

新冠肺炎疫情下的社會工作：初探公共衛生治理政策對於醫
務社會工作之影響¹

**The social work under the pandemic of COVID-19: the
approach to the influence of public health governance
policy on medical social work**

陳庭楷

奇美醫療財團法人奇美醫院社會服務部社工師

¹ 本文初稿曾發表於臺灣社會工作專業人員協會「疫情時代的社會工作實踐」學術研討會，並加以增加篇幅及內容改寫。

摘要

近年來新冠肺炎疫情肆虐，我國施行公共衛生治理政策加以隔阻新冠肺炎所致的高度傳染力，中央流行疫情指揮中心並於民國 110 年 5 月 28 日全國升級為三級警戒。為了探究公共衛生治理政策對於醫務社會工作的影響，本研究透過質性研究方法，並採取立意取樣之方式進行深度訪談，並採訪 7 位醫務社工師，梳理社工實務上的抗疫經驗與個案工作所面臨的困境。

本研究發現，新冠肺炎疫情帶來的影響，病人及案家層面，包含經濟受到嚴重打擊、照顧人力安排產生阻滯、醫療決策及共識產生限制、人道探視及防疫制度之倫理兩難、社區照顧資源的不連貫性；社工師層面，包含預估形式的改變、悲憫疲憊的耗能增幅、公衛治理政策與安置制度之磨合；醫院制度層面，包含分艙制度致跨科部溝通協調需求增加、志工人力管理等。

研究結果：疫情加劇的失業問題、補助審查標準專案化、社區安置照顧政策議題、醫療院所防疫措施的影響、社工部門的應對調整。研究建議：社會安全網的再定義、後疫情時間的醫務社會工作的倫理及資源分配正義，供未來醫務社會工作邁向後疫情時代的參考。

關鍵字：新冠肺炎、公共衛生治理、醫務社會工作

壹、緒論

自 2019 年 12 月以來新冠肺炎疫情肆虐，人類生命健康造成要脅，使得世界各地公共衛生體系產生巨大轉向，對社會經濟結構帶來莫大的衝擊，進而改變臺灣社會大眾舊有生活型態，特別對於脆弱家庭及低薪勞動者，使得其原有經濟來源越發不穩定，生活雪上加霜。為了隔絕新冠肺炎之連結及傳播鏈所致的社會經濟打擊，我國透過既有基礎公衛建設來偵測，經由疾病監測（surveillance）、接觸者追蹤（contact tracing）、檢疫（quarantine）、隔離（isolation）、旅遊警示、限制旅行之制度措施（林欣柔，2020），建置現有公共衛生治理（Public Health Governance），其係經由國家政府部門為應對新興公共性傳染疾病—新冠肺炎傳播的控管，並依公權力政策及法規，確保其他醫療體系防疫政策的一致性以達降低傳染鏈之效。前開治理制度係包含從普遍性宣導的戴口罩、勤洗手、保持一定範圍空間之社交距離，到後續衛政體系之居家檢疫、集中檢疫、居家隔離、住院負壓隔離病房治療等措施。

醫療院所面對疫情的爆發，隨即中央流行疫情指揮中心制定因應措施，採取諸多入院時的防疫規範，例如：鼓勵透過遠距電子設備視訊以取代到院探視關懷（禁止探視）、加護病房限制訪客探視的人數與時段、陪病者快篩檢測等措施。然而，在公共衛生治理的操作下，對於醫務社會工作將產生何種影響呢？

醫務社會工作者所提供的服務隨著現代化社會越發複雜及多元化，社工面對後資本主義（postcapitalist）產生廣泛性失業問題、家庭結構改變、工作缺乏保障等議題，以及全球化市場對於就業及經濟的裙帶影響，這同時也意味著，伴隨著新冠肺炎疫情逐漸滲入民生社會，形構為生活型態的一部分，現代性社會所致的問題仍然存在，並與新冠肺炎有所交織，加劇問題的複雜性，醫務社會工作面對的是更為全面性的新興挑戰。

本研究冀透過彙整醫務社會工作者的主觀經驗，梳理分析中央流行疫情指揮中心發佈疫情警戒三級警戒的背景時空下，醫療機構參照國家政府部門訂定之防疫政策對醫務社會工作的諸多問題及影響，提出下列研究目的：探究新冠肺炎疫情對於醫務社會工作的影響、調整及變動，以及醫務社工師於執業過程

所遭遇的倫理兩難經驗及挑戰。

本研究將加以彙整並呈現醫務社會工作所遭遇的實務現況，期待嗣後面對大規模傳染性疾病之相關問題事件發生時，能產製合適之應對策略，提供微薄建議予實務社會工作者酌參。

貳、文獻回顧

鑒於新冠肺炎之影響甚鉅，新冠肺炎防疫為阻絕傳染鏈而祭出公共衛生治理政策，然而連帶影響經濟與勞動市場，並導致社會與經濟問題的發生。本文第一部分將從我國公共衛生治理策略的內容進行整理，先行論述何謂公共衛生治理，再予爬梳我國公共衛生治理政策對於社會民生的影響，以及防疫策略。第二部分簡述我國近年來受公共衛生治理政策影響之社會勞動市場的連動式打擊，如何影響社會經濟結構。第三部分說明我國醫務社會工作定位及業務內容。第四部份彙整我國醫務社會工作體系面對大規模傳染性疫情，醫療體系現有的防疫因應策略及醫務社會工作部門之指引措施，分別闡述如下：

一、我國公共衛生治理

我國透過公共衛生治理之政策，訂定出各項防治法規及防疫規範，使得國民及地方政府組織、醫療院所能照著中央之防疫指引，採取一連貫防治之策略。

在全球衛生治理（Global Health Governance）之內涵，泛指正式或非正式機關用國家、跨政府組織、非政府組織等角色去立法、擬定與執行政策，以對抗公共衛生危機與健康不平等的困境，為求達到世界衛生組織定義下的「生理的、心理的、社會的」健康幸福狀態，並將健康議題、疾病與公共衛生研究納入世界脈絡關懷（Fidler, 2010）。進一步探究全球衛生治理之定義，Lee, K. & Kamradt-Scott（2014）將其意涵歸類成三個面向。分別為全球化與衛生治理（globalization and health government）、全球治理與健康（global governance and health）、全球衛生的治理（governance for global health）。首先，全球化與衛生治理係指**決定政策之主體**須將健康問題往全球化之方向思考，擬定與執行。其

次，全球治理與健康泛指獨立於各種公共衛生機關之外的全球治理機構，並予著手公共衛生與健康改革。其三，全球衛生的治理則強調未來各國、各地方組織在同意的公共衛生與健康促進目標之後，該強調哪種公共衛生面向的治理(黃芳誼，2016)。

然而，多數研究採用的全球衛生治理之術語，係將**公共衛生的治理**放置於「全球化」的脈絡與「國際合作」的範疇加以討論。學者 Valeria et al. (2015) 進一步細部定義**公共衛生治理**之六大功能，包含：政策的制定、資源管理、永恆持續發展、合作夥伴的參與、法定權力、衛生部門的監督。藉此，本研究將聚焦於我國政府部門組織所建構因應國內公共衛生危機議題的網絡，經由政府部會合作，建立一套公共衛生治理政策及法規規範、防疫措施，提供醫療院所及基金會、非營利組織、地方政府單位之防治指引。

我國衛生福利部疾病管制署(簡稱疾管署)運用過去對抗伊波拉、H7N9、MERS、茲卡等國際疫情累積之經驗，在 2020 年 2 月 28 日公布《因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情應變計畫》，並依照國際疫情情勢變化分為「整備」²及「應變」³二階段，其中對於應變又依風險區細分為四級(如表 1)，經由分級制度來啟動不同指揮體系，以有效防堵疫情擴散及傳播，確保國人健康(衛生福利部疾病管制署，2020)。

² 參照該計畫之定義：當鄰近國家出現疑似嚴重特殊傳染性肺炎疫情，但無持續性社區傳播則盡興各項整備工程。

³ 倘當地疫情持續擴大，則依照疫情狀況及風險區分為四個應變等級，啟動相對應之指揮體系以作為應變。

表1 各等級之疫情情境暨風險評估與對應之指揮體系啟動機制表

疫情等級	疫情情境暨風險評估	指揮體系啟動機制
第四級	中國大陸武漢區出現嚴重肺炎疫情	成立應變小組
第三級	中國大陸武漢地區嚴重肺炎疫情有明顯社區傳播及疫情擴大情形	開設中央流行指揮中心，由疾病管制署署長擔任指揮官
第二級	我國社區出現境外移入確診病例	開設中央流行疫情指揮中心由衛生福利部部長當任指揮官
第一級	我國出現社區傳播情形	開設中央流行疫情指揮中心，由行政院院長指派指揮官

資料來源：衛生福利部疾病管制署（2020：4）

我國衛生福利部對於因應新冠肺炎所施行之重大政策總共有七大項：邊境政策、口罩及其他防疫物資管制政策、社區防疫政策、醫療及其他機構管控措施、檢驗政策、國際交流、資料保護⁴。首先，在於社區疾病防治層面，為了避免國內新冠肺炎疫情之流行及擴散，阻絕社區感染，針對從國外入境之民眾納入居家檢疫，亦或出現確診個案及其相關接觸者必須進行居家隔離，以避免國內發生群聚社區感染。其中對於具感染風險民眾追蹤管理機制之介入措施包含：居家隔離、居家檢疫、加強自主健康管理、自主健康管理等四大措施。

再者，建置科技化管理隔離及檢疫措施對象，串聯戶政、健保、海關及移民署資料創建「入境檢疫系統」、「防疫追蹤系統」、「電子圍籬系統」併行與民政、警政、衛政跨部門合作，關懷並掌握居家隔離者及檢疫者之蹤跡⁵。此外，針對強化社區防疫作為包括：高中以下及大專院校陸續宣布延後開學、強化醫院出入管制、公布社交距離注意事項、大眾運輸工具全面戴口罩及場域全面量測體溫、全國酒店及舞廳全面停止營業（張四明，2020）。

⁴ 衛福部官網公告之重大政策，資料檢索：<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/np-4837-205.html>

⁵ 七大重大政策之一社區防疫政策，資料檢索：<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4840-53633-205.html>

另外，我國中央流行疫情指揮中心於民國 109 年 4 月 6 日訂定《「COVID-19(武漢肺炎)」阻絕社區傳染策略⁶》加以明訂各項傳染阻絕手段與執行策略，提供新冠肺炎大規模擴散的實際做法與配套措施。但伴隨著疫情逐漸嚴峻，中央流行疫情指揮中心在民國 110 年 1 月 21 日針對本土疫情訂定《疫情警戒標準及因應事項》初步的將我國疫情警戒狀態分類為第一級至第四級，級別數字越高代表管制程度越發嚴格，例如：第一級係出現境外移入案例導致零星社區感染病例、第二級為出現感染不明之本土病例等⁷；並且中央流行疫情指揮中心亦隨著不同的疫情爆發事件與本土疫情擴散程度，滾動式的修正各類等級的定義，參照圖 1。



圖 1 疫情警戒標準及因應事項

資料來源：中央流行疫情指揮中心（2021）

⁶ 參照衛生福利部疾病管制署網址：<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/BCqM2STbY67hX2VXzTwjxg>。

⁷ 筆者撰寫研究之當下為第三級警戒的背景時空，現伴隨著疫情減緩，中央流行疫情指揮中心已降為第二級警戒。

藉此，透過我國各項公衛健康治理策略，以降低人與人之間的接觸與拉出空間物理距離，隔絕疫情傳染途徑，降低新冠肺炎之傳染力，保全社會大眾健康安全。但是，在受到各種形式隔離作用之下，全球化市場經濟透過供應鏈串聯和區域經濟整合，使得全球的生產和市場相互結合，而衍生了大量系統性和非系統性的風險（杜震華，2020），接著將進一步整理討論我國公共衛生治理之隔離策略對於經濟市場的影響。

二、新冠肺炎對於我國勞動市場的影響

根據行政院主計總處及勞動部之就業狀況可以看出，民國 109 年 4 月台灣的整體失業率為 4.03%，總失業人口達到 481,000 人，勞動參與率為 59.04%，最新統計至民國 110 年 5 月之資料顯示整體失業率已攀升到 4.11%，總失業人口增加到 489,000 人，勞動參與率下降至 58.82%；同時，自從新冠肺炎疫情持續擴散勞動就業市場深受新冠肺炎疫情之打擊，失業人數逐漸攀升，依據主計總處對於失業者專針對失業原因為「工作場所業務緊縮或歇業」時間數列統計表所陳，從 108 年 12 月疫情尚未發生時為 101,000 人，逐月升高迄 110 年 5 月疫情數據嚴重擴張，達到 178,000 人（行政院主計總處，2021）。

鑑此，新冠肺炎疫情除了造成各國醫療體系難以因應之困境外，更重要的是它對全球勞動市場及勞動者所造成之巨大衝擊。學者焦興鎧根據《國際勞工組織第一版檢視報告》進一步說明疫情對於勞動收入與工作貧窮（working poverty）所造成之牽動，包含：居家隔離等防疫措施導致經濟活動減少、對勞動提供之緊縮作用、對於近貧者、年長者、罹患慢性病者、婦女、脆弱家庭、非典型雇用者、外籍移工等對象產生劇烈衝擊等（焦興鎧，2020）。

疫情的擴張逐步造成連鎖性的影響力，新冠肺炎之感染力強，公衛治理防疫政策為了阻斷人際接觸藉以達成必要的防疫手段，故產生大規模封城隔離、鎖國、停止人員流動的做法、或以各種方式限制活動，嚴重的影響經濟生產和消費行為，引發了全球部分生產分工的斷鏈，重創經濟活動和各國經濟成長率（杜震華，2020）。然而，我國公衛治理政策從隔離及檢疫措施，例如：禁止內用管制及餐廳業者被迫轉型外帶導致餐飲業收入銳減、旅遊業者受到暫停航班及入境隔離篩檢之防疫措施致停（歇）業等。無論係餐廳業者或旅遊業者之外，

工業及服務業者也受到前所未有的打擊，受全國疫情警戒升級為三級警戒影響，民國 110 年 5 月底工業及服務業受雇人員較上個月減少了 5 萬 2,036 人(行政院主計總處，2021)，爰健康治理政策係對我國勞動經濟市場造成巨大的負面衝擊。

如上所述，就新冠肺炎疫情所致之社會經濟問題，早為臨床社會工作為常見的照會問題之一。社工師為了降低經濟與非經濟因素對病人醫療過程的干擾是醫院社會工作的主要任務，特別是經濟或財務性因素形成的求醫障礙，以確保如何達成弱勢者就醫權益的公平性(陳武宗等，2011)。本文欲透過彙整醫務社會工作的功能及業務，說明社工師在醫療領域所提供的服務內容係如何回應到案家的經濟與非經濟問題與其他需求。

三、醫務社會工作的服務業務

我國國內醫務社會工作以 1949 年省立臺北醫院(現為北市聯合醫院中興院區)首先成立社會服務部門，主要提供貧困弱勢家庭的就醫援助(秦燕，2010；溫信學，2013)，以排除弱勢族群的就醫困難，確保其就醫權益。進一步彙整我國醫務社會工作業務之相關文獻(李培芬，1993；黃蒂，2000；柯智惠，2004；賴靜宜，2010；秦燕，2010；溫信學，2013)，大多數具有重疊性的部分包含個案工作、團體工作、社區工作、志願服務管理、一般行政庶務、特殊個案協助方案(例如：保護性個案、器官移植、安寧療護、出院準備服務)、教學研究等工作項目。醫務社會工作常見的臨床照會問題為情緒困擾與疾病適應、經濟問題評估、家庭問題協調、照顧問題協助、促進醫病良善溝通、醫病關係協調、醫療糾紛協調、社會福利諮詢、法律諮詢、住出院計畫評估、促進醫療認知等類別。

醫務社會工作的工作內容越發擴張，伴隨著全民健保的實施、社工師法的通過、921 大地震、SARS 風暴、各項保護性法案的通過、新制醫院評鑑的實施，使得醫務社工內容不斷增加，各醫療院所實際業務實施狀況之差異性也更大(秦燕，2010)。隨著現代化社會衍生的多元性需求以及突發性的天災事件(呂民璿、左祖順、周玲玲，2003；陳武宗，2003)、健保政策制度的變革(陳惠雯，2011)、

法治與時俱進的保障力⁸，促進醫務社會工作服務越發完整。

然而，在新冠肺炎的社會環境背景之下，醫療院所之防疫政策、醫務社會工作業務的調整採取何種應對措施，故本文將接續探討整理醫務社會工作在疫情時代之下，所調整的因應策略及醫院防疫營運制度，並初步彙整臨床實務工作的新作法及新措施。

四、醫療院所的防疫措施與醫務社會工作的調整因應

鑑於我國現有針對新冠肺炎與醫務社會工作之相關文獻尚仍缺乏，彙整相關文獻多以早期 SARS 抗煞經驗為例探究疫情與醫務社會工作的連帶影響，試圖窺探高度傳染性疫情對於醫務社會工作的影響。

新冠肺炎本質上皆屬於全球化跨界風險威脅，特別是衝擊面從醫療、公衛、觀光、產業、科技、金融等產業，合併產生失業、社會歧視、社會恐慌、社會信任、社會倫理、政治爭議之問題，挑戰整體國家治理與韌性（周桂田，2020）。然而，我國為避免跨界的各種衝擊，政府行跨部會合作，結合了醫療專業及公衛行政部門、社工領域等結合運用既有治理網絡進行多元資源服務輸送體系。

相近於新冠肺炎之高度傳染力的疫情模式，過往我國醫務社會工作也有著應對疫情時經驗案例亦展現臨床常面臨的社會、經濟、文化等結構問題及因應策略，其中包含改變民眾就醫探病習慣、醫療體系加強管控制度等（呂民璿、左祖順、周玲玲，2003）。臨床醫務社會工作者們也針對多元需求分設不同組別以滿足問題，以 SARS 抗煞經驗為例，醫務社會工作協會編制關懷組藉以滿足住院隔離病患之社會心理資源輸送提供、資源組以媒合募集物資及社會資源供醫護及病患使用、資訊組統整病毒最新資訊之發展與醫療新知之收集等三大組別來因應疫情（陳武宗等，2003），提供不同分支專責處遇組別來專門解決因疫情影響而產生的問題。

面對本次新冠疫情，在醫療院所因應新冠肺炎疫情而採取的防疫政策，依公共健康治理之範疇策畫政策的施行，並且參照中央疫情指揮中心之政策指引

⁸ 社會工作師法於民國八十六年制定公布全文法規規定，檢索資料：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=D0050125>

及相關臨時異動規定，訂定各醫療院所之防疫規定。

在公共衛生治理部分，衛生福利部疾病管制署（CDC）於民國 109 年 1 月 15 日超前部屬，我國醫療院所藉由先進科技技術與透明完善的資訊平台，結合過往抗SARS應變經驗，發展具備前瞻性與及建立各項滾動式管理標準，內容涵蓋：新冠肺炎病毒臨床處置指引、設立發燒篩檢站⁹、住院分艙分流設計、雙向（重度級急救責任醫院）院際間轉診處理原則、強化人員防護裝備、製院所整備檢查表、體溫監測檢查表、設定各等級對應探病原則、確診病例（接觸者匡列）之追蹤應變處置與採檢送驗流程、風險對象的造冊作業、群聚事件「營運管制」及「清空管制」之管制措施、管制區域措施¹⁰、清潔人員管理原則，與時俱進建置防疫相關準則，提供各界醫療院所一致性的執行照顧與自我防疫之共同準則（吳麗蘭等，2021；蘇姍虹等，2021）。

爰此，面對新冠肺炎疫情導致的複雜性問題，醫務社會工作參照著過往對抗 SARS 之前車之鑑，持續隨著現代疫情情勢變化而開展滾定式的社會福利服務輸送體系，使病人、案家因受新冠肺炎疫情影響的多元性問題可以獲得協助。但新冠疫情日益嚴峻，中央流行疫情指揮中心訂定各項公共衛生治理政策，醫療院所亦擬定共同性參照之防疫標準，而社會工作部門亦旋即彈性調整業務內容，然而社會工作業務的調整與變動，及公共衛生治理政策之施行對於實務的影響是值得注意的，從中可初步窺探未來實務上所將面對的挑戰。

參、研究方法：質性取向研究設計

鑒於新冠肺炎相關討論於社會科學之社會工作領域仍係屬新興議題，相關社會工作領域之研究甚少，故本研究欲透過質性取向之研究方法探討在新冠肺炎疫情之下，臨床醫務社會工作師實務經驗，藉以勾勒及回應本研究欲深入分

⁹ 由院內員工抑或外包派遣人員於門口篩檢站輪班落實門禁管制，進行發燒篩檢、口罩配戴檢查調查，落實執行病人 T.O.C.C.（旅遊史 Traveling history、職業別 Occupation、接觸史 Contact history 及群聚 Cluster）評估。

¹⁰ 三級警戒一律禁止病房探視，固定主要照顧者且進行 PCR 篩檢，加護病房（ICU）除有特殊緊急狀況亦一律禁止探視，鼓勵透過網路視訊方式了解病人狀況。

析之問題意識，進一步梳理臨床場域之「生活空間」、「主觀經驗」、「主觀經驗之社會反應」資訊，這些正是「質性研究」所關注的層面（胡幼慧、姚美華，1996）。

一、研究取向

質性研究方法論認為，個人思想與行為，及社會組織運作與他們所在的文化環境無法全然切割，若要深入瞭解社會組織，必須把她／他們置入到豐富、複雜、流動性的多層次面向自然情境加以探究。所以質性研究中，研究者本身即為研究工具，並與其文化經驗知識者面對、交談、互動，瞭解她／他們的日常生活、所處的社會文化環境，以及此環境如何對其思想和行為產生影響。因此，質性研究重視受訪者個人經驗與意義的建構，對事件的探究過程不僅要瞭解事件的本身，而要理解事件發生和變化的社會背景，以及該事件與其他事件之間的關係為何，做一種「解釋性理解」，透過研究者本身體驗，對受訪者的生活敘事與意義建構做出解釋說明（陳向明，2002）。

此外，質性資料具有在地扎根性（local groundedness），且能自然地反覆出現重要的自然事件，讓研究者穩固掌握住研究對象的「真實生活」樣貌；同時，質性研究具有豐富性與整體性（holism），提供了複雜的解釋與詳盡描述，生動再現研究對象的生活經驗脈絡，藉以使讀者產生深刻的影響（Matthew B. Miles & A. Michael Huberman 著、張芬芬譯，2005）。據此，研究者採用質性研究典範作為研究方向，更能全面性地勾勒臨床實務工作者之主觀經驗，並且突顯隱埋在疫情社會環境下之特殊經歷，再現不同社工師於臨床實務經驗脈絡。

二、研究對象之取樣方式

本研究方法採用立意取樣（purposive sampling）方式，研究對象的選樣方式依照下列抽樣策略進行。「立意抽樣」完全按照人為意志從母體中進行選樣，此稱之為立意抽樣，立意選樣的結果，只能表示某部份具有典型代表樣本。因此，研究選樣的選取將採用符合研究對象的選取條件，進行研究。

爰此，本研究鑒於研究議題之新興程度既存特殊性研究的選樣將採用「立意抽樣（purposiveful sampling）」的原則進行研究對象的選取，抽樣至資料收集

飽和為止。研究者與七位醫務社會工作者進行一對一訪談，深度瞭解實務工作者遭逢新冠肺炎疫情之經歷與主觀感受，篩選受訪者條件為**實務經驗一年以上**，並且實際經歷中央流行疫情指揮中心所發佈之「**疫情警戒及因應事項**」**三級警戒**之期間為主要研究對象，研究者針對訪談逐字稿加以彙整與分類，進行編碼與資料分析，將具重複性內容的訪談資料歸類編碼，再行命名範疇化，並嘗試勾勒出臨床社工師在新冠肺炎疫情之下的初步實務社會工作影響。

三、受訪者資料與訪談大綱

(一) 受訪者資料

本研究一共邀請 7 位醫務社會工作師，工作區域分別以台南為最多，其次為高雄、新北；受訪者隸屬單位之醫療機構等級以醫學中心為最多，其次為區域醫院。

表 2 受訪者資料表

	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07
性別	男	女	女	女	男	女	女
實務年資	6 年	3 年	10 年	4 年	4 年	20 年	20 年以上
區域	新北市	台南市	台南市	台北市	高雄市	台南市	台南市
醫院評級	區域醫院	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心

資料來源：研究者彙整整理（2021）

(二) 訪談大綱

本研究針對研究目的之問題意識，採取半結構式訪談，設計以下訪談問題：

1. 公共衛生治理政策如何影響醫院制度及實務社會工作？
2. 中央發佈三級警戒的背景之下，新冠肺炎疫情對於臨床社會工作有何影響？

- 3.在疫情背景下，臨床社會工作遭遇的新挑戰與兩難為何？
- 4.實務社會工作者對於自我的照顧、對於疫情的擔憂與想法為何？
- 5.面對未來後疫情時代，身為醫務社會工作者是否有任何臨床工作建議與想法？

肆、研究發現

業經研究者與臨床實務醫務社會工作者的訪談結果，本研究進一步根據訪談分析資料編碼，並加以分類類別，發現臨床實務社會工作受到新冠肺炎疫情的影響，發現下列問題以及導因，依據疫情對於案家的衝擊、對社工的影響、對於醫院制度面影響，分別闡述如下：

一、疫情對於病人／家屬的衝擊

本研究將先從臨床實務常見的問題進一步提出討論，像是因為健康治理隔離制度致家庭經濟收入減少、新冠疫情導致看護不願照顧或提高收取費用使得家庭支持系統薄弱之病家不勝負荷、醫療決策受到限制、因應探視規定使病家對於臨終病人無法在旁親自道別、病人返回社區之照顧資源無法連貫。

(一) 經濟的打擊

首先，面對特定職業類別，存有高度風險性，在全球健康治理脈絡下，物資及人力資源管制衝擊產業供應鏈的斷裂，導致遭逢縮編裁員、非自願性無薪假，甚至失業，導致病家中斷經濟來源，家庭總收入降低而落入貧窮界緣卻又未達符合社會救助法法定標準之困境。再者，我國勞動彈性化市場政策的推動，非典型勞工比例上升，導致臨時工、派遣工、定期契約人員、部分工時工作等個案，面臨疫情，資方可透過彈性契約降低解聘成本，因而致使非典型勞工成為首波被解雇的對象。

「在疫情期間來求助的大部分主要是以臨時性質工作的為主，大部分是勞工階級，可能因為疫情被解聘。」(S01)

「我遇到的個案或他們的家屬，有些從事觀光旅遊業、餐飲業，在疫情期間大家根本不敢出去玩，政策法令也規定不能出去，很多整個就直接被被迫離職或留職停薪。」(S04)

「經濟評估上，確實有些家庭在疫情期間受到影響，那相對的有些家庭都是福利邊緣身分的家庭，政府的紓困政策下可能也不符合身分。」(S02)

「確實疫情影響的層面巨大，就會接觸到家屬的工作型態不固定，像是從事餐飲工作，就因此而受影響失業。」(S07)

綜觀上述，實務工作者面對上列狀況之家庭成員，又為家中主要經濟支柱時，使弱勢家庭陷入貧窮。

(二) 照顧人力安排

新冠肺炎疫情將導致舊有家庭支持系統薄弱之家家遭逢打擊，個案住院時，其社會暨家庭網絡支持體系早即難以提供照顧協助之外，影響社工師協調介入另聘僱看護照顧的困難度，其中因素例如看護擔憂有著被染疫的高度風險不願受聘僱照顧、看護中心考量疫情之高度傳染風險而提高受聘費用。

「照顧的部分，因為家屬只能一位陪同，照顧上是很疲憊的，光家屬要更換(照顧)人力也要(PCR)篩檢，但篩檢只補助一次，這樣反而對家屬來說是一種變相壓力。」(S06)

「有些主要照顧者累了或無照顧功能，看護費用因為疫情漲價，導致大部分家庭是沒有辦法負擔的，那加上如果病人有疑似新冠肺炎，可能會找不到人。」(S02)

「疫情期間有些看護中心也表示有些看護是不願意來顧的，所以人力也缺，所以可能要請臨床等著幾天，等到有人力可以來照顧，或是要加價才願意 care。」(S04)

臨床工作者遭逢案家雖有其他家庭成員可替代照顧，惟因應我國公衛健康治理政策須行 PCR 篩檢，且僅公費補助一位主要照顧者，導致主要照顧者疲憊或是照顧功能不佳須替代人力時，額外的篩檢支出費用，使得社工師的介入強

度增高。

(三) 健康治理政策下醫療決策的限制

醫療機構為阻絕新冠肺炎疫情的高度傳染性而施行限制訪視時間政策，以及禁止訪客訪視、限制訪客人數，使得親屬無法關心探視，僅能透過網路視訊形式了解住院病人的狀況。

「因為只能一個家屬進去，護理長就有跟我提到，有個案的家屬有打電話進來抱怨，家屬會覺得去探視的人年紀也年邁，傳遞訊息沒有年輕人這麼清楚，他們期待家屬們可以在限制時間內輪流進去探視，可是醫院規定就是只可以一個。」(S03)

「其他家屬要共同商議（醫療決策）的話，雖然加護病房有視訊的方式，但時間上面還是很有限，會變成很大的執行兩難。」(S02)

再者，受限於僅限制一位家屬到院探視，使得身為主要醫療決策者承受巨大壓力，需要在短暫的會客時間接收醫療端資訊，並同時消化吸收後，轉達給其他家屬，而在訊息傳遞的過程恐導致資訊落差。

「對於主要決策的家屬來講，會有很大的壓力，主要決策者就會變成需要一個一個去跟其他家屬解釋，也會擔憂訊息的傳遞也會受到傳話而影響。」(S07)

「還有在 ICU 會客的部分，進去會客只限定只有一個，進入的個人受到的壓力會很大，因為要接收很多資訊，需要接收醫療團隊的資訊，他會覺得他會有辦法接收的這麼多嗎？」(S03)

(四) 人道探視與隔離措施的倫理兩難

特別對於重症患者、臨終病人，囿於健康治理策略而無法陪伴病人、無法看到病人臨終前的最後一面，使得人道性的探視無法達成（馮明珠等，2020），讓家人們留有遺憾，並給臨床人員有著很深的無力感。

「在 ICU 上面，對於住在比較遠的家屬來說，很多時候臨終的病人因為疫情沒有辦法見到親人的最後一面。」(S02)

「因為疫情期間的限制，在於臨終病人的陪伴上，會讓家人們覺得沒辦法在陪

他走完最後一段路。……衝擊很大，家人的陪伴跟情緒上面，很難有其他取代方式，會讓我們在實務工作上也很無力。」(S03)

「處於陌生醫療環境，又需要受到疾病的折磨，這個時候就會期待看到家人，在短暫的加護病房會客時間，對於病人家屬來說都是很珍貴的時間，但加護病房和病房有會客的限制對於病人來說，孤獨感會更深。」(S07)

為了嚴格遵守健康治理政策，維持加護病房禁止探視抑或開放固定半小時探視時間，況且僅有科技視訊方式予以替代，難有其他形式取代，使得臨床工作人員在亦面臨倫理兩難。

(五) 返回社區照顧資源引入的不連貫性

新冠肺炎疫情嚴峻，規範及限縮非本國籍人士入境及檢疫規定，除須檢附檢驗報告，亦須遵守我國中央流行疫情指揮防疫規定，藉由居家檢疫追蹤管理十四天監測具感染風險之境外移入人士。然而，我國現在已達高齡國家之標準，外籍看護工逐漸成為居家照顧重要人力資源，惟因應健康治理，無法剋日引入照顧人力資源，另外長期照顧機構，亦須遵守現行防疫規範關閉或有所管控，使得個案回返案家形構出一段暫時性照顧空窗期，得再行籌畫短期照顧資源。

「出院照顧的影響比較大，有時候病人出院之後會去日照中心，可能在疫情期間沒有開放服務，就變成說白天就沒有地方可以去。也有遭遇到要申請外籍看護工來照顧，但因為需要檢疫管理，變成照顧資源無法順利轉銜。」(S04)

「家屬可能考量居家服務員跑很多案家，產生交叉感染的風險，就會讓家屬覺得先暫停這個服務，這時候病人的照顧部分，就需要有工作的家人先暫停工作來照顧。」(S03)

「個案之居家服務就是一個問題，因為疫情而取消，會希望出院之後社區照顧資源得銜接能更加順暢。」(S05)

原有社區長期照顧資源，受限於疫情影響迫使長照服務之提供暫緩或停止，即便提供服務後，案家也會擔憂照顧服務員會造成染疫風險，而使長照服務中斷。

二、疫情對社工的影響

健康治理政策導致社會工作實務產生變化，例如無法面對面評估僅透過電訪形式收集資訊；另外，對於新冠疫情的慮病情緒感染易使助人者於陪伴病人之過程易高度耗竭；最後，社區照顧機構因疫情防治不願收治新的住民導致已無治療需求之病人滯院。

(一) 預估 (assessment) 形式的改變

依據感管制度的有效性，醫療機構為因應新冠肺炎疫情而採取並執行分艙¹¹之機制，並將特定樓層之加護病房及一般病房分為專艙，而社工師為進行評估及處遇，導致服務個案的過程中，無法透過視覺觀察、臉部表情、肢體行為表徵、互動狀況等進行整合性評估，僅能透過電訪、病歷紀錄、主責護理師之資訊來獲取預估資料。

「在訪視個案，會因為疫情的關係初步以電訪方式評估個案的狀況，會導致評估上面變得有受限，應該說沒辦法看到家人們的互動狀況，目前只能很仰賴其他家屬或是網絡單位提供的資料，來做一個綜合性的評估，需要更多資料來做佐證。」(S01)

「對我們社工來說，個案會談形式的改變會是一個很大的衝擊，我們從過往會談是很重視面對面的會談形式為主要，電訪為非不得已的時候。」(S07)

「就我們的專業訓練，我們面對面會談的肢體語言、眼神的交流都是非常重要的訊息，可以透過電話就會有這個部分的受限，而這個部分又是我們從事與人的工作很引以為傲的部分，那是很重要的。」(S07)

眾多社會工作者會透過面對面會談、家訪訪視策略來評估觀察並保持與個案的聯繫，但透過健康治理政策之情況需有所避免接觸，服務的價值可能會在專業價值與個人價值之間產生張力 (Kathleen & Richard,2020)。在社會工作領域中，評估報告完整性將受到電訪或視訊之形式有所受限，即便穿著個人防護裝備，社工在與案家的溝通、獲取非語言線索的能力、同理心體驗、透過觸

¹¹ 醫務社工師配合醫療機構之防疫策略從舊有分科別主責之形式更換為負責樓層以達分艙之效，特別針對專艙而有固定主責之社工師。

摸做為安撫的可能性等皆會有所干擾，造成道德實踐的挑戰(Banks et al.,2020)。

(二) 悲憫疲憊 (compassion fatigue) 之耗能增幅

助人工作者一直以來係高強度情緒勞務 (emotional labor) 工作，臨床常見案家對於疾病的負面情感與適應問題，特別像是癌症、重症等。本次研究訪談資料當中，受訪者皆提及到情感過度損耗之議題。鑒於有別於過往病症，新冠肺炎受到國際矚目，同時亦帶來巨大未知焦慮及擔憂，且嗣後對於身體造成的不可逆性副作用，亦為造成民眾恐慌主要標的載體。

「平時處理情緒適應的問題所需要的耗能就很大，在疫情爆發之後，要處理病家的情緒還有自己的，如果被負面情緒負荷壓得喘不過來的時候，我會找心理師討論或是找督導諮詢。」(S04)

「情緒負荷是一定會有的，會很擔心染疫阿！但也會找其他方式來紓壓，像是透過精油療法、找諮商心理師諮詢，助人者也要好好照顧自己。」(S02)

醫務社工師長期暴露於高情感負荷壓力之職場環境，需同時接納病人、案家之負向情感，投以同理關懷以改善病家對於疾病的適應程度，惟工作者須隨時暴露在高度傳染風險的環境，將致雙重情感過度負荷：一為擔憂新冠疫情對自己的傳染風險、二為持續給予病家正向情緒連結的耗能，導致工作者個人內在耗損，影響身心健康及未有多元管道予以抒發，使得悲憫疲憊加劇，受訪者表示逐漸無暇顧及自我身心理健康，而累積超出自我能負荷之情感。

(三) 公共衛生治理政策與安置制度之磨合

醫務臨床實務經驗當中，安置照顧需求受新冠疫情影響甚鉅，因應臺灣健康政策及策略之訂定，入住機構須遵守衛生福利部疾病管制署感控管理，考量健康治理限制致出院準備轉銜安置服務有所阻滯，尚須再疫調住民條件，無法即刻轉銜安置照顧服務，包含：安置機構受限於疫情管控能量不足以控管入住住民數量，增加空間叢聚性，使機構端不敢收治新的住民；抑或憂心從醫院轉出之個案有潛在感染疑慮而無意願收治，導致個案回返社區安置照顧困難。

「在安置上會有很大的挑戰，例如說你在這段（疫情）期間評估個案有安置的需求時，但機構會有所評估，例如疫情的考量而不便收容個案，或是說我們需

要進行 PCR 的採檢才會願意讓我們安置。」(S01)

「個案安置也是個問題，其實也沒有規範機構一定要收，變成他們有權利去決定要不要收治病人，導致住院病人滯院。」(S02)

「有時候需要跟市府之間的溝通跟磨擦，因為政府也會公告養護或長照機構只出不進，所以在訊息一來一往之間沒有統一的公告，導致安置個案就塞在那邊，衝擊到醫院社工在於醫療費用上、看護費用上的支出。」(S05)

臨床工作者多提及到病況穩定之個案安置問題，特別在新冠肺炎疫情及衛生福利部的政策指引之影響，導致安置機構無法收治，進而個案滯院連帶額外耗費壓縮全民健康保險之資源。

三、疫情對醫院制度層面的影響

醫療機構為降低新冠肺炎疫情感染途徑，採取各項防疫措施，例如臨床業務採取分艙制度、施行門禁及視訊探病、臨床人員需支援防疫相關庶務、暫緩及調整志工服務方案等。

(一) 分艙制度的工作型態調整

為了確保公衛治理及醫療機構政策之執行，亦達到傳染控制之追溯與控管的可掌握性，臨床業務因應政策而施行分艙制度，將臨床社工師業務以分科別之方式，調整以各個樓層來區分業務，而使得臨床工作者需重新熟悉不同科別及醫療團隊。

「最大的衝擊在於分艙的制度，配合院方的政策，把防疫的概念放進來，分艙的這件事情就會影響到工作者跟團隊，變成跟新的團隊的需要磨合，都會是一個挑戰。」(S07)

「因為我負責一般內科，分艙之後就以樓層區分，會需要熟悉其他科別與團隊。」(S05)

「分艙之後業務分工會受影響，還有個人行程也會受到影響。工作分工的影響就是你原本的科，變成分艙之後，就要混雜的其他的科，要熟悉不同的科別。」(S02)

「受專艙的影響，個案換病房就會轉換社工，增加溝通協調的時間成本。」(S06)

(二) 防疫暨物資調配人力的調度

在各醫療機構健康治理政策之運作下，院門口設立體溫量測站，以配合醫療機構防疫措施，並且調度臨床人力及行政人員配合執行。然而，體溫站的輪值須從早上 07:30 至 21:00 由調度人力執行，其他時間則由外包警衛輪值，使得社工師於處理臨床事務之外，尚須輪值體溫站，壓縮原有工作業務。

另外，社會大眾及民間資源為慰勞醫護人員之辛勞，自行媒合大量資源(例如防疫餐盒、飲料、N95 口罩、儀器、防護衣等)，考量捐贈物資的多樣性及食品保存新鮮度，社工通常為接贈物資之主要窗口，社工師需即刻進行公關接洽、捐贈儀式、物資保存、分配調度之社會正義、聯絡派送、公開徵信之事務安排，反而成為社工師防疫期間主要工作業務之一。

「受到外界團體很大的幫助，很多人會來洽詢捐贈物資，有時候當天捐贈的物資很多，有時候就會忙著一整天接收捐贈物資，臨床工作如果不急就先緩緩。」

(S04)

「因為疫情關係會額外多了一些業務工作，十分感謝社會大眾的捐贈，在這個工作上，也是沒有人能夠置身事外，會期待大家一齊同心協力。」(S07)

(三) 志工人力調整

隨著疫情發展，考量志工服務的需要及安全性，避免志願服務人力有染疫風險，進而調整、暫止志工服務之提供。

「因應防治的政策，擔心志工染疫的風險，就會需要許多討論及計畫暫時停止志工的服務。」(S07)

「因為疫情的關係，志工服務暫停了，所有協助量測體溫及血壓的部分就會全部暫停，單位就會希望我們去支援。」(S05)

伍、結論

綜觀上述，新冠肺炎疫情使得病人、家屬及社工師皆造成不可小覷的影響。對案家因受疫情影響的經濟收入減少致陷入困境、對社會層次的制度阻滯等，產生諸多問題及需求，本研究彙整分述如下：

一、研究結果

本研究依據研究發現及文獻對話，加以整理，並逐一列述回應研究問題並討論。

(一) 疫情與現代性社會所致的失業問題

我國高齡人口比率已於 2018 年超過 14% 正式進入高齡社會 (Aged Society)，遠遠超越歐美已開發國家，加上台灣的總生育率低，顯示我國對於高齡社會照顧人力的高度需求，同時受少子化的影響，現代家庭扶老比因高齡化明顯而續升 (內政部統計處，2021)。除了人口結構變化，臺灣戶數的成長與戶量下降，呈現「小家庭化」或「核心家庭化」的趨勢，根據 2010 年普查資料顯示，過半的家戶 (54.6%) 屬於**核心家庭**，主幹家庭的比重則是 16.4% (國家發展委員會，2017)。子代家戶成員減少，家戶規模持續下降，依賴人口逐年增加，使得家庭主要生計者扶養責任及壓力遽增。

家庭若受新冠肺炎疫情影響，首當其衝多係非典型雇用關係之下的勞動工作人口，輕易成為工作人力降載及解聘僱人力的主要對象，又非典型就業者缺乏勞動保障，使得受疫情而遭逢解聘失業、留職停薪、工時裁班等因素的家庭主要生計者 (焦興鎧，2020)，一但工作收入減少，則致使家庭整體經濟拮据，倘若家庭成員罹患傷病增加額外醫療費用支出，往往造成家庭龐大的經濟壓力，落入貧窮。再者，社會救助法定多仍需參照近一年財稅證明以資證明家戶收入之裁量判定標準，然受新冠肺炎疫情影響則係民國 109 年迄今，倘若從事非典型雇用勞工更難以提供佐證工作收入減少之憑據。鑑此，勞動部因應疫情

所造成的影響祭出防疫相關勞動權益與協助措施¹²，使各項工作獲得法定保障。

(二) 補助審查標準專案化

社工部門補助審查的計算要件與參酌因素係依據社會救助法之精神微調修訂而成，並以工作比及收支比作為主要計算標準之基礎補助百分比，使得補助的審查判斷具備系統化的根據，避免落於社工師個別主觀性評估裁量。工作比係指病家具有工作能力之人數¹³與全家總人口數¹⁴之比例；收支比係採用病家近半年來平均全家總收入與全家最低生活費¹⁵之比例。

本研究與宋賢儀、龍玉、陳思雯於 2015 年發表《醫務社工的經濟補助服務之發展與變遷》文內參照的補助因素依據相同。補助事項為貼近實際個案背景及實務需求，參酌其他因素酌予加計百分比，譬如：工作比百分之五十以下、沒有不動產、沒有社區資源、預後影響工作能力、案主為家中主要生計來源、低收入戶及中低收入戶、家庭關係疏遠、其他特殊因素等，社工師各項目酌予增減補助百分比 1~15%（宋賢儀、龍玉、陳思雯，2015），並設置個案定額補助申請天花板以擲節基金開支，不足部分再另行向民間慈善單位申請募款補助。

醫院社工部門為了因應新冠肺炎疫情對案家所致的經濟衝擊，興改社會經濟評估的相關規定，放寬上開「工作比」及「收支比」之定義，以及其他因素的再定義，再行個別化召開經濟補助個案會議，研擬個別化補助方案及採計標準，並依照行政程序向上簽呈報知副院長，例如：針對受到新冠肺炎影響之特殊家庭予以增加百分比等因素予以濟助，緩減案家遭逢重大變故及重大災難的經濟壓力。另外，加以盤點案家可用資源，連結轉介民間基金會及勞動部疫情紓困協助措施供深受疫情影響之案家維持生計。

(三) 返回社區安置照顧之政策

目前我國照護需求的問題核心逐轉移到家庭與政府如何共同分擔照顧責任

¹² 勞動部網站對於勞工、微型創業者、企業雇主、青年、視障按摩師等皆有不同紓困指標與方案。網址：<https://www.mol.gov.tw/topic/44761/>

¹³ 工作能力之定義係參酌社會救助法第五條第三項之標準。

¹⁴ 全家總人口數之定義係參酌社會救助法第五條第一項之標準。

¹⁵ 最低生活費之定義參酌社會救助法第四條第二項之標準訂定。

(葉光輝, 2020), 在實務層面社工常接收到具有高度出院準備需求之個案, 醫囑告知病況已相對穩定階段無其他治療需求, 宜回返社區休養, 倘若個案不具備任何法定福利身分¹⁶可予法保障時, 政府法定資源難以即時進入, 家屬出院準備方向僅能往返家自行照顧、銜接外籍看護工、申請長照暨居家服務, 抑或機構照顧等方向。

然而, 公共衛生治理政策的運作, 申請引入家庭看護工除了既有看護工招募期程, 尚需按照衛生福利部入境檢疫規定安排置於檢疫旅館行隔離十四天整, 使得外聘照顧服務者無法順利銜接返家照顧, 形成接送個案返家照顧的過渡空窗期。另外, 關於安置機構照顧, 有鑑於北部曾發生長期照顧機構群聚感染事件, 各縣市地方政府亦發布因應措施, 將室內護理之家、老人福利機構等住宿型長照機構將實施管制, 禁止新入住者, 緊急安置保護性個案也須經核酸檢測陰性才准入住。

實務安置困境多係護理之家即便收治對象為緊急安置保護性個案, 仍會挾著正當性及合理化因素, 譬如地方政府之防疫措施規範、安置機構疫情管控能量不足以控管入住住民數量, 不敢收新的住民而拒絕收治, 或表示入住之機構規範需要入住者先行隔離於觀察床位七到十四天嗣後方入住一般床位, 並且觀察床少縱使機構有入住床位但觀察床尚有新欲入住住民觀察中, 導致無觀察床位有入住床位的窘境, 進而形構出安置機構具有自我裁量空間能予以決定收治住民與否之權力, 社工師僅能聯繫縣市政府社會局透過公權力向機構溝通協調方才安排安置入住。

鑑此, 醫療端、社政端、衛政端仍需針對新冠疫情的安置照顧議題擬定整合式政策與配套方案, 著重於「公共衛生治理」、「社區照顧資源輸送」、「健保DRG制度」兼顧的政策。政府層面需行研擬明確新冠肺炎之行政安置程序保障個案生命健康權益, 若考量擔憂機構群聚感染, 則建議考慮於全民健康保險

¹⁶ 例如年滿 65 歲以上之老人資格可透過老人福利法第 41 條及第 42 條之規定安排安置; 持有身心障礙證明資格可經由身心障礙者權益保障法第 77 條之規定安置照顧; 低收入戶及中低收入戶老人則可使用社會救助之生活津貼予補貼安置照顧費用; 兒童及少年與遊民亦可參照相關法規安排安置照顧事宜。

DRG支付制度¹⁷層面，試以專案形式調整健保制度將「病人因入住機構受公共衛生治理政策而滯院之案例」納入不適用之排除範圍，使病人能暫時性住院不受健保申報制度影響，解決出院無法順利銜接社區照護網絡輸送的結構性問題，能夠「就院就地安置」。

另外，在第五屆華人地區醫務社會工作國際研討會¹⁸當中，對於上開因受到公共健康治理政策影響所導致的安置輸送障礙，林萬億政委在研討會之中提及策略方針供未來政策擬定方向的思考，係將社會住宅納入安置庇護之場域以廣納受疫情影響無法返家安養之民眾，但社會住宅在我國尚未普及性的建造，導致入住庇護量能嚴重缺乏。

(四) 醫療院所施行防疫政策的影響

為了遵行公共衛生治理政策，各家醫療院所規定了各自防疫措施。採取醫院出入口採分流管制，醫護與清潔人員採分艙、分流方式，無跨單位、跨診間作業。負壓隔離、專責病房設置與一般病房採分棟、分層建置，且病房依危險分級建構「高風險發燒病房」，收治所有非傳染病相關之發燒病人，隔離觀察至釐清原因後再行分轉各科普通病房（吳麗蘭等，2021；蘇姍虹等，2021）。

限制一般探病以及加護病房訪視，除有緊急狀況則一律限制探視，醫院政策層面採用視訊網路電話的方式達到病情解釋及探病之效。在醫務社會工作層面將面臨協調醫療決策及人道探視的倫理兩難，家屬方透過短暫的視訊電話醫療決策訊息的接收與輸出也間接形成一定上的訊息交換障礙，抑或是緊急狀況僅能一位家屬於臨床探視，其需壓縮於三十分鐘內接收大量醫療、病情訊息，再返家傳達給其他親屬，惟轉達資訊的完整性及周全度，每每使得主要決策者則須背負龐大的壓力。同時，限制探病之措施時常也形構人道探視的倫理兩難（馮明珠等，2020），使社工師及團隊產生龐大無力感。

¹⁷ DRGs 診斷關聯群(Diagnosis Related Groups)係一種住院支付制度，是將醫師診斷為同一類疾病、採取類似治療的疾病分在同一組，再依病人的年齡、性別、有無併症或併發症、出院狀況等再細分組，並將同分組的疾病組合依過去醫界提供服務之數據為基礎，計算未來保險人應給付醫院之住院費用，此種支付方式又稱「包裹式給付」。資料檢索：衛生福利部中央健康保險署。

¹⁸ 第五屆華人地區醫務社會工作國際研討會於民國 110 年 11 月舉行。

(五) 社會工作部門的調整與因應策略

醫院社會工作部門為因應三級警戒防疫規定而制定諸多政策與提出因應方式，從臨床個案工作到病友團體、志工方案、行政管理制度皆有所異動：

- 1.配合分艙政策，舊有按照科別以區分臨床實務分工之規定，則異動為採行分樓層及分區域之方式區分業務分工，以避免跨區間作業工作，俾利疫調足跡查閱。
- 2.因應分流政策，部門單位先行擬定大規模院內感染預防計畫，將降載上班人力、異調部分人力至他單位辦公室，以確保疫情擴散時保有部分工作人力，例如：社工部門與營養科部一半人力對調部室辦公。
- 3.配置主責專責病房之社工師，並且綁定固定職務代理人。
- 4.個案工作：電話網絡聯繫作為優先暫時替代性預估之方法，倘若問題仍無法獲得解決又有急迫性需求，再行配戴相關防疫設備至臨床施行進一步預估與處遇。
- 5.團體工作：在三級警戒背景之下團體病友會停辦與展延，並改以網路視訊的方式進行。在二級警戒則兼採視訊或是實體間隔座位的方式舉行。
- 6.志工方案：暫停志工服務方案，試疫情狀況滾動式調整部分志工方案重啟計畫：三級警戒為全面暫停志工服務；二級警戒為調整重啟門診及非專責病房志工，急診暫停服務。

二、研究建議

本研究將對於醫務社工師所提出的臨床經驗提出幾點微薄建議，分別將從政策面、實務制度面逐一討論。

(一) 社會安全網的再定義

我國勞動部特別對於身受疫情導致生計受到影響的民眾提供多元補助方

案¹⁹，但是針對高風險對象族群而言，現行多元補助方案其仍屬殘補式福利，疫情肆虐所帶來的結構性問題難以一次性的解決。目前我國社會救助法第二十一條第六項雖規範針對急難性質的救助協助有專法明文規定：其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境，經直轄市、縣（市）主管機關訪視評估，認定確有救助需要。雖然該法屬母法位階，囿於定義何謂「其他因遭遇重大變故」及「致生活陷入困境」的裁量判斷，仍係回歸於公權力行政裁量權，福利申請過程相對嚴謹且行政程序繁瑣；再者，勞動部亦推動紓困 4.0 方案之政策，使得福利給付的申請上相對便民。然而，尚有未符合社會救助法規範對象及紓困 4.0 申請資格之社會大眾，使得其經濟受疫情影響後，卻又求助無門。

我國衛生福利部（2018）提及強化社會安全網計畫，該計畫結合各部門的力量建構一張綿密的安全防護網，扶持社區每個個體面臨危機或處於危險處境時，藉由網絡聯結（linkage）機制的強化，乘載社會大眾對於安全的期盼，進而抵抗各種遭遇之問題。爰此，需再另行針對新脆弱族群列入其風險指標，健全因受疫情影響之弱勢者的保護機制，強化因應風險社會之韌性。

（二）疫情下的醫務社會工作的價值與倫理討論

全球社區透過促進強化公共衛生系統來面對疫情爆發時，增加社會大眾健康狀況的韌性及應變能力（Robert K.,2020）。本研究發現，面對疫情所產生的衍生問題，以及公共衛生治理政策所致的裙帶影響，對於醫務社會工作有著相當程度的改變與新挑戰。從臨床社會工作到政策制度，尚須特立專案或政策始能保障返家無法自理照顧之個案能有安置照顧之多元輸送渠道，建立臨時轉銜照顧管道以維護返回社區之基本生命安全。為避免助人工作者之專業耗竭，建構助人工作者多元晤談諮商方案，讓專業助人工作者能在承受疫情壓力照顧個案之虞，亦能妥善照顧到自己，達到身心靈的修復。醫務社工師於分艙後得主責專責病房，冀各個醫務社會工作部門能發展出疫情下專業化社會工作服務，並專門研擬規劃專區工作指引，俾利將專責入艙之臨床人員能予以酌參，以達實務工作之周妥。

¹⁹ 中華民國勞動部官網對於受疫情影響之民眾提供各項紓困策略（稱為紓困 4.0 方案），詳盡地提供符合身分及條件之民眾可申請的補助方案故不再贅述：<https://www.mol.gov.tw/topic/44761/48532/>

同時，社工師於服務個案的過程，特別是面對弱勢族群，更需要更多的關注與資源來抵抗新冠肺炎疫情所帶來的要脅，弱勢族群具有高度的脆弱性，例如容易受到忽視的家庭暴力個案、遊民個案等，仍需要留意公衛治理政策的社會隔離之負面效果，對弱勢族群產生邊緣化的影響（Green & Moran,2021）。顯然社會經濟係決定性的因素，高貧困與犯罪率、衛生設施缺乏使得該社區難以獲得健康食品、受教育水平受限、失業率高，將影響個人健康並增加被病毒感染的機會，科技產品的有無亦導致增加案家取得福利資源的障礙因素（Krouse,2020;Robert K.,2020）。

在這疫情大流行的背景下，許多本身免疫力較於脆弱、老年人、罹患慢性病患者、無法獲得優質營養支持、社會資源薄弱者也很可能為疫情大流行之下的弱勢族群，會更因為缺少了食物、醫療、藥物、情感支持而陷入危險，我們社工師更需要作為參照NASW²⁰的道德準則，有義務在這疫情大流行之公共緊急狀況盡最大的可能來提供適當之專業服務（Kathleen & Richard,2020），保持社會工作初衷的助人價值。

社工師為盡可能的避免傳染風險，預估形式／方法的改變（例如：電訪、穿著隔離衣等），促使我們反思是否會溶蝕或削弱專業關係。電訪視訊形式之預估難以進一步細緻評估家庭動力、個案臉部細微情緒變化、行為表徵之行動意涵、家庭環境的狀態、外在服裝符碼等訊息；穿著隔離衣之形式進行面對面訪視預估時，限制專業關係之建立、情緒關懷及安撫，評估報告完整性將受到預估方法論之形式轉向而有所受限，即便穿著個人防護裝備，社工在與案家的溝通、獲取非語言線索的能力、同理心體驗、透過觸摸做為安撫的可能性等皆有所干擾與折損效果，助人關係之間產生無形屏障，造成服務個案過程與專業關係取向之倫理衝擊及挑戰。邁向後疫情時代，醫務社工夥伴將深入省思有關服務個案所面臨的倫理及道德問題，其中也包含社會工作者是否願冒著被傳染風險與案家會談而衍生的個人倫理議題，並省思資源分配的正義，以及留意實務層面諸多尚未發覺的潛在性問題。

²⁰ National Association of Social Workers 為其成員和一般社會工作者提供指導、研究、最新信息、宣傳和其他資源。

鑒此，在疫情大爆發的時空背景下，可洞見社會工作在國家、社會、家庭場域當中的不可取代性，隨著科技日新月異同時也推出科技化的社會福利相關諮詢 APP 軟件供民眾下載，以確保獲得最新的個別化福利資訊，惟新冠肺炎疫情下，社會工作的角色在福利輸送、照顧安置、政策執行、情緒晤談輔導仍具高度不可取代性，無法透過科技及硬軟體加以替代，助人專業服務其中涉及細緻評估、人類行為互動、信任關係的建立等，皆是難以透過機械與科技所替代，更為凸顯社會工作的重要性。最後，筆者期許能透過本研究臨床實務層面導致的初步各項發現，俾利作為未來醫務社工因應疫情之參考與反思，藉此達到初級、次級、三級預防效果以提供支持性及補充性個案工作服務。

參考文獻

中文部分

- 中華民國醫務社會工作協會 (2020)。危機與創傷·再生與成長—重大事件衝擊下的專業與自我。2020 醫務社會工作永續發展研討會。台北：中華民國醫務社會工作協會。
- 內政部統計處 (2021)。110 年第 10 週內政統計通報。臺北：內政部。
- 行政院主計總處 (2021)。中華民國統計資訊網主計總處統計專區。檢索日期：2021-7-13。網址：<https://www.stat.gov.tw/np.asp?ctNode=452>
- 李培芬 (1993)。醫院社會服務部門之功能與角色探討。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- 呂民璿、左祖順、周玲玲 (2003)。醫務社會工作者面對 SARS 壓力因應之初探。社區發展季刊, 104, 150-163。
- 呂建德 (2020)。誰是我們？新冠肺炎、社會不平等與新社會契約。台灣社會學刊, 67, 247-257。
- 宋賢儀、龍玉、陳思雯 (2015)。醫務社工的經濟補助服務之發展與變遷：以某醫學中心為例。臺灣社會工作學刊, 15, 111-136。
- 杜震華 (2020)。新冠肺炎的經濟衝擊與全球化的終結。思想, 41, 287-294。
- 吳麗蘭、吳孟嬪、余錦美、郭俐蘭、馮容莊 (2021)。從以人為本理念建置新冠肺炎之護理整備作為—以臺北市立聯合醫院為例。北市醫學雜誌, 18(3), 269-280。
- 林毓芸 (2018)。醫院組織特性與醫務社工工作內容之關聯。臺灣社會工作學刊, 21, 79-124。
- 林欣柔 (2020)。新冠肺炎流行下的公衛權力與界限。法律與生命科學, 9(1)。
- 周桂田 (2020)。驅動新冠肺炎風險治理 2.0。思想, 41, 281-286。

- 柯智慧 (2004)。醫務社會工作者應具備之醫務社會工作核心能力初探~以醫學中心為例。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 胡幼慧、姚美華 (2008)。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料登錄與分析，收錄於胡幼慧主編。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。臺北：巨流。
- 張四明 (2020)。臺灣 2020 年新冠肺炎防疫大作戰之啟示：政策工具觀點分析。文官制度季刊，12 (4)。
- 張芬芬 (譯) (2005)。質性研究資料分析。臺北市：雙葉書廊。
- 秦燕 (2010)。醫務社會工作 (第二版)。臺北市：巨流圖書。
- 秦燕 (2011)。醫務社會工作定位、工作內容與學生實習。社區發展季刊，136，76-85。
- 黃蒂 (2000)。台灣地區醫院社會工作部門工作現況之研究。中華醫務社會工作學刊，8，137-166。
- 黃芳誼 (2016)。全球衛生治理 (Global Health Governance) 的運作與發展。新社會政策，46，90-102。
- 陳向明 (2002)。社會科學：質的研究。五南出版。
- 陳武宗 (2003)。醫院社工人員參與 SARS 防治—心理衛生社會工作作業規範。中華民國醫務社會工作協會「抗 SARS 因應小組」編印。
- 陳武宗、劉嫻均、陳冠含、陳錦雯 (2011)。醫院醫療補助與社會工作實務。社區發展季刊，136，136-148。
- 陳惠雯 (2011)。醫務社會工作的安身與立命。長榮大學社會工作研究所碩士論文。
- 陳懷萱 (2019)。觀察進行式：淺談社區大學作為在地安老的一種設計。巷子口社會學。網址：<https://twstreetcorner.org/2019/03/19/chenhuaihsuan/>
- 陳嘉新 (2020)。防疫共同體的生命政治。台灣社會學刊，67，237-246。

- 國家發展委員會 (2017)。我國家庭結構發展推計 (106 年至 115 年)。台北：國家發展委員會。
- 葉光輝 (2020)。服務外購化趨勢下的高齡照顧內涵與政策研究方向。人文與社會科學簡訊, 21 (3), 30-35。
- 馮明珠、武香君、林慧姿、雷蕾、趙嘉玲、陸椿梅、楊婉萍 (2020)。面對全球新冠肺炎爆發台灣護理人員之壓力、心理困擾與緩解方式探討。護理雜誌, 第 67 (3), 64-74。
- 焦興鎧 (2020)。國際勞工組織因應新冠肺炎疫情對勞工市場衝擊建議之研究。台灣勞工季刊, 62, 62-70。
- 溫信學 (2013)。醫務社會工作 (第二版)。臺北市：洪葉文化。
- 衛生福利部疾病管制署 (2020)。因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情整備應變計畫。檢索日期：2021-07-16。網址：<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/sR8H-GsvYkVS0nOVFXJ-4w>
- 衛生福利部 (2018)。強化社會安全網計畫。檢索日期：2021-07-22。<https://www.mohw.gov.tw/dl-56324-d4d9a633-75e4-4b7a-86a4-064cefaaf5e6.html>
- 賴靜宜 (2010)。醫務社會工作專業在全人醫療理念中角色與定位之初探—以服務使用者的觀點切入。國立暨南大學社會政策與社會工作研究所碩士論文。
- 譚偉恩 (2020)。病毒跨境傳染下的全球衛生治理：以 2020 年 COVID-19 之疫情擴散為例。全球政治評論, 70, 55-86。
- 藍佩嘉 (2010)。照護工作：文化觀點的考察。社會科學論叢, 3 (2), 2-27。
- 蘇佩虹、彭紀棟、張巧玟、林文莉、黃建民 (2021)。COVID-19 疫情間醫師對醫療院所防疫信心之探討：以南部某醫院為例。醫院雜誌, 54 (3), 40-47。

英文部分

- Fidler, D. P., & World Health Organization. (2010). *The challenges of global health governance*. New York, N.Y: Council on Foreign Relations, Inc.
- Green L, Moran L, 2021. "Covid-19, social distancing and the 'scientisation' of touch: Exploring the changing social and emotional contexts of touch and their implications for social work." *Qualitative Social Work* 2021, Vol. 20 (1-2), 171-178.
- Kathleen J, Richard R, 2020. "SOCIAL WORK, ETHICS AND VULNERABLE GROUPS IN THE TIME OF CORONAVIRUS AND COVID-19." *SOCIETY REGISTER* 2020 / 4 (2), 67-82.
- Krouse, H. J, 2020. COVID-19 and the widening gap in health inequality. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 163 (1), 65-66.
- L. Marks, S. Cave, D. J. Hunter, 2010. Public health governance: views of key stakeholders. *Public Health*. Volume 124, Issue 1, January 2010, 55-59.
- Robert K., 2020. Risk Factors and Effects of the Morbus: COVID-19 through the Biopsychosocial Model and Ecological Systems Approach to Social Work Practice. *SOCIAL WORK IN PUBLIC HEALTH*. 2021, VOL. 36, NO. 2, 98-117. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1859035>.
- Sarah Banks et al., 2020. Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*. 2020, Vol. 63(5), 569-583.
- Valeria Carlson, Marita J. Chilton, Liza C. Corso, Leslie M. Beitsch, 2015. "Defining the Functions of Public Health Governance", *American Journal of Public Health* 105, no. S2 (April 1, 2015), 159-166.

Abstract

Due to the severe pandemic of COVID-19 in recent years, the government has adopted several public health governance policies to prevent from spreading the highly-contagious COVID-19. Furthermore, the Central Epidemic Command Center has implemented the nationwide Level 3 Alert for COVID-19 on May 28, 2021. In order to examine the impact of COVID-19 on the practice of medical social work, the study conducts in-depth interviews with medical social workers based on qualitative research approach. In this study, we interviewed seven medical social workers to profile the difficulties in clinical practice.

The research found that the impacts of COVID-19. First, the problems patients and their family faced are severe financial deficits due to the pandemic, the living arrangement for the families in need of care, the restriction of medical decision making and consensus, the dilemma between humanity visit and isolation policy, and the inconsistency of community care resources. Second, on the problems social workers faced include the constantly changing assessment methodology, piled up compassion fatigue, the conflict between health administer policy and placement system. Lastly for the hospital system, the difficulties are increasing demand of trans-department communication about cross-cabin system and loading management of volunteer resources.

Research results indicated that the increasing unemployment problem in pandemic era, reformulation of the standard of subsidy examination, community placement and care issues, the impact of anti-virus policies in hospitals, and the ethical adjustment regarding responses from social work department. Research suggestions include the redefinition of social safety network, the clarification of medical social work ethics, and the justice of medical resources distribution in post-pandemic era for the future medical work.

Key words: COVID-19, Public Health Governance, medical social work

