

建構老人多層級照護服務網

～以「財團法人臺北市私立恆安老人養護中心」為例

陳 敏 雄

壹、前 言

一如同歐美、日本已開發國家，人口老化已成為臺灣當前社會現象之一，依據內政部 2005 年 3 月臺閩地區人口統計顯示，臺灣 65 歲以上老年人口已達 216 餘萬人，約占總人口數 2,270 餘萬人的 9.56%，早已邁過聯合國世界衛生組織（WHO）定義下 7%所謂「高齡化社會」的門檻。加上近年來社會觀念及家庭結構的改變，老人與子女同住的比率正逐年下降（2000 年為 67.79%；2002 年為 63.71%），還有由於老人經濟依賴自我（如退職金、保險金、銀行存款等）能力的增加，社會福利的擴張，以及年邁長期照護上的需要，老人獨居或選擇住進安養、養護機構，尤其是後者的比率正逐年攀升（2000 年為 5.59%；2002 年為 7.51%），因而老人安養護設施的需求也愈來愈為殷切，政府除了增建各類老人自費安養設施、老人公寓外，民間人士也紛紛投入申請設立老人養護機構、護理之家，或興建銀髮住宅等，尤其在 1997 年 6 月「老人福利法」修訂頒行經過 2 年的緩

衝期之後，更如雨後春筍般紛紛設立。依據內政部 2004 年 8 月統計，臺閩地區老人安養護機構、長期照護機構及護理之家等就多達 1,136 家，共計 5 萬 6,161 床，這個數字還未包括目前正籌設中的安養護機構 135 家，1 萬 4,741 床，以及退輔會體系榮民之家的 18 家 1 萬 3,022 床在內。老人長期照護設施量體可謂相當龐大，就目前臺灣市場供需情況觀察，床位供給量顯已超過需求，一般而言僅能保持七成的使用率，空床率頗高。尤其在民國 90 年行政院更推出「福利產業發展方案」之後，把老人住宅興建列入促進民間參與公共建設法之重大公共建設範圍之內，鼓勵企業界投入老人福利服務事業，可見老人福利及照顧問題不僅成為政府當前社會福利政策的施政重點，在這麼多元並陳的老人福利服務產品下，如何整合及發展出優質妥適的老人照顧服務系統，以因應營運上的壓力及即將來臨的重大衝擊，應是機構服務提供者應加深思檢討的課題，而老人多層級照顧系統的建構當是其中重要的一環。

貳、多層級照護機構的設立背景與營運理念

一、設立背景

在各種老人照顧服務措施中，機構式照顧是發展最早的照護措施，也是最具規模的，如：臺灣早期在各地設置的救濟院、仁愛之家、榮民之家等，收養對象以孤苦無依無法謀生者或榮民為主。後來為因應社會福利發展的趨勢，老人安養機構措施也從以往救濟院的慈善施捨轉為以服務為導向的照顧模式，而服務對象也擴展到一般民眾自負費用者，尤其在 1990 年代之後老年及養護人口增加更是蓬勃發展。

在歐美長期照護發展先進國家，機構式照顧也是發展最早的照護措施，從早期國家以機構集中照護的方式，提供少數缺乏家庭支持的貧病交加民眾最基本的生存照顧，至 1950 年代之後因應老年人口大量成長，長期照護需要的快速增漲，機構式的服務對象從過去濟貧的方式，修正為多數民眾的普及需求，擴大了服務的對象與提昇機構的服務品質。但這一服務措施也逐漸被質疑，尤其在機構式服務大量發展之後，人們開始對機構式照護方式並不感到滿意，於是在 1960 年代，一些北歐國家提出「在地老化」(aging in place) 的長期照護目標，認為長期照護的提供應盡可能的幫助功能障礙者留住其熟悉的家中或社區中，過獨立自主的生活。因而主張應該盡量減少機構式服務的提供，以壓低機構服務的使用率，並開始有「去機構化」(de-institutionalization) 而回歸社區的呼聲，鼓勵機構照顧轉而趨向社區化與小型化，例如丹麥在 1987 年便實施「老人住宅

法」以立法禁止護理之家的設置，並將已有的護理之家改建為照顧住宅 (sheltered housing 或稱 assisted living)，鼓勵機構住宅化，以增加居家式服務的供應。但並非各國均持此一看法，主要原因一方面是經濟上的壓力，另一方面是政策的回應需要時間，雖然並非所有國家都採減少機構數量的政策，但大多數國家都期望家庭能繼續發揮功能，主要亦是財政考量，因為政府加稅的壓力日益嚴重。一直醞釀到 1990 年代「在地老化」理念始被普遍接受，並成為許多福利先進國家老人照顧政策目標，主要原因為老年長者教育及經濟水準提升，專業人員照顧理念轉變，節約照顧費用的壓力，以及新型照顧輔助設備的研發等。(吳淑瓊，1998；曾薔霓，2004)。

二、營運理念

在「在地老化」(aging in place) 理念影響下，社區式照顧、居家式照顧及其他各種老人新型照顧服務模式被積極鼓勵發展，同樣的，機構照顧模式與內容也跟著變革，如機構功能多元化，照顧模式多層級化 (multi-level) 等。在國外如加拿大有 multi-level care facilities 的設施，而美國護理之家原先分有技術性護理機構及中度照護機構 (intermediate care facilities) 兩類，但也在多年經驗之後發現這兩類機構界限模糊而有逐漸合而為一的趨勢。反觀我國長期照護機構的狀況，可區分為衛政體系之護理之家，與社政體系下的長期照護機構與養護機構；護理機構的服務對象為罹患慢性疾病且需長期護理之病人，以及出院後需繼續護理之病人；長期照護機構的收案對象為罹患長期慢性疾病且需要醫護

服務之老人；養護機構的收案對象為生活自理能力缺損且無技術性護理需求之老人。但實務運作上三者功能常重疊混淆不清，又因分屬不同行政體系，規範、管理與輔導辦法不一，多年來一直困擾民眾服務的選擇和行政管理，實有進一步整合簡併之必要。因而政府及專家學者還有簡併機構及修法之議，例如中華民國老人福利聯盟在 1999 年接受行政院衛生署補助委託，邀請多位國內護理、公衛、社會等領域學者及實務界專業者研議如何將護理之家、長期照護機構及養護機構等三類機構簡併及修正相關配套措施，如機構設立標準整合以及如何依據收案對象的失能狀況來規範其設施設備標準、人力標準等，並建議以「多層級照護機構」做為機構簡併的主軸。

另就機構式照顧功能而言，我國老人機構雖多，但絕大多數為小型機構，機構空間、床數均小很難有多元服務的提供，專業經驗亦難累積傳承，以我國老人照顧機構最為密集的臺北市為例，僅老人安養護機構多達 205 家中，49 床以下的小型機構就占了 195 家，比率高達 95.12%，而 50 床以上機構僅 10 家，還包括公立機構 3 家在內，因為規模所限機構很難普遍做到多元服務的提供，目前在服務上能兼具有安養及養護功能的或養護與長期照護功能的機構僅有 11 家，兼具有養護及日間照顧功能的有 2 家，而這 13 家機構當中大型機構就占了 8 家。可見我國在老人長期照護連續照顧體系中，多層級照顧服務的建構，或囿於機構規模或觀念，發展腳步仍甚緩慢。雖然吳淑瓊教授等在其建構長期照護體系先導計畫中提出多項新型服務設

施研議方案，如照顧住宅、多層級照護機構、失智老人日間照顧模式、居家復健服務、家庭托顧服務等，並在嘉義市與臺北縣三峽鎮及鶯歌鎮推展實驗社區計畫，也獲得很大的迴響，但畢竟還屬試辦或實驗性計畫階段，距離理念的落實及多層級照顧體系的建構與發展還有一大段路要走。

參、多層級照顧服務機構的規劃原則

依據內政部統計處 2000 年的「臺閩地區老人狀況調查」報告指出，臺閩地區 65 歲以上國民健康狀況還不錯，健康老人占 77.81%，健康狀況不好的占 17.14%，非常不好的占 4.77%。換言之，我們也可依老人身心狀況及老化程度區分為健康期、障礙期、臥病期三個階程，由於不同身心狀況的老人，生活能力、依賴程度及生活需求也不盡相同，而需有不同的居住安排與居住形態以及不同的照顧模式與服務內容。基於「在地老化」“aging in place”理念，我們鼓勵老人儘量能留在社區，尤其是熟悉的社區內生活，對於身心狀況良好屬健康期的老人，甚或體能衰退生活起居需要輔具已邁入障礙期的老人，只要生活可以自理就安排居住「服務住宅」，若不能自理生活需要他人協助的則安排住進「照顧住宅」。老人住宅不論其為服務住宅或照顧住宅，其特徵必須是整體性的「無障礙化」，必須是能考量老人的身心狀況、生活特性、軟體服務機能，如提供保護性看視、清潔維護、餐飲服務及其他支持性服務等。

若選擇機構式照顧服務，健康期的老

人則可安排居住「老人之家」，如仁愛之家等，由機構提供住宿、餐飲、個人服務及社會照顧（social care）等支持性與保護性服務，以社會模式（social model）為主，健康模式（health model）為輔。障礙期的老人則安排居住於「養護之家」，如坊間一般養護所或中心，由機構提供生活照顧、社會服務、娛樂活動、日常生活活動等服務，以健康模式為主，社會模式為輔。臥病期的老人則安排居住在「護理之家」或「長期照護中心」，由長期照護機構提供全天候的護理照顧，以醫療模式（medical model）為主，社會模式為輔（陳政雄，2004）。

但在實際狀況來說，老人健康狀況是非常不穩定，縱然是健康期的老人亦隨時有狀況發生，在照顧服務上很難單純地以所謂健康期、障礙期、臥病期三個階段來規範。再從養護長照機構中受照顧者的特質來看，幾乎每位住民皆有失能或失智的狀況，只是障礙程度不一，而且身體狀況及障礙程度也會隨疾病、年齡而有所變動，在連續性全人照顧理念下，多層級照顧模式較能滿足住民導向的服務需求，老人亦可避免因身體變化而不斷在不同機構間往返遷徙，儘可能在同一機構中能獲得不同層級的服務。因此，多層級照顧系統的規劃，可在同一機構內設計不同層級的服務措施，或者也可連結數個不同服務功能的機構或設施共同建構成一多元多層級服務網以滿足不同障礙層級住民轉銜照顧的需求。

財團法人臺北市私立恆安老人養護中心創立時因係以平均每床 16.5 平方公尺標準申請設置，故可同時符合養護、長期照

護等各式照護機構的設置標準，而在機構內提供不同層級的照護服務。另臺北市如老人安養護中心空間更加寬廣，平均每床達 50 平方公尺以上，不僅足以因應安養、養護、長期照護、失智照顧等各式照顧機構多元服務的需要，也符合了多層級照護機構應具備的特質，個案入住機構後除非急性醫療需求必須外送就醫外，不必再遷移至其他機構，只需在本機構內調整或移動至適當區域或樓層便可，住民也常可見到他熟悉的工作人員、居住環境或到熟悉的空間走動。

依照吳淑瓊教授的研究，多層級照護機構應具備的特質，如：簡併目前各式照護機構的設置標準，於單一機構中提供連續性不同層級的照護服務；機構空間宜採彈性化設計，人力及空間需求依收案對象、依賴層級調配，並以機構現有設施設備為基礎，發展多元服務模式；個案入住機構後除非急性醫療需求，否則不必再遷移。但以現行老人福利機構設置標準而言，無論機構規模、人力編制，凡機構在 50 床以上者，因樓地板面積平均每床必須在 16.5 平方公尺以上，與長期照護機構、護理之家設置標準之空間規定每床至少 16 平方公尺近似，機構始有簡併轉型或發展為多層級照顧機構的機會。

肆、恆安老人多層級照顧服務網的架構與運用

一、發展沿革

財團法人臺北市私立恆安老人養護中心創立於 1994 年 1 月，適值我國邁入老年化社會門檻之際，院址在臺北市萬華區，

目前機構規模為 117 床，其中養護部門 87 床，長期照護部門 30 床，以多元模式提供不同層級的服務內容。十多年來，隨著老年人口的成長，在工作團隊的努力經營下，多次獲得內政部及臺北市政府評鑑優等績效的洗禮，「恆安」在臺灣老人長期照護體系中樹立了口碑，成為老人照護品牌的保證，也為此後的發展奠定下扎實的基礎。

1998 年「恆安」獲得臺北市政府社會局的委託經營臺北市陽明老人公寓，這是臺北市政府第一個委外經營的大型老人福利設施，也是恆安第一個受託經營管理的機構，陽明老人公寓寓址在陽明山仰德大道上，設有 104 間套房可供老人居住。雖然我們在老人養護照顧領域中具有豐富經驗，對老人公寓的經營卻是陌生，老人公寓的住民入住條件必須是身體健康，至少要能自理生活始可，雖然他們不需密集的生活照顧，但卻有不同照顧與服務上的問題，在這裡我們學習了很多寶貴而且完全不同的經驗，在與長輩們及家屬的互動中，我們體悟到公寓住民的不同需求以及家屬的焦躁不安，尤其在長者身體功能日益衰退歷程中而必須遷離公寓的時候。於是我們省思，也參酌國內外許多先進的經驗以及學者的卓見，機構多功能化應是我們要走的路，也是未來發展的目標。

2002 年對「恆安」的發展來說是最具關鍵的一年，那年我們同時承接了基隆市立仁愛之家養護中心以及臺北市兆如老人安養護中心這二個超大型機構的經營權。仁愛之家養護中心服務對象為養護型長者，規模 210 床；而兆如老人安養中心規模更大，床數多達 453 床，兼具安養、護養、長期照護等多重功能。由於這二個機

構的加入，讓「恆安機構」總數床遽增到 900 床，雖然經營的壓力很大，挑戰性很高，但我們認為這是「恆安機構」邁向多元經營發展多層級照顧服務網的契機。

二、多層級照顧服務網的架構與淨化

(一)機構式的照顧模式

「恆安」創立十年間機構由一家成為四家，服務內容也從單一模式發展成多重模式，服務地域也從臺北市跨越到基隆市，為營運管理上需要，我們也重新調整機構組織，除了「恆安萬華院區」、「基隆仁愛院區」、「陽明院區」之外，並將兆如安養護中心劃分為「兆如安養」、「兆如養護」2 個院區，還另特別成立「行政管理中心」來綜理、協調及支援這 5 個院區的各種行政事務，如企劃、訓練、資訊、出版、服務評核、人事、財務、營繕、招標以及辦理大型活動支援事宜等。

「恆安萬華院區」、「基隆仁愛院區」及「兆如養護院區」屬養護長照型機構，住民大都失能或失智者，健康條件差且生活無法自理，平均年齡約在 81 歲左右，身體功能評估屬於中、重度依賴程度以上者高達 95%，需要提供密集的生活照顧與醫療服務。為照顧上需要，我們以分級分區方式按住民機能障礙程度以及生活依賴程度的差異，安排在不同樓層，如養護區、失智區或長期照護區等接受照護，俾以提升照護品質的穩定性，增加服務人員的專業性以及服務的人性化，並在硬體上加強一些必要的配套設施，例如在失智區則增設電子控制的安全設備，在長照區則增設氧氣緊急維生系統等，以及在人力配置做些調整。

但我要特別一提的是「兆如老人安養護中心」這個兼具安養、養護、長期照護多元服務的超大型機構，園區遼闊，建築面積達 7,500 建坪，主建築有安養大樓、養護大樓、行政大樓三棟，環境優雅頗富庭園景觀之美，為與鄰近社區特色相融合，特以「松苑」、「竹苑」、「梅軒」歲寒三友命名，院舍建物無論在建材色澤的選擇，外型屋突磚瓦的形狀等都與鄰近住家別墅群建築物保持近似，社區親和力相當良好。由於機構規模龐大，並為落實多層級照顧服務需要，我們特將竹苑（養護大樓）的 6、7 樓規劃為長期照護區床數 88 床；4、5 樓則規劃為養護區床數 88 床；2、3 樓則規劃為失智區床數亦為 88 床，1 樓大廳目前則做為醫療門診及交誼區使用，未來將進一步擴充功能兼做發展「日間照顧中心」及「在宅服務中心」之用。至於松苑（安養大樓）3 至 7 樓則劃為安養區，住民都屬身體健康狀況較好或輕度失能，但能自我照顧具生活自理能力的長者，但要特別一提的就是設置在 2 樓的「輕養護區」制度以做為安養區住民轉銜到養護區照顧的緩衝空間，這一區的住民幾乎都從安養區轉介過來的。輕養護區的特色是住民房間、交誼廳的設施設備都儘量保持和原安養區相同，不同的是提供了較密集的生活照顧及護理服務，並設有保健室配置較多的護士及照顧服務員人力輪班服務，目的在為因疾病、意外或其他原由導致失能或短暫失能或輕度失智的安養住民提供一個緩衝區，避免一有狀況就往養護大樓送，一般以 3 到 6 個月做為觀察期，但有時也因各種因素可能拖延更久。在這段期間假若身體功能無法改善甚至於變得更

差，就必須規劃安排轉銜至竹苑養護區或失智區或其他養護機構繼續接受照顧，同時也給住民及家屬做好心理準備以緩和轉院造成的心理衝擊。假若身體功能改善而生活自理能力也恢復到相當程度，也可試著轉回原在松苑安養區的房間。轉到輕養護區的住民，尤其是輕度中風或身體機能處在恢復期的病人，所謂黃金搶救期是非常重要的，住民復健意願都很強烈。為此，我們還特別設置一個頗具規模的「復健中心」在「輕養護區」隔鄰，配置有頗為完備的復健器材設備及物理治療師，並由大學醫院配合支援復健醫師，隨時為住民提供必要的復健治療及訓練。畢竟無論在安養或養護的住民平均年齡都已 80 高齡，身體功能變遷機率很大，也很難維持在一定程度，勢必隨時挑戰機構的照護層級，而在不同層級機構間往返遷徙，多層級照顧系統的建構無論在照顧品質或人性考量上都有其必要。

(二)社區式照顧模式～臺北市陽明老人公寓

「陽明老人公寓」基本上屬老人福利設施而非機構，具有社區中「服務住宅」兼具類似國外「照顧住宅」的功能，為臺北市政府一項嶄新的老人福利服務模式。老人住宅屬性上為社區式照顧模式之一。營運理念是提供注重隱私、安全且無障礙住宅環境，讓健康期或輕度障礙期的老人能獨立自主生活其間，並提供住民保護看護服務，協助處理意外事件、緊急送醫以及支援其他必需的各類健康、身體、生活等照顧服務，並鼓勵與住民、社區、親友間的互動。依據臺北市政府社會局的委託經營條件，住民必須未患有傳染病、精神病、失智症者，而且身體狀況要能自我照

顧，具生活自理能力，或經巴氏量表評估達 60 分以上，惟使用輔具仍能自理生活，經評估適合者，可見「陽明老人公寓」的功能，市政府界定的範圍除一般服務住宅也涵蓋所謂「照顧住宅」的功能在內。

對老人住宅的服務模式，原則上我們是盡量不直接提供寢室內服務，活動安排採鼓勵性不強制住民參加，儘可能讓住民自我照顧，自我找尋活動機構，只在有實際需要協助時，才幫忙引進服務，當然住民在享有獨立、自主與隱私生活權利的同時，仍應自行承擔照顧的責任與風險。

「陽明老人公寓」目前住民平均年齡為 78.5 歲，顯比我們其他安養護機構的住民低，身體健康條件生活自理能力良好，重視生活隱私、自主及服務內涵。經營 6 年多來，住民穩定性大致上良好，雖然有不少住民在體能上已明顯衰退許多，生活及醫療上需要較多的照顧及支援，甚至已有少數住民撐著輔具行動如四腳拐或坐輪椅，但基本上我們還是維持在「服務住宅」的模式，盡量維護住民的自主能力為照顧原則。這麼多年來也發生過不少個案生病住院無法自理生活而必須離開公寓，部分個案選擇回家和子女同住或住在子女可就近探望的養護機構，也不少個案選擇轉銜到恆安體系的機構繼續接受照顧，因為他對這些機構的情況有些了解，甚或參加過這些機構的活動，平時有互動不陌生，還會見到他熟悉的工作人員。當然也有好幾個長者在恆安居住一段時間之後，由於健康條件改善再度興高采烈回到陽明公寓原來居住的房間，這種案例也在兆如安養院區與養護院區之間時有發生，這正印證了恆安多層級照顧服務網的運用功能與必要

性。

三、服務對象轉銜標準

恆安多層級照顧機構服務對象包括安養、養護、長期照護及失智長者，其入住之資格及條件如下：

(一)申請安養長者必須是身體健康，或輕度失能，但能自我照顧，具生活自理能力為限。

(二)申請養護者必須是身心功能障礙無法自理生活，經日常生活活動功能量表 (ADLS) 評估為輕、中、重度失能為限。

(三)申請長期照護者必須是罹患長期慢性疾病，重癱臥床且需醫護服務為限。

(四)申請失智照護必須是經診斷為失智症並載明 CDR (Clinical Dementia Rating) 評估結果者。

申請入住時必須檢具 3 個月內公立或財團法人醫院體檢表 (檢查表內項目均需檢查，並含胸部 X 光攝影、梅毒檢查、B 型肝炎血液檢驗、愛滋病檢驗、阿米巴及桿菌性痢疾檢驗等項目)，經檢查需無傳染病或精神病者，同時並以日常生活活動功能量表 (ADL) 做為收案與否的評估準則。由於老人入住機構之後，因身體狀況時生變化，或因照顧上需要，經機構評估結果認為應調整其住房、居住樓層或轉住其他機構照顧較為妥適者，通常會與住民、家屬溝通要求配合辦理。為使工作人員、住民或家屬了解轉銜的作業流程方便配合起見，特訂定有轉銜標準以便遵循，安養住民經評核若工具性日常生活量表 (IADL) 低於 12 分以下或巴氏量表低於 80 分以下者，我們會積極鼓勵轉銜至松苑「輕養護區」；若工具性日常生活量表 (IADL) 低

於 6 分以下或巴氏量表低於 60 分以下者，則安排轉銜至竹苑養護區或長期照護區。若經診斷為失智症並檢附「MMSE 或 CDR 智能測驗報告」證明為輕、中度失智者，便安排在失智專區照顧。

至於申請入住「陽明老人公寓」長者，必須是身體狀況良好為原則，若巴氏量表評估 ADL 偏低有輕度失能狀況分數在 60 分以上，惟使用輔具仍能自理生活，經評估適合者，通常我們會安排住在臨近「服務中心」及餐飲區以便隨時就近看視及提供必要的支援，若巴氏量表評估 ADL 分數未達 60 分無自理生活能力者，我們便安排或協助轉介至養護機構照顧。

伍、結論～恆安的願景

在「在地老化」(aging in place) 理念影響下，做為機構式照顧服務提供者「恆安」多年來經營發展的方向，就是期待能夠做到「在同一機構內老化」(aging in institution)，或「就近老化」(aging in

neighborhood) 的目標，讓長者在同一機構體系下各相關機構之間接受轉銜服務而老化。我們的願景是持續發展老人多層級照顧服務網，在恆安同一體系下提供不同層級的照顧措施，從老人住宅、老人安養、老人養護、輕養護以及長期照護、失智照顧專區等，儘可能去滿足不同障礙層級住民的服務需求，並建立轉銜評核標準以便工作人員遵循。同時也透過恆安以及陽明公寓、兆如、基隆仁家養護中心等 3 家機構資源的連結，為長者照護提供一多元化與連續性的系列服務，從而為國內建構老人多層級服務網提供一範例。雖然這樣的服務網在執行過程中仍存有不少難度，卻為我們的長者及家屬適時解決不少困難，我真要感謝我們的社工、護理及相關工作人員，由於他們的愛心、耐心及努力，恆安多層級照顧服務網發展的願景正積極逐步拓展。

(本文作者為財團法人臺北市私立恆安老人養護中心暨臺北市兆如老人安養護中心院長)

參考文獻

- 中華民國老人福利推動聯盟(2000)「護理之家長期照護機構及養護機構」三類機構簡併及修法之計畫，衛生署補助研究計畫。
- 內政部(2005)中華民國臺閩地區人口統計。
- 王世俊、王淨等(1997)老年護理學，匯華圖書出版有限公司。
- 行政院主計處(2002)中華民國臺灣地區老人狀況調查報告。
- 吳淑瓊(2001)建構長期照護體系先導計畫，內政部委託研究。
- 阮玉梅、李明德、陳敏雄等(1999)長期照護概論，華杏出版股份有限公司。
- 陳政雄(2005)銀髮住宅整體規劃理念，老年醫學國際研討會。
- 曾薔霓(2005)照顧關係中以人為中心的就地老化政策理念，福樂多季刊，10。
- 臺北市兆如老人安養護中心服務手冊(2002)。
- 臺北市陽明老人公寓服務手冊(1999)。