

醫務社會工作在山地偏鄉醫療服務裡外的穿梭與連結

楊智凱、李其峯

壹、前言

臺灣醫療照護發展歷程中，很難迴避醫療資源向都會地區集中而偏鄉地區落入缺乏不足的議題，醫療資源不均衡分佈，致使偏鄉居民難以獲得合適的醫療服務。此議題可溯至日治時期殖民政府在偏鄉部落等處設置「山地醫療所」因應，乃至於後續各鄉村小鎮中的「衛生所／室」設置辦理等舉措。政府各時期透過政策保障、資源投送與醫護人力栽培，試圖緩解偏鄉醫療需求議題所遭遇的困境，惟仍不足以因應醫療資源不足。健康不平等現象背後，根本存在偏鄉在地性因素與大環境結構因素的交互影響；前者所謂在地性因素如人口老化、交通困難，而後者結構性因素有醫療人才流失、政府財政挑戰，以及醫療科技與資訊等發展的侷限。1995年全國正式實施全民健康保險，對應醫療資源集中於都會區域，偏鄉就醫資源不足、醫

療照護可近性不足，偏鄉生活民眾亦需繳納健保費的政策公平性考量下，反突顯出未達致妥適照顧醫療弱勢族群的初衷，衍生不平等與不正義。

對應上述偏鄉醫療長久以來的困境，中央健保局自1999年11月全面性推動《全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫》（*Integrated Delivery System*，以下簡稱IDS計畫），以鼓勵醫療院所投入山地離島醫療服務意願，整合平地與偏鄉醫療院所資源形成團隊提升服務量能，並邀請在地鄉親共同參與和回饋意見，期解決偏鄉地區就醫困難，提升在地醫療服務品質。該計畫實施更提供定點門急診、夜診、轉診後送與巡迴醫療等更為完整的服務外，更納入居家照護、健康衛生教育與預防等，促成積極的全方位健康照護發展落實於偏鄉，期符合在地需求的服務，解決鄉親最迫切醫療需要，落實醫療服務之便利性與可近性。

IDS計畫實施已24年，受制於計畫設計著眼與傾於醫藥提供與生理照顧需求之因應與補充，未照顧社會心理及靈性等面向，致偏鄉民眾未能獲得全方位健康照護協助，以因應疾疾衍生連鎖生理、心理暨家庭等問題；而問題間彼此交互影響則加深其複雜難解，更顯全人醫療照顧介入的迫切與必要。以仁愛鄉之IDS計畫為例，當前團隊並未包含醫務社工師，而埔基社工室的社工同仁們多次就鄰近部落來院就醫之民眾所呈現的多元就醫困境及衍生的生活議題進行討論。警覺雖有醫療資源投送至偏鄉部落社區，但是其中仍有許多醫療照顧議題未因該計畫獲得緩解，致使前來社工室請求協助者的議題與困境，若非多元複雜，即相互掣肘。社工室主管遂安排社工同仁走進社區進行通盤瞭解，以確認當前偏鄉醫療中含藏的缺口為何？本文期聚焦醫務社會工作面對偏鄉民眾因健康照護衍生之社會心理需求之介入經驗進行探討。

貳、現行山地偏鄉醫療實施、效益與缺口

健康照護之需求與資源配置之於偏鄉議題因攸關生命品質之基本人權考量，需各界積極關注與共同投入。針對偏鄉醫療照護資源不足、可近性不足、健康保險支付公平與正義等議題，中央健保局

於1997年試辦《整合性醫療保健服務改善計畫》、《偏遠地區健康保險多元支付方案》等試辦計畫，鼓勵醫療院所投入，並吸引醫護專業人員投身參與，同時放寬特定醫療給付及特約管理規定等，期將醫療資源自充沛的地區導入山地離島，也為1999年的IDS計畫奠定全面推動的經驗與基礎，成為當前山地偏鄉醫療服務的主幹（潘美芳，2014；衛生福利部，2008）。

筆者以埔里基督教醫院（簡稱埔基）為計畫執行中心《第十期南投縣仁愛鄉醫療給付效益提升計畫》（埔里基督教醫院，2022）為例，從中摘要該計畫實施具體作為如下：

一、區域情境現況彙整：主責計畫執行醫院對於欲關注之偏鄉地區，該計畫即以南投縣仁愛鄉轄內各部落社區，就地理面積、聚落區劃、族群樣貌（隱含族語、文化價值等）、人口分布、性別年齡、主要聯絡交通等狀況進行全面性資料統整，甚至對當地氣候風土資料進行掌握瞭解。

二、地區健康狀況調查：自2000年始，埔基首次受託承辦該計畫，其中計畫下門診主要處遇疾病統計，輔以鄉鎮衛生所、在地意見領袖與民眾意見統合，歸納出計畫介入主要疾病類型。預防衛教類屬以酗酒、環境衛生、飲水問題、性教育、交通安全等為主；疾病控制類型含括呼吸道感染、高血壓、關節相關病變、糖尿病、背部疾病、肺結核等，其中因交通事

故以致意外傷害、酒精倚賴、青少年與高齡懷孕議題與前述預防主題、疾病控制彼此交纏互相影響，使得該計畫應對之健康照護議題亟需全人照顧理念與實務介入因應之。

三、醫療資源盤點與配置：計畫進行就投入鄰近與支援醫院、在地一般診所／牙科診所、衛生所等，進行醫療量能、人力（包括醫師、護理師、藥師）盤點，形成整合醫療服務經營模式，其改善計畫、醫療費用分配與協調醫療服務投入等是由計畫執行中心（埔基）專責執行。並於醫療資源不足的部落，設立霧社、力行、武界、翠巒四處醫療中心，與配置醫師三位與護理師五位巡迴人力以維持當地基礎醫療量能。此外，依歷史資料與持續計畫發展之經驗，就醫療服務採巡迴方式或常駐提供進行規劃，醫療院所或專科醫師支援和轉診流程基於合作共識形成具體明文規則，使有限醫療資源達到妥適配置的方向發展。

四、計畫形成與實施方式：基於醫療資源投送區域標的，檢討過去醫療照護資源與服務投入之效益，併考量經費挹注量能於華崗、平靜、廬山等十處部落設置巡迴醫療站提供定點巡診，以滿足醫療服務可近性和消弭無醫村衍生之負面影響。然而，計畫必然面對在地民眾需求與期望整合與調整，主因政府年度預算額度與運用限制，醫療服務與社區人口結構變化衍生

長期照顧與預防醫療服務等議題，與在地民眾對於健康議題感知等因素，影響服務所提供的形態。如計畫執行中心透過資料庫和服務反饋推定糖尿病預防及介入為工作重點；但在地民眾則關注菸害、酒癮戒治之需要。為回應前述實際需要與在地民意企盼，經協調討論後持續修正未來工作方向，執行重點有醫療專科服務、肺結核等慢性病控制與康復、團體衛教、自殺防治、長期照護轉介，以及強化緊急醫療救護與後送服務等。

從上述摘要內容中可見到以標的偏鄉居民為主體，藉由都會區和在地各級醫院與診所組成合作醫療團隊，以匯集整理後之民眾就醫資料調整修正依據，將醫護專業人力、醫療資源、服務時間與據點，以及對應財務費用支持與核算基礎透過計畫做成妥適的投送、規劃與應用。中央健保署分區業務組、所屬衛生局、醫師／牙醫師公會和計畫執行中心所屬醫院共組督導小組，負責計畫執行監督考核與各方意見協調整合。

但以全人醫療照護的方向與價值切入檢視，現行偏鄉健康照護以IDS計畫為實施主軸，以部落民眾面對的疾病傷害為主要介入焦點，投送專業醫護資源對應解決之。外在結構或脈絡實存的非疾病議題，如投送資源必然面對的交通、距離等，以分工管理輔以鼓勵舉措來填補醫療照護缺口，排除於居民「疾病」以外的關聯議題

或影響因素則回歸社會心理、福利行政與牧靈組織部門與專業工作者提供協助，如轉介原住民族家庭服務中心、退除役官兵輔導委員會、民間社福機構、當地教會寺廟、村長與村幹事等，然實務經驗上相關轉介多非來自於巡迴醫護專業，反而是在地非正式支持資源為之。從實施脈絡與樣貌推論其背後思維規劃，較屬問題解決模式與任務取向為基礎，透過投送與整合醫療資源與人力以回應醫療不便與可近性不足區域之健康照護需求，至於疾病有效控制和治癒是否扣連到生活相關需求獲得支持或滿足從計畫內容與評核顯得不明確，使得計畫內容中就偏鄉民眾面對到生活與疾病兩者呈現低度關聯、連結有限的現

象，服務雖確實對應到民眾問題與需求，但疾病控制後的照顧支持與衍生資源等，在現行實務工作中關注有限或是不足。

筆者將現象圖像化如圖1，圖示中呈現以IDS計畫為主幹的偏鄉醫療服務，未將疾病與生活交互影響的概念加入其中，視疾病與生活為二元獨立存在，兩者為低度或有限關聯。對應於當前世界衛生組織（World Health Organization, WHO）於《世界衛生組織法》序言中主張「不僅為疾病或羸弱之消除，而是生理、心理及社會之完全健康狀態」之健康定義與價值相去甚遠。易言之，當前實務表現的缺口是實際執行核心價值仍以治「病」為主，而非照顧偏鄉裡的「全人」。

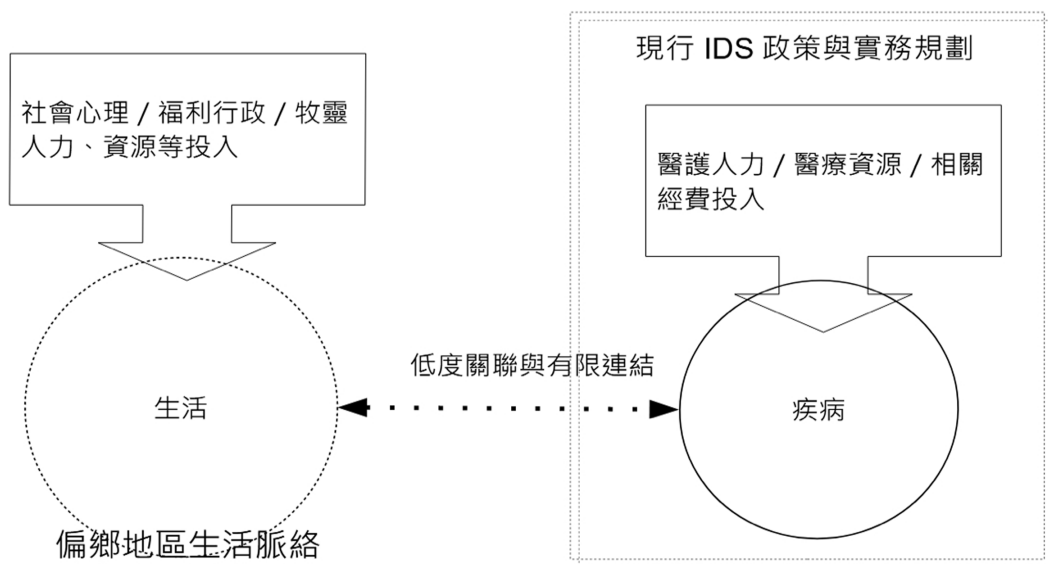


圖 1 疾病－生活二元獨立

資料來源：筆者自行整理。

參、以全人醫療價值融入現行 偏鄉醫療服務

當前全人健康醫療照護價值感信受到 Engel (1977) 對傳統生物醫學典範提出的批評所影響 (鄭昌錡, 2019), Engel 指出疾病發作, 並不似早期生物醫學典範所認為是生理機轉的異常現象, 反而是生理、心理及社會三方面因素交互作用所致。該論述中反覆強調疾病發病, 有可能來自遺傳, 亦有可能因社會因素或心理方面的壓力所引發, 這些心理與社會致病因素亦可能引發遺傳或觸發疾病。在此之前的傳統生物醫學病因論無法充份解釋心理社會因素在疾病中產生作用這樣實存的醫療照顧現象。傳統醫學亦忽略對疾病的瞭解來自病人的口述, 口述文字內容含藏豐富的心理感受與社會文化等因素, 醫學實證資料卻將之視為非科學實證資訊, 但這些所謂不科學的社會心理要素與生理疾病症狀存著明顯的關聯。

Engel (1981) 結合系統理論 (general system theory) 主張將病人置位於自然系統關聯中進行觀察評估, 小至粒子、原子, 進而到細胞組織、器官神經系統的內在生理層面要素構結成整全個人, 再從個人至人際、家庭、社區、文化、國家社會至生物圈, 各層面間雖有界限但也包含著密切的互動關聯與影響, 亦即個人生理心理社會在自然系統中是連續一體的 (圖

2)。

Engel 的主張與 WHO 對於健康的界定, 構結出後將病人視為整體, 並將個人內在生理以外的心理與社會等因素, 合併個人外在人際的、家庭的、社區的、環境等面向納入健康照護的「全人醫療」(whole person care) 理念, 亦是當前健康照護持續努力的理想典範。若以此價值來檢視當前偏鄉或醫療資源不足地區健康照護實務工作, 肯定目前努力的成果已達

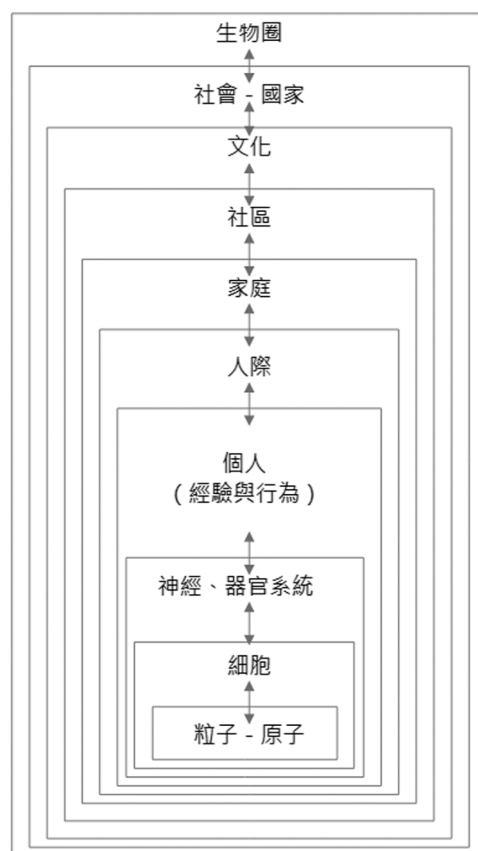


圖 2 個人於系統各層次中的連續樣態

資料來源：整理自 Engel (1981)。

到「先求有」的階段，未來應朝「再求好」的方向發展。其中對於所謂「好」的界定或標準，可按全人醫療價值理念與落實，發展出判定標準。

肆、醫務社會工作彌補偏鄉醫療服務缺口的具體作為

鑑於當前偏鄉醫療服務未能顧及部落生活民眾的社會心理需求與困境，與回應偏鄉社區環境物理層面上的限制尚有進步的空間，欲達到理想全人醫療照護，埔基社會工作室策劃出以《好撒瑪利亞人》為名的服務計畫，並連結院內環工、職安與牧靈部門共同參與投入，試圖彌補上述缺口。其具體服務包括：

一、社區關懷訪視，提供關懷並建立信任關係，成為日後協助服務之基礎。

二、資源轉介與導入，提供衛教及靈性陪伴支持，強化地區服務與網絡互動，協助相關福利申請。

三、個案管理，依病人及其家屬衍生之相關需求進行電訪追蹤。另對特殊疾病，如癌病提供跨專業團隊的全方位醫療照護協調。

四、協助門診就醫，連結交通接送與住宿安排等資源，減少就醫困境與限制。

五、住院照顧及社會心理需求銜接協助，聚焦於疾病障礙調適、經濟壓力支持、醫病關係和諧、健康提升培力，與出

院準備計畫。

六、居家安全改善，結合長照2.0與相關社區資源，協助病人居家環境與安全改善。

七、重大災難救援協助。

整理服務經驗從中發現埔基偏鄉健康照護服務有以下挑戰。

一、因著空間上的影響

空間上的影響可區分在距離和交通路況兩個層面。就「距離」而言，現行計畫將醫師及護理專業帶入部落，但仍集中部份較大的部落。目前仁愛鄉醫療資源主要的配置地點在霧社，除了是人口最集中的地方，亦是行政中心，診所也多在此開業。轄內距霧社較遠的部落，其醫療資源可近性仍備受挑戰。如力行產業道路上的發祥、紅香、梅村、慈峰、馬烈霸等部落，當地居民若要前往霧社，需花費40～90分鐘的路程。埔基在馬烈霸部落設有醫療中心，並漸次在發祥、紅香，以及慈峰部落設置巡迴醫療站。惟從霧社的醫療中心，到馬烈霸的醫療中心，到其他三個駐點醫療站，在駐診密集度上便依序下降，居民若在非駐診的時間有就醫需求，仍須前往霧社，甚至埔里就醫。

其次為「交通路況」的限制。從埔里基督教醫院到霧社醫療中心，以及上述部落到霧社之間，其聯絡道路常因為天候或地質因素顛簸中斷，增加駕駛難度，部落

居民亦因交通受阻而影響醫療資源取得。

二、涉及時間的困境

交通距離長與不便，往返時間自然也更長。從馬烈霸部落到埔基，約費時兩個多小時。對應於都會脈絡，足可從彰化到臺北就醫。但是時間因素更常與部落居民生活的其他部份交互作用產生影響。例如交通方式，在都會區之間移動可選擇自駕、客運、臺鐵、高鐵等，對應從部落下山僅能依靠自行駕車與極其稀缺的客運資源。而且，部落中並非人人擁車、都可以開車，若缺乏鄰里或親友協助，則進一步增加交通上的限制。

其次，山路曲折顛簸亦增加交通時間花費。若個案需要有人載送，在考量就診、檢查須等待的時間之後，要找到可以協助的友人就更難了。這一點則反映出部落中存在或是個案可以接觸到的支持系統或是次要資源。

三、醫療科別的限制

IDS中醫療專業主力的是家醫科醫師，這樣的安排對於慢性病，例如：糖尿病、高血壓等的控制有充足的幫助。但是對於其他疾病，像是意外、或是急性疾病、特定科別的疾病，可以著力之處就有限。如部落中的中風個案，在急性期或是症狀變化時，直接面對缺乏相關專科醫師的窘境；另一方面則囿於對應檢查的儀

器，如斷層掃描、磁振造影等無法帶上山，無法及時接受診治而影響預後。社工師則需要設法安排接送個案及主要照顧者來院門診並接受檢查；因多無法當日往返，另需協助安排住宿。

專科人力上的限制，同時形成個案對社會資源或是福利身分取得上的障礙。部落中的酒癮患者雖然有不少未接受妥善治療，卻也不乏已經長期接受追蹤，並持續服藥控制的。只是，這些患者儘管已經持續追蹤數個月，也符合身心障礙判定的標準，卻無法申請身心障礙證明。其中一個原因便在於個案是在「家醫科」進行追蹤，無法填寫身心障礙鑑定表格。個案是否具有身心障礙證明常影響可否取得低收入戶資格與其他社會資源，社工便須加入醫療團隊進入部落之中，協助安排返診以及相關檢查，並持續追蹤申請進度。

如果再進一步將醫療與個案的生活進行連接，筆者在與個案共同工作的過程中也不難發現，個案生活環境對其安全、重複入院，以及從醫囑性（medical adherence）有著顯著的影響。筆者協助的個案中有因長期飲酒，經診斷為肝硬化，需飲用藥物協助排除氨毒。其主要起居的空間與廁所之間距離遙遠，室內更有不少高低差、門檻，這些空間上的特性讓個案如廁時非常不方便。而當此環境條件遭遇個案服藥後易腹瀉的副作用時，促發其不願服藥的行為反應，致從醫囑性及

不利疾病控制。又因為個案肝功能不佳與嚴重的貧血，常有意識狀態改變，兩者造成的步態不穩則遇室內的高低差，增加跌倒風險；其出門必經的道路為30度斜度陡坡，多次跌倒入院。這些生活點滴細節對於傳統偏鄉醫療服務，明顯超越醫療範疇，卻深刻的與醫療結果相互扣連。社工參與案主的生活脈絡中，需要理解個案生活實際樣態、困境並與醫護同仁共同努力，提供生活安排方面的協助、多元支持與培力賦能。

四、疾病本身與外部因素的糾結

特定疾病治療照顧也需要社工進入部落中進行協助，並串聯個案的生活與醫療。以與部落癌症患者共同工作的經驗為例，放射治療多半需要進行20至30次，有時視需要延長治療期間，造成患者及家屬極大挑戰。部落中的患者面對前述交通困境，如何持續到院接受治療？偏偏放射治療是無法移到部落中進行的。再考慮接受治療數周後，個案因治療副作用需要更多的照顧、陪伴，好讓個案挺過，但家屬往往因不在身邊，或是工作忙碌而無法因應。適當的營養則更常為這一群病人帶來困擾，造成治療效果與預後上的無力。

如筆者在此呈現的，部落中居民的生活與醫療需求之間的平衡與聯結，有很多細膩之處。故在社工進行評估的時候便得考量不同因素之間的交互作用，維持適度

的彈性，在適當的時候需要嘗試開拓新的服務方式、爭取並整合不同的資源。

伍、未來偏鄉醫療中的社工參與及修正建言

雖然IDS計畫嵌入偏鄉醫療工作至今確實解決部份困境，但也如其字面上的意思，將「整合過的醫療資源有計畫管理、有組織地投送至醫療不足的區域」，以現今理想醫療照護中強調的全人健康照護價值來檢視，現今偏鄉醫療呈現的「生活—疾病二元獨立」與問題解決，對於偏鄉民眾照顧仍有不足與缺口。

歸納我們在實務工作經驗，常遇見有偏鄉民眾來院就醫之前即使生活於醫療服務範圍中，卻因就醫限制或疾病控制不佳，非到疾病惡化難堪忍受時再跋山涉險地來院處理。這些案例反映出僅就生理疾病上有限控制，加上既存的外在環境因素，以及當地民眾家庭或個人心理、家庭與社會層面的考量，交互影響下造就出來的缺口。

欲修補現行偏鄉地區醫療服務上的缺口，朝全人關懷的理想發展，我們認為醫務社會工作師積極參與偏鄉醫療工作是可行且值得努力的方向。參酌Engel的論述、生態系統理論、公共衛生及預防醫學四段七級概念，合併全人醫療關懷的理念，筆者就實務經驗與整理前述理念發展

出理想的偏鄉健康照護實務工作併醫務社工專業鑲嵌和整合圖示如圖3。

醫務社工專業參與在偏鄉醫療照護工作中，除了在計畫中加入社會心理對應的知識與協助，於疾病控制、復健培力、生活回歸三個層面中加入疾病適應、經濟支持、資源連結、和諧醫病關係促進與健康促進提升之構念，按在地環境脈絡、問題與需求中建構出介入處遇的模式，以期使偏鄉健康照護實務能在全人關懷的基礎上切合需求與彌補實務上的缺口。

實際投入後，筆者們深感在結合偏鄉部落居民疾病與生活之間首要的便是尊重與理解。大部分的大型醫院都設立在都市中，而醫療專業則在相當的程度上反映了都市化、專業化、現代性等不同於部落生

活方式的典範，因此，若僅僅在醫院或是辦公室中「設想」部落居民的需求，必然免不了單方面地將都市、醫療化等的生活概念一廂情願的套用在部落生活，當中很容易出現扞格。因此充分的尊重與了解，或者是實際進入部落之中體驗則是促成進一步合作，以及提升醫療協助與部落生活之間契合度的重要起步。

不少人對於部落生活或是部落所面對的困難或多或少有一些認識，以「部落中的醫療面臨什麼困難」進行思考，「交通不便，資源沒有辦法進入部落」或許是不少人的回應。只是進一步詢問「交通怎麼不便？什麼樣的資源無法進入部落？」時，便可能無法回應。因此筆者認為，實務工作者事先可能已經透過課程、閱讀

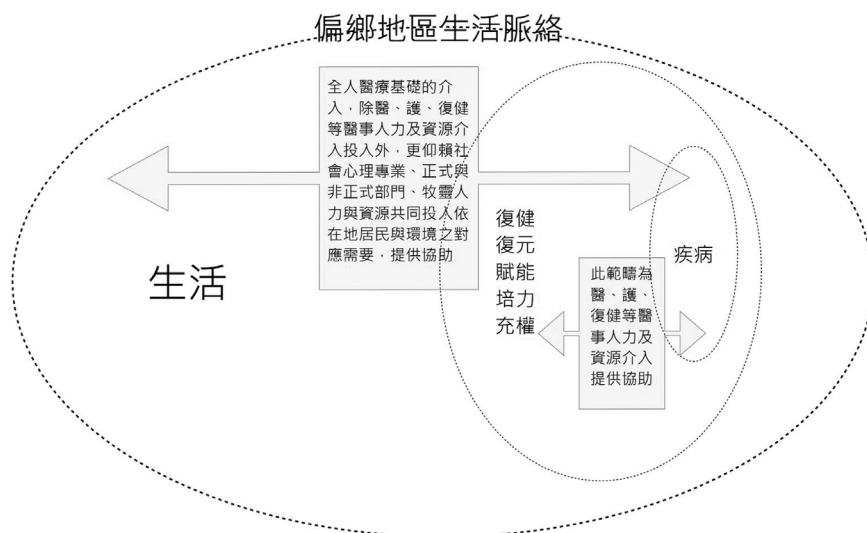


圖3 全人健康照護為核心的偏鄉醫療照護

資料來源：筆者整理。

等方式對部落有一定了解；但課堂與教科書的傳遞過程，必然將許多實際發生的現象進行概念性的描述。然而，概念化過程中，實際發生的細節遭到省略，除讓我們跟現場出現認識的斷裂與落差，無法貼近理解個案的需求，亦讓我們將個案的生活過於簡化，甚至落入「以醫療觀點含括個案生活全部」的偏狹理解中。而透過概念將現象進行區分，切割為單獨互斥的命題，也造成我們忽略個案生活中各因素間複雜細膩交織與相互影響。

罹病個案之於偏鄉部落中生活脈絡中，醫務社會工作者進入部落個案生活提供協助，以連結醫療與生活之間缺口時，同時需要持續提升對醫療照護相關知識，除了對於各病理診斷及治療選項上的認識，還包括「疾病歷程」（*illness trajectory*），即病程發展上會發展的樣貌。進一步地理解疾病進程對於個案所造成的影響與困難，甚至是不同併發症、共病交互作用下的衝擊。如罹癌患者在治療上可能有什麼選項？各選項需要什麼照顧搭配？在治療歷程中可能出現什麼反應？生活環境又需要怎麼調整？在病程發展上，什麼狀態可能反映出疾病惡化？或者需要從積極治療逐步引入安寧療護？實務工作者必須對這些與病理有關知識持續自我充實，在醫療團隊與病人之間妥善的搭起橋樑。一方面與醫療團隊進行討論，在適切的時候考慮不同的治療計畫；一方面

則將對個案而言相對陌生的醫療訊息轉譯為其熟悉的語言，甚至說明基本概念，以促成雙方有效的溝通，除了作為社會心理處遇的基礎，同時朝「醫病共享決策」的目標邁進。

另一方面，對於山地偏鄉醫療的部分，現在雖然以IDS做為重要手段與媒介，讓醫療資源可以進入偏鄉部落之中，但筆者們也認為在地理環境等客觀物理條件的現實之下，IDS必然有其無法克服的限制，必須靠不同的方法補足、介入。這其中很重要的一點便是交通運輸的需求。目前支援患者就醫的管道之中，長照2.0提供的陪同就醫是很重要的一項資源。但是在實際操作上，則常常面對缺乏可以進入偏遠山區的駕駛人力或是車輛，或是駕駛人員對山上道路較不熟悉，無法適時反應，採行替代道路。種種因素都限制長照或交通資源對部落民眾的可近性。而許多有就醫需求的居民並不符合長照資源協助資格，而政府則欠缺相關協助。因此，政策或是服務提供思維上，除了設法將醫療資源「進入」山區部落，同時需要讓部落民眾「出來」平地更為方便，以雙向便利不同醫療資源的取得。

陸、結論

最後，筆者們立基於生態系統觀點為基礎的社會工作實務，認為醫務社會工

作師參與偏鄉醫療照護有兩個重點需要提出來討論。首先是文化敏感（cultural sensitivity）與文化勝任能力（cultural competence）。Gitterman 等人（2021）明白地將對多元性的敏感，以及文化勝任的實務工作與謙遜當作社會工作生活模式理論的重要特性之一。相較於往昔僅強調對多元性的敏感，「謙遜」更揭示了相互尊重的重要性。醫學場域對專業性的強調不言而喻，社工對始終期許自身的「專業性」。在這樣的背景之下，醫務社工應該更謙卑、更謹慎地進入個案的生活之中。此外，存在於醫療專業與典範下的許多概念，像現代性、科學實證等，還有相關場域下的特性，如都市化、管理主義、效能等也很容易隨著醫療介入，或從醫療的視角加諸投射至被看待的對象。原住民族、部落，以及原漢文化相遇與衝突、臺灣城鄉、山區及平地發展中錯縱複雜的關係背後，更提醒我們在接觸或為部落居民提供服務時，需尊重與理解其所處環境、文化脈絡。如此，除了在提供服務時可以更加契合並覺察其所在環境與脈絡下形塑的需要，也避免挾著幫助的名義，卻造成了另一形式的壓迫。

其次，是實務工作者對於「環境」的理解與覺察。社工專業一向強調「人在情境中」（person-in-environment），社工傾將“environment”理解偏向於「社會性的環境」，是人類社會關係下的產物。在

這樣的認識基礎下對於物理／自然環境的著墨就相對缺乏。這樣的缺乏在進入部落中時，便可能影響觀察、理解及與個案間的合作。除了前述各項，部落所在海拔也可能對個案產生影響，因部份疾病患者在天冷的時候行動力明顯下降，身體較為僵硬，身處海拔約1,700公尺的部落中，環境的溫度與平地差異可能有10度，變化影響其生活與照顧需要。部落中不少人的名下持有土地，但是該土地週遭環境的配置，像是農地週圍有沒有道路連接部落中主要道路，以便輸送農務所需之苗株、肥料、作物，便影響是否可以實際利用。

此外，時間也是較少在實務中被注意到。過往社工相關理論時間往往轉化為重要事件，或是不同的「階段」。但部落中每天、每季、每年時間的自然流轉含藏極重要的影響。晝夜時間影響個案的作息或是交通時間的安排、季節輪替影響作物跟不同時候生活的重心，栽種、施肥、灑藥、收成，每一年的時間則可能意味個案的工作狀況。筆者有位想要返家接受安寧照顧，並走完生命的最後一程的個案，但如此盼望對家人來說除了失去親人的預期性悲傷、能陪伴案主的欣慰，還交雜著對生計的擔憂。以務農的維繫家計形態來說「休息一個月」意味的不只是短少一個月的收入，不似再返工作崗位收入便能順利回復如昔。案家農作主要為南瓜、敏豆、小白菜、蕃茄，在案主返家時都到了要收

成的時候，若全心照顧案主，勢必無法下田收成，無收成則無收入，買苗續作的錢就成了問題。從此脈絡理解不同作物生長、熟成所需時間，與案家討論如何填補因無法下田收成所造成的經濟斷層，並以作物生長時間為框架進行考慮，尋求居家照顧的共識。部落中多數收入形態是仰仗農務零工，工作機會與收入隨種作時間而劇烈變化，理解評估自然時間因素對於個案與供服務同樣重要。

從上述兩大重點裡，我們要倡言的是評估偏鄉民眾健康照護衍生需要不僅著重個別微視面因素，更要納入中介甚至鉅視面如社區、文化、時間等因素融入服務中，不限於個案工作而更納入社區工作概念於服務中。實際走入偏鄉部落社區直視

健康照護實務工作現存的需要，其間藉由文化敏感與勝任能力做為專業介入提醒，集結成穿梭於偏鄉醫療照顧實務裡外社會工作實務樣貌。從中深切的體認到社會工作知識與能力鑲嵌至醫療照護工作範疇，需將個人、家庭與生活環境視之為整體，輔助健康照護團隊從著重生理疾病視角，加入社工專業提供之心理、社會與靈性分析，使全人醫療照護理想充份實踐在偏鄉醫療照護實務裡。

（本文作者：楊智凱為埔里基督教醫院社會工作室室主任；李其峯為埔里基督教醫院社會工作室社會工作師）

關鍵詞：偏鄉、醫務社會工作、IDS計畫

參考文獻

- 埔里基督教醫院（2022）。《南投縣仁愛鄉醫療給付效益提升計畫——第十期計畫》。
- 潘美芳（2014）。《信仰型非營利組織偏鄉醫療模式——以埔里基督教醫院山地巡迴醫療為例》（碩士論文，國立暨南國際大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/6b42mx>
- 衛生福利部（2008年5月1日）。〈焦點新聞：全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫—加強偏遠地區醫療服務〉。2023年9月21日檢索自<https://www.mohw.gov.tw/fp-16-28460-1.html>
- 鄭昌錡（2019）。〈從全人醫療談全方位的全人照護教學〉。《林口總院醫教電子報》，171。
https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/ebmlink/36100/enews/me_epaper_108-11.htm
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2), 101-124. <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>
- Gitterman, A., Knight, C., & Germain C. B. (2021). *The life model of social work practice: Advances in theory and practice* (4th ed.). Columbia University Press.