

國立臺灣大學工業工程學研究所



碩士論文

Graduate Institute of Industrial Engineering

College of Engineering

National Taiwan University

Master Thesis

長期照護產業的新興市場

-日間照顧中心及居家照護中心的創新與整合策略

The New Market Field of Long-term Care Industry

- Innovation and Integration Strategy among the Day Care Centers and
Home Care Centers

黃啟洲

Chi-Chou Huang

指導教授：洪一薰 博士

Advisor: I-Hsuan Hong, Ph.D.

中華民國 102 年 7 月

July, 2013



誌謝

兩年的在職專班課程很快地在不知不覺當中，就來到了接近完成的階段。記得剛入學迎新活動時，我在自我介紹時，曾經說過，能夠來到台大修業，對我來說像是做夢一樣的事情，是我年輕時候未竟的夢想，那時候理工組選填志願可以選上台大機械系，但父母親的心願與個人最後的選擇，讓我走上醫學的領域。所以很高興能在接近半百的年紀，還有這樣的機會來到工學院，進行另一個全新領域的學習。這是一段令我深刻難忘的經驗，雖然說是跨領域的學習，但過程中，仍不斷讓我在知識吸收上與實務應證上，有獲得融通的寶貴經驗，也曾巧妙地運用在工作上；而師生及同學們在課堂上或課後的互動分享，也每每讓我有些嶄新創意的啟發。所以感謝所有在學習過程中教導過的教授們，以及這兩年三屆的班上所有同窗們，因為在與你們的相處與交流中，讓我體會到了學習也能這麼充滿生機與樂趣。

感謝洪一薰教授在學術及論文寫作的指導，使我的論文更具邏輯性，在實務應用上有更深入的探討。在此，特別向指導教授表達誠摯的感謝。

同時也感謝家人與同仁，有你們的鼓勵與支持，使我在家庭生活與工作之餘，還能順利安心地完成學業。

生有涯而學無涯，雖然階段的學習暫告段落，但期許仍保持這顆學習的心，不斷繼續地在人生河流中努力向上學習。

黃啟洲 謹誌于

國立台灣大學工業工程學研究所

中華民國 103 年 7 月



中文摘要

台灣在未來14年內，將躍升為「超高齡社會」，亦即每五人就有一人是老人。隨著高齡化社會的人口變遷下，國人家庭結構與家庭照顧成員亦隨之改變，加上教育水準普遍提升，高齡者對自主生活和照顧方式將更重視。歐美日等已開發國家也提出「在地老化」(aging in place) 的政策目標，認為長期照護應該盡可能協助高齡者留住家中，維持獨立常態的生活。而近年來，政府亦積極推動「去機構化」，將安養機構之功能擴散至社區中，使高齡者能生活在自己住慣的社區或家中接受「社區模式」的整體照顧服務。包含有居家照顧與社區日間照顧兩種獨立型態的照顧內容，合稱為「社區照顧服務」。居家照顧是長期照顧的最上游，為最廣泛普遍的需求，而日間照顧也是從居家照顧過渡到機構照顧的過程中，對高齡者的身心適應極為重要的中游緩衝階段。隨著社會老化的加深，對兩者的需求與供給量應該與日俱增，但在國內現況上卻是不然。因為照顧服務是勞力密集的產業特性但目前的報酬卻仍不高，以及錯置政策所引進廉價看護外傭的替代效應，造成社區型照顧服務產業一直無法順利在民間蓬勃發展。

本研究係以質性研究為主，透過資料整理、企業訪談及產業策略分析作為研究方法。冀望透過了解照顧服務產業的現行狀況、影響原因提出正向的政策建議以及創新設計的經營方式，來改善現階段的高齡者照顧型態，思考以增加社區式照顧服務的量能來減少對機構式照顧的需求，並能增益其身心健康與機能維持，進而延緩其老化衰退之進程與相對的醫療資源消耗。


關鍵字：在地老化、日間照顧、居家照顧、企業創新、社會設計



Abstract

Taiwan is soon to be a "super-aged society" in a couple of decades-more than 20% of population are senior people. In an aging society, family structures and family caring members will be changed when demographic characteristics change. The independent and comfortable living way for the elderly is an interesting research topic while developed countries have made "aging in place" as the main stream of long-term caring policy objectives, where aging in place is to assist an elderly staying at home for an independent and enjoyable life. In recent years, the governments are also actively promoting the "deinstitutionalization" of long-term care. The feature and capability of nursing centers can be seen in the community and home so that the elderly can live in their own familiar community or home. Including home care and day care, the community care is composed of two separate types of long-term care, collectively referred to as "community care services." Home Care is the most upstream of the long-term care for the most widely popular demand. While the Day Care is a transition from institutional care to home care. Both the demand and supply of community care are expected to be growing in the current aging society. However, we do not observe the growing trend in Taiwan due to the low-cost and substitution effects of foreign caregivers in Taiwan. This results in that community-based care service industry has been unable to successfully thrive as a private business.

This study is to propose policy recommendations and innovative-designed



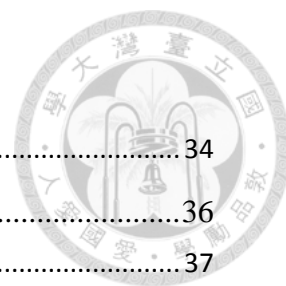
operated ways to improve the current care patterns of elderly in a community. The proposed concepts can benefit the physical and mental health of elderly people, thereby delaying the aging process and diminishing the relative consumption of medical resources.

Keywords: aging in place, day care, home care, business innovation, social design

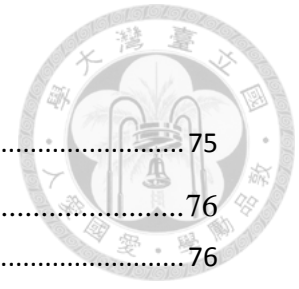


目錄

誌謝	1
中文摘要	2
Abstract	3
目錄	5
圖目錄	8
表目錄	9
第一章 緒論	10
第一節 研究背景與動機	10
第二節 研究範圍、目的與資料來源	16
1.2.1 研究範圍	16
1.2.2 研究目的	20
1.2.3 資料來源	20
第三節 研究方法與研究限制	21
1.3.1 研究方法	21
1.3.2 研究限制	21
第二章 文獻探討	23
第一節 長期照護去機構化的趨勢	23
第二節 長期照護財源負擔的多元差異	24
2.2.1 長期照護商品化的例子	26
2.2.2 社會福利保險的例子	27
第三章 長期照護內涵與國際經驗探討	28
第一節 長期照護與居家社區照顧服務	28
3.1.1 長期照護的定義	28
3.1.2 長期照護需求的制定	29
3.1.3 長期照護的多元服務內容	31
3.1.4 居家照顧服務	32



3.1.5 日間照顧服務	34
第二節 長期照護政策的國際經驗	36
3.2.1 日本	37
3.2.2 英國	40
3.2.3 德國	42
3.2.4 已發展國家長期照顧政策之趨勢	43
3.2.5 各國長照政策之總結	45
第四章 台灣長期照顧服務產業的發展與現況	46
第一節 台灣人口老化趨勢	46
4.1.1 人口快速老化	46
4.1.2 長期照顧需求人口數快速增加	49
第二節 台灣長期照顧服務政策的內涵與沿革	49
4.2.1 政策內涵	49
4.2.2 政策沿革	51
第三節 台灣現行社區照顧服務現況	52
4.3.1 社區式照顧服務供給現況	52
第四節 台灣現行長期照顧服務體系的缺失	57
第五章 照顧服務產業的競爭策略	62
第一節 競爭策略定義	62
第二節 照顧服務產業的內部優勢與外部威脅	63
5.2.1 內部優勢 充足的長期照護人力資源	63
5.2.2 外部威脅 失衡的外籍看護人力政策	65
第三節 照顧服務產業的內部劣勢與外部機會	69
5.3.1 內部劣勢 混淆的照護體系與資源	69
5.3.2 外部機會 連續全面的未來基本需求	70
第六章 長期照顧產業創新與社會設計應用	72
第一節 產業創新理念與照顧服務產業	72
6.1.1 商業模式創新	72



6.1.2 提高戰略視野的商業創新	75
第二節 社會設計概念與照顧服務產業	76
6.2.1 設計思考	76
6.2.2 社會設計	76
6.2.3 社會福利民營化與政府角色變化	77
6.2.4 Nudge--輕推的力量	78
6.2.5 長期照護的創新觀念與方向	79
第三節 創新複合式照顧服務產業經營分析	82
6.3.1 個案簡介與訪談	82
6.3.2 產業經營分析	84
第四節 「長期照顧的理想國度」之政策建議與創新設計	88
6.4.1 理想中的老人日照中心之特性	88
6.4.2 政策建議與創意設計之一—關於硬體設施與財務經費來源	89
6.4.3 政策建議與創意設計之二—關於人力資源	91
6.4.4 政策建議與創意設計之三—關於服務整合	94
6.4.5 幻想與實現的老人樂園-銀髮服務有限公司	96
第七章 結論	98
參考文獻	100
中文部分	100
英文部分	108
網站部分	110



圖目錄

圖 1	人口老化趨勢的國際比較	47
圖 2	台灣地區未來幼年、青壯年及高齡人口比率	47



表目錄

表 1	中華民國臺灣 97 年至 145 年人口推計	12
表 2	日間照顧之服務單位數與服務人次年度統計表	15
表 3	全國老人福利機構資源分布表	18
表 4	台灣地區未來人口結構	46
表 5	台灣地區未來高、中及低推估之 65 歲以上人口結構	48
表 6	日間照護逐年需求評估調查表	55



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

截至民國102年11月底，我國65歲以上老人共268萬4千餘人，已占總人口11.49%。而台灣在未來11年內，將以「三級跳」的方式快速老化，預估民國107年老年人口增至14.5% (民國100年7月，國健局 台灣人口老化地圖)，此時台灣的人口結構將從「高齡化社會」(ageing society) 轉變成為「已高齡社會」(aged society)，到民國114年以後，老年人口更將攀升到20%，台灣更將躍升為「超高齡社會」(super-aged society)，亦即每五人就有一人是六十五歲以上之老人。而且我國人口老化速度飛快，加上少子化問題日益嚴重，國際上以老年人口從百分之七，增加到百分之十四所需年數，代表社會老化的速度。法國經歷了一百十五年，瑞典費了八十五年；美國估需七十三年，而台灣因為醫藥發達，衛生保健制度良好，只需要二十四年，僅次於日本(國健局 邱淑媿，2011)。顯現台灣馬上將受到「老化海嘯」襲擊。老化的社會是各個先進國家因為醫療技術與公共衛生的大幅進步所產生的結果，而且也是這些國家未來都必須面臨的挑戰與難題，但台灣面對這個老化問題，似乎顯得更為迫在眉睫與措手不及，因為這波「老化海嘯」來的又急又兇。又根據經建會的推估，台灣至2015年時，扶養老年人口比率將從2005年的7.5個工作人口扶養一名老人，降為3.3個工作人口撫養一名，對就業人口的負擔明顯加重。為此家中就業人口勢必增加以增加家戶收入，所以雙薪家庭之生活型態也正逐漸取代傳統男主外、女主內的家務分工型態而成為常態。也由於雙薪家庭的增加，使得家中並無充足人力以照顧失能高齡者，傳統失能及高齡者由家



人角色為主的居家照顧受到衝擊，結果造成失能長輩必須進入長期照護機構中，接受陌生人的照顧度過晚年生活。這樣的情形其實對失能高齡者來說，是疾病之外再次的身心靈打擊，其認為自己是被遺忘的過去與被遺棄的未來，進而產生的自卑與憂鬱心理。而這也阻礙其生理與生活機能的復健，甚至導致其健康久久無法獲得恢復。其實歐美等已開發國家也早就提出「在地老化」(aging in place) 的照顧概念與政策目標，認為長期照護服務與政策應盡可能協助高齡者或身心功能障礙者留住家中或社區中，過熟悉常規的生活。雖然各國對長期照護的發展速度不盡相同，觀念與主張也未必一致，但從近二十年來各先進國家的長期照護改革政策趨勢中，仍不難看出長期照護服務的發展模式正漸漸朝向「去機構化」的方向再發展(老人日間照護服務模式的介紹與現況分析 邱馨誼)，也就是以社區照護的模式來取代純粹的機構安置模式，以結合家庭、鄰里，強化整體社會網絡，提供老人整合性及延續性的人性化照護為宗旨。而老人日間照護服務(以下簡稱日照)便是長期照護服務模式中，從「機構式照護」轉向「社區式照護」的中繼站。另外國外先進國家也有許多的政策與措施，值得政府未來在制定我國全面的新長期照護政策時參考與學習。



表一 中華民國臺灣97年至145年人口推計

國別	到達65歲以上人口比率之年次					倍化期間(年數)		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14%	10%→20%	20%→30%
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

(資料來源：行政院經建會，97年8月。)

日間照護服務其實是符合我國的國情與民俗，國內大多數老人都喜歡居住在自家住宅或熟悉的社區環境內(衛生福利部 邱文達 2013)，與子女晚輩同住的意願與比例也仍占比相當高，而日間照顧就是提供輕度或中度失能及失智長者的社區式服務模式之一。透過日間照顧服務，老人家白天可藉由交通車的接送，有如孩子到學校上學一樣，在日照中心接受專業、貼心的生活照顧服務，以及復健運動課程、健康促進等活動，到了晚上則回家享受天倫之樂。日間照顧服務可以說成是「老人的托育(兒)所」，是一項非常貼近上班族子女想要兼顧照顧長輩與享受天倫之樂的服務措施。而為減輕這些家中有輕中度失能老人照護需求的家人照顧負荷與增進老人的福利，衛生福利部自民國97年起，就開始推動居家型長期照顧計畫，除到宅提供失能長輩所需居家服務外，更積極推展社區日間照顧服務，提供失能長輩個人化、多樣化



且便利親近化的服務。行政院主計處98年底登記全台接受日間照顧服務的高齡者數量為615人，99年底增加為898人，截至100年6月人數已達1,023人。而日間照顧服務機構也從97年的31間增至為100年的69間，(謝佩儒,2012)以及102年底衛福部宣布，全國社區日間照顧服務中心120所設立目標達成(衛生福利部，2013)。從機構數量與服務人數增加的現象來看，「日間照護」可能成為今後產學界必須開創之新課題與新方向，以實現「在地老化」作為前提，藉此延緩高齡者進入長期照護機構的時間。

然而目前我國這樣的服務供給能與量似乎與需求能與量差距甚多。大家了解老年人口增加造成的主要問題之一，就是因年老而失能、失智。目前全台灣約有70萬名失能者、失智者則有近19萬名，其中老人即占了多數(楊志良2013)。70萬名失能者中，除政府10年長期照護計畫提供13萬人照護額度外，家境勉強尚可而雇用外籍看護工者約20萬人，剩餘40餘萬主要由家人照顧；由政府照護的失智者，更是僅有4千餘人。但由於目前長期照護保險尚未能完整實施以減輕民眾照顧上的經濟或體能負擔，這些四十多萬由家人照顧的失能者，不管對其本人或是照顧的家人都是而言都是生命中不可承受之重。近年來受薪階級與夾心世代因為薪資不增反減，貧富差距擴大，一般家庭照顧失智、失能者的壓力非常大，甚至因為照顧能力不足，而不斷發生人倫悲劇。這些因為深愛親人但又不得不將親人殺害的矛盾悲劇這些年不斷重演發生。如2009年2月，高雄市一名媳婦照顧久病的婆婆，因壓力很大與力不從心，用枕頭將婆婆悶死後投案。2011年王姓老翁因不忍愛妻疾病纏身，自認年老來日無多，恐日後妻子無人照顧，遂以螺絲起子釘入妻子頭部致死後投案。2012年一名哥哥罹癌，擔心家人無力照顧身障弟弟，以改造手槍殺死弟弟後舉槍



自殺。同年11月，平時被視為孝子的45歲男子，以電線勒死長期照顧的母親後投案，其家姊到場擁弟泣說道「知道你累了」。2013年元月，75歲老翁用輪椅將失能老伴推下水埤，自己跳水共赴黃泉。而王姓老翁在釘死妻子投案後，聲稱認罪不認錯，錯誤是制度在殺人，此控訴何等沉痛！至於虐待老人事件則更是層出不窮。由於老人缺乏照護及尊嚴，自殺者日眾，1991至1993年，65至74歲老人每10萬名自殺率為22.4；1997至1999年為28.3；2000至2002年為30.1，到了2003至2006年為31.8。也就是說，老人自殺率年年高升，且越老自殺率越高，已達20至59歲平均自殺率的兩倍以上。台灣曾經是老人的天堂，然而若再不建立好的長期照護制度，很快就將成為老年人的煉獄。然而在普及實施長照保險服務前，首要工作為建立完整的長期照護體系，國家要有足夠數量的設施與機構，長期照護體系內還要制定有各種考核、發證、設置標準及評鑑辦法等，此外鼓勵民間參與投資以擴大長照服務的人才培育與單位設施基礎。過去我國全民健保實施尚稱順利的因素，是推動全民健保前先建置了醫療網，在實施兩期共10年的醫療網計畫後才實施全民健保，以避免有保險繳費而無醫療服務的情況。故目前在立法院的長照服務法通過後，至少需要3至5年的時間發展與整合完整充足的照護體系，方得實施長期照護保險。而這其中的服務內容，目前最欠缺的部分就是「在地老化」這一塊，也就是包含短期或喘息服務在內的日間照護服務。前面提到衛生福利部才剛在102年底高興宣布，去年輔導時120家日間照護中心的年度目標，達標成功。但若仔細算算，實際上的需求是遠遠超過這號稱達標的120家日照中心，其所能提供約三至四千人的服務量是相當不夠的。前面說到因為經濟壓力而沒有錢聘請外籍看護工的人數，與疾病障礙僅為輕中度失能而已，無法入住長照



機構並接受更專業的醫療照護的人數，共約四十多萬人，目前他們大部分只能選擇留在家中，並由一或兩位家人放下工作就業的機會，離職來承當照護的責任與工作。然而這樣的照護成本根本太大，尤其對這些相對更弱勢的受薪勞動階層而言，所以甚至有些家庭根本都沒有多餘的人力來照顧這些老人家，最後只能辛酸無奈地放任讓這樣的失能老人獨自在家中，獨自面對生活中各種的已知不便與未知風險。其實以一間老人日間照護中心(托老所)的高標服務容量約三十人來計算，全國最少需要建置上萬所以上的日間照護中心才勉強足夠。然而去年政府所謂完成120所日照中心營運設置的年度目標真是杯水車薪，訂定的也太低標了。以政府宣稱要在2016年開辦長期照顧險的時程規劃來看，三年內就要增加至一萬所以上，從現在開始算起每年至少也要增加三四千所才能補充得上所需要增加的服務能量。

表二 日間照顧之服務單位數與服務人次年度統計表

年度 項目	97 年度		98 年度		99 年度		100 年度 (截至 5 月底)	
	單位數	服務人數	單位數	服務人數	單位數	服務人數	單位數	服務人數
日間照顧	26	309	31	566	54	677	57	825
失智症日照	5	30	8	52	12	108	12	127
合計	31	339	39	618	66	785	69	952

(資料來源 衛生福利部「日間照顧呷百二計畫」說帖)

但是為什麼需求與供給落差這麼大的日間照顧系統，就算政府強力積極



輔導民間力量來共同建立，仍然只是雷聲大、雨點小。幾年下來，仍未見各地的日間照護中心如雨後春筍般地廣設與散佈。究竟在這麼好美意的國民福利政策原則下與政府積極宣傳推廣的動機下，還是存在有什麼樣的原因或問題？讓有心想投入資源從事這項服務內容的民間團體猶豫再三、裹足不前。因此本研究即想透過研究方法來深入探討與了解箇中原因，並找出可能的解決方法或方向。此為本文研究動機。

第二節 研究範圍、目的與資料來源

1.2.1 研究範圍

台灣現有長期照護體系包括：（1）衛政體系：以慢性疾病醫療及技術性護理照護為主，如居家護理、護理之家、醫療型日間照護等長期照護機構。（2）社政體系：以提供一般日常生活照料服務為主，如居家服務、安養及養護機構及社會型日間托老等長期照護機構。（3）行政院國軍退除役官兵輔導委員會之養老服務體系：包括公費及自費榮民之家或仁愛之家。（4）私人財團或社團法人之養生村(楊靜薰，2006)。分別一一來檢視，在機構部分，除了一般安養機構或養老院之外，市場上新興行業即是「養生村」的興起，養生村顧名思義為專為老人量身訂做將來退休安居之生活環境，並且有讓老人不會有如傳統被遺棄與寂寥的感覺反而努力營造如住進村落之情境。這點雖然稍微符合國外致力於去機構化的趨勢，讓老人不致於認為自己是入住安養機構而提高入注意願，但這點在開明的西方國家可行，但在目前仍然傳統保守的台灣則也是有待觀念改變與推廣。而目前政府以公辦民營的方式設置老人公寓，同時也鼓勵民間企業投資興建老人住宅。有潤泰、台塑、國寶、奇



美等集團參與投資。但是，引人注意的是入住率卻沒有如預期的高（入住率20%~30），推測與東方國家的傳統觀念有關(謝雅萍，2010)，根據2000年老人狀況調查(內政部 老人狀況調查 2009)，高達68.49%的六十五歲以上的台灣老人仍比較希望與子女同住。因此，他們入住安養機構或養生村的意願並不高。另外以養生村的高收費標準，並不是每個普通家庭可以負擔的起，以目前養生村的營運型態與收費標準，所能吸收的顧客群只有家庭收入較為高端的族群，而目前養生村入住率約為30%~50%，也由此看出國人對養生村的接受度有待提升。另外目前台灣的老人安養機構全國約有一千多家(內政部全國老人福利機構資源分配調查 2012)，包括長照安養機構約1035家、護理之家471家和榮民之家系統約16家，共可收置約103,576的總床數。但台灣老人目前住安養院的比例不算高，全國住在安養機構的老年人約占有所有老年人的12.7% (主計處99年戶口普查資料)，換算當年度(102年)總需求床數僅約68,178床的需求量而已(見表三 全國老人福利機構資源分配調查表)，所以市場上實際上已供過於求大約35,398床。台灣老人接受長照服務的比率，雖然相較於美國的22%，尚有一段差距，但是依照前面所言，世界各國著力推展的趨勢看來，未來的擴增空間應該不會著重在過去機構型的服務能量，反而會是輕薄短少的居家型或社區型之長期照護服務模式。也就是說，老人安養照護市場裡尤其是居家照顧、照護以及日間照護中心(統稱為社區照顧服務)，才是未來在台灣有相當成長空間的新興市場、藍海市場。



表三 全國老人福利機構資源分布表

縣市別	102年11月底	需求床位數(公)	老年人口比率%	長期照顧、安養機構(102.		
				家數	床位數	收容人
總計	23,367,32	68,178	11.49	1,03	57,70	43,47
新北市	3,953,85	9,465	9.42	20	10,41	7,56
臺北市	2,684,56	9,174	13.45	11	5,77	4,90
臺中市	2,700,30	6,409	9.34	62	3,70	3,18
臺南市	1,883,11	5,820	12.17	11	5,53	4,15
高雄市	2,779,56	7,998	11.33	14	7,22	5,47

11.30)	護理之家(102.12.31)		榮民之家		總床數 (供給)	供給-需求
收容率	家數	床數	家數	床數		
75.3	471	36,845	16	9,029	103,576	35,398
72.6	75	5,382	2	1,015	16,810	7,345
84.9	20	1,29			7,066	-2,108
85.8	59	5,85			9,555	3,146
75.1	62	4,23	3	1,443	11,205	5,385
75.8	67	4,31	2	1,340	12,872	4,874

(僅參考全國及五都數據, 以下縣市略)

(資源來源：1.內政部網頁戶政統計。2. 老人長期照顧安養機構：衛福部統計處。3. 衛生福利部護理及健康照護司。4. 國軍退除役官兵輔導委員會。)

因為日間照顧中心乃針對老人不願入住養生村或是安養機構的心態而另外開闢之藍海市場。日間照顧中心不但可以減輕撫養者的負擔，亦可為退休老人找到另一種生活型態，除了增強日常生活機能的方便性，亦可為退休老人加強人際關係、增加自信心，讓退休老人不至感覺自身與社會脫節。另外若老人不願離開家庭來到社區日照中心接受服務的，則需要居家照護服務。這樣的需求其實也日益增加，不少家庭起初抱著一絲希望，結果輾轉於各種



養老院、老人養護中心和老年公寓之間。但事實上，由於環境設施和老人心態等方面問題，大多數家庭最終還是選擇將老人接回家裡，再交由申請到的外籍看護員24小時全天候照顧，然而這其中絕大多數的外籍看護員並沒有接受過專業的照護訓練，但為什麼沒有選用合格訓練的國內照護員，最主要還是雇用的支出價格與照護時數兩大考量，而兩者的差別可以到一倍以上。如果說居家養老在台灣是一種無奈之舉，那麼在醫療資源相對豐富的美國，居家照護養老則代表了一種更為人性化的養老方式。這種護理方式以照護老人和殘疾失能的人為主要目標，根據客戶的不同需求提供陪伴和家事管理、個人護理、健康引導和專責護士等服務。此一潛在市場亟待開發，預估連帶周邊附加產品也會不斷有創新發明上市，如隨身個人定位系統、生理機能測量與警示系統、醫護人員遠端監控與互動系統等，此類型新興產業不僅可提供長期照護產業的方便性與完整性，也能創造科技產業新一代的藍海市場，帶動整體的經濟成長率。

所以政府於2006年提出「建構長期照顧體系十年計畫」，預計在2006年至2015年至少投入新台幣434億元，期望建立長照體系專有之穩健財源，以避免老化與慢性疾病造成逐年的增加支出侵蝕了健保制度的財務根基。此計畫的目的為後續銜接長照保險法的立法通過與全民長照保險開辦的先期計畫，這個比照全民健保是朝向長期照護保險制度發展，以減輕家庭照顧經濟與人力的負擔為主要目標，預估在2015年達到受益人數為25.3萬人，而照護服務人員2.3萬人，期盼能夠為台灣建構一個健全的社會福利網路，也讓所有擁有身心障礙者或老人的家庭能夠獲得最基本的支持(李麗慎，2007)。然而目前的社會投資資源仍過度集中於機構型。長照產業市場的整體服務完整性仍有



不足，也因此長期照護保險制度仍然無法有效推行與立法。有鑑於此，行政部門與立法部門咸認為應該比照全民健保制度推行前，社會須有充足多元與成熟健全的醫療或此時的長照服務供應市場才能順利推動保險制度。所以應先立法通過長期照護服務法作為推動長照產業健全發展的根本大法。比照1986年，政府先通過了「醫療法」，依法得以提升及整合醫療資源、大幅改善醫療資源的分布，做好醫療體系的基礎建設工作，避免實施健保後「有保險繳費無醫療服務」的困境，也才能於10年後的1995年，順利推動全民健康保險。所以長照服務法也是推行長照保險制度的重要基石(楊志良，2013)。在目前長期照護市場因為政府政策不定而多變化以及行動物聯網蓬勃發展的當下，跨領域創新經營模式成為目前市場上最新的行動方針。而針對日間照顧與居家照護此二市場區塊，目前尚未有文獻針對整合複合式經營進行深入之探討。

1.2.2 研究目的

所以本研究目的在闡述(1)日間照顧服務和居家服務在長期照顧體系的功能定位，說明日間照顧中心和居家服務的特性；(2)檢視臺灣的推行現況與面對的障礙；(3)從創意社會設計觀點和創新複合經營模式等兩個面向進行分析討論相關現行問題，提出值得關注的創新經營方式以及正向的政策建議。

1.2.3 資料來源

本研究以台灣經營老人居家照護產業與日間照顧中心產業之業者為訪談



對象，並了解目前業者的經營現況，做為本研究初級資料來源，以便為日後
遇從事長期照護業者提出適當的經營模式。其他次級資料包括

1. 國內外相關議題之期刊、論文與書籍。
2. 查詢政府相關法令與規章，以及政府相關的研究報告與年報，如：內政部年報、主計處統計資料、衛服部老人長期照顧研究報告、學術報告等。


第三節 研究方法與研究限制

1.3.1 研究方法

政策研究中常基於文本的公開和容易取得及閱讀和詮釋特性，以及他人容易就文本分析結果進行挑戰或質疑的特性，而廣泛使用文本分析（Ozga，2000）。本研究著重探討台灣長期照顧服務之內涵、沿革及現況，以及長期照顧服務政策問題，藉以分析社區照顧服務的的政策管理影響，並重新構思與設計社區照顧服務的實踐理想；這些涉及政策內容、問題探究及政策轉變的建議等研究目的，因此依循政策文本分析的相關概念進行分析。所以，本研究先透過台灣長期照顧政策中與社區照顧服務相關之政策的計畫與檢討報告書的政策文本分析，再納入策略管理理論以及社會設計的概念，對社區照顧服務方案進行整體性的探討與研究。

1.3.2 研究限制

本研究只針對一家複合式經營型態之社區照顧中心進行深入研究，了解日間



照顧中心與居家照顧如何搭配經營的運作，並依據訪談內容歸納其經營模式。本研究所訪談高雄市的社區照顧中心雖有其代表性，但由於台灣各個地方有不同人口型態、地理風貌與經濟能力等，對於個別需求、運作型態、服務內容，呈現出不同的照顧需求，因此未能全面探討多家及各地的社區照顧中心的經營模式，是本研究的限制之一。另外在研究方法上，本研究採用專家訪談與文本分析，雖然可在短時間內得知過去研究者與現在經營業者的經驗結果，但都仍屬於較主觀陳述，而在客觀信度方面無法完整呈現，建議未來研究者可以觀察法輔助論述，了解如何培訓照顧服務員、觀察老人與照顧服務員的互動及家屬對照顧中心的優劣看法，能更有助於呈現照顧中心完整的經營脈絡。除了質性方法外，也建議後續研究者可輔助以量化分析，調查居家社區型照顧中心如何能成功的細節關鍵因素，以增加研究結果的說服力。



第二章 文獻探討

第一節 長期照護去機構化的趨勢

我國於1993年後成為人口老化國家，參考其他國家長期照護之實施經驗，主要工業化國家中，選擇五個較具代表性之國家包括美國、加拿大、英國、日本以及德國，就其照護體系之財源籌措方式、公共照護方案、以及照護體系之基本原則、組織類型、使用型態和缺失，進行照護體系之跨國比較。雖然各國對長期照護的發展速度不盡相同，觀念與主張也未必一致，但從近二十年來各先進國家的長期照護改革政策趨勢中，仍可看出長期照護服務的發展模式正漸漸朝向「去機構化」的方向再發展，也就是以社區照護的模式來取代純粹的機構安置模式，以結合家庭、鄰里，強化整體社會網絡，提供老人整合性及延續性的人性化照護為宗旨。(葉秀珍，2000，長期照護各國實施經驗之比較分析)

協助式養護為美國近年來長期照護的最新趨勢，不單為民間所歡迎，亦受到政府當局所倚重。而美國協助式養護協會將其定義為：「住居與個人化健康照護的一種特殊的結合，其目的在於回應個人在日常生活活動(ADLS)方面所需的協助，而照護提供者盡可能的提升居民的獨立與尊嚴，並致力於將居民之家庭、鄰居與朋友納入照護體系」。其基本的概念為將住居與照護合而為一，並針對個人的需求來提供具有彈性之長期照護，並以提升個人尊嚴和自主自決為主要目標。然而機構化、醫療化、非人性化以及費用昂貴是長久以來美國長期照護所為人詬病之重大缺失，而根據該文之研究，台灣之長期照護已經浮現出一些類似的缺失。例如目前台灣的長期照護仍以醫療模



式為主軸，並專注於醫療的層面與生理的需求，卻忽略了受照顧者在心理與社會方面的需求。有鑑於協助式養護在美國的蓬勃發展，故此模式，可供我國從另一個角度來思考策劃老人長期照護體系。(周京安，1998，美國長期照護的新趨勢—協助式養護)

第二節 長期照護財源負擔的多元差異

所以許多人因年齡增長而支付昂貴的醫療費用，而社會和商業醫療保險通常不包括長期照護的費用。長期照護是指個人在喪失日常生活自理能力時所需的照料，在傳統上，家庭成員會提供非正式的長期照護，但是隨著出生率下降、非正式照護提供者的數量逐漸減少、越來越多的女性外出工作、以及家庭成員日趨分散等因素，都增加了民眾對於居家式和機構式長期照護的需求以及相關的費用支出。

關於長期照顧財務負擔的來源，Esping-Andersen (1990) 在歸納各國經驗後，曾建構出三種福利政策體制，包括：自由放任主義、保守組合主義和社會民主主義。自由放任主義強調資產調查式（殘補式）救助、有限的給付與有限的社會保險；保守組合主義則強調福利依附在工作之上，並且著重傳統家庭的性別分工型態，以維持即有的社會地位分化；社會民主主義則強調國家責任、社會福利的去商品化與平等普遍性。之後，Esping -Andersen(1999) 又另外歸納出第四類稱為是「家庭中心主義」(familialism)(古允文，1999)。

這四種福利政策體制的最大差別，即是社會福利的去商品化程度與家庭責任範圍。如果，國家定位社會福利屬於「公民權」的範圍，採「社會民主



主義」觀點時，政府應透過被照顧者的稅收與預算編列，提供社會福利，故福利去商品化程度最高，國家代替家庭負擔提供福利的責任；而當國家定位社會福利的權利義務應建立在市場架構上，被照顧者需透過市場自行購買勞務時，政府僅只需對弱勢者（如低收入戶）提供服務，福利去商品化程度最低，此即「自由放任主義」觀點；而國家定調社會福利於被照顧者的社會職業地位與家庭中的女性責任時，家庭責任與福利去商品化程度介於上述兩者間，此即「保守組合主義」觀點；而「家庭中心主義」的家庭責任則類似保守組合主義，但更強調「文化面」的影響。

Esping-Andersen (1999) 認為「保守組合主義」所強調的家庭只是單純構築在男女性別分工的觀念上，但家庭中心主義的家庭卻是帶有儒家思想、孝道倫理的文化色彩在其中。雖然其福利去商品化程度類似於自由放任主義，但所要求的家庭責任更重於個人責任，購買或提供福利服務皆是透過家庭來進行，政府介入程度極小。然而，許多學者也指出，實際上卻沒有任何單一國家恰好完全符合上述的歸類，多數國家的福利政策體制實際上呈現的卻是「混合」的情況。

臺灣的社會福利政策，大都被學者歸類為自由放任式，而屬於社會福利政策之一的長期照顧政策，根據國內學者以往的研究，也認為屬於自由放任式的福利制度（吳淑瓊，2002；王正，2002；陳正芬、呂寶靜，2002）。許多學者認為，在臺灣的長期照顧政策是採取自由放任式的原則下，政府會將大量照顧資源集中在「中低收入戶」，至於經濟條件高於中低收入標準者，就必需自行透過市場來滿足家庭的長期照顧需求，由來家庭承受龐大的照顧財務負擔。這對未來社會變遷中，提供家庭經濟支柱的青壯世代人口逐漸減少



的台灣社會，無疑是潛在龐大的社會問題。政府政策應及早修正台灣未來的福利政策，促使全體國民及早規劃老年的長照支出，以社會保險為基本配備需求，搭配個別能力選配之福利商品化的雙軌混合制，為適合我國國情與財稅收支現狀的可行可久之方向。

2.2.1 長期照護商品化的例子

規劃養老儲蓄是一項挑戰，因為未來的退休人員根本無法預計其未來的壽命、醫療支出以及未來的通貨膨脹。面對這些挑戰，壽險公司提出了各種創新解決方案，包括各類年金、長期照護保險以及反向抵押貸款等方式。其中長期照護險是針對日常生活中需要幫助的被保險人，為其提供非預期的醫療照護費用。此險種目前仍然處於發展階段，具有巨大的市場潛力，若將長期照護保險加上壽險的商品，將有助於提高長期照護保險的普及率。

最近調查顯示美國長期照護服務需求十分普遍性，對於美國65歲的老人而言，需要長期照護服務的機率為70%左右，目前65歲的老人平均將需要三年時間的長期照護。但一個需要長期照護的老人，其支出可能比那些無照護需要的人高出數倍，而不同工業化的國家當中，養老院的年平均費用約為40,000 美元至75,000 美元。(約當台幣120萬到220萬) 在一些地區(例如大城市)，此一費用可能會更高。(Laster, 2008)



2.2.2 社會福利保險的例子

德國的主要政黨以及相關的利益團體，針對不同的照護保險模式，在歷經長時期的政策辯論後，決定採取社會保險法定模式來提供照護需求者整體性保障的過程。德國照護保險制度的開辦背景，亦如我國一般，同樣是在面臨人口結構高齡化、家庭形式改變、以及政府財政負擔沉重等情況下來推動。因此，德國照護保險制度之種種相關經驗，可作為我國長照保險制度規劃之參考。(陳君山 ,1997, 德國照護保險制度之探究)



第三章 長期照護內涵與國際經驗探討

第一節 長期照護與居家社區照顧服務

3.1.1 長期照護的定義

各國學者對於長期照護之定義有些許不同，主流的論述大致可分為兩類，Kane & Kane(1987) 將長期照護的個體，限縮為「需要接受長期照護服務的人」，其定義長期照護為：「於一段長時期內，提供身心功能障礙者，包含護理、醫療服務，並提供個人與社會支持性的一整套長期性照護系統。」其服務對象為居住於社區、機構中，因衰老或慢性疾病，導致身心功能障礙的人，其目標在於增進、維持個體的身體機能，以增進其獨立自主之生活能力。另Brody(1985)則認為，長期照護係指：「為罹患慢性疾病、心理疾病導致身心障礙，需要接受長期照護服務的人，提供診斷、醫療、復健、支持性、維護性與社會性之服務，惟服務對象不僅包括病人個體，更應考慮到照護者之需要。」我國行政院衛生署(1995)則定義長期照護：「乃針對身心功能障礙者，提供綜合性、連續性之服務；其服務內容包括：預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以至社會性之服務；而服務對象不僅包括病人本身，更應考量照護者之需要。」衛生署並定調長期照護體系是屬於我國醫療保健體系中公共衛生及預防保健及急性醫療之後的復健及後續性服務。(曾淑芬，2007) 另行政院於2012提出之「長期照護服務法草案」，將長期照護定義為：「指對身心失能持續已達或預期達六個月以上，且狀況穩定者，依其需要所



提供之生活照顧、醫事照護。」

3.1.2 長期照護需求的制定

一般評估醫療之需求量，係根據急性病人之死亡率、罹病率，而長期照護大多以個案之失能程度（失能率）來評判其照護方案之需求量。近年來，為探究我國失能人口對長期照護的實際需求量，眾多學者進行了多項研究調查，經常使用之各類型量表，如：日常生活活動功能指標（ADLs）、工具性日常生活活動功能指標(IADLs) 及巴氏指數或量表(Barthel Index)等，來蒐集彙整我國人口失能率之相關資料與長期照護需求比率。這些各類型量表之評估，大多以身體功能為主要評估項目，茲分述如下：

一、日常生活活動功能(Activities of Daily Living；ADLs)指標：

係指評估日常生活中，個人每天自我照顧所必須具備之基本功能程度，活動內容包括：移位(上下椅子、上下床)、室內走動、進食、穿衣、沐浴、如廁(大小便)、整理儀容等 5~7 項。

二、工具性日常生活活動功能(Instrumental Activities of DailyLiving；IADLs) 指標：

係指評估日常生活中，個人維持獨立自主生活所必須具備之基本功能程度，活動包括：吃藥、打電話、操作輕鬆家事、備餐(煮飯)、洗衣服、理財(算錢、付帳、找錢)、外出購物、搭乘大眾交通工具等 8 項活動。

三、巴氏指數或量表 (Barthel Index)：

創於1950 年代之巴氏量表為評估日常生活活動能力之指數，最初利用於評估住院之復健病人的進展狀況，於1965 年以後即普遍應用於評估復健、老年病



惠及一般病人的領域，用來測量病患治療或照護之效果及退化的情形。巴氏量表包含10評估項目：個人日常生活的7項基本身體活動(個人衛生、進食、穿脫衣服、洗澡、如廁、大便控制、小便控制)，與3項行動能力(移位、平地上行走、上下樓梯)。

巴氏量表中每一項目活動的評分都有操作性定義，大致分成2至4級：完全獨立、需口頭指導、需要協助、完全依賴；評分方法亦標準化、等級化(0、5、10、15分)，滿分為100分。採用本表評估時簡易、省時、方便，但由於量表中針對每一項活動之達成度，僅列出二至四個等級評分，對於需長期照護之慢性病患來說，其活動能力之變化的幅度都很細微，若病患處於各等級之間，或需要協助的多寡存有極大差距時，該量表的「敏銳度」即顯得不足；再者，該量表多著重於日常生活之身體功能評估，往往忽略病患本身的認知能力，及與社會互動之能力，故有時亦無法有效地評估病患獨立生活之能力。

總之，長期照護的主要目的即協助功能障礙、無法獨立生活者能享受正常的生活，故在長期照護需要的評估中，通常以個人是否能在社區中獨立生活來判斷是否有長照需要，也就是說以「功能障礙」來評判個人是否有資格接受長照。上述三大指標中，ADLs和IADLs是目前國內評估長期照護最常用的指標，若ADLs功能障礙：表示病患基本自我照護能力受損，大多屬慢性病之後遺症，需要護理照顧服務；若IADLs功能障礙：代表病患處理日常生活家事之活動有限，需要社會照顧服務。一般病患若IADLs評估失能，不會立即影響日常生活，若IADLs失能情形停滯一段時期，將會有ADL功能障礙之情況產生。故失能情形是先IADLs失能後，方有ADL功能障礙之情況，即ADL是評估日常生活必備的基本照護能力，而IADLs是評估個人是否能在



社會中獨立生活。(Beland & Zunzunegui, 1999)。

3.1.3 長期照護的多元服務內容

因長期照護涵蓋的領域眾多，世界各國於過去數十年中，已漸設立了多元化、社區式之長期照顧服務設施，主要建置體系包括：

(一) 機構式服務單位(或稱為護理之家)－提供老人全天候之住院服務，除了負責失能老人之醫療、復健、護理及個人所需之生活照顧外，另提供食宿。機構式照護的主要服務對象，大多為重度依賴或家庭照顧資源缺乏的老人。

(二) 日間照顧單位－於白天提供老人醫療或社會模式之照顧單位或機構，晚上再將其送回家中，讓老人仍然享有原本之家庭生活。

(三) 各類居家照護單位－單位中儲備各類型照顧人力，可隨時派至個案家中協助醫療、護理、復健、身體照顧、家務清潔、交通接送、陪病人就醫等照顧工作，以協助或暫代家庭照顧者提供照顧，讓家屬有喘息之機會。

(四) 改善居家環境服務－提供居家無障礙環境的修繕服務，以改善功能障礙者在家中自主活動之能力。

(五) 安全看視(over-sight)服務－增進居家環境安全之服務方案，例如：日、夜間巡邏、電話問安等，或運用雲端智慧之新科技方法，遠端安全監控與緊急通報等方式。

(六) 照顧住宅(sheltered housing, assisted living)－結合住宅與照顧之服務模式，此乃1980年代興起於北歐諸國之新模式。主要概念係提供無障



礙環境設計之套房，增進身心功能障礙住民之自主活動；另配置照顧管理員，以提供住民安全看視服務；亦可依據住民之需求，協助從社區中引進各項居家之照顧服務，故住民同時可享有自主隱私之生活空間，又可獲得照顧服務，大幅提升生活品質。

上述幾類服務體系之比較，機構式服務單位會對個體產生最大的約束，但其可滿足重度依賴者之密集照顧需求；居家照護單位之模式是最能支持個體原有之生活形態，也是較自然之照顧方式，惟不易滿足重度依賴者之大量護理需要；照顧住宅則是集「居家照護」、「安全看視」與「無障礙住宅」之服務模式。近年來許多歐美國家，為改善機構式服務單位不具隱私及具約束之負面形象，並擴大社區式服務之功能，降低居家式服務因地點分散之成本支出，漸發展出以照顧住宅此類新型服務為主之模式（吳淑瓊,2005）。

3.1.4 居家照顧服務

一、定義

居家照顧服務之定義，乃是由專業、半專業人員或志願服務人員，至受照顧者家，提供各項基本服務，以協助受照顧者增強其生活技巧與獨立之能力，讓其繼續留在社區或家中，維持其原有之角色。居家照顧單位提供之服務項目，一般可分為家事服務（home making/chore）、健康照顧（home health care）、雜務服務等。因此居家服務常被視為是與基本健康照顧、復健護理、即興住院之另一種較佳之替代方式（呂寶靜，2012）。

二、服務範疇與類型

居家服務依其服務人員之專業要求與服務密度，可將其分為3類（Gelfand,



1999)：(1) 技術性或密集服務 (Intensive or skilled services)：此類服務係由醫師所指定，且須在護理人員之督導下進行；(2) 個人照顧或中度服務 (Personal care or intermediate services)：病患要求個人照顧服務之資格須符合其疾病已達穩定狀態，僅日常活動中需部分之協助，包括：藥物治療、步行、指定的運動及沐浴；(3) 家務或基本服務 (Homemaker-chore or basic services)：此類服務包括簡單的餐食製備、洗衣服務、家務整理及其他維持性活動。

而居家照顧之服務內容大致可分下列 6 項：(1) 定期護理與健康維持活動，如：服藥、監控疾病之康復情況、臨終病患之緩和醫療服務；(2) 個人照顧 (協助日常生活活動)；(3) 工具性日常活動協助；(4) 安全看視 (尤其對認知損傷者很需要)；(5) 增強功能能力之復健服務，即需要護理、職能、物理、語言治療師等專業人員協助之服務，如：語言、移位、排便、膀胱訓練等；(6) 管理協助 (management help)，如：協助特殊照顧之安排、協助失能者、罹患特殊疾病者，學習如何自我照顧 (Kane et al., 1998)。

三、居家照顧服務目標

以患者之觀點來說，居家照顧最重要之目標，即在保護失能者之自我與尊嚴，使其過著有意義之生活，即便其是處於長期需要照顧之嚴重失能狀態，都能經由居家照顧服務之提供，使其回復正常之生活。另 Kane 也進一步歸納出居家照顧目標具兩種類型：(1) 治療性之目標 (therapeutic)：透過居家照顧服務阻止病患惡化或達成可測量之改善。(2) 補償性之目標 (compensatory)：協助患者及其家屬可追求他們自己之生活，強調病患之自主性與意願，但補償性模式亦可對患者健康和功能改善有所助益。



3.1.5 日間照顧服務

一、定義與功能

日間照顧 (day care) 之概念起源於「托兒所」的想法，只是其服務對象由幼兒換成了老人、行動能力失衡者及身心障礙等，故可另稱之為「托老所」。此類機構提供老人照顧、餐食及活動參與，讓其家人於日間可專著於自己事業，無須擔心獨居家中之老人發生意外或無人看顧。

相關學者對日間照顧之定義如下：「日間照顧的功能有為早期醫院將日間照顧定位在促使病人早些出院，增加病床的使用率，在美稱為醫療型日間照顧」(王增勇，1997)。加拿大護理之家當初在發展日間照顧時，屬一種過渡性措施，其目的係協助老人適應護理之家之生活。至八〇年代，因人口老化，日間照顧漸成為社區照顧之替代方案，日間照顧之定義乃擴增為：「降低長期照顧成本及預防延緩案主住進機構，成為人性化照顧的主要方式，使老人盡可能留在社區並與社區整合的照顧模式，並促使家庭對其之持續照顧，提供多元的健康、社會服務和相關之支持性服務」(呂寶靜，2001)。而日間照顧服務須滿足幾個前提：即須讓病患、老人生活於社區中、其與家人繼續一同居住、讓其能維持獨立之生活、獨立生活係依其意願提供個別化服務，其可選擇、主導，亦是其與家人之社會福祉(謝美娥，1993)。另普遍被學術與實務界所認同的日間照顧定義，係依美國成人日間照顧中心的說法：「以社區為基礎的團體方案，藉由個別的照顧計劃以滿足功能受損成人的需求；是一種有結構的綜合性方案，能在一個性的環境中，提供一天內少於24小時的健康、社會與支持性服務」；而其功能在於：「透過日間照顧服務的提供，



讓個人得以留在社區中生活」(Tedesco, 1996)。

由上述相關日間照顧之定義得知，日間照顧方案具備下列特性：(1)並非在居家環境下提供服務；(2)提供非全日型服務；(3)服務對象為功能損傷者、老人；(4)提供服務之多元化，包括健康照顧、餐食及活動參與、社會服務等。而日間照顧方案之優點：維持或改善病患、老人之功能能力、增進其滿足感與社會化、延緩或預防病患或老人住進機構、提供照顧者喘息的機會(可持續照顧、繼續就業)、可降低成本(相對長期照護體系)(呂寶靜, 2001)。

二、日間照顧服務的類型

早期日間照顧因多附設於醫療院所中，故 Weissert (1977) 曾依復健取向之程度，將日間照顧中心分為「醫療型」及「非醫療型」兩種模式(王增勇, 1998)，此亦為目前實務工作中最常見的分類模式。「非醫療型日間照顧」也被稱為「社會型日間照顧」，此係針對生理和認知損傷之成人，提供藝術、工藝、遊戲及討論團體活動，並提供部分日常生活活動(ADLs)之協助；「醫療型日間照顧」則不僅提供社會模型之活動和服務，亦提供復健服務、技術護理(HHS, 2006)。

目前各國政府對於日間照顧之服務模式、內容及管理方式，差異性極大，以美國為例，其日間照顧之標準，屬非強制性，且取消醫療型與非醫療型日間照顧中心間之區隔，以鼓勵產生不同類型方案之日照中心；加拿大政府則是與民間業者代表溝通、商議後，制訂一套日間照顧服務標準手冊，惟該手冊並非法令，僅供業者提供服務的指南；我國則是立法將日間照顧服務設置之相關事宜，明訂於法條中，並訂有相對罰則，此法對業者有積極管制作用，



並鼓勵、輔導業者取得合法經營為目標。(劉麗雯，2003)

三、日間照顧中心提供的服務

成人日間照顧中心可依其特色，提供差異化之服務項目，然而美國大部分之日間服務中心均會提供下列一般性服務(NADSA, 2009)：(1)交通服務：到府接送；(2)點心、餐食服務：提供成員用餐服務，可提供有特殊飲食需求者之特別餐食；(3)個人照顧：協助其穿衣、進食、如廁，及其他個人日常活動；(4)社會活動：依成員們之狀況，讓其在活動中有互動之機會；(5)治療性活動：提供成員運動、心理互動之機會。總之，最基礎之服務項目，包括：交通、餐食、個人照顧之協助，而「社會活動」與「治療性活動」之服務範疇較廣泛，服務項目也較多元化。

雖然目前對於老人日間照護的定位，究竟屬於「機構式照護」抑或「社區式照護」，仍有不同之見解，但老人日間照護或可視為長期照護服務體系中，從「機構式」轉向「社區式」照護之中繼站，此在長期照護之發展史上，乃是相當重要的轉折點，尤其以人性、人權層面之出發點來考量，更顯珍貴。

第二節 長期照護政策的國際經驗

為有效掌握已發展國家之長期照護(顧)政策發展方向，我國內政部特選擇日本作為採取社會保險制因應長期照護需求之國家代表，英國則是以一般稅作為長期照護政策財源之代表國家，並檢視多國之長期照護政策基本目標及實施策略(行政院 長照十年計畫核定本內容)；本研究另增加德國案例(社會保險制)，藉以比較研究來深入瞭解已發展國家之長照策略。



3.2.1 日本

全世界國民平均壽命最長壽的國家為日本，未來65歲以上老人占總人口數的25%，屬超高齡社會，所以日本於1989年制定「老人保健福利推動10年戰略（Gold Plan）（黃金計畫）」，以期能擴增相關之公共服務基礎措施。

一、黃金計畫

有下列八大重點：

- （一）居家福利十年計畫：目標為設置1萬所的日常照顧中心及居家照護支援中心、設立5萬床照護床位，以及培植訓練10萬名照護員等。
- （二）零臥床老人戰略計畫：建立以全日本民眾的腦血管病變資訊系統、充實預防腦中風或骨折等衛教知識、居家照護支援中心配置專業護理師等專業人員，並已培訓2萬名居家照護指導員及8萬名居家照護協助人員（如志工）。
- （三）「長壽社會福利基金」：主要用於支援老人居家服務及居家醫療，並補助相關活動各項經費。
- （四）緊急設置機構：設置老人保健機構床位28萬床、護理之家10萬床、特別養護老人之家24萬床，以及400所偏遠地區高齡者生活福利中心。
- （五）推動高齡者生活教育
- （六）推動長壽科學研究10年計畫：設置國立長壽科學研究中心，進行照護及預防治療等綜合性長壽科學研究。
- （七）推動社區開發事業：鼓勵民間業者設立老年保健及福利綜合機構，設立以高齡者生活、照護、健康及生命意義活動為事業主體的綜合性機構；
- （八）推動黃金計畫之各項支持對策：考量福利人才的供給問題，1991年特



設置福利人才諮詢中心，建構福利服務人才資料庫；1992年更設置照顧實習暨推廣中心，提高照護品質。(呂寶靜,2005)

二、新黃金計畫

老人保健福利服務之目標在黃金計畫執行三年後，日本政府認為必須提高。並於1994年12月重修制定「新黃金計畫」。除修正老人照護服務基礎項目之目標值，更對未來政策之基本架構提出方針。

「新黃金計畫」於1995年開始執行。使得所有老人於身心障礙時也能保有尊嚴、自立、就近地獲得服務渡過晚年，新黃金計畫提出四大基本理念，說明如下：

- (一) **以使用者為本、支持老人自主獨立**：提供尊重老人意願及選擇之服務。
- (二) **提供普遍性的服務**：此計畫涵蓋所有待援助的老人。
- (三) **提供綜合性服務**：提供有效率、綜合性的服務，以滿足高齡者在保健、醫療及福利各方面的需求。
- (四) **在地服務(社區主義)**：提供居民在社區使用所必要的服務，採行以市町村為中心的體制建構。(日本厚生省老人保健福利局, 1998; 莊秀美, 2005)

三、2000年開辦介(照)護保險制度

日本於1995年7月提出的「社會保障制度的再建構—安心生活21世紀」報告書，建議以社會保險方式規劃公共照護方案(日本厚生省老人保健福利局, 1998; 李光廷, 2001)。故日本照護保險法於1997年底正式通過，2000年4月1日開辦。旨在減輕家屬照護上的負擔，並由社會共同支持照護。並將長期照護從健康照護保險中分立出來，以達減少機構化之目標。



四、2006年修正介（照）護保險制度

因老人增加速度超過預期，罹患失智症的老人倍增，獨居老人亦持續增加，日本政府乃於介護保險執行五年後進行修正，於2006年開始執行，重要修正方向說明如下（林萬億等, 2006）：

（一）建立預防性（Prevention）的服務體系

考量輕度患者（介護1級）人數大幅增加，且先前對輕度失能者所提供的服務無法改善其狀況，特提出兩項修正策略：

- 1.建立預防給付之體系：建立以輕度失能者為對象之預防給付制度，以預防惡化及減輕照護程度。
- 2.建立區域型支援體系：預防照顧納為照護保險制度之一環，將有可能接受支持與有照護需要的老人列為照護預防的服務對象。

（二）重新評估機構給付標準

- 1.刪除照護保險給付中之機構式服務住宿費、伙食費的給付。
- 2.檢討低收入者的補助標準。

（三）建立互動服務模式

為強化居家支持服務體系，研擬預防老人受虐之對策，加強醫療與照護體系之互動，特建立新型服務設施：

- 1.建立區域密集型的服務模式，包括小規模多機能型之居家照護、失智症老人團體家屋及失智症老人日、夜間照顧中心。
- 2.建立區域整體支援中心：包括綜合性的諮詢機能、照顧預防管理及全面性、持續性的管理支援業務。
- 3.充實居家型服務模式：構築具照顧功能之銀髮住宅，重新檢討老人福利機



構之定位。

綜上所述，為因應人口老化的趨勢，1990年起日本實施之「黃金計畫」即整合社會福利及老人保健服務醫療，服務對象擴大為所有需要援助的老人，相較於本計畫頒訂前，服務對象僅限於生活困難之獨居老人或低收入者；至2000年修訂之「黃金計畫21」另聚焦於失智症老人支援政策。另2000年亦通過介護保險法，讓社會保險成為長期照顧主要的財務來源。

3.2.2 英國

英國的「社區照護」政策始於1962年第一次頒行之「全國性保健福利10年計畫」，此計畫主要目的在於杜絕精神障礙者長期住院、促使患者早日出院，且設立在計畫期限內降低50%「精神患者病床數」等之目標；另於老人照護方面，則將老人安養機構小規模化、建立照護住宅等為重點。至1980年代後期，在75歲以上之老年人口增加，且家庭照護功能逐漸衰退等多重壓迫下，英國衛生部為減輕財務負擔，乃擴大社區照護機構設施及居家照護給付。

英國於1989年發表之「國民照顧白皮書」（Care for people: *Community Care in the Next Decade and Beyond*），其目標係為強化地方社會服務部門於社區照顧服務輸送之角色。且為落實此白皮書，1990年又通過「國民衛生服務暨社區照顧法」（National Health Service and Community Act），此法將部分社會安全預算移至地方政府，長期照顧體系亦改為屬地方權限之照顧模式，財務責任由地方政府負擔。其具體目標包括：重視居家照護、引進照顧管理制度（Care Management System）、經由服務市場化提升服務效率等，確實掌



握使用者之需要，提供以需求為導向之服務。

1991年英國政府提出社區照顧改革白皮書（Community Care Reform），揭示服務之提供係為維持個體之「正常化生活」，並確立了「在地老化」、「促進選擇與獨立」為社區照顧之總目標，因此，英國之長期照顧服務開始快速發展。惟傳統上英國之長期照顧服務係被整合於一般之社會照顧、醫療衛生照顧體系下，其服務對象常以年齡區分為成人（16歲以上）及兒童服務兩類型；區分障礙類別則為精神障礙、智能障礙及一般失能。至1999年，老人長期照顧皇家委員會（The Royal Commission on Long-Term Care for the Elderly）率先提出「關懷老人：長期照顧-責任與權利」報告書（With Respect to Old Age: Long-Term Care-Right and Responsibilities），以老人為主體之長期照顧體制始被單獨研究與討論，此報告首要主張：長期照顧之財務支出應由一般稅收支付，且應提供免費服務。然而，英國衛生部於次年（2000年）提出The NHS Plan-The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care，否定了皇家委員會之首要主張，即不贊成以一般稅收提供免費之長期照顧服務，另主張可透過提升照顧品質、建立完整服務輸送體系，以維護全體老人之健康及獨立性。且於同年頒行照顧標準法（Care Standard Acts），成立國家照顧品質監督委員會（National Care Standards Commission）以監督及確保服務之品質、有效性及可負擔性，並規範全國照顧服務品質；本法其他重要之政策包括：提供居家照顧等多元化服務，或透過貸款、協助房屋修繕改善，協助個案留在家中，避免過早進入照顧機構等。

英國政府於2001年通過「全國性老人服務架構」（National Service Framework for Older People），此為英國首次針對老人照顧之整合型十年計畫，



希冀透過照顧標準之建立，降低社會服務、健康服務提供之差異；本計畫目的係確保老人能獲得高品質、整合性及公平之健康、社會服務。

總結來看，英國結合中央與地方共同來辦理長期照顧之醫療、社會服務，對於長期照顧之服務對象，各地方政府則有不同之評定標準，有時需以資產調查來判定使用者是否需部分負擔費用（周月清等, 2005；OECD, 2005）。英國之社區照顧主要係健康與社會照顧，前者屬於其國民健康服務（NHS），後者則為地方政府之責任；公部門角色亦漸轉變，即由中央衛生部門轉移到地方政府之社會服務局（SSD）；而照護型態漸由健康照護（health care）成為社會照顧（social care），使用係免費的。社會照顧即根據個案需要，提供非醫療性之照護（個人照護、家事協助與社會支持、社會服務），使個案可繼續在社區中生活，或協助其獨立居住。（周月清, 2000）。

3.2.3 德國

德國從19世紀末至1990年代前之長期照護政策，係以保險制為主體之社會安全制度，其涵蓋之對象廣泛，惟有關照護需求之社會給付，仍主要來自社會救助體系，且隨著人口快速老化之影響，日漸增加政府之財務壓力。自70年代後，德國之長期照護政策逐漸聚焦於「照顧需求」、「社會性風險」之方向進行檢討，且開始倡導將長期照護納入疾病保險之給付範圍（吳淑瓊等, 1998；林志鴻, 2000）。

在歷經長年之制度規劃與政黨協商後，德國於1994年正式頒訂「長期照顧保險法」，此保險制度之實施，乃以「照顧需求」之確立為其核心概念，區別出照顧需求所保障之風險與其他社會保險之風險。例如：照顧需求者為



需被照顧，但健康保險所保障之罹病風險，係指罹病者需被治療；另社會救助法對於長期照顧保險亦具有補充性質，其對於照顧需求之定義與長期照顧保險法幾近一致。故個體之照顧需求少於半年，或僅需較低程度之照顧、非屬例行性之日常生活事務受到影響者，得申請救助體系之照顧扶助(吳肖琪 & 周世珍, 2006)。

總括來看，德國長期照顧保險之給付對象並不限年齡，接受服務之資格認定係根據「照顧需求」，即以身心功能障礙（需符合六項ADL評估表中兩項以上障礙，及IADL項目之家事協助等障礙）及失能時間達六個月以上；另於社區中之心智或發展障礙者、失智症者，亦可獲得小額之補助。（Brodsky et al., 2000；王增勇等, 2005）

德國目前之社會安全網係由疾病、意外、殘障、年金、長照等幾項重大社會保險體制所構築，另長期照顧服務體系則以「照顧需求」為核心概念、「照顧保險」為主軸，其長期照顧保險法之給付、服務對象涵蓋全體國民中有照顧需求之失能者（含腦傷者、精障、失智等身體功能障礙及一般民眾），身心功能障礙須達2項以上ADL障礙且持續一段時間，故其涵蓋範圍較日本目前之長期照顧保險體制更廣泛。

3.2.4 已發展國家長期照顧政策之趨勢

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）委託Brodsky等人，針對五個已發展國家¹之長期照顧法進行研究比較，其報告內容不僅呈現出各國長期照顧保險法之異同，亦歸納出五國於長期照顧政策之重要趨勢，包括：

- 一、配置更多資源予長期照顧體系。

¹ 包括奧地利、德國、以色列、日本及荷蘭



二、發展長期照顧體系：整合居家及機構照顧、社會及健康服務，以及失能者生命週期中所需之照顧。

三、調整社區、機構照顧間之既有資源配置，移轉更多資源至社區服務。

四、中央政府擬定長期照顧之目標、決定資源配置之優先順序（資源給予地方政府）。

五、提供更多服務提供單位及服務類型供消費者選擇。

六、協助分擔家庭之照顧責任、負荷，以鼓勵家庭持續照顧老人、失能者。

近十年來，奧地利、德國、日本及盧森堡等四國，為解決長期照顧之財務壓力，乃調整財源籌措之方式，即為長期照顧制度納入了「普及式財源」概念，其基本原則為：一、長期照顧「非免費」服務，除政府財政的支持外，民眾亦需負擔保費；二、財源籌措「多元化」，包括工作人口、雇主及領取年金者均必須分擔財務責任。此外，奧地利、日本及盧森堡三國，更對全體國民加徵特別稅、一般稅以籌措長期照護之財源。上述各國均屬建構社會保險制之長期照顧體系國家。

相對來看，其他以一般稅收作為健康與社會服務財源之國家，因營運、管理長期照護保險制度較醫療保險複雜許多，故不傾向將長期照顧體系建構於社會保險制之下，而是企圖透過稅制可支持之財務架構，建構公平、均質之長期照顧體系。（李光廷，2009）

總結來說，世界衛生組織之報告顯示，因國情、文化之差異，各國長期照顧制度並無絕對優劣之分，即便如德國長期照顧制度之建立，歷經20年規劃與政黨協商，日本籌措導入「介護保險」至今近10年，仍於該制度頒行後



浮現諸多問題。惟長期照護保險以提供服務為宗旨，其服務提供應以公平、便利、費用負擔合理、保障人格尊嚴、提高生活品質等指標，作為評價長期照顧制度之基準，終極目標則是符合大眾利益且永續經營。

3.2.5 各國長照政策之總結

綜述各國長期照顧政策之發展，可歸納出下列十項重要啟示：

- 一、建立「在地老化」為改革長期照顧政策之主要目標。
- 二、應用既有之社會服務體系、健康照顧體系作為長期照顧推進之根基。
- 三、宣示持續性照顧之理念，連結急性醫療與長期照顧服務。
- 四、主動發展預防保健及復健服務，避免長期照顧需求者之擴大。
- 五、藉由照顧需求評估來滿足大眾之需求，並整合服務體系。
- 六、考量消費者偏好及選擇為服務規劃之基本原則。
- 七、多元化服務項目，且以居家、社區式服務為優先。
- 八、增加對家庭照顧者之扶助、支持，以維持其照顧能量。
- 九、開展品質提升與監督機制，確保服務品質。
- 十、主張民眾及政府共同擔負長期照顧之財務責任。



第四章 台灣長期照顧服務產業的發展與現況

第一節 台灣人口老化趨勢

4.1.1 人口快速老化

1993年，我國老年人口（65歲以上）比率跨過7%的人口高齡化國家（aging nation）門檻，2006年的老人人口比率提高到9.9%；人口老化現象將因二戰戰後出生的嬰兒潮世代逐漸老化而更趨明顯，根據行政院經建會（2006）推估台灣老人人口將從2016年的314萬人（13.4%）增加到2026年的498萬人（20.6%），屆時2025年我國人口中將有五分之一是老人（見表四），老人人口比率直逼英國、法國及美國等已發展國家（見圖一）

表四：台灣地區未來人口結構

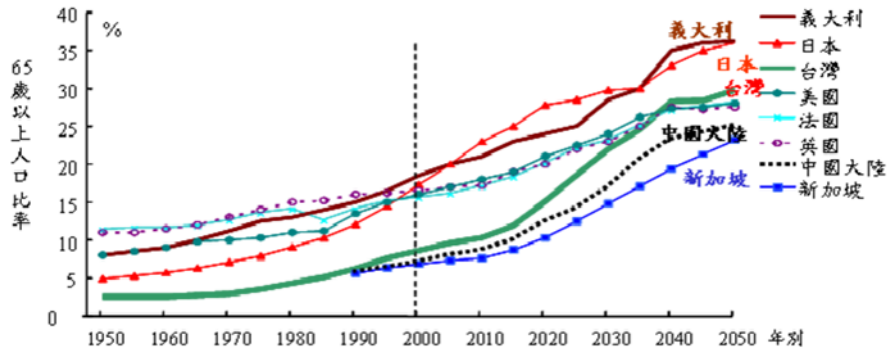
單位：%

年份 年齡	1981	1991	2006	2016	2026	2051
65歲以上	4.4	6.5	9.9	13.0	20.6	37.0
0~14歲	31.6	26.3	18.2	13.0	11.3	7.8
15~64歲	64.0	67.2	71.9	74.0	68.1	55.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（資料來源：行政院經建會，台灣地區95年至140年人口推計，2006）。

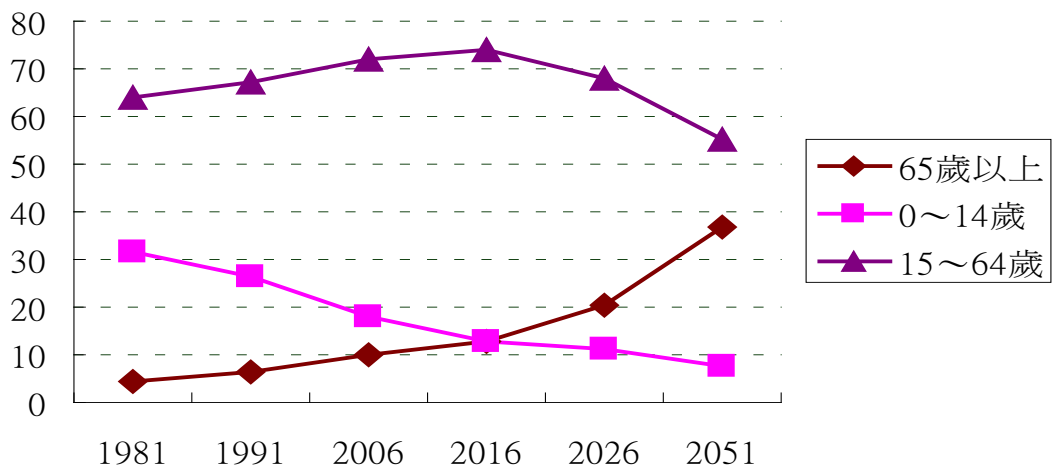


圖一：人口老化趨勢的國際比較



(資料來源：行政院經建會，臺灣95年至140年人口推計,2006)。

圖二：台灣地區未來幼年、青壯年及高齡人口比率



(資料來源：行政院經濟建設委員會，臺灣 95 年至 140 年人口推計，2006)。



人口老化是當今世界各先進國家共同面臨的社會變遷經驗，只是西方國家從上個世紀初、中葉以來就經歷了如何面對人口老化的課題(我國長期照顧十年計劃核定本，2009)；這些國家約有近百年來作準備，但我國人口老化速度相對超快，老人占總人口的比率，從1993年的7%預估到2017年迅速爬升到13.50%，期間只有24年。而未來20年人口老化速度將更快速，根據95年6月行政院經濟建設委員會所公布資料；人口老化中級推估顯示，到2026年老人人口比率將達到20.6%，亦即每5個人中就有1位是老年人(行政院經濟建設委員會 2006)。預估到2016年後，65歲以上老人之人口數將高於「0-14歲」兒童人口數(見圖2所示)。除了老人人口快速增加的趨勢外，老人人口結構呈現長壽化，推估到2051年時，75歲以上人口數占老人人口數的53.8%，高於65-74歲人口數所占的比率。(見表五)

表五：台灣地區未來高、中及低推估之 65 歲以上人口結構

年份	65歲以上人口				65-74歲人口		75歲以上人口	
	人數 (萬人)	占總人口(%)			人數 (萬人)	占65歲以 上人口(%)	人數 (萬 人)	占65歲以 上人口(%)
		低	中	高				
2006	226	9.9	9.9	9.9	132	58.1	95	41.9
2016	302	12.8	13.0	13.1	175	58.1	126	41.9
2026	475	19.8	20.6	21.2	296	62.3	179	37.7
2051	686	32.3	37.0	40.2	317	46.2	369	53.8

(資料來源：行政院經濟建設委員會，臺灣 95 年至 140 年人口推計，2006。)



4.1.2 長期照顧需求人口數快速增加

隨著老人人口的快速增加，慢性疾病與身心功能退化障礙的人口盛行率也呈現急遽上升的趨勢；而這些身心功能退化障礙者或無法自我照顧者，除了健康醫療服務外，其實也廣泛需要連續性的長期照顧服務。而為了滿足逐漸增加的老人人口對於健康醫療與長期照顧的整體擴大需求，已發展國家都加強積極推動長期照顧服務。依據內政部94年度委託辦理之「我國長期照顧財務制度規劃研究」(鄭文輝等, 2005)報告顯示，預估2006年全人口當中具有ADL及IADL失能者人數合計達55萬餘人，預估2016年將達72萬餘人，總人數較2006年成長近30%，顯示長期照顧需求問題不容再忽視。

第二節 台灣長期照顧服務政策的內涵與沿革

4.2.1 政策內涵

從人類的醫療史發展過程中，可以看出人類的疾病型態隨著時代已發生了明顯的變化。過去公共衛生條件不佳，常見的是傳染性疾病（尤其是急性傳染病），而現在早已被漸漸被文明疾病，病因常是營養過剩之慢性疾病所取代了，而既然稱之為「慢性病」，顧名思義其疾病與復原所需之療護過程，必定也是緩慢而長期的，而長期照護服務也就在此種情況下應運產生。而當政府在準備規劃長期照護服務的政策時，必須同時也兼顧考量其他相關層面，包括財務制度、人力資源、連續照護體系及整合服務模式、甚至連人權與倫



理議題等都不能忽略。除此之外，長期照護的服務中，其實是包括了從輕度到重度、年幼至年長等各種不同狀況、不同年齡的個案，所以在長期照護服務模式中，必須考量所服務的個案是相當多樣且異質性的，因此長期照護服務所面臨與處理的問題也相對複雜。隨著工商文明的發達、公共衛生的進步、社會環境以及生活結構的改變，舊有農業社會的數代大家庭形式逐漸為兩代核心家庭所取代，而雙薪家庭與單親家庭也是不斷增加而改變社會面貌，老年人口與子女同住的比率不斷下降，子女多在都市生活、工作，並建立其核心家庭，而導致在鄉村生活獨居的老人家越來越多，傳統家庭成員互相照顧的功能逐漸缺乏與喪失；而其所衍生製造出來大量的取代照顧需求與社會成本，也轉成為國家社會福利預算的新增負擔。(行政院〈長期照顧十年計畫〉核訂本(2007~2016))

因此在上述之社會結構變遷與福利服務多元主義發展的趨勢下，長期照顧相關服務終受到我社會各界和政府政策的重視，而漸出現興盛發展之勢。先有行政院研究發展考核委員會於1997年委託吳淑瓊、呂寶靜及盧瑞芬等人進行「配合我國社會福利制度之長期照護政策研究」，隨之行政院衛生署與內政部陸續投入多項全國性計畫。都顯示出政府對人口老化所衍生的健康及長期照顧問題的重視；與如何建構完整優秀之長期照顧體系政策的首要。而要明白其中的福利服務發展情況，可透過政策的沿革和內涵來檢視，以下敘述之。



4.2.2 政策沿革

一、台灣長期照顧服務政策的沿革

在社會行政體系方面，人口老化政策係以1980年公布實施的「老人福利法」為始點，其後陸續公布「社會福利政策綱領」（1994）、「加強老人安養服務方案」（1998~2007）、「照顧服務福利及產業發展方案」（2002~2007）等重大政策，並修訂「老人福利法」（1997、2007）及「社會福利政策綱領」（2004）等；而衛政體系亦陸續執行「建立醫療網第三期計畫」（1997）、「老人長期照護三年計畫」（1998）及「醫療網第四期計畫」（新世紀健康照護計畫）（2001~2005），長期照顧十年計畫〉（2007~2016）。

二、〈長期照顧十年計畫〉規劃

行政院社會福利推動委員會93年4月27日第7次委員會議決議，因應人口老化加速，需求長期照顧人口增多，於該委員會下另組成「長期照顧制度規劃小組」，由政務委員擔任召集人，以發揮跨部會行政整合之功效，就我國長期照顧制度具體內容詳加規劃。最後於2007年4月核定「我國長期照顧十年計畫」，規劃於10年內挹注新台幣817.36億元經費，以建構一個符合多元化、社區化(普及化)、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度的先行計畫。(行政院〈長期照顧十年計畫〉核定本（2007~2016）)



第三節 台灣現行社區照顧服務現況

4.3.1 社區式照顧服務供給現況

96年4月3日行政院函核定「我國長期照顧十年計畫」，並將「居家服務」、「日間照顧」及「家庭托顧」等3項服務措施合併稱為「照顧服務」。我國日間照顧（護）因為政策沿革關係所致，現有各類照顧服務設施有不同管理單位，也分別呈現不同的樣貌。過去社政單位所管轄者稱為「日間照顧中心」，而衛政體系所管轄者則稱為「日間照護中心」。而如今社政、醫療部門統合在上位的衛生福利部所共管，故現在也統一名稱為日間照顧中心(日照中心)。其類型定位也不再以所屬管轄單位為區分，而是以其服務功能來劃分。日間照顧中心其收案之對象大多以失能者為主，故可區分為「失能型」、「健康型」及「綜合型」三類。其中，失能型為收托中重度以上之失能老人個案，綜合型則為收托一項ADL以上失能老人個案。此外，根據內政部社會局2006年6月底所統計之日間照顧中心服務人數結果，失能型及綜合型共計服務1,543人；另衛生署於同時統計日間照護機構之服務量為545床，故社衛政系統之提供服務量總計共2,088人。(行政院〈長期照顧十年計畫〉核定本(2007~2016))

然而隨著長照十年計劃的開展，日間照顧中心不管在服務量的新增供給與需求兩方面，都未見明顯的增加與發展，甚至還有停滯縮減的情況。例如2010年度：全國僅設置66個日間照顧中心（含失智症日照中心12個），計服務僅785人（含失智症日間照顧服務108人）；2011年9月止：全國設置77個日



間照顧中心（含失智症日照中心14個），計服務1,088人（含失智症日間照顧服務144人）。儘管衛生福利部啟用後再於民國100年啟動「日間照顧呷百二計畫」，評估適合提供日間照顧服務的場所，優先補助修繕及設施設備費用，期待加速日間照顧中心的設置與總數，截至102年12月31日止，共增設54所，但全台也不過總共設置了120所日間照顧中心，照顧資源相對來說，仍然十分有限。（衛福部，「日間照顧呷百二計畫」）

4.3.2 我國未來長期照顧服務資源發展推估

在機構式服務、社區式服務及居家式服務三類型服務項目中，機構式服務為我國推行時程較長之服務類別，含括長期照護機構、護理之家、養護機構及安養機構等。而居家服務及社區式服務(統稱為照顧服務)，則未如機構式服務具備相當之服務供給量與使用規模，且居家服務含括項目多元，包含居家照顧、居家護理、居家復健等服務，社區式服務則除日間照顧中心之外，亦有喘息服務。由於居家式及社區式服務之各項服務使用，允許使用者依需求相互配搭使用，因而也通稱為照顧服務。故在此對居家及社區型服務未來的資源規模之推估，乃以涵蓋範圍最廣、使用頻率較高之居家服務及日間照顧為主要推估項目。

一、未來日間照顧（護）資源規模推估

由於使用率之假設數值不同，以及老年人口數成長劇烈所致，整體需求規模成長快速，估算其需求量由2007年的2350床需求，至2012年成長至5,758床，而2012年後由於假設使用率將逐年成長至2020年之5%，照顧需求床位數



成長更加急遽，2020年需求量为19,907床。觀察歷年需增加的供需差異，則至2012年皆需有643床至775床之成長量，而2012年後，由於使用比率假設成長快速，同時老年人口的成長亦急速的狀況下，需要建置之床位數亦急速的攀升，從2013年需建置1,384床，至2020年當年度便需建置2,112床，才足以因應需求（詳見表六）。

另依據吳淑瓊等(2003)全國長期照護需要評估第二年計畫之調查結果，其以日間照顧服務使用率為0.35%作為低推估，而「非常有意願」使用日間照顧者比率占1.99%為中推估值，以「非常願意及願意」使用者占20.9%為高推估值。據此假設我國日間照顧規模依現行的服務使用率約為0.96%，逐年成長至2012年達到吳淑瓊（2003）全國長期照護需要評估第二年計畫調查結果之「非常有意願」使用日間照顧者比率1.99%，並且以2020年總體使用率達到5%為目標持續成長估算，估算結果如表六所示。



表六 日間照護逐年需求評估調查表

年代	需求人口數 (A)	日間照顧		與現階段資 源供需落差 (E) =2088-(F)	預期資源成長規模		
		使用率 (B)	估算需求服 務量(人) (C) =(A)*(B)		單年需新增 床位數(床) (F)	設立第二 年以上床 位	預期總床 位數
2006	231279	0.96%	2213	—	—	2,088	2,088
2007	245510	0.96%	2350	-262	262	2,088	2,350
2008	253899	1.16%	2954	-866	604	2,350	2,954
2009	262570	1.37%	3598	-1,510	643	2,954	3,598
2010	269607	1.58%	4251	-2,163	653	3,598	4,251
2011	279411	1.78%	4983	-2,895	732	4,251	4,983
2012	289356	1.99%	5758	-3,670	775	4,983	5,758
2013	301825	2.37%	7142	-5,054	1,384	5,758	7,142
2014	313957	2.74%	8610	-6,522	1,468	7,142	8,610
2015	327185	3.12%	10204	-8,116	1,594	8,610	10,204
2016	342549	3.50%	11972	-9,884	1,768	10,204	11,972
2017	357486	3.87%	13839	-11,751	1,867	11,972	13,839
2018	370439	4.25%	15734	-13,646	1,895	13,839	15,734
2019	384840	4.62%	17794	-15,706	2,060	15,734	17,794
2020	398130	5.00%	19907	-17,819	2,112	17,794	19,907

(資料來源:吳淑瓊等(2003)全國長期照護需要評估第二年計畫調查)

然而以現行的推行經驗而言，達到該比率仍須各方面配合相關之資源投入、教育宣導等，若以吳淑瓊等(2003)全國長期照護需要評估第二年計畫調查結果之「非常有意願」使用日間照顧者比率1.99%觀察，若以現行民眾對日間照顧服務之瞭解及使用習慣與接受度，極有可能2%即為最高使用比率，以此比率推算，約為2012年當年所預估的5758人次的服務需求量，若再以日照中心的設置規定來看，每個中心照顧人數上限為三十人來推估計算，



台灣現時所需要的日照中心數量約為192~200所。而儘管在長照十年計劃中，政府投注大量經費補助政策加持下，但至2013年底，衛福部邱文達部長也僅能宣布成功設置120所日照中心，嚴格看來，也僅是勉強甚至不算達成總體需求目標。

二、未來居家照顧（護）資源規模推估

在居家照顧服務方面，自民國91年計畫開辦以來，服務人數逐步成長，自民國91年1,795人，至94年底增至16,238人，至95年6月增加為17,234人（行政院經濟建設委員會，2006）；自97年度起，本項服務措施已納入我國長期照顧十年計畫「照顧服務」範疇辦理，依服務對象之失能程度核給不同補助額度，99年12月底服務人數合計27,800人，較98年增加5,783人，100年度截至8月底止，服務人數合計31,409人（內政部，2011）。

目前130個居家服務提供單位中，部分單位的母機構是跨縣市提供服務的大型組織，因此提供居家服務的組織共有102家。這102個組織中，有39%是財團法人基金會，29%是社團法人協會，17%是安養護中心、護理之家或仁愛之家等長期照顧組織，10%是醫院組織，其餘5%則是縣市政府及勞動合作社（中華民國老人福利推動聯盟網站）。但依我國長照十年計劃（大溫暖計畫）所推估2010年至多需要229個居家服務單位，2015年計有267個，至2020年有308個。這顯然和目前的產業經營實際情況相當的差距。究其原因，其中的正向或負向的影響因素，將會在下一章節中一一探討。



第四節 台灣現行長期照顧服務體系的缺失

對照歐美先進國家因應人口老化的整體政策規劃，我國現有之政策卻仍顯得零亂與片面，尚未能有周全、整合與連續之長期照顧制度規劃以因應馬上到來的人口急遽老化之迫切需求。我國主要長期照顧制度過去共有下列幾項問題(吳淑瓊等 1998)：(1) 長期照護業務分屬社會福利與衛生行政體系，統籌、協調與管理困難；(2) 供需失衡，人力與設施資源嚴重欠缺；(3) 居家與社區服務支持匱乏，無法落實居家化與社區化的照顧理念；(4) 家庭照顧者獨撐長期照顧責任，負荷至鉅；(5) 長期照護病人超長佔用急性病床，浪費急性醫療資源；(6) 全民健保支付制度給付慢性病床，並未嚴格控制急性病床的住院日，助長超長佔用急性病床的問題，並導致偏好使用機構服務的後果；(7) 長期照護機構規定與標準設立不當，又分屬不同行政體系，造成多類機構功能混淆不清，規定不一，發展與管理不易；(8) 缺乏制度化的財務支持，造成個人與家庭的經濟危機；(9) 衛生行政體系核准大型機構設立，引導我國長期照護朝向機構化、集中化趨勢發展，不僅與世界主要國家方向背道而馳，亦無法增加功能障礙者獨立自主的生活能力。雖然以上問題在近幾年，多數已經逐漸獲得政府政策的重視與次第的改善，例如大溫暖計畫與行政機關衛生福利部的統合編制與啟用等。但現在再嚴格檢視近年我國長期照顧政策與方案，本論文仍然須提出四項檢討方向：(1)現行法制無法提供社區居家支持服務設施的發展誘因；(2)缺乏完善財務規劃支持機制；(3)人力發展策略失衡與產業引導不足；(4)長期照顧與健康醫療資訊系統分立，有待整合。底下就我國長期照顧體系這四點缺失一一說明。



4.4.1 四大缺失說明與檢討

一、現行法制無法提供社區居家支持服務設施發展誘因

考量長期照顧涵蓋時空長遠多變的特質，歐美工業化國家在過去數十年中，於正式服務體系建置多元化的長期照顧服務設施，主要包括：(1) 機構式服務；(2) 居家服務；(3) 日間照顧；(4) 居家環境改善；(5) 安全看視(oversight) 服務；(6) 照顧住宅 (assisted living, sheltered housing) (吳淑瓊, 2005)。上述服務發展受到政府財務補助制度及民眾照顧偏好的影響甚大，機構式服務乃是我國最早發展的服務模式，亦是目前服務量最廣的項目；居家服務、日間照顧、居家環境改善服務及安全看視等服務雖於1990年代初期開始萌芽，但多樣選擇服務項目及服務量仍有待提升(吳淑瓊 & 陳正芬, 2000)。以瑞典為例參考，其認為老人在家老化照顧，有比較高的幸福感，所以每年補助經費，派人員到有需求的老人家中幫忙修繕、建立無障礙環境；也僱用居家服務員、社工，來照顧老人、陪伴老人。街上也有親善的交通服務系統，讓行動不便的老人方便搭公車或搭優惠低廉計程車，方便失能的老人仍能維持其社交活動。另外世界各國政府對於老人日間照顧服務模式及內容的政策與管理方式，雖然存有極大的差異性，以美國為例，全國日間照顧的標準，並非管制性的，不僅取消醫療型與非醫療型日間照顧中心之間的區隔，並鼓勵不同多元的類型方案的日照中心產生加入。而加拿大政府則是與民間業者代表共同制訂一套服務標準手冊，但該手冊並非法令，卻是提供業者參與服務產業的從業指南。但反觀我國，則是將日間照顧服務設置的相關事宜，明訂於法條之中，並訂有相對罰則，想對新進業者有管制作用 (劉麗雯, 2003)，但另一方面卻



又動用許多政府預算，積極輔導原有機構業者，來取得日間照顧中心經營地位。這樣的政策便不容易有多元服務類型來發展。

所以反觀台灣，即使前述世界潮流與學者研究普遍認為在家老化是最好的選擇，台灣的安養機構卻越來越多。就其原因，在於雖然安養中心每個月收費兩、三萬元起跳，對於中產階級家庭，仍是一筆不輕的負擔。但國內需要長期照顧者，仍遠遠多於投入照顧服務的人力與資源。造成安養機構雖然逐年增加但仍一床難求的情況不時出現，所以機構業者便利用超收住民來增加營業利潤的狀況時有所聞，或更甚者為其營運獲利與同業競爭的基礎。如此犧牲降低照護品質而求獲益的業者相較於其他正派經營業者，便只因為主管機關單位的督察不周，而令其有劣幣驅逐良幣的負面循環作用。其他如政府補助不足、本國服務員薪資要求較高、與服務員社會尊重不如護理人員，以及人力流動頻繁等問題更加重想要提升照顧品質的業者生存空間的艱困，而如此的環境，也限縮了在家或在地老化長照產業的發展與生存空間。

二、缺乏完善財務制度，長期照顧經費負擔沉重

長期照顧服務係針對照顧需要，提供滿足需求之制度，其提供服務以生活照顧為主、醫療照護為輔，具綜合性與連續性特質。目前長期照顧所需費用，僅由全民健康保險提供慢性病床及居家照護給付；社政單位僅針對中、低收入老人提供機構及居家式服務的救助。因此，目前我國長期照顧所需的費用，大部分由個人及其家庭支應，一般養護機構每月平均費用約3~6萬元，負擔不可謂不重(行政院衛生署 1996)。固然近年相關單位已依照照顧服務福利及產業發展方案提供一般民眾居家服務補助，但其對象限定於居家照顧部分。整體而言，長期照顧費用對個別家庭是項沉重的經濟負擔。加上出生率連年



降低，老年人口扶養比估計到了民國140年時，將達到66.97%，也就是每1.5位生產者要扶養一位老人(行政院經濟建設委員會 2006)，屆時勢必對社會經濟造成巨大的衝擊。換言之，即便政府沒有制度介入，無論家庭成員親自照顧或自市場購買長期照顧服務，未來社會勢必要投入越來越多的資源以滿足長期照顧需要。據此，長期照顧所引發之財務問題，並非一般家庭所能夠單獨承擔，故應及早因應與規劃，以保障老年生活品質不致因財務窘境而降低。

三、人力發展策略失衡，產業引導不足

人力發展策略其中最為嚴重的外在因素，乃是缺乏遠見與便宜行事的外傭聘僱政策使然，使得居家照護支援中心與日間照護中心的廣泛設立更加缺乏市場與利潤的誘因。因為相較之下，外籍勞工的費用遠低於聘請專業服務員，沒有服務時數的限制，而且除了照顧老人外，也可以做其他家事，民眾評估之下普遍會選擇聘僱外勞。當台灣付出龐大的社會成本支付外勞薪水，越加排擠本國居家服務員的生存空間，如此不斷惡性循環。雖然台灣現在也隨著社會經濟發展，消費者期望居家自主生活的意願不斷提升，機構式照顧被視為服務最後的選擇，發展多元的居家及社區照顧資源已成為長期照顧政策改革的最優先課題。但如此妨礙居家老化產業發展的看護外傭過渡性政策實有其檢討的必要性。

隨著各服務模式的推展，充實照顧人力和培訓長期照顧人力的重要性屢見在政府實施的方案和計畫中，如「加強老人安養方案」、行政院衛生署「老人長期照護三年計畫」以及「全方位老人健康照護」，惟如何充實、如何培育之討論則少見。老人之長期照顧服務實屬新興且勞力密集的服務，目前我國長期照顧政策並未強調在依據照顧人力的需求來訂定全面的人力培育計畫。



四、健康醫療與長期照顧資訊系統與跨專業的團隊合作有待整合

長期照顧資訊的整合與管理系統的電腦化，是建構長期照顧制度不可缺少的範疇。整合資訊才能讓決策者全面的了解長期照顧的供需概況，也唯有將管理系統電腦化，才能讓照顧管理者即時掌握個案情況，進行適度的調整並減少回應時間。同時將照顧資訊公開，以促進民眾，服務提供者，與行政單位的對談。雖然內政部「照顧服務管理資訊系統」，以及行政院衛生署「長期照護資訊網」均致力於開發長期照顧資訊體系；然而，長期照顧資訊系統與現有完整充實的健康醫療資料系統(健保資料庫)之整合與資訊之接軌有待努力建置，所以如何建構全國單一入口網路，並整合現有長期照顧資訊系統，進而與全民健康保險資訊系統接軌，係規劃長期照顧制度之另一重要基礎與方向。另外，老人的長期照顧包含醫療、個人照顧、與社會照顧等三個主要層面，服務需求範圍相當多元廣闊；未來不是單單有看護員陪伴即可，是需要滿足社會進步後對品質不斷提高的要求；是需要來自醫學、護理、社工、職能治療、物理治療、與營養等專業的多元服務，以及不同專業等級人力的投入，方能提供完整且連續的照顧，以滿足被照顧者的需求。這樣的整合服務模式有待建立。



第五章 照顧服務產業的競爭策略

第一節 競爭策略定義

「策略」(strategy)一詞出現在軍事戰略裡，而企業策略則是：Chandler (1962) 指出策略是決定企業的長期目標，以及為達成這些目標所必須採取的行動方案與相關資源配置。Porter (1980) 認為競爭策略是企業為了在產業中取得較有利地位所採取的攻擊性或防禦性行動計畫；也就是說，創造別人無法取代的戰略地位。大前研一(1984)認為真正的策略是為顧客創造價值，且是令顧客滿意的價值。司徒達賢(1995)認為策略代表一種重點抉擇，界定企業生存空間，規劃功能性政策及建立長期競爭優勢等。Mintzberg(1990)指出策略是組織應付環境的決策，策略的規劃必須考量其自身資源能力與外在競爭環境後，才能產生決策。Hitt, Ireland & Hoskisson (2003)認為：策略是一連串經過整合與協調，設計用來開拓核心能力與獲得競爭優勢的宣示與行動。(謝雅萍，2007)

所以藉由策略的選擇，企業決定如何與其他企業相互競爭的各種行動，企業的高階管理者因此也必須要設定企業競爭行動的優先順序。在制定策略當下，企業必須考慮到產業的外部環境，其中包括：機會、威脅、產業競爭與競爭者分析；內在環境：優勢、劣勢、資源、能力及核心能力。



第二節 照顧服務產業的內部優勢與外部威脅

台灣自1993年已經進入高齡化社會，目前65歲以上老人人口已佔11.5%（以2013年為計算年），有長期照顧需求的人數達55萬餘人，完整的長期照護體系之建立實為迫切。然而長期照護人力資源嚴重失調，大多數完成訓練並擁有執照的照顧員並沒有投入市場，居家照顧服務產業反而過度依賴未經任何照顧訓練的外籍看護工，政府的產業政策失衡與錯亂，已嚴重扭曲國內勞動市場人力結構，更延宕國內長期照護體系建立。

5.2.1 內部優勢 充足的長期照護人力資源

在居家照顧服務推動過程中，照顧服務人力的不足是最明顯的議題，但事實上經過國家檢定的服務人力資源卻是遠超過經推估需求的數量，所以理論上人力資源來源是充足的，但實際上在產業市場上卻是正規訓練的服務人力不足。而為甚麼會有如此矛盾的現象，主要除了外勞看護工政策的市場替代與排擠效應，可細分下列兩項來說明：

一、具有任用資格者實際投入職場的比率低

依據長照十年計畫之推估，2015年社區照顧服務員之人數為48,487人，然內政部統計資料顯示，截至2011年上半年為止，實際投入照顧服務工作者僅有5,920人，未來需要更多照顧服務員人力的投入(呂寶靜，2012)。而照顧服務員的任用資格是由參加職業訓練或取得照顧服務員職類丙級技術士檢定而取得。根據勞委會2012年統計資料顯示，我國至2006年底領有照顧服務員丙級



證照者有7,827人，至2008年底共有11,357人，而至2011年底則攀升為21,407人。至於參加訓練的人數，至2011年底勞委會、內政部、原民會及農委會都有辦理照顧服務員訓練，共有65,509人通過訓練(呂寶靜，2012)。若將所有領有照顧服務丙級證照者和受過訓練領有結業證書者兩者合併則國家長期照顧人力共計有86,916人，這樣的數目其實是可以應付市場上的需求，但實際統計，發現能真正學以致用，從事照顧服務工作者占不到全體合格人員的7%。探究為什麼這麼多人接受了訓練或是獲取了執照卻沒有進入產業服務，除了長期照顧服務是勞力密集的服務，工作辛苦卻所得報酬不高之外，就業機會也因為更低廉價格競爭的大量外傭看護工取代而長期稀少。其他如低成就感與社會評價不高等因素也都是造成學、訓、選、用，這原本應該是一貫性的人力供應鏈一再斷鏈的原因。但是危機其實也就是轉機，將來只要將錯置失衡的看護外傭政策改變，再加上社會觀念的持續學習與進步，到時候早已做好準備的人力資源庫，便隨時可以成為長期照護產業蓬勃發展的堅實後盾與優勢基礎。

二、照顧服務員流動率高

如前所述，除了有任用資格者不願從事照顧服務工作外，照顧服務員流動率高也是值得正視的課題，如同醫療產業的最大隱憂之一。醫護人力的學習訓練人力一直都是充足的，但是醫護產業缺工與高流動的程度卻是逐年在嚴重增加的。若是之後長期照護產業的保險規劃也是循健保制度的方向來設計的話，是一種吃大鍋飯的環境。初期雖然感覺十分穩定與充足，但很快地，沒有節制的浪費與濫用資源便會寅吃卯糧而讓資源漸漸枯竭，然後產業便會將成本壓力轉嫁到從業人員與使用者身上，最後再引發從業人員的轉業出走潮。



實證研究指出，不穩定的工作人力對組織而言不僅會增加員工培訓之成本，亦可能會影響服務品質，進而影響服務對象的生活品質（呂寶靜、陳正芬，2009）。然而在2003年政府委託台大吳淑瓊教授所做的建構長期照顧先導計畫中，規劃的居家照顧服務員需求推估：在假設全國依據社區式長期照護模式建立長期照護體系下，推估2010、2020年之居家照顧服務員需求。社區實驗中發現，在社區服務使用者中，約30%雇用外籍監護工，但實驗假設如果禁止外傭，在民眾改採用社區或居家服務的狀況下，推估居家照顧服務員需求。實驗結果發現，在開放外傭政策不改變下，如果我國推行本社區照顧模式。2010年之需求人數在一萬四千人到三萬六千人之間，2020年增長到兩萬人到約五萬人之間。而如果以社區或居家服務取代外傭，估計居家照顧服務員的需求在2010年約在兩萬五千人到六萬三千人，2020年更增長為三萬四千人到八萬五千人之間(吳淑瓊, 2003)。但對照現在的實際狀況，現實與理想計劃之間的差距不可謂不大。中間的巨大影響原因如上面所點出，外傭看護工引進政策是一大敗筆。將在下一節中闡述。

5.2.2 外部威脅 失衡的外籍看護人力政策

為因應人口老化導致長期照顧人力不足的問題，勞委會於81年4月23日頒布「因應家庭照顧殘障人力短缺暫行措施」開始核准引進外籍看護工，81年5月8日，發布實施「就業服務法」及7月27日發佈實施「外國人聘僱許可及管理辦法」，作為外勞引進及管理之法源依據；但上述外籍看護工的引進僅限於家庭雇用，至81年8月20日方公告「受理社會福利暨精神病患收容養護機構



申請聘僱外籍看護工的有關事項」，使養護機構看護工的人力繼家庭監護公開後進入開放申請行列(郭林瑋，2003)。截至民國95年12月底，在台的外籍看護工共有151,391人(行政院勞委會, 2006)。

另外依據勞委會83年公告「社會福利暨精神病患收容養護機構申請聘用外籍看護工核配人數比例有關事項」，有關看護外傭的工作項目僅以「雙方當事人自行約定，約定之工作時間除兼顧看護工的體能外，宜參酌勞動基準法之精神定之」，但根據許多學者對看護外傭之工作內容之研究，看護外傭的工作項目實已涉及專業性的護理工作，例如協助給藥、抽換鼻胃管、鼻胃管灌食以及口咽抽痰等技術性工作。(郭林瑋，2003)

所以回頭來看，檢視本國籍照顧服務員相關規定，本國籍的照顧服務員需通過學科及術科測試取得照顧服務員職前訓練結業證明，或透過勞委會所開辦的「照顧服務員」職類丙級之技能檢定測試，已取得丙級證照才能從事和上述外傭一樣的照顧服務工作，這樣相對比較，顯示勞委會對於同一工作內容但不同國籍之從業人員要求規定標準不一，而甚至在督導體系仍不完善的狀況下，導致許多外籍看護工逾越照顧工作範疇而造成不必要的失誤與遺憾，這點重大缺失，實有必要進一步統整政策，統一規範照顧服務員(不分國籍)的培訓標準。

另外檢視本地照顧服務員及外籍看護員兩者之間的差異與優缺點，首先從本地服務員與本土文化的相容性來看，本地籍照顧服務員先天在語言及文化背景上就具備優勢，不僅可與服務老人言語溝通無障礙，亦十分瞭解本地之就醫過程與文化禁忌；再來分析兩者之專業背景，照顧服務員已經透過勞委會取得丙級技術士資格，其專業培訓課程由行政院衛生署及內政部社會司



(現整合為衛福部)所核定，所以每位本國籍照顧服務員均需經過國家認證的資格考試方能取得執業證照，而且每位照顧服務員皆有護理或社會工作背景之專業督導上司來指導，該督導不僅監督指導照顧服務員的服務品質，亦可做為家庭照顧者最佳諮詢與求助對象，可協助案主瞭解並申請我國長期照顧各項服務措施與補助，而上述這些專業服務皆是僅透過人力仲介而來台且無專業訓練的外傭無法相比之處。但儘管這些外籍家庭看護工所提供的照顧服務，在品質上遭受相當的質疑，但放眼當今臺灣社會，她們卻仍扛起社會大眾對於老年照顧服務的大半需求。回顧國內長期照顧政策與外籍看護工政策之發展，在早期兩者間的關係並不直接，是彼此各自運作及目標設定不同的兩樣獨立政策。但直至最近，政府才意識到原本應屬於人力補充性質的外籍看護工政策，已陰錯陽差地發展成為嚴重影響長期照顧政策發展的問題政策。雖然因此政府宣稱將在未來長期照顧法立法內容中，建立一套更加完善並包納外籍看護工補充協助性質的長期照顧制度，例如國人申請外籍看護工前，需先申請本國籍照顧服務員推介兩次，兩次都無滿意的對象，才能轉向外傭方向來申請。此政策原本希望藉此來提昇國人使用國內長期照顧制度的意願，並且逐步降低國內長期照顧服務過度依賴外籍看護工的情況。但是目前看來，成效又是如何？國內外籍家庭看護工數量的增減，即是評估國內現行長期照顧制度是否符合社會期待的初步判斷指標之一(蔡幸嶧，2006)。臺灣自1992年開放引進外籍勞工後，其各類工作項目的勞工人數便呈現持續上升的情況，當然外傭數目也是節節上升，即便長期照顧政策與外籍看護工政策從各自獨立運作，到相互影響在到至兩政策相互配套結合，情況仍未有所改善。根據勞委會的統計資料，截至2006年12月底止，合法外籍勞工在台人數為338,755



人，其中事看護工作的人數為151,391人。即便國內持續提供照顧服務資源，且逐步朝向多元與社區照顧發展，外籍看護工似乎仍是臺灣家庭面對初次出現照顧需求時的主要選項。究竟如此社會現象其背後的影響因素為何？

從申請程序觀此政策不合理之處，雖然新政策規定外籍看護工引進之前提為我國勞動力不足，雇主必須先徵求本國照顧服務員，無合適者方可轉聘外籍看護工，但雇主的普遍心態為徵求本國照顧服務員僅為虛應規定，民眾雇主的最終本意還是在想僱用可以全天職與價格較低廉的外傭。雖然政策說本也指出彼此的優缺之分。如：1.外籍看護待仲介媒合後又必須等待勞工抵台時間，無法緊急舒緩照顧者壓力。2.本籍照顧服務員不僅有單一服務申請窗口，又有專業照顧管理者到府進行服務對象之身體評估，量身訂製個人照顧計畫。3.從經濟面來分析，依據勞委會網站公告，雖然聘用外籍看護工每月僅需負擔最低薪資15,840元，但仍須加上就業安定費、健保費、加班費，以及保證金、體檢、辦理居留證及回程機票等相關規費，每月負擔費用約為21,000元，還需提供住宿及三餐等隱形費用。但儘管政策如此費力宣導，許多雇主仍然認為額外付出的費用可透過外傭提供24小時服務的優點獲得補償。民意如流水，需因勢而利導，政府對整體外傭政策若不趕快做整體的檢討與修正，不僅規劃下完整的長照連續服務網絡架構遲遲無法順利開展，另外關於外籍看護工繁重超時的工作壓力，其身心失衡、進而凌虐失能者的情事不僅造成雇主與社會治安的隱憂，亦是對我國國際人權與長照服務效能的負面傷害。



第三節 照顧服務產業的內部劣勢與外部機會

5.3.1 內部劣勢 混淆的照護體系與資源

從實務工作的角度著眼，老人長期照護的服務項目涉及到醫療保健與社會照顧兩大範疇。先前我國老人長期照護服務的主管權責，亦分屬衛生署及內政部社會司兩個行政單位。政府在近10年來，開始大力推動老人福利，並且規劃了許多福利服務；各種型態的照護資源也有快速成長，但因分屬不同主管單位體系，造成各類照護資源的重疊與散亂。而許多民眾對照護資源的權益也相當陌生，再加上機構功能界定的混淆，整理以往的相關研究（陳惠姿、李孟芬，2001），研究者發覺民眾未必能夠明確區分居家照顧/居家照護、日間照顧/日間照護、護理之家/長期照顧機構/養護機構之間的差異。而研究者在以往的研究經驗及與實務工作人員的互動中，也發現到民眾對於機構界定的混淆是他們使用照護資源方面重大的困擾。由於對資源的不熟悉與使用上的困惑，導致許多人在家中有需要尋求長期照護服務協助時，反而無法即時獲得必要及適當的照護資源協助。甚至有部分實務工作者直言，在民眾感覺困擾的狀況下，許多人索性就不管照護資源與服務內容的差異，而以價格作為使用照護資源的最大考量了（曾竹寧，2000）。但資源的分佈不均、機構間缺乏整合、以及服務的不連續性等，亦是長久以來一直存在此領域的重要議題（萬育維，1997）。不論從可近性、可及性、權責性、整合性、可負擔性與品質等方面來看，我國的長期照護服務受限於主管單位之間的缺乏整合協調、行政科層體制層級太低、以及缺乏跨部會共同機制，沒有一個完善的



運作方式等因素；導致老人長期照護服務工作，在衛政與社政單位各說各話，各行其事的狀況下，始終不能以一個經過整合的照顧服務網絡，提供服務對象落實且完善的照顧服務（陳世堅，2000）。

5.3.2 外部機會 連續全面的未來基本需求

事實上，老人長期照護服務最大的挑戰是老人照護需求的多變性與複雜性，這些需求往往不是單一的醫療或社會福利機構可滿足的。根據以往國內所作的相關研究調查顯示，國內老人的福利需求中，醫療照護與健康方面的服務需求始終名列前茅(陳宇嘉等，1996)。但高品質的老年安養生活並非僅靠醫療照護服務的提供就可達成，除醫療照護服務外，經濟財務上的保障、安全舒適便利的居住環境和獲得照顧成員的關懷及尊重是我國老人在老年安養上共同的基本需求(陳世堅，2002)。然而這樣多元的服務提供往往分散在公私不同部門及各專業領域，例如：醫療院所、安養護機構、社區照顧服務機構、居家照顧系統，以及其他公、私立社福機構。因此，要建立一個完整的長期照護服務系統，除了依賴醫療衛政系統與社會福利系統的合作，還需要結合社區內相關人力與設施，更需要政府跨部門與民間各專業領域的資源整合，達到早期發現需求個案，給予諮詢協助並安排合適的完整連續性服務。

但就台灣現況總觀之，目前長期照護相關機構資源的分配，仍顯著有分配不均的現象。在老年人口居多、醫療及社會福利需求較高的偏遠鄉鎮，其醫療及社會福利資源遠較年輕人口密集的都市地區為低，如此狀況，又怎能期望長期照顧保險開辦後，能給各偏鄉地區的投保人提供良好品質的居家照



顧及長照服務呢？因此展望我國的長期照護及老人福利政策，未來若能朝向以下三大重點進行完善配套規劃，則不僅能具體滿足國內長期照顧的社會需求，未來也可能實現社會福利產業化的經濟效益：

1. **財務方面**：長期照護費用來源問題的確認；
2. **人力方面**：社區化、能夠長期投入且高品質服務人力的培訓與管理；
3. **服務整合**：社政、衛政、民間、政府、營利及非營利單位之間的聯繫整合，提供服務的本意是為了滿足人的需求，如何能夠把握服務者優先的原則，跨越體系及價值觀念的差異，為案主提供最佳的長期照護服務輸送體系。



第六章 長期照顧產業創新與社會設計應用

第一節 產業創新理念與照顧服務產業

創新概念可追溯到熊彼特，他提出創新是指把一種新的生產要素和生產條件的“新結合”引入生產體系。具體有5種形態：開發出新產品、推出新的生產方法、開闢新市場、獲得新原料來源、採用新的產業組織形態。相對於這些傳統的創新類型，商業模式創新有幾個明顯的特點：

- 1、商業模式創新的出發點，是如何從根本上為客戶創造增加的價值。商業模式創新即使涉及技術，也多是與技術所蘊涵的客戶經濟價值及經濟可行性有關，而不是純粹的技術特性。
- 2、商業模式創新表現的更為系統和根本，它不是單一元素的變化。需要企業組織的較大戰略調整，是一種集成創新。
- 3、商業模式創新也常體現為服務創新，表現為服務內容及方式，及組織形態等多方面的創新變化。
- 4、從績效表現看，商業模式創新如果提供全新的產品或服務，那麼它可能開創了一個全新的產業領域，能給企業帶來更持久的贏利能力與更大的競爭優勢。

6.1.1 商業模式創新

商業模式創新就是對企業的基本經營方法進行變革。一般而言，有四種



方法：改變收入模式（revenue model innovation），改變企業模式（enterprise model）改變產業模式（industry model innovation）和改變技術模式（technology-driven innovation）。

一、改變收入模式就是改變一個企業的用戶價值定義和相應的利潤方程或收入模型。企業從更巨觀的層面重新定義用戶需求，即去深刻理解用戶購買你的產品需要完成的任務或要實現的目標是什麼（consumer's job-to-be-done）。其實，用戶需要的不僅僅是一個產品（product），而是一個解決方案（solution）。例如知名電鑽企業喜利得公司（Hilti）以向建築業提供各類高端工業電鑽著稱，但近年來，全球激烈競爭使電鑽成為低利標準產品（commodity）。但公司在通過專注於客戶所需要解決問題的思考改造後，意識到客戶真正需要的不只是電鑽本身，而是在正確的時間和地點獲得處於最佳狀態的電鑽功用。因為用戶缺乏對大量複雜電鑽的綜合管理能力，經常造成工期延誤。所以，喜利得隨即改動它的用戶價值定義，不再只是出售而出租電鑽，並向用戶提供電鑽的庫存、維修和保養等綜合管理服務。喜利得公司變革其商業模式，從硬體製造商變為服務提供商，同時改變盈利模式。因此長期照顧服務產業也必須再回頭凝視與注目，老人照顧的核心需求是甚麼？僅是照料生活起居或陪伴而已，還是要有更深層的關懷與理解。是老人衰退弱化的過程中的某一中繼支援服務公司？還是一站即購足的老化全旅途陪伴服務公司。其中的真實價值，值得藉此創新的理路深入思考。

二、改變企業模式就是改變一個企業在產業鏈的位置和角色，也就是說，改變其價值定義中“製造”和“採買”（make or buy）的搭配，一部分由自身創造



(make)，其他部分由合作者提供 (buy)。企業的這種變化通過垂直整合策略 (vertical integration) 或出售及外包 (outsourcing) 來實現。例如 Google 在意識到大眾對資訊的取得已從桌面電腦平台向行動手機平台轉移時，思考到自身即使作為桌面平台搜索引擎首選，一樣會逐漸喪失競爭力，於是加緊實施垂直整合，大手筆收購摩托羅拉手機和安卓行動平台操作系統，進入行動通訊領域，扭轉改變了自己在產業鏈中的單一位置及商業模式，由軟變硬，也提高了競爭力。而長期照顧產業面對的也是不斷變化需求的客戶——機能與健康不斷衰弱的老人。所以長照企業不能只以某一階段的老人照顧為單一取向，在站穩了某一利基市場後，必須趕快思考如何向上下階段變化的老人照顧領域做出垂直整合的策略與行動。

三、改變產業模式是最激進的一種商業模式創新，它要求一個企業重新定義本產業，進入或創造一個新產業。如IBM通過推動智能星球計劃 (Smart Planet Initiative) 和雲端計算。它重新整合資源，推出如商業運營外包服務 (business process outsourcing) 和綜合商業變革服務 (business transformation services) 等，力求成為企業總體商務運作的後台大管家。這有點接近溫和漸進式創新與激進破壞式創新的差異概念，但是總而言之，兩種創新方式的選擇沒有好壞之分，只有適合與否之分。企業須考量自身的條件與環境，做出適合自己的產業改變模式。而台灣的長照產業仍在摸索發展階段，在此階段，還不到成熟產業的紅海激烈競爭狀況，採取溫和漸進式的創新模式，應該是比較合適的選擇。



四、第四種方法是改變技術模式。正如產品創新往往是商業模式創新的最主要驅動力，技術變革也是如此。企業可以通過引進先進型技術來主導自身的商業模式創新，如當年眾多企業利用網際網路進行商業模式創新。如今，最具潛力的技術是雲端計算，它能提供諸多嶄新的價值，從而提供企業進行商業模式創新的契機。而應用創新的科技在長期照顧上，例如遠端照護影音通訊系統、照顧陪伴輔助機器人等等都已經接近是量產的新科技商品，而不再僅僅是夢想而已。只是如何搭配運用新科技技術，創造出適切性與人性化的長期照顧內容，才是此項商業模式創新的成功關鍵。

6.1.2 提高戰略視野的商業創新

Osterwalder(2004、2007)指出，在商業模式這一價值體系中，企業可以通過改變價值主張、目標客戶、分銷渠道、顧客關係、關鍵活動、關鍵資源、伙伴承諾和成本結構等因素來激發商業模式創新。也就是說，企業經營的每一個環節的創新都有可能成為一個成功的商業模式。但另外的研究發現，以提高戰略視野來看，一般商業模式創新可以歸納從戰略定位創新、資源能力創新、商業生態環境創新以及這三種創新方式結合產生的混合商業模式創新這四個方向來進行。在最後的章節，我們將嘗試以長期照顧的理想國度之描述方式，來綜合論述可能的商業創新方式如何應用在長照產業上面。



第二節 社會設計概念與照顧服務產業

6.2.1 設計思考

「設計思考」(Design Thinking) 源自於全球頂尖的設計公司IDEO，其創辦人David Kelley在擔任史丹佛大學設計學院院長時，把他過去數十年來從設計角度思考解決問題的經驗，萃取成一門碩士級學程，建立起「設計思考」的學術地位。整套設計思考的流程分為五個步驟，從同理別人的需要開始，發想出各式各樣的創意，到實際動手做出產品模型，一旦模型效果不如預期，就回到第一個步驟重新開始，過程中需要不斷反覆修正、動態進行。設計思考結合了同理心、快速試做原型，以及勇於嘗試的創業家精神，進而將思考的過程更加貼近使用者需求，並以快速、低成本的方式推動商業創意的成功。

6.2.2 社會設計

「社會設計」是門洞察使用者需求與社會需求的專業，是以製造業為基礎的臺灣傳統產業，所一直缺乏的概念。社會設計做為一門社會創新，不只是訴求公益或企業社會責任的思維，而是具有把弱勢與社會需求，轉化為新產品與服務機會的可能。能夠洞察複雜社會問題(wicked problems)，找到創新機會點比傳統企業經營更複雜。廣義來看，社會設計讓設計方法跨過專業的鴻溝，從教育、文化、人口發展與公共衛生等各方面議題，都需要反映民眾需求的創新專業。每一個專業領域都可以是與設計相關連的，因為設計方法具有洞察市民需求並具體落實在實際產品與服務的特質。社會設計的挑戰，



不是在於功能與造形，而是設計一個創新流程與組織文化，社會設計挑戰從最棘手的公共政策創新與科層文化著手。

6.2.3 社會福利民營化與政府角色變化

影響社區式長期照護設施發展的因素很多，法令規定(如前所述之外傭看護政策)、政府之補助/獎助辦法及保險給付(未來之長照保險或現行之十年計畫)等問題。如何營造有利社區式長期照護設施發展的環境，促使政府發揮使能者(enabler)的角色，增加不足的設施，是發展社區資源的關鍵所在。當進行「營造有利社區式長期照護設施發展的環境」之研究，首先應釐清「誰來營造」，這即涉及政府角色的討論，也反映出政府角色的轉變。新型態現代政府不再只是自行設立福利設施，或直接提供福利服務。反而是結合志工的、商業的、非正式部門(家庭、親友、社區鄰里等)共同提供福利服務，也就是社會福利資源之供給朝向民營化的趨勢發展。社會福利民營化係指政府角色的減少與責任的轉移。一般來說，政府的社會與經濟活動，可區分為三種不同的型態：供給(provision)、補助(subsidy)、與管制(regulation)。而反過來說，民營化的目的就是減少政府充當供給者的角色、降低政府預算經費的支出以及減少政府的管制。

而追索不管是設計思考、社會設計或是社會福利民營化等等理論方法之核心精神，都是在指出服務型態產業的設計內涵，必須是由下而上的思考方向，由最根本的「使用者」的角度出發，由最基本簡單的「需求」出發。社



會設計者的思考重點不再是上述「誰來營造」的問題，取而代之的應該是「誰在需求」、「如何滿足需求」等等這類最根本的問題。雖然現代社會思考設計過程中，還是時常會聽見創意人對於政府效能與法令限制的抱怨，但其實也看到了政府一些改變的可能在醞釀，本來社會設計就是需要客觀批判與挑戰障礙的專業能力，而且如果問題解決是簡單的，那也就不用交給社會設計了。

6.2.4 Nudge--輕推的力量

在社會學領域中，Nudge 也是一種政府參與社會經濟活動的新方法，除了前述三項供給、補助、管制之外的第四選項。Nudge的原文意思是用手肘輕推。Nudge不強迫，不硬性規定，而是一種輕輕的推力，經過良好社會設計思考過後的輕推政策能夠幫助我們做出更好的決定，或是轉向更利人利己的社會活動選擇。只要選擇的架構經過良好的社會設計，就可以產生對我們與我們的社會產生有效有利的推力，推波而助瀾，因而形成巨大的社會觀念、習性的改變與轉向。而與此同時，因為推動之初，是以不損害個人自由選擇為前提，因為沒有法令強制的概念，所以會遭遇到的傳統保守阻力為最小。為什麼需要Nudge？我們每天都必須面臨各種決定，小如冰淇淋的口味，大至醫療保險、貸款、退休金儲蓄方案的選擇。但是身為凡人，依照理論的計算與研究，我們受到人性缺陷的影響，總是傾向於做出較差的決定、並因此變得更窮、更不健康、更不快樂。因此我們需要高明的社會設計來選擇並形成一股推力，協助我們做出對自己以及對全體社會最有利的決定。Nudge是一種全新的思維，既不贊成政府管制，也不認同完全放任；既不是左(自由主



義)，也不是右(家長主義)。可謂真正的中間路線。是一個衝破舊格局的全新概念。所謂家長式的自由主義 (Paternalistic Libertarianism)。

那麼 Nudge真的有用嗎？荷蘭史基霍機場的男廁，設計者在小便斗刻上一隻黑色小蒼蠅，結果如廁的男士都自動瞄準，外濺情形減少了80%。在學校的自助餐廳，如果把較健康的食物放在視線容易觸及而且拿取方便的位置，那麼學生選擇健康食物的比例會大幅上升。同樣的道理可以應用在極為複雜的事務，例如提高你的養老金儲蓄、增進社會福利服務內容、推動老年友善環境、改善弱勢民眾處境、自然環境保護，以及更多想像不到的領域。

6.2.5 長期照護的創新觀念與方向

依照前面的論述，要將社會福利服務，由過去由政府來負擔與管制的內涵轉變成激發民營蓬勃發展的「社會福利產業」，首先要增加民營企業為服務供給的主要來源與減少政府的供給功能與管制角色，可實施的策略有四：

一、共同生產

尋找夥伴共同提供，亦即強調政府與民間的合作關係，即所謂合夥式，具體的策略為共同生產 (co-production)；在這方面的合作，可以運用在長期照護產業上的是，利用公眾的閒置設施或土地建物，政府以無償或低價條件來提供，加上民間的有限資源來結合，以期擴大民間資源的槓桿效果與快速完成建置社區照顧中心的目標數量。例如因為少子化而逐年減班的各國中小學部分閒置校舍，便是很適合的資產活化目標選項。而這項社會設計的優點還有各國民學校所在地點的社區化與便利化、校園綠地對老年健康促進的適



切性與單純性以及最後三代同堂、爺孫共處的實踐性與完整性。關於這項設計概念的其他推想細節會在最後一節--「長期照顧服務的理想國度」中闡述。

二、外包購買

委託民間部門參與執行工作，亦即政府與民間部門的責任分工，政府負責經費，而民間則負責執行，即所謂外包式，具體的策略為購買服務(purchase of service)；過去在大部分先進國家包括我國的長照保險制度規劃中，都是以這樣的思維在進行。然而以往因為集中照顧所帶來的人力成本節省的優勢，使得當時在照顧機構化的推動中，政府與民間資源取得很好的平衡，因此機構型的養護中心得以在各地獲得很好的發展空間，所以有如雨後春筍般地蓬勃發展。到今天已可以滿足政府要求或預估的供給數量。然而因應全球在地或在家老化的新照顧思維與浪潮，居家照顧與日間照顧中心的新市場需求再重新啟動，不過這次，民間資源的反應卻是冷淡而被動，不再有當時勇於投入長照機構設置的熱血激情。為什麼呢？究其主因是新照顧型態的去集中化與專業升級化，使得營運的人力成本大大提高，而人力成本本來就是勞力密集的長照產業最重的成本負擔。俗話說「寧做殺頭生意，不做賠本生意」。所以沒有強健獲利基礎的新興產業，終究只能變成政府帶頭喊好，民間寥寥應付、雷大雨小的新興「慘」業。因此未來如何能改善成本結構，使得照顧產業得以有利可圖及健康發展，將是未來政府政策與社會設計者的嚴正挑戰。在下一節中本論文也將提出一些建議參考內容。

三、轉移責任

政府放棄本身的責任，亦即透過立法的方式轉移至民間部門提供，即所謂撤離式，具體的策略為轉移責任(load shedding)；在長照經費支出的籌措



上，我國政府政策的方向大概類似德國、日本而不同於英國或北歐國家，預備採行全民健保型的強制基本保險制度規劃，將全體國民老年照顧的義務轉交由人民自己負責。而政府僅負責身心障礙與社經弱勢等傳統社會福利照顧負擔的部分。主要原因是本國為低稅負制的國家，(台灣稅收占GDP(賦稅負擔率)在96年為13.8%，低於法、英接近30%的比率，是世界主要國家中賦稅負擔第二低的地區。)所以並不像北歐或英國等高稅負制國家有充足的財政稅收來源可以將長期照顧支出完全由國家來因應。但要推行如此政策，必要有相當的社會共識或先行計畫，讓民眾充分了解照顧自己老年生活的責任義務與相對等的權利福利。

四、公私並存及互通

政府僅成為眾多保險給付或照顧服務供給者之一，亦即政府允讓其他民間部門共同參與，不管是福利服務提供或是長期照顧保險給付，而其本身並不成為獨占的供給者，即所謂開放式，具體的策略為公私互通抵用制(voucher system)的採行。這個部分是個有趣的思考，以健保為例，全民健保實施多年來雖然褒多於貶，但是醫療資源浪費與行政效率不彰是不爭的事實，其根源來自於單一的健康保險單位即國健局，型態類似老國營事業，壟斷自由市場與盈虧不自負責的工作環境與心態，即使原本滿懷理想熱情，長期下來終究會疏懶塞責，不易有競爭與創新的活力。但當有開放式的環境，有二家以上的保險單位來做出良性競爭，相信在效能上會有完全不一樣的景況。這一點頗值得未來規畫長期照護保險時做參考。

福利服務一向被界定為非生產性活動，向來與社會負擔相提並論。少子高齡化持續進展、家庭功能逐漸式微的今天，先進國家早已將福利服務轉化



為有助於安定全體國民生活的社會保障制度，不再只限定於保護或救濟弱勢族群的專利。但是事實上，長期照顧社會保障化的轉變不但讓福利服務不再是社會的負擔，在全球老化的浪潮下，更可能是「生產性福利（Productive Welfare）」這種新概念下的新興產業，其所衍生的附加價值與直接、間接帶動民間產業，人力雇用的加乘效應更不可小覷。我們應該善用社會設計「輕推」的力量，讓全國人民主動做出對自己或者說未來老年的自己最好的選擇，共同成就這利己利人的金色銀髮產業。

第三節 創新複合式照顧服務產業經營分析

6.3.1 個案簡介與訪談

整體來看，全台灣提供銀髮服務的業者，大多只是經營安養機構、輔具銷售甚或是銀髮住宅等等單一服務主題而已。但我們的訪談個案是位在高雄市的「福樂多醫療福祉事業」，他們提供長期照顧多元內容的服務。集團內不僅有銀髮族的醫療輔具用品商店也有為居家無障礙空間或學校情境教室設計規劃施工的事業群。另外在重點的照顧服務上也採取居家式與社區式複合經營的模式—接受政府委託，經營社區內的老人照顧服務中心等。

高雄左營翠華國宅，就跟許多老舊社區一樣，這裡的年輕人大多外移，獨居或失能的老年居民眾多。但不同的是，國宅內設有高雄市政府於2005年委託福樂多事業體經營的老人照顧服務中心「翠華園」。其中包含居家服務部分—支持型住宅(銀髮家園)以及社區服務部分—老人社區照顧服務支援中



心。而以功能分工來說明服務內容，在醫護照顧部分，翠華園由專業的護理師及社工人員，針對高齡者各方面的需求提供「單一窗口，一站滿足」服務，包括日間照顧、營養餐食、定點沐浴、健康管理、用藥指導、福利諮詢轉介、居家服務等。加上生活輔具及無障礙空間的推廣，結合社區醫療、藥局、照顧與生活四大區塊建立全光譜服務網路。而社會工作部份，此中心每天為高齡者安排各式各樣規律的課表，有身心機能活化運動的課程、透過日本引進的加賀谷·宮本式音樂的領導，配合身體動作的帶動，活化身體、愉悅心情；也有靜態的活動如畫畫、園藝，動靜態課程交替，讓長者們可以各取所需。此外，翠華園也會安排相關科系實習學生參與中心活動，帶給高齡者更多的活力與生氣。所以成立九年來，台灣各地及華人地區前來拜訪、見習、取經的人絡繹不絕，可以說是產官學合作的典範。

經營者蔡先生說：「我們在高雄經營翠華園已經九年多了，我們常常在翠華園裡，讓老大人們一起唱唱跳跳(加賀谷·宮本式音樂照顧)，不管是有牙的、沒牙的，都笑得一樣開心，呵呵...」。「事實上，老人的生活圈多以社區為主，往外擴散可分成4個圈圈，分別是社區生活、社區藥局、社區醫療以及社區照顧等，在『福樂多醫療福祉事業』的佈建藍圖中，福樂多居家生活館主要是負責老人社區生活這一塊，至於社區照顧則是以翠華園為主體。」

雖然以非醫療背景企業的單一力量，仍是無法做到社區藥局與社區醫療部分的，但蔡先生表示說，透過策略合作模式，與國內公私立醫院、診所合作「中期照護」、「出院準備服務計畫」與「社區醫藥環境營造與融入」等等銜接服務的整體規劃與架構，還是可以創造出更完整的單一窗口與總體服務。



「我們相信不論是醫療院所、機構式照顧、社區式照顧或居家式照顧，相互之間雖有設立型態及照顧專業類別的不同，但彼此之間皆有互為倚賴並且環環相扣的關係，且未來在利用型態上，將形成連續性的照顧循環網絡。」

蔡先生堅定的說。另外福樂多創辦長達20年時間，這20年來，其中有7~8年的時間是虧損的，但也堅持過來了，他說：「福樂多雖然還是需要有營利的企業，但長期照顧理念有一部分是屬於非營利的性質，所以在創業的過程中，我覺得最重要的是『堅持理想』與『創造收入』共存，在營利與非營利之間可以取得平衡點，希望能以『社會企業』的概念，同時達到企業的成功但也對社會做出貢獻。」

對於未來，蔡先生說：「將以連鎖的概念，推廣老人福祉事業，未來希望產業能夠有更成功獲利模式，可讓更多年輕族群加入創業，我們最慢會在2017年時開放連鎖，因為屆時台灣已步入高齡社會，將會有更多的老人需要我們，希望到時產業規模擴大可以趕得上需求！」

6.3.2 產業經營分析

照顧服務設立的宗旨主要是來延緩老人將來住進機構的時間，並以人性化與專業分工的照顧服務來紓解完全由家屬照顧的壓力。所以，由個案來分析，此處由高雄市委託辦理的老人照顧服務中心是以「社會型」、「非醫療型」為主要的經營模式。其定位為協助老人增益或維持住其不斷退化的身體機能，以及作為未來機能更退化之後，轉進護理之家或養護機構生活所採取的中繼適應措施，並以降低長期照顧成本及預防或延緩案主進住機構為工作



目標，使老人儘可能留在社區並與社區資源整合之新式照顧模式的概念。以下為此老人照顧服務企業業之經營分析與創新理念。

一、服務對象之分析

服務對象都是在65歲以上的老年人，而必須稍有自理能力或失能狀況必須在輕、中度者。而理想中的服務對象是「退休或無生活目標的老人，本身尚有身體自理之功能，或僅有一些情緒或身心機能輕微退化的問題，導致行動與反應稍微遲緩而已的長輩。」

二、服務對象的主要需求之分析

受訪個案認為老人家最重要的需求包括：獨居老人的社區生活陪伴、社區照顧服務包含家屬最在乎的安全視看，以及後續的就醫與用藥之協助。所以此照顧服務業者所提供的服務就仍以陪伴居多，但是除此之外，也要讓長輩有生活重心，比如說才藝學習課程或休閒娛樂活動，另外如有需要，能適時提供一些簡單醫療照顧及注意老人家的行動安全、防止跌倒。

三、服務與活動的設計理念之分析

本個案的服務與活動的設計理念主要是「個別化」及「功能的維持」，這與日間照顧中心的宗旨及對待服務對象的方式都不謀而合。但通常在老人的失能趨重與日照中心的人力吃緊之諸多限制下，要能做到「個別化」服務是有相當困難的。因為「個別化」的陪伴，需要非常多的人力，而相對地成本就會增加。在本個案中，透過居家服務與日照中心的複合經營模式，人力因為可以互相支援而稍微備整。但實際上，其營運上也僅能勉強達到損益兩平的景況。

四、服務對象參與活動情況



一般而言，服務對象對活動或課程的參與度常常是被動的，需要積極邀請或鼓勵。在這種情況下，有些日照中心會以尊重的方式來處理，並不會強迫他們參加。但這又與設計課程或安排活動的目的(增進機能以及延緩老化的課程)相違背，無法顯現出專業照顧的內涵與效果。但是本個案因為引進日本特殊音樂照顧方法，因為聽覺活動是不太需要主動邀約便能接收的活動，所以不但降低老人的排斥以及增加其參與性，也可藉由音樂的聆聽，配合律動推動身心機能活化運動，成為促進身心健康、延緩老化活動的媒介之一。

五、成本與財務收支狀況

以收支情形來分析此長期照顧企業的財務狀況，過去研究發現盈餘不是隨著服務人數增加而逐漸上升，反而是呈現出波浪型的線性波動。所以，人力的聘用應該有一個緩衝期，因為人數衝上去也許馬上就會掉下來，等人數穩定後才加聘人力，免得人數下降時，增聘的人力又要思考如何安排(陳政智，2007)。收容人數太少或不穩定是經營上很大的問題，然而有時若為了提高服務量，而只要有人願意來就盡可能收容，會導致服務對象不合適也難以控制(如失智老人進入社會型日照中心)，還有些是老人的失能狀況落差很大，而照顧人力無法突破，也會造成照顧上的負荷，還有服務與活動之規劃依樣受到限制，從而影響日照中心照顧目標的達成。如前所述，本次個案因為複合經營模式，可以稍微降低人力成本。另外其也有從集團其他銀髮事業體(銀髮商品、長照教育訓練、無障礙設施設計施工等)的獲利來資助，所以可以維持營運。

六、收費標準概況

目前日間照顧方案的收費情形來看，輕度為14,000元、中度為16,000元、



重度為18,000元（中華民國老人福利推動聯盟，2009），相較於機構式或家庭外傭照顧約26000~35000元，每月支出的費用是比較低，但機構是24小時、365天的照顧，而日間照顧僅是週一至週五每天8小時的照顧，平日夜間或週末都需由家屬來照顧。但也正因為如此而凸顯出日間照顧方案對老人所帶來的真正效益，或許才是案主或家屬選擇此項服務的主要原因（例如：促進或維持老人的健康機能，提供老人對生活的滿足感與維護其自尊心等），其所考量的就不僅僅是從價格或照顧時數比來出發而已。（呂寶靜，2012）

七、醫療型日間照顧中心

醫院附設的老人日間照顧中心強調「慢性病患者、中風病患需要多多陪伴照顧」。服務內容方面，醫院附設的日照中心每天一定會安排身體評估及復健治療。服務設計理念方面，除了物理治療與職能治療等，另外由照護人員提供每天不同的身心助益活動。而在經營管理方面，對於服務品質的管控，使用標準評量工具，如各類服務量表、老人功能量表或滿意度調查等。醫院附設之機構雖然對醫療做的比較紮實，但也因此有可能會忽略老人的心理層面及社會資源的整合等（陳政智，2007）。本個案因為不是醫療單位所發展的照顧中心，所以了解自己的優缺點所在，在經營策略上，以結盟或合作轉介的方式將醫療照顧部分外包出去，而不納入自己照顧體系之中，這一點值得非醫療背景的從業者借鏡。



第四節 「長期照顧的理想國度」之政策建議與創新設計

6.4.1 理想中的老人日照中心之特性

一、「社區化」是普遍的共識

社區化的好處是輸送便利、環境熟悉與人性化照顧，而且個案來源相對穩定。另外，為了建立良好社區關係，與社區融合，投入資源敦親睦鄰是不可省的。

二、地點的選擇

位處於社區中心，或比較接近大多數服務對象的居住地點，對於家屬而言也比較方便接送與探視，更有利於開拓潛在顧客。

三、經營型式

大部分日照中心可以兼具社會型與醫療型兩者的功能，但主要還是視所收納的老人們其失能狀況而定。如果大部分的長輩身體生理狀態各方面都還不錯的話，則這所日照中心傾向於社會型；相反的，若是所收容的長輩都是失能或需要復健治療、管路照顧、營養諮詢等等醫療服務為主的話，則是醫療型。

四、經營成本

在成本的考量下，與醫院或護理之家合併經營或許將可以共享專業人力，降低經營成本。而與政府合作經營，則可以獲得補助或有免費的房舍可供使用，減低營運的負擔。

五、日照中心的規模

日照中心的服務規模無法定出最佳化標準，但要考量空間、成本與型態等，20個人以上似乎是一個比較可以符合成本效益的規模。



六、工作人力與人力成本負擔

目前法規上人力比例的規定，以及相關的人力種類等要求，是一個理想狀態。但實際上合宜的人力比不能只以單一方式估算考量，應該不同的專業分開計算，有的人力比要高，例如照護員；有的如藥師或營養師則可以低一點；當然，人力的實務經驗才是真正應該考慮的重點。

6.4.2 政策建議與創意設計之一——關於硬體設施與財務經費來源

一、硬體設施

就前一章所提長期照護未來改善規劃之三大重點來論述，首先就財務方面來看，綜合理想日照中心的前五點特性，關於地點與硬體經費資源的改善考量：自長照十年計畫通過以來，日間照護資源的發展速度十分緩慢，且使用者的人數也未急劇增加，凸顯了資源發展過程中，政府的管制者角色亟需調整。(呂寶靜 臺灣因應高齡社會來臨的政策研討會：2012) 政府在規定管制方面，對於建物設施設備的規定，建議可考慮彈性調整。因為長照政策採民營化的策略來拓展服務廣度，但服務需要有場地，然而場地的取得不易與沉重成本，每每成為有心想要投入照顧產業的各個基金會、法人團體的主要阻礙。所以本論文建議政府，要提出政策來釋出閒置的公共空間，例如因為生育率不斷降低而逐年減班的各地區中、小學校閒置校舍，這是社區最適當距離與充分綠地空間的最佳地點，將其改建為老人福利設施場所，並採公辦民營方式，如此政策一舉而數得，不僅解決了閒置校舍的管理問題，也大大降低了照顧產業的初期建置成本負擔，進而提高了產業規模發展的速度與廣



度。也因為通常校址所在的社區性與方便性以及校園空地的廣大與獨立性，不管對於家屬或老人的接受意願或是日照中心本身對於社會型或醫療型的服務內容安排都有各方面的正面助益效果，而這就是運用前述政府與民間合夥關係的社會設計理論來實踐的好例證。

二、經費來源

另外在長期照顧保險規劃上，台灣是低稅負的國家，國家社福經費並不充足，過去照顧身心障礙、中低收入戶等弱勢團體，經費常常捉襟見肘，還必須從菸捐、公益彩卷等福利制度來補充經費，所以對於經費所需更龐大的老年長期照顧項目，恐怕不是目前的台灣稅收制度所能因應。也因此，政府才於2007年開始投入特別預算，十年內挹注新台幣817.36億元經費的大溫暖計畫（長照十年計劃），以補充這十年社會日益增加的老人長期照顧支出，但畢竟這不是長期穩定的經費來源，眼看著十年計畫即將在2016年屆滿，而後續的經費來源，究竟要從開辦全民長期照顧險著手還是再編列特別預算，目前行政院與立法院並無共識與政策行程表，雖然大方向一定是社會保險制度，但目前受制於長期照顧設施與服務並不普及與完整，所以立法機關遲疑於有保險繳費無服務內容的長照險，應該還未成熟到可以開始實施。比照於健保制度的順利上路，長照制度確實走得比較艱辛坎坷。所以借鏡於醫療健保制度，本論文對於長照制度有以下公共政策的建議與社會設計的概念：1.全民健保上路前，已有充沛的民間醫療資源與產業發展，所以長照制度在未達到此一類同現況時，斷不能貿然開辦。2.在民間投入資源經費進入醫療產業前，醫療在數十年前曾經主要是公共事業，經由政府經費設置的公立醫院、榮民醫院、三軍醫院等等是負擔全民醫療服務的主體與保障醫療品質的標竿，所



以對於當今長照制度，政府政策不應一味倒向民營化的思考，需要有階段性的策略考量，所以與其規定高品質標準的設立門檻，反而限制民間的投資意願，不如應該先建立具有標竿學習、完善品質的公立長照設施，使其和私立機構並存，並產生標竿學習的帶頭作用與成為人才孕育的搖籃，如同當年的公立醫院培育了無數的醫療人才，後來都能為民間產業所網羅，並將照顧品質與素養向外擴散播種，是為後來舉世稱許的台灣健保制度之良好根基。

所以政府一方面投入經費鼓勵民間參與而無積極效應的同時，其實另一方面，更應該集合公共資源，例如上述的教育部資源--閒置校舍，以及各相關部會等共同設立優質長照設施，作為長照服務的基礎建設。好像前述的Nudge的理論，政策需要輕輕地推，讓民眾潛移默化而深入認同，而不是政策目標似的強求一年要設立多少家的設施，這樣的作法只是政治人物兌現政策支票的淺薄政策，而無深思熟慮的長遠規劃。其實只要循著台灣醫療與公衛的成功經驗來思考參照，民眾最終應該會認同加入長期照顧保險是對自己老年規劃最好的選擇，台灣民間資源充沛，引導民眾善用現時資源來照顧老年的自己，才是這項政策制度的終極意義。相信在這樣規劃下，台灣長照制度，有一天也能成為舉世稱羨的良好制度。

6.4.3 政策建議與創意設計之二—關於人力資源

一、政策建議

就以上第六小項-理想的人力要求來講，符合品質評估關於人力素質的內涵，就是要包括人力的種類、數量、學經歷與年資等綜合來看；可是政府部



門在實務上要定出管理規範，不是一件容易的事，實務上應該也不太需要如此。或者說，政策上反而要放寬專業人力的要求空間，因為以照顧的時間與服務的內涵來衡量，專業人員不必那麼多(例如醫師、營養師甚至是復健師可以一所日照中心不滿一位)，而且專業人力強調的不應該是人數，而是專業度與經驗。所以連鎖型的日照中心經營，可以以具備遠距照護或醫療諮詢的新科技雲端設備來完成醫療方面的服務內涵，而且此項創新技術、設備的導入，可以同時降低對一時一地的人力配置成本和往返時間的成本浪費。

另外，現行居家服務和社區服務(日照中心)都採契約委託方式來辦理，運用此原則來發展照顧服務資源之理由為：購買服務可迅速擴展服務給老人，但不會增加政府部門的員工人數。其次購買服務可降低政府在推動創新服務的開辦費用。但民間單位為了承辦政府委託的服務方案就變得愈來愈科層化和形式化，主要是目前居家照顧服務業務的預算編列僅為兩億多，不足缺口高達五億以上。在預算不足的情況下，各縣市之照管中心為了控制服務量，對資格審核更為嚴格，且核定的服務時數也逐漸下降，民間業者因為生存不易的壓力，可能會背離了原先服務老人的使命，為了降低合格照顧服務員的訓練與聘用數目而使服務品質受到影響。人力成本的問題形成經營長照產業的共同壓力。因此如何發想好的創意與設計概念來解決業界的難題，也是本論文想要進行的目標之一。

二、 創意設計

所以，如同前一節所闡述的社會設計學中「輕推」(Nudge)的力量，透過創意的設計，雖然一開始只是小小的投石漣漪，但只要選對了方向與趨勢，便可以推波助瀾，最終造成一股風潮而波瀾壯闊。正式的長照體系雖以專業



照護人力為主，但考量台灣社會退休之健康人口足以提供豐沛之志願人力，長照之規劃宜充分使用這部分的資源，藉由創意、多元、彈性的設計，使「閒人協助忙人、志工輔助專業、需求互補媒合」等，以極大化志工之效用、極小化國家社會財務之負擔（衛服部「長期照護宣言」，2014）。台灣的志工服務風氣這幾年隨著慈濟功德會、佛光山等宗教團體的引領與耕耘而逐漸在民間深根茁壯。而現在，在國民義務教育中都有將志工服務列為教育的重點科目之一，各級中小學也都有相關的教育時數要求與評估活動。也因此如何轉化引導民間充沛的志工服務能量來補充或支援長照服務人力困窘的社會現況，也就是運用Nudge來設計思考的重點了。首先，輕推設計思考一；延續前面所述將社區日照中心設在各級中小學校園內的方向，這樣的安排設計有以下幾項優點：1.在志工服務教學實施上，有更直接落實的教學場域與真實難得的機會教育。2.在志工服務學生實習時數上，有更便利的服務場所選擇與熟悉的服務環境，可以降低學生對實習地點何去何從的困擾與對陌生服務環境的疏離挫折感。因此學生不僅可以得心應手，也能提高志工服務的真正效能與興趣，而不會像社會現況的普遍徒具形式。3.教育的扎根擴散效應產生，在時間上，學生在這樣的教育氛圍下成長，學校教育適時補充了現今普遍小型家庭無法三代同堂的家庭教育，長期的潛移默化，這些未來成長的新中堅世代，便能代代相傳地延續華人儒家傳統—敬老愛老。在空間上，學生的服務理念在家中擴散，可以帶動家長對長期照顧服務的了解與認同甚至親身陪同與參與。而有了更豐富的志工人力資源，產業便可以更有效地提升長期照顧的服務能量與品質。如此正向循環，長期照顧產業才能有永續充分發展的未來。



其次，輕推設計思考二；照顧服務的功能在提供老人「尊嚴和自主的老年」，以及紓解家屬照顧者過度的壓力為著眼點。其定位是在協助老人適應機構生活所採取的過渡性措施，甚至是預防或延緩老人進住機構，盡可能留在社區中照顧。若能確立日照中心在老人長期照顧連續性服務光譜的位置，就不必一味地執著於區分社會型與醫療型，而是在此目標下依服務對象的需求而調整服務型態，才有市場競爭力。老人家不喜歡改變家居生活，日間照顧服務需要老人改變生活的環境，老年人的接受度可能比較低。所以，服務對象的開發也一直是機構經營上的沉重壓力。若要克服這些困境，要先改變中繼式的服務設計理念，回歸連續性照顧的概念，讓日間照顧方案與其他服務(居家照顧)並存，形成互補分工之體系。所以若能讓居家照顧服務先行，先降低老人的排斥感，然後透過照顧經驗的體會與累積，而增加其信賴感與熟悉度，最後在考量其心理實際需求與身體機能狀況，安排同一體系下的合適照顧環境與內容；所以之後不管是居家式、社區式或機構式，相信在彼此信任熟悉的基礎下，老人或家屬都能尊嚴自主和欣然地選擇合適自己的服務。而這也是 Nudge 概念中所強調的透過巧思安排，協助民眾做出符合自己與社會利益最好選擇的主旨。

6.4.4 政策建議與創意設計之三—關於服務整合

雖然日間照顧托老中心的概念類似於托兒所的照顧概念，是運用眾人的力量來養老育幼，利用更有效率的集中照顧方法來取代每個家庭需特別勻出一個工作人力來看顧老幼的經濟浪費。雖說相似，但照顧老人和照顧幼兒最



大的不同在於，幼兒是一天天的成長茁壯，而老年人的身體機能則是逐漸地在衰退。所以隨著幼兒的成長，必須安排不同階段的教育環境如國小、中學等；相對的，對於失能老人，也必須以連續性照顧的概念整合各個不同階段的照顧設施與機構，也包括醫療的住出院部分。每個受照顧的失能老人若均能以醫療健保資料在醫療機構來完成受補助或失能程度身分的首次認定，並因此而開始建立長期照顧身分與照顧資訊的建立，以及與健保資訊的共同連結，則不僅在未來可以讓醫療方面深入了解長照的照顧資訊與品質內容以掌握老人的機能變化與調整長照內容；另一方面，因為醫療部分的出院準備服務過去與長照機構設施的連結不夠完整與連續，造成應該可以轉換至長照部分的慢性失能病患，佔用了醫院的急性病床與醫療資源的情況仍然未見明顯改善的問題，現在可以透過這兩種系統的資訊整合來獲得改善。因此，我們建議

- 1.包括長照身分資格的認定、變更與給付內容必須透過健保與長照兩大系統的資訊整合與共同判定，來增益雙方合作的效能與預防單方決定的弊端。
- 2.如此連續完整性的照顧內容之建立，一開始先由政府的公立資源建構起，先建立起標竿模範的黃金標準，待成熟穩定後，再次第推行民間參與，或若是官民合作，則必須由政策制定完善的權利義務規劃後才來推行。好的開始，是成功的一半。長照政策是影響深遠、延續數代的政策，政策要求穩不求快，在推動的初期一定要有相當時間的修正除錯階段，在此階段，政府不能只以產業推動的經濟思維來進行，更深沉的社會人文思考是政策制定的產、官、學各界需要融入的意念，如此，台灣的長照制度或能有其普世讚許的價值。



6.4.5 幻想與實現的老人樂園-銀髮服務有限公司

知名作家簡媜在她的最新著作「誰在銀閃閃的地方，等你」中作出老年觀察與關懷書寫，自序中寫道「...但迫切覺得『老年學』（或老年產業）是一門有待各方齊力砌建的學問。」其文中娓娓述說關於近身體會與觀察的各種老年現象與資源匱乏，作家的文筆雖多是感性多情，但其中的背景資料描述仍是相當知性堅實地記錄了當代的老年圖像。其中一章「老人共和國」作者著力描寫最多：「老年，是人生最不浪漫的一個階段，且是最孤軍奮戰的一段...旁人能提供的協助仍然有限，即使是子女也不可能全天候裸抱提攜...」但即使面對如此不浪漫的現實困窘，文學家還是用她一貫使用的右腦直覺的浪漫想像與憧憬，來為現實解套與指路。她提出了銀髮服務公司的概念，「24小時等著服務像我這樣希望在自家養老、喜愛獨自安寧的老怪僻...採會員制，隨照隨到，按件計酬，服務範圍涵蓋所有老年生活的事項...我不小心跌斷腿需要短期的24小時居家看護，他們都能派遣。眼力不佳，還想閱讀某作品，需要有個人來為我朗讀，也都能辦到...專線電話響了，要求要買一個新熱水瓶，外務員(按：就本文居家照顧理念下就是照顧服務員)三十分鐘後拿型錄過去讓選...」作家幻想雖然天馬行空，但仔細斟酌其中，仍有許多可行之處，也和居家照顧的概念不謀而合。而另一方面作家甚至也幻想有那麼一間媲美小學規模的「老學校」能散佈在每一個社區。「專收六十五歲以上老學生；依五歲一級分為：一年級(六十五—六十九歲)，二年級(七十一—七十四歲) ...六年級(九十歲)以上。每天早上七點校車到府接學生。下午四點送回。若家中當時無人，需共晚餐安親到六點也可以...學校為各年級規劃課程...一年級



排隊出發作志工去，因為每周有一天公共服務日，二年級上口述歷史課，作業是寫出自己的人生，三年級的上故宮國寶鑑賞，四年級的上體育復健課，五年級的上生死學正在規劃身後事，六年級的集體翹課神遊太虛去...」，作家這充滿創意的想法雖說天馬行空，但不也正也和我們前面進入校園校舍的創意概念不謀而合？！前面所闡述長照政策的制定需要有人文思考加在經濟思維之中，所以我們是否能從這位知名作家的熱切想像中，為我們急需創意設計的銀髮照顧產業的構建發想，再獲得了一些些靈感與啟發？



第七章 結論

社區照顧服務發展至今，已逐漸成為長期照顧服務中極具普及性與未來性的服務選項之一。無論在政府政策的逐漸重視與社會資源的投入上，社區式照顧服務都有逐年的成長，並逐步落實照顧老人及身心障礙者生活品質、延緩機構式照護、支持家庭照顧功能等目標。然而，目前社區照顧服務在實際執行的層面上，仍存在著服務量能供給不足、財務保險資源未健全、連續性照顧認知不足等結構性的問題。本研究指出政府應以更為開放態度，運用商業模式創新中的觀點，將客戶需求導向、集成創新、權力轉移、資源整合和策略視野等重要概念落實在社會福利民營化與企業化。以減少政府管制角色與轉移管理責任為方向，來對社區照顧服務的推動進行結構面與新政策的探討，破除不同地方屬性的權益差別、政府管理歸屬的重疊隔閡、既有服務體系的壟斷制約、個別照顧模式的隱晦孤立等結構上的缺失，從而發展出滿足目標客群需求的客製服務之內容，以財務資源整合、服務項目互補、品質管理自主和連續性服務認知等等的理想圖像來描繪構建新時代的長期照顧。

要有效率運用民間部門的力量，應貼近社會事實，透過相異的觀點多方分析產業的特殊性，以掌握相關優劣背景因素並深化臺灣既存照顧服務產業的品質與內容。在臺灣照護服務（long term care）產業中，很早就為因應社會變遷的實際需求，自行衍生出眾多替代家庭照護功能的機構照護服務；這種服務體系，在未有長遠公共政策的思考引導，純然只在產業競爭策略下，因照護機構組織的生存多維繫於降低服務人力和超收入住人數，服務品質參差不齊而常為人所詬病。儘管社會福利服務多元化與產業化趨勢是世界潮流，



但認為會使各種服務提供者之公、私部門界線，以及非營利與營利組織界線逐漸模糊，而在這種趨勢下，有一說認為導致非營利組織的商業行為會影響其原先的社會價值 (Dart, 2004)。在Yuko suda 對日本的介護保險系統的研究，卻發現在政府適度的規劃管控下，營利組織會為了經營與正當性，盡量符合管控和規範，致營利機構越來越像非營利機構，出現減低追求成本效益、而愈來愈強調社會使命的制度同型現象 (institutional isomorphism)，反而不會產生受營利動機驅使的競爭同型現象 (competitive isomorphism)。這意味著社會福利產業化，一旦有適當的制度與規範，在產業內多元服務的趨同作用下，將使照護產業浮現出重視經濟目的又重視社會目的之社會企業 (social enterprise) 特質。(唐傳義，2013)

最後，本研究進一步根據社會設計觀點，嘗試提出可以提升我國社區照顧服務量能與品質的可能做法，包含：1.政府帶頭建構以滿足老人需求為焦點的跨專業單一窗口服務，並藉此向上整合長期照顧管理中心作為各相關部門間的溝通與協助平台；2.政府建構資訊整合的照顧產業服務網路，藉由政府穩定的社會資源提供和充分資訊，引導民間資金提高進入產業意願與供給能量；3.促進照顧服務產業自治規範內容的架構，發展出產業間的自治規範以增進服務品質與降低政府監督成本；4.持續深化社區照顧服務，用創意激發社會資源投入研發並建立連續、開放、多元、人本的服務提供模式。

歸納上述，公私互動合作的夥伴關係，共同來規劃出更具協調整合的創意策略與服務體系，如此將可滿足台灣持續老化之社會的長期照顧服務質量需求，有效因應未來高齡化和少子化的衝擊與挑戰。



參考文獻

中文部分

1. 王增勇 (1997)，殘補式或普及式福利？—台北市居家照顧政策的抉擇。
社區發展季刊，80期: 213-232。
2. 王增勇 (1998)，西方日間照顧之歷史與重要議題。社區發展季刊，83期:
168-190。
3. 王增勇、周月清、林麗蟬、張宏哲、郭登聰、陳武宗 (2005)，我國長期照顧服務輸送規劃研究: 內政部委託規劃報告。
4. 王潔媛 (2003)，老人使用日間照顧服務適應過程之探討—以台北市為例。國立臺灣大學社會工作學系碩士論文。
5. 王香蘋、蔡麗珍、施博文 (2010)，民眾接受社區式日間照護之意向探討。
6. 大前研一 (1983)，策略家的智慧，黃宏義譯。台北：長河出版社。
7. 內政部 (2008)，〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉。
8. 內政部 (2007)，〈居家服務補助使用者狀況調查結果〉。
9. 內政部 (2002)，〈照顧服務福利及產業發展方案〉。
10. 內政部 (1998)，〈加強老人安養服務方案〉。
11. 內政部 (1997)，〈老人福利法〉。
12. 古允文 (1997)，從福利國家發展談民營化下國家角色的挑戰。社區發展季刊，80期：70-87。



13. 司徒達賢，「策略管理」，遠流出版公司，民國84年。
14. 行政院 (2007)，〈我國長期照顧十年計劃---大溫暖社會福利套案之旗艦計畫〉。
15. 行政院 (2004)，〈社會福利政策綱領〉。
16. 行政院 (2000)，〈建構長期照護體系先導計畫〉。
17. 行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組 (2005)，〈改善長期照顧居家式服務各項措施規劃報告〉。
18. 行政院經濟建設委員會 (2009)，〈長期照護保險制度初步規劃成果與構想〉。《長期照護保險制度規劃溝通座談會資料》。
19. 行政院經濟建設委員會人力規劃處 (2008)，〈中華民國台灣地區民國 97 年至 140年人口推計〉。
20. 李光廷 (2001)，以台灣的家庭價值觀看-日本介護保險制度程度的背景與條件。人口學刊 22期：71-103。
21. 李光廷 (2009)，由德日兩國經驗看我國長期照護保險制度規劃。台灣經濟論壇期刊。
22. 李麗香 (1995)，慢性病患主要照顧者的生活品質及其相關因素之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
23. 李麗慎 (2007)，建構長期照顧體系434億扎根，台灣時報，2007年9月20日，第五版。
24. 呂寶靜 (1997)，台灣地區老人日間照護方案功能之初探：從老人使用者及其家屬的觀點出發。政治大學社會學報。



25. 呂寶靜 (1999)，老人使用日間照護服務的決定過程：誰的需求？誰的決定？。臺大社工學刊。
26. 呂寶靜 (2001)，老人照顧：老人、家庭、正式服務。台中：五南圖書出版公司。
27. 呂寶靜 (2012)，臺灣日間照顧和居家服務之展望。臺灣因應高齡社會來臨的政策研討會。
28. 吳玉琴 (2008)，台灣居家照顧服務員勞動困境與對策。社區發展季刊 122 期：200-214。
29. 吳玉琴 (2004)，台灣居家服務的現況與檢討。社區發展季刊 106 期：132-141。
30. 吳肖琪、周世珍 (2006)，我國長期照顧法令制度規劃研究：內政部委託規劃報告。
31. 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬 (1998)，配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。行政院研考會研究報告。
32. 吳淑瓊、陳正芬 (2000)，長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展季刊 92 期：19-31。
33. 吳淑瓊、莊坤洋 (2001)，在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。臺灣公共衛生雜誌，20 期：192-201。
34. 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈 (2001)，建構長期照護體系先導計畫第一年計畫。台北市：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組、內政部，行政院衛生署。



35. 吳淑瓊 (2003)，建構長期照顧體系先導計畫—第三年計畫。台北：行政院內政部。
36. 吳淑瓊 (2003)，〈居家服務營運手冊〉。收錄於《建構長期照護體系先導計畫服務模式發展經驗系列叢書》。台北市：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組。
37. 周月清 (2000)，英國社區照顧:源起與爭議。台北: 五南。
38. 周月清、傅凱祺、蔡宜思、高森永、邱泯科、鄭文輝 (2005)，未來我國長期照顧服務需求與運送之初探。目標原則、服務對象、提供方式與服務項目：內政部委託研究計畫。
39. 周京安 (1998)，美國長期照護的新趨勢 - 協助式養護。社區發展季刊，38期：201-209。
40. 何羿邦 (2012)，高齡失智症日間照護中心之園藝治療設施設計研究。華梵大學工業設計系碩士論文。
41. 官有垣、陳正芬 (2002)，我國居家服務購買服務契約體系運作之初探。社區發展季刊 98期：170-181。
42. 林志鴻 (2000)，德國照護保險照護需求性概念與制度化意涵。社區發展季刊 92期：258-269。
43. 林萬億 (2006)，高齡社會的來臨：為2025台灣社會規劃之整合型研究計畫簡介。2005~6年高齡社會研究規劃成果發表會論文集 台北。
44. 邱馨誼、王潔媛、曾淑芬 (2001)，「老人日間照護服務模式的介紹與現況分析」。台中：老人跨領域案例解析團體報告。



45. 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿 (2002)，主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。醫護科技學刊。
46. 邱馨誼、王潔媛、曾淑芬 (2001)，老人日間照護服務模式的介紹與現況分析。台中：老人跨領域案例解析團體報告 台灣大學。
47. 郭林瑋 (2003)，老人養護機構運用外籍監護工之效益與困境。社區發展季刊，104期：402-412。
48. 唐傳義、紀金山 (2013)，「臺灣福氣社區生活支持中心」的設立與營運。推廣社會企業永續發展行動方案-中區社區老人照護服務系統商業模式。靜宜大學 社會企業專案團隊。
49. 陳宇嘉、黃松林、姚淑芬、簡美娜 (1996)，台灣省民對老人福利措施意向調查研究。社會發展研究學刊，2期：89-90。
50. 陳世堅 (2000)，社政與衛政平行整合的長期照顧系統模式之建構—合作與分工運作之探討。東海大學社會工作學系博士論文。
51. 陳世堅 (2002)，老人長期照護系統模式之建構-以個案管理導向為例。內政部社會福利工作人員研習中心出版品。
52. 陳君山 (1997)，德國照護保險制度之探究，社區發展季刊，78期：105-122。
53. 陳慧君 (2004)，台中市北區居家服務支援中心「居家服務方案」之成果評估研究。台中：東海大學社會工作研究所 碩士論文。
54. 陳惠姿、李孟芬(2001)，個案管理在社區老人長期照護之應用。護理雜誌，48(3)：25-32。



55. 陳惠姿、黃源協、李世代、胡名霞、蔡欣玲 (2005)，我國長期照顧資源開發規劃研究：內政部委託規劃報告。
56. 陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟、翟文英、吳孟恬，(2009)〈長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估〉。台北市：行政院經濟建設委員會委託。
57. 陳政雄 (2005)，失智症老人居住環境的建構專題報告，台灣失智症老人照護現況與發展研討會。2004年9月7日，台北。
58. 陳政雄 (2006)，老人住宅整體規劃理念。臺灣老年醫學雜誌。
59. 陳政雄(2009)，高齡社會失智症老人的新居住型態。台灣老人保健學刊。
60. 陳政智 (2007)，高雄市老人日間照顧中心服務及經營模式之研究，社區發展季刊，119期：313-327。
61. 黃秀梨、陳月枝、熊秉荃 (2006)，從社會批判理論角度看台灣的喘息服務。護理雜誌。
62. 黃郁婷 (2008)，日間照顧服務對老人自覺健康狀況及健康相關生活品質之研究—以財團法人愚人之友基金會為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
63. 黃筱薇、吳佩穎、陳柏宗 (2010)，老人日間照顧中心規劃設置之分析研究—以台南市建平與臨安日間照顧中心為例。台灣老年學論壇第 5 期，53 (1)：72-79。
64. 黃耀榮 (2000)，機構式老人養護環境之空間特性與設施計畫架構論述。中國社會福利事業協進會期刊。



65. 葉秀珍，2000，長期照護各國實施經驗之比較分析，國家衛生研究院。
66. 葉雅馨、楊育浩（2008），「民眾認識失智症」現況網路調查》給失智老人一個家。大家健康雜誌。
67. 楊珮怡、陳恭、陳維泓、盧璟範（2005），我國長期照顧資訊系統規劃研究：內政部委託規劃報告。
68. 湯麗玉（1991），痴呆老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
69. 曾竹寧（2000），老人長期照護服務非正式支持系統之探討。東海社會科學學報 19期：169-180。
70. 曾淑芬（2007），民眾對長期照護的認知與期望態度之探討—跨世代研究。嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告。
71. 曾櫻瑾（2004），由家庭結構與功能變遷之影響論老年社區照顧問題。社區發展季刊 106 期。
72. 鄭文輝、藍忠孚、朱澤民、朱僑麗、李光廷、李美玲、沈茂庭、林志鴻、林依瑩、林昭吟、周麗芳、高森永、徐偉初、陳孝平、陳俊全、劉宜君、鄭清霞（2005），我國長期照護財務規劃研究。內政部委託研究計畫報告。
73. 謝雅萍（2008），日間照顧中心經營模式之探討。台中：亞洲大學經營管理學系 碩士論文。
74. 謝美娥（1993），老人長期照護的相關議題。桂冠圖書公司。
75. 謝佩儒（2012），日間照護中心之觀察研究。中原大學室內設計研究所。



76. 曾思瑜 (2010), 日間照顧中心中高齡者行為特徵與活動規模之研究--「混合收托型」日照中心空間規劃與設計之探討。中華民國建築學會, 「建築學報」, 72: 45-64。
77. 萬育維 (1997), 老人照護的現況與發展。亞太國際老人照護研討會論文集, 頁185-202。
78. 萬育維、王春雄 (1999), 以失智老人家屬的照顧經驗分析老人福利政策的需求落差。頁49-53, 收錄於中華民國社區教育學會主編, 高齡者的學習權與社會權。台北: 師大書苑。
79. 劉珠利 (2004), 社區照顧與女性照顧者。社區發展季刊, 106期。
80. 劉麗雯 (2003), 老人長期照護機構網絡建立之評估研究。內政部委託研究報告。
81. 蔡啟源 (2009), 老人喘息服務之探討。社區發展季刊128 期。
82. 蔡幸嶧(2006), 臺灣外籍家庭看護工之現象與省思兼檢視長期照顧政策。碩士論文, 國立政治大學勞工研究所。
83. 羅雅玲 (1996), 日間照護對於病人及其主要照護者健康狀況與服務滿意度影響之研究。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
84. 關華山(2007), 瑞典失智症團體家屋的發展歷程與型態分析。東海學報。喘息服務操作手冊 (1999)。台北: 中華民國現代社會福利總會。
85. 簡嬪 (2013), 誰在銀閃閃的地方, 等你—老年書寫與凋零幻想。印刻出版公司。台北。



英文部分

1. Aaker, A.,(1992), Strategy Marketing Management, 3rd ed., John Wiley & Sons, N.Y.
2. Abramson, C. M., (2009), Who are the Clients? : Goal displacement in an adult day care center for elders with dementia. *Aging and Human Development*, 68(1), 65-92.
3. Brody, L.R., (1985), Gender differences in emotional development: A review of theories and research. In A. Stewart & B. Lykes.
4. Beland, F., & Zunzunegui, M. V., (1999), Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing*, 28(2), 153-159.
5. Chandler, A. D. Jr., (1962) , *Strategy And Structure*, Cambridge, MA : MIT Press.
6. Dart R.,(2004), The Legitimacy of Social Enterprise. *Nonprofit Management and Leadership* 14 : 411–424.
7. Gelfand, E. Donald, (1999), Chap. 13 In-Home Services. , *The Aging Network: Programs and Services* , pp.179-191. New York: Springer Publishing.
8. Gosta, Esping-Andersen., (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, John Wiley & Sons.
9. Glueck, W.F.,(1976) , *Business Policy : Strategy Formation and Management Action*, 2th ed ., NY : McGraw Hill Book Co, .



10. Hitt, Ireland & Hoskisson,(2003), Strategic Management : Competitiveness and Globalization,5th ed., South-Western : Cengage
11. Kane, R. A., L. R. Kane and C. R. Ladd, (1998), Chap. 5 Home Care and Personal Assistant Services. In R. A.
12. Kane et al., (1998), The Heart of Long - Term Care , pp. 119-158. New York: Oxford University.
13. Laster, D., (2008), Innovative ways of financing retirement.
14. Mintzberg, H., (1987) Rafting Strategy, ? Harward Business Review.
15. National Institute on Adult Day Care, (1984), Standards for Adult Day Care, Washington, D.C.: National Council on Aging.
16. National Adult Day Services Association,(2009), About NADSA . (<http://www.nadsa.org/about/default.asp>.) Retrieved 2009/07/04.
17. Ozga, J., (2000). Policy research in educational settings: Contested terrain, Buckingham: Open University Press.
18. Porter, M. E., (1980) , Competitive Strategy : “Techniques for Analyzing Industries and Competitors”, New York : Free Press.
19. Tedesco, J.,(1996) , Adult day care. In Evashwick, C.J.(ed.), The continuum of long term care : an integrated system approach. Albany: Delmar.
20. Silverstein, N. M., Wong, C. M., (2008). Living with Alzheimer’s Disease: A Study of Adult Day Health Services in Massachusetts. Gerontology Institute, University of Massachusetts, Boston.



網站部分

1. 衛生署國健局 台灣人口老化地圖，民國100年7月。<http://fh6338.pixnet.net/blog/post/34447237>
2. 聯合報 健康名人堂 楊志良，民國103年11月。http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=489322
3. 內政部統計資訊服務網，〈老人福利服務辦理成果統計〉，民國100年。<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y04-16.xls>
4. 長期照護宣言 完善長照體系 福利國最後一哩路 | 民意論壇 | 意見評論 | 聯合新聞網，民國103年。
<http://udn.com/NEWS/OPINION/X1/8714603.shtml#ixzz33XiZNodj>

附錄



外籍看護工審核機制納入長期照顧管理中心之政策

一、新政策方法

為適度調整外籍看護工之引進政策及審核機制，在經建會之「照顧服務福利及產業發展方案第二期計畫 94 年 1-6 月執行情形檢討報告」中，已研議完成「外籍看護工審核機制與國內照顧服務體系接軌方案」，並自 95 年 1 月起正式實施，期能有效降低外籍看護工之不實或偽造申請，減少不合理外籍看護工之雇用，並有效整合國內照顧服務體系。

此接軌方案統一規定了新的外籍看護工申請流程，家中有長期照顧需求者，經由醫療機構成立的醫療團隊，認定有二十四小時照顧需求者，由長期照顧管理中心媒合本國照顧服務員，每位雇主推介作業次數至少兩次，每次以推介三人為原則，媒合失敗則向職訓局申請外勞。

二、執行情況

惟該方案執行至今，成功媒合本國照顧服務員之媒合率極低。檢視 95 年 1 至 9 月累計 46,747 個申請案件，經評估、審核後實際接受內政部國內居家照顧服務補助（48 人）及長照中心推介之本國照顧服務員（113 人）者僅占 0.3%，另有 8,826 人雖接受推介本國照顧服務員，但並未雇用，至於經長照中心推介兩次後均無本國照顧服務員人選可推介（即已符合申請外籍看護工資格，而可轉由勞委會職訓局進行媒合）（34,398 人）則高達 73.6%。

此方案的實施對長期照顧管理中心造成極大影響，特別是龐大的申請案件迫使長照中心的照顧管理人力大量投入此申請審核流程之作業，導致原有其他長期照顧業務受到排擠。