

從長期照顧實務經驗談現況問題

杜敏世



壹、前言

財團法人獎卿護理展望基金會成立於民國 82 年 12 月，也就是臺灣地區進入老人國之年，本基金會從事長期照顧的時間已進入第 19 年，幾乎經歷所有蛻變中的苦楚，科技進步神速，而臺灣長期照顧政策及法規之步調卻相當緩慢，獎卿護理展望基金會成立於民國 82 年 12 月，可謂走過臺灣長期照顧之發展階段，參與了多元化之服務工作，本文謹就本基金會參與過的長期照護實務類別，包括居家護理、養護中心、日間照護、護理之家、居家服務、老人福利服務中心等類型，提出所面臨且目前仍存在的困境。

貳、臺灣現階段之多元化照顧類型

臺灣現階段長期照顧之類型，可分為以下三大類型：

一、居家式照顧

(一) 全民健保居家護理

由健保給付之技術性護理服務，包括更換氣切管、胃管、導尿管、傷口換藥、抽血、各類造瘻口照顧等。出院該月如果沒有技術性護理服務時，可因剛出院護理指導訪視一次。費用標準如后：沒有執行技術，只給予出院護理指導 700 元，執行一項技術 970 元，執行二項技術 1,170 元，執行三種技術 1,370 元，醫師訪視 1,350 元，以上費用健保局支付九成，民眾自付一成，每月訪視次數以不超過二次為原則，如果使用之管路材質為矽質者，以每月更換一次為原則，交通費用以計程車往返之車資為原則，需由民眾自付（中央健康保險局，2012）。

(二) 十年長期照護計畫

1. 服務內容

由於全民健保原則上未涵蓋長期照護，在長照保險未定案之前，以十年長照計畫來彌補此空窗階段。其中

主要有以下之長期照顧服務內容（衛生署，2007）：

(1) 十年長照居家護理

由於健保限制訪視次數，十年長照對於健保給付居家護理不足需求，有必要增加訪視次數時，可以由個案管理師評估後，核定增加補充訪視量，以每月二次為上限。

(2) 十年長期照護計畫居家營養及居家復健

居家個案經個案管理師評估核定後，可提供居家營養指導及居家復健指導服務，每年以各二次為上限。

(3) 十年長照居家服務

①居家服務內容

目前居家服務是由社會局委託非營利機構執行服務，內容包括以下二大類：

A. 身體照顧

包括沐浴、更衣、協助排泄、協助進食、灌食、翻身、拍背、簡易復健運動、陪同散步、協助就醫等。

B. 家務服務

包括備餐、洗滌衣物、環境清潔維護等

C. 居家喘息服務

喘息服務主要是家庭照顧者臨時有需要時，申請代替人力短期代為照顧者陪伴照顧個案，但不協助家務。

②補助概況（臺北市政府社會局，2012）

A. 依失能程度分

失能程度愈高、補助時數愈多，輕度失能者每月補助 1-25 小時，中度失能者補助 1-50 小時，重度失能者補助 1-90 小時。以重度失能者而言，每月最高可獲得 90 小時之服務，幾乎每日有 4 小時可以得到服務，如認為不足者，可自行另外購買完全自費之服務。

除內政部之補助款外，各地方政府可依財務狀況額外增加給付額度，以臺北市及高雄市而言，給付額度即有不同，詳見表 1~4。

B. 依經濟狀況分：低收入戶之服務費全額由社政主管機關補助，完全不須自付額，一般戶補助七成，民眾須自付三成服務費。

表 1 台北市居家服務費補助標準：(230 元/時)

失能程度	補助時數上限 (每日 4 小時) (以每月 5 週核定)	低收入-全額補助 (1.低收入戶 2.領取中低老津 7,200 元)			中低收入-補助 90% (1.領取中低老津 3,600 元 2.非列冊低收入身心障礙者生活補助)			一般戶-補助 70%		
		長照補助	民眾自付	本局支付 50 元差額	長照補助	民眾自付	本局支付 50 元差額	長照補助	民眾自付	本局支付 50 元差額
輕度	25 小時	180	0	50	162	18	50	126	54	50
中度	50 小時	180	0	50	162	18	50	126	54	50
重度	90 小時	180	0	50	162	18	50	126	54	50

註 1：於春節期間（農曆除夕到初三），每小時服務費用調整為 2 倍（包含民眾部分負擔）。

註 2：有關臨增性質之長時數（超過每日 4 小時）服務，前 4 小時維持原補助標準，超過 4 時部分不予補助 50 元差額；民眾自付額相同不變。

表 2 領有身心障礙證明之補助標準

需求強度	補助時數上限 (每日 4 小時) (以每月 5 週核定)	列冊低收入戶及中低收入戶之身心障礙者，全額補助			符合請領身心障礙者生活補助費之身心障礙者，政府補助 90%			一般戶-補助 70%		
		法定補助	民眾自付	本局加付 50 元差額	法定補助	民眾自付	本局加付 50 元差額	法定補助	民眾自付	本局加付 50 元差額
輕度	25 小時	180	0	50	162	18	50	126	54	50
中度	50 小時	180	0	50	162	18	50	126	54	50
重度	90 小時	180	0	50	162	18	50	126	54	50

※於春節期間（農曆除夕到初三），每小時服務費用調整為 2 倍（包含民眾部分負擔）。

表 3 高雄市居家服務費補助標準：(200 元/時)

服務對象	失能程度	新制		
		最高時數/月	補助額度	自付額度
本市列冊低收入戶老人或身心障礙者	輕度失能	25 小時	100%	0%
	中度失能	50 小時		
	重度失能	90 小時		
本市領有中低收入老人生活津貼或中低收入戶身心障礙者生活補助	輕度失能	25 小時	90%(180)	10%(20)
	中重度失能	50 小時		
	極重度失能	90 小時		
本市一般老人或身心障礙者	輕度失能	25 小時	70%(140)	30%(60)
	中重度失能	50 小時		
	極重度失能	90 小時		

表 4 高雄市失能身心障礙者居家服務費補助標準與現行相關補助一覽表 (101.11)

身分別		49 歲以下身心障礙者 (領手冊者)		身分別		49 歲以下身心障礙者 (領新證明者)				
服務對象	失能程度	每月最高補助標準	補助額度	服務對象	失能程度	每月最高補助標準	補助額度	自付額度		
低收入戶	輕度	20 小時	100%	低收入戶及中低收入戶之身心障礙者(1-1.5 倍)	輕度	25 小時	100%	0%		
	中重度	32 小時	100%		中度	50 小時				
	極重度	1-32 小時	100%		重度	90 小時				
33-7 小時		70%								
中低收入戶及家庭總收入平均為最低生活標準之 1.5-2.5 倍者	輕度	1-8 小時	100%	請領身心障礙者生活補助費之身心障礙者 (1.5-2.5 倍)	輕度	25 小時	90%	10%		
		9-20 小時	70%		中度	50 小時				
	中重度	1-16 小時	100%		重度	90 小時				
		17-3 小時	70%							
極重度	1-32 小時	100%	一般戶	輕度	25 小時	70%	30%			
	33-7 小時	70%		中度	50 小時					
一般戶	輕度	1-8 小時	100%	一般戶	輕度			25 小時	70%	30%
		9-20 小時	50%		中度			50 小時		
	中重度	1-16 小時	100%			重度	90 小時			
		17-3 小時	50%							
極重度	1-32 小時	100%								

(三) 外勞居家照顧 (行政院勞工委員會, 2012)

勞委會允許民眾申請外藉看護工從事居家照顧, 申請之個案條件為如下:

1. 被看護者年齡未滿 80 歲, 「巴氏量表」須 ≤ 35 分;
2. 被看護者年齡滿 80 歲以上, 「巴氏量表」須 ≤ 60 分;
3. 「巴氏量表」0 分且於 6 月內病情無法改善者, 可同時聘僱 2 名外藉居家看護;
4. 持「* 特定項目」「重度等級」殘障手

冊, 可直接提出外勞申請, 不須開立「巴氏量表」證明

* 特定身心障礙項目如下:

- (1) 平衡機能障礙 (2) 智能障礙 (3) 植物人 (4) 失智症 (5) 自閉症 (6) 染色體異常 (7) 先天代謝異常 (8) 其他先天缺陷 (9) 精神病 (10) 肢體障礙 (限運動神經元或巴金森氏症等二類疾病) 以肢體障礙申請外籍看護者, 需附加註記有運動神經元或巴金森氏症的診斷證明書或身障者鑑定表影本。(11) 多重障礙 (至少具有前十項身心障礙項目之一)

雖然十年長照計畫提供了居家服務, 但

它畢竟只是補充照顧人力，照顧失能者是 365 天、每天 24 小時、全年無休的工作，如果期望將失能者留在家中，許多家庭仍然傾向於申請外勞照顧，才能有隨時的幫助。

二、社區式照顧

(一) 日間照顧

失能程度較輕者或患失智症者可送至日間照顧中心託顧，可減輕輕度失能者家屬的照顧負擔，白天可以照常工作，黃昏再將個案接回家，除了可以減輕家屬的照顧負擔，也可以延長失能者留住家中，享受居家溫暖的期間。

(二) 交通接送服務（臺北市政府，2010）

目前各地方政府有推出中重度失能者之交通送服務，由社會局自行辦理或委託民間團體辦理，需要使用者需先申請，經照顧管理專員到宅評估後合乎使用條件者以預約服務。

(三) 團體家屋（內政部，2007）

民國 93 年內政部推出團體家屋之試辦計畫，照顧經醫師診斷中度以上失智者（CDR2 分以上）為原則，且具行動能力、須被照顧之失智老人（這個計畫到目前為止尚未成功推廣，本基金會亦未參與）。

(四) 老人福利服務中心（高雄市政府社會局，2003）

社會局/科以各行政區為單位，設立老人福利服務中心，由主管單位提供業務費及社工人力，負責綜理所有相關業務。

55 歲以上者即可利用老人福利服務中心

之各項設施，包括下列內容：

1. 文康休閒活動：提供健康老人活動休閒場所，如乒乓球、卡拉 OK 等活動。
2. 聯誼服務：辦理郊遊、智性之旅、節慶活動等各類聯誼活動。
3. 書報閱覽服務。
4. 老人福利諮詢服務。
5. 辦理各項進修或才藝課程

辦理各類進修課程、專題演講等活動，由社政單位提供師資及講師費。

6. 高風險獨居老人關懷

- (1) 獨居訪視關懷與電話問安

獨自居住或兩老未與子女同住者，皆可算為獨居關懷對象，由志工認養關懷，每月至少訪視一次，每月至少電話訪問一次，此外尚有節慶關懷，必要時協助安裝生命線。

- (2) 送餐服務

高風險獨居長輩有需要可選擇餐飲服務，對獨居長輩提供送餐到家或定點送餐服務，老人可自行走路至定點者可至定點領取便當或至定點用餐，不便取便當者可送餐到家。

7. 其他老人福利事項。

(五) 社區照顧關懷據點

以長期照顧社區營造之精神，於各行政區設置社區照顧關懷據點，地毯式訪問關心社區老人，提供老人社區之預防照護，結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安，諮詢及轉介服務、餐飲服務、

健康促進等多元服務、建立連續性之照顧體系，關懷鄰里老人。社區關懷據點與老人福利中心之功能有許多相近之處，只是原來的老人福利服務中心重點在健康長者之活動之提供及高風險長者的照顧關懷，社區照顧關

懷中心擴大其功能為全面關懷鄰里長者，更積極鼓勵長者參與社區生活，「社區關懷據點」與「長期照顧管理中心」之互動關係見圖 1 所示。

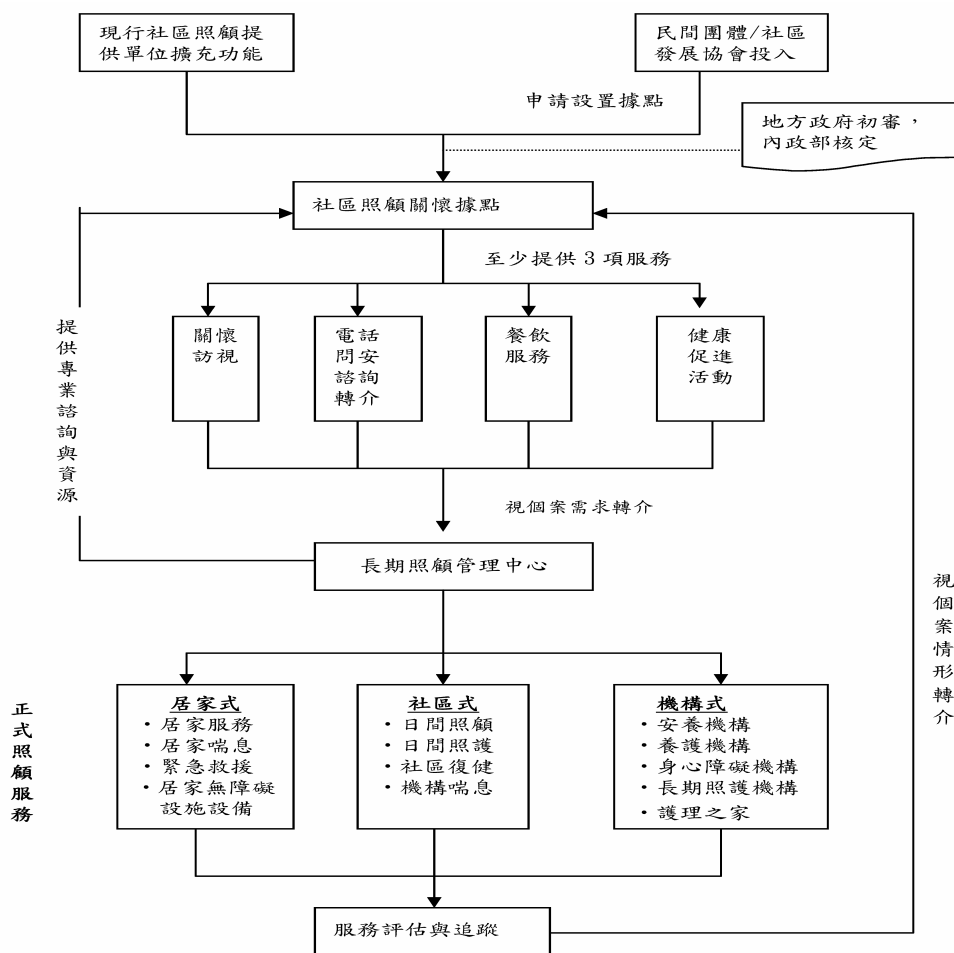


圖 1 社區照顧關懷據點與相關照顧服務資源關係圖

三、機構式照顧

(一) 以主管單位分類

1. 衛政單位醫療照顧機構

護理之家：收住對象不分年齡層及嚴重度，皆可收住。

2. 社政單位

(1) 老人照顧機構

安養中心：收住日常生活能自

理的老人。

養護中心：收住需人協助生活照顧之老人，可住有尿管及/或胃管之個案，但不能收住有造瘻口之個案。

長期照護機構：收住個案可有各類護理技術性服務求者，與護理之家相同，但只能收住 65 歲以上之老人。

(2) 身心障礙機構：收住 65 歲以下、失能且有身心障礙手冊。

3. 退輔會

退輔會對榮民提供之照護包括(1)安養機構(2)養護機構(3)護理之家，標準與衛政、社政單位類似，只是管理方面自成一系統。

(二) 機構喘息服務

十年長照計畫提供居家照顧之照顧者喘息之機會，依嚴重程度不同，可享有 14 天或 21 天「陽光假期」，可將個案送至護理之家、養護中心或長期照護機構，讓照顧者可以得到休息的機會。照顧者只要向長期照顧管理中心申請，即可得到安排住進機構，所補助的天數可依個別需求，在一年內使用完畢，運送的救護車及照顧費用皆由政府支付。

參、各類型服務實務經驗中所面臨之問題

由於獎卿護理展望基金會參與之服務項目繁多，前述之所有服務也並未全數包含於內，以下僅就本基金會所參與之服務項目，

闡述實務中所遭遇之困境。

一、居家型服務之現況問題

(一) 居家護理服務

1. 家訪醫師難求

在醫師診查部分，衍生了二個問題，第一、居家訪視之醫師難求，醫師意願低，另一方面，民眾意願也低，因為居家護理之個案大多為巴氏量表零分者，情況穩定，醫師至家中診查，結果一切正常，家屬還要付自付額 135 元，家屬不願意接受醫師來訪，醫師不願到家中訪視實際上沒有診察需求的個案。個案有技術性護理服務之需求，需要更換氣切管、鼻胃管、尿管、傷口換藥等，必須要有醫囑才能執行，健保局規定每四個月要重新申請延長居家照護一次，必須要有醫師開立醫囑，如果醫師未至家中診察，則須要有家屬至門診請求醫師開立醫囑，即便有了醫囑，滿足了申報健給付之條件，醫師並沒有親自診察，沒有居家診察紀錄，居家護理督考評鑑時會要求要有完整的診察紀錄，這是目前在執行居家護理工作中最困難的瓶頸。在美國這部分有「專科護理師」家訪開立醫囑、可以解套，臺灣目前已有「專科護理師」的證書及職稱，希望未來能解決居家護理執業這一環的困境。

在給付面是陽春型但是評鑑督考面卻是完備型，是實務上所遇到的大困難。

2. 健保局要求與給付有差距

健保局對居家護理之給付採抽審制度，

評審委員雖有規範可循，但也常各自為政，例如委員要求每四個月要抽血檢驗查生化值，居家護理師可以代為抽血送檢，健保局卻不給付居家個案驗血費用，必須由民眾自付檢驗費，民眾會因為沒有給付而拒絕驗血，抽審委員會因沒有血液檢查報告而全面退件不給付，獨立開業的，醫院附設型態的居家護理所可以將檢體帶回醫院，從家醫科為居家個案掛號送檢體，可以利用健保給付，獨立型居家護理所無此管道可用，陷於進退二難之間，二者之不平等待遇，造成民眾會選擇醫院附設的居家護理所，使獨立型居家護理所生存愈來愈困難。期望未來長期照護服務能建構無縫的體系，解除目前的困境。

3. 給付金額不合理

健保給付居家護理所是按件計酬，並未考慮經營成本，例如辦公室成本、行政人員成本、勞健保、勞退金成本、各類產假病假、在職教育、品管成本皆未估算在內，民國八十四年全民健保推出時，居家護理匆匆上路，一路走來，居家護理不受健保重視，認為居家護理應屬於長期照護保險之範圍，不應屬於健保之給付範圍，給付金額十七年如一日，未加以檢討，但是在督考評鑑方面卻訂定「理想標準」，「品質要求」與「給付差距」何其遙遠。

4. 服務型態不合理

由於主管單位原本就認為居家護理屬於長期照護的範圍，不應屬於健保給付的內容，從一開始就是勉強納入，不能再放寬，

因此所有護理之家、養護機構及長期照護機構中之個案凡有管路或技術性護理需求者，只能以居家護理之名義給付，造成目前有許多居家護理所的業務並非真的至個案家中服務，而是至長期照護機構執行技術性護理工作。其實該機構聘有護理人員，本身的護理人員就可執行各類技術性護理服務，為了保險給付卻必須由居家護理師進入機構更換管路、執行技術性護理工作，有的居家護理機構完全沒有社區個案，全部都是至機構換管路，希望將來長期照護保險開辦後，這種畸型的服務型態可以消除，讓居家護理可以納入正軌。

(二) 居家營養/復健服務

目前營養與復健專業人員目前只以十年長照計畫對居家個案提供有限次數的服務，而且是以公會召募人員利用業餘時間參與，非以正職之方式服務，可說尚處於萌芽階段，換言之，也是長期照護的個案的健康權利並未受到重視。

(三) 居家服務之實務問題

1. 社政單位與勞工局以不同之思維訂政策

內政部給付居家服務是以工時制給付給服務單位，為保障居家服務員之權益，社會局規定了每小時之工時之最低標準，例如臺北市要求每小時不得低於 160 元，高市要求不得低於 155 元。此外，內政部還會給予勞健保及勞退金之補助款。地方政府可依財務狀況不同會另給與不同的福利，例如臺北市給予交通費之補助，每案 30 元。在這種工時

薪資制度下，原先就已考慮到一戶至一戶間因車程造成之工時之損失，所以工時愈短單價愈高，勞工並無受損。多年來依照此工時制進行得很順利，不幸勞工局於 101 年突然要求所有居服務單位依勞基法給付薪資，要求路程時間應計算工時，且超過 8 小時之 2 小時要依勞基法給付 1.33 倍，超過 10 小時之 2 小時工資之要給予 1.66 倍，每日工作數上限為 12 小時，每二週工時不得超過 84 小時，照勞基法給年休假。這樣的標準與原先工時制是不同的給付系統，與原有的工時制是互相衝突的。比照任何一種標準都可以進行，但是不能同時以二種衝突的標準來要求執行單位。為何二個主管單位不能預先進行內部協商，卻直接造成實務單位的困擾。所以未來在服務支付條件方面，主管單位應投入更多的研究，以免在實務上窒礙難行。

2. 居家喘息服務難以推行

居家喘息服務一直不能順利施行，因為居家服務工時單價高，且有交通補助、勞健保補助；相對的，居家喘息服務工時單價低，沒有任何其他補助，只能以慈善事業的方式進行，因此屢次招標皆未成功，也沒有工作人員願意接案，雖然立意佳，也是民眾的需求，但是一直未成功推展。這種工作型態草創時期，當個案有需求時，必須以專任人員的方式提供服務，不論需求量多少，都要給予固定薪資，保障收入，才有人願意投入，所以業主必須供應勞健保及勞退金，如果能以「多元人力方案」的方式在早期介入，給予六個月基本薪資的補助，可能比較容易成功。

3. 照顧管理中心人員異動大

照管中心專員在臺灣是新興行業，人員異動大，人力不足，在派案及申覆的效率及評估的素質方面，都有許多進步的空間。

二、社區型照護的現況問題

(一) 日間照護的現況問題

日間照護對輕度失智者是非常重要的的一種服務形式，可以延緩個案被送入機構的時間，讓長者可以多享受幾年家庭的溫暖。可惜要成功推展這種服務最重要的是解決交通接送問題。臺北市政府為鼓勵民眾使用日間照顧服務，依失能程度給予不同的補助，補助額度為 2683-11340 元不等，民眾的接受程度不錯，已在各區陸續建立日間照顧中心。如果有交通車接送是更理想，但是，在經營上日間照護如果個案達到 20 人次，是僅能支應所有人事及伙食成本而已，並無法涵蓋開辦費及交通車成本，所以臺灣地區將近二十年來這一區塊的服務始終無法提升服務量，只有臺北市處於都會區，在居家與日間照護機構的交通距離較短，且由政府補助交通費，可以作為計程車資，發展較為順利，頗受民眾青睞，其他偏遠地區，除非交通問題能解決，照顧費用能有給付，民間不易投入此市場。

(二) 復康巴士數量不足

復康巴士屬於地方自治業務、礙於各地方財政狀況不同，導致各地收費標準、服務對象不一，各地的復康巴士的數量差異極大，整體而言，數量皆嚴重不足。

(三) 老人福利服務中心之現況問題

這些年在健康長者之福利服務推展頗具成效，老人福利服務中心提供多元化的健康休閒活動，帶給長者快樂與健康。只可惜在執行面仍有多頭馬車之嫌，例如，社工人員要負責所有課程之規畫與服務，同時要負責社區所有長者之地毯式關懷與建檔，還要負責所有獨居之關懷業務，所以工作人員始終感覺到時間不敷運用，役男人力不足，願意送餐之志工不易尋覓，獨居送餐服務工作非常吃緊，送餐志工費有上限。所以在志工招募上以及社會役方面需要更努力推展才能解決老人福利服務中心人力的問題。

臺灣地區這二十年來從事志工的風氣漸漸萌芽，但是在人力上仍嫌不足，社區關懷的志工與銀髮族課程的人數相較之下願意投入社區關懷者的比例相當低，期望將來在這方面能再強化志工的宣導與招募工作，能激起民眾投入關懷的善心。

三、機構式服務之現況問題

(一) 主管單位不同，法源不同，理念不同、標準不一

目前長期照顧的主管單位有內政部社會司、衛生署長期照護處及退輔會三個主管單位，各自訂定設立標準及評鑑標準。主管單位已於 101 年度開始進行評鑑標準統合的努力，未來評鑑標準的差異性問題應可減少。目前社政單位與衛政單位之機構有以下主要的差異性：

1. 收住個案不同

社政單位的長期照護機構是依老人福利法設立，所以只能收住 65 歲以上的老人，又分「安養機構」、「養護機構」、「長期照護機構」及「失智症機構」四種機構，收住不同類型的個案；安養機構收住「有自我照顧能力，生活可以自理」的老人；「養護機構」收住「需要協助生活照顧的老人」，可收住有胃管或/及尿管的老人，但不能收有造口，如氣管切口、腸造口、膀胱造口的個案；「長期照護機構」收住的個案除養護機構之個案外，尚可收住有造口、傷口個案之老人；失智症機構收住中度失智症之老人。身心障礙機構是依據身心障礙者保護法設立的，只能收住 65 歲以下身心障礙的個案；護理之家是依據護理人員法設立的，收住之個案與長期照護機構相同，但不限老人，可以收住任何年齡層的個案。

2. 補助政策不同

社政單位是以福利機構為原則，50 床以上即需以非營利機構設立，享有各類補助，如設施設備維修、員工薪資，租金、教育訓練及活動補助等。身障機構也是社會福利機構，也享有各類經營管理的補助。而護理機構非社會福利機構，未享有經營管理之補助款，必須由使用者付費。換言之，二位同樣失能程度的個案因入住機構之不同，就有不同補助的差別待遇，是一種不公平的立足點的現象，期望未來可補助個人，而非補助機構，個人可自由選擇使用何種服務。

(二) 建築業者缺少繼續教育，不了解照護機構之需求

早期有許多長期照護機構是由舊建築修改而成的，在先天條件的限制下，很難符合長期照護之居住需求，無可厚非，可是在臺灣已走了 19 年長期照護路程的今日，新申請設立的長期照護機構，建築之規畫仍然錯誤百出，看不出這些年建築業者對失能者的生活需求應有的認知的長進。當然，照顧業者也不能推卸責任，因為所提出的規畫，應該是經過照顧業者的認可。這些年建築教育是否有省思學校教育或繼續教育應有的內涵？為何一再規畫出不合人性的建築草案。目前衛生署針對所有照顧相關的專業人員，包括醫師、護理人員、物理治療、職能治療、藥師、社工等人員，推出了 Level I 及 Level II 的課程，Level II 為共同課程，內容為所有進入長期照護工作之人員必須認識的國家政策，Level II 的課程內容則由各專業團體分別訂定有關各領域照顧個案所須要的專業知識，以護理專業為例，包括「個案及家庭評估」、「感染控制」、「常見的照護問題」、「營養及餐食調配」、「活動需求」、「環境安全」、「輔具之應用」、「品管概念」等，各專業之從業人員要進入長照護工作都必須接受這二個階段的繼續教育，以俾能提供優質的服務。反觀建築專業，目前並未納入這個培訓計畫，建議未來所有建築從業人員也應納入此繼續性教育計畫，凡設計老人及身心障礙者居住環境者之建築業者，能對失能者及老人的生活需求有正確的觀念，同時在學校教育課程中也應加強各類身心障礙者居住環境設計之課程。

以下謹略述目前常見的設計規畫錯誤實例：

1. 居住於樓房卻無電梯

將近 20 年前，在許多沒有電梯的樓房中，竟然設立了養護機構，個案一旦入住至二樓以上的住房，就與世隔絕，不再外出，沒想到經歷這些年之後，在民國 101 年評鑑時，這種機構仍然存在，個案生病時，除非是住院必須抬出機構，否則情商醫師上樓診視，個案的活動空間就只有那一間寢室。近二年主管單位提出落日條款，要求機構必須符合無障礙設施之標準，必須設立輸送之電梯，造成舊有建築極大的衝擊與反彈，也造成一些機構必須歇業，老人要搬遷情何以堪，但是銀髮族產業必須要隨著時代進步，許多舊式建築在無障礙設施方面也回天乏術，必須歇業走入歷史也是非常無奈的事。

2. 扶手裝置不正確

無障礙扶手裝置之地點、高度、支撐點、形狀、與牆壁之距離皆不正確；扶手不連續，尚有未設置扶手之牆壁。

3. 平面高低差處理不正確

建築物二個平面高低差之處理方式不正確，斜坡角度不正確、斜坡突出屋外走廊、無障礙設施反而會造成行人之行走障礙。

4. 視障標示不正確

地板所貼的視障警示物寬度、位置不正確、電梯之視障標示不正確。

5. 燈光設置不正確

寢室未使用間接之照明燈，燈光直射臥床個案的眼睛。

6. 浴廁設置不正確

- (1) 廁所坑數與人數比不符合個案生活需求；
- (2) 馬桶位置距牆壁太近，不符規定；
- (3) 馬桶之扶手使用固定式，使用輪椅者無法移位至馬桶上；
- (4) 浴廁扶手之位置及形狀不符規定，不符合失能者坐站不同姿式時之需求；
- (5) 浴廁不具備輪椅迴轉空間（以 180 公分為直徑畫一個圓，不與任何點有交點，只能有切點），輪椅無法在浴廁中迴轉。
- (6) 床尾與牆壁或另一床床尾之距離未達 100 公分，輪椅無法順利通行；
- (7) 廁所之門未達 90 公分。

7. 消防設施不完全

- (1) 缺少平面移動逃生設備；
- (2) 缺少垂直移動逃生設備；
- (3) 缺少排煙設施；
- (4) 防火門設置不全；
- (5) 缺少等待救援區。

8. 缺少隔離室，或隔離室未使用獨立之空調及獨立之衛浴設備；

此為 SARS 發生後應運而生新規定，在許多舊建築中要產生一間隔離室有實務上極大的困難，但不論如何，還是必須要設法變更設計。

9. 缺少多元化活動空間

只留給每位住民一個床位及床旁桌之空間，缺少用餐空間及多元化之活動空間，例如五十位住民共用僅有不到十人可使用輪椅

者可活動之用餐空間，大部分住民沒有機會下床。

10. 缺少私人物品存放之空間

臥室只有床及床旁桌，缺少衣櫃及私人物品存放空間，沒有輪椅存放空間，輪椅不足，住民缺少下床機會。

(三) 醫療服務未接軌

1. 醫師診查之頻率問題

由於沒有長期照護保險，急性醫療與長期照護所需要的診察在理念上是有差距的，民眾有慢性病者「每三個月」至醫療院所就診，領慢性病處方簽。評鑑標準規定護理機構之個案「每月」應被師診察一次，住民如果固定在某大醫院就診，卻在機構又被規定每月要受診察，為了自付額很有意見，認為是多餘的診查。期望將來可以將長期照護機構的例行診察歸屬於長期照護保險，與醫院的專科師診查有所區隔。

2. 營養服務未到位

大多數之長期照護機構缺少營養專業之服務，團膳之供應皆由廚師任意配膳，並未考慮均衡及個別差異問題，這一部分之健康權益是經常被忽略的部分，健保局的審核委員有時針對到機構換管灌飲食之居家護理個案退件，不予給付，理由是「營養評估資料不全」，實際上只顯示出問題冰山之一角，許多機構製作管灌飲食（非配方奶粉，而是用食物自行製作之流質飲食）根本不知道個案的應有熱量、成分及供應之內容是否正

確，也未抽血檢測個案是否營養情況正常，雖然健保局退件有理，但也只偶爾懲處到居家護理人員，對改善住民營養問題很難有成效，希望未來有長照保險後能有改善。

3. 復健服務未到位

在機構式照顧中，個案需要職能治療活動、維持關節活動度及肌力訓練，目前長期照護中很少有復健人員真正參與，因評鑑之要求，也是每週出現有限時段而已，長期照護機構之復健需求與急性醫院之需求相異，目前這一部分非常不受重視，甚至有許多個案沒有下床機會。

4. 藥事服務未到位

臺灣的民眾可以到各大醫院，選擇自己喜歡的醫師看病，有時候，三位醫師診察後，單單是軟便劑就有三份，同時需服用十數顆甚至二十幾顆藥，所以需要藥師把關，與美國的情況大為不同，美國有家庭醫師把關在前，藥師把關在後，當藥物到個案手中時已經過藥師評估過了，而臺灣卻是各方來的藥到了病患手中，再由長照機構或居家護理機構聘請合約藥師評估，希望這種流程將來能獲得改善。

(四) 缺少「中期照護」服務

從急性醫療到慢性病照顧中間有一段極重要的階段：「亞急性照護」或「中期照護」，需要各類醫療專業人員介入，可以達到極大的健康效益，在臺灣一直未推出這種服務，會造成出院個案健康快速退步，在醫療服務上是一個斷層，是未來應正視的問題。

衛生署曾推出「中期照護實驗計畫」，本基金會護理之家也參加了實驗計畫，發現在以下幾方面，有明顯的可進步空間，對個案有極大的助益：

1. 傷口未癒合，需要入住護理機構使傷口癒合者；或家屬希望要學習傷口照護方法，回家自行照護者。
2. 需要肌力訓練、練習移位、行走、坐、站者；
3. 營養不良，需要調理營養狀況者；
4. 肺功能不良，痰多，需要調養肺功能者。

將來若保險有中期照護，可以使整個保險給付系統有正面的效益，也可以讓護理機構與長期照護機構的定位更有區隔性。

(五) 感染管制的標準問題

居家照護個案可享有每年 14 至 21 天的「陽光假期」，可將個案送至機構照顧，讓照顧者可以休息，照顧費及救護車送至機構之費用皆由政府給付，個案可以在一年內分別依需求使用這些天數。一般個案要入住機構必須要提供三個月內完整的體檢報告，如果喘息個案要遵守這個感控的規定，個案須經常到醫院體檢，造成家屬及個案的困擾，所以目前有矛盾的現象，一般入住個案需要體檢報告，而陽光假期的個案進進出出機構卻不須體檢報告，希望未來能有合理的規範，不至於在執行面有無所適從的情境。

(六) 照顧服務人力嚴重不足

20 年前，剛跨入老人國時，照顧服務員課程甫開辦，中高齡婦女非常踴躍地參加訓

練，本基金會每二個月辦理一梯次，臺北及高雄每年各 5 梯次，18 年共培訓三千多位照顧服務員，當年的中高齡人員如今已進入老人年齡層，之後的世代對從事第一線老人照顧工作意願低，近 2 年來招募學員極為困難，難以開班，業者紛紛抱怨招募不到員工，這是未來極大的危機。

(七) 申請外勞的標準太嚴苛

居家申請外勞的標準過於嚴苛，使得許多家庭面臨極大的困境，會造成不得不將長輩送至機構的結局。如何才能取得平衡點，真的需要審慎再評估。

📖 參考文獻

- 中央健康保險局(2012年, 1月26日), 醫療費用支付標準修訂項目第五部之第一章居家照護, 2012年12月19日取自 http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_11784_2。
- 中國時報(2012年9月10日), 復康巴士不足窮縣市身障更弱勢。
- 內政部(2004年, 6月23日)·身心障礙者保護法·全國法規資料庫入口網站·2012年12月17日取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll>。
- 內政部(2005), 建立社區照顧關懷據點實施計畫。
- 內政部(2007), 失智症老人團體屋試辦計畫。
- 內政部(2010), 99年度推展社會福利補助作業要點。
- 臺北市政府(2010), 臺北市政府99年度中度重度失能長者交通接送服務實施計畫。
- 臺北市政府社會局(2012年, 1月10日), 臺北市政府社會局101年度居家服務實施計畫。
- 行政院衛生署(2007), 我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫, <http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>
- 行政院衛生署(2011, 12月21日), 護理人員法·全國法規資料庫入口網站 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll>。
- 行政院衛生署(2012, 8月8日)·老人福利法·全國法規資料庫入口網站·2012年12月17日取 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent>。
- 行政院勞工委員會(2012), 家庭外籍看護工政策及申請資格, <http://www.cla.gov.tw/>

肆、結論

由於人口不斷快速老化，臺灣已面臨老人照顧的窘境，人力招募極其困難，未來不論在制度面、人力供應面、財務面，都將面臨極大的挑戰，需要主管相關單位認真共同整體性思考、解決以及因應現況及未來的問題。

(本文作者為財團法人獎卿護理展望基金會秘書長)

關鍵詞：長期照護、社區照護系統、喘息服務、居家照護

cgi-bin/Message

高雄市政府社會局（2001年8月30日），各區老人活動中心暨敬老亭設置使用管理要點。

高雄市政府社會局（2003），高雄市政府社會局 102 年度「委託民間單位經營管理老人活動中心」實施計畫。

邱泯科，林伶惠（2010），以竹苗照顧關懷據點為例探討我國老人社區式服務模式，社區發展季刊（129:392-409）。

陳正芬（2011），我國長期照顧政策之規畫與發展，社區發展季刊（133:197-208）。

蔡啓源（2000），我國長期照顧服務之檢視，社區發展季刊（129:410-425）

蕭金源（2009），老人長制度分析政策規畫之建議，社區發展季刊（128:324-341）