

# 台灣地區長期照護的問題與對策

吳淑瓊 江東亮

本文旨在評估目前台灣地區長期照護的問題並提出未來發展策略。我們依據長期照護系統中的五個構成要素：資源、經濟支持、組織管理、服務提供、與政策來進行評估，結果發現：(1)目前我國最迫切的問題是長期照護人力與設施的嚴重缺乏，以致不但失能老人的照護大都由其家人單獨承擔，且慢性病人長期佔用急性病床，與未立案安養中心快速成長；(2)長期照護費用幾乎全由老人或其家人負擔，而全民健保只列入慢性病床與有限的居家護理給付，並未將其它長期照護服務納入給付；(3)由於長期照護業務分屬衛生與社會福利體系，造成長期照護資源與服務提供無法有效組織與管理的困難。根據上述發現，我們建議應即設定明確政策目標，建立我國理想長期照護體系，包含：發展人力與設施，整合衛生與社會福利服務體系，籌措公共財源，鼓勵非正式服務，以提供公正可近的長期照護服務。最後，我們並建議進行深入的長期照護政策相關研究以促進政策的形成與推展，滿足老人的長期照護需要。(中華衛誌 1995；14(3)：246-255)

關鍵詞：長期照護、衛生政策、老人

## 前言

人口老化是全世界共同的人口現象[1]，歐美先進國家從十九世紀開始即陸續邁入老化國家之列；而多數開發中國家，目前也快速跟進老化之中，因此，在即將來臨的二十一世紀中，全世界將共同面對人口的老化問題。

先進國家的經驗指出，隨著老人人口的增加，慢性疾病及功能障礙的人口也急劇上升，繼而對醫療服務與長期照護產生大量需求。例如美國65歲以上老人人口雖只占全美人口的12%，但其消耗的醫療經費卻高達全國總醫療經費支出的三分之一以上；再深入

分析發現，老人消耗的總醫療經費中，醫院與醫師門診的服務費用約占六成，而其餘四成則用於護理之家、居家照護、或其它個人照護等長期性的服務[2]。因此，人口老化不但會增加醫療服務的需求量，更特別的是，會增加長期照護服務的需求，這是人口尚未老化的社會中，從未有過的經驗，因此在一片老化聲中，如何滿足快速增加的長期照護需求，將是各國醫療體系必需面對的嶄新挑戰。

1980年代中期台灣地區已完成人口轉型，並且開始加速老化[3]，目前台灣地區65歲以上老人已超過140萬人，佔總人口的7.0%；而根據行政院經建會的推計，於短短的27年後，即2021年時，其將增至370萬人，佔總人口的14.6% [4]，成為一個非常老化的國家。觀之美國，其老人由7%增至14%，需時66年，法國需時更長，達115年[5]，由此可見，我國人口老化速度較歐美諸國為快，因此其所引發的長期照護問題，

國立台灣大學公共衛生學院公共衛生研究所暨衛生政策研究中心

收稿日期：83年10月

接受日期：84年2月

也將更為快速的衝擊我國的醫療體系。

由於長期照護包羅甚廣，其定義至今尚無一致。本文因著重醫療體系的探討，故擬採Kane and Kane的觀點[6]，以老人因健康問題引起身體功能障礙所需的醫療、護理、個人、與社會照護來界定長期照護的範圍。根據吳淑瓊等的調查[7]，6.6%的社區老人需要至少一項日常生活活動(activity of daily living, ADLs)照護，而有10.8%需要至少一項的工具性日常生活活動(instrumental activity of daily living, IADLs)照護。進一步依行政院經建會的人口推估數字[4]，可估計1992年台灣地區社區老人中，需ADLs及IADLs照護者分別為九萬與十五萬人。由此可知，老人的長期照護需求已普遍存在，並且將隨人口加速老化而大幅成長。

在台灣地區正邁入老化國家的人口轉捩點上，探討理想長期照護系統的建立具有時代的意義與重要性。本文旨在評估台灣地區目前長期照護體系，提出政策建議。為求系統性評估，本文提出一個長期照護系統的理論模式(如圖一)，做為評估基礎架構。在此

長期照護系統模式中，包含五個互相關聯的構成要素：即(1)服務提供、(2)資源、(3)經濟支持、(4)組織與管理、與(5)政策。以下將分別就前四個要素分析台灣地區長期照護的現況與問題，最後並就評估結果，提出未來政策建議。

### 服務提供

提供老人適切的長期照護服務是長期照護系統運作的最直接目標，希能因此增進與維持老人的身體健康與獨立生活的能力，或支持體衰老人的生存。老人由於其身體狀況與家庭資源的差異而有各種不同型態的服務需求，因此為能滿足老人這種多樣化的服務需求，Bordy及Masciocchi認為長期照護體系應包含：(1)機構式照護、(2)社區式照護、與(3)居家式照護等三大類服務[8]。Evashwick更進一步認為此三類服務應整合成一個連續性的服務(a continuum of care)網絡，方能提供老人完整持續的長期照護[9]。

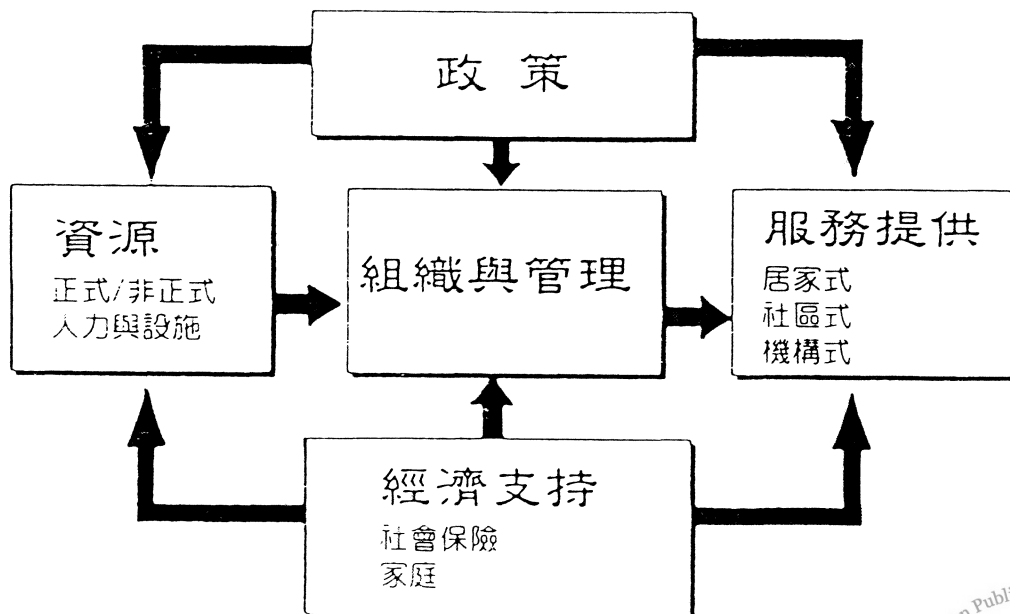


圖1. 長期照護系統模式

機構式照護提供老人全天候的住院服務，服務內容包含醫療、護理、復健、個人、與生活照護等。凡病情嚴重危急、依賴度高、或無家庭照護資源並無法以社區或居家方式照護的老人，均為機構式照護的主要服務對象。目前我國的醫療與老人照護機構，如醫院、護理之家、養護所等均為提供老人機構式長期照護的設施。其中，醫院可提供病情不穩定老人的急性醫療照護，而護理之家與養護所則可提供病情較穩定老人的慢性療養服務。

社區式照護不像機構式照護將老人集中照護，而是將服務提供到老人居住的社區中，因此接受社區式服務的老人不必完全離開其熟悉的居住環境，仍可享受慣常的生活方式。社區式照護的服務內容可包含技術性的醫療護理與一般性的個人照護與社會支持等，此服務方式的主要目的除提供居家失能老人本身的照護服務外，也可輔佐家庭非正式照護者來照護老人，增加老人留住社區的可能性[10]。我國目前正在試辦的日間照護(adult day care)與國外的歇息照護(respite care)等均為重要的社區照護服務範例。

顧名思義，居家式的照護是將服務送至老人家中，是以老人住在自己家中即可接受所需之服務。服務內容包含護理照護、個人照護、家事生活照護等[11]，除護理人員、社工人員、或其他相關服務人員提供的居家護理服務或在宅服務外，家庭中非正式的照護成員更為居家照護重要的提供者。

根據行政院主計處的老人調查[12]，目前台灣失能老人實際接受照護的現況是：90.6%由家人親友提供家庭式的照護，1.9%雇用看護在家照護，3.0%住養護機構，其餘4.5%住在醫院中。又根據吳淑瓊等的調查[7]，失能老人由家庭照護者佔81.4%，雇用看護者佔3.7%，住安養院者佔3.0%，住醫院者佔5.2%，此外尚有6.7%的失能老人雖然需照護，但卻乏人照護。

綜合以上兩項調查結果，台灣失能老人的長期照護方式可分別為家庭與機構照護兩類。其中家庭照護是目前最盛行者，約八、九成的失能老人依賴家人親友提供照護。接

受機構式照護者約只佔8%左右，其中又以醫院的住院者居多，失能老人中約5%以醫院為其長期照護場所。除家庭與機構式照護外，更發現6.7%的失能老人無法得到其所需要的照護。

由此可知，目前台灣老人的機構式、社區式、或由特定組織提供的正式長期照護服務十分微少，縱有，亦以一般醫院為主，而非慢性療養機構。除機構式與家庭非正式服務外，上述兩項調查均無社區式照護及居家護理或在宅服務的使用報告，最主要是因為該等服務目前均在試辦的階段，服務量甚少，無法於調查中呈現。目前台灣由於上述正式服務提供稀少，導至家庭非正式照護者獨撐長期照護的現況，其結果不但使家庭照護者承受極大的照護負荷，更使無家庭照護資源的失能老人，陷於乏人照護的窘境。而這些長期照護服務提供問題的發生，主要導因於台灣長期照護資源的嚴重缺乏。

## 資 源

長期照護資源包含正式與非正式等兩大資源。正式資源是指由專業人員或由有組織的機構或團隊所提供的照護資源。正式照護的人力資源包含：老年科醫師(geriatrician)、居家護理師、社工人員、與護理佐理員(俗稱看護)等；而在設施資源方面則包含：護理之家、日間照護中心、歇息服務中心、安寧照護、與居家護理服務等。

非正式照護資源係指老人的家庭及其成員或老人的鄰居親友所提供的照護資源，其係基於與老人的親友關係為基礎來提供服務，並非具有特殊組織的服務措施。非正式照護資源雖非專業的照護資源，但卻為老人提供傳統與親情的照護，為目前最主要的長期照護資源。非正式照護的人力主要來自老人的配偶、媳婦、與兒女，此三類非正式照護人力約各提供三分之一的照護。此外，非正式照護的人力中，約三分之一為65歲以上的老人，約四分之三為女性[7,13]，但因我國婦女勞動參與率的逐年增長，其能否穩定



持續存在，是今後我國長期照護資源的重要問題之一。

我國正式長期照護資源一向十分有限，在人力資源上，行政院衛生署居家護理師的訓練，可說是目前唯一的長期照護人力培訓措施，該計畫始於1987年，於1987年至1991年由衛生署主辦，自1991年改由衛生署委託全國護理人員研修中心代訓。至1993年止，結訓者僅118人[14]。因此，雖居家護理師的培訓已納入長期照護人力發展計畫，但其養成速度緩慢，恐難因應社會快速攀升的長期照護需求。又在長期照護中十分重要的護理助理員(俗稱「看護」)人力，雖目前分由社政與衛生單位負責培訓，但不但數量十分有限，又缺乏整體規畫，故亦難敷所需。

又長期照護是一種團隊的服務，除護理人力培訓的努力外，尚需其他人力的配合，如老年科醫師與社工人員等，均為長期照護的重要人力，但目前這些人力並未受重視，且未加以培訓與養成，因此縱使目前政策決議快速發展長期照護設施，亦將面對無「人」可用的場面。

人力的缺乏對長期照護體系發展的影響有二：(1)在無「人」可用的情況下，各種設施的發展只好停頓，因此資源欠缺的問題終將無解；(2)在長期照護需求的壓力下，勉強以非專業人員代替專業人員提供服務，此舉將嚴重影響照護品質，引伸更多的長期照護問題。

在設施方面，目前的機構式長期照護設施為衛生醫療體系下的醫院慢性病床、護理之家實驗計畫、及安寧照護病房。雖然社政體系下設有老人扶、療養機構，收容低收入與孤苦無依的老人，其主要目的是救濟在經濟上無法自立生活的老人，而非收容身體殘障生活不能自理的老人，因此並非提供失能老人長期療養的機構。

依1992年衛生統計，台灣地區共有5,809床一般慢性病床，其中三分之二隸屬榮民醫院，另三分之一隸屬一般醫院[3]。

護理之家實驗計畫始於1991年，由行政院衛生署委託試辦。目前曾參與試辦者共有5家，可提供200床的服務[14]。至於安寧照

護，目前僅馬偕淡水分院具26床，對癌症末期病患試辦臨終照護。

社區式與居家式的長期照護設施包含日間照護與居家護理服務，兩者目前皆在試辦之中。日間照護由1991年開始試辦，目前共有6家醫院設立，約可容納184人的服務；居家照護服務計畫由1987年開始試辦，共有38個單位參與，目前每年約可提供兩萬人次的服務[14]。

除以上長期照護服務試辦業務外，衛生署更於1993年8月頒佈護理機構設置標準[15]，規範護理之家、日間照護、與居家護理等長期照護設施的設置準繩。最初之立法用意在於使長期照護機構的設立於法有據，以促進其正常發展，但可惜的是，由於標準過嚴而使業者裹足不前。例如，規定護理之家平均每病床應有總樓板面積20平方公尺；又如，規定護理之家每家至少應具5名護理人員，每名護理人員可照護10床，因此每家至少需具50病床的規模，此項規定對新設立病人尚少的機構而言，開銷過大，尤其在寸土寸金的都會區，負擔更重。如與美國護理之家平均每100床約雇用6-7名護士[16]相較，我國此項護理人力的規定似嫌過高。因此雖然護理機構設置標準已公布一年多，但僅有8家446床立案，業者立案意願普遍低落，設置標準過嚴的問題將持續限制我國未來長期照護資源的發展。因此應即組織產官學等三方面代表，修訂該等設置標準，使在保證合理照護標準之下，適量降低設置標準，以降低長期照護設施的設置成本，除可鼓勵目前未立案長期照護設施合法化，並可鼓勵新設資源之發展。

已有的正式長期照護資源資料顯示，目前醫院的慢性病床遠多於他種長期照護設施，而且大部份的慢性病床是在行政院衛生署醫療發展基金下補助設立的。由此可見，目前的長期照護政策對慢性病床的興建特別的偏好，但由日本提供長期照護的經驗可知，醫院提供慢性長期照護不但品質堪憂且費用昂貴[17]，因此急需對我國目前著重醫院慢性病床的長期照護政策重新加以評估，以免誤導我國長期照護系統之發展。

又於日前立法院通過的全民健康保險法中，醫院的慢性病床服務是保險唯一給付的長期照護服務，但由法國的經驗可知，由於他們對老人之家的醫療單位(medical units of homes for the aged)的給付少於醫院的長期住院單位(long-stay units of hospitals)，已錯誤的鼓勵老人轉入醫院長期住院[18]，因此在我國目前全民健保的設計下，明顯可見將導致慢性病床的大量使用，其對醫療費用及老人照護品質的影響，是我們應加深思的。除此之外，由於其它種類長期照護措施並不包含在保險給付範圍之內，此舉可能降低需要者對這些照護措施的使用意願，進而阻礙護理之家、日間照護中心、與居家護理設施的發展，在此惡性循環之下，老人將無適切長期照護設施可用，需要者也只得付出高昂的代價，購買品質低劣的長期照護服務。

雖然目前衛生署已終止對慢性病床的設置補助，此舉將可減免對我國長期照護體系發展之誤導，但為積極促進體系之發展，建議應轉而補助護理之家等三類長期照護設施之設立，並應研商修改全民健保之給付條款，限制或取消慢性病床之給付，適度納入長期照護之給付項目，以免醫院病床濫用的弊端，並可使老人獲得適切服務。

由以上正式照護資源現況可知，我國長期照護服務嚴重短缺的窘境，在快速人口老化與社會變遷下，根本無法滿足快速上升的老人長期照護需求，因此許多未立案安養中心在需求的誘導下快速增生。因其未立案，不易取得全國統計資料，但於1990年及1991年即有李克怡及陳月枝等，對台北地區數十家老人長期照護機構之調查評估報告[19,20]。今(1994)年呂寶靜與吳淑瓊又對台北市進行全市未立案安養中心的普查，結果發現目前台北市共有142家，約可提供4,000床的服務[21]。

未立案安養中心的安全與照護品質常被質疑與詬病。根據上述台北市的普查，雖然七成的安養中心收容需要安裝鼻胃管、導尿管、與氣切病人，但僅三分之一的安養中心雇有全職的護士，幾乎所有安養中心的病房與急救設施都不能符合護理機構設置標準，

為已經短缺的資源，再添另一問題。

## 經濟支持

長期照護系統模式中的每一個構成要素均有賴經濟支持。目前我國的長期照護經濟支持主要來自個人或家庭與健康保險兩方面。

我國65歲以上老人於1992年底具有健康保險者的比率為46% [22]，換句話說，多於一半的老人無任何健康保險，他們必須自己負擔一切的健康醫療費用。也難怪詹氏的台北老人調查中，老人認為健康問題是他們日常生活中的第二嚴重問題，而經濟問題是他們生病時最擔心的問題[23]。

除公保外，目前各種健康保險只給付急性醫療服務。除公保自1989年起，將居家護理納入給付試辦之外(目前每年約給付7,500人次)，長期照護服務的給付完全排除在目前的保險涵蓋之外，因此我國老人所需的長期照護費用可說完全由老人本身或其家人自費負擔，此對具老人長期照護需求的家庭來說，是一筆可觀的經濟負擔。

即將開辦的全民健康保險將是改善以上老人長期照護經濟負擔的一個契機，但觀目前立法院通過的全民健康保險法，只包含醫院慢性病床與重度身體障礙病人每月二次的居家護理給付，而未包含護理之家以及足夠的居家護理給付，以照護需長期療養的病人。在此健保設計之下，長期照護的財源支持大多仍然落在老人或其家人的身上，使經濟較差者根本沒有能力購買長期照護的服務，將威脅長期照護提供的公正與可近性。

## 組織與管理

各種資源的有效組織與管理是提供適切服務與控制服務費用的兩個重要策略，在老人長期照護體系中，此策略的運用更是重要。老人因具多重慢性問題與多變化的身體健康狀況，常需一個持續服務網絡，提供多元化的服務方能滿足其長期照護需求，因此



更需藉由行政組織、資訊系統、個案管理、與財務系統等運作，才能使體系中多樣化的服務資訊得以流通，可使病人依其需要做適當轉介，使相同或不同單位的服務得以整合以應多樣需求老人之所需，也才能使系統中的各種資源做最有效的整合與管理，降低長期照護的總額經費，同時提升服務的品質與服務的可近性[9]。

長期照護系統的組織與管理近年來越來越受重視，例如於美、法等先進老化國家，在其長期照護改革政策中，一再提高長期照護品質與可近性的重要性[24,25]。此乃歸因於雖然他們已有數十年提供長期照護的經驗，但時至今日，其資源仍然零散，服務仍然不能有效管理，結果或使老人及其家人不知運用已有服務，或使老人及其家人不知如何選擇多樣性的長期照護服務，或使老人及其家人重覆使用不必要的服務，造成資源浪費，因此常使長期照護資源無法整合發揮最有效之利用，雖然已投入大量長期照護資源，仍無法提供老人適切的長期照護服務。

長期照護的管理包含同一系統內不同層級服務與不同系統間的整合與管理，觀我國在這兩方面的管理均不理想。系統內的管理問題已反應在目前慢性病人佔用醫院急性病床的事實之上，由1991年的全國醫院診所傷病調查[26]可知，在一星期的調查期間內出院的老人中，15%住院30天及以上；又由余氏對23家醫院的調查[27]可知，5-9%的一般醫院急性病床，由病情穩定且可出院的慢性病人所佔用；又由台北市1994年醫院普查資料可知，台北市6.8%的急性病床係由需長期照護的病人所佔用[28]。這些不當使用的原因，固然一部份是來自機構式長期照護資源的嚴重缺乏，但醫療系統內各類資源疏於整合與管理，因而無法控制急性病床的合理使用，亦責無旁貸，故不但造成今日醫療資源的浪費，且未能提供民眾適切的長期照護服務的缺失。

管理的問題亦出現在系統間的未能整合，觀今日我國醫療保健與社會服務業務，分別隸屬衛生與社會福利等兩個不同的行政體系，兩者資源的整合絕非易事，兩者共同

合作管理各種服務措施更是困難，實為長期照護資源有效運用的一大障礙。

更糟糕的是，在衛生署內部又將長期照護業務分屬保健處與醫政處掌管，又為整合與管理增加另一層障礙，更增添政策、組織、與管理整合的困難。此項決策與管理的分歧現象若未能獲得改善，將嚴重影響我國有效長期照護系統的建立。

## 政策建議

長期照護政策可說是整個長期照護系統的舵手，系統中每一組成要素的發展，均有賴良好政策的引導。但是，我國長期照護因一向不受重視，沒有政策引導資源發展、財源籌措、組織管理、與服務的提供等，而造成今日不但毫無系統可言，問題層出不窮的現象。因此我國應即制訂長期照護政策，改善現有問題，設定明確政策目標，朝理想長期照護體系邁進，以期全面改善我國的長期照護問題。茲對當前重要政策建言如下：

### 一、確定長期照護系統所需設施類型

由於長期照護系統需提供多元化、長期性、與持續性的服務，因此系統中需包含那些服務類型，每一類型的服務對象與服務層級應首先界定，方能續談其組織與管理，確保服務系統之成效。依上述服務提供一節，長期照護體系應包含機構式、社區式、與居家式等三類型態的服務，在此三類服務型態下，應發展那些服務措施，方能以最佳組合最經濟的方式提供老人最適服務，乃系統規劃當務之急的工作。

為滿足老人的需求，上述服務設施類型的確定，應參考老人身體功能、服務使用狀況、與老人及其家人對長期照護服務的接受態度等實證資料訂定之，方能引導一個真正滿足台灣老人需求的長期照護系統。

又由國外經驗可知，多數先進國家在提供數十年的長期照護後，均一致發現他們過去對機構內密集式的照護太過倚賴，引發成本高昂與品質低劣的問題，因而轉變政策，



支持社區式與居家式的照護[29,30]；又根據台北長期照護調查知，僅略多於五分之一(21.5%)的社區老人，當其身體不好需人照護時，願意住進護理之家[31]，因此，於此各類長期服務目標設定之際，應重視上述國外經驗與我國國情，盡量加大社區與居家式的照護方式的發展，再以機構式服務輔佐社區與居家所無法滿足的服務，如此方能盡量將老人留住社區，符合大多老人的期望，並達到增進老人生活素質之最終目標。

在機構設施的規劃方面，目前已有的服務種類甚多，包含衛生系統下的慢性醫院與護理之家，社政系統下的養護所，以及不知所屬的未立案安養中心等，由於它們提供服務內容重疊不易釐清，又分屬不同體系，徒增使用與管理的困難，故於擬訂政策之初，應先簡化機構設施的層級，引導應存機構的發展，輔導應廢機構的轉型，以發展理想機構設施，與社區和居家照護配合提供老人持續性的服務措施。

## 二、大幅培養長期照護人力

目前我國長期照護人力除微量緩慢的居家護理師訓練計畫之外，可說一片空白，因此長期照護人力的養成應有整體性的規劃，方能全面改善各類長期照護人力嚴重缺乏的問題。為求有效規劃，首應依目前我國老人長期照護需求，推估各類長期照護人力需求，再據以制定各類人力培訓計畫。

在人力培訓計畫中除應加速目前居家護理師的養成之外，其它長期照護重要人力，如老年科醫師、社工與心理等專業人員、以及長期照護人力需求最殷的護理佐理人員(俗稱「看護」)的培訓與管理，也應付以高度關切，方能全面解決長期照護的人力問題。而在教育策略上，建議從學校教育、在職訓練、與職業訓練等多重管道同時進行，學校教育可在醫學、護理、社工、心理等相關學門加強老年學有關之教育內容，培育老人照護所需的專業人才；在職訓練可補現有長期照護有關人力，如醫護社工專業人員等照護老人之能力；而職業訓練可用於護理佐理人員的養成計畫，充實長期照護的基層幹

部。

除以上人力培訓計畫，應建立各種專門人員的考試與証照核發制度，方能與上述培訓計畫配合，改善目前我國長期照護人力不足與品質低落的問題。

## 三、擴增長期照護設施

為因應正式長期照護設施嚴重欠缺的困難，應即依老人的需求及老人與其家人對長期照護的態度等資料，並以建構我國持續性長期照護網絡為理念，著手推估機構、社區、與居家等各類設施的需要量，方能據以整體規劃我國各類設施的發展。

長期照護系統所需各類設施甚眾，若樣樣均需新設，則所需經費龐大，常阻礙長期照護體系之發展。因此如欲節省經源，可在現有醫療體系的基礎之下發展長期照護資源，目前可供利用或轉用的醫療資源應予優先利用，不足者再新設之。例如可鼓勵各公私立醫療機構，增設老人長期照護部門，於醫院中可增設護理之家、日間照護中心、與居家護理服務措施，於衛生所與診所中可增加居家護理服務，如此除可充份利用原單位中已有的人力與設備以節省費用，並可促進急性照護與長期照護的連結服務，提供老人完整持續的照護。

已有資源的充份利用是發展長期照護資源最經濟的策略，尤其如能將目前利用不佳的資源予以轉用，更能收其成效。依據台北市今年的醫院普查報告，多數小型醫院，住院率極低，許多資源閒置不用而營運困難，其轉型經營護理之家的意願極高[28]，故如能輔導此類醫院轉型，當能在最短期間之內，以最經濟的方式，製造為數可觀的機構式長期照護設施，並能據此推廣發展各種社區與居家式的照護措施，注入長期照護服務網絡，改善目前資源不足之困境。

## 四、籌措長期照護財源

目前長期照護服務幾乎全由老人或其家人負擔，將來全民健保除居家護理的特定項目外，亦未將長期照護納入給付。若不從速研擬長期照護財源籌措方案，將無法達到長

期照護提供的公正性與可近性。因此在目前老年年金規劃的熱潮中，也應同時考量如何保障長期照護的獲得，例如，探討辦理長期照護保險的可行性，以消滅老人獲得長期照護的經濟障礙。

## 五、整合醫療與社會福利服務系統

為事先避免歐美先進國家長期照護服務零散，效率低落的缺失，於我國長期照護體系發展之際，應力促醫療與社會福利系統之密切結合，統籌兩系統資源之發展，共建統一服務網絡，有效的組合與管理各類服務的提供，如此不但可使老人很容易的從單一系統中獲取其所需的服務，增進服務品質，並可避免服務的重複使用造成浪費，而可發揮資源之最大效用，滿足日益增加的長期照護需求。

## 六、鼓勵並支持家庭的非正式照護

家庭的非正式照護在世界各國的長期照護的提供中，不但可幫助老人生活素質的維護，並可吸收長期照護公共費用的支出[25, 32]，實為十分重要的照護資源。故應以經費補助，或以實際服務來幫助非正式照護者照護老人，以維繫非正式照護者照護老人的意願，避免非正式照護資源的流失。

人口老化與長期照護需求是我國面臨的嶄新挑戰，今日我們所制訂的政策必將深遠的影響未來我國老人的照護品質，因此在政策制訂的過程中，應佐以各種相關的健康服務研究提供政策分析資料，以提升決策品質與促進政策的執行。因此應持續進行長期照護相關研究，如長期照護需要需求的推估、資源發展與試辦、長期照護費用籌資、家庭照護支持等，以期不斷提供長期照護政策規劃之參考，提升我國老人的長期照護品質。

## 參考文獻

1. Myers GC. Demography of aging. In: Binstock RH, George LK (eds). NY: Academic Press, 1990; 19-44.
2. Waldo DR, Sonnefeld ST, McKusick DR, and Arnett RH. Health expenditures by age group,

- 1977 and 1987. Health Care Financ Rev 1989; 10(4): 111-20.
3. 行政院衛生署，衛生統計：生命統計，1993。
4. 行政院經濟建設委員會，中華民國台灣地區民國81年至125年人口推計，1993。
5. Torrey BB, Kinsella K, and Taeuber CM. An Aging World. International Population Reports Series P-95, No. 78. US Department of Commerce Bureau of the Census, 1987.
6. Kane RA and Kane RL. Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies. NY: Springer Publishing Company, 1987
7. 吳淑瓊與梁浙西：老人長期照護研究，行政院衛生署委託研究報告，1993。
8. Bordy SJ and Masciocchi C. Data for long-term care planning by health systems agencies. Am J Public Health 1980; 70: 1194-8.
9. Evashwick CJ. The continuum of long-term care. In: Williams SJ, Torrens PR (eds). Introduction to Health Services. (3rd ed.) NY: John Wiley & Sons, 1988.
10. Miller JA. Community-Based Long-Term Care: Innovative Models. London: Sage Publications, 1991; p17.
11. Jamieson A. Home Care for Older People in Europe: A Comparison of Policies and Practices. NY: Oxford University Press, 1991.
12. 行政院主計處，中華民國老人狀況調查報告，1992。
13. 吳聖良、胡杏佳、姚克明：台灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情況及其需求之調查研究。公共衛生 1991；18：237-47。
14. 行政院衛生署：國民保健計畫執行報告：長期照護。八十三年度全國保健業務研討會資料(十)，1994。
15. 護理機構設置標準。中華民國八十二年八月二十七日行政院衛生署發布。
16. Eustis N, Greenberg J, Patten S. Long-Term Care for Older Persons: A Policy Perspective. CA: Brooks/Cole Publishing Company, 1984; p60.
17. Kobauashi Y, Reich MR. Health care financing for the elderly in Japan. Soc Sci Med 1993; 37: 343-53.
18. Kershen N. and Mercat-Bruns M. Towards reform of long-term care in France. The Journal of International Federation on Aging 1993; 20(2): 20-6.
19. 李克怡、王榮俊、周勵志：士林、北投、內湖區二十家老人安養中心之評估。公共衛生 1990；16：416-23。
20. 陳月枝與戴玉慈：老人長期療養機構之現況及其護理人員之角色與功能，衛生署八十年委託研究計畫，1991。
21. 呂寶靜、吳淑瓊、胡澤芷：建立台北市老人養護



- 系統之研究：老人養護機構之調查，1994。
22. 行政院：全民健康保險規劃簡報(書面資料) 1993。
23. Chan HS. Emerging social need of the elderly in a changing metropolitan city. Paper presented at R.O.C. -Japan Symposium on Problems of the Aged, Taipei, September 2-3, 1988.
24. Doty P, Liu K, and Wiener J. An overview of long-term care. *Health Care Financing Review* 1985; **6**: 69-78.
25. Callahan Jr JJ and Wallack SS. *Reforming the Long-Term Care System*. Lexington: Lexington Books, 1981.
26. 行政院衛生署，台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查報告，1991。
27. 余玉眉、吳凱勳、陳心耕、陳月枝：居家照護納入全民健保給付之可行性研究，行政院經濟建設委員會委託研究，計畫編號：(79)：029-317，1990。
28. 陳寶輝、宋成銘、彭梅蘭、吳淑瓊、謝霖芬、林王美園：台北市各公、私立醫院慢性病患者住院就醫狀況及對長期照護需求分析。台北區域醫療網慢性病組八十三年度研究計畫報告，1994。
29. Monk A. Health care for the aged: The pursuit of equity and comprehensiveness. In: Monk A (ed.), *Health Care of the Aged: Needs, Policies, and Services*. NY: The Haworth Press, 1990; 1-16.
30. Van Nostrand JF, Clark RF, and Romoren TI. Nursing home care in five nations. *The Journal of International Federation on Aging* 1993; **20**(2): 1-5.
31. 吳淑瓊、賴惠玲、江東亮：影響社區老人對護理之家居住意願的因素，*中華衛誌* 1994；**13**(5)：388-94。
32. Gibson MJ. Public health and social policy. In Kendig H, Hashimoto A, and Coppard LC (Eds.), *Family Support for the Elderly: The International Experience*. NY: Oxford University Press, 1992; 88-116.

# LONG-TERM CARE IN TAIWAN: ISSUES AND DIRECTIONS

SHWU CHONG WU<sup>1</sup>, TUNG-LIANG CHIANG<sup>2</sup>

Institute of Public Health and Center for Health Policy Research, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, ROC. This paper aims to critically assess the issues and suggest directions for long-term care in Taiwan according to a conceptual framework that considers the long-term care system as being composed of five interconnected components: resources, organization, financing, management and delivery. Three major problems are identified. (1) The most urgent and severe problem is the lack of long-term care manpower and facilities. As a result, most dependent elderly persons are cared for by their families without any formal supporting program, and a substantial portion of acute hospital beds are occupied by long-stay patients. In addition, the number of uncertified nursing homes with poor quality care has begun to increase rapidly. (2) Almost all the expenses of long-term care come from out-

of-pocket payment. National Health Insurance only covers the benefits of hospital services for long-stay patients, whereas, the benefits of long-term care services are excluded. (3) It is difficult to coordinate health and social services for the elderly because they are organized through different bureaucratic systems in Taiwan. Therefore, we recommend the establishment of clear policy objectives for the development of long-term a care system, including the production of manpower and facilities, the coordination of health and social systems, the financing of long-term care services, the encouragement of informal services, and the pursuit of equitable access to long-term care. Finally, intensive long-term care policy research is recommended to facilitate policy formulation and program implementation to meet the needs of the Taiwanese dependent elderly. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1995; 14(3): 246-255)

**Key words:** *long-term care, health policy, aged*

<sup>1</sup> Department of Family Medicine, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Department of Public Health, College of Medicine, National Taiwan University and Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

