述能力，來說服相關專業人員之處。而人本、正義、公益的形象，也是醫院主管 Y1 受訪者的認知。關於醫療爭議與對於病人生命品質的最大利益考量上，OC 陳述如下：

在醫院裡面最重要什麼？生命、健康是第一順位，這個一凸顯出來，其他都是次要的，所以...其他都是可以談的，大家會試著努力去突圍。...這個價值如果凸顯出來，那我想他們會受感動，原來我們還看到這個東西，而不是被錢、被經濟這個東西給超越了，給完全蓋掉了！所以社工你對你的學科特性瞭不瞭解？你的價值有沒有掌握？那掌握的時候你能不能在面對團隊，你的論述的能力，然後引導去看看那個 issue。（OC）

## （二）通才：發揮有身段的溝通暨說服能力

處於醫療團隊中的醫務社工除要堅信社工專業信念來做專業論述外，也要懂得其他專業而協商來建立共識；其包含個別工作者間的個人發揮教育與影響，也包含部門間的主管跨專業溝通。

### 1. 醫務社工個人 vs 醫事人員個人：教育醫事人員社工之職責功能

由於醫學暨醫事教育中對於社工較為陌生，相對於醫師、護理師、治療師、藥師等相互在醫學教中較為熟悉且知悉彼此角色與功能，於是醫務社工需一再教育醫療團隊社工的角色與服務內容，而社工的有限性亦應該適度傳遞予醫療團隊知悉；而此些乃是回應醫療團隊對於醫務社工認知與期待之落差的實務互動。

如果說你是一個新的護士，他們真的也不知道，原來我在什麼情況之下可以找社工，原來我在什麼情況之下不能找社工，其實他們也不是那麼清楚，

那我會覺得這就是互動。他們...學姐教學妹，然後是我們在跟他互動的時候，他就會知道，原來是這樣，不然，加護病房是怎麼樣的狀況其實都會不一樣啊，他們換團隊，其實也會不同啊。（P2）

並不是每個人都懂社工，也並不是每個人都知道社工到底在做什麼。我覺得...當然在工作過程中還是必須去慢慢的潛移默化他們，讓他們知道說其實什麼事找社工是可以的，那什麼事找社工，不見得可以完全解決這個問題，但是可以去試試看這樣。其實有時候讓一些外界的人知道說，社工可以做什麼，社工沒辦法做什麼。（P3）

2. 社工部門主管 vs 醫療部門主管：拉高對話層級來以部門對部門來做溝通  
臨床上，假設個別工作者間的溝通與教育無法調整醫療團隊對於醫務社工之行為調整，則需要做部門溝通；也就是說當個別專業人員間溝通不良，有可能如受訪者 C2 及 OB 由社工主管來對個別醫師做教育。

就是說如果再不對，也不可以這樣子，基本的對人基本的尊重，如果你再罵的話，我會跟他（指醫師）講說：「不能這樣，如果你要罵請你來罵我（指社工主管）」。他一定會說：「不好意思啦啊，病人都很生氣（台語）」。  
這是最基本的，不管他是誰啊，就算他做的不好、不對，你（指醫師）可以告訴我，讓我來罵，「（醫師罵社工）這樣讓我很丟臉，讓我們自己來講，你也讓我他知道他工作不努力、不認真嘛，不然我也不知道啊」，我覺得這是我們社工部門主管要去做。而且最重要的是不要把責任全部都轉嫁到社工人員身上。（C2）

你也必需要知道機構目標、案主的目標、團隊的目標，這三個目標當中，你要去了解實際病人的現況、家屬的需要，去找出一個可以解決的方案。所以當你看到病人出去絕對會死的，你會不會轉？你會不會硬轉？我（指

社工主管)告訴他們不用,由我來負責跟醫師溝通,有問題由我來跟醫院溝通。(OB)

若必要,就進行部門間溝通、主管對主管共識。以下是 H2 關於醫療爭議與糾紛中,如受訪者 H2 以社工主管立場不斷地向醫院主管溝通與表達。

後來我跟...副院長溝通,但是那個他已經找到其他替代人選,他會再派其他醫師的人,那我可能是陪同。像我跟他講說那個醫療糾紛不要叫社工處理,他就會跟我說「你可以的、你可以的」,就跟他溝通很久之後,後來才有一點點他稍微聽得下去一點點,不然他就會一直覺得這是你社工的職責...。(H2)

綜上,社工在醫療團隊中,有時會面臨醫療團隊態度不佳,社工主管 C2 若知悉則會與該醫師聯繫,並建議醫師未來行為修正方向,以取回社工主管的「管轄權」;而此展現社工為主的擔當,以及部門溝通、個人介入能力。所以社工在醫院中職責與角色定位是動態的,也是需要與團隊相互謀合、說服溝通來持續建構。

## 二、支持及內控—穩固社工內部以展現自我照顧及成長

社工在醫院環境中身為多專業團隊的一員,常會面對不同專業在角色期待的壓力,尤其是處於專業人員分布密度極高的醫院中,故社工人員應有相對自我照顧措施,以增加對管理主義的抵抗力。於是,醫務社工部門除情緒取向地相互支持,並也應任務取向地做內部品質掌控(即內控)。

首先,醫務社工部門內部要自我照顧以利相互支援,也就是說醫務社工自己應有足夠的內部團隊的支持力量來做專業自我照顧與關注。

除了跟那個醫療團隊，還有我們自己社工也是一個團隊。...你社工這個團隊，你有沒有大家互相關心支持跟互相支援？還是你只顧自己或是個人表現？那都會影響，所以不同的時段吼！那都會有影響。（OA）

同時，醫務社工內部自我相挺，以利專業自主；意即醫務社工主管應成為醫務社工的後台，這是相當重要的支持。

其實我還是會跟我的 worker 說你的專業你要堅持，就像常常有的護理長打電話跟 worker 講完不開心就會打給我，可是我會堅持跟他們（指社工人員）一致性的專業看法。那其實垂直的部份，其實我是覺得我的堅持是只要我的 worker 的專業度夠，個案的需求都符合情況之下，所以某種程度，我可以告訴我的管理階層就高層說，我可以去補助這樣的個案，這絕對沒有問題。（H2）

所以，更多的社工內部自我照顧將有助於管理主義當道的社會下，再加上內控的品質維護，將增強臨床社工人員之因應能力與抵抗力。意即，除自我照顧外，同步自我要求亦為重要。在對外與醫療團隊溝通上，若有疑問應先回到自己部門內部來檢視是否合宜行為、符合部門要求，若是則表示一種確保，對外互動比較沒有疏失，形成專業自信。

你要知道你的標準，你要有一個很清楚的圖象，我覺得這個也是我們（社工）主任千罵萬罵之後，會比較有的概念。有時候你自己也會有疑慮嘛，就需要去找主任討論，那如果（社工）主任他也認同，通常都不會怕啦，因為他砲火不會比人家（指醫療團隊或臨床科主管）小，他抓狂也是，不管你是誰。（Y3）

再者，醫務社工也該從專業內部檢視以正視專業的發展困境；對許多鄰近專業競合的現象來說，社工有時會棄守過於複雜、專業的議題，於是其他鄰近專業逐漸搶走原有的社工專業地盤。所以，社工應該要正視、面對專業的困境，

意即保留某些不宜捨棄的專業議題為宜，應有環境意識，同步地感覺到環境的變化，而非所有行政瑣事、專業介入之事都推掉。

...當然搶著做，當然要搶著做！你不做市場送人了！當然要搶著做！搶著做了！你不做（專業的）？行政算什麼？附帶的！（Y2）

如果要自己當老大（不理人），這個門很快就會被關起來的，職場是很實際的，因為人家護理有在進步啊，心理諮商有在進步啊，那服務使用者人家也肯定他啊，那為什麼你社工那你憑什麼讓人家肯定你？沒有這個事情，到職場上你要談福利跟權利很簡單，是因為實力，有實力你才能夠談權利跟福利，我永遠覺得是（這樣）...（OC）

總言之，醫務社工主管支持臨床社工，醫務社工專業組織支持醫務社工主管，有共同形成一股力量是重要的。

### 三、教育與傳播—種下改變種子以建立未來友善環境

對於在醫療團隊中工作的醫務社工而言，被醫療團隊理解與認識十分重要；但臨床上卻因醫學相關養成教育中對社工陌生，導致醫療團隊對於醫療社工未真正瞭解，所以從年輕的醫療專業人員的教育方面著手是不錯的方法，即對於醫護暨醫事人員、醫管人員「從小教育」社工的功能與角色來做長期投資。主要是受訪者 C2<sup>3</sup>所分享是把握對於醫護暨醫事人員或醫管人員的大學教育中接觸社工的機會，不論是活動或帶領志工服務等。我自己個人也有在學校兼教職，社工部門也有主管志工的業務，所以這個部份我相信大多數的醫院，有...這個學校的話，大概社工部門在於中間的連繫—有學生的很多的活動需要跨到醫院，

---

<sup>3</sup> 由於受訪者 C2 同具有學術與實務背景，研究者高度支持其回應策略，又恰逢無其他受訪者提出類似意見，因此此處引文以 C2 見解為主。

他們在學習，或者他們要辦什麼一些感恩的活動，或者學校的社團要去社區服務，...所以他也會知道有些服務是有必要性的，所以他們對我們的社工某一程度的尊重。（C2）

另一種是成為醫護暨醫事人員或醫管人員養成教育中的教師，如 C 醫院是醫學院校附設醫院，又社工主管 C2 在醫學院體系有任教機會，故可以透過課堂教學、經由社工部門媒介到醫院擔任志工或進行服務學習等方式，在這些專業人員還沒有專業的本位主義觀念之前，給予社工的觀念，有助於未來在職位上其對社工的理解與友善，即便遇到問題或衝擊，也比較容易平權地與社工人員對談而共同解決，所以這是一種因應管理主義的長期策略。醫院主管 T1 表示其曾受社工老師教導而啟發，於是在 T 醫院中大力支持醫務社工。

所以他們（指社工人員）慢慢就變成這些人（指醫院各專業學科之學生）老師級的人，從他學生帶他，過了三五年他畢業，所以這些人很重要啊，不然說我為什麼要帶這些小嘍囉（指醫院各專業學科之學生），他又不是我們社工的學生，我幹嘛要帶他？然後他才慢慢知道說，「社工那麼忙喔！我以為都沒有什麼事，怎麼看兩個個案、三個個案要這麼久！」所以我覺得我就要說服他們說這些其實這是社工的專業。（C2）

此外，醫務社工多到醫療團隊中演講，展現教育與服務專業，有助於自我專業的定位，以及專業地位在醫療團隊中的提升。

我也鼓勵我們 social worker 說人家哪一科要請你去演講什麼，介紹社工或者是兒童虐待的社會工作，你就去給他講，因為早期可能就是醫生自己講，講這些什麼，或者是他們可能只是一小堂，他們去找外面的人，我說不對！他只要找上你了，他跟你合作之後，他說「你怎麼知道那麼多？」，（社工人員回應：）「如果你們其他醫生想瞭解，我也可以在你們科會報告！」。像殘障鑑定很多醫生都搞不清楚那個流程，然後都會被罵，說怎麼那麼久

什麼，你就去跟他講，就不要跟他拿錢。下一次他如果在學校上課，他又邀請你去，你就給他答應，就是多去，然後他以後就會知道你是「老師級的」，他把你看的就不是 worker，就是老師了。（C2）

總之，醫務社工有機會可以在醫療團隊成員的學生階段、工作階段等多展現各種教育能力，有助於醫務社工影響力與地位的提升，就會間接有助於醫療團隊的尊重以及減少管理主義下專業自由裁量權受影響的情況。

## 陸、討論與建議

### 一、管理主義對臨床醫務社工的影響：全面制度性工具化設定 vs 局部個別性貢獻度期待

文獻中指出醫務社工被期待具生產力與產值（Globerman et al., 2003），並以出院計劃來協助醫院節省成本（Beder, 2006； Lechman et al., 2009），此均為西方如美國社會脈絡的現實情境。相對而言，本研究發現臺灣對醫務社工在管理主義下並非以財務、功利為前提，因醫務社工之設立有些補充性、慈善性的成分，而醫務社工自主性受管理主義影響主要並非出自醫院利潤考量。但實務上，國內外也有近似現況，如醫院經營考量高於社工專業見解，臨床醫療決定重要於社工照顧考量，而此致使醫務社工實務上需優先進行交辦任務、績效管考、團隊期待等，而醫務社工對病人之個案工作往往被延後。意即，臺灣醫務社工未被全面性制度化工具設定，而是部分臨床科與個別團隊會要求醫務社工配合其專業能力而做出貢獻。

因此，醫務社工對應管理主義思維下可以生態系統觀念來分析，除醫療臨床及團隊的微視面外，也有醫院整體立場之居間面，甚至臺灣文化及社會趨勢



之鉅視面（不像美國文獻中將醫務社工財務工具化），找出改變的契機，即分析醫療團隊成員需求、醫院主管立場、病人觀念等來逐一降低管理主義影響，同時也要柔性秉持社工專業立場，以求在管理主義的醫療環境中發揮社工專業。

## 二、醫師對臨床醫務社工的互動：社工依照醫師指示辦理 vs 社工依循專業發揮見解

在醫療環境中，雖醫療團隊是多個專業背景組成的團隊，但運作是以主治醫師為核心，臨床工作架構上醫師是病人的個案管理者，其他醫事專業人員聽從醫師指示。各醫事專業人員發揮專業角色的時機是來自醫師會診或照會來「委外」請各醫事專業人員評估與介入時。但也有些情況是醫師主導下要其他醫事專業人員依指示執行各專業工作。至於醫務社工在醫院中是何種？是被照會而以自己專業來評估與介入？或只是依照醫師期待或初階判斷下來進行社工處遇？若後者，算是醫師權威壓迫社工專業自主嗎？或是這只是醫院團隊人員合作互動的一景？

若以社會建構角度而言，醫務社工的工作內容及功能，是與醫療團隊互動累積建構而成（Chen et al., 2021；Kitchen et al., 2005），即在理想中持「全人照顧觀點」理念（Beder, 2006；Zerden et al., 2018），但在現實裡因醫療臨床互動及動力而修正；總之，醫務社工工作內容具有「雕塑」的可能性。

因此，研究者建議醫務社工可依醫院內「以醫師為主導下，有時直接指示作為，有時邀請專業處置」之工作樣態，再依各醫院、按各臨床科、照各社工業務而異，來加以歸納各臨床醫務社工的現場是何種屬性之合作（是支配社工行為求聽命行事，還是照會社工專業以發揮功能），一方面有利在看似不合理

情況下由臨床社工個別表達或統一由醫務社工主管溝通之判斷；另一方面也有助於醫務社工反思是否自我期待過高而做自我定位。

### 三、臨床醫務社工對醫療團隊的認同期待：因為專業自信不足 vs 由於臨床依賴互動甚高

文獻論及醫務社工積極對於專業發展與地位進行追求（秦燕，2009；陳武宗，2011；莫藜藜，2020），又本研究發現醫務社工欲尋求醫療團隊的合宜角色期待，故有感醫務社工頗需醫療團隊的專業認同。文獻也指出，醫務社工的服務成效品質跟醫療團隊對於醫務社工的認同和期待吻合有所關聯（Peterson et al., 2018；童伊迪，2019），甚至認為與醫療團隊關係不好是醫務社工挫折的來源（Cowles et al., 1992）。原因是醫務社工的醫療服務自信不足？或醫療臨床確實高度依賴醫療團隊，且醫務社工工作被決定於醫療團隊？

相較於醫事人員專業，社工較不被認識，即醫師與護理師最廣為被認知，而其他醫事人員間相互認知與認同程度較社工高；也因此，本研究發現提及教育與傳播策略，即應於醫護人員暨醫事人員科系倡議加入社工教育；在此，研究者也認為社工同步也宜在大學教育中加入對醫護及醫事人員的認識，並且增加基礎醫學概念課程，以減少對醫療的陌生與擔憂，而有助醫療場域中相互合作。

再者，管理主義是一種破壞專業自主的力量（Klikauer, 2015；Mizrahi et al., 2000），若單一專業則個別受影響，但多個專業形成團隊除共同受影響外，更是不均衡地受壓迫，其中不同專業人員間的轉嫁、協商動力等值得重視（Cowles et al., 1992；Cowles et al., 1995；Peterson et al., 2018；童伊迪，2019）。本研究也發現，除管理主義本來會對醫務社工影響之處，醫療團隊對醫務社工認知

與期待相符與否也加深或減緩社工專業自主性。因此，醫療團隊對醫務社工的認知一致且具認同感頗為重要。

綜上，醫務社工頗需醫療團隊認同，有專業養成背景差異之故，也有臨床上以醫療主導而關係相互扣連與依賴之因。無論如何，如同研究發現中回應策略，對內要自我鞏固與照顧來兼顧理想性與現實性，而對外則努力有策略地建構醫務社工專業表現的友善環境。同時，研究者也從前述討論中反思，遂建議醫務社工也要兼顧同理不同利害關係人的立場，增進相互理解、公開對話的機會，以期以病人健康為目標而有適切專業互動為依歸來努力。

## 柒、結論

本研究認為在醫療臨床上，醫務社工在醫療團隊環境中受管理主義影響與醫療團隊與醫務社工之認知及期待落差關係最為關鍵，因此亟需促進對社工專業的認識，故「教育與傳播」甚為重要；醫院醫療團隊合作互動中受到影響的醫務社工自主性議題，則應是短期立即地「溝通與說服」來減少醫護人員暨醫事人員的影響，並以平衡、合作、對等角度共同共識合作模式。最後，對專業社群及醫務社工整體則宜「支持及內控」來凝聚醫務社工專業。

## 參考文獻

- 中華民國醫務社會工作協會（2021）。《成立宗旨與任務》。資料檢索日期：2022 年 4 月 23 日。網址：<https://www.mswa.org.tw/index.htm>。（Medical Social Work Association. R.O.C. (2021). Established Purpose and Mission. Retrieved 23-04-2022, from <https://www.mswa.org.tw/index.htm>。）
- 呂佳蓉、蕭至邦（2016）。〈從急診醫療團隊醫護人員及醫務社工觀點－探討急診醫療團隊中社會工作者之角色〉。《社會發展研究學刊》，17，48-77。（Lyu, Chia-Rong and Chih-Bang Hsiao (2016). Explore the Roles of Social Workers in the Emergency Medical Team from the Viewpoints of Medical Personals and Social Workers. *Journal for Social development Study*, 17, 48-77.）
- 張玲如、邱琬瑜（2015）。〈台灣精神醫療社會工作者之角色困境與發展〉。《現代桃花源學刊》，5，21-44。（Ling-Ru Chang and Wan-Yu Chiu (2015). The Role Dilemma and Development of Psychiatric Social Work in Taiwan. *Modern Taohuayuan Journal*, 8, 17-41.）
- 宋麗玉（2002）。〈醫療社會工作〉。見呂寶靜（編），《社會工作與台灣社會》，349-390。台北：巨流。（Song, Li-Yu (2002). Medical Social Work. In P.-C., Lu (ed.), *Social work and Taiwan Society* (349-390). Taiwan, Taipei: Chuliu.）
- 侯建州（2018）。〈新管理主義對於醫院醫療服務之影響：給醫務社會工作的啟示〉。《臺灣社會工作學刊》，21，37-78。（Hou, Chien-Chou (2018). The Impacts from New Managerialism on Hospitals' Medical Services — Implication for Medical Social Work. *Taiwanese Social Work*, 21, 37-78.）

秦燕（2009）。《醫務社會工作》（第二版）。臺北：巨流。（Chin, Yen (2009).

*Medical Social Work (2nd ed.)*. Taipei, Taiwan: Chuliu. )

莫藜藜（2010）。〈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〉。《社區發展季刊》，129，231-248。（Mo, Li-Li (2010). Hospital

Social Worker's Professionalism Needs to be Recognized. *Community Development Journal (Quarterly)*, 129, 231-248. )

莫藜藜（2020）。《醫務社會工作》（第二版）。臺北：松慧。（Mo, Li-Li (2020).

*Medical Social Work (2nd eds.)*. Taipei: Song-Hui. )

陳向明（2002）。《社會科學質的研究》。臺北：五南。（Cheng, Shian-Ming

(2002). *Social Science Qualitative Research*. Taipei, Taiwan: Wu-Nan. )

陳武宗（2010）。〈醫院社會工作部門人力資源發展與管理議題之省察〉。《社區發展季刊》，129，249-266。（Chen, W.-T. (2010). The Reflection on the

Issues of the Human Resource Development and Management in the Hospital Social Work Department: A Review. *Community Development Journal (Quarterly)*, 129, 249-266. )

陳武宗（2011）。〈社會工作與醫院的歷史連結－臺灣經驗〉。《社區發展季刊》，133，479-499。（Chen, Wu-Tsung (2011). The History of Social Work

Professional in Hospital Setting: Taiwan's Review. *Community Development Journal (Quarterly)*, 133, 479-499. )

陳政智（2012）。《非營利組織管理》。臺北：華都。（Chen, Cheng-Chih (2002).

*Nonprofit Organization Management*. Taipei: Far Du. )

童伊迪（2019）。〈我的美麗與哀愁-醫院社會工作才能的省思〉。《台灣醫學人文學刊》，20（1-2），35-53。（Tung, Yi-Ti (2019). Reflective Practice in

Hospital Social Work Competence in Taiwan. *Formosan Journal of Medical Humanities*, 20, (1-2), 35-53.)

蕭惠如（2005）。《台美社會工作證照制度比較－從台美社會工作證照制度比較談起》。臺灣大學社會工作學系碩士論文。（Hsiao, Hui-Ru (2005). *Reconsidering the Social Work Licensure in Taiwan: by Comparing with the Social Work Licensure/Credential in America*. (Unpublished Master Dissertation). Taipei: Department of Social Work, Nation Taiwan University.)

黃源協（2007）。〈專業主義、新管理主義與最佳價值--社會工作專業教育的挑戰與回應〉。《社區發展季刊》，120，85-105。（Hwang, Yuan-Shie (2007). Professionalism, New Managerialism and Best Value--Challenge and Response of Social Work Professional Education. *Community Development Journal (Quarterly)*, 120, 85-105.)

黃源協、莊俐昕（2019）。社會工作管理（第四版）。臺北：雙葉。（Hwang, Yuan-Shie and Li-Hsin Chuang (2019). *Social Work Management (4th ed.)*. Taipei: Yeh Yeh.)

黃源協、陳伶珠、童伊迪（2004）。《個案管理與照顧管理》。臺北：雙葉。（Hwang, Yuan-Shie, Ling-Chu Chen and Yi-Ti Tung (2004). *Case Management & Care Management*. Taipei: Yeh Yeh.)

溫信學（2021）。《醫務社會工作》（第五版）。臺北：洪葉。（Wen, Hsin-Hsueh (2021). *Medical Social Work (5th ed.)*. Taipei: Hungyeh.)

簡春安、李雲裳、高永興（2005）。〈「社會工作師法」立法始末〉。《社區發展季刊》，109，142-148。（Chien, Chun-An, Yun-Shang Li and Yong-Sing Gao (2005). The Legislating Process of Social Worker Act. *Community Development Journal (Quarterly)*, 109, 142-148.)

- 簡春安、鄒平儀 (2016)。《社會工作研究法》(第三版)。臺北：巨流。(Chien, Chun-An and Ping-Yi Tzou (2016). *Research Methods for Social Work (3rd ed.)*. Taipei: Chuliu. )
- Anessi-Pessina, E. and E. Cantu (2006). Whither Managerialism in the Italian National Health Service? *International Journal of Health Planning and Management*, 21(4), 327-355.
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. New York: Routledge.
- Berger, C. S., C. Robbins, M. Lewis, T. Mizrahi and S. Fleit (2003). The Impact of Organizational Change on Social Work Staffing in a Hospital Setting: A National, Longitudinal Study of Social Work in Hospitals. *Social Work in Health Care*, 37(1), 1-18.
- Bernardino, E. and V. E. A. Felli (2008). Knowledge and Power Necessary to Reconstruct Nursing After Management Changes at a Teaching Hospital. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(6), 1032-1037.
- Chen, Y. Y. and J. Zhong (2021). Roles of Medical Social Workers in Interprofessional Teams: A Case Study of a Shanghai COVID-19 Quarantine Center for Medical Observation. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 31(1-2), 123-131.
- Clarke, J. and J. Newman (1997). *The Managerial State*. London, England: Sage.
- Clegg, S. (2014). Review: Managerialism: Born in the USA. *Academy of Management Review*, 39(4), 566-576.

- Cowles, L. A. and M. J. Lefcowitz (1992). Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Worker in the Hospital Setting. *Health & Social Work*, 17(1), 57-65.
- Cowles, L. A. and M. J. Lefcowitz (1995). Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Worker in the Hospital Setting: Part 2. *Health & Social Work*, 20(4), 279-286.
- Exworthy, M., E. K. Wilkinson, A. McColl, M. Moore, P. Roderick, H. E. Smith and J. Gabbay (2003). The Role of Performance Indicators in Changing the Autonomy of the General Practice Profession in the UK. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1493-1504.
- Germov, J. (2005). Managerialism in the Australian Public Health Sector: Towards the Hyper-Rationalization of Professional Bureaucracies. *Social Health Illn*, 27(6), 738-758.
- Globerman, J., J. J. White, D. Mullings and J. M. Davies (2003). Thriving in Program Management Environments: The Case of Social Work in Hospitals. *Social Work in Health Care*, 38(1), 1-18.
- Heenan, D. (2021). *Hospital Social Work and Discharge Planning for Older People: Challenges of Working in a Clinical Setting*. London: Cambridge University Press.
- Karvinen-Niirikoski, S., L. Beddoe, G. Ruch and M. S. Tsui (2019). Professional Supervision and Professional Autonomy. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 31(3), 87-96.
- Kitchen, A. and J. Brook (2005). Social Work at the Heart of the Medical Team. *Social Work in Health Care*, 40(4), 1-18.



- Klikauer, T. (2015). What is Managerialism? *Critical Sociology*, 41 (7-8), 1103-1119.
- Lechman, C. and S. Duder (2009). Hospital Length of Stay: Social work Services as an Important Factor. *Social Work in Health Care*, 48(5), 495-504.
- Lévesque, M. and L. Negura,(2021). Organizational Context and Healthcare Reforms: What Effect on the Professional Distress of Canadian Social Workers and Social Service Provision? *Front Sociol*, 6.
- Mizrahi, T. and C. S. Berger (2001). Effect of a Changing Health Care Environment on Social Work Leaders: Obstacles and Opportunities in Hospital Social Work. *Social Work*, 46(2), 170-182.
- Mizrahi, T. and J. S. Abramson (2000). Collaboration between Social Workers and Physicians: Perspectives on a Shared Case. *Social Work in Health Care*, 31(3), 1-24.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Evaluation and Research Methods: Integrating Theory and Practice (4th ed.)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Peterson, E. B., W. Y. Chou, A. Falisi, R. A. Ferrer and A. Mollica (2018). The Role of Medical Social Workers in Cancer Clinical Trial Teams: A Group Case Study of Multidisciplinary Perspectives. *Social Work in Health Care*, 57(1), 1-17.
- Shepherd, S. (2018). Managerialism: An Ideal Type. *Studies in Higher Education*, 43(9), 1668-1678.
- Snow, A., J. Warner and F. Zilberfein (2008). The Increase of Treatment Options at the End of Life: Impact on the Social Work Role in an Inpatient Hospital Setting. *Social Work in Health Care*, 47(4), 376-391.
- Strauss, A. and J. Corbin (1998). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Strauss, A. and J. Corbin (原著)，徐宗國(譯)(1997)。《質性研究概論》。  
臺北：巨流。

Timor-Shlevin, S. and O. Benjamin (2020). The Tension Between Managerial and  
Critical Professional Discourses in Social Work. *Journal of Social Work*, 21(4),  
951-969.

Weinberg, M. and S. Taylor (2014). “Rogue” Social Workers: The Problem with  
Rules for Ethical Behaviour. *Critical Social Work*, 15(1), 73-86.

Zerden, L., B. M. Lombardi and A. Jones (2018). Social Workers in Integrated Health  
Care: Improving Care Throughout the Life Course. *Social Work in Health Care*,  
58(1), 142-149.

## 附錄

### 《訪談大綱：醫院主管版》

請您簡介您在醫院中的角色與職責？也請您簡要介紹○○醫院的背景與近期發展。訪談大綱大綱如下：

1. 隨著社會趨勢的改變、與目前健保體制的調整，請問目前○○醫院的整體經營，是否因此採取管理上調整策略（如：重視顧客導向與參與、重視市場導向、減少政府介入、重視經營效率、績效管理、成本管控）？
2. 前述的醫院經營概念與作為，是不是也一樣實施於社會服務部門？落實上是否曾面臨困難？
3. 醫院對於社會服務部門的期待是什麼？在醫院經營上與其他部門在管理上有不同期待嗎？

### 《訪談大綱：社工主管版》/《訪談大綱：臨床社工版》

請您簡介您在社會服務部門中的角色與職責分別為何？

1. 醫務社會工作部門受到管理主義下經營管理思維與具體措施<sup>5</sup>下，對於社會工作信念<sup>6</sup>有怎樣的正向影響或負向影響？
2. 請問醫務社會工作在醫療團隊中，是否有醫療團隊受到管理主義效應而影響醫務社會工作的實例？
3. 請問面臨醫院管理主義下經營管理思維與具體措施，醫務社會工作部門通常如何因應？因應模式為何？

---

<sup>5</sup> 管理主義內涵：重視顧客導向與參與、重視市場機制、期待減少政府介入、重視企業精神、重視經營效率、進行成本管控、採取績效管理等。

<sup>6</sup> 社會工作與醫務社會工作信念包含：利他主義、改變案主或改變環境以增互動品質、人性價值與尊嚴、充權取向，以及促進社會健康、排除就醫障礙、促進社會大眾健康等。

## 附錄（續）

### 《訪談大綱：醫務社工專業組織代表》

請您簡介您曾經與目前在社會工作專業團體（包含臺灣社會工作專業人員協會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國醫務社會工作協會、臺灣社會工作教育學會等）的所參與的角色與職責為何？

亦請您簡介您在醫務社會工作上的實務經驗與職責為何？

1. 醫務社會工作部門受到管理主義下經營管理思維與具體措施下，對於社會工作信念有怎樣的正向影響或負向影響？
2. 就您醫務社會工作實務經驗與以專業團體立場，請分別談醫務社會工作在醫療團隊中，是否醫療團隊受到管理主義效應而影響醫務社會工作的實例？
3. 就您醫務社會工作實務經驗與以專業團體立場，請分別談面臨醫院管理主義下經營管理思維與具體措施，醫務社會工作部門（主管）通常如何因應？因應模式為何？
4. 最後，以社會工作專業團體的立場，給予醫務社會工作專業回應管理主義之策略與醫務社會工作未來發展之建議。