

# 出院轉銜社區長照——談醫療 與社福的跨域合作經驗

陳虹彩、沈祐仔、宋賢儀

## 壹、前言

隨著我國人口結構改變，自2018年65歲以上人口占全體人口比率超越14%後，已經成為高齡社會，依國家發展委員會推估資料（2022），預估在2025年達20%以上，2027年將逾21%，即將邁入超高齡社會。以2020年人口普查資料觀之，因生病、受傷、衰老而需他人照顧長達（或預期）六個月以上者（不含移工）計65.7萬人，較2010年之47.5萬人增加18.2萬人。受高齡化影響，長者需他人長期照顧情形持續增加，2000年至2010年增加12.8萬人，2000年至2020年續增17.8萬人。近年來照護議題引起社會關注，在醫院第一線服務的社工師更是深有所感（蔡孟茹等人，2022）。

根據衛生福利部（2023）公布的全國長照服務涵蓋率，2022年為69.51%，係以長照推估需求人數829,431人，使用

長照2.0的人數為576,566人，計算出涵蓋率。而長照服務使用者人口學特性，2021、2022這兩年的資料均顯示有主要照顧者的比例約占94%；居住情形為獨居者約為12%。可以看出長照服務確實以補充、增強家庭照顧能力為主，由衛生福利部資料顯示的長照服務機構服務量也可見端倪，以居家式服務類長照機構最多，共1,696家機構、服務人數計294,260人；社區式服務類長照機構（含日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規模多機能）計1,187家、服務人數計43,685人；機構住宿式服務類長照機構70家、服務人數4,286人。

在政府積極補充家庭照顧量能的同時，我們也檢視全國家戶的普查資料，平均每戶人數（戶量）由2000年3.3人及2010年之3.0人續降至2.8人，家戶規模持續縮小。核心家戶占比降至51.3%，單人家戶升至25.9%。依實際居住情形的歷次

普查結果觀察，2020年有人經常居住之住宅計689.6萬宅，宅內常住人口計2,249.1萬人，平均每宅居住3.3人，這個數字自1980年之5.6人逐次下降，至2010年減為3.6人，2020年續創新低。

當病人治療結束安排出院時，可能仍處於需要被照顧的狀態，不論是短期或長期照顧，這時候家庭的承接能力有限，往往不是出院、返家這麼直觀的進展。需要考量病人需求，妥善運用社區資源。本文擬以臨床個案舉例，探討病人出院後由機構全責照顧，過渡到返家接受居家服務，這期間由社會安全網脆弱家庭服務、長照2.0及醫院共同合作跨域提供整合照顧服務之經驗。

## 貳、臨床個案 / 案例介紹

病人為66歲男性，兩年前因吞嚥困難，短期間內體重減輕許多，就醫後確診罹患食道癌，接受放射線治療、化學治療以及手術切除病灶。手術過程中醫師建議使用自費醫材，以減少出血、降低感染及死亡風險。病家表達支付醫療費用有困難，故病房照會社工師協助。

經社工師與病人及家屬會談，了解病家狀況：病人父親已歿，母親安置於養護中心，扣除機構補助後，每月仍須支付差額。病人原生家庭還有一個妹妹，已婚、育有子女，無法給予額外協助。病人與太

太（50多歲）育有一女一子，皆未婚，四人同住於自有無貸房屋。

病人最後職業為保全，因罹癌治療而停止工作迄今，勞保已中斷，無醫療商業保險，亦無福利身分。病人太太原本就業中，月薪三萬多元，為照顧病人已離職。病人長女為一般上班族，領基本薪資。病人長子偶爾從事外送業，收入不穩定。

社工師請病家提供相關資料以利進一步評估，資料顯示家中人口收入不豐，且無存款或其他資源可因應罹癌就醫之急難事實。病人接受治療期間，太太為主要照顧者無法就業，除補助病人之醫療費用，也申請急難金，供病家短期紓困。另外媒合慈善基金會，提供待用餐券予病人太太陪病期間購買餐食，以減輕病家經濟負擔。

除此之外，社工師亦協助病人出院安置。病人因病情需要，需使用醫療輔具（呼吸器、抽痰機、製氧機、餵食幫浦等），經醫療團隊與病人和家屬討論，病人太太希望病人先轉入機構喘息2週，家人利用這段時間備妥家中環境，再將病人接回照顧。社工師與出院規劃護理師協助尋找機構床位，銜接長照2.0服務體系；同時轉介社會安全網脆弱家庭，由社福中心社工師接案，評估病家後續經濟協助；病人出院轉機構的救護車資，也由醫院社工師結合善款幫忙。為確保病人返家後能夠連結上政府相關福利資源，醫院社工師

向病家說明身心障礙證明申請流程、以及長照2.0服務內容，協助病人後續取得福利身分。

醫院社工師亦給予病家情緒支持，在病人治療期間因身體不適而產生負面情緒，給予關懷及同理，亦作為醫病溝通的橋樑；對於病人太太的照顧負荷，啟動看護聘僱並補助照顧費用，供病人太太喘息空間。在病人出院後，持續追蹤、關懷病家狀況。

醫務社工的專業核心，在於以家庭為中心的系統觀，並將家庭視為整體的評估架構（中華民國醫務社會工作協會，2023），故透過ABC-X家庭壓力模式來檢視此個案的情形。

### 一、壓力源或事件本身：足夠讓家庭系統發生變化的生活事件及情境

（一）診斷與治療資訊：病人罹患食道癌，初期因無明顯症狀，並未及早察覺，如同大部分食道癌病人，在發生吞嚥困難以及體重減輕時才就醫，已有淋巴及遠端轉移，因此預後不佳，平均五年存活率僅12~15%。病人已接受手術、放療及化療。目前病人無法經口進食，需使用餵食幫浦；另外有氣切及呼吸器，長時間臥床。

（二）症狀理解與家庭目標考量：病人原本在地區醫院就醫，後轉至醫學中心，就醫積極度高。病人接受治療後，因

就醫需要較長時間住院，故中斷工作，連帶家中經濟亦受影響。

（三）疾病與就醫經驗：病人父親因急性心肌梗塞過世，母親亦罹患失智症定期就醫，病家對於就醫求診並不陌生，過程中沒有發生太多負面經驗。病人本身也相當積極配合醫療團隊治療。

（四）優勢及保護因素：病家目前在家庭生命週期中，處於「子女離家階段」，面對病人疾病狀況，需重新安排家中資源，以及家庭成員責任。另外因醫療技術進步，目前不論是手術術式、放射治療設備或是化療藥物，均可給予病人較精準且副作用較少的治療，提供較佳的生活品質。

（五）個人及家庭的需求：病人配偶為主要照顧者，因需陪病而離開職場，在長期配合治療照顧的狀態下，不論是病人或是配偶皆時有情緒低落的情形產生。

### 二、資源：事件發生時家庭所擁有、能運用的資源

（一）個人系統 / 資源：病家住處為自有，貸款已繳清。病人及配偶先前工作穩定，有些微積蓄，用以支付罹癌迄今之生活費。配偶亦會向區公所申請急難救助。

（二）家庭結構與特色：病人及配偶住院治療時，子女皆可自理生活，必要時也可接替配偶照顧，或是協助處理一些家

庭事務（如：申辦財稅資料等）。病人母親雖在安置中，但病人妹妹在病人治療期間則可協助探視，亦會互相關心、給予情緒支持。

（三）家庭溝通狀態與模式：病人本為主要決策者，罹病後重要決策多與太太、子女一同討論。表達機會充足，管道暢通。雖過去較少表達情感與關心，現在會透過通訊軟體進行。

### 三、家庭對壓力的定義：家庭成員對壓力的定義及嚴重程度的感受因人而異

（一）過去病人母親在安置於機構前，也曾反覆入出院一段時間，在接受治療期間，病家也是積極配合醫療團隊，並在家庭會議後決議長期安置。故此次病人治療過程中，家庭因應模式較為穩定。

（二）先前因病人配偶請假過久，因有職場的壓力，曾短暫返回工作崗位一段時間，那段時間就先委請病人兒子陪病。

### 四、危機：家庭處於壓力狀態下的危機程度

經評估，病家面臨壓力並產生風險，等級為LEVEL I。社工師提供專業評估，提供病家經濟補助，並給予情緒支持。持續與團隊討論並觀察病家狀況，提供必要協助。

## 參、出院準備暨醫務社工觀點

### 一、長照2.0出院準備銜接服務

隨著我國高齡化的趨勢，長期照顧的需求人數隨之增加，促使有關單位積極佈建長期照顧基礎建設，例如2007年行政院核定《長期照顧十年計畫》（簡稱長照1.0），以回應人口結構轉型後的社會期待。後續又意識到失能與失智人口增加所衍生之長照需求，行政院於2016年12月核定《長期照顧十年計畫2.0》（簡稱長照2.0，隔年一月實施）來擴大服務涵蓋範圍，建立以社區為基礎的長照服務體系，提供從支持居家、社區到住宿式照顧的連續性服務（衛生福利部，2023）。

具體來說，長照2.0將原服務對象從四類增至八類、服務項目由8項擴增至17項，其中衛生福利部推動出院準備銜接長照服務計畫，主要是考量部分病人因意外或疾病預後導致日常生活功能下降，出院返家後即時銜接長照服務的需求增加。事實上，出院準備過程是複雜、多層次的任務，需要廣泛技術如談判、安排支持性服務、需求評估、協調和溝通等（Heenan, 2023）。因此，衛生福利部鼓勵醫院以病人為中心，組成跨專業服務團隊，針對符合長照服務使用資格者，於出院前三日進行等級與照顧需求評估，後續由長照單位個管師依評估等級和給付額度，與病家討論、擬定照顧計畫，如此將大幅縮短出

院銜接長照服務的等待期（衛生福利部，2023）。

## 二、醫院社工師於出院準備服務之工作任務

根據美國醫院協會下的醫務社工主管社群（Society for Hospital Social Work Directors）有關出院準備的職務描述，從四個層次來說明全面健康照顧整合的出院準備服務（圖1），而確保第三層次和第四層次的實踐，是醫務社工的主要任務。

不論是為了縮短住院日數或是協助病人順利自醫院返回社區生活，都是醫務社工的重要工作（劉靜女等人，2018），因

為社工師透過評估家庭支持網絡的強度，預知哪些服務能夠維持和最佳化出院後的健康狀況（Dimla et al., 2022）。為了維護病人和家屬的最佳利益，醫務社工發展出與不同專業之間的合作模式，工作任務包括跨團隊合作、服務計畫執行評估、財務規劃安排、醫院與社區單位間的溝通，以及社區網絡建構與協商等（Davies & Connolly, 1996）。

病人因病所產生的多重議題，牽涉病人的個人與家庭因素、家庭支持系統強度、社會地位與經濟條件，以及長照資源的申請資格等，都是出院準備過程中應納入考量的層面。經由長期的專業訓練，社



圖 1 全面健康照顧整合之出院準備服務層次

資料來源：轉引自劉靜女等人（2018，頁 15）。

工人員擁有獨特的技能來與家庭溝通，解決複雜的社會情境與衝突，而經常被仰賴於調和家庭在照顧安排、財務和家庭的意見分歧（Dimla et al., 2022）。當醫療團隊照會社工師啟動出院準備時，需先與醫療團隊確認病人當前的病情與預後，以及對於病人後續照顧方式的建議。接著，與病人或家屬討論有關出院照顧安排的想法並協調可行的方式，如有需要，尋求出院規劃護理師共同合作，提供病人或家屬相關服務資訊，進行資源連結。

### 三、醫院社工師於出院準備服務的實務做法

在住院期間即有經濟和照顧議題者，於出院準備階段更容易面臨出院困難（黃怡君，2019）。醫院社工師所服務的病人或家庭相對弱勢，大多數是社會安全網所關注的對象，依據衛生福利部對於脆弱家庭的定義，即是「因貧窮、風險與多重問題，造成物質、生理、心理、環境的脆弱性，而需多重支持與服務介入之家庭」（蘇湘雲，2018），例如，原本就具有社會福利資格但資源不足、家庭支持系統薄弱或解組、經濟條件有限或匱乏、病人本身居無定所或無法返回原本住處、非老非殘者因病致生活難以自理且無法立即取得社福相關資源與補助等。

一般來說，醫院社工師除了從各科照會、機構轉介或病家自行求助的問題中，

因著病人的就醫狀況及預後，延伸完成出院準備服務，出院規劃護理師也會從訪視病人的過程中，發掘病人有社工相關服務需求而聯繫醫院社工師予以協助，或雙方合作進行出院準備計畫。

其中，以機構安置的社工實務做法為例，經醫師評估病人出院後持續需人照顧，難返回原住處獨居或原本即露宿街頭者，考量病人日後的社會福利資源銜接與注入，在過去，醫院社工師會視病人的居住情形，事先電話聯繫其居住地或戶籍地的社福中心，傳真轉介單並發文至社會局／處請求協助，各縣市政府社會局／處的派案速度、處理方式、以及對醫院的期待不盡相同，端視各單位的狀況而定（陳虹彬等人，2014）。上述的情境交織，為出院準備的過程增添了許多不確定性。

然而，值得一提的是，在衛生福利部推動「社會安全網—關懷e起來線上系統」（<https://ecare.mohw.gov.tw/>），將脆弱家庭納入通報範圍後，如預期病人可能面臨出院困難時，醫院社工師可先進行脆弱家庭通報，由政府單位集中派案，約1~3天會接到社會局主責社工師來電討論病人或病家的狀況、所面臨的困境以及需要哪些協助等，待確認病人後續照顧計畫，進一步討論跨單位的合作模式，可能由社會局社工師負責聯繫機構床位，取得有空床的機構名單後轉知醫院社工師，或者雙方分頭尋找機構床位，找到後由社會

局社工師先與機構接洽確認可收案，再由醫院社工師向機構人員進一步說明病人的疾病治療情形與病家狀況、確認機構費用支付方式、是否先提供住院中病摘、會不會到院訪視評估、入住前體檢項目、何時以何種交通方式前往，以及出院當天應備妥哪些文件和是否有人陪同轉入等細節。除了住院期間的醫療、照顧、醫材、生活費和出院的交通費等，為了讓病人順利銜接日後的社會福利資格與政府的機構補助，針對審核期間的機構費用，以及原本具有福利資格與補助者的機構費用差額，醫院社工師也會評估予以補助，用意是確保病人在出院後獲得適切的照顧，同時減輕病家的經濟壓力。

從本篇案例回顧，病人因罹癌之急難事實，造成家庭面對壓力事件，經濟部分首當其衝。先由醫院社工師協助住院期間醫療費用，減輕病家負擔，並同時通報社會安全網脆弱家庭，由社福中心接案。醫院社工師與出院規劃護理師合作，轉介長照2.0銜接機構喘息服務。其中，出院規劃護理師完成長照2.0申請，醫院社工師協調病人體檢項目進行、聯繫安排救護車接送；使用善心人士捐款，補助上述費用，以及病人機構照顧費差額2~3個月，讓社福中心主責社工師有更充裕的時間，協助病人取得身心障礙證明，以申請相關福利。

## 肆、檢視社會安全網與長照服務的跨體系多機構分工

《強化社會安全網計畫》（以下簡稱社安網）於2018年核定後，即展開以家庭為中心、以社區為基石的服務網絡，至2021年開始的第二期延續性計畫，繼續深化以家庭為中心、以社區為基礎的模式，建立更堅強的家庭與社區永續支持體系。

不論第一期或第二期計畫，均將整合跨部會服務體系、強化部會網絡資源布建列為策略之一，雖然策略內容對於社政與衛政的接合並未特別說明，以個案工作的實務而言，在個案當中要整合社政與衛政資源的話，醫院社工師通常是關鍵的聯繫窗口。

社安網建置之脆弱家庭個案管理平臺，可供社政單位進行個案管理、紀錄登載並透過資訊系統介接，了解脆弱家庭成員情形，以及家庭成員跨域服務紀錄，然而目前介接資訊系統中並未包含長照2.0的服務情形。社安網中脆弱家庭服務資源，將失能失智的成人照顧劃歸於長照服務範疇，但策略作為中並無著墨，或許可以理解為脆弱家庭的主責社工師需善加運用長照服務，協助家庭解決照顧問題。因社安網與長照服務系統各有政策目標及服務族群，當兩者之間有重疊時，專業人員之間的協同合作就顯得非常重要。

如本文案例所述，當病人出院後有機

構喘息需求時，醫院社工師與出院規劃護理師合力尋找機構床位，以銜接後續長照資源，考量病家的經濟不寬裕，同時轉介社會安全網脆弱家庭，由社福中心社工師接手評估後續協助的可能性。

以醫院社工師的經驗出發，將病人通報至社安網後，就需要開始跟不同體系的助人者合作，包括脆弱家庭開案的主責社工師，可能是各地社福中心、老人／家庭服務中心或其他公辦民營單位；負責長照等級評估的院內出院準備銜接長照服務團隊護理師；病人所屬長照A級單位個案管理師（註1）；實際提供長照服務的單位人員，例如住宿機構人員、居家服務員等。一個家庭有眾多單位共同服務顯得網絡似乎是健全完備的，然而實際運作中，需花費不少心力在聯繫協調各單位、互相交流訊息，才不會事倍功半。

從醫院社工師所處的位置審視，我們會看到兩個系統的並存，一邊是社會安全網、另一邊是長照服務體系，醫院社工師在病人出院前往往需要耗費許多時間與精力進行密集的聯繫，而病人及家屬對於各方人員的工作角色也常感到困惑，覺得需要跟好多人互動，但往往他們最信任的還是醫院社工師及出院準備團隊。

社安網最重要的策略應該是擴增家庭服務資源，策略目標是「強化以家庭為中心的服務與網絡合作，滿足家庭多元需求」，以家庭為中心的目標在漸次發

展出來的服務網絡中，是需要努力達成的理想。當家庭成員有長期照顧需求時，家庭必須在社安網及長照服務中擷取所需資源，在住院時由醫院社工師協助牽住這兩條線。出院後，預期應該是脆弱家庭的主責社工師負責個案管理，必須時時刻刻掌握長照服務的安排是否能滿足家庭所需，尤其是出院使用喘息服務暫行住宿機構的個案，更需要由社政單位主責社工師密切追蹤，隨著病人身體的康復程度轉換不同的照顧模式，這當中必須熟稔長照服務資源的運用與限制，方能進行最好的照顧安排。本文案例中的病人，在結束機構喘息服務後返回社區生活，由醫院社工師與社福中心主責社工師持續關懷追蹤。

## 伍、持續存在的挑戰

### 一、資源配置、連結與整合

當人口老化、平均餘命延長、少子女化帶動人口結構的改變之後，可以預見有照顧需求的不健康或亞健康國民將增加，面對這樣的挑戰我們亟需思考如何配置及運用有限的資源，讓每一個照護單位發揮最大效果，減少服務對象的錯置或因重複接案造成的人力浪費。既有的社會福利體制與長期照護、社安網等因應社會變遷而逐漸建構出的服務網絡，如何共同合作達到以人為本的整合照護，有賴各單位人員的溝通與各自職能的發揮，以提高服務輸

送效率，始能在增加資源、人力之後，讓服務的效果可以產生1加1大於2的效益。

以醫院出院準備服務與長照結合的發展經驗為例，2017年衛福部開辦出院準備友善醫院獎勵計畫，加強出院準備服務與照管中心的連結，當確認病人及家屬願意使用長照2.0服務後，轉介並聯繫照管專員到院評估（詹惠雅等人，2018）。其後出院準備銜接長照服務計畫更鼓勵醫院以病人為中心組成跨專業服務團隊，團隊之評估人員針對符合長照服務資格者，於出院前三天完成照顧管理評估量表，後續由長照A級單位個案管理師依據評估結果擬定照顧計畫，協助病人盡速取得長照服務及資源，透過醫院與長照服務的無縫接軌，有助於降低民眾搜尋長照資源的成本，提高長照涵蓋率。惟評估表格無法與病歷、健保系統相容，導致醫院評估人員需花不少時間查閱、填寫資料，這是較為可惜之處（尹銘芳等人，2022；侯雅鳳等人，2021）。

## 二、關係建立、信賴與合作

當多機構、跨專業合作時，協力互動對於協力結果的重要性不言而喻。因此，協力互動的管理也就成為公共管理者所必須面對的重要課題（簡鈺肆、呂季蓉，2019）。英國推動整合照護的經驗值得我們參考，眾多政策措施的層層疊加會帶來混淆，可能分散不同網絡間建立合作關係

的注意力（Miller et al., 2021）。儘管長照服務與社會安全網同屬衛生福利部主管業務，然而兩者所建構的服務網絡牽涉眾多單位，且各專業有不同思維，處理個案時常常免不了需要大量的溝通聯繫，各組織及專業人員在社區一起工作時，須發展並建立信賴關係，以利協同合作提供整合性照護。

網絡合作時，「協調工作」和「以人為本」被視為是必備的要件，如能建立一套激勵「網絡合作」的機制，或許有助於建立「關係」與「信任」的照護文化（黃源協、莊俐昕，2022）。如何讓原屬不同系統與機構的專業人力與資源可以有效整合，必須設計系統性的執行細則，讓各系統的相關機構據以執行。各機構該於何時介入，才不會腳步錯亂。既然是協力關係就要像多人踩協力車一樣，腳步一致，車子才能前進（林萬億，2023）。當醫院社工師為多重問題的病人進行出院準備時，往往需要同時連結運用長照與社安網的資源，長照部分有A級單位個管師、社安網也有主責社工師，當大家同時以個管的思維合作時，亟需建立主責與配合／協力的分工模式，避免多機構不同人員重複詢問案家資訊，讓案家感到困擾。至於主責個管的擇定，以實務經驗來看，如果病人住院前即由社區或長照單位持續協助，因疾病住院只是照護過程中的一個插曲，應以原個管為主責；反之，因該次入院後始需

連結長照或社福資源者，如前文所述，因案家與醫院社工師的接觸較頻繁，出院前應由醫院社工師擔任主責，確保案家順利連結到社區資源後，方能視個案需要，將主責的棒子交至合適的單位。

### 三、服務有限、延伸與擴充

依目前的實務做法，住院病人如符合長照2.0申請資格，出院前會先透過出院規劃護理師協助評估轉介，倘若病人出院後於短期內無法恢復原本生活功能，或失能程度增加，便會產生政府補助之長照時數不敷使用的情形，需要額外自費購買所需服務。然而，許多病人或家庭可能經濟困頓，無力負擔額外支出，加上當家中主要照顧者照顧技巧或能力欠佳，常會面臨病人再次感染或跌倒入院，反覆入出院的狀況，將導致病人功能急遽下降，照顧負荷越趨沉重，醫療體系的量能也因而縮減。

另一方面，臨床服務的過程中也觀察到，病人及其家庭與長照服務體系存在依賴關係，當服務提供者因個人因素，像是生病或離職，抑或其他突發狀況使得照顧人力有所更動，加上病人可能因疾病造成情緒與性格轉變。此時，如有新的服務提供者進入家中，病人與其家庭成員不一定能夠立即接受，有賴主要照顧者或相關服務單位居中協調，期能進行較佳的磨合。

## 陸、案例回顧及結語

本文案例在醫院社工師、出院準備團隊、長照2.0及社會安全網等諸多單位及人員介入協助下，順利於出院後轉銜接受一段時間的機構喘息服務，並在身體漸次恢復部分生活功能後，依病人的意願返家接受居家照護，由長照個管單位安排居服員、治療師到府協助沐浴、餐食、復能等，病人得以在熟悉的居家環境中，繼續維持有品質的生活。

社經地位較弱勢的個人及其家庭，在面對風險、突發疾病或意外時，因應的復原能力較不足，在社會安全網計畫中的脆弱性因子亦有提及，例如家庭成員因傷、病有醫療或生活費用需求；家庭成員突發性變故致家庭支持功能受損；家庭成員生活自理能力薄弱或其他不利因素，產生特殊照顧或服務需求；疑似或罹患精神疾病致有特殊照顧或服務需求等。然而具有這些脆弱性因子並非即為社會安全網的開案服務對象，仍需由社工師進行完整脆弱性面向評估（含支持資源）、家庭功能與需求評估，始得決定開案與否。實務上，我們發現有些家庭原本勉可維持生活中各面向的平衡，在壓力事件發生的當下，可能不會立刻符合開案標準，也因此獲得的資源有限，病人出院後，由於無力負擔全額機構照顧費用，加上可使用的長照服務項目或時數不足，返家後的照護條件不盡理

想，而容易出現反覆入院的情況。另一方面，在進行跨域合作時，由於不同單位有其自身的角色與任務，倘若主責與配合／協力者的分工不夠明確，將使得網絡間的聯繫變得繁瑣，案家也會因多機構人員的重複詢問而感到煩擾。

以醫院社工師的立場，對於面臨出院困難議題的福利邊緣個案，需投入更多心力，運用所有可連結的急難社福資源，協助他們度過難關。因此，如何連結政府的長期照顧服務、社會福利資源，以及社會各界的非正式資源，建構一個更具保護性

的環境，讓危機事件不要成為壓垮駱駝的最後一根稻草，是未來需要持續克服的挑戰。

（本文作者：陳虹芃為國立臺灣大學醫學院附設醫院社會工作室社工師；沈祐仔為國立臺灣大學醫學院附設醫院社會工作室社工師；宋賢儀為國立臺灣大學醫學院附設醫院社會工作室主任）

**關鍵詞：**醫院社工師、長期照顧、社會安全網

## 註 釋

註1 「長期照顧2.0計畫」的重要核心，是將該地區內的照顧服務資源，包括醫療院所、基金會、社會福利團體、老人福利機構、衛生所等附屬機構、村里辦公室及社區發展協會等盤點整合，依規模分三級，從大至小依序分為A級社區整合型服務中心、B級複合型日間服務中心和C級巷弄長照站三級，以照顧功能分級，銜接各類服務，建立「社區整體照護模式」。其中，A級單位（社區整合型服務中心）為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務。

## 參考文獻

- 中華民國醫務社會工作協會（2023）。《醫務社會工作家庭評估實務指引》。
- 尹銘芳、丁施丹、謝佳穎、詹惠雅、潘信良、林瑛釗、林綉珠、劉秀雲（2022）。〈提升病人轉銜長照2.0成效之計畫〉。《台灣醫學》，26（2），210-219。https://doi.org/10.6320/FJM.202203\_26(2).0010
- 行政院主計總處（2022）。〈109年人口及住宅普查總報告〉。2023年10月12日檢索自中華民國

- 統計資訊網，<https://www.stat.gov.tw/News.aspx?n=2750&sms=11062>
- 林萬億（2023）。〈社會安全網的跨體系多機構分級分工架構〉。《社區發展季刊》，181，31-65。
- 侯雅鳳、吳筑艷、李雅萍（2021）。〈北部某區域教學醫院出院準備銜接長照2.0之現況探討〉。《社區發展季刊》，173，432-441。
- 國家發展委員會（2022）。〈人口推估查詢系統〉。2023年10月6日檢索自<https://pop-proj.ndc.gov.tw/dataSearch6.aspx?uid=3109&pid=59>
- 張淑卿（2018年12月）。〈社區照顧關懷據點轉型設置巷弄長期照顧站之探討〉。2023年12月6日檢索自立法院，<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=179383>
- 張雅惠（2022）。《社會安全網下的脆弱家庭服務之檢視——網絡治理的觀點》（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/11296/6jy2m2>
- 陳虹彬、廖義鳳、沈祐仔（2014）。〈個資「難詢」：急診社工尋人的「超級任務」〉。《社會工作實務與研究學刊》，1，1-18。<https://doi.org/10.6690/JSWPR.2014.1.1>
- 黃怡君（2019）。《他為什麼出不了院？醫務社會工作者協助困難出院個案之工作經驗》（碩士論文，國立陽明大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/trvwus>
- 黃源協、莊俐昕（2022）。〈從「在社區照顧」到「整合性照顧」——英國的經驗、臺灣的啟示〉。《社區發展季刊》，179，225-242。
- 詹惠雅、黃獻樑、游芝亭、丁施丹、闕圻安、徐于絜、林瑛釗、曾家琳、蔡兆勳、余忠仁（2018）。〈某醫學中心試辦出院準備銜接長照2.0計畫成效初探〉。《台灣醫學》，22（5），474-481。[https://doi.org/10.6320/FJM.201809\\_22\(5\).0002](https://doi.org/10.6320/FJM.201809_22(5).0002)
- 劉靜女、孫馥敏、王實之（2018）。〈醫務社會工作者在出院準備服務的任務與價值〉。《北市醫學雜誌》，15（4），14-23。[https://doi.org/10.6200/TCMJ.201812\\_15\(4\).0002](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201812_15(4).0002)
- 蔡孟茹、宋宛怡、林育如、陳怡雯、宋賢儀（2022）。〈醫院內的照顧問題服務經驗初探〉。《社會工作實務與研究學刊》，10，1-26。[https://doi.org/10.6690/JSWPR.202112\\_\(10\).0001](https://doi.org/10.6690/JSWPR.202112_(10).0001)
- 衛生福利部（2021）。《強化社會安全網第二期計畫》（行政院110年7月29日院臺衛字第1100180390號函核定本）。
- 衛生福利部（2023）。〈長期十年計畫2.0相關統計表〉。2023年10月6日檢索自<https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html>
- 衛生福利部（2023年1月30日）。《長照十年計畫2.0》。2023年10月5日檢索自<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69919-207.html>
- 簡鈺瑋、呂季蓉（2019）。〈長照2.0服務遞送的設計：從交易成本與代理成本觀點評析〉。《中國行政評論》，25（3），97-122。[https://doi.org/10.6635/cpar.201909\\_25\(3\).0004](https://doi.org/10.6635/cpar.201909_25(3).0004)

- 蘇湘雲 (2018)。〈社會安全網服務體系——關懷一起來〉。《衛生福利部季刊》，19，18-21。 <https://www.mohwpaper.tw/adv3/maz19/utx05x.asp>
- Davies, M., & Connolly, J. (1996). Hospital social work and discharge planning: An exploratory study in East Anglia. *Health & Social Care in the Community*, 3(6), 363-371. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1996.tb00037.x>
- Dimla, B., Parkinson, L., Wood, D., & Powell, Z. (2023). Hospital discharge planning: A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. *Australasian Journal on Ageing*, 42(1), 20-33. <https://doi.org/10.1111/ajag.13138>
- Heenan, D. (2023). Hospital social work and discharge planning for older people: Challenges of working in a clinical setting. *Ageing & Society*, 43(6), 1333-1350. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001124>
- Miller, R., Glasby, J., & Dickinson, H. (2021). Integrated health and social care in England: Ten years on. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.5666>