

現行精神護理之家與一般護理之家制度差異之探討

蔡旻家

壹、前言

一、研究背景

《護理人員法》自2003年修正後，《護理機構設置標準》隨之新增「精神護理之家」分類，正式與「一般護理之家」分家，我國在《長期照顧服務法》施行後，「精神護理之家」與「一般護理之家」仍依法存續並提供服務，並依原母法接受管理，兩類機構在定位與收治條件上持續存在差異。前者收治症狀穩定但需長期生活照顧之精神病患，後者主要服務慢性病或需長期護理之個案。

梁亞文等人（2020）的一份研究中，開宗明義便將一般護理之家進行定義：「其服務對象為罹患慢性病需長期護理之病人或自醫院出院後需繼續護理之病人；服務內容包含24小時之生活照顧、護理、醫師定期回診、營養、復健及其他醫療專業服務」（梁亞文等人，2020，頁

90）。另參酌王純娟、劉玉雲（2014，頁14）引用美國護理學會（American Nurses Association, ANA）對於精神護理的定義為：「診斷和治療人們對現存或潛在心理健康問題之反應」。上述定義可作為理解兩類機構制度想定差異的線索，亦說明其在服務目標與專業配置上存在不同取向。

隨著精神疾病患者年齡增加，其慢性病與失能照顧需求也愈來愈明顯，精神護理之家原有的照護配置已逐漸難以完全承接。目前仍可見部分護理之家於收治條件中明列不收精神疾病個案。這也反映出，一般護理之家在現行制度與功能定位下，對精神疾病個案的收住意願仍然偏低。而精神護理之家則依我國《精神病患照顧體系權責劃分表》，將「精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者」、「精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者」，透過長期安置或

居家服務的型態，提供安養、養護及護理照顧服務（金林，2002）。

二、研究問題與目的

本研究欲透過比較法，分析我國「一般護理之家」與「精神護理之家」在制度設計與政策運作上的差異，探討專業分工後的制度性不平等。研究將聚焦在法規架構與資源配置等面向，嘗試整理出精神疾病患者在長期照護體系中所面臨的制度性落差，進而提出具整合性之政策建議。具體研究目的如下：

（一）透過比較法，對「一般護理之家」與「精神護理之家」之政策內涵、服務功能、人力配置與收費標準進行橫向對照。

（二）依據比較結果，提出在長期照護體系中整合精神與一般護理資源的可行方向，以回應精神疾病患者老化與多重照護需求。

貳、文獻回顧

一、我國護理機構管理

我國護理機構之管理，主要係依據《護理人員法》及相關設置標準加以規範。隨著1990年代以來高齡人口增加，以及醫療照護體系分工日益細緻，護理機構的制度設計也逐漸朝向分類管理方向發展。2003年《護理人員法》修正後，原本

護理之家的類型，進一步新增精神護理之家的分類。從制度設計來看，此一分類原意在於依不同住民特性與照護需求，提供較具專業性的服務。這樣的分類不僅反映在機構類型上，也逐步延伸至法規適用、評鑑方式及人力配置等面向，使兩類機構在制度運作上呈現相對分立的發展趨勢（立法院，2021）。

二、護理機構二元體制下的照護困境

在護理之家實務運作層面，既有文獻已指出兩類護理機構在照顧模式上，已有明顯差異。一般護理之家的核心服務與「身體功能維護」、「高強度失能照護」有關，由24小時生活照顧、臨床護理、定期醫療回診，以及營養與復健等整合性介入所構成（梁亞文等人，2020）。一般護理之家的資源配置與服務設計，本質上呈現出一種以「生物醫學模型」為基礎的失能應對機制。

相對而言，精神護理之家的照護脈絡，展現了不同的取徑，其核心在於心理健康的建構與維護，涵蓋了情緒支持、治療性環境安排及精神病徵管理（王純娟、劉玉雲，2014）。據此，精神護理之家之收容對象具備高度的「選擇性」，主要鎖定病徵相對穩定之慢性精神障礙者；在服務內涵上，則從生理照護轉向為以「復健」為導向，強調生活照顧、情緒支持以及自我照顧效能之重建（蕭淑貞等人，

2006)。

自《長期照顧服務法》施行後，我國長照服務雖持續擴大，但住宿式照護的制度設計，仍多半依服務對象的疾病類型進行分流，這也使既有分類方式延續至今（蔡長穎，2017；Chen & Fu, 2020）。在此法制架構下，我國目前的長照體系對高齡身障者之政策規劃，呈現與「障礙差異化處理」有明顯的關聯，除了失智症被納入重點發展外，針對慢性精神疾病等相關障別，所提出的服務策略，發現是相對空缺的（劉雅文、何立博，2017）。在這樣的制度安排下，高齡精神障礙者一旦同時出現失能或慢性病照顧需求，往往會卡在一般長照與精神醫療體系之間，轉介不順、資源也難以銜接（鍾震遠，2022）。

住民伴隨身體功能退化、慢性病共病及失能程度提高時，精神護理之家所承擔的照顧工作已明顯超出原有服務設計範圍，並使第一線照護人員長期處於高負荷工作狀態。此種情形不僅可能影響照護品質，也可能增加工作耗竭與人力流動風險（蕭淑貞等人，2006）。此外，既有研究亦指出，護理之家工作具有高度壓力與情緒勞動特性，照護人員除須處理住民複雜的身體照顧需求外，亦需同時面對其心理、情緒及社會互動等層面的支持工作（鄭惠心等人，2019）。

三、從國際制度與多重共病研究回看臺灣分類管理的侷限

綜合國際長期照護制度的發展趨勢可見，近年相關政策已逐步由疾病導向的管理模式，轉向以個案功能狀態與照顧需求為基礎的服務配置邏輯。資源分配不再僅以疾病診斷為主要依據，而是更重視個案在日常生活、健康維持及社會心理支持等面向的整體需求。以美國為例，聯邦層級針對護理機構的規範，已明確將住民權利與以住民為中心照護納入制度設計之中。根據美國聯邦法典42 C.F.R. § 483.10（2025），機構應保障住民在機構生活中的基本權利，並禁止差別待遇；此外，依42 C.F.R. § 483.21（2025），機構亦須依據全面性評估結果，發展以住民為中心的整合照護計畫，其內容應涵蓋醫療、護理、心理健康及社會心理需求。加拿大安大略省於2021年通過之《Fixing Long-Term Care Act, 2021》亦呈現相似方向，將住民權利納入法律規範，作為機構管理與監督的重要依據。據前述，國際長期照護制度已逐步由傳統醫療管理模式，轉向更重視住民權利、個別需求與整合照護的制度取向。

整理國外文獻發現，住宿式照護場域中的住民常同時存在身體疾病與精神健康問題，呈現多重共病的情形，而此類個案的照護需求通常也較為複雜，且常存在需求未被充分滿足的情形（van den

Brink et al., 2013, 2018)。這類研究結果顯示，若制度設計仍主要依循疾病診斷或特定對象分類作為服務分工基礎，往往難以回應住民在實際照護過程中的多重需求，也不利於以需求為導向的資源配置與照護安排。從服務提供端來看，機構在面對照護風險較高、需求較複雜的個案時，常會因資源有限、照護責任增加及風險承擔考量，而在收住嚴重精神疾病住民或規劃其出院轉銜時形成一定程度的限制與障礙（Hoffman et al., 2025）。此外，就第一線照護實務而言，護理人員也指出，對於同時合併精神疾患與慢性病的住民，若要提供適切的身體健康照護，往往有賴跨專業合作、專業支持及相關職能訓練的配合；若缺乏相應制度與資源支持，實務現場的照護落差可能因此擴大，並影響住民獲得適當照顧的機會與品質（Tzeng et al., 2023）。

從國際經驗來看，問題不在於有沒有分工，而在於不同體系之間能不能真的接得起來，回應住民日益複雜的照顧需求。實務上較常見的方向，是先統一需求評估方式，再把後續追蹤、轉介與專業合作慢慢接起來。我國的分類制度在面對同時具有精神症狀與生理照顧需求之個案時，容易使服務提供受限於制度劃分的限制，進而產生可近性不足、轉銜不易及照護延續性不足等問題。

參、研究方法

本研究以比較法為主要研究方法，比對不同制度設計之差異，並進一步分析其所反映之政策思維與資源分配問題。研究架構分為四個層次。

一、功能性比較法

採取顧以信（2025）之觀點，本研究以「功能性比較法」為依據，跳脫條文表象，聚焦制度所欲解決的社會問題。透過對「一般護理之家」與「精神護理之家」的橫向對照，揭示其管理目的與價值取向之差異。

本研究採比較法，主要不是為了逐條對照外國制度，而是希望透過比較視角，檢視我國一般護理之家與精神護理之家在制度設計與實際運作上的差異。故本研究以需求導向管理的國際制度為參照，對照我國「一般」、「精神」二元分類下之評鑑與資源配置，藉以釐清制度設計與實務效果之落差，並提出整合之制度調整方向（顧以信，2025）。本研究屬「以國際整合治理作為參照架構的國內制度比較」；跨國部分是用來提供分析基準與對照視角，不做逐條制度移植。

二、分析框架

本研究結合理論與脈絡分析，分析時，本研究先從制度目標與法源依據著

手，再往下看人力配置與服務結果之間，如何一步步累積出制度落差（陳冠廷、張永健，2024；梁治平，2019）。

三、比較對象與資料來源

本研究兼採陳惠馨（2019）所述之「廣義」與「狹義」比較法，針對以下對象進行文本與實務分析：

（一）比較對象：以《護理人員法》為基礎之「一般護理之家」（服務失能者）與「精神護理之家」（服務精神病患）。

（二）資料來源：涵蓋法律文本、行政命令、政策白皮書、修法理由書及官方統計資料。

四、分析步驟

本研究依序執行以下步驟，以確保論證之嚴謹性：

（一）文本編碼：系統化彙整法規與政策資料。

（二）功能對照：釐清制度功能單位的差異來源。

（三）脈絡解析：探究制度背後的治理理念與價值假設。

（四）結構歸納：總結資源配置差異所形成的結構性不平等。

肆、分析與討論

一、分工型態之制度差異

自2003年《護理人員法》修正，並配合《護理機構分類設置標準》施行後，我國護理機構的制度設計，逐漸以一般護理之家與精神護理之家作為區分基礎。此一分類架構不僅界定了機構類型，也實質影響中央主管機關之權責分工。在中央行政體系中，一般護理之家相關管理事項，主要由衛生福利部護理及健康照護司負責，並以長期照顧服務體系建置、機構管理及照護品質維持為主要業務方向；精神護理之家則主要納入精神醫療與心理健康政策範疇，其資源配置、營運監督及相關措施推動，則多由心理健康司統籌。換言之，現行制度已依機構屬性形成分別管理的行政架構。這樣的分工雖然方便各自管理，但兩類機構分屬不同司處後，後續要協調政策、串接資源或安排轉介，實際上就更不容易。

上述分類管理模式，原意在於依不同服務屬性進行專業分工，以提升照護品質與管理效率。然而，從實務運作結果來看，一般護理之家與精神護理之家雖同屬護理機構，但長期以來各自依循不同制度邏輯運作，跨體系合作並未形成穩定機制。這樣的制度現象，主要表現在三個方面：（1）兩類機構分屬不同主管機關與體系，使其在管理、考核與服務推動上

各有不同依據，增加了跨體系協調與個案銜接的困難、（2）兩類機構在設置標準與人力配置上的差異，也使其在收住條件、風險判斷與照護責任認定上產生不同考量，進而影響複雜個案的服務可近性、（3）兩類機構在長期發展過程中，已逐漸形成不同的服務取向與專業角色，使其在面對兼具精神與生理照顧需求之住民

時，較難提供整合性的照護安排。

此種行政分工雖有助於各專業領域依其業務屬性進行分別管理，但也在一定程度上限制了不同照護體系之間的協調與合作。為進一步釐清現行制度下，一般護理之家與精神護理之家之間的差異，本研究採比較分析的方式，從法源依據、人力配置及服務內容等面向進行對照，藉以呈

表 1 一般護理之家與精神護理之家之制度比較表

比較項目	一般護理之家	精神護理之家
定位	生理照護（Somatic Care）。	精神照護（Psychiatric Care）。
法源依據	《護理人員法》及其《護理機構分類設置標準》。	《護理人員法》及其《護理機構分類設置標準》。
護理人員最低配置標準	1：15 (每15床應有1人)	1：20 (每20床應有1人)
照顧服務員最低配置標準	1：5 (每5床應有1人)	1：10 (每10床應有1人)
收治限制與排除機制	對精神疾病、行為問題、失智症等，部分機構採取排除情形，主要收治慢性病、長期臥床、或高齡失能者。	主要收治慢性精神疾病且病情穩定者。對於合併的生理疾病或高齡照護，其專業人力可提供部分服務，但在複合共病情境下易受人力與設置標準限制。
專業人員比例趨勢	專業人員比例相對高，但對於精神復健專業人員非強制配置。	專業人員比例相對低，但通常強制配置或有最低時數要求的職能治療師、臨床心理師等。
差異	獲得較好的法定人力比。	人力配置標準較低，資源配置不平等。

資料來源：由研究者自行彙編。

現兩類機構在制度設計與實務運作上的不同，主要差異彙整如表1。

二、制度差異產生之照護可近性與公平性

從法制面向來看，現行規範對於一般護理之家與精神護理之家之間的轉介、銜接及共同照護安排，仍缺乏明確制度設計。我國現行護理之家制度雖已依服務屬性形成分工，但在規範整合與跨體系協作方面仍有明顯不足，由於一般與精神護理之家分屬不同主管司處，其管理方式、評鑑重點及政策推動邏輯亦有所差異，導致跨體系合作長期缺乏一致的制度基礎與運作模式。若借用涂爾幹對社會分工的觀點來看，當制度分工持續細化，但部門之間未能建立足夠的共同規範與協調關係時，分工本身未必能提升整體制度效能，反而可能造成責任銜接不足與合作秩序不穩定的問題（渠東，2000）。

制度分工及規範差異的長期累積，實際上會表現在資源配置與人力密度的差別上，並進一步影響照護服務的提供條件。依據衛生福利部統計處《113年醫事機構服務量統計年報》，截至2024年底，一般護理之家總床數為44,534床，執業護理人力共4,615人；精神護理之家總床數則為4,917床，執業護理人力為410人（衛生福利部統計處，2025）。若進一步以入住人數估算平均每日實際佔床規模，可得

一般護理之家平均每日佔床數約為38,190床，精神護理之家約為4,386床。再以平均每日佔床數除以執業護理人力，一般護理之家平均每名護理人員約負擔8.3床，精神護理之家則約負擔10.7床（衛生福利部統計處，2025）。由此可見，精神護理之家之護理人力密度相對較低，顯示其在照護負荷上承受較大壓力。此一差異亦反映出，在現行制度架構下，兩類機構在資源配置上並不對等。

若將收費標準一併納入分析，可更進一步看出一般護理之家與精神護理之家之間在制度運作上的差異。儘管目前我國尚未建置全國統一之護理機構收費資料庫，且各地方政府所公告之收費標準，在項目分類、資料格式及更新時點上仍有差異，但依據臺北市、新北市與桃園市之公開資料整理（見表2），仍可大致掌握兩類機構之收費區間。資料顯示，一般護理之家之月費約介於新臺幣35,000元至60,000元之間；精神護理之家則約介於25,000元至54,000元之間。此一收費差異反映出，兩類機構雖同屬護理機構體系，但在財務條件、服務定位及市場區隔上已有相當程度之分化。從制度運作的角度來看，當兩類機構在收費標準與資源條件上存在差異時，將可能影響其服務承接能力與功能銜接，也使跨體系轉介及共同照護安排更難順利推動。

國家衛生研究院（2019）《全國住

表 2 收費標準比較表

	一般護理之家		精神護理之家	
臺北市	五床以上	≤42,000元 / 月	未公告	
	3~4床	≤45,000元 / 月		
	2床	≤49,000元 / 月		
	特殊照護床	≤60,000元 / 月		
新北市	一般房(5~8人)	42,000元 / 月	一般房(5-8人)	≤32,000元 / 月
	多人房(3~4人)	45,000元 / 月	多人房(3-4人)	≤36,000元 / 月
	雙人房	50,000元 / 月	雙人房	≤42,000元 / 月
	單人房	60,000元 / 月	單人房	≤54,000元 / 月
桃園市	7人以上房間	上限35,000元 / 月	輕度身心障礙者	上限25,000元 / 月
	5~6人房	上限37,000元 / 月	中度身心障礙者	上限27,000元 / 月
	3~4人房	上限41,000元 / 月	重度身心障礙者	上限30,000元 / 月
	雙人房	上限46,000元 / 月	極重度身心障礙者	上限32,000元 / 月
	單人房	上限60,000元 / 月		

資料來源：《臺北市一般護理之家收費基準》、《新北市一般護理之家暨機構住宿式服務類長期照顧服務機構收費基準》、《新北市精神護理之家收費基準》、《桃園市一般護理之家及住宿式服務類長期照顧服務機構收費標準》、《桃園市精神護理之家收費標準核定作業原則》。

宿式機構失智症與失能流行調查報告》顯示，一般護理之家住民除生理失能外，也有相當比例同時具有精神疾病、失智症或其他身心障礙狀況。其中，精神疾病盛行率為14.42%，失智症盛行率為15.98%；第一類身心障礙者中，亦包括自閉症（0.33%）與智能障礙（2.18%）個案。這說明一般護理之家住民的照護需求本身即具有多重性，並非單純依生理照顧需求即可充分理解。若制度上仍依機構類型或診斷分類進行分流，而未能以實際需求作為服務配置基礎，便可能出現服務提供與個案需求不相符合的情形。

此外，失智照護研究亦指出，一般性護理機構雖能處理基本照顧需求，但對於伴隨精神行為症狀且需高密度照護之中重度失智者，仍需更具針對性的照護設計，以確保服務品質（謝沛錡、林麗嬋，2014）。

依據衛生福利部《中華民國110年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》（2023），不同障礙類別於住宿式服務資源之使用情形，呈現一定差異。就失智症者而言，其主要住宿安排多集中於長期照顧機構，其中居住於長期照顧機構（含安養及養護機構）之比例為65.16%，居住於護理之家之比例為30.14%。相較之下，慢性精神病患者居住於長期照顧機構之比例僅為12.06%，而入住護理之家之比例為26.43%。至於自閉症者，居住於長

期照顧機構之比例為44.50%，居住於護理之家之比例則為21.56%。由此可見，不同障礙類別在住宿式照顧體系中的使用路徑並不相同。失智症者較能進入既有長期照顧資源體系，慢性精神病患者則較少使用長期照顧機構，顯示其在一般長照體系中的可近性可能相對有限。此一現象反映出現行住宿式資源配置仍存在障別差異，也說明精神疾病族群之住宿式照顧安排，仍有待透過跨體系整合加以改善。

從實務運作情形來看，精神護理之家住民之情緒狀態、行為反應及互動需求，通常較一般照護對象更為複雜。第一線照護人員除須負責基本生活照顧與生理照護外，亦需同時處理住民之情緒支持、行為應對及溝通協調等工作。此種工作特性，使精神護理之家照護工作具有較高之情緒勞動負荷，也較容易增加工作壓力。在此情況下，若機構在人力不足之外，又未能提供相對應的薪資待遇、專業訓練與督導支持，則人員留任自然更加困難，並容易出現工作疲乏與離職情形（黃春榕等人，2023；蔡淑鳳等人，2013）。當人員更替過於頻繁時，不僅影響住民照顧關係的穩定，也會使團隊合作與照護品質維持變得更加困難。長期下來，勞動條件不佳、人員流失與服務品質下降之間，便可能形成彼此相互影響的循環。

三、國內精神護理之家的整合照顧困境與國際整合照護

蕭淑貞等人（2006）指出，一般護理之家與精神護理之家之間的重要差異，主要反映在人力配置標準及護理服務設施規範上。其論述進一步認為，精神護理之家長期存在功能定位不明與收住標準不一致等問題，與當時精神病患照顧體系之權責劃分及相關設置規範有關。由於兩類機構在設置條件與管理規範上並不一致，實務上不僅影響個案收治與分流，也可能增加照護風險與工作負荷。此外，早期制度設計並未充分納入精神疾病者高齡化後所衍生之失能與慢性病照顧需求，致使個案於老化後，可能同時面臨一般機構難以承接、精神機構又難以完整回應其身體照顧需求之情形（蕭淑貞等人，2006）。

若進一步從國際整合照護發展方向來看，前述制度與需求之間的落差，亦反映出跨體系整合的重要性。近年長期照護制度已逐漸由疾病分類為主的管理模式，轉型以跨專業合作及整合服務作為主要方向，藉以改善不同體系之間服務劃分所造成的問題。

相關研究亦指出，護理人員與住民之間的互動品質，與住民之心理福祉、生活品質及其對生活一致性與可理解性的感受具有關聯（Lord et al., 2018；Drageset et al., 2021；Rinnan et al., 2022）。因此，若制度上能提供足夠的人力配置、穩定的專

業支持及可行的跨專業協作機制，將有助於提升住民照護品質與整體福祉。反之，精神衛生護理人力不足及流動率偏高，則可能成為影響照護品質與服務穩定性的重要因素（Phoenix, 2019）。

四、限制

本研究主要採比較分析與文件分析方式進行制度層面的探討，研究資料以現行法規命令、設置標準及官方統計資料為主。由於本研究未進一步納入田野調查、深度訪談或臨床個案研究，因此對於第一線實務經驗與具體照護情境之掌握，仍有一定限制。為使制度分析之討論更能連結實務現場，本研究另以非正式諮詢方式，邀請一位資深精神護理之家護理長提供實務經驗分享。其分享內容主要涉及高齡且合併多重共病住民於精神護理體系中的照護困境，作為本研究分析制度問題時之補充材料。以下就其觀察內容加以整理。

精神護理之家係以收治具精神科診斷之個案為主要服務對象，然隨住民年齡增加及疾病歷程延長，現況住民多合併高血壓、心臟病、慢性腎臟病、高血脂等多重慢性內科疾病，部分住民於疾病後期呈現長期臥床狀態，其主要照護需求已由精神症狀處置轉為內科疾病與失能相關照護。照護人員除須具備精神科專業能力外，亦需承擔內外科慢性病照護之專業責任；實務上，內科疾病相關照護常耗費較高之護

理人時，於現行精神護理之家設置標準與人力配置規範下，導致照護負荷與執行困難顯著增加。此外，兼具精神疾病與多重內外科問題之住民，常因其他醫療或長期照護機構收治意願不足，而面臨轉介困難之情形。

伍、結論與建議

一、結論

本研究以比較法檢視我國護理之家制度後發現，自2003年起形成的一般與精神二元分類架構，原係基於專業分工考量，期待提供相對應之照護服務。現行制度在服務可近性、轉介安置及資源配置等面向已出現差異，部分個案因此面臨跨體系移動困難與照護中斷風險。據此，未來制度設計有必要由分類管理，逐步轉向以需求評估與整合照護為核心的方向。

護理體系中的制度分流現象，並非僅由個別機構的收治判斷所造成，而是與法規設計、評鑑制度及主管權責劃分等因素密切相關。當一般護理之家依現行收案標準，將精神疾病個案排除於服務對象之外時，精神疾病診斷在實務上便可能轉化為進入主流長期照顧體系的限制條件。此一制度安排使個案在高齡後，如同時出現失能、慢性病或其他複合照顧需求時，影響其使用在地老化相關資源的機會。

此外，依據2024年統計資料進一步

分析可知，一般護理之家在照護人力配置上，整體仍優於精神護理之家。若再結合法定設置標準及各縣市收費基準加以比較，亦可發現兩類機構在服務供給條件與資源配置上存在明顯差異。相較之下，精神護理之家在現行政策架構下所獲得之資源支持相對有限。

整體來看，現行依疾病診斷區分的一般與精神護理之家，已難充分回應精神障礙者高齡後的實際照顧需求。後續若要縮小制度落差，重點不在再做更細的分類，而在於補上跨體系合作、轉介安排與資源配置的缺口。

二、建議

根據前述分析，本研究提出三點政策建議，供後續調整我國住宿式長照制度時參考。

（一）強化精神疾病分類與安置規範之一致性

現行精神疾病患者之安置與照護責任，雖以「收治精神病患照顧體系權責劃分表」作為參考依據，然相關研究與實務經驗均指出，該分類在實際操作上難以精確適用，導致安置不適當與責任歸屬模糊的情形。未來政策應檢討並更新精神疾病分類與安置指引，使其能回應不同年齡層與健康狀態下的實際照護需求，並避免因行政分類僵化而排除適切照護。

（二）檢討精神護理之家之設置與收費標準

研究結果顯示，一般護理之家與精神護理之家在人力配置與收費結構上存在顯著差距，而此差距已難以回應精神疾病患者高齡化與多重慢性病盛行的照護現實。未來政策應重新檢視《護理機構設置標準》，縮小兩類機構在人力配置上的制度落差，並調整精神護理之家之收費與財務支撐機制，以支持其發展具備生理與心理整合能力的照護模式。

（三）朝向整合式照護，重構精神護理之家之制度角色

國內外研究均指出，精神疾病患者老化後之照護需求，已難再以「精神」與

「一般」護理的二分方式回應。未來精神護理之家之發展，應不能再僅侷限於精神症狀穩定，而須朝向提供身心整合、跨專業合作之長期照護服務。透過強化精神科護理人員之生理照護能力，並建立跨體系共照與轉銜機制，方能使精神護理之家成為回應精神疾病患者全人需求的長期照護機構。

（本文作者為衛生福利部玉里醫院社會工作師、國立空中大學社會科學系兼任講師、國立政治大學社會工作研究所博士生）

關鍵詞：一般護理之家、精神護理之家、比較法、長期照護、制度不平等

參考文獻

- 王純娟、劉玉雲（2014）。〈緒論及發展史〉。載於蕭淑貞（總校閱），《精神科護理概論——基本概念及臨床運用》（頁1-18）。華杏。
- 立法院（2021）。〈護理機構設置標準〉。2021年3月14日檢索自立法院議事及發言系統，<https://lis.ly.gov.tw/lylgmeetc/lgmeetkm?@@870167346>
- 金林（2002年9月14日）。〈台灣精神障礙者照護之現況分析與未來展望——家屬及病友層面〉（會議論文）。台灣精神障礙者照護發展研討會，臺北市。
- 國家衛生研究院（2019）。《全國住宿式機構失智症與失能流行病調查報告》。衛生福利部。
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6443-80457-207.html>
- 梁亞文、林育秀、蘇侶寧（2020）。〈一般護理之家照護標準作業流程項目需求探討〉。《台灣公共衛生雜誌》，39（1），90-101。[https://doi.org/10.6288/TJPH.202002_39\(1\).108101](https://doi.org/10.6288/TJPH.202002_39(1).108101)
- 梁治平（2019）。〈「比較法」的三種形態〉。《法制史研究》，36，261-269。

- 陳冠廷、張永健（2024）。〈法律解釋中的比較法論證：方法論的反省與重構〉。《臺大法學論叢》，53（2），293-361。https://doi.org/10.6199/NTULJ.202406_53(2).0001
- 陳惠馨（2019）。〈作為法學方法論視野下的比較法〉。《法制史研究》，36，249-260。
- 黃春榕、張麗麗、林伯彥、羅素貞（2023）。〈精神護理之家人員之工作壓力與身心健康：以調節中介模型探討工作倦怠與復原力〉。《正向心理：諮商與教育》，2，35-62。https://doi.org/10.30099/PPCE.202306_(2).0003
- 劉雅文、何立博（2017）。〈《檢視長照2.0》對於高齡身心障礙者之規劃〉。《福祉科技與服務管理學刊》，5（4），373-388。https://doi.org/10.6283/JOCSSG.201712_5(4).373
- 蔡長穎（2017）。〈我國長期照顧服務法之政策評析〉。《社區發展季刊》，159，414-425。
- 蔡淑鳳、陳文意、林育秀、梁亞文（2013）。〈台灣地區長期照護機構女性照顧服務員工作壓力源與工作適應、離職意願之研究〉。《台灣公共衛生雜誌》，32（5），476-490。https://doi.org/10.6288/TJPH2013-32-05-07
- 衛生福利部（2023）。《中華民國110年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5096-113-xCat-y110.html
- 衛生福利部統計處（2025）。《113年醫事機構服務量統計年報》。衛生福利部。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5099-83224-113.html
- 鄭惠心、侯建州、林鴻玲（2019）。〈護理之家社會工作人員專業角色之初探〉。《社會發展研究學刊》，23，36-67。https://doi.org/10.6687/JSDDS.201903_(23).0002
- 蕭淑貞、謝佳容、張秀香、曾洙荔（2006）。〈精神護理之家護理功能與經營現象之探討〉。《精神衛生護理雜誌》，1（2），27-36。https://doi.org/10.6847/TJPMHN.200609_1(2).0003
- 謝沛錡、林麗嬋（2014）。〈失智症的機構照護：由日間照護到護理之家〉。《應用心理研究》，60，85-113。
- 鍾震遠（2022）。《精神個案長期照顧示範計畫之服務研究》（碩士論文，弘光科技大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/e58u5j
- 顧以信（2025）。〈論比較法之本質與方法——兼論功能性比較法在公法領域的應用〉。《教育暨資訊科技法學評論》，14，97-125。https://doi.org/10.6920/EITLR.202505_(14).0007
- 42 C.F.R. § 483.10. (n.d.). *Resident rights. Electronic Code of Federal Regulations*. Retrieved December 31, 2025, from https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-G/part-483/subpart-B/section-483.10
- 42 C.F.R. § 483.21. (n.d.). *Comprehensive person-centered care planning. Electronic Code of Federal Regulations*. Retrieved December 31, 2025, from https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-G/part-483/subpart-B/section-483.21
- Chen, C.-F., & Fu, T.-H. (2020). Policies and transformation of long-term care system in Taiwan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(3), 187-194. https://doi.org/10.4235/agmr.20.0038

- Drageset, J., Taasen, S. E., Espehaug, B., Kuven, B. M., Eide, W. M., André, B., Rinnan, E., & Haugan, G. (2021). Associations Between Nurse-Patient Interaction and Sense of Coherence Among Cognitively Intact Nursing Home Residents. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 39(1), 16-28.
- Emile Durkheim (2000)。《社會分工論》(渠東譯)。三聯。
- Fixing Long-Term Care Act, 2021, S.O. 2021, c. 39, Sched. 1 (Can.). (n.d.). Ontario e-Laws. Retrieved December 31, 2025, from <https://www.ontario.ca/laws/statute/21f39>
- Hoffman, C. M., Ratliff, H. C., Krein, S. L., Petzold, K., Unroe, K. T., Thomas, K. S., Turnwald, M., Ratliff, E., Gatton, T., & Maust, D. T. (2025). Barriers to Discharge for Nursing Home Residents With Serious Mental Illness. *JAMA Network Open*, 8(9), e2534685. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.34685>
- Lord, J., Davlyatov, G., Thomas, K. S., Hyer, K., & Weech-Maldonado, R. (2018). The Role of Assisted Living Capacity on Nursing Home Financial Performance. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 55.
- Phoenix, B. J. (2019). The current psychiatric mental health registered nurse workforce. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(1), 38-48.
- Rinnan, E., André, B., Espnes, G. A., Drageset, J., Garåsen, H., & Haugan, G. (2022). Despite symptom severity, do nursing home residents experience joy-of-life? The associations between joy-of-life and symptom severity in Norwegian nursing home residents. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 40(2), 84-96.
- Tzeng, W. C., Feng, H. P., Lin, C. H., Chang, Y. C., & Haddad, M. (2023). Physical health attitude scale among mental health nurses in Taiwan: Validation and a cross-sectional study. *Heliyon*, 9(6), e17446. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17446>
- Tzeng, W. C., Su, P. Y., Yeh, S. H., Chang, T. W., Lin, C. H., & Feng, H. P. (2023). Nurses' views on the provision of physical healthcare for individuals with comorbid mental illness and chronic disease. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 199-211. <https://doi.org/10.1111/inm.13076>
- van den Brink, A. M. A., Gerritsen, D. L., de Valk, M. M. H., Mulder, A. T., Oude Voshaar, R. C., & Koopmans, R. T. C. M. (2018). What do nursing home residents with mental-physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 81, 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.008>
- van den Brink, A. M. A., Gerritsen, D. L., Voshaar, R. C. O., & Koopmans, R. T. C. M. (2013). Residents with mental-physical multimorbidity living in long-term care facilities: Prevalence and characteristics. A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 531-548. <https://doi.org/10.1017/S1041610212002025>