

## 實務議題論壇

# 以居家/社區為基礎的整合照護：伯拉罕的 all in one 全效合一型服務

鄭清霞\*

中正大學社會福利系教授

熊昭

國家衛生研究院名譽研究員

林依瑩

伯拉罕共生照顧勞動合作社理事主席、前台中市副市長

楊筱慧

崇仁醫護管理專科學校助理教授兼老人服務事業管理科主任

## 中文摘要

長期照顧需要已被視為重大社會風險，台灣以在地老化為總目標，將長期照顧納入社會保障體系的一環，為了實踐在地老化並降低醫療與長期照護成本，以居家社區為基礎的長期照護服務整合模式，受到國際重視與推廣，透過整合型服務以全面回應家庭的長期照顧需求，更顯其重要性。伯拉罕共生照顧合作社在台中和平區展開以居家/社區為基礎的在地整體照顧體系，以全人全家型理念，執行 **all in one** 全效合一型服務來回應需求。本文介紹（1）重症返家、（2）24 小時服務以及（3）原住民就業等三個案例，來帶領讀者體會實務場域中 **all in one** 服務運作的七大面向（20 項核心元素），包括：整合照護、公私共聘、全時服務、居服共案、專業與產能、多元場域、資源連結展現多元服務。

**關鍵字：**長期照顧、以居家/社區為基礎的整合照護、全效合一服務、伯拉罕

## **Home- And Community-Based Integrated Care : All In One Services In Plahan**

**Ching-Hsia Cheng**

Professor, Department of Social Welfare, National Chung Cheng University

**Chao A. Hsiung**

Honorary Professor, National Health Research Institutes

**Yi-Ying Lin**

Chairman, Plahan Shared Care Labour Cooperative/ Former Deputy Mayor  
of Taichung City

**Hsiao-Hui Yang**

Assistant Professor and Chair, Chung-Jen Junior College of Nursing, Health  
Sciences and Management, Senior Citizen Service Management

### **Abstract**

Long-term care unmet need is regarded as a significant social risk. With aging-in-place as the goal, Taiwan incorporates long-term care into its social protection system. To achieve aging-in-place while reducing the costs of providing medical and long-term care, the Home- and Community-Based Integrated Care system is emphasized and advocated by the international community. The system's ability to respond to families' various needs through integrated services further demonstrates the importance of the system.

Plahan is a home and community based integrated care system in Heping District, Taichung. Plahan adopts the whole-person, whole-family concept to implement all in one services to respond the needs.

This paper uses the following 3 examples : (1)Home care for critically ill patient ; (2)24 hours service ; (3) Providing employment for indigenous community to show the seven dimensions (20 core elements) of all in one services including: integrated care, public and private co-employment, 24 hours service, home-helper team work, profession and productivity, multiple fields and resources linkage to implement multiple services.

**Keywords: Long-Term Care, Home- And Community-Based Integrated Care, All In One Services, Plahan**

## 壹、議題背景與目的

長期照顧是指對失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，提供不同程度照顧，目標在於確保需照護者能維持最大可能的生活品質，並具有最大程度的獨立性、自主性、參與性、個人成就感和尊嚴。因此，適切的長期照顧包括尊重個人的價值觀、偏好和需求。照護需求其實受到身體、心理和/或認知功能變化影響，能力也在生命歷程中受到環境影響，較難預測所需要的照顧類型和照顧時間（Kane and Kane，1987；World Health Organization，2000）。長期照顧發生率雖較醫療為低，但通常持續至生命終點且平均費用高昂（林志鴻，2000），過去主要由家庭提供照顧服務，或由家庭負擔因照顧需求而衍生的財務支出；然而由於平均餘命延長、社會經濟變遷、女性就業率提升而生育率下降，家庭照顧功能逐漸式微，無論是照顧者或需照顧者面臨了照顧安排的掙扎、照顧負擔與財務壓力，或者尋求替代照顧時面臨品質參差不齊的疑慮（鄭清霞、王靜怡，2014）。

基於滿足民眾基本需求殊價財（mertit goods）考量，並需發揮風險重分配與所得重分配功能（Österle，2001；Fernández, Forder, Trukeschitz, Rokosová, and McDaid，2009），長期照顧需要已被視為重大社會風險（European Commission，2003；鄭文輝、鄭清霞，2005），從2000年「建構長期照護體系先導計畫」（吳淑瓊、戴玉慈、莊坤洋、張媚、呂寶靜、曹愛蘭、王正、陳正芬，2014）開始到長照十年計劃以及現在的長照 2.0 政策，台灣以在地老化為總目標，優先提供居家支持服務，延長居住在家時間，增進獨立自主的生活品質，將長期照顧逐步納入社會保障體系。

回顧居家服務（home help services）發展歷史約可分為服務草創期（1983～1996年）、服務法制期（1997～2001年）、服務擴展期（2002～2007年）（廖瑞華，2002；吳玉琴，2004）、服務轉折期（2008～2016年）（楊筱慧，2017）以及2017

年至今的服務快速成長期，一直以來都是長期照顧最主要服務模式。居家服務內容主要分為家務及日常生活照顧服務、身體照顧服務兩大類。1.0時代居服員較屬於單兵作戰，偏重於生活照顧，較少發揮復能照顧角色，也少有機會與跨專業者合作。長照2.0透過二大給付支付機制來促成復能與居服的整合，一為將居家服務及專業服務整併為一大包的照顧及專業服務；二為在支付標準裏明定「AA03（照顧服務員配合專業服務）」，服務一次，不扣個人額度支付600元/原民區或離島支付720元<sup>1</sup>，但由於整合服務涉及團隊合作默契、挑戰度高以及給付支付誘因不足等因素，實際執行整合服務的落實度仍有待提升。

對應 1.0 時代服務內容、服務時段、服務對象的限制（內政部，2014）<sup>2</sup>，2012 年弘道發展開始發展 all in one（走動式服務），以走動式、責任制、多元彈性的方式提供社區長照需求者適切的服務（弘道老人福利基金會，2014）。長照 2.0 政策在服務對象、項目、給付支付設計均有重大突破，居家服務人數從 2015 年的 46,428 人增加至 2019 年突破 10 萬人（請參考表 1-1），居服員人數從 2015 年 8,330 人增加至 2019 年的 19,131 人，另一方面家庭外籍看護工人數仍持續增加，從 2015 年的 20 萬 8,600 人，增加至 2019 年的 24 萬 4,379 人，如何透過整合型服務以全面回應家庭的長期照顧需求，更顯其重要性。伯拉罕共生照顧合作社在和平地區展開以居家/社區為基礎的社區整體照顧體系，以 all in one 全效合一型服務來回應個案與案家需求，本文主要介紹 all in one 運作的關鍵元素，並以三個案例來帶領讀者體會實務場域。

---

<sup>1</sup> 內容包括：照顧服務員至少 1 次，於專業服務提供者提供專業服務時，同行及學習，並參與或協助執行長照需要者。專業服務計畫長照需要者須被核定給付專業服務。照顧服務員須執行與該專業服務相關之照顧服務，並完整參與長照需要者專業服務照顧組合後申請。

<sup>2</sup> 例如：居家服務規定服務對象僅限於個案，如隔代教養的家庭需要備餐服務，居家服務無法提供個案之外的需求者。

表 1：2014-2019 年長期照顧服務概況

年底數	2014	2015	2016	2017	2018	2019
全國人口數	23,433,753	23,492,074	23,539,816	23,571,227	23,588,932	23,603,121
老年人口數	2,808,690	2,938,579	3,106,105	3,268,013	3,433,517	3,607,127
老年人口比例	12%	13%	13%	14%	15%	15%
老年人口增加率	--	5%	6%	5%	5%	5%
居家服務人數	43,584	46,428	48,962	56,056	96,522	105,470
居家服務增加人數	---	2,844	2,534	7,094	40,466	8,948
居家服務人數增加率	---	7%	5%	14%	72%	9%
居服員總人數	7,658	8,330	8,915	9,704	13,538	19,131
專職服務	5,290	5,759	6,366	7,277	---	11,270
兼職人員	2,368	2,571	2,549	2,427	---	7,861
居服專任比例	69%	69%	71%	75%	---	59%
居服員增加數	---	672	585	789	3,834	5,593
居服員增加率	---	9%	7%	9%	40%	41%
居服督導人數	986	580	650	1,148	1,469	2,175
居服單位數	168	181	186	238	420	708
居服單位增加數	---	13	5	52	181	288
居服單位增加率	---	8%	3%	28%	76%	69%
家庭聘僱的外籍看護 工人數	204,733	208,600	221,139	233,368	241,000	244,379
家庭看護工每年增加 數	---	3,867	12,539	12,229	7,632	3,379
家庭看護工增加率	---	2%	6%	6%	3%	1%
每位居服員平均服務 人數	5.69	5.57	5.49	5.78	7.13	5.51
居服：外籍看護工	26.73	25.04	24.81	24.05	17.80	12.77
居服專職：外籍看護 工	38.70	36.22	34.74	32.07	---	21.68

資料來源：根據衛生福利部以及勞動部相關公務統計資料計算

## 貳、以居家/社區為基礎的整合式服務

### 一、居家照護

根據加拿大居家照護協會（Canadian Home Care Association, CHCA）的定義，居家照護（home care）是指在家庭、退休社區、團體家屋和其他社區環境中為急性、慢性、緩和醫療或復健（復能）健康照護需求者提供的一系列健康和支持生活的服務。透過公共資金的支持，居家照護計劃提供的服務包括評估、教育、治療處遇（護理和復能）、日常生活活動中的個人支援、日常生活工具性協助、以及家庭照顧者的喘息與和支持服務（Canadian Home Care Association, 2016）。

居家照護服務具備勞力密集特徵，仰賴各種專業與非專業人員提供系列服務。包括：護理師、治療師（物理、職能、言語...）、照顧服務員、社工、醫師、營養師、家庭照顧者或者志工...等等。護理師與照顧服務員、家庭照顧者是最密切執行居家照護服務的人，其他諸如社工師可以支持失能者及其家人獲得社區協助、社會福利服務或經濟扶助；治療師則考量個案需求，制定治療計畫、並對執行計畫的團隊成員進行監督（Tarricone and Tsouros, 2008）。

Genet, Boerma, Kringos, Bouman, Francke, Fagerström, Melchiorre, Greco and Devillé (2011) 透過文獻回顧整理出歐洲居家照護的文獻討論主要有四個面向，包括**政策法規、財務設計、組織與服務輸送、個案與非正式照顧者**。居家照護**政策和法規**的主要議題是：優先考慮居家照護；地方，區域和國家責任之間的劃分；健康照護與社會照顧；居家照護給付的規範；服務品質規範；增加使用者選擇性；競爭與共同治理；私人居家照護部門的規範；居家照護專業人員的

職能範定。**財務設計**則包括財務來源、部分負擔設計；支付設計；照顧的現金給付和適當的居家照護支出水準。**組織與服務輸送**則包括：居家照護的提供形式；居家照護與其他服務的整合性；居家照護的可近性、照顧需求的監測、照護品質；照顧工作者的勞動條件、增進自立能力。第四是**個案與非正式照顧者**：居家照護的老年者、居家照護需求者的特徵、正式與非正式照顧的關係、喘息服務。

為了提升居家照護的效率，決策者需要了解什麼模式可以提供最佳服務結果。第一步就是要區分居家照護模式。Eeno, Roest, Onder, Finne-Soveri, Garms-Homolova, Jonsson, Draisma, Hout and Declercq (2018) 以 6 個歐洲國家，共 36 個照護組織作為研究對象，並以三個要素來作為分群基礎，包括以個案為中心的服務、專業護理人員投入、照護結果的監控。利用階層式分群法 (hierarchical cluster analyses) 區分出居家照護模式的六個分群 (模式)，包括：(1) 非常高度重視以個案為中心 (patient-centered care delivery) 的照護、高度專業護理投入 (a high availability of specialized care professionals)、非常重視照護表現的監控 (a strong focus on monitoring of care performance)；(2) 非常高度重視以個案為中心的照護、很少或根本沒有專業護理投入、非常重視照護表現的監控；(3) 高度重視以個案為中心的照護、有大量專業護理投入、有限的照護表現監控；(4) 對以個案為中心的照護重視度非常有限，沒有專職護理專業人員，也很少關注監控照護績效；(5) 高度重視以個案為中心的照護、較低的專業護理投入、很少監控照護表現；(6) 對以個案為中心的照護重視度非常有限，很少或沒有專職護理專業人員，非常重視照護表現的監控。

## 二、整合照護

由於人口老化趨勢，在需求面呈現失能、失智、衰弱、慢性病人口增加、在供給面又呈現長照正規勞動力、志工、家庭照顧者人數的遞減，兩相交互作用導致健康照護支出的壓力，凸顯整合照護（integrated care）的重要性，期待能提升服務輸送效率與效能（Canadian Home Care Association，2019）。文獻上指出未來居家照護必須更以個案/家庭為中心（patient- and family-centered care），提高跨組織、跨服務和跨專業的整合和協調程度，提供高品質、客製化的照護以及尋求科技支持（Bienkowska-Gibbs, King, Saunders and Henham，2015；Kringos, Boerma, Hutchinson and Saltman，2015；轉引自 Landers, Madigan, Leff, Rosati, McCann, Hornbake, MacMillan, Jones, Bowles, Dowding, Lee, Moorhead, Rodriguez and Breese，2016）。以人為本的整合照護可以提高健康照護體系的品質和有效性，滿足人們的需求和偏好（Cash-Gibson, Tigova, Alonso, Binkley and Rosenmöller，2019）。

Queensland Council of Social Service（2013）指出整合包括五種層次，autonomy（自主）、cooperation（合作）、coordination（協調）、collaboration（協作）、integration（整合）。autonomy 是指供給者可能彼此影響，但基本上其行為各自獨立不會彼此參照。cooperation 為持續溝通、共享資訊、有限支持，願意為了共同目標努力。coordination 是指彼此商定計畫或協議，讓行動取得一致性或極小化資源重複情況。collaboration 是彼此將資源匯整，共同使用資源、商定共同目標、計畫、治理等。integration 則是連結不同的供給者成為單一系統，個別服務供給者之間的界線因為整合（行動、流程、資源）而消融。

那麼如何確保整合服務可以順利進行？合作夥伴需要如何執行以下任務，以及由誰來負責有共識度：組織運作會議、確定團隊成員的角色、制定個案服務計劃、定期回顧計劃、保持團隊與外部相關單位的聯繫、必要時確定解決衝突或調解的流程、彙編、分發和維護會議記錄、結案或移交個案、評估工作（Queensland Council of Social Service，2013）。團隊是由個體組成，整合服務團隊的組成尤為重要，誠實、紀律、創造力、謙虛、好奇心這五個個人特質是促進團隊高效能運作的關鍵要素（Mitchell, Wynia, Golden, McNellis, Okun, Webb, Rohrbach, and Kohorn，2012）；而團隊式健康照護原則包括：共同目標（Shared goals）、各個團隊成員有明確的角色功能、相互信任（Mutual trust），建立強力的互惠準則、有效的溝通（effective communication）、可測量的過程和結果（measurable processes and outcomes）。

## 參、什麼是 all in one

### 一、弘道的走動式服務

居家服務為高齡社會重要需求，過去長照 1.0 時代，居家服務為部分需求滿足模式（楊筱慧，2017），無法滿足所有照顧服務需求，加上照顧人力導致供給面無法立即回應需求，民眾只能轉向聘雇外籍看護工來滿足在家照顧的需求，兩相惡性循環，也成為居家服務展困境。長照 All in one 一詞起源於弘道老人福利基金會推動的走動式服務模式，透過照顧人力在社區中有長照需求者之間走動，以責任制、多元彈性的方式提供社區長照需求者適切服務，藉此使長照需求者可在自己熟悉的社區中獲得適切照顧；除照顧模式改變外，對於照顧

人力以月薪方式聘任，並規劃完整職涯發展，希望提升照顧人力的招募與留任（弘道老人福利基金會，2014）。2013年8月弘道在台中西屯社區照顧服務中心與新北服務處開始「外籍看護工外展看護服務試辦計畫<sup>3</sup>」全自費走動式照顧服務實驗，讓本籍照顧秘書搭配外籍照顧助理進行服務。2014年高雄服務區全面轉型走動式照顧服務，與實驗區不同的是，照顧人力全部為本籍照顧服務員，透過轉任方式擔任照顧秘書與照顧助理進行服務，然而這樣的轉變卻對組織人力造成衝擊，近八成照顧服務員因而離職。同年10月為解決家庭看護工未能休假問題，跨國勞動力政策協商諮商會議通過，家庭看護工喘息休假時間得申請使用外展看護工服務，同年11月更與社家署召開「長期照顧十年計畫結合外籍看護工外展服務會議」，會議中決議在實驗區的台中西屯社區照顧服務中心與新北服務處使用居家服務者可同時使用外展看護工服務，即政府補助與自費服務能同時使用。

為服務更多居家服務使用者且增加服務收入，2015年起，新北與台中服務處整合推動長照十年計畫的居家服務及走動式照顧服務，將走動式照顧服務納入長照十年居家服務補助，同年7月高雄服務處亦重新承接長照十年的居家服務，並整合居家服務及走動式照顧服務，同年8月在彰化服務處的福興鄉開展第一個偏鄉模式，2016年在嘉義縣大林鎮開設嘉義社區照顧服務中心（楊筱慧，2017）。簡言之，走動式服務主要核心運作元素是「鎖定區域」、「全家服務」、「共聘機制」、「本勞搭配外勞」與「職種的創造」（楊筱慧、鄭清霞，2014；楊筱慧、鄭清霞，2015）。2016年政府推動長照2.0政策，融入若干 all in one 概念，陸續改變給付支付方式，計費方式不再以「時」計費，而改以「包裹式」給付方式，依照照顧組合表 B 碼給付支付。

---

<sup>3</sup> 外籍看護工外展看護服務試辦計畫為勞委會採行試辦的計畫，由非營利組織聘僱外籍看護工，指派至被看護者家庭從事日常生活照顧等相關事務工作，並負責外籍看護工之住宿、交通、督導、訓練與管理等事宜。

## 二、伯拉罕的 all in one 共生照顧勞動合作社發展歷程

前弘道老人福利基金會執行長/前台中市副市長林依瑩育有三子，深受台灣第一所公辦公營原住民實驗小學－博屋瑪國小吸引，為了子女教育全家於 2017 年 8 月底搬進達觀部落。過去以來偏鄉、部落長照發展有人力不足、交通不便等不利因素，2018 年 11 月市長選舉敗選，依瑩選擇留在部落投入偏鄉長照發展，公職背景經驗轉為第一線照顧服務員以及社區整體照顧體系的經營團隊，2019 年 12 月 4 日成立全國性的伯拉罕共生照顧合作社<sup>4</sup>（熟年誌，2020），期待透過實作經驗來反思政策從建構到實踐的歷程。另一方面，也鼓勵居服員加入勞動合作社，透過合作社繳股金、分股息方式，讓大家擔任股東共同決策（林依瑩、黃珮婷，2020）。伯拉罕（Plahan）由部落耆老為之命名，取泰雅語族人圍起來烤火之意，亦有互助、興旺意涵。目前有約 50 位照服員專職或兼職投入服務，服務近 100 位失能長照個案，一年多下來，以 all in one 模式為核心價值，依著個案的需求發展出一天多次、重症返家、空間美學、共生照顧等多元模式，以長照 2.0 四包服務，密切整合相關醫療與社會福利服務，期待回應民眾需求，降低國人對外籍看護工及住宿型機構需求，落實在地老化理念。

## 三、伯拉罕的 all in one

我們先從服務需求面與來定位 all in one 的基本服務理念，主要就是要達到**全人服務與全家服務**。「全人服務」是指整體個案服務需求評估不流於碎片化，而是以全人視角做服務計畫，面對個案提出的需求，儘可能不要說出「這個我們無法服務」。「全家服務」係指服務對象不限於失能者，服務對象可以擴及全

---

<sup>4</sup> 2020 年 5 月 11 日通過 A 單位評選

家，所以不會發生只能為失能者備餐狀況。換言之，失能個案生活在社區中、在家庭中，我們不應該單單只看個案，單單以長照可以提供服務項目的視野去看需求，而應該看到個案全人需求以及個案全家需求。

對應全人全家的服務理念，在服務供給面可以利用下列七大面向 20 項核心元素去執行：

### (一) 整合服務

首先是最初始的「**全人全家型需求評估**」，**all in one** 看到的不只是單單需要居服做什麼，而是個案、照顧者甚至整個家庭需要什麼？其次是根據這些需求「**納入多專業團隊**」可能包括：居家服務員、護理師、治療師、居家醫師、社工師...等等專業服務者，但其實雖導入各個專業者，若沒有建立合作連攜機制就會變成「有整沒有合」，仍然流於碎片化服務，而降低團隊服務的效率與效益。

「**合作連攜機制**」強調建構服務管理架構與服務提供者的溝通模式，在服務輸送過程針對個案需求為案主擬定照顧計畫目標與實施策略，確認各專業的角色與功能，執行過程同時監控服務成效，隨時調整目標、策略與方法。

### (二) 公私共聘

全人全家型服務理念是面對案家提出的需求，儘可能不要說出「這個我們無法服務」，但額外於長照的服務項目或額度，則透過自費來支應。首先必須**清楚瞭解長照四包錢**，才能在照顧計畫妥善運用長照資源，其次是盤整案家需求，與案家討論**公費與自費**額度，行政上採取**單一窗口**；共聘機制發揮於居服員的排班與服務項目，包括服務項目間的共聘、個案與**全家型服務**的共聘（例如：為全家煮一頓飯，失能者備餐屬於公費、其他家人的備餐屬於自費），案家間的共聘（短時多次在不同家戶間走動式服務）。共聘可以發揮經濟效率，降低整體的服務成本，但這個透過共聘而來的經濟效益如何回饋值得探討，且計價方式則有待建立準則及模式。

### （三）全時服務

對應案家需求，**不限時段**可以提供假日、夜間服務或甚至在出院初期提供 24 小時服務；對應立即滿足需求，**不限核定**與否，仍然進場服務；**不限次數**、可以一天之內短時多次進入案家服務。

### （四）居服共案

因應全人、全家、全時的服務需求滿足原則，可採取一組居服員服務一個案家，遇到居服員請假，則找人**代班而不是補班**，也可排班達成 24 小時服務，本地居家服務也同樣具備有外籍看護工的強項。另一方面，針對全時服務或重症返家個案，居服員的團隊模式可以進行個案服務討論、相互補正學習，發揮**協力照顧**的功能。

### （五）專業與產能

過去弘道的 all in one 創造『照顧秘書』這個職種，賦予這個職種の自主、專業形象；**穩定薪資**水準讓這份工作成為足以養家活口的工作，而不是一份隨時可以離開的時薪臨時性工作。另，為了與專業團隊合作，鼓勵居服員挑戰抽痰、身心障礙、失智等相關專業**多元訓練與證照**。第三，居服員的多元證照與專業，也可以展現**一員多工**，而不在人力安排上流於疊床架屋；一員多工也運用在組織相關人員具備居服員資格，成為備用人力隨時可以補位執行全時服務。

### （六）多元場域

為了回應個案需求，**all in one** 雖是以居家服務為起點，但服務地點也不限於居家。案主若住院可以至醫院服務，案主若須至社區參與活動，則協助至也可以至社區參與活動，甚至發展出更多元的服務場域(例如：伯拉罕共生基地)，並在場域建構融入空間美學。

### (七) 連結資源展現多元服務

若從全人全家觀點切入，要提升家庭福祉、回應需求、解決問題，單單導入照顧服務，可能事倍功半，身障服務、就業服務或甚至伯拉罕正在進行的友雞計畫，讓養雞成為一份工作而增加家庭經濟收入，或利用蒐集、整理雞蛋來設計為個案的復能計畫，這些都是連結資源所能展現的多元服務類型。

**表 2：all in one 服務的元素**

整合服務	全人、全家型評估
	納入多專業服務
	連攜合作機制
公私共聘	熟悉運用長照四包給付支付
	公費+自費+單一行政窗口
	全家型服務
全時服務	不限時間
	不限核定
	短時多次
居服共案	代班不補班
	居服協力
專業與產能	穩定薪資
	多元證照
	一員多工
多元場域	醫院服務
	社區服務
	共生基地
連結資源與多元服務	友雞計畫
	身障服務
	就業服務

## 肆、案例分析

### 一、案例一：不能吃飯、不能說話、不能走路：氣切阿公想回家

曾是教會傳道人，近 80 歲的阿公，因為呼吸衰竭而氣切、插鼻胃管，且因長期臥床，下肢已無力行走，呈現三不：不能吃飯、不能說話、不能走路。每當問起，是否想回家，阿公便會潸然淚下，拿起紙筆寫下：**太難過了，我不想活**。返家之路過五關（表 3），108 年 10 月 4 日返家，整合照護團隊從最初 24 小時的接力照顧到第九週每天 6-8 小時照顧，照護目標與行動也是隨著個案復原狀況調整，更重要的是個案有強烈的意願並配合行動（表 4），短短一個多月，11 月 19 日鼻胃管及氣切管全數移除，12 月底即可自行登上數十階的二樓教會，圓了他想返家及上教會的心願，並可以參與部落的文健站活動。

表 3：氣切阿公的返家挑戰與行動

返家的挑戰	策略與行動
挑戰一：醫護專業判斷返家可行嗎？	先找居家醫師與居家護理師評估重症返家可行性
挑戰二：抽痰資格人力、24 小時的照顧人力在哪裡？	與 7-8 位部落照服員討論，經過一片靜默後，終於有人願意共同參與培訓。另有 2 位年紀較長的照服員說，因為睡眠時間較少，所以可以協助輪夜班。
挑戰三：阿公回家了，抽痰培訓後真的敢抽痰？	護理師答應個案返家初期，24 小時進駐部落，隨時協助照服員服務，讓 1 天 10 多次的抽痰得以安全順利進行。
挑戰四：阿公發燒不願再就醫，怎麼辦？	返回部落第 1 天，超過七十多人探訪，護理師在下午時就開始擔心居家感染控制。第二天阿公臉潮紅發燒，但極度害怕再被送回醫院，一再抗拒就醫診療，當下由居家醫師與護理師緊急處理，第三天退燒。

表 3：氣切阿公的返家挑戰與行動（續）

返家的挑戰	策略與行動
挑戰五：低收入戶、CMS 八級，24 小時照顧，經費如何籌措？	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以政府最低價的 BA20 陪伴服務(每三十分鐘 175 元)估計總費用。</li> <li>2. 扣除政府公費，為降低案家負擔，自費部份以照服員以時薪 200 元計算(政府規定時薪不得低於 200 元)。</li> <li>3. 鼓勵照服員每服務十小時，其中三小時擔任志工，再次降低自費費用額度，共創部落互助。</li> <li>4. 斟酌案家能力，不足之處再以募款補足。</li> </ol>

資料來源：修改自林依瑩、梁娟娟、傅華國（2020）

整合照護團隊由居家醫師、居家護理師、照顧服務員共同組成，並訂定照護目標，有時在醫師居家巡診時，直接在現場與醫師討論照顧方式；或是建立以個案為主的 line 群組做為即時溝通工具，運用文字、照片、影片，讓跨專業人員提供協助或甚至同步指導與確認，例如：將每次發聲練習的影片紀錄並上傳 LINE 群組，以利居家醫療醫師及主責護理師評估發聲練習狀況；也可由居家醫師、護理師或 A 個管定期/即時針對個案的需求變動，滾動式調整處遇方法，並調派人力、物力或鼓勵、協調家屬角色與投入。重症返家成功案例，主要來自於居家醫師、護理師、居家服務...等等的整合型服務，以及部落鄰里的合心合力。試想如果阿公繼續住在護理之家，就只剩下「太難過了，我不想活」這個刻在心底的無奈，整合服務所創造的效益不僅僅止於個案(案家)的福祉，還包括能夠節約後續的機構照護費用以及健保費用。

表 4：每週照護目標與行動

週次	照護目標	行動
一	日常生活功能 照顧與復能	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.主責護理師於返家第 1-3 天留駐在地，並執行個案生命徵象評估及返家照顧指導確認，例如：抽痰、管灌、下床移位等等。</li> <li>2.建立居家服務 24 小時服務項目時間表，並張貼床旁。</li> <li>3.居家醫衣與居家護理師建立異常事件（發燒）處理方法</li> <li>4.建立居家感染控制原則。</li> <li>5.建立日常生活常規與生活觀察紀錄。</li> <li>6.生活復能計畫與執行（如廁、下床步行、進食觀察與吞嚥訓練..）持續執行七週。</li> </ol>
二	從戶內到戶外	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.開始練習外出行走。</li> <li>2.雙手肌耐力練習。</li> <li>3.抽痰次數改為一天三次。</li> <li>4.居家服務時間：24 時/天。</li> </ol>
三	為移除氣切做 準備，開始訓 練其發聲功能	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.更換發聲型氣切。</li> <li>2.指導照服員關於發聲型氣切照護及使用方式、注意事項。</li> <li>3.開始肺部復健活動練習。</li> <li>4.調降居家服務時間：16 時/天。</li> </ol>
四、 五、 六	更換使用 shiley 氣切管	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.個案對於發聲型氣切適應不佳，主責護理師和居家醫療醫師討論後，決定更換為 Shiley 氣切管。</li> <li>2.指導照服員關於氣切（Shiley）照護及使用方式、注意事項。</li> <li>3.發聲訓練。</li> <li>4.抽痰次數調降。</li> <li>5.調降居家服務時間：12 時/天。</li> </ol>
七、 八	移除氣切	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.第七周將氣切移除。</li> <li>2.第七周開始完全無使用藥物。</li> <li>3.指導照服員氣切移除後的傷口照護方式及注意事項。</li> <li>4.透過約七周的生活復能，個案已可自行進食、梳洗、如廁，並由旁人協助攙扶起身，自行使用助行器外出步行活動約 2 時/次、2~3 次/天。</li> <li>4.調降居家服務時間：8~10 時/天</li> </ol>
九	參與社區活動	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.照服員陪同至部落文健站參與活動，並逐步增加至文健站的時間（1~2 時/次），讓個案適應走入社區、參與社區活動、增進社會互動的照顧模式。</li> <li>2.調降居家服務時數：6~8 時/天，調整服務內容。</li> </ol>

資料來源：修改自林依瑩、梁娟娟、傅華國（2020）

## 二、案例二：摩天嶺高齡九十夫婦的 24 小時照顧

### (一) 尿布一大包，濕到背與床

住在海拔一千公尺摩天嶺的九十多歲夫妻，子女雖住鄰近，但爸爸因行動不便，需長時間包尿布，他們忙於務農，照顧相當吃力，108 年申請已居家服務。但照服員只能協助上午與下午，晚上常因尿布無法及時更換而浸濕背及床鋪。同時擔心身形高大父親跌倒後，九十多歲嬌小的母親無力照顧。後來父親因為帶狀皰疹（皮蛇）住院，一天一次的居服更無法回應需求。子女曾聽鄰居說伯拉罕合作社可提供 24 小時的照顧，便主動連絡之。

### (二) 24 小時的回應，集尿器發揮功能，再改為一天三班服務

伯拉罕合作社接到訊息，就先到醫院看阿公，阿公 CMS 六級，只能以助行器緩緩走幾步路，食衣住行、用藥皆需人協助，也需要保護性看視。阿公出院先安排 2 天的 24 小時照顧，以觀察、評估阿公的照顧需求。因為阿公平日尿量大，睡眠較長，自晚上 7-8 點睡到隔天上午 7-8 點，長達 12 小時，尿量有時達 2,000c.c. 以上，必須在夜間更換一次尿布，否則很容易浸濕全床。伯拉罕合作社將其他單位研發的集尿器給阿公使用，效果極佳，一夜乾爽到天亮，故於 2 天後便停掉 24 小時服務，改為 1 天 3 班的服務。晚上七點照服員協助阿公上床後，便可回家。另因為每天 3 餐及白天的活動安排，3 位照服員都各有創意導入，如用燒熱水的柴火做為樂高、邀隔壁長輩鄰居來家裏聊聊、協助打電話跟親友問好、泡腳等。所以 2 個多星期後，阿公下肢功能改善，亦因如此，阿公想要自己下床了。

### (三) 下肢功能改善，問題來了，24 小時照顧，力拼不住院

有一天清早阿公欲自行起身自床欄縫下床，然不慎跌坐在地上，伯拉罕合

作社緊急討論並修訂照顧計畫，因應阿公身體功能進步，保護性需求增加，所以反而需要調整為 24 小時照顧。若依政府最便宜的訂價一小時 350 元，24 小時照顧一個月就要 26 萬元，民眾負擔不起，最後讓案家負擔至多一個月三萬元（含長照部分負擔），另外家屬期待若阿公未來若有住院，所衍生的住院照顧費用，也要包在三萬元內。這對伯拉罕營運挑戰大，但內部討論認為應努力結合居家醫療及跨專業服務，若阿公不需住院，三萬元收費即可勉強打平<sup>5</sup>，亦可試驗 24 小時服務模式，同時增加 3 名就業機會。其實家屬曾嘗試過外籍照顧，但第一天發生阿公、阿嬤用藥錯誤的情事，所以 5 天後便停止外籍服務。另外，家屬也曾考慮使用機構照顧，但案女表示，小時候家境窮苦，阿公亦未將她送養，所以她也不要送走爸爸。確認雙方對於收費均有共識後，109 年 1 月起，啟動 24 小時服務，採取共案模式，服務員最長一班 10 個小時，最短為 1 小時。主要有 3 位照服員排班，但每個月約需有 1-2 名人力支援照服員休假時的彈性代班。第一個挑戰就面臨到農曆年人力不足，在各方奔走下，終於促成了 365 天全年無休的可能性。

109 年 24 小時服務進場後，當周就連結居家醫療進場，居家醫師每周都會到宅看診。開朗熱情的傅醫師一來，阿公阿嬤就笑咪咪，阿公住院時，正是因為醫護隨時在旁，令他感到十分安心，所以不想太早出院。現在每週一次的居家醫療，也讓阿公阿嬤在家感到安心。阿公常會有水腫、皮膚傷口、用藥問題等，照服員若有觀察到，就隨時在群組提出，醫師隨時給予指導，所以 24 小時服務執行從 109 年 1 月到 10 月，阿公除了有一次發燒送去東勢診所就醫外（當天往返），至今無住院。

---

<sup>5</sup> 目前收費全數支付給照服員薪水，合作社並無任何管理費收入，甚至可能赤字。

### 三、案例三：轉身投入居服，從逆風轉順風的原民青年小君

#### (一) 奔波流轉的童年

從小父母離異的小君，跟著工作的爸爸，在台中、台北、新竹到處奔波，好不容易要與同學熟悉時，就得再次轉學。爸爸出門工作時，小君單獨在家打理三餐，國小六年級後則選擇留在媽媽身邊、爾後於卓蘭國中就學、畢業於玉山高中資訊科。

這樣的生活覺得很累，所以有一次回到達觀時，抱住媽媽不走，就留在媽媽身邊，那一年，我六年級（200927 訪談紀錄）。

（達觀國小）一開始同學都不喜歡我，因為我都講台語，而且很容易出口成髒，後來知道我的個性後，才慢慢接納我（200927 訪談紀錄）。

#### (二) 結婚、離婚、部落務農、為了養家離開部落

小君現年 32 歲，20 歲步入婚姻後育有 2 子。夫妻都在部落務農，後來離婚。因務農收入不穩定，小君決定請媽媽照顧小孩，獨自至台中求職，成為典型的隔代教養。雖然在台中工作經驗豐富，收入頗佳，但因媽媽生病，便請小君回來部落幫忙。

務農的工作很不穩定，收入也不高，有時一萬多元，但有時才幾千元，要靠天吃飯，有時半個月都沒得工作。所以在在大女兒幼兒大班時外出台中工作，小孩就給媽媽顧。（200927 訪談紀錄）

我做過很多工作，綁鐵工作薪水最好，一個月可以到七八萬元，但是很辛苦，也很少女生可以做這個，非常粗重...（200927 訪談紀錄）

#### (三) 投入居家服務工作、挫折、肯定、無償一身輕

小君媽媽建議她去參加照服員訓練，受訓後小君覺得自己沒什麼跟老人相

處的經驗，不瞭解老人，並不認為自己會投入。後來伯拉罕問他要不要去服務，就想說試試看。第一次服務經驗十分挫折，因為被案家反映服務不好，後來伯拉罕合作社持續陪伴、鼓勵、教導，服務便慢慢上軌道。接著因為穩定的收入以及合作社的鼓勵與協助，小君半年就還清了債務，「以前欠債就一直不想理它，現在無債一身輕，人生大轉變」。(200927 訪談紀錄)

媳婦說阿嬤洗衣服時，我就站在旁邊看，也沒幫忙，阿嬤沒要我幫忙，我也不知道要幫忙，後來依瑩就跟我討論如何調整，也鼓勵我要多主動跟阿嬤互動、聊天 (200927 訪談紀錄)

(這個案家) 兒子，媳婦三位都是精障，三位感情不好，但我用心跟他們互動，每個人都有他的需求，阿嬤是阿嬤，兒子是兒子，媳婦是媳婦，會理性開導他們，用很有智慧的方式溝通... A 個管員還特別來看我，因為這一戶換了很多單位，都做不下去，沒想到我做起來了。(200927 訪談紀錄)

#### (四) 在家生活、在部落生活、我要更專業

小君因為經濟因素離開部落五年，後因小孩照顧需求再回到部落，因緣際會下成為照顧服務員，也因為這份工作，改善她的家庭關係，以前她的孩子蠻安靜地，但「這次回來後，孩子都變得開朗很多....許多人都跟我說我回來是對的」(200927 訪談紀錄)。因為照顧工作讓她常有練習族語的機會，也有機會跟部落族人相處，進而提升她的歸屬感。她想要挑戰重症照護，積極去上觀察評估、足部護理等培訓課程，考上單一級證照，「我們都利用晚上練，一直練一直練，後來就一次考上，超高興的」(200927 訪談紀錄)，也期待自己可以擔任長照教練或甚至參與行政。這也與楊筱慧 (2014) 研究發現相互呼應，工作彈性、工作成就感與居服督導角色成為居服員留任的重要因素。在 Colombo, Llena-

Nozal, Mercier and Tjadens (2011) 整理 OECD 國家招募與留任政策也提到職涯規劃，提供就業諮詢與支持，規劃進修與升遷管道的重要性。

媽媽很關心我的狀況，當她知道情況有改善時，媽媽就跟我說我很棒，我也跟她說我以後我會更棒!媽媽當下就開心轉頭哽咽落淚 (200927 訪談紀錄)

之前跟弟弟幾乎是陌生人，坐在客廳時，都一句話不說，但現在他都會說，姐這個怎樣，怎樣，找我討論 (200927 訪談紀錄)

部落青年朋友邀我跟他們一起去大安溪跑步，DD (部落身障者) 可以一直跑，但我竟然半小時就覺得很累...所以就決心戒煙 (200927 訪談紀錄)

## 伍、討論與結論

發展台灣本土居家/社區照顧服務有兩個突破重點，其一是，讓勞動力能夠穩定投入照顧服務，並持續提升其專業力；其二是，讓民眾覺得服務好用，能夠在自己照顧、外勞照顧、機構照顧等選項中，優先使用政府的長照服務。居家服務到底如何更好用？在家戶同時面臨育兒、工作、顧老等多重挑戰時，入戶的服務能不能同時回應民眾的需求？為實踐在地老化並降低醫療與長期照護成本，以居家社區為基礎的長期照護服務整合模式，受到老化國家的重視與推廣，臺灣也積極發展整合服務 (李佩芳、鄭清霞，2019)。

居家服務整合跨專業團隊的 all in one 服務，期待可以回應全人全家的需求。本文介紹的第一個氣切阿公重症返家案例，符合 Eeno et al. (2018) 提到的照護模式「非常高度重視以個案為中心」、「高度專業護理投入」、「非常重視照護表現的監控」，這三項原則化作每週的目標、細部流程、操作與生活常規，

併同結構化的觀察記錄，再加上以居家醫療、居家護理及照顧服務員為主團隊密切連攜合作，才能完成返家一個月的密集照顧，最終達到拔管、恢復日常生活功能並走出戶外參與教會及文健站活動等目標。

第二案，摩天嶺上的 24 小時服務案例，反應不少老夫婦家戶的照顧需求，相較於獨居者，一戶有兩位高齡者，投入 24 小時服務更顯其規模經濟效益，然相較於外籍看護工照顧，本土居家服務強項在於密切互動與協助維持或提升個案功能。24 小時照顧結合積極復能計畫併同科技介入，希望能夠終結 24 小時服務，24 小時照顧最大的考驗即是，班表安排，all in one 居服團隊共案共聘模式發揮功能，排班照顧必須有交接班的標準程序與內容，考驗照顧計畫的執行度，也考驗彼此的信任度及默契。其次，採取一員多工的方式，讓伯拉罕工作人員可以互相補位，也凸顯居服員不再是單打獨鬥，而是以團隊模式在運作。第三案是原住民返鄉就業，就業、隔代教養、債務，這個案例提醒我們長期照顧發展並不獨立於其他的社會福利服務，凡舉就學、就業...等問題，應該以社區、家庭為單位併同解決，串聯多元服務，就有機會將危機化為轉機。

由於人口老化、社會變遷、非傳染性疾病的增加、醫療與非醫療的科技創新、消費者選擇權與態度改變、居家優於機構的政策偏好等六大因素，居家照護 (home care) 成為目前最重要的照護形式 (World Health Organization, 2000; Tarricone and Tsouros, 2008)。本文介紹三個案例以帶領讀者體會實務場域中 all in one 服務運作的七大面向 (20 項核心元素) 包括：整合照護、公私共聘、全時服務、居服共案、專業與產能、多元場域、資源連結展現多元服務案。但是實踐推動過程也凸顯政策設計的調整空間，例如：如果要達成長照好用可以替代移工，那麼勢必發展夜間照顧、24 小時照顧，這屬於陪伴服務，保護性看視？現行碼別恐需有些調整或增修，並斟酌勞動條件的妥適性。其次是整合服

務應能發揮效率與效能，提高案家福祉以及節省照護與醫療資源，可考量包裹給付支付方式給予團隊執行服務更大彈性空間，但須以明確目標以及成效來檢核，並給予事後的獎勵機制。未來期待可以有越來越多單位實驗全效合一型服務，也期待給付支付鑲嵌入更多鼓勵機制，積極回應民眾需求。

## 參考文獻

- 內政部 (2014)。《我國長照十年計畫摘要本》。資料檢索日期：2019.10.17。網址：<https://1966.gov.tw/LTC> (Ministry of the Interior (2016). *Summary of 10-Year Long Term Plan in Taiwan*. Retrieved 17-10-2019, from <https://1966.gov.tw/LTC>.)
- 弘道老人福利基金會 (2014)。《居家服務》。資料檢索日期：2019.10.17。網址：<http://www.hondao.org.tw/index>. (Hondao Elder Social Foundation (2014). *Home-Help Service*. Retrieved 17-10-2019, from <http://www.hondao.org.tw/index>.)
- 吳玉琴 (2004)。〈臺灣居家服務的現況與檢討〉，《社區發展季刊》，106，132-140。(Wu, Yu-Chin (2004). Review of Home Services in Taiwan . *Community Development Journal*, 106, 132-140.)
- 吳淑瓊、戴玉慈、莊坤洋、張媚、呂寶靜、曹愛蘭、王正、陳正芬 (2014)。〈建構長期照護體系先導計畫－理念與實踐〉。《台灣公共衛生雜誌》，23 (3)，249-258。(Wu, Shwu-Chong, Yu-Tzu Dai, Kun-Yang Chuang, Mei Chang, Pau-Ching Lu, Ai-Lan Tsao, Cheng G. Wang and Chen-Fen Chen (2014). A Pilot Program for the Development of Long-Term Care System - Concepts and Practices. *Taiwan Journal of Public Health*, 23(3), 249-258. )
- 李佩芳、鄭清霞。(2019)。〈台灣社區整合照顧的經驗與挑戰—以健康照護專業服務為例〉。《社會政策與社會工作學刊》，23 (2)，179-223。(Lee, Pei-Fang and Ching-Hsia Cheng (2019). The Experience and Challenge of Community - Based Integrated Care in Taiwan: The Example of Health Care

Services. *Social Policy & Social Work*, 23(2), 179-223)

林志鴻 (2000)。〈德國長期照護保險照護需求性概念及其制度意涵〉。《社區發展季刊》，92，258-269。(Lin, Chih-Hong (2000). The Concept of Care Needs and the Institutional Implications of Long-Term Care Insurance in Germany. *Development Journal*, 92, 258-269.)

林依瑩、梁娟娟、傅華國 (2020)。〈居家服務與居家醫療的協作〉。初稿。(Lin, Yi-Ying, Chuan-Chuan Liang, and Wha-Gwo Fu (2020). *Integrated Care of Home Service and Home-Based Medical Care*. First draft.)

林依瑩、黃珮婷 (2020)。〈原鄉長照人力培力之發展〉。社區發展季刊，109，234-242。(Lin, Yi-Ying and Pei-Ting Huang. (2020). The development of human resources empowerment in Aboriginal Village. *Development Journal*, 109, 234-242.)

楊筱慧 (2014)。〈居家服務工作的任職、留任與離職因素〉。《臺灣社會福利學刊》，12 (1)，165-214。(Yang, Hui-Hsiao. (2014). Factors Affecting Work Assignment, Retention and Turnover in Home-Help. *Taiwanese Journal of Social Welfare*, 12(1), 165-214.)

楊筱慧 (2017)。《「走動式照顧服務」方案及其政策影響之探討-以弘道老人福利基金會為例》。國立中正大學社會福利學所博士論文。未公開。(Yang, Hui-Hsiao (2017). *All in One Care Service Program of Hondao Elder Social Foundation*. PhD. Thesis, National Chung Cheng University, Department and Graduate Institute of Social Welfare, Chiayi.)

楊筱慧、鄭清霞 (2014)。〈弘道『走動式照顧服務(all in one)』方案之探討〉。論文發表於台灣社會福利學會 (主辦)，《2014 年全國社區工作教育暨社

區創意研討會》(11月21日)。舉辦地點：實踐大學。(Yang, Hui-Hsiao, and Ching-Hsia Cheng (2014). *A Case Study of All in One Care Service Program of Hondao Elder Social Foundation*. Paper presented at the 2014 National Conference on Community Work Education and Community Creativity. (Nov, 21). Taipei, Shih Chien University.)

楊筱慧、鄭清霞(2015)。〈『全家』、『全人』的照顧服務新圖像-以弘道走動式服務為例〉。論文發表於台灣社會福利學會(主辦)，《2015 台灣社會福利學會年會暨「從社會福利觀點看全球風險、國家治理與在地照顧」國際學術研討會》(5月15-16日)。舉辦地點：國立台灣大學。(Yang, Hui-Hsiao, and Ching-Hsia Cheng (2015). *New Images of Care Services with "Whole Family "and" Whole Person"-A Case Study of All in One Care Service Program of Hondao Elder Social Foundation* . Paper presented at the 2015 Taiwan Social Welfare Association Annual Meeting Global Risk, National Governance and Local Care Seminar from the Perspective of Social Welfare (May, 15 16). Taipei, National Taiwan University.)

廖瑞華(2002)。《台北市居家服務政策發展的論述分析——知識權力之觀點》。國立陽明大學衛生福利學研究所碩士論文。未公開。(Liao, Rui-Hua (2002). *Discourses Analysis of Home Care Policy in Taipei City - a Foucauldian Perspective*. Master Thesis, National Yang-Ming University, the Institute of Health & Welfare Policy, Taipei.)

熟年誌(2020)。《實現老有所養的願景，伯拉罕原鄉長照基地》。資料檢索日期：2019.10.17。網址：<https://www.lifeplus.com.tw/32913/%E5%AF%A6%E7%8F%BE%E8%80%81%E6%9C%89%E6%89%80%E9%A4%8A%E7%9A%8>

[4%E9%A1%98%E6%99%AF%E3%80%80%E4%BC%AF%E6%8B%89%E7%BD%95%E5%8E%9F%E9%84%89%E9%95%B7%E7%85%A7%E5%9F%BA%E5%9C%B0?t=40](https://www.lifeplus.com.tw/32913/%E5%AF%A6%E7%8F%BE%E8%80%81%E6%9C%89%E6%89%80%E9%A4%8A%E7%9A%84%E9%A1%98%E6%99%AF%E3%80%80%E4%BC%AF%E6%8B%89%E7%BD%95%E5%8E%9F%E9%84%89%E9%95%B7%E7%85%A7%E5%9F%BA%E5%9C%B0?t=40). ( Life Plus (2020). *Long Term Care in Aboriginal Village- Plahan Care Labour Cooperative*. Retrieved 17-10-2019, from <https://www.lifeplus.com.tw/32913/%E5%AF%A6%E7%8F%BE%E8%80%81%E6%9C%89%E6%89%80%E9%A4%8A%E7%9A%84%E9%A1%98%E6%99%AF%E3%80%80%E4%BC%AF%E6%8B%89%E7%BD%95%E5%8E%9F%E9%84%89%E9%95%B7%E7%85%A7%E5%9F%BA%E5%9C%B0?t=40>.)

衛生福利部 (2020)。《衛生福利統計專區》。資料檢索日期：2020.10.01。網址：  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1714-113.html>. (Ministry of Health and Welfare (2020). *Health and Welfare Statistics*. Retrieved 1-10-2020, from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1714-113.html>.)

鄭文輝、鄭清霞 (2005)。〈我國實施長期照護保險之可行性評估〉。《國家政策季刊》，4(4)，69-92。(Cheng, Wen-Hui and Ching-Hsia, Cheng. (2005). Feasibility of Introducing Long-Term-Care Insurance in Taiwan. *National Policy Quarterly*, 4(4), 69-92.)

鄭清霞、王靜怡 (2014)。〈社會性長期照護保險的財務處理〉。《台灣社會福利學刊》，12(1)，65-119。(Cheng, Ching-Hsia and Ching-Yi, Wang. (2014). Financing Arrangements of Long-Term Care Insurance in Taiwan. *Taiwanese Journal of Social Welfare*, 12(1), 65-119.)

Bienkowska-Gibbs T., S. King, C. L. Saunders and M. Henham (2015). *New Organisational Models of Primary Care to Meet The Future Needs of the NHS:*

*A Brief Overview of Recent Reports*. London: RAND Europe. Retrieved 05-26-2016, from [www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR1181.html](http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1181.html).

Canadian Home Care Association. (2016). *Better Home Care in Canada: A National Action Plan*. Retrieved 27-09-2020, from <https://www.longwoods.com/articles/images/Better-Home-Care-Report-Oct-web-8.pdf>.

Canadian Home Care Association (2019). *Integrated Home- and Community-Based Care : A Vision of Health, Independence & Dignity*. Retrieved 25-09-2020, from <https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2020/03/CHCA-Vision-of-Integrated-Home-Care.pdf>.

Cash-Gibson, L., O. Tigova, A. Alonso, G. Binkley and M. Rosenmöller (2019). Project INTEGRATE: Developing a Framework to Guide Design, Implementation and Evaluation of People-Centred Integrated Care Processes. *International Journal of Integrated Care*, 19(1): 3, 1-11.

Colombo, F., A. Llana-nozal, J. Mercier and F. Tjadens (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing. Retrieved 17-10-2019, from [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/oecd\\_helpwanted\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/oecd_helpwanted_en.pdf).

European Commission (2003). *Joint Report by the Commission and the Council on Supporting National Strategies for the Future of Health Care and Care for the Elderly*. Brussels: Council of the European Union.

Fernández, J., J. Forder, B. Trukeschitz, M. Rokosová and D. McDaid (2009) How Can European States Design Efficient, Equitable and Sustainable Funding Systems for Long-Term Care for Older People? *Health Systems and Policy*

*Analysis, Policy Brief, 11*. World Health Organization: Copenhagen. Retrieved September 2, 2010, from : [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/64955/E92561.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf).

Genet, N., W. Boerma, D. Kringos, Ans I. E. Bouman, A. Francke, C. Fagerström, M. G. Melchiorre, C. Greco and W. Devillé (2011). Home Care in Europe: A Systematic Literature Review. *BMC Health Services Research*, 11(1), 207.

Kane, R. A. and R. L. Kane (1987). *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*. New York: Springer Press.

Kringos, D.S., W. G.W. Boerma, A. Hutchinson, and R. B. Saltman (2015). *Building Primary Care in a Changing Europe*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, The European Observatory on Health Systems and Policies.

Landers, S., E. Madigan, B. Leff, R. J. Rosati, B. A. McCann, R. Hornbake, R. MacMillan, K. Jones, K. Bowles, D. Dowding, T. Lee, T. Moorhead, S. Rodriguez and E. Breese (2016). The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home Health Care Management & Practice*, 28(4), 262-278.

Mitchell, P., M. Wynia, R. Golden, B. McNellis, S. Okun, C. E. Webb, V. Rohrbach and I. V. Kohorn (2012). *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care*. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies

Österle, A. (2001). *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe*. Aldershot: Ashgate.

Queensland Council of Social Service (2013). *The Cost of Living and Pensioner Households. QCOSS Cost of Living Report – Special Edition* . Retrieved 17-10-

2019, from <https://www.qcross.org.au/>.

Eeno, L. V., H. Roest, G. Onder, H. Finne-Soveri, V. Garms-Homolova, P. V. Jonsson, S. Draisma, H. Hout and A. Declercq (2018). Organizational Home Care Models Across Europe: A Cross Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 39-45.

Tarricone, R. and A. D. Tsouros (Eds.). (2008). *Home Care in Europe: The Solid Facts*. WHO Regional Office Europe.

World Health Organization. (2000). *Home-Based Long-Term Care: Report of a WHO Study Group*. World Health Organization. Retrieved September 27, 2020, from : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO\\_TRS\\_898.pdf;jsessionid=54359A46AE5DE6BE1DD98CEA218171DE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf;jsessionid=54359A46AE5DE6BE1DD98CEA218171DE?sequence=1).

