

機構式長期照護綜論

許佩蓉^{1,2} 張俊喜¹ 林靜宜² 林壽惠^{3,4} 李世代³

摘 要

人類自有歷史以來，即有『照護（顧）』之存在與發展，其中即含有長期性照護（顧）之部份，然後才逐漸發展成制度與體系，而在長期性照護其中即必然包含機構式及社區式之照護型態。隨著社會之整體進展，人類生活所需之生活、健康及安全三大方面需求的滿足、提供、施予與發展，乃為人類所必需面對的課題，亦是現代文明社會之重要議題。在人類社會的自然發展經驗中，因「人口高齡化」之必然走向，加上串連而來之「疾病型態的慢性化」、「健康問題障礙化」、「照護內容複雜化」、「照護時間長期化」等趨勢下，更為突顯，亦使得健康照護之體系須從單一走向涵蓋多層面照護需求周延複雜之體制，而機構式與社區式之照護即發展成型，並在各地以不同之樣貌出現或存在。從各先進國家之發展經驗來看，機構式照護雖比社區式照相對少得多，但兩者須為一體之兩面，相輔相成；而且毫無例外的，各均以機構式照護為先行之發展，再而發展出較大較多之社區式照護之型態，兩者約為三與七或二與八之比，此趨勢有其普遍性、終極性及必然性。然而，因本質屬性之差異，機構式照護所吸獲之重視與資源分配往往不成比例。就長期照護之整體性來看，機構照護擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模濃縮，即接近機構之型態。在積極強調落實「在地老化」之社區式照護目標的同時，機構式照護比例雖可能較少些，然不可或缺；且機構式照護亦為社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式照護之喘息服務平台，有其存在與發展絕對之必然性。

關鍵詞：長期照護、機構式照護

¹國防醫學院三軍總醫院 家庭暨社區醫學部、²國防醫學院 醫學系、³國立台北護理學院長期照護研究所、台大醫院(北護分院)社區及家庭醫學部、⁴長榮大學護理學系

通訊作者：李世代

通訊處：108 台北市萬華區內江街 83-1 號 台北護理學院長期照護所

108 台北市萬華區內江街 89 號台大醫院(北護分院)社區及家庭醫學部



壹、前言

「長期照護 (long-term care)」之實質內容自古有之，可追溯自兩千多年前西方遠古時代之希波克拉底(Hippocrate)時代的健康照顧，即包含了較為長期之照顧內容；另在中國遠古時代（西元前五百年禮記禮運大同篇）亦揭載有：「老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥、寡、孤、獨、廢、疾者，皆有所養，是謂大同」。二千多年前，西塞羅 (Cicero) 曾完成一部以老年人為研究對象之專著「老年與友誼(Old Age and Friendship)」。其後從十六到十九世紀，歐美相繼出版了二十餘種老人問題研究之專論。足見自古以來，雖未必有此一正式「長期照護」之辭彙，但卻已含括老年人或身心障礙或特殊照顧需要者「長期照護」的涵義，與今日之認知與涵義雖稍有不同，但相去不遠，亦能串接或連貫[1]。

自古以來，有人、事、物的存在即有『照顧 (care)』之問題與需求，普天之下萬事萬物均可能出現或發生照顧之情況，也均離不開照顧之事務；將照顧情況集中在人身上時，則有的人可照顧一些人、事、物，是為照顧（提供）者 (giver, provider)；有的人則接受照顧，乃為照顧接受者 (receiver, recipient)。

因此，『人』永遠存在一定之生活暨健康照護之需求等待滿足。當論及照顧問題的解決時，則須連上關聯性密切或更進一步需求配套之滿足 (well-met)、幸福安適 (well-being) 及安全 (safety) 之考量，故僅僅照顧當不敷應此必然之

配套而來之監督、保護需求與實務，故須擴大為『照護 (care)』之設計與落實。因此『照護』可界定（視）為照顧、陪同、提供、監督、保護、責任、極度的掛慮或相關之精神心力付出、用心管理、.....等，亦可進一步界定（視）為針對目標照應/守護、掛慮、疼惜、免於麻煩、需求之施為/施與/施作、以及管控.....等。此『照護 (照顧)』之內容必包含生命維護、生活生計、健康照顧、安全幸福與未來瞻望等，此必然涉及多方，舉凡政治、經濟、社會、傳統、文化習性、時代特殊情境等無所不包[2]。

『照護』之內容可大可小，時間自有長有短。照護內容小者可以窄化至針對極細微之部份；大者則可以擴大延伸、包羅萬象、而無遠弗屆。照護時間短者，僅為分秒；長者可至數十年，乃至一生一世。千百年來，人類即依其先天環境條件生存、發展及開創，以便求取較上乘理想的生活及滿足。是以在生存之餘，再進一步須顧及生活與生計。生存、生活與生計之需求感受相當直接，然若出現無法順應生存與生活需求者，便需要某種程度的照顧，而在此間若無健康之條件，則生存、生活與生計均難以完整。當『照護』所涉內容單純，時間也不長者，其大概可止於『照顧』；但是當所涉時間愈長者，其配套之事項也必為多雜，恐非以『照護』來界定不可[3-5]。

為了生存，進一步滿足生活與生計需求者，則可構成人類文明往前邁進之原始動力，再將其擴大，則須強調身、



心、靈及社會之良好狀態，恰構成文明發展的源頭。在此過程中，永遠難免會有少數人口族群之成員在生存、生活、生計及健康條件居於弱（劣）勢，也談不上發展及創造，由此而有照顧、支持與協助之理念與實務需要之萌出。照顧（護）之時間有長有短，當照顧時間一長，所涉及之事項便愈多雜，「長期照護」之事務便逐漸成型，久之便形成專屬之內容、領域、學門等，甚至因此而發展成爲獨特之照護服務工作型態與制度、體系[3-5]。

從人類歷史文明的發展軌跡來看，人類的進程先有生活之考量，繼而健康及安全的考量接踵而來。因此，只要有人的存在即有生活、健康與安全問題，有生活、健康與安全問題的存在即有相關之照護問題，有照護問題的存在即有介入照護、如何執行、由誰執行、專業要求、服務體系、照護時點、執行時程、資源耗用、品質管制，還有相關權利義務及監督管理等配套之系列問題或事務[3-5]。

所有的照護事項，無論是「生活照護」或「健康照護」或「安全照護」，自古以來便一直因其本然的長短期需求而存在著，其滿足與否爲人類生活文明進程的指標，當然屬「實用」導向。因此，長期照護以「實用導向」爲主體，以因應解決人的照護需要或需求

（need/demand）[5,6]。生活方面之照顧稀鬆平常，其進展屬整體文明與文化之部份，較不易覺得特殊之處；然而安全方面之照護涉及國家社會整體政策施政

及體系具體而微的建構，非一朝一日可得；健康方面之照顧涉及專業知能技巧與體系流程，故須有進一步之系統發展，方足以因應所求[3-5]。

「長期照護」在巨觀或總體方面，乃爲探討人類群體生命、生活、生計等主題之廣泛性領域或學門，爲公共政策延伸之範疇；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之健康、生活、安全長期性照護等相關之事務，其訴求廣及健康攸關之生存、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或病況之罹患，另含括前衛之生命、生活、生計、健康、功能、安適及照護等積極基本人權意涵，還有照護公平化、個別化、人性化、團隊化、品質管控及可近性之考量與必然性，從而產生獨特的制度、體系、網絡、學門、專業、政策、策略機制及平台、以及相關研究之議題；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[3-5]。

在微觀或個人照護實務方面，「長期照護」乃指在一段長時間內於居家、社區或機構體系中針對身心功能不良（損傷障礙不全、失能或殘障）者，或身心健康功能受限制而須依賴他人之幫助以行常態生活者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護服務，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



之生活能力，減少其依賴程度，減輕他人或社會之負擔，並增進其尊嚴；其內容在服務需求面通常包含個人照顧（即人身基本照顧，如飲食、排泄、服裝、儀容、沐浴、清潔……等）；活動照顧（行動輔助、無障礙公共空間及載具、個人輔具、預防跌倒、……等）；生活照顧與家居服務〔生活照顧包括人身基本照顧外之家庭生活及社會參與部份，如人身安全、居住安排、家庭支持、經濟能力、財務管理、購物協助、環境整理、社會參與、法律協助、政治參與、人際關係、……等，家居服務包括備餐（煮飯）、洗衣服、理財（算錢、找錢、付賬）、通訊聯繫、用藥、操作整理輕鬆家務、外出購物（上街買日用品）、搭乘公共交通工具〕；精神照顧〔因應視聽覺及大腦皮質高層次功能、與外界或周邊人事物維護良好互動關係、因應心智問題（如失智、行為異常、譫妄、憂鬱……等）適當之生活對策〕；臨床醫療保健照顧（臨床醫療、預防保健介入、復健、突發性健康狀況之因應處理……等）、以及其他（托育、喘息、自我倡議、社會教育、生育諮詢、婚姻輔導或協助……等）。在提供服務面通常包含醫療、保健、護理、社工、復健（物理治療、職能治療、呼吸治療、語言治療等）、心理、營養、藥事、管理等系列之維護或支持等。在照護服務之類型上，可分為居家式（在宅服務、居家照護、居家護理等）、社區式〔送餐服務、日間照護、喘息服務（暫歇照護；respite care）、支持性服務等〕、機構式〔慢性病院（床）、護理之家、養

護之家或安養中心等〕，以及須有長久性之照護設計與安排之特殊照護服務〔如呼吸照護（ventilator/respirator care）、緩和或臨終或安寧照護（palliative, terminal or hospice care）、癡呆失智症或認知症照護（dementia care）、植物人照護（vegetation life care……）等照護方式或型態[3-5]。

長期照護的原始及終極目標均在於了解、掌握、滿足長期照護之需求／需要（needs/demands）。長期照護之需求／需要須經界定、描述、評估、測量，進一步建構相關體系投入、滿足之。所以，需求／需要之大小、多寡、高低、長短，整合性、可及性、可近性、可用性、可替代性、配合性、改造性、個人偏好性、以及特殊考量性……等均必須突顯出來[6]。但是在不同之目的、立場及觀點上允有出入，Bradshaw 早在 1972 年即提出需求／需要包括有四種形式，即規範性需求／需要（normative needs）、感覺需求／需要（felt needs）、表達性需求／需要（expressed needs）及比較性之需求／需要等（comparative needs）[7]。長期照護之發展上，為了收容、安置受照顧者，機構式之照護往往最早被考量與建置，之後才往更大比例之居家式及社區式照護發展。如此一來，機構式與社區式之照護即發展成型，並在各地以不同之樣貌出現或存在。從各先進國家之發展經驗來看，機構式照護（residential care/institutionalized care）雖比社區式照相對少得多，但兩者須為一體之兩面，相輔



相成。因此，機構式之長期照護恆然必定佔有長期照護一定之比例，兩者約為三與七或二與八之比。此趨勢有其普遍性、終極性及必然性，而以台灣之經驗應可達二~三成左右，國外亦大致差不多，或可能更低，但乃因國內外對長期照護機構（long-term care facilities）之定義略有出入使然。故機構式之長期照護機構重要性卻難以替代，其比例亦不太可能比此為低。然而，因本質屬性之差異，機構式照護所吸引之重視與資源分配往往不成比例[5-7]。

就長期照護之整體性來看，隨著時代的發展與推進，機構照護亦必然在經營規模、技巧及串聯上發展，當其擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模精製濃縮，即接近機構之型態。在積極強調落實「在地老化」之社區式照護目標的同時，機構式照護比例雖可能較少些，然不可或缺。另外，因為社區式照護之比重愈來愈大，在既有基礎上發展延伸乃理所當然，故機構式照護亦可為社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式照護之喘息服務平台。所以，在本質上、趨勢上、因應策略上、乃至實務之經營上，機構式照護有其存在與發展絕對之必然性。

因此，「機構」之原意為「提供特殊目的而設置之建築」空間，可進一步延伸出『照護機構』之定義，即『提供特殊個人、生活、健康及安全照顧維護之地點、場所或設施，其照護（顧）內容可包括住宿服務、醫療、護理、心理諮商、交通接送及社會性服務等』。故

機構式照護為一特定之地點、場所或設施，受照顧者（即住民）生活於其中，且須有居住過夜（residence）之事實或情況[8, 9]。是以，機構式照護是指需要長期照護的病患居住在機構中，由機構提供全天候的綜合性服務，服務內容可以包括：住宿服務、護理醫療照護、個人照顧、交通接送服務、心理諮商服務、物理治療和職業治療等。機構式照護能為需要密集照護者提供完整而且高密度專業照護的型態，可以減輕病患家屬在精神和體力上的負擔。凡是病情嚴重、依賴度高、沒有家庭照護資源、沒有社區資源的病患，都是機構照護的主要對象。

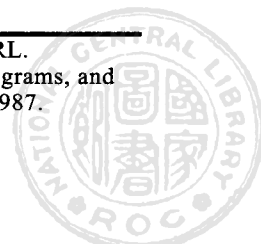
有些健康狀況似乎在需求面之滿足、合理性、方便性、以及成本效益上，以入住機構較為適當，但是機構式之長期照護亦有些隱憂，如表 1 所示。

表 1 機構式長期照護隱藏之危險因子

走動輔具之使用(Use of walking aids)
認知缺損害到(Cognitive deficits)
獨居或與不相關之他人共居(Living alone or with unrelated person's)
缺乏社會支持(Lack of social supports)
日常生活活動功能不良，須依賴照顧(ADL problems, personal care dependency)
貧窮(Poverty)
男性之呼吸或神經系統病況(Respiratory or nervous system in men)
女性之肌肉骨骼系統病況(Musculoskeletal disease in women)
女性(Female gender)
自我認定健康狀態不良(Poor self-rated health status)
工具性或社會性日常生活活動功能限制(IADL limitations)
非正式健康網絡缺乏(Deficiencies in informal health network)

資料來源：Adapted from Kane RA, Kane RL.

Long-Term care: principles, programs, and Policies. New York: Springer, 1987.



貳、機構式長期照護的發展與演進

從長期照護的演進，在先進國家約可分為四個階段：一、1940 年~1950 年代，為「濟貧」到「防貧」的時代，視長期照護為家屬應負的責任；二、1950~1960 年代，為福利理念的時代，由選擇主義到普遍主義，特性是「制度化」、「普遍主義」及「社會福利制度」，老年人的照護專業領域便已逐漸成型，長期照護領域從一般之描述已逐漸轉成為專業性之探討，亦蔚為整體照護體系中重要的一環；三、1970~1990 年代，前期為社區資源之正常化與統合時代，強調需要「住宅」、「福利」及「醫療」之整合規劃，後期則重視互助、他助、自由選擇；四、1990 年代以後，出現了嶄新之理念：(一)正常化及生涯規劃，透過正常化措施讓參與社會生活或勞動、自立、參與、創造價值，以維護人性尊嚴；(二)契約化、自我選擇福利及服務方式、個人責任制；(三)家庭、福利設施、醫療所需與服務提供之間的差距縮小，重視個人隱私；(四)公共與民間力量並重，透過市場機制，提高競爭與效率，同時引進民間力量〔如非營利組織(NPO, NGO)〕，以減輕政府負擔；(五)照護服務之提供從單方決定及給與，轉而賦予利用者選擇之權利，即依使用者觀點提供服務[9]。

是以，長期照護之需求與滿足，實為從特定時點之收容而起，收容所(asylum)再進一步演進至照護機構，遂行機構式照護之型態，再隨者各地不

同的社會屬性而發展出今日眾多型態之照護機構或設施。歐美各國大致緣此發展其長期照護，先有機構式照護，再及於社區式照護，而發展出必要之醫療、勞動、僱傭、年金及保險制度平台、機制及相關制度、體系、法令、規章之配套[4, 8, 9]。

瑞典經驗

瑞典是全世界最早在五〇年代起即啓動長期照護相關體系的老人國家。1993 年，瑞典人口數已達八百七十萬人，其中 17.6% 是老人，領有老人年金，其男性的平均壽命 75.5 歲，女性平均壽命 80.8 歲[23]。瑞典發展長期照護的概念甚早，且在 1950 年即被公認為制度是福利國的典範，民眾長期照護的保障不虞匱乏，服務的可近性及可用性甚佳。瑞典在上個世紀六〇年代強調機構式照護，因此即增加醫院長期照護、護理之家、老人院的床數。直到七〇年代初，由於老人人口數的快速增加，機構照護成本逐漸提高，機構照護品質為人詬病，遂提出「在地老化」的口號，強調社區服務重要性及政策的走向，因此居家照護逐漸擴張。八〇年代經濟不景氣，瑞典政府因財政壓力開始重視長期照護服務的效率。一方面將長期照護的責任交由基層政府，給予概括性補助預算，使地方具有平衡收支的壓力，而確實做到減少機構式照護服務的利用，並發展新型的老人庇護住宅，提供有功能障礙的老人，只要居住在庇護住宅中，



就可以接受居家照護專業團隊的服務，功能障礙的老人因而可以延長在社區住宅居住的時間。瑞典以人性化和經濟的考量協助老人留在家庭及社區中，而當老人不能在照顧管理自己的生活時，政府將提供其他型態的住宅服務，其中包括住宅服務（service building）、退休住宅（retirement house）、護理之家（nursing home）及失智老人住宅（group dwelling for dementia patients），以瑞典之人口統計來看，75-79 歲老人有 6% 住在政府提供的住宅設施或機構；80-84 歲老人有 14%；85-90 歲老人有 28.4%；90 歲以上老人則高達 49% 入住政府提供之機構設施或住宅[4, 11, 12]。

美國經驗

美國早期依靠家庭提供非正式的照顧支持系統及相關護理協會提供居家護理，沒有家屬的貧困老人才由公益團體和地方政府提供照護。1890s 年代，爲了照顧貧窮和生活無法自理的老人，避免老人流落街頭，地方上開始成立救濟院（poorhouses）、養老院（almshouses）等照護機構，以提供食、衣、住、行等基本生活照護。1935 年因應慢性老人的快速增加，國會通過「社會安全法」

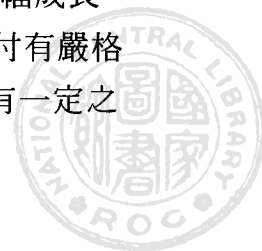
（Social Security Act），只對私人營利照護機構及養老院院民發放救濟金，致使私人營利照護機構快速成長，並迫使公立照護機構迅速萎縮，照護機構由 1929 年的 1,270 所增爲 1945 年的 7,000 所，其中 75% 是私人營利性質，對住民

的照護品質影響甚深[13-15]。

美國長期照護機構依服務對象與內容可區分爲技術性護理照護機構

（Skilled Nursing Facilities, SNF）、中介照護機構（Intermediate Care Facility, ICF）、住宅式照護機構（domiciliary care facility）等，住宅式照護機構又分住宿照護機構（Residential Care Facilities）、成人日間照護機構（Adult Day Care Facilities）、心智健康照護（Mental Health Care）、兒童照護機構（Child Care Facilities）、寄宿之家（Boarding Houses）等。SNF 之機構住民特性對專業性護理之需求程度較高，即俗稱之護理之家（Nursing Home）；ICF 主要收容缺乏自我照顧能力且完全無法獨立生活者，住宅式照護機構主要收住對象主要以行動自如，但須提供支持性或保護性生活照顧者[14, 15]。

1965 年，美國國會通過老人醫療照護保險（Medicare）、貧民醫療救助保險（Medicaid），對於 65 歲以上老人急性及暫歇式專業技術性護理提供給付。1973 年則再擴大保險給付對象至凡是 65 歲以下身心障礙或罹患腎臟疾病之病患，但僅限於出院後之恢復期。1984 年，開始實施診斷相關群（diagnosis related groups, DRGs），期望大幅降低慢性病患的住院日數，達到節約醫療資源的目的，但是卻也造成出院後的居家服務、亞急性及技術性護理之家（subacute & skilled nursing home）給付的大幅成長[14, 15]。然而因 Medicare 之給付有嚴格之資格條件限制，即便給付亦有一定之



上限，受照顧者仍須自付一部份；而 Medicaid 主要的目的是為了保障低收入或無能力負擔醫療和長期照護之所需者，但其所涵蓋的長期照護內容亦有限，只限於復健性質的照護，一般性質的照顧則不在給付項目之列。另 Medicaid 又有資產的限制，因此想透過 Medicaid 入住護理之家的門檻相當嚴格。因此，亦有當付不出 Medicare 之自付額度時，即折減 (spending down) 至 Medicaid 之機制設計。在此情況下，支持性居住環境 (supportive living environments) 因應而生，此設計的主要目的為協助自給自足、可以部份自我照顧的老人，通常這種居住設計提供老人不同程度的協助及監督，其中較常見者包括聚集式住宅 (congregate housing)、持續性照顧之退休社區 (continuing care retirement communities, CCRC)、輔助式居住設施 (assisted living facilities)、個人照顧住宿 (personal care boarding homes)、寄養照顧 (foster care)、長期照護設施 (long-term care facilities) 等[11,12-15]。

美國取機構式照護之理念而將之擴大為社區應用於 CCRC 之設計，顯示機構式與社區區照護兩者之融合型態。

加拿大經驗

加拿大之體制部份延襲或師承自英國，惟發展更為先進而精緻，澳大利亞之情況亦有些類似。英國在 1950s 年代前之機構式長期照護早已發展至相當之

規模，且透過大英帝國之政、經、軍等強勢影響全世界。加拿大在機構式長期照護之發展亦相當早，且由聯邦各省區或特別領 (territory) 自己運籌。目前加拿大之長期照護模式包括有急性照護組織 (Acute Care Organizations)、社區照護服務 (Community Care Services)、緊急照護服務 (Critical Care Services)、第一國民及伊紐伊特原住民成癮服務 (First Nations and Inuit Addiction Services)、第一國民及伊紐伊特原住民社區健康服務 (First Nations and Inuit Community Health Services)、居家照護組織 (Home Care Organizations)、長期照護/持續性照護組織 (Long-Term Care/Continuing Care Organizations)、孩童心智服務 (Mental Child Services)、心智健康組織 (Mental Health Organizations)、復健組織 (Rehabilitation Organizations) 等，即含括多種樣式之機構式長期照護[4, 13]。

日本之經驗

我國之近鄰日本在各方面均比台灣發展早上數十年，所以有不少經驗值得參考。日本乃目前全世界高齡人口最多、比例最高，且平均餘命 (life expectancy, LE) 及健康餘命 (disability adjusted life expectancy, DALE) 均最長者，在 1970 年代老年人口即已超過 7% 而正式進入高齡化社會。1989 年，日本國民平均餘命已超過 80 歲，已成為世界上最長壽的國家。根據 2004 年的預測，



到 21 世紀中期，每三個日本人中就有一個是 65 歲以上的老年人，且世界各國人口平均壽命以日本之 82 歲居首[16]，日本政府自 1963 年頒布即老人福祉法；Rojin Fukuji Ho（即「老人社會福利法」）以來，即啟動實施了一系列針對老年人照顧的福利措施[4,9,11, 15-17]，為日本長期照護發展之開端[4, 17]。

日本廳頒布的「老年人社會福利法」規定得設「養護老人之家」、「特別養護老人之家」及「低費老人之家」等照護機構，以協助家庭或取代家庭照護及收容身心功能不良的老人，開啓日本機構式照護的模式。其中「養護老人之家」收容生活能自理，因生理、精神、環境及經濟等因素，無扶養人或其扶養人無扶養能力，在宅養護有困難之老人，原則上免費居住，類似我國的仁愛之家或扶養機構。「特別養護老人之家」收容因身體上或精神上有明顯缺陷，需經常照護且居家照護有困難之老人，類似我國之收容情況較差住民之養護機構。「低費老人之家」則免費或低費收容以上二者之外的老人，提供膳食及其他日常生活上所需之設施[12, 16-18]。

1982 年頒布（老人保健法；The law for the health and medical services for the elderly；Rojin Hoken Ho）（即「老年人健康與醫療服務法」），廢除了 1973 年老人福祉法修訂的免費醫療規定，增設老人保健設施，如中間照護機構，收容病情穩定但仍須繼續住院照護的老年人，給予必要的護理、復健及日常生活訓練，類似國內之護理之家[16-18]。

針對 21 世紀社會老年化問題，日本政府於 1989 年制定了「促進老年人保健與福利十年戰略」（通常稱為「黃金計畫」），該計劃於 1994 年被重新修訂，並更名為「新黃金計畫」，此計劃為老年人提供休息及特別看護的「短時服務設施」、「日間服務中心」提供各種日間服務（包括飲食和體育鍛鍊）[11, 16-18]。

1994 年 12 月，日本國會通過了建立「長期照護保險制度」法案（即介護保險法），2000 年 4 月，此一新的長期照護保險制度正式生效。從此，大多數的長期照護設施及服務都是依據「長期照護保險制度」提供者。長期照護保險制度提供的服務項目包括社區式及機構式的服務，社區式的長期照護服務種類包括：1.居家訪視服務；2.短期機構式服務；短期入院復健、短期入院療養；3.居家療養管理指導；4.失智老人之家；5.補助福利輔具購置；6.住家改造補助。機構式的介護服務種類包括：1.照護老人福祉設施（特別養護老人之家）；2.照護老人保健設施；3.照護老人療養型醫療設施：例如：療養病房、失智症療養病房、醫療院所加強照護服務提供[16-18]。被保險人依身心狀況評定有長期照護需求者，可以使用社區式及機構式的照護服務；若評定為只需要支援者，則只能利用社區式的照護服務（失智老人之家照護服務除外），不能利用機構式照護服務[4, 17]。

另一項新計畫為「21 世紀黃金計畫」，於 2000 年頒布實施，包括：改善長期照護服務的基礎設施、促進幫助年



老體衰者的支持性措施、促進使老年人重新煥發活力的各種措施、開發社區支持系統、建立一套保護老年人並為老年人所信賴的長期照護服務制度、建立為老年人的健康和福利提供支持的社會基礎[4, 16-18]。

厚生勞動省並於 2003 年開始調降機構照護的報酬（照護報酬平均降 2.3%，其中居家照護報酬提高 0.1%，機構照護降低 4%）[18]，主要目的在落實在地老化，可惜因報酬及給付問題，目前多數老年人仍多選擇入住機構，而機構亦趨向小型化、社區化之「宅老廳」型態。此一課題尚待日本政府的有力調整，後續發展值得觀察。

參、國內長期照護機構的發展及現況

機構式長期照護的意涵

人口高齡化之趨勢，舉世皆然，台灣當然難以置身其外。世界衛生組織（WHO）早於上個世紀末將 1999 年訂為『國際老人年』，並呼籲全世界重視此一議題[4]。國內亦在近數十年來，在「人口結構高齡化」、「疾病型態慢性化」、「健康問題障礙化」、「照護內容複雜化」及「照護時間長期化」之外，另還須加上社會上之家庭、勞力、居住、經濟及期望發生結構性之變遷，即核心家庭、雙薪家庭、以及單親家庭比例大增，影響家庭照顧者角色之扮演；居傳統主要照顧角色之婦女投入職場，增加了勞動參與率，也減少了家庭照顧者的

比例；不同世代（generation）間居住安排型態之轉變，獨居老人比例之增加，無法執行延續主要之傳統照顧型態；對健康照護之需求本質已由「治療」轉為「治療與照護並重」或甚至「照護超越治療」之景況；而且對健康醫療照護品質期望或欲求大為提升；經濟安全環境體系也隨著社會發展而重構。凡此種種演變趨勢，無不嚴重挑戰了國內長期照護既有需求與滿足此需求之傳統照護功能體系，已成為當前國家社會重大之政策議題之一[4]。

根據國內內政部統計資料顯示，2006 年 3 月 65 歲以上人口佔全國總人口數的 9.82%，預估到 1931 年時，老年人口將達全國人口數的五分之一左右，在未來長期性照護問題與需求也隨之叢生，需他人照顧與無自我照顧能力之老人比例日益增加[6, 8]。加上家庭結構及社會大環境的變遷等，再再都將影響著對長期性照護模式之抉擇[8]。

根據吳淑瓊等於 1994 年至 1998 年老人長期追蹤調查報告中指出[9]，具日常生活活動功能（Activities of Daily Living, ADLs）障礙的老年人口約佔 5~7.6%；而依據 2000 年內政部「老人狀況調查報告」及經建會「人口及住宅普查」發現，65 歲以上老年人無法自行料理生活而需人照顧者，佔 65 歲以上人口的老年人口比率已由 1996 年的 5.4% 分別增至 9.33%、9.1%。另外，行政院主計處 1999 年的統計的國民生活指標顯示出老年人健康功能不佳比率過半（55.7%），由上述資料足見需長期性



照護之健康功能不佳或殘疾之老人隨老年人口增加有漸增趨勢，不容輕忽 [19-21]。

其次，就可能潛在影響長期照護選擇之家庭結構及社會經濟的變遷來看，台灣深受中國之影響。在中國的傳統農業社會中，「家庭」為主要的經濟與社會運作的單位，因此當家中長輩面臨身心障礙、失能或殘障（廢）時，「養兒防老」、「反哺親恩」、「子媳孝順」等根深蒂固的觀念油然而生，身為子姪輩，理所當然肩挑起照護責任，而女性配偶或子姪輩更是家庭照顧者的代名詞。近年來，因社會經濟環境的變遷（農業社會轉變為工業社會）及家庭結構由核心家庭取代原先的擴大家庭、家庭人口數減少（家戶人口數由 1992 年的每戶 3.88 人降至 2006 年 3 月的每戶 3.12 人），婦女勞動參與率增加（由 1992 年的 44.8% 增至 2003 年的 47.6%），而奉養長輩的觀念亦逐漸淡薄，子女移居外地的情形日益增多，因此現代家庭已逐漸失去照顧老人的能限或容受力 (care capacity) [1,22]。台灣老人與子女同住的比率亦正逐年下降，老人在晚年獨居自宅或遷居到安養護機構中居住的比例更有逐年攀升的趨勢 [19, 21]。

另一方面，國內政策面帶來之影響首推 1997 年 6 月 18 日修正公佈之老人福利法，其以宏揚敬老美德、維護老人健康、安定老人生活、保障老人權益、增進老人福利為立法宗旨，內容涵蓋了福利機構、福利措施、保護措施及相關立案罰則等，其中老人福利機構專章明

定地方政府應視需要設立並獎助私人設立長期照護機構、養護機構、安養機構、文康及服務機構等，彰顯出因應人口型態轉變，家庭照護系統的不足，在政策上提供了多元性選擇之長期照護模式，以保障老人在接受機構式照護時，能受到尊嚴的服務、自主的選擇及生活品質的基本保障。

台灣之發展可大致分為四個時期，即混沌期、萌芽期、發展期、建構期，以及後續蓬勃發展期。國內機構式長期照護之發展，應可溯自 1980 年或更早，此之前可謂混沌期，此期間由內政部正式公佈實施「老人福利法」，第九條明列五類老人福利機構包括：長期照護機構、養護機構、安養機構、文康機構、服務機構。同年，「老人福利法施行細則」公佈實施，其中第十條內容更詳細明訂所定適合老人住宅之相關設計規定。隔年依此公佈了「老人福利機構設立標準」，詳細規定老人福利機構的工作人員、設施及建築要求等。行政院衛生署於 1995 年所提出我國長期照護需求與服務體系之政策分析，將機構式照護予以明確定義，此乃萌芽期（1986-1990 年）。此期間各型照護模式快速發展，各項服務方案在經過多年的實驗、試辦，已趨近成熟，也陸續完成護理人員法及護理機構設置標準相關立法及規範，使得相關機構有了法源依據，漸漸開始發展。1990 年，台灣省立彰化老人養護中心開始辦理收容養護業務，為首度公辦公營之省立老人養護機構 [22,23]。



行政院衛生署於 1991 年頒佈了「護理人員法」，因應連續性醫療照護之需求，並發揮護理人員之執業功能，可設立護理機構，以授與護理人員開業權。1992 年，「護理人員法施行細則」公佈，第六條規定了護理機構以「居家護理」、「護理之家」及「產後護理機構」為限。1994 年衛生署公佈護理機構設置標準，此學發展期(1991-1994)。另外，1991 年，退輔會實施「榮民就養安置發展五年計畫」，設立勞家，提供榮民安養服務，並且隨著失能榮民之增加，陸續依需求設置「休養堂」或「癱瘓堂」。1993 年 9 月我國邁入高齡化社會，隔年也就開始進入長期照護建構期（1994-1997 年）。1995 年全面實施全民健康保險，1996 護理之家比照居家照護納入全民健康保險給付。1997 年「殘障福利法」修正公佈，並更名為「身心障礙者保護法」，將長期照護機構納入相關福利機構中；衛生署也成立跨部會小組，研擬「長期照護中、長程發展計畫」，以法規及獎勵辦法鼓勵護理之家設立或轉型，使得機構式照護資源迅速發展[22,23]。

建構期之後為資源蓬勃發展期（即 1998 年之後）：這個時期在政府具體方案獎勵補助之下，所有機構式資源快速發展，而社區資源之成長卻有限，照護資源之間的連結及品質之管理正慢慢發展重視中[22,23]。各地區陸續成立「長期照護管理示範中心」，提供單一窗口的個案管理服務，為民眾解決不熟悉資源

無法獲得服務的問題，同時引發中央及地方進行資源整合的工作問題。同期，衛生署及內政部陸續提出「老人長期照護三年計畫」、「老人照護安養方案」及「建構台灣長期照護體系先導計畫」[22,23]，使得發展趨勢延續下去。國內機構式長期照護在過去十年來之發展如圖 1 所示。

據此，國內社區式照護為主，機構式照護為輔之照護模式漸具雛形，目前台灣之機構式照護可大致分成三個體系，如表 2 所示：

表 2

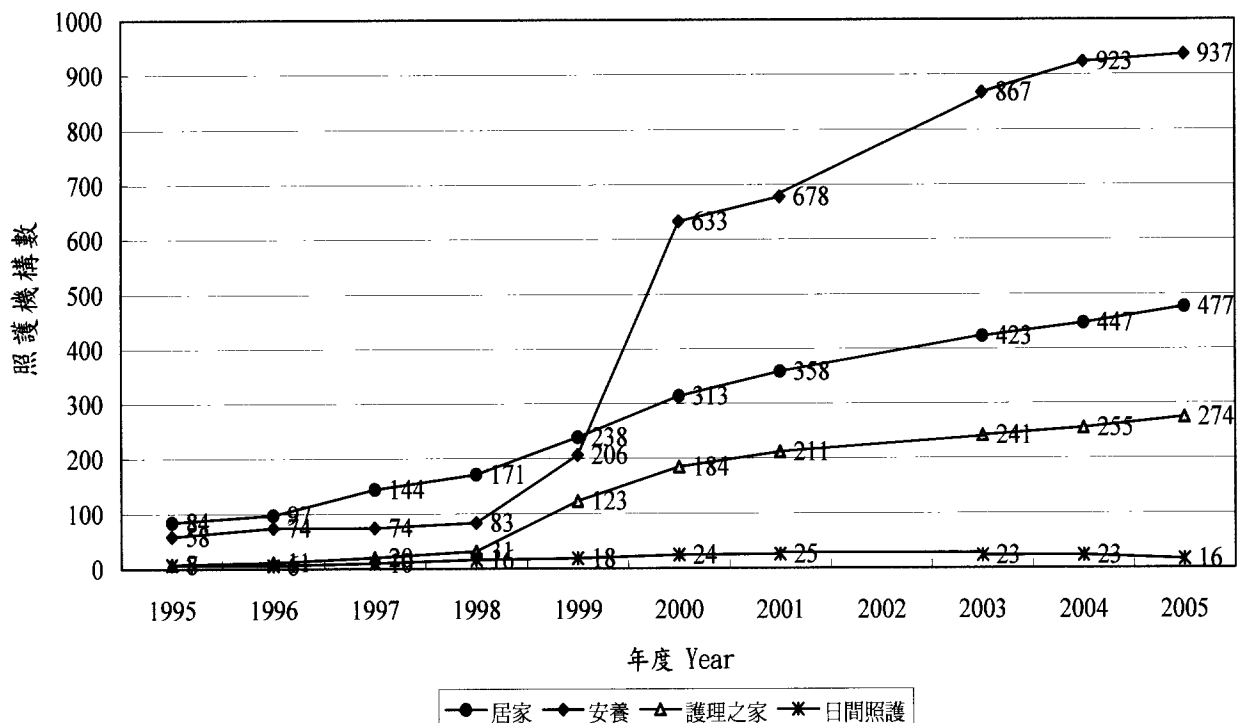
服務體系	服務模式	服務類型
衛生主管	居家	居家護理
	社區	日間照護、機構喘息服務
	機構	護理之家
社政主管	居家	居家服務
	社區	送餐服務、支持性服務、日間托老……等
	機構	長期照護機構
退輔會	機構	護理之家、安養中心、養護中心

資料來源：上述相關部會（本研究整理）

(一)衛政體系——包括有護理之家及日間照護機構等，護理之家收容罹患慢性疾病需長期照護之個案、出院後須持續性照護之個案；日間照護機構提供持續性且需部分醫療照護之個案日間照護服務。



臺灣長期性照護機構分佈發展趨勢圖 (1995~2005)



註：1.安養機構數值包含安養護機構、榮家安養護機構及長期照護機構(2006年02月底)的家數。
2.護理之家數值包含護理之家機構、榮家護理之家機構的家數。

〔圖 1〕 台灣地區長期照護機構分佈發展趨勢 (1995~2005)

- (二) 社政體系——包括有養護機構、安養機構及長期照護機構等，養護機構以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的；安養機構以安養自費老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之家屬無扶養能力之老人為目的；長期照護機構則以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務之老人為目的。
- (三) 退輔體系——包括有行政院退除役官兵輔導委員會所設置之榮民醫院附設照護機構或床位及榮譽國民之家（榮民之家或榮家）等，其服務

對象：已退除役官兵為主，其服務之類型則涵蓋護理之家、安養機構、養護機構等。榮家乃在安置因戰（公）受傷成疾或因體能傷殘，無工作能力或年老無固定收入、生活無著、合於就養安置條件之退除役官兵等。但無論是榮民醫院或是榮家因收案多重而複雜，已漸混合收容，曾同時也因榮民之日漸凋零，床位空出甚多，而往設置自費收容床位及收容特定目的之長期照護對象（如失智症）。



國內未來之發展

長期照護包含了健康、生活及安全，或是生存、生活與生計等多方面之照顧。各個照顧層面各自具備其照護體系，於是便有不照護體系整合之問題。在整合問題之背後，各個照護體系亦有自身之問題。以健康照護體系為例，消極方面，除了儘可能地摒除致病因之外，必須緩和病況所帶來身心功能障礙與缺憾所造成的衝擊與影響；積極方面，理想的健康功能狀況必須將身心功能維持在最佳或較佳之狀況，以遂行自我照顧與自主生活。如此一來，急性照護、慢性長期照護及社區健康照護等三大體系之健康照護均不可缺。國內之發展情況幾乎絕大多數都以急性照護做為代表性之窗口，幾乎壟斷了包括慢性長期及社區導向在內之所有健康照護需求。不同照護體系各有其不同之理念、思維、動線、以及專業知識與技能考量，無法以急性照護代表慢性長期照護及社區健康照護。況且，慢性病況佔所有健康問題之絕大多數，在健康功能狀況自然趨往下坡的過程中，各種健康與因應之照護問題便交織而來，對此相關之照護問題而言，長期照護體系的建構不言而喻。這一切健康照護的訴求，欲投向急性照護、慢性長期及社區照護三者整合為一體之健康照護體系，與今現有的健康照護體系有所衝突，阻力重重，並不易落實。因此，必得要有「長期照護」體系的完整設計與建構做為國家建設之總體目標。

所有的人無論在所需的生活、健康與安全照護上，均或有一定比例的照護需求，在所有照護需求者中，更有一部份是長期者，包含老幼人口、身心障礙者、重大傷病者、原住民、山地離島住民、失業人口、災民、外籍勞工及更生人口等弱勢族群，若將焦點鎖定在健康照護上，則產前產後、嬰幼兒哺育、生長發育、預防接種、傳染病防治、急慢性疾病恢復期、高齡健康衰弱者、還有各種特殊時機、場合、族群、地區……等之健康保健照護等，率皆屬長期者，且視健康及功能狀況之不同，其所需之照護內容與需耗亦有所不同，各種型式之照護背後所涉及之專業、人力、教育、訓練、規劃、行政、監督、管理、動線、流程、以及相關對應之保險福利等事項，必有相當之出入，此突顯出其龐雜之特性，需不同照護專業領域與照護體系介入或參與的必然性與迫切性。

長期照護需求之滿足，必須是建立在「生活之重建」、「健康之重建」、「社會之重建」等基礎上。長期照護之需求者可能影響及其周邊之親友與臨近一般與照護攸關之民眾等約莫有十個人左右，加上照護內容、照護環境、照護設施與物料、以及照護時間等，所涉及之層面廣泛，醫師或醫療角色僅居其一，尚有其他專業之人、事、物等。未來長期照護之推動須避免過度醫療化、單一化、侷限化、外造化、商業化、重疊化，而乃應強調其專業化、團隊化、制度化、品質化、內造化、社區化、網絡化、電子化、資訊化、系統化、永續化、產業



化、經濟化等，如此方足以應新世紀之需。

行政院將 2005 年定義為健康台灣年，藉由六星計畫等社區導向的政策積極促進國民身心健康、政府體質健康、社會互信健康、環境永續健康、經濟體系健康、與生活品質健康。搭配著強調產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀、環保生態等六大面向做為社區評量指標，期待貼近社區居民生活、在地人提供在地服務、創造在地就業機會、促進在地經濟發展，因此不僅延續原有的社區營造精神，更要深化社區的主體性，使社區組織自主運作、自我診斷，並朝向環境永續及經營獨立的目標邁進，同時提攜新興或發展中的社區成為優質社區，打造健康台灣的基石。進入了 21 世紀，全世界之重要國家無不將長期照護列為施政之重點，其中社區化長期照護必然成為重點，但是仍須有機構式之體系為基礎或以其據點來推動外展之照顧服務。國內在長期照護方面之推動因應方案雖以「新世紀健康照護計畫—長期照護之規劃目標」及「挑戰 2008 國家發展重點計畫—社區化長期照護網絡計畫」之社區式長期照護為標的，前者主要針對長期性健康照護推動，後者則為全國性總體國家建設之一環，但其中長期照護體系之建制必然為重要之環節，自然須涵蓋機構式之長期照護。

未來國內機構式之長期照護在量的方面，恐不至於過多或過大之增加，但是是在經營規模及手法上將益發細膩；

在質的方面，將在現行督考評鑑文化之體制上，走向一擴大民間參與新的平衡點而呈漸進之發展狀態。可以預期的是，國內機構式之長期照護未來或可為社區式照護之延伸或外展基礎，而且亦必然扮演社區式長期照護發展之喘息服務平台，如此一來，國內機構式之長期照護將呈一成熟而穩定之境。

結語

『長期照護』含括生活、健康及安全三大方面之需求之滿足、照護之提供、規劃與發展。此乃為人類所必需，亦是現代文明社會所必需面對的議題。

『長期照護』之體系與體制中，必然涵蓋有機構式與社區式之照護型態。各先進國家之發展經驗多先發展機構式照護，再而發展出社區式照護之型態，社區式照護之比例雖較大，但機構式照護既有其必然性及相輔相成之意義。在積極強調落實「在地老化」社區式照護目標的同時，機構式照護比例雖少些，然而卻不可或缺，且可為經營社區式照護一重要外展之據點。

綜觀歐、美、日先進各國長期照護的發展經驗，通常多先發展機構式照護，繼而發展出社區式照護之型態。但是，又因本質屬性之差異，機構式照護往往吸引教不成比例之重視與資源分配，但事實上，兩者本為一體兩面，相輔相成，機構擴展至最大，即接近社區之型態；社區規模縮小精減，即接近機構之型態。比起社區式照護之需求量與



涵蓋量，機構式照護要相對少得多，雖各國界定與比例不一，但依國內之實際標準來看，兩者約為 3 與 7 或 2 與 8 之比。

機構式照護既有其必然性，國內政府、民間與各專業領域者談及相關的長期照護議題時，都著重在營造一處溫馨且如同「家」感覺之照護機構，然而，在我們積極強調社區化長期照護之重要性，期望落實「在地老化」目標的同時，國內對非機構式之照護發展仍屬於萌芽期，部份長期照護需求之滿足仍須藉著機構式照護來完成，且社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式長期照護發展之喘息服務平台，仍有賴機構式照護來協助促成。

台灣長期照護發展遠較歐、美、日歷程為短，雖經數年來的努力及快速發展，長期照護資源在普遍化、公平性、可近性及選擇性等方面，尚需健全制度，期望未來能在機構式照護之健全基礎上，外展朝向「社區化照護」及「在地老化」的目標邁進。

參考文獻

1. 周家華：老人學研究——理論與實務。台北：正中書局，2000；p.5。
2. Webster's Dictionary (韋氏字典)：New World College Dictionary Webster's / Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 11/e；2006。
〔<http://tw.f2.page.bid.yahoo.com/tw/auction/b23833611?rr=1496854699>〕
3. 李世代等(編校)：長期照護。台北：藝軒圖書公司；1999。
4. 李世代等：老年醫學(一)——老年照護與老化之一般原則。台北：台灣老年醫學會；老年醫學叢書；Sept, 2003。
5. 李世代：健康功能與身心障礙、長期照護。家庭醫學(第三版、第十三、十九章)；台北：台灣家庭醫學醫學會；2006。
6. 李世代：長期照護需求推估。於陳惠姿主編之長期照護實務。台北：永大書局，2002；p5-1~5-22。二版(2004)；p5-1~5-26。
7. Bradshaw J：The Concept of Social Need. *New Society*1972；30：640-3.
8. 阮玉梅：長期照護的沿革。於阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛、王祖琪等合著：長期照護。台北：國立空中大學，1999；15-43。
9. 李世代：老人醫療照顧與健康保險制度。台灣家庭醫學醫學會學術研討會；「全民健保之展望」工作坊。台北：國防大學國防醫學院；March 4, 2001；p51-3。
10. Lazer D, Schwartz-Cassell TL：Adding value to long-term care: An administrator's guide to improving staff performance, patient experience, and financial health. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
11. 吳淑瓊等：考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書。行政院社會福利推動委員會，2002。



12. 周麗華：「瑞典與丹麥之老人政策」。 *福利社會* 1997；63：11。
13. Sundstorm, G: Social work an old age care in Sweden. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 12, 1988；pts：1-2.
14. Wacker RP： *Community resources for older adults： Programs and services in an era of change*. Thousand Oaks, CA： Pine Forge Press, 1998.
15. Richardson H, Raphael C, Barton L： *Long-term Care： Health, Social and Housing Services for Those with Chronic Illness*. Health Care Delivery in the United States. New York, NY. 1999: 207-242.
16. Web Japan： <http://web-japan.org/>, 2006。日本外務省：
<http://www.mofa.go.jp/>， 2006。
17. 日本厚生勞働省：介護保險法。東京：厚生勞働省；1994。
18. 李光廷：日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗。 *台灣社會福利學刊* 2003；3：145-197。
19. 內政部：統計處：
<http://www.moi.gov.tw/stat/>, 2006。
20. 行政院主計處：
<http://www.dgbas.gov.tw/>, 2006。
21. 內政部：中華民國 89（2000）年老人狀況調查報告。台北市：內政部，2001。
22. 中華民國長期照護協會：*長期照護軌跡*。<http://www.ltcpa.org.tw/>；2006。
23. 李世代等（編）：*台灣長期照護史話彙編*。台北：台灣長期照護專業協會 2004 代表大會展示；台北；2004。



Overview of Institutionalized Long-Term Care

Pei-Jung Hsu^{1,2} Jun-Hie Chang¹ Ching-Yi Lin² So-Huei Lin^{3,4} Shyh-Dye Lee³

Abstract

All through the history, care for the people has been present and developing. And long-term care had been always included any way, hence, the related system and scheme had been organized and formed gradually. Certainly, they always involved two parts, i.e. residential/ institutionalized care and community-based counterpart. As the society went on their progressing, satisfying, providing & delivery of living, health care and security need would become the main and necessary issues, they must become the key themes of policy and strategy/ tactics to deal with elsewhere. Based on the evolving experience of humans, the trends of population aging, accompanied with their chronic health conditions, impairment/ disability/ handicaps, and long term transition of care, became more and more remarkable as expected. The related system and scheme shifted from simpler one to more complicated, then institution-based and community-based care model had become well-set even if possessing different characteristics among them in each country. Based on the experiences of advanced countries, institution-based care model, with comparison to community-based one, was always less but prioritized in the progressing of long-term care, followed by more community-based care. Their ratio was around 3 vs 7 or 2 vs 8 universally, ultimately and necessarily. However, owing to the basic difference of their nature and characteristics, institution-based care had usually got prioritized status in general, and always calling more attention and resources. However they were one unity with two conjugated or inter-linked counterparts. As the institution expanded, it might gain access to the community, as the community shrinking, it might gain access to the institution. Under the actively target of "Aging in Place", even if with less percentage of institutionalized care, in addition to its essential importance and necessity, rather, institution-based care could be regarded as the important basis for out-reach and respite care by community care or service.

Key words : long-term care, institution-based care/ institutionalized care/ residential care

1 Department of family and Community Medicine, Tri-Service General Hospital, Taipei, Taiwan

2 School of Medicine, National Defense Medical Center

3 Graduate Institute of Long-Term Care, National Taipei College of Nursing (NTCN)

Department of Community/Family Medicine, Bei-Hu Branch, National Taiwan University Hospital (NTUH)

4 School of Nursing, Chang Jung University

Correspondence : 李世代 (Prof. Shyh-Dye Lee, M.D., M.P.H.)

Address : 83-1, 89, Nei-Jiang Street, Wan-Hwa District, Taipei, 108, Taiwan

E-mail: shyhdye@ntcn.edu.tw; sdlee@ha.mc.ntu.edu.tw

