

NDC-104115（委託研究報告）

**我國社會發展政策前瞻規劃
子計畫**

**我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展：
在地老化與高齡照護及產業發展**

**國家發展委員會委託研究
中華民國 105 年 7 月**

（本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為本會之意見）

NDC-104115（委託研究報告）

NDC-DSD104012-2

我國社會發展政策前瞻規劃 子計畫

我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展：
在地老化與高齡照護及產業發展

受委託單位：台灣競爭力論壇學會

研究主持人：彭理事長錦鵬

協同主持人：陳教授端容、許教授添明

研究員：吳濟安、李俊達

研究助理：周延

研究期程：中華民國 104 年 12 月至 105 年 9 月

研究經費：新台幣 81 萬 3875 元整

國家發展委員會委託研究
中華民國 105 年 7 月

（本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為本會之意見）

摘要

關鍵字：高齡化社會、高齡社會、超高齡社會、成功老化、健康老化、活力老化、在地老化

Keywords: aging society, aged society, hyper-aged society, successful ageing, healthy ageing, active-ageing, aging in place

一、研究緣起

人口老化是世界各國共同面臨的變遷經驗，我國與歐美日等已開發國家皆面臨人口老化的問題。但老化不等於不健康或疾病。在我國的高齡人口中，有超過八成並非失能，而是屬於健康、亞健康者，因此，需要特別關注為滿足這群高齡人口的多元需求。本子計畫的主要目標，即是希冀透過個案的檢視，對我國健康與亞健康之高齡者在地老化的現況與作法有進一步的認識，從中掌握高齡照護及產業發展的可能趨勢，研提相關建議，以供政府在地老化與產業發展政策之參考。茲將計畫目標分述如下：

（一）以健康及亞健康老年人口為主體，分析國內外在地老化、高齡照護及產業發展趨勢及挑戰。

（二）歸納我國高齡人口結構（以健康及亞健康高齡人口為主軸），並檢視其與世界趨勢發展之異同之處。

（三）深入分析並檢討政府投入之高齡照護資源妥適性，以及高齡照護產業發展情形。

（四）配合新近社會發展趨勢及國外經驗，提出最適策略模式及短、中長期發展方向，並提供具體建議。

二、研究方法及流程

（一）資料分析法

本研究主要透過國內外文獻報告蒐集與研讀，依研究目的與需求，針對目前國內外在地老化與高齡產業發展等政策趨勢進行蒐集與彙整。

（二）焦點座談法

本子計畫邀請行政機關、政策利害團體代表（含個案代表）及相關領域學者專家，舉辦焦點座談會，廣徵意見整合分析並納入研究報告。

（三）個案研究法

依本研究目的之要求，針對我國在地老化與高齡產業發展擇定個案，探究其相關策略，並以此為基礎研提政策規劃之建議。

三、重要發現

（一）缺乏整體資源配置觀點

（二）社區人力與空間嚴重不足

（三）受限行政稽考和防弊考量，對高齡產業的發展及創新形成阻礙

（四）社區缺少服務提供與資訊整合的連結窗口

（五）城鄉差異下在地老化的挑戰不同

（六）老人外出不便，不喜參與活動比例男高於女

四、主要建議

一、政策建議

1.觀念上的調整

(1) 整體資源的適當配置

◎參考案例：芬蘭

◎推動期程：中長期

(2) 培養年老新觀念與新形象

◎參考案例：德國

◎推動期程：中長期

(3) 加強老化教育與宣導

◎參考案例：德國

◎推動期程：短、中長期

2.人力的補充與空間的提供

(1) 鼓勵老人再就業或從事志工，完善人才培育制度

◎參考案例：日本

◎推動期程：短期

(2) 完善高齡友善居住與活動空間

◎參考案例：日本、芬蘭

◎推動期程：短、中長期

3.鬆綁制度，積極推動產業發展

(1) 減化行政稽考，激發高齡產業成長

◎推動期程：中長期

(2) 從老人需求出發，延伸各行各業服務，共推銀髮產業

◎推動期程：中長期

(3) 多元途徑開創在地老化產業

◎推動期程：中長期

4.建立在地老化單一窗口的行動熱點

◎參考案例：日本

◎推動期程：中長期

5.因地（人）制宜，提供多元與客製化服務

◎參考案例：芬蘭

◎推動期程：短、中長期

(二) 後續研究建議

1.在整體資源適當配置上，將全民健康保險往健康促進方向、甚至長期照顧方向延伸的可行性，及其相關預算與資源分配的可能。

2.在整體資源適當配置上，可進一步探究健康促進資源在年

輕族群的投入，包括：縮短工時鼓勵健身、培養運動習慣等，對於後續延緩老化與照護支出的相關性。

3.在地老化高齡照護相關專業人才證照化的可行性評估，並進一步探討透過人才證照化對於推動相關產業連結與發展的作法。

4.探討結合創新創業，鼓勵年輕人鮭魚返鄉參與在地老化高齡照護服務經營之可行模式。

5.如何透過社會住宅與推動都市更新，完善高齡友善居住與活動空間，促進「宅經濟」。

6.對於在地老化高齡照護服務產業之發展，相關稽考制度之鬆綁與檢討。

7.老人肌力訓練客製化之健促規劃與試辦可能。

8.里長或各地衛生所轉型成在地老化高齡照護服務單一窗口的可行性研究。

9.透過科技導入銀髮產業，減緩高齡社會龐大照護需求的各種可能方式，以及結合「大、智、移、雲」等新興科技與機器人照護等的先驅研究。

10.安樂死議題之研究，包括：各國執行安樂死的政策與現況，以及我國民眾態度之調查。

目 次

摘 要	I
目 次	VI
表 次	VIII
圖 次	X
第一章 緒論	1
第一節 計畫緣起	1
第二節 計畫背景與目標	2
第三節 研究設計	4
第二章 國際現況	11
第一節 高齡化社會的挑戰	12
第二節 高齡化社會的對策	16
第三節 主要國家經驗	23
第四節 小結	34
第三章 國內現況	37
第一節 我國高齡化趨勢分析	37
第二節 我國因應高齡化社會政策之發展歷程	43
第三節 小結	55
第四章 個案分析	57
第一節 社區個案	59
第二節 機構個案	66
第三節 產業個案	73

第四節 小結	78
第五章 結論	81
第一節 研究發現	81
第二節 研究建議	87
參考書目	95
附錄	105
附錄一 焦點座談會議（參訪）紀錄	105
附錄二 「高齡社會白皮書」之補充建議	129
附錄三 建立社區照顧關懷據點實施計畫	132
附錄四 期中審查意見回覆表	140
附錄五 期末審查意見回覆表	146

表 次

表 2- 1	2050 年時高齡人口比重超過 3 成的前 10 個國家	12
表 2- 2	國際因應高齡化之理論內涵	34
表 3- 1	105 年各部會因應高齡化社會相關計畫方案	44
表 3- 2	個案與相關政策關聯	58

表次

圖 次

圖 1- 1	研究架構圖	5
圖 2- 1	生命週期中非傳染性疾病的預防範圍	20
圖 2- 2	推動活力老化之整體策略	21
圖 3- 1	我國高齡化進程	38
圖 3- 2	扶養比變動趨勢－中推計	40
圖 3- 3	我國高齡社會照顧架構	43
圖 3- 4	主要高齡相關政策發展歷程	51
圖 3- 5	高齡社會白皮書具體理念與行動策略	54
圖 4- 1	弘道服務內容體系圖	71

圖次

第一章 緒論

本章內容主要說明本子計畫之緣起、目的與研究方法。

第一節 計畫緣起

隨著國內外社會發展快速變遷，以及全球化與科技化趨勢，產業結構與就業型態產生重大的改變，伴隨衍生的都市化、人力流動與貧富差距擴大等問題，也對人口結構與家庭型態產生相當的影響，良善公共政策規劃已成為不容忽視的重要課題。如何具體掌握社會脈動與發展趨勢，瞭解政策問題、前瞻政策需要與提升決策品質，將成為公共治理的重要挑戰。

國家發展委員會（以下簡稱國發會）為行政院重要政策規劃機關，擔負國家整體發展之規劃、設計、協調、審議及管考等任務，且配合國家中長程發展重要課題與國家發展計畫（106 至 109 年）作業，為能切實、即時掌握社會發展趨勢對相關政策之影響，支援政策領域前瞻規劃，並於計畫期間針對重大或突發性議題，辦理政策即時諮詢，強化政策立論基礎，爰規劃辦理本案。本研究即是依據國家發展計畫架構，就當前社會發展趨勢擇定國民健康主題之子計畫--我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展，細部探討「在地老化」、「高齡照護及產業發展」之因應策略，並研提相關政策建議。

第二節 計畫背景與目標

人口老化是世界各國共同面臨的變遷經驗，我國與歐美日等已開發國家皆面臨人口老化的問題。聯合國《世界人口老化報告 2013》指出（UN, 2014: 6），在 1950 年代時，已開發經濟體（more developed regions）國民平均壽命為 65 歲，開發中經濟體（less developed regions）國民平均壽命則為 42 歲。預估在 2010 至 2015 年時，已開發經濟體國民平均壽命延長為 78 歲，相較於 1900 年時提高近 30 歲，而開發中經濟體也將提高為 68 歲。及至 2045 至 2050 年，預期已開發經濟體人口平均預期壽命將增為 83 歲，開發中經濟體則為 75 歲。

聯合國預估 2050 年全球高齡人口將由 2012 年的 8.1 億人，增加 2.5 倍至 20.3 億人；其中，80 歲以上人口將由 1.1 億人，增加 3.6 倍至 4.0 億人；百歲以上人瑞亦將由 34.3 萬人，增加將近 10 倍至 320 萬人。預估在 2050 年以前，全球高齡人口將首度超過 15 歲以下的幼年人口（UN，2012a）。

由於人口結構高齡化的趨勢，將對個人與社會帶來許多新的挑戰。但老化不等於不健康或疾病。如 2002 年世界衛生組織定義了「活力老化」（active-ageing）一詞，並積極推動，認為老年人為了促進老化後的生活品質，隨著老化的歷程有機會尋求健康、參與和安全並達到最適化的過程。2012 年世界衛生日更以「高齡化與健康」（Ageing and Health）為主題，認為保持健康才會長壽（Good health adds life to years）¹。換句話說，老化不等於不健康，

¹ WHO(2012). 2012 World Health Day. 網址：<http://www.who.int/world-health-day/2012/en/>

讓健康與亞健康的高齡者可以在原居環境或情境終老一生而不遷移，安然地「在地老化」(aging in place)，成為世界主要國家追求的理想。

在我國的高齡人口中，有超過八成並非失能，而是屬於健康、亞健康者，因此，需要特別關注為滿足這群高齡人口的多元需求（高齡社會白皮書，2015）。本子計畫的主要目標，即是希冀透過個案的檢視，對我國健康與亞健康之高齡者在地老化的現況與作法有進一步的認識，從中掌握高齡照護及產業發展的可能趨勢，研提相關建議，以供政府在地老化與產業發展政策之參考。茲將計畫目標分述如下：

- 一、以健康及亞健康老年人口為主體，分析國內外在地老化、高齡照護及產業發展趨勢及挑戰。
- 二、歸納我國高齡人口結構（以健康及亞健康高齡人口為主軸），並檢視其與世界趨勢發展之異同之處。
- 三、深入分析並檢討政府投入之高齡照護資源妥適性，以及高齡照護產業發展情形。
- 四、配合新近社會發展趨勢及國外經驗，提出最適策略模式及短、中長期發展方向，並提供具體建議。

第三節 研究設計

依照前述之計畫目標，本計畫之主要面向包括檢視國內外「在地老化」及「高齡照護及產業發展」相關政策的發展趨勢，並以我國實際個案為例進行分析，連結各國經驗與我國目前在地老化政策或高齡照護產業發展的可能，研提政策規劃建議與後續應深入探究之政策議題。據此，將本子計畫之研究架構與研究方法說明如下。

一、研究架構

本子計畫研究架構如圖 1-1，是根據上述研究目的進行設計。首先，研究的對象是聚焦在我國年滿 65 歲以上健康與亞健康的高齡者。其次，研究的目標是達成在地老化、高齡照護及產業發展。因此，本研究提出以「社區」為在地老化落實的焦點，透過社區連結家庭長者需求與產業服務供給，以落實健康促進，提升高齡者的能力，實現高齡在地照護的政策目標。

落實高齡長者在地安老，「在地老化」本身包括「在宅老化」和「在社區老化」兩大部分。「在宅老化」以家庭為核心，依靠家庭的力量來支持。但隨著高齡化與少子女化的到來，家庭的照護能量有限，需倚賴社區以利達成在地老化的目標。換言之，在地老化的重點工作將會以環繞社區而展開，透過在社區的老化，實現在地老化的可能。因此，在地老化的服務需要有關的機構和產業進入社區，以滿足在地健康老化服務上的需求，有效促進在地健康老化，本研究之架構即由此而組成。茲研究架構之各元素與內涵分述如下：

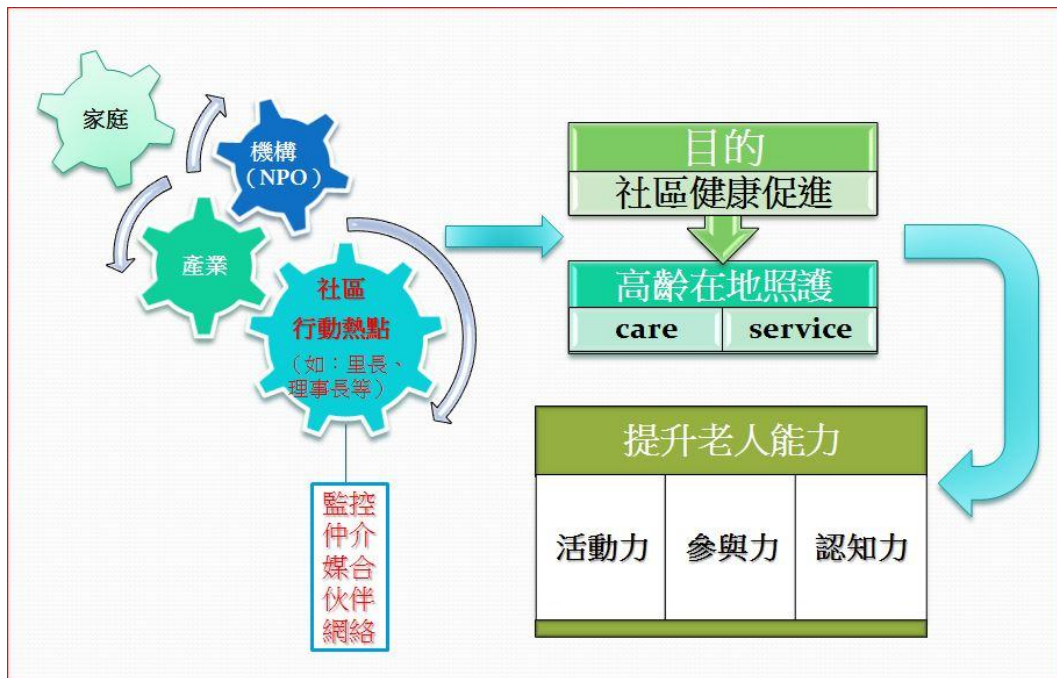


圖 1-1 研究架構圖

資料來源：本計畫整理。

(一) 家庭與社區

「在地老化」包括「在宅老化」與「在社區老化」。在宅是指涉的即是家庭，個人老化始於家庭中，家庭可以說是在地老化的第一個發生點。但是家庭的照護能量有限，因此，在社區老化會在地老化的政策重點。本研究的對「社區」或「社區行動熱點」的界定，是採取一種假想社區或廣義社區的概念，並不侷限於法律上的定義。這個「社區」概念，是指在一定人口和一定範圍內可以提供在地健康老化服務連結的行動熱點，可以是一個里，也可以是一個里內的一個區域，也可以是幾個個里。人口和範圍不是這個「社區」概念的重點，關鍵在於它所發揮的熱點功能。

（二）機構與產業

家庭的照護能量的有限，因此，在地老化的服務需要有關的機構和產業進入社區，以滿足在地健康老化服務上的需求。機構是指提供促進在地健康老化照護服務的非營利組織。產業則是指與促進在地健康老化服務的相關銀髮產業。促進在地健康老化照護服務的內涵主要包含：「服務」(service)與「關懷」(care)。這裡的「服務」是指適合老人食衣住行等的各項需求設計，偏重生理層面，如：少量、少鹽及低卡路里的健康餐飲、或是小包裝的食物等。「關懷」則是指與老人陪伴相關的育樂生活等安排，偏重心理層面，如：出遊、跳舞、唱歌等活動。

（三）連結

家庭、社區、機構，以及產業等各節點 (nodes)，以環繞社區展開建立的網絡、伙伴關係。透過社區行動熱點，監控、仲介、媒合家庭需求端與機構、產業供給端之間的連結，提升老人認知力、參與力、活動力等三種能力，以達成社區老人健康促進的目的。

二、研究方法

本子計畫研究方法主要透過國內外文獻報告蒐集與研讀，依研究目的與需求，針對目前國內外在地老化與高齡產業發展等政策趨勢進行蒐集與彙整。包含國內外學術期刊、研究報告、專書、新聞資訊及國際組織機構所正式公布之趨勢報告，乃至於各國官方發布之新聞、年報資料及其所公開政策文件與相關研究報告或相關研討會等管道，以便瞭解國內外現今發展趨勢與作法。

（一）資料分析法

本研究方法主要透過國內外文獻報告蒐集與研讀，依研究目的與需求，針對目前國內外在地老化與高齡產業發展等政策趨勢進行蒐集與彙整。包含國內外學術期刊、研究報告、專書、新聞資訊及國際組織機構所正式公布之趨勢報告，乃至於各國官方發布之新聞、年報資料及其所公開政策文件與相關研究報告或相關研討會等管道，以便瞭解國內外現今發展趨勢與作法。

（二）焦點座談法

本子計畫邀請行政機關、政策利害團體代表（含個案代表）及相關領域學者專家，舉辦焦點座談會，廣徵意見整合分析並納入研究報告。

（三）個案研究法

依本研究目的之要求，針對我國在地老化與高齡產業發展擇定個案，探究其相關策略，並以此為基礎研提政策規劃之建議。針對個案之研究，除透過資料分析、焦點座談外，也進行實地參訪，瞭解實地運作的方式，以獲得更完整的資訊。

據此，研究團隊分別於今年 1 月至 5 月舉辦多場焦點座談會與實地參訪，說明如下（重點摘要請見附錄一）：

1. 焦點座談會場次一

（1）時間：2016 年 01 月 19 日（星期二）12 時至 14 時。

（2）地點：臺灣大學公衛學院健康行為與社區科學研究所 645 會議室。

(3) 與談人：林依瑩（弘道老人福利基金會執行長）、陳美蕙（衛生福利部社會及家庭署副組長）。

2. 焦點座談會場次二

(1) 時間：2016 年 01 月 19 日（星期二）14 時 30 分至 16 時 30 分。

(2) 地點：臺灣大學公衛學院健康行為與社區科學研究所 645 會議室。

(3) 與談人：陳雅美（臺灣大學健康政策管理研究所助理教授）、劉家勇（長庚科技大學老人照顧管理系助理教授）、張慶光（樂齡生活事業股份有限公司總經理）、張家銘（臺灣高齡照護暨教育協會理事長）、陳美蕙（衛生福利部社會及家庭署副組長）。

3. 參訪暨焦點座談會場次三

(1) 地點：基隆市中山區通明里里辦公室地下 1 樓。

(2) 時間：2016 年 2 月 2 日（星期二）10 時至 12 時。

(3) 參訪單位：基隆市通明里日間托老中心兼關懷據點。

(4) 與談人：張瑋苓（弘道老人福利基金會臺北服務處主任）、張雅惠（弘道老人福利基金會臺北服務處組長）、張景焱（基隆市通明里日間托老中心照服員兼組長）、陳智偉（衛生福利部社會及家庭署科長）。

4. 參訪暨焦點座談會場次四

(1) 時間：2016 年 04 月 06 日（星期四）13 時至 16 時。

(2) 地點：臺北市松山區南京東路五段 251 巷 46 弄 5 號 1

樓。

(3) 參訪單位：松山老人日間照顧中心。

(4) 與談人：林依瑩（弘道老人福利基金會執行長）、邱子庭（弘道老人福利基金會松山老人日間照顧中心組長）、李佩華（弘道老人福利基金會松山老人日間照顧中心護理師）。

5. 焦點座談會場次五

(1) 時間：2016 年 5 月 11 日（星期三）10 時至 12 時。

(2) 地點：國立臺灣大學社會科學院 8 樓 837 會議室。

(3) 與談人：曾寧旖（臺北市文山區忠順里里長）、余儀呈（臺灣健康社區自主發展協會理事長）、張慶光（樂齡生活事業股份有限公司總經理）、王照允（iHealth 政昇處方宅配藥局執行長）。

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

第二章 國際現況

聯合國《世界人口老化報告 2013》指出(UN, 2014), 在 1950 年代時, 已開發經濟體 (more developed regions) 國民平均壽命為 65 歲, 開發中經濟體 (less developed regions) 國民平均壽命則為 42 歲。預估在 2010 至 2015 年時, 已開發經濟體國民平均壽命延長為 78 歲, 相較於 1900 年時提高近 30 歲, 而開發中經濟體也將提高為 68 歲。及至 2045 至 2050 年, 預期已開發經濟體人口平均預期壽命將增為 83 歲, 開發中經濟體則為 75 歲。

聯合國預估 2050 年全球高齡人口將由 2012 年的 8.1 億人, 增加 2.5 倍至 20.3 億人; 其中, 80 歲以上人口將由 1.1 億人, 增加 3.6 倍至 4.0 億人; 百歲以上人瑞亦將由 34.3 萬人, 增加將近 10 倍至 320 萬人。預估在 2050 年以前, 全球高齡人口將首度超過 15 歲以下的幼年人口 (UN, 2012a)。

全球人口不僅將持續高齡化, 且 80 歲以上的高齡人口將以更快速度增加, 而 60 歲以上人口占總人口比重超過 3 成的國家亦將大幅增加。至 2050 年, 已開發經濟體的高齡人口比重達到 31.9%, 超過 80 歲以上人口將達 1.2 億, 開發中經濟體則為 20.2%、2.8 億。屆時將多達 64 個國家高齡人口比重超過 3 成, 比重最高的前 10 個國家為日本、葡萄牙、波士尼亞及赫塞哥維納、古巴、韓國、義大利、西班牙、新加坡、德國、瑞士。其中, 日本高齡人口比重更將升達 41.5% (表 2-1)。

表 2-1 2050 年時高齡人口比重超過 3 成的前 10 個國家

單位：%、千人

國家	60 歲以上人口比重		80 歲以上人口數	
	2012 年	2050 年	2012 年	2050 年
日本	31.6	41.5	8,777	15,898
葡萄牙	24.4	40.4	528	1,083
波士尼亞及赫塞哥維納	20.2	40.4	113	287
古巴	17.9	39.2	343	1,310
韓國	16.7	38.9	1,114	5,808
義大利	27.0	38.4	3,761	7,659
西班牙	22.7	38.3	2,469	5,982
新加坡	15.5	37.8	104	790
德國	26.7	37.5	4,351	10,069
瑞士	23.4	37.1	384	1,007

資料來源：UN (2012b)

第一節 高齡化社會的挑戰

根據聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 的定義：65 歲以上老年人口比率超過人口 7% 的國家稱為「高齡化社會」(aging society)、達 14% 則稱為「高齡社會」(aged society)、達 20% 即為「超高齡社會」(hyper-aged society)。由於人口結構高齡化的趨勢，世界多國都陸續邁入「高齡化社會」、「高齡社會」、或「超高齡社會」，將對個人、社會等帶來許多新的挑戰，分述如下：

一、疾病種類的多樣的負擔的加重

由於醫科發達，全世界都面臨人類平均壽命不斷延長，但壽命愈來愈長，身體功能和心智功能的退化所衍生出的疾病也愈來愈多樣化（陳亮恭，2011）。依據國際衛生組織推估，隨著人口老化日趨嚴重，至 2020 年，在發展中國家及新興工業國家，慢性病、心理疾病及意外傷害的疾病重擔將由 1990 年的 51% 提升到 78%（楊志良，2010）。

二、老人使用空間能力的退化

隨著年齡增長，人們在生理上的老化卻無法改變。不僅感覺器官逐漸遲鈍、功能逐步降低，甚至還伴隨著慢性疾病的發生。這些老化現象或疾病，致使老人在環境改變或情況複雜時，其應對能力就顯得力不從心，影響老人使用空間的能力（舒昌榮，2008）。

三、居住型態改變與獨居老人

居住型態處於一種變動的過程，隨著都市化、少子女化，以及老人人口的增加，獨居老人與老年家庭空巢期的居住型態因而增加。尤其對於東亞國家傳統強調父母長輩與子女同住的居住模式逐漸受到考驗，形成政府對於高齡者家戶議題新的政策考驗（Lam et al., 1998；Chan, 2005；黎德星，2011）。

四、失能風險的增加，導致照護需求增加

隨著平均餘命增加，慢性疾病的盛行率顯著提升，即便是較為健康的老人，在達到一定年齡，特別是 75 歲以上，就潛藏著易陷需要照護的危險因子，或招致不健康壽命延長的症狀、徵候或

障礙，致使失能的風險增加，並影響生活的品質（蔡淑娟譯，2015）。因此，高齡化的趨勢下，政府與社會在健康照護、社會保險，以及福利等方面的支出將會增加，進而對於家庭經濟、國家醫療，以及福利資源等的負擔會更為加重（Lamdin & Fugate，1997；林麗惠，2006）。

五、女性高齡人口比例高於男性，男女照護需求不同

由於女性平均餘命高於男性，高齡人口中的性別佔比，女性較男性為多，因此，高齡化導致社會中的高齡寡婦比率有所增加。而兩性失能人數的差距隨時間趨勢擴大，失能人口數上女性也多於男性。換言之，女性平均餘命與失能率均高於男性，家庭主要的照護人力與女性需被照護的人數會多於男性。未來在長期照護體系的規劃發展，女性對長照服務的需求明顯較高，但女性失能者的需求不同於男性，在制度的設計上應考量兩性間的差異以滿足不同的需求（范光中、許永河，2010；楊志良，2010；陳淑瓊、陳亮汝等，2015）。

六、人口結構老化，不利勞動供給

人口結構的改變，連帶影響消費結構與勞動生產力結構的改變。由於年輕人晚婚、不婚、遲孕與不育的現象愈發普遍，導致新生人口數目不斷減少。少子女化的結果使得勞動力的潛在供給逐步緊縮，並加速勞動力的高齡化。換言之，少子女化與高齡化的趨勢發展，使得人口紅利消失，勞動力與勞動參與力下降，進一步消費、投資活動減少，最終造成對經濟成長的衝擊。（Boersch-Supan，2001；Bloom & Canning，2004；詹火生等，2006；李沃牆，2014）。

七、經濟威脅與養老支出增加

由少子女化與高齡化的趨勢發展，人口結構老化，年輕勞動力人口數量逐漸萎縮，人口紅利消退，逐漸邁入人口負債期，政府與社會勢將面對經濟上高負擔、高風險的難題。因此，在扶養高齡人口負擔加重的情況下，如僅依循傳統養兒防老的觀念，由個別家庭來承擔老人經濟安全上的責任，則對子女奉養形成極大的壓力。由子女、孫子女等晚輩奉養長輩的「代間移轉」模式將更難承擔老人經濟保障的責任（陳焱，2004；Chan，2005；舒昌榮，2008；楊志良，2010；黎德星，2011；吳惠林等，2014）。

八、對老年人的歧視與刻板印象

傳統上人們對於老人都存在著許多負面的刻板印象（McTavish，1971），包括：退休、疾病、遲緩，以及照顧、依賴等。而一般民眾對老人的態度之所以重要，是因為社會大眾的這些態度會影響到與老人互動的意向，特別是在醫療、社會服務等的專業人員在為老人服務的意願上（Bennett & Eckman，1973；陸洛、高旭繁，2009）。甚至是在購買保險與金融貸款等方面都易被排除，弱勢族群的老人受到的歧視則更為嚴重（呂寶靜等，2015）。

第二節 高齡化社會的對策

人口老化是一種複雜與多面向的議題，也是一種社會趨勢變遷，同時帶來了機會與挑戰。面對高齡社會的來臨，國際上陸續提出「成功老化」(successful ageing)、「健康老化」(healthy ageing)、「活力老化」(active-ageing)，以及「在地老化」(aging in place)等概念與主張以為因應。首先，成功老化強調個體成功適應老化過程的程度，使高齡者能經歷成功的老化，進而擁有更好的晚年生活品質(林麗惠，2006)。然而成功老化把「成功」視為「沒有明顯失敗」，就像把「健康」視為「沒有明顯的疾病」一般，忽略了老化的積極面(Rowe and Kahn，1998)。而人的生理功能隨著時間而逐漸衰退幾乎無法避免，因此，老化的過程中需要社會體系與政府政策的支持，才能夠「健康老化」。生命量的增加和質的改善同等重要，對老年人健康之關注，不應僅侷限於罹病或功能障礙老年人之照顧，而應尋求「活力老化」(active-ageing)的新方式，促進老人的生活品質，有一個樂觀的健康、參與和安全機會的過程。老化不等於不健康，讓健康與亞健康的高齡者可以在原居環境或情境終老一生而不遷移，安然成功地「在地老化」，成為世界主要國家追求的理想。茲將「成功老化」、「健康老化」、「活力老化」，以及「在地老化」等整理分述如下：

一、成功老化

1987年美國《科學》(Science)期刊首開先例，打破疾病架構，重新定義老化。後由麥克阿瑟成功老化研究(MacArthur Studies of Successful Aging)(Berkman et al.，1993)提出「成功老化」(successful ageing)。陸續有將近百份的科學出版品相繼出現，並

成為許多會議的討論主題。世界衛生組織的「全球老化計畫」(Global Program on Aging)也在 7 個國家展開成功老化的研究(張嘉倩譯, 1999; Rowe & Kahn, 1998)。成功老化迅速成為各國在老年學領域中的主要研究議題(Charbonneau-Lyons, 2002; Holstein & Minkler, 2003; 林麗惠, 2006)。

Rowe 與 Kahn (1997& 1998) 將「成功老化」定義為「結合較低的疾病發生可能與較高的功能與生命從事活力。」並提出生理、心理與社會三個層面成功老化的指標, 包括: 降低疾病或失能的風險、維持心智與身體的高功能, 以及積極參與社會活動(徐慧娟, 2003)。林萬億、陳美蘭、鄭如君(2012)認為, 這個概念與健康老化接近, 但正如林麗惠(2006)所指出, 成功老化相當強調個體的自主性, 取決於個體的選擇和行為, 只要個體想要進行成功老化, 即可藉由自身的選擇如: 生活型態的改變, 及自身的努力如: 運動等來達成。

二、健康老化

過去健康的臨床指標是由疾病模式(disease model)切入, 認為沒有疾病即是健康的方式(The disease model is a medical conception of pathological abnormality which is indicated by signs and symptoms.), 已不符實際。1999 年世界衛生組織對於健康的定義增加如下的說明:

健康是在生命過程中的累積狀態, 其主要目標是在年老時可以充分享有其益處; 良好的健康狀態對於高齡者而言是使其維持可接受的生活品質並且持續貢獻社會的重要元素。

現今的健康定義，不僅不能再以是否有疾病來定義，它同時應該包含全人健康（生理、心理、精神、情緒、社會適應與道德品性等）概念、環境健康與國家健康各方面的良好狀態與追求目標（劉立凡，2010）。換言之，目前健康概念的演化已漸漸和安適感（wellness or well-being）連結，在任何疾病治療、評估與關注一個老年人的健康時，應考量的是從他的角度能否協助獲致生命值得存續（worth living）的正向結果。此結果不僅是考量生理的角度，亦同時須包括心理與社會及相關面向多元的層面（Bowling，2005）。是以健康老化為多面向整合性政策，包括：財政、社會福利、健康服務、交通運輸、都市計畫、住宅、工程，以及教育等，均為政策擬定時所應納入考量的範圍（行政院經濟建設委員會人力規劃處，2009）。

2009 年 OECD 提出「健康老化政策」，建議各國應針對維持高齡者生理、心理及社會各方面得到最適化，讓高齡者得以在無歧視的環境中積極參與社會，以延長其保持健康狀態與自主獨立的良好生活品質。「健康老化」不僅可以降低醫療照護及其對福利資源的依賴成本，同時可以增加高齡者的福祉。（行政院經濟建設委員會第 1379 次會議報告案，2010）

三、活力老化

隨著人口老化，1999 年聯合國宣布該年為「國際老人年」，要求各會員國提出針對老人的全國性與地方性的方案，處理涉及代間議題的「邁向一個全齡的社會」（towards a society for all ages）。緊跟著國際老人年之後，2002 年聯合國在馬德里（Madrid）召開世界高齡化會議（United Nations Assembly on Aging），再次確認老

化不只是一個人的議題，也是一個社會的議題。林芳郁曾指出「成功老化」是世界上對於人口高齡化所提出的突破性觀念，年齡日長時能夠維持身體與心智功能，避免疾病發生並享受生活，就是一個成功的老化模式。若更進一步更積極活躍的參與社會，便可以稱之為「活力老化」(陳亮恭，2011)。

「活力老化」的內涵是由「成功老化」與「健康老化」等概念和理論逐漸發展而來的(WHO, 2002)。世界衛生組織在聯合國馬德里國際高齡行動計畫提出一個新的概念就是「活力老化的政策架構」(Policy Framework on Active Aging)，認為老年人為了促進老化後的生活品質，隨著老化的歷程有機會尋求健康、參與和安全並達到最適化的過程。「活力老化的政策架構」指出，個人在不同階段的生命週期中，隨著社經地位的不同、體能活動的減少及養成習慣等種種因素，使得非傳染疾病風險累積相對提高，如圖 2-1 (WHO, 2002)。健康不僅止於免於疾病、或得到健康資訊，而是要把健康的觀念和生活型態融入日常生活中。

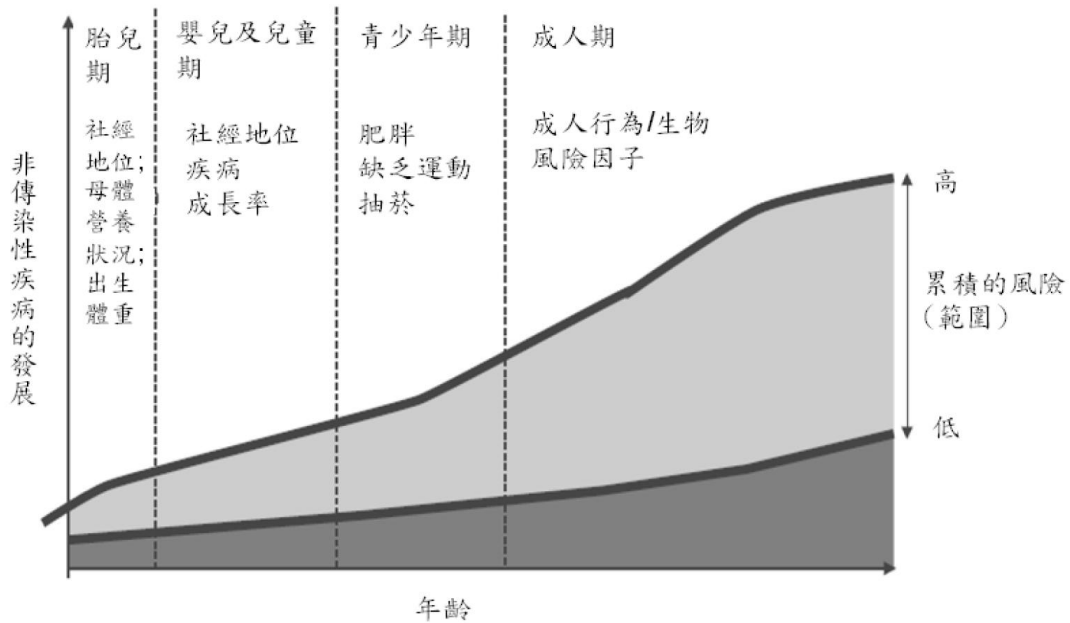


圖 2-1 生命週期中非傳染性疾病的預防範圍

資料來源：WTO (2002)，轉引自楊志良 (2010)。

「活力老化」就是「為了促進老人的生活品質，而有一個樂觀的健康、參與和安全機會的過程。」據此，活力老化有三個支柱，分別是：社區參與、個人健康、與社會安全（圖 2-2）。其所依賴的決定因素是：健康與社會照顧、行為、個人、物理環境、社會因素、經濟因素，以及影響這些決定因素的文化與性別環境（Kalache, Barreto & Keller, 2005）。

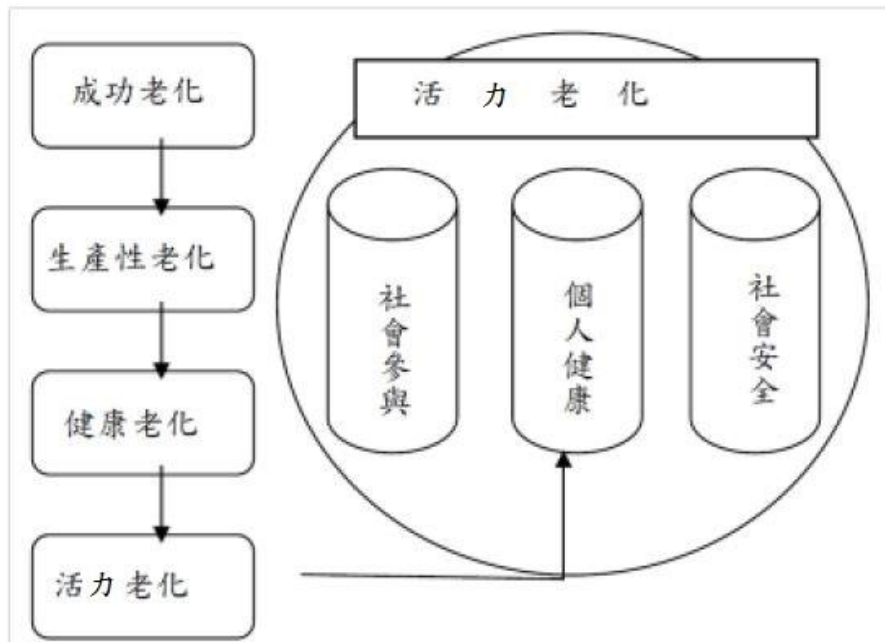


圖 2-2 推動活力老化之整體策略

資料來源：WHO (2002)；陳畊麗 (2005)。

提出「活力老化」的政策意涵，應基於對老年人權利的認知和聯合國提出老年人應保有獨立自主、參與、尊嚴、適當照顧及自我滿足之原則而擬定策略計畫，政府機構、社會資源必須相互為用，在老年人健康維護、經濟安全、教育與休閒、安定生活、心理及社會適應等，提供適切的醫療照護服務，給予長者完善、有尊嚴、高品質的生活安全及獨立自主等權利保障（楊志良，2010）。

四、在地老化

2012 年世界衛生日更以「高齡化與健康」(Ageing and Health)

為主題，認為保持健康才會長壽（Good health adds life to years）²。Jorm 等人（1998）也指出沒有障礙、高認知技巧、好的自我健康評價，並生活在社區中就是成功的老化。換句話說，老化不等於不健康，讓健康與亞健康的高齡者可以在原居環境或情境終老一生而不遷移，安然成功地「在地老化」（aging in place），成為世界主要國家追求的理想。

國際上面對老化社會的到來，其對策是希望透過延長老人健康壽命，扭轉因失能所引發「老化等於病態」的觀念，盡可能達到健康老人能在原居生活環境終老而不遷移的境地。也就是希望讓高齡者仍能在其熟悉人、事、物的生活區域中有尊嚴的老去，安然「在地老化」。

「在地老化」的概念最早起源於北歐國家，於 1960 年代提出，當時是因為民眾不滿機構中束縛且缺乏自主隱私的生活。1960 至 1970 年代開始出現「去機構化」（de-institutionalization）回歸社區與家庭的呼聲。此一發展於 1970 至 1980 年之間蔚為風潮，並於 1990 年代散佈至其他先進國家，如：英國、美國、加拿大、澳洲和日本等（李秀娟，2006）。「在地老化」是希望人在老化的過程中，可以留在自己熟悉的環境繼續生活。換句話說，不必因為年老而搬離其熟悉的居住場所，而是居住場所配合老人重新設計安排。例如：挪威、丹麥、芬蘭的住宅政策，就強調「原居住宅」；英國則推動「終生住宅」的在地老化。瑞典、澳洲的「老人住宅」則強調可「在宅臨終」。而亞洲區的日本則是透過「世代住宅」的概念來達到「在地老化」（Dreier，1987；Brink，1990；

²WHO（2012）. 2012 World Health Day. 網址：<http://www.who.int/world-health-day/2012/en/>

黃耀榮，2006；王宣智，2015）。

第三節 主要國家經驗

對於高齡化的對策，在國際間逐漸走向「在地老化」的方向。在地老化的趨勢也意味著社區中必須提供多樣化的服務才能夠滿足居住在社區中的老人。是以「在地老化」不僅是「在宅老化」，其本身也包含「在社區老化」的意涵。茲以日本、德國，以及芬蘭為例，分述如下：

（一）日本案例之作法

1. 人口背景

以我國相鄰近的日本為例作分析，在 2005 年起即已進入「超高齡社會」，日本國內 65 歲以上的人口數佔總人口數的比率達 20% 以上。去年日本人口 1.27 億人，根據總務省公布的統計數據，65 歲以上成長至 26.7%，來到 3384 萬人；75 歲以上佔 12.5%。日本的「扶老比」（old dependency ratio）³於 2013 年達到每 2.5 位青壯人口對應 1 位老人。（王品，2015）依日本總務省勞動力調查也發現，直到 2014 年仍在工作的滿 65 歲人口來到 681 萬人，創下歷史新高。根據估算，2040 年時日本滿 65 歲人口佔總人口比例可能升至 36.1%。預計到 2055 年，65 歲以上的人口更會飆到近 40%。同時日本也是世界最長壽國家，去年男女平均壽命都超過 80 歲，80 歲以上人口更首度突破千萬大關約 1002 萬人，佔總人

³扶老比係指每百位工作年齡人口所對應之老人人數，計算公式為：扶老比=（65歲以上人口）/（15至64歲人口）×100。

□ 7.9%。⁴

2. 高齡政策

面對日益嚴重的老化問題，日本政府十分重視，在 90 年代以來即制定相關法律，採取相關措施。除發佈「高齡社會白皮書」作為政策指導外，日本在高齡化方面的作法上強調的正是社區化的照顧模式，以設立「地區綜合支援中心」來推展社區化的照顧。

日本於 2005 年開始推動全國「地區綜合支援中心」，於各縣成立地區性的支援中心，以利高齡者以及身障者的身心健康諮詢支援。日本的「地區綜合支援中心」，其目的在於促進社區居民的身心健康及維持生活安定並給予必要協助，藉此對保健醫療的提昇與福利增進進行全面性支援。其不僅是為維持社區老人生活而實施的照護，而是對醫療、財產管理、防止虐待等各種問題，在地區上負責綜合性的管理，此中心被定位為展開支援的核心機關。換言之，「地區綜合支援中心」是提供老年人的醫療、護理、護理預防、生活支援等諮商的單一窗口。日本「地區綜合支援中心」的主要功能有：（黃毓瑩，2009；施睿誼，2015）

- （1） 介護預防事業的管理。
- （2） 對高齡者及其家屬提供綜合性的諮商與支援，包括介護保險外的服務。
- （3） 已被保險者為對象之預防虐待、早期發現等權益維護事務。

⁴2015年9月20日，日本社會高齡化逾80歲人口破千萬，自由時報。網址：<http://news.ltn.com.tw/news/world/breakingnews/1450828>；2016年2月18日，【國際為什麼】日本長壽社會的悲哀，蘋果日報。網址：<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20160218/797912/>

- (4) 對困難的案例提供多專業的合力協助支援。
- (5) 設立由地區相關機構組成的營運協議會。

日本厚生勞動省從一度大量設置設施收容需照護的高齡者，現則轉為照護是以居家、地區為主，設施為輔，同時兼顧醫療與照護需求。日本發展的經驗顯示，必須於社區內建構結合醫療、照顧、預防、居住，以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系，方能建構完善而有效率的照護服務網（黃毓瑩，2014）。

綜上所述，日本政府的高齡社會的施政方向可歸納為，以建構兩個平台解決高齡化課題為中心：

- (1) 整合型社區照護系統(**Integrated Community Care Systems**)；
- (2) 另一平台為在高齡期的前半階段以創造高齡者生命價值為中心（就業、社會參與、生理保健），即以如銀髮人力資源中心或民間企業等支援創造第二生產的組織為中心（前田展宏，2014）。

3. 在地老化與產業發展個案實務

日本在地老化有三種主要新服務模式，分別是：埼玉縣川口市「護理羅森」的便利超商與照護服務業者合作新型店舖模式、東京足立綾瀨社區的多機構聯合提供服務垂直式多層級照顧服務機構，以及柏市的豐四季台社區利用社區營造建立結合醫療、養老、生活支援的社區整體照顧體系等（黃毓瑩，2016）。以日本千葉縣柏市的「豐四季台國民住宅」為例。「豐四季台國民住宅」是日本為東京奧運會開幕於 1964 年所建，擁有約 4700 戶居民，如今高齡化程度已經達到佔了四成，是周邊地區的兩倍。因此，該

區面臨的課題正是往後日本將面臨的問題。

隨著人均壽命的增加，退休後的第二人生該如何安排、社區和社會應該如何建立友善養老的環境，是當前日本社會必須面對的重大課題。特別是在人與社區聯繫非常少的都市，還存在著孤獨老死等的嚴重問題。建立老人在地就業的「社區貢獻事業」新生活方式是一個重要的實驗。為了能夠讓老年人能夠安心生活，並且感受到生存的價值，2011年11月起，日本最高學府東京大學高齡社會綜合研究機構開始實施「在地老化」專案（新華網，2012）。透過與柏市政府、UR都市機構的合作，開始實施有關方案。柏市政府與UR都市機構是共同事業體，東京大學負責研究，UR都市機構則負責重建社區，而柏市政府主要提供行政經費，經費最主要是用在人事費的支出上（許明財等人，2013）。

柏市透過鼓勵高齡者繼續就業以因應人口快速高齡化的問題，其研究指出高齡者若能持續工作將有助於減少老化，也可以讓高齡者可以維持生計亦感受到生命的價值。鼓勵繼續就業的性質不是勞動性的，而是屬於專業性的，且工作時間是有彈性的，可以依據工作內容來調整工作時間。例如：可以每週3天以上，每次4至5小時。也可以是每週2至3天以上，每次2至4小時。為了鼓勵高齡居民的活動與就業，結合相關企業一同進行改造，建立高齡就業的七大步驟。從健康檢查、事前參訪，到面試、業務說明，逐步建立彈性的社區工作環境。高齡者繼續就業的工作類型可以從事農耕、植物栽培和屋頂的農園事業、地區食堂、學童學習支援、兒童保育照顧、協助日常生活事務處理、特別老人養護機構等。就業長者時薪約800日圓。但重點不在於對一般日

本人可能只是「零用錢」的月收入，而是在於帶給老人生活上的快樂和意義（彭子珊，2013；劉宜廉等人，2013；許明財等人，2013）。

本案於 2011 年 11 月 11 日由柏市專案團隊首次召集該區老人舉辦講座，只要居住在柏市的 60 歲以上老者都可以自由報名參加。會場上老人除了自我介紹外，還可以暢談對老年就業的想法。而東京大學高齡社會綜合研究機構還專門為參加該項目的老人設立了健康體檢中心進行體檢（新華網，2012）。該機構研究發現，這些老人的體力和記憶力都有明顯的改善，行動力也比以前強（黃菁菁，2012）。

（二）德國案例之作法⁵

1. 人口背景

除日本外，作為全世界第二「老」的德國，有「歐洲老人院」之稱。德國的「扶老比」於 2013 年達到每 3 位青壯人口對應於 1 位老人。德、日兩國成為全世界扶老比最高的國家，並持續老化中（王品，2014）。德國在 2009 年起正式邁入「超高齡社會」。目前德國總人口數約有 8130 餘萬，65 歲以上的老年人口比例為 21%，約 1700 萬人。官方估計到了 2060 年 65 歲以上的老年人口比例更達 33%，約 2230 餘萬人，超過 80 歲的人口則占約 885 萬人（陳伊敏，2015）。⁶

⁵陳伊敏（2015），德國老年社會專題 1: 在德國，我們為什麼可以優雅老去？
<https://theinitium.com/article/20151124-culture-feature-aging-society-German01/>。查閱日期：2016.1.11

⁶請參閱德國聯邦統計局，網址：<https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2022>。查閱日期：2016.5.11

2. 高齡政策

德國在高齡人口的照護安養政策上，以「可能讓高齡人口在自宅中獨立生活」作為目標，透過政府、市場與第三部門三方協力合作，共同集思因應方案與行動，以提供高齡照護相關服務；同時，強調「在地老化」政策，發展出各式多元高齡人口居住型態（a chain of housing possibilities），以滿足不同高齡人口的需求（詹火生等，2006）。早在 1989 年，德國政府有鑑於老人需求的多樣化與老年安養問題的複雜性，聯合 11 個相關組織，共同籌組聯邦老年組織工作委員會（BAGSO），該組織目標包括：培養老人自決與自立能力、賦予老年人政治與社會責任、改善老人在社會與家庭的印象與地位、協助老年度過疾病與死亡階段、推動老人教育，以及強化老年消費者利益。（王俊豪，2004）

在地老化高齡照護的作法上，德國先從觀念著手，對老人與老化的觀念很早就已改變，沒有人視老人為「負資產」，反而當成是社會的「寶藏」，優質的老年生活並非來自物質層面，而是整個社會的共同承擔（陳伊敏，2015）。為落實高齡人口在地老化政策，德國政府除調整居住環境，協助高齡人口適應其身體功能的改變外，還提供多元的在宅服務，讓老人能夠有舒適的生活，包括：（詹火生等，2006）

（1）老人餐飲服務（meals on wheel）：對於無力自行準備餐飲、營養不均的獨居老人，或是家庭中患病、身心障礙的老人，提供專業營養調配及飲食控制的養生膳食。又例如：德國聯邦消費暨糧農部從老年健康營養著手，推動「活力銀髮計畫」，藉以保護高齡人口飲食安全與健康消費權益。

(2) 緊急呼叫系統 (emergency call systems)：針對獨居老人提供緊急聯絡服務，讓發生緊急事件時，可及時予以協助處理，降低傷害。

(3) 進修教育

德國政府為高齡人口提供進修教育學習的管道，包括：正規教育與生活學習等。早在 1960 年代中期後，德國政府即透過當地高等學校提供多樣生活課程，包括：健康教育、電腦資訊處理、藝術與手工藝創作、戲劇、地理學與地方誌、政治與當代史、法律議題等，方便老人可以就近學習 (吳明烈，1999)。並自 1979 年起，德國高等教育學府開始提供高齡人口四種教育課程型態，為正規的教育體系與課程，可以有學分與證書 (Kaiser，1997)。

(4) 訪視陪伴與社會參與：德國政府並為了避免老人與社會間的隔離，藉由當地社區各種團體、教會等資源的結合，進行訪視及陪伴服務，並透過提供交通服務與休閒活動，提高老人的社會參與。從 2006 年開始，德國聯邦家庭事務、老人、婦女及青年部資助建立「多代中心」——一個讓年老中青齊聚一堂的交流場所，由福利機構無償提供社區服務。這些多代中心強調「在地」，試圖將眾多元素，包括：照顧長者、教育、家庭服務，以及義工的參與等作一連結 (陳伊敏，2015)。

3. 在地老化與產業發展個案實務

由德國聯邦家庭事務、老人、婦女及青年部資助建立的「多代中心」，目前約有 450 家，並且各自發展出不同的作法。例如：有所謂的「維修咖啡館」邀請老人和年輕人集中壞電器一起鑽研維修。「爺爺奶奶故事會」則定期陪孩子閱讀經典。也有中學生

定期接受陪護訓練，學習與老人一起生活。每一個「多代中心」注重社區義工網絡，老人和新移民都怕孤單，充分運用「多代中心」，由新移民擔任義工，更易使其融入社區，加強歸屬感。社區這些不同世代間的互動，誕生一種新型態的多代同堂「大家庭」，每個人在這裏找到自己所選擇的「家人」（陳伊敏，2015）。

（三）芬蘭案例之作法⁷

1. 人口背景

又如在福利政策有不錯成績的北歐國家，如芬蘭。芬蘭的「扶老比」於 2015 年每 3.2 位青壯人口對應於 1 位老人。同年總人口數約有 549 餘萬，65 歲以上的老年人口比例為 20.4%，約 112 餘萬人，也正式邁入「超高齡社會」。官方估計到了 2060 年 65 歲以上的老年人口比例更達 28.8%，約 172 餘萬人，超過 80 歲的人口則占約 68 餘萬人。⁸

2. 高齡政策

芬蘭過去曾大量興建機構行養老院，但 20 年來發現弊多於利。現在芬蘭推出各項措施，協助年老的國民能夠在家自理生活，以縮短到老人臥床時間到 2 週為目標，希望 9 成的 75 歲以上老人都能「在家養老」。⁹在 90 年代初期，芬蘭曾面臨經濟危機，許多

⁷蔡欣潔主講，陳好寧編輯（2015），為人類的晚年生活帶來幸福－北歐老年照護考察特使蔡欣潔，網址：<http://npost.tw/archives/18220> & <http://npost.tw/archives/18222>。查閱日期：2016.5.11

⁸請參考芬蘭國家統計網（StatFin online service），網址：

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/en/StatFin/StatFin__vrm__vaenn/010_vaenn_tau_101.px/table/tableViewLayout1/?rxid=ddd85d20-5623-42f3-beb3-b273fa2801d9。查閱日期：2016.5

⁹請參考2016年06月07日，風傳媒，芬蘭長照轉向「在家養老」政府積極協助75歲以上老人獨立生活，網址：<http://www.storm.mg/article/126959>

老人無力負擔居家照顧的支出。但愈健康的老人愈不需要醫療照顧，可以減少醫療照顧的支出，因此，同期芬蘭即開始進行老人肌力訓練促進健康的推動（Mats Manderbacka，2016）。芬蘭政府將經費挹注在健康促進與規律運動的宣導，確保每一位民眾都能夠擁有參與運動的機會，藉由運動習慣的養成維持良好的身體機能及生活自主力，發展出一系列鼓勵民眾公共運動的制度，並降低醫療與照護方面的支出（方怡堯等，2014）。在國家政策的主導下，芬蘭政府自 2003 年起由「高齡研究機構」（Age institute）開始推動「高齡運動促進計畫」（Strength in Old Age），統籌規劃全國性 75 歲以上老人的運動計畫，透過結合當地政府、社區及各大學共同執行，由政府出資，大學運動與老人相關係所或社區運動組織，提供相關課程、場地，以及師資，培訓指導員、辦理地區老人運動，提高高齡人口從事運動、促進健康的機會。¹⁰（張少熙，2015）

為了活化健康長輩的老年生活，減緩失能速度，芬蘭於各地社區設有社區服務中心的公共機構，並強調「只給 need（需要），不給 want（想要）」，把資源分配給真正需要的人。服務中心內除了有評估健康的專業護理人員，更有各種生活面向的服務，包括：在咖啡廳有專人陪著聊天、電腦教室教授網購。由於芬蘭的永夜特質，使得國民憂鬱指數偏高，因此，把經營重點放在「鼓

¹⁰ 請參考2012年9月4日，「【活躍老化】高齡者運動推廣專業人員國際研討會：臺灣與芬蘭的對談」，中華民國體育學會、國立臺灣師範大學主辦。網址：
https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiU192N3pDOAhXJq5QKHdnIAacQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pe.fcu.edu.tw%2FwSite%2Fpublic%2FAttachment%2Ff1349058471579.pdf&usg=AFQjCNGiVBfF-LU98MJ_nBsfGMH7EKAxDQ

勵外出」和「與人互動」上，所以還有規劃適合長輩出遊行程的旅遊諮詢中心。

3. 在地老化與產業發展個案實務

芬蘭透過社區服務機構提供多元有趣的活動給長者。在芬蘭，政府所提供的公共服務品質比私人機構更好。在服務機構中，老人可以做的事情很多，包括：傳統紡織、磁磚拼貼、繪畫，甚至結合義賣的手工藝品製作。販售商品的收入會回歸機構，幫助經濟狀況較差的老人。又或是將販售所得將捐給聯合國兒童組織，支持非洲孩童施打疫苗，如：anna&Toivo 娃娃的製作販售。且同時購買者還必須寫一張卡片回饋給製作的老人，使其可從中獲得成就感與情感的回饋。

對於老人身體的健康促進上，會藉由健身房登記的資料，主動建議今日適合的運動量與項目，以保有適當的健康體能。例如：位於芬蘭中部的芬蘭湖區西邊的佑華斯克拉市（Jyväskylä），為芬蘭第七大城、中部第一大城，65 歲以上的人口佔約 18%。面對人口老化問題，佑華斯克拉市根據芬蘭的法令與政策，執行多樣的運動健促方案。其中，市政府透過與佑華斯克拉大學的合作，大量投資於老人的體能活動上，甚至是疾病的復健。每天早上許多老人會到校內運動場館選擇個人喜愛且適合的運動，由大學訓練的運動指導員傾聽老人提問並提供建議。運動指導人員除須通過急救訓練，還要能夠掌握活動場所的氛圍，不僅讓老人可以更放心的運動，又可根據高齡者的需求不斷開發新的活動以吸引老人樂於參與。因此，運動中的每個環節都是針對老人作精密的設計，而不是只根據書本的知識照本宣科。同時，善用電子資訊科

技，如：電子晶片卡，除作為租借器材用途之外，重點功能在於記錄老人的運動量和運動類別，有利於政府進行統計與教練評估。透過許多運動的輔助設施達到運動目的卻不會造成老人受傷害，讓老人因為產生成就感而願意繼續運動下去的習慣。（吳淑真，2012；葉至誠，2015）

除了健康的老人之外，對於亞健康的老人，透過步行輔具是自立生活的基本工具。把步行輔具當做像腳踏車一樣的交通工具，在芬蘭很常見，老人並不會引以為恥。又其他諸如居家服務模式引入科技系統，便利的居服排班系統，讓居服員的手機就可以告知今日所需訪視的老人、需求，及其所需的時間和位置，可減低服務機構的排班壓力。總之，芬蘭的高齡服務都以量身打造的方式落實在老人的生活環境，所以芬蘭許多老人即使到了 70 歲都還有很強的活動力，時常外出旅行。芬蘭政府的高齡政策正是貫徹在老人健康上的投資，減少未來失能所需投入成本的原則。

第四節 小結

全球人口不僅將持續高齡化，且 80 歲以上的高齡人口將以更快速度增加，而 60 歲以上人口占總人口比重超過 3 成的國家亦將大幅增加。由於人口結構高齡化的趨勢，世界多國都陸續邁入「高齡化社會」、「高齡社會」、或「超高齡社會」，將對個人、社會等帶來諸多新的挑戰，包括：疾病種類的多樣的負擔的加重、老人使用空間能力的退化、居住型態改變與獨居老人、失能風險的增加導致照護需求增加、女性高齡人口比例高於男性、不利勞動供給、經濟威脅與養老支出增加，以及對老年人的歧視與刻板印象等。國際上陸續提出「成功老化」、「健康老化」、「活力老化」，以及「在地老化」等概念與主張以為因應（表 2-2）。

表 2-2 國際因應高齡化之理論內涵

理論	內涵
成功老化	成功老化是指個人能保有三項關鍵能力，包括：降低疾病或失能的風險、維持心智與身體的高功能，以及積極參與社會活動。但因強調個體成功適應老化過程的程度，僅把「成功」視為「沒有明顯失敗」，是以未能從積極的角度看待老化。
健康老化	健康老化遵循有益健康的行為，以維持或強化個人的身體和心理功能，讓自己成為一個有活力的人，並能積極走入社會。人的生理功能隨著時間而逐漸衰退幾乎無法避免，因此，老化的過程中需要社會體系與政府政策的介入與支持。
活力老化	活力老化的內涵是由成功老化與健康老化等理論逐漸發展而來。生命量的增加和質的改善同等重要，對老年人健康之關注，不應僅侷限於罹病或功能障礙老年人之照顧，而應尋求各種活力老化的方式，促進老人的生活品質。
在地老化	在地老化是指讓居者仍能生活在具有熟悉人、事、物的原居環境或情境終老一生而不遷移，包括：在家老化與在宅老化兩個部分，已逐漸成為世界各主要國家追求的理想。

資料來源：本研究整理。

本子計畫亦分別針對人口老化的日本、德國，以及芬蘭進行政策與個案的整理說明如下：

一、社區老人服務中心的建立：如日本的地區綜合支援中心、德國多代中心、芬蘭的社區服務機構等，提供老人多元有趣的各式活動，形成社區老人連結的聚集點。尤以日本的地區綜合支援中心，作為提供老年人醫療、護理、護理預防、生活支援等諮商的單一窗口，給予老人給予必要協助。

二、產、官、學結合，充分運用政府與民間合作的力量：如日本千葉縣柏市豐四季台社區的「在地老化」方案，柏市政府與東京大學高齡社會綜合研究機構、UR 都市機構等的合作，東京大學負責研究，UR 都市機構則負責重建社區，而柏市政府主要提供行政經費，經費最主要是用在人事費的支出上。芬蘭的佑華斯克拉市府則與佑華斯克拉大學的合作推動老人健促方案。

三、對老人觀念的調整：如德國即從觀念著手，對老人與老化的觀念很早就已改變，積極迎接老年，視老人為社會的「寶藏」。又如芬蘭：老人把步行輔具當做像腳踏車一樣的交通工具是很常見的現象，老人並不會引以為恥。

四、鼓勵高齡人口再就業：日本柏市透過鼓勵高齡者繼續就業以因應人口快速高齡化的問題，建立老人在地就業的「社區貢獻事業」新生活方式。

五、減少老人臥床時間，經費挹注健促：芬蘭的高齡政策認為愈健康的老人愈不需要醫療照顧，將經費挹注在健康促進與規律運

動，降低醫療與照護方面的支出。換言之，芬蘭政府的高齡政策正是貫徹在老人健康上的投資，減少未來失能所需投入成本的原則。

六、提供老人多元有趣的各式活動：如德國的「維修咖啡館」、「爺爺奶奶故事會」，芬蘭社區服務機構提供傳統紡織、磁磚拼貼、繪畫，甚至結合義賣的手工藝品製作等，還有規劃適合長輩出遊行程的旅遊諮詢服務。

七、客製化的老人健康促進：芬蘭政府發展出一系列鼓勵民眾公共運動的制度，如運用健身房登記的資料，主動建議老人今日適合的運動量與項目，以保有適當的健康體能。

八、充分利用社區網路以發揮綜效：由於老人和新移民都怕孤單，德國充分運用「多代中心」，由新移民擔任義工，更易使其融入社區，加強歸屬感。

第三章 國內現況

本章內容主要是說明「在地老化與高齡照護及產業發展」子計畫的國內政策現況，主要包括：背景趨勢的描述與相關政策的發展。

第一節 我國高齡化趨勢分析

人口老化是世界各國共同面臨的變遷經驗，我國與歐美日等已開發國家皆面臨人口老化的問題。據統計，1992年我國65歲以上的老年人口為141萬6,133人，占總人口比率6.8%。至2016年2月則已達到296萬9,778人，占總人口12.6%。我國老齡人口幾乎倍增，可以說是人口老化迅速的國家。依據國發會推計資料顯示，我國可能將於2018年擁有超過14%的老年人口，進入高齡社會之列，2026年則可能超過20%（如圖3-1），成為超高齡社會。我國面對高齡社會的來臨，在在地老化、高齡照護及產業發展上呈現以下的趨勢及問題：

一、老人健康促進不足，失能餘命過久

邁入高齡化社會，最直接面臨的挑戰就是老人照護問題。老化是一進行式的正常衰老（senility）過程，包括：生理性、心理性、社會性以及自然性的老化，其對生活模式有很大負面的影響。為了延緩老化，除老人自身須努力達到自立之外，亦可依靠由政府或非營利組織積極提供協助其自立的福利措施，以此來延緩老人依賴他人以及延緩老人進入收容機構安養、療養（養護）的階

段。如此，亦可以節省照護、醫療老人的資源，進而達到老人在地老化的目標（江亮演，2010：10-11）。換言之，在地老化視「老化」為人生常態，是人生成長過程中的一個階段。因此，老化的過程應該是自然地讓老人在原有生長的場所中發生，而非因年老體衰就必須離開生活數十年的熟悉環境，搬到另一個陌生的機構裡接受照顧。

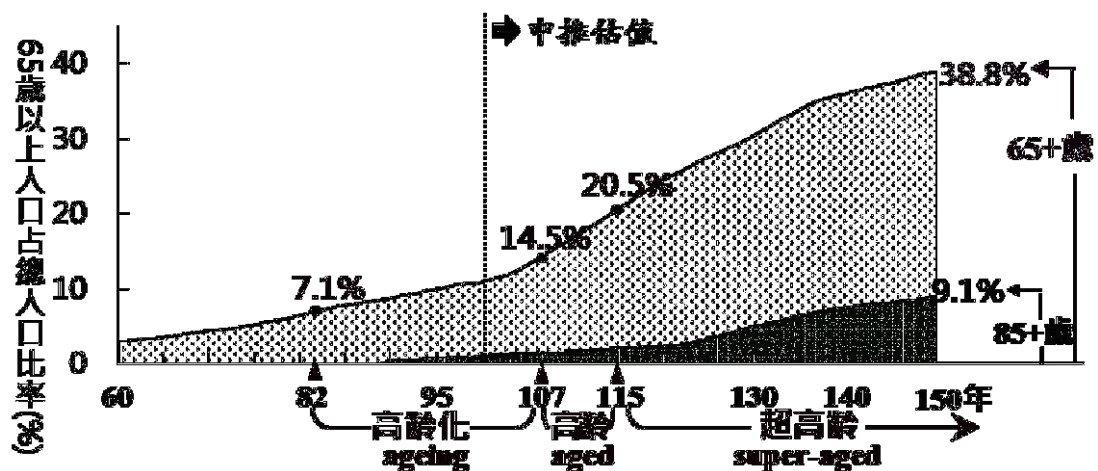


圖 3-1 我國高齡化進程

資料來源：國發會，中華民國人口推計（105 年至 150 年）（2016）。

然而，相較於芬蘭老人的失能餘命僅 14 天，我國老年的失能餘命約 7 年，明顯高出許多，顯然我國在老人健康的促進上尚且不足（曾智彥，2014；蔡欣潔，2015）。也就是說，我國老人失能餘命長，使用長照時間的階段也就跟著加長，導致老人長照支出就不斷增加。根據 2013 年「老人狀況調查報告」結果顯示，高齡者最擔心的則是自身健康問題並期望身體健康，其中有 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。

同年衛生福利部統計資料亦顯示，各年齡層的自殺死亡率以高齡人口的比例最高，且其中有 71% 是患有精神方面的疾病。同時有學者的研究也指出，我國老人自殺死亡率不僅有南北區域上的差異，其中「失婚」的老人更具有統計預測上的顯著性（Duan-Rung Chen & Yi-Yin Han, 2013），顯示精神生活的滿足是一個重要因子。而依臺灣失智症協會研究調查結果，在 2011 至 2013 年間的失智症盛行率為近 5%（4.97%）。很明顯地，減少高齡者因身心障礙或慢性病失能後續龐大的照護成本實為當務之急（高齡社會白皮書，2015）。是以政府的高齡政策應該著重延長老人本身健康壽命的比例，縮短失能餘命的比例。因為增加老人健康的年數，相對也就減少高齡失能的人數，同時就等於可以降低在長照資源上的支出。

二、少子化現象，扶老壓力大，家庭功能恐將式微

依 2016 年國發會之「中華民國人口推計（105 至 150 年）」顯示，隨著少子女化及高齡化趨勢，我國 15 至 64 歲工作年齡人口占總人口比率在 101 年時達到最高峰的 74.2% 後開始下降，人數亦於 105 年達 1,730 萬人後開始遞減。若將 15 至 64 歲工作年齡人口定義為有生產能力者，而其他年齡者定義為無生產能力者或依賴人口，則每百位工作年齡人口所需負擔之總依賴人口，已於 101 年達最低點 34.7 人，生產者與高齡人口之比，將由 105 年每 5.6 個青壯年人口負擔 1 位老年人口，150 年轉變為每 1.3 個青壯年人口負擔 1 位老年人口。但更進一步考量青壯年人口中 15 至 19 歲者多數仍在就學，則 20 至 64 歲生產者與老年人口之比，將由 105 年每 5.6 個生產者負擔 1 位老年人口，150 年轉變為每 1.3 個生產

者負擔 1 位老年人口。

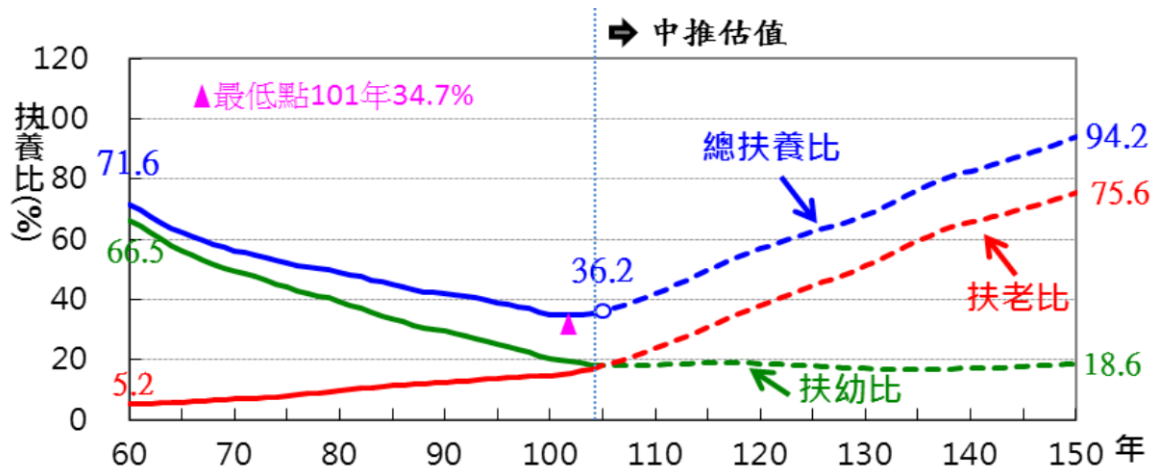


圖 3-2 扶養比變動趨勢—中推計

資料來源：國發會中華民國人口推計（105 至 150 年）（2016）。

而我國因年齡歧視、退休制度設計、中小企業產業環境、社會價值觀等因素，迫使中高齡者提早退出勞動市場（吳惠林等，2014）。隨著少子女化趨勢，生產者對幼年人口之依賴負擔將逐漸減緩；加上高齡化的到來，對老年人口之依賴負擔則將逐漸加重，兩者加總之總負擔呈先降後升之趨勢，這些現象將惡化老年扶養比。當家庭成員數逐年減少的趨勢下，所謂的家庭功能也將隨之式微，可以預見對於在地老化高齡照護的政策推動方面，家庭能量必然越趨不足，也使得社區所要擔負起的責任與所要發揮的功能更加凸顯。

三、支援在地老化資源不足，老人社區參與有待提升

從國際經驗可知，世界主要國家的老人照護政策，均以在地老化為最高指導原則，認為老人應在其生活的社區中自然老化，

以維持老人自主、自尊、隱私的生活品質。因此，不論國家體制為何，其資源發展、服務提供、組織管理、財務支持等策略，均支持居家型與社區型照護體系的建構，希望以「在地」的服務滿足「在地」人的照顧需求，盡可能延長老人健康的壽命以及留住社區的時間（吳淑瓊、莊坤洋，2001）。

因此，國內多數學者依 OECD 國家的經驗為例，提出「在地老化」為我國長期照顧政策發展之目標。避免世界主要工業化國家大量發展機構服務所導致之過度機構化之缺點，降低照護成本，讓有照護需求的民眾能延長留在家庭與社區中的時間，保有尊嚴而獨立自主的生活（詹火生、林青璇，2002）。

惟支持老人留在社區中生活的相關資源仍有不足。依衛福部長長期照護服務網計畫（第一期）提出，我國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。服務資源總量也以機構最多，居家及社區服務應加強及發展。又根據國內調查發現，參與社區照顧關懷據點的頻率，僅有不到一半的老人表示「經常去」（呂寶靜等，2012），顯示可以強化社區關懷據點的功能，提升老人社會參與的意願。未來的發展應以強化社區中的居家支持服務為主，結合社區中長期照護服務與醫療服務資源，提供有需要的老人及其家庭具整合且持續性的照顧服務，儘量做到在老人居住的地區，就地提供其所需要的一切服務（林清謙等，2003）。

我國的高齡照護政策應全面朝「在地老化」目標發展，需要努力的方向包含：（一）評估地區長期照護需求，設定發展目標；（二）發展多元的「在地」服務，服務當地民眾；（三）連結資源

建構社區照顧網絡，提升服務成本效益；(四) 優先提供居家支持服務，降低對機構式服務的依賴；(五) 建構財務制度，支持社區式長期照護體系之發展（蘇麗瓊、黃雅鈴，2005：9）。

第二節 我國因應高齡化社會政策之發展歷程

我國高齡人口中，有 83.5% 並非失能，而是健康、亞健康者。因此，為了滿足在地老化，必須能夠完整提供各種相應的服務。下圖 3-3 是我國高齡社會的狀況與政府相關政策的規劃方向。除了在圖右邊係針對約 16.5% 的失能老者，以「長照雙法」建制社會保險的體制外，其餘則是以滿足 83.5% 非失能長者的生活需求各項由政府與民間合作的全照顧系統，包括社區安老服務與生活支持服務（高齡社會白皮書，2015）。

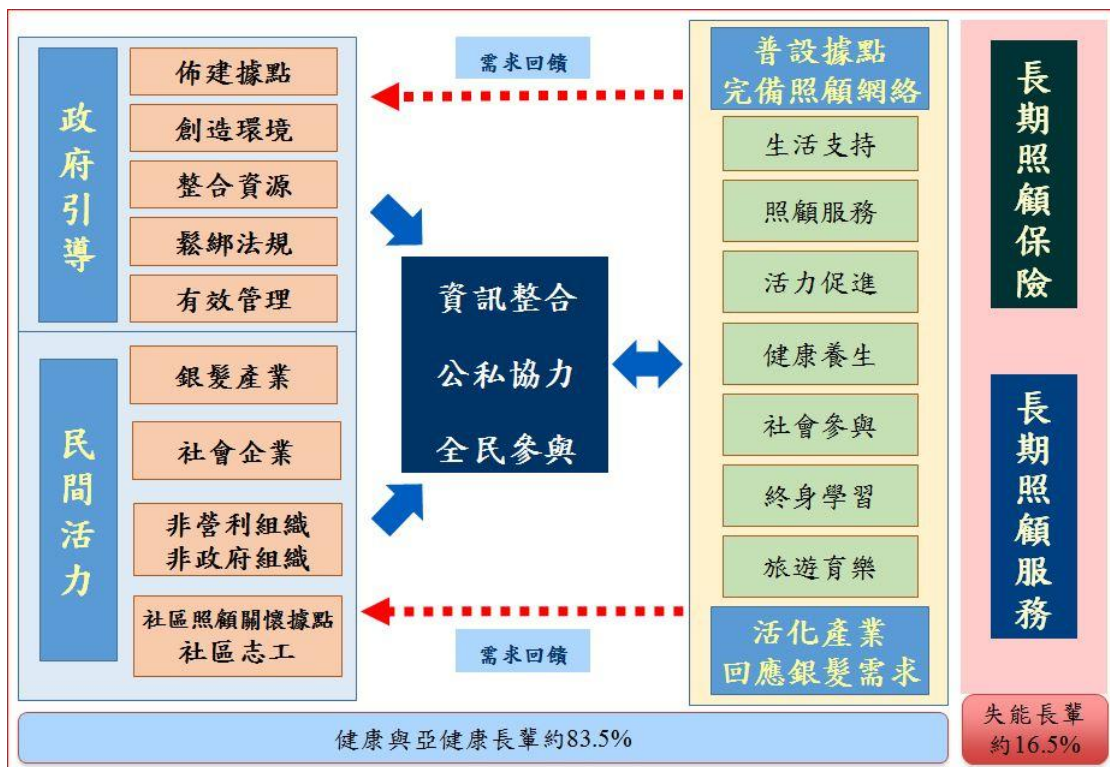


圖 3-3 我國高齡社會照顧架構

資料來源：高齡社會白皮書（2015）。

回顧我國高齡人口的相關政策，從「中華民國人口政策綱領」、「社會福利政策綱領」、「人口政策白皮書」到「老人福利法」等，均以保障老人基本生活無虞為先。政策具體落實方面，我國各部會自 1997 年起依據高齡者之需求與其所屬業務，陸續規劃並推動相關計畫或方案，包括：「加強老人安養服務方案（1997）」、「照顧服務福利及產業發展方案（2002）」、「國民健康照護資訊網社區長期照護旗艦計畫（2004）」、「銀髮族 U-Care 旗艦計畫（2006）」、「長期照顧十年計畫（2007）」、「科技化健康照護服務計畫（2008）」、「建立整合性社區健康照護網絡計畫（2009）」、「健康照護升值白金方案行動計畫（2009）」、「友善關懷老人服務方案（2009）」、「養生照護產業創新服務計畫（2010）」等等，內容涵蓋醫療、照顧、養生、教育進修、休閒旅遊及文康活動等各層面。目前政府正執行或推動之相關計畫方案，茲依 105 年行政院暨各部會施政計畫，綜整如下表 3-1。

表 3-1 105 年各部會因應高齡化社會相關計畫方案

理論連結	需求項目	推動部會	政策、方案或計畫	說明
活躍老化 在地老化	營建住宅及無障礙環境	內政部	市區道路人本環境建設計畫	配合國家永續發展、節能減碳政策及因應以人為本之高齡化社會無障礙優質生活環境，重塑市區道路以提升都市環境品質與改善人行徒步、通勤通學步行及自行車騎乘空間，並形塑保有當地生態景觀、地區文化特色之生態都市。
			智慧化環境科技發展推	配合行政院國家資通訊發展方案、智慧綠建築推動方案及友善

第三章 國內現況

			廣計畫	關懷老人服務方案第2期計畫等重要政策，推動建築產業應用符合社會需求之智慧環境科技。
健康 老化 活躍 老化 在地 老化	教育進修	教育部	建構終身學習社會	終身教育服務的對象遍及各年齡層，教育部以「中華民國教育報告書」為本，以打造健全的終身學習社會、促進全民終身學習、提升國民素質為使命，朝向精緻、創新、公義及永續4大目標邁進。105年計畫扶植81所社區大學與15所部落大學，並補助直轄市、縣（市）辦理社區多功能學習中心及學習型城鄉計畫，擴大社區教育學習管道，以推展終身教育，擴大民眾學習機會。
			持續增設樂齡學習中心	為因應國內人口逐年高齡化，教育部105年持續增設樂齡學習中心，強化高齡者在地學習機會，並發展多元創新的高齡學習課程，以強化我國高齡教育專業，促進高齡者人力資源再運用，105年預定成立320所樂齡學習中心及推廣1,700個村里樂齡學習資源。
成功 老化 在地 老化	輔具器材	經濟部	輔具產品開發推動(身心障礙與高齡者輔具國家標準暨自願性標章推動計畫)	一、計畫管理與評選競賽辦理。 二、機電類輔具檢測標準與驗證能量。 三、行動輔具檢測標準與驗證能量。 四、無障礙設備檢測標準與驗證能量。 五、個人輔具與義具矯具檢測標準與驗證能量。 六、輔具自願性標章與事故通報

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

				及回收之法規、保險研究以及通報系統之建置與管理。 七、輔具通用設計推廣與國際合作。
		衛福部	輔具補助方式多元化與相關資源整合實施計畫	建置身心障礙者個人總歸戶的輔具補助及服務資訊系統，輔導縣市推動整合窗口，促進輔具補助及服務資訊之整合。
在地老化	無障礙設施 交通運輸工具	交通部	交通場站與運輸工具無障礙設施改善	賡續推動及改善運輸工具、場站無障礙設施，提高市區及公路客運低地板公車、通用無障礙大客車服務數量，並加強推動無障礙計程車，以建構通用無障礙之交通環境。
成功老化	整合性生活 照護體系 (建立老人 社區初級預 防照顧服務 體系)	衛福部	社區關懷據點	補助民間單位辦理社區照顧關懷據點，針對社區老人提供關懷訪視、電話問安/諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動等。
健康老化		衛福部	高齡友善健康環境與服務計畫	建立支持性的高齡友善健康環境與服務，促進健康老化及活躍老化。 一、推動高齡友善城市。 二、推動高齡友善健康照護。
活躍老化		輔導會	志工服務照顧榮民作業	預計招募社區服務人員 397 人及榮欣志工 3,500 人，提供 33 萬人次榮民(眷)各項照顧服務，建立「社區安全」服務網絡，對年長獨居榮民及遺眷提供就醫協助、送餐服務、日常生活照顧、居家訪視服務等，並服務社區老人，培養凝聚社區意識。
在地老化		原民會	原住民族社會安全發展第 2 期 4 年	補助原住民老人養護服務費、辦理部落文化健康站專業輔導計畫、設置部落文化健康站。

			計畫（推展部落老人關懷與照顧服務）	
在地 老化	長期照顧服務	衛福部	長期照顧服務量能提升計畫	一、長照服務網拓展居家、社區及機構資源。 二、充實長照人力與培訓計畫。 三、建立連續照顧體系，強化長照管理機制。 四、適度發展長照服務產業。 五、長照資訊系統之強化、建置及整合。 六、規劃銜接長照保險。
		輔導會	高齡醫學發展與照護(各榮總分院護理之家高齡友善機構認證成效)	因應人口老化發展高齡醫學，辦理高齡醫學健康照護人力訓練、榮家住民健康管理、高齡醫學整合照護等高齡醫學發展與照護計畫，以提升榮民及社區老人醫療照護品質。
		衛福部	以醫療科技建構社會保險永續發展計畫	「發展長期照護案例分類系統」進行長期照護案例分類系統各需要等級落點之保險給付額度估算，連結失能風險與保險給付，以提升長照保險財務估算的精確度。
		衛福部	建置優質照護服務體系	一、充實照護資源暨提升服務品質。 二、照護人力。
		衛福部	臺灣健康雲計畫(照護雲子計畫)	完成長照系統資料介接互通測試與驗證。
成功 老化 健康	預防保健	衛福部	高齡友善健康環境與服務計畫	以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為重點，結合衛生體系、醫療體系與社福體系全面推動老人健康促進。

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

老化 活躍 老化 在地 老化				<ul style="list-style-type: none"> 一、促進老人健康體能。 二、加強老人社會參與。 三、加強老人預防保健及篩檢服務。 四、加強老人跌倒防制。 五、促進老人健康飲食。 六、加強老人口腔保健。 七、加強老人菸害防制。 八、加強老人心理健康。
成功 老化 健康 老化	老人醫療	衛福部	醫衛生命科技研究計畫	<ul style="list-style-type: none"> 一、執行醫藥衛生實證研究與政策建言（促進中老年人健康老化） 二、從事本土重大疾病之預防與治療研究（老化與神經退化疾病）
成功 老化 健康 老化	健康養生	衛福部	促進健康老化及產業升級：新藥及保健食品之研發	<ul style="list-style-type: none"> 一、治療老化相關疾病之新穎標的確認及新穎藥物研發。 二、發展治療老年易發疾病之候選藥物並通過 IND。 三、促進老年健康生活品質，研發相關產品並上市。
		衛福部	營造健康及幸福社會	<ul style="list-style-type: none"> 一、完善高齡福利服務。 二、促進全民健康與福祉。 三、促進心理衛生健康永續。
成功 老化 健康 老化 活躍 老化 在地 老化	經濟生活（金融理財及保險信託）	國發會	研審及推動人力資源規劃、運用、培訓及完善老年經濟安全制度政策	研審完善老年經濟安全制度政策相關法令及方案。
		衛福部	國民年金保險	強化國民年金制度，穩定國保財務，健全老年經濟安全保障體系。
		原民會	原住民族社會安全發展	發放國民年金－原住民給付、辦理國民年金業務宣導及培訓計

第三章 國內現況

		第 2 期 4 年計畫（確保原住民經濟安全）	畫及消費者保護業務、辦理急難救助、辦理法律扶助。
	勞動部	強化勞工退休金制度，保障勞工退休生活	一、研修勞工退休金制度，開放勞工多元請領退休金方式，強化退休生活保障。 二、加強勞工退休準備金專戶查核，落實勞工退休準備金提撥制度。 三、辦理勞工退休金制度及法令宣導，鼓勵勞工自願提繳退休金。
	農委會	發放老年農民福利津貼	一、辦理老年農民福利津貼申領及核發業務之策劃、監督、推廣與聯繫等工作。 二、委託勞動部勞工保險局，辦理老年農民福利津貼核發業務。
	勞動部	積極開發多元勞動力，提高勞動參與率	擴大辦理職務再設計，協助中高齡及高齡者適性及穩定就業，倡議及推動高齡人力再運用。
	金管會	持續推動提高國人保險保障及強化老年經濟安全	一、鼓勵保險業掌握社會經濟脈動，積極開發多元保障型保險、年金保險、長期照顧保險及醫療保險等保險商品，以滿足社會大眾之需求。 二、賡續宣導推廣高齡化保險商品，俾加強提供國人適足之保險保障提醒民眾及早規劃老年經濟生活。另為落實照顧經濟弱勢民眾，加強向各界宣導推展微型保險觀念。

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

成功 老化 健康 老化 活躍 老化 在地 老化	社會參與 (活力老 化)	衛福部	建構領航國際之活躍老化監測暨決策支援系統計畫	一、建立活躍老化指標架構系統。 二、針對活躍老化之表現、結果與關鍵變因，發展跨健康歷程、跨層級、跨領域之資料收集與監測系統。 三、建立活躍老化資料倉儲與政策支援系統。
		衛福部	以醫療科技建構社會保險永續發展計畫(運用資通訊科技發展銀髮族數位生活空間)	一、改善居家安全。 二、促進社交網絡。 三、協助健康促進。
		文化部	社區營造及村落文化發展	擴大民間參與：辦理青年村落文化行動方案，促進都會退休人口參與社造工作，並鼓勵第二部門共同協力，增進城鄉相互合作機會及企業回饋社區機制。
		文化部	社區文化暨生活美學推廣活動	辦理文化創意開發、文化創意行銷、文創展示活動暨長青生活美學研習活動。
		農委會	創新農業推廣及青年農民培育	強化農村農家生產及生活經營能力，輔導農村家政班、家事管理訓練及農村婦女手工藝；發展農村婦女多元能力及性別意識培力；高齡者創新學習活動，改善高齡者生活。

資料來源：本計畫整理。

除了如「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」、或「長期照顧十年計畫」等偏重照顧失能長者的相

關計畫方案外，為了滿足超過八成健康、亞健康老人的各種需求，行政院分別於 2009 年 9 月與 2013 年 12 月核定「友善關懷老人服務方案」第 1 期、2 期計畫（圖 3-4）。前者以「活力老化」、「友善老人」、「世代融合」三大核心理念，後者則參考聯合國千禧年目標「活力老化」模式，以「健康老化」、「活力老化」、「在地老化」、「智慧老化」及「樂學老化」為 5 大目標，共有 12 個部會規劃推動 84 項工作項目，由中央及地方政府共同推動（高齡社會白皮書，2015）。

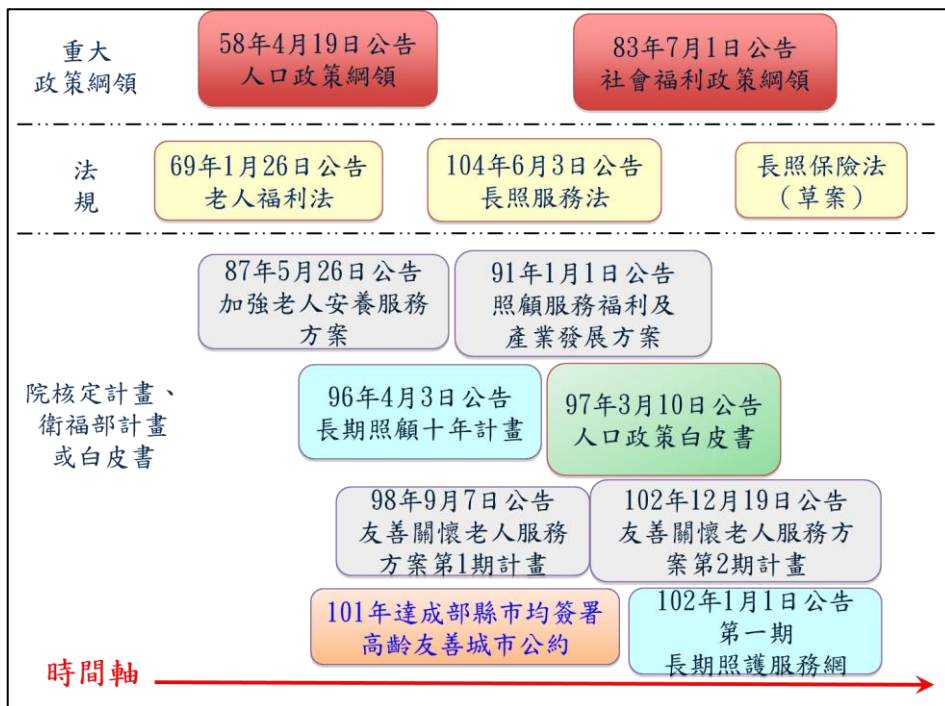


圖 3-4 主要高齡相關政策發展歷程

資料來源：高齡社會白皮書（2015）。

與落實在社區老化最為相關的政策，即是已推動 10 年的「建

立社區照顧關懷據點實施計畫」。該計畫之目標在於促進社區內健康與亞健康老人維持或減緩身心健康，發揮初級預防照顧功能，建立連續性照顧體系。並結合有意願團體參與設置，由當地民眾擔任志工，發揮社區自助互助照顧功能。同時，落實在地老化及社區營造精神，建立社區自主運作模式。

「建立社區照顧關懷據點實施計畫」之補助對象，除直轄市、縣（市）政府外，還包括：立案之社會團體（含社區發展協會）、財團法人社會福利、宗教組織、文教基金會捐助章程中明訂辦理社會福利事項者，或其他社區團體如社區宗教組織、農漁會、文史團體等非營利組織等。補助的項目與費用主要有：開辦設施設備費最高 10 萬、營運滿三年之充實設施設備費每年最高 5 萬、業務費每月 1 萬、督導費每月最高 2100 元，以及志工相關費用，依評鑑與區域核定 2 萬至 3 萬不等。補助的原則是每一關懷據點應至少具備以下所述 3 項服務項目之功能：

- （一）關懷訪視。
- （二）電話問安、諮詢及轉介服務。
- （三）餐飲服務。
- （四）健康促進活動。

2014 年行政院繼而推動「臺灣 368 照顧服務計畫」，規劃「一鄉鎮日照」，在全國 368 個鄉鎮區建立多元日間照顧服務，讓失能長輩在白天就近於社區得到妥適的照顧服務。其中為補充「日照」之不足，將較具條件的關懷據點升級為「日托」的「社區照顧關懷據點佈建日間托老服務計畫」。該計畫規劃提升現有社區

照顧關懷據點服務量能，擴大服務項目與時段及規劃財務自主運作機制，針對健康與亞健康老人，設計社區日間托老服務模式，培養在地日間照顧服務提供單位之能量，進而銜接發展失能老人社區日間照顧服務。並由政府經費補助日托中心專業人士，結合社區自身不同特色與地方產業，建立屬於在地的日托中心。現已有約 60 個日托中心，今（2016）年希冀可以達成 100 個的目標。但社區照顧關懷據點、樂齡學習中心等計畫與方案，缺乏明確的定位與人力編組，無論在名稱、組織、專業、財源上仍無法與現行的社區做密切的整合與連接。¹¹

上述我國政府因應高齡化社會各項計畫方案的發展脈絡，隨著時代演進有三項改變趨勢，如下：（呂寶靜等，2012）

- （一）關注對象：從「弱勢老人」逐漸納入「一般老人」，又從「失能老人」擴大至「健康老人」。
- （二）服務內容：從「長期照顧」為主的照顧服務朝向對「健康促進」及「社會參與」的重視。
- （三）工作方針：從老人基本福利需求之滿足擴展至無障礙、友善環境之建構。

隨著高齡人口速增的未來，衛生福利部於 2015 年以落實「為老人找依靠」的施政主軸，呼應世界衛生組織的健康老化、在地老化及活力老化理念，讓老人可以在地安老、快樂生活、健康有尊嚴，正式提出我國第一份「高齡社會白皮書」。其內容正是以

¹¹ 請參閱2015年11月15日，國立中正大學人文與社會研究中心，「高齡社會研究」。網址：<http://tih.ccu.edu.tw/agei/chi/index.html>

「健康促進」為核心理念，並以「增加健康年數」、「減少失能人口」為政策目標。「高齡社會白皮書」為建構「健康、幸福、活力、友善」的高齡社會願景，採取有 24 項主要行動策略。具體的理念及其行動策略如圖 3-5。



圖 3-5 高齡社會白皮書具體理念與行動策略

資料來源：高齡社會白皮書（2015）。

第三節 小結

我國與歐美日等已開發國家皆面臨人口老化的問題，2016年2月則已達到296萬9,778人，占總人口12.6%，老齡人口幾乎倍增，可以說是人口老化迅速的國家。據推估，我國可能將於2018年擁有超過14%的老年人口，進入高齡社會之列，2025年則可能超過20%，成為超高齡社會。

回顧我國高齡人口的相關政策的發展，隨著時代演進，政策趨勢呈現出三大轉變趨勢，包括：在「關注對象」、「服務內容」，以及「工作方針」等方面。政策方案從「弱勢老人」擴大至「健康老人」；從「長期照顧」為主的照顧服務朝向對「健康促進」及「社會參與」的重視；從老人基本福利需求之滿足擴展至無障礙、友善環境之建構等。換言之，我國高齡人口中，有83.5%並非失能，而是健康、亞健康者，政府高齡照護政策的推動，已從弱勢失能擴大至健康亞健康族群，並以滿足在地老化為其目標。

綜整主要相關政策方案成果，在提升老人福利服務量能方面，社區照顧關懷據點至去年底在全臺社區共設置有2476個關懷據點。在居家照顧服務員方面，至2016年2月任職居家服務提供單位之照服員人數已達8,533人。在高齡友善健康照護機構認證家數方面，至2016年8月31日，已有228家機構（156家醫院、29家衛生所、43家長期照護機構）通過高齡友善健康照護機構認證。在推動樂齡學習方面，105年度全國樂齡學習中心開設數量已達339所。

然而面對高齡社會的來臨，我國在在地老化、高齡照護及產業發展上仍呈現以下的挑戰，包括：老人健康促進不足，失能餘

命過久、少子化現象，扶老壓力大，家庭功能恐將式微、以及支援在地老化資源不足，老人社區參與有待提升等。檢視現行政策，首先，落實在地老化目標，不僅家庭能量不足，社區的建構亦不充分，如：社區照顧關懷據點、樂齡學習中心等計畫與方案，都缺乏明確的定位與人力編組，在名稱、組織、專業、財源上仍無法與現行的社區做更進一步的整合與連接，更遑論缺乏統一的服務窗口。其次，現階段相關老人機構的設立，受限於「老人福利法」之規範，屬於福利機構的一環，企業的進入受到一定限制。最後，對於相關產業的促進尚在起步階段，尤其是老人照顧產業多需仰賴政府補助，缺少商業競爭，讓產業進步緩慢，許多服務方式仍然十分傳統，產業有待發展。

第四章 個案分析

我國的高齡人口中，有超過八成並非失能，而是屬於健康、亞健康者，因此，需要特別關注為滿足這群高齡人口的多元需求（高齡社會白皮書，2015）。本子計畫的主要目的，即是希冀透過個案的檢視，對我國在地老化的現況與作法有進一步的認識，從中掌握高齡照護及產業發展的可能趨勢，研提相關建議，以供政府在地老化與產業發展政策之參考。關於本子計畫的個案選擇，依研究架構分為社區、機構與產業三類，其與國內相關政策之關聯，分別說明如下：

一、社區個案的選擇

在地老化高齡照護的關鍵在於社區，本研究依具有地理界線的「里長模式」與無邊界的「非里長模式」作為研究社區行動熱點的案例選擇，分別選擇臺北市文山區忠順里與芝山生活家，兩者與社區關懷據點、臺灣健康社區六星計畫、或樂齡學習中心計畫等政策方案有關，是都會環境中兩個不同的社區概念形式。

二、機構個案的選擇

由於家庭照護老人的能量有限，因此，引進機構進入「社區」提供服務，形成在地老化高齡照護的重要項目。本研究依據政策執行與政策創新角度選擇「由上而下」與「由下而上」兩個案，分別是從關懷據點升級日托服務的基隆市中山區通明里老人日托中心與弘道老人福利基金會，兩者與臺灣 368 照顧服務計畫、社區關懷據點、或長期照顧十年計畫等政策方案相關聯。

三、產業個案的選擇

落實在地老化高齡照護，除了引進機構進入社區外，還包括相關產業的發展。本研究從產品和服務切入，選擇以產品和藥師服務為中心的兩個案例，分別是樂齡網與 iHealth 政昇處方宅配藥局。兩個案與經濟部中小企業處輔導成立「銀髮產業聚落、經濟部工業局「熟齡優質商品」輔導補助、或全民健康保險等政策方案相關。

表 3-2 個案與相關政策關聯

個案			主要政策關聯
社區	里長模式	臺北市文山區忠順里	社區關懷據點 臺灣健康社區六星計畫 樂齡學習中心
	非里長模式	芝山生活家	社區關懷據點 臺灣健康社區六星計畫 社區關懷據點 臺灣健康社區六星計畫 樂齡學習中心
機構	由上而下模式	基隆市中山區通明里老人日托中心	社區關懷據點 臺灣 368 照顧服務計畫
	由下而上模式	弘道老人福利基金會	長期照顧十年計畫 長照補助延伸至走動式

			服務 阿公阿嬤動起來-老人健康促進活力秀
產業	以產品服務為中心模式	樂齡網	經濟部中小企業處輔導成立「銀髮產業聚落」 獲經濟部工業局「熟齡優質商品」優選、輔導補助 經濟部金網獎
	以藥師服務為中心模式	iHealth 政昇處方宅配藥局	全民健康保險

資料來源：本計畫整理。

以下即依據本研究架構，以環繞社區行動熱點所建立起高齡者家庭與機構、產業的網絡關係分別挑選社區、機構，以及產業等個案進行探討。

第一節 社區個案

依本研究界定，「社區」或「社區行動熱點」是一種假想或廣義的概念。人口和範圍不是這個「社區」概念的重點，關鍵在於社區行動熱點所發揮的功能。以下分別介紹兩個個案，一是以

「里長」為代表的臺北市文山區忠順社區，一是「非里長」為代表的芝山生活家。

一、里長模式：臺北市文山區忠順社區

位於臺北市文山區忠順社區，多次榮獲內政部及臺北市政府推動社區工作評鑑「優等」殊榮。忠順社區面積為 0.2126 平方公里，共有 17 鄰，總戶數約 1,556 戶，人口數約為 3,885 人，其中 65 歲以上長者佔社區人口比例為 11.06%，其中臺北市政府社會局老人自費安養中心的老人約占 3.4%。調查指出該里中高齡者多表達希望以里為單位形塑具情感凝聚力的多功能互助體系，讓當地的里長、鄰里發揮管理功能。（陳端容，2013）因此，形成一種由里長作為社區行動熱點的運作模式。忠順社區自 2005 年起即加入社區照顧關懷據點提供相關高齡關照服務，以服務對象長輩來計算，目前需關懷的名單約有 650 位。主要服務內容包括：¹²

（一）電話問安

對社區長者進行電話問安方面，在 2015 年 1 月至 7 月期間共進行了 700 人次，男女分別為：294、406 人次，女性多於男性。每次電話問安結束後，需填寫個案記錄表建檔管理。

（二）關懷訪視

對社區長者進行關懷訪視方面，於 2015 年 1 月至 7 月期間共進行了 70 人次，男女分別為：49、21 人次，男性多於女性。訪視之訪談內容包括：

¹²請參見文山區忠順社區網，網址：<http://www.chungshun.org.tw/cgi-bin/big5/k/374w?q1=374wv1&q65=2023299&time=10:46:36&q27=374w&q12=1>

1. 家庭及子女概況。
2. 退休前工作。
3. 退休後的生活費來源。
4. 身體外觀、健康狀況、精神狀況。
5. 生活自理能力、生活照顧資源運用狀況。
6. 社會支持網絡（子女、親友、鄰居、鄰里長、社區）。
7. 目前使用現有福利措施狀況，是否有其他人員前來訪視？提供服務？
8. 目前最迫切的福利需求為何？

（三）共餐、送餐

對社區 60 歲以上進行共餐、送餐服務。除低收入戶及獨老免費外，共餐每餐 50 元，送餐每餐 50 元。在 2015 年 1 月至 7 月期間共進行了 1328 人次的共餐，男女分別為：588、740 人次，女性多於男性。固定每週 3 次共餐，目的是希望長輩可以走出來，因此，無論經濟條件，只要健康的長輩都可參與。至於送餐，同上述期間，共進行了 568 人次的送餐，男女分別為：344、224 人次，男性多於女性。然送餐對象是針對社區中身體上有狀況或是不良行動者弱勢者，不限於高齡者。

（四）健康促進

在社區內為長者舉辦健康課程，如：慢性疾病之保健、輔具使用與評估、失智症防治、心肌梗塞與心血管保養及用藥安全諮詢等。並固定每週安排 4 個時段帶長者運動，促進腦力、平衡感、

肌耐力等。以今年 4 月份的課程為例，有日本方塊踏步運動、快樂活力健康操、排舞。健康活動、課程之宣傳管道，除透過鄰長將 DM 分送家戶信箱外，也在社區通網站與忠順社區臉書社團上張貼有關訊息。

（五）特殊個案

特殊個案包括獨居¹³、際遇特殊及家境貧困，以及身心障礙之老人等。獨居在該里並不多，但白天單獨在家的長輩卻不少，會透過鄰予以掌握。際遇特殊及家境貧困、身心障礙之老人則分別轉介至文山區公所社會課協辦溫馨關懷及低收入戶等各項社會福利補助（陳端容，2013）。

忠順社區高齡關照工作的落實和執行，里長是透過強有力的工作團隊帶動，包括鄰長與志工。17 位鄰長由里長選派，為義務性幹部，培養其責任感、教育訓練。並透過一群熱情主動的志工分工、自主、合作來完成各項工作。17 位鄰長透過 Line 群組發送訊息聯繫，如果有特殊狀況出現，就會特別交待由鄰長和志工就近關心。鄰長拿到長輩的資料就挨家挨戶去訪問，一個一個進去跟聊天，大家變成好朋友，甚至約著去喝下午茶。較常運用的志工約 20 位，來源有幾種，有來自於早期社區開的婦女成長課程學員，如：瑜珈班等親子活動，然後一個帶一個。

即便城鄉有所不同的，但只是遭遇的難題不同。也就是說，城鄉在社區的經營都存有困難，只是內容不同。在地老化的一些

¹³此處獨居老人係指社區長輩有以下居住狀況且無直系血親卑親屬居住臺北市者，視為獨居，包括：年滿65歲以上，居住於一般家戶內，單獨居住、夫與妻同住且均年滿65歲、同住者無照顧能力或無照顧義務、同住者1周內固定有連續3天以上不在。

難題，在忠順社區也一樣存在，如下：

(一) 活動參與女多於男，老多於少

社區定期有舉辦各種活動，但參加者以女性為多。如送餐與關懷訪視一樣，男性多於女性，顯示男性較不出門參與社區活動。其次，里長也期待年輕人族群加入課程活動，避免都是老人待在一起。

(二) 服務需求者之資料取得不易

對於需要服務的老人，受限「個人資料保護法」，所以要取得關照的人在哪裡就變成不容易。除了鄰長比較容易掌握每一個區塊居民的一些動態外，也要很認真到處去索取資料，包括跟老人服務中心的合作。

(三) 空間與人力需求

在地老化的目標會讓老人服務的工作都在社區裡完成，相對社區就會需要非常多的資源，包括人力與空間。首先，人力多是依賴鄰長與志工。要找願意擔任志工者已經很難，要留住更難。尤其是民眾如果覺得照顧老人是政府的工作，就會降低參與社區照顧志工意願。還有就是需要專業人力協助，因為除了志工要定期培訓上課外，還需要專業人士講授一些方向或者是正確的作法。其次，空間的有限也是問題，譬如不同的運動需要找不同大小的空間，在社區這也不是一件易事。在人力與空間上，政府應把一些資源放到基層。

二、非里長模式：芝山生活家

與忠順社區以里長為中心的模式不同，芝山生活家是以地方

診所醫師發起的健康社區營造，從事社區服務約 7 年。芝山生活家原址為芝山診所，於 2010 年 11 月遷徙後成立，為臺北士林天母地區提供老人活動的場所，透過醫學諮詢、課堂學習、有機健康飲食、環狀運動，以及舉辦活動等多種方式來推動，試圖建構支付「創造健康」而非僅是「治療疾病」的制度。芝山生活家只是一個活動地點的名稱，與其相關的組織或平台包括：臺灣健康社區自主發展協會與三協生活有限公司，以及三芝蘭健康學苑等。

（一）臺灣健康社區自主發展協會

臺灣健康社區自主發展協會辦理老人活動據點。根據臺北市政府社會局 2014 年「政策性老人活動據點補助方案」，每週提供 2 日共餐與上課，如下：

1. 共餐：膳食以多色蔬果、好油、高纖、低溫烹飪、無毒食材、少鹽少味素等為，由志工親自下廚。
2. 課程：有歌唱、微電影製作、減重彩虹飲食、用藥安全、生活易經、和氣靜坐、旅遊達人、下肢防跌肌力訓練、笑瑜珈、經絡拳與環狀運動等。

2014 年 7 月至 12 月計畫期間計有共餐 1,368 人次，各類學習課程 1,306 人次及環狀運動 2,112 人次。榮獲政策性老人活動據點評鑑為優等，對於促進長者身心健康及社會參與機會之成效優異。

三協生活有限公司則是認同社會企業價值，主要以出售健康食品與營養補充品、辦理收費健康教育課程、功能醫學及保健食品諮詢，並將營利所得回饋給參與民眾。

（二）三芝蘭健康學苑

三芝蘭健康學苑是由臺北市立聯合醫院陽明院區、樂樹社區醫療群及天母、芝山岩與蘭雅生活圈的里長共同發起的一個社區健康學習平台，涵蓋共 18 個里、11 萬 7 千餘居民，藉此讓居民成為少生病、少吃藥的健康達人。¹⁴而高齡健康活動也納入其中，如：透過社區老人桌遊活動，降低憂鬱症的病人自殺；或是把社區牙醫師整合起來，重陽節是做老人假牙義診活動等。

芝山生活家只是一個起步，希望把社區變成一個成員互動的「網絡」。這個社區網路就好比一幅高齡健康需求與服務的拼圖，社區高齡者的需求像是拼圖中凹下去的部份，而拼圖中凸出的部份就是在滿足這些需求的服務供給。如由政府拼完整幅高齡健康照護的拼圖，其投入的資金之龐大不難想見。因此，可以在社區現有的服務功能都不改變的前提下，建構一個平台，把這些拼圖拼在一起，互相截長補短，滿足各自的需求，將可減少政府需要再投入的資源。這樣一個平台，是建構在以下一個「五層架構」中：

1. 第一層架構建構一個平台，透過平台讓要做社區發展的單位註冊。
2. 第二層的主體就是社區。
3. 第三層就是服務社區居民店家、里長、機構、醫院、診所，有政府提供的服務、也有民間提供的。
4. 第四層就是每天在進行的服務與產品的交易，如老年人這個

¹⁴請參見2013年8月10日，三芝蘭學苑讓市民變健康，中國時報，網址：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20130810000337-260107>

（sub-population）與其需求（demand）。

5. 第五層則是社區的「主體居民」。

芝山生活家嘗試很多實驗，有成功有失敗。目前想引進扶輪社來支持發展平台。臺灣有 700 多個扶輪社，如果每 1 個扶輪分社都認養 1 個社區耕耘發展，再加上社區內各里長的配合，將可以聚集資源共同提供服務。

第二節 機構個案

由於家庭照護老人的能量有限，因此，引進機構進入「社區」提供服務，形成在地老化的重要項目。本節所選個案有二：一是從關懷據點升級日托服務的基隆市中山區通明里老人日托中心；一為弘道老人福利基金會。兩個個案分別有政府政策「由上而下」與民間創新「由下而上」的不同特色，分述如下：

一、由上而下模式：基隆市中山區通明里關懷據點轉型老人日托中心¹⁵

基隆市中山區通明里老人日托中心，是基隆市繼七堵區、暖暖區後，於 2015 年底成立的第三家日間托老中心。該里依基隆市政府所請，並由弘道老人福利基金會接受衛生福利部社家署委託計劃，將負責的關懷據點進行日托服務之升級輔導。通明里老人日托中心之基本資訊整理如下：

¹⁵ 此處「日托中心」係指由社區照顧關懷據點「升級」成日間托老服務者，其服務標的群為健康與亞健康的高齡長者，為「臺灣368照顧服務計畫」建構一鄉鎮一日照政策之補充。

- (一) 現由基隆市天愛社會服務協會承辦。
- (二) 服務的地點與場所是在通明里活動中心。
- (三) 服務的時間為每週一至週五上午 9 點至下午 4 點 30 分。
- (四) 服務的收費方式，依半日班與全天班，以及在地里眾與其他地區，分別如下：

1. 半日班

- (1) 在地里民：月收 1250 元。
- (2) 外地民眾：月收 1750 元。

2. 全天班

- (1) 在地里民：月收 2000 元。
- (2) 外地民眾：月收 3000 元。

以上費用包含午餐與點心。交通費另計，單趟月收 900 元。行動不便者依其服務之需酌加費用。

- (五) 服務日程安排方面：除每日上午的健康管理，包括：量體溫、體重、血壓，以及午餐、茶點時間外，課程安排有認知、語文、美術、視（聽）覺藝術、懷舊、音樂照顧、舞蹈、保健、身心靈、體適能等多項科目。

通明里老人日托中心係由社區照顧關懷據點升級成立的一個案例，其源於政府「建立社區照顧關懷據點實施計畫」與「社區照顧關懷據點佈建日間托老服務計畫」。

通明里 65 歲以上的老年人口高達四百餘人，比例相當高。本

案現有 9 名接受日托中心服務的長者，以該日托中心可以提供約 30 位健康或亞健康的長者來說，尚有很大的成長能量。與原社區關懷據點不收費、僅做一般性的關懷服務相較，升級日托中心的酌收費用模式，更為完整深入的提供每週五日整日的專業性服務。不僅可以滿足長者需求，也可以讓長者生活有所安排。至參訪當日，雖然通明里日托中心才升級成立僅月餘，但工作人員發現，許多長輩參加日托中心服務後，透過所安排的課程活動，除了身體更加健康之外；更重要的是在心理上，也變得更為開朗與活潑。甚至有長者為了要參加課程活動，在上課的第三天就會開始自動梳理打扮，甚至原需拐杖輔助都不需要，顯已初見成效。

然而，對於社區照顧關懷據點，甚至是欲升級成日托中心的單位來說，存在有人力、財力、物力與行政作業專業性等困難，分析如下：

（一）行政作業專業性的門檻

首先，從關懷據點升級成日托中心開始，到申請經費補助等，都有一定的行政作業程序及專業性，對於該里實有一定難度。所以透過衛生福利部社會及家庭署委請弘道老人福利基金會協助提出計畫書申請專案計劃。計畫通過後由基隆市政府協助媒合適合的專案單位，後由「基隆市天愛社會服務協會」負責執行，弘道老人福利基金會擔負提供日托相關行政手續、照護諮詢等輔導服務。其次，政府對於補助的核銷單據與過程十分複雜，導致民間執行單位行政手續過多，花費許多人力在行政事務上。

（二）財源困頓

10 年來對於關懷據點的補助經費並沒有增加，導致關懷據

點，甚至是升級成日托中心的單位，有極大的經費來源必須仰賴自籌。例如：透過里的經費、結合社區產業的收入、公司行號的捐款，或是參與民眾的自費等方式來維持營運。因為自籌財源的壓力不小，有些據點往往由於里長的卸任、或據點重要幹部離開後，同時面臨資金與人力等缺乏而被迫關閉。本案承辦的「基隆市天愛社會服務協會」，除聘請托老中心的專業人員有薪資外，理事長本身並不支領薪水。

（三）人力有限

雖然升級成日托中心之關懷據點會有補助經費配置專業人力，如：社會工作、照顧服務人員等。但許多課程的講授與照顧人力等，大多還是得依靠志工或是具專長的長者自身來服務，也有來自各級學校之志工。在缺乏經費支持更多的專業師資與人力參與的情況下，甚至會與學校進行課程合作，於學期內由不同專長的學生帶領活動，如：體適能等。而本案里長本身過去是「總鋪師」，因此，使得關懷據點的供餐服務就有基本的人力運行基礎。相較於社區關懷據點，日照中心的成本更高，對於單一社區來說負擔更重。

（四）場地不足

本案例擁有兩個活動中心場所較為特別。因早期該里有電廠回饋金，除里本身的活動中心外，尚有回饋金所建設的活動中心。目前的托老中心是由區公所提供的活動中心作為營運處所。但其實多數的據點都缺乏適當的場地可資運作。例如：由於里活動中心具有各種使用目的與功能，里長或在地團體做特定運用，所以不一定會開放出來提供托老服務使用。至於因少子化而閒置的校

園空間，受限於屬各縣市政府權責或學校家長會意見、校園安全考量等，不一定可以釋出。

（五）資源集中導致分配不均

出於第一點「行政作業專業性的門檻」，是以產生有不同社區取得政府經費能力不同的狀況發生，甚至有的社區僱有「專案經理」專責協助社區草擬政府申請計劃書，導致出現政府各項補助經費有過度集中某些特定社區或單位的現象。而有些最弱勢需要被照顧的社區則因為先天能力不足而無法申請，使得資源配置更為不均，讓強者越強，弱者恆弱。

二、由下而上模式：弘道老人福利基金會創新服務引導政府政策

弘道老人福利基金會 1995 年 3 月於臺中市成立。成立之初，原僅是臺中市政府希望弘光科技大學能夠以基金會模式在臺中大坑成立老人照護中心。起初主要承接政府居家服務業務為主，由於業務以政府委託為主，導致志工站經營較為疏忽。為避免受限於政府評鑑與服務項目，以期服務真實的照護需求，發展民間創新服務，弘道老人福利基金會試著降低政府補助的比率。經過 10 年來的轉型，逐漸將政府經費降低比例至 50%，個人繳交費用佔 8%，其他為各種善款捐助。未來更將積極調整經營方向，以成為照護政策與社企育成中心為目的。

弘道老人福利基金會的服務內容主要分為「弘揚孝道」、「社區照顧」與「不老夢想」3 大核心、31 個行動計畫（參見圖 4-1），其引領創新的部分可以簡單歸結為「服務提供」與「活動提倡」兩大類型。



圖 4-1 弘道服務內容體系圖

資料來源：弘道老人福利基金會官網。

(一) 創新的服務提供

除了據點輔導外，在老人照顧方面，將長照人才資源培訓改採用月薪制，並積極提倡「走動式服務」(All in One, AIO)，促使政府將長照補助方案予以延伸。

(二) 創新的活動提倡

1. 推動「弘揚孝道」方案，促進代間互動

在觀念上和行動上敬老，包括：繪畫比賽、銀髮健康操、三代同堂孝親表揚，以及彭祖體驗。其中，彭祖體驗活動更促使香港歷耆者 (Eldpathy) 公司的成立，將銀髮服務與觀念推廣至臺灣以外。

2. 改變社會大眾對老人的刻板印象，推動老人健康在地老化與活力老化

創新舉辦「不老夢想」方案，讓老人也可以不只是被照顧者。自 2007 年創辦不老騎士後，2008 年再創辦全國阿公阿嬤健康活力 Show，開創了全國銀髮活力舞台，並自 2011 年成為國民健康署的政策。其他還包括：不老環臺逗陣行、槌球比賽、社區劇場、百歲小學堂、不老樂團、國際工作營、爺奶健走等等各項活動，讓老人得以健康的在地老化。

其中，2010 年弘道為長輩辦理圓夢計畫，於松山日間老人照顧中心成立不老棒球，現已增加為 11 支球隊。最近宜蘭縣還推動 1 鄉鎮 1 不老棒球隊，修改部分棒球規則，符合高齡長輩的需求，不好造成運動傷害。2012 年更與臺北市政府體育局合作，結合臺北小巨蛋的公益檔期，創辦了「仙角百老匯」大型舞台秀，成功創造了長輩健康樂活的社會參與機會。並從 2014 年開始，加入邀請一隊國外長輩演出團隊與國外專家學者一同觀賞，藉此將臺灣不老精神帶到國外。

不論是對於服務的提供、或是活動的舉辦，甚至企業的成立，弘道老人福利基金會的創新引導政府政策的轉變與吸納。

第三節 產業個案

除了引進機構進入社區外，要能安然在地老化，還包括了相關產業的產品或服務的連結。本節所選個案有二：一是樂齡網，一個以產品為中心的網路銀髮族平台；一是 iHealth 政昇處方宅配藥局，一個以藥師為中心開展的單一窗口，分述如下：

一、以產品為中心的模式：樂齡網

人們隨著年齡的增長身體也逐漸老化，外出行動多有不便，使得獨居老人的狀況不易掌握。已有較為完善照護服務（care management）的日本，每年尚且有 3 萬多個「孤獨死」案例，換言之，就是許多獨居老人於家中過世家卻裡無人知曉，顯示建立一個無障礙的高齡友善社會，讓老人有意願走出來參與社區活動極為重要。樂齡生活事業公司即是一家以滿足銀髮族食、衣、住、行、育、樂等全方面需求為目標而成立的企業，2007 年 11 月創建臺灣第一個鎖定銀髮族的人口網站—「樂齡網」，為邁入高齡化社會的臺灣高齡族群提供一整合商品、服務、資訊，以及交流論壇的銀髮網路平台。在定位上是以健康與生活可自理的樂齡族為主要服務對象，這與其理念或主張有關：

（一）建構「讓每一老人都不需要被照顧」的願景

不論政府、社區、機構、產業等，對於高齡問題的思考邏輯若依循過往方式，將焦點放在每個人都需要被照顧的方向上，則根據現有的人力、資源與財源，臺灣在 2025 年步入超高齡社會時，諸如健保、勞保、退休金、或各項補助等恐將都會出現難以支撐的嚴重考驗。因為即使現在尚未步入超高齡社都已經捉襟見肘，

屆時問題只會更加惡化。所以應該發展一種機制，努力減少失能人口，讓 83%的健康、亞健康的老人可以提升至 93%或更高，依此邏輯往下去延伸，就可以產生多很多配套措施，包括健康銀髮族的產品和服務。

(二) 以供給刺激需求再帶動更多供給來滿足銀髮族需求¹⁶

由於老化會使得身體機能發生改變，因此，不論在服務的提供或產品的設計上都有其特殊需求的考量。我國缺乏相關商品、服務，使得老人的需求被隱藏起來。所以可以透過新供給的不斷產生，刺激需求的顯現，以滿足高齡者的需求，繼而再創造新的供給。

樂齡網的出現就是以成為銀髮族商機的觸媒，提供相關供給與需求在此一平台的出現，帶動供給與需求雙向成長，使更多適用商品得以問世。從 2007 年創業時只有 80 樣商品，到現在有超過 3000 樣以上的商品，涵蓋了從頭到腳、從早上起床到晚上睡覺等各項食衣住行育樂的商品、及服務、或資訊。甚至包括新創「虛擬金孫」的聊天服務，陪伴關懷長輩。但對於企業的商品和服務要切入社區，可能會有以下兩個狀況需要被考量：

(一) 圖利單一廠商問題

即便企業很有意願與社區合作，在實際操作上仍存有一個根本的難題。這個難題就是社區會有顧慮被質疑圖利廠商，使得社區需要幫忙或有需求的人無法獲得充分資訊。其實政府在此可以扮演一個中間角色，作法上不是引進一家公司的產品或服務進入

¹⁶樂齡網，網址：<http://www.ez66.com.tw/TW/t/aboutus>

社區，而是宣傳目前市面有的產品或服務，讓社區有此資訊，給有需求的老人知曉。

（二）城鄉之間實有差異

對於社區間的城鄉差異確實存在，像臺北市這類都會型的社區，因為社區人口足夠，很容易集中人力投射到服務上，但在其他地方其實是並不容易。單以送餐服務為例，偏鄉社區由於地廣人稀，往往熱的餐點送到最後一份都已經冷了。因此，都市社區的模式可能無法完全複製至鄉村社區。

二、以藥師為中心的模式：iHealth 政昇處方宅配藥局

iHealth 政昇處方宅配藥局，顧名思義，為提供預約處方宅配服務的網路藥局，於 2010 年正式創立。該宅配藥局的營運成本，主要是透過現行健保制度下的藥品費和藥師服務費由健保局支付而來，不需向民眾收取費用，再加上省下店租，更增添其發展的可能性。

將「宅配送藥」的模式應用在藥事服務的創業發想上，源自於原傳統藥局的藥師想解決健康不平等的問題。在民眾行為不變並減少不便的前提下，只要打電話、傳真，或拍照傳送慢性病處方箋到 iHealth 的 line 群組，以及地址等即可完成預約送藥服務。iHealth 現有員工數共計 60 人、16 位藥師。

目前送藥已成為一股趨勢，不論大醫院或是小藥房，有不少單位都在提供送藥。但對 iHealth 而言，關鍵是在於送藥後面所帶出來的加值不加價的服務，企圖要帶動的是整個藥事產業的改變。iHealth 成立時就帶有社會責任，實際上，iHealth 也在 2015

年獲得亞洲社會企業挑戰賽全亞洲的第三名。

以環繞宅配藥品展開的相關服務，不僅包括藥物諮詢、衛教指導、轉診介紹，更涵蓋了非物質層面的關懷。例如：就曾有送要給一獨居老人，他很客氣的招待藥師飲料、麵包，在盛情難卻之下卻發現食品過期半年，這個獨居老人常常面臨的問題。若無人前往不會發現，再如何醫病也不會有用。因此，不同於其他單純送藥，iHealth 除了送藥，只要是藥師能做的額外服務也都盡量提供。透過藥師到宅互動觀察老人持續服用某項藥物或與其周邊因子的關聯，可以予以瞭解並掌握老人狀況。

相較於社區藥局的藥師而言，iHealth 之所以能夠如此，在於透過生產線的概念，將服務功能區分成五個部分，提高效率，例如：有的專門負責印表單、有的負責調劑的、有的在輸入處方箋、有的專門評估用藥等。然後透過對機構，如：醫院、安養中心、保險公司等或服務去彌補在偏鄉服務的虧損，以達成提供全國性的服務。

從 iHealth 的角度出發，對於在地老化產業相關服務要切入社區，尤其是偏鄉地區，存在以下的困境或難題：

（一）國家資源分配問題

先從國家整體的角度看，我國面臨相關資源重分配的問題，以致於不論是人力或是資源總感不足。以送餐為例，必須依賴志工來做，主因在於現在送餐的成本若僅以餐盒來計算，不符企業的經營成本。但如果社區的老人因為送餐服務可以延長健康、減緩病症的發作，則送餐的價值就遠超出餐盒本身的實際成本。因此，政府需展現新思維來解決新的議題，對於健促與醫療的經費

其實可以綜合觀之，否則永遠無解。

（二）偏鄉現實面問題

1. 防弊重於興利的觀念

偏鄉之所以為偏鄉即在於所擁有之資源較為不足，換言之，偏遠地方根本沒有資源可以圖利廠商。因此，政府實不宜拘泥於防弊的角度阻絕企業進入偏鄉社區發展。先不論臺灣東部山區的部落，即便是鄰近都會區的新北市坪林山區老人，外出領藥的單趟交通就可能要費時 5 至 8 小時，以致於老人領藥不方便最後就不領藥，不領藥之後看醫生也就變得沒有意義，直至小病變大病，惡性循環，反而造成國家醫療資源的浪費。所以政府思維應該重新調整，抱持興利的開放態度，才能讓相關政策或服務真正推展開來。

2. 二手傳播途徑

iHealth 完全免費宅配送藥到府，現在涵蓋的範圍是整個臺灣本島，包括屏東滿洲、花蓮、阿里山的部落等。但一開始時，民眾會懷疑是否是詐騙集團或是要推銷商品。因為偏鄉地方習慣接受所謂的「二手」傳播資訊，亦即要透過當地里長去使之相信，直接由企業去宣傳的第一手資訊往往無法被信任。

3. 溝通途徑

偏鄉除了距離遠，有些原住民族部落，在溝通上還需要會當地族語。例如：iHealth 與臺東的羅東聖母醫院有合作，處方要送進部落時，需要由會講原住民話的居服員帶路。

第四節 小結

依本研究架構，分別挑選社區、機構，以及產業等個案進行探討。結果顯示，以環繞社區行動熱點所建立起高齡者家庭與機構、產業的網絡關係，存在以下問題需要補強：

一、不論是有邊界的社區型態還是無邊界的社區類型，在地老化的高齡照護服務都缺乏健全的、整合的單一連結窗口。現階段政府政策上對於社區高齡服務的推動，皆僅限於較基本的膳食、課程或訪視等項目，並且以服務據點、人次等量化數據作管控。社區在高齡照護服務資訊的提供和需求的媒介，需要有通盤的檢討以為後續的建構。

二、對於社區在地老化高齡照護服務機構的建立，由於社區服務的量能尚且不足，加上預算資源有限，由上而下的政策推動仍停留在衝「量」的階段。對於相關服務內容的創新，不如由下而上的機構。

三、銀髮產業仍未由社區自行長出，相關的服務和產品需求並非著眼於社區，亦未能與社區有依存關係，對於在地老化的網絡連結不明。

四、落實在地老化，補充家庭照護能量之不足，社區的角色與功能仍待強化。從社區個案發現，多透過據點的補助提供老人簡單的高齡照護服務。然而政府在社區據點的經費補助、人事編制、組織定位、專業服務、空間提供等方面，都尚待加強。

五、社區與機構的連結限於政府作業規範，繁雜的行政程序與各種管考表單，變相形成人力成本的增加。在現有人力、經費都已

吃緊的情況下，只會讓民間單位的人事負擔雪上加霜，不利於機構與產業的形成與發展。

六、社區與產業的連結很弱，似乎為兩條平行線，各行其是，產業未能有效進入社區，政府也缺乏對應的資訊平臺提供分享。在地老化需要產業的切入才能長久，但限於防弊的角度，令社區和產業雙方都會望之卻步。

七、對於在地老化及照護產業發展現況，城鄉存有差異，但並非城市優於偏鄉，而是城鄉的資源都有所不足，只是所需的資源不同。不論城市或偏鄉，社區都存在高齡照護上經營的困難。

八、少子女化的趨勢，將使得未來獨居老人漸增。人們隨著年齡的增長身體也逐漸老化，外出行動多有不便，獨居老人的狀況不易掌握，更需要借重社區照護服務的扎根，以落實在地老化。

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

第五章 結論

本章內容主要說明本子計畫之研究發現與建議。

第一節 研究發現

本子計畫提出以「社區」為在地老化落實的焦點，透過社區連結家庭長者需求與產業服務供給，以落實健康促進，提升高齡者的能力，實現高齡在地照護的政策目標。據此，綜整資料進行分析，可以獲致以下幾點發現：

一、缺乏整體資源配置觀點

目前我國對於相關資源的投入缺乏系統性整合。由於政府分部化的原因，我國對於高齡健康促進與醫療照顧或相關產業的管理或發展是由不同機關或單位負責，舉凡：高齡的整合性生活照護、照顧服務、外勞管理、營建住宅及無障礙環境、輔具器材、無障礙設施交通運輸工具、送餐服務、老人醫療、醫療設備及器材、藥品、健康養生、預防保健、教育進修、休閒旅遊及文康活動、金融理財及保險信託等等，皆由不同單位負責。因此，在預算與資源的分配上未能整合，很容易出現頭痛醫頭、腳痛醫腳的弊病。

換言之，在政府預算有限的前提下，愈多資金投入高齡醫療照顧，相對就會排擠促進老人健康的資源分配。對於解決高齡問題的思考邏輯，若依循過往方式，將焦點放在高齡醫療的照顧上，則依現有的人力、資源與財源都已捉襟見肘的情況下，遑論未來

步入超高齡社會時，諸如健保、勞保、退休金、或各項補助等都更將難以支撐。

二、社區人力與空間嚴重不足

在地老化是讓老人服務的工作在社區裡完成，因此，社區會需要人力、空間，以及與之相關的資金等各種資源的挹注，才能實現在地老化的目標。但不論是政府現行政策的推動，抑或是社區依靠民間的自發行為，常常需要面對上述種種資源不足的窘境。首先，現在在人力上多依靠志工的參與，但要找到志工已屬不易，要留住人更難。在缺乏經費支持更多的專業師資與人力參與的情況下，許多課程的講授與照顧人力等，大多還是依靠志工或是具專長的長者自身來服務，也有來自各級學校之志工。參訪個案之一的基隆市中山區通明里關懷據點，其送餐服務是因為里長本身是「總鋪師」可以提供免費人力。又承辦日托個案的理事長本身也並不支領薪水。至於如社會工作、照顧服務人員等，目前政府的經費補助也有限。換言之，社區人力多依靠無給薪的志工之付出，不利於在地老化高齡照護的長久經營，也不易形成產業。

其次，社區缺乏可資運用的空間，原因包括：第一，由於不同種類的活動需要的空間大小並不相同，但許多社區可以彈性運用的空間卻極為有限，未能滿足各式活動需求。第二，由於里活動中心具有各種使用目的與功能，里長或在地團體也有特定的用途，所以不一定會開放提供高齡照護服務。第三，因少子女化而閒置的校園空間，受限於各縣市政府權責或學校家長會意見、校園安全考量等，不一定可以釋出。基於上述種種原因，社區需要

更多民間資源的協助。個案之一的芝山生活家，即是民間自行提供空間的代表，將原先診所的空間空出，作為社區健促的場所。然即便採如合作社型態的公司經營方式結果也不算理想。因此，在自費取得服務的模式尚未形成以前，僅靠社區自籌經費運作，往往發生有些據點因里長卸任、或重要幹部離去，同時面臨資金與人力等缺乏而被迫關閉。

三、受限行政稽考和防弊考量，對高齡產業的發展及創新形成阻礙

在地老化及相關產業的現況處於尚在萌芽的階段，尤其是資源相對城市更為不足的偏鄉，高齡照護的相關服務更是貧乏短絀。但政府決策慣以防弊的角度出發，未能積極興利。如個案之一所提，偏鄉老人甚至外出領藥交通時間可能就要花費一天，以致於因領藥的不便而放棄領藥，讓小病拖成大病，惡性循環，反而造成國家醫療資源更大的浪費。而政府政策往往優先考慮各種稽考控管機制的建置，而非滿足民眾需求的角度出發，形成目標錯置的態樣。尤其是在相關高齡照護產業尚未發芽茁壯之際，繁雜的行政程序與各種管考表單，會使得有志者望之卻步。即便由上而下因政策決定從據點升級成日托的個案，自一開始的申請經費補助到成立運作等，一定的行政作業程序及專業性，對於社區都形成一定難度和門檻。因此，往往導致政府各項補助經費有過度集中某些特定社區或單位的現象。有些最弱勢需要被照顧的社區則因為先天能力不足而無法申請，使得資源配置更為不均，讓強者越強，弱者恆弱。

而政府對於補助的核銷單據與過程十分複雜，導致民間執行

單位行政手續過多，變相形成人力成本的增加。在現有人力都已吃緊的情況下，只會讓民間單位的人事負擔雪上加霜。機構個案之一的弘道老人福利基金會，就為避免受限於政府評鑑與服務項目，試著降低政府補助的比率，以期能提供更多元的創新服務。如：將長照人才資源培訓改採用月薪制，並積極提倡「走動式服務」（All in One, AIO）；或彭祖體驗活動更促使香港歷耆者（Eldpathy）公司的成立；以及改變社會大眾對老人的刻板印象，創新舉辦「不老夢想」方案等。這許多創新方案，最終促使政府吸納成為相關政策，形成一種由下而上的政策形成模式。

四、社區缺少服務提供與資訊整合的連結窗口

由於老化會使得身體機能發生改變，不論在服務的提供或產品的設計上都有其特殊需求的考量。然由於一般家庭對於高齡照護能量有限，因此，在地老化的服務需要有關的機構和產業進入社區，以滿足在地健康老化的需求。如個案之一的芝山生活家所言，把社區變成一個成員互動的「網絡」，好比一幅高齡健康需求與服務的拼圖，社區高齡者的需求像是拼圖中凹下去的部份，而拼圖中凸出的部份就是在滿足這些需求的服務供給。相較於其他政府單位，以里長為代表的行動熱點，較能掌握當地社區老人的情況。

但是，在現有的制度下，一方面，對於需要服務的老人，受限「個人資料保護法」，資料取得不易；另一方面，即便企業很有意願與社區合作，在實際操作上存在一個根本的難題，也就是會有被質疑圖利廠商的顧慮，使得需求與供給無法順利產生連結。因此，即便有提供滿足銀髮族食、衣、住、行、育、樂等全

方位需求的服務和產品，多數的高齡長者卻無法透過社區獲知，資訊的揭露尚屬薄弱；甚或因社會詐騙氣氛而缺乏信任，對於進入社區的企業多抱持質疑的態度，使得社區扮演行動熱點的連結無法有效建立。

五、城鄉差異下在地老化的挑戰不同

對於在地老化及照護產業發展現況，城鄉或有所不同，但並非城市優於偏鄉，兩者差異只是其遭遇的難題不同。對於社區而言，要落實在地健康老化，發展相關產業，城市與偏鄉皆面臨資源不足的問題。但不論城市還是偏鄉，在社區的經營上都遭遇到困難，只是所面對的難題有所不同。例如：臺北市這類都會型的社區，由於社區人口足夠，較易集中人力投注到在地老化的相關服務上。但相較於臺北市以外的其他偏鄉社區，執行人力就會成為在地老化的一個難題。單以送餐服務為例，在偏鄉社區，往往熱的餐點送到最後一份都已經冷了。因此，都市社區的服務模式可能無法完全複製至鄉村社區。尤其是偏鄉地區習慣接受所謂的「二手」傳播資訊，直接由企業去宣傳的第一手資訊往往無法被信任，而某些偏鄉地區還有族語溝通的問題。

六、老人外出不便，不喜參與活動比例男高於女

人們隨著年齡的增長身體也逐漸老化，外出行動多有不便，使得獨居老人的狀況不易掌握。產業個案之一就指出獨居老人常常面臨的問題在於無人可以掌握其生活狀況，例如老人持續服用某項藥物與其生活環境周邊因子的關聯。在日本，即便已有較為完善照護服務，每年仍有 3 萬多個「孤獨死」案例，顯示建立一個無障礙的高齡友善社會，讓老人有意願走出來參與社區活動極

為重要。根據個案之一的臺北市文山區忠順社區顯示，雖定期舉辦各種活動，但參加者活動參與女多於男，老多於少，外出活動的參與存有性別年齡上的差異。

第二節 研究建議

本子計畫從「社區」出發，以「社區行動熱點」概念作為家庭高齡服務需求與機構、產業的連結，以提升老人活動、參與及認知的能力，達成促進在地健康老化的目標。根據研究發現，社區、機構、產業間的三角關係仍未穩固，有礙在地老化的落實與發展。建議在社區方面，應積極建構行動熱點，形成單一服務窗口，透過公開相關銀髮產業資訊，作為滿足社區高齡長者需求之媒介。產業與機構間應加強合作，產業可以藉由對社區相關照護機構的服務逐漸進入社區，擴大服務範圍；機構也可以經由產業提供的服務並獲得額外的資源給予協助。為強化社區、機構、產業間的三角關係之健全發展，落實在地健康老化的目標，以下提出本子計畫之建議與後續應深入探究之政策議題，以供政府施政之參考：

一、觀念上的調整

（一）整體資源的適當配置

◎參考案例：芬蘭

◎推動期程：中長期

促進高齡人口在地健康老化的前瞻規劃上，政府政策應該要從整體宏觀的角度進行預算的重新配置。如同芬蘭政府的高齡政策，以縮短老人臨終前臥床時間到 2 週為目標，推出各項措施，協助年老的國民能夠在家自理生活，貫徹在老人健康上的投資，減少未來失能所需投入成本的原則。

（二）培養年老新觀念與新形象

◎參考案例：德國

◎推動期程：中長期

不論是在地安老、或是發展相關產業，第一是在觀念上的改變。老化實為人生常態，因此，在地老化是再自然不過的事情。老化也不等於病態，老的可以很健康，我國老人就有超過八成是屬於健康與亞健康。德國先從觀念著手，對老人與老化的觀念很早就已改變，沒有人視老人為「負資產」，反而當成是社會的「寶藏」，優質的老年生活並非來自物質層面，而是整個社會的共同承擔。所以要全面改變對老化的看法，不要再把老人當作負擔，政府應透過政策引導社會建立一個全新的積極老人形象，成為社會的能量和資產，避免因年老而被邊緣化。

（三）加強老化教育與宣導

◎參考案例：德國

◎推動期程：短、中長期

與觀念改變有關的就是教育、宣導。在教育方面，除一般民眾之外，也包括專業的醫護人員需要有「高齡預防」的再教育。對於居家環境與公共建設的設計上，建築師需具備有全人建築的觀念。在宣導方面，宣導的對象可以特別針對家裡有長者的上班族，因為他們才是最有可能的付費者之一。此外，可以製播高齡節目或微電影，於連續劇、偶像劇中進行置入性的政策行銷，或舉辦相關的影視有獎比賽。

針對此，在後續研究建議方面，可以針對以下三個項目進一步深入探討：

(一) 在整體資源適當配置上，將全民健康保險往健康促進方向、甚至長期照顧方向延伸的可行性，及其相關預算與資源分配的可能。

(二) 在整體資源適當配置上，可進一步探究健康促進資源在年輕族群的投入，包括：減少工時以鼓勵民眾有時間健身、培養運動習慣等，對於後續延緩老化與照護支出的相關性。

(三) 安樂死議題之研究，包括：各國執行安樂死的政策與現況，以及我國民眾態度之調查。

二、人力的補充與空間的提供

(一) 鼓勵老人再就業或從事志工，完善人才培育制度

◎參考案例：日本

◎推動期程：短期

在地老化服務的產業發展，對於人才的投入是極其重要的一環。對於相關人力資源的運用上，可以日本千葉縣柏市的「豐四季台國民住宅」為範本，結合在地企業，建立「社區貢獻事業」的新生活模式，讓屬於健康與亞健康的長者可以投入職場再就業。此外，老人退休後亦可以擔任志工，或透過建構如德國「多代中心」的作法，讓長者可以傳承其寶貴的智慧與豐富的經歷。還可鼓勵中年未就業的婦女來擔任志工，提早融入社會，從服務中獲得成就，到年老時較易接受相關服務。其他諸如專業人才也可以考慮透過證照化的方式型塑產業化可能，包括：人力培訓、仲介等。

(二) 完善高齡友善居住與活動空間

◎參考案例：日本、芬蘭

◎推動期程：短、中長期

在場所方面，一方面，對於在宅老化勢必需要透過原居住宅的改良，提供更適宜長者的居住空間，以降低老人受傷的風險，優化老年生活。例如：挪威、丹麥、芬蘭的住宅政策，就強調「原居住宅」；英國則推動「終生住宅」的在地老化。瑞典、澳洲的「老人住宅」則強調可「在宅臨終」。而亞洲區的日本則是透過「世代住宅」的概念來達到「在地老化」。為實現終生住宅，在房產裝潢設計產業可形成龐大的商機。政府也應輔導重要高齡社會居住條件的相關產業，並補貼民眾購買預防器材。另一方面，在社區老化，政府應嘗試利用社區閒置的空間或校園，建構各式托老服務中心，解決場所不足的問題。

針對此，在後續研究建議方面，可以針對以下兩個項目進一步深入探討：

（一）在地老化高齡照護相關專業人才證照化的可行性評估，並進一步探討透過人才證照化對於推動相關產業連結與發展的作法。

（二）如何透過社會住宅與推動都市更新，完善高齡友善居住與活動空間，促進「宅經濟」。

三、鬆綁制度，積極推動產業發展

（一）減化行政稽考，激發高齡產業成長

◎推動期程：中長期

先求有再求好。以我國的現況來看，現階段社區日托中心處於才剛萌芽的時期，推動在地老化應該優先讓相關的服務「長」出來，而不是在尚未茁壯的階段就先考慮建置各種稽考機制作控管。尤其是在政府提供的補助實際上極其有限的前提下，稽考作業只是徒增各種無形成本，反而致使應該形成的在地老化服務無疾而終。換言之，政府要思考的是減化複雜的行政作業程序，減少繁瑣的核銷模式，讓有志者從事在地老化服務的提供者可以有更高的意願與心力投入此項事業。

(二) 從老人需求出發，延伸各行各業服務，共推銀髮產業

◎推動期程：中長期

在地老化的服務應以滿足個案的需求為出發。國內多數的老人其實都屬於健康與亞健康的族群，所謂發展銀髮產業，其實第一步就是先讓各行各業將其服務對象的年齡往後延伸，提供適當合宜的服務，讓長者同樣能夠繼續享有食衣住行育樂等各項生活所需。諸如：供餐、運輸等基本的老人服務，都是可以形成在地老化產業的主要內容。

(三) 多元途徑開創在地老化產業

◎推動期程：中長期

除了結合在地醫療服務外，應讓各區因地制宜，促進在地的產業連結到高齡者的各項在地老化服務，形成新興社會企業或企業型態。或是結合在地老化服務，提供導覽、飲食等複合式的創新經營模式。鼓勵年輕人鮭魚回流返鄉參與提供在地老化服務的經營，向青年扎根，才更易發展成永續經營的產業。政府亦可透

過表揚、稅賦減免等方式，拉近在地企業對於在地老化提供捐助或服務。或是鬆綁現行關懷據點的承辦單位，開放企業經營或認養，讓企業有更多的機會參與。但是可以獲得補助的對象仍應保留給原規範之各地方政府或非營利機構。

針對此，在後續研究建議方面，可以針對以下兩個項目進一步深入探討：

（一）探討結合創新創業，鼓勵年輕人鮭魚返鄉參與在地老化高齡照護服務經營之可行模式。

（二）對於在地老化高齡照護服務產業之發展，相關稽考制度之鬆綁與檢討。

（四）建立在地老化單一窗口的行動熱點

◎參考案例：日本

◎推動期程：中長期

在地老化的推動，由於家庭的照護能量的有限，勢必得落實於社區。在機構和產業進入社區方面，需要有一個具有公信力的媒介的單位，搭起需求與供給兩端，以利需求的滿足與產業的發展。在地老化服務的提供，在各地方需要有一個可以串連或統整的單位，如日本建立「地區綜合支援中心」，以作為提供老年人的醫療、護理、護理預防、生活支援等諮商的單一窗口。而我政府可加強里長的功能，也可以積極轉化各地衛生所、或社區關懷據點及日托中心的現有功能，提升形成從醫療、托老銜接到照護的單一窗口式連結中心，讓健康與亞健康的老人在地老化，直至失能或終老。

針對此，在後續研究建議方面，可以針對里長或各地衛生所轉型成在地老化高齡照護服務單一窗口的可行性進一步深入探討。

（五）因地（人）制宜，提供多元與客製化服務

◎參考案例：芬蘭

◎推動期程：短、中長期

對於在地老化及照護產業發展的推動，可以因地、因人採取差異化服務的提供。譬如：針對獨居老人可以採取較多次數的居家拜訪，一般老人則可以採一般電話問候。對於外出活動的參與，可以針對男女差異進行分類的設計，以吸引更多男性老人外出。在體適能方面，可以學習芬蘭老人肌力訓練的客製化方式，透過健身房登記的個人資料，主動建議老人每日適合的運動數量與項目。

針對此，在後續研究建議方面，可以針對以下兩個項目進一步深入探討：

（一）老人肌力訓練客製化之健促規劃與試辦可能。

（二）透過科技導入銀髮產業，減緩高齡社會龐大照護需求的各種可能方式，以及結合「大、智、移、雲」等新興科技與機器人照護等的先驅研究。

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

參考書目

一、中文部分

- 王品（2015）。〈德國長期照顧保險效應分析：1995 - 2013〉。《人文及社會科學集刊》第 27 卷第 1 期（104/3），pp.135 - 203。
- 王照允（2016）。〈人老了，不一定能走出家門「藥師、醫生要走出來！」〉。《創業健康銀髮案例》，2016.03.02。網址：<http://www.seinsights.asia/article/3290/3268/3975>
- 王俊豪（2004）。〈德國活力銀髮族計畫與鄉村老人安養照護服務〉。93 年 8 月（第 146 期）。網址：<http://www.coa.gov.tw/view.php?catid=7632&print=1>。查閱日期：2016.5.1
- 王宣智（2015）。〈在地老化照護宅經濟崛起〉。《經濟日報》。（2015 年 9 月 6 日）。網址：<http://udn.com/news/story/7241/1169097-%E5%9C%A8%E5%9C%B0%E8%80%81%E5%8C%96%E7%85%A7%E8%AD%B7-%E5%AE%85%E7%B6%93%E6%BF%9F%E5%B4%9B%E8%B5%B7>
- 方怡堯、張少熙、何信弘（2014）。〈在地老化運動促進策略之探討：以芬蘭高齡者運動促進方案為例〉。《中華體育季刊》，28（2），137-144。
- 中國時報（2013）。〈三芝蘭學苑讓市民變健康〉。2013 年 8 月 10 日。網址：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20130810000337-260107>。查閱日期：2016.5.2

江亮演（2010）。〈老人自立與在地老化福利之展望〉。《社區發展季刊》，132: 159-177。

行政院經濟建設委員會人力規劃處（2009）。〈健康老化政策新思維新聞稿（98年5月21日）〉。網址：
https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwihmf6vhY7OAhVEnJQKHf_jBQQQFggjMAE&url=http%3A%2F%2Fws.ndc.gov.tw%2FDownload.ashx%3Fu%3DLzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvNjIwMC8xODA5Mi8wMDExODQ3LmRvYw%253D%253D%26n%3DOTgwNTIx5paw6IGe56i%252FLeWBpeW6t%252BiAgeWmluaUv%252BetluaWsOaAnee2rS5kb2M%253D%26icon%3D..doc&usg=AFQjCNG7WKGm_u3i2_OjqpNMnOYuyh0mpw

吳明烈（1999）。〈歐盟高齡者教育實施概況及其對國的啟示〉。《成人教育雙月刊》，50，32-40。

吳惠林、杜英儀（2014）。〈改善我國中高齡與高齡者勞動參與之因應對策〉。《勞動部》。

吳淑真（2012）。〈參訪北歐洲頂尖運動科學研究大學進行交流合作出國報告-1〉。《行政院國家科學委員會》。

吳淑瓊、莊坤洋（2001）。〈在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向〉。《臺灣衛誌》，20，192-200。

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〉。網址：

<http://nccur.lib.nccu.edu.tw/handle/140.119/35400>

呂寶靜 (2012)。〈高齡社會的來臨：為 2025 年台灣社會規劃之整合研究－台灣老人社會整合之研究：以社區生活參與為例(第三年研究計畫成果報告)〉。《國科會》。

呂寶靜、陳正芬、李家儒、趙曉芳 (2015)。〈因應高齡社會之老人福利政策前瞻規劃衛生福利部〉。

徐慧娟 (2003)。〈成功老化：老年健康的正向觀點〉。《社區發展》。

林佩璇 (2000)。〈個案研究及其在教育研究上的應用。載於中正大學 (主編)〉。高雄：麗文文化。

林俊宏、王光正、徐慶柏 (2010)。〈我國人口老化現象與勞動供給預測之分析及其對資產需求變化之影響〉。《長庚人文社會學報》，3(1): 171-219。

林萬億、陳美蘭、鄭如君 (2012)。〈臺灣活力老化的推動：現況與議題〉。《臺灣因應高齡社會來臨的政策研討會》(2012 年 3 月 16 日)。臺北：臺灣大學社會科學院。

林麗惠 (2006)。〈台灣高齡學習者成功老化之研究〉。《人口學刊》，33：133-170。

范光中、許永河 (2016)。〈台灣人口高齡化的社經衝擊〉。《台灣老誌》，5-3。

高齡社會白皮書 (2015)。內政衛福勞動處。網址：
http://www.ey.gov.tw/News_Content4.aspx?n=0AD1AB287792C301&s=AD43B6E1D7406D7C

- 許明財等人（2013）。〈西太町洋健康城市聯盟秘書處交流暨日本健康城市參訪出國報告〉。《新竹市政府告》。網址：https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwip9YeNxvfMAhWDp5QKHZi6DZoQFggsMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.hccg.gov.tw%2Fdowndoc%3Ffile%3Dap%2Ftravel%2Ffiles%2FC102AS013.pdf&usg=AFQjCNHIG0UzCwYZh13o6QkCPKdfoJAVEQ&sig2=TRdPOyGdod440hlWjYAs_w。查閱日期：2016.5.11
- 陸洛、高旭繁（2009）。〈臺灣民眾對老人的態度：量表發展與信效度初探〉。《教育與心理研》，32-1:147-171。
- 施睿誼（2015）。〈日本高齡者健康促進與照護參訪報告〉。《臺中市政府衛生局》。
- 詹火生、李安妮、戴肇洋（2006）。〈主要國家因應人口老化社會福利政策之研究〉。《行政院經濟建設委員會》。
- 舒昌榮（2008）。〈由積極老化觀點論我國因應高齡社會的主要策略—從「人口政策白皮書」談起〉。《社區發展季刊》，122: 215-235。
- 新華網（2012）。〈探訪日解決老齡化樣板社區:讓老人感到生存價值〉。2012年7月12日。網址：<http://news.sina.com.cn/w/2012-07-12/084224760600.shtml>。查閱日期：2016.5.3
- 曾智彥（2014）。〈2025的台灣社會〉。《2014年臺灣推動「在地老

- 化」產業發展之迫切與挑戰研討會》。2014年4月12日。
- 彭子珊（2013）。〈高齡化社會的前瞻實驗場〉。《天下雜誌》，530期，（2013年9月4日）。網址：<http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5051975#sthash.TO7q0lqA.dpuf>
- 陳伊敏（2015）。〈德國老年社會專題 1:在德國，我們為什麼可以優雅老去？〉。網址：<https://theinitium.com/article/20151124-culture-feature-agingsociety-German01/>。查閱日期：2016.1.11
- 陳亮恭（2011）。〈成功老化〉。大塊文化。
- 陳淼（2004）。〈人口老化對我國總體經濟的影響與因應之道〉。《台灣經濟研究月刊》，27：11。
- 陳淑瓊、陳亮汝（2016）。王榮德等編。〈公共衛生學中冊（修訂五版）〉。國立臺灣大學出版中心。
- 陳畊麗（2005）。〈老年經濟的挑戰與契機〉。網址：<http://www.gov.tw/PUBLIC/view.php3?id=120585&main=GOVNEWS&sub=52>
- 陳端容等（2013）。〈高齡化社會「在地樂活」（Eco-Healthy Life）之前瞻性規劃：管理平台之建構與評估〉。《102年度前瞻研究領航計畫》。
- 張少熙（2015年）。〈高齡者專業運動課程與指導人力之研究〉。《福祉科技與服務管理學刊》，3(1),41-50。
- 張簡如閔（2016）。〈芬蘭長照轉向「在家養老」，政府積極協助75歲以上老人獨立生活〉。《風傳媒》，2016年06月07日。網址：

<http://www.storm.mg/article/126959>

張嘉倩譯（1999）。〈活力久久〉。臺北：天下遠見。

葉至誠（2015）。〈社區高齡健康促進〉。秀威經典。

翁毓秀（2009）。〈日本、韓國少子女高齡化社會之因應策略—台灣做了甚麼？未來可以做甚麼？〉。《社區發展季刊》，125期。

詹火生、林青璇（2002）。〈老人長期照護政策—國家干預觀點之分析〉。《國政研究報告》，社（研）091-018 號。網址：<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/091/SS-R-091-018.htm>。

黃菁菁（2012）。〈活到老工作到老〉。《中國時報》，2012.7.12。網址：<http://mypaper.pchome.com.tw/adamsmith020/post/1323078499>

黃毓瑩（2014）。〈銀髮醫療照護服務重在地化〉。網址：http://www.cdri.org.tw/content/expert/expert01_in.aspx?sid=113

黃毓瑩（2016）。〈專家傳真／在地養老的3種新服務模式〉。

原文刊登：工商時報，105年6月29日。網址：http://www.cdri.org.tw/content/expert/expert01_in.aspx?sid=286

黃耀榮（2006）。〈實現「在地老化」之終生住宅發展形式探討〉。《臺灣老年醫學雜誌》，卷期:1:3，頁138-150。

蘇麗瓊、黃雅鈴（2005）。〈老人福利政策再出發—推動在地老化政策〉。《社區發展季刊》，110: 5-13。

蔡欣潔主講，陳好寧編輯（2015）。〈為人類的晚年生活帶來幸福

—北歐老年照護考察特使蔡欣潔〉，網址：<http://npost.tw/archives/18220> 與 <http://npost.tw/archives/18222>。查閱日期：2016.1.11

楊志良（2010）。〈由活躍老化觀點建構國民健康新願景〉。《社區發展季刊》，132: 26-40。

劉宜廉等人（2013）。〈2013年台灣健康城市聯盟國外參訪出國報告〉。《桃園市政府》。網址：http://163.29.253.35/OpenFront/report/show_file.jsp?sysId=C102AD058&fileNo=1

劉立凡（2010）。〈到底多健康？健康光譜的意涵與演化〉。《台灣老年學論壇》，第5期，下載自 http://www.ncku.edu.tw/geront/TGF/page7/files/challenge_005_01.pdf

二、外文部分

Brink, S. (1990). Living arrangements for the elderly: An international policy comparison. *Economy and Elderly*, March: 21-30.

Bowling, A. (2005). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (3 ed.). Buckingham: Open University.

Charbonneau-Lyons, D. L. 2002. Opinions of colleges students and independentliving adults regarding successful aging. *Educational Gerontology* 28: 823-833.

Chen, Duan-Rung, & Han, Yi-Yin. (2013). Increasing suicide death in the *taiwanese* elderly from 1999-2007: A time-spatial multilevel approach. Paper presented at 141st APHA Annual Meeting and

Exposition, Nov. 2 - 6.

Donghyun Park & Kwanho Shin, 2011. People's Republic of China as an Engine of Growth for Developing Asia?-super-*,Asian Economic Papers, MIT Press, vol. 10(2), pages 120-163, June.

Dreier, P. (1987). Community-based housing: A progressive approach to a new federal policy.*Social Policy*,17:18-22.

Holstein, M. B. and Minkler, M. 2003. Self, Society and the New Gerontology. *The Gerontologist* 43(6): 787-796.

Kalache, A., S. M. Barreto, & Keller, I. (2005). Global ageing: The demographic revolution in all cultures and societies. In M. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 30-46). Cambridge: Cambridge University Press.

Kalish, R. A., & Johnson, A. I. (1972). Value similarities and differences in three generations of women. *Journal of Marriage and the Family*, 34, 49-54.

Mats Manderbacka (2016) ◦ Strength Training for the Senior Population; A Scientific Update and Practical Implementations ◦ Taiwan Health Promotion Summit 2016 ◦

McTavish, D. G. (1971). Retirement marriage. Storrs, CT: University of Connecticut Press.

UN. (2012a). Population ageing and development 2012. Retrieved on Feb.5,2015,from <http://www.un.org/esa/population/publications/2012WorldPopAg>

eingDev_Chart/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf

UN. (2012b). Aging in the twenty-first century: A celebration and a challenge. Retrieved on Feb. 5, 2015, from <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>

UN.(2014). World population ageing 2013. Retrieved on Feb. 5, 2015, from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

WHO. (2002). Active ageing: A policy framework. Madrid, Spain: Ageing and Life Course Program. Second United Nations World Assembly on Ageing Press.

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

附錄

附錄一 焦點座談會議（參訪）紀錄

（一）場次一：座談

時間：2016年01月19日（二）12時00分至14時00分

地點：臺灣大學公衛學院健康行為與社區科學研究所645會議室

與談人：

林依瑩（弘道老人福利基金會／執行長）

陳美蕙／副組長（衛生福利部社會及家庭署）

內容摘要：

基金會在未轉型前以「居家服務」為主，服務界限較明顯，比較多申訴。轉型後，改為「全人服務」照顧模式，由政府訂出基本服務的內涵項目，若家屬有其他非政府之服務項目要增加，則依不同要求加收服務費用。現在基金會服務的地區，一般而言，一個鄉鎮市區大概為1:5-1:6的比例進行團隊照護（照顧員人數：老人數）。

行政院於94年5月18日核定通過「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，100年至102年間，該部補助辦理社區照顧關懷據點經費計7億899萬餘元，該業務目前交由社家署推動，目前已經超過2000個「社區關懷照顧據點」，基金會亦有接其部分之計畫，

該據點著重服務健康長者與亞健康長者，推動「高齡產業」。

另外，對於在地老化，有以下政策建議：

人才培育方面：長照人才資源培訓，採用月薪制，並依照《長照法》授權，允許具有經驗的照顧秘書投入創業模式，有在地的居家護理師自行創業的「微型日照中心」服務在地長輩模式，較具有創意以及了解在地需求，基金會則可以擔任輔導與培訓的長照人才之角色。比較不建議建立大型連鎖化的長照機構。

照護計價方面：應從「論時計酬」改為「論人計酬」，比較符合「全人照護」服務，也比較適應越來越多服務的需求，而不會受限時數。政府補助標準則是單一個人視其經濟狀況給與不同比例補助。

長照保險方面：較建議財團資金引入長照保險，政府鼓勵「實務補貼」形式長照保險。不建議財團投入「機構化照顧服務」，應引導財團投入「在地照護」。

照護收費方面：目前一般民眾可以接受自費的上限大概 25000 元左右，加上 15000 元的政府補助後，對於本國的照護員來說薪資較具吸引力。

(二) 場次二：座談

時間：2016年01月19日(二)14時30分至16時30分

地點：臺灣大學公衛學院健康行為與社區科學研究所645會議室

與談人：

陳雅美／助理教授(臺灣大學健康政策管理研究所)

劉家勇／助理教授(長庚科技大學老人照顧管理系)

張慶光／總經理(樂齡生活事業股份有限公司)

張家銘／理事長台灣高齡照護暨教育協會

陳美蕙／副組長(衛生福利部社會及家庭署)

建議一欄表：

願景	行動策略	備註
健康生活：延長健康時間、提升生活品質	促進個人健康識能與行為	老年病症候群，包括憂鬱症心理疾病的預防
	老人病症教育	包括：一般民眾，及針對醫護人員教育，專業醫療教育(如：減少病臥時間、醫療期間健康教育)
	老人適量運動	1.適量的定義、種類、周期、量 2.提供專屬資源給65歲以上老人免費使用 3.運動中心折抵健保費 4.社區關懷據點宣傳、建議適量運動與量身訂做 5.確保走路速度，恢復過馬路的时间

	預防環境與健康識能的連結，建構預防性環境	1.友善居家社區環境（如：紅綠燈、步道、無障礙） 2.居家環境改變促使相關產業的改變 3.建築設計師的觀念與教育
	完善整體健康政策	除生病有健保給付、失能有長照，更應透過保險或產業提供預防器材補助
	有效運用醫療資源，整合醫療服務與智慧科技	
	擴大居家社區醫療服務	
	健康的定義，老年人應該衰弱篩檢，老年病症候群	
	整合老人門診	解決現況還是門診後分科處理，病人有合併病症的問題
	政府輔導重要高齡社會居住條件之相關產業	可以補貼民眾購買預防器材
幸福家庭： 永續長照服務、促進世代共融	整體規劃家庭照顧者支持制度	
	促進家庭、社區（部落）代間連結與互助	
	保障高齡者經濟安全	促進老人繼續就業

	老人公共電視台，提供高齡教育節目	
	長照人員專業性與薪資、工作地位、政府認證、培訓與進階	
	社工專業能力	將長照人力引入健康及亞健康老人人口
	有薪家庭照顧假	服務對象涵蓋老人
	學生服務時數納入老人服務對象	先以據點為主
活力社會：促進多元參與、提高自我價值	促進高齡勞動參與，建構高齡就業媒合機制	
	鼓勵高齡者志願服務參與	取消志工年齡的上限
	提升高齡者運動休閒多元化	與環境結合，設計給老人使用的公園（公園全人化）
	推動高齡教育學習制度	終身學習觀念、特別與資訊有關、65歲以後的義務教育（大學開設、非聯誼性質）
友善環境：普及支持網絡、消弭	建置連續性服務資源串連網絡	老人專屬 APP、高齡友善平台語資料庫
	設置社區服務	類似健康管理中心，可以思考將衛生所

我國社會發展政策前瞻規劃：我國因應高齡社會政策之檢視與未來發展

障礙歧視	資源中心、整合式單一窗口	轉型
	運用通用設計理念，促進生活無障礙	如：通用無障礙宅、無障礙旅遊、交通、高齡友善城市及認證
	發展銀髮產業	各行各業要將服務對象延後 老人友誼訪視、場所、聯誼活動
其他	納入性別觀點	
	多元文化、夥伴關係	1.長者照顧 2.迎接東亞國家老人來台養老
	觀念上建立健康老人形象	老人代言人
	全面檢視修正法規，破除年齡歧視與障礙	包括：老人的定義
	組成跨部會的高齡對策委員會	
	高齡社會的社會教育	建構高齡友善親老的環境、老人繼續就業、健康、資產、世代（青銀）共榮
	引導健康促進的觀念，公部門提供適當的友善環境	

(三) 場次三：參訪暨座談

地點：基隆市中山區通明里里辦公室地下 1 樓

時間：2016 年 2 月 2 日（二）10:00~12:00

參訪個案：基隆市通明里日間托老中心兼關懷據點

與談人：

張瑋苓／主任（弘道老人福利基金會臺北服務處）

張雅惠／組長（弘道老人福利基金會臺北服務處）

張景焱／照服員兼組長（基隆市通明里日間托老中心）

陳智偉／科長（衛生福利部社會及家庭署）

內容摘要：

（一）陳智偉：

1. 行政院 2005 年推動「臺灣健康社區六星計畫」後，當年 5 月 18 日核定通過「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，目標在於促進社區內健康與亞健康老人維持或減緩身心健康，發揮初級預防照顧功能，建立連續性照顧體系，並結合有意願團體參與設置，由當地民眾擔任志工，發揮社區自助互助照顧功能。同時，落實在地老化及社區營造精神，建立社區自主運作模式。
2. 「建立社區照顧關懷據點實施計畫」推動至今已 10 年，去(2015)年底在全臺 6000 多個社區設置有 2476 個關懷據點。
3. 2014 年行政院推動「臺灣 368 照顧服務計畫」中的「一鄉鎮一日照中心」政策，希冀補充「日照」之不足，將較具條件的關

懷據點升級為「日托中心」。

4. 在地日托中心提供 30 位左右之健康或亞健康長者每週 5 天、每天至少 6 小時之平價日間照顧服務，並由政府經費補助日托中心專業人士，結合社區自身不同特色與地方產業，建立屬於在地的日托中心。目前已有約 60 個日托中心，今年目標設在 100 個。
5. 然而 10 年來對於關懷據點的補助經費並沒有增加，仍為每個月新臺幣 1 萬元，導致關懷據點（甚至是日托中心）很大部分須依靠自籌財源。例如：透過里的經費、社區產業收入、公司行號捐款，或是參與民眾自費等方式來維持。因為自籌財源壓力不小，有些據點往往因為里長卸任、據點重要幹部離開後面臨資金、人力等缺乏而被迫關閉。
6. 升級成日托中心之關懷據點雖然有經費可配置專業人力（照服員、社工等），但許多課程講授、照顧人力等多還是依靠志工或是長者自身服務。以基隆通明里案例為例：由於升級成日托中心與申請經費補助有一定的程序和專業性，對通明里有一定難度。所以透過衛生福利部社會及家庭署委請弘道老人福利基金會協助提出計畫書向社家署申請專案計劃，通過後由基隆市政府協助找尋專案單位，後來由「基隆市天愛社會服務協會」負責執行，弘道老人福利基金會並擔負提供日托相關行政手續、照護諮詢等輔導服務。
7. 政府對於關懷據點的補助，其中需要的核銷單據與過程已十分複雜，導致民間執行單位行政手續過多，花費許多人力在行政事務上。現階段社區日托中心處於萌芽時期，實不宜有太多關

於績效、核銷之行政考核，以免許多民間單位因為繁複的績效評估與核銷作業，更無意願投入。

8. 目前日托、日照整合最好的案例之一是臺中新社一家由宗教型 NGO 所經營。他們 1 樓做日托，2 樓做日照，加上又有企業捐助交通工具，成效不錯，共有 30 多位長者穩定參加。

(二) 張瑋芩、張雅惠：

1. 弘道老人福利基金會接受社家署委託計劃，負責很多關懷據點輔導，提供與當地里長、社區協會的輔導、建議，甚至包含行政流程核銷作業等，協助關懷據點、日托中心的順利運作。地方政府也常舉辦不同據點的彼此觀摩，讓社區互相學習，共同成長。
2. 目前關懷據點、日照中心部分人力來源依靠志工，也有來自各級學校之志工，甚至還會與學校進行課程合作，於學期內由不同專長的學生帶領活動，如：體適能等。
3. 以我們基金會的經驗，成立「日照中心」成本較高，對於單一社區來說負擔較重。
4. 弘道老人福利基金會臺北服務處這邊有接受臺北市政府委託辦理「臺北市松山日間照顧中心，目前我們目標為建立「整合式服務」，從關懷據點、日托、日照等服務與資訊提供，以協助當地社區。
5. 而針對目前關懷據點、日托中心實務上的問題，我認為如果要拓展日托中心服務範圍，應該捐助日托中心交通車，以及該捐住如何能夠抵稅問題；另外，人力經費上，政府單位應給予日

托中心之專業人力人事費用，提升其服務品質。

6. 由於不同社區取得政府經費的能力不同，有些社區甚至僱有「專案經理」專責協助社區草擬政府申請計劃書，往往經費會有過度集中問題，有些社區則因為能力不足而無法申請，導致資源配置不均。

(三) 張景焱：

1. 在我這個日托中心個案中，許多長輩參加日托後，透過我們安排的課程活動，除了身體更健康以外，在心理上，長輩也變得比較開心、活潑，甚至為了要參加課程活動而自動梳理打扮，成效良好。

(四) 場次四：參訪、簡報暨座談

時間：2016 年 04 月 06 日（四）13:00~15:00

地點：臺北市松山區南京東路五段 251 巷 46 弄 5 號 1 樓

受訪單位：松山老人日間照顧中心

與談人：

林依瑩／弘道老人福利基金會執行長

邱子庭／弘道老人福利基金會松山老人日間照顧中心組長

李佩華／弘道老人福利基金會松山老人日間照顧中心護理師

座談摘要：

一、林依瑩執行長：弘道基金會社區據點照護與目標

本日照中心空間屬於臺北市政府所有，委託弘道基金會經營，由於日照中心場地須符合消防法規等規定，所以受到較多限制，成長幅度有限。

松山日照中心目前的服務對象以失智症長輩為主，也是松山「不老棒球隊」的發源地，老人個人的願望往往不容易探尋，因為棒球是某位失智老人的願望，所以日照中心這邊就協助老人圓夢，甚至現全國各地都有成立不老棒球隊，最近宜蘭縣還推動 1 鄉鎮 1 不老棒球隊，修改部分棒球規則，符合高齡長輩的需求，不好造成運動傷害。去年還有去日本靜岡縣參加國際型的棒球比賽，雖然成績不好，但臺灣的隊伍卻是最高齡且有女性長者的球員。

我們社區照護的做法是先進行「社區培力」，培力下區分社區

開放、社區經營、社區創新 3 個部分。社區開放部分就是在協助評估社區需求，例如：透過已經辦理社區照護有成之社區親自至其他社區推廣，給與其他社區鼓舞，協助社區建立照顧服務站甚至是升級成日照中心。

於在地性經營方面，老人照護最佳規模大小為村里，在地照顧據點比較適合以村里為單位進行推廣，因為長輩有彼此不同的地緣認同。每個社區照護據點每年會讓其選擇一個方案，目前區分為生理健康、心理健康、社會參與 3 大面向。生理健康可再選擇活力秀、體適能運動班、身體保健；心理健康可選擇社區劇場、長者生命回顧；社會參與可選擇不老樂團、彩繪村、志願服務、再就業等。其中以「活力秀」對於長輩影響力最大，現在也演變為國民健康署推動的政策，協助老人維持健康。

除此之外，在「社區創新」方面，為了推廣社區照護據點，我們也建議政府舉辦如「金點（社區據點）獎」，透過辦理頒獎活動鼓勵關懷據點成立。

照護服務除了倚靠弘道基金會專任的照護員、護士以外，很大部分也會依靠當地志工，志工年齡層以中高齡為主，非中高齡以志工第二代為主，或是特別專案的志工會比較吸引年輕志工，例如不老棒球隊就曾和亞洲大學學生志工合作，甚至演變為長期合作。

弘道成立之初，是弘光科技大學與於中大坑成立老人照護中心，臺中市政府希望弘光大學能夠以基金會模式成立該照護中心，因此有本會成立，出資 500 萬元為家扶基金會出資、500 萬為弘光大學關之光田醫院出資、台大公衛學院老師 100 萬以及其他個人

捐贈所成立的基金會，剛開始主要承接政府居家服務業務為主，高達接近 100%，由於業務以政府為主，導致志工站經營較疏忽；經過 10 年來的轉型，政府經費降低比例至 50%，個人繳交費用佔 8%，其他為各種善款捐助，後來我們的發展方向是，盤點現有在直接運作的 32 個志工站（有弘道專人服務）、間接合作之友好站 500 人（沒有專人，但有其他團體合作人員），將成立社區關懷據點的知識發送給不同社區，而非弘道這邊專門設立據點。弘道之所以要降低政府補助的比率，受限於政府評鑑與服務內容限制，比較不能服務真實的照護需求，也限制民間的創新可能，故選擇降低比率。

未來，弘道經營之方向為：期許自己成為照護政策與社企育成中心。具體的案例有：影響全球社會企業、香港歷耆者(Eldpathy)股份有限公司。

二、邱子庭 組長：松山日照中心照護與目標

目前除中正區無成立市府委託的日照中心外，其他每個北市行政區都有至少 1 個日間照護服務中心。松山日照服務中心於民國 89 年接受市府委託經營，目前共 12 名正職人員，包含 1 主任、1 組長、2 社工、5 照服員、1 司機、1 廚師，另外還有外聘 4 位兼職專業人士（營養師、復健師、音樂輔療、銀髮貴人）。中心活動空間為本棟大樓（松山社福大樓）1-3 樓共 153 坪空間，1 樓是會客室與體適能室與失能者活動室、2 樓是辦公室與輕度失智與廚房、3 樓是較嚴重失智（中、重度失智）失能者，大樓為臺北市社會局財產。空間設計上，除各招牌採用放大字型外，廁所也採用無障

礙規劃與緊急求助鈴，電梯與大門為管控失智長輩，引入安全控管系統。至今年2月底為止，受托案例32例，3位因故暫停服務（須於2個月內要恢復受托，否則將以結案處理，須重新申請），地區分佈上，以松山區受托長輩15名為最多，大安區7人次之；以收托狀況而言，23名長輩有失智、6名為失能；19位為女性、10位為男性；平均年齡為81歲。

收托對象資格為年滿65歲以上之輕、中度失能者或50歲以上之失智長者，另需沒有傳染病與具備基礎自理能力（如：自行如廁、用餐）。收取費用為月費1.5萬元（月托形式）、800元（日托形式），而政府針對輕、中、重度之失智（能）者之補助標準分別是每月9775元、5750元、1200元（含交通費補助）。交通費用收費方式為1公里以內每月收費3000元，2公里以內每月收費3500元，約可服務松山、信義、內湖等區域之日托需求。

針對每個個案，我們會先前往需求個案家中進行參訪、家訪等調查，透過參訪、家訪等評估出其需求調查表，再擬定個案之照顧計畫，整個流程約在7個工作天左右。收托時會於每日安排動靜態活動與提供早午餐點心等。

另外，日照中心這邊還有獨居老人送餐服務、失能老人外展服務等服務（前往附近公園，協助與提供公園散步老人活動）。未來會朝向「小規模多機能」模式推廣經營。

（五）場次五：座談

時間：2016年5月11日（三）10:00 -12:00

地點：國立台灣大學社會科學院 8 樓 837 會議室

與談人：

曾寧旖／里長（臺北市文山區忠順里）

余儀呈／理事長（台灣健康社區自主發展協會）

張慶光／總經理（樂齡網）

王照允／執行長（iHealth 政昇處方宅配藥局）

會議逐字稿：

陳端容：我們的座談可以交錯，這個討論提綱只是幫我們大家能夠聚焦。

曾寧旖：目前擔任里長 14 年了。所有的人都在社區，老的、少的、青的下班都會回到社區，所以社區裡面這樣的照護工作其實越來越重，在我的里內人口數約 4 千，長輩比率大概是 14%-15%。但本里因生活條件不錯，所以老人家都照顧得很好。我們在社區的做法，第一，有「老人照顧關懷據點」，至今已做到「5.0」，即電話問安、做關懷訪視、健康促進、共餐還有就是日托，那日托就是會照顧到幾個初期有點失智的，就早期退化，我們現在會在社區找幾個這樣的長輩，就固定一定要帶他們做運動與共餐，就這 5 個每個禮拜和我們有 3 次的活動是固定希望長輩參加，所以我們常常就會打電話請他出來，可以家人帶出來或者是我們去照顧他都可以的，這是在社區做第一個日托的部份。那也固每週 3 次共

餐，共餐目的在於希望長輩走出來，只要健康的長輩都歡迎，無論經濟條件。另外，送餐服務便針對社區裡弱勢，對象不一定那麼老，但身體狀況或不良於行，也會做送餐服務。針對 65 歲以上長者，約 80% 都是健康長輩，主要透過電話問安，如較需要陪伴照顧訪視，會定期跟他聊天，陪這些長輩。所以我們大概除了電話問安、照顧、訪視、共餐，還有做健康的運動，現在也是每禮拜有排了 4 個時段帶長輩做運動，促進他的腦力、平衡感、肌耐力等等的運動都在做。我們配合政府的政策做據點，大部份經費是來自政府補助。

相對於經費由政府補助，社區要出人力，需要大量志工做服務，這是目前據點部份。另外，針對獨老，獨老的子女通常不在臺北市，更需要人力與資源，雖然本社區獨老個案不多，但白天獨自在家長輩很多。在里內我們有鄰長，鄰長比里長比較容易掌握每一個區塊居民的一些動態；此外我們也會跟地方政府資源結合，例如：健康中心、市立聯合醫院。健康中心他們有針對身心障礙還有慢性疾病的會要做訪視，我們會跟其結合訪視，或協助取得個案資料，但受限《個資法》，要取得照顧需求案例不容易，包括跟老人服務中心的合作，我們再將需要照顧的朋友們的資料建檔，再交由鄰長或志工認養區塊，由其去做服務，這是我們在社區裡完整的一套照顧系統。

高齡化、長照、在地老化這麼多工作統統都在社區裡，社區需要非常多的資源，除了人力，還需要更多的資源，例如：本社區沒有太多空間，每次為了到哪裡做運動就調來調去，大的運動要大的空間，小的運動要找不同的。還有需要專業人力協助，我覺得

專業人力協助社區是非常需要的，因為社區大概這一群的志工除了他們要定期培訓跟上課以外，還是需要專業人士告訴一些方向或者是正確做法，這些是政府可資源放到基層。

本里有 17 個鄰，我們都有即時通訊群組，有狀況時會用 line 來討論。如果有特殊狀況在那個鄰出現，我就會跟他特別交待，然後鄰長和志工就會去關心。我們鄰長做得很認真，拿到長輩的資料他就挨家挨戶去訪問，最後甚至變成好朋友，甚至互相約去喝下午茶，又是一種服務方式。

我們志工叫做「提供者」，大概這邊是排 20 位志工，因為這邊沒有辦法太多，太多志工反而會造成有人不知道狀況。大概就是頻繁使用這 20 位志工的人力，就要一直做這些工作。以服務對象長輩來算的話，需關懷名單大概有 650 位左右，電話問安 1 個月約有 300 通。訪視，大概選 20 位特別需要照顧，會跟他去聊天陪伴，那日托照顧的比較初期失智狀況，目前安排 5 位。志工來源，當然早期這些志工就是一直是在做社區工作，這幾年在把這一塊的工作加進去。所以志工有幾種，一個是我們最早就像如果社區有開一些婦女的成長課程，像我們有瑜珈班等親子活動，就找比較熱心的，一個帶一個，至工可能就會去找其鄰居，然後大家就會這樣。然後發覺如果做這個工作，他們會覺得比較有意義或者是在這裡面可以有一些自我的成長，我最希望給志工自我的肯定跟成長，當然帶志工是很困難的工作，要找已經很難了，要留住更難，要給他什麼東西或者要有事做，沒事做就會離開，這一塊在社區裡特別難。所以為什麼那麼多社區沒有辦法普遍做到？牽涉太多因素，當然人最重要的，我們就叫基層服務者願不願意去

做這樣工作。民眾如果覺得這是政府工作，政府本來就要照顧老人家，就會降低參與社區照顧志工意願。

第二個，怎麼樣使志工用正面的態度去看去做？例如：送餐時，常碰到看到一些長輩，因為我們的志工也都是 60 歲上下，所以送便當都要爬樓梯，志工需要爬到服務對象 5 樓，服務對象就打電話給我們說不要叫志工不要送，看了不忍心。其實志工很健康啦，就是我們最後講的老年人照顧老年人嘛，對不對？你到哪裡去找年輕人送？社區裡根本沒有這樣的人嘛。那志工做這個讓他們覺得也不錯，可能自己更健康了，所以他們要每天這樣爬，先前還跟我說爬五樓很累，可不可以請那個人下兩層樓，但是我的概念是你既然要做服務就要做到位，你不要做了一半讓人家覺得我也要爬樓梯，所以那種感覺是不一樣。所以要有這樣的概念和熱情，因為你在社區最需要是這些。那你如果把它變成是工作，我覺得根本不叫服務，它是兩個不同的概念。如果志工有薪資，就變成是工作，熱情上來說跟我們是不一樣的服務的感覺。

余儀呈：我本身是醫師，是做社區的服務是約 7 年。那我們的理念是希望把社區變成一個成員互動的「network」，這是在天母那邊嘗試去做的事情。對於我們服務投射的概念，大概簡單勾勒一個「五層架構」。第一層的架構希望去「建構一個平台」；透過平台讓要做社區發展的單位去註冊，在，所以第二層的主體就是「社區」。一個社區內一定有些店家、機構、醫療院所，例如：天母這邊有高島屋、老人中心、陽明醫院，第三層就是這些店家、里長還有機構、醫院、診所，這些機構每天都在服務社區居民，部分服務是政府的，有些是民間提供；第四層就是真正的重點，就是

「所有的服務」跟「所有的產品交易」等我們民生每天在進行的事，今天討論主題可能就是「所有的服務」跟「所有的產品交易」，即老年人這個「sub-population(分齡人口)」他的「demand(需求)」是什麼；第五層講的就是社區的「主體居民」。我們想要看說假設存在這樣的平台，可以讓第三層的每一個店家機構整合社區主體居民的需求，因為第三層、第四層、第五層本來就存在，也提供本來就有服務、本來就有交易。如果創立第二層跟第一層的時候，那麼第三層之民間跟政府組織都互相看得到做什麼，讓大家看得到彼此在做什麼，就會產生一定影響，現在民眾沒有這樣的平台，所以若有一個平台，network(網絡)自然就形成，若有一資訊開放平台，這位居民就可取得哪一個是合的團體活動加入，就社區附近。概念就是這樣，所以3年前成立「台灣健康社區自主發展協會」來創建平台，現在的想找扶輪社來支持平台，台灣有700多個扶輪社，如果每1個扶輪分社都認養1個社區在耕耘發展，然後社區內各里長能夠配合剛剛我講的這個架構，那這樣有很多資源可以共同去服務，其實本來的服務都沒有改變，只是多了一層network(網絡)，想要看會有什麼變化，所以今年提了計畫，預計透過臺北芝山扶輪社資助山之然社區，那個社區剛好有18個里，天母有8個里、芝山岩有5個里、過河(磺溪)到士林那邊也有5個里，總共18個里，我們稱為「山芝然健康學院」。3年前在陽明醫院便與楊院長溝通成立山芝蘭健康學院，學院本身虛擬的而非真正有校地，分散至18個里就像18個班，里民就像學生，提供如第四層這個架構上任何的服務教育都叫做課程。並鼓勵參與，對於健康的定義就是不用疾病來看健康，而是從參與看。只要有去接觸社區，有出來參與，那就算健康，用這個觀點來看健

康就好了，不看醫療狀況與疾病，只看有沒有日常參與，參與越積極便認定越健康。

故真正的整合應該是在人的需求上，人的需求整合，再來集合是這個里，那這個里就變成一個里的需求，就是說人的需求的集合體叫里的需求，那裡的需求理論上社區的需求應該是在政策上的支持，那人的需求應該是與第三層那邊的供應、店家各式各樣的供應。有一部份是政府要來服務的啦，大致上是這樣，就是說我這樣跟大家講，就是希望把我腦中裡面的架構講給大家聽，就是說如果陳教授問我說我在裡做什麼事，其實第一個我是把我那個單位當做第三層。這個第一層我剛剛講過，我希望是扶輪社來扮演，第一層做平台來服務，我們希望看到的未來是有社區意識的一種集合體，就是說第二層，我們看得到第二層。然後第五層里民他是有記錄的，我們記錄他什麼？記錄他參與就好了，這個概念是這樣。這些我們都在講實驗階段，目前都嘗試著去做。所以這個概念的整合是說，像我把那個生活家是當做第三層，我是這個社區下的一分子這樣看待。希望我們是社區的每個單位能夠互相聯繫，辦活動的時候可以互享資源。

另外，社區發展協會遇到的問題是：只要拿政府的資源，就會有圖利的論點，譬如說我們受北市社會局委託辦理老人共餐的服務，我們是利用共餐來吸引老年人，並給予提早到的老人優惠，並趁機教導正確衛教觀念，真正的目的要讓長輩學習，讓長輩自己能夠照顧自己，雖然我們僅週二、四之共餐服務接受社會局的補助，但社會局卻要求整個禮拜都不能有商業行為。社會局會認定我們拿補助卻偷做投資做生意。造成我們困擾。

張慶光：臺北市比較特殊，屬於都會型的社區，社區人口足夠，也很容易集中人力投射服務。但其他地方其實是不容易，譬如：花蓮的社區單以送餐服務來說，由於地廣人稀，往往熱的餐到送到最後一份都已冷了，鄉村社區沒辦法按都會社區方式做。

如果我們在談的是「前瞻的規劃」，到底多前瞻？願景要放到 50 年後還是 20 年後還是 30 年後，我覺得那才是有意義的。今天應該先把這樣的願景訂出來，現行狀況可能沒有辦法讓臺灣撐到 2025 年，例如：健保、勞保會跨掉，退休金領不到。所以政府應該要定一個願景，例如想 2025 年時候，預估台灣步入超高齡社會，當 20% 是老人的時候，如果我們還是按照這樣在那邊做規劃。我們應該的規劃應該是現在的政府我覺得一直在談的好像它的遠景是讓每一個人都有人可以照顧，不管是社區，不管是機構或者是人力，它的朝向是這樣子。可是有可能達成嗎？我覺得不可能達成，我覺得未來的發展機制，不是讓每一個人都有人可以照顧，而是「讓每一個人都不需要被照顧」，這是一個願景，能否達成？應該努力讓那些 83% 健康的人可以變成 93%，讓失能人口減少，那才是個願景。從願景去往下去延伸，才能有後續配套措施。

第二，高齡化後，可能要有生活上面的輔具，配合高齡化後能夠透過輔具維持自我照顧能力，所以民間或者社會一起要動員，塑造沒有人因失能而需要被照顧的社會，這裡面其實就有一些配套的措施出來。從公部門來講，現在公部門有在推「高齡友善城市」，我覺得很正確。現在因很多的狀況，長輩是躲在家裡面或獨居。日本案例很明顯，日本每年 3 萬多個「孤獨死」案例，死在家裡面沒有人知道，日本已有較完善的 care management（照顧服務）

運作，可每年還是有 3 萬多個孤獨死案例，因為人力總是不夠。所以所謂的高齡友善城市，如果建構起來，那 8 大指標把它發揮到極致，怎麼樣建立一個無障礙的社會，讓我們的老人家願意可以走出來？出來之後，這個地方公園是無障礙，可是要怎麼去這裡？可能需要有一些 transportation（交通工具），需有無障礙車，或者有服務把長輩載出來。而在家裡面我們有沒有一個 communication（通訊）機制，是知道說這些人在家裡面的狀況是怎麼樣，而不是要親自去看或者是等到出了事情才知道。很多老人只在家中看電視，而且他的訊息都是看那種電視，我有機會去拜訪我們一些老人家家裡面，他們有時候家裡面在看，如果是下午都在看什麼？都在看賣藥電視臺，聽類似廣播，我們政府要有一套教育機制出來啊。另外，芬蘭再訓練了很多的這種專業的這種體適能的這些教練，讓學生帶領這些老人家，所以這個也促成「親老」，就是不同世代間互相尊敬，年輕世代知道說他們要服務老人家，這樣子的體制能夠被建立起來。

另外，以企業的願景來講，我希望做銀髮生活事業平台，這個平台上面會成為高齡者身體健康、心理快樂、靈魂有盼望的幸福生活的補給站，所以朝這個部份去發展。2007 年創業到現在，其實我們公司那時候只有 80 樣商品，現在超過 3000 樣商品，透過建立平台，慢慢把其他公司的資源整合起來，算是新創的事業，平台上甚至提供「金孫服務」，將年輕人就受過一些專業的訓練之後，付費給他們，3 個月幫你打 360 分鐘電話關懷家中長輩。從我們角度這邊來看，社區上，做銀髮事業遇到大的困難是：年輕人資訊的傳遞是非常的快速，可是老人家比較靠二手傳播，必須要仰賴其子女或者是孫兒女把這樣的訊息告訴給他。另外，實際操作可

能遇到的問題，雖然企業願意與社區合作，但社區會顧慮圖利廠商等問題。希望政府可扮演中間角色，提供多元資訊讓大家知有相關輔具與服務可以用，然後需求會起來，自然會有產業進來。

王照允：我在民國 98 年做慢性病處方宅配的想法，這個是顛覆所有醫療的傳統，所以我知道會遇到很大的阻力，所以我要知道政府在想什麼，所以我就考進了 MBA，但是不才上了一年的課就休學了，因為太忙了。

我本身是藥師，目前推動業務是處方宅配。我認為我們國家面臨資源重分配的問題，可沒人敢做重分配，且政府觀念仍跟不上預防保健趨勢，例如：老人家若因送餐吃了便當，可延緩病症發作，那便當的價值不是 80 塊，應是 280 塊或更高。但現在政府付的錢是你有生病、有開刀、有開藥我才給你錢，它不會以 280 元的價值推動送餐服務，所以永遠都要靠志工去送，這不是解決之道，此外，現在政府的在地老化只解決身體問題，可很多身體問題源自心跟靈，可是政府無法去付心跟靈的錢，這問題不解決，在地老化也無解。

在美國私人保險中就有相關支付，可台灣公家保險是做不到，私人保險只管我收入比支出多，不管錢用到哪裡，所以只要靈可以解決身的問題，我就付靈的錢，心可以解決身的問題，我就付心的錢。

我在 2010 年做處方箋宅配送藥到府服務，目的是解決健康不平等的問題，簡單說是透過去中心化醫療服務概念，解決高齡跟健康不平等問題。我們送藥到府我們現在涵蓋的範圍是全部的台灣本島，包括花蓮的部落、阿里山，為什麼我送得進去？因為我在做

處方宅配，我發現說一開始民眾把我們當詐騙集團，我幫民眾送藥到家是完全免費，100%的收入來自於健保局付我的藥品費用跟藥師服務費，省下店面租金。

另外我們也面臨官商勾結的問題，這些偏遠地方根本沒有資源，也擔心官商勾結。現在 7 個里長跟我們合作，但我們僅是透過里長告訴民眾一個訊息，甚至有時候會去警察局報備，報備這不是詐騙。此外，偏鄉地方是二手的傳播資訊，所以要透過當地里長告訴民眾我們可以相信。處方配送不是只送藥，我們兼做公共衛生服務的推廣，就算病人有按時服藥，但周邊環境因子都沒有改變，病人的疾病不會好，甚至惡化。

舉例來說台東的羅東聖母醫院都有跟我們合作，反正他們不是以醫院賺錢嘛，他們一半以上是來自於捐款，所以羅東聖母它只要病人看完醫生，第二個月第三個月就處方箋直接給我，我就送進部落裡面，那他的居服員帶路啊，因為還要講原住民話，所以比較麻煩一點。那我透過任何的管道，例如說保險公司跟我合作，因為保險公司理念很簡單嘛，這個人晚點出事，他就晚點理賠，它就賺更多錢。

所以，我們進入安養中心配送藥品，當他遇到許多疑難雜症，我們就傾聽它的需求。第二個我們看它的評鑑條文跟藥師有關的全都提供服務，我們進到安養中心做了 25 項的服務，包括它的藥品的管理方法，護理人員的衛教方法，我們領藥之外還要幫它印一下給藥記錄單它可以去記錄清楚，所以註明的要用訓練全部都做。我們去年還因此在新加坡 683 個社會企業拿到第 3 名。

附錄二 「高齡社會白皮書」之補充建議

針對 2015 年我國已發布的「高齡社會白皮書」行動策略進行檢視，本研究提出在地老化與高齡照護及產業連結的相關具體補充建議，以供政府政策施為之參考，分述如下：

一、在老年健康生活，延長健康時間、提升生活品質方面的補充

（一）教育

首先，應加強一般民眾老人病症教育，包括針對醫護人員的「高齡預防」再教育，以減少老人病臥時間、醫療期間的健康教育為原則。同時，預防環境與健康識能的連結，尤其是建築設計師對於在宅老化建築設計的觀念與教育。

（二）環境營造

營造友善長者的居家社區環境，例如：紅綠燈的秒數、步道與無障礙的安排。居家環境的改變也會帶動產業改變。政府也應輔導重要高齡社會居住條件的相關產業，並補貼民眾購買預防器材。

（三）宣導

未來可以擴大居家社區醫療服務，加強老年病症候群（包括憂鬱症心理疾病）的預防，以及衰弱的篩檢。例如：確保老人走路速度，以恢復過馬路的时间為衡量標準。目前的政府在保險的作法是，生病時有健保給付、失能時有長照，但應該更進一步透過保險或產業提供預防器材的給付。在預防重於治療的原則下，社區關懷據點宣傳推廣老人適量運動，「適量」應清楚定義，量身

訂做，包括：種類、周期、量等，提供專屬資源給 65 歲以上老人免費使用，或運動中心折抵健保費。病人常有合併病症的問題，應整合老人門診，解決目前還是門診後分科處理的狀況。

二、在幸福家庭，永續長照服務、促進世代共融方面的補充

（一）節目提供

可以考慮製播老人公共電視台，提供高齡教育節目。

（二）專業人才證照化

應該提高長照和社工等人員的專業性與薪資、工作地位，包括採取政府認證、培訓等作法，並將長照人力引入健康及亞健康老人人口。

（三）高齡友善制度

從家庭學校開始建構友善高齡的機制，例如：提供以老人為標的的有薪家庭照顧假、學生服務時數納入老人服務對象等。

三、在活力社會，促進多元參與、提高自我價值方面的補充

（一）解除年齡限制

鼓勵高齡者志願服務參與勿以年齡過高作為限制條件。

（二）通用化設計

提升高齡者運動休閒的多元化，應考慮與社區周邊環境結合，設計提供給包含老人在內可以使用的公園，也就是要有「公園全人化」觀點進行設計。

（三）終身學習

推動高齡教育學習制度要納入終身學習的觀念，建立 65 歲以後的義務教育，由大學開設正式學位，屬於非聯誼性質的教育制度。特別是在數位時代的今日，可著重與資訊有關的課程安排。

四、在友善環境，普及支持網絡、消弭障礙歧視方面的補充

（一）網路平台

建置連續性服務資源串連網絡，需要完善友善高齡資訊與服務交流平臺（資料庫），並提供老人專屬的 APP，讓行動裝置更具高齡親近性和實用性。

（二）單一服務窗口

社區服務資源中心的設置可以考慮將各地衛生所轉型成類似健康管理中心，並整合式單一窗口，提供老人各項服務。

（三）促進生活無障礙

包括通用無障礙宅、無障礙交通旅遊，以及高齡友善城市等。

（四）發展銀髮產業

各行各業將其服務對象的年齡向後延長。

附錄三 建立社區照顧關懷據點實施計畫

壹、計畫源起

由於人口結構高齡化，平均餘命延長，使得老人照顧需求相對增高，同時因經社環境變遷，家庭結構核心化，婦女就業需求亦大增，致使家庭所能扮演之照顧功能漸受影響。本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，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，再依需要連結各級政府所推動社區照顧、機構照顧及居家服務等各項照顧措施，以建置失能老人連續性之長期照顧服務。

貳、計畫背景說明

依據內政部人口統計資料指出，至民國 93 年 12 月止，老年人口為 2,15 萬 475 人，佔總人口的 9.48%；依行政院經建會推估，至民國 115 年左右老年人口將達總人口的 20 %。另 93 年底人口老化指數為 49.02%，老年人口依賴比為 13.31%，分較 82 年增加 20.78 及 2.83 個百分點。社區的照顧問題已迫在眉睫，除公部門所提供之正式資源外，開發非正式的社會資源更可強化社區照顧的能力。

目前各縣市所成立的長期照顧管理中心 1 縣市僅設置 1 處，老人文康活動中心原則以鄉鎮市為單位，然至 93 年底，無文康活動中心的鄉鎮仍有 88 個（佔總鄉鎮數之 24%），另鄉鎮市中無居家服務據點的有 244 個（佔總鄉鎮數之 66%），其他如緊急救援通報服務系統、中低老人住宅設施補助、營養餐飲服務等可協助老人在社區自主生活之方案，提供據點普及性不足，民眾使用之可近性不夠，並有福利資源分佈不平均現象。在機構收容部分，依內政部統計，至 93 年底僅有 3 萬 251 位老人住在安養護機構，顯見多數老人選擇留在社區中接受照顧。

因應上述需求分析，本實施計畫鼓勵社區自主參與初級預防照護服務工作，對於位處偏遠福利資源缺乏的社區，可經由人力培訓進而設置據點提供服務，以縮短城鄉差距；至於原已具有辦理照顧服務基礎的單位，可經擴充服務項目成為據點。故本計畫之推動，除具初級預防功能，延緩人口老化外，遇有需正式照顧資源協助的個案，更可協助轉介至長期照顧管理中心接受專業協助。有關社區照顧關懷據點與相關照顧資源服務資源關係圖請參考附件一。

為與地方政府建立推動本計畫之共識，內政部前於 94 年 1 至 3 月間辦理 2 場次分區座談暨觀摩會，參訪 5 縣市政府其民間團體辦理老人照顧服務情形，並邀請地方政府就計畫內容及推動方式交換意見，同年 5 月經相關部會之補充建議修正本計畫。

註 1：人口老化指數：65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲以下人口數乘以 100

註 2：老年人口依賴比：65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100

參、計畫目標

- 一、落實台灣健康社區六星計畫，由在地人提供在地服務，建立社區自主運作模式，以貼近居民生活需求，營造永續成長、健康的社區環境。
- 二、以長期照顧社區營造之基本精神，分 3 年設置 2000 個社區照顧關懷據點，提供老人社區化之預防照護。
- 三、結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，建立連續性之照顧體系。

肆、執行單位

- 一、指導單位：內政部

二、主辦單位：直轄市、縣（市）政府

三、承辦單位：

（一）立案之社會團體（含社區發展協會）

（二）財團法人社會福利、宗教組織、文教基金會捐助章程中明訂辦理社會福利事項者。

（三）其他社區團體如社區宗教組織、農漁會、文史團體等非營利組織。

伍、實施策略

社區照顧關懷據點之運作模式，包括以下三種：

- 一、鼓勵社區自主提案申請設置據點，結合當地人力、物力及相關資源，進行社區需求調查，提供在地老人預防照護服務。
- 二、輔導現行辦理老人社區照顧服務之相關團體，在既有的基礎上，擴充服務項目至 3 項以上，設置據點提供服務。
- 三、由地方政府針對位處偏遠或資源缺乏之社區，透過社區照顧服務人力培訓過程，增進其社區組織能力，進而設置據點提供服務。

陸、實施期程及進度

本計畫自 94 年 5 月至 96 年 12 月止，為期 3 年，辦理時間及進度規劃如下：

階段	執行內容	工作項目	說明	主（承）辦單位	指導單位	預定期程
培訓社區人力階段	培訓長期照顧社區營造人才	1. 規劃設計研習課程內容 2. 開辦「長期照顧	透過培訓過程，導入社區參與，並協助社區工	直轄市及縣市政府（民間團體）	內政部	94 年 5 月至 96 年 12 月

		社區營造」相關研習課程	作者進行社區資源評估、調查，以利於研習後，提送相關計畫辦理社區照顧關懷服務。			
社區照顧關懷據點試辦階段	補助設置社區照顧關懷據點，建立未來可全面於社區推展之運作機制	1. 由試辦地方政府進行轄區內照顧資源整理與供需分析，協助並督導社區提供服務。 2. 擔任單一窗口彙整社區	第1年擬邀請有意願之8個以上的地方政府為試辦對象，設置400個據點；第2年邀請16個以上的地方政府為	直轄市及縣市政府(民間團體)	內政部	94年5月至96年12月

		照顧關懷據點之設置需求，報部審核。 3. 示範觀摩及經驗分享。	試辦對象，增設 800 個據點。			
社區關懷據點全面推廣階段	補助設置社區關懷據點	1. 依補助規定進行相關補助及考核。 2. 辦理本計畫總執行成果檢討會議。	邀請各地方政府全面實施本計畫，再增設 800 個據點，合計 2000 個據點。	直轄市及縣市政府(民間團體)	內政部	96 年 1 月至 96 年 12 月

柒、計畫內容

每一關懷據點應至少具備下述 3 項服務項目之功能：

- 一、關懷訪視
- 二、電話問安、諮詢及轉介服務
- 三、餐飲服務
- 四、健康促進活動

捌、補助對象、補助項目與其他相關規定

一、補助對象：

- (一) 如承辦單位
- (二) 直轄市、縣（市）政府

二、補助項目及標準

(一) 補助民間團體

1.開辦費：最高補助新台幣 10 萬元，如文康休閒設備、健康器材、溫度計、血壓計、電話裝機費及電腦、辦公桌椅、傳真機、影印機等，以設置社區照顧關懷據點所需設施設備為主，並優先補助老人可使用之設備。

2.業務費：每月最高補助新台幣 1 萬元，如水電、書報雜誌、瓦斯費、文具耗材、茶水、文宣印刷費、活動講師費、器材維護費等，以補助社區照顧關懷據點之經常性支出為主。

3.申請單位若有志工保險費、志工誤餐費、志工交通費(限外勤服務)等需求，可提出申請，尚未接受志工基礎及特殊訓練並領取紀錄冊者，請配合當地社會局規劃辦理；若自行辦理志工或社區人力培訓者，亦得併案提出申請。

4.原已辦理日間照顧、老人營養餐飲等單位，若有足夠空間可設置據點者，視辦理項目補助新台幣 5-10 萬元開辦費，另每月最高補助新台幣 1 萬元業務費部分。

(二) 補助直轄市、縣（市）政府

補助地方政府督導費用，每 1 據點每月督導費為新台幣 3000 元，協助行政事務、服務輸送、人力培訓、方案規劃、推動與評估等事宜。

(三) 申請單位申請經常支出如業務費、志工相關費用、志工訓練及社區人力培訓等項目，應編列 20%以上之自籌款；申請資本支出如開辦費（設備）及督導費，應編列 30%以上之自籌款（附件二）。

三、其他相關規定

(一) 申請程序

1.請地方政府先就轄內福利團體、服務提供情形及區域分佈進行瞭解，分析設置社區照顧關懷據點需求，評估表件如附件三，並請於第一次彙送申請案時提送。

2.民間團體申請時，請依辦理社區照顧關懷據點申請補助計畫書格式(附件四)填列，送請地方政府進行初審後(附件五)，彙送內政部核定。

3.地方政府申請督導費部分，請依直轄市、縣(市)政府辦理社區照顧關懷據點申請補助計畫書格式(附件六)申請。

(二)為發展社區自助互助精神，在符合計畫效益下原則補助3年，申請單位於接受補助期間，應妥為規劃財務，以達成自給自足為目標。自第4年起，依據據點辦理績效，搭配獎勵機制提供獎補助，惟每年業務費仍以12萬元為補助上限；績效不佳者，不予補助。

(三)本計畫之推動，以偏遠地區、原已具社區照顧服務基礎，及台灣健康社區六星計畫所列500個績優社區為優先補助對象。

玖、本計畫所需經費，由內政部及直轄市、縣(市)政府相關經費項下支應。內政部95、96年度補助經費，視立法院審議通過之預算辦理。

拾、預期效益

- 一、設置2000個社區照顧關懷據點，落實預防照護普及化及社區化目標。
- 二、發揚社區營造及社區參與之基本精神，發展在地社區生活特色。
- 三、發揮長期照顧社區化之預防功能，建立社區之照顧支持系統。
- 四、透過在地化之社區照顧，使失能老人留在社區生活。
- 五、減緩家庭照顧者負擔，提供適當之喘息服務。

拾壹、附件

附件一：社區照顧關懷據點與相關照顧服務資源關係圖

附件二：辦理「建立社區照顧關懷據點實施計畫」補助項目及基準表

附件三：直轄市、縣（市）政府規劃設置社區照顧關懷據點評估表

附件四：民間團體申請補助計畫書（格式）

附件五：直轄市、縣（市）政府對民間團體申請補助辦理建立社區

照顧關懷據點實施計畫審查表

附件六：直轄市、縣（市）政府辦理社區照顧關懷據點申請補助計畫書（格式）

附錄四 期中審查意見回覆表

審查委員	意見內容	研究團隊答覆
古教授允文	本研究目的與方法多來自母計畫，關於子計畫本身具有的重要研究問題與方法設計較少著墨，宜再釐清。	依審查意見修正。
	本研究雖已有初步研究發現，建議可進一步深入議題，從中整理並形成未來的研究架構與題綱。	於後續研究階段新增個案座談予以修正。
	本期中報告章節安排清晰，惟請研究團隊就下列三點意見，再予釐清： （1）建議就研究報告所提幾個不同老化概念再予釐清，尤其係如何延伸到在地老化的部分。 （2）建議敘明「在地老化」概念在臺灣推動的可行性？尤其在城鄉落差的結構限制下，是否為必然的選擇。 （3）後續研究建議聚焦在產業發展的主客觀條件上。	依據本子計畫之需求與政府高齡政策白皮書之目標，於後續研究階段新增個案座談予以調整修正。
尚琪 吳教授	建議具體敘明本期中報告之研究方法，第五章研究方法建議改列於第一章。	依審查意見修正。

	建議配合「高齡化社會白皮書」具體檢視「高齡社會政策」及「高齡產業發展政策」。	依據本子計畫之需求與政府高齡政策白皮書之目標，於後續研究階段予以調整修正。
	除高齡少子化議題外，鑑於獨居老人人數不斷增加，建議可就該部分補強相關說明及因應措施。	於後續研究階段新增個案座談予以修正。
經濟部	關於政府投入高齡照護資源之看法，已辦理焦點座談會的議題及專家名單，多傾向學者及非營利組織，建議可再邀請產業界，以瞭解產業層面之觀點。	於後續研究階段新增個案座談予以修正。
	「參、國際政策趨勢」分析各國整體高齡社會政策、推動做法，宜多著墨說明各國政府投入高齡照護之規劃及資源，以利做為我國短、中長期發展之參考方向	依審查意見調整。
	建議初步結論可強化說明整體政策規劃、法規障礙、產業發展等內容。	依據本子計畫之需求與政府高齡政策白皮書之目標，於後續研究階段予以調整修正。
	研究目的與初步建議聚焦於「在地老化」、「高齡照護及產業發展」之論述有利於未來	依據本子計畫之需求與政府高齡政策白皮書之目標，於後續研究階段予以調整修正。

	推動策略；另建議可深入研析政府投入之高齡照護資源妥適性，以及未來高齡照護之產業可發展之方向建議。	
勞動部	本研究案建議聚焦委託研究計畫緣起及目標說明中所列計畫目標。	依審查意見調整。
衛生福利部社會及家庭署	考量「通明里日托中心」成立時間較短，其效益未明，以此中心作為主要研究案例是否妥適，建議再酌。	於後續研究階段新增個案座談予以修正。
	考量關懷據點不等於社區，再加上因為城鄉差距，各關懷據點的發展模式不一，如臺北市社區關懷據點發展最差，但若要發展產業，其購買力最佳，似不宜以關懷據點作為唯一推展在地老化政策之主軸對象。	於後續研究階段新增個案座談予以修正。
委託機關	有關「壹、緒論」一節，大量鋪陳國發計畫及需求書規劃內容，與在地老化與高齡照護及產業發展政策無實質聯結，建議刪除。	依審查意見調整修正。

<p>本研究高齡照護及產業發展之論述仍屬不足，建議補強。另「貳、國際政策趨勢」，研究團隊分舉日本、德國及芬蘭為例說明其發展在地老化之作法，惟相關論述過於簡略，為明確瞭解其特色及政策意義，建議就該國人口背景、高齡政策、高齡照護及產業發展情形、在地老化實務作法等做系統性之論述。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>在「參、國內政策現況」問題描述部分，建議可分點採條列式分析，具體描述我國的問題，如標題為「我國老人健康促進不足，失能餘命過久」、「支援在地老化資源不足」，內容則詳加說明並輔以統計資料佐證，將有利聚焦問題之所在。另研究團隊以105年1月19日舉行之焦點座談結論放置於本章節作為小結，似有未妥，建議修正。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>建議進一步盤點現行各部會針對健康及亞健康老人「在地老化」及「高齡照護及產業發展」之相關政策，如「社區照顧關懷據點」，建議補充相關</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>

<p>政策內涵、執行情形及其效益等相關資料。</p>	
<p>有關「肆、個案分析與初步建議」，建議宜聚焦業個案所代表之政策意義及效益，並就其代表的產業模式、樣態等進行說明，並建議以此為基礎，進一步擴及家庭功能、社區發展、產業發展等整體面進行探討，並提出（跨部會、跨公私部門）體制內外之因應措施，研提政策規劃建議。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>本報告結構過於鬆散，為利報告完整性及後續政策參考，建議再強化各章節之連結性，如各國經驗可用何種方式連結我國目前在地老化政策或高齡照護產業，結合新近社會發展趨勢，研提未來應深入探究之政策議題。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>

<p>本案係屬研究報告，建議仍以第一章、第一節等架構編排，另章節鋪陳建議可以緒論（含研究方法）、國際現況、國內現況（含個案分析）研究發現與研究建議之方式，以利完整。另部分編排格式（如版面邊界、圖表次、圖表資料來源等）及錯漏字請再詳予檢視修正。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
---	-------------------

附錄五 期末審查意見回覆表

審查委員	意見內容	研究團隊答覆
邱副教授尚志	<p>研究方法採資料分析與個案研究法討論我國因應高齡社會在地老化與高齡照護產業發展，符合原先研究架構，但不管是社區、機構或產業，面對長期照護服務在臺灣還是有城鄉差距或南北資源不平衡的情形，故建議可就所選個案的想法或標準進一步補充說明。</p> <p>本案雖以社區為觀點，針對如何落實在地老化提出研究建議，然台灣長照產業發展主要問題還是在於完整商業模式不足，因此建議強化產業如何與社區資源相互協助搭配之相關說明。</p>	<p>依審查意見補充。</p> <p>本研究聚焦在健康與亞健康老人，並依審查意見調整修正。</p>
陳助理教授雅美	<p>本研究在機構個案中所提的老人日托中心在長照法係歸類為社區類別照顧。應說明研究團隊分類為機構個案之緣由。</p> <p>研究團隊已經有社區發展據點個案，建議增加老人中心、銀髮俱樂部等個案，並探討歐美</p>	<p>依審查意見補充。</p> <p>本研究之國外案例選擇日、德、芬蘭等三國，歐美老人中心服務內容之探討，建議另案</p>

	老人中心服務內容，以回應台灣為何類似的社區發展據點未能發揮功能。	研究。
	研究團隊所選的機構個案，若以其服務量來評估應不算是成功案例產業。如此低服務量與台灣其他社區發展據點相似，建議研究團隊可加說明認定其為成功案例的緣由。	依審查意見補充。
	研究團隊說明三個老化理論，建議進一步說明其內涵及和政策之連結性，另請補充人口老化與失能趨勢資料。	依審查意見補充。
劉助理教授家勇	請補充說明採社區、機構、產業三大架構之個案根據，及選擇個案之原因及理由。	依審查意見補充。
	建議在緒論中加入研究背景或緣起；又考量 5 場次焦點座談的主題及討論內容皆非針對同一個案，故建議不要將焦點座談放置在個案研究之下。另請研究團隊說明研究資料篩選的原則、矛盾訊息的處理方式、以及如何確保效度等，以利完善。	依審查意見調整修正。個案研究依研究架構進行資料處理。
	第三章國內政策部分，僅敘述趨勢和政策發展過程，但缺乏對現況的比較分析與整理、國	依審查意見補充。

	內高齡照顧的資源盤點及制度運作等探討與分析，建議應予強化其深度及量能。	
	本研究對於因應我國高齡化社會之「在地老化」與「高齡照護及產業發展」具有重要意義，建議研究團隊可將相關研究發現加以整理，以更結構化的方式呈現，俾利為我國相關社會發展政策提供前瞻性及開創性的規劃參考。	依審查意見調整修正。
經濟部	國際現況描述，引用日本、德國、芬蘭等先進國家之作法，宜多著墨說明各國社會福利政策之主管機關、掌握資源、政策特色等，以及應說明產業化可經營發展之層次，以利未來相關部會訂定推動政策之參考方向。	依審查意見補充。
	第三章「國內現況」，係為說明國內在地老化與高齡照護政策現況，而第四章「個案分析」卻未說明其與國內相關政策之關聯度，以及高齡照顧產業發展概況之說明稍嫌薄弱。	依審查意見調整修正。
	章節安排，建議研究團隊應先明確定義「高齡照護產業」，再由上往下進行相關政策層面分析、產業面分析，以及個案	本研究依研究架構，以「社區」為在地老化落實的焦點，並試圖透過社區連結家庭長者需求與產業服務供給進行個案的分

	分析，以利各章節之研究成果可環環相扣及前後對應。	析。
	計畫目標第三項提及「深入分析並檢討政府投入之高齡照護資源妥適性」，但研究發展以及結論僅指出：缺乏整體資源配置，政府政策應該要從整體宏觀的角度進行預算的重新配置，此論述基礎稍薄弱，建議可多加論述及建議。	依審查意見補充。
	計畫目標涵蓋「高齡照護產業發展」，應可多著墨相關國內外的產業現況與未來趨勢，例如日本近幾年為了鼓勵在地養老，推出非常多的政策措施，已發展許多新型態的在地養老模式及產業化發展模式。	依審查意見補充。
勞動部	有關第五章結論第二節政策建議六、針對「高齡社會白皮書」之補充建議部分，考量勞動部已將中高齡者的就業促進列為施政重點，故建議本點刪除。	依審查意見調整修正。
	勞動部長期辦理推動中高齡者就業，發現該項業務最難的是如何改變社會價值觀，國人對於中高齡者就業多持負面評價（貧窮、子女不孝），此也造成業務推動的困難，建議研究團隊可將此部分納入撰寫。	依審查意見補充。

衛生福利部社會及家庭署	建議進一步敘明個案選擇的原因，又所列個案是否即可代表全貌，並據以推論相關政策建議，不無疑義。如焦點座談提到社區關懷據點空間不足，但實際狀況是不是僅有臺北市不足，其他縣市並無空間不足之問題。	依審查意見補充。
	本研究案建議可進一步就政府所做政策進行盤點，以及這些政策產生的效益進行分析。	依審查意見補充，並建議各項政策之效益分析，由政府各主管機關和業務單位另案研究。
委託機關	有關「壹、緒論」一節，建議強化研究目的，並納入委託研究計畫緣起及目標說明等相關內容。	依審查意見調整修正。
	有關「貳、國際現況」第一節高齡化社會的挑戰，僅以楊志良教授 2010 年的研究書寫，似顯薄弱，建議輔以其他學者或國外文獻資料，整理趨勢說明，或可考量新增第二章「文獻探討」，以強化本報告之完整性。另第二節高齡化對策部分，建議先以引言串連說明四個老化對策，內容除解釋四個老化的意義外，建議強化對應之政策類型及意涵；至案例部分，建議連結前揭四個老化的概念強化相關內容並做系統性	依審查意見調整修正。

<p>之論述，並建議強化德國及芬蘭論述，以均衡篇幅配置。</p>	
<p>有關「參、國內現況」，第一節趨勢描述，建議修正為「我國高齡化趨勢分析」，並建議除客觀描述我國人口結構改變情形外，並應具體分析對應的問題及挑戰，並採分點條列式分析，具體描述我國的問題，如「我國老人健康促進不足，失能餘命過久」、「支援在地老化資源不足」，內容則詳加說明並輔以統計資料佐證，以利聚焦問題之所在。第二節政策分析，建議論述宜先客觀陳述盤點各部會針對健康及亞健康老人「在地老化」及「高齡照護及產業發展」之相關政策情形，最後於小結時陳述盤點發現或結果。另相關政策及重要計畫盤點部分，多屬舊資料（如表 3-1「各部會因應高齡化規劃推動之相關計畫方案」，即為原經建會 99 年 1 月 12 日召開之第 1379 次會議報告案資料），考量其年代久遠，不足以代表現今政府政策，建議更新。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>

<p>有關「伍、結論」，以第四章為基礎資料推論第五章我國在地老化政策及產業發展面臨問題及其政策建議，其連結性似顯薄弱，建議宜聚焦個案所代表之政策意義及效益，並建議以此為基礎，進一步提出（跨部會、跨公私部門）體制內外之因應措施，研提政策規劃建議。另建議後續報告應結合新近社會發展趨勢，研提未來應深入探究之政策議題。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>部分編排格式（如圖次、表次、圖表資料來源等）及錯漏字、用詞等，請再詳予檢視修正（如第三章右上角小標錯誤）。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>附錄請依資料性質予以編列，如焦點座談會之會議紀錄建議集中放置，並請補充相關詳細會議資訊，如專家學者單位等。又兩場座談會議紀錄格式建議一致性處理。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>建議附錄增列相關重大政策、立法院有關法案或與本文有關資料，俾利完備。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>
<p>各章節請補充小結，如第二章可就各國情形進行分析。</p>	<p>依審查意見調整修正。</p>