



高齡友善從院內到院外：出院準備計畫服務之探討

*施勝烽^{1,2} 劉恆忻³ 陳映儒³ 蕭婷³ 林翊瑄³

¹ 中山醫學大學 醫學社會暨社會工作學系

² 美和科技大學 社會工作系

³ 國立臺中科技大學 老人服務事業管理系

摘要

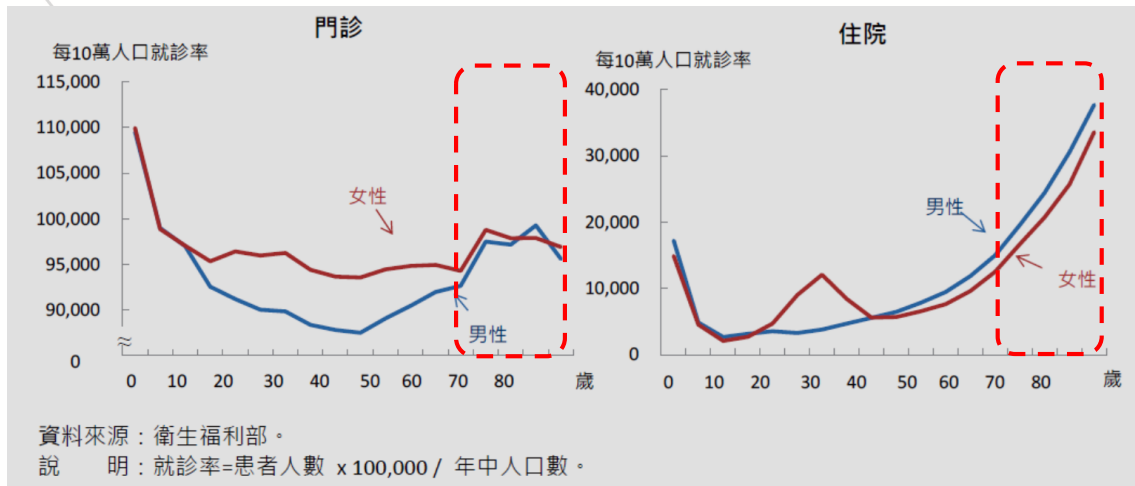
本文以實務應用導向針對出院準備服務資源投入主要以年滿 65 歲以上入院至出院以及即將要出院者為服務對象，在高齡失智長者就醫後，臨床工作者如何協助其順利轉至另一個照護環境，以確保出院後能獲得持續與良好的健康照顧服務，進而讓家屬減輕照顧負荷。研究結果顯示：在高齡失智長者接受所規劃的出院準備服務流程之建置，先參照原則、照顧需求及服務內涵後擬定初步流程為：(1)改善出院準備計畫；(2)強化出院後支持；(3)強化出院後轉介的銜接，以做為出院後追蹤照護及成效評值。本文所規劃之高齡失智長者參與出院準備計畫能有效降低其內在障礙問題（就醫率及住院率上升、家屬和高齡長者本身無力或不知如何照顧、家庭關係失和）與外在障礙問題（提供就醫資訊不充足、應給予家屬心理支持），適合整合於現有出院準備服務中，並對高齡失智長者有具體行動力的成效，經與高齡失智長者建立良好的關係，透過衛教技巧以及會談技巧關懷並追蹤其發展，三個計畫執行對於反應性、專注度、參與度、互動性、情緒性等五項表現有所提升。

關鍵詞：高齡失智長者、照顧負荷、出院準備計畫、照顧需求

1. 前言

針對高齡失智長者的照護環境如何從出院前開始規劃到後續追蹤，以提供持續性的照護，須經由醫療機構的專業人員與家屬共同合作，協助高齡失智長者獲得良好的醫療照護和病情改善（在住院過程中）之外，在出院後協助獲得護理照護指導知識以及養成基本自我照顧的技能，以解決出院後可能會遇到的問題。李世代等人(2004)指出，出院準備服務是藉由團隊與主要照顧者在病患即將進入下一階段時，對其出院照顧做連續型的準備。蔡紋苓(2005)指出，在規劃病患持續性照護時，以提高敏感度且能夠因應個別性的需求是主要的目標（例如住院照顧安排、出院決定、後續照顧安排等），因此醫院必須提供完整性護理及提供出院規劃個案管理師訓練。根據衛生福利部 2017 年統計資料顯示，因高齡化社會的來臨 65 歲以上人口數計 2,873,635 人（男性 1,334,157 人、女性 1,539,478 人），每位高齡長者平均每年使用醫療資源約有 25.5 次且近幾年高齡長者住院人數有明

顯逐年增加的趨勢，如圖 1。因此，衛生福利部彰化醫院(2016)指出，出院準備計畫(discharge planning)服務：「是一個由醫院讓個案在人性化考量下，符合醫療、健保、生活照護品質及成本效益訴求下，提昇個案家屬自我照顧知識及技能，使個案可以安全及順利的回家照顧或轉介至合適之社區照護資源，使之能達到妥善的照顧品質」。



資料來源：行政院主計總處—2017年性別圖像(3月)

圖 1. 兩性門診、住院就診率統計

出院準備服務小組的介入，幫助家屬協助病人適時取得資源，而與家庭的溝通協調是能讓家屬以正向積極的態度面對，增進家屬與病患的生活品質(林鴻玲, 2014)。家屬不再局限於親人而是包括病患願意將自己的一切託付給他的朋友在內(吳玉欣, 2016)。只要與病患有關緊密相連的關係者，這層關係就因此建立，並隨著病患多變的情緒變化及其疾病的變化而有所變動。曾麗琦等人(2013)、李世代(2012)皆指出，老年人口已然成為長期照護的主要人口群，其目的在於增進或維持身心功能、增加自我照顧、獨立自助生活能力，以減少依賴程度。

2. 文獻檢閱

2.1 出院準備計畫

Puschner et al. (2008)與林秀蓉、邱啟潤(2004)均指出，出院準備服務是從病患住院開始延伸至出院的過程，亦即從初次評估到轉介提供病患與主要照顧者知識與照顧技巧，並依循病患情況建議適當的轉介服務，以減少再住院率讓其得到無後顧之憂的後續照顧。劉桂芬(2017)指出，提供完整的出院準備計畫，增進病人復原成效、減少照顧者負荷與增加生活適應力。針對出院病人與照顧者，包括病程進展、復原歷程可能面對問題、預防中風復發、照顧技巧、輔具使用與社會福利資源等內容，讓照顧者有充分時間學習。林鴻玲(2014)指出，除了協助家屬轉介其需求之照顧機構，亦需後續追蹤家屬病患出院後資源使用情況，及是否繼續使用照顧服務機構。潘依琳(2000)指出，理想的

出院準備模式程序包含儘早篩選病人以發現危險群，因此病人在出院前做照護需求評估在時間上和位置上有其方便性和必要性。

黃惠璣、葉淑惠(2017)指出，出院準備服務包括：以病患與家屬為中心的照顧、入院即開始執行出院準備、由醫院各專業團隊合作提供照護資訊、了解家庭需求提供經濟、家庭照顧需求評估、衛教與照顧技巧指導和情緒問題協助、出院準備服務為非營利性的服務等七個的特點，藉此替病患做出完整評估與擬定適合的出院、執行、評價計畫，並且定期追蹤情況。林鴻玲(2014)指出，出院準備服務是以病患為中心做出的服務模式，提供非工作導向的全人照顧服務，藉由充分整合醫院內資源，連結社區中、家庭及非正式資源一同來照顧。

2.2 出院準備計畫之生態系統觀點

本文的出院準備計畫服務乃運用社會工作助人的專業所發展出來的生態系統觀點，此一發展正符合了社會工作專業對於家庭服務甚至是家庭治療的重視，也是社會工作的個案管理生態系統觀點（黃松林等人，2016）。當調和出現狀況，破壞了社會生態系統的平衡時，生活於其間的人會感受到緊張壓力(tension)甚至調和失度(unfit)（宋麗玉等人，2012）。以高齡失智長者圍繞著的一個中心觀念：出院準備計畫服務是藉由家屬與專業人士在某一種照顧過程的脈絡中，同時考量高齡失智長者的權利、需求與目標，並與當時的社會政策接軌及照顧環境有所適切性(fit)。因此藉其理論基礎，高齡失智長者被置於核心處並勾勒其在出院準備計畫、出院後支持、出院後轉介之生態觀的思想架構，來說明高齡失智長者、家屬、醫院和社會政策彼此之間強弱關係與親疏程度的情況。

高齡失智長者之微視系統(micro-system)

指高齡失智長者與其關係最親密的對象為主要團體(primary group)，換言之，與高齡失智長者有頻繁接觸且最直接有重大的影響者，亦即環繞於高齡失智長者周遭的家庭人際關係系統，包括父母、配偶、兄弟姐妹等。Steele & Sterling (1992)提出，出院準備的概念對病患、家屬與照顧者必須相當熟稔，尤其是離開醫療處置時，出院準備是可以看出病患是否能夠恢復的重要指標。林梨恩(2012)指出，主要照顧者以女多於男且多是由家屬照顧，能支持照顧者及早參與出院準備服務能有效滿足其需求程度。劉桂芬(2017)指出，強化病人和照顧者為中心的照護模式，以家庭為單位，評估家庭功能與關係，提供他們更多的協助與資源，並納入照顧者的能力評估，了解照顧者需求，提供早期及持續性的協助。

高齡失智長者之中介或居間系統(meso-system)

指與高齡失智長者有間接接觸者。無法像家屬一樣互動親密、稍有疏遠，但比機構單位人員的關係親近一些，包括鄰居、朋友、同學（同儕）、工作夥伴等。黃阿美(2012)指出，評估病患出院前的準備程度以確保得到持續性照護，除了解病患的需求外，應從多方角度來看出院準備需求是否一致，以期待可以提供更多適時的幫助。蔡紋苓(2005)指出，「調和鼎鼐」是主要決策者在家庭決策過程所扮演的角色，尤其當父母生病來到醫院，家人面對的家庭決策問題（例如：急救的選擇、治療

的選擇、經濟負擔方式等決定)，須有醫療人員介入引導整個家庭決策，以提高服務品質並減少病人出院時機之延宕。

高齡失智長者之外視或外部系統(exo-system)

指對高齡失智長者於社會生活中有所接觸的非直接關係，舉凡與高齡失智長者在社會角色的發展或社會情境的參與，包括醫療機構、官方單位、工作場域、社福單位、志願服務團體等。Tomura et al. (2011)指出，建置出院準備的計畫要以病患狀況做出合理推斷、找尋社會資源、評估家庭照護情況等。曾建寧、詹惠雅(2010)指出，出院準備計畫服務要能連結病患、醫院與機構式長期照護，透過醫師、護理人員等專業人士協同參與出院準備服務過程。姜淑梅(2016)指出，「出院準備服務小組」是病患回歸社區的重要角色，為積極落實「新三段五級失能預防」，在醫院端早已於出院準備服務實施多年，出院準備服務的工作項目中，如需長期照護者之機構轉介或人力資源介入，尚無照護需求者則可結合社區醫療服務活動（計畫），多面向導入失能預防課程或護理指導，以期達到失能延緩之目的。

高齡失智長者之鉅視系統(macro-system)

指高齡失智長者所有外在環境的社會體系及社會生活範圍，由長照政策、文化風俗、意識型態、價值觀念等所構成，對整個高齡失智長者有間接與無形的影響，特別是外在變遷對高齡失智長者產生之影響。Weiss and Piacentine (2006)指出，出院準備要能獲得社會支持、醫療系統協助與整合社區資源的能力。曾建寧、詹惠雅(2010)指出，出院準備計畫服務提供時，護理人員在執行出院準備計畫服務會受到來自家屬們的價值觀的衝擊，因此為了可以真正評估個案的需求計畫，應透過教育與大眾媒體讓其有良好的照顧品質與社區資源的溝通能力之支援。

3. 研究設計

當長期照護需求者的健康情況惡化到某種情況時，是無法脫離對機構式照護的需求，尤其老人遷居至機構將成為未來的趨勢。因此，醫院管理者應更積極建立銜接病患人口學特質、家庭照護資源、社會網路、健康、照護需求，及出院準備服務介入的內容之出院準備服務與轉介網路，提供家屬與病患完整的出院準備服務資訊（王素美，2006）。

3.1 處境分析

高齡人口逐漸成長，長者身體功能衰退，有可能面臨住院的問題。黃惠鈴(2016)指出，根據資料統計 65 歲以上的老年人，平均每年看門診的次數、就醫科別逐年增加，越來越多老人更需要得到住院服務，而整體醫療花費逼近總醫療費用的四成，住院人口從 2008 年的 51 萬 9 千人上升到 2012 年 56 萬人，資料顯示臺灣 65 歲以上人口住院人數是逐年升高的。Newby (1996)指出，醫療院所常提供「完全照護(total care)」的照護型態，不自覺的剝奪病患與家屬學習照顧的機會，因而造成病患對醫院的依賴。當病患出院返家後，會察覺到不知該如何在家中照顧自己，或是家屬不知

如何照顧病患，因此病患對住院的依賴便提高了，而再次增加住院的比例。李佳欣、曾沛瑜(2015)指出，臺灣各醫院病房數不斷增加，但每年約 1400 名畢業醫生卻沒有跟著增加，加上醫生出走、轉往診所，導致醫生頻喊過勞的狀況，其中影響最大的就是住院醫師，因此教導家屬自行於病患出院照顧以解決對醫療上不必要的使用。

3.2 問題界定

人口群界定

圖 2 所示為本研究人口群界定。

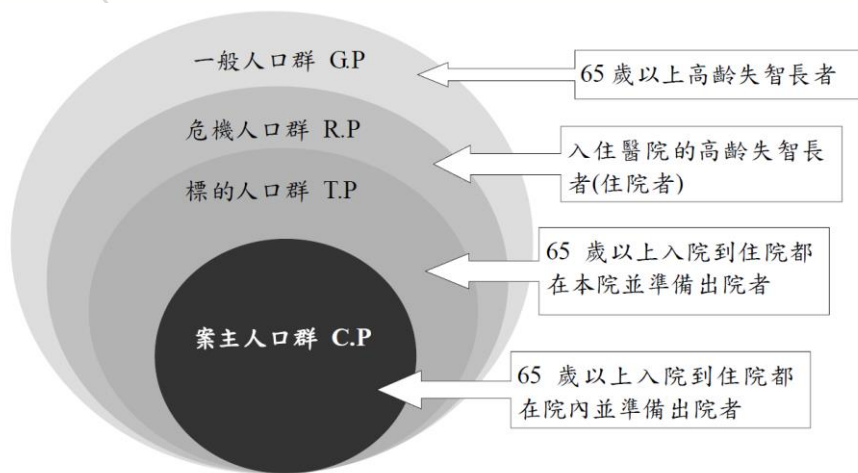


圖 2. 出院準備服務之人口群界定

服務對象內在障礙問題

服務對象就醫率及住院率上升：台灣新生報(2014)指出，與歐美國家相比臺灣高齡長者很愛看醫生，而其中發現有兩個問題，一個關於健保財務，超過四成的健保費用，這個數字恐怕會隨著高齡人口愈來愈多，將對於全民健保未來的永續性形成威脅；另一個攸關高齡長者的健康，看病多也造成用藥上的問題，進而對高齡者的健康產生不良影響。高齡長者在不同的門診，拿了不同的藥物，一方面提高了藥物重複、誤服等風險，同時也造成藥物之間高度的交互作用，影響藥物的效用，甚至造成傷害而促使住院率提升的問題。

家屬和高齡長者本身無力或不知如何照顧：由於醫護人員在忙碌之時以及在執行常規時家屬未在场或未詢問，而無法確實教導家屬該如何照顧高齡長者。高齡長者住院後讓家屬的壓力隨之上升，不管是精神上的壓力還是經濟上的壓力，並且在處於無法時時刻刻照顧患者，需要上、下班交替照顧患者而易產生家庭的紛爭等問題。

家庭關係失和：在雙薪家庭兩方都要工作的情況下，長輩出院後可能會面臨需要照顧而無人照顧的問題。照顧長輩的責任該由誰負責，或是在雙方都不願意放棄工作而照顧長輩上往往有所爭

執。尤其是夫妻和婆媳間的爭吵，以需要工作為理由將長輩送入機構，認為每月繳錢給機構，就能讓長輩獲得較佳的照料品質，卻沒有考量到長輩身心需求，導致家庭關係因此失和。

服務對象外在障礙問題

提供就醫資訊不充足：台灣許多長輩因為醫療資訊提供的不足、太深奧不易懂和相信醫生的醫術等，陷入了重複領藥的問題。國內不少藥名標示仍不清楚，所以不能怪老人沒有清楚告知醫師所有服用的藥名，醫師更不能把所有責任都推到專業資訊不足的老人身上。健保署未嚴格要求醫師登錄與查核高齡長者健保 IC 卡內的用藥紀錄，導致重複用藥的比率相當的高，更讓老人背負著「藥命」的風險（台灣醫療改革基金會，2015）。

應給予家屬心理支持：林梨恩(2012)指出，從住院到出院過程有良好的護病關係且護理人員擔任協調者，給予持續性的護理服務是可以降低其照顧負荷與促進健康。吳玉欣(2016)指出：「家屬的心理調適，在病患生病過程中扮演十分重要且不可或缺的角色」。例如因恐懼而產生攻擊行為，是因為接收負面訊息的人，會投以不信任的態度，甚至批評醫療上的處置，與第一線人員發生衝突與爭執，這些反應不是出於家屬本意，而是來自家屬對疾病的惶恐、擔心與不知所措。利用否認機轉讓家屬躲開受害的感受及不讓復原的希望破滅又或者是以討價還價的方式，指家屬願意陪病患走進復健的過程，心中期盼自己的付出與努力可以換得病患的痊癒，因此常出現家屬帶著病患每天往醫院跑、要求進一步的治療計畫，配合醫院的要求、與治療師合作，並且四處打聽秘方、探訪各醫院的名醫、嘗試各種方法，只為病患能早日痊癒等等，應適當給予家屬心理調適的方法。

3.3 執行計畫之過程與成果目標

出院準備服務之目的在於促進自我照顧能力，協助病患與家屬改善健康的狀況，以保證家庭和社區之間的連續性照顧(Newby, 1996)。因為醫療科技的發達，高齡長者住院率居高不下，而為了因應此環境變動的需求，出院後的服務會涉及到個案出院後的生活品質，尤其高齡失智長者沒有得到好的照顧，除了疾病的復發率提高，回診率也會很頻繁，使得要花更多的金錢在醫療上，對高齡失智長者的家庭造成很大的負擔之外，醫院與機構間未建立有效的轉介管道，延誤了轉介的時間。為了改善現有個案出院後的生活品質，本文提出了一連串的出院後服務內容，聚焦重點有三：第一，改善出院準備計畫；第二，強化出院後支持；第三，強化出院後轉介的銜接。因此，本文針對上述三個目的提出準備服務流程的過程與成果目標之細節，如表 1。

4. 研究結果與討論

4.1 出院準備服務設計

方案規劃者在做規劃時，理應去找尋漸進的代替性政策並著重在現有的政策或措施，而非大幅度的策略變動（黃松林等人，2016）。因此，本文對出院計畫服務的流程與方法詳細規劃其運作方

法，適時鍵入相關檔案，並進行管理與評估程序進行的情形，以作為執行過程中可隨時檢視此項服務的標準為何，如圖 3。

表 1. 出院準備服務之過程與成果目標

計畫名稱	成果目標	過程目標
計畫一： 出院準備計畫	<ul style="list-style-type: none"> (1) 運用出院計畫的服務模式，進行評估、規劃，使準備出院者有 80% 有得到完善的出院計畫 (2) 以服務流程滿意度調查做為評量，至少有 80% 準備出院者表示滿意 (3) 經過護理師的照顧教導後，至少有 80% 的家屬充分的了解照顧個案知識與技巧 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 全年提供出院計畫服務，使個案出院後享有好的生活品質 (2) 針對住院的個案提供三次的出院計畫會議 (3) 規劃出院計畫過程中須確認個案需求的優先順序 (4) 出院後個案若是回家主要照顧者是家屬的話，要出院時護理師會教導家屬要如何照顧個案
計畫二： 出院後支持	<ul style="list-style-type: none"> (1) 運用衛教的方式，協助失智患者或疑似失智患者的家屬具備更多照顧知識與技巧，以減輕長期累積的壓力 (2) 藉由失智症家屬交誼的方式，彼此了解照顧失智症患者的相關問題，並能與專業人員討論照顧問題，以提升照顧技巧 (3) 每次交誼至少有 60% 的成員覺得交誼內容符合期待 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 失智症患者或疑似失智症患者出院後進行定期追蹤，並做個案記錄撰寫 (2) 每半年進行一次失智量表的評估，檢驗個案的症狀是否有惡化或改善，適時給予家屬衛教 (3) 失智家屬交誼預計每月一次，邀請失智症家屬參與 (4) 交誼進行中請主治失智症醫師到場與家屬討論照顧問題 (5) 交誼進行前會發評估問卷，做為未來交誼內容評估的依據 (6) 每次交誼至少有 60% 的成員覺得交誼內容符合期待
計畫三： 出院後的轉介	<ul style="list-style-type: none"> (1) 運用轉介平台，在個案準備出院時經由評估後，出院時就能立即轉介到適合個案的機構 (2) 轉介後的個案至少 80% 以上的個案對轉介的機構達到滿意 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 進行有相關長期照顧機構的資源盤點 (2) 建立轉介平台，從資源中篩選出好的機構，並與機構簽訂合約 (3) 若經出院計畫會議提出個案出院後需要轉介到機構，在個案出院前一週，將會與家屬建議有哪些機構適合長輩，尊重家屬的選擇，盡快安排好轉介的手續，使個案一出院就能入住轉介的機構

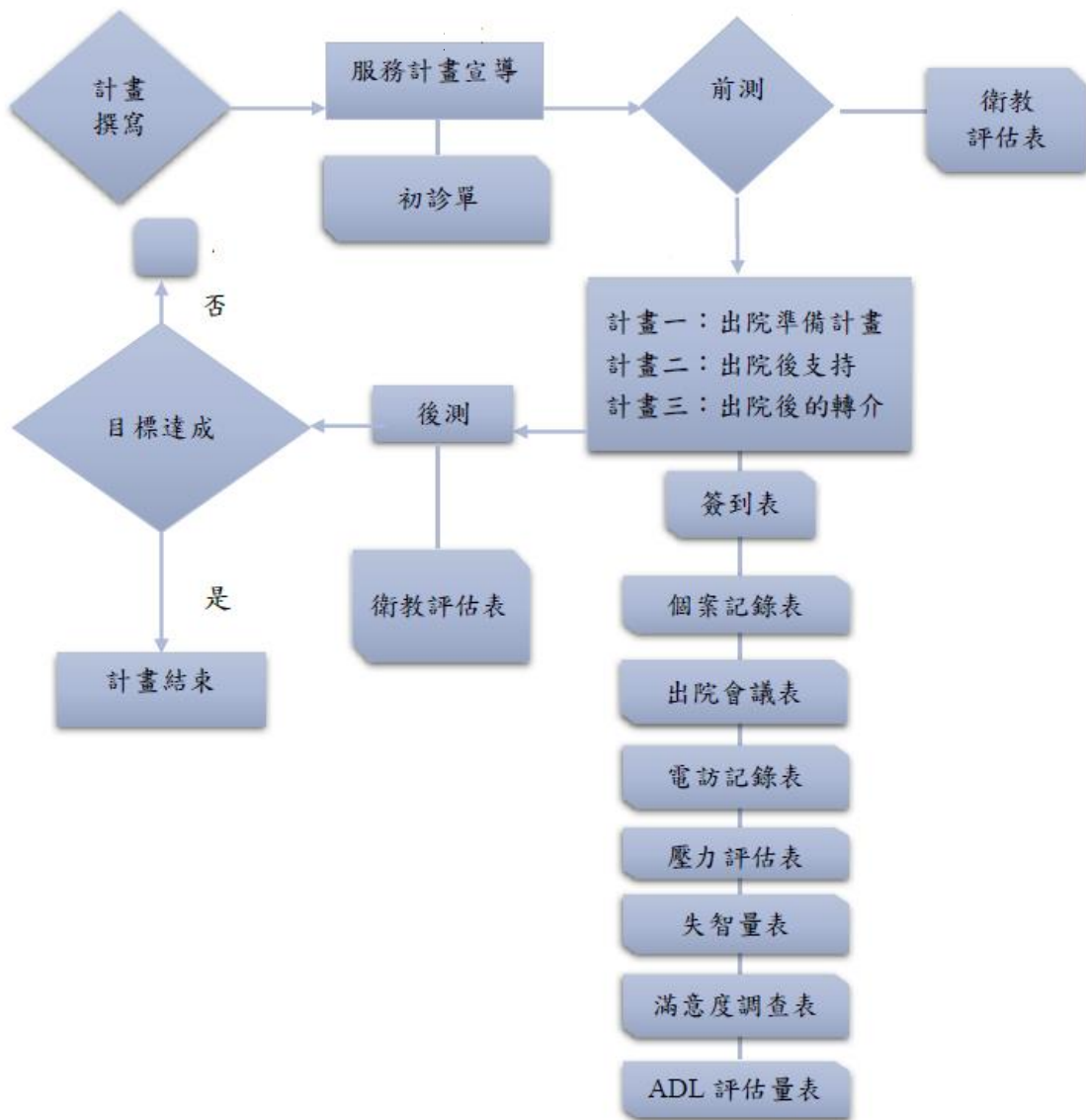


圖 3. 出院準備服務設計流程圖

4.2 出院服務概況與進行方式

計畫一：出院準備計畫（出院準備）

由出院會議擬定個案的出院計劃，若需要到個案家評估居家環境、家庭經濟狀況，由護理師（復健師）與社工師進行評估。護理師在個案出院前一週開始教導照顧者如何照顧個案，出院後護理師陪同到個案家，進行最後的衛教以及在家有什麼需要注意的照顧技巧等，如表 2 與表 3。

計畫二：出院後支持（照顧壓力關懷）

每月由醫院舉辦失智症家屬交誼會，提供家屬一個平台可以互相交流彼此照顧上的問題與解決辦法，並請主治失智症醫師到場提供諮詢，如表 2 與表 3。

計畫三：出院後的轉介（轉介平台）

由專員進行評估，以建議的方式與家屬談個案要使用哪種長照相關服務，如表 2 與表 3。

表 2. 出院準備服務概況表

服務項目	服務對象	服務量	服務內容	執行方式
計畫一：出院準備計畫	年滿 65 歲以上入院至出院都在本院，即將要出院者	每週服務 20 位	<ol style="list-style-type: none"> (1) 在住院期間有三次出院計劃會議 (2) 從個案的生理、心理做評估擬定住院計劃，若個案出院後是回家，也要到個案家評估居家環境、家庭經濟狀況是否需要協助 (3) 個案出院後若是回家休養，主要照顧者是家屬，出院前會安排護理師教導家屬照顧知識與技巧 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 出院會議分別在剛住院、住院中、出院前一週，由個案的門診醫師、住院醫師、營養師、藥師、護理師、(復健師、照顧服務員、心理師)、家屬一起開會 (2) 由出院會議擬定個案的出院計劃，若需要到個案家評估居家環境、家庭經濟狀況，由護理師(復健師)與社工師進行評估 (3) 護理師在個案出院前一週開始教導主要照顧者如何照顧個案，出院後護理師陪同到個案家，進行最後的衛教，在家需要注意的照顧技巧等等
計畫二：出院後支持	年滿 65 歲以上入院至出院都在本院，疑似患有失智症或經由醫師確診有失智症已出院者	每週服務 20 位；交誼參與人數 40 名；每月 4 小時，為期約 1 年	<ol style="list-style-type: none"> (1) 出院後進行定期追蹤，並做個案記錄撰寫，每半年進行一次失智量表的評估，適時給予家屬衛教 (2) 失智家屬交誼會每月一次，邀請失智症家屬參與，並請專家到場與家屬討論照顧問題 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 出院後一週由家庭醫師至個案家進行評估，每週一次志工以電訪追蹤病情，每月一次心理師至個案家評估主要照顧者的壓力狀況，每半年一次家庭醫師至個案家進行失智量表的評估 (2) 每月由醫院舉辦失智症家屬交誼會，提供家屬一個平台可以互相交流彼此照顧上的問題與解決辦法，並請主治失智症醫師到場提供諮詢
計畫三：出院後的轉介	年滿 65 歲以上入院至出院都在本院，即將要出院，家中無人照顧需入住機構或需任何長期照顧相關服務者	居住台中市；符合轉介資格者	提供轉介平台給需要的個案，出院後即可享受長期照顧相關服務	<ol style="list-style-type: none"> (1) 進行台中市所有相關長期照顧機構的資源盤點 (2) 建立轉介平台，從資源中篩選出好機構，並與機構簽訂合約 (3) 由家庭醫師評估個案的日常生活功能，在由專員進行評估，以建議的方式與家屬談個案要使用哪種長照相關服務

表 3. 出院準備服務進行方式總規劃表

計畫名稱	主題	單元目標	日期/時間	活動內容
計畫一：出院準備計畫	出院會議 (附錄 A)	運用出院計畫的服務模式，進行評估、規劃，使準備出院者有 80% 有得到完善的出院計畫	第一次會議：個案住院的第二天 第二次會議：依個案的情況，第三次會議：個案出院前一週，開會時間：早上 9 點	研討個案的身體、心理狀況，以及規劃出院計畫
	照顧教學 (附錄 A)	經過護理師的照顧教導後，至少有 80% 的家屬充分的了解照顧個案知識與技巧	個案出院前一週，下午 1 點至 2 點	教導主要照顧者如何照顧個案，出院後護理師陪同到個案家，進行最後的衛教，在家有什麼需要注意的照顧技巧
計畫二：出院後支持	院後追蹤 (附錄 B)	運用衛教的方式，協助失智患者或疑似失智患者的家屬具備更多照顧知識與技巧，以減輕長期累積的壓力	出院後一週個案評估，每週一次志工電訪，每月一次心理師評估，每半年一次失智量表的評估，時間：早上 9 點、下午 3 點	由家庭醫師至個案家進行個案評估，志工以電訪的方式進行病情追蹤，心理師至個案家評估主要照顧者的壓力狀況，家庭醫師至個案家進行失智量表的評估
	失智症家屬交誼會 (附錄 B)	藉由失智症家屬交誼的方式，彼此了解照顧失智症患者的相關問題，並能與專業人員討論照顧問題，以提升照顧技巧	每個月的第三週，下午 2 點至 4 點	失智症家屬可以互相分享自己的照顧經驗或問題，會場有主至師至症醫師在場，可隨時提供諮詢
計畫三：出院後的轉介	轉介服務 (附錄 C)	運用轉介平台，在個案準備出院時經由評估後，出院時就能立即轉介到適合個案的機構	無限定時間	家庭醫師評估個案的日常生活功能，在由專員進行評估，以建議的方式與家屬談個案要使用哪種長照相關服務

5. 結論與評估計畫

在病患入院後即進行出院準備服務評估，依據需求與疾病特性，參照「初篩」與「複篩」之收案原則，再決定是否將病患列入出院準備服務收案對象，因此只有出院準備需求者，才需進行出院

準備服務之護理紀錄 (劉淑惠, 2011)。醫院執行出院準備服務不論採取何種模式, 應該提供衛教指導資料來改善護理指導方式 (曾建寧、詹惠雅, 2010), 如圖 4。



圖 4. 出院準備服務之衛教 (感謝腎臟病衛教室、吳怡雯衛教師、許彤筵個管師提供)

本文出院準備服務資源投入主要以年滿 65 歲以上入院至出院並即將要出院者為服務對象, 動用的人力資源包括: 家庭醫師、住院醫師、門診醫師、營養師、藥師、復健師、社工師、心理師、護理師、志工等, 主要出院評估計畫與成效如表 5。在單元活動滿意度方面, 首先, 透過簽到表了解出院準備計畫的 65 歲以上入院到住院都在院內並準備出院者之參與率; 其次, 透過計畫小組成員於活動進行中拍照、攝影與觀察成員之紀錄, 以了解出院計畫過程的細節作為檢討依據; 最後, 活動場地於院方之簡報室, 場地寬敞設備齊全, 於每次計畫的主題活動後, 立即開檢討會議, 做為下次改進之依據。在品質自我評估方面, 首先, 開放式的主題活動, 以病患的身體、心理狀況, 以及規劃出院計畫, 教導主要照顧者如何照顧個案; 其次, 主題活動時間的掌控與需要注意的照顧技巧, 整個團體凝聚力有呈現; 再者, 評估病患日常生活功能, 由專人進行評估, 以建議的方式與家屬討論病患應使用哪種長照相關服務; 最後, 至病患家進行評估, 心理師至病患家評估主要照顧者的壓力狀況並輔以志工電訪的方式進行病情追蹤。在成效評估方面, 首先, 主題活動結束後統計成員參與率並於每次活動結束後, 請參與的成員填寫滿意度調查表; 其次, 於每一主題的第一次活動與最後一次活動後, 請參與活動的成員填寫前測問卷及後測問卷, 藉以了解主題活動的成效; 最後, 依據協助者觀察活動過程, 填寫的回饋單來評估主題活動的成效。在每次方案小組於活動過程中觀察各成員表現, 從反應性、專注度、參與度、互動性、情緒性等五項表現給予評值分數, 以作為後續活動設計的指標。

整個出院準備計畫服務執行過程中, 經與高齡失智長者以及家屬建立良好的關係並透過衛教技巧和會談技巧關懷並追蹤其發展的三個計畫執行後, 高齡失智長者對於反應性、專注度、參與度、互動性、情緒性等五項表現, 皆有明顯進步, 如圖 5。在改善「出院準備計畫」整體績效從 71%提

升至 85%；在強化「出院後支持」整體績效從 85%提升至 95%；在強化「出院後轉介」整體績效從 80%提升至 90%。

表 5. 出院準備服務評估計畫表

目標	成效	指標	評估工具	評估資料運用
計畫一：改善出院準備計畫	運用出院計畫的服務模式，進行評估、規劃，使準備出院者得到完善的出院計畫並表示滿意且其家屬有充分的了解照顧個案知識與技巧	反應性 專注度 參與度 互動性 情緒性	衛教表 滿意度調查表 會議紀錄表 初診單	(1) 有 80%有得到完善的出院計畫 (2) 有 80%準備出院者表示滿意 (3) 有 80%的家屬充分的了解照顧個案知識與技巧
計畫二：強化出院後支持	協助失智患者或疑似失智患者的家屬具備更多照顧知識與技巧，以減輕長期累積的壓力，且家屬能與專業人員討論照顧問題，以提升照顧技巧，每次交誼大部分成員覺得交誼內容符合期待	反應性 專注度 參與度 互動性 情緒性	簽到表 個案記錄表 電訪記錄表 壓力評估表 失智量表	(1) 運用衛教的方式，以減輕患者與家屬長期累積的壓力 (2) 藉由失智症家屬交誼的方式，了解相關問題，並能與專業人員討論照顧以提升照顧技巧 (3) 每次交誼至少有 60%的成員覺得交誼內容符合期待
計畫三：強化出院後轉介的銜接	在個案準備出院時經由評估後，出院時就能立即轉介到適合個案的機構，且轉介後的大部分個案對轉介的機構達到滿意	反應性 專注度 參與度 互動性 情緒性	滿意度調查表 ADL 評估量表	運用轉介平台，在個案準備出院時經由評估後，出院就能立即轉介到適合個案的機構

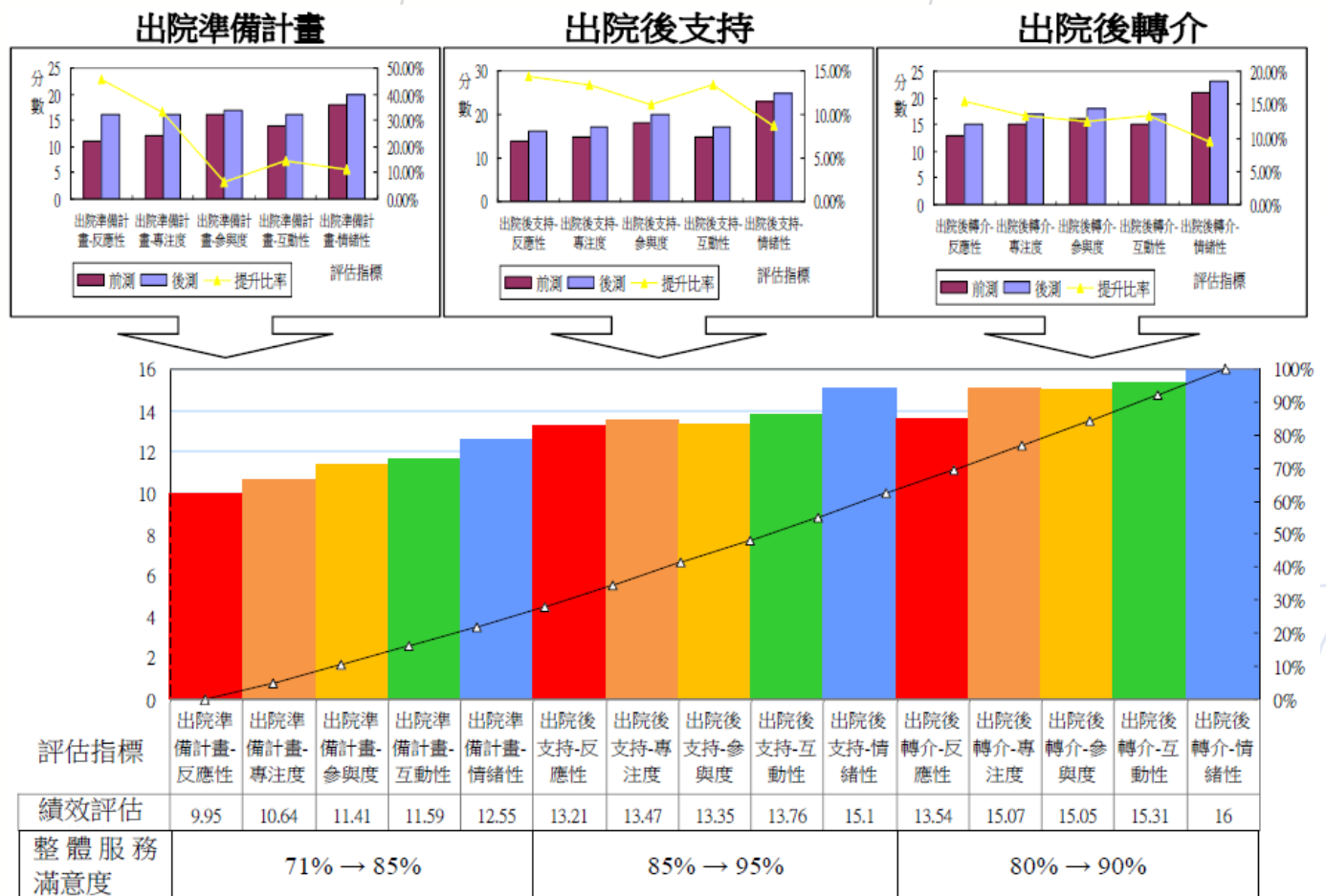


圖 5. 出院準備計畫服務成果績效評估

參考文獻

1. Newby, N. M. (1996). Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of advanced nursing*, 23(4), 786-791.
2. Puschner, B., Steffen, S., Gaebel, W., Freyberger, H., Klein, H. E., Steinert, T., ... & Becker, T. (2008). Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC health services research*, 8(1), 152.
3. Steele, N. F., & Sterling, Y. M. (1992). Application of the case study design: nursing interventions for discharge readiness. *Clinical Nurse Specialist*, 6(2), 79-84.
4. Tomura, H., Yamamoto-Mitani, N., Nagata, S., Murashima, S., & Suzuki, S. (2011). Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 444-453.
5. Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of nursing measurement*, 14(3), 163.
6. 劉桂芬(2017)。初次腦中風病人的功能狀態、心理困擾、生活適應與照顧者負荷之縱貫性研究。臺北市：國立臺北護理健康大學護理研究所博士論文（未出版）。
7. 劉淑惠(2011)。美國與英國社區長期照護與出院準備服務。國立成功大學醫學院附設醫院。
8. 台灣新生報(2014)。社論：別怪老人愛看病。2017年4月15日取自 <https://tw.news.yahoo.com/%E7%A4%BE%E8%AB%96-%E5%88%A5%E6%80%AA%E8%80%81%E4%BA%BA%E6%84%9B%E7%9C%8B%E7%97%85-160000569.html>
9. 台灣醫療改革基金會(2015)。為什麼台灣老人拼老命跑醫院拿藥？2016年12月27日取自 http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=2111
10. 吳玉欣(2016)。家屬的心理調適。2017年3月17日 <http://disable.yam.org.tw/life/657>
11. 姜淑梅(2016)。出院準備服務病人潛在照護風險及其相關因素之探討—以北部某榮民醫院為例。臺北市：國立臺北護理健康大學長期照護研究所碩士論文（未出版）。
12. 宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍(2012)。社會工作理論：處遇模式與案例分析。臺北市：洪葉文化。
13. 詹惠雅、曾建寧(2010)。從社會環境之觀點探討台灣出院準備服務。 *臺灣醫學*, 14(3), 346-350。
14. 曾麗琦、謝亞倫、林碧莉、吳瓊滿(2013)。篩檢與評估的基本概念介紹與比較。 *長庚護理*, 24(4), 379-388。
15. 李世代(2012)。長期照護之界定與操作推動。 *領導護理*, 13(1), 2-13。
16. 李世代、楊麗珠、張淑卿、張輝(2004)。 *出院準備指引*。中華民國護理護師公會全國聯合會。
17. 李佳欣、曾沛瑜(2015)。翻轉醫療有解方。 *康健雜誌*, (201), 152-158。

18. 林梨恩(2012)。主要照顧者出院準備服務建置及評價。臺北市：國立臺北護理健康大學護理（未出版）。
19. 林秀蓉、邱啟潤(2004)。護理人員對失能病患主要照顧者出院需求處理自信及其相關因素探討。護理雜誌，51(2)，48-56。
20. 林鴻玲(2014)。出院準備服務介入後家屬之心路歷程—以神經功能障礙無法自我照顧之病人為例。新竹市：玄奘大學社會福利與社會工作學系碩士論文（未出版）。
21. 潘依琳(2000)。出院準備服務的建構與發展—以馬偕醫院為例。護理雜誌，47(4)，76-86。
22. 王素美(2006)。出院準備服務對病患選擇機構式長期照護機構之探討。臺中市：中台醫護技術學院醫護管理研究所碩士論文（未出版）。
23. 蔡紋苓(2005)。老年病人出院準備服務中家庭決策過程之探討。臺北市：國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文（未出版）。
24. 行政院主計總處(2017)。2017 年性別圖像。行政院主計總處。
25. 衛生福利部彰化醫院(2016)。出院準備服務？2017 年 6 月 5 日取自 <http://www.chhw.mohw.gov.tw/?aid=502&iid=6&print=1>
26. 黃惠璣、葉淑惠(2017)。長期照護（第四版）。新北市：新文京開發出版股份有限公司。
27. 黃惠鈴(2016)。別讓爸媽變醫療難民。天下雜誌，(589)，25-35。
28. 黃松林、趙善如、陳宇嘉、萬育維(2016)。社會工作方案設計與管理。臺北市：華杏圖書股份有限公司。
29. 黃阿美(2012)。腦中風病人出院準備度與出院準備服務滿意度及其相關因素探討。高雄市：義守大學管理學院碩士論文（未出版）。

附錄 A. 計畫一：出院準備計畫之主題流程

活動名稱	出院會議		
活動日期	105.11.30~106.5.13	活動時間	9：00~10：30
活動地點	會議室		
活動目標	1. 規劃與評估個案的出院計畫 2. 提升住院照顧品質 3. 讓家屬有機會參與討論個案的狀況		
進行方式	流程詳述	配合器材	配合人員
20 分鐘	報告個案目前的狀況	會議紀錄表	住院醫師
40 分鐘	討論個案的狀況	筆	門診醫師
20 分鐘	討論出院計畫	麥克風	藥師
10 分鐘	與家屬對談	音響	營養師
		初診單	復健師
			心理師
			社工師
備註			
活動名稱	照顧教學		
活動日期	個案出院前一週	活動時間	13：00~14：00

活動地點	個案的病房		
活動目標	讓家屬或主要照顧者更了解照顧知識與技巧		
進行方式	流程詳述	配合器材	配合人員
30 分鐘	照顧知識教學	依照個案的狀況選擇 教學器材 衛教單	護理師
30 分鐘	照顧技巧教學		
備註	教學內容視個案狀況而定		

附錄 B. 計畫二：出院後支持之主題流程

活動名稱	院後追蹤		
活動日期	105.11.6~106.5.13	活動時間	9：00、15：00
活動地點	個案家、辦公室		
活動目標	1. 了解個案出院後的狀況 2. 關心主要照顧者的心理狀況 3. 個案的病情是否有變化		
進行方式	流程詳述	配合器材	配合人員
9：00~	家庭醫師至個案家進行個案評估 (出院後一週)	個案紀錄表 電訪表 電話 壓力評估表 失智量表	家庭醫師 志工 心理師
9：00~	志工以電訪的方式進行病情追蹤 (每週一次)		
15：00~	心理師至個案家評估主要照顧者 的壓力狀況(每月一次)		
15：00~	家庭醫師至個案家進行失智量表 的評估(每半年一次)		
備註			
活動名稱	失智症家屬交誼會		
活動日期	105.11.6~106.5.13	活動時間	14：00~16：00
活動地點	研究大樓第三會場		
活動目標	1. 給予家屬有互相交流的平台 2. 了解有不同的照顧方式		
進行方式	流程詳述	配合器材	配合人員
10 分鐘	報到、簽到	茶點、簽到表、筆、滿 意度調查表、麥克風 音響、相機	失智症主治醫師 社工師、志工 社工師、志工
20 分鐘	自我介紹		
60 分鐘	互相分享		
30 分鐘	諮詢時間		
備註			

附錄 C. 計畫三：出院後的轉介之主題流程

活動名稱	轉介服務		
活動日期	105.11.6~106.5.13	活動時間	無限定時間
活動地點	家屬休息室		

活動目標	1. 讓個案可以出院後直接享有長照機構相關服務 2. 適合個案的長照機構		
進行方式	流程詳述	配合器材	配合人員
出院前一週	先由家庭醫師評估個案的日常生活功能，在由專員與家屬建議有哪些適合個案的長照機構，討論出轉介的機構，並協助轉介流程	轉介單 長照相關機構的資料 ADL 評估量表	社工師 社工師、志工 家庭醫師
備註			

Creating Elder-Friendly Environments in Hospitals and Communities:

Research on Discharge Planning Service

*Shih, S.-F.^{1,2}, Liu, H.-H.³, Chen, Y.-J.³, Hsiao, T.³, Lin, Y.-H.³

¹ Department of Medical Sociology and Social Work, Chung Shan Medical University

² Department of Social Work, Meiho University

³ Department of Senior Citizen Service Management, National Taichung University of Science and Technology

Abstract

Based on practical application, this study assists senior adults to successfully be transferred to other care environments after medical treatment in order to ensure that they receive continuous and positive health care service after discharge from hospital. Thus, their families' caregiver burden can be reduced. Regarding the construction of senior adults' discharge planning, based on the principles and service content of literature, this study develops the primary process for tracking care and outcome evaluation after discharge as follows: 1) improve discharge planning; 2) reinforce discharge support; and 3) reinforce post-discharge transfer. Senior adults' discharge planning constructed by this study can effectively lower their internal obstacles (low compliance rate and high hospitalization rate, helpless families and senior adults, or lack of knowledge of care and negative family relationships) and external obstacles (lack of medical information and psychological support for the families). The constructed process can be integrated into the current discharge service and is effective for improving senior adults' mobility.

Keywords: senior adult, caregiver burden, discharge planning, supportive care need