

編號：(98)025.808

長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估

計畫主持人：吳肖琪教授(國立陽明大學衛生福利研究所)

協同主持人：林麗嬋教授(國立陽明大學臨床暨社區護理研究所)

蔡閻閻技正(衛生署疾病管制局)

研究員：張淑卿博士候選人(國立陽明大學公共衛生研究所)

研究助理：郭銘珊(陽明大學衛生福利研究所)

陳蕙歆(陽明大學衛生福利研究所)

委託單位：行政院經濟建設委員會

中華民國九十八年五月六日

目錄

中文摘要	VI
英文摘要	VII
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究目的	3
第二章 各國文獻探討	4
第一節 各國長期照護保險國家服務輸送流程現況分析	5
第二節 各國長期照護保險國家照顧管理機制現況分析	16
第三節 各國長期照護保險國家評估工具與需求分級現況分析	23
第四節 各國長期照護保險國家品質查核機制現況分析	36
第三章 研究方法	42
第四章 我國服務輸送體系之檢討	46
第一節 服務輸送體系	46
第二節 照顧管理機制	58
第三節 評估工具與需求分級	62
第四節 品質查核機制	69
第五章 我國服務輸送體系政策之討論	74
第一節 服務輸送流程政策之討論	74
第二節 照顧管理機制政策之討論	90
第三節 評估工具與需求分級政策之討論	95
第四節 品質查核機制政策之討論	109
第六章 政策建議	113
第一節 長期照護保險服務輸送流程	113
第二節 長期照護保險照顧管理機制	117
第三節 長期照護保險評估工具與需求分級	118
第四節 長期照護保險品質	120
第五節 各相關部會未來著力方向	122
參考文獻	123

表目錄

表 1-1-1 我國近五年來長期照護相關政策.....	2
表 2-1 德、荷、日、韓長期照顧制度基本特性比較.....	4
表 2-1-1 日本介護保險服務輸送流程.....	11
表 2-1-2 德國長期照護保險服務輸送流程.....	6
表 2-1-3 荷蘭長期照護保險服務輸送流程.....	8
表 2-1-4 韓國長期照護保險服務輸送流程.....	12
表 2-1-5 德、荷、日、韓各國服務輸送流程的比較.....	15
表 2-2-1 德、荷、日、韓、英各國照顧管理制度比較.....	22
表 2-3-1 德國照護等級與照顧需求.....	25
表 2-3-2 日本長期照護程度分級.....	30
表 2-3-3 德、荷、日、韓長期照顧評估工具與分級制度之比較.....	35
表 2-4-1 德、荷、日、韓品質監控機制比較.....	41
表 3-1 焦點團體專家參與名單.....	42
表 3-2 參與相關會議情形.....	43
表 3-3 長期照護保險服務輸送問卷調查照管專業人員背景資料分析.....	45
表 4-1-1 國內歷年來服務輸送流程比較.....	51
表 4-1-2 內政部 2005 年委託研究對長照服務輸送與照顧管理之建議.....	55
表 4-2-1 國內歷年來照顧管理機制比較.....	60
表 4-2-2 國內歷年來照顧管理師服務量比較.....	61
表 4-3-1 照管中心日常活動功能評估.....	63
表 4-3-2 照管中心工具式日常活動功能評估.....	66
表 4-3-3 失能或長期照護需求標準.....	68
表 4-4-1 我國長期照顧管理中心品質查核機制比較.....	69
表 4-4-2 我國長期照護服務機構品質稽核現況.....	71
表 4-4-3 我國醫療院所品質測量及資訊利用現況.....	73
表 5-1-1 四種長期照護服務輸送流程建議案優缺點比較.....	79
表 5-1-2 實務決策者對服務輸送流程建議模式意見分析.....	80
表 5-1-3 申請單位窗口建議.....	81
表 5-1-4 照顧管理單位區域規模.....	81
表 5-1-5 實務決策者對申請及受理階段意見分析.....	82
表 5-1-6 訪視評估者單位背景.....	82
表 5-1-7 實務決策者對訪視評估階段意見分析.....	83
表 5-1-8 實務決策者對需求判定階段意見分析.....	85
表 5-1-9 照顧計畫擬定者定位.....	86
表 5-1-10 派案與服務提供模式.....	86
表 5-1-11 實務決策者對照顧計畫擬定階段意見問卷分析.....	86

表 5-1- 12	實務決策者對保險給付服務單位種類及規範意見分析.....	87
表 5-1- 13	實務決策者對複評及申訴階段意見分析.....	88
表 5-1- 14	實務決策者對整體服務輸送流程時效意見分析.....	89
表 5-2- 1	照顧管理制度設計建議方案.....	92
表 5-2- 2	照顧管理師專業要求之長照中心照管師意見問卷分析.....	94
表 5-3- 1	長照計畫與 Katz 相同的五項活動功能之定義.....	96
表 5-3- 2	長照計畫巴氏量表等級與六項失能程度之比較.....	97
表 5-3- 3	ADL 獨立的男、女輕度失能者在 IADL 得分之比較.....	98
表 5-3- 4	未來照護保險評估工具與需求分級政策建議.....	106
表 5-4- 1	長期照護保險服務輸送過程品質監控問卷分析.....	110

圖目錄

圖 2-1-1	德國服務輸送流程圖.....	6
圖 2-1-2	AWBZ 長期照顧/護申請流程.....	9
圖 2-1-3	日本介護保險服務輸送流程圖.....	10
圖 4-1-1	長期照護輸送流程建議案.....	54
圖 4-1-2	十年長期照護服務輸送流程圖.....	57
圖 4-2-1	長期照顧管理中心定位建議圖.....	59
圖 5-1-1	長期照護服務輸送流程-方案一.....	77
圖 5-1-2	長期照護服務輸送流程-方案二.....	77
圖 5-1-3	照護服務輸送流程-方案三.....	77
圖 5-1-4	長期照護服務輸送流程-方案四.....	77
圖 5-2-1	縣市政府、保險局與照顧管理單位之關係.....	90

附錄目錄

附錄 一	第一次專家會議記錄.....	130
附錄 二	第二次專家會議記錄.....	137
附錄 三	第三次專家會議紀錄.....	141
附錄 四	第四次專家會議記錄.....	143
附錄 五	第五次專家會議記錄.....	145
附錄 六	期中報告審查記錄.....	147
附錄 七	長期照護保險服務輸送暨照顧管理制度問卷.....	149
附錄 八	日本生活機能評估量表（潛伏型高危險群篩選量表）.....	158
附錄 九	韓國 52 題長照需求評估量表.....	159
附錄 十	期末報告審查記錄.....	161
附錄 十一	期末報告簡報檔.....	163

中文摘要

研究目的：1. 發展可行的長期照護保險服務輸送體系；2. 檢視評估工具與需求程度分級的適切性；3. 建構照顧管理機制流程；4. 建立保險服務品質查核機制。

研究方法：藉由文獻、焦點團體專家會議、長照實務決策者問卷調查。

研究結果：長期照護保險服務輸送流程從申請、受理、訪視評估、需求分級判定、照顧計畫、服務提供至複評分為七階段，由保險局負責。依據各縣市人口多寡，由保險局至少設置一個受案據點，以便接受長照需求民眾就近申請。負責訪視評估及照顧計畫之照顧管理師資格，在開辦前三年比照長照十年規定，開辦第四年起則以專業認證。評估工具除現行評量方式外，對於認知功能障礙者需加上 CMAI 量表評估，至於身心障礙者評估工具則待開發。品質部分應儘速建立長期照護服務法、品質資料庫及評鑑機制，並辦理長期照護品質相關教育宣導。

未來建議：各相關部會在長照保險開辦前，應及早提出配套方案。

Abstract

Aims: To develop a feasible delivery system of long-term care insurance, to review assessment instrument and level of care of long-term care, to construct a process of long-term care management, and to establish a audit mechanism of quality control for long-term care insurance.

Method: Including literature review, focus groups, and decision maker of long-term care practice.

Results: Based on obtained data analysis, the recommendations are as following. A delivery system of long-term care insurance could be taken responsibility by Bureau of Long-term Care Insurance and included seven steps such as application, in-take, home visit assessment, eligibility judgement, care plan, providing service and re-assessment. For accessibility sake, each county or city has one or over application entry. In terms of requirement of care manager, it is the same as 10-year plan of long-term care within 3-year once long-term care insurance begins. Since the fourth year of long-term care insurance starts, the certificate for care manager is needed. Besides current assessment tools including ADLs and IADLs, the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) will be added to assess disabled people with cognitive impairment, while the instrument for various disabled people is needed to be developed. For quality control of long-term care service, to establish Long-term Care Service Act, information system for monitoring quality, accreditation survey, and promotion about quality control of long-term care as soon as possible is recommended.

Implication: Before implementing long-term care insurance, various programs and actions regarding long-term care should be addressed in government departments.

第一章 緒論

第一節 研究背景

因應老人人口快速老化，政府提出多項長期照護相關政策（表 1-1-1）（內政部，2004；衛生署，2005；經建會，2002；行政院，2002；行政院，2004；行政院，2006；行政院，2007），其中重要的核心是服務輸送流程。「照顧服務福利及產業發展方案」中之第一項發展策略即為「建立照顧服務管理機制，加強服務輸送系統」（經建會，2002），透過計畫推行過程，我國從 1998 年「老人長期照護三年計畫」開始開辦的「長期照護管理示範中心」，至 2003 年底為止，達成一縣市設置一中心，據以作為長照資源整合與配置成為單一評核機制的目標；在衛生署及內政部有效整合下，於 2004 年得以轉型改稱「長期照顧管理中心」（衛生署，2005），2007 年推出的長照十年計畫，亦將其列為推展的重點項目，直至今日仍進行中（行政院，2007），惟部份縣市的社政與衛政長照資源仍分由不同部門掌控，而難以維持單一機制，且無法有效配置長期照護資源。

「長期照顧管理中心」在我國長期照護制度整體發展過程的相關計畫中，扮演重要的服務輸送與照顧管理機制管控與執行的角色，其功能包含長期照護服務輸送、長期照護評估工具、照顧管理與服務輸送過程品質管制等。2005 年行政院委託進行的「我國長期照顧服務輸送規劃研究」對國內外相關長期照護輸送體系有相當完善的分析探討，惟因應過去行政執行背景需求，較侷限於福利服務輸送面的考量（王、周、林、吳、張、郭，2005）；若要規劃為長期照護保險，有必要重新檢視與檢討服務輸送體系、評估工具、照顧管理機制、服務品質查核等內容研訂與執行的問題，因此本研究擬從保險體制層面思考，探討服務輸送體系、評估工具、照顧管理機制、服務品質查核等相關議題，提出相關政策建議供未來保險政策實施之參考。

表 1-1-1 我國近五年來長期照護相關政策

計畫名稱	計畫期程	相關長照的計畫目標	相關長照的計畫執行策略
挑戰 2008：國家發展重點計畫 (行政院)	2002-2007	服務醫療社區化	社區化長期照顧網絡「規劃自我照顧能力缺乏失能者所需之特殊群體醫療照護網絡，以目標管理進行績效監控，按結果、過程及結構面研擬六年分年績效指標
台灣健康社區六星計畫(行政院)	2005-2008	發展社區照護服務	預防照護—建立社區照顧關懷據點計畫 強化長期照護管理中心功能
我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫 (行政院內)	十年計畫 2007-2015	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	建構長期照顧管理中心綜合評估機制 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 投入適足專門財源，建立穩健長期照顧財務制度
老人安養計畫 (內政部社會司)	2005-2007	加強老人生活照顧 維護老人身心健康 保障老人經濟安全 促進老人社會參與	長期照顧與家庭支持、保健與醫療照顧服務、津貼與保險、老人保護網絡體系、無障礙生活環境與住宅、社會參與、專業人力培訓、教育及宣導
全人健康照護計畫(醫療網第四期與第五期計畫) (行政院衛生署)	2001-2004 2005-2008	健全社區化長期照護及身心障礙醫療復健網絡	建構長照相關作業平台,以利長照財務制度之規劃 建立長照資源整合與管理機制 發展社區化服務資源 規畫長照資訊系統 提升身心障礙者醫療復健服務 研修長照相關法規與行政組織體系 規劃研析長期照護相關制度
照顧服務福利及產業發展方案(行政院經濟建設委員會)	2002-2004 2005-2007	發展照顧服務產業擴大就業需求	建立照顧服務管理機制 引進民間參與機制：執行「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」、設置「輔具資源中心」及「醫療復健輔具中心」。 全面提升機構照顧服務品質：建立居家照顧服務操作標準；制定各類型照顧機構定型化契約範本，保護使用者權益。 健全照顧人力培訓與認證制度：培訓照顧人力,完成照顧服務員職類規範編訂檢定。 適度調整外籍監護工引進政策： 排除民間參與障礙：核定通過「推動民間參與老人住宅建設推動方案」

資料來源：內政部，2004；衛生署，2005；經建會，2002；行政院，2002；行政院，2004；行政院，2006；行政院，

2007a)

第二節 研究目的

本研究主要研究目的如下：

- 一、發展可行的長期照護保險服務輸送體系。
- 二、檢視評估工具與需求程度分級的適切性。
- 三、建構照顧管理機制流程。
- 四、建立保險服務品質查核機制。

第二章 各國文獻探討

本研究以實施長期照護保險的德國、荷蘭、日本及韓國四個國家的輸送體系(表2-1)為主要參考對象，部份議題亦納入英國、美國、澳州及加拿大等國家的經驗。各國保險制度基礎不同，在輸送流程中也各有異同處。

表 2-1 德、荷、日、韓長期照顧制度基本特性比較

	德國	荷蘭	日本	韓國
實施年代	1995	1968	2000	2008
法律基礎	長期照顧保險法	特殊醫療費用法案	介護保險法	韓國老人長期照護保險法
保險性質	社會保險	社會保險、稅收	社會保險	社會保險(健康保險下附加)
保險人	照顧基金 (保險事務由既存的健康保險組織承擔，另設獨立自主之行政與財務自治機關)	健康福利體育部	市町村	國民健康保險局
費用負擔	保險費	保險費	政府補助和保險費	保險費
給付對象	全人口	全人口	高齡者為主(40-65歲限定因特定疾病引發障礙而需要照顧者)	高齡者為主，少部份低於高齡者有特定需求者

資料來源：周，2000；鄭、林、鄭，2004；Brodsky, Habib & Mizrahi, 2000；王、周、林、吳、張、郭，2005；MHW,2008。

第一節 各國長期照護保險國家服務輸送流程現況分析

一、德國的服務輸送流程

德國長期照顧保險法政策目標包括：(一)以預防保健與復健服務為優先：為防範需要照護狀態的發生，與改善需要長期照顧的狀態，強調預防保健與復健服務的優先性，並應加強其適切的必要措施。(二)以居家照護為優先：為使需要照護者儘可能留在家庭環境，應優先考慮提供居家照護，由家屬或鄰居擔任照護工作。(三)賦予人民選擇的權利與個人責任：長期照護保險旨在援助需要照護者，在可能範圍內能夠自律的生活，惟需要照護者得在各種設施或服務方式中自行選擇，同時被保險人本身也有防範需要照護狀態的發生與改善需要照護狀態的責任（衛生署，2001）。

德國長期照護服務輸送原則，主要基於長期照顧保險法的政策目標，營造多元給付結構，符合多元照護需要，實現照護需要者自主選擇、能過自立自尊的生活，以落實就地老化理念。在實施策略上，德國是以「社區居家給付」優先於「機構照護」原則，「復健」優先於「照護」原則為前導；並賦予人民選擇的權利與個人責任（衛生署，2001；林、李，2004）。

服務輸送流程(表2-1-1)，共分為四個階段，從受理到判定期間主要由保險人(健保局)及委外的「健康保險醫事鑑定服務處(MDK)」兩個單位進行，

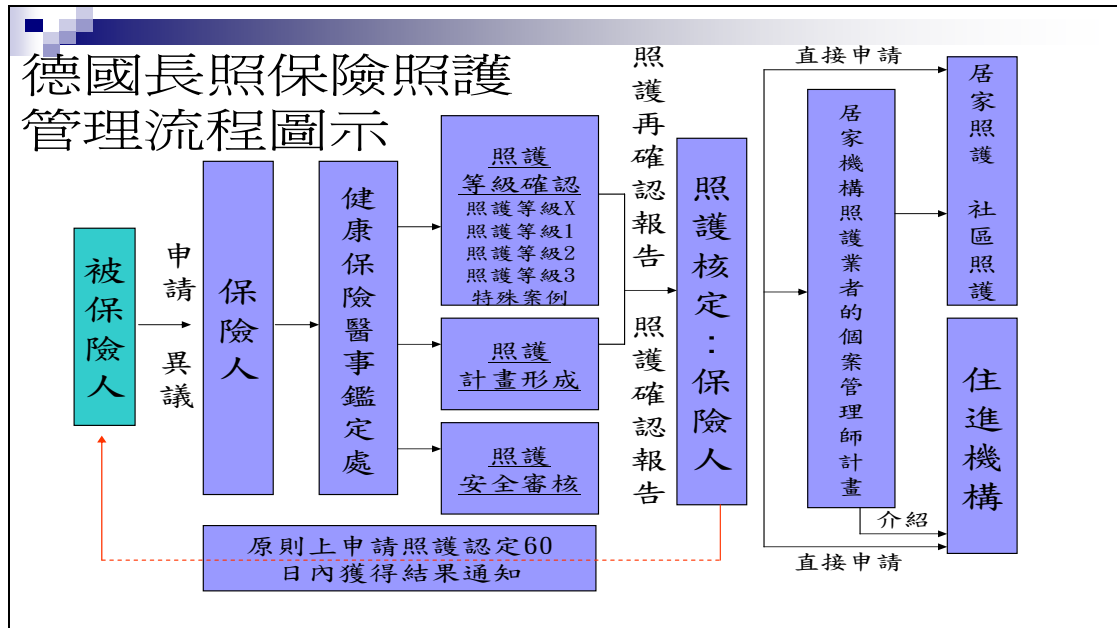


圖 2-1-1 德國服務輸送流程圖(林、李，2004)

表 2-1-1 德國長期照護保險服務輸送流程

階段(主責單位)	流程
申請階段	由被保險人或家屬向投保單位 (健保局或長期照顧基金會)提出申請
訪視調查 (第一次認定照顧計畫)	1. 由投保單位(健保局或長期照顧基金會)將相關資料轉交「健康保險醫事鑑定服務處(MDK)」派遣照顧確認人員(具專業證照資格)進行調查
負責單位： (MDK)」	2. 「健康保險醫事鑑定服務處(MDK)」派遣照顧確認人員(具專業證照資格)進行調查
照護核定 (第二次判定)	3. 照護確認人員以量表測試後，再按鑑定指導原則(Begutachtungs-Richtlinien, BRi)，等完成個案鑑定並附上所評估之個案照護需求等級，同時擬定照顧計畫
投保單位	1. 「健康保險醫事鑑定服務處(MDK)」彙整第一次認定資料(個案鑑定書)送交投保單位 2. 投保單位(健保局或長期照顧基金會)根據相關資料進行第二次評估審查 3. 將最後判定結果書面通知被保險人(申請到結果 60 日內)
服務提供	依據照顧計畫，與服務提供單位簽約接受照顧服務

資料來源：Brodsky, Habib & Mizrahi (2000). ; (王、周、林、吳、張、郭，2005)

二、荷蘭的服務輸送流程

荷蘭長期照護保險稱為「特殊醫療費用法案」(General Exceptional Medical Expenses Act, 荷文縮寫為 AWBZ)，於 1967 年 12 月通過立法，並於 1968 年 1 月正式實施。由於荷蘭屬普及式福利國家模式，因此給付對象包括需要一年以上住院治療的長期照顧者、需高額治療費的重大疾病者、精神疾病患者與慢性病患者。因照顧服務財務責任高度公共化，因此中央政府透過總額預算，規範長期照顧服務供給；1995 年健康保險基金委員會設定個人化預算的標準，限定個人化預算只能用於購買 AWBZ 涵括的服務，且於 1996 年通過。使用個人化預算的資格為：需要三個月以上的照顧、且持續住在家中。需求評估包括家庭成員是否可提供支持。個人化預算依據照顧時數計算而定，六個月覆評一次。其長期照顧服務輸送流程強調服務體系內部整合，包括行政的整合、服務的連結、照顧網絡...等，在行政整合部分將個案評估、照顧計畫、服務協調、品質管理與財務監督合併處理，以消除複雜與重複的方案與服務；強調服務類型多元創新，包括日間照顧設施、庇護性住宅等；對於剛出院康復中的病患亦提供居家照顧服務。(Coolen, 1995；Knijn, 2000；Coolen & Weekers, 1998)

荷蘭的輸送流程(圖 2-1-2 及表 2-1-2)，分為五個階段：申請、資格調查與需求評估、判定、照顧計畫擬定、服務提供等；主要由保險人與地區評估組織(負責評估與判定，照顧計畫則由服務提供單位進行擬定。其中保險人為健康福利體育部任命執行 AWBZ 法案保險公司，包括公立保險、政府認可的私人保險與公務員保險的公司，且由中央健康保險委員會監督。地區評估組織 (RIOs) 主要由地方政府召集，保險人、消費者團體、服務提供者、醫師、跨專業人員與地方政府職員共同組成。失能者向評估機構提出照顧要求後，評估者會進行家訪，決定案主需要的服務。評估者提出最後的評估報告，交給保險人，由保險人判斷並決定是否符合法定的給付項目，由健康保險人

認可照顧的法定權益。最後由服務提供者提供評估報告的服務項目給受照顧者 (Algera, Francke, Kerkstra & Van Der Zee, 2002)。荷蘭需長期照顧/護的申請流程。本人或家屬、朋友、醫療人員可向區域審查局(RIO)提出需長期照護的申請。區域審查局(RIO)是半獨立(semi-independent)的部門，審查者為合格的專業護士，社工師，物理治療師和職能治療師依照中央審查局(LVIO)訂定的審查(assessment)定義和標準進行個案評估(Chen, 2008)。區域保險局和保險公司有提供金額符合評估審查的結果的義務。中央審查局有監督各區域審查局的責任，確保全國長照審查的公平和標準一致性。荷蘭的長照制度在2006年作了改革，其中AWBZ長期照顧需求審查和費用提供為不同機關系統，可增強評估審查的客觀性並且以個案照顧需求為主而非以照顧資源為限(Chen, 2008)。

表 2-1-2 荷蘭長期照護保險服務輸送流程

階段	流程
主責單位	
申請階段	由被保險人或家屬向保險公司(保險人)提出申請
AWBZ 保險公司(保險人)	
資格審查與需求評估	由地方政府召集保險人、消費者團體、服務提供者、醫師、跨專業人員、地方政府職員共同組成評估及審查小
地區評估組織(地方政府)組	以跨專業團隊進行全面評估，提出照護需求給付項目及內涵
需求判定	1.地區評估組織將需求評估資料轉給保險人
AWBZ 保險公司(保險人)	2.保險人判斷並決定最後的法定給付項目
	3.將最後判定結果書面通知被保險人
照顧計畫	若評估為需照顧，則自由選擇適合的照顧管理師擬定照顧
服務機構	計畫(多數的照護管理師為服務機構內工作者)
服務提供	依據照顧計畫，與服務提供單位簽約接受照顧服務。
服務機構	

資料來源：Brodsky,Habib & Mizrahi, 2000；王、周、林、吳、張、郭，2005；Chen, 2008。

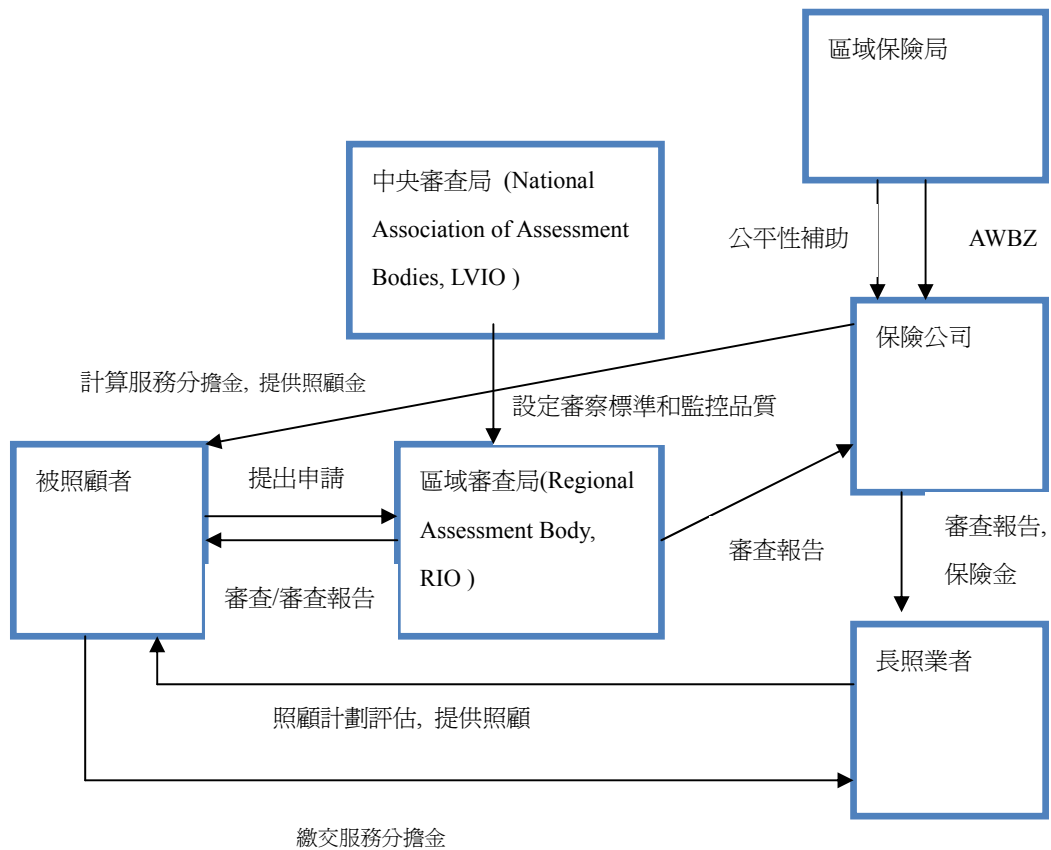


圖 2-1-2 AWBZ 長期照顧/護申請流程(Chen, H.L., 2008)

三、日本的服務輸送流程

日本介護保險自2000年4月1日實施，為強制性社會保險制度。保險人是各地的市町村，給付對象以65歲以上的高齡者為主，40至65歲則限定因特定疾病引發障礙而需要照顧者(Tsutsui & Muramatsu, 2005)；介護保險自申請介護服務認定至接受介護服務的流程分成五個階段：第一階段是須到其居住地的市町村辦理申請手續，提出需照顧評量的申請；第二階段是照顧需要之認定，由市町村主辦人員或受委託之照顧服務提供單位派照顧管理者家訪評估受照護者身、心狀況並加上醫師的診斷；第三階段是審查需照護等級，由「介護保險認定審查會」依訪視調查結果及醫師診斷，核定申請者需要照顧之等級；第四階段是將核定之需要照顧等級通知申請人；第五階段則是擬定照顧計畫，可依本

人或家屬意願，自己擬定服務計畫，選擇照顧服務；或可經由照顧管理者代擬（林、李，2004）。歸納分析日本的服務輸送的特質如下：

- （一） 使用者可以自由選擇服務項目及提供服務的單位。
- （二） 使用者與服務提供者之間關係對等——使用者支付保險費及利用費（照護報酬的 10%），選擇服務的權利受社會公認。
- （三） 照護醫療一體化。
- （四） 居家接受訪視護理或入居療養型慢性病房，介護保險一體適用。
- （五） 全國任何地方接受同一基準的照護服務：依介護保險法之規定提供。
- （六） 新服務項目登場：過去城鄉差距懸殊的訪視復健、失智老人團體之家等。（王、周、林、吳、張、郭，2005）

服務輸送流程方面如圖2-1-3，共分為五個階段，其中從受理申請到需照護認定通知寄發被保險人等四個階段皆由保險人(市町村)進行，照顧計畫則由被保險人選擇的服務機構照顧管理師提供討論訂定，流程說明如表2-1-3。

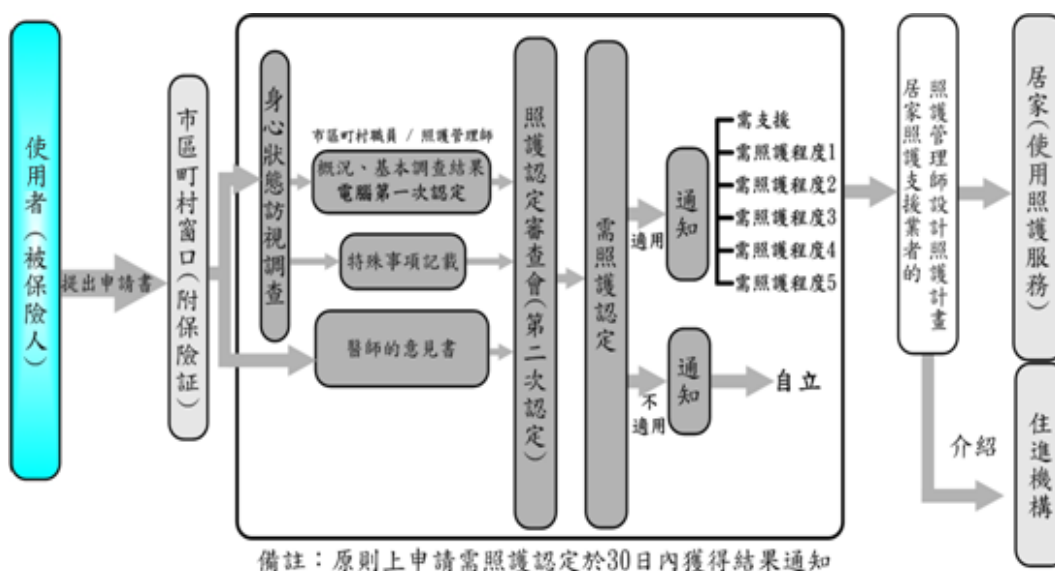


圖 2-1-3 日本介護保險服務輸送流程圖(資料來源：李光廷譯 2004)

表 2-1-3 日本介護保險服務輸送流程

階段	流程
主責單位	
申請階段 市町村(保險人)	由被保險人或家屬向當地市町村(保險人)提出申請
訪視調查 (第一次認定) 市町村(保險人)	1. 由市町村之「介護保險認定審查會」派遣調查員或委任服務提供者派遣照顧管理師前往申請者家中進行訪視調查 2. 市町村依據調查員回報資料以電腦分析判定評估基準
需求判定 (第二次評估) 照護認定審查會 市町村(保險人)	1. 市町村彙整第一次認定資料及醫師意見書送交「介護保險認定審查會」 2. 「介護保險認定審查會」根據相關資料進行第二次評估審查 3. 將最後判定結果書面通知被保險人(申請到結果 30 日內)
照顧計畫 服務機構	若評估為需照顧，則自由選擇適合的照顧管理師擬定照顧計畫。(多數的照顧管理師為服務機構內工作者)
服務提供 服務機構	依據照顧計畫，與服務提供單位簽約接受照顧服務

資料來源：Brodsky, Habib & Mizrahi, 2000；王、周、林、吳、張、郭，2005

四、韓國的的服務輸送流程

韓國是亞洲第二個實施長期照護保險國家，從2000年開始規劃，「韓國老人長期照護保險法」於2007年4月2日通過，並於2007年4月27日公佈，自2008年7月1日起開始正式施行老人長期照護保險制度。韓國長期照護保險設計乃依附於健康保險體系；財務獨立合署辦公，國民健康保險計劃所定全民為被保險人、照護需求者及家屬、以及受益人需要照顧和支持援助者，藉由醫療援助法可申請長期照護保險服務或福利。韓國之長期照護保險參考德國與日本之制度，採德日混合制，其保險對象涵蓋人口為全民，保障受益對象則以老人為主(約佔老年人口3~4%，將逐年增加；現為3.1%，約16萬人)，列屬主要照護需求者，還有少部份小於65歲之長期照護需求者。韓國服務輸送流程

分為五個階段，如表2-1-4，主要工作皆由保險局進行。

表2-1-4 韓國長期照護保險服務輸送流程

階段	流程
主責單位	
申請階段 長期照護支持中心(保險人)	由被保險人或家屬向保險公司(保險人：國家健康保險公社(NHIC))設立的長期照護支持中心提出申請
資格審查與需求評估 長期照護支持中心(保險人)	由長期照護支持中心(保險人)派遣衛生保健類專業人員到家進行家訪評估
需求判定 長期照護需求認證委員會(保險人)	1. 評估員將評估資料併行醫師醫師書面意見提交由專業委員成立的長期照護需求認證委員會作出最終裁定 2. 國家民健康保險局(NHIC)寄發「長期照護認證」和「標準長期照護利用計劃」給由委員會所決定符合資格的申請人
照顧計畫	1. 國家民健康保險局(NHIC)會依照護理需求訂定標準的參考計畫「標準長期照護利用計劃」
服務機構	2. 若評估為需照顧，則自由選擇適合的照顧管理師擬定照顧計畫。(多數的照顧管理師為服務機構內工作者)
服務提供 服務機構	依據照顧計畫，與服務提供單位簽約接受照顧服務

資料來源：National Health Insurance Corporation, 2009

五、德國、荷蘭、日本及韓國長期照護服務輸送流程比較

歸納比較德國、荷蘭、日本及韓國等四個國家長期照護服務輸送流程(表2-1-5)，分別從法定基礎、服務輸送流程階段、評核機制、各階段主責機關、相關人員及分工層面進行比較分析。

(一)各國服務輸送之相同處

1. 服務輸送基礎：皆有國家級法定基礎
2. 單一化評核機制(single entry system): 從申請受理到判定認定通知過程，四個國家皆是採單一化評核機制，即評估者均使用標準化具一致性的評估工具，來決定民眾需求的等級與所需要的服務。即使在行政執行上考量便民，而於社區中設置許多受案申請點，惟一旦受

理之後的評估與服務核給，均由主責單位以單一化的機制運作處理。

3. 評估指標一致：德、日、韓皆以全國統一評估工具進行評估，除了荷蘭目前採專業團隊評估，荷蘭早期未具全國統一評估指標外，其評估方式類似目前國內早療鑑定過程；2009年起開始全國統一評估機制。
4. 服務使用者能參與照顧計畫擬定：目前四個國家都強調被保險人使用權與參與權之重要性，因此在計畫擬定中皆開放使用者或家屬共同討論參與。

(二) 各國服務輸送之相異處

1. 服務輸送流程階段不同：多數國家從申請到服務提供過程皆五個階段，唯德國將照顧計畫直接併入訪視評估階段，類似我國現行長期照顧管理中心作法，意圖在降低民眾受干擾且能透過完整評估及時給適切計畫。
2. 評估與判定機構屬性異同：德國與荷蘭在評估階段與判定階段分別由不同機構進行，其人員也不同；日本則各地不同，有的評估與判定是不同機構人員進行，這三個國家共通點是評估單位多與判定單位為不同機構；然日本有部份地區與韓國同機構，採用審查委員會方式進行判定，然四個國家判定機構之判定度需由保險人自行擔任之做法一致。
3. 判定階段分採一及二階段：荷蘭與韓國在認定過程採一階段；日本與德國則採兩階段判定，日本第一次皆是透過調查員(介護士/照顧管理師)到申請者家中進行訪視調查，將其資料輸入電腦化固定軟體分析確認等級後再轉交審查委員會進行二次判定。德國則是「健康保險醫事鑑定服務處(MDK)」執行第一段需求分級認定，保險局才進行二次審查判定確認；這樣的機制有點類似目前國內長期照護體系

中居家服務輸送流程，先由長期照護管理中心進行評估訪視後判定需求等級，再送交地方政府社會處確認核定。

4. 接案到判定時程不一：除了德國整個行程訂定60天外，其餘國家皆在30天內，與我國現有體制類似。
5. 訪視評估者與照護計畫擬定專業人員異同，各國不一：德國與韓國皆可能為評估者評估過程中即協助擬定初步計畫，韓國另訂定標準照顧計畫內容供民眾參考。日本及荷蘭就可能不是同一人，從接到判定通知後，再由被保險人或家屬尋找特約服務機構，再由服務機構內專業人員再次訪視確認並協助擬定照護計畫。目前在我國照護計畫與評估皆為同一人進行，與德國類似。

表 2-1-5 德、荷、日、韓各國服務輸送流程的比較

	德國	荷蘭	日本	韓國
服務輸送的基礎	法定權益	法定權益	法定權益	法定權益
服務輸送流程階段	四個階段	五個階段	五個階段	五個階段
是否單一窗口	是(保險人)	是(保險人)	是(保險人)	是(保險人)
對應窗口 主導單位	以職業為分類的 健康基金為長期 照顧保險基本保 險人	健康體育部(中 央政府)	市町村 (長期照顧保險基本保 險人)	國家健康保險局(長期 照護支持中心)
評估者是否保 險人所屬人員	否 委外評估單位	否 地方評估組織	否 服務機構	部份是部份委公部門 保險局或公部門聘用 衛生人員
評估與判定是 否同機構	否	否	是 (審查委員會)	是 (審查委員會)
判定階段	二次判定	一次判定	二次判定	一次判定
接案到判定期 程	60 天	30 天	30 天	30 天
評估與計畫是 否同一專業人 員	是	否	否	是(標準計劃)
照顧計畫擬定 者	私部門 (MDK)	私部門 (服務提供單位)	公/私部門 各地不一(市町村 或服務提供單位)	公/私部門 (國家標準技劃/服務提 供單位)
照顧計畫有服 務使用者參與	有	有	有	有
接案窗口的評 估指標	全國一致	無	全國一致	全國一致
	有：二級制，照 顧基金內部申 訴、社會法庭		有：二級制，內 部申訴、國家權 益監督人或健康 保險與長照保險 監察單位	

資料來源：Brodsky, Habib & Mizrahi, 2000；王、周、林、吳、張、郭, 2005; National Health Insurance Corporation, 2009

第二節 各國長期照護保險國家照顧管理機制現況分析

一、英國的照顧管理機制

英國發展失能民眾的社區照護，長久以來即以照顧管理作為將照護服務予以整合協調的重要機制，而許多國家改革長期照護制度或政策時，也將照顧管理視為制度改變的一部份。英國1989年「Caring for people」白皮書即闡明適切的需要評估與良好的照顧管理是高品質照護的基石。自1990年代認為照顧管理最主要的角色，就是讓社會及預算標準整合在服務提供、均衡民眾需求與資源，以及資源不足而有所選擇都必然發生的平台。英國全面實施照顧管理配置(care management arrangements)，則是規定於1993年國家健康及社區照護法(National Health service and Community Care Act)，但早在1990年英國衛生部所簽署的社區照護指引，即以照顧管理作為發展政策理念、管理及執行策略的基礎(Challis,1999)，指引中提出照顧管理的六項功能如下：(1) 確保資源能夠被有效運用；(2) 使人們能在社區中生活，以恢復或維持其自立；(3) 將因身心障礙或疾病產生的影響降至最低；(4) 以尊重的態度對待服務使用者，並提供同等的機會；(5) 鼓勵個人作選擇和自決，並增進其既有的能力與照護資源；(6) 促進使用者、照顧者及服務提供者和代表他們的組織之間的合作 (DoH, 1990)。

二、德國的照顧管理機制

德國長期照護保險法實施以來，未曾對照顧管理明文規定，直至2008年7月1日起實施修正法，始於第七a條規定照護諮詢、第九十二c條規定照護據點。德國通說認為照護據點(Pflegestützpunkt)亦如照管中心，然為忠於德文原文字義，此處以「照護據點」稱之。

自2008年7月1日起，MDS（雖然簡稱一樣，但是德文實際內涵不一樣）改為「健康保險人聯邦總會聯盟醫事服務中心（Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen）」。MDS為立案的法人組織，

提供德國健康保險法與長期照護保險法法定議題的專業諮詢。因為 MDS 目前執行健保法與長照法所訂評估與諮詢任務，所以自 2008 年起 MDS 轄下有兩個大部門「MDK」執行健康保險的評估與鑑定事務與「MDS」執行長照保險的照護需要以及照護等級評估等事務，其財源由健保與長照保險費支應(林，2009)。

需求評估由 MDK 派專職專業人員到案家進行訪視調查，分別在健保法與長照法明定其任務。護理背景加上受過評估相關專業訓練證照者為主力，醫師加上受過評估相關專業訓為輔助(林，2009)。

自 2009 年 1 月 1 日起，倘各邦最高主管機關決定設置照護據點，則照護保險人與健康保險人須於各邦決定後六個月內進行照護據點之設置，以提供被保險人近地性諮詢、照顧與照管服務。此照護據點不僅得設置於健康保險人與照護保險人之下，亦得設置於由邦法律通過之老人協助與社會救助機關內(江、柯、林、林等，2009)。照顧據點的任務包括提供長期照護被保險人及與其利益相關者之諮詢與答覆，提供對被保險人個別之諮詢、支持與陪同供給之照顧管理(Fallmanagement)。

駐於照護據點之照顧管理師需對需求者或其照顧家屬需求與情況，依其所提供資料，介紹或協調健康促進、預防、療養、復健與其他醫療照護和社會救助與支持提供，並將整體照護、照顧提供網絡化(江、柯、林、林，2009)。提供照護需要的被保險人「照護諮詢」(Pflegeberatung)，也就是所謂的照顧管理(Fallmanagement)。設立照護據點目的在使用所有的資源使得流動式部門的照護獲得改善，以減少資本密集的住院式照護。自 2009 年起照護保險人必須提供此類諮詢服務。照護諮詢內容包括長照法律規定內容、各種照護資訊的提供，各類照護場域費用的比較等。每個照護據點一經設立，就需提供此類照顧管理師進駐。照護保險人必須提供設有照顧管理師的據點資訊。

照顧管理師必須進駐照護點(Pflegestützpunkt)，在照護據點提供需要協

助者、照護需要者、提供照護的親朋各種詢答，也提供照護需要者及其親屬形成與管理照護計畫的協助、媒介照護服務員、以及推介照護或看顧機構等。服務包括(一)完成各類申請表格，以及提供照護需要者及其親屬關於照護給付的諮詢；(二)辦理各類照護申請；(三)共同與照護需要者或者其他相關人員完成個別的照護計畫；(四)連結落實照護計畫必要的措施作為，引導落實照護計畫以及提供各種變異發展可能的調整照護建議。照護管理師也與照護需求者及其他照護參與者共同完成一項個別供給計畫(ein individuelle Versorgungsplan)，照護管理師並推動所有必要措施，包括給付主體對案主同意、供給計畫之轉換與個別需求改變時給予建議 (江、柯、林、林，2009)。照護管理師的資格：複雜廣泛的照護管理師必須由合格的且有執業經驗受過足夠教育訓練的人出任，才能勝任。就教育資格而言，第一順位為培育社會保險專業人員的系所，特別是依據老人照護法 (Altenpflegegesetz) 以及疾病護理法(Krankenpflege)培育的專業系所、社會工作專業系所及各相關專業的職訓結業者(林，2009)。

三、荷蘭的照顧管理機制

荷蘭自1998年起實施照護需求鑑定(indicatie)，因應新制成立區域照護需求鑑定機關(het Regionaal Indicatie Orgaan; RIO)，2005年RIO由單一全國中央照護鑑定機構所取代(Centrum indicatiestelling zorg；以下簡稱CIZ)，CIZ的成員由政策者、消費者組織、服務提供者、保險人、自治區地方當局之代表所組成。(林，2009) 每個地區的照護管理中心獨立運作，並接受保險公司委託，與照護服務提供者(care providers)訂立契約、收取部分負擔費用、辦理區域性的服務供給與需求諮商。其主要目的在確保民眾的服務需求及提供民眾量身訂製的服務(tailor-made care) (江、柯、林、林，2009)。

荷蘭1998年開始，AWBZ的行政運作是由32個(2005年時)保險公司所設立的區域照護管理中心(care offices; care administration offices; care liaison

office)負責；提供服務內容包括負責地方或社區照顧需求者的 AWBZ 保險、保險登記及行政管理；提供民眾照護資訊；決定區域照護政策，如提出照護計畫、簽訂照護契約及與當事人協商等；負責協調區域照護需求與供給，以確保照護需求之滿足，以及品質監控等任務(林美色，2009)。

CIZ 負責評估被保險人可以得到多少時數和何種形式的照護需求指標(indications)，其‘指標’的有效期最多五年，過期需重新申請。被保險人如不滿意六週內可要求重新評估，或請求法院判決。需求裁定後，各地照管中心再根據這些‘指標’安排適當的服務提供者或機構，並提供被保險人合適的服務(care functions)(江、柯、林、林，2009)。實際照護鑑定工作係由專業鑑定團隊所負責，而專業鑑定團隊之成員則可能包括護士、社會工作者及心理老人醫師及社會老人學家(林，2009)。

目前給付機構完全視案主所需要的照護的數量而定，新的系統稱為照護嚴重度支付制度。照護嚴重度支付制度自 2009 年 1 月 1 日生效。在 2009 年之前，照護機構根據機構產能(如照護床數)獲得一筆金額，現在則由案主照護嚴重度決定預算高低，對照護嚴重度低的案主照護機構則得到較低的金額。照護嚴重度支付制度之實施前已有充分的準備，因為在 2007 年及 2008 年實荷蘭即已開始試辦這個新的體制。照護嚴重度支付制度的重點在於所謂的「照護包(zorgzwaartepakket)」，在每一種照護包上明載特定機構住民所需要的照護類型。在荷蘭，2009 年已經有 52 種機構照護照護包(ZZP's)，如編號 10 護理及安養護照護包、13 精障者照護包、29 身心障礙者照護包等；首先在每一個案主的照護包上寫明照護包的抬頭，包括照護包號碼(ZZP-nummer)、該照護包的領域及對於照護包的簡短描述，並載明案主群體的特徵(clientprofiel)。案主群體的特徵內容包括：(一)需要照護之理由、(二)對於每位案主的功能之描述，例如 ADL 功能程度、(三)載明案主之活動能力

的情況、(四)護理需求及行為問題等情況、(五)每星期需要照護時間、(六)住院特徵(林，2009)。

四、日本的照顧管理機制

日本參照英國照顧管理的概念，在實施介護保險時產生新一類新的專業人力，稱為「介護支援專門員」即為「照顧管理師(care manager)」。

介護保險法第六十九條**明定**「介護支援專門員」的任務：為接受『要介護者』等之諮詢，因應使用者本人的期望及必要性，擬定使用介護服務者之照護計畫（服務計畫），並在當事人、行政機關與服務提供單位間，進行連絡協調等業務(日本介護保險，2009)。「介護支援專門員」主要功能在協助擬定個人化的照顧服務計畫。資格的取得，是以有証照的專業人員如護理人員、醫師、社工人員及物理治療師等，具有五年的工作經驗，再接受數日的訓練課程，即取得認證。一般由市町村行政部門或長照服務業者所聘雇提供受照護者服務(Tsutsui, & Muramatsu, 2005)，照護管理最早是由公衛護理人員執行，但介護險開辦後，需求增加太大，而開放予業者自行聘僱，卻有可能導致照顧管理會為了自己老闆的利益，而在擬定計畫誘發不必要的照顧需求，這也是介護保險費用成長的原因之一(Tsutsui, & Muramatsu, 2007)。

實施保險國家中以日本照顧管理機制尚稱完整，對照顧管理師編制及角色功能較有明確的發展策略，以高中學歷後完成培訓課程通過證照考試後即可擔任此角色，目前考試方試為通過都道府縣所舉辦的「介護支援專門員實務研修受訓考試」，完成實務研修（44小時）通過考試者，可登錄成為介護支援專門員；要進行介護支援專門員業務者，則須取得介護支援專門員證（有效期限5年）(李世代等，2009)。應考資格為：保險、醫療、福祉領域，具有國家考試或所定之資格，並從事其資格業務期間（實務經歷）達5年以上（若無資格者，則需從事介護相關實務經驗達10年以上）者。考試每年1次，由各都道府縣或都道府縣指定之團體所舉辦，全國統一試題(日本介護保險，

2009)。在參訪日本報告中提到平均一位照顧管理師約管理50個案(石曜堂，2003)，後續的在職教育訓練則仰賴各照顧管理師所服務的機構提供，但未有教育時數限制。

四、美國的照顧管理機制

美國PACE方案(Program of All-inclusive Care for the Elderly)，是目前美國聯邦政府支持的長期照護實驗方案，也是美國近二十年來最被肯定的長期照護方案。此方案起源於1986年加州On Lok Senior Services，由非營利機構受政府委託成立。此方案是針對中重度身心功能障礙者的照顧計畫，整合Medicare 和Medicaid 財源資源，以論人計酬方式提供給委託單位，由委託單位提供完整醫療及長期照護服務；其方案有四個特質：1.服務的個別化、彈性化 2.完整、多元的服務 3.跨專業團隊 4.論人計酬(Capitation)。PACE編制照顧管理者工作內容有：需求評估、協調、監督個案所有醫療生活照顧、以及預算管理的責任(吳淑瓊，2002；行政院，2007)

五、加拿大的照顧管理機制

加拿大社區照顧管理模式中，最常被國人引為參考的為British Columbia省的社區健康中心(Community Health Center)，以整合性管理式照顧模式進行連續性照顧(此地以此稱長期照護)，服務方案主要有五個原則：1.單一窗口 2.統一照顧層級 3.協調式評量與安置 4. 協調式個案管理 5.單一行政。社區健康中心下設照顧管理部門(成年與老人服務部門)，其下設編有照顧經理，負責法定需求評估、訂定照顧計畫、協調服務、監測與評價服務(內政部，2001；黃松林，2006；行政院，2007)

六、德、荷、日、韓及英國照顧管理制度比較

我國過去長照管理中心之照顧管理機制多參考英國的體制，因此本研究亦將英國體制一併比較(表2-2-1)。

表2-2- 1德、荷、日、韓及英國照顧管理制度比較

	德國	荷蘭	日本	韓國	英國
制度區域差異性	全國一致	全國一致	全國一致	全國一致	各地區差異大
照顧管理制度	2008年的改革將照護諮詢及管理納入強制提供	由地方政府與保險公司成立的跨專業評估單位	強調照顧管理，未來將簡易個案排除在照顧管理之外	未強調照顧管理	強調照顧管理，傾向明訂標的人口，未來將簡易個案排除在照顧管理之外
照顧管理中心	中央委託MDK執行	公部門自2005年後，單一全國中央照護鑑定機構 (Centrum indicatiestelling zorg； CIZ)	1.市町村社區中設有綜合性管理機關 2.服務機構照顧管理中	公部門(國家健康保險局下長期照護支持中心)	地方政府社會服務局社區照顧課
照管師屬性	NA	公部門	公/私部門 (含服務提供機構)	公部門	公部門
照管師專業背景	護理、醫療相關人員、社工	護理、醫療相關人員、社工	高中職畢業考照；護理、物理、職能、社工等專業	衛生保健專業人員	社工居多、護理
照管師認證	無	無	有	無	無
角色功能	照顧計畫擬定 服務資源管 服務諮詢	訪視評估 服務資源管理 輸送流程管理	¹ 訪視評估 照顧計畫擬定 服務資源管理 輸送流程管理	訪視評估 照顧計畫擬定 服務資源管理 輸送流程管理	訪視評估 照顧計畫擬定 服務資源管理 輸送流程管理
人力配置	N/A	N/A	1:35	N/A	N/A
教育訓練	N/A	N/A	各單位自行辦理 在職訓練	N/A	各單位自行辦理 在職訓練

註1：日本照顧管理師不一定擔任評估角色

資料來源：Brodsky,Habib & Mizrahi, 2000；王、周、林、吳、張、郭，2005；National Health Insurance Corporation，2009

第三節 各國長期照護保險國家評估工具與需求分級現況分析

林麗嬋

失能資格評定需要有一致且特定的效標以維持公平，工欲善其事必先利其器，評估工具的選擇為資格評定的優先考量。為貼近未來長期照護保險開辦所需，本節將以目前已實施長期照護保險國家所使用的評估工具做比較，故下列的比較將以德國、荷蘭、日本、韓國的經驗為主。

一、德國評估工具與需求分級

德國於 1995 開辦長期照護保險，根據其聯邦法律，個案若有身體或心理障礙，致日常生活需要持續性、規律性地被照顧至少六個月時，就具備「照護需求」要件。換言之，當一個人無法自理洗澡、刷牙、梳頭、刮鬍子、大小便等「身體照顧」、無法在「營養」上吃或攝取得好，也無法自己上床、起床、穿脫衣服、走路、上下樓梯等「移動」問題以及存在無法自理購物、煮菜、房子打掃、洗衣等「家務」等，該個案就具備「照護需求」條件。而依據這些自我照顧能力缺乏的嚴重程度來界定等級，即為長期照護保險的給付可及性標準(eligibility criteria)。長照保險等級的鑑定，由健康保險醫事服務處(MDK)負責。聯邦照護保險人總會在健康保險醫事服務處參與下，訂定照護等級鑑定準則。當被保險人向照護保險人提出鑑定申請後，照護保險人立即將申請案轉交健康保險醫事服務處鑑定。醫事服務處原則上於被保險人住所進行調查。惟經醫學判定結果即足以確認照護需求者之照護等級時，醫事服務處則無須於被保險人處所進行調查。

資格評定只以身心功能的照護需求為條件，並不考慮年齡、經濟狀況和家庭支持的能力。資格限制為任何年紀有相當嚴重失能的人，給付是依據三項失能程度：輕中度失能 (Substantial)、重度失能 (Severe)，以及極重度失能 (Very Severe)，依據協助其日常生活功能 (ADLs) 以及工具性日常生活功能 (IADLs) 所需的時間分成三個照顧需求等級。

(一)等級一：顯著照護需求者

- 1.在個人衛生、營養攝取或身體活動類目下，一天至少需一次有兩項、每週需數次之家事服務。
- 2.由家屬或其他非專業照護服務人員每天所提供的基本照護至少四十五分鐘，而整個照護服務至少九十分鐘。

(二)等級二：密集照顧需求者

- 1.個人衛生、營養攝取或身體活動，每日不同時段需要至少三次的協助及每週數次之家事服務。
- 2.由家屬或其他非專業照護服務人員每天所提供的基本照護至少每日兩小時，整體照護服務至少三小時。

(三)等級三：極密集照顧需求者

- 1.個人衛生、營養攝取或身體活動，日夜需受協助且每週需數次之家事服務。
- 2.由家屬或其他非專業照護服務人員所提供之基本照護每天至少四小時，整體照護服務則至少五小時。

獲得給付的最低門檻為：至少要有兩項 ADLs 並且在某些 IADLs 一天至少需要 90 分鐘的幫助，醫療需要未被列入考量（見表 2-3-1）。雖然大多數的消費者對資格評估感到滿意，但也有不少人認為他們應該會歸到更嚴重的失能類別，以獲得有更多的給付，還有一些受益人抱怨評估太過於標準化，以致於他們的一些特別需求無法被列入考量。

表 2-3-1 德國照護等級與照顧需求

	照顧一級 顯著照護需求	照顧二級 密集照顧需求	照顧三級 極密集照顧需求
協助個人照顧、營養或行動	2 項以上 ADL 缺陷，並且需要 IADL 的協助	2 項以上 ADL 缺陷，並且需要 IADL 的協助	2 項以上 ADL 缺陷，並且需要 IADL 的協助
額外的協助	一個照顧類目下一天至少需要一次協助兩項工作，如：個人照顧項下的清潔及穿脫衣服	一天在不同的時間點，至少需要三次協助	按時提供協助(on the clock)
護理人員需求	ADL：每天至少一次 IADL：一星期數次家事服務	ADL：每天至少三次 IADL：一星期數次家事服務	ADL：整天 IADL：一星期數次家事服務
	ADL 和 IADL 平均一天至少需要 1.5 小時，其中 ADL 至少佔 45 分鐘	ADL 和 IADL 平均一天至少需計 3 小時，其中 ADL 至少佔 2 小時	ADL 和 IADL 平均一天至少需要 5 小時，其中 ADL 至少佔 4 小時

資料來源：

1. Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., & Widmaier, S. (2007). The German social long-term care insurance: Structure and reform options. IZA DP NO. 2625
2. German Sozialgesetzbuch XI paragraph §15.

德國分級制度較為嚴格，亦即符合資格的最低門檻為每天需要 90 分鐘的日常協助，低於此標準的失能者不能接受補助金（林，2008）。有人認為如果對輕度失能者提供服務，也許可以防止個案情況進一步惡化，如：提供基本的家事服務給輕度失能者有助於維持功能狀態，延緩進住機構的機會。另外，也有人提出現行法第十四條對照護需求性概念之定義被批評為太狹隘，且過於著重於身體與日常事物處理，而社會分享與人際關係之聯繫等則付之闕如，不重視失能者的一般性照顧、照護管理和指導。再者，評估標準不夠廣泛，無法適當地處理認知功能障礙者的需求，例如阿茲海默症，因為他們需要花費大量時間持續安全看視，而這些在制度開始時並未納入資格評定的項目。

因此，聯邦健康部於 2006 年指定健康保險醫事服務處、畢德勒菲爾大學照護學研究所、健康保險醫事服務處與布萊梅大學公共衛生與照護研究所為顧問小組，進行照護需求概念之審查。研究結果將照護三等級改為五種不同之「需要度」，如：「微小」、「顯著」、「嚴重」、「最嚴重」與「特別需要狀況」

等。該評估工具公分為六個向度，包括移位、認知與聯繫能力、行為與心理問題情境、自我照顧、疾病與治療條件要求與負擔之處理、日常生活安排與社會接觸。

(一)移位：關於身體小伸展和大改變之移動

(二)認知與聯繫能力：記憶、知覺、思想、判斷、聯繫能力

(三)行為與心理問題情境：與裸露或其他相關危害或問題行為，及心理問題。

(四)自我照顧：身體照護、穿脫衣、吃、喝與排泄有關之工作

(五)疾病與治療條件要求與負擔之處理：因生病或治療措施引起之負擔與照護要求，例如：服藥、傷口照顧

(六)日常生活安排與社會接觸：時間分配、起床與睡覺規律性之遵守、有意義地度過可支配之時間、社會關係之維護

不過該量表雖已作信、效度檢定，但尚未正式公告使用，故目前的評定仍以日常活動功能為準。

二、荷蘭評估工具與需求分級

荷蘭在 1968 年實行 Exceptional Medical Expenses Act 之後，特殊醫療費用保險就負責提供各式機構長期照護或高成本照顧的花費。不過，由於長期照護的支出增加，荷蘭開始發展家庭照顧服務，並且致力於以較便宜的社區服務來取代機構式服務。在 1980 年，居家護理服務被合併至保險系統中，而且在 1989 年被擴展到居家提供服務。健康保險局(CVZ, Health insurance Board)是介於政府與被保險人、保險人、服務提供者之間的獨立中間人。主要的任務是對 AWBZ 基金及預算提供諮詢意見，並對政府的計劃與保險政策、立法提供建議，以及對於服務提供者進行服務品質查核。對被保險人而言，健保局的責任在於保障所有公民都能得到應有的健康照護權利。中央行政管理單位(局)(Central Administration Office; Central Administratie Kantoor, CAK)成立於 1968 年，透過政府的預算對服務提供者進行管理、資料記錄及費用支付。從 2007 年 1 月 1 日開始因應社會支持法(Wet maatschappelijke

ondersteuning, WMO)上路，CAK 擴大協助收取市政府(如阿姆斯特丹市)所提供的家事服務 (household assistance)之部分負擔費用，費用依個人收入及家庭中需接受協助的人數而定，且費用有最高額度限制。

從 1998 年開始，荷蘭 AWBZ 的行政運作是由 32 個(2005 年時)保險公司所設立的區域照護管理中心(care offices; care administration offices; care liaison office)負責。每個地區的照護管理中心是獨立運作的並接受保險公司委託與照護服務提供者(care providers)訂立契約、收取部分負擔費用、辦理區域性的服務供給與需求諮商。其主要目的在於確保民眾的服務需求為先及提供民眾量身訂製的服務(tailor-made care)。

荷蘭在 1998 年之後建立地方性質的委外機構 RIOs (Regional Assessment Organizations)，其由被保人、消費者組織、服務提供者、醫生、保險公司和地方政府官員組成的 Regional Assessment Organization 會委派一個審查團隊來進行評估，審查人員可能是護士、社工人員、心理老人科醫師以及社會老人科醫師。RIO 會依據個人狀態：案主的個人現況以及居住環境，如：正式照顧者及住家狀態均會列入考量，但客觀的需求評估需有明確的程序和照護需求的判定，為因應獨立、整合性的需求評估，發展 AWBZ-Wide protocol。對於被評估為需要機構式服務的受照護者而言，需要由專家團隊做進一步回顧評估 (Visser-Jansen, G., & Knipscheer, C. P. M., 2004)。

但從 2005 年 1 月 1 日起，荷蘭照護評估中心(Care Indication Determination Centre; Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ)取代 1997 年成立的區域評估組織 (Regional Indication Bodies, RIOs)。由 CIZ 負責評估被保險人可以得到多少時數和何種形式的照護需求指標(indications)，其判定結果的有效期最多五年，過期需重新申請。被保險人如不滿意六週內可要求重新評估，或請求法院判決。需求裁定後，各地照管中心再根據判定結果安排適當的服務提供者或機構，並提供被保險人合適的服務(care functions)。被保險人申請照護服務時，需先打電話至客服中心(national call centre)，然後電話會被轉至離被保險

人最近的 CIZ office，接著在電話中(或透過家訪)完成需求評估。評估的項目超過一百多項，荷蘭目前使用的評估工具是世界衛生組織(WHO)的「功能、失能與健康國際分類標準(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)」。評估完成後，就可提供被保險人適合的服務(care functions)。

三、日本評估工具與需求分級

日本自2000年4月1日實施強制性社會長期照護保險制度，每一位符合身、心失能資格評定的65歲或以上的老人及45歲以上特定失能者，皆可接受機構及社區服務(無現金給付)。為保障公平且平等的評估，設計一套全國一致的資格標準。由社區或機構進行資格評估，在電腦標準化需求評估下申請人被分到六個需求等級之一(Tsutsui & Muramatsu, 2005)。照顧等級的決定是依據申請人的身體和認知狀態，而不是根據是否有家屬支持的功能

(Ikegami, Yamauchi, & Yamada, 2003)。申請者必須符合至少有6個月的照顧需要。一旦開始照顧，3至6個月後會重新進行資格評估。申請資格包括：(一)受給者必須按月繳納保費的被保險本人，同時也是健康保險的被保險人。(二)65歲以上被保險老人(稱為第1號被保險人)，經保險人(市區町村)認定為需照護或需支援狀態者，所謂「要介護狀態」係指身體及精神上出現失能，導致入浴、排泄、飲食等日常生活之基本功能全部或部分持續存在的時間，尚需符合經厚生勞動省令所規定之期間，預計需要長時介護之狀態，其要介護程度符合厚生勞動省令所規定之區分(以下以「要介護狀態區分」稱之)(當時屬要支援狀態則除外)。「要支援狀態」係指身體及精神上出現失能，導致入浴、排泄、飲食等日常生活之基本功能全部或部分持續存在時間，尚需符合經厚生勞動省令所規定之期間，預計需要常時介護之狀態特別提供減輕或防止惡化之必要支援或身體及精神上出現失能，導致日常生活活動執行有困難，經厚生勞動省令所規定之期間仍繼續存在之狀態持續存在時間。需要支援之程度依厚生勞動省令規定之區分辦理(以下稱「要支援狀態區分」)。

(三) 40-64歲中高齡被保險人（稱為第2號被保險人）限定下列15種特定疾病（參閱表2-2）所導致的需照護或需支援狀態者，可以利用服務給付（李，2005）。

日本介護保險執行後招致一些負面的批評：

(一) 照顧需求評估和服務近便性存有地方差異，有些地方的有力人士時運用個人的力量提升申請人的照顧需求等級，該行為挑戰制度的客觀及公平的原則。

(二) 不斷成長（ever-growing）的服務需求，民眾毫不遲疑使用長期照顧服務。有 1/3 符合資格的個案使用介護保險許可的最大服務量，且可預測未來服務量會持續增加。

(三) 2003 年介護保險系統修訂版仍無法避免政治影響需求評定。需求評估過程被批評低估問題行為失智老人所需的觀察時間，因為照顧需求的評估大都以直接照顧所需的時間為準。自 2003 年起，電腦需求評估修訂失智症的評估指標，結合指標、主治醫師或家庭醫師提供介護保險審查委員會跨越電腦分派的等級，提升申請人照顧需求的程度。這項措施對機構服務提供者將他們的住民或新入住住民標籤為失智，是極強烈的誘因，因此造成人為增加機構失智住民的比例，高達 80%（林，2005a）。

面對上述負面的批評，日本在每五年修訂制度的政策下，將建構社區整體照護服務網作為介護保險制度的基本方向之一（呂，2008）。為了減少機構照護的誘因，2005 年的改革方案一就是提高機構照護每月的自付額；改革方案二則將原來的六個照護等級中的需支援多增加一級，成為需支援一級與需支援二級提供失能者日常生活所需的支持，其餘保留原來的照護五級提供所需的持續性照護（Tsutsui & Muramatsu, 2007）。改革的目的是在當老人需求程度低時，提供服務藉以改善其體力、營養狀態、口腔功能及心理健康預防老人失能，故長照保險一開始就鎖定提供服務給需求程度低的老人及未來有高危險照護需求的老人（Tsutsui & Muramatsu, 2007）。

表 2-3-2 日本長期照護程度分級

照護基準時間 (平均每日)	老人的身心狀態 (例)	給付服務水準
需支援一級 25 分鐘以上 需要社會性支援 32 分鐘以下	<ul style="list-style-type: none"> ●高危險照護需求 ●日常生活一部分需要支援照顧 ●複雜動作時需支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●民眾的照顧預防性活動，如，團體衛教 ●日間預防性的防治方案如，改善體能、口腔功能及營養 ●居家服務防治方案如，公衛護士訪視臥床、失智及憂鬱者給予諮詢 ●居家與社區服務 ●社區導向服務
需支援二級 32 分鐘以上 需要社會性支援 50 分鐘以下	<ul style="list-style-type: none"> ●高危險照護需求 ●日常生活一部分需要支援照顧 ●複雜動作時需支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●民眾的照顧預防性活動，如，團體衛教 ●日間預防性的防治方案如，改善體能、口腔功能及營養 ●居家服務防治方案如，公衛護士訪視臥床、失智及憂鬱者給予諮詢 ●居家與社區服務 ●社區導向服務
需照護程度(1) 32 分鐘以上 虛弱 50 分鐘以下	<ul style="list-style-type: none"> ●日常生活一部分需支援照顧、複雜動作時需支援 ●移動位置時需支援 ●偶有異常行為或理解力降低情形 	●每天需要若干照護服務支援
需照護程度(2) 50 分鐘以上 輕度 70 分鐘以下	<ul style="list-style-type: none"> ●整體日常生活需支援照顧、複雜動作及移動位置時需支援 ●排泄及進食時需支援 ●偶有異常行為或理解力降低情形 	●每週 3 次日間復建，外加每天需要若干照護服務支援
需照護程度(3) 70 分鐘以上 中重度 90 分鐘以下	<ul style="list-style-type: none"> ●日常生活照顧、複雜動作、排泄等自己一個人無法自理 ●自己無法移動位置 ●數種異常行為及理解力變差現象 	<ul style="list-style-type: none"> ●夜間 (或清晨) 巡迴訪視照護，外加 1 天 2 次照護服務支援 ●每週 3 次訪視護理服務 < 醫療需要程度較高者 > ●每週 4 次日間復建，外加每天需要若干照護服務支援 < 失智症者 >
需照護程度(4) 90 分鐘以上 重度 110 分鐘以下	<ul style="list-style-type: none"> ●日常生活照顧、複雜動作、排泄等完全無法自理 ●自己無法移動位置 ●多種異常行為、理解力全面減弱 	<ul style="list-style-type: none"> ●夜間 (或清晨) 巡迴訪視照護，外加 1 天 2-3 次訪視照護服務 ●每週 3 次訪視護理服務 < 醫療需要程度較高者 > ●每週 5 次日間復建，外加每天需要若干照護支援 < 失智症者 >
需照護程度(5) 110 分鐘以上 最重度	<ul style="list-style-type: none"> ●日常生活照顧、複雜動作、排泄、進食等完全無法自理 ●多種異常行為、理解力全面減弱 	<ul style="list-style-type: none"> ●清晨、夜間巡迴訪視照護，外加 1 天 3-4 次訪視照護服務 ●每週 3 次訪視護理服務 < 醫療需要程度較高者 >

資料來源：「2003 年 3 月 24 日厚生労働省令第 42 号」日本旅行業健康保險組合提供 (李, 2005) 及 Tsutsui, T., & Muramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing cost and realizing a vision. JAGS, 55, 1458-1463.

註：斜體字為 2005 年新增服務

在評估工具方面，據介護保險法（1997年12月立法），利用保險給付時，必須由本人或家屬向市區町村提出申請，在完成一定需照護者認定手續後，決定是否提供給付。日本介護保險的資格評定分成兩階段，第一階段：老人或其照顧者跟地方政府機關（市區町村）正式提出長期照顧申請。受過訓練的地方政府官員至個案家中使用身體、心理評估（73項），醫療使用（12項）進行初級評估（primary assessment）評價護理照顧需求，將85項評估結果放入電腦估計申請人在身體、心理七大領域的標準分數，估計九個照顧類別的時間，包括：盥洗/洗澡、進食、如廁、移位、工具式日常活動之協助、行為問題、復健和醫療服務（Tsutsui & Muramatsu, 2005），依據照顧時間的估計值作照顧層級的分類。

第二階段為由專家組成的護理照顧需求評估委員會（Nursing Care Needs Certification Board），乃由市長指派之醫師、護士及其他健康及社會服務專業人員所組成，其參考家庭醫師的陳述和家庭訪視評估人員的書面資料，決定初級評估是否適當。

2005年照護分級的改變重點，需照護程度一級有些改制定為需支援二級，有些高危險群進入需支援一級，故增加生活機能評估量表評估，共計25題（附錄八）。若高齡者接受生活評估量表評估屬於以下的四項條件中任何一項者，就可判定為高危險群高齡者候補資格。

(一) 量表中前1-20項的項目裡面，滿足其中12項以上的對象者。

(二) 生活機能評估量表中6-10項（運動功能）的項目裡面，條件全部滿足的對象者。

(三) 生活機能評估量表中11-12項（營養）的項目裡面，條件全部滿足的對象者。

(四) 生活機能評估量表中13-15項（口腔功能）的項目裡面，條件全部滿足的對象者(李，2009)。

至於高危險群高齡者的判定有以下 6 方式：

(一)運動功能方面需加強之高危險個案：

判定標準項目中 6-10 項(運動功能)的項目裡面，條件全部滿足的對象者。

備註：前 1-20 項的項目裡面，滿足 12 項以上，但是在 6-10 項(運動功能)的項目中，條件沒有全部滿足的對象者，需要再以下面的量表再次確認。

運動功能測定項目	基準值		得分
	男性	女性	
握力(公斤)	<29	<19	2
睜眼單腳站立(秒)	<20	<10	2
10 公尺步行速度(秒)	≥8.8	≥10.0	3
(5 公尺步行速度 /秒)	(≥4.4)	(≥5.0)	
總得分及評值結果	0-4 分 不合乎	運動功能低下之特定高齡者	
	5-7 分 合乎	運動功能低下之特定高齡者	

(二)營養攝取功能方面需加強之高危險個案：

判定標準為滿足以下三個基準

- 1.第 11 項(營養功能)滿足的對象者。
2. BMI 值未滿 18.5 的對象。
- 3.血漿白蛋白在 3.5 g/dl 以下的對象。

(三)「口腔功能」功能方面需加強之高危險個案：

判定標準為滿足以下三個基準

- 1.判定項目中第 13-15 項(口腔功能)，條件全部滿足的對象者。
- 2.經牙科醫師口腔診視後發覺有相關問題的對象。
- 3.「反覆唾液吞嚥」功能測試 3 次以下的對象。

(四)「宅爺病、宅奶病」需加強預防之高危險個案：

判定標準為滿足以下基準

- 1.判定項目中第 16 項(外出情形)的項目裡面，條件滿足的對象者。
- 2.特別若是第 17 項也滿足者，就必須要特別注意。

(五)「失智症」需加強預防之高危險個案：

判定標準為滿足以下基準

1.判定項目中第 18~20 項（記憶力）的項目裡面，任一項滿足的對象者。

(六)「老年性孤獨症、老化性憂鬱症」需加強預防之高危險個案：

判定標準為滿足以下基準

1.判定項目中第 21~25 項(記憶力)的項目裡面，二項以上滿足的對象者（李劭懷，2009）（見附錄八）。

備註：對於懷疑患有失智症或是老年憂鬱症的長者，若是經評估卻無法符合「高危險群高齡者」之資格者，仍強烈建議可以到各鄉鎮市區公所去接受醫護保健諮詢。如果可能的話，也希望能到各個診所去做進一步的相關診療。

四、韓國評估工具與需求分級

韓國的長期照護需求由國家健康保險局（National Health Insurance Corporation, NHIC）認證，NHIC在全國各地(市、縣、區(道)單位)設置分支機構，並組有15人以下認定長期照護需求與決定照護類別審議組織之評估團隊，其成員包括醫療從業人員(可包括傳統韓醫)、社工等，以及推薦7名成員等。照護需求主要以團隊訪視評估照護對象，以ADLs之量化估算，分三個等級 (3 levels)，評估工具採56題之評估項目，但仍參採醫師之專業報告，以一年評估一次為原則；評估內容包括身體狀況及需求兩大部份，其中身體狀況項目包括：身體功能、心理認知功能、護理處置服務、復健需求。照護需求項目：基本照護需求，基本日常生活活動功能的自我照顧性（ADL）、工具性日常生活活動功能（IADL）的獨立自主性、以及居住環境考量。（暫時排除因身心障礙所導致之長期照護...）無法獨立執行每日生活活動超過六個月，以此為基本的資訊進入初步的調查與醫師的書面意見。

韓國失能者資格評定以ADLs為準：照顧一級：無法執行日常生活活動功能與上下床、所有日常生活活動須完全協助、因嚴重的認知功能損傷，頻繁發生問題行為加上記憶與判斷能力下降等；照顧二級：在無他人協助下無法

進食、穿衣、咀嚼，而且這些活動須仰賴完全協助、因失智症而降低判斷與記憶能力；照顧三級：進食、穿衣與沐浴需部份協助、家庭的活動或家庭以外的活動需要協助。

五、德國、荷蘭、日本、韓國長期照顧評估工具與分級制度之比較

依據上述總結而論，實施長期照護保險國家均趨向，統一標準化照護程度的分級評估工具，日本在2000年開辦介護保險時，隨即採用標準化電腦篩選評估，但也在2002、2005及2009年修改評估項目。德國在使用ADLs及IADLs 13年後亦委託相關研究單位研擬完整的評估工具，以期能更精確的反映失能者的需求程度，滿足照護需求。日本則增加生活機能評估以利早期發現失能的高危險群。不過，無論是過去使用的工具或新修訂的版本，活動功能即便不是各國判定的充分條件，也都是長期照護需求判定的必要條件。

在失能資格分級方面，與我國的長照十年計畫類似，德國與韓國在開辦初期均採三級，在實施一段時間後，累積經驗與資源耗用的狀況做項目的修訂及更細緻的分級。不過，級距的改變均是由少變多，顯示更精確的分級能更貼近失能者所需，避免輕症重判或重病輕判，目前各國的級距由3-7級不等（表2-3-3）。

表 2-3-3 日、德、荷、韓長期照顧評估工具與分級制度之比較

	德國	荷蘭	日本	韓國
保險對象	所有年齡層	所有年齡層	40 歲以上 (79 種) (65 歲以上老人才可使用服務, 40-64 歲則給付特殊 15 項疾病)(將下降到 20 歲)	所有年齡層
評估工具	結構式; 全國一致。 ADL、IADL, 2008 年修訂為六向度, 包括移位、認知與聯繫能力、行為與心理問題情境、自我照顧、疾病與治療條件要求與負擔之處理、日常生活安排與社會接觸, (待公告)	結構式; 全國一致。WHO 的「功能、失能與健康國際分類標準 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)	結構式; 全國一致。2009 年公告: 身體功能、起居動作 20 題, 生活功能 12 項, 認知功能 9 項、BPSD 15 項, 社會生活適應 6 卷(74 項)。過去 14 日醫療相關日常生活自立度(12 項)生活機能評估量表 25 題(篩選高危險群)	結構式; 全國一致。56 題包括身體狀況項目及照護需求項目
資格分級	分三級, 依每天的照顧時數而定 (90 分至 5 個小時之間) 2008 年預定分五級	量身訂做的照顧服務(Tailor-made Care)	分七級, 依每天的照顧時數而定 (25 至 110 分鐘)	分三級

註: WHO, 2000; 林、李, 2004; 行政院, 2003; Wiener, Tilly, & Ceullar, 2003.

第四節 各國長期照護保險國家品質查核機制現況分析

照護品質應符合使用者的需求，照護指標包括結構 (structure)、過程 (process)、結果 (outcome) 三個層面 (Donabedia, 1980)；針對長期照護品質是否符合使用者需求，美國 IOM 提出兩種模式：是顧客為導向或顧客直接服務模式；其中在顧客為導向(Consumer-centered care 或 Patient center care)，主要提供的服務是與與病人的需要(Need)、想要(Want)及喜好(Preference)一致的健康服務，其要素為「個人化的照顧計畫及服務提供」、「被照顧者及其家人或其他親近照顧者的參與照顧計畫」、「考量被照顧者的價值文化、傳統、經驗、喜好來定義與評價其照顧品質」及「確認及支持被照顧者自我照顧的能力包括正式與非正式的整合力」；另在肢體失能、發展遲緩個案及慢性病非肢體障礙的老人上，顧客直接服務模式(Consumer-directed services model)考量要素為「由消費者選擇、訓練及督導主要照顧者或服務提供者」、「個別的支持以維持消費者在社區中健康及生活品質」、「消費者參與發展及同意支持計畫及給付的授權」、「消費者監測照顧品質」，以上兩種模式皆強調受照顧者及家屬參與與選擇權是需要被重視的。

定義及評估長期照護品質有許多問題，特別是缺乏實證基礎的品質相關研究，國外評估長期照護品質目前遭遇的問題包括(一)僅在某些類別的長照機構有較完整的資料(如: nursing homes)，但在其他類型的長照機構資料闕如。(二)何謂有品質的長期照護服務仍有爭議，隨著時間的改變，好的品質之定義也在改變。

一、長期照護品質監測原則

美國IOM定義長期照護品質九大基本工作原則(IOM)：

(一)長照必須是以消費者為中心而非以提供者為中心、(二)以消費者為中心的長照系統必須建立在不同特質及喜好的服務、(三)可信及現行可用的選擇訊息及提供者照顧品質必須很容易獲得，以供消費者作決定、(四)取得合適的長照服務必須包括照顧品質與生活品質、(五)長照服務品質的衡量必須包括

多元的方向，尤其是生活品質，這些測量包括社會、心理、生理、及居家需要、(六)提供者必須負責高照顧品質的提供，包括可達成的照顧結果、(七)照顧者的動機、能力及足夠的工作力是長照品質的重點、(八)提升長照品質需要政府對發展，實施有效的法規及給付政策的承諾、(九)照顧品質的提升必須持續的客觀，透過提升可供民眾使用的照顧技能及政策知識建構高品質的長照。

美國IOM提出在評估長照品質時應考慮的三個重點，點出了長期照護體系獨特之處，值得我們參考：

(一)長照體系是結合醫療服務及社會服務二個層面，在醫療照護層面著重醫療及照護的技術，通常藉由評估是否達到某種健康或身體功能狀態或者是提供正確（或應有）的服務項目來定義良好的品質；反觀社會服務的部分通常是強調受照護者主觀的意見或滿意度來認定服務的品質

(二)潛在或現在的長期照護接受者才是品質評估的核心，他（她）們在選擇、主導及評估所接受的服務中扮演重要的角色。

(三)在護理之家或residential care facilities等，硬體設施及環境對於安全、可移動性及生活品質扮演重要的角色，保有隱私、以住民為中心(consumer-centered)也是硬體設施設計時應考量，許多研究指出疼痛、褥瘡、營養不良及尿失禁等問題是護理之家照護品質很重要的問題，因此如何降低這些問題必須建立這些照護問題的評估標準及持續的監測。

二、品質監測機制與資訊化

(一)品質資訊化管理系統

要評估品質，第一要務是有正確、可信且及時的資料，資料必須包含照護服務的內涵、接受服務者、提供服務的機構、提供服務的人員等各個層面。美國在聯邦的層次有三大資料庫用以評估長照品質

1.即時認證及報告調查系統（On-line Survey Certification and Reporting，OSCAR）包含全國得到 Medicare 及 Medicaid 認證的長照機構資料，內容包

括各機構在 Medicare 及 Medicaid 所訂定的指標中的表現，還包括機構中住民的特質、機構及人員特質等資料。

2.OBRA 87 (the Omnibus Budget Reconciliation Act) 修正案要求護理之家發展統一的住民評估工具 (Resident Assessment Instrument, RAI) 此工具對機構內的住民之需求提供結構化的評估，其中核心的評估項目稱之為 Minimum Data Set (MDS) 包含對住民 18 類問題及風險評估。

3.結果評估資訊系統(The Outcome and Assessment Information Set, OASIS) 針對接受居家健康服務 (home health care) 的人評估的資料庫，主要用以評估照護結果。

對所有長期照護機構及居家照護單位進行有效且統一的臨床登錄資料，促進促進比較品質資料的公眾報告的迅速被許多人採用。(Vicent,2007)運用一致性的評估登錄資料,將有助於瞭解機構間的品質情形與比較(Vicent,2007)

(二)外在的品質監督

長期照護的品質及安全為提供長期照護服務的專業人員(professional)、paraprofessional,其他支援人員及志工等也是品質評估很重要的一環執行照護行為的結果，外在的一些因素會影響這些人的行為，包括：政策規範、提供某些誘因、財務規劃等，方式包括：正式的品質評估制度、服務的購買者、大眾媒體、照護管理者、設定合約資格等，在全國及地方的層次應設定監督品質的原則及責任，以確保受照護者所接受的服務品質。

(三)長照政府組織與部門品質工作的建議

IOM品質委員會對美國相關長照政府組織與部門品質工作提出以下建議

1.第一類建議(適宜服務的可近性):合適服務的取得及政府應投入探討品質與不同服務取得的相關性;2.第二類建議(透過外部檢核的品質保證):發展品質評量工具、針對長期品質不良的提供者給予更多更大的處罰，對於較不符標準規範的提供者不予認證、提供消費者更多的資訊，包括適合消費者不同型態的長照服務及何處可取得合宜服務的機制、合適的設置標準以檢視所有不

同服務類型的設置、致力於發展有效的消費者宣導及保護措施，提供消費者教育及初始的資訊，建立抱怨(申訴)規範及步驟；3.第三類建議(強化工作能力)：每天24小時應有護士，應訂有最少的工作人員層次(人數及技能)、對護理之家的給付應依護理時數給予、參考消費者意見發展人員教育、訓練計畫及照顧標準、改善工作環境，給予合適的薪資，注意人員生涯發展機會，訂定工作規劃、工作設計輔導以維持工作意願、立法限制有犯罪經歷者不可擔任長照工作人員；4.第四類建議(建構機構的能力)：投入不同長照機構設置所需實際服務時數及人員，提供合適服務的研究、針對不同設置下不同消費者需求進行照顧成效研究、需求與其人員設置是吻合的、設置長照品質策進中心，開始進行研究、示範及訓練計畫以重新設計照顧流程，達成最好的照顧技巧提升生活品質；5.第五類建議(服務給付)：在降低給付標準時應考量對服務可近性及品質的影響、投入給付政策對可近性及品質影響的研究、低給付費率對長照機構服務提供的效果、給付系統(Prospective payment/Interim payment) 對可近性及品質的影響、低給付是否有較低的護理之家照顧品質。

三、德國長期照護保險品質查核機制

基於照護需求者有接受完善照護之請求權，照護機構對之所提供之品質維護，成為服務輸送關係另一重點。為實施品質審查，邦照護保險人協會得委任健康保險醫事服務處或由邦照護保險人協會指定之專家進行品質審查。德國於2008年7月長期照護保險法修正法施行前，對照護機構所進行之評鑑，僅五年一次。新法為維護照護品質，乃規定至2010年12月31日，凡經認可之照護機構至少一次，

自2011年起，每年一次由健康保險醫事服務處或邦照護保險人協會指定之專家對之進行品質審查，此為「規律審查」。規律審查特別包括「結果品質」、「程序品質」與「結構品質」之審查：「結果品質」係指照護情形之基本觀點，以及，照護和照顧措施之實用性；「程序品質」係指關於給付提供之過程、執行與改革；「結構品質」則為給付提供之框架條件。除規律性審查以外，另有動

機審查與重複審查；倘一審查委託係關於審查動機(Prüfanlass)，則為「動機審查」(Anlassprüfung)，其包括照護與照顧措施實用性重點之完整審查。

「重複審查」(Wiederholungsprüfung)則與規律審查和動機審查有關，倘照護機構審查結果有瑕疵，則需進行重複審查，而重複審查費用由照護機構自行負擔。機構品質審核之工具為「專家標準」(Expertenstandards)，係以一學術方法進行品質的檢查與審查，在不同主題範圍，有不同之專家標準；例如，於褥瘡防制專家標準(Expertenstandard Dekubitusprophylaxe)要求下，照護機構須避免照護需求者因長期臥床產生褥瘡。為使審查結果透明化，審查者對照護機構審查結束後，除就個別問題打分數，亦須以「很好」(sehr gut)、「好」(gut)、「可」(befriedigend)、「尚可」(ausreichend)、「有瑕疵」(mangelhaft)方式打總分，並做成審查報告。

審查結果並在網路、照護機構、照護保險人處、照護據點等，以適當、免費方式公開資訊(江、柯、林、林，2009)。

四、荷蘭長期照護保險品質查核機制

荷蘭健康保險局(CVZ, Health Insurance Board)除了對 AWBZ 基金及預算提供諮詢意見外，並負責對於服務提供者進行服務品質查核工作；地區性 AWBZ 組織負責監督照顧品質；私人非營利服務提供單位提供的服務必須符合一般品質標準，區域或地方居家照顧、住宿型照顧和護理之家的服務提供單位彼此建立合作與聯盟的管道。政府為因應可能產生壟斷市場的負面影響，透過設定服務指標 (benchmark) 的方式，掌握服務品質和價格。在外控機制方面，主要由政府負責品質監督。健康照護系統代表定期監督服務提供；政府對於非營利組織採 ISO9001 及 HKZ 認證，每年認證一次，並以非事先通知方式進行查核。目前在荷蘭設立及經營非營利組織，必須有 ISO9001 國際認證及 HKZ 荷蘭高品質雙重認證，其中 HKZ 是由荷蘭政府主導其檢測指標(江、柯、林、林，2009b)。此外法律也規範每個提供照顧的機構成立消費者保護委員會，持續加強品質保證。在內控部份則由服務提供單位內部進行

品質監督。若被保險人對給付或任何服務輸送過程的不滿意，可直接巷 CIZ 聯繫，要求重新評估或重新安排適當的服務。

五、日本長期照護保險品質查核機制

日本在評估部份運用資訊化資料，透過資訊化資料分析，隨時提供評估者評估內容的參考，以控制評估的一致性。另由照顧管理師擬定照顧計畫並監督服務的提供，同時各市町村也透過行政監察委員事務局（ombudsman）進行不定時、沒有事先通知的評鑑，以掌握各照護計畫與服務提供的品質。長期照護各類服務單位則由地方政府委託相關民間團體進行品質考核工作，評鑑指標與調查內容，由各都道府製定，並將公佈於網站，供各服務單位參考；第三者評價單位多為非營利組織，需經政府審核同意後，始能辦理評鑑工作；服務單位評鑑需自付費用向第三者評價單位提出評鑑申請，部份住宿型機構受評鑑結果決定給付內容（日本東京都，2009）。

六、德、荷、日、韓長期照護品質監控機制比較

德、荷、日、韓在服務輸送的品質管理比較(表 2-4-1)，多數有法源依據，在品質控管部份，通常分為內控與外控機制，其中外控主要方法有兩種：(一)在保險單位透過第三者專家審查制度掌握各服務機構的服務品質、(二)申訴審議制度：透過保險公司或國家主管單位設立申訴審議單位，協助消費者處理長期照護服務輸送流程各環節中所發生的問題。品質查核報告目前各國多以公開資訊化方式提供給服務需求者參考。

表 2-4-1 德、荷、日、韓品質監控機制比較

	德國	荷蘭	日本	韓國
品質法源依據	有	有	有	--
採用品管機制	內控機制 外控機制 (規律審查)	內控機制 外控機制 (ISO9001/HKZ)	內控機制 外控機制 (第三者評價)	內控機制
服務提供單位品質是否納入特約考量	有	有	有	--
品質資料庫	評估資料庫	評估資料庫	評估資料庫	--

第三章 研究方法

本研究設計共分為文獻分析、焦點團體專家會議及問卷調查：

一、文獻分析

文獻分析參採內政部在 2005 年「我國長期照顧制度規劃研究委辦案」所收集德、荷及日之資料與建議案，再透過文獻回顧，收集已實施長期照護保險制度國家的相關資料(以德國、荷蘭、日本及韓國等為主要參考對象)，與國內歷年長期照護輸送體系相關研究案等文獻報告，進行相關資料比較與分析。

二、焦點團體

聘請國內長期照護及老人相關領域專家 14 名，包含產、官、學界等的學者專家(表 3-1)，進行 5 次專家會議討論；並參加經建會主辦的聯合專家座談會共六場，及配合「保險給付」、「保險對象」相關研究小組的跨組會議共 9 場(表 3-2)；會中討論長期照護保險相關服務輸送制度分析與比較，提出可行的建議方案。

表 3-1 焦點團體專家參與名單

代表領域	專家姓名 (以姓氏筆劃排序)	服務機構
長期照顧管理中心 實務決策者	石惠文督導	花蓮縣長期照顧管理中心
	李淑婷主任	高雄市長期照顧管理中心
	彭美琪主任	台北縣長期照顧管理中心
	林秀玲督導	台北縣長期照顧管理中心板橋分站
衛生行政暨社會行政管理 者	周麗華副局長	台北市政府社會局
	許銘能局長	台北縣政府衛生局
	劉惠賢技士	衛生署健康暨護理照護處
民間團體代表	張美珠秘書長	台北市立心基金會
	翟文英秘書長	台灣長期照護專業協會
政策研議機關代表	謝佳宜專門委員	行政院經濟建設委員會
	陳靜雯科員	行政院經濟建設委員會
學術單位	楊志良教授	亞洲大學副校長
	李邵懷助理教授	台北醫學大學老人照顧暨護理管理系
	李玉春教授	國立陽明大學衛生福利研究所

表 3-2 參與相關會議情形

會議名稱	會議時間
服務輸送專家焦點團體會議	98年1月21日
	98年2月10日
	98年2月19日
	98年3月23日
	98年4月13日
經建會聯合跨組專家座談會	98年2月11日
	98年2月25日
	98年3月11日
	98年3月25日
	98年4月8日
「保險對象」研究小組跨組會議	98年1月21日
	98年4月13日
「給付項目」研究小組跨組會議	98年1月9日

焦點團體專家會議共召開五場(附錄一至五)，依循研究目的方向，討論議題陳述如下：

(一)98年1月21日第一次專家會議

- 1.討論現階段長期照護保險實施可行性
- 2.實施長期照護保險下現今國內長期照護服務輸送流程可行性
- 3.實施保險制度下長期照護服務輸送流程應依據何種原則設計
- 4.參採其他國家及國內過去經驗研議長期照護服務輸送流程概念與細節

(二)98年2月10日第二次專家會議

- 1.再次討論確認長期照護服務輸送流程概念架構
- 2.研議服務輸送流程細節(服務連結、品質監控、申覆制度)
- 3.在實施保險機制下，照顧管理機制可行性
- 4.未來的照顧管理中心角色定位
- 5.照顧管理人員的專業資格認定，培訓與管理可行方案研議

(三)98年2月19日第三次專家會議

- 1.照顧管理中心角色功能定位再次探討
- 2.照顧管理中心在整體長期照護服務輸送流程的位階/與健保局/地方政府的關係
- 3.實施保險體制下地方政府可行的角色功能
- 4.現行長期照護評估指標採用至被保險者需求評估可行性探討

- 5.研議適切的評估工具
- 6.現行長期照護需求分級判定基準採用至被保險者可行性探討
- 7.研議可行的照顧需求分級

(四)98年3月23日第四次專家會議

- 1.服務輸送流程及照顧管理機制確認討論
- 2.服務輸送過程品質監控機制：評估品質、判定品質、計畫品質、服務提供品質。

(五)98年4月15日第五次專家會議

- 1.保險評估工具與資格評定之建議
- 2.保險分級之建議
- 3.目前規畫中的長期照護保險組織體制中中央與地方權責分工
- 4.服務輸送問卷內容與調查對象討論

三、問卷調查

為瞭解中央及地方相關部會負責人員之看法，以專家討論的結果，將相關政策建議方案，設計成問卷；問卷透過與會專家審視後定稿，於98年4月17日以E-mail方式傳送至中央與地方長照業務主管及全國25個長期照顧管理中心，邀請實際服務滿兩年以上的照顧管理專員與督導，瞭解其對建議方案之看法，進而歸納最可行的建議方案。

問卷採電話及E-mail方式催收，回收至98年4月30日，共回收52份，其中扣查填寫不全，或不符合研究對象(實際中心服務滿兩年以上)計有效問卷共38份；中央單位主管3名、地方照管專員或督導共35名；參考衛生署委託中華民國長期照護專業協會2008年執行調查研究案，照管中心照顧管理人員205份回收問卷(回收率96.2%)，有效樣本189人中服務滿兩年中照顧專員及督導共37名(李孟芬、葉莉莉，2009)，推估本研究中照顧管理人員回收率約91%，問卷回收結果採SPSS17.0統計軟體進行分析。

照顧管理人員以護理背景者居多，佔57.9%，其次為社工背景者為39.5%，僅一人為企管背景者。目前在中心擔任照顧管理專員為最多，佔

64.2%；主要工作為照顧管理督導者為29.0%；在中心服務滿5年以上者，佔65.8%；年齡以30-39歲者為最多，42.1%；20-29歲者次之，34.2%；僅一位為男性，其餘為女性(97.4%)；居住北部者為居多，57.9%。

表3- 3長期照護保險服務輸送問卷調查照管專業人員背景資料分析

項目	細項	N	%
專業背景	社工	15	39.5
	護理	22	57.9
	物理治療	0	0
	職能治療	0	0
	營養	0	0
	其他	1	2.6
目前工作職稱	長照中心照管專員	24	63.2
	長照中心照管督導	11	29.0
	中央主管單位	3	8.0
目前長照工作年資	5年以上	25	65.8
	4年	2	5.3
	3年	7	18.4
	2年	4	10.5
年齡	50歲以上	1	2.6
	40-49歲	8	21.1
	30-39歲	16	42.1
	20-29歲	13	34.2
性別	男	1	2.6
	女	37	97.4
居住地	北部	22	57.9
	中部	3	7.9
	南部	6	15.8
	東部	2	5.3
	離島	5	13.2

第四章 我國服務輸送體系之檢討

第一節 服務輸送體系

回顧台灣照顧管理的發展，最早可見於衛生署1998年的「老人長期照護三年計畫」起開始推動各縣市成立「長期照護管理示範中心」，試辦長期照護單一窗口制度，擔任轄區資源整合與轉介等工作，即是本著有效配置長期照護資源的管理概念而訂的措施，此後衛生署的長期照護相關計畫均持續均以此列為重點目標（衛生署，2005；鄭文輝，2004）。

至行政院核定「建構長期照護體系先導計畫」，由國立台灣大學於2000年11月至2003年10月間執行，照顧管理制度的建構也是其計畫中的重點目標之一；該計畫透過專業知能的培訓，訓練照顧管理者執行照顧管理業務，從接案至結案為止均由照顧管理者擔任主要角色，以單一窗口方式來統管整體的服務流程。直至2001年行政院經建會推動之照顧服務福利及產業發展方案中，即將「建立照顧服務管理機制，加強服務輸送系統」列為重點發展策略，明訂照顧管理的核心工作內容包括有：（一）個案需求評估；（二）服務轉介；（三）資源通報系統，即有明確角色定位，故由當時長期照護示範管理中心兼辦或由民間機關團體承辦，但以不得同時作為服務提供者為原則。

至2005年行政院長期照顧規劃小組委託長期照顧制度規劃研究報告，對服務輸送體系與照顧管理機制作了較系統性的文獻回顧與整理，因此對我國未來長照服務輸送具備原則，提出了下列的建議：（一）整合、普及、多元與持續性整合服務輸送體系—尊重失能者的個別差異（失能類別、城鄉、族群、年齡、性別、照顧者需求）、中央與地方分工、社區自決參與的輸送機制；（二）責信的服務品質—服務使用者可參與、自主及服務是可近性與可被信賴的；（三）由中央統一規範服務輸送運作流程包括：申請窗口、接案、資格認定（含初步電腦認定）、需求評量、服務計畫擬定與核定、服務提供、服務評估

與追蹤、服務計畫變更與複審到結案；(四)統一規範服務輸送體系人力組成，包括：工作人員、行政人員、評估人員、照顧管理師、權益監督人、申覆審查委員會。以致2007年行政院核定的長期照顧十年計畫，大致承襲此研究建議的架構，發展細部的執行方案。(王、周、林、吳、張、郭，2005；行政院，2007)

國內最早以長照中心名義實施長照服務輸送流程，在官方資料顯示台北市1997年即開始第一個我國長期照護中心，在當時多以服務諮詢為主，在服務連結與照顧管理工作尚未成熟。衛生署1999年開辦有六個縣市：台北市、大台中地區(台中縣市)、嘉義市、高雄市、花蓮縣及台東縣等。此時長期照護管理中心的角色功能多定位為：收集轄內長期照護資源相關訊息、提供民眾長期照護諮詢服務、推展個案管理及輔具展示與租借，由初期尚在草創期，多針為特定對象協助處理，社會福利及衛生體系服務項目尚未整合，因此在服務輸送流程較少有直接服務提供情形。

開始服務輸送流程較為明確，2000年後期衛生署委託中華民國長期照護專業協會專案輔導各長照中心，開始建置明確的個案管理服務輸送制度，也開始導入照顧管理概念；之後行政院長期照護先導計畫在嘉義、台北縣三鶯地區，開始透過兩地地方政府配合及相關計畫費用挹注，計畫案聘用專任照顧經理參採英國模式，扮演著服務輸送的守門員；先導計畫結束後2003年轉交給地方政府，嘉義市沿用相關體制，然台北縣考量全縣實施卻面臨地大人少，遂將服務輸送流程過程稍作修改，將照顧經理專責的評估工作，委託相關專業團體進行評估，台北縣輸送流程簡述如下：(一)申請人向『長期照顧管理中心』、社會局、社會福利中心、衛生局所或各地方鄉鎮公所提出申請；(二)申請單位將資料統一傳真至『長期照顧管理中心』，由『長期照顧管理中心』進行初評需求與否；(三)有需求者，『長期照顧管理中心』派評估員到到府進行評估，與申請者及家屬討論確認其可能的長照需求；(四)評估員將相關評估表傳真至『長期照顧管理中心』由照顧管理專員審核確認並透過電訪或家訪擬定照顧計畫；(五)進行服務資源連結：照顧管理專員將需求傳送相關服務資源單位，並回報原申請單位結果；(六)聘請長期照護相關專家進行不定時的評估抽審，確保評估品質的穩定性。

現行面而言，許多縣市的社政和衛政系統各自為政，行政、服務輸送、服務流程、服務資源和服務資訊方面缺乏整合，導致「單一窗口」角色與功能無法發揮，加上長照中心服務對象廣泛，包括老人、身心障礙者、榮民、原住民等，需跨部會共同協商整合，加上急性醫療、後急性醫療和長照給付與照護體系均未能整合，不但難以落實長照資源整合、開發、運用、與協調目標，更造成資源浪費，徒增服務使用者的混淆。2008 年開始實施長期照護十年計畫，即將流程統一(如圖 3-1-3)。

歷年各長期照護服務輸送體系發展內容，亦有些微差異，但整體服務輸送流程，仍以地方政府為主要單一窗口，1998 年衛生署「老人長期照護三年計畫」開始試辦長照中心以來，歷經多次計畫變革，就國內長期照顧管理中心各發展階段進行比較 (表 4-1-1 及表 4-1-2)：

一、我國歷年長期照護服務輸送相同處(或趨向一致)：

- (一)服務輸送基礎：皆無國家級法定基礎
 - (二)單一窗口：從申請受理到連結服務過程，歷年國內長期照護服務輸送皆以單一窗口對應民眾的需求，考量便民與事權統一。與四個保險國家發展現況一致。
 - (三)服務使用者能參與照顧計畫擬定：國內與四個保險國家都強調被保險人使用權與參與權重要性，因此在計畫擬定中皆開放使用者或家屬共同參與討論。
 - (四)時效性皆少於 30 天：歷年國內長期照護服務輸送發展至今，若有要求服務輸送流程時效管控計畫，多要求在 7-14 天內，遠少於其他各國的判定時效。
- 前三點與其他四個實施長期照護保險國家一致。

二、我國歷年長期照護服務輸送相異處：

- (一)主管單位不一：從過去到現在長照十年，長期照護服務輸送流程主責單位，雖大家趨向一致的單一窗口「長期照顧管理中心」，然目前仍有許多縣市事權不一致，有的縣市由衛生局管理，有的由社會局管理；其中由衛生局單位管理，二級單位也不同，有保健科、醫政科及任務編組中心等類別。
- (二)評估與判定機構屬性異同：有的縣市部份業務(如照顧服務)仍需由社

會局行政人員進行第二次簽核，流程階段多了一道行政程序，易引起社會局行政人員與「長期照顧管理中心」觀點不同引發溝通糾紛。但判定與評估同一個照顧管理專員另可能面臨地方人情壓力或個人喜好，同理心差異引發評估不一致性情形。

(三)評估指標未一致：過去發展中各計畫中因其計畫目的不同，會採用不同的評估指標，長照十年計畫已完成指標的整合，惟部份縣市仍會依各別縣市服務導入需求，進行小幅度的指標修正。

(四)訪視評估者與照護計畫擬定專業人員異同，各縣不一：承上述，部份縣市為解決照顧管理人力不足，將評估工作委外辦理；如台北縣委託民間專業團體、花蓮縣、桃園縣及宜蘭縣委託轄內的衛生所護士。這樣的結果引發不同的見解，甚而質疑評估的品質穩定性。目前在我國長期照顧十年計畫為避免類似差異，增加各縣市照顧管理專員額數，讓訪視評估與照護計畫皆為同一人進行，與德國類似。

(五)媒合長期照護服務類別不同：過去長期照護服務輸送給付皆由稅制支應，部份費用需各縣市提撥相對款項，各縣市限於財源不一，所提供的服務也大異其趣。長照十年推展雖適度整合大家的服務提供項目，不要差異過大，然除了計畫中的十項服務外，如台北縣市財源較為豐沛處，其服務提供內容還是遠超過原定項目。

內政部於 2004 年委託國內各學者專家進行長期照護服務輸送流程研究，為目前最完善且最貼近現今環境的研究內涵，在此案中對服務輸送流程有些具體的建議，摘錄如下：我國未來長照服務輸送具備以下原則：(一)整合、普及、多元與持續性整合服務輸送體系—尊重失能者的個別差異（失能類別、城鄉、族群、年齡、性別、照顧者需求）、中央與地方分工、社區自決參與的輸送機制；(二)責信的服務品質—服務使用者可參與、自主及服務是可近性與可被信賴的。由中央統一規範服務輸送運作流程(圖 4-1-1)，包括：申請窗口、接案、資格認定(含初步電腦認定)、需求評量、服務計畫擬定與核定、服務提供、服務評估與追蹤、服務計畫變更與複審到結案(表 4-1-4)。建議中央統一規範服務輸送體系內成員，包括：工作人員、行政人員、評估人員、照顧管理師、權益監督人、申覆審查委員會；及服務項目，包括：連結式服務、居家式服務、社區式服務與機構式服務。服務輸送從表單索取與

申請到服務使用，以 14 個工作天為原則。

長期照護服務輸送由申請照護、調查、評估、照護等級認定與核定、至照護計畫、至提供服務，因涉及醫護照顧與生活照顧，有別於急性醫療醫師認定就直接提供服務，未來實施長期照顧保險，除必須兼顧民眾申請的可近性與資源使用的效率性，申請照護認定服務流程期限，該如日本訂 30 日要獲得結果通知，或德國 60 日；長期照顧管理中心之功能仍應由公部門負責等皆需進一步探討。

表 4-1-1 國內歷年來服務輸送流程比較

項目	長照先導計畫 (92)	長照協會(長照 管理中心計畫) (92)	台北縣(93)	台北市(94)	長照十年計畫 (97)	健保居家護理 (84-97)
是否為法定基礎	無	無	無	無	無	是(健保法)
主管單位	計畫單位	衛生局	台北縣社會局/ 衛生局共管	台北市社會局 (老人服務中心) 台北市衛生局 (長照管理中心)	社會處：桃園 縣、新竹縣、嘉 義縣、台南縣、 台東縣 餘縣市為衛生局	各區健保局
申請人	同左	個案/委託人自 行前往長照管 理中心申請	個案/委託人自 行前往、社政或 是醫療機構轉 介、中心自行 開發	個案/委託人自 行向老人服務 中心或長照中 心提出申請	個案/委託人自 行前往、社政或 是醫療機構轉 介、中心自行開 發	使用者或家人自行向 各居家護理提供單位 申請 醫療院所協助申請
受理申請單位	長照中心	長照中心	各公所.衛生所. 服務單位.醫院 出備....等約160 處	老人服務中心 長照管理中心	照顧管理中心	居家護理提供服務單 位
以居家服務為例 評估與判定是否 同一單位	是	否	是	是	是	否
受理申請到評估 時程	--	7天	資格審核-2天 評估-5天	7天	--	電話評估(院內評估)2 天內
評估人	照顧經理	個管師、委外(衛 生所或是專業 團體)	93-96 委外評估 人員/97 照管專 員(長照十年)+ 委外(非長照)	老服中心社工 員 長照管理中心 個管師	照顧管理專員	居家護理師

表 4-1-1 國內歷年來服務輸送流程比較(續)

項目	長照先導計畫 (92)	衛生署(長照管理 中心計畫)(92)	台北縣(93)	台北市(94)	長照十年計畫 (97)	健保居家護理 (84-97)
評估到服務導入	--	--	如果是評估到核定是 5+5=10 天內。	7 天內	7 天	多半為 15 天到一個月
接案(受理申請)到 服務提供期程	--	7 天	服務申請到服務核定 12 天，後派案到服務 需 5 天內提供。(17 天)	14 天內	--	一個月內(依個案狀況不 同)
服務媒合類別	照顧住宅 失智症日間照護 中心 家庭托顧 喘息暫托服務 居家營養居家照 護 居家服務居家復 健治療緊急救援 系統 居家無障礙設施 設備 老人保護家庭暴 力	居家服務、輔具服 務、居家護理、復 健服務、喘息服務	居家護理師 在宅醫護居家物理治 療居家職能治療 居家營養 居家喘息 老人送餐居家無障礙 設施 緊急救援居家服務 輔具服務日間照護 機構喘息社區復健 機構服務 17 項	居家護理居家 醫師 居家物理治療 居家職能治療 居家呼吸治療 居家營養暫托 服務 居家藥師 居家服務 輔具服務	照顧服務(含居家 服務、日間照顧、 家庭托顧) 輔具購買租借及 居家無障礙環境 改善服務 老人營養餐飲服 務機構服務 交通接送服務 居家護理喘息服 務 社區及居家復健	保險單位給付 居家護理 居家醫訪 部份服務機構提供 居家營養 居家復健
複評時程	6 個月至 1 年(視個 案情形)	1 個月	長照十年對象-半年 非長照十年對象-半年 或 1 年(極重度)	3 個月-6 個月	6 個月	四個月
年服務案次			97 年申請量 2493 人， 評估量 4214 人(新+複 評)，活動量 4093 人(仍 服務中)。	台北市-約 1500 新案/年		

表 4-1-1 國內歷年來服務輸送流程比較 (續)

	長照先導計畫 (92)	衛生署(長照管理 中心計畫)(92)	台北縣(93)	台北市(94)	長照十年計畫 (97)	健保居家護理 (84-97)
共同 點	單一窗口 沒有法定基礎	評估量表統一 沒有法定基礎	具時效管控(14 天內) 評估表單統一 單一窗口 沒有法定基礎	具時效管控(14 天) 評估表單統一 沒有法定基礎	單一窗口 評估表單統一 具時效管控 沒有法定基礎	評估表單統一 具時效性 沒有法定基礎
個別 優點	服務內容具多元 化 評估與計畫同一 人	主管單位統一 評估與計畫同一 人	申請地點多元化 服務內容多元	申請地點多元化 與現有社福中心(老人中 心)結合推展業務 透過滿意度調查管控品 質	評估表單全國統一 申請地點多元化 評估與計畫同一人	申請地點多元化 評估需求標的具體明 確 評估者為醫師專業素 質較一致 健保局有審查案件制 度(申請從寬申報從嚴)
差 異 點	計畫型受區域限 制 人事成本負擔大 部份服務不易推 展至全國 缺乏時效管控機 制	依縣市不同個管 師遴聘不同，彈 性高唯專業背景 差異大 人員亦被主管單 位挪用其他業務 申請單位及服務 連結項目過少可 及性較差，案量 少 申請期限未設計	評估需求委外，評估人 員專業訓練尋求一致 判定委由照管人員專業 認定 評估與管理專業人員不 一致，易有見解上紛爭 行政主管單位不一致， 易有認知執事差異 長照中心非正式單位， 轉文耗時	評估人員背景不一，訓練 未一致，判定亦易有差異 部份中心置於醫院內，易 淪於服務以醫院個案為 主 行政主管單位不一致，易 有認知執事差異 長照中心非正式單位，不 能行使正式文函，轉文耗 時	評估需求判定委由照管人員專業 認定,評估與照管人員一致，照管 專員負荷大 缺乏品管機制設計(各縣市差異 大) 照管人員訓練由國家行政單位統 一辦理，彈性度較弱 主管單位分歧，行政效率不一 長照中心非正式單位，不能行使 正式文函，轉文耗時	品管機制透過醫院評 鑑及衛生局督導外 控，多數機構為因應督 導評鑑多以建立內控 品管機制 第一類個案(缺乏具體 特殊照護項目)不易被 服務 評估與執行機構同 一，易有球員兼裁判之 嫌

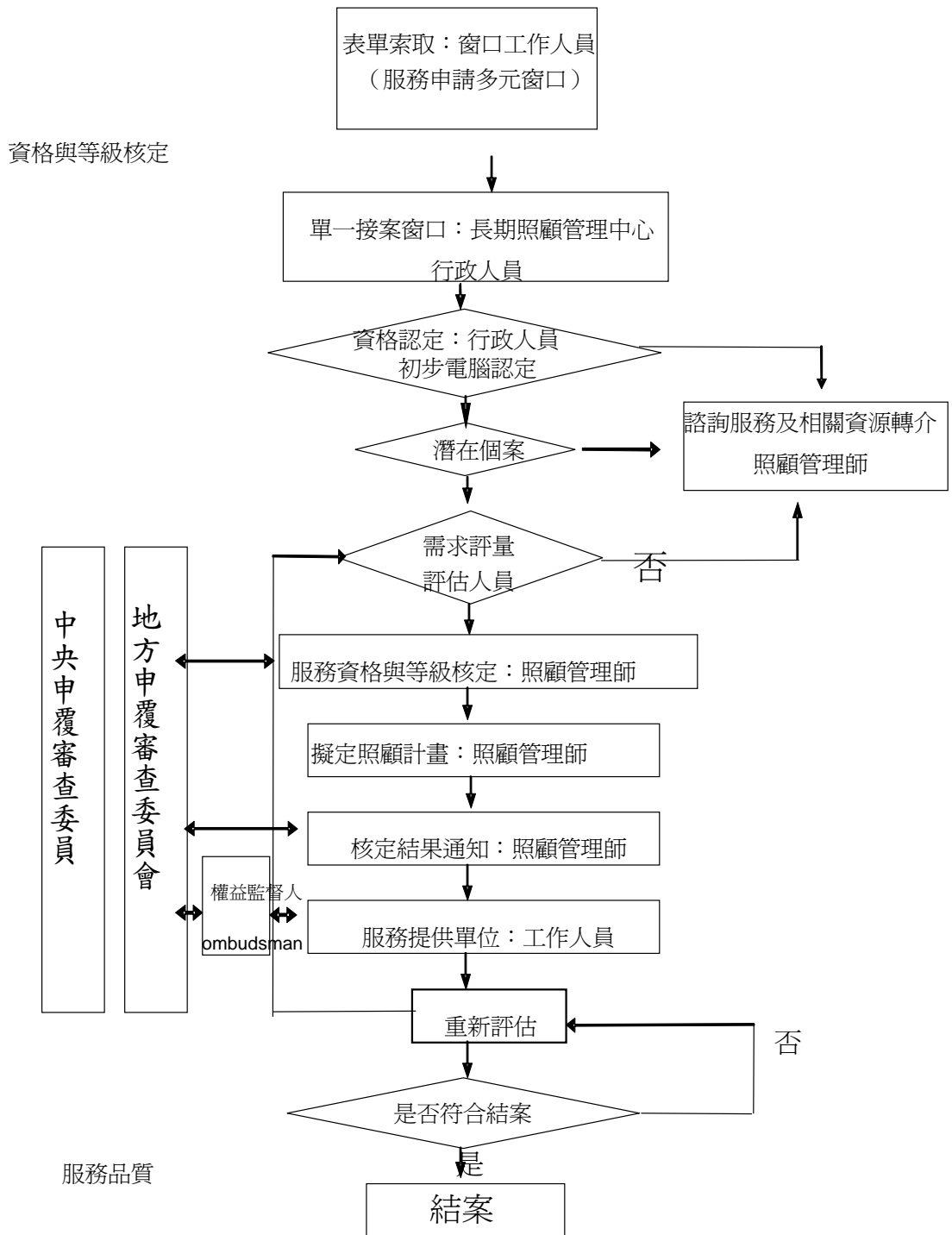


圖 4-1-1 長期照護輸送流程建議案(王、周、林、吳、張、郭，2005)

表 4-1-2 內政部 2005 年委託研究對長照服務輸送與照顧管理建議內容

排程	服務項目	負責單位	人員及角色	具備資格或知能	功能與職務	工作天數
一	表單索(收)處(多元窗口)	鄉鎮市公所、衛生所、村里辦公室、出院服務準備窗口、社福中心、相關服務單位、便利商店、郵局	申請表單受理者 -- 工作人員	<ul style="list-style-type: none"> ◆具表達解說能力； ◆具電腦文書操作能力； ◆對於申請流程及長照體系有所了解。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆提供表單； ◆協助填寫申請書； ◆代為將申請之表單傳真到照管中心； ◆申請回條發給申請人； ◆確認表單的填寫完成。 	3
二	接案單一窗口	照顧管理中心	照管中心窗口接案者 -- 行政人員	熟悉電腦文書操作者	<ul style="list-style-type: none"> ◆確認申請案件、申請時間； ◆統計申請案量； ◆電腦查核資料包括戶政、勞政、社政、衛政系統。 	
三	申請資格認定		資格認定者—(初步電腦認定者)--資格認定行政人員	<ul style="list-style-type: none"> ◆熟悉電腦文書操作者； ◆熟悉相關身分查核作業規定。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆定期更新查核資料庫； ◆負責資格查核及核退； ◆需求評量時間通知案家/個案(若照護等級高，需照顧者在場)； ◆核對申請者書面基本資料資料； ◆派案：資格認定後，根據行政區分案給照管師。 	
四	評量需求	照顧管理中心	需求評定者--評估人員(可以委外)	<ul style="list-style-type: none"> ◆具備護理、社工、醫學、職能治療、物理治療等相關科系畢業背景及實務經驗一年以上； ◆能操作責任區慣用方言。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆依派案時限完成個案家庭訪視評估及回覆中心。 	5
五	服務資格與等級核定	照顧管理中心	服務資格與等級核定者 -- 照顧管理師	<ul style="list-style-type: none"> ◆具備護理、社工、醫學、職能治療、物理治療等相關科系畢業背景及實務經驗二年以上； ◆能操作責任區慣用方言。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆核定服務資格與失能等級； ◆決定給付、提供服務項目及服務量。 	

表 4-1-3 內政部 2005 年委託研究對長照服務輸送與照顧管理建議內容 (續)

排 程	服務 項目	負責單位	人員及角色	具備資格或知能	功能與職務	天 數
六	擬定照 顧計劃		照顧計畫內涵 擬定者--照顧 管理師		<ul style="list-style-type: none"> ◆與案主、主要照顧者共同參與訂定照顧服務計畫（選擇服務類型、項目、內容、服務提供單位、資源連結（正式及非正式）； ◆針對個案使用服務狀況進行定期與不定期監測服務品質； ◆確定下一次複審時間； ◆告知案主權益及申訴管道。 	6
七	核定結 果通知		核定結果通知 者--照顧管理 師		<ul style="list-style-type: none"> ◆核定結果通知受益人及服務單位； ◆提供申覆申請表單； ◆處理申覆案件。 	
八	服務 提供	委託服務單 位	服務提供者-- 工作人員	按照法定服務施 行細則遵行	<ul style="list-style-type: none"> ◆與案家、業主共同討論參與達成共識訂定服務計畫細則； ◆說明及簽訂契約 內容：自付額、服務提供項目、內容、時間； ◆服務提供者針對個案使用服務狀況進行定期與不定期品質評估； ◆需求改變時，回覆給中心。 	申 請 到 使 用 服 務 14 天
九	服務提 供評鑑 與追蹤	照顧管理中 心	照顧管理師、服 務評估（追蹤） 者	◆具備護理、社 工、醫學、職能 治療、物理治療	<ul style="list-style-type: none"> ◆到家訪視方式進行； ◆未經覆審、服務計畫不得更改。 	
十	照顧計 畫變更 、複審 與重評	照顧管理中 心	照顧計畫變更 與覆審者--照顧 管理師、 評估人員	等相關科系畢 業背景及實務 經驗二年以 上；	<ul style="list-style-type: none"> ◆審視個案長期照顧需求改變； ◆重新擬定服務計畫。 	
十一	權益 申覆	照顧管理中 心、地方申 覆委員會	地方政府申覆 委員會成員、地 方權益監督人	◆能操作責任區 慣用方言。		
十二	結案	照顧管理中 心	照顧管理師			

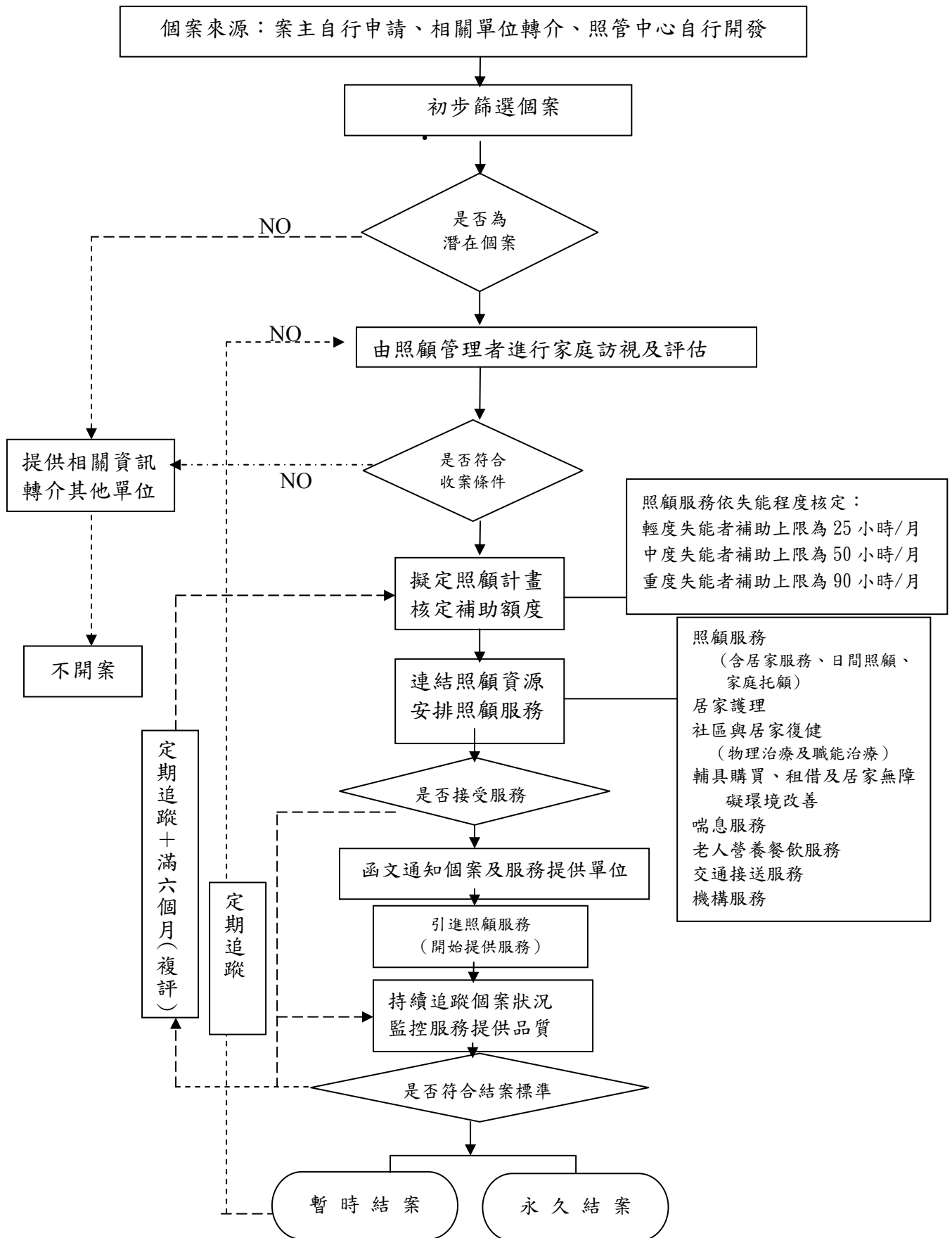


圖 4-1-2 十年長期照護服務輸送流程圖(衛生署，2008)

第二節 照顧管理機制

一、照顧管理機制

台灣長期照護體系現況，台灣長照體系最欠缺「整合」，服務輸送體系因法源及資源多元，而導致未能有一致標準。除衛生署的「長照中心」外，社政「老人諮詢服務中心」、經建會「照顧管理中心」等多元中心，加上急性醫療、後急性醫療和長照給付與照護體系均未能整合，台灣長期照顧法源(如老人福利法、身心障礙者保護法等)分歧、行政體系各自為政，法源與體系混亂、多頭資源供給和給付來源不一，導致資源重疊、分散，照顧管理機制亦未能有一致標準，造成照顧服務輸送流程效率低。

比較我國歷年長照相關計畫中照顧管理機制的差異(表4-2-1)，顯示國內長期照護中心面對照顧管理機制下可能的問題如下：(一)組織定位與功能方面不明：多半縣市提出對目前中心人事與經費發展困難，其缺乏正式組織定位，不利業務推動上；(二)照顧管理專業人員留任困難：定位不清、薪資福利弱、不具公信力易引響其工作意願，且各縣市人員少，缺乏相關培訓機制，導致人員成就感低離職率高；(三)照顧專業人員背景控管不易：各縣市照顧管理專員為縣市計畫型約聘僱人員，部份縣市礙於高層主管人事掌控，流於地方選舉酬庸，以致人員經驗背景不易掌握控管，部份縣市甚至用非相關科系等專業背景者，造成照顧管理品質參差不齊；(四)照顧管理專業人員的培訓督導機制不足：部份縣市人員流動大，且僅一至二人，面對社區長期照護資源多元，迫切需有人協助輔導，然過去衛生署在2003年以前還透過長期照護專業協會協助教育訓練與輔導，然近年來幾乎由各縣市單打獨鬥，缺乏有效機制(行政院，2006)。

內政部於2004年委託國內各學者專家進行長期照護服務輸送流程研究，對照顧管理中心角色功能與定位有相當的見解，摘錄如下：行政區域化與服務多元整合化是整合長期照顧體系的重要原則。為避免行政組織的重疊，未來長期照顧財源籌措方式將影響長期照顧行政組織。如果將來採取保險制，極可能將與現行全民健保局整合，如此將建議依照現有健保局的管理區域進行分區管理，在服務體系的規劃中，地方縣市政府/長照保險地方單位是基本規劃與行政單位；無論採取稅收制或是保險制，每一個行政單位下，再依照生活區域與服務規模的原則設立一個或數個長期照顧管理中心（圖4-2-1），其重要角色功能應為照顧服務的協調與連結；依照需求訂定服務資源。核心任務為：開發與篩選個案；評估；擬定照顧計畫；複審與重評；結案等。照顧管理師應具備專業背景與功能(表4-2-1)，且應該具有完整的職前訓練、在職訓練與督導制度等(王、周、林、吳、張、郭，2005)。長照十年基於上述政策建議，積極全面推動照顧管理機制，從對中心角色定位更明確化，照顧管理專員背景與教育訓練及相關評估指標標準一致。

若與其他保險國家進行比較，發現我國歷年來對長照中心發展十分強調照顧管理的功能，現今國內長照模式與其他國家都不盡相同，約略與日本模式類似，唯日本照顧管理師可為服務機構內聘任人員，未來我國實施保險可將照顧管理機制外放到服務機構，得進一步討論。

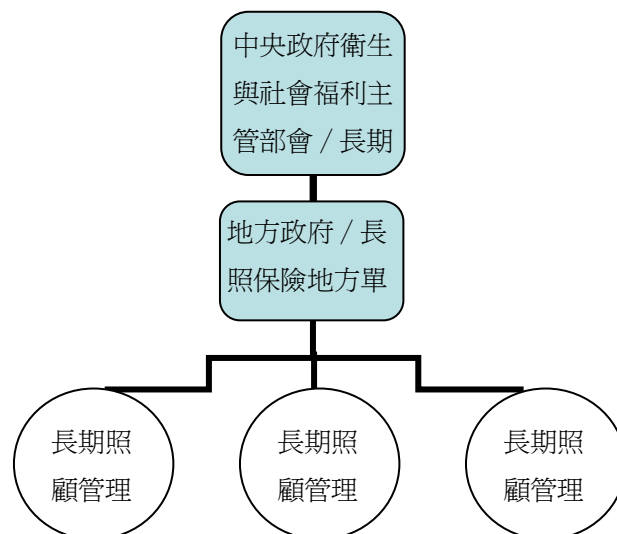


圖 4-2-1 長期照顧管理中心定位建議圖(王、周、林、吳、張、郭，2005)

表 4-2-1 國內歷年來照顧管理機制比較

	長照先導計畫 (92)	衛生署 (92)	台北縣 (93)	台北市 (94)	長照十年計畫 (97)	健保居家護理 (97)
照顧管理制度區域差異性	僅適用於三鶯地區與嘉義市	是	93-96 板橋 97 年起共設置 5 分 站	93 年增加兩區(南港長照-忠孝、大同長照-中興)	無	無
是否單一窗口	是	是	是	是，94 年開始與社會局發展共同評估機制。	是	否
照顧管理專員是否為公務人員正式職稱	否 約聘人員	否 約聘人員	皆非正式人員，社-約聘僱人員。衛-臨時人員。	公務人員 約聘人員 約用人員	否 臨時人員	居家護理師
照顧管理專員專業背景與職前訓練	照顧經理背景：社工、護理 訓練：課程 35 小時，實習 8 小時、參觀 2 小時、見習 4 小時	<u>個管師背景</u> ：護理、社工 <u>訓練</u> 初階訓練：26 小時 進階訓練：9 小時 見習：8 小時 定期辦理分區成長團體(個案討論)	護理.社.工.營養。 <u>專業訓練</u> -本縣辦理職前課程(42 小時)與實習訓練 (16 小時) <u>行政.公文</u> 類等 12 小時。	專業背景：護理師/社工師 職前訓練：無共同的職前訓練	<u>專員背景</u> ：醫師、護理師、社工師、藥師、職能治療師、物理治療師、營養師 <u>訓練</u> ：衛生署規範核心基礎課程(46 小時)及實習(40 小時)	護理專業且受過居家護理相關訓練
照顧管理專員與服務機構互動模式	透過個案討論會邀請跨專業團隊參予透過跨專業團隊聯繫會議與其互動	透過個案討論會邀請跨專業團隊參予透過跨專業團隊聯繫會議與其互動。 (各縣市有差異)	電話.照會單討論 教育訓練 個案討論 會討論 單位參訪 與服務宣導	透過轉介單轉介個案 主要以傳真、電話為主 透過每月個案討論會邀請跨專業團隊參予 透過跨專業團隊聯繫會議與其互動	未規範(依縣市而定)	服務提供單位內工作人員互動佳

三、照顧管理師工作量

歷年來國內長期照護各項工作計畫擬定的工作量不一(表 3-2-2)。衛生署委託陳靜敏(2009)及經建會委託詹火生等人研究中(2009)針對長期照顧管理中心運作現況進行調查，都提到目前國內長期照顧管理中心照顧管理人員皆有人力不足及負荷過重的情形。建議照顧管理師應視個案狀況給予合理的案量，分為兩類個案：穩定個案應為 120-200 個個案一位照顧管理師；複雜個案應為 1:45。(陳靜敏，2009)。李世代等人的研究(2009)則指出一位照管專員負責 40-60 位受照護對象應為合理量，但 90-110 或可負荷，建議需考量交通車程及個案複雜程度進行彈性調整，兩者研究負荷合理量差距相當大，但都建議應考量個案複雜問題與交通狀況才能彈性配置合理照顧管理師人力。

表 4-2-2 國內歷年來照顧管理師服務量比較

項目	長照先導計畫 (92)	衛生署(老人長照計畫)(92)	台北縣 (93)	台北市 (94)	長照十年計畫 (97)	健保居家護理 (97)
每位照顧管理專員管理個案量	訂 200 人 實際 66 人(平均)	依轄區內失能人口數，由中心自行依提供服務率訂定案量通常不多(仍未與社政結合)	97 年平均 146 位(以活動量計，即 97.12 月底仍持續用服務者，但此種計算方法無法包含新案申請.評估後沒用服務的個案和舊案陸續結案)	約 200 個案需個管。	衛生署規定 200 人	各機構案量數差異大 120-60 人

第三節 評估工具與需求分級

林麗嬋

由前述比較長照保險國家的長照評估工具與分級制度得知，日常活動功能為長照需求評估的核心，這呼應 Williams, Lyons, & Rowland (1997) 將失能界定為「在完全獨立與完全無法執行日常活動及工作的連續線之間的一點」，也是為什麼一般都將活動功能缺損作為長期照護資格評定的標準。林(2005b)曾針對國內、外常用的長期照護評估工具做比較，故本計畫不再覆述國外的工具，而僅就國內現行與未來會使用的工具做說明與探討在施行時所發生的問題，作為後續建議的基礎。

一、現行長期照護評估工具

長照十年計畫上路後，改正了過去各縣市長照評估工具與分級標準不一的限制，不過，雖然照管中心是採用綜合性評估量表，但在資格評定上，仍以 ADLs 和 IADLs 為準，如：ADLs 中的進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等六項中及 IADLs 中的上街購物、做飯、做家事、洗衣、交通方式。其他相關評估如：認知功能、憂鬱及家庭支持狀況是供擬定照顧計畫用，故以下就現行照管中心所用的 ADLs 和 IADLs 做介紹與分析。

(一)活動功能量表 (activities of daily living, ADLs)

ADL 的評估可藉個案的主訴、家庭照顧者的陳述或實際觀察個案而得，有時可利用某些工具讓個案自行操作，如使用湯匙舀食物。巴氏量表 (Barthel Index) 是 Mahoney and Barthel 在 1965 年所發展，目的在評估個案的日常活動功能狀態，內部一致性為 Crohbach alpha 0.87-0.92 (Shah *et al.* 1989)。巴氏量表與 Katz Index 的同意度為 Kappa 0.77, 與 Kenny 自我照顧評量表的相關為.42 (Gresham *et al.* 1980)。分數越高越獨立。 Barthel index 使用相當廣泛，0-20 分表示完全依賴；21-60 分表示重度依賴；61-90 分表示中度依賴；91-99 輕度依賴；100 分為完全獨立。一般說來，巴氏量表的得分在

40 分以下表示個案非常的依賴 (Matteson, McConnell, & Linton, 1997)，目前國內在外籍監護工的引進方面以 Barthel index 得分 30 分以下為準。

表 4-3-1 照管中心日常活動功能評估

1、 進食 ：請問您(您_____)吃飯時是否需要協助？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分— (1) 可自行取食眼前食物 (2) 吃完一餐 (3) 合理時間內吃完 (4) 自行穿脫輔具	<input type="checkbox"/> 5 分— (1) 要幫忙切食物、弄碎 (2) 要先幫忙穿脫進食輔具 <input type="checkbox"/> 0 分— (1) 灌食 (2) 只能嘴動，手不會舀(需人餵食)
2、 移位 ：請問您(您_____)從床上坐起及移位到椅子(或輪椅)上，是否需要幫忙？如何幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 15 分— (1) 可自行坐起、移位，並回到原位 (2) 若使用輪椅，包含自行煞車、移開踏板 (3) 沒有安全上顧慮，不需有人在旁監督	<input type="checkbox"/> 10 分—坐起及移位過程中需些微協助(如：輕扶以保持平衡，或提醒，或因安全顧慮需有人在旁監督) <input type="checkbox"/> 5 分—可自行獨立坐起，但由床移位到椅子上時，須 1 人大量的肢體協助 <input type="checkbox"/> 0 分—需人協助才能坐起，或需 2 人幫忙扶持才可移位
3、 如廁 ：請問您(您_____)上廁所過程中(包括到馬桶、穿脫衣物、擦拭、沖水)，是否需要幫忙？如何幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分— (1) 可自行上下馬桶 (2) 穿脫衣物且不弄髒 (3) 使用後擦拭清潔 (4) 不需有人監督安全 (5) 若使用便盆，包含自行取放及清洗	<input type="checkbox"/> 5 分—只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙 <input type="checkbox"/> 0 分—需人協助
4、 洗澡 ：請問您(您_____)洗澡是否協助？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 5 分—可自行完成盆浴或淋浴	<input type="checkbox"/> 0 分—需別人協助或監督才能完成盆浴或淋浴

5、平地走動：	
(a) 請問您(您_____)是否可以在平地走 50 公尺以上？需要人協助嗎？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 15 分— (1) 使用或不使用輔具(包含支架、義肢、無輪之助行器)，可行走 50 公尺以上 (2) 並可起立/坐下	<input type="checkbox"/> 10 分—需稍微扶持或口頭教導，即可行走 50 公尺以上
(b) 是否可操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門、接近桌子、床沿)？	
	<input type="checkbox"/> 5 分—可以操作輪椅 <input type="checkbox"/> 0 分—操作輪椅需要幫忙，或行走時需大量扶持，或無法行走
6、穿脫衣褲鞋襪：請問您(您_____)是否需人協助穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分— (1) 可自行穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)，包含有必要時之繫緊、綁帶子、扣扣子等 (2) 合理時間內完成 (3) 可使用輔具	<input type="checkbox"/> 5 分—在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作 <input type="checkbox"/> 0 分—需別人完全幫忙
失能項數： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度(1~2 項) <input type="checkbox"/> 中度(3~4 項) <input type="checkbox"/> 重度(≥5 項)	
7、個人衛生：請問您(您_____)刷牙、洗臉、洗手、梳頭髮、(刮鬍子)是否需要幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 5 分—可自行完成上列所有項目，且不需監督	0 分—需協助才能完成上列項目
8、上下樓梯：請問您(您_____)上下樓梯一層樓是否需要協助？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分—可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)	<input type="checkbox"/> 5 分—需稍扶持或口頭指導或監督 <input type="checkbox"/> 0 分—無法或需大量協助
9、大便控制：請問您(您_____)是否曾發生大便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分—不會失禁，必要時會自行使用塞劑(軟便劑)	<input type="checkbox"/> 5 分— (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次) (2) 使用塞劑(軟便劑)時需人幫忙 <input type="checkbox"/> 0 分—需人協助處理
10、小便控制：請問您(您_____)是否曾發生小便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？	

不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10分—不會失禁，必要時會自行使用並清理 尿布、尿袋	<input type="checkbox"/> 5分— (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次) (2) 使用尿布、尿袋時需人幫忙 <input type="checkbox"/> 0分—需人協助處理
基本日常生活活動能力總分：_____	

(二)工具式活動功能量表 (Instrumental Activities Daily of Living, IADLs)

工具式活動功能量表乃在測量獨立執行常規活動的能力，由 8 個項目所組成。包括：上街購物、做飯、做家事、洗衣、交通方式、使用電話的能力、自己負責服藥及處理財務的能力。不過，實務上有時會排除作飯、做家事、洗衣等項目，以避免性別差異所造成的偏誤，主要是在社會化過程，男性不被要求做家事，因此上述項目可能無法真正反映老年男性的能力 (Chenitz, Stone, & Salisbury, 1991)。工具式活動功能量表在看個案使用設備是否有困難，如下三連階梯使用洗衣機。此外，工具式活動功能量表與學習能力有關。目前 65 歲以上的獨居老人若有三項工具式活動功能需協助就判定為輕度失能，各縣市長期照顧管理中心的題目與內涵與 Lawton & Brody (1969) 的工具式活動功能量表完全一樣，但計分方式不同，Lawton & Brody 的計分範圍為 0-17 分，照管中心 IADL 的計分範圍由 0-24 分。

表 4-3-2 照管中心工具式日常活動功能評估

B、工具性日常生活活動能力 (IADL) (以最近一個月的表現為準)	
<p>1. 上街購物 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3.獨立完成所有購物需求</p> <p><input type="checkbox"/>2.獨立購買日常生活用品</p> <p><input type="checkbox"/>1.每一次上街購物都需要有人陪</p> <p><input type="checkbox"/>0.完全不會上街購物</p>	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
<p>2. 外出活動 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>4.能夠自己開車、騎車</p> <p><input type="checkbox"/>3.能夠自己搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>2.能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>1.當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>0.完全不能出門</p>	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
<p>3. 食物烹調 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3.能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>2.如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>1.會將已做好的飯菜加熱</p> <p><input type="checkbox"/>0.需要別人把飯菜煮好、擺好</p>	勾選 0.者，列為失能項目。
<p>4. 家務維持 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>4.能做較繁重的家事或需偶爾家事協助 (如搬動沙發、擦地板、洗窗戶)</p> <p><input type="checkbox"/>3.能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被</p> <p><input type="checkbox"/>2.能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度</p> <p><input type="checkbox"/>1.所有的家事都需要別人協助</p> <p><input type="checkbox"/>0.完全不會做家事</p>	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
<p>5. 洗衣服 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>2.自己清洗所有衣物</p> <p><input type="checkbox"/>1.只清洗小件衣物</p> <p><input type="checkbox"/>0.完全依賴他人</p>	勾選 0.者，列為失能項目。
<p>6. 使用電話的能力 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3.獨立使用電話，含查電話簿、撥號等</p> <p><input type="checkbox"/>2.僅可撥熟悉的電話號碼</p> <p><input type="checkbox"/>1.僅會接電話，不會撥電話</p> <p><input type="checkbox"/>0.完全不會使用電話</p>	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。

7.服用藥物【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 3.能自己負責在正確的時間用正確的藥物 <input type="checkbox"/> 2.需要提醒或少許協助 <input type="checkbox"/> 1.如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用 <input type="checkbox"/> 0.不能自己服用藥物	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
8.處理財務能力【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 2.可以獨立處理財務 <input type="checkbox"/> 1.可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣 <input type="checkbox"/> 0.不能處理錢財	勾選 0.者，列為失能項目。
工具性日常生活活動能力總分：_____ 是否符合失能補助標準： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (註：上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項中有三項以上需要協助者即為輕度失能)	

三、現行長期照護分級制度

從不同實施長期照護保險國家顯示：不同國家的長期照護分級不同。一般說來，分級的級數越高，被分配到的資源越多。相對的，政府財務負擔越重。因此，實施長期照護保險國家在資格評定等級的分類均經過多年的資審慎的評估，如：日本經過 5 年才將 6 級改為 7 級，德國經過 13 年才考慮從 3 級改為 5 級。一般說來，分級制度需考量獲得長期照護保險的老人群體，佔老年人口數的比例。表六顯示法國與比利時在最低資格評定最嚴格，在比利時 3 項 ADL 失能者佔 65 歲以上老人的 5.5%。奧地利最寬鬆 1 項 ADL 失能者佔 21% (Merlis, 2004)。至於國內的失能率，民國 89 年全國戶口普查資料的統計，5 項障礙中有 1-2 項 ADL 障礙佔老年人口的 6.02% (內政部，2003)。

表 4-3-3 失能或長期照護需求標準

國家	資格評定的最低標準	符合評定資格老人佔老年人 口數的比例
奧地利	1ADL+ 每個月需要 50 小時的照顧	佔 65 歲以上的 21%
比利時	3ADLs	佔 65 歲以上的 5.5%
丹麥	1ADL+4IADLs	佔 70 歲以上的 10%
法國	3ADLs	NA
德國	2ADLs+每天需要 90 分鐘的協助	佔 60-80 歲的 5.6%；80 歲以 上的 18%
日本	每天需要 25-29 分鐘的協助，滿足其他特殊 需要	佔 65 歲以上的 14%
美國 HIPAA	2ADLs	佔 65 歲以上的 7-8%
台灣（內政 部，2003）	1-2 ADLs	佔 65 歲以上的 6.02%

資料來源：Merlis(2004). *Long-term care financing: Models and issues*. Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-term Care.

林麗嬋（2005）·未來長期照護評估工具與需要程度分級·在王、周、林、吳、張、郭（2005）·我國長期照顧服務輸送規劃研究·內政部·我國長期照顧制度規劃研究委辦案第一標報告書。

目前長期照護十年計畫，在巴氏量表中的進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等六項當中，若有 1~2 項需要協助即為輕度失能、3~4 項為中度失能、 ≥ 5 項為重度失能。在工具式日常活動功能中上街購物、做飯、做家事、洗衣、交通方式的能力，若有 3 項失能亦判定為輕度失能。

第四節 品質查核機制

一、長期照顧管理中心品質查核機制

在長期照護品質查核機制，依服務輸送流程階段性任務，分為訪視評估品質、判定品質、照顧計畫擬定品質、服務機構提供品質。國內歷年來在長照中心相關品質監控機制並沒有形成明確有效的機制，多數長照中心多採中心行政作業進行品質管理內控，由長照中心督導或地方負責長照的主管就業務本身進行業務輔導，部份縣市(北縣市)另以不定期滿意度調查使用者的主觀品質結果，瞭解單位內提供的內容服務是否符合受服務者的個人需求(表 4-4-1)。

在個案對品質不符的請求，如訪視評估、判定服務與照顧計畫等不符個案及家屬期待等申請申訴等案例，未有第三者的受理單位，由各縣市長期照顧管理中心工作人員進行受案與處理，因此長期照顧管理中心照顧管理專員的素質影響其品質內控機制相當大。考量照顧管理專員專業素質參差不齊，衛生署早期推展長期照護管理示範中心中，則請各中心自聘固定專家學者，至中心針對評估、照護計畫擬定方面進行輔導，提升照顧管理專員的服務輸送品質。

表 4-4-1 我國長期照顧管理中心品質查核機制比較

	服務品質稽核單位	採用品管機制	品管稽核情形
長照十年計劃 (97)		內控機制	照顧管理督導自行 監控
台北市(94)	衛生局/長照中心	內控機制	滿意度調查
台北縣(93)	社會局/長照中心	內控機制 外控 機制(委外評 估)	問卷式-電訪/家訪。 委外單位年度督 考。
長照先導計畫 (92)	研究小組	內控機制	內部督導系統
衛生署(長照管理中 心計畫)(92)	長照協會	外控機制 (但缺乏強制力)	外部專家輔導系統

二、長期照護服務機構品質查核機制

服務提供品質因涉及服務機構類別不同，因應不同法規規定有不同的品質監控機制；例如住宿型機構分為重殘養護機構，護理之家及老人福利機構，其法源依據不同，法定規範的品質監控方式就不同；如老人福利機構品質評鑑依據老人福利法、老人福利機構獎勵辦法及老人福利機構設立標準辦理，於八十九年度由內政部訂定「老人福利機構評鑑實施要點」及各項評鑑指標，開始建構全國統一評鑑指標；並於於 90 年、93 年及 96 年邀請相關專家到財團法人等大型老人福利機構進行半天的辦鑑工作，小型老人福利機構則由地方縣市政府社會處依地方情形修正或比照中央評鑑指標辦理；內政部將大型機構評鑑結果上網公告，小型機構則僅少數都會區的縣市上網公告優良單位。在身心障礙福利機構方面則依身心障礙福利保護法訂定評鑑機制現況，由內政部社會司邀請相關學者專家到機構進行評鑑，與老人福利機構一樣每家機構為每三年評鑑一次。護理之家則依據護理人員法，由中央衛生署視需要辦理評鑑工作，1999 年衛生署開始委託中華民國長期照護專業協會進行護理之家品質訪查及輔導工作，由護理之家主動申請是否接受品質訪查工作；直至 2003 年衛生署進行第一次全國護理之家全面品質訪查工作；訪查期間護理之家品質外控機制端靠地方縣市政府衛生局品質督考工作，部份縣市比照訪查模式邀請專家學者到機構實地訪查，部份縣市則以業務單位承辦主管到機構實際督導考核；2008 年衛生署研議「護理之家品質評鑑指標」，預計於 2009 年 7 月進行全國護理之家品質評鑑工作，過去相關護理之家評鑑結果和老人暨身障機構評鑑一樣，多數的縣市都為資訊不公開，少數縣市將品質結果資訊化公開，亦僅公佈優良單位而已。

機構式照護品質多半有明確的機構設立標準等法源依據，因此在品質外部監控機制上，至少有結構化及部份過程面的品質呈現，近年來老人福利機構更將結果面向(1.感染、2.跌倒、3.非計畫性體重過重、4.非計畫性再住院、5.壓瘡)的品質納入外部監控指標。

社區或居家式照護體系，多沒有明確的設立標準，外部品質監控機制差異十分大，多數的照護服務單位皆無明確的品質外部監控機制，僅居家服務與居家護理尚有相關配套措施。

居家護理依據護理人員法，由地方縣市衛生局定期進行業務督導考核，

部份縣市會定期(一年一次)邀請外部專家學者到機構進行業務品質訪查，訪查結果也僅是少數縣市會將資訊公開，多數並無相關配套資訊公開化工作；健保局針對居家護理品質監控工作，比照一般的醫療機構，進行案件書面抽審工作，瞭解各居家護理單位執行業務的真實性；且六大分局抽審機制亦不同，有的分局針對超過定額次數案件進行病歷抽審，有的分局則抽機構全面案件全面抽審。

居家服務雖由內政部社會司訂定居家服務品質訪查指標，然各縣市目前品質監控執行內容不一。縣市多於委託招標過程中聘請專家依據計畫書進行專業書面審查，確認符合資格後進行委託。部份縣市會依據內政部訂定的指標或另訂指標，邀請學者專家每年或每兩年到居家服務單位進行實地機構概況訪查，並將其結果上網公告。若遇特殊申訴案件則多由各縣市社會處或長期照顧管理中心進行協調處理。

表 4-4-2 我國長期照護服務機構品質稽核現況

型態	名稱	服務品質稽核單位	採用品管機制	外控品管稽核情形
社區 照護	日間照護	委託單位 (縣市政府)	內控機制	縣市政府現場訪查
	日間托老			
居家 照護	居家護理	縣市政府衛生局	內控機制	縣市政府年度督考
		健保局	外控機制	健保局案件書面抽審
	居家服務	縣市政府社會處	內控機制 外控機制(委外 評估)	社會處案件抽審。 聘請專家年度品質訪查。 長照中心特殊案件處理
	居家營養/居家復健/ 居家呼吸治療	縣市政府衛生局	內控機制	僅內部督導系統，無特定 品質外控機制
機構 照護	老人福利機構	內政部社會司	內控機制	財團法人等大型機構由社 會司聘請專家三年一次機 構評鑑 小型機構由縣市社會處聘 請專家三年一次機構評鑑
		縣市政府社會處	外控機制	
	身心障礙福利機構	內政部社會司 縣市政府社會處	內控機制 外控機制	社會司聘請專家三年一次 機構評鑑
	護理之家	縣市政府衛生局	內控機制 外控機制	縣市政府衛生局一年一次 督導考核

三、現行健康保險局的品質查核機制

目前我國在醫療照護體系中，服務輸送過程及服務提供單位品質，多由各服務單位(醫院診所)進行內部品質監控機制，外部品質監控分為縣市政府衛生局、中央衛生署及健康保險局三方共同進行；其中縣市政府衛生局主要依據醫療法進行一年一次的督導考核工作、不定時稽核及糾紛事件處理等；在中央外部品質監控機制則由衛生署委託第三者民間團體「財團法人醫療品質策進會」辦理醫院評鑑，僅針對醫院型態機構邀請相關學者專家到機構進行每三年評鑑一次工作，並將相關成績上網公告，至於社區型的診所則目前並無相關中央級外部品質訪查或評鑑監控機制。

在健保制度下健保局執行的品質監控是依據健保法第 52 條：「保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險的醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床及實際經驗之醫療專家，組成一療服務審查委員會，其審查辦法由主管機關訂定之。」。目前負責的組織有爭議審議委員會、醫療品質委員會、病人安全委員會等。對服務機構提供的服務以審查機制監控確保其品質，審查機制分為事前、事中、事後三種。事前審查多針對高科技、高危險性技術或高費用等服務進行病人、醫院及醫師專業審查，審查確認後才同意支付相關費用；事中審查多針對部份服務單位有特定品質事件，進行現場實地勘查人力、設備及醫療院所運作等相關品質。多數的服務提供都以事後審查為主，進行申報資料的處理與分析，並將相關隨機抽樣的資料賦予專家學者進行同儕審查工作，居家護理即採此種審查方式。目前健保局採用多種方案進行對服務機構品質監控機制，在結構面上採資格標準符合的特約管理、在照護過程及服務結果面向則有「以實證醫學為基礎的指標建立與分析」、「醫療院所品質資料回饋試辦計畫」、「醫療院所品質資料公開計畫」、「醫療科技評估計畫」、「論質計酬試辦計畫」、「西醫總額專業審核委託計畫」等計畫進行相關品質管控機制。健保局及醫療院所多透過資訊系統進行品質管理監控(表 4-4-3)。

表 4-4-3 我國醫療院所品質測量及資訊利用現況

制度	使用者	使用對象	資料來源	影 響
醫院評鑑	衛生署	醫院	醫院填報	醫院品質內控
	醫策會		專家評鑑	外部品質監控
TQIP	醫策會 加入計畫的會員	醫院	自行填報	醫院品質內控
THIS	台灣醫務管理學會 加入計畫的會員	醫院	自行填報	醫院品質內控
總額制度	費協會	醫界全體	費用申報	總額協商
品質確保	醫療團體		調查	費用控制(外控)
分案	健保局			
診療概況	健保局	個別醫師	費用申報	外控(結構面)
表	醫師/醫療院所	醫療院所		

比較國內現階段長期照護品質監控機制，與國外相似，多以內控為主，外控為輔。在執行工作上，長期照護相關品質多由地方政府與中央主管單位進行外部品質監控機制，與健保制度下的醫院體系類似，唯長期照護服務提供單位外控品質缺乏統一的法律依據；組織管理不明確，且與健保體系或國外比較，缺乏有效的資訊化品質監控系統。

第五章 我國服務輸送體系政策之討論

第一節 服務輸送流程政策之討論

一、服務輸送流程設計理念

長期照護保險屬社會保險形式，應屬全國普及的人權，兼顧公平效率，不宜因地區資源差異而有所差別，應符合七大原則。

(一)全國適用 (universal)

長期照護服務輸送流程，過去在國內常因各地人力及服務資源不同，造成差異性，希望未來設計的核心模式應能全國適用，不再因地制宜，造成弱勢者更弱。

(二)以「人」為中心，給付對象有權參與服務使用的計劃

近年來在健康照顧產業都在追求不再以「病」為中心，應以「人」為中心；過去台灣長期照護服務輸送流程多考量以「服務」為中心，有服務資源才管理沒服務資源就不在照顧管理過程；導致部份的「長期照顧管理中心」類似服務媒合單位，而不是以人為主的照顧管理單位，因此未來輸送流程設計部份中心原則建議應以「人」中心為思考，使用者與家屬有權參加服務使用計劃，讓發展全人、全家、全社區的長期照護模式。

(三)便民、可近性高，以縣市或次區域為單位至少一個受案據點(窗口)

長期照護服務使用者，為失能者，對日常生活照顧多數已需高度依賴他人，面對複雜的行政體系更是無法處理；如何簡化流程，單一窗口設置就是歷年來國內外經驗的重要服務原則，另考量地緣因素，愈貼近失能者所處環境社區，愈能有效掌握其資源運用，因此建議應每個縣市為單位至少應一個單一窗口，以達便民及可進性之原則。

(四)公平、公開且符合成效的機制

所有服務輸送過程，涉及資源的掌握與分配，長期照護個案類似於健保下的病人，處於資訊相對不對等的環境；唯長期照護個案比健保下的病人相對性弱勢，選擇權也不如現有的醫療體系般可以有高度 Doctor shopping 的機會，因此建置一套公平、公開且符合成效的服務輸送機制更為重要原則。

(五)中央與地方分工，提升各級政府權能

國內近年來組織結構，傾向地方自治，加上各縣市地方民情不同，對長期照護個案等弱勢族群照顧也不同；導致中央與地方常有競合情形產生；部份資源豐沛縣市其照顧能量遠高於中央相對政策，資源弱勢者可能不僅達不到期待，甚而自動放棄地方政府管理的權能；如何透過有效的長期照護服務輸送流程設計，讓中央與地方分工明確，且能強化各級政府的權能，造福更多需要照顧的人。

(六)與我國現有的長期照護體制無縫接軌

我國長期照護服務體系於近二十年，經產、官、學等各界專家認真研議，也透過多種長期照護計畫方案，研擬長期照護服務輸送流程，試行多年，現今長照十年下的長期照護服務輸送流程為目前國內統一的長照服務輸送流程，為讓民眾在體系變動不大下得到更有效且相對的有品質服務，應與現有長期照護體制無縫式接軌。

(七)與我國急性與亞急性照護體制無縫接軌

急性照護體系與亞急性照護體系為長期照護體系的上游，急性後期照護個案照護不當會衍生出長期照護需求。因此如何強化急性照護與亞急性照護與長期照護體系接軌，在長期照護保險服務輸送規畫過程中，應納入考量。

二、服務輸送體系之初步建議

將整體服務輸送流程分為七個階段：(一)申請、(二)受理、(三)訪視評估、(四)需求分級判定、(五)照顧計畫、(六)服務提供、(七)複評等，另依組織管理體系方案提出四個服務流程方案。

(一)方案一(圖 5-1-1)

- 1.主責單位：保險局，統籌管理與運作整體的輸送流程，由保險人在縣市或鄉鎮市區級設立工作站(詳細規畫建議見第二節照顧管理機制)
- 2.設計精神：單一窗口、事權統一、與現有體制接軌
- 3.說明：在服務輸送系統中扮演主要的角色，從服務輸送流程中的第二階段到第五階段皆由此單位負責。

(二)方案二(圖 5-1-2)

- 1.主責單位：保險局為主，地方政府為輔。
- 2.設計精神：雙窗口、強化地方政府事權。
- 3.說明：考量提升地方政府管理權限包括參與長期照護個案的照護網絡，及地方服務資源有效整合與運用；個案評估過程仍由保險單位自行聘請專業人員或委外訪查評估，判定分級級數後，依分級級數上限給付費用額度，委託地方政府現行長期照顧管理中心照顧管理專員進行照顧計畫擬定與服務資源整合管理。分為「評估判定單位」與「地方政府」兩個窗口；前者窗口工作內容從受理初篩、派案評估與判定；另另一窗口則由各地政府擔任，扮演與使用者共同討論擬定照顧計畫及派案服務等角色；此概念另一功能於開發與管理轄內的長期照護服務資源狀況，此角色由地方政府扮演更能有效管控與發展地方資源。

(三)方案三(圖 5-1-3)

- 1.主責單位：地方政府為主，保險局為輔。
- 2.設計精神：單一窗口(鄉鎮市區級/比縣小的單位)、便民、可近。
- 3.說明：將服務輸送流程中「評估單位」與「判定單位」分開不同單位管理，「評估單位」由保險人在各地鄉鎮市區級設立服務點(詳細規畫建議見第二節照顧管理機制)，在服務輸送系統中扮演主要的角色，也是民眾的單一窗口，工作內容從受理初篩、派案訪視評估、與申請人共同討論照顧計畫擬定及服務連結等；另一單位則由保險人另設立高「照顧管理單位」一階的行政單位，其主要扮演判定的角色；將評估與判定分開，降低人為及其他環境因素(如關說、地方壓力、地方專業人員能力差異)。

(四)方案四(圖 5-1-3)

1. 主責管理單位：地方政府。
2. 設計精神：單一窗口、事權統一、與現有體制接軌。
3. 說明：方案四與方案一相同，皆由同一個單位統籌管理與運作整體的輸送流程，方案四的主管單位由保險人直接委託縣市政府經營，縣市政府依人口分佈與交通狀況設立一個或多個工作站(詳細規畫建議見第二節照顧管理機制)，在服務輸送系統中扮演主要的角色，從受理初篩到服務派案皆由此單位統一負責。

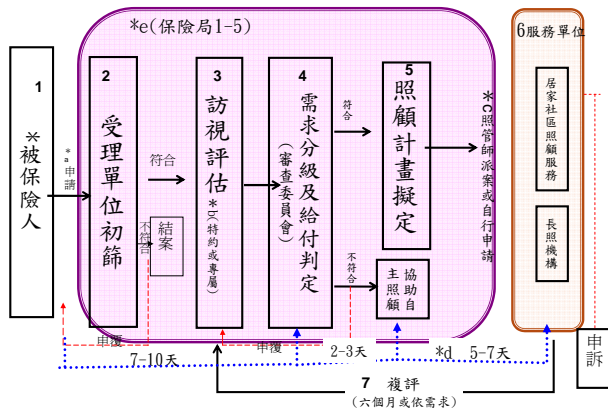


圖 5-1-1 長期照護服務輸送流程-方案一

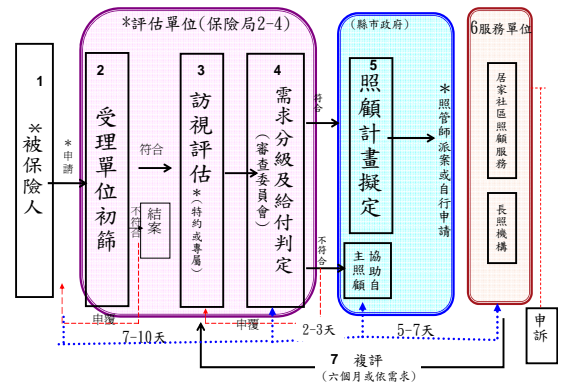


圖 5-1-2 長期照護服務輸送流程-方案二

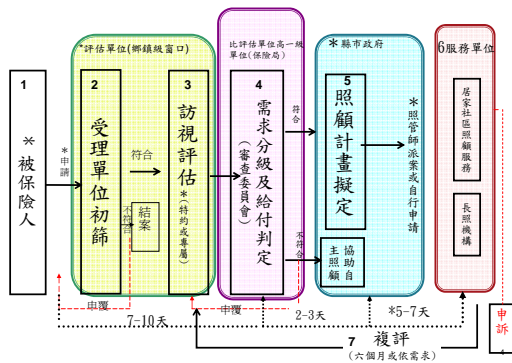


圖 5-1-3 照護服務輸送流程-方案三

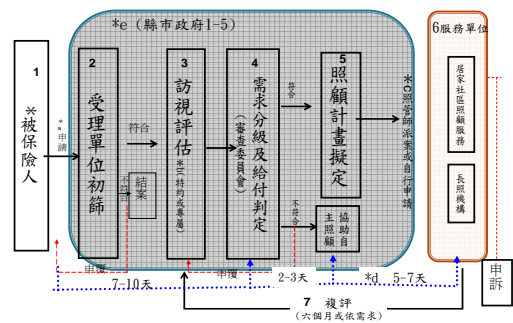


圖 5-1-4 長期照護服務輸送流程-方案四

(五)四個方案優缺點比較(表 5-1-1)

方案一及方案四最貼近現行國內現有長期照護服務輸送流程，只是從稅制福利服務轉成保險給付服務，轉變最小，接軌最易；唯一分別的是方案一由保險局自行辦理相關業務，方案四則由保險局委託縣市政府經辦業務；未來政策規畫單位需思考保險局與地方政府間業務督導及費用預算問題；另原來各地方政府對弱勢者的福利責任與角色功能，如何區隔；以免非保險負擔下的福利服務被保險機制給稀釋掉。

方案二考量地方權能的發展，設計精神類似第一方案，只是不管照顧管理單位為何，明確規範將照顧計畫及資源管控由地方政府全權處理，部份可接軌上現行長期照顧管理中心業務，僅是將評估判定區隔給保險人另設立的單位，但仍需思考相對各地政府與保險人未來權責與經費畫分問題。

方案三考量便民，期待從現行各公所組織內部去增聘服務，不再重新創立新的服務窗口，思考目前國內相關基層公務人員專業服務品質落差大，如何有效擔任專業訪查評估工作，會不會導至有浮報的現象出現。

表 5-1-1 四種長期照護服務輸送流程建議案優缺點比較

	方案一 (大有為保險局)	方案二 (保險局為主)	方案三 (地方政府為主)	方案四 (大有為地方政府)
照管制度之設計 基礎	整體照顧管理機制皆由健保局負責	評估由健保局負責，照管計畫由縣市政府負責	評估由健保局負責，照管計畫由縣市政府負責	整體照顧管理機制皆由地方政府負責
中央與地方主管 機關分工	評估與照管計畫皆由健保局負責	照管機制由中央與地方共同分擔	評估與照管計畫皆由地方政府負責	評估與照管計畫皆由地方政府負責
地方主管機關權 責大小	地方政府角色較小	地方政府角色適中	地方政府角色較重	地方政府角色最大
優勢	1. 整合資源，管理容易 2. 辨識度高 3. 單一窗口降低行政程序 4. 評核機制及服務提供較能全國趨於一致	1. 強化地方政府權能 2. 有效整合管轄內資源 3. 有效資源配置，避免支出費用成長過快 4. 保險給付採論人計酬經費易管控	1. 便民、可近性高 2. 工作人員服務區域較小，降低交通往返時間 3. 具較高社區自決功能 4. 可結合現有基層人力行政資源(各地健保課)	1. 強化地方政府權能 2. 有效整合管理轄內資源 3. 有效資源配置，避免支出費用成長過快
劣勢	1. 較無法因地制宜 2. 具較低地方參與自決 3. 需要努力結合現有基層單位人力行政資源	1. 部份縣市人力未有精簡或下屬，職權不清 2. 地方政府屬保險局委辦或下屬，職權不清 3. 評估與照顧計畫主責單位不一，權責混淆，影響其辨識度	1. 不易聘僱到專業人員 2. 專業度差異性較高 3. 地方人情壓力大易失公 4. 評估與照顧計畫主責單位不一，易權責混淆，影響其辨識度	1. 若以現今長期照顧中心執行相關業務，人力未有精簡 2. 地方政府與保險局職權劃分不清，委辦或下屬 3. 受地方政府配合因素影響 4. 照顧人力培訓及支援受各縣市服務定義不同

長照中心資深照管師及實務決策者對方案一及方案四最認同(表 5-1-2)，多數認為方案三不可行；亦即服務輸送流程由申請受理、評估、判定、照顧計畫等工作應由同一單位執行。

表 5-1-2 實務決策者對服務輸送流程建議模式意見分析 (n=38)

	眾數	平均值	標準差	最小值	最大值	四分位差
方案一	5	3.00	.299	0	5	1.625
方案二	4	2.55	.294	0	5	1.5
方案三	0	1.16	.228	0	4	1
方案四	5	3.47	.244	0	5	1.125

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

三、長期照護服務輸送流程

(一) 申請階段

1-1 申請人：被保險人及家屬

- 1.優點：考量失能者部分無自理能力
- 2.缺點：家人濫用(可能透過管理機制監控)

1-2 申請表：應簡單易填，包括以下資料：基本資料、保險狀況(繳費狀況)、自評需求。建議未來此申請單可直接以資訊化傳遞，並能依自評需求分為三級(特急件、急件、普通件)以為處理速度的依據。

1-3 申請單位：分為多元申請管道及單一管道兩種版本(表 5-1-3)；入口指受案窗口，不論多元或單一，審核及判定均為單一機制。由於醫院急性住院與亞急性照護系統，常是長期照護個案上游，各醫院出院準備服務為整個服務輸送體系的起點窗口，在轉介申請服務過程中扮演重要的角色，因此出院準備服務應被重視。

1-4 申請單位功能：申請照顧評估表單索取、協助被保險人及其家屬填寫資料、將申請書轉介至受理單位。

(二) 受理階段：照顧管理單位

2-1 受理單位：照顧管理單位，分為鄉鎮區市級或縣級兩類(表 5-1-4)。

2-2 受理案件處理者：執行窗口為照顧管理單位，分文專業人員與一般行政人員。

2-3 受理單位功能：收取申請表記錄存檔，進行初步需求篩檢工作，轉介

資料給評估人員，接受申覆(訴)案件並處理。

2-4 初篩申覆(訴)：初篩資格不符者可重新申請。

表 5-1-3 申請單位窗口建議

	A 版 多元申請管道	B 版 單一管道
內容	1.鄉鎮公所現有健保窗口 2.衛生所 3.醫療院所出院準備服務窗口 4.里辦公室 5.網路付費、郵局或便利商點	鄉鎮公所現有的健保窗口
優點	1.通路較多元 2.民眾申請據點可近性高 3.與現有通報體制結合節省過度集中人力負荷	1.單一明確 2.現行公部門組織人員運作熟悉 3.具有公權力較易負通報全責 4.可透過資訊網協助審查保險人有效身分進行第一線的資格審查
缺點	1.無法有效要求相關窗口受理通報的權責 2.無法在受理單位進行第一線的資格審查	1.通路不夠多元 2.工作人力負荷須考量人力配置的補充

表 5-1-4 照顧管理單位區域規模

	A 版 鄉鎮市區級(一個縣市多單位)	B 版 縣級(一縣一單位)
內容	1. 鄉鎮市區級 (一個鄉鎮一個單位) 依需求人口區分一個縣多單位	縣級(一縣一單位)
優點	1.可近性高 2.貼近基層需求 3.具較高的社區自決功能	1. 單一化管理較佳 2. 地方制度較能趨一致 3. 相關配合財政提高至縣級較為豐沛
缺點	地方管理派案評估較易受當地人脈影響，易失公平性	1.過於集中 2.缺乏地方參與自決

在申請及受理階段中，實務決策者(表 5-1-5)認為申請窗口應以多元入口為考量，且多數人意見十分集中(Q<0.6)；申請人則考量方案二應將專業人員納入(Q<0.6)，受理申請初篩單位，問卷中共同意見以照顧管理中心為主(Q<0.6)；至於受理的人員則以專業人員為多數，但意見較為分歧。

表 5-1-5 實務決策者對申請及受理階段意見分析(n=38)

		眾數	平均值	標準差	最小值	最大值	四分位差
申請窗口	多元入口	5	4.45	.176	0	5	0.5
	單一入口	0	2.00	.322	0	5	1.625
服務申請人	被保險人及家屬	5	3.74	.263	0	5	1
	被保險人、家屬及專業人員	5	4.08	.237	0	5	0.5
受理初篩單位	照管中心	5	4.42	.134	2	5	0.5
	鄉鎮公所	5	2.84	.336	0	5	2.125
受理處理人員	一般人員	5	3.08	.300	0	5	1.625
	專業人員	5	4.11	.202	0	5	1

註 1：建議強度評量尺分為五分，5 分為最可行程度，0 分為不可行

(三)訪視評估階段

3-1 訪視評估單位：分為兩種方案，照顧管理單位專屬照顧管理師或委託相關專業團體(如物理治療師公會、職能治療師公會、營養師公會、護理師公會、長期照護相關團體或醫院等)擔任訪視評估工作。

3-2 評估者背景：醫學院、社工等具專業證照者為主，細節如第二節照顧管理機制中陳述。

3-3 評估表：核心評估指標為 ADLs(Bathels index)、IADL 及認知功能，細節詳見第三節評估工具與分級。

3-4 評估品質監控：包括內控機制與外控機制，細節詳見第四節 品質監控。

3-5 評估時效：從受理申請案至完成評估，應在 7-10 天內完成。

表 5-1-6 訪視評估者單位背景

	A 版	B 版
內容	專任照顧管理師 (長照十年模式)	委外單位另聘專業人員 (台北縣模式/德國模式/日本)
優點	評估一致性較易掌握	1.人力成本較低 2.彈性度高 3.可近性高
缺點	1.人員財力負擔大(需進一步評估人力需求，或以保險公司以 fee for service 計價方式給地方政府聘雇人力) 2.人員招募不易 3.易有關說之餘(可透過判定委員會進行判定分散評估人情壓力)	1.評估一致性及品質需考量(可透過判定委員會進行判定，可考量品質監督機制進行監控) 2.未具公權力，人員管控不易 3.受委託評估單位易與服務單位有利益輸送情形分散評估人情壓力)

對照顧管理單位設立規模，多數的長照管理專員都認為應該以人口需求設立相關單位，突破現有的一縣市一中心狀況；在訪視評估階段中，長照中心照管師多數題目意見都十分集中(Q<0.6)(表 5-1-7)；需求評估方式應至案家或機構進行親自訪視；評估機制應由照管單位自聘專任工作人員進行評估工作，至於委託醫院或民間團體進行評估，建議強度低於自聘人員情形；評估人員建議由受過相關訓練的專業人員擔任為佳；至於評估量表則多數人建議應由現行長照十年量表進行修正。評估時效則以 7-10 天為多數人意見，然與 5-7 天意見亦十分接近。

表 5-1-7 實務決策者對訪視評估階段意見分析(n=38)

		眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
照顧管理	依人口需求	5	3.66	.254	0	5	1
單位設立	比照現行長照	4	3.45	.241	0	5	1.125
規模	比照日本	3	2.71	.279	0	5	1.125
需求評估	案家或機構	5	4.58	.117	2	5	0.5
方式	機構(醫院)	5	2.76	.286	0	5	1.125
	自填申請資料	0	.55	.206	0	5	0.125
	依需求區隔	0	1.08	.237	0	5	1
評估機制	專任工作人員	5	4.89	.063	3	5	0
	機構(醫院)	3	2.47	.249	0	5	1.5
	民間團體	3	2.71	.238	0	5	1
評估人員	受訓專業人員	5	4.82	.135	0	5	0
	證照人員	4	3.16	.218	0	5	0.5
	評估訓練人員	0	.58	.149	0	3	0.5
評估量表	兩階段評估	3 ^a	2.97	.276	0	5	1
	現行長照修正	5	4.29	.177	0	5	0.5
	沿用現行長照	3	2.58	.274	0	5	1.625
	Inter-RAI 表	0	1.45	.198	0	4	1.5
	日本長照量表	0	1.68	.227	0	4	1.5
評估時效	7-10 天	5	3.71	.229	0	5	1
	5-7 天	5	3.61	.265	0	5	1.125

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

(四)需求分級與判定階段

4-1 需求分級者：由評估者先行分級

4-2 需求分級依據：建議分為四級，細節請見第三節。

4-3 判定及核定給付者：建議比照韓國模式以召開審查委員會方式進行審理判定。

4-4 判定審查委員會專業背景：1.醫療、護理、社工及相關老人照顧背景者，應具被大學學歷且具實務經驗三年以上者 2.相關領域大專講師以上者

4-5 判定時效：若採服務單位為被保險人自尋資源，判定單位僅給認定證明的前題下，應考量應將認定的判定證明予以時效考量，建議如複評時間一樣為六個月。服務需求等級判定證明的有效期限，若考量不由照顧管理專員派案媒合，而直接由申請人尋找服務單位情況下，建議應設有服務需求判定證明有效期限，比照複評時間訂定為六個月。

4-6 判定申覆(訴)：被保險人獲知判定結果一個月內得以提申覆(訴)，其申覆(訴)單位建議有兩個方案，原判定單位自訂申覆(訴)服務窗口或由保險人另立中立申覆(訴)處理中心。

4-7 判定時程：約 2-3 天

在判定階段中，實務決策者意見以比照現行長照十年由照顧管理專員(評估與判定為同一專業人員)為主要考量(表 5-1-8)，與專家主要意見不同；判定委員背景以具備以下兩種條件之一：1.醫療、護理、社工及相關照顧背景者，應具被大學學歷且具實務經驗三年以上者 2.相關領域大專講師以上者為主要考量(Q<0.6)；判定花費實間並無定論，有部份問卷自填應將判定時間再拉長於 7 天；判定證明是否具備時效性，時間為六個月或一年多數人意見不一，但仍以六個月為主要的考量。

表 5-1-8 實務決策者對需求判定階段意見分析(n=38)

		眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
判定方式	開會討論判定	3	2.71	.258	0	5	1.125
	照顧管理專員	5	4.00	.241	0	5	0.625
判定委員背景	兩種條件之一	5	4.76	.088	3	5	0
	大專講師以上	3	2.45	.258	0	5	1.5
判定歷程	5-7 天	5	3.63	.260	0	5	1.5
	2-3 天	5	3.34	.230	0	5	1.5
判定證明時效	六個月	5	3.66	.259	0	5	1.125
	一年	4	3.50	.241	0	5	1

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

(五)照顧計畫擬定

5-1 照顧計畫者：照顧計畫擬定者分兩種版本(表 5-1-9)，一種為照顧管理單位照顧管理師，另一種則為服務機構提供的照顧管理師。

5-2 照顧計畫擬定參與：建議應考量被保險人的參與權，擬定計畫應由照顧管理師與使用者討論定案。

5-3 服務申請：本流程建議有兩種模式(表 5-1-10)，一種是由照顧管理師直接派案，與現今長照十年模式一樣；另一種則比照日本、德國及韓國模式，由被保險人自行尋找服務單位。

5-4 服務連結時程：服務申請以方案一則宜訂定時效，以利管控，建議為 5-7 天。

照顧計畫階段實務決策者計畫擬定者皆認定應以照顧管理單位中的照顧管理專員為主(Q<0.6)(表 5-1-11)；是否納入被保險人共同參與計畫擬定，則呈現意見分歧現象，部份回答可考量納入，部份則認為應視計畫需求決定是否需要納入；計畫擬定時間多數人認同應以 5-7 天為宜(Q<0.6)；至於計畫擬定到服務資源連結情形，則以照顧管理專員協助連結意見較為集中且為多數。

表 5-1-9 照顧計畫擬定者定位

	A 版	B 版
內容	專任照顧管理師 (長照十年模式)	服務單位提供專業人員 (日本)
優點	1.立場中立較具公權力 2.評估、判定及計畫擬定為同一機構， 管理溝通容易 3.照顧計畫擬定較能有效引用轄內全縣 資源及管理資源	1.人力成本較低 2.彈性度高 3.可近性高 4.選擇性多
缺點	1.人員財力負擔大 2.人員招募不易	1.照顧計畫品質拿捏不易(可考量品質監 督機制進行監控) 2.未具公權力，人員管控不一 3.計畫者易從服務單位利益考量出發，較 不易從被保險者角度思考

表 5-1-10 派案與服務提供模式

	A 版	B 版
內容	照顧管理師直接派案服務 (我國長照十年) 時效縮短為 5-7 天	由被保險人自行連結服務單位 (日本/德 國/韓國) 考慮用判定證明(六個月)
優點	1.立場中立較具公權力 2.資源有效運用 3.降低服務機構過度行銷影響使 用者判斷力 4.避免使用者誤用不良品質服務 5.時效性高	1.彈性度高 2.可近性高 3.選擇性多
缺點	1.使用者運用資源自主性較差(可 透過討論計畫方式參與) 2.限制多彈性度較低	1.照顧品質拿捏不易 2.使用者易受服務單位過度行銷缺乏正 確判斷力 3.資源使用因資訊不足受限大

表 5-1-11 實務決策者對照顧計畫擬定階段意見問卷分析

		眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
計畫主要擬 定者	照顧管理專員	5	4.84	.089	2	5	0
	機構(社工...)	3	2.21	.245	0	5	1.125
納入被保險 人的參與權	皆納入	5	3.87	.236	0	5	1
	依計畫需求	5	3.21	.295	0	5	1.5
計畫擬定到服 務提供時效	5-7 天	5	4.05	.238	0	5	0.5
	7-10 天	5	3.29	.269	0	5	1.125
服務資源連 結	專員連結派案	4	4.29	.136	1	5	0.5
	自行尋找服務	4	3.24	.270	0	5	1.5

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

(六)提供服務

6-1 種類與規範：宜於保險開辦時，確認特約管理辦法，將未來長期照護保險服務給付機構應納入管理規範。

6-2 服務機構品質監控：建議應於保險單位下設一申訴中心，處理相關因品質不良造成的糾紛事宜；同時可透過地方評鑑督導考核及保險人委外單位辦理不定期查核工作，確保其品質，詳如第四節。

在保險給付服務單位種類方向(表 5-1-12)，未來相關服務機構是否需要另設法律協助設立標準與管理，多數人認定應另訂一套長期照護服務法，明定相關服務機構設立與管理(Q<0.6)。而不贊同由現有法律修改或比照。

表 5-1-12 實務決策者對保險給付服務單位種類及規範意見分析(n=38)

	眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
另訂服務法	5	4.95	.037	4	5	0
比照現行法律	0 ¹	1.95	.258	0	5	1.5

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

(七)複評

7-1 複評申請者：可有兩種方式：被保險人狀況改變時由家人或服務提供單位專業人員主動協助申請；另一種則為定期複評，由照顧管理師每六個月定期複評並重新訪視評估被保險人的照顧需求，其中定期複評建議採資訊化提醒作業。

7-2 複評單位：如前受理單位

問卷調查結果顯示，認為長期照護個案定期性的複評工作應透過資訊化機制自動提醒照顧管理單位的評估人員進行複評(表 5-1-13)；至於案例面對特殊變化時，則認為被保險人、家屬及服務機構中的專業人員應可以主動隨時提出複評工作，為大多數意見且意見分佈十分集中(Q<0.6)；定期複評時間多數人意見採一年一次，此建議與之前專家會議專家意見中的六個月，明顯有差距，顯示照顧管理師希望複評頻率不要過於頻繁。在申覆(訴)機制中認為其主要管理單位應為保險局，其次為地方政府。

表 5-1-13 實務決策者對複評及申訴階段意見分析(n=38)

項目	選項	眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
複評申請 人(定期)	照顧管理單位	4	3.42	.215	0	5	0.625
	被保險人	3	2.55	.279	0	5	1.5
	資訊系統	5	3.63	.268	0	5	1
	A、B及C兩案並行	5	2.79	.370	0	5	2.5
複評申請 人(特殊)	被保險人及家屬	4	3.37	.249	0	5	1.125
	被保險人家屬及專業人員	5	4.76	.088	3	5	0
定期複評	一年	5	4.13	.236	0	5	0.625
間隔時間	六個月	5	3.13	.285	0	5	1.5
(穩定個案)	三個月	0	.68	.196	0	5	0.5
申覆(訴)機 制主管單 位	保險局	5	3.89	.241	0	5	1
	中央主管單位	4	3.16	.252	0	5	0.625
	地方政府	5	3.11	.266	0	5	1.5

註1：5分為最可行程度，0分為不可行

服務輸送時效考量，原考量與德日同樣訂定30天，但在考量與現行國內長照體制接軌、部份偏遠地區幅員廣大、服務人力不足、與判定委員會召開需求時間等相關因素，將服務時效分階段以範圍值提供參考。第一階段為從申請初篩到判定7-14天，判定到照顧計畫擬定2-3天、照顧計畫擬定確認到服務提供約5-7天，全程為14-24天。(若判定不由委員會判定則從初篩到判定時效縮短為7-10天)(表5-1-14)，各中心從各自工作環境(人力、交通及照護資源)情形考量，多數照管中心照管師認為整體服務輸送流程，以14-24日曆天為最多人選擇的可行方案，其次為14-24工作天。

表 5-1-14 實務決策者對整體服務輸送流程時效(從申請到服務提供)意見分析(n=38)

	眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
30 天(日曆天)	0	2.13	.285	0	5	1.25
30 天(工作天)	0	1.61	.240	0	5	1.125
14-24 天(日曆天)	5	3.84	.198	0	5	1
14-24 天(工作天)	5	3.37	.296	0	5	1.5

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

(八) 申覆(訴)機制

8-1 申請不符合：此階段為身份資料行政審查，建議直接由受理單位接受申覆(訴)申請與處理。

8-2 判定結果不滿意：此階段分為對訪視評估內容與現實不符、判定需求分級與申請人見解有落差等。建議可透過照顧管理中心另設申覆(訴)事件處理單位進行處理。

8-3 服務單位提供服務不滿意：此階段為申請人對服務單位服務品質現況觀點與認知的落差，建議仍由照顧管理中心主導處理相關事宜，若涉及機構法定管理部份，由地方政府相關主管機構接受處理，若其餘品質問題建議透過品質監控機制進行處理。

將服務輸送流程相關輸送程序、申覆機制及各主責任務等，納入長期照顧保險法法規規範。

(九) 整體服務輸送時程

開辦初期、部份偏遠地區幅員廣大、服務人力不足等相關因素之下，整體服務輸送時程建議訂定為 14-24 個工作天；待保險開辦成熟後，可縮短時程為 14-24 個日曆天。

第二節 照顧管理機制政策之討論

長期照護保險實施後，保險人(保險局)、縣市政府、照顧管理單位存在的關係值得注意，縣市政府在整個長期照護服務輸送角色到底扮演何者角色(圖 5-2-1)，與縣市政府與照顧管理單位關係有關，若為直屬單位，如現今長期照護十年計畫中各縣市的長期照顧管理中心一樣，則其仍扮演著重要資源整合與運用的角色；同時與保險局間就業務合作間勢必有彼此委託關係，此類委託關係可如 HMO 或 PACE 模式，以論人計酬方式讓地方政府進行資源連結與資源管控，這是否意謂著地方政府如保險局下的一個執行窗口，面對執行品質監控部份，保險局如何有效對公部門執行，亦是一大議題，且這與現今體制間是否合宜，值得進一步探討。

另一方面，若照顧管理單位為保險局直屬單位，在執行業務過程與地方政府互動角色為何，地方政府資源如何與其有效合作，以利提升長期照護者照護的品質，亦值得探討。本節就照顧管理單位定位及照顧管理專業人員相關背景專家會議與問卷調查結果分述如下：

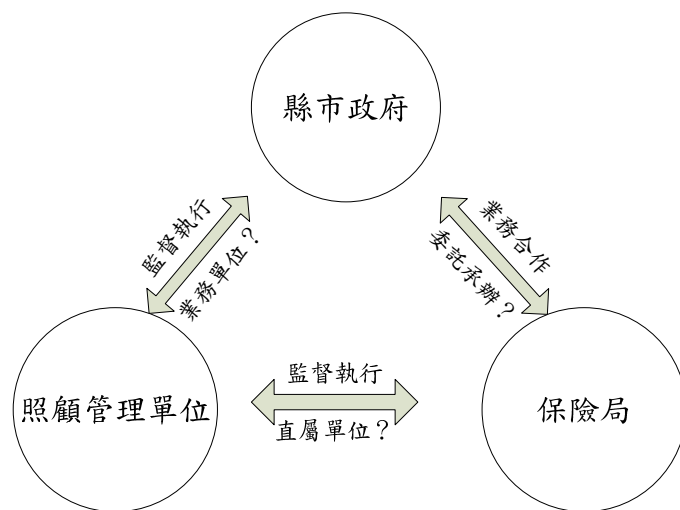


圖 5-2-1 縣市政府、保險局與照顧管理單位之關係

一、照顧管理單位定位

照顧管理單位擔任的角色功能是負責整個服務輸送流程中主要程序(2-5)，還是僅負責部份工作，會有不同定位，歸納專家會議結果及問卷分析，應有四種定位模式(表 5-2-1)。

(一)方案一

照顧管理單位負責服務輸送流程(2-5)，然此照顧管理單位由保險局自設縣市工作站經營管理，可由保險單位如勞工就業服務站一樣，依失能者多寡與區域考量，以一縣市一縣市多單位或一單位方式，自己另設服務站擔任受理初篩、訪視評估及照顧管理工作。其中此工作站(照顧管理單位)可由保險局自行招聘相關人事訓練籌設管理。

(二)方案二

將原來長照十年照顧管理單位區分為評估單位與計畫擬定單位，評估單位仍比照方案一由保險局直營，將照護計畫委託縣市政府設立工作站執行計畫擬定與服務資源連結。相關委託單位需由保險單位提供相關行政及人事經費等。

(三)方案三

將原來長照十年中的照顧管理單位依服務輸送流程的程序功能分為三部份，評估部位由保險局委託鄉鎮區地方進行，判定分級由保險局自行判定；照護計畫則比照方案二模式委託縣市政府(一縣市依人口次區域或一中心設立中心)，相關委託單位需由保險單位提供相關行政及人事經費等。

(四)方案四

與現行長照十年中各縣市長期照顧管理中心一樣，負責主要的服務輸送流程工作；侑於保險體制非稅制，因此本方案為保險局為統收款項後，直接統付各縣市政府執行相關業務。

表 5-2-1 照顧管理制度設計建議方案

	方案一 (大有為保險局)	方案二 (保險局為主)	方案三 (地方政府為主)	方案四 (大有為 地方政府)
照管制度之設計 基礎	整體照顧管理機制 皆由健保局負責	評估由健保局負責，照管 計畫由縣市政府負責	鄉鎮負責評估、保險單位 負責判定、縣市政府負責 照管計畫	整體照顧管理機制皆 由地方政府負責
中央與地方主管 機關分工	評估與照管計畫皆 由健保局負責	照管機制由中央與地方 共同分擔	只負責判定，其餘 工作由地方政府負責	評估與照管計畫皆由 地方政府負責
地方主管機關權 責大小	地方政府角色較小	地方政府角色適中	地方政府角色較重	地方政府角色最大

二、照顧管理師之背景資格

(一)專業背景需求

建議比照現行長照十年規定，惟考量部份相關科系(如社工系、老人福利系、老人照顧管理系及公衛系等)目前尚不易有專業證照，另考量前幾年實施期工作人力大量需求，建議參考加拿大與我國長照十年專業背景；修定如下：1.大專畢業且專業背景需備師級專業證照外應須長照服務經驗 2 年或以上(加拿大、長照十年)；2.不易考照或無照可考的相關科系(如社會福利、老人福利、公衛系等)需具備長照相關學分資歷者且需 4 年工作經驗(開辦至證照開始期)；3.照顧管理專員證照(預計三年後)

(二)人員資格認定

建議前三年仍以上述專業背景為入門資格，未來建議比照日本發展國家級專業照顧管理師證照。

(三)人員職前訓練

建議比照現行長照十年衛生署辦理的教育訓練模式，含課室教學與實務練習至少 86 小時。

(四)人員在職訓練

建議每年仍需參加長期照護相關繼續教育 20 小時，辦理單位不拘。

(五)照顧管理師角色定位

如中心定位，為其單位自行聘用人力。

(六)照顧管理師配置

目前長照中心建議量為每人 200 個個案，但多數縣市實際個管量未到 200；如高雄市平均個案量為 113 案、花蓮縣個案量約 140 案；考量地區幅員大及交通問題建議一位照顧管理師個案量約為 45~150 案

(1:45~150)。

(七)照顧管理師服務品管機制

由照顧管理單位進行內控品管，保險局委託相關專業團體不定期稽核其照顧管理品質。

實務決策者對專業背景要求(表 5-2-2)，意見十分分歧，雖多數人同意只要長照或老人相關科系，不易考照或無照可考的相關科系(如社會福利、老人福利、公衛系等)需具備長照相關學分資歷者且需 4 年工作經驗(開辦至證照開始期)，但意見分佈十分廣，其次是同意開辦三年後，應另訂定照顧管理專師等相關認證工作；在專業認證上，照管師意見一致的同意應具備有照顧管理師專業認證證照(Q<0.6)；認證方式亦是意見一致的認為應比照專科醫師或專科護理師方式，經過一定程度訓練及考試後由主管機構(衛生署或內政部)核發相關證明(Q<0.6)；專業證照有效期，建議終身有效，但需一段時間間隔後累積相當的在職訓練學分後才能換發；入門的職前訓練，多數人以個人經驗同意比照衛生署現行訓練模式，至少 86 小時；部份問卷表達應視照顧管理師專業背景下設定教育訓練時數；至於照顧管理師的員額，雖多數人意見十分集中的同意 100-150:1，但仍有許多照管師表達偏遠地區交通問題、資源缺乏服務連結困難、或個案問題涉及複雜的文化議題，耗費人力相當多，建議應因地制宜訂定合理量。

表 5-2-2 實務決策者對照顧管理師專業要求意見問卷分析(n=38)

項目	選項	眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
專業	證照且經驗	3	3.71	.199	0	5	1
背景	學分且經驗	5	3.32	.283	0	5	1.125
	照管專員證照	4	3.61	.271	0	5	1
	且經驗/證照/講師級	2	2.61	.260	0	5	1
專業	需專業認證	5	4.29	.241	0	5	0.5
認證	原專業證照	4	2.45	.276	0	5	1.5
認證	考試院考照	5	3.58	.271	0	5	1
方式	主管機構證明	5	4.24	.186	0	5	0.5
	職訓局核發	0	1.34	.283	0	5	1.5
專業認	終身有效不需訓練	0	1.37	.249	0	5	1.5
證時效	終身有效但需訓練換發	5	4.76	.116	1	5	0
	五年效期需重新考照	3	2.18	.238	0	5	1
職前訓	至少 86 小時	5	4.03	.201	0	5	1
練	內容另行研發	5	3.34	.298	0	5	1.125
員額建	100-150 個	5	4.26	.222	0	5	0.5
議(方案	151-200 個	3	2.24	.265	0	5	1
一或四)	201-500 個	0	.34	.127	0	3	0

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

第三節 評估工具與需求分級政策之討論

林麗嬋

依據文獻查證、台北縣、市長期照顧管理中心資料及照管專員問卷收集，目前長照評估工具與需求分級分析結果如下：

一、量表項目選取的嚴謹度不足，影響內容效度

目前長照十年計畫以巴氏量表作為評估失能者基本日常活動能力，項目包括：進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪、個人衛生、上下樓梯、大便控制、小便控制 10 項，也有得分紀錄。不過，照管專員並未以分數做為評定標準，而是以進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等六項是否需要協助為準，倘有 1~2 項失能即為輕度、3~4 項失能為中度、 ≥ 5 項為重度。審視上述六項功能，照管中心核定資格的六項指標有五項與 Katz 日常活動功能量表相同，所不同的是將 Katz 的失禁改為平地走動，如表四所示。文獻顯示國外的確有學者將 Katz 的失禁換成個人衛生或平地走動 (Liu, 1998; Teresi, Lawton, Holmes, & Ory, 1997)。但 Katz index 有層級性 (hierarchy)，亦即洗澡依賴不會伴隨其他功能限制，反之，不能獨立進食常伴隨其他功能限制。據此，理論上平地走動依賴所伴隨的其他功能限制應少於失禁。然而，長照十年計畫在做項目選擇時，並未對項目選擇的背景與依據作說明展現邏輯一致性，致影響工具的內容效度。

二、寬鬆的定義高估失能率與嚴重度

由於不同日常活動功能量表對功能獨立或依賴的定義不同，目前長照計畫除將 Katz 的失禁改為平地走動，也將原來計分方式改為二分法：獨立或依賴，且將功能依賴定義為只要是原來巴氏量表需要協助的項目就歸為依賴(請見表 5-3-1)。如：Katz 將「只要可自行進食，即使需要幫忙切食物或麵包塗奶油」就定義為獨立進食；但目前長照計畫將「要幫忙切食物、弄碎」定義為需協助進食。其次，Katz 將「幫忙洗一部份：如背部或失能的肢體」定義為獨立洗澡，但目前長照計畫將「需協助洗澡」定義為依賴。再者，Katz 將

「只要可自行穿脫衣褲，即使需要協助穿鞋子」就可定義為獨立，若依目前長照計畫的定義則會將其歸為依賴（請見表 5-3-1）。在選擇 Katz 的五項指標後，既不使用 Katz 的定義也不使用巴氏量表的計分方式，增加失能嚴重度的估計。

表 5-3-1 長照計畫與 Katz 相同的五項活動功能之定義

活動功能項目	Katz 判定	照管中心判定
1. 進食：除要幫忙切食物或麵包塗奶油外，可自行進食	獨立	依賴
2. 移位：坐起及移位過程中需些微協助	依賴	依賴
3. 如廁：只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙	依賴	依賴
4. 洗澡：幫忙洗一部份：如背部或失能的肢體	獨立	依賴
5. 穿脫衣褲鞋襪：除需協助穿鞋子外，可自行穿脫衣褲	獨立	依賴

三、偏離日常活動功能原始計分方式，造成輕症重判

台北市將原來用巴氏量表得分做輕、中、重度分級判定的個案，再使用目前長照計畫規定的以六項日常活動功能判定，結果發現氏量表得分核為輕度失能者以六項活動功能判定有 40%被核為中度，巴氏量表核為輕度失能者有 5%被核為重度，而巴氏量表核為中度失能者有 76%被核為重度（96 年 10 月 2 日），結論是：巴氏量表得分改為六項日常活動功能項目會造成輕症重判（行政院長期照顧推動小組，2007）。

再以 97 年度臺北縣長期照護管理中心 6612 位個案為例做比較，結果如下：在巴氏量表被核為未失能者，使用六項活動功能評估其中有 59.8%會被核為輕度失能，有 5.0%被核為中重度，有 1.1%被核為極重度；巴氏量表被核為輕度失能者有 13.1%被核為中重度，有 1.8%被核為極重度；在巴氏量表被核為中重度失能者有 8.1%被核為極重度（見表 5-3-2）。

表 5-3-2 長照計畫巴氏量表等級與六項失能程度之比較

	<u>六項失能程度</u>				
	未失能	輕度	中重度	極重度	N
巴氏量表					
未失能	91	1314	72	31	1509
(81-100)	(97.8%)	(59.8%)	(5.0%)	(1.1%)	22.8%
輕度	0	857	190	53	1100
(61-80)	(0.0%)	(39.0%)	(13.1%)	(1.8%)	16.6%
中重度	1	19	1172	232	1424
(31-60)	(1.1%)	(0.9%)	(80.9%)	(8.1%)	21.5%
極重度	1	9	15	2555	2586
(0-30)	(1.1%)	(0.4%)	(0.6%)	(89.0%)	39.0%
Total	93	2199	1449	2871	6612

四、IADLs 評估未避免性別偏誤，可能誤判男性的失能程度

目前長照計畫所使用的工具式活動功能量表的項目如：上街購物、食物烹調、家務維持、洗衣服、交通方式、使用電話的能力、自己負責服藥及處理財務的能力，除在「自己負責服藥」的內涵有一點不同外，雖然每個功能項目均與 Lawton & Brody (1969)相同，但是當照管中心核定 65 歲以上獨居老人是否為輕度失能時，則是採用「上街購物」、「外出活動」、「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」五項中有三項需協助為輕度失能。然而，目前長照計畫所選擇的這五項功能：「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」是最易造成誤判男性失能程度高的項目，應予刪除 (Chenitz, Stone, & Salisbury, 1991)。

五、偏離 IADLs 原始量表的計分方式，增加性別差異的機率

除了項目無法避免性別差異，目前長照計畫 IADLs 的計分方式亦增加性別差異的可能性。如：「食物烹調」中的 1. 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜、2. 會將已做好的飯菜加熱，需要提醒或少許協助等題目與性別有關，故在 Lawton & Borody(1969)皆不計分，但目前長照計畫均予以計分。

「自己負責服藥」在 Lawton & Brody (1969)的量表中並無需要提醒或少許協助該選項，是目前長照計畫自行加入。反之，「家務維持」中的所有的家事都需要別人協助，以及「使用電話的能力」僅會接電話，不會撥電話得 1 分。

計分方式的不同致目前長照計畫 IADLs 的得分亦無法排除性別差異。

實証資料也顯示目前長照計畫保留造成性別偏差的題項後，老年男性與女性在 IADL 得分有顯著差異。研究團隊從 97 年度臺北縣長期照護管理中心 6612 位個案中選取巴氏量表得分 100 分（基本活動功能獨立），但被核定為「輕度失能」的個案計 452 位，以 t-test 檢定男、女在 IADL 得分的差異，結果顯示男性在 IADL 的得分顯著低於女性，得分越低表示失能程度越高（見表 5-3-3）。

表 5-3- 3 ADL 獨立的男、女輕度失能者在 IADL 得分之比較

	男性 (n=199) M±SD	女性 (n=253) M±SD	t value	p value
IADL 得分	15.57±5.49	16.51±5.33	-1.842	.033

註：單尾檢定

六、ADLs 及 IADLs 量表無法確切反映認知功能障礙者的照顧需求

加州阿茲海默氏症管理指引小組（2002）指出對於失智症患者的評估除日常活動功能外，工具式日常活動功能更能反映其自我照顧的活動，因認知功能常衝擊到工具式日常活動功能及日常活動功能。其次，在阿茲海默氏症冗長的疾病過程中，患者常出現各種型態的問題行為顯著增加照顧的困難，因躁動行為常造成患者個人的傷害如：跌倒、受傷、脫水和營養不良，摧毀患者個人居家的生活品質，增加患者進住機構的可能性。若以每週工作 44 小時換算輕、中、重度失智症照護時間，分別約為一般人工作時間的.95 倍、1.85 倍與 2.57 倍（周、張、傅和王，2000）。

目前長照計畫失能等級判定是以進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等六項是否需要協助為準，倘有 1~2 項失能即為輕度、3~4 項失能為中度、≥5 項為重度。以失智症患者而言，許多患者在移位、平地走動這兩項不僅獨立，還可能因為「行動太獨立」而有長時間遊走的問題行為，Lin *et al.* (2008) 研究發現行走能力越佳，發生躁動行為的機率越高。但這也

是他們最需要照顧者隨時看視其安全的問題，以預防走失或在馬路遭遇危險。其次，他們的手部功能大多完整可以自行取食，也不需要輔具，但是他們可能在東西放到口中後會忘記咬或忘記吞；甚至可能因為進食能力太好，不停跟照顧者要東西吃。據此，在六項活動功能的資格評定中，失智症患者就可能因為「功能獨立」無法得到他們所需要的照顧服務。不幸的是：這又是失智症患者需要照顧者協助的地方。

7. 缺乏全國性資料庫，無法提供資訊供後續做更細緻的分級

雖然研究團隊在 2005 年的報告中，就提及缺乏全國性的資料（林，2005），難以作後續分級比例的基準，成為政策研議與改進的參考。但迄今仍無全國性實證資料的收集，以檢討資格判定涵蓋範圍的適切性及從服務提供的資料探討縣市長期照護資源的差距。

針對上述長期照護保險評估工具與分級制度分析後所發現的問題，本研究團隊對未來政策之建議如下。

一、基本日常活動功能評估工具，建議使用巴氏量表計分

(一)說明：

- (1) 使用巴氏量表計分使量表的選擇、定義與計分一致，所獲之資料亦能與國際接軌。目前長照評估工具使用巴氏量表，但資格評定採用 Katz index 修訂版卻未採用其定義，混淆失能程度的判讀。
- (2) 採用計分方式可避免資源浪費。由台北縣與台北市照管中心個案的實證資料分析顯示使用活動功能項目的評定方式有輕症重判的傾向。
- (3) 巴氏量表涵蓋範圍、信效度、經濟與文化的適合性等優點。

A. 在涵蓋範圍方面，巴氏量表除了未包括床上活動外，涵蓋標準化日常活動功能綜合量表的九大面向中的八個：洗澡、穿脫衣褲鞋襪、個人衛生、移位、平地走動、失禁、如廁、進食（Teresi, Lawton,

Holmes, & Ory, 1997)，較現行 Katz index 廣泛。

- B. 量表的信、效度方面，巴氏量表發表多年，國內、外實證研究相當豐富，具有相當程度的信、效度。
- C. 經濟，巴氏量表評量所需時間不多，且無需付費。
- D. 文化的適合度方面，從長照先導計畫、長照十年計畫以至於外籍監護工的申請皆使用巴氏量表，社政、衛政及勞委會的工作人員對其有一定的熟晰度。且在本計劃針對照管中心照管專員所做的問卷顯示：照管專員建議採用巴氏量表的人數（平均 3.76 分）多於使用 Katz index（平均 3.47 分）。

(二)可能衍生的問題或需求

大、小便失禁之評量，除非使用尿布、尿袋或導尿管、膀胱或肛門造口不易由實際操作觀察。

二、工具式日常活動功能評估，建議以「使用電話的能力」、「自己負責服藥」、「處理財務」、「上街購物」及「外出活動」中的三項失能作為輕度失能標準。

(一)理由

為避免性別造成測量的偏差，一般使用時，不是直接刪除「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」三項被認為有性別差異的項目，就是不考慮食物製備的能力。目前長照計劃反而選擇造成男女測量差異的項目，建議在資格評定方面以「使用電話的能力」、「自己負責服藥」及「處理財務」取代「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」，避免性別造成的偏誤。

(二)可能衍生的問題或需求

需對照管專員重新作量表修正的說明，取得評估的一致性。

三、建議增加躁動行為量表評估認知功能障礙者的照顧需求

(一)理由

- (1) 問題行為是失智症照顧者最棘手的問題，也被認為是失智症的特徵之一。躁動行為對照顧者所造成的負荷大於失智患者的認知及功能缺損，往往是家人決定將患者送至機構的一個重要預測因子(Dunkin & Anderson-Hanley, 1998; Lim, Sahadevan, Choo & Anthony, 1999)。
- (2) Cohen-Mansfield 躁動行為量表(CMAI)較其他量表能掌握失智患者躁動行為概念的要素，如：躁動行為必須是可以被觀察到的行為以及躁動行為不包括可被解釋的行為，如：有目的的走路不能被稱為遊走。
- (3) 評量方法：讓家屬回溯認知功能障礙者過去兩週發生問題行為的頻率，不會受個案狀況時好時壞的影響，致評估點剛好是個案最佳或最差狀態，而低估或高估居民的行為問題，也不會因回溯時間過長導致記憶誤差，造成評估偏差。
- (4) CMAI 有多國翻譯版本的檢定，展現其泛文化的效度 (cross validity)。其有社區用 (36 題) 與機構用 (29 題) 兩個版本，社區用版本 (香港翻譯，未發表論文) 較機構用版本多 8 題。多出來的 8 題中，有 2 題為開放性問題，6 題把原來機構用版本中一題拆成兩題如：「最近兩週曾有多少次使用危險物品弄傷自己或他人？」，改成「弄傷自己」和「弄傷他人」兩題，其餘無差異，Cohen-Mansfield 躁動行為量表機構用中文版，在台灣已經有相當不錯的信、效度檢定 (Lin, *et al.*, 2007; Lin, *et al.*, 2008)，並有幾個研究持續進行。由於台灣的機構用 Cohen-Mansfield 躁動行為量表機構用中文版題項雖少 8 題，但未遺漏社區用項目，且又有本土的信、效度檢定，建議採用 29 題的 CMAI。

(二)可能衍生的問題或需求

照管專員不熟悉 CMAI，需及早規劃訓練。

四、有關分級制度之建議，有下列三方案：

方案一	方案二	方案三
分級：四級 支持照顧：ADL > 60 + 3 項 IADL 照顧一級：ADL 41-60 照顧二級：ADL 21-40 照顧三級：ADL 0-20	分級：四級 支持照顧：ADL > 70 + 3 項 IADL 照顧一級：ADL 41-70 照顧二級：ADL 21-40 照顧三級：ADL 0-20	分級：四級 支持照顧：ADL > 70 + 3 項 IADL 照顧一級：ADL 51-70 照顧二級：ADL 31-50 照顧三級：ADL 0-30
<u>理由</u>	<u>理由</u>	<u>理由</u>
(1) Mattessons, McConnell, & Lawton(1997) 指出巴氏量表的得分在 40 分以下表示個案非常的依賴。照顧三級符合巴氏量表完全依賴(0-20 分)的定義，21-40 符合極重度，41-60 符合重度標準，避免輕症重判。 (2) 縮小重度失能與完全依賴的補助差距，貼近失能者需求。 (3) 各國比較顯示，德國採2項ADL失能為給付原則，其65-80歲有2項ADL失能者佔5.6%，內政部(2003)我國老人有1-2項失能者為6.02%，與德國最接近。依據政府現行資料，王雲東老師的推估，0-20分約5-6項失能、21-40分為3-5項失能，41-60為1-3項失能。 (4) 針對65歲以上ADLs完整但有3項IADLs失能的「獨居老人」及「認知功能障礙者」，給付支持照顧使其能在社區獨立生活及獲得所需的協助。 (5) 3 項 IADLs 失能為輕度之標準與長照十年計畫的標準一樣，減少照管專員的困擾。	(1) Mattessons, McConnell, & Lawton(1997) 指出巴氏量表的得分在 40 分以下表示個案非常的依賴。照顧三級符合巴氏量表完全依賴(0-20 分)的定義，21-40 符合極重度，避免輕症重判。 (2) 同方案一。 (3) 各國比較顯示，德國採2項ADL失能為給付原則，其65-80歲有2項ADL失能者佔5.6%，內政部(2003)我國老人有1-2項失能者為6.02%，與德國最接近。採2項ADL失能為給付原則，其中得分最重的為移位與平地行走兩項得分為30分，故照顧一級上限為41-70。 (4)第 4-5 點理由同方案一。	i. 照顧三級上限的截斷點(30分)與巴氏量表完全依賴的定義不同，但與國內外籍監護工的申請條件一致，政策一致。 (2) 第3-5 點理由同方案二。
<u>可能衍生的需求</u>	<u>可能衍生的需求</u>	<u>可能衍生的需求</u>
(1) 收集全國長照管理中心資料，建立資料庫以利後續做更細緻的分級。	(1). 同方案一。 (2) 依據王雲東老師的資料，70 分可能未達現行一項失能的標準。	(1) 同方案一。

五、對認知功能障礙者的失能分級，建議以醫師診斷、CDR、ADL、IADL 及躁動行為(CMAI)

做綜合評估分級

(一)理由：

(1) 符合認知功能障礙者的需求

(2) 標準

A. 必要條件：取得

(a). 醫師診斷：失智症

(b). CDR 評量：輕 度：1 分、中重度：2 分、極重度：3 分

B. 充分條件

(a). ADLs >70 分+ 3 項 IADL 失能

(b) CMAI：支援照顧：35 分以下、照顧一級：35-40 分、照顧二級：41-45 分、
照顧三級：46 分以上

C. 評定原則

(a). 無醫師失智症診斷及 CDR 分級者，以 ADL 為準

(b). 有醫師失智症診斷及 CDR 分級者，在 ADL/IADL 與 CMAI 中，從優判定。

依據上述失能分級兩方案，針對認知功能障礙者的兩方案圖示如下：

方案一、認知功能障礙者分級制度建議

		ADL/IADL			
		支援照顧 >61+3 IADL	照顧一級 41-60分	照顧二級 21-40分	照顧三級 0-20分
CMAI	支援照顧 (35分以下)	S	1	2	3
	照顧一級 (35-40分)	1	1	2	3
	照顧二級 (41-45分)	2	2	2	3
	照顧三級 (46分以上)	3	3	3	3

方案二、認知功能障礙者分級制度建議

		ADL/IADL			
		支援照顧 >71+3 IADL	照顧一級 41-70分	照顧二級 21-40分	照顧三級 0-20分
CMAI	支援照顧 (35分以下)	S	1	2	3
	照顧一級 (35-40分)	1	1	2	3
	照顧二級 (41-45分)	2	2	2	3
	照顧三級 (46分以上)	3	3	3	3

方案三、認知功能障礙者分級制度建議

		ADL/IADL			
		支援照顧 >71+3 IADL	照顧一級 51-70分	照顧二級 31-50分	照顧三級 0-30分
CMAI	支援照顧 (35分以下)	S	1	2	3
	照顧一級 (35-40分)	1	1	2	3
	照顧二級 (41-45分)	2	2	2	3
	照顧三級 (46分以上)	3	3	3	3

(二)可能衍生的需求

無論方案一或方案二，工作人員較不熟悉 CMAI，需及早規劃教育訓練。

六、建議盡速進行失能照顧項目之 time study 與收集全國各縣市照管中心的評估資料進行資源耗用之研究，以供更適切的失能分級強化給付的公平性

(一)理由

(1) 日本在 2000 年介護保險開辦前，即針對 3400 多位失能者進行 time study 確立周延的照顧需求項目。

(2) 統一收集、分析長照十年計畫開辦後全國各縣市照管中心的評估資料，以確立資

源耗用，供後續建立符合國人較精準的失能者照顧需求面向。

- (3) 建議在長照保險開辦前，儘速進行上述研究，做為資格評估項目的修正及加權的基準，做更細緻的分級確實反映失能者的需求，避免不同程度的失能者被歸在同一失能類別，落實為失能者量身打造照顧計畫。

(二)可能衍生的問題或需求

公部門委託相關研究，以利資料的收集及政策的落實。

七、研究時間的限制，本研究無法對自閉症、精神障礙者及智障者的照顧需求工具做評估及分析，建議後續作進一步的研究檢討

(一)理由

由於目前衛生署照護處與內政部已委託不少學者與單位進行 ICF 相關研究，對自閉症、精神障礙者及智障者的照顧需求工具做評估及分析，可因應後續長照與身心障礙者服務需求的連接與轉銜。

(二)可能衍生的問題或需求

ICF 與長期照護之銜接仍有賴後續研究評估，以利資料的收集及政策的落實。

八、建議確立亞急性照護資格評定，區分長期照護與亞急性照護、落實照護的連續性，降低可能的失能人口。

(一)理由

區分長期照護與亞急性照護、落實照護的連續性，方可降低可能的失能人口

(二)可能衍生的問題或需求

定義亞急性照護設置標準及人員訓練（請見表 5-3-4）。

表 5-3-4 未來照護保險評估工具與需求分級政策建議

建議	理由	衍生之問題及需求
1. 工具採巴氏量表計分	1. 使用巴氏量表計分使量表的選擇、定義與計分一致，所獲之資料亦能與國際接軌。 2. 避免輕症重判，減少資源浪費。 3. 涵蓋八個日常活動功能量表範圍，具信效度、經濟與文化的適合性。 4. 問卷調查顯示：照管專員建議採用巴氏量表的人數多於使用 Katz index。	大、小便失禁之評量，不易由實際操作觀察。
2. IADLs: 以使用電話、自行服藥、處理財務、購物及外出活動中的三項失能作為輕度失能標準	避免性別造成測量的偏差。	對照管專員重新作量表修正的說明，取得評估的一致性
3. 增加躁動行為量表評估認知功能障礙者的照顧需求	1. 問題行為是失智症照顧者最棘手的問題，也是失智症的特徵之一。 2. Cohen-Mansfield 躁動行為量表(CMAI)能掌握失智患者躁動行為概念的要素。 3. 評量方法：讓家屬回溯認知功能障礙者過去兩週出現之問題行為，不會低估或高估住民的行為問題，也不會因時間過長導致記憶誤差，出現乒幸誤差。 4. 具泛文化的效度，CMAI 中文版已有相當不錯的信、效度。	照管專員不熟悉 CMAI，需及早規劃教育訓練
4. 有關分級制度之建議，有下列三方案	1. 方案一：分四級 支持照顧：ADL > 60 + 3IADL 照顧一級：ADL 41-60 照顧二級：ADL 21-40 照顧三級：ADL 0-20 <u>理由：</u> 照顧三級符合巴氏量表完全依賴(0-20 分)的定義，21-40，41-60 符合重度定義及與王雲東教授以現行資料估計 1-3 項失能結果一致。貼近失能者需求。 2. 方案二：分四級 支持照顧：ADL > 70 + 3IADL 照顧一級：ADL 41-70	收集全國長照管理中心資料，建立資料庫以利後續做更細緻的分級

照顧二級：ADL 21-40

照顧三級：ADL 0-20

理由：

照顧三級符合巴氏量表完全依賴(0-20 分)的定義，21-40 符合極重度避免輕症重判。貼近失能者需求。

3. 方案三：分四級

支持照顧：ADL > 70 + 3 項 IADL

照顧一級：ADL 51-70

照顧二級：ADL 31-50

照顧三級：ADL 0-30

理由：

與國內外籍監護工的申請條件一致，政策一致。

5. 以醫師診斷、CDR、ADL、IADL、及 CMAI 做認知功能障礙者評估分級	1. 符合認知功能障礙者的需求 2. 標準 A. 必要條件：取得醫師診斷、CDR 評量 B. 充分條件 (a). ADLs >60 分或 >70 分+ 3 項 IADL 失能 (b) CMAI: 支援照顧: 35 分以下、照顧一級: 35-40 分、照顧二級: 41-45 分、照顧三級: 46 分以上 C. 評定原則 (a). 無醫師診斷及 CDR 分級者，以 ADL 為準 (b). 有診斷及 CDR 分級者，在 ADL、IADL 與 CMAI 中，從優判定。	工作人員不熟悉 CMAI，需及早規劃教育訓練
---	--	------------------------

6. 進行失能照顧項目之 time study 與收集全國各縣市照管中心的評估資料進行資源耗用之研究	1. 日本介護保險開辦前，即進行 time study 確立周延的照顧需求項目。 2. 統一收集、分析全國各縣市照管中心的評估資料，確立資源耗用，供後續建立符合國人較精準的失能者照顧需求面向。 3. 進行上述研究，做為資格評估項目的修正及加權的基準，做更細緻的分級確實反映失能者的需求。	委託相關研究，以利資料的收集及政策的落實。
--	---	-----------------------

7. 對自閉症、精神障礙者及智障者的照顧需求工具及 ICF 做評估及分析	1. 照護處與內政部均已委託不少學者與單位進行 ICF 相關研究。 2. 對自閉症、精神障礙者及智障者的照顧需求工具做評估及分析，可因應後續長照與身心障礙者服務需求的連接與轉銜。	委託相關研究，以利 ICF 與失能者評估的銜接
8. 確立亞急性照護資格評定	區分長期照護與亞急性照護、落實照護的連續性，降低可能的失能人口	設置標準 奠定與人員訓練

第四節 品質查核機制政策之討論

一、服務輸送過程品質監控

(一)訪視評估品質

應由保險單位主責管理，分為內控與外控機制進行，照顧管理中心可透過相關表單填報完整率、時效性、申請人滿意度及申訴事件發生率再配合內部主管定期抽訪審查監督其品質；外控機制可由保險單位自行派員或委外進行抽訪評估掌握其品質。

(二)照護計畫品質

應由照顧管理中心進行品質內控機制即可。

(三)服務提供品質

包括各種社區、居家及機構式照顧機構等實物服務與現金津貼服務等，需配合現行相關法律規定由主管機構定期評鑑、督導考核，保險單位透過不定期抽訪瞭解其服務現況。

在長照中心資深照顧管理師問卷分析中，對於服務輸送過程品質監控(含訪視評估、判定分級及照護計畫等)主責單位以中央主管單位為主要負責單位，保險局次之，其意見十分分歧，但對於以地方政府為主責則意見十分集中的 建議強度低於上述兩者；在服務提供單位部份品質主責單位則以地方政府為主要責任機關，中央主管單位次之；服務提供單位品質評鑑是否需納入未來保險服務機構特約辦法中，多數人意見十分集中的(Q<0.6)認為應採全國一致指標的評鑑，評鑑結果納入未來保險服務機構特約辦法，品質監控資訊系統設立則建議由保險局建立明確有用的整合性長期照護資訊系統(如線上認證及報告調查系統，On-line Survey Certification and Reporting, OSCAR)。將長期照護體系中照顧人力、服務提供單位及相關服務品質指標等納入定期資訊報告系統；在服務提供單位的評鑑工作上，以建議應由中央主管單位，進行定期進行相關機構品質評鑑工作的建議強度平均分最高。

表 5-4-1 實務決策者對長期照護保險服務輸送過程品質監控意見分析(n=38)

		眾數	平均值	標準差	最大值	最小值	四分位差
服務輸送過	保險局	5	3.76	.234	0	5	1
程品質監控	中央主管單位	5	3.84	.225	0	5	1
主責單位	地方政府	3 ^a	3.39	.231	0	5	0.625
服務提供品	保險局	5	3.50	.229	0	5	1
質監控主責	中央主管單位	4	3.53	.244	0	5	1
單位	地方政府	5	3.71	.250	0	5	1
服務提供單	全國一致指標	5	4.42	.167	0	5	0.5
位品質評鑑	各縣市評鑑	4	3.68	.207	0	5	1
與特約關係	開放特約	0	.58	.144	0	3	0.5
品質監控資	保險局	5	4.29	.188	0	5	0.5
訊系統	中央主管單位	4	3.39	.273	0	5	1
服務單位評	保險局委託	4	3.55	.232	0	5	1
鑑主辦單位	中央主管單位	4	3.89	.188	0	5	0.625
	地方政府	5	3.34	.254	0	5	1.5

註 1：5 分為最可行程度，0 分為不可行

二、長期照護品質工作原則應包含以下七項原則：

- (一)長期照護保險品質應以被保險人為中心，非以服務提供者為中心
- (二)長期照護服務提供品質訊息應為公開且透明
- (三)長期照護服務提供品質訊息應讓被保險人容易取得與參考，以供其參與照顧計畫
- (四)長期照護保險品質應在參考各地多元文化下需求，讓被保險人取得城鄉一致性的照顧品質
- (五)長期照護保險品質應讓被保險人取得合適的長期照護服務
- (六)提升長照品質需要政府透過明確有效法規及保險給付穩定性的承諾
- (七)應透過持續、客觀、且考量被保險人需求的評核機制，提升被保險人的照顧品質與生活品質

三、品質資料庫的建立

應參照國外經驗，建立明確有用的整合性長期照護資訊系統(如OSCAR、RAI、MDS、QI、OASIS)。資訊系統資料庫應包含機構品質管理三方構面(結構、過程及結果等)；其中

結構品質訊息應包括將長期照護體系中各個服務單位照顧人力比、相關設施設備等，我國相關長期照護執業人力狀況等；在照護過程的個案訪查評估、判定、計畫到服務提供狀況應以個人化訊息登錄，以便掌握過程面品質工作；在結果面應依過程內容訂定相關品質結果指標並納入評鑑或考核相關成績及申訴案件等，定期回饋服務單位及縣市政府以改善提升照護品質；並公開相關品質資訊讓使用者更多參與選擇機會。資料庫建議由中央建立統一欄位，地方政府可依需求性另加發展細項，採電子申報。

四、進行現行資料庫的盤點與整合

宜針對現行我國長照相關資料庫進行資料輸入正確性、資料完整性、及一致性進行盤點與整合，以協助規畫全國統一的長期照護品質資料庫。

五、品質監控機制與組織

在服務輸送過程中品質監控機制採內控及外控兩種並行；其中內控機制，在服務輸送過程中由相關單位自成立內部專責單位，負責內部品質稽核工作；外控機制則由保險局主導，建議保險局比照中央健保局成立「長照保險品質委員會」協助執行外控品質業務整合事宜及「爭議審議委員會」處理申訴案件與機構特約爭議等事件處理。另為有效持續提升長期照護品質，建議成立一研究單位負責長照相關品質業務研發工作，如「國家級長照品質策進中心」

六、品質查核與評鑑

(一)應速建立長期照護服務法及長期照護保險法

讓品質查核與評鑑工作有具體法源依據，另應將各類服務機構設立規範及品質查核明確納入長期照護服務法中。

(二)評鑑指標作業整合並將評鑑結果納入特約考量

整合現有各單位的服務提供單位品質評鑑，同一類型機構(如長期照護機構、護理之家、養護機構、重殘養護機構等)建議統一品質評鑑模式，並將評鑑結果納入未來保險特約機構考量。建議丙丁等機構不列入未來特約機構中。

(三)查核機制

內控(SOP建立、內部稽核)與外控(抽訪、評鑑、爭議處理)並行；內控機制宜由中

央針對長期照護服務輸送流程及服務內容，委託相關專業團體建立全國一致性的標準化作業流程，並要求各單位需建立內部稽核制度；在外控部份則由保險局依服務輸送過程自行為委外單位遴聘專家進行不定期抽訪、三年一次的定期評鑑及爭議事件處理。

七、長期照護保險提升品質的教育訓練

為強化長期照護品質提升，應儘速於開辦前針對各類人員辦理相關教育宣導工作：

(一)服務輸送工作人員

針對照顧管理師、評估員評估、判定、照顧計畫及資源媒合等專業能力及資訊化訓練能力培育。

(二)服務提供者

針對各類服務提供單位的第一線工作者及其主管人員辦理長期照顧專業知識、照顧技巧等專業實務技能及資訊化訓練與管理能力培育。

(三)被保險人及家屬

應積極透過大眾媒體方式，辦理被保險人及家屬對長期照護體系的瞭解，培育其養成自主管理(自我照顧管理能力)及選擇能力(參與計畫擬定能力及服務機構選擇)養成。

(四)一般社會大眾

應儘速於開辦前針對一般社會大眾進行長期照護相關消費知識教育宣導工作。

第六章 政策建議

第一節 長期照護保險服務輸送流程

- 一、服務輸送設計理念包括要能夠全國適用；以「人」為中心，給付對象有權參與服務使用的計劃；便民、可近性高，地方以縣市為單位採行單一評核機制，公平、公開且符合成效的機制；中央與地方分工，提升各級政府權能；與我國現有的長期照護體制無縫式接軌；與我國急性與亞急性照護體制接軌。
- 二、整體服務輸送流程應分為申請、受理、訪視評估、需求分級判定、照顧計畫、服務提供、及複評等七個階段。
- 三、健保局與地方政府之角色，依據保險局業務管理範圍大小，本研究提出四種可能方案，現階段以大有為的保險局為最可行，藉由單一評核機制、事權統一、與現有體制接軌。由保險人在縣市或鄉鎮市區級設立工作站，從受理初篩到服務派案皆由此單位統一負責，其模式與現今長照十年相似。
- 四、服務申請階段：申請人可以是被保險人及家屬，申請表應簡單易填，內容包括基本資料、保險狀況(繳費狀況)、自評需求。服務申請單可直接以資訊化傳遞，並能依自評需求分為三級(特急件、急件、普通件)以為處理速度的依據。服務送件據點可以社區化多元化，可利用鄉鎮公所現有健保收件(費)據點、衛生所、醫療院所出院準備服務、里辦公室、網路付費、郵局或便利商店等多元地點接受申請文件。各個申請點提供申請表單、協助被保險人及其家屬填寫表單、以及將申請書轉介至受理單位。
- 五、受理及訪視評估單位，各縣市依需求人口的多寡，設立1至多個單位辦理，以便貼近基層需求。受理單位功能包括收取申請表記錄存檔，進行初步需求篩檢工作，轉介資料給評估人員，接受申覆(訴)案件並處理。評估人員由受過相關訓練的專業人員擔任為佳，專業人員以醫學院、社工等具專業證照背景者為主。採用專業人員的優點是透過申請表及家屬面對面溝通，家屬可獲得一些需求的專業訊息，其敏感度較一般行政人員高，但相對的專業人員薪資較高，較不易聘任。
- 六、初篩申覆(訴)：初篩資格不符者可重新申請。初篩可依個案需求緊急程度分特急件、急件及普通件等三級，再由受理單位(照顧管理中心)依其緊急情況考量輸送時效。
- 七、訪視評估單位(照顧管理單位)可自行聘僱專職照顧管理師進行訪視評估工作；或委託相關專業團體(如物理治療師公會、職能治療師公會、營養師公會、護理師公會、長期照

護相關圖體或醫院等)，由委託單位聘任相關專業人員擔任訪視評估工作。

- 八、評估表之核心評估指標為 ADLs(Bathels index)、IADL 及 Cohen-Mansfield 躁動行為量表(CMAI)。
- 九、評估時效：從受理申請案至完成評估，應在 7-10 天內完成。
- 一〇、評估品質之監控，包括內控機制與外控機制，品質監控單位應以訪視評估單位擔任內控角色為主，保險局擔任外控機制為輔。
- 一一、需求分級與判定階段，由評估者先行初步分級，未來建議比照日本以資訊系統直接將評估資料納入直接系統分級。
- 一二、需求分為四級，依據定點不同分為兩種分案並列建議：方案一分四級：支持照顧：ADL > 70 + 3IADL、照顧一級：ADL 41-70、照顧二級：ADL 21-40、照顧三級：ADL 0-20 等四級；理由：照顧三級符合巴氏量表完全依賴(0-20 分)的定義，21-40 符合極重度避免輕症重判。貼近失能者需求。方案二：支持照顧：ADL > 70 + 3 項 IADL、照顧一級：ADL 51-70、照顧二級：ADL 31-50、照顧三級：ADL 0-30 等四級。理由：與國內外籍監護工的申請條件一致，政策一致。
- 一三、判定及核定給付者：建議比照韓國模式以召開審查委員會方式進行審理判定，其可能的優缺點如下：優點：1.團隊參與模式可充分從不同專業模式考量個案需求及 2.團隊會議核定分擔關說風險壓力；缺點：1.會議召開人員召集不易、2.會議召開財務支出負擔增加及 3.縣市判定案源多，會議密集度需高否則恐影響效率。
- 一四、判定審查委員會專業背景：由判定單位遴聘 5-7 名專家學者召開審查委員會，其與會專家委員應具以下兩種條件之一資格者：1.醫療、護理、社工及相關老人照顧背景者，具備大學學歷且具實務經驗三年以上者 2.長期照護相關領域大專講師以上者。
- 一五、判定時效：若採服務單位為被保險人自尋資源，判定單位僅給認定證明的前題下，應考量應將認定的判定證明予以時效考量，建議如複評時間一樣為六個月。服務需求等級判定證明的有效期限，若考量不由照顧管理專員派案媒合，而直接由申請人尋找服務單位情況下，建議應設有服務需求判定證明有效期限，比照複評時間訂定為六個月。
- 一六、判定申覆(訴)：被保險人獲知判定結果一個月內得以提申覆(訴)，其申覆(訴)單位建議有兩個方案，原判定單位自訂申覆(訴)服務窗口或由保險人另立中立申覆(訴)處理中心。
- 一七、判定時程：約 2-3 天。
- 一八、照顧計畫擬定當中，照顧計畫擬定者可有兩種方案選擇建議並列，方案一為縣市政府或保險局(照顧管理單位)自聘的專任照顧管理師，優點是立場中立較具公權力，評估、判定

及計畫擬定為同一機構，管理溝通容易，較能有效引用轄內全縣資源及管理資源；另一種則為由服務機構提供照顧管理師，人力成本較低、彈性高、可近性高，但照護計畫品質不易控制。

- 一九、照顧計畫擬定參與，應考量被保險人的參與權，擬定計畫應由照顧管理師與使用者討論定案。
- 二〇、服務連結機制有兩種模式，一是由照顧管理師直接派案，與現今長照十年模式一樣；另一種是比照日本、德國及韓國模式，由被保險人自行尋找服務單位。若採用前者，則宜訂定時效，以利管控，建議為 5-7 天。
- 二一、長期照護服務提供之種類與規範，宜於保險開辦時，統一擬定長期照護服務法及長期照護保險法，並依法確認特約管理辦法，將未來長期照護保險服務給付機構應納入管理規範。
- 二二、服務機構品質監控，應統一相關法令，依其建立全國一致的機構設立標準與外部品質監控機制(督考及評鑑)等工作；可透過地方評鑑督導考核及保險人委外單位辦理不定期查核工作，確保其品質；另宜於保險局下設品質委員會及爭議審議委員會，處理相關因品質不良造成的糾紛事宜。
- 二三、複評之時機，依保險給付使用者身體是否穩定狀況分為兩種方式，一為被保險人狀況改變時由家人或服務提供單位專業人員主動協助申請；另一種則為穩定複評，保險開辦初期(三年內)由於照顧管理師及評估人員相對專業較不穩定，資源發展差異大，建議由照顧管理師每六個月定期複評並重新訪視評估被保險人的照顧需求，其中定期複評建議採資訊化提醒作業；若保險開辦中期後，可以個案量情形，延長為每年複評一次，降低不必要的訪視評估人力之耗損。
- 二四、複評單位：如受理單位。
- 二五、應訂定明確申覆(訴)機制：分為三種不同需求擬定申覆(訴)機制：(1)申請不符合：此階段為身份資料行政審查，建議直接由受理單位接受申覆(訴)申請與處理。(2)判定結果不滿意：此階段分為對訪視評估內容與現實不符、判定需求分級與申請人見解有落差等。建議可透過照顧管理中心另設申覆(訴)事件處理單位進行處理。(3)服務單位提供服務不滿意：此階段為申請人對服務單位服務品質現況觀點與認知的落差，建議仍由照顧管理中心主導處理相關事宜，若涉及機構法定管理部份，由地方政府相關主管機構接受處理，若其餘品質問題建議透過品質監控機制進行處理。
- 二六、服務輸送流程法源依據：將服務輸送流程相關輸送程序、申覆機制及各主責任務等，納入長期照護保險法法規規範。

二七、整體服務輸送時程：建議考量開辦初期專業性不足、部份偏遠地區幅員廣大、服務人力不足、與判定委員會召開需求時間等相關因素之下，整體服務輸送時程應訂定為 14-24 個工作天。保險開辦成熟後則可考量縮短時程為 14-24 個日曆天。

第二節 長期照護保險照顧管理機制

- 一、照顧管理師之專業背景需求及資格認定，考量長期照護保險開辦初期用人較多，建議分兩個階段進行專業背景要求：1)開辦初期(前三年)建議比照現行長照十年規定，修定具備以下兩種條件之一者皆可：(a)大專畢業且專業背景需備師級專業證照外應須長照服務經驗 2 年或以上(加拿大、長照十年)。(b)不易考照或無照可考的相關科系(如社會福利、老人福利、公衛系等)需具備長照相關學分資歷者且需 4 年工作經驗。2)開辦成熟穩定期(第四年)全面以專業認證要求；建議以相關專業背景者為基礎不論其相關經歷，只要通過照顧管理師專員證照者即可擔任相關工作。開辦初期聘任的照顧管理師以三年落日條款輔導其考照或轉任他職。
- 二、照顧管理師專業認證及效期：照顧管理師的專業認證方式，建議比照專科醫師或專科護理師方式，經過一定程度訓練及通過考試後由主管機構(衛生署或內政部)核發相關證明。專業認證證明終身有效，但需比照專科醫師或護理師方式六年以一定時數的在職訓練換發證照。
- 三、照顧管理師職前訓練，建議比照現行長照十年衛生署辦理的教育訓練模式，採全國統一職前訓練且含課室教學與實務練習至少 86 小時。
- 四、照顧管理師在職訓練，建議每年仍需參加長期照護相關繼續教育 20 小時，辦理單位不拘。
- 五、照顧管理師角色定位，照顧管理師主要工作包括照顧計畫擬定，協助給付對象得到合宜的服務資源。
- 六、照顧管理師員額配置，建議一位照顧管理師應負責 100-150 位個案，但仍需考量偏遠地區及特殊文化背景下(如原住民)等交通問題、資源缺乏服務連結困難地區，建議應因地制宜訂定合理服務量。

第三節 長期照護保險評估工具與需求分級 (林麗嬋)

- 一、基本日常活動功能評估工具，建議使用巴氏量表計分；採用計分方式可避免資源浪費。使用巴氏量表計分使量表的選擇、定義與計分一致，所獲之資料亦能與國際接軌。巴氏量表涵蓋範圍、信效度、經濟與文化的適合性等優點。巴氏量表除了未包括床上活動外，涵蓋標準化日常活動功能綜合量表的九大面向中的八個：洗澡、穿脫衣褲鞋襪、個人衛生、移位、平地走動、失禁、如廁、進食 (Teresi, Lawton, Holmes, & Ory, 1997)，較現行 Katz index 廣泛。巴氏量表發表多年，具有相當程度的信、效度。巴氏量表評量所需時間不多，且無需付費。從長照先導計畫、長照十年計畫以至於外籍監護工的申請皆使用巴氏量表，社政、衛政及勞委會的工作人員對其有一定的熟晰度。且在本計畫針對照管中心照管專員所做的問卷顯示：照管專員建議採用巴氏量表的人數 (平均 3.76 分) 多於使用 Katz index (平均 3.47 分)。
- 二、工具式日常活動功能評估，建議以「使用電話的能力」、「自己負責服藥」、「處理財務」、「上街購物」及「外出活動」中的三項失能作為輕度失能標準。為避免性別造成測量的偏差，一般使用時，不是直接刪除「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」三項被認為有性別差異的項目，就是不考慮食物製備的能力。目前長照計畫反而選擇造成男女測量差異的項目，建議在資格評定方面以「使用電話的能力」、「自己負責服藥」及「處理財務」取代「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」，避免性別造成的偏誤。
- 三、針對 IADL 量表修正的說明，需對照管專員重新教育訓練，以取得評估的一致性。
- 四、需增加 29 題的 Cohen-Mansfield 躁動行為 (CMAI) 量表，評估認知功能障礙者的照顧需求，問題行為是失智症照顧者最棘手的問題，也被認為是失智症的特徵之一。躁動行為對照顧者所造成的負荷大於失智患者的認知及功能缺損，是家人決定將患者送至機構的一個重要預測因子。CMAI 量表較能掌握失智患者躁動行為概念的要素。躁動行為量表之評量，讓家屬回溯認知功能障礙者過去兩週發生問題行為的頻率，不會受個案狀況時好時壞的影響，致評估點剛好是個案最佳或最差狀態，而低估或高估住民的行為問題，也不會因回溯時間過長導致記憶誤差，造成評估偏差。建議採用。
- 五、照管專員不熟悉 CMAI，需及早對照管專員教育訓練，以取得評估的一致性。

- 六、分級制度有下列三方案：方案一是分為需支持照顧(ADL > 60 + 3 項 IADL)、需照護一級(ADL 41-60)、需照護二級(ADL 21-40)、需照護三級(ADL 0-20)；方案二是分為需支持照顧(ADL > 70 + 3 項 IADL)、需照護一級(ADL 41-70)、需照護二級(ADL 21-40)、需照護三級(ADL 0-20)；方案三是分為需支持照顧(ADL > 70 + 3 項 IADL)、需照護一級(ADL 51-70)、需照護二級(ADL 31-40)、需照護三級(ADL 0-30)。
- 七、盡速建立全國長照管理中心資料庫，確保資料的正確及完整性，以利後續做更細緻的分級。
- 八、對認知功能障礙者的失能分級，建議以醫師診斷、CDR、ADL、IADL 及躁動行為 (CMAI) 做綜合評估分級。必要條件包括取得醫師診斷為失智症，以及 CDR 評量(輕度 1 分、中重度 2 分、極重度 3 分)；充分條件包括 ADLs > 70 分 + 3 項 IADL 失能，以及 CMAI 評量(支援照顧 35 分以下、照顧一級 35-40 分、照顧二級 41-45 分、照顧三級 46 分以上)。並明列評定原則。
- 九、盡速進行失能照顧項目之 time study 與收集全國各縣市照管中心的評估資料進行資源耗用之研究，以供更適切的失能分級強化給付的公平性。
- 十、由於研究時間的限制，本研究無法對自閉症、精神障礙者及智障者的照顧需求工具做評估及分析，建議後續作進一步的研究檢討。
- 十一、ICF 與長期照護之銜接仍有賴後續研究評估，以利資料的收集及政策的落實。
- 十二、建議確立亞急性照護資格評定，區分長期照護與亞急性照護、落實照護的連續性，降低可能的失能人口。
- 十三、盡速定義亞急性照護設置標準及人員訓練。

第四節 長期照護保險品質

- 一、 長期照護品質工作原則應包含以下七項原則：(一)長期照護保險品質應以被保險人為中心，非以服務提供者為中心、(二)長期照護服務提供品質訊息應為公開且透明、(三)長期照護服務提供品質訊息應讓被保險人容易取得與參考，以供其參與照顧計畫、(四)長期照護保險品質應在參考各地多元文化下需求，讓被保險人取得城鄉一致性的照顧品質、(五)長期照護保險品質應讓被保險人取得合適的長期照護服務、(六)提升長照品質需要政府透過明確有效法規及保險給付穩定性的承諾、(七)應透過持續、客觀、且考量被保險人需求的評核機制，提升被保險人的照顧品質與生活品質
- 二、 應參照國外經驗，建立明確有用的整合性長期照護品質資訊系統(如 OSCAR、RAI、MDS、QI、OASIS)。資訊系統資料庫應包含機構品質管理三個構面(結構、過程及結果等)；並公開相關品質資訊讓使用者更多參與選擇機會。資料庫建議由中央建立統一欄位，地方政府可依需求性另加發展細項，採電子申報。
- 三、 針對現行我國長照相關資料庫進行資料輸入正確性、資料完整性、及一致性進行盤點與整合，以協助規畫全國統一的長期照護品質資料庫。
- 四、 在服務輸送過程中品質監控機制採內控(SOP 建立、內部稽核)與外控(抽訪、評鑑、爭議處理)並行；保險局應比照中央健保局成立「長照保險品質委員會」協助執行外控品質業務整合事宜及「爭議審議委員會」處理申訴案件與機構特約爭議等事件處理；成立國家級「長期照護品質策進中心」負責長照相關品質業務研發工作。
- 五、 讓品質查核與評鑑工作有具體法源依據，應速建立長期照護服務法及長期照護保險法，另應將各類服務機構設立規範及品質查核明確納入長期照護服務法中。
- 六、 整合現有各單位的服務提供單位品質評鑑作業，同一類型機構(如長期照護機構、護理之家、養護機構、重殘養護機構等)建議統一品質評鑑模式，並將評鑑結果納入未來保險特約機構考量。建議丙丁等機構不列入未來特約機構中。
- 七、 強化長期照護品質提升，應儘速於開辦前針對以下各類人員辦理相關教育宣導工

作：(一)服務輸送工作人員、(二)服務提供者、主管人員等、(三)被保險人及家屬及(四) 一般社會大眾。

第五節 各相關部會未來著力方向

歸納未來我國實施長期照護保險體制前，各相關部會宜著力方向建議包括：

- 一、 衛生署(保險局)：應積極籌理以下業務：(一)法令訂定：長期照護服務法及長期照護保險法、(二)體系整合與區隔：應將長期照護與急性照護、亞急性照護等三大體系進行區隔與轉介系統整合；並落實出院準備服務(三)專業人力培育、認證與管理：長期照護服務輸送體制中照顧管理人力培育、認證機制及相關長照從業人員限制與規範(如犯罪前科者不宜為長照相關工作人員)、(四)服務資源整合與開發：宜針對每一長期照護相關服務單位編定長期照護服務機構代碼，另比照醫療網擬訂中長程計畫發展長期照護服務網絡、(五)建置長期照護品質管理資訊系統：設置長期照護照顧相關專業及照顧服務員登錄、長期照護服務機構登錄、長期照護保險個案登錄(含評估、判定、計畫及服務)、及品質指標管理等系統、(六)辦理各類人員教育宣導工作：服務提供者、服務輸送人員、被保險人及家屬、一般社會大眾、(七)品質查核與評鑑整合：依社區型、居家型及機構型服務單位類別，擬定全國統一品質評鑑指標與查核機制、(八)後續相關研究調查：我國長期照護需求調查、電腦化初篩所需的 Time study、照管專員合理服務量與負荷、身障者(如自閉症、精障者等)評估工具等。
- 二、 內政部：社政長照相關機構、住民資料及服務人力登錄系統一致、整合長照相關服務機構評鑑指標與機制、長期照護社工專業人力培育與認證。
- 三、 教育部：將長期照護內涵融入現行高等教育、國民教育及社區教育、一般社會大眾長期照護教育宣導，照顧管理師養成教育研發。
- 四、 勞委會：本國籍照顧人力培育與證照管理、外籍看護工人力訓練與管理。
- 五、 退輔會：服務機構資源盤點、密切與民間長照體系銜接，釋放相關空間以充實當地社區長期照護服務資源。
- 六、 原住民委員會：原住民鄉鎮服務資源盤點與開發、照顧服務及相關專業人力母語溝通教育、長期照護專業及照顧人力培育、原住民被保險人、家屬及一般社會人士長期照護教育訓練等。

參考文獻

- 中華民國長期照護專業協會(2003)·長期照護管理中心作業規範手冊·行政院衛生署 92 年度委託業務計畫。
- 中華民國長期照護專業協會(2001)·長期照護管理示範中心營運手冊·行政院衛生署 90 年度委託業務計畫。
- 日本厚生勞動省(2008a)·介護保險法施行法·東京都：厚生勞動省。
- 日本厚生勞動省(2008b)·介護保險法施行規則·東京都：厚生勞動省。
- 行政院(2002)·挑戰 2008：國家發展重點計畫。
- 行政院(2003)·考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書·台北：行政院。
- 行政院(2003)·考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書·台北：行政院。
- 行政院(2004)·台灣健康社區六星計畫。
- 行政院(2006)·整合照顧管理組織及功能規劃報告·台北：行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組。
- 行政院(2007)·大溫暖社會福利套案—「建構長期照護體系十年計畫」。
- 內政部(2004)·老人安養計畫。
- 行政院長期照顧推動小組(2007)·96 年 10 月 2 日照管中心制度建立小組第三次會議·台北市，行政院。
- 行政院經濟建設委員會(2009)·長期照護保險規劃初步構想簡報檔·台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會(2002)·照顧服務福利及產業發展方案·台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院衛生署(2005)·人健康照護計畫·台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署(2008)·97 年度「縣市長期照顧管理中心人員訓練計畫」專家綜合考評資料。
- 內政部(2004)·九十三年度全國長期照護管理中心暨照顧管理中心期末業務聯繫會內政部演講資料·台北：內政部。
- 吳肖琪、周世珍 (2006)·我國長期照顧法令制度規劃研究·內政部-我國長期照顧制度規劃

研究委辦案第四標報告書·台北：內政部。

台北縣政府(2005)·建構長期照護制度-中央與地方對話 座談會會議資料。

王增勇、周月清、林麗嬋、吳肖琪、張宏哲、郭登聰 (2005) 我國長期照顧服務

輸送規劃研究·內政部-我國長期照顧制度規劃研究委辦案第一標報告書。

台北：內政部。

吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈(2002)·建構長期照護體系先導計畫：第二年計畫·台北：內政部。

吳淑瓊等編(2003)·照顧管理制度營運手冊·建構長期照護體系先導計畫服務模式發展經驗系列叢書·行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組。

李世代、陳惠姿、胡名霞、陳麗華(2009)·長期照顧管理中心定位與未來發展研究·行政院衛生署 97 年度委託科技研究計畫，接受委託單位：中華民國長期照護專業協會。

李世代(2009)·日本、韓國長期照護保險制度-服務輸送及照顧管理制度·2009 年 4 月 8 日行政院經濟建設委員會長期照護跨組聯繫會議簡報檔。

李孟芬、葉莉莉(2009)·以新管理主義觀點評估長期照顧管理中心服務績效—檢討中心綜合評估工具及個管人員評估能力·行政院衛生署 97 年度委託科技研究計畫，接受委託單位：中華民國長期照護專業協會。

李光廷(2004)·日本實施介護保險給付制度與長期照護市場民營化的效果檢驗·台灣社會福利學刊·2(1)，145。

李光廷(2005)·日本介護保險給付制度·長期照護規劃財務規劃報告。

李劭懷譯(2009)·生活機能評估量表（潛伏型高危險群篩選量表）·未出版。

李麗圳、李美珍、吳淑芳、顏容欣(2008)·我國長期照顧制度之建立—以台北縣為例·研考雙月刊·32(6)，80-88。

呂慧芬(2008)·日本社區整體照護制度之研究·社區發展季刊·121，406-427。

林美色(2009)·荷蘭長期照護保險及其財務制度之探析·2009 年度台灣社會福利學會研討會論文。

林麗嬋(2005a)·各國長期照顧資格評估工具與需要程度分級之比較·在王增勇、周月清、林

麗嬋、吳肖琪、張宏哲、郭登聰(2005)·我國長期照顧服務輸送規劃研究·內政部·我國長期照顧制度規劃研究委辦案第一標報告書。

林麗嬋(2005b)·長期照顧評估工具與需要程度之分級方法探討·在王增勇、周月清、林麗嬋、吳肖琪、張宏哲、郭登聰(2005)·我國長期照顧服務輸送規劃研究·內政部·我國長期照顧制度規劃研究委辦案第一標報告書。

林麗嬋(2005c)·未來長期照護評估工具與需要程度分級·在王增勇、周月清、林麗嬋、吳肖琪、張宏哲、郭登聰(2005)·我國長期照顧服務輸送規劃研究·內政部·我國長期照顧制度規劃研究委辦案第一標報告書。

林志鴻(2008)·德國長期照顧制度之發展、現況及未來·研考雙月刊·12， 68-79。

林志鴻譯

(2009)·http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbereich-Pflegeberatung.html

東京都福祉サービス第三者評価(2009)

·<http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/controller?actionID=hyk&cmd=hkplst>。

江武忠(2007)·社區化長期照護體系—嘉義市個案管理模式為例·長期照護雜誌·11(1)， 27-34。

江清謙、柯木興、林谷燕、林建成(2009a)·德國、荷蘭長期照護保險制度-服務輸送及照顧管理制度·2009年4月8日行政院經濟建設委員會長期照護跨組聯繫會議簡報檔。

江清謙、柯木興、林谷燕、林建成(2009b)·德國、荷蘭長期照護保險制度-服務輸送及照顧管理制度·2009年4月8日行政院經濟建設委員會長期照護跨組聯繫會議書面稿。

周月清、傅凱祺、傅立葉、蔡宜思、高森永、邱泯科、鄭文輝、辛炳隆、謝佳宜(2005)·我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目·台灣社會福利學刊，4(2)，97-138。

周世珍(2007)·日本介護保障法制及其基本理念之發展·明新學報·33，105-128。

周麗芳(1999)·「德國長期照護保險制度」·長期照護財務問題各國經驗及台灣前景研討會，國家衛生研究院。

- 周麗芳、張佳雯、傅中玲、王署君(2000)·探究台灣地區老人失智症經濟成本·國立政治大學學報·82,1-25.
- 高森永、劉慧蓉(2004)·產官學界菁英對於規劃長期照護保險制度之看法·醫療品質雜誌，3(1)，20-46。
- 陳孝平(1999)·「美國長期照護的財務制度與服務體系」，長期照護財務問題各國經驗及台灣前景研討會，國家衛生研究院。
- 陳惠姿、葉莉莉(2002)·長期照顧管理中心輔導經營成果報告·行政院衛生署 91 年度業務委託計畫，接受委託單位：中華民國長期照護專業協會。
- 陳靜敏(2008)·長期照顧管理中心運作現況與未來發展·研考雙月刊·32(6)，44-51。
- 陳靜敏(2009)·長期照顧管理中心運作現況與未來發展·行政院衛生署 97 年度委託科技研究計畫，接受委託單位：台北醫學大學。
- 沈茂庭(1999)·「英國長期照護制度」，長期照護財務問題各國經驗及台灣前景研討會，國家衛生研究院。
- 黃源協(2003)·從「單一窗口」到「網絡建構」-社區化老人長期照護模式。長期照護雜誌，7 (2)，103-111。
- 黃源協(2007)·長期照顧管理中心的團隊運作·長期照護雜誌，11 (1)，20-26。
- 蔡閻閻、李玉春、吳肖琪、林麗嬋(2008)·評析我國「長期照顧十年計畫」落實的可行性·長期照護雜誌，12(1)，8-16。
- 戴玉慈、張媚、呂寶靜、吳淑瓊(2004)·社區式照顧管理模式的設立與初步評價·台灣衛誌·23(3)，197-207。
- 鄭文輝、鄭清霞(2005)·我國實施長期照護保險之可行性評估·國家政策季刊，4(4)，69-92。
- Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., & Widmaier, S. (2007). *The German social long-term care insurance: structure and reform options*. IZA DP No. 2625.
- Beaton, S. R. & Voge, S. A. (1998). *Measurements for Long-Term Care – a guidebook for nurses*.
- Brodsky, J., Habib, J., & Mizrahi, I. (2000). *Long-term care laws in five developed countries: A review*. Jerusalem, Brookdale Institute of

Gerontology and Human Development.

- California workgroup on guidelines for Alzheimer's disease management (2002). *Guidelines for Alzheimer's disease management*. CA, Department of Health Service.
- Coolen, J. & Weekers, S. (1998). Long-term care in the Netherlands: public funding and private provision within a universalistic welfare state, In C. Glendinning (Eds.) *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-Term Care for Older People*. UK: The Press.
- Chenitz, W.C., Stone, J.T., & Salisbury, S.A. (1991). *Clinical Gerontological Nursing*, Philadelphia, W.B. Saunders.
- Chen, H.L. (2008). *Successful Ageing in Long-Term Care- Comparative Social Policy in England, the Netherlands and Taiwan*, Doctoral Thesis, University of Loughborough, England.
- Dunkin, J.J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1, suppl), S53-60.
- Gooloo S. Wunderlich and Peter O. Kohler, Editors *Improving the Quality of Long-Term Care(executive summary)*. Committee on Improving Quality in Long-Term Care, Division of Health Care Services, Institute of Medicine.
- Kane, R.L., Saslow, M.G., & Brundage, T. (1991). Using ADLs to establish eligibility for long-term care among the cognitively impaired. *The Gerontologist*, 31(1), 60-66.
- Lim, P.P., Sahadevan, S., Choo, G.K., & Anthony, P. (1999). Burden of caregiving in mild to moderate dementia: An Asian experience. *International Psychogeriatrics*, 11(4), 411-20.
- Lin, L.C., Kao, C.C., Tzeng, Y.L., & Lin, Y.J. (2007). Equivalence of Chinese Version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 59(2), 178-185.
- Lin, L.C., Wu, S.C., Kao, C.C., Tzeng, Y.L., Watson, R & Tang, S.H. (2008). Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 117-123.
- Liu, L. (1998). Validity of the Alberta assessment and placement instrument (AAPI) for use in

- admitting long-term care clients to home care. *Canadian Journal on Aging*, 17(3), 296-310.
- Matteson, M.A., McConnell, E.S., & Linton, A.D. (1997). *Gerontological Nursing*. Philadelphia, W.B. Saunders.
- Merlis, M. (2004). *Long-term care financing: Models and issues*. Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-term Care.
- National Health Insurance Corporation(2009). *Introduction of Long-term Care Insurance in Korea*.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Tilly, J. (2003). *Direct payment in England*. Washington, D.C.: AARP
- Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D., & Ory, M. (1997). *Measurement in elderly chronic care populations*. New York, Springer.
- Totten, M., & Wynn, B. O. (2005). *Effects of payment changes on trends in access to post-acute care*. (Technical report of the RAND corporation)
- Tsutsui, T., & Muramatsu, N. (2005). Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 522-527.
- Tsutsui, T., & Muramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing cost and realizing a vision. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1458-1463
- Visser-Jansen, G., & Knipscheer, C. P. M. (2004). *Services for supporting family carers of elderly people in Europe characteristics, coverage and usage*. National Background Report for The Netherlands.
- WHO (2003). *Key policy issues in long-term care*. 20041030
http://www.who.int/chronic_conditions/en/
- WHO (2000). *Long-term care laws in five developed countries: A review*. WHO/NMH/CCL/00.2 .
- Wiener, J.M., Tilly, J., & Ceullar, A.E. (2003). *Consumer-directed home care in the Netherlands, England, and Germany*. Washington, D.C.: AARP. <http://www.academyhealth.org/2003/presentations/weiner.pdf>
- Williams, J., Lyons, B., & Rowland, D. (1997). *Unmet long-term care needs*

of elderly people in the community: A review of the literature. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(1/2), 93-119.

第一次專家會議記錄

時間：九十八年一月二十一日下午二點

地點：陽明大學衛福所613教室

主席：吳肖琪 主持人

出席：李玉春教授(黃昱童代表)、石惠文督導、李淑婷科長、周麗華副局長、陳麗華顧問(請假)、陳靜雯科員、許銘能局長、張美珠秘書長、翟文英副秘書長、謝佳宜專員、彭美琪主任、蔡閻閻協同主持人、張淑卿研究員、郭銘珊助理、

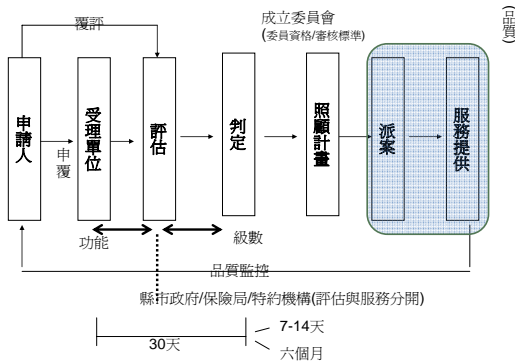
紀錄：張淑卿研究員、郭銘珊助理

會議重要決議：

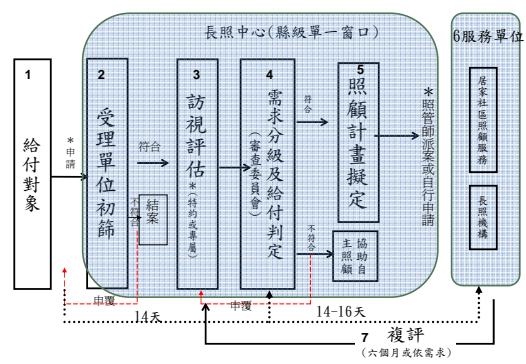
依據德日經驗及現行長照十年經驗設計我國長照保險服務輸送流程概念圖

(如下圖一修正後建議圖如附圖二、三)

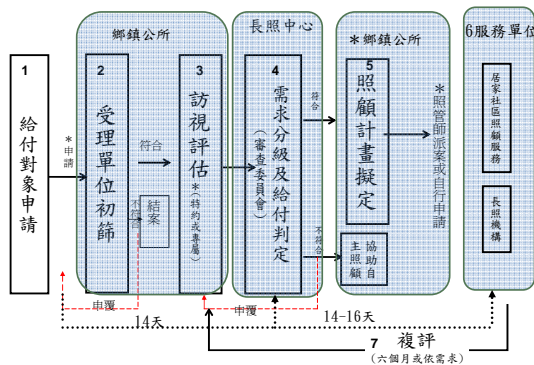
第一次會議紀錄原始概念圖



長期照護保險服務輸送流程 建議案一



長期照護保險服務輸送流程 建議案二



一、服務輸送流程設計重點原則：

- (一) universal 全國適用
- (二) 便民、可近性高，中央與地方分工，地方以縣市為單一管理窗口
- (三) 與我國現有的長期照護體制無縫式接軌
- (四) 公平、公開及符合成效的機制
- (五) 給付對象有權參與服務使用的計劃

三、服務輸送流程概念圖原則優缺點說明

階段	細項	方案一(縣級單一窗口:長照中心或保險分站)			方案二(鄉鎮公)		
		內容	優點	可能限制	內容	優點	可能限制
1 給付對象申請階段	1-1 給付對象	被保險人及其家人	考量失能者部分無自理能力	家人濫用(可能透過管理機制監控)	如左	如左	如左
	1-2 申請表	包含基本資料、保險(繳費)狀況、自評需求	1. 簡單扼要 2. 可自述照顧需求尊重個別化	無法有效了解個案失能狀況，須透過評估機制	如左	如左	如左
	1-3* 申請單位	方案 A:鄉鎮公所現有的健保窗口	1. 單一明確 2. 現行公部門組織人員運作熟悉 3. 具有公權力較易負通報全責 4. 可透過資訊網協助審查保險人有效身分進行第一線的資格審查	1. 通路不夠多元 2. 工作人力負荷須考量人力配置的補充	如左	如左	如左
		方案 B:鄉鎮公所現有的健保窗口 2.衛生所 3.醫療院所出院準備窗口 4.里辦公室 5.網路 6.付廢考量(郵局/7-11)	1.通路較多元 2.民眾申請據點可近性高 3.與現有通報體制結合節省過度集中人力負荷	.無法有效要求相關窗口受理通報的權責 3. 2.無法在受理單位進行第一線的資格審查	如左	如左	如左
	1-4 申請單位功能	1.表單索取 2.協助給付對象及其家屬填寫表單 3.協助轉介至受理單位					

階段	細項	方案一			方案二		
		內容	優點	可能限制	內容	優點	可能限制
2. 受理單位	2-1 受理單位	縣級單一窗口(長照中心)	4. 單一化管理較佳 5. 地方制度較能趨一致 6. 相關配合財政提高至縣級較為豐沛	過於集中 2. 缺乏地方參與自決	鄉鎮公所	1. 可近性高 2. 貼近基層需求 3. 具較高的社區自決功能	地方管理派案評估較易受當地人脈影響，易失公平性
	2-2 受理案件處理者	縣級單一窗口(長照中心)行政人員			鄉鎮公所行政人員(協助基本資料、保險資格及需求簡易初篩)	1.	
	2-3 受理單位功能	1. 進行申請表(基本資料、保險資格及需求)簡易篩檢工作 2. 轉介資料給評估者					
	2-4 初篩申覆	初篩資格不符者可重新申請(次數/年限)					
	3-1* 訪視評估	方案 A：縣級單一窗口(長照中心)專任照顧管理師居家訪視評估	2. 具公權力 3. 評估一致性較易掌握	1. 人員財力負擔大(需進一步評估人力需求，或以保險公司以 fee for service 計價方式給地方政府聘雇人力) 2. 人員招募不易	方案 A：鄉鎮公所專任照顧管理師居家訪視評估	如左	如左

				3. 易有關說之餘(可透過判定委員會進行判定分散評估人情壓力)			
3	3-1* 訪視 評估 階段	方案 B：縣委託特約評估機構(如醫院)專任照管師居家訪視評估	1.人力成本較低 2.彈性度高	1.評估一致性及品質需考量(可考量品質監督機制進行監控) 2.未具公權力，人員管控不一 3.易有利益輸送情形	方案 B：鄉鎮公所委任特約評估機構聘任專任照顧管理師居家訪視評估	如左	如左
	3-2 評估 者背 景	照管師(另案討論)					
	3-3 評估 量表	另案討論					
	3-4 評估 品質 監控	1.保險人委託民間團體不定期抽案訪查 2.時效及完整度管控					
	3-5 評估 時效	受案到評估完成約 7 天					
	4-1 需求 分級 者	分級者(照管師) 另案討論					
4	4-2 需求 分 標準	另案討論					

級 及 判 定							
	4-3 判定 及給 付核 定者	長照中心聘 任相關專家 5-7位定期 每週1-2次 開會進行給 付核定	1.專家團隊參與 模式可充分從不 同專業模式考量 個案需求 2.團隊會議核定 分擔關說風險壓 力	1.會議召開人員 召集不易 2.會議召開財務 支出負擔增加 3.縣市判定案源 多，會議密集度需 高否則恐影響效 率	如左	如左	如左
	4-4 判定 時效	六個月(使 用者常規使 用情形)	1.考量個案及家 人使用服務選擇 與商量時間需求 2.降低擾民機制	個案可能有照 顧情境上改變(可 透過複評機制重 評)	如左	如左	如左
	4-4 判定 申覆	方案A：保 險人另立申 覆處理中心			如左		
	4-4 判定 申覆	方案B：長 照中心另立 申覆處理中 心接受申覆 處理			如左		
5 照 顧 計 畫 擬 定	5-1 照顧 計畫 者	縣級單一窗 口(長照中 心)專任照 顧管理師擬 定照顧計畫	評估、判定及計畫 擬定為同一機 構，管理溝通容易 照顧計畫擬定較 能有效引用全縣 資源	可近性較差(可依 縣市區域佈點服 務)	鄉鎮公所專 任照顧管理 師依據給付 判定分級擬 定照顧計畫	1. 時效性高 2. 可近性高 較易貼近 基層需求	1.評估、判定 及計畫擬定 為同一機 構，管理溝 通不容易 2.照管師較 易侷陷於鄉 鎮資源 3.多數鄉鎮 公所無能力 招聘訓練照 顧管理師專 業能力

	5-2 擬定 機制	給付對象與 家屬參與討 論	給付對象參與權				
	5-4* 申請 服務	方案 A: 照顧管理師 協助申請派 案	1. 資源有效運 用 2. 降低服務機 構過度行銷 影響使用者 判斷力	1. 使用者運用 資源自主性 較差(可透過 討論計畫方 式參與) 2. 限制多彈性 度較低			
	5-4* 申請 服務	方案 B: 給付對象及 家人自行尋 找服務機構	1.使用者運用資 源自主性較高 2.彈性度較高 3.配合現金給付 運用	1. 服務機構過 度行銷影響 使用者判斷 力 2.家人照顧智能 影響服務申請能 力(考量家屬的教 育需求)	如左	如左	如左
	期程	申請到服務 為 30 天(申 請到判定 14 天，判定到 服務導入約 為 14 天)	1. 參考日德經 驗 30 天 2. 實務上為照 顧家人尚可 接受的範圍	無	如左	如左	如左
6	6-1 服務 種類 及規 範	特約管理 (另案處理)					
	6-2 服務 機構 品質 監控	1.地方政府 定期評鑑 2.申訴事件 處理 3.保險人不 定期抽訪					

階段	細項	方案一			方案二		
		內容	優點	可能限制	內容	優點	可能限制
7 複 評	7-1 申請 者	1. 個案狀況 改變時由 使用者及 家人或服 務提供單 位專業人 員 2. 定期複評 則建議以 資訊化定 期主動提 醒複評	及時反應個案需 求，可近性高	專業人員會有誘 導提高服務量之 虞(評估與服務 單位未同一單位 應可避免)	如左	如左	如左
	7-2 受理 單位	如前受理單 位	如前受理單位	如前受理單位	如前受理單 位	如前受理單 位	如前受理單 位
	7-3 時機	六個月或依 個案狀況改 變(改變程度 高於 30%或 級數改變)可 提出複評	1. 貼近個案變化 下照顧的需求 2. 與現有體制接 軌 3. 與判定時效時 間一致	無	如左	如左	如左

第二次專家會議記錄

時間：九十八年二月十日下午二點

地點：陽明大學衛福所613教室

主席：吳肖琪 主持人

出(列)席：李玉春教授(陳衍倩助理代表)、石惠文督導、李淑婷科長、周麗華副局長、陳靜雯科員、許銘能局長、張美珠秘書長、謝佳宜專員、彭美琪主任、蔡閻閻協同主持人、劉惠賢技士、張淑卿研究員、郭銘珊助理

紀錄：張淑卿研究員、郭銘珊助理

主席報告：(略)

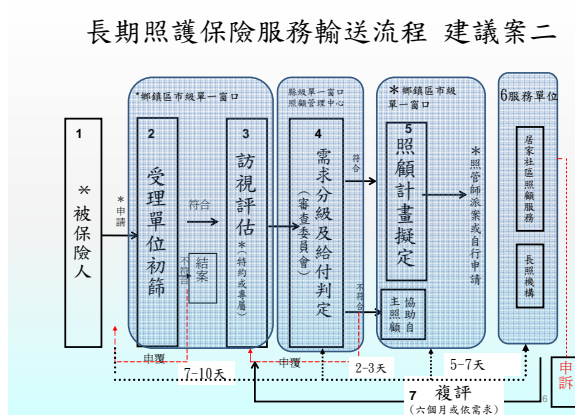
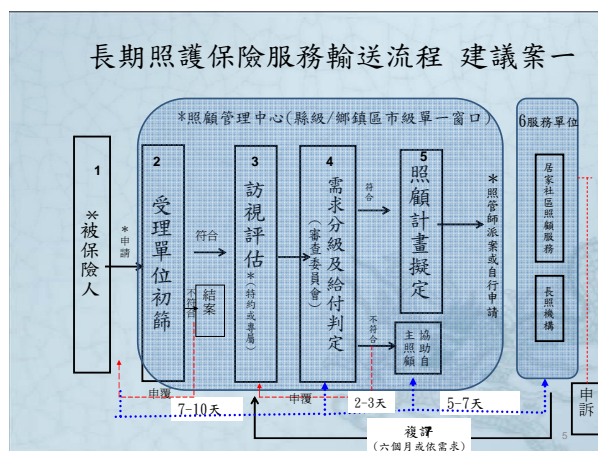
上次會議記錄確認：如附件。

本次會議重要決議：

一、確認修改我國長照保險服務輸送流程概念考量便民與管理可行共提兩個方案二(如附圖一、及二)

(一)方案一為考量現行體至接軌的單一窗口概念設計，從受理申請到服務派案皆於同一照顧管理單位處理。詳細細節建議內容如附表一。

(二)方案二則一則考量民眾申請受理可近性，將申請評估及照顧計劃等事宜置於單一窗口，同時被考量地方自主人情壓力造成判定泛濫，另將判定集中於全縣單一承辦單位進行判定，降低地方差異性。細細節建議內容如附表一。



二、服務輸送流程設計細節確認：

- i. 服務聯結建議採兩種方案供未來保險單位參考：
 1. 照顧管理專員直接依判定需求連結服務資源：此方案考量現行長照十年體制，且有效管理資源配置問題。
 2. 由照顧管理專員依據判定情形與申請人共同討論確認計畫後，由申請人自行尋找服務機構：此方案考量申請人充份的選擇權與彈性。

3.兩案優缺點比較

建議案	建議案一	建議案二
內涵	整體照顧管理機制(2-5)皆在縣級窗口同一單位進行	1.受理評估與計畫擬定管理為鄉鎮市區級窗口 2.判定分級(4)由縣級單一窗口執行
優點	1.整合資源，管理容易 2.辨識度高 3.單一窗口降低行政流程 4.地方制度較能趨一致 5.相關配合財政提高至縣級較為豐沛	1.便民 可近性高 2.工作人員服務範圍較少降低交通往返時間 3.具較高的社區自決功能
可能限制	1.過於集中可近性差 2.缺乏地方參與自決 3.較無法結合現有基層單位人力行政資源	1.不易聘僱到專業人員 2.專業度差異性較高 3.地方人情政治壓力大易失公平性

(二)訂定明確申覆(訴)機制，

1.分為三種不同需求擬定申覆(訴)機制：

(1)申請不符合：此階段為身份資料行政審查，建議直接由受理單位接受申覆(訴)申請與處理。

(2)判定結果不滿意：此階段分為對訪視評估內容與現實不符、判定需求分級與申請人見解有落差等。建議可透過照顧管理中心另設申覆(訴)事件處理單位進行處理。

(3)服務單位提供服務不滿意：此階段為申請人對服務單位服務品質現況觀點與認知的落差，建議仍由照顧管理中心主導處理相關事宜，若涉及機構法定管理部份，由地方政府相關主管機構接受處理，若其餘品質問題建議透過品質監控機制進行處理。

2.申請人申覆部份是否涉及行政處分，建議在未來相關長期照護保險法中加入考量申覆機制(如申覆流程、程序、受理單位等)。

(三)服務品質監控依可能發生的品質事件分述建議：

1.訪視評估品質：建議由保險單位主責管理，分為內控與外控機制進行，照顧管理中心可透過相關表單填報完整率、時效性、申請人滿意度及申訴事件發生率再配合內部主管定期抽訪審查監督其品質；外控機制可由保險單位自行派員或委外進行抽訪評估掌握其品質。

2.照護計畫品質：建議由照顧管理中心進行品質內控機制即可。

3.服務提供品質：包括各種社區、居家及機構式照顧機構等實物

服務與現金津貼服務等，建議亦需配合現行相關法律規定由主管機構定期評鑑、督導考核，保險單位透過不定期抽訪瞭解其服務現況。

- (四)服務輸送時效考量，原考量與德日同樣訂定 30 天，但在考量與現行國內長照體制接軌、部份偏遠地區幅員廣大、服務人力不足、與判定委員會召開需求時間等相關因素，將服務時效分階段以範圍值提供參考，詳如附圖一、二。第一階段為從申請初篩到判定 7-14 天，判定到照顧計畫擬定 2-3 天、照顧計畫擬定確認到服務提供約 5-7 天，全程為 14-24 天。(若判定不由委員會判定則從初篩到判定時效縮短為 7-10 天)
- (五)建議初篩可依個案需求緊急程度分三級：特急件、急件及普通件等，再由照顧管理中心依其緊急情況考量輸送時效。
- (六)服務需求等級判定證明的有效期限，若考量不由照顧管理專員派案媒合，而直接由申請人尋找服務單位情況下，建議應設有服務需求判定證明有效期限，比照複評時間訂定為六個月。

二、照顧管理機制定討論建議決議內容

- (一)照顧管理中心定位：如概念圖中的照顧管理中心，若如概念圖一角色功能定位為一個整合性單一窗口，其名稱為怕與現行長照中混淆，暫定為照顧管理中心，建議中心定位應於相關保險辦法中明定清楚，現行長照中心的計畫模式或二級機關方式，因整個政府組織地方自治強，員額總額管控，實行困難度高，因此建議以下為三種方案：
 - 1.保險局自設縣市工作站：可由保險單位如勞工就業服務站一樣，依失能者多寡與區域考量，以一縣市一單位或一縣市多單位方式，自己另設服務站擔任受理初篩、訪視評估及照顧管理工作。其中此工作站(照顧管理中心)可由保險局自行招聘相關人事訓練籌設管理。
 - 2.保險局委外(政府機關)設立工作站：由保險局定期招標委託其他公部門單位進行提供服務，提供服務可如方案一從受理到服務連結，委外單位建議可由縣市政府、鄉鎮公所、衛生所等，但保險單位需提供相關行政及人事經費等。
 - 3.保險局委外(長期照護民間團體或醫院等)：直接由保險局委託相關專業團體或機構進行服務，服務機制需走方案二模式僅提供受理、評估、照顧計畫擬定及照顧管理部份，唯其需求分級判定部份仍建議由保險局自辦或公部門辦理，以防如現行外籍監護工浮濫現象，且需考量稽核品質問題。
- (二)照顧管理專員之背景資格
 - 1.專業背景需求：建議比照現行長照十年規定，惟考量部份相關科系(如社工系、老人福利系、老人照顧管理系及公衛系等)目前尚不易有專業證照，另考量前幾年實施期工作人力大量需求，建議參考加拿大與我國長照十年專業背景；修定如下：大專以上且具備專業師級專業證照外，另需長照服務經驗 2 年或以上，若相關科系無專業證照者，需具備長照相關學分證明及長期照護服務年資 4 年或以上。
 - 2.人員資格認定：建議前三年仍以上述專業背景為入門資格，未來建議比照日本發展國家級專業照顧管理師證照。

- 3.人員職前訓練：建議比照現行長照十年衛生署辦理的教育訓練模式，含課室教學與實務練習至少 86 小時。
- 4.人員在職訓練：建議每年仍需參加長期照護相關繼續教育 20 小時，辦理單位不拘。
- 5.照顧管理專員角色定位：如中心定位，為其單位自行聘用人力。
- 6.照顧管理專員配置：目前長照中心建議量為每人 200 個個案，但多數縣市實際個管量未到 200；如高雄市平均個案量為 113 案、花蓮縣個案量約 140 案；考量地區幅員大及交通問題建議一位照顧管理師個案量約為 100~150 案(1:100~150)。
- 7.照顧管理專員服務品管機制：由照顧管理中心進行內控品管，保險局委託相關專業團體不定期稽核其照顧管理品質。

臨時動議：無

主席報告：下回討論需求評估量表與分級制度請各專家先行準備。

會議結束。

第三次專家會議紀錄

時間：九十八年二月十九日下午二點至六點

地點：陽明大學衛福所613教室

主席：吳肖琪 主持人

出(列)席：李玉春教授(陳衍倩助理代表)、石惠文督導、李淑婷科長、周麗華副局長、許銘能局長、張美珠秘書長、謝佳宜專員、彭美琪主任、蔡閻閻協同主持人、劉惠賢技士、張淑卿研究員、郭銘珊助理

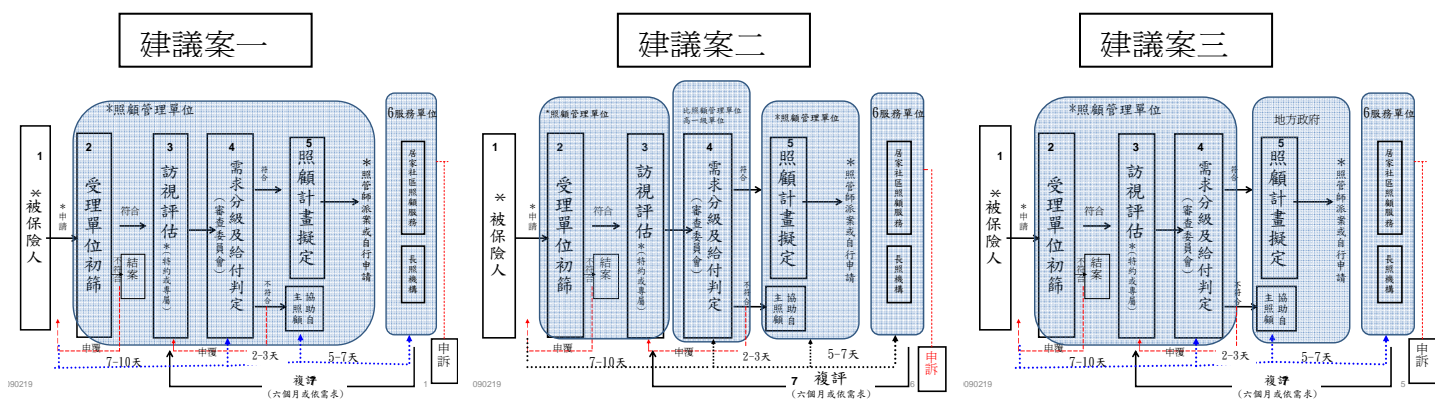
紀錄：張淑卿研究員

主席報告：(略)

上次會議記錄確認：如附件。

本次會議重要決議：

- 一、依據經建會主持人共識會議討論方向，應重新思考縣市地方政府的角色功能，在此思維考量下，多加一個長期照護保險服務輸送流程概念方案三，合併共提三個建議案(如附圖一、二及三)
- 二、方案一為考量現行體至接軌的單一窗口概念設計，從受理申請到服務派案皆於同一照顧管理單位處理。詳細細節建議內容如附表一。
- 三、方案二則一則考量民眾申請受理可近性，將申請評估及照顧計劃等事宜置於單一窗口，同時被考量地方自主人情壓力造成判定泛濫，另將判定集中於全縣單一承辦單位進行判定，降低地方差異性。細節建議內容如附表一。
- 四、方案三以考量提升地方政府管理權限，參與長期照護個案的照護網絡，及地方服務資源有效整合與運用；擬採美國 HMO 及 PACE 的精神，即個案經照顧管理單位訪查評估後，判定分級級數後，依分級級數上限給付費用額度，委託地方政府現行長期照顧管理中心照顧管理專員進行照顧計畫擬定與服務資源整合管理。細節建議如附表一。



五、服務評估工具

建議考量不同服務輸送流程體系，照顧需求評估可分為以下兩個方案

	方案一	方案二
前題	評估者與照顧計畫擬定者不同單位(不同人)	評估者與照顧計畫擬定者同單位(同一個人)
評估階段	兩階段 (判定需求評估與照顧需求評估分為前後兩個階段)	一階段 (將判定需求與照顧計畫擬定需求同時完成)
設計原則	第一階段 因採判定需求評估，採與判定有關的重要核心指標 ADLs、IADLs、認知功能等三個核心指標即可，朝簡潔方便運作為主。 (其中 ADLs 採 Barthels、認知功能採 SPMSQ 或 CDR) 第二階段 可於擬定照顧計畫時再到案家進行二次完整評估，此時可考量連結現有長照十年評估量表進行，	採行現行長照十年評估量表，唯 ADLs 修正為 Barthels 以分數計算。

六、服務照顧需求分級

過去引用的需求分級多為三級，內政部林麗嬋(2005)建議採四級，依據與會專家討論陳述，現今分三級，且以 Katz 項數為分級依據，台北市表示有 17% 的人被輕症重判，因此建議分級依據如下表：

分級依據	ADLs(Bathels)、IADL、SPMSQ(CDR) 特殊疾病者無法從上述量表判定可考量醫師診斷或身障證明
分級項目	先以 Bathels 分數 80 分以下為定點 0-80 分為四個階段(細節下回研議)

會議結束。

第四次專家會議紀錄

時間：九十八年三月二十三日下午二點至五點半

地點：陽明大學衛福所511教室

主席：吳肖琪 主持人

出席：李玉春教授(陳衍倩代)、石惠文督導、李淑婷科長、林麗嬋教授、周麗華副局長、許銘能局長、張美珠秘書長、經建會陳靜雯科員、蔡閻閻簡任技正、衛生署代表劉惠賢技士、張淑卿研究員、郭銘珊助理 (以上按出席者姓名筆劃順序)

紀錄：郭銘珊、張淑卿研究員

主席報告：(略)

上次會議記錄確認：第三次專家會議與期中報告結果確認。

本次會議重要決議：

- 一、 依據身權法執行的「身心障礙者評估鑑定結果」與長期照護保險服務輸送機制結合情形：因身權法運用ICF判定及專業團隊評估機制尚未正式執行，未能清楚掌握其執行內涵，且長照保險有執行時程上的緊迫性，因此建議未來其評估與判定內容若符合長照保險，則可考量將其鑑定結果直接認定，或另建立簡化流程，參採其結果。
- 二、 長照保險品質監控可從服務輸送流程機制中分為四個階段品質監控過程：訪視評估品質、結果判定分級品質、照護計畫品質及服務提供
- 三、 長期照護保險品質工作原則，參考國外文獻及美國IOM建議，訂定如下：
 - (一) 長期照護保險品質應以被保險人為中心，非以服務提供者為中心
 - (二) 長期照護服務提供品質訊息應為公開且透明。
 - (三) 長期照護服務提供品質訊息應讓被保險人容易取得與參考，以供其參與照顧計畫。
 - (四) 長期照護保險品質應在參考各地多元文化下需求，讓被保險人取得城鄉一致性的照顧品質。
 - (五) 長期照護保險品質應讓被保險人取得合適的長期照護服務
 - (六) 提升長照品質需要政府透過明確有效法規及保險給付穩定性的承諾。
 - (七) 應透過持續、客觀、切考量被保險人需求的評核機制，提升被保險人的照顧品質與生活品質。
- 四、 為達持續且客觀的長期照護保險品質監控機制，建議應有以下策略：
 - (一) 應比照美國建立明確有用的整合性長期照護資訊系統(如線上認證及報告調查系統，On-line Survey Certification and Reporting, OSCAR)。將長期照護體系中照顧人力、服務提供單位及相關服務品質指標等納入定期報告系統。可中央建立統一欄位，地方政府可依需求性另加發展細項，並採電子申報。
 - (二) 建議進行現有國內長期照護資訊系統現況盤點：瞭解其資料完

整性、正確性及一致性等。以利後續相關長照品質資訊系統的整合與建立。

- (三) 品質監控宜採內控機制與外控機制兩種策略，主責單位為保險局，負責品質與費用控制；內控機制應先行討論訂定全國一致性的內部工作SOP，建立內部稽核制度；外控機制宜考量結合現行法規，由保險局自辦、委外相關團體或參採地方政府各種抽訪、督導考核及評鑑等工作。
- (四) 服務提供品質宜考量機構現行問題，住宿型服務機構(如長期照顧機構、護理之家及養護機構等)多有相關法規且具明確設立條件等規範，可進行評鑑或督考；社區型機構(如居家服務、日間照顧等)因無相關法規依據，恐無法有效執行服務品質監督工作，建議未來將各類長期照護機構設立規範及品質監督管理納入長期照護保險法及長期照護保險服務機構特約管理中。
- (五) 應設立長期照護服務品質爭議調處單位：內部應設有專責單位協助內控機制執行：人員、結果、申訴及服務四大層面等工作；外部專責單位如長照保險委員會、爭議審議委員會等協助處理相關服務品質研發及爭議處理工作。

臨時動議：

未來報告中撰寫國內長照中心服務輸送內容應考量以時序性、各層級位階排列方式描述，從最早時期至今長照十年皆應納入比較說明。

第五次專家會議紀錄

時間：九十八年四月十三日下午二點至六點

地點：陽明大學衛福所511教室

主席：吳肖琪 主持人

出席：李玉春教授(陳衍倩代)、石惠文督導、李淑婷科長、李邵懷助理教授、林麗嬋教授、林秀玲督導、周麗華副局長、許銘能局長、張美珠秘書長、楊志良教授、經建會代表謝佳宜專門委員、蔡閻閻簡任技正、衛生署代表劉惠賢技士、張淑卿研究員、郭銘珊助理、黃俊哲助理、吳秀英助理(以上按出席者姓名筆劃順序)

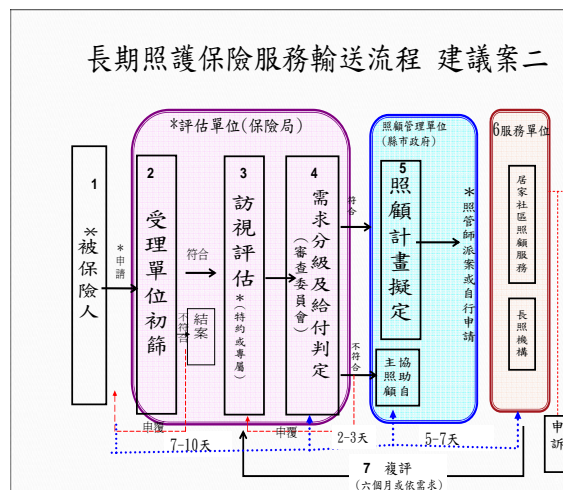
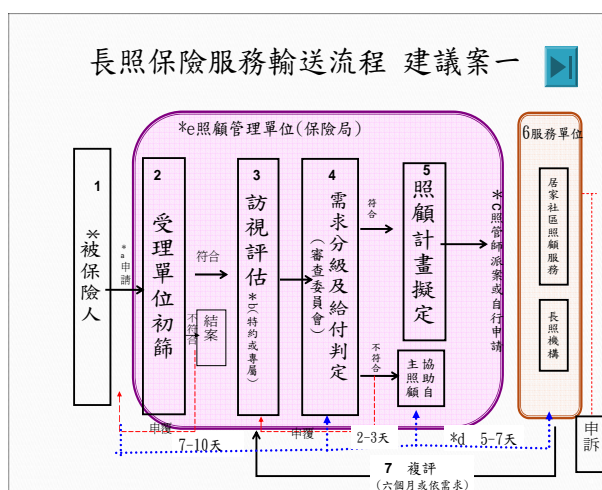
紀錄：郭銘珊、張淑卿研究員

主席報告：(略)

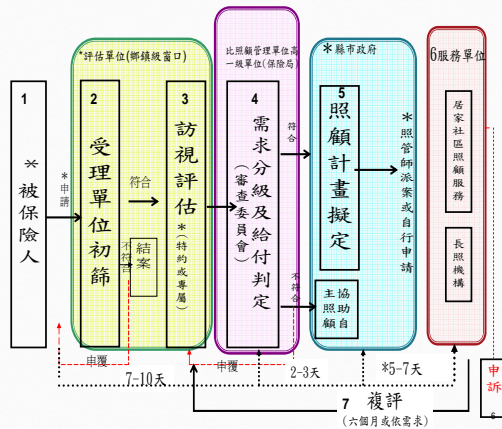
上次會議記錄確認：第三次專家會議與期中報告結果確認。

本次會議重要決議：

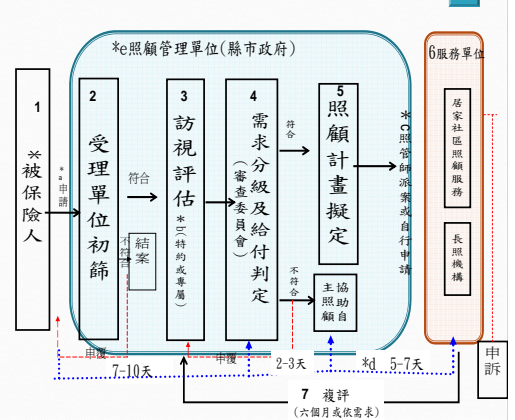
- 一、確認服務輸送流程分為七個程序，照顧管理機制四個建議案如附圖。
- 二、長期照護服務輸送體制應有相關法源依據，建議應及早規畫長期照護保險法及長期照護服務法等兩法，可將目前國內長期照相關機構設立等標準統一。
- 三、保險評估工具評定建議：「分析全國各縣市照顧管理中心評估資料，確立資源耗用情形」、「建構全國標準化評估項目與資訊系統」、「亞急性照護資格評定」及「強化公平性」
- 四、評估工具參考日本及我國長照十年量表內容，將 ADLs、SPMSQ 納入考量；在認知部份建議將 CMAI、醫師診斷及 CDR 納入考量。
- 五、保險分級建議採兩種方案：方案一為以 ADLs 分及四級，方案二以 ADLs 分為三級
- 六、考量以二維構面訂四級後再合併考量 ADLs、SPMSQ 及 CMAI。
- 七、服務輸送問卷確認，邀請對象以長照中心實際工作滿兩年照顧管理師為問卷訪談對象，另邀中央社會司及照護處代表表達意見。



長期照護保險服務輸送流程 建議案三



長照保險服務輸送流程 建議案四



	方案一	方案二	方案三	方案四
照管制度設計基礎	整體照顧管理機制皆由健保局負責	評估由健保局負責，照管計畫由縣市政府負責，類似HMOs及PACE等論人頭計費制度	鄉鎮負責評估、保險單位負責判定、縣市政府負責照管計畫	整體照顧管理機制皆由地方政府負責
中央與地方分工	評估與照管計畫皆由健保局負責	照管機制由中央與地方共同分擔	健保局只負責判定，其餘工作由地方政府負責	評估與照管計畫皆由地方政府負責
地方主管機關權責大小	地方政府角色最小	地方政府角色適中	地方政府角色較重	地方政府角色最大
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整合資源，管理容易 2. 辨識度高 3. 單一窗口降低行政程序 4. 地方制度較能趨一致 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強化地方政府權能 2. 有效整合管轄內資源 3. 有效資源配置，避免支出費用成長過快 4. 保險給付採論人計酬經費易管控 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 便民、可近性高 2. 工作人員服務範圍較小，降低交通往返時間 3. 具較高社區自決功能 4. 可結合現有基層人力行政資源(各地健保課) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強化地方政府權能 2. 有效整合管理轄內資源 3. 有效資源配置，避免支出費用成長過快
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 缺乏因地制宜之彈性 2. 缺乏地方參與自決 3. 較無法結合現有基層單位人力行政資源 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若以現今長期照顧中心執行相關業務，人力未有精簡 2. 地方政府與保險局職權劃分不清，委辦或下屬 3. 評估與照顧計畫窗口不一，易有混淆權責的情形，影響其辨識度 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不易聘僱到專業人員 2. 專業度差異性較高 3. 地方人情政治壓力大易失公平性 4. 評估與照顧計畫窗口不一，易有混淆權責的情形，影響其辨識度 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若以現今長期照顧中心執行相關業務，人力未有精簡 2. 地方政府與保險局職權劃分不清，委辦或下屬

期中報告審查紀錄

時間：九十八年二月二十五日上午九點

地點：經建會六樓會議室

主持人：經建會單副主任委員

報告人：吳肖琪 主持人

審查委員：周月清委員、內政部莊金珠科長、內政部祝健芳科長、衛生署護理暨
健康照護處黃美娜處長

紀錄：張淑卿、郭銘珊

審查紀錄：

一、周月清委員

- (一) 目前問題重點在沒人力、沒資源、並非流程有問題，而人力與資源問題可用長期照護保險問題解決。
- (二) 在服務輸送流程中所提之方案一、方案二，在組織方面日本與德國不同，此部份可與楊志良老師那組「組織體制」考慮結合。
- (三) 保險對象在全人口前提下，需考量將身心障礙者納入，尤其發展遲緩兒童容易被忽略。ICF 在身權法與長照保險兩邊同時規劃，可能造成民眾無法選擇，應解決整合問題，必要時應與身心障礙福利科相關研究團隊進行對話。
- (四) 照顧者之需求應納入考量範圍，例如照顧者之年齡、健康狀態、居住地與環境及被照顧者是否獨居等；於資源不豐之地區可以考量現金給付。
- (五) 建議多注意比較現行各縣市長照執行現況，瞭解其城鄉差異問題。
- (六) 現有長照服務輸送人力、公權力、民間團體執行力都有打折問題，建議保險用公部門，避免服務淪為物化。
- (七) 需求評估建議考量城鄉差異及不同族群，如原住民特殊需求等。
- (八) 建立服務品質監控機制中，應將服務資訊公開納入考量，尤其對下游服務品質監督機制更宜考量納入處理。

二、內政部祝健芳科長

- (一) 身權法 101 年新制與長照保險應做受理、評估窗口整合，從鑑定到法定需求評估，身障團體(ICF)標準與長照不完全相同，身障團體對於身障者之就學、社會參與等方面考量比長照保險更多元，評估由專家團隊進行，與目前長照不同，建議納入考量。
- (二) 目前因應身權法 101 年新制實施，內政部委託五個單位進行規劃；規範身障者資格，每 5 年換證，98 年下半年將展開試測工作，未來鑑定評估變成同一團體執行，可於實驗縣市測試身障與長期照護保險整合結果。

三、衛生署黃美娜處長

- (一) ICF 目前由衛生署、內政部共同合作推展，評估個案以專業團體(team)為單位，而長期照顧目前執行現況是以照顧管理專員個人為評估單位，建議考量在保險上兩者整合可行探討。
- (二) 本署委託相關單位進行目前各地長期照顧管理中心照顧管理專員提供照顧服務的 Performance 評估方案，建議納入未來保險服務輸送體系規劃之考量。

四、吳肖琪主持人回應

- (一) 本研究依循前次經建會會議共識，採全民納保，包括精障者在長照的需求皆納入。
- (二) 委員關心到地方政府執行力差異，所以本小組在優先建議方案一由健保局直屬工作單位。
- (三) 有關委員提及評估內容、特殊族群及品質監控機制，本小組會在期中報告後納入研擬。
- (四) 謝謝各委員相關建議與指正，本小組將於後續研究案中納入考量。

各位長期照護界先進：

您好，本研究團隊接受經建會委託，擬對該保險之服務輸送及照顧管理制度提出政策建議。本團隊已集結四次專家焦點團體會議共識，為能廣納學者、實務界專家及消費者意見，以提高政策建議之可行性與適當性，特擬訂本問卷。素仰您在長期照護領域之專業素養、豐碩實務（研究）經驗，本研究擬邀請您提供相關意見，如蒙慨允不勝感激。

請以您個人看法，依以下設計條件可行性，分別於各選項前()中填入您建議的強度，依您自覺可行性程度給分(5分、4分、3分、2分、1分、0分)，您覺得最可行的建議條件可填入(5)，若您覺得完全不可行請給(0)。

基於規劃時限，特別商請 您於4月20日前將問卷寄回或傳真(02-28204735)

回本所；不情之請敬請見諒，若能直接以Email回傳更是萬分感謝。

再次感謝您的熱心協助。若有任何問題請洽本人或研究員張淑卿（電話:02-2826-7052 / 0922450642）。

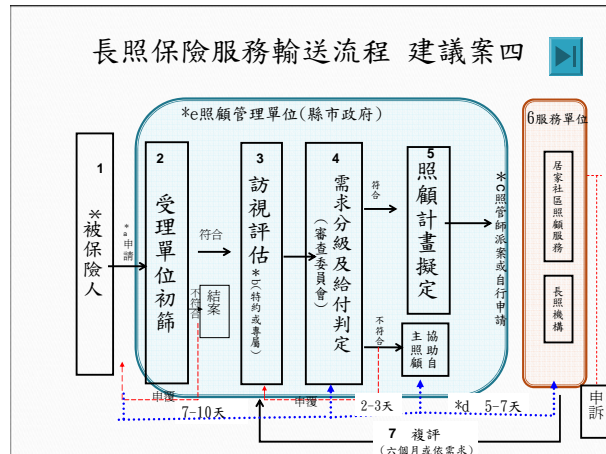
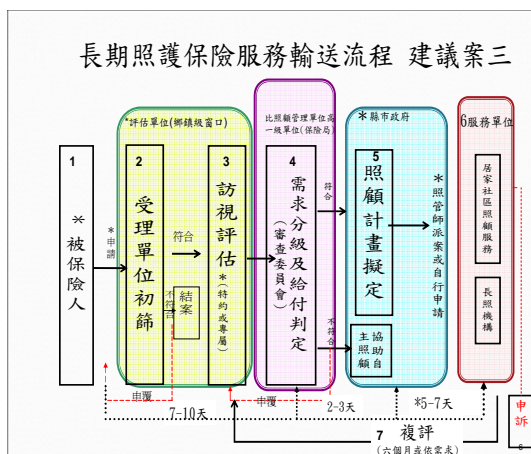
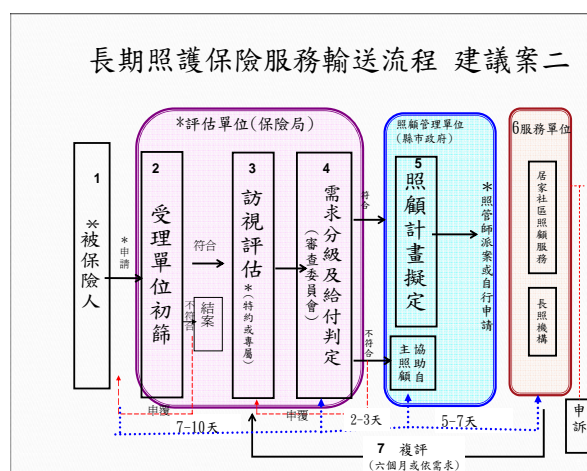
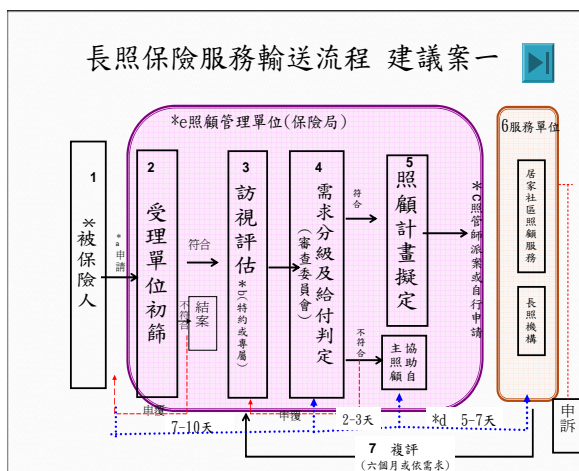
敬頌

順安！

計劃主持人:陽明大學衛生福利研究所 吳肖琪

協同主持人/研究員：林麗嬋、蔡閻閻、張淑卿 敬邀

長期照護保險服務輸送流程請依下圖 1、2...及 a、b...相關設計條件表達您的看法：
 請您依可行建議程度給分(5分、4分、3分、2分、1分、0分)，您覺得最可建議的
 方案請給 5 分，若您覺得完全不建議的方案請給 0 分。



	方案一	方案二	方案三	方案四
照管制度設計基礎	整體照顧管理機制皆由健保局負責	評估由健保局負責，照管計畫由縣市政府負責，類似HMOs及PACE等論人頭計費制度	鄉鎮負責評估、保險單位負責判定、縣市政府負責照管計畫	整體照顧管理機制皆由地方政府負責
中央與地方分工	評估與照管計畫皆由健保局負責	照管機制由中央與地方共同分擔	健保局只負責判定，其餘工作由地方政府負責	評估與照管計畫皆由地方政府負責
地方主管機關權責大小	地方政府角色最小	地方政府角色適中	地方政府角色較重	地方政府角色最大
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1.整合資源，管理容易 2.辨識度高 3.單一窗口降低行政程序 4.地方制度較能趨一致 	<ol style="list-style-type: none"> 1.強化地方政府權能 2.有效整合管轄內資源 3.有效資源配置，避免支出費用成長過快 4.保險給付採論人計酬經費易管控 	<ol style="list-style-type: none"> 1.便民、可近性高 2.工作人員服務範圍較小，降低交通往返時間 3.具較高社區自決功能 4.可結合現有基層人力行政資源(各地健保課) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.強化地方政府權能 2.有效整合管理轄內資源 3.有效資源配置，避免支出費用成長過快
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1.缺乏因地制宜之彈性 2.缺乏地方參與自決 3.較無法結合現有基層單位人力行政資源 	<ol style="list-style-type: none"> 1.若以現今長期照顧中心執行相關業務，人力未有精簡 2.地方政府與保險局職權劃分不清，委辦或下屬 3.評估與照顧計畫窗口不一，易有混淆權責的情形，影響其辨識度 	<ol style="list-style-type: none"> 1.不易聘僱到專業人員 2.專業度差異性較高 3.地方人情政治壓力大易失公平性 4.評估與照顧計畫窗口不一，易有混淆權責的情形，影響其辨識度 	<ol style="list-style-type: none"> 1.若以現今長期照顧中心執行相關業務，人力未有精簡 2.地方政府與保險局職權劃分不清，委辦或下屬

1.有關服務輸送組織定位建議有以下四種模式(優缺點參考如上表):您覺得哪種模式最為可行?

-)A.整體照顧管理機制(由2至5)皆由保險局(健保局)負責,保險局聘僱專人執行業務,權責較能統一
-)B.評估判定(2-4)由保險局負責,照管計畫(5)由縣市政府負責
-)C.鄉鎮公所層級負責評估(2-3)、保險單位負責判定(4)、縣市政府負責照管計畫(5)
-)D.整體照顧管理機制皆由地方政府負責(比照現行長照十年模式),會有各縣市人力不一、給付不一情形
-)E.其他建議: _____
-
-

2.在申請階段設計(程序1至2),以下相關設計重點,請您依可行性給分。

2A.長期照護保險的服務申請窗口(*a):

-)A.多元入口(鄉鎮公所現有窗口、衛生所、醫療院所出院準備窗口、里辦公室、網路)
-)B.單一入口(鄉鎮公所現有健保窗口)
-)C.其他建議: _____

2B.長期照護保險的服務申請人(程序1):

-)A.被保險人及家屬
-)B.被保險人、家屬及專業人員
-)C.其他建議: _____

2C.受理申請單位,進行初步資格審查(程序2):

-)A.照顧管理單位(照管中心)
-)B.鄉鎮公所辦事處
-)C.其他建議: _____

2D.受理申請人員的專業要求(程序2):

-)A.一般行政人員
-)B.長照相關專業人員
-)C.其他建議: _____

3.在訪視評估階段(程序3),以下相關設計重點,請您依可行性給分。

3A 照顧管理單位(*e)設立規模:

-)A.依人口需求設立(一個縣市一個或多個)
-)B.比照現行長照十年,一縣市一中心(目前長照十年係依人口需求設立中心與分站)
-)C.比照日本,一個鄉(區、市、鎮)一個中心
-)D.其他建議: _____

3B.需求評估方式:

-)A.專業人員到個案後續照顧機構(案家或長照機構)訪視評估(依個案需求到不同地點進行訪視評估)
-)B.專業人員到個案現住機構(醫院)訪視評估
-)C.個案或家屬自填申請資料書面評估
-)D.單純個案書面審,較複雜才訪視個案(單純與複雜個案依疾病或照顧需求區隔)

- ()E.其他建議：_____
- 3C.評估機制(*b)：
- ()A.照顧管理單位專任工作人員進行評估
- ()B.照顧管理單位委託其他單位(機構如勞委會委託醫院)進行評估
- ()C.照顧單位委託其他單位(民間團體如北縣委託物理治療師公會)進行評估
- ()D.其他建議：_____
- 3D.評估人員背景(*b)：
- ()A.長照相關專業背景且需要受過一定訓練的專業人員
- ()B.具有相關專業証照人員均可執行(如社工、護理、OT、PT、營養、醫師等)
- ()C.高中職以上經過一定評估訓練的人員
- ()D.其他建議：_____
- 3E.評估量表：
- ()A.採兩階段評估：第一階段僅考量需求分級判定為主評估內容，以核心指標(ADLs、IADLs、SPMSQ等)為主，第二階段則以照護計畫擬定需求相關內容為評估內涵(如現行長照十年量表)
- ()B.採一次完成評估，以現行長照十年的訪視評估工具為基礎再修正
- ()C.採一次完成評估，直接沿用現行長照十年的訪視評估工具
- ()D.直接引用美國 Inter-RAI 的評估量表
- ()E.直接引用日本長期照護保險評估量表(如 TAI)
- ()F.其他建議：_____
- 3F 失能程度 ADLs 採用評估量表(如巴氏量表)：
- ()A.採用現行長照十年量表方式，以 Katz 量表(採分項認定，依其失能項數計算)
- ()B.採用勞委會外籍看護工、過去衛生署及各縣市相關長照計畫方式，以 Bathels 量表(以 100 分計算，依其得分計算)
- ()C.其他建議：_____
- 3G 評估量表中，認知功能評估採用方式：
- ()A.SPMSQ
- ()B.CDR
- ()C.MMSE
- ()D.由相關專科醫師診斷
- ()E.其他建議：_____
- 3H 評估時效，從申請到完成評估時間：
- ()A.7-10 天
- ()B.5-7 天
- ()C.其他_____
- 4.需求判定機制(程序 4)：
- 4A.判定單位：
- ()A.採用委員會方式進行開會討論判定
- ()B.比照現行長照十年由照顧管理專員(評估與判定為同一專業人員)
- ()C.其他_____
- 4B.若判定單位採委員制，委員背景建議：
- ()A.具備以下兩種條件之一：1.醫療、護理、社工及相關照顧背景者，應具被大學學歷且具實務經驗三年以上者 2.相關領域大專講師以上者
- ()B. 相關領域大專講師以上者

- ()C.其他
- 4C.判定時程(從評估結果送審到判定完成)：
- ()A.5-7 天
- ()B.2-3 天
- ()C.其他_____
- 4E.判定結果的時效(判定結果到服務提供之間時間長度，考量個案自行連結照顧需資源的時間需求)：
- ()A.比照複評時間，六個月
- ()B.比照複評時間，一年
- ()C.其他_____
- 5.照顧計畫擬定(程序 5)：
- 5A.照顧計畫主要擬定者：
- ()A.照顧管理單位中的專業人員(照顧管理專員)
- ()B.服務機構中的專業人員(社工、護士...)
- ()C.其他_____
- 5B.照顧計畫是否納入被保險人的參與權：
- ()A.建議將被保險人及家屬意見納入
- ()B.依計畫需求決定是否需要將被保險人意見納入
- ()C.其他_____
- 5C.照顧計畫擬定到服務提供時效性：
- ()A.5-7 天
- ()B.7-10 天
- ()C.其他_____
- 6.服務提供(程序 6)
- 6A.服務資源連結(*c)：
- ()A.比照現行長照十年方式，由照顧管理中心照顧管理專員連結派案
- ()B.比照其他國家(如日本)，由被保險人或其家屬自行尋找服務單位
- ()C.其他_____
- 6B.保險給付服務單位種類及規範：
- ()A.另訂定長照服務法將長照服務單位的管理法源，予以整合具一致規範
- ()B.比照現行服務機構相關法律規範
- ()C.其他_____
- 6C.服務單位品質外控機制(評鑑)：
- ()A.由保險局委託團體或學校，定期進行機構品質評鑑工作(如現行護理之家及小型老人福利機構)
- ()B.由中央主管單位，進行定期進行相關機構品質評鑑工作(如現行財團法人老人福利機構評鑑)
- ()C.比照現行情形，由地方政府依其法源規範執行品管督導考核工作
- ()D.其他_____
- 6D.服務單位品質平時稽核工作：
- ()A.由保險局自行抽訪相關機構品質工作
- ()B.由保險局委託民間團體不定期抽訪相關機構品質工作
- ()C.A 及 B 兩案並行
- ()D.其他_____

7.複評機制(程序 7)：

7A.複評申請人(定期複評時)：

- ()A.由照顧管理單位中的照顧管理專業定期主動提出複評
- ()B.由被保險人、家屬或服務單位中專業人員定期主動提出複評
- ()C.以資訊系統主動提醒照顧管理單位中的照顧管理專業定期複評
- ()D.其他 A、B 及 C 兩案並行

7B.複評申請人(特殊變化時)：

- ()A.被保險人及家屬
- ()B.被保險人、家屬及服務單位中專業人員
- ()C.其他_____

7C.定期複評間隔時間(穩定個案)：

- ()A.一年
- ()B.六個月
- ()C.三個月
- ()D.其他_____

8.申覆(訴)機制：對申請不符合、判定結果不滿意及服務單位不滿意等：

- ()A.由保險局自行建立申覆(訴)機制；並設立申覆(訴)處理單位，接受民眾爭議事件申請與處理
- ()B.由中央主管單位設申覆(訴)處理單位，接受民眾爭議事件申請與處理
- ()C.由地方政府設申覆(訴)處理單位，接受民眾爭議事件申請與處理
- ()D.其他_____

9.整體服務輸送流程時效(從申請到服務提供)：

- ()A.30 天(日曆天)
- ()B.30 天(工作天)
- ()C.14-24 天(日曆天)
- ()D.其他 14-24 天_(工作天)_____

10.照顧管理專業人員(照顧管理單位中的照管專員，執行業務至少包括評估及照護計畫擬定等)：

10A.專業背景要求

- ()A.1.大專畢業且專業背景需備「師級」專業證照外，且須長照服務經驗 2 年或以上
- ()B.2.不易考照或無照可考的相關科系(如社會福利、老人福利、公衛系等)需具備長照相關學分資歷者且需 4 年工作經驗(開辦至證照開始期)
- ()C.3.照顧管理專員證照(預計三年後)
- ()D.1.大專畢業且專業背景需備講師級或專業證照外應須長照服務經驗 2 年或以上 2.照顧管理專員證照(預計三年後)
- ()E.其他_____

10B.照顧管理師專業認證：

- ()A.建議保險開辦前三年仍以上述專業背景為入門資格，未來建議比照日本發展國家級專業照顧管理師證照
- ()B.直接以目前專業背景證照為考量即可，不需另立照顧管理師專業認證

- ()C.其他_____
- 10D.照顧管理師的專業認證方式：
- ()A.比照專業人員師級認證，由考試院統一考照
- ()B.建議比照專科醫師或護理師方式，經過一定程度訓練後由主管機構(衛生署或內政部)核發相關證明
- ()C.比照照顧服務員方式，由職訓局招考核發丙級技職證照
- ()D.其他_____
- 10E. 照顧管理師的專業認證時效：
- ()A.終身有效，不需在職訓練時數換發證照
- ()B.終身有效，但需比照專科醫師或護理師方式六年以一定時數的在職訓練換發證照
- ()C.比照日本五年有效，效期到時需重新考照
- ()D.其他_____
- 10F.照顧管理師的職前訓練建議：
- ()A.比照現行長照十年衛生署辦理的教育訓練模式，全國統一訓練，含課室教學與實務練習至少 86 小時，或時數建議為_____
- ()B.建議採全國統一職前訓練，課程及內容宜另行研發。
- ()C.其他_____
- 10G.照顧管理師員額建議(以方案一為主，工作包含評估、照顧計畫擬定及服務資源媒合等)
- ()A.100-150 個個案聘用一位照顧管理師
- ()B.151-200 個個案聘用一位照顧管理師
- ()C.201-500 個個案聘用一位照顧管理師
- ()D.其他依照管模式訂定員額配置 _____
- 11.長期照護保險品質監控機制：
- 11A.長期照護保險服務輸送過程及服務提供品質監控主責單位：
- ()A.保險局
- ()B.中央主管單位
- ()C.地方政府
- ()D.其他_____
- 11B.長期照護保險服務提供品質監控主責單位：
- ()A.保險局
- ()B.中央主管單位
- ()C.地方政府
- ()D.其他_____
- 11B.長照保險服務提供單位品質評鑑與特約關係：
- ()A.整合現有各單位的服務提供單位品質評鑑，同一類型機構(如長期照護機構、護理之家、養護機構、重殘養護機構等)建議全國一致指標評鑑指標與執行模式，依評鑑有一定程度者才納入特約保險單位。
- ()B.依現行各主管單位品質評鑑方式進行，採計各縣市品質評鑑成績有一定程度者才納入特約保險單位
- ()C.開放特約，只要符合機構設立條件者，不需任何評鑑門檻
- 11C.長照保險品質監控資訊系統：

- ()A.由保險局建立明確有用的整合性長期照護資訊系統(如線上認證及報告調查系統，On-line Survey Certification and Reporting，OSCAR)。將長期照護體系中照顧人力、服務提供單位及相關服務品質指標等納入定期資訊報告系統
- ()B.由中央主管單位建立明確有用的整合性長期照護資訊系統
- ()C.其他_____

P 填表人背景：(請勾選)

- 1.專業背景：A.社工 B.護理 C.物理治療 D.職能治療 E.營養
F.其他_____ (請勾選)
- 2.目前的工作內容：A.長照中心照顧管理專員 B.長照中心照管督導
C.衛政主管長照中央行政 D.社政主管長照中央行政
E.衛政主管長照地方行政 F.社政主管長照地方行政
G._____ (請勾選)
- 3.目前工作(長照相關)年資：共_____年_____月
- 4.出生年次：民國 _____年出生
- 5.性別：A.男 B.女
- 6.您目前居住的縣市別：_____

附錄 八 日本生活機能評估量表（潛伏型高危險群篩選量表）

編號	確認項目	請圈選符合項目		
1	請問您可以自己搭乘公車或捷運外出嗎？	可以	不可以	
2	日常活動	請問您可以自己去買東西嗎？	可以	不可以
3		請問您可以自己到銀行或郵局去提款、存款嗎？	可以	不可以
4		請問您可以自己去找朋友泡茶、聊天嗎？	可以	不可以
5		請問您平常會跟家人、好友談心裡的事情嗎？	會	不會
6		請問您在上下樓梯時可以不用扶著牆壁或扶手嗎？	可以	不可以
7	運動功能	請問您可以自己從椅子上站起來嗎？	可以	不可以
8		請問您可以自己連續行走 15 分鐘以上嗎？	可以	不可以
9		請問您在一年內是否曾經有跌倒的紀錄？	有	沒有
10		請問您對於跌倒是否會感到憂心呢？	感到憂心	還好
11	營養	請問您半年內體重是否有掉 2-3 公斤呢？	有	沒有
12		身高 公分 ； 體重 公斤 ； BMI 值 =		
13	口腔機能	請問您和半年前比較起來，對於比較硬的食物，是否有變得比較難以吞嚥或咀嚼呢？	有比較難	還好
14		請問您在最近幾週喝茶或喝湯汁類食物時，是否有噎到或噎到的情形呢？	有	還好
15		請問您在最近是否會有口乾舌燥，口渴的情形呢？	有	沒有
16	外出情形	請問您一星期會出門一次以上嗎？	會	沒有
17		請問您和去年比較起來，外出的次數是否有變得比較少？	有比較少	沒有
18	記憶力	請問您是否最近常常有被說「這你剛剛說過了」這樣的事嗎？	有	沒有
19		請問您可以自己查詢朋友或親人的電話號碼，並打給對方嗎？	可以	沒有
20		今天是民國幾年幾月幾日，請問您是否曾經有混亂過？	有	還好
21	心情狀態	（這兩個禮拜內）曾經有過「我的生活不充實」這樣的想法嗎？	有	還好
22		（這兩個禮拜內）過去覺得好玩有趣的事，現在卻變得枯燥無味，曾經有過這樣的想法嗎？	有	還好
23		（這兩個禮拜內）本來您覺得易如反掌的事，但是現在卻變得很複雜而且又困難，曾經有過這樣的想法嗎？	有	還好
24		（這兩個禮拜內）「感覺自己好像沒有什麼價值」曾經這樣想過。	有	還好
25		（這兩個禮拜內）沒理由沒原因的自覺性疲勞。	有	沒有

附錄 九 韓國 52 題長照需求評估量表

長期照護等級(1-3 級)

等級	標準
1 級	完全需要別人協助
	- 飲食, 穿衣, 個人衛生等ADL 完全需要別人協助 - 因中度老人癡呆常常導致記憶力, 判斷力及行動力變差
2 級	相當部份需要別人協助
	- 吃, 穿, 洗等日常生活的基本行動應需要別人協助 - 因中度老人癡呆偶爾導致記憶力, 判斷力及行動變差
3 級	部份需要別人協助
	- 吃, 穿, 洗等部份需要別人協助 - 家事或戶外活動需要別人協助

量表內容

類別	項目
身體機能 (12 項)	<ul style="list-style-type: none"> • 穿脫衣物 • 吃飯 • 由平躺到坐起 • 如廁 • 洗臉 • 洗澡 • 移(轉)位 • 大便控制 • 刷牙 • 翻身 • 離開房間、走出房外 • 小便控制
認知機能 (7 項)	<ul style="list-style-type: none"> • 瞬間記憶障礙 • 無法辨識日期 • 無法辨識地點場所 • 無法辨識年齡、出生年月日 • 無法遵照指示 • 判斷力減退 • 溝通及傳達障礙
行為行動變化 (14 項)	<ul style="list-style-type: none"> • 妄想 • 幻覺、幻聽 • 悲傷及哭泣(悲傷狀態、是否會哭泣) • 睡眠障礙、日夜顛倒

	<ul style="list-style-type: none"> • 拒絕、排斥他人協助 • 焦慮及坐立難安 • 迷路 • 言語暴力及危險行為 • 常常跑出門 • 無意義或不當行為 • 破壞物品 • 藏金錢或藏物品 • 不適當穿著打扮 • 隨地大小便、不潔行為 	
<p style="text-align: center;">護理處置 (9 項)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 氣切管照護 • 導尿管照護 • 抽吸引流(aspiration)治療照護 • 壓瘡照護 • 腸造瘻照護 • 氧氣療法 • 癌症疼痛照護 • 透析照護 • 靜脈營養 	
<p style="text-align: center;">肌肉關節活動 (10 項)</p>	<p>運動障礙(4 項)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 右上肢 • 左上肢 • 右下肢 • 左下肢 	<p>關節活動限制(6 項)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肩關節 • 髖關節 • 肘關節 • 膝關節 • 手腕及手指關節 • 腳踝關節

行政院經濟建設委員會97年度

「長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估」

期末報告審查紀錄

時間：九十八年五月六日下午兩點

地點：經建會610會議室

主持人：經建會單副主任委員

報告人：吳肖琪 主持人

回應人：吳肖琪 主持人及林麗嬋協同主持人

審查委員：周月清委員、李美珍委員暨各部會代表

紀錄：張淑卿、郭銘珊

審查紀錄：

一、周月清委員

(一) 報告可讀性相當高，裡面提出的論點大部分都支持。

(二) 個人支持研究小組提出的觀點：

甲、大有為的健保局，並傳承地方經驗；地方政府執行力差異大，若保費相同下恐有不公平之虞，縣市較會有關說、社政衛政整合、身障與老人服務重疊等問題，若透過中央保險局集中處理較有能力打破現有的地方差異。

乙、照顧管理組織分級方法採人口分佈設立窗口，而非一縣市僅一個窗口，可以以健保經驗為參考，瞭解其優缺點，不建議由各縣市自行發展。

丙、支持服務申請人不侷限於本人、家人，可由專業人員協助，此點考量到長期照顧個案多為資源弱勢族群；

丁、同意 care manager 資格取得管道不一定經過考試院。

(三) 出院準備計畫也應當作窗口。

(四) 身障礙族群仍為弱勢，ICF 於 2012 年實施，長照保險在 2011 年實施，規劃團隊中有人兩邊都有參與，中央是否另行規畫此部分。支持全人口納保，但兒少、早療、身心障礙等方面尚待整合，未來如何納入長照，可望利用長照保險將其整合，但是在資格審查上可能具有爭議。

(五) 未將「照顧者」納入考量，例如老年配偶或外籍配偶應當被考量，許多國外研究皆針對照顧者之就業可否被兼顧進行探討，建議研究小組宜納入考量。

二、李美珍副局長

(一) 研究報告應參考過去經驗，例如評估量表，項目不要改變太多。

(二) 服務傳輸之便利性，存有供需落差之虞，醫院出院準備服務及相關機構不清楚必須與照管中心做連結、如長照中心與早療、身障機構間，宜建立轉介機制，在進入長照服務體系之兩個管道：受案與轉介，其規劃需完整建立。

(三) 照管機制之資源提供，例如民間資源，前面照管計畫，後面服務輸送之資源、管理，地方政府應扮演資源扶植，尤其是偏遠地區，以及服務提供後的管理。

(四) 其它重點如教育訓練，地方政府與員工之座談，民眾教育，ICF 是否重複評估，如何執行可提建議供相關單位參考。

三、林麗嬋教授

(一) 評估工具 ADL 與 IADL 皆承襲過去長照十年計劃，僅在判定時選取的項目、權重、記分方式不同。

(二) ICF 判定結果認可，長照即可承認，如此可以接軌，但問題點在於長照實施較 ICF 早，例如自閉症、精障其另有量表，但某些項部卻不適合用來判定是否需要長照服務，建議之後另有計畫用來檢視此部分。

四、內政部祝健芳科長

ICF 評估未來是地方政府執行，若未來長照保險是保險局負責，建議增加第二方案以保留彈性，亦即在地方政府評估身心障礙者有長照服務需求時，轉介給長照保險體系評估。

五、陳素春專門委員

林教授 IADL 將來換成另外 3 項，要考量是否會過早入住機構？

六、吳肖琪主持人回應

(一) 委員關心醫院出院準備服務轉介部份，在報告中 77 頁中已將出院準備服務併入考量。

(二) 謝謝各委員相關建議與指正，本小組將於後續研究案中納入考量。

長期照護保險法制服務輸送及 照顧管理之評估

期末報告

計畫主持人：吳育環教授(陽明大學衛生福利研究所)
 協同主持人：林麗輝教授(陽明大學臨床護理研究所)
 蔡耀蘭主任技正(行政院疾病管制局)
 研 究 員：張淑卿(陽明大學衛生福利研究所博士候選人)

研究目的

- ▶ 服務輸送體系
- ▶ 長期照護保險照顧管理機制
- ▶ 保險評估工具
- ▶ 保險服務品質查核機制

研究方法



焦點團體專家群

代表領域	專家姓名	服務機構
長期照顧管理中心 實務工作者	石惠文督導	花蓮縣長照照顧管理中心
	李淑婷主任	高雄市長期照顧管理中心
	彭美瑛主任	台北縣長照照顧管理中心
衛生行政暨社會行政 管理者	杜芳雄督導	台北縣各區中心所據點站
	周麗華副局長	台北市政府社會局
	許銘龍局長	台北縣政府衛生局
民間團體代表	劉惠賢技士	行政院為衛生署
	張美珠秘書長	台北市立心基金會
政策研議機關代表	羅文益秘書長	台灣長期照護專業協會
	謝佳宜專門委員	行政院經濟建設委員會
學術單位	陳靜雲科員	行政院經濟建設委員會
	李玉春教授	國立陽明大學衛生福利研究所
	楊志良教授	亞洲大學
	李輝懷助理教授	台北醫藥大學老人照顧管理系

研究結果

服務輸送流程設計原則

- 全國適用 Universal(普及性)
- ◆以「人」為中心-民眾參與照顧計畫之擬定
 - ◆便民、可近性高
 - ◆以縣市或次區域為單位至少一個**受案據點(窗口)**
 - ◆公平、公開且符合成效的機制
 - ◆中央與地方分工，提升各級政府權能
 - ◆與我國現有的**長期照護體制**無縫接軌
 - ◆與我國**急性與亞急性照護體制**接軌

長期照護保險照顧管理制度設計

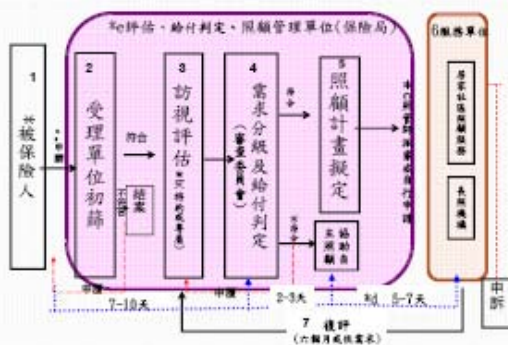
	方案一 (大省為保險局)	方案二 (保險局為主)	方案三 (地方政府為主)	方案四 (大省為 地方政府)
照管制度 之設計基礎	整體照顧管理機制皆 由健保局負責	評估由健保局負責 照管計畫由縣市政府 負責	辦理負責評估、照管 單位負責判定、縣市政府 負責照管計畫	整體照顧管理機制 皆由地方政府負責
中央與地 方主管機 關分工	評估與照管計畫皆由 健保局負責	照管機制由中央與 地方共同分擔	健保局只負責判定、 其餘工作由地方政府 負責	評估與照管計畫皆 由地方政府負責
地方主管 機關權責 大小	地方政府角色較小	地方政府角色適中	地方政府角色較重	地方政府角色最大

方案一為核心，中央配合健保局及其他分支機構作為核心，地方為輔助角色，鼓勵地方發展創新服務方案

長期照護保險照管制度優缺點

	方案一	方案二	方案三	方案四
優點	1. 整合醫療、管理容易 2. 辨識度高 3. 第一層行政程序 4. 評估與判定服務提供 能全國均一致	1. 評估由中央保險局 2. 有效整合醫療資源 3. 有效資源配置，避免先 費周章或重複 4. 保險局可統籌人的訓練 經費管理	1. 統一、可操作 2. 工作人員與服務提供 3. 有效資源配置，避免 先費周章或重複	1. 評估由地方保險局 2. 有效整合醫療資源 3. 有效資源配置，避免 先費周章或重複
缺點	1. 難以因地制宜 2. 缺乏地方參與與決 3. 需要努力配合現有基層 單位人力行政資源	1. 難以現今長期照顧中心 執行相關業務，人力亦不 夠 2. 地方政府的與保險局權 劃分不清，造成執行難 3. 評估與照管計畫由保 險局統一，容易造成資源 分配不均，影響其辨識 度	1. 不易辨識到專業人員 2. 專業度及其他服務 3. 地方人與服務提供人 未明確 4. 地方政府的與保險局權 劃分不清，造成執行難 5. 評估與照管計畫由保 險局統一，容易造成資源 分配不均，影響其辨識 度	1. 難以現今長期照顧中 心執行相關業務，人力 亦不夠 2. 地方政府的與保險局權 劃分不清，造成執行難 3. 評估與照管計畫由保 險局統一，容易造成資源 分配不均，影響其辨識 度

長照保險服務輸送流程 方案一



照顧管理人員背景建議案

專業 背景 需求	<p>服務年期(三年內)</p> <p>1. 大學畢業且專業背景為福利服務類科應具備長期照顧經驗 滿2年或以上(如學大、長照十年)</p> <p>2. 不易考選或無須可考的相關科系(如社會福利、老人福利、公衛系等)需具備與福利相關專業證書且需4年工作經驗(開始服務開始起)</p> <p>服務年期(第四年起)</p> <p>1. 照顧管理專業訓練</p>
專業認證 與效期	建議比照日本管長國家級專業照顧管理師制度 終生有效，但需每六年以繼續教育學分換領
職前訓練	全國統一職前訓練：比照現行長照十年衛生管理師的教育訓練模式，含課室教學與實務練習至少85小時
在職訓練	每年仍需參加長期照護相關繼續教育20小時，辦理單位不拘
人員配置	建議一位照顧管理師經費量約為45-150萬，依個案複雜度、新舊案、交通文化等因素調整費量

現行長照評估工具與資格評定

- 綜合性量表
 - ADI (Barthel Index 10項計分，紀錄用)
 - IADL (Lawton & Brody 計分，紀錄用)
- 資格評定
 - Barthel Index 中
 - 進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪
 - 1-2項輕度失能、3-4項中度失能、5-6項重度失能
 - Lawton & Brody 中
 - 上街購物、做飯、做家事、洗衣、交通方式的能力，
 - 3項失能為輕度失能 (65歲以上獨居老人)

現行ADL評估與資格評定之問題

- 量表項目選取的嚴謹度不足，影響內容效度
- 寬鬆的定義，高估失能率與嚴重度
- 偏離日常活動功能原始計分方式，造成輕症重判
- IADLs 選項未避免性別偏誤，可能誤判男性的失能程度
- 偏離 IADLs 原始量表的計分方式，增加性別差異的機率
- ADLs 及 IADLs 量表無法確切反映認知功能障礙者的照顧需求
- 缺乏全國性資料庫，無法提供資訊供後續做更細緻的分級

長期照護保險評估工具與需求分級未來政策建議

- ADLs評估工具，建議使用巴氏量表計分
- IADLs評估，建議以「使用電話的能力」、「自己負責服務」、「處理財務」、「上街購物」及「外出活動」中的三項失能行為程度失能標準
- 分級制度
 - 方案一
 - 需支持照顧(ADL > 70 + 3 項IADL)、需照護一級(ADL 41-70)、需照護二級(ADL 21-40)、需照護三級(ADL 0-20)
 - 方案二
 - 需支持照顧(ADL > 70 + 3 項IADL)、需照護一級(ADL 51-70)、需照護二級(ADL 31-40)、需照護三級(ADL 0-30)
- 進行失能照顧項目之time study與收集全國各縣市照管中心的評估資料進行資源耗用之研究，以供更適切之失能分級強化給付的公平性。
- 增加Cohen-Mansfield 躁動行為 (CMAI) 量表，評估認知功能障礙者的照顧需求
- 認知功能障礙者的照顧需求分級

長期保險認知功能障礙者分級制度建議

方案一

		ADL			
		支持照顧 21-40 IADL	需照護一級 41-70	需照護二級 21-40	需照護三級 0-20
CMAI	支持照顧 (0-17)	5	1	2	3
	需照護一級 (18-40)	1	1	2	3
	需照護二級 (41-60)	2	2	2	3
	需照護三級 (61-83)	3	3	3	3

註：1. 失能評定原則上以ADL為準
2. 認知功能障礙者持有醫師診斷與CDR分級，經CMAI評定後，從優認定

長期保險認知功能障礙者分級制度建議

方案二

		ADL			
		支持照顧 21-40 IADL	需照護一級 41-70	需照護二級 21-40	需照護三級 0-20
CMAI	支持照顧 (0-17)	5	1	2	3
	需照護一級 (18-40)	1	1	2	3
	需照護二級 (41-60)	2	2	2	3
	需照護三級 (61-83)	3	3	3	3

註：1. 失能評定原則上以ADL為準
2. 認知功能障礙者持有醫師診斷與CDR分級，經CMAI評定後，從優認定

長期保險認知功能障礙者分級制度建議

方案三

		ADL			
		支持照顧 21-40 IADL	需照護一級 41-70	需照護二級 21-40	需照護三級 0-20
CMAI	支持照顧 (0-17)	5	1	2	3
	需照護一級 (18-40)	1	1	2	3
	需照護二級 (41-60)	2	2	2	3
	需照護三級 (61-83)	3	3	3	3

註：1. 失能評定原則上以ADL為準
2. 認知功能障礙者持有醫師診斷與CDR分級，經CMAI評定後，從優認定

長期照護保險品質工作原則

- 一、長期照護保險品質應以被保險人為中心，非以服務提供者為中心
- 二、長期照護服務提供品質訊息應為公開且透明
- 三、長期照護服務提供品質訊息應讓被保險人容易取得與參考，以供其參與照顧計畫
- 四、長期照護保險品質應在參考各地多元文化下需求，讓被保險人取得**誠實、一致性**的照顧品質
- 五、長期照護保險品質應讓被保險人取得**合適的長期照護服務**
- 六、提升長期品質需要政府透過**明確有效法規及保險給付穩定性的承諾**
- 七、應透過**持續、客觀、且考量被保險人需求**的評核機制，提升被保險人的照顧品質與生活品質

美國聯邦層次三大長照品質資料庫

- 線上評鑑及報告系統 (On-line Survey Certification and Reporting, OSCAR)
 - 全國性長期照護資料庫，可匯集及匯取參與Medicare or Medicaid評鑑及認證的服務提供者之資料，OSCAR還包括各州評鑑及HCFA地區的機構督導資料，資料包括五大面向：機構特性、住民特性、人力、評鑑缺失(含缺失項目與嚴重性)及申訴。
- 住民評估工具 (Resident Assessment Instrument, RAI) ; MDS 與品質監測指標(MDS Quality Indicator, QI)
 - RAI ; MDS：住民入住機構時的評估工具，包括功能、認知及情緒等。
 - MDS QI：依據MDS所發展出的24項品質監測指標，做照顧品質監測。
- 結果評估資訊系統(The Outcome and Assessment Information Set, OASIS)
 - 針對接受居家健康服務(home health care)的人評估的資料庫，主要用以評估照護結果。

品質資料庫

- ▶ 建立明確有用的整合性長期照護資訊系統如: OSCAR, RAI, MDS QI, 和 OASIS)。
 - 將長期照護體系中照顧人力、服務提供單位及相關服務品質指標等納入定期報告系統
 - 中央建立統一關位，地方政府可依需求性另加發展細項
 - 採電子中報
 - 系統內容
 - 機構特性/人員/個案評估內容/判定與計畫內容
 - 服務單位品質指標
 - 人力比、評鑑/督考缺失及中訴
- ▶ 目前現行資料庫的盤點與整合
 - 正確性、完整性、一致性

品質監控

- ▶ 訪視評估品質
 - 表單填報完整性、時效性、申請人滿意度及中訴發生率...
 - 內部主管定期抽訪審查監督其品質
 - 保險單位自行派員或委外進行抽訪評估
- ▶ 照護計畫品質
- ▶ 服務提供品質
 - 配合相關法令由主管機關定期評鑑、督導考核
 - 保險單位透過次級資料管理、抽審及不定期抽訪...

品質監控組織

- ▶ 內控專責單位
 - 品質稽核單位
- ▶ 外控
 - 上級主管單位(保險分局、保險局、衛生署)
 - 長照保險委員會/爭議審議委員會
- ▶ 研究單位(R & D)
 - 國家級長照品質策進中心

品質評鑑與查核

- ▶ 法源依據
 - 將各類服務機構設立規範及品質查核納入長期照護服務法
- ▶ 評鑑
 - 整合現有各單位的服務提供單位品質評鑑，同一類型機構(如長期照護機構、護理之家、養護機構、重殘養護機構等)建議統一品質評鑑模式
- ▶ 查核機制
 - 採內控(SOP建立、內部稽核)與外控(抽訪、評鑑、爭議處理)並行

品質教育訓練

- ▶ 服務輸送工作人員
 - 評估、判定、照顧計畫及資源媒合等專業能力
 - 資訊化訓練
- ▶ 服務提供者、主管人員等
 - 長期照顧專業知識及照顧技巧
 - 資訊化訓練與管理能力
- ▶ 被保險人及家屬
 - 自主管理-自我照顧管理能力培育
 - 選擇能力-參與計畫擬定能力
- ▶ 一般社會大眾
 - 長期照護消費知識教育

未來著力方向~衛生署(保險局)

- ▶ 法令訂定
 - 長期照護服務法
 - 長期照護保險法
- ▶ 體系整合與區隔
 - 長期照護與急性照護、亞急性照護
- ▶ 專業人力培育、認證與管理
 - 照顧管理人力培育
 - 照顧管理師認證機制
 - 犯罪前科者不宜為長照相關工作人員
- ▶ 服務資源整合與開發
 - 編定長期照護服務機構代碼
 - 比照醫療網擬訂中長期計畫發展長期照護服務網絡

未來著力方向~衛生署(保險局) (續)

- ▶ **資訊系統建置**
 - 長期照護服務相關專業及平專業人力登錄系統
 - 長期照護服務機構登錄系統
 - 長期照護保險相關系統(含評估、測量、計畫及服務)
 - 品質管理系統
- ▶ **各類人員教育宣導工作**
 - 服務提供者、服務輸送人員、被保險人及家屬、一般社會大眾
- ▶ **品質查核與評鑑整合**
 - 依社區型、居家型及機構型服務單位類別擬定全國統一品質評鑑指標與查核機制
- ▶ **後續相關研究**
 - 需求調查、電腦化問卷所需的Time study、服務專業員負荷、身障者(如自閉症、精神者等)的評估工具等

其他相關部門著力方向

- ▶ **內政部**
 - 社政長期相關機構及服務人力登錄系統一致
 - 整合長期相關服務機構評鑑指標與機制
 - 長期照護社工專業人力培育與認證
- ▶ **教育部**
 - 照顧管理師養成教育研發
 - 將長期照護內涵融入現行國民教育及社區教育
 - 一般社會大眾長期照護教育宣導

其他相關部門著力方向

- ▶ **勞委會**
 - 本國籍照顧人力培育與考證
 - 外籍看護人力培訓
- ▶ **退輔會**
 - 服務機構資源整點
 - 蒙家發展多元化長期照護服務
- ▶ **原住民委員會**
 - 原鄉服務資源整點與開發
 - 原鄉照顧服務及相關專業人力母語溝通教育
 - 原住民長期照護專業及照顧人力培育
 - 原鄉被保險人、家屬及一般社會人士長期照護教育訓練

謝謝！敬請指教！

1. 被保險人申請

	A類 多元申請管道(以)	B類 單一管道
內容	1. 依申請時所填申請書 2. 依申請時所填申請書 3. 依申請時所填申請書 4. 依申請時所填申請書	1. 依申請時所填申請書
優點	1. 連結多元 2. 依申請管道可申請 3. 依現有通報機制綜合審查通過 4. 集中人力負荷	1. 單一明確 2. 依行政部門辦理人員諮詢服務 3. 具有公權力教育及通報主管 4. 可透過資訊系統聯繫保險人有 效進行第一線的資訊審查
缺點	1. 無法有效要求相關單位提供適 ：時的服務 2. 無法有效要求單位進行第一線的 資訊審查	1. 連結不到多元 2. 工作人員負荷與專業人力配置 的構況

註：入口為免費窗口，不論多元或單一，審核及判定均為單一機制

2. 受理單位

- ▶ 評估單位
- ▶ 初篩採**電腦化篩選**
- ▶ 依急迫性分為**特急、急件及普通件**三級
- ▶ 受理到訪審核評估時程7-10天

3. 訪視評估

^b

	A級	B級
內容	委託照顧管理師 (長期十年級試)	委託單位另聘專業人員 (台北縣模式/德國模式/日本)
優點	評估一致性較高準確	1.人力成本較低 2.彈性度高 3.可近性高
缺點	1.人員精力負擔大(建議一步評估人力需求,或以保險公司以Site for service 計畫方式給地方政府聘雇人力) 2.人員招募不易 3.若有關稅之類(可透過判定委員會進行判定分數評估人體壓力)	1.評估一致性及品質考量(可透過判定委員會進行判定,可考量品質監管機制進行監控) 2.專業公權力,人員管理不易 3.需要地評估單位品質服務單位需利益輸送情形分數評估人體壓力)

2013/10/29 10:00:00

31

4. 需求分級與給付判定

- 給付判定採**審查委員會**進行
- 由判定單位聘**5-7位**相關背景專家擔任
- 判定審查委員會專業背景
 - 醫療、護理、社工及相關老人照顧背景者,應具被大學學歷且具實務經驗三年以上
 - 相關領域大專講師以上者
- 判定時程約**2-3天**

2013/10/29 10:00:00

32

5. 照顧計畫擬定

- 由照顧管理專員與被保險人或家屬共同討論擬定
- 參考荷蘭照顧包(care level packages, zorgzwaartepakketten, ZZPs)的制度

2013/10/29 10:00:00

33

6. 服務提供

^c 派案或自行申請

	A級	B級
內容	照顧管理師直接派案服務 (我國長期十年) ^b 3位級檢核為5-7天	由被保險人自行連結服務單位(日本/德國/韓國) 由處用判定證明(六個月)
優點	1.立場中立較具公信力 2.資源有效運用 3.降低服務機構過度行銷影響使用者判斷力 4.避免使用者選擇不良品質服務 5.彈性佳	1.彈性度高 2.可近性高 3.選擇性多
缺點	1.使用者選擇資源自主性較差(可透過討論計畫方式參與) 2.限制多彈性度較低	1.照顧品質管理不易 2.使用者若先服務單位過度行銷缺乏正確判斷力 3.資源使用困難不易掌握

2013/10/29 10:00:00

34

7. 覆評

- 被保險人狀況改變時由家人或服務提供單位專業人員主動協助申請
- 另一種則為定期覆評,由照顧管理師每六個月定期覆評
- 定期覆評建議採資訊化提醒作業

2013/10/29 10:00:00

35

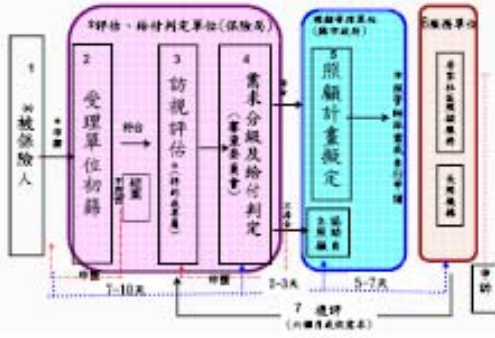
中覆機制

- 申請不符合
 - 直接由受理單位接受申請與處理
- 判定結果不满意
 - 照顧管理中心另設**中覆或申訴事件處理單位**進行處理
- 服務單位提供服務不满意
 - 照顧管理單位主理處理相關事宜
 - 若涉及機構法定管理部份,由地方政府相關主管機構處理
 - 若其餘品質問題建議透過品質監控機制進行處理
- 申請人中覆部份是否涉及行政處分,建議在未來相關**長期照顧保險法**中加入**考量中覆機制**(如中覆流程、程序、受理單位等)

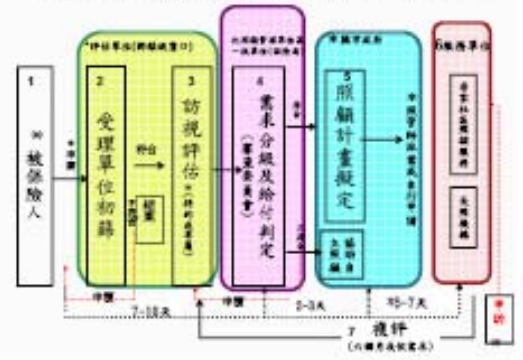
2013/10/29 10:00:00

36

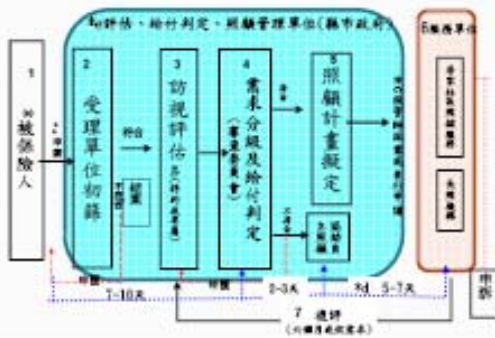
長期照護保險服務輸送流程 建議案二



長期照護保險服務輸送流程 建議案三



長照保險服務輸送流程 建議案四



長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估/吳肖琪計畫主.—初版.—台北市：行政院經濟建設委員會，民 98
面：表，公分
編號：(98)025.808
委託單位：行政院經濟建設委員會

1.長期照護
419.79

長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估

計畫主持人：吳肖琪
委託單位：行政院經濟建設委員會
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)025.808 (平裝)