

衛生福利夥伴關係的建立— 談醫院與老人福利機構的協調與合作

蕭明輝·吳長勝·蔡恩子

壹、前言

衛生署國民健康局公布臺灣老化地圖，全國已有 23 個鄉鎮區是「超高齡社區」，衛生署表示臺灣將受到「老化海嘯」襲擊，未來短短 14 年內，臺灣將以「三級跳」的方式快速老化，先是六年後從高齡化社會(ageing society)演變為高齡社會(aged society)，緊接著八年後成為超高齡社會(superaged society)（自由時報新聞網，2011/7/11）。根據行政院經濟建設委員會(2006)的統計，臺灣老化速度僅需 25 年，加拿大為 60 年，美國將花 71 年，瑞典則是 85 年，相較於歐美國家，臺灣老化速度的確快上許多。依據行政院經濟建設委員會(2008)，我國老人人口將從 2014 年的 273 萬人，占全國人口的 11.6%，增加到 2021 年的 392 萬人，預估到 2025 年我國老人人口比率將高達五分之一。從以上數據顯示我國人口老化猶如海嘯般的淹沒年輕人口族群，長期照顧問題逐漸浮現，不容小覷。

回顧臺灣長期照顧相關政策及計畫，包括隸屬於社會行政體系下之「老人福利法」、「社會福利政策綱領」、「加強老人安養服務方案」、「十年長期照顧計畫」；隸屬衛政體系的「建立醫療網第三期計畫」、「老人長期照護三年計畫」、「長期照護制度先導計畫」；隸屬於勞工行政體系的「因應家庭照顧殘障者人力短缺暫行措施」（陳正芬，2011；詹火生，2011）。可見長期照顧政策散落於社會行政、衛生行政、勞工行政各體系，未能進一步整合，離「單一窗口」便民服務更是遙遠。直至行政院組織法修正作業從 1987 年開始，福利、衛生、勞政的整併聲浪愈來愈大（行政院，2009），經過好幾十年沸沸揚揚的爭辯，終於 2010 年定案，確定社會福利業務從內政部移出，並與衛生業務整合為衛生福利部。以一個公部門，從事直接服務的老人福利機構立場，隨著衛生福利部的成立，對於新上級單位仍究持著衛生與福利間的夥伴關係，讓當初聲稱支持福利與衛生合併的理由之一「業務相輔相成」（林萬億，

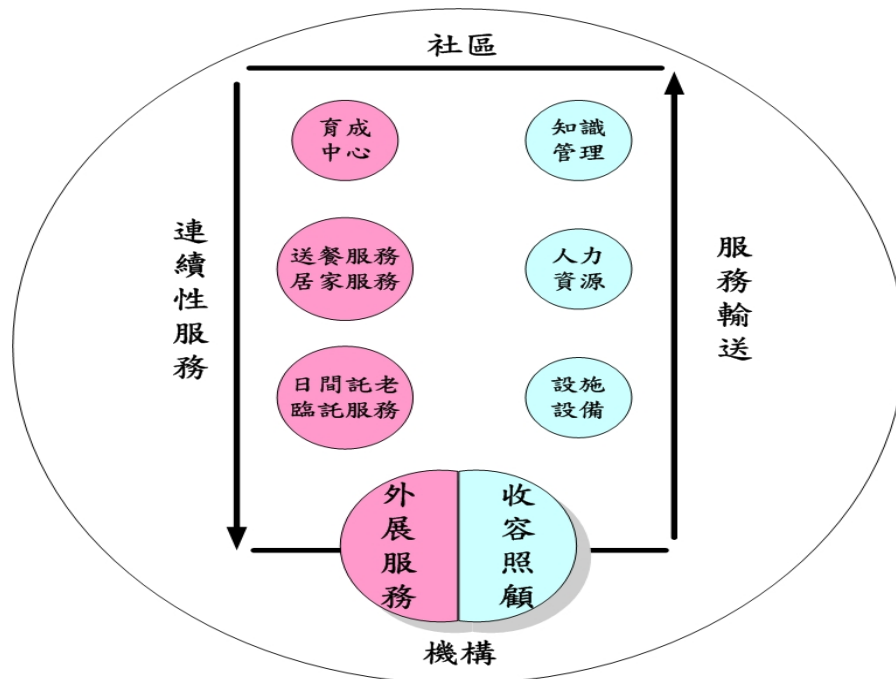
2002)，能夠順利如政策擬訂者所願，如此也是社會民眾的福祉。因此，本文以在地老化、社區化的觀點探究老人所需的服務內涵，並進而以老人福利機構現有的資源，如何進一步與衛生體系的夥伴相互合作，擴張機構現有的服務，讓老人照顧的內涵更為充實。

貳、從服務連續體的概念探討老人機構服務的內涵

從「服務連續體」(continuum of service)的概念來看，老人照顧服務是一種連續性照顧，連續體的一端是健康的老人居住在家中，隨著身體老化衰弱的變化，由輕微至嚴重退化，服務的內涵與場所將也會有所不同(顧燕翎、楊培珊、陳玲、張靜倫，2004)。陳正芬(2011)指出我國長期照顧資源不夠周延，不足之處包括長期照顧服務體系與急性醫療體系的無縫接軌尚待建立，因此建議我國長期照護體系的建構前端再延伸至急性醫療體系，並發展亞急性照護服務，以提供個案無縫式連續性照護。因此以服務連續體的概念來探究老人服務的內涵，從健康到死亡的光譜線上，的確是需要更多元化、跨專業服務的介入，從健康老人由社區提供普遍性的福利

或健康促進等服務，生病時由急慢性醫療提供醫療服務，生病返家或當身體障礙影響生活自理功能時，能提供補充式的居家照顧、居家護理服務；甚至重殘無法在家中獲得良善的照顧時，能提供替代性的日間醫院、日間照顧或機構照顧服務。

以內政部南區老人之家為例，說明服務連續體如何藉由機構的經驗、人力與設施設備作為推展。機構曾在 98 年提出「南部資源共享社區支持系統」方案，思維是以社會福利為出發點，機構與社區各為照顧福利系統的兩端，右側為服務輸送，左側則為連續性服務的概念。機構善用既有的設施設備，包括車輛、建築物、餐廳、活動中心提供社區老人日間託老、臨託服務；運用人力資源，如餐廳廚工、照顧服務員提供鄰近社區送餐服務、居家服務；善用機構知識管理的概念，辦理大型護理、社工、照顧服務研討會，開放給高高屏地區的老人福利機構工作者共享，讓機構增加育成中心的功能。相較於各關懷社區據點的發展，公立老人福利機構有著更為豐沛的人力、設施設備，以及實務經驗發展，如何藉由老人福利機構發展落實在地老化、社區化的老人服務連續體的照顧福利系統是可以被期待的。



資料來源：內政部南區老人之家「南部資源共享社區支持系統圖」2009年3月

就如前述文獻所提及的，完善的服務連續體系是要整合衛生與福利概念，要將急性醫療體系，及亞急性照顧服務納入，才能滿足更多處於不同階段發展的老人個別性需求。尤其是近年國內學者不斷提倡推廣亞急性與急性後期照顧的理念，以減少不避要的醫療資源浪費，並進而讓老人在接受醫療處遇後，提供一個過渡照顧的服務，強化其獨立居住的能力、提供學習自我照顧的技能，減少失能者不必要的依賴（吳肖琪，2008；林麗輝，2010），最終目的仍究是回歸社區。亞急性照顧強調的是積極性的醫療行為，無論是在人力與設施設備都是需要更為縝密的醫療照護及社會照顧，目前亞急性照顧多數是利用醫院的閒置病房或護理之家作為推廣場所，短期之內一般老人養護機構的專業人力及設

施設備尚不足以負荷亞急性照護的需求。但機構內的老人仍舊是會使用亞急性照護服務的可能，面對從醫院接受術後返回機構的過渡期間，如何與醫院或護理之家的亞急性照護銜接，藉由跨專業團隊的評估，明確瞭解各階段老人的醫護及社會照顧資源需求，藉由衛生福利部整合醫療、護理之家、一般養護機構的資源，避免錯置老人，減少不必要的醫療資源浪費，提供適宜的照顧服務，才能滿足各類型老人的需求，實為衛生與福利合併後重要的思考方向。

持續以服務連續體的概念來看，安寧療護是長期照護體系末稍的一環。生命末期的人性化照護，強調的是一種緩和性醫療，專業團隊的支持。在專業人力設置包括醫師、護理師、社工師、牧靈人員與照

護人員的跨專業團隊介入。依臺灣安寧照顧協會網站公佈 100 年 6 月安寧療護資源分佈，在服務模式上仍然是以醫療及居家服務兩類型為主，蔡麗雲等人(2004)曾試著擴展安寧服務模式，以日間療護的方式提供癌末病患照護，其日間療護強調將這類病患集中於特定場地，透過參與所安排的活動達到身體的舒適與情緒的抒解。服務內容首先由護理師提供常規性服務，並視病人需要提供各種症狀護理、一般性舒適護理及輔助療法，接著安排參與社工師規畫的團體活動，包括藝術治療、音樂欣賞、影片欣賞、專題講座及表演等。結果發現日間療護可以讓臨終個案達到團體活動的刺激，藉由活動或藝術創作有助於個案表達情緒、想法或壓力，並且讓臨終個案離開病房，轉換心情，感受熱鬧氣氛。以一般老人養護機構現有的專業人力，有基本的護理人員、社工員、照服員、行政人員，及配合特約醫師的駐診，在設施設備上也有宗教室的設置及基本起居的空間，在照護經驗有護理人員的護理照顧及執行團體活動經驗的能力，因此在養護機構推廣安寧療護，應是一般老人機構可以發揮強化的功能。

檢視服務連續體的概念運用於老人福利機構服務內涵，除了現已存在的安養、養護、失智、長期照顧服務內涵外，仍鼓勵機構結合社區、分享資源，發展機構成為育成中心，於社區推動日間託育、臨託、送餐、居家照顧的老人服務內涵，方能更節省成本，落實在地老化、社區化的老人福利服務輸送帶。在民國 101 年衛生與福

利確定整併，老人福利機構應該自我期許打破各自專業的藩籬，個人認為在衛生與福利的合作之下，短期之內最為可行的即是老人福利機構善用機構既有的設施設備、人力、經驗能力在機構中推展兼俱衛生與福利合作的服務內涵，如安寧療護服務；另外，雖然亞急性照護也是服務連續體的一環，但短期之內礙於老人福利機構專業人力、醫療設施設備的缺乏，無法在一般機構中被落實，但也不能忽略機構住民該部份的需求，而是強調如何與醫療體系合作，藉由衛生與福利的整併讓機構住民在醫療、護理、機構等資源間的銜接更為順暢。

參、衛生福利夥伴關係對老人福利機構的新契機

衛生與福利合併的政策引導，挑戰現行長期照護機構打破專業之藩籬，強調非以專業發展老人的服務項目，而是以老人的需求發展服務內涵，例如以往隸屬社會行政體系的老人福利機構無論在評鑑或實質的人力配置下強調老人的身體照顧或社會性需求，而護理之家由護理人力組成，強調醫療護理照顧，但是實際上老人的發展需求並非單面向的照護即可被滿足，在醫療照護延長壽命之餘，仍舊強調其生命品質的提昇，而其生命品質的提昇端賴於與社會的互動，因此，如何提昇機構滿足老人不同面向需求的能力，擴充機構原有的體系功能，除了避免老人因身體日漸衰弱，必需面臨在各類型功能性的機構轉來

轉去的困擾，二來也是讓機構的功能提昇，進一步由以往負面的「去機構化」概念走向積極性的經營社區化的具體策略，藉由老人福利機構的經營能量順勢推展老人福利服務的服務連續體概念，更加充實社區照顧的能量。因此，針對衛生與福利夥伴的合作關係，藉由提昇老人福利機構功能的過程，強化國內老人服務連續體的概念，有以下五點建議：

一、政策性鼓勵老人福利機構運用機構資源結合醫院推展社區化服務

臺北市政府社會局於 92 年推行「獎助私立老人福利機構辦理擴大服務功能及提供特殊個案服務方案」，藉由針對機構進行課程教育，及獎助其設施設備或專業行政費用等，加強老人機構提供多元及特殊個案之服務內涵（顧燕翎、楊培珊、陳玲、張靜倫，2004）。以內政部南區老人之家為例，目前也已運用機構既有的資源，推展育成中心、送餐服務、日託服務，期待在衛生福利部政策引導之下，也擬訂計畫鼓勵各老人福利機構發展社區式服務，如推廣居家護理等，充份活化機構資源，將來可進一步運用機構的護理、社工人力，深入社區，發掘需要醫院診療及機構照護的老人進行轉介服務，以促成單一窗口的落實，讓有醫療需求的老人可以盡速獲得醫療服務，避免病情惡化再就醫，也更能避免醫療資源的浪費。

二、老人養護機構內推廣安寧療護

目前國內安寧療護推廣分為安寧病房

與居家服務兩種型態，蔡麗雲等人(2004)曾針對臨終個案試辦日間療護方式，發現日間療護的團體活動及空間有助於臨終個案身體的舒適及情緒抒解，因此也極為推廣。一般安寧照顧在專業人力設置上包括醫師、護理師、社工師、牧靈人員與照顧人員的跨專業團隊，以老人福利機構現有的設施設備及人力資源，未來進一步結合醫療資源，增加醫師駐點或採特約醫師方式，於機構內充實醫護資源，並融入宗教關懷，就可以發展安寧照顧服務的雛形。老人福利機構運用既有的照護技巧、結合日常實施的團體活動、宗教關懷，並加強醫護資源，在初期發展模式上，建議先以機構內住民為對象，當安寧照顧經驗逐漸成熟後，可以移轉開放給社區臨終個案，讓無論是機構住民或社區老人的服務更貼近服務連續體的概念，讓老人可以就近使用服務，達成無接縫式的服務目標。

三、加強醫療外展服務

老人福利機構因面臨老化的衝擊，最直接面對的就是院民就醫問題，院民集體就醫時常需機構動用人力、車輛、志工等資源，才能完成就醫的服務。而且院民為了看病而需在醫院耗上一段時間，加上等待其它院民就醫結束後，再集體返回機構，時常已過了大半天的時間。對生病的院民來說，到機構外就醫實是很困擾的一件事。衛生福利部的整合，將促使醫療與老人福利的合作更為緊密，醫療也能藉由外展的模式，直接進入機構提供給予更多老年人就醫的服務，目前，雖然有些機構

有特約醫師會至機構提供門診服務，但是在頻率及時間都是更為有限的。未來，衛生福利部的成立，希望能促進更多的醫療資源，包括醫護等專業人力能夠進入機構，以解決機構內多數院民就醫的問題。

四、以老人福利機構為據點建構可及性的老人醫療網

目前衛生署醫療體系所推動的社區醫療服務，常以關懷據點、里民活動中心或衛生所做為服務據點，可想而知要能夠到活動中心、衛生所接受社區醫療服務，勢必都是較為健康、生活較能自理的老人，而一些潛藏需要醫療資源介入的老人，常常礙於行動、交通、經濟因素而無法進一步獲得完善的醫療服務。又以臺灣目前老人福利機構的設立地點，在經營者成本的考量下，尤其是農漁業縣市，常以偏遠的鄉鎮為選擇，而這些鄉鎮年輕人口外移，老人人口又相對較多，但偏遠地區的醫療資源是較為不足。因此，衛生署相關的醫療院所，以偏遠的老人福利機構做為據點發展醫療服務，除了讓偏遠機構老人在使用醫療資源更為可及之外，機構也可以做為社區老人的個管中心，運用機構內護理、社工的專業知識建立社區內老人醫療需求的個案建檔，提供給醫護人員，才有可能落實潛在有醫療需求的老人獲得醫療資源的輸送。

五、整合共享醫療、照護資源，以節省雙方經費與人力

衛生福利的整合，除了泛指醫療與照

護服務的相互合作之外，雙方在經營上也應採取合作關係，包括專業訓練、專業人力、醫療標案的共享。例如護理人員、社工人員、照顧服務員為醫院與機構均有的專業人員，護理、社工、照顧訓練資源共享，方可增進彼此的專業深度與廣度，整體上更可節省訓練經費。又如醫院的營養、藥事、復健等專業人員，與機構共享，以促成機構提昇照顧服務品質外，更可節省政府的人事經費支出。另外在照顧成本的考量，署立醫院採聯合標案可將公立社福機構的醫療消耗用品需求量納入以大量採購的模式，獲取更低廉的支出成本。

肆、結語

衛生福利部的成立，有助於促成醫院與老人福利機構有更大的合作空間，跨部門的合作最終目的即是要創造長期照護更友善的環境。藉由衛生福利的整合，調整舊有以各自專業領域發展老人照護服務系統，強調以老人需求為導向的醫療福利整合性服務，整合醫療與福利資源；以及在實務推展中，無論是醫療或機構更應摒棄本位主義，在經營上採共同合作，以創造雙贏的局面，共同開發老人更為便利與可近性的服務，才能夠促成老人有更完善與健康的長期照護願景。

（本文作者：蕭明輝現為內政部南區老人之家主任；吳長勝現為該家社工課課長；蔡恩子現為該課社工員）

📖 參考文獻

- 內政部統計處(2010)。線上檢索日期：2011年7月18日。取自
http://www.moi.gov.tw/files/news_file/week10021.doc
- 行政院經濟建設委員會(2006)。因應人口老化社會福利政策之研究。
- 行政院經濟建設委員會(2008)。中華民國臺灣地區民國97至145年人口推計。
- 行政院(2009)。打造精簡、彈性、有效能的政府－行政院組織法修正草案說明。
- 臺灣安寧照顧協會，線上檢索日期：2011/07/26。取自 <http://www.tho.org.tw/>
- 自由時報新聞網，2011/7/11。取自
<http://iservice.libertytimes.com.tw/liveNews/news.php?no=517062&type=%E7%94%9F%E6%B4%BB>
- 吳肖琪(2008)。急性醫療與慢性照護的橋樑－亞急性與急性後期照護。護理雜誌，55卷4期。
- 林萬億(2002)。我國社會行政組織調整方向之研究。國家政策季刊，1卷1期。
- 林麗嬋(2010)。無縫式照顧的服務關鍵：亞急性照護。長期照護雜誌，14卷1期。
- 陳正芬(2011)。我國長期照顧政策之規劃與發展。社區發展季刊，133期。頁201-206。
- 詹火生(2011)。建構我國長照制度的政策思維。財團法人國家政策研究基金會，2011/9/1。取自 <http://www.npf.org.tw/post/3/8988>
- 蔡麗雲、李英芬、張玉仕、賴允亮、韓麗年、張嘉芳、陳淑芬(2004)。安寧擴展服務模式－日間療護需求之初探。安寧療護雜誌，9卷3期。
- 顧燕翎、楊培珊、陳玲、張靜倫(2004)。從社區到機構的服務連續體－臺北市老人照顧服務系統規劃報告。社區發展季刊，106期。