

主題論文

長期照護體系中社區式與居家式復健服務的 輸送

陳輝宇¹

壹、前言

目前全球人口年齡超過 65 歲者的比例達 12%，預計二十一世紀中期這項數據將會倍增，屆時世界 65 歲以上人口數將超過孩童人口數，這在人類史上是史無前例的現象。

我國醫療衛生水準進步，整體國民的平均壽命不斷地延長，然而出生率卻日益下降，老年人口的比例顯著的成長，人口老化的問題日益嚴重。依我國內政部統計處統計資料，我國於 1993 年老年人口就已占台灣總人口的 7.1%，估計約有 149 萬人，開始成為高齡化社會國家之一。至 2008 年 65 歲以上老年人口為 240 萬餘人，約占全國人口比率的 10.4%，估計至 2028 年後老年人口所占比例將達 22.5%，將有 475 萬人，而 2050 年臺灣老年人口比例將高達 29.8%。(李光玉、曾明朗，2008)

¹ 國立成功大學老年學研究所碩士三年級生

貳、台灣長期照護服務需求增加

我國進入高齡化社會時間雖晚，但人口老化速度（指高齡化人口佔總人口比率由 7% 提高到 14% 所需年數）卻異常快速，隨著人口老化速度之增加，台灣社會快速高齡化的結果，伴隨而來的是老年人口增加所帶來日益嚴重的老人問題，例如罹患慢性病的比例將大增，而同時因慢性病所導致失能的比例會隨之提昇：根據內政部統計處（2001）老人狀況調查報告顯示，65 歲以上老年人因罹患疾病無法自行照料生活，而需要他人照顧的老年人口比率，由民國 85 年的 5.40 % 增至 89 年的 9.33 %。醫療、安養及日常生活照顧等屬於長期照護服務之需求，亦會隨慢性失能人口的增加而逐年遞增。其中之安養問題將於六、七年後益顯迫切。若失能比率依 9.7% 推估，需長期照護的人口將達 460,750 人，屆時戰後嬰兒潮人口亦將進入老年期，長期照護將成為十分迫切的議題。

在這其中有近三分之一（32.4%）的老年人表示對長期照護機構之需求是迫切的，這現象反映在老人福利機構數目的日益增加；由民國 86 年的 70 家，增至 94 年底的 858 家。直到 2007 年底，國內老年福利機構已經達到 1357 家，總床數 84768 床，然而，根據衛生署的推估，到 2008 年底，機構式照護的需求量僅總床數 8 成左右，由此可見，老年住宅不再是機構合法性的問題，以目前的狀況而言，整體市場是供過於求的狀態。

參、機構式照護之外：居家式與社區式照護

然而，在機構式的照護之外，還有社區式與居家式的照護。根據(陳惠姿, et al., 2009)在經建會所做的研究報告指出：至 2008 年 12 月底，我國長期照護資源現況，老人及長期照顧機構總床數為 72,343 床，身心障礙機構總床數為 12,358 床，惟各類機構實際入住率約在 74~75%，顯示機構式照護資源在數量上呈現供過於求的狀況。至於居家式及社區式服務量分別為 123 家

24,925 人及 34 家約 3,020 人(葉莉莉、薄景華、翟文英, 2009)。是故, 目前我國的照護資源, 機構式照護足夠因應 2011 年所需資源的數量, 社區式與居家式的資源則相當缺乏。2011 年居家與社區式資源的整備量約為照護需求人數的 8.75~14%, 顯示居家與社區式照護的資源相當不足。

居家式與社區式顧名思義就是讓老年人生活在熟悉的社區或者是原來的家庭當中獲得照護, 因為大多數的老人都希望能夠在自己熟悉的環境中度過晚年, 再加上國情與文化上的特殊性, 老年人惟有在不得已的狀況之下, 才會選擇安養護機構終老。因此希望能夠藉著原先熟悉的環境, 有尊嚴且獨立的生活, 達成在地老化的目標。

肆、復健服務

在各項照護之中, 復健服務是重要的服務項目之一(胡名霞, 1998)。長期照護的對象, 一般來說以老人及慢性病患者為主。從老人的主要診斷來看, 約有四成是腦中風, 兩成是糖尿病, 其他則如高血壓、巴金森氏症、心臟病等, 多數會造成行動不便, 屬於復健當中物理治療項目的適應症之一。

復健的目的在於恢復身心的健康狀態, 減低失能, 促進功能的恢復, 重新恢復獨立自主的生活。

從這個角度看來, 復健服務對於維持老年人生活的獨立性以及生活品質, 有相當大的重要性。另外, 從醫療資源有效利用的角度來看, 全民健保實施以來, 對於急性醫療的過度利用, 已經造成健保財務的困難與緊縮, 同時過多慢性的復健病患佔用急性復健資源, 造成對於黃金復健期(病發六個月內)的患者的資源排擠, 影響其復健的期程與效果。

因此，爲了讓資源有效的利用，應當發展亞急性與慢性的社區與居家復健，提供急性醫療院所出院的病患有效且適當的復健服務以及訓練，維持其獨立自主的能力，恢復並獲得必要的功能，使其早日回歸正常生活與融入社會。如此除了可以減少急性醫療的花費，同時也能夠降低進入長期照護的可能與需求。

目前台灣長期照護復健服務最大的問題在於，雖然台灣之全民健康保險開辦已超過 13 年，但尚未開辦長期照護保險。台灣現行之全民健保給付範圍除包括各特約醫療院所所提供之急慢性醫療外，社區復健及居家照護之醫療提供亦包含在內，這其間存在著醫療與長期照護界限不清與各照護機構間資源連結困境；包含專業人力不足、行政隸屬權責不明、缺乏整合機構與民眾認知不清等問題(陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印，2009)。

也因此，往往導致民眾不知道從何處獲得資源，而還算充足的復健資源也無從下放。根據研究(胡、許、江、吳，2006；陳惠姿等人，2009)，復健治療人力推估至 2011 年復健人員各方案需 797 至 1,675 位復健人員，以現行每年畢業之復健人員尚屬充足。然目前受限於法規的限制，多以兼任的方式協助執行服務。

伍、急性醫療體系下的復健服務

一、對象

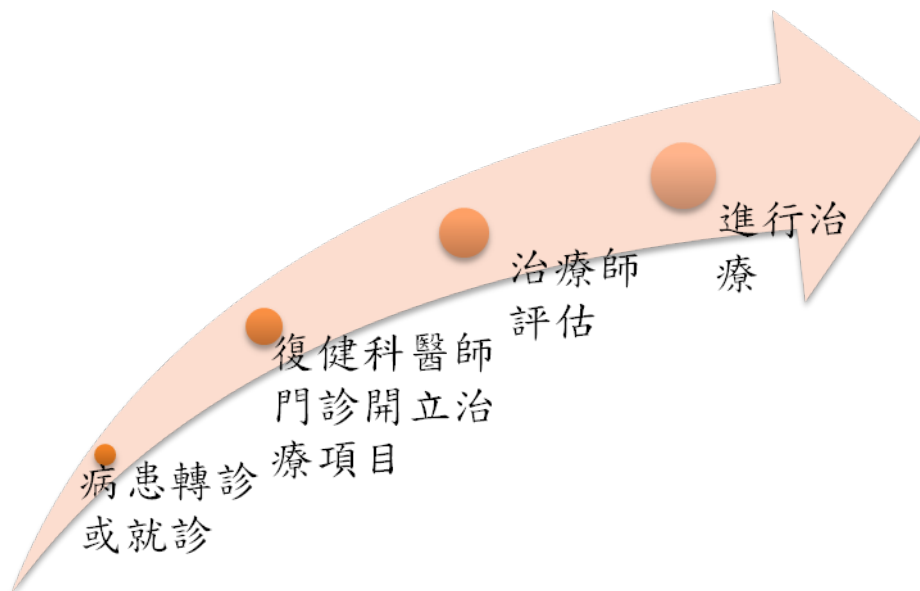
全體國民，主要爲全民健保納保者，以及少部份未納保者。罹患疾病或是遭逢意外，造成生理或心理上的障礙與損傷者，並且有功能上的缺損者，都可成爲復健的對象。

二、方式與內容：

急性醫療系復健服務的提供方式(圖一)：門診病患自行至醫療院所之復

健科就診，或是經由同院其他科別或是醫療院所轉診至醫院復健科，住院病患則經由復健科醫師會診，經過醫師診斷確定有復健之必要後，開立復健處方，包含罹患疾病之診斷、復健項目、時間等，交由治療師進行評估，並根據醫師所開立的復健項目進行治療。

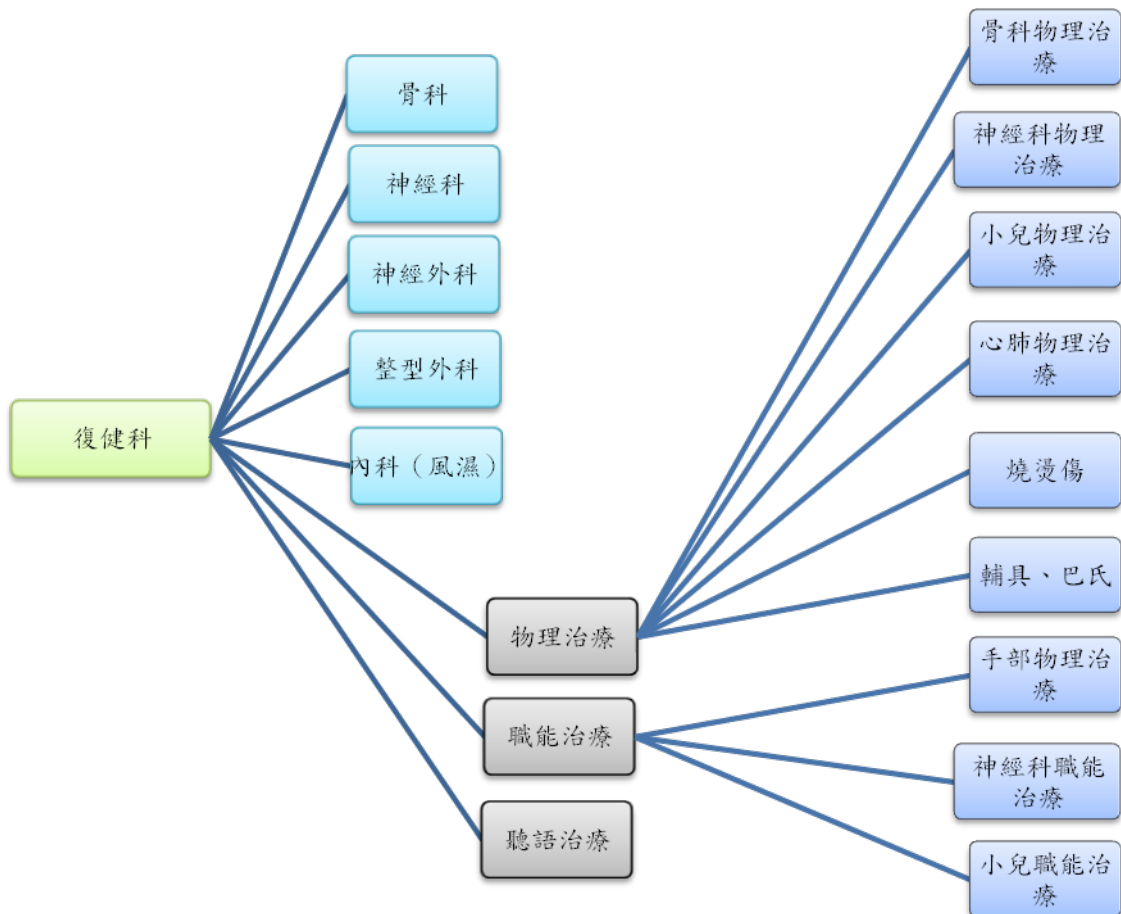
以中風病患為例：當患者發生中風，經由急診進入醫院就醫住院，於住院期間，經由醫師會診開立復健處方，交由物理治療師、職能治療師、聽語治療師、心理師等進行評估並執行復健活動。出院後，經由復健科門診，開立復健處方，經過治療師的評估，根據醫師所開立的復健項目，進行復健活動。



圖一：急性醫療系復健服務的提供方式

三、復健服務的內涵

經由骨科、神經科、神經外科、整型外科、內科以及復健科得開立復健治療處方。復健人力基本上會包含：物理治療師、職能治療師、聽語治療師，某些醫療院所復健科還會配置心理師、社工師等。提供的服務包含：骨科治療（如：腿部骨折）、神經科治療（如：中風病患）、小兒科治療（如：早期療育、發展遲緩、腦性麻痺）、心肺治療（如：心肺功能缺損）、燒燙傷治療、輔具評估、殘障鑑定（如：開立巴氏量表、身心障礙評估）等等，詳見圖二。



圖二：復健服務的內涵

四、給付方式

根據不同的疾病與程度，向中央健保局申請給付點數，爾後再根據中央健保局所估算與公佈之點值（如：一點等於零點八元）計算核付的金額。例如：急性中風病患在復健的物理治療部份屬於複雜治療，給付的點數為每次治療 600 點，一次門診可以治療六次，故總計為 3600 點。中度複雜（含）以上的復健治療民眾無須繳納部份負擔，簡單與中度治療者須繳納 50 元部份負擔。另外民眾須負擔各醫院不同之掛號費用。

陸、社區式復健

一、對象

社區復健意指在社區中提供的復健服務，是針對失能個案由物理治療或是職能治療專業人員提供服務。根據台北縣的作業辦法其對象為：

- (1)設籍該縣並實際居住者，且非機構安置個案。
- (2)經醫師診斷有復健需求者。
- (3)意識清醒且個案或家屬有復健意願者。
- (4)未接受醫療機構復健服務者。

二、執行方式與內容

根據台北縣的作業辦法其服務方式與內容為：

- (1)每週 1 次，服務時間至少 2.5 小時/場。
- (2)每場次服務個案至少 1 人以上，且不超過（含）10 人。
- (3)每位個案接受職能或物理治療至多 12 次/年，若民眾已達 1 年 12 次之社區復健次數，經醫師評估確實仍有復健需求，請醫師於醫囑或診斷書中述明，且治療師結案報告中亦須提及有復健需求，屆時將醫師之醫囑或診斷書及結案報告一併提供給中心，中心照顧管理專員將以此為依據上專簽，服務次數最高可再核予 6 次/年。意即每一個案每年服務量為 12~18 個半天。

三、國外現況

2000 年日本，273,769 人使用，涵蓋 11% 符合介護保險資格者，平均約 113/每萬老人使用。社區復健中心設在介護老人保健設施及醫療設施中，總計共約 5000 個據點（1-2 個/ 每市町村）。德國、荷蘭長照保險項目未提供

四、國內現況：

目前有三個縣市提供，分別是：台北縣、花蓮縣、新竹縣。初期服務量很少，推估服務使用率 0.4%。

民間機構如弘道志工協會，在 2006-2008 期間，共開設 11 個社區中風復健班，服務共 115 位中風長輩，每班 10-20 人，預計推廣到北、中、南有需要的社區。鼓勵中風者走出家中到社區復健，民間資源積極在社區中提供復健服務可以成爲未來資源發展模式之一。

柒、居家式復健：

一、對象

對象與社區式復健類似，惟居家復健意指在家中提供的復健服務，是針對失能個案由物理治療或是職能治療專業人員於家中提供服務。

根據台北縣的作業辦法其對象爲：

- (1)設籍該縣並實際居住者，且非機構安置個案。
- (2)經醫師診斷有復健需求者。
- (3)意識清醒且個案與家屬有復健意願者。
- (4)未接受醫療機構復健服務者。

二、服務方式與內容

根據台北縣的作業辦法其服務方式爲：

- (1)每週 1 次，服務時間至少 1 小時/次。
- (2)每位個案接受職能或物理治療至多 3 次/年，若民眾 1 年已使用 3 次之社區復健服務者，經醫師評估確實仍有復健需求，請醫師於醫囑或診斷書中述明，且治療師結案報告中亦須提及有復健需求，屆時將醫師之醫囑或診斷書及結案報告一併提供給中心，中心照顧管理專員將以此爲依據上專簽，服務次數最高可再核予 6 次/年。

三、國外現況

日本在 2000 年，共有 25,372 人使用居家復健，意即經認定符合使用介護保險服務者中約有 1%使用這項服務。換算起來，平均每萬老人中有 10

人使用社區復健服務。至 2008 年使用人數達 50000 人，約占符合使用介護保險服務者中 2%，使用者迅速增加。

四、國內現況

居家復健是十年長照計畫中的服務項目之一，多數由各縣市物理治療師或職能治療師公會承接。全國 25 縣市 2008 年之服務量為 11,796 人次，若依每案每年使用 3 次，經過專案簽核則可用到 6 次，推估全年案數為 2,000~4,000 案(由於治療師多是兼職，服務量十分有限)。而目前台北縣在此項資源之使用率約為 1.3% (49,217 位失能者中有 682 人使用)。

捌、社區復健與居家復健未來發展策略

一、優勢

- (1)國內復健服務資源豐富，多數長期照護個案在生活功能的維護及促進上可藉由復健服務獲得改善。
- (2)社區復健服務可與日間照顧結合提供，增加日間照顧服務的多元性。

二、困境與障礙

- (1) 現在治療師都是兼職，非常辛苦，建議以居家護理的模式，形成居家復健所，對於治療師能較有發揮也較有保障。
- (2) 治療師的角色定位不明，治療師被歸屬於醫療體系，衛生署有許多框架規範，包括治療師做環境的評估竟然需要醫師的轉介，如此治療師很難發揮角色。
- (3)衛生署要求目前兼職作居家復健的治療師需要執業登記核備，許多治療師就會覺得「算了！那我不要幫忙了」，治療師的身分不明，沒有針對長照使用的法規，而是使用醫療跨到長照的模式，若需要醫師轉介才能治療，治療師就會很難執行下去

三、目標

(1)社區式：

- i.以需求人數在 2011 年有 5%、在 2018 年有 10%可獲得社區復健服務推估服務案數約為 9,500~14,000 及 39,500 名個案。
- ii.2011 年時每鄉鎮有 1 個社區復健據點，共約 360-400 個點每個點服務 60-80 人。
- iii.2018 年社區復健據點增加至 660 點，每一鄉鎮市區可以有 1-2 個據點。

(2)居家式：居家復健服務提供率可以維持在 1%之間 2011 年可提供 2,000-2,500 個個案可以得到居家復健服務。

四、策略

(1)社區式：

- i.由物理治療及職能治療專業團體規劃社區復健內涵及作業模式。
- ii.由醫療院所復健部門或單位規劃外展復健服務單位(比照居家護理機構)，以全職人力(非兼職人力)發展此項業務。
- iii.以鄉鎮為單位，若該鄉鎮中的醫院或診所中無附設復健科，建議在衛生所或其他合適地點設置復健器材，由職能治療師或物理治療師採巡迴門診方式，每週提供 2-3 次之定點服務。

(2)居家式

- i.由物理治療及職能治療專業團體規劃社區復健內涵及作業模式。
- ii.由醫療院所復健部門或單位規劃外展復健服務單位(比照居家護理機構)以全職人力(非兼職人力)發展此項業務。

玖、結論

復健服務在長期照護體系扮演著非常重要的角色。可是由於制度的關係，衛政系統與社政系統無法同步與整合，造成復健服務在長期照護體系中

的角色不明。如何讓復健服務人員在法律上有適當的地位，應該在長期照護保險法制訂時，確立復健治療人員在執行業務的合法性，此時社政與衛政之間的協調則十分重要。未來政府機關的整併，衛生福利部的設立，將提供良好得契機。

而在目前急性醫療體系下的健保制度，財源越來越緊繃的壓力之下，必要而且適當地長期照護復健方案提供，可以讓財務壓力緊繃的急性醫療體系獲得初步的舒緩，同時也可以集中資源，將其運用在有急性須求的民眾身上。如中風六個月之內黃金期的患者，應當讓其獲得該有的急性復健治療，而超過六個月，步入穩定期的患者，則應該改由亞急性，甚至是慢性的長期照護體系下的復健服務來接手。是故，給予罹病患者的病程適度分割，並做緊密的轉介與銜接，讓不同病程的患者接受該時期最適當的治療，一方面可以獲得最大的效果，二方面則能夠減少無謂的資源浪費。

因此，在人員的教育訓練方面，就必須要提供適當地慢性復健服務的訓練，並且設立合適的課程，指導並補足專業人員在長期照護方面治療知識的不足，並且建立正確的觀念，使其能在長期照護體系當中從事復健服務時，能以正確的方向給予患者適切的治療。

對於社區、居家復健機構的友善也應該在未來的配套中達成。初期的復健人力或許可以由急性醫療體系中的人力兼任，然而，長久之計仍應該培養社區式、居家式的復健機構，一來可以讓服務更深入基層社區，讓居住在社區中的民眾可以更容易得到服務；二來也可以為過剩的治療師人力尋找出口，讓更多有心從事長期照護的復健人員有發揮的舞台，在長期照護的工作上面佔有一席之地；再者，也能夠減少急性醫療體系的壓力與負荷，並且有效降低醫療開支。

參考文獻

- 李光玉、曾明朗（2008）。嘉義地區老人安養機構服務品質評鑑準則之因果決策研究。 *嘉義大學通識學報*（6期），180。
- 胡名霞（1998）。物理治療與長期照護。 *中華民國物理治療學會雜誌*（23卷1期），9。
- 胡名霞、許書旋、江秀玲、吳淑瓊（2006）。全國長期照護物理治療人力需求推估。 *物理治療*（31卷1期），10。
- 陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印（2009）。長期照護機構住民醫療利用分析—以中部四縣市為例。 *臺灣公共衛生雜誌*（28卷3期），9。
- 陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟（2009）。 *長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估*。
- 葉莉莉、薄景華、翟文英（2009）。 *我國長期照護資源供給調查*。