

台灣地區老人醫療照顧現況與問題探討

楊漢淥

壹、前言

台灣地區六十五歲以上老人佔總人口比例由民國六十年之二·九%，至民國七十年增為四·三%，至民國八十一年底增為六·八%，在短短的二十年間，成長二·三五倍。若以行政區畫分，二十一縣市中，已有十四縣市之老人人口超過七%，而台北市老人人口更高達八·五%。預估台灣地區人口於八十二年底將達七%，亦即為世界衛生組織所謂「高齡化社會」。又依行政院經濟建設委員會推估，到公元二〇〇〇年我國老人人口將達八·五%，至公元二〇一〇年，將高達一〇%以上。

依據民國八十一年之衛生統計，六十五歲以上人口之主要死亡原因分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、意外事故及不良影響，此五大疾病亦同時分別高居台灣地區十大死因之前五位。由此顯示，國內公共衛生與醫療技術之進步，使得國內十大死因已由光復初期，以急性病或傳染疾病為主

的時代，轉為以慢性病為主的新紀元。

依據八十一年行政院主計處「中華民國地區老人狀況調查報告」資料顯示，台灣地區六十五歲以上之老人一三二萬九千人中，在訪視期間（80.10.1—12月）三個月內，患有疾病者，有八十九萬二千人，佔六七·一%。其中，高血壓患者有四十四萬七千人（三十三·六%）、關節炎患者有四十三萬七千人（三十二·九%）、心臟病患者十七萬七千人（十三·三%）。另外，與十大死因相關者之腦中風患者三萬七千人（二·七%），惡性腫瘤患者有七千人（〇·四%）。患病而無自顧能力之老人，則有四萬人左右，佔全部老人之一·八%。而有百分之九十以上的老人住在家中，由家人或朋友照顧，僅有三千餘位老人住在療養機構中。再者，依據上述調查報告顯示，老人醫療費用負擔問題及長期醫療照護資源不足為當前最迫切須要解決之老人福利課題。

一、我國老人醫療照顧現況

(一) 衛生醫療服務體系

民國七十五年，本署（衛生署）於「醫療保健計畫——籌建醫療網計畫」中推展「中老年疾病防治工作」，針對高血壓及糖尿病做全面性的篩檢與追蹤工作，偏重在老人健康保健與疾病預防。「醫療網第二期計畫」則更進一步增列「加強復健醫療及長期照護服務」，計畫內容明列：建立慢性病及復健之醫療服務體系；推展護理之家、居家護理；增置並培訓各級醫療院所慢性病及復健之醫療專業人員。此外，本署亦於日前公佈「護理機構設置標準」，正式將護理之家納入管理。

有關建立區域醫療網之慢性病及復健醫療服務體系，業已透過各區域醫療協調小組納入每年度之工作重點。針對各區之須進行老人疾病盛行率調查及慢性病、復健醫療須求之研究、慢性醫療與長期照護之醫療資源評估、提供醫療專業人員訓練機會，期能增加並均衡國內慢性醫療及長期照護服務。

在基層醫療服務方面，伴隨老年人口之增加，台灣省政府衛生處各台北市、高雄市政府衛生局對於老人醫療保健服務之提供亦趨重視。目前，各鄉、鎮（市、區）衛生所針對當地六十五歲以上老人多有提供免費簡易健康檢查及保健醫療服務。

其服務之項目包括：

1. 老人保健門診：含簡易健康檢查、免費給藥治療、轉介檢查、清寒老人矯治手術服務及若干特殊疾病之定額醫療補助。
2. 巡迴診療：針對行動不便或住於偏遠地區老人，提供巡迴診療或到府看診服務。

3. 個案管理：經由家庭訪視或保健門診檢查，發現患有特殊疾病者，提供個案管理。特殊情形者，由衛生所收案管理，並視需要予以定期或不定期家庭訪視保健指導。

4. 衛生教育：定期舉辦老年人衛生指導講座或座談會，並利用大眾傳播媒體宣導各種慢性防治知識。

有關醫療機構方面，已有五家省立醫院設有高年科，有十家省立醫院設有特別門診；一所老人保健醫院；三所以醫院為基礎之老人日間照護中心；此外，家庭醫學專科醫學會則增開老人醫學相關之醫師繼續教育課程。在慢性病床數方面，截至民國八十一年底，共計一八、六九九床（含榮民醫院之病床），其中一般慢性病床五、八〇六床（佔三一%）、精神病床一、九二六（佔六三·八%）、結核病床九六五床（佔五·一%）。

本署有鑑於慢性病與醫療設施普遍不足，以醫療發展基金之專案，鼓勵各區增設慢性病床。八十一年至八十二年兩年度中，共補助設置三、一三七慢性病床。省（市）立醫院及私立財團法人醫院亦陸續提出慢性病床設置或興建計畫。以台北市為例，目前現有之慢性病床數有七六二床，在「台北市慢性醫療服務計畫」下，預計於民國八十二年將增至一、六八七床，民國八十九年增設至二、一一七床，共增加九二五床，成長二·一倍。

於居家護理與護理之家方面，本署於民國七十六年起開始推展居家護理實驗計畫，於民國八十年度開始辦理護理之家實驗計畫。現階段之重要措施包括：(1) 規定居家照護及護理之家工作模式及服務網絡；(2) 建立居家照護及護理之家之管理系統；(3) 訂定居家照護及護理之家機構之獎勵措施；(4) 評估長期照護納入保險給付之可行性；(5) 培訓長期照護所須之專業人才；(6) 辦理長期照護相關研究。

目前執行成果，於居家護理方面：建立社區性居家護理四所，及醫院為基礎之居家護理廿三所；訓練過之居家護理人員五〇名，每月可提供一、二五〇人次之訪視，且每年計畫訓練十八位專業之居家護理人員；辦理公保給付試辦居家護理之醫療費用及擴大給付範圍。於護理之家方面：試辦三所護理之家及三所老人日間照護機構，並針對實驗計畫之綜合性服務品質及成本進行深入研

究分析。

有關老人的精神醫療工作，將針對老人特殊精神疾病，如老人痴呆症等老化的精神疾病，進行先驅性研究；規畫將老人精神疾病的特殊醫療服務，併入目前之精神醫療網服務體系中。

在復健醫療方面，本署目前正積極推展「復健醫療服務發展計畫」，補助各公、私立醫院充實復健醫療設備、培訓復健醫療人員、改善醫院無障礙就醫環境。本計畫預計於民國八十七年達成以下目標：

1. 醫學中心除提供復健門診、物理治療、職能治療、聽力語言治療外，並可提供心理復健治療及職前評估老人復健醫療服務；
2. 各區域醫院及公立醫院皆能提供復健門診、物理治療、職能治療之老人復健醫療服務。

(二)退輔會之老人醫療服務體系

至於行政院退除役官兵輔導委員會（退輔會）所屬之榮民醫療體系，對於國內老人醫療服務之提供，亦扮演著重要角色。據退輔會統計，目前榮民總數約有五十八萬餘人，其中六十五歲以上者佔二分之一強；其中，又以大陸來台者佔大多數。此類榮民以單身獨居或少有親人、身心殘障、生活較為困苦者居多數，使得榮民之就醫、就養之問題格外嚴重。

截至今年五月止，榮民總醫院有四、八八三張病床，榮民醫院有一、一〇二張病床，共計一六、〇〇三張病床。其中，榮民總醫院病床數之六〇%、榮民醫院總病床數之八〇%為一此特殊群體提供醫療服務。另外，依八十一年底衛生署統計資料顯示，台灣地區一八、六九九張慢性病床中，退輔會體系之慢性病床即佔四十四·五%；其中，含一般慢性病床三、八八三床（全設置在榮民醫院）、精神病床三、七〇六床及結核病床五一八床。

(三)社會福利之老人服務體系

內政部於民國六十九年訂定「老人福利法」，為日後推展我國老人福利之主要依據。老人健康、安養、療養服務相關措施推陳出新，老人相關機構及設施日益普及，各類專業服務品質逐漸提昇。台灣省政府更於民國七十七年訂定「台灣省安老計畫，關懷資深國民福利措施」，其目標包括老人的健康、志趣、康樂、服務與安養。台北市及高雄市政府亦評估轄區內老人之需求，提出相似之服務與措施，茲將其老人健康與安、療養相關之政策與措施整理於后：

1. 補助免費健康檢查；
2. 補助低收入及清寒老人醫療及生活費用；
3. 協助公私立醫療院所確實依台灣省、台北市及高雄市及「老人傷病醫療費用優待辦法」辦理；

4. 籌設並充實安養、養護機構設施；
5. 充實老人福利機構醫療復健器材；
6. 提供老人生活補助器材；
7. 辦理醫療保健與巡迴講座；
8. 推展老人運動。

目前於社政機關立案的公、私立老人扶、療養機構共四十九家，其中，扶養機構有四〇家，共預定收容一三、八七六人，含公費安養一〇、九二二人、自費安養二、九六四人；療養機構有九所，預定收容一、三三三人，含公費療養六九七人，自費療養六三六六人。另外，已有五所扶養機構因院民對療養需求日漸增加，開設殘疾所，收容癱瘓在床、且須要長期照顧，並領有殘障手冊之老人。目前殘疾所預定收容五九〇人，含公費五一五人及自費七十五人。

目前，內政部為求「老人福利法」能確實因應我國人口高齡化現況，配合社會需求、順應世界潮流，乃於民國八十年起進行修法，除將老人之定義，由原七十歲修正為六十五歲外，對安、療養自費老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之

親屬無扶養能力之老人為目的。

10. 養護機構：以照顧罹患長期慢性疾病或癱瘓老人為目的。

此外，對安養、養護機構所設立之醫療或護理機構，亦規定「應依醫療法、護理人員法或其他醫事專門職業等規定辦理」。

二、我國老人醫療服務之問題

(一) 各層級醫療服務機構功能、設置標準及作業規範尚未釐清

目前我國針對老人所提供之保健、醫療、社會及支持相關服務體系與機構包括：保健服務體系（含預防保健與健康促進服務）、急性醫療服務體系（含各層級之急性醫療機構）、慢性醫療服務體系（含慢性醫院及慢性病床）、長期照護服務體系（含護理之家、居家護理、日間照護、安寧照護）、社會及支持服務體系（含日間託老、居家服務、安養及養護機構服務）。其中，養護機構、護理之家與慢性醫院三者分別隸屬社政與衛生二行政體系管理；目前，除護理之家在設置標準（含收案對象、服務功能、與設置標準、人力配置）上有較明確之規定外，其他類型之機構僅有概略性敘述，導致不同層級護理須求的老年病患，被交錯地安置在不同層級機構中。再者，目前醫療照護品質良莠不齊，社政單位所管轄之養護機構，又面臨醫療人力、醫療支援普遍不足之問題，使得老年病患無法得到適當之護理照護及醫療服務。

另一方面，國內現有之醫療機構對急、慢性病床功能界定、服務範圍及作業規範上未有明顯界定，致使慢性病患長期佔用急性醫療設施之現象極為普遍，造成醫療資源浪費。衛生署八十年疾病調查中，慢性病患佔總病患比例四·九二%。依財團法人長庚紀念醫院統計資料顯示，該院住院三十天以上之慢性病患佔全部住院病患之五·二七%，而住院人口卻佔總住院人口之二十五·四%；且慢性病患平均住院日為五十四天，比一般急性病患高出甚多。慢性病患中

年齡六十五歲以上者佔二十七·九%，六十歲以上者佔四十三·八%。

(二) 老人社會、醫療及長期照護之連續性健康照護體系尚未建立

老人之醫療及照護問題乃一連續性且綜合性的問題，包括社會支持、保健、醫療、復健與財務等服務。如何協助病人及家屬取得有效且適當之醫療及社會服務，建立連續性之健康照護體系為首要工作；而建立各層級間之轉介、追蹤、資訊分享服務體系的轉介與資訊網絡，更為連續性服務體系之重要關鍵。

國內不論社會福利、衛生醫療及長期照護層面本身內部之轉介系統，尚處於起步階段；而各層級間之轉介僅能透過私人關係提供轉診服務。例如，目前安養機構內老人因身體日漸老化，已有五所以上之機構附設殘疾所或提供療養服務，以照顧院內身體狀況較差或無法自我照顧的老人；另外，亦增設十所立案之養護中心。此類機構所面臨最大問題為醫事人力不足，又無法取得院外醫療機構簽約支援，未能完全解決院內老人急、慢性之就醫須求。居家照護與居家護理對社區老人提供老人與家屬之社會性、支持性、護理性、復健性之整合性服務，是減輕家屬之負擔，使年老病患能在自己熟悉環境中，取得專業性照顧之可行措施。

(三) 老人慢性醫療、長期照護與療養機構普遍不足

依據行政院衛生署八十一年底統計，台灣地區共有慢性病床一八、六九九床，包括精神病床一一、九二八床，結核病床九六五床、其它慢性病床五、八〇六床，榮民醫院慢性病床四、三五〇床，顯示台灣地區除榮民醫療體系外，慢性病床普遍不足。與「建立醫療網第二期計畫」中，民國八十九年每萬人口五張慢性病床之目標數，相距甚遠。台北市研究考核委員會曾針對台北市慢性特殊醫療須求評估，現有台北市之慢性病床為七六二床，但須求估計數為二、二五一床，差距一、四八九床，設施不足可見一般。

雖然，各醫療機構已逐漸提出新、擴建慢性病床計畫，醫療發展基金亦將

慢性病床為獎勵對象，惟該等計畫目前均在規畫或興建中，實際可利用之慢性病床十分有限。另一方面，護理機構設置標準甫新訂定公告，除了衛生署已輔導三家示範性護理之家外，輔導及推廣措施有待擬定。社會福利政策方面，雖有一〇家已立案之療養機構，並訂定「加強推展社會福利獎助作業要點」以加強老人扶、療養服務之推廣；但對現有坊間到處林立未立案之養護機構，缺乏輔導及管理辦法。如欲利用現有之資源，以目前部分佔床率不高之醫院改設為慢性醫院或護理機構，為可行又實惠之做法。

(四)安養及養護機構內醫師人力普遍不足、醫事人員缺乏繼續教育

目前，立案之公立扶養、療養機構中，皆設有醫務室或醫療所。醫務室中雖有醫師編制，卻常常面臨醫師羅致不易及流動率過大之困擾。另外，護理人力，因編制不足及監護工人力缺乏，造成護理人員工作量過大、必須兼辦護佐或監護工之工作，而無法顧及本身專業服務品質之提昇。再者，服務於安養、養護機構內之醫事人員，缺乏有效之管道，接受老人醫療照護方面之專業性繼續教育訓練。

(五)缺乏適當機轉，使慢性病患合理使用急、慢性醫療機構

國內現有之公、勞、農保，僅公保試辦居家照護，其餘各類保險均只針對急性醫療機構提供之服務給予付，對於個案之急性醫療給付上限或期間均未加限制，以致急、慢性醫療給付不分，形成不少慢性病患長期佔用急性醫療設施。然而慢性病患在急性醫院中並未能得到適當之照護，對醫院及病患而言均非妥適。未來，針對老年人口之醫療須求，慢性醫療及長期照護設施之增設勢屬必然。

(六)老人醫療費用缺乏制度化之財務來源

先進國家中，老人醫療費用多有固定來源，例如：由老年年金或一般稅收

中支應。惟，國內老年人口之醫療費用若非為保險人口，則多由病患家屬負擔。至民國八十一年底，六十五歲以上老年人口參加國內十三種健康保險之比例，佔同年齡人口數的五十七·五%，亦即尚有四十二·五%約六十萬零二千餘老年人口，未享有健康保險提供之醫療照護，此部分人口之醫療費用則多由病患本人或其家屬自行負擔。惟在全民健康保險實施後，將可獲解決。對於無法照顧自我生活之老年病人，在醫院中必須要由家屬自僱照顧工來照顧生活事項，形成甚重家庭負擔，這類病人只有轉至護理機構或養護機構，但其費用也不少，每個月約要三萬元左右。目前尚乏這方面的補助計畫，對於大部分家庭而言，經濟負擔不可謂不重。

三、建議之解決方案

(一)確立養護機構、護理之家與慢性醫院之功能

1. 建立評估老年病患醫療與照顧須求之統一量表，做為安排病患治療計畫與服務層級之依據。

2. 明確劃分慢性醫院、護理之家及養護機構設置標準，並建立評鑑制度。

3. 制定社會福利法規與衛生管理法規時，應相互配合，並提供專業支援。

4. 檢討修訂養護及護理機構輔導與管理辦法，使坊間未立案之養護或安養機構逐漸納入常規管理，以確保服務品質。

(二)建立連續性之健康照護體系

1. 利用現有十七區醫療網，結合醫療、社會福利、及保健層面，以社區診斷方式重新評估各區老人保健、醫療須求與現有相關資源之分佈，進而規畫各層級醫療在老人照護體系中之功能與角色。

2. 建立社會福利機構與醫療機構之合作關係，包括各類醫事人員之訓練及醫療支援。

3. 訂定連續性健康照護體系中之各層級機構之收案與收費標準，服務範圍、收案、轉介、結案、追縱之轉介系統；並在機構中指定轉介專責人員，編制區域資源手冊。

4. 推動多層級機構式照護服務計畫 (Multi-Level Care Plan)，整合不同層級之機構式醫療及長期照護服務於同一地點，以避免設施及人力之重複提供，促使醫療資源有效運用，同時增進病患接受照護之便利性。

(三) 充實老人醫療照護服務與設施

1. 依據「建立醫療網第二期計畫」，健全老人醫療保健服務體系，預計至民國八十五年底，將達到每萬人口三·五張慢性病床、九張精神病床之目標，而至民國八十九年底時，將達到每萬人口五張慢性病床、一〇張精神病床之醫療計畫全程目標。

2. 繼續以醫療發展基金或編列預算方式，獎勵民間醫療設置慢性及精神病床，鼓勵醫療機構充實性、復健及精神醫療服務設施及護理機構。

3. 輔導功能不彰之小型醫院轉型為慢性醫院或護理機構，提供老人慢性復健醫療須求。

4. 輔導各級醫院依其功能設置老人科，提供復健門診、物理、職能、聽力、語言、心理復健等老人復健醫療服務與治療，並充實復健醫療設施。

5. 輔導群體醫療執業中心、衛生所等基層醫療單位，增加基本復健醫療設備，普及老人基本復健醫療須求。

6. 規畫慢性醫院及慢性精神療養院老人癡呆症所須之精神病床。

- (四) 建立適當機轉，使慢性病患合理使用急、慢性醫療照護機構
1. 依醫院不同功能訂定疾病別標準住院日，確實建立住院日審查制度。
 2. 各級醫院應建立出院病人追蹤照顧制度，訂定慢性病患出院計畫。
 3. 建立醫療分級轉診制度，確保病患就醫之適當性及醫療資源的有效利用

4. 在慢性及復健醫療方面，發展日間照護服務及居家照顧服務系統，以降低老人病患住院天數，節省醫療資源。

5. 健全社會支持體系，使老年病患於就醫或接受繼續性照護之過程中，能得到家庭及社區資源之充分支持與配合。

(五) 建立老人醫療費用財務來源制度化

1. 配合全民健康保險之實施，將全體老人納入健康保險體系。

2. 逐步建立老人年金制度，使老人有能力自行負擔日常生活費用及部分醫療費用。

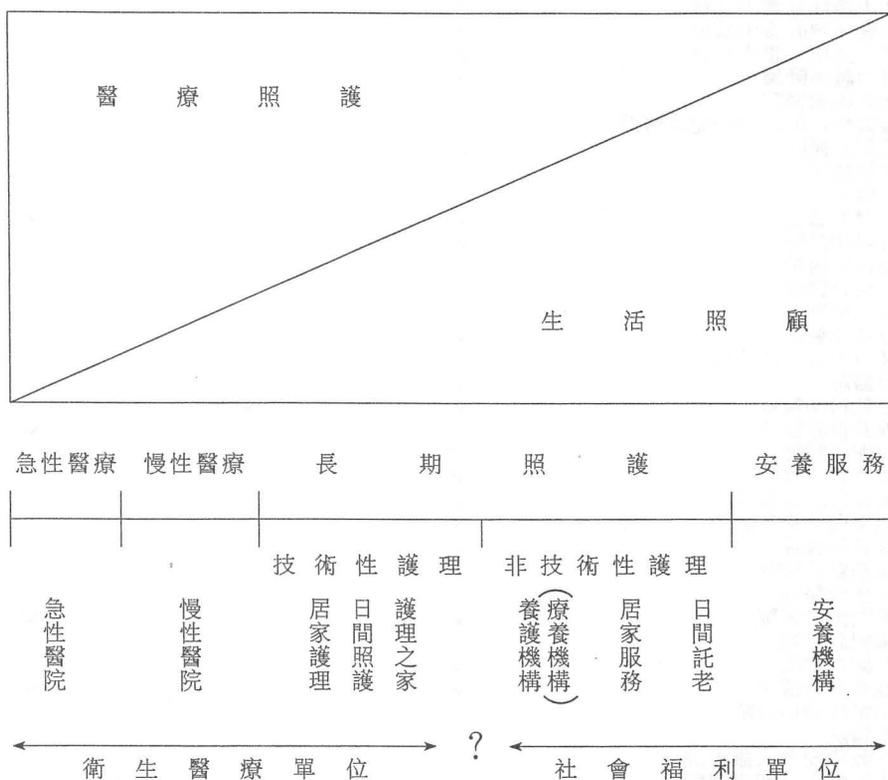
3. 收入未及最低生活費二·五倍以下老人之保險費及部分負擔費用由政府給予補助。

4. 充實老人福利經費，對於健康保險不給付之醫療費用及社會救助不提供

四、結語

老人醫療及照護問題是一連續性、綜合性的問題，其服務內容可包括保健、醫療、復健、精神、心理、法律、財務及社會支持等等。要解決老人的醫療保健問題，必須透過衛生與社會行政各層級之單位相互密切配合，釐清各層級醫療服務機構功能與作業規範，共同建立連續性之健康照護體系與轉介系統，增設所須之醫療與福利機構，加強醫事人員專業訓練，提供醫療人力與服務之相互支援，並利用財務機轉使各層級機構被合理利用；最後，建立老人醫療費用財務來源制度化。如此，才能真正落實老人之社會、醫療福祉，增進我國老人晚年生活之幸福。

我國老人醫療及服務體系



台灣地區醫療院所慢性病床數——按醫療區域分

(民國八十一年底)

醫 療 區 域 別	人口數 (萬人)	醫院病床 總 數	慢 性 病 床 數			精神病床	結核病床	醫療發展基金 獎勵慢性病床 總 數
			總 數	%				
總計	2075	89981	18699	20.78	11928	965	3086	
北部區域	881	39735	6541	16.46	3524	206	604	
基隆醫療區	48	1895	128	6.75	128	0	200	
台北醫療區	583	29836	4647	15.58	2904	146	0	
宜蘭醫療區	46	2626	824	31.38	0	60	100	
桃園醫療區	132	3061	472	15.42	472	0	100	
新竹醫療區	72	2317	470	20.28	20	0	204	
中部區域	523	16346	2037	12.46	1187	57	1292	
苗栗醫療區	55	1657	50	3.02	50	0	176	
台中醫療區	211	7446	490	6.58	381	9	666	
南投醫療區	54	2463	1210	49.13	550	0	120	
彰化醫療區	127	3269	222	6.79	166	48	120	
雲林醫療區	75	1511	65	4.30	40	0	210	
南部區域	611	25258	4123	16.32	1791	552	990	
嘉義醫療區	82	2994	826	27.59	90	436	400	
台南醫療區	174	6465	1193	18.45	335	116	450	
高雄醫療區	255	12742	1675	13.15	1285	0	0	
屏東醫療區	90	2631	379	14.41	37	0	60	
澎湖醫療區	10	426	50	11.74	50	0	80	
東部區域	61	8642	5998	69.41	5420	150	200	
台東醫療區	26	888	0	0.00	0	0	0	
花蓮醫療區	36	7754	5998	77.35	5420	150	200	

行政院衛生署輔導之長期照護機構實驗計畫

機 構 名 稱	居家護理	護理之家	日間照護
台北市護理師護士公會	✓		
苗栗縣護理師護士公會	✓		
台中市護理師護士公會	✓		
高雄市護理師護士公會	✓		
台北榮民總醫院	✓		
高雄醫學院附設中和紀念醫院	✓		
馬偕紀念醫院	✓		
三軍總醫院	✓		
成大醫院	✓		
* 省立豐原醫院	✓		✓
市立陽明醫院	✓		
市立台南醫院	✓		
省立新竹醫院	✓		
省立台南醫院	✓		
省立花蓮醫院	✓		
台灣省慢性病防治局	✓		
慈濟醫院	✓		
* 天主教耕莘醫院	✓	✓	
* 嘉義基督教醫院	✓		✓
羅東聖母醫院	✓		
彰化基督教醫院	✓		
彰化秀傳紀念醫院	✓		
嘉義聖馬爾定醫院	✓		
雲林若瑟醫院	✓		
屏東基督教醫院	✓		
台東聖母醫院	✓		
* 花蓮門諾會醫院	✓		✓
亞東紀念醫院	✓		
順天綜合醫院	✓		
* 沙鹿童綜合醫院	✓		✓
礦工醫院頭份分院		✓	
安生醫院		✓	
天主教福安老人療養院		✓	
天主教聖十字架療養所		✓	
合 計	30	5	4

* 同時提供兩種長期照護服務

1993/9/29 update

台灣地區立案之公私療、扶養機構

(民國八十二年七月)

機 構 類 別	家 數	類 別	預 定 收 容 人 數	實 際 收 容 人 數	實 際 使 用 率 (%)
養 護 機 構 (療養機構)	14 *	公 費	1,336	702	947 (70.9%)
		自 費		634	
殘 疾 所 (療養機構)	5 **	公 費	640	565	438 (68.4%)
		自 費		75	
扶 養 機 構 (安養機構)	40	公 費	9,605	6,528	6,666 (69.5%)
		自 費		3,077	
總 計	49	公 費	11,581	7,795	8,051 (69.5%)
		自 費		3,786	
					2,687 (70.9%)

資料來源：台灣省社會處、台北市社會局、高雄市社會局、八十三年度評鑑資料

* 含扶養機構兼辦養護業務，計五所。

** 扶養機構針對院內殘廢者增設養護業務，計五所。

「慢性醫院」、「護理之家」與「老人福利機構」功能比較表

類別	服務對象	病患評估原則	主管單位	申請資格限制
慢性醫院 (78.10.9)	指從事平均住院日在三十日以上須長期住院療養病人。	1. 除應視病人須要予以診療外，每週應評估病人病情至少一次。 2. 除應視病人須要予以物理治療外，每週應評估病人病情至少一次。 3. 除應視病人須要予以職能治療外，每週應評估病人病情至少一次。	衛生主管機關	公立、私立、財團法人
護理之家 (82.8.27)	1. 罹患慢性病須長期護理之病人。 2. 出院後須繼續護理之病人。	對其服務對象，應於收案四十八小時內，由醫師予以診察。其後，應依病人病情須要，姪少每個月由醫師再予診察一次。	衛生主管機關	公立、私立、財團法人
療養機構 (70.11.30)	照顧罹患長期慢性病或癱瘓老人。 * 提供慢性疾病或癱瘓老人。		社會福利主管機構	財團法人
扶養機構 (82.7.3) **	1. 收養自費老人或留養無扶養義務親屬之老人。 2. 扶養義務親屬無扶養能力之老人。		社會福利主管機構	財團法人

* 以「老人福利機構設置標準」為主，另參考「台北市私立老人養護所設置管理辦法」(民國八十年一月三十日)。
** 「老人福利法」修正草案。

「慢性醫院」、「護理之家」與「老人福利機構」人員標準比較表

類別	慢性醫院 (78·10·9)	護理之家 (82·8·27)	療養機構 (70·11·30)*	扶養機構 (70·11·30)
醫師	1. 應有二人以上。 2. 一〇〇：一。	特約。	療養三〇人以上應設醫師。 * 視須要約聘醫師。	1. 二〇〇—四〇〇床應設醫師 2. 四〇〇床以上應設專任醫師 3. 另定期洽鄰近醫療院所診斷
護理人員	1. 應有五人以上。 2. 五〇床以上者—一〇：一。	1. 至少五人，一〇：一。 2. 日間照護者至少二人，二〇：一 3. 應置負責資深護理人員一人。	三〇床以上應設護士。 * 一〇：一。	三〇床以上應設護士。
藥師	1. 至少應有一人以上。 2. 二〇〇：一。	無。	三〇床以上應設藥師	
物理治療師	1. 未滿六〇床者，應有特約專業人員一人。 2. 六〇床以上者：一〇〇：一	視須要。	三〇床以上應設復健人員。 * 視須要約聘復健人員。	
職能治療人員	1. 未滿六〇床者，應有特約專業人員一人。 2. 六〇床以上者：一〇〇：〇。	視須要。		
病房服務員	視須要。	六：一。	1. 三〇床以上應設服務工。 * 五：一。	1. 三〇床以上應設服務工。 2. 八〇：一。
社會工作人員	1. 未滿一〇〇床，應指定專人負責社會服務工作。 2. 一五〇：一。	1. 未滿一〇〇床，應指定專人負責社會服務工作。 2. 一〇〇床—一四九床，一人。 3. 一五〇床以上，二人以上。	1. 三〇—一五〇床視實際須要酌用社會工作人員。 2. 一五〇床以上，一人。 * 視須要設社會工作人員。	二〇〇床以上應設一人。
其他	視業務須要設置醫事檢驗、醫用放射線技術、臨床心理、語言治療及營養等專業人員。	1. 應有專人管理護理紀錄。 2. 得視業務須要特約物理治療人員、職能治療人員及營養師。	三〇床以上應設營養人員。	1. 三〇床以上應設營養人員。 2. 三〇床以上應設事務人員。

* 參考「台北市私立老人養護所設置管理辦法」(民國八十年一月三十日)

「慢性醫院」、「護理之家」與「老人福利機構」設施標準比較表(一)

類別	病床數	病房	藥局
慢性醫院 (78·10·9)	應設二〇床以上。	1. 每人不得少於二十平方公尺 2. 不得設於地下樓層。 3. 應設病室並符合左列規定： (1) 病床，每床最小面積(不含浴廁)應有七平方公尺。 (2) 床尾與牆壁間距離至少一·二公尺 (3) 床邊與鄰床或與牆壁間之距離至少〇·八公尺。 (4) 應有床欄及調節高度之裝置。 (5) 每床應具有櫥櫃或床頭櫃及與護理站之呼叫器。 (6) 二人或多人床之病室，應備有隔離視線之屏障物。 4. 應設護理站，並具有左列設備： 準備室、工作台及治療車、藥櫃、急救車、醫用氣體及抽吸設備、推床或擔架及輪椅、污物處理設備。 5. 應設治療室、衛浴設備；被褥、床單存放櫃及雜物貯藏室。 6. 收治療病人者，應設隔離病室，並有專用之衛浴設備，並於病室入口處設洗手台。	應設藥局，並應具有左列設備： 調劑作業設備、藥庫作業設備。
護理之家 (82·8·27)	應設二〇床以上。	1. 每人不得少於二十平方公尺。 2. 不得設於地下樓層。 3. 應設病室並符合左列規定： (1) 平均每床最小面積(不含浴廁)至少七平方公尺。 (2) 床尾與牆壁間距離至少一·二公尺。 (3) 床邊與鄰床或與牆壁間之距離至少〇·八公尺。 (4) 床邊與牆壁之距離至少〇·八公尺。 (5) 每床應具有櫥櫃或床頭櫃及與護理站之呼叫器。 (6) 每床應有床欄及調節高度裝置。 (7) 二人或多人床之病室，應備有隔離視線之屏障物。 (8) 每一病室至多設八床。 4. 應設護理站，並具有左列設備： (1) 準備室、工作台、治療車；護理紀錄、藥品及醫療器材存放、推床、輪椅、污物處理設備。 (2) 應有急救設備：氧氣、鼻管、人工氣道內管、甦醒袋、抽吸設備、喉頭鏡、氣管 5. 應有空調設備：被褥、床單存放櫃及雜物貯藏設施。	不得設置藥局
療養機構 (70·11·30) *	應具三〇人以上之規模。 * 須具五床以上未滿三〇床	1. 每人不得少於一六·四平方公尺。 2. 每一寢室不得超過四人 * 每人不得少於一一·五平方公尺。	
扶養機構 (70·11·30)	應具三〇人以上之規模	1. 每人不得少於二十平方公尺。 2. 每一寢室不得超過四人。	

物理治療室	1. 未滿六〇床者，應有足夠空間及設備做為物理治療作業之用。 2. 六〇床以上應設物理治療室。	得視須要設置
職能治療室	1. 未滿六〇床者，應有足夠空間及設備做為物理職能作業之用。 2. 六〇床以上應設職能治療室。	得視須要設置

*另參考「台北市私立老人養護所設置管理辦法」(民國八十年一月三十日)

「慢性醫院」、「護理之家」與「老人福利機構」設施標準比較表(二)

類別	慢性醫院 (78.10.9)	護理之家 (82.8.27)	療養機構 (70.11.30)*	扶養機構 (70.11.30)
社會服務室	1. 未滿一〇〇床者，應有足夠空間做為進行社會個案，團體工作之用。 一五〇床以上者，應設社會服務室，並有足夠空間作為進行社會個案、團體工作之用。			
日常活動場所	應有可供病人日常活動的空間、會談及病人康樂場所。	按病床數計，平均每床應有四·五平方公尺以上。	應備康樂活動室、餐廳、廚房及其他必要設施或設備。	應備康樂活動室、餐廳、廚房、圖書室、健身房、會議室、服務室、值日室、會客室等。
衛浴設備	1. 病房應設衛生設備及淋浴設備。 2. 應有為殘障或乘坐輪椅病人特殊設計之衛浴設備。 3. 男女病人使用之衛浴設備應分開設置。 4. 多人使用之衛浴設備應有適當之隔間或門簾。	1. 病房應設衛生設備及淋浴設備。 2. 應有為殘障或乘坐輪椅病人特殊設計之衛浴設備。 3. 多人使用之衛浴設備應有適當之隔間或門簾。 4. 應設有扶手及緊急呼叫系統。	應設盥洗衛生設備。 * 浴廁應設有扶手，走道及地板應有防滑設施。	應設盥洗衛生設備。

其他	供應室	
<p>1. 病歷應有專人管理；一〇〇床以上者，應有專業人員負責。</p> <p>2. 得視需要設置實驗診斷設備、放射線診斷設備及臨床心理衛生室、語言治療室。</p>	<p>1. 應設供應室。</p> <p>2. 供應室應明顯畫分已消毒區與未消毒區，並具有左列設備： 清洗設備、污物處理設備、高壓蒸汽消毒設備、未消毒及已消毒物品貯藏設備。</p>	<p>5. 應有為臥床病人淋浴用之設備。</p> <p>6. 應設有扶手及緊急呼叫系統。</p>
不得設置醫事檢驗、醫事放射與醫療部門或單位。	應有醫材儲藏設施。	
應備醫務室。 * 應備基本保健設施。		

* 另參考「台北市私立老人養護所設置管理辦法」(民國八十年一月三十日)

我國老人醫療服務之問題

- (一) 各層級醫療服務機構功能、設置標準、及作業規範尚未釐清
- (二) 老人社會、醫療及長期照護之連續性健康照護體系尚未建立
- (三) 老人慢性醫療、長期照護與療養機構普遍不足
- (四) 安養及看護機構內醫事人力普遍不足及缺乏繼續教育
- (五) 缺乏適當機轉，使慢性病患合理使用急、慢性醫療機構
- (六) 老人醫療費用缺乏制度化之財務來源

建 議

- (一) 確立看護機構、護理之家與慢性醫院之功能
 - (二) 建立連續性之健康照護體系
 - (三) 充實老人醫療照護服務與設施
 - (四) 建立醫療與社會福利機構支援體系，提供醫事人員繼續教育機會
 - (五) 建立適當機轉，使慢性病患合理使用急、慢性醫療照護機構
 - (六) 建立老人醫療費用財務來源制度化
- (本文作者現任行政院衛生署醫政處處長)