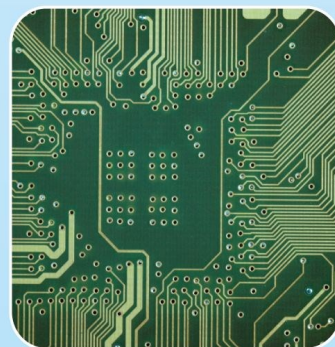


財團  
法人

中技社

# 台灣長照產業的發展與挑戰

CTCI FOUNDATION



財團法人中技社(CTCI Foundation) 於 1959 年 10 月 12 日創設，以「引進科技新知，培育科技人才，協助國內外經濟建設及增進我國生產事業之生產能力為宗旨」。初期著力於石化廠之設計與監建，1979 年轉投資成立中鼎工程，承續工程業務；本社則回歸公益法人機制，朝向裨益產業發展之觸媒研究、污染防治與清潔生產、節能、及環保技術服務與專業諮詢。2006 年本社因應社會環境變遷的需求，在環境與能源業務方面轉型為智庫的型態，藉由專題研究、研討會、論壇、座談會等，以及發行相關推廣刊物與科技新知叢書，朝知識創新服務的里程碑邁進，建構資訊交流與政策研議的平台；協助公共政策之規劃研擬，間接促成產業之升級，達成環保節能與經濟繁榮兼籌並顧之目標。

本著創社初衷，為求對我們所處的環境能有更深的貢獻以及協助產業發展，對國內前瞻性與急迫性的能源、環境、社會及經濟議題邀集國內外專家進行研究探討，為廣為周知，提供讀者參考，特發行此專題報告。

此專題報告作者共八位，第一位**薛承泰**為社會學博士，曾任行政院政務委員，現為臺灣大學社會學系教授；第二位**吳淑芳**為護理博士，現為臺北護理健康大學高齡健康照護系主任；第三位**吳尚琪**為公共衛生學博士，現為陽明大學衛生福利研究所教授；第四位**郝充仁**為經濟博士，現為淡江大學保險系副教授；第五位**王雲東**為社會工作暨社會政策博士，現為臺灣大學社會工作學系教授；第六位**楊培珊**為社會工作學博士，現為臺灣大學社會工作學系教授；第七位**黃耀榮**為建築碩士，現為馬偕醫學院長期照護研究所教授；第八位**蔡芳文**為醫療機構管理碩士，現為雙連安養中心執行長。

**發行人：**潘文炎

**作者：**薛承泰、吳淑芳、吳尚琪、陳慧珊、郝充仁、王雲東、  
楊培珊、黃耀榮、蔡芳文

**主編：**詹火生

**執行編輯：**余騰耀、鄒倫、陳潔儀、潘惠萍

**發行者：**財團法人中技社

地址 / 106 台北市敦化南路二段 97 號 8 樓

電話 / 886-2-2704-9805

傳真 / 886-2-2705-5044

網址 / [www.ctci.org.tw](http://www.ctci.org.tw)

本社專題報告內容已同步發行於網站中，歡迎下載參考

ISBN：978-986-92691-6-2

# 目錄

---

序		I
第一章 我國人口變遷與長期照顧政策	薛承泰	1
第二章 高齡社會之醫療需求、預防與照顧	吳淑芳	15
第三章 長照服務產業的水平與垂直整合	吳肖琪 陳慧珊	35
第四章 長照產業中公私部門合作夥伴關係之探討	郝充仁	47
第五章 長照服務與產業中人力的需求與培育	王雲東	65
第六章 台灣長照體系中社區照顧與失智症特別照顧之探討	楊培珊	85
第七章 長照環境之建築特性與發展架構	黃耀榮	101
第八章 長照之多元機構服務模式與科技創新應用	蔡芳文	125
第九章 結論與建議	薛承泰	143



# 序

國際間將 65 歲以上人口佔總人口數的 7%、14% 及 20% 的國家分別定義為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。台灣在 1993 年 65 歲以上人口已突破 7%，邁入高齡化社會，2014 年底 65 歲以上人口佔總人口比例為 12%。根據國家發展委員會(2014)推計，2018 年將達到 14%，成為「高齡社會」，2025 年更達到 20%，成為「超高齡社會」。台灣從高齡化社會轉變為高齡社會費時 25 年，而從高齡社會轉變為超高齡社會，預計只費時 7 年，老化速度之快僅韓國和新加坡與我國相仿。政府及產業若不儘早因應，影響所及，除了勞動力將減少，家庭與社會的照顧人力也將更吃緊、國家稅收亦會受到衝擊。但從另一方面視之，由於高齡人口數量及比例增加，將帶動高齡商品及服務需求，即所謂的銀髮產業，其內容除涵蓋保健、醫療及照護外，也涵蓋了高齡者的食衣住行育樂。

有鑑於此，本社 2015 年已針對高齡化對台灣產業勞動力及產業發展的影響進行探討，並出版專題報告；但仍深感高齡化不僅衝擊到社會的制度，舉凡照顧產業以及相關科技與環境，都將成為未來社會發展的重點。因此，2016 年特以「老人長照產業」為核心，特別就長期照顧政策、醫療需求、預防與照顧、產業的垂直與水平整合、公私部門合作夥伴關係、勞動力需求及培育、社區照顧與失智症、建築特性與發展架構、以及科技創新應用等 8 項高齡化社會需求主題，邀請 8 位學者專家，對長照所涉及多元層面來進行介紹、論述與建議。

此外，日本高齡人口比例位居全球之冠，且在社會經濟狀況與台灣有許多相似之處，其推動長照相關政策，可引為台灣借鏡。因此，本社在 2016 年 9 月舉行「我國長照產業的發展與挑戰國際研討會」，邀請兩位日本專家來台分享日本長照產業與制度，一位是日本一橋大學經濟研究所 Yoshihiro Kaneko(金子能宏)教授，另一位是日本國立社會保障暨人口問題研究所 Katsuhisa Kojima(小島克久)室長，分別以「伴隨少子化與人口高齡化之社會保障財源的政策改革」及「日本長照體系對台灣相關政策的啟示」為專題提出報告，並邀請本報告 8 位作者於研

討會中一起探討國內長照制度、產業整合、長照軟硬體規劃及科技創新應用等主題，希望有助激發未來產業發展的視野，經濟成長與福國民生、魚與熊掌得兼的目標。研討會資料詳見本社網頁([www.ctci.org.tw](http://www.ctci.org.tw))。

詹火生教授以其從政經驗與長年對社福政策的關懷，對於本報告提供許多指導，讓本報告能順利組成團隊，並有明確的議題分工。當然，最需感謝薛承泰教授及參與撰寫的學者專家共襄盛舉，發揮團隊精神，讓一切順利完成。



# 第一章 我國人口變遷與長期照顧政策

## 一、我國人口變遷特性

根據聯合國世界衛生組織(WHO)對於「高齡化社會」(Ageing Society)定義為 65 歲以上人口占總人口 7%，台灣在 1993 年正式步入。到 2015 年底老人人口占比增至 12.5%，國家發展委員會(2014)推計 2018 年將達到 14% 成為「高齡社會」(Aged Society)，2025 年達 20% 成為「超高齡社會」(Super-Aged Society)。因 OECD 國家 2015 年平均已達 18%，日本更超過 26%，我國人口高齡化程度至今並不算高；問題是，今後我國高齡化速度會加快，特別是從「高齡社會」到「超高齡社會」只需 7-8 年，這樣的速​​度世界少有。

若以聯合國人口發展司(UNPD)2015 World Population Prospects 提供的資料，以年齡中位數來觀察世界最老的三個國家，依序為日本(46.5 歲)、德國(46.2 歲)、義大利(46.1 歲)，相較之下，台灣為 39.7 歲並不算老。根據該資料採中推計對 2050 年的推計，這三個國家雖然持續上升，例如日本將達 53.3 歲、德國 51.4 歲、義大利 51.7 歲；可是，台灣將超越他們成為全球最老國，年齡中位數高達 56.2 歲，韓國居次也有 53.9 歲(見圖 1-1)。<sup>1</sup>

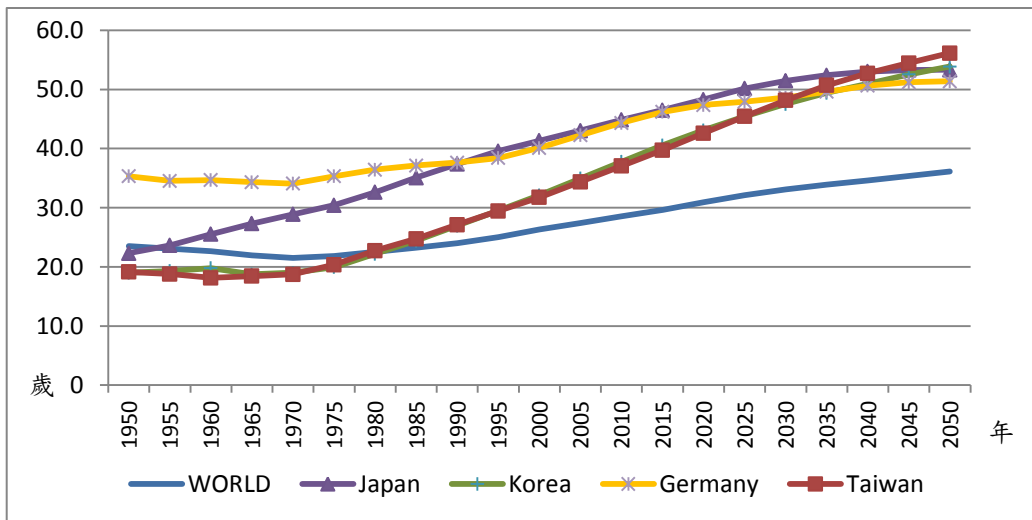


圖 1-1、當前與未來最老國年齡中位數(2015 年之後為推計值)

<sup>1</sup> 由於我國非聯合國會員國，在 2015 世界人口概覽(World Population Prospects: The 2015 Revision)在東亞國家分類中以 Other non-specified areas 標示之。

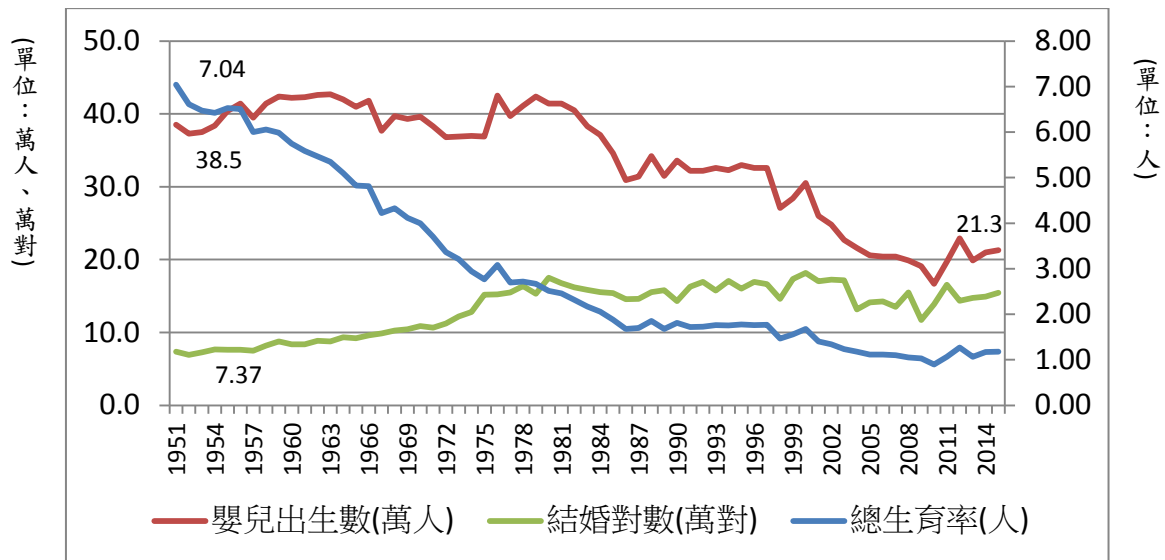


圖 1-2、台灣人口出生數、結婚對數與總生育率

人口高齡化主因為生育率下降以及平均餘命的延長。台灣在 1950 年代初總生育率(TFR)高達 7 人，當時堪稱世界之最，1984 年降至人口替代水準(2.1 人)，2003 年生育率為 1.23 人，開始進入「超低生育率」(1.3 人)階段，2010 年甚至達 0.9 人的歷史新低，2015 年為 1.18 人，仍是處於世界最低之列(見圖 1-2)。半個世紀以來，台灣生育率從世界最高變為最低，也堪稱「奇蹟」！

至於「零歲平均餘命」(又稱「平均壽命」)在一個世紀前男女分別為 34 與 38 歲，低於世界平均；然而，上升速度也是驚人，2014 年男女分別成長到 83 與 77 歲，平均為 80 歲，明顯高於世界平均(71 歲)，也高於美國以及許多工業國家。簡言之，台灣人口面臨「少子高齡化」雙重人口趨勢，尤其我國有明顯的戰後嬰兒潮(國際上通常指 1946-1964 年之間出生者)，這批人在台灣可以從 1950 年算到 1966 年的出生人口，到 2015 年仍有 617 萬人(占總人口 26%)。他們從 2015 年開始陸續進入老年，使得老人在數量與比例上均將快速上升！估計 2025 年台灣進入「高齡社會」時，人口總數和當前差不多，可是老幼比將從 1:1.1 變成 1.6:1，老人人口總數將達 470 萬人(占 20%)；到 2060 年老人則為 40.6% (國家發展委員會 2014)。

從 1950 年代迄今，台灣人口變遷如同一般工業國家朝向少子化與高齡化，可是，台灣的特色在於兩者變遷的速度都較快！未來數十年，台灣除了維持相當低的生育水準，高齡化程度所帶來的挑戰更是空前！過去幾年政府的政策(以 2013 年人口政策白皮書的修訂為例)，除了積極鼓勵生育之外，也展開長期照顧。

內政部 2013 年「老人狀況調查報告」結果顯示，高齡者有 27% 自覺健康與身心功能不好，81.1% 患有慢性或重大疾病，22% 過去一年曾住院。另一方面，根據衛生福利部 2014 年國民醫療保健支出統計，我國健保費用的支出，以在醫療院所總支出中 60 歲以上人口支出占比，從 2004 年占 38.5%，至 2014 年已增加至 45.5%，10 年間



增加七個百分點；如果考量這段時間平均每人醫療保健支出從平均每人 882 美元上揚到 1,324 美元。按此速度，當 2025 年老人人口占比達到 20% 時，健保總支出中老年人支出占將超過一半。從以上統計，即可了解到高齡化對醫療保健需求與健保的影響，這些都是今後國家的施政重點。

## 二、勞動力趨於高齡化

在另一方面，勞動力結構也隨人口趨勢而改變，台灣工作年齡人口(15-64 歲)於 1980 年達六百餘萬，2015 年成長到 1,164 萬(男女比為 55.8：44.2)。2013-2014 年間工作年齡人口占比達到頂峰(占總人口超過 74%)，之後開始下降，目前(2015 年)仍占 73.92%，仍是世界上少有的高比例；工作年齡人口所占比例偏高，意味著扶養比偏低，例如 2015 年整體扶養比 35.3%(其中扶老比 16.9%，扶幼比 18.4%)。2060 年工作年齡人口比例將只剩下 50.8%，幼年人口占 8.7%，老人則為 40.6%(國家發展委員會 2014)。

表 1-1、台灣兩性勞動力，就業與失業人口(2015 年)

(千人)

2015 年	15 歲以上	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲+
總人口	19,842	2,991	7,135	6,861	2,856
勞動力人口	11,638	905	6,236	4,246	251
就業人口	11,198	796	5,990	4,162	250
勞參率	0.587	0.303	0.874	0.619	0.088
就業率	0.962	0.880	0.961	0.980	0.996
失業率	0.038	0.120	0.039	0.020	0.004

資料來源：勞動部統計處(2016)

由於並非所有 15-64 歲人口都參與勞動，也並非參與勞動者都處於就業狀態。「勞動力參與率」(簡稱「勞參率」)從 1987 年達到階段性高峰(60.9%)開始下降，2001 年產生新低(57.2%)，之後的 15 年，除了全球金融海嘯時再度下降，基本上呈現小幅上揚趨勢，2015 年整體勞參率為 58.65%(見表 1-1)。

值得注意的現象，近 30 餘年來勞參率呈現男降女升的趨勢，根據行政院主計處歷年「人力運用調查」報告，1980 年我國女性的勞參率為 39.2%，至 2015 年已上升至 50.74%；而同一時期男性的勞參率則是由 76.36% 下降至 2010 年 65.42%，之後回升，2015 年為 66.91%。以 35 年間觀之，兩者各自呈現約十個百分點升幅與降幅。

另外，於在 15 歲以上勞動力人口當中，目前中高齡 45-64 歲有 424.6 萬人占整體勞動力 36.5%，比重已較 20 年前 29.8%，增加 6.7 個百分點(行政院主計總處「人力資源調查」，2015)，未來仍會持續增加。值得注意的，目前這群中高齡勞參率 61.9% 雖低於青壯 25-44 歲組的 87.4%，但就業率達 98% 為各年齡組之冠。

由於我國整體勞參率(58.7%)相較主要國家仍是偏低，如韓國、新加坡、香港分別為62.6%、68.3%、61.2%，也低於日本(59.6%)與美國(62.7%)。其實我國勞參率以年齡來看，25至50歲男性超過90%，算是相當高的，而女性從25-44歲也有不錯的勞參率，整體勞參率會偏低是25歲以下以及男性50歲以上與女性45歲以上勞參率明顯偏低的關係(見表1-2)。

前者和我國高等教育的普及有關，後者除了涉及中高齡工作意願之外，產業結構不利於中高齡就業或再就業，以及受到我國退休制度促使退休年齡提早的影響。例如我國勞動部國際勞動統計(2013)<sup>2</sup>指出，我國平均退休年齡為61歲(男62.3歲；女59.7歲)，低於韓國70.45歲(男71.1歲；女69.8歲)、日本67.9歲(男69.1歲；女66.7歲)及美國65歲(男65歲；女65歲)。

表1-2、勞動力參與率的國際比較  
2015年兩性勞動力參與率—按年齡分

項目別	中華民國		韓國		日本		美國	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
總計	66.9	50.7	73.8	51.8	70.3	49.6	69.1	56.7
15~19歲	9.6	7.0	7.7	9.9	16.0	16.8	34.2	34.4
20~24歲	52.2	52.1	46.0	56.3	68.8	68.5	73.0	68.3
25~29歲	94.8	90.2	77.1	72.9	93.2	80.3	87.4	73.8
30~34歲	96.8	82.3	93.1	61.8	95.7	71.2	90.3	72.9
35~39歲	93.0	75.1	94.5	55.8	96.2	71.8	90.3	73.6
40~44歲	94.5	75.6	94.5	64.8	96.2	74.8	90.3	75.0
45~49歲	91.7	70.4	93.7	70.4	95.9	77.5	87.9	74.5
50~54歲	83.9	57.2	91.4	67.3	95.0	76.3	84.0	72.5
55~59歲	70.6	40.2	86.7	58.6	93.1	69.0	77.1	66.3
60~64歲	49.3	23.1	74.7	48.2	78.9	50.6	61.5	49.8
65歲以上	13.6	4.6	42.2	23.4	31.1	15.3	23.4	15.3

資料來源：勞動部「國際勞動統計」。

說明：1.勞動力參與率=(勞動力/15歲以上民間人口數)×100。

2.美國為16歲以上勞動力參與率。

資料來源：勞動部「國際勞動統計」。美國為16歲以上勞動力參與率

由於未來40年工作人口將平均每年減少約18萬人，勞動力人口將明顯減縮並趨向高齡，我國未來經濟動能大受影響，國民產值與稅收當然也會受到衝擊。如何因應日益增加的老年人口，尤其是長期照顧需求的快速上升，已成為全球的共同議題，在人口與勞動力變遷特別快速的我國，又該如何面對呢？

綜上，台灣步入高齡化時間點，相較於西方工業國家，如法國於1864年、德國於1932年、美國於1942年、日本於1970年達到高齡化門檻，我國是晚了許久，可是今後我國高齡化速度將非常快速，雖然目前世界上有日本、德國、義大利等國進入「超高齡社會」，可是台灣綜和了少子與高齡變化，其步調與力道並無前例可循，加

<sup>2</sup> 國際勞動統計，取自：<http://www.mol.gov.tw/statistics/2452/2457/>

上這些國家自己本身因應的結果不盡理想，我國能參考的地方相當有限，面對未來須有自己的策略。本研究認為研議策略的關鍵，不能只是泛泛的強調長照的重要，而應重視政策的步調，而決定步調的依據主要於掌握人口與家庭的變遷。本文重點即在於介紹過去 16 年長照政策的形構與發展，並以我國人口特質與變遷趨勢來檢視發展的軌跡，期能對我國即將步入高齡與超高齡社會，提供政策建議。

### 三、長照需求將快速上升

過去傳統社會因為人們壽命較短且醫療科技尚不發達，活到 65 歲機率較低；即便成為老人，一旦健康出了問題，能透過治療而延續生命的機會也不高。在那樣的社會中，老人雖然也需要照顧，但時間較短，可以稱為「短期照顧」，且家庭中照顧人力較為充沛，工作與照顧之間的衝突性也較低。簡言之，在傳統社會中較欠缺的是食物、營養與醫療，而現代社會普遍的困擾則是慢性疾病、照顧人力以及政府該有的責任。

我國除了人口變遷朝向少子高齡化，在另一方面，家庭與居住型態也隨著人口與社會經濟變遷產生了一些變化。尤其是家戶規模逐漸縮小，例如 2007 年平均還有 3.5 人，2009 年之後即低於 3 人，居住型態朝向「核心與小型化」。

在人口與家戶雙重變遷下，老人居住型態也受到影響，根據歷年內政部「老人生活狀況調查」，在過去 20 年間，老人獨居以及僅和配偶居住的比例從 25% 上升至 32%，增加了 7 個百分點；至於老人和子女共居的情形則是不斷下滑，從 70% 下降至 61%，減少 9 個百分點。此外，老人的經濟來源是子女的情形也在降低中，以 2005 年與 2013 年兩次調查來比較，從前者為 53.4%，後者為 43.9%，八年間下降近十個百分點，這些都凸顯出老人的居住與照顧問題！

工業化與都市化改變了人們工作型態與居住狀況，傳統家庭中的照顧功能逐漸式微，在台灣也不例外；進入 1980 年代後，此現象趨於明顯，於是相關社會福利立法，例如關於老人、身心障礙、社會救助等逐步完成，此時期社會福利制度發展迅速。2000 年之後資訊社會的形成與全球化，更加速產業的併購、遷移與轉型，民眾面對更多元的風險社會，對生活與工作的保障要求更高，國家社會安全體制如何因應新情勢，特別是高齡化速度持續加速，在這新世紀中將是一大挑戰。

### 四、長照在 2008 年之前

公元 2000 年政黨輪替前，政府即注意到長期照顧的議題，1997 年行政院「社會福利推動小組委員會」由當時劉兆玄副院長召集，1998 年除了通過「加強老人安養方案」，也開始研擬「建構長期照顧體系先導計畫」，並且由內政部於 1999 年委託吳淑瓊等幾位學者專家執行「建構長期照護體系十年計畫」執行前之規劃研究。

緊接著，內政部於 2000 年啟動長照先導計畫，除了委託學者進行需求調查，並於嘉義市與臺北縣三鶯地區進行實驗計畫。這是國內首度大型長照議題的研究與實驗，2001-2002 兩年合約金額共 3 億 4 仟餘萬元。先導計畫(包括實驗計畫與需求調查)結束後，2004 年行政院在「社會福利推動委員會」下設立「長期照顧制度規劃小組」，以 3 年時間(2004 年至 2006 年)就長期照顧制度之「服務輸送」、「資源開發」、「財務制度」、「法令制度」、及「資訊系統」等進行規劃；2004 年 10 月「社會福利推動委員會」第 8 次會議，當時行政院游錫堃院長裁示「希望在 2006 年底完成規劃後即可順利推動實施」。雖然游前院長裁示了實施時間，到了 2006 年，又花半年(2006 年 7 月到 2007 年 1 月)以內政部專案補助「台灣社會工作專業人員協會」來進行統整；同時參考日本「(新)黃金十年計畫」發展經驗，研擬規劃「我國長期照顧制度整備計畫」。最後「長期照顧制度規劃小組」於 2007 年 3 月完成總結規劃報告，行政院於該年 4 月 3 日院臺內字第 0960009511 號函核定為「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，頒行各有關機關據以執行，並訂定 2008 年元月開始實施。

長照十年計劃 2008 年元月正式上路，照顧服務主要包括：居家護理、社區及居家復健、輔具購買與租借、居家無障礙環境改善服務、老人營養餐飲服務、喘息服務、交通接送服務、長期照顧機構服務等八項。至於長照的服務對象，根據長照十年計畫，以日常生活受損而需他人協助者為主(經 ADLs, IADLs 評估)，包含下列四類失能者：(1)65 歲以上老人；(2)55 歲以上山地原住民；(3)50 歲以上之身心障礙者；(4)僅 IADLs 失能且獨居之老人。以服務提供(實物給付)為主，以補助服務使用者為原則。並依失能者家庭經濟狀況提供不同補助：(1)低收入者全額補助；(2)中低收入者補助 90%，使用者自行負擔 10%；(3)一般戶補助 60%，使用者自行負擔 40%；(4)超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。

其實長照十年計畫行政院核定前，有幾個地方政府已推動長照相關措施多年，提供的服務內容和「長照十年計畫」項目類似。無論如何，「長照十年計畫」規範長照對象與服務項目，全台灣才有了一致性的政策。

## 五、長照在 2008 年至 2016 年

2008 年 5 月之後，政府有鑒於當時老人人口占比已達 10%，社會感受到人口高齡化也更為明顯。恰巧在那時候，因石油價格快速上漲導致全球性通貨膨脹，接著 9 月美國雷曼兄弟宣布倒閉，掀開全球金融風暴序幕。當時政府即時宣示「三挺政策」，以政府挺銀行，銀行挺企業，企業挺勞工，積極搶救經濟與失業。當時沒有人知道這波金融海嘯會持續多久？就在那樣的環境中，財政狀況極不穩定，然而政府並未中斷長照，採漸進成長方式推動。

長照十年計劃從 2008 年 5 月後經過一年的推動，發現實際狀況和規劃時有所落差，除了進行滾動式檢討，政府對一般戶補助從 60% 提升到 70%。於 2009 年 5 月行政院為推動長照保險政策，完備長照服務機制及發展服務資源，設置「行政院長期照護保險推動小組」（簡稱長照小組），進行長照保險政策之建議及諮詢、重大議題之協調與督導，以及其他規劃推動事宜；該小組由蔡勳雄及薛承泰兩位政務委員共同召集，當時的衛生署也於同年 7 月成立「長期照護保險籌備小組」，由李玉春教授擔任總顧問，就相關議題進行討論與規劃。

時至 2010 年上半年，「長照十年計畫」推動已有兩年，認為國內長照相關資源與人力仍不足以因應高齡化趨勢；此外，地方資源分配不均，偏遠地區資源尤為稀少，以及缺少法規來統整散在社政、衛政、退輔會所屬機構的長照措施，... 這些問題若沒有妥善處理，長照保險是無法落實的；於是將草擬中的「長照保險法」關於定義、範圍、資源與機構管理等內容移出，並參考長照十年推動經驗重新規劃草擬「長期照顧服務法」（簡稱照服法）。同時，因規劃十年長照時所依憑的資料(2002 年)年代已較久，2010 年長照小組決議請衛生署立即進行較大規模之「長照需求調查」，並於一年內完成，有助於了解當下與未來可能之需求，至今政府的相關推估即採用該調查資料。

簡單地說，2008 年至 2016 年政府長照政策以完善長照制度為政策主軸，基本上可分三個階段：(一)持續推動長期照顧十年計畫，為長照服務模式建立與量能擴展的時期；(二)推出長期照顧服務法以及長期照護服務網計畫；(三)推動長期照顧保險制度。

### (一) 服務量逐年提升

2008 年以前，只有資源相對豐沛的地方政府能夠提供相關照顧服務，2008 年長照十年計畫上路後，由於是一項新的政策，政府需時間宣傳，民眾也需時間熟悉；於是實施的第一年使用狀況並不如規劃時之推計，雖然如此，2008 年到 2015 年的八年間使用數量逐年提升。首先，「居家服務」為「社政」在長照項目中的主軸，使用也最多，2008 年為第一年只有 22,305 人次，到 2015 年成長至 45,173 人次。以「衛政」為主的服務，主要包括「居家護理」、「居家或社區復健」與「喘息服務」三項，2008 年分別為，1,690、1,765 與 2,250 人次，2015 年則分別增至 24,547、27,417 與 39,135 人次，增幅相當明顯，都有 15 倍以上的成長。

若以使用長照十年計畫的人數觀之，2008 年共 9,148 人，2009 年即增至 23,963 人，2015 年更達 170,465 人；8 年間失能老年人口涵蓋率，從 2.3% 升至 35%。除了老人失能為主要對象，政府也計畫逐步擴大服務對象，在量能擴增計畫下，將優先納入 50 歲以上失智症者，以及不分年齡身心障礙失能者。

## (二) 完成長照需求調查

2010 年行政院長照小組決議請衛生署進行較大規模之「國民長期照護需要調查」，衛生署即針對各縣市 5 歲以上民眾進行抽樣調查，以瞭解最新失能情形，作為發展長期照顧服務體系參考。該調查樣本數高達 35 萬人，一年後完成調查與量化分析。結果發現，我國 5 歲以上人口失能率為 2.98%，65 歲以上人口失能率則為 15.42%；失能率隨年齡而上揚，尤其是 85 歲以上男性失能率高達 39.1%，女性更高達 56.2%。

根據該調查，2010 年全國失能人口達 67 萬人，65 歲以上失能人口為 41 萬人；根據前述失能率來推算，2016 年與 2031 年全國失能人口將分別達 77.7 萬與 118 萬。該調查選擇失能者繼續進行第二階段訪查，結果顯示，25.65% 的主要照顧者因照顧失能者而有「壓力性負荷」，其中負荷率較高的前 4 項原因分別為「經濟上的負荷」(40.65%)、「社交活動受到限制」(34.24%)、「煩惱個案的改變」(33.82%)與「無法承受照顧壓力」(33.32%)。

這個調查讓政府對於我國老人的狀況與需求有了較新且完整的了解，長照相關政策的方向也更為明確；此外，政府也配合聯合國「高齡友善城市計畫」(AFC)的推動，於 2012 年達成全部縣市簽署高齡友善城市公約，成為全球推動高齡友善城市密度最高的國家。接著，行政院於 2013 年底核定「友善關懷老人服務方案」第 2 期計畫，標舉「健康老化」、「活力老化」、「在地老化」、「智慧老化」及「樂學老化」5 大目標，由中央及地方政府共同推動 84 項工作項目。

## (三) 制定長照服務法，建置長照服務網

長期照顧服務法已於 2015 年 6 月 3 日總統華總一義字第 10400064391 號令公布，並將自公布後二年施行。至於長期照護服務網，自 2013 年開始三年完成建置，於 2015 年底 368 鄉鎮完成建置「一鄉鎮日照」的目標。

根據衛生福利部的盤點，2014 年居家式服務已達 906 家，較 2010 年成長 7.2%；社區式服務 233 家，成長 78%；此外，截至 2016 年 3 月底共設置 241 所多元日照服務單位(含 181 所日照中心、55 處日間托老、5 處原民會健康站)，鄉鎮涵蓋率為 55.43%。在機構方面，住宿式服務有 1,536 家，每萬人 1448 床，也分別成長 2.5%與 24%；此外，至 2016 年 3 月底止，已完成建置 26 個失智症社區服務，這些都是完備長照服務網的重要工作。

由於長照服務法原規劃透過立法來強化與擴大當時實施中的「長照十年計畫」，並作為「長照保險法」的先行。因此，當時衛生署對於照服法草案，將重點置於各項資源配置、機構管理、設置標準、服務人員之資格條件、品質規範與評鑑標準等，來進行基本規範。此外，基於服務的對象將隨著人口高齡化而增加，服務的樣態、方式、項目等也可能隨著社會變遷而迭有創新，長照服務法的規範無法以當下的經驗「一網



打盡」未來的需求與狀況，於是留下了一些彈性，透過子法來規範才能「與時俱進」。

授權子法包括一部法(「長照法人法」)及 9 部子法(施行細則、長照機構評鑑、長照人員訓練認證繼續教育及登錄、長照服務資源發展獎助辦法、長照機構設立標準、長照服務機構設立許可及管理、長照服務機構改制、長照服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查、外國人從事家庭看護工作補充訓練等)，需因應未來需求來規畫，衛生福利部必須在母法 2017 年 6 月施行前完成相關子法。

## 六、未來挑戰

2008 年政府推動《長照十年計畫》(2008-2017)，並接著陸續推動《長照服務網計畫》(2013-2016)、《長照量能提升計畫》(2015-2018)。如前述，長照服務各項目使用量八年來一直在成長，不可否認，執行中也遭遇或產生一些問題，特別是部分地區資源與人力之不足，以及政府委託民間團體提供服務，其效能也有待提升，特別是缺乏橫向的整合。此外，尚有需持續加強的議題，包括地區資源不均與偏遠地區(含山地離島)發展的困難、中央衛生福利部與地方社政、衛政關係的調整與分工等。其中最為迫切者，仍是人力與財源的規劃。

### (一) 人力

自 2000 年有長照籌備小組以來，就已經知道我國最缺的是「照顧人力」，而隨著人口高齡化，長照需求上升必然會帶來照顧人力需求的增加。儘管政府一直都有在培訓照顧人力以及補助財團法人老人福利機構、基金會、立案之社會福利團體等，辦理照顧服務員在職訓練，人力缺口仍在。

2008 年長照十年上路第一年，即發現實務與最初規劃存有相當落差，政府隨即進行滾動式修正，並且在 2010 年進行了第一次人力盤點；四年後，2014 年衛生福利部進行第二次盤點，以下針對兩次盤點的比較摘要如下：

在照顧人力方面，(1)照顧服務員，本國籍為 26,942 人，成長了 30%；在機構住宿式服務的外勞有 9,201 人，成長了 62%；(2)社工人員 3,439 人，成長 17%；(3)護理人員為 10,826 人，成長了 25%；(4)物理治療人員 1,987 人，成長 53%；(5)職能治療人員 1,091 人，成長 67%。這樣的照顧人力照顧 170,465 失能人口，占老人失能人口比例達 35%，相較於 2008 年只有 2.3%，已有明顯成長。

雖然照顧人力已有明顯增加，距離目標仍有距離(因到 2015 年底失能人口涵蓋率 35%)，尚有 1,985 人力需補足。若以將來實施長照保險(以涵蓋率 70%為參考標準)來推估，那麼缺口更大，照顧服務員將缺 30,912 人，社工人員缺 2,628 人，醫事人員將缺 7,796 人(其中護理人員 5,668 人、物理治療人員 705 人、職能治療人員 1,423 人)。此外，在評估人員方面，全國 22 縣市 62 個「長期照顧管理中心」(簡稱照管中心)照管專員來計算，2014 年共有 331 人。2016 年雖已核定增至 353 名，和預

估至 2017 年的需求 1,146 名，還有很大的落差。

2014 年盤點結果，合計有 26,942 本國籍照顧人力，相較於政府自 2003 年至 2014 年所培訓照顧服務員 101,829 人，留任在長照服務領域者只有近四分之一。換言之，超過四分之三未投入，可能因素相當多元，其中(1)參與培訓人員當中有部份是為了照顧自己的家人，或是儲備將來需要時(例如有家庭經濟需求)才會投入；(2)過去所訓練照顧人員以中高齡為多，這 10 餘年當中，年齡漸長而退出勞動力市場。這兩個因素，屬於個人的生涯規劃或配合家庭經濟的需求；而(3)屬於結構性因素，則是需要政府持續改善，包括待遇不佳，工作環境與工時不友善，社會聲望不理想等。

此外，依教育部統計，至 2015 年(104 學年度)約有 37 校相關所系科(含 29 科系、8 學程、11 研究所)，約 2000 名畢業生；若將社會福利相關科系也算進去，總數 61 科系所，每年約有 4700 名畢業生。可是投入長照產業者相當有限，每年約千餘人，畢業後投入照護產業一年後仍留任者，不超過一半。

## (二) 外勞與新住民

「家庭照顧者」至少包括失能者的家人以及外籍看護工兩大宗。由於外籍看護工的工作型態(全天候)與薪資水準(一般家庭看護每月 17,500 元，若含 4 天加班與健保費用，每月近兩萬元；此外，雇主另需擔負每月 2,000 元就業安定費)，目前仍少有「本勞」可取代，短時間內尚無法停止外籍看護工的引進。因此，現階段應先處理最令人詬病的兩件事，亦即，「因濫用而增加」與「照顧品質良莠不齊」。

透過嚴謹的「評估」來減少「濫用」，增加訓練以提升其照顧品質，即成為長照服務法的規範內容之一，並納入外籍看護以「個人看護者」稱之，且照服法第六十四條規範：「個人看護者，應接受中央主管機關公告指定之訓練。於本法施行後初次入國之外國人，並受僱於失能者家庭從事看護工作者，雇主得為其申請接受中央主管機關所定之補充訓練。」

目前約有 23 萬外籍看護工，扣除在機構服務者，約有 21 萬在家庭中服務，其中近八成來自於印尼。由於東南亞國家近年來經濟成長相對迅速，印尼更對外宣稱在未來 5 年將不再輸出勞動力，這也將使得國內外籍看護面臨大洗牌甚至缺工。勞動部積極開發新的替代，近期內似乎還很難有適合的替代國家。然而，危機或許是轉機，一旦減少外籍看護的輸入，則有利於長照制度的轉換。

針對此，本報告認為，可以訓練新住民相關照顧技能，來彌補國內照顧人力的不足。在近 50 萬名新住民(含來自中國大陸)當中，近一半已取得我國國籍或永久居留，她們在台灣生活較久，對於語言與生活習慣也較為熟悉，若子女長大而有就業的意願，是值得開發的人力來源。

## (三) 稅收制還是保險制

長照制度如採社會保險制，每年保費收入可以有一千億，在保險剛上路時，若大家都能繳保費，經費即相當充沛；然而，隨著人口高齡化，仍會面對繳保費者逐年減少而保險支出逐年增加，最後仍逃不出「長壽效應」的影響，將來總會上調保費以因應此趨勢。另外一個缺點，乃因為全民皆須繳長照保，由於失能風險會隨年齡而增加，有可能像國民年金保險一樣，年紀輕者繳保費的意願偏低，這也是需要去克服的事！

雖然長照保險有以上缺點，為了因應未來快速高齡化，仍是值得考慮的政策，考慮的重點在於「推動的時間點」（進入「高齡社會」之後為宜）。2009年成立「長照保險籌備小組時」，本文認為鑒於當時「二代健保」改革正如火如荼進行，引發各界對於「保險費」負擔的疑慮；尤其是長照保險並不如健保具有全民風險分攤的特質，而是對老人以及有失能人口之家庭較具吸引力，若要推動長照保險，保險對象「為全民（如德國與韓國）或特定年齡群（如日本）」，首先須尋求社會的共識。當時老人人口尚不及11%，且舊資料不足以推計未來需求，當時本人主張先完成需求調查，對未來長照需求較精確的了解，才有助於人力、資源以及長照體制的建立！

總之，社會保險制的好處在於一定時間內（20年）財務相對充裕且穩定，如果在2020年上路，前十年嬰兒潮世代步入老年，多數仍在75歲以下，長照需求成長還不是很快，將可累積龐大基金。若能同時積極發展長照產業，並隨著醫療照護科技的進步，將會有一番新的氣象，長照產業在可預期下將興盛起來，有助於普及與多元的服務。

其實過去2008年至2015年推動長照十年計畫，財源就是「稅收制」。以目前長照規模而言，稅收制尚可以維持幾年，可是當民眾逐漸習慣使用，隨著高齡化的加速需求人數快速增加，屆時沒有穩定的財源將無法支撐長照制度的運作；因此，若要延續稅收制，加稅乃為必然。

至於稅收制，以增加遺產稅與房地產稅以及調升營業稅（0.5%）為主要財源。遺贈稅與房地產稅，雖然大多數來自富人稅，因屬於「機會稅」性質，調升的結果未必能增加稅收。簡言之，機會稅較不穩定，且稅基較窄易於外流。另外，大眾稅（如營業稅）雖較穩定，卻易導致民眾負擔的增加，對於中低所得者影響尤為明顯。關於這點，2001年的「先導計畫」中，也對於稅收制抱存疑慮，並認為在稅收制下民眾使用服務接受政府補助，可能會產生烙印效果。

## 七、結論

### （一）目標：形構我國特色的成功老化與活躍老化

面對老人時期的拉長，如何活的健康與快樂是每個人的期盼，因此老年期的生理、心理、社會相關議題都必須受到重視。老化過程中最基本的問題，通常是因器官的退化或意外而造成「失能」，不僅自己生活品質受到影響，也會影響照顧者的生活品質

並且增加家人與政府的負擔。如何在高齡化趨勢中維持健康或減少需他人照顧的情況，即成為重要課題。

至於會有多少的時間需要被照顧呢？許多人將「平均餘命」減去「健康餘命」，宣稱我國老人失能年數平均達7.3年。這句話或許過度誇張，因為失能可分不同程度，這7.3年「不健康」時期，未必是「失能」也不完全是需「密集照顧」。若根據2011年衛生署長照需求調查顯示，65歲以上失能者人數為41萬，當中嚴重而需臥床只有8萬餘人，比例未達五分之一。無論如何，如何延長「健康餘命」才是政策的重點，相關的觀念有「活躍老化」與「成功老化」，目的就是要減少失能機會，縮短「被照顧」的時間！

世界衛生組織(WHO)早在2002年即提出「活躍老化」(Active Ageing)概念，強調健康、參與及安全，以提升高齡者生活品質。為了檢視各國落實情形，歐盟採用「就業」、「社會參與」、「自立健康安全生活」、「活躍能力與環境」等四個面向共22個指標。至於「成功老化」(Successful Ageing)，通常包括：(1)減少疾病與失能風險、(2)腦筋清楚身體好，亦即維持高認知與身體功能、(3)主動參與社會，甚至對社會產生的貢獻(包括關係的建立與生產力的提供)。

誰都不希望活得久的時間都是疾病纏身，因此這兩個概念在告訴我們，除了追求身心靈的健康，還必須重視生活的品質與社會的參與。此外，還應該加上「家庭的參與」，包括對自己年邁父母照顧的參與！尤其是我國有較明顯的戰後嬰兒潮，超過總人口四分之一，目前是中高齡且多數健康狀況良好，應鼓勵其照顧自己的親人，除了可以發揮家庭支持功能(包括兄弟姊妹間的相互照顧)、落實在地老化、也能訓練預防失能與自我照顧的能力。

由於進入高齡老年之後，難免會經歷某種程度的失能，如何強化自己減少依賴，不要被束縛在床上或屋內而加速機能的退化？在步入中高齡或初為老人時是最好的學習時機，尤其是這群人的父母也是失能主要人口群，「做中學」是最好的實踐，也是最好的預防！這才是營造我國成功老化的重要特質。

日本「一億總活躍社會」，白皮書中提出具體理念：(1)健康生活：延長健康時間，提升生活品質；(2)幸福家庭：永續長照服務，促進世代共融；(3)活力社會：促進多元參與，提高自我價值；(4)友善環境：普及支持網絡，消弭障礙歧視。和國際上所呼籲的「活躍老化」與「成功老化」相當契合，第2項和本文的主張類似，只不過日本目前提出來，似乎已經太遲了，家庭機制一旦被摧毀就很難回來！

## (二) 政策建議

### 1. 家庭機制有助於長照制度的永續

當社會上仍存在眾多子女可以分攤年邁父母長照費用與照顧時間，家庭機制仍

可發揮照顧功能，不僅做為子女者也可盡孝道(我國嬰兒潮世代更具照顧經濟與時間分擔的機會)，同時學習日後如何減緩自己的老化，對年邁的父母來說，有子女陪伴走最後一里路，何嘗不是他們的願望？這是台灣一直到 21 世紀初仍保有的特色，在高齡社會尚未到來之前，應強調家庭機制的重要，鼓勵子女照顧年邁父母，這不僅是父母所願，也是子女了解老化過程、學習照顧技能並儲備自我照顧的機會；尤其是龐大嬰兒潮世代陸續步入老年，目前多數仍有此能力，照顧年邁父母同時提升自我照顧能力。

## 2. 保留長照保險選項

如果要採取長照保險制，本文認為時間點應該在 2018 年台灣進入「高齡社會」之後，同時也應配合年金的改革時程。簡言之，年金改革後，老人退休年金會減少，尤其到高齡老年時期長照需求上升，在年金所得減少之際，家庭經濟負擔即快速上揚，本文認為，長照保險即會成為重要制度。至於長照保險要單獨立法或在全民健康保險法中另設「長照」專章，應視長照保險範圍而定。「長期照顧保險法」草案雖已於 2015 年 6 月 4 日行政院通過，送請立法院審議，2016 年政策決定採稅收制，短期間稅收制尚可支撐，但長期而言，社會保險制仍可作為一個選項。

## 3. 重視未來失智症盛行

根據世界衛生組織(WHO)報告，失智症患者 2010 年全球估計有 3,560 萬人，每 20 年成長一倍，估計 2030 年將達 6570 萬人，2050 年甚至可能突破 1 億 1 千萬人(國家衛生研究院電子報第 458 期)。我國 2031 年估計將超過 47 萬人，2051 年將達 86 萬人(台灣失智症協會 2015 年)<sup>3</sup>。由於失智症初期症狀不明顯，容易被輕忽，而隨著持續進入高齡，罹患機會大增；因此，失智症的預防、治療與照顧，將會在長照服務中逐漸提升其比例。

## 4. 輔具發展與居住空間設計

結合資訊智慧科技，以我國在研發上的優勢來面對未來銀色海嘯，既可創造一個新的產業，也能讓老人自主行動與生活，能融入社會並且擁用有安全環境，形構一個友善生活環境。(請參考黃耀榮教授文)

## 5. 發揮社區互助精神，引進多元民間資源

當我國家庭機制尚未崩壞，透過政策來強化，讓老人在最適當的環境中(自己的家人與自己的住所)終老，不僅是老人的首選也最具尊嚴。因此，政府需有機制鼓勵(如稅制上減免措施)，並提供家人照顧的技能與設施之協助；後者，即可配合社區化(包括老人活動據點以及社區發展中心)來建構輸送服務網絡，同時發揮社區

---

<sup>3</sup>台灣失智症協會(邱銘章、陳達夫、王培寧、白明奇、黃正平、花茂琴、林克能、湯麗玉、孫瑜、林仲志(2013)

(鄰里)的互助。

面臨高齡社會即將到來，過去在福利資源分配上，係以弱勢優先為原則，以照顧貧困與孤獨老人為重點。由於失能(含失智)可能發生在任何老人上，我國老人失能率目前為 16.5%，鑑於老化速度加快，將來長照應擴展至健康與亞健康老人，從食衣住行育樂等層面來預防失能。因此，未來的需求不僅增加也趨於多元，適度引進民間資源，透過公私協力機制，有助於創新與效能的提升。

## 6. 掌握台灣特質發展相關配套—以房養老方案為例

「不動產逆向抵押」(reverse mortgage)也就是俗稱的「以房養老」乃鑑於國人以家戶為單位的「住屋擁有率」已高達八成五，是世界少有的現象，儘管多數人仍具「有土斯有財」的觀念當下未必能接受，但在未來幾年，當嬰兒潮世代逐步踏入老年，他們的子女少，就算是照顧老年父母的意願與能力沒有改變，子女的奉養的情形也將呈現下降！除了現有的制度，如何給自己的未來「多」一個保障呢？簡言之，年輕時打拼為了房子，年老時若缺少養老來源，何不用房子來養自己！

由於「以房養老」在我國是一項全新的理念，且涉及財務、保險精算、資金流量、不動產估價、人口餘命、社會救助，長期照顧... 等專業。一開始金融保險機構並無實務經驗，意願並不高；此外，國人的觀念也需一段時間調整，特別是繼承之家產不輕易去進行抵押；再者，推動的時機也必須注意，當不動產價格波動時，鑑價困難度高，觀望氛圍濃厚。最後，相關法規，包括繼承，產權移轉等...也都需突破修改。本文認為，2020 年之後，大量嬰兒潮世代進入老年，由於其子女數相對少，家庭互助功能將相對較難發揮，此方案將可提供一個新的選擇，以解決「有房無錢」長者的困境！



## 第二章 高齡社會之醫療需求、預防與照顧

### 一、前言

醫療的發達，人口老化成為社會結構變化的長期發展趨勢。一般而言，65 歲以上佔總人口數大於 7% 為高齡化(aging)社會，如果超過 14% 稱為高齡(aged)社會，超過 20% 則稱為超高齡(superaged)社會。台灣於 2015 年 65 歲以上人口已達 12.51%，約有 294 萬人(內政部統計處，2015)，根據國家發展委員會預估，2036 年將有 640.7 萬的老人，至 2061 年高達 735.6 萬，將佔總人口 41% 的比率(國家發展委員會，2014)。至於 85 歲以上超高齡老人則由 2014 年的 11.5% 上升到 2061 年的 25.6%，亦即每四位高齡者即有 1 位超高齡長者。人口老化不僅是台灣的問題，全球各地許多國家也都有此共通現象，因此這年齡層的病患可預期將是醫療照顧最重要的族群(白禮源，2013)。因應人口快速老化，台灣極需要完善的「長期照護制度」，包括結合醫療、機構、居家與社區發展或提供多元化的照護服務，以進一步及早預防及因應。

本文將從高齡者之醫療需求、照顧人力資源談起，接著高齡常見疾病與症狀、預防與健康管理、打造優質高齡健康照護環境，最後針對營養與養生及特殊照護(如失智、癌症臨終照護)、智慧化照顧與管理及高齡福祉科技作為描述綱要。

### 二、高齡社會之醫療需求

台灣長期照護資源尚未建構及整合，且高齡人口的生理及心理隨著年齡增加而逐漸退化，如：長期罹患慢性疾病，加上所需的機構照顧與衍生的醫療支出龐大，雖然部份可透過全民健康醫療保險給付，如遇上健保未給付或長期需照護時，亟需要相關的醫療補助或政府長照福利及相關產業服務的協助。

台灣全民健保自 1995 年開辦以來，以自助互助及風險分攤方式讓全國民眾能夠獲得門診、住院、居家照護及社區復健的醫療照顧，減輕就醫時龐大的經濟負擔。隨著人口結構的加速老化，65 歲以上人口 1995 年至 2000 年共增加 17 萬人，因此健保支出增加 313 億台幣，老人醫療支出不但佔去家庭醫療總支出的 20%，也耗費 3 成以上全民健保的醫療資源，顯示健康保健、疾病預防的健康維護需求增加與重要性。

加上台灣目前城鄉差距過大、醫療及預防保健的資源分配不均，對於老人照顧資源供給不足，尤其高山、離島、偏遠地區不易接近先進醫療設備與照顧品質。在整體健保醫療費用支出成長遠高於保險費收入，逐漸入不敷出、收支赤字持續沉重，2009 年的財務缺口已達 280 億台幣，亟需開源與節流方面的加強改革，開源是增加保費收入，包括：調整費率、擴大費基、提高保費收繳率等；而節流則可從醫療不當浪費、藥價黑洞、部分負擔與合理支付制度著手。一代健保確保醫療的可近性，使全民有保、

就醫無礙；二代健保則朝醫療的可靠性，提升品質、公平與效率努力，例如以家戶總所得計收保費，擴大計費基礎，低所得者可依現行制度保障，所得較高者，負擔多一點保險費，而相同所得的家戶，負擔相同的保險費(詹火生、李安妮、戴肇洋，2006)。

隨著高齡與身心障礙人口的增加，民眾對於長期照護的需求將日益增加，例如，老年疾病往往是單一個體同時罹患多種慢性疾病，根據研究，台灣 80% 老人罹患至少一種慢性病，而 50% 存在兩種以上。失智症會隨著年齡上升增加其發生率，患者常常無法察覺自己身體上的不適甚至自我照顧困難。另外，65 歲以上的患者將占所有癌症病人的 70%。為避免國家財政負擔沉重，進而影響民眾的醫療與安養權益，建議及早透過國家長照/高齡相關政策福利或社會保險提供因應。

高齡人口「在地老化」與「去機構化」的照護措施，已是各國家發展照護服務政策最主要的目標，也能符合民眾的期待。台灣目前長照資源、機構分布不均，醫療資源不足、人口老化也比較嚴重，亟需一個新的長期照護制度建立；長照制度是基本醫療服務與「在地老化」的銜接體制，瑞典挪威等北歐國家生活願景是臨終前二週才躺在床上，台灣衛生福利部 2010 年報告顯示，國人一生中長期照護需求時段約 7.3 年，老人不可能從長青學院直接銜接到失能失智的日照中心，應提早從預防做起以延緩失能發生，延後長照需求年數。當老人逐漸衰退，應提供日間照護或居家的支持服務，甚至進駐到機構化照顧。以系統化整合資源及發展長期照護相關完整的服務，並應該逐漸提升提供服務的品質與量能。

### 三、照顧人力資源

目前國內與兩岸在長期照顧(養老)人力普遍以直接照護人力為主要思考模式，也是需求量最大的人力缺口。然而社會大眾對於長照(養老)產業照顧服務人員的印象，普遍認為是外傭或看護工的工作，社會印象不佳、薪資水準偏低，造成照顧服務人力短缺。提升照護專業人力與品質勢在必行，應先從政策與制度面去解決。此外，業界應致力於提升就業環境，以吸引更多年輕人就業。長期照顧產業所提供之直接或間接服務人才，不論是專業、半專業的工作人員，都必須接受職前教育及定期在職訓練或繼續教育，方能提昇完善服務品質，因此產業學或各政府單位皆朝這方向在努力。

隨著人口老化，伴隨疾病漸增，失能人口將急速增加，長期照護服務體系的建構刻不容緩，體系建構的核心在於人力，行政院過去推動和執行的「長照十年」已經感受到人力不足的問題頗為嚴重。以教育端而言，解決或因應的方案很多元，長照人力發展的一個重要管道就是大專或大學相關的教育。目前我國大專以上教育體系有大約 60 餘個老人照顧、老人事業管理或老人健康促進相關的系科所。如果能夠妥善運用這些畢業生人力，對於解決長期照護人力不足的問題必有助益。舉例而言，國立臺北護理健康大學建置的「健康照護產學合作中心」，主要職責為發展長照教育事業、長

照產業組織與政策溝通，針對長期照護科系學生規劃長照「核心課程」、「課程地圖」等，搭配已建置上線之長照產學實習媒合平台，培育學生具有貼近實務的專業知識和能力。藉由計畫執行過程進行滾動式研析，對政府相關單位即時提供政策建言。

#### (一) 長照人力在哪裡？台灣長照相關科系畢業生投入職場現況

長期照顧在臺灣發展多年，無論是社福或事業化觀點，長照人力與服務專業化皆必須克服的挑戰。學校端培育的相關科系人才是穩定優質的照護人力來源。以台灣長照相關科系畢業生為例，剖析長照專業人力投入的職場現況與發展動態，我們針對台灣地區 39 個大專院校長期照顧直接相關科系及研究所之畢業未滿三年之畢業生為樣本，結合質性與量化方法分析並歸納台灣長照畢業生投入職場之動態模式。發現台灣長照直接相關科系之近三年畢業生實際進入長照職場的比例為 41.5-44.4%。歸納長照科系畢業生不願投入長照職場因素：(1)職場條件不佳：薪資水準低、福利差；(2)社會觀感：專業形象與工作尊嚴；(3)家人壓力：專業成長與職涯發展（進階制度）缺乏未來性與願景。建議產、官、學、研各界應共同致力提升長照專業人力之職涯進程、進階制度完整規劃，提供未來願景與發展創新服務機會，吸引更多元學子投入長照產業，奠定華人區發展長照新興事業基礎，增加照顧品質。

#### (二) 長照從業人員須具備之核心職能與素養初探

計畫中，關於職系歸類，台灣二十二個長照相關科系與三大長照場域（機構、社區、居家）之代表參與，以設計結構化問卷，收集來自學校、長照機構、非營利組織等十五位專家意見後，以量化分析結合質性歸納長照人力必備之核心職能，長照場域實務需求考量，重新解構長照人才具備之專業職能，並以照顧服務員、居家服務督導員、照顧管理專員等職系為例，探討長照人才應備核心職能，結果發現核心素養包含：瞭解與關懷、認識和持守專業倫理、溝通與協調、安全與應變、品質照護、熟悉福利與資源運用、指導與督導等核心能力對應。以上提供人才培育與訓練規劃重要依據，期待強化長照人才發展提供服務與專業量能。

### 四、高齡者常見疾病與症狀

#### (一) 高齡者疾病特徵

高齡者的疾病特徵為：(1)常見高齡者疾病；(2)罹患多種疾病；(3)容易重症化且恢復緩慢；(4)個別差異性大；(5)常為非典型症狀；(6)水、電解質異常，容易伴隨精神相關症狀；(7)容易出現藥物副作用；(8)社會環境對患者預後影響很大(TAIC & JSDC, 2015)。

老年疾病最根本原因是老化過程，例如：骨骼疾病的骨質疏鬆症及退化性關節炎等脊椎疾病，其實與骨骼關節老化有密切關係；另外，腦部疾病和老化最有關連，常見的有導致失智症的阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD)、合併運動型障礙失智症的

巴金森氏症(Parkinson's disease, PD)等退化性神經疾病。因此，老化雖將高齡者區分為不會出現疾病症狀的「生理性老化」及會出現疾病症狀的「病理性老化」，但是隨著年紀越大的高齡者，要區分兩者的不同就越發困難，例如，重聽幾乎會出現在所有高齡者身上。

## (二) 代謝症候群及生活習慣病

全世界約三個成人中就有一個罹患高血壓，其中有一半的人是因中風和心臟疾病導致死亡；在十個成人中就有一個患有糖尿病(World Health Organization, 2012)，有鑑於此非傳染性疾病負擔日益嚴重。我國 2008 年統計死於腦血管疾病、心臟病、糖尿病及高血壓等代謝異常的人數達 29.3%，超越癌症的 27.3%(何雪華、蔡宗益，2010)，而於衛生福利部公布 2011 年國人十大死因中即有四項疾病與代謝性症候群有關係，其死亡人數率依序為：心臟疾病佔 10.9%；腦血管疾病佔 7.1%；糖尿病佔 6.0%；高血壓性疾病 3.0% (衛生福利部，2012)，由此可見因代謝異常所致的疾病已嚴重威脅國人健康，國內於 2004 年公佈第一版的國人代謝症候群的診斷標準，並於 2007 年考量國人對身體質量指數(body mass index, BMI)之定義，衛生福利部修訂版(2007)針對代謝症候群之定義：為具有下列三項或三項以上危險因子者；(1)腹部肥胖：腰圍男性 $\geq 90$ 公分，女性 $\geq 80$ 公分；(2)血壓 $\geq 130/85$  mmHg；(3)空腹血糖 $\geq 100$  mg/dl；(4)高密度脂蛋白膽固醇：男性 $< 40$  mg/dl，女性 $< 50$  mg/dl；(5)三酸甘油脂 $\geq 150$  mg/dl。

代謝症候群所衍生之腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病，皆年居台灣十大死因榜中，儼已成為我國重要公共衛生議題，會隨年齡增加而上升。另年齡較高者及有嚼檳榔習慣者，其罹患代謝症候群的風險顯著較高。研究結果顯示，隨著年齡增加代謝症候群盛行率就越高，男性代謝症候群的盛行率高於女性，但此差異在 60 歲有所轉變，女性代謝症候群的盛行率高於男性，因此高齡者應積極因應，以維持良好生活品質(吳淑芳、吳孟嬪、李梅琛、劉介宇，2016)。

疾病進程、惡化、治療成功與否，受到生活習慣的影響，近年來稱為「生活習慣病」。出現在高齡者的疾病稱為「老年病」；需從中年就開始預防的疾病稱為「成人病」，這些病因受到生活習慣影響很大，由於抽菸、喝酒、高鹽、高油、高熱量飲食等不良生活習慣，所導致或惡化的慢性疾病，統稱為「生活習慣病」，甚至許多屬於「成人病」的慢性疾病，也被納入此範疇中，例如，高血壓、缺血性心臟病與腦梗塞等動脈硬化疾病、糖尿病、高血脂症、肥胖、痛風、癌症等都包含在內(TAIC & JSDC, 2015)。

以下就常見的生活習慣病簡述：

### 1. 高血壓(Hypertension)

收縮壓在 140mmHg 以上，或舒張壓在 90mmHg 以上，即可被診斷為高血壓。對高血壓有著最直接影響的是鹽分攝取量，高血壓原因有很多，如中年開始就一

直持續的原發性(本態性)高血壓；及因為年紀老化，主動脈壁伸縮性降低，導致只有收縮壓上升(獨立型收縮性高血壓)等類型較為常見。高血壓本身較少成為直接死亡原因，卻會是動脈硬化最大危險因子，引發缺血性心臟病或腦梗塞等成為重要死亡原因的疾病，因而被稱為「隱形殺手(silent killer)」。血壓在一天中會上下起伏，有時會因在醫師面前緊張而使血壓上升，稱為「白袍症候群」；反之在醫師面前出現正常血壓則稱為「逆白袍高血壓」，也有起床後量血壓高但在日間血壓正常的情況。通常症狀為頭痛、眩暈、肩頸酸痛、手足麻木感等，嚴重時會導致心悸、嘔吐、視覺變化、倦怠感、顏面潮紅等症狀出現(Franklin, Allen, Pickett, & Peters, 2015)。

## 2. 動脈硬化(Arteriosclerosis)

因動脈壁增厚、變硬而有此名稱，可再細分為(1)粥狀硬化；(2)動脈中膜鈣化性硬化；(3)小動脈硬化。發生在腦動脈的動脈硬化稱為腦梗塞，發生在冠狀動脈則為心肌梗塞。其他部位出現動脈硬化情況例如主動脈瘤、周邊血管阻塞性疾病、腎動脈硬化症等情況。在腦部發生動脈硬化時，輕微會造成腦部血流不足，如：頭暈、頭痛等，若嚴重時會產生缺血性中風，產生偏癱(emiplegia)或言語障礙等症狀(Dionesia et al., 2010)。

## 3. 缺血性心臟病(Ischemic heart disease)

冠狀動脈動脈疾病(Coronary artery disease, CAD)又稱為缺血性心臟病。狹心症(心絞痛)為短暫性心肌缺血，導致心肌氧氣供給不足，可區分為活動時才會出現的「穩定型狹心症」；及安靜休息時也會發生，且頻率、持續時間、強度也會慢慢增加的「不穩定型狹心症」，其主要症狀為胸痛以及盜汗、轉移痛、呼吸急促、嘔吐等(Hwang & Kim, 2015)。

## 4. 腦血管病變(Cerebro vascular accident, CVA)

俗稱中風，可分為腦血管(特別是腦動脈)破裂所引起的顱內出血，及腦血管阻塞所引起的腦梗塞。顱內出血可細分為覆蓋於腦部外側的蜘蛛網膜出血；及腦實質出血的腦出血兩種。高血壓是出現這類疾病的最大危險因子，一般腦出血情況大多是指高血壓性腦出血，其他如：飲酒...等也是引發腦出血的重要危險因子。其症狀為突然間單側無力或麻木、口齒不清、吞嚥困難、複視、劇烈頭痛(Ho et al., 2016)。

## 5. 糖尿病(Diabetes mellitus)

原發性糖尿病可分為胰島素絕對性不足所引起的第 1 型糖尿病，及胰島素相對性不足所引起的第 2 型糖尿病兩種。第 1 型年輕人較常見且與遺傳有關連；高齡者則常見第 2 型糖尿病。台灣糖尿病發生約 96%為第 2 型居多。從正常到診斷出糖尿病之間的血糖值是一個連續性波動數值，從中找出標準來界定有時很困難。

目前都以(1)早上空腹血糖值低於 100mg/dl；(2)75g 葡萄糖耐受度試驗的兩小時後，血糖值低於 140mg/dl；(3)HbA1C(糖化血色素)低於 5.6%，三項標準都符合稱為正常。若(1)早上空腹時，血糖值超過 126mg/dl；(2)75g 葡萄糖耐受度試驗的兩小時後，血糖值超過 200mg/dl；(3)HbA1C(糖化血色素)6.5%以上，三項條件只要符合一項稱為糖尿病。

糖尿病本身若控制不佳，易發生併發症，如會造成視網膜病變、周邊神經病變(麻木、麻痺)、腎功能障礙(腎病變、腎衰竭)之外，也是動脈硬化的重要危險因子。糖尿病症狀為喝多、尿多、吃多，即使增加食量，體重仍然減輕，另外還有易疲勞、皮膚搔癢、視覺模糊等(Park, Park, Quinn, & Fritschi, 2015)。

## 6. 肥胖症(Obesity)

如果以身體質量指數(Body Mass Index, BMI)和疾病發生相關率來看，BMI 在 22 的時候及病發生率最低，正常為 18.5~24，過重(overweight)則是指  $24 \leq \text{BMI} < 27$ ， $27 \leq \text{BMI} < 30$  為輕度肥胖， $30 \leq \text{BMI} < 35$  為中度肥胖，而  $\text{BMI} \geq 35$  稱為嚴重肥胖。通常肥胖症者有腰圍過大、關節痛、活動減少、肌肉痠痛、憂鬱等症狀，以及較容易罹患心血管等疾病(Hawkins et al., 2015)。

### (三) 精神疾病

#### 1. 憂鬱症

高齡者憂鬱症(depression)是指若出現活動力減退、日常生活出現障礙，同時出現判斷、注意力、認知方面障礙，對於各式各樣提問皆常回答「我不知道」；或明明看起來就像失智症一樣，卻還保持著完整情節記憶；或藉由抗憂鬱藥物可以改善，稱為假性失智症，這可能是因為憂鬱症產生類似記憶缺損的狀況。此外，有時也會看不出來明顯情緒心情低落，但主要都是反映身體不適的情況，稱為隱性憂鬱症。

### (四) 感覺器官疾病

#### 1. 視覺器官(眼)疾病

大約在 50 多歲左右調節水晶體焦距的睫狀肌收縮力減退所引發的現象稱之為老花眼，是生理性老化，不是疾病也不是視覺本身的退化。高齡者身上出現最多的眼睛疾病是白內障，這是水晶體混濁產生著色、使透明度減弱的疾病，60 多歲的人約佔 60%、70 多歲有 85%、80 歲以上則接近有百分之百有白內障，其症狀為逐漸之視力模糊、眩光、顏色辨識異常、複視等(Jae et al., 2005)。青光眼是因為眼壓升高、視神經乳突部位出現變化，而產生視力衰退、視野缺損、眼痛、頭痛、噁心等症狀。

#### 2. 聽覺器官(耳)疾病

高齡者或多或少在低音域部分都有某種程度的聽力障礙，正常老化所導致的



聽力衰退與老年性重聽，兩者在性質方面大致相同，但在感知音量有所差異，老年性重聽屬於感音性聽力障礙，因此就算配戴助聽器進行溝通，效果也相當有限。

### 3. 味覺障礙

味覺主要靠舌頭上的味蕾去感受，味覺退化首先要考慮是否因為服用藥物相關副作用所造成，此外。老人的牙齒漸漸鬆動、脫落，咀嚼功能下降，嗅覺減退等皆是造成老人感受食物中的味覺異常原因，包括對於酸、甜、苦、鹹各感覺敏感度則會降低(Fark, Hummel, Hähner, Nin, & Hummel, 2013)。

## (五) 呼吸器官疾病

高齡者的呼吸器官疾病，多是以慢性阻塞性肺病、肺炎、肺結核及肺癌為主。慢性阻塞型肺病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)平時表現症狀為活動時喘不過氣、咳嗽及痰量增加，可在胸部 X 光看到肺部透光性增加或電腦斷層中發現肺實質廣泛性空泡狀損傷。

## (六) 骨關節與運動器官疾病

骨質減少程度若超過了正常生理老化範圍，稱為病態性骨質減少，俗稱「骨質疏鬆症」(osteoporosis)。骨質疏鬆特別容易發生在更年期後女性，若骨骼脆弱性增加，會成為骨折重要危險因子，會造成「脆弱性骨折」。

## (七) 皮膚疾病

高齡者有許多是病理性皮膚搔癢症，其和生理性皮膚變化有密切關聯，通常沒有出疹、僅有搔癢感為主要特徵。侷限性皮膚搔癢症，常出現於會陰部，發生原因多為前列腺肥大、陰道感染、痔瘡或肛門周圍的糞便刺激等；廣泛性皮膚搔癢症，會因為糖尿病、藥物、肝病、慢性腎衰竭、痛風、血液疾病等系統性疾病引發。

## (八) 泌尿生殖器官與婦科疾病

老年男性的前列腺(攝護腺)肥大及尿路結石等解尿障礙疾病，造成尿急、頻尿；急性尿液阻塞或是無法將尿液完全排空，而影響生活品質(Speakman, Kirby, Doyle, & Ioannou, 2015)，另外也會引起泌尿道感染。長期臥床者罹患肺炎、泌尿道感染、褥瘡及女性的婦科疾病如:陰道搔癢、子宮脫垂等。

## (九) 傳染病

若有吞嚥障礙或慢性阻塞性肺病，就很容易罹患肺炎；肺炎常是促成高齡者死亡的直接原因，相對於高血壓「隱形殺手(silent killer)」稱號，肺炎則成了「直接殺手(direct killer)」，長期臥床無法自由變化體位，是罹患肺炎的因素之一。高齡者也是流行性感冒的高風險群，病況容易嚴重化，高齡者更應特別要求在流行季節前就接種疫苗。

## (十) 牙齒及口腔疾病

高齡者牙口特徵：(1)牙齒缺損較多，現存齒數較少，一般人上下排恆齒各有 14 顆，合計 28 顆(包括智齒合計 32 顆)。為增進健康應該在 80 歲時留下 20 顆牙齒的「8020 運動」；(2)牙齦萎縮、牙根露出；(3)口乾:高齡者唾液腺萎縮、唾液分泌量減少、藥物副作用和水分攝取量減少，都會導致口乾(TAIC & JSDC, 2015)。

## 五、緊急時刻的訊號與因應

### (一) 意識障礙、休克

#### 1. 意識障礙

現在最常使用的意識清醒程度評估表是葛式昏迷指數 (Glasgow Coma Scale, GCS)，需觀察睜眼、語言及運動等三方面反應，總分 15 分為正常，3 分最低，若低於 7 分為重度昏迷。如果出現意識障礙，常會伴隨嘔吐情況，重度意識障礙時，舌根很容易往後倒阻塞氣管，出現血壓急速下降及冒冷汗時，應採頭低腳高(將下肢抬高但不阻礙呼吸)的姿勢平躺。

#### 2. 休克

休克可藉由觀察皮膚或臉色蒼白、冒冷汗、脈搏微弱、呼吸急促或衰竭、身體及精神虛脫、血壓降低等症狀來判斷。循環血液量減少所引起的休克(低血容積性休克)，因為心臟疾病所引起的休克(心因性休克)，如果出現呼吸困難或端坐呼吸的症狀，不要強迫對方平躺，協助能夠舒適輕鬆呼吸的姿勢(半坐臥)；全身性過敏所引起的休克(過敏性休克)，常見藥物過敏所造成。神經性休克乃因自律神經受損，導致心跳過緩、心臟收縮力降低，而出現血壓降低的休克。

### (二) 跌倒、滾落

若有出現失智之行為精神症狀，跌倒、滾落等意外發生風險都會更高。很多高齡者都有骨質疏鬆症，僅輕微外力就可能造成骨折，所以需要觀察跌倒後是否出現骨折。需注意觀察要點：(1)有無疼痛症狀，確認疼痛部位；(2)確認出現機能障礙部位；(3)觀察是否有腫脹、發熱、發紅、皮下出血等情形；(4)休克症狀；(5)量測脈搏，注意是否有血壓降低、發紺等情形；(6)確認是否出現癱瘓或肌力減退等神經系統損傷。

### (三) 吸入、嗆入(氣管)窒息

當高齡者精神不濟、長時間未進食、容易疲倦，或失智症突然惡化、新發生尿失禁等現象，則須提高警覺是否有進行中的感染症存在。高齡者在過年時吃年糕噎住的意外事件常常聽到，就算年糕沒有進到氣管內，但黏性高的食物還是可能整個阻塞住氣管開口，因食物等異物導致氣管阻塞，無法將氧氣送至肺部的狀態，稱為「窒息」。

窒息的因應措施，首先是照護者必須發現窒息症狀，當失智症患者看起來很痛苦、臉色很差、發不出聲音或無法呼吸時。如果尚有意識，照護者可從後方將其抱起，或是使其趴在椅背上、採取前屈姿勢、由背部中央部位往上拍打；然後維持前屈姿勢，

誘發嘔吐反射把異物咳出(背部拍打法)。此外，右手握拳由失智症患者腋下往前伸，在心窩處來回旋轉，另一隻手的手腕則握住拳頭，瞬間由下往上擠壓，讓他能把東西吐出來(哈姆立克急救法)。

#### (四) 癲癇

阿茲海默症進入到第 III 期(末期)時，有時會出現癲癇的情況，所謂癲癇，指的是整個身體或一部分骨骼肌出現不自主收縮現象，發作時，需進行初處理，引流分泌物等，以保持呼吸道通暢，待短期急性症狀過後，再進行後續之評估及藥物治療(Dubendorf, 2010)。

#### (五) 異食、誤食(誤飲)

如果目擊到失智症患者誤食物品，應該讓他喝牛奶中和(茶丸中毒則不可)或喝水稀釋、幫助催吐，並帶至醫療機構接受處理。例如:發現異食、誤食、誤飲的時候，若意識不清狀態，吐出來的東西很可能會卡在喉嚨導致窒息。另外，誤飲強酸性廁所清潔劑、強鹼性漂白水等腐蝕性藥劑，都有可能因為催吐導致食道或氣管受到二度傷害。

#### (六) 其他

##### 1. 溺水

意外事故死亡事件當中，溺死或因為溺水事故死亡比率，佔 65~74 歲年齡層 18.3%，75 歲以上則佔約 15.6%的比率，或是單獨在洗澡、沐浴時，照護者需要充分留意和觀察可能發生意外情況，此外失智症患者在浴室裡發生類似像頭昏、跌倒導致溺水危險性也相當高。

##### 2. 勒頸、上吊、自殺

老年人自殺比例逐年上升，自殺的危險因子，包括神經生物學 5 羥色胺素(5-hydroxytryptamine or Serotonin)，例如憂鬱症者腦中含量低；精神疾病社會因素(如:喪偶、獨居、身體疾病等)。追述高齡者自殺相關背景時，大部分原因指向憂鬱症。高齡者憂鬱問題，並不會一眼就看出來有時僅會表現出輕微焦躁不安，照護者常低估高齡者的憂鬱問題，因此必須加強家屬及各類專業人員確實注意這類對象平常的心理變化及辨識自殺前兆(TAIC & JSDC, 2015)。

### 六、高齡者疾病預防與健康管理

老年疾病往往是單一個體同時罹患多種慢性疾病，根據研究，台灣 80% 老人罹患至少一種慢性病，而 50% 存在兩種以上。且不同個體之間有相當大的差異，並非一定會出現疾病典型症狀，且常伴隨著代謝異常等情形。除此之外，如:失智症患者常常無法察覺自己身體上的不適，無法用言語清楚表達。由此可知照護者經常性之身體評

估健康檢查是很重要的，高齡者疾病症狀的發現與否，主要與照護者是否能夠主動留意其日常生活相關情況有很大的關係。

### (一) 日常健康管理

泛稱「健康促進」的事物，指的是自己正視自己的健康，盡可能對自身進行健康檢視，健康是讓我們過自己想要人生的一種資源。高齡者健康管理，維持身體、精神方面健康當然是必須的，方能達成在地老化的目標。所有人健康檢查的目的皆為健康與身體機能維持、早期發現疾病、預防現存疾病惡化。高齡者各種身體機能常有極大的差異性，往往無法光靠檢驗數據是否異常、來判斷是否有健康障礙。需觀察高齡者的身體訊息，如果不深入了解日常生活作息的話，很難有所發現。

### (二) 機構中的健康管理(健康檢查)

絕大多數入住到機構的高齡者，都患有數種疾病。若是病情突然惡化而無法給予適當處置的話，嚴重者甚至會危及性命(TAIC & JSDC, 2015)。

#### 1. 防止意外的健康檢查

在機構內發生的意外，最常見是跌倒、嗆入。而意外發生的背景，包括高齡者本身、照護者、制度及照護方法、環境等因素互相影響所產生。高齡者本身因素須事先確認下列因素：(1)慢性病嚴重度；(2)危險認知能力；(3)服藥狀態；(4)運動機能及姿勢維持能力；仔細觀察高齡者行動，再將獲得的訊息與其他成員分享，方可提高預測意外發生風險的準確度，同步提升預防意外發生的警覺。

#### 2. 防止感染的健康檢查

防止感染有以下三個原則：(1)去除病原體；(2)截斷病原體有效傳播途徑；(3)增強個體抵抗力。

#### 3. 照護者自身健康檢查

照護者在避免自己受到感染的同時，也應努力避免讓自己成為感染媒介。

### (三) 居家進行的健康管理(健康檢查)

為了提升居家生活舒適度進行疾病管理、及緩解慢性疼痛、呼吸窘迫、睡眠障礙等身體不適，就變得十分重要。許多在家生活的高齡者，接受照護服務的同時，也接受經常看診家庭醫師的診療服務，醫師與照護者必須與患者家屬同心協力，共同為高齡者實施必要健康檢查。

#### 1. 高齡者的家人所進行的健康檢查

負責照護工作的照護者也可能是高齡者，在台灣常見老人照顧老老人之現象，照顧者自身也會有某方面的疾病與障礙；就算身體十分健康，也可能因為照護負擔太大，而讓持續照護變得相當困難。如何指導支撐居家照護的家人，使其能夠對自己身心健康進行自我檢查也不可輕忽。高齡者家人健康檢查，在生理健康方

面的具體觀察如下：需確認其對於健康的自覺性；是否有能夠共同幫忙照護、以及幫助自己的對象存在；是否因照護而影響睡眠、工作、休閒活動；照護是否會造成經濟壓力；是否因為照護而與其他家人感情發生變化；使否有繼續照護之意願。

影響照護家屬健康狀態的另一個因素，是和照護相關的心理負擔。其中包括：(1)幾乎 24 小時需要照護；(2)不知道如何應對與照護的困境壓力；(3)主要照顧者和其他家庭成員因為照護問題發生衝突；(4)非同住親戚不諒解所產生的無力感。

## 2. 獨居情況進行的健康檢查

若是獨居的高齡者，需確認照護對象與鄰居及社區之間是否維持著良好互動關係，如果高齡者有個性封閉傾向，持續處於孤立狀態拒絕外界援助，則很有可能讓自己承受急性功能退化的失用症候群(Disuse syndrome)，喪失走出戶外的能力，使得生活陷入更加封閉的惡性循環。居家照護高齡者的照護還包括公共機構，例如：鄰居、朋友、醫療相關單位及社區福利活動、銀髮俱樂部活動...等(TAIC & JSDC, 2015)。

## 七、打造優質的高齡健康照護環境

打造優質的高齡健康照護環境包括高齡群的特殊照護與智慧化照護管理。

### (一) 失智症照護

對失智症患者來說，協助生活的照護環境與社會認知是重要的課題。不僅專業照護人員、家庭照顧者、社區居民...等對於失智症疾病及失智症患者是否有足夠的理解與態度，是基本且意義重大的事情(Miller, 2013)。

過去以家人對高齡者的扶養一事，以及與其相對的社會扶養意識為中心。隨著照護問題的浮現，社會也開始關心包括失智症高齡者在內，對需照護高齡者的家屬照顧負荷問題。對於失智症等需要照護高齡者之「扭曲的理解方式」，則頂多只有家屬照顧課程等做為討論課題，其對失智症等疾病未透過科學觀念正確理解，或者對患有疾病、障礙的人，以疾病、障礙為理由抱持歧見或偏見(林麗嬋等人，2015)。

因此，改善失智症患者周遭社會認知之處置如下(TAIC & JSDC, 2014)：

#### 1. 建構高齡化政策之普遍理念

有鑑於上述對失智症患者的社會認知之歷史與現狀，必須針對失智症患者等全體高齡者，從個人、社會高齡化角度，重新審視國家的政策理念，並從全球化觀點重新建構理念。因為與失智症患者周遭社會認知相關的課題，會受到推動高齡化政策時的基本理念與目標方針的影響。高齡者應在尊嚴及安全之下，自榨取其身體、虐待其精神的生活中解放，得以安享晚年。無論年齡、性別、人種、族群背景、障礙及其他，亦無論其地位高下，應受公平待遇，也應無論個人經濟多

寡而受尊重。

## 2. 改善失智症患者社會認知的方針

五項方針如下：

- a. 對家庭照顧者、社區居民及市民實施教育宣導。
- b. 關於對家庭照顧者的衛教，提供家屬輔導的基本要點。
- c. 釐清患者的能力還有什麼，協助維持現有功能與功能。
- d. 提供失智症病情發展所引發之各種行為障礙的知識，使其做好心理準備，在遇到狀況時能不慌亂地因應。
- e. 為使直接照護者以外的家屬成員能有共識，必要時召開家族諮詢會議。

### (二) 營養與養生

老年人，尤其年紀超過 85 歲之老老人，行動力退化、生理能力下降，也因疾病及藥物等因素影響，營養危機也更為升高。老年人容易出現"營養危機"。說到營養不良，老年人因各項身體機能逐漸衰退而引起的胃腸道萎縮只是其中一項因素，疾病、環境、心理等因素也不容忽視。對於高齡者的營養篩檢，應至少每年進行一次，若危險因子較多時，更要增加監控的頻率。由於老年人牙齒脫落往往咀嚼不好，消化吸收功能差，菜餚烹調應使之易於消化，膳食安排以少量多餐為宜，一天可三餐主餐，兩次加餐；應忌菸、酒、咖啡和辛辣刺激性強的食品；平衡膳食是增強老年人體質和延緩衰老的基礎。

老人的飲食原則需符合食物多樣化，三餐規律及足夠的水分。其相關重要飲食原則：(1)三餐加點心，少量多餐，適量分配；(2)食材選擇宜多樣化，以不同顏色的食物互相搭配，可選擇營養密度高的，例如：以五穀米取代白米，提高營養價值；(3)烹調以清淡、柔軟為主，盡量以天然調味料(如：蔥蒜、香菇、香菜)來調味，少加味精、醬油，避免高鈉飲食影響心血管慢性疾病。油脂以植物油為主，避免辛辣刺激性食物；(4)水分攝取充足，建議在白天攝取開水，晚上攝取量應減少，避免晚上頻尿，影響睡眠；(5)膳食纖維攝取需足夠，老年人每日建議攝取量為 25~35 公克。需注重適量的攝取量，因若未攝取足夠，會影響排便的順暢度；(6)選購食材以新鮮、當季為主，也要確認其有效期限，注意食物的新鮮度；(7)全穀取代五穀，預防慢性疾病：以「全穀根莖類」取代「五穀根莖類」，全穀類含有豐富的維生素、礦物質及膳食纖維，對人類健康更具有保護作用，預防慢性疾病、避免便秘。多選糙米、全麥片、全蕎麥等，番薯、南瓜也可入菜；(8)「蛋、魚、肉、豆」順序改成「豆、魚、肉、蛋」：建議多從豆、魚類攝取蛋白質，並鼓勵少葷多素，優先選擇豆類未加工植物性蛋白質，可充分攝取微量營養素、膳食纖維及植化素，對健康較有利；(9)選喝低脂乳，每日攝取適量堅果類：奶類改為「低脂乳品類」，攝取量為每天 1.5~2 杯(每杯 240 毫升)的低脂乳品，另外，為增加健康油脂攝取，油脂類改為「油脂與堅果種子類」，建議

每天多吃一份瓜子、杏仁果、開心果、腰果、芝麻等，以補充維生素E的攝取；(10)減少主食、油脂攝取量；增加蔬果、堅果攝取量；(11)勤運動、多喝水：每日從事動態活動至少30分鐘以上、多補充水分，增加新陳代謝。保持精神愉快，心情舒暢、遇事不怒、思想寬廣、飲食有節、起居正常，保持良好的心情(林麗嬋等人，2015)。

為舒緩人口結構老化所帶來的衝擊，並協助老年人成功調適其晚年生活，如何讓老年人活得健康並使其生活具有良好品質，實為重要課題。而營養更是其中不可或缺的重要環節，因為充足且營養的飲食，與老年人的生活品質有關。健康的飲食習慣更可預防疾病、延緩疾病，協助老年人達到其最大壽命。

### (三) 癌症照護

癌症的發生與年紀有相當高的相關性，美國的研究顯示，在未來的20年中，新的癌症診斷的人數將顯著增加，預計到2030年。65歲以上的患者將占有所有癌症病人的70%。在台灣也有類似的情況，許多腫瘤如肺癌、結腸直腸癌、乳癌、攝護腺癌的發生率隨著年齡增加而逐漸上升。

老年人癌症種類和預後也和一般人有所不同，例如高齡者的急性骨髓性白血病，多有先行的骨髓增生不良症候群，且常有對預後不佳的染色體異常。同樣地，對於罹患彌漫性大型B細胞淋巴瘤，年紀超過60歲以上為一獨立的不良預後因素，可能原因是惡性度較高的激活性B細胞型較常出現於中老年人。這些反應老年人癌症的腫瘤生物學和一般人可能不同，因此在治療上應有不同考量和處置(顏厥全，2013)。

對老人而言，任何的癌症都是極大衝擊，這與疾病的罕見與否無重要關連。醫護人員對癌症的認識宜轉化為對高齡者實際照顧的行為。高齡者容易有失落感，在得到癌症後其失落感更易惡化，若處置不宜，則容易導致生活品質下降。醫師往往僅注意病人的生理問題，而忽略社會心理層面的問題(劉樹泉、江維鏞，2005)。此外，由於高齡者常伴隨有其他疾病，稱為共病因子(comorbidity)，例如：年紀大的人多有心血管疾病、甚至是腦血管病變、慢性阻塞性肺病等等，都會讓老年人的身體狀況遠不如年輕人。加上高齡者整體活動力較差，在忍受藥物副作用方面都較為不利，基於上述因素，醫學上已經開始有專門針對罹患癌症的老年人進行治療評估。

1. 日常活動能力(activities of daily living, ADLs)：評估是否能獨立完成自我照顧的能力，包括：洗澡、換衣、如廁、自我進食、還有從床上移動到座椅等是否能夠不需要他人的協助。
2. 病人的「共病因子」(comorbidity)：研究顯示共病因子與癌症治療的預後有關，且某些共病因子對預後有極大影響。胰島素過高的患者，如果同時罹患攝護腺癌、大腸癌、乳癌，其預後通常也較差；肥胖的乳癌病人，疾病整體的存活率也比非肥胖者差。
3. 認知功能(cognition)：老年癌症患者約有25-50%都有認知方面的異常，而認知功能

異常也容易影響腫瘤的診斷和治療。

4. 營養狀況：體重下降會影響癌症治療，即使只有下降 5%，對於癌症治療的預後都有顯著影響。老年人不論是吃的動機下降，或整體消化功能不佳，常發生營養不良、體重減輕等問題。
5. 社會支持與心理狀態：社會孤立不僅對高齡者或一般癌症病人，死亡率都會增加。另一個高齡者常見問題是憂鬱(depression)，調查顯示 14%-40%的高齡者被診斷癌症時都有憂鬱症狀，不僅影響病人對疾病認知，也會減低尋求醫療資源的意願。
6. 生理的變化：隨著年紀變大，高齡者身體總水份會下降、體脂肪上升、腎功能減退、肝臟質量及血流都下降、骨髓再生能力也降低，這些生理變化都會影響化學藥物的代謝與效果；再加上老年人常因共病因素，同時服用其他藥物(如：糖尿病、高血壓的藥物等)，在老人的整體代謝減緩狀態下，加重了藥物的交互作用及副作用。因此，對於老年癌症病人，檢視其所有藥物的使用清單是一件很重要的事情，必須把非必需的藥物停掉，並且密切地追蹤藥物的副作用，以及病人對治療的遵從性(白，2013)。

#### (四) 臨終時期照護

高齡者安寧緩和醫療的重點：(1)考量生活功能的因素；(2)注重老人對生命和自我的見解"重視善終"；(3)強調五全的照顧：全人、全家、全程、全隊、全社區(蔡宏斌，2013)。臨終照護應涵蓋生理、心理、靈性及家屬層面的照護，分述如下：

##### 1. 生理層面的照護

- (1) 呼吸困難：導致原因有呼吸道狹窄、肺炎、肺積水導致肺部功能衰退，這些會導致血液中含氧量降低及二氧化碳持續累積。由於患者呼吸困難狀態會讓家人及周遭的人感到難受，因此除了診斷和治療外，家人的照護與支持也十分重要。如果上半身抬得起來，就採半坐臥姿；如果無法把痰液咳出，則必須適當的抽取痰液，可將室內溼度提高、調節適當溫度，調整出一個舒適環境，確保呼吸道暢通。
- (2) 疼痛：在臨終時會出現身體無法按自己意識移動或各種原因使全身出現疼痛的症狀。出現意識不清、無意識發出聲音、出現痛苦表情等不穩定的症狀。此時在床上呼喚他、一邊幫忙按摩或泡腳，會看到患者表情漸趨平穩、效果也會慢慢出現。關於褥瘡的痛楚及患者無法自行更換體位、一直維持在相同姿勢所帶來的疼痛，可藉由身體底下鋪脂肪墊或使用氣墊床會較為舒服。此外，可多準備幾個枕頭，幫助患者調整姿勢、分散身體壓力，找到舒服姿勢效果更佳。
- (3) 倦怠感：患者通常不會反應自己的倦怠感，因此可藉由觀察是否有「什麼都不想做」、「臉上完全沒有表情」、「完全不想進食」、「完全不想起身」



等狀態來進行推測。針對倦怠感，可藉由指壓、按摩、音樂、精油等放鬆方法改善。此外，可視身體狀況和天候情況，適時地坐在輪椅上，到戶外呼吸的新鮮空氣減輕倦怠感有很好的成效。對於日常生活方面，覺得無法自行處理之協助，一般在臨終前四個月，生活機能會急速衰退，必須對日常生活進行全面性的照護。

- (4) 排泄：臨終時期尿量會減少、全身會浮腫。發生這種情況時，需檢查水分的出入量，一邊維持水分平衡，一邊進行全身健康管理。尿量減少和胸水及腹水的累積有關。如果使用尿布，可能會導致泌尿道感染或增加褥瘡危險，也可能引起陰部和臀部搔癢感，因此在清潔照護上也必須注意。
- (5) 清潔：沐浴對臨終患者是很大的期待，尤其泡澡，照顧者需要提供很周全的協助，如果照護者預估泡澡或淋浴對患者造成身體過多負荷，則使用擦澡方式來維持皮膚清潔。如果長期臥床或長期營養不良，要注意容易出現褥瘡。透過定時改變身體姿勢、分散受壓狀況可讓血液循環暢通，並且維持乾淨、空氣流通良好的寢室環境來改善清潔問題。此外，因為飲食減少、唾液分泌也會減少，口腔內會較不乾淨，因此需要規律使用軟毛牙刷或海綿刷來維持口腔潔淨；摘除假牙也需要清潔殘留的牙齒、按摩牙齦，同時進行去除舌苔的照護。

## 2. 心理層面的照護

在準備迎接死亡來臨時，無論是誰都會感到不安，因此在身邊有人陪伴，絕對是照護的第一要素。雖然照護工作人員儘可能陪伴在患者身邊很重要，但如果能與家人一起陪在患者身邊必能大大減輕患者的不安。握住他的手、一邊輕撫他、一邊陪伴在他身旁，是非常容易且重要的照護方式。

## 3. 家屬的照護

在死亡來臨時，有時候家屬會出現非常悲傷的情緒，照護者應該幫助家屬能儘快從患者死亡後的悲傷跳脫，早日回歸到正常日常生活。照護期間應確保家屬有休息地方，必要時可讓家人在此留宿；有些機構會準備額外的房間，讓家人偶爾白天也能在裡面休息，讓身心獲得短暫放鬆。有些患者家屬會有「如果我不在的這一段時間，他就走了，那該怎麼辦？」這樣的想法，變得不敢離開，更可能因為如此導致睡眠不足、過度疲勞與崩潰的狀況。因此照護者需要一邊適時告知家屬患者狀況，一邊鼓勵家屬能夠休息，建議家屬間應輪流照護，必要時為家屬準備簡單的食物和飲料，共同渡過艱難時期(TAIC & JSDC, 2015)。

## (五) 智慧化照顧服務管理

根據衛生福利部調查 2016 年 65 歲以上失能人數達 78 萬人，國家發展委員會更推估至 2030 年將快速增加至高達 120 萬人的規模，高齡照護儼然已成目前社會重視

的議題。一般而言，高齡者常有不同健康狀態的變化，例如疾病痊癒後的老人，會繼續需要定期的復健或保健服務；老人利用醫療院所之主要病因為慢性疾病，這些疾病可被管制或控制，卻並不一定可完全治癒。因此，高齡醫療服務使用、復健性、支持性與社會性等長期照護服務需求增加。長期照護服務可區分為機構式、社區式、居家式、支持式及聯結式等服務類型，無論何種照護型態均以提供連續性照護需求為主要訴求。然而，面對龐大的長期照護專業人力缺口問題，如何有效配置人力並提升照顧管理效能是重要的關鍵。

目前長期照護機構組織之資訊化，多半仍侷限於以電子表單型態提供個案紀錄或資訊公告為主。然而，第一線的直接照護人員的資訊能力普遍不足，往往為了紀錄、量測、流程等品質管理耗費大量人力作業，現今長期照護機構之資訊化及自動化推展亦不普及，衍生照護機構與單位人力與管理上許多問題。因此，發展智慧化照顧服務管理系統有其必要性，讓護理人員能節省更多紀錄抄寫及表單評估時間，更有時間致力於護理照護的專業上；同時讓機構帳務、庫存、營運更順暢，提升照顧機構組織管理績效。未來智慧化照顧服務管理系統可因應市場反應與政策需求，擴增更多統計分析及長照保險申報申復系統，提升系統適應性與價值；智慧化照顧服務管理系統應具備的特色如下：

1. 照顧服務作業優化：結合雲端技術開發設計，可因應各種不同型態長照機構如老人安養中心、老人養護中心、獨立型態護理之家、醫院附設護理之家、長期照顧中心、仁愛之家等，各不同機構表單與作業流程，各自組合定義關聯性，提供雲端平台服務。
2. 照顧服務品質管理提升：協助長照機構提昇個案照護品質、降低作業成本精省人力及錯誤發生率。而機構經營者可迅速掌握管理資源與資訊，有利全方位的經營管理及輕鬆面對評鑑，進而提高經營效率、競爭力與獲利能力。
3. 照顧服務無縫化：連續性健康以「個案連續性照顧服務」為應用訴求，整合 4G 寬頻應用、地理資訊系統(Geographic Information Systems, GIS)及位置資訊服務(Location Based Service, LBS)行動服務、智慧穿戴終端設備、雲端平台等應用技術，協助使照護工作者更能聰明地執行工作，以提供長照需求者完整連續性照護服務輸送。
4. 照顧服務無邊際擴散：長照服務者可利用系統平台對於受照顧者(個案)的狀況和需求進行一體化的追蹤，同時，照管人員亦可運用系統平台檢視個案資料或與其遠端互動。智慧化照顧服務管理系統架構如圖 2-1 所示，連續性、整合性長期照護網絡，包括機構式、社區式、居家式照護以及喘息服務支援智慧化照顧管理系統，未來無論是政府或高齡健康照護產業，應持續充份應用資通訊科技，提供完整健康管理與照護服務，且運用於相關機構、社區據點以及居家個

案，提供多元化照顧服務模式。

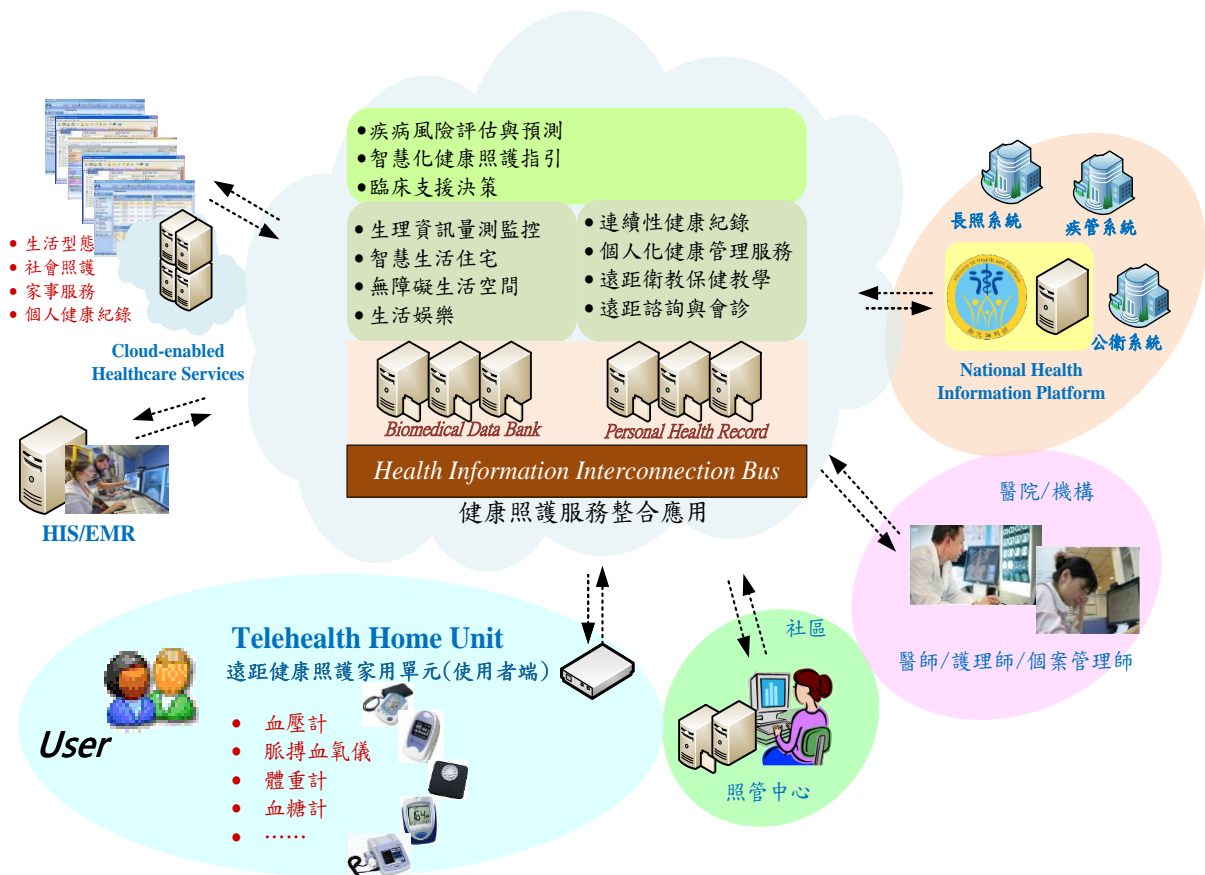


圖 2-1、智慧化照顧服務管理架構

## (六) 善用高齡福祉科技

隨著科技的日新月異，生活品質不斷提升，國人的壽命更是逐年延長。然而，伴隨著少子化與高齡化的社會趨勢，老年人口比例亦將逐年持續上升。子女數少、家庭照護功能減弱已是當今社會普遍的現象；另一方面，新世代的高齡者，教育水準普遍提升，對於科技接受度較佳、更重視身體健康、追求獨立與生活品質，這些也都是對於新世代銀髮族的寫照。換言之，新一代的高齡者有更強經濟能力與意願，使用科技產品或服務，同時也更懂得健康管理與保健的重要性。因此，在這樣的趨勢下，如何利用高齡福祉科技(genronotechnology)，讓生理機能逐漸衰退的銀髮族仍能享有健康舒適的生活，是可以持續發展的重點方向。

參照衛生福利部社會及家庭署(2015)所公佈之 CNS 15390 身心障礙者輔具分類，科技輔具的是目前高齡福祉科技發展重要的一環，依據輔具的主要任務功能進行歸類，約可分為 11 大類，分別是「個人醫療輔具」、「技能訓練輔具」、「矯具與義具」、「個人照顧與保護輔具」、「個人行動輔具」、「居家生活輔具」、「住家及其他場所之家具與改裝組件」、「溝通與資訊輔具」、「物品與裝置處理輔具」、

「工具、機器與環境改善輔具」與「休閒輔具」。輔具開發理念與原則，應以高齡使用者為中心(user centered)，並結合醫護、健康照護與機械、材料、資訊、電機、設計等領域，共同進行產品設計開發與推廣教育。以創新整合觀點，歸納下列幾項重要發展趨勢：

1. 強化高齡使用者經驗(user experience)：福祉科技產品或服務應更重視高齡使用者使用情境，並全面性思考「使用者對於障礙」的定義；好的福祉科技產品設計應具有便利性與通用性。
2. 實現友善的智慧生活(smart living)：除了以科技打造由居家到公共空間的無障礙安全便利環境，可藉由物聯網(The Internet of Things)概念，透過網路傳遞資訊並分析大數據(Big Data)，達成食、衣、住、行、育、樂、醫、健、美全方面的智慧生活。
3. 落實自我健康管理與健康促進：資通訊科技(Information and Communication Technology)的進步，加速了遠距健康照護(Telehealth)的實現，尤其在居家照護領域將成為發展重點方向之一，鼓勵民眾重視自我健康管理並防範疾病發生，提升自我健康意識。
4. 建構無所不在的高齡健康樂活圈：「社會參與」與「支持系統」能幫助高齡者走出家庭、走進社會，參與休閒、進修學習或社會服務等活動，確保高齡族群與社會的連結。透過雲端科技、手機智慧裝置與 APP，整合醫療照護與銀髮產業，串聯社區據點，提供如高齡樂活照護站、銀髮樂活社團互聯、樂活情報網等形態，打造全方位高齡健康樂活圈，進而型塑高齡友善的城市。

福祉科技的應用能使失能者或高齡者延續生命的健康，保有良好的社交關係與環境互動關係。藉由跨專業領域的系統性整合，提供失能者、高齡者乃至一般民眾更完善的創新健康照護服務網絡，無論是個人生活品質或產業發展都能得到全面性提升。

## 參考文獻

1. 內政部統計處(2015)·104 年底人口結構分析，取自  
[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=10225&page=2](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=10225&page=2)
2. 白禮源(2013)·化學治療在老年癌症的特殊考量·癌症新探 (64)，20-23。
3. 台灣整合照護學會(TAIC)、日本失智症照護學會(JSDC)(2014)·失智症照護基礎  
篇初版·台北市：日商健思國際。
4. 台灣整合照護學會(TAIC)、日本失智症照護學會(JSDC)(2015)·失智症照護實務  
II：各論初版·台北市：日商健思國際。
5. 何雪華、蔡宗益(2010)·醫院員工代謝症候群發生率及其危險因素之世代追蹤  
研究·取自  
<http://web.cjcu.edu.tw/~suhsing/grad%20work%20epi/direct%20standardization.pdf>
6. 吳淑芳、吳孟嬪、李梅琛、劉介宇(2016)·代謝症候群患者之疾病管理成效  
(10501-62-018)·台北市：臺北市衛生局。
7. 林麗嬋、蔡娟秀、薛桂香、吳芳瑜、黃翠媛、張文芸...張雯玲等(2015)·老年護  
理學(七版)·台北市：華杏。
8. 詹火生、李安妮、戴肇洋等(2006)·主要國家因應人口老化社會福利政策之研究·  
財團法人台灣綜合研究院·行政院經濟建設委員會委託研究。
9. 蔡宏斌(2013)·高齡患者之安寧緩和照護·取自  
<http://www.tma.tw/LongCare/files/2013>。
10. 顏厥全(2013)·老年人癌症的治療·癌症新探，64，6-9。
11. 劉樹泉、江維鏞(2005)·老年人罹患癌症後醫療照顧歷程的探討·台灣老年醫學雜  
誌，1(2)，97-107。
12. 衛生福利部社會及家庭署(2015)·CNS 15390 身心障礙者輔具分類·取自  
[https://repat.sfaa.gov.tw/cns/inside\\_01.asp](https://repat.sfaa.gov.tw/cns/inside_01.asp)
13. 國家發展委員會(2014，8月)·中華民國人口推計(103至150年)·取自  
[http://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=84223C65B6F94D72](http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72)
14. Hwang, S. Y., & Kim, J. (2015). Cluster dyads of risk factors and symptoms are  
associated with major adverse cardiac events in patients with acute myocardial  
infarction. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 166-174.  
doi:10.1111/ijn.12241
15. Dionesia, D. A., Natasha, B., Andre, D., Furtado., Su-Chun, C., Karen, O.,...Max,  
W. (2010). Carotid atherosclerosis does not predict coronary, vertebral, or aortic  
atherosclerosis in patients with acute stroke symptoms. *Stroke*, 41, 1604-1609. doi:  
10.1161/STROKEAHA.109.577437
16. Fark, T., Hummel, C., Hähner, A., Nin, T., & Hummel, T. (2013). Characteristics of  
taste disorders. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(6), 1855-1860.

doi:10.1007/s00405-012-2310-2

17. Franklin, M. M., Allen, W., Pickett, S., & Peters, R. M. (2015). Hypertensive symptom representations: A pilot study. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(1), 48-53. doi:10.1002/2327-6924.12162
18. Dubendorf, P. (2010). Management of patients with neurologic dysfunction. In S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle & K. H. Cheever(Eds.), *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*(12th ed., pp.1857-1894). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins
19. Hawkins, M. W., Goldstein, C. M., Dolansky, M. A., Gunstad, J., Redle, J. D., Josephson, R., & Hughes, J. W. (2015). Depressive symptoms are associated with obesity in adults with heart failure: An analysis of gender differences. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 516-524. doi:10.1177/1474515114542558
20. Ho, W. M., Lin, J. R., Wang, H. H., Liou, C. W., Chang, K. C., Lee, J. D.,...Lee, T. H. (2016). Prediction of in-hospital stroke mortality in critical care unit. *Springer Plus*, 5(1), 1051. doi: 10.1186/s40064-016-2687-2
21. Jae, E. L., Fos, P. J., Jung, H. S., Amy, B. W., Zuniga, M. A.,...Jae, C. K. (2005). Relationship of cataract symptoms of preoperative patients and vision-related quality of life. *Quality of Life Research*, 14(8), 1845-1853. doi: 10.1007/s11136-005-4348-8
22. Miller, C. A. (2013). *Fast facts for dementia care: What nurses need to know in a nutshell*. Taipei, Taiwan, R.O.C.: Far Du Publishing.
23. Park, H., Park, C., Quinn, L., & Fritschi, C. (2015). Glucose control and fatigue in type 2 diabetes: The mediating roles of diabetes symptoms and distress. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1650-1660. doi:10.1111/jan.12632
24. Speakman, M., Kirby, R., Doyle, S., & Ioannou, C. (2015). Burden of male lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH) -focus on the UK. *British Journal of Urology International*, 115(4), 508-519. doi:10.1111/bju.12745
25. World Health Organization (2012). *World health statistics 2012*. Retrieved from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/)

### 第三章 長照服務產業的水平與垂直整合

#### 一、失能需求

係指身體或心智功能部分或全部喪失，致無法獨力生活，其日常生活需他人協助。評估失能需求，身體功能主要採用日常活動功能(activities of daily living, ADLs)及工具式活動功能(Instrumental Daily Activities of Living, IADLs)進行評估；最被廣泛使用的 ADLs 工具是巴式量表(Barthel index)，它是 Mahoney and Barthel 在 1965 年發展，測量包括進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪、個人衛生、上下樓梯、大便控制、小便控制等十項，0-20 分表示完全依賴；21-60 分表示重度依賴；61-90 分表示中度依賴；91-99 輕度依賴；100 分為完全獨立。一般說來，巴氏量表的得分在 40 分以下表示個案非常的依賴(Matteson, McConnell, & Linton, 1997)；IADLs 主要是在測量獨立執行常規活動的能力，測量包括上街購物、做飯、做家事、洗衣、交通方式、使用電話的能力、自己負責服藥及處理財務等 8 項能力。實務上有時會排除作飯、做家事、洗衣等項目，以避免性別差異所造成的偏差，因此上述項目可能無法真正反映老年男性的能力(Chenitz, Stone, & Salisbury, 1991)。心智功能評估，主要是評估認知功能障礙者的照顧需求；阿茲海默氏症病患在冗長的疾病過程中，常出現各種型態的問題行為，顯著增加照顧的困難，因躁動行為常造成患者跌倒、受傷、脫水和營養不良等個人的傷害，摧毀患者個人居家的生活品質，增加患者進住機構的可能性。許多失智症患者在移位、平地走動這兩項不僅獨立，還可能因為「行動太獨立」而有長時間遊走的問題行為，Lin et al. (2008) 研究發現行走能力越佳，發生躁動行為的機率越高。它必須靠臨床醫師藉由臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)予以診斷，並評估其躁動行為來判斷其照顧需求。

失能可以分為不可逆永久性與可逆暫時性兩種，長期照顧(long term care，以下稱長照)係指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。對於六個月以內暫時失能，稱之為急性後期照護(post-acute care, PAC)，例如中風或髖關節置換，隨著積極復健可以恢復部分日常功能者，但在其出院後一段時間，亦需要提供上下床、移位、沐浴等日常生活協助；因此長照服務團隊可以提供失能以及急性後期照護個案所需要的生活照顧服務。

#### 二、我國長照服務的發展

長照服務分為居家、社區與住宿型三類服務機構，居家型服務指的是服務送到個案家中，包括居家服務、居家護理、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務、無

障礙環境修繕、送餐服務、家庭照顧者支持、到宅沐浴（提供臥床長者沐浴機會）、復健指導、關懷訪視、24 小時諮詢專線等；社區型服務係指住在家裡的個案到社區接受服務，包括日間照顧、失智日間照顧、關懷據點、家庭托顧、交通接送等服務；隨著人口老化，未來失智人口的增加，需要有針對半夜遊走的失智個案提供夜間型的服務。住宿型服務係指個案 24 小時住在機構接受服務，包括護理之家、長期照顧機構、團體家屋等。

2002-2004 年行政院經濟建設委員會提出「照顧服務福利及產業發展方案」，目的為創造產業與福利並重，在政府財政能力有限下，引進民間資源，建置普及式與多元化的長照服務體系，並在六縣市設置輔具資源中心，設置 11 個醫療復健輔具服務評估資源中心；開發照顧服務就業人力，由當時的勞工委員會公告照顧服務員職類丙級技術士技能檢定範圍，並辦理全國技術士技能檢定；透過補助有限長照時數引導使用者購買服務、鼓勵非營利團體及民間企業共同投入照顧服務產業，以提高長照服務之經濟規模，提升福利資源的運用效率；為鼓勵國人使用本國居家服務，2002 年 5 月函頒「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」，開創了政府補助一般戶長照需求者長照服務的補助先例，個案經照管中心評估，輕度全額補助 8 小時，另 9-13 小時補助一半；中重度全額補助 16 小時，另 17-36 小時補助一半，惟計畫初期大多數個案僅使用免費時數，付費購買比例仍低；另也補助日間照顧之交通費。

2007 年實施長期照顧十年計畫，補助對象是 65 歲以上老人、55 至 64 歲的山地原住民、50 至 64 歲的身心障礙者，其日常生活功能受損需要由他人提供照顧服務者，或僅 IADLs 失能且獨居老人，其給付型態以提供居家及社區式實物給付（服務提供）為主；雖然有年齡別、障別之限制，不是針對全體有失能的國民提供長照服務的補助，但打破以往殘補式福利服務，將補助擴及至一般戶。該計畫依民眾失能程度及家庭經濟狀況，提供適度的補助；失能程度愈高者，政府提供的補助額度愈高，失能評估採用 ADL 量表當中進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪六項日常生活功能，輔以 IADLs 量表當中上街購物、外出活動、做飯、做家事、洗衣 5 項。輕度失能指 ADLs 有 1-2 項失能或僅 IADLs 有 3 項以上需協助之獨居老人，中度失能指 ADLs 有 3-4 項失能者，重度失能指 ADLs 有 5-6 項失能者；失能者在補助額度內使用各項服務，需部分負擔經費；收入愈高者，部分負擔的費用愈高，家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍以下者稱為低收入戶，由政府補助百分之百，民眾不須付費，家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者，稱為中低收入戶，由政府補助 90%，民眾自行負擔 10%；一般戶在開辦時，政府補助六成，2011 年放寬為補助七成，亦即部分負擔由四成降為三成；然而相較於全民健康保險住院給付，民眾第一個月入住急性病床部分負擔為一成，入住慢性病床為 5%；



一般戶在長照十年計畫的部分負擔較高，也較日本介護保險民眾部分負擔一成來得高。

長照十年計畫補助的服務項目，可分為八大類，包括 1)照顧服務：可以混合使用居家、日間或家庭托顧等照顧服務，輕度每月最高補助上限為 25 小時，中度為 50 小時，重度為 90 小時；因為照顧服務員沒有依照能力分級，加上採單一價格時薪制，未考慮個案照顧之複雜度、個案是否過重、是否攣縮、是否有躁動行為、夜間或假日加成之設計，造成本國籍照顧服務人力嚴重不足，對於夜間或假日需照顧需要者也較難提供照顧服務。2)喘息服務：可混合搭配使用機構及居家喘息服務，用以支持家庭照顧者，每年補助輕度及中度失能者最高 14 天，重度失能最高 21 天；補助受照顧者每日照顧費以新台幣 1,000 元計，因補助費用較照顧服務之時薪低，且時間不固定，致照顧服務員較不願提供喘息服務。至於機構喘息服務另補助交通費每趟新台幣 1,000 元，一年至多 4 趟。3)居家護理：係為了維持或改善個案之身心功能，除現行全民健保每月給付 2 次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次；補助居家護理師訪視費用，每次以新台幣 1,300 元計，剛實施時，由於民眾使用健保居家護理，有健保部分負擔與支付護理師交通費，部分縣市會跳過先使用健保居家護理，直接補助使用長照十年的居家護理，經輔導後，此項服務人次有明顯下降。4)社區及居家復健：為了維持或改善個案之身心功能，針對無法透過交通接送使用健保復健資源者，提供本項服務。每次訪視費用以新台幣 1,000 元計，每人最多每星期 1 次。5)輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務：為了增進失能者在家中自主活動的能力，每 10 年內以補助新台幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度，由於此經費來源，主要由地方政府負責，故使用人次極低。6)老人營養餐飲服務，係為了協助經濟弱勢失能老人獲得日常營養之補充，服務對象為低收入戶、中低收入失能老人（含僅 IADLs 失能且獨居老人）；每人每日最高補助一餐，每餐以新台幣 50 元計，由於此經費來源，主要由地方政府負責，縣市間使用人次差異極大。7)交通接送服務：協助中重度失能者滿足以就醫及使用長期照顧服務為主要目的交通服務需求，補助中重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助 4 次（來回 8 趟），每趟以新台幣 190 元計，對於每周固定三次透析或有多重慢性病的失能者會有不足的情形。8)長期照顧機構服務：家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能老人，由政府全額補助；家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能老人，經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助；每人每月最高以新台幣 18,600 元計，一般戶無法獲得補助。

各國長照管理中心之設置，皆強調單一窗口的重要，避免失能者因為需要多項不同的長照服務，而出現服務片斷化的情形。我國長期照顧管理中心之發展較已開發國家晚，衛生署自 1998 年開始實施「老人長期照護三年計畫」，在縣市成立長期照護管理示範中心，試辦長期照護單一窗口制度，由長照管理中心之照管專員擔任轄區內

諮詢、資源整合與轉介的工作；至 2003 年底，全國 25 個縣市均已建置「長照管理示範中心」，至 2004 年改稱為「長期照護管理中心」，是政府推動社區長期照顧服務之重要樞紐，所聘任的照管專員，負責長照之諮詢、評估、個案管理、補助與連結轉介服務等工作；而各縣市發展出的長照管理中心，視地方政府首長重視的程度，實際能夠提供民眾長期照顧服務的項目與內容，可能高達數十項或上百項，包括提供米糧...等其他社會資源，已超過長期照顧十年計畫補助內容。

### 三、我國長照政策的方向

台灣人口快速老化，2016 年全國人口為 2,349.1 萬人，2026 年為 2,349.7 萬人，十年間僅增加 0.6 萬人；但是台灣 65 歲以上老年人口將由 2016 年的 311.5 萬人增加為 2026 年的 491 萬人，共增加 179.5 萬位老人（表 3-1）；由於 75 歲以上長者的失能率會大幅增加，長照需求人數會隨著戰後嬰兒潮進入 75 歲以上而增加；至於 15-64 歲的勞動人口，將減少 148.6 萬人，由 2016 年 1,729.6 萬人，降為 2026 年的 1,581 萬人；勞動人力的減少，代表照顧人力與稅收的減少；加上家庭結構的改變，獨生子女、雙薪無子女家庭的增加，以及子女在外地就業的趨勢，未來台灣老人由家人照顧的比率會減少，獨居的情形會更嚴重，在此雙重壓力下，2015 年 10 月 13 日行政院核定「高齡社會白皮書」，為高齡者全照顧政策提出規劃架構，未來部會將以建立健康、幸福、活力、友善為核心，制定銀髮產業政策，藉由與民間合作，促成銀髮產業發展的環境與商機，以達成四項目標；也就是讓健康者更健康，減少疾病與失能，讓失能者延緩失能，並盡可能維持其生活品質與獨立生活；醫療體系與長照體系之銜接則必須更有效能。

2007 年 11 月我國長照十年計畫核定後，內政部社會司與衛生署自 2008 年起，即積極在各縣市推動長照十年計畫的各項服務；有鑑於偏鄉地理環境特殊、交通不便，一般經濟及就業情況較差，長期照護人員羅致不易，造成山地離島及偏遠地區民眾之照顧需求尚未能有效被滿足，另一方面偏遠地區的失能者可能較不知道政府有此補助可以使用，而各縣市照管中心在人力有限的情況下，較難兼顧偏遠地區長期照顧的服務需求與資源發展，因此行政院 2009 年 7 月同意發展「偏遠地區（含山地離島）在地且社區化長期照護服務體系計畫」納入醫療發展基金辦理，該計畫自 2010 年 9 月 1 日開始實施，最早通過五個鄉設立據點，分別為南投縣仁愛鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市六龜區、屏東縣三地門鄉及台東縣蘭嶼鄉，至 2011 年新增八個鄉，至 2012 年再增加 20 個鄉（吳肖琪、蔡閻閻、葉馨婷，2013），至 2014 年全國 47 個鄉鎮有參與這個計劃，47 個據點的人口數佔全國人口數 3.5%，47 個據點老年人口數佔全國老年人口 4.3%，然而在長照十年使用情形之統計裡，2015 年 8 月 47 個據點接受照顧服務的人數有 4,050 人，與全國 44,341 人相比，佔率高達 9.1%，表示在偏鄉執行長

照十年計畫接受照顧服務的成果較全國水準高。2013 年衛生福利部，提出長期照護服務網計畫(第一期，2013-2016)，確立資源發展，縮小城鄉差距、提升人力與照護品質等具體作為；2014 年 5 月行政院江宜樺院長宣布「台灣 368 照顧服務計畫」預計三年投入 100 億元推動一鄉鎮日照及調高照顧服務費，2014 年 7 月起將照顧服務費補助自每小時 180 元調高為 200 元，以鼓勵國人投入長照工作及留任意願。2015 年 6 月 3 日「長期照顧服務法」經總統令公布，採包裹式立法，把「老人福利法」、「身心障礙者權益保障法」、「兒童與青少年權益保障法」、「護理人員法」、「精神衛生法」、退除役官兵輔導委員會輔導條例等與長照服務相關的法條，皆整合在「長期照顧服務法」內，期望針對有長照需求的民眾所提供的長照服務能夠達到有效率的水平整合；亦即無論是以農民、漁民、或原民為主之鄉鎮，針對鄉內不同身分的住民，包括原民、農民、身心障礙者、老人、榮民等，皆須提供具文化敏感度的在地化長照評估與長照服務。有鑑於長期照顧服務法使長照制度有明確且一致之規範，加上「我國長期照顧十年計畫」及「長期照護服務網計畫」已完成階段性任務，行政院於 2015 年 11 月 3 日核定「長期照顧服務量能提升計畫」(104-107 年)，期強化長照服務之普及性及在地化，提高長照服務品質。該計畫核定總經費 3 年約 300 億元，可持續提供民眾既有長照服務並普及長照服務資源、充實與培訓長照人力、適度發展長照服務產業、運用長照基金佈建偏遠地區長照資源等；另一方面自 2008 年底，政府開始規劃長期照護保險，並且進行長照保險之細部規劃，包括多元評估量表、以平板電腦進行失能評估與照顧計畫、以健保卡結合長保卡，亦即雙卡合一方式推動全民長期照顧保險，以提高民眾使用長照服務的可近性與可負擔性。以目前 22 萬失能者聘用外籍看護工計算，失能者及其家庭年約負擔六百多億；使用住宿型機構服務約 10 萬人，其家庭年約負擔三百至四百多億元，使用長照十年計畫社區與居家服務，政府補助五十多億元，加上提升現有長期照護品質，長照保險的規劃，年度經費規模超過 1 千億元；保費將由個人、雇主與政府分別負擔三成、三成與四成，藉由自助、互助與他助，提供全體國民在長期照顧所需的服務，分攤失能者及其家庭的照顧負擔；長照保險規劃，強調「自我照顧能力與復健訓練」，透過無障礙環境改造，讓坐輪椅者可以自己煮飯；腦性麻痺、帕金森氏症等無法自己拿湯匙吃飯者，透過訓練，也可以慢慢恢復基本的生活能力；服務項目由原有 8 大項擴大為 13 大項；2015 年 6 月 4 日行政院通過長期照顧保險法草案；然隨著政黨輪替，2016 年 5 月新政府提出以稅收替代長照保險，初期用新台幣三百億元稅收、30 億元公務預算，作為長照體系的財源。長照 2.0 補助對象由長照十年計畫的 51.1 萬餘人，擴大到 50 歲以下身心障礙者，共計 73.8 萬餘人，服務項目將從 8 項擴增至 17 項，2017 年編列預算為 178 億元；雖然政府以稅收補助替代長照保險，然仍建議應朝擴大照顧服務人力的量能、照顧服務員分級、以及一鄉至少一個居家服務單位、及在地廚房等面向努力。

表 3-1、2016-2026 年中華民國中推計年底人數(單位：千人)

年齡別	性別	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2025 與	2026 與
														2015 年	2016 年
														相差人數	相差人數
合計	總計	<b>23,458</b>	<b>23,491</b>	<b>23,517</b>	<b>23,537</b>	<b>23,551</b>	<b>23,559</b>	<b>23,561</b>	<b>23,559</b>	<b>23,552</b>	<b>23,539</b>	<b>23,521</b>	<b>23,497</b>	<b>63</b>	<b>6</b>
	男性	11,691	11,690	11,687	11,681	11,672	11,661	11,647	11,631	11,614	11,594	11,571	11,546	-120	-145
	女性	11,767	11,801	11,831	11,857	11,879	11,898	11,914	11,927	11,938	11,945	11,950	11,951	183	151
<15 歲	總計	<b>3,147</b>	<b>3,080</b>	<b>3,020</b>	<b>2,976</b>	<b>2,939</b>	<b>2,909</b>	<b>2,879</b>	<b>2,849</b>	<b>2,825</b>	<b>2,804</b>	<b>2,807</b>	<b>2,777</b>	-340	-303
	男性	1,639	1,604	1,572	1,548	1,528	1,512	1,496	1,480	1,467	1,456	1,457	1,442	-182	-162
	女性	1,508	1,476	1,448	1,428	1,411	1,397	1,383	1,369	1,358	1,348	1,349	1,335	-158	-141
15-64 歲	總計	17,369	17,296	17,218	17,116	16,994	16,846	16,690	16,545	16,378	16,197	15,989	15,810	<b>-1,379</b>	<b>-1,486</b>
	男性	8,690	8,651	8,609	8,556	8,494	8,418	8,339	8,265	8,180	8,089	7,983	7,893	-707	-759
	女性	8,679	8,645	8,609	8,559	8,500	8,428	8,352	8,280	8,197	8,108	8,006	7,918	-673	-727
≥65 歲	總計	<b>2,943</b>	<b>3,115</b>	<b>3,279</b>	<b>3,445</b>	<b>3,618</b>	<b>3,804</b>	<b>3,992</b>	<b>4,164</b>	<b>4,348</b>	<b>4,538</b>	<b>4,725</b>	<b>4,910</b>	<b>1,782</b>	<b>1,795</b>
	男性	1,362	1,435	1,505	1,576	1,650	1,731	1,812	1,886	1,966	2,049	2,131	2,211	769	776
	女性	1,581	1,680	1,774	1,869	1,968	2,073	2,179	2,278	2,382	2,489	2,594	2,699	1,014	1,019

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推計(103 至 150 年)中推計」推估數據(2014)

#### 四、預防、醫療與照護的垂直整合

初段預防包括健康促進與特殊保護，是公共衛生三段五級當中最重要的一端預防，包括運動、體重控制、健康體適能、擔任志工、健康餐飲、健康行為、正向思考、健康檢查、預防接種等都是活躍老化最積極的作為；對於雙老或獨居老人之電話問安、送餐或共餐、家庭訪視、社會參與、避免孤寂感、培養抗逆力(Resilience)，都屬於特殊保護的一環；抗逆力是指碰到嚴重危機仍能順利地反彈復原的能力，擁有抗逆力的人，面對困難、失敗和挫折都能正面積極地回應和面對。

腦中風、糖尿病、心血管、與腎臟疾病等是老年人常見的慢性疾病，其衍生的身體功能退化與失能情況，亦會隨年齡而增加；跌倒、呼吸道感染、營養失衡、肌肉或關節攣縮、泌尿道感染、褥瘡等是羸弱或長期臥床者常見的健康問題，在長期臥床的情況下，因為吞嚥功能退化造成吃東西，進食過程易使食物進入呼吸道，導致呼吸道感染。中風、創傷、長期臥床的病患，常常有肌肉或關節攣縮問題。水分攝取不足、尿道口清潔不足、放置導尿管，發生泌尿道感染的機率增高，嚴重的感染會惡化失能的程度。而褥瘡問題，常見於羸弱過瘦或長期臥床者，骨頭的突起處是最常發生部位。急性後期照護也就是可逆性的失能，常見於中風或接受髌或膝關節置換術、或骨折手術術後之照護，若能夠把握黃金時間積極進行生活復健，將可以降低再住院或變成生活依賴需要長期照顧的風險。長照十年計畫從開辦至 2015 年 8 月，累計服務 16.3 萬餘人，個案有因為死亡、聘外籍看護工而結案，也有因為個案恢復健康而結案，由此可以發現長照十年計畫針對可逆性的失能，也就是急性後期照護的個案，也提供了長照的服務。若以 2015 年當年統計到 8 月，以使用照顧服務 44,341 人最高，其次是交通接送 37,578 人次，再其次是使用喘息服務 23,365 人。

失能者常會因前述健康或疾病狀況，遊走於居家、住宿型機構以及醫院之間；政府於 2008 年底開始規劃長期照護保險，藉由垂直整合，提供失能者連續性照護，由全民健康保險提供了門診、急診、住院以及急性後期照護之醫療服務，由長期照護保險提供長照諮詢指導、關懷訪視、交通接送、營養送餐、居家社區式或住宿型照顧服務等。

資訊化是垂直整合重要的元素，垂直整合做得愈好，愈能減少失能家庭與社會的照顧負擔，愈能提升照護品質與符合成效；我國全民健康保險年醫療費用超過六千億元，所有院所針對被保險人開立的檢查、處置、藥品、品項與劑量，皆有申報資料可供查詢。長照保險規劃原本是結合我國全民健康保險的優勢，將健保卡單晶片擴增至雙晶片，藉由過卡，醫療院所可讀到健保資訊、長照機構可讀到長照資訊；所有的長照評估與長照服務都能夠藉由資訊化，提高管理效能與監測照護品質。2008 年實施的長照十年計畫執行至 2011 年始有將長照評估系統資訊

化，2013 年才有服務提供的資訊化；期許長照 2.0 一年近兩百億的預算，在執行之初，即應規劃及落實資訊化，以免重蹈長照十年計畫在開辦時沒有資訊化之覆轍。

## 五、長照服務的水平整合

活躍老化，可以提高個人或家庭的生活品質、減少醫療與長照的支出，達到健康老化(healthy ageing)，也可以讓健康老人投入職場、擔任志工、或協助照顧家人，紓減勞動人口不足的壓力，變成老有所為(productive ageing)的老人；從宏觀面健康城市，到微觀面滿足個人的生活所需，皆需要跨部會的合作，2015 年政府提出的「高齡社會白皮書」，後續如何落實？需要更多人的持續關注。

依據 Hancock 與 Duhl(1986)的定義，健康城市是「一個能持續創新改善城市物理和社會環境，同時能強化與擴展社區資源，讓社區民眾彼此互動，互相支持，實踐所有的生活機能，進而發揮彼此最大潛能的城市」。健康城市計劃始於 1986 年，21 個歐洲城市在里斯本召開會議，決議共同發展都市健康，藉由落實基層保健醫療來促進民眾健康，以達成全民均健目的。強調以社區發展的方式，來完成社區健康促進的行動，亦即藉由民眾參與的過程，使專業者與一般民眾共同發掘社區健康的議題，並結合社區的資源，一起解決社區的健康問題（胡淑貞、蔡詩蕙，2004）。在物理環境需要做到通用設計(universal design)，也就是無障礙的住屋與公共建築、無障礙的交通與行人步道、足夠的通用設計廁所、足夠的人行道座椅；在社會環境要做到高齡友善餐廳、交通運輸、社區、醫院或場域。

衛生福利部自 1999 年開始推動「社區健康營造」計畫，藉由參與社區資源，使民眾發掘出社區的健康議題，產生共識並建立社區自主照護健康營造機制，2002 年納入行政院「挑戰 2008 國家發展重點計畫」新故鄉社區營造計畫中；衛生福利部(前衛生署國民健康局)在 2002 年，與教育部簽署「學校健康促進計畫聲明書」宣誓共同推動健康促進學校計畫；自 2003 年開始在台南市等五縣市推動健康城市計畫，並訂定評估指標，後擴及至全國各縣市；2003 年國民健康局亦開始推動職場菸害防制工作，2006 年加入職場健康促進工作，2007 年起推動健康職場自主認證，2009 年公開徵求「健康職場推動計畫」，期藉由專業團隊，逐年鎖定 2 至 3 個行業別，提供職場健康促進及菸害防制之適切輔導及諮詢，持續推動健康職場自主認證，並進行職場健康促進之宣導，以營造健康的職場工作環境，促進員工健康。2005 年 4 月行政院納入「台灣健康社區六星計畫」六大面向之「社福醫療」項目下；2006 年已於全國成立 199 個社區健康營造單位，至 2016 年全國有兩千多個社區關懷據點。

台灣健康促進醫院的推動，始於 2006 年加入世界衛生組織健康促進醫院國際網絡，在積極推動下，至 2016 年 6 月底共有 162 家醫院通過 WHO-HPH 認證，為全球第 1 大健康促進醫院網絡。伴隨人口老化，國民健康署於 2010 年開始推動「高齡友善健康照護機構(age-friendly health care)」認證，期望醫院、衛生所、長照機構、學校、社區、與職場等，都能建構健康的環境與促進健康的行為。

微觀面，無論失能、健康或亞健康者皆需要活躍老化與健康促進，尤其失能者更需要；活躍老化從消極面是預防或延緩更失能；積極面是健康促進，讓身體、心理、社會保持更健康，亦即吃得好、睡得好、能運動、能情緒管理、能夠與親朋好友互動。失能程度是個漸進的過程，不同的失能程度會有不同程度的需要，但在每個失能狀態，都需要飲食、妝扮打理(衣)、住屋、行動、學習(育)、娛樂、醫保、頤養、財務管理與善用科技等多面向的協助，產業界可以藉資訊化，從全人的需求，進行上述 10 個面向水平整合，發揮長照相關產業發展與創新的空間。

**(一) 飲食：**營養對長者非常重要，無論是送餐到府或到餐廳用餐或食用調理包，消極面是顧及營養均衡；積極面是讓失能者樂意吃。

1. 高齡友善餐飲：餐廳、航機有針對兒童設計兒童餐，未來可針對銀髮族設計低卡高纖、較軟嫩的銀髮餐；適時提供客製化低油、軟爛、切碎、米飯便當或麵食之選擇；對於缺牙嚴重、吞嚥困難者，提供色香味俱全的餐飲、對於單側行動不便者提供特製餐盤。
2. 高齡友善餐廳：需要通用設計的廁所、走道與桌椅；需要字體較大、較易理解的菜單；需要員工用較慢的速度說話與提供服務。
3. 小包裝販售：日本 70 年代的社會結構以核心家庭為主，布丁及乳酪採三連或四連裝設計，近年配合小家庭與獨居者增加，賣場出現僅販賣一條香蕉、一粒水果或小包蔬菜等單入包裝；如何引導國內市場商家，採平價小包裝販賣小片魚或肉，仍需要溝通與輔導。
4. 推廣生活輔具：電動開罐器、開瓶器，拍拍機、都會是生活好幫手。

**(二) 妝扮打理(衣)：**失能、上肢障礙或五十肩者很難穿脫衣服或拉開背後的拉鍊；妝扮打理消極面是設計易於穿脫的衣服，積極面是創造社會互動空間，失能者藉妝扮，穿出品味、色彩與喜悅，能夠因社會互動或讚美增加而更健康！美國學者因為黑人會把理髮店修容當作重要社交場所，把高血壓防治帶入理髮店後，創造關心健康議題的空間。為了增加長者與社會的互動，長者的服飾、彩妝、與保養品，極具開發與創造流行的商機。

**(三) 住屋：**消極面是要有安全，防滑不易跌倒、不會漏水或倒塌的住所，住房與浴廁有適當的輔具、扶手協助上下床、移位、協助上廁所或床邊便盆、升降

衣櫃便於拿取高處衣物；積極面是安適安心的住所，智慧屋可以提醒爐火安全偵測、跌倒偵測、保全偵測與主動通報家屬或 119 等單位。

- (四) **行動**：視障、肢障、聽障、長者以及罹患尿失禁、腸躁症者可能因為體力無法走太遠或需要頻上廁所而不敢出門，進而產生心理與社會疏離問題。行的消極面是無論人行道、公園、公共設施、公車、公共建築、餐廳都要有通用設計的概念，要有明顯標示、扶手與照明；一段距離要有一些座椅與廁所。積極面是讓失能者願意且能夠藉由手杖、助行器、輔具、或感應器的協助，可以走出家門。最新發展的感應器已經可以穿戴在衣服或襪底，若有發生離開床、離開椅子或走太遠的情形，都會自動發警訊到家人的手機上。
- (五) **學習**：活到老學到老才不易與社會脫節，政府辦理各類型樂齡學習、社區據點、長青學苑、瑞智學堂，提供書法、舞蹈、太極...等動態或靜態的課程，消極面是鼓勵長者願意參與學習，積極面是長者願意擔任志工、老師或導覽解說員。
- (六) **娛樂**：動態或靜態的休閒娛樂，皆有助於健康或壓力管理，消極面參加休閒旅遊、有機器人電子狗相陪伴、玩 Wii、觀看表演等可以自娛；積極面是失能者也可以發揮其技藝專長，自娛娛人；弘道老人基金會舉辦多年亞健康長著的活動或比賽，透過表演激勵更多失能者。肢體障礙者可以協助靜態如社區圖書館說故事，增加代間溝通。針對老人或失能者發展休閒旅遊、健身中心元氣館、電子寵物等，尚有很大的產業化空間。
- (七) **醫保**：消極面是協助失能者就醫，包括交通接送、陪伴就醫；積極面是讓失能者保持健康，減少就醫。
1. 誰能陪伴失能者？失能愈嚴重，就醫時的挑戰就愈多，住公寓的失能者，如何由樓上移到樓下？交通如何配合？需要幾位家屬陪伴？陪伴者是否可臨時請假？外籍看護工或照顧服務員雖然都有提供陪伴就醫服務，但隨著罹患多重慢性疾病且失能的人口數增加，固定陪伴就醫、鐘點管家、健康管理的自費市場需求會愈趨增加。
  2. 失能者是否可以不需就醫就能得到諮詢？失能者很容易遊走在醫院與機構或居家中間，失能者住在機構，尚有護理人員可以協助處理，住在家中可能因為長期臥床容易有便秘、電解質不平衡、發燒...等問題，要去急診、門診、或需要住院、或能夠自己處理？會帶給失能者及家屬極大的困擾。全民健康保險家庭醫師整合照顧計畫，在 2003 年 SARS 發生後開始有此計畫，鼓勵西醫診所與醫院組成團隊，就近提供醫療服務，提供 24 小時諮詢專線、個案管理與衛教、預防保健、協助轉診、提供居家醫療照護整合服務、若有糖尿病或慢性腎臟病的個案，會協助上傳檢驗檢查值，以利持續性的照護等，目前約有 240 萬人加入，佔 14% 全國被保險人；如何讓多重



慢性病患或失能個案可以知道此方案，主動加入，以減少失能者到門診或急診的次數，有賴衛生福利部多予宣導。

- (八) **頤養**：從消極面是失能者能夠得到照顧或生活復健；積極面是能夠激發失能者生活潛能。然單就頤養，是提供居家式、社區式、或入住式服務？照顧者的品質、數量與照顧密度，是否妥適？是否有城鄉差距？失能者照顧的財源？都是很大的挑戰，小家庭與獨居人口的增加，會有更多自費市場的空間。
- (九) **財務管理**：消極面是不會被騙或錯誤投資，積極面是能夠合理的理財配置或信託，對已經退休的長者，支出大於收入，經濟的安全，如何保本，可否以房養老，都是需要被關切的議題。
- (十) **善用科技**：包括資訊與通信科技(Information and Communication Technology, ICT)，消極面藉由電話、手機或網路購物或訂餐、智慧屋與保全的服務，解決生活問題，積極面可以結合大數據，成立 E 管家，有效率地提供服務，創造更好的生活品質。

## 六、長照服務產業之展望

資訊化是水平整合與垂直整合重要的關鍵，民間企業在物聯網 E 化整合或提供一條龍(continuous line service)或一站式(one stop services)或全包式(all-in-one services)服務極具潛力，以準備結婚的新人為例，無論新人從婚紗拍照、或從訂購禮餅、訂喜宴餐廳、找新娘秘書等任一管道切入，皆可能串聯設計成全套客製化的服務。以孕婦為例，從產檢、孕婦裝、生產、坐月子、彌月禮盒、尿布、奶粉、童裝，任何一個關卡切入，也有可能產生後續一條龍客製化的系列服務。高齡化社會，獨居與失能人數的增加，民間企業無論餐飲、養生、管灌飲食、服飾、智慧屋、無障礙屋、輔具租借替換、交通接送、休閒旅遊、運動器材、醫療照顧、長照服務、信託理財、與 E 化產品，皆有進入的空間，除了創造一條龍的服務，並可依據個案失能程度的變化，主動提供適切、可近、有效率、有品質、可負擔的服務！舉例來說，若失能者因為跌倒骨折，造成出院後失能程度明顯增加，則原本使用的助行器可能要改為輪椅，原本正常的餐飲服務要改成軟食或低油，用餐餐具可能需要特製湯匙協助等；若民間企業可以針對個案失能程度改變給予快速之回應，主動建議與調整個案所需要的服務或輔具，應會獲得失能者及其家屬之信賴、得到更多的商機；不可能的英文字” impossible”，本身隱含著可能”I’m possible”；面對高齡社會獨居世代，挑戰台灣人的智慧，為了更美好的明天，今天就要開始規劃！

## 參考文獻

1. 內政部(2007)：我國長期照顧十年計畫摘要本(核定本)-2007年11月。
2. 行政院(2015)：高齡社會白皮書，行政院2015年10月13日核定。
3. 吳肖琪(2016)：完善高齡者健康促進與生活品質提升之整合性照顧服務。國土及公共治理季刊，第四卷第一期：43-52。
4. 吳肖琪、蔡閻閻、葉馨婷(2013)：偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點之發展，社區發展，141：273-283。
5. 胡淑貞、蔡詩蕙(2004)，WHO 健康城市概念，健康城市議題綜論，健康城市學刊，第一卷：1-7。引用 2016/09/10  
<http://www.hpa.gov.tw/BHPNET/Portal/file/ThemeDocFile/201110181138577586/WHO健康城市概念.pdf>。
6. 國家發展委員會(2014)·中華民國人口推計(103至150年)數據—中推計。引用 2016/09/10 [http://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=84223C65B6F94D72](http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72)。
7. 衛生福利部(2013)：長期照護服務網計畫(第一期)—102年至105年(核定本)，行政院2013年11月26日核定。
8. 衛生福利部(2015)：長期照護服務量能提升計畫，行政院2015年11月3日核定。
9. Chenitz, W.C., Stone, J.T., & Salisbury, S.A. (1991). *Clinical Gerontological Nursing*, Philadelphia, W.B. Saunders.
10. Hancock J, Duhl L (1986) *Healthy cities: Promoting healthy in the urban content*. Copenhagen: WHO Europe.
11. Lin, L.C., Wu, S.C., Kao, C.C., Tzeng, Y.L., Watson, R & Tang, S.H. (2008). Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 117-123.
12. Matteson, M.A., McConnell, E.S., & Linton, A.D. (1997). *Gerontological Nursing*. Philadelphia, W.B. Saunders.

## 第四章 長照產業中公私部門合作夥伴關係之探討

### 一、前言

根據國家發展委員會的人口推估，台灣老年人口占總人口比率將於 2018 年超過 14%，我國將邁入高齡社會。到了 2025 年，此比率將超過 20%，我國將成為超高齡社會之一員。推計結果顯示，2060 年 65 歲以上老年人口將大幅增加為 2012 年的 2.9 倍。占總人口的比率，將由 2012 年的 11.2%，上升為 2060 年的 39.4%。而 80 歲以上的老人占老年人口的比率，也將由 2012 年的 25.4%，大幅上升至 2060 年的 41.4%。高齡人口絕對數與占率快速的增加，對台灣社會最顯著的衝擊，便是醫療與照護體系。

隨著人口老化趨勢，即便在失能率不變情況下，台灣長期照顧需要人口，也由 2016 年的 77.7 萬人，約占總人口之 3.45%，增加至 2026 年的 103.9 萬人，約占總人口 4.39%，以及 2051 年為 196.4 萬，約占總人口之 9.44%<sup>1</sup>(衛生福利部社會保險司，2015 年)。

社會福利服務的規劃，必須要經過 4 個面向：財源、生產、配置與規範(鄭清霞，1995)。長期照護服務也不例外。換言之，必須要規劃錢從那裡來？誰來生產？誰可以使用服務？服務的規範為何？政府已於 2015 年 5 月通過長期服務法，即要規劃服務的供給。然而，在政府財政已趨緊縮，高齡人口卻快速增加，單靠公部門的力量，已無法獨力完成服務輸送的提供。如何引進私部門的力量，共同打造完善的照護設施，並提供就業機會，已成刻不容緩的事項。然而，由於照護產業的獨特性，如何引進民間力量而又尊重被照護者的尊嚴，便是本文探討的重點。本研究先從私部門之角色談起，接著討論非營利機構與政府互動的模式。至於營利機構參與長照產業的狀況，則是以國內廣慈博愛院 BOT 案與日本實施的 PFI 架構為主。在反覆的討論中，希望能找出政府與民營機構合作的方式。如此，一方面能活絡長期照顧產業，為國內過盛的資金找到出口。另一方面，能為快速老化的台灣社會，提供足夠的長期照顧服務。

### 二、社會福利民營化政策下私部門之角色

有關社會福利服務的供給部門之類型劃分、內涵，以及應有型態，到目前為止，仍然是一個具有爭議性的議題。過去，社會福利供給部門，大致上劃分為公部門(public sector)與私部門(或稱民間部門，private sector)，近年來，各國的福利服務供給部門逐步多樣化，又可以進一步分為政府部門(seatutory sector)，非正式部門(informal sector)，

<sup>1</sup> 失能率定義為下述任一狀況為失能：(1)僅 IADLS 分數 > 70 分，且 8 項 IADLS 中 5 項無能力執行。(2)僅認知功能障礙，為 ADLS 分數 > 70 分，且 SPMSQ 答錯 6 題以上。(3)ADLS 分數為 51~70 分。

志願性部門<sup>2</sup>(voluntary sector)，與商業部門<sup>3</sup>(commercial sector)等(張英陣，1999，謝儒賢，2002)。由此對照，政府部門相對應為公部門，非正式部門，志願性部門與企業，可劃為私部門。

在上述社會服務供給部門中，關於政府的角色與功能，通常沒有太大的爭議。而另一方面，隨著政府財政惡化，人口迅速老化下，私部門在社會福利供給的角色與功能，逐漸受到重視。吸納民間的力量，已成為許多國家活絡福利服務供應體系的良方。然而，由於私部門的構成要素很複雜(至少包括非正式部門、志願部門，與企業等)，各界對其角色之定位、與功能之質疑，一直未曾間斷。

即使社會福利民營化已被多國政府宣示為社會福利服務輸送之主軸。然而，有關社會福利民營化之定義，仍然相當分歧。就各家所論述之定義，大致上有以下數個特質。首先，社會福利民營化政策，乃是指政府引進市場規則，將社會福利供給的角色，逐漸移轉至私部門，其主要目的是在於減輕政府財政負擔，調節資源的分配，將市場機制，成為資源分配的主要方式。其次，在公部門中形成擬市場機制，使資源運用更有效率，提供多元需求的滿足管道，以確保福利服務品質(劉淑瓊，2001；趙碧華，2003)。

古允文(1997)依民營化程度之差異，將社會福利民營化分為「廣義的民營化」及「狹義的民營化」兩種。前者是指「商品化」的過程，將市場機制與營利組織，納入到社會福利事業中。也因此，社會福利服務未必是服務性、低價的，也可以符合營利性及目的。而後者是鼓勵志願型的非營利組織，加入社會福利服務事業。在民營化過程中，政府並不迴避其原有職責，只是改變其服務方式而已。

綜上所述，所謂社會福利民營化，就本質上來說，只是一個「準市場」(Quasi-Market)的行為，它意味著政府仍然扮演支配性角色，只是誘導與鼓勵不同性質的民間組織，使其成為供給主體，來參與行政主導之制度運作。其次，目前在推動民間部門參與社會福利服務，其對象仍然是針對非營利組織(NPO：non-profit Organization)，而國內學者對於非營利團體參與社會福利的討論，已經相當廣泛(劉淑瓊，2001；洪久雅，2004；趙碧華，2004；沈慶盈，2005)。

其次，過去社會福利與醫療服務，曾經被視為市場機制不得侵犯的聖地，因此，企業的參與並未受到期待。早期「推動社會福利民營化實施要點」(1997)中，從其內容來看，社會福利服務的供應主體，乃是指志願性的非營利組織，企業似乎排除在外，並顯示企業的營利主義也常受到質疑。

不過，既使如此，事實上企業早已悄悄進駐到社會服務供給的領域。而且，近年來國內陸續通過「照顧服務產業發展方案(2002年)」，以及「促進民間參與老人住宅

<sup>2</sup> 或稱非營利部門(non profit sector)，第三部門(third sector)，獨立部門(independent sector)，慈善部門(charitable sector)等。

<sup>3</sup> 以企業為代表。

推動方案(2004年)」，對於企業的老人福利供給之限制，已經逐漸鬆綁。

### 三、社會福利機構公設民營之經驗

自1980年代以來，我國開啟公私合作執行社會行政之模式。公私部門以合作關係履行相關行政任務，其主要方式為社會福利方案委託與社會福利設施委外經營。合作之私人夥伴為社福團體，但僅有內政部所發布之行政命令，或是各地方政府所發布之自治規範，做為主要法令依據，其相關法制並不完備。我國於1998年制定之「政府採購法」，以提升政府採購程序的公平性與公開性。此外，為了因應公私協力之國際潮流，2001年制定之「促進民間參與公共建設法」。近年來在民營化的政策導向下，促參法第八條的規範的各種公私協力模式，被廣泛運用在交通建設，衛生醫療，觀光遊憩設施以及社會福利項目。

公設民營模式，使得政府由監督管理的角色，轉變為契約架構下的服務買方，初期由於本身管理能力，同時也出現了不少公部門邏輯，與私部門邏輯扞格，相關法令無法配合的難題，這些現象迫使政府開始思考是否為社會福利公辦民營建構一套法制。

4

隨著政府採購法及促參法陸續完成立法，社會福利服務民營化之程序與實體，以及權利救濟事項，有了法律層級上一致之規範。其中政府委託民間機構提供福利服務，是屬於勞務之委託，適用政府採購法之規範。政府機構委託民間經營之公設民營模式，政府給付報酬。若適用促參法以公設民營模式承接福利機構，民間社福機構不僅須依約提供社會福利，亦須維護運用硬體設施，而且契約存續期間較長，對承接者的財務、專業與經營能力，是莫大的考驗。同樣地，公設民營契約所規範的權力義務事項，亦較政府採購契約更為複雜。

社會福利民營化的邏輯是政府退居監督者的角色，不再直接提供服務，而是透過民間服務者之市場競爭機制，使人民獲得有效率，多元、以及可近性的服務，同時也可降低政府人事及財政負擔。然而，就過去實證經驗顯示，從締約對象之選擇，到契約之簽訂，履約，再到監督與續約，多年以來，普遍出現以下的狀況<sup>5</sup>：

#### (一) 是否存在競爭市場

民營化與促參法所規範之程序，是以競爭市場存在為前提。然而，相關文獻檢討近二十年來社會福利民營化政策，均指出福利服務並非完全競爭市場，有能力提供之民間社會福利團體十分有限，政府難以做出充分之選擇。甚至，政府必須私下拜託社福團體承做，當然也無法確保受委託團體的品質。在不完全競爭的結構下，政府與民

<sup>4</sup> 林萬億等，社會福利公設民營模式與法制之研究，內政部委託，1997年。

<sup>5</sup> 以下說明，主要來自於劉淑瓊，社會服務民營化之再造：迷惘與現實。江亮演，應福國，社會福利與公設民營化制度之探討，社區發展季刊，108期，2005年1月，郭登聰，政府與民間關係之再造，促進民間參與公共建設與社會福利民營化實施民營化之比較論述。

間社福團體，形成一種共生依賴的關係，使得品質監督機制無法真正運作。

## (二) 契約內容之協商與規範密度

政府與民間福利團體所簽訂之契約，不僅規範雙方之權利義務，甚至間接地影響服務對象之權益。但是，實際上契約內容，大多由委託之政府機關，依照內政部之契約範本擬定，受委託者只能接受，欠缺公私協力與合作之精神，更未考量服務對象之需求。

此外，就契約之核心事項，例如服務對象人數，委辦經費之計算基準以及額度，服務項目範圍之界定，服務績效評估基準等，並未詳細規定。通常僅就政府負擔之費用，做上限總額之規定。以致雙方經常就機構是否超收，服務品質是否下降，產生了諸多的爭議。因此，政府也難以依約，對經營者加以監督。

## (三) 自負盈虧？

公設民營的精神，是由經營者自負盈虧，而政府之所以將福利服務大量委外，主要也是基於降低政府財政負擔之考量。然而，問題是在於，社會福利領域中，自負盈虧究竟是何定義？政府依法提供給人民的福利服務，是否可以藉由公設民營契約中，自負盈虧之規定，將其費用轉嫁至受委託經營之民間社福團體承擔？更何況，事實上民間社福團體受政府委託經營機構，除了契約已經明文規定之服務費用外，仍須大幅仰賴政府之補貼，甚至是公設民營機構財務收支是否能達到平衡的關鍵因素之一。

另一項與自負盈虧相關，且長期困擾政府與民間團體，雙方的爭議點，在於公設民營硬體設施之維護修理費用。基於減少硬體設施經營管理費用之考量，政府所提出的委託經營契約中，大多約定由承接之社福機構，負擔硬體維修管理職責，政府僅提供若干比例之補助，而且補助之金額，逐年下降中<sup>6</sup>。對於承接機構之社福團體而言，此舉固然解決辦公與活動場所不足的問題。但是，硬體設備之維護，水電費用負擔卻大幅增加營運成本，逼迫社福團體必須要另行投入自己原有的資源，方能維繫機構之運作。實務上而言，經常發現社福團體自政府接收硬體設備後，卻發現不符合使用者之需求，必須要改裝修繕後，才能開始運作。此項經費要由政府或民間團體負擔，經常引起契約雙方之爭議。

## (四) 爭議協商解決機制

公設民營政策實施初期，公部門身負上級政策之落實，民意代表之監督，市民之期待，以及契約落實與否之行政責任，常將民間社福團體視為下屬，要求其配合依法行政。因此，社福團體與研究者，均指出建立爭議協商機制的重要性。通常公設民營契約中，所約定之爭議解決途徑與優先順序，大抵為協商、協調、仲裁，與提出民事

<sup>6</sup> 實務上，我國社福機構公設民營契約中，有關人事、硬體維修費用支付方式頗為複雜，並無統一做法，政府除負擔委託服務費用外，也經常約定設備維修、專業人員補助、新購設備補助費等。

訴訟，然而，就實務上而言，承接之民間團體，遇到經營困難、費率調整不成，或是契約條款雙方認知不同時，很少採用契約規定之爭議解決途徑。其最主要之癥結點，是在於民間福利機構，長期仰賴政府的委託案生存。基本上來說，不願意與政府正面對立。

以上主要討論非營利組織與政府間，所面對的狀況。然而，在人口快速老化與政府財政惡化的雙重壓力下，如何引進民間資金，特別是壽險資金，進入長期照顧產業，便成為熱門話題。接下來，便將討論焦點，轉移至這個部分。

#### 四、引進民間融資提案(PFI)之探討

行政院經濟建設委員會（現在改制為國家發展委員會，以下簡稱國發會）於 2011 年 11 月 30 日，舉辦強化公共建設財務規劃研習會，會中介紹我國將引進民間融資提案(private finance initiative, 簡稱 PFI)。PFI 之目的在於引進民間資金主導公共建設，以解決在財政困難下，公共建設預算日漸萎縮的窘況。此外，在 2012 年至 2013 年間，行政院曾經規劃，利用國外實施多年的 PFI 模式，選定屏東與金門為長期照顧事業的示範點，引進壽險資金，計畫要再當地興建護理之家，以及養生村等設施。為了引導壽險資金投入長期照顧事業，金管會也修正相關法令，包括新增保險資金可以投資社會福利事業，例如老人安養中心，護理之家等。新法並規定，若經專案核定，壽險資金還可以投資殯葬設施，包括蓋公墓，殯儀館，火化場及靈骨塔等。一時之間，PFI 成為熱門議題。

PFI 係公私協力(public private partnership, 簡稱 PPP)中，由私部門提供財務，支持公共服務的一種方式。在 PFI 中，公部門不須出資興建公共設施，而是以締結契約方式，定期向擁有該資產的私部門購買服務。政府每年只要支出購買或租賃公共服務的費用，至於設計、興建、維修管理等全部融資成本，轉由私部門供給。

##### (一) PFI 常見模式

PFI 模式之民間參與方式很多，其中較常見有四種，即 DBFO，BOOT，BOO 以及 DBTO。

###### 1. DBFO (Design Build Finance Operate)

DBFI 是 PFI 架構中，最常見的模式。在該模式中，私人部門投資建設公共建設，通常也具有該設施的所有權。公共部門根據合約規定，向私人部門支付一定費用並使用該設施，同時提供該設施相關的核心服務，而私人部門僅提供該設施的輔助性服務。一般契約期間為 20 年至 25 年。

例如，私人部門投資興建某醫院的各種建築物，公共部門向私人部門支付一定費用，以使用建設好的醫院設施，並提供門診等主要服務，而私人部門負責提供飲食、清潔等輔助性服務。

## 2. BOOT (Build Own Operate Transfer)

所謂 BOOT，即是私人部門在獲得公共部門授予之特許權後，投資、建設基礎設施，並透過向用戶收取費用而收回投資實現之利潤，在特許期結束後，將設施交還給公共部門。它類似國人熟知的 BOT，一般契約期間為 25 至 30 年。

## 3. BOO (Build Own Operate)

私人部門投資、建設，並永久擁有及經營某項基礎設施，在與公共部門簽訂的原始合約中，表明保證公益性的約束條款，並受政府管理及監督。其契約期間為永久。

## 4. DBTO (Design Build Transfer Operate)

私人部門先墊資建設基礎設施，完工後以約定好的價格交給公共部門。公共部門再將該設施以一定之費用，回租給私人部門，由私人部門經營管理該設施。私人部門如此做的目的，是為了要避免因為擁有該資產，所衍生的相關風險。契約期間通常為 20 年至 25 年<sup>7</sup>。

## (二) PFI 模式的特性

在英國，DBFO (Design-Build-Finance-Operate) 模式，乃是 PFI 中最常見的處理方式，其特性如下<sup>8</sup>：

### 1. 整合型採購

從設計到營運，所有階段的工作，皆由單一民間廠商負責執行。

### 2. 成果規範

將公共服務的要求，以成果規範來表達，有助於保留空間，讓廠商從事創新的活動。

### 3. 績效型回饋

付款機制將金額與廠商提供之服務績效相連接，亦即依照實際提供之服務水準，決定付款之高低。

### 4. 重視生命週期成本

在綜合考量興建與營運令計劃生命週期成本下，選取最低之成本。而非單就特定資產興建成本評估。

### 5. 強調財政支出價值 (Value for money)，以及風險合理配置，改善公共工程採購之效率。

### 6. 非資產負債表融資

公共建設興建成本，最後雖然由政府於設施營運期間逐年攤還，但其資本投資的支出，通常不會反映在政府的資產負債表上。這種作法雖然可以避免政府財

<sup>7</sup> 以上論述，來自於吳德美，「英國民間融資方案(PFI)的政治經驗分析」，問題與研究，2009年3月，第48卷第1期。

<sup>8</sup> 張倩瑜、黃明聖、周慧瑜、孫丁君，DBFO 模式在我國運用之研究，工程會委託。



務赤字，在帳面上持續攀高，但其所隱藏之財務承諾，仍然會對政府未來的施政，帶來一定的限制。

### (三) PFI 模式的效能

PFI 模式，與傳統由政府採購制度相比，其最大的不同點，在於投資風險的配置。該制度在設計上，具有以下之效能<sup>9</sup>：

1. 引進民間資金，投入公共建設，以減輕政府財政負擔。
2. 將設計、施工，與營運風險，合理轉移給民間。
3. 運用民間之效率，加速公共設施之供給。
4. 促使民間從整體生命週期成本觀點，進行規劃、設計。
5. 促進民間運用創新概念與技術，以提高公共設施之價值。
6. 改善公共設施之營運維護品質。
7. 使政府能專注於核心業務，以提高公共服務效能。

### (四) 適用 PFI 模式之公共建設

在英國，採用 PFI 模式之公共建設範圍並無法律限制<sup>10</sup>，其運用 PFI 模式的公共建設十分廣泛，依據英國財政部在 2008 年檢討報告，列出適用 PFI 模式之公共建設條件如下<sup>11</sup>：

1. 專案牽涉重大資本投資，同時施工風險需要有效管理。
2. 服務內容可以明確規範，並據此以長期合約方式發包。
3. 適用生命週期理念規劃，可以產生相當之效益。
4. 專案規模夠大：

PFI 的採購成本，呈現規模經濟的效果。即規模越大，單位資本的採購成本會下降。

5. 專案所涉技術穩定，以降低合約期中變更需求的可能性。
6. 專案提供之服務內容，確定為長期所需，不會因為外在因素(例如政策改變)，而導致服務內容不為社會所需。

## 五、日本推動 PFI 模式的經驗啟示

日本過去在公共建設推動上，主要是採取政府編列預算發包的傳統模式辦理。然而，歷經泡沫經濟之後，為了減輕政府財政負擔，並繼續善盡政府推動公共建設之職責，即成為日本政府最重要之課題，而 PFI 模式也就是在此背景下逐步發展。

<sup>9</sup> 梁開天、范雪梅、李書孝、駱淑娟、陳澤等、蔡其智、黃怡仁，民間參與公共建設推動議題改進之研究——政府如何獲取長期公共服務，工程會委託研究，2006 年 9 月。

<sup>10</sup> 英國對特定專案 PFI 之推動，係以專案立法予以個別規範。

<sup>11</sup> 經建會，英國推動民間融資提案制度之經驗與啟示，2009 年 5 月 7 日。

### (一) 制度發展沿革

1999 年日本政府因為面臨財政困窘，歲收減少，少子高齡化社會，以及多數公共工程面臨更新需求之下，制定日本 PFI 法，以進行相關公共工程推動之依據。

由於日本是大陸法系國家，公私部門之業務涇渭分明，為了民間參與公共建設，故擬以通案立法之方式，以確立民間廠商參與興建之法源。該法涵蓋民間參與模式，包括 BOOT (BOT)、DBTO (BTO)，以及 BOO。民間機構的收入來源，計有三種：使用者負擔(user fee based)，服務購入型(government sponsored)，以及混合型(mixed)<sup>12</sup>。

### (二) 適用範圍及其成效

在適用範圍方面，日本 PFI 法第二條，明定公共設施之底硬，包括：

1. 道路、鐵路、機場、公園等公共設施。
2. 政府官廳、宿舍等公用設施。
3. 租賃住宅、醫療設施、社會福利設施、停車場等公益性設施。
4. 通訊設施、新能源設施、觀光設施等。
5. 船舶、航空器等運輸設施。

在實施績效部分，日本自 1999 年起實施 PFI 制度，至 2012 年止，共有 403 件案例，金額達 3.9 兆日圓。其中 314 件已提供服務，64 件正在興建中，25 件進行相關程序。

表 4-1<sup>13</sup>、日本實施 PFI 項目一覽表

項目	中央	地方	其他	合計
教育文化設施	1	98	34	133
社會福利設施	0	18	0	18
健康環境設施	0	72	2	74
產業設施	0	13	0	13
公共設施	7	39	0	46
安全設施	7	14	0	21
辦公廳舍	44	10	1	55
其他	5	38	0	43
合計	64	302	37	403

### (三) 未來展望

2010 年 6 月，日本內閣希望在 2020 年時，能擴大 PFI 事業規模，達到日幣 10 兆以上之規模，乃於 2011 年 8 月對日本 PFI 法進行修正，最主要的修正，係新增將事業營運體出售委託民間企業經營之方式。整體而言，此次日本 PFI 法之修正重點，主要有以下 5 點：

<sup>12</sup> 黃明聖，英國與日本 PFI 制度之比較，台灣經濟論衡，8 卷 12 期，2012 年 12 月。

<sup>13</sup> 凌忠嫻，日本 PFI 簡介，財政部早報會議資料，2013 年 1 月。

1. 擴大可採用 PFI 的對象實施。
2. 導入可由民間事業提出方案之制度。
3. 導入公共設施等營運權：有關服務內容、設施的利用費用。
4. 為了促進傳達技術，使 PFI 事業順利進行，考量可將公務員派遣至民間團體。
5. 創設民間資金等活用事業促進會議。

就以上 5 點中，特別針對第 4 點，若有需求，可以將公務員派遣至 PFI，可以拉進政府與民間機構的思維，並且有實習、溝通，以及監督的效果，也能減少 PFI 案件失敗的機率<sup>14</sup>。

## 六、PFI 模式運用至長期照護設施之阻礙

對台灣而言，PFI 模式是一項嶄新的制度，推動前除需要有相關步驟及配套措施，以避免發生水土不服的情況外。此外，更需要透過示範案件的推動實驗，以發現問題，並檢討制度不周之處。依據工程會規劃，目前擇定污水下水道系統、海水淡化系統，以及長期照護設施等三項公共工程，作為 PFI 案件示範類別。以下僅就長期照護設施做一說明。

### (一) 背景說明

依據老人福利法第 34 條之規定，主管機關應依老人需求，自行或結合民間資源辦理長期照護機構。又社會福利屬於地方自治事項，自 2001 年起，中央政府已不再補助地方政府，而是將補助地方政府社會福利之預算，由行政院改列預算地方政府定額社會福利經費，或是一般性補助款，由縣市政府統籌分配。公立或公設民營機構，皆須自行編列預算辦理。至於私人財團法人老人福利機構，仍可申請補助之項目如下：

1. 新建、改建，或開辦設施設備。
2. 修繕費，充實設施設備。
3. 低收入戶老人公費安置補助。

### (二) 推動策略

由我國現行公立、公設民營機構之長期照護設施之辦理方式，以及私人財團老人福利機構之補助原則來看，可知長期照護設施是公益性極高的公共建設。惟因自償率低，故由政府自辦，或是透過補助，由公益團體辦理。但因政府財源有限，公共建設資金缺口現況及趨勢，政府若有興建公設民營老人福利機構，而且財務評估為可行者，可依 PFI 模式辦理。

### (三) 遭遇困境

---

<sup>14</sup> 曾國基，建立民間財務主導公共建設(PFI)制度，經建會，2011 年 11 月 30 日。

PFI 係民間參與公共建設的型態之一，亦即由民間要有相當財力，才能參與公共建設。惟我國社會福利事業多由非營利之法人機構，尚不允許營利機構辦理相當業務<sup>15</sup>。而非營利組織本身自有財源經常不足，又多須仰賴政府補助才得以興建。若依 PFI 模式辦理，則須考量放寬部分規定。

依 PFI 模式的精神，在於引進民間資金參與公共建設。現在 1,046 家老人福利機構中，公立機構 15 家，公設民營機構 12 家，佔總機構數 2.56%。而其餘的 97.44% 老人福利機構，皆由民間單位自行辦理，而政府僅提供部分經費補助。現行老人福利機構尚有 3 萬 4 千餘空床位，足以因應目前之需求。民間提供服務的量，尚足以因應需求時，政府單位，是否要依 PFI 模式再興建長期照護設施，仍須再思考<sup>16</sup>。

#### (四) 問題分析

基於目前社會少子化、老年化之趨勢，估計未來長期照護設施需求將會增加。此外，長期照護符合 PFI 模式所適用之低自償公益型公共建設。但是，它又屬於社會福利的一環。若是依我國現行法令，尚不得由營利組織辦理。然而，辦理 PFI 之民間機構，多屬以營利為目的之公司。一旦指定列為 PFI 示範案例，二者之間仍需整合，以避免對舊有長期照護機制產生衝擊。

#### (五) 後續發展

財政部促參司表示，幾年前所擬 PFI 處理原則案，因為行政院有些疑慮，並未核定，因此，該司已未再推動所謂 PFI 了。此外，屏東長照機構案，後來被認為政府採購案，而非 PFI。促參司目前不推 PFI，但正研議修正促參法，修正方向包括民間參與公共建設，政府可就服務績效付費，性質有點像 PFI 類似(但 PFI 是按成本付費)。

引進民間資金進入長期照護產業，除了 PFI 模式外，更早期間，政府曾經嘗試 BOT 模式。這個模式如何運作，產生了那些爭議，以來是否適用於長期照護產業，下面單元，會有完整討論。

### 七、公私協力履行社會福利——BOT 模式並以廣慈博愛院為例

#### (一) 背景介紹

廣慈博愛院開發案，係台灣第一個社福設施案例。台北市政府與民間機構柏德公司，於 2009 年 6 月 15 日締結契約，將信義區 6.5 公頃土地，交由柏德公司進行 BOT 開發工程。該開發案主要為社會福利設施——即廣慈博愛院區，預計設置面積為 2.9 公頃之老人住宅、老人照護中心、老人服務中心、身心障礙者養護中心、重建中心等社會福利設施。附屬設施包括商業設施、停車場、公園休閒設施。本開發案許可時間

<sup>15</sup> 老人福利法第 36 條規定，私人設立老人福利機構，應向縣市主管機關申請許可。同法第 37 條規定，老人福利機構，不得兼營任何營利行為，或利用其事業，為任何不當之宣傳。

<sup>16</sup> 2012 年 9 月 20 日行政院促進民間參與公共建設推動委員會第 41 次會議，內政部社會司簡報資料。

為 50 年，依契約規定，若營運績效良好，可再延長 20 年。

然而，雙方締約後，卻衍生許多風波，以致開發工程一再延宕。先是柏德公司與分包廠商產生爭議，未能順利締約，進而主張更換分包廠商。而且民眾抗爭持續不斷，一方面因開發案可能對當地原有自然生態產生影響，另一分面，長期照護中心，福利服務中心與社區社宅的樓地板面積僅佔 3 萬 6 千平方公尺，而商業設施卻佔 6 萬 7 千平方公尺，因而社會上質疑聲浪四起，行政機關與柏德公司數度召開里民說明會，尋求當地民眾支持。

風波不斷的廣慈博愛院開發案，於 2011 年 8 月終止契約。此舉，再度引起社會大眾對於政府 BOT 案的關注與質疑<sup>17</sup>。該開發案的失敗原因，是柏德公司未能於履約期間內，通過樹木保育計劃、環境影響評估、都市設計審議之審定，故無法取得建築執照，以致開工日期一再延宕。台北市政府以柏德公司有重大違約事由，柏德公司無履約能力為由，單方面終止契約。

## (二) 法律關係

BOT 案件在興建及營運階段，皆涉及多方法律關係，其權利義務關係，較其他類型之公私協力案件，更為複雜，以本件 BOT 案為例，在興建階段，柏德公司與行政機關、社福分包公司、興建者(例如水電、土木公司)、銀行團、投資人、保險公司等建立法律關係。在社福設施營運階段，增加了與使用者(社福設施之服務對象，或是附屬商業機構的消費者)之權利義務關係。

## (三) 民間參與模式之爭議

廣慈博愛院開發案引起爭議之一，係社福設施採 BOT 模式，由營利團體參與興建與營運，通常營利團體參與社福設施 BOT 開發案，需投入龐大資金興建成本，購置服務及醫療設施，聘請專業人力，以維持社福設施之營運，而營利團體投資開發，有獲取利潤的目的存在。若是為了回收成本，收取高額服務費用，這將違反社會福利的本質。但是，如果收取低廉費用，則難以產生合理之利潤。因此，柏德公司規劃經營附屬商業設施，興建價格較高之社會住宅，藉以獲取利潤。

設置社福設施係為提供服務對象，品質適當之福利服務，以滿足其法律上之權利。進一步而言，係達成弱勢者生存照顧，實現社會公平正義。然而，以追求利潤為導向的 BOT 模式，抬高服務價格，經營大規模的附屬事業，而忽略社福設施設置之主要目的，亦減損社會福利之功能。

但是，以社福為主的機構，與一般市場化經營的機構，如何能相輔相成，而又不互相干擾，勢必成為一個重要的課題。

由前述探討中，我們會發現，要引進民間資金進入長期照顧產業，無論採取 BOT 模式，或是採取 PFI 模式，都遭遇相當的困擾。探討其原因，其根本理由是要重新檢

<sup>17</sup> 中國時報 (2011 年 8 月 24 日)，廣慈 BOT 案解約，柏德斥責市府。

視，在公私協力下，國家應該擔負起的責任為何。下一個單元，即是由德國法律的觀點，來探討此議題，並希望找出對於台灣的啟示。

## 八、公私協力下之國家擔保責任

源自於德國的國家擔保理論，用以詮釋國家角色的變遷，國家與私人在公私合作關係下，應如何分配責任，各自承擔何種責任，以確保公共責任之履行合乎公益。國家擔保理論雖然於德國基本法未見明文，然可自憲法上原則，尋繹其規範基礎。德國學界並且進一步提出擔保行政法之概念與內涵，建構國家擔保理論在行政法層面的具體落實。

### (一) 擔保國家的立法責任

擔保國家履行公共任務，意味著國家有責任建立一個法律框架，加強私人力量對公共任務的參與，同時確保公益的維護。擔保國家優先通過立法權之行使，來實現其擔保責任。

擔保國家對於確保公益之規則，有一種備置責任。亦即國家有責任備置法律框架，擔保國家的立法者，不僅制定實體法，亦有備置程序法與組織法的責任。擔保國家強調組織法作為治理資源的重要性，以達成公益為標準，引導私人組織的形成與運作。另一方面，立法者應設置正常程序，透過正常程序，以確保決定的正確性<sup>18</sup>。

### (二) 擔保國家管制之方式

在擔保國家的脈絡下，國家雖然從第一線退出，但是並不意味著國家完全擺脫管制的責任。國家的責任從履行責任，變成擔保責任，監督與管制乃是不可或缺的關鍵。

由於新興行政任務，往往涉及高度的專業性及複雜性，私人對於該領域相關活動，具備較充分的專業知識及經驗，有較佳的能力預測未來的發展。運用社會自我管制，由私人自主訂定相關規範或其他管制、約束方法，能夠維持私人組織邏輯與彈性，設計符合私部門需求與未來發展之規範，且能減少國家管制之負擔。

德國社會法典中，展現了補充性原則。社會救助法第 5 條第 4 項即顯示民間公益團體的優先地位。該條規定，實物給付之社會救助服務，如民間團體(包括民間公益團體與營利團體)能提供服務，則行政主體應避免親自履行。

### (三) 國家擔保責任

德國依社會救助法第 75 條第 2 項之規定，行政主體原則上不自行經營社會福利設施，而由民間團體優先提供服務。國家雖然不親自履行任務，國家仍負有最後責任與總體責任，擔保私人給付一定品質之社會救助服務。

### (四) 民間機構之資格與選擇

<sup>18</sup> 詹鎮榮，2004，德國法中自我管制機制的初探，政大法學評論，78 期。

在 1996 年德國社會法典修正前，公私協力模式主要的合作對象，為獨立福利服務聯盟。社會法典修正後，公部門的合作對象，則不再限於非營利團體。德國社會法典修正後，公益團體與營利團體，立於平等競爭的地位，以擴大民間參與，促進競爭，形成更自由的市場。公私協力履行社會福利任務，由國家與民間福利聯盟的合作模式，走向開放營利團體，與非營利團體共同參與之市場競爭模式。為確保服務對象仍然能以合理價格取得服務，在服務具備相同內容與品質的前題下，行政機構應該選擇服務價格未高於其他競爭者的私人夥伴。

### (五) 三面法律關係

德國社會救助法中，是由「行政主體－民間機構－服務對象」所構成的法律關係，以描述三個主體之間的權利義務關係。

三個法律關係中的第一個面向，乃是服務對象與行政主體的法律關係。依德國社會救助法第 17 條第 1 項第 1 款之規定，行政主體有義務，使每個合乎法定要件之服務對象，獲得適當、全面且迅速之社會給付。

第二面向存在於行政主體與民間機構間，雙方締結服務契約，約定由私人履行社會福利任務，國家有承擔服務報酬之義務，並負有監督責任，以確保私人提供服務之合法性，以及合乎公益性。

第三面向為服務對象與民間機構間的法律關係，雙方締結私法契約，互負有給付義務。亦即民間機構有義務提供照顧、救助，促進服務等，而服務對象有給付服務費用之義務。而服務對象得依社會救助請求權，向行政主體請求承擔費用。

綜上所言，「行政主體－民間機構－服務對象」形成三方關係的要件有二：其一為行政主體與民間機構必須有契約關係；其二為服務對象合乎法定要件，對行政主體有社會救助請求權。

### (六) 德國社會救助法作為我國之借鏡

德國社會救助法的公私合作，其模式有二種：一為國家支持非營利組織履行自身任務；二為國家與民間機構締結費用移轉承擔之協議。第一種模式以金錢上補貼為主，促進民間非營利組織履行其自身任務，其法律關係較為單純。第二種模式則涉及三面法律關係，內部關係為國家與民間機構之締結契約，外部關係則發生在國家與服務對象以及民間機構與服務對象之間。

與我國公私協力履行社會任務的模式相對照，德國的費用移轉承擔模式，與我國促參法上的 BOT 不同，即缺乏社福設施交由私人經營後移轉之階段，而費用移轉之協議，與我國社會福利「方案委託」模式有相似之處。綜觀而言，BOT 模式不適用於台灣的社福機構公私協力方案，而 FPI 則有可運作之空間。然而，在執行 FPI 方案時，首先要解決非營利機構與營利組織之矛盾。下一個單元，作者嘗試以保險學者角度，提出配套方案。

## 九、壽險公司投資長期照顧產業之探討

行政院過去曾經提出，希望民間資金能導入國家重大公共工程建設。至此之後，社會有許多的討論。其中一項辯論，就是集中在壽險資金投注在長期照顧產業。就這個議題來看，正反意見都有，各方的差異相當大。因此，本文希望從不同的面向，討論這項提議。

首先，從正面的角度來思考，壽險業目前的資產總額超過 18 兆新台幣，而國內可投資的標的物有限。以目前來看，標的佳的公司債與公債，殖利率都非常低，不足以支應保單的預定利率水準。而股市目前的風險又太高，波動性過大。因此，壽險公司若能將部分資金導入長期照顧產業，獲得長期且穩定的報酬，對壽險業的資產負債管理，將有很好的助益。從另一個方面來看，隨著人口逐漸老化，台灣社會未來需要長期照顧需求的人，也會逐漸增加。也就是說，若未能提升長期照顧的供給，未來會產生嚴重不足的現象。因此，引進壽險資金來提升長期照顧的服務能量，是解決此一問題的方式。

但是，此方案也有負面效果。目前長期照顧機構，多由社會福利組織，或是宗教組織所經營。它們多為非營利組織，而且規模較小。一旦壽險資金進駐長期照顧市場，勢必會改變原有的生態，並引進盈利的色彩。再搭配壽險公司推出長期看護保單，在保險理賠與看護服務雙重特質結合之下，很有可能會讓市場快速走入財團化與大型化的方向。而這種現象，卻是原有社會福利組織所不願意樂見。此種對立的局面，讓一件原本良善美意的政策，打了許多折扣。

老年化已是台灣社會無法避免的趨勢，惟有做好完善的準備，才能從容的面對。提升長期照顧的數量與能量，是未來的重點工作之一。鑑於政府財政狀況並不理想，因此，利用民間資源便成為一個重要的方向。若要能有效利用壽險資金，現行長期照顧的整合便非常重要。具體來說，兩個方面的整合非常重要。第一是看護服務程度的分級，參照國外的發展經驗，可以分為高技術等級的看護機構(skilled Nursing Home)，中級看護機構(Intermediate Nursing Home)，以及一般看護機構。找出目前所欠缺的類型，鼓勵民間投資此類機構。其次，要整合壽險所投資的營利型看護機構，與一般的非營利型機構。有以下數種方式：其一是增加此類營利機構的社會責任，強制其提撥一定比例之利潤，做為整體從業人員之教育訓練，以及提升民眾對看護服務的了解。其二是要進行總量管制，不應無限制開放民間資金進駐，造成過度競爭。其三是保險公司投資在長期照顧設施時，其保險理賠不應有不一樣的標準，相關的監理機關應做好把關。

台灣社會已經快速地老化，未來的挑戰會不斷地加強。壽險資金注入長期看護設施，是一個有效運用社會資源的方式，惟有做好配套措施，才能有效發揮其效用。



## 十、結論與建議

人口老化及少子化，是國家安全的議題，若是無法做妥善處理，會影響到國家的整體安定性，而人口議題，對國家安全而言，主要會影響到的層面有二，一是年金，另一個是長期照護。與年金議題不同，長期照護議題除了要解決財源問題之外，還要處理照護服務供給不足的問題，而後者的狀況，單靠政府是難以解決，也就衍生出公私協力的議題。本文通過大量文獻收案及整理，得到以下結論：

### (一) 研究結論

#### 1. 政府過去的公私協力，主要是針對非營利機構，也衍生出若干問題：

根據學者之研究，社會福利民營化，可分為廣義的民營化，以及狹義的民營化。前者是指將市場機制納入社會服務事業中；而後者是鼓勵志願型的非營利組織，加入社會福利服務事業。

而過去政府與非營利組織之互動中，產生了以下數個問題。首先，它並不是一個競爭市場，而存在一種共生依賴的關係。其次，契約內容是由政府制定，無法考量服務對象之需求。第三，公設民營的機制，並未能產生自負盈虧的運作，而非盈利組織，仍將依賴大量政府之補貼。最後，公設民營制度，並未建立有效之爭議協商機制。

#### 2. 引進民間融資提案(PFI)在英國與日本運行多年，但是引進至國內，卻遭遇到相當之阻力：

PFI 係由私部門提供財務，支持公共服務之一種方式，在 PFI 中，公部門不須出資興建公共設施，而是以締約方式，定期向私部門購買服務。PFI 是在英國開始發展，而在九十年代之後的日本，由於泡沫經濟之崩潰，也廣泛運用在政府施政中，包括長期照護設施。

政府於 2013 年，希望以 PFI 模式，引進壽險資金進入長期照護產業，卻產生了許多阻力。當時內政部社會司，以長期照護設施是屬於社會福利一環，尚不允許營利機構辦理為由，否決了此一方案。從國家整體角度來看，實屬可惜。

#### 3. 公私協力以 BOT 模式履行社會福利，產生了許多理論與實務上之困難：

2009 年 6 月間，台北市政府與民間之柏德公司，就廣慈博愛院開發案，簽訂 BOT 開發案。兩年後，因柏德公司未能取得執照，台北市政府單方面終止合約。

就德國法律中擔保國家責任之角度來看，國家雖不自行經營社會福利設施，仍負有最後之責任，擔保私人給付一定品質之社會救助服務。由此觀之，BOT 模式，國家無法確保社會設施交由私人經營後移轉之階段。

### (二) 研究建議

根據本研究的探討與以上的結論，本文對於分別針對非營利機構，以及一般民間

機構，提出相關建議。

1. 對於非營利機構之管理，應注入競爭之機制：

僅提供以下數項作法。首先，提供誘因，鼓勵民間非營利機構參與，以提升競爭機制。其次，重新檢視契約內容之協商及規範密度。最後，重新考量補貼模式，以引進自負盈虧精神，至非營利機構。

2. 建立營利機構與非營利機構平等運作模式：

PFI 模式是國外公私協力運作的典範，日本運用其精神，引進其長期照護服務設施。而在國內，由於法令中並未規範營利機構運作方式，以及長久以來，非營利機構與營利機構之並未找出合理的相處模式，使得 PFI 制度在台灣之長期照護制度中無法運作。

而德國在 1996 年社會法典修正後，公益團體與營利團體，立於平等競爭地位，以擴大民間參與。

因此，在此我們建議以下數個配套方式。首先，政府要整合長期看護服務程度，找出目前非營利機構服務較少的類型，以鼓勵民間營利機構參與。其次，提升營利機構的社會責任，提撥一定比例之利潤，以提升長期看護產業之整體素質。最後，進行總量管制，以免造成過度競爭。

## 參考文獻

1. 陳盈蓉，建構可行的民間融資提案(PFI)機制：以興辦社會住宅為例，國立台灣大學政治學研究所碩士論文，2012年。
2. 吳德美，英國民間融資方案(PFI)的政治經濟分析，問題與研究期刊，48卷1期，2009年3月。
3. 梁開天、范雪梅、李書孝、駱淑娟、陳澤榮、蔡其智、黃怡仁，民間參與公共建設推動議題改進之研究—政府如何獲取長期公共服務，工程會委託研究，2006年9月。
4. 朱紀燕，革新公私部門合作關係，英國 PFI 制度簡介，當代財政，第 26 期，2013 年 2 月。
5. 林淑馨，日本型 PFI 的制度與經驗分析，中華技術，第 90 期，2011 年 4 月。
6. 凌忠嫻，日本 PFI 簡介，財政部早報會議簡報，2013 年 1 月 30 日。
7. 中國時報，廣慈 BOT 案解約，柏德斥市府，C1，2011 年 8 月 24 日。
8. 郭登聰，推動社會福利民營化相關法制的析論，社區發展季刊，108 期，2005 年。
9. 劉淑瓊，理想與現實：論台灣社會服務契約委託的變遷及課題，社區發展季刊，133 期，2011 年。
10. 孫迺翔，社會福利服務契約法制初探—從我國社會福利機構公設民營之經驗談起，月旦法學雜誌，177 期，2010 年。
11. 林萬億，社會福利公設民營模式與法制之研究，內政部委託研究，1997 年。
12. 劉淑瓊、彭淑惠，社會福利引進民間資源與競爭機制之研究，行政院研究發展考核委員會研究計劃，2007 年。
13. 許登科，德國擔保國家理論為基礎之公私協力法制—對我國促參法之啟示，台灣大學法律研究所博士論文，2008 年。
14. 陳小紅，台北市社會福利，社教機構民營化個案之檢視與評估，台北市政府研考會委託，1999 年。
15. 劉淑瓊，社會服務民營化再探：迷失與現實，社會政策與社會工作學刊，5 卷 2 期，2001 年。
16. 江亮演、應福國，社會福利與公民主營化制度之探討，社區發展季刊，108 期，2005 年。
17. 李玉君，社會福利民營化法律觀點之探討，月旦法學雜誌，102 期，2003 年。
18. 鄭清霞，長期照護保險的費率預測與調整規劃，中正大學社會福利系，2014 年。
19. 鄭清霞、鄭文輝，我國長期照護制度的費用估算與財務處理，台大社會工作學刊，2007 年。

20. 黃明聖，英國與日本 PFI 制度之比較，台灣經濟論衡，8 卷 12 期，2012 年 12 月。
21. 詹鎮榮，德國法中自我管制機制的初探，政大法學評論，78 期，2004
22. 張倩瑜、黃明聖、周慧瑜、孫丁君，DBFO 模式在我國運用之研究，工程會委託，2010。
23. 內政部社會司，行政院促進民間參與公共建設推動委員會第 41 次會議，簡報資料，2012 年 9 月。
24. 曾國基，建立民間財務主導公共建設(PFI)制度，經建會，2011 年 11 月
25. 工商時報，保險業資金投資長照產業鬆綁，2012 年 10 月 23 日

## 第五章 長照服務與產業中人的需求與培育

### 一、前言

截至 2016 年 6 月底為止，台灣 65 歲以上的高齡者已達 301 餘萬人，占總人口的 12.83%；而根據國家發展委員會(2016)的推估(採中推計值)，將於 2018 年此比率超過 14%，使台灣成為高齡(aged)社會；2026 年此比率將再超過 20%，台灣將成為超高齡(super-aged)社會；甚至推估至 2061 年時，65 歲以上的高齡人口比率會達到總人口的 38.9%。

對於台灣高齡者福利政策或長照政策來說，最值得關注的就是：我們高齡化的速度特別快。舉例來說，2015 年日、德、義已成為高齡社會，將再分別過 11 年、36 年及 19 年後，才轉變為超高齡社會；而台灣則為 8 年，轉變時間較快。因此，對台灣長照政策來說，也必須針對此，及早訂定有效可行、足以因應此快速轉變的政策與作法。

由於台灣社會嚴重少子(女)化現象<sup>1</sup>與戰後嬰兒潮已開始成為老人，因此台灣高齡化速度將不斷加快進行。高齡化不僅象徵老年人口數量與比例的提升，由於平均餘命的繼續成長，成為老人不僅機會很高，作為老人的時間也不斷拉長，當然老人需要照顧的時間也會增加，「長期照護/顧」(以下簡稱長照)的需求也就會愈來愈受到重視。基於長照需求未來勢必會不斷成長，所需人力是否足夠也一直成為大家討論的焦點(吳玉琴，2013；盧美秀等，2011；鄧素文，2012)。

是故，本研究的目的主要包括下列三點：

1. 整理相關文獻與資料，以呈現出目前及未來長照服務與產業的人力需求。
2. 整理與呈現目前及未來長照服務與產業的人力供給與培育狀況。
3. 分析長照服務與產業的人力供給與需求之間的差距為何，並參考國外經驗，提出具體政策建議。

### 二、長照服務與產業的定義

在過去的相關文獻中，對於長照的界定較常被採用的是 Kane & Kane(1987)的定義：長照乃指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力；而 Weissert(1991)則更廣義地定義長照之服務對象，包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家

---

<sup>1</sup> 根據內政部人口統計，2010 年台灣總生育率為 0.895 人，是為台灣總生育率的最低點；而 2015 年台灣總生育率為 1.175 人。

庭中提供(引自吳淑瓊，1998；行政院，2007；王雲東等，2012)。此外，林進財等(2005)強調：長照泛指對於因疾病、意外而導致日常功能部分或全部缺乏、喪失者連續供給三個月以上之醫療與個人照顧服務；其特質為以生活照顧為主、醫療照護為輔。另外OECD(2011)指出，長期照顧乃是「一個人伴隨身體或認知功能能力的程度減低所需要的一系列服務，因此較長的時間在於協助其基本日常生活活動依賴，例如洗澡、穿衣、吃飯、上下床(或椅子)、走動和使用浴廁等」(劉金山，2013)。至於在2015年6月3日所公布的長期照顧服務法(該法自公布後二年施行，以下簡稱長服法)第3條，則明確定義長期照顧指：身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。由此可知，長照為一持續性、跨專業領域的照護概念，其服務對象主要是以身心功能障礙之失能人口為主，雖大部分是65歲以上的失能與失智長者，但並不限於65歲以上的高齡者。

在長照服務所需的人力方面，根據陳惠姿(2005)指出，長照服務相關人力包括：直接提供專業服務的專業人員、經政府或相關團體訓練結業的半專業人員、未經特定訓練之非專業人員，另外還有行政體系的支援人員。在專業人力(professional)方面，包括：醫師、護理師、社工師、個管師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、營養師、藥劑師等。在半專業人力(paraprofessional)方面，則有：護佐(certified nursing assistant)、居家健康照護助理(home health aides)、居家服務之照顧服務員(home care, personal care workers)等。至於非專業人力，主要指：家庭照顧者與志工等(Stone,2000；王雲東，2009；王雲東、鄧志松、詹慶恩，2010)。而在前述的長服法第3條，也明確定義了長照服務相關人力，包括：

1. 長照服務人員：指經長服法所定之訓練、認證，領有證明得提供長照服務之人員(例如：照顧服務員、社工師、及各類醫事/護人員等)。
2. 個人看護者：指以個人身分受僱，於失能者家庭從事看護工作者(例如：外籍看護工)。
3. 家庭照顧者：指於家庭中對失能者提供規律性照顧之主要親屬或家人。

至於長照產業的定義；產業係指一個經濟體中，有效運用資金與勞力從事生產經濟物品(不論是物品還是服務)的各種行業(維基百科，2016)。因此長照產業係指：透過生產物品或是提供服務，來滿足失能/失智者及其家人/照顧者在長照方面的相關需求，因之所發展出來的行業/產業；所以它有可能是新開發的行業，也有可能是原本已存在、只是隨著高齡化與長照需求的不斷上升、而更為蓬勃發展的行業。例如：科技輔具業、雲端健康照護資訊管理/健康監控系統(資訊業)等。

此外，長照產業有可能包括直接提供的長照服務；以日本為例，日本自2000年實施介護保險(即長照保險)以來，為了因應服務多元化及服務輸送效率化之需求，決定改變傳統上由政府行政部門委託「社會福祉法人」(社會福利機構)成為擔負日

本照顧服務輸送體系主要團體的方式，而開放企業、農協(農會)、生協(消費合作社)及NPO(民間非營利組織)等各種法人團體經營照顧服務事業。根據厚生勞動省的統計，至2005年10月止，(居家)訪視照顧機構共20,618所、通院照顧機構(日間照顧)17,652所、照顧老人福祉機構5,535所、照顧老人保健機構3,278所，各項服務機構皆大量增加，特別是居家服務機構呈現最明顯穩定成長的趨勢(日本厚生勞動省，2006；江尻行男、莊秀美，2007)。

事實上，日本的企業在提供照顧服務之前，早就經營輔具的製造、販賣，經營付費老人院等社會福利服務事業。介護保險實施之後，大量企業投入直接性照顧服務之經營。介護保險是推動照顧服務產業擴大發展的主要推力，提供照顧服務的團體急速成長，造就照顧服務產業成為新世紀的創新產業(江尻行男，1999、2001)。至於在產值方面，日本高齡者的消費市場一年高達約20兆日圓，其中介護保險的給付市場大約7~8兆日圓，而保險給付以外的市場也很大，例如輔具市場(包含一般用品製造)就高達約2~3兆日圓。而且，未來的展望亦持續看好，因為65歲以上高齡者的人數增加趨勢是很明顯的。以2005年為例，介護保險的利用人數在2005年時約440萬人，比前一年度增加6.3%。也就是說，從各種情況來看，都可預見照顧服務市場的擴大趨勢(渡辺孝雄、服部治、小島理市，2004;江尻行男，2005；江尻行男、莊秀美，2007)。

### 三、長照服務與產業的需求人數

對於長照服務與產業的需求人數推估，其實就是在推估失能/失智人口數。在既有關於「失能/失智人口」的推計研究，皆是採用盛行率法(prevalence approach)進行推計(例如，鄭文輝等，2005；吳淑瓊等，2004；高森永等，2004；王雲東、鄧志松、詹慶恩，2010；鄧素文，2012)。簡單地說，就是在未來人口推計基礎上，假定系列之年齡別失能/失智盛行率(失能/失智率)，然後估計未來的「失能/失智人口」數量，如下式所示：

$$N_t = \sum_i \sum_x P_{x,t}^i \cdot r_x^i$$

$N_t$ ：t年之「失能/失智人口」數量

$P_x^i$ ：表t年之性別、年齡別之推計人口數

$r_x^i$ ：性別、年齡別之失能/失智盛行率

目前，上述的盛行率推計法，所引用的全體推計人口(即  $P_{x,t}^i$ )主要取自國家發展委員會(原經濟建設委員會)例行性進行的台閩地區未來人口推計結果；至於失能/失智率的數據，則是援用過去的調查發現結果。

以目前的失能/失智人口推計來說，最新的數據應是衛生福利部(原行政院衛生署)使用自己所作的「2010年國民長期照護需要調查」數據來計算失能率，並用國

家發展委員會「99-149年台灣人口推計」之中推計人口數作為全體推計人口所計算出來的結果，如表5-1所示：

表 5-1、台灣長照服務與產業的需求人數與百分比推估  
(失能人口數與百分比推估結果)

西元年 / 項目	推估失能人數與百分比				
	65歲以上		5-64歲		合計
	失能人數(人)	百分比(%)	失能人數(人)	百分比(%)	失能人數(人)
2011年	407,267	60.9	261,666	39.1	668,933
2015年	487,305	64.6	267,495	35.4	754,800
2020年	600,894	69.6	262,671	30.4	863,566
2030年	931,334	79.3	242,737	20.7	1,174,071
2040年	1,381,866	86.3	218,907	13.7	1,600,774
2050年	1,724,787	90.4	184,010	9.6	1,908,798
2060年	1,815,130	92.3	151,209	7.7	1,966,339

資料來源：修改自鄧素文(2012)

從表5-1可看出：目前長照服務與產業的需求人口約有70餘萬人；其中約50萬人是65歲以上的高齡者；但亦有超過三分之一的比率是「非高齡者」。也就是說，目前長照服務與產業的需求人口並非僅為高齡者。但這樣的狀況，隨著未來高齡人口占總人口比例的不斷上升，會在約15-25年之後，產生非常大的結構變化(亦即：屆時長照服務與產業的需求人口大多為高齡者)，值得重視。

此外，表5-1的數據主要是用ADL與IADL所測的失能人口，其實尚未包括亦屬長照需求人口的失智人口，因此表5-1的數字其實是有些低估的。

#### 四、長照服務與產業的人力需求

過去對於長照服務人力的需求推估研究，其主要推估方法為「以需求為基礎的估算法(demand-based approach)」；即先推估需求人數，再乘以該需求人數之種類所需之服務量，最後除以每個服務之單位人力生產量(吳淑瓊等,2004;行政院,2007;王雲東等,2012;鄧素文,2012)，亦即：

$$N = \frac{P \times F}{T}$$

N：推估之服務人力需求量

P：推估之特定種類需服務的人口數

F：每位特定種類個案需接受之服務量

T：該服務中每位專業人力生產力。

其中推估的主要假設為各種障礙率/失能率不變。



近期的長照服務人力需求推估研究，主要有鄧素文（2012）所推估的 2016 年時人力需求量、王雲東（2009）所推估的 2018 與 2028 年時人力需求量以及衛生福利部(2016) 所推估的 2017 年時人力需求量（詳見表 5-2）。值得注意的是：照服員的需求人數與外籍看護工人數及外勞政策之間有高度相關；目前各研究對於照服員需求人數的推估都是假設外勞政策與相關措施不變的前提下所作的估算。

表 5-2、台灣若干長照服務人力需求推估結果

(單位：人)

資料數據出處來源	鄧素文 (2012) #	衛生福利部 (2016a)	王雲東 (2009)	
	2016 年時	2017 年時	2018 年時	2028 年時
長照服務人力需求量				
照顧服務員	26,399~30,864	30,739~38,425	20,219~59,160	27,519~81,349
照管人員	1,499~2,998		2,096~3,931	2,844~5,332
社工師	2,363~2,877	4,038	1,205*	1,634*
護理師	9,947~16,494	16,504	6,376	8,649
物理治療師	961~2,692	2,870	1,161	1,589
職能治療師	1,153~2,777	2,952	1,210~1,805	1,641~2,449
輔助科技專業人員			1,359~1,941	1,843~2,633

# 鄧素文 (2012) 中的內容與數據係根據行政院衛生署自己依據「2010 年國民長期照護需求調查」與經建會「2010-2060 年台灣人口推計」所推估 2016 年時的「長照服務需求人口數與人力數」。

\* 因為王雲東 (2009) 所推估的僅為機構社工師，因此可能有些微低估。

資料來源：作者自行製表。

從表 5-2 中可看出：鄧素文(2012)所推估的 2016 年時人力需求量與王雲東(2009)所推估的 2018 年時人力需求量差距不大。除了王雲東(2009)在社工師的部分，所推估的僅為機構社工師人數，因此可能有些微低估；以及護理師的部分，王雲東(2009)所推估的結果與鄧素文(2012)相較之下有些微低估外；其餘至少二者推估結果的範圍(range)都有重疊到。由於衛生福利部(2016a)「長照十年計畫 2.0」中，並未明確說明人力需求量推估的相關參數設定數值與理由，因此作者僅將數據予以呈現。由於在探討長照人力供給與需求的差距等議題時，會與政策的方向密切相關，因此本研究之後，針對目前長照人力供給與需求的差距，會使用衛生福利部(2016a)「長照十年計畫 2.0」所呈現的 2017 年時人力需求量推估結果；但對於展望未來，在各類長照人力培育與未來需求人力相比較的數據，則就可參酌王雲東(2009)所推估的 2028 年時人力需求量。

至於長照產業相關所需人力，其行業範圍相當寬廣。除了如前所述，長照產業可能包括長照直接服務、科技輔具業、資訊業等之外；亦有可能包含下述幾類(張書瑋，2016)：

1. 金融保險業：

除了目前很多保險公司已開始在賣現金給付的長照險外；金管會已於 2015 年修訂「人身保險商品審查應注意事項」，增訂「實物給付型保險商品」專章，亦即：保險現在除了現金給付外，已可以提供醫療、護理、長照、健康管理、殯葬服務等實物給付；因此未來金融保險業可能會展開上下游產業結合或是異業結盟等。

## 2. 不動產業：

隨著長照需求人口的不斷增加，不論是居家式、社區式、還是機構式照顧，都要透過不動產開發、與照顧資源的及早規劃建置方能達成。

## 3. 生技醫療相關產業：

由於未來失能/失智人口將持續上升，因此在生技醫療、新藥研發等相關產業勢必更加蓬勃發展。同時在長照機構方面，亦可續朝目前的「醫養合一」整合發展模式進行。

另外，根據衛生福利部(2015)「長期照顧服務量能提升計畫(民國 104~107 年)」所載，目前產業參與長照相關服務狀況如表 5-3 所示。

表 5-3、台灣產業參與長照服務情形

項目	民間參與情形
送餐服務	餐飲業
關懷據點	社福團體、社區發展協會
緊急救援	保全業、醫療及社會福利機構、社會福利團體
GPS	通訊傳播設備製造業、電腦及電子產品製造業、測量、導航及控制設備業、電信業
交通	汽車及其零件製造業
餐飲	餐飲業
健康養生	運動用品、器材批發業、運動、娛樂及休閒服務業
理財信託	金融及保險業
休閒娛樂	住宿及餐飲業、藝術、娛樂及休閒服務業
輔具、居家及交通無障礙	交通運輸業、醫療機構、社福團體、醫療器材批發及零售業
老人住宅	營造業、社福團體
長照體系	
居家式服務	醫療機構、社福團體
社區式服務	醫療機構、社福團體
機構式服務	醫療機構、社福機構

資料來源：引自衛生福利部(2015)。

此外在長照產業相關人力需求量方面，由於上述這些行業的人力，多屬易於在不同行業間流動者；例如：資訊工程/程式設計與資訊管理等專業人力，可以在資訊業等高科技產業就業，也可以跨足到長照產業，端視相關政策的訂定。舉例來說，像之前提到日本的經驗，如果政府宣誓未來將開辦長照保險，由於給付的明確性，勢必會吸引大量長照相關產業的資金與人力投入。不過如果仍以目前稅

收制的方式作為長照的主要財源，並且未開放產業可投入提供長照直接服務的話，則參考韓國與日本等國家在未實施長照保險前的經驗，對於長照相關產業的發展並不有利，同時在「非長照直接服務」的長照相關產業的人力需求量來說，也不會有明顯的上升(Rhee et al., 2015；林春植，2010；江尻行男、莊秀美，2007)。

## 五、長照服務與產業的人力供給與培育

目前對於長照服務人力的盤點數據，主要係以行政院衛生署所執行的「2010年長照人力盤點結果」與衛生福利部所執行的「2014年長照人力盤點結果」為主要參考的數據。2010年的盤點結果，長照人力的分布仍集中於機構，約為居家式人力的2倍，約為社區式人力的15倍。而2014年的盤點結果，長照人力分布，仍集中於機構(占72%)，其次居家(占22%)、再者社區(占6%)(衛生福利部，2015)。

此外，將2010年與2014年長照人力的盤點結果比較呈現於表5-4，如此即可看出長照人力均是呈現成長的狀況。同時表5-4也可看出：將2014年長照人力的盤點結果，與長照2.0需求量相比，其供需差為何。

表 5-4、2010 年與 2014 年長照人力的盤點結果與供需比較

(單位：人)

項目	2014 年 (A)	2010 年 (B)	增減比較 [(A)-(B)]/(B)	長照 2.0 需求量 (C)	2017 年需充實 人力 (C)-(A)
照顧服務員	26,214	19,154	36.9%	低推估30,739人 高推估38,425人	低推估4,525人 高推估12,211人
護理人員	10,826	8,647	25.0%	16,504	5,678
物理治療人員	1,987	1,301	53.0%	2,870	883
職能治療人員	1,091	653	67.0%	2,952	1,861
社工人員	3,390	2,932	16.0%	4,038	648

註：依盤點結果，照顧服務人力計26,214人，倘加計醫院12,000人，總計為38,214人。

資料來源：引自衛生福利部(2016a)。

至於近年來照管人員人力數與平均服務案量詳見表5-5。雖然從表5-5可看出照管人員人力數呈現成長的狀況，但平均服務案量確是直線上升，目前已達：一位照管人員平均服務案量為510人；與當初規劃：服務量應為每200人配置照管人員1名的狀況有很大的差距，值得正視。

表 5-5、近年來照管人員人力數與平均服務案量

(單位：人)

年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016.6
照管人員配置數	315	315	331	331	342	353
平均服務案量	299	359	429	469	498	510

註：根據李光廷(2016)所載，日本目前照管人員平均服務案量為 35 人。

資料來源：引自衛生福利部(2016a)。

而在長照人力培育方面，主要包括：照顧服務員與相關社政及醫事人員。在照服員的人力培育上，根據「老人福利服務專業人員資格及訓練」辦法，目前欲擔任照服員工作可經由三種方式：

1. 領有照服員訓練結業證明書，係由地方政府核發結業證明書，目前為止共培訓 11 萬人，並期望未來能每年穩定培訓 1 萬~1 萬 1 千人(Lee, 2016)。在照服員訓練的課程時數方面，至少要包括核心課程 50 小時與實習課程 40 小時(含回覆示教 10 小時、臨床實習 30 小時)。
2. 領有照服員職類技術士證，係由勞動部核發技術士證，目前為止合格人數 32,706 人<sup>2</sup>。
3. 高中(職)以上學校護理、照顧相關科(組)畢業。目前專科以上設有老人照顧相關系、所、學位學程、科之學校已有 45 所(衛生福利部，2016a)。

另外針對相關社政及醫事人員部分，衛生署根據 2010 年的「長期照護專業人力培訓計畫」，於同年邀請相關專業團體和學者專家召開「長照專業人力培訓規劃」會議，完成三階段課程規劃，其內容如下(楊志良，2010)：

1. Level I 共同課程(共18小時)

醫事人員及社工師皆可參加，旨在使長照領域專業人員，能先具備長照基本知能。並規定醫事專業長照人員，在到職前或到職半年內，應先完成level I 之培訓。

2. Level II 專業課程(共24-32 小時)

由各醫事專業團體列入服務場域考量，由各專業自訂細項課程內容;發展個別專業領域之長照課程，強調專業照護能力，在到職兩年內應完成level II 之培訓。

3. Level III 整合性課程(共24小時)

醫事專業人員及社工師皆可參加，課程設計以強化跨專業及整合性服務能力為主，可在投入長照服務後6 年內完成。

未來，當長期照護人力足夠時，將規定應完成level I、II 課程後再投入長照職場(鄧素文，2011；盧美秀等，2011)。

<sup>2</sup> 取得照服員職類技術士證之人數統計可能會與另兩種方式重複。

表5-6、醫事專業長照服務人力培訓課程

<b>Level I 共同課程(18hr)</b>	長期照護導論 (8) 長期照護政策與法規 (2)	長照資源介紹與應用(2) 跨專業角色概念 (6)
<b>Level II 專業課程 (32 hr, 惟醫師 16 hr)</b>	長期照護需求者之評估 長期照護服務介入與處理 照護品質之監測與管理 家庭照顧者功能與角色	感染控制 個案研討 年度專題及新興議題 其他 (各領域 8hr)
<b>Level III 整合性 課程(24hr)</b>	其他專業課程 (選修)(4) 整合式課程 (18) 個案研討 (6) 危機處理 (2) 資源及行政管理 (2)	生死學與臨終關懷 (2) 常見長期照護各專業議題研討 (4) 年度各專業進階議題研討 (4)

資料來源：蔡閻閻 (2014)。

表5-7、醫事專業長照服務人力培訓時數與訓練時間

	時數	訓練時間
Level I：共同課程	18 小時	到職前或到任半年內
Level II：專業課程	32 小時，醫師 16 小時	到職 2 年內
Level III：整合性課程	24 小時	配合在職教育於到職 6 年內完成

註:參訓資格：已取得專業證照者。

- 實習課程建議於到任一個月內由有經驗者帶領完成
- 長照訓練課程同時可認證各醫事專業人員繼續教育時數
- 短期以評鑑要求，長期納入長期照護法規規範
- 長照人力足夠後，考慮Level I、II完成後再投入長照服務

資料來源：蔡閻閻 (2014)。

在長照人員培訓成果方面，根據衛生福利部(2015)的統計：

1. 自2003年至2014年已共培訓照顧服務員101,829人，目前留任長照服務領域26,942人，留任比率偏低，約為26%；另補助財團法人老人福利機構、基金會、立案之社會福利團體等，辦理照顧服務員在職訓練，培訓10,511人次。
2. 2008年至2014年針對各縣市及民間服務提供單位社會工作人員，辦理36場次教育訓練，另為加強該等人員對日間照顧服務之認知與拓展，結合民間團體辦理33場次教育訓練。
3. 整合及培訓醫事長照專業服務人力：衛生福利部已完成醫事長照專業分為三個階段之課程規劃，2010年至2014年已訓練28,901人次。
4. 強化偏遠在地長照人力(含原住民地區)：為強化在地人提供長照的知能，擴大培養在地服務人員訓練及家庭照護者支持方案，讓在地人照顧在地人，2011年至

2014年度共辦理101場教育訓練、共計2,933人次。

5. 2008年至2014年辦理照顧管理中心人員教育訓練，共培訓1,133人。

此外在教育系統長照人員培訓成果方面，根據102學年度統計，長期照顧相關科系現況，全台共有29所大專校院、35個相關科系、5個研究所，學生人數達5,432人。和96學年度的1,621人相比，是6年前學生數的3.35倍。不過，儘管學校端已開始培育高齡照護人才，但多年下來，長照產業始終發展有限。依照教育部統計，101學年度有1,262名長照科系畢業生，但只有38.2%從事長照相關工作。分析原因，主要有：職場條件不佳、社會觀感和來自家人壓力等(林珮萱，2014)。

## 六、外籍看護工的現況與展望

從表 5-8 中可以看出：近年來外籍看護工每年在台人數呈穩定上升趨勢；至2015年，已超過22萬人，是目前在長照領域工作的照服員人數(26,214人)的8.5倍。在國籍別分布方面，以2015年來說，來自印尼者超過17萬人最多，占79%；其次為菲律賓的12.3%，越南的8.4%，與泰國的0.2%等(勞動部統計處，2016)。

不過印尼政府已多次表示：自2017年起，印尼將不再輸出勞工。雖然學者表示：此一政策是否會真正落實，仍有待觀察(Tirtosudarmo, 2016)。但這個訊息對台灣來說其實是個警訊，過度依賴外籍看護工，特別是某一個國家，絕對是有風險的。

表 5-8、歷年外籍看護工在台人數統計

西元	人數
1998 年	41,844
1999 年	67,063
2000 年	98,508
2001 年	103,780
2002 年	113,755
2003 年	115,724
2004 年	128,223
2005 年	141,752
2006 年	151,391
2007 年	159,702
2008 年	165,898
2009 年	172,647
2010 年	183,826
2011 年	195,726
2012 年	200,530
2013 年	208,081
2014 年	217,858
2015 年	222,328

資料來源：作者整合蔡閻閻 (2014)與  
勞動部統計處 (2016) 後，自行製表。

## 七、各國發展長照人力的策略

在發展長照人力的策略上，多數OECD 會員國提出的作法有：人力促進方案、經濟誘因、提供持續的教育訓練，以及提升身分及工作形象等。

在人力促進方案上，以英國為例，英國採混合的教育訓練制度，除了有職業學校提供的教育訓練外，許多照護機構也提供學徒制度 (Traineeship/Apprenticeships)。學徒制度讓機構根據政府的訓練規範與自身機構的訓練需求，自行訓練人力與提供就業安置。這個措施讓長照人力的教育與就業有更多彈性與選擇。

在經濟誘因方面，澳大利亞鼓勵過去曾經從事過長照相關工作的退休人士重回職場；而其他國家(德國、荷蘭、英國與美國)則是將目標轉向在社會上經濟弱勢的族群，像是長期失業的年輕人、再次進入職場的人、社會少數族群或是其他可能的就業人口(OECD,2011)。

在提供持續的教育訓練，以及提升身分及工作形象方面，以德國為例子，聯邦政府負擔長照人員第三年進階教育的花費。德國使用公費，對於年長的照顧人

員且願意轉任長期照顧者，在第三年或是最後一年的訓練給予補助，過去政府只資助前兩年的教育費用。此外，從日本經驗，居家服務員(home helper)由一、二、三級課程，分別為230 小時、130 小時、50 小時的訓練時數，讓職業訓練系統訓練出來的實務工作者，加上實務年資也可以應考「介護福祉士」。但日本自2009年4月1日起廢止居家服務員第三級(50小時)合法雇用資格(不支付照護報酬，緩衝期一年)；2012 年起，居家服務員第一級訓練也提升到500小時訓練，足見日本在基礎照顧服務員專業及品質提升上的用心(OECD, 2011；吳玉琴，2013)。

另外，日本2008 年開始進用外籍照護工作者，2年內培訓1000人(護士400人、介護福祉士600人)上限。培訓的過程為入境後需有六個月期間學習日本語、導入照護學習，進入照護機構工作研習，需取得「介護福祉士」國家考試合格後，才能在日本工作，取得國家「介護福祉士」資格者可繼續居留在日本；若未取得「介護福祉士」資格，強制回國。若是透過學校研習者研習二年，畢業後須取得「介護福祉士」資格，才能繼續留在日本工作。日本對外籍照顧人員的要求比較嚴謹，類似移民的做法，合格的「介護福祉士」可以留在日本工作沒有年限（李光廷，2009）。

我國在發展長照人力的策略上，也靈活採用上述方法，茲列出目前已在執行中的人力發展作法：

#### (一) 改善照顧服務員薪資條件及工作福利

1. 自2014年7月1日起照顧服務費自每小時新臺幣(下同)180元調高為200元，並明定最低時薪為170元，期將現行每月薪資約1萬9,800元，提升為2萬2,400元(提高比率超過10%)；補助居家服務提供單位(雇主)應負擔照顧服務員勞、健保費及勞退準備金；補助偏遠地區照顧服務員交通費，每人每月1,500元，以保障照顧服務員之實質收入；另為改善工作環境，減輕照顧工作負荷，補助居家服務單位提供輔助照顧工作之簡易配備，減少職業傷害。
2. 增列國定假日加倍補助及單位營運費：為合理反映照顧服務成本，自2014年度起對於照顧服務員於勞動基準法第37條以及同法施行細則第23條規定之國定假日提供服務者，其補助時數內之照顧服務費加倍發給；另為補貼照顧服務員相關工作福利所需成本，再增列服務提供單位營運費補助，以支應加班費、特別休假薪資、在職訓練薪資或勞動法令規定雇主應負擔之勞動條件必要支出，以鼓勵進用照顧服務員，促進服務量能成長。
3. 提供失智症照顧額外加給：為因應失智症照顧之特殊性，提供居家失智症照顧者，每個服務對象每月加給350元，以增加照顧服務員於提供不同服務對象之加給辦法，提升實質薪資。



- (二) 為因應服務對象之失能樣態與多元照顧需求，提升專業能力，照顧服務員每年須接受20小時以上在職訓練課程；並明定各單位應聘具有社工或護理專業之居家服務督導員，主責照顧服務督導事宜，提供專業支持之工作環境。
- (三) 鼓勵取得專業證照，提供證照加給：為增進照顧服務員專業形象及人力分級，對於任職居家服務提供單位領有照顧服務員技術士證之照顧服務員，當月服務時數達130小時以上，每人每月補助專業加給1,000元。
- (四) 獎勵居服單位以月薪專職聘僱，以強化照服員職涯發展與多元晉升管道，提高國人投入長照服務意願，促進留任及就業機會。
- (五) 持續透過勞動部職業訓練體系培訓照顧服務人力，鼓勵中高齡及二度就業人口從事照顧服務工作，預訂每年培訓及培育至少1萬人；持續推展長照專業人員培訓計畫，並促進長照人員多元化發展，預計2016年9月長照培訓數位化課程上線提供服務，每年培訓可達1萬2,000人(衛生福利部，2016b)。

除了前述長照人力發展的策略外，開辦長照保險也是提升長照人力與相關產業的好方法。以韓國為例，韓國長期照顧保險在2008年開辦，在當時韓國500多萬老年人口中，2008年7月時使用長照服務人數為76,476人，到2008年12月時使用長照服務人數上升到148,749人，到2009年5月時此一數字更上升到202,492人，可以說在不到一年的時間使用長照服務人數就以超過倍數的速度在成長。

在機構式服務方面，由2008年7月1,395個所、服務人員58,425名開始給付，到2009年5月有2,016個所、服務人員76,216名。長期照顧保險施行後，照顧設施數量與服務人力均呈明顯增加趨勢（詳見表5-9）。

表 5-9、韓國長照設施狀況

(單位：個所, 人)

區分	2008年7月	2008年12月	2009年5月
設施數(供給)	1,395	1,717	2,016
服務人員(供給)	58,425	68,581	76,216
使用者數	46,114	56,370	62,677

資料來源：林春植（2010）。

在居家式服務方面，長期照顧保險施行後不到一年，居家設施提供服務單位數與施行初期相比也是有倍數以上的成長，並且現在判斷各地區都無不足之處。不過由於民間小規模居家設施的快速成長，競爭也是非常激烈的(詳見表5-10)。

表 5-10、韓國長照居家式服務提供單位狀況

(單位：個所)

區分	2008年7月	2008年12月	2009年5月
訪問照顧	2,823	4,362	6,031
訪問沐浴	2,654	3,006	4,271
訪問看護	461	626	688
晝夜間看護	641	806	925
短期保護	397	691	1,020
輔具	364	733	880
總計	6,340	10,224	13,815

資料來源：林春植(2010)。

此外，在照顧服務員人力相關方面，培訓機構數自2008年1月到2009年12月，兩年內成長超過10倍。而在接受培訓、取得結業證明書的照顧服務員人力部分，自2008年6月的70,335人、到2009年12月的500,125人，成長超過7倍(詳見表5-11)。

表 5-11、韓國照顧服務員接受培訓取得結業證明書狀況

(單位：人)

區分	2008年1月	2008年6月	2008年12月	2009年12月
教育機關	101	1,009	1,080	1,139
取得資格者	-	70,335	333,984	500,125

資料來源：林春植(2010)

韓國長照保險開辦1年後，從事照護師人力成長了5倍(=120,342 / 23,853)，同時創造了10萬個以上的新工作職位(詳見表5-12)。

表 5-12、韓國從事長照人力統計

(單位：人)

區分	2007年12月末	2008年6月末	2008年12月末	2009年5月末
從事照護師人力	17,054	23,853	84,412	120,342
長期照顧機關其他從事者	6,481	13,830	30,221	27,074
照護師教育機關從事者	-	553	7,588	7,742
福祉用具事務所從事者	-	-	1,000	1,303
公團長照管理要員	-	1,036	1,036	1,036
合計	23,535	39,272	124,257	157,497

資料來源：林春植(2010)

## 八、討論與建議

如前所述，長照服務與產業所需的相關人力，其範圍相當寬廣；本研究僅針對其中若干人力，提出其需求、供給與目前培育之具體數據。整體來說，無論是 2010 年或 2016 年長照政策計畫的長照需求人力推估結果，均高於目前最新的盤點結果（供給），但差距尚屬可接受範圍。依照目前的人力培育狀況，只要長照領域的工作在勞動條件與社會形象方面，能夠維持穩定並逐步提升，讓接受培訓、擁有證照、或是相關科系畢業生，願意投入此一領域的職場，相信至少現階段人力應是足夠的。

以下針對若干研究結果，提出說明與討論：

(一)2010 年或 2016 年長照政策計畫的長照需求人力推估結果，最大的差異就是 2010 年的政策是假設在 2016 年開辦長照保險的情形下，而得出的推估結果；至於 2016 年長照十年 2.0 計畫則是仍維持現行稅收制的架構，只是將長照十年計畫擴大規模，稱為「長照 2.0」的情形下，得出的推估結果。由於人力需求推估和政策之間關連密切，而目前政府採用 2016 年長照十年 2.0 計畫，因此本研究據以使用做為長照人力需求推估與盤點結果（供給）相比較的數據基礎。

不過，值得注意的是：現行的長照服務無論是行政體系、服務措施/方案、財源，都分屬不同體系，主要包括：衛政、社政（老人福利、身心障礙福利）、退輔系統等，而長照十年計畫的服務對象，主要係針對 65 歲以上的高齡人口，從表 5-1 可知：65 歲以上的失能人口，僅占總失能人口的 65%，因此長照十年 2.0 計畫的長照人力需求推估結果，應該是有低估的。

(二)依照衛生福利部(2015)「長期照顧服務量能提升計畫」所載：經統計 2014 年底服務中之個案量為 155,288 人，約佔失能人口數 21.2% (i.e.服務涵蓋率)，顯示仍有許多長照需要者未納入我國長期照顧十年計畫中之對象。也就是說，目前 70 多萬失能人口的主要照顧者仍是家庭照顧者；因此如果沒有很好的支持體系，就有可能會發生近年來媒體迭有報導的照顧者不堪長年身心負荷、於是將被照顧者殺死再自殺的不幸事件。展望未來，高齡化與失能人口日益增多，此一問題，更加值得高度關注。

(三)照顧服務員培訓後留任比率偏低：如前所述，自 2003 年至 2014 年已共培訓照顧服務員 101,829 人，目前留任長照服務領域 26,942 人，留任比率約為 26%(衛生福利部，2015)。事實上，會接受培訓的照顧服務員，大部分都是有意願在長照領域工作的。因此留任比率偏低，代表的還是對長照領域的工作在勞動條件與社會形象方面，與個人期待有落差，而這也應是未來政策努力的重點。

(四) 照管人員服務量過重：如前所述，至 2016 年 6 月，照管人員共 353 位，平均服務案量 510 人，已與當初規劃：服務量應為每 200 人配置照管人員 1 名的狀況有很大的差距。事實上，長照十年 2.0 計畫並未呈現照管人員需求人力量是多少(詳見表 5-2)，僅表示：因預算有限，照管人員人力難有成長空間(衛生福利部，2016a)，即便目前的照管人員培訓數已超過一千多人；某種角度來說，似有規避此一問題之嫌。

根據前述的研究結果與討論，本研究提出下列建議：

(一) 明確宣示：未來將朝向開辦長照保險政策方向。如前所述，對於我國高齡者福利政策或長照政策來說，最值得關注的就是：我們高齡化的速度特別快。舉例來說，根據推估，2026 年時我國高齡人口比率將超過 20%，成為超高齡(super-aged)社會。若根據表一的數據，以與 2026 年最接近的 2030 年為例，65 歲以上的失能人口數超過 93 萬，是目前約 48 萬的 1.9 倍。屆時如果不開辦長照保險，服務量能足以支撐嗎？！那再展望更未來呢？

所以，如果未來總是要開辦長照保險的話，適當的時間為何？根據韓、日等國的經驗，韓國是 2008 年開辦長照保險，當時高齡人口占總人口約 10%；而日本是 2000 年開辦長照保險，當時高齡人口占總人口約 17-18%。台灣目前高齡人口占總人口的比率約為 12.83%，介於韓國與日本開辦長照保險時的高齡人口占比之間；因此台灣如果要開辦長照保險，這幾年應是最佳時間。萬一錯過，屆時又發現不得不辦長照保險，但愈晚開辦、難度愈高，到時很可能會落入騎虎難下的局面。

此外，從韓、日等國的經驗，開辦長照保險後，可帶動產業與人力的大量投入，提高服務質量與涵蓋率。

(二) 透過積極、持續與媒體的合作，完成有品質且感人的作品(例如：電影、漫畫...等)，並在市場上大量出現，以逐步改變/調整國人對照顧服務員的刻板印象，並提升其社會形象。例如：日本透過「看護工、向前衝」漫畫，成功塑造看護工專業、親切、有前景的形象；並讓很多年輕人從小就建立了這樣的價值觀。此外，日本的「送行者」電影在台灣播放，改變了很多人對殯葬業的看法，特別是不少年輕人因此對禮儀師抱持正向價值觀、並願意從事。

(三) 鼓勵照顧服務員升任照服督導；並獎勵居服單位以月薪專職聘僱，以強化照服員職涯發展與多元晉升管道，促進留任及就業機會。

(四) 建立照管人員證照制度，同時提升培訓課程的專業性。此外，增列此部分預算與員額，並明確呈現照管人員需求人力量。

- (五)儘速落實將外籍看護工納入長照系統，並建立在職訓練課程與證照制度。
- (六)提供家庭照顧者具體而必要的協助。例如：喘息服務，即可減少對正式照顧(如：機構式服務)的需求。此外，鼓勵受照顧者的家庭成員接受相關課程培訓，以提升照顧專業。
- (七)持續鼓勵各大專院校開設長照課程/學程，對於學程的課程規劃希望能儘量與長照相關培訓課程接近/一致，並建立學分抵免制度，以鼓勵更多相關科系畢業生投入長照領域職場。

## 參考文獻

1. 王雲東(2009)。我國長期照護服務需求評估。行政院經建會委託研究。
2. 王雲東、鄧志松、詹慶恩(2010)。我國長期照護服務數項專業人力的需求推估。發表於「2010年人口變遷與社會發展聯合研討會」。2010年4月29、30日。台北：台灣大學。
3. 王雲東、薛承泰、鄧志松、陳信木、楊培珊、詹慶恩(2012)。我國失能與失智人口及其所需照顧服務員人力之推估。台大社會工作學刊，25，51-102。
4. 日本厚生勞動省(2006)。厚生勞動白皮書。
5. 行政院(2007)。長期照顧十年計畫。
6. 行政院經建會(2006)。歐美先進國家因應長期照顧服務人力不足之作法。2006年12月21日新聞稿。
7. 行政院國發會(2016)。中華民國人口推計(民國105至150年)。
8. 江尻行男(1999)。福祉産業における企業とNPO—その動向と課題。東北福祉大學研究紀要，24，161-175。
9. 江尻行男(2001)。福祉商品流通の現状と課題。日本社会福祉学会全国大会報告。
10. 江尻行男(2005)。日本の公的介護保険制度の概要と課題。韓国ハンリム大學講演。
11. 江尻行男、莊秀美(2007)。日本的企業與照顧服務産業--企業的發展動向與經營策略分析。管理學報，24(6)，637-655。
12. 吳玉琴(2013)。照顧服務人力的培育與留任。社區發展季刊，141，113-130。
13. 吳淑瓊(1998)。配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。行政院研考會委託研究。
14. 吳淑瓊、呂寶靜、林惠生、胡名霞、張名正、張媚、莊坤洋、莊義利、戴玉慈、羅均令(2004)。全國長期照護需要評估第三年計畫。行政院衛生署委託研究。
15. 李光廷(2009)。日本介護保險簡介。98/5/7 發表於老盟舉辦「長期照顧推動聯盟教育訓練」。
16. 李光廷(2016)。日本介護保險16年來的成長、改革與地方政府的角色分擔。發表於「人口老化、疾病轉型、與社會發展學術研討會」。2016年9月9日。台北：台北市立大學。
17. 林進財、吳政儒、李仁智(2005)。台灣地區長期照護市場供需之研究—灰色預測模式之應用。第三屆『管理思維與實務』學術研討會論文集。
18. 林春植(2010)。韓國老人長期照顧保險現況與課題。發表於「韓國、中華民國長期照顧學術研討會」。2010年4月27日。韓國：社會福祉協議會。

19. 林珮萱(2014)。老人照護變熱門科系，6年學生激增3倍。遠見雜誌338期。  
(09/05/2016 Downloaded from  
[http://www.gvm.com.tw/Boardcontent\\_25902.html](http://www.gvm.com.tw/Boardcontent_25902.html))
20. 高森永、周月清、蔡閻閻 (2004)。我國長期照顧服務供需現況與初步推估。  
內政部委託研究。
21. 張書瑋(2016)。從長照需求看到銀髮產業發展。會計研究月刊，365，72-73。
22. 陳惠姿(2005)。我國長期照顧資源開發規劃研究。內政部委託規劃報告。
23. 勞動部統計處(2016)。104年底產業及社福外籍勞工概況。105年2月24日  
勞動統計通報。
24. 渡辺孝雄、服部治、小島理市編著(2004)。福祉產業經營。日本：同文館。
25. 楊志良(2010)。我國長期照護現況與展望。研考雙月刊，34(3)，86-91。
26. 維基百科(2016)。產業。(08/02/2016 Downloaded from  
<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E4%BA%A7%E4%B8%9A>)
27. 鄧素文(2011)。長期照護政策與法規。於中華民國護理師護士公會全國聯合會  
主辦，99年度長期照護專業人力培訓--Level I 共同課程訓練。2011年6月4日。  
臺北：臺北市立萬芳醫院。
28. 鄧素文(2012)。長照人力現況與規劃。行政院衛生署專題報告。
29. 蔡閻閻(2014)。長照服務法的發展與規劃。衛生福利部專題報告。
30. 劉金山(2013)。從長期照顧政策發展趨勢論人力培育規劃之方向。社區發展季  
刊，142，304-316。
31. 鄭文輝、藍忠孚、朱澤民(2005)。我國長期照顧財務規劃研究。內政部委託規  
劃報告。
32. 盧美秀、陳靜敏、黃仲毅、呂月榮(2011)。我國長期照護專業人力 **Level I** 共  
同課程培訓規劃及執行狀況。長期照護雜誌，15 (2)，73-80。
33. 衛生福利部(2015)。長期照顧服務量能提升計畫(104~107年)(核定本)。
34. 衛生福利部(2016a)。長照十年計畫2.0。民國105年8月3日溝通說明會簡報。
35. 衛生福利部(2016b)。長照人力發展之困境與挑戰。105年3月23日於立法院第9  
屆第1會期社會福利及衛生環境委員會專案報告。
36. Kane,R.A. & Kane,R.L.(1987).*Long-term care: Principles, programs,  
and policies*. NY: Springer Publishing Co.
37. Lee, Y.C. (2016). Future plans of LTC policy in Taiwan: Challenges and prospects.  
Presented in “International Conference: Policy and Practice for Migrant Care  
Workers in Asia”. March 17-18, 2016. Taiwan: Taipei.
38. OECD (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.  
Available <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884520.pdf>

39. Rhee, J. C., Done, N., & Anderson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 119(10), 1319-1329.
40. Stone, R.I. (2000). Long-term care for the elderly with disabilities: Current policy, emerging trends, and implications for the twenty-first century. NY: Milbank Memorial Fund. (Downloaded from <http://www.milbank.org/0008stone/>)
41. Tirtosudarmo, R. (2016). A comparative perspective on Indonesia's labor exporting policy to Japan and Korea: Responses to push or pull factors? Presented in "International Conference: Policy and Practice for Migrant Care Workers in Asia". March 17-18, 2016. Taiwan: Taipei.
42. Weissert, W. (1991). "Community-based long-term care: A prospective budgeting strategy for achieving cost effectiveness." In: Romeis, J.C. & Coe, R.M. (eds.) *Quality and Cost Containment in Care of the Elderly*. NY: Springer Publishing Co. pp.175-189.



## 第六章 台灣長照體系中社區照顧與失智症特別照顧之探討

### 一、台灣社會高齡化速度驚人，社會支持以家庭為主幹

我國 2015 年底總人口為 2,349 萬人，目前人口雖仍呈現增長但成長趨勢已經趨緩，若人口出生率持續低落，未來將出現人口負成長。65 歲以上老年人口於 1993 年底佔全國總人口 7%，進入聯合國所定義的「高齡化社會(aging society)」，到 2015 年底將近 294 萬，佔總人口 12.51%，短短 22 年之間老年人口呈現持續而快速的增加，預計 2017 年將近入老年人口佔總人口 14% 的「高齡社會(aged society)」。許多文獻一再提醒，台灣目前老年人口之比例相較於日本及歐美等已開發國家雖然不算高，但我國高齡化驚人的速度卻是世界數一數二的。

雖然整體而言台灣尚未進入高齡社會，但根據內政統計通報資料，截至 2016 年 6 月底，嘉義縣、雲林縣、南投縣、台北市、花蓮縣、台東縣、澎湖縣、屏東縣、苗栗縣及宜蘭縣等十個縣市已經進入高齡社會，其中嘉義縣老年人口比例已達 17.57%，平均每六個嘉義縣人就有一位是老人。除了台北市以外，老年人口比例較高的縣市均屬都市化程度較低的縣市，年輕人口外移至都會區，造成農村老年人口比例偏高。

台灣老人的社會支持主要來自家庭。以老人的居住安排為例，2013 年老人生活狀況調查資料顯示，台灣 65 歲以上者主要模式是「與家人同居」，有 25.8% 居住於兩代家庭、37.5% 居住於三代家庭、還有 1% 居住於四代家庭，亦即台灣的老人有約三分之二與家人同居，另外有三分之一獨居或僅與配偶同住，11.1% 獨居、20.6% 僅與配偶居住，且多年來類似的調查結果都支持這個趨勢。這是非常不同於歐、美國家的社會結構，也是影響臺灣老人選擇長期照顧服務模式非常重要的因素。我國在制訂任何牽涉到老人生活（包括經濟、社會參與、文化創意、休閒育樂等多元面向）、長期照顧、銀髮產業等相關政策與法規時，也常考量「以家庭為核心 (family-centered)」，而不僅僅「以人為中心 (person-centered)」。

以下將換一個角度由現有的失能失智人口的照顧需求與老人福利及長期照顧服務的提供能量來比較，亦不難瞭解台灣的老人與長期照顧仍以家庭為主要的照顧場域，並由家人為主要的照顧責任承擔者。

### 二、長照服務量能不足，照顧體系主要以家庭照顧為核心

表 6-1、2011 年全國 65 歲以上分性別、年齡層的失能／失智推計人口數

女								
歲	ADL(項)						僅 IADL	僅失智
	1	2	3	4	5	6		
65-69	3305	2191	1277	1291	1120	3014	11024	464
70-74	4100	2984	1565	1914	1714	6772	19478	1312
75-79	7370	4351	3118	2721	3220	9283	24559	1653
80-84	9508	4702	3350	3047	2912	10385	27502	1906
85+	9435	6243	4835	3709	4796	19188	25387	1602
小計	33718	20471	14145	12682	13762	48642	107950	6937
男								
歲	ADL(項)						僅 IADL	僅失智
	1	2	3	4	5	6		
65-69	3059	2141	2078	930	1118	3949	7103	473
70-74	3880	2211	1186	1550	1181	5202	8753	802
75-79	3402	3008	1842	1267	1913	6179	9952	834
80-84	4837	3991	2664	2018	2423	7684	14768	1115
85+	7427	4146	2500	2681	2237	11902	14024	1392
小計	22605	15497	10270	8446	8872	34916	54600	4616

資料來源：王雲東、薛承泰、鄧志松、陳信木、楊培珊、詹慶恩(2012)。

根據表 6-1 王雲東等(2012)研究資料所示，2011 年全國 65 歲以上女性老人 ADL 有一項以上失能者總計 143,420 人，僅 IADL 失能者共 107,950 人，僅失智人口數為 6,937 人，65 歲以上男性老人 ADL 有一項以上失能者總計 100,606 人，僅 IADL 失能者共 54,600 人，僅失智人口數為 4,616 人，65 歲以上男女 ADL 有一項以上失能者總計 244,026 人，僅 IADL 失能者共 162,550 人，僅失智人口數為 11,553 人。若上述失能、失智項目全都計入，65 歲以上男女老人中共有 418,129 人有不同程度的失能、失智狀況。

若依據衛生福利部護理及健康照護司(2013)在設計長期照護服務網時所採用的服務需求資料，2011 年全國 65 歲以上老人失能人數(未特別計算失智人口數)推估有 407,267 人，佔全國 5 歲以上失能人口之六成。到 2015 年則全國 65 歲以上老人失能人數為 487,304 人，佔全國 5 歲以上失能人口之比例也提升到六成五。

自 2007 年「長期照顧十年計畫」推出以來，中央及地方政府投入人力物力財力來發展長期照顧服務，簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐(2013)說明行政院將長期照顧服務列入重點評核項目，於縣市實地考核時發現各縣市都有長足的進步，其中又以日間照顧

服務以及居家服務成長最為顯著。統計處(2016)公布截至 2015 年底，長期照顧十年計畫成果以日間照顧中心成長最明顯，由 2008 年底的 31 所(簡慧娟等，2013)、2011 年的 58 所、到 2015 年的 142 所，服務 2,572 人，成長 4 到 5 倍。成長次高項目為居家服務，2015 年底使用者有 46,428 人，相較最早有居服統計資料的 2009 年 22,392 人，大約成長 2 倍；若以居家服務時數來算，則成長約 2.4 倍。老人福利機構式照顧共有 1081 家機構，共計 60,578 床，2015 年底實際佔床率約 77%，不到八成，另外還有 485 家護理之家可收住不限年齡、需護理照護的失能者，總床數 35,334 床(2014 年底統計)以及退輔會系統的榮民之家(約 8000 床安養及養護床位)、慢性病房、以及護理之家。另外，近年來積極推展的社區關懷據點則以健康促進、餐飲服務、電話問安及關懷訪視四項服務為主，對於真正失能失智老人的長期照顧著力尚淺。

以全台老人人口比率最高的嘉義縣為例，總人口 51 萬 7 千餘人中，老人約 9 萬。有關長期照顧服務項目，包括居家服務、社區關懷據點、活力站、獨居老人關懷、營養餐飲服務、緊急救援連線、低收入戶老人住宅改善、以及機構式照顧等，與全台各縣市大致相同。其中機構共 26 家(3 家財團法人機構及 23 家私立小型機構)，包含養護及長照型(可收插管患者)，共計 1,275 床，平均每家 49 床，符合台灣機構型長期照顧典型的「小型化」、「社區化」模式。假設所有床位使用者都是嘉義縣民，而且所有的機構都滿床的狀況，在未來數年之內嘉義縣也都只有約 1%的老人是使用 24 小時住宿型長期照顧服務。

綜合以上，台灣高齡人口老化進展速度極快，目前已經有多個縣市跨越 14%的門檻，進入了高齡社會。因為台灣老人主要的居住安排仍然是與家人同居，當其失能或失智時，照顧責任自然先由家人開始承擔，由家人單獨、或家人與看護(以外籍看護為主)擔任主要照顧者。然後隨著照顧負荷的加重，才逐漸使用各種所謂的「長期照顧服務」。依據研究推估或政府統計資料，2011 年我國有 41 萬名左右的失能及失智老人。雖然我國自 2007 年推動「長期照顧十年計畫」以來，各項服務均有成長，但以約 9.5 萬床 24 小時住宿型機構照顧、居家服務每年 4.6 萬名使用者、日間照顧服務每年 0.25 萬餘名使用者，根據衛生福利部官方網站「長照十年專區」統計資料所示，2011 年長照服務量占失能老人比率為 21%(衛生福利部，2012)。即便「長照十年 101-104 年中程計畫」已經結束，各項服務也有所進展，但相對於失能及失智者的人數而言，最樂觀大膽的估計也僅有約三成的失能、失智老人有使用任何一種的長期照顧服務。而另外七成失能、失智老人則完全靠自己、或依賴家人照顧。故而，我國的長期照顧，事實上始終是以一般社區中的家宅為場域、以家庭照顧為核心、以家庭照顧者為主要照顧人力的。

(黃源協，2000)引用 1989 年英國的社會福利白皮書《照顧人民》(Caring For People)對社區照顧之定義：「提供服務與支援給遭遇老年、精神病、智障、肢障、感官障

礙等問題的人士，使他們能在自己家裡及社區中獨立生活。」而這些服務包括：「從提供人民在自己家裡的家庭支持、對較需要密切照護者加強提供喘息照顧和日間照顧、透過團體之家和臨時收容所，以增加可用於照顧的程度、到其他方式無法照顧者提供居家照護、護理之家及醫院的長期照護。」(黃源協，2000：17)由以上定義不難看出，英國社會福利體系所標榜的社區照顧，是政府透過各種多元「專業福利服務」項目的提供，來協助有需要長期照顧的老人和身心障礙者，以支持其自立、與獨立。

反觀我國政府於 2015 年推出「高齡社會白皮書」，接襲四大目標：健康生活、幸福家庭、活力社會、友善環境，其中第二項「幸福家庭」就清楚地點明了台灣社會仍期許以家庭為老人幸福生活的核心元素，包含建構完備長照體系來減輕家庭照顧者的壓力、家庭中世代能彼此傳承交流共創天倫、以及長者能無虞安心地在家庭生活中受到妥善的照顧。政策目標導向是以所有 65 歲以上老人為對象，而且也沒有具體界定服務需求、或政府承諾的詳細內容。

未來隨著高齡化社會快速發展，因老化或疾病而導致失能或失智的人數也必然隨之增加，加上獨居和僅與配偶同居者數量有增加的趨勢，因此政策與服務重點的「典範轉移」已經刻不容緩，必須盡快由原本的「老年急慢性疾病治療與失能失智照護」典範，轉移到「一生的活躍生活、健康促進、疾病預防、與自我管理」典範。如何利用原本單純以家庭為核心的照顧能量，進而由核心向外發展為家戶、社區、與社會網絡由內而外的整合性系統架構來進行長期照顧服務，亦將是台灣尋找高齡社會因應對策必須走、而且必須要走對走好的一條路徑。這個新典範是以世界衛生組織(WHO)於 2002 年在馬德里召開的聯合國世界老齡大會中所提出的「活躍老化(Active Aging)」為核心概念，強調提昇老人的「健康」、「社會參與」、以及「安全」，以促進老化過程中的生活品質，自 2002 年提出以來，深深觸動人們「活的老，更要活的好」的希望，所以獲得普世的支持，成為全球各國高齡社會政策與社會福利的共同目標。晚進則更強調個人自我的責任，來規劃及管理自己的身心靈和社會參與的品質。(張成秀、盧希鵬、羅天一、楊培珊，2015)

### 三、深耕鄰里的台灣社區照顧，力拼轉型長照據點

研究者累積 20 年研究心得，主張台灣因應高齡化社會的挑戰，不能東拼西湊其他國家的經驗，而必須分析本土過往的政策與實務，從而找出我們自己的特長、發展自己的強項。台灣長期照顧除了「以家庭為核心」之外，最大的特色就是「以社區為支撐」。

文獻中已有許多學者強調，台灣家庭與社區網路之連結，有綿密的親族朋友、同業同儕、長期為鄰、政黨同盟等複雜的社會關係連結，所以家庭並非獨立的社會單位，而是「置放、存有」(situated)於一個交錯編織的人際與社會網絡當中，這個網絡是由

朋友、鄰居、同鄉會、鄰里組織、宗教組織、社區知名人士(如士紳、民代)、志工、及相同問題人士所組成的，且個人或家庭與這個網絡之間的關係是「緊密連結的」(莫邦豪，1994；陳武雄，1996；陳明珍，2005)。沈慶盈(2005)認為運用社區人員，特別是鄰居，來提供社區照顧，可增加老人及其家庭對社區照顧的接納程度，落實在地老化目標，並減輕家庭照顧者的負擔。可見社區中社會網絡人力與資源的運用對於晚近我國老人福利所標榜的「在地老化」之發展應有相當強大的助益。

我國自 1960 年代起就已開始推動社區發展，至今已累積有超過半個世紀的經驗！(李美珍、王燕琴，2016)當時因聯合國決議推動開發中國家的社區發展，而我國尚屬聯合國會員國，自然積極爭取相關資源。聯合國於 1965 年派遣專家顧問張鴻鈞博士來台指導社區發展，同年，行政院在「民生主義現階段社會政策」中將「社區發展」納入社會政策七項工作之一；隨後於 1968 年頒訂「社區發展工作綱要」，1970 年獲得聯合國資助選派 15 名人員赴美研習社區發展相關課程；雖然我國於 1971 年退出聯合國，但相關合作仍然持續下去。(賴兩陽，2016)「社區發展工作綱要」後續並於 1991 年及 2014 年修訂，理念與實務亦逐漸成熟。

「社區發展工作綱要」主要重點為：(1)依法設立社區發展協會，為自主性的人民團體；(2)社區發展協會應針對社區特性、居民需要、配合政府政策及社區自創項目；(3)社區發展協會應訂定社區發展計畫及編訂經費預算，並積極推動：公共設施、生產福利、精神倫理等三大類建設。社區發展的工作半世紀來綿延不斷，在我國面臨高齡化社會挑戰之今，再度成為老人福利及長期照顧的最強支撐力。社區發展季刊第 138 期(2012:1)社論即明確表示：「社區工作的運用，在國人關心的人口老化問題上，亦是重點。尤其，政府規劃老人長期照護體系，亦必須注重落實在最基層的社區與村里之中。」

1994 年由當時的文化建設委員會提出「社區總體營造」政策，企圖整合運用潛在的社會力，作為政府施政的後盾。2000 年代陸續推動「新故鄉社區營造計畫」、「台灣健康社區六星計畫」，針對人文教育、產業發展、社福醫療、社區治安、環保生態及環境景觀等六大面向，結合地方特有的文化傳統、空間環境與產業，積極發展在地社區魅力。

為進一步落實讓社區居民自主性地經營社區生活、解決社區問題，1995 年 8 月舉辦的「全國社區發展會議」結論，首次揭櫫「福利社區化」的概念，並說明其具體意涵，涵括在以下的三個層面：(吳明儒，2004：109)(一)非正式的社區照顧服務：由家庭、親族所提供的支持性、諮詢性、工具性及合作性的服務。(二)機構式的社區福利活動：公、私立社會福利機構或公益團體將一項或多項社區福利工作落實於社區之中，並運用社區工作方法，以促進社區之合作與自治。(三)整合性社區服務網絡：在

「社區發展協會」之下，設置「社會福利基金」及「社區福利中心」，對社區居民提供各種必要的福利服務與轉介服務，並可創設各種小型的服務事業。

2005年，中央政府開始全面推動「建立社區關懷據點計畫」，作為因應高齡化社會老人照顧需求增加的策略。此計畫配合台灣健康社區六星計畫之推動，以社區營造及社區自主參與為基本精神，以在地情感及社會關係為基礎，鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供在地的初級預防照護服務。每個據點必須在(一)關懷訪視、(二)電話問安、諮詢及轉介服務、(三)餐飲服務、及(四)健康促進活動等四項服務之中提供至少3項。此4項均屬於社區志工能力可及的服務，且計畫補助可補助文康休閒設備、健康設備、辦公設備、業務費、志工保險、訓練及交通費等，雖然金額不高，但對於社區工作實際的花費的確提供了穩定的補充。至今已有超過2500個據點，村里涵概率超過60%。

另外，內政部亦於同年起補助「福利化社區旗艦競爭型計畫」，以三年為期，補助旗艦社區專業人力經費，鼓勵發展聯合社區，進行資源整合型運用，但僅限一案一名，對於專業人力的挹注有限，凸顯台灣社區照顧模式是以社區在地人力為主、專業人力為輔的特色。

社區工作是以社區為核心的工作方法，屬於社會工作專業三大工作方法之一，有其專業價值、知識與技巧的傳統。鄭如雅、李易駿(2011)研究歸納出專業社區工作者的核心能力包括認識社區及與社區建立關係、對社區情況進行評估判斷、組織的能力、資源統合的能力、行政能力、及自省與成長的能力。這些專業社區工作的價值、知識、技巧與能力雖然重要，但實際上在台灣的社區工作者是以社區領袖(例如鄰里長、社區發展協會理事長)、幹部與志工為主體，強調的是「人不親土親」、「在地意識」、及對地方的歷史與特色的熟悉與瞭解。李秀娟(2006:122)研究更具體定義所謂「社區領袖」，是一位「長期居住在社區內、對該社區之地理環境、文化歷史及相關事務，有深入瞭解，且因參與社區事務運作，熱心參與，服務態度或工作績效普受社區居民肯定、認同之人，其具備良好人際關係，能與他人合作」，此社區領袖是「在地老化」發展不可或缺的條件，他/她不但要能代表民意，還要能動員社區人力。而少數的專業人員投入社區工作時，如何認識社區及與社區建立關係，就成為社區工作模式成功與否的關鍵。

羅秀華(2004)專論指出，由於一貫以來國家/政府的過度主導與介入，使得台灣的社區發展缺乏真正由下而上(bottom-up)的社區自主；劉素芬(2016:306)依據自身參與社區關懷據點評鑑的經驗，也提出「據點工作者努力回應和配合政府政策的要求，卻甚少提出社區反思過程和行動，更少聽見社區老人自己的聲音。」即便如此，台灣多年來社區發展與社區營造並非全無成果，上述學者羅秀華(2004)也同意多年來由「操縱參與」的社區發展、到「象徵性參與」的社區總體營造、到「伙伴關係」的社區生

活總體營造，台灣的社區政策畢竟隨著民主化的歷程一步一步地向下紮根。社區關懷據點的成立，更讓社區力集中與整合，且至今已經遍地開花，普及全台。蕭文高(2016：121)認為關懷據點「十年有成」，無論就據點的數量或是參與者來看，對社區的影響程度都相當廣泛，「不僅改變了政府與社區的互動模式，社區組織及居民的生活作息也產生新的型態。」劉素芬(2016)也提出加強運用培力(充權/empowerment approach)觀點，由服務使用者的經驗和需求為出發點來培力社區和社區老人，應能創造出更好的伙伴關係的在地社區網絡。

綜整台灣社區發展、社區營造、福利社區化以及社區關懷據點的發展軌跡，可見五十年來台灣的社區工作一步一腳印累積了紮實的基礎與活力，無論在社區自主能量、專業理念發展、社區資源統整等各方面，都卓然有成；甚至蔚為風潮，翻轉居民的生活形態，致力於活躍老化的在地樂活。如今，政府全力推動「長期照顧十年計畫 2.0」(長照 2.0)，相信台灣的社區鄰里已經蓄勢待發，力拼轉型成為高齡社會銀髮服務第一線的尖兵。

#### 四、老人長照產業社區照顧的迅速發展與多元軌道

隨著台灣高齡化快速發展，長照產業與社區照顧已成為所有媒體爭相報導的「夯」產業。筆者依據多年研究發現，目前台灣老人長照產業社區照顧的迅速發展與多元軌道，突顯出一些重要的趨勢，這些趨勢已經蓄勢待發，一旦時機成熟，將能促使長照產業有突破性的發展，本文僅歸納出以下三大重點：

##### (一) 社區照顧跨專業、跨產業、規模化

長期照顧是一個跨領域的議題，楊培珊、梅陳玉嬋(2016)強調老人服務跨專業團隊合作的工作方法，並說明團隊成員能瞭解個人層面的生理、心理、和社會老化，同時也能瞭解這些層面如何互相影響，以及個人層面如何和環境進行互動，以促進個人與環境的最佳適應(person-environment fit)。隨著跨專業團隊的發展，不同產業的服務提供者也開始結盟，例如科技與醫療在遠距照顧方面的結合、藝術與社區或機構長照服務在「創意老年(Creative Aging)」方面的結合、成人教育與長照勞動力發展的結合，未來還有更多跨產業結盟的產出。蔡芳文(2013：223)提出希望能「在不久的將來建構一個具有社區環境機能，符合生活可自理的老人或各類失能者及各城鄉區域與各家庭所需求的「多層級連續性的長期照顧體系」，共創有品質、品牌與品味的長期照顧福利服務與產業的願景。」這個願景中所謂的「連續性長期照顧體系」，包含了老人大學成長課程、社區關懷據點、居家服務、安養、養護、醫療服務、心理關懷、家屬支持、預防性認知功能活動、失智症服務、以及老人服務研究發展等等，服務層面相當廣泛，投入的服務提供組織也日漸擴增，顯示台灣的社區照顧已經在跨專業、跨產業的前提下，朝向規模化的發展。

## (二) 園區化

台灣以縣市政府為主導而提出的整體規畫均朝向園區化發展，試舉以下三例：

### 1. 台北

國立臺北護理健康大學與臺大醫院北護分院推動城區部整體發展計畫。該計畫並將結合台北市立聯合醫院社區服務醫療資源，共同為長期醫療照護與教育長照人才，合作開設典範日照服務、小規模多機能服務據點，以及「多層級長期照護服務中心」、長照人力培訓中心(全國健康照護產學中心)，並設立長期照護學系結合原有之長期照護研究所(系所合一)，建立長期照護福利示範園區特色，是「長期照護福利示範園區典範計畫」之一例。長照福利園區是透過園區的建立來整合長照資源，提供完整的居家、社區、及機構式服務，甚至延展至生命末期的安寧療護，俾利造福更多銀髮族，能獲得全人、全程、全家的服務。

(<http://cham.ntunhs.edu.tw/files/40-1012-401.php>)

### 2. 嘉義

嘉義市政府關注人口老化議題，以豐沛的醫療資源優勢，擬建構三代同堂共享天倫的「健康防老園區」，導入都市規劃，融入「預防醫學」、「預防老化」、「健康促進」的概念，推動家庭責任醫師制，建立個人、家戶及社區健康管理，且價格讓老人的家庭負擔得起並安心進住，以吸引外地人安居嘉義市，為嘉義市帶來更多人口並帶動消費耐需求，進而提升就業機會及經濟發展。老人在園區中可以有更多社會參與，甚至在社區中服務他人，提昇銀髮族的自尊與自我實現。園區將結合社區商圈經營與城鎮營造，打造健康產業。( <http://www.chiayi.gov.tw/pro/about.asp> )

### 3. 屏東

屏東縣政府計畫開發以老人為主體的生活園區，選定於屏東麟洛鄉隘寮營區，以 BOT 模式推動民間資源參與長期照顧服務產業，目前已上網招商。長照園區計畫獲得軍方支持，同意由縣府處理地上物，面積達三·七公頃的園區，未來將分成照顧機構、長樂會館兩部分，投資者必須設置總床數至少一百八十八床，長樂會館部分則由投資者彈性設計，以旅館概念，提供適宜高齡者、眷屬等來訪時可以住宿與休憩。縣府表示，投資門檻約需五億元，BOT 契約期間為五十年，民間機構可以獨立投資，也可以透過合作聯盟共同投資，屏東 BOT 長照園區引進民間資源參與，能夠更活潑、更有彈性的規劃，並結合屏東的觀光與農特產。另外還有一案，是屏東市海豐里「失智多層級照顧園區」，透過民間機構的資源，讓屏東的長照系統更完善。( <http://news.ltn.com.tw/news/local/paper/1038800> )

## (三) 創新與創業

行政院自 2013 年啟動「創新創業激勵計畫」，企圖創建一個商機、資金、人才、行銷、以及合作的平台。為協助青年投入創新創業，各大專院校也紛紛成立以創新創



業為目標的學程，以筆者任教的台大為例，於 2008 年成立「創創學程」(National Taiwan University Creativity and Entrepreneurship Program)，鼓勵學生發展跨領域合作，並結合學習與行動實踐，投入多元創意與創業。而長期照顧產業也是許多青年嘗試創新或創業的大好機會，目前台灣已經有不少新興企業出現，提供銀髮族各類服務，如營養餐食、交通接送、育樂、科技服務、遠距醫療照護、復健及生活輔具等等，前景令人期待。

## 五、「長照服務法」的訂定與發展

我國於 2015 年 5 月通過長照服務法，該法第一條開宗明義宣示「確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益」，並定義長期照顧「指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」該法突破性地第 15 條提出應設置長照服務發展基金至少一百二十億元並於五年內撥充編列。原本法規第 22 條規定住宿型服務機構應以財團法人或社團法人設立，但社區型及居家型則不在此限。但 2016 年 10 月為擴大長期照護服務提供參與能量，行政院會通過長照服務法部分條文修正草案以回應民間訴求，修正重點為：

1. 增訂以調增遺產稅及贈與稅、菸酒稅菸品應徵稅額所增加之稅課收入，作為特種基金之財源。(修正條文第 15 條)
2. 定明該法施行前，已依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法設立機構住宿式長照服務之私立機構，除有機構擴充或遷移之情事外，不受法人化限制；並刪除長照機構法人設立等事項立法之期限。(修正條文第 22 條)
3. 定明該法施行前，已依其他法律規定從事該法所定長照服務者，仍得依原適用法令繼續提供長照服務；並刪除該法施行後 5 年內緩衝期之改制及準用規定。(修正條文第 62 條)

此修正草案意義重大，能挹注未來長照產業發展之財源，並確保過往已經累積至 1,081 家之多的長期照顧服務提供機構，特別是私立小型機構及私立護理之家能繼續合法提供服務，滿足高齡化社會持續增加的長期照顧需求。長照服務法修正通過後，未來老人長照產業無論是機構式、居家式或社區式服務均應能迅速發展。

## 六、失智症照顧帶來的挑戰與台灣的因應對策

失智症舊稱為「癡呆症」，之後改稱為「失智症」，2015 年修訂的精神疾病診斷手冊第五版 (DSM-V) 復改名為「認知障礙症」，日本與香港已經開始採用最新的名稱，但台灣專業界目前仍考慮繼續使用社會大眾最熟知的名稱「失智症」，以延續過往在失智症宣導及社會教育上所做的努力。

失智症是一種疾病、而不是正常的老化。更正確地說，失智症是一組症候群，其症狀包括認知功能退化、情緒異常、行為問題等等，病患由輕度、中度、重度、到最後的極重度，自我照顧能力逐漸退化，需要他人照顧程度亦隨之加重。近年來科學研究結果更提出「輕度認知障礙」(Mild Cognitive Impairment, MCI)的警示，即使在最輕度的失智症出現以及被確定診斷之前的很多年，其實患者的大腦結構或神經傳導已經出現異常。只是人們一生的成長歷程中，生活經驗與社會化不斷地累積所形成的慣性，患者仍然可以看似正常地生活、工作、參與社會活動，直到其症狀嚴重到被自己或他人發現異狀的那一天。且失智症是一種持續退化的疾病，目前沒有治癒的辦法，因此被稱為 21 世紀最具挑戰性的疾病。雖然失智症的科學研究迅速前進，但是直到今天，有關如何預防失智症、以及如何治療失智症仍然尚未獲得完全的解答。其對個人、家庭與社會與醫療照顧體系造成極大的挑戰，儼然已經成為高齡化社會最棘手的難題之一，也是我們今天討論台灣長期照顧體系現況與發展不得不正視的問題。

根據國際失智症協會 (ADI) 2015 年報告，全球有四千七百萬罹患失智症者，而隨著高齡化社會的演進，到 2050 年全球將有 1.3 億名失智症患者！目前台灣失智症患者人數到底有多少？可說是眾說紛紜。最保守的數字是王雲東等(2012)所推估的 2011 年僅失智而無 ADL/IADL 失能的人有 11,553 人；衛生福利部統計處(2016)領有身心障礙者手冊的失智症患者 2016 年 6 月底有 47,114 人；多者如台灣失智症協會推估 2015 年底已超過 25 萬人，佔全國總人口 1.07%，相當於每 100 個台灣人中就有一位可能是失智症患者，且此數字還沒有包括「輕度認知障礙」者。失智症患者人數推估的不確定，使得服務設計與福利資源的導入，都面臨極大的困難。但確定的是，由於失智症與年齡高度相關，年齡越高的族群罹患率越高，因此隨著台灣平均餘命延長、人口高齡化持續發展，失智症患者以及受到失智症影響的患者家屬，都將持續增加。

台灣歷年來投注不少資源在失智症照顧議題上。最早是由天主教康泰基金會於 1997 年由著名的失智症專家葉炳強醫師領導下成立「老年癡呆服務組」（後更名為「失智老人服務組」），成為我國第一個提供失智症並有與家屬諮詢服務的機構。緊跟在後的是天主教失智老人基金會成立於 1998 年，台灣失智症協會成立於 2002 年，之後全國各縣市陸續成立在地的失智症協會或失智症關懷協會，群策群力來進行失智症政策倡導及發展相關服務體系，並於 2005 年成功加入國際失智症協會(Alzheimer's Disease International, ADI)成為會員。2014 年 9 月衛生福利部公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，作為政府施政的指導原則，這是台灣失智症工作的重大成果，堪稱與世界先進國家並駕齊驅。「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」強調預防重於治療，並以社區及居家照護為主，機構照顧為輔來逐步擴展。政策綱領提出七大策略，包括：(一)提昇民眾對失智症防治及照護的認知，(二)完善社區照護網絡，(三)強化基層防治及醫療照護服務，(四)發展人力資源，強化服務知能，(五)強化跨部門

合作與資源整合，(六)鼓勵失智症相關研究與國際合作，(七)保障權益。透過此綱領的建立及推動，主要目標為及時診斷、早期治療，降低失智症風險，並讓失智者及家屬可獲得需要的優質服務，維持尊嚴及良好生活品質。計畫預計於 2014-2016 年 3 年間合計投入約 17.1 億元推動相關行動方案。仔細分析此七大策略及 32 項行動方案 92 項工作項目，其主要精神在於衛政與社政整合，政府與民間協力，結合醫療照護、社區據點、社會福利團體及村(里)辦公室等社區組織，共同提供服務，且服務朝向多元化發展、並致力於提升服務之可近性。

然政策面雖然明確宣示，實際服務的提供則數量與質量都遠遠不足。以強調「社區化」、「在地化」照顧為原則的老人日間照顧中心為例，目前全國專門服務失智症患者的失智型日間照顧中心共計 27 家，可服務人數只有 681 人，並非每個縣市都有。(詳細失智型日照中心所在之縣市及服務單位名稱、可服務人數請參考下表 6-2。)

表 6-2、全國失智症日間照顧中心服務單位一覽表

縣市	單位數	失智症日照中心服務單位名稱	可服務人數
台北市	2	財團法人天主教失智老人社會福利基金會 附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心	20
		臺北市立聯合醫院仁愛院區 附設仁鶴軒失智日間病房	16
新北市	1	財團法人臺灣省私立健順養護中心 (新北市頤安老人日間照顧中心)	35
桃園市	1	中華民國紅十字會臺灣省桃園縣支會辦理 福喜緣日間照顧中心	30
台中市	2	財團法人台中市私立甘霖社會福利慈善事業基金會 (樂多家園)	29
		光田醫療社團法人附設光田護理之家	18
台南市	5	財團法人台南市基督教青年會社會福利慈善事業基金會 (東門失智日間照顧中心)	30
		財團法人台南市私立萬安社會福利慈善事業基金會 (小腳腿失智日間照顧中心)	30
		財團法人樹河社會福利基金會 (悠悠家園開元失智日間照顧中心)	30
		財團法人台南市私立荷園社會福利慈善事業基金會 (荷園佳里失智日間照顧中心)	25
		有限責任台南市照顧服務勞動合作社 (麻豆失智日間照顧中心)	30
高雄市	1	財團法人天主教聖功醫院 (失智老人日間照顧中心)	6
宜蘭縣	1	宜蘭縣失智症照顧服務協會 附設松柏失智日間照顧中心	24
新竹縣	1	新竹縣蒲公英關懷弱勢權益促進協會	20
苗栗縣	1	社團法人苗栗縣銀髮族照顧協會	30
彰化縣	1	財團法人切膚之愛社會福利慈善事業基金會	30
南投縣	3	財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會	15
		財團法人南投縣私立南投縣仁愛之家 (長春居/失智症日間照顧)	30
		南投縣基督教青年會 (失智症日間照顧)	18
雲林縣	2	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院 (元氣長青老人日間照顧中心)	30
		社團法人雲林縣老人長期照護協會 (斗六小太陽幸福園失智日照中心)	30
嘉義縣	1	財團法人伊甸基金會辦理失智型日照中心	30
屏東縣	1	衛生福利部屏東醫院 (失智日間照顧)	27
澎湖縣	1	平安馬公失智日間照顧中心	30
新竹市	1	財團法人老五老基金會	20
嘉義市	2	財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會 (聖愛家園)	24
		戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 (拾智園)	40
<b>總計</b>	<b>27</b>		<b>681</b>

資料來源：衛生福利部社會及家庭署 (2016) (截至 2016 年 6 月底)

[http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/4933/File\\_166658.pdf](http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/4933/File_166658.pdf)

表 6-3、失智症照顧相關服務資源

	瑞智學堂 (樂智學堂、據點)	日照中心	機構失智 專區	瑞智家庭	團體家屋	專線諮詢 服務
台北市	9	1	1	2	1	
新北市	10	19	1			
台中市	5	2		1	2	1
台南市		3	1			
高雄市	4	1	1	1		1
宜蘭縣	2	1		1		
桃園市	3	1				
新竹縣	2	1	1			
苗栗縣	1	1				
彰化縣	4	1		1		
南投縣	4	3		1	1	
雲林縣		2			1	
嘉義縣	1	4				
屏東縣	3	1	1			
台東縣	5					
花蓮縣	3			1		
基隆市	1	1				
新竹市	1	1				
嘉義市	2	2	1		1	
澎湖縣		1				
金門縣			1			
小計	<b>60</b>	<b>46</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

資料來源：筆者整理自衛生福利部社會及家庭署(2016)

<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=149&pid=698>

整體而言（如表 6-3），本論文整理失智症照顧相關服務資源目前為數最多的是以辦理活動或講座為主的瑞智學堂(樂智學堂、樂智據點)，共有 60 個單位且持續增加中；其次是日照中心（失智型及混合型）共有 46 個單位；機構照顧及機構內的失智專區僅有 8 個單位；新興的瑞智家庭以家庭環境的佈置來陪伴失智症患者並促進照顧者互助及紓壓，立意良好但只有 8 個單位；團體家屋受限於法規要求的標準過高以致成本昂貴，自 2007 年試辦至今只有 6 個單位；另外有兩個縣市委託專業團體提供專線諮詢服務。這樣的服務數量相對於快速增加的失智症患者及深受照顧困擾的家庭而言，是非常不足的，顯示我國的失智症服務仍亟需更多公民營資源的投入。

「在地老化」是老人福利政策的重要目標，特別對於失智症患者而言，由於他們出現的多重認知問題，例如人事時地物混亂、情緒問題、行為問題、判斷力失常等等，

使得他們更加的易受傷害，對於任何的環境和生活作息的改變也更敏感而不易適應，所以協助他們在原本的家庭和社區中在地老化，可維持他們對於原本熟悉的居家環境及人際關係的掌握，以及他們解決問題的能力。

目前我國在政策與實務上，已經更進一步，以「在地老化」原則結合「高齡友善城市」的趨勢來發展「失智友善的社區網絡」。「高齡友善城市」是世界衛生組織推動的國家發展與城市建設運動，在活躍老化的基本原則之下，高齡友善城市致力於調整城市規劃與服務，使其能讓不同需求及能力的市民都方便使用並更加融入城市生活。WHO 定義了八個主要的高齡友善城市面向：(1)無障礙與安全的公共空間、(2)交通運輸、(3)住宅、(4)社會參與、(5)敬老與社會融入、(6)工作與志願服務、(7)通訊與資訊、(8)社區及健康服務。「失智友善的社區網絡」進一步以失智症為焦點來整合社區內的各資源單位形成完整的照顧網絡，例如鄰里、派出所、衛生所、社福單位、友善商家、教會、計程車隊等，協力促進患者、家屬及服務提供者的生活品質，並削減社會對失智症的歧視，增加對失智症的了解。中華民國老人福利推動聯盟(老盟)近年來積極推動「失智症老人守護天使暨建構社區資源地圖網絡計畫」，以社區志工訓練及失智症整合型資源網絡的建構為焦點，截至2016年10月共訓練失智守護天使109,115名。老盟並進一步與在地非營利組織「立心基金會」合作，完成台北市萬華區失智症社區資源網絡地圖，並結合守護天使進行社區宣導，成效優良。未來希望能逐區、逐縣市繼續發展，建立全國的失智症資源網絡地圖。

隨著高齡化社會的發展台灣失智症患者人數不斷上升，政府雖已提出「失智症防治照護綱領暨行動方案」，但因失智症專業照顧困難度高、人力需求量大導致成本昂貴，截至目前為止服務資源投入質量都遠遠不足，未來期待政府及民間營利與非營利單位能加強提供如表 6-3 所列各類型之服務，特別應設定目標數，拓展以社區為基地之瑞智學堂(樂智學堂、樂智據點)及日照中心(失智型及混合型)。新近發展的「失智友善社區網絡」計畫，與世界各國積極推動的「高齡友善城市」理念相同，當能借國際交流之利，順利發展。

本文所主張之政策與服務「典範轉移」，強調「一生的活躍生活、健康促進、疾病預防、與自我管理」，在失智症議題上的重點建議包括：(1)全面加強失智症宣導，由國民教育紮根、延續至高等教育及社會教育；(2)預防三高疾病來控制血管性失智症的發生率；(3)促進健康的生活型態、飲食、運動及營養，加上創新的行銷，建構身心靈活化的社會氛圍；(4)積極自我管理，在身體、情緒、及家庭與社會角色方面實踐規律化、正向化的生活。

## 七、結語

本文以台灣急速的高齡化及歷史文化社會特質為背景，分析「台灣長期照顧模式」的特徵乃「以家庭為核心、以社區為支撐」。65歲以上的銀髮族仍有六成以上居住於兩代以上同居的家庭，並與在地社區存在著緊密連結的關係。過去五十年來台灣的社區發展綿綿不斷，已經集結多元資源、蓄勢待發，成為未來高齡社會長照服務的前線與尖兵。整體而言，台灣長照產業發展迅速且多元並進，已成為「夯」產業，目前正在集結資源，繼續朝向規模化、園區化與創新化大步向前。

失智症的照顧困難，是高齡化社會最大的挑戰之一。筆者過去二、三十年努力耕耘失智症照顧，謹借本文再次呼籲政府及民間營利與非營利單位能加強建構台灣失智症服務網絡，並與國際同步推展「失智症友善城市」。

高齡化社會是否會成為「失速的列車」？本文大聲疾呼，台灣需立即進行長期照顧典範轉移，人人秉持「一生的活躍生活、健康促進、疾病預防、與自我管理」，且形成集體社會實踐、與政策體現。

## 參考文獻

1. 內政部(2016)。內政統計通報。[http://www.moi.gov.tw/files/news\\_file/week10530.pdf](http://www.moi.gov.tw/files/news_file/week10530.pdf)
2. 王雲東、薛承泰、鄧志松、陳信木、楊培珊、詹慶恩(2012)。我國失能與失智人口及其所需照顧服務員人力之推估。台大社會工作學刊，25:51-102。
3. 李秀娟(2006)。「在地老化」老人服務模式發展元素初探—以財團法人華山社會福利慈善事業基金會服務經驗為例。政治大學商學院碩士論文。
4. 李美珍、王燕琴(2016)。跨越半世紀—社區發展 5.0。社區發展季刊，154：6-17。
5. 沈慶盈(2005)。因應高齡化社會之福利政策方向。社區發展季刊，110：142-157。
6. 吳明儒(2004)。「新故鄉社區總體營造政策」下的福利社區化。社區發展季刊，107：107-119。
7. 莫邦豪(1994)。新興的工作模式：社區照顧與社區教育，社聯季刊，129，127—131。
8. 陳明珍(2005)。從資源網絡連結看社區照顧網之建構 —以臺南縣村里關懷中心實施運作為例。社區發展季刊，110：476-491。
9. 陳武雄(1996)。我國老人福利政策的現行措施與未來展望，社區發展季刊，74：5-14。
10. 張成秀、盧希鵬、羅天一、楊培珊(通訊作者)(2015)。Active Aging: A Systematic Literature Review of 2000-2014。台大社會工作學刊，32:177-224。
11. 黃源協(2000)。社區照顧：臺灣與英國經驗的檢視。台北：揚智文化。
12. 楊培珊、梅陳玉嬋(2016)。台灣老人社會工作—理論與實務。台北：雙葉書廊。
13. 蔡芳文(2013)。多層級連續性的長期照顧服務體系經驗分享。社區發展季刊，141：223-229。
14. 衛生福利部統計處(2016)。身心障礙者人數按縣市及年齡別。  
[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4198](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4198)
15. 衛生福利部(2012)。我國長期照顧十年計畫～101至104年中程計畫。
16. 衛生福利部護理及健康照護司(2013)。長期照護服務網計畫第一期—2013年至2016年。台北：衛生福利部護理及健康照護司。
17. 鄭如雅、李易駿(2011)。社區工作者核心能力之探討—專業社會工作者之經驗與觀點。臺灣社區工作與社區研究學刊，1(1)：1-44。
18. 賴兩陽(2016)。社區發展這些人與那些事。社區發展季刊，154：18-31。
19. 蕭文高(2016)。十年有成：社區照顧關懷據點計畫之挑戰與前瞻。社區發展季刊，154：118-131。
20. 簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐(2013)。我國長期照顧十年計畫現況與檢討。社區發展季刊，141：6-18。
21. 羅秀華(2004)。社區自主與政策的對話。社區發展季刊，107：146-160。



## 第七章 長照環境之建築特性與發展架構

### 一、前言

台灣的長照環境發展歷程從 1996 年行政院衛生署依據「護理之家建築規劃設計指引」之研究結果以四個省立醫院為例，在 1997、1998 年進行護理之家環境設計示範點而開展了長照環境的設計概念，迄今台灣已有將近 20 年的發展時間，然而由近年來的長照機構評鑑(包含護理之家、老人養護機構)過程顯示，台灣的長照環境並未呈現專業發展現象而普遍仍然流於著重裝潢設計。對於長照環境設計無法深入了解長照服務對象之屬性以及有效結合長照服務系統，而讓長照環境真正扮演照顧(護)服務的支持性環境，甚至成為治療性的環境，其原因在於環境設計者缺乏跨領域、跨專業的學習及整合能力，多數設計者認為長照專業知識與資訊多元複雜，因此普遍期待由案例研習而快速獲取專業經驗，以至於設計內容流於表象抄襲，或是期待籌建業主提供具體專業知識與資訊來引領設計操作，以至於設計者失去專業角色。本文之撰述目的在於總體檢視及探討台灣長照環境之建築特性與發展架構，以利於環境設計界具體了解長照環境之設計重點，以及有助於長照業界全盤省思長照環境發展之合理性與健全性。

本文將從機構照顧(護)、社區照顧(護)、居家照顧(護)等不同的照顧(護)服務系統來探討長照環境之共同性課題，以界定長照環境設計之核心精神；並對於照顧(護)服務對象屬性之顯著不同而提出照顧(護)環境之差異，以促進長照環境設計之適性適用。有關長照環境之建築特性，在群居環境中如何讓住民仍然擁有「家」的感覺，許多機構照顧(護)的環境已逐步發展「單元照護」環境；不論機構照顧(護)、社區照顧(護)、居家照顧(護)的環境均共同面臨住民避難逃生的困境，建構水平避難逃生系統已是不可避免的趨勢；在群居環境中容易造成群聚感染，機構照顧(護)和社區照顧(護)的環境已普遍注重感染管控設施；不論機構照顧(護)、社區照顧(護)、居家照顧(護)的環境均需要無障礙的環境，落實無障礙環境係長照環境的基本條件；面對失智症的認知缺損和複雜的問題行為，失智照顧(護)和失能照顧(護)的環境需求將有顯著差異。因此本文將針對發展「單元照護」環境、建構水平避難逃生系統、注重感染管控設施、全面落實無障礙環境以及失智照顧(護)和失能照顧(護)之環境差異等長照環境之建築特性分別分析論述。

除了前述針對個別性長照環境之建築特性進行分析之外，亦將由都市計畫觀點檢視整體性長照環境之關聯，而探討長照環境發展架構之規劃。在整體性長照環境中，各種長照服務方式包含機構照顧(護)、社區照顧(護)、居家照顧(護)，其終極目標應有效建構長照服務網絡，以因應各類型之服務需求，達到各地區之服務普及性，以及提供多元之服務選擇，因此對於長照所追求之在地老化理想如何實踐，服務資源分佈如

何合理化，以及長照服務功能如何整合，都有賴長照環境發展架構之規劃。本文以下將由服務圈概念與都市計畫觀點來檢視台灣長照環境之發展現況與問題，以及討論長照環境發展架構之規劃重點以利於台灣能真正建立長照服務體系。

本文藉由長照環境之建築特性分析與發展架構規劃之探討，期望台灣未來在長照環境相關法規，包含建築法規(建築技術規則)、消防法規(各類場所消防安全設備設置標準)、衛生福利法規(長照機構設置標準)等方面能夠因應長照環境之特性而儘速修訂相關規定，以提昇長照產業之服務品質；並且在都市計畫法規(都市計畫法施行細則)、公共工程法規(促進民間參與公共建設條例)等方面能夠針對長照環境之發展架構增訂相關政策以利於建構長照服務體系，以及促進相關業界(包含建築業)協力共同發展長照產業之可能性，而讓長照服務可以產業化、永續化。

## 二、發展「單元照護」環境

### (一)「單元照護」之理論概念

營造「家」的環境成為照護失能、失智老人的基本原則，但是唯有小規模化才容易來自同一個生活背景或同一社會階層的族群，而具有共同的「家」之經驗與感覺(Bellelli et al., 1998; 莊秀美, 2000)。照護的發展已趨向於以個案為中心的生活單元概念，尊重個別性為導向，讓服務提供已由以團體為對象改變為以個人為對象，採取小規模像“家”氣氛的生活單元是理想的照護特性，提供照護者、入住者有緊密的互動機制。「單元照護」(unit care)的概念亦被許多國家所應用，其目的在營造類似居家的環境中進行類似居家生活的照護，讓生活單元與照護單元一致；在類似家庭的照護環境中，提供保護住民隱私的空間以及重視住民的自主性(Kok et al., 2013)。過去台灣對於護理之家(失能者之照護機構)、失智症照護環境之研究亦提出「生活單元」的概念，強調生活單元之建構在於藉由小團體的生活，以及活動空間的共用和互動機制來促進住民的人際關係與熟識程度，而形成家族關係及符合居家情境，對於失能、失智者是不可缺乏的生活環境基本架構(黃耀榮等, 2000)。

日本為了讓服務使用者與工作人員保持親密關係，因此細心營造照護機構的生活空間及生活氣氛而追求「關係的變化」及「照護的變化」，同一組照顧服務人員陪伴相同的失能者或失智者，可以讓照顧服務人員非常熟悉每一位服務對象的習性和特質，而被服務者也非常熟悉照顧服務人員，產生如同家人般的親密關係，因此照護服務模式採用的是陪伴、引導，不只是照顧者，也是幫助者。Cohen & Day (1993)主張單元照護環境透過家庭式的活動與空間安排，可以讓一個照護環境沒有機構的意象，失能、失智者可以如同在以前的住宅從事日常的居家生活以及照顧人員一起和他們從事有關家務的活動(如食物準備、擺設桌椅、洗碗碟、一起製作餐點等)，共同烹飪、做家事、共同用餐而享受愉快的家庭生活感受。

## (二) 「單元照護」環境之影響實證

過去研究認為單元照護環境之設計提供較多的獨立性(隱私、個人化)、較少的刺激(有害的聽覺刺激)和較少的複雜性(簡單的生活環境),因此和非單元照護環境相比,在單元照護環境內住民之情緒較穩定,住民和照護人員之關係也較穩定(Teresi et al., 2000)。住民在較大的環境內有較多的領域感衝突、互相空間侵犯(Morgan & Stewart, 1998),相對於單元照護之較小環境,住民較不焦慮和憂鬱而有較多的活動(Skea & Lindsay, 1996; Annerstedt, 1997)。單元照護環境讓住民在小餐桌一起用餐,能更像家庭型態而鼓勵用餐及減少外界刺激干擾(Day et al., 2000),而照護人員的工作重點由在房間提供老人的身體照護逐漸轉移在起居空間和老人交談的情緒交流(莊秀美, 2004),由於單元照護之小規模環境容易提供明確的固定照顧人力,透過配合住民如廁洗澡的個人生活習慣以及家屬提供的住民生命史,照顧人員有利於和住民建立深厚而熟悉的關係(簡鴻儒、蔡芳文, 2013),因此住民除了和其他住民有較多及友善的互動之外,亦和照顧人員有良好的關係(Moore, 1999)。由小規模環境構成的單元照護環境相較於大的共同生活空間,住民比較容易有方向感,因為有較短的走廊和動線節點而減少通行距離及被迫選擇方向的壓力(Netten, 1989)。

## (三) 「單元照護」環境之設計

Herdman & Behney(1992)強調單元照護環境需尊重住民個人安全與隱私,滿足睡眠、休憩、烹飪、用餐、個人衛生、社交等生活基本需求,採 6-8 位住民為一單元,共用一個客廳與其他活動空間,一個較小團體的住民每天有互動的機會,將會因熟悉而減少攻擊的行為。Kok et al. (2013)認為通常像家而小規模的單元照護環境都是 8-12 位居住者,台灣過去本土性研究呈現輕度失智症之生活單元以 15 人為宜,中度失智症之生活單元以 10 人為宜(黃耀榮等, 2000),簡鴻儒和蔡芳文(2013)提出台灣目前失智老人單元照護環境係由 8-10 居住者和一個客廳、餐廳、簡易廚房、工作坊構成,對於失能者之生活單元環境(單元照護環境)在台灣過去本土性研究則呈現以 25-30 位居住者為一單元為宜,應具備用餐、衛浴、休憩、社交、污物處理、儲藏、配膳等活動及服務設施(黃耀榮等,1997)。

Kok et al. (2013) 強調單元照護環境規劃系統可進一步地將住民分成不同失能或失智程度的群組,在大型機構內可以有若干的家,各個家容納不同屬性的住民,因此即使是大型機構也可以細分為小單元的生活空間,讓機構的照護依然可達到居家照護的目標。在單元照護環境中提供有多層次的生活空間設計,包含個人空間(私密空間)、準個人空間(半私密空間,房間內室友用餐、聊天的空間)、準公共空間(半公共空間,單元內住民共同活動的空間)、公共空間(單元外其他住民共同活動的空間,或住民和社區居民交流的空間)(黃耀榮等, 1997; 莊秀美, 2004)。每一生活單元(或照護單元)應如同住宅內部的結構,可更接近家的情境,讓一小群人如同家族成員一起共

同的生活而有家庭的感受，因此每一生活單元(或照護單元)應包含個人空間、準個人空間和準公共空間而具有用餐、交誼活動、烹飪活動、護理服務、洗澡、如廁、污物處理等空間(Mathew & Sloane, 1991; Herdman & Behney, 1992; 黃耀榮等, 2000)。

### 三、建構水平避難逃生系統

#### (一) 水平避難逃生系統之理論概念

失能、失智者之安全防範與避難逃生的能力均遠低於一般人，甚至於重度失能者或中、重度失智者並不具有自主性行動能力(包含使用輔具者或臥床者)，在火災第一時間並無法經由垂直逃生系統使用安全梯離開災害現場，國際上均主張水平逃生而在最短時間內能輸送到該樓層的安全空間「等待救援」(Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, 2009)。台灣目前對於高層建築、戲院等大型集會場所已有「等待救援空間」之規定，但並未對於失能、失智者之照顧服務機構有「等待救援空間」規定，確屬忽視不具有自主性行動能力者之生命安全。如何採取較完善的防災措施與避難逃生系統以真正落實保障失能、失智者的生命安全，已是台灣在達到高齡社會而且有如此眾多照顧服務機構的當下，尤其是在新營醫院北門分院護理之家、新店樂活老人長照中心火災事件之後，亟需面對的重大課題。

因應失能、失智者的行動能力與環境認知之障礙，過去的研究文獻強調其避難逃生應考量「絕對安全性」，「絕對安全性」係指失能、失智者不具有自主性行動能力，其生命安全必須仰賴他人協助或保護，因此在第一時間就應採取絕對安全的措施，迅速將其輸送到安全的空間才能具有逃生機制，不能只提供類似於正常人一樣的「相對安全性」。現有公共場所之使用者均具有自主行動能力，可以依照火勢蔓延或災害狀況，自行判定及採取自救行動，因此現行建管、消防系統以「相對安全性」之觀念來規劃避難逃生系統，提供安全梯讓避難者可以自行使用垂直逃生系統離開災害現場。基於失能、失智者避難逃生之需求特性，美國於 1993 開始將其避難逃生的特殊系統納入建築技術規範(UBC)中，而國際建築研究聯盟(CIB) 於 1994 年亦特別召開國際性研討會並對於其避難逃生系統具有下列的共識：

- 1.推動水平逃生系統：多數失能、失智者無法使用直通樓梯或安全梯逃生，尤其是輪椅乘坐者、推床輸送者，致垂直避難逃生系統並不能有效協助認知或行動障礙者通達地面層或其他避難層，因此應採用水平逃生系統以利於在災害發生之第一時間即能到達安全的地方等待救援，然後於安全的狀況下再從容輸送離開災區。
- 2.促進避難逃生容許時間與容量：加強全面防火區劃及縮短逃生通行距離，擴大自動灑水設備分佈密度，以爭取更多的逃生時間而增加逃生機率；評估建築物中等待救援空間之面積，是否能充分容納所有失能、失智者使用輔具所需之停留空間。

- 3.有效發揮避難逃生設備功能：檢討建築物中所提供之避難器具是否能因應各類失能、失智者之特性，而使等待救援之過程亦能應用避難器具發揮自救之機制，讓避難逃生功能具有周延性。

## (二) 台灣長照環境避難逃生系統之現況問題

目前台灣長照環境在避難逃生系統上因為缺乏水平避難逃生系統規劃以致造成重大傷亡，然而在新營醫院北門分院護理之家火災事件之後，消防、建管單位所提出之改善對策仍然著重「相對安全性」之概念，主張先行滅火、再行輸送住民，以及採用中間分隔策略視火勢延燒情況將失能、失智者由 A 區移至 B 區之權宜措施(內政部, 2015)。此等因應火災變化而逐步應變之避難逃生策略實屬消極性措施，許多住民可能要面臨在後來因為火勢增大、濃煙密布而無法輸送或在輸送過程嗆傷死亡的高度風險，以致造成無法挽回的遺憾。因此國際上所主張的「絕對安全性」之積極措施，即是強調充分爭取火災初期之黃金時間(火源未增大、無濃煙釋放)就應迅速輸送所有失能、失智者經由已建構之水平避難逃生系統而到達等待救援空間以充分保障住民之生命安全。

此外，近期消防、建管單位因為對於照護系統缺乏認知而提出「就地避難」策略，認為失能、失智者不易輸送(尤其是臥床者或插管者)，應避免因為移動而造成生命意外，以致主張採取消極性措施而讓住民各自在自身寢室「就地避難」，認為將寢室建構為「等待救援空間」係可行之避難逃生系統。然而當發生火災時，所有失能、失智者在各自寢室內等待救援而看不到任何照顧服務人員之陪伴，是否會恐慌不安？同樣地照顧服務人員看不到所照顧服務的對象，是否能放心？尤其是晚上值班人力配置更少時，欲符合各住民就地等待救援而照顧服務人員均可以相陪確屬極為困難，然而放任失能、失智住民無助孤獨地自行「就地等待救援」，又豈能符合照護系統之核心精神？且普遍並不為台灣長照體系所認同，此由現行各照護機構積極發展各類輸送工具或設備以利於有效輸送任何住民之演練現象，可以理解台灣長照體系仍然主張及希望所有住民能集中等待救援並有照顧服務人員可協助及相伴，始為終極目標。因此為何各先進國家主張建構水平逃生系統而在第一時間迅速輸送到安全空間以等待救援，讓照顧服務人員可在此安心陪同所有的照顧對象，並可運用已經安全的時間適度使用避難器具輸送至地面而真正離開災害現場，或是等待消防人員之救援。至於台灣現有各類避難器具之適用性則相當有限(僅緩降機、救助袋、滑梯三項)，其中滑梯、傾斜式救助袋僅能適用於低樓層，而失能、失智住民並不一定有能力撐開及使用直立式救助袋，緩降機之高空垂降是否讓失能、失智住民容易有心理障礙，對於各類避難器具應確實評估其可行性並儘速探討及研發為失能、失智者設計之避難器具，以利於台灣長照環境能及早實現有效的避難逃生功能。

### (三) 水平避難逃生與等待救援空間之建置

在過去的研究結果顯示，「在地老化」住宅之避難逃生系統需求以「有多向路徑及通往等待救援之空間」(25.0%)居多，而等待救援空間之需求以「陽台」(37.5%)居多，其和台灣現有住宅普遍具有陽台有關，陽台的確最容易予以利用成為等待救援空間而不需要增加設備費用(徐丹桂等, 2014)。然而「等待救援空間」係指應具有防火區劃、排煙系統等功能之空間，可以讓在此等待救援的人不會被火燒死、被煙嗆傷。防火區劃就是在該區域周圍有防火牆、防火門可以阻隔火災延燒而具有一定的防火時效，排煙系統則是在該空間內有排煙窗或是機械排煙設備。因此在照護機構的評鑑指標均強調長照環境應設有雙向逃生路徑(有兩個以上逃生出口)與等待救援空間，逃生路徑端點之等待救援空間應設置避難器具，並且逃生路徑之周邊材料應為防火材料以及在逃生出口設置防火門，逃生路徑亦需符合無障礙路徑(National Council on Aging National Adult Day Services Association, 1990; JCAHO, 2009; 吳肖琪等, 2010)。

對於等待救援空間之形式，各國有不同作法，有採戶外平台，有採避難室，避難室應屬於開放空間才能容納進入之人流，但平常亦可做為活動空間。任何既有建築物均有機會建構「等待救援空間」，只要能有效評估及現場勘查，並無技術困境。對於兩層樓以上之樓層可利用前後陽台或側面陽台建構等待救援空間，唯陽台面積不可太狹小，以利等待及通行，並且陽台出口需為防火門。當有些長照環境無法具有戶外平台時，可運用其室內開放空間來建構等待救援空間，唯可等待救援之區位往往缺乏排煙設備或窗戶採固定方式(如帷幕牆窗面)而無法全面通風，濃煙容易造成傷亡；因此如缺乏陽台機制，可在周圍具有防火牆面及鄰接道路面或戶外空地，並具有大面積開窗之室內開放空間(開窗應改造為可和緊急警報系統連棟之排煙窗)建構為等待救援空間。另一方面，長照環境經常未具備適當之避難器具及避難器具未和等待救援空間結合，以致無法利用避難器具有效輸送住民，因此避難器具應確實安裝於陽台或室內等待救援空間區位。許多長照機構並未實質進行消防演練或演練程序流於形式，將使災害發生時因為慌亂而影響避難逃生效益，因此消防演練應確實依照雙向水平逃生系統之路徑進行住民輸送演練，以真正模擬逃生避難行為。

## 四、注重感染管控設施

### (一) 感染管控之理論概念

建築環境內良好的採光通風性能係居住者心理與生理安全的基本條件，也是避免感染的良好措施。曾昶霖、黃耀榮(2004)的研究指出長照機構之空氣品質(包含落塵、二氧化碳、一氧化碳、濕度、溫度)對於病菌之傳染具有顯著影響，且現行多數長照機構之空氣品質項目並不符合品質指標。在美國維吉尼亞州、加拿大哥倫比亞省等地區對於護理之家設置標準即明訂在廁所間之污染源排放空間、污物處理室之污染

源暫放空間、有落塵可能之衣物儲藏間等空間應定期以機械換氣，以減少感染源（黃耀榮等, 1997）。由感染的媒介來看，感染可能透過人的接觸、動物的接觸、空氣品質、水質、廢棄物、食物器皿和醫藥用品等途徑，因此污染源管控與避免污染傳播係感染管控之基本對策。

長照機構屬於群聚環境，對於污染源產生地點之空間管控，已受污染之物品或已感染人員之輸送管控與處理設施建置，特定空間之防護以避免受污染以及各空間設備之定期消毒與清潔維護將是感染之管控重點。林麗嬋等(2012)在長期照護感染管制查核品質提升計畫即建議感染管控措施包含：(1)空間管控措施採用獨立區隔之空間與設備以及分區作業之空間規劃。(2)輸送管控措施以縮短污染源輸送路徑以及避免污染源穿越特定空間為主。(3)特定空間之防護則針對提供食物與用餐器皿、醫藥用品準備與儲存等空間與設備進行管控，以避免受污染。(4)污物處理設施設備之建置係針對受污染之物品提供專屬之暫放、清洗消毒、高溫高壓殺菌之設備。(5)感染人員之停留空間係採用隔離空間以及使用專屬之生活設備。(6)一般空間設備之固定性清潔維護，應注重鼠害蚊蟲等病媒防範以及使用防菌或易清洗之建材。

## (二) 長照環境感染管控之現況問題

長照環境之空氣品質(包含落塵、二氧化碳、一氧化碳、濕度、溫度)對於病菌之傳染具有顯著影響，先進國家在長照環境設置標準即明訂在廁所間之污染源排放空間、污物處理室之污染源暫放空間、有落塵可能之衣物儲藏間等空間應定期以機械換氣，以減少感染源(黃耀榮等, 1997)。對於污穢被褥、床單、衣物則相互隔離而分開存放於不同之有蓋容器，路徑規劃特別考量污穢床單、衣物運送不可穿越食物準備及處理區，污物整理分類之作業空間鄰近提供洗手設備。並且明訂污物處理空間、護理作業準備空間之材料應容易清洗以及符合防菌性能(徐丹桂等, 2014)。目前台灣長照環境在感染管控上，雖然對於已受污染之物品或已感染人員之輸送管控與處理設施(包含污物處理室、隔離室、輸送路徑等項目)列入評鑑內容，然而因為居住房間隔間牆不恰當而影響感染管控，缺乏廢氣排放及新鮮空氣換氣系統而無法有效發揮感染管控功能。其現象分析如下：(1)許多居住房間之隔間牆採矮隔牆，呈現房間和房間之間，房間和公共活動空間之間，因為隔間牆容許空氣相互流通，對於經由空氣傳染之病毒無法管控。(2)在廁所間、污物處理室、物品間等污染源排放或暫存之空間未建構獨立之廢氣排放系統，定時排放具感染性之廢氣，以免廢氣經由中央空調系統之循環而產生感染。(3)在共居之居住房間未建構獨立之新鮮空氣換氣系統，容易因舊空氣之循環而造成住民經由空氣相互傳染病毒，未來在共居之居住房間應確保各房間可直接輸入新鮮空氣，以達定時換氣之功效。

### (三) 感染管控設施系統之建置

針對各層面之感染管控項目，包含污染源產生地點之空氣品質、水質之維護及監控、已受污染物品之處理及暫放、已感染人員之處理及暫放、食物與器皿提供、醫藥用品準備與儲存之空間與設備獨立區隔以及分區作業 污染源(物品、廢棄物與人員)輸送動線規劃、環境之空間與設施定期清潔檢驗等管控原則與設施系統，衛生署疾病管制局在長期照護感染管制查核品質提升計畫(林麗嬋等, 2012)已具體提出管控設施之設計規範，未來則有待各長照機構深入落實以保障住民之健康安全，其設計規範重點列述如下：

1. 廁所間(污染源產生地點)、污物處理室(已受污染物品之處理及暫放空間)、隔離室(已感染人員之處理及暫放空間)之空氣傳染管控，應建置廢氣排放系統。
2. 水塔、廚房用水、飲水機之水質管控污物處理室(已受污染之物品與廢棄物之處理及暫放空間)、隔離室(已感染人員之處理及暫放空間)、護理站準備室(醫藥用品準備與儲存之空間)、配膳室(食物提供之空間)應有獨立區隔之空間。
3. 污物處理室之暫放、清洗、消毒應採設備區隔，廚房(食物與器皿提供之空間)之食材儲存、清洗、料理應採設備區隔以及分區作業空間規劃。
4. 輸送污染物品之污物袋車或醫療廢棄物之容器形式應管控，污物袋車或醫療廢棄物容器之輸送路徑不得穿越食物提供、醫藥用品準備之區域以及不得停放其鄰近之空間，已感染人員之輸送路徑避免穿越居住與活動區、食物提供與醫藥用品準備區，污染源(物品、廢棄物與人員)輸送過程之封閉性空間應消毒。

## 五、全面落實無障礙環境

### (一) 無障礙環境之理論概念

過去對於推動無障礙環境有許多的理論與訴求，然而在促進身心障礙者無障礙生活環境的設施支持系統中，Levine (2003)認為首先必須確認環境設施支持系統具有全面性、相容性、系統性、合理性等特性，才能釐清無障礙環境之意涵，並真正落實身心障礙者能夠獨立自主及參與社會活動之理想；此觀點和過去研究文獻有關台灣推動無障礙環境的發展歷程回顧中所建議的未來無障礙環境應發展之方向不謀而合(黃耀榮, 2009)。全面性是指考量各類失能者生活及行動所需之無障礙環境，相容性是指無障礙環境設計和一般環境設計並不衝突，系統性則指無障礙環境之建構應有系統性始能發揮其效益。由各國之無障礙設施設計規範來看，均可發現無障礙環境一方面在增進通行之方便性，另一方面也在保障通行之安全性，為了讓各類身心障礙者能夠獨立自主或在輔具協助下，有一條路徑可以到達任何場所、進入任何空間以及使用任何設備，無障礙環境之建構應具有系統性(National Standard Institution of Canada, 1990; International Conference of Building Officials, 1989; Australian Standards Institution,



2007)。因此以建築基地而言，無障礙環境之系統性係讓各類失能者都能夠由基地境界線經戶外空間到達建築物之入口，在建築物內部經由水平動線可進入同一樓層之各室內空間，以及經由垂直動線可通達不同樓層，並對於特殊的設備都能夠讓各類失能者獨立自主地使用(National Standard Institution of Canada, 1990)。由無障礙設施設計規範相關規定之分析，黃耀榮(2009)指出各類無障礙設施項目之功能所呈現無障礙環境之系統性意涵如下：(1)室外通路之規定：讓各類失能者可以經戶外空間到達建築物之入口。(2)坡道之規定：當建築物和室外有高差時，經由坡道可讓各類失能者克服高差而到達建築物入口。(3)避難層出入口(大門口)之規定：讓各類失能者可以經由避難層出入口(大門口)進入建築物之室內空間。(4)室內通路走廊之規定：讓各類失能者可以經由室內通路走廊通達同一樓層各室內空間之出入口。(5)室內出入口之規定：讓各類失能者可以經由室內出入口進入各室內空間。(6)樓梯、電梯之規定：讓各類失能者可以經由樓梯、電梯到達各不同樓層。(7)廁所、浴室之規定：讓各類失能者可以進入廁所、浴室及有足夠操作空間使用衛浴設備。(8)觀眾席位之規定：讓各類失能者出席公共活動可以有觀眾席位而增進參與社會活動之機會。

由無障礙環境之建構系統可以了解任何一項無障礙設施未能有效建置，將造成各類失能者無法獨立自主由戶外空間到達到建築物之各室內空間及使用任何設備而保有個人隱私以及維護個人尊嚴。過去台灣在推動無障礙環境之過程中，往往出現無障礙環境效益不彰，其大部分的原因係無障礙設施的建置呈現片斷或局部，以至於在缺乏系統性建構下讓失能者窒礙難行。此外，長期以來環境設計者(含建築設計者、室內設計者)常常認為已經完成無障礙環境設計，但身心障礙者團體卻認為無法使用之矛盾現象，其大部分的原因亦來自於設計者缺乏系統性設計概念，往往無法串連各無障礙設施而有效形成完整路徑，以至於事倍功半。尤其是無障礙設施有許多細部設計，在任何單一的無障礙設施項目也有系統性之需要，例如樓梯扶手在平台中斷，走廊扶手在柱位中斷，扶手未能連續不斷則對於拄杖失能者之支撐、視障者之引導均無法形成支持系統；廁所、浴室之內部雖然具有輪椅乘坐者使用馬桶或淋浴設備之操作空間，但廁所、浴室之門口卻無法容許輪椅乘坐者通行則將失去意義。因此可以理解，不僅是各類無障礙設施項目之間應構成系統性才能形成無障礙環境之功能，即使是在任一項無障礙設施部分，若其細部設計未能符合系統性，一樣地亦無法發揮無障礙環境的功能。

## (二) 長照機構落實無障礙環境需面臨之課題

長照環境由使用對象、使用頻次而言，其屬於障礙者專用建築物，過去在建築技術規則無障礙設施設計規範之適用範圍中即歸類為第一類優先適用之建築物。內政部因應身心障礙者權利公約(CRPD)之推動，在國家報告中已撰述 2015 年以後新建公共建築物及活動場所，應規劃設置便於各類身心障礙者行動與使用之設施及設備，未符

合規定者不得核發建造執照或對外開放使用（行政院，2016）。目前台灣的長照機構在評鑑過程中，無障礙設施無法符合標準之項目大部分是樓梯、升降機、無障礙廁所、無障礙浴室等項目，由於此等項目在細部設施規定較為複雜而且欲達到無障礙所涉及之設施設備眾多，因此要完全符合無障礙需要多面向之改善措施，至於在室外通路、室內通路走廊、出入口、坡道等項目，多數機構在進行一次改善後普遍能符合規定。至於有些機構屬於 1996 年 11 月 26 日以前取得使用執照者，早期所建置之環境由於受到基地地形、建築物結構或法定建築容積之限制而在空間改造上已無法達到現行無障礙設施之理想，則可向地方政府之建築主管機關提出替代改善計畫申請，以簡易改善方式可提供失能者基本使用需求或是以人力服務提供失能者最便利之協助來彌補無法符合無障礙環境之困境。

然而目前在新的無障礙設施設計規範(2008 年 7 月 1 日公告)所考量之無障礙環境僅針對輪椅使用者，並未針對臥床對象之推床輸送之輔具條件，因此長照機構落實無障礙環境需面臨之新課題將是考量不同輔具所需之無障礙環境。在現行護理機構設置標準中已明定呼吸器依賴個案床邊與鄰床之距離至少應有一公尺、床邊與牆壁距離至少一公尺，顯然已考量到呼吸器依賴個案由推床輸送所需要之無障礙空間，但是其他非呼吸器依賴個案之臥床者則將面臨推床輸送之空間困境。事實上，在現行長照機構欲落實無障礙環境尚需面臨下列的課題：

1. 現行護理機構設置標準中每床最小面積(不含浴廁、護理站)至少應有 7.5 平方公尺，是否考量輪椅使用者和推床輸送者有不同的通行操作空間？
2. 現行護理機構設置標準中在多人房是否考量床尾與床尾間之距離應能容許推床交錯？
3. 住房每六人應有一套應設衛生設備及淋浴設備，是否能提供輪椅者使用？現行長照機構評鑑認同每棟建物至少設置 1 處無障礙浴廁，是否符合落實無障礙環境之精神？
4. 現行長照機構評鑑認同每棟建物升降設備設置 1 座無障礙升降機，是否符合失能照顧(護)垂直輸送之方便性？
5. 現行護理機構設置標準規定住房走道淨寬至少 1.4 公尺，是否考量輪椅交錯或是輪椅和推床交錯？

### (三) 居家照護環境落實無障礙環境需面臨之課題

台灣居家環境普遍缺乏無障礙設施，已嚴重影響失能者「在地老化」之機制。過去台灣相關研究文獻對於住宅環境由於無法提供無障礙設施所造成高齡者或身心障礙者之居住安全問題有許多論述。在傳統式農村住宅方面，由於門檻高差、內部空間動線長、廚房與浴廁之地面材料光滑等現象容易發生高齡者或身心障礙者跌倒，在連棟式住宅、公寓大廈方面，由於玄關或出入口高差，地面材料光滑、未設置扶手，以

至於在門口、浴廁間容易讓高齡者或身心障礙者跌倒（黃耀榮、賴容珊，2004）。失能者在浴廁空間洗澡或如廁起身時缺乏扶手支撐或是地面材料不具有止滑性，將嚴重影響其移位安全性；室內走廊動線假如缺乏扶手支撐，失能者於行動過程容易跌倒；廁所間距離臥室太遠以及傳統式農村住宅之臥室到浴廁間需經過戶外空間等現象，均增加失能者通行的危險性(藍永昇、黃耀榮，2009)。顯然原居住宅假如不能有效建構無障礙的環境，將無法保障失能者之行動安全而讓其安居其中；此外，居家環境除了需要行動的安全性，也需要行動的方便性，以利於失能者能夠獨立自主地行動或是照顧者可以方便協助失能者，因此居家環境應具有失能者自行使用輔具可以通行的空間或是照顧者使用輔具輸送所需要的操作空間。

台灣為了落實失能者能夠在社區生活及照護，對於居家環境以外之公共場所已逐步推動無障礙環境，以利於失能者能夠在自己的生活社區就養、就醫及休閒育樂。2008年7月1日中央營建主管機關正式公告實施新的「無障礙設施設計規範」，同時在建築技術規則第10章更具體的界定公共建築物適用無障礙設施的類別，將其歸類為公共集會類、商業類、休閒與文教類、宗教與殯葬類、衛生福利類、辦公與服務類、住宿類、危險物品類等八大類別，並在近幾年陸續增加寺廟、教堂、便利商店、餐廳、飲食店、飲料店等公共場所為無障礙設施之適用範圍。在各類公共場所中，和失能者日常生活之就養、就醫及休閒育樂密切相關者包含有車站(公路、鐵路、捷運)、市場(含超級市場、零售市場、攤販市場)、餐廳、飲食店、飲料店、銀行、郵局、電信局、便利商店、公共廁所、醫院、衛生所(社區健康中心)、社區活動中心、文康中心、寺廟、教堂等公共建築物。

目前此等公共建築物多數未具備無障礙設施以及各社區之鄰里公園亦普遍未具備無障礙設施(「內政部主管活動場所無障礙設施設備設計標準」之適用範圍於2015年10月22日公告實施)，此外，由住家通往各類公共場所之間所需要之道路系統在2009年公告實施之「市區道路及附屬工程設計規範」中已增設第14章「無障礙設施」，未來符合無障礙之人行道將讓台灣在戶外空間之通行系統亦能符合無障礙之需求。因此居家社區在未來要能夠全面落實無障礙環境，才能讓失能、失智者有機會走出家門至各相關場所從事生活活動而符合在原居社區「在地老化」之精神。

## 六、失智照顧(護)和失能照顧(護)之環境差異

### (一) 失智症照顧(護)需要治療性環境(Therapeutic Environment)

過去長期照護機構的環境評估已發展出 PEAP、TESS、NURS、MEAP 等各種評估工具，其中，MEAP 是整體性評量高齡者的居住環境，NURS 是針對失能老人的照顧環境進行評估，Teresi et al. (2000)認為 TESS (Therapeutic Environment Screening Scale)屬於治療性環境篩檢量表、PEAP ( Professional Environmental Assessment

Protocol)則屬於專業性照護環境評估量表，兩者均為失智症照護環境品質之評量工具，而 PEAP 適用於單元照護的環境，需要環境專業者才容易操作。單元照護之環境評估重點包含生理安全與心理安全的維護、營造懷舊情境、多元化職能治療活動場所安排、建構環境感官刺激元素、方向辨識系統與現實導向、避免造成幻覺之環境設計、建構徘徊空間等項目，其和失智症認知功能缺損與複雜問題行為密切相關，而一般失能者並無失智症之屬性與徵狀，因此照顧(護)環境並未特別強調治療性環境(黃耀榮, 2015)。

失智症在記憶、計畫、組織、判斷和決策有困難，認知訓練被證明防止記憶衰退和促進思考能力是有效的(Hartman-Maeir, Harel, & Katz, 2009)，而現實導向療法是最早也最廣泛應用於失智症認知功能缺損的非藥物治療介入措施(天主教失智老人基金會, 2011)，藉由記憶的練習與持續性的現實導向，均可以讓失智老人維持較佳的認知功能、改善定向感以及增加活動參與(高潔純、林麗嬋, 2005)。American Psychiatric Association (2007)描述職能治療方法應用於失智症患者有認知導向法(如現實導向、記憶訓練等)、情感導向法(如懷舊治療、生命回顧等)、行為導向法(如手工藝活動、園藝治療、體適能運動、遊戲、廚房烹飪活動等)、感官知覺刺激法(如多功能感官刺激、音樂治療、舞蹈戲劇治療、寵物治療等)等四種方法。其中，認知導向在於矯正認知缺陷，情感導向在增進認同，行為導向係藉由社交或娛樂性活動以促進失智老人彼此溝通互動、分享情緒並從活動過程增進愉快感受，感官知覺刺激導向則透過視覺、聽覺、觸覺、嗅覺之感官刺激訓練而讓失智老人可因而保持平靜與穩定情緒，以減少或消除問題行為(American Psychiatric Association, 2007; 高潔純、林麗嬋, 2005)。在介入措施中以感官刺激、藝術治療(音樂治療或舞蹈治療)、寵物治療等方式比較強調個人導向的進行方式(National Collaborating Centre for Mental Health, 2007)，而隨著失智老人的認知能力逐漸下降，則需逐漸增加社交或娛樂性活動，對於重度失智老人的活動安排則需強調感官知覺刺激的提供(高潔純、林麗嬋, 2005)。

## (二) 多元化職能治療活動場所安排之必要性

在失智症的初期，職能治療可加強提供記憶訓練所需之認知治療活動場所，以及提供以情感導向為主而可以具有生活歷程回顧之懷舊情境；在失智症的中期，由於顯著呈現各種問題行為，應在各類符合環境安全的職能治療活動場所中從事對於個人有助益的活動；在失智症的晚期，日常生活活動能力有困難，職能治療重點在減少照顧的負擔及加強基本照顧，因此以提供感官知覺刺激的場所為主(Schaber, & Lieberman, 2010)。因此，對於職能治療活動場所安排，失智症照護環境應有多元化職能治療活動空間可提供不同類別的治療活動而能適性適用，同時一系列小型活動空間亦有利於讓失智老人對於治療活動有多元的選擇機制(Lawton, 2001; Brawley, 2006)。然而研究發現台灣為失智老人照顧(顧)而特別設置之單元照護(顧)環境(unit

care environment)普遍設置大型的多功能活動室，讓各類活動都在同一空間進行，至多將多功能活動室分為靜態多功能活動室和動態多功能活動室，以至於並不易同時進行多元的職能治療活動；有些照護環境在其他樓層的失能老人活動亦共用此等職能治療活動空間，因此使用用途混亂，不易讓失智老人的職能治療活動空間安排可以適性適用(黃耀榮, 2015)。除此之外，為了讓失智症患者在生活環境中，減少意外事故發生，因應方向感喪失，具有安全而適當的遊走路徑，以及不會因為環境造成幻覺，因此失智症照顧(護)環境應提供生理安全與心理安全的維護設施、建構徘徊空間與方向辨識系統、避免造成幻覺之環境設計等均非失能照顧(護)需特別考量之環境因素。

## 七、在地老化理想之實踐

### (一) 在地老化之實踐與終生住宅發展形式

為了落實「在地老化」的精神，許多國家積極發展符合連續性照顧理念的住宅形式，而推動老人住宅社區(continuing care retirement community, 簡稱 CCRC)、社區老人住宅(residential care facilities)、單一終生住宅 (lifetime house, 英國稱為 lifetime home)，此等住宅形式的共同目標均在於讓居住者可由獨立居住、協助式居住、需要完全照護以至臨終安寧的階段，都能在原居情境生活而不變遷。黃耀榮(2006)指出各類住宅之發展形式如下：

1. 老人住宅社區：透過多層級照顧系統(multi-level care)讓老年人在社區內可由獨立居住、協助式居住到需要技術性護理(包含失能照護、失智照顧)。社區提供三種層次的照顧，第一層次為生活照顧(life care)，住民大多可以獨立居住；第二層次為住戶照顧(domiciliary care)，居民的健康狀態稍差或開始失能，需要照顧人員幫忙家事服務；第三層次為需要護理人員的照護(skilled-nursing care)。老人住宅社區內的居民均為老年人，連續性照顧退休社區(CCRC)即為典型的老人住宅社區。
2. 社區老人住宅：採混合開發之住宅社區，社區中有一般住宅和老人住宅。瑞典透過都市計畫法規定一般住宅社區開發時，應留設「社會福利設施保留地」，未來視社區居民老化需要可在原居社區建構「社區照顧住宅」(residential care facilities)提供失能或失智老人居住及照顧。日本近年來則開始在少數新開發之住宅社區實驗性進行混合式住宅社區，一開始即分區興建一般住宅和老人住宅，其老人住宅屬於「社區照顧住宅」功能，可提供失能或失智老人之居住及照顧，但該社區老人住宅之居民並不限於社區中一般住宅居民老化之進住，亦包含外來老人。
3. 單一終生住宅：在單一住宅內能滿足不同生活能力階段之環境機能，居住環境之空間設施具有折合性、替代性(調適性)、延展性。開放建築(open building)理

論過去針對不同家庭組成與變遷等不可預測的變數，採隔間牆之移動方式在預設之支架體與模距內進行空間整合；終生住宅係面對個人老化之生命週期等可預測的變數，則更有利於應用開放建築技術來建構老年人在單一住宅內可由獨立居住、協助式居住到需要技術性護理(包含失能照護、失智照顧)。美國的社區支持性住宅(community supporting house)係規範住宅設計時即能具備全面性的無障礙環境系統，單一住宅內之照護服務設施無法完整面對不同生活能力階段之環境機能時，則由社區提供照顧服務系統來支持其居民在協助式居住階段或初期失智症階段之生活照顧。日本試圖運用世代住宅的概念，經由多代同堂之家庭生命週期變遷機制所產生之世代輪替，而發展住宅空間使用之替代性(調適性)，達到單一終生住宅功能。

對於「在地老化」之實踐，有些國家採取多元途徑(如美國)，有些國家卻追求終極理想(如瑞典)，有些國家則僅採取單一模式(如澳洲)，日本過去雖然訴求老年人能在原居住宅老化，然而僅在一般住宅推動無障礙環境系統，並不易符合單一終生住宅性能，因此近年來嘗試推動社區老人住宅。此外，在英國、挪威亦積極發展單一終生住宅，期望能夠透過居家照護系統達到在宅老化之理想。

## (二) 台灣發展終生住宅之機制

台灣在長期照護工作的推動上，目前已逐漸對於多層級照護(multi-level care)的概念形成共識，認同在一個照顧環境內可多層次的提供健康、輕度、中度、重度失能者之服務功能，讓一個老年人有機會由健康的階段，可以居住到歷經輕度、中度、重度或失智等不同的失能階段而不需要離開此生活環境。在少數大規模的照顧環境已逐漸地落實此類理念，其因應住民的生活能力而具體規劃可獨立居住(安養區)、輕度中度失能照顧(養護區)、重度或極重度失能、失智需要技術性護理之完全照護(長期照護區)等不同的生活區，希望以「整體社區」或「生活園區」的概念來發展廣義的終生住宅模式。因此，台灣要實踐「在地老化」之老人住宅社區並不困難，只要將現行的老人安養、養護機構增加後期照護而提供長期照護區，即能夠讓老年的入住者可以由健康、輕度、中度、重度失能或失智而住到往生；而現行的護理之家(長期照護機構)則增加提供健康、輕度、中度失能老人之生活環境與照顧服務，同樣也可構成符合「在地老化」之老人住宅社區。目前既有之老人照顧服務機構只要能延伸其服務功能與系統，台灣的確有機會快速實現「在地老化」之理想，然而現行護理之家之設置標準應和老人福利機構需儘速整合，並對輕度失能老人之生活與照顧環境具體界定(目前並無相關法規)，以利於老人住宅社區建構以及生活分區系統有所依循。至於現行建築技術規則第 16 章老人住宅法應增訂其開發模式具有多層級照護功能，以符合「在地老化」之機制而不僅是提供健康老人之生活環境。

台灣過去多年來積極推動老人在原居社區中生活及照顧，但實施社區照顧的過程中卻面臨諸多的困難，尤其是原居社區中缺乏土地資源而無法興建社區老人住宅，利用社區中舊有建築物改造為「社區照顧住宅」，往往受限於建築物之既有架構而無法有效提供符合失能、失智老人照顧功能之環境設施，甚至日照中心之設置受到社區中其他居民之排斥及抗爭，讓社區老人住宅之發展極為有限。2015年12月立法院因應高齡社會問題而考量老人或身心障礙者在地老化需求已修訂都市計畫法第42、46條規定「---中小學校、社教場所、社會福利設施、市場等公共設施應按閭鄰單位或居民分佈人口適當配置之」，將老人、身心障礙者福利設施納入都市計畫公共設施項目，將是台灣發展社區老人住宅以及實踐在地老化之關鍵性里程碑！

透過單一終生住宅來實踐在地老化係世界各國所追求之終極理想，然而在單一住宅內面對老年人在老化過程之生活能力變化，欲符合其各階段的住宅性能需求，將需要新的設計技術開發以及住宅性能用後評估的驗證歷程，許多國家包含美國、挪威、日本均從一般住宅推動全面無障礙環境為起點，以促進老年人可以透過無障礙的行動環境而有機會在原居住宅生活到輕度失能的協助式居住階段，因此台灣的住宅建設在住宅社區開發時能夠確實落實建築技術規則第10章的無障礙設施設計規範，並對既有之集合住宅擬定分期改善計畫，就是發展單一終生住宅的起點。

## 八、長照服務設施資源分佈合理化

### (一) 台灣長照服務設施資源分佈之現況問題

長照服務設施係指長照環境中除了居家照顧(護)環境屬於居民自身住宅之外，做為公共使用之照顧(護)環境，包含機構照顧(護)環境、社區照顧(護)環境。台灣現行長照服務設施類別在社政系統有老人養護機構、長照機構、失智症照顧專區、身障重度失能照顧機構、日間托老中心、失智症團體家屋、小規模多機能日照中心、社區照顧關懷據點等，在衛政系統有護理之家、日間照顧(護)中心、失智症社區服務據點等，整體而言，這些不同類別長照服務設施之目的在提供失能、失智對象獲得專業照顧(護)服務，提昇生活能力、延緩退化及促進社交互動，也協助家屬獲得喘息服務與建立家屬支持團體，因此供公眾使用之長照服務設施如何有效形成服務網絡，服務設施資源分佈是否合理化、系統化將是關鍵因素。

在機構照顧(護)環境方面，台灣現有老人養護機構由於訴求社區化，小型老人養護機構限定在49人以下，希望具有國外社區照顧住宅之特性；然而小型老人養護機構卻成為大型老人養護機構之分身，在都會區呈現許多小型老人養護機構集中在同一大樓或相鄰建物內，儼然是大型老人養護機構之分割，只因為要避免大型老人養護機構需要財團法人化。至於護理之家則有經營連鎖化之現象，營運集團讓加盟單位自由籌設，亦產生一個街廓有多家護理之家之現象。小型老人養護機構訴求和社區結合而

讓失能失智老人有機會在地老化，然而集中設置之機構照顧(護)環境已失去國外社區照顧住宅之特性，長照服務設施資源重疊也迫使此等照顧(護)環境必須仰賴外地失能失智老人之進住而失去社區化精神。整體而言，不論是老人養護機構或是護理之家在立案過程，顯然現行長照服務政策缺乏督促地方主管機關，對於機構照顧(護)環境籌設許可之核定應針對老年人口分佈、現有長照服務設施盤點、生活圈之服務範圍等相關資訊進行評估。

至於社區照顧(護)環境之發展及佈建，雖然長照十年 2.0 版訴求以社區照顧為推動核心，然而 2015 年行政院院會之長照服務發展報告提出社區照顧關懷據點將由現有 2,457 據點在未來每年增加 100 據點，2018 年日間照顧服務單位將由現有 199 家增為 418 家(衛生福利部，2015)，此項發展計畫似應儘速重新檢視社區照顧之長照服務設施資源是否有不均和重疊之現象。本文由衛生福利部 2015 年之統計資料分析，發現同屬地理幅員廣大與鄉鎮數眾多之城市，現有社區照顧關懷據點之分佈在新北市 238 處、台中市 280 處、台南市 339 處，如以人口分佈或老年人口數計算，台南市之社區照顧關懷據點並不需要多達新北市 1.5 倍；同樣地，在地理幅員集中與鄉鎮數不多之城市，現有社區照顧關懷據點之分佈在屏東縣有 182 處和桃園市有 181 處，均為台北市 84 處之 2 倍，此現象顯示是否該兩縣市之人口分佈或老年人口數均為台北市之 2 倍？抑或台北市之社區照顧關懷據點嚴重不足？此外，對於社區日間照顧(護)中心將增為 418 家，除了 368 鄉鎮中每一鄉鎮日照中心之外，其餘日照中心之設置係如何推估及界定？雖然現行長照服務政策已開始運用國土資訊系統(GIS)描繪服務設施據點之分佈，但其用途則在於方便民眾查詢長照服務設施所在區位，並未做為長照服務設施盤點、生活圈服務範圍界定之依據。

## (二) 長照服務設施之服務圈界定

美國的都會區所設置之機構照顧(護)環境占全國 70% 以上，而社區照顧(護)環境(包含日間托老中心、社區照顧住宅)亦占全國 80% 以上(National Center for Health Statistics, 2013)，顯然其長照服務設施資源之分佈傾向於以人口分佈為考量，有關服務圈之服務範圍界定除了人口分佈之因素，亦經常考量交通距離，尤其是對於社區照顧(護)設施，更需要評估居民通達之方便性(Mead, 1988)。中地理論(Central Place Theory)之基本理念以門檻、服務範圍為建構服務圈之兩大要素，門檻指服務功能存在的最低服務量，服務範圍指服務功能所能到達的最大距離；服務功能低於最低服務量就不符合經濟規模，而超過最大距離以外地區之使用者則不願意支付較高的交通成本，因此經濟規模被視為服務圈之下限，而交通距離則視為服務圈之上限(Berry, 1969)。在社區服務圈建構之相關變項中，台灣現有的社區定義是模糊的，由社區發展協會之設置顯示一個社區不等同一個村里，同時都市化程度亦影響社區服務圈，因為都市化傾向之社區，社區面積較小而人口數較多，鄉村化社區則反之(黃耀榮, 1997)。在



過去有關社區老人文康中心服務圈界定之研究中，黃耀榮(1997)已指出服務距離包含交通工具(交通方式)、交通時間等變項，服務人口數包含場所最大使用人數、地區老年人口使用比率、都市化影響程度、居民需求程度差異等變項，這些都可成為未來台灣檢視機構照顧(護)環境、社區照顧(護)環境分佈合理化之重要參數。

## 九、長照服務設施功能之缺口與整合

### (一) 長照服務設施功能之缺口

台灣對於失能者在中度、重度階段的照顧已累積近 20 年之經驗，並且具體建置長照服務設施，然而在失能者輕度失能的階段(亞健康階段)並無相關規範。許多人普遍認為亞健康時仍然可留在原居環境，而國際文獻亦強調因應輕度失能應提供協助式居住(Assisted Living)環境讓住民能延長在原居環境之生活時間。協助式居住環境(Assisted Living Facilities, 簡稱 ALF)提供住宿、三餐、個人照顧、支持性服務，強調尊嚴、個人化、選擇性，居家服務以幫忙洗澡、吃飯、洗衣、吃藥等家事服務為主。良好的協助式居住環境應包含符合個人隱私之居住領域，有公共的活動區可和其他居民互動或和自己的親友見面相聚。生活社區應有工作人員辦公室、護理人員護理站與醫務室、家屬會談室或會客室、污物處理室、復健與運動室、戶外活動空間、活動室或娛樂室、洗衣房等服務設施。照顧服務人員的工作空間應鄰近居民的居住區，照顧服務人員會定時提醒居民必要的服藥以及鼓勵居民從事適合的復健運動(黃耀榮, 2014)。

在台灣現行老人安養機構中有許多老人需要協助式居住環境服務，而現行老人福利機構設立標準、建築技術規則第 16 章老人住宅法規均僅規範健康老人之生活環境，以致有些老人只好提早進入老人養護機構或是仍然勉強留在安養機構或老人住宅，林口養生文化村已有類似現象，這些現象已具體浮現台灣的長照服務設施體系缺了協助式居住環境之環節(黃耀榮, 2014)。另一方面，近期醫療體系開始推動急性後期照護病人之出院準備計畫，然而台灣並無中途之家之服務設施可讓急性後期病人進行持續性復健及生活自理訓練，以至於可以自立生活後再回歸家庭，因此多數急性後期照護對象不是留置急性醫院就是直接回歸家庭，然而台灣現行身障福利機構已針對脊椎損傷者提供類似中途之家之生活重建機構，因此未來應將急性後期照護之中途之家服務設施納入長照服務設施體系，始能建構完整之長照服務功能。

### (二) 長照服務設施之整合及服務輸送

許多先進國家的長照服務設施因應服務需求、服務區域而採服務功能分級，以有效建立服務網絡。台灣新公布之長照 10 年 2.0 同步提出 A、B、C 三級功能之服務設施，顯然欲將長照服務設施之功能進行整合，以利於服務資源普及化而可以促進長照服務之可及性、系統性。然而 C 級柑仔店係現有社區照顧關懷據點之加強版，未

來可能因為營運主體太弱和場域有限而功能不彰；B 級小規模多機能日照中心係現有社區日照環境之擴大版，此種拼裝版日照環境在小規模場域下又要多機能，將造成各項服務設施互相排擠，無法因應服務功能而適性適用，同時亦讓部分服務設施規模過小而不符合經濟規模，造成營運主體無法用永續服務。

在長照服務設施之整合過程中將涉及服務輸送的有效性，其和都市計畫所界定的生活圈息息相關。社區是都市計畫中第一級生活圈，屬於居民日常生活中基本的活動範圍，北歐國家重視每一社區建立一個長照服務輸送核心，而機構照顧環境往往擔任之核心角色。機構照顧環境可以提供住宿型服務，也附設日照環境可提供日間型服務，同時機構內也有居家服務部門而可以提供到宅之居家服務。此服務輸送核心之服務圈符合社區服務範圍，服務對象則包含失能、失智者。因此，對於社區照顧、居家照顧之服務輸送並非類似台灣現況完全由政府來佈建，反而是和機構照顧環境結合，也同時讓機構照顧環境能具備多元服務功能而達到經濟規模，可以在社區永續服務，衛生福利部(2015)所提出之綜合式長照服務(居家、社區及住宿式服務)即具有此服務模式之概念，而此種長照服務輸送模式亦和前述長照服務設施資源分佈合理化之精神不謀而合。至於在鄉鎮層級則設置長照服務中心，綜合性提供社區層級未提供之長照服務功能，包含急性後期照護之中途之家，社區無法處理之緊急安置個案、長照個案管理中心(各社區之長照個案管理)、長照服務諮詢、家屬支持團體與教育訓練等服務，鄉鎮層級長照服務中心應由政府設置，而在縣市層級則應有長照服務管理中心，統籌長照服務行政管理系統。

## 十、長照環境之發展與產業化建議

經由長照環境之建築特性分析與發展架構規劃之探討，台灣未來在長照環境相關法規，包含建築法規、消防法規、衛生福利法規都應針對長照環境之建築特性而儘速修訂相關規定，以提昇長照產業之服務品質，以及針對長照環境之發展架構而在都市計畫法規、公共工程法規增訂相關規定以促進長照服務體系之建構以及有利於長照服務之產業化。

### (一) 在建築法規方面：

1. 為促進長照環境之社區照顧(護)、居家照顧(護)等環境有效落實無障礙環境，在建築技術規則第十章無障礙建築物第 167-170 條文中應有下列具體規定：
  - (1)新建住宅(含各類型住宅)需全面提供無障礙設施，包括公共設施和住宅內部設施，舊有集合住宅提供補助規定協助屋主進行改善。
  - (2)和失能、失智者日常生活之就養、就醫及休閒育樂密切相關之社區公共設施與活動場所如車站、市場、餐廳、飲食店、飲料店、銀行、郵局、電信局、便利商店、公共廁所、醫院、衛生所(社區健康中心)、社區活動中心、文康中

心、寺廟、教堂、鄰里公園等公共場所由各縣市政府優先列為無障礙環境之推動對象。

(3)針對視障者、聽障者宜儘速訂定符合視障者引導系統、聽障者輔助系統之無障礙設施設計規範。

2. 建築技術規則第十六章老人住宅宜增訂可以落實「在地老化」理想之老人住宅社區之設計規範，並因應 2015 年都市計畫法第 42、46 條修訂「社會福利設施為應按里鄰單位或居民分佈人口適當配置之公共設施」，而增訂社區老人住宅之設計規範。

#### (二) 在消防法規方面：

1. 為維護長照環境之機構照顧(護)、社區照顧(護)、居家照顧(護)等環境之公共安全，在各類場所消防安全設備設置標準應有下列特別規定：

(1)建構水平避難逃生系統而具備兩向以上之避難逃生路徑及通往等待救援空間，並在等待救援空間設置避難器具。

(2)消防演練應確實依照雙向水平逃生系統之路徑進行住民輸送演練，以真正模擬逃生避難行為。

2. 儘速研發為失能、失智者設計之避難器具，以利於台灣長照環境能及早具備有效的避難逃生器具。

#### (三) 在衛生福利法規方面：

1. 為提昇長照環境之機構照顧(護)、社區照顧(護)等環境品質，在老人福利機構設立標準、護理機構設置標準中應增訂下列規定：

(1)老人養護機構、長期照顧機構、護理之家均需有單元照顧環境、感染管控設施之相關規定，並具體規定應符合建築技術規則之無障礙設施設計規範。

(2)失智照顧專區需有多元化職能治療活動場所、促進方向辨識及定位之環境元素、提供遊走行為之徘徊空間、避免造成幻覺之環境設計等相關規定。

2. 研訂輕度失能之協助式居住環境、急性後期病人中途之家服務設施等設立標準，以填補長照服務設施功能之缺口。

#### (四) 在都市計畫法規方面：

1. 為建立長照服務設施系統，針對長照環境之機構照顧(護)、社區照顧(護)等環境開發，在都市計畫法施行細則中有關老人養護機構、長期照顧機構、護理之家、社區日照中心之設置應依據人口分佈、服務人數、交通距離而設定服務圈範圍。

2. 長照服務政策宜依照都市計畫所規劃之生活圈，研訂社區層級、鄉鎮層級、縣市層級之長照服務設施功能與內容，以有效建構長照服務網絡。

#### (五) 在公共工程法規方面：

有鑑於醫療團體為具體建構完整醫療服務網絡而紛紛投入提供長照服務而附設護理之家或構想開發長照園區；科技產業因為開發長照服務相關之輔具、用品或資訊系統而衍生將其開發產品有效應用於實質服務系統，亦連帶萌生提供長照服務及建構長照園區。建築業者則希望能夠參與提供高齡者服務產業，經由住宅建設系統開發符合長照需求之環境設施，以促進在地老化之機制；旅館業者亦企圖透過旅館營運經驗投入高齡者服務產業，藉由旅館改造提供健康、亞健康高齡者多元化之生活及休閒空間，創造不同於社會福利體系之生活園區。

不論是醫療團體、科技產業係基於長照服務發展之出發點，或是建築業者、旅館業者係基於長照環境開發之出發點，均有助於台灣未來長照服務產業之發展可藉由多元管道之協力廠商或跨業界之異業結盟概念來共同努力，而減少政府力量之投入與社會福利預算之負擔，讓福利措施可照顧低收入或獨居之高齡者，市場化服務則可提供一般高齡者之多元選擇而具有雙軌並行系統，將有利於長照服務產業真正產業化、永續化。因此現行公共工程委員會之促進民間參與公共建設條例應盡速鬆綁及調整，以誘發民間業者參與之機制。

## 參考文獻

1. 天主教失智老人基金會(2011)。失智症整合照護。華騰文化股份有限公司。
2. 莊秀美(2000)。對應失智症老人之照護服務：以日本型團體家屋為例。社區發展季刊，90，292-302。
3. 莊秀美(2004)。長期照護的新趨勢---日本的「小團體單位照護」。社區發展季刊，106，345-357。
4. 吳肖琪、林麗嬋、沈淑華、陳美惠、陳淑貞、陳麗華、黃松林、黃耀榮、厲以剛、蔡閻閻、鄭淑心、顏靚殷(2010)。長期照護機構評鑑整合建議方案。行政院衛生署委託研究成果報告。
5. 林麗嬋、吳肖琪、黃耀榮、劉靄宜、臧麗琳、王寶英、林均穗、廖秋映、黃琬琚、翟文英(2012)。長期照護感染管制查核品質提升計畫。行政院衛生署疾病管制局委託研究成果報告。
6. 高潔純、林麗嬋(2005)。機構失智長者的活動設計。護理雜誌，52(1)，61-65。
7. 徐丹桂、黃耀榮、劉建佑(2013)。由照顧者觀點探討失能高齡者「在地老化」之住宅性能需求。長期照護雜誌，17(2)，125-148。(通訊作者：黃耀榮)
8. 黃耀榮(1997)。護理之家建築規劃設計指引。行政院衛生署委託研究成果報告。
9. 黃耀榮(1997)。社區老人文康中心服務圈界定模式研究。建築學報，21，73-89。
10. 黃耀榮、李孟芬、林尚毅(2000)。失智症照護機構建築計畫及設計指引之研究。行政院衛生署委託研究成果報告。
11. 黃耀榮、賴容珊(2004)。建構農村聚落居家照護環境設施之規畫研究-----以雲林地區為例。行政院農委會委託研究成果報告。
12. 黃耀榮(2006)。實現「在地老化」之終生住宅發展形式探討。老年醫學雜誌，1(3)，138-150。
13. 黃耀榮(2009, 3月)。由發展歷程之回顧再詮釋無障礙環境意涵與通用設計理論。台南縣無障礙環境政策研討會。新營市：台南縣政府。
14. 黃耀榮(2014, 12月)。協助式居住環境建構與台灣未來發展定位。高齡與長期照護之實務與政策發展論壇。桃園市：長庚養生文化村。
15. 黃耀榮(2015)。失智老人「單元照護」環境構成探討及台灣「單元照護」環境之實證研究。科技部專題研究補助計畫成果報告。
16. 曾昶霖、黃耀榮(2004, 5月)。照護行為與設備影響護理之家住房空氣品質之關連性探討---以中部地區護理之家為例。中華民國設計學會研究成果發表會。台中市：中華民國設計學會。
17. 藍永昇、黃耀榮(2009, 5月)。舊有公寓住宅實現「在地老化」之現況問題調查研究---以台北縣板橋市三種住宅類型為例。中華民國建築學會第二十一屆第一

- 次建築研究成果發表會。台北市：中華民國建築學會。
18. 簡鴻儒、蔡芳文(2013, 5月)。單元照護模式對失智症長者生活品質提升的實務分享。「2013人口老化：挑戰與因應」第一屆臺灣老人學學會年會暨國際學術研討會。台北市：台灣老人學學會。
  19. American Psychiatric Association (2007). *American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association.
  20. Annerstedt, L. (1997). Group-living care: An alternative for the demented elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 8, 136-142.
  21. Australian Standards Institution (2007). *Building Code of Australia, Design for Access and Mobility (1428.1-1428.4)*. Sydney : Australian Standards Institution.
  22. Bellelli, G., Frisoni, G. B., Bianchetti, A., Boffelli, S., Guerrini, G. B., Scotuzzi, A., Ranieri, P., Ritondale, G., Guglielmi, L., Fusari, A., Raggi, G., Gasparotti, A., Gheza, A., Nobili, G., & Trabucchi, M. (1998). Special care units for demented patients: A multicenter study. *The Gerontologist*, 38(4), 456-62.
  23. Brawley, E. C. (2006). *Design innovations for aging and Alzheimer's: Creating caring environments*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
  24. Cohen, U., & Day, K. (1993). *Contemporary environments for people with dementia*. Milwaukee : University of Wisconsin-Milwaukee Press.
  25. Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *The Gerontologist*, 40, 397-416.
  26. Hartman-Maeir, A., Harel, H., & Katz, N. (2009). Kettle Test-a brief measure of cognitive functional performance: Reliability and validity in stroke rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 592-599.
  27. Herdman, R. C., & Behney, C. J. (1992). *Special care units for people with Alzheimer's and other dementias : Consumer education, research, regulatory, and reimbursement issues*. Boston: University of Massachusetts Press.
  28. International Conference of Building Officials (1989). *Uniform Building Code, Chapter 31 Accessibility (pp.599-604)*. Kansas: International Conference of Building Officials.
  29. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (2009). *Accreditation standard for long-term care*. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission International.

30. Kok, J. S., Berg, I. J., & Scherder, E. J. A. (2013). Special care units and traditional care in dementia: Relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life--A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA*, 3, 360-375.
31. Lawton, M. P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 5, 56-64.
32. Levine, D. (2003). *The guidebook to accessibility and universal design*. New York: The State University of New York Press.
33. Mathew, L. J., & Sloane, P. D. (1991). Environmental characteristics of existing dementia units. In Sloane, P. D. & Mathew, L. J. (Eds.), *Dementia units in long-term care* (pp.163-173). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
34. Mead, R. A. (1988). Long-term Care Facilities: Distribution and Reimbursement Systems. *Journal of Pharmacy Practice*, 1(3), 161-165.
35. Morgan, D. G., & Stewart, N. J. (1998). High versus low density special care units: Impact on the behavior of elderly residents with dementia. *Canadian Journal on Aging*, 17, 143-165.
36. Moore, K. D. (1999). Dissonance in the dining room: A study of social interaction in a special care unit. *Qualitative Health Research*, 9, 133-155.
37. National Center for Health Statistics (2013). *Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview*. Hyattsville, Maryland: Centers for Disease Control and Prevention, USA.
38. National Collaborating Centre for Mental Health (2007). *Dementia: A nice-scie guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. The National Institute for Health and Care Excellence Clinical Guidelines. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015356/>
39. National Council on Aging National Adult Day Services Association. (1990). *Standards and guidelines for adult day care*. Washington D.C. : NCOA.
40. National Standard Institution of Canada (1990). *Barrier-free Design*. Ottawa: The Standards Council of Canada.
41. Netten, A. (1989). The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: A study of elderly demented residents and their ability to find their way around homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 143-153.
42. Schaber, P., & Lieberman, D. (2010). *Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders*. Bethesda, MD: The American

Occupational Therapy Association Press.

43. Skea, D., & Lindesay, J. (1996). An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 233-241.
44. Teresi, J. A., Holmes, D., & Ory, M. G. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: Further reflections and recent findings from the national institute on aging collaborative studies of dementia special care units. *The Gerontologist*, 40(4), 417-421.



## 第八章 長照之多元機構服務模式與科技創新運用

### 一、長照之多元機構服務模式與科技創新運用的意涵

多元長期照顧與產業化體系的定義，係指提供長輩照顧服務與產業化創新產品的功能，是具有多元、連續、創新，而非單一性的。例如，機構式項目的服務對象必須涵蓋「①安養照顧②長期照顧③其他長輩福利服務」，對外也提供「居家式、社區式及日間托老」等。多元長期照顧是指機構式照顧服務的組織，應有更強而有力的使命感或企圖心，除了前項照顧服務在硬體的規劃，加入社區環境機能的服務外，更以機構式服務的專業經驗與資源為基礎，延伸機構式服務之功能至日間托老中心《日間托老照顧、失智者日間照顧、身障者日間型照顧(含生活重建與生活照顧)》及社區式與居家式服務(例如送餐服務、電話問安、親臨訪視、健康促進)、社區復健中心、交通服務、日托站(預防性照顧據點)、夜間照顧中心(evening care center)、團體家屋(group home)、單元照顧(unit care)、照顧住宅(assisted living)、家庭托顧(foster family)、夜間居家服務、居家營養服務、居家藥事服務、陪診就醫、社區復健及陪同購物等業務。同時，也引進社區各項資源(例如團體、志工、物資等)，進到機構式項目內，達到從點、到線、到面完整的長期照顧體系，讓長輩服務專業化、普及化、品質一致化，以確保老人或失能者的權益。

長輩服務已經不再只是單純提供住宿和飲食等基本生活需求而已，長輩們已經漸漸重視心靈層面的滿足，如何提供被照顧者生活中的社會支持、成長、休閒、交誼等服務，已是刻不容緩的課題。基於此，亟需產業界的介入，共同開發符合需求的智慧科技產品及日常生活用品，包括以下：

(1)資通訊管理系統(Information and Communication Technologies ICT) 與服務連結器(Service Connection Device SCD)以期達到一站式的服務平台(One-Stop Services)、4G 智慧社區照顧服務平台、行動 4G 居家照顧服務應用發展計畫，提供生活資訊服務、心靈導護服務、銀髮商務服務、醫療保健服務...等；讓被照顧者享有餐飲、交通、醫療、居家、休閒、娛樂、家務、居家修繕、終身學習、心靈關懷、與親友語音視訊通話、緊急安全防護等服務。

(2)智慧居家服務管理系統(Home Care HOCA)，做好居家養老與社區養老等諸多服務內容功能之連結，讓居家服務團隊的工作業務更為簡便及創造更高的效益。

(3)主動與被動式安全定位系統(RFID)，增加安全感，確保長輩在緊急需要支援時的風險降到最低。

(4)適老化日常生活用品的開發，臥床保護墊、床墊、居家床、沙發、棉被、輔具、浴缸等。建立銀髮智慧生活便利站整合平台，整合機構內部各部門服務及機構外部銀髮產品與銀髮諮詢服務，增進被照顧者在地老化的可近性，促使被照顧者使用服

務時的不便利及安全得以改善，讓長期照顧政策之推動能夠更有品質，同時在商業產能上也能獲得創新的商機。

## 二、符合長照之多元服務模式產品運用與服務項目概述

本研究 30 幾年來投入長輩服務，由於長期與長輩的相處，過程中不論是親眼看見的或是內心所感受到的，每一位生活可自理長輩或失能者，甚至是到生命末期臨終的長輩們，在任何一個階段都期待能夠獲得連續性的照顧，而且是硬體與軟體規劃均能符合需求的服務，而不是在身心遇到功能退化時就必須被安排(轉介)到不熟識的照顧單位。因此，機構在籌設規劃之初，硬體設施與軟體服務的設計規劃，均應有前瞻性與完整性的規劃，以符合被照顧者在不同階段之需求。其次，在專業人力的配置與服務內容，也應該能隨著被照顧者需求模式而調整，逐步增聘適當的人力，讓被照顧者不會因為需求改變而缺乏專業人力照顧。同時，引進社區環境機能設施進入機構式服務，讓生活在機構式服務的長輩或失能者容易地取得日常生活中原有的各項服務，仍然能保有與社區相連結的熟悉感。以下例舉日常生活中各項服務與社區環境機能設施項目：

### (一) 日常生活項目與科技創新服務

項目包括生活照顧服務、社會工作服務、營養餐食服務、衣物洗滌服務、護理照護服務、預立醫療支援服務、失智症照護服務(Unit Care)、短期照顧服務、康復照護服務(含物理治療及職能治療)、健康促進服務、音樂輔療服務(Music Complementary Therapy MCT)、感控防治服務、藥師諮詢服務、臨終關懷服務、住院探訪服務、醫療自主計畫服務(Advice Care Planning ACP)、親屬陪伴住宿服務、交通接送服務、樂齡成長課程服務、資訊與通信服務(ICT)、志工服務、節慶活動服務、休閒娛樂服務、老舊市集採購服務、色彩設計規劃、景觀規劃、圖書館服務、書香咖啡坊服務、福利社服務、美髮理容服務、照顧服務模式研究、產學合作、學生實習、一站式服務、服務連結器服務(Service Connection Device SCD)、智活公園(Living Park)、智慧居家管理系統(Home Care HOCA)、4G 社區與居家服務系統等。

### (二) 社區設施機能引進機構照顧項目

美容美髮工作坊、郵局業務服務站、金融業務服務站、特約計程車接送服務、黃昏市集服務、槌球團體活動、多功能表演廳、多功能健康促進廣場、特約醫療門診服務、社區復健中心服務、藥局服務、便利商店服務、休閒渡假親子遊樂區服務、家屬探親陪伴房服務、交通便利站服務、自助式餐廳服務、異業結合服務、健康生活 Easy 站服務等，以固定式或機動性的安排到機構養老項目內，讓長輩或失能者得以在熟識的環境中過著活躍、成功，有尊嚴的晚年生活。

### 三、建構長照之多元機構服務模式與科技創新運用的思維

#### (一) 優質照顧環境與專業人才之服務

建構多元的長期照顧服務與產業體系固然有很多優勢，例如專業服務功能連結運用，降低人事與設備成本，也可達到被照顧的可近性及便利性。但仍有許多的挑戰與省思，必須政府與民間一起來克服。以雙連安養中心為例，自 2000 年開始逐步的提供服務，內容包含：安養照顧(生活可自理者)、養護照顧(半護理與全護理)、失智症專區照顧(unit care)；在社區式與居家式多種機能服務項目，包括交通接送、送餐服務、電話問安服務、親臨訪視服務、健康促進服務、居家照顧服務、家屬探親住宿陪伴服務，並舉辦專業培訓、研討會、國際研討會、產學合作、學生實習、社區青少年生命教育及獎助學金頒發、生活用品模組研發、一站式服務科技服務整合平台研發等，以及擴展樂齡生活 e 便利站、多機能的社區環境功能、社區異業的連結、社區整合型服務中心、複合型日間服務中心、巷弄長照站等。雖然在規劃初期就有計畫要提供長照之多元照顧與產業化的規劃，但在推動的過程中確實遇到相當多的困難，必須逐項解決。例如政府政策制定、土地取得、財務經濟、法規層面、專業人力、長照給付、醫療結合、社區環境機能導入，以及使用者是否能夠接受的問題等。

雖然多元長期照顧與產業化的理念，是符合我們的文化與倫理背景，但仍需外在環境與政府單位的配合：(1)政府單位的角色—政策制定、立法與宣導；(2)教育單位的角色—符合照顧服務與產業人才需求科系之設立，落實各種類別階層的專業人才培育；(3)NPO 組織的角色—參與競標政府推展養老服務項目；(4)社會企業的角色—以社會效益為目標，合法的盈餘是必須被肯定；(5)公司企業的角色—適老化產品開發，使用者付費，利潤極大化，股東分紅；(6)服務提供者的角色—提供符合長輩連續性需求的服務；(7)監督者的角色—建立品質評鑑制度與推動。

#### 產學合作·人才培育



#### (二) 專業人才投入長照之多元服務行列

由於人口持續高齡化，長期照顧的需求勢必增加，人力短缺將是未來嚴重的議題，因此，如何提升勞動條件與晉升制度的誘因，以吸引長照相關科系或健康管理科系等畢業之青年學子，透過養老項目參訪、擔任志工、實習到就業，將豐沛的潛在人力誘發出來，進入長期照顧服務的行列。所需專業人力如機構主管、行政管理人員、護理師、社工督導、社工員、照顧服務員、居家服務員、居服督導員、營養師、物理治療師、職能治療師、健康管理師、廚師、廚房助理、配餐員、清潔員、總務、會計、出納、救護車駕駛、機電人員、資訊人員、志工，以及特約醫師、藥劑師、律師等。

### (三)建構醫養結合的服務模式

符合長輩或失能者需求的多元長期照顧服務與產業體系，是指被照顧者日常生活的服務均能完整獲得，例如食、衣、住、行、育、樂、醫療等服務，均能達到使用之便利性。由於較為特殊與專業性的醫療與康復服務，是當中最急迫性的項目；因此，建議醫療衛生單位應與長期照顧與產業連結或共建，讓醫療專業人員隨時可以提供醫療與康復服務，避免被照顧的長輩(特別是重度失能或失智症者)為了門診、回診或康復，往返居住地點與醫療機構間。不僅可減少勞累及可能造成感染之機率，也可節省人力、物力等相關成本，落實醫療機構促進多元長期照顧服務之效益。

### (四)符合長輩日常生活使用的保護產品

1. 四肢介護靠枕：是針對長期臥床者四肢與身體間會有緊密接觸的不適感，透過此產品可保持四肢和身體間作區隔，使體表乾爽透氣，避免在長期高溫悶濕的情況下，而使肌膚產生磨損與異味。
2. 多功能長春藤保護墊：此產品是避免四肢，其中包含關節等不自主去碰撞外物而受傷，或隔離傷口之用，以防傷口直接與床面摩擦，並可作為簡易固定的約束帶使用。
3. 圓形腳踝介護墊：對長期保持同一姿勢者，擔心血液循環不良，易發生濕疹及褥瘡等情形，為此因應長期照護的需求及人體工學，此產品可成為身體較突出部位的保護墊，尤其對下肢較纖細的人，能防止腳踝碰撞椅腳或冰冷的金屬輪椅。
4. 手部護具：針對手指因長期緊握而萎縮變形，使得指甲間接傷害手掌心，此產品同時可避免指掌間因汗濕和不透氣所產生的傷口及異味。
5. 舒壓枕頭：舒壓枕頭的高端處主要為支撐頸部，以貼合頸部。高度選擇要能讓頸椎放鬆為主，平躺時能與氣管保持同一直線。聚酯纖維表布、特殊高透氣減壓棉內材，具低回彈高支撐的特性，透氣舒適減壓效果佳，且可水洗容易清潔保養。
6. 背部側睡介護支撐枕：讓不易自行翻身者避免背部與床墊長時間碰觸造成皮膚的敏感。並可協助照護者以省力方式，幫助臥床者進行翻身、拍背等照護工作，避免職業傷害。
7. 舒壓輪椅介護坐墊/腰墊：對長時間坐輪椅者可有效減壓，並減緩臀部久坐不適，增加坐椅的舒適度；特殊的高透氣減壓棉內材搭配坐墊中央挖空設計，座墊底部使用止滑墊，增加與輪椅面的摩擦力，去除乘坐者往前滑動的不安全感。
8. 舒壓床墊：因失能而需要臥床照顧的長者隨之增加，特殊高透氣減壓棉，可讓長時間臥躺者有效減壓、透氣，取代一般彈簧床，克服傳統記憶泡棉的不適，下方加高回彈泡棉，增加支撐性，使身體各部位都能得到恰當的承托，避免因



臥床造成悶熱產生濕疹，傷口感染或褥瘡等情況發生，讓使用長者安穩的睡在呵護裡。

9. 沙發：退休後的長者，待在家裡的時間相對提高，對於每天長時間會使用沙發的長者來說實為重要。一般沙發在高度、深度及寬度上，都會讓長者由沙發要起身的時候，產生程度上的困難。因此，沙發的設計不論在本身的高度，深度及寬度上皆做較適合長者人體工學的改良。在本體內部的泡棉亦做了功能性的調整，高度上較一般沙發來的高且不會凹陷，有利於長者起身時較不吃力，深度也較一般沙發來的淺，使長輩坐在沙發上不因深度太深，導致雙腳騰空及不安全感，並可避免離開沙發時跌倒的風險，寬度皆採用單人或雙人沙發尺寸的設計，讓長者在起身時，至少有單邊或雙邊的扶手，可找到支撐供起使力。表面材質採用壓花透氣皮，較一般製作透氣皮透氣性更佳，讓長者的皮膚可以散熱呼吸，另外也顧及到年紀大難免會有尿失禁的情況，若使用布面材質則保養不易；此外，透氣的皮紋，也盡可能建議使用表面立體紋路，防止長輩坐在沙發的同時，感覺一直有向下滑的焦慮。除了安全上的保護，在顏色的選用上，也以暖色性為首選。

#### 10. 電動居家型升降床

長期臥床的長者，一張床或許就等於全世界。一般傳統規格床座雖為電動式操作界面，且在功能性上已達到使用者的需求，但在外型上卻難掩太過機械化，以致讓整體空間有如身處於病房中的氛圍。為了追求人性化及以家為本的概念，因而延伸了以



傳統木工結合五金的做法來做設計，整體床座的底板可依使用者身高及床墊的厚度來進行高度上的彈性調整，電動床離地面最低限度為 13 公分，避免因不慎摔落而造成傷害，床面揚升能力可達 20 公分。床頭板以魔鬼粘做為床頭繃布面板的主要貼附材質，方便長期使用下所產生污損時作更換，並且在繃布內襯以泡棉表布處理讓長者起身或仰臥時，可保護頭部遭受到撞擊的風險，床尾則以愛心圖樣增添溫馨感。床頭獨立升降模組，床尾獨立升降模組，全床同步升降模組，也利於照顧者協助移位之使用。

#### 四、長照之多元機構服務模式與科技創新運用

智慧 e 化科技產品的運用，加強長照之多元機構服務模式的連結，給予被照顧長輩的支持、休閒、交誼等服務，來滿足長者的需求。智慧化長照機構已成為趨勢，在符合綠能需求的今天更是一種必須。結合安全防災監控、健康照護管理、便利舒適服務、系統整合應用等項目要點，進行優化建築物的智慧化基礎建設；此外，配合彈性化傳輸網絡架構，提昇系統相容性，簡易的人性化管理操作介面，以符合「安全偵測」及「系統整合」的目的。最後，導入高科技智慧化無線安全防護設備形成照護雲，創造安全無虞的長照居住品質。

智慧化科技除了可以讓不良於行的長者自在生活，且退休在家的『社區新鮮人』也可以藉由 e 化的互動來增進社群感。但科技始終來自於人性，無論如何，以人為本，人文科技，還是需要傾聽長者的需求，並尊重他們的時代背景，在操作面上太科技反而會不親近。科技與傳統間如何取得平衡點，是銀髮產業的一大挑戰。另一方面，很多人不服老，越是被強調老人專用品，越是想要抗老化，智慧化科技透過創新也可減少使用者的標籤化。總之，銀髮海嘯所帶來的高齡化危機，相信也是服務創新的好商機。因此，在建構多元長期照顧服務體系之過程中，運用如下各種科技創新產品的概念，以建立銀髮智慧生活便利站，也能開創出新的商機。

##### (一) 行動式護理車(Baby Bot)

有鑑於機構的護理人員每天在生命徵象的量測上必須花費較多的時間，為降低人為操作的機會，使數據的紀錄與保存更為精準，行動護理車提供照護人員掌握長者的即時動態，以利照護的連貫性，並能進一步做統計分析，在異常管理上也有很好的依據，也可隨時掌握全院的護理照護指標(含非計畫性住院、約束、跌倒、感染、壓瘡、體重)的變化，確保機構照護作業流程更加完善。行動護理車配置上附有七種生理量測之模組，包括：血壓計、血糖機、吐氣流速器、心電圖機、體重計、耳溫/腋溫計及血氧計，而使用者的介面會看到所測得的生理數據，並於另一邊呈現相對應的日常報表，概念是一台結合個人健康管理、生理監測、異常警示系統和遠距照護的健康照護整合平台。由於機體輕巧，當護理人員至長者的住房內，只需帶著行動護理車，並可與遠距健康照護平台相連結，直接將生理資訊透過網路自動上傳整合，平台上的數值和分析透過雙向認證的機制，亦可提供工作人員不同權限的設定，節省人工抄寫的同時，才有更多的時間投入在其他照顧的事務上。

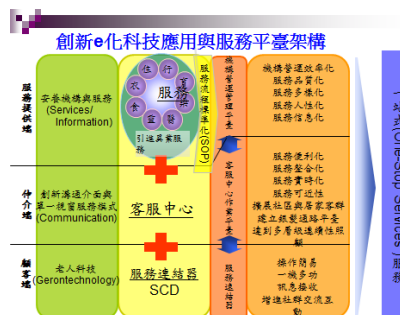




圖 8-1、行動護理車



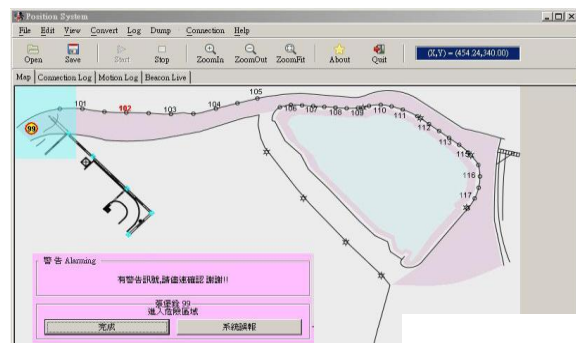
圖 8-2、服務連結器(SCD)

## (二) 服務連結器(Service Connection Device SCD)

年輕人隨手一支智慧型手機，至於行動不便的老年人也需要智慧型的資通訊照護養生平台。經由 ICT(Information & Communication Technology)與一站式服務(One-Stop Service)的概念，發展適合長者的『銀髮智慧生活便利站』，整合現有長照服務及商業化營運模式，形成一個資通訊整合技術的照護養生平台，建立溝通、關懷、服務、照護的社區網絡，進而提升服務的細緻與效率，增進被照顧者的便利及服務使用上的可近性。銀髮智慧生活便利站改變傳統分散式的服務提供管道，建立長照專用的一站式服務平台，整合提供銀髮產業價值鏈中的五大服務，包括心靈守護服務、醫療保健服務、銀髮商務服務、安居照顧服務及生活資訊服務。透過裝置於長輩起居室的終端機，服務連結器，無風扇的設計，適合長者長時間開機，外型上具備高度友善的觸控螢幕，並搭配人性化操作的直覺式圖像使用介面，免除一般老人對電子產品的心理障礙，有電腦的便利，卻沒有電腦的生硬，只要指尖一按便可達到通訊、影音、營養、保健等實用功能，讓全方位的銀髮服務 e 指神通，一個按鈕便可與客服中心做連線，更重要的是藉由這台服務連結器，長者也能和遠方的親朋好友通話視訊，網路連上線，天涯若比鄰，所以就算離群索居也能令家屬放心，服務連結器不單只是一台冰冷的機器，而是一個充滿親情與友誼的溫馨分享器。

## (三) ZigBee 安全辨識與定位系統

長照服務不可能如同一對一看護般的安全保障，因此期盼能透過智慧化安全管理系統，來加強園區的防護，建構全面智慧化的生活環境，降低照護上的死角。尤其當長者罹患有輕度失智症，初期症狀可能出現短暫記憶喪失的情況，以致不知



自己身在何處，甚至遊走至危險區域卻不自知。如何應用科技加強對長者安全的保護，又能保有其生活的自主性及隱私權，並減少照顧人力負擔及降低照顧者的無形壓力，利用(Wireless Sensor Network WSN)技術，建置院區無線感測網路，與 ZigBee 無線通訊協定結合及智慧型監控系統，發展定位影像資訊服務，可提供長照環境一個智慧化的安全防護空間。當長輩隨身攜帶的 ZigBee 感測配件，管理中心透過 ZigBee 無線通訊協定得知長輩所在位置，同時智慧型監控系統立即追蹤拍攝即時緊急影像，使服務人員立即透過平台馬上瞭解長者所發生的狀況，並於第一時間黃金救援。IEEE802.15.4/ZigBee 是一種相當先進的短距離傳輸技術標準，從家用無線通訊規格 HomeRF 聯盟中所分出來，ZigBee 聯盟以感測與控制為主要應用，而定義出簡單、成本低，又容易實現的無線通訊標準。總結 ZigBee 特性如下：①高資料傳輸可靠度；②低功耗；③低成本；④支援多樣性的網路架構；⑤低功率長距離；⑥可加密提高資料安全性。

#### (四) RFID 主動與被動安全定位系統

無線射頻自動辨識(Radio Frequency Identification, RFID)技術逐漸成熟，尤其近來受到各方的注目，甚至被視為影響未來全球產業發展之重要技術。RFID 從電力供給的特性來看，可區分為主動式(標籤有電源供應)、被動式(標籤電源來自 Reader)，雖然被動式 RFID 標籤不需要電源(如：電池)，比較精巧便於攜帶，倘若所應用的場景是需要高讀取效率、遠距離，則被動式恐無法達到，就必須考慮主動式 RFID。目前使用的系統乃採用 433MHz，不但提升傳輸距離，也降低電力需求，且該接收模組內置 SAW 濾波器可去除不必要干擾，加強接收穩定度，且易於導入後續性能提昇。此 433MHz 系統具可調式之傳輸距離，可以依需要增加與調整，自成一網絡系統，以避免不同系統無法相容的問題，可開發具跌倒感測、溫度感測之標籤給特定長者使用。可以在長輩活動區域中，視情況建置主動式無線射頻(RFID)系統，只要在長照環境內 RFID 系統可涵蓋長者行動範圍，服務中心即可透過建置於各區內的讀取器(Reader)，藉由偵測長者所佩帶的識別標籤(Tag)而得到該長者的資訊，並可判斷是否正在接近或已處於危險區域範圍內，除了再次確認長者身分外亦可協助意外發生之研判，作為日後提供安全改善之依據，且依實際需求增加讀取器(Reader)數目，擴張涵蓋範圍有效提升監控長者活動範圍。簡化人機操作介面，並依服務人員操作習慣建置友善人機畫面，不需囿於坊間制式化操作介面，將可依使用者需求做調整，提升系統反應效益。整體配置方式細述如下：

##### 1. 危險區域警戒

在失智區樓層之樓梯與戶外危險活動區設置感測器，當有長者接近該區域，會觸發警報，RFID 系統將提前告知服務人員警訊，避免發生意外。RFID 警戒系統可謂是安全防護上的第一道防線。



## 2. 活動區域出入監控系統

在長照環境內各出入口設置讀取器(Reader)，當長者離開住宿環境時，將主動通知服務中心，服務人員可藉由讀取器(Reader)的位置判斷長者可能的活動範圍。

## 3. 偵測救援服務

當長者遭遇緊急事件，如跌倒、身體不適等突發狀況，可按下標籤(Tag)上的按鈕，通知服務人員予以協助，此項服務必須確認該標籤在讀取器(Reader)的覆蓋範圍內才會動作。

## 4. 服務管理軟體

提供客製化軟體操作介面，使服務人員便於操作，提升系統效益。

## 5. 緊急呼叫無線化系統&無線緊急通報網絡系統

長者在緊急呼叫設備呈現高需求度，舊有設備因裝設位置侷限性及呼叫鈴拉繩的長度限制，難以因應緊急或意外事件發生時地點的不確定性，以致無法達到全區域及全面性的即時求救效益。當長輩發生緊急意外事故時，最關鍵的問題在於如何快速且正確地通報照護人員，而非讓長者在事故發生地點被動式地無助等待，如果緊急呼叫設備裝設位置具有侷限性，當長者發生緊急或意外事故時不一定會剛好在這些位置，便很容易錯失急救的黃金時間。

基於上述困境，若能利用 RFID 識別以及定位之特性，建立一個長者『可移動式/無線化』的緊急呼叫通報系統，讓長輩不再侷限於固定或特定位置才能求援，只要在長照環境內部皆可發出緊急呼叫訊號，便能在緊急或意外跌倒事故的情境中有效傳遞資訊、並充分發揮緊急意外事故應變的最佳效益。

無線緊急呼叫接收模組，使該接收器可接收腕戴式主動標籤之訊號，一旦長輩發生緊急或意外事故狀況，可立即按下配戴的求救鈕，標籤訊號馬上經由無線緊急呼叫接收模組通報系統通知長照單位照護人員。此外，為了在長輩的活動區域內建立一個無線通報的網絡，有鑑於長照環境內部的活動範圍幾乎都有電源插座，於是建議，將無線接收器與電源結合，並由這些電源接收器自成一個網絡，此無線緊急通報網絡系統，正是基於 WSN 的概念，把每一位長者視為我們的感測目標，希望在所允許活動範圍內長者有任何需要與求助，服務人員都可以在第一時間內提供照護。系統乃採用 UHF 通訊系統，增加資料傳輸穩定性，也降低電力需求，並在傳輸上提供 128-bit AES 加密機制避免信號受到干擾，以期建立一個穩固的傳輸網絡。此網絡系統另一特色就是動態系統架構，服務人員可以依實際長輩的活動區域做調整，只需要把該插座式節點更換（或增加）在適當的電源插座上即完成建置，彈性化架構讓管理人員能輕易的擴大服務範圍，可調式模組與標籤在頻道調整和通訊格式上，更具擴張性和整合性。當收到長輩的緊急呼叫求救訊息時，即可迅速將資料傳送到有連網能力的接收器，將

訊息傳送到後端管理人員，此架構不但簡單容易建置，當發現無線傳輸涵蓋範圍不足時，只須在該範圍內找到電源插座，插上無線節點接收器即可隨插即用，由於不需另外佈線或其他施工作業，符合在既有建築物上，增加軟硬設備達成智慧化網絡建置，讓長輩於活動範圍內受到全面性的照護，提升長照單位整體照護品質及緊急意外事故應變的作業效率。

#### (五) 開發中的 4G 智慧社區照顧服務計畫

該專案為衛生福利部社會及家庭署 2016 年度「4G 智慧社區照顧服務計畫－智慧社區照顧北部示範場域建置計畫」，第一期：日照中心及社區照顧關懷據點合作招募，社區關懷服務場域需求研究，第二期：相關系統平台規格設計，第三期：與『智慧社區照顧服務平台』之介接程式開發，第四期：相關服務平台建置，結案與後續推廣。



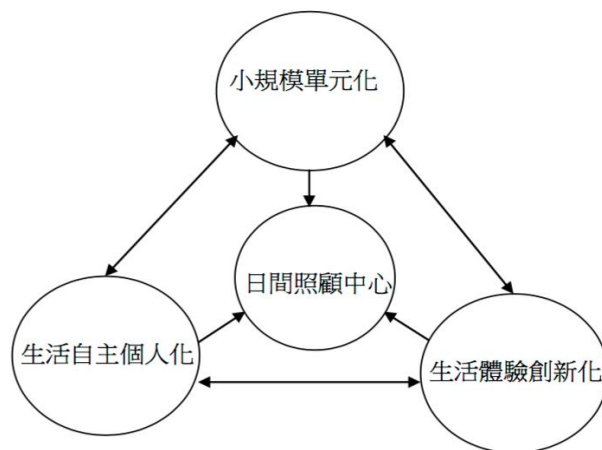
專案目標係要建立智慧社區照顧整合示範區，運用 4G 資通訊技術，整合日間照顧中心、社區照顧關懷據點與對獨居老人的相關服務，建立整合式社區照顧服務體系。建構日間照顧中心，日常營運管理的資訊管理系統，並導入本計畫之日間照顧中心實證使用。發展照顧創新服務系統，建構至少 5 項可運用於日間照顧中心或社區照顧關懷據點的創新 4G 加值應用服務，提供社區銀髮族的關懷服務品質。發展社區關懷據點行動 APP，解決現行社區照顧關懷據點志工的人工作業模式所造成的業務繁雜與資料整理不便的問題，全面提升關懷據點的工作效率，降低志工的服務實作壓力。發展示範區智慧照顧整合管理平台，建構可整合區域社區關懷服務資訊的資料與服務管理平台，作為本計畫中日間照顧中心管理系統、發展照顧創新服務系統及發展社區照顧關懷據點行動 APP 的後端資訊管理平台核心，並與政府『智慧社區照顧服務平台』合作建構完善的資料交換機制。

建立規模化社區照顧示範場域，導入上述場域推動實際運作，驗證新型態社區照顧服務體系營運雛形。此外，創新服務模式及相關系統開發建置也是計畫的重點，進行包含日照中心服務管理系統、社區照顧關懷據點行動 APP、照護創新服務模式及示範區智慧照顧整合管理平台的軟體系統開發與測試。最後，完成與『智慧社區照顧服務平台』的系統介接，依據政府『智慧社區照顧服務平台』的資料介接標準(API)，完成相關資料傳輸與交換功能的開發，並達成服務數據可上傳『智慧社區照顧服務平台』的目標。



圖 8-3、個案家屬影音聯絡簿示意圖

在長照多元照顧機構與科技產業聯手的服務架構規劃下，深刻了解長者個案終究需要家人的關懷，才能實現在地老化的真諦。為了讓家人的關懷，伴隨長者終老，設計須注意如何保留案家使用的終端 APP 情境，例如：運用日照中心的銀髮族影音聯絡簿的設計，讓案家有更多的空間及便利，可以即時了解長輩的日常生理狀況、課程參與情形及社會網絡建立情形。可因此提供更多的互動素材，以及讓案家能夠適時提出對長者的生活上的幫助。此外，系統設計上也提供了案家與日照中心或據點社工及督導工作人員，可以有更多串連與意見溝通的方式。讓系統的介入服務，能夠帶來更多有感的改善。



資料來源：台灣老年學論壇第 22 期

圖 8-4、日間照顧中心規劃設計原則

將創新理念結合科技來照顧我們所愛的人，運用系統功能的設計，將案家家人也黏著於日照中心或據點的體系中，運用系統的效率與便利，結合人文關懷的溫度，讓長者達老有所終的境地。人地與科技的對話，在眾多的社區照顧服務項目中，「日間照顧中心」可提供失能或失智老人有能力走出家庭，進入社區生活，並促進老人社會參與，協助老人獲得社會資源。

在系統規劃上，也會根據日照中心的形態不同，而提出更符合真實使用的設計，例如：在健康型或者綜合型的日照中心中，會著重在個案長者的體能活動、認知、懷舊、音樂等單元，因此系統功能的設計，是能夠讓帶活動的社工或老師能夠以針對活動、對象的點選方式，進行個案長者的活動評分，作為中心可以追蹤長者的健康促進等分析。也提供社工人員與單位主管對於長者的狀況監控，最後，也提供案家家人能夠看到長者的進步。

創新理念在於，非同一套系統就可以通用於所有的日照中心，必須深入了解單位或據點場域的人、地不同，而在系統(軟硬整合)上能夠有個別特殊的設計，以提供長者照顧上最完善的方式。

日照管理與決策，隨著老人人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長期照護需求也隨之遽增。在龐大的須照顧人口中，去機構化是未來國際間的趨勢，因此未來在居家照顧、日照中心及社區關懷據點等的照顧方式，勢必將與日俱增，為解決龐大的照顧需求，勢必需借重資訊科技的力量，來完善照顧體系。除此之外，必須在系統規劃之初，即考量相關統計與資料分析，作為未來銀髮照顧的預測，並提出改善方針，提供日照管理或督導的決策依據與參考。因此本系統規劃的平台，乃至於終端 APP，都必須將相關服務流程的數據、紀錄做保存、計算、分析及回饋，作為決策依據與參考。

日照中心使用角色，包含：管理者、護理服務師、照服人員、個案、案家(影音聯絡簿)，角色完整規劃，提供服務流程中各個角色都能涉入在系統中，於此，可讓服務流程完整數位化進行。對於服務流程部分，系統設計包含管理系統，與工作人員終端行動 APP，以提供工作人員在行動間，亦可使用 APP 的功能來完成。系統的完整設計，包含：日照中心的管理平台(個案管理、訪視管理、訓練服務管理、健康管理、營運管理...等功能)、社區關懷據點 APP(個案管理、訪視管理、健康關懷、線上多媒體資源...等功能)、以及示範區智慧照顧整合管理平台(服務成果、訪視關懷、線上資源管理...等功能)。

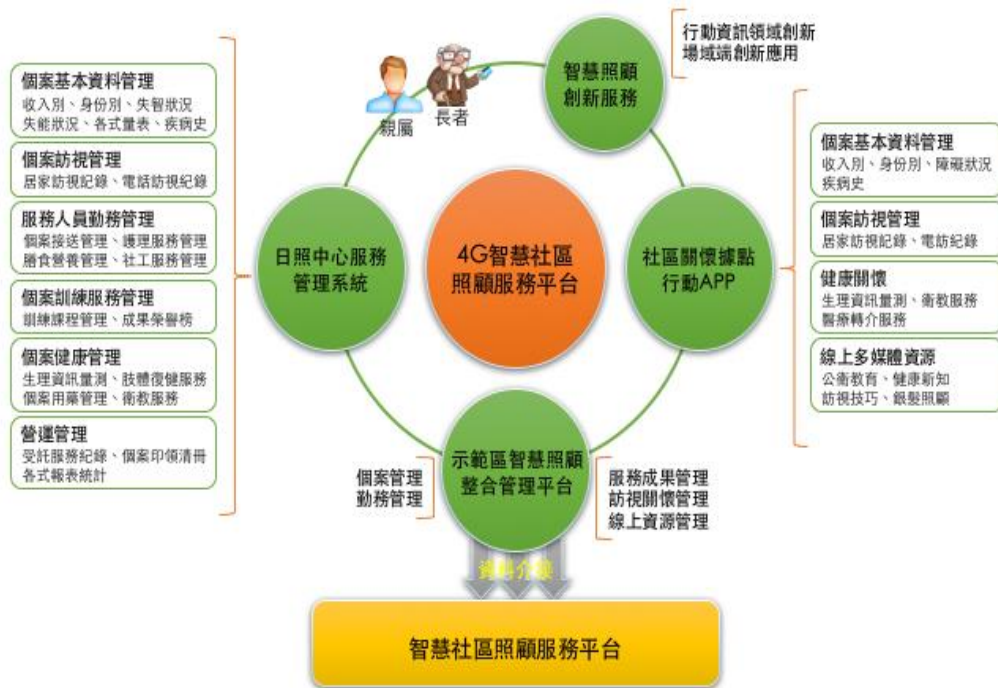


圖 8-5、智慧社區照顧服務平台

關於場域創新設置規劃完整，重點在於運用 4G 以及資通訊先進技術的社區照顧服務模式。將系統導入示範區中的日照中心或社區照顧關懷據點，對受照顧的銀髮族實施服務，並可將相關服務數據透過『示範區智慧照顧整合管理平台』及『智慧社區照顧服務平台資料介接程式』回傳至政府之『智慧社區照顧服務平台』，進行服務效益之評估與研究。

因此相關在地化及社區化的規劃設計，亦都圍繞在如何提升社區照顧模式的效率、安全與舒適，例如：聯繫影音聯絡簿 APP、銀髮族終端體適能、硬體開發與新型運動系統、銀髮族隨身穿戴設備、IoT 設備串連、監控攝影設備、人臉辨識系統...等。主要希望藉由系統整合、終端 APP 及 IoT 的物聯網整合，希望達到長者的防跌倒、安全定位、健康促進及家人關懷等多面向的目的。





圖 8-6、照護創新服務系統完整整合

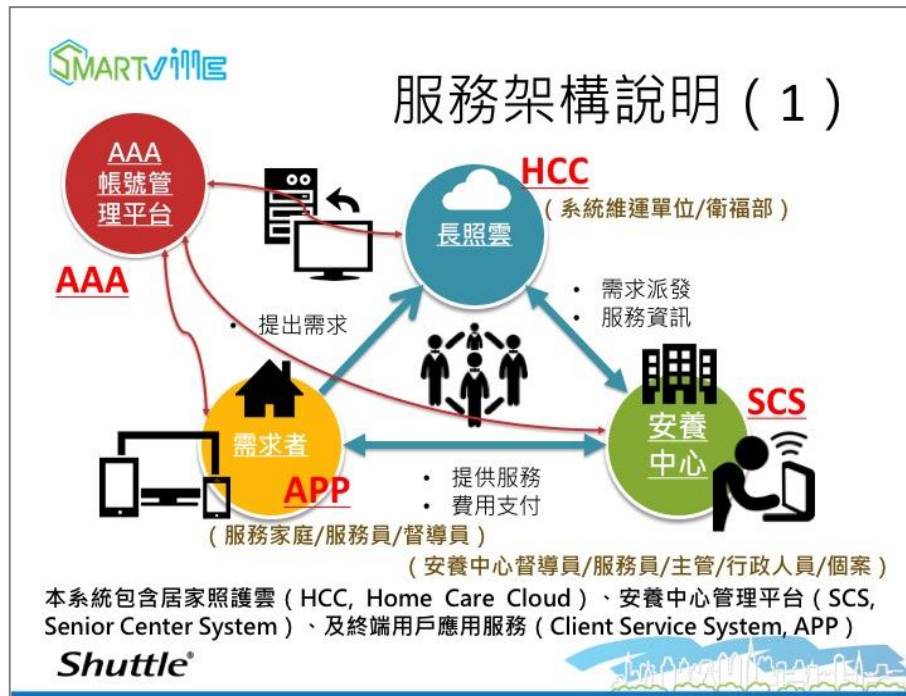
#### (六) HOCA 智慧居家照顧系統服務概述

對於長照之多元照顧系統(Home Care System)，目前定義為以縮減長期照護單位在個案服務傳統流程，與減輕和衛生福利部稽核的冗長人力浪費之資訊系統化服務，相關系統將銜接政府、長照單位及個案之居家照顧過程。並以此為基礎，逐步擴展至喘息、社區照護等其他相關服務。

系統核心功能說明①人力派遣機制②人員任務打卡機制③成果計算匯總模組功能概述長照之多元照顧系統(Home Care System)主要分為三大服務模組：長照雲、安養中心雲服務、及終端用戶的手持裝置服務，以下簡述說明：

##### 1. 長照雲服務

- 使用對象：各區縣市政府各個長照單位隸屬於各區縣市政府
- 主要功能：
  - 彙整各個長照單位的個案使用成果
  - 審核各個長照單位的經費運用情形
  - 評核各個長照單位的服務狀況



• 資料來源：長期照護系統服務架構說明，智慧生活整理

圖 8-7、長期照護系統服務架構

## 2. 長照之多元照顧雲服務

- 使用對象：長照單位主管、行政人員、督導員、居服員
- 主要功能：
  - 個案服務任務派遣安排
  - 個案服務成果彙整與同步(長照雲)
  - 經費計算與匯總，並同步(長照雲)
  - 個案服務評核匯總(個案評鑑、督導員電訪與家訪)
  - 安養中心耗材管理

## 3. 終端用戶的手持裝置服務

- 使用對象：長照單位督導員、居服員、個案
- 主要功能：
  - 個案服務任務打卡與同步(安養中心雲)
  - 資訊查詢(任務狀況、個案/居服員個人資料)
  - 個案收費機制與同步(安養中心雲)
  - 個案服務評核
  - 耗材申請流程數位化

## (七) 開發中的 4G 智慧居家照顧服務計畫

高齡化社會對於居家照顧服務之需求亦與日俱增，為了讓居家照顧服務更為即

時、高效率，並保有品質，本計畫即發展以居家照顧媒合與服務管理為核心，應用行動 4G 技術，進行居家照顧服務提供之平台開發。

為達成計畫目標，首要完成的便是居家照顧服務網所涵蓋的媒合與管理服務之系統開發，以透過系統運作達成數位服務提供。在完成系統建置後，於前端媒合系統將導入個案與各居服單位之居家服務員；後端管理系統則由居服單位進行管理與操作，而居家服務員則可透過該系統進行各自的任務內容管理，也可進行數位課程閱覽。

於服務提供過程中，結合 4G 應用概念，將其應用在個案健康履歷資料傳送、居家服務員任務簽到、個案家定位與地圖路線指引、居家服務員即時應用課程、行動影音成果資料傳送等服務項目之中，藉此讓服務使用狀態更具效率，並能彰顯優勢。其特性如下：

1. 專業居家服務員導入，流程資訊即時透明
2. 個案健康履歷，紀錄個案狀況資訊，照顧工作清單與任務執行確認
3. 需求媒合服務，依時間地點與需求進行媒合配對
4. 任務管理 4G 支援，資料傳送快速、即時，強化服務效率
5. 居家服務員職能補給，即時救援之 SOP 影音內容，數位學習課程
6. 照顧服務標準化與服務品質提升，職能優化、再造，建立標準化，優質訓練與管理，強化服務品質

## 五、結論

長照之多元機構服務模式與科技創新運用，提供長輩多層級連續性照顧服務與產業化創新產品的功能，是具有多元、連續、創新的銀髮產業發展與輔具產品，在長期照護的生活中扮演重要的角色，也讓提供照護者更能發揮服務的效能，以維持並提升照護品質。智慧 e 化創新運用是一個趨勢，結合健康照護管理、便利舒適服務、系統整合應用等項目，進行優化配合彈性化傳輸網絡架構，提昇系統相容性，簡易的人性化管理操作介面，導入高科技智慧化無線安全防護設備形成照護雲，創造安全無虞的居住品質。

創新，未必是全新，但一定是不斷的去改善，科技與傳統間如何取得平衡點，是銀髮產業的一大挑戰；另一方面，很多人不服老，越是被強調老人專用品，越是想要抗老化。林林總總的高齡需求，雖是銀髮海嘯所帶來的高齡化危機，相信更是服務創新的好機會。



## 參考文獻

1. 點銀成金。臺北市:臺商資源國際,臺商國際傳媒。楊雅婷(2013)。
2. 長期照護服務智慧化與科技化-以雙連安養中心為例。蔡芳文、林巧韻(2013)
3. 長照機構建置智慧化安全照護之探討,第三屆尊嚴照護國際研討會發表之論文。雙連安養中心蔡芳文(2010年3月)。
4. 老人居住空間智慧化需求與滿意度之研究—以雙連安養中心為例。中華大學建築與都市計畫學系碩士班碩士論文。方紹宇(2011)。
5. 2008年內政部獎勵民間建築物智慧化改善示範作業工程計畫書(雙連安養中心)
6. 2009年內政部獎勵民間建築物智慧化改善示範作業工程計畫書(雙連安養中心)
7. 經濟部科技研究發展專案創新科技應用與服務計畫:老人福利服務照顧產業-
8. 社區式多層級連續性的安養服務事業營運模式計畫。2011經濟部技術處
9. (99-EC-17-A-31-I2-HC003)。
10. 2013年內政部獎勵民間建築物智慧化改善示範作業工程計畫書(雙連安養中心)
11. 2014年內政部獎勵民間建築物智慧化改善示範作業工程計畫書(雙連安養中心)
12. 衛生福利部社會及家庭署 105 年度 4G 智慧社區照顧服務計畫(標案案號:105042)



## 第九章 結論與建議

### 一、結論

本專刊第一章由薛承泰教授撰寫，目前任職台灣大學社會學系教授，曾任台北市社會局局長與行政院政務委員，20年前即因為教改運動「廣設高中大學」口號而提出人口觀點的針貶。該文乃根據長年對於台灣人口變遷的觀察，介紹台灣人口高齡化趨勢以及特色，並從參與研擬政策經驗中，體會到人口結構與特質在社會政策上扮演關鍵的角色，主要理由乃因「人」就是政策的主體；於是，呼籲除了參考國外經驗外，不能脫離「人」這個政策主體。

由於我國在1993年正式步入「高齡化社會」，時間較許多工業國家為晚；即便到了2015年底，老人人口占比增至12.5%，和OECD國家平均達18%，日本達26%，高齡化程度不算高。可是，根據國家發展委員會(2014)推計，2018年將達到14%成為「高齡社會」，2025年達20%成為「超高齡社會」。值得注意的是，今後我國高齡化速度會加快，特別是從「高齡社會」到「超高齡社會」只需7至8年，這樣的速度世界少有，影響所及除了勞動力將減少且高齡化、家庭與社會的照顧人力也更將吃緊、國家稅收會受到衝擊等，我國長照政策不宜忽略此趨勢與特色。

接著，薛承泰教授以2000-2008年以及2008-2016年做為兩個階段，說明我國長照政策的演變。第一階段主要在進行研究與規劃，第二階段則是按照前面規劃的長照十年計劃，推動並做滾動式修正，期間提出「長照服務法」並於2015年立法院通過。文章對於2000年以來的16年進行檢討，包括第一階段花太長時間在研究與規劃，且規劃與實務上存在頗大的落差；第二階段仍面對長照人力短缺與地區資源不均等問題。目前，政府面對未來財務的規劃，已決定採稅收制。但薛教授建議應以台灣人口結構與特性來思考，未來採取社會保險制也應作為選項。

第二章「高齡社會之醫療需求、預防與照顧」，由臺北護理與健康大學高齡健康照護系吳淑芳主任撰寫，文章首先在於說明高齡人口的特徵，然後論及高齡者之醫療需求以及照顧人力資源；接著，述及高齡常見疾病與症狀、預防與健康管理、打造優質高齡健康照護環境、重視營養與養生及特殊照護(如失智、癌症、臨終照護)。最後，吳主任呼籲發展智慧化照顧與管理及高齡福祉科技。

由於台灣80%老人罹患至少一種慢性病，50%存在兩種以上，而失智症也會隨著年齡上升增加其發生率；因此，在未來高齡化速度加快時，長期罹患慢性疾病以及所需的機構照顧與衍生的醫療支出將繼續上升。雖然我國有高品質的全民健康醫療保險，部份可透過保險來給付，可是仍有許多健保未給付或長期照護的必要支出，成為老人個人、家庭與社會的一大負擔。

吳主任強調高齡人口「在地老化」與「去機構化」的照護措施，已是各國家發展照護服務政策最主要的目標。台灣目前亟需一個新的長期照護制度建立，以長照制度做為基本醫療服務與「在地老化」的銜接體制。吳主任呼籲長期照顧資源需建構與整合，以系統化整合長期照護相關的服務，逐漸提升服務的品質與量能；同時，注意高齡人口的生理及心理隨著年齡增加而逐漸退化，預防機制的建立也相當重要。

高齡者的疾病特徵為：(1)常見高齡者疾病；(2)罹患多種疾病；(3)容易重症化且恢復緩慢；(4)個別差異性大；(5)常為非典型症狀；(6)水、電解質異常，容易伴隨精神相關症狀；(7)容易出現藥物副作用；(8)社會環境對患者預後影響很大(TAIC & JSDC, 2015)。其中，代謝症候群所衍生之腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病，皆年居我國十大死因榜中，成為我國重要公共衛生議題。吳主任特別指出「生活習慣病」包括抽菸、喝酒、高鹽、高油、高熱量飲食等不良生活習慣所導致或惡化的慢性疾病，如何預防也是重要的一環。

第三章「長照服務產業的水平與垂直整合」由陽明大學衛生福利研究所吳肖琪教授撰寫。文章一開始討論甚麼是「失能」以及目前巴氏量表的用法，接著介紹我國目前長照居家、社區與住宿型三類服務類型，吳教授也概略說明長照政策的發展以及長照十年計畫的內容與演變過程，並且以其親身參與經驗，說明偏鄉執行長照十年計畫的過程與成果等，作為我國長照產業政府推動經驗為基礎。吳教授在文章後半部特別指出未來方向，也就是如何建立產業的水平與垂直整合，讓有限的資源能充分發揮其效用。

關於預防、醫療與照護建立垂直整合，因失能者常會因疾病狀況遊走於居家、住宿型機構以及醫院之間，這部分整合必要性顯而易見；然而，吳教授指出，資訊化是垂直整合重要的元素，才能有效提升照護品質。政府過去於規劃長期照護保險時，即藉由垂直整合，提供失能者連續性照護。至於水平整合，包括從微觀面，健康老人投入職場、擔任志工、或協助照顧家人，成為「有所為」(productive ageing)的老人；從宏觀面，打造健康城市、強化通用設計、及建構高齡友善環境與空間。這些不只是醫療與福利的範疇，還涉及到各層面；換言之，從微觀面到宏觀面，皆需要跨部會的合作。政府近年來在宏觀面，已積極推動健康城市、健康促進學校、社區與職場；吳教授強調，未來仍應積極強化通用設計以及高齡友善環境，讓健康者與失能者更健康。從微觀面，無論健康或失能的長者，都需要飲食、妝扮打理(衣)、住屋、行動、學習、娛樂、醫保、頤養、財務管理，建議善用資訊與通信科技等多面向來協助，至於產業界則可從全人的需求，可以藉由物聯網進行各面向水平整合，發揮高齡照護相關產業之發展與創新空間。

第四章「長照產業中公私部門合作夥伴關係之探討」，由淡江大學保險學系郝充

仁副教授撰寫。由於社會福利服務的規劃，具有財源、生產、配置與規範四個面向，郝教授指出，長期照護服務也不例外，包括錢從那裡來？誰來生產？誰可以使用服務？服務的規範為何？等議題不能被忽略。特別在政府財政趨於緊縮，高齡人口卻快速增加，單靠公部門的力量，已無法獨力完成服務輸送的提供。如何引進私部門的力量，共同打造完善的照護設施，並提供就業機會，已刻不容緩。遑論在社會福利民營化思潮中，相當重視私部門的社會服務供給角色與功能；因此，政府應思考如何吸納民間部門力量，如同許多國家，作為活絡社會福利服務體系的良方。

郝教授指出，由於照護產業的獨特性，如何引進民間力量而又尊重被照護者的尊嚴，一直是國內關切且爭執不下的議題。針對此，從私部門之角色談起，接著討論非營利機構與政府互動的模式；至於營利機構參與長照產業的狀況，舉實例，包括國內廣慈博愛院 BOT 案以及日本實施的 PFI 架構為主，試圖找出政府與民營機構合作的方式，一方面能活絡長期照顧產業，為國內過盛的資金找到出口，另一方面，能為快速老化的台灣社會，提供足夠的長期照顧服務。

郝教授以非營利機構與營利機構兩個面向，探討國內老人福利服務民營化政策發展過程中，開放企業參與福利服務供給的政策取向，以及企業參與的角色、現況與限制。認為政府應該增加非營利機構的競爭，並且提升其服務品質。而在營利機構方面建立其與非營利機構之平等運作模式。其次，採用國家擔保理論，評估在公私協力下，政府與民間各自應該承擔之責任。最後，以保險學者的角度，提出壽險資金進入長期照護體系時，應該採取的配套措施。

第五章「長照服務與產業中人力需求與培育」由台灣大學社會工作學系王雲東教授撰寫。內容主要以整理相關文獻與資料來說明目前及未來長照服務與產業的人力需求、供給與培育狀況，並提出具體政策建議。根據行政院衛生署「2010年國民長期照護需要調查」，我國全體失能人數 2011 年約 67 萬人，65 歲以上失能人數約為 41 萬人。王教授以此為基礎計算失能率，並採用行政院經濟建設委員會「99 至 149 年台灣人口推計」之中推計人口數作為全體推計人口，來推估未來(例如 2020 年前者為 86 萬人，後者為 60 萬人)。根據推估之失能人數，來規劃未來人力的需求，王教授研究發現：(1)我國長照人力供給呈穩定增加狀況，依照目前的人力培育狀況，只要長照領域的工作在勞動條件與社會形象方面，能夠維持穩定並逐步提升，讓接受培訓、擁有證照、或是相關科系畢業生，願意投入此一領域的職場，至少現階段人力應是足夠的。(2)目前長照十年計畫服務涵蓋率約為 21.2%，仍有許多是家庭照顧者在照顧，需要很好的支持體系。(3)照顧服務員培訓後留任比率偏低，與照管人員服務量過重，都是急需改善的事項。王教授的建議主要為：(1)開辦長照保險可帶動產業與人力的大量投入，提高服務質量與涵蓋率。(2)積極、持續與媒體合作，製作有品質且感人的作品，並在市場上大量出現，以逐步改變/調整國人對照顧服務員的刻板

印象，提升社會形象。(3)建立照管人員證照制度，同時提升培訓課程的專業性；鼓勵照顧服務員升任照服督導，並獎勵居服單位以月薪專職聘僱。(4)提供家庭照顧者具體而必要的協助，鼓勵照顧者接受相關課程培訓，以提升照顧專業。(5)持續鼓勵各大專院校開設長照課程/學程，並建立學分抵免制度，以鼓勵更多相關科系畢業生投入長照領域職場。

第六章「台灣長照體系中社區照顧與失智症特別照顧之探討」，由台灣大學社會工作系教授楊培珊撰寫。文章開頭即點出台灣高齡化將快速上升，並根據2013年「老人生活狀況調查」資料顯示，老人有約三分之二與家人同居，另外有三分之一獨居或僅與配偶同住；換言之，台灣老人居住型態不同於歐美國家，對於長期照顧服務模式的偏好與選擇也會有差異。

由於台灣的老人與長期照顧仍是以家庭為主要的場域，並由家人為主要的照顧責任承擔者，如何針對此特質來擬定政策，乃為重要課題。楊教授呼籲因老化或疾病而導致失能或失智的人數也必然隨之增加，加上獨居和僅與配偶同居者數量有增加的趨勢，因此政策與服務重點的「典範轉移」已經刻不容緩，必須盡快由原本的「老年急慢性疾病治療與失能失智照護」典範，轉移到「一生的活躍生活、健康促進、疾病預防、與自我管理」典範。

雖然台灣整體老人人口目前占13%，尚未進入高齡社會，可是已有嘉義縣、雲林縣、南投縣、台北市、花蓮縣、台東縣、澎湖縣、屏東縣、苗栗縣及宜蘭縣等十個縣市已經進入高齡社會，在推動長照時也須客製化，符合地區需求。楊教授累積二十年研究心得，找出我國的特長並發展自己的強項；認為台灣長期照顧除了「以家庭為核心」之外，最大的特色就是「以社區為支撐」。並介紹我國社區發展歷程以及社區工作方法的演進並歸納出三大重點：1.社區照顧跨專業、跨產業、規模化；2.園區化；3.創新與創業。

由於如何預防失智症、以及如何治療失智症仍然尚未獲得完全的解答，對個人、家庭、社會與醫療照顧體系造成極大的挑戰。根據國際失智症協會(ADI)2015年報告，全球有4,700萬罹患失智症，而隨著高齡化社會的演進，到2050年全球將有1.3億失智症患者！失智症乃為全球老化共同的挑戰。2014年9月衛生福利部公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，強調預防重於治療，並以社區及居家照護為主，機構照顧為輔，主要目標為即時診斷、早期治療，降低失智症風險，並讓失智者及家屬可獲得需要的優質服務，以「在地老化」原則結合「高齡友善城市」的趨勢來發展「失智友善的社區網絡」，這是台灣失智症工作的重大成果，堪稱與世界先進國家並駕齊驅。

第七章「長照環境之建築特性與發展架構」由馬偕醫學院長期照護研究所教授黃

耀榮撰寫。黃教授指出長照環境的設計概念，迄今台灣已有將近 20 年的發展時間，然而經由長照機構評鑑，近年來顯示長照環境普遍仍然流於著重裝潢設計，設計缺乏了解長照服務對象之屬性以及有效結合長照服務系統。其原因在於環境設計者缺乏跨領域、跨專業的學習及整合能力，使得長照環境能扮演照顧(護)服務的支持性環境，甚至成為治療性的環境的目標，始終還有一段距離。黃教授在文中檢視及探討台灣長照環境之建築特性與發展架構，以利於環境設計界具體了解長照環境之設計重點，以及有助於長照業界全盤省思長照環境發展之合理性與健全性。

黃教授從機構、社區、居家等不同的照顧(護)服務系統，來探討長照環境之共同性課題，以界定長照環境設計之核心精神。例如在群居環境中如何讓住民仍然擁有「家」的感覺，落實無障礙環境且具水平避難逃生系統；在群居環境中容易造成群聚感染，已普遍注重感染管控設施；面對失智症的認知缺損和複雜的問題行為，其環境需求的特殊性為何？針對單元長照環境之建築特性進行分析與建議，除此之外，亦由都市計畫觀點檢視整體性長照環境之關聯，探討長照環境發展架構之規劃。在整體性長照環境中，黃教授認為，其終極目標應有效建構長照服務網絡，以因應各類型之服務需求；因此，對於長照所追求之在地老化如何實踐，服務資源分佈如何合理化，以及長照服務功能如何整合，都有賴長照環境發展架構之規劃。

藉由長照環境之建築特性分析與發展架構規劃之探討，期望台灣未來在長照環境相關法規，包含建築法規(建築技術規則)、消防法規(各類場所消防安全設備設置標準)、衛生福利法規(長照機構設置標準)等方面能夠因應長照環境之特性而儘速修訂相關規定，以提昇長照產業之服務品質；並且在都市計畫法規(都市計畫法施行細則)、公共工程法規(促進民間參與公共建設條例)等方面能夠針對長照環境之發展架構增訂相關政策以利於建構長照服務體系，以及促進相關業界(包含建築業)協力共同發展長照產業之可能性，而讓長照服務可以產業化、永續化。

第八章「長照之多元機構服務模式與科技創新應用」由雙連安養中心執行長蔡芳文撰寫。文章強調，提供長輩或失能者的生活照顧服務工作，不僅須符合法規及符合個人需求的服務外，更應該在被照顧者的每一個需求階段(特別是失能階段)，均可以給予滿足的服務。此外，在每日的生活服務機能上，也應引進被照顧者原來住在社區中熟悉的社區機能到機構項目內，讓進住者不至於與原來生活環境有太大的疏離感。

蔡執行長舉出，多元長期照顧與產業化體系，乃為了提供長輩照顧服務與產業化創新產品的功能；對機構式照顧服務組織來說，除了照顧服務硬體的規劃，入社區環境機能的服務，還需延至日間托老中心及社區式與居家式服務(例如送餐服務、電話問安、親臨訪視、健康促進)、社區復健中心、交通服務、日托站(預防性照顧據點)、夜間照顧中心、團體家屋、單元照顧、照顧住宅、家庭托顧、夜間居家服務、居家營養服務、居家藥事服務、陪診就醫、社區復健及陪同購物等業務。於是，蔡執行長主

張，引進社區各項資源(例如團體、志工、物資等)，進到機構式項目內，達到從點、到線、到面完整的長期照顧體系，讓長輩服務專業化、普及化、品質一致化，以確保老人或失能者的權益。

蔡執行長以經營者經驗並考察國內外長照機構之心得，將機構式照顧服務之專業技術與資源，擴展到社區式與居家式之照顧服務領域。文章內容提出專業养老服务品質評鑑、連結多層級智慧資訊管理系統、推廣正規教育與養成教育之人才培育、醫養結合、創新適老化產品、科技創新的開發等，做為面對高齡化產業的重要課題。此外，強調智慧e化創新運用是未來的趨勢，結合健康照護管理、系統整合應用等項目，當前即應進行優化配合彈性化傳輸網絡架構，提昇系統相容性，簡易的人性化管理操作介面，以「安全定位」及「系統整合」的改善需求為出發，導入高科技智慧化無線安全防護設備形成照護雲，創造安全無虞的居住品質。蔡執行長提出專業养老服务品質評鑑、連結多層級智慧資訊管理系統、推廣正規教育與養成教育之人才培育、醫養結合、創新適老化產品、科技創新的開發等，做為面對高齡化產業的重要課題。

## 二、建議

綜合各篇文章，可做為政府施政參考之政策建議摘要如下：

### (一) 發揮家庭機制有助於長照制度的永續

台灣社會目前有長照需求的長者，多為戰後嬰兒潮的父母，且有六成以上長者和其子女居住；由於子女多可以分攤其長照費用與照顧時間，家庭機制仍可發揮照顧功能，不僅做為子女者可盡孝道，同時學習日後如何減緩自己的老化，對年邁的父母來說，有子女陪伴走最後一里路，也是其願望。在高齡社會尚未到來之前，政府除應目前長照體制的發展，也應重視家庭機制的發揮，鼓勵子女照顧年邁父母，這不僅是父母所願，也是子女了解老化過程、學習照顧技能並儲備自我照顧能力的機會，也是最務實的預防機制。基於此，當前長照制度應對此類家庭提供支援與教育，協助其發揮家庭機制；十年後有長照需求長者結構將不同於當前，也是國家需要挹注更多且穩定財源的時候，長照保險應考慮為財源的選項。

### (二) 保留長照保險選項積極培育人力與人才

從 2008 年以來實施的長照計劃均採稅收制，以人口特性觀之，尚能支撐幾年。然而，保險制應作為進入「高齡社會」的選項，乃因長照需求會大幅上升，政府持續採稅收制，財源不穩定很快就會影響體制的運作；即便是政府加稅，以台灣民眾所能接受加稅的程度觀之，也很難支撐到 2025 年進入「超高齡社會」時。由於長照保險可帶動產業與人力的大量投入，提高服務質量與涵蓋率，成為政府維持長照體系的重要平台與資源；若未來國家財政未能好轉，更有賴於長照產業的建立以便於民間資源



的加入。且由於保險制實施的前十年將可累積大筆資金，可促進產業與科技創新，這是突破進入「超高齡社會」財政困境的機會。當長照產業有了願景，也能吸引更多投入長照產業。過去照顧人力缺乏，並非缺少人接受訓練或就讀相關科系，主要是因待遇、升遷、社會形象，以及未來不確定性高；因此，證照化與待遇的提升與升遷管道的建立，是當前需繼續努力的方向。

### **(三) 推動長照產業與相關平台的建立**

由於過去政府與非營利組織形成共生依賴關係，使得長照產業難以形成，且因為契約內容是由政府制定，難以客製化服務對象之需求，而公設民營機構仍須依賴政府補貼，缺少競爭與創新。未來產業建立應注入競爭之機制，包括提供誘因，鼓勵民間非營利機構參與，以提升競爭機制。其次，重新檢視契約內容之協商及規範密度。重新考量補貼模式，以引進自負盈虧精神至非營利機構；為減少對營利機構的疑慮，政府也應建立營利機構與非營利機構平等運作模式。最後，鑒於未來高齡化社會的需求，長照服務提供者的產業化，以及財務機制的多元化與彈性設計，也應是當務之急。

### **(四) 重視未來失智症盛行，強調預防機制**

根據世界衛生組織(WHO)報告，2010 年全球失智症患者約有 3,560 萬人，每 20 年成長一倍，估計 2030 年將達 6,570 萬人，2050 年甚至可能突破 1.1 億人，若依據國際失智症協會(ADI)2015 年報告，則將有 1.3 億失智症患者。估計我國 2031 年將超過 47 萬人，2051 年將達 86 萬人。由於失智症初期症狀不明顯而容易被輕忽，隨著持續進入高齡，罹患機會大增；因此，失智症的預防、治療與照顧，將會在長照服務中逐漸提升其比例。具體建議包括：(1)全面加強失智症宣導，由國民教育紮根、延續至高等教育及社會教育；(2)預防三高疾病來控制血管性失智症的發生率；(3)促進健康的生活型態、飲食、運動及營養，加上創新的行銷，建構身心靈活化的社會氛圍；(4)積極自我管理，在身體、情緒、及家庭與社會角色方面實踐規律化、正向化的生活。

### **(五) 積極開發輔具科技與無障礙居住空間設計**

面對未來銀色海嘯，以我國在研發上的優勢結合資訊智慧科技，既可創造一個新的產業，也有助於老人生活便利、自主行動融入社會、擁有安全環境，並型構一個高齡友善城市。為了實踐在地老化，現行安養護、護理之家與長期照顧機構朝向多層級或跨類型的整合式發展。建築技術規則之無障礙設施設計規範，需針對長照環境之社區照顧、居家照顧等無障礙環境進行規範。為減少政府力量之投入與社會福利預算之負擔，由市場化服務來提供一般高齡者之多元選擇，建議公共工程委員會促進民間參與，公共建設條例也應盡速鬆綁及調整，以誘發民間業者參與。積極發展智慧居家管理系統、4G 社區服務系統，讓長輩或失能者得以在熟識的環境中過著活躍、成功，

且有尊嚴的晚年生活。

#### **(六) 發揮社區互助精神，強化預防與自我管理**

讓老人在最適當的環境中終老，不僅是老人的首選也最具尊嚴。因此，政府需建立機制提供家人照顧者的技能之協助與居家設施之改善；此外，配合我國居住特色，重視社區化(包括老人活動據點以及社區發展中心)來建構輸送服務網絡，同時發揮社區(鄰里)的互助。面臨高齡社會即將到來，過去在福利資源分配上，係以弱勢優先為原則，以照顧貧困與孤獨老人為重點；由於失能(含失智)可能發生在任何老人上，並鑑於老化速度加快，將來長照應擴展至健康與亞健康老人，從食衣住行育樂等層面來預防失能，強調「一生的活躍生活、健康促進、疾病預防、與自我管理」。

#### **(七) 創新資訊應用，加速垂直與水平整合**

資訊化是水平整合與垂直整合重要的關鍵，提供一站式或全包式服務，減少資源浪費也能提升服務效能。此外，以資訊科技打造由居家到公共空間的無障礙且安全便利的環境，可藉由物聯網概念，協助長者在食、衣、住、行、育、樂、醫、健、美等全方面的運用，發展出智慧生活。強調垂直整合以提供失能者連續性照護。至於水平整合，可結合微觀面老人的生活與活動，以及從宏觀面有政府打造健康城市、通用設計與建構高齡友善環境。如此一來，可發揮高齡照護相關產業之發展與創新空間。

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

台灣長照產業的發展與挑戰 / 薛承泰等作；-- 初版. -- 臺北市：中技社, 民 105.12

152 面；21×29.7 公分

ISBN 978-986-92691-6-2 (平裝)

1. 健康照護體系 2. 長期照護 3. 產業發展

410.1655

105022849

*版權聲明*©財團法人中技社

本手冊用於教育或非營利目的時，得在未取得原版權所有人允許下複製全部或部分內容，唯須註明出處。財團法人中技社感謝您提供給我們任何以本手冊做為資料來源出版的相關出版品。

未取得財團法人中技社書面同意，禁止使用或轉售本手冊於其他商業用途。

**免責聲明**

本出版品所提及的實體名稱和資料之表示，並不代表財團法人中技社的觀點；包括不同國家、領土、城市或區域的法律地位及其地位的權威性，以及國與國之間邊界和臨界的界定。此外，文中觀點與所提及的貿易名稱或商業程序，並不代表財團法人中技社的觀點或政策。



財團 中技社  
法人

CTCI FOUNDATION

106 台北市敦化南路2段97號8樓

Tel : 02-2704-9805~7 Fax : 02-2705-5044

<http://www.ctci.org.tw>



使用再生紙印製