

# 從急診社工角度觀察弱勢個案 滯留急診出院困難之困境

金姍明、劉奕君

## 壹、前言

急診社會工作跟隨著急診的快節奏和不確定性一起工作，向來必須為了有緊急醫療需求的病人給予及時的協助和服務，工作也有著許多的時間壓力和急迫性。面對的個案類型從原先以醫療補助、路倒病人、出院安排為主，後續不斷的延伸至家庭暴力、性侵害案件、兒童保護、老人保護、藥酒癮、自殺及精神病人、街友、重大意外事件病人、社區滋擾強制送醫等許多類型個案。近年更是開始出現許多未達老人年紀、無身障身分且無福利身分的社區個案，進入急診希望尋求安置或是居住處。

而急診主要是針對疾病重症和嚴重外傷的病患進行適當的緊急醫療處理，以拯救其生命、縮短病程、保留其肢體或維持其功能的醫療場域，因此以緊急醫療處置為第一優先。據衛生福利部統計

處（2023a，2023b）資料顯示，急診觀察床數從1995年的2,880床至2022年的3,833床，成長了33%的床數，而就診人數則從4,646,905人次增長為11,510,600人次，足足增加將近148%，顯示使用急診醫療服務的病患逐年且快速的增加，病患保持著看診要求快速的心態，開始把急診當作一個便捷的醫療場域，忽略了疾病就診分流的概念，徒增急診醫療的壓力。

依據內政部戶政司（無日期）及國家發展委員會（無日期）統計，我國於2020年正式出現出生率低於死亡率的人口負成長現象，且自2012年至2022年，家戶總計由8,077,323戶數上升至8,968,428戶數，增加比例為11%，其中戶內人口數以一人家戶和兩人家戶為最多。回顧近年的人口統計，2018年臺灣已邁入高齡化社會，2022年扶養比更是來到了42.21。而家庭被認為是社會運作不可或缺的存在，人們在家庭中學習、成長並獲得支持，但社會中的

家庭組成早已從傳統大家庭、轉變為核心家庭甚至縮減至單人家庭，當家戶內的人口縮減，意味著照顧人力的侷限，面對生活變故的協調能力也會遇上困境。

而這些事情自COVID-19疫情開始到成為日常的今天，越來越能看見疫情帶給大家的生活和互動改變，包含家庭支持系統變得薄弱，承受風險的能力降低，而疫情更催化了家庭互動的距離和陌生感，讓社會中出現的個人及家庭議題變得複雜且難解。時常透過個人發生疾病至醫療院所就診，引出家庭成員間本來的分歧，並開始期待能夠在有病床躺且可滯留的「安全場域」——醫院找到解決方案。因此急診首當其衝的面對到社區中多樣化的弱勢個案滯留，導致急診社工處理的個案問題更加複雜，同時面對醫療團隊的期待以及離院時間壓力，以及政府各部門之間協調過程的角力，讓急診社工陷入處遇的兩難和時間壓力中。

本文藉由第一線急診社工的角度，探討近年來所面對的弱勢個案滯留急診難題，期望透過討論讓此情況獲得關注並有相對應的解決措施以及資源介入。

## 貳、急診社會工作與出院準備

### 一、醫務社會工作中的急診社會工作

以往談及醫務社會工作，先是想到與醫療衛生保健領域有所關聯外，也多認

為社工人員工作場域就是在醫院中，溫信學（2021）則以廣義的角度看待醫務社會工作，認為隨著醫院型態轉變，主要工作職場從預防、治療、復健到養護層面皆涵蓋於其間，且針對就診病人與家屬以及醫院內的其他專業人員共同工作，協助個案在就醫或療養期間，得到適切照顧與資源，同時對個案家屬提供支持性服務。在這些工作場域內，以病人為核心概念下，提供如經濟補助、疾病適應、福利諮詢、情緒關懷、醫病關係溝通、福利申請、資源轉介等，協助個案和家屬解決多元且複雜的問題，針對醫療不同階段必須面對的難題，提供適切的協助和資源。

而在醫療領域中，急診醫護人員面對的病患背景複雜，常處於爭分奪秒的焦急忙碌狀態，為使專注力集中，故必須更專注在急救、維持病人基本生命徵象和基本生理需求等。洪千惠（2008）認為急診醫療擔負醫院新病患的主要來源、舊病患的保障，是門診之後盾與緩衝，而急診的高危險個案則包括：（一）路倒街友。

（二）無家屬、親友照顧而有照顧需求之病患。（三）受暴兒童、成人。（四）情緒不穩或自殺個案。（五）經濟困難個案。（六）重大意外或瀕死病患之家屬。

（七）久滯急診不出院者。（八）多次入急診就醫之個案。（九）短期內再入院之住院病患。（十）藥酒癮病患。（十一）急診滯院病患輔導。（十二）醫病關係之

溝通與協調。而急診的高危險個案也是社工人員會在急診室穿梭的原因，為了銜接急診醫護忙碌搶救生命的時間，協助病人和家屬在醫療場域內，找到可以訴說擔心和困擾的地方，社工人員透過各個疾病走向和後續可能面對的事情，協助收集和連結對個案和家屬而言適合的資源。

醫務社會工作領域中，承載了醫療保健領域對於專業性的要求、期待社工成為醫病之間的橋樑，也加諸許多溝通、行政事務解決的角色在其中。但將焦點聚集在急診社工人員時，會更加看見醫療腳步、環境壓力、團隊期待、滯院困境等希望社工人員在短時間內要能夠解決的期待，因此除了協助個案和家屬在急診面對醫療和後續治療的擔憂外，還同時需要增進醫療團隊對於社工專業的認識和共識，才能讓需要協助的個案和家庭更好的被承接住。

## 二、出院準備服務

### （一）現行照顧服務體制

劉靜女等人（2018）提到對病人和家屬而言，出院是第一個必須面臨的危機，特別是病人離開醫院時，是帶著傷殘、慢性病或需後續復健、安置或密集照顧需求，將需更多的調適以因應改變。為了協助出院後病人獲得更全面的照顧，依循在地老化的政策目標，我國於2007～2016年開辦長期照顧1.0服務計畫，更於2017～2026年續辦長期照顧2.0服務計畫，針對

高齡化人口和照顧服務需求的轉變，期望能夠持續建構一個符合多元化、社區化、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉等多元差異之長照制度，延伸前端初級預防功能，後端連結提供以居家式、社區式、機構式服務的生活照顧服務，期待減少長期照顧負擔及家屬照顧壓力，銜接在宅臨終安寧照顧。

而醫院為能符合DRGs支付制度，且協助病人順利銜接後續返回社區之照顧，由醫院內成立之出院準備團隊協助評估照顧需求，或轉銜至合適的照顧機構。以長照服務2.0符合的申請條件除符合失能等級外，還需符合如年滿65歲、具身心障礙身分、年滿50歲之原住民等。若未能符合上述條件且家屬無力照顧或無家屬者，則需考量進入長期照顧型機構，再依照照顧需求和年紀，選擇可進入的機構類型，雖然各縣市政府對於入住長期照顧機構住民提供相對應的月費補助，但仍需符合如低收入戶、中低收入戶、身心障礙等。因此若無上述福利身分且無家屬可提供照顧的病患，則會落入無法順利出院和轉銜的困境。

### （二）醫務社工於出院準備的角色

曾華源（2024）提及醫務社會工作在健康照顧系統，需要展現多元角色，以滿足案主各項需求，典型角色如需求評估者、資源連結者、情緒支持者、諮詢輔導

者、權益倡導者、方案規劃者。

而於出院準備過程中，有許多醫療、照顧面向和資訊需透過醫療團隊告知病患及家屬，協助其可順利幫助完成出院後續照顧。據劉靜女等人（2018）提到，全面健康照顧整合的出院準備服務層次共分為四個層次，依序為：

（1）病人和家屬對診斷、預期功能、出院用藥和醫療照顧計畫的了解。

（2）專門指導和訓練，讓家屬有能力提供出院後照顧。

（3）與社區支持系統合作協助病人返家。

（4）重新安置病人並與支持系統合作或轉換到另一健康照顧機構。

社工雖會參與整個出備過程，但主要任務在確保第三和第四層次的落實，也因具備評估專長、系統和資源的知識及組織的技巧，讓社工在出備過程中發揮居中協調的角色。

### 三、弱勢個案出院困難的處境

以現行的社會福利制度對於家庭的預設，認定為有家屬、為工作人口年紀及資產者，較不易被納入照顧體系，忽略了疾病導致的短期失能、家庭關係轉變和家庭支持薄弱的多元影響，時常讓許多因為疾病導致無法取得福利身分的個案，難以順利完成出院安排。

黃怡君（2019）提到個案因疾病衍生

多重需求，家庭支持系統不堪負荷。這些個案及家庭，面對福利資源的有限性，包括無福利身分、福利身分取得困難，而缺乏一個福利身分，正是使個案成為被社會福利體制所排除的福利邊緣人，而這些弱勢個案需要的正是在社會福利各項協助中不存在的身分認定和服務。

衛生福利部等（2018）、林萬億（2019）提及，因2009年起多件隨機殺人事件發生及衛生福利部保護服務司統計（<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105.html>）發現，成人保護和兒少保護通報案件有持續增加之趨勢。針對保護性個案家庭進行分析，多存在有貧窮、負債、失業、酗酒、吸毒、精神疾病、婚姻衝突、疏離等多重風險因子，雖許多家庭皆由不同社會福利團體協助中但仍未能發揮預警機制或難以減少嚴重傷害。

故2018年行政院核定《強化社會安全網計畫》（衛生福利部等，2018），以「個人為中心」轉變成「以家庭為中心」，建構「以家庭為中心，以社區為基礎」的服務模式，以「家庭社區為基石」、簡化受理窗口、整合服務體系為架構主軸，期望強化社會網絡連結。於2021年辦理第二期延續性計畫（衛生福利部等，2021），以家庭為中心，以社區為基礎的概念下，整合司法、警政、民政、教育、勞政、衛政、社政等網路，串聯中央、地方政府及民間團體、社區組織的力



量，使每個有需要幫助的家庭，都能夠獲得援助。

依循現行的社會安全網計畫，醫務社工面對弱勢個案多會評估經濟狀況、預後情形、自理能力、家庭/社區支持以及返回社區是否可安全生活等，再依照通報原則，以個案所居地進行通報。黃怡君（2019）提及，現行轉案予社政單位後，社政單位社工的個案分案原則，如「人籍不一」的個案認定，是要依照個案的戶籍地、事發地點或是醫院的所在地劃分個案分案之歸屬，經查發現各縣市政府的社政單位出現互踢皮球、相互推諉的情形。且各縣市政府對於具福利身分個案、無福利身分個案可使用資源不盡相同，不乏遇到縣市政府認定僅協助具福利身分個案，若個案持續未獲得福利身分，將難以協助安置，因此持續將個案放置於醫院的情境。

依照目前搜尋的碩博士論文、期刊等，多著重於醫務社工角度以質性研究和政策推動，討論於出院準備團隊中的角色及困境，或探討急診社會工作工作範圍和多元性進行論述。但針對急診社會工作中，近年弱勢個案難以返回社區議題未有相關討論，顯示此為臨床工作中需多加關注之議題。

## 參、滯留急診困難出院之個案

以北部某大型醫院為例，2022年2月

至2024年2月這兩年時間，已有九位個案於社區中無法持續生活或有困境而至本院急診就醫，其中男性六位，女性三位，於急診診治後，皆未符合住院標準而留至急診一至三週不等的時間，等待安置或與社會局討論後續處遇方向，將以其中三案進行深入討論。

### 一、案例一：拒絕安置的笑笑

個案笑笑因腦性麻痺肢體活動和語言都受到限制，領有身心障礙證明肢體重度，原先與丈夫共同居住，但某天丈夫因為突發疾病離世，笑笑開始獨居生活。雖然每月領有身障生活津貼和租屋補助，但因行動不便及頓失生活依靠，透過社福中心社工、慈濟基金會的社工及志工定期關心，並協助笑笑申請長照2.0送餐、洗澡、簡單家務整理服務維持於社區中的生活能力。

某天當居服人員開門後，發現笑笑倒在床上意識不清，經送醫救治，笑笑慢慢轉醒，並表示她自行吞下了大量的安眠藥物嘗試輕生，認為沒有丈夫的日子很難熬，經身心科醫師評估，建議笑笑仍需於急診留觀一晚才能返回社區。當下笑笑的弟弟和弟媳要求急診照會社工討論笑笑的安置問題。

經過會談，笑笑的弟弟和弟媳認為他們已經成家且遠住於中南部，無法且無意願就近照顧笑笑，且多年前已與笑笑討論

入住機構的想法，但都遭笑笑拒絕，弟弟和弟媳認為社工應該讓笑笑入住機構才能解決問題，但不願協助負擔任何費用。社工向笑笑確認安置意願時，笑笑很果斷的拒絕，且承諾不會再有這樣的事情發生，後續社工評估並核對笑笑返家活動方式和用藥安全，同時通報並聯絡各網絡單位後，依照醫師醫囑讓笑笑返回社區生活。

隔了兩個月，笑笑再次服用了過量藥物送至急診，此次弟弟拒絕出面，考量笑笑短時間二次自殺，且周末沒有居服人員可到家探視，故急診醫療團隊選擇讓笑笑在急診留觀，等待社工共同討論後續去向。待社工訪視笑笑後，建議可以考慮有24小時照顧的地方，等後續情緒恢復再返回社區生活，但仍遭笑笑拒絕。

隔天，透過與社福中心社工、居服督導多方討論後，除了尊重笑笑意願外，評估其在社區中的自理能力確實更加進步，雖然情緒低落導致的自殺風險沒辦法完全排除，但確實也未達精神科強制住院的標準，因此與笑笑做完約定後便讓笑笑返回社區，後續由社福中心社工追蹤訪視笑笑。

後續笑笑弟弟至市府陳情，提及不諒解各單位社工評估讓笑笑返回社區生活的處遇方式，認為笑笑的人生安全很重要，難道都要等到生命遇到威脅才有可能被介入處理嗎？當下只看到社福中心社工無奈地表示，個案意願和風險評估都很重要，

但家屬真的很難理解，可能只有違背笑笑意願強制安置進機構才叫做毫無問題吧！

相隔一周，笑笑再次被發現倒臥家中，至急診檢查後發現笑笑發燒需於急診留院觀察，但因感染輕微觀察兩天後再次面對到是否返回社區的困境。社福中心社工再次前來與笑笑討論安置，但笑笑的想法依舊，但對於短時間內再次入急診，讓網絡的各個單位都顯得為難，認為還是需要讓笑笑短暫至機構生活，再評估返回社區的可能。

因笑笑的意願和各單位的評估始終無法一致，因此笑笑便在急診留觀室住了下來。急診醫療團隊很困擾，雖然可以理解笑笑的難處，但急診畢竟不是長久住院的地方，且急診時常病人爆量，認為這樣也排擠了許多需要床位的病人，希望社工趕快解決讓笑笑離開急診。透過急診社工、社福中心社工、慈濟社工、居服督導來回周旋了兩周，最後透過笑笑的友人出面安撫後，承諾會每週探視笑笑，才讓笑笑同意安置。原以為告一段落的事件，卻因附近的安置機構床位全滿，透過社福中心和急診社工共同撥打多通電話，才好不容易找到了嘉義的護理之家，結束了笑笑在急診滯留21天的困境。

## 二、案例二：讓人困惑的香姨

香姨75歲平時獨居生活無虞，父母、先生、兒子都已往生也沒有手足，平時獨

居於自己的房產內，因在家跌倒後由里長協助送至本院住院開刀，於周六早上出院返家卻於當天下午被強制就醫送至本院急診，主因為香姨在居住處大喊要自殺，並將所有的排泄物都噴灑並塗抹於床上，疑似因為未能由里長協助餵飯而失去理智。

因香姨至急診檢查後，確認非屬精神科強制住院範疇且無緊急醫療需求，但里長表示無人可協助香姨返家需要留置在急診，需待社工與香姨討論後續返回社區計畫。當天晚上香姨在急診藉口要喝水，將水潑灑在護理師身上，並不斷辱罵護理師，情緒激動無法緩和。後續社工與香姨討論返家安排，香姨不願說話，並開始不斷吐口水，持續咒罵拒絕溝通。社工便與里長確認香姨於社區中活動的情形，里長表示香姨一直都是獨來獨往，但因為是獨居老人里長會協助關心，從原本香姨不願與里長講話和溝通，後來願意讓里長進到家裡協助，最後演變成什麼事情都只要里長出面處理，若無法配合，香姨便會大吵大鬧揚言自殺，因此里長稱也是迫於無奈，才想將香姨送到急診至少比較安全。為了確認香姨的情緒與精神疾病和瞻望無關，請急診再次照會身心科，評估後便開立情緒藥物讓香姨使用。

隔天香姨在急診留觀區大聲唱歌、辱罵其他病人、將醫院餐食潑灑於病床兩側，因擾亂急診就醫環境，迫於無奈只好將香姨暫時移到單人隔離區並進行約束以

策安全。因香姨左側髖關節手術完剛出院，手術位置仍然需要休養和照顧，建議返回社區可使用私人看護協助，但遭香姨拒絕，並再次大聲辱罵，里長也提醒，香姨容易疑心外人，若是私人看護到家裡照顧，恐怕也會有非常多問題無法處理，也擔心看護遭香姨暴力對待，考量返回社區確有困境，故依照職權通報社會安全網。

後續社福中心接案並約定時間至急診訪視香姨，但考量香姨只信任里長，故同時邀請里長陪同一起與香姨討論短期安置的想法，香姨看見里長雖然仍不斷咒罵但沒有攻擊行為，因此討論安置事宜時，香姨相對穩定且配合，最後同意轉往機構短期安置。香姨於急診完成體檢後，又過了六天才好不容易找到機構床位，結束了16天留滯急診的等待。

### 三、案例三：全身尿尿的樹哥

樹哥原先因為泌尿道感染住院治療，出院後由大弟弟陪同返回居住處，隔兩天自行叫119入急診，稱全身不適且無力，但經檢查治療可返回休養，又再隔兩天，樹哥全身充滿尿尿的由119再次送入急診。

樹哥64歲，父母皆往生，沒有福利身分，居住在朋友提供的小套房內生活，手足尚有兩個弟弟和三個妹妹，都居住新北市，但稱彼此互不往來，唯一會連絡幫忙的大弟弟，最近兩人吵架，已拒絕往來。

樹哥原先擔任保全，多年前因為出車禍傷及腰椎，雖然都苦撐著工作，但在去年10月便退休，依靠每月領有的勞退一萬塊生活。樹哥戶籍在離島，自述曾向公所尋求辦理低收、中低收的福利諮詢，得到建議除非獲得身障或是無法工作證明，否則難以取得福利身分，故樹哥便作罷。

此次急診對於樹哥的狀況顯得困惑，已協助做了許多檢查，但都沒有明確導致樹哥左側明顯無力地發現，樹哥稱是這幾天才變成這樣，但團隊檢查後更像是兩次陳舊性中風，同時有酒精性肝硬化。急診評估依照目前標準，建議返回社區生活即可，但樹哥完全無法從病床坐起或是下床，社工雖嘗試聯絡樹哥的手足，但都以生活困難、居住遙遠等理由拒絕協助。因無法返家且考量肢體肌力低難以於社區中安全生活，故協助通報社會安全網。

因樹哥來急診的時間正逢年假時間，公部門仍要多日後才上班，終於待派案中中心派案後，因樹哥戶籍的關係，所在地社福中心社工仍需與戶籍地社會局討論，得到醫院需再次以公文通知戶籍地才能確認樹哥安置方向。最後戶籍地稱沒有特別的預算可以協助樹哥這樣無福利身分的個案，並認為樹哥有許多手足，應該找手足出來負擔扶養義務，要求醫院應該備齊找尋手足未果的資料，最後表示，即便樹哥順利獲得身障身分也只能請領每個月的住宿式機構補助，其他的差額無法協助。因

戶籍地無法提出具體協助方法，且無法理解樹哥於急診出院的急迫性，故後續與當地社福中心社工督導討論後，仍先行找安置床位為主，後續再以縣市政府之間進行溝通，才結束樹哥長達25天的急診留置時間順利至機構。

## 肆、議題討論

### 一、返回社區的現況

（一）有家屬vs.沒家屬，各縣市協助窗口和實施辦法不同

以現今的《民法·親屬篇》第1114條、第1115條都明確訂定親屬間互負扶養之義務：直系血親相互間、夫妻之一方與他方之父母同居者其相互間、兄弟姊妹相互間、家長家屬相互間。負扶養義務者有數人時，直系血親卑親屬為第一順位，其次為直系血親尊親屬等。而社會救助法認定福利身分過程中，明訂須以家戶人數、家屬間收入、年紀為考量。可看見在法律規範中，我國仍將照顧責任放置於家庭中，但實際於社會中的家庭關係早已轉變，漸漸的已不再將照顧責任背負在家屬之間，因此法規和實際家庭關係已越離越遠。案例三的樹哥，雖然有許多手足但都不願提供協助，手足間的共識就是希望社會局協助安置樹哥，並認為這應該是政府的責任。

以案例三樹哥的狀況，可以看見急



診醫療明確且快速，當確認無緊急醫療需求後，便需要個案返回社區生活。但遇上像樹哥無手足願意出面且人籍不合一的情況，雖以人在地的社福中心先協助處理，但過程中還是會遇到戶籍地以無法源可協助為由進行阻擋，特別針對未達老人身分、無身障身分、無低收中低收身分者又同時具有許多手足時，各縣市評估安置的標準大不相同。

往往與各縣市政府聯繫過程，可以感覺到急診醫療的快速輪轉性是被忽略的，時常以行政流程為由，要求醫院承擔個案須留置急診的醫療成本，更甚至會擠壓其餘有就醫需求的病人權利。

因此雖然《民法·親屬篇》和社會救助法中，再再提及家人間互負扶養義務之責任，但當社會趨勢和家庭組成不斷轉變，親屬間的責任關係和親近程度已不如以往。社福體制卻無力回應甚至標準不一，導致無福利身分個案陷入困境和底層，即便曾試圖求助於政府單位仍無濟於事，最終使得這些未能被救起的個案，仍舊穿越社會安全網努力編織但仍無法織起的網眼。

## （二）社區中滋擾個案的處理方針

案例二的香姨，是近年來越來越被大家關注的社區滋擾個案類型，除了近年新聞報導事件的方式及大眾獲取資訊的閱讀模式，都大大加深了大家對於疑似精神疾

病病人的聯想，包含具攻擊性、危險性甚至是不定時炸彈，往往於社區中發現類似個案時，社區民眾或是鄰里長皆透過119聯繫衛生局確認，便將個案強制送至急診，往往帶著過度期待希望醫療帶給個案立即性的療效，最後甚至開始拒絕讓個案再返回社區居住。

當面對本就於社區支持薄弱的個案，如何能夠連結到適合的社區資源和就醫資源，才是目前針對類似個案時，實際需要討論的解決方針。但實際於臨床過程中，難以將社區中資源使用在類似個案身上，容易落入個案無法從急診離開，亦無法入住病房治療的窘境。

## （三）機構床位的匱乏

因應家庭規模及家庭人口縮減，需照顧的人口變多，許多家庭除了因為生活型態轉變且家中空間有限，漸漸的會將家人送往有專業照護經驗的長期照顧中心。因供需的影響，長期照顧中心針對社會局詢問安置床位時，回應也變得更加保守，除了社會局安置個案的月費低於私人機構之定價且較難調整，再加上個案也容易有較多照顧需求，因此當個案要安置時，機構的床位較常出現額滿的狀況，使個案於醫院等待出院時間增長許多。

## 二、急診社工的進退兩難-急診出院的急切性

各大醫院的急診室時常人滿為患，除了許多嚴重傷患需救治外，亦不乏許多無力於家中照顧或是社區中發現有生存困境的個案，上述三個案例，便是被以醫院為安全場所為由，而送至急診的典型代表，平均待在急診的天數高達20天。

雖然醫院接受每位表達有醫療需求的病患，但社區和民眾的做法，無形中讓醫療單位乘載了許多非實際有醫療需求的病患，即便急診可透過檢傷分級進行分類，盡可能專注協助有緊急醫療需求的病患，但仍難減低醫護人員的疲憊感。

尤其當確認病患可返回門診追蹤或是返家休息的那刻起，未能如期返家的個案就成為了占用醫療資源的存在，醫護人員除了無法將個案的床位空出給需要的病患，甚至還需花許多時間和精力，承擔起個案於急診的生活起居。

當醫療專業未被重視，且無法拒絕病人就醫變成枷鎖，使急診變成一個社區放置無法處理個案時的場域時，此種狀況無疑是加重了醫療人員和醫療成本的舉動，更無疑是加重了急診社工面對醫療團隊出院壓力的困境。

## 伍、建議

每個人都需面對生老病死，而醫院也是這些歷程中必經的短暫地點，許多人帶著自己的困境和問題進入醫院，因為疾病的原因讓我們相遇，但經過醫療處置和短暫恢復，終究是需要回歸社區生活而無法長久居住醫院內，急診社工在協助福利邊緣個案的過程中，難以像協助住院中病患一樣，有許多治療的等待時間可供社工與各政府單位接洽和討論，因此依照目前所見所聞提供以下建議：

### 一、福利邊緣個案的長期照顧福利制度建立

依照目前的社會救助法規、長期照顧計畫及各縣市住宿式機構補助，服務對象包含：低收入戶、中低收入戶、老人、身心障礙者等。但依照實際於急診遇到的福利邊緣個案，大多不具有上述的福利身分更無法於短時間內獲得相關身分，以至於進入到後續照顧體系時遇到許多困境。

建議縣市政府能夠針對福利邊緣個案，建立返回社區生活和進入安置機構的審查標準，如以目前實際照顧需求為評估準則，合併家庭照顧能力和社區生活能力為考量，進行居家照顧媒合，協助失能程度低但於社區中本就有居住處的個案，返回原居住處維持生活狀態；針對失能程度高，已無法返回社區之個案，媒合長期照

顧之機構，提供更完善的資源整合和照顧資源。

## 二、醫院與政府部門跨單位轉介機制

鑑於每年各縣市政府針對特定福利身分個案開立聯繫會報，與會包含戶政、衛政、警政、社政等各政府部門人員以及民間單位共同討論如何增進個案安全、福利變更等。建議針對福利邊緣個案於社區中可使用資源及安置處所，亦能依循相關方式，討論是類案件於政府部門、民間單位各自看見的困境，討論出可合作的一致標準和方式，期望能跨過彼此的藩籬，建立起讓福利邊緣個案也能被協助的準則和資源。

## 三、增加社區支持據點

隨著社會人口組成變化和家庭關係改變，政府部門透過各項計畫協助各家庭困境，但對於社區中發現暫時落入困境且需照顧的個案，卻難以有立即可提供協助的支持據點。建議參照現有的街友收容中心模式，針對尚有部分生活能力者及短暫需求照顧者提供可居住處，並結合就業服務資源和物資發放等，使社區中突遇困境的個案和家庭能有一棲身之所，獲得照顧和幫助。

期望透過此據點的建立，增加社區支持的能力，減低類似無醫療需求個案，送至醫院等待後續安置床位的安排，將醫療

場所還給實際有醫療需求的病人和家庭。

## 四、調整縣市政府針對安置個案的補助額度

現行各福利身分個案若遇疾病導致失能情況，需安排進入安置機構時，時常遇到機構收費與政府補助額度有較大差異的問題，建議針對目前各護理之家、長照機構進行會議討論，不論是針對簽定為政府合約機構時，需收容多少比例的社會局安置個案，或是協商調高政府補助額度，都將會大大降低個案出院等候安置機構的時間。

綜合上述，本文以醫務領域的急診社工角度，提出於實務中看見的福利邊緣個案之困境，期待將此複雜且牽涉廣泛的議題提出，增加政府針對社會救助對象的容納範圍。

（本文作者：金姍明為衛生福利部雙和醫院社會工作師；劉奕君為衛生福利部雙和醫院社會工作師）

**關鍵詞：**急診社會工作、留滯個案

## 📖 參考文獻

- 內政部戶政司（無日期）。〈人口統計資料〉。2024年2月29日，取自內政部戶政司全球資訊網，<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>
- 林萬億（2019）。〈強化社會安全網：背景與策略〉。《社區發展季刊》，165，3-29。
- 洪千惠（2008）。《急診社會工作服務模式之探討——以北臺灣區域級以上醫院為例》（碩士論文，東吳大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/a58ac2>
- 國家發展委員會（無日期）。〈人口重要指標大事記〉。2024年2月29日，取自國家發展委員會人口推估查詢系統，<https://ppws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvNDY0L3JlbGZpbGUvMTAzNDcvNTEvZDk1N2Y4OTQtNWE4Ny00YTliLWJmZTItZTJlMzYzYTA5YmUwLnBkZg%3d%3d&n=5Lq65Y%2bj6YeN6KaB5oyH5qiZ5aSn5LqL57SALnBkZg%3d%3d>
- 曾華源、何振宇、鄭期瑋、王秀燕、白倩如、陳琇惠、鄭維瑄、游美貴、張秀玉、梁慧雯、溫信學、陳玟如、陳玟伶、簡美華、吳書昀、林秉賢（2024）。《社會工作概論：社會變革的推力》。洪葉。
- 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>
- 溫信學（2005）。〈急診社會工作臨床服務內涵之探究〉。《社區發展季刊》，112，72-85。
- 溫信學（2021）。《醫療社會工作》。洪葉。
- 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)
- 衛生福利部、教育部、勞動部、內政部（2018）。《強化社會安全網計畫（核定本）》。<https://www.mohw.gov.tw/dl-56324-d4d9a633-75e4-4b7a-86a4-064cefaaf5e6.html>
- 衛生福利部、教育部、勞動部、內政部、法務部（2021）。《強化社會安全網第二期計畫（110-114年）》。<https://www.mohw.gov.tw/dl-71048-082a6fbf-b202-4c4d-a82a-5ff78f39d4e9.html>
- 衛生福利部統計處（2023a年5月4日）。〈急診就診統計〉。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-6600-113.html>
- 衛生福利部統計處（2023b年7月26日）。〈醫療院所現況統計資料集〉。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-6601-75361-113.html>