

編號：(98)026.809

長期照護保險法制
服務提供及服務人力之評估

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

編號：(98)026.809

長期照護保險法制 服務提供及服務人力之評估

計畫主持人：陳惠姿

協同主持人：莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟

研究員：翟文英

研究助理：吳孟恬

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：私立輔仁大學

本報告內容係研究單位之觀點，不代表委託機關之意見

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

目 錄

摘要	1
第壹章 緒論	3
第一節 研究背景	3
第二節 研究目標	4
第貳章 研究方法	5
第一節 研究架構	5
第二節 研究內容	6
第三節 研究方法	6
第參章 文獻探討	7
第一節 相關國家長期照顧資源發展經驗	7
第二節 社區式照顧資源	11
第三節 居家式照顧資源	18
第四節 機構式照顧資源	24
第五節 新型服務資源	33
第六節 失智症照顧資源與人力資源	40
第七節 長期照護人力資源現況	45
第八節 推動民間參與之現況	51
第九節 照顧服務使用外籍看護工的現況	57
第肆章 結果與討論	58
第一節 照顧資源發展之核心價值與原則	58
第二節 我國長期照護資源發展假設與推估	58
第三節 社區式照顧資源發展策略	78
第四節 居家式照顧資源發展策略	84
第五節 機構式照顧資源發展策略	88
第六節 新型服務資源	94
第七節 失智症照顧資源與人力資源發展策略	105
第八節 長期照護人力資源發展策略	108
第九節 協同民間部門中的營利與非營利部門資源發展策略	130

第十節 外籍看護工與本籍照顧服務員的競合-----	133
第五章 結論、建議與限制	141
附件-----	144
工作會議紀錄-----	145
專家座談會會議紀錄-----	170
勞委員中部辦公室業務重點-----	183
參考文獻-----	185

表 目 錄

表 3-1-1 相關國家 65 歲以上者資源使用情形-----	7
表 3-1-2 2006 年四個國家 65 歲以上老年人使用機構式及居家照護式服務比率	8
表 3-1-3 不同性別使用機構服務狀況-----	8
表 3-1-4 不同性別使用居家照護服務狀況-----	8
表 3-1-5 日本 2000 年~2008 年照顧資源使用情形-----	10
表 3-1-6 日本社區與居家資源使用比例-----	10
表 3-2-1 國內現有老人日間照護資源-----	12
表 3-2-2 具有轉型為老人日間照護中心之潛在資源-----	14
表 3-2-3 社區照顧關懷據點與老人福利服務（文康活動）中心-----	14
表 3-4-1 歷年機構家數現況表(含養護、長照、榮家、護理之家)-----	25
表 3-4-2 長照、養護及精神床位使用情形-----	26
表 3-4-3 內政部 96 年度老人福利機構評鑑-----	27
表 3-4-4 歷年評鑑結果-----	27
表 3-4-5 身心功能障礙者服務需求-----	28
表 3-4-6 身障全日型住宿機構床位使用情形-----	29
表 3-4-7 身障住宿機構人力設置標準-----	29
表 3-4-8 機構照護床位資源類型及對象-----	30
表 3-4-9 床位數-----	31
表 3-4-10 床位使用情形-----	31
表 3-4-11 2006 年德、荷、日、韓機構式與社區/居家式資源-----	32
表 3-7-1 日本與台灣每萬名老人專業人力比較-----	47
表 3-7-2 2007 年醫療機構及其他醫事機構暨人員開(執)業場所執業醫事人員數-	48
表 3-7-3 長期照護各類服務人員人力比-----	49
表 3-7-4 2008 年人力資源現況-----	50
表 3-8-1 推動老人福利民營化相關政策-----	52
表 3-8-2 各類民間組織參與長期照顧相關服務情形-----	56
表 3-9-1 本籍照顧服務員及外籍看護不同工作場域工作條件比較表-----	61
表 4-2-1 2011 年依 50%、60%、70%推估長期照顧資源短程整備目標-----	68
表 4-2-2 2013 年長期照顧資源中程整備目標-----	68
表 4-2-3 長期照顧資源整備短、中、長程目標-----	69
表 4-2-4 方案三 A 依財務估算組假設之長照資源整備 50%目標-----	69

表 4-2-5	方案三 B 依財務估算組假設之長照資源整備 60%目標-----	70
表 4-2-6	方案三 C 依財務估算組假設之長照資源整備 70%目標-----	70
表 4-2-7	方案四 A 依財務估算組假設之長照資源整備 50%目標-----	71
表 4-2-8	方案四 B 依財務估算組假設之長照資源整備 60%目標-----	71
表 4-2-9	方案四 C 依財務估算組假設之長照資源整備 70%目標-----	72
表 4-2-10	長期照顧資源發展短程目標需求人口與資源整備量 50%試算-----	72
表 4-2-11	長期照顧資源發展短程目標需求人口與資源整備量 60%試算-----	73
表 4-2-12	長期照顧資源發展短程目標需求人口與資源整備量 70%試算-----	73
表 4-2-13	2011 年長期照護資源整備量 50~70%試算與 2008 年資源現況比較-----	74
表 4-2-14	方案二依財務估算組假設之長照資源整備 80%目標-----	76
表 4-2-15	方案三依財務估算組假設之長照資源整備 80%目標-----	77
表 4-2-16	長期照顧資源發展資源整備量達 80%試算(2018 年)-----	77
表 4-5-1	資源總量整備目標-----	88
表 4-5-2	社居居家與機構使用比例方案-----	89
表 4-5-3	A 案(資源準備比例 50%)推估-----	89
表 4-5-4	B 案(資源準備比例 60%)推估-----	90
表 4-5-5	C 案(資源準備比例 70%)推估-----	90
表 4-8-1	方案一人力資源推估-----	114
表 4-8-2	方案二人力資源推估-----	115
表 4-8-3	方案三人力資源推估-----	116
表 4-8-4	方案四人力資源推估-----	117
表 4-8-5	2011 年各類方案須整備人力總表-----	118
表 4-8-6	2018 年各方案人力整備量-----	123
表 4-8-7	2018 年各類方案須整備人力總表及逐年須整備人力-----	124

摘要

本研究計畫之目的乃就長期照護保險所需的照護資源進行發展策略評估，包括服務資源與人力資源。檢視目前國內現有之照顧資源量；發現機構式資源尚稱足夠因應 2011 年所需資源之數量，唯社區與居家式資源相當缺乏；參考德、日等國開辦照護保險在照顧資源整備之數量，先行規劃出我國所需之整備目標。本計畫提出以資源發展「社區資源優先、居家次之、機構資源持平」之順序，2011 年時社區與居家資源之整備量各為照護需求人數之 8.75~14%，以利「普及性」地提供日間照顧與居家服務，輔以居家復健、交通服務與居家護理；並提出在 2011 年之前應試辦、開發的七項新型服務。文中提出(1)照顧資源種整備目標及策略及短中長程整備目標、(2)社區式資源整備目標及策略包括日間照顧、社區復健以及交通服務、(3)居家式資源整備目標及策略包括居家服務、居家復健、(4)七項新型服務整備目標及策略、(5)失智者照顧資源整備目標及策略、(6)人力資源整備目標及策略、(7) 政府與非營利組織或民間資源之競合現況、(8)外籍看護工競合與轉銜等建議供作照顧保險決策之參考。

Abstract

The aim of this project is to propose the strategy planning in resource development for the Long-Term Care Insurance in 2011. In the very beginning, in addition to examine the amount of existing long-term care resource, extensive literature review, with a special focus on Germany, Netherlands and Korea, was adopted to learn how the resource had been prepared in the process of establishing long-term care insurance in other countries. Research team met twice a week in the past 4 months, followed by discussing with experts on long-term care.

“Community-based comes first, followed by Home-based, Institution comes last” was first addressed as the priority for LTC resources development. The adequacy of LTC resources and different ratios among community-based, home-based and institution resources came together as a framework for four proposals to resource development. In conclusion, both community-based and home-based service resources need to be 8.4-14% of that required by the LTC population in 2011. This article had also recommended the following specific target objectives and strategy planning:(1) both short and long term target objectives for resource development in 2011and 2018;(2) target objectives and strategy planning for community-based service program, including day care, community-based rehabilitation, as well as transportation services; (3) target objectives and strategy planning for home-based service program, including home helper and home rehabilitation; (4) target objectives and strategy planning for seven new service programs, including foster care, group home, assisted living, ... etc.; (5) target objectives and strategy planning for demented care;(6) target objectives and strategy planning for human resources, including professionals, care workers, and volunteers;(7) target objectives and strategy planning for collaborating non-government organization, non-profit and for profit organization; (8) strategy planning in effective utilization of foreign care worker. All the strategy planning addressed in this report was expected to be used for decision making in establishing the Long-term Care Insurance in 2011.

第壹章 緒論

第一節 研究背景

台灣地區因醫療衛生進步、平均壽命延長及出生率下降，老人的人數和比率呈現顯著成長，人口老化問題日益明顯。民國82年老年人口比率超過7%，約有149萬人，至民國97年，65歲以上老年人口為226萬餘人，占全國總人口的比率10.4%，推估至民國117年，老年人口總數將達到475人，老年人口比率將達到22.5%(經建會，2008)。鄭文輝等人(2004)以六項日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADLs)估計我國2011年、2021年及2031年20歲以上需長期照護的人口將分別成長為359,591人、505,525人和700,512人，王雲東等人(2009)則以巴氏量表 (Barthel Index) 70分以下推估長期照護需求人數，2011年、2018年及2028年將分別為328,783人、493,102人和689,304人。其中照護需求人數快速增加係因戰後嬰兒潮人口將於2011年起進入65歲及75歲，長期照護隨之成為十分迫切的社會議題。

自1990年代晚期，政府各部會推動多項長期照護(顧)相關方案，包括：加強老人安養服務方案(內政部，1998)，老人長期照護三年計畫(衛生署，1998)、建構長期照護體系先導計畫(行政院，2000)、新世紀健康照護計畫(衛生署，2001)、長期照護社區化計畫(衛生署，2005)、照顧服務福利及產業發展方案(經建會，2002)、遠距照護試辦計畫(衛生署，2007)，健康照護服務產業發展方案(經濟部，2007)，及行政院在2007年頒佈的「我國長期照顧十年計畫」等，使得國內照顧資源略具雛型。

至2008年12月底，我國長期照護資源現況，老人及長期照顧機構總床數為72,343床，身心障礙機構總床數為12,358床，惟各類機構實際入住率約在74~75%，顯示機構式照護資源在數量上呈現供過於求的狀況。至於居家式及社區式服務量分別為123家24,925人及34家約3,020人(葉莉莉等，2009)，顯示國人的接受或使用之程度仍有限，加上服務資源尚未普及，近年來雖各項方案持續推動，惟

服務使用量成長幅度仍然相當有限。目前民眾仍多傾向聘僱外籍看護工，截至2008年8月止，外籍看護工人數已達165,093人(勞委會，2008)。行政院劉院長指示研擬「長期照護保險」，且預計於2011年施行，屆時照護資源之供給不僅是量的問題，也需考慮服務資源之可近性、可選擇性、可負擔性以及可信賴性，本研究之目的即針對照顧服務資源與照護人力兩大課題的發展規劃，以因應照護保險開辦後使用者之需求。

長期照護保險如同全民健保一般，在實施之前需要計畫性地發展各項服務資源，避免在資源尚未整備前即倉促上路，否則將導致給付不足之窘境。全民健保推動之前，衛生署即已積極推動多期醫療網計畫，充實相關醫療院所資源。日本在2000年實施長照保險前，亦先於1990年展開「推動老人保健福利十年計畫」(即所謂「黃金計畫」)，嗣因人口高齡化進展快速，乃於1994年修正成為「新黃金計畫」，調整相關照顧服務與人力資源之整備目標與策略。我國目前執行中的「長期照顧十年計畫」，即仿照日本推動長照保險的歷程，致力於發展照顧服務資源與開發相關人力，本研究計畫也將基於現階段段施行的「長期照顧十年計畫」以有的資源基礎上提出相關照顧服務與人力資源整備之性評估。

第二節 研究目標

本研究將針對長期照護保險所需的照護資源進行發展策略評估：

(一) 服務資源類別發展策略評估。

(包括機構式、社區式及居家式服務；政府部門、非營利部門、民間企業部門)。

(二) 照顧人力供需、培訓與證照制度現況及發展策略評估

1. 專業人力。

2. 半專業人力(如照顧服務員、居家服務員等)。

3. 非專業人力(如家庭照顧者、志工、替代役等)。

4. 外籍看護工適度納入長照服務輸送體系之可行性。

第貳章 研究方法

第一節 研究架構

本研究架構如圖 2-1-1 所示，將分別就服務資源與人力資源在質與量的現況先行檢視，進而與相關研究團隊，例如分別發展之策略評估。

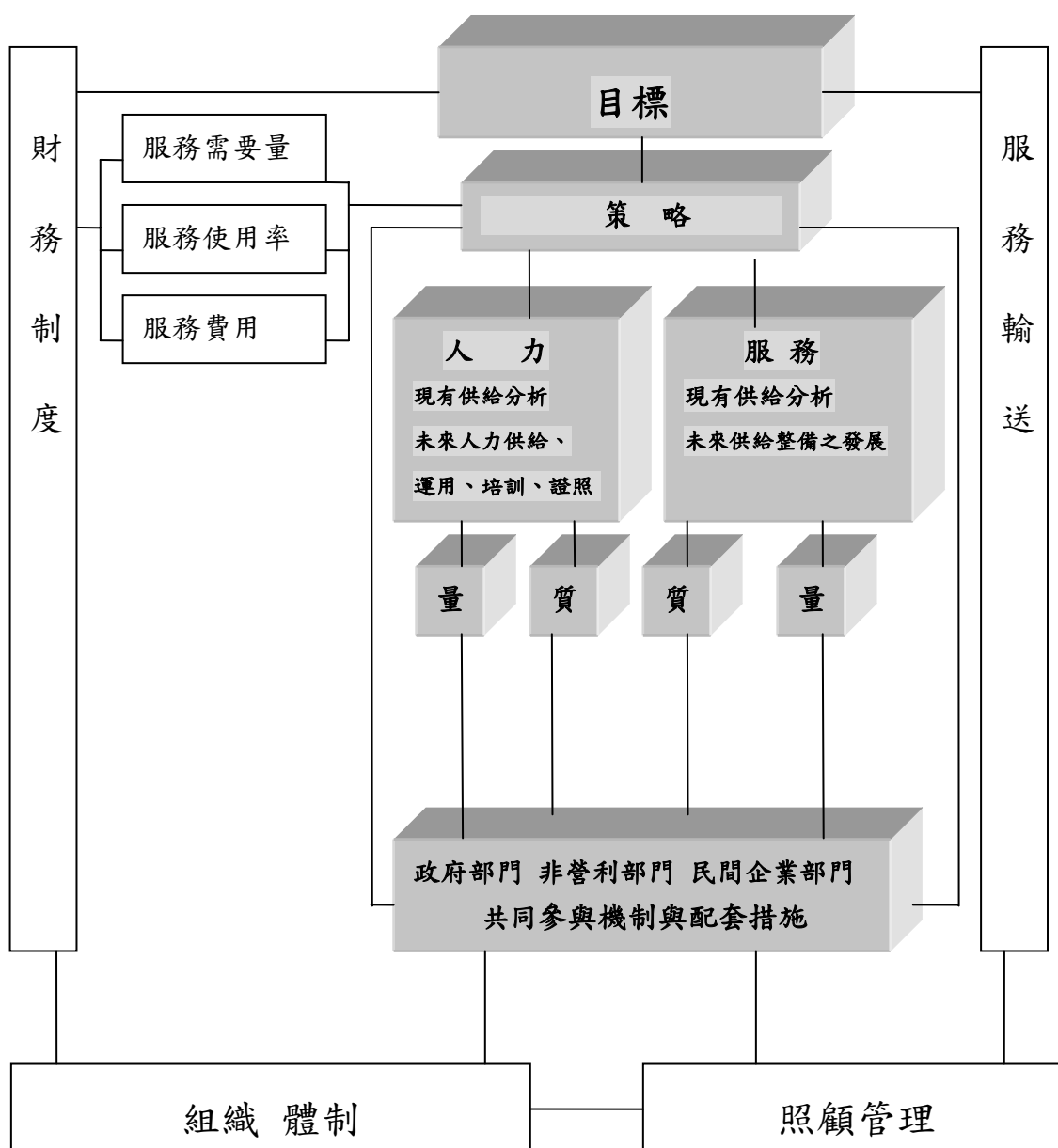


圖 2-1-1：研究架構

第二節 研究內容

- (一) 整理分析長期照護保險制度先驅各國（德、日、荷、韓）的服務提供及服務人力之規劃策略，並比較各國優缺，提出值得國內參考的策略。
- (二) 參與相關團隊間的跨組討論、聯繫會議，截取逐步形成之共識最為資源規劃與發展之依據。
- (三) 辦理專家學者會議，討論實施長期照護保險制度的服務資源及服務人力需求量及提供策略。
- (四) 依據上述資料分析，提出我國整備實施長期照護保險所需資源之發展策略評估。

第三節 研究方法

(一) 文獻研析

國內文獻資料來源主要以政府及民間團體出版的相關文件檔案以及長期照護相關之實證研究；國外文獻則以日本、德國、韓國以及荷蘭等四國進行文獻資料之蒐集與分析。

(二) 定期討論

1. 研究小組，包括產官學代表，將每兩星期定期討論，逐步達成計畫目標。
2. 跨組定期討論：本小組將定期參與跨組會議。

(三) 專家座談會

邀請產官學代表共 20 人分為兩組在台北與台中進行家座談會，就研究小組草擬之策略評估提供意見。(請附專家名單)

第參章 文獻探討

第一節 相關國家長期照護資源發展經驗

一、各國長期照顧資源使用現況之比較

根據 OECD(2008)比較相關國家，實施照護保險制度國家老年人口接受長期照顧服務比率(如表 3-1-1)，德國、日本及荷蘭在 2006 年時老年人口比率分別為 19.7%、20.8%及 14.4%，三個國家老年人使用居家及社區照顧服務比率分別為 6.6%、9.8%及 13.1%，遠高於機構式服務之使用率；韓國因 2008 年才開辦保險制度，其服務接受類型比率仍未有資料；反觀台灣 2004 年資料，老年人使用居家及社區式照顧比率為 1.0%，而使用機構式資源照顧比率為 2.0%，呈現機構式資源使用比率高於居家及社區式資源之現象。

表 3-1-1：2006 年相關國家 65 歲以上者資源使用情形

國家	65 歲以上老年人口數(%)	65 歲以上老年人服務使用率	
		居家照護人數(%)	機構式人數(%)
德國	1,625.7 萬(19.7)	1,066,331(6.6)	601,657(3.7)
日本	2,660.4 萬(20.8)	2,612,600(9.8)	797,200(3.0)
荷蘭	234.9 萬(14.4)	307,875(13.1)	161,167(6.9)
韓國	458.6 萬(9.5)	.....	.....
台灣	215 萬(9.5)*	26013(1.0)	42,263(2.0)

資料來源：OECD Health Data(2008) *：2003 年資料

二、長期照護服務使用者之年齡結構

比較德、日及荷等三國機構式及居家照護式服務使用者年齡結構(如表 3-1-2)，機構式使用者中，年齡在 80 歲以上者與 65~79 歲相比，約為 7:2；居家照護服務使用者亦以 80 歲以上居多予 65~79 歲使用者相比，約為 6:4，本研究中長期照護資源發展需要考量 2021 年戰後嬰兒潮進入 75 歲後，對機構式服務之需求。

表 3-1-2：2006 年四國不同年齡組距老年人照護資源使用比率

國家	65 歲以上 人口數(%)	機構式			居家照護式		
		65 歲以上	65~79 歲	80 歲以上	65 歲以上	65~79 歲	80 歲以上
德國	1,625.7 萬 (19.7%)	601,657 (3.7%)	151,679 (25.2%)	449,978 (74.8%)	1,066,331 (6.6%)	430,936 (40.4%)	635,395 (59.6%)
日本	2,660.4 萬 (20.8%)	797,200 (3.0%)	184,200 (23.1%)	613,000 (76.9%)	2,612,600 (9.8%)	946,900 (36.2%)	1,665,700 (63.8%)
荷蘭	234.9 萬 (14.4%)	161,167 (6.9%)	43,492 (27.0%)	117,675 (73.0%)	307,875 (13.1%)	130,259 (42.3%)	177,616 (57.7%)
韓國	458.6 萬 (9.5%)	.....	.....	.....	.....	.....	.....

資料來源：OECD Health Data(2008)

檢視相關國家不同性別在機構及居家照護服務使用狀況(如表 3-1-3、表 3-1-4)，發現機構服務使用者中 65 歲以上女性老年人約佔 8 成、男性則僅佔 2 成，而在居家照護服務使用者當中 65 歲以上女性老年人約佔 7 成、男性則佔 3 成，這些現象可能與女性平均壽命較男性多 5-6 歲有關，我國長期照顧資源發展也應考量女性老年人的需求。

表 3-1-3：不同性別使用機構服務狀況 (人數)

國家	65 歲以上老年人			80 歲以上老年人		
	女	男	總計	女	男	總計
德國	479,657(79.7%)	122,000(20.3%)	601,657	386,404(85.9%)	63,574(14.1%)	449,978
日本	.....	.....	797,200	.....	.....	613,000
荷蘭	119,721(74.3%)	41,446(25.7%)	161,167	92,681(78.8%)	24,994(21.3%)	117,675
韓國	.....	.....	.....	.....	.....	.....

表 3-1-4：不同性別使用居家照護服務狀況 (人數)

國家	65 歲以上老年人			80 歲以上老年人		
	女	男	總計	女	男	總計
德國	672,320(63.0%)	350,870(33.0%)	1,066,331	481,240(75.7%)	154,155(24.3%)	635,395
日本	.....	.....	2,612,600	.....	.....	1,665,700
荷蘭	210,027(68.2%)	97,848(31.8%)	307,875	127,390(71.7%)	50,226(28.3%)	177,616
韓國	.....	.....	.....	.....	.....	.....

三、日本介護保險資源整備經驗

日本在 1990 年，實施介護保險之前，老年人口中有 6.4%使用機構式照護資源、只有 1%使用居家社區照護資源(OECD, 1995)；至 1995 年時，老年人口中有 6%使用機構式照護資源、5%使用居家社區照護資源(OECD, 2005)；日本規劃整備介護保險照顧資源之經驗，該國於 2000 年保險開辦之初，老年人口數為 2,242 萬人，約佔其總人口數之 17.4%(日本勞動省，2009)，其中經認定符合資格者約為 256 萬人，約佔當時老年人口數之 11.4%，實際使用服務者中 60 萬人使用機構服務、124 萬人使用社區/居家服務，這 184 萬名使用服務者佔經認定符合使用資格者之 71.9%；2001 年起使用比率即逐年增加，至 2008 年約達 80-81% (Campbell & Ikegami, 2000，日本勞動省，2009)，日本在 2000 年時老化程度較我國高出許多，在參考其照顧資源整備經驗，需考量下修整備數量為宜。

觀察日本於 2000 年至 2008 年長期照護資源使用成長情形(如表 3-1-5)，其中機構式資源使用比率，由 2000 年的 23.4%逐漸減少至 2008 年的 18.1%，社區及居家資源使用比率則由 2000 年的 48.4%逐漸增加為 2008 年的 62.6%。就整體資源成長趨勢而言，居家及社區資源與機構資源使用比例自 2000 年的 6.8：3.2 至 2008 年的 7.8：2.2，日本在介護開辦後資源使用比率之成長現象可供我國資源發展中長程目標之參考。

分析日本在 2000 年開辦介護保險第一年各項服務使用率(如表)，居家服務之使用率約為 19%(含居家入浴服務)，居家護理為 11%，居家復健為 1%；社區服務方面，日間照顧之使用率達 24%，社區復健為 11%(日本勞動省，2009)。

表 3-1-5：日本 2000 年~2008 年照顧資源使用情形

(萬人)

年份	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
老年人口數	2,242 (17.4%) ^a	2,317 (18.0%)	2,393 (18.5%)	2,449 (19.0%)	2,511 (19.4%)	2,588 (19.9%)	2,676 (20.5%)	2,727 (21.1%)	2,760 (22.4%)
認定需介護人口數	256 (11.4%) ^b (71.9%) ^c	298 (12.9%) (73.2%)	345 (14.4%) (73.6%)	384 (15.7%) (74.7%)	409 (16.3%) (77.3%)	432 (16.7%) (78.0%)	440 (16.4%) (80.1%)	450.6 (16.5%) (81.6%)	456.7 (16.5%) (80.7%)
社區居家	124 (5.5%) ^d (48.4%)^e	152 (6.6%) (51.0%)	184 (7.7%) (53.3%)	214 (8.7%) (55.7%)	240 (9.6%) (58.7%)	258 (10.0%) (59.7%)	271.5 (10.1%) (61.7%)	285.3 (10.5%) (63.3%)	286.1 (10.4%) (62.6%)
機構	60 (2.7%) ^f (23.4%)^g	66 (2.8%) (22.1%)	70 (2.9%) (20.3%)	73 (3.0%) (19.0%)	76 (3.0%) (18.6%)	79 (3.1%) (18.3%)	81 (3.0%) (18.4%)	82.3 (3.0%) (18.3%)	82.6 (3.0%) (18.1%)

資料來源：日本勞動省(2009)(陳惠姿、吳孟恬整理，2009)

備註：a：老年人口比率 b：經認定需介護者佔老年人口數比率 c：使用人數佔經認定需介護者比率

d：使用社區資源者佔老年人口比率 e：使用社區資源者佔經認定需介護者比率

f：使用機構資源者佔老年人口比率 g：使用機構資源者佔經認定需介護者比率

進一步分析日本社區與居家兩項資源使用比率，將其服務細項依台灣長期照護資源類項區分，將「通所服務」歸類為社區資源，將「訪問服務」歸類為居家資源，於 2000 年時，社區資源約佔 55%，居家資源佔 45%，使用社區資源比例略高於居家資源(如表 3-1-6)。

表 3-1-6：日本社區與居家資源使用比率

(萬人)

年份	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
老年人口數	2,242 (17.4%) ^a	2,317 (18.0%)	2,393 (18.5%)	2,449 (19.0%)	2,511 (19.4%)	2,588 (19.9%)	2,676 (20.5%)	2,727 (21.1%)
認定需介護人口數	256 (11.4%) ^b (71.9%) ^c	298 (12.9%) (73.2%)	345 (14.4%) (73.6%)	384 (15.7%) (74.7%)	409 (16.3%) (77.3%)	432 (16.7%) (78.0%)	440 (16.4%) (80.1%)	450.6 (16.5%) (81.6%)
社區	61.7 55% ^d	69.0 51%	79.0 50%	92.1 49%	99.6 49%	109.7 49%	95.6 50%	88.3 52%
居家	50.7 45% ^e	67.0 49%	79.5 50%	97.0 51%	103.9 51%	115.7 51%	94.5 50%	80.3 48%

資料來源：日本勞動省(2009)(陳惠姿、吳孟恬整理，2009)

備註：a：65 歲以上老年人口比率 b：經認定需介護者佔老年人口數比率 c：使用人數佔經認定需介護者比率

d：使用社區資源佔社區及居家資源使用比率 e：使用居家資源佔社區及居家資源使用比率

第二節 社區式照顧資源

參考德、日兩國資料，日間照顧為其社區式資源中普遍提供之服務，這項資源在我國已存在多年，唯成長幅度相當有限，基於「優先發展社區照顧資源」的理念，「日間照顧」在本計畫中成為資源發展策略中最首要優先發展的照顧資源。建議「日間照顧」、「社區復健中心」、「交通服務」與居家服務並列成為 2011 年第一階段實物給付之項目。

壹、日間照顧服務

一、國外資料

1. 日本在 1990 年提出的「黃金計畫」中，提出要建構 10,000 所日間照顧中心之目標，及至 2000 年共設置約 8,031 所，至 2003 年約達到 10,485 所，2008 年進而達到 21,382 所。若以日本在 2000 年有 3299 個市町村，約為每一市町村約有 2-3 所日間照顧中心，使用日間服務資源者達 20.1 萬人，約佔 256 萬名經認定需介護者的 7.8%，佔為居家/社區資源使用總人數之 16.2%；意即每 100 名符合使用介護服務資格者中約有 7-8 名使用日間照顧，每 100 名使用居家/社區資源者中有 16 名是使用日間照顧者；日間照顧之普及性值得我國學習。

日本介護保險制度是以維護高齡者的自立援助為目的，依需要照顧程度分為『需要照顧』1-5 等五個等級，此外有『需要支援』1-2 兩個等級，對『需要支援』的個案是提供預防保健的服務為主，日間照顧即是其中相當重要的服務項目。

2. 德國以每 10 萬人的區域範圍建置 13 所日間照顧(護)中心(不分年齡)，全國約有 800 所，經營規模都不大，每所照顧 10-14 人，多數日間照顧中心與入住型機構合併經營。

3. 香港在 2007 年，「長者日間護理中心」約 50 家，服務 2,193 名個案，與居家服務（家務助理及綜合家居照顧服務）的 19,671 名個案相比約為 1：9。

二、國內現況

日間照顧(日托服務)在我國以多種型式存在多年，在老人、身障者(含精障者)之名稱略有不同。

1. 國內「老人日間照顧」機構約 34 家，多為失智/失能混合收托之模式，目前收案對象、失能等級及佔床率等無明顯之分類。機構屬性也相當多元，有由老人服務中心附設的士林老人日間照護中心、文山安養護機構附設日間照護中心、甘霖基金會附設日間照護中心、光田護理之家附設日間照護中心、以及署立豐原醫院附設日間照護中心等，共約 930 床。
2. 專門為失智者設置之日間照護中心約 8 家（約 280 床），如表 3-2-1。
3. 身心障礙社區型照顧機構約有 186 家可提供臨時及短期服務，另有 125 家提供「生活重建」、「生活照顧」等日間服務機構及福利服務中心等，可服務約 7,000 人。
4. 精障者日間照顧、康復之友、社區復健中心等提供日間型服務之機構有 125 家共約 17,000 床。

表 3-2-1：國內現有老人日間照顧資源

失智日照(8 家約 280 床)			失能失智混合型		
服務類型	數量	床數	服務類型	數量	床數
護理之家附設日照中心	2 家	耕莘(20) 聖馬爾定(45)	老服中心附設 安養護中心附設 基金會附設 護理之家附設 醫院附設	34 家	士林老服等 文山安養護等 甘霖基金會等 光田護理之家等 署立豐原醫院等
計 65 床					
日照中心(社政)	3 家	聖若瑟(20) 頤安(35) 聖功(15)			
計 70 床					
精神科附設(健保給付)	3 家	草療(45) 嘉療(30) 花蓮慈濟(70)			
計 145 床					

資料來源：內政部、衛生署（鄧世雄、蔡宗學、王宜雯、許瓊文整理，2009/4）

5. 日間托老(如表 3-2-2)：愚人之友基金會在南投、雙福基金會在嘉義縣、聖馬爾定醫院在嘉義市、一粒麥仔在台東地區，以及原住民委員會委託愚人之友基金會在原民地區辦理之日間托老共約 130 點，大多數由教會或是慈善團體以照顧老人為主，以健康促進課程、活動及餐食服務等為主要服務內容。這些日間托老多數配置有社工人員或是護理人員為督導，具有發展成為日間照護中心之潛能。

6. 社區照顧關懷據點(如表 3-2-2)：

2005 年起內政部推動「台灣健康社區六星推動方案」，在全台普設社區照顧關懷據點，鼓勵由在地人提供在地服務，包括關懷訪視、健康促進、送餐服務、電話問安等四項服務項目，期望貼近民眾生活，老年人也可以就近取得服務。透過在地化的社區照顧，使老人留在熟悉的社區中生活，同時亦提供家庭照顧者適當之喘息服務，延緩長者老化速度，發揮社區自助互助照顧功能，社區照顧關懷據點與前項之日間托老有許多重疊之處。

2008 年底全國有 1,582 所關懷據點，其中經評鑑為優等據點 426 處，佔

27%，甲等之據點有 735 處，佔 47%；其中如配置有專業督導人員之據點，則具有發展成為日間照顧中心之潛能。台北市 2008 年共有 48 個據點，其中 3 個據點申請通過成為老人日托照顧中心。

7. 2008 年底老人福利服務（文康活動）中心約 4,869 個(如表 3-2-3)，包括全縣性老人文康中心 35 個、鄉鎮市區老人文康中心 287 個、社區型老人文康中心（長壽俱樂部）3,552 個、其他類型老人活動場所 995 個。

老人日托、社區照顧據點以及老人文康中心等多數以健康老人為主要服務對象，其中也有少數輕度失能者參加，這三項服務項目吸引相當大量的老年人走出家門參加活動，『參加社區中定點定時的活動』逐漸成為這些老年人生活模式的一部分，這些服務可以逐步發展成為日間照顧持續服務以參加的老年人。依據弘道基金會以及愚人之友基金會的經驗，關懷據點將健康與輕度失能者以 9：1 甚至 8：2 的比例混合辦理活動可以達到彼此互助之效果；現階段每一據點服務老人數約 30-50 人，經評定為優等的 400 個據點，推估合計可以服務 12,000~20,000 人，其中健康老人約 9,600~108,000 人，失能老人約 1,200~2,400 人(林依瑩,2009;林麗雪,2009)。

表 3-2-2：具有轉型為老人日間照顧中心之潛在資源

服務類型	數量	說明
老人日托	130 個	健康促進及文康休閒活動，並提供定點供餐服務。 台北市(3)、聖馬爾定(18)、東基(16)、 愚人之友(12)、雙福(9)、原住民老人(76)
社區照顧據點	1,582 個	老人關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務，並視需求提供餐飲服務或辦理健康促進活動。
老人文康中心	4,869 個	1.台北市老人服務中心 2.全縣性、鄉鎮市區老人文康中心 3.長壽俱樂部 4.老人會暨其他團體 5.長青學苑 6.松年大學

資料來源：內政部、衛生署（鄧世雄、蔡宗學、王宜雯、許瓊文整理，2009）

表 3-2-3：社區照顧關懷據點與老人福利服務（文康活動）中心

年	日間照顧 (約34家)	社區照顧關懷據點 (97年1,582個)			
		關懷訪視	電話問安	餐飲服務	健康促進活動
96	5,594人	169,688人	182,017人	69,649人	46,241場
97	3,148人	760,326人	630,824人	280,032人	152,082場
		老人福利服務（文康活動）中心 (約4,236個)			
	全縣性老人 文康中心	鄉鎮市區老 人文康中心	社區型老人文康中 心 (長壽俱樂部)	其他類型 (老人 會暨其他團體)	
96	35個	290個	3,588個	971個	
97	35個	287個	3,552個	995個	

資料來源：內政部、衛生署（鄧世雄、蔡宗學、王宜雯、許瓊文整理，2009）

貳、社區復健

一、對象

社區復建意指在社區中提供的復健服務，是針對失能個案由物理治療或是職能治療專業人員提供服務。根據台北縣的作業辦法其對象為：

1. 設籍該縣並實際居住者，且非機構安置個案。
2. 經醫師診斷有復健需求者。
3. 意識清醒且個案或家屬有復健意願者。
4. 未接受醫療機構復健服務者。

二、服務方式與內容

根據台北縣的作業辦法其服務方式與內容為：

1. 每週 1 次，服務時間至少 2.5 小時/場。
2. 每場次服務個案至少 1 人以上，且不超過（含）10 人。
3. 每位個案接受職能或物理治療至多 12 次/年，若民眾已達 1 年 12 次之社區復健次數，經醫師評估確實仍有復健需求，請醫師於醫囑或診斷書中述明，且治療師結案報告中亦須提及有復健需求，屆時將醫師之醫囑或診斷書及結案報告一併提供給中心，中心照顧管理專員將以此為依據上專簽，服務次數最高可再核予 6 次/年。意即每一個案每年服務量為 12~18 個半天。

三、國外資料

日本 2000 年，273,769 人使用社區復健，意即經認定符合使用介護保險服務者中約 11% 使用這項福務，每萬老人中有 113 人使用社區復健服務，日本的社區復健中心設在介護老人保健設施及醫療設施中，全國共約有 5,000 個據點（相當於每個市町村有 1-2 個據點）；德國與荷蘭長照保險給付項目中則未提供社區復健服務。

四、國內現況

社區復健是十年長照計畫中的服務項目之一，根據葉莉莉等人之資料(2009)，只有三個縣市提供這項服務，分別是台北縣、花蓮縣及新竹縣，2008年的服務量還很少，無法推計其使用比率；台北縣與花蓮縣以縣政府預算共提供 5,322 人次之服務量；其中台北縣之使用人數為 226 人，以台北縣 2008 年 49,217 位失能老人，推估其服務使用率為 0.4%(台北縣長期照顧管理中心，2009)。

社團法人中華民國弘道志工協會於 2006-2008 年間獲聯勸及彩卷盈餘經費補助，與台中縣政府、中山醫學大學、財團法人自行車暨健康科技研發中心策略聯盟(林依瑩，2009)，共開立 11 個社區中風復健班，服務 115 位中風長輩，每班人數約 10-20 人；98 年更預計推廣到北、中、南有需要的社區，鼓勵中風者走出家中到社區復健。民間資源積極在社區中提供復健服務可以成為未來資源發展模式之一。

參、交通服務

一、對象

依據「長期照顧十年計畫」對重度失能者使用交通接送服務，以滿足就醫以及外出使用長期照顧服務為目的。此外，對無法利用一般公車、捷運者，例如身心障礙者或是需他人協助外出者，現階段多以復康巴士提供接送服務。

二、服務方式與內容

根據台北縣的作業辦法其服務方式與內容，僅對重度失能者提供交通接送服務，以滿足就醫與使用長照服務為目的，每月提供車資補助 4 次(來回 8 趟)。消極面希能協助外出不便者就醫之可近性，積極面則期待促進失能者們之社會參與，落實失能者之社區照顧，並營造友善及行動無障礙之社區環境。

我國 65 歲以上老人約有 13%在日常生活活動無法自理，其中以外出搭車無法自理者最多，約占 22.8%（內政部，2005），唯 65 歲以上老年人患有慢性病或重大疾病者占 65.20%，絕大多數需要定期就醫。目前協助失能老人外出、就醫之工作，仍多由家屬代勞，其次為外籍看護，最後才是機構或居家服務人員。照顧者往往需要直接 call 119 利用救護車送急診，以求同時解決失能長者扶持搬運、就醫的問題。

台北市南港老人服務中心為能落實失能長者之社區照顧，並營造友善及行動無障礙之社區環境，協助外出不便之長者就醫之可近性，進而促進長者們之社會參與。自 2007 年起辦理「計程車司機陪伴就醫服務計畫」（李梅英，2009），招募計程車司機，組成安心車隊，提供服務，並建立老人服務中心與車行雙方之合作模式，並請台灣省紅十字會協助辦理司機培訓課程，包括攙扶及背負個案之技能課程，2008 年台北縣、市地區共有 95 位計程車司機加入此交通服務計畫，在用車對象包括個人或公部門（含醫院、機構轉介等）代叫用車，全年使用人次數為 1575，約 350 位。使用後之意見調查，全數表示會持續使用本服務，協助家中長輩外出就醫。4 成左右的使用者，目的為就醫；另外 4 成未返回住宅；其餘兩成民眾為拜訪親朋好友、診所、投票、老服中心、戶政事務所、行天宮、出外用餐、KTV、地方法院、殯儀館等。97 年度 7-8 月針對 350 位使用者裡抽樣 70 位，在 70 位受訪者成功受訪到 26 位，8 成以上受訪者對此服務感到滿意，並希望再增加服務司機人數（李梅英，2009）。

。

第三節 居家式照顧資源

我國「大溫暖社會福利套案之旗艦計畫：長照十年計畫」中的「照顧服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務；另為維持或改善個案之身心功能，也將居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）納入；其次為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買、租借及住宅無障礙環境服務；再其次以喘息服務支持家庭照顧者。上述服務項目屬居家式照顧服務包括居服務、居家護理及居家復健。以下先說明居家服務的內容及服務提供單位之現況。

壹、居家服務

一、居家服務的內容與服務提供單位

依「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」(2008年)中，第二章居家式服務第三節之相關規定，身體照顧及家務服務的內容及提供單位如下：

「第十五條 身體照顧及家務服務內容如下：

- 一、身體照顧服務：包含協助如廁、沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、簡易被動式肢體關節活動、上下床、陪同運動、協助使用日常生活輔助器具及其他服務。
- 二、家務服務：包含換洗衣物之洗濯及修補、服務對象生活起居空間之環境清潔、文書服務、備餐服務、陪同或代購生活必需用品、陪同就醫或聯絡醫療機構及其他相關服務。

第十六條 身體照顧及家務服務由下列單位提供：

- 一、醫療機構、護理機構、醫療法人。
- 二、老人福利機構、身心障礙福利機構。
- 三、公益社團法人、財團法人、社會福利團體、照顧服務勞動合作社。
- 四、社會工作師事務所。

二、服務對象

根據「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」(2005)之規定，居家服務的對象如下：

(一) 未接受機構收容安置、未聘僱看護(傭)、未領有政府提供之特別照顧津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助者。但接受衛生單位之機構喘息服務補助者，不在此限。

(二) 失能老人及身心障礙者，因身心功能受損致日常生活功能需他人協助；其認定標準應符合下列情形之一：

1. 一般失能老人及身心障礙者：

(1) 輕度失能：以巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)評分為61分至80分者；或81分以上，且經工具性日常生活量表(IADL)評分上街購物及外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項中有二項以上需要協助者。

(2) 中重度失能：以巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)評分為31一分至60分者。

(3) 極重度失能：以巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)評分為30分以下者。

2. 失智症患者：經衛生署評鑑合格之區域級以上之醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明CDR(Clinical Dementia Rating)評估結果及分數者：

(1) 輕度失能：CDR達1分者。

(2) 中重度失能：CDR達2分者。

(3) 極重度失能：CDR達3分以上者。

3. 慢性精神病患者：

(1) 輕度失能：經社會功能量表評估為34分至51分者；或經巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)評估為81分至100分，且經工具性日常生活量表(IADL)評估為19分至21分者，並參考行為量能評估表、家

庭支持功能評估表核定其補助居家服務所需時數。

- (2) 中重度失能：經社會功能量表評估為 16 分至 33 分者；或經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 61 分至 80 分，且經工具性日常生活量表（IADL）評估為 16 分至 18 分者，並參考行為量能評估表、家庭支持功能評估表核定其補助居家服務所需時數。
- (3) 極重度失能：領有身心障礙手冊，經社會功能量表評估為 15 分以下者；或經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 60 分以下，且經工具性日常生活量表（IADL）評估為 15 分以下者，並參考行為量能評估表、家庭支持功能評估表核定其補助居家服務所需時數。

4. 智能障礙者：

- (1) 輕度失能：經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 81 分至 100 分，且經工具性日常生活量表（IADL）評估為 14 分以下者。
- (2) 中重度失能：經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 61 分至 80 分，且經工具性日常生活量表（IADL）評估為 14 分以下者。
- (3) 極重度失能：領有身心障礙手冊，經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 60 分以下，且經工具性日常生活量表（IADL）評估為 9 分以下者。

5. 自閉症者：

- (1) 輕度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 46~54 分者。
- (2) 中重度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 19~45 分者。
- (3) 極重度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 18 分以下者。

三、服務時間

居家服務的時間，包括平日與休假日，多數為白天時段，晚間時段較少，每次提供的時間依使用者的失能狀況與需要而定，每次約 2-8 小時不等。

四、國外資料

日本在 1990 年黃金計畫提出規劃，全國大約設立 1 萬所，且以中學學區大小成立「居家照護支援中心」，以利就近提供諮詢，協調老人及其家人。2000 年時，共有 9,833 家居家服務單位共服務約 45 萬名個案，經認定符合資格者中 17.6% 接受訪問介護與訪問沐浴(即我國的居家服務)。以 2000 年時的市町村總數為 3,299 個，平均每個市町村有 2-3 家居家服務據點。

2005 年：使用社區居家服務資源者達 258 萬人，佔老年人口比率為 10.0%，佔經認定需介護者的 59.7%。2008 年：使用居家服務資源者(社區已另外計算)達 266 萬人，佔老年人口比率為 9.6%，佔經認定需介護者的 58.5%。加上使用社區服務資源的 20.1 萬人(佔老年人口比率為 0.7%，佔經認定需介護者的 4.4%)，使用社區居家服務資源者達 286 萬人，佔老年人口比率為 10.3%，佔經認定需介護者 62.6%。

五、國內現況

依據內政部統計資料顯示，截至 2008 年底止，全國共有 123 家居家服務單位，居家服務的使用人數為 24,925 人，約佔 339,082 需求人口數之 7.4%；每位照顧服務員平均需服務 6.1 位個案，平均每位個案每個月接受約 20 小時之服務；每位督導平均需督導 8.0 位照顧服務員及 49 個居家服務案。照顧服務員人數共 4,079 人，居家服務督導人數共 508 人。

貳、居家復健

一、對象

居家復健意指在家中提供的復健服務，是針對失能個案由物理治療或是職能治療專業人員提供服務。根據台北縣的作業辦法其對象為：

1. 設籍該縣並實際居住者，且非機構安置個案。
2. 經醫師診斷有復健需求者。
3. 意識清醒且個案與家屬有復健意願者。
4. 未接受醫療機構復健服務者。

二、服務方式與內容

根據台北縣的作業辦法其服務方式與內容為：

1. 每週 1 次，服務時間至少 1 小時/次。
2. 每位個案接受職能或物理治療至多 3 次/年，若民眾 1 年已使用 3 次之社區復健服務者，經醫師評估確實仍有復健需求，請醫師於醫囑或診斷書中述明，且治療師結案報告中亦須提及有復健需求，屆時將醫師之醫囑或診斷書及結案報告一併提供給中心，中心照顧管理專員將以此為依據上專簽，服務次數最高可再核予 6 次/年。

三、國外資料

日本在 2000 年，共有 25,372 人使用居家復健，意即經認定符合使用介護保險服務者中約有 1% 使用這項服務，每萬老人中有 10 人使用社區復健服務。至 2008 年使用人數達 50000 人約占符合使用介護保險服務者中 2% (日本勞動省，2009)

四、國內現況

居家復健是十年長照計畫中的服務項目之一，多數由各縣市物理治療師或職能治療師公會承接，全國 25 縣市 2008 年之服務量為 11,796 人次，若依每案每年使用 3 次，經過專案簽核則可用到 6 次，推估全年案數為 2,000~4,000 案(由於治療師多是兼職，服務量十分有限)。台北縣在此項資源之使用率約為 1.3% (49,217 位失能者中有 682 人使用)。

第四節 機構式照顧資源

一、國內現況

(一) 機構式照護資源內涵

面對我國老年人口快速成長及因壽命延長，導致身心障礙人數增加等變遷，從所謂過去刻板印象中的機構式照護模式政策，發展到今日十年長期照顧計劃政策之推展，顯然可見老人、身心功能障礙者及精神障礙者之照顧問題，已成為政府及民間共同關心的焦點。

政府為因應老人及身心障礙照顧問題的政策，自民國六十九年到民國九十六年期間便針對老人福利法規、身心障礙者權益保障法等，做了多次重要的制訂與修正其政策架構，希望能提供一個具有尊嚴與健康、安定老人生活、保障老人及身心功能障礙者權益、增進老人及身障者福利、全人照顧、在地老化、多元連續性及符合老人及身心功能障礙者需求的生活照顧政策。

以老人福利法修訂為例，為了使老人的各種服務與保護，更具有完整性及前瞻性；其中特別在第四章明定老人福利機構的類型，從歷年來的「安養機構、養護機構、社區安養堂、長期照護機構、老人公寓、榮民之家……等」，修定為『長期照護機構、安養機構、及其他老人福利機構』等。同時政府也許可不得對外募款、不接受政府補助或不享受租稅減免的小型機構式服務。行政院也分別於民國八十七年及九十一年核定「加強老人安養服務方案」，在其九大實施要項之中的「機構式服務」也是政府規劃落實照顧因健康問題、生活自理能力退損、乏人照顧之老人的福利政策目標之一，由此可見機構式照護服務的提供，在過去台灣的老人、身心功能障礙者之福利服務照顧史上或是未來長照保險服務提供規劃上，均有其不可抹滅的地位。

機構式照護服務長期以來在失能者照顧上扮演重要角色，在政府鼓勵及民間力量的投入與參與，不僅發展時間較社區/居家式服務早，服務資源量也較有規模，服務及品質也較具雛形。未來若開辦長期照護保險，初期的資源整備需

要能夠立即銜接民眾(被保險人)需求，品質也要能夠符合民眾的期待。

未來長照機構發展方向應朝機構社區化努力，強化失能者保護網絡體系，以更多元的服務項目，提供被保險人可近性更高、更充足以及更有品質的全面性照護服務。

(二) 老人與失能者長期照顧資源

1. 家數

在人口高齡化增加以及政府政策的獎勵、補助、監督、評鑑，及協助立案機構品質提昇下，我國長期照護相關機構家數年年成長，截至 2007 年底，養護機構以及長期照護機構共有 959 家，與前一年度相較增加了 48 家(成長率 5.3%)、榮民之家 18 家、護理之家則有 324 家，也比前一年度增加 14 家(成長率 4.5%)。(表 3-4-1)

3-4-1： 歷年機構家數現況表(含養護、長照、榮家、護理之家) (家數)

年	內政部(A)		累計 1	退輔會(B)		衛生署(C)	
	養護機構	長期照護機構		榮民之家	累計 2	一般護理之家	累計 3
1999	183	-	183	-	183	117	300
2000	471	4	475	-	475	167	642
2001	598	10	608	-	608	209	817
2002	711	15	726	-	726	229	955
2003	758	20	778	-	778	240	1018
2004	813	24	837	-	837	252	1089
2005	838	27	865	18	883	282	1165
2006	869	32	901	18	919	310	1229
2007	922	37	959	18	977	324	1301

說明 1：累計 1=A、累計 2=A+B、累計 3=A+B+C

資料來源：內政部、衛生署、退輔會 (蔡芳文、廖怡萍整理,2009)

2. 床位供給與使用

內政部所轄老人福利機構，不能單以機構立案名稱來看照護床數量的

資源，應以機構中實際照護養護老人的床位類別來統計照護數量資源，例如目前我國安養機構中，也設有養護床，合計 2,794 床，退輔會榮民之家也設有 3,180 養護床。因此本文後續所談機構式照護床位，將以床位照護類型區分，而非以機構型態作為床位統計依據。

衛生署所轄的護理之家床位數(22,733 床)視為長期照護床位，並加上內政部所統計的長照床位(3,099 床)，則我國長期照護床共有 2.5 萬床，使用率為 71.1%；養護床共有 4.3 萬床，使用率為 75.8%，稍高於長期照護床。精神護理之家床位數 1,303 床，使用率則有 73.3%。(表 3-4-2)

表 3-4-2：長照、養護及精神床位使用情形

2007 年	床位數	使用數	空床數	使用率(%)
長期照護床	25,832	18,367	7,465	71.1
養護床	43,489	32,977	10,512	75.8
精神床 (精神護理之家)	1,303	955	348	73.3
小計	70,624	52,299	18,325	74.1

資料來源：內政部、衛生署、退輔會 (蔡芳文、廖怡萍整理,2009)

3.服務品質

老人福利機構評鑑共舉辦過三屆(90 年、93 年、96 年)，以 96 年評鑑為例，接受評鑑的比例為 94.6%，平均分數為 80，低於平均分數的機構類型，以長期照護機構平均分數最低(76.1)，次之為養護機構(78.8)，平均分數最高為綜合型機構(86.1)。(表 3-4-3)

歷經三屆評鑑，獲得優等及甲等機構比例為 45%~60.3%，乙等以下則佔 39.7%~55%，由此結果可看出我國機構式照護仍有持續進步之空間。(表 3-4-4)

表 3-4-3：內政部 96 年度老人福利機構評鑑

機構類型	應評家數	實評家數	評鑑率	平均分數
長期照護機構	6	5	83.3	76.1
養護機構	60	54	90.0	78.8
綜合型機構	45	44	97.8	86.1
安養機構	18	19	94.7	79.0
小型機構 ^{註 1}	-	-	-	-
小計	129	122	94.6	80

資料來源：內政部 96 年度老人福利機構評鑑報告(蔡芳文、廖怡萍整理,2009)

註 1：小型機構評鑑結果由各縣市政府掌管，無法取得與彙整。

表 3-4-4：歷年評鑑結果

	優等	甲等	乙等	丙等	丁等	小計
90 年	16 (13.3%)	38 (31.7%)	63 (52.5%)	3 (2.5%)	0 (0%)	120 (100)
93 年	30 (22.9%)	49 (37.4%)	49 (37.4%)	3 (2.3%)	0 (0%)	131 (100)
96 年	24 (19.7%)	41 (33.6%)	52 (42.6%)	3 (2.5%)	2 (1.6%)	122 (100)

資料來源：內政部 (蔡芳文、廖怡萍整理,2009)

(三) 身心功能障礙機構式照護

我國 97 年底身心障礙福利服務機構計有 264 所，較 96 年底增加 10 所，按公私立分：以私立 185 所最多，公設民營 63 所居次，公立僅 16 所；除提供身心障礙者全日型、夜間型住宿、日間照顧、部分時制照顧服務外，更提供各類臨托、短托、諮詢等服務。依照不同年齡有不同的服務需求重點(表 3-4-5)。

表 3-4-5 身心功能障礙者服務需求

	服務重點	服務單位
0~6 歲	早期療育（醫療、教育、社政）	醫療院所、早療機構（全日型教養機構、日托型發展中心【提供日間托育、時段療育、到宅療育、駐點療育】）、特幼班、幼托園所
7~15 歲	學校教育復健服務	醫療院所、小學、國中（特殊班、資源班）、特殊學校、全日型教養機構
15 歲以上	生活訓練 職業訓練 就業輔導 就養服務 醫療服務	醫療院所、高職、全日型教養機構、日托型發展中心、庇護工廠、團體家庭

資料來源：第一社會福利基金會

1. 機構類型與功能

身心障礙福利機構依法分為下列三類：(1)住宿機構、(2)日間服務機構、(3)福利服務中心。

住宿機構依照服務提供時間不同，又可分為兩類：

- (1)全日型住宿機構：提供身心功能障礙者二十四小時服務之機構。
- (2)夜間型住宿機構：提供身心功能障礙者夜間住宿之機構。

2. 床位供給與使用

由於僅有住宿機構提供二十四小時生活照顧、訓練或夜間照顧服務。因此本文所談的機構式照護資源，身障部分將以全日型住宿機構類型為主；2008年總床位數為1.4萬床，實際使用1.2萬床，佔床率為81.1%(內政部，2009)。(表3-4-6)

表3-4-6 身障全日型住宿機構床位使用情形

年底別	床位供給數	實際使用數	佔床率
2006	13,093	10,903	83.3%
2007	13,602	11,357	83.5%
2008	14,588	11,832	81.1%

資料來源：內政部（蔡芳文、廖怡萍整理,2009）

3. 人員設置標準

身障住宿機構工作人員包含：社會工作人員、護理人員、訓練原、教保員/生活服務員、行政人員、其他(表3-4-7)。目前投入工作人員數以教保員人數佔最多、生活服務人員次之，其餘為行政、社會工作、護理、輔導等(內政部，2009)。

表3-4-7 身障住宿機構人力設置標準

	住宿生活重建機構	住宿生活照顧機構
1.社會工作人員	1:35	1:15
2.護理人員	1:40	1:40
3.訓練員	1:10 ~ 1:15	N/A
4.教保員	N/A	1:3 ~1:7(夜間:1:6 ~ 1:15，並得與生活服務員合併計算)
5.生活服務員	日間得視需要置生活服務員(夜間:1:10~1:15)	1:3 ~1:6(夜間:1:6 ~ 1:15，並得與教保員合併計算)
6.行政人員	應設置	應設置
7.其他	其他與服務相關之全職或兼職專業人員。	其他與服務相關之全職或兼職專業人員。

資料來源：身障機構設施及人員配置標準修正條文（蔡芳文、廖怡萍整理,2009）

(四)機構式照護床位類型與資源

目前長照相關業務隸屬於不同行政主管機關管轄，包括內政部、衛生署及退輔會，法規方面亦有不同規範，主要分為三大體系：社政(老人福利法、身心障礙者權益保障法等)、衛政（醫療法、全民健康保險法、精神衛生法等）、及

退輔會(國軍退除役官兵輔導條例等)。

依據未來長照保險開辦內容與方向，整理國內全日型的機構式資源共可分為五大類(不包含安養床)，如表 3-4-8。機構式照護資源評估包含：老人及失能者為主的長照床、養護床及失智照顧床、身心功能障礙者的全日型住宿床、及精神障礙者的照護床位資源。照護對象依現行法規整理，如下表說明：

表 3-4-8：機構照護床位資源類型及對象

床位資源類型 ^{註1}		對象	機構類型 (主管機關 ^{註2})
長期 照 護	長期 照 護 型	罹患長期慢性疾病且需要醫護服務者。	長照機構(內)
		1.罹患慢性病需長期護理者。 2.出院後需繼續護理者。	一般護理之家(衛)
	養護 型	以生活自理能力缺損需他人照顧者或需鼻胃管、導尿管等技術性護理服務需求者。	長照機構(內)、 安養機構(內)、 榮民之家(退)
	失智 照 顧 型	經神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力且日常生活能自理者。	長照機構(內)
身 心 功 能 障 礙	身障 全日 (住 宿) 型	各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者，且經需求評估需二十四小時生活照顧、訓練或夜間照顧服務之身心功能障礙者。	身心障礙福利機構- 住宿機構全日型(內)
精 神 障 礙	精障 照 護	精神病症狀穩定且呈現慢性化，需生活照顧之精神病患。	精神護理之家(衛)、 醫院慢性精神病床 (衛)

註1：以「老人福利法」、「老人福利機構設立許可辦法」及「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」、「精神衛生法」、「護理機構設置標準表」、「身心障礙者權益保障法」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準修正條文」內容為依據。

註2：內-內政部、衛-衛生署、退-退輔會

註3：資料來源：內政部(蔡芳文、廖怡萍整理,2009)

(五)床位數量及佔床率

至 2007 年底我國機構式照護床位數(含長照、養護、失智、身障及精障)，

總床數為 10.3 萬床：長照床與養護床，合計為 6.9 萬床，另外失智專區及專責

表 3-4-9：各類資源床位數

床位資源類型	床數
長期照護床	25,832
養護床	43,489
失智床	996
身障床(全日型)	14,588
精神障礙床	17,834
總計	102,739

機構 996 床、身障全日型 1.5 萬床。國內現存照顧資源機構式資源小計 8.5 萬床，

床位使用情形，以現有資料統計，使用率為 71.1~81.1%(表 3-4-10)，亦即約有 20-30%的空床率。各種床位類型中以身障全日型床佔床率 81.1%最高，床位使用 1.2 萬床；其次為養護床的 75.8%，床位數使用 3.3 萬床；長期照護床佔床率 71.1%，床位使用 1.8 萬床。失智床及精神障礙床則因缺乏相關數據，而無法呈現床位資源使用情形。

表 3-4-10：各類資源床位使用情形

	床位數	使用數	空床數	使用率(%)
長期照護床	25,832	18,367	7,465	71.1
養護床	43,489	32,977	10,512	75.8
失智床	996	-	-	-
身障床(全日型)	14,588	11,832	2,756	81.1
精神障礙床*	17,834	-	-	-
小計	102,739	-	-	-

資料來源：內政部、衛生署、許景鑫* (2008) (蔡芳文、廖怡萍整理，2009)

二、國外資料

日本自 2000 年開始推動介護保險到 2008 年的情況，2000 年老年人口比率為 17.4%，使用機構者約佔老年人口的 2.7%，隨著老年人口比例逐漸升高，使用機構者人數佔老年人口比例則穩定維持在 3%。若以認定需介護人口中使用機構式服務人數的比例，隨著老年人口及需介護人口的增加，反而呈現逐年降低的趨勢，從 23.4%(2000 年)降至 18.1%(2008 年)，此與日本介護保險改革有關，除了提高機構給付之規定與限制外，許多機構也被鼓勵提供社區與居家服務，造成機構使用比例下降。

德國、荷蘭、日本、韓國在 OECD(2006)統計數據顯示，如表 3-4-11(陳惠姿，2009 整理)。不論是使用機構或居家服務，高齡者（80 歲以上）皆為主要使用者，住進機構者高達七成都是 80 歲以上族群。此現象可作為我國推估機構式照護需求人口之參酌。

表 3-4-11 2006 年德、荷、日、韓機構式與社區/居家式資源

國家	65歲以上 人口數 (%)	機構式			居家照護		
		65歲以上	65~79歲	80歲以上	65歲以上	65~79歲	80歲以上
德國	1,625.7萬 (19.7%)	601,657 (3.7%)	151,679 (25.2%)	449,978 (74.8%)	1,066,331 (6.6%)	430,936 (40.4%)	635,395 (59.6%)
日本	2,660.4萬 (20.8%)	797,200 (3.0%)	184,200 (23.1%)	613,000 (76.9%)	2,612,600 (9.8%)	946,900 (36.2%)	1,665,700 (63.8%)
荷蘭	234.9萬 (14.4%)	161,167 (6.9%)	43,492 (27.0%)	117,675 (73.0%)	307,875 (13.1%)	130,259 (42.3%)	177,616 (57.7%)
韓國	458.6萬 (9.5%)	.....		.....	.....	.....	.....

第五節 新型服務資源

新型服務資源將提出家庭托顧、照顧住宅及團體家等資源分析國內外資料。

壹、家庭托顧

一、對象

家庭托顧服務，指照顧服務員於住所內，提供輕度失能者身體照顧、日常生活照顧與安全性照顧服務，及依失能者之意願及能力協助參與社區活動。

二、家庭托顧服務提供內容

1. 身體照顧服務：包含協助如廁、沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、簡易被動式肢體關節活動、上下床、陪同運動、協助使用日常生活輔助器具及其他服務。
2. 日常生活照顧服務：包含換洗衣物之洗滌及修補、文書服務、備餐服務、陪同或代購生活必須用品、陪同就醫或聯絡醫療機構、文康休閒及協助參與社區活動等服務。
3. 安全性照顧：注意異常狀況、緊急通報醫療機構、協助危機事故處理及其他相關服務。

三、服務員資格

家庭托顧之照顧服務員及其住所應符合下列規定：

1. 應具有照顧服務員資格及一千小時以上直接服務失能者之經驗。
2. 具有照顧服務員資格之替代照顧者。
3. 健康檢查合格。
4. 住所之設施設備：

- (1) 提供受照顧者使用之樓地板面積，平均每人應有八平方公尺以上；其家庭私人空間不計算在內。
- (2) 玄關及門淨寬度應在八十公分以上。
- (3) 衛浴設備應有防滑措施、扶手等裝備，並保障個人隱私。
- (4) 置午休設施或寢室，且不得設於地下樓層，並保障個人隱私。
- (5) 建築物應有良好通風及充足光線。
- (6) 提供基本且在有效期限內之急救箱。

四、國外資料

1. 日本、德國、荷蘭、韓國在長期照護保險給付項目並無家庭托顧(Adult foster home)。
2. 日本的團體家屋(group home)在以家庭化照顧概念的以及照顧模式與家庭托顧服務較類似。
3. 美國的 Oregon 州在 Adult foster home 的發展成熟，每家庭照顧者一般為 1-2 人，可照顧 1-5 人，成為該州重要的長期照護服務模式，Medicaid 自 1981 年開始給付，其他如技術性護理或復健服務可經由照顧管理單位協助整合提供到家庭。採分級制，分成三個等級，各自配置不同資格的托顧服務員和設施設備，照顧嚴重住民的等級則可以提供護理服務。托顧家庭大致又可分成兩種營運模式，一是各托顧家庭獨自營運並接受政府主管機關監督；另一是聯合模式，由一個團體營運數個托顧家庭，並成立中心統一負責採買、護理諮商、交通接送等等。
4. 蘇格蘭政府與自願性團體自 1991 年開始合作發展，每家庭配置 2 個照顧者可照顧 2-6 人，家庭托顧通常以日間活動為主，讓與家人同住的老人或身心障礙者白天當其他家人上班時，將他們送往托顧家庭，托顧家庭通常都有一個很受歡迎的女主人，他們或擅長於烘焙餅乾、或精於手工藝的活動、或以園藝活動為號召，讓前往的老朋友們歡度一天。

五、國內現況

1. 建構長期照護先導計畫嘉義實驗社區開始，曾收托過數個個案，後因計畫停止而停止。
2. 十年長期照顧計畫至今：嘉義市、南投縣、宜蘭縣、台中市申請經費，2008年底止，南投縣第一所家庭托顧，收托過2名個案，與日托服務共同照顧家庭托顧之個案(林麗雪，2008)。

貳、照顧住宅

一、國外資料

1. 北歐 1980 年代開始發展，美國 1990 年代開始大量發展。
2. 日本 2006 年的介護保險改革，發展與社區更緊密結合的家庭式生活照顧為主的小型入住第三類住宅（日本厚生勞動省，2009）。
3. Assisted Living Federation of America（ALFA, 2009）資料
 - (1) 美國 50 州都有照顧住宅的法規，全美有 36,000 家照顧住宅，服務超過一百萬老人。
 - (2) 86.2% 自己負擔入住費用。
 - (3) 41 州納入 Medicaid 給付。
 - (4) 私人保險有納入此項服務給付。
4. 從 1995 開始每年調查讓機構自評，到 2000 年調查統計 44 個州 373 家，1827 位住民，於 2000 年發表（ALFA, 2000）
 - (1) 平均入住 24.5 個月。
 - (2) 平均每家 52.5 單位，61.6 床數。
 - (3) 住民中有 66.5% 需用藥提醒、66.5% 需協助洗澡、41.0% 需輪椅和助行器、45.0% 有認知功能問題、大小便有 26.4% 需協助、16.3% 需吃飯協助。
5. ALFA 在 1998 年 National Investment Conference(NIC) 的調查研究，以科學抽樣調查，共調查 44 個州 178 家，1023 位住民，主要依開辦時間分成兩群，一是 1982 年後開辦，另一是 1990 年後開辦。
 - (1) 平均入住 30.8 個月
 - (2) 全職工作人力：住民人數=0.5~0.55：1
 - (3) 83.2%~86% 聘有護理人員(RN、LPN、LVN)
 - (4) 入住率 91.4%~93.6%

二、國內現況

在行政院建構長期照護先導計畫中，嘉義實驗社區由嘉義基督教醫院承辦，共設有單人套房八間，雙人套房十二間（每層樓設五間套房）。後因屋主收回建築物，即停止營運。目前國內尚無此類資源。

參、團體家屋

一、團體家屋的內容、服務提供單位

依「失智症老人團體家屋試辦計畫」(2007)之規定，團體家屋以提供 24 小時照顧為原則。主要提供下列服務：

1. 提供失智症老人居住及餐飲服務。
2. 適當引導、輔助失智症老人生活參與及管理，並能因應緊急狀況。
3. 提供失智症老人進食、沐浴及如廁等日常生活協助。
4. 制定個別照顧計畫，幫助失智症老人安心地過正常的生活。
5. 承辦單位應有特約醫療機構或緊急外送單位，且鄰近老人福利機構、護理之家等機構為佳。
6. 團體家屋的服務規模，每一照顧單元以 9 人為上限，每一承辦單位最多設 2 個照顧單元。

依「失智症老人團體家屋試辦計畫」(2007)之規定，辦理團體家屋的單位如下：

1. 財團法人老人福利機構。
2. 附設老人福利機構之財團法人。
3. 立案之社會團體，其章程明定辦理社會福利服務事項者。
4. 其他財團法人捐助章程中明定辦理社會福利服務事項，且經主管機關同意者。

二、團體家屋的服務對象

依「失智症老人團體家屋試辦計畫」(2007)之規定，團體家屋的服務對象為經醫師診斷中度以上失智（CDR2 分以上）為原則，且具行動能力、須被照顧之失智症老人。

三、國外資料

日本 1997 年，「失智症老人團體家屋」成為居家照顧的合法服務型態，列為長期照顧保險給付(居家服務)項目之一之後，團體家屋的數量即急速成長，至 2007 年底止，團體家屋的數量達 8,818 家。短短十年之間成長近 300 倍。

四、國內現況

自民國 96 年度起為期三年的「失智症老人團體家屋試辦計畫」目前已進入實驗實施階段。在「團體家屋(group home)試辦之輔導計畫」(2007 年度)中，老人福利推動聯盟針對 28 個單位進行調查，7 個單位無意願參與該「團體家屋(group home)試辦之輔導計畫」，無意參與的理由如下:上層不支持、試算成本過高、無適當地點、無人力、未碰觸失智症照顧等。其中，成本過高對機構的參與意願有很大的影響。尚未培育失智症照顧專業人員也是機構裹足不前的因素之一。另外，失智症老人服務機構的社會接受度低，設置地點找尋不易，也影響到機構的參與。最後 6 個單位克服各種問題點，接受老人福利推動聯盟的輔導，開啟國內團體家屋的實踐里程(內政部社會司、中華民國老人福利推動聯盟, 2008)。截至 2008 年 2 月底，正式運作的有 2 家，共計 32 床。尚在籌設中的有 2 家。

社團法人中華民國弘道志工協會於 2007-2009 年間在高雄、新竹、桃園等地開設有 6 所團體家屋，目前約有 25 人入住(楊培珊，2009)。

第六節 失智症照顧資源與人力資源

一、對象

(一) 失智症

- 由 1907 年，德國醫師 Alois Alzheimer 的研究。失智症係為腦部漸進性退化致全面的心智喪失的疾病，退化的範圍包括病人的思考、記憶、判斷、知覺、時空感、理智、學習、解決問題能力等。失智症指的是症候群，為整組症狀的總稱。失智症的病人其意識並未改變，但以記憶力障礙為開始，心智功能漸漸喪失。失智症的病程平均約 8-10 年，病程發展可分為輕度、中度、重度及極重度。失智症的病人在記憶力、判斷力、定向力、自我照顧能力、語言能力等，會依病程發展而有不同程度的能力喪失。
- 依據「身心障礙等級」，對失智症的定義是指「心智正常發展之成人，在意識清醒狀態下，有明顯症候足以認定其記憶、思考、定向、理解、計算、學習、語言和判斷等多種之高級腦功能障礙，致日常生活能力減退或消失，工作能力遲鈍，社交技巧瓦解，言語溝通能力逐漸喪失。」；其等級可分為輕度、中度、重度及極重度共 4 級。

二、失智症者的照顧資源定義

1. **機構式資源**：提供全日 24 小時的住宿型照顧服務，包括生活照顧、飲食服務、活動安排、安全看顧、疾病照顧、社會資源運用等。
 - (1) **專責型機構**：係指該機構照顧對象僅針對確診為失智症者。
 - (2) **專區型機構**：則為綜合型照顧機構中，設立專區提供失智症者的住宿式機構照顧服務。
 - (3) **混合型機構**：於一般養護、長期照護機構以及護理之家，並無針對失智症住民有特殊規劃，和失能住民混合一起接受照護。
2. **社區式資源**：以社區型態提供失智症者及其家屬支持性及補充性的照顧服

務，以在地化的社區照顧為方向，除使失智症者可繼續留在社區中生活、同時也協助家屬得到照顧的協助與喘息。

(1) **日間照顧**：提供少於 12 小時的集體式照顧服務，包括生活照顧、飲食服務、活動安排、安全看顧、疾病照顧、社會資源運用等；包括失智症專責型日間照顧：係指該機構照顧對象僅針對確診為失智症者。以及綜合型日間照顧：係指該機構照顧對象含括失能與失智症者。

(2) **團體家屋**：提供失智症老人一種小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化的服務模式，滿足失智症老人之多元照顧服務需求，並提高其自主能力與生活品質。延伸失智症日間照顧服務的功能，建構機構與居家以外之照顧服務模式。亦以 24 小時照顧為原則。

3. **居家式資源**：我國目前各項居家式服務的對象均含括老人及身障者，尚無區分僅針對失智症者的服務內容。

(1) **居家服務**：協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人及身心障礙者得到所需之持續性照顧，以提昇其自我照顧能力，紓緩家庭照顧者壓力，並提供受照顧者家屬習得專業服務技巧，以改善生活品質。

(2) **居家護理**：提供居家病人鼻胃管、導尿管及氣切管更換、護理評估、護理指導、傷口護理、檢體採送、身體理學檢查等服務。

(3) **居家復健**：包含居家物理治療及居家職能治療。

三、國外資料：

(一) 各國 65 歲以上人口的失智症盛行率：日本 3.3%-8%、韓國 8.2%-10.8%、德國 6.25% 以及荷蘭 7% (Utility of the Clinical Dementia Rating in Asian opulatuons(2006))；www.dementia-europe.eu(2005) 及失智老人基金會估算)

(二) 各國失智症照顧資源現況

● 日本：

1. 2005 年底統計，日本利用介護保險服務者約 400 萬人(包括居家及機構

服務)；其中失智症者約 170 萬人，實際失智症老人數約為該人數的 2 倍 (李光廷，2007)。

2.日本開辦的介護保險，其現有的服務種類有預防居家照護服務、居家照護服務、社區緊密型服務、機構照護服務等。

3.在上述介護保險開辦各項的服務種類中，失智症者較常使用的服務如下

(1) 居家照護服務：日間照護(Day Service)、日間復健(Day Care)

(2) 社區緊密型服務：夜間型訪視照護、失智症日間照護、小規模多功能型居家照護、失智症團體家屋 (Group Home)

(3) 機構照護服務：小規模老人特別養護之家 (unit care)

4.日本失智症照顧資源的特色，機構照護方面發展以小規模、多功能及與社區密切互動為方向。並且使法規鬆綁，讓民間團體投入與機構改建的意願與可能性均增加。另以社區居家為發展資源的主軸。

5.日本的失智症照護人才培育計畫：

(1) 機構經營主事者需完成職前教育訓練。

(2) 照護實務工作者亦有職前訓練義務、持續的在職進修要求。

(3) 另培養有監督管理專才的指導員，以貫徹失智照護發展的理念及監督照護品質。由都道府縣或政令指定都市推薦護士、照護福利士 (care worker) 接受為期 1 個月公假公費訓練。

● 英國：

由國家擬定政策，期以早期發現早期治療，進一步改善照顧品質。此提案包括安排一位失智症專業人員與醫院、養護中心或健康團隊合作，以提早並確實的評估失智症患者(資料來源：National health service)

● 香港：

香港發展的失智症照顧資源包括日間中心服務、到府訓練服務 (以提升家屬照顧技巧為主)、照顧者熱線、資源中心、輔導服務、照顧者支援服務及專業訓練、早期檢測計畫等

四、國內現況：

(一) 我國 65 歲以上人口的失智症盛行率：5%

台灣資料來源：衛生署委託研究調查-台大醫院神經部邱銘章(2005)

(二) 我國失智症者的照顧資源現況

● 機構式資源：：專責型及專區型失智症照顧床位約 996 床

專責型 (64 床)			專區型(約 932 床)		
服務類型	數量	備註	服務類型	數量	備註
失智老人 養護中心	1 家 64 床	台北市私立 聖若瑟失智 老人養護中 心(64 床)	護理之家	5 家 156 床	三軍總醫院思源護理之家(30 床)、行政院衛生署台中醫院護理之家(40 床)、虎尾若瑟醫院附設護理之家(40 床)、靜和醫院燕巢分院附設護理之家(28 床)、高雄信義醫院方舟護理之家(18 床)
			安養護中心	4 家 196 床	台北市至善老人安養護中心 (54 床)、健順老人安養護中心 (約 45 床)、台北市兆如老人安養護中心 (88 床)、翠柏老人養護中心 (9 床)
			身障機構	2 家 180 床	台灣省寧園安養院 (160 床)、彰化縣私立基督教喜樂保育院 (20 床)
			榮譽國民之家	4 家 400 床	桃園榮譽國民之家、彰化榮譽國民之家、岡山榮譽國民之家、太平榮譽國民之家

資料來源：衛生署 95-96 研究案「本土失智症機構照護模式之探討」、失智老人基金會整理(2009)

● 社區式資源：日間照顧約 560 床及團體家屋 32 床，共約 592 床

失智症專責型日間照顧(280 床)			綜合型日間照顧(失智症床位約 280 床)		
服務類型	數量	床數	服務類型	數量	備註
護理之家附設	2 家	新店耕莘(20)	老服中心附設	約 42 家	士林老服
計 65 床		聖馬爾定(45)	安養護中心附設	約 1000 床	文山安養護
日照中心(社政)	3 家	聖若瑟(20)	基金會辦理	1,000 床 *失智比例 約 28% =約 280 床	甘霖基金會
		頤安(35)	護理之家附設		光田護理之家
		聖功(15)	醫院附設		署立豐原醫院
計 70 床			失智症團體家屋(32 床)		
精神科附設 (健保給付)	3 家	草療(45)	團體家屋	2 家	士林靈糧堂 (2x8)
計 145 床		嘉療(30)	計 32 床		聖馬爾定(2x8)
		花蓮慈濟(70)			

(綜合型日間照顧失智症者比例約 28%，參照台北市社會局資料估算)
資料來源：內政部、衛生署、(鄧世雄、蔡宗學、王宜雯、許瓊文整理，2009)

● 居家式資源：

1. 我國目前居家服務的對象含括老人及身障者，尚無明確資料顯示針對失智症提供的比率以及服務內容。
2. 若以天主教失智老人社會福利基金會目前提供居家服務對象群，初步篩檢有失智症症狀約 10%，再以內政部統計 96 年度全國接受居家服務總人數為 19,559 人，則 19,559 人*10%估算為 **1,956** 人。

。

第七節 長期照護人力資源現況

服務人力對於長期照護而言，是非常重要的議題，否則將會造成有服務無人提供的現象。近年國內數位學者均曾對某一類專業人力作調查及推估該專業在長期照護領域所需之人力(張，2002；胡、許、江、吳，2006；毛、紀，吳，2007)。僅陳(2003)等曾對各類專業人員之人力，推估未來10-15年所需人力，但對於照顧服務員人力及外籍看護工人力的研究則付之闕如。

對長期照護專業人員教育規劃進行研究，亦有學者提出建議：(1)擴展並大幅開放目前醫務、護理系以及社會工作或是社會學類等相關科系學生選課的彈性。(2) 應多強調及教育其照顧服務員在長期照護中的角色功能，並加強長期照護照顧服務員在職業倫理方面的教育。(3) 培育專才與跨專業的長期照護人員。(4) 擴展並加強長期照護教育以重視實務為導向的特色。(5) 培育學生能具有評估規劃連續性照護服務的能力，以建構一個較完整的長期照護教育體系(孫，2004)。上述多位學者，以自己專業領域，推估長期照護中物理治療、職能治療及護理人員之人力需求，皆表示應及早進行人員培訓儲備人力，以因應未來大量需求發生時有足夠之人力，從上述各文獻中得知對於人力需求之因應策略，均應及早規劃完整之制度，以培訓足夠的儲備人力，才可因應需求。

本文所指之專業人力，以投入於長期照護領域專業團隊之專業人力為主，衛政部份包含醫師、牙醫、藥事人員(含藥師、藥劑生)、護理人員(含護理師、護士)、營養師、物理治療人員(含物理治療師、物理治療生)、職能治療人員(含職能治療師、職能治療生)；社政體系則指服務於老人福利機構之社工人員(含社工師及社工員)。半專業人員指照顧服務員、外籍看護工；非專業人力則為替代役及志工。

依據陳惠姿等人研究於2004年曾對台灣地區每萬名老人所需之專業人力進行調查及2008年人力盤點後之資料，與日本2003年資料進行比較，發現日本各專業人力的配置均優於台灣的專業人力，但台灣在2004年至2008年間專業人力在醫師、護理人力及社工三類專業人力均有成長(表3-7-1)。

衛生署統計資料顯示，2007年各縣市醫療機構及其他醫事機構暨人員開(執)業場所執業醫事人員情形，見表2。總計195,616位；其中醫師計35,849位、牙醫計10,740位、藥事人員28,040位、護理人員113,832位、營養師1,239位、

物理治療人員 4,172 位、職能治療人員 1,744 位。由表 3-7-2 可見部份縣市有些專業人力呈現個位數，在該縣市的之專業人力執業人力，是明顯不足的，在分佈上因城鄉差距而有不足之現象。

國內機構照顧服務員現約有 10,000 人，居家照顧服務員約有 5,000 人，每萬名失能老人約有 270 位照顧服務員；國內每年開辦照顧服務員訓練 130- 350 班約培訓 4,000-9,000 人不等(2004-2008 年共培訓 38,413 人)，經過丙級技術士通過人數共有 11,496 人，每年增加 5000 人(約 40-60%留任率)。與我國最鄰近之日本照顧人力現況相較，日本在 2003 年時每萬老人約有 283.5 位照顧服務員，已高於我國。

依據 2008 年底各縣市衛生局、社會處(局)提供資料整理，表 3-7-3 顯示為我國在 2008 年長照相關體系之人力概況。其中護理人員、照顧服務員仍屬長期照顧體系中最大照顧人力；另有一群人力—志工，未來若有相關之配套措施，亦可成為照護的好幫手；外籍看護工將另有專節詳述，在此則不特別說明。督導指現行居家服務單位之管理人員。各類服務人員之照顧人力比，因其服務場域及法規之規範不同，而有不同之比例，各類人員人力比之規定參見表 3-7-3。

專業人力部份醫師計有 438 位(長照 413 位、身障 25 位)、護理人員計有 8,102 位(長照 7,317 位、身障 785 位)、社工人員 1,918 位(長照 1,318 位、身障 600 位)、物理治療人員 648 位(長照 496 位、身障 152 位)、職能治療人員 403 位(長照 288 位、身障 115 位)、營養師 579 位(長照 514 位、65 位)、藥師 326 位(長照 319 位、身障 7 位)，總計 12,414 位(長照 10,665 位、身障 1,749 位)；照管人力 752 位(個管 508 位、照管專員 244 位)；半專業人力照顧服務員 17,561 位(機構 11,017 位、社區及居家 6,544 位)、外籍看護工總計 5,406 位(長照 4,917 位、身障 489 位)；身障機構之教保員計有 2,688 位；生活服務員有 1,552 位；非專業人力有部份機構申請替代役計 642 位、志工 42,207 位；其他有部份為多元就業服務方案聘請之人員、行政人員合計約 932 位(見表 3-7-4)。

表 3-7-1 日本與台灣每萬名老人專業人力比較

專業別	日本(2003)/ (萬名老人) ^a	台灣(2004)/ (萬名老人) ^b	台灣(2008)/ (萬名老人) ^c
醫師	7.1	0.60	1.8
護理人員	61.0	9.61	30.0
物理治療人員	4.2	0.34	0.5
職能治療人員	2.8	0.27	0.3
社工人員	2.5	0.89	5.4
營養人員	6.5	0.27	0.3

註：a.及 b.摘自 2004 年陳惠姿等人「我國長期照顧資源開發規劃研究成果報告」。

c.摘自長期照護資源供給調查資料。

表 3-7-2 2007 年醫療機構及其他醫事機構暨人員開(執)業場所執業醫事人員數—按縣市別分

2007 年底人口數	合計	醫師	牙醫師	藥師	藥劑 生	護理師	護士	營養 師	物理 治療 師	物理 治療 生	職能 治療 師	職能 治療 生	
總 計	22,958,360	195,616	35,849	10,740	21,113	6,927	88,250	25,582	1,239	2,648	1,524	1,521	223
臺北市	2,629,269	37,007	7,682	2,401	4,006	796	17,636	3,283	264	499	170	259	11
高雄市	1,520,555	16,141	3,060	956	1,961	465	6,854	2,216	92	215	183	120	19
臺北縣	3,798,015	19,824	3,648	1,740	2,357	1,125	7,276	2,957	125	283	134	165	14
宜蘭縣	460,398	3,889	580	121	304	78	1,845	782	30	73	38	34	4
桃園縣	1,934,968	16,698	3,058	780	1,510	568	7,748	2,457	79	219	133	133	13
新竹縣	495,821	2,777	402	135	273	172	1,122	559	16	42	30	24	2
苗栗縣	560,163	3,397	527	142	261	279	1,330	701	23	60	38	28	8
臺中縣	1,550,896	10,396	1,866	558	1,151	587	4,592	1,239	74	138	91	74	26
彰化縣	1,314,354	9,871	1,709	458	1,013	454	4,697	1,163	77	121	96	64	19
南投縣	533,717	3,478	561	141	369	234	1,531	491	20	46	35	45	5
雲林縣	725,672	4,232	746	151	477	210	1,693	803	26	49	35	37	5
嘉義縣	551,345	3,638	621	99	373	106	1,901	452	21	31	13	16	5
臺南縣	1,105,403	8,555	1,288	306	990	201	4,258	1,167	53	141	59	84	8
高雄縣	1,244,313	9,867	1,756	402	1,003	397	4,574	1,419	46	93	94	64	19
屏東縣	889,563	6,780	1,027	190	745	237	3,125	1,230	38	78	68	35	7
臺東縣	233,660	1,698	245	62	152	33	886	274	12	16	13	5	-
花蓮縣	343,302	4,043	745	131	281	79	2,137	512	28	55	23	45	7
澎湖縣	92,390	601	121	30	43	20	227	119	5	15	18	3	-
基隆市	390,397	2,918	595	134	272	130	1,289	388	17	46	21	22	4
新竹市	399,035	3,551	565	214	313	164	1,750	416	22	44	36	24	3
臺中市	1,055,898	14,561	2,836	943	1,761	343	6,866	1,240	103	217	96	134	22
嘉義市	273,075	4,262	687	161	451	79	2,124	597	31	59	30	39	4
臺南市	764,658	7,141	1,474	463	1,030	166	2,678	1,048	34	103	63	64	18
金門縣	81,547	247	39	17	12	4	93	66	3	3	7	3	-
連江縣	9,946	44	11	5	5	-	18	3	-	2	-	-	-

資料來源：http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10306&class_no=440&level_no=4 醫療機構及其他醫事機構暨人員開(執)業場所執業醫事人員數

表 3-7-3 長期照護各類服務人員人力比

對應法規 專業人員類別	老人福利設置 標準	護理機構設置 標準		長期照顧十年 計畫
服務場域	機構式照護	機構式照護	社區式或居家 式服務	長照中心
護理人員	養護 1:20 長照 1:15	護理之家 1:15		
社工人員	每 100 床得設 置一位	每 100 床得設 置一位		
醫師	特約	特約		
職能治療師	兼任	兼任		
物理治療師	視需要	視需要		
營養師	視需要	視需要		
藥師	視需要	視需要		
照顧服務員(本 籍)	養護 1:8 長照 1:5 夜間養護 1:20 夜間長照 1:15	1:5		
照顧服務員(外 籍)	不得超過總照 顧服務人力(照 顧人力指直接 照顧人力)的一 半			
個管督導 ^{註1}			1:40-60	
照管專員 ^{註2}				1:200

註1：個管督導：資格限定為護理人員、社工人員或照顧服務員有5年以上參與社區式服務經驗者。

註2：照管專員：資格限定依照長期照顧10年計畫規定：長期照顧相關之大學畢業生，包括：社工師、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師或公共衛生碩士等長期照顧相關專業人員，且有二年以上相關照護工作之經驗。2008/2009/2010需求人員數分別為267/349/405人。

表 3-7-4 2008 年人力資源現況

人力資源類別	專業												督導				半專業				非專業		其他(行政人員、多元服務方案就業)		
	醫師	護理人員		社工		物理治療人員		職能治療人員		營養師		藥師		護理	社工	照服員滿5年	長照中心	照顧服務員	教保員	生活服務員	外籍看護工	替代役			志工
		專任	兼職	專任	兼職	專任	兼職	專任	兼職	專任	兼職	專任	兼職												
機構式	413	4971	345	335	432	36	285	20	176	53	455	51	268					11017			4534	173	1508		
身障	25	707	78	531	69	60	92	34	81	8	57	3	4					2688	1552	489	251	2098			
小計	438	5678	423	866	501	96	377	54	257	61	512	54	272	0	0	0	0	11017	2688	1552	5023	424	3606	0	0
社區式		596	67	443	108	20	41	16	40									244	2465		383	163	37946	494	438
居家式		928	410			114		36						153	347	8		4079				55	655		
小計	0	1524	477	443	108	134	41	52	40	0	0	0	0	153	347	8	244	6544	0	0	383	218	38601	494	438
總計	438	7202	900	1309	609	230	418	106	297	61	512	54	272	153	347	8	244	17561	2688	1552	5406	642	42207	494	438

資料來源：長期照護資源供給調查資料

第八節 推動民間參與之現況

未來國內長期照護資源需求相當龐大，資源體系的結構需要包括福利服務以及產業的可能，政府與所謂的私部門需要合作共同發展資源，以下將探討國內現況與日本的經驗。

福利服務的提供牽涉到福利組合(welfare mix)的結構，也就是福利服務供給部門的內涵。社會福利服務供給部門逐漸多樣化，大致可劃分為政府部門(the statutory sector)、非正式部門(the informal sector)、志願性部門(the voluntary sector)與商業部門(the commercial sector)等(郭振昌譯，1991;張英陣，1995;張英陣，1999;古川孝順，2001:100;謝儒賢，2002)。基本上，政府部門相當於公部門(public sector)，非正式部門、志願性部門與企業則被劃歸為私部門(或稱民間部門-- private sector)。

近年來，隨著社會福利民營化(Social Welfare Privatization)思潮的擴散，上述私部門的社會福利服務供給的角色與功能再度受到重視，吸納民間力量成為許多先進國家建構福利服務供給體系的良方，目前國內推動民間部門參與福利服務的供給也已經相當普遍(趙碧華，2003)。不過，從服務供給主體的結構來看，社會福利民營化政策乃是獎勵及誘導不同性質的民間組織，使其成為供給主體來參與行政主導的制度營運及服務提供等，以達到資源再分配的目標。亦即基於福利多元主義(welfare pluralism)思考架構下實踐，意味著政府扮演較少的支配性角色，也非可能提供集體性福利服務的僅有的工具。因此，論述社會福利民營化的本質而言，它並非單純指市場機制的引進而已，服務供給主體的多樣化也是必要條件。因此社會福利民營化的對象組織，至少應該包括具備濃厚互助性質的「非營利團體」(NPO:Non Profit Organization)及具備市場交換性質的營利部門(企業)在內(藤村正之，1999)。

隨著家庭照顧功能的降低，照顧服務需求日益增加，過去的選擇式福利服務提供已無法滿足普遍化的需求，政府提供的照顧服務之外，如何引進民間參

與照顧服務的提供之相關課題日益受到高度關注。

1993 年，台灣地區的老年人口比率達 7.1%，達到聯合訂定的高齡化社會標準。2006 年底老年人口總數達 2,287,029 人，人口老化率已達 10%(內政部, 2007a)。隨著人口結構的高齡化，老人福利已成為重要的社會福利課題。目前主要的老人福利服務措施如下:老人保健醫療服務、經濟保障、老人社會教育與休閒服務、安定生活措施(居家服務、社區服務及機構服務)、精神及社會適應服務等(內政部, 2007b)。

另一方面，為了因應民眾對社會福利的殷切期盼，政府大幅增加福利預算，惟行政人力有限，善用民間資源乃成為解決福利服務提供問題，滿足民眾需求較佳的策略。於是政府陸續研擬社會福利民營化政策相關辦法，推動民間參與福利服務的提供(陳武雄，1997;謝儒賢，2002)。

受到社會福利民營化政策最直接影響的就是老人福利服務。1990 年代之後，政府積極建構社區照顧服務體系，並以補助或契約委託方式鼓勵志願部門提供送餐服務、日間照顧、喘息照顧和電話關懷等服務(劉華美，2005)。現階段，照顧服務積極引進民間的參與，已成為社會福利民營化實施的重要一環。

1990 年代之後政府推動民間參與照顧服務的相關政策如表 3-8-1 所示。

表 3-8-1 推動老人福利民營化相關政策

年度	相關法案	主要內容
1997 年	『老人福利法』	第 4 條:「. . . . 各級政府得以委託興建、撥款補助、興建設施委託經營、委託服務或其他方式，獎勵 民間 為之.」。
	『老人福利法』	第 9 條:「地方政府應視需要設立並獎助 私人 設立各類老人福利機構.」。
	『老人福利法』	第 18 條:「為協助身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性生活照顧，地方政府應提供或結合 民間資源 提供下列居家服務.」。
1998 年	『老人長期照顧三年計畫』	運用醫療發展基金獎勵 私立或財團法人醫院 附設護理之家或日間照顧機構。
2002 年	『照顧服務產業發展方案』	期結合 民間力量 ，共同發展照顧服務支持體系。
2002 年	『加強老人安養服務方案』	提示結合 民間資源 提供各項老人照顧服務.
2004 年	『社會福利政策綱領』	以居家式服務和社區採取補助、委辦、公設民營等方式，並充

之內涵』的福利服務部分第 13 項	分運用志願服務人力，由政府支援經費及設施，透過 民間組織 提供多樣化及合適性的服務。
2004 年 『促進民間參與老人住宅建設推動方案』	促進 民間 大量投資老人住宅，期成為帶動經濟發展的一股動力，且能有效促進老人住宅產業的發展，同時帶動當前經濟的發展。
2004 年 『照顧服務福利及產業發展方案第 2 期計畫』	致力推廣 民間 參與各項多元照顧服務項目，包括居家服務、日間照顧、輔具開發及老人住宅等。
2005 年 『建立社區照顧關懷據點實施計畫』	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顧服務，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。
2006 年 修訂『老人福利法』	．．．對老人提供之服務及照顧，得結合 民間資源 ，以補助、委託或其他方式為之．．．
2007 年 「我國長期照顧十年計畫」	<p>規劃原則：全人照顧、在地老化、多元連續服務、財力可負擔性、個別差異及非營利化。</p> <p>計畫目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建構完善長期照顧體系。 2. 結合民間資源提供長期照顧服務。 3. 建立支持家庭照顧者體系。 4. 強化長期照顧服務人力培育與運用。 5. 建立穩健長期照顧財務制度。

資料來源:莊秀美(2007)。

上述各項法案無不顯示政府致力於推動照顧服務多元化的決心，而各種照顧服務的民間委託也正反映了福利多元化的發展趨勢及思潮。

一、民間部門參與現況

隨著老人福利民營化政策的推動，民間團體積極參與各項照顧服務之提供。委託民間辦理的照顧服務在 1999 年時有「養護機構」、「安養機構」、「日間照顧機構」及「餐飲服務」等 12 項目。2004 年增加「居家服務專業人力及充實辦公設備」，2006 年增加「建立社區照顧關懷據點」，目前共 16 項目(內政部，2007c)。

引進民間參與的方式主要有補助特殊安養、方案委託及公設民營等(內政部, 2007c: 147)。主要的補助對象包括地方政府、公立社福機構、財團法人(基金會、附屬福利機構等)、社團法人(社會福利團體、社區發展協會等)及志願服務隊等(內政部, 2007c: 147-148)。此外, 企業提供相關的安養照顧、輔具開發等服務。在委託的民間團體之中, 1999年及2000年時, 政府的補助對象主要以公立社會福利機構為主, 當時這些機構扮演主要的直接服務提供者的角色。2001年以後, 補助對象排除地方政府及公立社會福利機構, 財團法人福利機構、財團法人基金會及立案社會福利團體成為照顧服務的主要對象(內政部, 2007c: 152-155)。

在照顧服務機構方面, 依老人福利法(1997)之規定, 照顧服務機構包括「長期照顧機構(Long-term Nursing Organization)」、「安養機構」、「養護機構」、「社區安養堂(Elderly Community Shelter)」及「老人公寓(Elderly Residential Settling)」等5類。經營團體的屬性大致可分為「公立」、「公設民營」、「財團法人」、「小型」4類。除了「公立」以外, 「公設民營」、「財團法人」及「小型」都可劃歸為民間部門, 其構成比率(2006年末)如下:

從機構數來看, 「長期照顧機構」以「小型」最多(22家)。其次為「財團法人」(10家)。「養護機構」也是以「小型」最多(786家), 其次為「財團法人」(74家)。「安養機構」以「財團法人」最多(26家)。「社區安養堂」則全部為「公立」(10家)。「老人公寓」以「公設民營」最多(4家)。從可供進住人數(床數)來看, 「長期照顧機構」以「財團法人」最多(994床), 其次為「小型」(777床)。「養護機構」以「小型」最多(25,580床), 其次為「財團法人」(8,178床)。「安養機構」以「財團法人」最多(4,494床)。「老人公寓」以「公設民營」最多(463床)。不管從機構數或是收容床數來看, 民間團體已成為主要的提供者。

在社區照顧及居家照顧方面, 表 3-8-2 所示為民間團體提供居家照顧等服務的情形(內政部, 2007c: 150)。「居家服務」以「基金會」所占的比率最高, 達 25.64%, 其次為「公益社團法人」的 23.94%。未登記的法人「社會福利團

體」(社區發展協會與志願服務隊等)所占的比率只有 5.13%。「緊急救援服務」也是以「基金會」最高，占 45.84%。「公益社團法人」只占 3%。「營養餐飲服務」以「鄉鎮市區公所」最高，占 26.17%，其次為「社會福利團體(法人)」的 21.50%，「社區發展協會」占 9.34%。「社區照顧關懷據點」的設置以「社區發展協會」的 55.73%為最高(內政部，2007c：150-151)。另外，台北市為了因應居家照顧的需求，也引進民間團體提供居家照顧等。1990 年提供的民間團體有 4 家，至 2007 年底已增加至 10 家。

表 3-8-2 各類民間組織參與長期照顧相關服務情形

服務項目	提供團體	民間團體	比率
居家服務	基金會		25.64%
	公益社團法人		23.94%
	社會福利團體(無法人登記)		5.13%
緊急救援服務	基金會		45.84%
	公益社團法人		3%
營養餐飲服務	社會福利團體(有法人登記)		21.50%
	鄉鎮市區公所		26.17%
	社會福利團體(有法人登記)		21.50%
	基金會		18.70%
	社區發展協會		9.34%
社區照顧關懷據點	社區發展協會		55.73%
	社會福利團體(有法人登記)		9.21%
	其他		7.67%

資料出處：莊秀美(2007)，依內政部(2007c)我國長期照顧十年計畫---大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。

過去福利/醫療服務亦曾經被視為是市場機制不得侵犯的聖地，因此企業的參與並未受到期待。就國內推動社會福利民營化的過程來看，早期『推動社會福利民營化實施要點』(1997)中即規定：「各級政府為運用其現有資源，依法定

程序，以契約方式委託依法登記之財團法人或公益社團法人辦理非營利性之社會福利服務者，得參考本要點辦理。．．．」。就上述要點內容來看，社會福利服務的供給主體乃泛指志願性的非營利組織，企業似乎是被排除在外的，並顯示企業的社會福利服務參受到法令上之限制。而且，企業的營利主義也常受到質疑與批判。萬育維等(1999)針對國內經營老人養護產業的立案非營利機構對營利的看法進行分析指出，立案的非營利組織對於營利採取較保留的態度，認為是替自身成員謀利及以賺錢為目的(萬育維等，1999)。古允文(1997)就指出，從政策發展的實質內涵來看，台灣的社會福利民營化較偏向前述「狹義的民營化」的範疇。也就是，國內社會福利民營化政策並非意味市場機制的導入，所指的民間社會福利機構主要是指非營利組織，少有民間企業部門在內的想像。

事實上企業早已悄悄地進駐社會福利服務供給的領域(萬育維等，1999)。國內除了私立小型老人安養護機構之外，其他如兒童托育的部分，同樣也有營利性的托兒所或類似的機構跨足。國外甚至許多如兒童寄養或庇護服務、醫療與精神醫療服務及日間照顧等，亦有由營利機構負責供給服務的情形(沈慶盈，2005；郭登聰，1999)。而且，近年來國內陸續通過『照顧服務產業發展方案(民國 91 年)』及『促進民間參與老人住宅建設推動方案(民國 93 年)』等相關辦法，對於企業的老人福利服務供給之限制逐漸鬆綁，已擴大過去以非營利機構為主軸的社會福利服務供給委託對象之範圍，改變了過去對企業扮演的社會福利服務之補充性、被動性角色之期待，開始重視企業的角色及功能。

國內於 2007 年開始推動「我國長期照顧十年計畫」，目標在於建構完善長期照顧體系、結合民間資源提供長期照顧服務、建立支持家庭照顧者體系、強化長期照顧服務人力培育與運用、建立穩健長期照顧財務制度。「我國長期照顧十年計畫」的規劃原則強調全人照顧、在地老化、多元連續服務、財力可負擔性、個別差異及非營利化。由此可見短期之內，營利部門尚不能直接提供照顧服務，可預見照顧服務產業化的發展不會太快。不過另一方面，現任總統早在競選期間就提出落實長期照顧制度的政見，並預計於上任後四年內推動長期照顧保險與立法，以配合未來快速成長的長期照護需求，減少民眾負擔，讓高齡

長者能享有健康與快樂的環境，享有尊嚴。由此可見，國內實施長期照顧保險制度的大方向應該是不變的，屆時如何落實照顧服務提供無虞，考量營利部門的參與將是討論的重點。

目前，國內推動「照顧服務產業發展方案」第二期計畫已經告一段落，是否達到政策規劃預定的目標？應該加以關注。其次，從日本實施介護保險制度，開放企業參與照顧服務提供，促使照顧服務產業化的經驗來看，如何在這過程中預設照顧服務產業化的相關問題？又如何因應附帶的相關問題？特別是納入營利部門(企業)參與的多元化服務提供政策建構與實施之經驗等都值得參考。

關於照顧服務提供多元化、照顧服務產業化相關議題，近年來日本的發展經驗一直是國內關注的焦點。日本於2000年4月起實施「介護保險制度」，為了解決照顧服務供需不平衡的問題，因應服務提供多元化及服務輸送效率化之需求，並基於長期照顧服務供給市場化原則，乃開放社會福利法人、公益法人、醫療法人及營利法人(企業)、農協等指定事業團體皆得參與照顧服務提供之經營，改變了傳統的照顧服務輸送體系。其中特別是居家照顧服務類更是大幅放寬企業的參與，助長了照顧服務產業的形成與發展(莊秀美，2006a;江尻行男、莊秀美，2007)。

介護保險制度實施之初，企業的參與相當被看好的。不過，市場結構千變萬化，企業退出長期照顧服務事業的動向也是不容忽視，另外照顧服務企業的醜聞也相繼出現。舉例來說，以經營居家照顧服務的大企業代表「COMSN」原是日本企業參與照顧服務提供的先驅企業，在1988年成立，資本額141億4,835萬日幣，提供的照顧服務非常廣泛，包括照顧管理事業、居家照顧服務、機構照顧服務、照顧專業學校等。在介護保險實施的第3個月(2000年6月)，立即縮減經營規模，關閉470餘所服務據點(最初設置1,200百餘所)，並裁員高達4成的居家服務員等員工(約1,600人)，厲行企業改造計畫，並隨著介護保險制度的穩定發展，服務利用者大幅增加。根據2003年6月止的統計，「COMSN」當年度第一季的營業額比前年度同時期的營業額增加了44.8%，高達48億6千

萬日幣，所獲利潤增至 3 億 2 千萬日幣。至 2005 年 1 月止，員工高達 19,482 人，服務人數高達 56,460 人。「COMSN」曾經被認為是照顧服務企業中的黑馬，受到各界的高度關注(江尻行男、莊秀美，2007)。

然而，好景未能持續太久。介護保險制度實施 5 年之後，於 2006 年 4 月修訂後重新出發。修訂後的介護保險制度調整照顧給付的標準及給付金額，照顧服務相關經營事業者如何因應制度的改變成為經營上的重大課題。「COMSN」不法請領保險給付的事早在 2006 年間就有相關的傳聞出現，不過一直沒有浮出檯面。至 2007 年 6 月終於爆發。由於事茲體大，日本厚生勞動省處置令其停業，規定於半年後所有的事業必須轉移給其他事業者。「COMSN」的事件嚴重損害了日本國民對介護保險制度的信任感，當然更直接損及服務使用者的權益(莊秀美，2006;莊秀美譯，2007)。日本的介護保險制度為了達到服務提供多元化的目標，引進企業參與照顧服務提供的結果，不但無法提昇服務的品質，擴大了企業提供的照顧服務與社會福利法人提供的照顧服務之間的差距。由於使用者部分負擔持續增加，亦引起日本國民強烈批評照顧服務機構的營利取向。因為並非所有的老人及家庭都有能力負擔高額收費的照顧服務。其次，偏遠地區民眾的服務需求滿足並未因為引進企業參與照顧服務的提供而獲得解決，因為成本較高，企業在農村地區設置服務據點的意願不高。而且，介護保險實施 5 年之後也開始面臨財政的困境，而開始出現提高保費、限制使用等，短短 5 年間的實施就出現動搖，是各界始料未及的，前述問題造成介護保險制度的公平正義原則及照顧服務產業化效率開始受到質疑。日本的經驗在我國發展長期照顧資源過程中政府部門與民間之分工與合作可供作參考

第九節 照顧服務使用外籍看護工的現況

台灣的外勞始自1980年代末期，1992年即擴大到含外籍看護工在內的68種行業，1993年4月頒佈「因應家庭照顧殘障人力短缺暫行措施」開放外籍看護工的申請的公告，開啟大量引進外籍看護工之門，雖然要求在引進之前，應先有增強與本籍看護工供需間媒合，及後來要求外籍看護工引進前受訓證明練，作為以提升國內的看護工供給量及增進外籍看護工的的配套作為。此外我國的勞工政策一直將外勞定位為短期補充性的勞力，在引進時採行「限業、限量」的管制措施，且對外勞在台工作期間也有明確的設限。

看護工的工作符合3K行業的三種特性，本籍勞工多不願從事，即使從事也要求高薪資，讓雇主難以負荷。政府主管單位往往基於外籍看護工是本著「人道」立場開放，以幫助中等所得家庭重病者，聘僱者多為弱勢族群的失能者或身心障者，屬社福性質的補充人力，不同於其他行業別引進的外勞，因此，外籍看護工人數的攀升速率為最快，從1992年的306人增至2000年的96,396人(約佔30%)，以至於2007年的159,702人(約佔45.62%)，根據研究資料，2000年之前的時期，相關外勞政策介入的結果，對非看護工類外勞的緊縮效果顯然優於看護工，而2000年至2001年期間三度調整外籍看護工的申請資格，申請資格的調整與居家照顧補助方案的實施，才確實有效抑制看護工的成長趨勢。此外，外籍看護工係由個別家庭引進，既分散且不易監督，再加上外籍看護工的引進成本低廉，工作內容超過規定範圍，且行政上對假造醫師證明取得申請資格的稽核不易，因此外勞縮減的政策措施往往很難針對看護工部份著力，也是外籍看護工人數急遽成長重要原因，使得外籍看護工的引進與管理政策持續成為勞工政策及國內長期照護制度發展的焦點議題。(蔡閻閻、李玉春、黃昱瞳，2009)

外籍看護工與照顧服務員所提供的照護服務屬性大致相同，惟現行就業的市場與管理卻分由不同的法規與政府部門主管與規範，而致切割成二個不同的勞

動人力市場，茲就二者在不同工作場域的勞動條件的異同整理(表3-9-1)。

表 3-9-1 本籍照顧服務員及外籍看護不同工作場域工作條件比較表

	居家照顧服務員	外籍家庭看護工	機構照顧服務員	
			本籍	外籍
人員資格要求	訓練課程學分及技職証照	在母國的受訓證明書	訓練課程學分及技職証照	在母國受訓證明書
受照護者申請條件	1. 輕度失能：一至二項 ADLs 失能項目者；僅 IADL 失能之獨居老人。 2. 中度失能：三至四項 ADLs 失能項目者。 3. 重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能項目者。	1. 特定身心障礙重度等級項目之一者，共十項。 2. 經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定需全日 24 小時照護者。 3. 被看護者有下列情形之一者，得增加 1 人：(1)身心障礙手冊記載為植物人。(2)經醫療專業診斷巴氏量表評為零，且於 6 個月內病情無法改善。	外籍者 1. 收容養護中度以上身心障礙者、精神病患及失智症患者之長期照顧機構、養護機構、安養機構或財團法人社會福利機構。 2. 護理之家機構、慢性醫院或設有慢性病床、呼吸照護病床之綜合醫院、醫院、專科醫院。	
審核標準或流程	由長照中心評估審核核定並要求合約團體提供 1. 輕度失能：補助總時數 25 小時/月，平均一日約 50 分鐘。 2. 中度失能：補助時數調整為 50 小時/月，平均一日為 100 分鐘。 3. 重度失能：補助時數為 90 小時，亦即每日 3 小時。	醫療院所醫事人員專業評估 長照中心媒合 勞委會核給	本籍者依各機構條件自行遴選 1. 前項各機構實際收容人數每三人聘僱一人。 2. 前條第二款之機構或醫院，以其依法登記之床位數每五床聘僱一人。二類機構的外國人人數，合計不得超過本國看護工之人數。	
待遇及成本		雇主負擔約 21,000/月(含薪資加班費、保險費等見表 2)。 (外勞所得約 18,000 元/月)	平均 36,000 元/月 (雙連養護機構資料)	
管理單位與方式	公費補助：縣市政府及社福團體(私人雇用則無)	勞委會(申請、轉換) 聘用後個別雇主自行管理	聘僱之醫療院所與長照相關機構	

註：蔡閻閻(2009)整理。

第肆章 成果與討論

本研究團隊共召開十一次團隊成員討論會(如附件一至十一)、辦理兩場次專家座談會(如附件十二)以及出席六次跨組聯繫會議。

本章內容將敘述日本、德國、荷蘭等國在長期照護資源發展之經驗，包括服務資源發展總量與發展策略，人力資源培育目標數及策略，將聯繫會議中較有共識、專家座談會的意見等融入，進而提出我國規劃長期照護保險資源整備之目標及相關之策略。

第一節 照顧資源發展之核心價值與原則

本研究進行照護資源發展規劃之核心價值(value)為『使用長期照護是國民的權益』，研擬照護資源發展策略將秉持以下兩項原則：

- (一) 照護資源須具「普及性(Universal)」，亦即服務資源要有可近性，服務使用者人可就近在居住鄉鎮即可獲得，以及
- (二) 照護品質須是「可信靠的(Reliable)」，照護服務可以由不同組織或機構提供，服務品質均符合品質標準。

第二節 我國長期照顧資源發展假設與推估

一、國內資源照顧現況

國內 2008 年照顧資源機構式資源合計 84,701 床，包括一般失能老人 72,343 床、身障機構 12,358 床、失智者 930 床(若將精障 17,834 床加入則可達 102,535 床)。至於社區式資源中的日間照顧一般老人有 3,020 床，身障者日間照顧型有 7,861 床、失智老人日間照顧有 300 床，合計有 11,181 床，若將精障者使用的康復之家 2,887 床、社區復健中心 1,931 床、日間照顧 5,928 加入則可達 21,927 床，居家式資源主要為居家服務 24,925 位個

案，此外居家護理個案約 35,825 個案、精障居家護理個案 2,880 個案，合計社區及居家資源為 36,106 個案(若含精障資源則為 40,924 個案)；整體而言，機構與社區/居家現有資源之比例約為 6.5:3.5。依據王雲東等人(2009)研究結果，不分年齡，以巴氏量表 70 分以下為具照顧需求者，2008 年具照顧需求人數為 339,082 人，機構資源供給量約為 24.9% (若併計精障資源使用率則為 30%)，社區/居家資源供給量約為 13% (若併計精障資源使用率則為 15%)，資源總量僅提供 38%具照顧需求者所需，相較於日本 2000 年介護保險第一年供給 72%需求者之數量，尚有一段距離。

機構式照顧機構資源供給率為 25%，尚稱足夠(除失智者外)，但是社區/居家資源使用率只有 13%，則顯示出資源嚴重不足且多元性不足，此外，不論機構或社區/居家資源都出現城鄉資源落差；整體而言，現有資源供給尚未能回應需求。

日本推行介護保險經驗，2000~2008 年開辦介護保險後，機構式資源使用比率由 23.4%逐漸減少至 18.1%，社區及居家資源使用由 48.4%增加至 62.6%，台灣未來若實施長期照護保險，社區及居家資源使用比率需要提高，且機構式資源使用應漸減。

二、需求推估量

根據王雲東等人(2009)「長期照護需求推估」研究結果，以巴氏量表 70 分以下者為未來保險給付對象，2011 年需求人數為 382,783 人，其中 65 歲以上者為 286,329 人，65 歲以下者為 96,454 人。此外僅失智者約有 66,777 人、精神障礙者約有 63,012 人需要長期照護(其中可能與 382,783 人部份重複)，需求人口數若涵蓋所有年齡層需求人數、僅失智者及精神障礙者則共有 512,572 人。以下之推估與試算將以 382,783 人為主要，但是也對精障者與失智者所需的照顧資源分別加以框列。

三、資源整備條件假設

(一)長期照顧資源整備總目標假設

分析日本介護保險開辦後照顧資源使用狀況，發現該國在 2000~2008 年長期照護資源使用量約為 72%~80% (日本勞動省，2009)，然而日本老化程度較我國高出許多，因此對我國長期照顧資源整備目標之假設，設定於照顧保險開辦年(2011 年)全國長期照顧資源整備總目標需達照顧需求人口(需求量)之 50%、60%及 70%，並設定中程目標於 2013 年達成需求量之 60% 及 72%，長程目標於 2018 年時達需求量之 80%。

(二)各類型資源整備比例假設

在各類型資源整備比例假設上，參考日本 2000 年至 2008 年長期照護資源使用情形，在居家/社區資源使用率為由 65%增加至 78%，機構資源使用率由 35%降低為 22%，居家/社區與機構資源兩者比例約為由 6.5：3.5 逐漸轉變為 7.8：2.2。考量目前我國居家及社區資源嚴重不足及人口年齡比例較日本年輕化之狀況，遂將各類資源整備比例假定為居家/社區與機構使用比例為 7：3 及 8：2 等兩個方案，另依本研究團隊財務估算組之各種照護程度居家/社區與機構使用比例之假設，進行方案三與方案四之資源整備之估算。

(三)實務與現金給付比例假設

依據聯繫會議共識，我國未來若採用實物及現金混核給付方式，財務估算組提出實物與現金供給比例為 5：5，依據日本 2000 年保險開辦之初資源使用經驗，社區服務使用比例略高於居家服務使用比例，約為 55%：45%(日本厚生勞動省，2009)，本案僅以居家及社區各 50%之方式進行照顧資源整備量推估。

(四)社區與居家資源比例假設

即在資源發展目標之設定上，居家/社區、機構、現金給付合計為100%，其中居家/社區服務供給方式以實物及現金各50%，實物給付中，居家及社區比例亦各為50%，詳細推估比例於「階段資源發展目標之建議」陳述。

四、階段資源整備目標之建議

照顧資源整備目標首先假定居家/社區與機構之比例為7：3及8：2進行推估，將分別就下列三大類進行逐項推估(1)短程整備目標(2011年)資源發展目標建議整備量達需求人口之50%、60%及70%，(2)中程整備目標(2013年)資源整備目標整備量建議達需求人口之60%及72%，(3)長程整備目標(2018年)資源整備量達需求人口之80%。

(一) 2011年短程整備目標

照顧保險開辦年(2011年)整備目標達照顧需求人口所需服務之50%、60%、70%等分別為A、B、C等三案，並依居家/社區與機構之設定比例7：3及8：2為分別為方案一及方案二(如表4-2-1)，另配合財務估算組假定條件，提出方案三，依巴氏量表分數區分失能等級(0~30分為需求三級、31~50分為需求二級、51~70分為需求一級)之需求人口數作推估(表4-2-4.5.6)及方案四依巴氏量表分數區分失能等級(0~20分為需求三級、21~40分為需求二級、41~70分為需求一級)之需求人口數作推估(表4-2-7.8.9)，各方案推估比例，依照王雲東(2009)推估2011年長期照顧保險需求人口數為382,783人(含僅失智及精障者為512,572人)實際試算2011年長期照顧保險資源供給量，資源整備量設定為需求人口數之50%(表4-2-10)、60%(表4-2-11)、70%(表4-2-12)。

1. 方案一：居家/社區與機構供給量假定為7：3

A案、如表4-2-10，居家及社區資源發展之目標量為66,987案，加

上僅失智及精神障礙者資源供給則達 89,700 案，在機構資源目標量為 57,417 案，加上僅失智及精神障礙者之需求，機構供給量則需達 76,886 案，與目前(2008 年)現況作比較，機構資源則尚稱足夠；在居家/社區資源須成長 39,042 案，各需 19,521 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 244~325 所。

B案、如表 4-2-11，居家及社區資源發展之目標量為 80,384 案，加上僅失智及精神障礙者資源供給則達 107,640 案，在機構資源目標量為 68,901 案，加上僅失智及精神障礙者之需求，機構供給量則需達 92,263 案，與目前(2008 年)現況作比較，機構資源則尚稱足夠；在居家/社區資源須成長 52,439 案，各需 26,220 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 330~440 所。

C案、如表 4-2-12，居家及社區資源發展之目標量為 93,782 案，加上僅失智及精神障礙者資源供給則達 125,580 案，在機構資源目標量為 80,384 案，加上僅失智及精神障礙者之需求，機構供給量則需達 107,640 案，與目前(2008 年)現況作比較，機構資源則尚稱足夠；在居家/社區資源須成長 65,837 案，各需 32,919 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 410~550 所，每鄉鎮 1-2 所。

2. 方案二：居家/社區與機構供給量假定為 8：2

A 案、如表 4-2-10，居家及社區資源發展之目標量為 76,557 案，加上僅失智及精神障礙者資源供給則達 102,514 案，在機構資源目標量為 38,278 案，加上僅失智及精神障礙者之需求，機構供給量則需達 51,257 案，與目前(2008 年)現況作比較，機構資源則尚稱足夠，在居家/社區資源須成長 48,612 案，各需 24,306 案，

如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 300~405 所。

B 案、如表 4-2-11，居家及社區資源發展之目標量為 91,868 案，加上僅失智及精神障礙者資源供給則達 123,017 案，在機構資源目標量為 45,934 案，加上僅失智及精神障礙者之需求，機構供給量則需達 61,509 案，與目前(2008 年)現況作比較，機構資源則尚稱足夠，在居家/社區資源須成長 63,923 案，各需 31,962 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 400~530 所。

C 案、如表 4-2-12，居家及社區資源發展之目標量為 107,179 案，加上僅失智及精神障礙者資源供給則達 143,520 案，在機構資源目標量為 53,590 案，加上僅失智及精神障礙者之需求，機構供給量則需達 71,760 案，與目前(2008 年)現況作比較，機構資源則尚稱足夠，在居家/社區資源須成長 79,234 案，各需 39,617 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 500~660 所，每鄉鎮 1-2 所。

3. 方案三：2011 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

A 案、如表 4-2-4，2011 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 102,951 案，機構資源預估使用人數則為 31,254 案，由此推估 2011 年資源準備量需達 134,205 案(表 4-2-10)，其居家/社區與機構資源供給比例依照需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 102,951 案，在機構資源整備目標量為 31,254 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 75,007 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 37,504 案，如果日間照護每所以

60-80 人推計則需要增加 470~625 所。

B案、如表 4-2-5，2011 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 123,541 案，機構資源預估使用人數則為 37,505 案，由此推估 2011 年資源準備量需達 161,046 案(表 4-2-11)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 123,541 案，在機構資源整備目標量為 37,505 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 95,598 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 47,799 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 600~800 所。

C案、如表 4-2-6，2011 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 144,131 案，機構資源預估使用人數則為 43,756 案，由此推估 2011 年資源準備量需達 187,887 案(表 4-2-12)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 144,131 案，在機構資源整備目標量為 43,756 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 116,186 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 58,093 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 730~970 所。

4. 方案四：2011 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

A案、如表 4-2-7，2011 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 104,446 案，機構資源預估使用人數則為 26,980 案，由此推估

2011 年資源準備量需達 131,425 案(表 4-2-10)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 104,446 案，在機構資源整備目標量為 26,980 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 76,501 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 38,250 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 480-640 所。

B案、如表 4-2-8，2011 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 125,336 案，機構資源預估使用人數則為 32,377 案，由此推估 2011 年資源準備量需達 157,710 案(表 4-2-11)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 125,336 案，在機構資源整備目標量為 32,377 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 97,391 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 48,695 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 610~810 所。

C案、如表 4-2-9，2011 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 146,224 案，機構資源預估使用人數則為 37,773 案，由此推估 2011 年資源準備量需達 183,995 案(表 4-2-12)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 146,224 案，在機構資源整備目標量為 37,773 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 118,279 案，而機構資源則尚稱足

夠。居家與社區各需增加約 59,140 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 740-985 所。

整合來看長期照顧保險開辦年(2011 年)整備目標達照顧需求人口所需服務之 50%、60%、70%等三個比率，於方案一 7：3、方案二 8：2、方案三(經建會需求推估)、方案四(李玉春老師需求推估)之資源整備量與現況 2008 年資源相較(如表 4-2-13)，資源成長量於 A 案資源整備達 50%時，居家及社區資源成長案量為 39,042~76,501，居家與社區各需增加約 19,521~38,250 案，而機構資源尚稱足夠；資源成長量於 B 案資源整備達 60%時，居家及社區資源成長案量為 52,439~97,391，居家與社區各需增加約 26,220~48,695 案，而機構資源尚稱足夠；資源成長量於 C 案資源整備達 70%時，居家及社區資源成長案量為 65,837~118,279，居家與社區各需增加約 32,920~59,140 案，而機構資源尚稱足夠。若日間照顧中心每所以 60~80 人推計，則於 A 案需要增加 245~640 所，於 B 案需要增加 330~810 所，於 C 案需要增加 410~985 所。

五、照顧資源整備總量之建議

(一) 全國資源整備總目標：

A 案：供給量達需求量之 50%，

B 案：供給量達需求量之 60%，

C 案：供給量達需求量之 70%。

(二) 各類資源發展目標

1. 機構式資源維持現有數量

2. 社區式資源：提供普及性日間照顧為主，資源整備量發展至具照顧需求人口數之 8.75~19.1%。因此日間照顧中心每所以 60-80 人推計，整備數量推估如下：

A 案：日間照顧中心自 2010 年至 2011 年需要增加 **245~640** 所，

每年設置 120~320 所，包括：

(1)老人日間照護每年 70~180 所，

其中失智者日間照護每年 30~90 所

(2)精障日間照護每年 25~70 所

(3)身障日間(社區)照顧機構每年 25~70 所

B 案：日間照顧中心自 2010 年至 2011 年需要增加 **330~810** 所，

每年設置 165~405 所

(1)老人日間照護每年 115~235 所，

其中失智者日間照護每年 50~100 所

(2)精障日間照護每年 25~85 所

(3)身障日間(社區)照顧機構每年 25~85 所

C 案：日間照顧中心自 2010 年至 2011 年需要增加 **410~985** 所，

每年設置 205~490 所

(1)老人日間照護每年 145~290 所，失智日間照護每年 70~120 所

(2)精障日間照護每年 30~100 所

(3)身障日間(社區)照顧機構每年 30~100 所

此外設置混合型日託中心每年 100~150 所，2011 年共 210~300 所

3. 居家資源整備至需求人口數之 8.75~19.1%，至 2011 年達 33,493~73,112 案

表 4-2-1： 2011 年依 50%、60%、70%推估長期照顧資源短程整備目標

居社： 機構	整備總目標								
	A 案 50%*			B 案 60%*			C 案 70%*		
	居 家	社 區	機 構	居 家	社 區	機 構	居 家	社 區	機 構
短程方案一 7：3	8.75	8.75	15	10.5	10.5	18	12.25	12.25	21
短程方案二 8：2	10	10	10	12	12	12	14	14	14
方案三	13.4	13.4	8.2	16.1	16.1	9.8	18.8	18.8	11.4
方案四	13.6	13.6	7	16.4	16.4	8.5	19.1	19.1	9.9

註：*居家、社區、機構及現金給付達到資源整備量的總比例

表 4-2-2： 2013 年長期照顧資源中程整備目標 (%)

居社： 機構	整備總目標					
	2013 年：60%*			2013 年：72%*		
	居家	社區	機構	居家	社區	機構
中程方案一 7：3	10.5	10.5	18	12.5	12.5	22
中程方案二 8：2	12	12	12	14	14	16
方案三	16.1	16.1	9.8	—	—	—
方案四	16.4	16.4	8.5	—	—	—

註：*居家、社區、機構及現金給付達到資源整備量的總比例

表 4-2-3：長期照顧資源整備短、中、長程目標 (%)

居社： 機構	整備總目標								
	2011 年：70%*			2013 年：72%*			2018 年：80%*		
	居家	社區	機構	居家	社區	機構	居家	社區	機構
方案一 7：3	12.25	12.25	21	12.6	12.6	21.6	14	14	24
方案二 8：2	14	14	14	14.4	14.4	14.4	16	16	16
方案三	18.8	18.8	11.4	—	—	—	21.6	21.6	13
方案四	19.1	19.1	9.9	—	—	—	21.9	21.9	11.2

註：*居家、社區、機構及現金給付達到資源整備量的總比例

表 4-2-4：2011 方案三 A 依財務估算組假設之長照資源整備 50%目標

需照護 等級	需求 人數	整備 50%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	66,777	33,389	25%	25%	0%	8,347	8,347	0
需照護 一級	127,527	63,764	25%	25%	2%	15,941	15,941	1,275
需照護 二級	66,476	33,238	25%	25%	5%	8,310	8,310	1,662
需照護 三級	188,780	94,390	20%	20%	30%	18,878	18,878	28,317
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區 整備量		與 2008 年資源現 況相差		機構 整備量		與 2008 年資源現 況相差 (含精障、失智資源)		
102,951		-75,007		31,254		53,447 (71,419)		

表 4-2-5：2011 方案三 B 依財務估算組假設之長照資源整備 60%目標

需照護等級	需求人數	整備 60%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	66,777	40,066	25%	25%	0%	10017	10017	0
需照護一級	127,527	76,516	25%	25%	2%	19129	19129	1,530
需照護二級	66,476	39,886	25%	25%	5%	9972	9972	1,994
需照護三級	188,780	113,268	20%	20%	30%	22654	22654	33,980
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區整備量		與 2008 年資源現況相差		機構整備量		與 2008 年資源現況相差 (含精障.失智資源)		
123,543		-95,598		37,505		47,196 (65,168)		

表 4-2-6：2011 方案三 C 依財務估算組假設之長照資源整備 70%目標

需照護等級	需求人數	整備 70%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	66,777	46,744	25%	25%	0%	11686	11686	0
需照護一級	127,527	89,269	25%	25%	2%	22317	22317	1,785
需照護二級	66,476	46,533	25%	25%	5%	11634	11634	2,327
需照護三級	188,780	132,146	20%	20%	30%	26429	26429	39,644
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區整備量		與 2008 年資源現況相差		機構整備量		與 2008 年資源現況相差 (含精障.失智資源)		
144,131		-116,186		43,756		40,945 (58,917)		

表 4-2-7：2011 方案四 A 依財務估算組假設之長照資源整備 50%目標

需照護等級	需求人數	整備 50%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	66,777	33,389	25%	25%	0%	8,347	8,347	0
需照護一級	163,583	81,792	25%	25%	2%	20,448	20,448	1,636
需照護二級	60,284	30,142	25%	25%	5%	7,536	7,536	1,507
需照護三級	158,917	79,459	20%	20%	30%	15,892	15,892	23,838
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區整備量		與 2008 年資源現況相差		機構整備量		與 2008 年資源現況相差 (含精障.失智資源)		
104,446		-76,501		26,980		57,859 (75,693)		

表 4-2-8：2011 方案四 B 依財務估算組假設之長照資源整備 60%目標

需照護等級	需求人數	整備 60%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	66,777	40,066	25%	25%	0%	10,017	10,017	0
需照護一級	163,583	98,150	25%	25%	2%	24,538	24,538	1,963
需照護二級	60,284	36,170	25%	25%	5%	9,043	9,043	1,809
需照護三級	158,917	95,350	20%	20%	30%	19,070	19,070	28,605
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區整備量		與 2008 年資源現況相差		機構整備量		與 2008 年資源現況相差 (含精障.失智資源)		
125,336		-97,391		32,377		52,462 (70,296)		

表 4-2-9：2011 方案四 C 依財務估算組假設之長照資源整備 70%目標

需照護 等級	需求 人數	整備 70%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	66,777	46,744	25%	25%	0%	11,686	11,686	0
需照護 一級	163,583	114,508	25%	25%	2%	28,627	28,627	2,290
需照護 二級	60,284	42,199	25%	25%	5%	10,550	10,550	2,110
需照護 三級	158,917	111,242	20%	20%	30%	22,249	22,249	33,373
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區 整備量		與 2008 年資源現 況相差		機構 整備量		與 2008 年資源現 況相差 (含精障.失智資源)		
146,224		-118,279		37,773		47,066 (64,900)		

表 4-2-10：2011 年長期照顧資源發展短程目標需求人口與資源整備量 50%試算

		方案一	方案二	方案三	方案四
需求人口數		382,783	382,783	382,783	382,783
資源整備量 50%		124,404	114,835	134,205	131,425
2011 年整備比例 居家社區：機構		70：30	80：20	40~50：0~30	40~50：0~30
目標量	居、社	66,987 (89,700) ^a	76,557 (102,514) ^a	102,951	104,446
	機構	57,417 (76,886) ^a	38,278 (51,257) ^a	31,254	26,980
與 2008 年資源 相較	居、社	-39,042	-48,612	-75,007	-76,501
	機構	27,284 (25,787) ^b	46,423 (51,416) ^b	53,447 (71,419) ^b	57,859 (75,693) ^b

備註：a 資源整備量(含精障資源); b 目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)

表 4-2-11：2011 年長期照顧資源發展短程目標需求人口與資源整備量 60%試算

		方案一	方案二	方案三	方案四
需求人口數		382,783	382,783	382,783	382,783
資源整備量 60%		149,285	137,802	161,046	157,710
2011 年整備比例 居家社區：機構		70：30	80：20	40~50：0~30	40~50：0~30
目標量	居、社	80,384 (107,640) ^a	91,868 (123,017) ^a	123,543	125,336
	機構	68,901 (92,263) ^a	45,934 (61,509) ^a	37,505	32,377
與 2008 年資源 相較	居、社	-52,439	-63,923	-95,598	-97,391
	機構	15,800 (10,410) ^b	38,767 (41,164) ^b	47,196 (65,168) ^b	52,462 (70,296) ^b

備註：a 資源整備量(含精障資源); b 目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)

表 4-2-12：2011 長年期照顧資源發展短程目標需求人口與資源整備量 70%試算

		方案一	方案二	方案三	方案四
需求人口數		382,783	382,783	382,783	382,783
資源整備量 70%		174,166	160,769	187,887	183,995
2011 年整備比例 居家社區：機構		70：30	80：20	40~50：0~30	40~50：0~30
目標量	居、社	93,782 (125,580) ^a	107,179 (143,520) ^a	144,131	146,224
	機構	80,384 (107,640) ^a	53,590 (71,760) ^a	43,756	37,773
與 2008 年資源 相較	居、社	-65,837	-79,234	-116,186	-118,279
	機構	4,317 (-4,967) ^b	31,111 (30,913) ^b	40,945 (58,917) ^b	47,066 (64,900) ^b

備註：a 資源整備量(含精障資源); b 目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)

表 4-2-13：2011 年長期照護資源整備量 50~70%試算與 2008 年資源現況比較

	與 2008 年 資源相較	方案一	方案二	方案三	方案四
方案 A 50%	居、社	-39,042	-48,612	-75,007	-76,501
	機構	27,284 (25,787) ^b	46,423 (51,416) ^b	53,447 (71,419) ^b	57,859 (75,693) ^b
方案 B 60%	居、社	-52,439	-63,923	-95,598	-97,391
	機構	15,800 (10,410) ^b	38,767 (41,164) ^b	47,196 (65,168) ^b	52,462 (70,296) ^b
方案 C 70%	居、社	-65,837	-79,234	-116,186	-118,279
	機構	4,317 (-4,967) ^b	31,111 (30,913) ^b	40,945 (58,917) ^b	47,066 (64,900) ^b

備註：b 目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)

六、2018 年照顧資源整備目標達需求人數 80%之推估

本小節將以 2018 年達到 80%照顧需求人口所需服務之整備目標進行以下三個方案之推估，(一)方案一：依居家/社區與機構之設定比例 8：2 為(表 4-2-16)，(二)方案二：配合財務估算組假定條件，且巴氏量表分數區分失能等級(0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)之需求人口數作推估(表 4-2-14)及(三)方案三：依巴氏量表分數區分失能等級(0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)之需求人口數作推估(表 4-2-15)，各方案推估比例，依照王雲東(2009)推估 2018 年長期照顧保險需求人口數為 493,102 人。

1. 方案一：居家/社區與機構供給量假定為 8：2

如表 4-2-16，2018 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 157,793 案，機構資源預估使用人數則為 78,896 案，由此推估 2018 年資源準備量需達 236,689 案(表 4-2-16)，含現金給付則為 394,481 案，其居家/社區與機構資源供給比例依照需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 80%，機構供給率則為 20%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 157,793 案，在機構資源整備目標量為 78,896 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 129,848 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 64,924 案，自 2010 至 2018 年(9 年)，居家與社區資源每年各需增加 7,213 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 90-120 所，至 2018 年共需增加 810-1,080 所。

2. 方案二：2018 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。如表 4-2-14，2018 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 212,974 案，機構資源預估使用

人數則為 64,131 案，由此推估 2018 年資源準備量需達 277,105 案(表 4-2-16)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 212,974 案，在機構資源整備目標量為 64,131 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 185,029 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 92,514 案，自 2010 至 2018 年(9 年)，居家與社區資源每年各需增加 10,279 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 130-170 所，至 2018 年共需增加 1,170-1,530 所。

3. 方案三：2018 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

如表 4-2-15，2018 年長期照顧居家/社區資源預估使用人數為 216,004 案，機構資源預估使用人數則為 55,443 案，由此推估 2018 年資源準備量需達 271,447 案(表 4-2-16)，其居家/社區與機構資源供給比例依照顧需求等級而有所不同，居家/社區供給比例為 40~50%，機構供給率則為 0~30%，以此比例推估資源整備目標量，居家及社區資源整備之目標量為 216,004 案，在機構資源整備目標量為 55,443 案，與目前(2008 年)現況作比較，在居家/社區資源須增加 188,059 案，而機構資源則尚稱足夠。居家與社區各需增加約 94,029 案，自 2010 至 2018 年(9 年)，居家與社區資源每年各需增加 10,447 案，如果日間照護每所以 60-80 人推計則需要增加 130-174 所，至 2018 年共需增加 1,170-1,566 所。

表 4-2-14：2018 方案二依財務估算組假設之長照資源整備 80%目標

需照護 等級	需求 人數	整備 80%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	87,713	70,170	25%	25%	0%	17,543	17,543	0
需照護 一級	165,552	132,442	25%	25%	2%	33,110	33,110	2,649
需照護 二級	85,648	68,518	25%	25%	5%	17,130	17,130	3,426
需照護 三級	241,902	193,522	20%	20%	30%	38,704	38,704	58,056
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區 整備量		與 2008 年資源現 況相差		機構 整備量		與 2008 年資源現 況相差		
212,974		-185,029		64,131		20,570		

表 4-2-15：2018 方案三依財務估算組假設之長照資源整備 80%目標

需照護 等級	需求 人數	整備 80%	整備比例			整備人數		
			居家	社區	機構	居家	社區	機構
零級	87,713	70,170	25%	25%	0%	17,543	17,543	0
需照護 一級	211,819	169,455	25%	25%	2%	42,364	42,364	3,389
需照護 二級	77,268	61,814	25%	25%	5%	15,454	15,454	3,091
需照護 三級	204,014	163,211	20%	20%	30%	32,642	32,642	48,963
長期照顧資源整備總量及與現況資源相差量推估：								
居家/社區 整備量		與 2008 年資源現 況相差		機構 整備量		與 2008 年資源現 況相差		
216,004		-188,059		55,443		29,258		

表 4-2-16：2018 年長期照顧資源發展資源整備量達 80%試算

		方案一	方案二	方案三
需求人口數		493,102	493,102	493,102
資源整備量 80%		236,689	277,105	271,447
2018 年整備比例 居家社區：機構		80：20	40~50：0~30	40~50：0~30
目標量	居、社	157,793	212,974	216,004
	機構	78,896	64,131	55,443
與 2008 年資源 相較	居、社	-129,848	-185,029	-188,059
	機構	5,805	20,570	29,258

第三節 社區式照顧資源發展策略

壹、日間照顧

一、對象

日間照顧意指在日間提供的照顧服務，是針對健康、輕中度失能/失智的個案及有照顧需求的家庭，一種社區式的支持性及補充性照顧服務提供，透過專業人員的輔導及帶領，提供文康休閒活動、健康促進、定點用餐服務等並視當地需求特性，提供餐飲服務或辦理健康促進活動。期望透過社區照顧，及分級照顧設置，使受照顧者留在熟悉的環境中生活，同時亦提供家庭照顧者適當之喘息服務，以預防長期照顧問題惡化，發揮社區自助互助功能。

二、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 少子化、家庭結構改變，老年人口遽增，家庭照顧功能薄弱，需要外援資源。
2. 政府支持社區照顧及長照保險政策推動。
3. 符合國人傳統孝道觀念。
4. 透過日間照顧與居家服務結合，增加需求者可以留在社區繼續接受照顧及與家人維持頻繁互動之機會。
5. 實證研究支持日間照顧對失能失智使用者身心功能效果良好。
6. 民間配合政府投入開辦文康中心及照顧據點意願頗高，而長者參與之意願亦漸增。
7. 可善用社區閒置空間，活絡社區投入福利社區化的資源發展。

(二) 困境與障礙：

1. 缺乏財務誘因，提供者開辦意願低。

2. 日間照顧機構成本偏高，照顧有其難度及風險。
3. 日間照顧機構設立標準需要重新檢視其適切性。
4. 服務時間及交通接送配合家屬時間安排難度高。
5. 使用率低，缺乏利潤誘因，致使開辦意願低。
6. 服務需求者使用意願低。

- (1)家屬對日間照顧之功能與效益欠缺認知與認同。
- (2)服務時間及交通接送無法完全配合家屬時間安排。
- (3)家屬無法負擔合理的收費。
- (4)家屬照顧壓力無法完全獲得紓解。
- (5)外籍監護工與低價機構的服務競爭。

三、資源成長目標

自 2010 年至 2011 年，每年設置 70~420 所，至 2011 年可增加 140~840 所：

(1)老人日間照護每年 40-220 所，其中失智者日間照護每年 20~90 所

(2)精障型日間照護每年 15~100 所

包括以多功能及多元化日照活動中心、社區復健中心，club house 等預防性日照型式、.....等。

(3)身障日間(社區)照顧機構每年 15~100 所

包括包括「社區居住與生活服務」、日間照顧、多元社區服務、臨時及短期照顧服務方案、.....等。

此外設置混合型日託中心每年 100~150 所，至 2011 年共達 210~300 所。

四、資源發展策略

1. 依照需求等級設立多元化的日間照顧機構，依失能程度分級設立，並制訂合適之設置標準。
2. 考量與其他社區照顧服務結合及交互使用，例如居家服務、社區復健、家庭托顧等發揮加成效果。

3. 管控區域內照顧資源之合理量，訂定品質保證機制。
4. 以分級/分層照顧的模式服務不同照顧需求等級的長者，結合其他照顧模式共同投入發展多元/多層級照顧服務，鼓勵異業結合共同推展。
5. 合理保險支付及給付機制鼓勵日間照顧服務發展與使用，考慮與居家服務的總額可行性。
6. 善加運用可能空間（如：學校、教堂、寺廟、閒置國宅、安養堂、衛生所、醫療機構及農會等）。
7. 配合發展長者交通服務網絡。
8. 精障者之日間照護與庇護性就業設施結合，增加個案出席動機，對偏遠地區需有特別鼓勵辦法

貳、社區復健

一、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 國內復健服務資源豐富，多數長期照護個案在生活功能的維護及促進上可藉由復健服務獲得改善。
2. 社區復健服務可與日間照顧結合提供，增加日間照顧服務的多元性。

(二) 困境與障礙：

1. 現在治療師都是兼職，非常辛苦，建議以居家護理的模式，形成居家復健所，對於治療師能較有發揮也較有保障。
2. 治療師的角色定位不明，治療師被歸屬於醫療體系，衛生署有許多框架規範，包括治療師做環境的評估竟然需要醫師的轉介，如此治療師很難發揮角色。
3. 衛生署要求目前兼職作居家復健的治療師需要執業登記核備，許多治療師就會覺得「算了！那我不要幫忙了」，治療師的身分不明，沒有針對長照使用的法規，而是使用醫療跨到長照的模式，若需要醫師轉介才能治療，治療師就會很難執行下去。

二、發展目標

以需求人數在 2011 年有 5%、在 2018 年有 10%可獲得社區復健服務推估服務案數約為 9,500~14,000 及 39,500 名個案；2011 年時每鄉鎮有 1 個社區復健據點，共約 360-400 個點 每個點服務 60-80 人，2018 年社區復建據點增加至 660 點，每一鄉鎮市區可以有 1-2 個據點。

三、發展策略

1. 由物理治療及職能治療專業團體規劃社區復健內涵及作業模式。
2. 由醫療院所復健部門或單位規劃外展復健服務單位(比照居家護理機構)，以全職人力(非兼職人力)發展此項業務。
3. 以鄉鎮為單位，若該鄉鎮中的醫院或診所中無附設復健科，建議在衛生所或其他合適地點設置復健器材，由職能治療師或物理治療師採巡迴門診方式，每週提供 2-3 次之定點服務。

參、交通服務

一、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 長期照顧個案就醫需求高，交通服務的提供可創造陪伴長者就醫或攙扶上下樓之服務型態，增加長者就醫時交通工具之選擇性。
2. 交通服務若與日間照顧結合提供，增加日間照顧服務的使用性。

(二) 困境與障礙：

現階段對長期照護個案提供的交通服務主要以復康巴士為主，復康巴士對使用輪椅者確實有其功用，但是對輕中度行動不變或使用拐杖者，則不太必要使用復康巴士。

二、發展目標

每一縣市在 2011 年，以提供 1-2%具長期照顧需求者之交通服務為目標，全國約 2,700~5,400 位個案。於 2018 年則要達到 4,000~8,000 位個案的目標量。

三、發展策略

發展多元交通接送服務模式包括：

1. 小型復康巴士的擴大辦理。
2. 與計程車客運業者合作(台北市南港老人服務中心已試辦 2 年)。
3. 試辦社區小型巴士接送失能者。

第四節 居家式照顧資源發展策略

壹、居家服務

一、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 提供可近性服務，實踐社區照顧的理念。
2. 讓老人留在原來的社區終老，實現在地老化的目標。
3. 滿足老人在家中受照顧的期待，符合老人的表達性需求。
4. 以較低的花費即能支援子女照顧老人。
5. 近年來居家服務的使用人數逐年增加，滿意度亦明顯提昇。

(二) 困境與障礙：

1. 民眾的錯誤認知，將服務員視為「僕人」、「幫傭」(陳慶雄，1999)。
2. 傳統的孝道價值觀降低子女申請使用的意願(陳怡如，2003)。
3. 資訊廣宣不足，民眾認識有限(黃瑞杉 2004；江雅筑，2005)。
4. 民眾將居服務視為福利，使用者付費購買意願低。當政府補助的經費越少，民眾使用的意願越低(陳怡如，2003；羅佩思，2004；黃瑞杉，2004；江雅筑，2005；林玉琴，2006；林金立，2007)。
5. 不願陌生人進入家庭，影響服務使用意願。
6. 居家服務勞動條件惡劣，服務員從業率低且離職率高。
7. 服務提供機構無法成長，主要的問題如下：提供機構財務壓力大，經營不易；服務提供機構主體的限制；資源數量成長慢且城鄉差距大等。

二、居家服務資源成長目標

2008 年底，國內機構服務與社區居家服務的服務提供比例為 6：4，預計

2011年時能提供全年齡層需求人數382,783的50%(A案)、60%(B案)及70%(C案)。

A案、居家社區服務與機構服務的服務提供比例調整至70:30，屆時居家/社區服務的提供量為66,987人。與2008年供給量相較，居家/社區服務必須增加39,042人的服務量。更理想的狀況是社區居家服務與機構服務的服務提供比例調整至80:20，屆時居家/社區服務的提供量為76,557人，與2008年資源量相較，居家/社區服務必須增加48,612人的服務量。而配合財務估算組假設，屆時居家/社區服務的提供量為102,951~104,446人，與2008年供給量相較，居家/社區服務必須增加75,007~76,501人的服務量。

B案、居家社區服務與機構服務的服務提供比例調整至70:30，屆時居家/社區服務的提供量為80,384人。與2008年供給量相較，居家/社區服務必須增加52,439人的服務量。更理想的狀況是社區居家服務與機構服務的服務提供比例調整至80:20，屆時居家/社區服務的提供量為91,868人，與2008年資源量相較，居家/社區服務必須增加63,923人的服務量。而配合財務估算組假設，屆時居家/社區服務的提供量為123,543~125,336人，與2008年供給量相較，居家/社區服務必須增加95,598~97,391人的服務量。

C案、居家社區服務與機構服務的服務提供比例調整至70:30，屆時居家/社區服務的提供量為93,782人。與2008年供給量相較，居家/社區服務必須增加65,837人的服務量。更理想的狀況是社區居家服務與機構服務的服務提供比例調整至80:20，屆時居家/社區服務的提供量為107,179人，與2008年資源量相較，居家/社區服務必須增加79,234人的服務量。而配合財務估算組假設，屆時居家/社區服務的提供量為144,131~146,224人，與2008年供給量相較，居家/社區服務必須增加116,186~118,279人的服務量。

三、居家服務資源發展策略

(一) 政策鬆綁--服務提供主體多元化

老人福利服務提供者資格要件及服務準則(2008)之規定，身體照顧及家務服務限由 1.醫療機構、護理機構、醫療法人；2.老人福利機構、身心障礙福利機構；3.公益社團法人、財團法人、社會福利團體、照顧服務勞動合作社；4.社會工作師事務所。目前提供的機構以第三類的非營利團體為主。第四類的機構，原本數量就很少。國內大部分的非營利團體之規模都不是很大，而居家服務的經營規模如果太小，收入支出平衡困難，非營利團體即使想要加入也面臨種種限制。因此，開放更多不同屬性的團體加入服務提供將是短期間發展居家服務資源的最可能方向。

(二) 激勵--提供誘因

即使開放企業加入也可能面臨一種情況，那就是企業只擇在人口稠密的都市地區提供服務，不願意在人口稀疏的偏遠地區設置服務據點，如此一來，原本資源短少的偏遠地區仍然無法增加服務資源。因此就短期目標而言，人口密度不高的地區必須提供更大的誘因，以激勵企業參與。具體而言，提高偏遠地區的給付額是較合理的。雖然也有反對的說法，認為偏遠地區的生活水平較低，居家服務員卻領取較高的給付反而是另一種不公平。不過，由於偏遠地區的服務量低、交通費時，成本總合應該還是高於都市地區。居家服務資源發展的短期目標首在增加資源量，因此提供足夠的誘因是重要的。

(三) 提供教育訓練課程，經營管理策略，財務管理等。

貳、居家復健

一、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

國內復健服務資源豐富，多數長期照護個案在生活功能的維護及促進上可藉由復健服務獲得改善。

(二) 困境與障礙：

1. 現在所有治療師都是兼職，非常辛苦，建議以居家護理的模式，形成居家復健所，對於治療師能較有發揮也較有保障。
2. 治療師的角色定位不明，治療師被歸屬於醫療體系，衛生署有許多框架規範，包括治療師做環境的評估竟然需要醫師的轉介，如此治療師很難發揮角色。
3. 衛生署要求目前兼職作居家復健的治療師需要去做職業登記核備，許多治療師就會覺得「算了！那我不要幫忙了」，治療師的身分不明，沒有針對長照使用的法規，而是使用醫療跨到長照的模式，若需要醫師轉介才能治療，治療師就會很難執行下去。

二、發展目標

居家復健服務提供率可以維持在 1%之間 2011 年可提供 2,000-2,500 個個案可以得到居家復健服務。

三、發展策略

1. 由物理治療及職能治療專業團體規劃社區復健內涵及作業模式。
2. 由醫療院所復健部門或單位規劃外展復健服務單位(比照居家護理機構)以全職人力(非兼職人力)發展此項業務。

第五節 機構式照顧資源發展策略

一、機構式資源發展目標

機構資源發展目標依照保險開辦期程，分為短中長期而設定不同的資源準備目標(表 4-5-1)。保險開辦年(2011 年)使用人數佔總需求人數(資源準備比例)，共設定三種不同方案：50%(A 案)、60%(B 案)、70%(C 案)，作為我國資源供給量之推估基準。並以居家社區與機構使用比例，分別列舉四種不同需求推估方案：70:30(方案一)、80:20(方案二)、配合財務組及不同失能等級推估(方案三、四)(表 4-5-2)。

不同方案估算結果皆顯示(表 4-5-3.4.5)，以方案一的床位需求數最高(57,417~80,384 床)、方案四最少(26,980~37,733)；就整體來看，不論是資源供給目標量佔需求的 50%、60%、70%，現有機構式床位資源總量大多仍有餘綽，因此機構式床位資源尚能銜接民眾需求。

表 4-5-1：資源總量整備目標

	資源準備量佔需求人口比例 (目標方案)
短程目標(2011 年)	A 案：50% B 案：60% C 案：70%
中程目標(2013 年)	60%、72%
長程目標(2018 年)	80%

表 4-5-2 社居居家與機構使用比例方案

	社區居家：機構
方案一	70:30
方案二	80:20
方案三	依巴氏量表分數區分失能等級 (0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)之 需求人口數作推估
方案四	依巴氏量表分數區分失能等級 (0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)之 需求人口數作推估

表 4-5-3 A 案(資源準備比例 50%)推估

資源整備 量 50%	2011 年需 求人口數 ^a	資源供給目標量 (需求人口數之 50%，去除現金 提供量)	居家社區 與 機構比例	機構床位 目標量	床位餘缺
方案一	382,783	124,404	70 : 30	57,417 (76,886) ^b	27,284 (25,787) ^c
方案二	382,783	114,835	80 : 20	38,278 (51,257) ^b	46,423 (51,416) ^c
方案三	382,783	134,205	40:50~ 0:30	31,254	53,447 (71,419) ^c
方案四	382,783	131,425	40:50~ 0:30	26,980	57,859 (75,693) ^c

a：依據王雲東教授推估巴氏量表 70 分以下之需求人數。

b：資源目標量(含精障資源)。

c：目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)。

表 4-5-4 B 案(資源準備比例 60%)推估

資源整備量 60%	2011 年需求人口數 ^a	資源供給目標量 (需求人口數之 60%，去除現金提供量)	居家社區 與 機構比例	機構床位 目標量	床位餘缺
方案一	382,783	149,285	70 : 30	68,901 (92,263) ^b	15,800 (10,410) ^c
方案二	382,783	137,802	80 : 20	45,934 (61,509) ^b	38,767 (30,913) ^c
方案三	382,783	161,046	40:50~ 0:30	37,505	47,196 (65,168) ^c
方案四	382,783	157,710	40:50~ 0:30	32,377	52,462 (70,296) ^c

a：依據王雲東教授推估巴氏量表 70 分以下之需求人數。

b：資源目標量(含精障資源)。

c：目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)。

表 4-5-5 C 案(資源準備比例 70%)推估

資源整備量 70%	2011 年需求人口數 ^a	資源供給目標量 (需求人口數之 70%，去除現金提供量)	居家社區 與 機構比例	機構床位 目標量	床位餘缺
方案一	382,783	174,166	70 : 30	80,384 (107,640) ^b	4,317 (-4,967) ^c
方案二	382,783	160,769	80 : 20	53,590 (71,760) ^b	31,111 (30,913) ^c
方案三	382,783	187,887	40:50~ 0:30	43,756	40,945 (58,917) ^c
方案四	382,783	183,995	40:50~ 0:30	37,773	47,066 (64,900) ^c

a：依據王雲東教授推估巴氏量表 70 分以下之需求人數。

b：資源目標量(含精障資源)。

c：目標資源整備量與 2008 年資源量相較之差值(含精障資源)。

二、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 長期照護保險開辦初期，機構床位整備總數量尚足以因應需求。

2. 法規已修訂：現今老人福利法第三章第十六條已經修正，「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃」。此項法規的修改，明確地說明了未來提供照護服務的大方向與原則，增進連續性且全人的照護品質，也為機構提供外展服務至社區及居家，增添適法性。
3. 民間參與投入長期照護產業意願高。

(二) 困境/障礙：

1. 法令雖鼓勵機構結合現有各項資源共同推動居家或社區式照顧服務業務，但社區與居家照護資源量仍舊存在尚未被彰顯之問題。
2. 在政策尚未有顯著的提供足夠誘因與完善配套，特殊照護服務(如失智、精障照護、身障)之政策與民眾認知皆尚未成熟，使得機構空床率持續維持兩成。
3. 資源患不均：除了床位數量資源城鄉差距分布不均外，不同特殊照護類別的照護床數也面臨相同問題。
4. 民眾對於機構式照護之刻板印象與觀感不佳，由於受到過去各類型照護單位品質普遍不佳及費用負擔，導致一般民眾排斥被安排照護。且長期照護機構名稱不一致，也導致民眾認知混淆，不易找到適合個案需求之服務資源。
5. 整體性的社會福利政策尚未完會上軌道，高齡失能或需要被照顧者聘請專人全日照護時成本偏高，致使民眾遷就品質而改聘外勞替代照顧服務之角色。
6. 我國床位數五十床以上機構的品質評鑑，經過中央三屆的評鑑(90、93、96年)結果榮獲甲等及優等機構數極為少數，因此可以得知我國機構式的照顧服務品質，尚有很大的努力空間。

三、資源發展策略與評估

現存的機構式照顧資源因應照顧保險所需供給的全日型照顧資源尚稱充足，並無迫切需要增設大量床位數，但是在照顧品質上仍有加強與提升空間；此外，現有之機構經營者對長期照護累積相當程度的經驗，可以鼓勵其發展外展服務，提供社區與居家式的服務，強化社區保護照顧網絡。以下提出幾點資源發展策略：

(一) 活化機構式照護資源，鼓勵各類優良機構提供社區化外展服務，並發展多層級連續性照護服務模式，補足社區與居家照護資源量尚未彰顯之問題。

(二) 機構介入參與居家及社區服務之具體策略：

1. 機構介入參與居家及社區服務之人力，含直接及間接人力均比照現行機構「服務費」之補助辦法辦理。

2. 機構介入參與居家及社區服務之績效，納入機構評鑑計分成績。

(三) 建議訂定機構式照護之長期照護保險給付，應以評鑑成績來作為管理機制，以增進機構床位服務資源之提供。

(四) 評鑑未符合標準機構之退場機制：

機構評鑑成績未達乙等以上（含乙等）者，給予三年改善期間，否則第四年起不論其收容照顧服務對象之級數為第幾級，長期照護保險均不予給付，同時應依下列規定接受輔導課程。

1. 第一次（年）機構負責人及主任每半年均應參加主管機關所辦之輔導課程，並限期六個月內改善再進行複評。

2. 第二~三次（年）機構負責人及主任每四個月均應參加主管機關所辦之輔導課程。限期六個月內改善並再進行複評。

(五) 訂定城鄉不同獎勵辦法：

建議在機構較為缺乏之偏遠地區，除了鼓勵機構依照老人福利法第三章第十六條的精神配合辦理之外，同時也建議政府提供優於資源充足地區之新建

物、設施設備、修繕及人事服務費(含間接服務人員)補助款各提高 10%。

(六) 整合長照機構之評鑑並由專屬第三公正單位負責：

將機構之評鑑由自由意願式改為強制性規定，評鑑結果與照護保險給付及機構業務擴展相互連結。

四、研究限制

1. 我國小型機構服務品質雖然各地方政府都已經著手進行評鑑，但資訊分散在各縣市區域，無法匯集總體資料之完整性之評估統合。
2. 未來長期照護保險給付條件，若是以失能或需要被照顧程度的輕重來規劃給付的話，居住到機構式被照顧服務的老人多數是屬於較高齡者，因此失能情況的變異性也很快速，因此機構內藏有許多隱性的失能者，因此統計應避免低估失能者或需要被照顧者人口，導致誤判需求之可能性。
3. 身心障礙與精神障礙現有資源與使用情形，資料取得較為不易。

第六節 新型服務資源

新型服務資源將提出家庭托顧、照顧住宅、團體家屋、夜間照顧中心、夜間居家服務、居家營養以及居家藥事服務等七項資源的發展目標以及發展策略評估。

壹、家庭托顧

一、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 強調非機構的、小型化的托顧服務，並且以家庭環境為導向，不但能使老人留在自己熟悉的社區，可減少受托顧者與社區的隔離，家庭托顧可使受托顧者融入社區的日常生活中，也可避免大型機構帶來的疏離感及不適應。
2. 對需長時間保護看視的被照顧者而言，價格較機構式照護便宜，且較有家庭式氣氛、自主性和彈性，而且建置和營運成本低於日間照顧中心，提供服務的彈性較高。
3. 對照顧者而言，創造新型在家工作職業，增加就業機會。
4. 美國研究顯示家庭托顧受托者相對於機構住民在社會及心理評量的結果(Social and Psychological outcome)較優，身體功能評量(Functional outcome) 相等。

(二) 困境與障礙：

1. 國內缺少成功案例與模仿典範。
2. 開創初期，對承辦團體和托顧家庭較多不確定因素，包括支持體系和其他醫療照護和後送資源尚未有效整合，且欠缺媒合經驗，初期營運成本和風險相對提高。
3. 家庭托顧屬於新型服務模式，服務開展推廣勢必更加困難，更需投入相當人力與資源，包括製作宣傳單張宣導影片、或舉辦說明會等。

4. 在未普及前，交通距離變成重要阻礙。
5. 把私人住屋變成照顧場所非一般人願意接受。
6. 照顧服務員缺少在職訓練支持，較局限在照顧老人的知識技能外，缺少身心障礙教保員和生活照顧員的訓練。
7. 相對於機構照護缺乏醫療資源及組織化的活動安排。
8. 托顧家庭在空間使用和無障礙通常或多或少都必須重新規劃安排才能符合標準。

二、資源成長目標

家庭托顧屬於新型服務且鑑於國內上外有成功營運體系，初期長期照護保險開辦前目標以每縣市至少一承辦團體和至少 2 個托顧家庭為目標。服務模式成熟穩定後；2011 年以每鄉鎮或每 2 萬人口至少 2 個托顧家庭為目標，。

三、資源發展策略

1. 以專案委託民間團體，優先建立成功營運模式，建立標竿學習，未來才能推廣。
2. 在服務宣傳上應有作為，以促進民眾理解和接受。
3. 擴大家庭住屋的解釋，地方空屋可善加利用。
4. 交通和無障礙環境改善的補助，開辦初期之額度或資格上須更有彈性。
5. 居家服務提供單位可優先鼓勵投入，照顧服務員可有不同服務的類型，且已有督導制度。
6. 村里長體系的結合。
7. 身心障礙者尤其是無護理需求但須保護看視的個案可以優先開發。
8. 其他服務間的競合關係如居家服務或日間照護，在補助或給付標準或支付制度上可以增加使用家庭托顧的誘因。

貳、照顧住宅

一、對象

針對輕度失能者或是失智症者，以及需要長時間保護看視的老人為主。服務內容包括無障礙的家庭化居住空間、身體照顧和家事服務、保護看視、提醒服藥、24 小時緊急通報、聯結其他醫療和照護資源。

強調與社區結合每家規模建議不超過 60 床，若超過則應區分不同單元規劃設立。每單位空間要求為至少為套房(含衛浴)型態，也可以是一房一廳一衛或二房一廳一衛的型態，且每單位內至少含簡單烹調設備、電話用個別的號碼、緊急呼叫系統。公共設施至少設置投幣式洗衣機、烘乾機等、起居或公共活動空間、餐廳、運動休閒空間。

人力要求為 24 小時至少有一位照顧服務員負責住民生活管理，白天至少聘有一名護理或社工人員提供專業服務和個案管理，也必需依照住民實際需求可與醫療院所或其他專業聯結，如其他照顧服務、護理、復建、運動等服務。

二、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 整合照顧和住宅特色
2. 極大化住民的獨立自主生活功能，盡可能維持住民自然的生活型態
3. 教育經濟水準提昇後殷切需要自主隱私的生活
4. 機構式照顧經費過於龐大
5. 現有安養中心、老人公寓住民出現輕度失能後，仍傾向留住原機構
6. 綜合過去歐美國家的經驗，理想照顧住宅的設計具有下列特質

(Regnier, 2002)：

- a. 去機構化和家庭化的特性
- b. 個人化的服務設計

- c. 同時重視生活支持需求和強化身心功能的照護設計
- d. 增進社會互動
- e. 鼓勵住民發揮互助精神
- f. 強調住民自決與自我負責的精神

(二) 困境與障礙：

1. 國內缺少成功案例與模仿典範。
2. 無設置標準和服務規範可供依循。
3. 開創初期，有較多不確定因素，包括支持體系和其他醫療照護和後送資源尚未有效整合，且欠缺媒合經驗，初期營運成本和風險相對提高。
4. 屬於新型服務模式，服務開展推廣勢必更加困難，更需投入相當人力與資源，包括製作宣傳單張宣導影片、或舉辦說明會等。
5. 相對於機構照護缺乏技術性護理照護。

三、資源成長目標

在 2011 年以前以實驗計畫補助辦理每一縣市至少辦理 1 家。

四、資源發展策略

1. 以專案委託民間團體，優先建立成功營運模式，建立標竿學習，未來才可能推廣。
2. 在服務宣傳上應有作為，以促進民眾理解和接受。
3. 既有安養中心和老人公寓可優先鼓勵投入轉型。

參、團體家屋

一、優勢與困境/障礙

(一) 優勢：

1. 符合社區照顧的理念。
2. 改善過去以來針對失智症老人的醫療型照顧模式。
3. 似家環境，老人適應較佳，實證研究支持失智使用者的身心狀況改善效果良好。
4. 可善用社區閒置空間，活絡社區投入福利社區化的資源發展。

(二) 困境與障礙：

1. 設備人事成本高因此收費比一般的養護院要高很多，一般收入的家屬無法負擔高收費。
2. 民眾對團體家屋的認識仍然不高，有待推廣。
3. 團體家屋的設置標準仍有待檢討。
4. 開辦及經營成本高，缺乏利潤誘因，致使開辦意願低。

二、資源成長目標

在 2011 年以前以實驗計畫補助辦理每一縣市辦理 1 家，2011 年之後逐年增加至每一縣市鼓勵辦理 10 家。

三、資源發展策略

1. 降低人事成本

就照顧理念而言，小規模、家庭式的團體家屋照顧模式確實可以減緩失智症的惡化與因照顧產生的衝突，國外文獻皆已證實，應是值得推廣的照顧服務型態。不過就目前的狀況來看，推動進展顯然不如預期，上述調查結果也顯示成本過高、與照顧專業人員不足應是阻礙業者參與的最大原因。

照顧專業人員不足方面，透過照顧人員培訓應可獲得改善(人力的教育與培訓)。至於成本過高的部分，最主要來自於空間整修費用、人事支出與案量少不符經營經濟規模。因此如何克服上述阻礙才是推動的關鍵。

以人力支出的部分來看，目前「失智症老人團體家屋試辦計畫」中規定的人力設置如下：

- (1) 管理人員：每一照顧單元應置 1 人。
- (2) 護理或社工人員：日間每一照顧單元至少應置 1 人，並得兼任管理人員；夜間或深夜時段得由承辦單位其他專業人員兼任之。未聘任護理人員者，應至少特約護理人員 1 人；未聘任社工人員者，應至少特約社工人員 1 人。
- (3) 照顧服務員：每一照顧單元之照顧服務員人數與老人人數之比例以 1：3 為基準，且不得雇用外籍看護工。照顧服務員與老人的比例高達 1：3 是較受到爭議的部分，也就是說，1：3 是一個需要的數字、是一個合理的數字嗎？當然，這是參照日本的試辦數值，未來是否有調節的可能與空間呢？目前，由於國內並無實證資料可以驗證，因此降低人事成本的可行性仍有待商榷。
- (4) 得視業務需要特約護理、社工、復健、營養或其他專業人員。
- (5) 前述管理人員、護理或社工人員、照顧服務員，及相關特約人員等，應由固定人員擔任，以提升失智症老人對生活環境之熟悉與信賴感。

2. 激勵--提供誘因

失智症照顧的難度高於一般失能老人，這是普遍獲得認同的。加上團體家屋的床數少、成本高，因此，提高失智症照顧的給付應是合理的。如此也有利於業者投入。

肆、夜間照顧中心

一、對象

輕中度失能者、零級及需照顧一級及需照顧二級者。

二、夜間照顧服務內容及時段

服務內涵與日間照顧服務相同，時段為 5pm-9pm。

三、資源發展目標

2011 年提供夜間服務單位，可以達到所有提供居家服務家數之 10%。

四、資源發展策略

鼓勵機構設置夜間照顧中心。

伍、夜間居家服務

一、對象

同居家服務使用對象。

二、居家服務時段

服務內涵與日間居家服務相同，時段為 5pm-9pm。

三、資源發展目標

2011 年提供夜間服務單位，可以達到所有提供居家服務家數之 10%。

四、資源發展策略

- (一) 運用現已經營居家服務者或安養護機構有意願作外展服務者。
- (二) 調高非正常上班時段之時薪。

陸、居家營養

一、對象

依據台北縣居家藥事服務作業辦法，個案需完全符合以下條件(一)、(二)項，另符合條件(三)、(四)其中一項者。

(一)設籍本縣並實際居住者，且病情穩定在家中進行居家照護，非機構安置個案。

(二)個案或家屬有意願接受服務者。

(三)長期照顧需求之社區失能民眾，患有慢性疾病或使用管灌進食者，因身體狀況 (home-bond)、家庭照顧人力或環境因素，造成民眾無法外出就醫，經長期照顧管理中心評估迷你營養評估紀錄單營養篩檢分數小於或等於 11 分，且核定有居家營養需求者。

(四)特殊個案(例如：運動神經元病變(漸凍人)、管灌個案、腦性麻痺個案、BMI \geq 30 等)。

二、居家營養服務內涵

專業營養師到宅訪視評估及確認個案營養不良的相關問題，針對個案身體狀況、飲食習慣等為個案計劃一份合宜的飲食方案，並執行相關的營養教育與慢性疾病飲食指導等。

三、資源發展目標

2011 年每一縣市至少 1-2 所組織或一位營養師提供居家營養(諮詢)服務。

四、資源發展策略

與營養師公會合辦教育訓練。

柒、居家藥事服務

一、對象

依據台北縣居家藥事服務作業辦法，個案需完全符合以下條件(一)、(二)項，另符合條件(三)、(四)、(五)、(六)其中一項者。

- (一)實際居住本縣者，且非住機構個案。
- (二)失能程度為中度(ADL 三項未達滿分)以上者，且個案及家屬有需求並願意配合服務。
- (三)有使用高危險藥物或多種(5種以上)藥物之個案。
- (四)可出示二間醫療院所慢性連續處方籤者。
- (五)特殊族群如 BMI：女性<19 男性<20、年齡>85 歲、罹患腎臟及肝臟疾病者。
- (六)未符合上述條件 3.4.5 項，但經照顧管理專員評估有用藥指導需求者，照顧管理專員得於照顧計畫中闡明理由，仍得核予居家藥師服務。

二、服務內容

專業藥師到宅訪視評估及確認個案藥物指導需求，針對個案用藥問題給予專業的諮詢及指導；每案每年度至多補助 3 次服務；服務期間若個案病情變化有增減服務之需求，藥師應照會中心並述明個案評估狀況及其增減服務之必要性，經個案管理專員核定則不在 3 次之限制。

三、資源發展目標

2011 年每一鄉鎮市至少一所組織或藥局提供居家藥事諮詢服務。

四、資源發展策略

- (一)與藥師公會合辦教育訓練。
- (二)藥事諮詢服務在國內長照領域應屬新興服務。
- (三)需研擬「居家藥事服務」的標準作業流程。

第七節 失智症照顧資源與人力資源發展策略

一、我國失智症資源發展優勢

- 家庭結構改變致使照護功能減弱，政府介入需求性提高
- 傳統孝道思維影響，家庭照顧者選擇主要為居家社區照顧方式
- 民間團體倡導活動多，民眾對失智症疾病的認識度提升
- 政府持續開辦培育失智症照顧的專業人員課程
- 政府相關法規以揭示多元化、連續性及在地老化為原則

二、我國失智症資源發展劣勢（困境）

● 政策方面

- 1.因現行法令機構設立及人員配置規範，致使照顧單位成本高；而影響有需求民眾購買服務，也使部分專設失智床位佔床率偏低
- 2.雖政府設有專區獎勵措施，但法規嚴謹，致使實際參與設立專區者極低（大溫暖社會福利套案旗艦計畫原訂於2007年發展20個示範失智症老人照護專區，但迄今僅台北縣私立翠柏新村老人安養中心1個參與失智症老人照顧專區申請通過補助設立。）
- 3.簡易失智篩檢制度未普及建立
- 4.居家照顧服務人員平均薪資偏低，致使完訓人員從事意願低落

● 機構方面

台灣失智症機構照顧現況以混合型態居多，但機構內失智症患者分級情況不清楚，且機構間失智症照顧品質不一。

● 社區方面

- 1.失智症社區照顧服務模式不夠多元化、服務彈性不足(如服務時間、服務結合運用等)。
- 2.社區照顧服務據點少，故衍生對使用者而言，配搭的交通服務便利性不足。

● 人力方面

專業照顧人力素質與數量均不足，也使得失智照顧難度相對提高

三、資源成長目標

(一) 我國失智症者的機構照顧資源發展目標：

- 每 40 萬人口群，設立「失智症專責型或專區型機構」
- 「失智症專責型或專區型機構」設立照顧人數為 60 人（以 10~15 人為一個專區，4 個專區）
- 「失智症專責型或專區型機構」服務對象為中度以上失智症者，且因具自主行動能力及多重失智症狀行為，而需全日照護
- 服務應結合多層級照顧服務（如日間照顧服務、喘息服務、假日服務等）

(二) 我國失智症者的社區照顧資源發展目標：

- 每 20 萬人口群，設立「失智症專責型日間照顧中心」
- 「失智症專責型日間照顧中心」為每家 35 床
- 「失智症專責型日間照顧中心」服務對象為中度以上失智症者
- 「失智症專責型日間照顧中心」的設立，須搭配每 3 萬人口群設立綜合型日間照顧中心，以使輕度失智症者與一般老人可共融照顧

四、資源發展策略

(一) 我國失智症者的照顧資源發展策略

- 儘早發現，儘早照顧：可維持失智症者的生活品質、維持其既有功能並減緩病情惡化。
- 社區及居家發展優於機構發展。
- 機構應朝向中小型、多元化、多層級服務類型，並與社區服務緊密結合
- 採取分級分類照顧：兼顧資源發展普及性及成本效益，依失智症嚴重程度及其行動能力，採取分級分類照顧。
 1. 輕度失智症與一般老人可共融照顧，並善用現有老人活動據點。
 2. 中度失智症照顧以專區或專責為主軸，以維護個案身心認知及延緩失智症退化。
 3. 重度失智症照顧則由綜合式照顧機構接續。
- 重視家屬支持，服務提供需多元化及彈性化：如開辦夜間照顧、假日照顧、臨託服務等

(二) 我國失智症者的人力資源發展策略

- 各類專業人員養成教育列入失智症照顧課程。
- 針對失智症照顧從業人員，定期辦理失智症照顧在職教育；在職教育應分類分級，且受訓對象包含本國籍及外籍人員。
- 開發其他類別人員的訓練計畫，以落實專業授權。

第八節 長期照護人力資源發展策略

本節將依照前述照顧服務整備量所推估人力資源整倍數量及發展策略。

一、2011 年人力資源推估及整備量

本小節依照第四章第二節對各方案推估 2011 年之需求整備量，推估至 2011 年所需之服務人力，再依各人力需求規定推估出須整備之人力，不足之人力建議每年應培訓之人數。

各式服務需求在居家則以居家服務員、督導及居家護理人員、復健人員作推估：每位居家服務員照顧 4-6 名個案，以 4 位為高推估、6 位為低推估；個管督導每 40-60 位照服員一位督導，以 40 位為高推估、60 位為低推估；復健以需照護人數 1%的整備量推估復健人員的整備量，以每位居家復健人員可照顧 40-60 位個案，以 40 位為高推估、60 位為低推估；居家護理以現行健保個案為基準，每年 0.1%的成長率推估所需護理人員數，每位護理人員可照顧 40-60 位，以 60 位推估。社區式服務則以日間照顧、社區復健所需照護個案之人力為主，在復健個案需求以須照護人數 5%的整備量推算，日間照顧每所照顧服務員之人力每 20 位個案 2-3 位照顧服務員，以 2 位為高推估、3 位為低推估；個管督導每 40-60 位照服員一位督導，以 40 位為高推估、60 位為低推估；社區復健人員每位可照顧 10-15 位個案，以 40 位為高推估、60 位為低推估。長照中心之照管專員則依照需求人口數推估，每 120-200 位個案需一位照管專員，120 為高推估、200 為低推估。機構式服務資源尚稱足夠，服務人力則暫不作推估。以下各方案之 B 案及 C 案之推估依據均依照上述原則推估。

(1)方案一：居家/社區與機構供給量假定為 7：3

A 案、如表 4-2-10，居家及社區資源發展之目標量為 66,987 案，各為 33,494 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-1)：居家服務 33,494 案、居家復健 1,914 案、居家護理 372 案、日間照顧 33,494 案、社區復健 9,570 案、長照中心 191,392 案、機構則為 57,417 床。各類人員須整備量

分別為：

- (一) 護理人員：3,687 位；
- (二) 復健人員：191 至 287 位；
- (三) 照顧服務員：19,973 至 24,439 位；
- (四) 個案管理人員：149 至 335 位；
- (五) 照顧管理專員：957 至 1,595 位；
- (六) 行政人員：7,341 位；
- (七) 社工：631 位

各類人員合計 32,929 至 38,315 位。

B案、如表 4-2-11，居家及社區資源發展之目標量為 80,384 案，各為 40,192 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-1)：居家服務 40,192 案、居家復健 2,297 案、居家護理 372 案、日間照顧 40,192 案、社區復健 11,483 案、長照中心 229,670 案、機構則為 68,901 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：4,423 位；
- (二) 復健人員：229 至 344 位；
- (三) 照顧服務員：23,968 至 29,327 位；
- (四) 個案管理人員：117 至 262 位；
- (五) 照顧管理專員：1,148 至 1,914 位；
- (六) 行政人員：8,550 位；
- (七) 社工：757 位

各類人員合計 39,192 至 45,577 位。

C案、如表 4-2-12，居家及社區資源發展之目標量為 93,782 案，各為 46,891 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-1)：居家服務 46,891 案、居家復健 2,679 案、居家護理 372 案、日間照顧 46,891 案、社區復健 13,397 案、長照中心 267,948 案、機構則為 80,384 床。各類人員須整備量

分別為：

- (一) 護理人員：5,159 位；
- (二) 復健人員：670 至 782 位；
- (三) 照顧服務員：27,962 至 34,215 位；
- (四) 個案管理人員：208 至 469 位；
- (五) 照顧管理專員：1,340 至 2,233 位；
- (六) 行政人員：10,895 位；
- (七) 社工：883 位

各類人員合計 47,586 至 54,636 位。

(2) 方案二：居家/社區與機構供給量假定為 8：2

A案、如表 4-2-10，居家及社區資源發展之目標量為 76,558 案，各為 38,279 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-2)：居家服務 38,279 案、居家復健 1,914 案、居家護理 372 案、日間照顧 38,279 案、社區復健 9,570 案、長照中心 191,392 案、機構則為 38,278 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：2,460 位；
- (二) 復健人員：191 至 287 位；
- (三) 照顧服務員：17,569 至 22,673 位；
- (四) 個案管理人員：170 至 383 位；
- (五) 照顧管理專員：957 至 1,595 位；
- (六) 行政人員：5,283 位；
- (七) 社工：421 位

各類人員合計需 27,051 至 33,102 位。

B案、如表 4-2-11，居家及社區資源發展之目標量為 91,868 案，各為 45,934 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-2)：居家服務 45,934 案、居家復健 2,297 案、居家護理 372 案、日間照顧 45,934 案、社區復健 11,483

案、長照中心 229,670 案、機構則為 45,934 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：2,950 位；
- (二) 復健人員：229 至 344 位；
- (三) 照顧服務員：21,082 至 27,207 位；
- (四) 個案管理人員：205 至 459 位；
- (五) 照顧管理專員：1,148 至 1,914 位；
- (六) 行政人員：6,404 位；
- (七) 社工：505 位

各類人員合計需 32,523 至 39,783 位。

C案、如表 4-2-12，居家及社區資源發展之目標量為 107,180 案，各為 53,590 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-2)：居家服務 53,590 案、居家復健 2,679 案、居家護理 372 案、日間照顧 53,590 案、社區復健 13,397 案、長照中心 267,948 案、機構則為 53,590 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：3,441 位；
- (二) 復健人員：670 至 782 位；
- (三) 照顧服務員：24,597 至 31,741 位；
- (四) 個案管理人員：238 至 536 位；
- (五) 照顧管理專員：1,340 至 2,233 位；
- (六) 行政人員：8,096 位；
- (七) 社工：589 位

各類人員合計需 38,971 至 47,418 位。

(3) 方案三：2011 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

A 案、如表 4-2-4，居家及社區資源發展之目標量為 102,958 案，各為 51,479 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-3)：居家服務 51,479 案、居家復健 1,914 案、居家護理 372 案、日間照顧 51,479 案、社區復健 9,570 案、長照中心 191,392 案、機構則為 31,254 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：2,009 位；
- (二) 復健人員：191 至 287 位；
- (三) 照顧服務員：19,737 至 26,600 位；
- (四) 個案管理人員：229 至 515 位；
- (五) 照顧管理專員：957 至 1,595 位；
- (六) 行政人員：4,802 位；
- (七) 社工：343 位

各類人員合計需 28,268 至 36,151 位。

B 案、如表 4-2-5，居家及社區資源發展之目標量為 123,544 案，各為 61,772 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-3)：居家服務 61,772 案、居家復健 2,297 案、居家護理 372 案、日間照顧 61,772 案、社區復健 11,483 案、長照中心 229,670 案、機構則為 37,505 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：2,410 位；
- (二) 復健人員：229 至 344 位；
- (三) 照顧服務員：23,685 至 31,922 位；
- (四) 個案管理人員：275 至 618 位；
- (五) 照顧管理專員：1,148 至 1,914 位；
- (六) 行政人員：6,116 位；
- (七) 社工：412 位

各類人員合計需 34,275 至 43,736 位。

C 案、如表 4-2-6，居家及社區資源發展之目標量為 144,132 案，各為 72,066 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-3)：居家服務 72,066 案、居家復健 2,679 案、居家護理 372 案、日間照顧 72,066 案、社區復健 13,397 案、長照中心 267,948 案、機構則為 43,756 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：2,811 位；
- (二) 復健人員：670 至 782 位；
- (三) 照顧服務員：27,633 至 37,241 位；
- (四) 個案管理人員：320 至 720 位；
- (五) 照顧管理專員：1,340 至 2,233 位；
- (六) 行政人員：7,652 位；
- (七) 社工：481 位

各類人員合計需 40,907 至 51,920 位。

(4) 方案四：2011 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

A 案、如表 4-2-7，居家及社區資源發展之目標量為 104,446 案，各為 52,223 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-4)：居家服務 52,223 案、居家復健 1,914 案、居家護理 372 案、日間照顧 52,223 案、社區復健 9,570 案、長照中心 191,392 案、機構則為 26,980 床。各類人員須整備量分別為：

- (一) 護理人員：1,736 位；
- (二) 復健人員：191 至 287 位；
- (三) 照顧服務員：19,114 至 26,077 位；
- (四) 個案管理人員：232 至 522 位；
- (五) 照顧管理專員：957 至 1,595 位；

(六) 行政人員：4,335 位；

(七) 社工：296 位

各類人員合計需 26,861 至 34,848 位。

B 案、如表 4-2-8，居家及社區資源發展之目標量為 125,336 案，各為 62,668 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-4)：居家服務 62,668 案、居家復健 2,297 案、居家護理 372 案、日間照顧 62,668 案、社區復健 11,483 案、長照中心 229,670 案、機構則為 32,377 床。各類人員須整備量分別為：

(一) 護理人員：2,081 位；

(二) 復健人員：229 至 344 位；

(三) 照顧服務員：22,938 至 31,293 位；

(四) 個案管理人員：279 至 627 位；

(五) 照顧管理專員：1,148 至 1,914 位；

(六) 行政人員：5,623 位；

(七) 社工：356 位

各類人員合計需 32,654 至 42,238 位。

C 案、如表 4-2-9，居家及社區資源發展之目標量為 146,224 案，各為 73,112 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-4)：居家服務 73,112 案、居家復健 2,679 案、居家護理 372 案、日間照顧 73,112 案、社區復健 13,397 案、長照中心 267,948 案、機構則為 37,773 床。各類人員須整備量分別為：

(一) 護理人員：2,428 位；

(二) 復健人員：670 至 782 位；

(三) 照顧服務員：26,760 至 36,509 位；

(四) 個案管理人員：325 至 731 位；

(五) 照顧管理專員：1,340 至 2,233 位；

(六) 行政人員：7,011 位；

(七) 社工：415 位

各類人員合計需 38,949 至 50,109 位。

表 4-8-1 方案一人力資源整備量推估

方案別	全年齡層需求(失能人口)	服務類別	服務類型	服務整備量	護理	復健		照顧服務員		個案管理人員		照顧管理專員		行政人員	社工
					推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	推估	推估
方案 A	382,783	居家	居家服務	33,494				5,582	8,373	93	209				
50%			居家復健	1,914		32	48								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	33,494				3,349	5,024	56	126			821	
			社區復健	9,570		159	239								
		長照中心		191,392								957	1,595		
		機構		57,417	3,681			11,042	11,042					6,520	631
			小計		3,687	191	287	19,973	24,439	149	335	957	1,595	7,341	631
			總計		32,929			38,315							
方案 B	382,783	居家	居家服務	40,192				6699	10048	112	251				
60%			居家復健	2,297		38	57								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	40,192				4019	6029	67	151			1,484	
			社區復健	11,483		191	287								
		長照中心		229,670								1,148	1,914		
		機構		68,901	4,417			13250	13250					7,067	757
			小計		4,423	229	344	23968	29327	117	262	1,148	1,914	8,550	757
			總計		39,192			45,577							
方案 C	382,783	居家	居家服務	46,891				7815	11723	130	293				
70%			居家復健	2,679		447	447								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	46,891				4689	7034	78	176			1,767	
			社區復健	13,397		223	335								
		長照中心		267,948								1,340	2,233		
		機構		80,384	5,153			15458	15458					9,128	883
			小計		5,159	670	782	27962	34215	208	469	1,340	2,233	10,895	883
			總計		47,586			54,636							

表 4-8-2 方案二人力資源整備量推估

方案別	全年齡層需求(失能人口)	服務類別	服務類型	服務整備量	護理	復健		照顧服務員		個案管理人員		照顧管理專員		行政人員	社工
					推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	推估	推估
方案 A	382,783	居家	居家服務	38,279				6,380	9,570	106	239				
50%			居家復健	1,914		32	48								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	38,279				3,828	5,742	64	144			936	
			社區復健	9,570		159	239								
		長照中心		191,392								957	1,595		
		機構		38,278	2,454			7,361	7,361					4,347	421
			小計		2,460	191	287	17,569	22,673	170	383	957	1,595	5,283	421
			總計		27,051~33,102										
方案 B	382,783	居家	居家服務	45,934				7,656	11,484	128	287				
60%			居家復健	2,297		38	57								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	45,934				4,593	6,890	77	172			1,693	
			社區復健	11,483		191	287								
		長照中心		229,670								1,148	1,914		
		機構		45,934	2,944			8,833	8,833					4,711	505
			小計		2,950	229	344	21,082	27,207	205	459	1,148	1,914	6,404	505
			總計		32,523~39,783										
方案 C	382,783	居家	居家服務	53,590				8,932	13,397	149	335				
70%			居家復健	2,679		447	447								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	53,590				5,359	8,038	89	201			2,011	
			社區復健	13,397		223	335								
		長照中心		267,948								1,340	2,233		
		機構		53,590	3,435			10,306	10,306					6,085	589
			小計		3,441	670	782	24,597	31,741	238	536	1,340	2,233	8,096	589
			總計		38,971~47,418										

表 4-8-3 方案三人力資源整備量推估

方案別	全年齡層需求(失能人口)	服務類別	服務類型	服務整備量	護理	復健		照顧服務員		個案管理人員		照顧管理專員		行政人員	社工
					推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	推估	推估
方案 A	382,783	居家	居家服務	51,479				8,579	12,869	143	322				
50%			居家復健	1,914		32	48								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	51,479				5,148	7,721	86	193			1,253	
			社區復健	9,570		159	239								
		長照中心		191,392								957	1,595		
		機構		31,254	2,003			6,010	6,010					3,549	343
			小計		2,009	191	287	19,737	26,600	229	515	957	1,595	4,802	343
			總計		28,268~36,151										
方案 B	382,783	居家	居家服務	61,772				10,295	15,443	172	386				
60%			居家復健	2,297		38	57								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	61,772				6,177	9,266	103	232			2,269	
			社區復健	11,483		191	287								
		長照中心		229,670								1,148	1,914		
		機構		37,505	2,404			7,213	7,213					3,847	412
			小計		2,410	229	344	23,685	31,922	275	618	1,148	1,914	6,116	412
			總計		34,275~43,736										
方案 C	382,783	居家	居家服務	72,066				12,011	18,016	200	450				
70%			居家復健	2,679		447	447								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	72,066				7,207	10,810	120	270			2,683	
			社區復健	13,397		223	335								
		長照中心		267,948								1,340	2,233		
		機構		43,756	2,805			8,415	8,415					4,969	481
			小計		2,811	670	782	27,633	37,241	320	720	1,340	2,233	7,652	481
			總計		40,907~51,920										

表 4-8-4 方案四人力資源整備量推估

方案別	全年齡層需求(失能人口)	服務類別	服務類型	服務整備量	護理	復健		照顧服務員		個案管理人員		照顧管理專員		行政人員	社工
					推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	推估	推估
方案 A	382,783	居家	居家服務	52,223				8,704	13,056	145	326				
50%			居家復健	1,914		32	48								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	52,223				5,222	7,833	87	196			1,271	
			社區復健	9,570		159	239								
		長照中心		191,392								957	1,595		
		機構		26,980	1,729			5,188	5,188					3,064	296
			小計		1,736	191	287	19,114	26,077	232	522	957	1,595	4,335	296
			總計		26,861~34,848										
方案 B	382,783	居家	居家服務	62,668				10,445	15,667	174	392				
60%			居家復健	2,297		38	57								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	62,668				6,267	9,400	104	235			2,302	
			社區復健	11,483		191	287								
		長照中心		229,670								1,148	1,914		
		機構		32,377	2,075			6,226	6,226					3,321	356
			小計		2,081	229	344	22,938	31,293	279	627	1,148	1,914	5,623	356
			總計		32,654~42,238										
方案 C	382,783	居家	居家服務	73,112				12,185	18,278	203	457				
70%			居家復健	2,679		447	447								
			居家護理	372	6										
		社區	日間照顧	73,112				7,311	10,967	122	274			2,722	
			社區復健	13,397		223	335								
		長照中心		267,948								1,340	2,233		
		機構		37,773	2,421			7,264	7,264					4,289	415
			小計		2,428	670	782	26,760	36,509	325	731	1,340	2,233	7,011	415
			總計		38,949~50,109										

註：人力推估原則：

1. 個案督導：每 40-60 位照服員 1 位督導。
2. 居家復健人員：每 40-60 位個案 1 位復健人員；社區復健每一據點每 30 位個案 2-3 位復健人員。
3. 照顧服務員：居家式每 4-6 位個案 1 位照服員；社區式每 20 位個案 2-3 位照服員。
4. 護理人員：依現行使用健保之居家護理個案每 40-60 位個案 1 位護理人員。
5. 照管專員：以需求人口推估每 120-200 位個案一位照管專員。

表 4-8-5 2011 年各類方案須整備人力總表

人力類別	2008 年現有 全職 人力	方案別	至 2011 年各方案須整備人力							
			方案一		方案二		方案三		方案四	
			低推 估	高推 估	低推 估	高推 估	低推 估	高推 估	低推 估	高推 估
護理人員	7,202	方案 A (50%)	3,687		2,460		2,009		1,736	
		方案 B (60%)	4,423		2,950		2,410		2,075	
		方案 C (70%)	5,159		3,441		2,811		2,421	
復健人員	物 230 職 106 計 336	方案 A (50%)	191	287	191	287	191	287	191	287
		方案 B (60%)	229	344	229	344	229	344	229	344
		方案 C (70%)	670	782	670	782	670	782	670	782
照顧服務員	17,561	方案 A (50%)	19,973	24,439	17,569	22,673	19,737	26,600	19,114	26,077
		方案 B (60%)	23,968	29,327	21,082	27,207	23,685	31,922	22,938	31,293
		方案 C (70%)	27,962	34,215	24,597	31,741	27,633	37,241	26,760	36,509
個案管理人員 (督導)	508	方案 A (50%)	149	335	170	383	229	515	232	522
		方案 B (60%)	117	262	205	459	275	618	279	627
		方案 C (70%)	208	469	238	536	320	720	325	731
照管專員	244	方案 A (50%)	957	1,595	957	1,595	957	1,595	957	1,595
		方案 B (60%)	1,148	1,914	1,148	1,914	1,148	1,914	1,148	1,914
		方案 C (70%)	1,340	2,233	1,340	2,233	1,340	2,233	1,340	2,233

人力類別	2008年現有全職人力	方案別	至 2011 年各方案須整備人力							
			方案一		方案二		方案三		方案四	
			低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估
行政人員	無資料	方案 A (50%)	7,341		5,283		4,802		4,335	
		方案 B (60%)	8,550		6,404		6,116		5,623	
		方案 C (70%)	10,895		8,096		7,652		7,011	
社工	443	方案 A (50%)	631		421		343		296	
		方案 B (60%)	757		505		412		356	
		方案 C (70%)	883		589		481		415	

二、2018 年人力資源推估及整備量

照顧保險開辦至 2018 年，正逢戰後嬰兒潮之族群進入所謂的老人，屆時資源整備目標達照顧需求人口所需服務之 80%，居家/社區與機構之設定比例為方案一 8：2，配合財務估算組假定條件，方案二(表 4-2-14)依巴氏量表分數區分失能等級(0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)之需求人口數作推估及方案三(表 4-2-15)依巴氏量表分數區分失能等級(0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)之需求人口數作推估，各方案推估比例，依照王雲東(2009)推估 2018 年長期照顧保險需求人口數為 493,102 人，實際試算 2018 年長期照顧保險資源供給量，資源整備量設定為需求人口數之 80%。本小節依照上述各方案推估 2018 年之需求整備量(表 4-2-16)，與現行人力資源供給量比較，推估至 2018 年所需之服務人力，再依各人力需求規定推估出須整備之人力，不足之人力建議每年應培訓之人數。

(一) 方案一：居家/社區與機構供給量假定為 8：2。

2018 年居家及社區資源發展之整備量為 157,793 案，各為 78,897 案，機構資源整備量為 78,896 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-6)：居家服務 78,897 案、居家復健 3,945 案、居家護理 3,723 案、日間照顧 78,897 案、社區復健 39,448 案、長照中心 394,482 案、機構則為 78,896 床。各類人員須整備量分別為：

- (1) 護理人員：5,119 位；
- (2) 復健人員：723 至 1,085 位；
- (3) 照顧服務員：36,211 至 46,730 位；
- (4) 個案管理人員：351 至 789 位；
- (5) 照顧管理專員：1,972 至 3,287 位；
- (6) 行政人員：10,918 位；
- (7) 社工：867 位

各類人員合計需 56,161 至 68,795 位。

(二) 方案二：2018 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~30 分為需求三級、31~50 分為需求二級、51~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

2018 年居家及社區資源發展之整備量為 212,974 案，各為 106,487 案，機構資源整備量為 64,131 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-6)：居家服務 106,487 案、居家復健 3,945 案、居家護理 3,723 案、日間照顧 106,487 案、社區復健 39,448 案、長照中心 394,482 案、機構則為 64,131 床。各類人員須整備量分別為：

- (1) 護理人員：4,173 位；
- (2) 復健人員：723 至 1,085 位；
- (3) 照顧服務員：40,730 至 54,928 位；
- (4) 個案管理人員：473 至 1,065 位；
- (5) 照顧管理專員：1,972 至 3,287 位；
- (6) 行政人員：10,519 位；
- (7) 社工：705 位

各類人員合計需 59,295 至 75,762 位。

(三) 方案三：2018 年需求人口數依照巴氏量表分數區分失能等級(0~20 分為需求三級、21~40 分為需求二級、41~70 分為需求一級)作推估，且配合財務估算組假定之資源發展推估。

2018 年居家及社區資源發展之整備量為 216,004 案，各為 108,002 案，機構資源整備量為 55,443 案，推估服務整備量分別為(如表 4-8-6)：居家服務 108,002 案、居家復健 3,945 案、居家護理 3,723 案、日間照顧 108,002 案、社區復健 39,448 案、長照中心 394,482 案、機構則為 55,443 床。各類人員須整備量分別為：

- (1) 護理人員：3,616 位；
- (2) 復健人員：723 至 1,085 位；
- (3) 照顧服務員：39,462 至 53,863 位；
- (4) 個案管理人員：480 至 1,080 位；
- (5) 照顧管理專員：1,972 至 3,287 位；
- (6) 行政人員：10,346 位；

(7) 社工：609 位

各類人員合計需 57,208 至 73,886 位。

表 4-8-6 2018 年各方案人力整備量

方案別	全年齡層需求(失能人口)	服務類別	服務類型	服務整備量	護理	復健		照顧服務員		個案管理人員		照顧管理專員		行政人員	社工
					推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估	推估	推估
方案一	493,102	居家	居家服務	78,897				13,149	19,724	219	493				
80%			居家復健	3,945		66	99								
			居家護理	3,723	62										
		社區	日間照顧	78,897				7,890	11,834	131	296			1,959	
			社區復健	39,448		657	986								
		長照中心		394,48								1,972	3,287		
		機構		2											
				78,896	5,057			15,172	15,172					8,959	867
小計					5,119	723	1,085	36,211	46,730	351	789	1,972	3,287	10,918	867
總計					56,161~68,795										
方案二	493,102	居家	居家服務	106,487				17,748	26,622	296	666				
80%			居家復健	3,945		66	99								
			居家護理	3,723	62										
		社區	日間照顧	106,487				10,649	15,973	177	399			3,941	
			社區復健	39,448		657	986								
		長照中心		394,48								1,972	3,287		
		機構		2											
				64,131	4,111			12,333	12,333					6,578	705
小計					4,173	723	1,085	40,730	54,928	473	1,065	1,972	3,287	10,519	705
總計					59,295~75,762										
方案三	493,102	居家	居家服務	108,002				18,000	27,001	300	675				
80%			居家復健	3,945		66	99								
			居家護理	3,723	62										
		社區	日間照顧	108,002				10,800	16,200	180	405			4,050	
			社區復健	39,448		657	986								
		長照中心		394,48								1,972	3,287		
		機構		2											
				55,443	3,554			10,662	10,662					6,296	609
小計					3,616	723	1,085	39,462	53,863	480	1,080	1,972	3,287	10,346	609
總計					57,208~73,886										

表 4-8-7 2018 年各類方案須整備人力總表及逐年須整備人力

人力類別	2008年現有全職人力	方案別	至 2018 年各方案須整備人力					
			方案一		方案二		方案三	
			低推估	高推估	低推估	高推估	低推估	高推估
護理人員	7,202	80%	5,119		4,173		3,616	
復健人員	物 230 職 106 計 336	80%	723	1,085	723	1,085	723	1,085
照顧服務員	17,561	80%	36,211	46,730	40,730	54,928	39,462	53,863
個案管理人員 (督導)	508	80%	351	789	473	1,065	480	1,080
照管專員	244	80%	1,972	3,287	1,972	3,287	1,972	3,287
行政人員		80%	10,918		10,519		10,346	
社工	443	80%	867		705		609	

三、人力資源發展策略

(一) 優勢 Vs. 困境/障礙

優勢：

1. 在長期照護各式服務中，不管是社區式或是居家式，甚或機構式之服務，皆以提供專業整合之照護服務，在提供服務之專業人力以護理人員及社工人員為主。而國內現有之護理院校系所計有 23 所，每年畢業生近 6,000 多人，在供給面應屬足夠；社工人員每年培育人數約 1,000 人(教育部，2009)。
2. 繼續教育管道通暢；每年各不同學、協會皆會依照會員需求，不定期辦理教育訓練，衛生署、各縣市衛生局亦會視情形辦理教育訓練。

困境/障礙：

1. 專業人力來源足夠，但分佈不均：由表 3-7-2 呈現各縣市專業人力之情形，如職能治療人員在部份縣市呈現個位數甚或沒有，換言之在部份縣市之專業人員聘任是有困難的，該縣市轄區內之居民，若有該項照護專業需求時，個案勢將無法得到及時及適切之服務，而又以偏遠鄉鎮、山地及離島等縣市更為明顯。
2. 護理人員量雖足夠，惟欠缺進入長照體系服務之誘因：上項提及偏遠地區難以找到足額之專業人力，在都會地區亦有同樣困境，主要原因：剛畢業、無任何臨床經驗的專業人員，進入護理之家或是老人福利機構，與其原來接受養成教育的情境不同，以致於留任於機構的時間不長，相對地經驗的累積就無法持續。
3. 考量人事成本，不願多聘用專業人員：機構的出資者，對於成本非常在意，除了設置標準中有明確規範需要之專業人力會聘任外，其他非屬必要之專業人力，能不聘任則不聘任。以護理機構設置標準要求護理人員與住民比為 1：15，現況若以 30 床之護理機構為例，應有 2 位護理人員，但若其中一位休假，另一位勢必負責照護所有的住民，且須延長工作時間(24 小時至少一位護理人員)，其他的專業人員沒有規定一定要聘任，則不會再行聘任。
4. 專業人員不易招募的原因歸納如下：機構出資者對於專業人員的尊重與否，往往會影

響到專業人員留任的意願、工作勞動條件不佳、機構主管以急性照護概念管理、工時較臨床長、且照顧之個案多屬長者，照護需求較高，使得許多專業人員望之卻步。

5. 照顧服務員：近年培訓雖人數已達近 38,000 人，但服務於長照之總人數約 17,000 人，其中服務於居家或社區之人數在 2008 年為 6,500 多人，究其原因：大多數完訓人員仍較喜一對一之照顧，故在受訓完多選擇在機構中之服務；另一方面勞動條件及環境對於照服員的接受度不高，皆是影響照服員投入在居家或社區服務的意願。

(二)人力資源發展策略

本段將就 2011 年推估須整備之人力，由整體面之策略及個別人力發展策略說明：

1.整體人力發展策略

專業人力

(1)改善勞動環境，增加留任誘因

雖然專業人力推估至 2011 年需求量均足夠，但對於偏遠地區、山地或離島服務於長期照護機構的專業人員分佈不均之情形，仍應考量。對於山地或是離島人力資源缺乏地區建議應與急性醫療體系專業人員有不同之福利，如服務機構應可提供參與訓練之公假及差旅費、人力培育應持續；而在都市地區不易招聘，則負責人的態度是影響專業人員留任的因素之一，因此負責人的再教育計畫應同時進行。

(2)偏遠地區、山地或離島服務之專業人力配套措施

偏遠地區、山地或離島，每年由縣市主管機構核定所需人數，由地方派員受訓，訓完後必須返鄉服務，主要目的希望儲備專業人力；若該縣市欠缺相關之專業人力，建議：由主管機關至鄰近縣市有計畫性之招募。

(3)多元人員培訓計畫

對於培訓應有系列分階段之課程規劃及認證之機制；對於剛畢業、急性醫療體系或是已有長照經驗之專業人員，應分別規劃。針對剛畢業者及急性醫療體系之專業人員，規劃應以長照基本理念為原則，可做為儲備人力。已有長照經驗者則以相關照護模式實務操作或新知為主。主要達到人力培育及未來要接手照護長者時，可立即上線。

a. 畢業新進人員及於急性醫療體系服務者(儲備人力)

(a) 課程：基礎課程以認識長照為主(包含政策、基本照護、相關法規、特殊疾病的照護等)

(b) 參訪：建議至少可參訪 3 家優等機構，並須寫出急性與長照之差別報告。

(c) 認證機制之建立。

b. 有多年長照經驗之在職人員

(a) 課程：在不同領域服務之專業人員應每年接受在職教育課程至少 25 小時，建議整合型的照護模式為課程內容，授課方式則以實務操作及小組討論的方式進行。

(b) 標竿學習。

(c) 認證機制之建立。

(4) 法規修訂：機構設置專業人力之配置應重新規範。

半專業人力：

(1) 培訓：除現行勞動條件須將各縣市發展之特性併入考量外，培訓課程的內容應增加，加入原民區及偏遠地區的文化、語言等課程。

(2) 改善勞動條件，增加受訓學員留全的意願。

(3) 鼓勵受訓學員完訓後返鄉服務。

(4) 外勞政策的配套修改，增加社區及居家服務的服務量。

2. 個別人力發展策略

(1) 護理人員：推估至 2011 年以有居家護理服務需求的個案數約需 19-28 位護理人員，換言之分 2 年培訓，每年培訓 10 至 14 位，依照目前護理人員每年畢業人數是不需太擔心，在人力發展策略應將重點放在職前教育。另一方面由人力推估需求發現一個問題值得深思，即目前使用居家護理服務的個案，由近 2 年的服務量發現，成長量非常緩慢，年成長率約 0.1-0.2%，探討可能因居家護理機構護理人員服務量已飽和，但負責人不願增加人力，新個案之成長也就受限，另一原因也可能係健保局在

2008 年公告每位護理人員月訪視人次超過 100 人次以上，其訪視費用即打 6 折，亦使得個案量增加受限。

- (2)復健人員：推估至 2011 年復健人員各方案需 797 至 1,675 位復健人員，建議分 2 年培訓，每年培訓 399 至 829 位復健人員，以現行每年畢業之復健人員尚屬充足，目前受限於法規的限制，多以兼任的方式協助執行服務。發展策略建議：培訓人員亦應職前培訓為主，且在服務提供應比照居家護理人員可設立獨立型態居家復健所，提供居家復健的服務，另在法規面希可突破現行支援報備執登之困境。
- (3)照顧服務員：推估至 2011 年需 2,910 至 20,213 位照顧服務員，為各類人力中需求最大的人力，應列為優先規劃培訓之人力。各方案分 2 年培訓，每年培訓約 1,455 至 10,107 人；發展策略建議：參訓完之學員鼓勵參與丙級技術考，並可就地核照；改善其服務形象及勞動條件；對於山地及偏遠地區之照服員，應增加其交通津貼(因屬較遠之車程)。
- (4)督導人力：至 2011 年推估約需 121 至 842 位督導，協助居家及日間照護單位的個案管理。分 2 年培訓每年培訓 61 至 421 位人員。發展策略：對於督導之資格應明訂，現行係以護理人員、社工人員及服務滿 5 年之照服員可擔任，督導之工作本身應具備的能力應為人力發展時首要之考量，相關之培訓制度(包含資格、工作經驗、職前教育、在職進修等)應明確，使具有資格之人員可儘速參與培訓，因應未來需求。
- (5)照管專員：至 2011 年推估約需 957 至 2,233 位照管專員。目前為服務於長照中心之人力，其職責主要為評估、照護計畫之擬訂及資源分配等，資格係依長照 10 年計畫所規定及至 2016 年之需求人力(參見表 3-7-3 註 2 及附表)。建議策略：長照保險開辦，此類人力將有迫切之需求，資格在社工人員應較現行規定放寬，培訓課程應以實務面之課程及小組討論為佳，特別對於評估內容之操作應有明確之操作型定義；現有人力之轉銜及留任應有配套，以傳承經驗。
- (6)行政人員：建議策略 a.培訓領有老人服務事業或長照相關科系畢業之人員(儲備) b.召集老人相關科系、專業團體代表共同討論人力儲備 c.改善勞動環境(機構負責人之觀念)。

第九節 民間部門中的營利與非營利部門

擴大民間營利與非營利部門參與長期照護，乃為一整體之概念架構，須與長期照護整體政策制定、策略研擬、執行面等系統化、組織化推動，非單獨存在，也非為單一或少數決策與行動即得以完全因應民間參與的落實。本研究提出以下建議。

一、擴大民間營利與非營利部門參與長期照顧事務的層面

由中央啟動，拾級而下，讓地方層級展開充能或賦能，再擴大民間參與。長期照顧之擴大民間參與，除了開放照顧服務登記提供者之對象與範圍，以利於民間參與服務輸送之外，尚可包括政策議題分析、因應對策、民間之衛教推動、資源設施執行之提供、支持、促動、輔導、訪察、品管、評鑑及檢討等配套業務需求之質與量，還有追蹤、檢討等機制系列重要而有延續性之專業或專屬性業務，另加上資訊之提供、交換與諮詢、爭議事項之處理等。

各級政府須編列一定之預算、制定規範、連結凝聚資源，主導或啟動示範必要之長期照顧服務內容或項目（如符經營規模之失智症照護、日間照護或居家照護體系），並建立模式；民間可先參與其中之部份內容與角色，再進一步投入。

二、引進民間參與機制

(一) 讓民間組織/團體充分了解明確之長期照顧政策與規劃，並鼓勵其參與

在各層級決策者透過正式之質詢、媒體記者會及正式非正式之談話做民間參與之重要宣示之外，一些策略面的事項可包括長期照顧供需平衡掌握分析、照護需求、照護容量與滿足此需求之情況與遞變趨勢、地域之平衡發展與支援、公私資源之合理分配與分佈、可供開放民間參與照顧相關內容範圍之分析界定、民間參與人員之能力或資格限制、民間參與服務標準之規範、相關人員之專業要求、所需搭配之教育與訓練、服務機構體系之執行登記查覈與檢視、服務機構體系之績效評估……等〔單位人口之照顧家數、床位數、照顧容量(社區式照護之照顧容量不易精確估計)等〕，需求與滿足率、使用率、涵蓋

率、等待率(waiting rate)、照顧待進時間(waiting period)、市場佔有率、完成率、品質不良率等，以呈現民間參與之空間。

(二) 與民間組織發展成為共造夥伴關係

在公部門體系之外，需要長期系統化引進、建構、培成或強化一些能與公部門呼應配合之周邊或外圍業務工作機制（如專業性民間組織或團體），以支持、協助、監督、管理、配合、共軛及共造未來長期照顧(顧)之發展，以襄助、補足、共同推動長期照顧相關業務；其對象以 NGO、NPO、或其他類似之民間專業專屬之組織團體為宜。長期照顧直接服務之民間參與可以先"公辦公營"或"公設民營"方式，再逐漸朝向大量開放"私營"之規劃或透過此方式讓民間投入於此經營之部份，並將其大致依一定之比例做政策上必要之決定。此須由中央先建構一常態性之專業推動組織，來主導協助地方推動此一區塊。

(三) 全面檢視所涉及長期照顧民間參與配套之相關法令及進一步之釋示與救濟

長期照顧相關之規範、標準、指標、要件，未及於民間參與或不一定有利於民間參與之擴大，必要時須大規模檢視、審議、修正、中止或再制訂相關之法令規章；還有在執行面各有解讀不一之情況（不當擴大與限縮）情形，造成民間參與之阻礙，應建置有迅速檢討改善或補救之常態機制。如現階段長期照顧經開放營之對象仍以法人、公益團體為主，如此固有其侷限，建議比照日本居家/設區型的服務擴大或放寬至個人經營的事業體；而獎參條例可階段性檢討研議擴大及於長期照顧之服務。

(四) 常態性專業推動組織與長期照顧營運主體之選定與培成

長期照顧在從中央到地方層級之推動下，未來應以地方層級為推動之重點；故由中央拾級而下，引爆（empowering）地方層級推動轄區長期照顧之能力；也可透過育成中心（Facilitating Center）之建置，作為地方層級之助力。

地方層級意即縣市或甚至鄉鎮市之層級，來扮演縣市/鄉鎮照護議題之分析、評估、因應、提供、統整與追蹤等，讓長期照顧之推動成為地方自治內容的一環，易於進一步掌握所轄區域人口之長期照顧需求與滿足之分佈、動態與可及性、可近性，也可進一步建立資訊交換之機制（網站或平台）；針對各地之服務支持瓶頸（如交通輸送協助），即可逕納為推動之重點。

再者，審視國內現有之之全國性及地方性公共團體或志願性團體、社會福利法人、醫療法人、財團法人、宗教法人、教育法人等非營利法人(NPOs)等，還有一般之企業體(即一般有限公司、股份公司、合資公司)等 PO 組織或團體.....等，嘗試選定與培成民間團體組織參與長期照顧規劃與推動階段性任務。

第十節 外籍看護工與本籍照顧服務員的競合

外籍看護工與照顧服務員所提供的照護服務屬性大致相同，惟現行就業的市場與管理卻分由不同的法規與政府部門主管與規範，而致切割成二個不同的勞動人力市場。至 2007 年底，台灣外籍看護工總數已將近 16 萬人，其中由機構(如護理之家、長期照護機構等)聘僱者有 7,635 人，餘均為個別家庭所聘僱，反觀本籍居家照顧服務人員現正就業者僅將近 6,000 人，若加上在機構的照顧服務員約與外籍看護工人數相當。外籍看護工引進的需求大致會涉及本國勞工工作權益保障和重大疾病患者等受到照顧的權益兩項，而前者又涉及到本國從事看護工作的勞工與在家從事照顧的家屬的工作權益的保障。因此，如何平衡這三者之間的需求與利益便成為外籍看護工政策應該考量的重點。

長期照護保險的規劃，為利於人力需求的推估有必要進行兩個勞動人力市場的整合，整合的策略建議有下列四點：

- 一、保險初期，應優先將受照護者申請條件、審核標準及流程予以調整一致，即依受照護者身心狀況功能分級，同一等級獲得相同的給付，由被保險人自行選擇服務(李玉春等，2009)。
- 二、開放各類長期照護機構(含社區及居家照護機構或單位)申請一定比例外籍看護工，並提供外展至社區內醫院、家庭及日間照護機構等的照顧服務，並於長期照護法中統一規範。由勞委會的統計資料可發現，自 2001 年開放照護機構申請外籍看護工，至 2007 年底，台灣外籍看護工總數已將近 16 萬人，其中由機構(如護理之家、長期照護機構等)聘僱人數，僅由第一年的 2,653 人增至第七年的 7,635 人，餘均為個別家庭所聘僱，顯見機構聘僱外籍看護工人數的成長較為合理，符合政策的預期。究其原因，除了在法令上對本籍及外籍人力有明確的比例限制，讓機構遵循及政府部門管理均有根據外，現行開放由機構申請的外籍看護工與同在機構工作的本籍照顧服務員的勞動條件、人員管理以及照顧品質具有相同的督導與監督，且由聘僱的機構提供必要的在職教育，穩定的工作環境及管理要求較為一致，人員流動率相對較低。(蔡、李、黃，2009)

- 三、對外籍看護工的素質除了要求其完成相關的教育訓練課程外，應與本籍照顧服務員一樣要取得照顧服務員技術士證照考試，以口語或錄音帶方式供其聽試題作答，語言是溝通重要的能力，目前外籍看護工進入國內市場並未被要求要具備聽的能力，在照顧實務上，常出現因為溝通不好，或發生誤會、衝突甚至有不幸事件，這項證照資格的取得不僅讓外籍看護工與本籍照服員資格相稱，外籍看護工溝通能力在照顧品質上應該是對受照顧者最好的保障之一。
- 四、政府主管機關應該開始系統性的登錄外籍看護工及本籍照顧服務員的人力供給及受照護者的使用與分佈等資料，以確實掌握照顧服務人力勞動市場的供需狀況，才能進一步依勞動市場及產業結構的變化，擬定有效的管理政策，以鼓勵本籍照顧服務員的進入長期照護產業市場，也可進一步抑制外籍看護工過度膨脹的人力需求。

第五章 結論、建議與限制

本研究提出：

(一)照護服務資源數量的發展為「社區資源優先、居家資源次之，機構資源持平」

(二)照護資源發展規劃之核心價值(value)為『使用長期照護是國民的權益』，(三)照護資源發展策略將秉持以下兩項原則：

1. 照護資源須具「普及性(Universal)」，亦即服務資源要有可近性，服務使用者人可就近在居住鄉鎮即可獲得；以及
2. 照護品質須是「可信靠的(Reliable)」，照護服務可以由不同組織或機構提供，服務品質均符合品質標準。

本研究參考日本長期照護資源發展及使用情形作為我國長期照護資源整備之參考，分別以 2011 年及 2018 年進行資源發展目標之推估；2008 年照顧需求人數為 339,082 人，資源總量僅提供 38%，其中機構資源供給量約為 25%，社區/居家資源供給量約為 13%。本研究提出 2011 年短程資源整備量：分別以 50%、60%、70%三種準備量進行推估，共提出四類方案，每一類方案各三種程度之服務資源整備數量。也提出 2018 年之長城資源發展目標需求人口數提出三個方案，供作決策單位選擇使用。

呼應資源發展之「普及性」原則，資源發展以鄉鎮市區均衡分佈的原則，文中所提之資源比率不謹供中央政府決策過程之參考，也供各縣市政府就縣市及鄉鎮市區資源分布之規劃參考；在照顧保險開辦前需要與民間營利與非營利團體或組織共同充實照顧服務資源的數量與品質。

除了服務設施以外，本研究也依據服務設施推算出各類人力整備之數量，人力資源之優先順序依序為：(一)照顧服務員，每年約需增加 10,000~27,000 名，(二)照顧(個案)管理人員，(三)行政人員，以及(四)復健人員等四類，合計 2011 年開辦保險時，所需要的人力數量為約為 33,000~54,000 人，2018 年需要人力年整備約為 56,000~75,000 人，也提出有關外籍看護工與本籍照顧服務員的轉銜措施；因應 2011 年開辦長期照護保險以及開辦保險以後使用者對照顧資源之需求，每年服務資源之成長以及人力資源的成長需要

定期檢視並發展目標作必要之修正。本研究限於時間以及研究團隊成員之專長，在資料收集、闡釋上有以下兩項限制：

- (一) 大量仰賴日本資料，委託研究中要求參閱荷蘭、德國、日本以及韓國等四國；唯荷蘭與德國長期照護資源相關之英文資料相當有限，韓國自 2008 年開始辦理長期照護保險，至今尚未滿一年，有關韓國照護保險文獻資料
- (二) 整體思維側重以老年人為主要之服務使用者，對年輕身障者在長期照護之需求資料豐富度較為不足。

致謝

本研究自 2007 年 12 月接受委託，5 個月期間，研究團隊成員每兩星期一次下班後的定期討論會，分享彼此所收集的資料，共同逐步分析釐清思緒，感謝 20 位學者專家分別參加台北場與台中場的「專家座談會」，提供寶貴的意見。感謝委託單位辦理的 5 次聯繫會以及期中與期末的進度報告，提供 10 組研究小組成員互相學習的機會。

附 件 工 作 會 議 紀 錄

附件一

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第一次小組工作會議紀錄

時間：97.11.24 19:00

地點：長照協會會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、蔡閻閻、翟文英

列席：劉育婷、蔡沛穎

會議紀錄：

一、主席報告

政府資源成長緩慢，只有北縣較快（詳見 PPT 17 頁）。先前提供各國經驗的文章，台灣究竟要如何起步？準備量？秀美老師是否有更精確的資料？

我們的計畫不用盤點資源，那是另一個計畫要做的，國外資料也不用調查，都由長照協會負責。鄭文輝在 04 年作過長照保險可行性評估、05 年作的案子（五個檔案）也會有資料光碟提供。本計畫主要是做策略性的評估。

二、討論事項

1. 研究目的

說明：看長照十年計畫現況，研究未來策略/方向，依委託案需求書的目標，擬定研究目的—服務資源、服務人力。

決議：

- (1) 策略性評估—現況、SWOT 分析、優劣勢分析、發展策略性建議
- (2) 「轉銜期」機構可探討，但不要寫入計畫中
- (3) 吳孝琪、戴桂英的資料列入大家要讀的資料
- (4) 照顧人力加入「家庭照顧者」
- (5) 外籍看護工是否成為半專業人力？保險給付是否包含這部份的錢？

2. 工作項目與進度

說明：如計畫書所列。

決議：

- (1)研究小組定期會議含「跨組小組會議」，共十次。
- (2)等策略評估出來後，辦理兩次專家學者會議，北/高或北/中各開一次，一次 10 名專家之會議。

3. 分工

說明：依研究目的，針對資源與人力方面做工作分配。

決議：

- (1)服務資源—蔡芳文(機構式)、許銘能(居家式)、翟文英、陳惠姿(社區式)。
- (2)服務人力—蔡閻閻(專業人力、外籍看護工)、莊秀美(半專業人力，另提供社區關懷據點的研究)、鄧世雄。
- (3)主持人負責指示研究方向，等案子確定後再談。

三、臨時動議

下次開會時間約在 1~5 月份，須等計畫核定後，開會地點以長照協會為主。

四、散會

附件二

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第二次小組會議紀錄

時間：97.12.29 18:30

地點：耕莘醫院永和分院門診大樓 6 樓會議室

主席：陳惠姿老師

出席者：莊秀美老師、鄧世雄院長、蔡芳文執行長、蔡閻閻技正、翟文英副

秘書長、經建會—曹毓珊、謝佳宜

列席：林育如老師、李冠慧、蔡沛穎、吳孟恬

會議紀錄：

一、經建會研究方向說明

- 本案研究期程為 97/12/16 至 98/05/15
- 長照保險初步構想為大方向，細節有待討論，可參考國民年金、勞保年金方案
- 98/01/07 跨組聯席會議報告重點：
各組研究重點及涉及之議題，本組照顧資源包含服務方案、種類、人力及模式
藉跨組會議透過簡報互相了解各組彼此間之關聯性
- 預計於 2 月底召開期中會議

二、討論事項

1. 研究分工

說明：依研究目的，針對資源與人力方面做工作分配。

決議：

姓名	分工
陳惠姿	統整規劃、服務人力(專業人力證照、培訓)
翟文英	服務人力(專業人力;量)
莊秀美	服務人力(居家服務員)、服務提供者的屬性(產業、福利...)
蔡閻閻	服務人力(外籍監護工)
許銘能	服務資源來源(政府、非營利、營利組織)
鄧世雄	服務資源(社區)

各研究報告請於 98/01/15 繳交。

2. 會議時間

說明：小組定期會議及專家會議暫定時間。

決議：

(1) 小組定期會議：98/1/19、2/9

(2) 專家會議預計於 98 年度 4 月出召開

三、散會

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第三次小組會議紀錄

時間：98.01.19 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、蔡閻閻、翟文英

列席：吳孟恬、蔡沛穎、林育如、李文傑、蔡宗學、廖怡萍

一、 上次會議決議事項辦理情形

二、 報告事項

(一)經建會第一次聯繫會議已於 98 年元月 7 日召開，會中四項決議與本組有關：

1. 服務品質管理由本組負責。
2. 為增加跨各組間訊息之共享，鼓勵參加跨組會議。
3. 建議增加志工人力之探討
4. 經建會第二次聯繫會議預定於 98 年 2 月 4 日，屆時會傳開會通知給各位，請大家踴躍參加。

(二)請考慮本組規劃長期照護資源發展之核心價值與原則，個人建議

核心價值為：

原則為：

三、 討論案決議

討論案一：服務人力(專業人力之質如證照、培訓；非專業人力)

內容：如附件三-1

決議：1. 探討下列資料人才養成狀況，及每年相關系所學生進入職場之人數，

- (1)現有相關老人照護系科由蔡芳文執行長負責
- (2)老人學程由陳惠姿老師負責
- (3)社工科系分工如下：莊秀美老師負責

討論案二：服務人力(專業人力之量)

內容：略

討論案三：服務人力(外籍監護工)

內容：如附件三-2

決議：1. 增加其他國家外籍監護工之經驗及策略建議，
2. 台灣外籍監護工媒合成功率現況。

討論案四：服務資源(社區照顧資源質與量)

內容：如附件三-3

決議：1. 建議刪除健康老人照顧服務如送餐及長青大學等
2. 請林育如老師協助整理精障者機構及社區服務照顧資源。

討論案五：服務資源(機構質與量)

內容：如附件三-4

決議：1. 機構資料中建議刪除安養、老人公寓等生活自理者之照顧資源
2. 建議增加台北市機構品質管理機制之說明

討論案六：半專業人力

內容：如附件三-5

決議：無

討論案七：OECD/日本/台灣資源相關資料比較

內容：如附件三-6

總結

1. 各子題資料內容呈現大抵須包含台灣現況、國外資料參考、發展目標、發展策略之建議。今天會議資料主要是呈現現況。
2. 請各位將今日會議報告資料調整後以文字化(含參考文獻)，於本年1月31日前以電子郵件繳交。
3. 下次會議請推估服務人力及資源的量，並建議可行策略。
4. 下次會議時間訂於本年2月9日。

四、散會

附件四

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第四次小組會議紀錄

時間：98.02.09 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美(請假)、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、蔡閻閻、

翟文英

列席：吳孟恬、蔡沛穎、蔡宗學、廖怡萍、林育如、李文傑

一、 上次會議決議事項辦理情形

二、 報告事項

(一)第二次跨組聯繫會議在 2 月 11 日下午兩點請大家盡量出席

(二)今天早上出席揚志良老師召集的跨組討論會，有李玉春老師、吳肖琪老

師及鄭文輝老師出席，會中討論規劃中的照護保險納保對象及給付傾向於全民(不排除身障及精障個案)；李老師建議保險給付新增項目：無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持，可作為本組查詢相關資源成長之方向。鄭老師提出長期照護保險以附加於全民健保，但財務獨立之方式辦理。

三、 討論案及決議

每一案報告 10 分鐘討論 10 分鐘

一、機構資源量的推估與品質管理

內容：如附件四-1

決議：就全國整體資源來說，機構資源數量於 2015 年使用仍足夠，建議增加品質管理的策略。請提供機構評鑑資料。

二、社區照顧資源量的推估與品質管理

內容：如附件四-2

決議：1.依據「現有社區資源項目」、「十年長照社區資源項目」及「相關國家社區資源項目」等三大類先行框出資源類別及數量

2. 先行依據陳惠姿 2005 年資源發展推估模式將十年長照較多量使用之社區資源如居家服務、居家復健、日托中心(包括各種型

態)、家庭托顧等四項進行推估。

3.亞急性期的部分建議歸健保醫療管控暫不列入本案。

2.請陳惠姿老師繼續提供教育訓練及品質管理方面之建議。

三、專業人力的推估與品質管理

內容：如附件四-3

決議：1.人力資源推算分專業人力及行政人力，尤其以居家服務員人力須特別注意。

2.長照儲備醫事人員數，請將全國培訓資料以整合方式呈現(不需分區)。

四、非專業人力的推估與品質管理，如培訓

內容：如附件四-4

決議：1.有關居家服務之成本現況資料可供給付項目與給付額度組參考。

2.待2/11開會確定保險給付項目，本組先針對居家服務、居家復健、日間照護等三項目進行調查，包含其使用資源的量及內容，請繼續整理並推估。

3.品質監控現況是由政府每三個月監考個案，以後長照開辦後建議改由長照給付相關經費及辦理監考。

五、外籍監護工納為人力資源的初步評估

內容：無

決議：請於2月16日提供相關書面資料。

六、民間組織如非營利、營利之引進與管理

內容：無

決議：1.以醫療資源區域劃分依照機構、社區、居家等相關資料量，推算各醫療區域中需要設置各類中心之總數。

2.請提供社區資源如何引進營利及非營利組織共同投資之策略。

總結

1.各子題資料內容推估依據理由須清楚說明。

2.2/25需繳交本案之期中報告，請各位開始撰寫文字檔，以現況推估及建議進行。

3.下次會議時間訂於本年2月16日晚上6點。

四、散會

附件五

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第五次小組會議紀錄

時間：98.02.16 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能、鄧世雄(請假)、蔡芳文、蔡閻閻、

翟文英(請假)

列席：林育如、蔡宗學、廖怡萍、李文傑、李冠慧、吳孟恬、

蔡沛穎

一、 上次會議決議事項辦理情形

二、 報告事項

98.02.15 長期照護保險規劃研究計劃專案小組討論共識，如附件五-1

○ 法源

長期照護保險法：納保、給付、對象/項目/額度

長期照護服務法：資源、體系、人員資格、證照、品管

○ 體制採健保體系之 6 局 17 醫療區之架構

保險局作 assessment 由合約單位提供服務(未來發展成 PACE social HMO)

○ 縣市政府角色：品質管理、獎勵與處罰、資源發展(社區)

○ 人力不要忽略志工

三、 討論案

(一)機構及居家社區照顧資源推估

內容：如附件五-2、五-3

決議：

1. 預估機構及居家社區資源達成比例，於保險開辦年(2011 年)為 5:5

資源供給率準備為 40%，預計於 2016 年達成 3:7。請陳惠姿老師估算

資源及人力推估表。

2. 臺北縣長照資源現況分量比例(許局長提供)，先以 25 個縣市下去看，做為社區服務需求的推估(永耕提供)，另請提供機構發展策略(蔡芳文執行長提供)，以上資料請於本週六 2/21 前以電子郵件繳交。

(二)外籍監護工納為人力資源的初步評估

內容：如附件五-4

決議：

1. 本籍及外籍勞工建議比例最終達成 8:2，逐年減低，發展提昇照顧服務員之目標及遠景。
2. 照顧服務員與外籍看護工比較之建議，請蔡閻閻老師提供文字化。

(三)請莊秀美老師協助將期中報告 ppt 檔文字化。

總結

1. 2/25 需繳交本案之期中報告，請各位於 2/21 前繳交文字檔，包含現況推估使用量及策略建議。
2. 下次會議時間訂於本年 3 月 2 日晚上 6 點。

四、散會

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第六次小組會議紀錄

時間：98.03.02 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能(請假)、鄧世雄、蔡芳文(請假)、
蔡閻閻(請假)、翟文英

列席：吳孟恬、蔡沛穎、蔡宗學、廖怡萍、林育如、李冠慧

一、上次會議決議事項辦理情形(略)

二、報告事項

(一) 經建會期中報告審查會議審查委員建議事項

1. 建議提出服務資源發展及人力服務上的障礙，比如：法令限制障礙、居服員勞動條件的障礙(人力流動大)等。
2. 建議針對長照服務項目，提出哪些服務適合開放或不適合開放營利/非營利機構進入。
3. 針對偏遠地區的服務人力策略，專業資格建議考量文化差異上的培育。
4. 建議提出對特殊人口群的居家服務模式及發展策略，比如：家庭照顧者、失智者、精障等的服務模式。
5. 建議將人力依縣市別考量，減少城鄉差距。
6. 對象應針對全人口(含身障)進入考量，身障部分可參考目前 ICF 的服務輸送及體制，加以整合。
7. 將照顧服務員歸於半專業人力應審慎考量。
8. 可思考出院準備計畫是否也需結合起來。
9. 建議探討照服員工作條件、薪資結構及成本等。
10. 探討外籍看護工進入長期照護的工作條件(審查及聘用策略)、薪資及成本等。
11. 建議考量原住民及偏遠地區服務議題，提出有關原住民之受益面。

(二) 與其它團隊配合事宜

第二組「我國長期照顧資源供給調查」負責『資源現況盤點』，第三組「我國長期照顧服務需求評估」負責『資源需求推估』，我們這組的重點在『資源發展策略評估』。

三、討論案

(一) 長期照護服務資源發展障礙/限制之檢視

結果：我國資源發展之 SWOT 分析如附件一。

(二) 長期照護服務資源發展策略之探討

決議：

1. 資源發展策略評估之原則：

- (1) 擬定發展策略要以全人口為考量(含老人、身障、精障及失智者)以及考慮城鄉間之資源分布(如偏遠地區或是原住民等)。
- (2) 前項目標數與現有服務量之差距作為思考擬定發展資源策略之參考。
- (3) 以 2011 年及 2016 年需求人口數位基準推估預期達到之服務供給量為目標(目前暫時用吳淑瓊老師推估數，待第三組提供資料後再議)。
- (4) 資源發展策略評估之模式包括
 - a、總目標
 - b、階段性目標
 - c、現存有利條件
 - d、現存之困難
 - e、相關配套措施(如法規之修訂、勞動條件、....)

2. 居家服務為荷、德、日及其他國家都提供的服務，在國內目前服務案數也超過 29,000 案數，顯示國人對此服務之接受度達到一定程度，將以居家服務為資源發展之首要項目作為最普遍可得的給付服務，不分人口群、全人口都可使用之資源。現階段仍存在之困難包括：

- (1) 資源數量仍有限、各縣市、城鄉差距都普遍存在。
- (2) 各家居服員實領時薪不一，支付給照服員 180 元之機構不缺乏人力。
- (3) 民眾自付額提高至 40%，造成服務案數停滯成長。
- (4) 居服據點可近性成長之策略，日本經驗是開放各行各業皆可作居服站，台灣是否須管制，鼓勵現有機構外展提供居家服務。

3. 日間照顧：現階段數量很少，德國以每 10 萬人設置 13 所推動此項服務，日本在黃金計畫即提出 10000 所之發展目標，2006-2008 年間約為社區/居家資源之 10%，擬定發展策略時可考慮以下資訊：

- (1) 探討關懷據點、日托站、機構轉型成日間照顧中心之可行性策略。
- (2) 鼓勵教堂、廟宇提供日間照顧服務。
- (3) 轉型成日間照顧中心具有地目變更、設置之障礙限制。
- (4) 可參考愚人之友基金會辦理日托站之模式，混合 80%健康老人及 20%失能老人形成彼此間共同照顧模式。

4. 家庭托顧：

在先導計畫曾訂定設置辦法，在嘉義市曾收托過 4 位個案，三鶯地區雖也設置但未收過個案，長照十年計畫中有三個縣市申請辦理，至 2008 年底僅在南投縣開辦一處，困難包括：

- (1) 現行補助費用涵蓋在照顧服務中與居家服務或日間照顧分攤補助時數，時數少，缺乏誘因。

- (2)日間家庭托顧，無法滿足需求，但若開展為24小時服務又與老人福利機構設置標準抵觸。
- (3)目前對收托家庭環境改造並未有補助款，業者投資高、案數少不易回收成本。
5. 分工(請分別提出各項服務資源現行服務發展策略、及其障礙或限制)：
- (1)莊秀美老師：居家服務及團體家屋
 - (2)鄧世雄院長：社區、失智及居家其他項目(居家復健、護理等)
 - (3)蔡芳文執行長：機構多元性發展之策略及品質控管
 - (4)陳惠姿老師：推估資源目標與需求間之差距、並統整以上各項目策略發展及SWOT分析。
- 以上資料敬請於下週一3月9日前繳交。
6. 下次會議討論
- (1)許銘能局長負責之民間組織如非營利、營利之引進與管理
 - (2)蔡閻閻老師負責的外籍監護工與國內照護人力資源銜接的評估及策略
7. 擬邀鄭若瑟院長及周月清老師參與本組討論。
8. 本案將於本年3月28日(六)於中興醫院大禮堂舉辦長期照護會員代表大會，擬於會後邀請會員代表提供長照服務創意構想，請保留時間參加。
9. 本案擬於3月底/4月初辦理專家座談會。
10. 下次會議時間為：本年3月16日(一)18:00。

四、散會

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第七次小組會議紀錄

時間：98.03.16 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能、鄧世雄(請假)、鄭若瑟、蔡芳文、
蔡閻閻、翟文英

列席：林育如、蔡宗學、李文傑、廖怡萍、吳孟恬、蔡沛穎

一、上次會議決議事項辦理情形(略)

二、報告事項

經建會 98.03.11 第三次聯繫會議相關事項(略)

三、討論案

討論案一：我國長期照護服務資源發展現況與障礙

決議：發展長期照護創新服務項目，建議新增：(1)居家服務夜間服務時段
(2) 晚間照顧中心(evening care center) (3)照顧諮商服務 (4)居家藥事 (5)居家營養
等服務。

討論案二：我國長期照護服務資源發展推估(如附件一)

決議：2011 年開辦照護保險之際，照顧資源供給量準備至需求人數之 70%，
2016 年照顧資源供給量增加至需求人數之 80%。
(詳細成長需求預估數，待第一組及第三組提供資料後再議)。

討論案三：機構式資源發展現況與策略評估

決議：1. 發展機構提供多元連續性服務。
2. 鼓勵機構推動社區/居家外展服務。
3. 請增加上述方向之發展策略。

討論案四：居家服務資源發展現況與策略評估

決議：1. 開辦照護保險之際，先行提供十年長照既有之照顧服務項目為主，
並以居家服務為最主要提供之項目，新型服務放置第二段提供。
2. 「團體家屋」歸類於社區式服務項目。
3. 請增加有關居家服務及團體家屋之策略。

討論案五：日(夜)間照護資源發展現況與策略評估

決議：1. 建議修訂日間照顧中心設置標準及管理辦法。
2. 探討日間照顧中心、日間照護中心、日托站之間差異並呈現現況。

討論案六：本籍照顧服務員及外籍看護工的競合

說明：如附件二

建議由照顧人員資格要求、受照護者申請條件、審核標準及流程、待遇

福利、主管單位等面向進行兩類勞動人力市場的整合，包括資格評估審核、仲介、就業、勞動條件及方式予以整合為單一的申請及管理制度，依市場需求採取設定比例的方式，調整及合理管制外籍看護工的引進數量，參照機構引進外籍看護工，即由機構進行人員訓練與管理的方式。

決議：1. 建議由照護機構管理外籍看護工。

2. 有關外籍看護工銜接議題，較屬於服務輸送策略，建請移轉由吳肖琪老師研究團隊負責規劃。

討論案七：學者專家座談會預定日期

決議：1. 暫定於 98 年 4 月 11 日(六)進行專家座談會，擬於台北、台中舉行。

北區：98.04.11 上午 9:00~11:00 於台北市立聯合醫院中興院區第五會議室。

中區：98.04.11 下午 2:00~4:00，地點未定。

2. 擬邀請學術界及業界專家共 20 位進行座談：

業界：立心慈善基金會(黃也賢)、愚人之友基金會(林麗雪)、弘道老人福利基金會(秘書長)、士林老人服務中心(督導或主任)、奇蹟之家(馬修女)、康復之友聯盟、老吾老基金會中心、聖瑪爾定、嘉義基督教醫院居家服務室、退輔會(朱嘉義)、獎卿護理之家

學界：林萬億、劉立凡、李佳儒、李光廷、張媚、戴玉慈、楊培珊、謝佳蓉、謝美娥、陳麗欣

四、臨時動議

1. 分工(依陳惠姿老師提供之文稿範本(如附件三)撰寫文字檔，並提供精簡版 ppt 檔)：

(1)莊秀美老師：居家服務及團體家屋。

(2)鄧世雄院長：交通接送及家庭托顧。

(3)蔡芳文執行長：機構多元性發展之策略及品質控管。

(4)陳惠姿老師、翟文英副秘書長：人力資源。

(5)林育如老師：精神障礙者資源。

以上資料敬請於下週一 3 月 23 日前繳交。

2. 下次經建會聯繫會議時間為：98 年 3 月 25 日(三)下午 2 點。

下次本小組會議時間為 98 年 3 月 30 日(一)晚上六點。

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第八次小組會議紀錄

時間：98.03.30 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能、鄧世雄、鄭若瑟、蔡芳文(請假)、
蔡閻閻、翟文英

列席：林育如、蔡宗學、李文傑、許瓊文、廖怡萍、吳孟恬

一、報告事項

經建會 98.03.25 第四次聯繫會議相關事項(略)

二、討論案

討論案一：家庭托顧資源現況評估及發展策略

說明：如附件一

- 決議：1. 家庭托顧模式建議採用蘇格蘭的模式，以收托者住家為照顧地點。
2. 長期照護資源發展全民普遍性項目應為居家服務及日間照顧為初期主要發展項目，訂定發展目標，家庭托顧站則暫定為第二階段給付之新型服務。
3. 家庭托顧發展或許在偏遠地區較適用，宜以 2~3 個家庭托顧據點形成團隊共同支援經營，若有基金會、居服機構或支援模式較易成功。
4. 家庭托顧資源報告內容請補充：
(1) 籌辦人員經驗及資格 (2) 服務對象 (3) 參考資料
(4) 托顧人員後方的支持團隊(居服機構)之策略

討論案二：關懷據點(含日托站) 現況評估及發展策略

說明：如附件一

- 決議：1. 發展社區關懷據點成為潛在日間照顧中心，請訂出發展策略。
2. 鼓勵評鑑優等的社區關懷據點轉型，請調查目前社區關懷據點評鑑優等據點、據點內專職人員比率及專業人員提供服務量為多少？
3. 據點服務給付，建議依服務對象失能程度給付為原則，無失能者應自費使用服務。

討論案三：居家服務資源現況評估及發展策略

決議：國內現況中，「困境與障礙」請增加以下說明：

1. 文獻中加註年代，表示此為何時之困境。
2. 需考慮國內近年來居家服務滿意度提昇。
3. 需考慮不願陌生人進入家庭環境中服務的障礙。
4. 提及服務提供機構無法成長，請增加機構服務量的現況。

討論案四：精神障礙者資源現況及推估

說明：如附件二

- 決議：1. 精神障礙人數包含自閉症及精神障礙者，失智者另行考慮策略。
2. 精障日托應設定為獨立照顧，無法與其他類別對象混合照顧。
3. 精障資源策略：
(1) 機構：服務對象為極重度及重度精障者，現約 2 萬人，床位約有 17000 床，機構資源似乎足夠，應發展品質提升之策略。
(2) 社區：鼓勵中、輕度精障者進入社區，請提出增加社區資源之發展策略。
(3) 居家服務：請提出服務精障居服員需受之教育訓練內容。

討論案五：機構式資源發展策略評估

說明：如附件三

- 決議：1. 以家庭支持系統不足之民眾為進住機構之對象。
2. 建議成立全國評鑑中心，以控管機構品質。
3. 有關機構資源量請更新精障機構量。
4. 請補充評鑑未符合標準機構之退場機制。
5. 請補充機構介入參與居家及社區服務之具體策略。

討論案六：人力資源現況評估及發展策略

說明：如附件四

- 決議：居服人力策略為：
(1) 改善居服員之勞動條件，增加留任率
(2) 辦理乙級國家考試，增加人才培訓。
照管專員策略為：
(1) 改善勞動條件穩定人力資源
(2) 教育訓練培育照管人員學校碩士班在職人員以繼續教育
(3) 辦理照顧管理人員證照考試

討論案七：新型服務方案發展策略評估(居家及社區復健、交通服務)

說明：如附件五

- 決議：第一階段資源提供暫不發展預防性服務。

討論案八：98.04.11 專家座談會進度報告

- 決議：1. 專家會議議程確定如附件六。
2. 請各子題負責人準備專家會議報告 ppt 檔，訂於 98 年 4 月 7 日晚
上六點於永和耕莘醫院六樓會議室討論。

三、臨時動議

有關王雲東老師提供之長期照護需求人口數(依失能等級推估)，如附件七，請參考。

四、散會。

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第九次小組會議紀錄

時間：98.04.07 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、許銘能(請假)、鄧世雄、鄭若瑟、蔡芳文、
蔡閻閻(請假)、翟文英

列席：林育如、蔡宗學、李文傑、廖怡萍、吳孟恬、蔡沛穎

一、討論案

討論案一：我國長期照護服務資源

說明：如 附件一

決議：

1. 居家與社區使用量的推估，建議分別看老人、失智、精障，以免稀釋老人的需求量。
2. 請永耕提供更新資料：
 - (1) 失智者的機構床數、居家及社區的使用量現況
 - (2) 失智者的需求人口數(以盛行率推估 2011 年需求量)

討論案二：社區式資源發展現況與策略評估 1

說明：陳惠姿老師報告，如 附件二

決議：

1. 請各研究夥伴就專長部分增添或修正 附件二 資料：
永耕團隊：失智
鄭若瑟院長：精障
莊秀美老師：團體家屋
2. 精障慢性病床總床數約為 1 萬床，其中玉里即佔 4 千至 5 千床的資源，建議就此狀況做論述分析。
3. 精障機構入住對象，建議以中度及極重度患者為主，並建請開放精障護理之家的補助。

討論案三：社區式資源發展現況與策略評估 2

說明：永耕團隊報告，如 附件三、附件四

決議：

《照顧住宅》

1. 建請明確規範照顧住宅適用對象、內容及相關配備，並訂出發展目標及策略。
2. 照顧住宅為新興服務項目，建議第一階段暫不列入給付項目，而先以試辦計畫辦理。本次專家座談會暫不討論此議題。

《失智照顧資源》

1. 請補充失智照顧資源現況。
2. 有關失智症的照顧機構，以專區式辦理較有效率，請具體寫出其優勢。

討論案四：機構式資源發展現況與策略評估

說明：如附件五

決議：

1. 有關國內資料老年人口機構使用床數部份，因未加入身障資料，建議不要使用此張資料。
2. 長期照護床數建議將護理之家部分區分出來。
3. 養護/失智床數，建議養護床不與失智床數合併計算，因現況失智患者申請養護床常被拒，有關失智床數請永耕提供。

討論案五：居家式資源發展現況與策略評估

說明：如附件六

決議：

1. 有關營利型的醫療機構是否合適參予長照保險，建議提於長期照護保險服務法內規範：營利機構可參予長期照護保險哪些服務項目。
2. 因礙於法令限制，戶籍問題，人在籍不在即無法申請長照服務，導致民間居家服務單位蓬勃，服務品質無法掌控，請永耕提供相關法規困境。

討論案六：長期照護人力資源量的推估與發展

說明：如附件七

決議：

1. 居家護理推估比例為 10%，考慮成長可行性，建議修正為 5%發展比例。
2. 請修正居家復健資源量，請參考鄭文輝老師經建會報告資料。
3. 請修正行政人員比例，並推估行政人員數。

三、臨時動議

1. 有關專家會議資料修正，請於本週四 4/9 下午五點前回傳修正後檔案，以便匯整。
2. 98 年 4 月 11 日(本週六)專家座談會時間地點，議程如附件八：
AM 9:00~11:30 於臺北市立聯合醫院中興院區六樓第五會議室；
PM 14:30~17:00 於中山醫院行政大樓 8504 室。
請研究夥伴提早到會場準備報告資料。

四、散會。

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第十次小組會議紀錄

時間：98.04.16 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美(請假)、許銘能、鄧世雄、鄭若瑟、蔡芳文、
蔡閻閻(請假)、翟文英(請假)

列席：林育如(請假)、蔡宗學、李文傑、廖怡萍、吳孟恬

一、報告事項

專家會議 98.04.11 專家意見彙整討論，專家會議紀錄暨發言實錄，如附件一。

二、討論案

討論案一：「服務提供及服務人力評估」聯繫會議報告

說明：如附件二。

決議：

1. 資源發展優先順序為：社區優先，居家次之。機構資源目前尚稱足夠。
2. 於資源推估部份，資源「供給量」應改為「資源估計使用量」，原估計為「2011年」之資源使用量，應改為「2013年」資源估計使用量，因2013年為實際服務提供及照顧保險給付年。
3. 資源發展目標為照顧保險給付年(2013年)達照顧需求人口所需服務之72%。
4. 資源發展策略建議為社區/居家：機構為7：3；社區/居家之實物與現金使用人數比例建議為5：5。
5. 建議新型服務資源於開辦第一階段不提供，先以試辦計畫辦理，包含：成人夜間照顧中心、團體家屋、家庭託顧、日託站(預防性照顧據點)、照顧住宅、居家晚間服務、居家藥事諮詢及居家營養諮詢。
6. 居家藥事及營養服務因醫院有免費提供，居家較難執行，目前暫不考慮列入長照服務項目，建議以試辦計畫辦理。
7. 成人日間照顧中心發展目標以每3萬人口設置一所，每年以增設300~400所日照中心為目標。
8. 交通接送之目標量為民眾出來參與日間照顧的人數。
9. 有關團體家屋、家庭託顧發展目標量，請鄧世雄院長提供資料。

討論案二：期末書面報告分工

決議：1. 經建會結案口頭報告於98.05.07，計劃於98.05.15結案。

2. 書面報告分工(請依原格式撰寫，包含現況、需求、發展策略)：

(1) 莊秀美老師：居家服務及團體家屋。

(2)鄧世雄院長：社區服務及失智症照顧服務。

(3)蔡芳文執行長：機構多元發展策略。

(4)陳惠姿老師：身障服務資源。

(5)翟文英副秘書長：人力資源。

(6)鄭若瑟院長：精神障礙者資源。

以上資料敬請於 98.04.25(六)前繳交。

3. 下次經建會聯繫會議時間為：98 年 4 月 22 日(三)下午 2 點，為本小組報告時間，敬請踴躍出席。

三、散會。

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」

第十一次小組會議紀錄

時間：98.05.11 18:00

地點：耕莘醫院永和分院 6 樓會議室

主席：陳惠姿

出席者：莊秀美、蔡芳文、蔡閻閻、翟文英、許銘能(請假)、
鄧世雄(請假)、鄭若瑟(請假)

列席：李文傑、吳孟恬、蔡沛穎

四、報告事項

經建會期末報告審查會審查委員意見討論，期末報告會議紀錄暨發言實錄，如附件一。

五、討論案

討論案一：回覆周月清教授意見

決議：

1. 有關資源發展策略部份，本組建議以社區優先發展，居家次之。居家資源並非不發展，只是相對於社區，居家服務已較有基礎，且對應於李玉春老師給付項目的優先順序以社區優先，主要理念為讓需求民眾能優先使用社區資源，延緩使用居家服務資源的時機。
2. 有關身障機構量之推估，目前本組採用全人口推估，機構資源量皆已足夠，且以現況來看，老人機構量約為 74%，身障機構量約為 20%，身障機構佔約兩成，與審查委員意見相符，建議無論在身障或老人機構方面皆不需發展資源，而是朝提升品質方向作策略建議。
3. 本組參考日本 2000 年保險開辦時的準備量 72%推估本國開辦長照保險應備資源量，但相對於日本，本國年齡層較年輕且給付對象為全民，因此本組資源準備量乃分別以 50、60、70%進行推估，供決策單位選擇使用。
4. 有關荷蘭長照資源量，在 OECD 的資料上，荷蘭的使用量無論在社區、居家及機構上，皆較日本及德國高出兩倍，荷蘭本身的長照資源的供給是較為足夠的，這部份請蔡閻閻老師提供「荷蘭重症給付改革」的資料。
5. 有關早療、身障部分的給付方式，是否採現行福利給付或未來以保險取代福利給付，建議由給付組回答此問題，同時建議資源盤點組可加入早療的資料以供參酌。
6. 本組會將身障資源收集部分加入研究限制內。

討論案二：李美珍副局長意見回覆

決議：

1. 有關喘息服務部份，本組認為喘息服務係與居家服務或機構服務共用資源，不需另列一項，。

2. 有關社區資源中日間照顧發展的潛力，本組建議將攸等與甲等以上的社區關懷據點列為轉型日間照顧中心之潛力資源，目前全國甲等以上據點共有 1,161 點，其中有 3 個點已通過老人日托照顧據點之申請，因此本組認為社區資源發展方案具有可行性。
3. 交通服務內容會加入無障礙設置之建議，同時建議相關單位開發搬運機(似救護車可爬樓梯的擔架)以滿足需求。
4. 偏遠地區資源發展誘因，在財務面建議提高補助款，硬體設施經費補助較一般機構多加 10%，且配合現行制度機構經營評鑑為優等以上在人事費補助增加 20%；在人力面建議培訓在地人力。
5. 有關新型服務發展，本組原建議”每縣市至少一個承辦點”，現改為”每縣市以至少承辦一個點為「原則」”，主要為資源可近性之考量，讓各縣市皆有機會發展，若發展不起來則可再由有潛力發展之縣市執行。
6. 有關營利單位介入長照資源的發展，參考日本雙軌併行的制度，日本僅限定非營利組織經營機構，而在社區、居家資源則未加以限制，本組提出開放營利單位經營居家及社區資源，建議於「長期照顧保險服務法」內加以規範。
7. 本組將照顧服務員列為「半專業人力」部份，參考 WHO 人力規劃亦將照顧服務員列為半專業人力，且在荷蘭照顧服務員訓練現以改制為僅需接受 3 個月訓練即可擔任生活照顧工作(請蔡閻閻老師提供資料)，另外在半專業人力發展策略上，本組會加入勞委會職訓局之建議發展內容。
8. 外籍看護工考試建議加入本國語言口試會話測驗方式進行，而非將書面資料翻為外文考試，此部份亦會加入日本考照方式及條件做為參考。

討論案三：內政部意見回覆

決議：

1. 有關機構社工人力比，本組會加入身障部分作考量。
2. 有關 PT、OT 居家服務人力比，本組原以現階段兼職人力，每人服務 10~15 位個案模式做推估，因此推估服務案量過低，建議將來 PT、OT 以專職人力提供服務，每人可提供 60 位個案服務量。

臨時動議：結案報告格式及繳交時間

決議：

1. 請各組將審查意見列入考量，並將原書面資料內容重整為三部份：(一)文獻探討 (二)研究結果 (三)參考文獻，書面資料請於 5 月 15 日前回傳。
2. 機構資源發展部份，請加入身障及早療的相關法規及專業人力設置。
3. 書面報告負責部分，請見附件二原期末報告 word 檔：
 - (1)莊秀美老師：居家式服務資源發展策略及新型服務—團體家屋部份。
 - (2)鄧世雄院長：社區式照顧服務資源發展策略、新型服務資源及失智症照顧資源與人力發展策略。
 - (3)蔡芳文執行長：機構式服務資源發展策略。
 - (4)翟文英副秘書長：人力資源現況及發展策略。
 - (5)蔡閻閻老師：外籍看護工與本及照顧服務員的競合。

附 件 專 家 座 談 會 會 議 紀 錄

「長期照顧保險法制服務提供及服務人力之評估」 專家座談會(台北暨台中場)會議紀錄

壹、 時間：98年4月11日(星期六)上午9:00(台北場)
98年4月11日(星期六)下午2:30(台中場)

貳、 地點：台北市立聯合醫院中興院區第五會議室
中山醫院行政大樓8504室

參、 主席：陳惠姿副教授

肆、 出席人員：詳見簽到單

伍、 主席致詞：略

陸、 討論事項

案由一、我國長期照護服務資源

說明：如附件一。

建議：

1. 資源發展建議社區優先，居家次之，而後機構。
2. 中央試辦方案，而在地方無法試辦，若中央經費抽離則地方無經費來源，試辦方案亦無法繼續。
3. 日間照顧中心目標為一年500所，可能過高，要審慎考量。
4. 我國雖與日本國情相近，惟須考量採用之基礎點不同，故在推估我國整體需求時亦注意城鄉之差距。
5. 應明確確定保險目標，是否加入預防保健給付的部分。
6. 加強民眾宣導，讓民眾對長期照顧保險制度更多的認識，善用媒體如連續劇中加入長照保險的宣導。
7. 以實物給付為主，現金給付為輔，以免影響所準備的資源使用率，開辦初期，以給付與照護最高相關的項目即可，其他次要的部分再分階段納入。
8. 身心障礙需求推估過於偏低，有關身障、精障者給付標準如何評估銜接需求等級應審慎考量，應訂定給付評估標準。
9. 加入藥師、營養師、臨床心理師諮詢與服務給付，建議試辦遠距諮詢服務。
10. 資源發展比例建議居家/社區：機構為8:2。

案由二、機構式資源發展現況與策略評估

說明：如附件二。

建議：

1. 法規的修訂放寬(如服務準則對失智、失能的規定要放寬；若機構要執行外展，對小型機構的限制應要放寬)。
2. 開放機構多元、延續性、外展經營的可能性，訂定各類服務設置標準，凡符合者皆可提供服務，非由組織的屬性來決定。

案由三、居家式資源發展現況與策略評估

說明：如附件三。

建議：

1. 居家復健與社區復健應並行發展。
2. 居家式及社區式照顧服務，也應訂定設置標準。
3. 設立居家復健所(如居家護理所之方式)，有專門單位提供服務。
4. 居家及社區服務建議加入夜間及周末服務時段。

案由四、社區式資源發展現況與策略評估

說明：如附件四。

建議：

1. 交通接送可配搭輔具的推展，希望輔具的諮詢服務亦可成為保險給付項目。
2. 偏遠地區或是山地離島可利用現有資源，採以類似醫療體系 IDS 的方案提供服務。
3. 社區復健：建議搭配「預防看護」概念發展，以跌倒防治、肌力平衡及營養衛教等為主要服務內容。

案由五、長期照護人力資源量的推估與發展

說明：如附件五。

建議：

1. 身障及精障的人力評估應加入，在設置與需求是不同的。如照顧服務員在身障機構稱為生活服務員，照顧人力比與老人福利機構不同。
2. 勞委會目前規劃照顧服務員之技術考試改為單一級，不再分為丙級或乙級，未來對於照顧服務員之地位及職業形象如何提昇，可再加思考。
3. 個案(照顧)管理師若成為新興之人力，須有明確之資格及訓練課程，應訂定完整的培訓課程。
4. 目前各院校設立之老人事業服務管理系的人力可作為規劃人力之考量，並給予適當的「定位」，增進人力資源。。
5. 服務輸送應考慮減少人力成本，以「一人多工」的概念同時達到品質確保。
6. 建立服務人力資料庫，以利掌握人力的質與量。
7. 外勞議題：建議採取漸進式逐步減少的策略，不要採取「立即停用方式」，以免太大的反彈。

附錄一：發言實錄(台北場)

尹祚芊理事長：

1. 依據評估目前所需要照顧的人數大約為 50 萬人左右，其中 65 歲以上需要照顧的人中，包含了失能與失智的部份，因此猜測這之間有部分人數的重複，建議團隊做推估的時候應審慎考量，因為這對未來規劃具有相當程度的影響。
2. 台灣地區的人口結構與日、德、荷有一定程度的差異，日、德、荷的平均餘命比我國要高的很多，尤其是日本，如果從平均餘命來看，年輕老人、中老老人及老老人比例不一，其需求長照的比例亦有所影響，因此建議可以更精確的看一下這部份。
3. 若將 16 萬外籍看護立刻驟減，可能會造成社會較大的動盪，建議是漸進的，將國內服務的措施及人力培養出來，讓使用外籍看護的人，慢慢感受到國內的服務，導引民眾漸漸接受本土的服務。
4. 報告中對未來人力較少提到護理人員的需求，護理需求人力沒有明顯增加，我對此有些疑慮，為何沒有需求？另外個管師的部份，也不一定是由護理人員來做，像在國外也很多是社工師、營養師在做，只要他的能力能夠參與做個管師即可。
5. 報告中提到在學校的養成教育，提供老人護理學、老人醫學等相關的課程，這點我是覺得有相當的困難，因為不管在大專技職院校裡，護理學系的課都排的很滿，因此造成某些學校推動成立老人護理系，這點造成護理教育界相當困擾，我倒是贊成照顧老人須有相當的醫療機構照顧經驗後，再來做老人的照顧服務，建議維持目前的教育內涵，於將來引進已有臨床實務經驗的護理人員，在進入長照系統時給予繼續教育。

陳惠姿教授回應：

1. 需求人數部分，有另一組研究團隊進行需求人數之推估，所以應該會精確的。
2. 其他國家的人口結構比較老化，我們會納入考慮。
3. 外籍監護工我們談銜接的策略，不會成為驟減，但傾向於以銜接的方式，比如有外籍看護的案主也可以使用居家服務，漸漸銜接。
4. 護理人員的引入及導入長照系統，日後需仰賴理事長的推動。

毛慧芬教授：

1. 現行居家復健規定針對交通接送不便者才能夠接受，事實上與我所認知的精神是違背的，居家復健的意涵是指如何銜接出院後在家生活的照顧，並不是把病患送到醫院做復健就可以解決的，因此我是認為在這服務對象的設定標準上能夠做一重新的釐清，我們的統計資料發現，在國內極高比例接受居家職能治療的患者，是重度失能的患者，治療師去就多數是教導家屬做復健，較不能發揮居家復健的效益，而國外使用居家 OT 者多屬輕、中度失能者，居家 OT 對於增進基本及工具性日常生活功能、甚至休閒功能具成效，因此建議居家復健的觀念能著重在輕度及中度就能使用。
2. 雖然長照十年計畫強調「復健優於照顧」，但目前民眾及照管專員仍多傾向使用照顧服務，喪失訓練個案功能獨立自主的機會，建議照顧管理專員轉介考量，及照顧服務員進入服務時，能加強建立此觀念，若能協同復健專業或其他專業人員訪視，有團隊溝通的機會更好，使需求者能獲得適切照顧與復健。
3. 報告中提到有關居家復健未來以與機構或學公會合作為方向，個人認為不要採用此種方式，不但執業登記與資源報備程序困難，現在所有治療師都是兼職，非常辛苦，且治療品質不易掌控。建議未來可參考居家護理所的模式，形成居家職能治療所，治療師能專職從事，較有發揮也較有保障。
4. 治療師的角色定位不明，治療師被歸屬於醫療體系，衛生署有許多框架規範，包括治療師做環境的評估也需要醫師的轉介，如此治療師很難在社區發揮角色。
5. 另外，衛生署要求目前兼職作居家復健的治療師需要去做職業登記核備，許多治療師就會

覺得「算了！那我不要幫忙了」，治療師的身分不明，沒有針對長照使用的法規，而是使用醫療跨到長照的模式，若需要醫師轉介才能治療，治療師就會很難執行下去

6. 在工作方面，剛提到希望資淺的人在機構工作，資深的人到社區居家服務，然而現況是社區工作的保障不足（個案來源與經費不穩定、社區工作風險高等），資深治療師會傾向在保障較佳的醫療院所工作，不僅職能治療專業，各照顧人員或專業均是如此，沒有利基讓人去社區發揮，導致雖培訓許多專業人才，卻沒有人敢投入社區或居家從業，故政府政策方向若希望能發展社區照護資源，就建議務必先將工作環境改善。

陳惠姿教授回應：

1. 最近的照管師各個專業領域都進來了，以前大都為護理，這批的照管師有營養、PT、OT的都進來了，各專業進入評估，應較能全面性考量個案的照顧情境，回應個案或案家德需求。
2. 我很同意您的觀點，未來的居家及社區復健模式也比照居家護理模式，發展出不同於醫院復健的模式，不要僅是沿用醫院復健的形式，比如居家護理執行模式與醫院護理的作業模式與內涵是相當不同的。

胡名霞教授：

1. 長照保險的目標應該是 Aging in Place. 在社區這塊需求比十年長照目標較大，主要是希望老人家不只在家裡，而是能夠出門到社區的，要能夠出門就是復健的部份要增強，發展的順序，應是錢用在刀口上，現在居家的量還是太少，所以不得不先發展居家，復健是小投資大獲益，對於剛開始臥床的病人，給他做幾個禮拜復健就會很有效了，因此這部份居家的量一定要增加，機構目前已經是量夠了，所以是品質問題，然後談到社區這塊需要一點時間來釐清，就是他到底內容是什麼？在發展居家復健量的同時，社區的量還沒有那麼快出來，所以現在的方向應該是釐清社區復健的內容。
2. 關於社區復健的部份，我有個看法，日本的看護保險法指出國民有預防看護的義務，導入預防性看護的概念，日本在社區中執行預防骨折跌倒的課程、IADL 的訓練、老年性周全性評估的特別門診，肌力訓練教室、營養諮詢教室，還有關於憂鬱症的臨床心理諮商，日本預防看護的部分較具有前瞻，這部分以前我們也較少談到。
3. 因此我的概念是應先將居家復健做出來，之後才是社區復健，而機構主要是品質要顧好。
4. 基於國人民情建議現金給付應搭配成果評估，成效不良，濫用現金給付而不提供適恰照顧者能有一個停止給付的機制。
5. 實物給付：
 - (1) 居家服務優先，外勞納入管理，達到互補作用。
 - (2) 加入夜間及周末服務：居家復健實務上已在進行。
 - (3) 居家復健：以「促進出門」為最高目標。
 - (4) 社區復健：搭配「預防看護」概念發展，以跌倒防治、肌力平衡及營養衛教為主要服務內容。
 - (5) 社區照護：加入「預防看護」概念。
6. 有關藥師及營養師居家諮詢服務，建議先提供國內外資源現況資料，才能提出具體內容及發展建議，可試辦遠距諮詢，包含臨床心理師對憂鬱症老人的諮商等，可進一步討論是否可行。
7. 人力推估，復健人力建議將 PT 及 OT 分開考量。

陳惠姿教授回應：

請胡老師日後可以提供社區復健的內涵。

王幼玲秘書長：

1. 照顧需求人數的推估看來僅將精障及失智列入，對於 IADL 方面沒有列入考量，這樣就會

排除 IADL 缺失而需要照顧的身心障礙者的需求，如果是要全民納保與全民給付的話，就不能排出到身心障礙者的需求。

2. 身心障礙權益保障法已經修正，因此在 2010 年對於身心障礙的鑑定就會有很巨大的改變，從以前的 16 類改成 8 大類，與國際做接軌，除了身體功能之外，要加上社會參予、環境因素及個人因素，才構成一個完整身心障礙的定義，因此我們造此評估來做推算，對於身心障礙者的需求還須再確認，因此延伸身心障礙長期照護需要的人力評估，不是這麼精準。
3. 報告中，身心障礙者的社區照顧引用身心障礙者保護法第 14 條已經是過去的法令，我們現在引用的是身心障礙權益保障法，這已經打破過去區分居家社區的類分，而是使用支持服務，針對個人及家庭的服務，與剛剛幾位學者提出的，對於長照的社區照顧需有更清楚的定義，在身心障礙方面有包含生活重建、心理重建、婚姻與生育等等，都是對於個人的協助，但哪幾項會在長期照顧社區服務裡面？
4. 報告中提出有 264 家的機構可以提供兩萬一千五百床，我對時實際收托的數量有些懷疑，因目前身心障礙者的佔床率已經到 85%了，怎麼有辦法在臨時收托可以到一萬七千多床，我對此覺得有些疑慮。
5. 身心障礙者住在機構只有 10%，若把身心障礙者做居家照顧並不適合，身心障礙者與老人需求不一樣，除了照顧之外，我們希望重點放在生活的品質，身心障礙者的潛力有沒有被發現以及生活的教導，我們是希望身心障礙者透過 PT 及 OT 的協助能夠有更好的發展，因此我主張 8 比 2，社區 8 機構 2。
6. 對於外勞的部份我覺得目前是被泛濫使用，是否有那麼多人真的需要 24 小時照顧，是不是有一些人只需要日間照顧就可以的，並不是有這麼密集的護理需要，因此對於外勞的部份應要審慎。
7. 依 95 年身心障礙生活需求來看，植物人照顧的時間是 21.18 小時，失智症 17.97 小時，多重障礙 16.7 小時，有這麼高，除了機構之外，我們需要提供居家及社區的照顧，這部份的需要我們也需要納入考量，不然需要長時間照顧的身心障礙者除了機構之外就沒有別的選擇，在我手上的資料，十年長照委託做身心障礙日間照顧中心的點有 21 個單位，只有 18 個縣市在做，所以這個部份可能是更不容易做的。我不曉得在 2011 年的短時間有沒有辦法成長，不然可能會造成民怨，會被認為繳了保費，但沒有得到服務的提供。

陳惠姿教授回應：

1. 照顧保險的對象參考其他國家，主要以 ADL 缺損，IADL 不是不考慮，而是另案處理，長照主要是在養的部份，對於教育或職業訓練等是需要切開來談的，長照只有後段的照顧，在自我照顧功能不好的時候。身障的問題在長照裡頭做的最少，本來一開始我們接收到的訊息是老人長期照顧保險，快速轉變成全民，幅度轉變太大使我們因應不及，社會認為要保險不能只做老人，因此考慮納入精障、失智及 65 歲以下身障者，但我們時間與能力沒有那麼好，需要請各方的專家來協助，後來須與您多請教。

蔡欣玲副主任：

1. 規劃過程中有提到人力的部份，若能有資訊設備有進來的話，這樣使用與服務兩端可看到不同的資訊。
2. 與現狀連結的部份，目前人的健康狀況以全民健保為主，現在有新的保險制度，而具有身心障礙手冊的人又具有社會局的一些福利給付，可否連結一起，可以知道一個人在不同的年齡及失能的狀態下可以使用的保險有哪些，需要自付的額度如何，依家庭收入狀況可以得到的補助，若有一張圖畫出來呈現各資源會比較公平，讓民眾知道從不同角度下可以拿到不同的資源。
3. 報告中提到機構佔床率有 75%，建議應該小心推估，因為有可能很快滿起來，但目前看起

來是夠的。

4. 個管師目前比較沒有教育訓練系統，是很多學系畢業都可以做，但是沒有規劃個管師一定要經過怎樣的學程或課程才能夠擔任，因此建議對於個管師教育訓練做規劃。
5. 照服員的流動率頗大，是否可規劃一個固定機構監控照服員的訓練，亦可以進一步了解照服員的留任狀況，同時需要照服員的人力資料庫以方便找尋人力。
6. 精神科的照服員的訓練與一般人是不一樣的，衛生署雖有在辦精障管理人員訓練，出來後可以在康復之家或社區擔任全職的工作，但這部份仍很有限，且社會對精神障礙者的認知多為害怕，建議精障照顧服務員的訓練可以考慮就現有的課程作銜接。
7. 精障在新型服務的部份，在美國有使用「社區公寓」的模式，與醫療有銜接，病人在出院後住在公寓中，有管理員提供簡單的看視服務，如提醒服藥等；另一種服務是 Day service，有點相似遊民的收容中心，於社區中提供餐點及沐浴的設備，讓精障的朋友可以在這吃飯及洗澡，目前美國這兩種照顧方式都已行之有數十年，建議可列入社區服務的考慮。

陳惠姿教授回應：

1. 請您日後可以提供美國兩類社區服務的資料，做為規劃新型服務的參考。
2. 長照保險現在傾向全民納保與全民給付，會與全民健保做切割，急性醫療期、亞急性期及長期照顧期，三個會銜接在一起考慮。

吳玉琴秘書長：

1. 身心障礙者的評估標準是以 ADL 嗎？現在身心障礙機構的評估標準不適用 ADL，所以我對此有些疑問，因此評估身心障礙者失能的標準及服務使用的標準應再考量。
2. 身障的專業人員稱為生活服務員，因此在身心障礙照顧人力預估的部份應納入考量。
3. 日間照顧中心在服務準則內有規範標準，但非用另案的方式去處理，若是機構附設的就是用機構的標準，建管消防上則都是一樣的。
4. 報告中提到日照中心的目標是一年五百所，就我們去年的經驗是非常難的，要把閒置的空間轉換成日照中心，政府需要做政策的調整，不然日照中心要重建，成本消耗是相當大的，從政策調整法規鼓勵是相當重要的。

陳麗欣教授：

1. 在談長期照顧的時候引用先前的法規，包括老人福利法、身心障礙權益保障法等等，有許多面向，但是長期照顧保險法的重點會放在哪？應有進一步的釐清。
2. 在人力評估方面有許多專業進入，但卻沒有看到老人事業管理學系的名稱，目前在台灣相關系所已有十幾所了，因為是新的系，所以在之前規劃裡較少被重視，人力在專業人員部分有醫師、治療師、護理師等，而在最後行政人員部分及個案照顧管理師的部分，原來制度沒有，因此以後的需求量會是相當大的，這部份或許可以成為老人事業管理學系學生就業的窗口。
3. 由於老人生理心理各方面有其特殊性，所以建議規範個案管理師(或照顧管理師)須了解的基本能力或須修過什麼的課程等的整體規劃以發展證照考試。

周麗華副局長：

1. 身障部份目前只有對精障及失智提出來，事實上十年長照中有四類型的人沒有被納在裡面，這裡(報告中)少掉自閉症及智障類型，建議這兩個可以補充納入考量。
2. 在身障照顧服務員中，於機構稱為生活輔導員，而在臨托照顧服務則是用保育員，因此照顧服務員是否需要分類，未來在長照服務底下，規範照顧服務員受過哪些訓練是可以做哪些服務的，建議這個部分應可做些分類。
3. 老人機構較統一，從名稱較容易知道他服務的對象，但身障的部分很多機構是依照年齡或是障別，當只盤點機構的數量時，有些障別缺乏服務就沒有辦法顯現出來。

4. 在身權法中是用 ICF 來評估身心障礙者，原來 ICF 是衛生署的部分，而需求評估是落在社政這塊，但目前衛生署在討論，是否 ICF 評估出來直接在衛生署做銜接與 ADL、IADL 做對照，這個部分可以相互做承認。而未來在長照保險的部分，身障的評估應如何做銜接也是需要考量的。
5. 機構附設的日照是用機構的標準辦理，而在社區型的日照則用服務準則辦理，服務準則中只限定失智、失能的部分，另因為還有限制消防境管的部分，若用到廟宇及教會幾乎都不會過，因此若要用較寬廣的作法時，就要去處理法規的規範。
6. 團體家屋現在只有兩家，內政部說試辦計畫是中央試辦，而非地方試辦，地方仍需依照法規執行，團體家屋目前人數是 6~12 人，法規限定 5 人之上就需設立機構，且經營不符成本，變成被照顧的人都會是高所得的，團體家屋不應為機構型的，可參照日本團體家屋策略，其約有九千家左右，範圍放寬許多，建議未來要實施團體家屋需要從法規上做考量。
7. 希望機構能夠推外展服務，財團法人機構沒有問題，但大宗的老人福利機構的私立機構，但被三不原則卡住了，私立機構不能接受補助，私立機構僅可以拿到購買服務的費用，其他的都拿不到，以後在保險給付後，私立機構應如何拿取費用，也需要另一個法規來規範。
8. 交通部分補助的範圍是不管他去哪裡都補助還是需要特殊的設備才補助，也是需要思考的，另一種是南港老人中心的作法，計程車外加攙扶(加 50 元)或外加揹負(加 100 元)，雖然計程車司機有作訓練，但揹負中若是發生意外，這些責任的問題是須要思考的，可以做但不一定要在保險給付中，長期照護保險法需要在初期就涵蓋這麼大範圍的給付，還是有些優先順序，這是可以再作思考的。

黃也賢主任：

1. 長期照顧中，有關長時數照顧服務會牽扯到勞動條件的部分，照顧服務員屬於勞基法內規範的人員，有關工時、工資、休假及資遣等，以機構來看，需額外負擔約百分之四十的費用，負擔會蠻重的。
2. 勞委會目前規範照顧服務員的證照考試為單一級，不再區分乙級及丙級，或許以後有這種需求的話，須和勞委會做溝通。
3. 報告中指出服務的時間期待有夜間服務，實際上目前已經有提供夜間服務(晚上五點至十點)，而另外有一種需求是希望能有照服員過夜照顧的。
4. 對於是否開放營利組織來做居家服務的部分，因為需求量大，非營利組織速度較緩，所以開放給營利組織，但這部份需要考量照服員與案主都是弱勢的，如何保障弱勢使他們的權益不受損，是需要考量的。
5. 建議塑造照服員的職業地位及職業形象，以增加留任。
6. 以目前在各縣市委託的居家服務，依我們機構的量統計，每次的居家服務時間只有 2.4 小時，實際上一週一個人的服務時間約不到 20 小時，跟國外 30 多小時相差太多，所以居家服務能否切實地發生功能，以現在的補助或評估機制來看，是需要考量的。

王美鳳秘書長：

1. 現行的日間照顧資源的形態幾乎是以醫療模式出發，比如慢性病床、復健、康復之家，都是以醫療架構模式下發展，但我們建議能從社會模式的服務型態，希望照顧是種平等平權的，提供充權的服務，以平權的概念處理，報告中提到管理、督導，好像是說一群人需要被控管被管理，因此這裡建議考量到應以對人平權的概念來處理。
2. 精障者的需求，以輕中度佔最多，需求大部分會落在社會參與的機會，照顧的型態應以發展多元社區照顧的模式。
3. 身障及老人機構中，專業人員訓練的認定及服務型態的不同，建議應再做一些整理。
4. 內政部在推的團體家庭試辦方案，或許可納入新型服務。
5. 精障推估的部份，數字可能有小數點上的錯誤，建請再更正。

李佳儒教授：

1. 日本介護保險的目標是「支援自立」，就是要獨立自主不靠別人照顧，所以日本「需支援」等級的部分，著力在預防性服務的部份，包括健康促進及復健服務，所以台灣在考慮這塊，可能預防的部分亦應列入給付，所以須釐清長照保險開辦的目的是什麼。
2. 病人從出院回歸到社區有一個過度的機構，在日本的部份是有「老人保健設施」，以機構式給付在保健設施復建後，才回到居家。
3. 在專業培訓的部份，未來服務對象不僅限於老人，還包括身障等這塊，建議增強照顧管理師之教育訓練，以日本為例，要擔任照顧管理師，必須接受照管師受訓考試，而其報考資格必須是擔任相關領域5年以上的實務工作者，可見實務工作經驗對於要擔任多元資源整合者的照管師來說，應是重要且必要的。而日本亦規定現職的照管師仍要經過不斷的在職繼續教育，方能符合每隔5年便須換照一次的要求。
4. 日本因經濟貿易協定的關係，有引進外籍看護，但其標準較為嚴格，針對語言及專業訓練的部份有作嚴格管控，可做為台灣對於外籍看護引進的參考。
5. 照服員人力的部份，除了地位及形象的提升，其收入報酬也是重要考量，以日本經驗來看，照服員的離職率也頗高，日本今年有做些調整，在介護薪資給付的部份是來自於保險及稅收給付，未來台灣在給付部份可能亦須考慮到保險及稅收的部份，以保障照服員或照顧工作者薪資的報酬。

附錄二：發言實錄(台中場)

施啟明常務理事：

1. 居家復健多設定在領有身心障礙手冊，又不能出門的族群上面，所設定的目標不在於功能的明顯進步，以目前的強度設定約一年六次，一個禮拜最多一次居家復健，這僅能教家屬如何在居家做復健，治療師無法長時間在家裡做復健，而且成本絕對非常高，對於非常嚴重的失能及重度殘障的情況下，到家裡做居家復健是合理的，且目標應是多一點的諮詢及多一點的利用現有環境及器材可以做的運動及指導，一段時間後再複評一次。
2. 投入下去有大收穫的應該是在社區裡，對於輕度失能的防止功能再繼續變壞，或是說設計些團體活動促進體能，藉此社區復健就變成非常重要，而且成本相對較低。
3. 一對一的治療成本較高，若需要一對一的治療建議到醫療系統裡，而不應該放在長照系統裡，那長照系統裡面要是把治療師投入在社區化的照顧中(如日間照顧)，一對多人，就會變成很有意義的長時間訓練，才有辦法訂定治療訓練的目標等等，才看的到進步，因此我認為應該開放社區中治療師的訓練，需求目標應以社區為先，目前居家復健的治療師應該是夠的，而在社區中設計一些老人的諮詢、老人運動是絕對有必要的，所以我建議對於不同目標人口群有不同的作法，應列入考量。
4. 較可惜的是：輔具未在這次規劃裡，比如在交通接送中，會有發生問題的責任歸屬，為何不使用創意點租借輔具的方式，既安全又不用擔心出事情，若用設備出問題時，出借設備的公司已投產品意外險，所以輔具的介入可以大大的降低人事的負擔及風險的管理。
5. 建議長照部份可以規範給付照顧類相關及環境改造的輔具，若如果沒此預算，建議最少將輔具諮詢列入考量，因為其實到家裡做一次完整居家環境評估及建議，就算不給錢，也讓他知道該如何做，以杜絕醫療器材銷售員的不當銷售介紹。

林依瑩執行長：

1. 目前我們協會與中山醫院在辦社區復健，包含平衡班、體適能班以及中風復健班等，以人力比例約是1比8，一位治療師對八個患者，比較能夠負擔的方式，會做前後測，亦會做個人的運動處方籤，會帶運動課程亦會帶團體衛教，不單只是治療師，目前進行的效果是非常好，建議是社區復健與居家復健可以同時並進。
2. 治療師對於社區一對多的帶法會較不熟悉，中山醫院是有提供對於治療師的訓練，將一對一變成一對多，採團體方式帶入趣味性的活動訓練。
3. 建議日間照顧中心與日托站可以稍微更明顯的區隔，以免混淆。
4. 社工人力推估上，目前長照人力推估為的有 251 位(有職業登記)，可能在推估上有些偏低，因未考慮到未領有社工證照的從業人員。

林麗雪執行長：

1. 我的建議是亞急性期照顧有做好的話，居家復健或許不用這麼著急，所以建議亞急性期要先做起來。
2. 給付項目建議應避免醫療系統的經驗，比如醫學中心錢就付得多，地區就最少，現在評鑑分A級、B級，建議服務應該同工同酬，不能有台北及仁愛鄉之間的差異，給付應依品質來付費，而非按大小或豪華程度。
3. 我們在家庭托顧的經驗，雖然目前我們沒有辦法提供過夜服務，但家屬是有過夜照顧需求的，而在照顧服務時間的部份與居家和日間照顧時數綁在一起，會導致時間不是很足夠。
4. 團體家屋以失智照顧為主，建議應往前推，在輕度失智就進來，這樣服務貢獻度會更大，因為在中度及中重度能幫忙的很有限，而在現金給付若以六千來說，受訓後的服務員仍會放著給其他人做，因為自己接案做八個個案，只要服務一百五十個小時就有兩萬三，比只拿六千元划算，所以這點(團體家屋給付的比例)需要考慮，甚至在國姓鄉可以賺到三萬元，居家服務是很好就業的方式。

5. 再看山地醫療或偏遠地區，我們很想借重醫療 IDS 的經驗，比如在這山頭有多少人就給多少錢，我們來做全部照顧，這是最有利的，因為我們的服務在平地約平均有 20 小時，而在山地只有 11 小時，是偏低的，而且地屬偏遠，平地有 63% 是重度，而在山上只有 6% 重度，原因在於不外顯，原住民有肝臟硬化、慢性的疾病部份較多，中風的比例較少，因此我們倡導在山上運用 IDS 的方式來輸送服務。
6. 有關預防性服務，約有 90% 是健康老人，只有 10% 是失能，所以建議國民健康局應進入負責老人的健康，由國健局來定義日托的內容，包括哪些的項目，定義好後，我們仍要求社會保險要給付，或許不需給付百分百，可給付 30~40%，來鼓勵國民做預防性的活動，這貢獻是會很大的，像日本把資金往前提到預防性服務上。因此建議預防型的日托應有某種程度上的給付，老人家可以購買這樣子的服務，非常希望可以納入考量。
7. 對於日托的服務員應有別於照顧服務員，比如使用新的保健員的職稱來推動，這亦符合就業的內需，保健員具有國家的認定且可以提供付責任的服務，活動當中志工可以幫忙，但角色不會是在付責任的服務上。

戴玉慈教授：

1. 長照保險對於全民應該是權益，而非是人權，若為人權則是每個人人生來具有的。
2. 對於居家服務，若以一個人可以做三個人的任務的話，每個小時的薪資就可以拿得比較高，同時也比較能夠找到人來做，所以在政策設計時可以融入「一人多工」的觀念。
3. 民眾對各種服務的認知仍不太夠，在做先導計畫時，發現民眾對各類的服務都不太了解，我相信經過這幾年應該有進步，但可能還不夠，所以建議在策略裡應用各種媒體，在長照保險開辦前能夠多做一些民眾對長照服務認知的宣導，讓民眾知道碰到何種問題需要找何種服務。

劉慧俐教授：

1. 台灣近年已從醫院、學校、社區及職場執行健康促進的推動，因此對台灣而言的推估，疾病是屬於壓縮還是膨脹，台灣人的健康是否已有促進，還是失能的比例會和日本相似，但須考量日本平均年齡是較高的，這部份會影響到需要投多少資源在長照裡面。
2. 長照的資源成長供給範圍多大是台灣民眾可以接受的，健保如何與長照保險做切割？另外，健康促進是否有含在長照內，如日托、日照是否包含健康老人，應如何切割清楚，應如何付費會是很大的問題。
3. 目前長照保險服務的規劃與長照十年計畫是否有銜接？十年計畫中已有長出一些服務方案，但仍成長不到一年，甚至長照中心仍尚未能充分整合該社區資源，因此建議這個計劃能考量與長照十年計畫做銜接。
4. 政府研討預計在三年內或 2010 年時，政府部會精簡，對於衛生及社會安全部可能亦會縮減，是否會影響到資源成長的問題、成功整合的機會，我認為是會影響到長照保險的走向，這個部分可能需要考慮。
5. 長照中有關居家、社區的設置設備以及需求人力的部分仍不清楚，是否能夠參考引進德日韓的經驗，並且定位，而非讓民間搞創意，而創意又無法迎合需求。
6. 報告中未談到出院計畫，許多失能者應從出院計畫時就做好準備服務，這應亦是一種節省成本的方式。
7. 另一種是巡迴服務的方式，一車子的專家一起出去為民眾服務，而非每一個人去接受每一個個案，建議讓小組作思考。
8. 夜間服務對於失能及失智對象是很不錯的服務方式，但建議能對夜間服務內容更清楚說明，才會讓大家接受。
9. 請教有關社工人力推估量的準確性，是否有低估的狀況。

陳惠姿教授回應：

1. 報告中推估只顯示已辦理執業登記的社工師，未包含其他承接各計畫的社工員。
2. 對於十年長照的銜接是非常重要的，目前是詹火生老師的小組在執行，目的是去延續、修正或創新相關內容。
3. 對於所談到政府精簡部會，有關組織體制的影響，這部份是楊志良老師在執行，經建會有各個研究團隊小組分別在執行計畫，而最後所呈現的內容仍未明確，目前階段僅屬於模式建構期而非實質規劃，有關您提到實質規劃的內容，我們會納入作考量。

陳桂敏院長：

1. 資源發展的優先順序，個人亦是認同社區優先，居家次之，再機構，至於居家與社區的比例，我個人是建議社區多於居家，因若將多數的資源放在居家可能會將多數需要長照的人鎖在居家，如此的資源置入未必會是好的，未與人群接觸亦會引發其他身心靈的問題，資源在社區則可以強迫出來，並增加社交功能。
2. 有關實物與現金的比例，個人建議是實物高於現金，現金給付有兩大問題：(1)現金接受者並非需求者，而是家屬(2)即使現金接受者是需求者，老年人會捨不得花錢購買服務，反而存起來。若是給予服務的話，就是一定要使用服務。然而這當然須考慮到偏遠地區，建議於偏遠地區就近設關懷點，反而用社區資源將偏遠地區的民眾引導出來，反而可以看到居家服務的問題，若只有居家服務容易掩蓋其延伸的問題。
3. 贊同由優良的機構提供社區化外展服務，政府近年亦大力推行 49 床以下的小型安養護機構，但對於小機構而言收費高無法與人競爭，許多機構為節省成本，比如節省廚房設備或直接與便當店合夥，若提供機構外展機會，不會因成本而縮減設備，反而可以增加服務品質，運用現有的資源拓展服務，如送餐服務，連結做社區服務，亦可做延續性照顧，因社區了解此機構，當機能退化到需要使用機構服務時，對於此機構是熟悉的，可以減低其陌生感，因此外展服務對於機構是相當重要的。
4. 機構介入參與居家及社區服務應列入評鑑計分是相當正確的走向，且對於機構會有較大的吸引力，導致機構會與社區做較多接觸，相對可利用較多社區資源。
5. 評鑑需要由第三公正單位負責，這個非常重要，高雄市政府首創將老人福利機構評鑑委外，發現有效解決關說問題，亦可避免許多機構從社會局做協調的動作。
6. 失智症教育訓練中，建議針對失智症的支持團體，增加訓練，尤其是失智症照顧技巧分享，失智症是非常需要藝術去照顧的一群，藉由互動及分享中減少照顧者的壓力，因此建議可強調支持團體的照顧技巧分享課程。
7. 建議使用「居家藥事諮詢與服務」的名稱，另外機構藥事服務亦是相當重要的一環，因為大多數 49 床以下的小型安養護機構為節省成本而未聘有藥師服務，大多是以護理人員亦非護理師，給藥會是相當重要的問題，協助安養護機構藥事諮詢及服務提供亦是相當重要的，包含輔導照顧人員及個案本身的衛教諮詢及實質服務提供。
8. 營養諮詢的部份，由於老人福利機構評鑑指標有強調營養的介入，現行已有營養諮詢所承接安養護機構營養諮詢的服務，建議將營養納入居家服務所的模式鼓勵成立，提供營養諮詢與服務。

陳惠姿教授回應：

1. 有關營養服務或諮詢是否放入長照，是專業團體有責任去發展的，較非其他領域的人適合去介入的，同時回應藥事服務的保留，因所有專業介入，大概只有藥事服務是具有後續收益的，因為藥師可以拿到慢性處方籤，而有關機構藥事服務應是內含的，機構提供的照顧應包括藥事服務。

顏啟華主任：

1. 整合型的服務以及連續型的服務是很重要的，各個專業服務間的整合，建議 all in one 的到府服務。

2. 長照服務系統中的醫師角色較少，再居家醫療仍是很重要的一塊，台灣亦有老人醫學科，所以建議可以再加強醫師的角色進入。

李光廷教授：

1. 長期照護保險的給付應是需要保險的才給付，若與照顧不相干的就不應該給付，所以應界定範圍何為醫療給付、何為長照給付？這樣才不會弄亂。
2. 有關於資源的推估，地方上會有城鄉的差距以及地方的特色，整數與地方需要的差距會是相當大的，因此建議每個地方都要做需求評估，再形成全國需求整計會較為準確。
3. 報告中提到 2011 年 12 月開辦 2013 年起步，在這名詞上有些混淆，是否意思為 2011 年 12 月長照保險「法案」成立，2013 年「實施」長期照護保險，應是「成立」與「實施」名詞上的界定。
4. 政策的導向會影響後來的發展，在日本長照保險是以「自立支援」的目標，憲法中保障生活權及生存權，在促進生活自立及提高生活水準之下，給予給付制度，凡不該在急性醫院的部份則用照顧來給付，日本有「居家療養指導管理」給付項目，即無論是醫師、護理、藥師、牙醫或營養皆可包含在其中給付，並有一套給付的程序，屬於介護保險的優先給付，若沒有再用醫療保險給付，可節省成本。
5. 發展現金給付時，需審慎考量，以免發展長照相關人力未來用不上。
6. 照服員服務內容中，是否需要做家事，我認為當然是需要做家事，比如護理師在病房內亦須做些清潔工作、洗器械等，這是一個以利用者為單位的整合服務，照服員需做與個案身體相關的工作，但非相關的，如幫家屬洗衣服、整理院子等，這部份就不給付，所以這部份須在給付項目內容中界定規範清楚。
7. 日本機構照顧沒有發展的很迅速是因為日本在 2000 年(5 年改革)時發展團體家屋及小規模多功能的日間照顧中心，平常住在家裡，需要時白天或是假日才去住日間照顧中心，成本是比較低的，可以利用社區閒置的場地就可以成立了，而原本的機構成本是比較高的，政府需補助在機構上的費用較高(硬體設備補助 3/4)，易影響都道府縣的財政，所以日本限制機構的成長，但允許政策鬆綁，在本來的機構建置一個照顧區域稱為特別設施，具有特別設施的機構就可以提供整套的保障機構的照顧服務，不必外聘人員進來做服務。
8. 日本機構給付僅針對「照顧」做給付，對於吃及住則不給付，必需自付，而台灣融入身心障礙者、精障為給付對象時，會有許多非照顧的給付項目，對於我們尚未熟練制度時，將所有項目皆納入做給付是相當困難的，所以建議營運一段時間後，再考慮開放其他(非照顧相關)給付項目。
9. 在日本日間照顧的使用量很大，因為可以提供社交功能，又可以參與許多課程，同時提供吃及沐浴，增加服務項目，提高費用，並不會難以營運，而台灣日間照顧的使用率偏低，因此建議台灣在發展日間照顧可以稍微調整一下內容。

黃玟娟教授：

1. 長照人力部份，老人服務系課程已包含老人及長照相關專業，但實際上照服員的督導是社工，社工對相關照顧內容並不了解，是以容易出現隔閡，以目前長照中心的聘僱方式是排除老人相關系科的畢業同學，對這點我不太能理解，因為老服系學生其實在學校已經受過訓練，進入長照中心能很快上手，因此在此呼籲研究小組希望長照人力設計的部份能不要參照長照中心的聘用方式。
2. 在人力上亦建議培訓外籍配偶成為照顧服務員，尤其是偏遠地區。
3. 建議建置人力資料庫，並事先作人口結構的評估，以知道該地區使用者的狀況，並控管該社區的人力，同時建議人力評估能夠精準地呈現供需的部份，包括社區的屬性，因會影響社區的需求及民眾服務的使用。

陳惠姿教授回應：

1. 有關人力部份我們建議以「個案管理師」做跨專業的服務，個案管理師資格不應是是哪一特定學系可以符合，使個案管理師成為一個證照考試，有訓練課程培育下來，而非為哪一系或哪一專業領域。
2. 外配成為照服員現行制度已有，外配並沒有被排擠，是外籍看護不能成為照服員，因為在文字上不懂，無法考過證照，曾經勞委會建議將考試翻譯為越南文作考試，但團隊成員拒絕做這件事，因為外籍監護工不可以取代國內照服員的市場，但是外籍配偶在這兩三年已經是被接受可以從事照服員的工作。

附件十三 勞委員中部辦公室業務重點：

- 一、本會為因應人口老化，民眾各項福利服務要求增加，及推動照顧服務產業之發展，擴大相關勞力需求，有效促進就業，行政院於91年1月17日訂頒照顧服務福利產業發展方案，本辦公室爰據以於93年開辦照「照顧服務員」職類單一級檢定。截至98年4月底止計核發11,809張技術士證。
- 二、本會針對鼓勵及協助本職類證照之推動，具體配合措施說明如下：
 - (一) 推動建置即測即評即發證服務據點：除全國檢定外，並以顧客為導向提供單一窗口之全功能快速即測即評即發證服務機制，增加民眾參與檢定之管道；報檢人參加學、術科測試到發證，全部於1天內完成；自96年推動以來，全省共建置臺北市國立臺北護理學院、基隆市經國管理學院、臺中縣弘光科技大學、臺中市臺中科技大學及屏東縣大仁科技大學等5個「照顧服務員」職類即測即評即發證技術士技能檢定服務據點，為滿足報檢人自主選擇報名時間與地點之需求，將於全國各區陸續擴大推動建置。
 - (二) 檢定報名費用補助：依據「特定對象參加技術士技能檢定補助要點」規定，針對負擔家計者、中高齡非自願性失業者、身心障礙者、原住民、生活扶助戶及其他經中央主管機關認為有必要者，給予測試費及證照費之補助。
 - (三) 擴大辦理照顧服務員訓練，並給予訓練補助：對未取得「照顧服務員」技能檢定報檢資格者，參加地方政府委託社團所辦訓練人員，依據本會職業訓練局補助地方政府辦理保母及照顧服務員職前訓練作業規定，一般參訓學員補助新臺幣4,000元，如具特定對象身份，得依特定對象補助額度申請訓練費用補助，最高補助新臺幣8,000元。
- 三、目前國內照顧服務員人力供給，本國勞工部分、依據內政部於96年8月7日內授中社字960714119號令發布「老人福利服務專業人員資格及訓練」辦法，其中規定照顧服務員資格採多軌認定，領有照顧服務員訓練結業證明書或領有照顧服務員職類技術士證或高中(職)以上學校護理、照顧相關科(組)畢業等三種條件之一者，即符合照顧服務員專業資格。惟國內目前照顧服務人力供給，大多依賴外勞看護工，此部分本會職業訓練局為要求外勞看護工之技能水準，保障國人受照護之品質及權益，業已建立外勞來源國勞工部門，要求來台看護工必須接受依據本國「照顧服務員訓練計畫」90小時之職前訓練，取得專長證明書，始得來台工作之制度；並將本會中部辦公室有關我國照顧服務員職類技能檢定基準相關資料，函轉各外籍看護工來源國駐台辦事處，作為看護工來台職前訓練之參考。
- 四、內政部訂定之「老人福利服務專業資格及訓練辦法」規定照顧服務員專業資格採三軌(證照、訓練、學歷)條件，影響一般民眾參加技能檢定之意願，及本職類證照效用之推動。為未來長期照顧保險開辦，如何提供民眾安心且具國家認證之專業人力，恐為照顧服務

人力供給面，勢必面對之課題，宜未雨綢繆，建請修正旨揭辦理，以具照顧服務員技術士證者為擔任照顧服務員之必要資格，否現行因民眾若已接受照顧服務員訓練，即取得專業資格，嚴重降低其參加檢定意願，查本職類 93 年開辦報檢人數約 9 千多人，97 年已減至 3 千多人，每年取得照顧服務員技術士證者約 2 千人左右。建議內政部修正本辦法，以具「照顧服務員」技術士證為擔任照顧服務員之必要條件，並訂定落日條款以為緩衝期。

五、有關「照顧服務員」技術士證換證問題，本會推動技術士證檢定，並無換證機制，係一證終身制，惟為反映產業界技能需求，測試試題適時命製整理；所提建議換證問題，係以技能及實務之訓練需求，此議題應回歸由中央目的事業主管機關訂定從業人員相關回訓機制，以茲因應。另照顧服務員職類級別定為單一級，係照顧服務技能屬對失能者之身體照護，涉及生命安全及受照顧者之人身權益，相關技能應一次到位，並無技能水準之區別，惟有關照顧管理師之證照部分，應屬考試院專門技術職類師級職業證之考試權責。

參考文獻

中文文獻

- 中華民國老人福利推動聯盟主辦(2007 年)。《團體家屋(group home)試辦之輔導計劃結案報告》。內政部指導。
- 古允文(1997)從福利國家發展談民營化下國家角色的挑戰。社區發展季刊,第 80 期,頁 70-87。
- 內政部(2007a)民國 95 年重要人口指標。(http://www.ris.gov.tw/ch4/static/st27-1-94.doc , 2007.04.15)。臺北：內政部。
- 內政部(2007b)「老人福利與政策」。(http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm , 2007.04.20)。
- 內政部(2007c)我國長期照顧十年計畫---大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。臺北：內政部。
(http://sowf.moi.gov.tw/newpage/我國長期照顧十年計畫.doc , 2007.04.18)
- 內政部社區照顧關懷據點(2009)。老人服務成果網站統計資料。
<http://sowf.moi.gov.tw/04/07/2/2-2.xls>。
- 內政部(2008)。老人福利服務提供者資格要件及服務準則。臺北：內政部。
- 內政部(1998)。老人長期照護機構設立標準及許可辦法。臺北：內政部。
- 內政部(2008)。身心障礙者權益保障法。臺北：內政部。
- 內政部(2008)。身心障礙福利機構設施及人員配置標準修正條文。臺北：內政部。
- 內政部(2008)。統計通報(九十七年第十週)。<http://www.moi.gov.tw/stat/>。
- 內政部。96 年度老人福利機構評鑑報告。<http://sowf.moi.gov.tw/04/10.htm>。
- 王雲東等(2009)。長期照護需求推估。經建會委託計畫。
- 台北縣長期照顧管理中心(2009)。新型服務方案。
- 台北縣長期照顧管理中心(2009)。長期照顧管理中心成果報告。
- 台灣長期照護專業協會(2008)。2008 年我國長期照護資源供給調查(編號：cepd97121604-2)。
行政院經濟建設委員會委託計畫。
- 台灣長期照護專業協會(2008)。整合性長期照顧醫事人力資源發展計畫(中區)(編號：96M8029)。行政院衛生署 96 年度業務補助計畫。
- 台灣長期照護專業協會(2008)。整合性長期照顧醫事人力資源發展計畫(北區)(編號：

- 96M8029)。行政院衛生署 96 年度業務補助計畫。
- 台灣長期照護專業協會(2008)。整合性長期照顧醫事人力資源發展計畫(東區) (編號：96M8029)。行政院衛生署 96 年度業務補助計畫。
- 行政院衛生署(2007,6 月)。護產人力系統。
- 行政院衛生署(2009,1 月 2 日)。表 27 醫療院所醫事人員數—按縣市別分 2008 年 10 月 29 日摘自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10304&class_no=440&level_no=4
- 行政院衛生署(2009,1 月 2 日)。表 28 醫療院所每萬人口醫事人員數—按縣市別分 2008 年 10 月 9 日摘自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10304&class_no=440&level_no=4
- 行政院衛生署(2009,1 月 2 日)。表 85 醫療院所每萬人口醫事人員數—按縣市別分 2008 年 10 月 9 日摘自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10304&class_no=440&level_n。
- 江雅筑(2005)台中市老人使用居家服務經驗之探討，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 江尻行男、莊秀美(2007)日本的企業與照顧服務產業---企業的發展動向與經營策略分析。管理學報，第 24 卷第 6 期，頁 637-655。
- 林玉琴(2006)居家服務使用滿意度評估研究-以嘉義基督教醫院為例，國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 林金立(2007). 老人居家服務方案之評估研究—以雲林縣為例，國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 林依瑩(2009)。社區中風復健班方案後續追蹤。台中：社團法人弘道基金會。
- 林依瑩(2009)。微笑迎接「長期照顧保險」--活躍老化保險新思維。台中：社團法人弘道基金會。
- 林麗雲(2009)。成果報告書：行政院原民局補助『辦理 97 年度原住民族地區部落老人日間關懷站專業輔導』計畫。台北：行政院原民局。
- 李梅英 (2009) 計程車司機陪伴就醫服務計畫成果報告書，台北市：南港老人服務中心

- 吳淑瓊等，建構長期照護體系先導計畫第三年報告。內政部，2003。
- 陳武雄(1997)我國推動社會福利民營化的具體作法與政策發展。社區發展季刊，第 80 期，頁 4-9。
- 莊秀美(2006)日本社會福利基礎結構改革與社會福利行政組織再造之分析。社區發展季刊，113，頁 102-113。
- 莊秀美、鄭佳玲(2006)企業參與長期照護服務供給相關課題之探討。中山人文社會科學期刊，第 14 卷第 1 期，頁 97-124。
- 莊秀美(2007)台灣地區老人福利服務的供給與營運---照顧服務民營化的政策方向與實施現況之探討。『少子高齡社會的福祉政策之實踐與發展—台灣・日本的比較與研究—』國際研討論文集，147-157 頁。
- 莊秀美譯(2007)日本介護保險制度的課題與展望—「COMSN」問題的克服。載於『少子高齡社會的福祉政策之實踐與發展—台灣・日本的比較與研究—』國際研討會論文集，61-68 頁。2007 年 10 月 26 日(五)13:00~14:40，東吳大學社工系主辦，於東吳大學外雙溪校區綜合大樓國際會議廳。原著：野口定久教授專題報告，「日本の介護保険制度の課題と展望—コムスン問題の克服」。
- 郭振昌譯(1991)福利多元主義的意義。社會建設，第 78 期，頁 29-34。
- 沈慶盈(2005)談台北市實施社會服務民營化的方向與策略。社區發展季刊，第 108 期，頁 72-81。
- 郭登聰(1999)福利與營利的對話--社會福利民營化的另類思考。社區發展季刊，第 85 期，頁 142-155。臺北，臺灣：社區發展雜誌社。
- 張英陣(1995)第三部門與社會福利政策分析。社區發展季刊，70 期，頁 144-159。
- 張英陣(1999)企業與非營利組織的夥伴關係。社區發展季刊，85 期，頁 62-69。
- 謝儒賢(2002)在盟約共識下重建福利提供部門間「理想夥伴關係」之初探：以社會福利民營化為例。台灣社會發展研究學刊，第 4 期，頁 75-101。
- 趙碧華(2003)社會福利民營化的迷思:公部門的困境?私部門的願景?---社會福利資源配置的思考。東吳社會工作學報，第 9 期，頁 1-44。
- 趙碧華(2004)社會福利民營化執行面的評估檢視—以大台北地區公設民營機構為例。東吳社

會工作學報，第 11 期，頁 89-137。

劉華美(2005)論老人服務民營化—公私協力之行政。社區發展季刊，第 108 期，頁 82-89。

萬育維、郭登聰、王芯婷(1999)非營利組織對營運與營利的看法分析—以老人養護產業為例。

社區發展季刊，第 85 期，頁 166-188。

退輔會(2007)。榮民狀況分析。<http://www.vac.gov.tw/content/index.asp?pno=509>

第一社會福利基金會。身心障礙者服務現況與情緒行為控制。<http://dohc.tmu.edu.tw/downloads>

陳慶雄(1999)使用居家照顧服務之老人滿意度研究-以紅心自會為例，東吳大學社會工作研究所碩士論文。

陳怡如(2003)嘉義縣居家服務之評估研究，南華大學非營利事業管理研究所碩士論文。

黃瑞杉(2003)照顧服務產業初步評估—以雲嘉南辦理非中低收入失能老人居家服務方案為例，南華大學非營利事業管理研究所碩士論文。

羅佩思(2003)影響老人使用居家服務相關因素之研究-以高雄縣為對象，東海大學社會工作學系碩士論文。

衛生署。精神衛生法。

衛生署。護理機構設置標準表。

鄧世雄等(2004)『失能老人日間照顧費用之探討』臺北市政府社會局委託計畫。

鄧世雄(2003)香港日間照顧機構參訪報告。

鄧世雄(2006)。本土失智症機構照護模式之探討。行政院衛生署 95 年度科技研究計畫。

教育部統計處(2009,3 月 27 日)。大專校院各校科系別畢業生數摘自 2009 年 2 月 2 日摘自

http://www.edu.tw/files/site_content/b0013/97_graduates.xls

胡名霞、許書旋、江秀玲、吳淑瓊(2006)。全國長期照護物理治療人力需求推估。中華物療誌，31(1)，15-24。

孫煜哲(2004)。台灣培育長期照護專業人員教育之規劃。淡江大學碩士論文未出版。台北。

葉莉莉、翟文英(2009)。我國長期照護資源供給調查。經建會委託計畫。

張媚(2002)。長期照護護理人力供需推估研究。衛生署九十一年科技計畫(編號：，DOH91-TD-1067)。

陳惠姿等(2002)。臺灣地區未來長期照護人力供需分析與評估，衛生署九十一年科技計畫(編號：DOH91-TD-1186)。

陳惠姿等(2003)。臺灣地區未來長期照護人力供需分析與評估。衛生署九十二年科技計畫(編號：，DOH92-TD-1022)。

蔡閻閻、李玉春、黃昱瞳(2009)：政策的改變對外籍看護工使用量的影響。國立陽明大學衛生福利研究所，研究法課程報告資料，尚未發表。

鄭文輝、鄭清霞(2009)。長期照護法制財務估算。台北：經建會委託計畫。

日文文獻

古川孝順(2001)2001 社会福祉の運営—組織と過程。日本：有斐閣。

日本厚生労働省，[Http://www.mhlw.go.jp](http://www.mhlw.go.jp)，2009.

藤村正之(1999)福祉国家の再編成。日本：東京大学出版会。

英文文獻

Assisted Living Federation of America (ALFA) ,

http://www.alfa.org/alfa/About_ALFA.asp?SnID=55702932, 2009.

Assisted Living Federation of America(ALFA), An Overview of the Assisted Living Industry,1996.

Fairfax, VA: Cooper and Lybrand, 1996.

Assisted Living Federation of America (ALFA) (1999), The Assisted Living Industry,1999: An

Overview. Fairfax, VA: PriceWaterhouseCoopers and the National Investment Center.

Assisted Living Federation of America (ALFA) (2000), The Assisted Living Industry,2000: An

Overview. Fairfax, VA: PriceWaterhouseCoopers and the National Investment Center.

Campbell, J. C. and N. Ikegami (2000), "Long-Term Care Insurance Comes to Japan", *Health Affairs*

2000; 19 (3) : 26-39.

Kane RA, Kane RL, Ladd RC. The Heart of Long-Term Care. NY: Oxford University Press; 1998

Folkemer D; Jensen A; Lipson L; Stauffer M; Fox-Grage W. Adult Foster Care for The Elderly: A

review of State Regulatory and Funding Strategies: Volume 1 (No. 9604A) . Washington, DC;

A American Association of Retired Persons, Public Policy Institute,1996

- Kane R.A.; Kane R.L.; Illston L.; Nyman J, Finch M.D. Adult Foster Care for the Elderly in Oregon: A Mainstream Alternative to Nursing Homes? *American Journal of Public Health* 1991;81:1113-1120
- Mehrotra C; Kosloski K. Foster home Care for Older Adults: Issues and evaluations. *Home Health Care Quarterly* 1991;12:115-136
- Organization for Economic Co-operation and Development(OECD) (1996) ◦ *Caring for Frail Elderly People: Policies in evolution e, Paris: OECD publishing* ◦
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2005). *The OECD Health Project Long-term Care for Older People, Paris: OECD publishing*
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008). *The OECD Health Data, Paris: OECD publishing.*
- Oktay J.S.; Volland P.J. Foster home care for the frail elderly as an alternative to nursing home care: An experimental evaluation. *AMERICAN journal of Public Health* 1987;77:1505-1510
- Oregon Department of Human Services; The Client-Employed Provider Program. January 2001
- Oregon Department of Human Services ; A Guide to Oregon Adult Foster Homes for Potential residents Family members & friends. 2002
- Reinardy, James, Kane R.A. Choosing an Adult Foster Home or a Nursing Home: Residents`Perceptions about Decision Making and Contral. *Social Work* 1999;44 (6) :571-585
- Regnier, V. *Design for Assisted Living* . New York: Wiley.
- United Kingdom Home Care Association 2001Who Cares? A Profile of the Independent Sector Workforce in England. 2001

長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估/陳
惠姿計畫主. —初版. —台北市：行政院經濟建
設委員會，民 98
面：表，公分
編號：(98)026.809
委託單位：行政院經濟建設委員會
受託單位：私立輔仁大學

1. 長期照護
419.79

長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估

計畫主持人：陳惠姿

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：私立輔仁大學

出版機關：行政院經濟建設委員會

電話：02-23165300

地址：臺北市寶慶路 3 號

網址：<http://www.cepd.gov.tw/>

出版年月：中華民國 98 年 5 月

版次：初版 刷次：第 1 刷

編號：(98)026.809 (平裝)