

台灣居家照護的軌跡初探

葉宏明^{1,2} 林秀碧³ 吳重慶¹ 黃秀雲⁴ 顏裕庭⁵

臺南市立醫院 老年醫學科¹

成功大學 公共衛生學研究所²

嘉南藥理學院 醫管系³

臺南市立醫院 護理部⁴

臺南市立醫院 家庭醫學科⁵

居家照護是整體健康服務的一環，也是社區健康營造的重要因素。自從荷蘭人在台灣訓練「疾病慰問師」做為台灣居家照護及家庭訪視的開端以來，台灣居家照護的面貌不斷地改變。明鄭及日據時期，醫師的出診（家庭訪視）是醫師日常診療業務的重要項目。但是隨著科技進步，大型醫院興起，醫療重心集中到醫院，居家照護的角色一度減輕，台灣在1993年，65歲以上人超過總人口7%，正式邁入「高齡化社會」。需要長期照護的慢性病患，漸漸增多，居家照護又日漸受到重視。1990年公務人員保險將居家護理納入給付；1995年居家護理納入全民健保給付。居家照護的健保給付希望能增加非技術性護理及社會服務項目，以減少照顧者的家庭負擔。隨著科技的進步以及醫療的社區化，居家照護必將成為21世紀的重要醫療服務。

關鍵詞：居家照護、長期照護、家庭訪視

人口老化是全世界共同的現象。台灣地區六十五歲以上的老年人口，於1993年9月佔總人口的7%（147萬餘人），正式邁入世界衛生組織所謂的「高齡化社會－老人國」；1997年底，老年人口躍居8.26%（約170萬人）；西元2021年時，預估為14.6%（370萬人）[1]。在老人的照護資源中，傳統的孝道扮演著重要的角色，大部分的老人都是在家中自行照顧或接受配偶、子女與媳婦的照顧。衛生署已規劃老人長期照護三年計畫，希冀能提供慢性病醫院、護理之家、日間照護、居家護理及安養機構等多元而整體的長期照護服務。為能善用孝道的珍貴文化資產，該計畫冀發展居家式及社區式照護佔（合佔70%）與機構式照護佔（30%）[2]。

居家照護旨在提供出院病人或居住於社區內之重症病人的服務，避免住入機構造成老年人對環境的適應困難及資源之浪費。目前居家照護受到各醫事服務機構的矚目，乃因其成本較住院與護理之家為低[3-5]，對促進醫療體系連續性整合度較高，且較能提升

病人的生活功能[6]。

居家照護是長期照護的重要基礎[7]；國內、外機構、學者對居家照護的定義甚多。綜合各家學說，居家照護是在病人居處提供健康照護的服務；亦即醫師、護理人員及其他醫療工作者依實際需要，到患者生活環境裡幫助病人的過程，包括評估、診斷、治療、諮詢建議，甚至整合居家照護之團隊等等。

居家照護的緣起背景

居家照護，即是在家裡對病患所提供的醫療保健服務。早在先民開拓時期，居家照護即見端倪[8]。元末（1281年）在澎湖設巡檢司，先民聚居；明朝嘉靖萬歷年間（1550-1600年），福建漳州、泉州一帶先民移居嘉南平原，人數估計數千。當時台灣與澎湖民眾的醫療保健服務及居家照護，都由傳統醫學的醫師提供。荷蘭人在1624年來到台灣安平，1630年建築安平熱蘭遮城，並設立醫院。後來在赤崁（臺南）設



城（即今赤崁城），並開始設醫院，由荷蘭東印度公司派遣荷蘭醫師提供醫療服務，訓練疾病慰問師（即護理人員）；疾病慰問師開展了居家照護及家庭訪視。他們到病患家裡訪視，宣導民眾注意個人衛生及環境衛生，建議人畜分居、時時清潔家屋、不傾倒垃圾污水於河、不食用河水、不飲生水、不在河水裡游泳。後來又鑿深井取水，稱為「蘭井」；宣導民眾使用，預防當時常見的腸胃感染症。

鄭成功於1661年戰勝荷蘭人，開闢台灣，並招來大陸有名醫師前來診治。許多醫師自設診所，並到病患家中訪視、追蹤病情、提供增進健康的諮詢服務，即為居家照護。1683年清朝領有台灣，台灣當時的醫療主流為傳統醫學及原住民的傳統醫學。傳統醫學醫師的病患診療包括家庭訪視，探訪病患病情更實施保健訪視，提供有關營養、運動、養生之道，以提昇民眾的健康水準。原住民醫師醫學的診療包括家庭訪視，不但追蹤病患的病情，亦提供保健方策，教導營養運動、強身壯魄、趨吉避凶。舉凡正確起居作息、家戶衛生、環境保健的方法都包括在內，以提昇原住民的健康體能。自為居家照護的先驅。1865年馬雅各醫師（Dr. Maxwell），在台灣府（今臺南市）設立「醫館」（今日的基督教新樓醫院）開始醫療傳道，醫師亦到病患家庭訪視。在日據時期，醫師的出診（即家庭訪視）是醫師每日診療業務的一部份，在許多醫師的傳記及記錄行醫的文章中都有所描述。許多嬰兒由助產士接生，助產士對孕婦及新生兒的家庭訪視所提供的預防保健服務，即是居家照護。

「居家護理」的前身是「公共衛生護理」。1945年台灣光復，「台北保健館」開創地段護理的工作，就著重居家護理的家庭訪視工作。1953年桃園縣和新竹市二衛生院（後改稱局），由美國醫藥援華會資助，在內政部衛生司所屬中央衛生實驗院的輔導下，實施公共衛生的家庭訪視[9]。其後，在各鄉、鎮、區各設衛生所，其公共衛生護理業務包括居家護理所提供的疾病篩檢（如量血壓、測尿糖）、衛教及預防保健服務；衛生所的居家照護也包括了防瘧保健員的除蚊與尋訪病例、砂眼保健員的砂眼治療、防瘧保健員的結核病預防治療、以及家庭計劃專職人員的家庭計劃諮詢服務。

居家照護的發展

1971年彰化基督教醫院成立「社區健康部」，提供社區民眾居家護理的服務，是以醫院為基礎的居家照護模式[10]。1983年衛生署於醫療資源缺乏地區

設立「群體醫療執業中心」，內設了2個「基層保健服務中心」其首要工作即為居家護理，亦稱居家照護，是以基層保健單位為基礎的居家照護模式。1986年非教會醫院，如台北榮總、省立新竹醫院，開始對出院的腦血管疾病及癌症病人，提供居家照護。1987年衛生署委託台北市護理師、護士公會，推行以社區為基礎的居家護理模式。同時亦委託台北市立陽明醫院，試辦以醫院為基礎的居家護理模式[11]。1989年衛生署與公務人員保險處共同辦理「居家照護納入公保給付試辦計畫」，前後2年。1993年護理機構設置標準公佈，規定居家護理機構應於收案48小時內，由醫師予以診察收案對象，其後至少每2個月由醫師再予診察1次。1998年衛生署修正「護理機構設置標準」：299床以下護理機構授權地方審查、放寬護理人員開業之資格。安養機構、療養機構健保給付方式，比照居家照護。1999年高雄市成立「高雄市長期照護管理示範中心」，花蓮縣市成立「花蓮縣長期照護管理示範中心」，台東縣成立「台東縣長期照護管理中心」。推展居家照護工作。

根據中華民國長期照護協會的調查[12]，居家照護的服務型態可分3類：

(一)醫院提供的居家照護：醫院內設立居家護理部門，由專任居家護理師偕同支援的醫師，提供病患居家護理；並結合其他醫事人員參與居家照護。

(二)獨立型態的居家照護：由專業團體辦理，主要由一群有獨立照顧病人能力的醫務人員（最多為護理人員）負責。

(三)基層醫療保健單位所提供的居家照護：主要由衛生所、衛生室的醫務人員，從事病患的居家照護也包括公共衛生；護理的保健服務，以提升民眾的健康水準，例如：護理人員辦理的糖尿病、高血壓之篩檢、轉診、預防保健等護理服務和慢性病之居家護理。家庭計畫的諮詢服務，孕婦的產前保健，新生兒的訪視，兒童的預防注射及健兒服務，心靈保健，災民的支持等。一般診所所辦理的，則由醫務人員（包括醫師、護理人員及其他醫事人員）到病患家庭，提供醫療保健服務。

綜觀台灣居家照護的型態，目前仍以醫院附設居家照護為最多（佔69.2%），基層保健單位所提供的居家照護佔18.7%，獨立型態的居家照護的機構則佔12.1%。醫院附設居家照護，由於醫護人力、病患來源、醫療設備及後續的醫療支援系統資源較為充足，發展得最多也最快。

居家照護的給付制度



表1 1999年4月，台灣地區居家照護的概況如下：

地理分佈	縣市名	醫院附設	獨立型態	基層單位		居家照護	總人口數	65歲以上人口數
				衛生所	診 所			
	宜蘭縣	5	3	2	0	10	466603	43064
	基隆市	4	0	0	0	4	379370	31206
	台北縣	9	0	5	0	14	3420535	207772
	桃園縣	9	1	2	1	13	1614471	119578
	新竹市	3	0	0	0	3	351800	29474
	新竹縣	4	1	2	0	7	421721	38556
	苗栗縣	4	1	0	0	5	560344	55882
	台中市	7	4	0	1	12	901961	56598
	台中縣	9	3	0	0	12	1447761	97430
	彰化縣	6	0	0	1	7	1297744	110641
	南投縣	5	0	4	0	9	546707	52477
	雲林縣	4	1	0	0	5	751913	77813
	嘉義市	4	1	0	0	5	262822	21370
	嘉義縣	3	0	0	0	3	567695	62598
	臺南市	5	0	0	0	5	717811	51264
	台南縣	6	0	1	0	7	584251	107572
	高雄縣	9	3	3	0	15	1227160	96237
	屏東縣	10	0	2	0	12	913764	83227
	台東縣	3	0	3	0	6	253002	26654
	花蓮縣	5	0	10	0	15	358077	36420
	澎湖縣	1	0	3	0	4	91169	11895
總 計		115	18	37	3	173	17136681	1417719
	台北市	15	1	0	0	16	2598493	235181
	高雄市	18	7	0	0	25	1436142	92522
總 計		148	26	37	3	214	21171316	1745422
百分比		69.2%	12.1%	18.7%		100%		

※ 資料來源：中華民國長期照護協會，1999(12)。

中華民國八十六年台閩地區人口統計，1998(13)。

1995年3月1日「全民健康保險」（簡稱「全民健保」）實施，居家照護的給付方式以個案診斷疾病別，採論次計酬，不區分醫療機構之層級；而山地離島地區的給付較非山地離島地區為高。1997年，居家照護的「全民健保」給付方式又以「資源耗用群組」為支付標準。所謂「資源耗用群」是指一種長期照護病人的病例加以組合的分類系統，依據病患的特徵及其照護需要，將資源利用性質相似者，利用分類變項，將所有病人依此變項建構數個病例組合，使每個組與組之間病人資源利用之差異極大化，但每個組內病人資源利用的差異極小化。給付不區分醫療機構之層級，但山地離島地區的給付，較非山地離島地區為高。根據目前「全民健保」居家照護的規定，收案條

件限制為：1. 病人只能維持有限的自我照顧能力，及清醒時超過50%以上的時間，活動只能限制在床上或椅子上；2. 有明確之醫療與護理服務項目需要服務者；3. 病情穩定，而能在家中進行醫護措施者。照護的項目包括：1. 訪視、訪察；2. 治療材料的給予；3. 一般治療處置；4. 呼吸消化及泌尿系統各式導管與造口之護理；5. 代採檢體送檢；與6. 有關病人護理指導及服務事宜。

由此可見，「全民健保」對居家護理訂定的收案條件及照護項目，甚為清楚明白。訪視的次數是一個月1次，每次大約30分鐘。許多慢性病病患，例如腦中風、慢性阻塞性肺病、心臟病，如果活動受限於床上或椅子的時間超過清醒時間的50%以上，就能列入

給付。可以給付的項目則包括技術性護理項目。除了上述健保給付的技術性護理服務項目之外，其他與日常生活有關的基本照護項目，如營養（配膳及進食）、清潔身體（洗澡、刷牙、剃鬚、梳髮、大小便）、例行活動（移位、如廁、穿衣及脫衣、爬樓梯、離家並返家），還有烹調、打掃、清洗衣物等家計協助項目並未列入給付項目；居家病患的日常生活則由家庭照顧者負擔大部分的照顧責任。如果病患家庭對照護未有適當的準備，照護居家的病人會是家人沈重的負擔 [14]。

展 望

自從荷蘭在台設立疾病慰問師以來，台灣居家照顧的面貌不斷的改變。日據時代，到家戶訪的重心為醫師。由於科技進步與大型醫院的興起，晚近醫療重心逐漸轉移到醫院，居家照護的角色一度減輕。高齡化社會來臨之後，慢性病長期照護常需居家照護的服務，使老年人『老有所終』，而能有尊嚴、活力地在宅安養。因此，在醫療費用高漲的今日，拓展居家照護的業務範圍，顧及疾病亞急性期的照顧，降低住院日數，進而減少醫療費用，遂成為優先改善的方策。

居家照護旨在提供居住於社區家庭中的個案服務，使病患能早日離開醫院回到社區以利醫院床位充分利用及減少住進護理之家等機構的必需性。目前暫時受限於：1. 細付不足，2. 又缺少足夠的訪視時間來提供高品質的服務；3. 出診的交通不便，4. 若干醫療人員雖具滿腔熱誠，但卻缺少訪視訓練；與5. 最需要民眾照護的患者有時不免因家庭資源缺乏，不易代替醫療專業人員從事居家照護的工作，亦不易自付醫療專業人員的居家服務。如果在施行居家照護的深度及廣度方面加強，增加非技術性護理項目及社會服務項目，並且擴展居家照護的服務至疾病亞急性期及手術後照護則可減少住院日數並降低醫療成本 [12]。而病人和家屬付出的社會及個人成本一般亦可減輕，且對病患的癒後沒有影響。經由居家照護，心臟手術的病患可以在5天內出院 [16]，而由護士探視或以電話訪談的方式來協助病患適應出院返家的過渡期。急性和心肌梗塞的病患可以藉由家庭為中心的居家照護，協助病患及家屬因應心肌梗塞帶來的衝擊，提早出院 [17]。藉由提供居家照護，對於生產後的產婦可以提供必要的協助 [18]，例如產褥期及新生嬰兒護理，可以初產婦、單親家庭、餵母奶產婦、未成年產婦為優先的服務對象。另外，居家照護還可以和社會福利/服務結合，提供義工陪伴、送餐服務、租借醫療器

材、獨居老人關懷、緊急呼救連線等服務，以提供病患必須的照顧。

對於照顧病患的家人（非專業照顧者），自應提供相關疾病之醫療常識及護理技術之訓練，以減輕照顧病患對家人的衝擊。「久病無孝子」，開辦「喘息服務」，以減輕家人的疲憊，可列為優先措施。因此，居家照護應當是社區健康營造的一環，也是『全人照顧』的一部份。晚近台灣的醫療體系侷限於醫院，過份注重急性病的照顧，無暇從事疾病的預防及復健；重新肯定居家護理的價值並擴大其服務範圍當為將來努力的方向。

參考文獻

1. 行政院衛生署：衛生統計。1998.
2. 行政院衛生署：老人長期照護計劃。1998.10.
3. 譚開元：我國長期照護之現況與發展（摘錄於中日技術交流第二回：高齡者長期照護國際研討會講稿）。1998.
4. 何尹琳：三種長期照護模式之比較研究－資源耗用、健康狀況改變與病患家屬滿意情形之評估。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。1993.
5. Oktay JS, Volland PJ. Foster home care elderly as an alternative to nursing home care: An experimental evaluation. Am Public Health 1987; 12: 1505-10.
6. Harrow BS, Tennstedt SL, Mckinlay JB. How costly is to care for disabled elders in a community setting? Gerontologist 1995; 35: 803-13.
7. 陳貞秀：台灣地區居家照護散佈狀況及其影響因素之探討。碩士論文。1994
8. 顏裕庭：台灣醫學教育的軌跡與走向。1998.
9. 黃子庭：淺談公共衛生護理發展。國立台北護專護理教師之輯（1），1987；Pp.70-4。
10. 黃璉華：社會變遷與公共衛生護理未來的發展。護理雜誌 1991；38：15-21.
11. 杜敏世、李鍾祥：台北市某市立醫院居家護理服務模式之成本分析。公共衛生 1990；17：181-94.
12. 中華民國長期照護協會之統計資料。1999.
13. 中華民國八十六年台閩地區人口統計，內政部。1998.
14. Oberst MT, Thoms SE, Gass KA, et al. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing 1988; 12: 209-15.
15. Soderstrom L, Tousignant P, Kaufman T. The health and cost effects of substituting home care

- for inpatient acute care: A review of the evidence.
CMAJ 1999; 160: 1151-5.
16. Saavage LS, Grap MJ. Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients. Am J Critical Care. 1999; 8: 154-9.
17. Fleury J, Moore SM. Family-centered care after acute myocardial infarction. J Cardiovasc Nurs 1999; 13: 73-82.
18. Bennett RL, Tandy LJ. Postpartum home visits: Extending the continuum of care from hospital to home. Home Healthcare Nurse 1998; 16: 294-303.

HOME CARE IN TAIWAN, PAST AND FUTURE

Horng-Ming Yeh^{1,2}, Hsiu-Pi Lin³, Chung-Chieng Wu¹, Xiu-Yun Huang⁴, Ernest Y.T. Yen⁵

*Department of Geriatric Medicine¹, Nursing Department⁴, Department of Family Medicine⁵,
Tainan Municipal Hospital, Tainan, Taiwan*

*Graduate Institute of Public Health², Medical College, National Chung Kung University, Tainan, Taiwan,
Department of Hospital and Health Care Administration³, Chia-Nan College of Pharmacy & Science*

Home health care service are the integral part of the holistic health care. The Dutch colonial government initiated the home care services in Taiwan. House calls and home visits were important daily routines of physicians and public health nurses. However, technical development concentrated in the hospital services and the home care services were less performed. The growth of the elderly makes long term care necessary and the home care services are revitalized. The home care services were reimbursed by the Government Employee Insurance Program in 1990 and was included in the reimbursement program of the National Health Insurance in 1995. The current reimbursement items of the home care services need further expansion to include the care of the daily living and social activities. The provision of home care services for the patients with subacute diseases could possibly reduce the length the hospital stay in lowering the medical cost.

Keywords: home care, long term care, home visit

