

台北醫學院護理學研究所

碩士論文

應用出院準備服務於
慢性阻塞性肺疾病之成效探討

**Evaluation of the Discharge Planning Intervention on
COPD Patients**

指導教授:盧美秀(盧美秀)

陳品玲(陳品玲)

研 究 生:王憲華 撰

中華民國八十八年六月



国学经典丛书

长短经

下

[唐] 赵 蕤 著

刘国建

王雪黎 注译

刘 华

中州古籍出版社

論文摘要

研究名稱：應用出院準備服務於慢性阻塞性肺疾病患者之成效探討

研究所名稱：台北醫學院護理學研究所

研究生姓名：王憲華

畢業時間：八十七學年度第二學期

指導教授：盧美秀 台北醫學院護理學研究所教授

陳品玲 台北醫學院護理學研究所副教授

出院準備服務可達成縮短病人住院日數、增進自我照顧知識及能力、提昇病患及家屬的滿意程度、及提昇護理人員工作滿意程度等成果。慢性阻塞性肺疾病是病程漫長的慢性疾病，患者常因易發生呼吸短促現象，而有不必要的活動限制，進而使生活品質大受影響，能在患者住院期中提供完整的後續照顧訊息，予以出院準備服務之照護模式，應可提昇其疾病因應能力，減少症狀之嚴重度，維持疾病慢性穩定狀態，並改善生活品質。

本研究採類實驗設計法，於四個護理人員學資歷相當、胸腔內科病人分佈相當的內科單位中，以隨機方法選出二單位作為實驗組推行出院準備服務照護模式，二單位作為控制組執行常規照護模式，以符合收案條件之慢性阻塞性肺疾病患者為研究對象，探討出院準備服務對COPD病患住院天數、出院後四週內非預期性就診率、自我照顧認知及能力變化、生活品質變化、及住院醫療費用之影響。兩組病患均於入院時及出院時、出院4週後分別完成「病患自我照顧認知評量表」、「自我照顧能力評量表」、及「生活品質評量表(SOLQ)」。

認知評量表及SOLQ量表採專家效度，信度以Cronbach α 顯示，自我照顧認知評量表為0.83，生活品質評量表之各次項目分別為生理功能0.92、因應技巧0.79、情緒功能0.77、照護滿意度

0.96，出院準備服務專責協調師間一致性採KAPPA信度檢定為0.77~0.84。由於個案數少，各項收集資料先以無母數統計考驗進行分析。

研究結果顯示：推行出院準備服務照護模式後，慢性阻塞性肺疾病患者之自我照顧認知顯著提升，自我照顧能力及生活品質中之因應技巧及情緒功能可獲改善；而由於研究設計的疏忽，致平均住院日、平均醫療費用未見顯著差異；但與去年同期比較，住院日數可縮短，且在健保局支付金額調升後平均醫療費用未見顯著增加；對個案出院後4週內非計畫性就醫率未見顯著差異。

由於個案數較少，各項結果之推論力及解釋力薄弱，尚待繼續收集達具檢力之慢性阻塞性肺疾病患者後，才能具體評值出院準備服務之成效。

關鍵詞：出院準備服務、慢性阻塞性肺疾病患者、照護成效

目 錄

	頁數
致 謝.....	I
中文摘要.....	II
英文摘要.....	IV
目 錄.....	VI
圖表目次.....	IX
第一章 緒論	
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 文獻查證	
第一節 出院準備服務的相關概念.....	4
第二節 出院準備服務的相關研究.....	8
第三節 慢性阻塞性肺疾病之相關概念及研究.....	12
第四節 概念架構.....	15
第五節 研究假設.....	16
第六節 名詞界定.....	16
第三章 研究方法	
第一節 研究設計.....	17
第二節 研究對象.....	18
第三節 研究活動設計.....	19
第四節 資料收集流程.....	22
第五節 研究工具.....	24
第六節 資料分析.....	27
第四章 研究結果	
第一節 研究對象基本資料.....	30
第二節 出院準備服務對住院天數之影響.....	33

第三節	出院準備服務對非計劃性就診率及再住院率之影響.....	35
第四節	出院準備服務對病患自我照顧認知及能力之影響.....	37
第五節	出院準備服務對病患生活品質之影響.....	42
第六節	出院準備服務對病患平均住院醫療費用之影響.....	45
第七節	個案基本變項對住院天數、非計畫性就醫、自我照顧 認知、生活品質及醫療費用之影響.....	49
第五章 討論		
第一節	出院準備服務對住院天數之影響.....	55
第二節	出院準備服務對非計劃性就診率及再住院率之影響.....	57
第三節	出院準備服務對病患自我照顧認知及能力之影響.....	58
第四節	出院準備服務對病患生活品質之影響.....	59
第五節	出院準備服務對病患平均住院醫療費用之影響.....	60
第六節	個案基本變項對住院天數、非計畫性就醫、自我照顧 認知、生活品質及醫療費用之影響.....	62
第六章 結論與建議		
第一節	結論.....	63
第二節	建議.....	65
第三節	研究貢獻.....	66
第四節	研究限制.....	67
參考資料		
	中文部份.....	68
	英文部份.....	69
附錄		
附錄一	「慢性阻塞性肺疾病」衛教手冊.....	72
附錄二	專責協調師角色及遴選條件.....	82
附錄三	專責協調師名單及資歷簡介.....	83

附錄四	專責協調師之訓練.....	84
附錄五	病房護理人員訓練課程.....	86
附錄六	出院準備服務小組成員工作內容.....	87
附錄七	COPD 患者出院準備服務個案資料表.....	88
附錄八	病患疾病嚴重程度.....	89
附錄九	COPD 患者持續照護綜合評估表.....	90
附錄十	COPD 患者出院電訪追蹤評估表.....	92
附錄十一	專家效度名單.....	93
附錄十二	專家效度鑑定結果(一).....	94
附錄十三	專家效度鑑定結果(二).....	95
附錄十四	慢性阻塞性肺疾病患者自我照顧認知評量表.....	97
附錄十五	慢性阻塞性肺疾病患者疾病照護能力評量表.....	98
附錄十六	慢性阻塞性肺疾病患者生活品質評量表.....	99
附錄十七	內在一致性信度鑑定結果.....	101
附錄十八	Dr. Shin-Ping Tu 同意函.....	102
附錄十九	研究同意書.....	103

圖表目次

圖一	應用出院準備服務於慢性阻塞性肺疾病之概念架構.....	15
圖二	COPD 患者出院準備服務流程.....	21
圖三	資料收集流程.....	22
表一	研究對象基本資料分佈情形.....	31
表二	兩組病患住院天數之比較.....	34
表三	兩組病患出院後 4 週內非預期性就診率及再住院率之比較.....	36
表四	兩組病患自我照顧認知前後測之比較.....	38
表五	兩組病患自我照顧認知差異之比較.....	40
表六	各組間病患自我照顧認知前後測總分之比較.....	40
表七	兩組病患自我照顧能力差異之比較.....	41
表八	各組間病患自我照顧能力前後測總分之比較.....	41
表九	兩組病患生活品質差異之比較.....	43
表十	各組間病患生活品質變化之比較.....	44
表十一	兩組病患住院費用之比較.....	46
表十二	兩組病患住院費用（健保給付）之比較.....	47
表十三	兩組病患住院費用（患者自費）之比較.....	48
表十四	不同年齡、罹病期間對照護成效之影響.....	50
表十五	不同性別、工作現況與疾病嚴重程度對照護成效之影響....	51
表十六	不同教育程度、婚姻狀況、過去病史與抽菸習慣對照護 成效之影響.....	52
表十七	病患基本變項對非計劃性就醫之影響.....	53

第一章 緒論

本章共分二節，分別介紹研究動機、研究目的，敘述如下。

第一節 研究動機

全球性的人口老化及疾病型態逐漸轉變為慢性、退化性疾病，致使罹病者對醫療照護需求與生活照護需求並重，當無法獲得足夠的後續性照顧之知識、能力或資源時，慢性病患將延長滯留於急性病房的時間。而慢性病患住院期間接受的多是完全的照顧(total care)，未獲得學習疾病及生活照顧之機會，故出院返家後往往驚覺不知如何自我照顧，或家屬不知如何照顧個案，究其原因可能為住院中未曾獲得完整且符合其需要的出院準備計劃(Waters, 1987)。在我國，雖然病患住院時多有家屬陪伴，但醫護人員提供的照護資訊不足，致慢性病患自我照顧的認知及能力較差，例如曾氏等人(1997)探究 60 位 COPD 個案，在罹病多年後對疾病認知正確程度僅 61%，其中該疾病持續照護上必須的氧氣治療、藥物治療答對率分別只有 28%及 60%，而也只有 25.9%的病患會完全遵從醫師指示用藥。

1968 年美國全國性衛生設施諮詢委員會(U.S. National Advisory Commission on Health Facilities)明列出院計劃是病人的權利，是病人得到最佳健康照護之必須策略。1973 年醫院組織聯合委員會(The Joint Commission on Accreditation of Hospital; JCAHO)將出院計劃的推動情況列為醫院評鑑項目之一，並於 1983 年規定醫院對所有住院病患皆須提供出院計劃。而 1983 年老人醫療保險(Medicare)採用診斷相關群制度(DRGs)控制醫療費用後，各院也極力推動出院計劃(張，1994)。

我國自民國 84 年 3 月全民健康保險實施以來，民眾及重大傷病者就醫負擔減輕後，病患平均住院日有增高趨勢；依中央健保局 85 年資料顯示，全國醫療機構中住院天數高於 30 天者佔 4.02%，但其醫療費用則佔 24.73%(吳，

1996)，若能設法降低長期佔住醫院之人數，將可降低不必要之醫療費用支出。此外，為求有效控制醫療保險費用之收支平衡，健保局對醫療費用之給付方式將逐漸由現行的論服務計酬(Fee for service)研擬轉為診斷相關群及前瞻性支付方式(Prospective payment system)。在此給付制度下，各醫療機構所面臨的最大衝擊為如何能維持既有的醫療照護品質，同時又能兼顧醫院的營運績效。為能有效節省醫療成本，且對慢性病患提供良好後續自我照護之知能，衛生署於民國 83 年始在嘉義基督教醫院等四家醫院試辦的「出院準備服務」似乎是一項可行之策略，故民國 85 年陸續共計有 25 所醫院辦理本項措施(戴玉慈等，1998)，台北區醫療網亦將之納為重點推動計劃；在衛生署主辦之醫院評鑑中也將出院準備服務列為評鑑項目之一(行政院衛生署，1997)，更使得醫療機構視推動出院準備服務為時勢之所趨。

依據國外研究，出院準備服務可達成縮短病人住院日數、增進自我照顧能力、提昇病患及家屬對醫療照護的滿意程度、及提昇護理人員工作滿意程度等成果，但國內文獻資料則少見對此種措施之成效有深入的探討，故擬瞭解不同國情及醫療體制下是否也具有同樣的成效？

慢性阻塞性肺疾病(COPD)包括慢性支氣管炎、肺氣腫、氣喘和支氣管擴張等(魏玲玲等，1989)，在臨床上是相當重要的慢性疾病，40 歲以上人口約 16% 罹患慢性阻塞性肺疾病，可見病人的數目眾多，且病程漫長(蕭，1996)。依行政院衛生署統計，民國 80 年始，「支氣管炎、肺氣腫和氣管性氣喘」三者合計列為台灣地區國民十大死亡原因之第十位(行政院衛生署，1996)；然據蕭氏(1996)推估，上列資料均未包括 COPD(國際病因分類 ICD-496)，若將之合併統計，則 COPD 相關診斷群應列為造成國民死亡原因之第六位。而在台灣地區公私立醫院診所診治疾病之調查則發現，上列三者合計佔門診就診人數之第六位，住院人數之第十位，且年齡愈大者之排序愈往前移(行政院衛生署，1992)。據國泰綜合醫院 86 年度住院病人資料統計呈現，胸腔科病人數佔內科總數之第二位，其中 COPD 患者在胸腔科之比率為 $\frac{1}{4}$ ，其平均住院日為

13 天，高於全院平均值(7.93 天)，各項數據均可見 COPD 之盛行率極高（國泰綜合醫院，1998）。罹患 COPD 者常因易發生呼吸短促現象，而有不必要的活動限制，進而使生活品質大受影響(Jones, 1995; Wigal, Creer, & Kotses, 1991)，能在患者住院期中提供完整的後續照顧訊息，將可提昇其疾病因應能力，減少症狀之嚴重度，維持疾病慢性穩定狀態，並改善生活品質。

國內現行出院準備服務制度多以中風、高血壓和糖尿病為對象(戴，1998)，對於病程漫長、後續照護需求高的 COPD 病患則涉獵較少，故本研究擬以 COPD 患者為對象，探討施行出院準備服務之成效，期能建立其他疾病亦可參考之服務流程模式。

第二節 研究目的

- 一、探討出院準備服務對慢性阻塞性肺疾病患者住院天數的影響。
- 二、探討出院準備服務對慢性阻塞性肺疾病患者出院後非計劃性就診率及再住院率的影響。
- 三、探討採用出院準備服務對慢性阻塞性肺疾病患者自我照顧認知及能力之影響。
- 四、探討採用出院準備服務對慢性阻塞性肺疾病患者生活品質的影響。
- 五、探討採用出院準備服務對慢性阻塞性肺疾病患者住院醫療費用之影響。

比較接受出院準備與否對慢性阻塞性肺疾病患者住院天數、非計劃性就診及再住院率、自我照顧之認知、生活品質及住院醫療費用的影響。

第二章 文獻查證

第一節 出院準備服務的相關概念

一、出院準備服務之發展背景

出院計劃(discharge planning)一詞始於何時已不可考，但由早期的護理文獻中可發現強調在病人出院前即須給予準備，如後續用藥之指導、必要之轉介服務等，可見「出院計劃」是護理服務的必要項目。

美國的全國性衛生設施諮詢委員會於 1968 年指出出院計劃是病人的權利及獲得最佳健康照護所必須之策略，1972 年修訂社會安全法案時將出院計劃服務視為規定中必須有的服務項目；1973 年 JCAHO 將出院計劃的執行情況列為醫院評鑑項目之一，並表示其為護理人員應盡的職責，又於 1983 年規定醫院對所有住院病患皆須提供出院計劃；美國的護理專業組織護理聯盟(National League for Nursing)也曾於 1976 年明列出院計劃之執行細則，並強調應有專人負責訂定出院計劃(黃明珠等，1991)。而在節樽醫療照護成本政策之持續擴張，又能兼顧維持良好的醫療品質，遂有各種健康照護系統之產生，如個案管理(case management)、臨床照護路徑(clinical pathway)等，而出院準備服務亦屬其策略之一。

國內在此部份一直未見有具體的行動，直至民國 83 年才由衛生署主導在嘉義基督教醫院等四所醫院試辦「出院計劃服務」，而為強調此項服務措施係為住院病患預做出院後的準備，復於民國 84 年將此試辦計劃正式定名為「出院準備服務」，並繼續擴大辦理，迄 87 年全省共有 41 所醫院加入本計畫。

二、出院準備服務之定義

美國醫院協會(American Hospital Association, 1983)界定出院準備服務之意義為是一種集中性的(centralized)、協調性的(coordinated)、和整

合性的(multidisciplinary)過程，透過醫療照護專業人員、病患、家屬共同的合作，以確保病患在出院後均能獲得持續性的照護；計劃中必須反應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，對於病患不但必須提供繼續性照護之外，尚須追蹤瞭解病患出院後之需求。而此種過程必須照著一定步驟進行，短期的目標在預期病人的照護需要可能產生的變化，長期目標則在保證提供後續性的照顧(黃明珠等，1991)；它絕不是一種單次即可完成的活動，必須由各種相關人員共同參與訂定完整照護流程，在住院中即提供繼續性照護之知識，使每位病人、家屬及照顧者都能知道返家後的照顧方法，而有需要時也能清楚如何獲得所須要的健康服務之社區醫療資源(Mass,1991)。

三、出院準備服務的內涵

出院準備服務是一種既定步驟的過程，基本上可分為四個階段，即 1)評估期：病人及家屬各種問題及需要的評估；2)計劃期：依據評估結果發展出適合個案之出院計劃內容；3)執行期：提供必須的服務，包括指導病人、家屬及照顧者照護的知識及技巧，若需要者則提供適當後續照顧社區資源之轉介；4)後續追蹤及成果評估(King,1994)。

評估期之內容主要為出院返家後繼續照顧的需求，包括 1)應繼續的治療及服用藥物，2)與疾病及健康狀況有關之自我照顧事項，如飲食、復健運動等，3)預防性的衛教內容與計劃，4)有關個案的日常生活功能之獨立性程度，5)出院後居住環境的評估，6)個案之家庭健康評估，就家庭的發展、結構、社會支持系統、因應能力等評估疾病是否對家庭造成衝擊及如何解決(于淑，1992)。所以，評估的內容是以病患及家庭的問題及需要為中心，包括的層面囊括生理方面、心理方面及社會方面(史馨如，1995)。藉由完整的評估後，再由病患、家屬、主要照顧者及有關的健康團隊人員(如醫護人員、營養師、復健治療人員、社工人員等)共同商討擬定治療照護計劃，討論住院中及出院

後的治療活動，安排必要的措施計劃，再據以執行，及連繫社區資源轉介，務必確定病患在出院時已獲得最須要的協助，做到最完整的準備；最後，於病患出院 3 天至一週間，再追蹤返家後是否有照護上的問題，補充住院期間指導之不足，並評值出院後的照護需要確已達成時，整個出院準備服務才算完成。

美國呼吸照護協會 (The American Association for Respiratory Care, A.A.R.C.) 針對呼吸照護病人訂定臨床操作指引，其中指出須儘早推動出院準備服務，如此才能成功地將呼吸照護病人轉送至後續照護單位，並能確保後續照護之安全性及有效性。而呼吸照護病人之出院準備服務內容包括：1) 評估病人：含疾病狀況、呼吸輔助器使用狀況、病人與家屬生理、心理、社會狀態等；2) 後續照護場所的評估：例如照護人員能力、設備、可提供的治療層次等；3) 經濟來源；4) 根據前述發展照護計劃，使醫護人員憑以提供照護行為；5) 出院前完成必須的教育和訓練；6) 預期可能存在的限制等。A.A.R.C. 亦提出可由病家是否能順利地執行治療照護措施、能評估發現病人的問題、滿意程度----等方面來評值整個出院計劃的成果 (A.A.R.C, 1995)。

四、出院準備服務推動成功的因素

依據國外執行經驗及國內試辦計劃之經驗發現出院準備服務是否確實達成預期之目標，其影響因素包括：

1. 醫院內高級主管之決心及支持。
2. 成立工作小組，並由重要主管主持；小組成員包括相關科醫師、護士、社工人員、復健師、營養師、財務會計人員等；而其中若設有一位專業的協調人員 (facilitator) 統整及推動各項計劃事項則效果更佳 (Houghton, 1994; McGinley, Baus, Gyza & Johnson etc., 1996)。
3. 建立制度及工作流程，訂定相關的標準及記錄單據 (Handcock, 1992)。
4. 院內醫事人員再教育。

5. 病人及家屬的完整指導，並提供書面資料以補口頭介紹之不足 (Handcock, 1992)。
6. 建立轉介與出院後的追蹤系統。
7. 建立後續服務網路與資訊，如造冊呈現居家照護、護理之家、日間照護、安養中心等之服務品目、住址及連繫方法等。
8. 成立生活照顧輔助用具租借管理中心或租借資源。

而爲了確能提昇患者的出院準備服務品質，李麗傳(1995)建議以下 7 點：1)制訂完整而統一的出院計劃規格，2)增設醫院與社區間連絡者的角色，3)強化出院病患的資訊電腦化，以便訊息傳遞，4)增設 24 小時醫療服務專線，以便病家隨時查詢，5)加強工作人員間溝通的品質，6)健全的品管系統，7)具備「售後服務」概念的照護。

五、出院準備服務與品質促進

Gillies (1996)指出依據 JCAHO 對品質促進(quality improvement)的詮釋爲建立一個秉持持續品質改善爲基本信念的醫療體制，不是以達到某預定醫療水準而滿足，而是重視醫療品質的持續提昇；其中心理念爲：系統性思考、團隊合作、強調相關部門的整合與全面性規劃、及執行過程的改善。而品質促進之成效評值傳統中可由三項架構面進行，即結構面、過程面和結果面，(Donabedian, 1966)；1970 年代的評值重點著重於結構面的評值，1980 年代則重視過程面和結果面的評值，其實三者間彼此互相關連，也都對品質促進措施成效各具影響。

李麗傳(1995)認爲高品質的出院準備服務應包括上述三種構面，在結構面部份綜合各學者建議應設計醫療照護行爲的活動記錄、相關專業人員的團隊合作、正式的聯絡人...等；過程面則強調應有適當、完整的評估和計劃，以及執行過程中有效的溝通；而高品質的出院準備服務可呈現的結果面即爲住院天數減少，再住院率降低、患者與家屬滿意度高、成本效益高、及醫院和社區間溝通互動良好。

第二節 出院準備服務的相關研究

推動「出院準備服務」的首要目標在能降低照護成本，同時又能兼顧病人的照護品質，而如何推動才能有效達成前述目標，現行狀況存在那些困難...，凡此種種議題均為近年來各方學者有興趣探討的方向。

Farren(1991)在美國德州的 Jansson 醫院以實驗設計法的方式，針對一般內外科病人進行 3 個月的研究，探討接受出院準備服務(住院 24 小時完成評估並開始出院計劃)的 174 位病人與接受傳統出院流程服務(醫囑表示病人可出院才開始出院計劃，故可能部份病人接受了出院後照護指導及轉介，部份病人來不及接受)，結果發現出院準備服務組病人的平均住院天數或住院天數的中數均顯著地低於傳統出院流程組($P < 0.05$)。而 McGinley, Baus, 及 Gyza 等 8 位護理專家(1996)在 Frankford 健康照顧系統(health care system)中發展出追蹤評估的流程表(flowchart)協助護理人員在不增加工作負荷的情況下早期評估、執行出院準備服務，結果發現內外科病人的平均住院天數可由 6.7 天縮短為 5.4 天。

雖然早在 1970 年代即已開始強調必須為住院病人提供出院準備服務，但實際各醫院執行的程度均有差異，致出院病人仍對醫療人員所提供的服務多有抱怨，Handcock 和 Knight(1992)收集護理人員的意見認為沒有確定的出院準備服務標準流程和沒有足為導引的記錄表是主要因素。而經討論後發展出動態標準服務系統(Dynamic Standard Setting System)，推廣後發現當人員未完整使用或未使用該種記錄方式，以致護病間或醫護間溝通不良時仍無法提供良好的出院準備，而一旦記錄完整、且用以適當考量病人出院後照護的需要時，則可導致病人認為獲得良好的出院準備服務，且 100% 的病人或家屬都能獨立自我照顧。同樣的現象在 King (1994)的研究中也發現，當護理記錄中呈現對病人的評估不完整、不恰當時，會忽略病人真正的需要，再加上住院日的縮短，病人於住院期中無法獲得足夠資訊，導致其照護的持續性

受損；該研究中針對 8 個內外科病房的 326 位病人收集意見，發現護理人員很少用具體的工具評估病人，以致忽略收集有關病家居住環境、身心狀況和社會需要之資料，而這些需要對擬定適合的出院計劃又極重要。Wiffin(1995)在英國收集了七位骨科病人的相關資料中發現，病人的病歷記載多屬一般性資料；而 7 位病人均表示出院前須要接受返家的準備，但均未獲得適當指導；而出院 2 週後，其中 4 位病人爲了協助居家活動訂購的設備也尚未送達。可見缺乏適當、完整的評估指引，將使醫護人員無法恰當地評估病人出院後的照護需要，以致影響對病人提供出院準備服務的完整性。國內的研究也有類似情形，台中榮民總醫院於民國 82 年的研究中發現，因爲缺乏明確表單做根據，以致病人獲得有系統出院計劃之達成率僅 19.6%，而經提供列表式的出院護理計劃表後，有系統地執行出院計劃達成率可提高，護理指導內容的涵蓋面也較完整，(史馨如，1995)。

而文獻中建議出院準備服務應該是綜合各相關醫事人員(multidisciplinary)所提供服務的過程，但 Lowenstein(1994)收集美國南部地區 8 所醫院 225 名護理人員的問卷中發現，61%的護理人員未曾參與綜合各科別人員的協商會議以討論病人的照護計劃，而 39%曾有協商會議經驗的護理人員中 85%的人覺得可提昇出院計劃的品質，且較易執行，而 70%的人員又覺得部門間合作情況良好時，病人的滿意程度較高；對於病家是否應參與出院計劃之擬定，78%的護理人員持肯定態度。但 King(1994)的研究中發現病人家屬和其他健康小組成員的參與情況少，這可能也是造成病人未被完整評估的原因。設有專責人員(如出院計劃者、協調者、或促進者 Facilitator)負責出院計劃之推動及協商時，可獲得較完整的照護成果(Houghton, 1994; Lowenstein & Hoff, 1994; McGinley, Baus, & Gyza, etc., 1996)。

出院準備服務工作在病人出院時尚未截止，完整的流程應包括出院後對