

出院準備服務接軌 長期照顧服務問題之探討

曾文玲 · 王思雅 · 蘇雅梅

壹、前言

依據國家發展委員會（2018）「中華民國人口推估（2018 至 2065 年）」，我國已於 1993 年成為高齡化社會，且內政部於今年（2018）4 月正式宣布，我國 65 歲以上老年人口占總人口比率在今年 3 月底達到 14.05%，也就是說，7 個人中就有 1 個是老人，臺灣正式宣告邁入「高齡社會」，推估 2026 年邁入超高齡社會。2065 年每 10 人中，約有 4 位是 65 歲以上老年人口，而此 4 位中則將近有 1 位是 85 歲以上之超高齡老人。如何維護高齡人口的生活品質與尊嚴，以及因應老化社會帶來的青壯年照顧及扶養負擔加重和少子化現象，是政府持續努力的重要目標。

老年人口的增加，不只是 75 歲以上或 85 歲以上老人增加，也代表罹患多重慢性疾病及長照需求者的快速增加，然在醫療照護財務及勞動人力不足，且獨居人口增加產生家庭照顧者減少的情況下，政府應該朝有效率的整合資源，以失能者為

中心，發展長照保險、提供失能者有效率的醫療與長照服務、發展機構多功能及專業人員多技巧方面努力，以避免家庭悲劇的發生（吳尚琪，2017）。

長照服務挑戰臺灣社會，更挑戰政府作為，2007 年行政院核定長期照顧十年計畫，內容強調社區照顧資源的連結，以及無縫隙、連續性的照顧服務，並由各縣市之長期照顧管理中心執行照顧管理制度，楊淑為（2016）「從長照需求家庭角度評估我國長照十年計畫之施行成效與問題」發現長照家庭申請經驗或不考慮申請的原因如下：服務時數過短、服務內容與居服員態度、申請到服務等候時間過長。可見長期照顧十年計畫雖強調無縫接軌及提供連續性服務，實際上並沒有達到此目標。2016 年政府暫不實施長照保險，改以長照十年計畫 2.0（簡稱長照 2.0）銜接之前的長照十年計畫，改版後的長照 2.0 以「找得到、看得到、用得到」為目標，將服務對象擴大到 50 歲以上失智症患者、55 歲以上平地原住民、49 歲以下身心障礙者、

65 歲以上衰弱者，也增加服務項目至 17 項。其中增加了預防疾病、安寧等服務，讓民眾在生病前、生病後都能獲得服務與照顧。

長照服務需求的人通常亦罹患一或多種慢性疾病，實際上長期照顧的無縫接軌需要醫院端在病人出院前即著手進行出院準備服務，使病人在出院時即可及時連結上長期照顧資源，故於 2017 年衛福部提出「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」，然實施了「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」長期照顧真的就無縫接軌了嗎？本文試圖探討「出院準備服務與長期照顧接軌問題」，由醫院的角度出發，探討實際實施「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」所面臨的問題，並提出改善對策，以期望長期照顧服務可以真的達到連續無縫接軌、契合病人需求的目標。

貳、醫院實施出院準備服務實施現況

依據美國醫院協會（American Hospital Association，1983）對出院準備服務定義，提出該服務是一種集中性、協調性、科際整合性的過程，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之後均能獲得持續性照護。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護，尚須追蹤並瞭解病患出院後之立即性需求。而國

內學者戴玉慈、羅美芳及張丹蓉（1998）則指出：在病人住院出院準備服務定義是：在病人住院期間考慮病人後續照顧的需求，給予準備及提供家屬訊息，當病人需要時安排適當的服務，使病人及家屬能及時且安心的離開醫院，順利回家或從醫院轉到另一個照護機構，讓病人得到應有的後續照顧，並達到最佳的健康狀態與生活品質（詹弘廷、黃源協，2014）。衛生署於 1993 年即將出院準備服務列為施政要點試辦計畫；醫療區域輔導與醫療資源整合計畫中，將「協助推廣醫院施行出院準備服務計畫」列為重點工作項目之一，且因國內人口老化、慢性病的盛行、全民健保的實施與醫療服務型態的轉型，因而各醫院皆有迫切推展出院準備服務之需求（黃素霞、邱淑貞、盧豐華，2011）。

一、出院準備服務列為醫院評鑑基準

依據 2017 年醫學中心評鑑基準第 2.3 章「醫療照護之執行與評估」中 2.3.16 條文內容：「醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄。」其評量項目：1. 醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病人需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。2. 出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導（如：營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊），並能以書面資料提供給病人。3. 依病人需求，協助提供社區相關資源或轉介服務。4. 醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓

練，並有紀錄。而在地區及區域醫院評鑑基準中 2.3.14 條文內容：「依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導。」其評量項目：1. 醫院應明訂出院照護計畫作業流程。2. 醫院與院外機構建立轉診（介）作業流程。3. 出院照護計畫至少應包括：需求評估與疾病相關之計畫及指導，並能以書面資料提供給病人。4. 依個案需求，協助提供適當居家照護服務。由此可見，在以病人為中心、提升醫療照護品質的前提下，不論是醫學中心，或是地區及區域醫院，出院準備服務皆是醫療照護工作中重點項目之一。

二、醫院執行出院準備服務狀況

Nixon, Whitter 和 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（王思雅，2016；李麗傳，2001）。由此可見，出院準備服務需醫療照護各專業的整合共同提供服務。

依目前各醫院之作法，會成立一個出院準備服務小組，其組成成員以社會工作者及護理師為主。而當病人經直接照護之醫護團隊評估有進行出院準備服務之需求時，由主治醫師照會出院準備服務小組。

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：（吳尚琪、林麗嬋、鄒平儀，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。

由此可見，推動出院準備服務對於醫院而言有以下之優點：1. 符合法令及評鑑單位之要求。2. 有效利用人力及設施，提升醫學照顧之效率水準。3. 節省成本，在 DRGs 制度下，可降低病人住院日數。4. 醫

院對病人出院後的需要仍表負責，有助於醫院形象的提升。（吳尚琪、林麗嬋、鄒平儀，1997）

參、出院準備服務接軌長期照顧服務問題

有鑑於我國人口老化快速，慢性病及長期照護需求日益增加，加上全民健康保險開辦後，長期照護需求者常以急性病床取代慢性照顧問題，因此為確保出院後的個案，得到適當的後續照護，除了推動醫院執行「出院準備服務」外，2007年行政院核定長期照顧十年計畫，內容強調社區照顧資源的連結，以及無縫隙、連續性的照顧服務，並由各縣市之長期照顧管理中心執行照顧管理制度，因此結合各醫院執行出院準備服務，為出院準備病患連結社區資源，滿足後續照顧需求，發揮連結急性醫療與長期照顧體系功能，因此出院準備服務也是照顧管理制度規畫的工作重點之一（陳亮汝、蔡麗珍，2012），2016年政府暫不實施長照保險，改以長照十年計畫 2.0（簡稱長照 2.0）銜接之前的長照十年計畫，2017年衛福部提出「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」，以達到與醫院出院準備服務無縫接軌計畫的目標。

一、「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」現況

「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」主要的目的在於銜接出院準備，提供民眾連續性長照服務，縮短等待時間，改善生活品質，降低不必要急診及入

院，增進基層醫療照護與生活照顧效率（衛福部，2017）。由政府補助申請醫院經費，補助內容包含：

（一）補助醫院建置出院準備銜接長照服務創新模式

由醫院受過訓練之專責專職醫事或社會工作人員於住院病人出院至少 3 天前使用衛福部所訂照顧管理評估量表完成評估。並將長照評估結果登錄於照顧管理服務資訊系統，照管中心並應於個案出院後 1 個月內完成個案複評。申請醫院需與所在地照管中心完成接洽，擬定長照 2.0 之 17 項服務項目之銜接流程及銜接方式，其中需至少包含居家服務、居家護理、居家復健、喘息及簡易生活輔具等五項長照服務其中之三項。衛生福利部並於 2018 年 8 月函文各參與醫院，銜接出院準備服務內容擴及照顧及專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務、喘息服務等項目。

（二）辦理出院準備友善醫院認證

醫院依自行規劃建立之出院準備銜接長照服務流程提交服務成果報告，經衛福部依據流程創新、服務規模、服務效率等審查通過後，發給出院準備友善醫院認證，此認證效期四年，專案服務費補助結束後，受認證醫院仍應持續辦理本計畫服務內容。

此計畫於 2017 年度開始執行，計獎勵 200 家醫院，2018 年度再獎助 36 家醫院，以 2016 年衛福部「醫事機構現況及服務量統計分析」全臺計有 448 家評鑑醫

院，含概率尚未達到六成。

二、出院準備服務與長期照顧問題探討

衛福部提出「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」立意良好，以往服務使用者出院返家後始申請長照服務，常會面臨服務需求迫在眉睫，而服務無法及時提供予家庭。銜接長照 2.0 出院準備政策，以病人角度出發，於出院之前由院方出院準備人員及早完成病人失能評估，且核定服務計畫，縮短長照服務等待時間。

目前在實施過程中，長照服務申請以接獲醫護人員照會諮詢、會談過程中主動宣導或由家屬主動提出需求者為多。而出院準備人員經與各縣市長期照顧管理中心聯繫合作的經驗、病患家屬討論出院照顧計畫及回饋中，發現仍有可改善之處。以下為討論醫院承接此計畫，實際運作過程中之問題。

（一）人力不足問題

醫院中負責出院準備業務人員主要為護理人員及社工人員，人員的設置標準依據「醫院設置標準」及「醫院評鑑基準」，主要是以一般病床比例、特殊病床比例、手術室及門診等計算人員設置基準，醫院設置及評鑑的基準中並無規定執行出院準備服務業務人員配置標準，而「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」補助費用中雖有包含人事費用，但補助之金額並不足以負擔多增加之人力費用，故各醫院皆是以現有的人力執行這項業務，且由於各醫院於出院準備服務已有穩定成長之業務量，包含健保轉診轉院、出院準備追蹤

管理、居家護理轉介等，「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」的相關作業及與家屬討論服務配套，每個病人評估時間約一小時，使得現有人力負荷有雪上加霜的情形產生。

（二）專業教育訓練不足

依據「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」規定：申請單位之專職醫事或社會工作人員需接受下列 4 種課程（合計 7 小時以上）訓練：1. 長期照護需求、評估；2. 長期照護資源介紹與應用；3. 照顧管理概論等 3 類課程 3 小時以上，及 4. 評估量表說明與操作 4 小時以上。前述課程由地方照管中心指派之照管專員評估種子師資訓練之。此外，在照管專員或照顧管理督導指導下，完成評估實務試作至少 3 名個案。目前並無繼續教育學分的要求。但依據衛福部之「照顧管理專員、照顧管理督導之資格訓練課程」計有基本概念、評估與計畫、資源應用等三大類 40 小時訓練課程及實務實習 40 小時，另「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」第三章第九條規定：長照人員應自認證證明文件生效日起，每六年接受下列課程，積分合計達一百二十點以上：1. 專業課程。2. 專業品質。3. 專業倫理。4. 專業法規。

雖然醫院中出院準備服務人員皆具有護理或社工之專業背景，但從上述訓練課程的規定來看，參與「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」之醫院出院準備服務人員教育訓練課程遠低於照顧管理專員，出院準備人員的專業訓練及經驗以醫

務領域為主，「銜接長照 2.0 出院準備」除完成照顧管理評估量表外，亦需協助病人完成照顧服務配套計算及擬定初步服務計畫。除上述的長期照顧訓練基礎時數，訓練時數似有所不足。

（三）評估作業問題

醫院參與「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」中出院準備團隊，受理病人進行照顧管理量表評估時，需先登入衛生福利部照顧服務管理資訊平臺，該平臺可介接病人的身心障礙身份及長照福利身分（如一般戶、長照中低收、長照低收、社會救助法低收），此用意在於使醫院出院準備服務人員透過系統即可及早得知病人福利身份。惟實際平臺操作過程中，部分病人的身心障礙或長照福利身份介接資訊有誤，恐影響照顧服務給付部分負擔比例計算。為避免此類問題發生影響病人權益，出院準備服務人員需再與各縣市長期照顧管理中心確認身分，耗費工作時間。

依據「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」住院病人出院至少 3 天前使用衛福部所訂照顧管理評估量表完成評估，並將長照評估結果登錄於照顧管理服務平臺。而長照服務對象為 50 歲以上失智症患者、55 歲以上平地原住民、49 歲以下身心障礙者、65 歲以上衰弱者，且通常亦為罹患一或多種慢性疾病的病人。當在醫院出院準備服務人員已經完成照顧管理評估量表後，恐因疾病的變化致病人出院時程延後。筆者之醫院為急重症醫學中心，即曾發生此類案例，病人所在地之照

顧管理專員即要求將此案進行銷案，待病人確定出院前三天重新再進行一次評估，如此重複作業之工作亦耗費時間。

（四）長期照顧資源不足

吳尚琪（2017）表示長照的實施在數量及分佈上仍有以下的問題：1. 數量：政府雖獎勵補助機構至偏遠地區提供服務，並舉辦學考訓用相關會議，鼓勵更多人投入長照領域，然老人照護相關科系畢業生不進入長照場域、照顧服務員人力不足，仍是各類長照人力中最嚴重的問題；2. 分佈：為縮減城鄉差異，政府於 2010 年開辦偏遠地區（含山地離島）在地且社區化長照服務體系計畫，提供發掘長照個案、連結長照服務與培訓在地照顧服務人力的工作；至 2016 年全國有 43 個鄉執行此計畫，然偏鄉長照人力與設施設備仍遠較都會區不足。由此可見長期照顧不論是在資源的數量，或是分佈上，都有資源不足之問題。而醫院的出院準備服務人員進行完成「照顧管理評估量表」後，依據評估結果計算與病人及家屬說明可獲得之長期照顧服務，各地之照顧管理專員亦以此進行核發，然資源數量不足及分佈不均的狀況下，病人出院後實際獲得派案的長照服務與評估結果有落差，當院方與家屬進行後續追蹤時，家屬對於長期照顧服務實際媒合不到照顧服務員至家中提供照顧服務，認為無法確實緩解家庭照顧壓力的緊繃，亦會產生對醫院出院準備服務人員之抱怨與誤解。

肆、改善對策與建議

出院準備服務為結合醫院、急性後期及長期照護服務完整連續性照顧模式的樞紐，唯有透過出院準備服務與長期照顧管理中心的連結，才能使民眾更了解服務模式，進行相關服務的連結，才能讓民眾能獲得適切的服務協助（詹弘廷、黃源協，2014、陳亮汝、蔡麗珍，2012），故出院準備服務與長期照顧接軌雖有上述問題，但筆者仍試圖提出改善對策與建議，希望可將面臨之困境獲得改善。

一、出院準備服務人力單獨納入醫院評鑑項目

醫護人員是面對高度壓力的情緒勞務者。有研究發現，環境、機構、人為及個人特質等因素會影響員工的工作態度，也會影響員工的健康及安全。一個擁有緊張情緒及面對高度壓力的護理人員，在工作時容易導致錯誤發生，且高工作壓力也容易促進員工產生職場疲勞（林佳慧、周思源、蔡雅芳，2017）。在以病人為中心、維護病人最佳利益的前提下，實不宜以現有人力進行出院準備服務業務，然醫院評鑑的要求僅有：「醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄。」並無針對出院準備服務人力之要求，現況作法雖符合醫院設置標準及醫院評鑑人力要求，但也使現有實際臨床的護病比降低，人員的工作負荷及工作品質的維持都將面臨考驗。為維護良好的出院準備服務工作品質，醫院實有責任以充足的人力進行出院準備服務業務，

故建議醫院評鑑中將負責出院準備服務之人力於評鑑人力，不論是護理人員或是社工人員皆獨立計算，此部分可依據國內實施出院準備服務之經驗推算出醫院一般病床數與出院準備服務人力配比，以更落實出院準備服務。

二、強化出院準備服務人員執行「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」教育訓練，並訂定繼續教育的相關要求

依據護理人員法第八條：護理人員執業，應每六年接受一定時數繼續教育，始得辦理執業執照更新。前項繼續教育之課程內容、積分、實施方式、完成繼續教育之認定及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。而社工師法第十八條：社會工作師及專科社會工作師執業，應接受繼續教育，並每六年提出完成繼續教育證明文件，辦理執業執照更新。可見各職類專業人員繼續教育的重要性。除此之外，針對一些較為特殊性服務的專業人員，亦會有不一樣繼續教育學分的要求，例如「人類免疫缺乏病毒指定醫事機構」中護理人員需具有有效期限內之護理師（護士）證書，每年亦應接受愛滋相關繼續教育訓練超過十小時（學分），其中參加社團法人臺灣愛滋病護理學會、財團法人護理人員愛滋病防治基金會、中華民國防疫學會或臺灣愛滋病學會舉辦或認證之課程時數不得低於八小時（學分）。而針對社會工作師：具有有效期限內之社會工作師證書，每年亦應接受愛滋病相關繼續教育訓練達八小時（學分）以上，且由社團法人臺灣

愛滋病護理學會、財團法人護理人員愛滋病防治基金會、中華民國防疫學會或臺灣愛滋病學會、中華民國醫務社會工作協會或中華民國社會工作師公會全國聯合會認證。而安寧緩和醫療團隊於評鑑中的要求團隊人員均需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上方可達到符合項目，而若此項目要達到「優良」，則需要醫療團隊之醫師、護理人員及社工人員每 3 年應接受安寧相關繼續教育訓練至少 60 小時並有紀錄。

專業繼續教育是個人能力的專業化，可使專業人員的知識、技術與能力，維持在最新穎的情況。第一線服務的護理人員，常被期待要能在不同的情境中將能力轉換成有效能的行為。因此，如何透過不斷的學習，提升工作效能，增進服務品質與效益，成為專業成長的重要趨勢（趙婉青、王美華、陳淑芬，2009），這亦是上述舉例之服務項目強調人員資格及繼續教育重要性的原因。

鑑於病患從健康到失能的長期照護歷程，醫療將扮演未來養護及急、慢性醫療轉換重要的一環，亦即醫療型態將由原急性醫療為主的服務，導向慢性醫療服務。醫院出院準備服務人員於「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」的角色與任務取代了部分照顧管理專員的角色。在目前長期照顧相關專業訓練中，包含長期照護專業人力 Level 1 共同課程、Level 2 專業課程、Level 3 整合課程，課程內容雖有出院準備概念課程，但課程設計多偏重予居家照服員、長照機構人員。建議於課程內容增加出院準備實施方式，更能讓各專

業人力了解出院準備團隊之角色及功能，以及長照服務整體服務輸送過程。更考量照顧管理評估量表及長照給（支）付制度照顧組合係跨各專業的，於繼續教育訓練內容中，建議可增加營養、進食與吞嚥、困擾行為及臥床或長期活動受限相關初淺知識，增進出院準備評估人員有敏感洞悉個案之跨專業服務需求，增強資源連結能力，使照顧組合配套更能符合病患及案家需求。

出院準備人員亦屬「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」中，第一章第二條第五款中央主管機關公告長照服務相關計畫之個案評估、個案管理及提供服務人員。建議除完成長期照護專業人力三階段的課程，並且完成「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」規定之訓練。建議於「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」實施前已完成長照課程修業者，可溯及既往之學分，並完成認證，以俾長照專業人力相關資格訓練課程及繼續教育相關規定更臻完善，使服務人員知識、技術與能力，都能維持有效的發揮。

三、加強照顧服務管理資訊平臺資訊正確性，並簡化作業，避免重複進行評估工作

現況為確保病人長照照顧服務給付部分負擔比例計算正確性，出院準備服務人員輸入平臺系統前會再次向各縣市長期照顧管理中心進行病人身份確認，此造成實務工作之負荷。建議加強整併照顧服務管

理資訊平臺介接社會福利資格的正確性，使銜接出院準備流程更為順暢。

另「照顧管理評估量表」每次完整的評估及與家屬討論照顧配套至少需要一個小時的時間。若因病人病情變化，無實質影響病人的失能程度，而出院時間延後，以致於病人病情穩定出院前需要再次重新評估，將耗費出院準備服務人員工作時間，建議因應完成評估之病人病情變化延後出院之狀況，應制訂「照顧管理評估量表」中部分項目重新評估，部分項目可保留原有評估資料，避免重複作業。

四、政府針對長照資源應提供更多實質獎勵措施，增加資源數量，並改善資源分配不均問題

衛生署於 2009 年擬訂出「發展偏遠地區（含山地離島）在地且社區化長期照護服務體系計畫」；該計畫實施期間自 2010 年 9 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日，為三年計畫，目的擬在山地離島及偏遠地區擴增長期照護服務據點，增加服務之普及性；提升當地民眾使用長期照護服務之可近性；促進社區型長期照護服務之發展；鼓勵創新型長期照護服務之開發；並訓練及培養當地專業人力，提升在地長期照護的量與能，儲備長期照護專業人力資源（吳尚琪、蔡閭閭、葉馨婷，2013），然由全國資源盤點結果發現，目前部分次區域及小區仍缺乏在地之長照服務資源，其中尤以偏遠地區之長照服務資源最為不足；如何改善上述不足的問題，仍是當前長照政策重要的課題，建議政府應提供更多實質獎勵措施，於出院準備醫院端可增

加激勵方案，如：推動長照有功獎項的設立、納入醫院評鑑加分項目。另針對服務提供端，包含照顧服務員的薪資結構、服務優良表揚及休閒喘息規劃，增加更多服務人力投入長照領域，藉以改善資源分配不足與不均的問題，亦可解決醫院的出院準備服務人員評估結果與病人實際獲得派案的資源不一致的問題。

伍、結論

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，出院準備服務為結合醫院、急性後期照護及長期照顧服務完整連續性照顧是相當重要的一環，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）。而「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」的執行確實讓病人出院後取得之長照服務的日期將由原來的 14-21 天縮短為 1-7 天，許多民眾經由媒體新聞、網站資訊、服務使用者的經驗分享得知長照服務政策，於醫院內主動詢問及提出申請該項服務的比例增加，可見政策立意的良善是值得肯定的。惟推行初期，仍有上述的各項困境有待克服。若能有更充裕的人力編制及教育訓練，實能讓長照人力有效發揮其專業，透過改善照顧服務管理資訊平臺社會福利身份介接完整性或避免重

複性評估作業，亦能讓長期照顧服務從評估端至服務取得的流程更為流暢及縮短時效。方能讓更多的醫院願意參與此計畫，亦能讓需要長照服務的病人迅速、精準的取得有品質的長照服務。

（本文作者：曾文玲為長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院社會服務課社工管理師；

王思雅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；蘇雅梅為長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院社會服務課社工管理師）

關鍵詞：出院準備服務、長期照顧、銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫

參考文獻

- 王品、林綠紅、劉毓秀（2016）。臺灣長期照顧政策的新思維。社區發展季刊 153 期。32-47 頁。
- 王思雅（2016）。醫務社會工作者於出院準備服務的角色與功能。社區發展季刊 153 期。
- 中華民國護理師護士公會全國聯合會（2005）。出院準備服務指引。台北：全聯會。
- 吳尚琪（2017）。我國長照政策之新契機。長期照護雜誌 21（1）2017。1-7 頁。
- 吳尚琪、林麗嬋、鄒平儀（1997）。出院準備服務計畫評估及出院準備服務理想服務模式之建構。行政院衛生署 86 年度委託研究計畫。
- 吳尚琪、蔡閻閻、葉馨婷（2013）。偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點之發展。社區發展季刊 145 期。273-283 頁。
- 林佳慧、周思源、蔡雅芳（2017）。醫院員工工作壓力對職場疲勞的影響以台中區醫院護理人員為例。澄清醫護管理雜誌第十三卷第三期。20-32 頁。
- 陳瑜（2016）。檢視我國中高齡身心障礙者在急性後期之長期照顧需求。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 陳亮汝、蔡麗珍（2012）。影響出院準備服務個案使用不同長期照護服務之因素。醫務管理期刊，第十三卷第三期，190-206 頁。
- 李玉春（2016）。臺灣長照制度之檢討與改革策略建議～如何建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系？社區發展季刊 153 期。19-31 頁。
- 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
- 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。
- 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 期。143-149 頁。

- 楊淑為（2016）。從長照需求家庭角度評估我國長照十年計畫之施行成效與問題 - 以高雄市為例。國立中山大學公共事務管理研究所碩士班。
- 趙婉青、王美華、陳淑芬（2009）探討台北縣診所護理人員繼續教育需求及課程規劃之期望。亞東學報第 29 期。277-284 頁。
- 薛承泰（2011）。我國當前長期照顧政策研擬與困境。社區發展季刊 136 期。20-49 頁。
- 戴玉慈、張丹蓉、羅美芳（1998）。臺灣地區之出院準備服務－試行計劃成果分析。慈濟醫學雜誌，10（1），61-68。
- 衛福部長照專區 <https://1966.gov.tw/LTC/mp-201.html>
- 衛生福利部 106 年度獎助辦理「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」申請作業須知。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DONAHC/cp-2774-9225-104.html>。
- 出院，準備好了嗎？走出照顧困境的第一步，康健雜誌。取自 <http://www.commonhealth.com.tw/special/specialTopic.action?nid=39>
- 桃園市衛生局長期照護 <http://dph.tycg.gov.tw/care/>
- 長期照顧服務量能提升計畫（104~107 年）（核定本）
<https://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/26/730958/37bc9015-e3da-4ba8-9a98-cd8c5384b97a.pdf>
- 衛福部（2013）。中華民國 102 年老人生活調查報告。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-3586-113.html>
- 衛福部（2016）。105 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告（第一冊 _ 綜合報告）
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1770-3599-113.html>
- 國家發展委員會「中華民國人口推估（2018 至 2065 年）」，107 年 8 月 https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72