

偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務 據點之發展



吳肖琪、蔡閻閻、葉馨婷

壹、我國長照體系的建構與發展

一、長照管理機制-長照資源配置與運用的守門員 (gate keeper)

長期照護管理中心之發展歷經十餘年，目前是政府推動社區長期照護服務之重要樞紐，然其發展遠較已開發國家晚。衛生署自 1998 年的「老人長期照護三年計畫」起開始推動各縣市成立「長期照護管理示範中心」，試辦長期照護單一窗口制度，擔任轄區資源整合與轉介的工作；於 1999 年成立社會福利推動小組長期照護專案小組，研提「建構臺灣長期照護體系十年計畫」，並共同召開長期照護跨部署會議，研商長期照護資源整合相關議題，共同推動長期照護業務；於 2000 年成立跨部會長期照護專案小組，推動「建構長期照護體系三年計畫」，並成立「長期照護諮詢委員會」；至 2001 年的「醫療網第四期計畫 - 新世紀健康照護計畫」持續將長期照護管理中心之發展列為重點目標，定位為以長照資源管理為主公權力行使，並逐步歸建隸屬縣府，至 2003 年底為止，全國 25

縣市的管理中心據點均已建置完成。由於其「示範」之意涵隨各縣市都已設立而淡化，自 2004 年起改稱為「長期照護管理中心」；而自 2005 年至今的「全人健康照護計畫」仍持續執行及強化長期照護管理中心之角色與功能（衛生署，2005）。

二、照顧服務福利及產業發展方案-長照服務提供普及化 (universalized) 里程碑

經建會 2002 年提出「照顧服務福利及產業發展方案」，目的為建置普及式與多元化之長照服務提供體系，全面開發照顧服務就業人力，透過使用者付費機制，鼓勵非營利團體及民間企業共同投入照顧服務產業，以提高長期照顧服務之規模經濟，提升福利資源的運用效率。「產業」需與「福利」並重的理由，在於未來老年人口急速增加，失能者將大幅成長；政府財政能力有限，無法長期以「福利」方式提供足夠的照顧服務，需引進民間資源。「照顧服務產業」係以提供照顧服務為目的的產業，使用者付費購買照

顧服務，由服務組織僱用足夠人力提供收費的照顧服務，並作具成本效益的營運，以獲取合理的利潤，即可稱之為產業化，惟考量照顧服務偏向賣方市場，故應由政府研訂法規以規範服務品質，以保障受照顧者權益（NLI, 1998），是以照顧服務的產業化不等於營利化。由於照顧服務業仍在起步階段，有賴政府在「基礎設施」或「制度面之建立」提供協助，待照顧服務產業發展後，可提供更多元化且有效率之服務，有能力者自行付費購買服務，至於經濟弱勢者則由政府則持續提供補助。

經建會於 2002-2004 年該方案第一階段的重點工作為：

(一) 各縣市層級設立「照顧管理中心」，以執行資源統籌與個案照顧管理工作

考量與原有之「長期照護管理示範中心」的重疊問題，故大多數縣市由「長期照護管理示範中心」兼辦「照顧管理中心」的業務，各縣市有不同的掛牌情形，由於「照顧管理中心」缺乏經費及人力，多數縣市仍由衛生署主管之「長期照護管理示範中心」兼辦照顧管理業務。

(二) 輔導設置輔具服務及評估中心

於 6 縣市設置「輔具資源中心」、設置 11 個「醫療復健輔具服務評估資源中心」。

(三) 提供老年及障礙者之生活及照護服務

服務項目包括社區照顧、機構照顧、與居家服務；服務對象期由中低收入失能擴及一般失能者；服務經營者是由非營利團體及

民間企業共同投入照顧服務產業。服務提供者以本國人力取代外籍看護工，鼓勵農民、原住民、中高齡及婦女共同投入。在此計畫中，補助非中低收入失能者使用居家服務以誘發需求，同時宣導居家服務使用觀念。2002 年 5 月函頒「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」，鼓勵國人使用本國居家服務，個案經過照管評估，輕度全額補助 8 小時，另 9-13 小時補助一半；中重度全額補助 16 小時，另 17-36 小時補助一半；惟計畫初期絕大多數個案僅使用免費時數，付費購買比例仍低。另也補助日間照顧之交通費，以及輔導 174 鄉鎮，約 6 千位農家成員接受營養保健、在地老化。

(四) 人力培訓

內政部與衛生署會銜公告「照顧服務員訓練實施計畫」，整合統一當時病房看護員與照顧服務員分歧的訓練內容、標準及結業證明。勞委會公告照顧服務員職類丙級技術士技能檢定規範，辦理全國技術士技能檢定。由於照顧服務員之工作非屬典型之雇用就業型態，故要求研議強化照顧服務員之工作保障，除維護其應有之權益外，亦可降低工作流動性。

經建會於 2005-2007 年該方案第二階段的發展願景與策略為（行政院經濟建設委員會，2004；行政院經濟建設委員會，2005）：

(一) 促進照顧服務「福利」和「產業」平衡發展

充實與調整相關法令、措施與規範，促進福利及產業平衡發展。

(二) 建構完善的照顧服務體系

2005 年為實際解決衛政體系「長期照護管理示範中心」及社政體系「照顧管理中心」共同掛牌的現象，以整合照顧服務資源，落實照顧服務管理機制，行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組於 5 月 24 日第二次委員會議決將名稱統一為「長期照顧管理中心」，顯示了中央單位開始重視照顧管理組織及流程的整合問題；其他相關策略包含充實多元化照顧服務支持體系，全面提升照顧服務品質；加強宣導工作，推廣照顧服務資源網絡等。

(三) 開發國內照顧服務人力，降低外籍看護工的依賴

強化照顧服務人力培訓，包括初階訓練、在職訓練與進階訓練；結合社區院校，開設照顧服務相關課程，增加各類專業照顧服務人力及經營者進修管道；訂定並定期檢討培訓單位之訓練內容與執行成效；鼓勵與相關院校建教合作；建立照顧服務人才資料庫，強化就業媒合機制，避免培訓人力流失；開發原住民與農村人力，照顧當地失能者；適度調整外籍看護工之引進政策與審核機制。

(四) 充實居家式及社區式照顧資源，落實在地老化之目標

落實「開發輔具及無障礙空間」之使用與發展。

在經建會「照顧服務福利及產業發展方案」執行期間，屬資源開發期，致力於提升人力數量、開始建立各類服務的品質監控制

度；惟尚無法考慮到地理上長照資源分布不均的問題。除加強本地包括原住民與農村照顧服務員的培訓，控管外籍看護工人數，查察聘僱是否涉嫌違法；制定機構照顧定型化契約範本，保障接受照顧者及機構經營者之權益；並開發社區式服務，輔導現有農會、安養護機構、長期照護機構、身心障礙機構、榮民之家與護理之家經營社區式服務。同時，擴展急性後期照護服務，包括擴大試辦社區復健與居家呼吸照護、研議擴大居家護理服務之健保給付、落實出院準備服務，建立醫院出院病人通報系統。總而言之，因為經建會協同衛生署與內政部執行這兩階段方案，始建構我國近十年來長照體系發展之架構藍圖，亦成為行政院後來擬具長照十年計畫之重要基礎。

三、長照十年計畫-社區化長照資源量的成長期

2007 年底實施的長照十年計畫，至 2008 年下半年才開始有較穩定的服務提供；長照十年計畫係由衛生署與內政部共同推動，服務對象包括 65 歲以上老年人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者之日常生活活動功能（ADLs）失能、或僅工具性日常生活活動功能（IADLs）失能三項以上之獨居老人；服務內容包含居家護理、居家（社區）復健、喘息服務、照顧服務、輔具購買（租借）及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲服務、交通接送、長期照顧機構等八項之生活照顧及居家照護服務，整合社政及衛政長照服務資源，期望各縣市照管中心成為受理、連結、輸送長照服務之單一窗口；當民

眾具有長照服務需求時，即得以透過照管中心提出服務申請，並由照管中心專業人員提供需求評估，以進一步連結或轉介個案所需之長照相關資源（行政院衛生署，2012b）；政府對於服務個案亦提供服務經費之補助，針對低收入失能者經評估符合條件後提供免費服務，對於中低收入失能者提供九成的補助，對於一般戶失能者提供 6 成的補助，至 2011 年則針對一般戶失能者放寬為 7 成的補助。

長照十年服務量占失能老年人口數之比例快速成長，自 2008 年 2.3%，2009 年 5.7%，2010 年 16.3%，至 2011 年底已達 21%，三年間增加 9 倍，並占有失能人口數的 13.6%；但因民眾長照需求快速增加，仍有許多失能者尚未接受服務，並有長照資源分布不均之情況。截至 2010 年底，身心障礙者的失能率約為 33%，估計近 40 萬人需要協助，至 2011 年長期照顧十年計畫尚未納入 50 歲以下的身心障礙者，且現有服務時數對支持身心障礙者生活於社區中仍顯不足。此外，失智人口快速增加，失智症照護服務之建置，與各類長照專業人員失智症照顧專業知能皆有待強化，均顯示我國長照制度應儘速朝普及式與高可近性的長照服務體系發展。

政府有此美意，期待藉由長照十年計畫之推動以滿足失能者之長照需求，並因應人口高齡化伴隨之長照需求，經建會 2008 年底委託十個研究案，開始規劃長期照護保險（經建會，2009）；針對組織體制方面，建議應建構「長期照護保險法」及「長期照護服務法」，使長照制度的實行具備足夠法源基礎（楊志良，2009）；針對長照資源之供給，

由臺灣長照專業協會以調查方式，收集全國各類長照服務及人力資源分布情況，並建議中央應訂定資源發展方向，提供誘因、引導並支持地方發展長照服務及人力資源（葉莉莉，2009）；且須定期進行全國長照資源盤點，以掌握資源分布情況（吳肖琪，2009）；針對資訊系統的部分，建議須整合社政及衛政各通報系統資料庫，以規劃全國統一之長照品質資料庫，包含服務提供機構、服務提供人員以及接受服務者之資料，並從結構、過程及結果等三構面公開相關品質資訊，由中央建立統一欄位，地方政府依需求性另加發展細項，採電子申報方式由地方政府定期上傳資料，並透過研考機制以確保資料之正確性、完整性及一致性（吳肖琪，2009；葉莉莉，2009）。

要落實長期照護保險之推動，需先完備各區域內各類長照服務資源之建置，以避免有保險無照顧服務之窘境，因此 2009 年衛生署成立長期照護保險籌備小組之時，同年衛生署委託研究開始規劃長照服務網，針對現行長照計畫之執行困難、最適服務分區之規劃、服務資源發展策略之建議方案、長照人力資源之量能提升、長照服務品質之發展策略、及服務資源與人力管理資訊系統之建置等提出建議（林麗嬋，2010）；檢視現行長期照護服務之問題，包括部分區域資源缺乏或不足、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七大面向問題，欲全面性檢視國內長照服務之發展，須有相關資料提供佐證，因此需建置完善周全的資訊系統，並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（吳肖琪等，2011）；為能全面瞭解我國長照資源之供給現況，並同時著手建置全國統一之長照品質資料庫，2010 年底由衛生署和內政部共同針對現行長期照護十年計畫所提供之照顧管理服務，開始建置簡版之長期照顧管理資訊化系統，並正式要求各縣市長期照顧管理中心於 2011 年元月上線使用，登錄個案之申請、評估、服務計畫、照會及服務紀錄資料；並與內政部、退輔會共同進行全國資源盤點，由盤點結果發現，若考慮地域、生活圈、交通與長照之可近性等特性，將全國以大區（22 縣市）、次區（63 次區）、小區（368 鄉鎮市區）劃分，則發現部分次區域及小區仍缺乏在地之長照服務資源，其中尤以偏遠地區之長照服務資源最為不足（行政院衛生署，2011），因此如何藉由相關計畫與方案以提升偏遠地區之長照服務可近性，將為未來發展之重點。

貳、長照管理中心的功能

因應人口的老化，無論是澳洲或加拿大，皆由政府在各地區設立單一窗口之長照評估團隊，負責接受失能需照顧者之申請、評估、核定、連結服務與後續的追蹤複評，並進行長照服務的宣導；設立單一窗口的目的是避免失能需照顧者接受不同服務時，須接受不同人的評估、重複被問同樣的問題、需不同服務時由不同的個案管理師各自去連結服務，亦即提供重覆與片斷性的服務，因此照管中心非常強調單一窗口評估，提供連續性、整合性的服務。衛生署早期在各縣市成立「長期照護管理示範中心」時，以提供

諮詢、掌握轄區內長照資源，轉介服務、介紹輔具為主；至 2002 年經建會提出「照顧服務福利及產業發展方案」，以補助使用者一定時數，讓老人能開始使用長期照顧服務；在 2005 年提出該方案第二期計畫，強調推動擴充居家/社區式服務，和發展輔具等。

長照十年計畫之推動，中央政府得以補助各縣市地方政府 315 位照管專員協助推動長期照護業務，若加上衛生局及社會局自己投注人力則超過 500 人。至 2012 年 8 月，新北市、臺北市及高雄市在其轄區內設立六個分站或服務據點，桃園設三處，臺中市和宜蘭縣與花蓮縣設置兩處，其他縣市則全縣一個照管中心提供服務。由於內政部與衛生署對於八項服務皆訂有目標值，因此把失能需照顧者發掘出來，發展長照資源，並進行服務連結，變成各縣市照管中心的核心任務。2010 年行政院長期照護保險籌備小組，完成 5 歲以上共計 35 萬人的長照需求調查，讓國內終於有 5 歲以上各年齡層失能率的完整資料，中央才得以從實證基礎，以各縣市失能率去評估各縣市執行長照十年的成效。2011 年中央進一步開始要求各縣市應盤點其轄區內各鄉鎮市區的供給與需求情形，以避免服務提供集中在某些鄉鎮市區。是否居住在都市與居住在偏遠地區的失能者皆能享受一樣的長照服務？在各縣市照管中心人力有限下，是否有餘力關注山地離島與偏鄉長照個案的需求？因此衛生署照護處於 2011 年利用健康照護發展基金，推出「獎勵偏遠地區（含山地離島）設置在地且社區化長期照護服務據點」計畫（簡稱偏遠地區長照服務據點計畫），期能縮小城鄉之差距。

參、偏遠地區長照服務據點計畫的重點

臺灣共有 30 個山地鄉及 18 個離島鄉鎮，另依內政部定義偏遠地區計 65 個鄉鎮，據此可知，現有山地離島或偏遠地區共有 75 個鄉鎮（表 1）。由於地理環境特殊，交通不便，一般經濟及就業情況較差，長期照護人員羅致不易，造成山地離島及偏遠地區民眾之照顧需求尚未能有效被滿足。另一方面偏遠地區的失能者可能較不知道政府有此補助可以使用；而各縣市的照管中心在人力有限的情況下，較難兼顧偏遠地區長期照顧的服務需求與資源發展。因此針對這個問題，實有必要在偏遠地區設立類似照管中心的分站，協助社區失能個案的評估與資源連結，並開發社區長期照護服務資源。行政院於行政院 2009 年 7 月 13 日院授主孝一字第 0980004357 號函同意「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」納入醫療發展基金辦理，並依據本署醫療發展基金獎勵辦法第二條第一項第六款辦理。2009 年 10 月 2 日以院授主孝一字第 0980005916 號函核定，辦理「推動弱勢族群醫療照護計畫 - 發展山地離島偏遠地區社區化長期照護服務體系計畫」。2009 年 2 月 5 日衛生署邀請內政部、連江縣衛生局、南投縣衛生局、臺東縣衛生局說明試辦計畫，並請各單位規劃，提出符合在地需求計畫書。最早提出長照試辦計畫是南投縣仁愛鄉於 2009 年 3 月 31 日送署審查，同年九月衛生署擬訂出「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」（以下簡

稱為偏遠地區長照計畫）；該計畫實施期間自 2010 年 9 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日，為三年計畫，目的擬在山地離島及偏遠地區擴增長期照護服務據點，增加服務之普及性；提升當地民眾使用長期照護服務之可近性；促進社區型長期照護服務之發展；鼓勵創新型長期照護服務之開發；並訓練及培養當地專業人力，提升在地長期照護的量與能，儲備長期照護專業人力資源，俾完整長期照護保險開辦前之長期照護資源整備工作。

計畫執行策略包括三個方案，方案一為獎勵偏遠地區（含山地離島）設置在地且社區化長期照護服務據點計畫，主要是委託醫院或衛生所進行，民國 2010 年共通過五個鄉設立據點，分別為南投縣仁愛鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市六龜區、屏東縣三地門鄉及臺東縣蘭嶼鄉，至 2011 年新增 8 個鄉，2012 年擬再增 20 個鄉；方案二為辦理偏遠地區（含山地離島）社區化長期照護資源管理與輔導專案計畫，藉由專家學者每年輔導兩次據點，讓據點的發展可以更健全；方案三為辦理偏遠地區（含山地離島）在地人員教育訓練，以便搭配方案一培養當地專業照顧服務員。

從「需求」端來看，希望能夠把需要長照服務的個案發掘出來，持續提供其基本的長照服務，讓偏鄉失能民眾也能夠使用到長照十年計畫的服務項目，也因此這個計畫的推動可以協助各縣市照管中心，將照管業務直接授權在偏鄉當地進行，亦即招募到的照管專員在接受照管專員培訓後，直接在該偏鄉工作，就近進行個案發掘、個案申請、個案評估、個案核定、個案資源連結等。

表 1 依長期照護服務網計畫所列各類長照資源不足區域數

區域劃分	區域單位	獎助長照資源不足地區發展長照資源(不足區域數)
大區	22 縣市別	1. 設立「家庭照顧者支持服務中心」(22) 2. 社區式輔具服務中心(1) 3. 入住機構式長照床位達每萬失能人口 700 床(3) 4. 失智入住機構式專區或專責服務單位(9)
次區	63 次區域	1. 照管中心或分站 (17) 2. 社區式日間中心(24) 3. 鄰近次區社區式失智日間照顧服務單位(38) 4. 社區式輔具服務據點或巡迴輔具服務(1) 5. 入住機構式長照床位達每萬失能人口 700 床(13) 6. 鄰近次區身障型全日入住機構(5)
小區	368 鄉鎮別	1. 居家長照型至少一個照顧服務類或醫事服務類服務據點 (92) 2. 居家身障型至少一個照顧服務類或醫事服務類服務據點 (91)

資料來源：行政院衛生署(2012a)。長期照護服務網計畫（第一期）。臺北：行政院衛生署。

註*：「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

從「服務」端來看，「在地化」顧名思義是希望能夠培訓當地優質人力，以在地人服務在地人為目標，亦即盡量培養在地人擔

任照管專員、培養當地人成為照顧服務員、培養當地的餐飲店能夠提供符合不同失能者需要，例如低油、低鹽、軟食、細碎飲食、偏好麵或飯的送餐服務、或盡量由當地或鄰近鄉護理師、物理治療師擔任居家護理、居家復健或社區復健的工作，因此在本計畫中期望承接計畫的團隊能夠協助當地人接受照顧服務員訓練，並協助其取得照顧服務員資格，進而媒合提供居家照顧服務，以便未來長照保險實施時，能夠協助偏鄉有更多在地人，可以從事長期照顧服務的工作。

從「體系」端來看，本計畫扮演縣市照管中心在該鄉設置分站的角，負責把偏鄉內長照相關資源開發且連結出來，因此如何結合衛生局以及當地衛生所（室）的資源非常重要；在衛生局資源部分，本計畫照管專員每月皆應參加縣市照管中心的會議，衛生局和社會局要將本計畫照管功能納入其分站的角，予以監督及協助；在衛生所室資源部分，宜利用現有衛生所室的空間設立評估中心分站，從其他計畫經驗中發現利用民宅修繕，若遇房東收回，原本的修繕會付之一炬，若能結合民眾熟悉的衛生所室的空間，將有助於本計畫之順利推動。

從「永續性」來看，本計畫為期三年，若衛生所室能藉由受託醫院三年之協助，逐步將社區化長照服務建置起來，且發展出因地制宜的社區式創新服務模式，將有助於衛生所室發展預防性照護，推動長期照護相關之業務。而承作醫院亦能藉由本計畫成功與社區成為夥伴關係，成為當地民眾信賴的後送醫院。

肆、偏遠地區長照服務據點計畫成功的要素

一、衛生局、社會處和原民處的大力支持

本計畫照管專員之培訓，應與縣府照管中心密切配合，使縣府照管中心將本計畫的照管專員納入團隊的一部分，並盡量給本計畫所聘之原鄉照管專員支持、輔導與鼓勵。照管專員培訓完成後，亦應每月定期參與縣府照管中心的討論會議，以便無縫接軌。以屏東縣為例，社會處主動提供三地門公衛護士照管輔具、社會資源連結之教育訓練課程；原民處適時給予人力或經費之協助，皆能使偏鄉長照資源推動更順利。

二、承作醫院的全力支持

院長與主負責團隊是成功的關鍵，院長的出席與支持可收畫龍點睛之效；社區服務與院內服務存在很大的差異，院方主要負責團隊社區服務的專業能力愈強，愈容易讓本計畫成功。

三、衛生所的全力支持

衛生所室需有承接照管業務的準備，衛生所室參與本計畫愈多，愈能順利銜接，衛生所室可以參與的工作，從協助發掘長照個案、引薦各村耆老與領袖人物、參與長照 level 1 及 level 2 的訓練、學習照管評估、陪同家訪個案評估、取得照管專員訓練、讓本計畫照管專員每月參與衛生所的會議等；衛生所繼醫療、防疫、保健之後，亦可成立長照團隊，皆有助於本計畫結束後衛生所能夠承接

照管工作，提供有品質的長照服務與管理，而衛生所在照管專員培育上，亦應盡量找至少一位在地不易流失之照管專員承接。

四、成立諮詢委員會（或長照資源發展小組）

以三地門為例，10 位推動委員包括承作醫院院長、屏東縣社會處處長、屏東縣原民處處長、屏東縣衛生局主任、三地門鄉長、衛生所主任、衛生所醫師、三地門教會牧師、三地門原住民家庭暨婦女服務中心社工員、以及學者之參與。

五、照管專員之聘任需報署核備

本計畫要求承作醫院須慎選照管專員，主要考量培訓照管專員不易，若能盡量培育當地的在地人成為照管專員，除精通當地母語、具文化敏感性外，尚能人親土親事半功倍在熟悉的家鄉提供鄉親服務，既可讓偏鄉失能長輩使用到長照服務，又能創造當地就業機會，減少當地照管專員的流失機率。

六、獎勵制度的建立

以三地門為例，當地可很快提供居家服務，與承作醫院用心設計有關；醫院商請排灣族具有社工員身分的同仁，負責居家服務，當個案開發到一定案量後，擢拔成為居服督導。

七、在地照服員的培育

長照最重要的人力是照顧服務員，為能達到在地且社區化，建議將「在地照服員的培育數量」訂為第一年重要效標。100 年度三

地門完成 13 位照顧服務員的培訓（領有照顧服務員結業證書），並已媒合 5 位從事居家服務的工作。承作醫院若能承接照顧服務的業務，除有助於當地人力資源媒合，更有助於承作醫院於計畫結束後，與社區仍保持連結。

八、資源連結

建議應將全鄉能使用之資源皆納入考慮，除了鄉公所、醫療院所及衛生所，社區關懷據點、教會、社區發展協會、家婦中心外，學校亦為很好的資源；以三地門為例，2011 年第一次輔導會議時鑑於案量偏少，因此委員建議承作醫院可與國小合作進行問卷調查，讓學生認識何謂長照？對長照十年計畫的認知？與家人是否有符合長照的個案？結果 2011 年透過學童傳遞長照服務資訊，回收 194 份問卷，有 174 位須長照需求評估，連結送餐、居家服務等，藉此機會亦了解該鄉民眾對長照服務認知不足，未來可加強宣導與落實服務的工作。另透過在社區關懷據點進行問卷 482 份，發現 44.2% 回答者有送餐服務的需求，18.9% 有居家服務需求，且發現該鄉大部分老人對長照服務認知亦不足。

九、落實各村供給與需求人數的盤點

縣市政府有責任盤點各鄉鎮供給是否足夠、各鄉鎮使用長照十年的人數是否與預估需求人數有差距；同樣的，本計畫照管專員有責任盤點各村供給是否足夠、各村使用長照十年的人數是否與預估需求人數有差距；供需盤點有助於發現地理上資源不均問題；透過資源地圖的運用，則有助於有效配置人

力與提供長照服務。

十、將照管專員定位與業務延續性納入未來規劃

三年計畫結束後，照管專員的角色如何轉型？納入照管中心或納入衛生所編制？或返回承作醫院？衛生所如何承接本業務？目前承作醫院是評估者也是部分服務提供者，待計畫結束，評估由衛生所負責，醫院將回歸提供長照及醫療後送服務；因此承作醫院與衛生局所、與社會處、與原民處、與地方的合作愈密切，關係愈緊密，愈能贏得信譽與鄉民的信任。

伍、結語

面對人口快速高齡化，政府結合政府、民眾與雇主的力量，實施全民長照保險，有助於制度化與普及化來照顧全體國民長期照護的需求，然在長照保險實施前，讓各區域之長照服務資源得以完備，以避免城鄉差距擴大、避免區域存在不公平性、避免有保險無服務之困境，是政府必須去面對的議題。由全國資源盤點結果發現，目前部分次區域及小區仍缺乏在地之長照服務資源，其中尤以偏遠地區之長照服務資源最為不足；「獎勵偏遠地區（含山地離島）設置在地且社區化長期照護服務據點」計畫，若能普遍在偏鄉執行成功，有助於提升當地長期照護服務據點之量能，藉此發掘當地具有長照需求之民眾以提供適切性服務，並培植當地長照相關人力，開發及連結當地之長照相關資源，使偏鄉民眾也能夠使用到長照服務。針對各

類長照服務資源之建置、品質、數量、分布、整合、效率、公平性的確保，建議政府仍應儘速推動「長期照護服務法」，以確立長期照護服務網建置的法源基礎，確保高齡化社會有健全長照服務體系之發展與品質確保；不會因不同法源所提供的長照服務各自為政，片斷而無整合。另因應衛生署長照保險籌備小組 2011 年各次民調分別有 76、80、81 及 81% 民眾支持 4 年內開辦長期照護保險，建議政府須儘速通過「長期照護保險法」，

以建立穩健且可長可久之長期照護制度，以保障全體國民對長期照護的需求。

（本文作者：吳肖琪為臺灣長期照護專業協會理事長、國立陽明大學衛生福利研究所教授；蔡閻閻為國立陽明大學衛生福利研究所博士生；葉馨婷為國立陽明大學衛生福利研究所博士候選人）

關鍵詞：偏遠地區、長期照護管理中心、社區化、在地化

📖 參考文獻

- 行政院經濟建設委員會（2004）。照顧服務福利及產業發展方案-第一期方案執行情形檢討及第二期規劃初步構想。臺北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會（2005）。照顧服務福利及產業發展方案第一期計畫執行情形總檢討報告。臺北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會（2009）。長期照護保險規劃報告。於 2012 年 12 月 19 日擷取自 <http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0012835>。
- 行政院衛生署（2005）。全人健康照護計畫（核定本）。臺北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署（2011）。長照次區域與小區之資源盤點結果報告-長照服務網區域劃分討論會議資料。臺北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署（2012a）。長期照護服務網計畫（第一期）。臺北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署（2012b）。推動長照十年計畫。於 2012 年 12 月 19 日擷取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=486&now_fod_list_no=&level_no=&doc_no=80662。
- 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。
- 吳肖琪、林麗嬋、葉馨婷、蔡閻閻（2011）。百年大計-建構我國長期照護服務網。社區發展季刊；133，209-221。
- 林麗嬋（2011）。「長期照護服務網」規劃草案。臺北：行政院衛生署。
- 楊志良（2009）。長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估。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。

Insurance, N. L. (1998). The Introduction of market mechanisms for Long-term care services- the international comparison. from <http://www.nliresearch.co.jp/english/socioeconomics/1998/li9804.html>.2012/1/5.