



為臺灣愛滋病個案管理制度把脈 ——談社會、醫療暨公衛個案管理模式之展望

徐森杰

壹、前言

許多感染愛滋病毒者一經確診後，所要面臨的生存困境往往多重且複雜，通常愛滋助人者沒辦法靠一個人的力量解決其難題，因此運用個案管理的專業方法介入服務已是目前公認有效解決個案多重難題的重要方法之一。

然而，愛滋病個案管理在不同的專業及不同的服務位置，有著多元的樣貌。如公共衛生體系著重於追蹤已確診感染愛滋病毒者能遵從醫囑，以不傳染給他人為主要目的，近年來更加強接觸者的調查，以免接觸者遭受感染而延緩治療；針對未感染的高危險人口群，則大力提倡使用保險套、固定單一性伴侶、不從事婚前性行為、不共用針具、稀釋液及容器等健康維護的個案管理；醫療機構則針對已進入該體系的愛滋病患，期待其按時回診、遵從醫囑、延緩發病，減少住院天數，儘快安排後送，並對未按時回診者提高其回診意願；社會福利機構則著重滿足愛滋個案的心理暨社會層面的各項需求。

臺灣行政院衛生署疾病管制局自 2007 年全面推廣愛滋病個案管理計畫以來，一直以加強輔導個案定期就醫並遵囑服藥，好能有效控制病情，並減少抗藥性的產生為個案管理師的主要工作職掌。如此僅側重以疾病管理為出發點的國家衛生政策，並無法真正解決愛滋病毒感染者(以下簡稱愛滋感染者)在罹病後可能伴隨而來的多重生存困境，以達到原本個案管理計畫預期的效果。本文將針對臺灣衛生署所主導的愛滋病個案管理計畫現況進行分析探討，並擬提出社區暨醫療多元並重的整合型個案管理模式之具體建議，以真正落實不僅減少疾病可能造成的各種傷害，也能增進個案福祉的目標。

貳、愛滋個案管理制度的內涵

為從多元整合性的角度探討個案管理制度，在此將先從個案管理的定義、愛滋病個案管理的模式及其他作法分述如下：

一、什麼是個案管理？

不同的專業範疇對於個案管理的介入方法雖有不同，筆者綜合諸多文獻後認為：個案管理係指一系列助人的過程，這個過程來自不同的專業、機構間的助人工作者，以個案為中心，透過對個案生存現況的瞭解、進行全面性需求評估、評定其可能的障礙、擬定具體可行的行動目標、進而將資源連結、提供諮商處遇，並且克服可能的阻礙等一系列整合性的服務過程，目的在協助個案減少原本生活方式可能產生的傷害、增進其健康、激發自我潛能、提昇生活品質，並且確保個案朝最佳福祉為處遇目標(王玠，1998；林武雄，2000；黃源協，2004；Powell, 2005；謝菊英，2006；黃富強 2006；柯乃熒，2009)。

二、愛滋病領域採用個案管理方法介入的理由：

感染愛滋病毒後，除了讓愛滋感染者受到生理上的損傷外，心理暨社會，以及靈性等層面也均會受到不同程度的衝擊。以下分別從微視與鉅視層面說明：

(一)就生理疾病調適的層面：

由於愛滋病是一兼具長期、慢性的傳染性疾病，其疾病進展緩慢、治療歷程複雜，長期治療可能出現各種不同程度的藥物副作用，有時會影響生活品質，必要時也需要不同醫療專業加以協助(施鍾卿，2007)。有些個案會有伴隨物質成癮的困擾，協助其調適或改變，乃生理層面的需求。

(二)就心理暨社會層面：

愛滋感染者常會面臨著擔心發病、害怕

曝光、焦慮就醫被拒、不敢謀職、沒有錢看病、家人不接納、不敢向性伴侶或接觸者告知、不知何時要開始服藥、副作用太大自行停藥、性需求無處發洩、沒有地方可住、被鄰里排斥、看不起自己、受親友排斥、擔心傳染給他人、自我孤立、想自殺找不到方法、想活下去又常找不到理由、想戒毒又克服不了心癮、想配合醫囑，卻吞不下藥丸等。林林總總的困難，有時不是光是配合醫囑、按時回診或服藥就能解決的(徐森杰，2007)。

(三)就靈性層面：

許多愛滋感染者生病後不知道活著的意義、對未來常感到茫然、有時會焦慮死亡的來臨，或不知死後會去那裡等、有些人期待著能有信仰的依靠、或對生命意義的探詢感到興趣等。

(四)就政策發展層面：

臺灣衛生署疾病管制局為因應愛滋感染人數急遽成長，避免愛滋病疫情迅速蔓延，以及為了減少治療費用的支出，於2005年在北中南三家愛滋病指定醫院進行愛滋感染者行為治療醫療給付試辦計畫，針對門診的愛滋病毒感染確認個案進行持續性之個案管理及行為改變等諮商輔導(邱珠敏等，2010)。此試辦計畫成效頗為良好，於是疾病管制局於2007年於全臺施行(葉元麗，2007)，並於2010年要求所有愛滋病指定醫院均應設立愛滋個案師。

綜上所述，愛滋病個案管理乃為協助愛滋感染者生理、心理暨社會、及靈性層面的需求，同時也因政策發展所需而被採用的服

務措施。

三、愛滋病個案管理的模式：

個案管理的模式，不同的學者有不同的見解，經筆者整理後，大致上可以區分為四大不同分類，茲分別描述如下：

(一)歐美國家過去發展個案管理的模式以下列三種為主(Garfinkel,1998；Chernesky & Grube, 2000；謝菊英，2007)：

1.仲介模式 (Broker Model)：

著重於執行的傳統仲介模式，個管師主要是在連結服務。個管師評估案主在醫療、社會暨心理方面的需求後，連結案主所需要的資源。之後再追蹤以監測個案是否已使用所連結的服務。由於個管師時間很有限，個案量負荷大，個管師與個案接觸的時間通常很短暫，所以此模式不強調與案主建立治療性的關係。因此對於個管師的教育與技能水準的要求並不高。

2.治療或臨床模式(Therapeutic or Clinical Model)

在此模式中，個管師不僅扮演中介連結資源的角色並且提供治療性的服務。個管師與個案建立治療的關係，協助個案做出改變。建立關係是此模式介入重要的基礎，關係的建立本身同時就發揮部分治療的功效。在此模式中的個管師須受過高度的訓練，個案量較少，與個案建立深度的治療關係。

3.進取性社區治療模式 (Assertive Community Treatment Model)

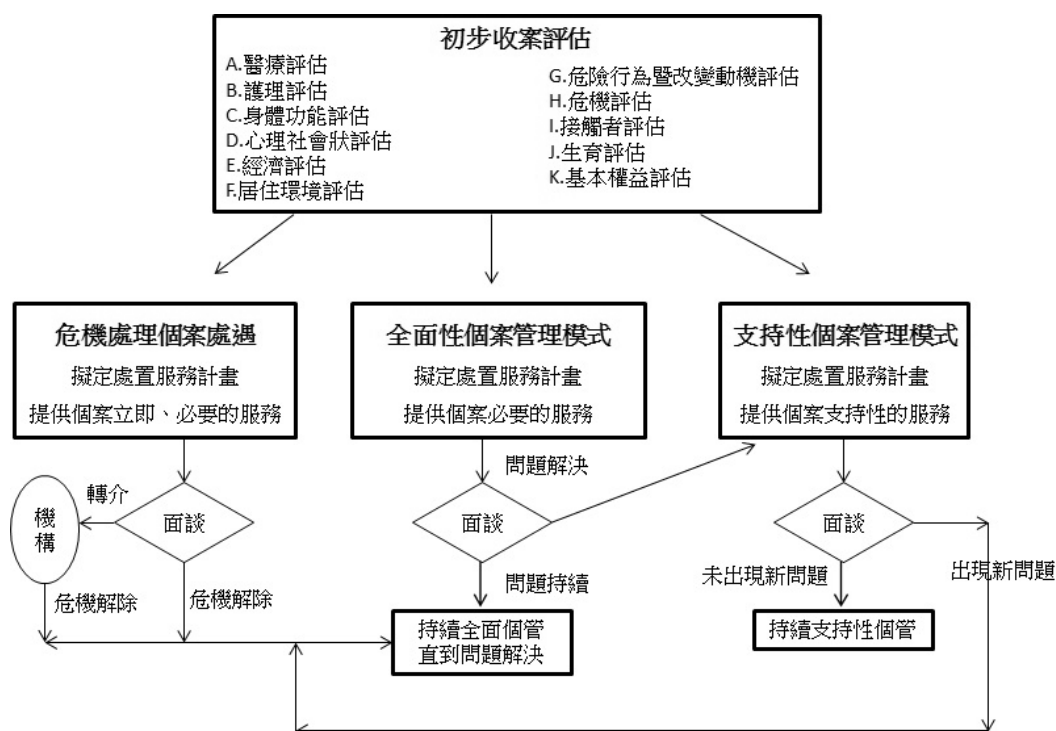
此乃針對精神疾病個案而發展出來的跨領域合作模式，目標在連結各領域的專長以提供多方面的服務，減少案主住院率，增強案主在社區獨立居住的能力。跨領域合作的評估可以避免某方面需求評估的疏失，各領域的分工與支持可以減少工作人員的耗竭，提供給案主的服務也不會因為員工的離職而中斷。

除了上述三種模式外，Fleisher & Henrickson (2002)將個案管理模式分為四類，分別為仲介模式(broker model)、康復模式(rehabilitation model)、支持模式(full support model)及優勢模式(strengths model)。仲介模式以一對一方式，由個管師獨自評估個案需求以滿足所需；復健模式則是由個管師評估個案優弱勢，協助個案克服困難，增強其在社區獨立生活的能力；支持模式則是整合個案照護所有的專業人員提供整合型的照顧；優勢模式則針對個案的長處，與個案共同擬定照護計畫，並與外在資源連繫，持續追蹤個案是否達成目標。黃富強(2006)則整理出康復(rehabilitation)模式、臨床(clinical)模式以及志願者(volunteer)個案管理模式，其中前兩項與其他人的模式重複，志願者個管模式指由志工擔任，採一對一方式陪同個案完成其如購物、社交、聯誼、回診等任務，並由機構提供定期督導。此模式在臺灣也正屬創新階段，適逢長期照護服務法正在建構中，像愛滋病此烙印性較高的疾病，有些照護管理人員並不願意提供服務，因此讓有服務意願的志願者或由同儕身分者擔負起個案管理，正是未來發展的方向。

(二)臺大醫院感染科團隊日前綜合美國的個

案管理模式，發展出該院的危機處理個案處置、全面性個案管理，以及支持性個案

管理三種模式(施鐘卿，2007)：



個管師依據每次會談評估個案的問題嚴重程度、緊急狀況、所需服務追蹤的頻率等將個案區分為支持性、全面性及危機處置等三種不同等級的個案管理模式，個管師會一

直追蹤處理個案到問題解決為止。

(三)依愛滋助人者不同的位置，將愛滋個管師區分為醫療照護個案管理、社會照護個案管理、疾病管理、健康管理等四種模式：

	醫療照護個案管理	社會照護個案管理	疾病管理或稱疾病追蹤	健康管理
標的群體	少數醫療資源使用偏高的病患	罹患相同疾病且有多重問題與需求者	一群罹患相同疾病的患者	一群尚未罹患疾病但有高風險者
主要場域	主要在醫院	主要在社區	醫院與社區	主要在社區
舉例	醫院住院一位愛滋病患罹患結核病，院內個案管理	愛滋感染者基本生活匱乏，繳不出健保費。公司因得	醫院門診發現一位愛滋病患上次看診的時間在一	公共衛生人員與相關非政府組織動健康促進活

	師關心是否有抗藥性問題？如果有要如何申請第二線抗結核病藥物？如何提最適治療以減少醫療費用浪費？患者在醫院主院期間如何避免造成院內感染？	知其感染以工作不利的理由資遣。長期服用合併療法造成髓骨壞死，醫院外科不予治療。社區個案管理師協助感染者重新取得健保資格，協助租屋、媒合工作並與權益單位保障基本就業、就醫權益。	年半前，疾病管理師關心該患者未能遵照醫囑定期回診的原因。持續追蹤該患者是否定期返院檢查，追蹤患者住家及生活圈是否有感染他人之虞？	動，提昇大眾養成安全性行為、定期篩檢的習慣，針對高危險族群實施一對一同儕教育方案，並不定期辦理種子師資宣導健康資訊。
--	---	---	--	--

上表由筆者整理自韓佩軒，1994；柯乃熒，1998；黃源協，2004。

(四)其他愛滋病個案管理模式：

美國在1992年由衛生部疾病預防控制中心針對未感染愛滋病毒的高風險行為者大力推行預防性個案管理(Prevention Case Management, PCM)，此乃結合降低風險行為的干預措施，提供個案支持性與預防性的諮詢，以避免或降低感 HIV、性病或肝炎等傳染性疾病。預防性個案管理涵蓋六個核心目標：1.與外展的方式和個案建立關係；2.針對個案的醫療、社會暨心理需求進行評估；3.發展服務計畫；4.連結資源及執行計畫；5.追蹤及檢核所提供的服務是否滿足個案所需；6.為個案倡權或代言。個管師所提供的服務層次包含個人、社區及多重層面，依循個案需求的優先順序持續並整合相關資源，以滿足個案需求或解決其問題(CDC, 1997；柯乃熒，2006；邱珠敏等，2010)。

過去早年由於照護管理處於去機構化的

照護潮流，逐漸地興起以社區為基礎的個案管理模式，主要也是取代機構式照顧所產生各種不良的影響，個案生活在社區，與其親友暨鄰里支持網絡有正面積極的作用。因此，以社區為基礎的個案管理，雖無法像機構式或以醫院為基礎的個管方式提供個案身體或生理層次的醫療照護，但其可藉由同儕團體或原生家庭暨親友網絡等互助的力量，進而為個案代言或倡權，與個案較容易建立信任關係，個案也較不易產生距離感，亦可提升個案的接受度，進而提升個案管理成效(Indyk, Renate, & Lachapelle, 1993)。但是，此與鄰里的支持網絡關係，若運用在現實臺灣，還得先克服個案的感染身分是否要讓親友知悉，若個案顧及感染隱私，則此社區照顧個管模式，則會以民間團體的愛滋助人者為主要服務提供居多。

綜上所述，縱使愛滋病個案管理有許多不同的模式，但是值得注意的是，並非所有的愛滋感染者都需要個案管理的服務。許多

愛滋感染者在得知感染愛滋病毒之前，在社會、心理、健康等方面的功能均頗為良好，即使在得知感染之後，也都能繼續發揮自我的功能，他們可能只需要相關的愛滋資訊即可。另外，有些愛滋感染者只有在身體惡化，無法自理時才需要協助。但是，對於這些不需要個案管師協助的愛滋感染者，由於愛滋病的社會烙印，容易產生社會歧視或是自我的孤立，往往仍需要社會關懷與同儕支持的相關資源。

參、評析臺灣愛滋病個案管理推展計畫的現況

臺灣自 1984 年出現第一例愛滋感染者後，直至 2005 年衛生署疾病管制局才試辦愛滋病個案管理計畫。過去由於愛滋病被視為法定傳染疾病，因此公共衛生體系一直以防疫、疾病追蹤的角度對待愛滋感染者。再者愛滋病照護政策的主管機關向來為行政院衛生署疾病管制局，茲從以下幾個面向之論述，不難看出相關政策介入的思維，大部分均局限在醫療、公共衛生的範疇。

按 2010 年度行政院衛生署所推行的「愛滋病個案管理計畫」表示，個案管理計畫的辦理單位須具有愛滋病指定醫院資格，該院所設立的愛滋個管師最多管理 150 名愛滋感染者，每超過 150 人必須加聘一名專任個管師，不足 150 人部分得以兼任辦理本項業務。試想一位專職的個管師所需負責的案量高達 150 例，光要應付填寫收案申請、轉介申請、個案管理紀錄、複診追蹤、家屬告知衛教、接觸者追蹤篩檢、懷孕個案衛教及處置、預

防母子垂直傳染衛教、延遲診斷病人行為評估、服藥順從性衛教、藥癮行為衛教、性行為衛教等報表，如何能有時間與愛滋感染者建立信任關係，傾聽個案內心的需求與生活困境。

臺灣現行所推展的個案管理制度以醫院為主要執行場域，雖然在該計畫的目標裡，首要期待著個管師建立個案的社會支援網絡(衛生醫療、民間團體、社政支援、工商資源等)，同時要求個管師應著重於個案生理、心理暨社會三方面的衛教諮詢、醫療資源分工與整合；輔導個案自我健康管理；以及擴大接觸者衛教服務管道。表面看起來似乎要個管師樣樣任務都須兼備，但是若從該計畫評估的指標，卻僅偏重於個案性病檢測及發生率、規則就醫暨執行安全性行為改善率、平均住院次數改善情形、接觸者就檢及諮詢率、減害計畫參與率等疫情控制的面向。

不可諱言，由於臺灣愛滋病治療均由政府以編列公務預算全額埋單，政府每年須付擔愛滋感染者的治療成本極高。以衛生署 2008 年所編列 18 億的愛滋防治經費中，光是用在治療愛滋病的費用就超過 16 億元(陳麗婷，2010)。若以 2011 年平均每 4 個小時新增 1 位愛滋感染者的成長速度，政府勢必要不斷地編列更多的愛滋防治經費以應付所需。為減緩公務預算的支出，愛滋個管師自然會被衛生當局列為共同扛起避免愛滋病疫情擴散的重任。此時若從國家權力的視框來看，愛滋個管師正扮演著執行該公權力並被賦予規訓個案的角色。此從現行法令，即人類免疫缺乏病毒傳染防治暨感染者權益保障條例來端視，該條例規範個案不得傳染愛滋病毒給

他人，並要配合愛滋病情追蹤，有主動說出性接觸者之義務，從此脈絡不難看出，個案被公共衛生體系列管，彼此建立易屬權力控制關係。

再者，臺灣自 2007 年起所全面推廣的愛滋病個案管理計畫，若於歐美國家個案管理制度相比較，臺灣現行的個案管理制度不管在個管組織結構、個案收案條件、個管執行單位的屬性、個管師資格及條件、個管執行內容以及個管執行的場域等層面均屬初期發展階段。正當臺灣如火如荼的推行愛滋病個案管理師制度之際，基於主管機關向來僅以公共衛生為主導視角，若要朝向以全面性或兼顧社會福利暨社政觀點介入，似乎還有一段很長遠的路。探詢其主因，在於衛生署疾病管制局的編制，均以防疫醫師及公共衛生背景專長醫護人員居多，鮮少納入社會福利或社會工作專長背景的人士共同商討，不難看出現行制定的視野之局限性。

近年來，長期照護政策的發展使衛生與社會福利體系拉近了距離，在前不久行政院組織再造的改革聲浪中，也使長期處於分裂的衛政與社政兩大政府部門朝衛生福利部合併發展，但是，無論如何，愛滋病的照護議題如何從既有衛生署僅以疾病控制的角度，邁向加入社會福利以個案為中心的照護思維，是未來個案管理制度修正的重要方向。

肆、結語

在此，筆者按多年在社區組織從事以社會資源進行個案管理的經驗，提出整合醫療與社區的個案管理模式構想，期待臺灣愛滋

病個案管理制度，除了著重疾病追蹤與防疫的角度外，也能兼顧愛滋感染者在社區生活的各項需求，協助個案解決生活難題，使能真正落實提昇生活品質及確保個案福祉思維邁進。茲將相關想法分述如下：

- 一、建立醫療體系與社區服務機構的連繫網絡：由於現行的愛滋病個案管理制度僅以指定醫院為主要對象，由此，建議每家醫院因積極拓展與在地社區服務機構建構共同照護網絡，定期召開個案管理業務會議，邀請醫院內、公共衛生體系、社政單位及民間機構，針對個案管理實施之過程進行合作商討，並早日建構在地個管資源網絡，使個案的議題不只局限在疾病追蹤的面向。
- 二、針對生活功能不穩定者，建議醫院的個案管理師應徵得個案同意轉介至社政或社區民間機構以進行需求評估及相關服務。根據筆者實務經驗及臨床調查發現，個案的基本生活匱乏是導致醫囑順從不佳的主要原因，按目前的個案管理制度，愛滋個管師的工作量及處遇重點，均過分著重於疾病控制的角度，如何在評估有基本生活需求的個案，協助其獲得社會福利資源，又要同時能克服因轉介造成愛滋病身分的曝光，因此，愛滋個管師平時便要積極的開創與連結可利用的社會資源，並與相關資源建立友好及信任的關係，資源轉介是否連結順利是個案管理成功與否的重要關鍵。
- 三、建議增加愛滋民間團體或社政體系共

同參與愛滋病個案管理計畫：社區組織的個案管理雖無法提供專業醫療等級的照護，但是，由於其著重於草根暨社區的發展，與個案共同生存在社區裡，況且，民間機構服務輸送機動性及資源運用的彈性較大，再加上同儕較易聚集、疾病調適的資訊多元且豐富，均有助於愛滋感染者能就近取得服務。此部分亦可先以試辦計畫，邀請有口碑及正向風評的民間團體進行前驅性的個案管理計畫，以尋更多元的照護模式，提供使用者有不同的服務選擇。更重要的是，以目前專業分工壁壘分明的現今，在不同位置服務或追蹤個案的愛滋個管師，常會因各自為政，導致個案在面對不同助人者要重複提供相關基本資料或就醫資

訊，如何有效整合並建立合作平臺，必要時可以朝醫療、公衛與社會資源／社區個案管理勾稽(即個管電腦資訊鍵入管理平臺)設計，以權責分工、共同照顧的理念，朝個案最大福祉邁進。

最後，筆者建議，應將愛滋高風險行為者也納入個案管理的範疇，以進行「預防性個案管理」，因為，及早介入預防便可以減少感染後擴大治療的成本。此外，正當全面推展個案管理計畫的同時，也應重視個管計畫執行過程及結果的效益評估，始能真正檢核是否達到個案管理設立的功效。

(本文作者為社團法人臺灣露德協會秘書長、東海大學社會工作系博士班生)

關鍵字：愛滋病、個案管理、社區照顧

參考文獻

- 王玠等譯(1998)。個案管理，臺北：心理出版社。
- 林武雄譯(2000)。社會工作個案管理，臺北：揚智文化出版。
- 行政院衛生署疾管局(2010)。愛滋病個案管理計畫，未出版。
- 邱珠敏等 (2010)。他山之石－由美國愛滋病個案管理制度談臺灣愛滋病個案管理師計畫，臺灣公共衛生雜誌。29(1): 1-7。
- 柯乃熒等(1998)。愛滋病患家庭之關注議題及其護理。護理雜誌，44，2：20-30。
- 柯乃熒等(2006)。HIV 個案管理模式及其成效評估。感染控制雜誌，16(4)：237-245。
- 柯乃熒等(2009)。愛滋病個案管理概論。愛滋病個案管理手冊電子書，4-10。臺北：財團法人護理人員愛滋病防治基金會出版。
- 施鍾卿 (2007)。愛滋個案管理模式運用及品質管理，愛之關懷季刊。60：11-17。
- 徐森杰 (2007)。社會服務資源的個案管理模式，愛之關懷季刊。60：18-24。
- 黃源協等著(2004)。個案管理與照護管理，臺北：雙葉出版社，。
- 黃富強 (2006)。精神病臨床個案管理：致病性·壓力模式。香港：中文大學。

- 陳麗婷 (2010)。防治愛滋，疾管局快付不出錢。2010/6/16，臺北：中央社。
- 葉元麗(2007)。愛滋病毒之個案理實務(上)。疾病管制局發行之愛滋／結核電子報第 11 期。連結網址：<http://www.cdc.gov.tw/aidstbenews/aidstbenews11/hot011-03.html>
- 謝菊英(2006)。愛滋感染者的個案管理。愛滋病學第二版，頁 384-409。臺北：健康文化出版
- 謝菊英(2007)。美國愛滋感染者的個案管理。愛之關懷季刊，60：5-10。
- 韓佩軒等(1994)。由個案管理到疾病管理到健康管理。榮總護理，21(2)：頁 145-152。
- CDC.(1997).HIV prevention case management: Guidance. September 1997.
- Chernesky, R.H. & Grube, B. (2000). Examining the HIV/AIDS Case Management Process. Health and Social Work, 25(4), 243-253.
- Fleisher P., & Henrickson M.(2002). Towards a Typology of Case Management. In Health Services and Resources Administration, HIV/AIDS Bureau.
- Garfinkel, M. (1998). Substance Use Case Management, Harm Reduction, and HIV Prevention, in Dilley J.W. & Marks, R. (eds) The UCSF AIDS Health Project Guide to Counseling: Perspectives on Psychotherapy, Prevention, and Therapeutic Practice.
- Indyk D., Renate B., & Lachapelle S.etc.(1993). A Community-Based Approach to HIV Case Management: Systematizing the Unmanageable. Social Wrok, 38(4):380-387.
- Powell, S. K. (2005). Case Management(中譯：李豫芸等，個案管理)。臺北：五南。