

# 百年大計一

## 建構我國長期照護服務網

吳肖琪、林麗嬋、葉馨婷、蔡閻閻

### 摘要

現行長期照護服務之問題，包括部分區域缺乏資源、品質不齊、利用率低、城鄉資源分布不均、機構大型化、服務輸送時效不一等；為因應高齡化社會並配合長照保險規劃，有必要建置長期照護服務網，以均衡各地區長照資/源發展，全面提升照護品質。長期照護服務網之發展首應規劃各類服務資源之最適區域大小，以增加各類服務之可近性，建議將全國以縣市為一級長期照護區域，設置「長照管理中心」，配置各類型長照資源，針對不足或創新之服務項目予以獎勵，並發展偏遠地區或特殊障別所需之服務資源與模式；以醫療網之次區域為二級長期照護區域，區內應有機構式長照服務，必要時設置照管中心分站；以「鄉鎮」為單位，區內有社區及居家式長照服務，偏鄉則建議設置「整合式」服務單位；各類型長照服務，可以從是否存在「有、夠、好、用、均、大、快」著手，亦即探討資源有沒有、資源夠不夠、品質好不好、服務用不用、分布均不均、是否大型化、輸送流程快不快七大面向。未來衛生福利部的設立，將有助於地方衛政及社政資源更有效率的整合；建議未來應更細緻訂出各類服務設置標準，以達到區域內長照資源之整合與合理分布，且限制機構的過度大型化發展；長照人力之發展首重專業素質的提升，強化服務單位之輔導及管理，及地方政府長照人力與能力，並建置完整之長期照護資訊系統，以落實長期照護服務之提供。

**關鍵字：**長期照護、資源配置、人力、品質

### 壹、前言

民國初年由於傳染病與醫藥的缺乏，

少有人活到耄耋之年；過去百年由於急性傳染病被控制、醫療的進步、壽命的延長，取而代之的是慢性疾病的盛行；由於交通

運輸的進步、女性接受教育的普及與工作機會的增加，加速大家庭的瓦解，家庭照護能力的減弱，使正式長期照護服務(formal care)替代部分家庭照護(informal care)功能成為趨勢；隨著高齡少子女社會的來臨，長期照護服務變成重要議題。

照護的提供在民國初年大部分是家人的責任，若家人無法提供則是宗祠的責任，若宗祠也無法提供，則可能有賣身賣地流離失所的情形。隨著國家福利政策的發展，政府開始量能提供殘補式的福利服務，對於一般戶採取市場機制，由民眾去購買服務，對於市場不願協助的經濟弱勢或孤苦無依的族群，政府則委由非營利組織提供服務與協助、連結公益團體或志工提供服務或財力的協助、補助醫事機構或人員提供長期專業照護。我國長期照護體系的發展，乃以政府制訂的法令、規章、計畫與方案為施政基礎，如：「殘障福利法」、「老人福利法」及「護理人員法」，歷經二十多年的制度發展，行政部門陸續訂定或修正長期照護相關的健康照護及社會福利法案或機構設置規定，衛生署及內政部等主管單位亦提出多項行政方案計畫以為因應，包括：「加強老人安養服務方案（1998至2007）」、「老人長期照護三年計畫」（1998）暨「新世紀健康照護計畫」（2001至2005）、「建構長期照護體系先導計畫」（2000至2003）及「照顧服務福利及產業發展方案」（2002至2007），迄2007年十年長期照護計畫提供八項服務，長期照護的補助對象始擴及到中、高齡的一般戶（50歲身障者，55歲的原住民）。2012年衛生

福利部的成立，將有助於衛政與社政資源有效率的整合，而未來長期照護保險的開辦，將可減少長期照護需求者財務的負擔，促進長期照護產業與非營利組織的發展，讓需照顧者及其家人得到較好的照護與生活品質。

長期照護服務資源的發展雖比醫療資源的發展來得晚，但是發展的模式相近，也就是資源的發展會先從人口密集的都會區開始(Newhouse, 1990)，當資源過剩才會自然向周圍擴散，因此會產生城鄉資源差距的問題；若要加速資源之擴散並解決不均的問題，需要靠政策之介入，因此在醫療資源發展的部分，民國74年國內開始規劃醫療網計畫，並在民國75年納入醫療法中（行政院衛生署，1986），期望藉由醫療發展基金能夠獎勵資源不足區域發展或提供服務，在醫療資源過剩區域限制增擴病床，並能夠提升區域內醫療的品質，也因此過去二十餘年，政府規劃出每萬人口病床數、每萬人口醫師數的目標，全國分成17個醫療區、每兩百萬人要有醫學中心，每個次區域要有一家地區醫院（行政院衛生署，1993）；醫院要接受醫院評鑑，醫師要有繼續教育六年換照的機制，而醫療網區域輔導計畫創造出教育訓練的平臺，有鑒於921大地震與大園空難皆非單一縣市、單一醫療區可以達到自給自足，因此在第四期醫療網將全國分成六大醫療區，創造出跨縣市分工合作的機制（吳肖琪，2006）。長期照護服務資源，亦是先從都會區開始發展，不同的是長期照護服務區域的劃分應該較小型、較社區化，以確

保每個次區域都應該有各類型的長照服務。

臺灣由於急性傳染病控制與家庭計畫之成功，快速高齡化的問題會較歐美國家嚴重，因應的時間亦較歐美國家短，實有必要藉重歐美國家的經驗，發展更適合臺灣的制度。臺灣長期照護機構的發展遠較社區及居家式照護快速，1997 年行政院衛生署發表「衛生白皮書-跨世紀衛生建設」，提出長期照護發展重點應以居家及社區式照護服務為主(70%)、機構式照護服務為輔(30%)，隨後長期照護之發展開始重視社區式及居家式服務。

截至 2010 年 9 月，國內長期照護機構床數雖達 106,089 床（鄧素文，2010），但在品質與地理分布尚有改善的空間，而社區與居家式的服務則仍有待發展，面對戰後嬰兒潮即將邁入高齡，將有更多的長照需求，實有必要發展長期照護服務網，協助解決資源開發，資源品質提升與管理、

與資源不均的問題。

## 貳、發展長期照護服務之議題

檢視國內目前的長期照護服務提供的問題，要先確認資源的種類、目標值及區域的大小。

### 一、長照資源的種類

在長期照護之設施資源，依服務提供模式可概分為社區式、居家式、機構式、整合式及家庭照顧者支持式服護（表 1），依失能種類可區分為照護型及特殊服務（包含失智、精障、身心障礙等），隨著民眾長照需求的增加，不排除未來十年會有很多新興的服務；在人力資源的部分，則可依其專業程度區分為專業、半專業及非專業人員（表 2）。

表 1：長期照護之設施資源

服務類型	依失能種類區分各類長照相關服務	
	照護型服務	特殊服務 (含失智型、精障、身心障礙型)
社區式	日間照顧、喘息服務(居家式)、 老人營養餐飲服務(定點)、 社區復健、家庭托顧、交通接送	身障營養餐飲服務(定點)、交通接送、 身障日間服務機構、身障福利服務中心、 臨時及短期服務(居家式)、 精神日間型機構(即社區復健中心)、 日間留院
居家式	居家服務、居家復健、居家護理、 老人營養餐飲服務(送餐)、 居家無障礙改善、輔具購買租借、	居家服務、身障營養餐飲服務(送餐)、 居家無障礙改善、輔具購買租借

居家藥事、居家營養、居家醫師	
機構式	喘息服務(機構式)、護理之家、榮民之家、長期照顧機構(含長期照護型、養護型機構)
家庭照顧者支持式	身障住宿型機構(全日型、半日型)、臨時及短期服務(機構式)、失智照護型機構、精神護理之家、精神住宿型機構(即康復之家，分為全日型及夜間型)

註 1：粗體字為十年長照計畫未涵蓋項目

註 2：「整合式服務」為因應山地離島或偏遠地區，因服務提供單位較缺乏，因此亟需整合各類人力，提供跨專業整合性且多元化之長期照護服務，其可同時提供多專業、多層級之服務，但須符合在地化、社區化、適足規模等原則。

表 2：長期照護之人力資源

服務類型	專業程度		
	專業	半專業	非專業
社區式	護理人員、社工人員、物理治療人員、職能治療人員、照顧(個案)管理員	照顧服務員、外籍看護工	替代役、志工、其他人力
居家式	護理人員、社工人員、物理治療人員、照顧(個案)管理員	照顧服務員、外籍看護工	替代役、志工、其他人力
機構式	護理人員、社工人員、物理治療人員、職能治療人員、營養師、藥事人員、醫師	照顧服務員、外籍看護工、教保員及訓練員、生活服務員	替代役、志工、其他人力

資料來源：整理自葉莉莉：我國長期照護資源供給調查，2009

## 二、長照資源的目標數

探討長照服務資源是否足夠，需先確定其目標數該為多少。以臺北市 2010 年之現況推估照顧服務員之需求數，於居家服

務方面，建議照服員與個案之人力比可為 1：5；在日間照顧部分，則依個案之失智與失能情形而有不同的人力配置，若個案屬於純粹失智且有躁動行為或遊走行為者，人力比建議為 1：3，若為純粹失智但

情緒尚穩定者則建議為 1:6，若個案屬於失智及失能之混合型態則建議為 1:8 至 1:6，若為輕、中度之失能者，則建議人力比應為 1:8；在機構照顧方面，若將外籍看護工納入計算，則建議人力比可訂為 1:3.3。然而，臺北市相較於其他地區而言資源較為豐富，因此難以推估至其他地區；2010 年長期照護保險籌備小組已進行國民長期照護需要第一階段調查，建議未來可藉由調查結果了解民眾需求量，包含失能程度、認知程度、服務使用頻率、服務使用類別及家庭支持等因素，配合各縣市長期照護管理中心的經驗，包含各類長照需求個案問題行為處置耗費的時間與心力、各類服務人員之負荷量等資訊，並參考國際水準與給付水準，以進行供給量目標值的估算。

### 三、區域的大小

長照服務網的建立，應以區域為單位，規劃各區域所需的長照服務人力與設施，以達成各區域長期照護資源均衡發展之目標。目前國內資源的發展，為了增加服務提供之可近性，每個縣市皆已設有長期照護管理中心，建議未來可參考醫療網之區域劃分方式，將全國以縣市為一級長期照護區域，設置「長照管理中心」；以醫療網之次區域為二級長期照護區域，區內應有機構式長照服務，必要時設置照管中心分站；以「鄉鎮」為單位，區內有社區及居家式長照服務，至於山地離島與偏遠地區則應有特殊考量，建議設置整合式服務單位，以提供社區及居家護理、居家服務、居家復健等多元服務的單位（表 3）。

表 3：醫療網與長期照護服務網之區域劃分與服務提供情形

醫療網		長期照護服務網	
區域劃分 (數量)	照護服務提供	區域劃分 (數量)	照護服務提供
一級區	六大區	—	縣市(21)
二級區	醫療區(17)	區域醫院	次長照區(63)
			機構式服務
			社區式服務
次區	次醫療區(63)	地區醫院	鄉鎮市區(368)
			居家式服務
			整合式服務

\*：「整合式服務」為因應山地離島或偏遠地區，因服務提供單位較缺乏，因此亟需整合各類人力，提供跨專業整合性且多元化之長期照護服務，其可同時提供多專業、多層級之服務，但須符合在地化、社區化、適足規模等原則

## 參、長期照護發展之困境

檢視國內現行各類型長照服務，可以從是否存在「有夠好用均大快」著手，亦即探討資源有沒有、資源夠不夠、品質好不好、服務用不用、分布均不均、是否大型化、輸送流程快不快七大面向。

### 一、資源有沒有

參考「我國長期照護資源供給調查」（葉莉莉，2009）之報告結果，分析各類長照服務及人力於各鄉鎮之分布情形。在設施資源的提供，2008 年底全國 368 個鄉鎮市區中共有 342 個鄉鎮市區設置有社區式長期照護服務資源，其中山地離島及偏遠地區之設置率皆逾六成；在居家式長期照護服務方面，全國共有 283 個鄉鎮市區設置有居家式長期照護服務資源，其中山地離島及偏遠地區之設置率皆逾八成五；全國各縣市則皆設置有機構式長期照護服務資源（表 4）。

在人力資源的提供，2008 年底全國共有 347 個鄉鎮市區設置有專業人力，山地離島及偏遠地區之設置率皆逾八成五，各類人力中以護理人員的設置最為普遍；半專業人力中，全國共有 267 個鄉鎮市區設置，山地離島及偏遠地區之設置率未達三成，各類人力中以照顧服務員的設置最為普遍；非專業人力中，全國共有 328 個鄉鎮市區設置，山地離島及偏遠地區之設置率約為五成，各類人力中以志工的設置最為普遍（表 5）。

雖然衛生署照護處於 2010 年已開始補助偏遠地區（含山地離島）設置在地且社區化之長期照護服務（行政院衛生署，2010），但如何讓民間願意投資設立長照服務單位，該如何規劃各類長照人力的發展，於山地離島又應如何補助設立整合型提供多元服務的長照單位，並培植願意留在當地服務之長照人力，仍為未來政策應思考的方向。

表 4 2008 年提供長照服務之鄉鎮市區數

服務類型	服務內容	全國 (N=368)	山地鄉 (N=30)	離島鄉 (N=18)	偏遠地區 (N=65)
社區式	長照	340	24	12	44
	身障	148	2	4	8
居家式	長照	283	29	16	57
	身障	85	2	4	5
機構式	長照	240	1	4	8
	身障	92	0	3	2

資料來源：整理自葉莉莉：我國長期照護資源供給調查，2009

社區式：「機構式喘息服務」及「關懷據點」最普遍，「復健服務」最少

居家式：「居家服務」、「居家復健」及「居家護理」最普遍，「居家藥事」及「居家營養」最少

機構式：社政體系之「養護機構」最普遍

表 5 2008 年提供長照服務相關人力之鄉鎮市區數

各類服務人力		全國 (N=368)	山地鄉 (N=30)	離島鄉 (N=18)	偏遠地區 (N=65)
專業	長照	339	29	16	56
	身障	118	0	3	2
半專業	長照	255	3	5	12
	身障	113	0	3	2
非專業	長照	328	18	12	36
	身障	107	0	3	2

資料來源：整理自葉莉莉：我國長期照護資源供給調查，2009。

專業人力：「護理人員」及「社工人員」最普遍

半專業人力：以「照顧服務員」最為普遍

非專業人力：以「志工」最為普遍

## 二、資源夠不夠

探討現今長照服務及人力資源之類型及數量是否足夠，參考國外經驗，諸多創新型服務模式，如家庭托顧、照顧住宅、團體家屋等已開始發展，在日本則將預防性的照護教育與諮詢納入長期照護服務之範疇中（葉莉莉，2009），而具有長照服務需求之標的人口除了老年人外，亦包含各類障別族群，不同的障別所需要之服務亦有差異，因此長照服務及人力資源的發展應將各類族群之需求差異納入考量。國內的社區式、居家式、機構式等長照服務是否足夠？各類長照相關人力是否充足？該如何規劃合理的設施及人力數量？目前行政院衛生署已開始執行 2010 年國民長期照護需要調查，建議未來可依據調查結果進行長照需求之推估，以建立合理目標數。

## 三、品質好不好

長期照護服務之品質，應著重於服務單位及人力之管理及訓練。目前國內針對各類長照服務單位之督考評鑑發展尚不一致，在社區式及居家式服務單位已有部分縣市開始發展評鑑制度，而機構式服務單位之督考評鑑發展則較為完整（表 6），然機構之內外控機制仍存在問題，在內部監控機制部分，目前衛政及社政體系之評估指標並不一致，且缺乏結果回饋及輔導機制；在外部督考評鑑機制的部分，主要挑戰則在於各主管單位之評鑑等級與設置標準並不一致（表 7）。在長照相關人力的部分，除了人員之專業能力有待提升之外，針對全職人員與兼職人員之數量管理，及執業人員之留任機制亦需加強。

建議未來可透過內控及外控機制的建置及改善、建立督考評鑑結果之懲罰獎勵、回饋與後續之輔導改善機制來提升服

務單位之品質；藉由長照相關人員在職訓練及認證機制的發展，來落實人力品質的提升；各地方政府也應充實且強化長照相關人力之配置與能力，才可實踐長期照護服務單位之督考評鑑。

表 6 社區式及居家式長期照護服務機構品質稽核現況

型態	名稱	服務品質稽核單位	品管機制	外控品質稽核情形
社區式	日間照護 日間照顧	委託單位 (縣市政府)	內控	縣市政府現場訪查 部分縣市已發展評鑑制度
居家式	居家護理 (含第四階居家呼吸治療)	健保局 縣市政府衛生局	內控 外控	健保局案件書面抽審 縣市政府年度督考
	居家服務	縣市政府社會局處	內控 外控	社會局處案件抽審 聘請專家年度品質訪查 長照中心特殊案件處理 部分縣市已開始進行評鑑
	居家營養 居家復健	縣市政府衛生局	內控	內部督導系統

資料來源：吳肖琪：長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估，2009。

表 7 機構式長期照護服務機構品質稽核現況

名稱	服務品質 稽核單位	品管 機制	評鑑等級	合格 標準	外控品質稽核情形
老人 福利 機構	內政部社會司 縣市政府社會 局處	內控 外控	優、甲、乙 、丙、丁	乙等 以上	2007 年函頒機構評鑑及獎勵辦法 大型機構：社會司聘請專家三年一次機構 評鑑 小型機構：縣市社會局處聘請專家三年一 次機構評鑑
身障 福利 機構	內政部社會司 縣市政府社會 局處	內控 外控	優、甲、乙 、丙、丁	乙等 以上	1999 年發布施行評鑑及獎勵辦法 社會司聘請專家三年一次機構評鑑
護理 之家	行政院衛生署 縣市政府衛生 局	內控 外控	特優、優、 甲、乙、 丙、丁	甲等 以上	2009 年起由衛生署遴聘專家學者擔任評鑑 委員，進行實地評鑑每三年一次實地評鑑 2007 年縣市衛生局聘請專家每年一次督考 評鑑

資料來源：吳肖琪：長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估，2009。

內政部：老人福利機構評鑑，2010。http://sowf.moi.gov.tw/04/10.htm。引用 2010/11/28。

行政院衛生署：九十八年度一般護理之家評鑑作業程序，2009。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\_p01.aspx?class\_no=211&now\_fod\_list\_no=10622&level\_no=1&doc\_no=71479。引用 2010/09/13。



#### 四、服務用不用

參考「我國長期照護資源供給調查」（葉莉莉，2009）之報告結果，在服務提供方面，2008 年底全國各鄉鎮市區中以「關懷據點」及「居家護理」等服務之設置最為普遍，但仍有部分鄉鎮市區存在設

置後未使用之情形（表 8）。為何服務已設置卻無人使用？是因為民眾不知道這類資源？或是民眾沒有使用這類資源的經驗？或是民眾不信任這類資源的品質？如何提升長照服務的使用情形，以達到資源配置之效益？為未來值得探討的方向。

表 8 2008 年使用長照服務之鄉鎮市區數

服務 類型	服務 內容	全國 (N=368)	山地鄉 (N=30)	離島鄉 (N=18)	偏遠地區 (N=65)
社區式	長照	295	23	12	39
	身障	133	1	4	6
居家式	長照	227	17	8	33
	身障	81	2	4	5
機構式	長照	238	1	3	8
	身障	92	0	3	2

資料來源：整理自葉莉莉：我國長期照護資源供給調查，2009

社區式：「機構式喘息服務」及「關懷據點」最普遍，「復健服務」最少

居家式：「居家服務」、「居家復健」及「居家護理」最普遍，「居家藥事」及「居家營養」最少

機構式：社政體系之「養護機構」最普遍

#### 五、分布均不均

在醫療網分析每萬人口資源數時，會比較縣市最大值與最小值的差值及比值，如何縮小差值及比值為縮短城鄉差距的指標；同樣在長照資源的部分，比較各鄉鎮市區各類型每萬人口長期照護服務及人力資源數之差值及比值以呈現城鄉差距情形，當各鄉鎮市區間的資源數差距縮小，則代表資源分布越均衡；社區式服務資源中以「關懷據點」之城鄉差距最大，居家式服務資源為「居家護理」，機構式服務

資源則為「護理之家」（表 9）；專業人力中以「護理人員」之城鄉差距最大，半專業人力為「教保員」，非專業人力則為「志工」（表 10）（葉莉莉，2009）。如何提出適當之誘因，鼓勵偏遠地區及山地離島亦能發展在地之長照服務及人力資源？或建議採取區域間互相支援以現有整合進有資源等方式提供服務以達到資源有效運用；在人力資源的部分，則可思考培植當地人力提供服務，降低人員流失的情形。

表 9 2008 年各類型長期照護服務資源中每萬人口資源數之比值及差值分布情形

服務 類型	服務內容	全國 (N=368)		山地鄉 (N=30)		離島鄉 (N=18)		偏遠地區 (N=65)	
		比值	差值	比值	差值	比值	差值	比值	差值
社區式	日間照顧	15.55	0.26	-	-	-	-	-	-
	喘息服務								
	機構式	*	3.45	*	1.71	9.51	3.09	*	2.24
	居家式	77.22	2.77	-	-	1.00	0.00	5.14	2.26
	營養餐飲服務	82.46	2.85	1.13	0.32	7.40	1.16	8.31	2.54
	復健服務	-	-	-	-	-	-	-	-
	關懷據點	156.56	14.81	22.21	14.23	18.50	9.35	17.40	10.61
	家庭托顧	1.00	0.00	-	-	-	-	-	-
	營養餐飲服務	61.27	2.84	1.13	0.32	9.51	1.54	5.28	2.34
	臨時及短期服務	642.82	18.03	-	-	1.50	0.36	3.90	2.14
居家式	日間型機構	*	0.64	*	0.00	*	0.18	*	0.00
	福利型機構	*	0.35	*	0.00	*	0.18	*	0.00
	居家服務	*	2.80	*	2.80	*	1.72	*	2.80
	居家復健	-	-	-	-	-	-	-	-
	居家無障礙改善需求評估	*	0.45	*	0.00	*	0.18	*	0.00
	輔具購買租借需求評估	*	0.53	*	0.00	*	0.53	*	0.00
	居家護理	402.76	16.86	10.31	5.43	24.38	16.21	32.31	16.38
	居家服務	*	2.80	*	2.80	*	1.72	*	2.80
	居家無障礙改善需求評估	*	1.72	*	0.00	*	1.72	*	0.00
	輔具購買租借需求評估	*	1.72	*	0.00	*	1.72	*	0.00
機構式	養護	*	3.67	*	0.67	*	1.72	*	1.09
	社政 長期照護	*	1.08	*	0.00	*	0.00	*	0.00
	退輔 榮家	*	0.55	*	0.00	*	0.00	*	0.55
	衛政 護理之家	42.16	1.31	-	-	1.00	0.00	1.00	0.00
	住宿型機構	*	2.24	*	0.00	*	0.74	*	2.24

資料來源：整理自葉莉莉：「我國長期照護資源供給調查」，2009

橫槓代表資料不完整，星號代表鄉鎮之最小值為 0，無法計算。

註<sup>1</sup>：每萬人口資源數=[(各類服務之單位數/家數)/區域內總人口數]x10,000 ‰

註<sup>2</sup>：使用各鄉鎮每萬人口資源數計算比值與差值，比值為最大值除以最小值，差值為最大值減最小值

表 10 2008 年各類型長期照護人力資源中每萬人口資源數之最大值與最小值的比值及差值分布情形

各類服務人力		全國 (N=368)		山地鄉 (N=30)		離島鄉 (N=18)		偏遠地區 (N=65)		
		比值	差值	比值	差值	比值	差值	比值	差值	
專業	護理人員	長照	*	39.11	*	19.88	*	15.55	*	19.88
		身障	*	15.68	*	0.00	*	1.07	*	15.68
	社工人員	長照	*	7.65	*	5.61	*	2.90	*	7.09
		身障	*	8.96	*	0.00	*	0.91	*	8.96
	物理治療人員	長照	*	2.83	*	0.00	*	0.74	*	1.57
		身障	*	2.82	*	0.00	*	0.74	*	0.74
	職能治療人員	長照	*	2.46	*	0.00	*	0.74	*	1.57
		身障	*	2.82	*	0.00	*	0.74	*	2.24
	營養師	長照	*	2.46	*	0.00	*	0.36	*	1.57
		身障	*	2.24	*	0.00	*	0.00	*	2.24
	藥事人員	長照	*	2.46	*	0.00	*	0.00	*	1.64
		身障	*	0.55	*	0.00	*	0.00	*	0.00
	醫師	長照	*	7.42	*	0.00	*	0.18	*	1.09
		身障	*	3.76	*	0.00	*	0.00	*	0.00
	督導人員		-	-	-	-	-	-	-	-
半專業	照顧服務員	*	44.66	*	28.04	*	29.82	*	43.11	
	教保員	*	58.24	*	0.00	*	2.96	*	58.24	
	外籍看護工(機構)	長照	*	15.83	*	2.01	*	3.26	*	15.83
		身障	*	17.93	*	0.00	*	0.00	*	13.44
	生活服務員	*	49.28	*	0.00	*	2.22	*	49.28	
非專業	替代役	長照	*	8.62	*	6.01	*	8.62	*	6.01
		身障	*	2.52	*	0.00	*	0.36	*	0.00
	志工	長照	*	288.74	*	104.32	*	98.82	*	106.98
		身障	*	25.24	*	0.00	*	11.10	*	11.10
	其他人力	長照	*	9.24	*	0.00	*	1.09	*	0.81

資料來源：整理自葉莉莉：「我國長期照護資源供給調查」，2009

橫槓代表資料不完整，星號代表鄉鎮之最小值為 0，無法計算。

註<sup>1</sup>：每萬人口資源數=[(各類服務之單位數/家數)/區域內總人口數]x10,000<sup>0/1000</sup>

註<sup>2</sup>：使用各鄉鎮每萬人口資源數計算比值與差值，比值為最大值除以最小值，差值為最大值減最小值

## 六、是否大型化

比較 2009 年底全國護理之家之許可床數，規模最小者為 10 床，最大者則高達 1,000 床；護理之家之許可床數未滿 50 床者佔 40.92%、200 床以上者佔 3.17%（葉莉莉，2009），顯示國內部分護理之家的規模仍有過於大型化的情形。長照機構之規模過大可能影響服務品質，如何使長期照護服務具備在地老化、社區化、小型化等條件，值得未來努力。

## 七、輸送流程快不快

長期照護體系及制度之建置，應以提供連續性照護為目標，因此在規劃長期照護體系時，應將急性期、亞急性期及慢性期之照護銜接納入考量，以制度面而論，即為全民健康保險及長期照護保險之連結，在急性期、亞急性期及長期照護間轉銜時間的時效性、人員素質的準備度、照顧分級的適切性、設施設備的充足性、各級照顧品質的一致性需要更細緻的規劃，使民眾能有信心在步出急性醫療回歸社區時減少不必要的社會性住院，落實社區化及多元化之照護理念。

在長照服務的輸送流程部分，則可區分為七個階段，分別為申請、受理、訪視評估、需求分級與給付判定、照顧計畫擬定、服務提供派及複評等，整體流程的設計概念須兼顧公平及效率，並使民眾具有可近及方便性，如何簡化流程，單一窗口的設置即為重要的服務原則，地點設置越貼近個案所處的環境社區，即能有效掌握

其資源運用，因此建議在每個縣市至少設置一個單一窗口（吳肖琪，2009），必要時可考慮配合次區域設置分站。

## 肆、結語

欲探討長照服務發展的七大面向問題，須有相關資料提供佐證，在目前相關資訊取得仍有限的情況下，建置完善周全的資訊系統有其必要性。目前國內已建置若干長照相關之資訊系統，然而在系統連結、資料完整性與正確性皆有待加強（詹火生，2009）。完整的長照資訊系統應至少包含服務機構之現況及服務量、專業及半專業人力登錄、住民資料及服務品質等四大面向（吳肖琪，2009），透過中央統一規劃管理，達到資訊有效整合，並提高資訊可使用性，藉由對各類資源及利用情形之完全掌握，提供未來發展各項實證工具及政策調整之參考。

長期照護服務網之規劃應以讓每個區域不但要有資源，且資源要足夠、資源品質要確保、資源能讓有需要的民眾願意使用、資源要城鄉均勻分布、資源須避免企業壟斷與大型化、資源的提供要有連續性和及時性；若能達到長照服務網之目標，就能讓有長期照護需求者有較高品質的生活；衛生福利部的成立，將有助於社政體系生活照顧與衛政體系專業照護有效率的整合，將社會司推動的社區關懷據點、社區志工資源等，有效率的結合照護處的長期專業照護，與國健局的社區健康營造，達到「有、夠、好、用、均、大、快」，讓

長期照護需求者及其家人有較好的生活品質。

(本文作者：吳肖琪現為國立陽明大學衛生福利研究所教授；林麗嬋現為國立陽明

大學臨床護理研究所教授；葉馨婷現為國立陽明大學衛生福利研究所博士候選人蔡閻閻現為國立陽明大學衛生福利研究所博士生)

## 參考文獻

內政部(2010)。老人福利機構評鑑。於 2010 年 11 月 28 日擷取自

<http://sowf.moi.gov.tw/04/10.htm>。

臺灣長期照護專業協會(2010)。長期照護歷史軌跡。臺灣長期照護專業協會。於 2010 年 11 月 28 日擷取自 <http://www.ltcpa.org.tw/about/aboutus-304.php>。

行政院衛生署(1986)。醫療法。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署(1993)。建立醫療網第二期計畫。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署(2009)。九十八年度一般護理之家評鑑作業程序。行政院衛生署。於 2010 年 11 月 28 日擷取自

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=211&now\\_fod\\_list\\_no=10622&level\\_no=1&doc\\_no=71479](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=211&now_fod_list_no=10622&level_no=1&doc_no=71479)。

行政院衛生署(2010)。發展偏遠地區(含山地離島)在地且社區化長期照護服務體系計畫。臺北：行政院衛生署。

吳肖琪(2006)。醫療網第四期計畫執行成效評估與對醫療衛生政策之建議方向研究計畫。臺北：行政院衛生署。

吳肖琪(2009)。長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估。臺北：行政院經濟建設委員會。

葉莉莉(2009)。我國長期照護資源供給調查。臺北：行政院經濟建設委員會。

鄧素文(2010)。促進長期照護服務資源發展策略。行政院長期照護保險推動小組第四次委員會。臺北：行政院。

詹火生(2009)。因應長期照護保險法制規劃檢視「我國長期照顧十年計畫」成效及發展方向。臺北：行政院經濟建設委員會。

Newhouse JP (1990). Geographic theory of physician location. *Annu Rev Public Health*, 11: 207-230.