



龍紀萱

摘要

我國近年來已面臨人口老化之議題，原住民部落尤其嚴重。然而，政府制定長期照護政策的同時，必須考量原住民的文化特性以及在地化的差異，始能落實長期照護之真正美意。本文係由行政部門的組織與權責、醫療照護人力、家庭照顧者的支持及長期照護服務輸送體系等四個面向進行討論，並提出相關改善之建議。

壹、前言

我國人口結構由於醫療進步，生活環境改善，平均壽命延長、生育率降低、人口老化快速，撫養比率增加，逐漸形成高齡化社會。另一方面，由於醫療科技的進步，許多疾病獲得控制但無法完全恢復原有功能，導致需要照護的失能及障礙人口日益增加，疾病型態由急性病轉為慢性病為主，對於醫療照顧之需求由「治療」轉為「治療與照護並重」（陳惠姿，2002）。而過去家庭為長期照護主要單位，在家庭結構核心化、婦女就業增加，都使得家庭照護功能減弱。如今我國與多數工業化國家一樣，面臨人口老化、疾病型態轉型、家庭結構變遷及照顧功能降低等社會發展的挑戰，老化、慢性病、功能障礙人數的

遽增，致使長期照護需求快速增加（吳玉琴，2000；呂寶靜，2001）。

而同樣問題在原住民部落尤其嚴重。2010 年底我國原住民人口數為 51 萬 2,701 人，約占總人口 2.2%（原住民委員會，2011a）。主要居住於 30 個山地鄉及 25 個平地鄉鎮，地處偏遠山區及東部平原、交通不便、社會及醫療資源有限。隨經濟發展及社會變遷，年輕人在原鄉部落難以發展，青壯人口大量外移謀生，傳統部落空洞化，家庭支持式微，殘疾、失能老人增加，原鄉老人比其他縣市尤其高，甚至某些部落老年人口高達 20%（石計生，2000；陳淑敏，2000）。由於山地醫療資源不足，原住民能掌握的社會資源稀少，重大傷病帶來經濟負擔加重，因貧而病或因病而貧，形成惡性循環，使原住民照護問題更

形嚴重（蕭仔伶等，2006；莫那·瓦旦，2006）。顯見原住民長期照護為我國社會發展上必須面對的重要課題，而這些困境都有待關切與積極改善。

貳、我國長期照護的發展

臺灣長期照護政策始於 1980 年制定「老人福利法」與「殘障福利法」（現已更名為身心障礙者權益保障法）；1987 年推展「居家護理服務」；1998 年核定「加強老人安養服務方案」，普設「居家服務支援中心」提供居家服務；同年核定「老人長期照護三年計畫」，內容包括普設護理之家、提供喘息或暫托服務(respite service)、開辦日間照護中心(Day Care Center)、試辦長期照護管理資源中心，推動單一窗口與個案管理制度來統籌長照資源。2001 至 2003 年由行政院社會福利推動委員會推動「建構長期照護體系先導計畫」，2002 年核定「照顧服務福利及產業發展方案」，建構照顧服務體系，提升服務品質，擴充服務對象，開發服務人力，由此長期照護進入照護產業化的發展時期（龍紀萱、林木筆，2006）。然而，長期照護服務產業成為結合社會發展及市場經濟中重要的一環。

2005 年內政部推動設置社區照顧關懷據點，增加社區服務資源以就近提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等活動；2007 年 4 月行政院核定「大溫暖社會福利套案旗艦計畫我國長期照顧十年計畫」（以下簡稱「長照

十年計畫」）（詹火生等，2009），以各縣市「長期照顧管理中心」為資源整合與服務傳遞主軸，長期照顧服務需求的綜合評估，並依據評估結果擬定適切的照顧計畫、核定服務內容，且視個案與家屬之意願，引進長期照顧服務，更進行後續服務提供之品質監控；服務經費補助是以老人與身心障礙者失能程度以及家庭經濟狀況兩項指標為計算基礎，依條件不同差異給付民眾部分負擔，經評估符合資格者，即可獲得居家、社區或機構式等多元且連續之服務。目前長期照顧主要服務失能對象，包含 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者以及僅 IADL (instrumental activities of daily living) 失能且獨居老人等四個類別，其中原住民身分者降低年齡即是考量較低平均餘命及社會弱勢的條件。而長照十年計畫之服務項目包括：照顧服務（含居家服務、日間照顧、家庭托顧）、居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善、喘息服務、老人營養餐飲服務、交通接送服務、與機構式照護等（內政部社會司，2011）。

參、原住民健康及醫療政策

一、原住民健康狀況及醫療使用

健康是基本人權，我國雖有健康照護政策，惟許多健康指標顯示，臺灣原住民的健康狀況和全體國民有明顯的落差。2008 年山地原住民平均餘命，男性為 62.67 歲，女性為 72.46 歲；平地原住民男性為

67.76 歲，女性為 76.14 歲；山地原住民相較全體國民，男性少 12.92 歲，女性少 9.48 歲；而平地原住民較全體國民男性少 7.83 歲，女性少 5.80 歲。原住民標準化死亡比為其他國民的二倍，健康狀況也與一般國人有差異，意外事故、肺結核、肝硬化、痛風等罹患率高（原住民委員會，2011b）。如回顧 1971-1993 年間資料，原住民男性與臺灣地區男性平均餘命相差 8.5 歲，原住民女性和臺灣地區女性平均餘命相差 8 歲，過去三十年來，原住民在平均餘命的差距未見縮短，表示原住民健康照護服務與需求出現巨大的鴻溝（劉淑娟，2006）。

探究其原因，原住民健康問題並不限於單純的醫療資源缺乏，相關研究指出工作環境、經濟環境、文化差異、飲食習慣、交通等均為影響之因素（陳淑敏，2000；吳聖良等，2001；莫那·瓦旦，2001）。在醫療使用情形方面，雖然政府訂定健保保費補助方案，對於原住民族第六類二目資格之 20 歲以下及 55 歲以上有全額補助，納保條件相對寬鬆，但使用率卻仍相對較低，以 2009 年西醫、中醫、牙醫門診率為例，全國為 88.1%、29.9%、41.9%，原住民只有 84.9%、22.2%、29.1%，顯示原住民實際醫療照護可近性與可利用性不甚理想（原住民委員會，2011b）。

二、政府有關原住民的醫療政策與措施

原住民的醫療政策施行，1947 年起政府於 30 個山地鄉陸續設立衛生所提供醫療服務，而前省衛生處設山地衛生股，負

責醫療衛生政策擬定與管理（葛應欽，1995）。1950 年開始山地醫護人員訓練措施，調訓現有山地衛生人員，舉辦山地醫師進修班，以因應山地醫療需求。1958 年起以公費培養山地醫師，分發到各山地、離島服務。1968 年通過「臺灣省山地籍醫護人員養成計畫」，2007 年通過原住民及離島地區醫事人員養成計畫（期程為 2007～2011 年），成為山地偏遠地區醫護人員的重要來源。另 1991 年衛生署「建立醫療網第二期計畫」，首次獨立規劃山地鄉醫療保健業務。1996 年行政院原住民族委員會成立，下設立衛生福利處，而 1998 年衛生署護理及健康照護處也成立了山地離島科，分別依部門職掌權限針對原住民的健康醫療及福利進行政策研擬與執行（蔡篤堅，2005）。

自 2000 年 4 月始，衛生署則推動部落社區健康營造，提出本土化、因地制宜與建立機制三大方向原則。主要透過在地資源運用，引進人才及創意，讓部落的人負責自己的一些健康問題。部落健康營造主要是經由基層衛生所、健康營造中心、鄉公所、衛生局等單位，努力的找回原住民真正的需求，建立共識與信心，共同來面對及解決其在健康、醫療方面等所遭遇的困境，目前共有 48 個部落社區健康營造中心及 12 個縣市衛生局轄區，已各自發展符合自己特色的模式持續運作中（原住民部落健康營造網，2011）。

另為了解決臺灣醫療資源分佈不均問題，1999 年衛生署及健保局推動整合式醫療服務(Integrated Delivery System, IDS)，

鼓勵山地離島鄰近醫療院所支援山地離島緊急及相關醫療服務，提供教學醫院轉診與專科醫療服務外，更增加了部落夜間門診及假日門診的服務，因而緩解大部分原住民就醫的地理障礙(Geographical Barrier) (詹長權、陳秀熙，2004)。

2005 年衛生署「全人健康照護計畫」於山地離島地區推動空中轉診、共用醫療資訊 HIS (Health Information System) 和醫療影像儲傳系統 PACS (Picture Archiving Communication System)，藉由 HIS 及 PACS 系統的運用，發揮山地鄉共同照護網功能，將當地衛生所、支援醫院及緊急醫療責任醫院(IDS)等三方，進行跨區域的資訊連結，以改善緊急醫療、基層醫療設備及遠距醫療的合作發展（臺灣國際醫療衛生人員訓練中心，2007；行政院衛生署，2011）。

原住民委員會於 1998 年開始推動「原住民老人暨兒童六年照顧實施計畫」，以「社區照顧」與「在地老化」為原則，結合民間團體與教會，提供原住民居家照顧及送餐服務，組織及提供原住民婦女居家服務訓練（行政院經建會，2002）。2006 年原民會考量部落地理環境、福利與醫療資源缺乏、照顧服務人力不足等之不利因素，推展原住民部落老人日間關懷站，於日間提供關懷訪視、電話問安、生活諮詢、照顧服務、轉介、餐飲服務、健康促進等活動，2009 年共設立 74 站。原住民委員會針對經濟弱勢原住民族第六類二目提供全額補助全民健康保險費，另為減輕偏遠原住民族地區原住民因病需轉診、就醫之

交通費負擔，執行按居住地距離最近醫療或專科院所路程遠近，有訂定不同之補助標準及每年補助次數措施（原住民委員會，2011c）。

肆、原住民長期照護之問題

雖然政府近年推出許多相關衛生醫療及社會福利政策與方案，但原住民部落長期照護服務仍有許多困難與問題必須面對，主要包括如下：

一、交通不便形成地理的障礙 (Geographical Barrier)

30 個山地鄉的原住民部落大多是處於偏遠山區，人員往返及物資的運送，交通費用及所需時間成本都相對較高，且山地氣候敏感易變，每遇颱風、豪雨、地震等自然災害，則面臨道路中斷、橋樑毀壞及土石流威脅，部落與外界交通聯繫中斷部落形同孤島，同時面臨斷水、斷電、斷糧及人員安全的威脅。使得病患照護、護送就醫及人員撤離、安置都顯得異常艱難。

另各縣市長期照護管理中心及社工專業人員上班地點皆設置於縣市中心或都會區，當原住民個案有臨時照護需要時，服務人員須從縣市照護指揮中心驅車前往部落，往返十分耗時耗費用（以原鄉平均 1.5 小時車程換算，原住民個案須自行負擔千元以上交通費用），且無法爭取照顧時效，服務效率易受影響（原住民委員會，2009）。

就醫交通接送服務缺乏，許多縣市的

原住民鄉鎮市因地方預算經費考量，對原住民鄉鎮皆採行大眾客運減少或停駛其班次量，而原鄉的村與村之間車程距離可達 1-2 小時，常因交通阻礙而就醫困難，原鄉不但沒有一般交通工具，更無老殘人士所用的康復巴士可運用，身障、年長者如須行動或就醫，只能仰賴家人或鄰居用機車搭載，甚至背負運送（行政院經建會，2011），這些因地理形勢、交通不便與經費考量等造成的障礙，始終持續存在。

二、醫療資源缺乏設備不足(Medical Resource Shortage)

偏遠地區長期處於醫療資源短缺的原因，包括政府政策的影響、保險給付的規劃、醫學教育的訓練、醫事專業人員個人的生涯規劃、城鄉環境差距過大、財務分配不均等，同時缺乏足夠誘因吸引醫院經營者進駐（譚秀芬等，2002）。

然而，原住民部落醫療資源更是相當有限，目前三十個山地鄉沒有一家醫院，原鄉的醫療服務主要仰賴當地衛生所及少數的診所，且政府對原住民專業服務介入人力亦嚴重不足（陳淑敏，2000）。山地鄉幅員廣且部落分散各處，醫療資源主要依賴政府補助設置，由於經費有限，硬體設備普遍不足或補助之設備與實際需求不符，有設備卻沒有相關人力（蔡篤堅，2005）。雖然雖近年來陸續建制 IDS、HIS 及 PACS 等系統，但仍舊受限運作條件、硬體設備功能不佳、專業人力不足與地理及天候等因素，常無法發揮預期功能，提供偏遠地區病患連續性的照護需求。

三、社會福利服務資源缺乏(Social Welfare Resource Shortage)

由於原住民部落社會福利機構資源較少，且許多福利服務採委辦方式進行，偏遠地區的長期照護服務由於服務量未達經濟規模，以致長照服務嚴重不足，照顧服務員人力普遍缺乏，多年來對偏遠地區民眾形成雙重剝奪（劉淑娟，2006）。有研究指出，非原住民族地區擁有較多的長期照護資源，平均每個人擁有 15.8 家服務單位；而原住民族地區平均每人僅有 1.98 家服務單位，顯示原住民族地區長照資源相當薄弱（李蔚貞，2008）。

依據調查，以長期照護服務資源來看，原住民鄉鎮地區的長照服務相關據點，只占整體長照資源市場的 9.8%，山地原住民鄉的長照資源更少，長照服務的據點率僅有 2.7%，即使資源據點存在，也並未代表實質服務輸送有到位，以長照為主的服務，有近半數以上的服務項目，未設置於山地原住民鄉，原住民鄉鎮市所接受的服務量占 5.7%，到了山地原住民鄉鎮，其服務量僅剩 1.3%，顯示，隨著地區愈偏遠其服務量亦隨之下降，在長照十年計畫明列推動的社區式服務中，山地原住民鄉鎮僅居家服務、餐飲服務與關懷據點有服務量，其餘服務（日間照顧、喘息服務、家庭托顧、居家復健）相對稀少（葉莉莉等，2009）。

四、醫事及照護人力不足或流動率太高(Human Resource Shortage)

原住民部落主要醫療人力來自公家調派基層醫療機構的醫護人員及 IDS（整合式醫療服務）支援的相關巡迴醫療服務人員，但同樣面對外來人力流動率高、收入偏低、生活環境不便，及進修管道不通暢，無法長期持續留任，而且人員培訓不易及在地化的問題。同時部落面臨缺乏不同科別的專科醫師、復健、社工等其他相關專業人才（宋文娟等，2005；蔡篤堅，2005）。

長期照護服務人力包括有專業、次專業及非專業人力。其中原住民又以非專業人力—居家照護服務員之人力居多。但如以 55 個原住民鄉鎮市來看，鄉內領有照顧服務員證照原住民人數低於 5 人的原住民族鄉鎮市，共有 23 個，顯示照顧服務人力嚴重不足（陳惠姿，2009；原住民委員會，2011c）。

依目前經培訓取得結業證明書之人數，及勞委會持續辦理照顧服務員之培訓，照顧服務員數量理論上尙足以支應需求，截至 2009 年 4 月底為止，統計領有照顧服務員丙級證照的原住民，共計有 791 人。問題在於已培訓人力未能充分投入勞動市場，致使照顧服務人力發生缺口現象，依勞委會研究分析，照顧服務員未能留任之主要為：勞動條件不佳、社會地位不高、勞力吃重等因素（行政院經建會，2011）。

五、家庭照顧者知識或技能不足 (Carer Knowledge Barrier)

面對傳統大家庭式微，取而代之的折衷家庭及小家庭，使原住民老人獨居與兩

老同住比率逐年上升，隨經濟發展及社會變遷，年輕人在原鄉部落難以發展，青壯人口大量外移城市謀生，儘管老人生病或失能了，老人也不會輕易離開原鄉搬到都會地區與子女同住，呈現出家庭支持大幅減少，部落缺乏照護失能老人的資源（花蓮縣政府，2002）。

據陳靜敏與蕭仔伶(2003)研究發現，原住民長期照護主要照顧者多為女性，平均年齡 46.8 歲，國小程度，由於照護上，除需體力外尙需照護技能訓練，所以呼籲應給予主要照顧者照護訓練方案，及加強慢性病防治及長期照護資源的宣導。而原住民族群不知道長期照護服務內容之比例較一般民眾高，研究指出以失能的中、老年人原住民僅有 36.5%符合社會福利身分，與一般民眾(66.7%)相較為少（李蔚貞，2008）。

六、經濟的障礙(Financial Barrier)

根據 2010 年原住民經濟狀況調查，有 38%原住民家庭屬於我國全體家庭最低的前 20%，而 2009 年 9 月失業率則高達 8.9%（原住民委員會，2011d），經濟條件影響服務的使用及費用的負擔。根據「原住民部落長期照護服務之需求評估」之研究發現（陳靜敏、蕭仔伶，2003）：原住民老人及失能者教育程度偏低，社會福利資訊缺乏，多數無工作，自覺經濟狀況僅夠生活。

由於目前長期照護僅得在醫療與護理方面由健保涵蓋，其他福利服務依評定經濟條件及身心功能狀態分級提供服務，且

採用自費及部分負擔方式進行，所以對於經濟弱勢的原住民地區，整體服務市場的規模以及個人服務的購買，也都增加了某種程度的障礙。許多研究指出，原住民或少數族群比較偏好社區照顧或居家服務，且期望由在地原住民自己照顧自己的原住民長輩（蕭仔伶等，2006）。惟目前因為符合補助接受照顧的原住民個案較少及無法自行負擔自付額，許多需要照顧的原住民，礙於屬於非中低收入戶之邊緣戶，又無力自行負擔部分自費，皆因自付費用額而放棄被照顧之機會，這也造成原鄉原住民的開案率過低（花蓮縣政府，2002）。

七、文化語言的障礙(Cultural Barrier)

原住民老人的照護較年輕世代及都會區有其特殊性，因為臺灣各原住民族都有其各自的語言文化，對於這些從小終其一生生活在部落中的老人，部落的文化及語言是其生活的重心，也是價值之所在。原住民老人多以母語溝通，而長期照護是互動密切的照護關係，彼此良好溝通與信任關係的建立是照護品質的關鍵，服務人員與個案若語言不通是亟需改善。目前各地執行長照業務者（尤其是社區型照顧業務），其人員於電話通訊聯絡或訪視時間安時大都不會母語，原住民老人只能簡單回答，導致無法深入了解個案當時所需，個案也無法感受到關懷（行政院經建會，2011）。

伍、討論與建議

長期照護服務係提供失能者適切之照護服務，並盡可能維護及促進其於社區中之自主生活能力，因此尊重失能者之個別性需求，且因應環境及文化差異提供多元彈性之長照服務。1991 年聯合國揭示將老人人權列為服務之重點，而老人的人權包括：老人健康促進、尊嚴、獨立、自我照顧、以及社會參與（黃松林等，2010），更在 1999 年提出活躍/成功老化(Active Ageing)的觀念(World Health Organization, 2002)，這些都是肯定且積極正向來看待老化的議題

另聯合國於 2008 年通過「聯合國原住民族權利宣言」，第 21 條即呼籲「各國應採取有效措施，並審酌採取特別措施確保原住民族之經濟及社會條件得以持續改善。應特別關注原住民老人、婦女、青年、兒童及身心障礙者之權利及特別需求」（United Nations, 2011）。另依據「原住民族基本法」第 24 條：「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全」（全國法規資料庫，2011）。面對改善原住民族其社會經濟條件，以及保障文化、權利的政策方向下，原住民長期照護服務的問題與困境要如何改善？本文由行政部門的組織與權責、醫療照護人力、家庭照顧者的支持及長期照護服務輸送體系四個面向進行以下討論與相關改善之建議。

一、行政部門的組織與權責

參酌國外原住民醫療行政部門，美國聯邦政府與印地安部落之間自 1970 年發布印地安政策宣言(President Nixon's Indian Policy Statement)之後成為政府對政府的狀態。印地安部落可以自主決定印地安事務局和印地安健康服務的運作方式。聯邦編制，除有負責一般事務的印地安事務局(Bureau of Indian Affairs, BIA)外，在衛生健康事務署(Department of Human Health Service, HHS)下另設印地安健康服務局(Indian Health Service, IHS)，負責原住民相關健康事務(HHS, 2011)。而澳洲則是設立「原住民及托列斯島民健康辦公室」專責負責原住民健康照護。同時設有原住民與托列斯島民健康諮議會，提供原住民衛生政策制訂的建言與方向，澳洲原住民事務部與衛生部和澳洲原住民組織密切合作，共同制定 2003~2013 年「全國原住民衛生保健計畫」(譚秀芬、曾泓富，2002；Australian Government Department of Health and Ageing, 2011)。加拿大同樣是全民健保制度，是由加拿大衛生部門(Health Canada)的醫療服務局負責原住民醫療照護的事務，而另設有 FNIHB 專責提供原住民公共衛生及健康促進的服務。第一國家及 Iunit 健康局(First Nations and Iunit Health Branch, FNIHB)設立的使命，主要藉由提供直接的健康服務與重整的聯邦角色，以改善原住民的健康狀態與 First Nations 及 Iunit 原住民建立更新的關係(莫那·瓦旦，2006；Health Canada, 2011)。

整體而言，我國長期照顧制度所涉及的部門及層面相當廣泛，包括社政、衛政、勞政、退輔會、原民會、農委會等不同的行政體系，各有其不同法源，目標人口群不同但有重疊，在方案規劃、執行理念與重點也不一致，各縣市成立「長期照顧管理中心」，即是在於將過去這些不同單位服務經由這個平臺進行資源整合(周月清，2006)。而今，我國衛生福利部正積極規劃成立，成立之後，衛生醫療、社會福利、國民健康保險、國民年金保險及長期照護保險等相關業務都將合併於部會內，未來勢將需透過法源、行政、預算、計畫、服務對象、福利供給等的整合，以及長期照護保險制度的規劃與施行，我國長期照護服務輸送體系將可普及化，更有效益的進行管理與提供完善的服務。當務之要為整合服務及擴充長照服務的品質與數量，以為長期照護保險實施做好準備。

另一方面，我國本於多元文化、保障人權及民族自決之理念，尊重原住民族自治意願，保障原住民族平等地位及自主發展之原則，行政院已擬具「原住民族自治法」草案(原住民委員會，2011e)，當中第二十六條「下列事項經自治區向各級政府協商同意後，為自治區之委辦事項或委託事項；各級政府應將相關權限委辦或委託予自治區政府辦理」，自治區原住民族之社會福利即為委辦事項之一。

所以基於原住民長期照護有其文化、地理、社會、經濟、人口等特殊性的特性，若未來能授權委由原住民自治區政府自行辦理，將可使長期照護服務更能達成適切

性、近便性及永續性，落實社區化照顧的精神。

二、原住民地區的醫療照護人力

對於原住民地區醫療照護人力的訓練，美國的政策是針對印地安及阿拉斯加原住民經由 IHS 訓練成半專業健康照護人員，並由部落與社區聘僱及監督，美國政府透過訓練半專業人員的方法使原住民的醫事人力更加的完備有效提升服務量（蔡篤堅，2005；IHS, 2011）。而澳洲認為提供全面的初級照護為改善原住民最重要方針，有足夠經費支持，有適當的醫事人力並且由原住民社區擁有最大的主控權。主要策略希望增加更多人從事健康的工作，並發展非原住民醫事人力提供原住民服務的需求，改善原住民及非原住民人力的培育及留任的效率，增加初級照護服務的人力，也培養護士到偏遠地區提供醫療照護。提供獎學金給偏遠地區學生，鼓勵原住民社區的高中生就讀醫學相關科系，藉以提昇該地區的醫療教育水準（譚秀芬、曾泓富，2002；DoHA, 2011）。加拿大的策略則著重在與加拿大原住民醫師、護士或專科醫師等協會組織共同合作，組織裡面的醫師約有半數服務於原住民社區。另外，也善用原住民的專業能力，制訂政策、監督評估、方案規劃及執行計畫都必須結合原住民專業人士的參與，賦予原住民權利也加諸原住民的責任（蔡篤堅，2005）。

我國「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」為山地偏遠地區醫護人員的重要來源，但因收入偏低生活環境不便及進修

管道不通暢，無法長期持續留任，缺乏專科醫師、復健、社工等專業人力（陳惠姿，2009）；而照顧服務員未能留任，主要為勞動條件不佳、服務成本高、社會地位不高、勞力吃重等因素。本文建議，專業人員部分，可經由改善勞動環境，增加留任誘因，服務提供單位提供補助津貼、參與訓練之公假及差旅費、以及持續辦理人力培育，未來除增加培訓在地非專業人力外，更應加強專業人員的培植，以增加原住民專業人才。而半專業之照顧服務員部分，除現行勞動條件須將各部落之特性併入考量外，應增加培訓課程之內容，加入原鄉地區的文化、語言等課程，改善勞動條件，交通津貼，增加受訓學員留任的意願，鼓勵受訓學員完訓後返鄉服務。

三、家庭照顧者的支持

家庭照顧一直是長期照護主要的資源，是各國不遺餘力維繫家庭提供照顧，綜合過去家庭照顧的支持政策包括財物支持、勞務支持、與就業支持等：

（一）財務支持包括：（1）稅賦優待—如美國照顧費可條列免稅(tax relief) (Doty, 1986)；日本提昇稅賦信用(tax credit) (Maeda and Shimizu, 1992；李世代，2009)。（2）長期照護津貼(Allowance)補助—可直接發給老人本人或其家庭照顧者；瑞典償付雇用放棄工作的照顧者(Tornstam, 1992)；德國照護保險讓民眾在現金與實物間自行選擇。（3）提供社會安全保障—如德國照顧算入年金點數(Schulte, 1998)；澳洲通過照顧者年金(Care Pension in Australia)

等。

(二)勞務支持系提供社區與居家照護以支持家庭照顧者(Davies, 1995)。

(三)支持照顧者繼續工作方案包含：彈性工時、帶薪或留職停薪照顧假、照顧者支持團體、協助照顧者購買支持服務等(Davies, 1995)；英國與德國在照顧者因照顧而無法工作時，給予社會安全補助(social security credit)(轉引自莫那·瓦旦，2006)。

面對原住民家庭照顧者，女性、低學歷、經濟狀況不佳，知識或技能不足的情形，服務單位應提供照顧者免費照護訓練方案，及加強慢性病防治及長期照護資源的宣導(陳靜敏、蕭仔伶，2003)。同時，本文建議，可透過財務支持的方式，在長期照護保險未施行前，先行試辦原住民家庭照顧者之津貼補助，另考量原住民照顧原住民長輩的特性，亦針對照顧自己親屬長輩同時可以領取照顧族人長輩之照顧費用；如此不僅可以提供經濟安全保障，並讓原住民長輩有機會繼續留在原鄉被照顧，且透過勞務支持及支持性團體等方案，支援照顧者其持續的照護工作。

四、長期照護服務輸送體系的改善

對於原住民長期照護服務體系、服務個案量少、經濟負擔重、提供服務單位缺乏、服務適切性、及時性等發展瓶頸(行政院經建會，2011)，且應積極考量原住民的特性以及期待留在原鄉的意願，本文建議可經由以下幾個途徑加以改善。

(一)降低長照服務費用部分負擔：長

照計畫之補助方式為一般戶使用長照服務費用需自行部分負擔 40%，民眾或因經濟因素無法負荷、或因付費使用習慣尚待建立，可適度降低一般戶部分負擔，以提昇原住民地區使用服務的意願與數量。

(二)適度放寬補助對象之標準：交通接送使用對象可放寬失能者等級，以及放寬聘僱本國籍監護工者不得申請照顧服務規定，以提高服務使用量，並提升服務提供單位參與提供服務之意願。

(三)適度修訂服務補助標準：修訂服務補助次數及頻率，居家物理治療與居家職能治療服務次數。補助偏遠地區照顧服務員交通費，降低失能老人出入障礙，補助服務提供單位交通車、司機等，以提高其參與服務之意願。

(四)提升服務提供者之辦理意願：原住民部落社會團體稀少，且開辦成本、適當場地與建物尋覓不易，及低服務使用率等因素，影響服務提供單位承辦意願。對於原住民地區可考量就政策鬆綁、服務提供主體多元化，開放更多不同屬性的團體加入服務提供，提升及發展居家服務資源。

(五)居家護理及居家/社區復健：面對原民部落缺乏復健人員，符合使用資格之個案較少，且部分負擔高，限縮服務使用率，可從給付調整著手，在衛生所或其他合適地點設置復健設備或器材，由職能治療師或物理治療師採巡迴門診方式，每週提供 2-3 次之定點服務。

(六)於原鄉設置專業長照管理師專業人力(或部落長期照護服務支援中心)及在地區原住民照護服務員，以增加原鄉長

期照護開案率及服務可近性：原住民社經地位不論是教育程度、收入、或職業較低於一般社會人口。「教育程度」造成族人取得社會福利障礙與對福利訊息不平等，以及自我與家屬照護能力；而「社會文化」屬性的不同，無法用母語與原住民老人溝通及照護服務的內涵對傳統文化之衝擊，也影響原住民對長期照護的選擇性與接受度，於原住民衛生所內或是於部落中設置專業照管專員，增加開案效率與及早提供各項服務或協助。另應運用當地原住民照護服務員，除增加照護可近性及原住民就業率，對民眾服務的提供，也較具即時性與可近性。

整體而言，長期照護目的就是針對不同失能（障礙）程度、獨特的需要，提供多元、就近且有尊嚴的支持照顧服務。自過去以來，原住民文化主要是集體的部落社群生活型態，大家都積極參與部落的各

項事務，分享各種資源及承擔整體的責任，基本上都相當熱愛自己部落，希望能持續的留在部落。因此，若能有效運用原住民委員會的資源、提升其功能、提供更充裕的經費支持，再藉由部落原住民的參與，從當地開發更多的照護資源，利用原住民彼此照護的特性，提供多元、就近及在地化的服務，是部落社區化長期照顧的重要原則。隨著即將成立的衛生福利部、推動中的長照服務法與長照保險制度，以及未來原住民自治區的形成，原住民長期照護工作仍有許多挑戰，需要許多政府部門間的協調與授權，以及政策與財政上的支持，以更具彈性的法令規範及充分的授權來面對原住民的特殊性，使部落能建立起自我照護機制與網絡以及發展出符合原住民文化之多元的照護服務模式。

（本文作者龍紀萱現為國立臺中護理專科學校老人服務事業管理科助理教授）

參考文獻

- 內政部社會司(2011)。老人福利與政策。2011/7/12 摘自 <http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>
- 石計生(2000)。原住民對長期照護的初探。行政院原住民委員會委託計畫。
- 全國法規資料庫(2011)。原住民族基本法。2011/8/19 摘自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=D0130003>。
- 行政院(2007)。我國長期照顧十年計畫。臺北：行政院。
- 行政院經建會(2002)。照顧服務產業發展方案。2011/7/12 摘自 <https://mis.cepd.gov.tw/Care/C1.Doc>
- 行政院經建會(2011)。長期照護保險規劃報告。社會福利。2011/7/12 摘自 <http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0012835>
- 行政院衛生署(2011)。遠距健康照護發展計畫。2011/8/19 摘自 <http://8850.tw/aboutus.aspx>
- 臺灣國際醫療衛生人員訓練中心(2007)。原住民及離島地區醫療政策之現況與展望。

- 20071023 衛生署長期照護處－山地離島簡報。2011/8/19 摘自
http://www.ptph.gov.tw/timtc/Download/Health%20Care%20Management%20健康照護管理課程講義/20071023_衛生署長期照護處－山地離島簡報-02.pdf
- 李世代(2009)。日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究。臺北：行政院經建會。
- 吳玉琴(2000)。「護理之家、長期照護機構及養護機構」三類機構減併及修法計畫。臺北：行政院。
- 吳聖良、呂孟穎、張鳳琴(2001)。原住民健康情形之研究，*公共衛生*，28 期，1-24。
- 呂寶靜(2001)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。臺北：五南。
- 宋文娟、洪麗真、李淑娟、劉東玉(2005)。整合性醫療照護之評估－新竹縣五峰鄉之實證研究，*醫務管理期刊*，6(2)，pp.201-214。
- 李蔚貞(2008)。原住民與非原住民失能者長期照護服務使用情形之比較。臺北：國立臺灣大學。
- 周月清(2006)。我國長期照顧服務輸送困境與建言，*長期照護雜誌*，10(2)，pp.111-118。
- 花蓮縣政府(2002)。91 年全國原住居家及送餐服務研討會，花蓮：縣政府。
- 原住民族委員會(2009)。長期照護保險制度與原住民族權益溝通座談會－民眾意見回復。臺北：行政院。
- 原住民族委員會(2011a)。原住民人口數統計資料。2011/7/12 摘自
<http://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?CID=940F9579765AC6A0>
- 原住民族委員會(2011b)。98 年原住民族人口及健康狀況統計年報。2011/7/12 摘自
<http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054CAE51A3B1A&DID=0C3331F0EBD318C2B601128FD956E853>
- 原住民族委員會(2011c)。行政院原住民族委員會 99 年度施政計畫。臺北：行政院。
- 原住民族委員會(2011d)。99 年原住民經濟狀況調查。2011/7/12 摘自
<http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=C5FBC20BD6C8A9B0&DID=0C3331F0EBD318C2808308C8D244806C>
- 原住民族委員會(2011e)。原住民族自治法草案總說明。2011/7/12 摘自
<http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=70BECE48437643C1&DID=3E651750B4006467990206B4833DC47D>
- 原住民部落健康營造網(2011)。2011/7/12 摘自 <http://www.ivhptw.com/>
- 莫那·瓦旦(2006)。建構原住民社區式長期照護服務模式研究。行政院衛生署委託研究計畫。
- 莫那·瓦旦(2001)。自主與多元的原住民健康服務芻議。**2001 原住民健康會議手冊**。臺北：財團法人臺灣原住民文教基金會。

- 陳淑敏(2000)。臺灣原住民長期照護問題，*社區發展季刊*，29 期，pp.113-125。
- 陳惠姿(2002)。長期照護實務。臺北：永大。
- 陳惠姿(2009)。長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估。臺北：行政院經建會。
- 陳靜敏、蕭仔伶(2003)。原住民部落長期照護服務之需求評估研究。臺北：行政院衛生署委託研究計畫。
- 黃松林、賴紅汝、王華娟(2010)。長期照護保險建制與社會照顧，*社區發展季刊*，130 期，pp.309-318。
- 葉莉莉、薄景華、翟文英(2009)。我國長期照護資源供給調查。臺北：行政院經建會委託研究計畫。
- 葛應欽(1995)。原住民族政策白皮書第八章衛生醫療。臺北：行政院原住民委員會。
- 詹長權、陳秀熙(2004)。全國山地離島地區整合式篩檢計畫。臺北：行政院衛生署 92 年度委託計畫。
- 詹火生、盧瑞芬、張菁芬(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委託研究。
- 劉淑娟(2006)。建構原住民部落社區式長期照護服務模式之研究－第二年成果報告。臺北：行政院衛生署委託研究計畫。
- 蔡篤堅(2005)。原住民健康照護政策白皮書——一個初步的探索。九十四年度行政院衛生署委託辦理成果報告書。2011/7/12 摘自
<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/%e5%8e%9f%e4%bd%8f%e6%b0%91%e5%81%a5%e5%ba%b7%e7%85%a7%e8%ad%b7%e6%94%bf%e7%ad%96%e7%99%bd%e7%9a%ae%e6%9b%b80112.pdf>
- 龍紀萱、林木筆(2006)。臺灣與美國長期照護政策和實務之比較。社區照顧學術研討會。屏東：美和技術學院。
- 蕭仔伶、劉淑娟、謝佳容、曾櫻枝、陳靜敏(2006)。原部落長期照護資源使用現況調查——以苗栗縣泰安鄉為例，*社區化長期照護季刊*，3 期，p.45-62。
- 謝美娥(1993)。老人長期照護的相關論題。臺北：桂冠。
- 譚秀芬、曾泓富(2002)。先進國家原住民衛生政策比較(DOH91-TD-1045)。臺北：行政院衛生署九十一年度科技研究發展計畫成果報告。
- 譚秀芬、曾泓富、蕭世槐(2002)。偏遠地區醫療照護模式探討——以阿里山醫療支援計畫為例，*醫務管理期刊*，3(4)，pp.118-131。
- Australian Government Department of Health and Ageing (2011). Aboriginal and Torres Strait Islander Health. 2011/8/19 Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Aboriginal+and+Torres+Stra>

it+Islander+Health-11p

Garner, J. D. (1995). Long term care. In NASW, Encyclopedia of Social Work (pp.1625-1634) 19th ed. Washington, DC: NASW.

Health Canada (2011). First Nations and Inuit Health Branch. 2011/8/19 Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-eng.php>

HHS. (2011). U.S. Department of Health & Human Services. 2011/8/19 Available from: <http://www.hhs.gov/>

IHS. (2011). Indian Health Service. 2011/8/19 Available from: <http://www.ihs.gov/>

Schulte, B. (1998). Social Long-Term Care Insurance Germany. From: Roland Eisen/Frank A. Sloan (Ed). Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions. pp 149-170.

United Nations (2011). United Nations declaration on the rights of Indigenous peoples. 2011/8/19 Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/en/drip.html>

World Health Organization (2002). Active ageing a policy framework. 2011/8/19 Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf