

# 從出院計畫談社區資源之利用

羅靜心

## 壹、前言

由於醫學科技進步，造成人口結構和疾病型態的改變。國人平均餘命提高，老年人口增加，我們將面臨人口逐漸老化的轉變過程，及其伴隨而來的各種社會影響與問題（吳淑瓊，一九八六：六六）；另一方面從衛生統計資料中顯示，國人十大死因中慢性病佔九位（行政院衛生署，一九九一），足以看出，慢性疾病對國人的健康已構成重大威脅。

慢性疾病是一種需長期治療和照顧的疾病，常需耗竭大量人力投注在病人長期醫療照顧，由於家庭制度的變遷，大家庭制度瓦解，家庭功能式微，小家庭已無法負擔起慢性病人長期照顧的責任（洪文棟，一九八八：四三）。目前國內缺乏合法長期療養機構，亦無社區後送支援單位，慢性病患堵塞在急性醫院已成一普遍性問題（鄒平儀等，一九八七：一），再加上現行保險中除公保將居家護理列為保險給付的項目外，其餘保險皆未給付病患出院後的繼續照顧項目，變相地鼓勵慢性病人長住一般綜合醫院（洪文棟，一九八八：四三）。出院問題除了是慢性病患和家屬面臨的難題，病人滯留問題也影響到一般社會大眾的權益和醫院的營運，慢性病人滯留在急性醫院，導致急症病患無法進入醫院接受治療，造成醫療資源的誤用和浪費（詹慧雯，一九九〇：四；Giles

et al. 1977:751）。因此站在善加利用醫療資源的前提下，有效發展出院計畫有其重要性。

在美國出院計畫已成為醫務社會工作重要的工作項目，社工員在出院計畫中扮演重要角色，一方面配合醫院政策，另一方面又為病患提供完整的服務。國內目前一些醫院，社工員開始參與在處理病人出院計畫的工作上，但環顧國內目前整個醫療體系的不完整，缺乏正式的社區支持系統來協助長期照顧的病人，因此社工員除運用專業知識外，常需主動發掘社區資源，廣泛結合資源，甚至要積極倡導政策制度，才能完成病人的出院計畫。本文筆者嘗試從出院計畫的課題討論社區資源的利用，並舉一個案加以說明。

## 貳、出院計畫與社區資源利用

美國醫院協會(A.H.A)在「醫院出院計畫簡介」中對「出院計畫」所下的定義為：出院計畫是一種集中性(centralized)、協調性(coordination)和科際整合性(interdisciplinary)的過程，透過醫療照顧專業人員，病患和家屬共同合作，以確保所有病患在出院後均能獲得繼續性照顧的計畫；計畫中必需反映病患及家屬內、外在之社會、情緒、醫療及心理上的需求與協助，而且，不但必需提供繼續性照顧之外，尚需追蹤瞭解病患出院後之立即性需求(A.H.A, 1983:

(二)。由此定義我們可了解出院計畫為醫院或其他機構所提供的一種社會服務，運用社會個案工作和社區工作的方法提供病患持續性的照顧。以下就出院計畫的流程來討論在出院計畫過程中運用社會資源的步驟，提供醫院的社工員為病患擬訂出院計畫時能詳細評估病患和家屬的需求和可利用的資源。

美國醫院協會(A.H.A)將出院計畫的工作流程分為七個階段，包括，病患界定系統(patient identification system)；2.病患需求評估(patient need assessment)；3.發展出院計畫(development of a plan)；4.社區資源聯繫(community resources)；5.訊息轉介與移轉(referral and transfer of information)；6.追蹤(follow up)；7.醫院與機構間協調合作(hospitalwide coordination)(A.H.A, 1983: 3-10)。

### 1. 病患界定系統：

第一階段即所謂病患的篩選(screening)，是指有系統界定出那些變項與「高社會危險群」的標的人口有關，以建立篩選所使用之高危險因子，方便界定出可能需要出院計畫服務的病患(詹慧雯，一九九〇：一八)。

國內外許多文獻都顯示，需要出院計畫服務的病人除與其生理狀況有關外，還受到許多其它因素影響，這些危險因子包括老人(鄒平儀等，一九八七：四八；Christ, 1984:186; Glass et al, 1987:752; Loveland Cook et al, 1992:103)、獨居或與一位病弱者同住的病人(Christ, 1984:186; Loveland Cook et al, 1992:103; Rehr et al, 1980)、有嚴重生理和情緒問題的病人，特別是一些威脅到生命的疾病，一些失去生理功能的疾病和慢性病患者(Loveland Cook et al, 1992:103; Rehr et al, 1980)、經濟狀況不佳者(Christ, 1984:186; Glass et al, 1977:751)、病人出院後居住環境需有改變，或病人在家照顧需有特殊設備的病患(A.H.A, 1983:25; Christ, 1984:186; Glass et al, 1977:752)、和一些住在外地，而又需留在醫院本地經常回醫院接受門診追蹤治療或放射線治療的患者(A.H.A, 1983:25; Loveland Cook et al, 1992:103)。

從這些危險因子顯示，需做出院計畫的病患常是一些本來就較缺乏能力或

資源的人，及一些病患出院後家庭必須面臨許多改變，而家庭無力獨自負擔這些改變和需求者。因此醫務社會工作者在篩選這些高危險群病患的同時，需意識到改善病患家庭支持系統的必要性。

### 2. 病患需求評估：

要先詳細探知病患和家屬的需要，及病人出院後照顧可能面臨的問題，才能有效協助病患和家屬。此時醫療團隊人員的共同評估非常重要，依據「醫院出院計畫簡介」(一九八三：四)提供我們一些評估要項：

• 醫療服務：多久一次？由誰提供服務？在何處服務提供醫療(診所、醫院或家裡)？

• 護理服務：多久一次？所需護理能力的層次？

• 復健服務：復健設備的種類、復健的頻率、復健專業技巧的層次和提供復健的場所。

• 臨床檢驗和放射線：所需服務的種類和頻率。

• 營養照顧：所需飲食指導、服務的類型和量，修正的頻率、菜單和追蹤。

• 社會工作服務：家庭支持系統、因應策略、目前生活狀況、諮商服務的需求與出院計畫。

• 教育服務：類型、目標和功效性，此項服務特別針對需受長期照顧的兒童和青少年。

• 交通服務：病人所需的交通工具，所需的頻率、距離、費用，並考慮經濟能力。

• 經濟協助：第三付費者和社會救助可協助的範圍，對於特殊需求的經濟來源，家庭資源和家庭需求情形。

經由評估上述這些病患和家屬的需求，能提供下一個步驟在發展出院計畫時，注意到病患和家屬在每個層面的需要，發展適合病患和家屬個別性的出院計畫。

### 3. 發展出院計畫：

了解個案家的各種需求、能力和限制之後，社工員開始要為病患擬定出院計畫。出院計畫的計畫內容必須廣泛運用社區中的各種資源，尤其是病患自己的家庭與居所，應是優先考慮的潛在資源，因此計畫的設計除了結合醫療相關人員之外，更需病患和家屬的參與和決定（詹慧雯，一九九〇：二一），因為惟有如此家屬在病患出院後才能有較好的適應力和應付困難的能力。

依據病人不同的生理限制和家庭不同的環境限制，目前國內對需長期療養病人的照顧，大致可分下列二種模式（陳世堅，一九八九：四〇）：

- 居家照顧：病人回到家中，主要由家屬負起照顧責任，醫院的居家護理小組定期提供醫療服務。部分偏遠地區病人，可結合當地開業醫、群醫中心或衛生所就近提供服務。

- 機構式照顧：可供考慮的機構有慢性病醫院、日間醫院 (day-hospital)、療養院 (nursing home)、安寧照顧病房 (hospice)、中途之家 (halfway house) 等。

不論選擇那一種服務，在決定前社工員需協助考量的因素有：病患和家屬的意願、家庭或機構負擔照顧的能力、社區和機構資源的支持力量及家屬支付服務的經濟能力 (A.H.A., 1983:5-7)。

### 4. 社區資源聯繫：

為使每一位病患的需求能有適當的服務相配合，醫院的社工員應負起評估社區資源的責任，進而與社區各相關機構建立資源的資料庫與工作網（鄒慧愷，一九八五：二一）。當病人的需求評估完成，病人和家屬決定出院後的服務方式，醫療團隊人員即開始與可能提供服務的資源或機構作聯繫，一方面了解病人接受服務的資格是否符合，一方面也再評估該資源是否能滿足病人和家屬的需求，經不斷修正，直到尋找到適當的協助資源。

### 5. 轉介與訊息移轉：

「轉介」不是社工員給案主「一個機構名稱和一個電話號碼或地址」就以為完成轉介過程，而是需有妥善的安排，使個案在適當的機構獲得適當的協助（王維憲等，一九八九：二六九）。特別在為病人做轉介時更需注意其確定性和正確的訊息移轉，才不致危及病人的生命安全。

當資源的聯繫確定後應盡早做轉介工作，以確保未來提供照顧的機構能正確有效地瞭解病人的醫療狀況、照顧需求和社會狀況。在轉介過程中也盡量安排家屬到機構參觀或與提供協助的人員認識，以增加家屬的參與性和自主性。另外醫院也應提供完整的轉介資料，包括：明確的診斷、治療過程和反應、特殊照顧需求、病人復健潛力、病人和家屬目前及預期的參與程度、病人和家屬的期待，其它資源協助部分和目前使用社會工作服務的情形 (A.H.A., 1983:8-9)。

### 6. 追蹤：

追蹤是確保病患得到適當出院計畫重要的一環，假如病患出院後發現出院計畫不適當或受轉介機構無法滿足其需求，那出院計畫訂定者應再提供其他的訊息或轉介機構給病患，直到獲得適合的服務 (Rosen, 1984:75)。

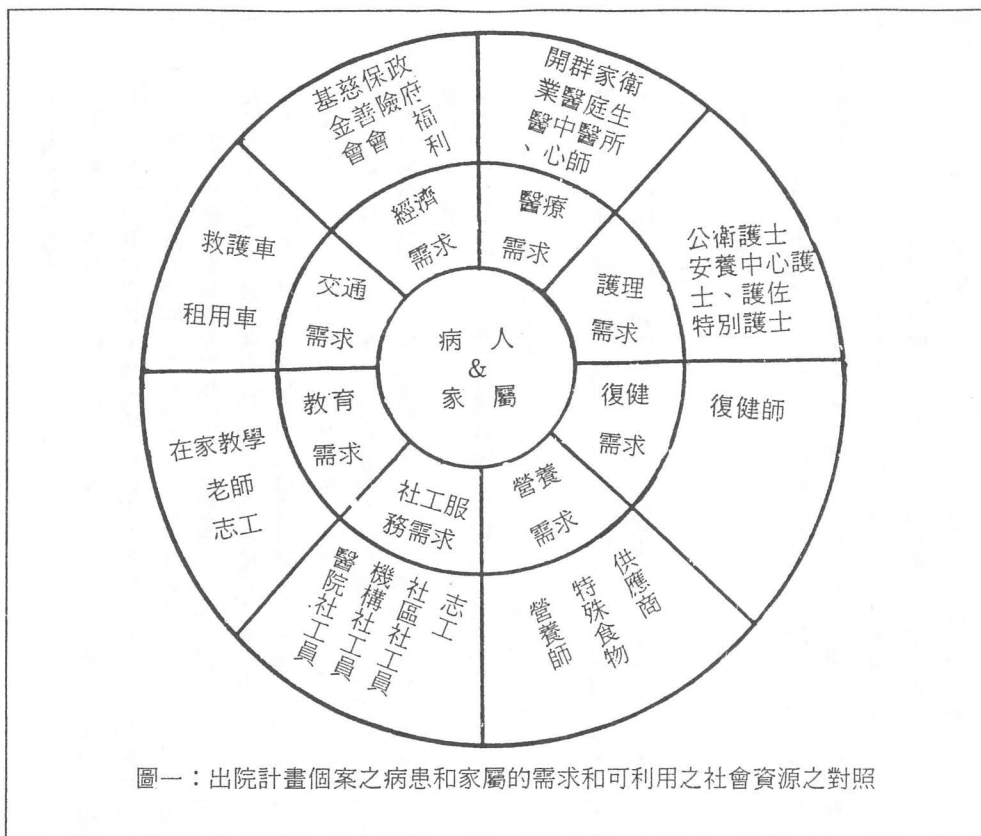
### 7. 醫院與機構協調合作

「協調」可說是出院計畫的關鍵，它包括與病人和家屬多次會談，醫療團隊人員共同界定病人出院後的需要，及和院外資源的密切聯繫與詳細瞭解。

協調和整個出院計畫過程的另一個重要部分是「評估」，定期的評估將決定協調是否發生了有效性，確保病患出院後長期服務的有效性，並能指出何時需再改變原有的服務以因應新的需求 (A.H.A., 1983:9-10)。

圖一是將上述流程中病人的需求和可能之潛在資源作一對照，予以社工員在整合資源時，能由點到面提供完整的服務，使病患和家屬回到社區後仍能持

續獲得服務的可及性，有效性和近便性。



圖一：出院計畫個案之病患和家屬的需求和可利用之社會資源之對照

### 參、個案實例：

以下舉一筆者處理過之出院計畫個案，說明處理過程中運用社會資源的情形。

楊君，十八歲，罹患囊性纖維化肌肉失養症，因肺炎、呼吸衰竭入院治療，經二個多月在醫院治療後，病情漸趨穩定，醫師建議病患出院，惟病患往後需長期依賴呼吸器，家屬回家照顧病患有其困難和擔心，經醫師照會後，社工介入為病患作出院計畫。

#### 一、評估階段：

社工員就下列問題進行評估

1. 醫療需求：病患呼吸器租用來源、使用方法、家屬使用呼吸器的能力，氣切管和鼻胃管多久需更換一次？由誰換？在何處換？病患是否仍需定期服藥、檢查？由誰服務？
2. 護理需求：是否有公衛護士可做居家護理？多久一次？家屬是否學會抽痰？家屬是否有基本的護理知識？
3. 復健需求：病患是否有復健的需要？需那種復健類型？家屬自己是否會做？或需有專業人員協助？
4. 營養照顧：病患所需之管餵食食物家屬是否會製作？是否已接受營養指導。
5. 社會工作服務：案家親友協助情形、家屬的照顧能力和照顧意願、家屬求助態度、和對出院計畫的配合度、居家環境等。
6. 交通服務：病人定期回院處理或定期換管，使用何種交通工具？便利性如何？交通費用支付情形。
7. 經濟能力：案家為列冊三款之低收入戶，福保不給付之部份有那些？家屬是否有能力負擔？家庭未來收入是否會因病患返家受影響？

經由上述一連串評估後，社工員開始與案家討論出院計畫內容，及未來服務計畫。

## 二、發展出院計畫階段：

評估後，確知案家照顧病人的能力和意願尚強，加上案家無足夠的經濟能力送病到安養中心照顧，最後決定採居家照顧方式。

決定居家照顧方式後，首先面臨到醫院居家護理小組因路途遠無法前往提供居家護理，因此社工員開始積極尋找案家鄰近資源，協助病患返家後更換氣切管和鼻胃管問題，鼻胃管由當地衛生所醫師每半個月到家更換，另因考慮氣切管在家更換之危險性，安排病人每一個月至最近之省立醫院急診處處理。交通往返問題則由案家自己與友人商借載送。

## 三、社區資源聯繫階段：

出院後的照顧方式和可利用的資源確定後，社工員開始與下列有關之資源聯繫：

1. 當地衛生所和省立醫院：說明病人病況，所需之服務，和未來如何運用此服務，社工員多次電話與衛生所主任和省立醫院急診處護理長聯繫，並協調病人的住院醫師向其說明病人目前病情，幸得二單位的慨然相助，才使病患出院後醫療問題獲得解決。

2. 慈善團體：病人每月的呼吸器、抽痰機租金、外加耗材費，每月最少需花費二萬八千元左右，若再加上醫師出診費、交通費，支出還不止這些，此費用實非案家能力所能負擔，經社工員聯繫社區慈善團體予以案家器材租金費用部分協助。

3. 當地政府社會課：因慈善團體一向濟急不救窮，為協助案家長期費用支出的問題獲解決，經陳情和電話聯繫促政府重視案家之困難，當地政府社工員家訪後，以專案協助購買呼吸器，減輕案家長期租用器材之困難。

4. 醫療器材儀器行：社工員和家屬與其談妥呼吸器之租用和購買方式及未

來售後服務項目，因醫療器材儀器行的服務人員為合格之呼吸治療師，定期到病人家中做售後服務，服務人員固定家訪協助社工員做追蹤工作，了解案家使用器材情形和回家照顧狀況，案家出現困難時服務人員會主動向社工員反應，以利社工員隨時了解案家出院後遭遇之困難。

## 四、轉介與訊息轉移階段：

病人出院當天，社工員準備社服室轉介單，並請醫師寫病歷摘要給家屬帶至衛生所和省立醫院，一方面先讓家屬與服務機構人員認識，另一方面讓這二機構對病人情形更能了解。慈善會和政府單位則由社工員直接寄轉介單给对方，並隨時與其保持聯繫。

## 五、追蹤階段：

本個案除由醫療器材行服務人員協助追蹤外，案家隨時與社工員保持聯絡，也使此個案追蹤工作得以持續，但案家在病人返家後案父又生病住院，病人病情變化案家不知所措和因衛生所換管有困難後再換當地小型醫院醫師協助，及考慮是否將病患暫轉安養中心等問題發生和進一步協助，都讓筆者感受到追蹤的重要性。

此個案因在住院期間醫師能及早照會社工員，因此與案家建立的信任感較好，相對地家屬配合程度就提高，在過程中社工員與家屬會多方面嘗試各種可能可用的資源，雖多次碰壁，但也教會我們如何再重新尋求資源，讓筆者感受到「運用社區資源」不再是教科書上抽象的名詞，而是在實務工作中需真正落實的技巧。

## 肆、結語：

處理越多病人的出院問題，越感受到病患和家屬的需求無限，而社區資源卻是那麼有限。目前台灣已面臨的人口結構和疾病型態的改變，未來需接受長期照顧的病人勢必增加，醫院社工部門介入出院計畫服務比重也會相形增加，

因此醫務社會工作者應多充實出院計畫有關知識，並整理相關經驗，累積社區各種資源檔案，成爲病患和家屬諮詢對象。社工員最了解病人的需要和尋求資源的障礙，因此社工員不再只是單純的資源利用者，而是社會資源開發者和政策的倡導者，喚起政府和大眾重視慢性病人、老人的長期照顧問題，以改善政府在健康政策上的制定。

另社工員也應再積極協調醫療團隊一起爲病人擬定出院計畫，醫師對高危險因子病人及早照會，並協助詳細醫療評估；護士在病患出院前即教會病人或家屬基本的護理技巧，像抽痰、灌食、翻身、注射胰島素等；其它像居家護理小組成員、營養師、復健師等，應在病患出院前即已完成指導和未來服務工作安排，如此才能使病患家屬有勇氣和能力去承擔病人離院後的照顧責任。

就政府方面，期盼政府能規畫長期完善的醫療和社會福利體系，建立完整的醫療網絡，將居家護理納入保險給付項目中，興建老人安養機構、慢性病醫院，並促市面林立的安養中心合格化，經由立案受政府監督。

雖國內出院計畫剛起步，但相信透過醫務社工員的努力，醫療團隊的合作和政府資源網絡的健全後，需長期受照顧的病人和家屬不再視出院爲畏途，而醫務社工人員在爲病人做出院計畫時也不再倍感吃力和無力。

### 參考書目：

- 王維憲、曾華源、王慧君 社會個案工作（四版）。台北：五南，一九八九。
- 行政院衛生署 中華民國七十九年衛生統計——生命統計。台北：行政院衛生署編印，一九九一。
- 吳淑瓊 由生命統計的變遷展望未來醫療保健的需求。健康世界，一一一，六四—六七，一九八六。
- 洪文棟 實施全民保險注重長期慢性病發展公益醫療健全軍醫之管理。台灣醫界，三一（一一二），四三—四四，一九八八。
- 陳世堅 值得醫界重視的長期醫療照顧。台灣醫界，三一（一一二），三九—

四〇，一九八九。

鄧平儀等 社會工作參與出院計畫效果之研究。台北：榮民總醫院研究報告，一九八七。

鄧慧韞 建立出院計畫模式之初步探討。護理雜誌，三二（一），一七—二三，一九八五。

詹慧雯 出院計畫服務現況初步評估性研究。東海大學社會工作研究所論文，一九九〇。

American Hospital Association (A.H.A.). Introduction to discharge planning for hospitals. IL: American Hospital Association, 1983.

Christ, W. Factors delaying discharge of psychiatric patients. *Health and Social work*, 9(3), 178-187, 1984.

Glass, R. I., Mulvihill, M. N., Smith, H., Peto, R., Bucheister, P., & Stoll, B. J. The 4 Scores : An index for predicting a patient's nonmedical hospital days. *American Journal Public Health*, 67(8), 751-755, 1977.

Loveland Cook, C. A., Chadina, L., Schmidt, B., Holloway, J., & Satterwhite, J. L. High social risk screening mechanisms : Patient characteristics as predictors of social work utilization in the VA. *Social Work in Health care*, 16(4), 101-117, 1992.

Rehr, H., Berkman, B., & Rosenberg, G. Screening for high social risk : Principles and problems. *Social Work*, 25(2), 403-407, 1980.

Rossen, S. Adapting discharge planning to prospective pricing. *Hospitals*, 58(5), 71-79, 1984.

Schrager, J., Halman, M., Myers, D., Nichols, R., & Rosenblum, L. Impediments to the course and effectiveness of discharge planning. *Social Work in Health Care*, 4(1), 65-76, 1978.

（本文作者現任高雄醫學院附設醫院社工員）