

出國報告（出國類別：進修）

精神病患老年生活之想像---
美國/南韓 老人長照現況學習分析

服務機關：衛生福利部嘉南療養院

姓名職稱：汪俊年 醫師

派赴國家：美國/ 南韓

出國期間：108 年 07 月 13 日至 108 年 07 月 28 日(美國)

108 年 08 月 14 日至 108 年 08 月 23 日(韓國)

報告日期：108 年 11 月 20 日

摘要

理想上，精神病患老年生活的最佳想像圖樣，是同時能夠在社區去機構化的生活與接受適當的長期照護資源服務支持，兩個大方向都能獲得考量，應該能讓精神病患的老化生活有最好的生活品質滿意度。

美國的老年社會福利有很多元的服務設計，不少概念與模式領先全球，為了節省社會成本，也以社區化，在地老化為導向。南韓則是在2008年實施長照保險社會強制保險制度後，長照產業呈現大規模的成長與重整。南韓的老年化速度稱為亞洲國家之最，其如何能在短短10年間建立社會保險長照福利，實際使用者的現場狀況，能否涵蓋老年化的精神病患或其他身心障礙者，現場參訪觀察可做為台灣的借鏡。

目次：

摘要.....	.2
目次.....	.3
目的/過程.....	.4
引言.....	.4-5
本文.....	.6-23
心得及建議.....	. 24
附錄----- Short Introduction on Korean LTC	

目的：

參訪及進修 美國老人社會福利相關措施 與南韓長照療養體系，學習在這兩方面先進於台灣之處，思考台灣老年精神病患的長期照護議題。

過程：

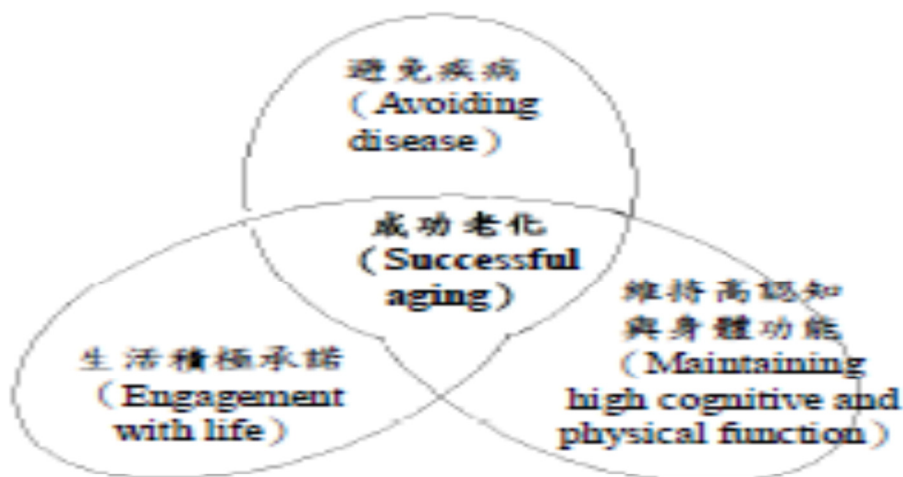
透過與該領域 指導老師的深入訪談及帶領至相關單位實地訪查，瞭解該議題。

引言：

無論精神或身體上生病與否，老人生活的整體目標都以**成功老化**（**successful aging**）為其目標，老年人的健康焦點，希望在延長壽命與減少死亡風險之下，如何促進老年人的健康，減少疾病與失能，更希望維持好的身體與心智功能，更進一步促進社會心理層面的健康，使老年人能積極地享受其老年生活。

其內涵十分廣泛，包括生活滿意度（life satisfaction）、長壽（longevity）、免於失能（freedom from disability）、擅長或成長（mastery/growth）、生活的積極承諾（active engagement with life）、維持高/獨立功能（high/independent functioning）、正向適應（positive adaptation）等。

Rowe & Kahn（1997, 1998）定義 成功老化為具有能力維持以下三個關鍵的行為或特性：疾病或失能的低風險、心智與身體的高功能、以及對老年生活的積極承諾（圖示如圖），三者交集俱皆達成時即為最成功的老化狀況。



圖二 成功老化的三元素

資料來源：Rowe & Kahn, 1997

一、美國老人社會福利措施

指導老師 簡介：蔡文輝教授

Education: 學歷

Ph.D. University of California, Berkeley (sociology),
美國加州大學柏克萊社會學博士，1974

M.A. University of California, Berkeley (sociology),
美國加州大學柏克萊社會學碩士，1970

B.A. National Taiwan University (sociology), 國立臺灣大學，1964

Academic and Teaching Experience: 教研資歷

2008-2010 國立成功大學老年學研究中心，客座教授。

2005 私立稻江學院老年福祉學系客座教授。

1984--2004 Professor of Sociology, Indiana University-Purdue

1988--2004 Graduate Faculty, Indiana University

1984--2004 Adjunct Professor of Anthropology, Indiana
University-Purdue University at Fort Wayne

1984-2004 Coordinator, Ethnic and Cultural Studies Programs,
Indiana University-Purdue University at Fort Wayne

1984-86 Chair, Department of Sociology /Anthropology, Indiana
University-Purdue University at Fort Wayne.

1986 (Spring)中國天津南開大學客座教授。

1982 (Fall) 國立中興大學客座教授。

1981-1986 國立中央研究院訪問學者。

1980-1981 國立臺灣大學客座教授。

1980-1984 Associate Professor, Indiana-Purdue University

1975-1979 Assistant Professor, Indiana-Purdue University

1968-74 Research Assistant, Center for Chinese Studies,
University of California at Berkeley.

1966-68 國立臺灣大學社會系助教。

美國加州 Beaumont 地區 老人住宅、CCRC 等社區型態 長照資源參訪

1. 美國長照概論：

老人長照主要焦點有二，一為居住生活照顧服務，另一為醫療服務。在美國，兩方面都有政府老人長照福利政策的相關規劃。

美國的長期照顧政策早期係以照顧貧窮與身障老人為主，1935 年的社會安全法(Social Security Act)通過後，老人的照顧需求擴及一般老年人口經濟安全、醫療保健與社會保障之需求。1965 年美國實施「社會醫療保險」(Medicare)與「醫療救助」(Medicaid)。Medicare 是聯邦政府方案，屬社會保險性質，提供老人及身障者的醫療保障，Medicare 是透過合約交由私人保險公司執行。而 Medicaid 則屬社會救助性質，主要針對貧窮者(須經過嚴格的財產收入評估)提供醫療保健與長期照顧，主要財源為聯邦與州政府的一般稅收。其餘民眾除透過企業集體保險外，須自購醫療保險，針對這一群民眾，歐巴馬總統當選後推動「平價醫保法」(Patient Protection and Affordable Care Act)，又稱「歐巴馬健保法」(Obamacare 2010)，目標是讓所有人—無論身體狀況如何，都能獲得合理的醫療資源。美國的長期照顧服務係由各州規劃，尚無一個全國性的、出自聯邦政府的長期照顧政策系統。

美國的長期照顧服務和台灣有著本質上的差異，因其建構在家庭醫師制度及醫療保險的支付制度上，故整體而言，醫療人員，尤其是家庭醫師，佔有極重的角色，與我國以生活照顧及非營利組織為主體發展的長期照顧服務有著極大的差異。美國長照醫療制度的可學習之處在於，因為醫療資源的珍貴與價高，民眾會較願意與醫師討論治療的必要性及治療的方向，減少非必要的醫療行為，也會比較早開始安排自己的照顧機制；台灣長者目前對於準備自己的照顧計畫仍較被動，多數還是在失能後交由其他人做照顧決定，對於預防失能的積極度也較不足。

醫療與生活照服 整合方面，介紹美國一種有效的模式：PACE

PACE(Programs of All-inclusive Care for the Elderly)是 1970 年代由舊金山唐人街“安樂居”發展出來的整合照顧計畫，將 Medicare 與 Medicaid 納入給付範圍內，透過日托服務中心來協調、整合各項服務，並以跨領域團隊全方位地提供各項居家式或社區式照顧服務，包括居家服務、醫療、復健、營養、交通、臨托、喘息照顧、日間照顧、日常生活的全包式整合服務，論人計酬，目前全美國計有 122 個 PACE 計畫，分布於 31 個州，超過 3 萬名受益者(服務 4—5%的長照需求人口)。

美國 PACE 模式，每年由家庭醫師與團隊進行評估，擬定一個照護計畫(care plan)，經由家庭醫師與州政府的同意後，由承辦單位提供服務。這些服務整合在一個單位負責，這個單位必須與多個服務體系形成策略聯盟或是發展服務模式，整合在一起妥善運用。承辦單位每 2 年與政府協商論人之額度，不能挑選個案，但個案可以主動選擇退出。因為收案的對象風險不一，為了要將效益發揮到最大，讓承辦機構有足夠的盈餘能夠維持運作所需，因此不但要有一定經濟規模的收案

數，且要努力計算何類服務才能降低高風險對象的服務項目與經費，以及如何促進服務對象之健康情況，以延緩失能或是降低失能的衝擊與費用。

受照顧者多是經由日間照顧中心接受服務，包含醫師診療處方用藥、檢驗、放射檢查、醫療輔具、護理照顧、預防保健、社會工作、物理及職能治療、語言治療、營養諮詢及延緩失能活動等服務提供，同時也提供長者個人生活協助、雜務處理、交通接送、餐食等多元服務。PACE 也強調預防及復能，執行單位須透過增進長者得健康來獲取最佳的報酬，並且讓服務對象能夠依其需求，有尊嚴地接受各種連續性的照顧服務。

PACE 整合急性醫療及長期照顧服務兩大系統之財務機制，由承辦團隊控管個案使用所有服務費用之支配，為有效控管經費使用，需與所有服務提供單位彼此間有縝密之溝通會議交換訊息討論，以擬定或修改個案的照護計畫，提供完善的個人化照護，嚴謹控管個案有重複就醫之情形，對於承作單位也有相對把關避免以營利為目的反而犧牲個案應有的權利，在團隊的照護下，美國參與 PACE 計畫者確實減少住院及護理之家的入住率。

PACE 計畫成功的因素如下：（1）以領域專業團隊提供社區內長者所需全方位的居家式或社區式照顧服務，由日間照顧中心提供醫療(診所)、復健、營養、交通、臨托、喘息照顧、居家服務等。（2）整合各領域的專業團隊提供服務，團隊成員透過密集的定期開會討論個案情形，據以擬定或修改個案的照顧計畫並給予個別化的照顧。（3）論人計酬的支付制度，讓服務提供更有彈性並能因應長輩的狀況予以調整；

2. 老人居住生活照顧服務方面，目前的養老模式主要有三種：居家養老、社區照顧養老和機構養老。其中居家養老和社區照顧 養老又被稱為「在地養老」

（Ageing-in-place），即通過提供滿足老年人需求的住房和社區照護設施，幫助老年人維持其獨立性，延緩進入養老機構的時間，使老年人能在熟悉的環境中安享晚年。

而專門的養老村/養老社區建設，因為比一般居家家庭生活環境更強調為老人失能者設計規劃，而特別受到關注。美國因為面積廣大，建地十分足夠，加上，老年人口眾多而又經濟實力堅強，能夠支撐經濟規模，兩項條件結合，讓美國開展出大面積大規模，多方面生活服務，統包式的 養老社區。美國的養老社區經過數十年發展，已經成為一種特別產業，也成為世界各國建立養老社區的參考模範。

美國的大型養老社區（Senior Housing）通常按照老人照顧需求的程度不同，可以粗分為 2 大類：獨立生活住宅（Independent Living）或稱做（AARC--active adult retirement community）以及 持續照料型住宅（Continuing Care）或稱做（CCRC--continuing care retirement community），

1.獨立生活住宅（Independent Living）：面對身體健康狀況良好的老年人，在提供了豐富的社區服務和社區活動的基礎上，老年人有良好的生活環境和充分的活動自由。由於這類老年人的自理能力較強，身體健康狀況也較好，這類住宅基本不提供日常生活服務和醫療服務。AARC 在美國被視為養老省錢首選，年屆退休的美國老人，常常會把大房子賣掉，換成一套小房子，省下錢旅遊和養老。

2.持續照料型住宅（Continuing Care）：居住在此類住宅中的老年人身體健康狀況相對較為不佳，需要更多幫助，養老社區提供較多的日常生活服務、醫療服務、CCRC 養老村是依照一種失能發展的概念而設計。它提供老年不同階段的連續照料，從獨立生活到必要時的輔助生活和護理。通常包含後續的生活輔助住宅（Assisted Living）、特殊照顧型住宅（Alzheimer's Care）和護理之家（Skilled Nursing Facility）。一般 CCRC 因為許多服務會用到社會保險的給付，設立需要州政府的許可。老人住民付給社區一次性入住費用和後續的每月租費。

此次由蔡文輝教授帶領參訪美國的老人生活及長照安排，就由較為獨立生活的 Independent Living 活躍老人社區生活 AARC 看起，漸次參訪到無法獨立生活的老人長期照顧體系。

a. 活躍成人社區（AARC--active adult retirement community）
Solera at Oak Valley Greens - Beaumont, CA

規定居民屋主至少 55 歲以上，社區內全是為老人設計的一層平房，社區有大門警衛，有完善的健身休閒設備與社交休閒活動，是專為準備退休的中年人及退休後的老人設計規劃的整體社區。

活躍退休社區（AARC）是指以滿足健康活躍老人的養老需求為目標而建設的商業住宅項目。其住宅只出售給年滿 55 歲以上的老年人，未成年人不得成為永久居民；社區內提供高爾夫球場、網球場、游泳池、休閒會所等大量運動、娛樂設施，以會員制度向住民提供服務。AARC 塑造了一種積極的退休生活方式，因此又被稱為「休閒退休社區」（Leisure or Lifestyle Oriented Retirement Community）。自 1960 年亞利桑那州的太陽城首次以「活躍 成年人」（Active Adult）的概念來營銷退休人士社區以來，AARC 的開發模式取得了巨大成功，在美國老年人住房市場上長期占據重要的市場比例。目前，全美最大的幾個老年社區開發案件，如「太陽城」系列，目前全美已建成了十幾個太陽城系列退休社區，其中規模超過 20k m² 的大型退休社區有 3 個，分別位於亞利桑那州、加利福尼亞州和佛羅里達州。



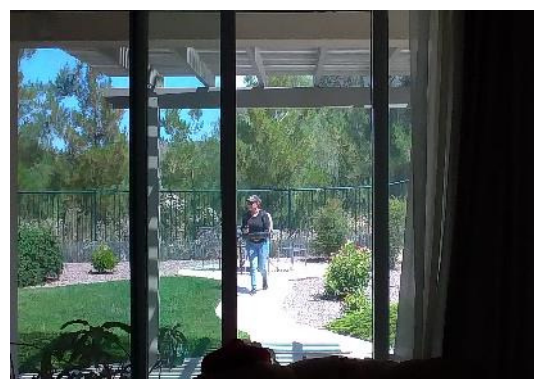
AARC 大門標示



社區泳池



一層樓的平房住宅



有園藝的後院



地廣人稀的安靜社區



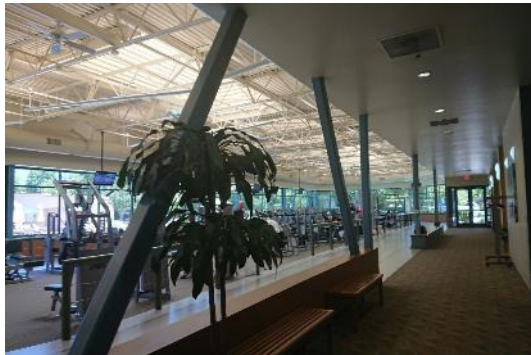
蔡教授 夫婦



Club house front door



Club house inside



The Gyms



Leisure activity



The library front desk



Community bulletin

一位典型 AARC 入住老人的經驗談：

建商會將整個社區的設計圖和實體標本展示出來，讓買主能看到房屋的方位、環境，大門、側門的位置，及到活動中心的距離。同時，讓買主參觀預先蓋好的、大小結構不一的樣板房。房屋提供基本配備，同時有各種裝潢材料展示廳，買主可以根據自己的經濟能力、色彩偏好等，選擇自己喜歡的室內裝潢材料。所有房屋都有一個共同點，就是主臥室在一樓。選定後，簽合同、付押金。不到一年，房屋便可交付使用。許多人願意買這種按自己喜好建築的房屋，還有很重要的一點，就是因著政府的補助與年齡的限制，這些新房與市面上同類新房相比，至少便宜 10 萬美金。社區有明文規定，入住的居民，必須生活能自理。一旦一方去世，另一方生活不能自理，又沒有專門的護理員陪伴，就必須搬離。二手房比新房便宜許多，一是因為許多人喜歡住自己設計的新房，二是老人搬離或去世後，家人會急於將房屋出手，以免繼續每月交管理費。

這種社區的建設，都以“活動中心”為中心。因此，活動中心是整個社區最先建造的部分。活動中心的規模、大小、設施大同小異，依住戶的多少而略有不同。社區居民多，活動中心相對較大。我們社區有 1700 多戶、3000 多居民，活動中心佔地面積約為 2.8 萬多平方英尺。中心配有能容納數百人的多功能室，供舉行音樂會，餐會，舞會，放電影用。還有桌球室，打牌室，各種課程或俱樂部的活動室，小會議室，有圖書館、桑拿室、健身房、護士站、室內游泳池等等。靠近活動中心，有室外游泳池，網球場，沙灘球場，供野餐的亭台等，也有 18 洞的高爾夫球場。總之，各種設施都為老年人設計設想，盡可能滿足老年人晚年生活與娛樂的需求。

社區如同獨立的小社會，有自己的管理系統，有管理委員會，委員們都是義工，自願申請後由居民投票選舉產生。每年度管理委員會要向居民匯報一年的管理開銷和來年預算，有意參選或競選連任的委員，會就自己的管理理念、特長及設想向居民報告。聽證會後有一兩週的醞釀，再進行投票。社區電台報紙都會圍繞選舉做宣傳。每戶居民入住時發給幾本冊子，有社區法律、社區規則、社區居民通訊錄，以及介紹社區與周圍設施的歡迎手冊，除此之外，還要接受一小時的專人培訓課程，重點介紹公用設施和服務項目。培訓人員會特別提醒：下雪前，汽車不允許停在自己的車道上，以便工人能及時完成鏟雪；不允許擅自將房屋外牆漆成自己喜歡的顏色；進入活動中心必須穿戴整齊正式；每家只能養一隻寵物等等。社區所有房屋已被保險，不論房屋內外有何損壞或需要，均需報告社區，有維護部門負責維修。維修部門還負責定期或外包油漆大門、粉刷外牆、定期重鋪車道等。今年三月，輪到我們這個街區重鋪車道，好好的車道全部被鏟掉重鋪。社區內的花草樹木也有專人管理，按季節移去枯死生病的，載上新的小樹或花草。一年四季，花開不斷。如果自己有體力精力打理，也可以在自己房屋的周圍栽花種菜。正因為社區有這樣嚴格有序的管理，才能始終保持整潔鮮亮。

社區的管理費用，來源於居民每月上繳的管理費。因此，管理費的額度依據

支出和預算確定。我們社區居民多，管理費相對低，每月\$300，涵蓋所有公用設施的使用和服務。社區服務大同小異，由管理委員會討論決定。開發完畢的社區，比較完善。比如我們社區，從 80 年代中開始開發，到 90 年代初全部開發完畢，總佔地面積為 440 英畝。現在擁有自己的電視台、月報。每家安裝警報系統，活動中心有二十四小時值班護士。經常組織音樂會、演唱會，還請百老匯演員或著名歌唱家來演出。這些活動需要買票進入，入場券分為單獨看演出的與包晚餐的兩種，價錢有別。

各種社團與俱樂部也因居民的興趣而產生，任何居民可以自己成立俱樂部和興趣小組，只要登記並有人響應，就會在月報活動欄中呈現出來。我們社區如今有 30 多個俱樂部，有戲劇、歌唱、攝影、橋牌、桌球、乒乓球、編輯、手工、繪畫、園藝、瑜伽、集體舞等等。只要想“活動”，可以整天忙得不亦樂乎。

社區有交通車，送老人去圖書館，購物中心，賭城，醫院、診所等處，若有需要，也可以上門接送。去紐約的長途車，在社區內也有停站，為紐約上班的居民與去紐約玩耍的居民提供了方便。社區規定，每戶入住居民要去護士站登記，以便護士掌握居民的健康狀況，一旦有情況，她們將協助救護人員以最快速度進行救治。不久前，我先生就親歷了這樣的一條龍服務。那天先生突發腎絞痛，打電話給我時已經疼得大汗淋漓，我叫他立即按警報，兩分鐘後，社區安全員就上了門；不到五分鐘，護士也到了；緊接著救護車也到了。待我回到家，救護人員簡單問了問情況，就將先生直接送往就近醫院，從救護通道進入急症室，很快被送入病房。幾小時後，社區護士換班，接班護士還打電話來詢問病情。讓我們感到被重視被關心，也體會到社區醫療服務的完善與高效率。

討論：

1.AARC 模式在社區發展方面最大的創新是它的年齡限制。一般規定，只有年滿 55 歲的人才可以長期居住在該社區，19 歲以下的來訪者每年居住時間不得超過 1 個月。雖然這項規定使 AARC 項目受到許多批評，認為這種社區人為設置了代間交流障礙，不能滿足老年人與子孫情感交流的需要，但 AARC 項目上市前的市場調研表明，老年人歡迎子孫來拜訪、小住一段時間，隨後卻希望他們離開，留給自己一個清淨的空間。這種項目在美國退休住房市場上的持續成功證明了這一點。所以，居民年齡的一致性成了 AARC 的重要社會特徵。此外，社會階層和種族的一致性也非常突出。2014 年，此社區居住人口中有 98.2% 是白人；年均家庭收入 55708 美元，貧困人口只有 4.7%；高中以上教育水平人口占 94.9%，大學以上占 35.7%。類似的情況也出現在其他有代表性的 AARC 項目中，儘管許多 AARC 社區一直在努力吸引不同階層和不同膚色的人群，但中產階級白人仍然是該類項目的主要客戶群體。實際上，從公共經濟學的視角來看，社區中提供的准公共產品種類越豐富、品質越高，對居民的社會階層一致性要求越高，因為所有

人都必須心甘情願地購買優質高價的公共服務。因此，AARC 的會員制公共設施服務體系，從根本上決定了社區居民高度一致的社會特徵。

2.AARC 通常是一個高度自組織的社區。老人居民常會經營兩種民間組織——房地產擁有者聯盟和土地開發業主聯盟。同時，開發公司和居民共同創辦並運營自己的地方媒體，包括網站、報紙、廣播電台和閉路電視等。此外，開發公司還定期發行社區娛樂活動專刊，詳細刊登所有公共娛樂中心的活動安排，以及居民自己組織的俱樂部活動時間、地點和內容。創辦和參加各種俱樂部、進行豐富的社交活動是 AARC 居民的一種生活方式。AARC 模式以塑造一種「積極、活躍的退休生活方式」而在美國退休住房市場上長期受到歡迎，但在學術界卻遭到一些批評。最常見的批評意見包括：（1）年齡限制條款妨礙了親子關係的建立與維持；（2）單一社會階層和種族的社區；（3）對社區居民未來的醫療照護需求不夠重視。面對這些批評，AARC 模式也在不斷改革，例如建設一部分「家庭友好」住宅單元、努力吸引不同階層和種族的人群、增加社區內的醫療照護設施等。

3.AARC 模式只是美國眾多養老居住模式中的一種，其市場定位是滿足願意接受新環境、喜好娛樂和社交活動、親代與子代關係獨立、身體基本健康的退休人士的養老需求；而針對眷戀原有生活環境、依賴親子關係、需要醫療介助或介護服務的人群，則發展出其他形式的養老社區來滿足其需求。如「持續照料退休社區」（CCRC）模式就是脫胎於養老院等機構養老模式，以在社區中就近提供醫療照護服務為主要特點。實際上，AARC 中的二手房交易十分普遍，一旦居民覺得 AARC 模式不再適合自己，就會主動搬離，尋求更為適合的養老居住模式。

b. 連續性照顧退休社區(CCRC-continuing care retirement community)

The Village --2200 W. Acacia Ave., Hemet, CA 92545

CCRC 養老村是依照一種失能發展的概念而設計。它提供老年不同階段的連續照料，從獨立生活到必要時的輔助生活和護理。通常包含後續的生活輔助住宅

(Assisted Living)、特殊照顧型住宅(Alzheimer's Care)和護理之家(Skilled Nursing Facility)。

***生活輔助住宅(Assisted Living)：**這是一種面對健康狀況稍差的老年人的住宅產品，它針對老年人的身體健康狀況提供了相應的社區活動和醫療服務，同時，還提供了例如供餐，交通接送，等等很多的照護服務。

美國的照顧住宅(assisted living)是 1980 年代末期以來為改善護理機構缺乏自主與隱私之缺失而發展的服務；結合住宅和照顧的服務模式，也是因應「在地老化」而發展的。此種服務措施是介於機構和居家服務之間的措施，住宅內加裝緊急救援通報系統、監測系統、無障礙設計與其他對外聯繫等；除了設施設備外，並引進居家照顧服務，使輕度或中度失能失能長者居住其中時既可得到應有的照顧，又能享受自主的生活。

美國的照顧住宅 **Assisted Living** 可分為二大面向：

(一) 支持性居家生活服務：(Assisted Living Services)

支持性生活的獨立公寓：擁有完整的衛浴、簡易烹飪設備、個人隱私、以及緊急通報系統。提供餐食服務、或自行料理。

24 小時工作人員。

每週的居家清潔與床鋪清理。可使用自己床鋪。

每日的健身、社交與休閒團體活動，促進彼此互動。

護理師 (Registered Nurse) 的監督與照護。健康監測與藥物管理。

(二) 日間照顧服務：(Day Care and Health Programs)

健身、社交與休閒團體活動，

營養、餐點與點心，包含每天的新鮮蔬菜與水果。

交通接送與協助。

護理師的監督與照護。

復健、職能與物理治療。

個人照護服務。

以台灣的老人福利機構而言，目前有些機構同時設有服務安養型及長期照護型床位類型，分別以日常生活可自理及較為重度失能長者為服務對象，並因其功能而有不同設置標準，惟當原先居住於安養型的長者因健康或失能程度轉變時，常有安養型服務無法滿足其照顧需求，但又尚未至轉介長期照護型床位的失能程度之情況，當長者又不願轉出熟悉的機構環境時，機構常會面臨照顧服務不到位，

或過早讓長者進住長期照護床之困境，在這 2 者之間，照顧住宅（Assisted living）的服務模式或許是一個可行的選擇。

***特殊照顧型住宅（Dementia Care）：**「特殊照顧」是對於患有特殊疾病比如失智症的老年人而設計，這類住宅會為患病的老年人提供很多的日常生活照顧，提供較多的社區生活服務和醫療服務。另外，針對這類老年人的特殊性，老年人們可以參與的社區活動是受到限制的。

老年痴呆的初期表現是思維混亂、健忘，認不出家庭成員或朋友等一向熟悉的人，容易迷路。更嚴重一些的表現為好激動、發脾氣、甚至謾罵別人。患有初期痴呆症狀的老人，可以選擇住提供這項服務的輔助生活區，較嚴重的，最好住護理之家。這種生活方式的資金來源一般是自費、醫療補助、和長期照護保險。照料失智老人的地方需要有較完好的設施和專業人員照料，同時必須遵守地方規定。設施一般包括所有門口的報警系統，以便老人在沒有工作人員得知的情況下不能隨便外出。另一個常見的安排是院子裡路徑精心的設計，它允許老人在一條沒有障礙的連續的小徑上隨意行走，從而不會走丟或碰上障礙物發脾氣。

***護理之家（Skilled Nursing Facility）：**居住的老人都是身體狀況很差，生活不能自理，在這裡可以得到周到的日常生活照顧、和醫療服務，受到健康狀況的限制，他們可以參與的社區活動較少，生活環境也受到了較大的限制。

如果老人需要 24 小時護理照料，沒有輪椅、助行器或其他人的幫助不能行走，不能自己完成日常生活活動，到了失智症晚期階段，需要治療和恢復設施，患有長期或慢性病，就需要住到護家。護家的費用來源有自費、醫療補助、長照保險。它是為康復期病人以及慢性和長期患病的人們提供 24 小時護理的設施。它提供常規的醫藥監督和康復治療，不同的護家各有專長。由於護理之家受聯邦、州政府的規定管轄，護家必須滿足標準，有適當的工作人員，包括管理人員、註冊護士、有執照的護士、護工和其他人員。絕大多數護家參加了醫療補助和醫療保險項目。這些設施必須滿足聯邦的要求以及州政府執照的標準。即使不參加醫療補助和醫療保險，護家也必須滿足州政府的執照標準。



精美說明書



整潔美麗外觀



工作人員解說 建築模型



華麗的大廳



家人會客喝茶



獲獎無數的 CCRC



逃生路線



一般夫婦住房



居家溫馨的客廳



安全浴室設備



華麗的餐廳



訪客的住房

c. 成人日間照顧服務 (Adult Day Services)

PACE(Programs of All-inclusive Care for the Elderly)將 Medicare 與 Medicaid 納入給付範圍內，透過日托服務中心來協調、整合各項服務，並以跨領域團隊全方位地提供各項居家式 或 社區式照顧服務，包括居家服務、醫療、復健、營養、交通、臨托、喘息照顧，日間照顧、日常生活的全包式整合服務，論人計酬。包含醫師診療處方用藥、檢驗、放射檢查、醫療輔具、護理照顧、預防保健、社會工作、物理及職能治療、語言治療、營養諮詢及延緩失能活動等服務提供，同時也提供長者個人生活協助、雜務處理、交通接送、餐食等多元服務。PACE 也強調預防及復能，執行單位須透過增進長者得健康來獲取最佳的報酬，並且讓服務對象能夠依其需求，有尊嚴地接受各種連續性的照顧服務。

PACE 整合急性醫療及長期照顧服務兩大系統之財務機制，由承辦團隊控管個案使用所有服務費用之支配，為有效控管經費使用，需與所有服務提供單位彼此間有縝密之溝通會議交換訊息討論，以擬定或修改個案的照護計畫，提供完善的個人化照護，嚴謹控管個案有重複就醫之情形，對於承作單位也有相對把關避免以營利為目的反而犧牲個案應有的權利，在團隊的照護下，美國參與 PACE 計畫者確實減少住院及護理之家的入住率。

1. Mikkon Adult Day Health Care Center

本中心有加州政府健康服務部所頒發的執照，為年老人士以及殘障人士提供日間理療、護士服務及社會服務，目的是使參加者身心健康，提高獨立生活的品質。參加者從安全的、豐富多彩的活動中，在優美宜人的環境得到享受，同時參加者的家人也可以暫時卸下照顧的責任

2. SUNNY CAL ADULT DAY HEALTH CARE CENTER

加州陽光成人日間保健中心，是一家有愛心的老年日間保健中心，提供治療，社交及健康服務，專為體弱年長者，和生理及精神損傷的成年人所設立。本日間保健中心專照顧殘障及弱智的年長者，在一個潔淨寬敞的環境，有充滿溫馨及無微不至的關懷和安全的照顧，提供日間活動，包括接送，專業護理，營養餐點，社工諮詢服務，和復健治療，例如：物理，識能和語言治療。並依據個別的需要計劃和安排護理及治療項目。

有專業護理師服務，每天有專業護士駐在健保中心，提供醫療和護理需要。

本中心特設鼓勵自立班，自我表達，和群體的生活，幫助可能因疾病，殘障或失去伴侶而自我孤立的會員，讓他們能恢復自信的人生，進而為家屬和社會所接受



明康ADHC



與蔡教授及 工作人員合影



交通車接送



許多老人學員



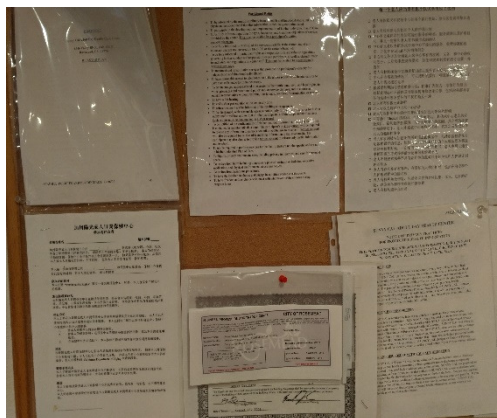
華人特色的休閒活動



豐富的老人活動



加州陽光ADHC



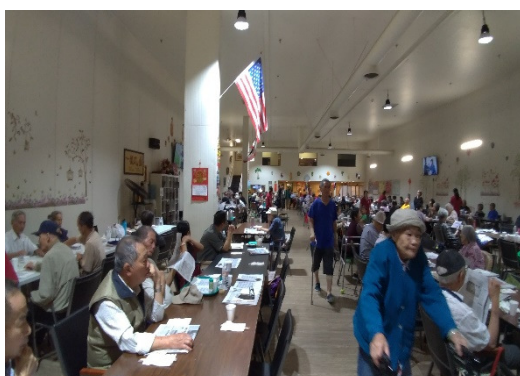
社區相關老人活動



廣大的活動空間



物理治療室



要掛上美國國旗



供應中午餐食

一、南韓長照療養體系

指導老師 簡介：賈赫 醫師

Hyuk Ga, MD, PhD Department of Medicine Institute of Geriatric Medicine
Incheon Eun-Hye Hospital
Incheon, Korea
Functional Assessment Committee
for the Elderly (FACE) The Korean Geriatrics Society
Seoul, Korea

1. 南韓的長照概論：

在 1950 年代韓國開始以公共救助的方式提供貧窮老人制度式之照顧服務，但是當時沒有照護之家提供給依賴照顧需求的老年人，直到 1961 年 12 月「生計保護法」(Livelihood Protection Law) 之制訂，提供機構式照顧給功能上依賴的老年人，才部分由老人之家提供，而非由護理之家提供。

上述系統維持到 1980 年，但是慢性疾病生活功能上依賴的老人仍與健康的老人一樣居住在老人之家 (old people's home)。除此之外，這些設施僅提供給貧窮 (被遺棄) 的老人。不符合進入老年之家的老人，只好待在立基在「醫療救助計畫」(Medical Aid Scheme) 或「醫療保險計畫」(Medical insurance Scheme) 的急性醫院或診所。當「老人福祉法」於 1981 年 6 月通過，提供給失能及貧窮老人免費護理之家之照顧，成為機構式照顧的類型之一。根據 1989 年之修法，加入部分收費之護理之家以保護中低收入之老人。

系統引進過程

年	內容
2003.3	建立及操作發展適用於老年人之公共長期照護安全系統計畫委員會
2004.3	提供老年人公共長期照護安全系統：建立「執行、計畫及實踐團隊委員會」
2005.10	預先公布「老年長期照護安全法」
2006.2	內閣通過「老年長期照護安全法」並提交議會
2006.9	議會審議
2007.4	立法完成「老人長期照護保險法」

1997 年再度修法，護理之家依據家庭所得和慢性疾病的嚴重性分成 5 種類型，而長期照護醫院也加入成為提供機構式長期照護服務的類型之一。一般說來，提

供給功能性依賴老人的護理之家依家庭所得水準分成毋須收費、部分收費及全額負擔，而且依據如中風或老年癡呆等慢性病嚴重程度分成一般或特定之照顧服務。

儘管 1981 年 7 月通過「老人福祉法」，家庭式照顧服務是到 1980 年代才開始提供。1987 年經由老年公民福利協會之提議將家庭協助照顧服務（home help services）非正式地納入。1989 年家庭協助服務正式成為家庭照顧服務之一種類型。1991 年的修法，將成人日間照顧和短期照顧服務（short stay service）納入。

到目前為止，除了上述的家庭照顧服務，社區訪視護理服務也於 1994 年實驗性地在幾個醫院實施，實務上自 2001 年即提供了功能上依賴性之老人住在社區中。為了建立公共長期照護系統，健康、福利和家庭事務部（Ministry of Health, Welfare and Family Affairs）成立計畫委員會，並於 2001 年級進行 ADL 之調查，2002 年根據其調查結果制訂長期照護的政策方向，至 2003 年成立企畫團並於 3 月發展公共長期照護安全體系，2004 年成立具體實際推動團，2005 年 7 月至 2006 年 4 月在 6 個地區進行第 1 次示範計畫；2006 年 3 月至 2007 年 3 月於 8 個地區進行第 2 次計畫；2007 年 4 月到 2008 年 6 月於 13 個地區進行第 3 次計畫，這些計畫都包含都市及鄉村地區。最後於 2007 年提出 LTC 保險計畫，2007 年 4 月立法，最後於 2008 年 7 月實施社會保險形式的長期照護保險計畫。

二、所提供之服務

長期照護服務包括：居家服務（In-home Service）、機構式服務（Institutional）和特殊的現金給付（Cash benefits）。

（一）居家服務（In-home Service）

- 1、家庭訪視照顧（Home-visit care）
- 2、家庭訪視沐浴服務（Home-visit bathing services）
- 3、家庭訪視護理（Home-visit nursing）
- 4、日間及夜間照顧（Day and night care）
- 5、喘息照顧（Respite care）
- 6、其他給付（Other benefits）

受照顧者若未享有健康照顧設備或未在機構內，可以租用對照顧受照顧者有益，且具有預防功能的福利設備或器具，如輪椅、可攜式浴缸、transfer benches、盆浴升降機（portable in-tub bath lifts）、可預防褥瘡的褥墊。

（二）機構式服務（Institutional）

長期照護服務提供長期照護設施、有證照的護理之家（licensed nursing home）、老人之家（home for the aged）、有證照照顧設施之養護之家（licensed residential care facilities）。

（三）特殊的現金給付（Cash benefits）

1、家庭照顧現金給付（family care cash benefits）

提供現金給付給老年人和他們的家庭以支付長期照護的實質成本，視個案情況審視：

A、住在偏遠地區或島嶼需要照顧的老年人，其長期照護設施不易取得或資源較少；

B、因天然災害、身體、心理和個人特質，而具難以進入（無法容納）或使用長期照護設施之老人。

2、例外照顧現金給付（exceptional care cash benefits）

若是透過非註冊之長期照護機構（non-registered long-term care institutions）所提供擁有居家或機構式照顧，提供部分補償（a partial reimbursement）。

3、醫院住院現金給付（Hospitalizations attending cash benefits）

符合老人福利法所規定的老人醫院或診所，其所提供久居式的照顧服務（long-stay hospital care）也可提供部分補償。

三、服務提供的申請程序

（一）階段 1：長期照護的申請

填寫申請格式並送至國民健康保險公團（NHIC, National Health Insurance Corporation）的長期照護保險支持中心（Long-term Care Insurance Support Center）。

（二）階段 2：家庭訪視評估

來自 NHIC 健康照顧專家對於生理與特殊需求之訪視與評估。

（三）階段 3：照顧類別的決定

長期照護需求的認定委員會，建基在初步調查和內科醫師的意見，對於超過 6 個月無法獨立正常生活的老人，其所需要的服務做最後的決定，

（四）階段 4：郵寄長期照護必要性的認可（long-term care necessity recognition）

國民健康保險公團郵寄委員會所決定之「長期照護認證」和「標準化的長期照護使用計畫」給申請者。

（五）階段 5：長期照護給付的使用

視長期照護必要性的認可，老年人可以選擇待在長期照護機構或在家裡接受長期照護之服務，也就是在受照顧者的自己選擇與委員會之決定間取得一致。

四、誰是長期照護保險服務的適用者

長期照護被保險人及其依賴者和醫療救助法（Medical Aid Act）的受益者，65 歲以上的老人或 65 歲以下具有與老化相關的疾病（geriatric diseases）可申請長期照護保險之服務。

心得及建議

精神病患老年生活的想像，最高目標也該朝向這般成功老化(successful aging)為其目標。老年精神病患仍期望與家人同住；也期待家人能夠提供照顧的功能與協助，其次才考慮由正式系統來提供服務。因此老年精神病患期待被照護的方式，大多能夠不與家庭分離是最好的，也就是若老年照護能以原本病患生活的社區及家庭提供服務，是最能滿足老年病患照護的需求期待，但是老年人，或退化的精神病患，尤其是老年的退化精神病患的照護，在面對家庭型態及功能的轉變，婦女意識及就業觀念的提升，要如舊社會一樣，單由家庭來承擔這樣的照護責任，是很難達成的目標。如何幫助家庭支持系統能夠增強能力，面對家庭內被照顧人口的需求，端視整個社會體系所提供的支持及協助。

家庭以外的長期照護資源，如機構照護的存在，可幫助家庭在面對三項以上ADLs 或 IADLs 的失能者，能夠減輕家庭成員在面對生理照顧的壓力，相對地也可提供失能者較專業的照顧品質；社區照護政策與體系的規劃，結合在地老化、人性化照顧等理念，幫助尚有自理功能的被照顧者繼續維持在社區的互動及生活，提供給家庭系統另一項強有力的補充性服務，也將會是工商社會長照資源發展的方向。

此番美國與南韓長照單位的參訪，也先不討論在宅居家，由家庭扛下照顧負擔的傳統長照模式，而將著重在較為正式的，社區式，機構式的長照資源單位，學習此兩國的社區照護政策與體系的設計，如何讓受照顧者能夠在家庭以外的資源單位，盡量達到生活品質提升。

美國與南韓，處於太平洋的兩岸，分別代表西方文化與東亞文化中的先進國家，美國文化強調個體化，鼓勵獨立自主，與日本、南韓、中國等東亞社會強調符合社會他人期待的群體主義，頗為不同。美國人認為老年人與病患需盡可能使其維持獨立生活，才能擁有自尊與滿足感，因此要盡可能維持良好的心智與身體功能。美國社會的老人退休生活與長照社會福利制度也依此個體獨立精神發展設計，美國的被照護者甚少與家人孩子同住，較為傾向由社區及醫療福利資源支持被照顧者盡量個體獨立生活。南韓的文化則強調社群主義，其長照福利設計多為群聚式的 機構型護理之家跟 長照養護醫院，社區或在宅居家型式的長照資源相對較少。社會文化的差異性也展現在兩地長照福利制度的不同。

Long-Term Care System in Korea

William Chun-Nien Wang

Attending Psychiatrist , Department
of Community Psychiatry,

Two main types of **LTCFs** in Korea

老人療養**施設**

Nursing Homes

- LTC insurance
- (老人長期療養保險)
- **92-80%** supported

老人療養**病院**

LTC Hospitals

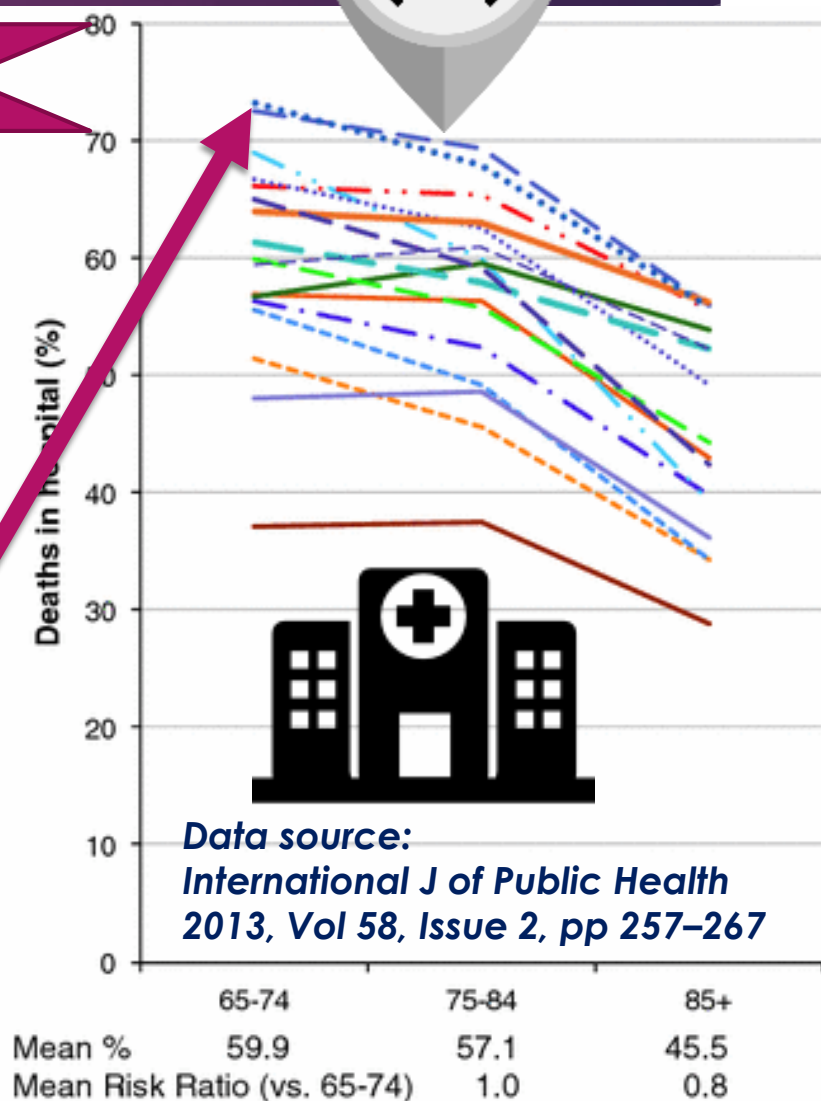
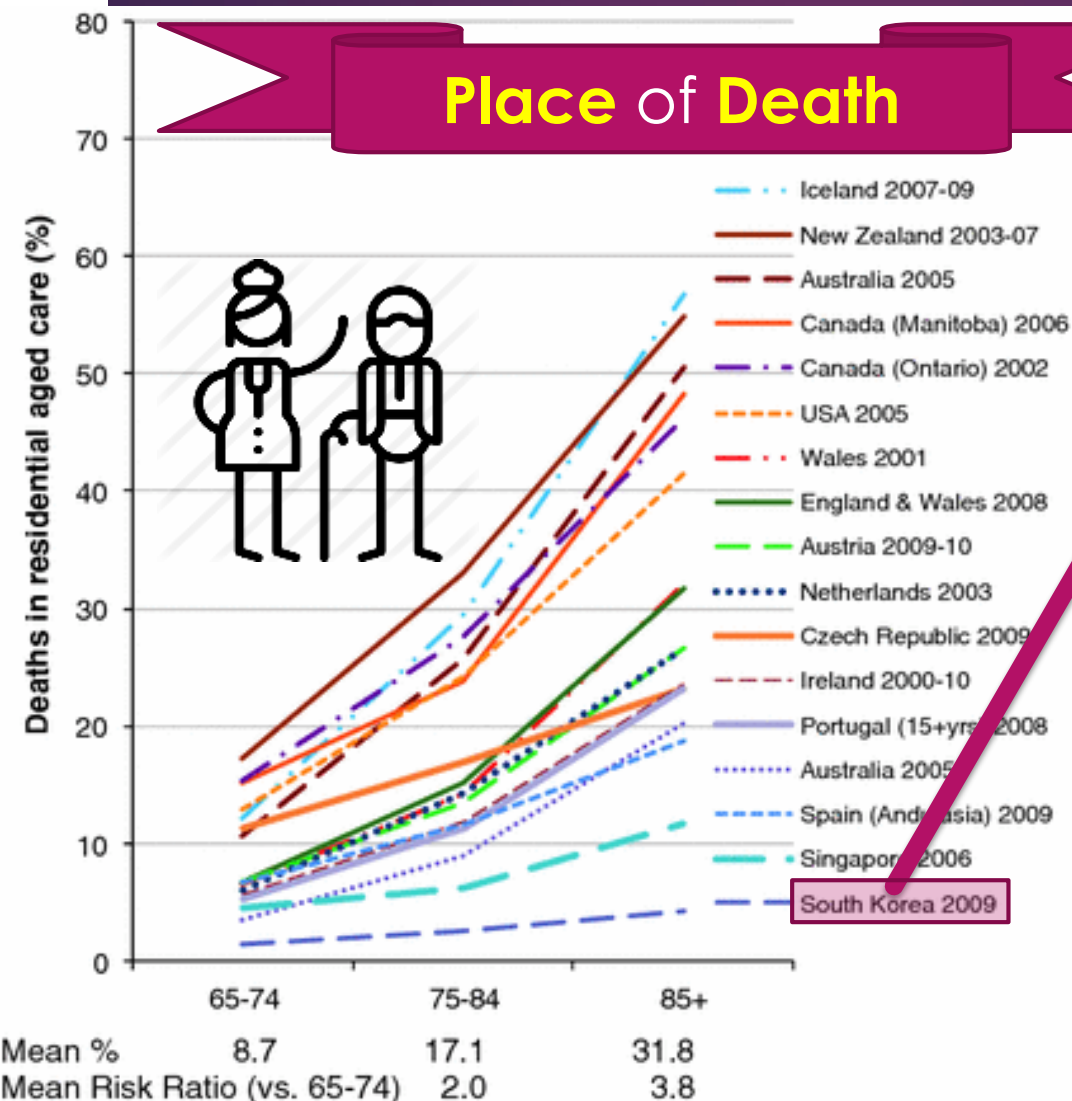
- Ntl' Health Ins.
- (國民健康保險)
- **100-60%** supported

比較	老人療養病院(LTCH)	老人療養施設(NH)
法的根據	醫療法 (medical law)	老人福祉法 (elderly ³ welfare law)
概念, 定義	Hospitals with at least 30 beds for inpatients needing long-term management	Provide daily-life support for frail or disabled residents
Service 內容	Elderly Disease (老人性疾病)	Assist ADL (技能)
Service 對象者 (applicants) decided by	Doctors' decision	LTC Insurance committee decides Grade 1 or 2I (3,4 or 5 can be possible according to caregivers' social condition)
核心職員 (workers)	Full-time Doctor (1 per 40 patients), Nurse(1 per 6 patients - 2/3 can be replaced by AN [看護助務士]),	Nurse(or AN) (1 per 25 people) 囑託醫師 (1 if residents # > 9) Certified Caregivers (療養保護司) (1 per 2.5 people) 社会福祉士 (1 per 100 people)

Most Koreans **DIE** in **Hospitals**



Place of Death

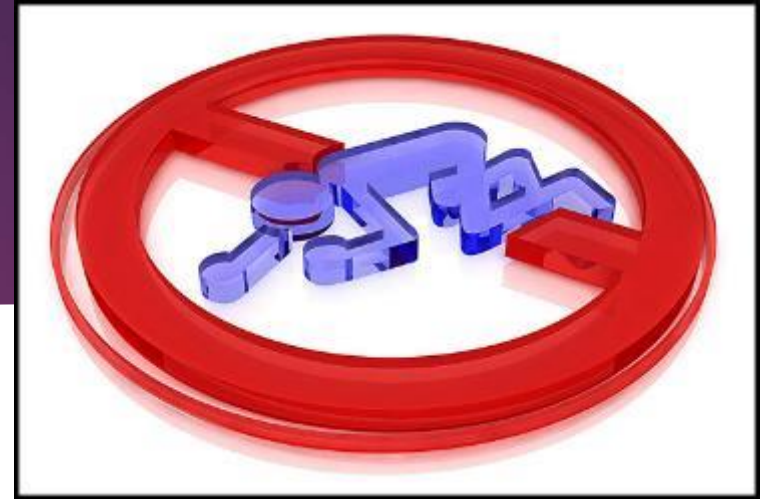


Continuous Increase of LTCHs(療養病院)

100 per year!

年度	2005	2007	2009	2019.9
療養病院	203	591	777	1,460
%	100%	291%	383%	700%

Financial crisis...



All Korean citizens are eligible for coverage under the National Health Insurance (NHI) Program, for which inpatients **pay only 10 to 20%** of the total medical fees.

Consequently, the cost for LTCHs reimbursed by NHI has drastically increased and the annual cost in 2011 reached as much as **2.1 trillion Won (\$2.0 billion USD)**.

Standard Fee
according to grades

7 Types
&
15 Grades
Categorized
By
Patients'
Health States

Types	Grades	WON/day
Most Severe	Counts 3-6	53,560
	Counts 1-2	46,860
Severe	ADL 17~20	44,350
	ADL 9~16	42,270
	ADL 4~8	38,100
Moderate	ADL 16~20	41,100
	ADL 9~15	39,360
	ADL 4~8	37,430
Problematic	ADL 4~20	37,590
Cog. impaired	ADL 4~20	36,830
Mild	ADL 13~20	38,710
	ADL 6~12	36,790
Functionally declined	ADL 13~20	28,010
	ADL 6~12	26,190
	ADL 4~5	23,270

療養病院型 患者評價表

“*” 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

A. 일반 사항

1. 환 자 성 명 : _____ 2. 주민등록번호 : [][][][][][][][] - [][][][][][][][]
3. 입원일* : [][][][]년 [][]월 [][]일 4. 요양개시일 : [][][][]년 [][]월 [][]일
5. 평가 구분 : ☐ 1. 입원 평가 ☐ 2. 계속 입원 중인 환자 평가 ☐ 3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우
6. 작성일 : [][][][]년 [][]월 [][]일
7. 입원 1개월 전에 주로 살던 곳 (5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서)
 - ☐ 2. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서)
 - ☐ 3. 요양시설/그룹홈 ☐ 4. 급성기병원 ☐ 5. 요양병원 ☐ 6. 정신병원/정신시설 ☐ 7. 기타
8. 교육수준 (5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 무학 ☐ 2. 초졸(퇴) ☐ 3. 중졸(퇴) ☐ 4. 고졸(퇴) ☐ 5. 대졸(퇴) 이상 ☐ 6. 확인 불가
9. 혈압* : (/) mmHg

B. 의식상태

1. 혼수* ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 (예 ‘예’라고 답한 경우 ‘D. 신체적 기능 영역’으로 넘어감)
2. 섬망*
 - ☐ 0. 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음 ☐ 1. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함
 - ☐ 2. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음

Inpatients Data Set
(IDS)

2019.04.17 療養病院 收價改編 發表

[입원료 체감제 개선(안)]

구분	~ 180일	181 ~ 270일	271 ~ 360일	361일 ~
현행	미감산	5%감산 (△1,010)		10%감산 (△2,020)
↓				
개정	미감산	5%감산 (△1,010)	10%감산 (△2,020원)	15%감산 (△3,030원)

* 체감제 효과 모니터링 후, 개선효과에 따라 감산을 5%p씩 상향 (5/10/15%→10/15/20%로)

Inducing **Mild patients** to Discharge

LTC Insurance (老人長期療養保險) 10

2001

Needs of older adults and individuals with chronic illnesses or disabilities were addressed.

2003

“Promotion Board of the LTC system for the older” was established.

2005

Pilot programs were conducted in 6 regions.

2007

The Law of LTCL for Senior Citizens was passed

2008

LTC Insurance was implemented

老人長期療養保險 6等級

Grades	Scores (長期療養認定調查點數)	supported service by LTCI
1	≥95 : Completely ADL dependent	Nursing Homes
2	≥75, <95 : moderately ADL dependent	
3	≥60, <75 : partially need help from others	Day-care center Home care service or Nursing homes (possible)
4	≥51, <60 : minimally need help from others	
5(痴呆特別等級)	≥45, <51 & diagnosed with dementia	
6(認知支援等級)	Diagnosed with dementia & normal ADL	Day-care center Home Care
Off-grade 等外	If not like above	N/A

Admission criteria for Nursing Homes by LTCI 療養院 入所基準

Grade 1,2 or 3~5(limited)

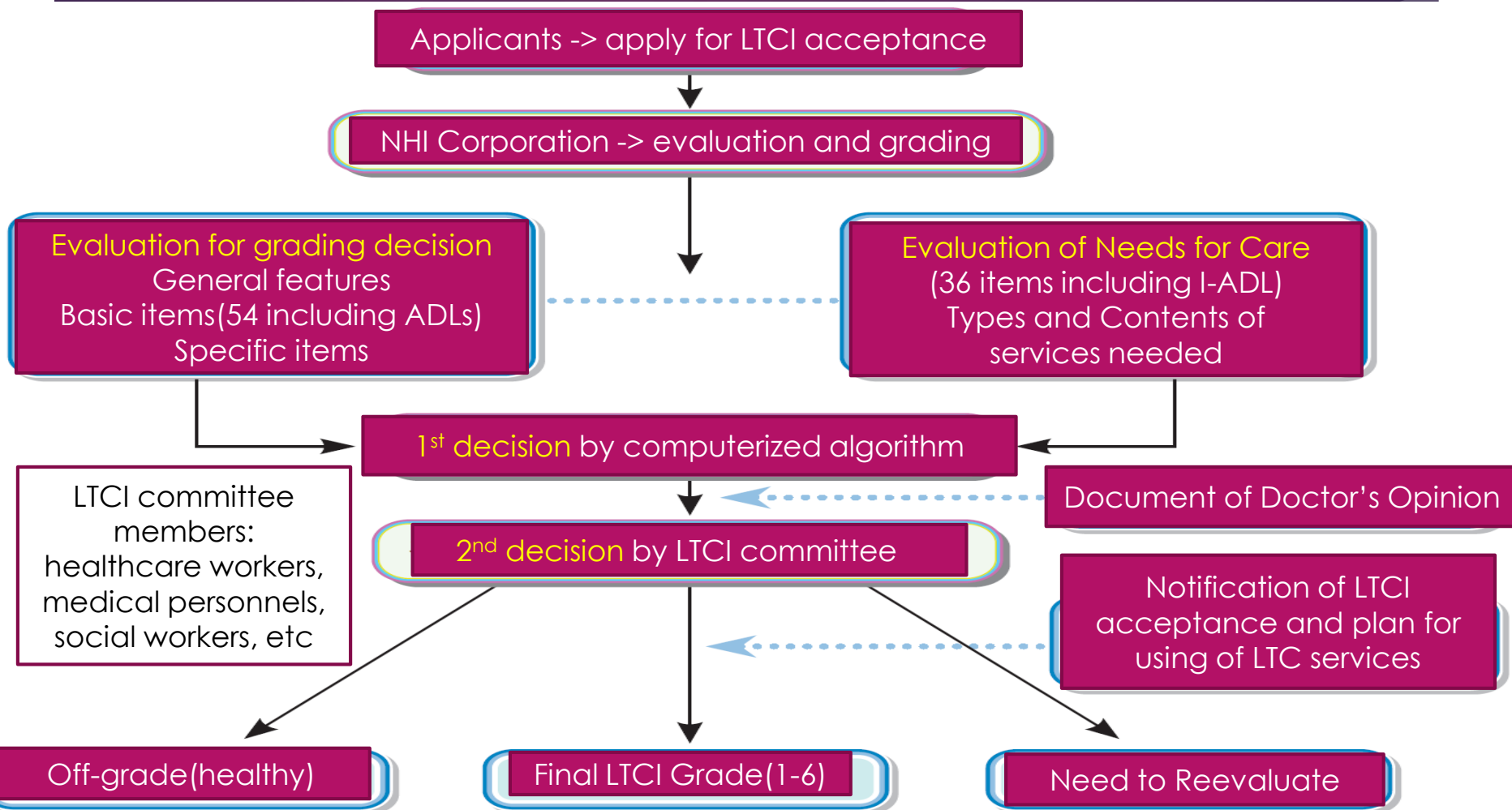
Grade 1,2:

Severely Bad Health Condition

Mostly Need Medical Care

Bad Results due to insufficient care in Nursing Homes

Flow chart for LTCI appliance in Korea



National Quality Grading System

- ▶ Every **3 years** by National Health Insurance Corporation
(國民健康保險公團)
- ▶ **5 等級** (A to E)

Grade	
A	≥ 90
B	≥ 80
C	≥ 70
D	≥ 60
E	None of above



We give **additional money** to the good nursing homes
Within **upper 20%**

(機關運營, 環境安全, 人權, 提供過程, 提供結果)

[illegible]

Contracted doctors' **real jobs** in nursing homes

- Cycle of Visit per every resident : 2 times per month
- Inspect residents and give medical consultation
- Can prescribe medicines
- Doctos' Record :
 - for New Comers(**1st visit** only): Simple CGA record
 - ⇒ Comprehensive medical check-up
 - for Existing Residents(**2nd visit**~): 訪問記録紙 (visit record)
 - ⇒ Focus on **Change of health** condition, and **need for transfer** to hospitals
- **Monitor** if previous requirements **done**



入所者健康評價 (Initial Assessment)

By Nurses

1. Mental status

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 정상 | ☐ 졸린 상태 | ☐ 질문에만 반응 |
| ☐ 통증에만 반응 | ☐ 통증에도 반응 없음 | |

2. Motor/Sense

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 자유로움 | ☐ 자유롭지 못함 |
| ☐ 마비: 부위 | ☐ 감각이상: 부위 |

3. Respiration

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 기관지절개관 | ☐ 산소 사용 | ☐ 기침: 객담 | ☐ 통증: 부위 |
| | | 객혈 | 양상 |
| ☐ 호흡곤란 | ☐ 청색증 | ☐ 기과호흡 | ☐ 기타 |

4. Mouth/eating

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 식이형태 | ☐ 구강 | ☐ 비위관 | ☐ 수액 |
| ☐ 체중변화 | ☐ 변화있음 | ☐ 증가 kg | ☐ 감소 kg |
| ☐ 식욕부진 | ☐ 연하장애 | ☐ 오심 | ☐ 구토 |
| ☐ 변비 | ☐ 설사 | ☐ 통증: 부위 | 양상 |

5. Heart

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| ☐ 흉통: 부위 | ☐ 부종: 부위 | ☐ 심계항진 | ☐ 청색증 |
| 양상 | | | |
| ☐ 부정맥 | ☐ 심잡음 | ☐ weak pulse | ☐ 기타 |

6. Urination/Defecation

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 소변: 회/일 | ☐ 색깔 및 양상: | ☐ 유치도뇨관 |
| ☐ 빈뇨 | ☐ 혈뇨 | ☐ 뇨실금 |
| ☐ 뇨긴박감 | ☐ 대변: 회/일 | ☐ 배뇨곤란 |

7. Skin trouble

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 욕창(크기, 부위, 정도) | | | |
| ☐ 발진 | ☐ 소양감 | ☐ 탈수 | ☐ 정상 |

8. ADL status

- | | | | |
|---------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 침상에서의 움직임 | ☐ 스스로 | ☐ 도움필요 | ☐ 불가능 |
| 식사 및 운동 | ☐ 스스로 | ☐ 도움필요 | ☐ 불가능 |
| 이동 및 계단오르기 | ☐ 스스로 | ☐ 도움필요 | ☐ 불가능 |
| 옷입고 벗기 및 개인위생 | ☐ 스스로 | ☐ 도움필요 | ☐ 불가능 |

9. Emotion

- | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 안정 | ☐ 불안 | ☐ 슬픔 | ☐ 우울 | ☐ 긴장 | ☐ 거부 | ☐ 기타 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

看護記録紙(nursing record)

By Nurses

Unit No :		Date : 20 / /			
Name :		Sex / Age :			
주소				전화번호	
활동증상	BP: mmHg		P: /min		
	R: /min		BT: °C		
체중	kg	신장	cm	결혼상태	☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 사별 ☐ 기타
입소일자		직업/학력:		종교	☐ 천주교 ☐ 기독교 ☐ 불교 ☐ 기타
의료보장	☐ 건강보험 ☐ 의료급여 ☐ 일반 ☐ 기타				
주진단명					
현 병력					
과거력	☐ 당뇨병 ☐ 고혈압 ☐ 결핵 ☐ 간염 ☐ 뇌졸중 ☐ 기타				
최근 투약 상태					
알레르기 유무					
환자정보	의식상태	☐ 명료 ☐ 혼돈 ☐ 반의식 ☐ 무의식			
	정서상태	☐ 안정 ☐ 불안 ☐ 분노 ☐ 슬픔 ☐ 우울			
	식이	☐ 정상식 ☐ 치료식() Kcal			
	활동범위	☐ 보행가능 ☐ 도움으로가능 ☐ 완전 의존			
	보조기 사용여부				
	상처 (유 / 무)				
	Tube (유 / 무)				
간호계획					

고혈압제 ()	미뇨제 ()	당뇨약 ()
항우울제 ()	안정제 ()	진통제 ()
항히스타민제 ()	혈관확장제 ()	혈관수축제 ()
미약류 ()	허약 ()	기타 ()

home-visiting services payment

For home-visiting services,

LTCl supports **3 hours/day** for **5 days** per week.

Monthly cost is about **150,000 Korean WON**.

If applicants want to use more time, they should pay extra money by themselves not covered by LTCl.

Dilemmas of Community Care in current Korea

- ▶ **Incomplete post-acute** Care system
- ▶ **No Home visiting** Drs.
- ▶ Young generations **don't want home care** of their parents.
- ▶ Too many **LTC Hospitals**
- ▶ Many workers in LTCHs **will lose their jobs**



Take Home Messages

Korean LTC system is **facility or hospital based**, not community based.

Financial pressure is too much due to too many old people.

LTC Hospitals only for **dementia care** will **decrease**.

LTC Insurance services will **increase** including nursing homes.

Korean government tries to **promote medical care in Nursing Homes**.

More **doctors** will work for **community & home**.

Community Care has dilemma, but is **our future**.

