

# 長期照顧十年計畫2.0與醫療體系垂直整合之檢視

葉依琳、詹佑平、蕭文高

## 壹、前言與背景

臺灣於2018年正式跨過高齡社會門檻後，老年人口占總人口比例持續提高，至2023年9月底已達18.1%（內政部戶政司，2023），另根據內政部統計處（2022）資料顯示，2021年國人零歲平均餘命為80.86歲，健康平均餘命為73.30歲（衛生福利部統計處，2023），換言之每人可能需依賴他人之平均年數為7.56年，此代表許多老人將在被照顧與失能中度過；此外，依行政院主計總處（2021）國情統計通報顯示，2020年老年人口使用健保總額之39.8%，較2015年成長30.1%，在前述多重不利因素交織下，將對我國衛生與長照體系帶來前所未有的巨大負荷與挑戰。

受高齡與少子化影響，家庭同住人口也越來越少，內政部戶政司（2023）公布我國歷年戶數結構表顯示，2022年一人家戶占整體家戶數之35.4%，二人家戶則

占21.0%，兩者合計已超過五成，較2006年分別增加9.0%與3.3%。前項數據代表「零家庭照顧者」之可能性增加，當家庭出現照顧需求時，要求就業者辭掉工作不僅提高家庭財務壓力，更影響其個人生涯發展，長期照顧體系成為補充與替代家庭照顧能量之重要資源。基於前述需求，我國於2007年由行政院核定推動《長期照顧十年計畫》（以下簡稱長照1.0），至2015年立法院通過《長期照顧服務法》（以下簡稱長服法），行政院於隔年12月核定《長期照顧十年計畫2.0》（以下簡稱長照2.0），期待能夠建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，打造以社區為基礎之照顧型社區，提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質（衛生福利部，2016）。

長照2.0與1.0之最大差異除了擴大服務對象（例如49歲以下身障者），服務項目也從原來以社福體系為主之八項，增加

至包含醫療體系之17項，使得長照服務得以向前延伸至出院準備服務，並銜接在宅醫療與居家安寧。在人們歷經身心功能下降之生命歷程中，醫療與長照體系間之整合，將對長者之能力維持與尊嚴產生重大影響，相關研究亦證實以老人為本（older-person-centred）及整合式照顧是介入老人生命之最佳方式（World Health Organization [WHO], 2015），在長照2.0之實施策略中亦強調「以在地化、社區化原則，提供整合性照顧服務，降低服務使用障礙」。然而，跨專業體系之整合除了涉及不同專業文化之差異外，還包括行政制度、服務連貫性及量能等，在長照2.0納入出院準備服務、在宅醫療與居家安寧後，如何調和不同專業、部門、個案與家屬間之歧異，已成為能否達成整合式照顧之重要前提。因此，本文之目的在於以整合式照顧之學理觀點，檢視長照2.0與醫療體系在實務運作之垂直整合現況與困境，最後再依據論述結果，提出相關制度與實務面之建議。

## 貳、整合式照顧之意涵與面向

隨著高齡社會來臨以及多元醫療與照顧服務之發展，為避免服務銜接出現落差，推動整合式照顧已成為一股重要國際趨勢，世界衛生組織（WHO, 2015）更認為整合式照顧是促使長者達到健康老化

（healthy ageing）之重要元素。在我國，除了長照2.0之實施策略外，衛生福利部（2022）公布的《因應超高齡社會對策方案（112～115年）》亦聲明，現行專科醫師以疾病為導向，「醫病」重於「醫人」之單一疾病、片段式照護模式，並不符合超高齡社會需求且不具成本效益，為有效降低高齡者因急性疾病產生失能情況，致返回社區生活後之困境，強化醫療與長期照顧之銜接，已為高齡者醫療健康照護之未來發展趨勢。以下將就整合式照顧相關概念，進行初步整理與論述。

### 一、整合式照顧之意涵

整合式照顧之意涵並不容易明確範定，服務供給者、使用者與專業者各有其認定之定義，在運用上則常與「個案管理」、「持續性照顧」、「無縫隙照顧」、「以使用者為中心之照顧」等詞句產生混淆（Goodwin et al., 2021）。就組織管理面，Kodner與Spreeuwenberg（2002）認為整合意指藉由財務、行政、組織、服務輸送與臨床等方法，促成治療與照顧部門間之連結、結盟及合作，經過前述過程對病患所產生之有益成果，即為整合式照顧；而在臨床實務上，WHO（2015）指出整合式照顧意指在照顧光譜之各項服務，不論其在健康或長照體系內之層級與位置為何，均能依人們之生命歷程而進行整合。其與傳

統照顧之差異如表1。

在衛生福利系統中，透過管理與醫療服務過程，個案能夠依照其生命歷程之需要，在不同系統與機構間接受所需服務，包含健康促進、疾病預防、疾病診斷與治療、疾病管理、復健等項目（Contandriopoulos et al, 2004）。而從個案之視角，若能與提供者共同制定醫療與照顧計畫，使各項服務相互串聯，較能形成符合其需求之整合照顧計畫（Lewis et al, 2010），Lawless等人（2020）檢視相關文獻發現，長者所經驗之整合式照顧包含下列要素：（一）可近性：能適時獲得所需服務、具備高齡友善環境、合理的

財務負擔、能獲得訊息；（二）照顧：感受到被尊重、傾聽、參與、訊息告知與照顧；（三）協調：跨單位或服務間之服務供給順暢不間斷，且各自角色、責任與聯繫明確。

由於整合式照顧概念涉及多種不同領域，多專業間必須攜手合作方能發揮專業職能，然而不同專業之特性、文化、目標與價值觀均不相同，甚至相互對立，只有將各自動機、文化、倫理與觀點進行協調，才足以形成整合照顧服務模式（Glouberman & Mintzberg, 2001）。Shaw等人（2011）指出並不存在「一體適用之整合式照顧」，其涉及多種因

表 1 傳統照顧與整合式照顧之區別表

傳統照顧	以老人為本及整合式照顧
著重在健康狀況	著重在人及下列目的
以疾病管理或治療為目的	以內在(intrinsic)能力之最大化為目的
老人為消極的照顧接受者	老人是照顧計畫與自我照顧的積極參與者
照顧零碎化	照顧整合
健康與長期照顧之連結有限或不存在	健康與長期照顧產生強連結
視老化為病理狀態	視老化為生命歷程中正常且有價值的一部份

資料來源：WHO（2015）。

素，因此必須考量形成照顧計畫之照顧情境與觀點脈絡，其整理各利害關係者（stakeholders）對促成整合式照顧之重要性如下：

（一）決策者：規劃友善的整合政策、規定與財務安排，發展合適照顧體系與品質標準，支持對整合式體系與計畫之整體性評估。

（二）供給者：跨專業、組織與體系之服務、任務與照顧之協調。

（三）照顧專業：為服務使用者進行倡導，健康與社會照顧之供給與協調。

（四）管理者：建立及維持共通文化與價值，監督資源與資金流，共同目標之協調，督導員工，管理組織及關係。

（五）規範者：供給者之立案登記，評量照顧供給，監督共同照顧，消除低劣品質及安全性。

（六）評估者：全國性與地方性之整合性評量，以增進具備訊息證據之整合。

（七）服務使用者／照顧者：經由對各種照顧之運用與理解，包括訊息接收，以改善其服務體驗。

（八）社區：協助建置在地服務。

從上述各層面可知，不同專業及部門間之角色與功能不同，不過若仔細探究各方之立場可發現，其存在一個共通目標，核心主要圍繞在如何藉由制度、文化或價值之形塑，在不同場域中形成良好的溝通協調，並理解病患、服務使用者及

服務提供者之間的需求，以提升照顧品質（Gordon et al, 2020）；其中，長者應該被視為具備獨立需求、偏好與經驗之個體，應更加尊重其尊嚴與自主（WHO, 2015）。

## 二、整合式照顧之面向

由前述之討論顯現「整合式照顧」一詞存在理想性，非單一面向或個體可達成，Goodwin等人（2021）整理多位學者之分析指出，推動整合式照顧之目的包含四點：（一）提升健康照顧體系之成本效率；（二）改善服務使用者之照顧體驗；（三）改善民眾之健康成果；（四）增進工作人員對服務之感受。為落實此理想，本文進一步探討實質執行面之議題。首先就整合一詞，Shaw等人（2011）認為整合涉及水平與垂直兩個層面，前者強調的是組織、網絡或群體間之競合關係；後者則涉及不同照顧階段之網絡或群體。Singer等人（2020）從健康體系指出五種整合類型：

（一）結構面：組織間或個別組織內部團隊產生實體、營運、財務或法律面之連結。其涉及之運作層級較高，由主管層級間就團隊成員、管理機制、契約內容等進行決策。

（二）功能面：組織或個人間就形式、政策及活動協議，所進行之協調、責信支援或決策。其著重在各項職責之協

議，例如策略規劃、改善計畫、服務管理、績效指標等。

（三）規範面：指跨組織或單位間之共同文化或文化整合，例如共同願景、使命、集體態度、領導風格等。

（四）人際面：指個別專業或是跨專業間之合作與團隊工作，亦包含照顧者及病患。

（五）流程面：指將涉及不同成員、功能、活動與單位之服務，整合為單一流程，例如轉診、長照機構後送醫療單位，或透過單一窗口進行個案管理。

除了整合面向外，各面向之整合深度或連續性，也是個重要的立論關鍵。Ahgren與Axelsson（2005）區分整合之連續性光譜（圖1），其中，完全區隔代表整合不存在，相對地，另一端則代表服務或單位間之完全整合，而居中則包含三個面向：

（一）連結（linkage）：指組織或單位間產生連結，主要目的在合適的時間點，將個案轉介至合適的單位，不同專業間能具備良好的溝通，以增進照顧之持續

性；且各單位或專業均能理解其服務職掌，避免服務更動及轉換所耗費之成本，例如，發展相關職責及服務之臨床指引，即為達成本項整合之重要機制。

（二）網絡協調（coordination in networks）：指更具結構性之整合，但仍在既存組織單位形式下運作，其目的在協調各種服務、共享臨床資訊、管理個案在不同單位間之轉銜。此種整合形式包括照顧鏈（care chains）或服務網絡，但並未指派更高層級之網路管理者，

（三）合作（cooperation）：指匯集不同組織單位之資源，以創造出新的組織，目的在發展特定個案群體所需之完整性服務；前述服務由新組織所管理，各專業團體間進行密切合作，本項整合之關鍵要素在於確認特定個案群體、所需服務以及合適配置資源。

而在各種整合模式之實際運用上，Shaw等人（2011）提醒幾個注意事項：（一）應依據目的選擇或著重在合適的整合模式，例如強調健康與社會照顧之整合，則人際面或流程面之整合將是重點；

完全區隔

連結

網絡協調

合作

完全整合

圖 1 整合之連續性

資料來源：Ahgren & Axelsson（2005）。



（二）多種整合模式之交互作用，會影響所欲達成價值，例如同時運用規範面與流程面整合時，彼此是否會產生價值衝突；

（三）整合過程可能產生非預期性效果，例如當某個整合面向涉及利潤或財務誘因時（如補助辦理單位或個案相關費用），反而干擾其他整合面向之實踐。基於上述整合模式學理之整理，以下擬針對國內目前出院準備服務、在宅居家醫療及長照計畫進行梳理與檢視。

### 參、出院準備服務之檢視

出院準備（discharge planning）相關概念最早於1968年由美國國家衛生設施諮詢委員會提出，Rossen（1977）以社會工作觀點認為出院準備服務是一種專業服務，為協助病人適應疾病及其帶來之種種影響，進以順利離開醫院回到一個擁有能滿足其需求資源的社區中。從服務使用者角度，病患出院後遭遇的問題橫跨護理、心理、社會、經濟、家庭多重面向（吳亞鴛等人，2005），出院準備服務可降低主要照顧者因為照顧技巧、人力、返家等問題，對出院感到焦慮，甚至產生延遲或拒絕出院之情形（黃郁珊、吳秀玲，2021）；此外，相關服務亦可因應全民健保實施之疾病診斷關聯群（DRGs）給付制度（中央健康保險署，2009），避免部份醫院為了增加收益，使病人在

未完全康復下提早出院，影響醫療處置（Evashwick, 2005）。

### 一、出院準備服務之推動歷程

在我國，衛生署於1984年開始宣導出院準備服務，1993年在《醫療區域輔導與醫療資源整合計畫》中，將推廣醫院出院準備服務計畫列為工作項目重點（曾文玲等人，2018），並於2000年列入醫療機構常規評鑑條文。隨著政策與角色分工的演變，本項服務模式主要由護理師主導，初期服務對象以管路（尿管、氣切管、鼻胃管）留置病人為主，再依病人需求照會相關科室及轉介，提供單一窗口的諮詢服務，偏重臨床及居家照顧的護理指導（潘依琳，2000）；至2007年之長照1.0，則在照顧管理制度中強調工作重點應包含出院準備計畫與連結社區資源，不過此時之長照服務介入與出院準備服務仍分別由長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）與醫院端各自負責，病人出院返家後才由照顧管理專員（以下簡稱照專）進行家訪並完成居家服務需求時數評估，各種照顧支持並未及時到位。

至2016年長照2.0開始推動社區整體照顧服務體系（長照ABC），全民健保新增「出院準備及追蹤管理費」，衛生福利部則相對提出《出院準備友善醫院獎勵計畫》（張淑卿，2018），接續於2017年再提出《銜接長照2.0出院準備友善醫院

獎勵計畫》（曾文玲等人，2018），並於2022年施行《出院準備銜接長照服務計畫》（以下簡稱出備計畫）至今，其最新計畫年度為112～114年度，計畫目的為：

期藉由連結醫院參與出院準備服務，由醫院端組織醫療團隊跨領域合作模式，於病人住院時協助個案及家屬做好出院照護準備，使其出院返家後無縫銜接長照服務，降低返家後日常生活障礙、提升個案及照顧者生活品質，以減輕照顧者與被照顧者負擔及降低照顧支出。（衛生福利部，2023，頁2）

計畫執行方式則由醫院組織專業服務團隊，於個案出院至少三天前進行長照服務需求評估，向個案或家屬說明長照服務需求評估注意事項，醫院可於評估階段併同進行簡易輔具友善銜接機制，完成長照需求評估後，進行長照服務及轉介，將評估結果照會照管中心後派案社區整合型服務中心（A單位），後由A單位個案管理員擬定照顧計畫，另為使病人與家屬知悉自身可尋求之出備資源，醫院則應建立宣導機制。

## 二、服務執行之檢視

目前出備計畫規劃醫院個案管理師於病人出院前三天完成評估後，將資料傳送至照管中心，然而實務上照管中心在收到

評估後照會A單位，A單位在三個工作天內進行家訪與送審照顧計畫，B單位（複合型服務中心）則於三日內回覆服務，因此自病患出院後，平均仍有長達一周左右的服務等待期（鄭鈺鄺等人，2020），此時若加上案家對於資源使用意願反覆、住院天數短暫、病情非預期狀況延長住院等（黃郁珊、吳秀玲，2021），以及臨床上可能遭遇之突發問題，致使轉銜評估時機不容易掌握，延長等待期。目前衛生福利部統計處（2022）統計2017～2022年申報健保出院準備個案，其符合長照2.0收案並接受需求評估者共12.2萬件，而在出院七日內接受長照2.0服務個案共約5.2萬件，占出院前評估件數比率為43%，由數據上顯示仍有進步的空間。

其次，雖然政策上強調出院準備的銜接，然對於服務使用者之品質部分，多數醫療院所主要仍採醫療品質相關量化指標，例如收案數量、平均住院天數、同一疾病三日內再急診比率、同一疾病14日內非計畫性再住院率等；而出備計畫目前亦沒有明確規範品質相關指標，計畫獎勵機制主要以服務量能作為衡量基準，服務量達標醫療院所可支領獎金，並無連結品質相關管考機制，獎勵作法流於變相鼓勵服務單位重量不重質；加上部分出院準備個案病情複雜，需要醫師、復健師、營養師等團隊成員召開會議討論，額外成本使醫療院所缺乏提高品質的誘因。在一份對

全國11,000份住院病人樣本之就醫經驗調查顯示，有約11.4%的病患表示對出院前的衛教內容不理解，且有36.5%的病人表示未參與出院準備計畫之制定（曾心柔，2021），而在莊舒涵（2021）對A單位個管師之質性研究發現，部份醫院個管師缺乏對家屬進行溝通，導致出院準備計畫過於倉促與不完整，以及只想把病患送出院的卸責態度，致使後續接手單位面臨極大壓力，顯示現行機制缺少對服務品質之管控，造成跨單位信任關係難以建立，影響病患之照顧品質。

## 肆、在宅居家醫療與安寧緩和 照護服務之檢視

在人們開始衰老並合併產生醫療需求同時，許多家庭在沒有準備的情況下即開始承擔照顧者的角色（陳惠姿等人，2019），Rockwood（2005）指出個體之衰老過程從非常健康（充滿活力）到輕度衰弱（行動遲緩、工具性日常需他人協助）、嚴重衰弱（自我照顧處於完全依賴）到末期病況（預期存活期小於六個月）共有九個進程，長者若處於嚴重衰弱狀態，容易出現行動不便、延遲就醫，或來回急診、重複入院，導致家庭照顧者身心壓力加劇等情況，在孤立無援的情況下，居家醫療團隊的介入不僅是提供醫療照護，也能教導照顧者陪伴終老之死亡識

能，是協助長者在地老化之必要服務。以下將就相關計畫方案進行實施現狀與相關挑戰之討論。

### 一、在宅居家醫療

行政院衛生署於1987年開始推動居家照護，並在全民健保開辦時正式納入給付。至1995年為提升因失能或疾病導致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，推動一般居家照護、慢性精神病患居家治療、末期安寧居家療護、呼吸器依賴居家照護、高診次藥事照護等措施，然而這些不同類型居家醫療照護之片段模式，並無法因應病人照護需求，因此衛生福利部中央健康保險署自2016年推展《居家整合照護計畫》（以下簡稱居整計畫，圖2），整合一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及居家醫療試辦計畫共四項服務，依「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三個照護階段，收案對象包含：

（一）居家醫療階段（S1）：居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者，其中排除病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童。

（二）重度居家醫療階段（S2）：病人只能維持有限之自我照顧能力，清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅



子上、有明確之醫療與護理服務項目需要服務或罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人，以及使用呼吸器服務之病人。

（三）安寧療護階段（S3）：此階段個案符合安寧緩和醫療條例之末期病人、包含癌症末期病人、末期運動神經元病人，進入末期的失智症、其他腦變質、心、肺、肝、腎等疾病狀況，末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、符合病人自主權利法永久植物人、不可逆轉昏迷、極重度失智及五款臨床條件並簽有預立醫療決定書及罕見疾病或其他預估生命受限者。

除上述三類收案對象，亦有居家中醫醫療服務、居家藥事照護等整合項目，

鼓勵由社區醫療院所組成整合性照護團隊，強化在地醫療照護資源連結轉介，目標也希望提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院，藉由照護團隊合作與個案管理機制，提升照護之連續性。然而，根據衛生福利部統計處（2022）統計資料，截至2022年居家醫療照護團隊數共223個，3,141家參與機構，收案照護67,377人；另我國2022年住院人數前三大疾病中，已經接受居整計畫個案仍因感染院住院之前十大疾病為肺炎（6,933人）、其他敗血症（6,149人）與泌尿系統其他疾病（5,613人），顯見即使把醫療送到家，並不一定能真正落實讓病人留在社區生活（石崇良，2023）。

以長輩常出現的傷口照護為例，若

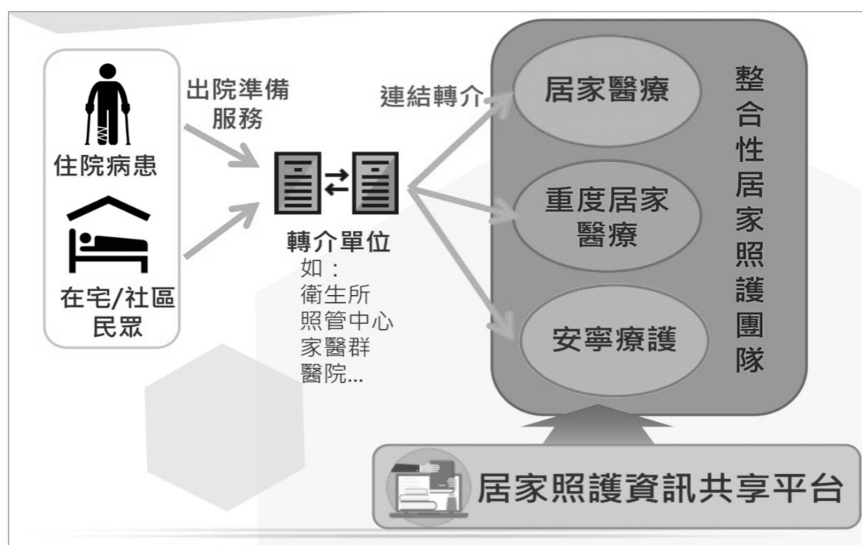


圖 2 居家整合照護計畫流程

資料來源：游慧真（2022）。

家庭缺乏照顧者，相關患部照護可能需要他人協助換藥，目前居家護理給付主要分為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」與「長期照顧給付及支付基準-CD02 居家護理指導與諮詢」兩項目，前者每位護理人員每月訪視人次以100人次為上限，因此有些單位會限定每人之居家護理訪視次數，無法提供高頻率服務；而在後者部份，其部份負擔較高且規定每一周最多一次為原則，同一項目不超過12次。加上2020年5月19日衛生福利部公告修訂之《長期照顧給付及支付基準》中，將原本居家照顧服務員（以下簡稱居服員）「BA17協助執行輔助性醫療」項下之「傷口分泌物簡易照顧處理」刪除，希望侵入性治療與傷口照護回歸醫護專業人員執行，且剛出院個案可以由家屬自行處理與照護，並透過出院準備的衛教、換藥指導學習相關知識（陳清芳，2020；邱彥瑜、簡鈺璇，2020）。因此對家屬支持較為薄弱之家庭來說，服務頻率限制與居服員無法協助情形下，案家難以依照出院醫囑照顧，容易落入再入院的循環。

## 二、居家失能個案家庭醫師照護方案

除了由全民健保支應之居整計畫外，依長服法第八條第三項「接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書」，因應法規要求，衛生福利部於2019年公告實施《居家失能個案家庭醫師照護方案》，

由基層醫療院所的醫師及護理人員就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並且由熟悉個案之家庭醫師開立長期照護醫師意見書，提供長照醫事服務建議，協助長照服務人員更了解個案的狀況及照顧時之注意事項，以建立醫療與長照結合之服務模式（參見圖3）。根據衛生福利部統計處（2022）資料，迄2022年本方案約871家醫療院所加入特約，1,341名醫師參與，派案人數約18.7萬人。

本方案與居整計畫不同之處在於其目標以復能（reablement）為核心，指導個案及照顧者學習自主獨立或照顧技巧，達成訓練目標即予結案。若個案經照專評估長照需要等級為第二級至第八級，屬使用或預期使用長期照顧服務申請及給付辦法照顧組合之居家失能者，且願意接受本項服務，照專將派案給特約單位，醫師於照顧管理資訊平臺開立醫師意見書，提供照專或A單位個管師作為後續擬定、調整或核定照顧計畫參考，以銜接長照2.0中專業服務照顧組合之評估。雖此方案欲以意見書進行整合，立意良善，然而立法院於2019年預算案之評估時亦提出，長照2.0已有A單位個管師定期家訪，此方案規劃另由護理師擔任個案管理追蹤，提供失能者慢性病照護、衛教指導、資源連結等服務，其角色是否有所重疊？且若個案原先即有居家醫療醫師定期家訪，而經照專評估又轉介居家失能家庭醫師前往開立長照

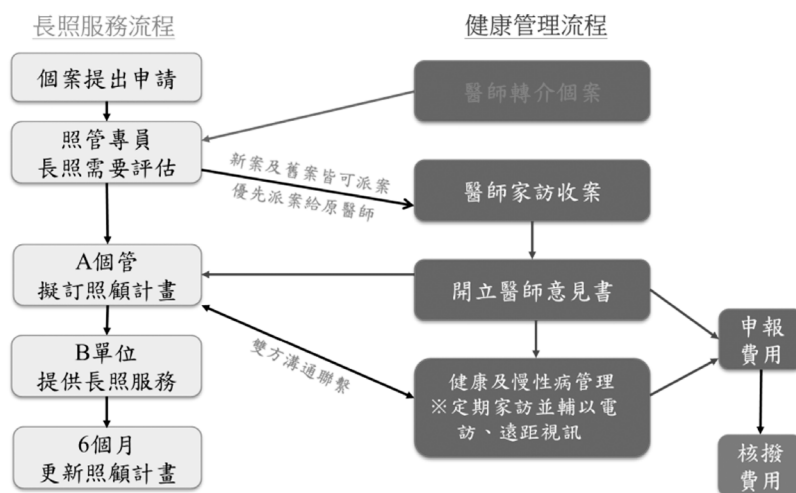


圖 3 居家失能個案家庭醫師照護流程圖

資料來源：游慧真（2022）。

意見書，與現有居整計畫實施對象與內容若未能整合，亦會有資源配置重疊情況，影響長期照護與醫療資源之有效運用（芮家楨，2019）。

### （三）在宅善終——居家安寧

研究顯示老人對臨終場域的偏好，通常是在自家熟悉環境而非醫院（Chen et al., 2018），然而根據江瑞坤與高以信（2021）依臺灣地區死亡人數與臨終場所之統計發現，臺灣自然死亡場所為醫療機構有逐年上升的趨勢，自2007年的40.2%上升至2018年的53.9%，在住居所死亡則有逐年下降之趨勢，自2007年的55.7%下降至2018年的35.1%。可見隨著近年高端醫療日趨進步，多數死亡都發

生在醫院內，然而基層醫療與民眾對於死亡陪伴之經驗逐漸陌生，不僅家屬，居家醫療團隊、居服督導或居服員對於瀕死陪伴，若能力經驗不足，也容易產生抗拒；尤其在長期照顧體系，末期階段若沒有充足照顧服務支援，家屬的照顧負擔也將影響其尊重病人在家接受治療之意願與實際照顧能力，當照顧負荷過重，將間接導致後續病人有較高的風險被轉至機構安置或送入醫院進行處置（Hoare et al, 2019）。

針對推動社區內在宅善終的準備，澳洲學者Leonard等人（2020）提出「死亡識能」的概念，包含：（一）個人應該擁有跟朋友或家人談論死亡、瀕死過程、失落與生理照顧，如洗澡、餵

食與處理注射的實務性知識（*practical knowledge*）；（二）個人應具備能累積過去失落、悲傷和死亡方面的經歷，並從直接生命末期經歷學習智慧與技能之經驗性知識（*experiential knowledge*）；（三）病人及家屬擁有獲得緩和治療的途徑、填寫預立醫療決定、喪葬計畫以及遺體處置有關決策的事實性知識（*factual knowledge*）；（四）個人需了解在哪裡可以獲得設備、生理和情感支持，以及可參與哪些團體的社區性知識（*community knowledge*）。藉由各面向之提升，讓死亡回歸日常，才能讓社區共同支持並落實在宅善終之各項服務。

在醫療服務端，即便逐步推動居整計畫，但願意提供居家安寧的醫療團隊仍然有限，吳孟嬪等人（2018）整理幾項限制包括：醫院內部人員反彈、家訪交通費用、資訊設備及連線作業、管制藥品及藥品整合、多科無法同日訪視、24小時詢專線、人身安全、報備支援、各職類給付、安寧居家限制等，其中居家安寧支付制度存在給付不足、誘因不足問題、醫師如何參與、健保在居家醫療有較多的干預，如給藥次數、項目增加給付嚴苛等，均為服務提供層面之阻礙。

而在長照端，對於居家醫療及安寧緩和療護的協作，亦受到長照服務經營模式與派案偏好影響甚大，根據2022年公告《長期照顧服務申請及給付辦法中》，目

前照顧組合共分六類：（一）A碼為照顧管理服務及政策鼓勵；（二）B碼為日常生活的照護；（三）C碼為醫療專業人員提供相關服務；（四）D碼為交通服務；（五）EF碼為輔具及居家無障礙環境改善服務；（六）G碼為喘息服務。然而對於居服員能力與資格目前並未進行分級，居服員由各居家式服務類長期照顧服務機構進行派案，因此在自由市場競爭機制中，較為困難且需付出較多成本的服務較易被忽略與排除，例如當被照顧者於社區中進入重症或末期階段，在重度居家照護（S2）轉入居家安寧（S3）階段，若居服員對於陪伴死亡能力不足，亦沒有提供相對應的給付誘因時，個案就不易媒合到適合的居服員。

實務觀察多數居家安寧個案之照顧人力多為外籍看護而非本國籍照服員，主因為外籍看護能支持家屬，提供24小時照顧陪伴有密切關連，然而由於語言文化隔閡，在照顧品質上亦仍有許多須關注的議題。目前國內部分居家護理所或在宅醫療診所開始投入居家式長照服務，配置專業護理師提供督導，指導單位內照服員執行照顧計畫，此種由醫療端經營之長照服務可形成「醫療長照複合聯盟」（*medical-long term care alliance*），除了可提升形象，也會讓醫療端在急性醫療與長照體系間開拓新市場（余尚儒，2014），因此應鼓勵更多基層診所對於居家醫療、安寧緩



和照護、長照2.0之認識，創造在地多元服務體系間之跨單位連結與合作。

## 伍、討論與建議

當醫療走出白色巨塔後，醫療與長照服務整合了嗎？事實上，推動整合式照顧不必然會帶來成功的照顧結果，Rocks等人（2020）就經濟面指標進行評估指出，相較於一般照顧形式，整合式照顧可降低成本，提升照顧品質；但Looman等人（2019）比較實務方案卻發現，許多實務介入措施在維持個案之日常生活能力（ADLs）、工具性日常生活能力（IADLs）及生理功能成果相當有限，且在降低健康體系成本亦不明顯。而造成成效不佳之原因來自諸多複雜因素，Kumpunen等人（2020）指出有以下執行面阻礙：（一）在執行介入面部份，包括執行不完善、對象錯置或發生未預期效果；（二）在多專業團隊工作部份，則來自團隊目標不明確、角色配置不清晰、運作與溝通不佳；（三）在實務現場部份，則包括時間壓力及工作負荷過高，照顧及系統缺乏標準化。而從臺灣出備計畫、居整計畫、居家失能個案家庭醫師照護方案與長照2.0相關措施可發現，各個計畫隸屬主管機關、財源給付、品質評鑑獎勵方式也各不相同，已形成部份整合面向之困境。

再者，在各種專業間之照顧整合中，健康與社會照顧體系之整合尤其困難，由於不同專業存在本質差異，實質整合過程難免需面對許多挑戰；相較於醫療健康體系，社會照顧或是長期照顧領域常是相對弱勢者，Eastwood與Miller（2021）整理出以下幾個特性：

一、由於秉持照顧哲學差異，不熟悉各自專業判斷，導致社會工作者與醫師產生專業對立。

二、許多社會照顧人員未獲得正式專業認證，即使其更了解民眾日常生活與狀況，地位仍較健康專業同僚低，且被排除在決策圈外。

三、健康照顧獲得之財源高於社會照顧，致使兩者之技術能力、設施設備標準、整體勞動能力出現差異；由於基礎面較佳，健康照顧之觀點常主導整合式照顧計畫。

四、因接觸程度不同，民眾通常更熟悉且關注健康照顧，相關人員具備較高專業自尊，政治人物亦優先看待健康照顧甚於社會照顧。

五、社會照顧服務由諸多私人與非營利組織提供，供給單位分散使其難以具備大型健康照顧組織之影響力。

六、健康與社會照顧服務之管轄單位不同，前者多屬中央單位，後者多由地方政府主責，彼此績效目標與規範體系不相同，難以形成在地整合。



七、由於財源差異，社會照顧之研究較健康照顧少，使得健康照顧之介入常被認為較具證據支持，更值得投資。

從以上七個面向檢視，國內醫療與長照整合同樣存在類似問題，包含給付制度設計指標之設置形成服務提供斷裂、居服員專業分級尚未建置、社區長照居服機構若缺少醫護專業支援訓練，則服務趨於提供生活照顧。以長期照顧與出院準備之給付為例，雖然衛生福利部補助醫院建置出院準備整合創新模式，授權由醫院人員使用照顧管理評估量表完成評估，開放權限將結果登錄於照顧管理服務資訊系統，由照管中心於個案出院後完成複評提供服務，並辦理各區域出院準備友善醫院認證等鼓勵作為，然而在醫院經營考量下，其補助金額不足，致使醫院仍以現有人力執行業務（曾文玲等人，2018），此將影響服務無法細緻地銜接與輸送。

Wodchis等人（2015）曾經針對七個國家之個案進行比較分析發現，實質誘導及鼓勵地方，比採取由上而下的組織規範或臨床規則更為重要；且應該從臨床與服務面向開始推動整合，而非組織結構設計，並促進服務供給者與接受者間之良好溝通與關係，建立供給者間之社會資本與信任，進以確認個案與服務之成效改變。就國內長期照顧體系之服務與內容，參考WHO（2016）提出之整合式照顧策略原則，我國尚有下列面向值得努力。

## 一、對民衆與社區之培力與投入

對社區與民眾之培力須持續投入，增加參與，包括在政策上協助民眾能對其健康進行有效決定，促成社區積極投入共生（co-production）健康環境，並提供非正式照顧者所需教育。以出院準備計畫為例，臺灣自1984年起宣導該項服務至今已近40年，然而根據中華民國家庭照顧者關懷總會（2017）調查，僅38%的民眾聽過出院準備服務，顯見相關知能宣傳仍有加強空間。現今民眾對在宅醫療、居家安寧以及長照服務仍極為陌生，面對即將來臨之超高齡社會，各單位應藉由各種樂齡教育場合、社區照顧關懷據點等，提供民眾了解社區內各項整合式照顧項目及內涵，提升死亡識能，以即早因應在地老化所需之技巧與資源，進而對服務使用者達到充權，強化其參與意願，並共同倡導服務體系之改革。

## 二、強化政府之治理與責信

社區整體照顧服務模式為長照2.0之重要根基，面對來自不同單位之計畫方案，從決策到臨床介入階段，應鼓勵要求各層級服務體系參與政策形成、決策與績效評估，在以人為本的前提下，讓決策者、管理者、供給者與使用間存在相互責信，形成善治（good governance）。目前各地方政府之長照業務權責劃分不一，照管中心隸屬公部門，照專之角色在於失能

評估與補助費用之核定，服務連結則多由民間A單位個管師負責，由於單位屬性或專業背景差異，在照顧計畫之擬訂過程，部份個案及家屬仍會產生模糊不一致之感受，其服務流程及作業程序之連貫性有待強化；若再加上出院準備服務之醫院個管師，以及全民健保所提供之各項居家照護給付制度，如何確保照顧資源與訊息之有效整合運用，以達最佳照顧結果與服務責信，仍考驗著政府之治理機制規劃與協調能力。

### 三、創新照顧模式

為確保照顧服務之效率與效能，照顧體系除了優先投入初級與社區照顧服務外，從健康促進與疾病預防之健康識能提升，到疾病或衰弱無法回復的安寧緩和臨終照護，如何打造全人與全面性之創新照顧模式，許多單位之嘗試值得加以關注並分享。例如，已有基層診所投入居家醫療-長照整合之各項創新模式，如臺東都蘭診所以「支援在家生活到最後一刻的醫療」理念，為推動居家醫療與社區安寧療護，提供區域內長者各生命歷程之連續性服務，除了醫療服務外，診所也提供長照交通車、居家復能、家庭醫師等長照服務，並於2021年成為長照A單位；而苗栗天恩診所由神經內科醫師主持，結合長照2.0所發掘之個案，在診所內配置專責社會工作人員提供長照申請、居家醫療、臨

時托顧、家庭照顧者支持等長照相關服務及協助，進行區域內小規模之整合。

此外，在落實在地老化過程中，仍有許多急性需求個案無法由居家醫療得到滿足，導致長者頻繁出入急診，因此衛生福利部中央健康保險署在2024年也將試辦在宅住院（Hospital at home, HaH）計畫，納入急性醫療照護和緊急醫療，此創新照顧模式未來將需要與居整計畫、居家失能個案家庭醫師照護方案以及長照2.0之營養餐飲、輔具服務、復健服務與喘息服務等資源進行整合。

### 四、跨部門服務協調

如前所述，照顧服務計畫之形成過程中，各單位之協調存在不少歧異，以照專與A單位個管師之整合為例，黃玲瑤（2022）之質性研究發現，由於政策經常滾動式修正且考量因地制宜，包括角色立場、觀念差異、分工不明確以及缺乏溝通管道等因素，以致於專業間之合作受到限制。目前，照專之專業背景較為多元，其中以護理師為多，社工居次，體系內對照專的期待包含直接助人技巧、照護知能、溝通協調及管理技術，此需要綜融性的知識與態度；因需協調單位眾多，在各界期待照專能發揮溝通協調能力，且在行政負荷下，亦能配合個案在急性入院時，參與出院銜接會議進行評估，或配合居家失能整合計畫進行社區失能個案研討會，種

種專業要求與行政繁瑣事務，對照專造成相當大之負荷，影響服務協調工作之立即性與可及性。隨著各種創新整合照顧模式或計畫方案之提出，政府也應同步改善相關專業人才之培訓計畫與留任機制，以增進跨部門服務協調之成效。

## 五、以願景領導實現價值醫療

為促成前述四項策略之實現，需創造能連結各利害關係人之環境，為此，其需在領導與管理、資訊系統、品質改善、人力再定位、法令架構、財務管理、誘因等進行改變，而最重要的關鍵在於價值體系之形成。目前在不同給付制度下，如何凝聚醫院內出院準備團隊、居家銜接團隊與社區居家照顧團隊，須回歸以願景領導為核心，例如在病人自主權利法中，透過預立醫療照護諮商的完整知情，討論預立

醫療決定跟終末期階段是否使用維持生命治療與人工營養流體餵養的偏好，已成為探詢長者本人想法之重要機制與起點，因此，無論醫療與長照提供者，應聚焦病人自主與善終價值層面的整合，避免後續於居家醫療服務時，發生緊急狀況與家屬共識不一之爭議，進以促成長者在照顧計畫中的選擇權與自主性，回歸以人為中心之整合價值。

（本文作者：葉依琳為東海大學社會工作學系助理教授；詹佑平為彰基漢銘基督教醫院社區發展中心小組長；蕭文高為東海大學社會工作學系教授）

**關鍵詞：**整合式照顧、長期照顧、醫療體系

## 參考文獻

- 中央健康保險署（2009年12月8日）。〈為提升醫療效率，健保局推出台灣版DRGs支付制度〉。<https://www.mohw.gov.tw/cp-3162-27036-1.html>
- 中華民國家庭照顧者關懷總會（2017年3月10日）。〈長照2.0不斷鏈，「出院準備服務」準備好了嗎？〉。<https://www.familycare.org.tw/news/10773>
- 內政部戶政司（2023年11月24日）。〈戶籍人口統計速報（112年9月）〉。<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>
- 內政部統計處（2022）。〈中華民國110年簡易生命表〉。<https://ws.moi.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvNDAwL3JlbGZpbGUvMC8xNjcwMy9hNTUzNjY0MC05MzNjLTQzZ>

TUOtGzMC1jMmNlOWUxMTYwZTkucGRm&n=MTEw5bm057Ch5piT55Sf5ZG96KGo6Zu75a2Q5pu4LnBkZg%3D%3D&icon=.pdf

石崇良（2023年9月16日）。〈衛生福利部中央保險署在宅急症照護之規劃〉（會議論文）。財團法人台灣在宅醫療學會研討會，臺中市，中華民國（臺灣）。

江瑞坤、高以信（2021）。〈台灣自然死者之死亡場所的變化〉。《台灣家庭醫學雜誌》，31（1），13-25。https://doi.org/10.3966/168232812021033101003

行政院主計總處（2021年12月6日）。〈109年65歲以上高齡者健保醫療費用占39.8%〉。中華民國統計資料網。https://www.stat.gov.tw/public/Data/112616244W75YTOW0.pdf

余尚儒（2022）。《在宅居家醫療實務——跨專業守護在宅新生活》。合記。

吳亞鴛、張瑛、楊麗花、詹惠雅（2005）。〈協助一位失能老人病患出院準備服務的護理經驗〉。《護理雜誌》，52（2），87-94。https://doi.org/10.6224/JN.52.2.87

吳孟嬪、黃肇明、孫文榮、施至遠、徐愷萱、黃勝堅（2018）。〈長期照護資源整合服務之推廣經驗——以臺北市立聯合醫院為例〉。《護理雜誌》，65（1），24-32。https://doi.org/10.6224/JN.201802\_65(1).05

芮家楨（2019年9月1日）。〈衛生福利特別收入基金不含社會福利基金、家庭暴力及性侵害防治基金及長照服務發展基金109年度預算評估報告〉。立法院。https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=33469&pid=187101

邱彥瑜、簡鈺璇（2020年6月1日）。〈傷口簡易照顧不再給付 長照給支付修訂惹議〉。Ankecare 創新照顧。https://www.ankecare.com/article/787-20139

張淑卿（2018年1月11日）。〈長服法中出院準備服務銜接長照體系機制之探討〉。立法院。https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=165709。

莊舒涵（2021）。《當被罵成為日常——A級社區整合型服務中心個案管理員之建制民族誌分析》（碩士論文，國立政治大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/t4vfbx

陳清芳（2020年5月28日）。〈長照給付支付惹議 造口照護納給付待凝共識〉。中央通訊社。https://www.cna.com.tw/news/ahel/202005280363.aspx

陳惠姿、林昱宏、歐美、周佳怡、陳淑月（2019）。〈美國史丹福大學照顧者自我管理方案在臺灣推動經驗分享〉。《長期照護雜誌》，23（1），23-28。https://doi.org/10.6317/LTC.201907\_23(1).0003

曾心柔（2021）。《醫院出院準備表現與其影響因素：病人觀點的分析》（碩士論文，國立臺灣大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/4x835s

曾文玲、王思雅、蘇雅梅（2018）。〈出院準備服務接軌長期照顧服務問題之探討〉。《社區發展季刊》，164，275-285。

- 游慧真（2022年9月3日）。〈全民健保居家醫療照護服務跨單位合作及未來規劃〉（報告）。台灣社區整合照顧研討會，臺北市，中華民國（臺灣）
- 黃玲瑤（2022）。《不情願的夥伴關係？照管專員與A個管員在長照2.0照顧管理的合作經驗》（碩士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/53uu8z>
- 黃郁珊、吳秀玲（2021）。〈醫學中心於出院準備轉銜長照服務之現況與挑戰〉。《榮總護理》，38（2），158-164。[https://doi.org/10.6142/VGHN.202106\\_38\(2\).0006](https://doi.org/10.6142/VGHN.202106_38(2).0006)
- 潘依琳（2000）。〈出院準備服務的建構與發展——以馬偕醫院為例〉。《護理雜誌》，47（4），76-86。<https://doi.org/10.6224/JN.47.4.76>
- 衛生福利部（2016）。《長期照顧十年計畫2.0（106~115年）核定本》。<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69919-207.html>
- 衛生福利部（2022）。《因應超高齡社會對策方案（112-115年）》。[https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/11909/File\\_183544.pdf](https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/11909/File_183544.pdf)
- 衛生福利部（2023）。《衛生福利部112-114 年度「出院準備銜接長照服務計畫」申請作業須知》。<https://www.mohw.gov.tw/dl-77961-251f5440-eeda-4803-943c-6f895e2197c7.html>
- 衛生福利部統計處（2023年5月8日）。〈健康平均餘命〉。衛生福利部。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5082-113.html>
- 衛生福利部統計處（2022年10月15日）。〈衛生福利統計指標〉。衛生福利部。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/np-5072-113.html>
- 鄭鈺鄢、劉雪玲、劉翠瑤、陳美如、朱怡蓁（2020）。〈出院準備轉銜長期照護服務之成效〉。《北市醫學雜誌》，17（1），11-19。[https://doi.org/10.6200/TCMJ.202003\\_17\(1\).0002](https://doi.org/10.6200/TCMJ.202003_17(1).0002)
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: A model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5, e01- e09. <https://doi.org/10.5334/ijic.134>
- Chen, Y. C., Hu, H. Y., Fan, H. Y., Kao, W. S., & Huang, S. J. (2018). Place of death in centenarians in Taiwan and the need for home hospice care. *Taipei City Medical Journal: An Excelling*, 15, 1-9. [https://doi.org/10.6200/TCMJ.201806\\_15\(SP\).0001](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201806_15(SP).0001)
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J.-L., Touati, M., & Rodríguez, C. (2004). *The integration of health care: Dimensions and implementation*. Université de Montréal.
- Eastwood, J., & Miller, R. (2021). Integrating health and social care systems. In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, & E. Suter (Eds.), *Handbook integrated care* (pp. 81-103). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_6)
- Evashwick, C. (2005). *The continuum of long-term care*. Cengage Learning.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease: Part I:



- Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>
- Goodwin, N., Stein, V., & Amelung, V. (2021). What is integrated care? In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, & E. Suter (Eds.), *Handbook integrated care* (pp. 3-25). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_1)
- Gordon, D., McKay, S., Marchildon, G., Bhatia, R. S., & Shaw, J. (2020). Collaborative governance for integrated care: Insights from a policy stakeholder dialogue. *International Journal of Integrated Care*, 20(1), 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.4684>
- Hoare, S., Kelly, M. P., & Barclay, S. (2019). Home care and end-of-life hospital admissions: A retrospective interview study in English primary and secondary care. *British Journal of General Practice*, 69(685), e561-e569. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704561>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). *Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A discussion paper*. *International Journal of Integrated Care*, 2(4), e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kumpunen, S., Edwards, N., Georghiou, T., & Hughes, G. (2020). Why do evaluations of integrated care not produce the results we expect? *International Journal of Care Coordination*, 23(1), 9-13. <https://doi.org/10.1177/2053434520909089>
- Lawless, M. T., Marshall, A., Mittinty, M. M., & Harvey, G. (2020). What does integrated care mean from an older person's perspective? A scoping review. *BMJ Open*, 10, e035157. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035157>
- Leonard, R., Noonan, K., Horsfall, D., Psychogios, H., Kelly, M., Rosenberg, J., Rumbold, B., Grindrod, A., Read, N., & Rahn, A. (2020). *Death literacy index: A report on its development and implementation*. Western Sydney University. <https://doi.org/10.26183/5eb8d3adb20b0>
- Lewis, R. Q., Rosen, R., Goodwin, N., & Dixon, J. (2010). *Where next for integrated care organisations in the English NHS*. The Nuffield Trust.
- Looman, W. M., Huijsman, R., & Fabbriotti, I. N. (2019). The (cost-) effectiveness of preventive, integrated care for community-dwelling frail older people: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/hsc.12571>
- Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A., Kadu, M., Ehrenberg, N., Stein, V., & Tsiachristas, A. (2020). Cost and effects of integrated care: A systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics*, 21(8), 1211-1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical*

- Association Journal*, 173(5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rossen, S. (1977). Adapting discharging planning to prospective pricing. *Hospitals*, 58(5), 71-79.
- Shaw, S, Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* The Nuffield Trust.
- Singer, S. J., Kerrissey, M., Friedberg, M., & Phillips, R. (2020). A comprehensive theory of integration. *Medical Care Research and Review*, 77(2), 196-207. <https://doi.org/10.1177/1077558718767000>
- Wodchis, W. P., Dixon, A., Anderson, G. M., & Goodwin, N. (2015). Integrating care for older people with complex needs: Key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International Journal of Integrated Care*, 15, e21. <https://doi.org/10.5334/ijic.2249>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf)