

醫務社會工作參與中期照護的 契機與挑戰

溫信學

我國的人口正在快速老化中，而少子化現象亦無契機在未來有大幅扭轉此一局勢的可能性，最大衝擊將是高齡者的照護需求。雖然政府自 2000 年即開始積極規劃長期照護制度，然受限於國家財政困窘、經濟發展低迷、目前長期照護政策仍處研議階段，鑒於臺灣人口結構趨向老化，2006 年老年人口已超過 10%，預計於 2017 年將達 14%，針對人口老化的結構問題，目前施行的醫療照護模式勢必面臨調整，而「中期照護」正是因應高齡者照護需求而提出的輔助方式。本文將就中期照護之意涵、實施模式、社工人員適合執行之角色與功能進行研討。

一、中期照護的意涵

「中期照護」(intermediate care) 概念源自英國，在 2000 年英國國家健康服務計畫 (NHS Plan) 首次被提出，是為了因應英國縮減急性病床數目與住院日期，而同時產生的替代方案，相類似的照護模式在美國稱作急性後期照護 (post-acute care)。

2001 年英國在「國家老年人服務架構」(National Service Framework for Older People) 報告提出，中期照護是對老人健康服務的重要概念，目的在強化高齡者的獨立功能及減少失能者不必要的依賴，改善及提升老年人急性後期照護的品質，以及預防非必要性的入住長期照護機構 (Wiles, Postle, Steiner, & Walsh, 2002)。

英國老年醫學會 (The British Geriatrics Society) 對於中期照護提出以下定義：中期照護是一種健康照護模式，目的在幫助病人由疾病期過度至恢復期、預防原本可在家中照顧其慢性功能缺損的病人變成需要入住機構，或是協助末期病人盡量在生命末期維持一個儘可能的舒適狀態 (An approach to healthcare intended to facilitate patients' transitions from illness to recovery, or to prevent their transition from home managed chronic impairment to institution-based dependence, or to help terminally ill people be as comfortable as possible at the end of their lives) (Melis, Rikkert,

Parker, & van Eijken, 2004)。另英皇基金會 (King's fund) 則主張，中期照護是爲了協助病人自醫院返家時所設計的一系列照護服務，並幫助病人由醫療上的自主，轉變爲功能上的自主；其照護目標並非全然以醫療照顧爲主要出發點，病人必須要有出院的可能性，且病人臨床照護結果是可以預期朝向康復或健康 (Steiner, 1997)。

換言之，由於高齡病人在急性醫院治療結束後，多半身心功能還未恢復到足以立即返家狀態，但如果繼續停留在急性醫院，不僅恐造成醫療資源浪費，也容易形成依賴醫療現象。因此，中期照護模式乃針對提早出院或不適當的急性病床占用病人，所提供的住院替代方案，讓病人在急性病出院之後，仍然可以接受適宜治療，並且致力使其接受復健，以回復至最佳健康狀況 (Steiner & Vaughan, 1997)。透過整合性醫療服務來協助其達成「獨立生活」，這就是中期照護的目標。一般而言，中期照護的對象病況相對穩定，不需要醫師密集持續照顧，也不需要較複雜的檢驗與介入措施，可在社區、安養護機構或是其他老人住宅推動。

二、中期照護的模式

中期照護的照護服務模式，以「盡量靠近家的照護」(care closer to home) 爲概念，提供整合性的健康照護，而主要的達成方法是透過醫療服務的延伸與以社區爲基礎的衛政－社政整合。中期照護的兩大主要目標是「促進自主」(promotion of independence) 與「預防不必要住院」

(prevention of unnecessary hospital admission)，並經由提供嶄新且完整的服務架構，包括醫院、社區醫院、照護機構與社區式照顧來達成目標 (陳亮恭、黃信彰，2007)。在實施上，依據服務對象的需求組合各種照顧服務資源，經由整合性的老人周全性評估，提供明確時間性的服務 (避免與長期照護混淆)，並與不同單位 (醫院、基層、公衛、社福) 的專業人士共同參與，進而達到促進最大身心功能回復與減少住院，以便重新回到獨立自主生活狀態。

依據英國推動的中期照護模式，其服務與團隊有以下的各種類型 (Lymbery, M., 2005: 203-204)。

1. 居家醫院 (hospital-at-home)：在民衆家中提供密集的治療服務，包括一般在基層醫療院所才能提供的檢查與治療，且嚴重度尚無需到急性綜合醫院才能治療，如此一來除可減少病人的住院，也可提供住院病人連結出院的後續治療服務。另一方面，也可針對術後病人提供如同醫院病房的各項治療，提供病人可以在家恢復的機會。

2. 社區醫院 (community hospital)：與急性綜合醫院的差異在於社區醫院以收治醫療狀況較爲穩定但具有多重醫療照護需求的病人爲主，爲病人提供各項治療服務，主要是主動式的身體功能回復爲主，輔以其他相關醫療與護理治療。

3. 迅速反應小組 (rapid response)：主要透過迅速評估與診斷，將病人在家中所發生的健康狀況迅速擬定治療計畫，並經

居家護理治療或各種醫療照護以減少病人的住院。

4.機構式復健 (residential rehabilitation)：短期的在機構內居住及復健，以達到身體功能提升的目的，所入住的機構可以是社區醫院、復健中心、護理之家或安養護機構。入住個案必須為病情穩定但需要短期的復健治療來回復生活功能的病人，且經評估具有返家居住潛能的個案。治療時間短則 1-2 週（如肺炎病人），長可達 4-6 週（如進行重大手術後），甚至可再適度延長（如孱弱老年人經歷重大外傷）。

5.支持性出院 (supported discharge)：短期的居家護理或其他治療與生活照顧服務，旨在讓病人可以早日從急性醫院中出院，而出院後依然可得到完整的照顧服務服務直到回復自主生活能力。

6.日間復健 (day rehabilitation)：在日間醫院或是日間照護中心所提供的日間復健治療，提供可往來家裡與日間醫院或中心的個案持續進行復健治療。

在英國的經驗中，以居家醫院和社區醫院，擔任中期照護服務的效率及效益較佳。最主要還是有較高的程度是提供似醫院的照護環境。基本上，中期照護是依照病人需求所衍生出一種融合多項服務的照護模式，其照護重點為盡可能增進個案獨立生活的能力，提供學習自我照顧的技能及改善生活品質；基層照護團隊提供的服務，包括：民眾所需的替代性照護；照護持續時間通常為 1-2 週內，一般不會超過六週（陳亮恭、黃信彰，2007；Griffiths, Edwards, Forbes, & Harris, 2005）。從未來

的發展性觀察，中期照護的實施將彌補醫療體系在照顧高齡病人的缺口，也讓病人及大眾了解中期照護所強調的「功能回復」及「獨立生活能力」的重要性，因為維持身心功能自主是世界衛生組織對於高齡民眾健康狀況的一致標準。此外，中期照護能夠藉由整合社區資源，讓病人在靠近家的社區醫院或機構，得到有效且有持續性的照護，從而推動跨體系的醫療服務整合，達成「在地安老」目標。

臺灣初期中期照護的試辦計畫模式是以社區醫院或醫院附屬的護理之家為主。例如，退輔會為因應高齡榮民的照護需求，避免其因各種急性疾病後的復原不佳而演變成失能，於 2007 年 6 月起試辦北區中期照護服務網，以臺北榮總為中心。鑒於退輔會任務之一在提供榮民照顧服務，尤其早年因歷史因素，許多單身榮民欠缺家庭支持系統，故政府設立了榮民醫院、榮民之家與榮民服務處等機構，提供各類照顧服務。近年為了建構完善服務體系，遂提出「醫養合一」概念，即從醫療照護到養護照護建構無縫式照顧服務機制，由上而下進行垂直整合計畫，將原本分立的地區榮民醫院逐步納入三家榮民總醫院之分院，俾利進行服務整合。

中期照護試辦計畫的對象是以社區獨居榮民與榮家住民為對象，橫跨醫學中心急性醫療的重症處置、社區醫院中期照護的銜接治療，及生活照顧的後續輔助三個層面。當病人在臺北榮總出院前即由專業團隊進行評估，經評估具有復健潛能者，將其轉至宜蘭員山榮民醫院（現為臺北榮

民總醫院員山分院)與桃園榮民醫院(現為臺北榮民總醫院桃園分院)作為服務據點,以公務病床作為中期照護的實施場所,配合該院所成立的跨領域專業團隊(multidisciplinary team)進行周全性老年評估,並以整合式積極性復健治療與認知功能治療,在不超過六週的期限之內提升病人的最大身體功能,回復其自主生活能

力,再行安排病人返回原居住地,流程如下圖。目前退輔會透過垂直整合策略,已在臺北榮總員山分院、臺北榮總桃園分院、臺中榮總埔里分院、臺中榮總嘉義分院及高雄榮總屏東分院設立中期照護單位,由三家榮總負責與各分院共同推展及執行中期照護服務。

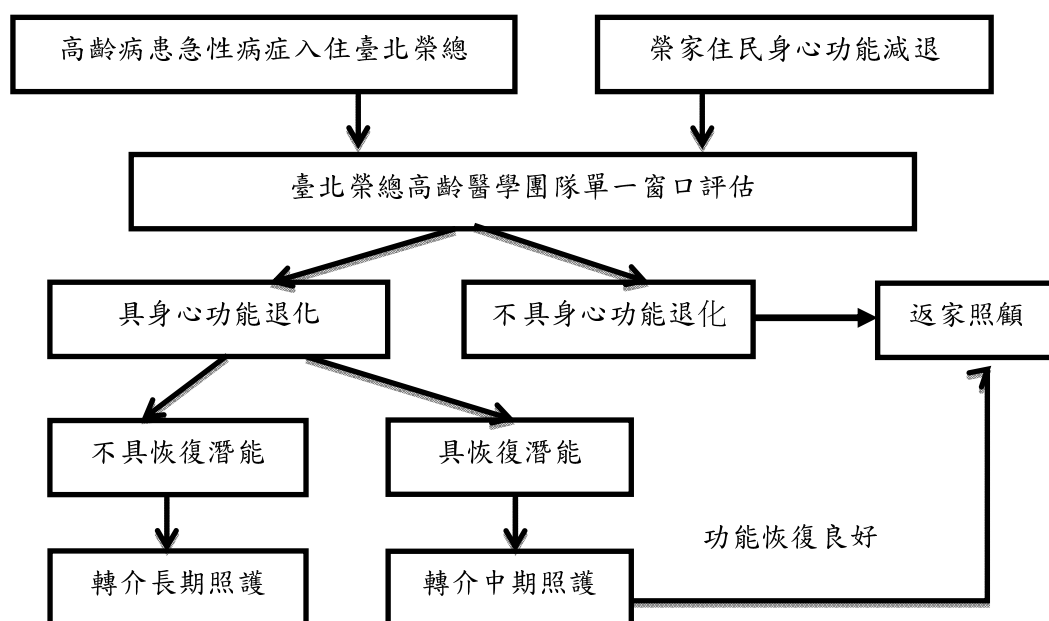


圖 1：臺北榮民總醫院中期照護服務流程圖

而2013年7月正式成立的衛生福利部業已規畫「中期照護病房設置試辦計畫」,由衛生福利部臺中醫院率先設中期照護病房,和臺中榮總合作,設置了24床中期照護病床,並成立跨專業醫療團隊提供整合性照護,結合高年科、家醫科、復健科、神經內科、骨科、傷口外科、精神科等醫療科,並整合護理師、社工師、營養師、

藥劑師、出院準備服務等專業團隊,提供多元化照護服務模式。當病人須從醫學中心轉出時,若病況需要,可先轉到中期照護病房,最長可住三個月,住院費由病家自付,但治療和復健費則由健保給付;未來預計擴充至廿四家衛生福利部所屬醫院(衛生福利部臺中醫院,2013)。簡言之,目前我國是以公立醫院作為推展中期照護

方案的試驗方案，並以醫學中心搭配地區醫院模式進行推展，期待能讓跨層級醫院在病患照護上，有更密集的銜接與合作。

三、中期照護的成員

根據英國「國家老年人服務架構」報告指出，中期照護服務是一項整合性的跨專業服務，其核心的照護團隊成員，包括基層家庭醫師、醫院的醫師、護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、社工人員、照顧服務員以及行政人員。其中對於社工人員的職責描述，指出在整個中期照護過程，社工人員都應全程介入參與，參與團隊討論，協助各種實務服務工作（Department of Health, 2001）。醫師主要負責疾病診治、護理人員著重病人照護、社工人員肩負評估與資源連結、藥師負責用藥安全、職能或物理治療師則規劃復健活動。

相較於傳統以醫師為主導的醫療團隊（physician-coordinated team），過度重視醫學專業優先的特性下。基本上，中期照護積極落實以「病人為中心」的照顧理念，尤其隨著病人就醫權與自主意識提升，病人與家屬以及醫護成員也開始尋求更佳的醫療模式，省思生活與生命品質。昔日單向、片段的服務型態，逐漸由跨團隊合作所取代，相關人員會為病人共同需求而分工合作。實務上，照護工作透過合作式團隊進行，經由各專家的討論、磋商與評估來瞭解病人需求。因此，專業核心的角色被分化了（不再是醫師獨大），專業間的界限變動性更大了（相對地，專業任務的

重疊性就更高了）。雖然中期照護強調跨專業團隊的合作服務，但不可避免專業人員間仍會出現角色重疊（role overlap）現象，過去角色重疊現象往往被視為是一種潛在的專業衝突或競爭，然而在中期照護服務過程中，角色重疊意味著，更能讓專業人員彼此交互掌握服務對象需求與狀態，並能達成專業互補與銜接。進一步研究顯示，由於角色重疊在評估服務對象需求時，反而可以降低專業人員的焦慮感。

（Nancarrow, S 2004）。

鑒於老年照護需要結合各種專業，臨床照護人員必須具備多方面的專業知識及技能，方能提供高齡長者周全性照護，對於老年人的健康照護而言，必須審酌健康照護目標與治療方式，包括醫療、照顧、社會心理以及照顧者的負擔等等面向。更突顯跨專業團隊合作的必要性。中期照護主張，每種專業貢獻度都是具有相同價值，彼此相互學習，促使個人與團隊一同成長發展。當整合式的團隊開始交流運作，為了讓病人獲得最佳利益，團隊要具備一致性承諾、更好的溝通、有時效性的轉介並採取整體觀點決策。

四、醫務社會工作專業在中期照護的角色功能

近來，醫療服務逐漸重視「以病人為中心」的服務導向，就是願意尊敬病人與尊重病人的選擇，尊重病人需求，並確保所有臨床決定，都能以病人的價值為優先考量。這樣的見解和社會工作所重視，要積極維護案主最佳利益之理念相互吻合。

實務上，醫務社工人員在中期照護團隊中，可以更充分將服務對象的社會性需求與價值想法，傳達給其他成員了解，增進在擬定服務計畫與內容時，更能貼近服務對象之期待（Nancarrow, S 2004）。例如以英國 Conwy 郡所推展的中期照護服務中，社工人員在中期照護服務過程中，主要透過諮詢、資訊提供與會談，協助服務對象早日出院。特別側重在社會需求之評估，即從服務對象的立場進行服務規劃，根據服務對象的醫療需求、治療內容與生活期待，提供各類照顧服務供服務對象選擇，而評估與服務內容都必須符合 Conwy 郡所制定的法定資格。目前該市中期照護的收案標準為：(1)必須年滿 18 歲以上；(2)必須居住在 Conwy 郡；(3)個案同意中期照護的介入。同時還必須至少符合以下條件之一：(1)符合短期介入個案標準（不得超過六週）；(2)照顧者無力照料；(3)促進早期出院準備或避免造成慢性疾病。而社工人員都必須在符合法規與倫理原則下提供服務，倘若服務對象不滿意服務，可以向 Conwy 郡的社會服務部門進行申訴（CICS, 2013）。

由於醫務社會工作專業是一門以關懷為基礎，在健康照護體系中提供全人關懷的助人工作，透過需求評估，協助個案及其家屬處理因疾病而產生的家庭、經濟、工作、情緒、復健、出院安置以及疾病相關適應等問題，提供支持性、補充性與關懷性的服務，俾利個案在醫療與復原過程中，能夠有更佳的適應能力，提升其自信心與能力。中期照護模式非常強調要對服

務對象提供「周全性評估」與「持續性評估」，而醫務社會工作專業最重要就是進行身心社會暨靈性需求評估服務，特別是對老年病人的評估需要兼顧各個綜合面向，並不能只是單純的醫療評估。所以社工人員在團隊中，在短暫數週的服務過程中，主要執行需求評估、計畫參與、資源聯繫、身心關懷等服務。以下就社工人員在中期照護可能的發展角色與任務扼要說明。

（一）中期照護社工人員之角色

1.需求評估者：這是社工人員最基本的角色，評估在於確認個案情境、狀態、需求類型，在實務上應保持動態、持續評估原則，配合病人治療計畫、疾病發展與生活問題加以調整評估結果。特別要評估疾病對病人、家屬造成的社會、心理、經濟、環境等方面的衝擊程度，協助找出服務對象的優勢與限制。

2.諮詢者：針對病人出院準備所需的各項資訊和資源，包括身分資格、申辦流程與所需時間、相關福利權益等資訊，提供適切的諮詢服務，以減輕服務對象之心理焦慮與負擔。

3.資源媒合者：掌握社區資源、資訊，當服務對象進入中期照護院所後，主動連繫、轉介相關資源機構，並配合其需求發展，積極開拓資源體系。例如對於經濟與照顧資源匱乏的個案，要連結公私部門資源，協助費用補助。暢通醫院和社區資源機構間的銜接、承續及相互支援轉介關係。

4.協調者：運用溝通技巧與協調能力，促進服務對象、家屬和團隊成員間，

了解中期照護之服務形態與內容，並當家庭成員對於病人的照顧態度不一致時，社工人員應協助結合外部資源，透過召開會議幫助相關人士進行意見整合與服務安排。

(二) 中期照護社工人員之目標

中期照護的對象，基本上有較高機率邁向康復與生活自立，除醫療藥物、復健活動的成效外，另一方面，服務對象的心理素質也高度影響其生活品質。社工人員在介入過程中，應致力於讓服務對象有更好的因應能力、行動意願和促成良好家庭關係，可以聚焦在下述目標。

1. 增強個案心理能量：病人角色在社會文化的影響下，有時候會弱化一個人的能力，認為自己受病症之苦，過度的病症化或病理化，會使得個案自信降低、變得依賴被動。但所謂的健康並不是侷限在生理功能良好，而是一個人身心整體的健全，其中心理素質會影響個人如何看待疾病與治療歷程。社工人員應積極增強個案的心理能量，引導服務對象能夠以較為正向、樂觀態度去面對中期照護服務。

2. 改善家庭成員關係：家庭向來是社會工作介入的單位，家庭成員與病人的關係型態，會對個案有不同的影響。社工人員除評估案主狀態，也必須了解誰是家庭中的決策者、照顧者或邊緣人。在社會工作以充權、優勢為服務觀點下，期待案主與家庭都可以有更佳能力。

3. 促進和諧團隊關係：社工人員要提醒團隊成員尊重病人，也要適時將所獲得

的個案、案家資訊告知團隊夥伴，同時強化病人表達能力，鼓勵他們用適當的方法向團隊成員說明其需求或期待，和諧團隊關係將促成個案獲得最佳的照護福祉保障。

4. 開拓資源與輸送資源：開發資源是社會工作的核心專業能力之一。在開發過程社工人員應該抱持資源無限態度，社區中有太多的個人、組織都是有能力，願意參與助人服務工作，以中期照護的社工人員來說，最需要建立的資源類型為經濟資源，要蒐集社區有哪些團體是可以提供弱勢病人醫療費用、生活費用或看護費用等補助。此外，服務輸送則是要秉持公平與平等原則，讓個案可以獲得適量、適切的資源協助，防止出現依賴現象。

綜上所論，中期照護雖然是創新的試辦計畫，作為急性醫療與長期照顧間的緩衝服務，其最大特色是，短時間服務、強調跨專業團隊合作、以促成服務對象生活自立與康復為目標。當醫務社會工作在健康照護領域中扮演愈來愈重要角色，自然也在發展初期就被納入為成員之一，無論是醫務社工或社區社工都能有不同的參與機會。鑒於主要服務對象都是高齡長者，社工人員必須強化對高齡人口的心理發展、認知模式、行為能力等面向的學習與認識，同時，健康照護（health care）將更為重要，老年人口將更密集在安養照護、醫療治療、養護照顧間來回擺盪，社工人員也勢必在這些泛長期照護系統間提供穿梭服務。

但中期照顧在樂觀的發展趨勢下，仍

浮現出可能的危機。首先，醫療體系對於中期照護的做法不熟悉，會減少初期篩選或轉介的意願；其次，目前中期照護院所多處於地理位置較不便利之處，對於有家屬之個案而言，恐會因地理的不便性阻礙申注意願。第三、中期照護尚未納入全民健康保險給付範圍，除公費安養榮民可獲

得協助外，其餘人士還是要負擔自費費用，對經濟弱勢者來說恐會造成使用阻礙。

（本文作者為臺北榮民總醫院專員，臺灣師範大學社會工作學研究所兼任助理教授）

關鍵詞：中期照護、醫務社會工作、高齡化

📖 參考文獻

陳亮恭、黃信彰（2007）。中期照護：架構老年健康服務的關鍵。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，3（1），1-11。衛生福利部臺中醫院（2013）。本院中期照護病房啓用，結合跨專業團隊之整合性照護模式，為大臺中地區民眾服務。

http://www.taic.mohw.gov.tw/?aid=301&pid=10&page_name=detail&iid=3132，擷取日期：2013年10月1日。

CICS (2013). Hospital Social Work and Intermediate Care Service. Available at

<http://www.conwy.gov.uk/doc.asp?cat=4794&doc=18414>

Department of Health. (2001). National Service Framework for Older People. Available at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf

Lymbery, M. (2005). Social Work with Older People: Context, Policy and Practice. London: Sage. PP.200-236.

Melis, R. J. F., Rikkert, M., Parker, S. G., & van Eijken, M.I. J. (2004). What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. BMJ: British Medical Journal, 329(7462), 360-365.

Nancarrow, S 2004, Dynamic role boundaries in intermediate care services, Journal of Inter-professional Care, 18(2), 141-151.

Steiner, A. (1997). Intermediate care: A conceptual framework and review of the literature. London: King's Fund.

Steiner, A., & Vaughan, B. (1997). Intermediate care: A discussion paper arising from the Kings Fund seminar held on 30th October 1996. London: Kings Fund.

Wiles, R., Postle, K., Steiner, A., & Walsh, B. (2002). Nurseled intermediate care: Patients' perceptions. International Journal of Nursing Studies, 40(1), 61-71.

Griffiths, P., Edwards, M., Forbes, A., & Harris, R. (2005). Postacute intermediate care in nursing-led units: A systematic review of effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 107-116.