



長期照護與照顧(護)管理





李世代



壹、前言

任何涉及大眾之事項欲其落實或符合期待必先能作周延之闡述（description），讓多數人知其為何事何物，而能產具一定的社會價值，足以形成推進之動力；推動時，再須有適切合宜之界定（defining），包括基礎界定、共定理論界定、專業界定、操作界定、甚至是法令界定……等，如此推進之動力方充分足夠，然後才能言及落實運作（validating, operating），運作之餘，再能檢視調整修正。當所論列之事項大致單純者，如醫療院所之門診、小處置或小手術等基本之健康服務，或社會資源之單純發放等，即依一般直接或單純之操作方式或已能完事，毋庸過多之涉及，也不一定要有專人專職專事之管理。然而，當事項涉及大、多、廣、雜者，如須牽動相當程度之人、事、物及時、地，還有常有突發性或不易預測之狀況等，如醫療體系之大型處置或大型手術、出院準備、重大之常態運作事項等，其必涉及多端之健康照護狀況、以及跨越醫療科際與專業別，乃至與外域之人事物共同投入執行等照護服務，或社會資源供需分佈之掌握與檢討等，若無專

人專職專事處理之，通常較不易快速掌握處理不案，欲有效或完善掌握處理者，或可能須經規劃設計、模式操作、機制平臺、品質管控、以及檢討修正等程序，將相關或所涉之人、事、物、時、地等，抽絲剝繭、整理釐清，定下本末先後或輕重緩急者，來協助掌握處理或發落此大、多、廣、雜之事項。如此一來，大、多、廣、雜之事其中即另浮現處理此事專人專職專事之『管理者（manager）』角色，以及照顧（護）為主者謂之照顧（護）管理（care management）機制，或是以個案為主者謂之個案管理（case management）。『長期照護』涉獵龐雜，本即波及涵蓋多端之人、事、物、時、地，即完全符合此『照顧（護）管理』及『管理者』投注角色之新領域。

貳、從醫療到照顧（護）之發展演進

千百年來，有人的存在即有種種問題與需求（problems and needs/demands），此不外乎健康、生活及其他所可能遭遇面臨者。

問題與需求一出現，旋即產生須解決處理問題之『照顧 “care”』嘗試，以因應此問題與需求。

照顧本期待解決問題，但常不一定能如願，而因其隨時間發展演進，而漸感到『照顧 (care)』所能解決處理者有其瓶頸，且並不一定敷其所需，故只好在不一定完全處理解決之餘，求其次，即讓其須照顧之問題能恢復留儲 (recovered, restored)、亦求情況勿進展或勿惡化變壞 (arrested, not progressive or exacerbated)、或緩解 (ameliorated, relieved)、或改善 (improved)、或有所強化提昇 (promoted)，最後再不然，則僅能求『支持 (support)』及『保護 (protection)』罷了，照顧、支持及保護之時間通常可能拉得很長，可長達數月、數年或數十年，或甚至終生，此照護安排雖有短、中、長期，然必以長期性者居多，故肇啓了長期性照顧、支持及保護 (long-term care) 之思維與議題，亦開啓了緩和、安寧及終末 (瀕死) 期照顧 (palliative, hospice & terminal care) 等長期照護延伸性操作體系，而後方能落實『照顧、支持及保護 (照護)』之意涵，如此方足以因應需求或需要之滿足，此即『長期照護』之濫觴 (李世代，2010)。

進入了二十世紀，各種健康問題日益擴大化、複雜化及長久化，有的健康問題日漸淡化而代之以照護問題。從 1920s 年代開始有慢性病概念之浮現，1946 年世界衛生組織 (WHO) 成立，緊接著嘗試界定健康之身心靈安適 (wellbeing) 之本質與內含 (1948-1958)；1950s 開始出現慢性病處理體制與實務之啓動，美國建制了慢性病體系

(U.S. The Commission on Chronic Illness; 1956-1957)。1960s 從疾病本位啓動了一系列疾病所帶來之影響、衝擊或剝奪之闡述，亦開啓了解決健康問題之途徑非僅醫療一方一系可解，有太多的健康照護問題仍無法透過醫療之單一思維、單一切入、單一體系來有效處理解決，而須論及或納入周邊 (contextual) 與外展 (outreaching) 之內容事項與框架，故醫療體系之外尚須跨越社區 (群) 之公共衛生體系及長期照護 (長期性照顧、支持及保護) 體系以襄補其不足，方可讓健康照護之理想目標可以進一步落實。在此同時，七〇年代 WHO 的阿拉木圖宣言 (Declaration of Alma Ata) 揭示了健康權利與基層照護 (Health Right and Primary Care) (WHO, 1978)，還有八〇年代接續揭示的公平公正全民均健六大原則與社區健康指標 (Health for All by the Year 2000; Health Indicators in Community) (WHO, 1981)，即奠定了人類之照顧 (護) 問題至少須有醫療體系、社區 (群) 體系及長期照護體系，缺一不可。只是人類歷史文明的發展順序或趨勢必有先後，而醫療往往率先被感知或意識到而投入建置，再因感到不足而進一步必然納入社區 (群) 與長期照護體系之考量，最後再導向生命終端之臨終照護 (terminal care)。

爰此，WHO 於 1980 開啓了國際損傷不全、失能及殘廢 (障) 分類 (International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps, ICIDH)；二十世紀九〇年代開始發展出死亡合併失能 (mortality with disability) 之概念，對導致之肇因或前置死因

(antecedent or underlying cause) 先前必然合併帶有數年不等之失能，且能將健康問題對人類社會衝擊重要性排序列出，以作為健康照護決策與資源分配之參考。

1991 年，聯合國另頒訂「聯合國高齡者五原則」〔United Nations Principles for Older People；即自立 (independence)、參與 (participation)、照護 (care)、自我實現 (self-fulfillment) 及尊嚴 (dignity)〕，成為 21 世紀推動長期照護的理念基礎 (UN, 1991)〕。WHO 旋將 1999 年宣佈為「國際老人年 (International Year of Old People, IYOP)」；該年十月一日即定為「國際老人日 (International Day of Old People, IDOP)」，以為進入 21 新世紀之暖身。

在 ICIDH 新制復面臨不少功能與角色本質、定位、角色、參與，以及周邊因素條件問題對健康照護影響，難以有效釐清，須進一步調整，故自 1980 年頒訂 ICIDH 起，即著手進行修正改訂，終於 1999 年定稿。故在進入 21 世紀之前夕，為因應高齡化之挑戰，除宣示 ICIDH 改良版 (ICIDH-2) 之模型，經討論後於 1999 年底將 ICIDH-2 確立下來，並改為 ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health)，即得出與 ICD 平行之 ICF 新制之健康照護新模型及架構，且著手大舉推動 ICF 攸關之長期照護相關建置與操作。ICF 之健康照護架構框架乃於新世紀之 2001 年正式批准，於 2002 年公佈施行，2006 年從事全球性之推廣策略與施作，持續發展健康照護事務與建置。

從歷史發展經驗來看，照顧(護)發展常先有醫療之概念，再及於照護之概念，但

是無論是醫療或照護，其必無法偏離生活活動及參與之內容，故醫療須融入生活之成份，照護更須以生活及參與之內容為主，再融入大致固定化之基本醫療 (basic medical care) 之部份。然而，簡單的醫療照護可能不需要論及管理即可能操作完妥，但是當其涉及多端，內容龐雜化，自須有本末先後或輕重緩急之操作模式、機制、流程、平臺與角色，來幫助掌握處理或發落此大、多、廣、雜之事項，否則難保完妥操作，照顧(護)管理於焉產生。

參、照顧(護)管理之緣起

個案管理 (case management) 早源自於英、美於上個世紀七〇年代早期所發展的具體概念，七〇年代中期即出現「社區照顧方案」。當時人群服務部門為因應去機構化、失業率攀升及貧窮問題擴大等所帶來當事之案主需求多元化、服務片段化、缺乏協調和低服務效率等問題，而產生此新型的社會工作模式，並普遍用於心理衛生、長期照護(顧)、兒童照顧、愛滋病 (HIV/AIDS) 照顧等領域。個案管理被視為是提供社會工作服務之一種取向，一種連結與協調各種不同服務活動體系之運作方式，也是一種有系統解決問題的過程。歐美雖遠自上個世紀七〇年代即廣泛使用「個案管理」的理念於社會服務與健康醫療照護體系中，但是，健康照護與社會服務的個案管理仍率皆零星而不完整。七〇年代歐美國民健康照護與社會服務已從機構性的照護轉向社區照顧，因此「個案管理」模式應運而生，衛政與社政的結合，

共同協助弱勢 (frail, underserved) 族群，獲取相關的資源，如部份老人、身心障礙者、重大傷病者（如愛滋病患、慢性病患）等。在其時，「個案管理」被定義為「以個案為中心，擴大與連結現有服務的方法...」（高迪理，1990, 1992）。1988 年英國 Griffiths 報告書及 1990 年代的社區照顧白皮書導引 (*Caring for People—Policy Guidance*) 正式採用「個案管理」一詞，強調需求評量及套裝式照顧服務 (packages of care)。任何對個別案主服務的管理、協調及探討策略，這些策略為案主及服務提供者帶來照顧的持續性 (continuity) 與責任性 (accountability)，從此「個案管理」成為英國官方通用的名詞 (Department of Health, 1990；Dant T & Gearing B, 1990；引自 Ballew JR & Mink G, 1996 及黃源協，2006)。

爾後，陸續多人就其發表論述，包括有「個案管理就是代表特定的一群人協調一組特定的服務，可以列出其組成的方式歷程來定義個案管理。比較廣為人接受的是，這些過程包括篩選或發掘個案、廣泛且多方面的評估；照顧規劃、執行計畫、監測和重新評估...」（Kane, 1988）；「個案管理是一種將適當的服務給適當個案的過程」；「個案管理即是照護管理...」（Challis, 1990）.....等。英國自 1990 年頒佈「國民健康與社區照護法案」，由社政單位主導，結合社政、衛政、民間社區機構的資源，提供個案照護管理，全面評估案主照護、社會、心理各方面的需求與提供服務 (Payne, 1995)；英國衛生部出版的管理者手冊及實務工作者手冊，將照護管理定為依個人需求而訂作的套裝服務之

過程 (DoH, 1991)。美國護理學會將其界定為「...一個健康照護輸送過程，其目的在提供有品質的健康照護，減少片段的照護，促進個案生活品質並且控制花費」（American Nurses Association, 1991）；Hudson (1993) 提出個案管理著重的並非僅是個人，尚包括組織和專業及其間的關係，似以隱喻含照顧（護）管理。美國個案管理協會 (Case Management Society of America, CMSA) 又於 1998 年在健康照護上將個案管理界定為「係為醫療照護小組整合及合作之過程，該過程包括評估、計畫、執行、合作、監控及評價服務是否符合個案個別性健康需求。在過程中必須透過溝通與適當之資源運用，以促進品質提升及成本效益。」(CMSA, 1998)。

Kongstvedt (1993) 提出「個案管理是一種管理的方法，用在給那些較嚴重或花費較高的個案提供健康照護服務上。目標是能協調照護以求同時促進持續性及照護品質又能降低花費」；Davies (1994) 強調在有限的資源下分便與配合個人獨特的需要，以提供不同服務的一種整合過程。美國個案管理協會 (CMSA) 正式將個案管理界定為一種共同的過程，係評估、計畫、執行、協調、監測和評值不同的選擇與服務，透過溝通和可利用的資源，以迎合個人的健康需求並促進有品質且具成本效益的成果 (CMSA, 1994)。適用個案管理案主之條件有弱勢民眾、具複雜或多重問題、身心障礙、失能、或相當之情形，非單一之單線體系得以解決所有問題。照護服務對象通常具有日常生活功能缺損不全，需由他人協助者；個案所遭遇的問題複雜，需要多種照顧服務人員的協助才有可能

解決；個案在有效地獲得資源或使用資源方面有特殊困難之處理〔(Dant T & Gearing B, 1990; Ballew JR & Mink G, 1996; Lee *et al.*, 1998; Waszynski *et al.*, 2000; 引自吳淑瓊等, 2003; 戴玉慈等, 2004)〕；進入機構式照顧的高危險群、有高度負荷壓力的家庭照顧者、以及罹病後出院者仍需要短期密集式支持等，亦適於成為照護管理的標的人口群等特質 (Ballew JR & Mink G, 1996; 王增勇等, 2005)。

照顧(護)管理方面，Mullahy (1995) 將其定義為「在過程中評估、計畫、實施、協調、監督與評價各種選擇與服務是否符合個人的健康需求，並運用溝通與有限資源以促進品質以符合成本效益」；Payne (1995) 將個案管理進一步闡述「...要管理的是一系列的照護，而非僅是個案而已...」；Phillips (1996) 的「...若使用個案而非照護，關注的焦點將會是案主的弱勢而非其優勢.....」。美國護理學會 (ANA) 進一步將個案管理界定為「個案管理係為一包括評估、計畫、服務、協調及監控之健康照護系統，以符合個案多重之照護需求」。

英國衛生部早於 1990 年的政策指南中提出照顧(護)管理的六項功能：(1) 確保資源能夠被有效運用；(2) 使人們能在社區中生活，以恢復或維持其自立；(3) 將因身心障礙或疾病產生的影響降至最低；(4) 以尊重的態度對待服務使用者，並提供同等的機會；(5) 鼓勵個人作選擇和自決，並增進其既有的能力與照護資源；(6) 促進使用者、照顧者及服務提供者和代表他們的組織之間的合作 (DoH, 1989-1990; DoH/SSI, 1991)。

照顧(護)管理與英國的社區照護政策具有幾項共同的任務，即抑制成本、有效的運用資源、克服服務的分散化、零散化，強調使用者的感受／個人的選擇和自決 (黃源協, 2000)。就長期照護需求者之層面來看是服務的整合，故重視照顧(護)計畫訂定和執行，至於在服務體系主要職責則是資源的分配和控制。國內則一直以來之長期照護操作傾向從醫療護理延伸，具體明示之照護計畫 (care plan) 可能仍不多見。

一般而言，個案管理乃針對有複雜問題需求的個案，提供一套系統性的服務，以案主需求為導向，連結其所需的服務體系與資源，並強調案主的自主與選擇權，以及照顧者及服務提供者間之伙伴關係，進而促進服務的品質、效率與責信，即採行照顧(護)管理而非個案管理，乃是因為其所從事的工作並非僅限於社區中確保個別的案件、案主或個人的照顧，而是包括由各種資源所提供之一系列活動和服務的供給，它是一整套的服務，並非僅是社會工作者對個別案主經常性的訪視而已，而是要加以管理介入者，透過此一過程，更有效率地促進資源的使用及滿足需求導向的服務，並提供使用者較大的選擇權；簡而言之，照顧(護)管理人員要管理的是一系列的「照護」而非僅是「個案」而已 (Orme & Glastonbury, 1993; Payne, 1995; 引自黃源協, 2006)。

依照英國衛生部出版「照顧管理和評量：實務工作者準則」(1997)，管理的施行應包括七項核心項目：(1) 公佈訊息 (publishing information)；(2) 決定評估的 (需求) 層次 (determining the level of as-

assessment)；(3)需求評估(assessing need)；(4)照顧(護)規劃(care planning)；(5)執行照顧(護)計畫(implementing the care plan)；(6)監督(monitaring)；(7)檢討或複核(reviewing) (DoH, 1989-1990；DoH/SSI, 1991)。

在操作個案管理時須對評量後的案主需求提出一套全面性的計畫 (comprehensive plan)，透過服務提供達到個案主賦權 (empowering) 的功能，以圖改善個案主對支持和服務的使用，並發展社會網絡和服務的能力，來增進案主的健康福祉。照顧(護)管理／個案管理需密集且長時間的介入及服務廣度的擴展，包括個案篩選、評量、目標界定、資源確認和擬定介入計畫、介入計畫的執行、監管、再評量、結案與追蹤等一系列的工作，而組織對照顧管理需要多層次組織回應，連結實務、廣泛的資源及機構層次的活動，強調整合性關係 (Doh, 1989-1990；Dant T & Gearing B, 1990；Challis, et al., 1995；Payne, 1995；Ballew & Mink, 1996；Lewis & Glennerster, 1996；Summers, 2001；引自黃源協，2006)。

目前，照顧(護)／個案管理可適用之範圍包括有老人及身心障礙照護及服務、家庭暴力防治、兒童青少年福利、兒童暨少年心理偏差行為矯治、新移民服務、遊民處置、更生追蹤...；與健康照護攸關者包括結核病防治 (DOTS)、愛滋病、多重或重大傷病、早期療育、慢性精神病況療護、性侵害犯罪防治、藥物濫用防治、出院準備服務、以及長期照護 (尤其心智疾病、心智遲緩、心智精神行為之相關病況等之住民) 等，無一非

涉獵廣泛之人事物及時地。照顧(護)／個案管理者的角色包括有倡導、隱私與私密保護、個案篩選、照護協調評估、出院準備計畫規劃、照護層級改變的監測及推動、追蹤照護執行、服務利用管理、善用協商技巧與人際溝通、臨床疾病狀況管理、批判性思考與問題解決，乃至具競爭力專業、了解法令、品質與標準等議題素養專業、衝突解決之處理專家與顧問、個案管理分析保險給付、個案管理分析相關成本效益及潛力.....等，其專業性及獨特性不惶多讓 (DoH, 1997；Frankel AJ & Gelman SR, 1998；黃源協，2000)

隨者思潮發展演進，照顧(護)／個案管理從七〇年代起以個案管理為先，九〇年代漸轉向照護管理為主，進入 21 新世紀兩者已互有重疊、通用、併用或混用，應均無不可。進入新 21 世紀前夕，照顧(護)／個案管理之理論、實務與應用已大致成熟完備且有效運作，惟因為長期照護仍處於滾進之勢，故照顧(護)／個案管理使用於長期照護之經驗尚不足 (DoH, 1997；Frankel AJ & Gelman SR, 1998；黃源協，2000；厚生勞働省，2000)。

肆、「長期照護為何涉及龐雜？」「長期照護到底是什麼？」

長久以來，醫療既難以涵蓋所有的健康照護問題與事項，人類面對健康照護問題自須另行發展醫療以外之照護概念與作法。因此，在巨觀或總體方面，「長期照護」乃為探討人類生命、生活、生計等主題之廣泛性領域事體或學門，為公共政策制度延伸之範

疇。長期照護除了與人類健康生活攸關之外，另與政治、經濟、社會、傳統、文化習性、時代特殊情境需求息息相關，密不可分.....；本質上乃是一種人群長期性之健康、生活、安全服務等相關之事務事項，其訴求廣及攸關之生存、生活與生計問題之解決，著重健康功能之維持或發揮而超越疾病、疾患或病況之罹患，另含括前衛性之生活、活動、參與等健康功能照護等積極化基本人權往健康權及照護權延伸意涵，還有照護公平化、個別化、人性化、團隊化、可近性、負擔得起、以及品質管控考量之必然性，從而產生獨特的制度、體系、網絡、平臺、以及學門、專業、政策、策略機制及相關研究之議題；當然亦可發展出服務性之產（商）品、產（實）業，以及個人之職業或事（專、志）業等生涯規劃.....等。長期照護可視為『人類歷史文明發展至一定之上乘階段自須大力投注解決之終近程階段的重點』。針對由此而設計打造出的理念價值、工作模式、體系框架與運轉施行，乃屬自助、他助、共助、公助等組合式之先進社會人文保障思維之落實。

在微觀或個案照護實務操作面來看，「長期照護」在乃指在一段長時間內，於照護場域場點（care setting；如居家、社區或機構體系）中針對身心功能不良或受限制（損傷不全、失能或殘障）者，而須依賴他人之幫助以行常態生活及社會參與者，提供一套包含長期性生活、居住、參與、醫療、保健、護理、個人與社會支持介助之照護服務，其目的在維持或增進身心功能，使其遂行自我照顧及獨立自主之生活活動能力，減少其依賴程度，減輕自己、家人、他人或社會之負擔，

並增進其尊嚴。「長期照護」內容需求面通常須至少包含個人之所有生活參與涉獵層面，至少可達三百餘項以上之列述〔圖 1（a）（b）〕，其必然龐大廣雜，難以妥善完整闡述，亦不易快速有條不紊處理，故世界各地處理面向分類方式不一，而分類分級簡化量化之似為全世界一致之趨勢。而分類分級基礎普遍以含個人人身照顧、生活活動照顧、家務照顧、心智行為照顧、基本醫療保健照顧、以及其他.....等數個大面向（domain）分別探討須介入支持協助服務之需求點等。個人人身照顧即人之基本生活照顧，以排泄照顧、進食照顧、個人清潔及其他人身相關之功能照顧介助為主；生活活動照顧即包括人身基本照顧外之個人化、家庭化、社區（群）...等之生活需求及社會參與照顧服務介助等部份；心智行為照顧即包括認知、情緒及行為等面向之強化、因應、介助、支持及保護等，包括廣泛性與外界環境相關之人、事、物的互動及調適參與之介助等，以融入周邊之社會生活體系.....；基本醫療保健照顧即包括一般固定化常見習見之基本醫療保健內容項目（一般醫療、輸液、透析、造口、插管、氧氣供應、人工呼吸器、氣切管留置、疼痛照顧、管線處置、生命徵監測（血壓、心跳、氧氣飽和度等）、壓瘡等基本醫療處置介助；此均屬大眾化及普及化之廣泛照護需求內容。尚有部份其他特殊化之個別化照顧、支持、介助及保護等事項種類之設計與安排，此須列屬特記事項，如個人特殊化，或是較高層次、精英化（advanced）生活活動參與內容之設計安排等。高層次生活即在一定之心智功能基礎上，訴求生活活

動參與之高階化或精緻化等，包括在身心良好活動力（mobility）、關節活動度（range of motion, ROM）、肌力（strength）、耐力（endurance）、靈活度（flexibility）及平衡穩定性（balance & stability）等體能活動（physical activity）、運動（exercise）及心理社會活化（psychosocial activation）之基礎上，打理、擺置、裝點、美化或經營維持生活環境等，能將自我照顧及獨立自主生活內涵往上提昇至較為完整透徹之境界；在提昇生活功能之餘，可再往上拉高一層，即加上五大感官刺激者，如娛樂休閒（recreation & leisure）、旅遊（traveling）、強力或激烈活動或運動（vigorous physical activity or exercise）等來往上拉高生活境界；若再往上拉抬，即追求生活內涵、優雅及品味等之提昇，通常可從宗教、娛樂、休閒、旅遊、藝文生活及現代化之生活活動內容追尋，乃至配合其健康、功能、身份、地位、偏好、情趣及特定目的等優遊自在之全方位功能之整體性展現（full performance），即屬最高層次身心功能，此如游刃有餘、優遊自在、甚至隨心所欲進行之各種庭藝、舞藝、步伐、慢跑、騎乘單車、狩獵、釣魚、露營、划船、衝浪、滑雪、甚至探險等，結合體能、心力與腦部接受挑戰鍛鍊、激發豪情與效能講求（innovation, compassion, effectiveness），可云為提至極至層次之態勢展現，足讓生活可更為充實圓滿。高階或高層次之生活活動在全世界各個不同之地域及時空本有不一之內容與訴求，端賴其個別發展認定；此在國內或難謂為生活文化或習尚，但在歐美之西方社會卻習以為常，或視為當然之事（Guralnik,

1987, 1992；WHO／ICF, 1999-2006；李世代，2010）。

再往基本面探求，「長期照護」潛在之服務需求面向通常隱含有生活及獨立自主性、口牙保健、膳食營養、活動介助、社會適應、認知及情緒等影響，以及防範意外（如防跌）、固定化之基本醫療內容。所有照護內容須連結資源之可用性，以確認追蹤其滿足與否；故長期照護所涉者乃以生活及參與面之照顧服務需求為核心主軸，另再可能搭配以此照護需求出發之護理、保健、醫療、復健（物理治療、職能治療、呼吸治療、言語治療、輔具服務...等）、社工、心理、膳食營養、藥事及管理 etc. 等輔助性、配合性之系列，還有既存醫事專業提供之支持或維護等，因此而另再須關鍵且主導性之照護管理介入以有效串聯此龐雜之人事務時地項目。在照護服務之型式類型上，可分為過夜性套裝服務性質之**機構式**（護理之家、安養護中心.....等）、**居家式**（機構外展之在宅服務、居家照護、居家護理、居家復健.....等）、**社區式**〔送餐服務、日間照護、喘息（暫歇）照護服務；respite care）、託顧〔（如家庭託顧等）等支持性服務等〕；以及較特殊化照護設計安排之特殊性質長期照護服務，包括失智（認知）症照護（dementia care；尤其是心理行為極端異常之 BPSD）、呼吸器照護（ventilator／respirator care）、緩和或臨終或安寧照護（palliative, terminal or hospice care）、植物人照護（vegetation life care.....）等照護方式或型態等。

長久以來，國內所有字典上尚無此一新辭彙，社會價值未建立；國內所有闡述長期

照護之專書，均仍過於突顯醫療護理之比重，難脫醫療護理之延伸思維，甚至完全不諳長期照護且未能融入長期照護，未具實務經驗卻屢屢跨界而完全以慢性病照顧(護)或慢性病護理來操作，也從不覺得有所不妥者，此價值觀當然不完備，然而此不完備之價值觀可能透過政策策略之制定、推動，乃至業務執行、輔導評價而更深植不當之闡述界定者。而值得一提者為**機構(facility)**式之照護在東西各地早存在千年以上，其乃將居住(accommodation)及接受他人之照顧(護)服務之負擔與自我替代性納入整體性之照護需求評估與因應之照顧(護)計畫之配套(care package)中。世界各地長期照護機構之名稱縱或不一，然其照顧(護)配套之施行內容尚不致有大出入；而非機構式之照護雖可單獨存在，卻常由機構式進一步發展外推，或逕由急性照護或醫療體系以醫療護理外展導向而得，其在各地名稱、屬性及內容殊異，而隨著時代之發展演進，其所佔比重亦將日漸擴增，終而必然超越機構式之照護而為長期照護之主流(Guralnik, 1987, 1992；日本厚生勞動省，1994, 2006；WHO／ICF, 1999-2006；李世代，2010；OECD, 2008, 2011)；只是機構曰大者而自然納有社區、居家之特點或成份，而機構愈小者而回歸居家或社區之環境氛圍。機構式照護與非機構式照護界限或藩籬將漸形模糊化、備位化。然而，機構式照護既為人類最早之照護設施場域(care setting/site)，亦可能為最終或儲備之照護設施；當前仍為臨時託付、喘息服務、路倒收容、居家或社區照護平臺，有其獨特之必然性、迫切性及排他性，故人類歷史上曾出現之

去機構化迷失或繆思(deinstitutionalization myth)終歸止於灰飛煙滅，完全無助於長期照護之發展演進。

長期照護既為新的社會理念價值，多數人想必不嫻熟、不甚解、當然不會操作，勉強介入操作者，只能以曾經歷過之醫療護理作為主要概念著手。因此，欲落實長期照護之理想，只有從掌握長期照護須了解其本質、動向及操作著手，即需建立或建置此新價值、新事物、新的跨專業『照顧(護)管理』、新專業證照、新體制等。不只產、官、學、研之核心人士須能了解掌握長期照護，也必須有社會多數人能體會之，否則難以推動之，國內過去一、二十年之推動無甚進境可為殷鑑。

此可突顯透過小學啓蒙教育、大眾化社會教育、一般通識教育、以及半專業乃至專業教育的重要性。國內之長期照護教育推行頗多，惟教育成效依然不彰，主要關鍵在於課程雖有之，然師資與教材仍難以掌控，似尚未有種子教師之培訓，亦未編具核心教材，結果造成其他以醫事為主醫療護理體系挾龐大體系之既成優勢而凌駕侵蝕長期照護之理念、本質、界定、操作與推動，也突顯核心教材與種子教師之重要性。以醫事為主醫療護理體系之長期照護教育，只能產具醫療護理下游延伸性質具有照護內容之照護督導員，其仍偏向醫療護理之主體，與長期照護仍有所差距，也當然無從正當正確培訓產生長期照護關鍵性之照護管理師或個案管理師〔亦或是照護管理(專)員、照管專員、照管經理、或照護督導等〕。如此一來，想必造成醫療與照護價值觀錯置、驚噩或突兀者，久之可能積非成是。

伍、照顧（護）管理之建置、操作與推動

牽動甚廣之『長期照護』應屬一滾進發展中之新概念、新價值、新建置、新體制、新框架，亟須操作推動以落實之，其從二十世紀中葉開始發展起至 21 世紀已大致底定。從先進國家（OECD）之發展經驗及世界衛生組織（WHO）於 1999 年宣示為「國際老人年」所揭櫫之努力目標來看，任何人均有可能是潛在之「長期照護」對象。在 1999 年，推估全人口中，每一個人一輩子平均需分攤 5~7 年之長期照護時段，2004 年 WHO 再度推估人類長期照護之潛在需求則可拉長到 7~9 年之久，2008 年再進一步推估人類長期照護之潛在需求有可能再拉長到 8~10 年以上。而長期照護所涉龐雜，其欲落實運作，有效推動只有從基本做起。故長期照護之推動基礎與發展須植基於哲學理念之層次，勾勒出其欲臻之理想或境界，再思考所可能涉及人、事、物之有效運作成工作模式（working model），再建置永固施行之體制及機制體系（scheme, system/mechanism），最後方才談得上個案照護之施行（care delivery）。「長期照護」之推動除了具備主觀條件因素之外，尚須有客觀之環境條件，如人力、物力、財力及體系資源之配合。長期照護所涉之物力、財力不少，更主要者為置身其中之人、團隊及跨專業運作。將「長期照護」情況發生在人身時，即生照護相對之主客觀角色，一些相關之人、事、物，是為從專業性較低、勞心勞力性較高之主要照護者（carer/caregiver）或執行施予（delivery）者、周邊之照護協助

者（care helper）、背後之照護決策者（care decision maker）、或偏醫事專業之照護提供者（care provider），以及連結果不同領域屬之人事物之照護管理員（care manager）；接受照護者則為照護接受者（receiver, recipient）或被服務者（be served, caretaker）。若主要照護者及背後之照護決策者為同一人，周邊之照護協助者又不甚突顯，則稱家庭照護者（family carer/caregiver），其即易生耗竭之情況而衍生諸多之社會問題。醫療團隊與照護團隊不能混為一談，長期照護往往被一般所認為之偏醫療或醫事專業之照護提供者綁在一起，而模糊了它應有的屬性及定位，照護提供者專長本於醫療體系，非於長期照護體系，故須進一步或重新師習因應此一新價值、新觀念、新團隊及新作法，甚至是新專業。如此方能避免國內一直揮之不去的長期照護醫療化或長期照護護理化。欲滿足此「長期照護」需求，在人力、物力、財力等資源積極投注之外，也須其中必要相關人、事、物串聯與運作之有形無形之機制與平臺框架，此運作能成其事或竟其功者即形成一種「長期照護模式」，當此模式深固化，便趨往體制化之呈現，即須建構「長期照護體制」。

在全世界舉足輕重之國際組織經濟合作發展組織（Organization of Economic Cooperation & Development, OECD）自 1964 年成立以來，雖以經濟合作發展為目標宗旨運作，但進入 21 新世紀之後，攸關經濟合作發展之長期照護終獲重視，亦於新世紀早將長期照護列為優先發展推動之常態要項。OECD 於 2008 年甚至將長期照護操作型定義簡化為「長期照護乃是一個人伴隨身體或認知功能

能力的程度減低而需要一系列的服務，因此較長的時間協助基本日常生活活動(ADLs)依賴，例如洗澡、穿衣、吃飯、讓上下床或輪椅、走動和使用浴廁等。這種個人照護的組成部分往往是提供結合介助，如協助傷口換藥、疼痛處理、藥物、健康監測、預防復健或緩和照顧的基本醫療保健服務。在處理ADLs及基本醫療保健服務之餘，有餘力時再往生活活動有關工具性日常生活活動(IADLs)之介助，如幫助做家務、準備食物、購物和交通輸送等」。實際在操作時自以滿足基本日常生活活動(ADLs)為優先，再及於一定之固定化之基本醫療項目，再有餘力才及於工具性日常生活活動(IADLs)。其次，長期照護機構乃為融合長期照護與居住整體式配套之場域場點，其主要論及一經特殊設計之機構型態或似醫療院所般，但乃以中重度功能侷限(functional restriction)之失能者提供長期性之照顧、支持及保護(即長期照護)服務之照顧配套為主(OECD, 2006, 2008)。國內不少情況將有限資源優先分配安排在擴大之醫療需求或是工具性日常生活活動(IADLs)等之上，明顯即歸因於長期照護之新價值未建立，仍將長期照護當成醫療之附屬品所致，而無從正確操作長期照護。

因此，『長期照護』本應為全民之重要政策規劃課題，二十世紀以來各國莫不將『長期照護』之規劃推動列為國家之大政方針，如瑞典最早因應此問題，荷蘭則從醫療體系分立啟動出第一個『長期照護』相關之體制，德國繼之於1994年建構首創之『長期照護保險體制』。與臺灣密切糾葛之近鄰日本早自上世紀之八〇年代起即為長期照護之推動而

陸續推出「黃金計畫」、「新黃金計畫」及「新世紀超級黃金計畫」，更早即推估出日本人口中任何人一生中須分攤6.5年之『長期照護需求時段』，其中男性可平均需分攤到5.7年，女性可平均須分攤到7.1年之「長期照護」服務需求，其隨高齡化之程度而緩增中。日本即以此為其施政規劃與責成貫徹之標竿，而循序漸進規劃推動其『介護保險』之國家體制，其中之介護支援專門員即擁有國家證照之照顧(護)管理師，執行掌控個案之篩檢、評估、照護計畫擬定、及後續追蹤(日本厚生勞動省，1995, 2002)。

進入21世紀而後，先進國家之長期照護理念、界定及操作已日漸發展成型而己能制度化運作，是以照顧(護)／個案管理應用於長期照護亦具體化、常態化，無論是建置之理論基礎、架構、面向、量化、計量、操作、判讀、資訊化、乃至遠距化、雲端化……等，已發展出標準作業流程(standard operating procedure, SOP)，將基本或核心之需求評估視為套裝服務(needs assessment package)的啟動裝置(trigger)，並將需求評估分為數個層次：(1)決定服務使用資格之服務資格評估(assessment for eligibility for services)；(2)除決定服務使用資格外之針對個案單純需求之評估(simple needs assessment)；(3)以需求評估為基礎擬定照顧(護)計畫(care planning)，並嘗試協助個案連結服務；(4)多元需求評估追蹤(comprehensive needs assessment follow-up)，不僅針對個案多元複雜需求評估擬定完整照顧計畫之餘，亦需要針對服務提供的執行情況進行檢討或複核，依據檢討或複核結果修正照顧計畫或

結案。關鍵之基本或核心套裝需求評估方面，許多實施照顧（護）管理制度的國家已建立結構式及標準化核心項組之評估工具（corset toolkit）並定期修正至完善，其中包括透過評估結果解讀因應，將個案的服務需求依過去所累積之經驗或模組（module）轉化為參考性照護計畫，足供照顧（護）／個案管理者作最佳之選擇、更動或追蹤之基礎（厚生勞動省、日本國立保健院，1995, 1998, 2002, 2005, 2009；European Health Management Association, 2004）。

反觀國內，在長期照護實務上，急性照護領域本即高度醫療護理導向，較多稱為「個案管理」，近幾年在長期照護領域中人士則日漸傾向採用「照顧（護）管理」一詞，因其業務重點在於照顧服務的協調與管理，且因建構長期照護體系先導計畫採用「照護管理」，並聘僱「（個案）照顧（護）經理—Case Manager」，加上各縣市目前皆已成立擬作為操作平臺之「長期照顧（護）管理中心」（戴玉慈等，2004；黃源協，2006；李世代，2009）。至於社政體系方面，除了長期照護領域採用「照顧（護）管理」外，在兒童保護、家庭暴力防治、早期療育、身心障礙者就業及中輟生服務等措施領域仍多採用「個案管理」，依各服務對象之問題需求各自發展出不同的個案管理服務系統。

陸、從長期照護之操作到照顧（護）管理

人類歷史文明的發展順序或趨勢必有先後，而醫療往往率先被感知或意識到而投入

建置，再因感到不足而進一步必然納入社區（群）與長期照護體系之考量，最後再由長期照護導向生命終端之臨終照護（terminal care）。但是，國內顯然非如此，其在長期照護體系尚未發展成型成熟之際，即以醫療逕行跨越至臨終緩和照護及外展居家緩和照護，使得醫療愈形往長期照護及社區照護體系擴張涵蓋，致使醫療超級龐大壟斷，而社區照護及長期照護體系發展愈形狹隘化、邊緣化、附屬化，除了資源分佈不均、不當之外，臨終照護少醫療化之建置益形困窘，亦不利於國內完整健康照護新體制之建置與運作。

世界上所有推動長期照護有成之代表性國家地區（主要為 OECD 之成員國），均花費極大心力在建立長期照護的新價值及新體制，故衛政、社政、勞政、教育、經濟、財政、文化、傳播及媒體等涵蓋廣域性範疇自應扮演角色，本難置身其外。扮演角色當然須清楚闡述、界定「長期照護」，且能讓人順利導向實務之操作。再者，長期照護之根本在於供需之掌握，而長期照護供需掌握之根本在於個案評估之操作、所需耗資源之推估、因應照顧（護）計畫之擬訂、照顧（護）計畫之執行追蹤等，此均隱含貫穿其中之『照顧（護）管理』，當『照顧（護）管理』聚焦於個案，即與「個案管理」重疊。然而，無論是『照顧（護）管理』或「個案管理」之根本仍須回歸長期照護闡述、界定及操作之基本面。

長期照護既涉獵大、多、廣、雜之事項，其中須涉及巨觀或總體面（macroscopic）者，須由公部門主導建置解決，涉及微觀或個體面（microscopic）者，則須由以稱職合宜之照

護管理者 (care manager) 串聯長期照護相關之人、事、物，以及時地，利用長期照護專業操作技巧及評估工具，在巨觀或總體設計建置完妥之框架、機制、平臺、流程下，落實其照護評估、擬定執行相關計畫、模式（組）、活動設計、團隊組成運作等照顧實務之操作，照護管理者亟須扮演照護管理 (care management) 之角色，此乃長期照護中之關鍵而重要性之角色，毋可須臾離。

因此，『長期照護』與『照顧(護)管理』各依其自有其文化發展之脈絡，在萌出、發展、成型、成熟方面，『照顧(護)管理』似稍早些，『長期照護』略晚些，惟兩者彼此共軛，愈來愈為重要。『長期照護』與『照顧(護)管理』兩者看似屬各有統屬，惟本質、屬性與實務細推起來，卻密不可分，即『照顧(護)管理』必然適用於『長期照護』；而『長期照護』非有『照顧(護)管理』不可。

長期照護統合實務操作之原則做法，乃先將其適度歸類向再分級化，如此一來，分類分級量化之評量意義與價值便浮現，美國基本資料庫 (Minimum Data Set, MDS; Resident Assessment Instrument, inter-RAI)等，其中長期照護內容包括基本人口變項、每日生活活動事務 (ADLs、IADLs)、住房生活狀況 (室內擺置及動線、高低差、房間數、室內階梯、照明、冷暖氣、鄰近生活物質供應)、排泄、進食、口牙、吞嚥、膳食、營養、走動、自潔 (含入浴)、家務 (洗掃等)、購物、理財、認知、情緒、社會支持適應 (社會參與、是否獨居、特定生活介助依賴.....等)、獨立自主生活 (含吃藥、

自我處置、搭車...等)，以及各種生活功能強化訓練、特異行為 (徘徊遊走、不潔行為等)、基本醫療處置 [含小注射、造口、供氧、人工呼吸器、插管或氣切管留置、疼痛照護、管灌餵食、生理監測 (血壓、心跳、氧氣飽和度等)、壓瘡等]等，可達三百餘項之多，其必然複雜 (邱亨嘉等，2002；藍忠孚等，2002)。

美國 MDS 自從 1987 年綜合預算協調法案 (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA) 授權密西根大學 Fries 等研發以來，已歷多次修法研發改版，其內容乃將長期照護之各種可能之狀況儘可能擬出問項，鉅細靡遺，故達三百餘項之多，可分成 19 面向逕於線上操作，目前已具 17 種長期照護各式各樣分別適用之版本，並組成 InterRAI 之國際組織、框架及平臺加以管制授權使用。日本於九〇年代之初推動介護原欲師法美國之 MDS 而由專家學者赴美師習，後因其複雜度及專家依賴度過高而於 1996 年起決定自行研發。日本醫療福祉大學之醫療資訊學者高橋泰即為其中之要角，當時回到日本決定自行研發之際，將美國 MDS 調整推出長期照護分類分級彙總之需求指數 (Care Requirement Index, CRI) 之模型架構 (高橋泰，1999~2003)，即以飲食、排泄、活動、精神及醫療需求狀況等，每向度之分類分級功能活動程度及相對應之照護需求可化約為五等級，分類分級量測需求以平均直接照護時間為指標，再與最少照護需求者之比值彙總，可以反映整體照護需求負擔程度之長期照護需求指數 (CRI) (李世代等，2002, 2004)。日本政府再以此基礎接續研發多版之介護

（即長期照護）認定調查票，從而奠定至今七級之介護需求，也底定日本長期照護大國之基礎……等，近次之版本乃含直接生活介助（包含排泄、食事、保潔及移動等介護）、間接生活介助（包含洗衣服、掃除等家事援助等介護、問題行為（包含徘徊遊走、不潔行為的處理）、機能訓練相關行為（包含走動訓練、日常生活訓練等機能訓練）、以及醫療相關行為（包含一般醫療、輸液的處置、壓瘡的處置等醫療介護等等五個向度，82 個問項。由此再進一步微調整成身體機能、起居動作(ADLs + IADLs)、生活機能(ADLs)、認知機能、精神・行動障礙、社会生活適應、以及其他過去 14 日間所經歷之特別醫療等六個向度，總共有 74 個問項（厚生勞動省、日本國立保健院，1995, 1998, 2002, 2005, 2009）。後續者如德國、荷蘭及韓國之國家級長期照護評估版本均與此攸關。

由於長期照護雖涉龐雜，欲有效操作，除分類分級量化設計之外，宜選用其關鍵有限之核心項組（corset toolkit），一般不致超過百項〔圖 1（a）（b）〕，否則繁雜度過大，不利於操作應用。核心項組須經一段時間之研究、擬定、驗證其可行性及適用性，再可供進行廣泛化、社區化、公共衛生或群組化、流程啓動切入化之基礎操作，再進一步複核修正之（筒井孝子等，1995, 2009）。關鍵之核心項組，即限縮其問項，只納入關鍵內容，其代表性、周延性或完整性必然侷限，只有再透過照顧（護）管理之機制來完成輔助複核修正之動作，以完全掌握長期照護之問題與需求，還有進一步因應之照顧（護）計畫雛型（筒井孝子等，1995, 2009）。若非如此，對龐雜之長期照護問題之掌握恐無從掌握處理，一如國內今日推動長期照護所面臨評估粗糙之困境。

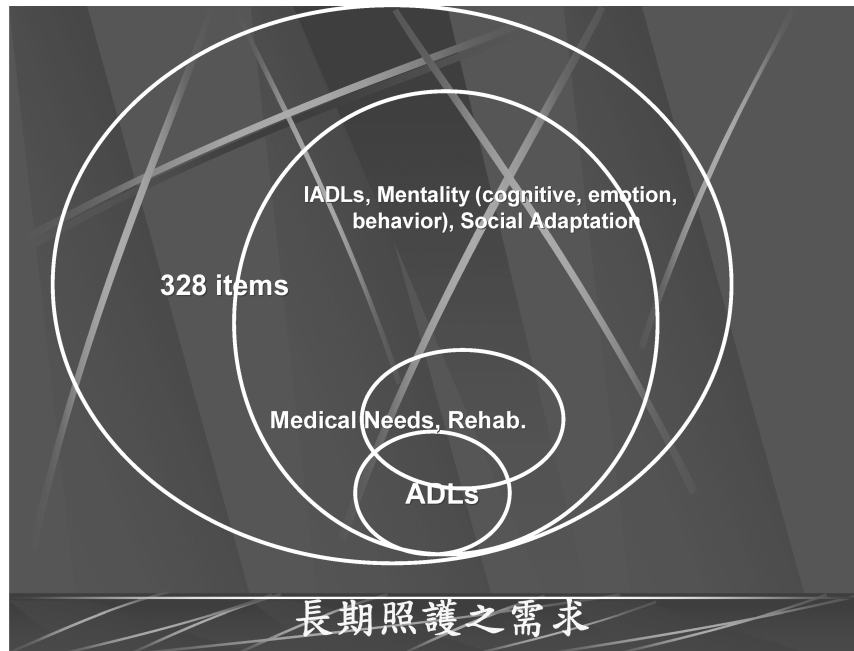


圖 1(a) 長期照護需求所涉及者至少 294~328 項

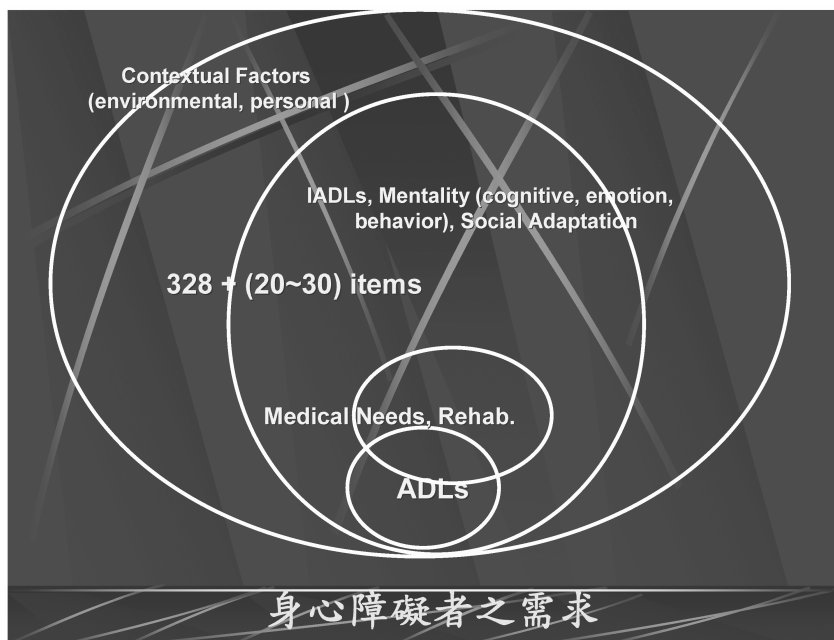


圖 1(b) 身心障礙者所涉及之照護需求接近 360 項

依全世界長期照護之發展經驗，「醫療」與「照護」體制之發展本有先後，較先發展者必有體系資源先佔、滿佈、支配、甚至壟斷之優勢，若未審慎處理，長期照護之發展即從醫療端順勢延伸，完全成為慢性醫療或長期護理，並更重大之非醫療生活及參與問題將更邊緣化、點綴化、陪襯化。而如醫療護理化之操作延伸，已非屬長期照護者；其只應於發展過程，「醫療」與「照護」體制並行或平行前之過渡階段，不應長期存在或延續。真正發展『長期照護』即須依前述之本質、屬性與實務操作，其中『照顧(護)管理／個案管理』完全不可或缺，恐無法以醫療理之延伸思維操作，『長期照護』與『照顧(護)管理／個案管理』兩者關聯性密切，否則彼此均難以貫徹。

綜上所述，人類對照顧(護)發展之闡述與操作隨著文明及文化之發展而與日俱

進，其照顧(護)發展常啟動醫療之概念與建置，當醫療有其侷限後再及於照護之概念與建置，其間自有時間差及醫療或照護兩者體系之優劣勢；但是無論是醫療或照護，其必無法偏離生活活動及參與之內容與實質，故醫療照顧亦須融入生活活動及參與之成份，或長期照護更須以生活活動及參與之內容為主，再搭配部份極為固定化之基本醫療照顧(basic medical care)之部份，以輔(協)助生活活動及參與。若止於長期照護其中簡單的醫療保健照顧，恐不須論及管理即可能操作完妥，但是當其涉及多端，內容龐雜化，自須具備有掌握人事物及時地、抽絲剝繭、整理釐清，以定下本末先後或輕重緩急之模式、機制、流程、平臺與角色，來幫助掌握處理或發落此大、多、廣、雜之事項，否則難保操作完妥。

如此一來，長期照護所涉之大、多、廣、

雜內容及本質，似非有照護管理之專人、專業、專事及專門機制等不可。照護管理者亟須扮演照護管理之角色，且須有制度性之證照與保障，此乃長期照護中所不可或缺之關鍵重要性角色，毋可須臾離，只是在國內此議或仍陌生，雖歷經一、二十年恐猶未普及化。

柒、臺灣區域性之長期照護管理平臺—照護管理中心

『長期照護』之『照顧（護）管理』，在微觀或個體設計方面，須有照顧（護）管理機制及照顧（護）管理者；其應有高位階之專業證照設計，非以醫療護理思維定其行止。在巨觀或總體設計方面，須建置完妥之框架、機制、平臺、流程下、落實其照護評估、擬定執行相關計畫、模式（組）、活動設計、團隊組成運作等照顧實務之操作。國內之長期照顧（護）管理制度及體系或未明朗，但卻從 1998 年開始已有『照顧（護）管理』平臺之代表。然而，依然在發展，其定位、職掌、保障、運作上有不少問題，其為（一）各縣市長期照顧（護）管理中心之成立尚無法真正滿足各地之長期照護（顧）需求；（二）長期照顧（護）管理中心無法定或明確之法源依據，定位不明，在執行服務時角色不清之困擾叢生；（三）從中央到地方在長期照顧（護）相關業務之設計、執行與推動大部份仍未有肯定之體制面思維與定位，以及由此而生相關人、事、物動線與流程之串聯設計，亟須將其定位作一釐清，方足以發展；（四）各縣市長期照顧（護）管

理中心提供之服務理念有的仍止於服務施行面之個案管理模式，有的則是採照顧（護）管理之模式，每縣市依業務體系之既定想法作法各自作業，另亦只能靜待中央之指示與資源投注，不易見到其未來之應有或理想之走向？（五）每縣市首長對長期照顧（護）之了解度與支持度各有不同，且不一定如長期照顧（護）發展有成之先進國家將其定位為轄區地方自治之重要事務，因應地方之所需而主動優先發展、營造與推動；（六）長期照顧（護）管理中心之工作人員常必須配合地方當局的既有業務體系框架，成為地方當局之外圍人力，對於中心的重點任務或有所偏重！（七）目前國內之既有專業或半專業職系尚無完整照顧（護）管理師之定位與養成或培訓制度，又因人員流動大，致普遍存在未接受相關之訓練或養成即上線執行業務，其工作保障與服務之品質自難期待，業務執行與個案權益之落實；（八）由於長期照顧（護）管理中心之業務量龐大瑣碎且其隨時之變動亦不易預測，加上組織之定位與保障亦不定，更形增加工作人員之工作壓力，而造成人員居高不下之流動率，對長期照顧（護）之發展、傳承與累積不易形成動力。

捌、『長期照顧（護）管理』之展望

長期照護從二十世紀六〇年代開始蘊釀形塑，從特殊醫療護理之概念慢慢發展成醫療護理延伸之概念，至九〇年代起已成為與醫療護理並行或平行之概念，21 世紀伊始，長期照護與醫療更是各自成系，且與社

區(群)照護體系形成人類文明安全(security)社會之三大體系。故云,長期照護可視為『人類歷史文明發展至一定之上乘階段自須大力投注解決之終近程階段的重點』。針對由此而設計打造出的理念價值、工作模式、制度體系與施行運轉,乃屬自助、他助、共助、公助等組合式之先進社會保障體制與框架(厚生勞動省,2000)。長期照護之闡述、界定且能順利操作者,須先有公認之社會基本價值,即由經典性或辭典性律定基礎界定型者;其次,須有人經學術學理研究而創造新的社會基本價值,即共定理論或學術認定型,或是建立其專業之專書論定/專業認定型;再者,須從實用或臨床導向中操作發展創造出新事務的實用價值,即實務認定型;最後,透過法令之制定頒佈而快速讓新事務獲致社會集體共識者,即法定型(由法令來新定相對權利義務之事項)(厚生勞動省,2000,2003,2006,2009;OECD,2008,2011)。

長期照護所涉及之廣大之人、事、物,以及時地,其須涉獵社會新價值思維、照顧實務、照護計畫、照護模式(組)、照護團隊、評估工具、照護專業內容與教育培訓、照護專業師資與教材、照護活動設計、品質管控、特殊資格化或證照化、通路網絡、供需產業、營運啟動、疑問諮商與爭議處理、

經營管理人及定位等,資源分配更須涉及國家資源分配、照護風險推估、給付基礎、以及相關的法令制度規範框架……等,其中照顧(護)管理機制必居重大關鍵(日本厚生勞動省,2012;李世代,2010;OECD,2008,2011)。

國內長期照護之發展推動多年而來難以推進者,背後隱藏之成因者眾,其中當以長期照護新價值及新體制一直無法有效建置居首,其次在實務操作面須建立『照顧(護)管理』機制及專業、專事及專職。長期照護所涉之大、多、廣、雜內容及本質,似非有照護管理之專人、專業、專事及專門機制等不可。照顧(護)管理者亟須扮演照顧(護)管理之角色,且須有制度性之證照與保障,此乃長期照護中所不可或缺之關鍵重要性角色,端賴照顧(護)管理之專人、專業、專事及專門機制來襄助建立或推廣推動落實長期照護。

(本文作者為國立臺北護理健康大學長期照護研究所教授、臺大北護醫院 社區及家庭醫學部(師一級)主治醫師、國立成功大學醫學院老年學研究所(兼)教授)

關鍵詞:長期照護;照顧(護)管理;個案管理;照顧(護)管理中心

參考文獻

- 日本厚生勞動省社會保險庁介護保險 (access on Dec, 2012) -<http://www.o-ga-ta.or.jp/2000/cgi-bin/kaigohokien2009/index.html>
- 李世代(2009)。長期照護管理中心定位與未來發展研究(A Study on Potentially Hierarchy Status and Promising Trend of Long-Term Care Administration Center)行政院衛生署 2008 年度委託科

- 技研究計畫(DOH97-TD-M-113-97018)。
- 李世代(2010)。長期照護的發展與推動。臺灣醫界雜誌 2010；53(1)：44-50。
- 李世代(2012)。長期照護的運作與發展；各國長期照護發展與特色。長期照護新知與發展研討會。天主教輔仁大學跨領域長期照護碩士學位學程。新北市：輔仁大學醫學院；Nov 18, 2012。
- 李世代等(編譯)(2002)。高齡者照護計劃(TAI)——分類分級評量(高橋泰原著；1997；臺灣改寫版)。臺北：臺灣長期照護專業協會。
- 李世代等(編譯)(2004)。高齡者照護計劃(TAI)——在宅編(高橋泰原著；1999；臺灣改寫版)。臺北：臺灣長期照護專業協會。
- 邱亨嘉等(編譯)(2002)。機構評估工具使用手冊(InterRAI-NH, by Fries et al)。臺北：國家衛生研究院。
- 高迪理(1990)。個案管理：一個新興的專業社會工作概念。社區發展季刊，49，頁 43-54。
- 高迪理(1992)。個案管理與實務應用。社會工作案例匯編，頁 12-21。
- 筒井孝子(1995)。科学としてのケアシリ-ズ--「適切な介護」を行うために役立つ地図それが個別介護計画です。
- 筒井孝子(1995)。科学としてのケアシリ-ズ--経験に基づく方法・手順だけでは ケアは体系化できない，ふれあいケア 1(1)，p42-48。
- 筒井孝子(2009)。地域包括ケアシステムの未来--社会的介護から地域による介護へ(特集 高齢者の住まいとケアの展望)。日本国立保健院。
- 黃源協(2000)。社區照顧－臺灣與英國經驗的檢視(Community Care Reviewing Experiences of Taiwan and Britain)；Chap 12-14。臺北：揚智。
- 黃源協(2006)。長期照顧品質管理體系之建構。社區化長期照護季刊，第三期，頁 19-44。
- 聯合國(UN)：「聯合國高齡者原則(United Nations Principles for Older People)」。Geneva：WHO；1991。
- 藍忠孚等(編譯)(2002)。居家照護評估工具使用手冊(InterRAI-HC, by Fries et al)。臺北：國家衛生研究院。
- AHCPR／AHRQ：Section VI: Regulations; in Nursing Administration Manual for Long-Term Care Facilities. Health Education Network, Inc. VI 1-57. 1994~.
- Ballew JR & Mink G. (1996). Case Management in Social Work - Developing the Professional Skills Needed for Work with Multi-problem Clients. Springfield: Charles C Thomas.
- Dant T & Gearing B(1990). Keyworkers for Elderly People in the Community, Journal of Social Policy, 19(3), pp.331-360.
- DoH (1989). Caring for People - Community Care in the Next Decade and Beyond. London: HMSO.

- DoH (1990). Community Care in the Next Decade and Beyond: Policy and Guidance, London: HMSO.
- DoH (1997). Care Management and Evaluation. Practitioner's Guide (照顧管理和評量:實務工作者準則).
- DoH/SSI (1991b). Care Management and Assessment, Practitioners' Guide, London: HMSO.
- DoH/SSI (Social Service Inspectorate) (1991a). Care Management and Assessment, Managers' Guide, London: HMSO.
- European Health Management Association (2004). Resource Handbook for Integrated Services (歐盟整合服務資源手冊)
- Frankel AJ & Gelman SR (1998). Case Management - An Introduction to Concepts and Skills, Chicago: Lyceum.
- Griffiths R (1988). Community Care - Agenda for Action, London: HMSO.
- Guralnik JM (1987). Capturing the full range of functioning in older populations. In Proceedings of the 1987 Conference on Records and Statistics: Data for an Aging Population in National Center for Health Statistics, DHHS Pub. No. (PHS) 88-1214 Hyattsville, MD, 1987 : 236-240.
- Guralnik JM, Lacroix AZ (1992). Assessing physical function in older populations. In Wallace RB & Woolson RF, eds.: The Epidemiologic Study of the Elderly. Oxford University Press.
- Hudson B (1993). The Busy Person's Guide to Care Management, London: Social Service Monographs.
- Hughes B (1995). Old People and Community Care, Buckingham: Open University Press.
- InterRAI: <http://www.interrai.org/section/view>. (access on Dec, 2012)
- OECD (2008). OECD 2000 年~2050 年高齡化相關費用占 GDP 中增加比例之推估。OECD:2008。
- OECD (2008). PART 4 - LONG-TERM CARE RESOURCES AND UTILISATION. OECD, 2008.
- OECD (2008).OECD HEALTH DATA 2008. June 08, 2008.
- OECD (2011). Germany Long-term Care 18 May 2011, Highlights from Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing, 2011
- OECD : Economics Department working papers. No.477. Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers? ; 2006.
- Orme J & Glastonbury B (1993). Care Management, London: BASW.
- Payne M(1995). Social Work and Community Care, London: Macmillan.
- Phillips, J. (1996). Reviewing the Literature on Care Management. In Phillips, J., & Penhale, B. (eds). Reviewing Care Management for Older People, pp.11-13, London: Jessica Kingsley.

- U.N.: Action Strategy for Population Aging 2002. adapt from <http://www.cepd.gov.tw/people/population.htm>
- U.S. DHHS. (1987, 1990, 1993).OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) ; Washington D.C., HCFA/CMS.
- U.S. The Commission on Chronic Illness ; 1956-1957
- WHO. Declaration of Alma Ata by WHO (1978). Health for All by the year 2000 and Health Indicators in Community by WHO (1981). Am J Public Health 94 (11): 1864-1874.
- WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF)(ICF-CY). Geneva: WHO; 1999/2001/2002/2007.