

從醫院到家裡：一段關於陪伴、選擇與整合照護的旅程

分級醫療暨轉銜照護管理中心護理師 嚴婉婷

B 女士為一位高齡女性，長期患有多項慢性疾病，包括高血壓控制不穩，且幼年時罹患小兒麻痺導致右腳無力。近兩個月開始出現解黑便情形，疑似消化道出血，因此入院接受進一步檢查與治療。

住院期間，本院醫療團隊安排胃鏡及電腦斷層掃描，發現 B 女士胃部有大範圍潰瘍，並懷疑合併黏膜下腫瘤，不排除罹患胃癌可能性。然而，經過兩次切片檢查，仍未能取得明確癌細胞證據，隨著時間推進，B 女士逐漸出現食慾不振與營養不良，整體身體功能日益衰退。

為釐清病因，醫療團隊建議進行第三次切片檢查，但在家庭會議中，B 女士清楚表達不願再接受侵入性檢查，亦無法接受可能帶來副作用的積極治療，並拒絕以鼻胃

管維持基本營養。對 B 女士而言，相較於延長生命，減少痛苦與維持生活品質更為重要。家屬在理解病情後，決定尊重其意願，轉以「安寧緩和照護」為主要照護目標。

基於此方向，分級醫療暨轉銜照護管理中心（下稱本中心）於 B 女士住院期間主動介入本案，協助進行整合評估與出院轉銜規劃。經本中心評估，B 女士返家後仍有症狀控制及照護支持需求，因此本中心協助串聯社區醫療資源，並召開跨院視訊會議，邀集原主治醫療團隊及在地衛生所、社區診所醫師及護理人員等未來將承接照護的社區醫療單位，共同討論後續照護計畫。

轉銜會議中，由醫院端詳細說明病人目前狀況、過去檢查結果及未來照護建議；社區醫療團隊則依在地醫療資源條件，評估可提供的醫療服務與訪視量能。經雙方共同討論後，確認 B 女士出院後將返家照護，由家屬聘請看護協助日常生活，並結合長照 2.0 資源，由社區診所醫師與衛生所團隊持續提供醫療與護理支持。本中心

亦確保醫療資訊完整串聯，使照護得以無縫銜接。

出院後，B 女士回到熟悉家中，在家人陪伴下生活。對家屬而言，照顧臥床長者雖具挑戰，但在醫療團隊與長照資源的支持下，照護不再孤立無援。透過社區醫療團隊與居家照護服務的持續介入，病人仍可獲得適切的症狀控制與醫療支持，護理人員亦定期到府訪視，提供照護指導，醫師則依狀況調整藥物，使其在家中亦能維持穩定且安心的生活品質。

透過分級醫療與整合照護體系運作，病人得以在熟悉的環境中，依其意願接受適切照護，在家人陪伴下平穩度過人生重要階段，兼顧生活品質與生命尊嚴。

