

台灣社區工作與社區研究學刊 第十三卷第二期
2023年10月 頁 129-164
DOI: 10.53106/222372402023101302004

實務議題論壇

試論共生社區模式落實原鄉在地老化之 可能性

謝明原*

美和科技大學社會工作系助理教授

收稿日期：2023年8月9日，接受刊登日期：2023年9月19日。

* 通訊作者：hmy1215@gmail.com

中文摘要

進入高齡社會的臺灣，偏鄉與原住民族應如何在諸多不利因素影響下，回應在地社區高齡者的生活照顧和醫養需求，成為落實在地老化高齡社會保障政策的重要一環。本文透過余尚儒以臺東都蘭診所推動的共生社區與在宅醫療模式，以及林依瑩在臺中和平區達觀部落伯拉罕長照機構的共生型照顧服務模式與地域營造方案，來檢視高齡社會下，透過在地組織連結資源、以特色服務解決高齡醫養困境的可能性；同時也檢視目前長照 2.0 在原鄉的執行困境及可能的解決方向。

關鍵字：地方創生、在地老化、共生社區模式、共生型照顧服務模式

Local Implementation of the Symbiotic Community Model to Achieve Aging in Place

Ming-Yuan Hsieh

Assistance Professor, MEIHO University Department of Social Work

Abstract

In response to Taiwan's aged society, rural and indigenous communities experience various challenges and unfavorable conditions while attempting to meet the caregiving and healthcare needs of older residents. Attending to such needs has become a crucial constituent of policy implementation aimed at ensuring social security in an aged society to achieve aging in place. This study explored two models to examine the feasibility of addressing the aforesaid problem by integrating local organizational resources and providing specialized services. The first model was the symbiotic community and home-based care model promoted at the Home Clinic Dulan in Taitung. The second model was the symbiotic care service model and place-making program promoted at the Plahan Long-term Care Institution in L'olu Tribe, which is located in Heping District, Taichung. Additionally, this study delved into existing challenges concerning the local implementation of Long-Term Care Plan 2.0 in indigenous communities, proposing possible solutions to these challenges.

Keywords: Regional Revitalization, Aging in Place, Symbiotic Community Model, Symbiotic Care Service Model

壹、前言

全球高齡趨勢浪潮拍岸而來，我國正面臨高齡社會及少子女化兩方面皆更明顯加速的嚴峻形勢，高齡者增加速度越來越快；與此相對的，屢創新低的出生率造成的少子女化傾向，更讓整體人口結構改變更明顯。根據行政院主計處的數據，臺灣 65 歲以上人口比例已達 16.15%，於 2018 年 3 月轉為高齡社會，預估於 115 年邁入超高齡社會，預計在未來數十年中將持續快速上升，預估 2036 年時 65 歲以上人口比例將達到 28.9%（行政院主計處，2021），人口結構逐年明顯兩極化的變遷，屆時將更深遠且更全面性的加劇高齡化現象，以及對於經濟、政治、和社會層面的影響。

另一方面，少子女化問題也深遠地影響了臺灣的人口和勞動力結構。2019 年，臺灣的生育率為 1.07，到了 2021 年更下降到 1.03，越來越低於人口替代水平 2.1（行政院主計處，2020），顯示出臺灣的少子女化趨勢越來越劇烈。影響所及，老年人口比例增加不僅造成整體人口結構的老化與勞動力的緊縮，也成了影響社會福利配置、經濟發展、醫療保健運作、家庭結構及教育系統的根本因素。目前看來，勞動人口減少、慢性病醫療與高齡照護的覆蓋率、學生數減少導致的學校整併或退場、社會保障系統的負擔都已成為當前重要的待解課題。

而其中，人口結構老化與社會家庭型態變遷所帶來的最迫切關鍵議題，當屬長期照顧議題。政府建置並持續改善長照體制和相關社會安全體系，希望提供給需求者在醫療、居住、交通、飲食等方面的照顧與支援，能滿足高齡者及其家庭對生活和生命安全的需求，另一方面，長照政策的服務對象除了原先政策目標的長期照顧的需求者 (care receiver)，也同時希望提升照顧者 (care giver) 的生活品質，盡可能為其分擔諸如睡眠中斷、三餐不正常、缺乏照顧替手，甚

至統計數據發現超過 1/4 的主要照顧者患有「壓力性負荷」上述這些照顧者的日常困境（衛生福利部，2016）。

為了持續強化在長照服務品質與資源網絡的發展，並自 2107 年 6 月上路實施長期照顧服務法，以期廣泛照顧日益增加且長照需求各有不同的民眾。同年，臺灣政府也提出了長照 2.0 政策（以下簡稱長照 2.0），旨在推動長期照顧體系的改革和升級。希望藉由串連三個層級的服務單位：即以培植 A 級（社區整合型服務中心）、擴充 B 級（複合型服務中心）、C 級（巷弄長照站），協助照顧者家庭解決照護問題，由中央、各縣市地方政府及民間單位這三方的合作與協助配合，整合長照服務的輸送品質和密度，讓民眾獲得更妥善、更方便、近用的照護品質。以社區照顧與在地老化作為整體目標，建立以社區為基礎之照顧型社區（caring community），往前延伸預防性與健康促進服務、向後提供在地便利的臨終安寧照護系統，希望讓醫療單位專注於治療病患，讓高齡者能在社區和居家環境終老，同時也兼顧需求者與照顧者的生活品質。

在地老化是目前各國推動的具體方向，在地老化政策的發展與落實，在於讓整體服務體系能綿密而不重疊的提供高齡者所需的支持和服務，包括健康促進、失能預防、日間照顧、居家照顧、社區健康照護等，細節如健康監測、維持社交活動、日常生活協助與環境改善、照顧者喘息與減壓等，除了維持高齡者身體健康、減緩失能、維護高齡生活品質、減少照護負擔，也減少高齡社會的整體醫療壓力。一般而言，在地老化的政策重點強調在：1.避免長期照顧服務傾向大量發展機構，導致過度機構化；2.降低整體照護成本，延長有照護需求的高齡者留在社區和家庭中的時間；3.讓高齡者在熟悉的社區環境中自然老化，以保有獨立、自主與尊嚴；4.以「在地」服務滿足「在地」人的服務照顧需求，以求拉長留駐社區的時間（蘇麗瓊、黃雅鈴，2005）。

雖然政府政策、民間團體和社會都開始重視在地老化的發展議題，在地老化的服務形式和資源連結也陸續發展和強化；然而，在地老化不僅於將高齡者留在原本的環境下接受照顧服務，而應重視包含生理機能與心理精神兩方面的「健康的在地老化」。而要達到這個終極目標則需要長期照顧專業服務的配合和龐大資金與資源管道的支持，多類型的醫療護理、社工、職能治療、居家服務等專業人員的銜接和整體配合，才能確實提高在地老化的服務效果與覆蓋率。

貳、長期照顧在原鄉

原住民族是臺灣歷史與文化的重要根源，目前法定原住民族有 16 族，全國共計 736 個部落，各族群擁有各自的文化習慣及部落結構。依據我國核定的 30 個山地鄉及 25 個平地鄉（鎮、市），所謂「原住民族地區」的統計資料：臺灣原住民共有 58.4 萬人，佔全國總人口約 2.5%（內政部，2022）。平均餘命部分，2021 年原住民族 73.92 歲，較全體國民 80.86 歲少 6.94 歲，如圖 1 所示（內政部，2022）。

原住民族老化指數從 2011 年 26.7%，提升至 2020 年 41.9%（原住民族委員會，2023），可推論原住民族長照需求也同時增加。目前山地鄉人口約佔 28.6%、平地鄉 22.7%，都會區 48.7%，幼年原民流向都市、老年留在原鄉的逐年趨勢越發明顯，使得原鄉比非原鄉族人的老化指數為 86.9:24.9（陳叔倬，2023），不平均的幼年及老年族人區域的遷徙與分布趨勢，顯示原鄉嚴重老化，幼年人口傾向留在非原鄉地區就學與就業，加諸中壯年族人流失，使得原住民族群老化問題特別嚴峻，對長照的需求量更為迫切。

99-110年原民與全國零歲平均餘命差距分析

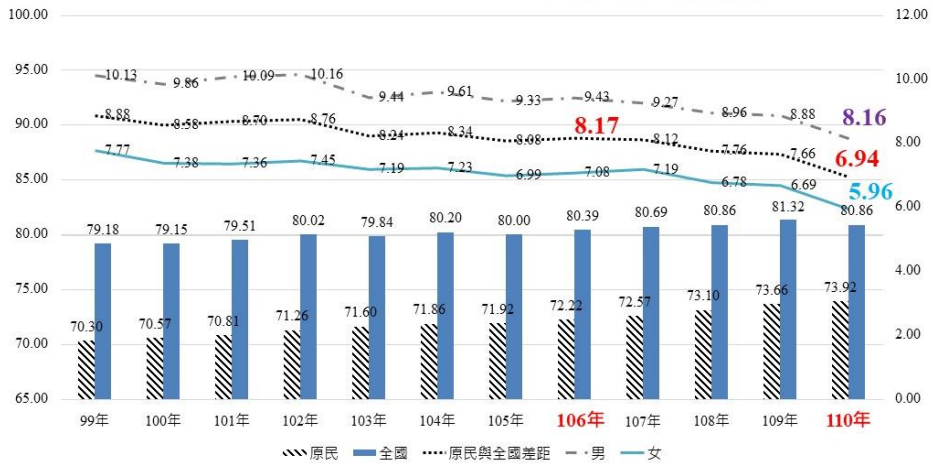


圖 1：99-110 年原民與全國零歲平均餘命差距分析

資料來源：衛生福利部（2023）原住民族健康法草案

我國的長期照顧服務的提供雖基於「普及」、「多元」、「可負擔」及「不歧視」的基礎，但長照政策由上而下的執行模式，在面對原住民族健康照護議題時常習慣以「山地平地化」或「一般化」的思維和尋求解方（日宏煜，2012）。囿於「原政小、衛社政大」的權力不對等關係、技術官僚及公務單位對於原住民族的文化識能與文化敏感度的缺乏、在長照體系的建置未能尊重「民族意願」、忽略部落人際網絡與照顧文化等長期因素影響下（日宏煜，2022），在長照政策的規劃與推動未能達到契合原住民族期待的文化能力，也導致設置目標未能符合預期（資源布建如表 1）。

為導正政府部門以一元化、中央集權式、及專業照顧角度制訂的長照服務內容與規範，解決在長期照顧服務過程中造成的文化性、政治性與制度性的剝奪，而出現可近性、可利用性、可接受性及品質不佳的問題，關心原住民族長照議題的相關工作者成立了「臺灣原住民族長期照顧聯盟協會」（以下簡稱原

照盟），其主張將長照主軸聚焦在「文化照顧」、「文化安全」、「民族自治」及「鬆綁原住民族土地的地用與行為管制」等議題。尊重其因社會與文化特殊性所需的多元族群長期照顧體系，原住民族文化元素融入居家式及社區式的長期照顧服務中。延宕多時的原住民族健康法（簡稱原健法）行政院版草案在今年（2023）3月終於通過行政院會裁示，送往立法院審議。原健法法案將原民健康不平等改善計畫提升到法律位階，使原住民族健康權益更受到明文保障、也為尊重原民意願及自主發展的目標立下里程碑。

截至 2020 年底（日宏煜，2022），原住民族地區長期照顧資源布建狀況如下表 1 所示。

表 1：原住民族地區長期照顧資源布建表

服務類型	居家服務	日間照顧中心 (含小規模)	家庭托顧	巷弄長照站 (含文健站)	長照管理分站
數目	45	43	56	518 (368)	53
備註	35 個原住民 地區未設	28 個原住民 地區未設	29 個原住 民區未設	55 個原住民 地區皆設	臺東市、卑南鄉 未設

資料來源：日宏煜（2022）

在少子女高齡化的人口改變趨勢下，偏鄉的原住民族處在長期雙重不利的社會條件之下，在交通距離、服務量能缺乏與高流動、部落參與低落與培育不易等不利因素，再加諸照護勞動力萎縮的情形下，讓問題更形雪上加霜。也因此，如何落實支持在地社區高齡者的生活照顧和醫養需求一直是原鄉地區長照服務的重大挑戰。筆者整理過去研究者提出的原鄉區域實施長期照顧政策推動的困難點如後（龍紀萱，2011；怡懋·蘇米、許木柱，2016；周文蕊，2017；陳正益，2018；郭俊巖、蔡盈修、周文蕊、賴秦瑩，2018；林依瑩、黃珮婷，2021）：

一、教育程度與社會文化差異：「教育程度」造成族人取得社會福利障礙與對

福利訊息不平等，以及自我與家屬照護能力；而「社會文化」屬性的不同，無法用母語與原住民老人溝通及照護服務的內涵對傳統文化之衝擊，也影響原住民對長期照護的選擇性與接受度。

- 二、部落語言與文化衝突：原住民地區的語言、文化習性與生活方式通常較為傳統，重視家庭、部落和族群的連結與互動。傳統部落文化和非部落區域的價值觀存在著明顯差異，往往會導致文化衝突，進而影響到長照政策的實施。部落和原鄉的社會網絡較為密切，社區居民通常相互扶持與照顧，常需要族群語言的使用，現行長照服務輸送的語言及文化能力仍待強化。
- 三、地理環境造成的交通不便和高風險：原住民地區的地理環境與資源分配較為困難，外部工作者的交通成本高、醫療設備分散而不足、照顧資源缺乏等，在多山地、交通不便、高風險的原鄉區域，部落的支持體系因而減弱，難以形成照顧網絡，專業照護機構設置的可近性也具高度挑戰性而難以普及，成為推動的一大困難。
- 四、山地鄉土地運用的限制與建築門檻高、設置申請法規窒礙、合法合宜土地難覓，開辦成本顧慮、人力外流等因素影響機構布建與服務輸送、組織發展與專業人力的缺乏、發展與留用都深受限制
- 五、人力資源不足與高流動：原鄉長期照顧需求大，但在地照顧資源卻有限，主要因素在原住民地區的在地就業機會少、專業照護人員缺乏、服務範圍廣大造成量能低落及高流動率、服務人力不足致無法滿足當地老年人和身心障礙者的照護需求。服務人員面臨交通成本高、資源取得不易、補助有限、照顧收入不穩定等因素容易導致服務轉換頻繁與流動率高狀況。
- 六、人才培育與留用困難：原鄉外流人口多，教育與衛政專業人員之培育與留用十分困難；缺乏部落參與的訓練與培育無法制度化，文化能力的人力專業化（族語培力課程）未完善，未能善用以在地人服務在地人之文化安全

的優勢，照服員薪資分級、升遷管道與職涯規劃不明、缺乏在地的職場發展願景等因素。

高齡照顧要如何能回到原鄉的在地社區實踐，而非只提供封閉式的機構照護，或僅仰賴外籍看護人力。除了考慮地理環境與資源輸送的因素，原住民的文化、傳統、生活方式、就業機會、語言因素、族群的連結與互動，以及其家庭和部落間的照顧支持網絡也都該納入規劃與實施考量。

參、仍在路上的長照 2.0 目標：在地老化

伴隨我國高齡社會人口結構的老化，是連帶性的失能人口增加，也因此，整合醫療與生活照顧的長期照護舉措是當前重要課題。城鄉差距造成人口密度、交通設施、長照提供單位及專業人力的資源多集中於都會區，偏鄉、部落或離島地區資源長期處於缺乏或不足，使得當地高齡者遭遇交通不便、醫療不足、行走不便、高齡服務設施不足等問題也相對地更形嚴峻。

臺灣的健保給付結構有利於醫療機構大型化、醫療資源高度集中化，以及高度專科化，專科分工以治癒（cure）疾病為導向，容易忽略了療護（care）的專業與需求，在出院後端的亞急性照護與社區／家庭照護發生了不連續的斷裂（余尚儒，2017）。莊秀美（2022）指出，早期著重在醫療機構內部不同醫療專科的整合，但由於社會變遷和人口結構改變，陸續出現下列問題：

- （一）醫院照顧成本高，降低醫療成本成為緊急的課題；
- （二）大多數的病患需要的是支持癒後休養的社會照顧服務；
- （三）高齡社會中的老年人口多數處於長期多重的需求狀況中，整合醫療服務與照顧服務成為必要的課題。

臺灣居家照護始於 1987 年，在 1995 年全民健保開辦之後，給付開始涵蓋居家照護服務，包含一般居家護理以及安寧居家療護。自 2006 年長照十年計畫開始直至現在的長照 2.0 之間發展的各種居家式照護：居家護理（home nursing care）、居家服務（home social care）、居家復健（home rehabilitation）和安寧居家療護（hospice home care）。但臺灣的居家式照護（home care）非常片斷化，照護不連續，以及橫向聯繫不足的問題一直存在（余尚儒，2014）。但在實務上，確實將居家服務、居家護理、居家復健和安寧療護做整合與協作，才是有效的居家照護系統服務。唯有整合醫療服務和長照服務，才能實現連續性的照護到臨終，落實在地老化及在宅終老。

我國居家醫療體系的正式開展始於健保署 2016 年推出的「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」（以下稱居整計畫），其用意在整合醫療與長期照顧，以確保高齡者在熟悉的社區環境中得到高品質、連續性的照護服務。由專業的醫護人員組成居家整合照護團隊，進入社區高齡者或是行動不便病患家中，提供包含：「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三階段的照護醫療服務，期能實施以個案為中心的照護轉介及持續性的醫療照護。健保給付納入更多的專業醫事人員，如牙醫師、中醫師、藥劑師、呼吸治療人員等（衛生福利部中央健康保險署，2023）。

由余尚儒醫師發起的臺灣在宅醫療學會始於 2015 年，以發展本土化在宅醫療知識、建立居家跨專業合作機制，及參與國際性在宅醫療交流為推動主軸，倡議引進日本在宅醫療照顧模式，推動以團隊照護模式，協調多種醫療與長照專業人員以提供連續性、可近性的、可滿足在宅個案需要的照顧方式，確實落實在地老化。（Sato and Amaki，2015；楊明方，2018）。簡單來說，「在宅醫療」就是把服務送到家中，以病患的「家」為中心，結合醫療和長照各種專業

人員、協調大醫院和基層社區診所，讓病人出院之後，可以得到適切照顧的照護體系。

由於長照服務的對象通常合併有高度的醫療照護需求，若能在出院後順利銜接長照服務，可有助於提升照顧連續性。臺灣目前有幾種在宅醫療模式，包括以醫院、基層診所（含衛生所），與居護所為基礎的不同模式。針對居整計畫中的居家醫療、重度居家醫療及安寧療護等服務對象，推動利用在宅醫療的方式提升因失能或疾病特性導致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院；同時改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式。臺灣對在宅醫療的推動尚在起步階段，目前長照服務體系與一般社會福利、老人保護及醫療保健服務等其他體系的橫向連結與整合，仍有很大努力空間。戴珮琿（2018）即指出長照系統與居家醫療間聯繫難以優化，醫院與照管中心間關係亦相當薄弱。

日本和臺灣一樣，曾經歷過相同的推動問題：醫院、長照、居服三方各自為政，欠缺訊息互通以致於個案照護無法全面提供。當時為了解決負責整合資源和判斷個案需求的照顧經理與醫師之間的溝通連結薄弱的問題，所推動的便是連攜據點的實踐與普及。做為架起醫療與長照間的橋樑的「在宅醫療長照連攜據點」，需要提供醫療、福祉、保健等各種支援措施，以支持國民在熟悉的地方生活。以類似名詞的日本「在宅醫療連攜據點」來說，其主要任務目標為（余尚儒，2017）：

- （一）定期舉辦在地的醫療與照顧工作關係者的會議；
- （二）掌握在地醫療與照顧資源，與社區整體支援中心聯絡；
- （三）建構有效率的 365 天、24 小時的照護支援系統；
- （四）對社區居民進行在宅醫療普及推廣教育活動；

(五) 以促進跨專業連攜（聯繫合作）為目的的人才養成活動。

整合在宅醫療服務的過程中，由於個案需要不同專業的居家照顧介入，包含藥師、居家護理師、照顧服務員、社工、醫師等等，就必須有一個好的溝通平臺，才能達到有效率的整合團隊照顧。日本厚生勞動省在 2011 年開始「在宅醫療連攜據點試辦計畫」，據點由最初 10 個據點，到了隔年擴增為 105 家試辦單位並持續增加中。

所謂「共生社區」（co-housing community）的理念最早源自於丹麥，其精神主要是希望透過設計促進居民間的連結，能夠營造出一個家的感覺，逐漸凝聚共識建構成具有「居民共同期待的社區」（吳明儒、劉宏鈺、江凱狄，2021）。其概念在希望透過在地組織發掘在地的照顧需求，再針對需求來連結在地跨領域組織的內外資源來發展在地的服務，開展屬於在地資源網絡以滿足在地長者的多元生活需求（梁鎧麟、詹弘廷，2021）。共生社區的發展與日本推動的地方創生政策相關連，2010 年的「在地整體照顧系統」（地域包括ケアシステム）概念，原先設定是以人口外移老化地區的「高齡者」為主要對象，後來擴大到身心障礙者，甚至新手父母、育兒困難者，以在地連續性的醫療與福祉照顧為基礎，整合了醫療、照顧、保健預防、居住與生活支援等五個面向的完整照顧服務，讓他們能夠在社區中自立生活、互相支援又共同參與，並保持自主性和尊嚴。先推動以「醫療與福祉」為中心的社區營造，提升「關係人口」，吸引人才定住，建構確保共同參與互助的共生社區（余尚儒，2018）。這種「共生型照顧」最大的特色在於不再區分高齡者、身障者，甚至一般居民，讓所有人共同參與、互助分享。共生社區模式主要強調公助（社會福利與社會保障）、共助（社會保險）、互助（社區的個人或團體的連結支援）、自助（自立進行預防失能及健康促進）。藉由「在宅醫療連攜據點」制度，當基層醫師進到病

患家中看診，就會發現病患所需要的不僅是醫療照護服務，而是延伸且多元性的生活需求，而這些需要在地社區的跨領域資源整合才能獲得解決。

肆、案例分析

本研究透過探究余尚儒成立的臺東都蘭診所及他所推動共生社區與在宅醫療模式，以及林依瑩在臺中和平區達觀部落伯拉罕長照機構以社區為基礎所建立的共生型照顧服務模式及其延伸的地域營造方案，來檢視在高齡社會背景脈絡下，透過在地組織連結資源、以具特色的在地服務解決高齡醫養困境的可能性與挑戰。

一、CASE 1 臺東都蘭診所的在宅醫療模式與共生社區

為了提升臺灣基層社區診所的居家式照護（community-based home care）資源，以符合都蘭社區的需要，余尚儒醫師決定在臺東偏鄉嘗試建立本土化的「在宅醫療長照連攜據點」，發展屬於臺灣的「在宅醫療長照連攜據點」及完整的在地整體照顧方式，從無形平臺到有形連繫，讓居家醫療從被動通知到主動出擊（余尚儒，2017）。他認為臺灣的每個社區都需要在宅支援診所，不只是醫療，而是橫跨醫療與長照，支援照顧和生活，陪社區民眾終老。「這不是統計上的數字，而是人民真正的需要。」

為解決偏鄉村民的健康照護問題，提供「以病人為中心」的全人照護，強化醫療照護資源連結及轉介，余尚儒於 2017 年在臺東縣都蘭村開設以「在宅醫療」為主體的基層診所，平時診所除了門診外，也結合居家護理師、藥師、個案管理師等跨專業人員，走動鄰近的泰源村、北源村及興昌村等社區提供巡迴醫療服務，也到社區、部落，親自替居住偏遠或無法行動的病人看診，護理師

更透過社區營造建立了社區的醫療互助網絡，舉辦民眾需要的健康衛教，例如在社區指導「足部護理」。都蘭診所團隊期望能成為當地的健康巡守隊，也鼓勵村落民眾主動加入，以在宅醫療為主軸的診所，支援社區民眾在熟悉的環境終老（衛生福利部，2018）。

都蘭診所所在的東河鄉的高齡人口已達 22%，然而當地醫療資源匱乏，離家最近的醫院也要 40 分鐘車程，回家善終因而成為病家的奢望。來自嘉義的醫師余尚儒選擇超高齡的都蘭地區展開在宅醫療試驗，他將「都蘭診所」定位為「在宅醫療支援診所」，在宅醫療標準是在 30 分鐘路程距離內，提供醫療、長照、預防失能、健康促進等服務，將結合醫師、護理師、社工、物理治療師、居服員的團隊，運用健保、長照及非正式的鄰里志工照顧三大系統一起運作。而在面臨專業人力不足的情形，都蘭診所則以邀請不同專業人才「度假支援」的方式協助滿足需求。

除了發展在宅醫療照護模式與建立在宅醫療長照連攜據點，「好家宅共生文化教育基金會」的成立旨在以都蘭診所為實踐共生社區的基地，更進一步提供在地整體照顧，推廣並建立有共生文化的社區，期望能在永續基礎上實現居民在家終老的理想。箇中原因在於，在宅醫療若沒有建立在緊密社區關係的社區共生上，則專業者與受照護者、社區及其資源就無法串連。社區活化，能達到集體增能的效益。共生社區寄望能增進民眾維持自我健康生活達到能「自助」；與鄰居與友人之間的「互助」；透過全民健保、長照 2.0 等制度獲得「共助」；在必要時尋求社會公義力量的「公助」。也因此，余尚儒在推動「在宅醫療」與「共生社區」的脈絡下，也開始培力「社區保健員」，盤點社區可運用的資源、賦予家人照顧知能、為其培力成為社區共照力量，就能減輕專業醫療人員實踐社區醫療下的壓力（陳佳楓、盧明正，2020）。整體而言，都蘭診所的共生社區照顧模式如圖 2 所示。

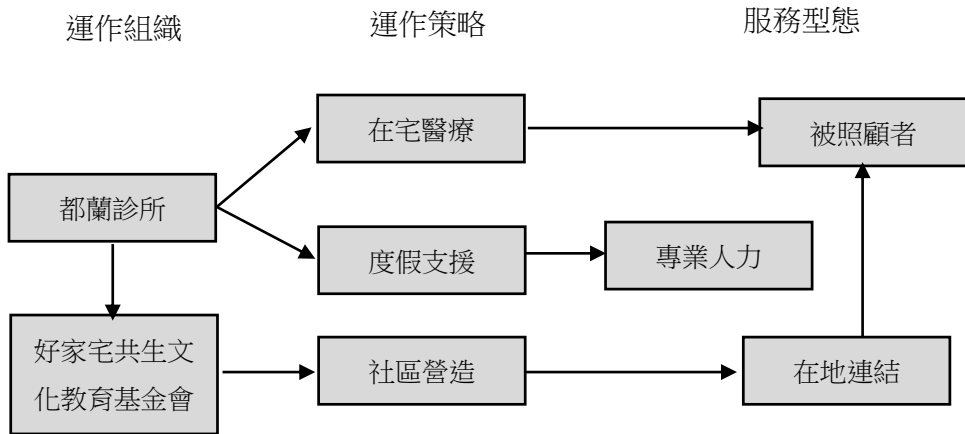


圖 2：都蘭診所的共生社區照顧模式

二、CASE 2 臺中和平區達觀部落伯拉罕 (Plahan) 計畫的共生型照顧服務模式

臺中市和平區位於大甲溪上游的山區地帶，區域面積最大但人口最少。根據統計數據，和平區的總人口為 10,891 人，年齡結構以中高齡人口為主，60 歲以上人口比例為 29.2%，65 歲以上人口比例為 20.3%（臺中市民政局，2023），是一個高齡化程度高的地區。人口組成也有其特色，除了以泰雅族為主要族群的原住民族人，兼之有閩南和客家族群，主要產業為農業。

原鄉的高齡化人口不斷增加，隨之而來的長照需求卻未獲滿足，主因在於在地的居服員人力短缺，地理環境與交通距離限制了人員輸送與服務量能的提供，再加諸高流動率與服務轉換頻繁使長照推動挑戰更加巨大。

為解決和平區長期照顧人力長期不足，無法推展長照服務資源的困境，臺中市和平區達觀社區發展協會於 2019 年開始啟動伯拉罕計畫（林依瑩等人，2021），透過在地居家護理所與達觀部落社區資源合作提供當地社區的居家照

護服務，也藉著部落照顧服務員的投入，啟動「當地人照顧當地人」的長照人才培育計畫。勞動合作社的成立在希望透過培訓辦理、運用在地部落原住民提供服務，以增加和留任照顧人力，發展部落的長照服務網絡，滿足在地失能個案的照顧需求。為此，其針對部落照顧的型態規劃的多元培力策略包含有：

- (一) 研發貼合在地的訓練內容，提高參與率、就業率與留任率；
- (二) 設計培訓獎勵機制，增加在地人參訓及留任的誘因；
- (三) 漸進式帶領的工作模式，陪伴模式減少照顧落差與挫折；
- (四) 彈性化工作安排，支持兼職與專業成長；
- (五) 調整薪資發放方式與即時性，保障收入與人才留任率；
- (六) 多專業學習與服務設計，持續強化服務能力

該計畫的名稱「伯拉罕」，是部落耆老以泰雅族語言 **Plahan**，意指「烤火」和「興旺」，希望透過人力培訓發展，運用在地部落人口來發展長照服務網絡，滿足當地個案的照顧需求。計畫介入前的 107 年，達觀社區周邊照服員不到 5 位，服務 7 位長者，總服務給付額度不到 3 萬元，照服員平均薪資約 6000 元；對比 108 年底伯拉罕共生照顧勞動合作社成立時的 53 位居服員，每月服務約 120 位個案和家庭，每月平均申報長照給付金額約 100 萬元，成績可謂斐然。

臺灣目前許多家庭仍仰賴外籍看護，且照顧負擔依然沈重。最關鍵的問題便是照顧資源缺乏整合，按目前長照 2.0 的制度設計，每項政府給付的照顧項目都有一個代碼。因此，照服員進入個案家中，只能做政府核定給付的服務項目，在個案家中提供代碼對應的片段式服務，而無法完整滿足被照顧者和案家的需求。林依瑩指出，最好的長照，是能讓病人從失能走向復能，脫離需要被照顧的生活。而病人要成功復能，照顧團隊必須合作無間，每位照服員詳細記錄自己當班時的情況，讓團隊的其他成員掌握資訊，才能落實專業照顧（陳莞欣，2022）。

迥異於目前慣行的長照服務提供模式，林依瑩過去任職的弘道老人福利基金會於 2013 年 7 月開始推動「All In One 走動式照顧服務」（以下簡稱 AIO 模式）：以單一集合式住宅或集中型的社區為服務區域，運用團隊式人力在社區中有長照需求者間提供一天多次式的走動照顧服務，以責任制的方式滿足個案及案家的需求，讓需求者可以獲得適切的照顧服務（林依瑩，2016）。伯拉罕計畫引進以「人」為核心的 AIO 模式，針對被照顧者的實際需求，提供靈活而多元的專業整合照顧。進新案時，專職護理師和居家醫療醫師、照服員等相關專業人員會合作全面性評估病人的身心，落實餵食、復健、清潔、用藥等照顧層面，並成立個案的照顧群組。照服員若有任何問題，都可以向醫師、護理師尋求協助。受益於跨專業整合的照護服務，其中一個臥床、插管的氣切個案，從最重度的 8 級失能，進步到輕度失能的 2 級，不僅恢復了語言和行動能力，還能自己做飯。

經過實驗及調整，伯拉罕計畫團隊已發展出多種照顧類別，包括：一天多次走動式服務、身障服務、就業服務、共生照顧、24 小時居服、重症返家、居家安寧、智能照護、遠距醫療等；服務往前延伸至住院服務，往後則銜接居家服務，伯拉罕計畫發展建構的無縫隙長照服務，打破了目前居家場域的框架，是發展長期照顧整合型服務的重要機制。此外，林依瑩參照「為台灣而教基金會」（Teach For Taiwan）的人才培育模式，提出 Care For Taiwan（CFT）計畫，在羅布森書蟲房進行長照人員專業培訓。同時，也進行了「雙大安計畫」，連結大安溪流域和臺北市大安區，不僅為這兩個地方提供照顧服務，也是 CFT 種子學員在受訓結束後，能夠推動長照制度發展的場域（蘇若渝，2021）。

另一方面，伯拉罕共生照顧勞動合作社的成立，係以社會企業的形式經營。團隊的服務經費來自長照 2.0 的補助、案家自費和公益募款，以多樣收入支付照顧成本。照服員也可以選擇提供志願服務，儲存時間銀行的時數，以備未來

自己或家人的不時之需。如此就能跳脫長照制度的代碼給付限制，更有彈性的提供自費使用服務，讓照服員和案家得到雙贏。公費、自費服務的混搭、時間銀行的制度，結合部落生活圈的互助習慣，例如，照服員自願幫長輩剪頭髮、小朋友幫忙撿拾公共區域的垃圾，都可以登記累積時間銀行的時數，讓這套彈性服務運用制度能最大化的滿足在地的照護需求（陳莞欣，2022）。針對計畫執行的實際問卷調查結果顯示（林依瑩等人，2021）：多元族群參與的居服員組成；對薪資的高滿意度（80%以上滿意）；投入原因為工時彈性（85%）、離家近（70%）、漸進式帶領方式（55%）；持續工作原則為能學到專業（75%）、有成就感（71%）、工時彈性、可兼職、團隊支持（皆為18%）等因素也回應了計畫設定的目標，證明伯拉罕計畫培訓模式確實有效的增加人力投入與留任。

我國目前醫療資源無可避免的集中在都會地區，山地原鄉與離島偏遠地區民眾的就醫的不便是長年現象。伯拉罕共生照顧勞動合作社以培育和留用當地人才的方式，強調共同參與經營和管理，以「個案」為核心的AIO模式，針對個案的實際需求，提供多元不間斷的專業整合照顧，也紓解了高齡化原鄉交通不便、醫療不足、就醫困難、長照服務設施不足的困境，將長期照護系統、亞急性照護模式與醫療垂直轉銜，落實原鄉的長期在地照護系統。

伯拉罕計畫以原鄉長照人力培力為主軸，整合達觀社區資源與居家護理所，透過在地照服員的培育，以社區走動式照護模式，結合長照2.0及健保署的「居整計劃」的多項資源，提供以人為本的照護模式，在滿足當地長期照護需求的同時，也帶動人才的培訓、留用和發展。再接續以成立伯拉罕共生照顧勞動合作社和共生照顧基地，強化服務保障與價值共享；將部落長照屋做為長照網絡育成中心，讓這處服務發展基地成為長照提供者與部落家庭的生活圈；以愛護土地的社區養雞模式，為長者和身障者找到活力與就業機會；串連文健站資源

協助部落家庭備餐（伯拉罕共生照顧勞動合作社，2023）。此種共生型照顧理念與執行為臺中市面積最大、人口最少、人口密度最低的和平區建構符合當地文化與需求的整合性專業服務，也為有效長期照護服務提供永續之道的模式參考。整體而言，都伯拉罕計畫的共生社區照顧模式如圖 3 所示。

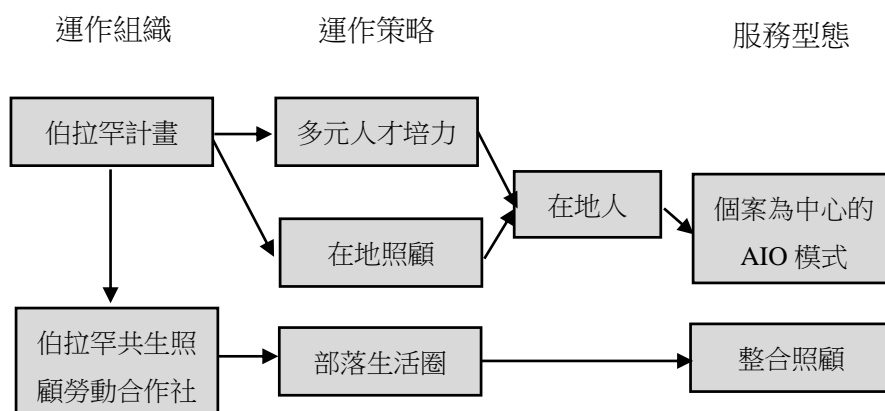


圖 3：伯拉罕計畫的共生社區照顧模式

伍、討論

一、整合醫養居家服務的共生型社區

本文所討論的都蘭診所與伯拉罕計畫之相近性很高，兩者皆面對社區老化人口比例高以及醫療資源因交通距離的障礙以致可近用性低、照護人力與能量低落的情形；兩者以建立社區醫療居服及互助網絡，提供符合在地需求的整體照顧模式，並更進一步開發社區的共生模式。

案例中的都蘭診所展現的是，在宅醫療要做為在地整體照護系統的建構者，需擔任地方政府、醫師公會與各專業團體之間的協作，也如此，負責橫向聯繫

的「在宅醫療長照連攜據點」就扮演了這個關鍵角色。柯明中等人（2017）就提出：為鼓勵基層醫師參與，建議設立地域醫療連攜室提供整合醫療、照護方面的需求和資源，降低居家醫療參與的門檻。在居家醫療實務的相關研究結果指出年齡越高的失能者、合併罹病症指數及使用長照服務項目增加時，其居家醫療需求亦相對增加；而低收入戶、居住於二樓無電梯、日常生活完全依賴、長期照護案例組合系統核定等級第四、五、七級及使用居家復健者，更應評估其對居家醫療之需求，研究反映了國內居家醫療的需求人口眾多且殷切（周姚均，2018）。顏慧真（2018）發現接受居家醫療服務的高齡者兼有老化以及多重健康問題，而居家醫療的介入，確實能對家庭及患者帶來更好的居家生活品質；林德和（2020）提出居家醫療的高齡者門診總就醫率下降了 26%，最具顯著差異，而高齡族群的門診就醫率下降 4%，超高齡族群的門診就醫率也下降 22%，顯示居家醫療的成效，即使在醫療資源充沛之臺北地區仍可顯著減少「門診敏感性病症（ACSC）」，實證整合居家醫療可減少醫療支出。邱玟逸（2021）分析指出重度居家醫療患者在前一年度至急診就醫次數達統計上顯著意義；居家醫療模式得到極高比例的病患與家屬的社會支持效益及醫療品質效益，顯示居家醫療照護整合服務對我國長期照護體系具有高社會價值與重要性；張凱雅（2022）指出就醫場域轉換至家中，藉由公私協力，以社區式走動護理照護模式，讓被服務者不需外出皆可接受良好的醫療品質服務，呈現對居家醫療服務需求的高滿意度及幸福感。

二、人力培育與資源連結具關鍵性

另一方面，伯拉罕計畫的多元人力培育模式確實有效的增加人力投入與留任，善用長照 2.0 及居整計劃的資源，將原鄉照護與醫療擴大垂直轉銜，落實

原鄉的長期在地照護系統，並擴大到部落生活圈的共生照顧與互助共享，以永續在地的共生型照顧服務的價值循環鏈。

在居服與居家醫療的相關研究方面，黃惠美（2018）提到對於居家醫療的服務滿意高，尤其是服務時間準時、可彈性安排、往返醫院情況降低、照護團隊提供 24 小時諮詢電話、提供衛生教育指導、醫師及護理師提供整體照護方面。然而，當居家醫療受到高度評價，並證實醫療照護方面的正向效果，朱淳淳（2019）則發現僅有低比例的居家護理人員進行在職進修，她建議應重視教育訓練管道透明化、在職進修與長期照護進階之鼓勵制度。而在提升醫護專業者投入居家醫療的意願方面，陳佑勝（2019）提出會影響服務團隊對偏鄉居家醫療參與意願原因有：行政程序簡化、資源交互支持、合理的支付金額或給付範圍、政策或服務宣導、醫療模式創新或照護習慣修正。這些影響因素顯示需要更多誘因支持與完善配套來擴大居家醫療的普及與落實，而不能僅靠醫事人員犧牲奉獻的個人特質。若更聚焦於原鄉共生照顧議題，我們發現陳曉曄（2022）提出應針對原鄉的差異性提供符合原鄉文化脈絡的專案性政策作法，透過公共議題的交流以形塑社會集體思想和行動，創造社會意義的系列故事；他所提出的「以共生型照顧服務模式，導入地方創生的精神，提供符合原鄉生活習慣與文化背景的就業機會，留住在地人口以提供符合原鄉當地的在地老化之服務，同時增加在地服務量能以弭平原鄉長照人力缺口。」就與伯拉罕計畫的理念與作法互相吻合。周文蕊（2017）認為應強化部落組織與社會福利機構的連結，以增加部落長期照顧服務資源的結論，與朱原慶（2020）提出的「透過結網部落社群當中的教會組織、發展協會與衛生單位，不僅能清楚盤點社區資源、重新集結社群能量，亦使部落族人重拾互助合作的集體觀念，不分男女老幼，全體動員，齊力解決部落社群的整體問題」，也都顯示了以原鄉部落組織為主體來整合與活用資源以滿足當地需求的重要性。

另外，從相關國外文獻看來，日本自 1989 年的黃金計畫便開始長期推動的社區整體照顧體系政策，雖經過多年多次在配套制度與法規的修改，但全國各地的推動並無一套固定模式，係由各縣市政府依其所在環境和所有資源，因地制宜適度增修實施，各地域社區也在作法上保留彈性而各有差異。呼應了都蘭診所以「在宅醫療支援診所」做為提供當地社區醫療、長照、預防失能、健康促進等服務的角色。日本於 2012 年再度修訂介護保險制度內容，其中具體措施在於增設「全天候定期巡迴、隨時對應型居家看視照顧」及「複合型照顧服務」等（莊秀美，2022）。這種結合醫療、照顧、預防、居住、及生活協助等的全面性照顧服務體系，與本文的兩個案例共享相同的理念與目標，旨在保障高齡者與失能者在熟悉的社區得到符合需求的照顧和支援，能在地終老，也在地安老。

三、貼合在地共生脈絡的長照模式

基於我國原住民地區的健康、文化與生活特殊性、就業資源和機會較弱，醫療資源及人力均需仰賴當地或平地正式部門提供（石計生，2000；陳正益，2018）。為突破舊往片段式的居家照護困境，推動以人為本的整合式居家醫療與照護服務模式，跨越衛政與社政體系勢在必行，才是提升長照服務效能與資源無縫接軌之道（陳儀倩，2018）。對於過去在原鄉區域長照推動的困難之處，王增勇（2015）直指政府在原鄉投入的眾多資源，因為缺乏部落參與、長期人才培育、以及各計畫間的整合與轉銜，使得制度與人才都未能建立與養成，沒能解決原鄉的長照問題之外，還造成國家資源的浪費。原鄉的長照服務應以在地老化原則，並以部落為單位進行實務發展，外部人員僅是陪伴者與協力者的角色，需以在地為發展主導重心，強調社區營造、重建社會關係的過程，重視

族群特色和文化脈絡，貼近在地長者與族人的觀點和認同；修訂更具部落需求的經費補助標準和替代照顧方案。最重要的，應建立在地服務人力的發展模式，以穩定薪資、多元就業保障和職涯發展和積極的留任制度，來培育和留住在地照護服務人才，並深耕運用部落在地網絡，連結長照、醫療、社區等各種資源，才能真正改善原住民區域長期照顧服務不足的困境，並有效整合提供完整的照護網絡與服務（龍紀萱，2011；王增勇，2015；怡懋·蘇米等人，2016；姜培元，2016；林依瑩等人，2020；全蘭花，2021）。也就是說，鼓勵原住民參與當地照顧服務的規劃和實施，增進服務工作人員的多元文化能力、加強原鄉在地人力資源的培訓、招募與留用，增加照護服務的可近性、提高在地原住民就業率、提供具部落文化與語言相近性與即時性的服務，才是落實長照服務的效率與質量的長久之道。

都蘭診所與伯拉罕計畫從居家醫療和照護服務做為推動起點，再擴展轉變成社區內連結的重要場域，活絡在地服務人力與社會網絡，強化與串接起偏鄉生活圈內的各項資源，各自發展出屬於在地的共生社區模式。如同陳曉曄(2022)的建議指出，應以專案性之政策作法，放寬及簡化原鄉設置長照機構法規，在提升長照服務輸送量能的同時，導入地方創生的精神，以符合長照政策在地老化之目標。共生社區強調的是讓社區組織連結當地，以互相照顧和共同建構社區能量的方式串聯資源，滿足在地居民生活與老化的多元需求。

陸、結語與建議

隨著現代社會家庭和人口結構的改變，加上高齡者及失能人口增加的趨勢，傳統的照護模式和醫療機構系統已難以因應龐大複雜的照護需求。長期照顧政策需從擴充量能轉向整合與分眾化的實踐策略，才能運用不同區域的環境與資

源，提供符合當地高齡者與失能者的多元需求，讓以人為本的跨專業整合團隊與居民共同建構屬於每個社區在地面貌的共生型社區，互助共助以落實在地安老。因此，筆者針對共生社區模式落實原鄉在地老化之可能的推動建議如下：

- 一、跳脫單一性長照模式思維，都會城鎮乃至離島偏鄉的組成與需求均各異，應保持彈性以回應各地區環境和資源的殊異性，也應在規定程序、經費申請等方面保留空間給不同的推動模式與策略；
- 二、長照 2.0 的 ABC 模式主軸應從功能的多元擴充、服務量能提升走向資源整合，強化與急性後期照護做銜接與分工。為強化居家醫療團隊組成間的連攜合作，應強化照管人員的角色：協調公、私部門體系和資源；依個案核定之經費補助額度擬定個案服務計畫書，彈性提供自費或特殊需求選項，以符合案家差異化需求；
- 三、回應原鄉及平地原住民的多元文化需求做為推動長照政策主軸；另外，在國有地和山地保留地的土地分區使用、建管、消防等法規的鬆綁能讓不同規模的多功能服務（日間照顧中心、失智症團體家屋、小型家托等）的開展更有彈性；
- 四、強化學校系統、職訓系統、國家考試的人才培育多元管道，提供照顧服務工作者的完善職涯發展路徑；落實貼合當地文化習慣的訓用合一模式、提供可近性、完整的培育計畫及合理的薪資待遇，將偏鄉及原鄉的照護專業人才留在當地照顧當地人；
- 五、鼓勵公私部門合作，以共生社區帶動在地照顧的普及；善用我國蓬勃的第三部門連結與協力夥伴關係，鼓勵創新模式及跨專業合作運用在長照居服務，讓照護福利政策社區化，共同支持與參與以擴大落實效果。

參考文獻

- 內政部 (2022)。《民國 111 年 12 月戶口統計資料》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&s=275427。(Ministry of the Interior Taiwan (2022). *Analysis of Household Registration Statistics*. Retrieved 01-06-2023, from https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&s=275427.)
- 日宏煜 (2012)。〈當代台灣原住民族健康政策在實踐上所面臨之挑戰〉。《台灣原住民族研究學報》，2 (2)，149-167。(Ru Hung-Yu (2012). *Challenges in the Implementation of Contemporary Indigenous Health Policies in Taiwan*. *Journal of Taiwan Indigenous Studies*, 2(2), 149-167.)
- 日宏煜 (2022)。〈原住民族長期照顧政策的發展與演變〉。見王仕圖、Kui Kasirisir (許俊才) (合編)，《原住民族長期照顧與第三部門》，14-52。高雄市：巨流圖書股份有限公司。(Ru Hung-Yu (2022). *Development and Evolution of Indigenous Long-Term Care Policies*. In Wang, Shi-Tu and Kui Kasirisir (Eds.), *Aboriginal Long-term Care and the Third Sector* (14-52). Kaohsiung City: Giant River Book.
- 王增勇 (2015)。〈長照法通過後，原住民族可以如何因應？〉。《台灣社會研究季刊》，101，241-246。(WANG, Tsen-Yung (2015). *How Can Indigenous Communities Respond to the Passage of Long Term Care Act?*. *Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies*, 101, 241-246.)
- 石計生 (2000)。《原住民對長期照護的初探》。行政院原住民委員會委託計畫。臺北：行政院原住民委員會。(Shi, Ji-Sheng (2000). *A Preliminary*

Exploration of Aboriginal People's Views on Long-Term Care. Taipei: Council of Indigenous People.)

全蘭花 (2021)。《當制度遇到部落－原住民部落居家服務員工作困境及因應經驗》。臺中：靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。(Chuan, Lan-Hua (2021). *When the System Encounters the Tribe: Researching the Difficulties and Coping Experiences of Home Attendants in Indigenous Tribes* (Master's Thesis). Taichung: Providence University, Department of Social Work & Child Welfare.)

朱原慶 (2020)。《為何《原住民族健康法》草案難以解決原住民族人的「文化安全」問題？》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://phlib.org.tw/%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%B6%88%E6%81%AF/2020110501/>。(Zhu, Yuan-Qing (2020). Why Draft Aboriginal Health Act Fails to Address Aboriginal People's "Cultural Security". Retrieved 01-06-2023, from <https://phlib.org.tw/%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%B6%88%E6%81%AF/2020110501/>.)

朱淳淳 (2019)。《台灣居家護理師之長期照護護理能力及參與居家醫療照護整合計畫意願之相關性研究》。臺南：國立成功大學護理學系碩士論文。(Chen, Ching-Min (2019). *Correlation between Long-term Care Nursing Competences and Willingness to Serve in Home Medical Care Integration Program among Home Health Care Nurses in Taiwan* (Master's Thesis). Tainan: National Cheng Kung University, Department of Nursing.)

行政院主計處 (2020)。《108 年人口統計年報》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=50624&ctNode=5782&mp=1>。(Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (2020).

108 Demographic Annual Report. Retrieved 01-06-2023, from <https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=50624&ctNode=5782&mp=1>.)

行政院主計處 (2021)。《109 年人口統計年報》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=53612&ctNode=5762&mp=1>。(Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (2021).

109 Demographic Annual Report. Retrieved 01-06-2023, from <https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=53612&ctNode=5762&mp=1>.)

伯拉罕共生照顧勞動合作社 (2023)。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<http://plahan.com.tw/aio/>。(Plahan Symbiosis Care Labor Cooperative (2030). Retrieved 01-06-2023, from <http://plahan.com.tw/aio/>.)

余尚儒 (2014)。《日本給台灣的啟示：透過在宅醫療，達成社區安寧》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/1993>。(Yu, Sang-Ju (2014). Enlightenment from Japan to Taiwan: Achieve Community Tranquility Through Home Medical Care. Retrieved 01-06-2023, from <https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/1993>.)

余尚儒 (2017)。《在宅醫療。從 cure 到 care：偏鄉醫師余尚儒的翻轉病房提案 (初版)》。臺北：天下文化。(Yu, Sang-Ju (2017). *Medical Care at Home. From Cure to Care: Rural Doctor Yu Shangru's Proposal to Flip the Ward*. Taipei : Commonwealth Publishing.)

余尚儒 (2018)。《一個讓我們互相照顧的未來：地方創生，就從建構「共生社區」開始》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/448/article/7010>。(Yu, Sang-Ju (2018). A Future where We Take Care of Each Other: Place Creation Begins with the

Construction of a “symbiotic Community”. Retrieved 01-06-2023, from <https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/448/article/7010>.

吳明儒、劉宏鈺、江凱狄（2021）。〈從英日高齡照顧體系經驗探討共生社區相關議題〉。《社區發展季刊》，176，265-280。（Wu, Ming-Ju, Hung-Yu Liu and Kai-Di Jiang (2021). Discuss Issues Related to Symbiotic Communities from the Experience of the Elderly Care System in Britain and Japan. *Community Development Journal Quarterly*, 176, 265-280.)

周文蕊（2017）。《臺灣原住民部落文化健康站的經營困境與出路：以大安溪泰雅部落為例》。臺中：靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。（Chou, Wen-Rei (2021). *A Study on the Management Difficulties and Ways Out of the Indigenous Tribal Culture Health Station in Taiwan: The Case of the Tayal Tribe Along the Da-an River* (Master's Thesis). Taichung: Providence University, Department of Social Work & Child Welfare.)

周姚均（2018）。《探討失能者居家醫療利用影響因素之社區性研究》。臺北：輔仁大學跨專業長期照護碩士學位學程在職專班碩士論文。（Chou, Yao-Chun (2018). *Community-based Study on Related Factors of Home Medical Care Utilization Among Disabled People* (Master's Thesis). Taipei: Fu Jen Catholic University, MS Program in Transdisciplinary Long Term Care.)

怡懋·蘇米、許木柱（2016）。〈台灣原住民族長期照顧之跨文化政策議題與省思〉。《護理雜誌》，63（3），5-11。（Yi-Maun Subeq and Mu-Zhu Xu (2016). Cross-cultural Policy Issues and Reflections on the Long-term Care of Aboriginal Peoples in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 63(3), 5-11.)

- 林依瑩 (2016)。〈All In One 走動式照顧服務推動歷程〉。《社區發展季刊》，153，107-118。 (Lin, Yi-ing (2016). All In One Ambulatory Care Service Promotion Process. *Community Development Journal Quarterly*, 153, 107-118.)
- 林依瑩、黃珮婷 (2021)。〈原鄉長照人力培力之發展-以臺中市和平區伯拉罕計畫為例〉。《社區發展季刊》，169，234-242。 (Lin, Yi-ing and Pei-Ting Huang (2021). Development of Manpower Training for Long-term Care in Yuan Township- Taking the Braham Project in Heping District, Taichung City as an Example. *Community Development Journal Quarterly*, 169, 234-242.)
- 林德和 (2020)。《失能長者接受居家醫療整合照護計畫與門診、急診及住院利用之相關性：以臺北市某區域醫院為例》。臺北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。 (Lin, Te-Ho (2020). *The Relationship between Home Comprehensive Healthcare Project and Outpatient Clinic Visit, Emergency Room Viisit, and Hospitalization- in a District Hospital in Taipei city* (Master's Thesis). Taipei: National Yang-Ming University, Institute of Hopital & Health Care Administration.)
- 邱玟逸 (2021)。《探討社區居家醫療患者急診就醫之相關因子》。高雄：高雄醫學大學高齡長期照護碩士學位學程碩士論文。 (CHIU, Wen-Yi (2021). *Factors Associated with Emergency Services use in Community-dwelling Patients Receiving Home Health Care Services* (Master's Thesis). Kaohsiung: Kaohsiung Medical University, Long-Term Care in Aging.)
- 姜培元 (2016)。《原住民老人日間關懷站直接服務提供之現況與限制：以台中市和平區為例》。臺中：靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。 (Jiang, Pei-Yuan (2016). *The Status and Restrictions of Aboriginal Tribal Elderly Day Care Stations' Direct Services-Cases of Hoping District, Taichung*

City (Master's Thesis). Taichung: Providence University, Department of Social Work & Child Welfare.)

柯明中、吳逸帆、吳孟嬪、莊美幸、林儀蒂、沈怡伶、...黃勝堅等人(2017)。〈臺北市立聯合醫院與日本居家醫療之比較〉。《北市醫學雜誌》，14，440-446。(Ko, Ming-Zhong, Yi-Fan Wu, Meng-Pin Wu, Meng-Ping Chuang, Yi-Di Lin, Yi-Ling Shen,...Sheng-Jean Juang (2017). Comparison between Taipei City United Hospital and Japanese Home Medicine. *Taipei City Medical Journal*, 14, 440-446.)

原住民族委員會(2023)。《原住民族人口數統計資料》。資料檢索日期：2023年6月1日。網址：<https://www.cip.gov.tw/zh-tw/news/data-list/940F9579765AC6A0/47862A05A8CB69E85BC66DABF004F889-info.html>。(Council of Indigenous Peoples (2023). *Aboriginal Population Statistics*. Retrieved 01-06-2023, from <https://www.cip.gov.tw/zh-tw/news/data-list/940F9579765AC6A0/47862A05A8CB69E85BC66DABF004F889-info.html>.)

張凱雅(2022)。《居家醫療服務需求及幸福感：以員山鄉為例》。宜蘭：佛光大學公共事務學系碩士論文。(Chang, Kai-Ya (2022). *Service Requirements and Well-being of home care: Taking Yuanshan Township as an Example* (Master's Thesis). Yilan: Fo Guang University, Department of Public Affairs.)

梁鎧麟、詹弘廷(2021)。《圖解長期照顧》。臺北市：五南圖書。(Liang, Kai-Kiang and Hung-Ting Chan (2021). *Illustrated Long-term Care*. Taipei: Wu Nan books.)

莊秀美(2022)。〈日本推動社區整體照顧體系建構的相關課題與政策動向〉。《社區發展季刊》，179，243-257。(Chuang, Hsiu-Mei (2022). Issues and

Policy Trends in Promoting the Establishment of a Holistic Community Care System in Japan .*Community Development Journal Quarterly*, 179, 242-257.)

郭俊巖、蔡盈修、周文蕊、賴秦瑩（2018）。〈原住民部落文化健康站的現況與反思：以大安溪泰雅部落為例〉。《臺灣社會福利學刊》，14（1），63-109。（Kuo, Chun-Yen, Ying-Hsiu Tsai, Wen-Rei Chou and Cin-Ying Lai (2018). The Current Situation and Reflection of Aboriginal Tribal Culture and Health Station: Taking Da'anxi Atayal Tribe as an Example. *Taiwanese Journal of Social Welfare*, 14(1), 63-109.)

陳正益（2018）。《原鄉部落社區日間照顧服務推動之困境，原住民族福利、服務福祉與部落治理》。臺北：雙葉書廊。（Chen, Cheng-I (2018). *Difficulty in the Promotion of day Care Services in Native tribal Communities, Welfare of Indigenous Peoples, Service Well-being and Tribal Governance*. Taipei: Yeh Yeh.)

陳佑勝（2019）。《居家醫療照護在偏遠地區的實施-以東部某地區醫院為例》。臺北：國立臺灣大學健康政策與管理研究所碩士論文。（Chen, Yu-Sheng (2019). *The Implementation of Home Medical Care in a Remote Area: A Case Study of a District Hospital of Eastern Taiwan* (Master's Thesis). Taipei: National Taiwan University, Institute of Health Policy and Management.)

陳佳楓、盧明正（2020）。《從「在宅醫療」到「共生社區」 搭建跨領域與專業的社區醫療合作關係》。資料檢索日期：2023年6月1日。網址：https://ms-community.azurewebsites.net/spotlight_20200409/。（Chen, Chia-Feng and Ming-Cheng Lu (2020). From “Home Medical Care” to “Symbiotic Community” to Build a Cross-disciplinary and Professional Community Medical Cooperation

Relationship. Retrieved 01-06-2023, from https://ms-community.azurewebsites.net/spotlight_20200409/.)

陳叔倬 (2023)。《原住民人口正式邁向全國 3%，但原鄉幼年人口外移更為嚴重》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/4185172>。(Chen, Shu-Cho (2023). *The Aboriginal Population is Officially Approaching 3% of the Country, but the Outflow of Young Children from Native Villages is Even More Serious*. Retrieved 01-06-2023, from <https://talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/4185172>.)

陳莞欣 (2022)。《什麼是理想的長照？林依瑩和伯拉罕團隊如何讓 80 歲臥床阿公拔管、恢復行動能力》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://health.udn.com/health/story/6631/6502546>。(Chen, Wan-Hsin (2022). *What is the Ideal Long-term Photo? How Lin Yiying and the Braham Team Extubated the 80-year-old Bedridden Grandfather and Restored Mobility*. Retrieved 01-06-2023, from <https://health.udn.com/health/story/6631/6502546>.)

陳儀倩 (2018)。〈居家醫療整合照護模式新契機〉。《彰化護理》，25 (3)，5 - 11。(Chen, I-Chien (2018). *New Opportunities for Home Medical Integrated Care Model*. *Changhua Nursing*, 25(3), 5-11.)

陳曉曄 (2022)。《原民部落長期照顧帶動地方創生之政策敘事探究：以平達觀部落伯拉罕共生照顧機構為例》。臺中：國立中興大學國家政策與公共事務研究所碩士論文。(Chen, Shiau-Ye (2022). *A Study on the Policy Narrative of the Long-Term Care Promoting Regional Revitalization in Aboriginal Tribes: Case of the Heping Dagan Tribe'Plahan Symbiosis Care Institution* (Master's Thesis). Taichung: National Chung Hsing University, Graduate Institute of National Policy and Public Affairs.)

- 黃惠美 (2018)。《社區失能老人接受居家醫療照護整合之服務經驗探討》。臺南：長榮大學護理學系碩士班碩士論文。(Huang, Hui-Mei (2018). *To Investigate the Experience of Disabled Elders Receiving Integrated Home Medical Care* (Master's Thesis). Tainan: Chang Jung Christian University, Department of Nursing.)
- 楊明方 (2018)。《居家醫療在臺灣：守護高齡社會的寧靜革命》。資料檢索日期：2023年6月1日。網址：<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80731/post/201804200050/>。(Yang, Ming-Fang (2018). *Home Healthcare in Taiwan: A Quiet Revolution to Protect the Aging Society*. Retrieved 01-06-2023, from <https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80731/post/201804200050/>.)
- 臺中市民政局 (2023)。《臺中市民政局人口統計資料》。資料檢索日期：2023年6月1日。網址：<https://demographics.taichung.gov.tw/Demographic/WebPage/TCCReport02.html?s=16362531>。(Civil Affairs Bureau, Taichung City Government (2023). *Demographics of Taichung Civil Affairs Bureau*. Retrieved 01-06-2023, from <https://demographics.taichung.gov.tw/Demographic/WebPage/TCCReport02.html?s=16362531>.)
- 衛生福利部 (2016)。《長期照顧十年計畫 2.0》。(Ministry of Health and Welfare (2017). *Long-term Care Ten-year Plan 2.0*.)
- 衛生福利部 (2018)。《在宅醫療、居家護理在台東都蘭》。資料檢索日期：2023年6月1日。網址：<https://www.mohw.gov.tw/fp-3802-45259-1.html>。(Ministry of Health and Welfare (2018). *Home Medical Care, Home Care in Dulan, Taitung*. Retrieved 01-06-2023, from <https://www.mohw.gov.tw/fp-3802-45259-1.htm>.)

衛生福利部 (2023)。《「原住民族健康法」草案》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/5e6c8397-b7ef-4898-ac05-1d3b8fa61c9a>。(Ministry of Health and Welfare (2023). *Draft Aboriginal Health Act*. Retrieved 01-06-2023, from <https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/5e6c8397-b7ef-4898-ac05-1d3b8fa61c9a>.)

衛生福利部中央健康保險署 (2023)。《居家醫療照護整合計畫》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=5FE8C9FEAE863B46。(National Health Insurance Administration (2023). Home Health Care Integration Program. Retrieved 01-06-2023, from https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=5FE8C9FEAE863B46.)

龍紀萱 (2011)。〈原住民族長期照護服務模式之探討〉。《社區發展季刊》，136，264-274。(Lung, Chi-Hsuang (2011). An Exploratory Study of Aboriginal Long-term Care Services Model. *Community Development Quarterly*, 136, 264-277.)

戴珮琄 (2018)。《探討居家醫療照護整合團隊之合作與衝突：以利害關係人配適互動觀點》。臺南：嘉南藥理大學醫務管理系碩士論文。(Tai, Pei-Chun (2018). *Exploring Cooperation and Conflicts of Home Medical Care with the Interaction Perspective among Stakeholder* (Master's Thesis). Tainan: Chia Nan University of Pharmacy & Science, Department of Hospital and Health Care Administration (including Master's Program.)

顏慧真 (2018)。《居家醫療整合照護在宅醫療之探討：以桃園市某醫療院所為例》。桃園：元智大學社會暨政策科學學系碩士論文。(Yen, Hui-Jen (2018). *Study on Home Healthcare under the Integrated Out-patient Department and*

Home Visite Plan: Example from a Medical Institution in Taoyuan City (Master's Thesis). Taoyuan: Yuan Ze University, Department of Social and Policy Sciences.)

蘇若渝 (2021)。《台灣的家庭照顧工作太依賴移工，其實我們應該可以做出自己的照顧模式》。資料檢索日期：2023 年 6 月 1 日。網址：<https://tlife.thsrc.com.tw/tw/article/442>。(Su, Jo-Yu (2021). *Taiwan's Family Care Work is Too Dependent on Immigrant Workers, In Fact, We Should be Able to Create Our Own Care Model*. Retrieved 01-06-2023, from <https://tlife.thsrc.com.tw/tw/article/442>.)

蘇麗瓊、黃雅鈴 (2005)。〈老人福利政策再出發－推動在地老化政策〉。《社區發展季刊》，110，5-13。(Su, Li-Chiung and Ya-Ling. Huang (2005). *Restarting Elderly Welfare Policies: Promoting Local Aging Policies. Community Development Quarterly*, 110, 5-13.)

Sato M. and S. Amaki (2015). Home Medical Care That a Local Medical Association Works On: The Case of Itabashi Medical Association, Tokyo. *Japan Medical Association Journal*, 58, 56-58.