

## 從出院準備服務談衛生與 社會福利的整合

詹弘廷・黃源協

### 壹、前言

健康是一項基本人權，每個國家應該設法保障其國民基本的健康需求，不論其為何膚色、種族、社會階級（層）皆應受到合理的滿足。早在西元 1946 年世界衛生組織（World Health Organization, 1947）的國際衛生會議，即指出「健康是一個完整的生理，心理和社會福祉，而不僅僅是沒有疾病或不虛弱的狀態。」此處強調「健康」是一種全人且多面向的概念，而政府部門要達到民眾健康也非僅是衛生部門之力就能完成。除了我們所熟悉的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、工作內容、失業、社會支持、癮頭、食物狀況及居住環境之交通便利性皆證實能決定個人健康情形（Wilkinson & Marmot, 1998），所以談到健康照顧至少包括科學（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，實缺一不可。

近年來，臺灣政府正大力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，醫院將面臨縮短病人平均住院日（average length of stay）的壓力，依國外學者經驗指出許多尚未痊癒的病人，可能被迫提早出院（Evashwick, 2005）。如此，出院準備服務便成為結合醫院、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（陳亮汝、蔡麗珍，2012）。且美國學者 Kane & Kane（1987）定義長期照護為：「對先天或後天喪失生活功能的人提供一段時間的健康、個人照護及社會服務。」也因為長期照護服務僅少部分是屬於專業醫療的部分，大部分的照顧活動為個人生活與社會服務，與個人偏好及失能情形有關，需根據使用者個別需要，提供跨專業化、整合性與包裹式的彈性服務。如此，傳統衛政及社政資源及服

務的協調與整合，衛生和社會服務部門及人員間的夥伴和合作關係的重要和體現，確實是全世界國家面臨人口老化、服務整合的一大挑戰。正當國內人口正快速老化、慢性病的盛行、全民健保財務壓力、醫療服務型態的轉型及長期照顧需求增加，各醫院皆更迫切推展出院準備服務，故整合醫療衛生與社會福利業務，將有助社會政策與資源整體規劃調配，建構完善的社會福利、社會照顧及醫療保健體制。本文將以「出院準備服務」為例，經文獻回顧探討出院準備服務過程中需衛生與社會福利的整合，而衛生和社會服務專業間團體有效且良性互動，才是該服務的成功關鍵。

## 貳、出院準備服務個案管理的目的及要素

衛生署於 1993 年即將出院準備服務列為施政要點試辦計畫，近二十餘年來，更積極推展出院準備服務相關業務，並於 2000 年正式將其納入醫院評鑑之常規項目中，2009 年衛生署更於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一，2011 年醫院評鑑基準中也強調「出院準備及持續性照護服務」，以期望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）。2007 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，需連結各醫院執行出院準備服務，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，可見出院準備服務健康照護連續性之重要（陳亮汝、蔡麗珍，2012）。

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。至於執行出院準備服務的個案管理過程可分為 5 個步驟：（1）個案管理師接收病患的轉介：來源可能來自醫師、其他社工人員、入院處、出院部、病患、家屬、其他醫院或社區醫療機構等等；（2）個案的篩選與收案：內容如病患與家屬的基本資料、過去病史、目前病況、病患心智與精神狀態、經濟狀況、主要照顧者能力、

家庭環境及身體評估資料等；(3) 個案的評估與需要的確認：記錄病患評估與轉介的時間與各項內容、確認醫師及其診斷、治療過程、給予照護之等級、規劃可能出院情形、及檢視保險提供的合理住院天數；(4) 醫療團隊、病患及家屬的共同參與：聯繫與協調醫療小組規劃照護措施與預期的效果，制訂臨床路徑 (clinical pathway) 或治療照護藍圖 (protocol)；(5) 照護措施的執行、協調、監測、與評值照護的結果：個案管理師記錄過程包括，個案照護過程、醫療小組協調會議、病患與家屬身心狀況之出院照護評估、可利用的社區資源、主治醫師與醫療諮詢小組及個案結案報告等。

由於在出院準備計畫中，常需注意「高社會危險群 (High Social Risk)」的指標的存在，其評估過程包含社會工作者所定義案主在特定的社會、心理、生理的危機下，須得到社會工作服務之案主群。相對於醫療工作者重視「診斷相關群 (Diagnosis-related group, DRG)」對病患以生理疾病需求為照護重點，高社會危險群病患篩選指標是以病人的社會暨心理 (Psycho-social) 問題、社會環境因素、疾病診斷等相互影響產生的問題進行處遇。此外，如同病人如何出院與接受出院後的服務和身心照護需求，是許多醫療專業人員所關切的。社工人員必須在病人出院或準備離院時，提供案主及其家屬情緒支持、協助案家尋求經濟支援、協助病人適應新自我形像、協調社區資源、以及轉介家屬至支持性和教育性團體中增進生活適

應等 (莫藜藜, 1998)，這些都需要多方衛生與社會福利的知能、技術及資源上的整合，共同協助病人及家屬確認他們的目標、完全發揮他們的自主和選擇能力，來面對現實並協調之。

## 參、良好團隊工作在出院準備服務中的要素

Nixon, Whitter & Stitt (1998) 研究建議高品質的出院準備服務三要項應包括：(1) 醫療團隊提供的照護；(2) 有效的團隊溝通；及 (3) 照護的成果評量 (李麗傳, 2001)，而在國內的一項實證研究中也發現，影響出院準備服務成功與個案管理師執行有關的因素如：有無成立跨專業團隊小組、整合資源服務網絡資訊、個案管理師人格性向特質、及定期舉辦在職教育等 (楊慧貞、蕭淑銖、陳永煌, 2004)。而出院準備服務需要醫療專業人員的整合 (multi-disciplinary approach)，特指該服務的建立與維繫，必須倚賴醫療照護的專業團隊和行政部門的接納與支持。Holliman, Dziegielewski & Teare (2003) 比較社會工作和護理人員擔任出院準備服務管理師之差異發現，兩者之共通處為參與會議、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、預算及器官捐贈協調等。至於兩者之不同處，就社會工作人員而言包括：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、僱員支持方案、以及家庭訪視；而在護理人員方面則是：病人／家屬教育、保險身份確認、感染控制、僱員健康、品質管理、藥物盤點、臨床路徑追蹤、專業人員教育、及研究等。團隊工作的合作互動並不是容易的事，常遊走於專業間的競合關係，Hudson（2002）即指出這些專業工作者彼此爭競的觀點常在三個方面，一是專業身分及領域，如執業工作的基本目的、工作知識及技能、專業語言名詞及思想意識、身分地位及聲望等；二是專業相對地位與權力互動，如對病人治療或處遇的重要度、個人人格特質傾向、對團隊中其他專業者影響力、面對問題的類別等；三為專業間不同型式的判斷力及責信度，此處強調醫院中的社會工作人員常受官僚或行政部門定義其工作內容的限制。而 Pethybridge（2004）也曾分析四個人英格蘭急性醫院團隊進行出院準備服務的影響因素，指出領導才能、團隊互動及溝通，是影響出院準備服務成功的重要原因。領導才能充當神經中樞操控資訊、協調並代表團隊，確保決策制定的好品質和效果。團隊互動和良好溝通建立在分享、責任約定、及確立專業角色與界限之上，進而成員能彼此信任和共同學習，落實服務計劃。

## 肆、社會工作人員在跨專業夥伴關係的角色

Rossen（1984）以社會工作的觀點來看出院準備服務，他認為出院準備服務是

一種專業服務，在協助病患適應其疾病以及因疾病所帶來之種種影響，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、規劃一個合宜且可被接受的計劃，以確保病患擁有一個安全、能顧及其福祉的持續性照顧。隨著時代的變遷，醫院管理者越來越明白放棄傳統醫療照護模式，整合社會工作人員，甚至於病人和其家屬進入醫療照護團隊的重要性。首先，社工人員應透過其專業思維和價值，為工作團隊帶來獨特的貢獻，如社工人員通常具有其他專業成員沒有的反壓迫價值觀、對於患者的家庭和社會情境有較高的敏感度、強調以病人為中心及自主的服務內涵、能在病人的機構及社會網絡尋求資源尋求連結等等，為工作團隊在執行、協調、監測、與評值照護的結果的過程中，建立其不可取代的專業地位及角色（Lymbery, 2006）。其次，社工人員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，家庭與社會資源之帶來實質整合服務（詹惠雅、曾建寧，2010）。最後，社會工作人員在過去專業發展的歷史上，曾有三種明顯的社會使命及功夫，如社會主義者（socialist）／集產主義者（collectivist）重視人本價值與反歧

視的實踐、個人主義者（individualist）／治療者（therapeutic）強調互動關係的建立、以及管理者（administrative）聚焦服務的協調和個案需求的滿足，一個優秀的社會工作人員能平衡且有效表現其獨特的功能於照護團隊中（Lymbery, 2006；Payne, 2007）。

## 伍、結論與建議

出院準備服務已證實在長期照護體系的轉介工作中是相當重要的樞紐。而個案管理模式可提供病患及其家屬具時效性及整合性的專家醫療照護。然而，如何成立跨專業團隊、資源網絡資訊整合，進而能協調醫療衛生與社會福利觀點及業務於出院準備計畫中，是其推展成功的要素，因此，社工人員在醫療團隊的重要性可想而知。首先，醫療衛生與社會福利的整合與團隊是需要許多平衡和協調的機制，例如，如何在不同情境中平衡專業權力及影響力（如急性醫療、長期照護或社區照顧）？如何在資源有限下平衡不同目標的服務（如病人、家屬、政策制定者或服務提供者）？如何平衡品質與成本之效能及效率（如需求導向或提供導向）？如何平衡服務之利益、成本及風險（如雙贏、資源累積或風險分擔）？如何平衡案主的一般與特殊利益（如對特殊族群提供專家服務或提供大多數族群一般需求）？如何增進社會正義及公平？如何達到連續性、周全性、彈性化回應性的照顧服務？都將是專業間互動的焦點。其次，整合的目標也

應檢視有否達到照顧品質（quality of care）（如服務連續性、個別化提供服務、安全性、健康或功能效用、與個案滿意度）、生活品質（quality of life）（如自我決定、服務使用者及家屬的參與）、以及資源系統的效率與效能（如成本效益、可近性、服務目標設定、與服務使用者的資訊取得等）（Nies, 2006）。

至於如何促進衛生與社會福利專業在出院準備服務的整合，結構上至少應包括發展專業間整合過程及觀點的記錄、病房服務團隊建立及訓練之定期會議（促進團隊成員探索彼此角色及專業責任、形成願景及溝通使用方式）、聯合個案及其家屬在內的照護／顧計劃訂定及會議等活動。而在過程上，也應運用適當資源和資訊來營造良好團隊互動文化、領導模式及有效溝通。再加上有共識之照顧目標及評值方式，如此才能有跨專業整合且成功的出院準備服務。尤其，考慮亦可由資深社工、護理人員或具有跨專業合作經驗人員，起來擔任出院準備團隊及計畫的領導者，相信對現階段實施的出院準備服務將有更全人及專業整合的進展。

（本文作者：詹弘廷為埔基醫療財團法人埔里基督教醫院神經內科、長照醫學暨社區醫學科主任；黃源協為國立暨南國際大學社會政策與社會工作學及教授兼人文學院院長）

**關鍵詞：**出院準備服務、個案管理、跨專業團隊、照顧管理制度

## 📖 參考文獻

- 李麗傳（2001）。應用個案管理提昇出院準備服務。護理雜誌，48（3），19-24。
- 黃素霞、邱淑貞、盧豐華（2011）。出院準備服務輔導策略模式之成效初探。醫療品質雜誌，5（4），81-87。
- 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，13（3），190-206。
- 莫藜藜（1998）。醫務社會工作，臺北縣：桂冠社會工作叢書。
- 楊慧貞、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。
- 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。
- 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。
- American Hospital Association. (1983). *Introduction to discharge planning for hospitals*. American Hospital Publishing.
- Evashwick, C. (2005). *The continuum of long-term care*. Cengage Learning.
- Holliman, D., Dziegielewski, S. F., & Teare, R. (2003). Differences and similarities between social work and nurse discharge planners. *Health & Social Work*, 28(3), 224-231.
- Hudson, B. (2002). Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership?. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 7-17.
- Kane, R. A., & Kane, R. L. (1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York: Springer Publishing Company.
- Lymbery, M. (2006). United we stand? Partnership working in health and social care and the role of social work in services for older people. *British Journal of Social Work*, 36(7), 1119-1134.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health & social care in the community*, 14(5), 391-399.
- Nixon, A., Whitter, M., & Stitt, P. (1998). Audit in practice: planning for discharge from hospital. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 12(26), 35.
- Payne, M. (2007). *What is professional social work?*. Lyceum Books, Incorporated.
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a

- study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of interprofessional care*, 18(1), 29-41.
- Rossen, S. (1984). Adapting discharge planning to prospective pricing. Promoting efficient use of resources and enhancing continuity of care. *Hospitals*, 58(5), 71-75.
- Wilkinson R & Marmot M (eds) (1998). *The Solid Facts: Social Determinants of Health*, WHO, Copenhagen.
- World Health Organization. (1947). Constitution of the World Health Organization: Signed at the International Health Conference, New York, 22 July 1946. World Health Organization, Interim Commission.