

## 出院準備服務之效果評估及影響出院後照顧 模式之相關因素探討

許秀卿<sup>1</sup> 陳志道<sup>1</sup> 蕭芝殷<sup>1</sup> 劉玉玲<sup>2</sup>

**目的：**出院準備服務計畫是一種集中式、協調性與跨專業領域醫療團隊服務的過程，透過醫療專業人員病患與家屬的共同合作，確保所有病患於出院後均能得到持續性的照護。本研究是比較出院準備服務介入與選擇照顧模式的差異。

**方法：**本研究於2005年在北部某區域教學醫院，將符合高風險病患篩檢條件之199位病患分為介入組及對照組，介入組由居家護理師團隊進行訪查與出院指導，對照組則按照一般照顧模式，比較兩組的住院天數、一個月再住院率及急診率，並於出院三個月後進行滿意度的電話調查。

**結果：**研究結果兩組之間住院天數、非預期的一個月再住院率及急診率沒有差異，介入組的滿意度則優於對照組。出院一個月後的照護模式主要為家庭照顧，其次為機構照顧及外勞照顧，不同照顧模式與個案身體功能有關，與介入組別、家人互動及經濟因素等無關。

**結論：**出院後照顧模式的選擇主要受病患身體功能影響，本研究中的出院準備服務雖無法縮短住院天數，但可以提高主要照顧者或家屬整體的滿意度，有助於病患返家後持續性的照顧與相關資源的利用。

(台灣家醫誌 2009; 19: 192-202)

**關鍵詞：** discharge planning, physical function, satisfaction

### 前 言

在高齡化的人口結構中，慢性病社區管理是發展社區醫療最重要的方式。自1994年起，行政院衛生署積極鼓勵各家醫院實施「出院準備服務計畫」。希望可以藉此提升醫療照護服務品質，增進病患及家屬的滿意度、避免不必要的

再入院與急診求診率<sup>[1]</sup>。

出院準備服務計畫 (discharge planning, DP) 是一種集中式、協調性與跨專業領域醫療團隊服務的過程，透過醫療專業人員、病患與家屬的共同合作，確保所有病患於出院後均能得到持續性的照護。Hartigan與Brown提出出院準備服務計畫是在適當的時間，利用最

亞東紀念醫院家庭醫學科<sup>1</sup>、社區護理<sup>2</sup>

受理日期：98年2月26日

同意刊登：98年11月14日

通訊作者：許秀卿

通訊地址：台北縣板橋市南雅南路二段21號家庭醫學科

少的金錢，及運用適當的資源，幫助病患與家屬尋求解決健康問題的方法，以確保持續性照護<sup>[2]</sup>。Anderson與Helms認為出院準備服務是持續性照護的重要機制，此服務包含病患和各健康團隊所組成的團體，透過有組織與系統的決策行動，協調健康照護資源，將病患由一個環境安全的送往另一個照護環境<sup>[3]</sup>。出院準備服務計畫必須考量病患與其家庭的內外社會環境、情緒、醫療及心理上的需求與所需的協助。不但要能提供持續性的照護，且須追蹤病患出院後立即性的需求<sup>[4]</sup>。

過去國內的研究針對出院準備服務成效所進行的隨機分派研究數量相當有限，各醫院偏重實務的執行，缺乏全面性成效的評估<sup>[5]</sup>。多數研究只是進行個案報告或是醫院出院準備服務政策介入前後的改變，描述其出院準備服務介入後再住院率下降及滿意度提升<sup>[6-7]</sup>，最大的限制是介入的時間點在前後可能相差數年，不易進行比較，如醫學的進展、醫師個人因素、醫院、健保政策等許多的時空背景因素已經改變，都可能影響住院天數、再住院率及滿意度的結果，在研究設計的限制下，無法說明出院準備服務是否真的有其成效。因此本研究擬採用隨機分派的方式對運用個案管理模式出院準備服務介入與一般出院照顧模式進行成效評估比較，包括住院天數、非預期的再住院率、入急診率以及病患或家屬滿意度，並比較出院後不同選擇照顧模式的個案差異。

## 材料與方法

研究對象為台北縣某區域教學醫院2005年3月至7月份間，兒科病房以外的

所有住院病患於入院一日內由病房護理人員以出院準備服務個案篩檢表進行初步評估。篩檢表參酌2004年7月中華民國護理師護士公會全國聯合會編印的「出院準備服務指引」，其內容包含年齡、經濟、活動能力、傷口照護、照護家屬特質、居家導管照護需求、大小便控制以及居住情形，總共八個項目，各項得分分別為0至2分，經各病房護理長複評後，將篩檢總分大於7分之病患轉介至社區護理部門，列為出院準備服務對象。以轉介單收取順序將個案分為介入組與對照組。本研究採用之出院計畫模式由居家護理師主導，對於每一個個案進行個別專業諮詢、指導以及社區機構轉介，並評估病患的需求，會同營養師、復健師、或社工人員等提供相關協助。

介入組收案三日內由受照會居家護理師進行第一次訪視，進行身體功能評估（巴氏量表）、照護需求評估及相關指導與協助，並以問卷調查選擇照顧模式的影響因素。於病患住院的第一週及第兩週進行第二次及第三次持續性的指導與協助，每次的訪視居家護理師需要完成出院準備服務的訪視記錄單，內容包括氣切套管護理指導、鼻胃管護理指導、導尿管護理、其他管路指導、鼻胃管灌食指導、按時服用藥物、規則復健、生活輔助器、活動型態及進食狀況等。並且評估病患需求提供營養師、復健師及社工人員的照會協助。在病患出院後的三日內及一個月進行內容包括出院後電話訪問追蹤。對照組同樣進行各種問卷評估及一次的出院準備服務訪視（內容同介入組），並於出院一個月後進行電話訪問追蹤。於出院三個月後，兩組各抽取四分之一的個案以電話訪問方式進行出院準備服務滿意度之調查；

滿意度各項問題滿分為5分，患者若無法回答，則由家屬回覆。研究流程如圖1所示。

資料分析以independent t-test及卡方檢定比較兩組病患的住院日數、一個月內的再住院情形、急診醫療利用率以及出院準備服務滿意度的差異。以影響照顧模式選擇的因子ANOVA分析，並進行post-hoc分析。

### 結 果

介入組與對照組各為100位與99位患者，平均年齡為63±18歲，男性116位（58%），女性84位（42%），篩檢總分平均為8.83±1.92。收案病患的主要疾病類別以呼吸系統疾病（29.5%）與心血管疾病（26.5%）入院者為最多。有經濟

問題的介入組為22%，對照組為28.7%，需要依賴他人移位或使用輔助器一個月以上兩組分別為76%及77.8%，病患或家屬缺乏有關照顧知識與技能為54%及59.6%，兩組有導管分別高達100%及99%，大小便失禁一個月以上為65%及61.6%，住院時多數與家人同住，分別為85%及76.8%，居住於安養院只占13%及23.2%，篩檢總分平均介入組與對照組各為8.92±1.80及8.74±2.03，巴氏量表分別為5.81±12.26及6.65±14.74。兩組之間篩檢表的各個項目、篩檢總分及巴氏量表沒有差異（表1）。

去除掉住院天數超過三個標準差的極端值，介入組平均住院為29±26天，對照組為30±22天，兩組之間沒有統計上的差異（ $p=0.86$ ）。介入組與對照組出院後一個月內非預期的再住院率分別

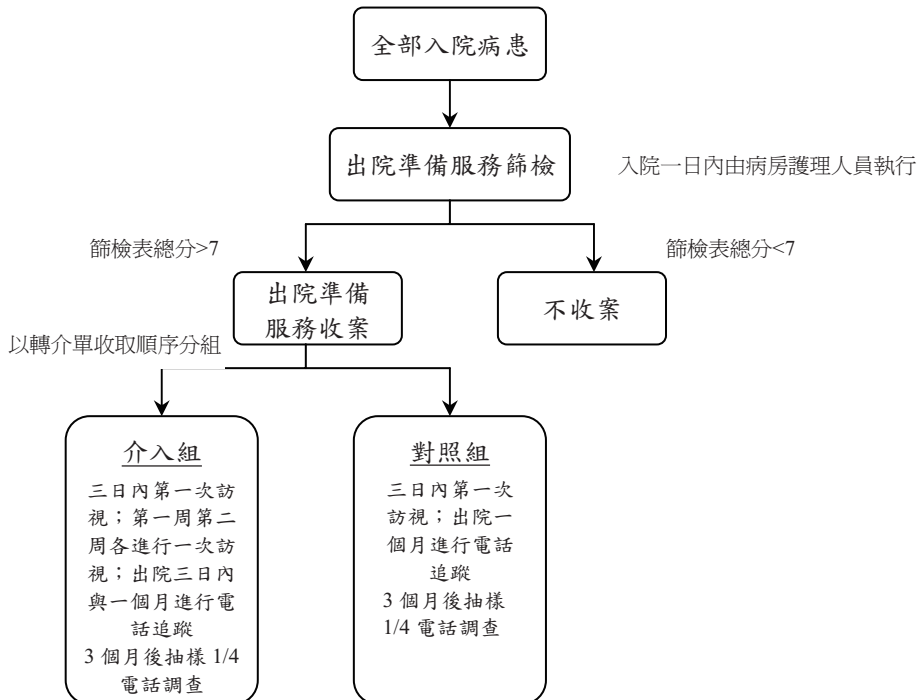


圖1 收案流程

表1 介入組與對照組篩檢項目及巴氏量表比較

項目	介入組 (n=100) %	對照組 (n=99) %	t值 / $\chi^2$	p值
年齡	63.2±17.8	64.1±18.9	-0.3	0.749
性別				
男性	57	58	0.08	0.774
女性	43	41		
經濟			1.12	0.57
無經濟問題	78	71.7		
有經濟問題但可自尋資源系統	18	22.6		
有經濟問題且須尋求資源系統	4	6.1		
活動能力			0.85	0.655
可自行移動	4	6.1		
需要依賴他人移位或使用輔助器一個月以內	20	16.2		
需要依賴他人移位或使用輔助器一個月以上	76	77.8		
傷口照護			0.49	0.781
無傷口	49	53.5		
病患或家屬可執行傷口照顧	27	23.2		
病患或家屬無法執行傷口照顧	24	23.2		
照護家屬特質			0.64	0.43
病人可自行照顧或家屬有能力照顧病人	46	40.4		
病患或家屬缺乏有關照顧知識與技能	54	59.6		
居家導管照護需求			3.28	0.194
不需要任何導管 (NG、Foley、氣切) 護理	0	1.0		
只需一種導管 (NG、Foley、氣切) 護理	35.4	45.5		
需要兩種以上導管護理	64.6	53.5		
大小便控制			0.25	0.885
可自行控制	12	13.1		
失禁一個月以內	23	25.3		
失禁一個月以上	65	61.6		
居住情形			5.28	0.072
安養院	13	23.2		
與家人同住	85	76.8		
獨居	2	0		
篩檢總分	8.9±1.8	8.7±2.0	0.67	0.504
巴氏量表	5.8±12.3	6.7±14.7	-0.44	0.622

為9.4%及10.1% ( $p=0.55$ )，介入組與對照組一個月內入急診率為7.3%及9.1% ( $p=0.41$ )，雖然介入組都略低於對照組，但未達統計上的差異(表2)。

至於出院準備服務的滿意度，除了「營養師有關出院後特殊飲食製作的指導」項目外，介入組在其他項目均優於對照組，其中護理人員的服務 ( $p=0.03$ )、醫護人員於住院期間教導照顧病人的知識與技巧 ( $p=0.04$ )、提供資源轉介服務 ( $p=0.03$ )、及整體的滿意度 ( $p=0.01$ ) 等各方面均達到統計上的顯著差異(表3)。

病患或照顧者將機構式照顧(36.1%)及外勞照顧(22%)當成優先的選擇，影響其選擇長期照護機構考慮的最主要因素為照顧品質(49.2%)，其次為價格(28.0%)與地點(21.2%)，60.3%的受訪者覺得收費二到三萬元為合理範圍。在照顧品質方面，又以是否合法及立案(87.3%)、24小時護士及服務人員值班(81.0%)，和有無急救設備及空間為最重要(80.0%)。

於病患出院後一個月進行電話訪問調查，結果發現出院後的主要照顧模式，以家庭照顧模式(41.6%)為最多，其次為機構式照顧(32.1%)及外勞照顧(23.4%)，介入組或對照組出院後的照顧模式並無差異。比較不同照顧模式之個案的身體功能與社會經濟條件，結果發現不同照顧模式的個案身體功能具有顯著差異，如選擇家庭照顧者的巴氏量表平均為8.16分，外勞照顧的巴氏量表為3.87分，機構照顧的巴氏量表則為2.61分，其中機構照顧與家庭照顧兩者相較具有統計上差異( $p<0.05$ )，身體功能愈佳者選擇家庭照顧，身體功能差的則為機構式照顧及外勞照顧，包括是否有

管路、傷口照護、行動不便及大小便失禁都具有顯著性的相關( $p<0.05$ )。不同照顧模式個案的社會經濟因素包括經濟狀況、家人互動及照護家屬特質等並無統計差異，但經濟狀況不佳且需協助尋求資源者皆非由外勞照顧(表4)。

## 討 論

本研究的對象為出院準備服務的高風險病患，由篩檢結果可知病患的照護問題很多，幾乎所有病患都有管路問題，行動能力不佳、大小便失禁及傷口照護問題的比例也都相當高，且半數以上的病人或照顧者缺乏相關的照顧知識，對於出院準備服務所提供相關資訊與指導的需求極高，且不易在一次的指導中獲得充分的出院準備，因此介入組於住院期間提供多次的出院準備指導及出院後兩次的電話追蹤，提供介入組完整的出院準備服務，對照組基於倫理以及病患需求考量，仍然提供一次住院期間及出院後的照會服務。

本研究結果發現介入組與對照組相較，住院天數與一個月內的再住院率、急診率並無差異。回顧出院準備服務進行分組比較其成效評估的研究，事實上結果並不穩定；例如黃等針對意識清楚126位髖骨骨折病人所進行的出院準備服務成效評估，住院天數及再住院率都有下降<sup>[8]</sup>。戴等在112位中風的病患進行的出院準備服務的分配試驗，住院天數有減少，一個月再住院率沒有差別，但171位進行顱骨切開術者，住院天數無差異，但再住院率下降<sup>[9]</sup>。Atienza等人對338位心臟衰竭的病人進行出院準備及出院後病人照護計畫的隨機分配試驗，會降低再住院率及死亡率<sup>[10]</sup>。Foster等人對

表2 介入組與對照組結果比較

	介入組 (n=99) %	對照組 (n=98) %	t值 / $\chi^2$	p值
住院天數	29.1±25.9	29.8±22.4	-0.18	0.855
一個月內再住院人數	9 (9.3)	10 (10.1)	2.51	0.474
一個月內急診人數	7 (7.3)	9 (9.1)	1.56	0.485

兩組分別去除住院日數超過三個標準差的極端值

表3 介入組與對照組滿意度比較

	介入組 (n=25)		對照組 (n=25)		t值	p值
	平均值	標準差	平均值	標準差		
醫師服務	3.71	0.75	3.43	0.73	1.29	0.211
護理人員服務	4.08	0.41	3.83	0.39	2.21	0.032
醫護人員告知出院後如何服用藥物、服用藥物的作用、副作用及注意事項	3.88	0.54	3.70	0.47	1.22	0.23
醫護人員於住院期間教導照顧病人的知識與技巧	3.92	0.50	3.61	0.50	2.11	0.041
醫護人員清楚知道、並能協助解決出院後可能面臨的問題	3.87	0.69	3.64	0.49	1.29	0.203
住院中營養師對出院後飲食與營養方面的指導	3.90	0.74	3.73	0.47	0.65	0.53
營養師對出院後特殊飲食製作的指導	3.70	0.82	3.73	0.47	-0.10	0.93
營養師服務	3.89	0.78	3.73	0.47	-0.57	0.573
住院中醫護人員告知如何申請殘障醫療補助	4.18	0.39	3.81	0.54	2.21	0.034
住院中醫護人員告知出院後需使用哪些醫療器材	4.16	0.50	3.88	0.54	1.50	0.134
住院中醫護人員提供出院後的照顧安排如居家照護、安養機構、日間照護	4.18	0.39	3.94	0.54	1.61	0.117
住院中醫護人員協助安排轉介相關單位如社工、營養、復健等	3.91	0.70	3.79	0.58	0.48	0.634
醫護人員告知出院後之注意事項及返診時間	4.08	0.41	3.96	0.37	1.12	0.269
對出院後醫護人員的電話追蹤、關懷病況及需求	4.04	0.81	3.83	0.49	1.10	0.277
出院準備服務整體滿意度	4.21	0.51	3.83	0.49	2.62*	0.012

滿意度各項目滿分為5分

表4 出院後照顧模式及個案身體功能與社會經濟狀況的比較

	家庭照顧 (n=57)	外勞照顧 (n=32)	機構照顧 (n=44)	F / $\chi^2$	p值
組別				3.47	0.177
介入組	42.4%	30.3%	27.3%		
對照組	43.3%	17.9%	38.8%		
巴氏量表	8.2±16.0	3.9±10.9	2.6±6.3	2.77	0.066
經濟狀況				4.70	0.320
無經濟問題	68.4%	81.3%	77.3%		
有，可自尋資源	29.1%	18.8%	15.9%		
有，需協助尋求資源	3.5%	0%	6.8%		
家人互動				2.64	0.62
良好	39.1%	41.7%	25.7%		
尚可	58.7%	58.3%	71.4%		
不佳	2.2%	0%	2.9%		
照護家屬特質				1.87	0.393
有能力照護	38.6%	53.1%	40.9%		
缺乏照護能力	61.4%	46.9%	59.1%		
傷口照護				16.5	0.002
無傷口	64.9%	59.4%	43.2%		
有能力照護	22.8%	31.3%	15.9%		
缺乏照護能力	12.3%	9.4%	40.9%		
大小便控制				22.51	0.000
可自行控制	15.8%	6.3%	6.8%		
失禁一個月內	42.1%	12.5%	11.4%		
失禁一個月以上	42.1%	81.3%	81.8%		
活動型態				18.77	0.000
床上	61.7%	85.7%	97.2%		
輪椅	19.1%	14.3%	2.8%		
下床走動	19.1%	0%	0%		
管路照顧				41.38	0.000
定期返院更換	18.5%	16.7%	5.0%		
居家護理服務	35.2%	73.3%	95.0%		
已移除	46.3%	10.0%	0%		

於620位連續住院病人進行以專科護理師主導的出院準備服務計畫，再住院率或死亡率及併發症的發生無差異<sup>[11]</sup>。Preen等人對於189位心血管、呼吸疾病及一般內科病人進行出院準備服務計畫的隨機試驗，住院天數無差異<sup>[12]</sup>。Shepperd等人回顧11個隨機分配試驗，住院天數及三個月再住院率均無差異<sup>[13]</sup>。因為各研究的研究對象與介入方式有一定的差異性，對於出院準備服務是否可以降低住院天數或者減少再住院率，結果不易比較。總結來說，欲利用出院準備服務減少住院天數與再住院率，對於病患可以自我照顧者可能有較佳的效果，但是如果對於所有病患或是高風險病患，出院準備服務減少住院天數及再住院率的效果不佳。可能決定病患治療計畫的角色還是以醫師為主體，相關文獻指出主治醫師的積極參與對於出院準備服務成效具正面影響<sup>[5,14]</sup>，如果該病患的主治醫師也積極參與及配合出院準備服務，也許對於減少住院天數更有助益。此外依照目前的執行方式，因為許多病患需要仰賴他人照顧或甚至意識不清，再加上現代台灣社會住院期間依賴本國看護或外籍看護工照顧者愈來愈多，使得出院準備服務計畫的指導對象常常不能是病患或家屬，而且指導對象也可能不是出院後會長期照顧病患的照顧者，都可能影響出院準備服務的成效。也許針對病患自我照護能力較佳者或特殊的疾病類別，可能可以達到減少住院天數及再住院率。

關於滿意度調查，多數的項目介入組均優於對照組，其中護士人員的服務、醫護人員於住院期間教導您照顧病人的知識與技巧，提供資源轉介服務，及整體的滿意度具有統計上顯著的差

異。除了少數的研究滿意度沒有差別外<sup>[9]</sup>，多數的研究結果均顯示出院準備服務可以提高滿意度<sup>[11-13,15]</sup>。尤其是本計畫出院準備服務由居家護理師主導，在關於護理的指導與資源轉介服務更能夠提高滿意度。在現今台灣醫病關係逐漸緊張的環境，其實病患與家屬或照顧者的滿意度應該更加被重視，尤其是高風險的患者，病患的身體功能不佳，照護的問題也特別多，在準備出院時，病人與家屬都必須承受許多的焦慮與壓力，病患出院後常造成照顧者生活品質下降，能夠有一個出院準備服務小組提供充分的資訊與相關的指導，同時將照顧者的感受列入考量<sup>[16]</sup>，以進行持續的照顧將病患由一個照護場所安全順利的送往另一個照護環境，作為急性醫療與後續照護體系的橋樑。因此由護理人員主導的出院準備服務其目的應該不在於實質減少住院天數，而是回歸於出院準備服務的本質確保所有病患於出院後均能得到持續性的照護，以及考量病患與家屬其家庭的內外在社會環境、情緒、醫療及心理上的需求及提供協助，依據病患與照顧者的期望，提供適切的出院準備服務，以期能夠達到最大的效益<sup>[17]</sup>。

病患出院後的照顧模式主要為家庭照顧，其次為機構式照顧及外勞照顧，介入組居住於機構的比率由住院前的13%提高至出院後的27.3%，對照組則由23.2%提升至38.3%，照護模式的選擇並不受組別的影響，可能在原先醫院的運作模式以及民眾對於相關資訊的取得的便利性已經大為提高，並不完全仰賴出院準備服務人員。影響照顧模式的因素主要為病人的身體功能，與經濟狀況、家人互動及照護家屬特質則無相關性。如果病患身體功能不佳，現代社會家人

多數無法全時照顧，本研究中高風險病患經由一次的住院會增加14%的機構轉介，如果未來長期照護機構更為普及，政府也提供適當的補助，依據問卷調查的結果，預期轉至長期照護機構的病患可能會更多。經濟狀況對於照顧模式的選擇沒有影響，可能與經濟狀況不佳者個案數較少有關，不過經濟狀況最差者無法選擇外勞照顧，可以經由政府補助送至機構照顧。家庭互動與照顧模式雖然沒有顯著相關，但是互動良好的家庭選擇在家照顧（包括家庭照顧及外勞照顧）比率較高，值得關注的是家庭互動不良而又為家屬照顧者，是否可能潛藏著疏忽與虐待的可能性。

總之，出院後照顧模式的選擇主要受病患身體功能影響。本研究中的出院準備服務並無法縮短住院天數、降低非預期的再住院率及急診率，但整體而言透過有組織與系統的出院準備服務，提供醫療與心理上的協助與協調健康照護資源，追蹤病患出院的立即需求，可以提高病患或家屬整體的滿意度，有助於病患返家後持續性的照顧與相關資源的利用。

### 研究限制

本研究所用之「出院準備服務個案篩檢表」尚未經實證醫學之檢證認可，故只供參考之用。

### 誌 謝

感謝財團法人徐元智先生醫藥基金會研究經費補助（FEMH-93-C-029）。

### 參考文獻

- 1.葉莉莉：出院規劃--建立持續照護之機制。台灣醫學 1999；3：474-9。
- 2.Hartigan EG, Brown DJ: *Discharge Planning for Continuity of Care*. New York: National League for Nursing, 1985.
- 3.Anderson MA, Helms LB: Quality improvement in discharge planning: An evaluation of factors in communication between health care providers. *J Nurs Care Qual* 1994; 8: 62-72.
- 4.阮玉梅：由醫療政策與福利制度談出院準備服務之推展。於行政院衛生署主辦，出院準備服務研習會。台中；國軍台中總醫院 1999。
- 5.戴玉慈、張丹蓉、羅美芳：台灣地區之出院準備服務－試行計劃成果分析。慈濟醫誌 1998；10：61-8。
- 6.柯秀錦、白玉珠、曲囑敏：應用個案管理提昇病人出院準備服務成效之專案。護理雜誌 2005；52：40-50。
- 7.Lin PC, Wang JL, Chang SY, Yang FM: Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *Int J Nurs Studies* 2005; 42: 723-31.
- 8.Huang TT, Liang S H: A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *J Clin Nurs* 2005; 14: 1193-201.
- 9.Dai YZ, Chang Y, Hsieh CY, Tai TY: Effectiveness of a pilot project of discharge planning in Taiwan. *Res Nurs Health* 2003; 26: 53-63.
- 10.AtiENZA F, Anguita M, Martinez-Alzamora N: Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program.

- Eur J Heart Fail 2004; 6: 643-52.
11. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N: Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients. *Am J Med* 2005; 118: 1148-53.
12. Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J: Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 43-51.
13. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C: Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database System Review* 2004; 1.
14. 王雅容、楊志新：出院規劃對癌症病人及醫療團隊的影響。護理新象1998；8：20-22。
15. Winstead-fry P, Birmolini S, Keech RR: Clinical care coordination program. *J Nurs Adm* 1995; 25: 46-51.
16. Grimmer KA, Moss JR, Gill TK: Discharge planning quality from the carer perspective. *Qua Life Res* 2000; 9: 1005-13.
17. Huber DL, McClelland E: Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs* 2003; 19: 204-10.

## The Effectiveness of Discharge Planning and Factors Affecting the Discharge Care Model

Hsiu-Chin Hsu, Chih-Dao Chen, Chih-Yin Hsiao and Yu-Ling Liu

**Purpose:** Discharge Planning is an intensive, coordinated and multi-disciplinary care service. It is designed to ensure that patients receive continuous care through the collaborative efforts of hospital staff and patient families.

**Methods:** This clinical trial was conducted in a regional teaching hospital in northern Taiwan in 2005. The 199 in-patients who met high-risk criteria were divided into an intervention group and a control group (100 and 99 cases, respectively). Patients in the intervention group received home care nurse-centered discharge planning and a home follow-up protocol. A satisfaction survey was administered by phone three months after discharge.

**Results:** The overall outcome suggested that there were no significant differences between the two groups in length of hospital stay, rate of readmission or emergency visits within one month. However, the intervention group showed a higher degree of satisfaction than did the control group. One month after discharge, most patients were cared for by family members and followed by foreign aid and institutions. The choice of care model depended largely on the physical function of the patients, family relationships and financial status.

**Conclusions:** The major factor affecting the discharge care model was the patients' physical function. Discharge planning did not shorten the length of hospital stay, but it did increase the satisfaction of the patients and their families who received continuous care at home and used social resources.

*(Taiwan J Fam Med 2009; 19: 192-202)*