



長期照顧體系下的安寧居家療護

王思雅

壹、前言

「我好想回家...」是許多病患生命走到尾聲時心中的渴望，期望在自己最熟悉的環境有尊嚴地闔上雙眼。但常因家庭無法自行承擔臨終前照顧的重擔，加上安寧照護資源多集中在醫院病房，安寧團隊的居家安寧資源有限，常見病患剩下最後一口氣再驅車返家，不僅臨終病患受盡折磨，家屬亦身心俱疲。

於國外相關研究發現，末期病患在家中死亡比例，僅約三成至五成，而此比例可能遠低於實際病患的意願（Tang, 2003; Tang et al, 2010）。臺灣癌症病患在家中死亡比例約五成，非癌症病患僅三成（行政院衛生署，2010），由此發現，臺灣末期病患仍多選擇瀕臨死亡時留一口氣返家（翁、徐、施、黃，2015）。根據衛生福利部統計資料，癌症死亡人口中僅 11% 曾接受安寧居家療護，而非癌症病患僅 0.1% 曾接受安寧居家療護（中央健康保險署，2012）。

目前安寧療護的服務地點從安寧病

房、安寧共同照護、安寧居家療護，擴及社區，服務對象除了癌症末期病患外，亦關注於各項器官衰竭病患、失智等長者。為強調「在地善終」的理念，自 103 年起，新增「社區安寧療護服務」納入健保給付，鼓勵由基層的醫療院所、衛生所結合的社區醫療資源，讓回到住家或安養護機構的病患，透過醫師、護理師、社工師及宗教師等之安寧團隊定期探訪、一般診療及處置、末期狀態病患及其家屬心理、社會、靈性照護，使其能在地安老，帶著尊嚴走完人生最後一段旅程。

貳、高齡化社會與社區照顧

一、人口老化趨勢與長期照顧需求

臺灣人口老化速度快速，於 82 年已邁入 65 歲以上老年人口占全國人口 7% 的「高齡化（ageing）社會」，至 103 年底，65 歲以上老年人口占全國人口已達 12%（內政部統計處，2015）。依據國家發展政策委員會「中華民國人口推計（103-105）報告」，由於戰後嬰兒潮世代陸續成為 65

歲以上人口，103 年至 114 年將成為我國人口高齡人口成長最快速的期間，預估於 107 年老年人口比率將達 14%，臺灣就進入「高齡 (aged) 社會」，於 114 年老年人口比率達 20%，即進入世界衛生組織 (WHO) 所定義的「超高齡 (super-aged) 社會」。

除老年人口的增加，行政院衛生署(現為衛生福利部)於 99 年進行我國「國民長期照護需要調查」，針對各縣市 5 歲以上民眾進行抽樣調查，以了解全國民眾失能情形，並作為發展長期照護保險及服務體系參考，總計 35 萬人為此調查樣本。結果發現我國 5 歲以上失能率 2.98%，且失能率隨著年齡增加亦有增加的趨勢，不論是男性或女性，65 歲以上者失能率較 5 至 64 歲者有明顯上升趨勢，且失能率在 85 歲以上為最高。至 104 年全人口失能人數達 76 萬人，全人口失能率增至 3.36%，推估國人一生中長照需求時間約 7.3 年，男性 6.4 年，女性 8.2 年(衛生福利部社會保險司，長照保險制度規劃，2015)。老年人口增加、失能人口增加、扶老率增加，加上疾病型態改變、家庭結構改變、家庭照顧提供者減少，全民健保的制度及醫療服務型態的轉型，長期照顧需求與日俱增。

二、在地老化與社區照顧

「老化」(aging) 現象是人生發展的歷程之一，每個人自出生的那一刻起，就已經在老化了，所以老化是一直進行中的。

「在地」意指不需遷移他處。「在地老化」特別強調的是人老了之後仍「在地」居住，

老人不必為獲得養老資源而他遷，意即老人留在原來居住的地方，留在老家及熟悉的社區頤養天年，以維持習慣的生活方式，並保有獨立自主、尊嚴隱私的老年生活。在地老化的概念來自於長期照顧，協助功能障礙的老人，盡可能留在自己熟悉的家裡或社區中生活；在地老化的目標係以家為出發點，因為家是提供老人溫暖、安全的場所，使老人能夠在自己家中或社區中生活至晚年為目標；推展社區照顧必須運用各供給部門的服務輸送體系，以協助老人盡量留在原本熟悉的居住地生活，晚年在自己熟悉的社區網絡中被支持與照顧，達到在地老化終老模式。簡言之，在地老化係以發展在地的服務，照顧在地的老人，以避免老人遷移他熟悉的環境(高淑桂、周欣宜，2008)。

日本福利經濟學家(丸尾真美，1984)亦提出五項老人生活正常化的基本措施，也是「在地老化」的精神：(1)避免採取隔離措施；(2)盡量讓老人在自己熟悉的環境中生活；(3)促進社會交流與相互援助；(4)在必須提供收容服務時，應將生活品質反映在設施與服務中；(5)結合社會福利、醫療保健與環境維護等公共政策，創造適合老人居住的生活環境。

社區照顧之定義是指由社區的人，在家庭或工作場所提供協助、支持、保護(Abrams, 2004)。Walker (1992)認為社區照顧是經由非正式網絡，如親戚、朋友及以及正式合法立案的社會服務機構提供照顧服務。因此，社區照顧是指動員並結合正式與非正式的社區資源，去協助有需

要照顧的人，讓他們和一般人一樣，能居住在自己家中，生活在自己的社區裡，同時又能夠得到適切的照顧。在對象方面，主要為有特殊困難而需要長期照顧的人，以及其家人或照顧者，如失去生活自理能力者、失智症者、身心障礙者及慢性病患者。

參、長期照顧

一、長期照顧的內涵

長期照顧的內容十分廣泛，其定義也因時代不同而有不同的解釋。Kane 等（1998）對其定義為：「當一個人因失能（disability），而經歷一段長時間的功能困難或不能（inability）時，所給予支持性的幫助」。在臺灣，104 年通過之長期照顧服務法有其完整定義：「指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務」。其內涵係指對身體功能障礙缺乏自我照顧能力的人，提供健康照顧（health care）、個人照顧（personal care）、及社會服務（social care）。服務可以是連續性或間斷性，但必須針對個案的需求，通常是某種功能上的障礙，提供一段時間的服務。故包含有診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。

長期照顧所具有的特性為：(1)其服務內容是以身心功能異常程度為基準，也就是身心功能異常之程度必須嚴謹評估，以確定長期照顧服務開始、停止期及提供服

務內容增減的情形。(2)長期照顧服務大多數是由家庭所提供，一般民眾大多在其所生長的家庭中獲取自己生活所需。(3)長期照顧服務具有勞力密集的特性。主要是以日常生活起居的照顧，且個案一開始要長期照顧服務，常常終其一生都要此項服務，故其服務是長期而需勞力密集的。(4)所有的年齡群民眾都有長期照顧的需求。雖然老年人是長期照顧的主要服務對象，尤其是八十歲以上的人口群；實則長期照顧服務包含了各種年齡層的人，無論是壯年或嬰幼兒，只要是身心功能異常者，均可能成為需要長期照顧之人口群。(5)長期照顧服務的本質是團隊的整合性服務體系。長期照顧服務需要是跨專業醫療團隊服務、半專業與非專業人員參與合作參與的，因其關係到失能或失智者及其家庭與社區如何生活和面對生活的問題，所以需要醫療保健專業人員，如醫師、護理師、藥師、物理治療、職能治療、營養師，以及社會福利團體的介入，也需要社會整體環境，如無障礙空間、社會價值觀等的配合。(6)生活照顧為主，醫療照護為輔。目前接受長期照顧之病患，其主要疾病診斷以腦部疾病、心臟血管疾病及骨骼系統疾病等慢性疾病為主。此類病患之照護，因主要為慢性疾病，病情皆處於穩定狀態，其醫療費用僅佔總照顧費用的 10-15%，其餘開支皆以生活照顧為主，並以「全人」、「全家」、「全隊」、「全程」、「全社區」為五全照護目標。

二、我國長期照顧發展

綜合吳玉琴（2011）、鄧素文（2013）臺灣長期照顧發展可分為以下階段：

1. 貧困救濟、收容安置期（民國 68 年以前）：隨著國民政府遷臺，政府設置公立救濟院收容安置無人奉養的低收入戶老人為主；另外為戰後老弱傷殘戰士的照顧，先後成立榮譽國民之家，以照顧退伍老兵為主（吳玉琴，2011）。

2. 老人照顧是家庭完全的責任期（民國 69 年～85 年）：69 年老人福利法通過，針對長期照顧服務需求的措施，僅規範機構式服務，以療養罹患長期慢性疾病或癱瘓老人為收容對象。部分縣市試辦居家老人服務（社會工作辭典，2000；吳玉琴，2004 年）。到宅式服務的嘗試，也開啓居家服務的發展。此時期老人照顧，由家庭承擔完全責任，政府介入角色極少。因應國內失能者長期照顧需求，行政院勞委會於 81 年開放家庭聘雇外籍監護工（陳惠姿，2009），提供家庭中有身心障礙者或重大傷病者之照顧需求。（吳玉琴，2011）

3. 老人福利機構全面合法立案期（民國 86 年～101 年）：86 年老人福利法第一次修法，放寬老人福利機構立案條件限制。此外，老福法新增「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、居家環境改善、其他相關之居家服務。」立法的照顧重心逐步加入居家式服務。（吳玉琴，2011）

4. 老人長期照顧多元實驗方案蓬勃發

展期（民國 86 年～96 年）：此時期政府各部會陸續提出「加強老人安養服務方案」、「新世紀健康照計畫」、「建構長期照護體系先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展方案」各項方案，係希望以「在地老化」做為總目標，評估全國各地長期照顧服務需要。（吳玉琴，2011）

5. 長期照顧整合期（民國 96 年～105 年）：因應高齡化的衝擊，為提供老人多元連續服務、在地老化、全人照顧，96 年行政院整合相關政策及部會業務，提出「我國長期照顧十年～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」（96 年～105 年）。依照需求者家戶經濟能力及失能程度，提供不同額度階梯式補助原則，也讓臺灣對失能老人的照顧由過去家庭負擔完全責任，走向由國家、社會、家庭一起分擔照顧的壓力。（吳玉琴，2011）

6. 建置完備之長期照顧服務體系（民國 105 年～迄今）：長期照顧服務係以在地老化、發展多元性服務為主軸，104 年 6 月立法院通過長期照顧服務法，透過法規規範提供長照服務之機構與人員，以確保服務品質及保障皆受長期照顧服務者。另將照顧責任重大之家庭照顧者支持性服務納入。強化長期照顧體系，讓民眾獲得有品質、普及式及可近性的服務（鄧素文，2013）

7. 長期照護保險規劃期（民國 97 年～迄今）：持續推動長期照護保險立法，以全民共同分擔的概念，以保險方式讓民眾獲得有品質、可負擔的長期照顧服務。（鄧素文，2013）

肆、安寧居家療護

一、安寧療護理念

上述長期照顧推動多以社政單位為主導，結合衛政相關服務介入。而安寧療護的推動，則以醫療衛政為主導。依世界衛生組織（2002），安寧療護：「面對疾病威脅的病人與家屬的一種照顧方式，藉由早期警覺及完善的醫療評估，處置可能會發生的疼痛、其他不舒服的症狀、負向情緒和靈性困窘等，減少病人與家屬痛苦，以增進生活品質。」由一組醫療專業人員，用完整的症狀緩解醫療以及愛心陪伴末期病患走完人生最後一程，提供身、心、靈的全人照顧，並且協助病患及家屬面對死亡的各種調適，其理念在於「病患在哪裡，照顧就在哪裡」。

在臺灣，安寧緩和醫療觀念於 72 年引進，且由趙可式教授開始居家安寧療護之實務，初期以急性安寧病房提供安寧療護為主（陳榮基，2015）。89 年立法通過「安寧緩和醫療條例」，是臺灣安寧療護制度化的保障。除法規規範外，健保政策亦支持。中央全民健康保險局（現為健保署）於 85 年 7 月將安寧居家護理納入健保給付試辦計畫；89 年將安寧住院醫療納入健保按日計酬試辦計畫，95 年起正式將安寧居家及住院均納入健保給付（陳榮基，2015）。93 年起推動「安寧共同照護」，將安寧療護理念與照護模式推廣至安寧病房之外，讓安寧團隊與原醫療團隊共同對末期病患提供安寧相關諮詢和轉介服務（余尚儒，

2011）。

安寧療護初期服務對象以癌症病患、漸凍人為給付對象。而根據 96 年衛生署（現為衛生福利部）統計，每年有將近 14 萬人死亡，而癌症死亡人數僅 4 萬多人，亦即每年有將近十萬位非癌症的末期病患需要安寧療護，以讓其獲致身心靈的平安。且為配合未來老年人口的增加，安寧療護的全人化醫療理念，符合安寧緩和醫療條例的立法精神，增進末期照顧的醫療品質，中央全民健康保險局（現為健保署）於 98 年 9 月公告增列八大非癌症末期安寧療護疾病，分別為罹患「老年期及初老期器質性精神病態（如失智）」、「其他大腦變質（如中風）」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」、「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」等末期疾病都納入安寧服務範圍，讓更多末期病患受惠，臨終病患的照護更珍妥善（陳榮基，2015）。

二、安寧居家療護團隊服務內容

安寧居家療護，係以安寧療護為宗旨，為居住在家中的生命末期病患，結合安寧療護的理念，以居家照顧方式，提供醫療和護理服務等相關服務。世界衛生組織（2007）亦建議安寧緩和療護應從癌症病患被診斷後開始建立，特別藉由社區與居家方式提供照護。是此，安寧療護亦強調「在地化」，因為家庭是大多數病患最熟悉的環境，目前華人民俗習慣亦較接受病患在家往生。同時居家式的療護方式能減

少家人與病患於居家及醫療院所間的往返奔波，進而能增加家人與病患間之親密度。

依據健保署規定給付訪視費之安寧居家療護小組成員包括：安寧療護專責醫師、專任護理師、社工師等，小組成員皆需受過安寧護護訓練，依各醫院需求還設有心理師、宗教師等專業人員，其目的不在延長病患的瀕死期，而在提升最後的生

活品質，以人性化的「全人」、「全家」、「全隊」、「全程」之「四全照顧」，減緩病患及家屬的痛苦，並協助病患安適且有尊嚴地走完生命旅程。

依全民健康保險居家照護作業要點規定，安寧居家療護收案及服務項目整理於下表：

表 1：安寧居家療護收案條件及服務項目

收案條件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經兩位醫師診斷疾病病患，生存餘命不超過六個月：癌症末期病患、不使用呼吸器之運動神經元病患（即漸凍人），及八大非癌症末期病患，「老年期及初老期器質性精神病態（失智症）」、「其他大腦變質」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」、「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」。 2. 病患及家屬瞭解並接受安寧療護理念，病患本人瞭解病情，確定不做積極治癒性救治。 3. 確認簽妥「選擇安寧緩和意願書」、「不施行心肺復甦同意書」。
評估收案方式	自我照顧能力及活動狀況需符合身體功能狀況表（Eastern Cooperative Oncology Scale）2 級以上。即病患自我照顧能力受限，大部份需要臥床或只能坐著，甚至完全依賴他人照顧。
服務項目	症狀控制、病患之身體照護、相關護理指導、病患與家屬靈性宗教需求照護、善終準備、病患善終後家屬哀傷輔導及追蹤。
訪視次數	健保給付，訪視次數視病患狀況而定，一週以兩次為限。

（修改自：杜淑文、陳小妮、楊琪，2012）

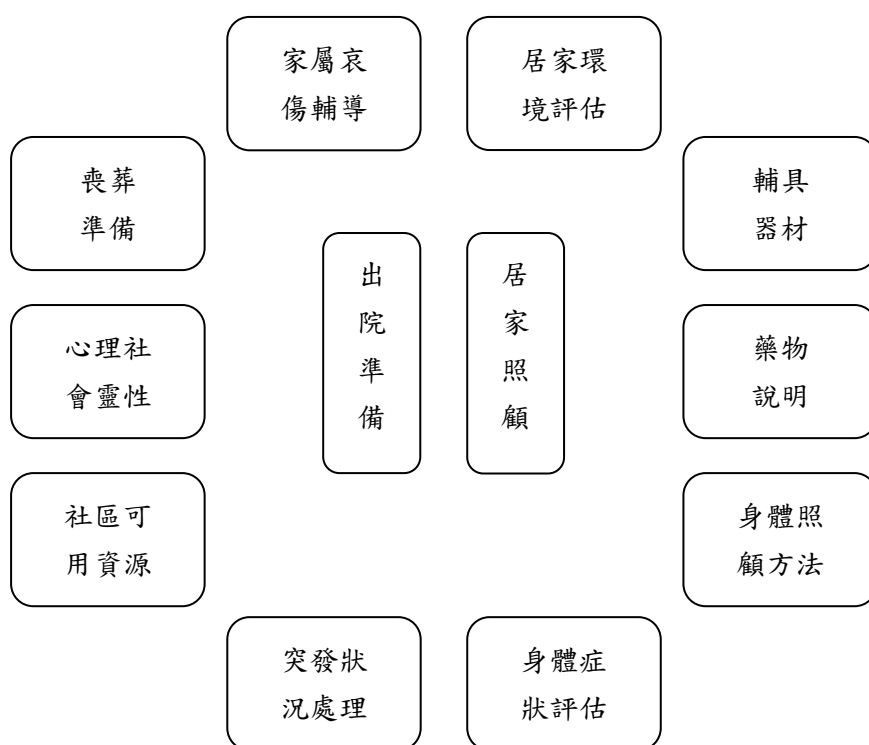
從急性醫療到返家照顧，對出院後需要持續性照顧的病患與家屬而言，會產生高度焦慮，因此疾病末期病患返家之出院準備則備顯重要。趙可式教授於行政院衛生署委託安寧住院暨居家療護服務檢討工作計畫中（2002）提出，影響家屬接受居

家安寧療護因素包括：居家環境熟悉溫馨（51.1%）、家人贊成且支持（47.4%）、家中照顧方便（45.5%）、醫療人員的建議（36.4%）、健保給付限制住院天數（20.5%）、減輕經濟上的負擔（17.0%）、居家護理師可定期來家中探視（14.8%）。

影響家屬不接受居家安寧療護因素則包括：沒有安全感，不知何時會有狀況發生及不知如何處理（36.4%）、醫療人員無法隨叫隨到（17.0%）、家中無足夠人力及能力照顧（18.3%）。因此透過完善的出院準備計畫，始能減緩病患及家屬心理上的焦

慮，並使返家後相關長期照顧服務、居家護理服務等銜接上更為順遂，獲得事半功倍之效。

茲將安寧居家療護服務內容整理於下表 2：



圖：出院準備服務與居家照顧

表 2：安寧居家療護服務項目及服務內容

服務項目	服務內容
(一) 環境評估及簡便 改裝方法	1.安全措施： (1)有障礙環境改裝成無障礙：門檻、階梯（可加地毯等簡便方法） (2)預防跌倒：浴池防滑墊，浴室防滑處理，房間走道通暢、屋內動線有扶手處 (3)床旁圍欄，床邊地下放置軟墊

服務項目	服務內容
	<p>(4)床頭有叫人鈴</p> <p>(5)將病床搬至樓下，或病人最容易走到的房間</p> <p>(6)熱水瓶、剪刀、玻璃器皿等危險物品搬離病人床邊</p> <p>2.舒適措施：</p> <p>(1)安排及教導家屬搬運病人方式</p> <p>(2)安排洗頭、洗澡、如廁設備及方式</p> <p>(3)若病人有骨轉移，在浴室置放有靠背防水之塑膠椅淋浴，避免彎腰及坐入浴盆內。</p> <p>(4)安排掛點滴、掛灌食袋、掛蓄尿袋之設備</p> <p>(5)協助購置/租借：助步器、病床、氣墊、便盆椅、輪椅、抽痰機、超音波噴霧器、翻身擺位枕頭、便盆、尿壺、會陰沖洗壺、床上洗頭用具等</p> <p>(6)協助設置空氣流通、去除臭味之裝備或用品</p>
(二) 基本身體照顧	<p>1.身體清潔（教導家屬做）：洗頭、洗澡、會陰沖洗、導尿管護理、口腔護理</p> <p>2.舒適護理（教導家屬做）：翻身、擺位、移位、抱病人上下床及輪椅，按摩、皮膚護理、被動運動、穿脫衣服、冷熱敷</p> <p>3.身體治療（教導家屬做）：灌食、抽痰、超音波 0.45%生理食鹽水蒸氣吸入、換尿袋、換點滴瓶、換尿布、拍痰</p> <p>4.傷口護理</p>
(三) 身體檢查及評估	<p>1.頭、頸部檢查及評估</p> <p>2.胸腔、肺檢查及評估</p> <p>3.腹部檢查及評估</p> <p>4.背部檢查及評估</p> <p>5.四肢檢查及評估</p> <p>6.會陰部檢查及評估</p> <p>7.意識狀態評估</p>
(四) 症狀評估及療護 方法、藥物指導	<p>1.疼痛</p> <p>2.噁心/嘔吐</p> <p>3.呼吸困難</p> <p>4.便秘/腹瀉</p> <p>5.腹脹/腹水/腸阻塞</p>

服務項目	服務內容
	6.水腫/脫水 7.失眠/睡眠障礙 8.意識混淆/譫妄 9.倦怠 10.食慾障礙 11.口臭/口乾/口腔潰瘍 12.傷口/惡性潰瘍 13.脊髓神經壓迫 14.電解質不平衡 15.出血 16.發燒 17.吞嚥困難 18.頭暈 19.焦慮/憂鬱 20.憤怒
(五) 心理療護	1.心理需要之評估 2.傾聽及陪伴病人，使病人感覺被瞭解，被接受 3.協助病人與家屬之溝通 4.協助處理未了心願 5.協助安排後事 6.引導病人作「鬆弛治療」 7.引導病人作「想像治療」 8.引導病人作「音樂治療」 9.引導病人作「遊戲治療」 10.引導病人作「芳香治療」 11.引導病人作「藝術治療」 12.引導病人作「寵物治療」 13.病情認知之評估及處理
(六) 靈性療護	1.引導病人作「緬懷治療」 2.引導病人作「意義治療」 3.宗教諮詢

服務項目	服務內容
(七) 病人社會層面及家屬的療護	1.經濟問題評估及轉介 2.家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介 3.協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調 4.家屬身體症狀的評估及諮詢 5.家屬情緒問題之諮詢 6.家屬與病人之間溝通問題之輔導 7.家屬與家屬之間意見不同時之溝通橋樑 8.家屬各種問題之回答 9.傾聽及陪伴家屬，使其感到被瞭解，被接受 10.家屬之「喘息服務」安排，以使身心暫獲休息
(八) 瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理	1.為病人做（教導家屬做）瀕死症狀評估 2.死亡準備 3.為病人做（教導家屬做）「遺體護理」 4.準備遺體護理所有器材，放置家中適當地方
(九) 喪葬準備	1.協助死亡診斷書之取得 2.協助遺體之運送安排 3.協助宗教禮儀之安排 4.喪葬事宜之諮詢 5.做為家屬溝通協調之橋樑
(十) 家屬之傷慟輔導	1.高危險傷慟家屬之評估 2.傷慟輔導轉介 3.傷慟電話訪問 4.傷慟信件慰問 5.傷慟家庭訪視

（修自：某醫學中心安寧居家療護執行表）

伍、長期照顧與安寧居家療護之接軌

長期照顧的對象以失能的人為主，其中失能老人為大宗（經建會，2009）。這群

人多半有慢性疾病，而失能的發生和本身慢性疾病控制不佳而導致併發症有關。高齡者即使沒有罹患癌症，仍會因長期慢性疾病問題而引發器官衰竭死亡，因此任何人皆可能成為八大非癌末期病患之一人

(余尚儒, 2011)。健保給付納入八大非癌症末期病患, 至 104 年 12 月通過之「病人自主權利法」, 即是讓人人皆有機會得到以當事人意願下, 以改善生活品質為目標, 得到善終。

於前文提及, 「老化」(aging) 現象是人生發展的歷程之一, 每個人自出生的那一刻起, 就已在老化了, 所以老化是一直進行中的。人們生理功能老化到失能, 最後到死亡的階段為一連續性的過程。在人口結構高齡化、少子化的趨勢下, 我國許多的失能老人住在安養、養護及長期照顧機構、護理之家, 對他們來說, 機構就是晚年的「家」, 也很可能是最後一個「家」。多數居住在機構內的老人高齡、多病、久病、臥床, 生命接近終點, 卻一再往返於機構及醫療院所急診, 每一次住院身體更為衰弱, 無法達到善終。我國安寧療護推手趙可式教授曾提及, 「98 年健保將安寧緩和療護的給付範圍擴大至八大非癌末期病患, 但此類型的病患不會長期住院, 除居家照顧外, 更有多數病患是住於機構照顧, 如果安寧療護不進入機構, 這些病患將失去善終的機會」。

因此, 為擴大安寧療護的參與, 除原先住院、居家及共同照顧等三種安寧照顧服務, 於 103 年起將社區安寧療護納入健保給付, 服務範圍包含住家及安養機構患者, 由基層診所、衛生所、地區醫院團隊介入服務, 能更貼近社區居民生活模式及風俗習慣, 及時地提供安寧療護, 形成安寧療護網絡。由此可見, 長期照顧及安寧療護之理念實屬相同, 強調「全人」、「全

家」、「全隊」、「全程」、「全社區」的五全照護目標。

陸、結論

人口高齡化是世界各國皆面臨的趨勢, 社會對於長期照顧的需求與日俱增, 而生命末期照顧的議題也日漸受到重視。目前我國長期照顧及安寧居家療護推動上, 分屬不同領域, 長期照顧接受服務的對象以「老人」、「身心障礙者」為主, 安寧療護接受服務的對象則為「病患」, 但實質上, 長期照顧及安寧療護的照顧理念皆以「個案」為中心, 整合身體、心理與靈性的照顧。從失能到死亡為必經過程, 因此, 當高齡者因各種原因而失能, 開始需要長期照顧時, 即應導入安寧療護觀念, 在接受長期照顧後期進入生命末期時銜接安寧療護, 以維持非癌末期病患照護的連續性, 始能讓接受長期照顧者得到較佳的生活品質(余尚儒, 2011), 安寧療護得視為長期照護的一部分(劉淑娟, 2010)。

社區居家安寧療護的理念, 即是將安寧療護由醫院延伸入居家、機構及社區, 讓末期病患能夠從醫院回歸社區在家安心接受照顧, 讓末期病患有尊嚴、有品質地走過人生最後一段路, 直到善終, 落實多數末期病患「在地老化、在地凋零」的想望。

(本文作者為長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院社會服務課社會工作師)

關鍵詞：長期照顧、安寧居家療護、高齡化

參考文獻

- 行政院衛生署 (2010)。「國民長期照護需要調查結果報告」。
- 余尚儒 (2011)。社區長照安寧整合連續性照護－實現「老有所終、未有所安」。臺灣老年學論壇，12，1-7。<http://www.iog.ncku.edu.tw/comm1/pagrs.php?ID=comm>
- 吳玉琴 (2011)。臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望：老盟觀點。社區發展季刊，136，251-263。
- 吳淑瓊、莊坤洋 (2001)。在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策發向。臺灣公共衛生雜誌，20(3)，192-201。
- 李玉春、林麗輝、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉、衛生署長期照護保險籌備小組 (2013)。臺灣長期照護保險之規劃與展望。社區發展季刊，141，26-44。
- 李欣慈、吳淑貞、黃川芳、吳郁梅、鄭淑貞 (2013)。長期照護機構之老年緩和照護需求。長期照護雜誌，17(3)，331-343。
- 杜淑文、陳小妮、楊琪 (2012)。安寧在地化－談臺灣安寧居家療護發展。源遠護理，6(2)，22-27。
- 李閏華 (2014)。長期照護機構住民安寧療護的社會心理照護。長期照護雜誌，18(2)，193-201。
- 周麗華 (2013)。從臺北市老人長期照顧機構的消長-看臺灣老人照顧政策。社區發展季刊，141，214-222。
- 翁瑞萱、徐愷萱、施至遠、黃勝堅 (2015)。臺灣社區安寧居家療護之現在與未來。護理雜誌，62(2)，18-24。
- 翁瑞萱、徐愷萱、洪香蓮、劉旭華、李佩璇、洪毓謙、賴俊夫、劉嘉仁、黃勝堅、施至遠 (2013)。臺灣的末期病人有機會壽終正寢嗎？－在宅往生課題之探討。安寧療護雜誌，18(3)，320-325。
- 張秀嘉、葉淑惠 (2014)。讓逝者適得其所-臺灣長期照護機構推行安寧療護之現況與展望。長期照護雜誌，18(2)，175-189。
- 陳榮基 (2015)。我國安寧緩和照護之相關政策的過去發展與未來展望。護理雜誌，62(2)，13-17。
- 鄧素文 (2013)。我國長期照護政策之規劃。社區發展季刊，141，19-25。
- 薛承泰 (2011)。我國當前長期照顧政策研擬與困境。社區發展季刊，136，20-31。
- 蘇麗瓊、黃雅鈴 (2005)。老人福利政策再出發－推動在地老化政策。社區發展季刊，110，5-13。「老人與家庭」空中大學網路授課教材。