

王思雅

壹、前言

西元 1946 年世界衛生組織 (World Health Organization, 1947) 的國際衛生會議指出「健康是一個完整的生理、心理和社會福祉，而不僅是沒有疾病或不虛弱的狀態。」此即強調「健康」是一種全人且多面向的概念。除了遺傳或生物因素會影響健康，其他社會因素如社會階層、壓力、早年生活經驗、社會排除、失業、社會支持、飲食習慣及居住狀況等，皆被證實能影響個人健康情形 (Wilkinson & Marmot, 1998)，所以健康照顧包含了科學 (Science) 和社會 (Society) 兩個面向，彼此互為周全性、協調性和連續性的功能及角色 (黃源協, 2014)。傳統臺灣醫療體系，是以醫師為主導的醫療團隊 (physician-coordinated team) 為主，隨著病患就醫權益與自主意識提升，病患與家屬以及醫護成員也尋求最佳的醫療模式，開始探討生活與生命的品質。疾病的發生、治療成效與復健，並非只取決於生理因素

，而是受到生理－心理－社會 (bio-psycho-social) 三方面交互作用的影響，「以病患為中心」的醫療照護已成為目前醫療服務準則，因此在醫療過程中必須包含具有其他專業訓練的人員，形成一個團隊工作 (team work) 來處理病患的疾病，以及與疾病相關的問題 (宋麗玉, 2002)。

醫務社會工作即「社會工作者運用社會工作知識與技術於醫療衛生機構，從社會暨心理層面來評估並處理案主的問題，以醫療團隊成員之一，共同協助病患及家屬排除醫療過程中之障礙，不但使疾病早日痊癒，病患達身心平衡，並使因疾病而產生之各種社會問題得以解決，同時促進社區民眾之健康。」(莫藜藜, 1998)。

臺灣人口老化速度快速，自民國 82 年已邁入 65 歲以上老年人口占全國人口 7% 的「高齡化 (ageing) 社會」，至民國 103 年底，65 歲以上老年人口占全國人口已達 12% (內政部統計處, 2015)。依據國家發展政策委員會「中華民國人口推計

(103-105) 報告」，由於戰後嬰兒潮世代陸續成爲 65 歲以上人口，民國 103 年至 114 年將成爲我國人口高齡人口成長最快速的期間，預估於民國 107 年老年人口比率將達 14%，臺灣就進入「高齡 (aged) 社會」，於民國 114 年老年人口比率達 20%，即進入世界衛生組織 (WHO) 所定義的「超高齡 (super-aged) 社會」。

除老年人口的增加，行政院衛生署(現爲衛生福利部)於民國 99 年進行我國「國民長期照護需要調查」，針對各縣市 5 歲以上民眾進行抽樣調查，以了解全國民眾失能情形，並作爲發展長期照護保險及服務體系參考，總計 35 萬人爲此調查樣本。結果發現我國 5 歲以上失能率 2.98%，且失能率隨著年齡增加亦有增加的趨勢，不論是男性或女性，65 歲以上者失能率較 5 至 64 歲者有明顯上升趨勢，且失能率在 85 歲以上爲最高。至民國 104 年全人口失能人數達 76 萬人，全人口失能率增至 3.36%，推估國人一生中長照需求時間約 7.3 年，男性 6.4 年，女性 8.2 年(衛生福利部社會保險司，長照保險制度規劃，2015)，而此可見長期照護需求與日俱增。

近年我國推展疾病診斷關聯群 (diagnosis related group, DRG) 及急性後期照護 (post-acute care)，因成本考量，醫院面臨縮短病患平均住院日 (average length of stay) 的壓力。「出院準備服務」是依病患病況之需要，透過醫療團隊努力，以確保健康照護的持續性。透過出院準備專人協助，評估病患出院後可能出院的照顧問題，整合社區醫療照護資源，與

病患、家屬及醫療團隊相互溝通、協調。讓病患在人性化考量下，符合醫療、健保、生活照護品質及成本效益訴求下，提升病患、家屬自我照顧知識及技能，使病患可安全順利的返家照顧或轉介至合適的社區照護資源，以達到妥善的照顧品質(秦燕，2009)。綜上所述，老年人口增加、失能人口增加、扶老率增加，加上疾病型態改變、家庭結構改變、家庭照顧提供者減少，全民健保的制度及醫療服務型態的轉型，長期照顧需求增加，各醫院積極推展出院準備服務，以整合衛生醫療與社會福利，而此可見，出院準備服務爲結合醫院、急性後期照護及長期照顧服務完整連續性照顧模式相當重要的一環，透過出院準備服務與長期照顧管理中心的連結，才能使民眾獲得更適切的服務協助(陳亮汝、蔡麗珍，2012)。

貳、出院準備服務之推展

我國於民國 83 年即將出院準備服務列爲施政要點試辦計畫，民國 84 年全民健康保險施行後，病患因醫療費用壓力減輕，急性醫院慢性病患佔床情況普遍，並於民國 99 年正式將出院準備服務納入醫院評鑑之常規項目中。民國 100 年醫院評鑑基準亦強調「出院準備服務及持續性照護服務」，以期在有限的醫療資源中善用人力與物力，提供最佳的醫療服務(黃素霞、邱淑貞、盧豐華，2011)。近年來，出院準備服務亦爲醫院社會工作部門的重點工作之一。

民國 96 年行政院核定長期照顧十年計畫，強調社區照顧資源的連結，無縫隙、連續性的照顧服務，由各縣市之長期照顧管理中心執行照顧管理制度，連結各醫院執行出院準備服務，目的為出院準備病患連結社區資源，以滿足後續照顧需求，發揮連結急性醫療與長期照顧體系之功能，因此出院準備服務也是照顧管理制度規劃的工作重點，可見出院準備服務與健康照護連續性之重要(陳亮汝、蔡麗珍，2012)。

Rossen (1977) 以社會工作的觀點來看出院準備服務：「出院準備服務是一種專業服務，在協助病患適應其疾病以及因應疾病所帶來的種種影響，協助其順利離開醫院，回到一個擁有能滿足其需求之資源的社區中；服務內容包括，評估病患個體之需求、規劃一個合宜且可接受的計畫，以確保病患擁有一個安全、能顧及其生活品質的持續性照顧」。美國醫院協會 (American Hospital Association, AHA) (1983) 提出：「出院準備服務 (Discharge Planning) 是一種集中性 (centralized)、協調性 (coordinated)、科際整合性 (interdisciplinary) 的過程，透過醫療照護專業人員、病患及家屬的共同合作，以確保所有病患在出院後均能獲得持續性照顧。計畫中必須反映病患及家屬內、外在之社會、情緒、醫療，及心理上的需求與協助，不但必須提供持續性照顧，尚須追蹤並了解病患出院後之立即性需求」。

在醫療院所中，病患能夠接受完善的醫療及健康照護。但病患入院必定面臨出院，出院照顧往往是更令病患及家屬感到

焦慮的。如：傷口換藥的技巧、留存管路照護、術後行動不便、癌症惡病質症、老年慢性病症反覆發作、居家照顧人力不足、居家無障礙環境不足等，皆會讓病患及家屬感到無安全感，不知何時會有狀況發生亦不知如何處理。因此，如何讓病患順利出院且接受出院後相關照顧服務、福利服務是相當重要的，包括提供病患及家屬情緒支持、協助尋求合宜的經濟支援、與案家討論出院照顧人力安排、協助病患及案家發揮自身的能力及家庭內部資源、並協調社區外部資源，或轉介相關支持性、教育性病友團體等，這些皆屬社會工作基本專業。

因此，出院準備服務 (Discharge Planning) 可以歸納，包括出院計畫和出院規劃，是指統合醫療、社會、財務資源；利用個案管理的原則，透過醫療團隊成員 (醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師、轉介師) 共同協助在病患住院期間考慮其繼續性照顧的需求，在出院前提供合適的照護計畫和轉介服務，安排適當的服務使病患和家屬能及時、安心且滿意的離開醫院，順利回家或轉介到照護機構，得到妥善的後續照顧，達到最佳的健康狀態與生活品質，使病患得到完整且持續性的照顧。簡言之，適切的長期照顧方案係來自於完善的出院準備計畫。

出院準備服務概念架構包含四項要素：病患及對其有影響力的人 (patient and significant others)、可用的資源 (available resources)、法規 (regulations) 及醫療照

護提供者 (primary providers of health care)，四者關係密切，且皆以病患為中心運作 (張媚，1985)。理想的出院準備服務是針對所有有關醫療專業工作人員的意見

進行整合與服務，因此連結這四項要素而運作之工作者，即為「出院準備服務協調者」(如圖 1)。

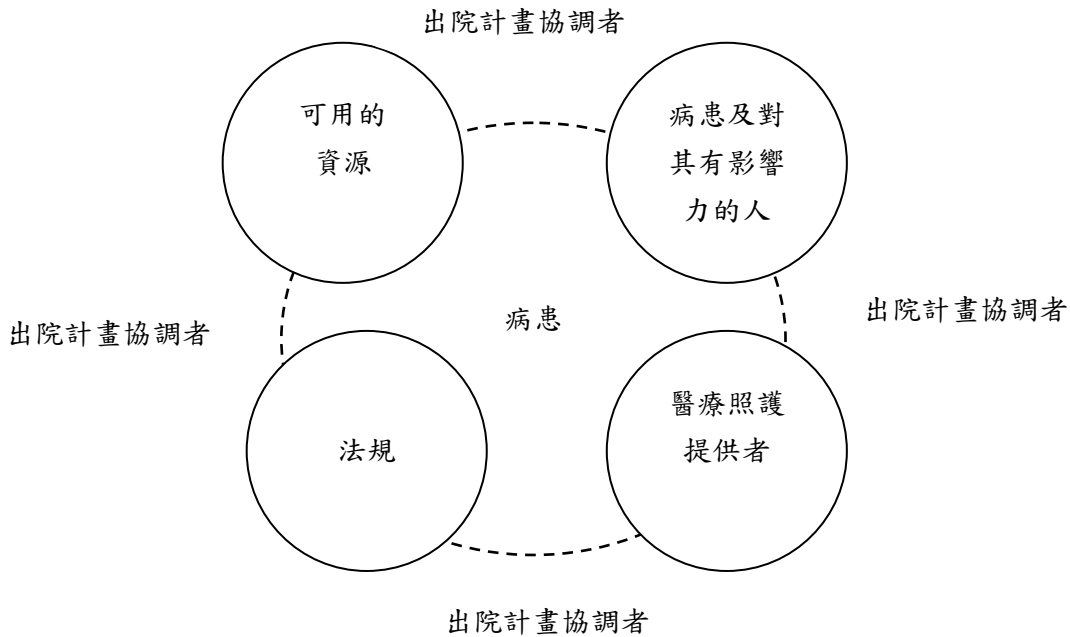


圖 1 出院準備服務與居家照顧 (引自：莫藜藜，1998)

參、出院準備服務模式及成效

依目前各醫院之作法，會成立一個出院準備小組，其組成成員以社會工作者及護理師為主。Nixon, Whitter & Stitt (1998) 研究建議，高品質的出院準備服務三要項應包括：醫療團隊的照護；有效的團隊溝通；照護的成果評量 (李麗傳，2001)。由此可見，出院準備服務係需醫療照護各專業的整合。Holliman, Dziegielewski & Teare (2003) 比較社會工作師和護理師擔任出院準備管理師之差異，整理於下 (如表

1)。

國外指學者出，出院準備計畫為社會工作者主要的任務 (Kadushin & Kuils, 1993) 其原因為除了病患之醫療問題外，出院準備服務範疇廣泛，非醫療性之社會心理層面的問題及協調社區相關資源，實為社會工作專業的發揮。社會工作服務模式，內容多偏重社會福利層面，如社區資源利用、經濟救助及心理支持。護理服務模式內容則偏重於臨床及居家照顧的護理指導。隨著時代的變遷，出院準備服務現今發展趨勢以「醫療整合跨專業團隊模式」

為主。由各種醫療專業人員組成照護團隊，以病患為中心，共同參與出院準備服務，並由一位個案管理者負責協調與整合各種專業人員的意見。

	社會工作師	護理師
共通處	參與會議、文件記錄、治療團隊責任、員工在職訓練、監督、門診病人服務、募款、準備評鑑、預算	
不同處	社會心理評估 預立醫囑的引導與執行 孩童、老人虐待篩選 高危險家庭篩選 藥物濫用介入 危機處理 個人、家庭治療 團體治療 哀傷輔導 家庭訪視	病患、家屬教育 保險身分確認 感染控制 藥物盤點 臨床路徑追蹤 專業人員教育及研究

透過整合病患（服務使用者）、照護者及各醫護專業間的合作，由上游的急性醫療體系著力完整而充分「出院準備服務」，可發揮多項優點：（吳肖琪，1998）

一、對醫院而言

- 1.符合法令及評鑑單位之要求。
- 2.有效利用人力及設施，提升醫療照顧之效率水準。
- 3.節省成本，在 DRG 制度下，可降低病患住院日數。
- 4.醫院對病患出院後的需要仍表負責，有助於醫院形象的提升。

二、對病患及家屬而言

- 1.藉由出院準備服務之過程，增加醫

院人員與病患及家屬的互動，尚可提供病患及家屬更多衛教，提升照護品質。

- 2.病患可以更了解出院後的需要及預期治療成本。
- 3.可減少疾病復發及再住院，以及不必要的急診。
- 4.因住院日縮短，可減少院內感染機會。
- 5.依據病患及家屬社會心理條件，獲得較為適切的出院安置。

三、對社會而言

- 1.適當的使用社會資源，並可針對特殊病患之需要提供協助。
- 2.可適當的利用健康照護服務。
- 3.可減少病人家庭、機構及保險單位

財務負擔。

4.出院準備服務計畫過程的程序文件及資料檔案，有助於評估連續性照顧及品質保證之研究。

肆、出院準備服務流程

依據美國醫院協會(American Hospital Association, AHA)(1983)出院準備服務分成七個階段：1.病患界定系統(patient identification system)。2.病患需求評估(patient need assessment)。3.發展出院準備服務(development of a plan)。4.社區資源聯繫(community resources)。5.訊息轉介及移轉(referral and transfer of information)。6.追蹤(follow-up)。7.醫院與機構間的協調合作(hospitalwide coordination)。

我國出院準備服務的流程根據中華民國護理師護士全國聯合會之「出院準備服務指引」內容：1.篩選高危險群個案。2.評估確認病患及家屬需求。3.擬定照護計畫，含住院期間、準備出院、出院後，執行服務安排及轉介，追蹤評值服務成效。

出院準備服務的整個流程為一動態過程，可歸納為六個步驟：(吳肖琪，1997)

一、個案篩選

彙整所篩選個案，進一步評估，確認符合接案標準的個案。

二、個案評量

完整評估病患需求、家庭支持功能及

社區資源，並稽核完成的時間。

三、整合適切的計畫

協調各醫療團隊成員提供病患所需的服務，並定期聚會討論病患事宜。

四、出院前評估

對病患的後續性照顧，出院前的訪視及出院後的安置。

五、轉介計畫

協調病患及家屬，聯絡後續性服務。如：預約門診、聯絡機構、社區照護、交通服務、經濟補助、輔具租借、後續機構來訪或衛生所個案交接。

六、後續追蹤與評估

病患自我照顧情形、醫藥囑遵從情形、轉介執行情形、滿意度評值，以及再住院率、急診率之評估。

伍、醫務社工師的角色功能

社會工作者於出院準備服務的焦點任務包括，對病患個人和家庭各方面的社會心理評估，提供面對危機的各種資源。社會工作者於出院準備服務的角色功能如下：(吳肖琪，1998)

一、評估者與使能者

(evaluator and enabler)

評估疾病對病患、家屬造成的社會、心理、經濟、環境等方面的影響，協助醫

療團隊及早發現造成病患滯留醫院的高危險因子，並輔導病患及家屬針對問題與需求尋求自助的解決之道。

二、諮詢者 (consultant)

針對病患出院準備所需的各項資訊和資源，提供相關諮詢服務，以減輕當事人的心理壓力與負擔。

三、資源媒介者、供給者及開發者 (mediator, provider and developer)

掌握社區資源、資訊，依據病患繼續照顧所需的協助，主動聯繫、轉介相關社區資源機構，並配合病患及社會結構的需求發展，積極開發新的資源體系。

四、協調者 (coordinator)

運用溝通技巧與協調能力，促進雙向互動的醫病模式，暢通醫院與社區資源機構間的銜接，相互支援轉介關係。

五、教育者 (educator)

提供出院準備服務與繼續照顧之在職

訓練，以強化個專業間的合作與共識。藉之增強各醫療專業人員對於社區資源知識和相關法令認識。

六、倡導者 (advocator)

依據病患需求無法獲得適當滿足與資源不足之實際情況，向有關衛生、福利機關反映，促請相關法令的修訂，保障病患醫療及療養的權益，使健康照顧政策更趨周延合理。

任何需要照顧的事件發生，如：因疾病、意外或生理功能退化而失能，家庭初期面臨家庭經濟結構改變、照顧功能重新分配、心理壓力的衝擊，此時家庭關係緊張且混亂。當照顧家庭形成，透過家庭協商，進行家庭內部經濟、照顧分工結構的重分配，藉以評估家庭缺乏的資源並尋求外援，於家庭使用長期照顧相關服務資源時期，亦會因病患疾病變化或其他家庭事件，影響照顧共識、照顧危機。當病患往生，照顧週期結束，然而當照顧者或其他家庭成員成為被照顧者時，家庭又再次進入家庭照顧週期循環中（如圖 2）。

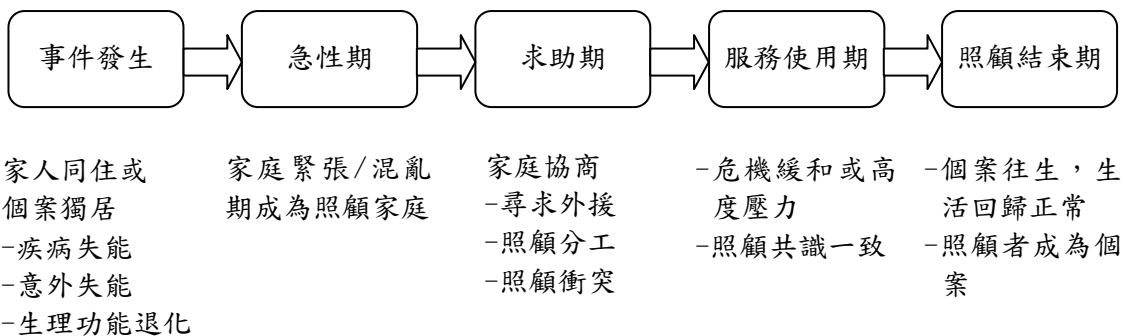


圖 2 家庭照顧週期 (修自：林蘭因，2014)

從急性醫療到長期照顧，「出院」亦即要立刻承擔照顧病患的責任。對於因疾病或意外造成身體功能損傷，出院後需要持續性照顧的病患與家屬而言，這是段從短期配合到長期適應、接受的歷程。在照顧過程中，有不知道如何照顧的無助、受到被照顧者挑剔的無奈、家屬不予支持體諒的委屈、就業和照顧責任的衝突。有些病患和家屬僅需提供輕微的衛教指導，案家的即能安排和適應良好。但目前社會及家庭問題複雜化，困難照顧的病患增加（需使用呼吸器、氣切管、隔離照護），對某些病患和家屬來說卻會產生高度焦慮，需重新進行家庭生活分工安排、家庭經濟結構安排，情緒上對於預後的害怕及無助，更甚者為社區資源缺乏或被拒絕。透過社會工作者的專業評估且及早介入，與病患及家屬建立信任的合作關係，動員病患、家庭、社區、社會福利與醫療照護系統的資源，建構個別化的照護計畫與支持網絡，讓出院及出院後的照護是有準備且有計畫的，協助病患與家屬回到家庭、社區或進入機構，得到適切的照護與支持。

陸、結論

醫院是個高度緊張的場域空間，在醫院中，醫護團隊、病患、家屬，每個人都各自在不同的狀況處於緊繃、負擔的壓力中。隨著時代的變遷，醫務社會工作者不僅侷限於弱勢個案經濟補助，現今醫院多整合社會工作者進入醫療照護團隊中。社會工作者通常具有其他專業成員沒有的反

壓迫價值觀、對於病患的家庭和社會情境有較高的敏感度、強調以病患為中心及自主的服務內涵、能在病患的機構與社會網絡中尋求資源、尋求連結，為工作團隊在執行、協調、監測與評值照護的結果過程中，建立不可取代的專業地位及角色（Lymbery, 2006）。另社會工作者較重視生態學理論，人與環境雙焦點之介入，明白整體性（holistic）和人與環境之間的交流關係，特別強調人在情境中和當前（here-and-now）現實狀況考量的實施原則，強調探討重點在於多重環境對人類行為與發展的影響，能對出院準備服務的服務內容，包括病患生理上醫療資源、心理、社會，甚至靈性層面上，家庭與社會資源之實質整合服務（詹惠雅、曾建寧，2010）。

完善的出院準備服務對於病患及家庭可產生極大的助益。病患於院期間疾病症狀可獲得解決，但出院後的照顧問題往往會因家庭的人力、照顧技能、照顧態度及心理壓力、經濟負擔而有所改變，導致病患反覆入院。因此，社會工作者於出院準備服務計畫執行過程中，應提供病患及案家全人的照護，宜先同理病患及家屬的想法及情緒，若面臨醫療團隊與病患或家屬間照顧意見不一致時，可透過家庭會議以澄清醫療治療計畫、家庭成員的想法、期待，以達成共識，減少長期照護壓力對整個家庭的影響，非一味地說服病患出院。社會工作者針對病患及案家進行完整的社會心理評估，包括生理健康狀況、日常生活與自我照顧能力、認知功能、情緒心理狀況、個人或案家的生活想望、經濟與家

庭支持、居家環境狀況、可用的社會資源等詳細的評估後，始能提供有效的協助。

除了出院準備服務個案處遇，團體工作的運用亦屬出院準備服務的一環，在疾病急性治療期間，讓病患及家屬參與病友團體，協助病患及家屬對於疾病治療及出院照顧有所了解，提供相關福利及社會資源資訊，並透過病友間的情緒支持，亦可

使病患及家屬在疾病適應及情緒調適上有所助益，進而於心理上做好妥善的出院準備。此係屬於社會工作者運用專業的思維與價值，統整社會資源及運用，為醫護工作團隊帶來專業的獨特性。

（本文作者為長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院社會服務課社會工作師）

關鍵詞：醫務社工、出院準備、長期照顧

📖 參考文獻

- 行政院衛生署（2010）。「國民長期照護需要調查結果報告」。
- 李麗傳（2001）。應用個案管理提升出院準備服務。護理雜誌，48（3），19-24。
- 邵榮華、葉湘芬（2006）。以照顧者需求為導向的出院計劃對腦中風病人照顧準備度及照顧結果成效之探討。長期照護雜誌，10（3），238-255。
- 秦燕（2009）。醫務社會工作，二版，臺北，巨流圖書公司。
- 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，136，83。
- 國家發展政策委員會「中華民國人口推計（103-105）報告」。
- 莫藜藜（1998）。醫務社會工作，臺北：桂冠圖書股份有限公司。
- 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，129，231-247。
- 許淑敏、邱啓潤（2003）。家庭照顧者的壓力源與因應行為—以一個支持團體為例。護理雜誌，50(5)，47-55。
- 陳幼梅、余麗樺、蕭美玉（2002）。衛生教育對中風病患主要照顧者疾病認知、社會支持及照顧負荷之影響。長庚護理，13(3)，205-215。
- 陳亮汝、蔡麗珍（2012）。影響出院準備個案使用不同長期照護服務之因素。醫務管理期刊，13(3)，190-206。
- 陳淑貞、吳麗淑（2009）。一位腦中風個案之『出院準備服務』之經驗。澄清醫護管理雜誌，5(3)，37-44。
- 黃素霞、邱淑貞、盧豐華（2011）。出院準備輔導策略模式之成效初探。醫療品質雜誌，5(4)，81-87。
- 楊昭恂、尹祚芊（2002）。醫學中心應用個案管理模式推展出院準備服務之現況。榮總護理，19(2)，125-131。

- 楊惠貞、蕭淑銖、陳永煌（2004）。臺灣「出院準備服務個案管理師」之工作現況。臺灣家庭醫學雜誌，14(4)，193-204。
- 溫信學（2014）。醫務社會工作（第三版），臺北，洪葉文化事業有限公司。
- 溫信學（2014）。醫務社會工作參與中期照護的契機與挑戰。145，150-157。
- 詹弘廷、黃源協（2014）。從出院準備服務談衛生與社會福利的整合。社區發展季刊，145，143-149。
- 詹惠雅、曾建寧（2010）。從社會環境之觀點探討臺灣出院準備服務。臺灣醫學，14(3)，346-350。
- 潘依琳（2000）。出院準備服務的建構與發展－以馬偕醫院為例。護理雜誌，47(3)，76-86。
- 鄧素文（2013）。我國長期照護政策之規劃。社區發展季刊，141，19-25。
- 戴玉慈、張丹蓉、羅美芳（1998）。臺灣地區之出院準備服務－試行計畫成果分析。慈濟醫學雜誌，10(1)，61-68。
- 黃源協、陳伶珠、童伊迪（2004）。個案管理與照顧管理 Case management and care management，臺北，雙葉書廊有限公司。275-296。
- Davies, Gordon Grant 主編，萬育維譯（2004）。老人照護工作：護理與社會工作的專業合作，臺北，洪葉文化事業有限公司。