

長期照顧管理概論

中國醫藥大學附設醫院護理部

徐逸民 副主任

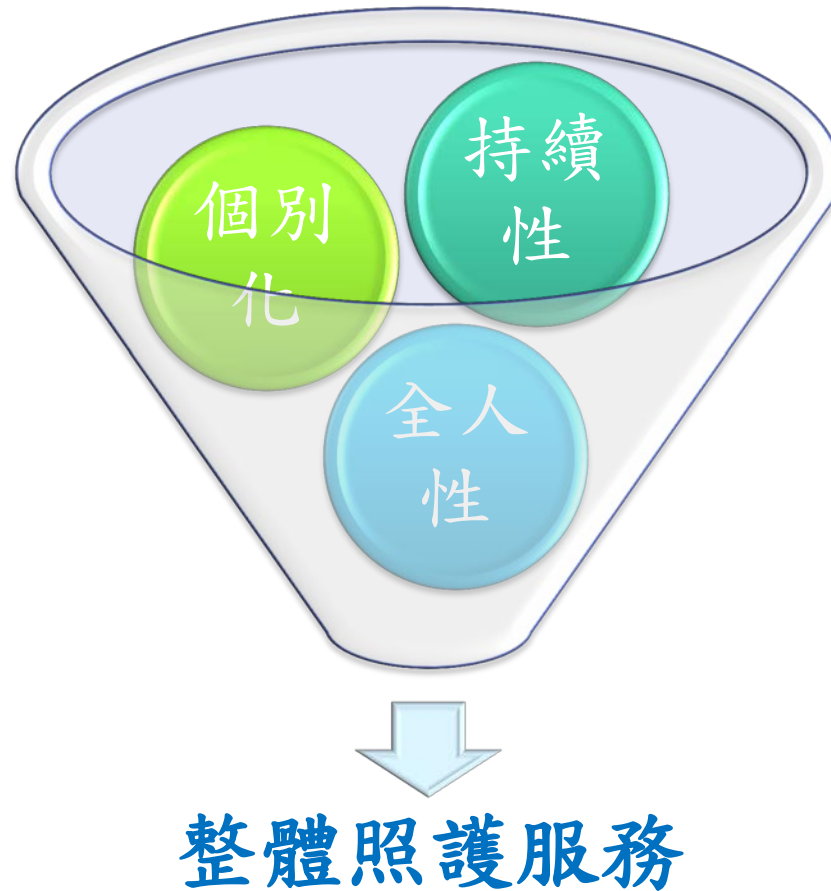


課程大綱

- ◆ 台灣長期照顧需求與現況
- ◆ 長期照顧管理與服務概念
- ◆ 居家護理的發展與趨勢
- ◆ 居家護理師之角色功能



長期照護為提供**持續性**、**個別化**、**全人性**的**整體照護服務**



長期照護之定義

- ◆ Kane(1987)對長期照護之定義：「針對先天或後天喪失自我執行日常生活功能的人，長期性提供醫療服務、個人生活照護與社會服務」。
- ◆ 衛生福利部：「長期照護係指針對需要長期照護者，其服務內容可以從**預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性**，以至**社會性的服務**；其服務對象不僅包括**個案**本身，更應考慮到**照顧者的需要**」



長期照護服務對象

- ◆ 以年老失能者為主，但不侷限在老人，只要是因疾病、殘障、傷害或衰老等因素所導致日常功能自我照顧上完全或部分的障礙者及其家庭，都是長期照護服務的對象

參考資料：楊舒琴(2011)·社區衛生護理學-長期照護



長期照護之特性

- 依失能的程度決定個別化的服務內容
 - ◆ 長照不是依照個案的醫學診斷提供制式化的服務安排，而是以個案的自我照顧能力及日常生活功能，**設計個別化的照護服務**
- 著重於提升失能者及其家庭的生活品質
 - ◆ 長期照護努力的目標在於提升**失能者的自主性和尊嚴**



長期照護之特性

■ 需要跨專業、多元化的資源整合

- ◆ 舉凡患者的食衣住行育樂，都可能因應身體功能變化而有所改變
- ◆ 長期照護服務依個案的需要，展延為**跨專業領域的服務**

■ 強調連續性的人性化照護過程

- ◆ 長期照護服務項目隨著失能者功能或疾病的病況改變而調整，照護的過程強調以**病人為中心及連續性**



長期照護的重要性

◆ 人口結構持續老化

- ◆ 國人平均餘命上升至**80.0歲**(男性76.8歲、女性83.4歲)
- ◆ 2017年邁入高齡社會(65歲以上人口比率14%)，2025年進入超高齡社會

◆ 家庭結構改變，促使照護壓力增加

- ◆ 生育率下降，家庭人口數減少，老年人口比持續上升，2018年6月人口扶養比為**37.7**

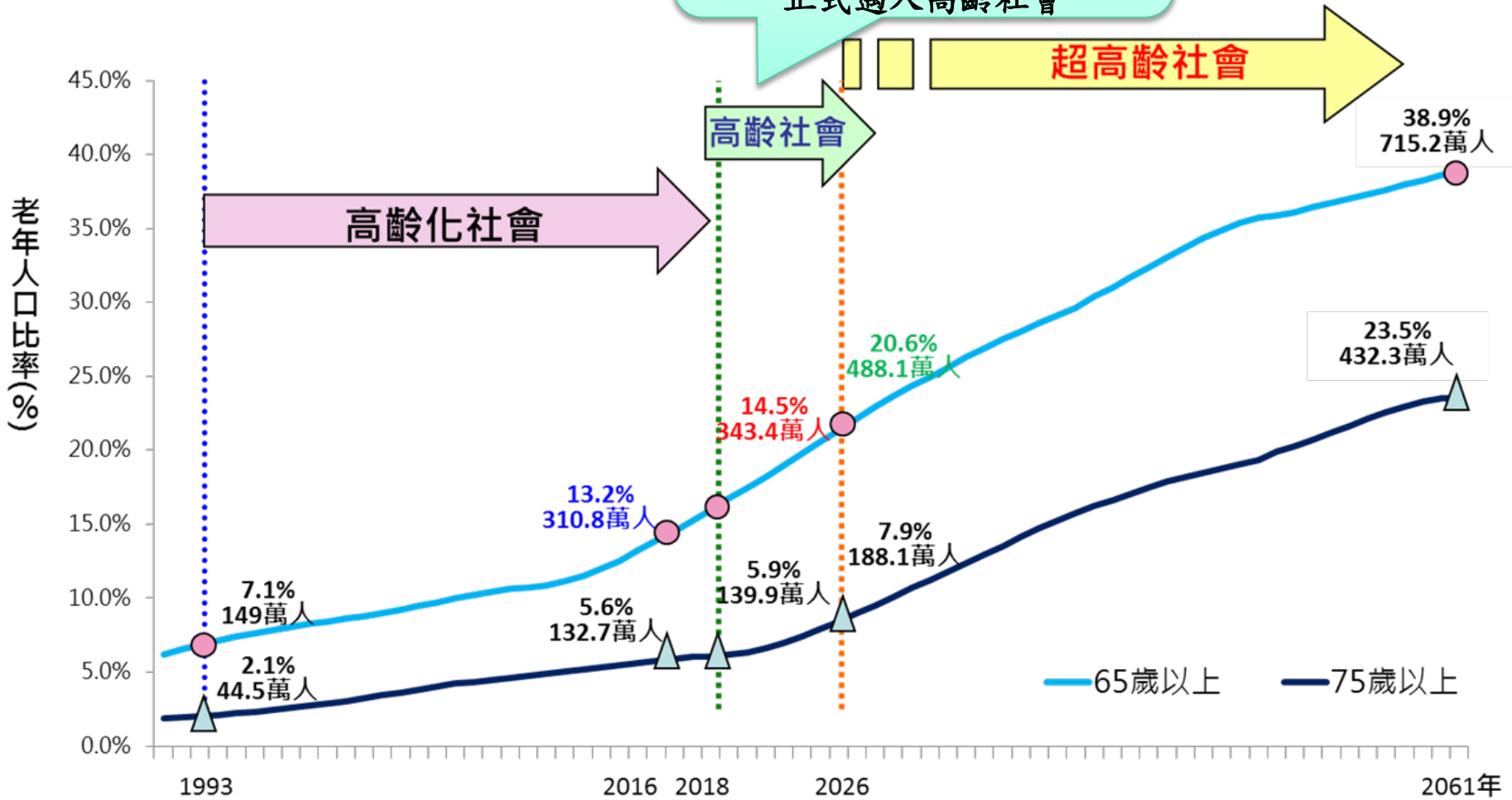
◆ 疾病類型傾向於增加不可逆的慢性狀況

- ◆ WHO指出，慢性疾病仍是需要一段時間甚至數十年管控的全球性健康問題
 - 非傳染性疾病(心血管疾病、癌症、糖尿病)
 - 永久性傳染病(愛滋病)
 - 心理疾病(憂鬱症)
 - 身體結構永久殘缺(脊髓損傷、腦中風、失明、截肢)



人口結構快速老化

107年3月底
我國老年人口達**331萬2千人**
(占總人口比率達**14.05%**)
正式邁入高齡社會



註：2018年以後之人口數據係推估值。

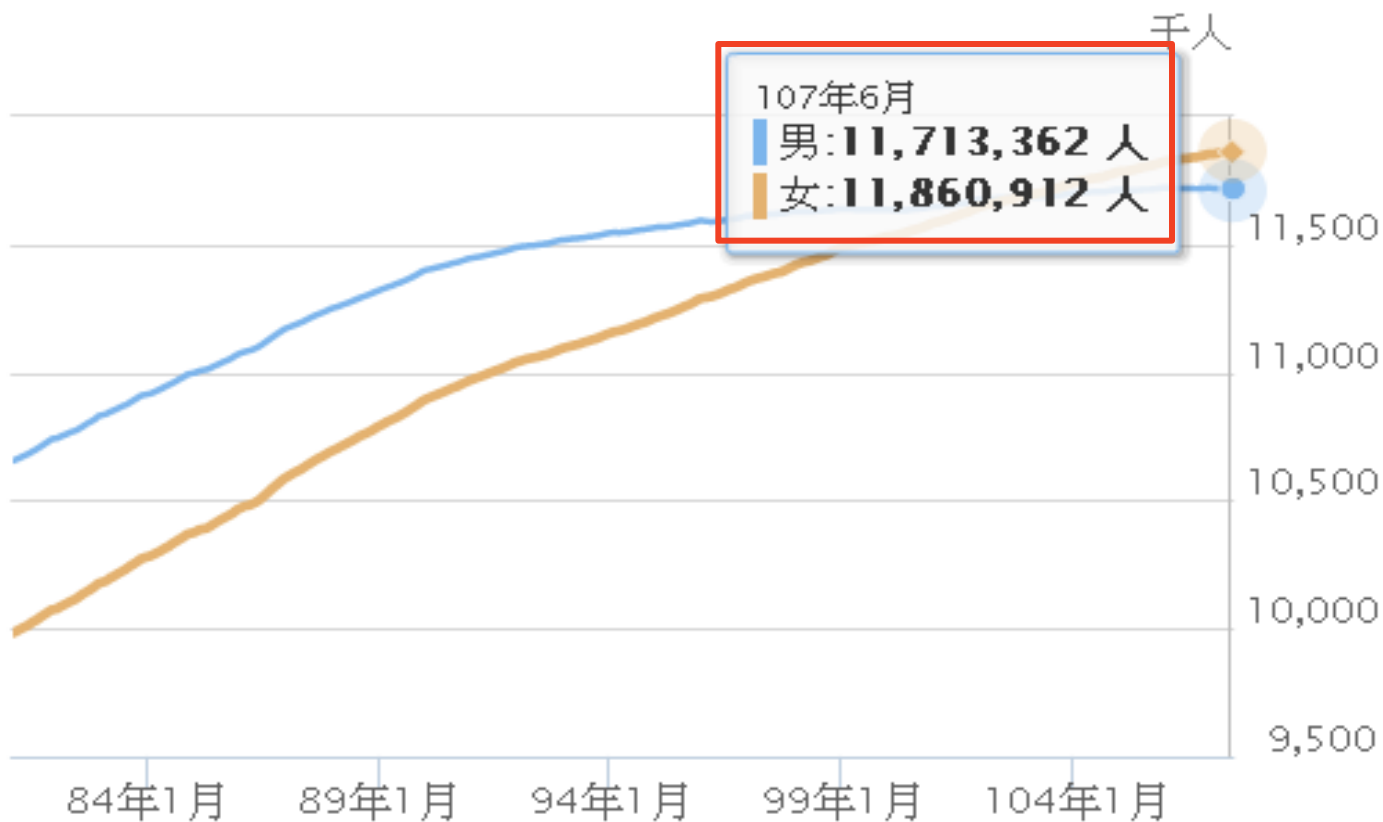
資料來源：

1. 國家發展委員會 (2016) · 中華民國人口推估 (105至150年) 數據—中推估 · 取自 <http://goo.gl/d4kckk>
2. 內政部統計處 (2018) · 內政統計月報1.11資料歷年單齡人口數、人口年齡中位數 · 取自 <http://goo.gl/05L1A4>
3. 衛生福利部



台灣人口數

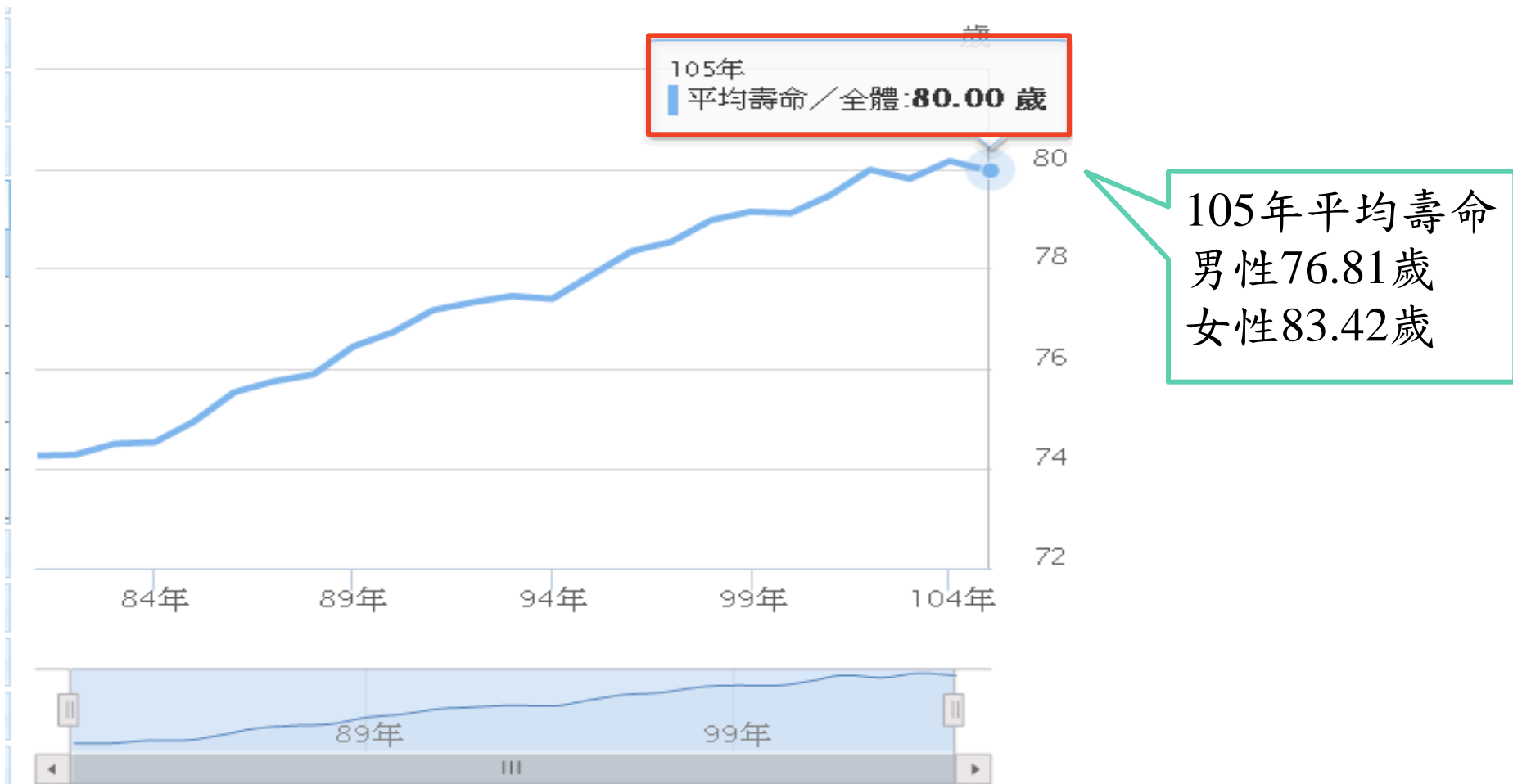
人口數按性別分



資料來源：內政部統計處



台灣人口平均壽命



出生嬰兒預期可以存活的年數。即假設新生嬰兒經歷了當年各年齡別的死亡風險後預期可以存活的年數。

資料來源：內政部統計處



台灣人口老化指數



為衡量一個國家/地區人口老化程度之指標，即每100個65歲以上人口對14歲以下人口之比，指數越高，代表高老齡化情況越嚴重。

資料來源：內政部統計處



台灣人口扶養比

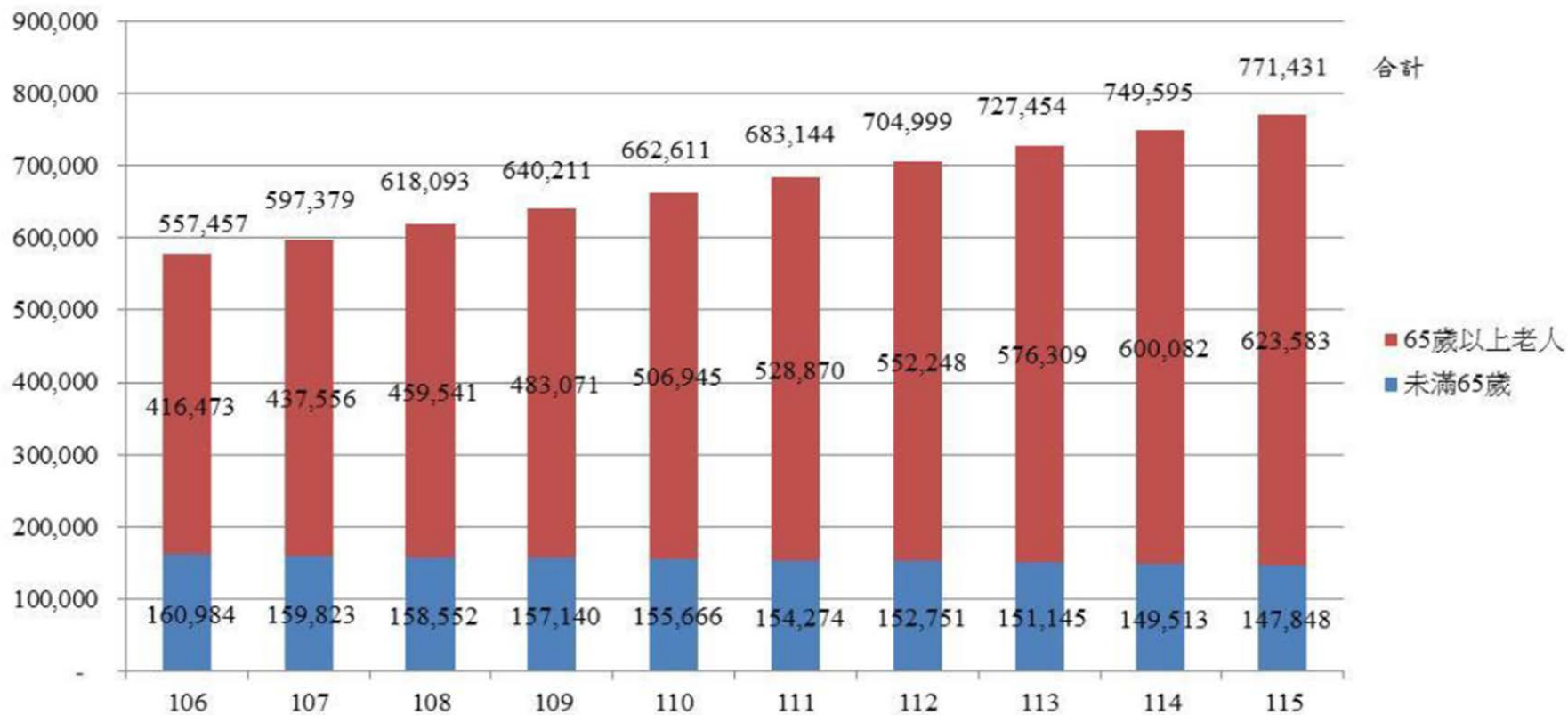


每100個工作年齡人口（15至64歲人口）所需負擔依賴人口（即14歲以下幼年人口及65歲以上老年人口），也稱為依賴人口指數，**扶養比愈高，負擔也愈重。**

資料來源：內政部統計處



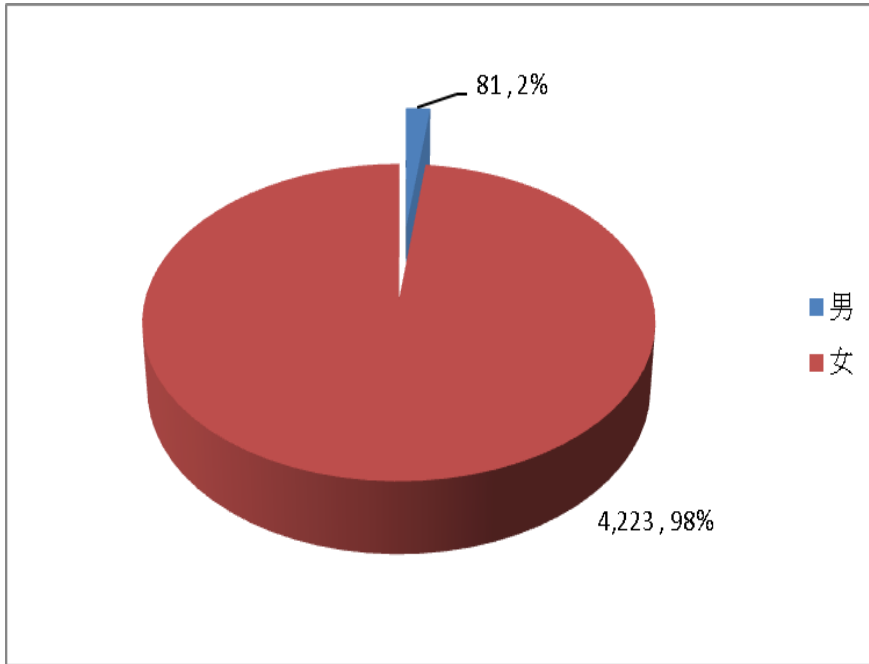
長期照顧需要人口推估



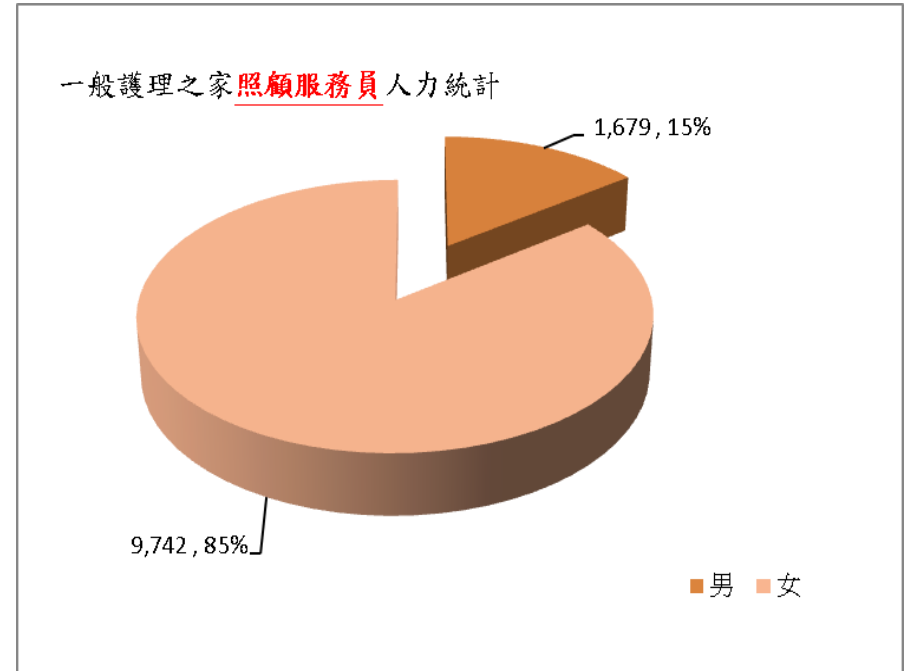
資料來源：衛生福利部



一般護理之家護理人員及照顧服務員人力統計(106/12)



護理人員人力比

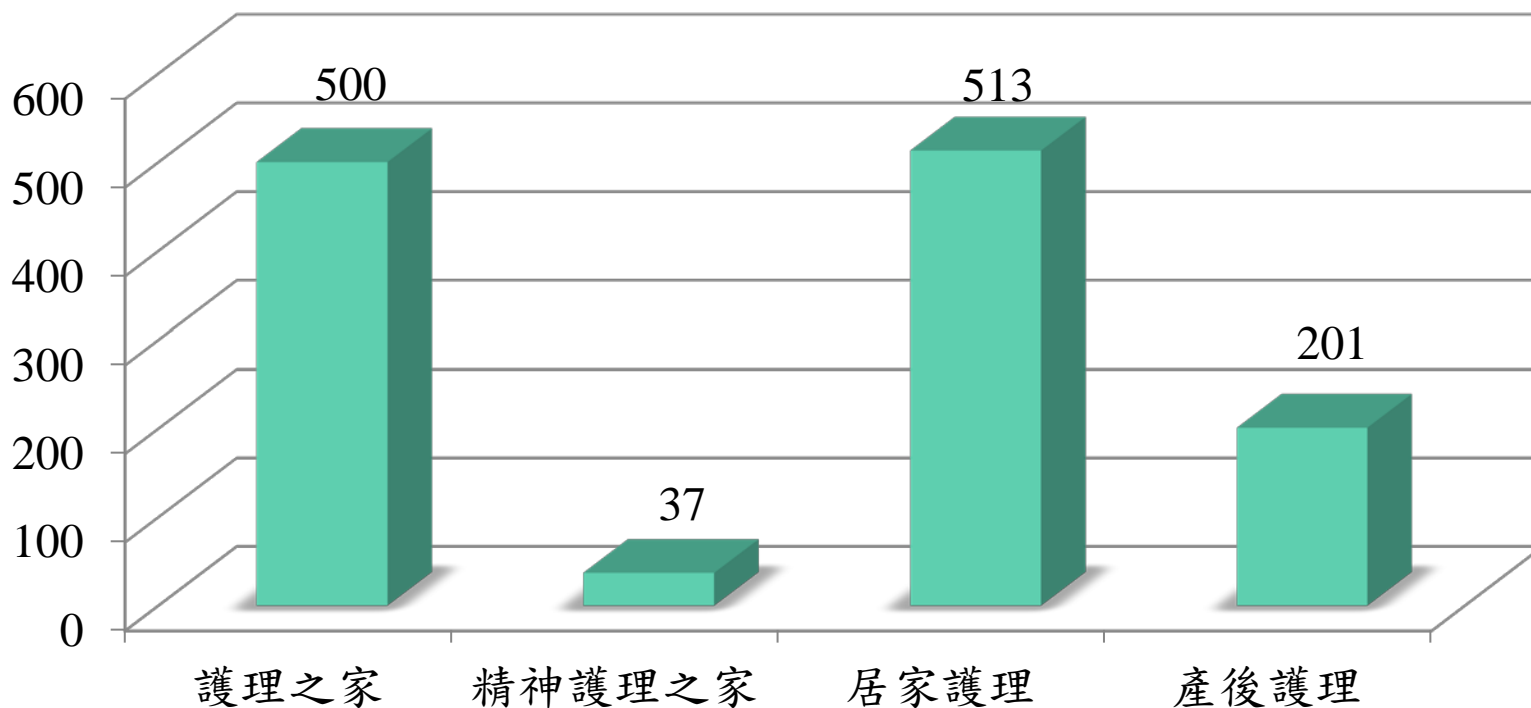


照顧服務員人力比

資料來源：衛生福利部-長照人力統計



護理機構家數(104年止)



資料來源：衛生福利部(106年)-護理機構服務量統計



我國長期照顧制度之問題分析

- ◆ 受照顧對象有限
- ◆ 長期照顧服務提供不完善
- ◆ 家庭照顧者服務之改善
- ◆ 長期照顧需求的評估不完整
- ◆ 長期照顧服務人力不足
- ◆ 長期照顧制度之經費不穩定



長期照顧財源社會保險制及稅收制優缺點比較表

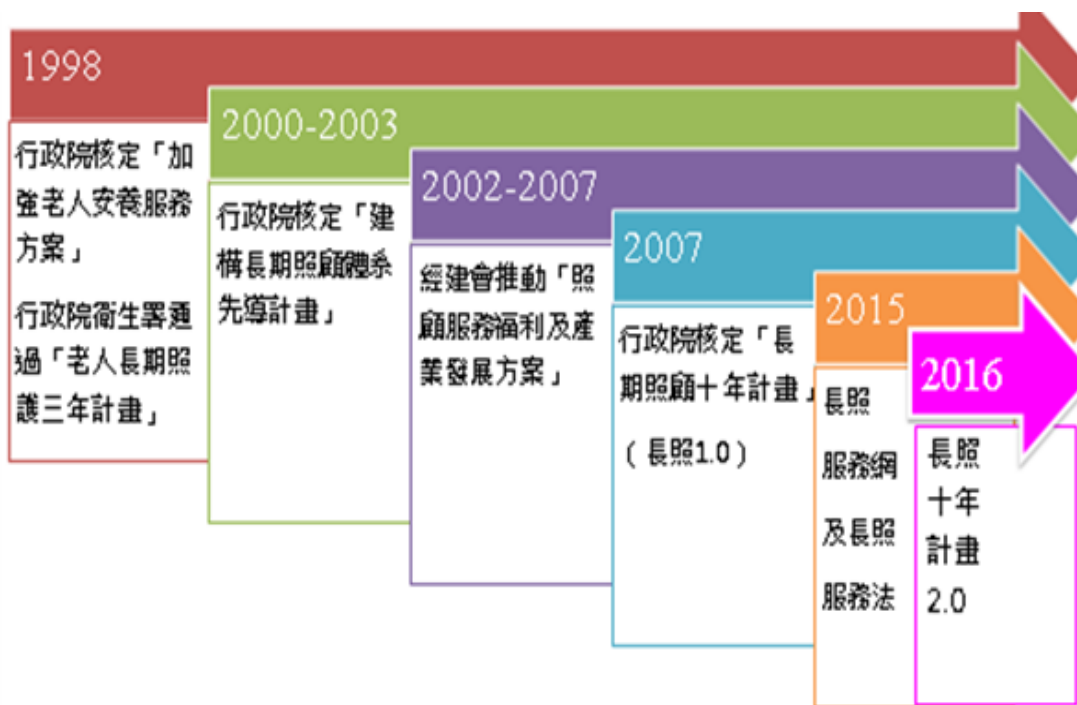
保險制	社會保險制	稅收制
國家	荷蘭、德國、日本、韓國	丹麥、芬蘭、挪威、瑞典
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1.保險費隨薪資或所得成長而自動成長，有基本保險費之設計，財務充足性及穩定性較高，專款專用 2.財務費用由社會成員共同分擔社會性風險，維持權利、義務對等的基本精神，政府負擔小 3.透過社會參與及公共監督，制度設計及改革較易隨民眾需要而微調 4.人人皆需繳保險費 5.透過保險而確保的「應得權益模式」 6.必須經過立法，受到政黨輪替影響較低 	<ol style="list-style-type: none"> 1.統由稅收(營所稅等)課徵，行政成本較低 2.政府可量力而為控制預算，較不浪費 3.對弱勢者所得重分配效果大



保險制	社會保險制	稅收制
國家	荷蘭、德國、日本、韓國	丹麥、芬蘭、挪威、瑞典
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 徵收保險費，需較高行政成本，但若已有徵收體系，影響較小 2. 財源籌措制度設計較為複雜 3. 需直接收保險費，使用機率低，民眾繳交意願較低，但若隨其他保險費徵收，影響較小 4. 老弱殘者無法繳費，貧窮線嚴格難獲補助 5. 過去社會保險負債累累 6. 市場化、機構化隱憂，大財團營利取向 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 政府全額負擔，財務責任重 2. 稅收受景氣影響較深，致長期財務來源的穩定性及充足性較為不足，偏殘補式，無法關照全民 3. 納稅者因不同稅目而異，部分民眾因無所得資料無法課稅，故非人人皆有分擔，若需加稅，須面對民眾壓力 4. 預算需與其他政事競用資源 5. 受預算限制，服務提供的多元性及普及性較不易符合民眾需要，亦影響長照產業之發展 6. 長期照顧需求成長快速，編列預算的壓力逐年上升 7. 政黨輪替而有不同施政偏好致使預算不穩定 8. 人口老化，財務負擔會轉嫁下一代



長期照顧制度發展脈絡



- ◆ 為健全長照服務體系之發展，我國於 2015 年 5 月 15 日經立法院三讀通過「長期照顧服務」，並於 2015 年 6 月 3 日以總統華總一義字第 10400064391 號令公布。內容涵蓋**長照服務內容、人員管理機構管理、受護者權益保障、服務發展獎勵措施**五大要素。
- ◆ 我國長期照顧制度發展脈絡如左圖

資料來源：衛生福利部



「長照2.0」的服務對象

1.0

- ◆ 65歲以上老人
- ◆ 55歲以上山地原住民
- ◆ 50歲以上失能身心障礙者
- ◆ 65歲以上僅IADL需協助之獨居老人



2.0

- ◆ 50歲以上失智症患者
- ◆ 55-64歲失能平地原住民
- ◆ 49歲以下失能身心障礙者
- ◆ 65歲以上僅IADL失能之衰弱



長照服務的項目

居家式服務

- 身體照顧服務。
- 日常生活照顧服務。
- 家事服務。
- 餐飲及營養服務。
- 輔具服務。
- 必要之住家設施調整改善服務。
- 心理支持服務。
- 緊急救援服務。
- 醫事照護服務。
- 預防引發其他失能或加重失能之服務。
- 其他由中央主管機關認定到宅提供與長照有關之服務。

社區式服務

- 身體照顧服務。
- 日常生活照顧服務。
- 家事服務。
- 餐飲及營養服務。
- 輔具服務。
- 必要之住家設施調整改善服務。
- 心理支持服務。
- 緊急救援服務。
- 醫事照護服務。
- 預防引發其他失能或加重失能之服務。
- 其他由中央主管機關認定到宅提供與長照有關之服務。

機構住宿式

- 身體照顧服務。
- 日常生活照顧服務。
- 餐飲及營養服務。
- 住宿服務。
- 醫事照護服務。
- 輔具服務。
- 心理支持服務。
- 緊急送醫服務。
- 家屬教育服務。
- 社會參與服務。
- 預防引發其他失能或加重失能之服務。
- 其他由中央主管機關認定以入住方式所提供與長照有關之服務。



居家護理發展歷程

1971

- 彰化基督教醫院首先創立居家護理

1987

- 衛生署保健處委託台北市護理師護士公會成立第一所居家護理機構

1991

- 護理人員法通過

1993

- 公佈「**護理機構設置標準**」，為護理人員獨立經營「居家護理」提供法源依據

1995

- 公佈實施「全民健康保險居家照護作業要點」



居家護理發展歷程

1997

- 行政院衛生署發表「衛生白皮書—跨世紀衛生建設」，提出以**居家及社區式照護服務為主(70%)**，**機構式照護服務為輔(30%)**等長期照護發展重點

2007

- 「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗計畫」擴展及執行

2015

- 實施「**全民健康保險居家醫療照護整合**」試辦計畫

迄今

- 持續推動長期照顧服務



居家照護定義

- ◆ 世界衛生組織(WHO)在1994年將居家照護定義為：「在病人居住地，提供整合性、健康支持性的服務。目的在於預防、延緩或是取代暫時性或長期的照顧服務」。



居家照護定義

- ◆ 美國居家護理協會（The National Association for Home Care [NAHC], 1994）則將居家護理定義為：
「在居家環境裡，為恢復中、失能的、或慢性
疾病個案提供廣泛的健康和社會性服務」（引自徐麗娟，2010）。



居家照護定義

- ◆ 國內學者（吳淑如、邱啟潤，1997）將居家護理定義為：**以個案家庭為中心的護理，提供連續性與整體性的健康服務**，不僅以病患為照護對象，還包括**照顧者及與個案相關的所有人事物**
- ◆ 賈淑麗 (2000)：「居家健康照護係指有系統地提供活動給侷限**在家或失能者**，有關之健康照護及社會服務，服務場所以**個案的家中為主**」



居家護理目標

- ◆ 在於促進、維持、恢復個案健康、維持生活獨立性與生活品質 (Flich, 2003; Thomé et al., 2003)



居家護理服務內涵



居家護理師角色功能



居家護理師應具備之能力

- 需具備相關**護理知識及技能**
- 與個案及家屬建立**信任**的護病關係
- 增進個案與家屬**自我照顧能力及獨立性**
- 給予主動的**關懷及心理支持**
- 了解**社區資源**及具備**連結社區的能力**

參考資料：楊舒琴(2011)・社區衛生護理學-老年人的居家照護



護理專業培訓之建議

強化社區及居家急性後期與長期照護能力

培養創業經營能力

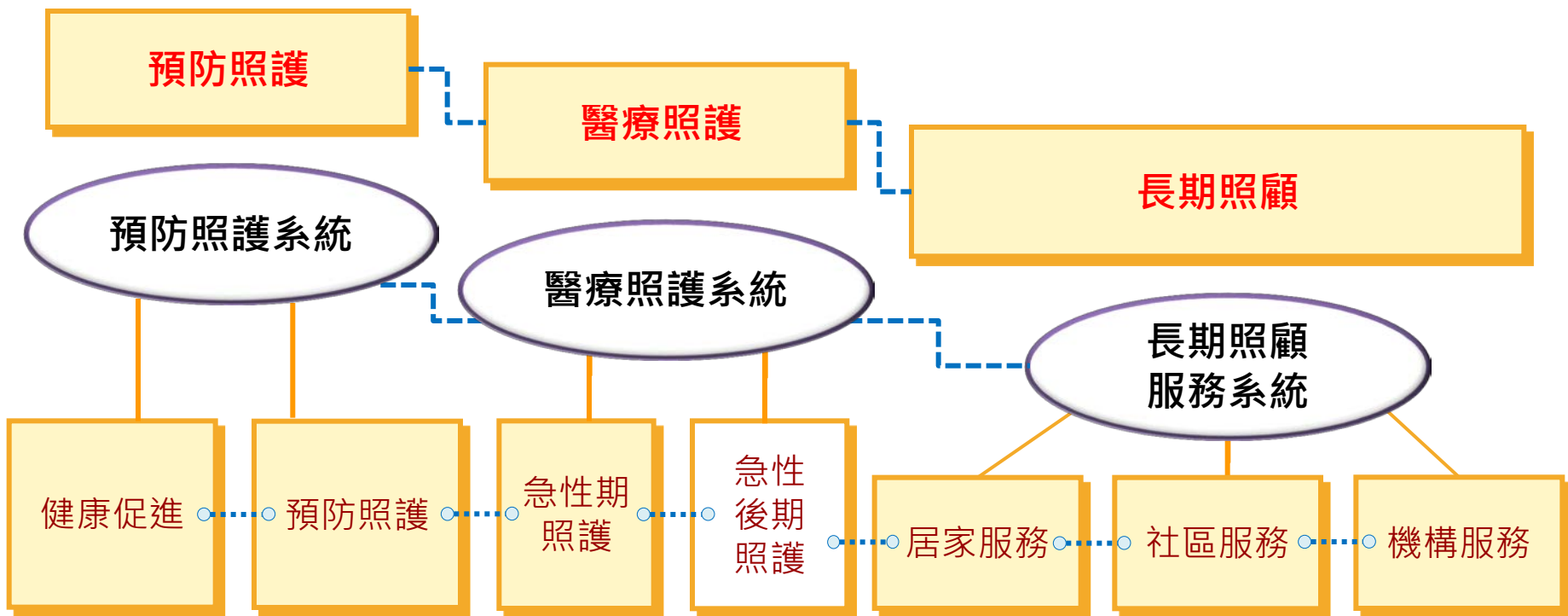
精進跨專業合作的協調能力

資料來源：吳肖琪、蔡閻閻、葉馨婷（2015）·我國長照政策之發展趨勢及對護理專業的影響·護理雜誌



居家醫療整合照護結合長照服務

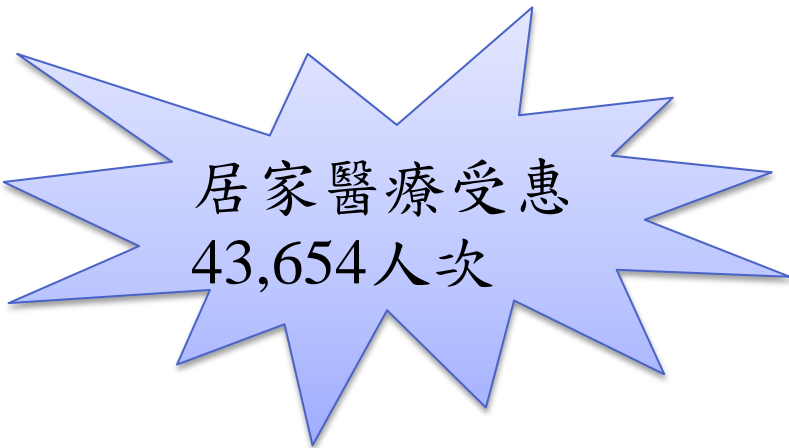
長照2.0：建構連續性的社區整體照顧服務體系



全民健康保險居家醫療照護整合整合計畫



107年長期照顧給付及支付基準

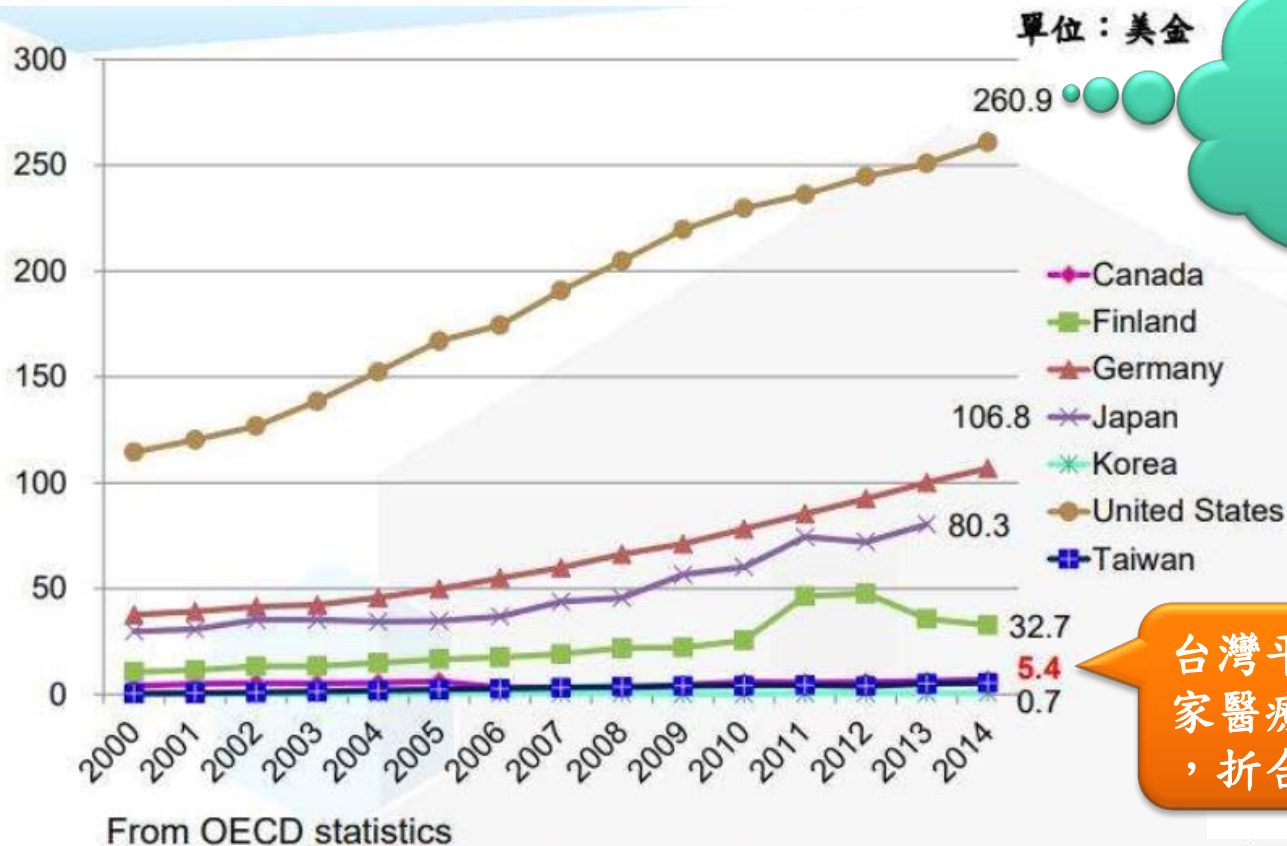


居家醫療受惠
43,654人次

- ◆ 2016年2月起，健保配合長照2.0開辦居家醫療整合照護計畫，只要居家家中、有醫療需要，且經評估失能情況符合巴氏量表60分以下者，即可獲得居家醫療、重度居家醫療、安寧療護三階段的到宅服務。



先進國家每人居家醫療費用

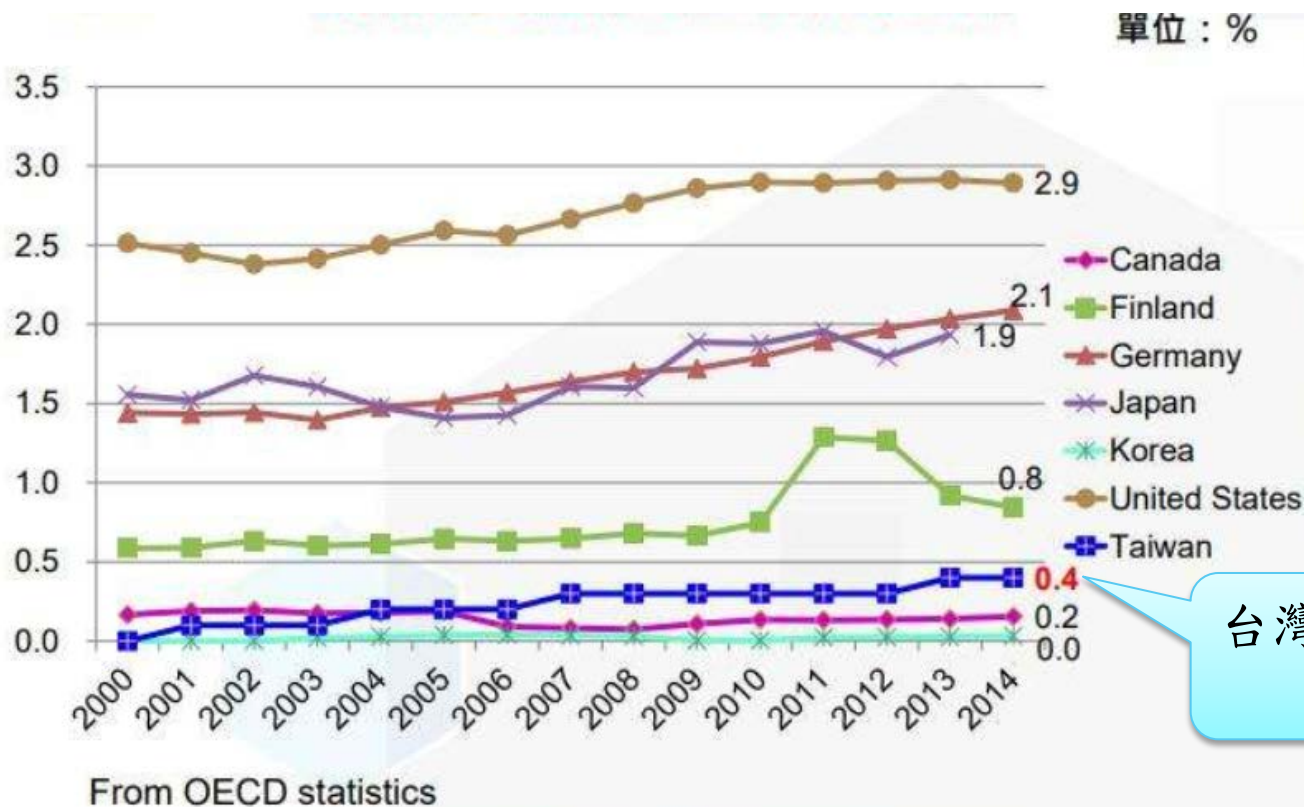


美國高於
台灣48倍

台灣平均每人每年居家醫療花費僅5.4美元，折合台幣僅168元

圖為先進國家居家醫療費用，其中美國高達260.9美元，折合台幣8105元，比起他國高出許多（健保署提供）

先進國家居家醫療支出佔總醫療支出之比例



台灣比例為0.4%

國家居家醫療占醫療總支出部分，台灣比例為0.4%，美國為2.9%。（健保署提供）

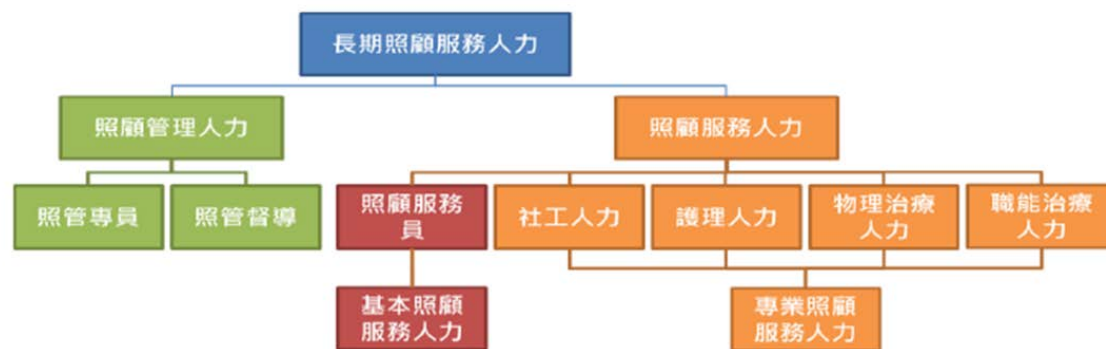


- ◆ 健保署長李伯璋表示：醫療科技日新月異，人類平均壽命不斷延長，人口老化幾乎是所有先進國家共同面臨的課題；而相關研究證實，若想縮短不健康老化的時間，因此，**個人居家醫療年均費用的提升、整個國家居家醫療預算占總醫療支出比例的逐年攀升**，都是未來必然的趨勢

資料來源：健保署-2018/08/22



- ◆ 長期照顧服務之範圍相當廣，所需之專業人力亦相當多元，需要來自**護理、社工、職能治療、物理治療**等專業人力，以及進行長照需求評估之**照管人員**的投入，方能提供服務使用者完整、連續且具品質之照顧，滿足其照顧需求。
- ◆ 隨著長照服務持續發展、新興服務模式（如小規模多機能及失智症老人團體家屋等）正式入法，以及**家庭照顧者服務需求**逐漸獲得重視等因素，有關長照人力資源之培育及發展，需以強調**專業性、整合性及前瞻性**等原則為基礎，結合政府機關及民間單位共同推動。



我國長期照顧服務人力之類型

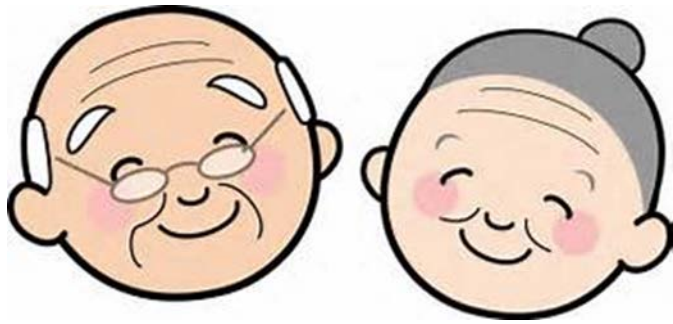
結 語

- ◆ 長期照顧個案需求常是**多元的**，社會資源雖多元且具選擇性，個案管理必須與個案切身的資源充分結合與互助，因此，居家護理師必須**強化個案管理能力與資源網絡的運用**，方能使個案在生活的社區中得到需要的協助。



希望那一天來臨時

我們有權、有能力選擇自己的生活



THANK
YOU

