







公醫前驅 引領長照

部屬醫院醫療與長照整合的實務典範



衛生福利部



目錄 CONTENTS

004 序言

- 006 打造以高齡長輩為中心的長照體系 / 衛生福利部部長 邱泰源
- 008 追求更美好的長照未來 / 衛生福利部政務次長 林靜儀
- 010 本書是為臺灣長照共同努力的見證 / 衛生福利部政務次長 呂建德
- 012 分享醫療與長照整合的實踐成果
/ 衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會執行長 林慶豐

014 推薦序

- 016 為長者創造更有尊嚴與品質的生活環境
/ 中華民國公立醫院協會理事長 陳威明
- 018 以人為本，為長照體系建立堅實的基礎
/ 社團法人臺灣社會福利總盟前理事長 陳節如

020 第壹章、緒論

024 第貳章、整合性老人全人照護

- 026 第一節、邁向四段七級的老人全人照護模式
- 040 第二節、從醫院到社區的長照一條龍模式

052 第參章、急性後期照護 (PAC)

- 054 第一節、健保署急性後期照護計畫簡介
- 057 第二節、部立醫院急性後期照護計畫初步成果

064 第肆章、全責式日照服務 (PACE)

- 066 第一節、引領全國導入全責式醫療照護模式
- 077 第二節、醫、養、護合一的抗衰弱服務模式



094 第五章、居家醫療、居家安寧

- 096 第一節、五全照顧下的居家醫療與安寧
- 108 第二節、整合基層機構、強化傷口照護

124 第陸章、失智整合照護

- 126 第一節、傳統失智照護模式
- 157 第二節、科技導入失智照護前瞻規劃

164 第柒章、科技長照

- 166 第一節、科技導入護理之家
- 180 第二節、科技導入日間照護
- 185 第三節、高齡長者的智慧長照及科技照護

190 第捌章、住宿式長照機構推動之實務經驗

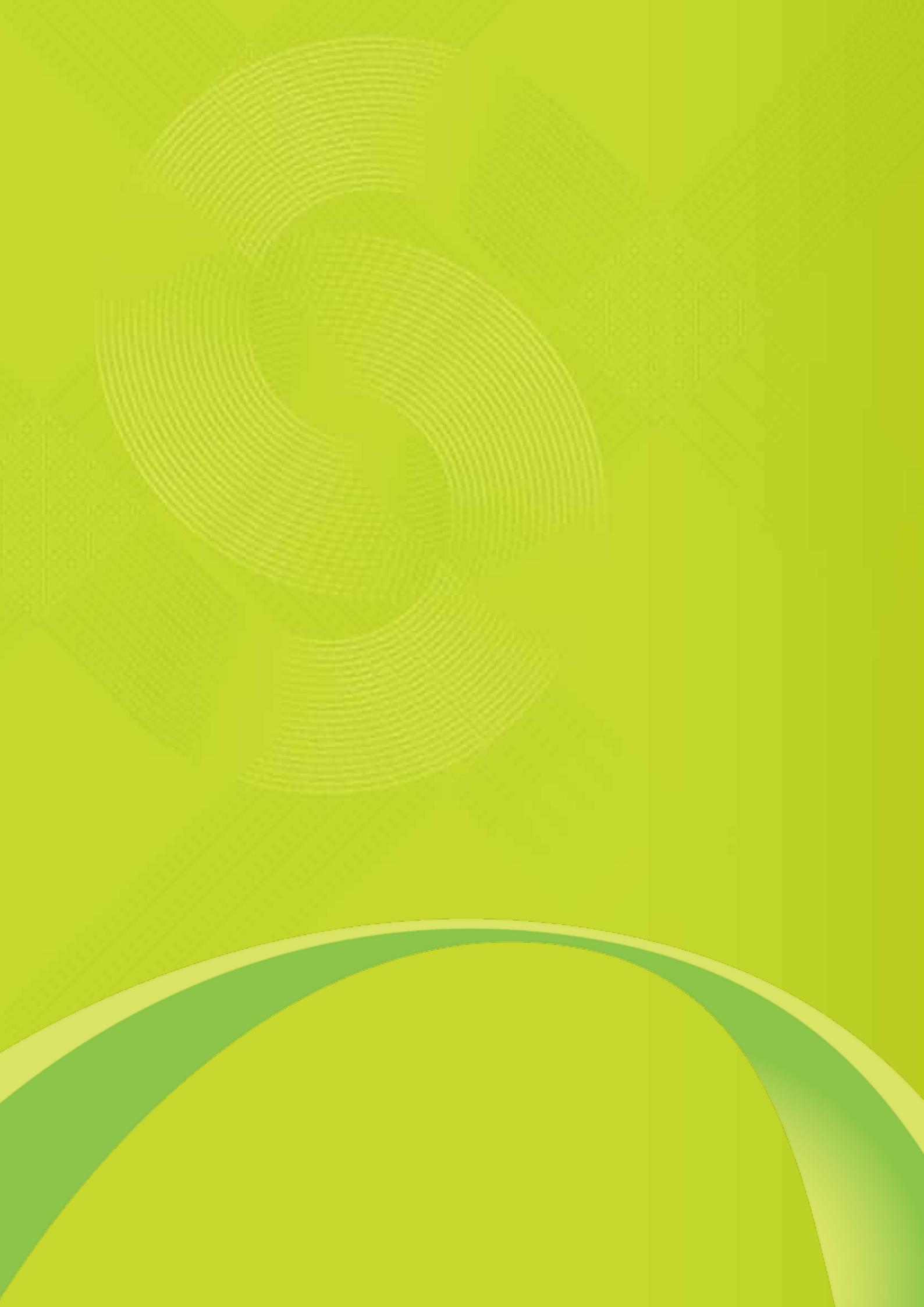
- 192 第一節、首家公辦公營住宿式長照機構
- 204 第二節、公費養護床轉型住宿式長照機構
- 212 第三節、首家原鄉地區住宿式長照機構

220 第玖章、長照法規之演進

- 222 第一節、長期照顧服務法概述
- 228 第二節、長期照顧服務法之修法歷程
- 235 第三節、長期照顧服務法規範內容及相關長照法規

244 第拾章、未來展望

- 246 第一節、AI 與長照和高齡照護
- 250 第二節、從醫院至社區無圍牆的照護服務





序 言

- 打造以高齡長輩為中心的長照體系
 - 追求更美好的長照未來
- 本書是為臺灣長照共同努力的見證
 - 分享醫療與長照整合的實踐成果





衛生福利部部長
邱泰源

打造以高齡長輩為中心的長照體系

我國人口結構快速高齡化，2025 年即將進入超高齡社會，國人對長期照顧的需求更顯重要。行政院自 2007 年起核定長照十年計畫、2017 年持續推動「長照 2.0」，長照服務的涵蓋率已提升至七成以上，讓失能失智者能獲得完整、有人性尊嚴的照顧。賴清德總統上任後，升級為「長照 3.0」，希望能再提升長照的質與量，增加服務範疇，打造居家、社區、機構、醫療、社福的一體式服務，塑造全齡的社會支持體系，以廣泛照顧不同長照需求的民眾。

本部所屬的 26 家部立醫院，包括都會型、偏鄉離島型及精神衛生型等各種不同任務的單位，分布於全國各縣市執行防疫、弱勢照顧、偏鄉醫療等重要國家政策。近年來在醫療與長照結合也扮演重要的推手。各院藉由整合社區、醫療與長照制度，向前銜接預防保健，降低與延緩失智失能；向後銜接安寧照護，以長照社區整體照顧體系為基礎，建立共生社區，並推展高齡產業的科技應用，已經有許多創新與具體的貢獻。

本書記錄各部立醫院努力落實國家衛生政策，讓長期照護與醫療服務不斷精進，如本部臺中醫院提供從醫院到社區一條龍式的「整合性老人全人照護」、「急性後期照護」、「全責式日照服務」、「居家醫療、居家安寧」、「失智整合照護」，到人工智慧的「科技長照」等，都展現臺灣長照服務的成果，也可以作為各界推動的參考。

本部為滿足長照需求並達成在地老化目標，將持續廣布長照據點，提升服務可近性，打造「經濟自主」、「健康生活」、「行動無礙」的高齡友善環境。並將長照目標訂為「持續提供自居家、社區至住宿機構的連續性長照服務」、「布建長照 ABC 據點」、「呼應 AI 引動內閣政策，導入 AI 長照智慧科技」，以遵循賴總統健康臺灣的倡議計畫，實踐「以高齡長輩為中心」的長照 3.0，完成「在地老化」、「在宅醫療」、「幸福樂齡」的願景，讓每個臺灣長者都能獲得最大健康與幸福。

衛生福利部部長 邱泰源



衛生福利部政務次長
林靜儀

追求更美好的 長照未來

隨著社會結構的變遷、人口老化的加劇，以及醫療科技的進步，長期照護成為社會必須正視的議題。身為一位長期投身於醫療與公共政策的醫師，本人有幸親身見證了長照制度從無到有的發展歷程，也深知醫療與長照服務整合在當今社會的重要性和迫切性。

本書《公醫前驅 引領長照——部屬醫院醫療與長照整合的實務典範》示範了如何有效整合醫療與長照資源，集結豐富的實務經驗與深刻的學術思考，更深入探討多個長照關鍵議題，如「整合性老人全人照護」、「急性後期照護」、「全責式日照服務」、「居家醫療與居家安寧」、「失智整合照護」、「科技長照」以及「住宿式長照機構的推動經驗」等，不僅是醫療照護專業人士所關注的焦點，更是每個家庭都可能面臨的生活課題。

長期照護不是只提供基本照護服務，更需考量到每位長者的個別需求及其尊嚴，透過跨部門與跨領域的合作，整合醫療、社會服務、心理支持及家庭照顧等資源，建立一個完整的長期照護體系。本書恰好分享部立醫院在這些領域的最佳實務經驗，並探討未來如何透過創新技術和政策的支持來提升服務品質和效率。此外，隨著長照法規的演進，我們也見證了政策在推動長照服務提升與發展中的重要角色。從最初的制度架構到後來的細節完善，每一步都是在與實際需求的深刻對話中取得的成果。本專書不僅是一個記錄，更是對這段歷程的反思與展望。

長照系統的完整建置，除了是對高齡者的尊嚴與健康的關鍵基礎之外，也建立了照護服務的專業價值，解除家庭中女性長期提供無償照護服務的枷鎖，更穩定了國家財政、降低年輕世代負擔。高齡少子化的未來需要正面積極的經驗分享與共創多元方案，誠摯希望本書成為專業交流和知識分享的開端，促進各界對於長照議題的關注與參與，匯聚智慧與社會關懷，在共同努力的過程中，找到更多解決問題的有效途徑，提供更公平、有效率且具同理心的長期照護服務，讓每一位需要長照支持的人都能夠獲得最好的照顧和尊重，共同追求更美好的長照未來。

衛生福利部政務次長 **林靜儀**



衛生福利部政務次長
呂建德

本書是為臺灣長照 共同努力的見證

欣逢本書付梓，本人深感榮幸能為這本匯集衛福部所屬醫院長期照護（以下簡稱長照）重要成果的專書撰寫序文。

臺灣已邁入高齡社會，完善長照體系，讓每位長者都能獲得妥善的照顧，是我們這一代無可迴避的責任。長照不僅是個人與家庭的課題，更是國家整體發展的重要基石。

本書的出版，不僅是對衛福部所屬醫院在長照服務上的努力與貢獻的肯定，更是對未來發展的期許。書中內容涵蓋各醫院在長照服務模式的創新、專業人力的培育、科技應用的推廣等多元面向，希望能提供讀者全方位的視野與深入的洞見。

衛福部所屬醫院作為提供長照服務的重要機構，始終秉持「在地安老」與「社區照顧」的理念，積極推動各項長照業務。我們深知，長照服務的提供，不僅需要政府的資源投入，更需要民間多元的資源與力量共同投入。期許在衛福部所屬醫院的專業與經驗推動下，連結社區組織及家庭照顧者的支持外，能號召更多的夥伴共同參與，來因應臺灣社會人口結構快速變化的需要。

本書的出版，正是我們與各醫院攜手合作的成果。在此，我要特別感謝所有參與本書撰寫的醫護人員、社工人員、行政人員，以及所有長期以來支持長照服務的夥伴們。

展望未來，我們將持續秉持「以人為本」、「多元整合」、「創新發展」的原則，不斷精進長照服務的品質與效率，讓每位長者都能在熟悉的環境中，獲得尊嚴、自主、溫暖的照顧。

最後，謹以此書獻給所有關心長照議題的先進與夥伴們，期盼本書能成為我們共同努力的見證，也能為臺灣長照的發展帶來更多的啟發與貢獻。

衛生福利部政務次長

呂建德



衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會執行長 林慶豐

分享醫療與長照整合的實踐成果

在臺灣醫療體系中，衛生福利部所屬醫院歷經百年風雨，扮演著舉足輕重的角色。這些醫院不僅是國家醫療服務的基石，更是公共健康保障的重要支柱。我們肩負著落實國家公共政策、照顧弱勢族群、促進社區醫療暨保健業務、緊急醫療救護及疫情防衛等多項重要任務，無不彰顯出我們對國民健康的深遠影響。

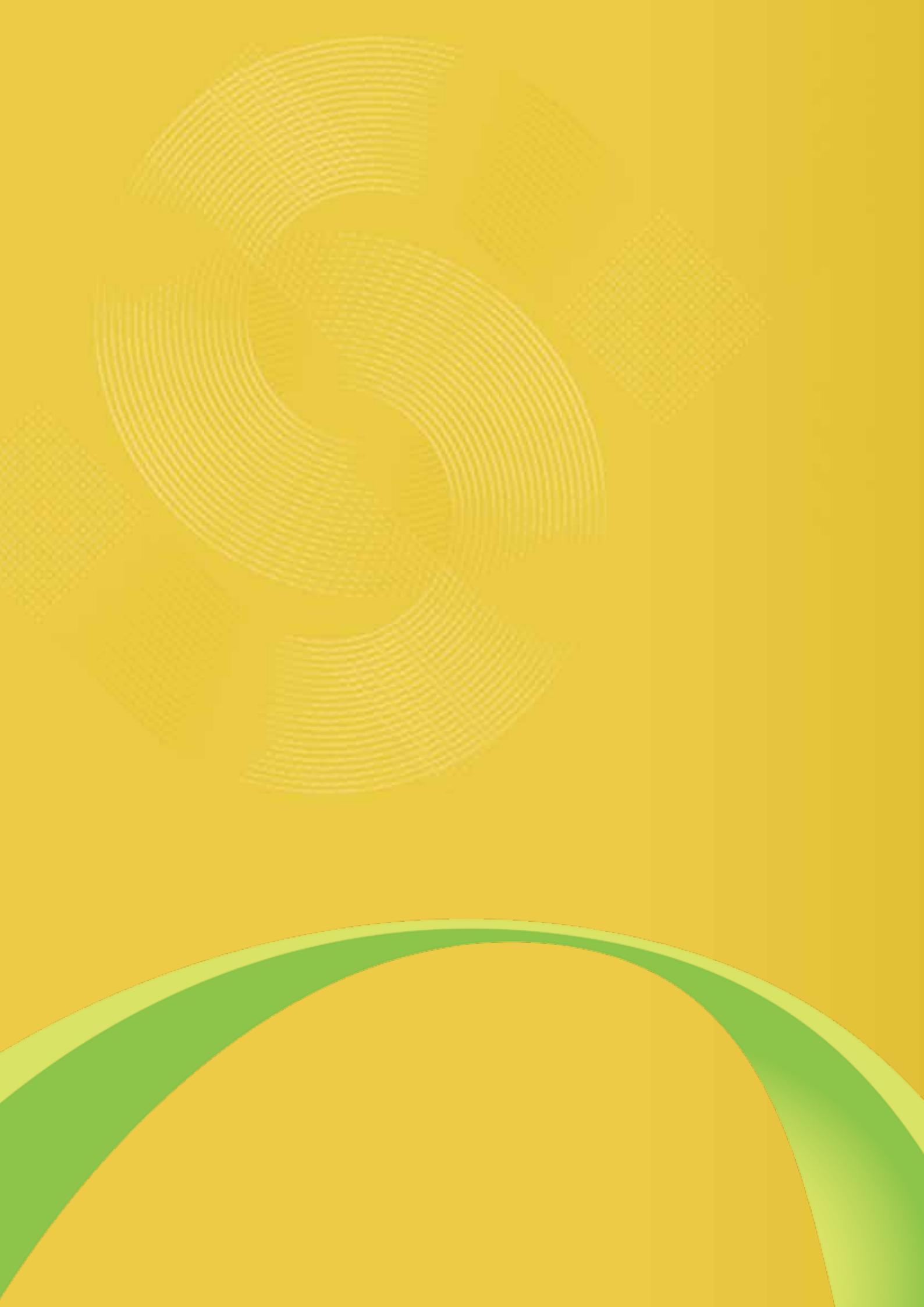
面對當前快速變遷的醫療環境，醫療與長期照護的整合已成為提升健康照護品質和效率的重要議題。103年，衛福部推出了「急性後期整合照護計畫」，為病人提供從急性期到後續照護的一體化服務。我們各所醫院積極推動在地社區長照服務，並在106年實施長照2.0政策，借鏡日本與美國，致力於發展全責式日照服務。在衛福部的支持下，臺中醫院成立了全國第一家醫療型全責式老人日間照護中心。我們未來將以預防保健、活力老化、減緩失能為目標，進一步促進長者健康福祉，積極應對高齡化社會的長照問題。

在各院歷任院長及同仁的共同努力下，衛福部所屬的26家部立醫院成功整合了醫療及長照機構。為了滿足各地的需求，各院設置了不同型態的長照機構，構建了一站式的長照服務模式。如今，我們大力推動「住宿式長照機構公共化資源計畫」，以提供需要長期照護的民眾更全面的照護選擇，減輕民眾及其家屬的照護負擔。111年，基隆醫院開辦了全國第一間公辦公營、跨部會合作的南港綜合長照機構，為我們的目標更邁進一大步。

我們將持續秉持使命，不斷強化基層醫療機構的綜合服務能力，並將科技應用於長照醫療照護中，以提高照護品質和創新服務。透過建立跨領域團隊合作、優化照護流程、整合社區資源，我們成功實現了醫療與長照服務的無縫對接，為民眾提供了更為全面和連貫的照護體驗。

我們此次出版的《公醫前驅 引領長照——部屬醫院醫療與長照整合的實務典範》專書，旨在將所屬醫院在醫療與長照整合方面的實踐成果分享給社會及民眾。作為醫療及社會福利機構管理會執行長，我向各位推薦這本書。書中集結了各家部立醫療院所以前瞻性的觀點和創新的模式，展示了在長期照護領域的投入和發展成果。我們深知，這些努力僅僅是開始，醫療與長照整合的進程將面臨許多挑戰，包括資金投入、專業人力資源的配置以及政策的持續推動。然而，透過持續的創新和改進，我們相信這種整合將能帶來更高效、更人性化的照護模式，最終實現全民健康和福祉的提升。

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會執行長 **林慶豐**





推薦序

- 為長者創造更有尊嚴與品質的生活環境
- 以人為本，為長照體系建立堅實的基礎





中華民國公立醫院協會理事長
陳威明

為長者創造更有尊嚴與品質的生活環境

2024 是健康臺灣推動元年，賴清德總統新政府團隊打造「健康臺灣」政策已經化為紮紮實實的具體行動。總統也親自領導成立「健康臺灣推動委員會」，要建立「以高齡長輩為中心」的長照政策，來迎接邁向高齡化的社會，並使醫療跟長照互相結合，促成在宅醫療、在地老化。

衛生福利部是推動國家醫療衛生政策、保障國民與社會福祉的核心機構，透過法規制定、整合資源，以促進全民健康與福祉為使命。公立醫院體系則是肩負配合國家政策，推動醫療服務、公共衛生、長期照護及社會福利的發展，落實全民享有優質的醫療與照護。而部立醫院是公立醫療體系的核心支柱，負責提供全國性基礎醫療服務，特別是在偏遠和資源不足地區，在政策的推展上有著極重要的角色。

隨著我國進入高齡化社會，伴隨而來的慢性病及功能退化，使得醫療需求與長期照護需求逐漸交織在一起，在推動長照 2.0 並進階到 3.0 的過程中，本人深切感受到「醫養整合」對於提升國人整體照護品質的重要性。部立醫院在我國醫養整合政策的推動中發揮了關鍵作用，首先，積極參與了醫療與長照資源整合，確保老年人在不同健康階段獲得連續照護；其次，在長照政策的落實中，提供了急性後期照護、居家醫療及全責式日照服務，全方位的支持長者能在社區內獲得適當照護。此外，還推動多專業團隊合作模式，整合社區與健康促進，並在失智症患者的整合照護及科技長照應用上做出了積極貢獻。

感謝參與本書編撰的專家學者們的辛勞與智慧，部立醫院實務經驗的分享，將對我國整合醫療與長照的方向，做出卓越的貢獻。

中華民國公立醫院協會理事長 **陳威明**



社團法人臺灣社會福利總盟
前理事長 陳節如

以人為本，為長照體系 建立堅實的基礎

隨著臺灣進入超高齡社會，長期照護需求急遽增加，我們所面臨的不僅是數字上的挑戰，更是質量上的挑戰。在這個關鍵時刻，衛生福利部所屬的醫院肩負起了推動醫療與長期照護整合的重責大任。這不僅是對於醫療體系的要求，更是對社會責任的承擔。我們深知，醫療與長照的整合，既是未來的趨勢，更是當下的急務。

這本《公醫前驅 引領長照——部屬醫院醫療與長照整合的實務典範》展現了我們如何應對這一複雜挑戰的具體實踐。書中的內容，不僅體現了各部立醫院在長照服務上的卓越成就，也展示了我們在政策推動、資源整合等多方面的創新努力。醫療與長照的結合，並非僅僅是物理上的資源堆疊，而是需要深度的協同合作。無論是從醫療角度，還是從長照的需求出發，兩者都應該在同一個平臺上交融、協作。部立醫院在這方面展現了模範作用，通過整合各類醫療資源以及推動多專業團隊合作，我們不僅在理論上實現了醫療與長照的無縫銜接，更在實踐中確保了每一位需要照護的個體都能獲得最適切的支持。

在推動長照 3.0 的過程中，我們深刻意識到，社會結構的變遷使得醫療與長照服務的需求更加複雜且多元化。尤其是面對失智、失能的高齡長者，我們不僅要關注他們的身體健康，更要關注他們的心理需求和社會支持系統。這本書所記錄的，正是我們如何在這樣的背景下，通過跨部門合作、政策支持與創新技術的應用，構建一個以人為本的長照服務體系。本書詳細記

錄了部立醫院在長照領域中的努力與成就，涵蓋了多方面的實務經驗與創新案例。無論是從預防保健到急性後期照護，還是居家醫療到社區整體照顧體系的建立，部立醫院都展現了強大的執行力與專業精神，為臺灣的長照發展樹立了典範。

這本書不僅僅是對過去努力的總結，更是未來發展的藍圖。透過對各種創新服務模式的深入探討，本書展示了如何通過跨部門、跨領域的合作，實現醫療與長照的無縫整合，進一步提升照護的品質與效率，並減少資源的浪費。未來，我們將繼續推動這些創新落地，服務於最需要的人群。

展望未來，我們面臨的挑戰依然巨大。然而，正如本書所展示的，只要我們堅持以人為本的理念，持續推動醫療與長照的深度整合，我們必能為臺灣的長照體系建立更加堅實的基礎，讓每一位長者都能享有尊嚴、健康與幸福的晚年生活。

社團法人臺灣社會福利總盟前理事長 **陳節如**



第一章
緒論





我

國整體人口結構快速趨向高齡化，已於 2018 年邁入高齡社會（65 歲以上人口占總人口比率達到 14%），預計 2025 年將進入超高齡社會（65 歲以上人口占總人口比率達到 20%），又因家庭的照顧功能逐漸式微，個人與家庭的照顧壓力日重，進而衍生社會與經濟問題，使得長期照顧需求人數隨之增加。為發展完善的長照制度，96 年行政院即核定《長照十年計畫》（簡稱長照 1.0），積極推動長照業務；自 106 年起繼續推動「長期照顧十年計畫 2.0」（簡稱長照 2.0），積極布建居家式、社區式及住宿式服務，持續推動預防及延緩失能照顧、強化失智症照顧量能及整合居家醫療等服務，廣泛照顧不同長照需求的民眾。公部門於不同層級亦成立相關工作小組以督考長照政策及業務推動（見表 1-1）。

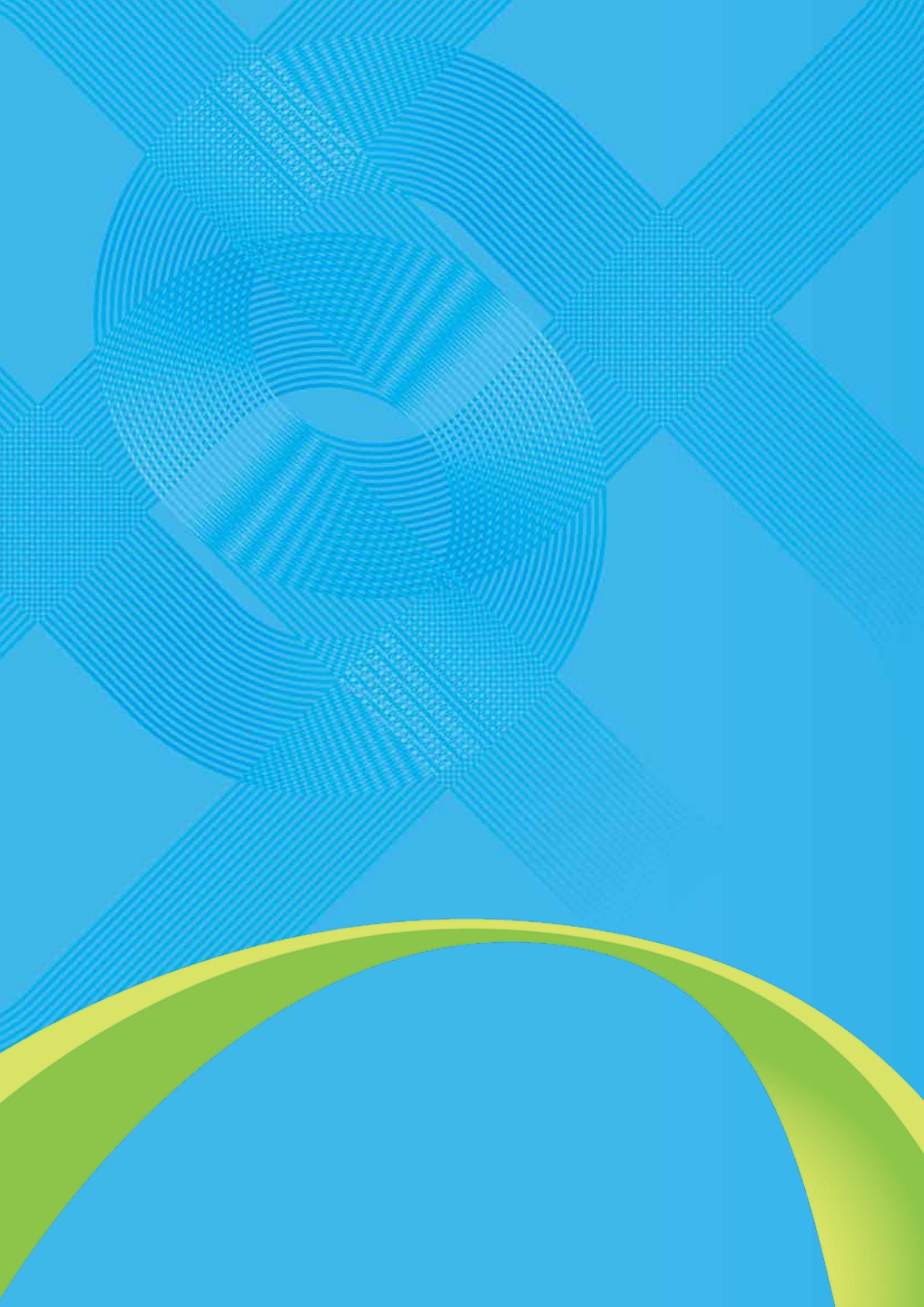
衛生福利部 113 年度施政計畫中，共列出八項年度施政目標，其中第二項即為「建置優質長照體系，完備長照服務資源」；其下發展出四大策略：（1）建構完整長照服務制度及體系，推動長期照顧服務相關法規，搭配長照服務提供者特約制度，提升長照服務體系之效率及量能。（2）繼續整合長照機構及充實長照人力資源，並布建部屬醫院附設住宿式長照機構，建構機構住宿式服務類之長照機構法人治理體制。（3）持續普及社區整體照顧服務體系，提升社區照顧服務可近性，建構以社區為基礎之長照服務體系。（4）推動失智社區照護服務，強化失智照護資源。

賴清德總統於競選期間，提出健康臺灣醫療政策 9 項及長照 3.0 政策 4 項；當選後到就職前，透過全臺舉辦六場的健康臺灣論壇彙整醫療社福界意見，提出了 10 大建言及 1 個倡議，其中特別揭橥長照的重要角色：建立「以高齡長輩為中心」的長照 3.0，把醫療和長照相結合，真正實現「在地老化」、「在宅醫療」、「幸福樂齡」的願景。目前，賴清德總統更以總統高度看待臺灣的健康發展，宣布成立三大委員會，其中之一就是「健康臺灣推動委員會」，積極落實其對健康的重視、想法及理想，及選舉期間的政見。

衛生福利部所屬醫院（部醫體系）身為公立醫院的中堅份子，照顧民眾健康福祉及配合國家公共政策，向來不遺餘力，自長照 2.0 政策時代即有諸多配合辦理事項，長年耕耘之下稍有績效。值此邁向新的長照 3.0 時代，特將部醫體系的各面項成果，在此做一陳述介紹，希望達到拋磚引玉之效。

表 1-1 公部門長照相關工作小組及工作內容節錄（楊南屏整理）

層級	小組名稱	負責人員	主要工作（節錄）
行政院	長期照顧推動小組	召集人：政務委員 副召兼執行長：衛福部長	<ul style="list-style-type: none"> 整體執行檢討；議題討論（例：資源均衡分布、長照人力發展 * 及管理制度、醫療長照方案整合等） * 照服員人數（112年底）：居家／社區／機構，5.1 / 1.1 / 3.5 萬
衛生福利部	長照十年計畫 2.0 推動小組	主席：次長 (代理主席：長照司長)	<ul style="list-style-type: none"> 長照基金經費執行（長照司、照護司／國健署、社家署、原民會） 1. 完善長照服務輸送體系計畫 2. 強化長照機構服務及緩和失能計畫 3. 機構及社區預防性照顧服務量能提升計畫 4. 推廣原住民長期照顧—文化健康站實施計畫
衛生福利部	公共建設推動會報暨前瞻基礎建設計畫專案小組	主席：次長 (代理主席：技監)	<ul style="list-style-type: none"> （公共建設）XX 醫院長照暨醫療大樓新建工程 整建長照衛福據點計畫（含地方創生）〔106-114年，1-4期〕 <ul style="list-style-type: none"> —XX 醫院都會原住民長照大樓新建工程 —修繕或新建（長照司、社工司、社家署、國健署）： 1. 長照創新整合型服務據點／其他在地閒置空間、土地、社宅 2. 社區活動中心 3. 老人活動中心／身障社區服務 4. 衛生所 5. 部屬醫療、老人福利、身心障礙機構 一四期案件數：481, 341, 48, 62（總計 932） 銀髮健身俱樂部補助計畫〔110-114年〕 五年核定據點數：25, 75, 29, 36, 123（總計 288）





第二章 整合性老人全人照護

第一節、邁向四段七級的老人全人照護模式

第二節、從醫院到社區的長照一條龍模式





第一節

邁向四段七級的老人全人照護模式

臺灣人口快速老化，將在 2025 年邁入超高齡社會。截至 2023 年底，全國 15 至 64 歲的工作年齡人口不到七成，65 歲以上的老年人數口達 429 萬人，接近總人口數的兩成，扶老比已近 29%。臺灣正面臨少子化和高齡化的嚴峻挑戰，老人多重慢性病、失能和失智症等照護問題將日益嚴重。如何建構妥善而完整的醫療與長期照護體系，已經是國家刻不容緩的重要議題。

我國長期照顧計畫旨在全方位因應高齡化社會的挑戰。長照 2.0 計畫吸取各國長期照顧經驗，因地制宜的融入本土的需求與文化，以創新多元的服務與特色管理，提供老人及失智、失能者的照顧。這項計畫前端著重於預防保健，促進健康老化，延緩失能，提升老人的健康與生活品質；後端則提供多元的社會支持服務，協助醫療銜接居家與安寧照護，以紓緩家屬長期照顧的壓力及負擔。因此，政府建構以社區為基礎的健康照顧體系，積極推動各項長期照顧的服務模式；同時擴大服務對象由原先的 4 類擴增至 8 類，服務項目由 8 項增加至 17 項，服務的範疇橫跨出院準備、居家醫療等項目；並普及照顧服務單位的布建，提供居家、社區到機構連續性的無縫服務，打造照顧型的社區，以全面提升長照服務使用者及照顧者的生活品質。在管理上，則強化整合社政和衛政資源，設立長期照顧管理中心，提供申請長照服務、到宅評估、核定長照服務額度、擬訂照顧計畫及個案需求評估等服務。期望能夠實現在地老化的理念。規畫中的長照 3.0 計畫更是將醫療與長照更進一步的結合，深耕落實到社區的需要照顧的老人，建構一個完整的社會安全與福利體系。

為建構綿密長照網絡，政府於各鄉鎮推動社區整體照顧模式，設置「社區整合型服務中心 A」、「複合型服務中心 B」及「巷弄長照站 C」，ABC 據點針對有需求的老人或失智失能個案，提供個案管理的服務，使需求者及家屬能夠自主選擇所需服務，並就近獲得照顧的服務資源。同時也成立以社區為基礎的「失智共同照護中心」，針對不同階段的需求，提供資訊、轉介及醫療服務，同時傳播失智健康知識，營造友善無障礙的社區環境。

長期照顧的理念就是在以人本為中心的前提下，提供有效率而完整的支持、照護與服務。

因此，從個人自然疾病史或衰老的過程中，就必須開始垂直整合醫療與照顧的流程，增加照顧的可近性，避免因病而窮、因窮而病，影響到生命價值與生活的品質。同時在各種社會與專業分工的照護體系上，則是要做到順暢的水平連結，如此才能建構所謂「全人、全程、全家、全團隊、全社區」五全的全方位的長期照顧模式。所以從長者、身心障礙等到其他特殊需求的對象；從健康、亞健康、衰弱、失智或失能、重病或末期到臨終安寧的老化歷程的照顧需求；從多元的長照角色分工單位；從受照顧者與照顧者人權到照顧平權的意涵；從個人照顧、家庭支持、社區守護、到國家責任，長照的範疇可說是環扣鑲嵌。也正因為醫院是最容易、最直接能碰觸到人生過程中，各種生老病死的場所，因此以醫院為基礎，來建立一個「完整老人照護園區」，是政府落實照顧民眾的一條捷徑。衛生福利部臺中醫院為公立區域教學醫院的龍頭，一向善盡公醫使命，致力落實政府各項政策，因此近年來也一直積極精進醫療與長照無縫銜接的運作，成為臺中市民最佳的守護依靠。



圖 2-1-1 蔡英文總統與臺中醫院長照團隊合影



一、完整老人照護園區與四段七級架構的理念

衛生福利部臺中醫院建構「完整老人照護園區」的理念，來自進階公衛 2.0 預防醫學的架構。針對疾病的自然史，採取四段七級的介入，除了終止及延緩疾病的發展，達到安寧善終外，目的在於防範未然，提前部署，妥善因應，以維護老人的生活品質與生命價值。

所謂四段是指初段、次段、三段及末段。其中初段預防可再分為健康促進及特殊防護兩級。健康促進是藉由導正生活的型態，提升體能活力並降低身體潛藏的危害；而特殊防護則在防止外來的致病原或環境傷害。次段預防主要的手段則為篩檢，藉由接受規律性的健康檢查，早期診斷疾病，早期治療。第三段預防則可分為限制殘障及復健兩級，限制殘障主要是針對已經發生的疾病加以治療，以預防惡化後產生的後遺症造成殘障。一旦已經發生殘障，產生失能失智的情形時，則需要復健的介入來預防器官衰竭。最後到末段的臨終期，已經發生器官衰竭，或當死亡已是不可避免時，採取緩和醫療與哀傷輔導的措施，目的在於減輕身體痛苦、加強心靈與社會的支持、平安善終與家屬心靈的撫慰。

二、臺中醫院完整老人照護園區的建構

臺中醫院在四段七級的概念下，以前瞻性的思維，逐年分階段的建構完成「完整老人照護園區」。自 2012 年起即積極整合醫療衛生與社會福利資源，逐步從「健康促進之預防保健」、「急性照護醫療」、「急性後期照護」、「長期照護」到「安寧緩和照護」，持續、穩健的以邏輯性布建，執行各項以老人照顧為中心之整合醫療照護服務計畫。在組織架構上以設置社區醫學部與高齡醫學科為主體，配合醫院運作行之有年、且頗負好評的全人整合照護制度，整合醫療與醫事專業團隊來推動，發展以人為本的整合式老人醫療照護服務。為了符合家屋環境、弱勢經濟考量、呼吸照護與不同功能障礙的照護需求，在護理之家也特別提供了多層級的服務範疇與場域，充分滿足被照護者與家屬的期盼。臺中醫院也率先配合政府施政理念，派員至國內外的標竿機構學習觀摩，2017 年起開始承接全國首創的急性後期照護病房（PAC）及老人醫療社福全責式統包照護（PACE）兩大計畫。長照 2.0 計畫實施後，醫院深耕社區服務，成立包括 A 級長照照管中心、開設全責式日照中心、建置失智共照平臺、整合式復能服務與提供居家

醫療等服務。臺中醫院致力於社區醫療與長照體系的聯繫，打造以醫院為核心、社區為延伸的無縫服務網絡，落實國家長照政策。除滿足在地民眾的照護需求外，並協助社會培育長照醫事社福人才。以醫院打造「完整老人照護園區」模式，提供國家因應臺灣高齡社會長照需求量能的解決方案，建構更完善的老人社會及醫療照顧體制。

衛生福利部臺中醫院建構完整老人照護體系



圖 2-1-2 臺中醫院四段七級的完整老人照護園區模式

三、臺中醫院完整老人照護園區的運作

衛生福利部臺中醫院設立於臺中市舊市區中心，位柳川水岸景觀步道附近，結合在地風情與自然景觀，成為得天獨厚的老人照護據點。醫院於 112 年啟用全新建的長照大樓，加上原有健康促進大樓、醫療大樓，三棟不同屬性大樓建構完整老人照護園區，服務大臺中民眾。其中



圖 2-1-3 臺中醫院長期照護大樓外觀

長照大樓的設計特色以繽紛旅程、彩色人生為色彩概念，打破傳統醫院的冰冷色調，採用去機構化的設計，減少老人們的排斥感，營造出家庭化的照護環境。設計原則著重於安全、舒適和溫馨，透過繽紛色彩為住民注入活力健康的新元素，打造充滿溫情、和樂融融的生活空間。大樓充分利用每個角落與空間，營造一花一天堂、一樹一樂園的綠色環境，每層樓都設有公園和養生休憩區。新落成的長照大樓榮獲第 18 屆公共工程金質獎和第 11 屆公共工程金安獎，成為國家長照品質的標竿醫院。

四、完整老人照護園區的分工與運作介紹

1. 社區醫學部

四段七級的初段預防可再分為健康促進及特殊防護兩級。成功的關鍵在於是否能將醫療保健與健康識能深入社區，並提供必需被照顧者使用的可近性。臺中醫院的社區醫學部配合長照 2.0 計畫，成立「社區整合服務中心」。臺中醫院完整老人照護園區的初段建構，強調的是從老人的健康階段便開始著手規劃，維持並探索老人的健康狀態，設法延緩老人進入失能失智的階段。社區整合服務中心深入鄰里社區，提供健康講座、體適能活動教育，提升老人與家屬的健康識能與照顧能力。在次段的預防措施上，社區整合服務中心也配合該院的健檢中心團隊，進行社區癌症篩檢、成人健康篩檢、失智篩檢、預防注射等服務，並藉由個案管理師將異常的個案轉介回醫院進行進一步的診斷與治療。同時，臺中醫院也通過長照 2.0 計畫 A 級旗艦店的評核，成立長照管理中心，可以評估安排老人的照顧需求，整合社工和醫療服務共同參與，串連醫療、長照、家庭與社區、以及預防和生活支持的服務體系，從而建構安全的醫院社區照顧網絡，緊密連結醫療與社會的資源。

在高齡化社會的時代，讓健康、亞健康至失能長者皆能獲得多元、且連續性的服務體系是必須且急迫的。近幾年基層醫療發展的社區醫療群組織完善，臺中醫院主責與當地的 3 個醫療群合作，建立健康促進與轉診的運作網絡機制，就是將醫療資源向前延伸到健康促進、預防照護與出院準備，向後整合居家醫療與安寧的最佳平臺。同時對於弱勢與潛在需求者的照顧，公立醫院也是責無旁貸。以臺中醫院的「中低收入戶暨弱勢照護健康管理計畫」為例，該院對於



社區獨居老人、弱勢族群等近貧家庭提供主動式居家到宅健康管理，除運用醫院照護資源外，並結合在地社會福利資源，提供其整合式健康照護，打破「因病而貧」、「因貧而病」的循環。

2. 長青整合門診

第三段預防照護主要是透過門、急、住診來進行疾病及復健的治療，以限制殘障的發生。就老人醫療照護的角度而言，最重要的是提供便捷而溫馨的就醫環境。因此臺中醫院於 2011 年為老人設立「長青整合門診」，提供以老人為中心的一站式整合性門診服務。長青門診服務是由多專科醫師於同時、同地、甚至同診間看診，提供「醫師動、團隊動，病人不動」的照護模式，服務的設計上則便於整合多重藥物，並可快速診斷與會診治療。例如部立醫院第一家失智整合門診就是在臺中醫院由神經科、精神科、家醫科、中醫科同地看診與心理師同時評估，並設有個案管理師追蹤衛教。硬體方面設置無障礙門診空間，為體諒老人行動不便，特設專屬掛號及批價櫃檯，由駐點志工協助領藥和轉診。老人在一個櫃檯即可完成所有服務。此外門診還設有輔具和無障礙空間的示範區，方便老人及家屬選擇適合的輔具及滿足長者的各項需求，至今已服務近 2 萬民眾及家屬，成效上頗有口碑。長青整合門診可以提供「以病人為中心」的整合性服務，依老人罹病的情況、失能程度、家庭或社會資源、恢復潛力等狀況不同，視情況提供疾病治療、健康促進與轉診等服務。多科看診可以避免多科看診之不便與藥物交互作用發生，減少醫療支出。批價、掛號、看診、領藥、衛教、諮詢一次到位，免去診間往返等待的時間，提供舒適便利就醫環境及就醫流程，提高老人就醫的可近性，因而多次榮獲國健署高齡友善優良獎。

3. 住院高齡友善病房

衛生福利部臺中醫院為部立醫院第一家且唯一的老年專科訓練醫院。於 2013 年重整住院老人照護流程，建立機構和護理之家的老人急診綠色通道。2017 年起更配合政府長照政策，與周邊數十家養護機構訂定合約，協助機構快速急診就醫與住院治療，提供養護機構照顧老人有力的醫療後援。

高齡專責病房訂定各種老人臨床照護指引，設置 14 種老人專屬流程，定期有跨專科團隊召開老年醫學團隊會議，檢討老年症候群、篩檢、處理與預防如跌倒、急性譫妄、壓瘡、營養

等問題。相關團隊會議介入後，的確有助於下降老人症候群。相關模式於 2015 年榮獲中區醫療網老人整合性照護服務計畫的計畫執行與海報發表雙料第一名。2018 年創新推出「住院長者 3D 計畫」針對失智、譴妄、憂鬱老人，由跨專科跨職類進行周全性評估，並有家屬共享決策會議提供醫療的全人照護。

在弱勢老人家庭的經濟考量方面，臺中醫院也參加住院友善照護計畫，建立照服員共同照顧的制度，由醫院聘用照服員，以一對多的方式照顧老人，家屬們及醫院共同分擔相關費用，有效減輕弱勢家庭及照顧者的負擔。

4. 急性後期照護病房

衛生福利部推動急性後期照護制度，銜接急性後期到居家照護或長期照護之間的空窗期。病人離開急性病房後，經過評估，讓可能經由復健潛能的病人轉入急性後期照護病房，接受 6~12 週積極復健。這時醫護團隊會針對每個病人的情況擬定計畫表，藉由密集治療計畫，還可以視病患功能進展情況，調整其治療計畫。目的在讓病患提升急性出院後獨立自主能力，重拾返回社區自我照顧之生活功能，減輕家庭照顧者的負擔。

臺中醫院於 2013 年成立臺灣首創的急性後期照護病房，以功能導向為復健目標，讓中風、腦傷及骨科手術病患提供高強度住院復健服務。復健科每週召開跨團隊會議，從身心靈層面全面評估病況，透過專業合作提供連續性醫療照護。經統計顯示，約有 8 成都可順利返家生活，僅有兩成回到急性住院或護理之家。而在急性後期照護病房經過 6 週復健後，病人巴氏量表的平均分數從 49.6 分上升到 73.1 分，另工具性日常生活活動能力量表則從 2.4 項進步到 3.3 項，各項表現均較傳統的門診復健良好。

這種功能導向的復健治療除幫助病人恢復功能，提早回到社區生活外，為解決醫學中心病人壅塞，臺中醫院的急性後期照護病房也接受臺中各醫學中心轉介的病人，有效減少健保資源的耗用。

5. 全責式日照中心

在完整老人照護園區的規畫中，第三段的醫療復健照護，與末段的緩和安寧階段之間，有



一大區塊是醫療院所在老人照護必須要填補的服務，這也是在少子化的現代社會於照顧老人、協助家屬、社區與在地老化的特別重要環節。就是協助照顧者及老人的全責式日間照顧與護理之家。

臺中醫院團隊至美國參訪舊金山 ONLOK 照護模式，設置部立醫院第一家全方位日照老人照顧中心。結合醫療、護理、復健、生活等照護。相較於一般的日照中心，臺中醫院收置之個案以活動能力差、認知功能退化、社交功能退縮的長者為主。環境特色舒適、安全、寬敞空間，且具有復健功能及簡易醫療護理處置之設施規劃。統包式的長期日間照護模式（PACE 照護模式），則彌補了傳統

醫療體系對於老年人不典型的疾病表現、多重用藥、身心功能退化與失能照護的不足，該照護模式中之「老人醫療社福全責式統包照護計畫」更是成為醫療與社區照護間之橋樑，其在社區中提供多團隊之照護模式，能夠於該照護模式下，可以有效降低即將入住護理之家或機構的老人提早入住的機會，減少醫療社福資源的耗用，並能預防失能、讓老人仍得以於夜間返家享受家庭的溫暖。臺中醫院全責式日照中心於 2018 年獲得醫策會 SNQ 品質認證，2019 年老人日照中心榮獲臺中市金照獎第三名殊榮，目前這項示範性的日間照護模式已經推廣到全國 10 家部屬醫院，深獲好評。



圖 2-1-4 臺中醫院黃元德院長與全責式日照中心學員合影

6. 護理之家

臺中醫院於 1997 年成立了衛生福利部所屬醫院的第一家護理之家，並於 2001 年率先成立

失智護理之家，其後也擴大收住對象，首創部立醫院的多層級護理之家。護理之家提供了多層級的服務範疇與場域，充分滿足被照護者與家屬的期盼。在服務的對象分成失智、失能、呼吸、安寧各個專區，提供各式的專業照護。在環境上，提供住民安心和信任的無障礙照護環境，落實住民安全，重視長者的尊嚴、隱私及功能恢復。同時也依照不同屬性的住民、設計出家屋式、或不同經濟等級的組合，以兼顧經濟弱勢與特殊需求的家庭。



圖 2-1-5 臺中醫院老人照護園區廣場



護理之家結合各相關專業照護人員，採用跨專業團隊服務模式，秉持同理心、主動溫馨的服務理念，提供舒適的居住環境，促進住民健康。主要由護理專業人員和照顧服務人員組成，並結合醫療、物理、職能、藥事、營養、社工等專業團隊定期巡診，共同照護住民。在護理之家的住民可以享受到跨專業的醫療與服務，尤其在醫療的後盾支援下，用愛心構建溫馨的家園，確實可以使家屬更為放心託付。因此臺中醫院護理之家於 2007 年得到國家品質獎，2019 年護理之家榮獲長照機構金照獎肯定。

7. 安寧療護及安寧病房

老人照顧的末期階段重點在於減輕病人身體痛苦、維護尊嚴，加強心靈與社會的支持使其平安善終，同時對家屬進行哀傷輔導、撫慰家屬的心靈。

臺中醫院於 2002 年試辦安寧居家療護。2011 年承接安寧共照試辦計畫。2016 年正式設立安寧病床。臺中醫院的安寧病房及安寧療護致力於實現老有所終的理念，並將這理念廣泛延伸至所有末期病人。醫院也致力於提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的正確認識，增強醫護人員的照護技能，擴大安寧療護服務的效益，成為安寧訓練專科醫院。自 2013 年起，臺中醫院安寧家庭諮商服務，協助住院病人進行醫療抉擇、整合社會家庭支持系統，並預立安寧緩和意願書，延伸至病人往生後的悲傷輔導。對於願意接受安寧緩和醫療服務的重症末期病人，醫院提供健保安寧療護共同照護，與國家安寧療護政策協同邁入新里程。配合政府注重人權的政策，2019 年也設立預立醫療照護諮商門診（ACP），教導與維護老人的權益。為了使老人在最後的時日能有落葉歸根的家庭感受，臺中醫院也有專責的醫師及護理師進行居家安寧護理與居家安寧醫療協助，期望能讓人們安然度過生死的每個階段。

8. 臨床流行病學研究室

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會指派臺中醫院成立所屬醫院的臨床流行病學研究室，工作任務包括「臺灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查；TLSA」等資料庫分析，歷年來於國內外學術期刊發表多篇論文，並提出成果應用及政策建言。有關長者視力、聽力、牙齒保健，衰弱與健康結果等分析建言，已納入國健署長者功能評估（ICOPE）等老人照護計

畫。資訊也廣為如非部屬醫院的國立臺東大學等日照機構所採用。

9. 教育訓練

臺中醫院為培養老人照護人才，通過老年醫學專科醫師訓練醫院評核，歷年已培養老年專科醫師 12 名。此外，為培訓專科護理師及照服員，也和鄰近的中山醫學大學護理系長照碩士班及臺中科大老人服務事業管理系合作，為完整老人照護園區所需各級人力提供培訓、繼續教育和能力進階的教育。

五. 結語

要建立以社區整體的照顧體系為基礎的完整老人照護園區，成功的關鍵首先要建構良好的個案管理機制，即時提供適當的資訊，深入長者與家庭，並整合生活的社區和醫院部門。具體的做法是藉由擴大出院準備、落實居家醫療與長照接軌。推動高齡者家庭醫師與高齡個管師制度，將可使我國的長照制度更臻完整。其次，醫療端需強調跨專科的團隊整合性照護，為長者及病人做完整的評估與治療。第三是加強健保與長照連結，回歸長照服務法精神，由專責醫師執行發揮醫師意見書效果，通過整合現有的家醫計畫、居整計畫等來實現。最後則是以尊重與關懷的態度，系統性提升服務的可近性。臺中醫院完整老人照護園區的模式，將得以減少家庭照護負擔所費之人力與精神，落實社區資源網絡，實現在地老化的理想。

衛生福利部臺中醫院秉持區域教學醫院肩負公醫使命，期望能藉由臺中市交通樞紐地利之便，中西醫師充足人才等優勢，整合現有院區設施設備，連結院區醫療大樓、健康促進大樓、長期照護大樓，再造長期照護的新紀元。在照護模式方面，以全人整合照顧、在地老化、多元



圖 2-1-6 蔡英文總統探視日照中心住民



化連續為服務精神，強化家庭照顧能力。在管理面上建立整合照顧與個案管理機制，連結各類服務與資源。在教育訓練與人才培育方面，目前正結合鄰近的臺中科技大學及臺中市中西區衛生所，併入現行的「老人醫療照護園區」，進而創造更完整的服務園區。

未來也將建置「中部地區高齡長者照護服務、教育及研究示範中心」，其內容兼具對長者提供整合性醫療照護服務、長者健康促進教育、人力培訓養成、社區老人照護機構之連結輔導及協助、以及照護技能之研究等，期能統合中部地區公私立民營老人照護機構、社區醫療群，給予協助輔導與人員訓練、資訊提供等。並藉此提供大專院校老人照護相關學系學生實習、教育，以協助老人照護人力培訓養成，全方位提升我國長期照顧的品質。



圖 2-1-7 行政院長偕同部長關懷護理人員



圖 2-1-8 行政院長偕同本部部長參訪部醫

獲獎紀錄

- 2007 年 護理之家榮獲國家品質獎。
- 2013 年 榮獲醫策會醫療品質系統類機構推行獎。
- 2015 年 榮獲中區醫療網老人整合性照護服務計畫的計畫執行與海報發表雙料第一名。
- 2018 年 全責式日照中心獲得醫策會 SNQ 品質認證。
- 2019 年 全責式日照中心榮獲臺中市金照獎。
- 2019 年 護理之家榮獲長照機構金照獎。
- 多次榮獲國健署高齡友善優良獎。

文章發表

- 李政青。〈臺中醫院建構完整老年照護園區〉。衛福季刊，2014；2：36-9。
- 李惠筠、李孟智、黃元德。〈第十四屆醫策會醫療品質獎—系統類機構推行獎 百年老店 風華再現 全方位提升臺中醫院醫療照護品質〉。醫療品質雜誌，2014；8（1）：44-50。
- 李孟智。〈臺中醫院建構完整老人照護園區〉。衛福季刊，2014；2：36-9。
- 廖妙清、黃子華、許碧珊、林亞陵、陳明玉、李孟智。〈用愛守護，永續長照〉。臺中醫林，2016；93：25-9。
- 李孟智、賴仲亮、楊文達、許碧珊、廖妙清。〈醫院與整合照顧。In〉。王懿範、邱文達等編著：《醫療與長照整合》，臺北：五南出版社，2016。
- 蕭宇涵、蔡興治、陳厚全、戴志融、王懿範、徐永年、李孟智。〈衛政與社政整合之理念、模式與先驅計畫〉。醫學與健康期刊，2017；6（2）：1-16。
- 李孟智、郭宗正、翁文能：〈臺灣長照 2.0 新境界—衛政與社政整合、「醫」同前進〉。醫院雜誌，2019；52（1）：1-5。



第二節

從醫院到社區的長照一條龍模式

衛生福利部嘉義醫院秉持打造完整老人照護園區的中心使命，整合預防保健、醫療照護服務及長照服務，共同建立高齡友善圈。以全責式照護的理念，提供高齡者一個完善、快樂的園地，使其能減緩功能老化，結合各類長照及醫事專業人員並連結嘉義醫院專業醫療及健康管理經驗，對於失智或失能的長輩提供全方位的照顧。藉由發展以服務使用者為中心之多元連續性服務模式，回應不同族群需求，以滿足當前社會照顧服務的多元需求，透過擴大社區服務更貼近有需求的長者，由團隊整合資源提供完善長照服務。從社區長照、篩檢保健、整合門診、住院醫療、出院準備到機構安養，建構完整長照一條龍服務模式。



圖 2-2-1 長照一條龍服務模式

一. 社區長照與篩檢保健

1. 配合國家政策提供全齡長照服務

長照 2.0 為實現在地老化，整合醫院資源包含出院準備服務、家庭照顧者支持服務據點、C 級巷弄長照站、日間照顧中心、居家護理所、護理之家及各專業醫療輔助，讓長者可以獲得更全方面的照顧及品質。以「在地人服務在地人」理念建立高品質的長照服務，完善全齡長照服務建立高齡友善圈，成為嘉義最優質的社區整體照顧服務，打造安和融洽、團結互助的友善社區。在單一窗口式的管理機制下提供照顧服務，實踐在地老化的服務理念。

2. 活力園日照中心

嘉義醫院日照中心榮獲 2023 年 SNQ 國家品質標章—醫養專業整合—三全五力全責式日間照顧模式，透過瞭解高齡者及家庭需求，設計健康促進、預防和恢復功能的相關課程以及提供家庭支持與家屬心理健康等服務項目，降低照顧者的壓力與提升被照顧者的生活品質，讓高齡者能長久和家人同住，並且獲得更多的支持與必要的協助。日照中心首創三全五力照護目標，服務品質及口碑深獲在地民眾好評：

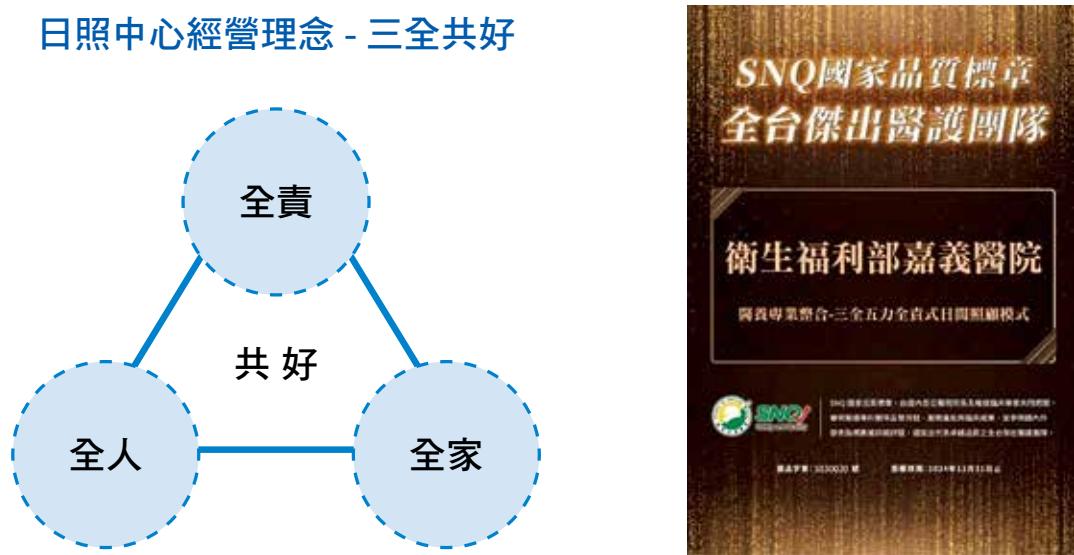


圖 2-2-2 SNQ 國家品質標章與三全共好



公醫前驅 引領長照

部屬醫院醫療與長照整合的實務典範

- 1. 三全一全方位照護目標：**本中心特色不只照顧收托對象，更重視家庭的和諧與照顧者的身心靈健康，透過日照的服務，提供服務對象身心靈關懷（全人）、延伸到家庭及照顧者的資源提供與喘息（全家）、最重要的是讓服務對象獲得全面照護從跨單位專案健康管理的觀點出發（全責），讓服務對象健康樂活與家庭共好。
- 2. 開創五力長期照護：**透過專業團隊合作，設計認知訓練及延緩失能課程讓收托服務對象提升健康力、擁有好腦力、營養飲食力、共好家庭力和展現自我貢獻力。
- 3. 創新導入平衡計分卡管理工具：**提升員工的知能學習、照顧服務品質以及管理機構整體經營績效，並透過流程改善、建立明確的服務藍圖，讓服務設計流程更明確與順暢，以建立標竿全責式日照中心為努力目標。



導入平衡計分卡建構全責式日照中心績效管理及服務效能提升之成果



HBSC 國際研討會—論文發表優秀獎

圖 2-2-3 平衡計分卡與論文發表優秀獎

日照中心榮獲 2023 HBSC 年會暨健康產業永續經營與 ESG 策略發展國際研討會海報論文優秀獎，並導入平衡計分卡建構全責式日照中心績效管理及服務效能提升之成果，持續監測平衡計分卡四個構面 13 項指標，截至 111 年底計 11 項指標達成。整體機構績效、員工知能與服務品質皆較導入前有大幅進步。

3. 積極推動社區健康促進服務

本著在地的好厝邊的社區醫院理念，以社區為導向，落實預防保健深耕社區，定期拜訪嘉義市里長及社區領袖，連結社區發展協會、家庭關懷協會等社區機關團體，對於鄰近嘉義市西區設置長駐性關懷站共 13 站，每月定期辦理血壓、血糖量測、關懷追蹤及轉介回診服務等健康促進活動，提供民眾健康知識及預防篩檢服務，並配合各節慶活動做健康篩檢、四項癌症篩檢、流感疫苗接種。

建立以「社區」為基礎之預防及延緩失能照護服務體系，維持及增進失能長者健康與生活品質，提升國人健康識能，達到預防失能、延緩失智及健康老化之目標。

4. 創新綠色通道慢性病個案管理服務

以「在地人服務在地人」理念，解決社區就醫障礙的問題，透過健康顧問團的建立，發掘社區潛在有健康照顧需求之個案，再導入社區個管師提供綠色通道服務，讓社區民眾體驗便捷的就醫經驗，透過個管師單一窗口式的管理機制下提供照顧服務，提供健康識能學習規劃，期待透過健康管理提升自我照護健康識能，實踐在地老化以及健康老化的服務理念。

設置社區健康部，整合健康管理中心、社區長照中心、醫養整合中心資源，提供完整且個別化全齡社區照顧。

首創社區健康顧問團，主動邀約嘉義市各里里長、基層診所負責人、社區藥局負責人、身心障礙協會團體幹部，擔任社區健康顧問，發掘並轉介社區就醫障礙民眾，建立即時服務社群平臺，365 天不間斷提供線上健康諮詢及長照服務。

首創「FAST-PASS 健康 plus」綠色通道服務，社區健康顧問協助轉介轄區里民有就醫需求但有就醫障礙的民眾，由社區個管師專人陪伴完成就醫流程，降低就醫障礙，更提供加值服務，



整合社工師主動評估就醫民眾是否需資源連結，提升民眾自我照護知能。

發展五力照護，完善全人共好照顧目標：納入健康管理個案，利用成人健檢、市民整合性篩檢、癌症篩檢等免費服務，了解個案健康狀況，提供個別化健康管理及媒合社區長照資源，提升社區民眾健康力、飲食力、好腦力、家庭力、貢獻力。

二. 住院醫療

1. 急性後期照護計畫

因應人口老化及急性醫療後失能將造成醫療體系、家庭及社會照顧的負擔，本院自 106 年推動「急性後期整合照護計畫」（Post-acute Care，簡稱 PAC），除腦中風外，更擴至創傷性神經損傷、脆弱性骨折及衰弱高齡等照護範圍，提供具復健潛能的病人高強度的復健訓練，協助病人功能恢復及回歸良好的日常生活。因 PAC 需求持續增加，近期將 PAC 床位由 5 床擴展至 10 床，以期未來能提供更多有需求的病人優質復健照護服務。

2. 安寧緩和諮詢及安寧共照

行政院衛生署國民健康局於 2004 年開始致力推動安寧共同照護，使更多癌末病人能享有安寧緩和療護與原診療團隊之安寧共同照護模式，藉由共同照護模式的功能，將安寧療護的癌末病人照護理念推廣到非安寧病房，以及提供相關諮詢服務。依照病人情況及需求不單是照顧身體，同時也要照顧心理情緒，社會與靈性層面及關懷家人，更需要緩和醫療提供跨領域的協助，並提供相關安寧舒適照顧及心靈上的寄託。嘉義醫院自 103 年成立安寧緩和照護團隊，提供安寧緩和照護服務，小組成員包括醫師、護理師、心理師、社工師。此外，並辦理門診、社區、機構對民眾及機構工作人員對安寧緩和醫療照護之瞭解。

3. 友善住院全責照護—全民健康保險住院整合照護服務

全民健康保險住院整合照護服務係為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使病人能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率。

住院整合照護服務對象，主要服務為病人疾病嚴重程度之照護需求，安排適當護理及照護輔佐人員共同照護，使病人於住院期間，家屬可以不用全時在醫院陪病照顧或另外自聘照顧服務員（看護），病人也能獲得連續性及完整性的照護。組成專業服務團隊成員包含醫師、護理師、外聘照顧服務員及產學合作學校等成員。經由護理師及醫師評估並與家屬討論，以職類分工，實地了解個案及家屬需求後，給予提供個案照護需求及協助。病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升住院照護品質與安全，經醫院專業服務團隊共同討論，擬定照顧計畫，同時改善家屬住院照顧及經濟負擔，並且提升住民對整合照護服務的滿意度。

衛生福利部嘉義醫院自 111 年 11 月 1 日開始執行「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，核定 48 床，於 112 年 9 月核定 120 床。至 112 年 12 月 30 日止，共計服務 2,119 人，住院人／日數為 20,630 人／日，健保申報點數為 1,547,2500 點，113 年 1 月 1 日截至今年 5 月 30 日止，共計服務 1,213 人，住院人日數為 13,648 人／日，健保申報點數為 10,236,000 點（圖 2-2-4）。112 年前三季使用本院問卷進行調查，第四季則使用公版問卷，整體滿意度平均為 4.69 分，93.8%，呈現「非常滿意」狀態。

111 年至今，辦理住院整合照護服務已約 2 年半，不僅提升民眾對於整合照護服務的認知及需求，更使病人及其家屬獲得完整性及持續性的整合住院服務及減輕經濟負擔，已達專案設定之目的。

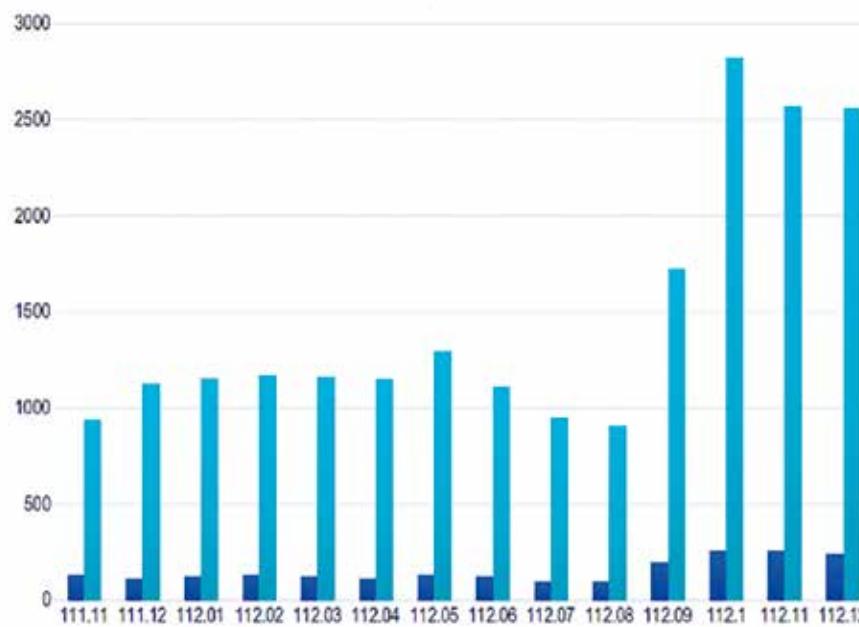
4. 出院準備服務—無縫接軌長照服務

衛生福利部嘉義醫院出院準備銜接長照服務個案，主要服務為申請長照 2.0 服務，為及早於住院中擬訂個別性服務計畫，組成專業服務團隊成員包含醫師、甲類輔具評估人員、出院準備照護等 14 位成員。此外，並成立復能諮詢小組，經由物理治療個管師與出院準備服務個管



111 年 11 月 -112 年 12 月人次、人日比

總計 2,119 人次、20,630 人日數



111 年 11 月 -112 年 12 月健保計價 (不含自費部分)

總計 15,472,500 點

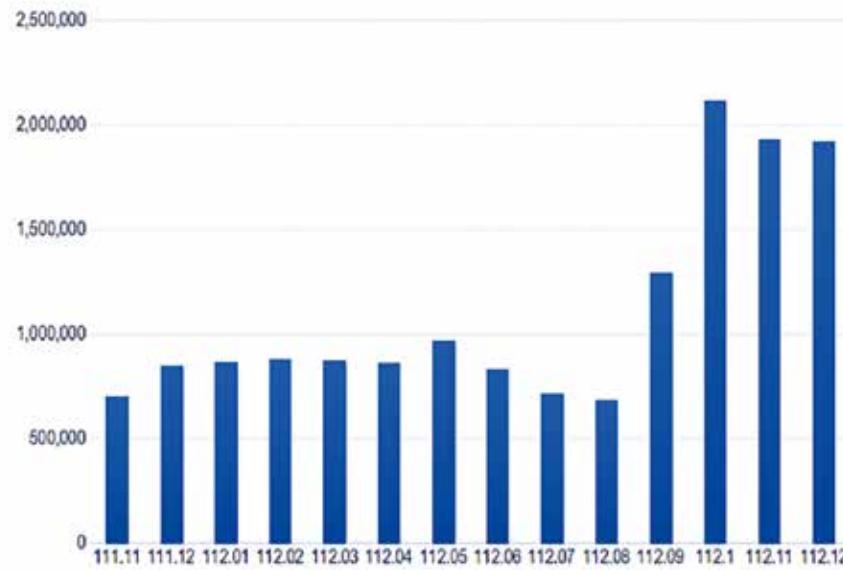


圖 2-2-4 嘉義醫院全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫執行成果統計

師組成復能諮詢小組，以職類分工，實地至病房探視了解個案需求後，給予提供個案照護需求及協助轉介。建立簡易輔具友善銜接機制，為利有輔具需求個案，可及時獲得輔具，及加強宣導出院準備銜接 2.0 輔具租借及申請輔具購買機制，經醫院專業服務團隊共同討論，擬定照顧計畫，俾利個案返家後即可銜接所需長照服務。112 年全院落實執行院內轉介出院準備服務表單後，112 年個案數 65 人次，較 111 年 43 人次成長 51%（圖 2-2-5）；統計 112 年度該院住民出院後 7 日內出備銜接長照服務使用率為 94.1%，評估個案數達地區醫院目標值 60%。113 年至今，辦理長照 2.0 服務已達 60%，不僅提升民眾對於長照 2.0 服務的認知，更使病人及其家屬獲得完整性及持續性的長照服務。

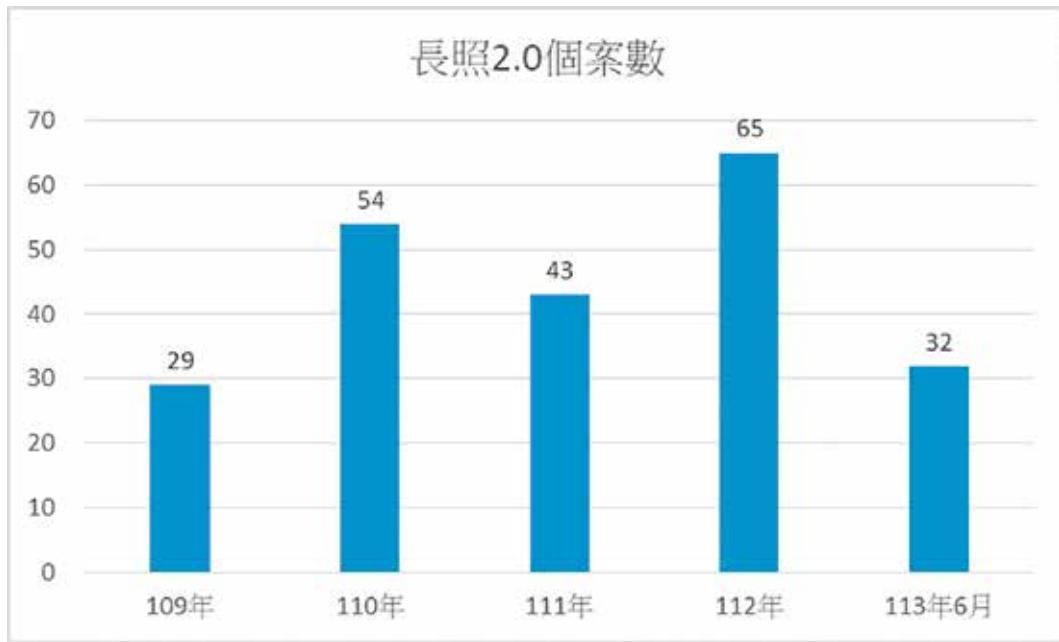


圖 2-2-5 出院銜接長照 2.0 服務個案統計



圖 2-2-6 嘉義醫院出院準備銜接長照服務



三. 機構安養

1. 嘉義醫院附設護理之家

嘉義醫院附設護理之家成立於民國 88 年，最初位於文化路的舊院區，並於民國 91 年搬遷至現址，目前位於嘉義市北港路 312 號。擁有 133 張床位，其中包括 21 張失智床，總佔床率為 97%。通過年度評鑑、督考、病安訪查和感控查核，並參與高齡友善認證，通過健康照護機構認證。109、110、111 年透過申請提升護家品質卓越計畫，並運用計畫獎金推動室內美妝。

護理之家提供多樣化的服務，包括出院準備服務、藥物整合、床邊復健和營養調整等。護理團隊包括護理師、照服員、清潔員和書記，並有藥師、營養師、復健師和社工等專業人員協助住民的日常生活和醫療需求。單位環境設有寬敞明亮的客廳區和陽光室，為住民提供舒適的休閒娛樂環境。團隊不僅關注長者的身體健康，還重視他們的心理及情緒需求。工作人員以同理心和耐心照顧長者，讓他們感受到溫暖和被關懷。致力於提供高品質的照護服務，並持續改進，提升住民的生活品質。

自推動長照 2.0 以來，全院在執行院內轉介出院準備服務方面取得了顯著成效。112 年度住民出院後 7 日內接續長照服務的使用率達到 94.1%，個案數也顯著提升。未來計畫擴展服務範圍，引進更多專業人員，並加強設施與設備的更新，為住民提供更全面、更優質的照護服務。

2. 機構巡診一跨團隊整合式合約住宿型養護機構住民服務

嘉義醫院與嘉義縣市、雲林縣超過 70 家住宿型長照機構簽署合作契約，分布於雲林縣 17 家、嘉義縣 34 家、嘉義市 24 家，服務安養照護機構住民超過 4,500 位。自 104 年起提供安養照護機構住民住院全責照護團隊模式，建置機構住民在院治療期間的病房專區，以一對多的床邊照顧配合護理團隊施行全責照顧。更友善的照顧環境讓家屬在長者住院中，不需由家人陪病或負擔高額一對一看護費用，廣受合作機構與家屬的肯定，專區病床數自創立初期的 12 床逐步擴充至目前的 48 床，至 112 年全院提供整合照顧床數 120 床。此外，自 112 年 6 月至 113 年 5 月，整合照護團隊共提供急診及入住救護車派送超過 3,200 趟次、四癌篩檢與成人健檢的預防保健服務約 2,400 人次、新入住機構住民的體檢約 300 人次、外派到機構內科及復健科醫

師巡診每月平均 1,700 人次、急性住院全責照護平均每月服務 233 人次。

嘉義醫院秉持「主動介入、創新品質、全人照護、照顧弱勢」的核心價值，透過跨團隊整合來提供住宿型養護機構住民由入住體檢、預防保健、門診就醫、住院治療等服務，並持續協助機構辦理教育訓練及品質監測。對地區弱勢養護機構及住民提供最大協助、最佳品質照護、最優人力指導，做到節省醫療資源，提升醫療品質，幫助弱勢家庭減輕照護人力及經濟負擔，達到機構住民全人整合照護的目標。



圖 2-2-7 嘉義醫院 113 年合約機構巡診分布圖



獲獎紀錄

- 2019 年 SNQ 長照機構住民急性醫療整合照顧模式。
- 2021 年 HPA：找出乾隆花瓶—嘉醫機構老人骨質密度寶貝計畫。
- 2022 年 SNQ 國家品質標章：主動出擊—檢驗科前瞻式機構住民照護模式。
- 2023 年 HBSC 年會暨健康產業永續經營與 ESG 策略發展國際研討會海報論文優秀獎。
- 2023 年 SNQ 國家品質標章—營養專業整合—三全五力全責式日間照顧模式。
- 2023 年 國家醫療品質獎：掃除 C 肝防治死角—住宿型養護機構住民 C 肝減除計畫。

研究與文章發表

期刊論文

- Shih-Tien Chen 。 “Hepatitis C Elimination Model in Taiwan’s Community Care Home” 。The 33rd Annual Meeting of the Asian Association For the Study of the Liver. 2024 。
- 陳詩典。 “Hepatitis C Elimination Model in Taiwan’s Community Care Home” 。2023.06。消化系醫學會年會。

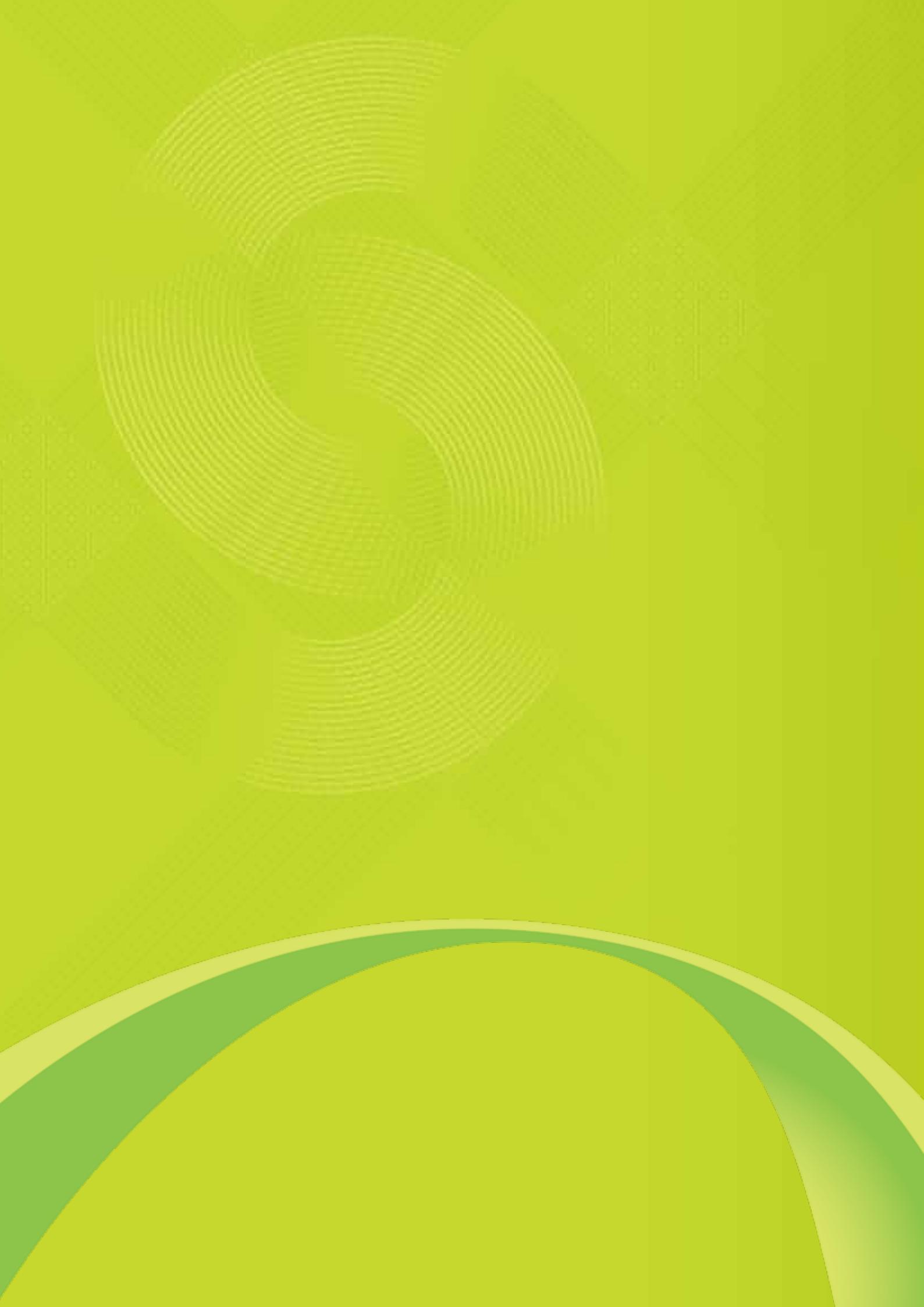
會議論文

- 賴秀如。〈某南部地區醫院與長照機構 C 型肝炎患者之可近性醫療照護模式〉。2023。第 12 屆全人醫療整合服務研討會。
- 陳裕興。〈護的好—以團隊整合機制有效降低機構住民 14 天重覆入院改善計畫〉。2023。第 12 屆全人醫療整合服務研討會。
- 林資淳。〈以互動式營養介入模式改善養護機構之骨質照護計畫成效〉。2022。第 11 屆全人醫療整合服務研討會。
- 張其純。〈某長期照護機構藥事照護成效分析〉。2022。第 11 屆全人醫療整合服務研討會。
- 張其純、葉麗娟。〈藥師介入長照機構住民 COV-19 群聚即時用藥之成效分析〉。2022。第 11 屆全人醫療整合服務研討會。

研究計畫

- 陳詩典。〈提升長照機構照護技能降低住民 14 天再入院率模式之建構〉。113.01-113.11。衛生福利部。

- 陳詩典。〈長照機構住民藥事整合照護模式之建構〉。112.01-112.11。衛生福利部。
- 林佳慈。〈全責照護納保運用混合方法探究部立醫院全責照護模式發展歷程〉。112.01-112.11。衛生福利部。
- 張其純。〈長照機構用藥安全機制建構之探討〉。111.01-111.11。衛生福利部。





第參章

急性後期照護 (PAC)

第一節、健保署急性後期照護計畫簡介

第二節、部立醫院急性後期照護計畫初步成果





第一節

健保署急性後期照護計畫簡介

衛生福利部所屬醫院於省立醫院及署立醫院時代積極發展復健科及高齡醫學科。綜合型醫院設有復健科住院病房皆有提供急性後期照護的樣態，例如：臺北醫院、桃園醫院、新竹醫院、豐原醫院、臺中醫院……等。在民國 102 年衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會配合國家政策，積極推動中期照護（急性後期照護）病房計畫，將急性後期照護之服務推廣至更多的醫院，例如：苗栗醫院、彰化醫院、朴子醫院……等。當時臺中醫院新設之中期照護病房更是各公私立醫院標竿之楷模。民國 103 年健保署開始積極推動急性後期照護計畫，共有 20 家醫院參加健保署急性後期照護計畫之各子計畫，民國 111 年朴子醫院及臺中醫院執行衛生福利部 111 年一臺灣前瞻復健病房醫院計畫，所設置之都會型及鄉村型前瞻復健病房，其病房及照護內容係參考日本急性後期病房照護模式，提供更完整之急性後期照護。



圖 3-1-1 朴子醫院前瞻復健病房



圖 3-1-2 臺中醫院前瞻復健病房

自民國 84 年 3 月開始，臺灣全民健康保險（NHI）已涵蓋臺灣 96% 以上的人口。根據國民健康保險（NHI）資料庫的研究，中風患者的再入院率和住院時間較長。臺灣以前沒有 PAC 計畫，因此在民國 103 年，NHI 實施了一項名為「後急性期腦血管疾病照護（PAC-CVD）」的試點計畫，專為中風患者設計。參與此計畫的患者是從急性病房轉診的，診斷為急性中風患者，處於後急性期，具有康復潛力並有意接受康復治療。PAC 計畫在社區或區域醫院提供。為了實施垂直整合的醫療體系，患者必須在醫學中心接受初步評估，然後轉診至區域或社區醫院參與此計畫。希望這種整合和持續的照護模式能幫助患者恢復功能或減少殘疾。

根據 NHI 計畫的規定，所有患者必須在醫院接受由個案管理員、熟悉中風護理的復健科醫師或醫生、物理治療師、職能治療師、語言治療師、營養師、藥劑師和社工組成的護理團隊的全面後急性期照護。此團隊每天為患者提供 1 到 3 小時的密集康復計畫，具體時間根據患者能力而定。團隊還會定期召開每週會議，報告患者的初步、中期和結案評估，討論康復目標、治療計畫和效果。在住院期間，記錄基本個人資訊，例如性別、出生日期、中風類型和部位、住



院時間、有無插管（氣管切開管、鼻胃管或導尿管）以及這些管路是否被移除等。此外，功能和生活品質的評估包括改良 Rankin 量表（MRS）用於評估一般狀況（評分範圍：0-6；分數越低，表現越好），Barthel 日常生活活動指數（B-ADL；評分範圍：0-100；分數越高，表現越好），Lawton-Brody 工具性日常生活活動量表（LB-IADL；評分範圍：0-8；分數越高，表現越好），功能性口腔攝入量表（FOIS；評分範圍：1-7；分數越高，表現越好），Mini 營養評估（MNA；評分範圍：0-30；分數越高，表現越好），EuroQol 五維問卷（EQ-5D）用於評估生活品質（評分範圍：1-3；分數越低，表現越好），Berg 平衡量表（BBS）用於評估平衡功能（評分範圍：0-56；分數越高，表現越好），Mini 精神狀態檢查（MMSE；評分範圍：0-30；分數越高，表現越好，依年齡和教育水平而異），簡明中文失語症測驗（CCAT；評分範圍：1-12；分數越高，表現越好），由護理團隊成員在入院時、每 3 週和出院時進行。

民國 104 年醫事司在醫療機構設置標準內增列「急性後期照護病房設置標準」。健保署於民國 104 年因八仙樂園塵爆事件增加燒燙傷 PAC 項目。民國 106 年健保署擴大 PAC 適應症包含：脆弱性骨折、創傷性神經損傷、心臟衰竭、衰弱高齡及居家 PAC。

衛生福利部所屬醫院急性後期照護除健保署整合照護以外，部分醫院例如：臺北醫院、桃園醫院、豐原醫院、臺中醫院、臺南醫院、朴子醫院……等，亦提供中西醫合併治療，重複式經顱磁刺激治療、高壓氧輔助治療、靜脈雷射治療、智能機器手臂及下肢復健治療、同儕支持團體、口腔照護專案，來提升病人急性後期照護計畫之成效。



第二節

部立醫院急性後期照護計畫初步成果

一. 衛生福利部所屬醫院—急性後期照護計畫服務量成果

103 年部立醫院積極參與健保署急性後期照護計畫（Post-acute care，PAC），其成果如下：
(統計 103 年至 113 年 5 月)

PAC（住院腦中風）共有 20 家醫院參與，收案數 6,756 位。

PAC（住院燒燙傷）共有 3 家醫院參與，收案數 238 位。

PAC（住院創傷性神經損傷）共有 13 家醫院參與，收案數 432 位。

PAC（住院脆弱性骨折）共有 19 家醫院參與，收案數 1,455 位。

PAC（住院衰弱高齡）共有 12 家醫院參與，收案數 119 位。

PAC（門診心臟衰竭）共有 1 家醫院參與，收案數 52 位。

PAC「日間照護」模式共有 2 家醫院參與。

PAC「居家」模式共有 3 家醫院參與。

二. 部立醫院急性後期照護計畫成效

1. 臺中醫院及朴子醫院急性後期照護團隊

依賴仲亮院長帶領的臺中醫院及朴子醫院急性後期照護團隊 SCI 發表的文章顯示：腦中風急性後期照護計畫：經過平均 43.57 天的計畫後，患者在改良的 Rankin 量表（MRS）、Barthel 活動日常生活指數（B-ADL）、Lawton-Brody 工具性日常生活活動量表（LB-IADL）、功能性口腔攝入量表（FOIS）和 Mini 營養評估（MNA）方面顯示出顯著改善，在移動性、自我照顧



和日常活動方面，以及在 EuroQol 五維問卷 (EQ-5D) 中的焦慮／抑鬱方面顯示出顯著改善。在 Mini 精神狀態檢查 (MMSE) 中也有顯著改善。出院後，76.8% 的患者可以回到家中和社區，PAC 計畫顯著促進了中風患者的功能恢復，並幫助他們返回家中和社區。具有功能恢復潛力的患者應考慮在急性中風護理後在醫院接受 PAC 服務（文章發表第 1 篇）（見圖 3-2-1）。腦外傷急性後續照計畫：平均住院 45.11 天，Barthel 日常生活活動指數、Lawton-Brody 工具性日常生活活動量表、Mini 營養評估、EuroQol 五維問卷、Berg 平衡量表、Galveston 定向和失憶測試、Rancho Los Amigos 量表、簡明中文失語症測驗和 Mini 精神狀態檢查均顯著改善。出院後，96% 的患者能夠返回社區（文章發表第 2 篇）。

Table 2 Effect of functional performance and quality of life in patients with stroke

	N	Admission	Discharge	P-value
MRS	168	3.71±0.49	3.26±0.76	0.000*
B-ADL	168	44.08±23.38	70.24±29.41	0.000*
LB-IADL	168	1.5±1.42	3.0±2.34	0.000*
FOIS	168	5.48±1.86	6.33±1.28	0.000*
MNA	168	10.72±3.51	12.70±5.04	0.000*
EQ-5D:mobility	168	2.11±0.42	1.71±0.57	0.000*
EQ-5D:self-care	168	2.42±0.56	1.93±0.69	0.000*
EQ-5D:usual activities	168	2.33±0.53	1.89±0.62	0.000*
EQ-5D:pain/discomfort	168	1.19±0.48	1.13±0.37	0.203
EQ-5D:anxiety/depression	168	1.32±0.53	1.14±0.38	0.000*
BBS	168	18.48±16.32	35.98±18.08	0.000*
MMSE	161	19.05±9.22	22.16±9.84	0.001*
CCAT	58	8.74±3.88	9.25±3.91	0.823

Notes: * $P<0.05$. Data presented as mean ± SD unless otherwise indicated.

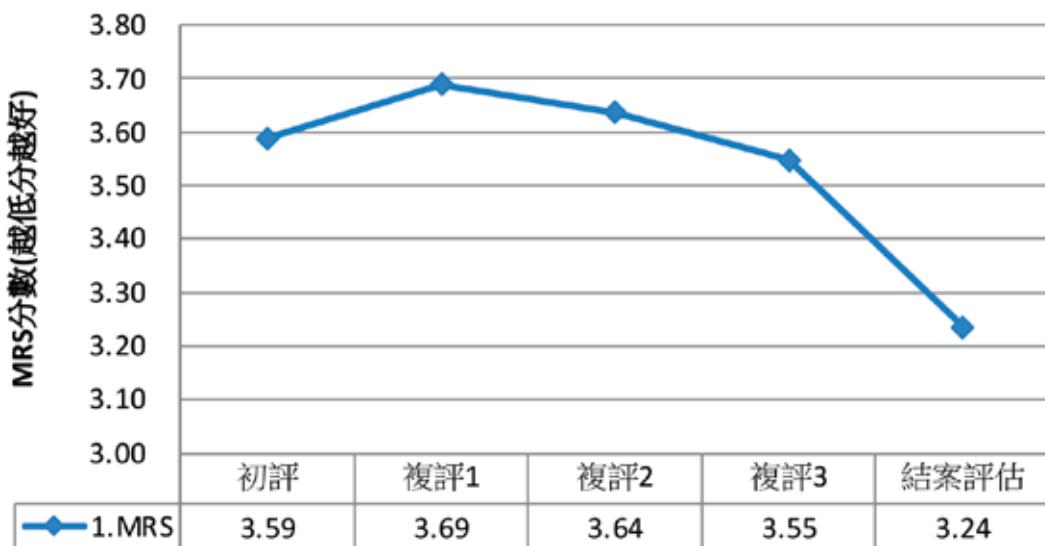
Abbreviations: MRS, Modified Ranking Scale; B-ADL, Barthel Activity Daily Living index; LB-IADL, Lawton-Brody Instrumental Activity Daily Living scale; FOIS, Functional Oral Intake Scale; MNA, Mini Nutrition Assessment; EQ-5D, EuroQol Five Dimensions questionnaire; BBS, Berg Balance Scale; MMSE, Mini Mental State Examination; CCAT, Concise Chinese Aphasia Test.

圖 3-2-1 臺中醫院及朴子醫院急性後期照護計畫成效

2. 豐原醫院急性後期照護團隊

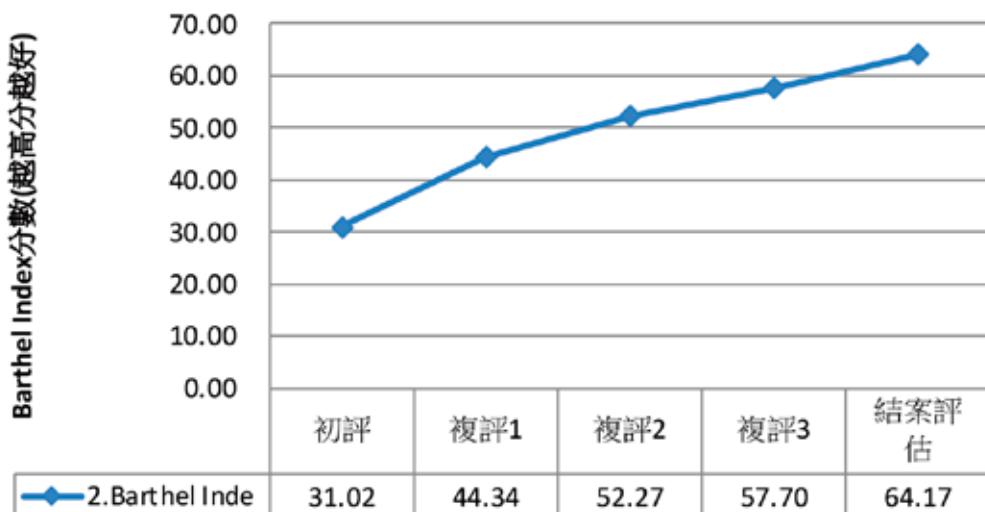
賴慧貞院長帶領的豐原醫院急性後期照護團隊成果顯示：從 2014 年 1 月到 2024 年 5 月，共收案 1,020 位中風急性後期照護病人，如圖 3-2-2 所示：1. MRS：改良式 Rankin 中風評量表，

1. MRS



改良式 Rankin 中風評量表，平均從初評 3.59，進步到結案評估的 3.24 ($p<0.05$)。

2. Barthel Index

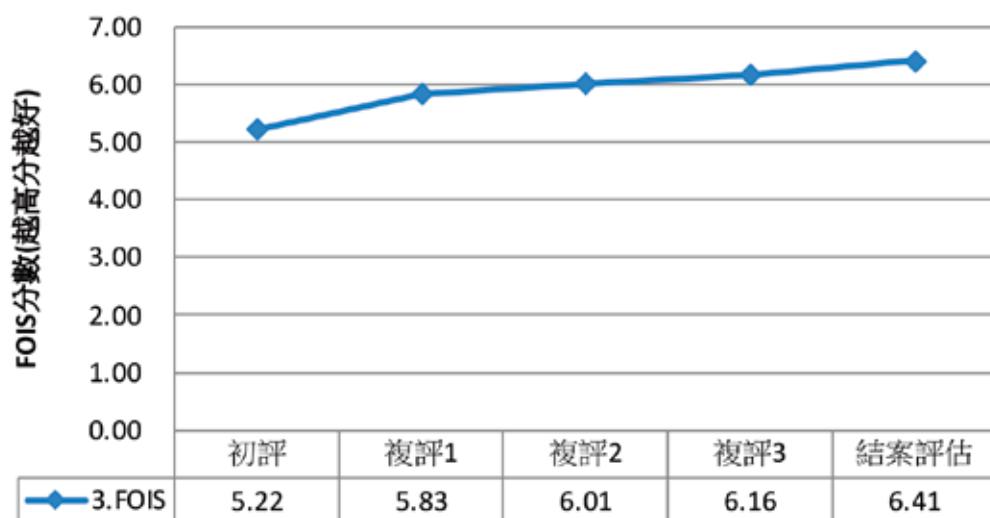


巴氏量表，平均從初評的 31.02，進步到結案評估的 64.17 ($p<0.05$)。

圖 3-2-2 豐原醫院急性後期照護計畫成效 -1

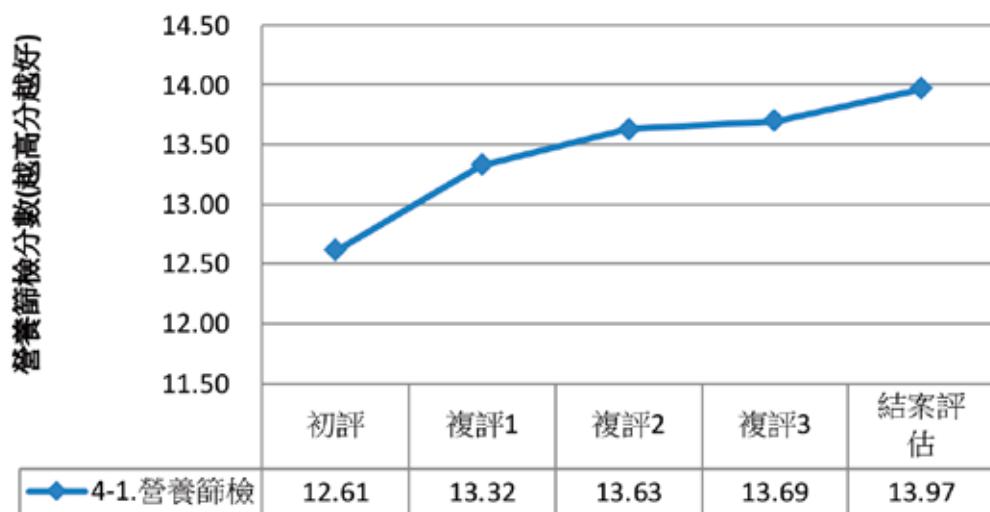


3.FOIS



功能性由口進食量表，平均從初評的 5.22，進步到結案評估的 6.41 ($p<0.05$)。

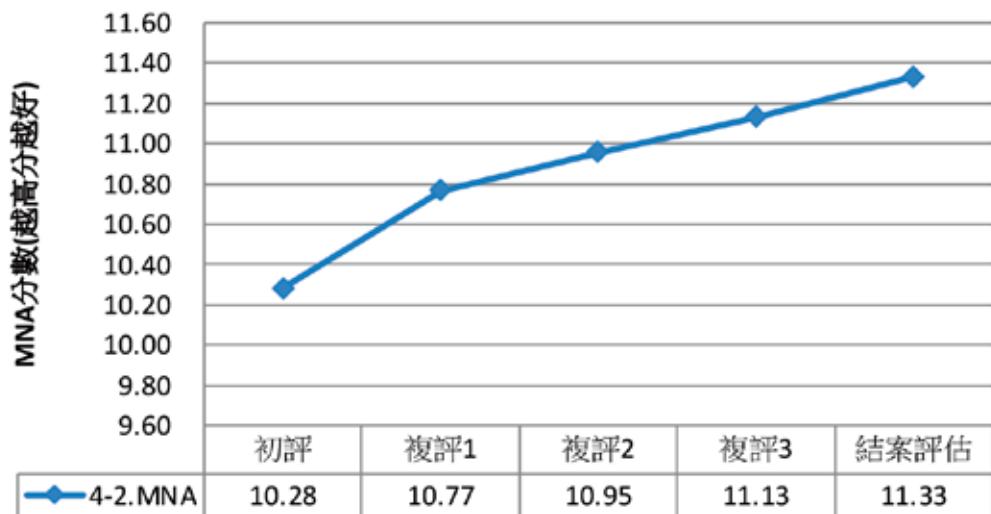
4-1.營養篩檢



營養篩檢：平均從 12.61，進步到結案評估的 13.97 ($p<0.05$)。

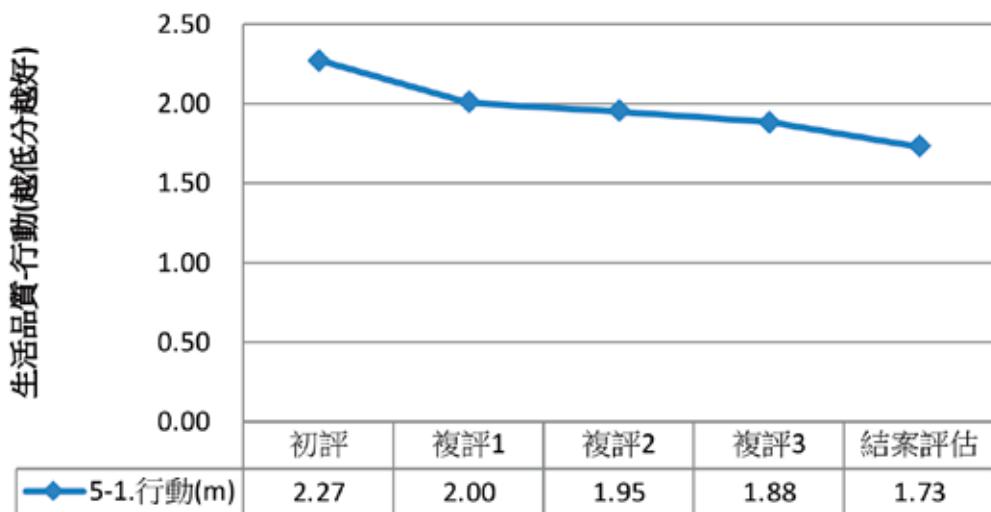
圖 3-2-2 豐原醫院急性後期照護計畫成效 -2

4-2.MNA



迷你營養評估，平均從初評的 10.28，進步到結案評估的 11.33 ($p<0.05$)。

5-1.行動(m)



健康相關生活品質—行動，平均從初評的 2.27，進步到結案評估的 1.73 ($p<0.05$)。

圖 3-2-2 豐原醫院急性後期照護計畫成效 -3



平均從初評 3.59，進步到結案評估的 3.24 ($p<0.05$)。2. Barthel Index：巴氏量表，平均從初評的 31.02，進步到結案評估的 64.17 ($p<0.05$)。3. FOIS：功能性由口進食量表，平均從初評的 5.22，進步到結案評估的 6.41 ($p<0.05$)。4-1. 營養篩檢：平均從 12.61，進步到結案評估的 13.97 ($p<0.05$)。4-2. MNA：迷你營養評估，平均從初評的 10.28，進步到結案評估的 11.33 ($p<0.05$)。5-1. EQ-5D（行動）：健康相關生活品質一行動，平均從初評的 2.27，進步到結案評估的 1.73 ($p<0.05$)。5-2. EQ-5D（自我照顧）：健康相關生活品質一自我照顧，平均從初評的 2.33，進步到結案評估的 1.92 ($p<0.05$)。5-3. EQ-5D（平常活動）：健康相關生活品質一平常活動，平均從初評的 2.45，進步到結案評估的 2.08 ($p<0.05$)。5-4. EQ-5D（疼痛）：健康相關生活品質一疼痛，平均從初評的 1.61，進步到結案評估的 1.06 ($p<0.05$)。5-5. EQ-5D（焦慮／沮喪）：健康相關生活品質一焦慮／沮喪，平均從初評的 1.75，進步到結案評估的 1.08 ($p<0.05$)。6. IADL：工具性日常生活功能，平均從初評的 0.67，進步到結案評估的 1.42 ($p<0.05$)。7. BBS：姿勢控制／平衡功能，平均從初評的 13.45，進步到結案評估的 32.62 ($p<0.05$)。8. Gait Speed：步行能力，平均從初評的 18.36，進步到結案評估的 19.55 ($p=0.41$)。9. 六分鐘行走：平均從初評的 119.14，進步到結案評估的 167.71 ($p<0.05$)。10-1. FMA-modified sensation：感覺功能評估，平均從初評的 26.35，進步到結案評估的 32.66 ($p<0.05$)。10-2. FMA-motor：職能要素，平均從初評的 22.38，進步到結案評估的 34.36 ($p<0.05$)。11. 認知評估分數：平均從初評的 18.43，進步到結案評估的 22.72 ($p<0.05$)。12. 使用量分數：職能表現中上肢的使用量分數，平均從初評的 18.43，進步到結案評估的 22.72 ($p<0.05$)。13. 品質分數：職能表現中上肢的品質分數，平均從初評的 0.46，進步到結案評估的 1.13 ($p<0.05$)。14. CCAT：語言功能評估，平均從初評的 6.23，進步到結案評估的 7.51 ($p<0.05$)。

3. 成果發表

各部立醫院除了積極投入健保署的急性後期照護計畫外，更將計畫的執行成果參加各種品質認證及論文發表和各學會的口頭海報發表成果如下：

1. SNQ 國家品質標章—醫療院所類／醫療特色醫療組。主題：急性後期（中期）照護。臺中醫院，民國 104 年。
2. SNQ 國家品質標章—醫療院所類／醫院醫事服務組。主題：急性後期復健復能團隊深

深耕沿海、樂活鄉親。朴子醫院，民國 109 年。

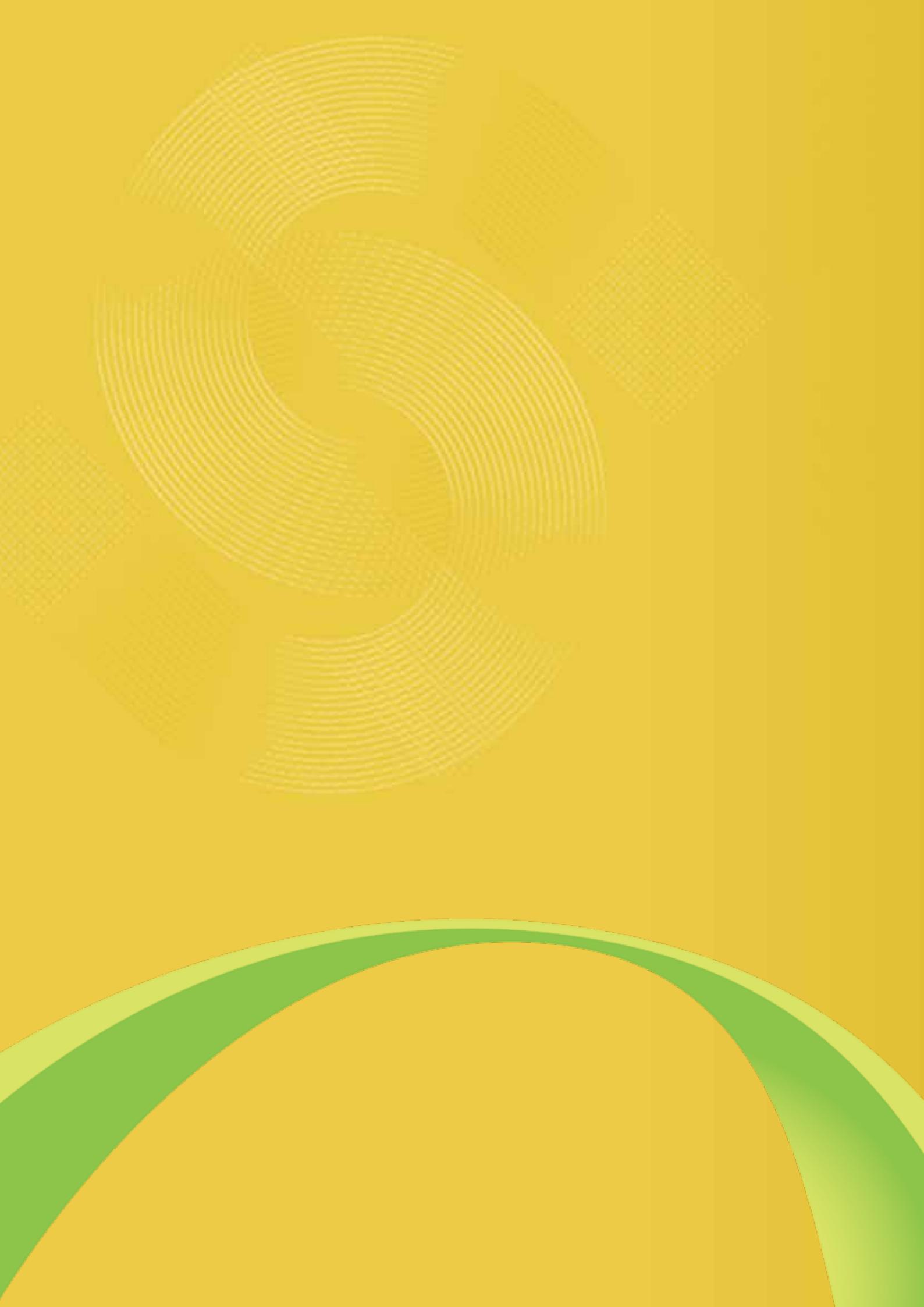
3. SCI 文章期刊發表：2 篇。
4. 非 SCI 期刊發表：2 篇。
5. 各學會的口頭海報發表：20 篇以上。

獲獎紀錄

- 104 年 SNQ 國家品質標章—醫療院所類 / 醫療特色醫療組。主題：急性後期（中期）照護。臺中醫院。
- 109 年 SNQ 國家品質標章—醫療院所類 / 醫院醫事服務組。主題：急性後期復健復能團隊深耕沿海、樂活鄉親。朴子醫院。

文章發表

- Lai C. L., Tsai M. M., Luo J. Y., Liao W. C., Hsu P. S. & Chen, H. Y.. “Post-acute care for stroke-a retrospective cohort study in Taiwan” . Patient preference and adherence. 2017, 1309-1315.
- Huang H. C., Bih L. I., Tsai M. M., Chang T. L., Liao W. C. & Lai C. L. “Post-acute care for traumatic brain injury patients in Taiwan” . International journal of general medicine. 2023, 1653-1659.
- 陳麗蓉、林佳靜、詹火生。〈急性後期整合照護個案出院後銜接長期照顧之存活分析：以腦中風為例〉。臺灣高齡服務管理學刊，2020；3（2）：61-94。
- 楊文英、李岩恆、吳淑娟、蘇希洵、陳美伶、孫天龍、黃建華。〈急性後期中風病患上肢動作缺損與日常生活功能之關聯分析〉。醫學與健康期刊，2017；6（2）：45-55。





第肆章

全責式日照服務（PACE）

第一節、引領全國導入全責式醫療照護模式

第二節、醫、養、護合一的抗衰弱服務模式





第一節

引領全國導入全責式醫療照護模式

2008 年起，內政部積極推動社區照顧服務。在社區照顧服務項目中，「日間照顧中心」是提供給失能或失智老人走出家庭，進入社區生活的重要媒介，也是協助老人獲得社會資源的關鍵契機。衛生福利部優先發展社區式及居家式長期照護服務，期望能夠讓失智、失能及老人們透過日間照顧中心的各項課程與活動設計，維持身體和功能上的健康，增強老人認知功能與社交參與，減緩老化的速度。更重要的是可以提升老人的自我效能，使其生活中獲得「有目標的感覺」（sense of purpose）。

老人常有不典型的疾病表現、多重用藥、身心功能退化等問題，健康照護體系必須再整合，才能銜接醫療與社區照護之間的橋樑。如何預防老人或弱勢族群的死亡、失能，和妥善利用出院準備計畫，減少健保資源耗用，建構全責式社區老人醫療照護模式（Programs of All-inclusive Care for the Elderly；PACE）是有效的解決方式之一。衛生福利部臺中醫院 2014 年由當時李孟智院長帶領老人照護團隊前往密西根大學及明尼蘇達大學參訪美國 PACE 的計畫。PACE 計畫主要精神是 Comprehensive Care，以個案本身為主體的一個照護模式。提供所有醫療、社會和復健等方面的需求，以及生活照顧方面的協助，目的在於老人的功能保留或重建，希望長者可以在社區內獨立的生活，並維持生活品質。

臺中醫院 2017 年即參循 PACE 模式，成立國內第一所以醫院為基礎的全責式老人日間照護中心。建構結合醫院與社區的周全性老人照顧模式，串連相關醫療專科、健保署中區業務組、社會局、社會福利機構、長期照護中心等服務單位，成立無縫式的健康照護服務鏈。藉由跨專業醫療團隊提供整合性的醫療照護與評估，協助長者克服衰弱及失能，改善身心靈的健康，同時提升家屬的照護技能與自主的健康管理能力，預防非必要的入院。經由此照護模式之建置，提供社區民眾多元而更妥適之照顧服務。對有照顧需求的長者，將有利於增進其獨立生活能力及生活品質，維持尊嚴與自主，以達在地老化及支持家庭的照顧能力的目標。

一、臺中醫院全責式老人日間照顧中心宗旨與特色

全責式老人照護日間照顧中心秉持「尊重生命」、「關懷弱勢」、「以客為尊」的理念，並以「個別化」、「人性化」為照護基本精神服務民眾，藉由跨專業領域的評估及溝通協商，擬定個人化的照護目標來提供專業照護服務。也就是「統包式」的提供社區老人活動參與、營養餐飲、門診醫療、復健治療等必要的治療與照顧、交通定期接送服務，以統合運用社會福利資源。藉著推展這種「整合性完整老人照護」模式，向前連結急性及亞急性醫療照護，往後延展社區長期照護服務，提供有照顧需求的長者多元且更妥適之照顧服務措施，增進其獨立生活能力及生活品質，維持尊嚴與自主的生活，達到「在地老化」及「健康老化」的理想，完成醫院「建構完整及標竿型的健康社區長照模式」的目標。



圖 4-1-1 蔡英文總統率衛生福利部長嘉勉臺中醫院全責式日照中心



1. 服務目標與定位

全責式老人日間照顧中心（PACE），服務的目標包括：（1）生活自立，社福支持。（2）預防保健，醫療守護。（3）教育訓練，研究發展。整合跨專業醫療團隊，集結老年醫學專科、身心科、神經科、復健科、中醫科等醫師，物理及職能治療師、營養師、藥師、護理人員、社工人員、照顧服務員及個案管理師，服務的範圍除照顧一般老人，更提升照護層級，著重於同時罹患多種疾病或有常見老年病症候群的老人。並將照護流程、資訊、醫院與社區照護加以整合，連結週邊資源，建構以個人為中心，照顧為主，醫療為輔的社福長期照護網。



圖 4-1-2 全責式日間照顧中心服務架構

2. 團隊服務運作的模式

無縫接軌服務：貫徹 PACE 的精神，連結社會福利處遇。臺中醫院全責日照中心接獲需求後，直接由專責個管師提供一站式快速通關服務，為每位老人實施入住前完整社福處遇評估，運用居家訪視、網路、LINE、電話連絡等方式，無縫接軌收案。並由負責的社工師與個案和家人面談，協尋可以幫助長者的社會福利和長照資源，並代為安排申請手續和連繫方式，讓每一位入住的長者得到最適切的社會局和長照司補助或服務。

提供個別化的照護服務：依據老人的個別需求量身訂做照護計畫，評估當日即啟動跨專業的整合團隊，串連醫師群和護理師的評估、營養、復健、用藥等衛教資訊、社工資源，接送司機等，和家屬共同參與，擬定照顧計畫的實施。照顧計畫並依據周全性的老人身心功能評估，定期校準，以適時完善各種照顧服務內容，並提供復健器材、護理照護器材等資源。

建構無障礙照護環境：設計建造具有人性化、安全、溫馨的生活起居環境，讓長者在有如居家的情境中，輕鬆的獲得專業團隊照顧，以減少疏離感並提升生活照護品質。園區內特別設有診療室、示範性配膳室與餐廳、無障礙浴廁等活動空間。備有的會談室等可使家屬與醫療，或合作的社會福利機構溝通，協助提供定期和即時性專業醫療服務。

定期評估老人照護品質與服務指標：專業團隊照護品質指標監測包含：入住、第 1、3、6 月的周全性老人評估（CGA）、身體功能進步率、跌倒發生率、感染發生率等，並進行個案及家屬接受服務後滿意度調查分析、依賴功能改善率等，具體瞭解與評估照護實施的成效。

運用個案管理模式：著重於預防保健，以個案管理的方式，給予預防注射、癌症篩檢、疾病發生時可以聯繫建立的綠色通道。發展多元化居家服務方案：連結各專業團隊服務，提供居家服務、居家醫療、居家復健、居家護理及居家安寧等多元社區服務方案。

提升健康識能與自我健康管理照護能力：日照中心於照顧時即設計寓教於樂，多元有效的衛教活動，增強個案及家屬的健康識能。強調如何協助功能恢復及生活自理能力，以提升返家獨立自主的生活品質及尊嚴。

3. 全方位的體適能訓練活動

日常生活功能訓練：強化生活自主，透過專業評估分析，根據不同長輩的能力與生活習慣，



給予適當的訓練及照護策略，以提升長輩自己完成生活的能力與獨立性，讓長輩得以重新掌握自己的「生活自理能力」，同時也減輕照顧者的負擔。

自主復健運動訓練：提供上下肢功能訓練器，提供長輩訓練上、下肢肌力與肢體協調。運用垂直塔、滑車，提供長輩使用垂直塔與滑車誘發肢體動作、維持關節活動度、訓練上肢肌力與手眼協調。

多元活動課程訓練：將多元活動融入課程情境中，結合體能、營養、社交、記憶、情緒及生活型態等各面項，透過認知、美術、陶藝、音樂、律動、芳香療法、植栽、寵物治療、團體桌遊及懷舊治療等，提供長者體驗、省思與實踐的機會，預防大腦退化。



圖 4-1-3 全責式老人日間照護中心每日課程表

預防肌少症訓練：運動訓練是對抗肌少症最有效的方法之一，拍攝影片及編列圖解式衛教本，教導長輩在家用運用簡易肢體動作及復健注意事項與技巧，以避免個案跌倒。

加強吞嚥功能訓練：由語言治療師評估長輩吞嚥功能，介入吞嚥訓練延緩老化及預防嗆咳，將能提供長者最好的照顧，增進老年生活品質。

4. 服務特色與創新

特色一：整合衛政、社政照護服務體系，建構日間照護中心新模式，提供日間照護需求長輩專業的跨團隊整合性照顧。首創使用 CGA 評估日照中心每位長輩，評估內容涵括家庭功能、社會支持、照顧者負擔、居家環境、ADL、IADL、生活品質、認知、憂鬱、精神行為症狀、感官、皮膚、營養、活動力、Gait speed、Timed up and go、Function reach test、過去病史、確定診斷、藥物整合、預防保健、認知評估等；身、心、社會面，每季評估學習成效，進行個別化的轉介，連結社區各團隊持續服務。



圖 4-1-4 全責式老人日間照護中心認知訓練課程

特色二：活到老學到老，快樂學習，寓教於樂，透過每日多元化課程：芳香療法、認知活動、音樂療法、寵物治療、懷舊療法、植栽、廚藝活動及社區踩街活動等，提升老人 IADL 功能，透過復健儀器及專任復健師引導強化肢體功能，協助老人提升體適能，預防跌倒。

特色三：從「Care for you」到「Care for yourself」，支援自立、健康無價，照護團隊依



循個案及家屬需求提供五全照護（All inclusive concern to everyone）：（全隊）對每一位個案（全人）及家人（全家），自第一次訪談時即將「醫療照護」、「社會福利需求及「住家照顧安全」等列入優先評估項目中，提供到宅醫療與居家環境安全評估，確認返回社區生活安全無慮（全社區），每位個案自照顧前、學習健康管理中，共同討論歸納出長輩的需求，社區居家獨立自主生活，團隊均（全程）陪伴。

二、臺中醫院全責式老人日間照顧中心實施成效

建構成功經驗模式與推廣教育，首創以「衛政醫療照護」為基礎的全責式老人日間照顧中心，2018 年起邀請衛生福利部長官及所屬醫院加入全責式老人日間照顧中心試辦計畫之醫院相關人員，參訪臺中醫院全責式老人日照中心照護模式。持續有醫學中心、區域醫院、地區醫院、社區醫療群、社會福利團體、長期照顧管理中心培訓專員及國內外專業人士等至本中心標竿學習，累計有 545 人次參與。

1. 老人照護品質與服務指標成效卓著

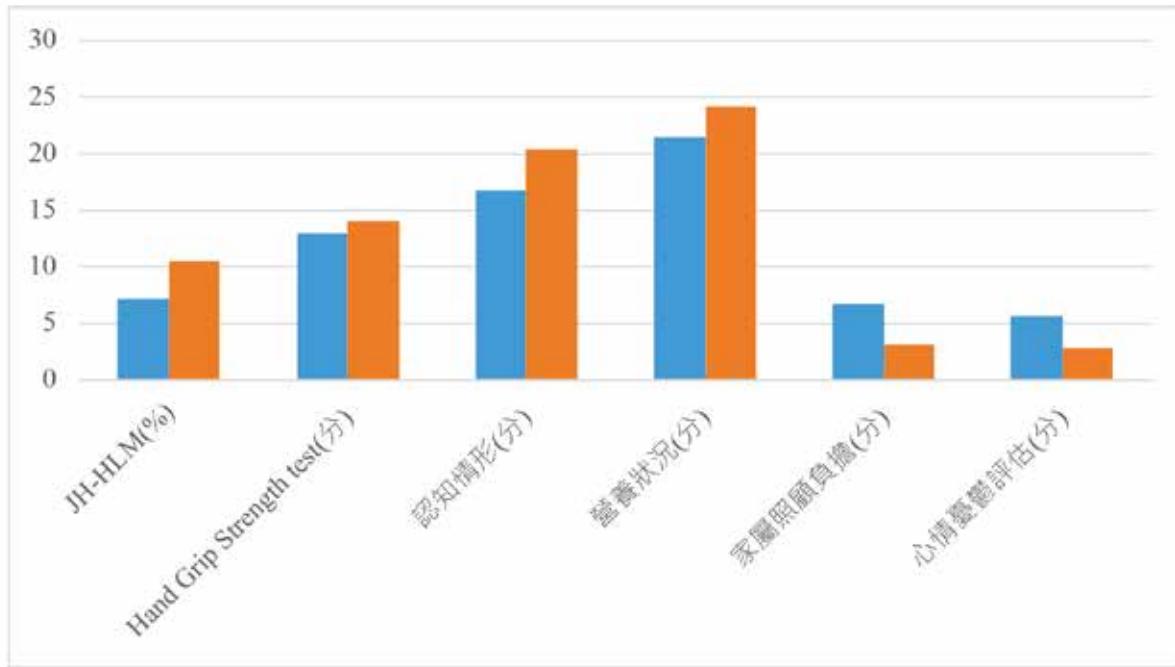
成立迄今收治約 80 位長輩，其中 10 位長輩成功回到社區。佔床率平均 80%。經專業醫護團隊一對一診治照顧後，長輩功能顯著改善：ADL 自我照顧能力提升 10.5%；Time up to go 秒



圖 4-1-5 全責式老人日間照顧中心食物烹飪訓練

數改變—行走速度少許下降 4.6 秒；Function Reach test—站立平衡進步 5%；IADL 日常生活能力提升 19%；JH-HLM 自 7.1 分提升至 7.7 分；Hand Grip Strength test—手部的握力自 12.9 分進步至 14.0 分；學員認知情形由 16.7 分進步到 20.4 分，進步 22.15%；營養狀況由 21.5 分進步到 24.2 分，營養改善率 12.6%；家屬照顧負擔壓力由 6.7 分下降至 3.1 分；學員心情憂鬱評估由入學前 5.6 分下降至 2.8 分。

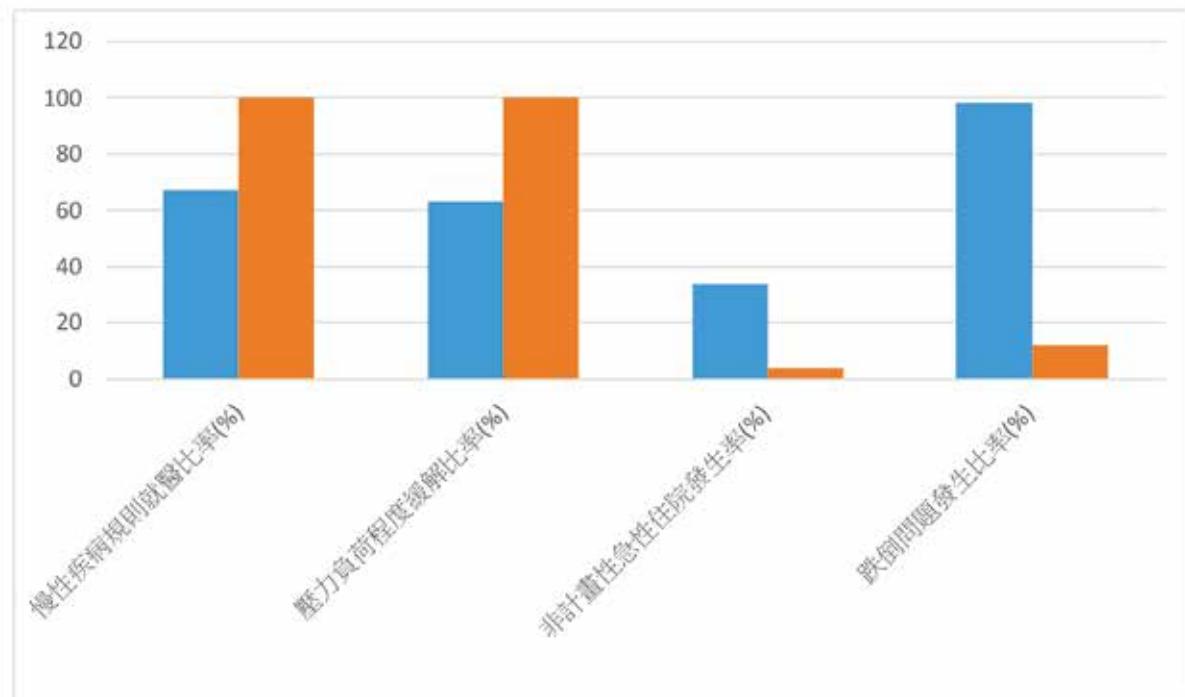
表 4-1 老人照護品質與服務指標成效



將多元活動融入課程情境中，設計個別化的照護，透過每日不同的課程安排及跨專業團隊合作模式照護下，在「慢性病規則就醫」、「非計畫性急診住院發生」、「照顧者壓力負荷（CSI）」及「滿意度」上均有顯著的成效。慢性疾病規則就醫比率自 67% 提升至 100%，同時非計畫性急性住院發生率自 0.34‰ 下降至 0.04‰。經過物理治療及職能治療師規劃的上下肢運動，強化肢體關節肌力，並配合營養師設計的五蔬果飲食，讓老人及家屬最擔心的跌倒問題發生比率自 0.98‰ 下降至 0.12‰。家屬（主要照顧者）壓力負荷程度緩解比率也從 63% 提升至 100%，進而對全責式老人日間照護中心所提供之照護服務滿意度達致 90% 以上。



表 4-2 老人與照顧者服務關鍵指標



2. 成為老人日間照顧中心的標竿

由於臺中醫院自 2017 年全責式老人日間照顧模式成效有目共睹，衛生福利部所屬部立醫院於是跟隨著陸續推動，截至 2023 年止，共有 10 家部立醫院成立「全責式老人日間照護中心」，充分落實社區照顧功能，並榮獲 2018 年 SNQ 品質標章。

三、結語

日間照護為連貫的健康照護服務中的一部份，是完整的健康照護與長照體系所必需。臺中醫院以



圖 4-1-6 全責式老人日間照護中心榮獲 SNQ 標章

醫院為基礎、社區為導向建構「全責式老人日間照護中心」，有效協助經過急性醫療或亞急性照護後，日常生活功能尚未能完全復原個案或其缺損仍需他人協助之失能者，獲得社區生活照顧、休閒及健康促進活動，以促進與他人互動之社交功能，以充分落實社區照顧功能。在專業環境下獲得最適切的養生、照顧、醫療復健等三位一體的長照服務，提升家庭支持系統，並紓解家庭照顧者負擔。失智失能者亦可於夜間返回家庭生活，享受家人關愛，改善生活品質，預防或延緩老人進住機構，落實在地老化，以提供「尊嚴和自主的老年生活」。



圖 4-1-7 全責式老人日間照護中心 & 忠孝國小慶祝母親節音樂饗宴活動



獲獎紀錄

- 2018 年 SNQ 品質標章 。

文章發表

- 李孟智。〈臺中醫院建構完整老人照護園區〉。衛福季刊，2014；2：36-9。
- 李孟智。〈用愛守護，永續長照〉。臺中醫林，2016；93：25-9。
- 李孟智、賴仲亮、楊文達、許碧珊、廖妙清。〈醫院與整合照顧。In〉。王懿範、邱文達等編著。《醫療與長照整合》。臺北：五南出版社，2016。
- Hsiao Y. H., Tsai H. C., Chen H. C. et al. “Concept, model and pilot project of the integration of health and welfare” . Journal of Medicine and Health. 2017, 6: 1-16.
- Kwan C. Y., Lee M. C.. “From problem-based learning in classrooms to holistic health care in workplaces with special emphasis in Chinese societies” . Journal of Medicine and Health. 2018, 7: 1-15.
- Hsiao Y. H., Lai C. L., Lee M. C.. “Concept, education and information system for integrated holistic care for the elderly” . American Journal of Gerontology and Geriatrics. 2018, 1.
- Lee M. C., Kuo T. C., Ueng W. N.. ” Perspectives on long-term care in Taiwan-integration of health care and welfare services” . Hospital. 2019, 52: 1-5.
- Hsiao Y. H., Kuo T. A., Tai C. J., Lee S. S., Lee M. C.. ” Integrated Care for Dementia in Taiwan:Policy , System and Services “. International Journal of Gerontology. 2019, S73-S77.



第二節

醫、養、護合一的抗衰弱服務模式

臺南醫院成立於 1896 年，距今已超過兩甲子，隸屬衛生福利部，為大臺南地區區域教學醫院。臺南市自民國 106 年起 65 歲以上老年人口占總人口比率已超過 14% 變成「高齡社會」，而且隨著年齡逐漸增長，長者自身功能亦會逐漸降低，因而導致醫療需求或長照需求也隨之提升。

臺南醫院於民國 78 年 6 月成立「省立臺南醫院附設居家護理所」，對於出院返家後病情相對穩定且需持續照護病人，提供醫療護理項目（主要是管路的定期更換）。爾後，醫院自 88 年 12 月成立「衛生署臺南醫院附設護理之家」，來因應失能或失智個案日漸增加且須多元化之長期照護服務，將前述個案照顧由在宅照護轉為機構式住宿型長期照顧（營造「家」的溫馨環境），並且將重點由「治療」轉為「照顧」，以維持個案身體功能及生活品質。因上述相關照護品質，臺南醫院護理之家於 104 年通過「全國第一家護理之家高齡友善認證機構」及榮獲臺南市唯一「高齡友善典範選拔優良獎」的護理之家。

一、抗衰弱服務中心的源起

在上述長期多元化照護之基礎上發現，應將相關照護更提早以「預防及延緩失能為重點」，畢竟長者本身恢復力較差，若缺乏適當且即時復健協助，更容易導致個案失能產生。期望長者不僅活得長壽，更要活得好，盡量維持最佳的生活功能狀態，以減少家庭與社會照護的負擔，因此如何在長者功能開始發生變化之初，提早預防及延緩失能成為更重要的課題。基於「預防及延緩失能」及四段七級的預防概念，由當時楊宜青副院長於 106 年 10 月成立「抗衰弱服務中心」（圖 4-2-1），提供衰弱高風險族群完整的衰弱篩檢與評估，並針對不同衰弱症族群進行相關介入治療計畫。由於「衰弱」是老年族群功能退化的前兆，因此越早診斷發現衰弱的



原因，便能盡早提供相關防治計畫，避免後續的惡性循環。



圖 4-2-1 抗衰弱服務中心：圖左側一活力檢測站（Vitality Evaluation Station）、圖中央走道盡頭一城南日光日照中心、圖右側一抗衰弱服務中心（Anti-Frailty Service Center）

二、抗衰弱服務中心的檢測項目

在四段七級的預防概念下，科學化數據的篩檢也提供民眾對預防及延緩失能提供另一個有別於傳統生化數據篩檢的依據，除此之外亦可了解本身功能性的衰退情況，抗衰弱服務中心設計一系列共 11 項檢測項目，相關檢測項目如下：

1. 生命活力檢測（Frailty & Vitality Evaluation）

包含一般身高體重、血壓心律、握力測試、身體活動度調查（IPAQ）等基本測量，了解個案的基本狀況及活動情形。

2. 身體適能評估（Functional Fitness Test）

包含上下肢柔軟度、上下肢肌耐力、動靜態平衡、心肺適能、步行狀態分析等，了解個案的肢體及心肺等身體活動狀況。

3. 身體組成分析（Body Composition Analysis）

利用「體脂肪、肌肉質量、身體組成分析儀」檢測，內容包含脂肪、四肢骨骼肌肉量、體組成水分比例等分析，同時有助於對肌少症判定。

4. 腦力心智健診（Mental Health Examination）

依據臺灣臨床失智症學會（Taiwan Dementia Society，TDS）所提供的2016年「腦適能測驗」版本為檢測標準，以9／10分（總分16分）為切分點，當篩檢分數<9分時，代表有失智症的風險將轉介至神經科或精神科的失智門診。

5. 心情溫度計量（Emotion Assessment）

透過「老人憂鬱量表（GDS）簡式」來為衰弱症長者進行進一步的憂鬱心理評估，當分數 ≥ 6 分時，將轉介給精神科。

6. 生活品質檢測（Quality of Life Evaluation）

以「EQ-5D（生活品質問卷）」做初步評估，並適時搭配「世界衛生組織生活品質問卷（WHO-QoL BREF）」做多層面評估，包含感覺能力（Sensory Abilities）、自主性（Autonomy）、過去／現在及未來活動性（Past, Present and Future Activities）、社會參與（Social Participation）、死亡及瀕死（Death and Dying）及親密關係（Intimacy）等。

7. 生活功能評估（Activity of Daily Living）

運用「ADL（日常生活活動功能量表）」、「IADL（工具性日常生活活動功能量表）」進行生活功能評估。



8. 抗骨鬆肌少症 (Anti-Osteoporosis & Sarcopenia)

運用「一分鐘骨鬆風險評估表」評估是否具骨質疏鬆或肌少症等風險，並使用足部超音波骨密度檢測儀做初步篩檢，若發現高風險個案，將建議 DXA (雙能量 X 光吸收儀) 骨密度檢測。

9. 預防跌倒骨折 (Fall & Fracture Prevention)

運用「十年骨折風險評估 FRAX」來進行骨折的潛在風險評估。

10. 抗衰弱營養諮詢 (Anti-Frailty Nutrition Consultation)

運用「迷你營養評估量表 (MNA)」來評估個案營養狀況，若有營養不良風險將轉介營養科。

11. 長照資源連結 (Community Resource Linkage)

個案經過「日本潛在介護風險篩檢量表 (Kihon Checklist, KCL)」評估，依據其衰弱程度分級，提供不同形式的醫療資源服務或照護，並與各區衛生所資源整合樞紐站做連結，提供民眾所在社區活動及相關資源，給予更周全的預防保健服務。

三、醫、養、護合一的抗衰弱服務中心

個案於檢測後，醫師會依相關狀況予以解釋並提供適時醫療或社區資源轉介，使個案更清楚自身狀況及鄰近社區資源。108 年 10 月李孟智院長更推出「抗衰弱一條龍」服務—整合衰弱篩檢、衛教、整合門診、甚至包括轉銜居家醫療或結合長期照顧十年計畫 2.0 (圖 4-2-2、表 4-3)，如此將使相關服務達到醫、養、護合一的境界。由於衰弱是多重問題的結合，因此也是多科室的縱向整合及跨科室橫向連結，臺南醫院提供更多元化服務及整合如圖 4-2-3。除此

之外，結合醫療與長照相關資源，不僅整合長者照護，同時亦能使團隊成員利用跨領域的討論照護個案、開辦繼續教育讓相關人員／學生互相學習及成長，並可利用相關資源從事研究，達到醫療與長照服務、教學與研究三面向整合的優良團隊（圖 4-2-4）。

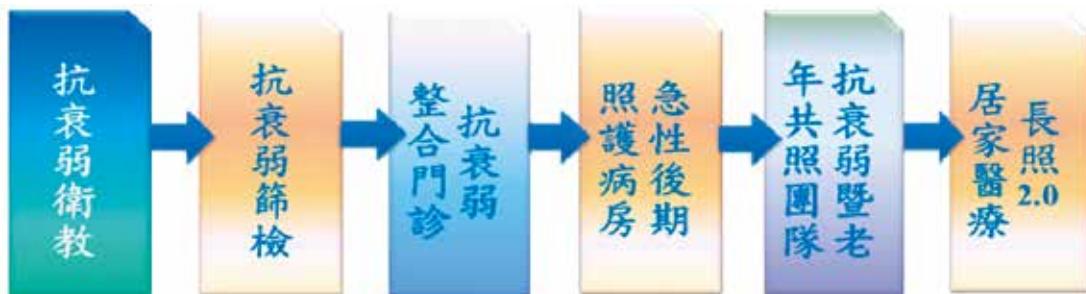


圖 4-2-2 「抗衰弱一條龍」服務

表 4-3 「抗衰弱一條龍」服務內容

工作項目	主責單位	病人來源	服務內容
衛教	抗衰弱服務中心	1. 社區民眾 2. 門診	抗衰弱衛教
篩檢	抗衰弱服務中心	1. 民眾 2. 門診轉診	ICOPE 篩檢
門診	整合門診 專科門診	1. 抗衰弱服務中心 2. 門診及醫療群轉診 3. 衛生所轉介	針對衰弱原因給予處置
住院	急性後期照護（PAC） 抗衰弱及老人共照團隊	1. 醫學中心轉診 2. 各病房照會 3. 住院病人資料分析	專業照會
居家	家醫科、高年科 護理科 復健科 中醫科	1. 出院準備服務派案 2. 本院居整團隊收案 3. 社區醫療群收案 4. 照管中心派案	居家醫療整合（西醫或中醫）、護理及復健

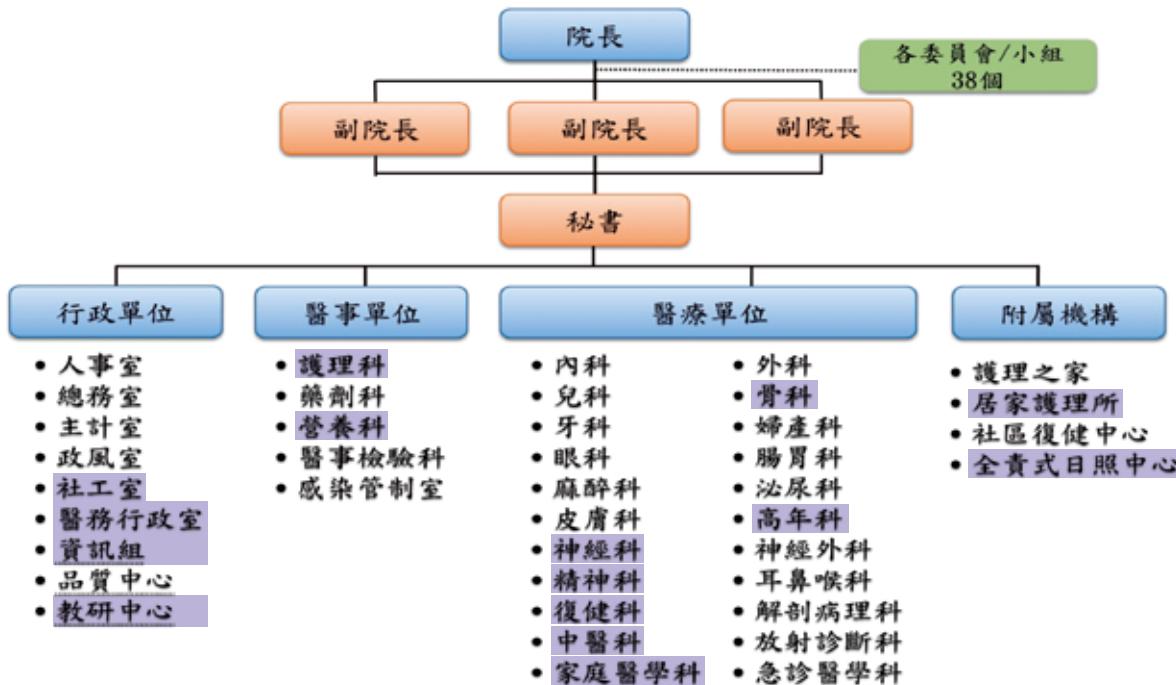


圖 4-2-3 「抗衰弱一條龍」組織架構

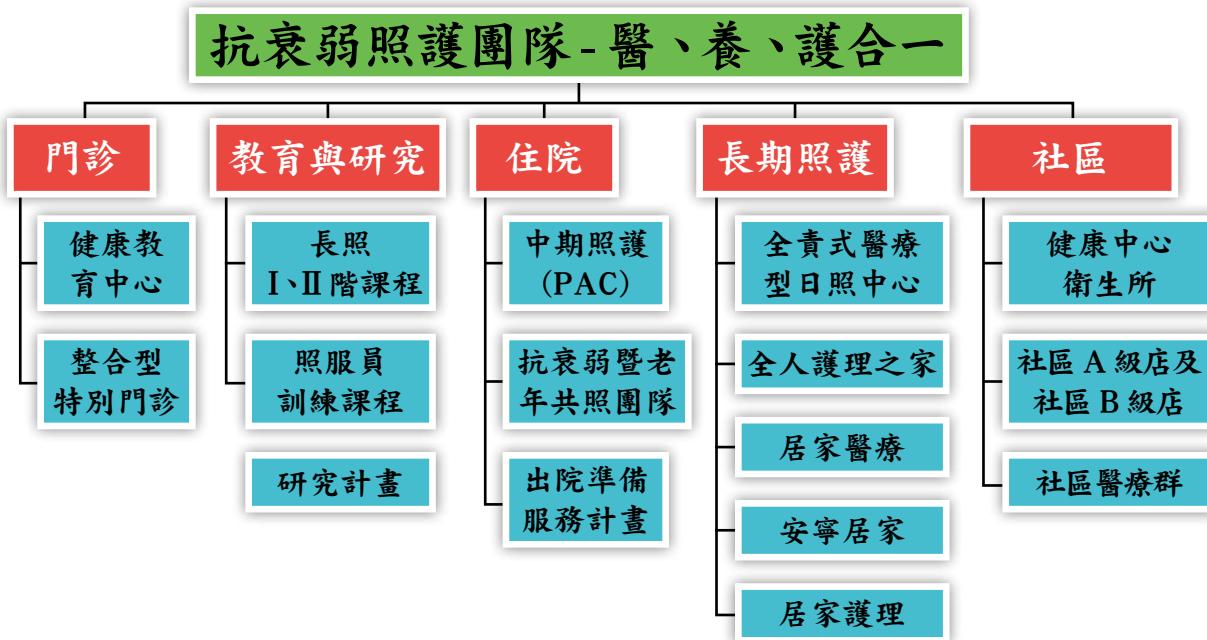


圖 4-2-4 醫、養、護合一的抗衰弱服務團隊

四、衛生福利部臺南醫院附設南醫成功社區長照機構（城南日光日照中心）的設立

為有效地提供長照服務，並給予家庭照顧者更多的支持與關懷，配合在地老化與社區資源之可近性，臺南醫院位處中西區交通樞紐—鄰近火車站與市公車中心。因此醫院社區長照機構服務具市場獨特性，尤其是照護需求較高的中重度失能失智學員，更需大量資源投入。因此在許博翔院長任內於 106 年 10 月開始規劃日間照護中心，並由獲得前瞻基礎計畫經費補助籌設「衛生福利部臺南醫院附設南醫成功社區長照機構」，地點位於醫院南苑大樓 2 樓及 3 樓，於 108 年 12 月取得設立許可並於次年 3 月開始營運。

整體日照中心設計以溫馨與懷舊為出發點，因雙面採光設計，使得日照充足，中午甚至需要使用窗簾隔絕，避免過熱，同時室內建築設計有許多的小巧思（圖 4-2-5 ~ 圖 4-2-8）。

城南日光日照中心為呼應在地老化理念、推展生活即復健的視角下，結合醫療專業團隊的健康促進及推展社區長期照顧觀念，營造家的氣氛與場域，提供失能或失智個案食、衣、住、行、育樂及復健療養等多元整合服務。基於醫、養、護合一的概念下，醫院整合安排營養、物理治療、職能治療及中醫相關課程於每月定期活動中，延緩失能與失智。同時為增進個案的賦能，醫院也會邀請音樂治療師、園藝治療師與芳療師等帶領相關特殊課程，如此多元設計方能使活動更豐富。



圖 4-2-5 日照中心：室內學員活動空間



圖 4-2-6 日照中心：客廳及交誼廳



圖 4-2-7 日照中心：廚房及備餐區



圖 4-2-8 日照中心：多功能活動區暨午休區

1. 服務內容

基於多元整合服務與醫、養、護合一的概念下，機構設立之相關服務內容如下：

（一）學員管理照顧模式：

- (1) 訂有收托流程及收托評估標準，如日常生活功能量表（ADL）、簡易智力狀態檢查量表（MMSE）、入住全身健康檢查（含衰弱評估）及潛在傳染病風險評估。
- (2) 以服務契約提供服務。
- (3) 由專職專業社工師等專業團隊，依個別需求，擬定修正學員照顧計畫，並建立完整學員資料檔案。
- (4) 期滿 1 年者，每年安排定期健康檢查。



（二）個別化生活照顧服務：

- (1) 照顧服務員提供個別化生活照顧與安全之維護。
- (2) 依個別需要提供個人衛生維護，如協助身體清潔、足部護理及更換衣物等服務。
- (3) 每日中午午憩時間。
- (4) 備餐服務：提供專業營養師的營養評估及個別餐食服務，每日1次午餐及下午3點點心。

（三）提供抗衰弱、醫療保健服務—醫養護結合：

- (1) 體能回復促進訓練：依個別化需要建構適宜之復健治療，並規劃各項活動或課程、音樂律動、藝術治療、園藝治療等，增進日常生活之自我能力，其維持身體最佳功能。
- (2) 生命徵象評估：每日測量體溫、血壓、心跳、呼吸及體重，必要時協助測量血糖、血氧等相關服務。協助安排留置之管路更換及相關服藥服務。
- (3) 醫療諮詢及轉介服務：安排本院醫師至機構提供學員醫療諮詢與評估。需門診就診或慢性病整合個案，協助掛號轉介至門診就診，需緊急處置或住院治療者協助轉送醫院急診評估處置。
- (4) 預防保健服務：提供營養諮詢、中醫調理、心理評估之抗衰弱健康養生操等預防保健服務，流感疫苗預防注射。

（四）配合失智防治提供認知生活訓練：

- (1) 除食衣住行外，多元化文康活動，設計適合老人之團體或個人文康活動，協助學員培養個人喜愛之休閒活動，藉由豐富及多元化刺激，促進學員自我成長。
- (2) 社區長照機構學員團體活動：懷舊團體、記憶訓練、回憶治療、現實導向與感官刺激等，訓練長者認知、記憶、表達及專注能力以延緩退化，提供長輩更佳的生活品質。

（五）辦理照顧技巧訓練及協助促進自我照顧能力之教育訓練課程：

由社工師及團隊人員提供學員或家屬醫療保健、心理、社會等諮詢與轉介服務，以及預立

醫囑的概念。

（六）辦理家屬教育方案、支持團體及聯誼性活動：

- （1）每半年定期舉辦銀髮族相關講座及家屬聯誼活動。
- （2）相關節慶亦配合辦理相關活動、每季慶生會聯誼活動等。

2. 照護品質

機構不僅有機構學員相關規範，同時為提升相關照護品質，亦定期舉辦討論或檢討會議，檢核服務品質與績效，相關工作如下：

- （1）每月召開學員照護討論會議，討論照顧計畫、課程及學員狀況。
- （2）每季召開團隊檢討會議，針對內部現況適時調整，期能隨時應對狀況與穩定發展。
- （3）每半年與家屬召開會議，共同討論學員在機構與返家的狀況，評估學員狀況，依學員情形作彈性調整。
- （4）經醫療人員評估後，若學員有醫療需求，經家屬同意後，協助就醫。
- （5）每半年予學員、家屬做機構滿意度調查，確保服務品質，並根據回饋與意見做適度調整。

3. 營運狀況

營運初期至開幕前，因所有工作人員（照服員—湯家寧、吳佩樺及邱薇、李惠雅社工師、蕭慧瓊護理師與家庭醫學科林文欽醫師）都是新手上路，每週討論個案的照護情況，以達到穩定成長，自 109 年 3 月開始營運至 112 年下半年均維持於 80% ~ 85% 的使用率。



圖 4-2-9 109 年 3 月～110 年 5 月個案每月日平均數



圖 4-2-10 110 年 7 月～112 年 12 月個案每月日平均數

4. 令人感動的照護故事

營運初期，一位 90 歲的王奶奶對餐點的感謝：已經許久不曾享用如此柔軟的肉品。原來是營養在烹飪上提供長輩更適切與軟嫩的烹煮，而且餐車運送中仍保有合適的熱度，比之前的地方的食物更適合食用，而且是一份有溫度的中餐。此外王奶奶喜歡唱日文歌曲，但是只記得部分歌詞，為圓王奶奶的夢想，且當時本院有一位從日本申請至臺灣的畢業後一般醫學醫師（PGY）至本院社區醫學接受訓練，因緣際會下，他還特地詢問自己爺爺對那首歌的印象，最終幫奶奶找到那首歌，讓王奶奶覺得心中有無限感激。

一對 92 歲及 93 歲的陳姓老夫妻，因為住在醫院對面巷弄中，初期能自己走路來，參加運動的介入後，晚上竟可以不靠安眠藥而呼呼大睡至天亮，而且心情變好甚至體重些微增加，家屬覺得真是大大有幫助。

還有一位 90 幾歲的柯爺爺對本院之前附近有河（德慶溪）的懷念，但是對年輕的照服員與社工師而言，溪在哪裡？只有馬路，完全無法呼應個案的懷舊（兩邊年齡相差半個世紀以上）。為此照服員及社工師還努力翻找臺南的歷史地圖，深入了解，才能與柯爺爺對談他小時候的成長環境。畢竟時空的變遷太大，要協助懷舊還真的要自我進修。

還有位郭先生已經中風，拿筆都不太容易，但是仍想藉由繪畫抒發生活與釋放壓力，經過努力後個案有十張創作畫時，並於中心入口處及迴廊處，協助其個人繪畫展出，對郭先生而言還真是一輩子難忘的畫展回憶！

五、全責式日照中心暨抗衰弱服務整合

臺南醫院日照中心個案入住之際，即會提供全面衰弱篩檢及運動介入，但是部分個案失能或失智因狀態較嚴重除外。

運動介入課程內容如下表 4-4：



表 4-4 運動介入課程

週次	內容
前測預備週	<ol style="list-style-type: none"> 身體健康調查 前測 熟識、建立關係 了解活動架構及環境
第 1 週 【基礎體能促進】	<ol style="list-style-type: none"> 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 中場休息（10 分鐘） 坐姿運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練、伸展運動 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 2 週 【基礎體能促進】	<ol style="list-style-type: none"> 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 中場休息（10 分鐘） 坐姿運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練、伸展運動 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 3 週 【基礎體能促進】	<ol style="list-style-type: none"> 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 中場休息（10 分鐘） 站姿運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練、下肢肌力訓練 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 4 週 【基礎體能促進】	<ol style="list-style-type: none"> 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 中場休息（10 分鐘） 站姿運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練、下肢肌力訓練 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 5 週 【肌力、心肺促進】	<ol style="list-style-type: none"> 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 中場休息（10 分鐘） 彈力帶運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 6 週 【肌力、心肺促進】	<ol style="list-style-type: none"> 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 中場休息（10 分鐘） 彈力帶運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩

週次	內容
第 7 週 【肌力、心肺促進】	1. 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 2. 中場休息（10 分鐘） 3. 沙袋運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 4. 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 8 週 【肌力、心肺促進】	1. 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 2. 中場休息（10 分鐘） 3. 沙袋運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 4. 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 9 週 【心肺、平衡促進】	1. 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 2. 中場休息（10 分鐘） 3. 彈力球運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 4. 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 10 週 【心肺、平衡促進】	1. 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 2. 中場休息（10 分鐘） 3. 彈力球運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 4. 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 11 週 【心肺、平衡促進】	1. 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 2. 中場休息（10 分鐘） 3. 啞鈴運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 4. 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
第 12 週 【心肺、平衡促進】	1. 緩和活動（20 分鐘）：脊椎活動、上下肢肌肉伸展、核心肌群訓練 2. 中場休息（10 分鐘） 3. 啞鈴運動（20 分鐘）：上下肢肌力訓練 4. 緩和運動（10 分鐘）：深呼吸、伸展、自我按摩
後測週	1. 後測 2. 成果發表



從 109 年至 111 年，除了第一年提供 12 週運動介入外，其餘 2 年都是有規劃性的運動且長達 24 週時間，各年度相關成果如下：

1. 109 年度運動介入成果

自 109 年 7 月共有 9 位個案（5 位男性及 4 位女性、個案平均年齡為 73.4 ± 4.6 歲）能配合檢測及每週一次每次 1 小時運動班指導訓練，為期 12 週。其結果發現個案體重顯著增加且具有統計差異，由 60.5 ± 5.1 公斤變成 62.0 ± 4.58 公斤。可能與入住前後飲食情況有差異所致，因為入住前在宅中餐幾乎都是前晚所留下的飯菜再加熱為主，入住後因中餐符合長輩牙口食用的烹調方式，才會有如此變化所致。

12 週運動介入後，日常生活功能 (ADL) 有所提升外，其餘工具性日常生活功能 (IADL)、老人憂鬱量表 (GDS-15) 及日本「介護風險篩檢評估量表」(Kihon Checklist) 總分並無顯著差異產生。12 週運動介入後，發現握力、手臂屈舉次數、兩分鐘踏步次數、抓背及坐姿體前彎雖然有進步但是未見有統計差異存在。結果表示運動可能能有效改善個案上下肢肢體的情況。由上述結果顯示，運動 12 週介入後對個案雖略有顯著改善，但卻未達統計意義。但仍宜鼓勵個案適切的運動。

2. 110 年度運動介入成果

110 年規畫連續 24 週的運動計畫，於 110 年 4 月開始每次 1 小時／週進行肌力訓練運動班活動及完整評估，在持續 8 週後，因疫情影響而暫停訓練，故後測的相關資料無法精確推論變化情形。

運動介入前尚有無診斷衰弱的長輩，因疫情個案暫停活動，而且新冠疫情不敢外出運動下，衰弱前期及衰弱個案增加。在完整運動介入後，手臂屈舉、2 分鐘踏步、30 秒起坐、抓背是有進步的，甚至 2 分鐘踏步是逐漸進步且具有統計差異的。如果失能速度高於延緩速度，未來若有新一波疫情時，如何加強肌力訓練更是刻不容緩的事，更應強化在家中活動情形，亦是未來需延續的重要課題。對已失能或輕微失智個案而言，運動對於體適能的維持或強化仍是有幫助的。

3. 111 年度運動介入成果

- (1) 運動介入追蹤：110 年因疫情暫停介入後，僅依賴個案自行進行生活運動 6 個月後再追蹤其變化，有 5 位長輩檢測後發現肌肉流失情況依稀可見，且體適能有退步情況。疫情期间長輩不願到院檢測、追蹤不易，待後續蒐集更多追縱資料再進行評估與建議。
- (2) 完整 24 週運動介入：111 年 7-12 月開始進行每次 1 小時／週運動介入，完成為期 24 週活動。其中 2 分鐘踏步、抓背、坐姿體前彎及開眼平衡是進步的。證明運動介入對於這些長者有幫助而且是需要被規畫設計的。

4. 109 年至 111 年規劃性的運動介入之結論

在運動介入後，握力、手臂屈舉次數、2 分鐘踏步次數、30 秒起坐、抓背及坐姿體前彎可能能有效改善個案上、下肢肢體的活動情況，且對已失能或輕微失智個案而言，運動對於體適能的維持或強化仍是有幫助的。





第五章

居家醫療、居家安寧

第一節、五全照顧下的居家醫療與安寧
第二節、整合基層機構、強化傷口照護





第一節

五全照顧下的居家醫療與安寧

一. 居家醫療與護理

「居家醫療」又稱「在宅醫療」。根據世界健康組織於 1994 年對在宅醫療定義：「於病患居住地提供整合性健康與社會支持性的服務，目的在於預防、延緩及取代暫時或長期的機構服務。」居家醫療在世界各國都有不盡相同的面貌，提供服務的內容及專業可能涵蓋醫療與長期照顧的整合。相較於傳統醫院醫療模式，居家醫療與護理可使就醫困難的失能者方便獲得醫療資源，另一方面藉由不同專業的合作，以及深度的醫病互動，有助減少反覆送急診、急救等醫療措施，並促進在地老化、實現在家善終。

政府自 1995 年開辦健保之初即提供居家護理及安寧居家的給付，後續發展出呼吸器依賴或洗腎病人等特殊族群的居家照護。隨著老年及失能人口不斷增加，加上社會家庭結構的改變，使家庭照顧人力缺乏，為突破過去片段式的居家照護困境，推動以人為本的居家醫療服務模式，提供整合的居家醫療與護理照護服務，跨越衛政與社政體系勢在必行，也才能提升長照服務之效能，並使各長照資源達到無縫性接軌。

臺中醫院秉持老年醫學照護所重視的五全照顧—全人、全家、全程、全隊、全社區，推動居家醫療，將生活、照護及醫療結合。醫師或護理師可以到家中提供醫療評估與照護服務，病人就不一定非得到醫院、急診或住院才能接受相關醫療處置。居家醫護與長照結合，提供連續性照顧模式，以周全性老年醫學評估觀點來了解居家個案的狀況，醫護團隊均具備處理老年醫學症候群的能力，以提供功能為導向的照護模式。

1. 臺中醫院居家護理的運作與特色

本院於 1995 年成立附設居家護理所，是跨足長期照護最早的第一塊拼圖。因應疾病型態

的改變，許多慢性病患者帶有鼻胃管、尿管、氣切管……等管路出院，皆需他人協助給予護理照護；為符合病人需求及達成連續性照護的目標，居家醫師秉持專業精神，依個案需求協助個案復健、藥物及營養諮詢，結合居家醫療將各方專家的建議以最口語化的方式教導，並用文圖輔助協助案家，維持個案的尊嚴與增進自主能力。透過持續的訪案來追蹤後續變化，並依照個案、家庭及社區的狀況調整照護計畫。

居家護理師以人為本、家庭為單位提供直接性的照護，包括身體評估、管路更換、採檢代送檢體、營養及用藥指導，透過每次的家庭訪視評估並整合轉介適切的社會資源使用，持續追蹤，以達到完善的照護計畫。居家護理著重在細節照護，每次進行個案評估，便發現更多需要專業協助之處，透過居家護理幫助個案狀況獲得改善，還能與家屬間建立更為緊密的護病關係，緩減家庭的照顧負擔。

居家護理機構創新服務模式：居家護理著重在細節照護，因此也提出多項獲獎的創意服務，包括跳動符號，藉由注音符號拼音結合阿拉伯數字及聲調，明瞭個案需求，增加個案溝通技巧；保護老人使用輪椅時的創意神奇毛毯，兼顧保暖照護方便及安全性。氣管內管照護、給氧及抽痰方法的教學設計，提供現場示範。增加尿袋收納空間，維持老人尊嚴等，皆極具推廣價值的創意。

居家護理所跨專業資源連結：居家護理連結臺中榮總、臺中醫院、長安醫院、宏美德生診所、慶燿診所、柏羽診所、林恆立耳鼻喉科、圓通中醫診所等醫療院所，提供完美的社區照護資源。連結南區輔具中心在宅輔具，利用租借或是二手回收，提升輔具使用率。與在地 B 單位合作，協助連接居家服務、外籍看護工申請或自費看護單位，降低案家照護負荷。居家護理配合臺中醫院身障鑑定，備有社區身障鑑定二階資格，可減輕重度失能個案返院評估的辛勞。

富有臨床經驗的居家護理師透過每次家訪進行個案評估，與家屬間建立更為緊密的護病關係，不但緩減家庭中的照顧負擔，並落實每一位個案家庭照護整體評估。每半個月到一個月固定到宅評估，完整且持續的陪伴每個案家一路支持，個別化擬定復能計畫，利用每次訪視做衛教並追蹤，維持個案的尊嚴與增進自主能力，以達在宅安老、在地老化的理想目標。

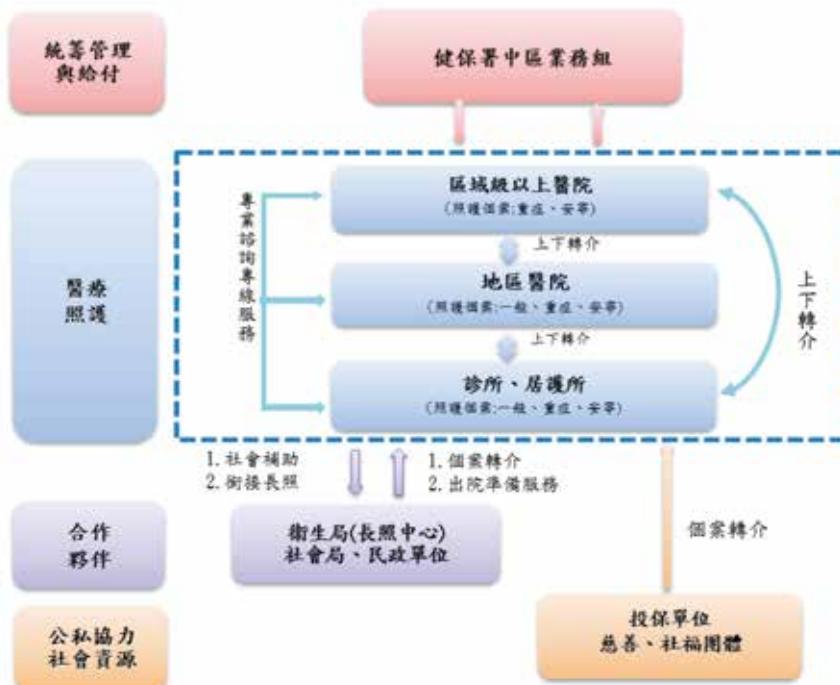
臺中醫院中低收入戶健康管理計畫，涵蓋居家護理與居家醫療，結合社工師的資源整合，更是公立醫院照顧弱勢的一大創舉。



2. 臺中醫院居家醫療運作方式與特色

2016年全民健保開始推行「居家醫療照護整合計畫」，統合原本相關的居家醫療照護：將一般居家護理、呼吸器依賴居家照護整合為第二階段「重度居家醫療」，原本的居家安寧則設在第三階段，並推出新的「居家醫療」，以提升失能或疾病特性致外出就醫不便病人醫療照護之可近性，並增加了藥師訪視給付，減少病人因行動不便委由他人向醫師陳述病情領藥之情形。另外，也鼓勵醫護及醫事服務機構連結社區照護網絡，建立各類訪視人員（如呼吸治療、社工、心理師等）之聯繫窗口，確保病人轉介與後送就醫之需求，以改善不同類型醫療片段化的現況，以提供病人整合性之全人照護。

臺中醫院於2017年承接健保署試辦計畫，成立「晏居居家醫療團隊」，由臺中醫院為主責醫院，結合各鄰近醫院、社區醫療群及居家護理所，建立跨層級居家醫療團隊合作模式，整合團隊人力及資源。臺中醫院由專人負責聯繫、轉介，文書作業處理、個案討論會議、資料彙整，與醫院到社區雙向連結，讓病人得因應病情變化，由適當團隊提供符合個案需求的照護，確保治療效果。晏居居家醫療團隊跨層級、跨團隊運作整合模式如下圖5-1-1：



5-1-1 社區跨機構居家醫療轉介平臺

同時建構照護時共享的平臺，藉由共享平臺，溝通照護資訊，可跨院交班，收案照護過程中可依照個案病情變化，提供上下轉或共同照顧機制，跨層級轉介個案，確保照護完整性。藉由召開案例研討會交流照護經驗，以社區個案為主，項目為居家醫療、重度居家、安寧居家，以合作模式共同提升照護質量。

表 5-1 暫居居家醫療照護團隊分級分工合作內容

院所名稱	服務科別	照護病情嚴重度
臺中榮民總醫院	以家醫科、重症安寧為主	病情穩定，適合於家中以口服藥物治療為主
衛生福利部臺中醫院	家醫科 / 牙科	一般科 / 重症科（不含呼吸器） / 安寧照護
勝美醫院	居家安寧	
長安醫院	骨科 / 乳房外科 / 神經內科 / 腎臟科 / 胸腔內科 / 心臟血管科 / 內分泌新陳代謝科 / 泌尿外科 / 家醫科	符合居家醫療及護理照護個案
長安醫院附設居家所	居家護理（含呼吸器）	
健康居家醫療照護團隊（共計 18 個診所）	耳鼻喉 / 家醫 / 精神科 / 小兒科 / 內科	
健康居家護理所	重度居家醫療	管路更換、傷口照護



此外，為提供不方便出門就醫之個案一樣享有就醫權利，政府長照 2.0 增設新的服務項目—居家醫療照護。社會大眾對此服務內容還不甚了解，也不知該如何申請，臺中醫院團隊拍攝微電影教導民眾居家醫療服務新概念，從「如何申請→醫療團隊到宅評估→擬定治療計畫」等一系列流程，透過網路力量，讓社會大眾瞭解居家照護之優點，以提升社會大眾對到宅醫療正確的認識。



圖 5-1-2 居家醫療照護宣導微電影

二、安寧緩和醫療照顧

臺灣的安寧緩和療護運動草創於 1983 年，推動迄今已有 40 載。初期醫院內安寧緩和醫療只是針對安寧緩和病人住院及社區居家或安養院末期癌症病人服務。健保署自 2009 年起，除將原末期癌症病人列為安寧緩和照護的對象外，新增八大類非癌的重症末期病患為適用對象。2022 年起更積極擴大安寧療護政策，除原已納入照護之 10 類疾病末期病人外，再度增列末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群、符合病人自主權利法第 14 條第 1 項第 2 至 5 款條件、

以及罕見疾病或其他預估生命受限者等，擴大收案的範圍。安寧緩和療護強調早期介入，落實五全醫療照護，並完成病人及家屬四道人生，提升病人生活品質以達到生命善終。

1. 臺中醫院安寧緩和發展演變

臺中醫院於 2003 年成立安寧緩和醫療團隊開始社區居家服務，2011 年增加安寧緩和醫療共同照護服務。2016 年成立安寧緩和醫療病房，至今已逐步建構完整而具備周全性與持續性的安寧緩和醫療照顧體系，包含安寧病房住院、共同照護、門診及居家社區醫療。安寧緩和醫療團隊成立之初期，理念並不容易被醫護同仁及病人家屬了解認同，加上對安寧團隊照顧能力的陌生，因此病人和家屬常不願意會診，尋求安寧緩和醫療協助。在臺中醫院，這些觀念都已被積極的宣導教育而逐漸改善。

臺中醫院安寧緩和醫療團隊組織架構完整，由副院長主持腫瘤管理委員會監督及查核下執行作業，本院安寧緩和醫療照顧特色為：1. 利用院內全人整合資源，透過通報提早介入安寧緩和照顧。2. 照顧對象非癌病人多於癌症病人，非癌病人與癌症病人比例為安寧緩和病房部分 44.7%：55.3%，共同照護部分 50.6%：49.4%。近年來安寧療護漸為普及，非癌末期病人使用安寧療護比率提升。

安寧醫療會診數從 2016 年開始，每月會診安寧緩和醫療平均只有 10 位，共同照護只有 7 位病人，迄 2024 年，每月會診個案數平均值已達 34 位，接受共同照護或轉居家服務已達 30 位病人，歷年健保針對死亡前一年病人安寧緩和照護涵蓋率也逐年增加，顯現安寧緩和醫療已為多數病人、家屬及醫師所接受。

2. 臺中醫院安寧緩和醫療團隊的運作

臺中醫院發展以「五全照顧」特色安寧緩和醫療照護，針對末期病人及家屬設置專屬之照護病床共計十床，由受過訓練之安寧專科醫師、護理師、社工師、心理師、志工及宗教師等專業團隊，提供末期病人及家屬積極的身體、心理、社會及靈性照護及四道人生功課，達到全人、全家、全隊、全程及全社區的五全照護。



安寧緩和醫療團隊訂定共同照護機制，藉由院內多項整合專案管理（全人疾病整合、末期癌症疾病整合、重症醫療整合、疼痛控制管理）、預立醫療照護諮商（advance care planning，ACP）、不施行心肺復甦術簽署作業（do not resuscitation，DNR），原醫療團隊醫師、護理師或專案整合個管師透過院內網路系統平臺，依通報條件主動通報。合作的機制如下：

整合通報、人人有責：原醫療團隊醫師、護理師或整合個管師透過院內網路系統平臺，依通報條件主動通報。給予病人完整醫療計畫及提早緩和醫療介入。安寧個管師負責統籌連絡相關專科醫師，召開全人疾病整合的家庭會議，邀請與病人及家屬共同擬定未來治療計畫及追蹤，透過共同照護的機制選擇最佳的醫療處置，讓末期病人能得到安寧緩和醫療照護生活品質的極大化。



圖 5-1-3 全人疾病整合家庭會議

生命品質、自我做主：積極推廣病人自主權利法，預立醫療照護諮商是由一群醫師、護理師、社工師、心理師所組成的團隊，主動出擊、深入社區，藉由宣導傳遞生命自主的意義（圖5-1-4）。尤其對經濟弱勢家庭方面，臺中醫院推展預立醫療諮商補助計畫，提供低收入戶免諮商費用，有效減輕弱勢家庭及照顧者的負擔，並榮獲2023年預立醫療照護諮商推動績優獎。



圖 5-1-4 2023 年預立醫療照護諮商推動績優獎



緩和醫療，守護尊嚴：

本院成立緩和門診服務，提供初次接觸本院緩和醫療、外院轉診病人的初步評估和緩和醫療居家病人的門診追蹤，以提供病人更多心靈互動及關懷。

安心守護，居家照顧：

安寧居家以「照顧管家」為構想，透過專人 line 群組與家人共同擬訂居家照護計畫、提供照護資源及心理關懷，並藉由「居家照護安心手冊」，秉持著「照顧路上我陪您」的構想，讓病人及家人都可以安心在宅照護，若已進入臨終狀態希望在宅善終，居家護理師立刻安排居家訪視，協助後事準備，共同為善終準備，使家屬善生兩相安。近三年的滿意度均達 95%，深深獲得家屬的肯定與讚賞。

強化安寧教育與宣導：為強化醫療照護品質，加強各職類對生命尊嚴的重視及提升醫療照護品質，透過會議、到科宣導、安寧緩和醫療教育內容含安寧緩和基本概念、安寧相關醫學倫理及法律、病人自主權利法等相關法案，增進全院安寧緩和醫療觀念。安寧緩和團隊人員每年均完成安寧緩和專業教育訓練進修達 20 小時學分，醫師並定期發表相關醫療文章於各醫療專業期刊。



圖 5-1-5 安寧居家訪視

品管監測、你我放心：本著以病人為中心「尊重生命、關懷弱勢、以客為尊」價值觀的照護理念，提供病人優質的照護品質。積極參與各項品質提升活動及競賽，每年提升照護品質及能力提升專案，透過策略方針結合改善專案定期管考成效。

3. 臺中醫院安寧緩和醫療團隊的特色

全國首創 NIS 醫護團隊溝通平臺：當臨床醫療團隊評估哀傷高危險的家屬，透過 NIS 溝通平臺照會社工師、心理師，團隊於最短時間完成哀傷高危險群訪視諮詢，二日內完成率達 100%，並瞭解家屬社會支持系統，陪伴及哀傷輔導，並持續追蹤。

主動關懷病人，視個別性協助「圓夢計畫」：「圓夢」是安寧照護團隊的心意，團隊經由日常照護、觀察評估協助病人及家屬完成圓夢計畫，讓病人及家屬彼此不留遺憾。例如務農的蘇爺爺最後一刻想回家巡田水，經過團隊多次的評估與救護車團隊攜手滿足了蘇爺爺對家的思念。肝癌末期李先生住院期間，經與其女友討論及聯繫戶政事務所後，舉辦了一場令人動人且難忘的婚禮，隔天李先生笑著離開人世。



圖 5-1-6 圓夢計畫—最後一場婚禮



定期舉辦遺族關懷，撫慰家屬身心靈活動：安寧緩和照顧強調不止照顧病人的身體，也照顧病人及家屬的心靈，並且涵蓋病人往生後的喪親者支持與關懷，每次的遺族關懷總是既感傷又溫馨，更有家屬主動當起心靈導師協助其他家屬度過哀傷期。

多元環境、不遺餘力：創造優質多元安寧照護環境與設備，將環境塑造和家一樣的感覺，以減少病人的不安，並提供舒適照顧的設備。例如：洗澡機、減壓床墊、淋巴循環機、佛堂、助念室等，提供優質的照護服務。

4. 結語

臺中醫院安寧緩和醫療照顧推行至今已有多年，由原本對象癌症病患推廣延伸至非癌症重大器官衰竭，安寧末期醫療照護（hospice care）至緩和醫療照護（palliative care），DNR 至 ACP，期望能提早及擴大安寧緩和醫療照護的介入，透過長期醫護教育及結合院內資源，於院內及社區廣泛宣導安寧緩和醫療照護理念，才能有效率增加安寧緩和醫療概念接受度，並提升末期病人醫療品質，也能避免無效醫療及資源浪費，讓家屬能順利地經過照顧末期病人與其善別及善生。安寧緩和醫療推廣並非只局限於院內照護，在安寧療護的推動工作上，英國的發展歷程以及成果，所實施的 Gold Standards Framework (GSF) 系統，強調由基層醫療院所來負擔社區內末期病患的照顧工作。臺中醫院則是更加精進的以醫院安寧緩和醫療團隊及安寧緩和病房為基礎，連結社區基層醫療院所，來推動居家安寧緩和醫療，作為服務未來努力方向。

獲獎紀錄

- 2023 年 預立醫療照護諮商推動績優獎。

海報發表

- 2020 年 臺灣健康照護聯合學術研討會海報發表—〈運用團隊資源管理提升安寧緩和病人在宅臨終照護完整性〉。
- 2021 年 第 10 屆全人醫療暨整合服務研討會海報發表—〈中部某地區醫院預立醫療照護諮商門診執行經驗分享〉。

- 2021 年 第 10 屆全人醫療暨整合服務研討會海報發表—〈運用共享決策提升安寧緩和利用率〉。
- 2023 年 第 12 屆全人醫療暨整合服務研討會海報發表—〈運用個案管理模式提升安寧緩和照護利用率〉。



第二節

整合基層機構、強化傷口照護

衛生福利部嘉義醫院附設居家護理所於民國 88 年成立至今 25 年，居家醫療服務區域包含嘉義縣、嘉義市及臺南市白河、後壁地區，提供居住於在宅或機構患者居家護理、居家醫療、安寧、長照專業服務之照顧，提升外出就醫不便病人之醫療照護可近性，聯結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之住院，提供病人整合性之全人照護。

該院居家服務團隊護理師，具有資深護理經驗及多年臨床經驗，並擁有曾經擔任主管的危機處理能力。在評估居家個案時可以精準且正確的提供適合個案需要的護理指導及諮詢，使初步失能的老人可以儘速恢復健康，進而提升生活品質並延緩失能。在長照 2.0 推動的「預防及延緩失能照護方案」中，亦持續扮演著重要關鍵角色。居家護理師的服務內容除了大眾所熟知的傷口護理、身體評估、更換鼻胃管、留置導尿管或氣切管、代採檢體送醫院檢驗，更包含了各種依個案需求的護理指導、營養指導等，使得個案儘可能維持或增進原有的身體機能。居家護理所組織架構如圖 5-2-1。

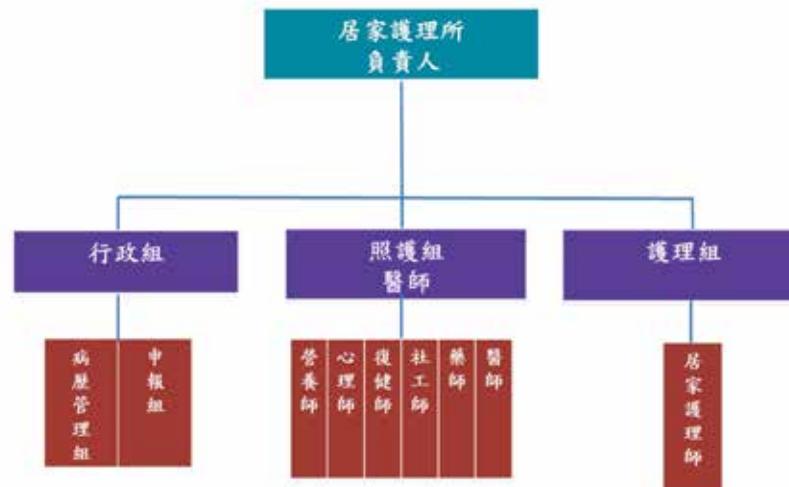


圖 5-2-1 衛生福利部嘉義醫院附設居家護理所組織架構

一、居家醫療—整合性之全人居家醫療照護

嘉義醫院於 105 年加入健保署「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，連結社區照護網絡，提供管路更換、用藥指導、傷口照護，降低住院日數或減少不必要之住院，以提供病患整合性之全人照護，本計畫由衛生福利部嘉義醫院主責，參與院所包含本院居家醫療整合照護團隊與嘉義市居家護理所 4 家（照安居家護理所、佳和居家護理所、喜樂康居家護理所、樂臨居家護理所）、社區基層診所 4 家（王國哲診所、長鴻診所、大明中醫診所、安和中醫診所）、聖心藥局共同照顧整合計畫收案對象，110 年～113 年 5 月服務人次如表 5-2，提供不同類型三階段照護：居家醫療、重度居家醫療、居家安寧。



圖 5-2-2 居家團隊協助個案就地善終



公醫前驅 引領長照

部屬醫院醫療與長照整合的實務典範



圖 5-2-3 居家團隊協助困苦個案不遺餘力



圖 5-2-4 協助在宅安養



圖 5-2-5 與個案互動融洽



圖 5-2-6 團隊照護頗獲殊榮

表 5-2 收案服務人次統計

類別 / 服務人次	110 年	111 年	112 年	113 年 1 月 -5 月
居家醫療	93	77	62	26
重度居家醫療	826	886	981	279
居家安寧	4	41	37	29
機構安寧	106	102	272	380
居家護理（機構）	1,061	1,179	1,114	427
合計	2,090	2,285	2,466	1,141



圖 5-2-7 社區支援網絡



圖 5-2-8 個案轉介來源



二、機構住民傷口照護—降低無效醫療資源耗用，提升機構住民照護品質

健康保險署南區業務組為推動轄區雲嘉南地區強化傷口照護服務，112年起規劃「傷口照護外展計畫」，讓醫療機構可以將傷口照顧服務，直接傳送到弱勢家庭及養護機構，可以有效降低因照護能力不足、家庭經濟因素所造成的延緩就醫外，亦可避免因感染反覆入院所形成之醫療資源浪費。

嘉義醫院合約養護機構分布於嘉義縣市及雲林縣境內，共有 74 所長期照顧機構，包含 56 家安養中心以及 18 所護理之家，分布於雲林縣 15 家、嘉義縣 33 家、嘉義市 26 家，服務安養照護機構住民共超過 4,500 位。另外尚有附設護理之家約 150 人及超過 200 人之居家照護個案，不僅是多重慢性疾病的老人通常也是失能程度最嚴重的高齡者，因普遍年齡較大容易有營養不良、免疫力不足等因素，部份更為長期臥床及大小便失禁病人，為壓瘡最容易發生的組群。又因為機構住民傷口照護的醫療可近性不足，極容易因為小傷口延緩就醫而導致傷口惡化或引起其他併發症，導致反覆入院治療。

嘉醫醫院整合跨專業傷口團隊，積極申請加入「傷口照護外展計畫」，使在家或在安養機構個案也能享有專業的醫療照顧，有效降低家屬及照顧者的負擔並避免醫療資源浪費，同時讓病患獲得最適切的照顧及生活品質的提升。傷口照護收案來源包括居家訪視個案、合約機構巡診個案、門診個案或居家護理所轉介以及出院準備服務團隊轉介。經照護團隊醫師依收案條件審查、評估個案傷口狀況符合者收案，並依個案條件及需求分別進行門診治療、居家訪視、遠距視訊指導等持續性傷口照護服務，協助個案得到最適切及完整的服務。

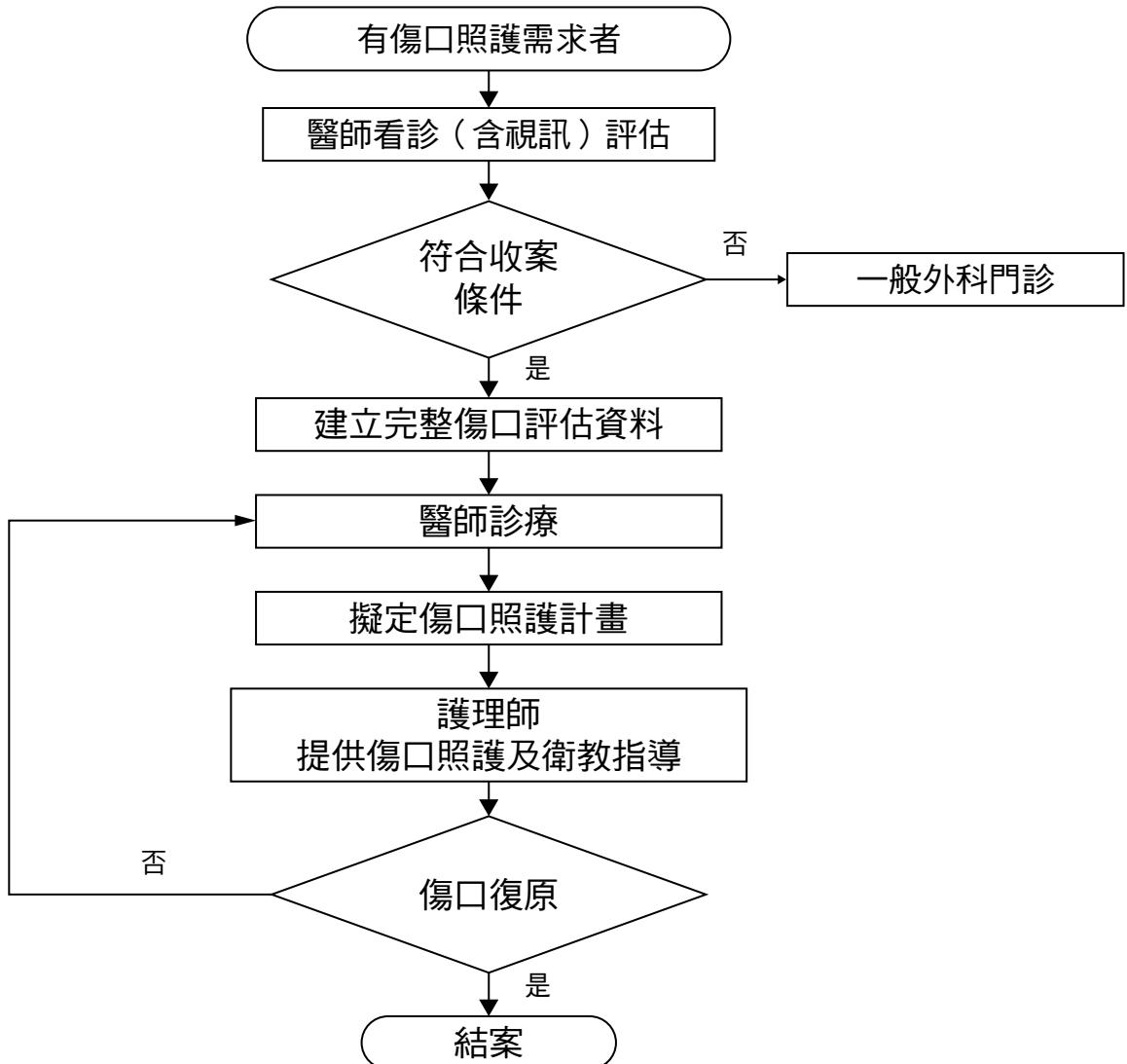


圖 5-2-9 傷口照護門診流程



個案如有慢性傷口問題，先以視訊門診方式由醫師評估傷口狀況，經醫師評估可提供外展服務，再由居家護理師前往進行收案，有效減少病人與家屬往返奔波之苦。對於居家或機構深部複雜傷口個案，由傷口照護醫師、護理師協助傷口評估，建議個別性的換藥方式、頻率，配合營養衛教、皮膚減壓指導，有效促進傷口癒合，減少醫療支出及病患痛苦，更配合推行長照2.0政策，執行更多樣化服務。112年～113年5月傷口服務個案共33人次。統計收案期間個案傷口於服務期間由三度以上縮小成一度傷口程度的縮減率：66.6%，成效良好，減輕機構與家屬的照顧負擔，家屬紛紛讚譽有加。



圖 5-2-10 在宅個案困難傷口照護



圖 5-2-11 機構個案困難傷口照護



圖 5-2-12 機構住民傷口治療 -1



圖 5-2-13 機構住民傷口治療 -2



圖 5-2-14 機構傷口治療講習 -1



圖 5-2-15 機構傷口治療講習 -2

三、長照專業服務

從長照 10 年計畫至長照 2.0，在現今長期照顧服務體系之中，嘉義醫院居家護理師除了執行常規更換管路及負責居家醫療個案管理工作之外，也扮演了長期照顧服務中的「護理專業服務」角色，為其專業人員之中重要的一員。經長期照顧中心評估個案需求後，依據個案的個別性需求，照會居家護理師前往執行專業服務，包含翻身擺位、鼻胃管灌食、傷口照護、造瘻口照護、抽痰、口腔清潔、尿管護理等。透過專業人員短時間且密集性之介入服務，指導個案及主要照顧者，達到訓練目標，讓個案學習自我照顧能力或指導家屬學習照顧技巧。提供長照個案居家護理指導與諮詢、居家復能指導、營養照護指導等長照專業服務，110 年～113 年 5 月服務個案共 227 人次，表 5-3。

表 5-3 長照專業服務人次統計

類別 / 服務人次	110 年	111 年	112 年	113 年 1-5 月	合計
長照專業服務	27	93	92	15	227



圖 5-2-16 機構傷口治療實作 -1



圖 5-2-17 機構傷口治療實作 -2

四、居家失能個案家庭醫師照護方案

經嘉義縣市照管中心評估，符合長照失能等級者並使用或預期使用長期照顧服務申請及給付辦法照顧組合之居家失能者，醫師及護理人員就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並且由熟悉個案之家庭醫師開立長期照護醫師意見書，提供長照醫事服務建議，本院居護所於 109 年加入此方案，110 年～113 年 5 月共服務個案 4,861 人次，表 5-4。

表 5-4 居家失能個案家庭醫師照護方案服務人次統計

類別 / 服務人次	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年 1-5 月	合計
居家失能個案家庭醫師照護方案	253	1,542	1,300	1,221	545	4,861



五. 關懷弱勢

居家護理個案收案評估時，若個案有低收入、獨居、弱勢等身分，為減輕個案經濟負擔，提升弱勢民眾醫療可近性，予減免交通費，並適時轉介社工室，追蹤並提供生活協助及關懷，將長照 2.0 及居家護理資源、居家醫療鏈結起來，使其安心接受居家護理服務。對獨居個案，定期造訪的居家護理師，已成為長輩心目中的親人，成為期待陪伴說話的老朋友；此外，對失能個案家屬，教導照顧技巧，減輕家屬的照顧壓力，居家醫療團隊儼然成為案家溫暖的照護天使。

六. 藥師到宅送藥服務

針對居家醫療個案當中獨居、行動不便長輩，接受居家醫師訪視看診開立處方後，不必擔心外出領藥的困擾，由居家護理師返回醫院協助處方釋出至鄰近社區藥局，再由醫院合作的社區藥劑師協助到宅送藥，並衛教用藥安全，減輕獨居個案或老老照顧的家屬往返醫院領藥之不便。

七. 居家安寧

嘉義醫院附設居家護理所於 107 年 6 月 20 日申請乙類安寧居家療護，開始收案服務安寧個案，收案來源由安寧病房或安寧共照轉介、門診諮詢及外院轉介等，收案條件為癌症末期及非癌症末期病人：罹患嚴重傷病，經兩位以上專科醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內（一年）病程進展至死亡已不可避免者。服務內容：協助末期病人身體症狀控制，協助末期病人家屬心理靈性及臨終照護指導，提供居家安置環境評估及相關儀器租借，舒適照護指導（身體清潔、管路護理、傷口換藥）及注射，協助轉介相關醫療服務，提供病人及家屬臨終過程身體、心理情緒及靈性上的照顧，使其痛苦減至最低，保持尊嚴與平安，並協助家屬渡過悲傷過程。



圖 5-2-18 安寧家庭會議



圖 5-2-19 安寧團隊收案，共訪全人評估



因地緣關係，為了達成部立醫院全人照顧的使命，居家安寧團隊秉持著愛心與熱誠的心，從評估收案開始，耐心與家屬或機構連繫、開家庭會議，了解家屬或照護機構對於安寧照護上的共識，提供末期個案症狀治療、舒適照護等專業知識及照顧技能，陪伴病人順利度過臨終期，尊嚴而平安的在家中或機構中獲得個別性的善終品質；家屬亦能順利度過照顧臨終病人與喪親的心路歷程，分析本院安寧收案來源以機構 90% 為多數，在宅 10%。

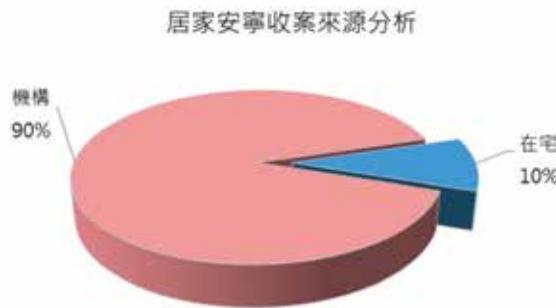


圖 5-2-20 居家安寧收案來源分析

鼓勵家屬安心接受安寧團隊提供的安寧緩和療護措施，就地善終。家是最佳的療養場所，能帶來溫馨與安全感，但以嘉義縣市來說，機構是家庭照顧者對於家人的安心托付所。嘉義醫院位於嘉義市，緊鄰嘉義縣，提供嘉義縣市機構與在宅安寧個案所需服務，個案若由本院收案居家安寧服務，最後在機構或家中臨終，將由安寧醫師協助開立死亡診斷證明書，家屬不需要在悲傷之際還要擔心行政相驗的程序。統計本院安寧個案死診開立的診斷以心肺衰竭為冠。

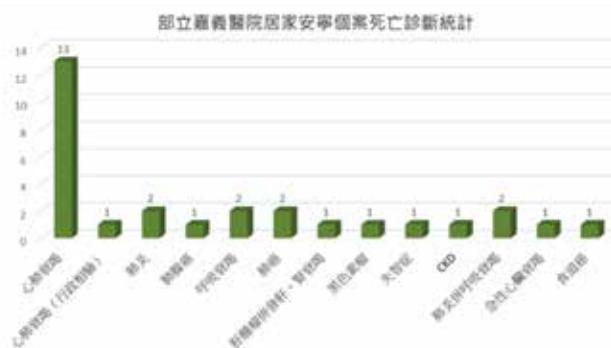


圖 5-2-21 嘉義醫院居家安寧個案死亡診斷統計



圖 5-2-22 嘉義醫院居家安寧收案年齡別統計

在專業的安寧團隊服務與指導之下，照顧者能熟練照顧臨終病人的技巧，並指導帶領家屬在臨終前向家人進行四道人生（道歉、道謝、道愛、道別），可增進家屬安心的陪伴家人走完最後一哩路。統計本院安寧收案年齡比率以 81 ~ 90 歲佔 39% 為首，其次為 71 ~ 80 歲。統計該院安寧收案性別以女性為居多，佔 57%。



圖 5-2-23 嘉義醫院居家安寧收案性別比率統計

透過安寧團隊醫護之間的無限連繫，若機構安寧個案有不適症狀發生時，機構可以透過手機通訊軟體與安寧團隊連繫，直接的、迅速的得到醫護團隊的照護指導，醫師也可以立即於線上開立適切的用藥，緩解個案的不適症狀，藥物也可以有時效性的讓機構或家屬取得。若個案有末期症狀的水腫、腹脹、傷口等，機構或家屬也可以立即與本院安寧團隊連繫，安寧團隊安排前往，並在評估個案後先介入舒適照護措施，例如：黃花油按摩腹部消除腫脹不適、精油按摩穴位及淋巴按摩、傷口藥膏或敷料的選擇等。及時的緩解病人不適，可以讓病人在臨終期，



於機構或在家中皆能接受善終服務與關懷。統計本院安寧個案平均照護日數以大於等於 50 天的 57% 為首，顯示本院安寧團隊在照顧安寧個案的用心與積極，增進病人在有生活品質之下，延長健康壽命。

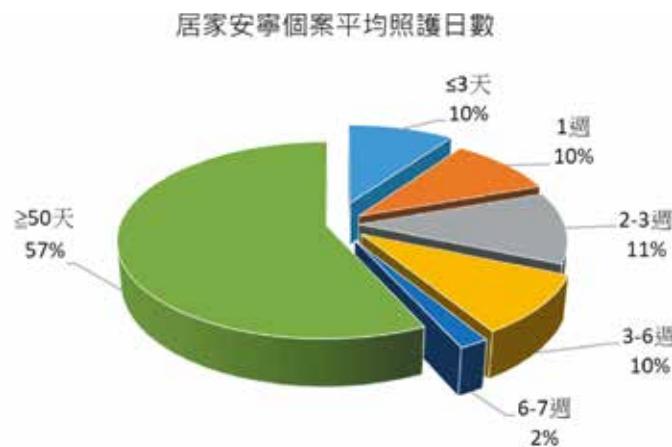


圖 5-2-24 嘉義醫院居家安寧個案平均照護日數統計

獲獎與肯定

- 2021 年 HPA：找出乾隆花瓶—嘉醫機構老人骨質密度寶貝計畫。
- 2022 年 SNQ 國家品質標章：主動出擊—檢驗科前瞻式機構住民照護模式。
- 2023 年 國家醫療品質獎：掃除 C 肝防治死角—住宿型養護機構住民 C 肝減除計畫。

研究與文章發表

期刊論文

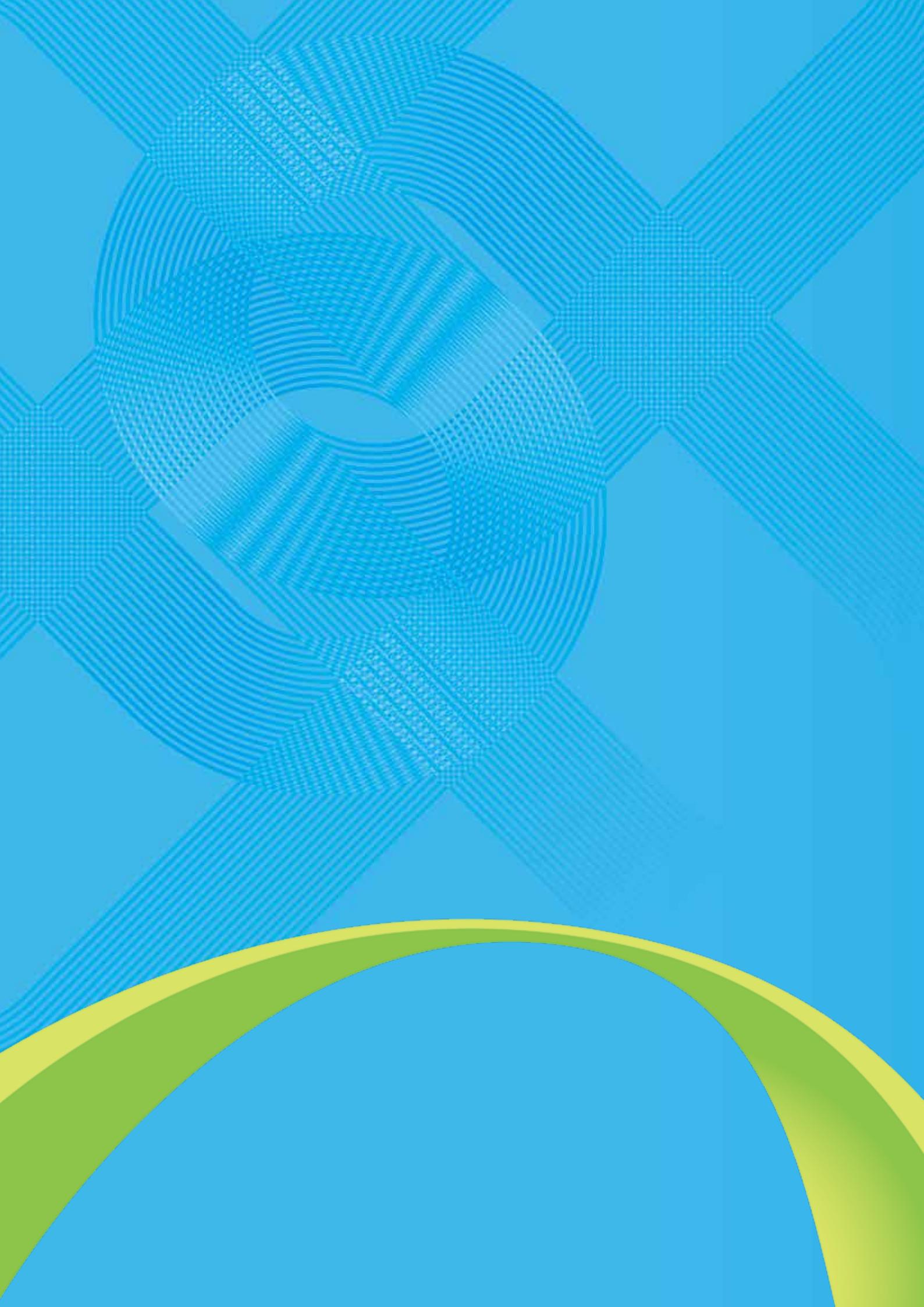
- Shih-Tien Chen 。 “Hepatitis C Elimination Model in Taiwan’s Community Care Home” 。 The 33rd Annual Meeting of the Asian Association For the Study of the Liver , 2024 。
- 陳詩典 。 “Hepatitis C Elimination Model in Taiwan’s Community Care Home” 。 消化系醫學會年會 , 2023 / 6 。

會議論文

- 賴秀如。〈某南部地區醫院與長照機構C型肝炎患者之可近性醫療照護模式〉。2023。第12屆全人醫療整合服務研討會。
- 陳裕興。〈護的好—以團隊整合機制有效降低機構住民14天重覆入院改善計畫〉。2023。第12屆全人醫療整合服務研討會。
- 林資淳。〈以互動式營養介入模式改善養護機構之骨質照護計畫成效〉。2022。第11屆全人醫療整合服務研討會。
- 張其純。〈某長期照護機構藥事照護成效分析〉。2022。第11屆全人醫療整合服務研討會。
- 張其純、葉麗娟。〈藥師介入長照機構住民COV-19群聚即時用藥之成效分析〉。2022。第11屆全人醫療整合服務研討會。

研究計畫

- 陳詩典。〈提升長照機構照護技能降低住民14天再入院率模式之建構〉。113.01-113.11。衛生福利部。
- 陳詩典。〈長照機構住民藥事整合照護模式之建構〉。112.01-112.11。衛生福利部。
- 林佳慈。〈全責照護納保運用混合方法探究部立醫院全責照護模式發展歷程〉。112.01-112.11。衛生福利部。
- 張琪純。〈長照機構用藥安全機制建構之探討〉。111.01-111.11。衛生福利部。





第陸章

失智整合照護

第一節、傳統失智照護模式

第二節、科技導入失智照護前瞻規劃





第一節

傳統失智照護模式

【嘉南療養院】

嘉南療養院自 98 年成為南區精神醫療網核心醫院之後，持續提供失智症個案優質的門診、急診、急性住院、慢性復健治療、與老人日間留院及居家巡迴醫療服務等精神醫療服務。該院更以全人照顧服務理念，提供一般醫學科（中醫科、神經內科、物理治療）整合醫療。為使失智症能得到長期妥適之照護，民國 100 年精神護理之家揭牌成立（50 床），使精神醫療再往前邁進一大步，107 年成立失智共照中心、108 年萬年青社區長照機構掛牌服務。同時，為能充分發揮公醫使命，該院積極深入社區，進行心理衛生精神醫療服務與心理健康促進介入、弱勢族群關懷及社區老人心理健康營造，提供鄰近社區民眾優質的健康促進及預防保健服務。該院同時為健康促進醫院、高齡友善醫院及臺南市糖尿病共同照護網醫院，訂有「南臺灣民眾首選之心理健康促進醫院」之願景，長期在社區建構去機構化的失智症個案照護支持環境，提供專業醫療及社區互動的可近性，及符合失智症個案個別需求照護服務與復健方案。以下簡介該院失智症精神醫療與長照服務一條龍完整的價值鏈服務模式。

一、老年暨失智症特別門急住診醫療服務

提供失智症特別門診、急診及老人或長照機構支援，另提供老人急性住院及老年日間留院服務，並負責臺南市失智共照中心業務及老年精神醫學醫師訓練醫院。於急性或慢性復健病房治療過程中，結合六大科別的醫療團隊聯合介入，讓醫療與非藥物治療方式能一同在該院進行整合性服務，讓長輩能在完善整合的體制下，獲得整體的治療及銜接，也積極安排失智症個案

參與職能復健治療，結果顯示在經由長期職能治療介入後，失智長者在注意力的持續度及人際互動增加，下肢肌力提升，干擾與遊走行為減少，且日常生活功能持續維持，減緩整體功能退化。如有持續復健需要則可考慮轉銜該院老人日間病房。如返回社區則銜接該院巡迴醫療，該治療模式已深耕社區服務多年，以居家治療、衛生所巡診形式及協助支援偏鄉；亦積極與社區老人養護長照機構進行醫療合作，讓機構中的失智症個案也能就近擁有醫師的治療與關心。

二. 失智共照中心

1. 前言

嘉南療養院於 107 年申請失智共照服務計畫，並於同年 6 月 1 日完成共照中心設立，嘉南療養院基於提供大臺南民眾全人全程之優質精神醫療照護，培育精神醫療專業人員，以及促進社區心理健康之使命，結合醫師、護理、心理、職能治療、社工等專業，並與多家醫院、衛生所、及診所等單位合作，共同服務失智的長者們。

2. 執行過程（如圖 6-1-1 架構圖）：

- (一) 確立失智症診斷，協助疑似個案於半年內完成就醫診斷（含系統登錄）與醫療照護。
- (二) 提供家屬所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、轉介與追蹤。
- (三) 協助照顧者對於失智個案急性症狀之諮詢與安排轉介、照顧服務。
- (四) 辦理失智症專業人才及照服員教育訓練，及社區民眾失智識能之公共教育宣導。
- (五) 輔導失智服務據點提升服務量能與品質。
- (六) 與社區各長照單位或關懷據點合作，評估個案早期診斷治療與提升照顧品質。
- (七) 轉介個案接受適合的輔導服務，例如，照管中心與失智據點。

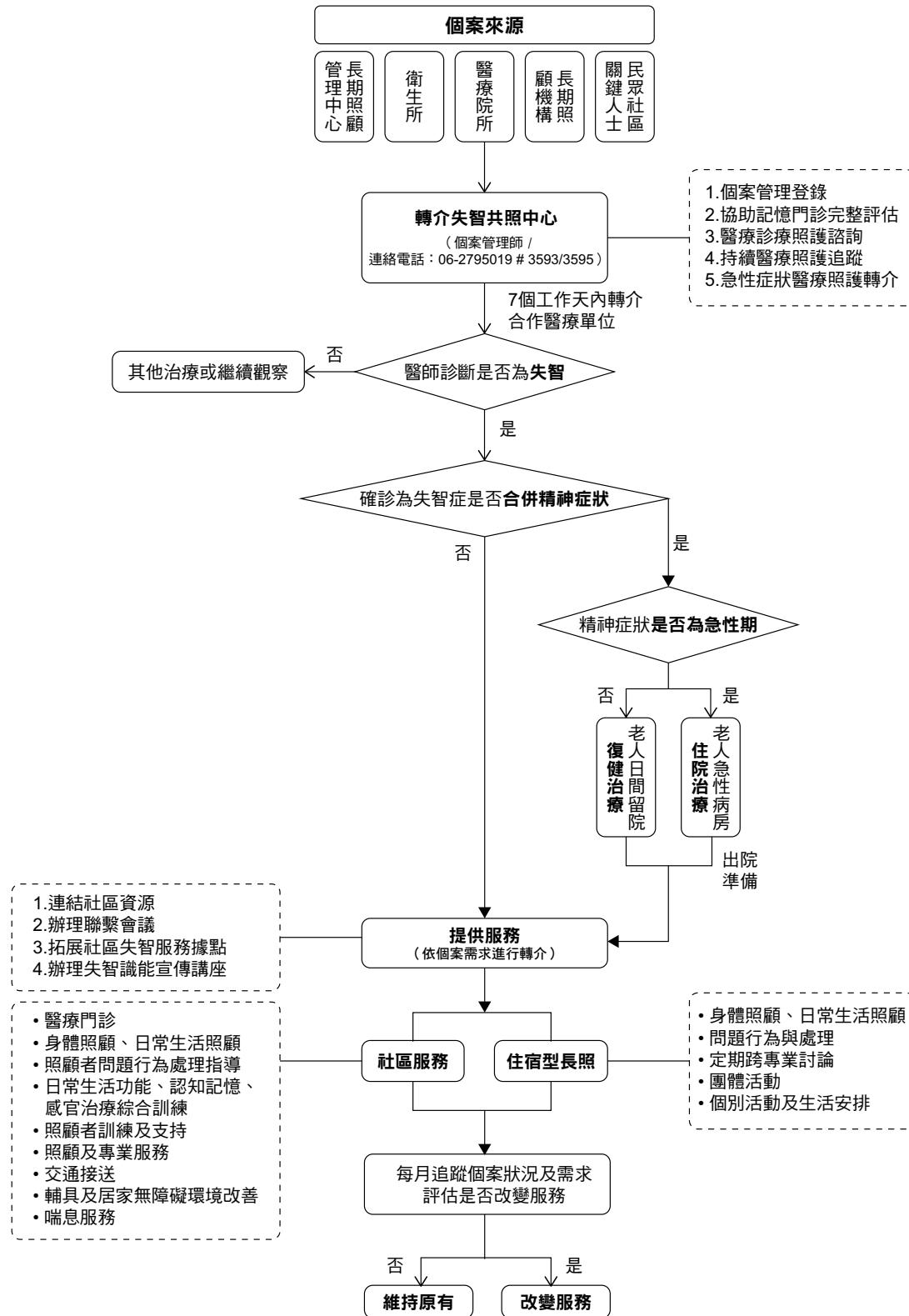


圖 6-1-1 失智共照服務流程架構圖

3. 執行成果

嘉南療養院「失智共同照護中心」透過跨團隊與跨職類的合作，提供以失智長者家庭為中心的服務，包括協助疑似失智個案之就醫確診及個案管理；陪伴照顧者於失智不同階段獲得其所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、轉介與追蹤，並協助照顧者於失智個案急性症狀之諮詢與轉介服務。為了讓失智症病人及家屬能夠得到定期關懷、專業諮詢及不定期衛教資訊，協助與輔導院內疑似或已確診失智之個案及其家屬，使其受到專業的衛教諮詢與轉介服務。目前 113 年失智共同照護服務已邁入第 7 年，至 112 年總服務量已達到 3,469 人次，每年服務新收案之個案人數皆達數百位以上（如圖 6-1-2）。

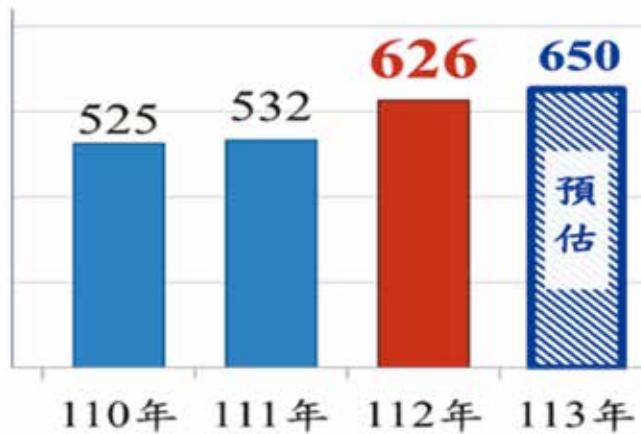


圖 6-1-2 衛生福利部嘉南療養失智共照中心 110-112 年失智服務量統計圖

嘉南療養院失智共照中心 112 年度總服務量為 626 人，確診失智個案為 626 人，確診率達 100%。112 年服務確診數總計 626 人／臺南市失智人口數 11,767 人，112 年覆蓋率為 5.32%；107 年至 112 年累計服務確診數 3,469 人／臺南市失智人口數 11,767 人，107 年至 112 年累計覆蓋率 29.48%。失智共照中心，失智個案服務量 108 年達 347 人，109 年度 443 人，110 年度 525 人，111 年度 532 人，112 年達 626 人，皆達計畫目標值 90% 以上。



4. 113 年計畫之具體目標

- (一) 預定個案服務人數目標值達 650 人，新收案數達 250 人，並落實於衛生福利部失智照護服務管理系統個案服務資料每日登錄及追蹤。
- (二) 積極提供長照社會資源轉介，轉介項目包含照管中心、社區關懷據點、社區失智據點、巷弄長照站、文化健康站、養護機構等。
- (三) 辦理失智專業人員與照服員培訓實體課程，包含失智醫事專業人員 8 小時課程及失智照顧服務 20 小時課程，至少各兩場，共計 160 人次。
- (四) 至少每半年召開社區失智共同照護網路聯繫會議，並邀集社會照顧、保障財產風險、交通需求、法律知識、預防走失等知能專業人士提供講習。
- (五) 每季輔導失智社區服務據點服務量能及品質的提升，定期派遣專業人員至各據點進行輔導訪視，依據 113 年度擬定之據點輔導計畫，並依據點輔導訪視查核表進行訪查，輔導人力安排、輔導期程規劃、輔導預定成效，以及協助據點開拓案源、安排服務課程、安排評估確診、資源連結、品質提升、環境改善、系統登錄、經費核銷，以及針對據點內服務教育訓練等，以了解其營運狀況與意見交流，並給予改善建議。

三. 老年日間病房

1. 前言

嘉南療養院自民國 90 年開辦全臺首間醫院附設之老人日間留院（又名「長青客棧」），環境設計以懷舊治療為主軸，包括：懷念老街、黃昏的車站、崁腳大戲院、憶難忘、原味幸福柑仔店、阿公阿嬤的菜園等；並依個別需求，為失智症個案精心設計各項治療活動與復健；包含排尿訓練、練腳力、下肢肌力訓練、平衡感訓練、跨越障礙訓練、菜園深呼吸、藥物治療、健康指導、肢體協調訓練、預防跌倒練習、懷舊、園藝、音樂治療、記憶力訓練等。醫療設施設備以維持長者穩定身心狀況，營造安全貼心的失智症長者療癒環境，此外，醫療專業團隊成

員包括醫師、護理師、臨床心理師、職能治療師、營養師、社工師、藥師及物理治療師，並在98年獲得國家品質標章獎，20年不間斷提供40多位老人周一至周五白天照顧服務，每個月提供800～1,000人次失智友善照護服務量。

2. 執行過程

- (一) 跨團隊照護模式：包含醫師、護理師、職能治療師、社工師、心理師、照服員，提供一連貫的跨團隊照護。
- (二) 提供安全舒適之照護環境：針對失智症環境設計以懷舊治療為主軸；包括：懷念老街、黃昏的車站、崁腳大戲院、憶難忘、原味幸福柑仔店、阿公阿嬤的菜園等；醫療設施設備以維持長者穩定身心狀況，營造安全貼心的失智症長者療癒環境。

3. 執行成果

每個月提供800～1,000人次失智友善照護服務量，其中，提供失智長者日常生活健康照顧、健康促進介入、家屬支持服務、懷舊環境美化、園藝治療活動、角色功能訓練、下肢肌力訓練、營養評估、智慧化生理監測、安全門禁管理、失智共同照護資源等，讓失智者就醫能真正感受到關懷、尊重、具隱私性、安全貼心與舒適的失智友善照護環境。

四、公立日間照顧中心

1. 前言

隨著人口快速老化產生的照顧問題及配合政府長照2.0政策，嘉南療養院成立衛生福利部5家精神專科醫院中，第一個結合由護理師提供的全人長照服務的萬年青社區長照機構，期待藉由醫院多年來在地專業精神醫療服務經驗，提供長輩更多元及完整性的醫療服務，若長者有醫療照顧需求，能即刻就診，不僅可免去舟車勞頓之苦，且能掌握就醫時效，能及時獲得全人



全方位的醫療。

2. 萬年青長照機構定位

- (一) 增進與維持失能者社會生活功能，提供失智失能者適切的個別化照顧服務。
- (二) 提升個案家庭及社區生活適應能力。
- (三) 減少家屬照護負荷及社會成本。
- (四) 成為臺灣南部長照機構的標竿。

3. 執行過程

臺南療養院萬年青長照機構是所在地仁德區第一家失智失能混合型日照中心，讓仁德地區長輩能就近接受日間照顧服務，並與臺南市立醫院長照 A 級整合型服務中心合作，建置以長者為中心的照顧網路，守護社區長者健康。長照機構占地約 100 坪，並設有多功能活動室、活動室 2 間及廚房等活動空間，可提供三十位失智失能長輩舒適照顧環境，且為了因應高齡者多重共病的需求，長期以周全性全人照護模式為服務主軸，提供全人全程的服務，適時銜接醫院醫療資源，結合包含醫師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師及心理師等專業醫療資源等，整合及提供個案多元化就醫資源。簡而言之，萬年青長照機構整體活動設計是由護理人員、家屬及照顧服務員共同討論下，並結合護理、醫院志工及院外社福單位，一起帶領生活功能維持及健康促進等活動課程，當然也針對等級 6 級以上的失智失能長輩提供個別化的活動課程，也因應長輩需求，適時銜接醫師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師及心理師等專業醫療資源項目，讓長輩入住萬年青，醫療用心，長者安心，家屬更放心。

因應全球高齡化時代的來臨，為達高齡全人健康照護目的，須從幫助高齡者保有其獨立功能起首。根據高齡者之生活相對獨立能力，研究顯示，可從「身體健康」、「社會支持」、「心理健康」及「經濟安全」等四個面向著手……（王，2018）。我國近年來人口快速老化，長期照顧需求人口數遽增，老人人口的快速成長所造成的慢性病與功能障礙的盛行率呈現急遽上升趨勢，而這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照顧服務。萬年青長照機構主要以為全人健康促進照護模式，參照衛生福利部全責照護工作手

冊，發展照服員全責照護模式，並由護理人員為業務負責人，主導及協助照顧服務員針對來機構的個案，透過周全性評估進行整體個案評估，提供個案在各層面的滿足達到健康老化、活躍老化。

4. 執行成果

截止 112 年 12 月執行成果有：

- (一) 增進與維持失能者社會生活功能，提供失智失能者適切的個別化照顧服務，轉介成功率 100%，機構收治個案 25-28 人，收案人數 90%，其中失智困難個案收案中，佔 64.3%，機構總收入平均 50-55 萬／月以上，每月平均至少完成 100 人次以上的社區式沐浴，最高紀錄達 150 人次／月的社區式沐浴。
- (二) 以在地化為目標，使失能者在家庭式的氣氛下，得到人性的照護以延緩功能惡化，結合社區資源，每年至少辦理 3 場節慶活動，其中一場重陽佳節活動，帶領長輩社區旅遊，3 場活動參與人數達 110 人次以上，關心家屬照顧辛苦，每年辦理家屬座談會 1 場，於 112 年度機構整體滿意度 90% 以上。
- (三) 提供家屬及主要照顧者喘息的機會，提供家屬假日及居家喘息資源，並做相關轉介及連結，於 112 年 12 月底轉銜假日及日照喘息人數 100 人次以上。
- (四) 分享失智失能日間照顧的經驗，協助更多人投入長期照顧行列，長照社區宣導 1 場，112 年前後提供照顧服務員就業機會 5 人次。
- (五) 協助長期照顧服務人員之專業定位，協助 4 位照顧服務員參與院外課程，參與率 100%，鼓勵學術論文投稿，截至 112 年國內外投稿（包含口報及 E-paper）共 10 篇，其中一篇更是首創照服員於全人研討會進行口報分享其照護經驗。
- (六) 萬年青長照機構除了提供優質及精緻的服務之外，機構工作人員也督促自己的專業學術成長，希望進而提升服務品質與專業水準，因此和醫院各科室合作，機構從 111 年 5 月開始辦理長期照顧人員長照積分課程，持續辦理長照人員在職教育課程訓練，截至 112 年 12 月，一共辦理 23 場長照課程繼續教育訓練，其中 112 年 9 月和南區精神醫療網合辦，辦理 112 年長照服務緊急照護教育訓練研討會，和護理科合作辦理 BLS 課程訓練，至 112 年 12 月底為止，課程參與人次高達 400 人次以上。



(七) 明定社區長照資源，並促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源。

五. 精神護理之家

嘉南療養院附設精神護理之家於民國 100 年成立，提供床數為 50 床，服務對象為精神疾病症狀穩定，呈現慢性化、不須住院治療，但須長期生活照護者，依據個別化需求，提供藥物、團體心理治療及規律化生活輔導，讓病患獲得妥當照護。

精神護理之家以慢性化精神障礙個案之長期照護為主軸，由專業照護團隊包括護理師、照顧服務員、精神科專科醫師、心理師、職能師、社工師、營養師等，提供全日居家類型之身、心及靈性方面的照護與輔導，服務之內容涵蓋藥物治療指導、疾病健康指導、娛樂治療、規律化生活輔導、醫護座談、職能訓練、個別與團體心理治療、自我照顧功能之提升等，除提供療癒性精神復健環境外，可使入住之住民感受到家庭的溫馨感受。

六. 社區高齡長者及亞健康民眾身心健康促進

為因應當前大臺南地區失智症長者人數攀升，但醫療資源嚴重不均、民眾照顧成本上升的困境，嘉南療養院積極致力發展失智症相關社區醫療服務，提供完整的專業人力和多元化治療模式，長期服務社區，對偏遠地區提供服務。同時為健康促進醫院、高齡友善醫院及臺南市糖尿病共同照護網醫院，訂有「南臺灣民眾首選之心理健康促進醫院」之願景，及「精進專業服務、強化社區合作」的策略方向，面對高齡化社會之需求，結合失智共同照護中心資源，積極整合鄰里社區資源，提供社區健康諮詢、篩檢與衛生教育等活動。

以整合醫療的模式，以逐漸提升長輩在接受醫療服務同時，能更周全完善的獲得治療及後續追蹤服務，結合該院高年精神 BSC 團隊的四大構面分析以三段五級方式，積極結合衛政及社政資源，提升大臺南長輩們在生活中的健康樂活。

為因應失智症醫療需求，三段五級的公共衛生預防觀點，初段預防可再細分為兩個層級：1.

健康促進（health promotion）；2. 特殊保護。該院長期以來與民間團體結合，並於臺南市客家文化會館、圖書館總館、土城及裕文圖書館及麻豆普門仁愛之家推動每月至少3次的臺南精神健康學苑優築生命教室，提倡「樂活保腦—三五成群」預防失智的精神健康之道；也自105年發展「健康卜卦」，以高齡友善健康照護概念延續，辦理社區相關活動，結合社區鄰里長資源提供失智症居家關懷，與轄區衛生所及鄰里合作，安排6個社區失智關懷點，提供送餐、臘八粥、義診及中低收入戶關懷照護服務，期望透過社區長者身心健康需求評估篩檢，包括心智健康篩檢、認知健康篩檢、情緒健康篩檢、長者體適能健康篩檢、腦年齡測試、營養評估及下肢肌力評估等，提早篩檢出失智症個案，並透過活動介入關懷，以減緩長者失能與失智，並提升其心情快樂指數。

【草屯療養院】

南投縣113年5月份統計資料65歲以上人口數共計100,844人，依採用衛生福利部失智友善臺灣（2018年版）建議之65歲以上老人失智症盛行率8%來計算，推估在南投縣失智人口有8,068人。草屯療養院鑑於南投縣人口老化嚴重，預見國人失智問題，深知臨床上約有大約60%的失智長者，會發生精神症狀或是行為問題（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia，BPSD），需要更積極提供精神醫學專業的協助，符合現今世界照顧失智者身心靈設計的全人理念。遂於民國88年成立老年精神醫學組，開辦老年特別門診及安養中心駐診服務，開啟失智症病人照護之濫觴，之後陸續89年提供老年居家治療；91年成立失智症老年日間病房；103年通過高齡友善醫院認證；105年通過老年精神專科醫師訓練醫院評鑑；106年失智症圓滿照護榮獲SNQ認證；107年承辦南投縣失智共同照護中心，為國內第一家以精神專科醫院承辦此業務，108年開設精神護理之家失智專區及南投縣內第一家公立社區長照機構日間照顧中心，111年承接失智友善社區計畫並設置銀髮俱樂部；113年起，與國家衛生研究院合作，結合創新科技，如睡眠，運動時數，自主神經健康，以及輕度認知障礙（Mild Cognitive Impairment，MCI）簡易量表等等工具，積極發展社區網絡連結，將身心健康篩檢推廣至社區長者，以期發現脆弱因子與指標，早日發現促成疾病的因素，以規劃調整健康生活形態、延緩老化，期待維持身體功能和獨立生活。除充分發揮公醫使命，照顧弱勢精神外，亦積極深入社



區，提供在地長者優質之精神醫療服務，該院深耕社區，與縣市衛生局（所）成立連絡群組，除提供心理衛生精神醫療衛教服務與心理健康宣導及社區老人心理健康關懷外，亦能更即時解決社區民眾與公共衛生護理師之醫療需求，促進社區民眾心身健康及提供預防保健服務。以下簡介衛生福利部草屯療養院精神醫療失智症結合長期照顧一條龍服務模式。

一. 老年暨失智症特別門診服務

1. 前言

因應國內老年人口占比越來越高，臺灣已經成為高齡化社會。為了服務更多老年病人，並提供更好的服務，草屯療養院於民國 88 年成立老年精神醫學組，開辦老年特別門診及安養中心駐診服務，對於老年精神疾病，特別是失智症，務求給予長者「全人」、「全家」、「全病程」與「全方位」的照顧，開啟失智症病人照護之濫觴。

2. 執行過程

草屯療養院針對精神科治療，依照精神科不同診斷及疾病別開設各類門診，並視需要設置特別門診，而老年失智特別門診服務對象，是以失智症病人及 65 歲以上老年精神病人為主；若有重大傷病卡則不須任何醫療費用，治療特色服務包含：臨牀上診療範圍涵蓋所有常見老年精神疾病，比如失智症、老年憂鬱症、老年焦慮症、老年失眠症、其他老年精神疾病等，但以失智症的診療與照顧為主要業務項目。跨專業整合團隊，由老年精神科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社工師、營養師與照顧服務員，共同提供特別門診治療服務。具有多樣豐富之評估工具及專業之醫療人員，透過客觀且標準化的評估過程，及早確立門診老年病人失智症的嚴重程度，以利後續治療計畫。每週一至週五開設老年特別門診、每週一於竹山鎮衛生所設立老人定點醫療門診，並與南投地區安養中心合作，由醫師定期前往駐診，減輕偏鄉地區老年失智病人長途就醫之苦，亦能提高於機構安養的民眾精神醫療就醫便利性。與鄰近衛生福利部南投醫院、埔里基督教醫院、惠和醫院、佑民醫院，建立醫療及雙向轉診服務。維護長者就診安

全與舒適、增進人際互動、活動便利性等考量，提供多元化的治療設備，設置像家庭的診療空間，增加親切及熟悉感。

本院老年暨失智特別門診服務，提供照護服務內容包括：

- (一) 醫療照護：醫護人員進行身體及精神狀態評估、疾病進展評估、失智症藥物治療、心理治療等。
- (二) 心理測驗評估：包括魏氏智力測驗（WAIS-IV）、臨床失智評量表（CDR）、知能篩檢測驗 CASI（臺灣版本）、簡短式智能評估（MMSE）、阿茲海默氏症評估量表（ADAS Cog）、老年憂鬱量表（GDS-15）、照顧者負荷量表（ZBI）、銀髮族體適能檢測老人認知評量（LOTCA）、巴氏量表（ADL）、工具性日常生活活動能力（IADL）等。
- (三) 協助申請取得社會福利及長照資源：聘僱外籍看護工、身心障礙手冊。
- (四) 定期辦理門診衛生教育講座及家屬衛教團體，對失智症家屬及照顧者提供心理支持、學習照護新知及技能。
- (五) 必要時提供轉介諮詢，如日間留院、社區訪視或社區復健等。

3. 執行成果

近五年門診服務共達 30,978 人次，108 年 5,725 人次，之後服務量逐年上升，至 111 年新冠疫情緩解後更上升至 6,631 人次，112 年總服務人次維持在 6,114 人次，108 年至 112 年總服務人次比較，如圖 6-1-3。

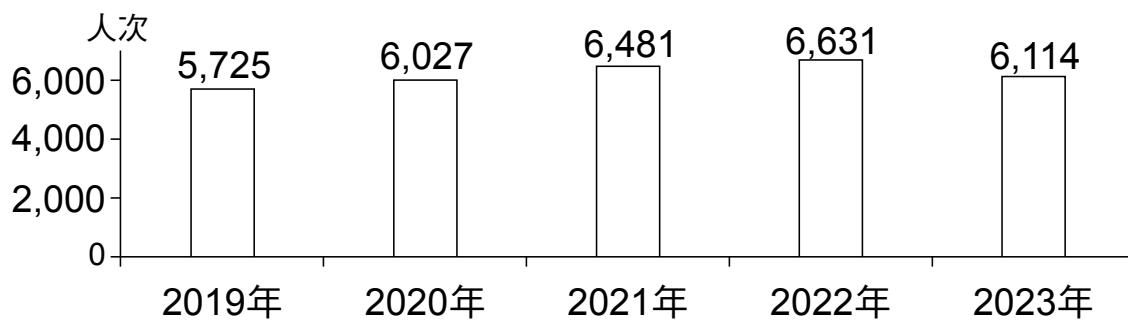


圖 6-1-3 108 年至 112 年總服務人次比較圖



4. 結論與建議

失智症長者從失智症的初期、中期，一直到晚期，有長達約八到十二年的病程需要仰賴醫療照顧，而早年社會對於失智症的關注不多，投入失智症診療的醫療院所很少，病人與家屬對於失智症的診療與照顧十分陌生，甚至失智症還被稱為「癡呆症」。雖然近年來失智症已成為政府、民眾、媒體、醫界與社福事業的關注焦點，但在罹病率如此高的年代，病人及家屬真正需要的是完整與周延的照顧模式，例如：每一位於社區生活的老人，都有接受衛教與篩檢的機會，協助長者預防失智症，並讓家屬及早發現失智症跡象，趕緊接受診療。對於已經罹患失智症的長者，不論居住何地皆能接受最新的診斷與治療技術，獲得正確診斷與完整治療。而那些診療後仍有認知與情緒行為障礙的失智症病人家庭，家屬能改善照顧技巧，並獲得合法的照顧資源，得以喘息及支持。讓長者的生理、心理與社會需求都提供相對應的照護，竭盡所能協助失智症病人找到健康、快樂與尊嚴。

二、失智共照中心

1. 前言

107 年設立「衛生福利部草屯療養院失智共照中心」，提供個案管理及共照平臺服務，為經長期照顧管理中心、醫療院所或其他單位轉介疑似失智個案、初確診失智症第 1 年個案、確診失智症個案並有複雜情緒行為或照顧者的需求，108 年延續提供失智照護服務計畫，並開設精神護理之家失智症專區及日間照顧中心，建置失智症照護網頁，草屯療養院在失智症治療扮演多元又豐富角色，對於強化社區中失智症個案管理及建構長期照護體系，提升失智長照服務能量，從門診到住院到在宅服務，有一系列完整的服務以及跨專業全方位團隊，服務老年長者自然責無旁貸。

失智共照服務項目包括：個案服務、共同照護平臺、服務，包含：1. 協調個案及照顧者需要之照顧服務使用、轉介及追蹤服務情形。2. 對未確立診斷之疑似個案，協助完成就醫診斷與醫療照護。3. 陪伴照顧者於失智不同階段所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、

轉介與追蹤。4. 協助照顧者對於失智個案急性症狀之諮詢與安排轉介照顧服務，以減輕照顧負荷。5. 協助登錄與更新服務進度輔導失智社區服務據點，召開社區失智共同照護網絡聯繫會議。6. 辦理失智照護人才培訓。

2. 執行過程

個案管理：訂有院內外轉介方式，接獲轉介，進行資料登錄、三天內電話初訪、個案管理師社區初次訪視、執行前測測量、未確診者輔導就醫及確診（另訂有確診流程規劃綠色快速通道）、執行或覆評長照需求及執行個案管理服務、提供健康管理需求等。

開發案源：聯盟轄區醫療機構，提供專責聯繫窗口、轉介個案診療與確診，以及維持原有醫院治療為原則下，由失智共同照護中心，輔導使用長照資源。利用「輔導育成失智社區服務據點」及「辦理社區失智識能之公共教育」的措施，促進發現社區疑似失智症個案。

資源連結：協調個案及照顧者需要之照顧服務使用、轉介長照資源及追蹤服務情形。對未確立診斷之疑似個案，協助於半年內完成就醫診斷（含系統登錄）與醫療照護。

協助登錄與更新服務進度：配合衛生福利部規定定期登錄所有服務個案接受長照服務之情形與更新接受服務之進度。

訂定輔導失智社區服務據點計畫：協助據點開拓案源、安排課程、安排評估確診方式、據點內服務人員教育訓練……等。

辦理失智照護人才培訓：為提供失智症者及其照顧者，失智專業照護不中斷，並於社區銜接長照 2.0 服務階段，以強化轄內各類失智照護人員之知能提升，嘉惠更多失智症家庭。

3. 執行成果

服務人次：107 年成立「衛生福利部草屯療養院失智共照中心」後，當年收案 413 人，108 年收案 712 人、109 年收案 686 人、110 年收案 684 人、111 年收案 711 人、112 年收案 516 人，如表 6-1。



表 6-1 本失智共同照護中心 107-112 年個案服務人數

年度	服務項目一個案服務（人數）				
	疑似或極輕度	輕度	中度	重度	總計
107	60	157	151	45	413
108	90	288	263	71	712
109	91	287	251	57	686
110	78	314	247	45	684
111	78	336	261	36	711
112	76	276	153	11	516

服務項目：107 年失智共照中心成立，提供服務項目與場次，如表 6-2。

表 6-2 本失智共同照護中心 107-112 年服務項目概況

年度	服務項目—共同照護平臺			
	聯繫會議（場次）	輔導失智據點	中度	重度
107	4	8	4	20
108	4	9	4	34
109	4	10	2	18
110	4	11	2	17
111	4	13	4	11
112		13	2	

4. 結論

「衛生福利部草屯療養院失智共照中心」成立至今，計畫預期達到下列效益：1. 建置完成草屯地區失智共同照護中心。2. 發展可近、普及的社區失智個案服務。3. 整合轄區失智長照資源，共同照護失智病人及家屬。4. 緩和失智症老人退化，減少家庭與社會的負擔。5. 緩和失智症老人認知、生活功能退化，達到維持生活功能的目的。6. 增進失智症老人的活動量及社會活動的參與，促進人際關係健康。

5. 未來展望

失智症的長期照顧就如同是一場與時間的拉力拔河比賽，並且需要各類照顧模式與專業人員介入，才能滿足病人與家屬的需求。但失智人口快速增加、多由家人照顧外，照顧人力也因少子化的影響更加缺乏，在此情勢下，為使失智症個案盡可能留在家裡或社區中生活，提供早期介入服務，可有效延緩失智病程的進展，減少照顧負荷，提升生活品質及降低照顧成本，完成失智症病人在地老化及大同世界老有所終的心願境界。

三、老年日間病房

1. 前言

我國正面臨人口老化、少子化、疾病型態改變及照護需求增加等問題，迅速增長的老年人口造成相關的高齡醫療照護服務的成本提高，提供高齡者完整性優質醫療照護服務更顯重要。老年精神醫學組於 89 年成立，小組成員由各專業人員組成，起初只提供老年門診服務，直到 91 年 3 月正式成立失智症老年日間病房及居家治療服務，並持續推動失智症相關的行動方案，使得失智症照護服務更趨向多元化及完整性，提供「全人」、「全家」、「全病程」與「全方位」的照顧。



老年日間病房收治診斷為初、中期失智症，總床位 45 床，提供各項非藥物治療活動，減緩功能退化程度，增加病人及家屬的生活品質、減輕家屬照顧負荷，延緩病人入住機構的時間，落實在地老化。

2. 執行過程

跨團隊照護模式：包含醫師、護理師、職能治療師、社工師、心理師、照服員，提供一連貫的跨團隊照護。

提供安全舒適之照護環境：提供失智長者在安全、寬敞、友善的環境中接受治療，運用懷舊布置呈現溫馨的硬體環境，營造安定長者的心境，如開心菜園、開放性友善的護理站。為長者生活便利，放大各項指示標誌，增加沿路紅腳丫的標示，廁所、餐廳、盥洗室等均有明顯燈光標示，為顧及長者步態安全性，特別考量各種扶手、復健式樓梯，出入病房上鎖管制，提供安全、溫馨、友善的環境。

治療模式：提供藥物治療、非藥物性治療（包含：訂立規律的作息表、懷舊治療、認知治療、音樂治療、芳香療法、藝術治療……）、生理健康、營養評估衛教指導，盡可能維持目前最佳功能狀態，減緩認知功能退化並提升生活品質。

家屬照顧：於 95 年開始舉辦失智症家屬支持團體，固定每月一次，團體的主題也隨著家屬的需求做調整，連結了各領域之專家，提供教育、支持、紓壓、衛教、人際互動等類型的活動或講座，讓家屬多元學習、多元成長，讓他們感受到在照顧的這條路上並不孤單。

3. 執行成果

服務人次：綜觀近五年服務人次結果，108 年佔床率 92.87%、出席率 93.79%；109 年佔床率 89.28%、出席率 92.56%；110 年佔床率 84.34%、出席率 61.94%；111 年佔床率 74.94%、出席率 55.71%；112 年佔床率 74.09%、出席率 72.14%，如圖 6-1-4 及圖 6-1-5。

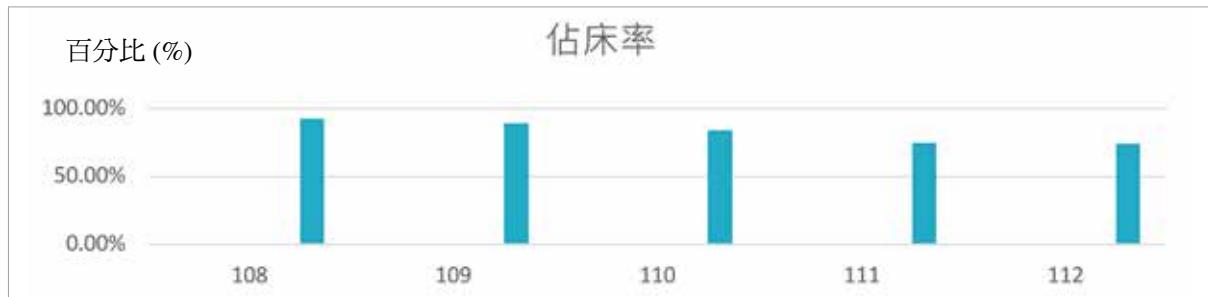


圖 6-1-4 108 至 112 年老年日間病房佔床率

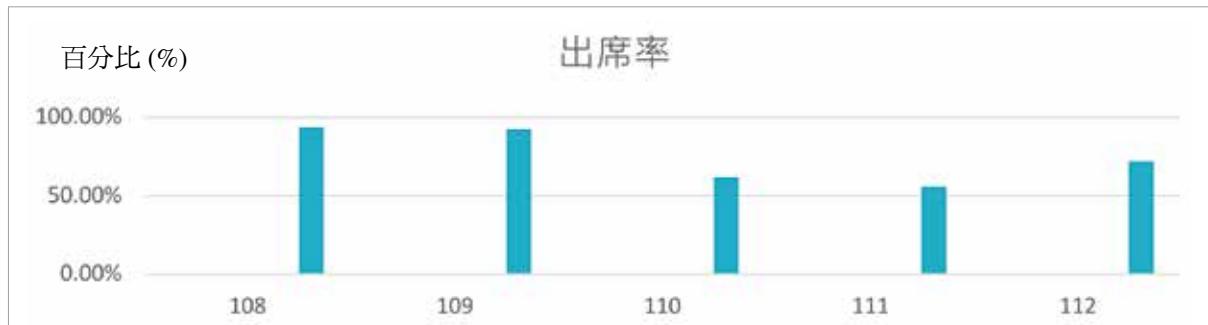


圖 6-1-5 108 至 112 年老年日間病房出席率

4. 結論

在輕、中度失智症照護上，因個案仍保有部分記憶與行動能力，故照護上需要花費許多心思與人力，110 年起因新冠肺炎（COVID-19）疫情影響及相關防疫措施等等因素影響，進而影響老年日間的佔床率，隨著疫情趨緩，生活逐漸踏入軌道，失智症照護需翻轉現有困境，為失智照護領域開創創新時代。

5. 未來展望

失智症的長期照顧就如同是一場與時間的拉力拔河比賽，並且需要各類照顧模式與專業人員介入，才能滿足病人與家屬的需求，在長照政策下，目前在各鄉鎮成立許多日間照顧中心、關懷據點、失智據點……等相關長照服務資源，失智長者可供選擇，而老年日間病房特色，是



具有獨特性，擁有老年醫學跨團隊照護，對於有複雜性功能障礙的個案、干擾行為的失智個案處理、照護能力上優於其他照護機構，再多強化活動的多元性，可維持失智長者延緩退化，並且降低家屬相處上的負擔和壓力，提升老年日間病房佔床率，可幫助更多失智長者獲得全方位的照護。

四. 失智症居家治療

1. 前言

失智症居家治療為精神科社區治療的一部分，也是特色之一，考量失智老人合併身體疾病，有很大比例的行動不便，造成定期門診就醫的困難，影響持續治療的效果，所以由老年社區精神醫療專業團隊（包含醫師、護理師、社工師等）到案家提供持續性醫療照護及居家照護技巧指導，解決失智症病人就醫困擾，使其能在地老化，維持原有的功能並提升病人、家屬的生活品質。

2. 執行過程

老年居家治療服務對象，以失智症病人及 65 歲以上老年精神病人為主；經醫師評估開立轉介單，居家治療團隊評估後，申請書送健保署審查，審查通過後開始安排居家治療訪視。若有重大傷病卡則不須任何醫療費用，治療特色服務包含：提供人性化、有尊嚴的照顧及連續性醫療服務，增進失智症病人在社區的適應能力及教導、協助家屬提升居家照顧的能力。以老年醫學專科醫師為主，加上一般精神科醫師共 30 名醫師、10 名護理師，提供居家治療。治療範圍囊括中彰投三縣市，包含南投縣全縣、臺中市大里區、霧峰區、烏日區、彰化縣芬園鄉。每一週一至週五於南投市、埔里鎮、水里鄉、竹山鎮等衛生所設立定點醫療門診，提高偏鄉地區民眾精神醫療就醫便利性。協助服務範圍內衛生所緊急送醫作業，及提供中高危精神病人就醫綠色通道，提升警察、消防及衛生單位執行精神病人緊急護送就醫成效。受聘中區各鄉鎮精神醫療機構擔任社區心理健康講座講師及中區精神醫療網社區精神醫療照護技巧講員，以提高社區

民眾及專業照護人員精神疾病知能。

提供照護服務內容包括：醫療照護：醫護人員進行身體及精神狀態評估、疾病進展評估、藥物治療、心理治療等。評估居家安全：包括居住環境、用藥安全等。評估家屬照顧老人生理、心理需求及失智症精神行為問題之因應技巧。提供家屬認識失智症病情進展，並協助面對問題的處置。對家屬及照顧者提供心理支持及衛教。協助取得社會福利及長照資源。必要時提供轉介諮詢，如日間留院、社區訪視或社區復健等。

3. 執行成果

積極主動提供社區醫療服務，提高失智症居家治療服務量。近五年共服務 13,528 人次，除 109 年至 110 年間受新冠疫情影響，人數微幅下降，疫情緩解後於 111 年服務人次上升至 2,817 人次，112 年失智症社區治療總服務人次為 3,115 人次，108 年至 112 年總服務人次比較，如圖 6-1-6。

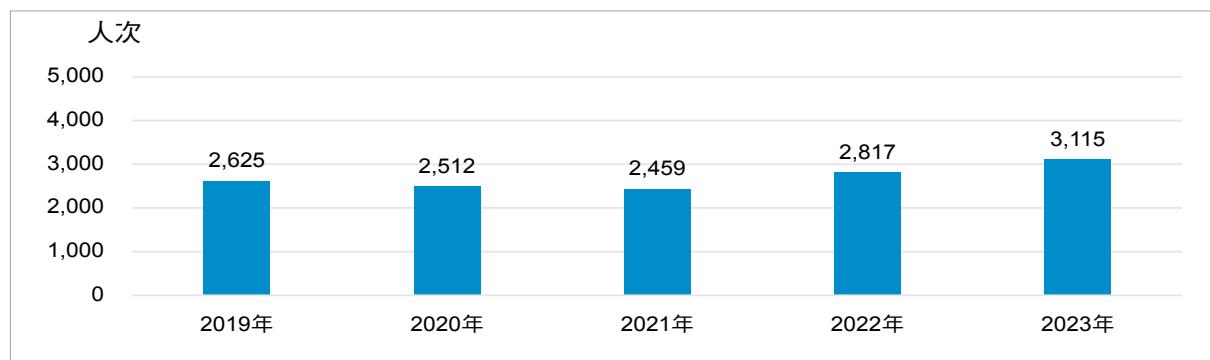


圖 6-1-6 108 年至 112 年總服務人次比較圖

近五年失智症健保居家治療平均每月收案人數 82 人，疫情緩解後 112 年比 111 年收案人數增加 18 人。108 年至 112 年平均每月服務人數比較，如圖 6-1-7。

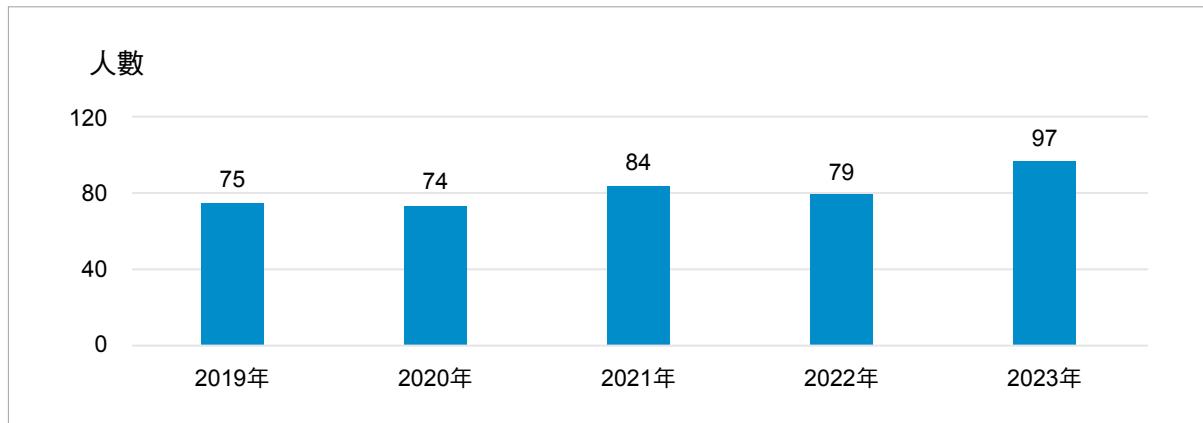


圖 6-1-7 108 年至 112 年平均每月服務人數比較圖

強化社區失智症個案和照顧者對服用藥物的認知與行為，提升居家治療照護品質。監測失智症健保居家治療轉介成功率，由 109 年 40.9% 逐年上升，至 112 年高達 90.3%，共提升 49.4%。109 年至 112 年失智症健保居家轉介成功率比較，如圖 6-1-8。

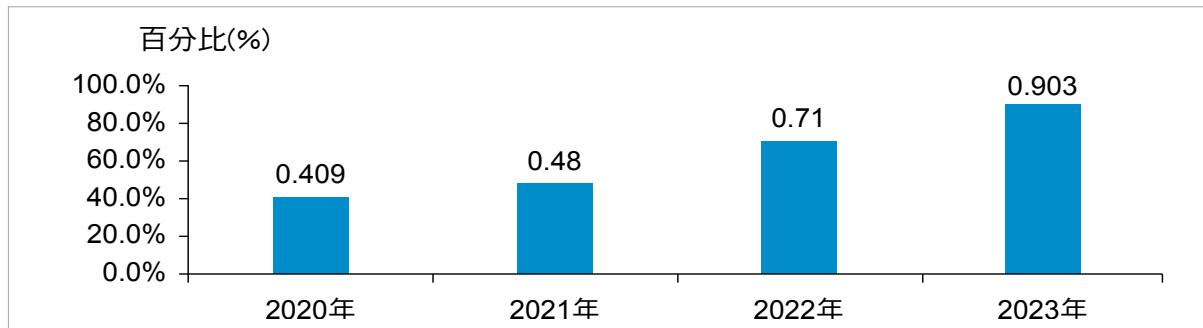


圖 6-1-8 109 年至 112 年居家轉介成功率比較圖

監測失智症接受居家治療服務病人返診率，五年來返診率皆達 90% 以上，其中 110 年 99.9% 為最高，111 年下降 5.2%、112 年再度回升達 96.7%。108 年至 112 年門診月平均返診率比較，如圖 6-1-9。

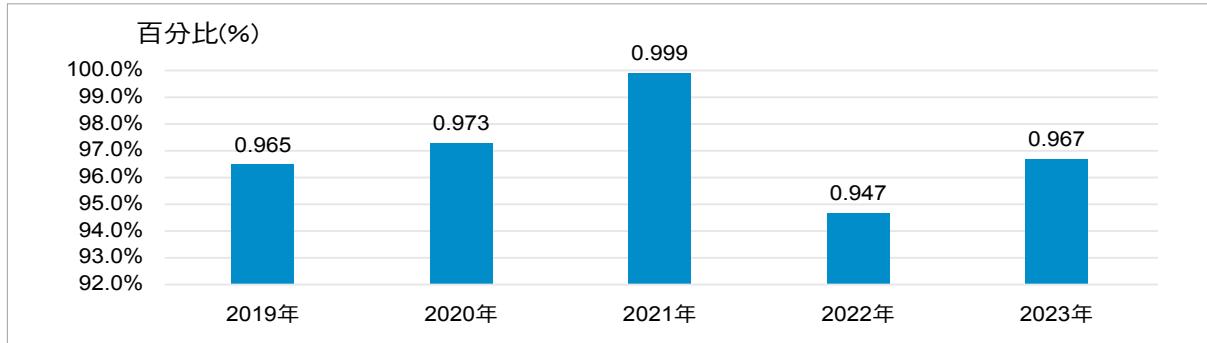


圖 6-1-9 108 年至 112 年門診月平均返診率比較圖

4. 結論與建議

失智症是一種進行性退化疾病，因退化的時間不一定，或許很短或許很漫長，以至於讓家屬需面對各種不同疾病帶來的生活變化。照顧者或照顧家庭不僅要做很多功課來了解疾病，還要耗費精力學習與失智症長者相處，並隨時觀察失智者的狀況，適時地給予協助。面對漫長的病程，「照顧」是一件非常辛苦的事。由專業精神醫療人員提供的居家治療，可有效的減輕失智症長者就醫上的困擾，也讓醫療團隊從單一位病人到整個家庭結構去評估了解家屬照顧上的問題及負荷，除醫療協助外亦能適時轉介社區資源給予協助，提供家屬心理支持，避免意外發生，讓失智長者能在地老化、讓家屬陪伴長者患病歷程無所遺憾。依衛生福利部失智症流行病學調查結果顯示，65 歲以上的老人約每 13 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則約每 5 人即有 1 位失智者，可以預估未來這方面需求的迫切與量能會不斷提高，建議能提高失智症健保給付居家治療通過率，讓在家庭的失智症長者皆能獲得醫療照顧。

五. 公立日間照顧中心

1. 前言

長照業務為草屯療養院附設南投縣公立社區長照機構（日間照顧中心）成立於 108 年 11 月 22 日，主要服務對象為長照 2.0 評估為 2 至 8 級之失智、失能且日常生活需協助的社區長者，



提供日間照顧服務；服務宗旨為維持與提升自我照顧能力及延緩老化及失智，保障個案權益，減輕家屬照顧負荷。期以實踐長者優先、團隊服務、優質長照、照顧失能之服務理念，積極配合推動長照政策，提升社區長期照顧服務品質及服務效能，讓優質的「日間照顧服務」制度，傳承創新、永續發展。而本院的日間照顧中心最大的特色在於，設立在鄉間老人的活動與信仰中心的宮廟旁邊，與老一輩民眾的生活經驗和親和程度緊密融合，也契合文化性的懷舊治療的理念與在地實踐。

日間照顧中心提供失能或失智的長者社區照顧服務，是長照 2.0 於社區照顧的重要環節，其設立的目的：發展多樣化的生活照護服務，讓長者取得個別化的照顧，同時也尊重長者們的自主性，促進長者們的生活自立能力，預防及延緩失能、失智退化。人力組成包含：照顧服務員及護理師。需要專業的照顧訓練，擁有證照，才能提供照護服務，還有醫事人員，提供預防引發其他失能或加重失能的醫事照護服務，行政人員負責處理日間照顧中心大小事，讓機構的工作有效率的運作。

2. 執行過程

計畫目標：提升日間照顧中心收托人數，佔床率達九成。提供健康促進及文康休閒活動。辦理節慶或社區活動規劃，每月 1 場，每年 12 場。

活動對象：日間照顧中心個案與家屬。個案及家屬對日間照顧中心整體滿意度為 90% 以上。

3. 執行成果

服務人次：112 年日間照顧中心累積服務人次為 5,414，111 年日間照顧中心服務人次 4,837 及 110 年服務人次 3,484，呈現逐年上升；綜觀近四年服務人次結果，除了 110 年因受 Covid-19 疫情的影響，暫停服務 2 個月，服務人次略有下降，對於已入住之個案而言，除因疫情限制須長期戴口罩，可穩定規則出席接受日間照顧服務，顯示對於日間照顧中心所提供之健康促進及文康休閒活動仍是受到個案的肯定。配合中央針對衛生福利機構（社區型）防疫管理指引，執行感染管控，亦在可行的情況下，持續提升個案參與日間照顧中心活動，以利預防及延緩功能退化。109 年至 112 年日間照顧中心總服務人次比較，如圖 6-1-10。

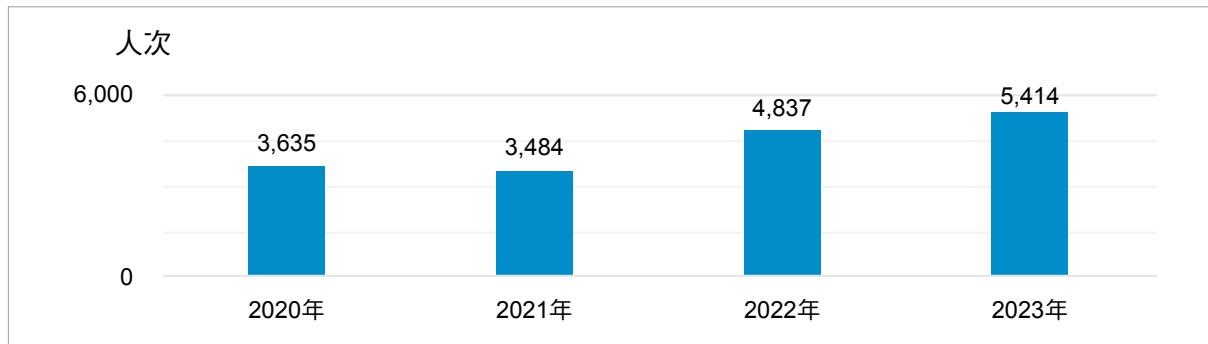


圖 6-1-10 109 年至 112 年日間照顧中心總服務人次比較圖

日間照顧中心總床數為 30 床，112 年平均佔床率 93.05%，109 年至 112 年平均佔床率，如圖 6-1-11。

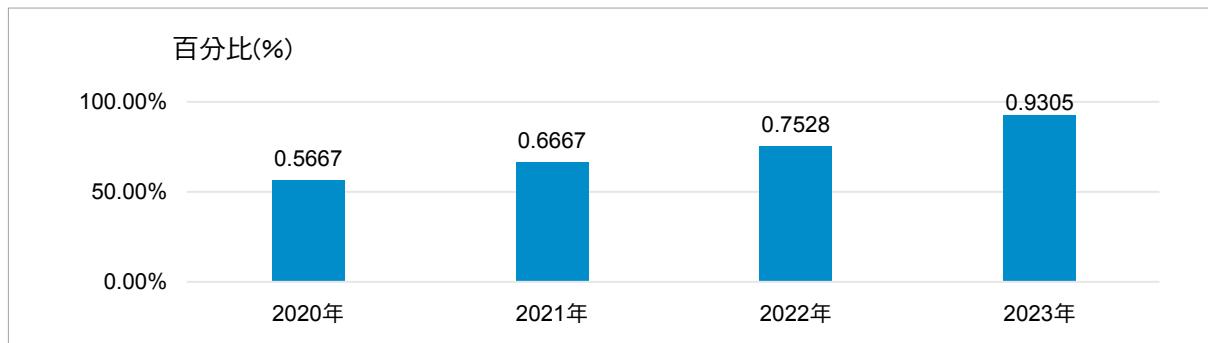


圖 6-1-11 109 年至 112 年日間照顧中心平均佔床率比較圖

每年度都會定期舉行節慶活動及於報章雜誌發表文章，向家屬及社會大眾宣導日間照顧中心照護活動。媒體刊登內容均以正面的評價報導日照團隊，正向媒體曝光 109 年至 112 年共計 14 篇平面報、64 篇電子報、11 篇電子媒體，總計 89 次。

品質指標：112 年個案及家屬對日間照顧中心整體滿意度為 96.58%，與 111 年滿意度 98.1% 相比，略為下降 1.5%，但整體評估，其滿意度皆達 95% 以上，顯示多數個案及家屬對日間照顧中心所提供的服務感到滿意。109 年至 112 年個案及家屬對日間照顧中心整體滿意度比較，如圖 6-1-12。

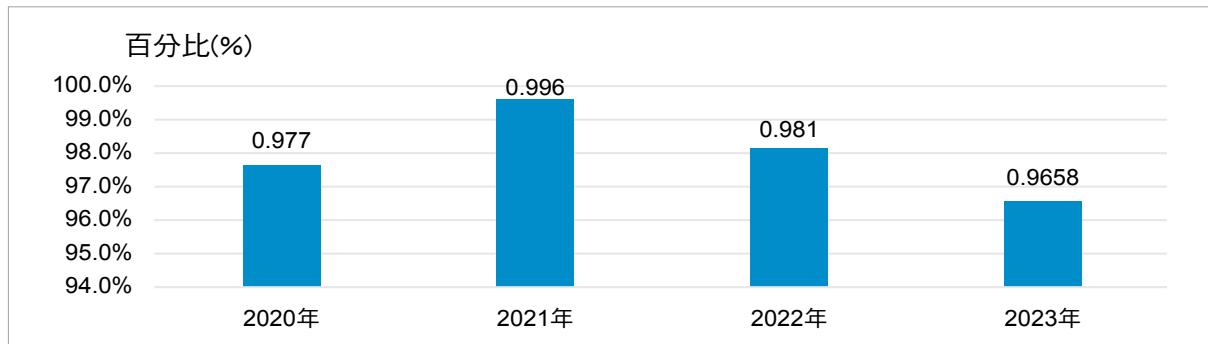


圖 6-1-12 109 年至 112 年個案及家屬對日間照顧中心整體滿意度比較圖

4. 結論與建議

服務指標：112 年平均佔床率 93.05%，總服務人次數達 5,414 人次數。112 年日間照顧中心總服務人次為 5,414 人次數，較 111 年總服務人次 4,837 人次數高。將因應長期照顧 2.0 之機制，持續年度策略的執行，透過社區行銷宣傳，加強轉介個案來源及轉介成功率，造福更多需要的社區長者。

品質指標：112 年個案及家屬滿意度調查整體滿意度比 111 年略為下降，評估與 Covid-19 疫情達三級警戒之限制有關，影響個案生活習慣，但整體而言皆達 95% 以上，顯示多數個案對日間照顧中心受疫情影響需要每週快篩及長期戴口罩之政策感到限制，但亦可理解工作人員之用心，故對日間照顧中心所提供的服務仍感到滿意。

綜觀個案及家屬的滿意狀況，分析、討論如下：個案及家屬對於日間照顧中心參與健康促進及文康休閒活動中，對於各種活動事宜皆能即時提出討論及彈性調整之機會，除可增加個案在日間照顧中心之生活適應、預防及延緩失能、學習團體生活及人際互動，亦可讓家屬有得到喘息的機會，增加個案在地老化之適應力，整體而言滿意度是正成長，顯示日間照顧中心所提供的服務，可讓個案及家屬能夠感受到成長。

針對設施設備部份，持續依個案所需新增設備，讓個案在日間照顧中心參與認知活動、音樂輔療、懷舊輔療、園藝輔療、美食天地等，健康促進及文康休閒活動中，感到更舒適及方便，增進個案及家屬正向的感受。

六. 銀髮俱樂部

1. 前言

因應人口結構快速高齡化，衛生福利部於 109 年起推行銀髮健身俱樂部計畫，衛生福利部草屯療養院於 111 年申請及承接此計畫，開辦「草療好站—健康愛上您」銀髮健身俱樂部，提供該院主要服務對象（精神病人、及失智長者）及其照顧者，多元運動健康促進課程或活動，促進其自我健康、減少衰弱；並融入健康生活型態概念，促進身心健康及社會參與。

2. 執行過程

為確實達成延緩及改善衰弱之目標，負重肌力訓練及確實監測運動強度為本計畫主要規劃方向，因此設置團體運動心率監測組、負重訓練器材及風阻腳踏車等心肺耐力訓練設備；主要服務對象以精神病人、日間照顧中心長者及社區長者為主，除使用計畫場地外，講師也攜帶運動器材及設備至各單位帶領團體體能訓練；提供體適能服務以改善肌力及肌耐力訓練為優先目標，且連結於團體體能訓練及動機促進成果之 CrossFit UltiLife 健身房，及於特殊族群重量訓練具豐富成果之練健康健身房（LKK Wellnese）之專業教練，規劃及舉辦一系列工作人員對於特殊族群帶領訓練之培訓課程。

3. 執行成果

於 111 年，使用長者（65 歲以上）人數已達 191 人，至今累計長者使用人次已達 1,877 人次，滿意度平均為 94.86%，且有 71.7% 長者於體適能後測結果有 2 項以上維持或進步；於 112 年度總使用長者（65 歲以上）人數已達 105 人，至今累計長者使用人次已達 1,440 人次；分析比較 111 年 8 月至 112 年 9 月參與者（不限於 65 歲以上）功能性體適能表現除靜態平衡外，其他維持及改善者皆大於 50%，而肌肉質量指數可見改善及維持達到 57%，其中更有 6 位成員肌肉質量指數有達到逆轉肌少症指標（男性 $<7.0 \text{ kg} / \text{m}^2$ 、女性 $<5.7 \text{ kg} / \text{m}^2$ ）之標準，長者活動情形如圖 6-1-13。



圖 6-1-13 社區長者於銀髮健身俱樂部活動

4. 結論與建議

運動或體能活動可延緩老化造成的衰弱，負重肌力訓練及達到目標運動強度，更可進一步達到改善效果，長者及衰弱族群體適能訓練，於此情況更需有專業人員及設備介入，期待本計畫可藉由精神專科醫院的特殊性，給予精神病人及衰弱族群照顧者，更精準之體適能健康促進服務。

七、精神護理之家

1. 前言

根據內政部資料，至 111 年底止，我國 65 歲以上老人計有 408 萬 5,793 人，占總人口的 17.56%。臺灣已於 107 年進入高齡社會，依行政院國家發展委員會推估，115 年將邁入超高齡社會，老年人口比率達 20.6%（488.1 萬人）。隨著老年人口快速成長，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求與負擔也隨之驟增。

精神疾病個案在接受急性醫療出院後，仍有精神症狀或奇異行為需要繼續接受不同程度的長期治療、社區復健或長期照顧，而精神護理之家的設置，可讓部分病人得以安置、受到妥善照護、減輕家屬負擔及減少社會問題發生。

2. 執行過程

草屯療養院為提供精神病人服務四十餘年，為配合政府政策，長期以來，均以病人優先、照顧弱勢為醫院核心價值，近年來更致力發展精神病人社區治療。護理之家成立於 93 年 5 月 7 日，108 年擴增床位，從原本的 92 床，再增加 95 床，總床數達 187 床。服務宗旨為維持與提升慢性精神病人自我照顧能力及復健功能，以促進參與社區生活、協助生活適應，保障住民權益。



團隊照護模式：醫師提供醫療保健及急重症轉診服務。護理師評估並監測住民五大層面（生理、情緒、智能、社會、靈性）狀態、提供各項護理專業照護，並提供個別性生活照顧訓練。照顧服務員經相關訓練，督促或協助住民日常生活照顧，如進餐、盥洗、沐浴、排泄等，並協助護理師執行個別性生活照顧訓練。職能治療師安排適當之職能治療或復健活動，以增進或維持病人之功能。心理師評估住民各方面心理特質及狀態，提供心理諮商、認知功能訓練及危機個案處理。社工師評估住民及家庭與社會支持系統之需求、擬定處遇計畫及連結資源。營養師執行住民營養評估、監測體重、定期評值追蹤及修正飲食照護計畫並協助監督供膳情形。藥師協助確認交互作用及重複用藥情形、提供住民藥物諮詢。

提供安全舒適之照護環境：符合精神護理之家設置標準。落實每年緊急災害應變演練2次，包括複合型緊急災害應變演練及夜間演練各一次。定期委外執行環境消毒、病媒蚊防治、水質檢測及空氣品質檢測。設有品質照護指標，遇有異常事件即時檢討改善。營造家庭化氣氛，允許住民布置個人居室環境。急、重病時依照家屬意願送本機構合約醫療院所緊急治療。

3. 執行結果

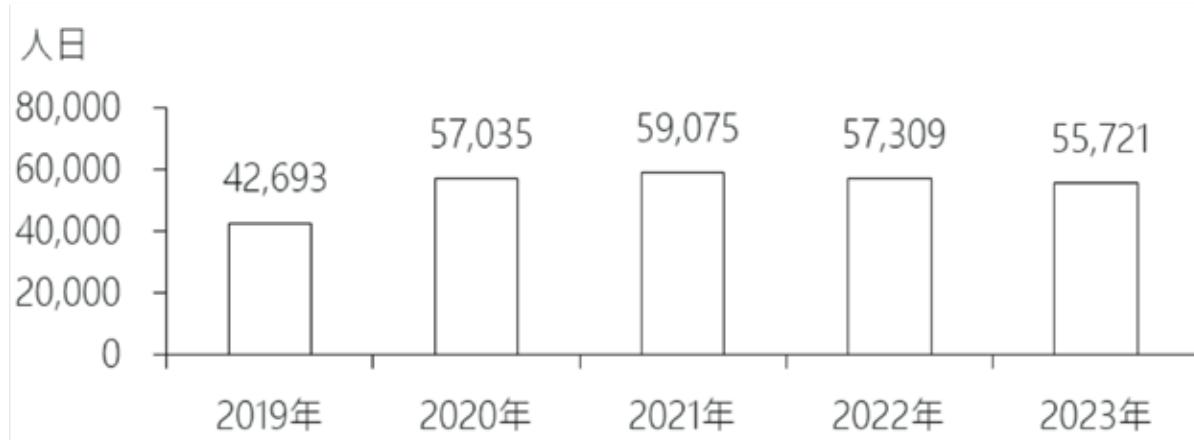


圖 6-1-14 108 年至 112 年護理之家服務人日數比較圖



圖 6-1-15 108 年至 112 年護理之家住民品質指標比較圖

4. 結論與建議

行政院於 105 年 12 月核定長照計畫，並自 106 年 1 月起實施長照 2.0 且鼓勵增設長照服務，包括居家式、社區式、機構住宿式及綜合式服務等，以回應高齡化社會的長照問題，但其中適用精神病人的相關服務甚少。本著對慢性精神病人全人照護之理念，輔以精神醫療之照護團隊，提供精神病人有個生活家庭化、活動多元化、照護個別化及關懷人性化的照護環境，減輕家屬生活與經濟負荷，是精神護理之家存在的意義。

八、社區高齡長者及亞健康民眾身心健康促進

公共衛生水準的提升和醫療科技進步，使國人平均壽命延長，加上出生率下降，更加速高齡化社會的來臨，臺灣預估於 119 年人口老化對健康及醫療照護、經濟、教育、社會發展等，將產生全面性的衝擊與影響，而老年階段的身心健康更直接影響個人的生活品質，因此老年人之疾病預防與健康促進愈顯重要。

根據行政院衛生署統計，112 年臺灣老人十大死因依序為：惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病等，慢性疾病已成為老年人主要的健康問題。而老年人因久病，衰弱及失能等、影響其社



會人際及支持系統，老人憂鬱症及自殺風險增加。因此老年人之疾病預防與健康促進期能將傷害減到最低，並維持身體功能和獨立生活，且建立正確的生活型態，「積極老化、預防失能」。

草屯療養院與國家衛生研究院群體健康研究所合作，期望在未來的兩年間，結合創新科技，如睡眠，運動時數，自主神經健康，以及輕度認知障礙（MCI）簡易量表等工具，積極發展社區網絡連結，將身心健康篩檢推廣至社區，以期發現脆弱因子與指標，早日發現促成疾病的因子，以規劃調整健康生活形態、延緩老化，並強化生活品質。如改善健康飲食及運動習慣，避免不良嗜好，壓力調適、自我實現和社會參與。

同時建置行動咖啡屋，提供社區高齡長者及一般民眾分享生活經驗與交換解決問題的妙方，並且互相支持，突破困境。而當已處高危險狀態，或是已達異常，則積極轉介預防惡化。目前已篩檢 60 名，發現衰弱、肌少症、心臟功能不佳、認知功能退化、憂鬱情緒等，占相當的比例。目前已積極推展預防與治療措施。



第二節

科技導入失智照護前瞻規劃

一. 前言

草屯療養院於 111 年成立心腦醫學中心，本中心宗旨為「將新興科技導入精神專科醫院」。在現代社會中，失智症已成為一個日益嚴峻的問題，影響著越來越多的家庭和社區。在這個迅速發展的科技時代，智慧醫療不僅是一種趨勢，更是我們致力於提高生活品質和醫療服務效率的重要一環。在面對這個挑戰的同時，我們也在積極尋找各種創新的方法來提升失智症病人的照護品質。

開發輕量化精神醫學檢測設備與疾病預判演算法，利用穿戴式裝置，觀察追蹤相關行為及生物標的，導入精神專科醫院，並建立標準服務程序，作為預防、治療、追蹤的量化指標。其中，近紅外光譜儀（NIRS）、心率變異分析儀（HRV）、智慧腕動計技術正是我們服務失智病人的新科技。

二. 原理與執行過程

於日間照顧中心之失智個案使用智慧腕動計、近紅外光譜儀（NIRS）、心率變異分析儀（HRV）三者以測量個案的狀況。

物聯網在醫學上應用的技術，已發展出許多穿戴式之生理量測產品，透過無線傳輸把資料傳遞到遠端系統，此系統能夠快速且有效率將自己狀況做更完整解讀。如，以智慧腕動計測量個案，搜集連續一週之身體活動量、步數及睡眠情形，後續再由機器學習模型判讀病情。



在近紅外光譜儀（NIRS）的部分，受試者配戴 NIRS 在相關人員指示下進行靜息態（resting-state）腦部活動、語音詞彙流利度測試（letter verbal fluency test；用以評估額葉功能）以及類別詞彙流利度測試（category verbal fluency test；用以評估顳葉功能）等等。其原理為透過近紅外光穿過顱骨達到大腦皮質區域，利用氧化血紅素與去氧血紅素對近紅外光不同之吸收峰值以偵測腦部血管中氧化血紅素與去氧血紅素的濃度變化，進而量化不同腦部區域的神經活化程度，並試圖將於日間照顧中心之失智個案搜集到的腦功能性活化訊號與一般成年人受試者進行比較。以此進一步探索不同病症間腦部功能性活化訊號的異同。

心率變異分析儀（HRV）透過 ECG 訊號進行心率變異性分析，而心率變異頻譜分析的程式，會使用電腦自動化判讀。如過去人及大鼠辨認程序首先以 QRS 尖峰檢測程序將心電圖訊號中的最高點（peaks）找出，暫時視為每次心跳之 QRS 複合體（QRS complex）。自每個 QRS 中，利用電腦程式測量其振幅（amplitude）和持續時間（duration）等參數，並將各參數之平均值和標準差算出作為標準模版。接續之每個 QRS 都以此模版進行比對，如果其中 QRS 之比對結果落在標準模版三個標準差之外，將被認為是雜訊或異位心跳（ectopic beat）而刪除。接下來將合格 QRS 複合體之 R 點作為該心跳之時間點，而心跳與心跳間的時間差作為一次之心跳間距（R-R interval，RR）。取 64 秒到 300 秒之資料進行 FFT 估算功率密度頻譜（power spectral density），並對取樣與 hamming window 運算造成之影響進行補償。藉由積分的方式定量功率密度頻譜中各頻帶之功率，包含心率變異性總功率（total power，TP）、低頻功率（LF，0.06-0.6 Hz）、高頻功率（HF，0.6-2.4 Hz）。

三、成果

腕動計的結果如下，可透過腕動計監測長者行走步數，將長者每日行走步數與一般成年人相比，發現一般成年人步數明顯高於長者，兩者間存在顯著差異，如圖 6-2-1。

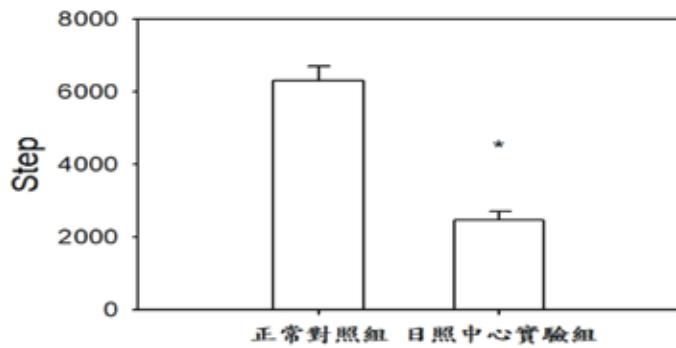


圖 6-2-1 腕動計監測長者與一般人行走步數差異比較圖

在近紅外光譜儀（NIRS）的部分，進行語音詞彙流利度測試時，一般成年人對照組和患有失智症者在測試的表現中，失智症者的積分值相當集中於零水平附近，而前額區域或雙側顳葉區域對照組的積分值從 0 單位到超過 400 單位之間變化。另外我們比較患有失智症和一般成年人對照組之間的腦部活化情況並側重於前額區域和部分雙側顳葉區域。我們發現，在一般成年人對照組中，從基線到 15 秒再到 30 秒，活化水平明顯顯著，而在患有失智症的人中，活化程度則不明顯。我們也區分一般成年人對照組和患有失智症的人的大腦活動模式，在對照組中，雙側顳葉區域的積分值為 215.19，而在失智症病人中為 18.89，這可以清楚地區分出兩者的差異，如圖 6-2-2

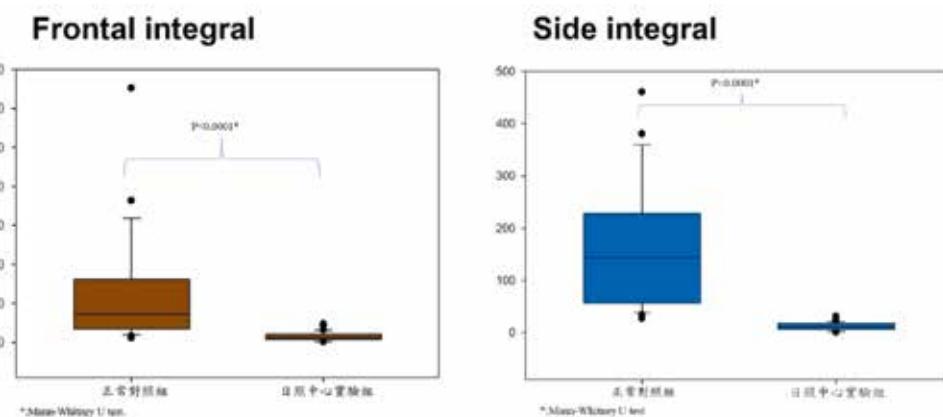


圖 6-2-2 一般成年人與失智症者前額葉及雙側顳葉區域之血氧比較圖



在 HRV 的部分，可藉由初步判讀 RRIV 等相關數值，以此做為長者健康狀況的初步篩檢，如評估有無自律神經衰弱、心房顫動等。

四、結論與建議

在 NIRS 的部分，前額葉區域或雙側顳葉區域，患有失智症者和一般成年人間的平均積分點估計存在顯著差異 ($p<0.0001$)，雙側顳葉區域差異程度比觀察前額區域時更大。根據先前的日本 NIRS 研究與我們的數據有類似的結果，可以通過雙側顳葉區域的積分值來判斷受試者在大腦功能測試中是否正常，期望新科技設備未來能推廣於精神醫學，並應用於失智長者的照護服務上。

另外，將 HRV 和腕動計，應用於失智照護服務的日常監測上。如透過腕動計評估其身體活動狀況，和 HRV 評估其身體機能狀態，以優化其照顧品質，作為早期偵測和提前預防的先鋒。

草屯療養院心腦醫學中心和臨床服務部門合作服務架構圖，如圖 6-2-3；日間照顧中心長者配戴腕動計及施測 HRV、NIRS 活動照片，如圖 6-2-4。

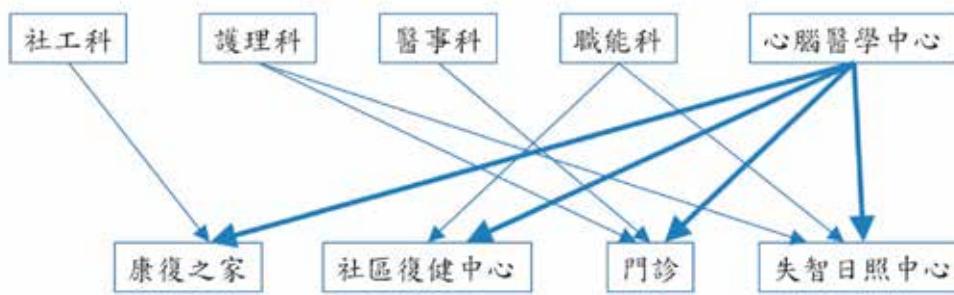


圖 6-2-3 草屯療養院心腦醫學中心和臨床服務部門合作服務架構圖



圖 6-2-4 日間照顧中心長者配戴腕動計及施測 HRV、NIRS 活動照片

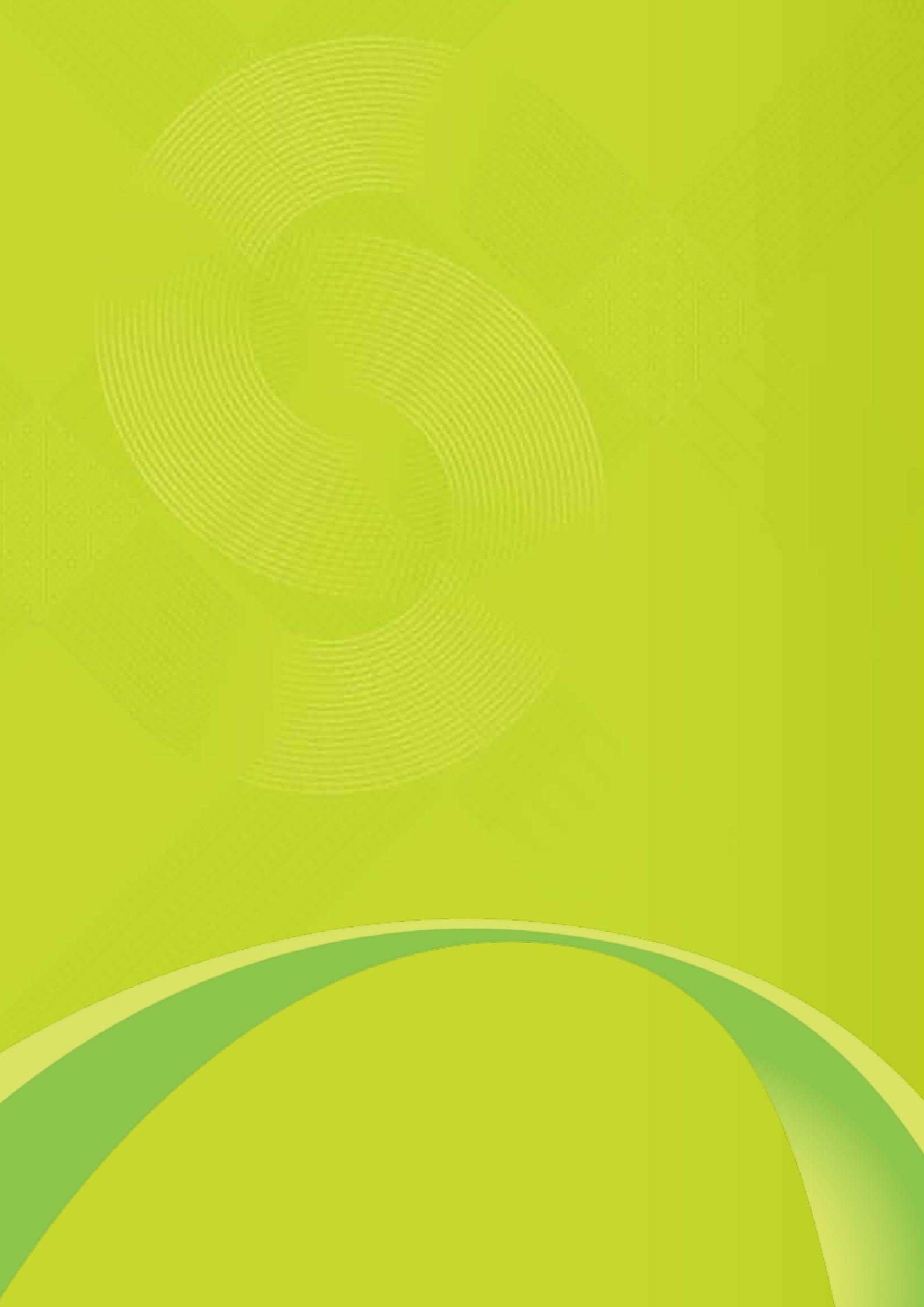
參考資料

- Yin L et al., “Let the man choose what to do : Neural correlates of spontaneous lying and truth-telling, Brain Cogn.” 2015 Dec 9 ; 102 : 13-25. doi : 10.1016 / j.bandc.2015.11.007. [Epub ahead of print] 。
- Yin L et al., “Can beneficial ends justify lying? Neural responses to the passive reception of lies and truth-telling with beneficial and harmful monetary outcomes, Soc Cogn Affect Neurosci.” 2015 Oct 10. pii : nsv127. [Epub ahead of print]
- Volz KG et al., “The neural basis of deception in strategic interactions, Front Behav Neurosci.” 2015 Feb 12 ; 9 : 27. doi : 10.3389 / fnbeh.2015.00027. eCollection 2015.
- Ito A et al., “The contribution of the dorsolateral prefrontal cortex to the preparation for deception and truth-telling, Brain Res.” 2012 Jun 29 ; 1464 : 43-52. doi : 10.1016 / j.brainres.2012.05.004. Epub 2012 May 9.
- Mohamed FB et al., “Brain mapping of deception and truth telling about an ecologically valid situation : functional MR imaging and polygraph investigation--initial experience, Radiology.” 2006 Feb ; 238(2) : 679-88.



- Kaylor-Hughes CJ et al., “The functional anatomical distinction between truth telling and deception is preserved among people with schizophrenia, *Crim Behav Ment Health.*” 2011 Feb ; 21(1) : 8-20. doi : 10.1002 / cbm.785.
- Tian F et al., “Functional near-infrared spectroscopy to investigate hemodynamic responses to deception in the prefrontal cortex, *Brain Res.*” 2009 Dec 15 ; 1303 : 120-30. doi : 10.1016 / j.brainres.2009.09.085. Epub 2009 Sep 25.
- Ding XP et al., “Neural correlates of spontaneous deception : A functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) study, *Neuropsychologia.*” 2013 Mar ; 51(4) : 704-12. doi : 10.1016 / j.neuropsychologia.2012.12.018. Epub 2013 Jan 20.
- Ching-Cheng Chuang, Pei-Ning Wang, Wei-Ta Chen, Tsuo-Hung Lan, Chung-Ming Chen, Yao-Sheng Hsieh, Chun-Yang Wang, Chia-Wei Sun. 2012 MAY / JUNE. “Near-Infrared Brain Volumetric Imaging Method: A Monte Carlo Study.” *IEEE JOURNAL OF SELECTED TOPICS IN QUANTUM ELECTRONICS* ; 18(3).
- Chou PH, Lan TH. “The role of near-infrared spectroscopy in Alzheimer’s disease.” *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 2013. 4 : 33-36.
- Ching-Cheng Chuang, Kazuyuki Nakagome, Shenghong Pu, Tsuo-Hung Lan, Chia-Yen Lee, Chia-Wei Sun. “Discriminant analysis of functional optical topography for schizophrenia diagnosis.” *Journal of Biomedical Optics*. 2014 Jan. ; 19(1).
- Chou PH, Koike S, Nishimura Y, Kawasaki S, Satomura Y, Kinoshita A, Takizawa R, Kasai K. “Distinct effects of duration of untreated psychosis on brain cortical activities in different treatment phases of schizophrenia : a multi-channel near-infrared spectroscopy study.” *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014 Mar 3 ; 49 : 63-9.
- Po-Han Chou, Wei-Hao Lin, Chih-Chien Lin, Po-Hsun Hou, Wan-Rung Li, Chia-Chun Hung, Ching-Po Lin, Tsuo-Hung Lan & Chin-Hong Chan. “Duration of Untreated Psychosis and Brain Function during Verbal Fluency Testing in First-Episode Schizophrenia : A Near-Infrared Spectroscopy Study.” *Sci Rep.* 2015 Dec . 10 ; 5 : 18069.
- Lan T.H., “The application of near-infrared spectroscopy in psychiatry.” *Taiwan Journal Psychiatry* 2015 ; 29 : 80-8.

- Chou P.H., Koike S, Nishimura Y, Satomura Y, Kinoshita A, Takizawa R, Kasai K. “Similar age-related decline in cortical activity over frontotemporal regions in schizophrenia : a multichannel near-infrared spectroscopy study.” *Schizophr Bull.* 2015 Jan ; 41(1) : 268-79.
- Kuo T. B., & Chan S. H. “Continuous, on-line, real-time spectral analysis of systemic arterial pressure signals.” *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 1993. 264(6), H2208-H2213.
- Liu C. C., Kuo, T. B., & Yang, C. C. “Effects of estrogen on gender-related autonomic differences in humans.” *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 2003. 285(5), H2188-H2193.
- Henriksen A., et al., “Using Fitness Trackers and Smartwatches to Measure Physical Activity in Research: Analysis of Consumer Wrist-Worn Wearables.” *J Med Internet Res*, 2018. 20(3) : p. e110.
- Wang Z. et al., “Novel Active ECG Electrode and Membrane Pressure Sensor-based Unconstrained Cardiorespiratory System for Sleep Monitoring.” *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*, 2019 : p. 6705-6709.
- Li J.Y. et al., “Behaviour consistency is a sensitive tool for distinguishing the effects of aging on physical activity.” *Behavioural Brain Research*, 2020.
- Kuo T. B., Lin T., Yang C. C., Li C. L., Chen C. F. & Chou P. “Effect of aging on gender differences in neural control of heart rate.” *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 1999. 277(6), H2233-H2239.





第柒章

科技長照

第一節、科技導入護理之家

第二節、科技導入日間照護

第三節、高齡長者的智慧長照及科技照護





第一節

科技導入護理之家

一. 護理之家、居家長照機構「歸人醫療長照資訊」導入經驗

1. 緣起

豐原醫院自民國 73 年起即積極探討老人醫療照護市場之需求，於民國 75 年至 79 年間陸續派員至加拿大、美國與日本等國學習觀摩長照服務模式，並於民國 79 年開辦「日照室」，正式提供日間照顧服務（臺灣省立豐原醫院，1993）。其後陸續於民國 77 年 11 月增設居家護理所、民國 89 年 11 月申請設立護理之家，並於民國 108 年至 109 年配合國家長照 2.0 政策，申辦居家長照機構、失智據點及成立失智共照中心。除了居家長照機構於成立時即導入（仁寶）居家照顧服務資訊系統外，所有的長照服務提供單位個案的資料皆以紙本方式建檔保存，個案資訊未歸人狀態下，即便個案使用本院醫療服務，醫院端的工作人員亦無法在個案就醫時取得個案長照服務使用相關資訊。因此，不論在資料收集、建檔、核對及後續資料調閱與保存耗費許多人力與空間（賴慧貞，2023）。

近年醫療資訊科技蓬勃發展，由公、私立部門陸續開發的醫療資訊系統、長照資訊系統如雨後春筍般推出。透過資訊系統的協助，無論是醫療、長照服務資料管理，甚至是服務品質數據分析、到機構人事與營運管理，皆可以更快速、更精確的得到客觀的數據來進行分析。臺灣的醫療服務可近性舉世聞名，長照服務體系也在政府與民間合力之下蓬勃發展，民眾同時使用醫療服務與長照服務的狀況日益普遍。但由於服務提供單位各自使用的資訊管理系統並未相互串接，導致醫療照護專業人員無法跨系統查閱個案資料，造成醫療照護人員需重複進行評估、收集資料，造成人事成本增加，甚至延後進行醫療照護決策的速度。

民國 110 年 11 月國衛院群健所邱所長於部立花蓮醫院介紹其主持之研究計畫—「歸人醫療長照資訊整合計畫」，並力邀部屬各醫院共同參加。該研究計畫主要目的在於希望透過 HIS

醫療資訊系統與長照服務資訊的串接，達到同時可以檢視個案醫療與長照資訊的歸人整合目的（邱弘毅，2024）。由於此計畫目標符合豐原醫院醫療及長照資訊需求，故於 111 年至 113 年間與群健所攜手合作，參與「歸人醫療長照資訊整合方案」，111 年至 112 年間，透過護理之家使用群健所開發技術轉移之「護理之家管理資訊系統」及居家長照機構使用「庇卡任意門居服系統」，並開放醫院 HIS 系統串接上述兩系統，113 年更開放醫院 HIS 系統與院外居家長照機構的資訊系統串接，支援醫療長照兩端照護所需的資訊互通，達到「歸人醫療長照資訊整合」的目的。

2. 豐原醫院 HIS 系統與長照服務資訊系統串接過程

豐原醫院服務區域含括臺中市以北、苗栗以南地區，除醫療服務外至 111 年止，已建立包含居家式、社區式、住宿式長照服務，長照服務顧客絕大部分也同時是醫院醫療服務顧客。加入「歸人醫療長照資訊整合方案」之初與群健所針對資訊系統導入、研究進度與執行方式多次開會進行討論，最後分別由護理之家導入群健所技術轉移之友達頤康之「護理之家照護資訊系統」及居家長照機構導入宇鴻「庇卡任意門居服系統」。兩系統導入過程與結果分述如後。

3. 護理之家「護理之家照護資訊系統」導入過程

執行背景：豐原醫院護理之家在 111 年以前主要是使用醫院中所附的 NIS（護理資訊系統）處理護理之家的相關業務，包括個案的資訊、醫囑以及相關護理紀錄，然而就護理之家所需的系統而言，這些紀錄明顯不足，根據護理之家評鑑、督考需求，及個案的特性、固定評估項目，一般是利用評估表單，如：藥物安全評估、日常生活評估量表、工具性日常生活評估量表、各類認知功能評估量表，如：MMSE、SPMSQ……等紙本進行記錄，並定期回饋至照顧司的「全人評估系統」中。除量表資訊外，照護長者每日的生理量測數據（如體溫、血壓……等）也必須加以記錄（通常也是利用紙本進行紀錄），而長者到醫院就醫後，醫生的相關醫囑以及藥單，也必需要透過紙本跟實際領到的藥物進行比對，並且將實際服藥的狀況每日寫入到 MAR 單中。而長輩需要注意的狀況，則必須要利用紙本護理紀錄寫入到交班本中，以達到護理照護的連續性。護理之家的工作人員，每日除日常的照顧事務外，需花相當多的時間整理紙本作業，並將



資料依照主管機關或醫院要求登打到對應的系統（如 NIS、照顧司系統、HIS 系統），而資訊完整性（Integrity）也有相當落差，紙本的保存及控管，對於護理主管而言，也是相當大的負擔。

系統導入過程說明：依照前述背景說明，護理之家在系統化前的服務流程如圖 7-1-1 所示：

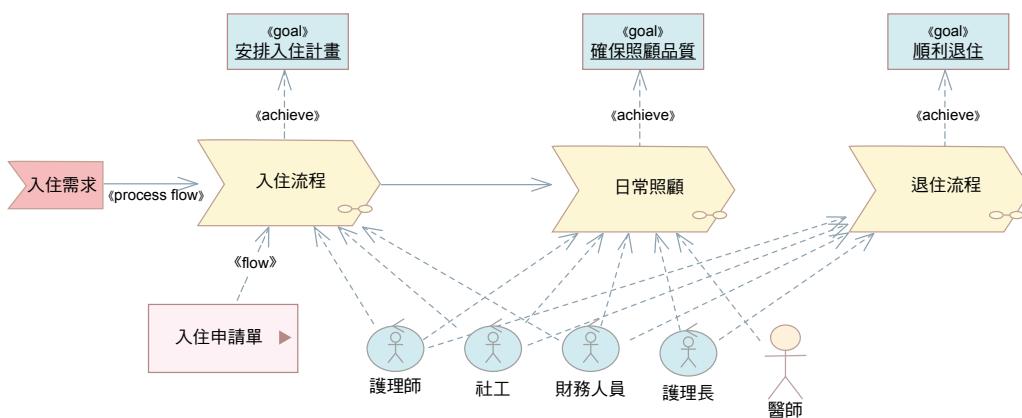


圖 7-1-1 護理之家在系統化前的服務流程

針對日常照顧，展開後的服務流程如圖 7-1-2 所示：

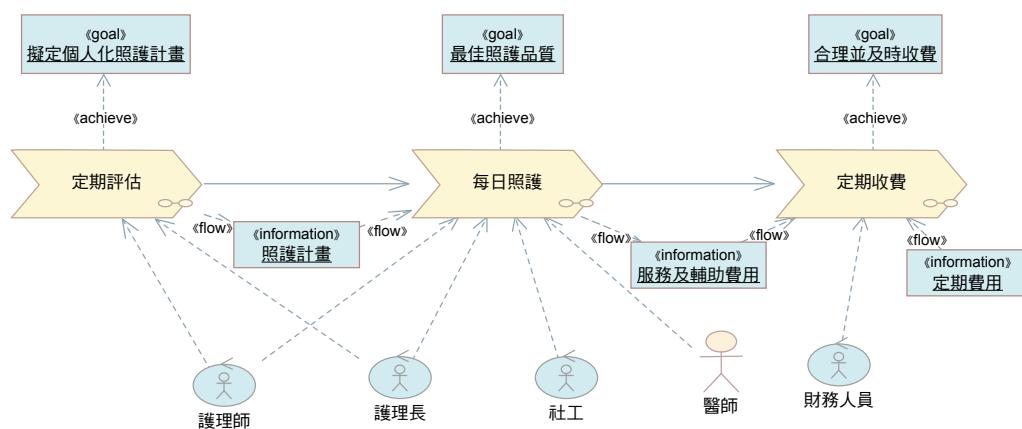


圖 7-1-2 針對日常照顧，展開後的服務流程

分析護理之家作業流程如圖 7-1-3 所示：

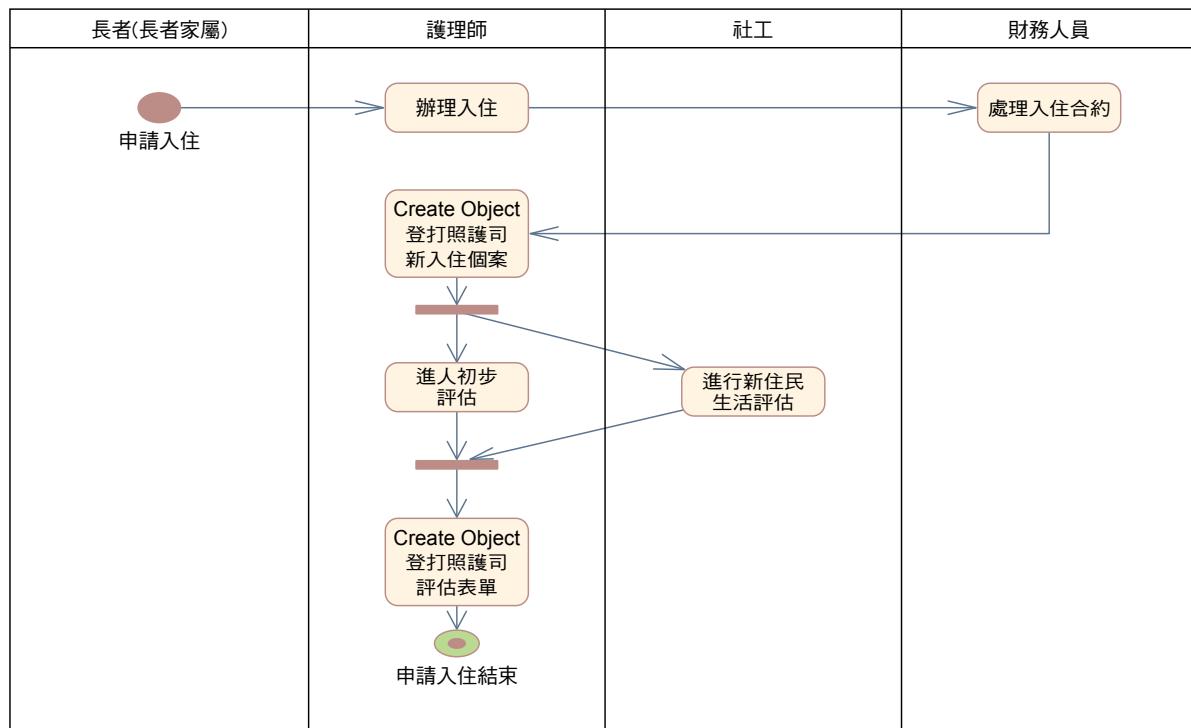


圖 7-1-3 護理之家作業流程

上圖中的流程除了標示為「Create Object」的部分需要去照顧司系統登打相關表單外，其他都是紙本作業，也就是說，當收到入住個案申請時，必須先利用紙本填寫住民資料，再由護理人員到照顧司系統登打新入住個案；之後護理人員進行紙本的初步評估，當初步評估跟社工的新住民生活評估完成後，再由護理人員到照顧司系統登打評估表單。整個過程皆為人工控管，且除紙本作業外，尚需要重複到照顧司進行資訊登錄作業。依此邏輯，在定期評估、每日照顧的流程中，也都會有這樣重複的動作；而在定期收費的部分，則需要財務人員整理相關紙本單據手動開立繳款單，而無法和實際作業流程中所產生的費用雙向比對。



4. 預期目標與效益

預期目標：讓使用者可以把所有照顧資料從紙本轉換為電子資料。使用者只需要操作單一系統（系統要能夠自動串聯其他外部系統，包括醫院 HIS 系統、照顧司全人評估系統……等）。帳務資料自動產生。系統需提供相關統計功能。

預期效益：提升照顧效率—讓照顧人員（包括護理人員、社工、營養師……等）專心於照顧上，所有紀錄只需要一次就好，而不需要重工。串連醫院與照顧體系—醫院醫生的醫囑可以透過系統串接直接串連到照顧系統，而照顧系統相關的照顧紀錄（如病人每日量測的 TPR）也可以直接在醫院系統中呈現。串連照顧體系與照顧司全人評估系統—只要在長照系統中有紀錄，系統自動將資料上傳至照顧司，不需要額外登打的工作。提升照顧司對照顧體系的了解—照顧系統的資料自動上傳，衛生福利部照顧司可以即時得到照顧體系中現行的相關狀況。確保醫院與照顧體系的一體化照顧—當住民需要在醫院與照顧體系之間進行醫療或照顧時，雙方都可以得到最新的資訊。

系統規劃：依據上述目標與預期效益，系統規劃架構如圖 7-1-4 所示：



圖 7-1-4 系統規劃架構

目標是讓所有護理之家的專業人員，都可以透過統一的資訊平臺，將住民的照顧履歷完整記錄下來，系統並提供對應的標準化流程，與針對機構自行定義的專業評估和計畫完整結合在一起，並且透過資料的統計，產生出品質指標以及所有營運指標的統計圖表，輔助護家的經營人員了解整體的營運狀況。

在上圖的左半部分，透過系統整合服務，可以將資料直接串連到照顧司的全人評估評鑑系統，人員不需要額外做任何動作，只需要專注在自己的照顧專業領域中就可以；在上圖的右半部分，系統透過跟醫院 HIS 系統的整合，把用藥、醫囑從 HIS 系統自動擷取至照顧系統中；而醫院 HIS 系統則可以透過其桌面的程式直接取得住民日常的 TPR 資訊，系統間的串連皆自動化完成。

5. 實際執行狀況

系統上線規劃：「護理之家管理資訊系統」於 111 年 1 月份開始進行前期評估與規劃，並且於該年 6 月份開始平行測試，於該年 7 月份將系統安裝至豐原醫院內部，並且進行正式上線流程。系統於該年度 8 月份完成與照顧司系統的正式串接。系統支持的業務流程如圖 7-1-5 所示：



圖 7-1-5 系統支持的業務流程

實際執行情況說明：依據前述預期目標說明系統上線後的實際執行情況如下：

使用者可以把所有照顧資料從紙本轉換為電子資料；目前系統可以透過單一介面整合所有的照顧資料，所有系統的功能操作都類似（如圖 7-1-6 左方列表），使用者可以使用的所有功



能都可以於上半部的「輸入功能名稱」快速捷徑到對應的系統功能。

圖 7-1-6 定期評估總表

定期評估總表可以看到目前所有住民的定期評估資料：在點入單一住民後，可以看到該住民最新的定期評估資料：使用者只需要操作單一系統（系統要能夠自動串聯其他外部系統，包括醫院 HIS 系統、照顧司全人評估系統……等）；系統可以自動串連醫院 HIS 系統 HIS 醫囑串聯至照顧系統。

圖 7-1-7 住民定期評估資料

其他：檢驗資料自動匯入、系統也會透過自動化程式串聯至照顧司系統中、帳務資料自動產生、系統提供相關統計功能。

6. 效益評值

提升照顧效率：導入系統後讓所有照顧人員（包括護理人員、社工、營養師…等）專心於照顧上，所有紀錄只需收集並登錄一次就好，不需重複。

串連醫院與照顧體系：醫院醫生的醫囑可以透過系統串接直接串連到照顧系統，而照顧系統相關的照顧紀錄如：每日量測的 TPR，也可以直接在醫院系統中呈現。

串連照顧體系與照顧司全人評估系統：只要在長照系統中有紀錄，系統自動將資料上傳至照顧司，不需要額外登打的工作。

提升照顧司對照顧體系的了解：照顧系統的資料自動上傳，衛生福利部照顧司可以即時得到照顧體系中現行的相關狀況。

確保醫院與照顧體系的一體化照顧：當住民需要在醫院與照顧體系之間進行醫療或照顧時，雙方都可以得到最新的資訊。擴增 HIS 門診／急診系統與住宿型機構照護系統之串接，以及 HIS 急診與住院系統串接，以擴大應用此歸人連續性照護整合模式。

住宿型機構照護系統：以地端方式串接，維護資安。雙方互拋資料讓醫院及護理之家人員均可查閱彼此記錄。



圖 7-1 Y 效益評值



二、附設居家長照機構「庇卡任意門居服系統」導入過程

1. 執行背景

豐原醫院附設居家長照機構成立於民國 108 年 9 月，主要業務為承接衛生主管機關長照 2.0 居家服務業務。為因應居家服務接洽、派案、排班、服務紀錄建檔、服務費用核銷、工作人員薪資核算與機構服務品管指標監測等需要，成立之初即導入（仁寶）居家服務資訊管理系統，但由於該系統並未能與醫院 HIS 系統串接，考量該公司未必能同意參與「歸人醫療長照資訊整合方案」。經內部討論後，於 111 年 1 月起將原居服系統更換為群健所開發並技轉給宇鴻科技公司的「庇卡任意門居服系統」。

2. 系統導入過程說明

「庇卡任意門居服系統」功能與特色：以長條圖方式呈現，近一週排班各種服務狀態以不同顏色區分，作業面板清晰，亦可分別以個案或服務人員為中心，將排班行事曆畫面調整整月工作模式，方便機構確認服務計畫、排班、媒合人力。

待辦事項提醒及異常狀態，提醒個案動態顯示：將「個案服務狀態」、「排班服務狀況」、「照顧計畫調整」及「生理量測異常」等事件以「時間軸」方式呈現，搭配事件列表以利關注後續服務過程相關注意事項。

打卡及服務紀錄：以列表方式呈現員工所有打卡資料，可自行輸入服務日期或個案姓名篩選查詢。詳細資料將自動導向該筆打卡服務紀錄、並可匯出 Excel 報表供服務提供單位回拋到衛生福利部長照服務管理系統，作為個案家屬查詢及核銷服務費用依據。家、電訪紀錄及主管簽核，建立人直屬主管可直接於線上執行核閱作業。

居服員 APP 功能：包含今日排班、今日排班服務狀況、行事曆（查看當下已排班內容）、個案總覽（查看被指派服務個案相關資料）、自主管理（記錄員工體溫，並可填寫 COVID-19）、稽查、流行性傳染病自主檢查表及 TOCC 紀錄表及推播設定等功能。



圖 7-1-9 「庇卡任意門居服系統」的功能與特色

導入過程：系統操作教育訓練一由於附設居家長照機構開辦之初即導入資訊系統，110 年 10 月決定更換系統後，即請新資訊系統公司（宇鴻資訊）進行教育訓練（含線上教育訓練共計五場）。系統更換及資料轉移並於 111 年 1 月正式更換系統，由資訊公司協助將原系統中的資料下載並上傳至「庇卡任意門居服系統」。人員教育訓練及資料轉移很順利的在一個月內即完成。

3. 預期目標與效益

預期目標：居家長照機構所有個案及服務資料能從原系統無縫接軌轉移至新系統。透過教育訓練，所有系統使用者（含機構負責人、居服督導員、居服員、行政人員等）皆能熟練系統操作。創造居服員與居服督導員溝通個案狀況之平臺。與衛生福利部長照服務管理資訊系統能互相串接下載個案照顧計畫及回拋服務紀錄。與醫院 HIS 串接，讓醫院端透過 HIS 系統查閱個案居家服務使用狀況。

預期效益：提升照顧效率一居服員透過居家服務資訊系統，可隨時回報個案狀況及上傳相關圖片，達到與居服督導員有效溝通，同時讓居服督導員作立即處置與決策的依據。串連醫院 HIS 系統一若居家服務使用之個案到本院就醫，醫師可透過 HIS 系統了解個案居家服務使用狀況。除「庇卡任意門居服系統」串接更多居家服務系統，讓其他居家服務機構個案到豐原醫院就醫時，醫師也可以透過 HIS 系統了解其居家照顧狀況。



4. 實際執行狀況

系統實際導入時間約1個月後，工作人員皆能在居服平臺上處理業務，包含居服員打卡、提供服務紀錄、進行異常事件通報等。與衛生福利部長照服務管理資訊系統能互相串接，下載個案照顧計畫及回拋服務紀錄作為核銷依據。111年豐原醫院使用的居家服務照顧系統與醫院HIS系統串接、112年與其他資訊業者合作，將豐原地區鄰近之居服資訊系統與醫院之HIS系統串接。

5. 效益評值

除111年豐原醫院使用的居家服務照顧系統外，113年更與其他資訊業者合作，將豐原地區鄰近之居服資訊系統與醫院之HIS系統串接，目前結果共6家之居服單位之個案居家服務資料，可於本HIS系統查閱，進一步提升醫護與長期照護單位間的協作效益。

增加歸人資訊整合的受惠民眾，在長照個案的同意下，未來若至豐原醫院就醫，可供醫療人員點閱查詢個案在社區接受照顧服務的資料，進一步促進所在區域醫護與長照單位間的協作。

➤➤➤ 進一步促進試辦醫院所在社區醫護與長照單位間的協作

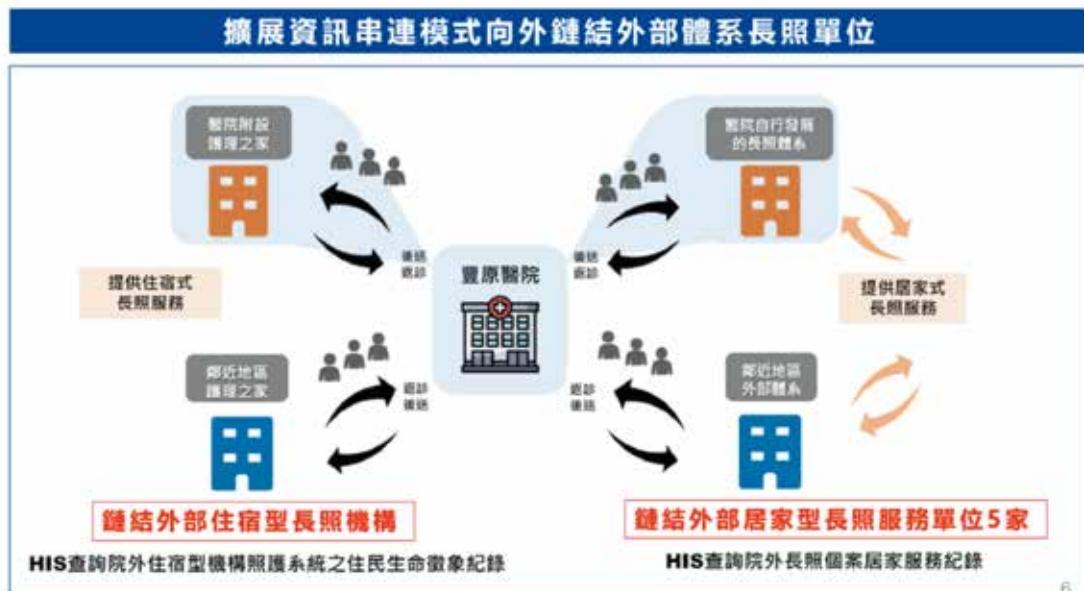


圖 7-1-10 效益評估

三. 建議

照顧資料電子化、複雜資訊環境統一化：醫療、照顧資料資訊化應是未來發展方向，若未來能彙整大數據，透過大數據的分析統計，則可擬定更符合國人之醫療健康照護政策。但目前醫院、長照機構各自使用不同的資訊系統，甚至公部門也投入經費研發各類照顧服務資訊系統（如：護理之家照護管理系統、居家護理照護管理系統、照顧服務管理資訊平臺、衛生福利部失智照護服務管理系統等），大部分的個案可能會跨醫療、各類長照服務體系利用資源，但這些照顧服務資訊平臺並無法相互串接，醫療照護人員需重複評估、各自收集資料、各自判讀之狀況，十分浪費人力資源。當然健保局推動的健保存摺功能，可以有限度地解決此問題，然而健保存摺所面對的是單一健保投保人，而非對應的資訊系統，因此，如何讓資訊系統之間可以彼此溝通，可能是更急需解決的問題（鄭雪琴，2023）。

有關資訊系統的資訊交換，目前衛生福利部想要推動的醫院院際資料交換（採用 HIPPA 標準），可能可以有限度地解決此問題，只是此資料交換，目前只是針對醫院之間，若進一步讓這些資料可以分享給照護機構，或許可以更進一步減輕照顧機構的負擔。

照護機構彼此之間也同樣地面臨類似的問題，由於照護機構多採用不同的照護系統，因此，系統之間也缺乏彼此溝通的一致性標準，在這一點上，或許目前照顧司的全人評估系統也可以擔任某個角色，由於政府會希望未來所有的評估資料都可以上至照顧司的系統或許可以把照顧司系統當成是一個資訊交換的中心，讓所有的機構可以透過這個中心交換部分的資料，讓照顧履歷可以有連續性（賴信仁，2024）。

多系統串連：就長遠來說，由國家推動醫院—醫院、醫院—照護機構、照護機構—照護機構的多系統資料交換，可以一勞永逸地解決系統間資訊不連續的問題，然而這畢竟是比較長遠的規劃，就目前照顧系統所面對的問題來說，可能還不能快速解決迫在眉睫的問題。為了能夠讓目前面對的環境能夠在過渡期就有可行的解決方案，豐原醫院目前的實際運作架構或許可以作為參考：



圖 7-1-11 豐原醫院目前的實際運作架構

在此架構中，醫院與長照系統不需要先行將其資料匯入到彼此的系統中（也就是所謂的端對端 End-to-End 傳輸），由醫養雲平臺主動蒐集雙方的資料，並將這些資料予以配對，此醫養雲平臺中，資料只有查詢的功能，不牽涉任何資料的更新，如此一來，其平臺就可以達到資料中心的效果；就初期階段，可以利用最少的成本，就先讓醫養的資訊可以交互參考，也不需要耗費過大的成本進行系統修改，當此效果能夠達成減輕醫院跟照顧機構的資訊斷層的痛苦時，再逐步推動資訊的整合，自然是事半功倍，水到渠成（賴信仁，2024）。

就初期階段，可以利用最少的成本，就先讓醫養的資訊可以交互參考，也不需要耗費過大的成本進行系統修改，當此效果能夠達成減輕醫院跟照顧機構的資訊斷層的痛苦時，再逐步推動資訊的整合，自然是事半功倍、水到渠成。

所謂「科技長照」包含電子健康記錄 (EHR)、遠程監測技術、智能輔助設備、醫療機器人、資料分析和人工智能及健康照護線上平臺等領域，豐原醫院與國衛院合作的經驗僅屬於電子健康記錄 (EHR) 的部份。臺灣是科技島，期待未來能透過國家計畫政策，善用臺灣科技資源，逐一發展導入智慧照顧系統，並實際運用在長照與醫療體系，甚至運用於社區長輩居家照顧，造福全體國民。

參考資料

- 邱弘毅（2024年6月13日專題演講）。〈歸人醫療長照資訊整合方案（111-113年）〉。2024智慧科技導入醫療及健康照護研討會。臺北市，臺灣。
- 賴慧貞（2023年7月1日專題演講）。〈醫養照護服務服務模式案例分享〉。醫養照顧趨勢論壇：打造連續性照顧模式，邁向高齡友善社區目標。臺北市，臺灣。
- 鄭雪琴（2023年8月4日專題演講）。〈歸人醫療長照資訊整合方案—長照機構資訊系統導入經驗分享〉。「雲端智慧長輩長照服務計畫」研討會。臺中市，臺灣。
- 賴信仁。〈歸人醫療長照資訊整合方案—友達頤康「護理之家照護資訊系統」導入經驗〉〔未出版〕。2024，友達頤康科技。



第二節

科技導入日間照護

科技進步為長期照護服務帶來了顯著的變革。自花蓮醫院在111年6月正式導入長照B級單位—「庇卡任意門日照中心系統」後，我們透過與國衛院的合作，見證了科技長照在提升長期照護服務效率與品質方面的重要作用。本文將從系統的實施狀況、臨床效益及未來展望三個方面進行詳細分析，並結合實際數據和圖表，展示科技長照的優勢和面臨的挑戰。

一. 系統的實施狀況

1. 花蓮醫院的實施情況

111年4月15日，花蓮醫院開始導入使用長照B級單位—「庇卡任意門日照中心系統」，並於111年6月簽約正式啟用，運行至113年8月。根據使用端的回饋，該系統主要在以下幾個方面提升了長照服務的效率與品質：

1. 完整資料建檔：系統能夠完整保留每位個案的所有過程資料，確保了照護的個性化與全面性。
2. 定期評估：系統記錄所有必要資訊與歷程，方便照護者隨時查閱與評估。
3. 高效管理：管理流程系統化，減少了每日繁瑣的紀錄工作，使照護過程更加高效。
4. 快速生成核銷報表：服務結束後能夠迅速生成核銷報表，節省了相關作業時間。
5. 多樣化表單管理：提供多樣化的表單管理，結合待辦事項功能，確保工作的及時性與完整性。
6. 各類分析功能：包括服務清冊、案量分析、年齡統計等，讓管理者能夠更好地了解服務狀況，作出明智的決策。

2. 全國日照的執行情況

在全國日照的推廣過程中，科技長照系統展現了其在促進長期照護服務數位轉型方面的重要作用。系統具備以下特點：1. 促進有效溝通：建立了一個平臺，促進照顧者、被照顧者及其家屬之間的有效溝通與資訊分享。2. 提供多元化服務：系統支援各服務單位提供客製化的服務，滿足不同需求，提升了服務品質與彈性。3. 提升照護管理效能：數位化管理使得照護管理更為高效，加速了相關流程與決策的進行。4. 促進服務品質提升：透過數據分析及評估功能，提供了有效的監控與評估工具，有助於提升服務品質。

二、臨床效益分析

自科技長照系統導入以來，我們從以下幾個方面觀察到了顯著的臨床效益：

提升個案管理效率：系統化的資料管理和快速生成報表功能，顯著減少了照護人員的行政負擔，使他們能夠將更多時間投入到直接照護工作中。

改善照護品質：通過完整的資料記錄和定期評估，確保了每位個案的照護計畫得以精準執行，照護品質得到了顯著提升。

增強服務透明度和滿意度：系統的多樣化表單管理和分析功能，使得服務透明度提高，家屬滿意度也得到了提升。另外，工作人員的滿意度也大大提升，日間照顧系統的導入對工作人員滿意度的影響分析如下：1. 勞動時間的效率提升：勞動時間的效率提升使工作人員可以更有效地利用時間，增加陪伴長者的時間，從而提高生產力有正面影響。2. 電子資料管理：將書面資料換成電子資料方便管理，減少了人工操作錯誤和管理成本，提高了工作效率。3. 系統錯誤率降低：系統錯誤率低，數據精準，可以後臺管理，這意味著業務運作更加順暢。4. 核銷正確性高：核銷正確性高，減少核銷等待天數。

促進個案健康改善：通過數據分析，我們發現個案在接受系統化管理後，其健康狀況和生活品質都有明顯改善，尤其是在慢性病管理和心理健康方面。

以下各圖展示了科技長照系統在提升長期照護服務效率和品質方面的具體數據：



公醫前驅 引領長照

部屬醫院醫療與長照整合的實務典範

部花社區式服務類長期照顧服務機構																
個案姓名	身分證字號	長照等級	服務代碼	服務項目類別	服務日期			類別	次數	給(支)付價格	費用小計	部分負擔比率	部分負擔費用	備註說明		
林○德	U100483141	第5級	BB07	日間照顧(全日)-第4型	112/12/04, 112/12/05, 112/12/06, 112/12/07, 112/12/11, 112/12/12, 112/12/13, 112/12/14, 112/12/18, 112/12/19, 112/12/20, 112/12/21, 112/12/25, 112/12/26, 112/12/27, 112/12/28			補助	16	1,045	16,720	16%	2,672			
			BD03	社區式服務 交通接送	112/12/04, 112/12/05, 112/12/06, 112/12/07, 112/12/11, 112/12/12, 112/12/13, 112/12/14, 112/12/18, 112/12/19, 112/12/20, 112/12/21, 112/12/25, 112/12/26, 112/12/27, 112/12/28			補助	32	100	3,200	16%	512			
說明：																
1. 於補助額度內使用按福利身份別部分負擔比例收取(一般戶負擔16%；長照中低收負擔5%；長照低收負擔0%)																
2. 超出補助額度，無論福利身份別則皆需以全自費(100%)自行負擔。																
3. BD03 社區式服務交通接送 10KM以上 每趟次費用0元。																
於給付價格內依部份負擔比例收取，超出給付價格部分需自行負擔。																
19,920																
3,184																

圖 7-2-1 系統導入後個案收費表

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
服務人數	32	33	33	34	34	35	36	36	37	40	41	37

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
服務人次	365	442	525	418	512	513	489	599	564	573	668	559

圖 7-2-2 系統導入後的服務人數和服務次數變化情況

	2023 年		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
結案原因	遷移外縣市													
	已聘請專人照顧													
	無意願使用服務				1					1				
	不滿意服務單位													
	失能需要等級不符合													
	案主死亡					1		1				1		1
	已聘請外籍看護工		1							3		1	2	
	入住機構											3		
	其他	2	1											1

圖 7-2-3 系統導入後結案原因的統計

案號：DC-24

姓名：林○德

紀錄時間	焦點	紀錄內容	建立者
2023-01-04 13:00	皮膚搔癢	長輩主訴皮膚搔癢，協助內科看診，經朱賢治醫師視診評估後，開立藥單 Urea Cream 20mg、Sinbaby lotion 120mg 藥膏使用，續觀察長輩之病情變化。	呂婉婕
2023-02-02 15:00	呼吸會喘，心跳快	長輩主訴自己心跳快，呼吸會喘，協助至心臟內科看診，經楊秋芬醫師視診評估後，開立抽血單 (CBC、BUN、CRE、NA、K、GOT、GPT、glucose)，心臟超音波，EKG，X 光檢查，杜卜勒心臟血流圖，待 2/16 回診看報告，續觀察長輩之病情變化。	呂婉婕
2023-02-16 03:30	心臟內科回診	協助長輩至心臟內科回診看檢查報告，楊秋芬醫師告知長輩，EKG，心臟超音波無異常，抽血報告除了有些貧血的情況外，並無其他異常，長輩了解可接受，續觀察病情之變化。	呂婉婕
2023-03-08 11:00	眼科看診	因眼藥水用完需回診開藥，經眼科醫師陳安平視診評估檢查後，開立眼藥水 sinomin 4% 2 瓶，並告知長輩：「因為白內障的關係，目前雙眼視力只剩下 0.3、0.4，建議長輩做白內障的手術，否則視力會越來越差，可能會看不到。」長輩表示須跟兒子商量後再做決定，續觀察長輩病情之變化。	呂婉婕
2023-03-14 10:51	112 年健康檢查	協助長輩於本院進行成人預防保健及 112 年花蓮縣長者健檢服務。	呂婉婕

圖 7-2-4 系統導入後個案護理紀錄表



三、未來展望及挑戰

展望未來，科技長照系統在全國推廣中有著巨大的潛力。為了進一步提升系統的使用效果，我們建議簡化登入流程：進一步優化系統的登入流程，提高使用便利性，讓使用者能夠更快速地進入系統，開始工作。這些改進將進一步提升科技長照系統的便捷性和可靠性，為未來的長期照護服務提供更加有力的支持。

四、結語

科技日照系統在日間照顧中心的運用以及全國日照的推廣，為長期照顧服務帶來了重大改變。儘管存在一些挑戰，但系統的優勢仍然明顯，未來應持續優化系統功能，提高使用便利性，並加強對使用者的培訓與支援，以實現系統全面普及的目標。同時，政府應提供更多人力、設備及補助支持，鼓勵機構採用並充分發揮科技日照系統的效益，從而提升長期照護服務水平，造福更多需要幫助的民眾。

隨著 2025 年超高齡社會即將到來，健康產業面臨行政工作繁重的挑戰，導致專業人才難以有效規劃個人照護與照顧。科技長照的出現解決了這個問題，提供了精準、高效的協助工具，使臨床工作者能夠更好地管理工作，實現永續經營的目標。

在健康臺灣論壇中，我們將繼續推動「以高齡長輩為中心」的長照 3.0，結合醫療和長照，落實在地老化、在宅醫療的願景。這一切的努力，都是為了在未來的長期照護服務中，實現更高的效率與更好的品質，讓每一位需要幫助的長者都能夠享有尊嚴和溫暖的晚年生活。

科技長照系統的實施，不僅僅是技術上的創新，更是一種人文關懷的體現。每一個細節的改進、每一個功能的完善，都是我們對長者們無限關愛的具體表達。我們相信，通過科技的力量，可以讓每一位長者的晚年生活更加安穩、舒適。

同時，科技長照系統也為照護者提供了更有力的支持。透過系統化的管理，照護者可以減少繁重的行政工作，將更多的精力投入到實際照護中。這不僅提升了工作效率，也讓照護者能夠感受到工作的價值和成就感。每一次與長者的互動，每一次看到他們臉上的笑容，都是對照護者最大的肯定和鼓勵。



第三節

高齡長者的智慧長照及科技照護

隨著社會高齡化趨勢的加劇，臺灣的長期照護需求逐年提升，為滿足日益增長的需求並提升照護服務品質，科技長照的概念應運而生。導入科技技術不僅能使整體運作更有效率，同時能確保醫療服務品質與病人安全。此外，將數據資料結合先進資訊科技進行整合，能使醫療與照護人員得以快速且精準掌握各項數據，降低人力負擔並讓資源的效益最大化，使應用科技於醫療及長照已成為近年的一大趨勢。

要發展科技照護需要跨領域的專業人才，自行開發資訊平臺的預算與時間成本相對高昂又耗時，若能結合現有的資源更能有效加速推展。故附屬醫療及社會福利機構管理會「衛政社政整合計畫」安排了與國家衛生研究院群體健康科學研究所（簡稱國衛院群健所）的合作，以因應資訊整合的挑戰，借助科技來輔助長照並透過資訊系統的整合來推動長照服務的數位轉型，由國衛院群健所研發資訊系統，並在本部所屬醫療機構推廣及試辦，使不同醫療及長照場域間的照護資訊得以串連，透過整合個人健康資訊與共享，進一步實現連續性醫療照護服務，國衛院之整體資訊藍圖如圖 7-3-1 所示。

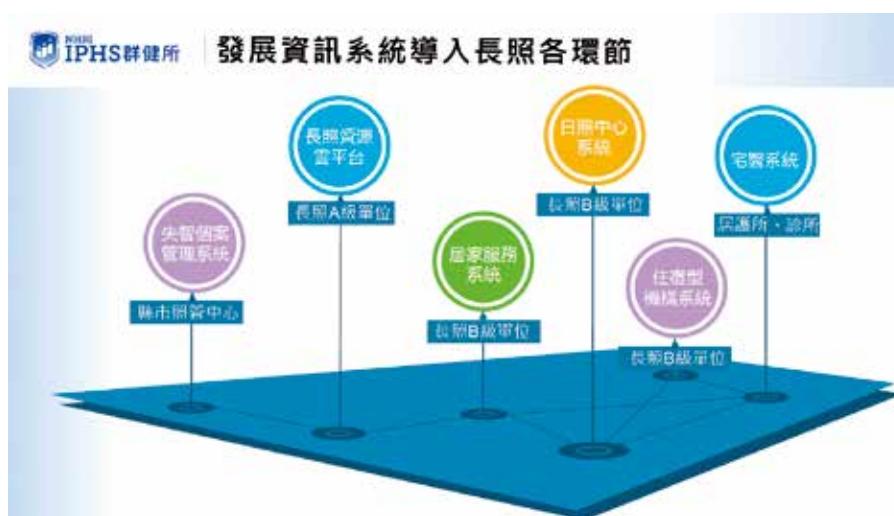


圖 7-3-1 國衛院發展資訊系統導入長照基本構想圖（資料來源：國衛院）



高齡長者智慧長照及科技照護

衛福部所屬醫院與國家衛生研究院群體健康科學研究所／高齡醫學暨健康福祉研究中心合作案

衛福部所屬醫院智慧長照步驟與發展藍圖



圖 7-3-2 衛生福利部所屬醫療機構與國衛院合作導入科技長照之發展藍圖

本章將重點介紹附屬醫療及社會福利機構管理會「衛政社政整合計畫」與國衛院群健所合作推動的科技長照與智慧醫療的試辦計畫。有鑑於醫療端與長照端的資訊是各自獨立，往往僅能根據個案片段的資訊提供照護與分析，難以了解整體面向的狀況，故跨場域的資訊交流至關重要，若能透過資通訊技術將各場域之照顧資訊串連，便能解決資訊不流通問題，並了解個案醫療長照歷程，讓整體照顧體系各加完備。

目前進度是由國衛院研發軟體及資訊交換平臺，將醫療資訊系統（HIS）串聯個人健康資訊及長照資訊系統，並於本部所屬醫療機構進行推廣與試辦，包括部立豐原醫院進行醫療長照歸人整合，以及將部立花蓮醫院的全責式日照中心導入智慧整合的長照服務資源。

醫療長照歸人整合是指將個人電子健康紀錄檔串接至雲端平臺進行歸人資訊整合，其中包括連結醫院之 HIS 與醫院之護理之家系統，以及界接 HIS 系統與居家系統，是兼顧醫療端、長照端之醫療長照整合模式，照護者可以同步瀏覽和應用院方之醫療照護系統資料，藉由資訊串聯了解個人的醫療歷程以提供連續性照護分析，有效提供智慧醫療和個人化精準整合醫療照護。豐原醫院導入了供護理之家使用的長照機構系統以及供居家服務單位使用的居服系統，並個別與 HIS 進行串聯，可以即時追蹤接受各種長照個案情形、有助於後續服務之調整、取得即時的護家或居家服務。未來若普遍推廣，民眾在不同地域、不同機構使用長照及醫療服務資訊時，可以減少同樣工作重複操作之人力耗用。

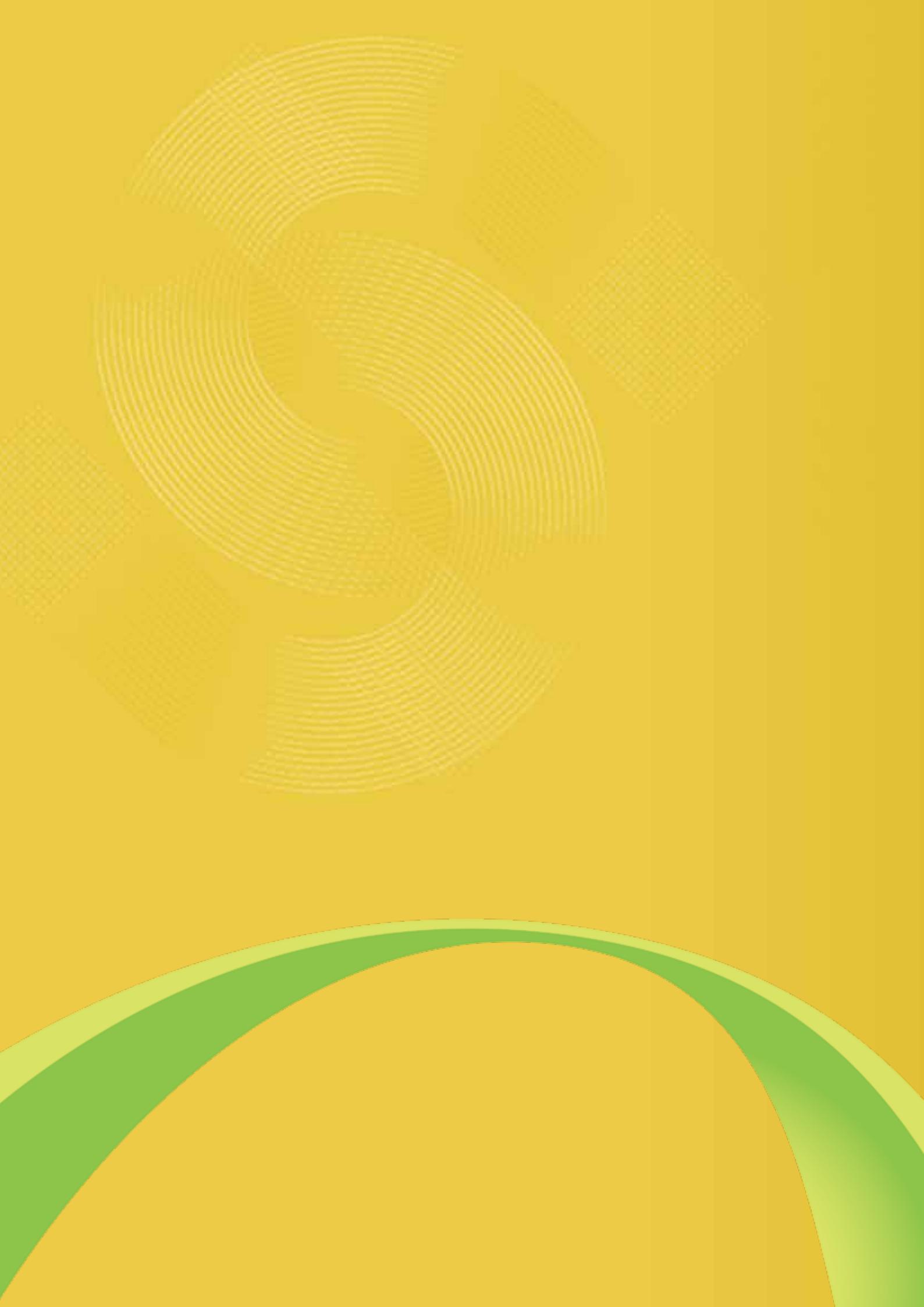


圖 7-3-3 研討會暨成果分享會大合照

另外，將部立花蓮醫院全責式日照中心導入科技長照，透過衛生福利部長照司照顧服務管理資訊平臺介接各種載具上的日照系統，一站式完成登錄、行政作業、日常作業及營運管理功能，導入科技化的照護系統後，帶來了多方面的改進，由於可及時對接政府資料，並完整記錄個案每日照顧紀錄、評估表單等相關資訊於共建的雲端平臺，同步瀏覽長者的健康資與服務歷程，幫助了照顧人員及時掌握病人全面性現況為以規畫最佳的照護策略。有利長者之全人、全團隊及全過程之照護。

附屬醫療及社會福利機構管理會「衛政社政整合計畫」於 2023 年 8 月 4 日在部立豐原醫院舉辦「雲端智慧長者長照服務計畫研討會暨成果分享」，會中除展示部立醫院執行本計畫成果發表及經驗分享，並邀請國衛院群健所邱弘毅所長分享智慧長照與醫療，同時也邀請臺灣在宅醫療學會理事長余尚儒醫師分享資通訊技術於在宅醫療和遠距照護之應用，提供各部立醫院及長照單位之標竿學習，當天活動報名參與踴躍，試辦順利成功，並有多家部立醫院表達興趣參與此科技計畫。

科技雖無法取代人類的照顧，但卻是照護工作的重要輔助工具，尤其在長照人力不足的嚴峻挑戰下，盼由科技化與智慧化的系統有效紓解醫療及長照人員之照護負擔。資訊系統的引入，不僅能使醫療端與長照端健康照顧資訊串聯，也能為各醫療機構提供多元化的服務，從而提升照護管理效能與服務品質，同時減少行政負擔，使照護人員能將更多時間與心力用於個案。期通過政府、醫療和研究機構的共同努力，科技長照體系將更加完善，有望為高齡社會的長照需求提供更高效率和人性化的解決方案，進一步提升全民福祉。





第捌章

住宿式長照機構推動之實務經驗

第一節、首家公辦公營住宿式長照機構

第二節、公費養護床轉型住宿式長照機構

第三節、首家原鄉地區住宿式長照機構





第一節

首家公辦公營住宿式長照機構

衛生福利部基隆醫院附設南港綜合長照機構，位於臺北市南港郵局的3到5樓，擁有約千餘坪的空間，地點在三鐵共構南港車站最精華的都會區，可提供71床住宿型長照及16位日間照顧服務。於111年10月20日上午由蔡英文總統正式揭牌營運。「南港綜合長照機構」也是長照服務法正式上路以來，全國首家公辦公營、跨部會合作、跨縣市經營之長照機構示範點，過程中突破政府中央與地方縣市、公司營事業等異質機關團體之複雜溝通與作業，共同改造運用國家節餘之空間，實踐長照2.0服務在厝邊之理念與政策。



圖 8-1-1 南港綜合長照機構揭牌合影



圖 8-1-2 機構開幕團隊與總統合影

一、跨部會與跨縣市合作創新模式

為實踐長照十年計畫 2.0，衛生福利部與交通部於 108 年 5 月共同簽署「南港郵局節餘空間設置綜合式長照機構」合作意向書，利用郵局節餘空間，由行政院前瞻基礎建設計畫核撥 1 億 1,900 萬元特別預算，啟動規劃郵局現有空間設置綜合式長照機構，既可達到資產的活化，亦能補充臺北市南港區及鄰近如內湖區、信義區、大安區、文山區、新北市汐止區及基隆地區等區域長照住宿式服務資源不足的問題，提供民眾在地長期照顧醫療服務的需求。

「南港綜合長照機構」由衛生福利部基隆醫院負責規劃，於 111 年 9 月跨縣市通過臺北市衛生局設立許可申請，營運團隊結合了全方位的醫療專業人員，打造安全且舒適的照護環境，並輔以完善的設備服務。期待以「全人、全程、全家、全隊、全社區」五全及「愛心、耐心、同理心、貼心及信心」五心級的理念，減輕家屬負擔照顧壓力，讓長者安住，家人放心；以視病猶親的服務態度，期望透過人性化的醫療照顧環境，為所有尊敬的生命服務，提供失能、失智長者打造一個愛的世界，讓長者們活得更有品質與尊嚴為目標。



二、以長者為中心的環境設計



圖 8-1-3 寢室有自然採光、通風，有可控照明

機構環境設計以安全便利、舒適健康為原則，三層樓四周玻璃帷幕讓每間住房採光明亮視野極佳，外部緊鄰東明公園綠意盎然、愜意悠閒，內部環境舒適寬敞明亮，房型設計特別以單人及兩人房佔 74.2%，提供更多充足及隱私生活空間選項；護理站位於中央，設計利於住民的活動及工作人員的觀察，每層樓都有簡易開放式廚房及二區開放式活動空間，貼近家的感覺及人性化的設計，並有祈禱室及佛堂提供住民心靈空間；防火安全規劃每層樓面防火區劃 2 ~ 3 區，區劃防火門及中央空氣調節系統能與火警自動警報設備連動，每間住房結構都是隔間置頂，且房門設施皆為防火材質，另有裝置偵煙灑水設施，具有排煙功能及對外窗的救助設備，設有等待救援空間，可供消防人員進入救援之設計，每年 2 次辦理火災疏散教育訓練及演練，均通過消防隊的驗證檢核。



圖 8-1-4 多功能休息室有自然採光，通風且視野佳



圖 8-1-5 走道寬敞、通風，有可控照明



圖 8-1-6 用餐區通風無異味，有可控照明

三、整合醫療團隊之專業照護

醫療診察及服務主要由本院專業團隊提供並簽訂合約，包括神經內科及復健科醫師每月巡診服務等醫療支援；與居家服務簽定合約，執行管路、傷口等醫療照護服務；另有營養師、藥師、物理治療師等醫事支援服務。巡診醫師提供定期健康巡診與需要時電話諮詢服務，讓住民健康問題可獲得即時處置，透過跨專業團隊合作減少住民就醫往返奔波的困擾。除本院提供醫療服務外，另與鄰近忠孝醫院訂有合作意向書，提供緊急就醫後送等合作。

表 8-1 部立基隆醫院附設南港綜合機構醫療保健服務辦理場次

項目 / 時間	111 年 11-12 月	112 年	113 年 1-5 月	合計 / 場次
醫師巡診	3	24	10	37
復健門診	1	12	5	18
復健活動	10	58	34	102

機構營運至今服務住民數共 104 位（住宿型長照 82 位、日照 22 位），其中臺北市佔 79.3%、新北市 13.4%、基隆市 7.3%，臺北市以南港、松山、內湖、信義區佔 61.5%。其中以女性居多 60%，平均年齡 81.7 歲，巴氏量表 60 分以下有 78%，有失智症診斷者佔 40%，身上有管路的佔 33%。工作人員組成有護理師 8 人皆具有護理師執照，照顧服務員 24 人皆為本國籍，社工員 2 人，以上人員皆具有長照服務人員證明。副廚 2 人、初專 2 人、司機 1 人，皆具有急救訓練的相關證書。機構對員工的照顧用心、制度完善，訂有申訴管道制度，每年辦理長照相關教育訓練、員工旅遊、手工皂、園藝紓壓、餐敘等身心健康活動，營造磁吸環境以凝聚士氣，培育穩定專業人才，提供個案及住民更優質的照護，並運用專業照護經驗發表於相關學會及研討會共 4 篇，如表 8-2。

表 8-2 部立基隆醫院附設南港綜合長照機構論文發表一覽表

序號	作者	題目	Journal 或學會
1	陳玉如、程素足、姚文真	建構公立醫院附設綜合長照機構之經驗	113 年 ISQua (國際品質協會)
2	陳玉如、程素足、姚文真	公辦公營長照機構服務現況分析—以基隆醫院附設南港長照機構為例	113 年第 30 屆 HPH 國際研討會
3	戴靖純、陳玉如、程素足、姚文真	運用「以人為中心評估法」照顧一位失智症者之日間照護經驗	113 年全人醫療研討會
4	戴靖純	運用「以人為中心評估法」照顧一位失智症者之日間照護經驗	113 年臺灣護理學會

四、多元活動及人性化照護

機構有復健室提供住民的復能求評估及訓練，於日照中心設有紅繩設備，提供住民核心肌力的訓練。依年度節慶活動，辦理燈籠彩繪、包元寶、做披薩、烤餅乾、畫糖霜餅乾、粽子縫製、蛋塔及蛋黃酥製作、歲末聯歡活動等，111 年至 113 年 5 月共辦理 730 場次。更提供基督教、佛教靈性的關懷服務，以及最後一哩的安寧緩和服務。定期的座談會中，住民及家屬對機構服務的滿意度達 98.5%，住民及家屬的肯定，讓機構更積極朝以長輩為中心提供安全、優質、專業的照顧目標努力。



圖 8-1-7 手做披薩



圖 8-1-8 座談會活動



圖 8-1-9 歲末聯歡活動



圖 8-1-10 靈性服務—基督教



圖 8-1-11 靈性服務—佛教



圖 8-1-12 紅繩樂活活動



圖 8-1-13 復健活動



圖 8-1-14 與家屬中秋節同樂手做蛋黃酥



五. 社區資源連結與合作

機構訂有社區資源聯結及運用策略，善用東明里鄰近資源連結，協助住民參與社區交流。如社區園遊會、拜訪里長辦公室、社區關懷據點參訪、東明公園賞鳥活動。與社區志工及愛心團體合作，定期關懷住民，如郵局志工的薩克斯風表演及郵局捐贈活動、愛心社團表演交流、學校學生關懷活動。與社區醫療單位合作，如口腔保健篩檢、健康中心及社區診所疫苗施打合作、鄰近友院東明愛愛院觀摩交流。

營運期間接受各界的參訪及標竿學習共 14 場次，如天下為公恆安團隊、松山日照家屬團體、經國管理健康學院高齡福祉系、愛關懷居家長照機構、印尼三發縣縣長團隊、附屬醫療及社會福利機構管理會林慶豐執行長、彰化秀傳紀念醫院、立法院環評委員、衛生福利部薛瑞元部長團隊等。也接受民視電視臺的拍攝專訪、臺灣產業促進發展協會的專訪等，屢獲各界的肯定及讚賞。

機構也參與衛生福利部的強化感染管制獎勵計畫 1～3 項指標，於 112 年 10 月 12 日接受現場查核都符合，也獲得 18 萬元的獎勵。112 年參與住民減少就醫計畫共獲得 83,879 元獎勵。113 年參與臺北市潛伏結核感染檢驗及治療計畫。113 年 3 月 21 日接受長期照顧服務機構評鑑合格。



圖 8-1-15 衛生福利部薛瑞元部長蒞臨南港長照視察指導

六. 未來發展計畫

本機構於 113 年 3 月順利通過長照機構住宿及日照評鑑，未來面臨臺灣人口結構改變及老年人口快速增加，必須優先重視長照相關專業人力資源，積極培訓照顧服務員。與老人相關科系學生之實習合作、與廠商合作照服員代訓班，參加衛生福利部國際專班產學合作獎助學金計畫招募照顧人力。留任優質照顧人才，推派參加衛生福利部住宿式機構照服員進階培訓班，並提升緊急應變能力訓練，與社區合作複合式災難演練。建立安全完善跨縣市綜合式長照機構營運模式，持續提升高齡友善健康照護品質而努力。



第二節

公費養護床轉型住宿式長照機構

一. 緣起

衛生福利部玉里醫院，自民國 55 年 9 月 1 日成立以來，積極配合政府推動精神醫療長期照護政策，為低收入戶及家庭照顧系統薄弱的慢性精神病患，提供長期養護服務，協助無數家庭、社區及地方政府解決重度失能精神病、失智的照顧困境。歷經近 58 年發展，玉里醫院服務體系涵蓋精神醫療、一般醫療、社區精神復健與長期照顧，依精神病人各階段病情需求，均能提供完善照護服務，不僅是精神科專科教學醫院，亦是全國規模最大的長期照顧服務機構。

玉里醫院院區幅員廣闊，分別座落於花蓮縣境內玉里鎮、富里鄉、壽豐鄉，有院本部和祥和、新興、萬寧、溪口等四大院區，接受全國各地轉介的精神病患，目前收治病人數約 2,300 人，以精神疾病公費養護床為大宗。精神疾病公費養護床是社會照顧體系的重要一環，近年來，衛生福利部致力於將現有的公費養護床，逐步轉型為住宿式長照機構，提供失能住民更高品質和更安全的居住環境。在玉里醫院王作仁前院長及同仁的規劃與努力爭取下，承蒙衛生福利部各級長官的協助，衛生福利部長期照顧司於 111 年核定「精神疾病公費養護床品質提升計畫」，規劃讓符合長期照顧失能標準的精神疾病公費養護床住民，全數安置於住宿式長期照顧機構，達成在地安老的目標，讓家屬可以安心工作生活，無後顧之憂。

二. 精神疾病公費養護床轉型計畫執行現況

簡以嘉院長上任後，全力執行「精神疾病公費養護床轉型住宿式長照機構」計畫。萬寧住宿式長期照顧機構已於 112 年 12 月設立啟用，祥和長照住宿機構的整修工程，以及溪口二期、三期新建工程將陸續啟動。

玉里醫院公費養護床轉型住宿式長照機構分階段進行，說明如下：

1. 階段一：萬寧院區「D 棟」住宿式長照機構

人口老化及外移嚴重且長照資源不足的富里鄉，在玉里醫院的努力下，積極規劃將萬寧院區既有建物「D 棟」進行活化使用，並於 108 年運用衛生福利部「獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」補助經費 1 億 1,279 萬 982 元，將其整建翻修。在前任孫效儒院長和王作仁院長的共同努力下，這項工程得以啟動，在現任簡以嘉院長的領導下，工程得以完工。112 年 12 月 22 日，在時任衛生福利部薛瑞元部長、附屬醫療及社會福利機構管理會林慶豐執行長、長照司吳希文副司長、花蓮縣衛生局朱家祥局長、富里鄉張一民秘書等多位貴賓見證下，正式啟用「萬寧住宿長照機構」。它不僅是玉里醫院公費養護床完成轉型立案的首家長照機構，也是全國第一家居住式精神長照機構。

萬寧住宿長照機構，可提供 100 床長照服務，其中 94 床收治對象為精神障礙失能者，另 6 床為失智病床，主要收治花蓮南區社區失智病患，除了滿足玉里醫院公費養護床住民的長照需求，同時也可照顧當地社區失智長者。該機構不只提供住宿服務，萬寧院區亦提供精神科、家庭醫學科、內科、神經內科及牙科等多科門診服務，也是其最穩固的健康後盾。除了專業人員為長照住民打造全方位的醫療照顧，在空間規劃上採取以「人」為本的思考方向，以服務使用者的需求為設計前提，建構長者安全可靠的宜居場所。為了營造「家的感覺」，該機構 100 床由 39 間寢室組合而成，供不同需求做選擇，且空間設計注入了人性化設計巧思。萬寧住宿長照機構，更規劃 2 間多功能室，不僅可供住民進行動態復健活動與團體活動，也有讀書會、電影欣賞等靜態團體活動，視住民興趣與需求安排運用，目前已規劃烹飪、健康促進、手作等定期課程，提供住民自行選擇參加。這些個別化活動安排，不僅提供多元生活體驗，促進彼此間交流機會，更鼓勵長者發展與發揮自我照顧能力，進而擁有健康、快樂及尊嚴的老年生活，讓工作中的子女能安心托老。作為首批由養護床轉型立案機構，期盼未來能將這些經驗和模式推廣至其它院區，使失能精神病個案的長照服務能夠完全融入現有長期照顧體系，滿足其長照需求。

2. 階段二：祥和院區住宿式長照機構



玉里醫院現有祥和院區為一棟一樓平面病房，共計六棟，每棟收治床數約為 100 床，因應長照轉型，預計以自籌經費方式逐棟重新整建，整建後每棟收治床數為 85 床，六棟共計 510 床。其中 A、B、C、D 四棟，將收治失能慢性精神障礙（含心智障礙）者 340 人，E、F 二棟將收治長期臥床（含重癱）170 人。未來祥和院區除照顧重癱住民外，以治療性社區為主要經營理念，推動住民學習自主負責及互助學習的精神。

3. 階段三：溪口院區二、三期推動住宿式長照機構

玉里醫院現有新興院區為向臺北榮總玉里分院租用，為顧及現有新興院區住民權益，預計於溪口院區，興建住宿式長照機構，以滿足新興院區住民需求。溪口院區將分二期與三期興建計畫逐案推動，每一期工程新建 200 床；其中二期已獲衛生福利部 109 年住宿式長照機構公共化資源計畫補助；三期工程興建計畫，則以自籌經費辦理。未來溪口院區，除了現有核定之 600 床精神護理之家，更增加容納 400 床住宿式長照床位，不僅滿足新興院區既有住民需求，亦能滿足社區居民長照需求。



圖 8-2-1 玉里醫院規劃長期照顧機構期程甘特圖

三、持續推動精神疾病公費養護床轉型守護民眾健康

精神公費養護床轉型，一直是衛生福利部關注的焦點，衛生福利部自 111 年起全力協助玉里醫院精神疾病公費養護床轉型為住宿式長照機構，萬寧住宿式長照機構啟用只是第一步，未來尚有祥和院區住宿長照機構 510 床和溪口院區住宿長照機構 400 床亦將陸續完工，預估總計有 1,010 床於花蓮縣設立，不只玉里醫院既有的精神疾病公費養護床住民都能全數入住，亦能服務更多花蓮地區有長照需求的失能或失智長輩，以減輕家庭沉重照顧負擔並達成在地老化目標。此舉除了讓公費養護床的病患能有更完善的安置場所，同時也解決花蓮地區長照資源不足的問題，具有指標性的意義。尤其在長照 2.0 政策上路、《長期照顧服務法》於 106 年施行後，長照機構在環境、服務人員配比都比過往更加完善。衛生福利部期待能引領各公私單位，一起投入相關布建，共同協力發展多元長照服務，為失智、失能者及家庭照顧者提供適切服務，廣泛照顧不同長照需求的民眾，玉里醫院義不容辭肩負起社會與公醫責任、努力不懈達成任務及使命。



圖 8-2-2 萬寧住宿長照機構是玉里醫院公費養護床完成轉型立案的第一家機構



圖 8-2-3 112 年 12 月 22 日，萬寧住宿長照機構正式啟用 -1



圖 8-2-4 112 年 12 月 22 日，萬寧住宿長照機構正式啟用 -2



圖 8-2-5 機構內設有互動機器人等多項活動設施，提供住民豐富的活動選擇



圖 8-2-6 寢室規劃供民眾不同需求做選擇 -1



圖 8-2-7 寢室規劃供民眾不同需求做選擇 -2



圖 8-2-8 寢室規劃供民眾不同需求做選擇 -3



圖 8-2-9 萬寧住宿長照機構坐擁堪比南法的美麗寧靜景色



第三節

首家原鄉地區住宿式長照機構

一. 計畫模式（統整部醫是興建或修繕模式）

隨著醫療技術的進步和生活水平的提高，人類壽命已顯著延長。但隨之而來的，是老年人慢性疾病和失能人口增加，使得長期照顧需求快速成長。在現代社會結構的轉變，特別是家庭小型化和雙薪家庭的普及，使得成員間照護量能減弱，依賴專業的長照服務成為必然的趨勢。

根據世界衛生組織的統計，全球 65 歲以上的老人人口比例正在迅速上升，預計到 2050 年，比例將達到 16%。在臺灣，根據國家發展委員會的統計，65 歲以上人口已經超過 14%，進入高齡社會，並預計在 2026 年進入超高齡社會（65 歲以上人口比例超過 20%）。這些數據顯示，長照服務的需求將持續增長，而現有的長照資源無法完全滿足這一需求。

因此，設置住宿型長照機構更具有其多重意義。首先，機構能夠為需要長期照護的老年人提供專業且持續的醫療和生活照顧，保障他們的生活質量。另外，機構擁有專業的醫護人員、完善的設施和多樣化的服務，能夠針對老年人的不同需求提供個性化照護方案，從而有效減輕家庭的負擔。其次，住宿型長照機構可以提供一個安全、舒適的生活環境，讓老年人在得到照護的同時，保持社交活動，減少孤獨感和心理壓力。這種機構通常設有團康活動、心理支持和社會互動的課程，幫助老年人保持積極的生活態度，延緩功能退化，提高生活質量。此外，機構的設立還可以促進長照產業的發展，創造就業機會，帶動相關產業鏈的運作。隨著長照需求的增加，專業長照人員的培訓和供應將更為重要，也更能推動整體醫療衛生體系的完善。

設置住宿型長照機構不僅是應對高齡化社會挑戰的重要計畫，也是提升老年人生活質量、減輕家庭負擔和促進社會發展的重要規劃。

衛生福利部於 107 年起開始推動獎助布建長照住宿式機構計畫，期盼長者除居家照顧外，亦提供一個安全、溫馨的居住環境作為選擇，並由專業照護團隊提供護理及生活支持，促進長者社交互動和心理健康，亦減輕照顧者壓力。

獎助布建住宿型長照計畫架構圖



圖 8-3-1 獎助布建長照住宿式機構計畫架構圖

衛生福利部所屬院所目前共計 14 案部立醫院參與計畫，其中 4 案為修繕，10 案為新建，針對修繕與新建模式之優缺點如下：

申請修繕：優勢在於機構設置於院區，未來醫療及長照服務亦為便捷，長者可獲得最即時的醫療服務與專業醫療設備，提高居民醫療照護需求滿足度，並可藉由跨團隊醫療的協同作業，提升居民照顧品質。惟現有空間有限，機構擴展或特殊需求難以滿足，且對於可能不需長期醫療照護的長者，醫院環境不夠舒適或合適，且附設住宿機構可能會因為使用醫院資源而增加醫療院所工作壓力及負擔。

申請新建：新建機構可依據最新長照理念與長者需求進行設計，並提供更舒適、安全及符合現代化的居住空間，提升機構形象。惟建設成本較高，會需要花較長時間設計、規劃與建造，



可能導致開業時間延遲，另新建機構亦需要時間與社區建立良好合作夥伴關係，以利推展長照事業發展。

二、在原鄉地區設置長照機構的意義及福祉

在原鄉地區設置長照機構比其他地區更具有其意義以及福祉，其中包含：

1. 醫療資源可近性

提供就近醫療與照護服務，避免民眾長途跋涉，長輩可即時獲得專業的醫療資源照護。

2. 經濟與就業機會

增加當地專業人才就業機會以及促進長照產業的發展，帶動地區相關經濟產業鏈發展及減少人才外流。

3. 文化與語言的傳承

機構可以融入當地的文化與語言習俗，整合當地原住民文化特色，提供符合當地族群文化背景的照顧服務，原住民長者可以在熟悉的環境中生活，同時幫助年輕一代學習傳統文化，促使文化的保存與傳承。

4. 減輕照顧者負擔

偏鄉地區獨老及老老相顧情況普遍，設立機構可以減輕家屬之間負擔，亦可使其有夠多時間投入其他生活或工作。

5. 提升生活質量

機構有專業的醫護人員、完善的設施和多樣化的服務，針對長者的不同需求提供個性化照護方案，並讓長者得到照護的同時，保持社交活動，減少孤獨感和心理壓力，幫助老年人保持積極的生活態度，延緩功能退化，提高生活質量。

三. 機構介紹：藍景住宿長照機構

臺東縣成功鎮位於臺東延海，面向太平洋，背靠海岸山脈，是一個風景秀麗的海岸城鎮，富有豐富原住民文化和歷史背景。根據成功鎮戶政事務所統計，成功鎮約1萬2千人，其中原住民人口共6,910人。這些原住民族群包含阿美族、排灣族、賽夏族、卑南族等，而又以阿美族居多，佔整體92%（原住民委員會，2023）。成功鎮傳統產業除了農耕、漁業外，原住民手工藝及原住民聯合豐年祭典亦為地方特色，這種產業不僅是文化的表現，也在當地經濟中扮演重要角色，亦是多元文化的重要面貌之一。

衛生福利部臺東醫院於108年透過衛福部布建住宿長照機構計劃，經過長照資源需求評估，以及設置場域的選擇與便利性，考量民眾需求設計與規劃，歷經了五年的建設與裝修，於113年8月正式啟用「衛生福利部臺東醫院附設成功藍景住宿長照機構」。機構設置在臺東醫院成功分院2樓，共設置26床，設置經費共計3,149萬5,027元整，收案對象包含失能、有管路者、需長期臥床等個案，機構不僅有豐富的自然景觀亦為首家在原鄉設置的住宿式長照機構。截至113年9月為止，機構已收治20床，其中5成為原住民長者。機構亦招募在地原住民工作人員，除了促進機構多元文化氛圍及文化敏感性，亦也減少原住民長者在溝通上之阻礙。

四. 執行成果

衛生福利部臺東醫院成功分院附設藍景住宿長照機構（以下簡稱藍景）透過區域需求評估



以及設置區域環境規劃，使得計畫可做最有效的運用，以下就軟體及硬體方面來說明計畫執行過程：

1. 軟體部分

服務特色：藍景設置在成功分院之中，對於偏鄉醫療資源不足佔有優勢，成功分院設有急診、門診、檢驗科、放射科、藥劑科、洗腎室、復健科及護理之家，無論是慢性疾病醫療及緊急醫療資源都較為便捷，如就醫後需要住院或進一步治療，可透過成功分院啟用緊急醫療系統做後送，提供長者及家屬便捷的醫療需求。

照服員培訓與招募：藍景設置於臺東縣成功鎮，屬於偏鄉地區，在醫療及照護人力招募上極為困難，為解決招募問題，臺東醫院招募計畫採行自用自訓措施，受訓地點安排在成功分院，訓練過程亦給予基本薪資，於完成訓練後須依契約於機構服務。此項招募計畫解決了偏鄉地區民眾受訓過程的交通及經濟問題，亦提升當地民眾參訓意願與當地就業機會。機構於完成訓練後仍持續協助照服員完成長照服務課程，以增加機構長照服務項目及照護技能。



圖 8-3-2 照服員自訓 -1



圖 8-3-3 照服員自訓 -2

2. 硬體部分

設施與建築：藍景設有 26 張床位，提供單人、雙人和多人房型，每間房間都配有無障礙衛浴設備。此外，機構設有洗澡間和洗澡床，以滿足不同程度失能長者的需求。公共空間包括交誼廳、餐廳和宗教使用空間，營造溫馨且安全的居住環境。同時，機構設置完善的醫療護理站，配備急救設備和護理器材，以滿足長者的基本護理需求。

設備與器材：寢室配備自動升降床，方便長者調整適當高度，以確保長者舒適度與安全性。此外，還提供製氧機、移動式抽痰機等設備，以應對長者日常照護需求。日常生活空間配置多功能桌椅，方便長者參與各種活動和課程，同時提供適合長者使用之桌椅，確保舒適度與便利性。公共空間提供舒適的視聽娛樂設備，讓長者可以享受娛樂活動，促進社交並與他人互動。



環境空間：機構背山面海，提供獨特的自然景觀。寢室分為面海區和面山區，而公共區域都可以眺望山景和海景，讓長者能夠放鬆身心，提升健康狀態和生活質量，促進身心健康和舒適感。



圖 8-3-4 藍景住宿長照機構室外環境



圖 8-3-5 藍景住宿長照機構揭牌合影

安全設備：長者房間配備離床警示器，可在長者跌倒或發生意外時通知工作人員及時提供幫助。機構設有完善的火災警報系統和緊急照明設備，每間房間皆裝有防火門，並設置完整的消防安全區劃。每張床都配備緊急呼叫按鈕，讓長者能隨時聯絡工作人員尋求支援。此外，成功分院為地上建築物五層及地下建築物一層之建物，設置於分院 2 樓，規劃為 2 樓北側設置床位 12 床，南側設置 14 床，共設置 26 床，在寢居規劃部分，每間寢居均設置防火門、撒水系統、消防偵煙系統、防煙床窗簾與床簾外，亦設有無障礙衛浴設施，廁所內設有扶手及緊急呼叫系統，樓層設有工作站，內有準備區、工作臺、工作車、簡易急救設備及緊急應勤裝備，以提升住民之居住安全。機構設有兩處以上的逃生出入口，提高整體安全性。這些設施主要為確保機構的長者在任何緊急情況下都能獲得迅速且有效的協助，提供更安全的居住環境，後續將依據當地消防主管機關之規定，定期辦理消防檢修申報及自衛消防編組訓練。



圖 8-3-6 119 通報系統



圖 8-3-7 獨立受信總機

五、結論

在當前高齡化社會的背景下，建立和完善長照機構變得尤為重要，設置在原住民地區的長照機構，不僅提供了專業的醫療和照護服務，還具有促進就業、保存文化和增進社區凝聚力的作用，這不僅滿足了當地長者的健康需求，還強化了文化的延續和社會的和諧。為確保長照機構運行，政府與社區資源都應該增強合作，從政策、資金和專業人才培訓等方面給予支持，並且持續的監督與改進機制可以確保機構的服務品質符合需求。





第玖章

長照法規之演進

第一節、長期照顧服務法概述

第二節、長期照顧服務法之修法歷程

第三節、長期照顧服務法規範內容及相關長照法規





我國長照法規，現行法主要包括長期照顧服務法及長期照顧服務機構法人條例等二大主要法律。



第一節

長期照顧服務法概述

一、立法背景與目的

依據行政院提案說明，由於我國國民平均壽命延長，且生育率持續降低，於 82 年正式邁入聯合國世界衛生組織（WHO）所稱，老年人口超過百分之 7 之「高齡化社會」，於 107 年老年人口達百分之 14，邁入高齡社會，至 115 年更可能達百分之 21，邁入超高齡社會。人口老化伴隨疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化等問題。

此外，家庭結構改變更使家庭中能執行照護失能者之人力短缺。長期照護（以下簡稱長照）即係針對不分年齡、身分別、障別之身心失能，且有長照需求者，提供其所需之社區式、居家式及機構式等照護服務。而長照需求日益增加已成為各國政府與國民所需面對之重大風險課題，世界衛生組織即曾建議先進國家應積極建立全國普及式長照制度。我國於 87 年起陸續推動「建構長期照護先導計畫」、「新世代健康領航計畫」、「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」及「長期照顧十年計畫」等各項方案，積極因應高齡化時代的來臨。為建置完善長照服務制度等計畫、方案之推動，應對人員、機構、品質有妥適之規範。由於國內目前有關長照機構及人員之管理較為多元，且規範不一，為有效整合，故採寬嚴適中、兼容並蓄之管理措施。而在需求增加之同時，為健全長照服務體系之發展，確保服務品質，保障接受長照服務者之尊嚴及權益，並使長照制度具有完備之法源基礎。

二、依衛生福利部當時報告之立法說明

鑑於我國人口老化速度持續攀升；再者，人口老化伴隨主要疾病慢性化，失能者因而增加，依本部 2010 年國民長期照護需要調查，推估 2013 年全人口失能率為 3.16%（71 萬人），老年人口失能率為 16.35%（44 萬人）；至 2031 年預估全人口失能人數將快速增加至 118 萬人，老年人口失能人數亦增加至 93 萬人。人口老化再加上少子化現象，造成家庭結構的改變，更使家庭中能自行照護失能者的人力短缺，家庭照顧者負擔日益沉重，亟須建立普及式的長照服務體系，爰擬具長期照護服務法草案。

目前長期照護服務分為機構式、社區式及居家式，分屬於衛生福利部及退輔會主管。又現行長期照護相關法規分散於衛生福利部之老人福利法、護理人員法及退輔會之國軍退除役官兵輔導條例等，由於長期照護於不同對象及不同規範標準不一，對於失能者未能有一致品質之照護；再者長期照護需求快速增加；服務型態多元化，原有法令無法完全涵蓋；長期照護資源不足，分布不均，致使供給面發展遲緩。

為健全長照服務體系，衛生福利部於 98 年起著手規劃長照服務法，為建構完善的長期照護制度，我國長期照護政策發展分下列三階段進行：第一階段之長期照顧十年計畫，為長照服務及體系前驅實驗性計畫；第二階段以長照服務法及長照服務網計畫健全長期照護服務體系與普及網絡，透過法規的建立提升服務品質；第三階段長期照護保險的規劃辦理。此三階段互有關連，且均為下一階段之基礎。第一階段之長期照顧十年計畫所提供之照顧服務、居家護理、社區及居家復健、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務、老人營養餐飲服務、喘息服務、交通接送服務、長期照顧機構服務等八項服務；長照服務法將予延續，並以長照服務網計畫、人力訓練、登錄、機構設立、評鑑、接受長照服務者權益保障等，來健全並普及體系與確保服務品質。

三、長照服務法的立法原則

首先，以全部失能者之長照需要為基礎。其次，整合法規，界定長照服務，並為一致性規範。建立長照機構設立許可機制，及人員訓練、認證、登錄制度，以確保其服務品質；並設置



長照基金獎助，以均衡長照資源發展，也對個人看護者，包括外籍看護工，規範其必須接受基本之衛生安全有關訓練，以維護服務之品質。並對個人看護者及家庭看護者提供支持性服務。最後，為依其他法規之機構及從事類似服務之人員有制定落日條款，人員有2年，機構有5年之轉型過渡期。

四、草案重點內容

以保障照護品質為中心，滿足失能者照護需要為目標。構成草案之四大要素：包括人員、機構、受照護者權益保障及服務發展獎勵措施。人員部分規範要接受訓練、認證與繼續教育；在機構管理方面，規範機構設置標準、許可登記程序與辦法，查核及評鑑；在受照護者權益保障部分，則賦予主管機關與長照機構有更大的責任，同時對家庭照顧者提供支持性服務；在服務發展獎勵部分則實施長照服務網計畫，獎助資源發展，限制不當擴充。經過上述措施，建構周全之長照服務網絡。立法內容重點：

1. 長照服務範圍、提供方式

長期照護所指為身心失能持續已達或預期達6個月以上，且狀況穩定者，依其需要，所提供之生活照顧、醫事照護；也就是不分年齡、身分別、障別，當因年邁、疾病等因素導致身心功能受限，失去日常生活自理能力或生活工具使用能力，需要依賴他人協助或照護時，以社區、居家式或機構收住等方式提供其必要之生活照顧、醫事照護。另外，對於失能者由家庭照顧者自行照顧或僱用個人看護者照顧時，得由長照機構提供支持性服務，使其有適當休息。

2. 長照人員管理

除前面所述長照人員需接受訓練、認證與登錄外，規定長照人員提供服務單位間之支援時，必須先報准，以利長照人力之管理與運用。

3. 長照機構管理

長照機構設立應先申請許可，其收費項目及標準由地方政府核定，使收費合理；主管機關並應辦理評鑑，以提升服務品質。

4. 受照護者權益保障

規範提供服務應簽訂書面契約，除安全及必要保護，不得對接受長照服務者進行錄影錄音等侵害個人隱私作為，也不得遺棄、虐待、傷害，以確保接受長照服務者之權益。

5. 均衡長期照護服務資源

為促進長期照護服務資源均衡發展與分布，規劃長照服務網區域及設置長期照護發展基金。

五、長服法之通過立法

長服法之立法，當時除有行政院函請審議「長期照護服務法草案」外，並有立法委員分別提出「長期照護服務法草案」、「長期照顧服務法草案」、「長期照顧法草案」等提案，合計有 17 案，併案審查。最後通過，法案名稱定為「長期照顧服務法」，並作成下列附帶決議。通過之長服法，於民國 104 年 6 月 3 日制定公布，全文 66 條。

六、立法院附帶決議

一、長照人員之訓練及認證，應考量外國籍個人看護者之語言特殊性與工作年限，並於相關辦法內訂之。



二、長照人員之繼續教育訓練，其課程內容應包括性別敏感度、傳染性疾病及其他特殊疾病之防護教育、職業傷病預防及多元族群文化。

三、為促進照顧者之生活品質、社會參與及自我實踐，家庭照顧者之支持服務應包括：諮詢及轉介、定點式及到宅式教育訓練、情緒支持及團體支持、符合在地需求之喘息服務，及其他有助於提升家庭照顧者能力及生活品質之服務。

四、鑑於實務上涉多縣市之長照需求評估時間拖延過久，民眾等待長達兩、三個月，與民眾需求急迫性之落差過大。中央主管機關應協助充實照管中心人力，以落實每名照管專員合理之個案管理量 200 件之上限，以縮短評估、服務輪送之程序；並於長照服務法之施行細則，明訂合理流程時間，以一個月內完成為原則。

五、為促使長照服務之均衡發展，中央主管機關應定期辦理長照服務需求調查、資源分配之盤點及計算服務人口比，並每年進行修訂據以劃分或調整長照服務網區、訂定計畫及資源配置。同時對各類長照人員之勞動條件與職業傷害及各類長照人員與家庭照顧者身心健康、長照服務計畫之人權影響評估與性別影響評估等事項進行調查，並將結果上網公告。

六、衛生福利部應成立全國性長照專線，提供長照服務各項諮詢、資源轉介，建立與相關部會、地方主管機關之連線系統，並應積極宣導該長照專線，裨益於民眾取得長照服務之相關資訊。

七、鑑於現行聘僱外籍家庭看護工之資格條件，係依據就業服務法授權訂定之標準辦理，惟該標準過於嚴苛，與長期照顧服務法有所扞格，爰建請勞動部會同衛生福利部檢討聘僱外籍看護工之資格，以保障失能者接受照顧之權益。

八、中央主管機關應於本法施行日起一年內，訂定本法與老人福利法、身心障礙者權益保障法、護理人員法、精神衛生法、國軍退除役官兵輔導條例等相關法規之銜接機制。

九、長服法畢竟還是僅限長照服務的架構、服務模式和樣態定義、人員與機構的管理，和長照服務費用的增加，民眾負擔的減輕完全無關。例如：長服法的通過，護理之家繳 4 萬的一樣要繳 4 萬；養護機構 3 萬的還是要繳 3 萬；居家服務時數一樣是遠遠跟不上失能者的需求；聘外勞的一樣聘外勞。這些問題有賴衛生福利部依長照服務法，行政院想辦法編列更多的預算，和建置更綿密的服務網路增加服務時數，擴大補助項目等來逐步解決。行政院應於 2 年內完成長照財源和服務的準備，因為高齡、失能、失

智人口在不久後，將如海嘯般的速度衝向我們。

十、長照體系應該是一個涵蓋醫療照護與照顧服務的持續性照護體系，只有無縫的銜接與跨領域的照護計畫才能真正提供優質的長照服務，而非創立照護體系中另一個鴻溝，建立片斷的服務體系只是讓民眾更受苦。

十一、為充實長照服務量能，以提供民眾普及之長照服務，長照服務法業已明定設置長照服務發展基金提供長照資源發展之用；該基金主要來源之一則包括菸品健康福利捐（以下稱菸捐）。為使長照服務發展基金額度及早到位，以利資源之建置、發展，爰要求衛生福利部應依菸害防制法第4條，檢討及修訂菸捐之分配及運作辦法，並明訂社會福利項下長照資源發展之分配比率，於長照服務法通過並公告後3個月內送本院審查。



第二節

長期照顧服務法之修法歷程

一. 長服法 106 年之修正

修正背景，依行政院書面提案要旨，長服法於 104 年 6 月 3 日制定公布，並自公布後二年施行。鑑於需要長期照顧（以下簡稱長照）之失能人口及需求快速成長，中央主管機關為提供失能者所需之長照服務，擴增與普及長照服務量能、強化長照服務效能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費，應設置特種基金，並明定其財源；另為維護接受服務者之權益及保障現存長照有關機構穩定經營之機制，對於本法施行前，已依相關法律設立從事本法所定機構住宿式長照服務之私立機構，以不受法人化之限制為原則，已從事長照服務者，得依原法令繼續提供服務，使其服務不致中斷，爰提出部分條文修正草案，修正要點如下：（一）增訂以調增遺產稅及贈與稅、菸品應徵稅額所增加之稅課收入，作為特種基金之財源。（二）定明本法施行前，已依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法設立機構住宿式長照服務之私立機構，除有機構擴充或遷移之情事外，不受法人化限制；並刪除長照機構法人設立等事項立法之期限。（三）定明本法施行前，已依其他法律規定從事本法所定長照服務者，仍得依原適用法令繼續提供長照服務；並刪除本法施行後 5 年內緩衝期之改制及準用規定。

二. 衛生福利部之報告及說明，長服法之修正重點

1. 為擴大長照服務經費，必須有額外且穩定財源挹注；經評估現階段以遺產稅及贈與稅（以下簡稱遺贈稅）、菸稅作為長照服務之指定用途，是較為可行之作法。基此，爰修正長期照顧服務法第 15 條，增訂以調增遺贈稅、菸稅所增加之稅課收入，作為特種基金之財源。
2. 為維

護接受服務者之權益及保障現存長照有關機構穩定經營之機制，爰修正長期照顧服務法第 22 條，對於本法施行前，已依相關法律設立從事本法所定機構住宿式長照服務之私立機構，除有機構擴充或遷移之情事外，以不受法人化之限制為原則；並刪除長照機構法人設立等事項立法之期限。3. 為保障現有服務對象權益，並使現有相關長照服務提供單位繼續提供服務，同時因應長照十年計畫 2.0 之資源布建及提升服務量能，爰修正長期照顧服務法第 62 條，對於本法施行前已依其他法律規定從事本法所定長照服務者，仍得依原適用法令繼續提供長照服務；並刪除本法施行後 5 年內緩衝期之改制及準用規定。

長服法之修正，除行政院函請審議「長期照顧服務法部分條文修正草案」外，並有委員提案修正，併案審查通過修正第 15、22、62、66 條條文，並作成下列附帶決議。長服法修正通過條文，於民國 106 年 1 月 26 日修正公布。

- 一、為確保長期照顧財源穩定，107 年度起第 15 條第 1 項基金及其他相關財源額度以 330 億元為原則，缺額由政府預算撥充之，且主管機關應於 2 年內通盤檢討長照財源建置，研擬其他稅收或採行長照保險制之可行性，以因應我國逐年增加長期照顧之財源需求。
- 二、有鑑於目前需要長期照護的失能人口超過 74 萬人，領有身心障礙手冊的有 114 萬人，於機構內受照顧者僅占 8%，顯示家庭還是提供長期照護之主要場域，但居家照服員卻只有 2 萬多人，其人力缺口全都是靠國際移工以及家庭成員來彌補；爰此為提升家庭照顧者之相關照護技能與知識，應給予專業訓練與教育，以使家庭照護者得接受長照人員若干訓練與教育。
- 三、有家庭照顧者，為照顧失能或失智的雙親，或先天性身心障礙的孩子辭去工作，失去工作收入加上龐大的照顧費用支出，造成「照顧貧窮化」現象。爰要求衛生福利部於本法施行後三個月，提出長照 2.0 喘息服務天數提高可行性評估，放寬中低收入戶老人特別照顧津貼可行性評估及解決家庭照顧者的「照顧貧窮化」之措施。
- 四、就《長期照顧服務法》立法精神為「為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益……。」提供合理價格、相當品質之照顧服務，為長照機構不可忘卻的社會責任及使命。然我國小型機構照顧服務品質良莠不齊、收費過高及建物設施安全性問題備受爭議，在未具「法人化」相對嚴謹之規範拘束下，主管機關依原相關法令



所定之機構評鑑制度，亦無法發揮實質監督效果，為求提升照顧品質，確實改善管理問題，爰要求衛生福利部針對未辦理法人化之私立長照小型機構（49 床以下），訂定管理辦法，達到兼顧小型機構穩定營運及健全長照發展之目標。

五、本法施行前已依老人福利法、身心障礙者權益保障法及護理人員法法律規定，在偏鄉、

離島及原住民地區設立之小型長照機構，政府應依相關法令規定研擬輔導措施。

六、依長期照顧服務法修正條文（以下簡稱本法）第 62 條規定，本法施行前已依其他法律規定設立之護理機構、老人福利機構及身心障礙福利機構，仍得依原適用法令繼續提供服務，惟該等機構負責人如有變更，依現行相關設立許可辦法規定，須重新申請設立許可，爰建請衛生福利部儘速修正，使該等機構於變更負責人（轉讓或繼承）時，得依原法規申請變更登記，以資便民及提升行政效率。

七、本法施行前已依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法規定設立之私立住宿式服務類機構，應為其設計簡便可依本法完成改制或許可設立文件換發之程序。

八、為落實長期照顧服務法並充實長期照護人力資源之供給，關於衛生福利部執行之照顧服務員訓練實施計畫，建請衛生福利部將照顧服務員相關之職業工會納入得辦理訓練之單位。

九、有鑑於長照的對象常有許多併發症，都需醫療專業合作，故長照與醫療無法切割，由於醫療專業具高度專業性，爰建請衛生福利部研擬醫療體系、長照體系及社會福利整合，或與醫界進一步商討，讓我國照護體系成為可永久服務之社會體系之一。

十、有鑑於目前需要長期照護的失能人口超過 74 萬人，領有身心障礙手冊的有 114 萬人，但居家照服員卻只有 2 萬多人，其人力缺口全都是靠國際移工及家庭成員彌補；為提升家庭照顧者之相關照護技能與知識，給予專業訓練與教育，爰建請衛生福利部，應研議強化家庭照顧者之照顧技巧相關課程與教育訓練。

三、長服法 108 年之修正

長服法，由委員分別提案修正部分條文，合計 6 案，併案審查通過，修正第 14、24、34、39、47 條條文，於民國 106 年 1 月 26 日修正公布。其修正內容如下：

一、第 14 條第 3 項原規定：原住民族地區長照服務計畫、長照服務網區與人力發展之規劃及推動，中央主管機關應會商中央原住民族主管機關定之。第 24 條第 2 項原規定：原住民族地區長照機構之設立及人員配置，中央主管機關應會商中央原住民族主管機關定之。因原住民族地區之地理環境、人口結構與族群文化間本身就有其差異性；未來執行長期照顧服務，若僅由主管機關「會商」原民會訂定相關辦法，恐無法落實原住民族長期照顧服務，爰修正第 14 條第 3 項及第 24 條第 2 項條文之「會商」修正為「會同」。

二、第 34 條第 1 項原規定：機構住宿式服務類之長照機構，應投保公共意外責任險，確保長照服務使用者之生命安全。僅將「機構住宿式服務類」之長照機構，應投保公共意外責任險。為強化針對住宿式服務類長照機構服務對象之保障，考量設有住宿式服務之綜合式服務類長照機構，本於相同事物應為相同處理原則，應可納入投保公共意外責任險範疇，故增訂提供「設有機構住宿式服務之綜合式服務類」之長照機構，須投保公共意外責任險規定。並配合修正第 47 條罰則，納入違反第 34 條規定，落實保障長照服務使用者權益之目的。

三、第 39 條第 3 項原規定：第一項評鑑之對象、內容、方式及其他有關事項之辦法，由中央主管機關定之。修正為：第一項評鑑應依長期照顧服務機構類別訂定；其評鑑對象、項目、方式、評鑑人員資格與遴聘、培訓及其他有關事項之辦法，由中央主管機關定之。因第 39 條第 1 項雖有規定主管機關應對長期照顧機構進行輔導、監督、考核、檢查及評鑑等措施，然因我國長期照顧機構依其所在之地區、設備、服務項目與服務對象皆有所不同，面臨之未來照護挑戰及提供之服務量能亦有所不同，應訂定不同之評鑑標準供主管機關執行評鑑之依據，並訂定適當之表揚或輔導改善機制，俾利提升我國長期照顧機構之照顧品質。又長期照顧機構輔導或評鑑人員之選定，對於評鑑程序、評鑑指標之訂定及長期照顧機構評鑑結果具重大影響，評鑑人員之資格與遴聘、培訓等事項應予明定，建置有效且公平公開之制度，以符合授權明確性原則，供主管機關評鑑時之遵循，以確保被照顧者之權益，俾利我國長期照顧服務之永續發展，爰修正第 3 項。



四、長服法 110 年之修正

修正背景，依行政院書面提案要旨，鑑於需要長期照顧（以下簡稱長照）之失能人口持續成長，為擴增長照服務量能、促進長照相關資源發展，以滿足失能者之多元長照需求，乃推動長照給付制度與長照服務提供者特約機制，另基於長照資源合理利用原則，並考量長照服務給付之公平性及效率性，爰提出部分條文修正草案，修正要點如下：（一）增列經濟主管機關權責事項，即以經濟部為中央目的事業主管機關，辦理長照輔助器材、產品開發之規劃等相關事項。（二）增列照管中心或直轄市、縣（市）主管機關應按民眾失能程度核定其長照需要等級及長照服務給付額度；長照服務使用者應負擔一定比率長照服務給付額度或金額。另為避免長照服務特約單位削價競爭，以確保長照服務品質，明定長照特約單位應向長照服務使用者收取應自行負擔部分之服務費用，不得減免。（三）為布建機構住宿式長照服務資源，增列符合特定要件之學校得設立機構住宿式服務類長照機構，排除適用設立長照機構法人之規定。（四）為規範直轄市、縣（市）主管機關與長照服務提供者簽訂特約之申審程序、不予特約之條件及違約之處理等相關事項，授權長照服務提供者特約制度之相關辦法，由中央主管機關定之。（五）為確保身心失能者之權益，並提升主管機關查核未立案長照機構之效率，明定主管機關之檢查義務，且受檢查者應予配合。（六）針對未依規定申請設立許可為長照機構者，明定其違法態樣及罰責；現行第 47 條就合法設立許可長照機構違規處罰類型調整其規範體例，另為保障服務對象權益，增列公布機構名稱及負責人姓名之規定。（七）配合修正條文第 8 條之 1 第 3 項規定，明定長照特約單位違反收費規定之罰責。（八）為確保長照資源合理利用及永續發展，並強化對長照機構之管理，增列所屬長照人員為業務不實記載行為之裁罰，以督促長照機構確實監督其所屬長照人員，不得以不正當行為或虛偽之記載，虛浮報長照服務費用；另增列長照機構評鑑不合格者，於其改善完成前，不得增加服務對象之規定。（九）長照人員需登錄於長照機構，或報經主管機關同意，始能提供服務，爰修正長照機構使未登錄或未報經同意之長照人員提供長照服務之罰責，明確其違規行為處罰樣態。（十）增列本法施行前已依其他法律規定提供長照服務，仍適用原法令繼續提供該服務之機關（構）、法人、團體、合作社、事務所等，其實際執行長照服務人員之認證、繼續教育、登錄及處罰，適用本法之規定。

五、衛生福利部之報告及說明，長服法之修正重點

在我國人口快速高齡之趨勢下，民眾長照需求急遽提升，長期照顧服務法於 104 年 6 月 3 日制定，並自 106 年 6 月 3 日正式施行，衛生福利部於 106 年起推動長照十年計畫 2.0（以下稱長照 2.0），穩健布建居家、社區及住宿式服務資源，並持續精進各類長照服務，結合地方政府提升長照服務品質及充實長照人力，以逐步達成社區長輩在地老化之目標。鑑於失能人口持續成長，為擴長照服務量能、促進長照資源發展，以滿足失能者之多元長照需求，自 107 年起推動長照給付及支付制度與長照服務提供者特約機制，積極提升我國長照資源不足區之服務量能。社區整體照顧服務體系（長照 ABC）資源建構，ABC 據點自 106 年度的 80A-199B-441C，已成長至 110 年 3 月的 692A-6,346B-3,343C，可見 ABC 據點已達到綿密穩定布建。此外，110 年 3 月長照給付服務人數達 36.5 萬人，較 106 年度成長 3.4 倍，服務涵蓋率達 55.1%，本部將與地方政府繼續積極結合民間資源，普及長期照顧服務體系。另基於長照資源合理利用原則，輔以長照給付及支付制度已提升長照服務費用支付價格，為落實長照服務使用者付費機制，強化失能者權益保障及提升長照服務品質，爰本部擬具部分條文修正草案。

長服法之修正，除行政院函請審議「長期照顧服務法部分條文修正草案」外，並有委員提案修正，合計 5 案，併案審查通過修正第 6、18、22、30、47、49、53、54、58、62、66 條條文；並增訂第 8-1、32-1、32-2、39-1、47-1、48-1 條條文，並作成下列附帶決議。修正通過條文，於民國 110 年 6 月 9 日修正公布

一、按「長期照顧服務機構法人條例」之規定，設有董事資格、自有財產等限制，惟修法後讓私校得以排除長期照顧服務機構法人條例之適用，對於長照機構品質之把關，是否得以維持，不無疑問。另考量教育政策與長照政策面向非相同，且私校之用地可能係租用國營事業之土地，若僅憑設立相關長照科系即可規避退場機制，將與教育政策有所衝突，故爰請衛生福利部針對設有長照相關科系之私立高級中等以上學校研擬設立住宿式長照機構的相關配套措施，並於 3 個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提交書面報告。

二、鑑於長照特約單位若削價以招攬長照服務使用人，而該削價以招攬長照服務使用人受到相對低價之優惠，難以期待主動舉發，故主要仰賴主管機關自行檢查。另若確認長照特約單位有削價競爭行為以及追收未果之情狀研擬相關配套措施，並於 2 個月內向



立法院社會福利及衛生環境委員會提交書面報告。

三、為完善長照服務體系，並保障長照人員之權益，長照特約單位應確保其長照人員之勞動條件符合勞動有關法規。爰請衛生福利部於修法後 6 個月內會同勞動部及內政部研議修正現行長照服務契約書之規定，以使該等人員相關勞動權益獲得保障。

四、我國聘僱外籍看護工之家庭，應為政府長期照顧服務之涵蓋對象，惟現行法規政策尚未納入外籍長照人員。爰此，長期照顧服務之目的事業主管機關，應會同勞動部，於 2021 年 12 月 31 日前提出檢討我國長期照顧服務之政策評估，並提出政策目標落實之路徑與階段目標，以期降低我國長期照顧服務需求者對外籍看護工之依賴，並提升我國長期照顧服務能量。

五、本法修正通過後，設有長照相關科系私立高級中等以上學校，如屬專案輔導學校，應不予以同意其設立住宿式長照機構。另設有長照相關科系私立高級中等以上學校，如欲設立住宿式長照機構，經向地方主管機關提出申請，應再轉由中央主管機關審核。後續請併同修正長期照顧服務機構設立許可及管理辦法。



第三節

長期照顧服務法規範內容及相關長照法規

一、長服法

長服法於民國 104 年 6 月 3 日公布，全文 66 條，自公布後 2 年施行。其間於 106 年 1 月 26 日、108 年 6 月 19 日及 110 年 6 月 9 日三次修正。

長服法共分 7 章，第 1 章總則、第 2 章長照服務及長照體系、第 3 章長照人員之管理、第 4 章長照機構之管理、第 5 章接受長照服務者之權益保障、第 6 章罰則、第 7 章附則，主要規範內容摘錄如表 9-1：

表 9-1 長服法主要規範內容

條次	條文
第一章 總則	
第 1 條	<ol style="list-style-type: none">為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，特制定本法。長期照顧服務之提供不得因服務對象之性別、性傾向、性別認同、婚姻、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、宗教信仰、國籍與居住地域有差別待遇之歧視行為。
第 3 條	<p>本法用詞，定義如下：</p> <p>一、長期照顧（以下稱長照）：指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。</p> <p>二、身心失能者（以下稱失能者）：指身體或心智功能部分或全部喪失，致其日常生活需他人協助者。</p> <p>三、家庭照顧者：指於家庭中對失能者提供規律性照顧之主要親屬或家人。</p>



條次	條文
第3條	<p>四、長照服務人員（以下稱長照人員）：指經本法所定之訓練、認證，領有證明得提供長照服務之人員。</p> <p>五、長照服務機構（以下稱長照機構）：指以提供長照服務或長照需要之評估服務為目的，依本法規定設立之機構。</p> <p>六、長期照顧管理中心（以下稱照管中心）：指由中央主管機關指定以提供長照需要之評估及連結服務為目的之機關（構）。</p> <p>七、長照服務體系（以下稱長照體系）：指長照人員、長照機構、財務及相關資源之發展、管理、轉介機制等構成之網絡。</p> <p>八、個人看護者：指以個人身分受僱，於失能者家庭從事看護工作者。</p>
第二章 長照服務及長照體系	
第8條	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中央主管機關得公告長照服務之特定範圍。 2. 民眾申請前項服務，應由照管中心或直轄市、縣（市）主管機關評估；直轄市、縣（市）主管機關應依評估結果提供服務。 3. 接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書，並由照管中心或直轄市、縣（市）主管機關評估。 4. 第二項服務，應依失能者失能程度及其家庭經濟狀況，由主管機關提供補助；依其他法令規定得申請相同性質之服務補助者，僅得擇一為之。 5. 第二項及第三項之評估，得委託專業團體辦理；評估之基準、方式、人員之資格條件及其他有關事項，由中央主管機關公告之。 6. 第四項補助之金額或比率，由中央主管機關定之。
第8-1條	<ol style="list-style-type: none"> 1. 照管中心或直轄市、縣（市）主管機關應依前條第二項之評估結果，按民眾失能程度核定其長照需要等級及長照服務給付額度。 2. 民眾使用長照服務，應依前項核定之長照服務給付額度自行負擔一定比率或金額。 3. 長照特約單位應依前項規定向長照服務使用者收取應自行負擔之長照服務給付額度比率或金額，不得減免。 4. 前條第二項長照服務申請資格、第一項與第二項長照需要等級、長照服務給付額度、長照服務使用者自行負擔比率或金額及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。
第9條	<ol style="list-style-type: none"> 1. 長照服務依其提供方式，區分如下： <ol style="list-style-type: none"> 一、居家式：到宅提供服務。 二、社區式：於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、家庭托顧、臨時住宿、團體家屋、小規模多機能及其他整合性等服務。但不包括第三款之服務。

條次	條文
第 9 條	<p>三、機構住宿式：以受照顧者入住之方式，提供全時照顧或夜間住宿等之服務。</p> <p>四、家庭照顧者支持服務：為家庭照顧者所提供之定點、到宅等支持服務。</p> <p>五、其他經中央主管機關公告之服務方式。</p> <p>2.前項服務方式，長照機構得合併提供之。</p> <p>3.第一項第二款社區式之整合性服務，得由直轄市、縣（市）主管機關邀集社區代表、長照服務提供者代表及專家學者協調、審議與諮詢長照服務及其相關計畫、社區式整合性服務區域之劃分、社區長照服務之社區人力資源開發、收退費、人員薪資、服務項目、爭議事件協調等相關事項；並得與第七條規定合併設立。</p>
第 14 條	<p>1.中央主管機關應定期辦理長照有關資源及需要之調查，並考慮多元文化特色，與離島偏鄉地區特殊處境，據以訂定長照服務發展計畫及採取必要之獎助措施。</p> <p>2.中央主管機關為均衡長照資源之發展，得劃分長照服務網區，規劃區域資源、建置服務網絡與輸送體系及人力發展計畫，並得於資源過剩區，限制長照機構之設立或擴充；於資源不足之地區，應獎助辦理健全長照服務體系有關事項。</p> <p>3.原住民族地區長照服務計畫、長照服務網區與人力發展之規劃及推動，中央主管機關應會同中央原住民族主管機關定之。</p> <p>4.中央主管機關應獎助辦理長期照顧創新服務之相關研究。</p> <p>5.第一項及第二項獎助之項目、方式與長照機構設立或擴充之限制，及第二項長照服務網區之劃分、人力發展等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
第 15 條	<p>1.中央主管機關為提供長照服務、擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費，應設置特種基金。</p> <p>2.基金之來源如下：</p> <p>一、遺產稅及贈與稅稅率由百分之十調增至百分之二十以內所增加之稅課收入。</p> <p>二、菸酒稅菸品應徵稅額由每千支（每公斤）徵收新臺幣五百九十分調增至新臺幣一千五百九十分所增加之稅課收入。</p> <p>三、政府預算撥充。</p> <p>四、菸品健康福利捐。</p> <p>五、捐贈收入。</p> <p>六、基金孳息收入。</p> <p>七、其他收入。</p> <p>3.依前項第一款及第二款增加之稅課收入，不適用財政收支劃分法之規定。</p> <p>4.基金來源應於本法施行二年後檢討，確保財源穩定。</p>
第 16 條	<p>1.中央主管機關應建置服務使用者照顧管理、服務人力管理、長照機構管理及服務品質等資訊系統，以作為長照政策調整之依據，並依法公開。</p>



條次	條文
第 16 條	2. 主管機關及各長照機構應提供前項所需資料。
第三章 長照人員之管理	
第 18 條	<ol style="list-style-type: none"> 長照服務之提供，經中央主管機關公告之長照服務特定項目，應由長照人員為之。 長照人員之訓練、繼續教育、在職訓練課程內容，應考量不同地區、族群、性別、特定疾病及照顧經驗之差異性。 長照人員應接受一定積分之繼續教育、在職訓練。 長照人員之資格、訓練、認證、繼續教育課程內容與積分之認定、證明效期及其更新等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。
第 19 條	<ol style="list-style-type: none"> 長照人員非經登錄於長照機構，不得提供長照服務。但已完成前條第四項之訓練及認證，並依其他相關法令登錄之醫事人員及社工人員，於報經主管機關同意者，不在此限。 長照機構不得容留非長照人員提供前條第一項之長照服務。 第一項登錄內容異動時，應自異動之日起三十日內，由該長照機構報所在地主管機關核定。 第一項之登錄，其要件、程序、處所、服務內容、資格之撤銷與廢止、臨時支援及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
第 20 條	長照人員對於因業務而知悉或持有他人之秘密，非依法律規定，不得洩漏。
第四章 長照機構之管理	
第 21 條	<p>長照機構依其服務內容，分類如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 居家式服務類。 社區式服務類。 機構住宿式服務類。 綜合式服務類。 其他經中央主管機關公告之服務類。
第 22 條	<ol style="list-style-type: none"> 前條第三款及設有機構住宿式服務之第四款、第五款長照機構，應以長照機構法人設立之。 前項規定，於下列各款不適用之： <ol style="list-style-type: none"> 公立長照機構。

條次	條文
第 22 條	<p>二、設有長照相關科系之私立高級中等以上學校，且僅以提供學校作為教學、實習及研究用途為限。</p> <p>3. 本法施行前，已依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法設立從事本法所定機構住宿式長照服務之私立機構，除有擴充或遷移之情事外，不受第一項之限制。</p> <p>4. 第一項長照機構法人之設立、組織、管理及其他應遵行事項，另以法律定之。</p>
第 23 條	長照機構之設立、擴充、遷移，應事先申請主管機關許可。
第 24 條	<p>1. 長照機構之申請要件、設立標準、負責人資格，與其設立、擴充、遷移之申請程序、審查基準及設立許可證明應記載內容等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>2. 原住民族地區長照機構之設立及人員配置，中央主管機關應會同中央原住民族主管機關定之。</p>
第 32 條	中央主管機關應訂定長照體系、醫療體系及社會福利服務體系間之連結機制，以提供服務使用者有效之轉介與整合性服務。
第 32-1 條	提供第十條至第十三條規定之長照服務者，得與直轄市、縣（市）主管機關簽約為長照特約單位；長照特約單位之申請資格、程序、審查基準、特約年限、續約條件、不予特約之條件、違約之處理及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。
第 32-2 條	<p>1. 長照特約單位應為所僱長照人員，依勞工保險條例、勞工職業災害保險及保護法、就業保險法、全民健康保險法及勞工退休金條例規定，辦理參加勞工保險、勞工職業災害保險、就業保險及全民健康保險，並按月提繳退休金。</p> <p>2. 長照特約單位應確保其長照人員之勞動條件符合勞動有關法規。</p>
第 33 條	機構住宿式服務類之長照機構，應與能及時接受轉介或提供必要醫療服務之醫療機構訂定醫療服務契約。
第 34 條	<p>1. 機構住宿式及設有機構住宿式服務之綜合式服務類長照機構，應投保公共意外責任險，確保長照服務使用者之生命安全。</p> <p>2. 前項應投保之保險範圍及金額，由中央主管機關會商目的事業主管機關定之。</p>
第 39 條	1. 主管機關對長照機構應予輔導、監督、考核、檢查及評鑑；必要時，並得通知其提供相關服務資料，長照機構應提供必要之協助，不得規避、妨礙或拒絕。



條次	條文
第 39 條	<p>2. 前項評鑑結果，應予公告。</p> <p>3. 第一項評鑑應依長期照顧服務機構類別訂定；其評鑑對象、項目、方式、評鑑人員資格與遴聘、培訓及其他有關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
第 40 條	<p>主管機關應依下列原則訂定長照服務品質基準：</p> <p>一、以服務使用者為中心，並提供適切服務。</p> <p>二、訊息公開透明。</p> <p>三、家庭照顧者代表參與。</p> <p>四、考量多元文化。</p> <p>五、確保照顧與生活品質。</p>
第五章 接受長照服務者之權益保障	
第 42 條	<p>1. 長照機構於提供長照服務時，應與長照服務使用者、家屬或支付費用者簽訂書面契約。</p> <p>2. 前項契約書之格式、內容，中央主管機關應訂定定型化契約範本與其應記載及不得記載之事項。</p>
第 43 條	<p>1. 未經長照服務使用者之書面同意，不得對其進行錄影、錄音或攝影，並不得報導或記載其姓名、出生年月日、住（居）所及其他足資辨別身分之資訊；其無法為意思表示者，應經其法定代理人或主要照顧之最近親屬之書面同意。</p> <p>2. 長照機構於維護長照服務使用者安全之必要範圍內，得設置監看設備，不受前項之限制，並應告知長照服務使用者、其法定代理人或主要照顧之最近親屬。</p>
第 44 條	長照機構及其人員應對長照服務使用者予以適當之照顧與保護，不得有遺棄、身心虐待、歧視、傷害、違法限制其人身自由或其他侵害其權益之情事。
第七章 附則	
第 61 條	<p>1. 本法施行前，已依其他法律規定，從事本法所定長照服務之人員，於本法施行後二年內，得繼續從事長照服務，不受第十八條第一項規定之限制。</p> <p>2. 前項人員之訓練課程，其與本法施行前課程之整合、原有證明之轉銜及認定標準等有關事項，由中央主管機關定之。</p>

條次	條文
第 62 條	本法施行前，已依其他法律規定，從事本法所定長照服務之機關（構）、法人、團體、合作社、事務所等，仍得依原適用法令繼續提供長照服務。但其實際執行長照服務人員之認證、繼續教育、登錄及處罰，適用本法之規定。
第 64 條	1. 個人看護者，應接受中央主管機關公告指定之訓練。 2. 於本法施行後初次入國之外國人，並受僱於失能者家庭從事看護工作者，雇主得為其申請接受中央主管機關所定之補充訓練。 3. 前項補充訓練之課程內容、收費項目、申請程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

二、長服法第 22 條第 3 項適用之相關規定

長服法第 22 條第 3 項規定，本法施行前，已依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法設立從事本法所定機構住宿式長照服務之私立機構，除有擴充或遷移之情事外，不受第一項之限制。

三、長照相關法規

1. 護理機構設置或擴充許可辦法（表 9-2）

表 9-2 護理機構設置或擴充許可辦法

條次	條文
第 16 條	1. 中華民國一百零六年六月三日長期照顧服務法施行後，有下列情事之一者，應依該法及其相關法規之規定辦理： 一、申請設置機構住宿式長期照顧服務機構。 二、已許可設置之一般護理之家及精神護理之家，申請擴充總樓地板面積或遷移。 2. 公立一般護理之家及公立精神護理之家，其申請擴充總樓地板面積或遷移，仍依本法及本辦法之規定辦理，不適用前項第二款規定。



2. 老人福利法（表 9-3）

表 9-3 老人福利法

條次	條文
第四章 福利機構	
第 36 條	<ol style="list-style-type: none"> 1. 私人或團體設立老人福利機構，應向直轄市、縣（市）主管機關申請設立許可。 2. 經許可設立私立老人福利機構者，應於三個月內辦理財團法人登記。但小型設立且符合下列各款情形者，得免辦財團法人登記： <ol style="list-style-type: none"> 一、不對外募捐。 二、不接受補助。 三、不享受租稅減免。 3. 前項但書第二款之補助，不包括配合國家長期照顧政策，辦理符合中央主管機關指定或公告之項目及基準者。 4. 未於第二項期間辦理財團法人登記，而有正當理由者，得申請當地主管機關核准延長一次，期間不得超過三個月；屆期未辦理者，原許可失其效力。 5. 第一項申請設立許可之要件、申請程序、審核期限、審查基準、許可證書之核發、撤銷與廢止許可、停業、停辦、歇業與復業、擴充與縮減、遷移、財務收支處理、督導管理及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。 6. 第二項但書小型設立之規模、面積、設施、人員配置、業務範圍及其他相關事項之標準，由中央主管機關會商中央目的事業主管機關定之。 7. 第五項之擴充、遷移，有長期照顧服務法第二十二條第三項所定情事者，應依該條第一項規定辦理。

四、依據長服法規定，並授權主管機關訂有下列法規

長期照顧服務法施行細則

長期照顧服務申請及給付辦法

長期照顧服務機構設立許可及管理辦法

長期照顧服務機構設立標準

長期照顧服務機構評鑑辦法

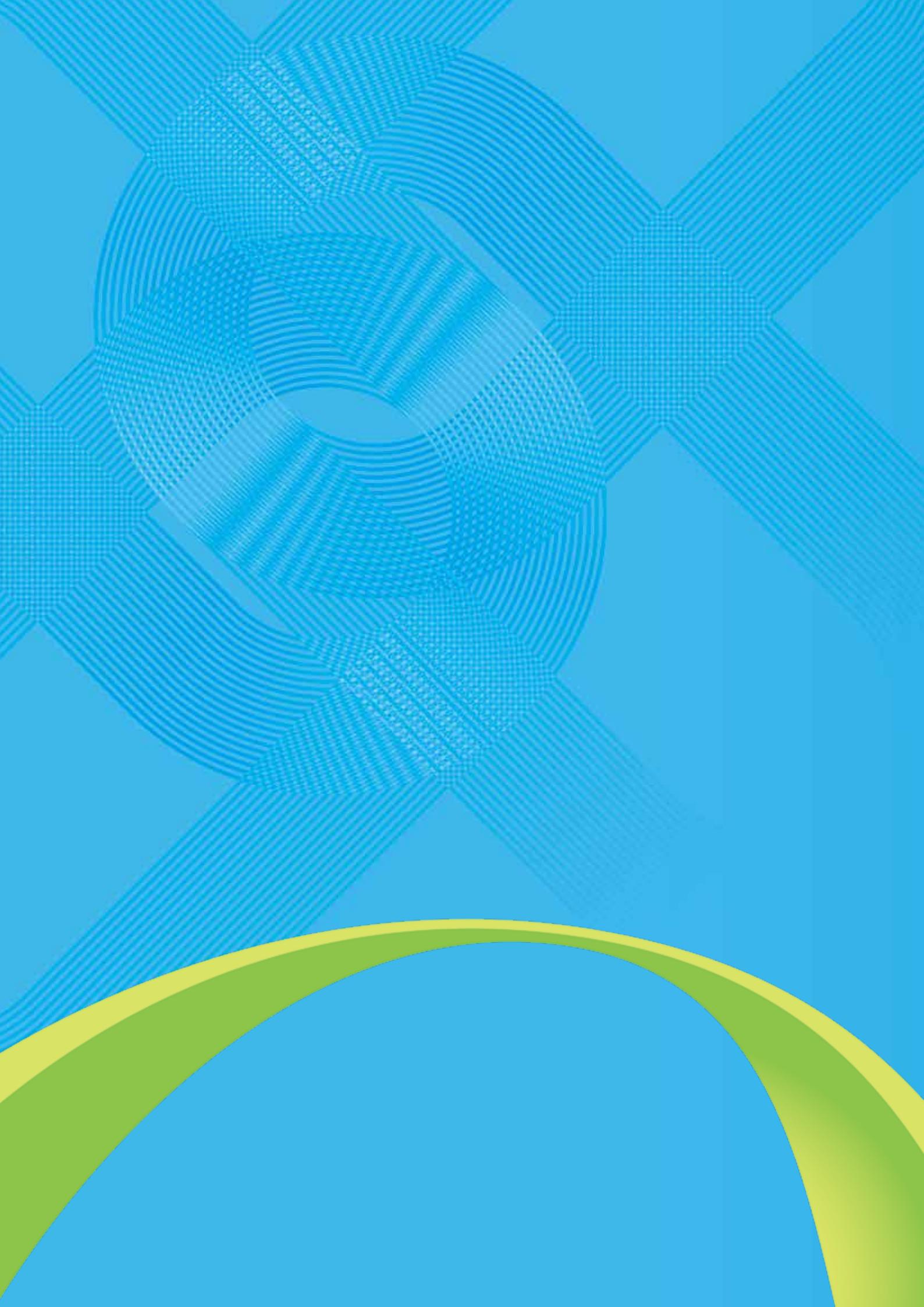
長期照顧服務資源發展獎助辦法

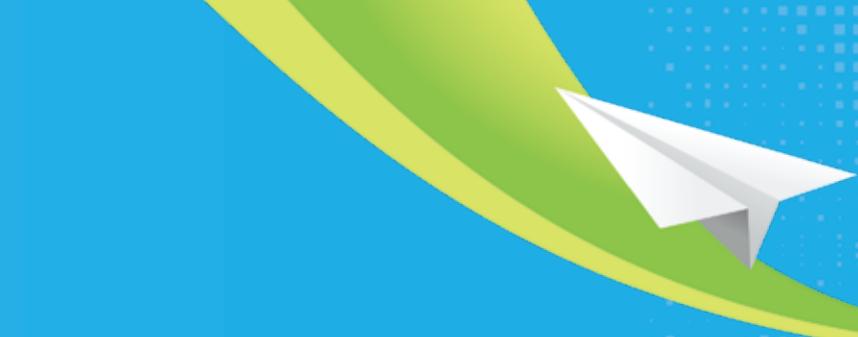
長期照顧服務機構投保公共意外責任險保險範圍及金額認定標準
長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法
長期照顧特約管理辦法
長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法
外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法
長期照顧服務人員認證證明文件及長期照顧服務機構設立許可證書費用收費標準

五、主管機關依據個人資料保護法規定訂定法規

私立長期照顧服務機構個人資料檔案安全維護計畫實施辦法

備註：資料來源：全國法規資料庫，長期照顧服務法，立法歷程。





第拾章

未來展望

第一節、AI與長照和高齡照護

第二節、從醫院至社區無圍牆的照護服務





社會人口結構日益老化，已成為全球各國所面臨的重大課題，臺灣即將邁入超高齡社會之際，面對日益增加的高齡長者健康照護需求，如何提升及強化醫療照護資源，是目前當務之急，更是身為地方守護神的部醫首要之務。



第一節

AI 與長照和高齡照護

隨著資訊科技快速發展與人力資源的有限，如何導入智慧科技，提升第一線照護人員工作效率、減輕其負擔，已然為趨勢，特別是人工智慧（AI）的應用，正改變著照護服務的面貌。

過往長期照護健康科技透過將長期照護表單、照服員共同表單無紙化、跨團隊整合照護、指標自動收集等方法，建構基礎資訊架構，並整合長照住民門診醫囑、檢驗以及相關就醫紀錄，讓住民各項照護、檢查資訊均能及時更新，協助照護人員隨時掌握病人狀況，間接提升照護人員的效率，而在後疫情時代中，透過智能照護模式的建立，避免頻繁接觸病人，降低感控風險，預先判斷照護即時風險調整，亦為未來努力之方向。

一、所屬醫院人工智慧（AI）的應用

所屬醫院已於 112 年間，陸續開發長期照護系統，並運用相關資訊科技，提升照護效率，減輕照護負擔，包括：

1. 智能病房應用—電子白板系統、電子床頭卡

掌握護理站住民完整動態與結合環境偵測事件提示，讓護理站完全了解住民在照護資訊的需求，同時在住民床位識別與病情註記即時顯示進行輔助應用。

2. 智能量測—智慧匝道器、生理監控

針對住民在照護的過程中，避免住民身上掛滿不同的儀器及線路，兼顧治療與住民住院品質，應用無線量測設備有：心律（心跳）、血氧、血壓、血糖等，健康數據即時傳輸與遠程監控，實現了遠端控制及即時預警，大大提升了住民的住院品質與照護管理效率。無線技術的優點包括減少不適、提高活動自由度、提升監測精度。

3. 防跌倒偵測—測距感測、離床偵測設備、人工智慧（AI）照護感知

在住民環境中，跌倒偵測提供即時性反應，在床、離床、久留發現潛在性病人安全應用。

二、人工智慧（AI）提供高齡者智能醫療服務

未來，人工智慧（AI）在高齡者之醫療照護、生活照顧及精準之個人化健康照顧及醫療服務提供者之效能提升方面，均將產生重要的影響，所屬醫院亦將持續將人工智慧（AI）導入門診、住院、領藥、長照等各層面醫療照護，提供智能醫療服務。

1. 人工智慧（AI）與醫療照護

人工智慧（AI）在醫療照護中的應用將顯著提升醫療服務的效率和質量。智能決策支持系統可以分析大量的健康數據，提供診斷建議和治療方案，幫助醫療專業人員做出更明智的決策。此外，人工智慧（AI）可以協助進行疾病預測和早期發現，通過分析患者的歷史健康數據和實時監測數據，提前預測疾病風險，即早預防治療，減少病情惡化的可能性。這將大大改善高齡者的健康管理，降低醫療風險。



2. 人工智慧（AI）與生活照顧

利用人工智慧（AI）在生活照顧的應用，顯著提高高齡者的生活質量和自主性。人工智慧驅動的智能家居系統可以根據高齡者的日常習慣和偏好，自動調整室內燈光、溫度等環境參數，提供舒適的生活環境。人工智慧（AI）語音助手還可以提供訊息查詢、排程管理和提醒功能，幫助高齡者管理日常生活，增強他們的自主性和生活滿意度。此外，透過提供長者配帶智慧手環，所具備位置追蹤與導航功能，讓家屬和照護者可以查看佩戴者的具體位置，確保他們的安全，其對失智症長者的安全與照顧，有相當助益。

在照顧者方面，未來，機器人將在高齡照護中扮演重要角色。人工智慧（AI）驅動的機器人可以協助高齡者完成日常生活活動，如洗浴、穿衣和進餐，減少對人力資源的依賴。而透過大語言模型，所創造的社交機器人，以聊天方式提供陪伴和情感支持，幫助高齡者減少孤獨感，改善心理健康。

3. 人工智慧（AI）與精準之個人化健康照顧

人工智慧（AI）在精準個人化照顧中的應用可以提供更精確和個人化的健康管理方案。通過整合來自可穿戴設備、電子健康記錄訊息，人工智慧（AI）可以為每位高齡者量身定制護理計畫。這種個人化的健康管理不僅能提高預防醫學管理的精確度，還能提前預測和預防潛在的健康問題，使高齡者享有更長的健康壽命。

此外，人工智慧（AI）可以分析高齡者的行為模式和情緒變化，提供心理健康支持，減少孤獨感和抑鬱風險。

4. 人工智慧（AI）與高效能醫療服務提供

透過智慧語音辨識輸入、生成式人工智慧（AI）護理紀錄應用，減少護理紀錄輸入時間提升照護效率，搭配大語言模型，以對話模式，提供語系：中、英、臺口語輸入，降低手寫抄錄時間及記憶回想遺漏，護理師描述住民護理過程後，生成式人工智慧（AI）分析為標準護理病歷格式，提供護理紀錄輸入建議資料，減少護理紀錄時間，提升紀錄品質。

智慧語音人工智慧（AI）交班應用，可由住民生命徵象、高危評估、傷口、管路等評估紀錄，由規則演算進行交班重點彙集與交班建議順序，讓接班護理師能先了解住民狀況，進行交班時，可按人工智慧（AI）彙整交班要點，進行交班紀錄—語音追蹤交辦事項，使得住民住宿情況得以完整被交班追蹤紀錄。



第二節

從醫院至社區無圍牆的照護服務

衛生福利部所屬醫院早在省立及署立醫院時代，便相當重視高齡醫療，積極發展復健科及高齡醫學科，時至今日高齡化社會的時代，如何使健康、亞健康至失能長者皆能獲得完整且連續性的服務，是重要的課題。近幾年伴隨基層社區醫療群組織完善，醫療資源向前延伸到健康促進、預防照護與出院準備，向後整合居家醫療與安寧，醫院的角色延伸至社區，多元且重要。

醫療方面，所屬醫院除因應高齡者需求，推動跨專科的團隊整合性照護，為長者做完整的評估與治療外，另亦提供失智症特別門診、成立失智共照中心等，整合失智照護相關資源，提供失智病人及家屬照護。另為滿足偏遠、離島地區醫療照護需求，設置遠距醫療服務，與醫學中心合作提供當地民眾所需眼科、皮膚科等專科醫療服務，未來將評估長者醫療需求，強化高齡醫學相關科別服務並擴展至更多地區。

由於人口高齡化之趨勢，慢性病的預防、治療與賦能更顯重要，本部所屬醫院將持續建立以社區整體照顧為基礎的全方位長者照護模式，建構良好的高齡者個案管理機制，透過擴大出院準備、資訊整合，深入長者與家庭、並整合社區和醫院部門，落實居家醫療與長照接軌。

在居家醫療方面，本部所屬醫院持續配合健保政策，推動居家護理及安寧、呼吸器依賴或洗腎病人等特殊族群的居家照護。隨著老年及失能人口不斷增加及社會家庭結構的改變，家庭照顧人力逐漸式微，未來將推動以人為本的居家醫療服務模式，提供急性和慢性在宅醫療與護理照護服務等各項整合的居家醫療，提升長照服務之效能。

總結

為落實高齡者之全人照顧，衛生福利部所屬醫院本著公共衛生預防醫學之精神，採取四段七級由醫院醫療延伸至社區居家照顧，除強化高齡醫療之專業整合及多元發展，將加強居家專

業照護，並與長照連結，建構社區資源網絡，實現在地老化的理想。

伴隨醫療效能之需求及醫事人力資源限制，人工智慧（AI）將在長期照護和高齡照護中發揮重要作用，同時，隨著技術的進步，科技產品日新月異地推出，我們有機會重新定義高齡者的生活方式，打造一個安全、舒適、尊嚴的居住和專業照護環境，讓長者能安享晚年。

未來，亦規劃將智能照護系統導入本部醫院所屬醫院及住宿型長照等機構，藉著醫療產業與智慧科技之結合，有效減輕照護人員沉重負擔，讓第一線人員能專注在「照護服務」，進而提高的工作效率、減輕負擔，優化服務品質，打造所屬醫院成為健康、快樂的友善職場。

國家圖書館出版預行編目 (CIP) 資料

公醫前驅 引領長照：部屬醫院醫療與長照整合的實務典範 / 衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會所屬醫院作 . -- 初版 . -- 臺北市 : 衛生福利部 , 2024.10
面； 公分
ISBN 978-626-7461-64-8(精裝)

1.CST: 長期照護 2.CST: 健康照護體系 3.CST: 居家照護服務
4.CST: 社區式照護服務

419.71

113015867



公醫前驅 引領長照

部屬醫院醫療與長照整合的實務典範

發行人	邱泰源
副發行人	林靜儀、呂建德、周志浩
總召集人	林慶豐
副召集人	王裕煒、賴慧貞、林名男
執行總編輯	黃元德
執行副編輯	楊南屏、李孟智、祝健芳
編輯委員會	鄭聰明、周道君、林三齊、鄭舜平、李永恆、曾孔彥、莊仁賓、賴仲亮、歐建慧、林彥雄、王蘭福、藍祚鴻、吳文正、簡以嘉
作者	衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會所屬醫院
出版	衛生福利部
地址	115204 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號
電話	02-8590-6666
傳真	02-8590-6000
設計印刷	昱盛印刷事業有限公司
地址	臺中市西屯區永輝路 83 號
電話	04-2313-8378
傳真	04-2313-9590
初版一刷	2024 年 10 月
定價	750 元 (精裝)
GPN	1011301383
ISBN	978-626-7461-64-8
版權所有 · 翻印必究	



