

完善高齡者健康促進 與生活品質提升之整合性照顧服務

吳肖琪 國立陽明大學衛生福利研究所教授
臺灣公共衛生學會理事長

摘要

因應我國未來老年人口與老化的快速增加，勞動人力與預期可支配資源減少，以現有醫療照顧模式，推估未來醫療照護費用將巨幅增加，恐非個人、家庭、或政府所能負荷！活躍老化是已開發國家面對高齡社會的解決策略，以健康老化及健康促進來提升或協助國人維持內在能力（intrinsic capacity），善用網際網路與購物，以減少照顧人力，並具體落實通用設計環境。因此，健康照護體系必須能系統性的支持病人自我管理能力，建構社區健康照護服務網，引導健保支付朝向以人為中心之整合式照護，讓急性後期照護與安寧療護朝向居家及社區化照護發展，並強化地方政府對民眾健康照護的責任。長照體系則要解決人力短缺問題，強化協調與整合各類資源，以提供符合成效與有品質的服務。

關鍵詞：活躍老化、內在能力、健康促進、以人為中心的整合式照護

壹、緒論

國家發展委員會預測 2025 年臺灣將進入超高齡社會，代表 65 歲以上老年人口占總人口 20% 以上，戰後嬰兒潮出生的人進入 75 歲，老人照顧之需求將大幅提升；臺灣從 2018 年進入高齡社會達 14% 老人，到 2025 年超高齡社會只有 7 年時間回應，代表政府須更積極作為，以減少快速高齡化對社會產生之衝擊。在人口快速高齡化下，假設保費、性別年齡別醫療費用支出不變，中央健康保險署推估到 2025 年時醫療收支會短絀新臺幣 4,000 億元。除了醫療費用的增加外，高齡化亦代表民眾對長期照顧的需求增加，在高出生率時代，失能長者有多個

子女輪流照顧，在低出生率時代，一對年輕夫婦需照顧年幼子女，同時可能面對有 4 個父母、8 個祖父母需要照顧的問題，年輕人是否有能力兼顧就業與照顧失能長輩，是大家必須面對的。另一方面，受國際運輸與資訊的便捷、經濟全球化的影響，社會具勞動力的年輕人移入大城市工作的人數遽增，造成城鄉差距拉大，子女與父母同住的比例下降，子女與父母的關係從共同居住與直接接觸，變成電話、視訊或財務的支持；社會具勞動力的年輕人口減少，長輩與子女共同居住的機會減少，需被照顧的老年人群增加，政府是否有足夠的稅收財源、照顧人力去支撐整個社會的運作？當預見未來資源愈趨有限，



醫療照護需求卻持續增加，過去習慣的健康與醫療照護模式，必須有新的思維與改變，並且從三段預防與整合效率兩方面雙管齊下。

活躍老化 (Active Ageing) 是已開發國家面對高齡社會提出的策略，從 1997 年八大工業國在美國丹佛舉辦高峰會議 (UNESCAP, 2003) 時，便提出其重要性；至 2002 年世界衛生組織提出其政策架構 (Active Ageing: a policy framework)，包括：一、預防及減少發生失能、慢性病及過早的死亡；二、在生命週期裡盡量減少主要疾病的危險因子，增加保護健康的因子；三、發展可持續負擔、高可近性、高品質、且高齡友善的健康與社會服務，以滿足老人的需要與人權；四、提供照護服務者的訓練及教育。

我國行政院 104 年度推出「高齡社會白皮書」，即在回應快速高齡社會，政府各部會與民間各行業或團體該有的積極作為，若未來要維持現有人口結構的產能，即須思考如何讓老年人能夠保有其生理 (身體)、心理 (心智)、以及社會 (互動) 的內在能力，使高齡者能夠更獨立處理包括食衣住行在內的日常活動，或能更健康的活躍參與勞動或志工的工作。本文參考世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 在 2015 年提出的世界高齡與健康報告 (World Report on Ageing and Health)，探討面對高齡社會我國政府在健康促進、健康體系及長照體系可以強化的方向與策略。

貳、健康促進

健康促進含括身體、心理與社會面向，民眾須提升其健康知識、健康態度與健康行為。除個人努力外，亦需要家庭、社區及各種場域環境

的支持，以達到個人更健康與活躍老化的目標。

一、健康老化 (Healthy ageing) 應從胎兒時期開始

胎兒出生後的健康，與母親懷孕時之健康行為如酗酒、藥物濫用、營養不均衡等因素有關，因此為促進高齡社會公眾的健康 (public health)，要培養每一位民眾之正確健康行為。

二、改善影響健康老化的關鍵行為

影響健康的社會決定因素 (social determinants of health) 包括個人健康生活型態、社會及社區網絡支持、文化與環境 (WHO 2010)。世界衛生組織於 2013 年提出「健康融入所有政策 (Health in All Policy)」，建議政策面必須由政府各部會共同推動 (WHO 2014)。運動與營養是能夠讓內在能力維持或延緩下降的關鍵；從年輕開始規律的身體活動，有助於長壽；注重口腔衛生與牙齒保健的問題，並留意食物的視覺與軟硬度，有助於彌補因味覺和嗅覺下降而影響食慾或營養的攝取。

三、設法提高民眾的健康素養 (health literacy)

從初段預防健康促進的角度，提高民眾的健康素養，有助於強化其生理、心理與社會的健康、正向思考的能力及幸福感。SMILE 是簡易檢測民眾心理健康的方式 (吳肖琪，2013)，社區推廣要確保民眾是否能做到 SMILE，包括能睡 (sleep)、能運動 (mobile)、能夠與人互動 (interact)、能有愛 (love/laugh)、能吃 (eat) (如圖 1)。從初段預防特殊保護的角度，除了預防接種和強化各場域，如校園、職場或社區等的安全外，平常即應強化復癒力 (resilience) 之宣導，教導民眾面對壓力、挫

折、疾病、各種失敗或巨變時，仍可從改變中盡可能恢復或調適回來。

四、協助老年人維持內在能力

老年人的健康特質，包括身體與心智內在本能、肌肉功能（抓舉或承受能力）、移動能力及骨質密度下降，容易導致跌倒骨折，尤其是停經後的婦女；視覺與聽覺感知能力退化，將影響人際溝通，導致社會隔離或失去自主性，進而造成焦慮憂鬱及認知功能下降，而認知功能下降會影響記憶、對訊息的反應速度變慢，也較可能發展為失智症；免疫功能尤其是T細胞（T-cell）的活動減緩，將降低皮膚功能與性功能。如何讓民眾提早瞭解老化，知道老年可能會伴隨多重慢性疾病、羸弱、尿失禁與跌倒等問題，學習如何協助及支持老人，不但可提早預防延緩老化，也可學習到與老化共處，減少年齡歧視（ageism）。

五、善用網際網路與購物

網際網路無遠弗屆，可拉近人際關係、減少社會疏離、當作健康守護網的一部分；另一方面，上網購物未來會是趨勢，網購無時間、氣候的限制，以經濟學的角度，減少很多隱含成本，包括交通費、外出時間、體力，更重要的是減少協助外出購物人力的需求；無論是購物或網拍網站，一般會有詳盡的搜尋功能與產品介紹，餐廳從電話外送、也出現網購送餐服務。缺點是有被騙、買錯、賣家寄錯、途中損壞或遺失的風險與糾紛，需要政府宣導如何後續處理與管理、教導消費者，尤其是針對老人會用與善用的網際網路（含網站）。

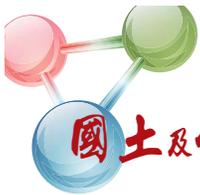
六、具體落實通用設計（universal design）

應加速建置無障礙的生活環境，包含廁所、



圖 1 心理健康標語及宣言

資料來源：吳肖琪，2013



步道、交通運輸、公共建築物與活動場所等，透過階梯邊緣設計止滑磚或止滑條、避免地面呈現高低差等設計，除可讓各類障別者皆可自主地進出移動以維持獨立生活，亦可預防羸弱老人跌倒、減少照顧人力，並達到活躍老化之目標。

健康老化要從胎兒時期開始，積極改善影響健康老化的關鍵行為、設法提高人民的健康素養，並協助老年人維持內在能力，善用網際網路與網購減少照顧人力，具體落實通用設計，鼓勵各類障別者得以暢行無阻、預防跌倒及增加社會互動等，維持獨立生活與活躍老化。

參、健康體系

衛生福利部是維護我國國民健康的中央主管機關，縣市政法的衛生局及社會局則為地方主管機關，衛生局推動地方公共衛生、預防保健、健康促進、醫療院所管理、防疫、食品安全與衛教宣導等業務；隨著社區活躍老化、健康促進與健康營造、消弭社會不公平性等議題日益受重視，縣市政府社會局則需維護社會弱勢族群的生活照顧、有效率的推動社會安全、家暴性侵防治、社區關懷與社會參與等，以維護全體國民身體、心理與社會的健康。為促進社區活躍老化，因此健全的健康體系必須具備下列幾項特點：

一、以讓人內在能力最優化為目標

提供以人為中心的整合式照護，激發其內在潛能，除建立與維持其自身內在能力與復癒力外，最好能恢復、停止或延緩內在能力的損失；針對已損失的內在能力則設法給予補償或代償。

二、支持在最適地點老化

老人最喜歡的老化地點是自己的家及社區，強化地方衛生所（室）之角色與功能迫不容緩。

澳洲、丹麥及英國等國皆發展強化社區健康工作者之計畫，包括家庭訪視、強化身體活動，延緩功能下降、初段預防保健、服務送到家、發掘個案與改善用藥等。臺灣的衛生所（室）曾經有傲人的社區表現，高齡社會更需重新強化衛生所室，以整合在地資源，提供地段家訪、健康促進、特殊保護、個案發掘、早期診治與末段預防保健的工作，才能讓垂直整合照護的工作得以達成。

三、提供系統性的支持病人自我管理能力

面對高齡社會，各類醫事人員除了應具備高齡照護的知識與技巧，以克服人力與經費緊縮的雙重挑戰外，亦須具備非醫療服務，包括協助病人決策、執行團隊照護（team-based care），善用資訊科技、致力於連續品質改善、溝通的技巧與社區照顧服務連結的能力（Boult, Counsell, Leipzig and Berenson 2010）。在很多國家的醫師沒有與老年病人共同討論其期望的照護方式，有些健康工作人員則認為生病的老年人沒能力參與自身需要哪些照護的決定，但是老人是否有自我照護的動機或能力？是否理解運動、營養、肥胖、三高對健康與內在能力的影響？理解預立醫囑的重要？是否要適時選擇安寧療護？平時政府即應加強媒體傳播，提升民眾健康素養，當民眾需要醫療照護時，則提供醫事人員從旁協助，讓其理解與做出抉擇。

四、落實社區化健康照顧服務網絡

社區式照護不應狹隘的定義在日照中心、社區關懷據點或居家照護，應更廣義的把社區中的醫院、診所、住宿式機構納入社區式照護的範圍，以符合不同民眾不同健康程度之需要。

要增強民眾健康年數與內在能力，一般性的照護要在民眾生活的社區提供；目前全國 368 個鄉鎮市區皆設有衛生所，更偏遠的地區則設有衛生室，若要提升民眾的健康，應重振「衛生所（室）之地段量能」，補足地段護士、公共衛生保健員與社工的人力，把社區內鄰里長、醫療院所、長照機構、學校、職場、社群、社區資源和志工等結合成安全防護網。精實社區初級健康照護網絡，是社區面對高齡社會、氣候異常、新興傳染病、預防保健、慢性病控制及緊急防災應變等事態的重要良方。2015 年 10 月行政院召開院會時，毛治國院長指示衛生福利部內部與社區工作有關的司署先行整合政策，以「幸福活力、在地安老」為目標，朝建構社區健康照顧服務網絡努力，以達到醫療服務、照護服務及社區服務的有效合作。

五、以人為中心的整合式醫療照護

（一）醫療必須從過去以疾病治療為導向，改為以病人健康為中心：

過去各國醫療體系以治療急性病與傳染病為主，強調以疾病為導向，找出問題予以修復，較少針對病患長期的健康與功能給予建議。隨著高齡化，多重慢性疾病會伴隨老化而增加，若每個疾病都去看次專科醫師，會出現不同醫師間缺乏協調的問題；德國有 39% 的受訪者一年看四個以上的醫師（Osborn et al. 2014）。

（二）落實單一目標、單一評估、單一照顧計畫之個案管理

醫事人員養成教育的內涵需要重新調整，過去強調次專業化分工，醫事人員被訓練以針對主訴進行確認並治療症狀，病人則被動接受照顧，較少教導醫事人員積極主動評估病人內

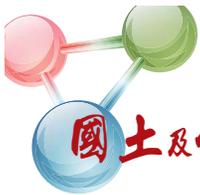
在能力的改變，更少訓練醫事人員如何和病人一起合作，讓病人積極參與其照顧計畫與自我管理以提升自身健康（Pruitt and Epping-Jordan 2005; Americans 2008; Frenk et al. 2010）。

（三）強調照護團隊的水平整合

團隊內不同專業人員間、跨團隊不同專業人員間的溝通協調若愈緊密，愈能保護民眾避免病情延誤，並能掌握時效性和節省人力；已開發國家過去太強調次專業化，隨著高齡社會下勞動人力減少，未來需培養具備跨專業多功能、會善用行動載具查詢資訊、可做到一人多功的專業人才；碰到複雜沒把握處理之個案，始轉介給單一次專業的人才處理。未來須培養全隊參與式的團隊（total team based），針對個案問題共同參與給予關切，以個案體重過重為例，需團隊內不同專業背景人員針對改善個案體重過重問題給予持續的關注與支持。

（四）強調照護團隊的垂直整合

要擴及醫院服務與初級健康照護服務間、健康照護與長照系統間，發展其共同統籌的預算、監測與當責系統；例如健保朝鼓勵居家安寧或居家急性後期照護的同時，應協調補助照顧服務員的服務資源，讓病患留在熟悉的家中，除可減少院內感染風險，又能兼具樽節健保資源與照護品質；目前中央健保署已建置健保資料倉儲系統，2010 年底衛生福利部（原衛生署）與內政部合作發展長期照顧管理資訊化系統，2015 年衛生福利部通過之長期照顧量能提升計畫，即規劃應加速建置「照護雲」，建立民眾個人長照、身障服務、社會福利之歸人資料庫，未來應擴大資訊系統整合範疇，以人為中心連



結健康照護、長照服務及健康促進服務等片段化資訊，設計以個案為中心之資訊系統，讓各處之服務個案皆可歸人管理，以改善各類服務片段式管理之問題。

六、引導健保支付朝向以人為中心之整合式照護

以病人為中心代表著系統性的支持與強化病人自我照顧能力，包括提供資訊、照顧技巧與工具，讓病人能夠管理自身健康狀況、預防併發症、極大化其內在能力、維持生活品質、協助在地老化及日常活動功能的維持等，讓病人知覺到自身對健康照護的自主性與能力，能和醫事人員、家人與其他照顧者成為夥伴關係。我國全民健康保險以論量計酬為主，醫師習慣以疾病治療為導向，加上部分負擔低，致使國人平均一年就醫超過 15 次，全年就診醫師數與用藥數量普遍較國外高；隨著健保署開發雲端藥歷查詢系統，不同醫師重複開藥與重複檢查的問題得以減少；然若要醫師以病人為中心，則可參考泰國經驗，改變支付制度，使門診朝論人計酬、住院朝論病例計酬的方向努力，藉此引導醫護團隊照顧病患的長期健康與活動等內在能力的維持，讓病人健康老化，減少再就醫需求，並提供服務提供者與健保共同分享樽節成果（share save）之誘因，達到三贏的策略。

七、打破年紀與醫療費用支出呈直線增加的迷思

已開發國家呈現 70 歲以上的人，其醫療照護支出顯著下降（Rolden et al. 2014; Kingsley 2015），然臺灣因有全民健保與實施總額的關係，年紀愈大醫療費用支出愈多，社會性住院與無效醫療的問題須被重視。

八、翻轉住院呈現倒金字塔的情形

從初級照護到重難症照護理應呈現正金字塔分布，一般疾病尋求包括衛生所、醫療院所的門診治療，若有緊急非預期狀況始尋求急診，若有一般住院需要，應就近入住社區醫院，若屬重難症是社區醫院無法處理，則轉到區域級以上醫院住院治療。然我國在健保配合評鑑設計支付制度下，已有過多區域級以上的病床，加上民眾就醫自由度高且部分負擔低，致使區域級以上醫院床數占全國醫院床數約 6 成，其住院人日占約 7 成，其健保住院費用占到 8 成；醫療資源過度集中在區域級以上醫院，除增加健保財務負擔外，亦會削弱民眾就醫距離的可近性，有反社區化之發展趨勢（吳肖琪，2015）。

九、急性後期照護與安寧療護皆應朝居家及社區化照護發展

美國老人健康保險給付急性後期照護，或是英國採用中期照護之目的有二，一是期望減少住院日數與費用，盡量以居家式或社區式照顧來支持個案，另一目的是協助個案在復健黃金期能積極復健，恢復生活功能，以避免入住醫院或長照機構；國外之安寧療護係以居家為主，醫院成立快速回應團隊（rapid response team），盡可能協助居家安寧者留在家中。當個案有醫療狀況時，快速回應團隊會派出護理人員，盡快到個案家中提供協助，避免個案住院或往返醫院。反觀臺灣，似乎尚未意識快速高齡化對全民健保永續經營的威脅，無論中風急性後期照護（第 1 個月 8 萬元）或住院安寧（1 個月超過 18 萬元）的設計，都是鼓勵個案留在急性病床，助長社會性住院，削弱住院醫療的點值。

十、強化地方政府對民眾健康照護的責任

地方政府雖然都有參與健康城市、高齡友善城市、高齡友善醫院、高齡友善餐廳、健康促進醫院、健康促進職場、健康促進學校、癌症篩檢、菸酒檳榔防治及家暴性侵防治之推動，並在 2012 年簽署高齡友善城市公約，但是地方政府在強化社區健康促進、衛生所室功能，長者潛在能力、通用設計與社區健康照護網絡所投注的預算與人力相對不足。居住在社區的老人需要距離可近性高的初級醫療照護、公車或公共運輸，亦需要高齡友善且無障礙設計的醫療院所，出院返家或居家安寧個案則需要健康、醫療與長照工作者之密切合作，並發展健康照護體系與長者及其家人之夥伴關係，這些都需要地方政府大力的輔導、建構與推廣社區健康照護服務網絡，以達到資源有效配置，花費較少的錢達到更好的健康結果。

健康照護體系應朝向社區化發展，讓老人內在能力最優化以增加健康人年，支持在地老化，提供系統性的支持病人自我管理，建立社區健康照護服務網絡，引導健保支付朝以人為中心之整合式照護，打破年紀與醫療費用支出呈直線增加的迷思，翻轉住院呈現倒金字塔的情形，讓急性後期照護與安寧療護調整方向，往居家及社區化照護發展，強化地方政府對民眾健康照護的責任，皆有助於減緩高齡社會對醫療照護支出的衝擊。

肆、長照體系

長期照顧屬於三段五級的末段預防，必須一、兼顧可負擔性及可近性，確保窮人及邊緣戶

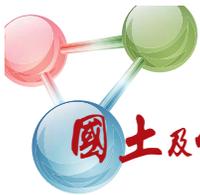
亦可使用到服務。二、需顧及健康、尊嚴、選擇權為人的基本權利。三、盡可能的支持或改善長者內在能力。四、需以人為中心，提供協調整合其所需的服務。五、無論是正式或非正式的長照人力，都應被公平對待，其社會地位亦需被肯定。六、政府應建立公平可負擔的長照財務制度，並負起監督長照系統的所有責任（WHO 2015）。

一、讓內在能力顯著喪失者，仍保有活躍老化

長期照護服務不應只是照顧基本的生存，應設法讓失能者有尊嚴高貴、有意義且有幸福感的活著。照顧者應朝如何讓失能者內在功能發揮最大的努力，輔以復健、好的營養或身體活動，可以改善老人的內在能力。為能代償內在能力的喪失，政府有責任提供其維持生活功能的環境支持與必要照顧。

二、長照體系需要協調與整合正式及非正式各類照護

長照體系跨越家人、朋友、志工、付費與不付費的照顧人力及社區式與住宿式的服務等，需要協調與整合以確保照護品質（包括喘息服務、提供訊息、教育、評鑑、財務、訓練等）。社區式的照護服務，係期望失能者可延後永久入住護理之家、減少住院日數及改善生活品質。這些工作提供跨情境、跨健康工作者、跨生命歷程的照護，與健康或醫療體系會有重疊，需要更密切的協調與整合。我國在 2015 年通過「長期照顧服務法」，將分散在老人福利法、身心障礙者權益法、護理人員法等與長期照顧相關的服務納入同一個法源管理，期增加長照服務提供的效率與協調。未來長期照護體系如何與醫療體系、



急性後期照護，而長照保險如何與全民健康保險有效率的進行垂直整合與銜接，皆挑戰國人的智慧。

三、倡導在最適場所老化 (aging in the right place)

多元社會趨勢下，子女可能因工作或其他因素無法與年老長輩共同居住，當雙老或單老獨居至無法獨立生活時，子女為父母購買輔具、聘僱居家照顧服務員，或支付入住機構的費用，可能亦是表達孝順的新形態之一。然而當失能者因失能嚴重或家庭資源不足以維持其在家中居住時，入住方便子女探望的機構，會是較安全且能接受較足夠照顧的選擇。長照十年針對家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能且需要入住機構者，由政府提供全額補助；屬中度失能者，經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。未來長照保險規劃依據失能評估屬重度失能者得申請住宿型給付，若未達重度失能卻需要入住機構的話，則採保險對象差額負擔。

四、解決長期照顧人力缺少問題

隨著壽命的延長、女性就業機會增加、子女數減少、子女在異地工作等因素，更多的失能者必須仰賴正式照顧人力的協助，然而臺灣和很多已開發國家一樣，都面臨照服員不易招募的問題，這與長照人力缺少支持及訓練，且擔任照顧工作的價值常被社會低估有關。透過增加待遇與福利、改善工作條件、提供訓練、發展職涯升遷、適當工作量、彈性工時、給予健康工作者適當的職權、肯定照顧工作者的工作價值並對其表達感謝、接受其成為醫療照護團隊的一員等方式，皆有助於照顧工作者留在職場，

推展類似弘道老人基金會專職月薪的走動式照顧服務，較能吸引年輕人投入居服照顧工作。

五、要確保可負擔又公平的財源

無論從一般稅收、國民保險、強制儲蓄或是由家人提供免費照護，長照的財源都會有一個成本存在，若政府在長照的支出太少，很可能會轉移到增加急性醫療照護的支出。一個核心政策應設法讓長照的花費能夠負擔得起、能夠公平的分攤，且亦能照顧到最弱勢的人群。2009 年政府開始規劃長照保險法，發展之多元評估行動載具已在 2015 年由 5 個縣市試用，照管專員透過平板電腦之協助，將不再需要用紙筆評估，未來評估、等級判定與照顧計畫擬定將可一次到位。

六、持續辦理長照人員的訓練與評鑑

2010 年開始，衛福部護理與健康照護司即開始規劃各類長照人員 level I、II、III 訓練課程，以提升長照領域人員的專業技能（楊志良，2010）。2015 年所通過的長照服務法，設有長照服務發展基金，促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實與均衡服務及人力資源（衛生福利部，2015）。長照服務發展基金額度至少新臺幣 120 億元，5 年內撥充編列，政府應善用此基金，以確保所有在長照領域之工作者皆具備長照相關的知識與技術，包括協助個案運動與監測慢性疾病等情形，繼續教育課程可採網路或上課學習，課程不應只是專業內容，亦應包括對老化的態度、如何引導失能者內在能力的提升、使失能者可以做決定、自律的生活。

七、持續消弭城鄉長照資源差距

衛生福利部護理及健康照護司於 2010 年進

行全國長照資源盤點後，於 2011 年開始推動長期照護服務網以建構社區服務網絡；由於偏鄉年輕人口外移到都會區的比例高，偏鄉獨居老人需要居家照顧、居家護理、送餐、交通接送、復健等服務較都會區長者殷切；《長期照顧服務法》2015 年通過後，新臺幣 120 億元的長照發展基金，可用以獎補助偏鄉提升長照資源及服務，除了 1 鄉 1 日照外，亦應落實 1 鄉 1 在地居服單位、及 1 鄉 1 在地送餐廚房；如此將可加速消弭城鄉長照服務資源的落差，造福偏遠地區失能的長者與家庭。

八、努力配合失能者最期望的動能 (Reablement)

挪威以增加對失能者最期望的動能 (Reablement) 的投入，因應未來高齡社會所面臨之健康照顧人力資源不足、健康照顧支出增加的挑戰 (Tuntland 2015)。蔡宜蓉 (2014) 在國內強化這個概念，認為自我管理是激勵個體自己執行任務，而不是幫他們執行，應增進個案日常活動的獨立性，以減少居家照護和延緩機構照護需求，達到節省照護費用的可能性。Reablement 主要是以居家為基礎的服務，強調以目標為導向，首先要知道個案於生活中哪些是他認為重要的活動，然後加強專業間和個案間共同的合作，且非常注重個案自己排列優先順序的日常活動，以提供個人居家、在地與時效性的復健。訓練讓個案能執行室內和戶外活動（如社交活動、體能活動、休閒活動、工具性日常生活量表 IADLs 等），可增進服務對象日常生活的獨立性及促進社區參與。

九、扭轉年齡歧視 (ageism) 的形象

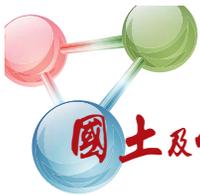
長照人力不足，可能與年輕人不喜歡照顧

老人有關，媒體通常亦較常報導失智、失能或疼痛的負面形象。政府若能強化不老騎士、不老志工、代間溝通等正面形象，重視且肯定長照議題，包括強化老人尊嚴，改善失智照顧、壓力與末期疼痛照護、創新科技輔具的應用、關懷訪視指導等措施，將可節省住院支出、減少貧窮、改善生活品質，並對長照人力及社會產生安定力量。

各國長照服務普遍存在的缺失，包括片斷化服務、缺少整合、欠缺有效的法規與標準、只關注到照顧失能者基本生活需求、住宿型機構像病房不像家等問題；未來應朝向讓內在能力顯著喪失者仍保有活躍老化、需協調與整合正式及非正式各類照護、倡導在最適場所老化、解決長照人力缺少問題、要確保可負擔又公平的財源、持續辦理長照人員的訓練與評鑑、努力配合失能者最期望的動能、扭轉年齡歧視的形象，讓失能者維持其內在能力，有尊嚴的生活。

伍、結語

活躍老化是減少醫療照護支出，讓健康老人協助勞動人力增加的解決方案，必須是政府各部門以及全民共同參與，藉由健康促進提升人民內在能力、延緩失能；善用網際網路購物減少照顧人力；並透過通用設計減少失能者對照護的依賴，更可讓失能者維持獨立生活與活躍老化。健康照護體系應朝社區化發展，建立社區健康照護服務網絡，讓老人內在能力最優化以增加健康人年，藉由健保支付制度之引導，建立以人為中心之整合式醫療照護，翻轉住院呈現倒金字塔的情形，讓急性後期照護與安寧療護朝居家及社區化照護發展，強化地方政府對民眾健康照護的責任，有助於減緩高齡社會對醫



療照護支出的衝擊。至於長照體系，達成解決長照人力短缺問題，強化協調與整合各類資源，提供符合成效與有品質的長照服務、扭轉年齡

歧視，仍是有待努力的部分。資源有效配置以達到全體人民的健康與生活品質提升，永遠是高效能的政府應努力規劃與因應的挑戰。

參考文獻

1. 吳肖琪。2013 **建構心理健康網規劃計畫建議書**。臺北市：行政院衛生福利部。
2. 楊志良。2010。我國長期照護現況與展望。 *研考雙月刊* 第34卷第3期（6月）：86-91。
3. 蔡宜蓉。2015。 **104年度衛生福利部委託「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」期中報告**。臺北市：行政院衛生福利部。
4. 衛生福利部。2015。 **長期照顧服務法**。臺北市：行政院衛生福利部。
5. Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. 2008. **2008. Retooling for an aging America: Building the health care workforce**. Washington, D.C : National Academies Press.
6. Boulton, C., Counsell, S. R., Leipzig, R. M. and Berenson, R. A. 2010. The urgency of preparing primary care physicians to care for older people with chronic illnesses. *Health Affairs* 29, no.5: 811-818.
7. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP) 2003. **Shanghai implementation strategy: regional implementation strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 and the Macao Plan of Action on Ageing for Asia and the Pacific 1999**. Bangkok. Retrieved. < http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/ESCAP/1280 >
8. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. and Kelley, P. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet* 376, no. 9756:1923-1958.
9. Kingsley, D. E. 2015. Aging and Health Care Costs: Narrative Versus Reality. *Poverty & Public Policy* 7, no.1:3-21.
10. Oliver, D., Foot, C. and Humphries, R. 2014. **Making our health and care systems fit for an ageing population**. London, UK: King's Fund.
11. Osborn, R., Moulds, D., Squires, D., Doty, M. M. and Anderson, C. 2014. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Affairs* 33, no.12: 2247-2255.
12. Pruitt, S. D. and Epping-Jordan, J. E. 2005. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *Bmj* 330, no.7492: 637-639.
13. Rolden, H. J., van Bodegom, D. and Westendorp, R. G. 2014. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Social Science & Medicine* 120 (November) : 110-117.
14. Tuntland H. 2015. The concept and origin of reablement. **長期照顧生活功能訓練 - 北歐與台灣的對話**。高雄市：高雄市政府社會局。
15. WHO. 2010. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO.
16. WHO. 2014. **Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action**. Geneva: WHO.
17. WHO. 2015. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO.