

目錄

壹、題目：臺灣老年健康照護制度與實踐之探討	195
貳、問題背景與現況分析	195
一、臺灣人口婚姻與生育變遷	195
二、臺灣老人生活狀況	199
三、綜合分析	208
參、研究方法與過程	208
肆、研究發現與分析	211
一、臺灣老年健康照護人權之內涵及項目	211
二、日本照顧服務措施之參訪結果	211
三、專家學者意見摘要	223
四、相關機關對於預防保健之措施及其執行情形	236
五、相關機關對於醫療服務之措施及其執行情形	245
六、相關機關對於照顧服務之措施及其執行情形	248
伍、結論與建議	316
一、行政院衛生署所推動之成人預防保健及癌症篩檢服務，符合資格之中老年人受檢率偏低，且對異常個案之後續健康狀況，亟待落實追蹤及宣導；復該署未能全面深入社區及家庭推展預防保健觀念，亦未能充分結合相關部會之社區組織，亟待正視	316
二、我國老人自殺死亡率高居不下，老人心理衛生工作亟待加強努力並妥謀有效因應策略	322
三、目前我國針對多重慢性疾病老人之整合性醫療照護服務，仍未全面建置完善，且尚待後續評估適切服務模式及具體成效	324
四、目前我國醫療體系以照護急性病患為主，急性後期照護體系付之闕如，致長期照護制度難以銜接 ...	326
五、內政部及地方政府以 10 年前行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率，作為失能老人之推估標	

- 準，難以掌握實際需求個案及其需要，進而建置適切及適量之照顧服務資源.....328
- 六、我國長期照顧服務相關業務主管機關分屬不同行政體系，資源與服務難以統籌發展；復民眾使用長期照顧服務之意願偏低，各地長期照顧服務資源發展程度不一與不均，服務補助標準未能因地制宜及考量不同需求及經濟弱勢老人之負擔能力，致執行成效未盡理想.....329
- 七、目前國內對於失智症患者之照顧服務資源相當貧乏，致失智症老人大多居住於家中由家人獨力照顧，影響老人及其家庭至鉅.....344
- 八、由於國內長期照顧體系尚未健全，致民眾過度依賴外籍看護工照顧家中失能長者，影響照顧服務資源之發展，惟政府仍應正視其等對於現今照顧體系已成為不可避免之一環.....347

老年健康照護篇

壹、題目：臺灣老年健康照護制度與實踐之探討

貳、問題背景與現況分析：

一、臺灣人口婚姻與生育變遷：

(一)國人初婚年齡延後：

依據內政部統計，過去30年來，男女初婚年齡均有上升之趨勢。男性初婚年齡於60年為28.8歲，80年後則超過29歲，90年後更超過30歲。女性初婚年齡於70年前，均未超過24歲，80年則為26歲，之後至95年間均維持在26歲至27歲之間，惟96年後即超過28歲（詳見表1）。

表 1. 歷年結婚年齡平均數 (單位：歲)

項目別 年別	年 齡 平 均 數					
	新 郎	新 娘	初 婚		再 婚	
			新 郎	新 娘	新 郎	新 娘
60年	28.8	22.8	28.2	22.1	42.7	35.9
70年	28.1	24.5	27.6	24.0	39.4	33.9
80年	29.9	26.7	29.1	26.0	39.6	34.8
90年	32.9	27.4	30.8	26.4	43.5	36.0
91年	33.4	27.9	31.0	26.8	44.3	36.3
92年	33.8	28.4	31.2	27.2	44.4	36.5
93年	33.0	28.0	30.7	26.9	43.3	36.4
94年	32.5	28.5	30.6	27.4	43.2	36.6
95年	32.6	29.0	30.7	27.8	43.2	36.9
96年	33.0	29.2	31.0	28.1	43.4	37.0
97年	32.9	29.5	31.1	28.4	43.5	37.4

資料來源：內政部戶政司網站，上網時間：98年12月7日，檢自：
<http://www.ris.gov.tw/ch4/static/yhs909700.xls>。

至於我國粗結婚率¹則逐年下降，由70年之9.6%，遞減至96年之5.8%，其中男女性初婚率

¹ 粗結婚率係指某年或某一特定期間之結婚對數對同一期間之期中總人口數之比率。

及再婚率均有顯著下降之趨勢（詳見表2），97年粗結婚率則回升為6.5‰。

表2. 結婚對數、粗結婚率、初（再）婚人數及初（再）婚率
（單位：對；人；‰）

年別	結 婚 對 數	粗 結 婚 率	初 婚				再 婚				
			人 數		初 婚 率		人 數		再 婚 率		
			男	女	男	女	男	女	男	女	
36年	74,482	11.8	...	...	...	...	...	...	...	...	...
40年	73,676	9.6	...	...	...	...	...	...	...	...	...
50年	83,797	7.6	...	...	...	...	...	...	...	...	...
60年	106,812	7.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...
70年	172,231	9.6	164,790	164,262	62.7	91.9	7,441	7,969	34.3	17.0	
80年	165,053	8.1	152,326	151,786	51.6	70.6	12,727	13,267	34.2	19.5	
90年	167,157	7.5	139,175	150,056	41.3	50.9	27,982	17,101	48.4	15.0	
91年	173,343	7.7	142,347	153,533	42.2	57.5	30,996	19,810	50.9	16.6	
92年	173,065	7.7	138,564	150,729	40.8	55.5	34,501	22,336	54.0	17.9	
93年	129,274	5.7	106,178	113,700	30.9	41.1	23,096	15,574	34.3	11.9	
94年	142,082	6.3	119,897	125,636	34.5	44.5	22,185	16,446	31.2	12.0	
95年	142,799	6.3	120,613	125,113	34.3	43.5	22,186	17,686	29.5	12.4	
96年	131,851	5.8	110,508	115,121	31.0	39.3	21,343	16,730	27.1	11.2	
97年	148,425	6.5	126,798	129,732	35.2	43.7	21,627	18,693	26.4	12.1	

資料來源：內政部戶政司。

附註：結婚資料民國62年以前係按登記日期統計，63年以後按發生日期統計，且62年以前為臺灣地區資料。

（二）有偶人口比率下降：

- 1、依據內政部統計，40至83年間，我國有偶婦女占總婦女人數之比率均維持在60至65%，惟自84年起即跌破60%，之後持續下降至96年之52.8%（詳見表3）。
- 2、又以主要年齡別（20至24歲、25至29歲、30至34歲）觀之，我國有偶婦女比率之負向變動幅度，均呈現愈來愈高之現象（詳見表4）。

表 3. 我國有偶婦女占總婦女數比率 (單位：%)

年別	有偶婦女比率	主要年齡別有偶婦女率							
		15-19歲	20-24歲	25-29歲	30-34歲	35-39歲	40-44歲	45-49歲	50歲
70	61.4	4.8	39.4	78.6	89.3	92.4	92.1	90.1	66.7
80	61.1	2.4	24.5	65.1	82.8	86.1	86.7	86.6	69.6
81	60.9	2.5	23.8	63.9	82.0	85.5	86.1	86.1	69.7
82	60.7	2.5	23.3	62.4	81.1	85.0	85.5	85.4	69.5
83	60.1	2.4	22.3	60.5	80.2	84.4	84.8	84.9	68.9
84	59.5	2.2	21.1	58.6	79.4	83.7	84.1	84.2	68.0
§									
90	56.5	1.5	13.9	47.0	72.0	79.1	80.4	80.2	65.8
91	56.0	1.3	12.5	44.1	70.3	78.0	79.6	79.5	65.6
92	55.4	1.1	11.3	41.5	68.5	76.8	78.8	78.9	65.4
93	54.7	0.9	10.0	38.3	66.5	75.5	77.8	78.1	65.1
94	54.0	0.7	8.8	35.5	64.4	74.1	76.8	77.3	64.8
95	53.4	0.6	8.0	33.4	62.2	72.6	75.7	76.4	64.4
96	52.8	0.5	7.4	31.4	60.2	71.2	74.6	75.6	64.1

資料來源：參據人口政策資料彙集及內政部戶政司網站統計資料編製。
附註：85至89年因變化未臻明顯，爰略載該等年別之資料。

表 4. 我國婦女主要年齡別有偶率變化

年齡別 (歲)	有偶婦女占各該年齡別女性總 人口數百分比(%)				變動百分比(%)		
	70年	80年	90年	96年	70-80年	80-90年	90-96年
	20-24	39.4	24.5	13.9	7.4	-37.8	-43.3	-46.8
25-29	78.6	65.1	47.0	31.4	-17.2	-27.8	-33.2
30-34	89.3	82.8	72.0	60.2	-7.3	-13.0	-16.4

資料來源：內政部「中華民國人口統計年刊」。

(三) 女性生育年齡延後：

依據內政部統計，女性生育平均年齡及生育第一胎之平均年齡均呈現延後之現象，女性生育平均年齡由87年之28.02歲，增加至97年之29.83歲；女性生育第一胎之平均年齡則由87年之26.5歲，增加至97年之28.9歲，10年之間均延後約近2

歲（詳見表5）。

表5. 生母平均年齡及第一胎生母平均年齡（單位：歲）

年別	生母平均年齡	第一胎生母 平均年齡
80	27.2	24.9
87	28.0	26.5
88	28.1	26.7
89	28.2	26.7
90	28.2	26.7
91	28.2	26.9
92	28.4	27.2
93	28.5	27.4
94	28.8	27.7
95	29.2	28.1
96	29.5	28.5
97	29.8	28.9

資料來源：98年第23週內政統計通報，內政部內政資訊服務網。上網日期：98年6月17日，檢自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9823.doc>。

（四）生育態度之轉變：

依據行政院衛生署國民健康局歷次辦理之「臺灣地區家庭與生育力研究調查」結果，以20至39歲有偶婦女之資料分析，其平均理想子女數已由54年之4.0人，下降至87年之2.4人，其中59至65年區間變動最大，由3.8人降至2.9人（詳見表6）。復依據衛生署國民健康局「台灣地區第八次家庭與生育力研究調查」調查報告顯示，調查已婚婦女希望的子女數，整體而言，剛結婚時有40.2%之婦女希望能有2個小孩；依年齡及教育程度來看，年齡層20至30歲之婦女有54.4%希望有2個小孩。再依據衛生署國民健康局「台灣地區第九次家庭與生育力調查」報告顯示，無論已婚或未婚婦女之希望子女數均以2位為主，分別占59.5

% 及64.7%。

表6. 臺灣地區20至39歲有偶婦女理想子女數之變遷 (單位：人)

調查次數	調查年別	平均理想子女數
第1次	54	4.0
第2次	59	3.8
第3次	65	2.9
第4次	69	2.8
第5次	74	2.5
第6次	81	2.4
第7次	87	2.4

資料來源：臺灣婦女生育態度與行為及其轉變，行政院衛生署國民健康局網站。上網時間：98年6月17日。檢自：
http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712270003&Class=2&No=200801180003。

附註：有關93年及97年臺灣地區家庭與生育力研究調查結果，行政院衛生署國民健康局尚在整理資料中，預計於今(98)年年底外釋。

二、臺灣老人生活狀況：

(一)家庭居住型態轉變：

- 1、依據行政院主計處家庭收支調查報告，我國平均每戶人數由60年之6.60人，逐年降低至97年之3.35人，其中鄉村地區平均每戶人數降幅最為明顯，從65年之5.52人，降低至96年之3.02人，甚至低於都市地區之3.39人。顯示家庭居住型態由大家庭三代同堂逐漸轉變為核心家庭，致家庭照顧功能日益降低(詳見表7)。
- 2、復依據內政部89年、91年及94年老人狀況調查報告，91年調查時尚有63.71%之老人與子女同住，94年調查時即降至61.06%。又家庭組成部分，65歲以上老人仍以三代家庭占多數(38%)，次為兩代家庭(91及94年平均占24%)，

惟兩者所占比率卻有逐年漸減之趨勢。至於「獨居」與「僅與配偶同住」，則從89年之9.19%及15.11%，提升至94年之13.66%及22.20%（詳見表8）。另近6成老人表示希望與子女同住，而未與子女同住之4成老人中，則有四分之一者希望能與子女同住。

表7. 歷年年中平均每戶人數按農家、非農家及都市化程度分
(單位：人)

項目別 年底別	全體 家庭	按農家、非農家分		按都市化程度分		
		農家	非農家	都市	城鎮	鄉村
60	5.67	6.60	5.39	-	-	
65	5.24	6.09	4.95	4.93	5.46	5.52
70	4.79	5.57	4.57	4.52	5.06	5.13
75	4.53	5.13	4.39	4.35	4.77	4.71
80	4.16	4.61	4.08	4.06	4.35	4.18
85	3.92	4.37	3.86	3.86	4.11	3.79
90	3.58	3.93	3.54	3.56	3.80	3.33
91	3.65	3.97	3.61	3.59	3.93	3.52
92	3.53	3.93	3.49	3.51	3.65	3.28
93	3.50	3.89	3.47	3.49	3.65	3.14
94	3.42	3.76	3.39	3.42	3.52	3.04
95	3.41	3.82	3.37	3.38	3.58	3.18
96	3.38	3.66	3.36	3.39	3.34	3.02
97	3.35	3.71	3.33	-	-	-

資料來源：1、96年家庭收支調查報告，行政院主計處，97年10月。
2、97年家庭收支調查報告，行政院主計處網站，上網時間；98年12月7日，檢自：
<http://win.dgbas.gov.tw/fies/all.asp?year=97>。

表8. 65歲以上老人目前同住人口家庭組成情形 (單位：%)

項目別 調查時間	總計	獨居	僅與配 偶(同居 人)同住	兩代家庭				
				計	與配偶 (同居人) 及子女同 住	僅與 子女 同住	與父 母同 住	與(外) 孫子女 同住
89年調查	100.00	9.19	15.11	-	67.79	-	-	-
91年調查	100.00	8.52	19.46	25.18	10.37	12.48	0.31	2.02
94年調查	100.00	13.66	22.20	22.49	9.71	9.00	0.66	3.13
男	100.00	12.98	27.57	22.47	12.60	6.64	1.18	2.06
女	100.00	14.34	16.83	22.51	6.81	11.36	0.13	4.20

表8. 65歲以上老人目前同住人口家庭組成情形—續 (單位：%)

項目別 調查時間	三代家庭			四代 家庭	僅與其他 親戚或朋 友同住	住在共 同事業 戶	其他
	計	與子女及 (外)孫子 女同住	與父母 及子女 同住				
89年調查	-	-	-	-	-	5.59	1.00
91年調查	38.18	37.83	0.35	0.35	0.62	7.51	0.18
94年調查	37.87	37.11	0.76	0.70	0.76	2.26	0.05
男	32.50	31.52	0.98	0.91	0.81	2.76	-
女	43.25	42.71	0.53	0.50	0.71	1.76	0.10

資料來源：內政部社會司

(二)失能狀況增加：

1、身心障礙狀況：

(1)老人進入老年期，身體機能將隨年齡增長逐漸退化或失去功能，成為身心障礙者，故老人人口增加，隨之而來身心障礙人數亦有增加之趨勢。依據內政部統計資料顯示，65歲以上身心障礙者人數從86年之148,001人，增加到97年之379,986人，且97年身心障礙者總人數為1,040,585人，其中65歲以上老人即占36.51% (詳見表9)。

(2)復以障礙別觀之，老人以肢體障礙者及聽覺或平衡機能障礙者為多。惟近十年來我國身心障礙老人人數以失智症及慢性精神病者增加速度最快，失智症老人從88年6,638人增加至97年23,604人，約增加3.5倍；慢性精神病者從88年2,891人增加至97年8,537人，約增加2.95倍 (詳見表10)。

表9. 身心障礙者人數按年齡分 (單位：人)

年齡別 年底別	總計	14歲以下	15-17歲	18-29歲	30-44歲	45-59歲	60-64歲	65歲以上
86年	500,138	34,029	13,741	61,141	124,496	86,551	32,179	148,001
87年	571,125	34,361	13,273	64,821	135,476	100,723	37,316	185,155
88年	648,852	36,581	12,957	67,069	146,821	118,894	44,281	222,249
89年	711,064	38,260	12,735	70,292	155,746	136,777	49,354	247,900
90年	754,084	39,025	12,397	72,476	159,973	153,645	52,641	263,927
91年	831,266	41,979	12,858	76,677	168,788	177,012	58,665	295,287
92年	861,030	43,520	13,266	78,491	171,030	193,854	60,918	299,951
93年	908,719	45,820	14,059	80,804	173,397	214,672	64,735	315,232
94年	937,944	46,838	14,338	81,212	171,091	232,405	64,361	327,699
95年	981,015	48,031	14,575	81,657	171,099	249,923	65,366	350,364
96年	1,020,760	48,345	15,167	81,872	169,317	267,302	67,669	371,088
97年	1,040,585	47,911	15,598	80,794	166,051	279,376	70,869	379,986

資料來源：內政統計年報，內政部內政資訊服務資訊網，上網日期：
98年6月21日，檢自：
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y04-18.xls>。

表10. 近十年來我國身心障礙老人人數—按障礙別分 (單位：人)

年別 障礙別	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年
總計	222,249	247,900	263,927	295,287	299,951	315,232	327,699	350,364	371,088	379,986
視覺障礙	19,174	20,692	22,058	23,924	23,814	24,338	25,757	27,025	28,781	29,483
聽覺或平衡 機能障礙	41,923	46,699	50,329	54,761	56,116	59,271	61,280	64,589	68,733	71,050
聲音機能或語 言機能障礙	2,300	2,358	2,411	2,627	2,535	2,600	2,699	2,914	3,180	3,273
肢體障礙	103,469	113,704	119,693	133,170	134,123	139,306	143,954	151,560	155,414	154,017
智能障礙	1,949	2,005	2,164	2,259	2,240	2,162	2,238	2,305	2,493	2,570
多重障礙	21,044	23,939	25,520	29,194	28,985	30,816	31,561	34,571	37,026	38,366
重要器官失去 功能	20,269	23,679	25,222	29,690	31,037	33,166	35,286	39,205	43,295	46,100
植物人	2,445	2,459	2,189	2,478	2,281	2,314	2,142	2,387	2,532	2,328
失智症	6,638	8,717	9,930	12,021	12,942	14,706	15,634	18,071	21,105	23,604
自閉症	9	5	4	3	9	4	6	10	6	6
慢性精神病	2,891	3,481	4,217	4,937	5,613	6,217	6,728	7,237	7,950	8,537
頑性癲癇症	—	—	—	2	10	22	34	49	65	84
因罕見疾病而致 身心功能障礙	—	—	—	—	2	6	14	20	23	31
其他	19	18	16	18	18	50	57	58	56	51

資料來源：內政部98年9月11日書面說明資料。

(3)再以障礙程度觀之，95至97年身心障礙老人障礙程度以輕度為多，約占身心障礙老人總人數之比率分別為33.14%、33.98%、35.02%。惟極重度及重度身心障礙老人之人數亦占其總人數之3成（詳見表11）。

表11. 95至97年我國身心障礙老人人數—按障礙程度分（單位：人）

程別 年別	總計	極重度	重度	中度	輕度
95	350,364 (100.00%)	39,657 (11.32%)	75,528 (21.56%)	119,052 (33.98%)	116,127 (33.14%)
96	371,088 (100.00%)	42,839 (11.54%)	78,816 (21.24%)	123,339 (33.24%)	126,094 (33.98%)
97	379,986 (100.00%)	43,561 (11.46%)	79,157 (20.83%)	124,202 (32.69%)	133,066 (35.02%)

資料來源：內政部98年9月11日書面說明資料。

- 2、復依據內政部94年老人狀況調查報告，近3成老人認為自己健康與身心狀況不佳，1成3老人表示在生活起居活動部分有困難，其中無人可協助而須自我照顧者近3成。然老人目前對安養、養護機構服務狀況瞭解有限，故未來願意進住安養機構者有15%，願意進住養護機構或護理之家者有28%。顯示老人仍喜歡住在熟悉之環境中生活，期望與家人同住。
- 3、再依據行政院衛生署96年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，八成以上（88.7%）老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，老年女性自述罹患慢性病的比率高於男性（男性85.8%，女性91.7%），最常見慢性病前五項分別為高血壓、白內障、心臟病、胃潰

瘍或胃病、關節炎或風濕症。其次，老人罹病及死因以慢性病為主，由83至95年臺灣老人主要死因死亡率長期趨勢觀察，其中與生活型態有關之死因，慢性病占了七個（惡性腫瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、腦血管疾病、心臟疾病、腎病變、高血壓）；在十大死因中，腦血管疾病、事故傷害、慢性阻塞性肺疾病之死亡率呈下降趨勢。再者，單獨進行日常活動（買日常用品、處理金錢、獨自搭車、粗重工作、輕鬆工作、打電話等6項）一項困難者占47.6%，二項以上占30.5%；老人慢性病之控制及慢性病併發症之發生，係導致老人失能之主要原因。

（三）最為關切健康問題：

依據內政部91年及94年老人狀況調查結果，多數老人最希望之生活為「身體健康」（90年占37.87%、94年占36.33%）；其次依序為「與家人團圓和樂的生活」（91年占26.49%、94年占30.98%）、「經濟來源無虞」（91年占18.54%、94年占17.03%）。

復老人對未來生活最擔心之問題，以「健康問題」為首（91年占23.99%、94年占24.35%），其次依據為「經濟來源」（91年占16.17%、94年占15.52%）、自己生病之照顧問題，94年占10.61%（詳見表12）。

表12. 65歲以上老人對未來生活擔心的問題 (單位：%)

項目別 調查時間	自己健康問題	自己生病失能照顧問題	配偶的健康問題	配偶生病失能照顧問題	經濟來源問題	人身安全問題	人際關係問題	居住問題
91年調查	23.99	-	-	0.62	16.17	1.41	0.09	0.92
94年調查	24.35	10.61	1.93	1.36	15.52	1.61	0.32	1.51
男	20.89	11.11	2.24	1.50	15.94	2.12	0.43	0.75
女	27.82	10.11	1.62	1.21	15.11	1.10	0.20	2.27

表12. 65歲以上老人對未來生活擔心的問題—續 (單位：%)

項目別 調查時間	遺產處理問題	子女照顧問題	事業傳承問題	往生事處理問題	子女奉養問題	其他	沒有擔心	不知道
91年調查	-	5.80	0.04	1.71	3.34	9.89	46.49	5.76
94年調查	0.32	7.56	0.27	2.09	3.38	2.48	40.36	7.03
男	0.44	5.67	0.43	1.42	2.25	2.66	44.87	6.36
女	0.20	9.44	0.12	2.77	4.51	2.29	35.85	7.70

資料來源：內政部社會司

(四) 自殺死亡率偏高：

- 1、依據衛生署查復資料顯示，我國老人自殺粗死亡率為各年齡層中最高，95年時一度高達39.3人（每十萬老年人口），97年降至36.6人（詳見表13）。另與主要先進國家老人自殺死亡率相較，亦為偏高（詳見表14）。惟據相關研究指出²，衛生署所公布之統計數據，雖可供比對相對趨勢，但在絕對數字上，官方數字恐遠比實際發生數為低。究其原因，官方統計係以每

² 劉慧俐，臺灣地區老人自殺之流行病學分析：1985-2006，台灣衛誌，98；28（2）：103-114。上網時間：98年12月12日，檢自：<http://www.publichealth.org.tw/temp/28-2%20%20Recommended.pdf>。

年死亡證明書登記之死亡原因進行分析，但自殺被認為不名譽行為，不少死亡證明書中之死因係以中樞神經衰竭取代自殺，加以自殺與意外事故很難區分，故確切自殺死亡人數應遠高於登記自殺死亡人數。

- 2、復依據臺灣地區老人自殺之流行病學分析³研究指出，1985-2006年老人自殺死亡率分析，男性自殺率高於女性，約1.69倍；以年齡觀之，75歲以上高於65-74歲自殺死亡率，約1.45倍；以婚姻狀況觀之，未婚男性之自殺死亡率較高，女生則為喪偶者之自殺死亡率較高。以自殺者之自殺方式觀之，老人大多採用吊勒方法，其次為固體或液體物質中毒之方法；自1993起，其他如：跳樓、溺水等之自殺死亡式逐漸增加。又老年人因退休、遷移、悲傷、憂鬱、健康不良因素，易產生認同危機而有自殺念頭，歷年來臺灣地區自殺死亡之老人有90%以上者為身心障礙、久病或老衰，超過30%自殺老人之配偶已經去世，且比率有逐年升高趨勢。另與與自殺之危險性有相當關聯性之憂鬱症，我國社區老人之憂鬱症盛行率為16%到25%；住院或住在安養機構之老人，其重度憂鬱症之比率可達12%。

³ 同註13。

表13. 85年至97年各年齡層自殺死亡人數及粗死亡率
(單位：人；每十萬人口)

年別	14歲以下		15-24歲		25-44歲		45-64歲		65歲以上	
	死亡人數	粗死亡率	死亡人數	粗死亡率	死亡人數	粗死亡率	死亡人數	粗死亡率	死亡人數	粗死亡率
85年	7	0.1	160	4.2	719	9.7	457	12.8	504	30.3
86年	11	0.2	165	4.3	847	11.4	563	15.1	586	34.0
87年	4	0.1	164	4.2	847	11.4	578	14.9	584	32.8
88年	5	0.1	169	4.3	861	11.6	657	16.2	589	32.0
89年	8	0.2	156	4.0	906	12.2	729	17.2	672	35.5
90年	8	0.2	180	4.7	1,003	13.4	857	19.4	733	37.6
91年	4	0.1	218	5.9	1,174	15.6	979	21.3	678	33.9
92年	7	0.2	223	6.1	1,217	16.2	1,023	21.4	725	35.2
93年	4	0.1	222	6.2	1,380	18.3	1,094	22.0	768	36.2
94年	8	0.2	264	7.6	1,774	23.4	1,422	27.5	814	37.3
95年	9	0.2	237	6.9	1,866	24.6	1,410	26.3	884	39.3
96年	5	0.1	238	7.1	1,521	20.0	1,328	23.9	841	36.3
97年	9	0.2	201	6.1	1,644	21.6	1,406	24.4	868	36.6

資料來源：行政院衛生署

表14. 世界主要先進國家及亞洲國家老人自殺死亡率
(單位：每十萬人口)

年齡別	國名	中華民國	美國	德國	英國	義大利	日本	澳洲	新加坡	南韓
		(2003年)	(1999年)	(1999年)	(1999年)	(1999年)	(1999年)	(1999年)	(1999年)	(2000年)
總計	計	11.6	9.1	9.8	6.3	5.0	17.7	11.5	8.2	12.0
	男	15.6	15.0	15.1	9.9	7.9	26.3	18.5	11.0	17.6
	女	7.7	3.5	4.7	2.6	2.3	9.3	4.6	5.6	7.0
15-24歲	計	6.1	10.3	8.0	6.7	4.3	12.0	13.9	7.1	8.7
	男	7.1	17.2	12.7	10.6	6.8	16.5	22.1	6.5	10.2
	女	5.1	3.1	3.0	2.5	1.7	7.3	5.3	7.7	7.0
65歲以上	計	35.2	15.9	24.8	7.8	14.2	37.2	13.1	24.7	35.6
	男	43.9	32.1	41.5	12.1	26.1	51.0	24.9	37.0	55.8
	女	26.1	4.4	14.7	4.7	6.1	27.4	3.8	14.5	23.6

資料來源：行政院衛生署

三、綜合分析：

國人口結構正面臨轉變，高齡化社會所衍生之健康照護相關議題包括：人口結構失衡，家庭照顧功能減弱；人口老化加劇，扶養負擔更加沈重；老人失能人口增加，照顧服務愈趨重要；老人自殺問題嚴重，心理衛生應予重視與關注，均亟待政府儘速擬訂有效因應對策與措施，始能迎接邁入高齡社會之各項挑戰。

參、研究方法與過程：

- 一、蒐集、研析政府相關統計資料。
- 二、本案於98年3月17日召開案情研析會議，研擬採取之相關調查研究作為，並於98年3月30日針對我國老人人權相關議題，邀請內政部、行政院衛生署、臺北市政府、桃園縣政府及基隆市政府到院進行簡報及提供書面資料。
- 三、復本案進行相關討論會議、諮詢會議，並函請相關部會、各直轄市、縣（市）政府就主管業務範圍內提供說明及統計數據資料：
 - （一）98年4月14日辦理本專案調查研究小組討論會議，研析臺灣老人人權應涵蓋之類別、內涵及項目。
 - （二）98年4月27日召開「臺灣老人人權之內涵、定義與具體實踐項目諮詢會議」，邀請臺灣大學社會工作學系王教授00、世新大學社會心理學系邱教授00、內政部曾常務次長00、社會司黃司長00及莊科長00，提供專業意見。
 - （三）嗣經王00教授及內政部分別於5月17日及6月4日，再次確認本院界定之「臺灣老人人權之類別與項目」後，爰於6月24日就老年健康照護部分，函請內政部、行政院衛生署、各直轄市及縣（市）

政府提供書面說明、相關卷證及統計數據資料。
四、又本案進行實地訪視，並諮詢學者說明日本相關制度之推動情形：

- (一)98年6月8日實地訪視臺北市至善老人安養護中心、內政部核定並補助財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」⁴。
- (二)98年6月16日實地訪視內政部彰化老人養護中心。
- (三)98年7月9日實地訪視臺北市老人服務中心暨日間照顧中心、社區關懷照顧據點、老人公寓，並瞭解臺北市居家服務及獨居長者照顧服務之詳情。
- (四)98年7月23日實地訪視臺南市長榮社區、老人養護中心、日間照顧中心、長青公寓，並瞭解臺南市政府辦理相關老人照顧服務措施之情形。
- (五)98年8月11日舉行「日本老人福利措施及介護保險制度之推動情形」諮詢會議，邀請臺北醫學大學老人護理暨管理學系李教授紹懷提供專業意見。
- (六)98年10月21日實地訪視嘉義縣農村地區社區照顧關懷據點、漁村地區長青活力站、老人養護中心、居家服務支援中心，並瞭解嘉義縣政府辦理相關老人照顧服務措施之情形。
- (七)98年10月30日實地訪視雲林縣長期照顧管理中心、安生醫院附設護理之家、社團法人雲林縣老人長期照護協會一斗六幸福園老人日間照護中心、古坑小太陽老人日間照護中心，並瞭解雲林縣政府辦理老人經濟安全、照護及受虐老人保護措施之情形。

⁴ 內政部於96年7月2日函頒「失智症老人團體家屋試辦計畫」，該試辦計畫係輔導並補助有意願營運之民間單位或老人福利機構成立團體家屋，以提供失智症老人一種小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化之服務模式，滿足失智症老人之多元照顧服務需求，並提高其自主能力與生活品質。

(八)98年11月5至6日赴日本實地考察該國老人養護機構及制度設計。

五、最後，本案就老年健康照護議題，於98年11月17日諮詢臺北醫學大學護理學院盧教授00、獎卿護理展望基金會杜秘書長00及文化大學社會福利學系陳教授00之專業意見，同時約詢內政部社會司黃司長00、行政院衛生署醫院管理委員會江副執行長00、國民健康局徐組長00、護理及健康照護處鄧處長00、醫事處石簡任視察00、中央健康保險局醫務管理處李副總經理00、行政院農委會廖副處長00、行政院原住民族委員會(以下簡稱原民會)000處長暨相關主管人員。

肆、研究發現與分析：

一、臺灣老年健康照護人權之內涵及項目：

本案經參酌前揭世界主要國家及組織對於老人人權之內涵與定義，以及我國相關政策與法規，茲將臺灣老年健康照護人權所應涵蓋之內涵及項目，界定如表25：

表15. 臺灣老年健康照護人權之內涵與項目

類別	內涵	項目
健康照護	老人應能獲得：1、符合社會文化價值之家庭與社區照顧；2、充分的身、心、靈及社會照顧與關懷陪伴，以維護身體、心理及情緒健康，並預防疾病及自殺的發生；3、有效與必要的醫療與照護服務；4、符合全人、在地老化及多元連續服務原則之照顧。	1. 預防保健（含心理衛生） 2. 醫療（含醫護與復健服務、健保費與醫療費用之補助） 3. 照顧服務（針對不同老人【如：一般老人；獨居老人；弱勢家庭老人；受疏忽；虐待、遺棄老人；身心障礙老人；貧窮老人；失能老人】之需求，提供居家式、社區式及機構式照顧服務，並含關懷陪伴）

二、日本照顧服務措施之參訪結果：

(一)參訪目的：為因應台灣人口快速老化，高齡化社會之來臨，誠有必要借鏡先進國家長期照顧相關經驗，以作為我國規劃長期照護保險及老人政策之參考。日本老人養護機構及制度設計自2000年4月1日起採行強制性介護保險制度，其理念、制度及演變歷程，值得我國借鏡。本院遂於98年11月5至6日至日本進行考察。

(二)參訪行程：

1、98年11月5日下午2時到達仙台機場後，即赴東北福祉大學附屬機構「梅檀之館」參訪，由館

長中里仁先生介紹參觀。

2、98年11月6日上午：

(1)上午9時參訪東北福祉大學附屬機構「梅檀之杜」，由中里仁先生介紹參觀。

(2)上午10時30分由該大學國際交流中心主任小笠原浩一教授講授「東北福祉大學及日本介護保險制度」。

3、98年11月6日下午：

(1)參訪東北福祉大學附屬機構「梅檀之里」，由館長柿沼利弘先生介紹參觀。

(2)參訪附屬機構「梅檀之丘」，由事務局長大森俊也先生介紹參觀。

(3)參訪日本老人失智照護研究中心「DCRC」，由研修部長阿部哲也先生介紹參觀。

(三)參訪結果：

1、東北福祉大學為一佛教大學，前身係曹洞宗專科學校於1875年在仙台市設立之分校。

(1)1951年設立學校法人梅檀學園。

(2)1958年設立東北福祉短期大學。

(3)1958年設立東北福祉大學。該大學設福祉學院、管理學院、兒童科學院、健康科學院、福祉學研究所及福祉學通信研究所。在仙台市市內有三個校區，幅員遼闊。

(4)2009年學生人數9547人、教師436人、職員176人。

(5)東北福祉大學於2005年與台北醫學大學締結醫療、保健、福祉等領域之學術交流協定。該大學亦與中國東北師範大學、中國大連交通大學、韓國翰林大學、斯洛伐尼亞國之國立大學琉布尼亞、俄國之國立教育大學

等締結各種交流協定。

- (6) 東北福祉大學設定21世紀福祉之目標為「預防」。亦即，在生病或需要養護前，「事先做好預防準備工作」的嶄新理念。為達成「預防福祉」的目標，須追求「知、心、體」的和諧，故必須鍛鍊「感性力」。東北福祉大學及其關係機構「梅檀之館」等將人生來即具有的「感性力」的重要性及研究成果經由教育機構傳達出去，在實踐福祉的現場，實現「預防福祉」的目標；並促進各種專業人員，如護理、社工人員等合作，以加強照護之效能。故該大學之宗旨為理論與實踐的融合：「行學一如」。

2、「梅檀之館」：

- (1) 2004年成立，日本介護保險指定機構（日本2000年採介護保險制度）。「梅檀之館」係與仙台市及芬蘭政府合作之芬蘭型在地老化機構。除照護老人外，亦藉此蒐集評估相關資訊，以為研究發展之需要，實踐「行學一如」之理念。
- (2) 「梅檀之館」地上五層樓，地下一層，土地為國有地，面積9660平方公尺，其中建地面積7344平方公尺。設置特別養護老人中心（100人）、短期臨託照護（20人）、日間照護（35人），職員101人。
- (3) 收費方式：入住者依其收入繳介護保險費，嗣由caremanager評估入住（介護保險中制度之個案管理模式參閱附件一現任日本介護保險制度個案管理人Care Manager重永真琴2005年9月30日日本現行個案管理及輔具

租賃制度座談會報告)，並依其原收入狀況支付費用，倘係低收入戶，則由介護保險機構支付全部費用。故入住者係依其經濟狀況每月支付0-13萬日圓，其餘由介護保險機構支付90%-100%，約120-130萬日圓。惟因介護保險機構財務負擔過重，已將免費接送及午餐改為自費。

(4)「梅檀之館」採社區型、小規模、多機能方式營運，並於後院門口飼養白狗1隻，據悉，其主要目的讓入住者可保有入住前養狗、遛狗之習慣，儘可能讓老人繼續維持其原來的生活習慣，並有居家的感覺。又機構重視入住者之健康生活，設復健室、水療室、交誼廳等設施，除入住者可使用外，皆開放社區民眾申請使用。社區民眾得依個案管理人Care Manager評估介護上之需要使用復健室及水療室。例如，每週2次，每次1小時使用水療室。另對外開放的交誼廳面積大，氣氛類似家庭式咖啡店，可讓機構入住者維繫與社區之互動關係。

(5)依據書面資料，「梅檀之館」有7項特色：

<1>提供附近社區居民水療等各式各樣設施及活動，與社區維持互動關係。

<2>設置口腔照護、營養調理等預防照護設施。

<3>以10名入住者為一單位之照護方式，可培養出家庭氣氛。

<4>採一人一房方式，房內附設廁所、洗臉台，非常注重入住者之隱私。日照採光充足，創造有自我、尊嚴、機能齊全的居住

空間（因已住滿，無法入內參觀）。

- <5>館內各種設施齊全，建築設計創造出與自然融合，讓入住者可感應當地春、夏、秋、冬四季變化的居住環境。
- <6>自立照顧方式：入住者自行選擇使用館內各種服務，無起床時間、無吃飯時間、無上課時間、無入浴時間等。亦不穿制服，照護職員亦同。入住者亦可與職員共同準備餐點，一起吃飯。
- <7>僱用附近社區老人，使其有談話對象、協助照顧其他老人，給予自立之機會，使其生活有目標，有意義。

3、「梅檀之杜」：

- (1)1996年成立，設有特別養護老人中心、老人安養中心、短期照護、日間照護、介護訪問、課後輔導、保育園、兒童自立支援家屋等。使用員額180人，職員116人。
- (2)「梅檀之杜」一樓出入口處為挑高二層空間，相當寬敞，自然光線充足。機構內志工辦公室，亦有介護管理員caremanager評估社區老人應受照顧之方式，擬訂介護計畫，並適時依被保險人之狀況修正之。較特殊者，志工辦公室旁設安寧室，讓入住者家屬來此探望臨終老人。據稱，機構內入住者及其家屬大部分選擇在安寧室往生。
- (3)「梅檀之杜」的目標為在地老化，讓老人在生活上繼續保有家族、近鄰及朋友關係。故在地老化是指養護方式回歸家庭與社區，用在地的資源照顧老人，讓老人在自己熟悉的地方自然老化，不因年老而被迫搬離家園。

讓老人有如同住在自己家裡的感覺。(在地老化請參附件二今週刊2007年12月25日專訪黃00博士談老人社區的建構)

- (4)據照護員稱，入住者倘要自行外出，照護員不會阻止，但會陪同散步，再想辦法勸回養護機構。養護機構旁另有托兒所等幼兒照護設施，帶著朝氣與希望。創造老、中、幼三代同堂，和樂榮融的氛圍。對機構內日益消極的老人而言，在精神上有積極鼓舞的作用，對幼兒亦有親老敬老的教育意義。故老人照護制度設計上，以小學學區為單位，設老人關懷據點、照護站或小型老人安養中心。

4、依據中00先生說明日本老人介護的理念：

- (1)自1963年老人福利法通過後，老人入住養護機構由政府片面主導採取收容保護、集體管理的大型醫療機構照顧養護方式(中00先生稱，最糟糕的方式)，於1980年逐漸轉向家庭生活養護方式，惟當時亦僅止於表面、形式上如此而已。
- (2)日本受歐美各國觀念的影響，自2000年採介護保險制度，由老人與介護保險機構簽約，以老人為中心，重視老人個人之能力，並自行選擇機構或其他社區或居家照護方式的之多樣型在地老化方式。對失智症老人採團體家屋方式照護則為常態。(目前國內有3個團體家屋正試辦中，台北市士林區之團體家屋已住滿額，並有多人預約入住，惟嘉義市團體家屋之入住率不佳，顯示南北城鄉差距，有待進一步研究探討。)

- (3) 團體家屋的照顧方式日後演變為現代老人照顧的理想方式-Unit Care，即小規模生活單位型的「單位照顧」。即強調單人房（一般4人房），可帶入自己的家具用品，自行布置，讓入住者保有熟悉生活環境，安心居住；原則上以10人為一生活單位，有生活同伴，共同起居室空間及設備，並由固定的照護員陪伴、幫忙、溝通式的照顧方式。故人力的充分配置極為重要。自2000年起日本政府將Unit Care納入介護保險制度給付範圍，陸續增加對Unit Care補助費，甚至包括新建及裝修費。小單位多機能生活型的Unit Care以個人化及人性化、共同生活家庭式照顧為主（人本照顧），並擺脫過去團體式、效率型的照顧方式成為現代日本老人長期照顧的最大特色。
- (4) 2006年檢討修正介護保險制度後（請參考附件三陳維萍2006年日本介護保險修正要點簡介），現已採與社區密切結合方式，運用社區力量照顧老人，利用社區閒置民家作為小規模多機能型日間照護中心。並採逆向型日間照護，讓入住機構老人到日間照護中心與其他老人交流，並融入社區生活。又採介護預防理念，提供防止高齡者惡化之服務，主要加強老人現有的能力，老人能做的就讓其自行處理，不能做的再支援。對於居家老人提供到宅服務，但也希望老人到日托等機構。惟正因養護的理念不斷地進步，朝向更人性化方向修正，日本現有照護人力、設施及收入上已出現不足現象。故小單位生活型

的多機能照顧方式 (Unit Care)，理念雖佳，要達成目標仍有一大段距離 (有關 Unit Care 請參附件四莊秀美著「單位照顧」模式的環境建構與實踐理念的探討，台大社工學刊，第16期，97年1月)。

5、「梅檀之里」：

- (1) 2001年成立，日本介護保險指定機構。設特別養護老人中心 (使用員額150人)、短期照護 (喘息服務，使用員額50人)、日間照護中心 (使用員額50人)、居家介護支援、團體家屋 (使用員額32人)。使用員額計282人，職員196人。
- (2) 「梅檀之里」之團體家屋有4棟別墅平房，每棟入住人數以8人為原則 (日本法律規定5-9人)，採1人1房方式，房內床鋪及設備為入住者所有，並以入住者之手工藝作品佈置，既可愛又溫馨之家庭式設計，讓入住者保有居家的感覺，對老人情緒安定有相當正面效果。職員數與入住者約1比1，甚或多於入住者。
- (3) 團體家屋原係由輕度失智症者入住，惟因自入住起持續居住未遷移，現多為原入住者，失智症亦多因年齡增長變成中重度。但機構負責人表示，不會因成為重度失智即令其移住其他專收中重度失智養護機構。惟其團體家屋皆額滿，等待入住者尚有數十人。故在日本照顧失智症者之團體家屋亦有設施、照護人力不足之問題。
- (4) 團體家屋旁有失智症者日間照護中心，人數不多。鄰近年輕志工會來陪伴老人。

6、「梅檀之丘」:

- (1) 2000年成立，醫療法人團體，日本介護保險指定機構，全館3層樓，分為6單位。每單位皆有療養室、浴室、餐廳、廚房等設施。照護員亦固定在同一單位照顧老人。讓入住者有團體歸屬感，不會疏離或排斥機構之養護。故其走廊或活動區並以入住者熟悉之仙台市之大馬路及公園命名。
- (2) 「梅檀之丘」設介護老人保健設施、短期照護、居家介護支援、訪問看護站（居家護理站）、出院病人中途復健之家（復健期3個月）、復健中心、輪椅輔具借貸等。使用員額298人，職員120人。
- (3) 「梅檀之丘」設牙醫門診及口腔美容室，可協助老人清理口腔，非常重視老人口腔保健。據事務局長大森俊也先生稱，老人牙齒狀況良好，食量就好，營養充足，身體自然健康，生活品質亦佳（據聯合報98年11月15日報導，美國哥倫比亞大學針對60歲以上老人2300人測驗結果，五分之一牙周病者有記憶上問題，其牙周病發炎病菌並導致失智症之發炎狀況。研究人員發現口腔病菌亦可能導致心臟病、中風、糖尿病等）。
- (4) 事務局長大森俊也先生稱，為因應政府給付之不足，該機構加強復健設備，開設自費項目，以彌補虧損，俾得永續經營。

7、日本失智症老人照護研究及照護指導員訓練中心「DCRC」:

- (1) 按失智症是造成老人失能的主要原因之一，美國雷根總統及英國柴契爾夫人晚年

深受失智症之苦。英國估計現有失智症人口數約為 70 萬人。台灣目前失智症人口估計超過 17 萬人，20 年後將倍增。但目前申請身心障礙手冊的失智患者不到 3 萬人。多數在家照護。

- (2) 日本與我國一樣，早期稱失智症為「痴呆症」，現已改稱「認知症」，顯示對失智症之重新認識及人性化的看法。日本於 1989 年實施「高齡者保健福利推動十年戰略」中，推動各項失智症老人整合因應對策，主要包括：失智症知識之推廣、啟發，設置失智症資訊及諮詢系統；失智症之預防、早期發現、早期治療；落實失智症老人之治療、照顧；發展失智症治療法之研究；失智症老人之權利維護。
- (3) 「DCRC」於 2000 年成立，為國家補助機構，全日本有 3 所研訓中心，除仙台外，另有東京及九州大府，各有其責任區。惟各研訓中心之責任區並非其所在地周圍地區，例如，仙台研訓中心之責任區並非東北或北海道，而是分散其他地區，力求研究對象之多樣化，確保研究成果之客觀性及實效性。
- (4) 該研訓中心設立目標在實現「讓失智老人症容易生活的社會」。除研究外，亦培訓照護指導員（種子教師）。據仙台研修部長阿部哲也先生表示，照護指導員（種子教師）訓練班開辦 9 年，全日本已有 10 萬人直接（在中心）或間接（在地方由種子教師訓練）受過照護員訓練。照護指導員訓練班研修期間 9 週，上課方式多採小組討論會，學員以發

表報告取代考試。照護指導員結業後，回去講授照護員訓練課程。

(5)「DCRC」主要研究內容包括：失智症之預防（老化與健康的關係）；照護員的支援（如何調解照護員的壓力）；對失智者家屬的支援（有一半失智症老人在家照護，故研究開發家屬的教育課程）；照護的方法（防止養護機構內老人虐待之調查研究、建立標準的老人照護模式）。

(6)老化與健康的關係，「DCRC」仙台中心自2002年起針對宮城縣氣仙沼市大島地區55歲以上島民（位仙台市北方約100公里），每2年進行1次計4次大規模的長期調查研究，詢問下列事項：基本屬性、生活方式、地方上活動參與、身心狀況等，結果發現有下列特點的老人較無失智症：不自覺自己有變老；飲食以魚類為中心；自中年起，有午睡習慣；越是高齡，越是每日運動；重視鄰居交往；常參加地方上各式各樣活動。

(7)「DCRC」之調查研究結果與我國醫界對失智症之了解亦相吻合。

8、本院透過行政院僑務委員會之安排，與仙台地區中華聯合總會常務代表委員郭安雄醫師及高野原曾木醫院院長曾木尚文醫師會談，聽取介紹日本政府對老人照護之現況：有關日本政府為因應老人人口增加，自1961年開始實施國民年金制度及國民健康保險制度、自1963年開始實施之老人長期照護制度及2000年介護保險制度之經緯及相互關係，並特別著墨於老人經濟安全部分。據說明，一般日本人在健康照

護上，有強制參加之國民健康保險及40歲以上國民參加之介護保險制度（保費約2000日圓，相當低廉）。另所有國民自20歲起依法強制加入國民年金，須連續繳納40年保險費，退休後，每月可領國民年金約6-7萬日圓，其他尚有受雇工作或公教職業上之退休金、自行投保之商業保險年金（投保數個）。

（四）參訪結論：

- 1、我國對日趨失能的老人照護向來採機構團體式的照顧方式，除少數試驗性質之個案外，通常為一房多人，群體生活，固定作息，少有生活品質，又缺乏自主性，老人入注意願不高。入住者多出於無奈、消極被動地接受機構安排日常活動，維持最基本的生存，而未見老人的尊嚴維護、生存價值及人生的意義。
- 2、日本老人長期照護制度自1963年老人福利法施行迄今已近50年。自2000年起老人介護保險制度開辦以來，老人養護理念由政府片面主導採集體管理的大型機構照顧養護方式逐漸轉向由老人與介護保險機構簽約，自行選擇機構或其他社區或居家照護方式的之多樣型在地老化。相關照顧養護機構的設計及運作以老人為主體，尊重老人的隱私、尊嚴及生活起居的能力、自主性。2006年起老人介護保險制度改革後，更確認「自立支援」、「維持尊嚴」，重視連續性的整體事先預防照顧及小規模多機能照顧系統的改革方向，加強社區型照護服務，落實在地老化的理念。因此，老人介護的理念亦逐漸由養護照顧提前至預防照顧，以延緩老化或失智症之進行。惟其照護人力、設施

不足及機構虧損現象，亦須注意。總之，日本介護保險制度之理念、制度及演變歷程，值得我國研擬長期照護保險制度之借鏡。

三、專家學者意見摘要：

(一)盧教授 00：

1、臺灣老人健康狀況及其衍生之問題及需求：根據94年老人狀況調查結果顯示，我國65歲以上老人近三成認為自己健康與身心狀況不好，有65.2%罹患慢性病或重大疾病，65.38%在過去一個月曾看過病、平均看病次數2.25次，且過去一年內有近二成的老人曾住院。行政院衛生署94年全民健保醫療統計資料分析亦顯示，老年人口僅佔全國人口的9.74%，但住院醫療費用中有44.8%係由65歲以上老人使用。顯見醫療服務高使用者以老年人、住院、慢性病及重症病患為主，故老人之醫療照顧為政府亟需準備與面對之課題。然學者普遍認為目前急性醫療照顧體系未能因應我國人口急遽老化，相關問題包括：缺乏老年照護觀念的照護團隊、老人友善的照護環境不足、健保給付模式不利老年照護、缺乏老人友善的就診及求醫過程、單科照護模式無法滿足特定老年照護需求，以及缺乏老人離開醫院後的管理等。

2、臺灣老人保健預防、醫療及照顧服務之現況與問題，以及具體建議事項：

(1)保健預防：

<1>近來隨著高齡者死亡率降低及慢性病增加趨勢，民眾活得長但未必能活得健康。根據「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，我國老人有規律運動者占

四成，目前有吸菸、不當喝酒及吃檳榔者分別占17.9%、9.6%、3.0%。過去研究證實，老人健康行為與其身心健康有著明顯之關連性，健康行為不但可直接或間接減少老人身心功能的退化、降低死亡率，進而減少照顧費用之支出。相關研究結果亦顯示，透過健康行為（如：落實適度營養及規律運動），與避免危害健康之行為（如：吸菸、飲酒及嚼食檳榔），將有助於提升老人的健康與減少後續照顧的問題。

<2>護理人員於老人生活照顧與健康管理的環節，應扮演之角色在於促進老年人的健康及預防相關疾病，以減少死亡率，並維持其生活功能的獨立，進而提升其所餘生命的生活品質。為達此目標，行政院衛生署透過「國民保健計畫」推行高血壓及糖尿病全面篩檢與追蹤工作，並辦理中老年疾病防治工作，特著重高危險因子包括高血壓、糖尿病及高血脂等疾病，同時通過「癌症防治法」，建立癌症篩檢系統，在在皆利用初級預防的概念，透過健康政策的制定、支持性環境的提供，以及個人知能的發展來促進長者的健康與早期預防疾病的發生。護理人員可透過臨床諮商、示範衛生教育、高危險群的個案管理、參與研究與政策，使得老年人能維持活躍的社交生活；採取適當的運動，攝取營養均衡的食物，維持健康狀態與體能；定期健康檢查，早期發現疾病，及早接受治療；宣導正確就醫用藥，服藥檢討及定期接受

預防注射；衛生宣導增加老人居家安全，避免跌倒及其他意外傷害，期老人能維持獨立生活的尊嚴與能力。

(2) 醫療服務：

<1>老年人，特別是羸弱老人，所需要的服務常須包括不同機構及不同專業的全面性、廣泛性與長時性服務。但目前對老年人的健康及社會照護提供常係片段、缺乏連續性，以問題或疾病為導向，缺乏有效整合與管理，使得老人無法適時有效地接受照護，也造成社會及醫療資源重複與浪費。歐美各國自1970年代起即開始針對衰弱老人試辦整合性照護計畫，希望解決急性與長期照護系統間因不連續、片斷服務，所造成之照護品質低落、照護資源過度使用與醫療費用不斷上升等問題。目前臺灣地區已有少數醫院在衛生署醫療發展基金之獎勵下，開始建構老年照護團隊，規劃門診與住院老人的照護流程與追蹤模式，設立老人護理專科護理師對住院老人病患執行老年評估及處置。此外，衛生署於83年開始倡導「出院準備服務」，87年提出「老人長期照護三年計畫」，為加強長期照護服務品質，全面推展醫院住院病患出院準備服務計畫，開啟連結急性與社區/長期照護服務的開端。然大多數醫院仍以各專科為主，忽略老人複雜性、整體性的需求，且各醫院對於出院準備服務之執行狀況不一，針對老年病患及家庭的連續性照護，仍待加強。

<2>臺灣護理人員於老人急性醫療照顧與健康管理之環節應扮演角色主要在於促進醫療照護機構服務品質，提供完整、連續的護理服務。護理人員於臨床各專科工作，仍可透過即時與系統性之周全性老人評估，瞭解老人的身心靈社會等各層面之變化，明瞭疾病對老人的影響與可恢復的程度或極限，以維持老人現有功能為主要照護目標來提供健康諮詢和指導，並對健康風險因素進行干預與介入，以維護和保障老人和其家庭的健康。復透過臨床諮商、示範衛生教育、對特殊個案之疾病管理，提升老年病患的自我疾病管理能力。其次，護理人員亦應培養對老人問題敏感度，適時地提醒醫師或轉介照會，以對此高服務需求人群，提供特殊就醫之協調管理，降低其就醫障礙。此外，建議在各醫療院所應設置老人護理專科護理師，提供以病人為中心的照護，其主要角色包括：擔任醫師和病人、家屬間溝通橋樑，協助醫師讓病人及家屬更瞭解病情及治療；以及病情告知，協助病人及家屬面對身心靈的問題；且擔任各科間的聯繫，減少病人等待時間。而其工作職責旨在與照護團隊共同擬定照護計畫、針對個案現存及潛在問題進行檢討、個案變更照護計畫之討論、協助團隊間溝通協調以促進照護活動之時效達成、評值照護計畫及衛教差異之檢討等。

(3) 照顧服務：

<1> 據先進國家的經驗指出，隨著老年人口的增加，慢性疾病及功能障礙的人口也會急劇上升，繼而對醫療服務與長期照護的需求也大幅增加。除了愈來愈多的老年與殘障人口以外，人們愈來愈老，需要照護者日增；可是伴隨著子女數目減少和婦女就業機會增加，提供照顧者相對日減，導致長期照護需求的激增。長期照顧服務對象為失能老人、身心障礙者或主要照顧者，其等往往有多重照顧需求，特別是醫療、護理和社會福利等，傳統的服務模式使得有需求者奔走於各部門或專業間尋求服務，而服務提供者則處於被動。是以，如何以有效率與效能的方式，提供給服務使用者統整性的服務，已成為現代化照顧服務的重要課題。

<2> 有鑑於此，行政院衛生署於87年開始執行「老人長期照護三年計畫」，其計劃內容重點之一即在「建立整合性服務網絡」，成立長期照護管理示範中心，試辦單一窗口制度，使長期照護個案經專業評估及個案管理，能得到妥適之照護安排。其籌設長期照護管理示範中心之宗旨，乃希望於對地區內的長期照護需求有所瞭解或評估後，針對地區性的各項相關資源與資訊，不論衛生或社政，政府或民間，均能予以瞭解與掌握，並進行協調性的整合管理，以個案管理的技巧，對需長期照護的失能者或家屬提供單一窗口式的整合性服務。而中心服務內容可包括：資訊諮詢、轉介與個

案管理，同時亦可提供失能者的生活輔具展示與租借服務，辦理相關訓練與教育活動，以促進地區性長期照護整合性服務工作網絡的建立。多年來我國已開始建置長期照護資源整合與管理機制，陸續發展多元化社區照護服務的資源與強化照護品質，且對各項照護服務建置例行評鑑或督導機制，並推動人力資源的發展與培訓，包括完成照顧服務人員的整合，並擬具專業人力或照顧人力的推估與培訓計畫。

<3>時至96年4月3日行政院正式核定「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，其基本目標為建構完整之長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主。其中，長期照顧管理中心是各縣市長期照顧服務資源的管理中心，負責各縣市民眾長期照顧服務需求的綜合評估，並依據評估結果擬定適切的照顧計畫、核定服務內容，並視個案與家屬之意願，引進長期照顧服務，並做後續服務提供之品質監控，故可視為計畫推動之關鍵機制。而照顧管理專員為長期照顧管理中心的靈魂人物，其核心任務包括：社區資源的管控和配置、個案發掘、篩選、評估、擬定服務計畫、執行計畫以及監督審核，必需具備專業知能以促使長期照顧需要者能獲得最大的滿足，並使服務提供的品質與效率達到極大化的效果。根據我國長期照顧十年計畫的規劃，將由

具備社工、醫學、護理、職能治療、物理治療或公共衛生與相關專業背景之照顧管理專員擔任個案管理的角色，扮演需要照顧者與照顧體系間的橋樑。護理人員可再透過此角色擴展，勝任照顧管理專員的工作，以引領優質高齡者照護。

3、疾病壓縮理論及具體建議：

- (1) 疾病壓縮理論主張把可能發生在一個人身上的疾病，都壓縮到死亡的最後一段時間，最好是一天或是一個星期，這樣就不會痛苦太久。即縮短老年人殘障的時間，因此需透過 3P 策略 (Prevention—疾病預防、Protection—健康維護、Promotion—健康促進) 的落實來達到保健目標。
- (2) 舉一國外成功之具體實例，芬蘭同樣係人口快速老化國家，芬蘭中部一個人口僅八萬人的大學城—佑華斯克拉，每年支用市政預算百分之二 (新臺幣 2 億 5 萬元)，推動運動保健。該城市一年聘請 13 位運動教練、40 位物理治療師，以及 70 位領時薪的體育科系學生，幫助老人做適當運動，老人因而更健康，醫療費用自然減少。該城市老人目標為：只有臨終前的兩星期，才躺到床上過日子！在專為老人設置之公立運動俱樂部內，年逾花甲的老先生、老太太，經過專業的運動處方，生龍活虎地翻滾、跳躍，甚至做出有些臺灣中年人也不見得敢嘗試的動作，如：翻筋斗、在吊環上倒立等。

4、我國為達成在地老化之服務措施是否足夠：

- (1) 「在地老化」係指居住者能在原居環境／情

境終老一生而不遷移，高齡的居住者在此仍然可以擁有熟悉之人、事、物，而愉悅自在地生活。其亦意含著居住環境的條件應能因應居住者的老化，滿足居住者不同階段的生活需求，而不需要面臨環境的遷移或改造。「在地老化」的精神即是讓老人家，即使獨居，也能在家、在熟悉的社區裡終老。因此，政府在健康照顧方面，可鼓勵機構發展居家及社區式照顧服務資源，落實在地老化理念，包括：推動老人機構多層級照護服務模式、鼓勵老人機構參與外展服務，支援居家式及社區式照顧、以及輔導老人機構強化照顧服務效能，提升服務品質。此外，亦應加強老人服務相關人力培育與運用，以穩定健康維護服務之推動基礎。具體策略如下：

- <1>開發潛在人力，鼓勵原住民及農村地區居民參加培訓，投入社區照顧服務。
 - <2>招募學生、社區人士、企業員工加入老人志願服務工作團隊，並定期辦理訓練。
 - <3>研議規劃相關配套及獎勵措施，鼓勵醫療及社工等專業人員投入照顧服務。
 - <4>改善照顧服務員培訓機制，積極推動相關訓練及協助證照取得，並強化已受訓或取得證照之人力投入照顧市場，避免閒置。
 - <5>加強老年健康維護及促進之人力培育。
- 5、我國老人福利政策發展雖已逐漸從過去強調機構式照顧，走向更具可近性與人性化的居家及社區化照顧。政府對於在地老化之政策推動，正朝向法制面、制度面、服務輸送及服務供給等方向努力，惟各項在地老化政策的落實及相

關機制的配合，仍有許多值得努力的空間，期待未來應由政府與民間單位建立更多的合作機制，共同推動符合老人需要的福利服務。

(二)杜秘書長敏世：

獎卿護理展望基金會成立於82年12月，在長期照護領域已從事16年，除安養機構外，衛生署及內政部推行各類型之照護措施，該基金會幾乎均無缺席。謹就第一線服務人員所觀察到老人照護權益及制度問題歸納陳述於下：

1、各專業未到位：

(1)現況：

<1>目前沒有長期照護保險，長期照護方面之給付、只有一項「居家護理」給付。

<2>長期照護機構所需要之各類人員，如醫師、護理師、營養師、職能治療、物理治療、社工人員、音樂治療、運動治療等，所有之介入都要使用者付費，家屬無力負擔之下，業者基於經營成本之壓力，也無法提供服務。

<3>醫院附設之護理之家表面上看來有各類專業人員，但在員額配置上未因有長照單位而增加人力（因無給付，無法付薪水），缺少實質之效益。

<4>目前各類專業人力係以兼差形式進行，無法達到實質專業效果。

<5>各類專業各行其是，缺少統合照顧的觀念，缺少橫向溝通及訓練。

(2)建議：

<1>設立相關之給付方式，在有收入、保障專業人員生存的情況下，各專業之人力才可

能投入長期照護工作。

<2>加強跨專業的繼續教育訓練，提升以人為中心的照顧。

2、日間照顧（或日間照護）機構嚴重不足：

（1）現況：

<1>以日間照護中心照顧輕度失智症者，可延長其住在家中之時間，惟日間照顧中心數量未能成長，使長者提早入住機構。

<2>日間照顧中心係缺少利潤的機構，照顧成本難以達到平衡，如果再將房舍及開辦成本計入，業者不可能投入經營。民間不願意經營的事業、又是社會迫切需要的事業，需要政府給了獎勵措施，鼓勵非營利團體投入。

（2）建議：

<1>少子化社會使許多學校閒置，使用土地之法規需鬆綁，可以轉為日間照顧之用。

<2>相關單位給予合理之開辦費、及獎勵措施，吸引非營利團體投入。

3、照顧管理素質低落：

（1）現況：負責人普遍缺乏失能者照顧之專業素養，也缺乏經營管理的知識，造成機構照護素質低落。以非專業人員管理專業人員，領導人不知應如何應用專業人員，也不可能給予應有的待遇，專業人員也無成長空間，使專業人員裹足不前，間接降低照護素質。

（2）建議：規範負責人應接受的經營管理及照顧專業的訓練，建立證照制度。

4、法規造成低下的生活環境：

（1）現況：

- <1>「護理人員機構設置辦法」已於82年8月實施迄今，其間曾因業者抗爭，降低一次空間要求之規範，由每床20平方公尺降為每床16平方公尺；日常生活活動空間由每床7平方公尺降為4.5平方公尺，每間寢室可收住8人，惟此種標準造成發展出來的機構，都是擁擠不堪的情況。
- <2>社政單位的機構規定每間寢室可設6床，50床以下之小型營利機構，每床寢室面積為7平方公尺，造成住民只擁有一張床和一張桌子的生活空間，連放置衣服的櫃子的空間都分不到，更不必奢想休閒空間。
- <3>在沒有給付的情況下，基於經營成本的考量，也只能如此生存下去，否則機構全部關閉，個案連照顧去處都沒有了。

(2)建議：

- <1>修訂8床及6床的規定。
- <2>希望法律不溯及既往，社會要愈來愈好，慢慢進步，但制度不要太死板，有新規定，不一定要原有機構重新整修。只要對新設立之機構提升規範，不宜強迫已存在者修改房舍。不要採「全或無」的原則，將業者逼得不能生存。建議用「獎勵」或「差別給付」之方式，鼓勵優者生存發展。

5、健保之「居家護理給付制度」造成台灣居家護理機構之業務畸型發展：

- (1)現況：自82年至今，目前台灣居家護理機構已將近500家，看似發展良好，但仔細探討，有多少個案是真正的居家個案？有許多居家護理所的個案大部分是住「護理之家」或

「養護機構」的個案，甚至完全是「住機構」的個案。這種現象主要是健保給付制度造成的。機構護士換管、換藥，健保不給付，故須透過居家護理師申報健保，此種現象已行之有年，政府何時才能正視這個問題？

(2)建議：修改健保居家護理給付制度，真接給付機構之侵入性護理服務、及醫師費。

6、補助制度不公平：

(1)現況：社政單位每月補助財團法人之安養護機構人事費：每位護理人員1萬元，每位社工1萬元，照顧服務員高中畢業者6千元，初中畢業者4千元；如果是優等機構初中畢業之照顧服務員亦每月6千元，故經營成本降低，可造福住民。但衛政單位未有相關補助，影響發展趨勢。

(2)建議：檢討不同系統不同機構之補助獎勵辦法，重新定位各種單位的角色功能及期望的發展方式。

7、老人服務中心之業務宜更加強發展：

(1)現況：

<1>社政系統已發展了各區老人服務中心及活動中心，部分發展極佳，但亦有些關懷中心形同虛設。

<2>該基金會與體育學院合作，由體育系之學生來帶動長者運動，成效良好。又該基金會負責高雄市楠梓區之老人服務中心，有560位長者活躍於中心，空間不敷使用。

(2)建議：每區或每鄉鎮宜設立更多活動中心或運動中心，可利用閒置之校舍設立運動休閒中心，供健康長者活動，也推廣由體育老師

或體育系畢業之替代役男加入老人照顧之行列。

8、勞委會對長期照護業務單位有要求時，未與相關單位協商政策：

(1)現況：

<1>居家服務業務是由地方政府社會局(處)招標委託業務，薪水已核定後，之後卻突然要求要增加6%勞退金，或不論專兼任人員皆須加入勞工保險之規定，將增加支出，社政所支付之年度預算並未相對增加，業者只能以減薪方式因應，此舉將造成勞資糾紛。

<2>目前勞工局已針對未聘用身心障礙單位開罰。由於長期照護單位，工作人員絕大多數都是照顧身心障礙者的人員，需要體力及平衡感，而且大多為派至家中的工作人員，一視同仁的處罰制度是否合適？

(2)建議：請考慮勞力密集單位的特質，考慮罰則百分比之公平性及合適性。

9、以ADL功能30分以下者才能聘用外勞之合適性，宜重新探討：

(1)現況：目前聘用外勞之條件之一為ADL30分以下，造成許多民眾因有需求而作假證明。

(2)建議：以30分作為界線標準是否合適宜再探討，以免真正需要者得不到照顧。

(三)陳教授 00：

1、行政院衛生署國民健康局所進行之研究計畫，缺乏原住民及農漁民老人相關需求之調查資料，該署應針對此類族群，加重抽樣調查。

2、目前我國缺乏亞急性後期照護體系。

- 3、長期照顧管理中心之照顧管理專員無法至醫院收案。
- 4、農村老人與土地很密切，不願進住機構，多僱用外籍看護工照顧，則未來長期照護保險將如何處理外籍看護工之問題，相關部會應加強整合聯繫。
- 5、中央主管機關應重視家庭托顧之相關問題及資源整合。

四、相關機關對於預防保健之措施及其執行情形：

(一)衛生署部分：

1、老人憂鬱症及自殺防治相關措施：

(1)設立安心專線諮詢服務、建立自殺通報關懷服務、辦理自殺防治守門人訓練、加強老人憂鬱症篩檢、加強老人憂鬱症教育訓練、推動老人心理健康促進活動、編製老人心理衛生與自殺防治手冊。

(2)執行情形：

<1>對具自殺意念而未實際發生自殺行為者，該署設置安心專線提供24小時免費諮詢服務，98年起已依年齡層分別統計其服務成果，98年1至5月針對65歲以上老人，共計提供771人次心理諮詢服務。

<2>為深入分析自殺個案特性，作為該署研擬自殺防治策略參考，業於94年11月啟動「自殺防治通報關懷系統」，該系統將依個案居住地，自動分案至當地衛生所或社區心理衛生中心，進行後續關懷訪視服務，97年1至12月該系統所通報自殺企圖個案計24,180人次，其中65歲以上老人占7.5%，分案關懷率為98.7%。另98年1至5月通報自

殺企圖個案計10,170人次，其中65歲以上老人占8.7%，分案關懷率為98.1%。

- <3>該署藉由掌握「1問：懂得辨認自殺高風險的指標、2應：對自殺高風險群做適當回應、3轉介：懂得尋求適當資源協助或做轉介」之方法，利用心情溫度計（簡式健康量表BSRS-5）為工具，97年1至12月針對老人居家照護工作者共辦理守門人訓練44場次⁵，受訓人員有3,278人次。
- <4>為強化基層醫事人員憂鬱症個案篩檢能力，該署全國自殺防治中心於96年針對基隆市、桃園縣、彰化縣、高雄縣及高雄市等5個先導區縣市基層醫療院所醫事人員，辦理憂鬱症臨床醫療相關訓練，其課程含括：老人憂鬱症及自殺防治守門人概念與實務，以加強基層醫事人員憂鬱症個案篩檢能力。97年該訓練課程除持續於先導區縣市辦理外，並擴展至宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、台中縣、嘉義市及台南市等6個推廣區縣市。97年1至12月共辦理10場次教育訓練課程，受訓人員計有747人次。
- <5>97年因應九九重陽節及中秋節，於10月18日辦理「不放心 不放手-關懷銀髮族音樂會」，邀請台北縣市社區老人、主要照顧者、陪伴者與社區民眾等800人參與，藉由身心障礙人士之表演與現身說法，期銀髮族及其照顧者對生活懷抱希望，並進而成

⁵ 依據行政院衛生署提供之全國防治自殺中心自97年迄今辦理與老人有關之守門人課程顯示，其辦理場次多為臺北縣老人居家服務試辦—受門人訓練課程（25場）、桃園縣居家服務試辦—受門人訓練課程（15場次）。

為自殺防治之守門人。

<6>目前所編製老人心理衛生與自殺防治手冊，內容包含：老人自殺概況、老人自殺行為之危險因子、老人自殺行為之迷失及自殺行為防治等介紹，提供社區守門人或一般民眾之認識。

2、老人健康促進計畫：

(1)促進老人健康體能，推廣「每日一萬步、健康有保固」之觀念，鼓勵老人運用在地社區環境，從事體能活動。另製作多種宣導品，鼓勵老人多從事動態活動。

(2)加強老人跌倒防制，已輔導25縣市推動社區老人防跌工作坊，並完成老人防跌指引、防跌門診作業規範、防跌教室與運動訓練計畫。

(3)加強老人口腔及視力保健，包括：推動菸害、檳榔健康危害、預防糖尿病，以降低老年人及原住民老人口腔癌、牙周病等疾病；舉辦銀髮族口腔健康比賽，使老人了解口腔保健之重要性；辦理眼科醫師資源缺乏地區之視力保健計畫；辦理社區視力保健中心工作計畫，提供社區視力篩檢。

(4)加強老人菸害防制，包括：提供吸菸老人多元戒菸服務管道（如門診戒菸、免費戒菸專線、社區戒菸班）；地方執法稽查以維持無菸環境；透過各地方政府衛生局協助輔導老人福利機構菸害防制。

(5)加強老人預防保健及篩檢服務：

<1>措施項目：提供65歲以上老人，每年一次成人預防保健服務；提供40至64歲民眾，每3年一次成人預防保健服務；提供50至69

歲民眾糞便潛血檢查；提供50至69歲婦女乳房攝影檢查。另除以多元化行銷方式，宣導慢性病防治重要性，以及導引老年人建立健康生活型態外，更以建立老年慢性病個案之早期發現、轉介及追蹤服務，以及提升老人及其家屬自我健康管理能力為目標。

<2>檢查結果之追蹤機制：

A、成人預防保健服務部分：現行成人預防保健服務分為二階段服務，第一階段先至特約醫事服務機構接受檢驗檢查服務；第二階段之服務內容將針對第一階段檢查結果進行判讀及說明，故受檢民眾在接受第二階段服務時，即可瞭解哪些檢驗值異常，醫療人員亦會告知需進一步追蹤並提供衛教資訊。另衛生署要求提供服務之醫療院所需申報檢查結果電子檔，以利檢查結果分析。

B、婦女乳房攝影篩檢及民眾每2年1次糞便潛血檢查服務部分：受檢人檢查結果異常者，由提供服務之醫療院所主動通知個案確診；如個案未接受確診，則轉由當地衛生局（所）繼續轉介追蹤。

<3>實際執行情形：

A、97年成人預防保健服務受檢總人數約170萬4,000人（40至64歲約85.6萬人，65歲以上約84.8萬人⁶），新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常比率，分別為

⁶ 97年接受成人預防保健服務之65歲以上老人（84.8萬人）占該年65歲以上老人總人數之比率為3.68%。

22.7%、7.8%、及13.1%⁷。

B、50至69歲婦女近2年內曾接受乳房攝影篩檢服務約28.8萬人，篩檢率為12%，經篩檢發現之乳癌約五成以上屬於0期或第1期，比癌症登記率僅37%為高，顯示篩檢有助於早期發現。

C、50至69歲民眾每2年1次糞便潛血檢查篩檢約48萬人，篩檢率為10%，經篩檢發現之結直腸癌約四成以上屬於0期或第1期，比癌症登記率19%為高，顯示篩檢有助於早期發現。

D、依據行政院衛生署表示，前揭成人預防保健服務、乳房攝影及糞便潛血檢查篩檢率不高，主要係預算不足⁸。

(6)推行年度流感疫苗接種：流感疫苗接種係以年度計畫方式辦理，97年度實施對象包括65歲以上老人、機構對象、罕見疾病患者、6至35個月幼兒、醫事及防疫人員、國小1-4年級學童及禽畜相關業者等6類對象，並以接種率評估計畫成效。其中65歲以上老人接種人數約130萬人，接種率為54.8%。

(7)75歲以上老人肺炎鏈球菌疫苗接種：為降低75歲以上老人因感染肺炎鏈球菌導致嚴重之併發症或死亡，台塑企業創辦人王永慶先生透過「財團法人王詹樣社會福利慈善基金會」捐贈疫苗，交由衛生署疾病管制局針對75歲

⁷ 新發現個案定義：無個人病史，如：高血壓、糖尿病、高膽固醇，但此次理學檢查結果異常者。

⁸ 依據衛生署表示，成人預防保健服務自96年回歸公務預算編列，惟礙於國家財政困難，該項服務96年~98年所編列之預算有限，僅能在有限之預算額度內，鼓勵符合受檢資格之民眾多利用該服務，目前利用率維持在35%左右。

以上老人及臺灣地區安養等機構受照顧者，實施疫苗接種。96年已提供全國安養等機構之受照顧者及雲林縣、嘉義縣及嘉義市75歲以上老人接種，97至98年則推廣至全國75歲以上老人接種。97年75歲以上老人接種劑數約40萬9千劑，接種率為40.3%。

(8)老人健康促進之調查研究及監測系統：自78年起，衛生署每隔3至4年辦理「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，採固定樣本世代長期追蹤訪問，迄97年計已辦理6次調查。本項調查旨在瞭解台灣地區50歲以上中老年人身心社會之健康狀況、衛生行為及醫療保健利用情形，藉以估算未來高齡人口在醫療保健及生活支持之需求，釐析老人健康及生活狀況相關因素及其變化。

3、社區老人健康促進工作模式：

(1)96至97年試辦資源整合式之社區老人健康促進工作模式，試辦2個鄉鎮：

<1>臺中市：由中台科技大學辦理，結合內政部社區關懷服務據點及社區團體等，依當地概況及老人特質，研訂社區老人健康促進策略，引發老人改善行為之興趣，藉由寓教於樂之方法，強化老人健康促進，選擇「飲食、運動、口腔保健及健康篩檢」等議題，以SMART⁹並搭配口號推動方法，訂定評價指標。

<2>彰化縣：由彰化縣衛生局結合社政、民政、教育、社區團體，進行社區資源及地

⁹ 簡單明確、效果可測量、內容可接受、實際可達成、計畫期限內推動與完成社區老人健康促進活動。

方特性評估，成立推動小組，擇定線西鄉執行社區老人健康促進策略，依地方老人之特質，於其既有行為，藉由參與式之互動，選擇「飲食、運動、防跌、健康篩檢」等議題，從種子人員自身體驗做起，擴展人際網絡。至於執行成效，線西鄉65歲以上人口計1,897人，參加健康促進活動之老人計521人，占該鄉老人之27.5%；參加老人健康檢查計625人，占該鄉老人之32.9%。另，為建立社區老人支持系統，培養老人健康行為，針對全鄉社團組織（老人會、社區發展協會、婦女會、農會、村辦公室等）計91個單位，進行組織代表訪談，計73個單位接受訪談，涵蓋率80%；並推動幹部制度化，研製健康議題之介入流程。

(2) 後續規劃：

<1>98年：擴大4縣市(每縣市2個社區)繼續推動，參考96-97年之「資源整合式之社區老人健康促進工作模式」，依地方特性，至少選擇「飲食、運動、防跌」等議題，依地方資源及老人特性，進行推動。

<2>99年：參酌98年推動情況，以及依據老人健康促進計畫(98-101年)，逐步推廣於各縣市，99年預定推廣8縣市，每縣市至少4個社區辦理；100年預定推廣12個縣市，每縣市至少4個社區辦理。

4、強化各地衛生所或健康服務中心推動老人預防保健與健康促進之情形：

(1) 該署於「菸害防制及衛生保健基金」補助地方衛生局推動衛生保健工作項下，辦理社區

老人健康促進工作，依地方老人特質，結合內政部社區關懷據點、教育部樂齡學習中心等，推展老人健康促進工作及老人健康檢查服務，並逐年增加辦理老人健康促進之鄉鎮市區涵蓋率。其主要工作重點為結合社區資源，辦理社區老人健康促進工作，並進行成效評值。前項工作由該署國民健康局於98年度底依據各地方政府衛生局所提報之成果，進行考核。

(2) 對於老人之健康管理及健康促進，除針對高血壓、糖尿病、腎臟病等不同類型疾病，擬定不同之個案管理外，亦整合相關資源建立老人健康促進推動模式：

<1> 高血壓：透過地方政府衛生局結合轄區資源，自95年起在社區內不同型態地點，如：行政服務區、公司及商業場所、社區活動中心及關懷據點、廟口、社區藥局、集合式住宅大樓等，設置血壓測量站（目前約700站），提供更多元之血壓測量服務，便利民眾隨時檢測血壓，瞭解自己血壓資料。

<2> 糖尿病：輔導全國25縣市436個糖尿病友團體，加入糖尿病高危險群，與病友共同改善自我照護能力，該等病友團體更轉型為糖尿病友成長團體計239個，分佈於229鄉鎮市區，涵蓋率佔全國鄉鎮市區總數62.2%。另亦評選136家糖尿病健康促進機構，推動糖尿病高危險群健康促進，各項行為改善人數（改善率）：飯前血糖6,774人（65%）、血壓6,011人（52%）、膽固醇4,639人（48%）、腰圍4,074人（44%）、

減重 ≥ 2 公斤3,120人、每天運動30分鐘以上5,030人；提供糖尿病者及高危險群戒菸諮詢計12,503人。

<3>腎臟病：評選77家醫院成為「腎臟病健康促進機構」，除宣導如何預防腎臟病之發生外，亦進行個案管理，目前新收個案數已達1萬4,068人。腎臟病患於接受透析前已建立透析用血管瘻管，另初次接受血液透析患者接受門診服務而不經住院或急診者之比率，均已顯著提昇。另亦建置慢性腎臟病照護個案管理資訊系統，提供個案管理、照護診療、轉介資料之登錄與查詢，並整合慢性腎臟病資料庫，97年計134家醫院使用，收案3萬餘人。

(3)推動「資源整合式之社區老人健康促進模式」：為強化老人健康促進行為，特辦理衛生局、所，以及社區團體幹部之老人健康促進研習，依當地概況及老人特質，研訂老人健康促進策略，並促使老人接受成人預防保健服務，並對異常者進行後續追蹤管理。

(4)遭遇之困難：老人特質不同於一般成人，其預防及照護服務，需較多善巧之技能及時間，目前基層衛生工作負荷繁重，人力較為不足。

5、基層健康促進服務提供單位之整合：目前內政部推動「社區照顧關懷據點」，衛生署推動「社區（部落）健康營造計畫」，教育部成立社區「樂齡銀髮學習中心」，同時民間社教機構、社會福利團體、文教基金會亦提供老人服務，缺乏基層單位整合式之健康促進工作。該署國

民健康局爰於96、97年，委託彰化縣衛生局及中臺科技大學，試辦資源整合式之社區老人健康促進模式，並預定逐步推廣等情，已如前述。

(二)內政部部分：

依據老人福利法第21條授權規定，於96年7月31日會銜行政院衛生署令頒「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」，詳細規定老人健康檢查保健服務項目及辦理方式，以利各地方政府據以推動辦理¹⁰。

五、相關機關對於醫療服務之措施及其執行情形：

(一)衛生署部分：

- 1、目前各級政府依其社會福利政策及財源，委託行政院衛生署全民健康保險局協助辦理特定對象健保費之補助作業，協辦補助項目（老人部分）詳如表16：
- 2、依據行政院衛生署提供中央健康保險局醫療統計年報中年齡別統計資料擷取65歲以上門住診醫療費用統計，95至97年65歲以上老人人數占率約10%左右，惟其門住診醫療費用占率逾30%（詳見表17）。

¹⁰ 依據該準則第2條規定：「直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人健康檢查及保健服務，並應以書面或公告方式通知檢查時間及地點。」

表 16 . 各級政府委託行政院衛生署全民健康保險局協助辦理老人健保費之補助項目

開辦年月	補助項目	補助單位	補助自付健保費之額度
84年3月	年滿70歲以上中低收入老人	內政部	全額
84年7月	高雄市65歲以上老人	高雄市政府	最高上限為659元
	高雄市中度、輕度身心障礙		全額
85年8月	臺北市65歲老人、年滿55歲之原住民（一、98年1月1日前年滿65歲老人或年滿55歲之原住民，且設籍並實際居住臺北市滿1年者。二、老人或申報該老人為受扶養人之納稅義務人，最近1年綜合所得總額合計未達申報標準或稅捐稽徵機關核定之綜合所得稅稅率未達21%者。三、未獲其他政府機關健保費自付額之全額補助者。）	臺北市政府	最高上限至地區人口保費
87年8月	原住民（以第6類第2目地區人口身分投保，年滿55歲以上及未滿20歲者）	臺北市政府	最高上限至地區人口保費
94年1月	基隆市65歲以上老人（96年5月22日前設籍者）	基隆市政府	最高上限為659元
	基隆市55歲以上原住民（96年5月22日前設籍者）		
94年6月	桃園縣年滿65歲至69歲中低收入老人	桃園縣政府	最高上限至地區人口保費
94年11月	臺南市年滿65歲至69歲中低收入老人	臺南市政府	最高上限至地區人口保費
95年9月	臺東縣年滿65歲至69歲中低收入老人	臺東縣政府	最高上限至地區人口保費
	新竹市年滿65歲至69歲中低收入老人	新竹市政府	最高上限至地區人口保費
96年6月	桃園縣百歲老人	桃園縣政府	最高上限至地區人口保費
97年3月	臺中市年滿65歲至69歲中低收入老人	臺中市政府	最高上限至地區人口保費
	臺北縣年滿65歲至69歲中低收入老人	臺北縣政府	最高上限至地區人口保費
97年9月	花蓮縣年滿65歲至69歲中低收入老人	花蓮縣政府	最高上限至地區人口保費
98年1月	臺北縣65歲以上老人（設籍滿1年以上，年滿65歲以上者，且本人或申報其為受扶養人之納稅義務人之綜合所得稅累進稅率百分之6%以下者。）	臺北縣政府	最高上限至地區人口保費

資料來源：行政院衛生署

表17. 65歲以上門住診醫療費用統計 (單位：千點)

年度	65歲以上保險對象門住診醫療費用 (a)	全國保險對象門住診醫療費用 (b)	65歲以上人數占率	65歲以上費用占率 (c=a/b)
95	148,045,194	452,523,256	10.03%	32.72%
96	155,798,762	469,979,168	10.17%	33.15%
97	167,784,327	487,791,239	10.31%	34.40%

附註：1、95及96年度為全民健康保險統計。

2、97年為中央健康保險局二代倉儲系統門診、住院及特約藥局/物理治療所/檢驗所明細檔。

3、97年65歲以上人數占率以96年之成長率推估得之。

3、又，該署業於94年補助辦理護理人力輔助模式研究，於95年試辦由家屬分擔付費情況下，以照顧服務員與護理人員共同照護模式，建立相關合作機制，試辦期間，該署亦進行成本效益評估，研究結果顯示值得推廣。擬於99年賡續推動，建置護理人員與醫院照顧服務員合作模式，並強化擴大參與機制，改善護理執業環境及照護品質。至98年計14家醫院試辦，平均每位家屬約每日支付6百元（長期住院者每月負擔1萬8千元），其與長期住院病患家屬每日需負擔2千元，每月平均即需負擔6萬元照顧服務員薪資相較下，本項計畫確實相對減輕家屬經濟負擔。此外，臺北市政府衛生局98年雖編列1.4億元經費支應，惟僅能提供臺北市立聯合醫院五院區之內外科病房住院病患可免費服務，足見財務之負擔。故該署將針對住院病患可否毋須額外支付費用僱請照顧服務員照顧一節，列入全責照護計畫推動中提案，並考量財源籌措來源。

(二)內政部部分：

- 1、補助中低收入老人裝置假牙：自98年度起，由內政部編列經費補助各地方政府，針對經醫師評估缺牙需裝置活動假牙之列冊低收入戶，或領有中低收入老人生活津貼，或經各級政府全額補助收容安置之老人，依其裝置假牙類別，提供每人1萬5千元至4萬元之補助。
- 2、低收入老人重病住院看護費：內政部補助該部委託安置於財團法人老人福利機構之低收入老人重病住院看護費，每人每日最高補助1,800元，每年最高補助21萬6千元。

六、相關機關對於照顧服務之措施及其執行情形：

(一)衛生署部分：

1、對於失智老人之照護：

- (1)教育宣導：自93年起，衛生署補助辦理「國際失智症日全國宣導活動」，製作宣導短片及廣播帶、講座等，使民眾正確認識失智症患者，達到「早期發現，早期治療」之目的。
- (2)建立家庭照顧者支持體系：為緩解家庭照顧者之身心壓力與經濟負擔，使失智症患者在家中獲得妥適照顧，衛生署爰推動暫托（喘息）服務，並補助辦理「失智症家屬教育支持講座」，俾有助於改善失智症患者及其家屬之生活品質。
- (3)培訓失智症優質專業照護人力：自93年起，衛生署補助辦理「失智症之照護專案核心課程」、「失智症激躁行為照護工作坊」、「以失智症患者及家屬為中心之護理研討會」及「長期照護數位教育課程」等，針對長期照護機構及各醫院之醫師、護理、社工、心理師、職能治療師等相關專業人員，進行培訓，期

逐年培訓足夠優質專業照護人員，提升其有關失智症照護之專業知能。

- (4) 增加收容失智症老人機構：自94年起，衛生署補助21家護理之家功能改造，建置失智床位。截至98年9月底，全國365家護理之家皆提供失智症照護。
- (5) 辦理失智症照護之科技研究計畫：98年度衛生署委託辦理「失智症患者與其家屬之整合型長期照顧服務模式研究」，透過小型實驗性計畫，試辦依失智症個案與家庭照顧者需求，介入不同之整合性照顧服務模式，以建置適用於台灣本土失智個案之整合式長期照顧服務模式品質監測指標與其機制，期以跨專業團隊模式，提供整合照顧服務資源，未來將依研究成果及其所提政策建言，作為規劃失智症照護政策之參考。
- (6) 推動失智症國際衛生業務：97年度衛生署補助辦理「國際阿茲海默協會第十一屆亞太地區會議」，美國等18個國家/地區代表與會，參與人數達650人。另該署辦理「2008第二屆亞洲抗失智症學會-失智在亞洲」國際會議，美國等14個國家/地區代表與會，參與人數達305人，期增進國內外失智症專家之學術交流與研究合作，提升失智症之診斷及治療水準，並與國際衛生接軌。

2、對於多重慢性病老人之照護：

- (1) 試辦「多重慢性病整合照護計畫」：依衛生署查復資料顯示，以北部某醫學中心為例，該類病患每人平均罹患之慢性病種類為1.8至3.14種，平均每人就醫科別數為1.65至

3.31科。醫院若能針對前述患者之就醫特性，積極提供整合照護，將能保障病患用藥安全與品質。爰該署自98年12月1起試辦「多重慢性病整合照護計畫」，提升醫療品質與用藥安全，茲將該項計畫內容概述如下：

- 〈1〉該署係鑑於我國老化人口逐年增加，多重慢性病患人數亦隨之升高，在現行醫院專科化之醫療環境下，該類病患常須多次掛號、多次就診及領藥，造成就醫不便及醫療資源浪費，故期提供財務誘因，以引導醫院提供該類病人之整合性照護服務，減輕病人往返醫院奔波時間，並大幅減少重複用藥與檢查等非必要之醫療服務。
- 〈2〉本試辦計畫預計分三個階段逐年漸進達成目標，第一階段為98年至99年底(試辦期)，主要係院內或整合團隊對忠誠病人照護之整合；第二階段為100-101年(推廣期)，主要係跨院間之整合照護；第三階段為102年以後(成熟期)，重點係醫院與基層醫療院所間之垂直整合。
- 〈3〉本計畫試辦初期，為貼近民眾就醫需求，各別醫院可視自身病患之就醫情形，規劃最適合該類患者之整合性醫療服務計畫。健保局各分局自98年10月起於各轄區公開徵求試辦醫院，並依其所規劃之計畫書內容進行審查，經審查通過之醫院將自98年12月起，提供此類患者積極之整合性醫療照護模式。目前已有182家醫院提出申請(醫學中心18家、區域醫院62家、地區醫院102家)，預定照護人數約60萬人。

〈4〉該署所屬醫院（排除精神療養院、澎湖醫院、台東醫院及胸腔病院外）均配合參與本試辦計畫，目前各院已提計畫送各健保分局進行審查中。未來，該署將視試辦醫院辦理成效，額外提供誘因，以鼓勵醫院積極投入改善病患就醫品質。

(2) 復自98年1月1日起，診所及藥局將用藥資料寫入健保卡（惟藥局部分不加計就醫次數），該資料僅提供醫師診療參考，使民眾最近6次之就醫資料帶著走，以提升就醫安全。如慢性處方箋遺失，不知服用之藥品、老人無法清楚說明所服用及領過之藥物，那些藥係新領、忘記攜帶所服用之藥物或藥袋、昏迷送急診等情，醫師仍可知悉其所用之慢性病用藥、最近用藥。又針對健保卡每月上傳就醫次數逾20次之老人，健保局各分局亦即時予以輔導，以提升其自我健康管理之能力，甚至協助就醫，以減少其門診次數。

3、急性後期照護體系之建置情形：

(1) 目前各界就亞急性（或急性後期）照護評估表之建立、照護內容與給付水準之額度，以及其與長期照護之時程劃分等項，仍有諸多爭議。該署因刻正規劃開辦長期照護保險，故目前健保局暫以明年小規模試辦，評估成效後，將配合長期照護保險時程同步執行。

(2) 另，該署為強化持續性健康照護體系，發展中期照護服務模式¹¹，爰多元推動中期照護

¹¹ 中期照護主要以服務急性疾病出院後之病患，針對具有潛能回復之個案提供充分之治療，以利其回復獨立生活的健康狀況，期藉由中期照護服務，減少病患後續失能而入住機構或是短期內再度入住醫院之機會。

服務試辦計畫，其中鼓勵獨立型護理之家試辦中期照護之創新照護服務模式，拓展獨立型一般護理之家創新服務功能與發展整合連續性照護服務模式，98年8月核定補助7家獨立型護理之家試辦中期照護之創新照護服務模式，提升獨立型一般護理之家服務品質。此外，目前該署屏東醫院及桃園醫院已設立中期照護單位（分別設立60床及15床），截至98年10月底收案達88人次，且於99年度，將再增加兩家所屬醫院設立中期照護單位。

4、機構式照顧服務－護理之家：

(1) 服務對象：

依據護理人員法第14條規定：「為減少醫療資源浪費，因應連續性醫療照護之需求，並發揮護理人員之執業功能，得設置護理機構。」同法第15條規定：「護理機構之服務對象如左：一、罹患慢性病需長期護理之病人。二、出院後需繼續護理之病人。……。」

(2) 收費標準：

依據護理人員法第21條規定：「護理機構之收費標準，由直轄市、縣（市）主管機關核定之。但公立護理機構之收費標準，由該管主管機關分別核定。護理機構不得違反收費標準，超額收費。」至於各縣市護理之家收費標準核定情形，經衛生署調查詳如表18：

(3) 收容情形：

截至98年6月底，363家護理之家占床率約為70至75%之間，平均每萬人口數有9.2床（詳見表19）。依據衛生署表示，各類機構式照顧服務資源之問題並非數量不足，乃

係服務品質、價格與民眾接受度。

表18. 各縣市護理之家收費標準核定情形 (單位：元)

收費情形 縣市別	是否核定收費標準	收費標準	調查機構實際收費情形	
			每月照護費用 (平均)	材料費或其他費用
台北縣	是(縣立醫院附設護理機構)	月托費:以單人房4萬5千元、雙人房4萬元、多人房3萬5千元為上限。	多人房:3萬5千(無單、雙人房)	依實際照護情形另計
	無(私立護理機構)		單人房:57,500 雙人房:39,500 多人房:33,000	依實際照護情形另計,另蒐集9家機構中有4家列入收費標準。
台北市	是(市立醫院附設護理機構)	3萬6千-6萬	44,359	14家依實際照護情形另計
基隆市	否		2萬8千	5家依實際照護情形另計,3家已列入收費標準中
桃園縣	否	刻正訂定中	30,243	23家
新竹縣	是	1萬9千-6萬	2萬6千-3萬8千	7家列入收費標準
新竹市	是	2萬-4萬2千	1萬7千-3萬8千	2家列入收費標準
苗栗縣	是	2萬-4萬	26,971	8家依實際照護情形另計
台中縣	是	2萬5千-4萬5千	29,720	18家依實際照護情形另計,6家已列入收費標準中
台中市	是	2萬~4萬5千	26,362	10家依實際照護情形另計,4家已列入收費標準中,6家部分另計、部份列入收費標準
南投縣	是	2萬5千-4萬	22,038	12家不包含材料費另計,1家包含材料費另計
彰化縣	是	2萬5千-4萬5千	22,167	19家依實際照護情形另計,3家已列入收費標準中
雲林縣	是	2萬5千-4萬5千	2萬5千-3萬5千	11家依實際照護情形另計
嘉義縣	是	2萬-4萬5千	2萬2千	7家依實際照護情形另計
嘉義市	是	2萬4千-38,500	2萬4千-38,500	依實際照護情形另計
台南縣	是	2萬1千-3萬8千	19,946	16家依實際照護情形另計,12家已列入收費標準
台南市	是	2萬-4萬5千	1萬8千-2萬5千	15家依實際照護情形另計
高雄縣	否		21,500	27家依實際照護情形另計
高雄市	否	最低:1萬5千 最高:4萬2千	1萬8千-3萬	12家依實際照護情形另計,22家已列入收費標準
屏東縣	否		2萬2千	15家依實際照護情形另計
宜蘭縣	否		23,686	7家依實際照護情形另計
花蓮縣	是	2萬5千-4萬5千	1萬6千-36,500	4家依實際照護情形另計
台東縣	是	2萬5千-4萬5千	2萬-2萬8千	4家依實際照護情形另計
澎湖縣	是	2萬3千-4萬	2萬5千	2家均按實計價

資料來源：行政院衛生署98年7月22日書面說明資料。

表19. 台閩地區護理之家數量及病床數統計資料
(單位：家：床；%)

縣市別	病 床 種 類			
	護理之家床			日間照護 服務量
	許可數	開放數	占床率	
臺北市	1,295	987	85.6	0
高雄市	1,767	1,669	70.8	25
基隆市	395	363	78.6	10
新竹市	246	236	66.9	0
台中市	1,914	1,600	66.8	60
嘉義市	1,212	1,151	78.5	20
台南市	938	742	85.7	20
臺北縣	2,295	2,110	48.7	20
桃園縣	2,278	1,450	53.3	46
新竹縣	793	609	63.5	0
苗栗縣	521	474	92.1	0
臺中縣	1,513	1,453	73.4	95
彰化縣	2,002	1,585	78.1	15
南投縣	998	983	72.2	0
雲林縣	706	606	54.8	31
嘉義縣	626	626	64.5	28
台南縣	1,702	1,519	68.4	0
高雄縣	1,687	1,412	57.7	0
屏東縣	792	673	49.7	0
宜蘭縣	451	381	96.5	0
花蓮縣	271	205	77.0	0
台東縣	291	290	68.3	0
澎湖縣	84	84	92.8	0
金門縣	0	0	0.0	0
連江縣	0	0	0.0	0
總計	24,777	21,208	-	370

資料來源：行政院衛生署98年7月22日書面說明資料。

(4) 督考機制：

依據護理人員法第23條之1規定：中央主管機關應視需要，辦理護理機構評鑑；直轄市、縣(市)主管機關對轄區內護理機構業務，應定期督導考核。另護理人員法施行

細則第21條規定，直轄市或縣（市）主管機關應對轄區內護理機構辦理業務督導考核，每年至少1次。爰此，全國居家護理機構及護理之家每年需接受所在地之縣（市）政府督導考核。另該署於98年度首次辦理評鑑一般護理之家，全面性普查與輔導全國護理之家，以提昇其照護品質。至97年度各地方政府督考辦理結果詳如表20。

表20. 各地方政府對轄區內護理機構之督考結果

縣市別	督導考核評分結果	
	通過(家數)	須追蹤(家數)
台北市	14	0
高雄市	35	0
基隆市	4	4
新竹市	6	0
台中市	18	1
台南市	12	0
嘉義市	11	0
台北縣	22	9
桃園縣	21	0
新竹縣	7	0
宜蘭縣	7	0
苗栗縣	8	0
台中縣	24	0
彰化縣	21	0
南投縣	13	0
雲林縣	10	1
嘉義縣	7	1
台南縣	27	0
高雄縣	26	0
屏東縣	15	0
澎湖縣	2	0
花蓮縣	1	3
台東縣	3	1
總計	314	20

資料來源：行政院衛生署98年7月22日書面說明資料。

(二)內政部分：

1、老人關懷訪視與陪伴服務：

為加強對老人關懷訪視與陪伴服務，內政部業結合各地方政府及民間單位推動辦理社區照顧關懷據點、獨居老人關懷或問安、失能老人居家服務、中低收入老人營養餐飲服務等，茲說明如下：

- (1)建立社區照顧關懷據點：為促進社區老人身心健康，落實在地老化及社區營造精神，行政院於94年5月18日核定通過「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，結合有意願之社會團體參與設置社區照顧關懷據點，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，以延緩長者老化速度，發揮社區自助互助照顧功能。截至目前，各縣市共計設置1,518個社區照顧關懷據點。
- (2)獨居老人關懷或問安：97年度列冊需關懷之獨居老人計4萬8,756位，為減少長者獨居之寂寞與孤單感，增強社會支持系統，各地方政府結合民間單位、志工、社區資源及社會役人力等，加強提供獨居長者關懷與協助¹²。
- (3)失能老人居家服務：為滿足失能老人居家安養之需求，減輕家庭照顧負擔，該部自91年6月1日起將居家服務補助對象擴大到一般戶，93年7月1日起更增列「極重度失能者」補助標準。本項服務措施自97年度起，已納入我國長期照顧服務十年計畫辦理。
- (4)中低收入老人營養餐飲服務：國民平均餘命

¹² 97年度提供電話問安64萬2,924人次、關懷訪視74萬630人次、陪同就醫3萬9,110人次。

不斷延長，生活自理能力隨年齡增長或受健康影響而退損，故須提供營養餐食，以減少老人炊食之危險及購物之不便。各地方政府最高補助低收入戶及中低收入失能老人每人每餐50元，由服務提供單位送餐到家，除解決老人炊食問題外，亦使老人與社會接觸，獲得情緒支持。本項服務措施自97年度起，已納入我國長期照顧服務十年計畫辦理。

2、中低收入老人特別照顧津貼：

(1)發給對象：針對領有中低收入老人生活津貼且未接受機構收容安置、居家服務、未僱用看護（傭）、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助者，其失能程度經直轄市、縣(市)主管機關指定或委託之評估單位（人員）作日常生活活動功能量表評估為重度以上，且實際由家人照顧者，補助家庭照顧者特別照顧津貼每月5千元，以彌補因照顧家中老人而喪失經濟來源。

(2)執行情形：中低收入老人特別照顧津貼自90年度起由行政院改列設算地方政府定額社會福利經費或一般性補助款辦理。為加強地方政府辦理本項津貼發放業務，除於98年6月12日函請各地方政府加強宣導外，並實地至地方政府查核該項津貼辦理情形。97年各地方政府發給中低收入老人特別照顧津貼計6,519人次，累計發放3千1百餘萬元，平均每月發給人數約530人（詳見表21）。

(3)督考機制：該部歷來對各地方政府辦理社會福利績效考核時，皆將「中低收入老人特別照顧津貼」辦理情形列為考核項目之一。以

98年考核96及97年度執行情形為例，該項目考核指標分為：法規訂定情形、經費編列與執行情形、督導訪查機制等三項，其中督導訪查機制又分為：督導情形、定期訪視評量、定期複評失能程度等三項。

表21. 97年中低收入老人特別照顧津貼發給情形

縣市別	累計 請領人次	累計發放金額(元)	
		每人每月	總計
合計	6,519	5,000	31,767,000
臺北縣	604	5,000	3,020,000
宜蘭縣	64	5,000	320,000
桃園縣	208	5,000	1,040,000
新竹縣	60	5,000	300,000
苗栗縣	41	5,000	205,000
臺中縣	288	5,000	1,440,000
彰化縣	97	5,000	485,000
南投縣	663	5,000	3,315,000
雲林縣	650	5,000	3,250,000
嘉義縣	267	5,000	1,335,000
臺南縣	406	5,000	2,030,000
高雄縣	409	3,000	1,227,000
屏東縣	96	5,000	480,000
臺東縣	117	5,000	585,000
花蓮縣	295	5,000	1,475,000
澎湖縣	193	5,000	965,000
基隆市	28	5,000	140,000
新竹市	36	5,000	180,000
臺中市	185	5,000	925,000
嘉義市	169	5,000	835,000
臺南市	67	5,000	335,000
臺北市	548	5,000	2,740,000
高雄市	1,001	5,000	5,005,000
金門縣	27	5,000	135,000
連江縣	----	5,000	----

資料來源：內政部依據各地方政府所填列之報表彙製。

附註：除高雄縣發給3千元外，其餘均發給5千元。

3、對於失智老人之照顧：

<1>加強教育宣導：內政部已結合民間單位製作「失智症老人照顧教育錄影帶」、「我會永遠記得你--認識失智症」等教育宣導光碟及問答手冊等，並補助民間團體辦理失智症照顧培訓方案、失智症老人各類宣導活動等。教育部並將老人長期照顧議題納入學校教育及社會教育課程規劃中，增進社會大眾對失智症之認識，以達到及早發現、及早治療之目的。

<2>建立家庭照顧者支持體系：

A、為緩解家庭照顧者之身心壓力與經濟負擔，使失智症患者在家中能獲得妥適照顧，內政部除推動暫托（喘息）服務外，並成立照顧者支持團體，以提升家屬之照護能力，並給予精神上支持。

B、針對中低收入老人未接受收容安置且其失能（含失智症）程度經評估為重度以上，實際由家人照顧者，照顧者得申請發給特別照顧津貼。

C、為保障失智症老人使用居家服務之權益，內政部自 91 年起，即以醫療單位所提供臨床失智量表（Clinical Dementia Rating, CDR）評估分數，作為界定失智症老人日常生活功能失能程度之依據，按照老人失能程度核定不同補助時數。居家服務提供單位則按老人需求，提供所需服務項目，使失智症老人享有居家式服務。

<3>內政部與衛生署於 89 至 92 年共同規劃辦

理「建構長期照護體系先導計畫」，將失智症日間照護中心納為實驗項目之一。近年來地方政府、民間團體、醫院、老人福利機構先後成立失智症日間照顧(護)中心。

<4>由於失智症老人一旦進入中重度失能階段，其身體及認知功能退化情形較為嚴重，專業及實務界皆認為由住宿型機構提供照顧為妥。爰內政部所屬老人福利機構設置失智照顧床位，計北區老人之家12床及南區老人之家32床，該部未來將持續輔導及補助民間單位設立失智照顧型機構(或床位)。另該部於96年3月函頒「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」，試辦期間為96年1月1日起至98年12月31日止，鼓勵及輔導財團法人老人福利機構利用現有空間增設失智症老人照顧專區，並得申請該部補助修繕、設施設備及服務等費用，目前台北縣私立翠柏新村老人安養中心參與設置失智症專區1個照顧單元、9個床位(目前尚未收容)。

<5>嗣內政部為加強失智症老人照顧服務，於96年7月2日函頒「失智症老人團體家屋試辦計畫」，試辦期間為96年7月1日起至98年12月31日止¹³。目前提出申請計畫並業經審查通過者包括：財團法人台北市中國基督教靈糧堂世界佈道會士林靈糧堂、財

¹³ 該試辦計畫係輔導並補助有意願營運之民間單位或老人福利機構成立團體家屋，以提供失智症老人一種小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化之服務模式，滿足失智症老人之多元照顧服務需求，並提高其自主能力與生活品質。亦即提供失智症老人「家」之居住環境、滿足失智老人之生理需求、引導失智老人角色功能之展現、維持失智老人人際社交互動、發展失智老人與社區互動交流。

團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會、社團法人台中市社會關懷服務協會及財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會。上述單位各成立2個照顧單元，每個照顧單元服務8位失智症老人，可照顧64名個案。財團法人台北市中國基督教靈糧堂世界佈道會士林靈糧堂、財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會、財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會已完成籌設，目前服務人數計21人。

<6>未來內政部將依我國長期照顧服務十年計畫之規劃，預計自96年起5年內達成每一縣市至少有一個單位提供失智老人日間照顧服務之目標。截至97年底止，臺北市、高雄市、台北縣、嘉義市等4個縣市設有失智症老人日間照顧中心。另行政院經建會業就長期照護保險制度進行規劃分析，通盤考量長期照顧保險之財務規劃、資源布建、審慎建置完善之長期照顧制度，有關失智症照顧議題亦納入規劃考量。

4、機構式照顧服務：

(1)服務對象：

依據老人福利機構設立標準第2條規定：「本法所定老人福利機構，分類如下：一、長期照顧機構：分為下列三種類型：(一)長期照護型：以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。(二)養護型：以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照

顧對象。(三)失智照顧型：以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。二、安養機構：以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。三、其他老人福利機構：提供老人其他福利服務。」

(2)收費標準：

各縣市老人福利機構收費標準，在安養床位部分因地點、設備及單人房或雙人房差異而有不同收費標準；在養護及長期照護床位部分，亦因個案身體狀況及須照護情況之差異而有不同收費標準，是以大都由機構依市場機制，並參照個案身體狀況及機構所提供之設施設備及服務內容而定，並報由當地主管機關核定。內政部於98年2月調查老人福利機構收費情形詳如表22：

表22. 老人福利機構平均收費概況 (單位：元)

區域	安養機構	養護機構	長期照護機構
北區	14,500-25,000	28,000-35,000	30,000-35,000
中區	12,000-16,000	19,000-28,000	25,000-29,000
南區	4,800-12,700	16,000-25,000	25,000-33,000
東區	12,000-15,000	17,000-26,000	20,000-24,000

資料來源：內政部98年9月18日書面說明資料。

(3)收容情形：

<1>依據內政部表示，按89年行政院主計處戶口普查所作全國老人失能比率9.7%，以及85年衛生署科技顧問會議推估機構式需求為失能人口3成之原則為準，以98年6月底老人人口數242萬6,251人推估，需要機構照

顧之老人約為7萬0,604人。97年底全國老人福利機構計1,056家、可供進住5萬3,945人，實際進住38,568人，使用率為71.5%（詳見表23）。目前老人福利機構床位數，再包括護理之家及榮民之家，尚足以因應需求。

表23. 老人長期照顧及安養機構數（單位：家；人；%）

機構類別	機構數	可供進住人數	實際進住人數	使用率
長期照顧機構	1,000	43,276	31,596	73.01
長期照護型	51	2,675	1,654	61.83
養護型	949	40,601	29,942	73.75
安養機構	42	9,465	6,510	68.78
社區安養堂	9	344	75	21.80
老人公寓	5	860	387	45.00
總計	1,056	53,945	38,568	71.50

資料來源：內政統計通報，內政部內政統計資訊服務網。上網日期：98年12月8日，檢自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9811.doc>。

〈2〉內政部為落實在地化、社區化之政策，未來將評估各縣市現有機構床位設置狀況及其需求，優先補助資源不足之縣市設立老人福利機構，對於資源不虞匱乏之地區，以提升機構式服務品質為重點工作。

(4) 督考機制：

內政部針對公私立老人福利機構，每3年辦理評鑑，而評鑑列為優等及甲等之機構，得優先接受政府補助或委辦業務；評鑑成績為丙等及丁等者，由主管機關定期輔導改善，並得停止政府委辦業務或補助，至其改善為止，藉此督促機構之服務品質。此

外，該部責成地方政府每季辦理未立案機構之查核及輔導工作，並將機構評鑑成績及未立案機構之資訊均公布於該部網站，提供民眾查詢服務，以保障老人就養權益。

(5) 長期照護型機構與護理之家的異同：

<1> 長期照護型機構與護理之家之服務對象不同，前者係以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之年滿60歲以上老人為照顧對象，後者則以罹患慢性病需長期護理之病人、出院後需繼續護理之病人為主，並無年齡限制。兩者分由內政部及衛生署為中央主管機關。

<2> 行政院組織法草案刻送立法院審議中，該草案規劃將衛生署之衛生業務與內政部之社會福利業務予以整併，成立「衛生福利部」。未來內政部主管之老人福利機構與衛生署主管之護理之家的業務整合，將考量各類型機構既有之專業、資源、所在區域，以及個案實際需求等因素，加以分工與合作，以建構長期照顧之連續服務輸送體系。

(三) 原民會部分：

1、原住民老人現況概述：

(1) 人口老化及家庭結構變化情形：

<1> 原住民人口數由89年之408,030人到97年之494,107人，占台灣總人口之比率由1.8%上升為2.1%，近10年來原住民人口成長14.7%。97年原住民老化指數為25.7%，雖未及臺灣人口老化指數58.1%之半數，惟有逐年上升現象。

<2> 復以不同行政地區來看，97年4月人口資

料計算，山地原住民鄉老化指數為35.4%，平地原住民鄉老化指數50.3%，都會原住民區老化指數則為5.8%。都會區老人及老化情形明顯較低，由於經濟產業結構與就業市場需求之改變，原住民中青壯人口大量外流，原住民老人留在原鄉，導致原住民地區老人比率及老化情形相對提升。換言之，平地鄉原住民平均每2名工作人口就得扶養一位老人，山地鄉原住民平均每2.8名工作人口扶養一位老人，都會區原住民則平均每18名工作人口扶養一位老人。惟分析97年度9月原住民老化指數，由高而低依序為臺東縣、花蓮縣、屏東縣、嘉義縣、苗栗縣、南投縣、宜蘭縣、高雄縣、新竹縣、臺北市、臺中縣、桃園縣、高雄市、臺北縣。其中以台東縣57.5%、花蓮縣45.3%、屏東縣42.9%等三個縣市原住民老化指較高。

- <3>檢視89至97年間各原住民縣市及北、高二市原住民老化指數之成長率，由高而低依序為：臺北市51.0%、高雄市46.5%、臺北縣41.6%、花蓮縣25.4%、臺東縣23.8%、桃園縣23.5%、臺中縣21.0%、高雄縣18.6%、屏東縣15.8%、新竹縣11.7%、宜蘭縣9.9%、嘉義縣3.2%、南投縣1.1%、苗栗縣1.6%。
- <4>原住民家庭結構狀況，91至95年間，原住民經濟戶長性別，仍以男性居多(54.3%)，其戶數成長26.5%，成長率為一般民眾4倍。91至95年間原住民戶內平均人口數，由4.5人降為4.2人，但仍高於我國家庭平

均3.4人。原住民家戶人口數愈多之家庭，低於貧窮線以下之比例也愈高，戶內8-9人以上之家庭，逾8成低於貧窮線。

(2) 原住民老人照顧服務需求：

依據研究顯示，基本上，老人問題分為經濟、健康醫療及生活照顧等三個層面，其中以生活照顧最為棘手難解。尤其地處偏遠山區、經濟落後之山地鄉，許多原住民青年為尋求工作機會，紛紛移往都市謀生，傳統部落逐漸瓦解，不僅造成老人地位式微，家庭負擔照顧老人之功能亦受衝擊。依據相關學者研究指出，相當多原住民獨居老人靠自己照顧自己，惟隨著老人身體功能之自然退化，這些獨居老人日後照顧問題值得注意。

2、因應對策及照顧服務：

為因應原住民老人之照顧服務需求，行政院原民會提供下列福利措施：

(1) 補助辦理原住民族地區老人居家送餐服務及養護服務計畫：

<1> 為因應部落特殊環境之需求，該會透過「行政院原住民族委員會推展原住民社會福利補助要點」，補助原住民老人居家及營養餐飲服務，其對象為年滿65歲獨居且因身心受損致日常生活功能需他人協助之低收入、中低收入戶老人(一般對象)，以及60歲以上獨居之低收入、中低收入戶或領有中度以上身心障礙手冊之日常生活無法自理需他人協助者。另該要點亦補助低收入或中低收入戶且年滿60歲以上之原住民，安置於養護機構及長期照護機構之養

護服務費用（扣除養護服務對象領得政府之生活補助及津貼，其應自行負擔部分，最高補助百分之八十，但每月補助經費最高以一萬元為限）。

<2>嗣行政院於96年4月3日核定「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，整合中央各部會之照顧服務體系，回歸由內政部及衛生署行政體系主導，建立政府部門之協同合作機制。行政院業於96年4月17日設置長期照顧推動小組，原民會列為「行政院長期照顧制度推動小組」委員之一，對原住民族地區之照顧服務需求有協商管道。

<3>之後該會經檢討獎勵民間團體辦理原住民族地區居家服務及送餐服務計畫，存在缺乏專業評估單位評估與審查機制；該會人力及專業不足，無法實地進行評鑑與監督；與社政單位補助項目重疊，易造成地方社政單位忽略原住民族地區之居家服務及送餐服務個案需求等困境，故將原住民族地區居家服務及送餐服務機制回歸我國長期照顧十年計畫之照顧服務體系，停止補助民間團體辦理原住民族地區居家服務及送餐服務計畫。該會業於96年6月12日召開研商「建構部落長期照顧資源網絡」會議，並邀請內政部、衛生署及地方政府（社會局、原住民行政局）與會，並於會議中傳達該會未來將以預防性之照顧服務，推動部落老人日間關懷站為主。爰該會於96年9月12日刪除「原住民老人與身心障礙者

居家照顧及送餐服務之補助項目」。

(2) 提供原住民部落老人日間關懷站：

- <1> 鑑於部落老年人口數逐漸增加、原住民青年大量外移，部落家庭照顧功能不足及部落互助模式式微，原住民老人亟需政府與部落在地組織提供部落化之照顧服務，該會爰於95年8月8日訂頒「推展原住民部落老人日間關懷站實施計畫」，結合部落宗教組織之人力、物力等資源，辦理部落老人日間關懷站，尤其針對偏遠地區、福利資源缺乏且不易取得照顧服務資源之部落為優先補助對象，以提供原住民族老人預防性、關懷性及連續性之照顧服務。98年度亦開始結合民間醫事團體及醫院之資源，參與部落關懷服務工作，從各部落老人日間關懷站出發，建構有利於原住民老人健康、安全及終身學習之友善環境，並整合政府與民間力量，推動預防照顧服務
- <2> 95年度開辦迄今，該會已設置74處關懷站（95年設置40站、96年度設置44站、97年度設置59站、98年度迄今設置74站），可提供電話問安及關懷訪視、生活諮詢與照顧服務轉介、餐飲服務、心靈與文化、健康促進等活動，以強化原住民族部落老人照顧服務與支持系統。

(3) 辦理相關統計及分析報告：

- <1> 完成97年度原住民老人人口統計、96年度身心障礙者統計、97年度居家照護服務員及90-96年原住民族社會人口及健康狀況等統計資料。

- <2>擬撰「原住民長期照護需求及現況專案報告」及「原住民族長期照護保險制度規劃初評報告」，並送行政院、經建會、衛生署參用。
- <3>辦理原住民族群長期照護保險制度規劃業務，於98年7-8月分別在北區、中區、南區、花蓮地區及台東地區辦理「全國長期照護保險制度與原住民族權益溝通座談會」，並彙整會議意見、製作實錄及問卷，俾作為行政院規劃長期照護保險之參照，並於參與長期照護推動小組及相關業務聯繫會議時，爭取原住民長期照護福利。

(四)農委會部分：

1、農漁民老化概述：

- (1)依據行政院主計處89年及94年農林漁牧業普查調查報告顯示，89年全國農牧漁總人口為3,116,072人，農牧戶內高齡者有573,848人，約占農牧戶總人口之19.6%，獨資漁戶內高齡者有29,789人，約占獨資漁戶內總人口15.9%，均相較全國高齡者比率8.6%為高。94年全國農牧漁總人口為3,003,774人，較89年減少112,298人，主要分佈於農牧戶之64歲以下及獨資漁戶。換言之，僅農牧戶內高齡者人數增加，其餘年齡層之人口皆降低。94年農牧戶內高齡者有633,201人，約占農牧戶總人口之22.3%，獨資漁戶內高齡者有29,186人，約占獨資漁戶內總人口之18.1%，均亦較全國高齡者9.7%為高。94年全國高齡者比89年上升1.1%，惟農牧戶高齡者上升2.7%，獨資漁戶高齡者上升2.2%，顯示農牧

漁戶內高齡者老化趨勢較為嚴重。

(2)復以工作指揮者之年齡觀之，89年農牧漁戶指揮者計有774,157人，農牧戶指揮者平均年齡為58.6歲，其中專業農牧戶平均年齡為63.4歲，兼業農牧戶為57.5歲；獨資漁戶指揮者平均年齡為54.6歲，其中專業漁戶平均年齡為54.6歲，兼業漁戶平均年齡為54.7歲。94年農牧漁戶指揮者計有818,412人，農牧戶指揮者平均年齡為61.2歲，其中專業農牧戶平均年齡為66.2歲，兼業農牧戶平均年齡為59.8歲；獨資漁戶指揮者平均年齡為57.1歲，其中專業漁戶平均年齡為57.9歲，兼業漁戶平均年齡為56.8歲。89年與94年農牧戶指揮者平均年齡增加2.6歲，其中專業農牧戶增加2.8歲，兼業農牧戶增加2.3歲，獨資漁戶指揮者平均年齡增加2.5歲，又專業漁戶增加3.3歲，兼業漁戶增加2.1歲。以上顯示，89年至94年間隔6年農牧漁戶指揮者平均年齡增加2.5-2.6歲，專業農牧漁戶指揮者高齡化情形比兼業者嚴重，約增加0.5-0.8歲。

2、因應對策及照顧服務：

為因應農漁民老人之照顧服務需求，行政院農委會提供下列措施：

(1)農村老年農民生活輔導：自81年於「農村生活改善計畫」項下，成立「高齡者生活輔導」工作項目，輔導農會結合當地醫療保健資源，透過推廣組織落實預防醫學之理念與作法，將高齡者組成「高齡者生活改善班」，規劃營養保健、休閒育樂、生活調適與健康老化等課程，推動初、次級預防工作，強化

農家自我健康管理能力，以減少失能之發生。另建立農村社區生活服務中心，透過農會陸續設置26處服務中心並培訓志工，隨時提供高齡者相關資訊、諮詢、照護及轉介服務，協調衛生、醫療單位等在地資源，建構農村地區照護網絡。

(2) 推動退休老農生活輔導：

- <1> 退休老農生活輔導：輔導宜蘭縣三星鄉、苗栗縣後龍鎮、嘉義縣義竹鄉、雲林縣四湖鄉及水林鄉、花蓮縣壽豐鄉等6個鄉鎮地區農會，示範辦理家人關係與健康、理財規劃、居住安全等符合退休老農生活需求之活動，已完成10次主題活動，並紀錄輔導過程，做為日後擴大推廣使用。
- <2> 退休老農人力再利用與經驗傳承：聘請專家輔導退休老農參與農業技術諮詢指導、農業技藝與經營傳承，以及講述傳統農村文化故事等活動，並協助成立「老圃傳承隊」，紀錄退休老農特殊專才，成為農村生活或農業技術傳承之人力資源。
- <3> 退休老農居家生活安全環境改善：透過實地訪視與溝通，遴選宜蘭縣三星鄉、雲林縣四湖鄉及水林鄉、花蓮縣壽豐鄉等4處示範區，並選出12家示範戶，完成其居住環境現況調查，並與退休老農進行示範案例之改善工程需求評估、提案與施工。
- <4> 照顧高齡漁民：源自80年「農漁村生活改善計畫」，透過家政班推廣計畫將高齡者組成自主性之互助高齡班，以提供營養保健、休閒育樂、生活調適與經驗傳承等課

程與活動。

(五)我國長期照顧十年計畫執行情形：

1、背景說明：為因應高齡與失能人口成長帶來長期照顧需求之增加，行政院於96年4月3日核定「我國長期照顧十年計畫～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，針對日常生活需他人協助之失能民眾，以服務提供（實物給付）為主、補助服務使用者為原則，並依失能者家庭經濟狀況，提供不同比率之補助。

2、服務對象：

(1)經日常生活活動功能(ADL)或工具性日常生活活動功能(IADL)¹⁴評估，日常生活需他人協助之失能者，包含：65歲以上老人；55歲以上山地原住民；50歲以上之身心障礙者；僅IADL失能且獨居之老人。

(2)失能程度界定為三級：輕度失能(1至2項ADLs失能者，以及僅IADL失能且獨居老人)；中度失能(3至4項ADLs失能者)；重度失能(5項【含】以上ADLs失能者)。

3、服務原則：

(1)以服務提供（實物給付）為主，以補助服務使用者為原則。

(2)依失能者家庭經濟狀況，提供提供不同比率之補助：<1>家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用1.5倍者，政府全額補助。<2>家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用1.5倍至2.5倍者，政府補助90

¹⁴ ADL評定指標為洗澡，穿衣，梳洗，行走，上廁所，以及進食等6種日常生活能力；IADL評定指標為使用電話的能力、上街購物、食物烹調、家務維持、洗衣服、外出、服用藥物、處理財務的能力等8種工具性日常生活能力。

％，民眾自行負擔10％。〈3〉一般戶，政府補助60％，民眾自行負擔40％。〈4〉超過政府補助額度者，由民眾全額自行負擔（補助內容詳見表24）。

表24．我國長期照顧十年計畫補助內容

服務項目	主責機關	補助內容
照顧服務（包含：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務）	內政部	*依個案失能程度補助服務時數： 1、輕度：每月補助上限最高25小時； <u>僅IADL失能且獨居之老人</u> ，比照此標準辦理。 2、中度：每月補助上限最高50小時。 3、重度：每月補助上限最高90小時。 *補助經費：每小時以180元計（隨物價指數調整）。
居家護理	衛生署	除現行全民健保每月給付2次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加2次。補助居家護理師訪視費用，每次以1,300元計。
社區及居家復健	衛生署	針對無法透過交通接送使用健保復健資源者，提供本項服務。每次訪視費用以1,000元計，每人最多每星期1次。
輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	內政部	每10年內以補助10萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。
老人餐飲服務	內政部	服務對象為低收入戶、中低收入失能老人（含僅IADL失能且獨居老人）；每人每日最高補助一餐，每餐以50元計。
喘息服務	衛生署	1、輕度及中度失能者：每年最高補助14天。 2、重度失能者：每年最高補助21天。 3、補助受照顧者每日照顧費以1千元計。 4、可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 5、機構喘息服務另補助交通費每趟1千元，一年至多4趟。
交通接送服務	內政部	補助 <u>重度失能者</u> 使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助4次（來回8趟），每趟以190元計。
長期照顧機構服務	內政部	1、家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費1.5倍之 <u>重度失能老人</u> ，由政府全額補助。 2、家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費1.5倍之 <u>中度失能老人</u> ，經評估確有進住之必要，亦得專案補助。 3、每人每月最高以18,600元計。

資料來源：行政衛生署

4、管理制度：

- (1) 執行單位：基於照顧管理之權責涉及政府資源之管理與配置，爰由地方政府設置長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）擔任長期照顧管理制度之執行單位，以提供失能者及其家庭之單一窗口整合服務。又為利照管中心穩健運作，由衛生署統籌編列專款，補助地方政府進用照顧管理專員、照顧管理督導等人力，以及充實辦公設備業務費用。
- (2) 長期照顧服務需求評估機制：地方政府照管中心核心任務包括：需求評估、擬訂照顧計畫、核定補助額度、連結照顧資源安排照顧服務、持續追蹤個案狀況並監督服務品質、定期複評等。又照管中心服務流程，係依行政院長期照顧制度推動小組96年7月26日決議通過之「長期照顧服務流程圖」辦理。
- (3) 照顧管理專員及督導之進用資格：依據96年11月15日行政院長期照顧制度推動小組第3次委員會議決議，有關照顧管理專員及督導之進用資格如下：
 - <1> 照顧管理專員：長期照顧相關之大學畢業生，包括：社工師、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師或公共衛生碩士等長期照顧相關專業人員，且有2年以上相關照護工作之經驗。
 - <2> 照顧管理督導：<1> 擔任照顧管理專員工作滿二年以上者。<2> 長期照顧相關之大學畢業生，包括：社工師、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師等長期照顧相關專業人員，且具相關照護工作滿4年以上或前述人員相關專業

研究所畢業滿2年以上者。〈3〉公共衛生
碩士畢業具有相關照護工作滿4年以上者。

5、實際執行：

(1)衛生署：該署主責之服務項目及其補助標準，以及民眾負擔費用情形詳見表25。

表25. 衛政三項服務補助標準及民眾負擔費用

1. 居家護理服務						
社會福利身分別	一般戶		中低收入		低收入戶	
費用標準(元)	服務費 1,300		服務費 1,300 交通費 200		服務費 1,300 交通費 200	
分攤比率	政府 60%	民眾 40%	政府 90%	民眾 10%	政府 100%	民眾 0%
每次負擔服務費	780	520	1,170	130	1,300	0
每次負擔交通費	0	核實 支付	180	20	200	0
總計	780	520+ 交通費	1350	150	1,500	0
2. 居家復健服務						
社會福利身分別	一般戶		中低收入		低收入戶	
費用標準(元)	服務費 1,000		服務費 1,000 交通費 200		服務費 1,000 交通費 200	
分攤比率	政府 60%	民眾 40%	政府 90%	民眾 10%	政府 100%	民眾 0%
每次負擔服務費	600	400	900	100	1,000	0
每次負擔交通費	0	核實 支付	180	20	200	0
總計	600	400+ 交通費	1,080	120	1,200	0

3. 喘息服務						
社會福利 身分別	一般戶		中低收入		低收入戶	
居家喘息 費用標準 (元)	服務費 1,000		服務費 1,000		服務費 1,000	
分攤比率	政府 60%	民眾 40%	政府 90%	民眾 10%	政府 100%	民眾 0%
每次負擔 服務費	600	400	900	100	1,000	0
機構喘息 費用標準 (元)	服務費 1,000 交通費 1,000 (一年至多4趟)		服務費 1,000 交通費 1,000 (一年至多4趟)		服務費 1,000 交通費 1,000 (一年至多4趟)	
分攤比率	政府 60%	民眾 40%	政府 90%	民眾 10%	政府 100%	民眾 0%
每次負擔 服務費	600	400	900	100	1,000	0
每次負擔 交通費	600	400	900	100	1,000	0
總計	600	800	1,800	200	2,000	0

< 1 > 照管中心實際運作：

A、人力配置及服務案量：

依據衛生署查復資料顯示，98年6月各縣市照管中心照顧管理專員平均每人服務個案量多逾50案，甚至高達2百餘案(詳見表26)。依據該署表示，文獻查證各國情形，英國長期照顧體系財源係以政府稅收預算支應，故實施密集式照顧管理模式，每位照顧管理者負責60~200位個案。加拿大安大略省之社區照顧中心，每位照顧協調人員負擔120位個案，至於卑詩省(Province of British Columbia)社區健康中心，每位照顧管理者負責約200位個案。建構長期照護體

系先導計畫¹⁵之構想，先以1,000位失能老人設置5位照顧管理者，平均每位照顧管理者負責200位失能老人。

表26. 各縣市照管中心實際人力配置及服務個案量統計

縣市	照顧管理專員 實際配置人數	平均每人 服務個案量
基隆市	4	92
台北市	19	160
台北縣	27	205
桃園縣	15	92
新竹市	6	87
新竹縣	5	44
苗栗縣	7	51
台中市	10	70
台中縣	7	213
南投縣	7	236
彰化縣	16	148
雲林縣	13	136
嘉義市	5	42
嘉義縣	9	110
台南市	7	158
台南縣	14	123
高雄市	13	153
高雄縣	14	143
屏東縣	9	118
宜蘭縣	6	182
花蓮縣	8	157
台東縣	2	83
澎湖縣	4	63
金門縣	1	230
連江縣	2	12

附註：本統計資料時間為98年6月。

¹⁵ 內政部與衛生署於89年推動為期三年之「建構長期照護體系先導計畫」，除研議各項照護模式外，並以實驗社區獲取實務經驗，作為後續政策規劃之重要參考依據。

長期照顧十年計畫依據上述文獻資料，規劃設定每位照顧管理專員合理個案負荷量為200名活動個案，並依此配置各縣市照管中心人力。至於部分縣市照顧管理專員服務案量高達2百餘案，係因照管人員部分資格條件較嚴及偏遠地區專業人力不足，導致聘僱不易且流動率高，該署將檢討各縣市照管人員任用資格，適度調整照管人員資格；調整山地離島地區照管人力配置標準；並加強各縣市照管人員培育並提升訓練效率，充實其專業知能。

B、收案及使用服務情形：

依據衛生署查復資料顯示，97年部分縣市未使用長期照顧服務人數占收案人數之比率偏高，逾50%者包括：新竹縣63.09%、嘉義縣69.71%、臺南縣61.90%、高雄縣81.79%、臺東縣58.47%、基隆市50.96%、新竹市70.10%、臺中市54.84%、嘉義市74.30%、臺南市81.78%、金門縣57.71%（詳見表27）。依據該署表示，民眾未使用服務之主要原因如下：

- a、鑑於97年係各縣市第一年全面推動長期照顧十年計畫，因規定選用內政部之居家服務舊制享有部分免費時數之個案，不得使用長期照顧十年新制各項服務，致影響衛政三項服務使用情形。
- b、各縣市反映民眾抱怨部分負擔過高，

一般戶需自行負擔40%服務費用，降低其用意願。

表27. 97年各縣市照管中心收案及使用服務情形統計 (單位：人)

縣市別	收案 (A)	使用服 務人數	未使用服 務人數 (B)	未使用率 (B/A*100%)
台北縣	1,396	736	660	47.28
宜蘭縣	1,086	653	433	39.87
桃園縣	1,601	1,057	544	33.98
新竹縣	1,639	605	1,034	63.09
苗栗縣	3,529	2,414	1,115	31.60
台中縣	858	653	205	23.89
彰化縣	2,020	1,306	714	35.35
南投縣	798	798	0	-
雲林縣	2,069	1,328	741	35.81
嘉義縣	1,908	578	1,330	69.71
台南縣	2,764	1,053	1,711	61.90
高雄縣	4,614	840	3,774	81.79
屏東縣	1,406	855	551	39.19
台東縣	118	49	69	58.47
花蓮縣	505	505	0	-
澎湖縣	183	153	30	16.39
基隆市	418	205	213	50.96
新竹市	1,204	360	844	70.10
台中市	1,034	467	567	54.04
嘉義市	716	184	532	74.30
台南市	2,454	447	2,007	81.78
台北市	2,137	1,596	541	25.32
高雄市	1,609	1,165	444	27.59
金門縣	376	159	217	57.71
連江縣	2	1	1	50.00
總計	36,444	18,167	18,277	50.15

資料來源：行政院衛生署

<2>部分地方政府放寬補助標準：

依據衛生署查復資料顯示，部分地方政府依據長期照顧十年計畫之補助標準辦理外，並依其財政狀況另放寬部分服務項目之補助標準詳如表28：

<3>衛政三項服務之供給及使用：

A、依據衛生署查復資料顯示，98年6月底各縣市均有居家護理、居家（社區）復健、喘息服務之提供單位，惟各地服務資源多寡不一。復部分縣市實際服務人數遠低於服務目標人數，未達40%者包括：基隆市10.96%、桃園縣11.35%、新竹市13.48%、新竹縣36.08%、苗栗縣12.05%、南投縣2.86%、雲林縣5.61%、嘉義縣34.85%、臺南縣2.44%、屏東縣17.65%、臺東縣0.90%（詳見表29）。

B、依據衛生署表示，前開縣市使用率偏低之原因係：

a、部分縣市照管專員未補足、流動率高，導致評估人力不足，無法有效連結服務資源，增加服務推動困難。

b、一般戶使用長期照顧服務，需自行負擔40%服務費用，地方政府反映民眾抱怨部分負擔過高，因而降低其使用意願。

表28. 地方政府依其財政狀況另放寬部分服務項目之補助標準

服務別 縣市別	居家護理	居家復健	喘息服務
台北縣	--	縣府另補助一般戶30%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔10%，中低收入戶部分負擔0%。	縣府另補助一般戶30%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔10%，中低收入戶部分負擔0%。
宜蘭縣	服務提供單位免收部分負擔	縣府另補助一般戶40%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔及中低收入戶部分負擔皆為0%。	有3家機構喘息服務提供單位免收部分負擔，其他依十年計畫補助標準辦理。
台南縣	--	--	服務提供單位免收交通費，其他依十年計畫補助標準辦理。
屏東縣	服務提供單位免收部分負擔	--	依十年計畫補助標準辦理
花蓮縣	服務提供單位免收部分負擔	--	--
澎湖縣	--	--	服務提供單位免收交通費，其他依十年計畫補助標準辦理。
新竹市	--	--	服務提供單位提供民眾使用機構喘息服務優惠：一般戶400元/日、中低收入戶100元/日。其他依十年計畫補助標準辦理。
台中市	--	--	由市府另補中低收入戶10%，爰中低收入戶部分負擔0%。
嘉義市	市府另補助一般戶30%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔10%，中低收入戶部分負擔0%。	縣府另補助一般戶30%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔10%，中低收入戶部分負擔0%。	縣府全額補助中低收入戶部分負擔，爰中低收入戶部分負擔0%；另補助一般戶使用居家喘息部分負擔4小時100元、8小時200元，爰民眾使用居家喘息服務每4小時自付100元、8小時自付200元。又補助一般戶使用機構喘息每日200元，爰民眾使用機構喘息服務每日自付200元；機構喘息交通費依嘉義市公定價600元，故無自付額。
高雄市	--	縣府另補助一般戶10%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔30%，中低收入戶部分負擔0%。	縣府另補助一般戶10%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔30%，中低收入戶部分負擔0%。
金門縣	縣府另補助一般戶40%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔及中低收入戶部分負擔皆為0%。		
連江縣	--	縣府另補助一般戶40%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔及中低收入戶部分負擔皆為0%。	縣府另補助一般戶40%及中低收入戶10%，爰一般戶部分負擔及中低收入戶部分負擔皆為0%。

附註：「--」係指該項服務係依長期照顧十年計畫補助標準辦理。

資料來源：行政院衛生署

表29. 98年6月底各縣市長期照顧十年計畫衛政三
項服務人數及提供服務單位數統計

項目別 縣市別	居家護理服務 單位數	居家及 社區復 健服務 單位量	喘息服 務單 位量	服務目 標人 數 (A)	實際服 務人 數 (B)	使用率 (B/A* 100%)
基隆市	2	2	3	301	33	11.0%
台北市	9	2	17	639	337	52.7%
台北縣	12	2	9	2,707	1,676	61.9%
桃園縣	14	4	32	749	85	11.4%
新竹市	5	4	6	178	24	13.5%
新竹縣	2	1	4	158	57	36.1%
苗栗縣	5	2	10	556	67	12.1%
台中市	10	2	17	359	495	137.9%
台中縣	10	1	25	475	210	44.2%
南投縣	5	1	5	595	17	2.9%
彰化縣	6	4	12	755	311	41.2%
雲林縣	5	2	5	267	15	5.6%
嘉義市	3	3	6	406	345	85.0%
嘉義縣	19	2	3	373	130	34.9%
台南市	4	1	10	284	205	72.2%
台南縣	6	2	2	1,187	29	2.4%
高雄市	9	2	11	740	608	82.2%
高雄縣	5	1	24	460	311	67.6%
屏東縣	1	1	1	425	75	17.7%
宜蘭縣	17	2	11	460	515	112.0%
花蓮縣	5	7	15	102	290	284.0%
台東縣	21	3	11	666	6	0.9%
澎湖縣	2	1	3	35	19	54.3%
金門縣	1	1	2	75	165	220.0%
連江縣	1	1	2	24	13	54.2%
總計	181	54	235	12,976	5,828	44.9%

資料來源：行政院衛生署

<4>宣導措施：

為建立民眾對長期照顧制度規劃之認識、支持家庭照顧者、建立承擔部分負擔費用之認知、不濫用資源、增進照顧管理制度與資源之認識，以及預防照顧能力之提升等，以建立國人正確使用長期照顧服務之觀念，97年度衛生署辦理長期照顧教育及宣導如下：

- A、97年5月份完成「長期照護-關懷篇」之電視公益廣告托播。
- B、97年5月12～25日於三立台灣台及中視，各播放關懷失智症及關懷長期照顧國、台、客語版電視宣導短片計56檔次；另於好事聯播網及大眾聯播網，播放關懷失智症及關懷長期照顧之國、台語版計124檔。
- C、97年6月30日拍攝完成長期照顧需求評估30秒電視短片，提供相關單位播放。
- D、97年6月商業周刊，登載「長期照顧10年計畫，打造有尊嚴的銀髮生活」及「失能長者若有長期照顧需求，請洽各縣市長期照顧管理中心」等宣導。
- E、製作長期照顧宣導袖珍包面紙，已完成製作4萬包，配合各種活動，分送與會者。
- F、97年補助中華民國家庭照顧者關懷總會印製3,000本家庭照顧者實用手札，提供家庭照顧者、醫療院所、長期照顧管理中心、社會福利團體索取使用。

(2)內政部：

<1>社政服務之供給及使用：

A、服務供給情形：

依據內政部查復資料顯示，98年部分縣市部分社政服務缺乏服務提供單位，且服務資源多寡不一（詳見表30），例舉說明如下：

- a、苗栗縣、嘉義縣、臺南縣、高雄縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等8縣未有日間照顧中心之設立。
- b、僅臺北市、高雄市、臺北縣、臺中縣、彰化縣、屏東縣及嘉義市等7縣市設有失智症老人日間照顧中心。
- c、僅南投縣、高雄縣、臺中市及嘉義市等4縣市提供家庭托顧服務；高雄市、臺南縣、臺東縣、花蓮縣、臺南市及連江縣等6縣市未有交通接送服務。
- d、屏東縣、金門縣及連江縣等3縣未有老人營養餐飲服務。

B、服務使用情形：依據內政部查復資料顯示，97年12月底社政單位主責項目之服務人數合計達3萬884人，其中居家服務人數為22,305人、日間照顧（含失智症老人日間照顧）服務人數為339人、家庭托顧服務人數僅1人、交通接送服務人數為680人、中低收入老人營養餐飲服務人數為5,356人、長期照顧機構服務人數為1,875人（詳見表31）。

表30.98年各縣市長期照顧十年計畫社政服務項目
及其服務供給單位數

服務別 縣市別	居家 服務	日間照 顧中心	失智症老 人日間照 顧中心	家庭 托顧	交通 接送	老人營 養餐飲
臺北市	14	7	1	0	2	51
高雄市	7	2	1	0	0	18
臺北縣	10	1	1	0	2	6
宜蘭縣	4	2	0	0	2	34
桃園縣	4	2	0	0	1	1
新竹縣	4	1	0	0	1	3
苗栗縣	3	0	0	0	10	3
臺中縣	7	5	2	0	1	4
彰化縣	5	3	1	0	6	5
南投縣	9	3	0	1	1	6
雲林縣	5	6	0	0	1	5
嘉義縣	2	0	0	0	2	1
臺南縣	6	0	0	0	0	26
高雄縣	12	0	0	12	1	12
屏東縣	6	3	1	0	3	0
臺東縣	8	0	0	0	0	9
花蓮縣	2	2	0	0	0	3
澎湖縣	1	0	0	0	1	5
基隆市	1	1	0	0	1	1
新竹市	2	1	0	0	2	5
臺中市	7	2	0	2	2	1
嘉義市	3	1	1	1	1	1
臺南市	4	2	0	0	0	4
金門縣	1	0	0	0	1	0
連江縣	1	0	0	0	0	0
總計	128	44	8	16	41	204

資料來源：內政部社會司

表31.97年底各縣市長期照顧十年計畫社政項目之
服務人數 (單位：人)

服務別 縣市別	居家 服務	日間照 顧(含失 智症老 人日照)	家庭 托顧	交通 接送	中低收入 老人營養 餐飲	長期照 顧機構
總計	22,305	339	1	680	5,356	1,875
臺北縣	1,878	28	--	540	77	387
宜蘭縣	559	--	--	--	644	--
桃園縣	1,004	3	--	3	223	13
新竹縣	211	--	--	--	45	--
苗栗縣	775	--	--	--	107	--
臺中縣	843	--	--	--	217	--
彰化縣	2,079	19	--	--	190	--
南投縣	1,460	19	1	89	175	--
雲林縣	1,355	42	--	--	260	99
嘉義縣	731	--	--	13	293	--
臺南縣	943	--	--	--	170	32
高雄縣	2,241	--	--	20	16	30
屏東縣	743	--	--	--	87	--
臺東縣	731	--	--	--	586	--
花蓮縣	1,049	--	--	--	113	--
澎湖縣	421	--	--	--	201	--
基隆市	225	--	--	--	4	--
新竹市	141	18	--	10	84	--
臺中市	939	--	--	--	203	--
嘉義市	292	2	--	5	84	44
臺南市	850	44	--	--	98	--
臺北市	1,339	41	--	--	32	1,091
高雄市	1,382	123	--	--	727	--
金門縣	171	--	--	--	4	--
連江縣	28	--	--	--	13	--

資料來源：內政部社會司

<2>宣導措施：為加強民眾對長期照顧服務之認識，該部於96年及97年度透過電視廣告、廣播、刊登報紙、雜誌等方式，宣導長期照顧服務之服務目標、服務對象、服務項目、補助額度、各縣市長期照顧管理中心聯絡方式等訊息。另該部於97年12月辦理4場次新興服務實施策略研討觀摩會，以協助服務提供單位及各地方政府擴展並建置長期照顧服務資源。

(3)督導及檢討：

<1>為協助各地方政府依我國長期照顧十年計畫內容研擬符合所轄需求之長期照顧整合計畫，內政部邀集家學者及相關部會代表，自96年7月30日起至8月27日止，完成至25縣市政府實地輔導訪視行程，加強建立中央與地方政府協同合作機制，輔導並協助各地方政府掌握長期照顧計畫之精神與內涵，布建妥之照顧服務資源與輸送體系，促進各該轄區民眾使用長期照顧服務之可及性及便利性。97年行政院衛生署亦分別於4月30日、6月10日及11月12日辦理長期照顧服務業務聯繫會議。

<2>復為瞭解各地方政府執行我國長期照顧十年計畫狀況，以及長期照顧管理中心之服務情形，內政部與行政院衛生署於97年8月7日至8月28日，分北、中、南、離島等區域，擇定桃園縣、南投縣、台中縣、台南縣、屏東縣、澎湖縣、台東縣、台北縣等8縣市進行實地訪視。各地方政府業就該府推動長期照顧服務現況、未來規劃方向

等進行報告說明，並就相關問題提出討論。經彙整分析地方政府於各場會議所提問題，主要包括：長期照顧管理中心制度、長期照顧服務項目與價格計算、民眾部分負擔費用及補助比率、補助經費、相關業務執行等五大類，茲將相關問題及當時相關機關之回應意見彙整如表32：

表32. 地方政府對於我國長期照顧十年計畫所提之問題及相關機關回應意見彙整表

問題	回應意見
長期照顧照理中心制度	
<p>照顧管理專員聘任條件嚴格，惟以臨時人員編制進用，福利及待遇均未達到等同標準，造成人力留任不易。建請放寬照顧管理專員有關社會工作背景人員之任用資格；另請考量偏遠地區縣市之人才招聘不易，調整放寬相關資格限制。(台南縣、桃園縣、屏東縣、台北縣、台東縣)</p>	<p>衛生署：97年7月31日照管中心制度建立小組第6次會議已就原先行政院核定之照管人員資格及薪資等有否影響人員進用進行討論並獲致共識，該署將提案至行政院長期照顧相關會議討論與修正。另社工專業者之資格是否一併放寬，亦由內政部錄案研議，將併該署放寬醫事或公共衛生專業資格提案彙整修正。</p> <p>內政部：</p> <p>一、有關建議放寬照顧管理專員(具社工專業)任用資格乙節，涉及照管人員薪資、福利事宜，擬俟衛生署協調行政院人事行政局及主計處獲致初步結論後，併同衛生署照管人員提案，提行政院相關會議討論。</p> <p>二、倘衛生署協調相關機關仍未能有效改善照管人員之薪資及福利，各縣市進用照管人員亦確有窒礙難行之處，該部原則同意檢討放寬照顧管理專員(具社工專業)之資格限制，惟仍須經行政院相關會議確認。</p>
<p>請儘速建立照顧管理專員專業之認證制度，並與國家考試制度銜接，以吸引長期照</p>	<p>衛生署：</p> <p>一、目前雖無長期照顧法源依據可增設長期照顧職系，以考銓方式進用照顧管</p>

問題	回應意見
顧專業優秀人員投身服務。 (台北縣)	理專員，惟各縣市照管中心成為正式編制單位時，地方政府仍可依現有考銓相關規定及職系職務別進用（或納編）符合社政或衛政職系之人員。 二、照管中心照顧管理專員（督導）參加該署辦理之照管人員在職相關訓練，如訓練成績符合結業條件者，由該署核發結業證書。
請銓敘部將各縣市照管中心之職務納入職務列等表，並建議照管中心機關首長必要時得以醫事人員任用；另請衛生署醫事處儘快與銓敘部完成修正「各機關適用醫事人員人事條例職務一覽表」，正式將照管評估工作納入其業務範疇，並請考量社工師納編轉任之需求。(屏東縣)	衛生署： 一、各縣市照管中心成為二級機關時，銓敘部將照管中心歸類於「各機關適用醫事人員人事條例職務一覽表」（應適用之職務）政府機關之其他機關，依辦理業務非醫療機構性質，銓敘部不同意該中心機關首長（主任）由醫事人員擔任。 二、該署已於97年4月16日函請銓敘部建議修正「各機關適用醫事人員人事條例職務一覽表」在案，俟考試院院長就任後，銓敘部將會儘速提案至考試院法制委員會修正。
對於縣市政府將照管中心設為正式組織、將照管專員納編，中央應提供適當誘因；並請協助縣市政府與銓敘部溝通，俾完成組織規程與編制表送銓敘部核備之程序。 (桃園縣、台南縣)	衛生署：為因應馬總統「4年內開辦長照保險」之施政方向，有關縣市政府將照管中心設為正式組織，中央應提供適當誘因乙案，該署將會同內政部一併研議考量。
有關民眾僱用外籍看護工是否納入照管中心綜合評估作業辦理，考量該業務牽涉範圍甚廣，非照顧管理專員所能勝任，建議回歸由醫院醫療團隊評估為宜。(澎湖縣)	衛生署： 一、有關各縣市反映將外籍看護工申審作業納入長期照顧管理中心評估機制乙事，前經96年9月20日行政院長期照顧制度推動小組臨時委員會議討論定案，決議針對僱用外籍看護工失能評估分二階段納入長期照顧中心綜合評估機制，第一階段適用初次招募外籍看護工案件，並於第

問題	回應意見
	<p>一階段實施1年後，再納入雇主重新招募案件。</p> <p>二、該署曾分別於97年2月25日及4月8日，參加勞委會召開之「研商僱用外籍看護工失能評估納入長期照顧管理中心綜合評估會議」，與各縣市照管中心共同研商相關配套機制。</p> <p>三、本案已於97年4月14日邀集各地方政府及中央相關部會，召開「研商各縣市照管中心成為正式組織人員納編及經費補助等相關事宜會議」，會中行政院表示：「行政院政策上決定長照十年計畫實施初期，將就外勞之申審機制與長期照顧評估作業整合，以避免國內照護需求任由外籍看護工取代吸納，影響本國長期照顧服務發展。亦即希望透過長照十年計畫建構照顧服務機制，並且充分運作。整合過程尚有許多配套及細部之流程，屆時將會廣納各位意見並充分的討論，使之更臻完善才會正式實施。」</p> <p>四、本案未來仍將依行政院之政策方向推動。</p>
<p>按我國長期照顧十年計畫之規劃，照顧管理專員只能至案家實地訪視、評估，使有需求之住院個案，無法立即獲得所需服務，造成服務之空窗期(台南縣)</p>	<p>衛生署：該署業於97年6月10日召開之長期照顧整合業務說明會中，建請照管專員得視個案實際需要依權責處理。</p>
<p>長期照顧服務項目與價格計算</p>	
<p>考量物價上漲，建請將老人營養餐飲餐費補助金額由50元提高至60元。(台南縣)</p>	<p>內政部：老人營養餐飲服務依中央與地方經費分攤方式，有關餐飲服務餐費部分，係由地方政府編列經費辦理，餐費補助額度，地方政府可視預算額度逕行調整。</p>
<p>照顧服務項目成本不一且不穩定，以輕度失能者而言，</p>	<p>內政部： 一、97年7月16日該部會同衛生署召開「長</p>

問題	回應意見
<p>最高每月可補助25小時使用照顧服務，若個案每日接受日間照顧8小時，折算僅可使用3日，可能造成服務單位每日服務個案數不穩定，致收托成本損益難平。(桃園縣)</p>	<p>期照顧十年計畫業務聯繫會議」時，針對「居家服務、日間照顧，家庭托顧等三項服務時數間換算方式」討論案，已作成決議，重點如次：</p> <p>(一) 按長照十年計畫意旨，失能民眾如經照管中心綜合評估有居家及社區式照顧服務需求者，得於核定每月最高補助時數內，彈性使用居家服務、日間照顧及家庭托顧等三項服務。</p> <p>(二) 鑒於各地方政府現行日間照顧服務收費標準之既存差異，民眾與服務提供單位多已熟悉，基於上開長照十年計畫意旨，該部同意按失能民眾「個人總額」概念，以180元乘以該類失能程度每月最高補助總時數上限，作為當月補助金額，由照管中心依據所核定之服務項目及內容，配合轄內收費標準，覈實換算補助額度，提供失能民眾適切服務。</p> <p>二、爰此，本案請參照上開會議決議，配合轄內收費標準，覈實換算補助額度。</p>
<p>居家護理單一化市場價格，未考量個案照護程度之複雜性及資源耗用之差異；另居家復健對於服務偏遠地區者，無額外補助，致服務提供單位承辦意願低。(桃園縣、台中縣)</p>	<p>衛生署：有關衛政三項服務補助問題，該署於修訂補助項目及基準時，將一併納入檢討。</p> <p>內政部：有關我國長期照顧十年計畫各項服務措施之補助次數，涉及長照計畫之整體補助機制與原則，影響整體財務需求、民眾部分負擔，將提行政院相關會議討論。</p>
<p>建請增加居家復健每年補助之使用次數(現行一年補助6次過低)，無法發揮實際效益。(桃園縣)</p>	<p>衛生署：有關衛政三項服務補助問題，該署於修訂補助項目及基準時，將一併納入檢討。</p> <p>內政部：有關我國長期照顧十年計畫各項服務措施之補助次數，影響整體財務需</p>

問題	回應意見
	求、民眾部分負擔，涉及長照計畫之整體補助機制與原則，將提行政院相關會議討論。
交通接送服務每趟最高補助190元整之單價，難以適用於幅員廣大之鄉村地區；另因應國際油價調漲，交通接送服務建請中央建立油價差額補助機制。(台南縣)	內政部：考量我國長期照顧十年計畫尚屬初步推動階段，有關建議事項涉及整體財務需求、民眾部分負擔，擬錄案併入整體檢討評估本計畫辦理。
交通接送服務補助對象為重度失能者，建請將中度失能並具復健效益之個案，納為交通接送服務的對象。(台中縣)	內政部：交通接送服務之目的，主要為協助失能者，藉由交通接送巴士而能使用長期照顧各類服務資源，有鑑重度失能者使用大眾交通運輸工具之困難度較高，無法享用政府所提供的公車(捷運)車票之補助，另行補助有其必要性；另考量政府經費有限之狀況及使用者付費之概念，故交通接送服務仍以重度失能者為主要補助對象。
長照十年計畫未編列營養照護服務項目，致需轉介營養師之個案無法取得營養照護服務。(台中縣)	衛生署： 一、建議縣市可自行編列預算辦理居家營養服務。 二、另按長照十年計畫，居家護理服務係為「鼓勵居家護理深入社區及家戶；此外也鼓勵居家護理師強化對家庭照顧者提供衛生教育及照顧技巧」。爰此，建議凡符合長照十年居家護理服務補助之個案，若有營養照護需求，可由居家護理師提供相關衛教指導或諮詢服務。
民眾部分負擔費用及補助比率	
長照十年計畫有關使用者付費原則，造成民眾拒絕使用服務或減少使用時數；另已使用居家服務舊制補助標準之民眾，多不願意改用十年計畫補助原則，導致居家復健、居家護理、喘息服務等	內政部：考量推動長期照顧保險是未來既定政策方向，有關使用者付費機制已經成為必然之趨勢，本案仍請各縣市政府加強宣導、推廣，提升民眾認知與使用意願，俾有效落實推動長照十年計畫。本案併各縣市推動居家服務新制情形檢討，提行政院相關會議討論。

問題	回應意見
服務方案使用率低落、服務推展困難。(南投縣、台南縣、桃園縣、澎湖縣、台北縣)	衛生署：依據97年7月31日照管中心制度建立小組第六次會議決議，有關「一般戶需自行負擔40%照管服務費用，降低服務使用意願」乙節，將提報至行政院長期照顧制度推動小組會議討論。
一般戶使用服務之補助比率需自行負擔40%，負擔比率太高，例如使用一次居家護理需自付520元、使用一次居家復健需自付400元，降低民眾使用意願。(桃園縣)	衛生署：同上。
長照十年計畫納入使用者付費機制，有關民眾自行負擔的費用，服務單位是否須開立收據？若民眾拒絕付款、無能力負擔或突然死亡致無法收取款項，是否有一致解決方式？(桃園縣)	內政部：有關長照計畫之民眾自行部分負擔費用，為求徵信，服務單位宜開立收據予付費民眾；各縣市政府得依權責，在委託契約中規範處理。
補助經費	
建議中央補助輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務、長期照顧機構服務所需經費，建請中央將此二項服務項目增列為補助項目，以保障民眾權益。(台南縣)	<p>內政部：</p> <p>一、為協助縣市政府籌措財源，減輕縣市政府財政負擔，有關我國長期照顧十年計畫之「居家服務」、「日間照顧」、「家庭托顧」，及「交通接送」等4個服務項目，該部補助比率按直轄市85%、其他縣市依財力等級分別補助90%或95%，而「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」，及「長期照顧機構服務」等3項經費，則維持由縣市政府自籌支應；前開原則已透過96年9月5日「行政院長期照顧制度推動小組落實長期照顧服務聯繫會議」向縣市政府溝通宣導，並納入會議紀錄函知縣市政府在案，先予說明。</p> <p>二、該部於前開會議亦特別強調，96年度低收入戶、中低收入輕度、中度失能</p>

問題	回應意見
	<p>老人所需居家服務經費，係由地方政府全額負擔，為簡化行政程序，97年度起，包括低收入戶、中低收入與一般戶使用者均併由該部補助85%至95%，因此縣市政府由低收入戶、中低收入輕度、中度失能老人居家服務所結餘額度，應調整用以支應我國長期照顧十年計畫其他項目所需經費。</p>
<p>相關業務執行</p>	
<p>建請中央整合行政院衛生署長照資訊網及內政部照顧服務管理資訊系統。(南投縣)</p>	<p>內政部:該部業已完成照顧服務管理資訊系統第一、二期計畫，刻正辦理第三期計畫規劃工作，俟規劃完成後，始辦理評選與採購等相關事宜。至系統整合部分，該部照顧服務管理資訊系統業已完成與行政院衛生署長期照護資訊網個案相關資料交換，以web-service方式連結，以達資訊共享之目標。</p>
<p>照顧服務產業能量不足，致長期照顧居家復健、居家護理、喘息服務等服務方案，面臨無適當單位投標，或雖有單位投標但仍無法全面服務之窘境(南投縣、澎湖縣)</p>	<p>衛生署:依長照十年計畫之規畫原則「地方化」，係指「為促使失能者在社區內可獲得所有必要之服務，服務資源開發以縣市為中心」，且「開發、整合及管理社區長期照顧資源」為照管中心功能，爰縣市應透過長期照顧整合計畫推動長期照顧服務，並依據審核通過之長期照顧整合計畫內容，針對服務項目儘速招標服務提供單位，並完成服務單位之特約事宜，招標過程的問題，建議由衛生局與會計、秘書室等協商，尋求最適解決方案。</p>
<p>家庭托顧欠缺相關配套措施，整月收托費用較長期照顧機構昂貴，另並未補助無障礙設備、裝修及水電費，致服務單位承辦意願低(台南縣)</p>	<p>內政部:家庭托顧屬創新服務項目，建議可參考轄內辦理日間照顧模式，分為臨托(以日為計價單位)、短托(以周為計價單位)、月托(以月為計價單位)規劃收費標準。且其照顧模式、適用對象皆有別於機構式照顧，謹就二者整月收托費用進行比較並不恰當。另有關服務提供單位之設施設備費等，該部已納入98年度社會福利補助項目及基準之修正。</p>

6、原住民老人之照顧問題：

(1) 長期照顧資源分佈不均：

依據調查指出，以長期照護服務資源類別來看，社區式服務以設置「關懷據點」為最多；居家式服務以「居家護理」據點為最多；機構式服務之入住率為74.9%（葉莉莉，98年，引自行政院原民會於本院98年11月17日約詢時所提之書面說明資料）。惟如將該調查資料進一步分析顯示，原住民族鄉鎮市地區¹⁶之長期照顧服務相關據點，僅占整體長期照顧服務資源之9.8%，山地原住民鄉之長期照顧服務資源更少，僅2.7%，顯示一半以上之長期照顧服務項目未設置於山地原住民鄉（詳如表33）。

表33.97年社區式服務資源分佈概況—按不同地域別

服務類別 (據點數量)		鄉鎮市資源分佈		
		全國	原鄉	山地鄉
社區式 (長期 照顧)	日間照顧	34	0	0
	喘息(機構)	215	23 (10.7%)	2 (0.9%)
	喘息(居家)	27	5 (18.5%)	1 (3.7%)
	送餐	101	12 (11.9%)	3 (3.0%)
	復健	3	0	0
	關懷據點	1,582	116 (18.5%)	54 (3.4%)
	家庭托顧	1	0	0
合計		1,963	156 (9.8%)	60 (2.7%)

資料來源：葉莉莉，98年（引自行政院原民會98年11月17日約詢書面資料）。

¹⁶ 原住民族鄉鎮市地區，分佈於12個縣市，共計有55個鄉鎮市（包含30個山地原住民鄉及25個平地原住民鄉）。

(2)對於原住民鄉鎮之服務輸送體系未能到位：

原住民鄉鎮市之長期照護資源相當缺乏，即使資源據點存在，其實質服務亦未輸送到位。依據調查指出，以長期照顧為主之服務，原住民鄉鎮市所接受服務量僅占5.7%，山地原住民鄉鎮市所接受服務量甚至僅剩1.3%，顯示隨著地區愈偏遠，其服務量隨之下降（詳如表34）

表34. 97年長期照護服務提供量—按不同地域別

服務類別（單位）		總服務量		
		全國	原鄉	山地鄉
社區式 （長期 照顧）	日間照顧 （人次）	135,827	0	0
	喘息—機構 （人日）	556,365	0	2 （0.9%）
	喘息—居家 （人時數）	86,607	0	1 （3.7%）
	送餐（人次）	1,611,955	113,276 （7.0%）	1,034 （0.1%）
	復健	3個縣市	0	0
	關懷據點 （人次）	7,529,057	450,187 （6.0%）	132,789 （1.8%）
	家庭托顧 （人）	2	0	0
合計		9,919,851	563,463 （5.7%）	133,823 （1.3%）

資料來源：葉莉莉，98年（引自行政院原民會98年11月17日約詢書面資料）。

附註：合計數未含復健服務量。

(3)原住民地區使用長期照顧服務之困境：

<1>原住民（地區）資料欠缺，服務內容及效

益無法監督，原住民實際使用長照服務之比率明顯偏低。

- <2>礙於各縣市對原住民老人之照顧服務量等資料付之闕如，且各地方政府辦理方式及重視原鄉程度有所不同，影響原住民接受長期照顧服務之品質或數量。
- <3>自付額影響案主使用意願及能力，使服務中斷，依據花蓮縣老人保護及居家服務團體曾提及，許多需要照顧之原住民因非屬中低收入之邊緣戶，又無力自行負擔部分服務費用，而放棄接受照顧之機會。
- <4>服務可近性及即時性不足，原住民老人多以母語溝通，服務人員語言不通之問題亟需予以改善：目前各地執行長期照顧業務者（尤其是社區型照顧業務），其人員於電話聯繫或訪視問安時，均不會使用原住民母語，致原住民老人僅能簡單回答，造成服務人員無法了解個案當時真實所需與處境，個案亦無法感受到關懷。各縣市照管中心及社工專業人員之上班地點皆設置於縣市中心或都會區，當原住民案主有臨時照護需要時，服務人員須從縣市照管中心驅車前往部落，往返皆相當耗時（以原鄉平均1.5小時車程換算，原住民個案須自行負擔上千元以上交通費用），且無法爭取照顧時效，服務效率易受影響。
- <5>原住民具社會福利身分之比率較少，且現行服務方案未完全適合原住民族群：
 - A、依據相關研究指出，失能之原住民中、老年人僅有36.5%符合社會福利身分，與

一般民眾相較為少（66.7%）。復各類長期照護服務之選擇，原住民使用居家服務多於一般民眾之3.34倍，但機構型服務或聘請看護僅為一般民眾之1至2成（李蔚貞，2008年，引自原民會於本院98年11月17日約詢時所提之書面說明資料）。國內相關研究亦指出，原住民或少數族群較偏好社區照顧或居家服務，且期望由在地原住民照顧自己原住民長輩。惟目前因符合補助資格之原住民個案較少，且無法自行負擔部分費用，造成原鄉原住民之開案率過低。爰不同文化情境，應有不同健康與安適觀點及服務提供。

- B、復受政府財務補助制度及民眾照顧偏好等影響，機構式服務係目前服務量最廣之項目，惟是類服務對於原住民老人而言，如接受長期照顧須離開部落，不論個案本身或家屬均難以接受，亦間接影響原住民可選擇之服務類型。
- C、另居家服務、日間照顧等服務雖開始逐漸萌芽，惟服務量在原住民地區仍付之闕如，例如：就醫交通接送缺乏，許多原住民鄉鎮市因地方預算經濟考量，對原住民鄉鎮市社區大眾客運皆開始減少或停駛班次量，而原鄉之村與村間距離時而車程距離可達1至2小時。原鄉不但未有一般交通工具，更無老殘人士所用之康復巴士可供運用，身心障礙者、年長者如須行動或就醫，僅能仰賴家人或

鄰居使用機車搭載，甚至背負運送。

(4)原民會辦理原住民老人照顧服務之困境：

<1>該會辦理原住民長期照護預算不足，預算無法負擔所有長期照護服務：以95年度該會補助民間單位辦理「原住民老人與身心障礙者居家照顧及送餐服務」計畫之情形觀之，95年度補助民間團體辦理居家服務及送餐服務計畫，核定經費總計2,108萬6,272元。另辦理養護服務計畫，核定金額總計239萬5,987元，其他尚有居家照顧服務、送餐服務、養護機構及長期照護機構養護服務、身心障礙者養護服務等項目，現有所列預算無法負擔。

<2>該會無法做第一線專業評估與審查，且缺乏專業與評估單位，更無法執行監督：該會缺乏專業人力與專業單位辦理各項照顧服務之專業評估與審查，故針對補助之個案，僅能書面審查，無法做到實地評估與審查，亦無專業機構及一致性平台協助認定是否需要居家服務，僅能按照申請單位所提之書面資料審核，易造成申請單位浮報或服務品質打折。至於監督管考，該會礙於無法實地進行評鑑與監督，僅能函請地方政府善盡督導之責，隨時派員訪視執行單位之執行現況，造成本計畫監督之困難及落差。

<3>與社政單位補助項目重疊，易造成社政單位忽略原住民族地區原有之照顧服務：內政部於「推展社會福利補助作業要點」及「失能老人及身心障礙者補助使用居家服

務計畫」中，明定補助居家服務及餐飲服務，其補助項目為居家服務補助居家服務費、居家服務督導費、個案評估費等；送餐服務補助項目為餐費及志工交通費等。而地方政府亦編列預算辦理居家服務費及送餐服務，補助項目與內政部均同。

(六) 相關機關協調整合機制：

1、內政部老人福利推動小組：

依據96年修正公布之老人福利法第9條規定，內政部於96年9月20日函頒「內政部老人福利推動小組設置要點」，邀集老人代表、老人福利相關學者或專家、民間相關機構、團體代表及各目的事業主管機關代表，設置內政部老人福利推動小組，共置委員23人，由內政部長兼任主任委員，內政部次長及行政院衛生署副署長兼任副主任委員，另有目的事業主管機關代表7人、專家學者4人、民間相關機構2人、團體代表2人及老人代表5人，針對老人福利權益相關事宜進行研商討論，成為政府間與民間團體、老人代表之溝通平台。

2、業務協調會議：

內政部視業務議題及服務措施範疇，不定期與各權責相關部會召開會議研商與協調。例如：該部對於各地方政府所提之「長期照顧整合第一期計畫」，係邀請衛生署與原民會代表參與審查，俾有效協助與輔導各地方政府落實長期照顧服務。另有關「友善關懷老人服務方案」之執行，業規劃由內政部就各權責機關（包括：衛生署、原民會及農委會等）之執行成效，進行會商與檢討，每年度並將執行成效與檢討函

報行政院。

(七)各縣市照顧服務資源供給情形：

1、90至97年各縣市老年人口比率：

截至97年12月底，我國老年人口成長至240萬2千餘人，占總人口數之10.43%。惟各縣市人口老化情形不一。依據內政部查復資料顯示，近3年來嘉義縣、澎湖縣、雲林縣、南投縣及苗栗縣老年人口數占該縣總人口數之比率偏高，97年分別為15.35%、14.91%、14.73%、13.22%、13.21%，均超過該年全國老年人口之比率；高雄市、臺北縣、桃園縣、臺中縣、新竹市、臺中市、臺南市及連江縣等8縣市老年人口比率則低於10%（詳見表35）。

2、各縣市社福¹⁷外籍勞工人數：

國人觀念仍傾向留在家中或社區中接受照顧，加以外籍看護工僱用成本相對較低，且可協助其他家庭事務，故民眾多偏好使用外籍看護工。近年政府雖已推行相關方案及措施，發展各項照顧服務，然外籍看護工人數仍然逐年增加。依據行政院勞委會網站統計資料顯示，95年外籍看護工為15萬1,391，至97年已達16萬5,898人（詳見表36）。

¹⁷ 包括：看護工及家庭幫傭。

表35. 97年12月底各縣市老年人口比率 (單位：%)

年別 縣市別	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年
總計	8.81	9.02	9.24	9.48	9.74	10.00	10.21	10.43
臺北市	9.94	10.25	10.58	10.92	11.29	11.64	11.96	12.31
高雄市	7.41	7.63	7.93	8.24	8.59	8.94	9.23	9.57
臺北縣	6.44	6.55	6.67	6.86	7.08	7.30	7.52	7.76
台灣省	8.74	8.94	9.14	9.36	9.60	9.84	10.03	10.22
宜蘭縣	10.49	10.82	11.17	11.54	11.95	12.30	12.61	12.83
桃園縣	7.49	7.51	7.56	7.62	7.72	7.84	7.92	8.05
新竹縣	9.91	10.17	10.39	10.58	10.85	11.02	11.12	11.20
苗栗縣	11.21	11.57	11.87	12.19	12.50	12.79	13.01	13.21
臺中縣	7.32	7.50	7.68	7.90	8.12	8.31	8.50	8.68
彰化縣	9.73	10.03	10.31	10.65	10.97	11.28	11.55	11.79
南投縣	10.90	11.23	11.56	11.96	12.33	12.70	12.99	13.22
雲林縣	11.99	12.41	12.82	13.26	13.70	14.12	14.43	14.73
嘉義縣	12.75	13.14	13.58	13.98	14.34	14.78	15.09	15.35
臺南縣	11.04	11.31	11.56	11.82	12.09	12.38	12.55	12.75
高雄縣	8.52	8.75	8.95	9.16	9.39	9.65	9.88	10.11
屏東縣	10.25	10.54	10.84	11.13	11.40	11.75	12.00	12.26
臺東縣	11.40	11.55	11.76	12.01	12.18	12.49	12.66	12.93
花蓮縣	10.83	11.00	11.19	11.41	11.64	11.87	12.05	12.26
澎湖縣	14.29	14.42	14.58	14.78	14.81	15.03	15.02	14.91
基隆市	9.06	9.28	9.47	9.71	10.03	10.31	10.54	10.77
新竹市	8.50	8.59	8.69	8.81	8.95	9.12	9.21	9.29
臺中市	6.60	6.79	6.94	7.15	7.35	7.59	7.75	7.92
嘉義市	8.85	9.15	9.46	9.70	10.00	10.25	10.45	10.64
臺南市	7.85	8.06	8.24	8.46	8.69	8.90	9.09	9.33
福建省	12.61	12.91	13.19	13.04	12.67	12.45	12.36	12.43
金門縣	13.13	13.39	13.65	13.52	13.15	12.77	12.67	12.72
連江縣	9.30	9.70	9.99	9.77	9.38	9.92	9.86	9.85

資料來源：內政部98年9月18日書面說明資料。

表36. 95至97年各縣市社福外籍勞工人數統計 (單位:人)

年別 縣市別	95年	96年	97年
總計 (註)	153,785	162,228	168,427
台灣省	115,556	121,912	126,834
台北縣	24,388	25,831	26,710
宜蘭縣	3,608	3,838	4,014
桃園縣	14,653	15,395	15,482
新竹縣	4,510	4,916	5,079
苗栗縣	3,916	4,303	4,598
台中縣	9,581	9,833	10,097
彰化縣	6,653	6,905	7,370
南投縣	3,207	3,448	3,763
雲林縣	4,279	4,517	4,727
嘉義縣	2,984	3,276	3,447
台南縣	4,436	4,725	5,234
高雄縣	4,948	5,059	5,203
屏東縣	3,745	4,011	4,266
台東縣	1,066	1,174	1,254
花蓮縣	2,348	2,442	2,520
澎湖縣	370	426	495
基隆市	2,555	2,647	2,802
新竹市	4,398	4,673	4,661
台中市	8,798	9,062	9,398
嘉義市	1,580	1,679	1,762
台南市	3,533	3,752	3,952
台北市	32,960	34,212	34,641
高雄市	4,921	5,744	6,557
福建省	348	360	395
金門縣	266	292	320
連江縣	82	68	75

資料來源：勞動統計，行政院勞委會網站。上網日期：98年12月8日，檢自：
<http://stat.evta.gov.tw/statis/stmain.jsp?sys=100&kind=10&type=1&funid=qrymenu2&cp arml=q14&rdm=xmf2mlmt>。

附註：1、其中看護工人數分別為95年151,391、96年159,702人、97年165,898人。
 2、依據部分地方政府表示，該項數據未獨立計算老人接受外籍看護工照顧之人數，惟申請外籍看護工者多為照顧家中長輩。

3、各縣市照顧服務資源分佈情形：

- (1) 老人長期照顧及安養機構數：依據內政部統計資料顯示¹⁸，97年底各縣市老人長期照顧及安養機構仍以養護型機構為最多，計有949家。復以縣市機構數觀之，以臺北縣為最多，計有198家，其次為臺北市計有162家、高雄市計有81家。又南北各有一區塊之機構數較多，北部以臺北市、臺北縣及桃園縣居多，南部以臺南縣、高雄市、高雄縣及屏東縣居多。再就區域分布觀之，臺灣西部縣市較顯不足，且有鄰近區塊之現象，例如；苗栗縣、臺中縣為一區塊，雲林縣、嘉義縣為一區塊，離島之澎湖縣、金門縣等2縣市資源最少（詳見表37）。
- (2) 老人福利機構資源供需情形：依據內政部網站公布之統計資料顯示，98年6月底7個縣市床位數之供給低於需求，包括：臺北市、苗栗縣、臺中縣、雲林縣、嘉義縣、澎湖縣、金門縣等7縣市（詳見表38）。
- (3) 依據內政部表示，為落實在地化、社區化之政策，未來該部將評估各縣市現有機構床位設置狀況及其需求，優先補助資源不足之縣市設立老人福利機構。

¹⁸ 內政統計通報，內政部內政統計資訊服務網。上網時間：98年12月8日，檢自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9811.doc>。

表37. 97年底各縣市老人長期照顧及安養機構數 (單位：家)

縣市別	合計	長期照顧機構		安養機構
		長期照護型	養護型	
內政部直轄	24	-	10	14
台北市	162	3	156	3
高雄市	81	2	78	1
台北縣	198	5	189	4
宜蘭縣	35	1	32	2
桃園縣	56	5	51	0
新竹縣	16	5	10	1
苗栗縣	11	5	6	-
台中縣	28	2	25	1
彰化縣	53	10	42	1
南投縣	13	1	10	2
雲林縣	20	3	16	1
嘉義縣	25	-	25	-
台南縣	64	1	63	-
高雄縣	58	-	57	1
屏東縣	52	1	50	1
台東縣	9	-	7	2
花蓮縣	12	1	9	2
澎湖縣	1	-	1	-
基隆市	26	-	24	2
新竹市	13	-	13	-
台中市	34	2	29	3
嘉義市	10	3	7	-
台南市	41	1	39	1
金門縣	1	-	-	1
連江縣	1	-	-	1
總計	1,044	51	949	44

資料來源：內政統計通報，內政部內政統計資訊服務網。
 上網時間：98年12月8日，檢自：
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9811.doc>。

表38. 全國老人福利機構資源供需一覽表 (單位：人；家；床；%)

縣市別	需求數	長期照顧、安養機構 (98年6月30日)				護理之家 (98年6月30日)		榮民之家 (98年5月31日)		總床數 (供給)	供給－ 需求
		家數	床位數	收容 人數	收容 率	家數	床數	家數	床數		
總計	70,604	1,058	53,925	38,642	71.7%	363	24,777	18	11,413	90,115	19,511
台北市	9,467	158	6,387	5,374	84.1%	14	1,295	--	--	7,682	-1,785
高雄市	4,326	83	3,857	2,755	71.4%	35	1,767	1	501	6,125	1,799
台北縣	8,835	206	8,988	6,570	73.1%	46	2,295	2	2,367	13,650	4,815
宜蘭縣	1,730	37	1,686	1,139	67.6%	7	451	--	--	2,137	407
桃園縣	4,642	60	3,237	2,191	67.7%	24	2,278	2	1,498	7,013	2,371
新竹縣	1,658	16	975	652	66.9%	7	793	--	--	1,768	110
苗栗縣	2,160	12	1,011	732	72.4%	8	521	--	--	1,532	-628
台中縣	3,973	32	2,017	1,423	70.6%	27	1,513	--	--	3,530	-443
彰化縣	4,539	57	3,359	2,190	65.2%	22	2,002	2	978	6,339	1,800
南投縣	2,055	16	1,455	794	54.6%	13	998	--	--	2,453	398
雲林縣	3,115	20	1,030	881	85.5%	11	706	1	620	2,356	-759
嘉義縣	2,463	25	1,016	854	84.1%	7	626	--	--	1,642	-821
台南縣	4,121	67	3,436	2,414	70.3%	30	1,702	2	1,126	6,264	2,143
高雄縣	3,687	60	3,019	2,080	68.9%	27	1,687	1	911	5,617	1,930
屏東縣	3,181	52	2,996	2,107	70.3%	16	792	1	648	4,436	1,255
台東縣	876	11	695	424	61.0%	5	291	2	1,048	2,034	1,158
花蓮縣	1,223	13	1,162	832	71.6%	4	271	2	558	1,991	768
澎湖縣	406	2	121	72	59.5%	2	84	--	--	205	-201
基隆市	1,229	26	1,668	1,155	69.2%	8	395	--	--	2,063	834
新竹市	1,107	14	589	466	79.1%	6	246	1	596	1,431	324
台中市	2,497	35	2,239	1,606	71.7%	19	1,914	--	--	4,153	1,656
嘉義市	855	13	1,049	631	60.2%	12	1,212	--	--	2,261	1,406
台南市	2,109	41	1,773	1,196	67.5%	13	938	1	562	3,273	1,164
金門縣	321	1	120	94	78.3%	0	0	--	--	120	-201
連江縣	28	1	40	10	25.0%	0	0	--	--	40	12

資料來源：全國老人福利機構資源分佈表，內政部社會司網站。上網時間：
98年12月8日，檢自：moi.gov.te/04/072/2-2.xls。

附註：需求人數係以當地老人數*0.097*0.3估算。

(八) 相關機關推動老人照顧服務所衍生之問題：

本案調查研究期間，曾赴臺北市、臺南市、嘉義縣及雲林縣實地訪視老人福利機構及老人照顧服務措施之推動情形，茲將訪視發現問題及相關機關之說明彙整如下：

- 1、臺北市至善老人安養護中心及失智症老人團體家屋雖均有獲政府補助，惟其仍須每人每月收費3至4萬元，始能勉強支應機構之營運費用，然以目前一般老人及其家庭之經濟能力，是否足以支付進住前揭機構之費用，值得政府重視與關注。
- 2、失智症老人團體家屋推展困難：
 - (1) 設置成本偏高：團體家屋因考量服務長者個別需求不同，故須以1對1或1對多之照顧模式進行，亦須聘用本國照顧服務員，使長者與照顧服務員能有效溝通及達到適當之服務，故成本上相對於成立一般機構較高，影響成立意願。且未來內政部若取消補助，則團體家屋將難繼以提供服務。
 - (2) 場地取得不易：團體家屋所需場地期望設立於4樓以下，以有庭院較佳，故人口密集地區，場地取得不易，如往郊區尋覓場地，較具可行性。另社區居民因擔心設立團體家屋後影響周遭房價，而採取反對態度，亦導致難以取得場地。
 - (3) 本國籍合適人力不易尋覓：為能與長者有效溝通並能進入長者思考時空之背景，故須聘用本國籍照顧服務員。惟目前本國籍照顧服務員聘用不易，且其福利制度之健全尚賴機構營運經費之正常，致人力不足，造成團體

家屋設立困難。

- (4) 團體家屋之服務概念較難落實：團體家屋不同於機構式服務，包括：協助長者日常生活，以代替過多之照顧；讓長者有選擇權，活得有尊嚴；發展長者潛力及維持現有功能；讓長者保有原有生活模式等，故須花費較多時間教育照顧失智症老人之工作人員，以打破舊有照顧印象與模式。

3、失智長者家屬之困境¹⁹：

- (1) 失智長者產生角色錯亂之情形及妄想或精神症狀使家屬身心疲累：失智長者常出現角色錯亂之情形，如將兒子誤認為丈夫，不讓兒子與媳婦同睡，使兒子左右為難。另長者易也會出現幻聽或幻想之症狀及其他精神症狀，如只記得年輕時之事，或將某處誤認為廁所等情形，有時亦會日夜顛倒或有暴力傾向，使家屬身心疲累。
- (2) 文化傳統觀念衝擊：因傳統觀念為養兒防老，且傳統觀念亦認為送爸媽至機構為不孝之行為，故當家屬決定將長者送至團體家屋時，內心同時也背負著傳統觀念的壓力。
- (3) 愛恨交葛，導致心靈疲憊：失智長者之家屬一方面疼愛其父(或母)，一方面要忍受他們之行為，同時亦背負生活上之壓力，如工作、經濟等壓力，導致心靈疲憊。如曾有案例為每日工作已很疲憊，當回到家時發現失智父親將房子內塗滿排泄物，便施與暴力，但事後亦很悔恨。故失智長者之家屬大多數也是

¹⁹ 此為本院訪談士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」時，簡月娥主任所提出之實務經驗。

須受心靈治療的對象。

- (4)失智長者因個案不同，照顧方法亦不可相同：因失智長者每人情況皆迥異，故家屬至團體家屋探視之情況亦有所不同，如有個案於家屬探視回家後，便會心情低落，故家屬便無法時常至家屋探視長者之情況；相反的亦有個案於家屬探視後，心情及整體狀況皆會提升，此類個案家屬便可時常探視長者。

4、部分縣市之山地原住民及偏遠地區之農漁民使用長期照顧服務之問題：

- (1)部分縣市之山地原住民及偏遠地區之農漁民多為經濟弱勢，且社會資源較為缺乏，亦屬未符合低收入戶或中低收入認定資格之邊緣戶。惟長期照顧服務措施之使用涉及自行負擔部分務費用，致其等雖評估認定為失能者，仍選擇放棄使用，影響其生活品質；又交通接送服務每趟最高補助190元之標準，難以適用於幅員廣大之鄉村地區（例如：嘉義縣山線地區至嘉義市之距離，至少為74.9公里）。
- (2)依據內政部表示，為提升一般戶服務使用意願，該部規劃自99年度將一般戶部分負擔比率調降為30%；另有關交通接送服務，係為協助重度失能民眾使用其他長期照顧服務（如日間照顧、社區復建等）或就醫，每人每月最高補助8趟次，每趟次最高補助190元。長期照顧計畫係編列公務預算，由國家稅收支應，考量國家整體財政負擔，爰決策依此標準辦理。另為提高交通接送服務量，並提升服務提供單位參與服務之意願，內政

部規劃自99年度起，將交通接送補助對象由重度失能者擴及中度失能者。

5、絕大多數失能老人仍在家安養，足見居家式及社區式照顧服務之重要性：

(1) 98年6月底老人長期照顧、安養護機構及社區安養堂實際進住人數總計為38,642人。前揭數據與全國老人失能推估人數233,015人²⁰及全國極重度與重度失能老人推估人數69,904人²¹相較下，顯示絕大多數失能老人仍在家安養，其凸顯居家式及社區式照顧服務之重要性。惟各項長期照顧服務之項目及其補助內容、標準與時數能否足夠因應不同失能程度、家庭型態及經濟狀況老人之實際照護需求與負擔等，不無疑義。

(2) 依據內政部表示，長期照顧服務補助時數之計算基礎，係由專家學者組成之研究團隊比較各國辦理情形（主要參考德國長期照顧保險制度），並依當時我國居家服務之推動情形修正而得：

<1> 輕度失能：德國每月補助總時數為45小時。提供每日90分鐘之照顧時間，其中45分鐘為基礎照顧。為避免社會福利資源補助過於浮濫之前提考量，我國將輕度失能者每月補助總時數上限由20小時調高為25小時，平均一日之照顧時間約為50分鐘。

<2> 中度失能：德國每月補助總時數為90小時，提供每日180分鐘之照顧時間，其中至

²⁰ 係以 $2,402,220 * 9.7\%$ （89年行政院主計處戶口普查所作全國老人失能比率為9.7%）估算。

²¹ 係以 $2,402,220 * 9.7\% * 30\%$ （我國極重度及重度身心障礙老人人數約占身心障礙老人總人數之3成）估算。

少120分鐘為基礎照顧。考量延緩中度失能者進入重度失能時程，爰將中度失能者每月補助總時數上限由36小時調高為50小時，平均一日之照顧時間約為100分鐘。

<3>重度失能：德國每月總補助時數為150小時，提供每日300分鐘之照顧時間，其中240分鐘為基礎照顧。依相關研究推論，重度失能者中有較高比例具進食困難問題，估計協助進食照顧約需1小時，爰將重度失能者每月補助總時數上限由72小時調高為90小時，平均一日之照顧時間約為180分鐘。

<4>德國長期照顧制度係以保險方式辦理，其財源係依保險精算由保險人及被保險人分攤。反觀我國長期照顧計畫現階段係以編列公務預算，由國家稅收補助方式辦理，基於國家財政負擔考量，權衡經費推動各項政務，爰依照顧弱勢及滿足基本需求之補助原則辦理。

6、各縣市機構式照顧服務資源發展程度不一：

(1)目前台灣地區機構式照顧服務資源尚稱足夠，整體資源使用率為72%，惟城鄉分布呈現落差。

(2)依據內政部表示，鑑於尚有縣市供給不足，內政部評估各縣市現有機構床位設置狀況及其需求，優先補助資源不足之縣市興建老人福利機構。又目前老人福利機構無法訂定收費標準，各縣市老人福利機構之收費標準，在安養床位部分，因機構地點、設備及房間型態之差異，而有不同收費標準；在養護及長期照護床位部分，亦因個案身體狀況

及須照護情況之差異，而有不同收費標準，係由機構根據市場機制，以及參照個案身體狀況、機構所提供之設施設備與服務內容而訂定收費，並報由當地主管機關依據老人福利法34條規定，參酌當地消費水準，核定機構收費上限。惟為減輕中低收入老人及其家屬負擔，目前主管機關皆依其家庭濟狀況給予全額或部分費用補助。

7、失能老人之社區式照顧服務資源仍乏多元性及普及性：

(1)目前各縣市多以設置社區照顧關懷據點為主（目前全國已有1千5百餘個社區照顧關懷據點），惟其係針對健康老人（或生活自理功能尚可、輕度失能之老人）之照顧服務措施，反對於失能老人之社區式服務資源，仍乏多元性及普及性。

(2)依據內政部表示，現行長期照顧計畫之服務資源與服務輸送體系確實有待積極拓展與布建。目前除居家服務及送餐服務為各地方政府運作成熟並穩定提供之服務外，其餘服務資源之發展現況於各縣市未盡一致，例如：家庭托顧服務僅南投縣、臺中市、嘉義市等3縣市辦理；失智症老人日間照顧中心僅臺北市、高雄市、臺北縣、臺中縣、嘉義市、屏東縣、彰化縣等7縣市設置辦理；日間照顧中心僅台北市等17個縣市設置辦理；交通接送服務，則僅臺北市等19個縣市辦理。為提升各縣市政府之執行效率，該部規劃各項改善策略如下：

<1>調降一般戶之自付額由40%調降為30%。

- <2>放寬交通接送服務補助對象，由重度失能者擴大至中度失能者。
- <3>檢討修正99年度社會福利補助經費項目及基準，鼓勵更多的民間單位參與長期照顧服務資源之建置。
- <4>補助各縣市政府聘用1-2名社工專業人力，進行轄內各項長期照顧服務資源與服務人力之開發、整備與運用，強化其推動長期照顧計畫之能量與執行效率。
- <5>主動篩選比對各縣市低收入、中低收入且領有重度以上身心障礙手冊者共3萬4千餘人，將該等失能機率較高之弱勢民眾，納為各縣市長照中心首要評估訪視對象。

8、居家服務員留任意願偏低：

- (1)擔任居家服務之照顧服務員（以下稱居家服務員）因勞動條件不佳，且薪資所得不高，致其留任擔任居家服務員之意願偏低，並轉至醫院擔任看護工或至機構任職。
- (2)依據內政部表示，該部於92年2月13日會銜衛生署公告照顧服務員訓練實施計畫，自92年迄97年底，領有照顧服務員結業證明書者計有5萬5,846人，其中4,111人留在居家服務職場工作，於老人福利機構服務者計9,903人，持續從事居家服務工作者之比率未如預期。為提升照顧服務員參與居家服務之意願，該部規劃自99年度起，補助照顧服務員勞健保及勞退準備金，並補助偏遠地區照顧服務員交通費。另調整放寬大專院校照顧服務相關科系畢業，擔任老人福利機構照顧服務員者，比照大學學歷補助服務費。此

外，該部業爭取97年度公益彩券回饋金，補助民間單位辦理「居家服務品質提昇暨照顧服務員形象塑造計畫」，以加強提昇照顧服務員社會形象及地位。

9、未能明確掌握失能老人：

(1)內政部及地方政府以89年行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率9.7%，作為日後失能老人之推估標準。惟據台南市政府96年8月20日至97年2月29日辦理「疑似失能老人普查計畫」結果顯示，該市失能老人之比率為10.66%，且該市並將其調查結果（知悉需求個案所在），主動發掘及媒合適當照顧服務資源。則該部及地方政府以距今9年之普查結果，推估現今失能老人人數，將影響相關服務措施之供需評估結果，亦無法發掘個案需求所在，俾主動提供或轉介服務。

(2)依據內政部表示，目前國內有關失能老人比率推估，多以89年行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率9.7%為基準，行政院衛生署業規劃於99年度進行失能需求調查，以利未來長期照護保險開辦之各項規劃。

10、部分非低收入戶但屬貧窮邊緣之失能老人如有進住機構之需求時，卻因無法負擔部分費用，而未能進住機構：

(1)部分縣市政府表示，非低收入戶但屬貧窮邊緣之失能老人，當有機構式照護之需求及必要時，因政府未全額補助進住機構之費用，加以其等經濟能力無法負擔部分費用，而未能入住，致是類老人在家中未獲適當照顧。

(2)依據內政部表示，長期照顧機構服務係針對

補助重度失能之中低收入戶老人使用該項服務，對於非低收入戶但屬貧窮邊緣之失能老人，如確有特殊狀況需入住長期照顧機構必要，各地方政府得以專案進行補助；另經建會業就長期照護保險制度進行規劃分析，通盤考量長期照顧保險之財務規劃、資源布建、審慎建置完善的長期照顧制度，其中針對重度失能者全日型機構式照護提供給付，以減輕家屬經濟負擔乙項，亦同時納入規劃考量。

伍、結論與建議：

一、行政院衛生署所推動之成人預防保健及癌症篩檢服務，符合資格之中老年人受檢率偏低，且對異常個案之後續健康狀況，亟待落實追蹤及宣導；復該署未能全面深入社區及家庭推展預防保健觀念，亦未能充分結合相關部會之社區組織，亟待正視：

(一)按聯合國於2002年在西班牙馬德里召開世界高齡化會議，提出一項重要方案—「馬德里老化國際行動方案」(Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002)，強調人口老化之政策，應從生命過程發展觀點及整個社會角度作檢視，呼籲各國確保人民能在有保障及尊嚴之情況下步入老年，並持續參與社會。該方案為世界各國擬訂老人健康政策之主要參考架構。此外，世界衛生組織亦於2002年提出活躍老化(active ageing)之概念，透過改善老年人健康、參與及安全之過程，以促進老年時之生活品質為主要內涵。復依據本院諮詢之學者亦指出，老人健康行為與其身心健康有著明顯之關連性，健康行為不但可直接或間接減少老人身心功能之退化、降低死亡率，進而減少照顧費用之支出；透過健康行為與避免危害健康之行為，將有助於提升老人健康與減少後續照顧之問題。基此，我國在老年人口比率快速增加之情形下，更應重視前端預防性健康照護，始能降低醫療照護之成本與負擔，並使老年國民免於疾病之痛苦，提高生活品質。

(二)依據行政院衛生署提供之健保局醫療統計資料顯示，95至97年65歲以上保險對象占全國保險對象之比率約10%左右，惟其門住診醫療費用占率逾30%，並有逐年上升之趨勢。足見示65歲以上保險

對象人數較少，惟醫療利用給付反而較高，可預期隨著老年人口增加，全民健保費用將隨之上升，將造成國家財政之極大衝擊。復依據衛生署「96年台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，我國老人疾病盛行，漸趨向以慢性疾病為主，逾八成（88.7%）之老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，最常見慢性病前五項分別為高血壓、白內障、心臟病、胃潰瘍或胃病、關節炎或風濕症。復以83至95年臺灣老人主要死因死亡率觀之，老人罹病及死因以慢性病為主，其中與生活型態有關之死因，慢性病即占七個（惡性腫瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、腦血管疾病、心臟疾病、腎病變、高血壓）。凡此俱見政府若未積極採取因應作為，未來我國慢性疾病死亡人數將持續增加，醫療與照護之負荷亦將加重，遑論國人於老年時能有良好之生活品質。

- (三) 經查衛生署為促進老人健康及預防相關疾病，業已透過老人健康促進計畫，推行成人預防保健及癌症篩檢服務，即以初級預防之概念，促進老年人建康，及早預防疾病之發生。復查內政部於96年7月會銜衛生署訂定「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」，其中第5條規定：「直轄市、縣（市）主管機關應將健康檢查結果通知老人；檢查結果無法判讀時，應通知其複檢；發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構治療。」惟經研酌衛生署實際執行成效，並參據本院諮詢之學者所提意見，仍有下列問題：
- 1、符合成人預防保健及癌症篩檢服務資格之中老年人受檢率偏低，且衛生署對於新發現異常個案之後續健康狀況，亟待落實追蹤及宣導：

- (1) 行政院衛生署對於老人預防保健之措施，包括：促進老人健康體能，推廣「每日一萬步、健康有保固」之觀念、加強老人防跌、加強老人口腔及視力保健、加強老人菸害、加強老人預防保健及篩檢服務、推行年度流感疫苗接種等。其中該署推動之成人預防保健服務係對65歲以上者，每年提供一次之檢查服務，另針對40至64歲民眾，提供3年1次之免費預防保健服務，97年經受檢新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常之比率，分別為22.7%、7.8%及13.1%。此外，該署針對50至69歲民眾，提供糞便潛血檢查，經篩檢發現之結直腸癌約四成以上屬於0期或第1期，比癌症登記率19%為高；另針對50至69歲婦女，提供乳房攝影檢查，經篩檢發現之乳癌約五成以上屬於0期或第1期，比癌症登記率僅37%為高。以上顯示預防保健及篩檢服務確實有助於早期發現，可屬老人疾病防治策略之一。惟前揭成人預防保健服務、乳房攝影及糞便潛血檢查之篩檢率不高，成人預防保健服務利用率維持在35%左右，且97年65歲以上老人接受預防保健服務約84.8萬人，占該年65歲以上老人總人數之比率僅3.68%；至於50至69歲民眾每2年1次接受糞便潛血檢查之篩檢率為10%、50至69歲婦女近2年內曾接受乳房攝影檢查之篩檢率僅12%，均明顯偏低，難以達成疾病預防。依據衛生署表示，前揭成人預防保健及癌症篩檢服務之篩檢率不高，主要受限於預算不足。
- (2) 又衛生署針對老人接受健康檢查結果，更應

落實後續追蹤，並積極提供衛生教育資訊與知識，以澈底改善其生活形態，增進自我照顧與管理能力，方能維持身體功能、恢復健康或避免惡化，俾達到預防保健之積極功能。惟衛生署未能說明地方政府辦理後續追蹤服務之詳情，僅表示醫療人員會針對檢查結果進行判讀及說明，受檢民眾即可瞭解自己檢驗值異常處，醫療人員亦會告知需進一步追蹤並提供衛教資訊，並要求提供服務之醫療院所需申報檢查結果電子檔，以利檢查結果分析等語。顯見該署未能充分正視並落實老人健康檢查保健服務之後續追蹤及改善，且要求提供服務之醫療院所需申報檢查結果電子檔，僅係為分析檢查結果之用，允欠積極。

2、衛生署未能全面深入社區及家庭推展老人健康促進工作：

- (1) 近年來衛生署、健保局、國民健康局等部門網站，均有提供民眾衛生教育及自我照護等相關資訊及知識，而各醫療機構亦皆設置網站，提供各類醫療問題之解答與資訊。惟許多老年人囿於身心狀況及電腦操作能力等因素，可否從該等管道獲取資訊，不無疑義；既使取得資訊後，老年人能否真正落實到日常生活行為及自我照護之中，亦為值得思考之問題。基此，政府唯有深入貼近社區及家庭，依當地老人特質及其既有行為，運用妥適技巧推展老人健康促進工作，始能真正提升老人自我管理及照護之能力，促進其身心健康與生活品質。

(2) 衛生署雖已於96至97年委託彰化縣衛生局及中臺科技大學，分別於彰化縣及臺中市各一處鄉鎮地區，開始辦理資源整合式之社區老人健康促進工作模式，結合當地社區組織，依當地概況、老人特質及其既有行為，引發老人改善飲食、運動等日常生活行為之興趣，強化老人健康促進。惟目前該項健康促進策略之實施範圍僅在2個鄉鎮，涵蓋率有限，且屬試辦性質。嗣該署雖於98年擴大持續推動，惟僅擴大到4個縣市，每縣市2個社區，成效仍難以全面擴展。又該署自95年起，在社區內不同型態之地點，廣設血壓測量站，惟該項措施僅係提供民眾之血壓測量服務，非係針對老人特質，所提供之預防策略，亦無衛教諮詢服務，其所能發揮與影響之具體效用，不無疑義。

3、衛生署、內政部、農委會、原民會分別推動老人健康促進相關服務，顯各行其事、未能整合：

查目前相關部會為促進社區老人身心建康，延緩長者老化速度，爰深入社區內設立基層提供服務單位或據點，包括：衛生署推動之「社區（部落）健康營造計畫」、內政部推動之社區照顧關懷據點，教育部成立之社區樂齡銀髮學習中心，原委會推展之原住民部落老人日間關懷站，農委會推廣之高齡者生活改善班、漁民互助高齡班，同時提供關懷訪視、餐飲服務、健康促進活動或諮詢轉介等服務。顯見相關部會各行其事，未能整合服務，以致基層單位間缺乏整合性，彼此消耗能量及分散資源。

(四)綜上，按世界衛生組織於2008年發表之「預防慢性病：一項重要的投資」報告指出，不健康、缺乏運動、吸煙等係導致慢性病之主要原因，例如體重過重及肥胖引發血壓升高，影響膽固醇異常和對胰島素敏感性降低，將引發心血管疾病、中風、糖尿病及多重癌症之風險。而高血壓與高膽固醇更與攝取過多脂肪、鹽及糖有密切相關；若能採取適當且有效之政策及措施，至少有80%慢性病及40%癌症可被及早發現²²。此亦由97年經成人預防保健服務，新發現血壓、血糖及血膽固醇異常之比率，以及經乳房攝影及糞便潛血篩檢，早期發現乳癌及結直腸癌之比率等情，可見一斑。復按「疾病壓縮理論」係主張將可能發生在一個人身上之疾病，壓縮到死亡的最後一段時間，最好一天或一個星期，亦即縮短老年人身心障礙臥床之時間。由於老年人罹患慢性疾病通常具有不易痊癒之特性，需要持續之照顧及醫療，相關費用成本勢必增加，爰老年預防保健與健康促進不僅可免於疾病、減少醫療支出，並可增加生活品質。惟衛生署未能提供足夠經費，以致符合成人預防保健及癌症篩檢服務資格之中老年人受檢率偏低，且對於新發現異常個案之後續健康狀況，亟待落實追蹤及宣導。復以該署未能全面深入社區及家庭推展預防保健觀念，亦未能充分結合相關部會之社區組織，提供健康促進服務方案，亟待該署積極正視並透過整合各機關現有服務體系與資源，採取有效策略進行老年健康促進與預防保健教育與觀念之宣導，使民眾充分理解

²² 引自吳肖琪、洪燕妮、黃俊哲，高齡化及少子女化衝擊下的健康照護，社區發展季刊，125期，98年6月，第78頁。

「疾病壓縮理論」及「活躍老化」之概念，進而運用落實到日常生活之中，改變個人之健康行為（例如：正確飲食與運動、創造健康環境，以及改變對健康之態度與期望），以降低老年時疾病失能之發生及延緩老化。同時建議該署可透過基層單位及組織，依當地老人特質、生活行為及健康狀況，採取有效健康促進工作模式，以全面深入推動老人預防保健工作。

二、我國老人自殺死亡率高居不下，老人心理衛生工作亟待加強努力並妥謀有效因應策略：

（一）面對高齡化之挑戰，政府及國民皆應重視預防保健，始能降低醫療與照護之沉重負擔，預防保健不僅可免於疾病發生，並可提高生活品質。至於老人預防保健之內涵，不應僅有身體功能狀況之檢查及健康生活形態之推動，以降低慢性病之發生，更應重視心理健康及情緒問題，以預防自殺之發生。

（二）從行政院衛生署統計資料觀之，我國65歲以上老人自殺人數有逐年增加之趨勢，從85年之504人，至97年增加為868人。此外，老人自殺粗死亡率為各年齡層中最高，此態勢在過去10年來未曾改變，95年時一度高達每10萬名老年人口中有39.3人自殺死亡，97年雖降至36.6人，但與各年齡層相較仍為最高²³。另與世界主要先進國家老人自殺死亡率相較，亦為偏高²⁴。然官方統計資料係

²³ 97年各年齡層自殺粗死亡率（每10萬人口中之自殺死亡人數），以65歲以上老人為最高，其次依序為45-64歲（24.4人）、25-44歲（21.6人）、15-24歲（6.1人）、14歲以下（0.2人）。

²⁴ 依據衛生署提供之世界主要先進國家及亞洲國家老人自殺死亡率顯示，1999年美國為15.9人、德國為24.8人、英國為7.8人、澳洲為13.1人，均較我國為低（88年老人自殺死亡率為35.5人）；另1999年日本為37.2人、2000年新加坡為24.7人、南韓為35.6人，均與我國差異不大。

以死亡證明書登記之死亡原因進行分析，故我國確切自殺死亡人數應遠高於登記自殺死亡人數，因而老人自殺人數實有低估之情事。

- (三)復依據相關研究指出²⁵，老人最常自殺之方式採吊勒方法，其次為固體或液體物質中毒之方法，顯示手段比年輕人決絕。而老年人因退休、遷移、悲傷、憂鬱、健康等不良因素，易產生認同危機而有自殺念頭。歷年來臺灣地區自殺死亡之老人有90%以上者為身心障礙、久病或老衰，超過30%自殺老人之配偶已經去世，且憂鬱症與自殺之間有相當之關聯性。
- (四)經查行政院衛生署雖已業於94年11月啟動「自殺防治通報關懷系統」，該系統將依個案居住地，自動分案至當地衛生所或社區心理衛生中心，進行後續關懷訪視服務。惟97年1至12月該系統所通報自殺企圖個案計24,180人次，其中65歲以上老人占7.5%，98年1至5月通報自殺企圖個案計10,170人次，其中65歲以上老人占8.7%。其通報比率與我國老人自殺死亡率相較，老人自殺個案通報之成效，不無疑義。
- (五)復自96年起，行政院衛生署逐年針對各縣市基層醫療院所醫事人員，辦理憂鬱症臨床醫療相關訓練，惟截至97年底尚未推廣至全國25個縣市²⁶。此外，衛生署於97年1月至12月期間針對居家照顧工作者，辦理守門人訓練44場次，惟由該署提供之全國防治自殺中心自97年迄今辦理與老人有關之守門人課程以觀，該項課程辦理場次多集中在

²⁵ 劉慧俐，臺灣地區老人自殺之流行病學分析：1985-2006。上網時間：98年12月12日，檢自 <http://www.publichealth.org.tw/temp/28-2%20%20Recommended.pdf>。

²⁶ 96年針對基隆市、桃園縣、彰化縣、高雄縣及高雄市等5個縣市；97年擴展至宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、嘉義市及臺南市等6個縣市。

臺北縣（25場）及桃園縣（15場次）等地。

（六）綜上，我國老人自殺人數逐年增加，且自殺死亡率高居不下，老年人自殺問題確有愈形嚴重之趨勢，建構老人自殺與憂鬱症之防治已為刻不容緩之工作。爰建議增加老年人之生活適應及避免失能之相關對策，以減少其情緒障礙，同時建立有利於老年人生活之社區或居家關懷網絡，並配合適當之醫療照顧，強化社區及家庭之支持系統與服務輸送，以及老年急診及住院病患之諮商輔導及家庭慰藉，促進老人心理健康，更可深入社區鄰里組織，以擴展對老人自殺企圖者之通報範圍。

三、目前我國針對多重慢性疾病老人之整合性醫療照護服務，仍未全面建置完善，且尚待後續評估適切服務模式及具體成效：

（一）依據內政部統計資料，65歲以上身心障礙者人數從86年之148,001人，增加到97年之379,986人，約增加2.6倍，其增加幅度僅次於45至59歲之身心障礙者（3.2倍）。復97年身心障礙者人數計有1,040,585人，其中65歲以上老人即占36.51%。再從行政院衛生署查復資料觀之，北部某醫學中心之多重慢性病患，每人平均罹患之慢性病種類為1.8至3.14種，平均每人就醫科別數為1.65至3.31科。由於老人進入老年期，身體機能將隨年齡增長或罹患慢性疾病，逐漸退化或失去功能，成為身心障礙者，而我國老化人口逐年增加，老人身心障礙及多重慢性疾病之人數亦隨之升高。是以，醫院若能針對多重慢性疾病老人患者之就醫特性，積極提供整合性之醫療照護，將能保障該類病患之就醫品質與用藥安全。

（二）惟國內在現行醫療過度專業化之環境下，醫療體

係以醫院為中心，依疾病分科方式提供醫療服務，以致多重慢性疾病老人患者疲於多次掛號、多次就診，造成病人舟車勞頓、候診時間增加、重複用藥風險提高，以及醫療資源浪費等問題。復本院諮詢之學者亦指出，醫療服務高使用者以老年人、住院、慢性病及重症病患為主，故老人之醫療照顧為政府亟需準備與面對之課題，然目前急性醫療照顧體系未能因應我國人口急遽老化，存在問題包括：缺乏老年照護觀念之照護團隊、老人友善之照護環境不足、缺乏老人友善之就診及求醫過程、單科照護模式無法滿足特定老年照護需求等。

- (三) 行政院衛生署為提升醫療品質與用藥安全，自98年12月1日起業已開始試辦「多重慢性病整合照護計畫」，該計畫預定分三個階段逐年漸進達成目標，第一階段為98年至99年底(試辦期)，主要係院內或整合團隊對忠誠病人照護之整合；第二階段為100-101年(推廣期)，主要係跨院間之整合照護；第三階段為102年以後(成熟期)，重點係醫院與基層醫療院所間之垂直整合。健保局各分局自98年10月起於各轄區公開徵求試辦醫院，並依其等所規劃之計畫書進行審查，經審查通過之醫院自98年12月起，提供此類患者積極之整合性醫療照護模式。目前已有182家醫院提出申請(醫學中心18家、區域醫院62家、地區醫院102家)，預定照護人數約60萬人。未來，該署將視試辦醫院之辦理成效，額外提供誘因，以鼓勵醫院積極投入改善病患之就醫品質。此外，該署於「99年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫作業要點」中，新增輔導區域內醫院建立「跨科別」與「跨專業」之

整合性醫療服務，期醫院提供老人用藥門診或用藥諮詢等服務。

(四)綜上，由於臺灣地區老人壽命不斷延長，老人常罹患多重慢性疾病，惟現行醫療體系欠缺整合性之醫療照護服務，以致甚難符合老人特殊之就醫需求，不僅使得老年人疲於在各科診間候診，浪費時間及醫療資源外，並延伸多重用藥之問題。衛生署雖已提出「多重慢性病整合照護計畫」，惟該計畫甫於試辦中，且主要著重院內或整合團隊對忠誠病人照護之整合，各醫院間之橫向及縱向整合，尚待該署預計於1年之後逐步全面推廣實施，故現階段我國老人整合性醫療照護服務仍未全面建置完善，老人仍將面臨跨科就醫之障礙。復各醫院所提出之整合性醫療照護模式，能否貼近老年人之實際需要並達到全人照護之目標，亦均有待衛生署後續審慎評估適切模式及具體成效。爰建議政府可提供有效獎勵機制，或在全民健保支付制度中，考量規劃針對高齡病症複雜患者之醫療服務給付方案，以積極鼓勵醫療院所針對多重慢性病及複雜照護需求者，提供整合性醫療照護服務（從門診就醫到急性住院或急性後期照護、長期照顧服務之全方性整合），並逐步從醫院內、到跨院間之橫向整合，再擴大醫院與基層醫療院所間之垂直整合，以提升老年人整體生活品質，而非單純器官疾病之治療。

四、目前我國醫療體系以照護急性病患為主，急性後期照護體系付之闕如，致長期照護制度難以銜接：

(一)按急性後期（或稱亞急性、中期照護）照護係病患在急性期由醫院處理治療後，無需依賴高科技監測或診斷，但仍需醫師、護理人員及其他相關

專業人員協同照護時，即可進入急性後期照護場所，以協助病患由疾病期過渡到恢復期，並協助返家休養或病情穩定後進住養護機構，相關費用由政府依照護時間長短全額或部分給付。行政院經建會於「長期照顧保險制度初步規劃成果與構想」亦指出長期照護保險所提供之失能照護與全民健康保險所提供之急性醫療，兩者本質上有相當大之差異，惟在急性醫療過渡到長期照護之間，尚需急性後續照護加以銜接，方能成為一套連續性、完整性之全人照護服務體系。是以，急性後期照護服務可謂急性醫療照護服務及長期照顧服務間之重要橋樑。

(二)查行政院衛生署為強化持續性健康照護體系，發展中期照護服務模式²⁷，爰多元推動中期照護服務試辦計畫，其中鼓勵獨立型護理之家試辦中期照護之創新照護服務模式，拓展其創新服務功能與發展整合連續性照護服務模式，98年8月間核定補助7家獨立型護理之家試辦中期照護之創新照護服務模式，以提升其服務品質。此外，目前衛生署所屬屏東醫院及桃園醫院已設立中期照護單位（分別設立60床及15床），99年將再增加兩家所屬醫院設立中期照護單位。惟截至目前為止，該署推動之中期照護服務係屬試辦方案，病患仍須自行負擔費用，健保醫療給付仍以照顧急性病患及慢性病患為主，政府遲未全面規劃推動急性後期照護方案，僅規劃暫以明年小規模試辦，以致急性後期患者處於模糊地帶，分散在不同區塊

²⁷ 依據行政院衛生署表示，中期照護主要以服務急性疾病出院後之病患，針對具有潛能回復之個案提供充分之治療，以利其回復獨立生活的健康狀況，期藉由中期照護服務，減少病患後續失能而入住機構或是短期內再度入住醫院之機會。

(例如：住院體系、慢性療養機構或護理之家)，甚至以急性病床照顧急性後期及長期照顧病患。

(三)綜上，我國對於急性後期與急性及長期照護之界線模糊，以致急性醫療照護與長期照顧服務之間缺乏銜接，常以急性病床來照顧亞急性及長期照護病人，致目前全民健保除支付急性醫療照護外，亦支付部分急性後期照護之費用，甚至部分急性後期病患受到全民健保住院天數之限制，經常進出醫院，不僅浪費有限之醫療資源，且造成老年人及其家屬身心之折磨，倘政府未能及早規劃因應綢繆，勢必對於全民健保及臺灣家庭，造成更為沈重之負荷。鑑於我國全民健保將於明年實施疾病診斷關聯群(以下簡稱DRGs)支付制度，為避免實施DRGs支付制度恐造成各醫院努力縮短病人住院日數，使需持續醫療照護之老人受到衝擊，當務之急，建議儘速配套建置急性後期照護服務體系，以求服務連續與完整。

五、內政部及地方政府以10年前行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率，作為失能老人之推估標準，難以掌握實際需求個案及其需要，進而建置適切及適量之照顧服務資源：

(一)按老人福利法第16條第2項規定：「直轄市、縣(市)主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」

(二)依據各直轄市、縣(市)政府查復資料顯示，各地方政府係以推估方式填列轄內失能老人之人數資料。復內政部及地方政府以89年行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率9.7%，作為失能老人人數之推估標準。惟依據臺南市於96年8月20

日至97年2月29日期間辦理之「疑似失能老人普查計畫」調查結果顯示，該市失能老人之比率為10.66%，且該府逐一按轄內老人之失能程度，訪視評估其照顧需求，並媒合適當照顧服務。反觀內政部及地方政府以距今9年之普查結果，推估現今失能老人人數，除將影響相關老人服務措施之供需評估結果外，亦無法發掘掌握老人及其需求之所在，進而連結相關照顧服務資源，遑論能夠針對不同失能程度、家庭型態及經濟狀況老人之實際需求與負擔能力，提供及轉介服務，或布建適切與適量之居家式、社區式及機構式照顧服務資源。內政部亦表示，目前國內有關失能老人比率推估，多以89年行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率9.7%為基準，行政院衛生署業規劃於99年度進行失能需求調查，以利未來長期照護保險開辦之各項規劃。

(三)綜上，內政部及各地方政府以10年前行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率，作為失能老人之推估標準，未能普查瞭解轄內失能老人之數量、所在位置、實際照顧困境與需求，不僅無法掌握需求個案，亦難以規劃建置適切及適量之照顧服務資源。為能切確掌握需求，建議可參酌臺南市政府透過全面普查之方式，主動發掘長期照顧服務之需求人口及失能風險較高之弱勢老人，並訪視評估其等實際照顧需求與困境，進而連結適當服務資源，使有照顧需求之弱勢老人皆能獲得妥適照顧，並可作為政府建置完善照顧服務資源之參據。

六、我國長期照顧服務相關業務主管機關分屬不同行政體系，資源與服務難以統籌發展；復民眾使用長期

照顧服務之意願偏低，各地長期照顧服務資源發展程度不一與不均，照顧人力不足，服務補助標準未能因地制宜及考量不同需求及經濟弱勢老人之負擔能力等，致執行成效未盡理想：

- (一)我國於82年老人人口數超過總人口數之7%，正式邁入高齡化社會，97年老人人口數增加至總人口數之10.4%，此數據意指臺灣已然從「高齡化社會」階段逐漸邁入「高齡社會」階段。復國人平均壽命逐漸延長，婦女總生育率降低，加以人口老化速度顯著，在可預見之未來，臺灣人口老化之現象將持續不斷，且速度加快。惟臺灣經濟發展、人口結構、家庭型態、福利需求等，全已趨複雜及多元化，尤其家庭對於老人之照顧功能與方式，更迥然不同於過去，爰建構長期照顧服務制度係除經濟與醫療之外，未來老人最為迫切需求之項目。
- (二)為因應我國近年來人口快速老化，所導致長期照顧需求之增加，並考量資源開發之有限性及推動之急迫性，行政院於96年4月3日核定「我國長期照顧十年計畫」，結合社政及衛政等資源，以需求評估結果作為服務提供之依據，由地方政府長期照顧管理中心（由行政院衛生署主責並編列預算）擔任連結資源之窗口，提供失能老人所需居家服務、日間照顧、家庭托顧、輔具購買（租借）及居家無障礙環境改善、老人餐飲、長期照顧機構、交通接送、喘息服務、居家護理、居家及社區復健等10項服務²⁸。該項計畫以補助服務使用原為則，並考量個案家庭經濟狀況予以不同補助

²⁸ 其中喘息服務、居家護理、居家及社區復健等3項服務，係屬行政院衛生署主責項目，下稱衛政主責服務；其餘7項服務由內政部主責，下稱社政主責項目。

標準，低收入戶由政府全額補助，中低收入戶補助90%，一般家庭則補助60%。惟長期照顧十年計畫實施迄今，民眾使用率偏低、服務輸送體系分歧、各地照顧服務資源發展程度不一與分配不均、照顧管理專員工作負荷繁重、補助額度未能顧及偏遠地區老人之實際需求與處境、多數照顧服務員未投入長期照顧服務工作、欠缺健全財務機制等，致該項計畫執行成效不如預期，致全人照顧、在地老化及多元連續照顧服務原則淪為空談，除無法與「聯合國老人綱領」接軌外，更無法真正實踐臺灣老人人權，亟待政府予以正視並妥謀對策，茲分述如下：

1、相關業務之主管機關分屬不同行政體系，資源與服務較難統籌發展及管理：

(1)目前長期照顧服務相關業務之主管機關仍分屬不同行政體系，包括：內政部、行政院衛生署及退輔會等，同時分管老年健康照顧事項；法規方面亦分為社政（例如：老人福利法、身心障礙者權益保障法）、衛政（例如：醫療法、全民健康保險法、護理人員法、精神衛生法）及退輔（例如：國軍退除役官兵輔導條例）等三大體系，資源難以統籌發展與管理。

(2)復老人長期照護機構分安養、養護、長期照護、榮民之家及護理之家等，隸屬不同行政體系，並有不同法源依據及機構品質管理標準。以長期照護型及護理之家為例，前者依據老人福利機構設立標準第2條規定，係以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。後者依據護理人員法第15條規

定，係收容罹患慢性病需長期護理之病人及出院後需繼續護理之病人。兩者均有照顧罹患長期慢性病且需要醫護服務之老人，惟其中央主管機關卻分屬於內政部及衛生署，地方主管機關分屬於社政單位及衛政單位。復兩者實際照護服務過程所重視之層面亦有差異，一較為重視護理人員之照護服務，一較為重視社工人員之關懷服務。

2、民眾使用長期照顧服務之意願偏低：

(1) 依據衛生署提供之97年各縣市長期照顧管理中心收案及使用服務情形統計表觀之，部分縣市未使用長期照顧服務人數占收案人數之比率偏高，逾50%者即包括新竹縣63.09%、嘉義縣69.71%、臺南縣61.90%、高雄縣81.79%、臺東縣58.47%、基隆市50.96%、新竹市70.10%、臺中市54.84%、嘉義市74.30%、臺南市81.78%、金門縣57.71%等11個縣市之多，顯示多數民眾經評估符合接受長期照顧服務之資格，實際卻未使用服務。

(2) 復依據衛生署查復資料顯示，98年6月底各縣市均有居家護理、居家（社區）復健、喘息服務之提供單位，惟部分縣市實際服務人數遠低於服務目標人數，未達40%者即包括基隆市、桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、臺南縣、屏東縣、臺東縣等11個縣市，其中部分縣市甚至未達10%，使用率明顯偏低。足見民眾使用長期照顧服務之意願偏低，以致成效不如預期。

(3) 再依據行政院衛生署表示，上開縣市使用率

偏低係因：〈1〉部分縣市長期照顧管理專員未補足、流動率高，導致評估人力不足，無法有效連結服務資源，增加服務推動困難。〈2〉一般戶使用長期照顧服務，需自行負擔40%服務費用，地方政府反映民眾抱怨部分負擔過高，因而降低其使用意願。以上均亟待行政院督促中央主管機關予以正視並擬妥解決之道，以免失能老人無法獲得妥善之照顧。

- 3、各地長期照顧服務資源發展程度不一與不均：
- (1)按本院參酌世界主要國家及組織對於老人人權之內涵與定義，以及我國相關政策與法規之發展，老年健康照護係包含老人應能獲得符合社會文化價值之家庭與社區照顧，不同需求老人均應能獲得適切之照顧服務。復按老人福利法第16條規定：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」
 - (2)依據我國長期照顧十年計畫，其服務項目包括：照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧服務）、居家護理、社區及居家復健、輔具購買租借及住宅無障礙環境改善、老人餐飲、喘息服務、交通接送、長期照顧機構等。其中居家護理、社區及居家復健、喘息服務等三項係衛生署主責項目（下稱衛政三項服務），其餘為內政部主責項目（下稱社政服務項目）。惟依據衛生署及內政部查復

資料顯示，無論居家式、社區式、抑或機構式照顧服務，各地服務資源發展程度明顯不一與不均，致難以落實全人照顧、在地老化及多元連續服務之目標：

- <1>以衛生署提供之98年各縣市衛政三項服務提供單位數統計觀之，各縣市雖均有居家護理、居家及社區復健、喘息服務提供單位，惟其數量多寡不一。例如：居家護理服務部分，基隆市、新竹縣、屏東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等6個縣市僅有1-2個服務提供單位；居家及社區復健服務部分，臺北市、基隆市、臺北縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、臺中市、南投縣、雲林縣、嘉義縣、臺南縣、臺南市、高雄市、高雄縣、屏東縣、宜蘭縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等19個縣市僅有1-2個服務提供單位；至於喘息服務部分，臺南縣、屏東縣、金門縣及連江縣等4縣僅有1-2個服務提供單位。
- <2>復以內政部提供之98年各縣市社政服務項目之服務供給單位數觀之，部分縣市之部分社政服務項目缺乏服務提供單位。例如：苗栗縣、嘉義縣、臺南縣、高雄縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等8個縣未有日間照顧中心；僅臺北市、高雄市、臺北縣、臺中縣、彰化縣、屏東縣及嘉義市等7個縣市設有失智症老人日間照顧中心；僅南投縣、高雄縣、臺中市及嘉義市等4個縣市提供家庭托顧服務；高雄市、臺南縣、臺東縣、花蓮縣、臺南市及連江縣

等6個縣市未有交通接送服務；屏東縣、金門縣及連江縣等3縣未有老人營養餐飲服務。內政部亦坦承，各地照護資源服務發展程度不一、資源分配不均，係目前我國長期照顧十年計畫推動困難之一。

〈3〉再以內政部統計資料²⁹及書面說明觀之，97年底各縣市老人長期照顧及安養機構仍以養護型機構為最多（計有949家），部分縣市並無長期照顧型機構，包括嘉義縣、高雄縣、臺東縣、澎湖縣、基隆市、新竹市、金門縣及連江縣等8個縣市。復以各縣市機構數量觀之，以臺北縣為最多，計有198家，其次為臺北市計有162家、高雄市計有81家。此外，南北各有一區塊之機構數較多，北部以臺北市、臺北縣及桃園縣居多，南部以臺南縣、高雄市、高雄縣及屏東縣居多。再就區域分布觀之，臺灣西部縣市較顯不足，且有鄰近區塊之現象，例如；苗栗縣、臺中縣為一區塊，雲林縣、嘉義縣為一區塊，離島之澎湖縣、金門縣等2縣市資源最少。復依據內政部網站公布之統計資料顯示，98年6月底7個縣市床位數之供給低於需求，包括臺北市、苗栗縣、臺中縣、雲林縣、嘉義縣、澎湖縣、金門縣等7個縣市。

4、服務補助標準未能因地制宜及考量不同需求及經濟弱勢老人之負擔能力：

（1）依據內政部網站統計資料，98年6月底老人

²⁹ 內政統計通報，內政部內政統計資訊服務網。上網時間：98年12月8日，檢自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9811.doc>。

長期照顧及安養護機構實際進住人數總計為38,642人。前揭數據與全國老人失能推估人數233,015人，以及全國極重度與重度失能老人推估人數69,904人相較下，顯示絕大多數失能老人仍在家安養。基此，居家式及社區式照顧服務資源之充分發展與建置，確實有其必要性及重要性，始能達到在地老化之政策目標。

- (2) 惟依據內政部查復資料顯示，97年12月底居家服務人數為22,305人，遠低於全國老人失能推估人數233,015人。復依據本院實地訪視發現，長期照顧服務之補助標準未能因地制宜，例如：交通接送服務每趟最高190元之補助標準，居家護理及居家復健服務交通費200元之補助標準，難以適用於幅員廣大之鄉村地區（例如：嘉義縣山線地區至嘉義市之距離，至少為74.9公里），致影響民間單位投入長期照護服務之意願，造成地方政府推動服務及布建資源之困難，進而影響民眾使用居家服務之可近性。
- (3) 此外，長期照顧服務之補助標準未能考量不同需求老人在地安老之實際需要與經濟負擔，例如：部分縣市之山地及農漁村等偏遠地區缺乏社會福利資源，而居住當地之多數原住民及農漁民雖未符合低收入戶或中低收入認定資格，但其等實為經濟弱勢之邊緣戶。惟長期照顧服務之使用涉及自行須負擔部分服務費用（如家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用1.5倍至2.5倍者，民眾須自行負擔10%之服務費用；一般戶者，民

眾須自行負擔40%之服務費用)，致其等雖評估認定為失能者，或有入進機構之需求時，卻因缺乏經濟負擔能力，而選擇放棄使用服務，嚴重影響其生活品質。復居家服務依個案失能程度，核予補助不同之服務時數，其中重度者每月補助上限最高僅90小時，亦即平均每日3小時居家服務，故仍需依賴家人自行照顧，惟當其家人身心俱疲時，最終只能選擇僱用外籍看護工，以解決家庭照顧之負擔，此現象將更加不利於居家式及社區式照顧服務之發展。

5、照顧管理專員人力不足，影響服務推展：

基於照顧管理之權責涉及政府資源之管理與配置，爰由地方政府設置長期照顧管理中心擔任長期照顧管理制度之執行單位，以提供失能者及其家庭之單一整合服務窗口。復為利長期照顧管理中心穩健運作，由行政院衛生署統籌編列專款，補助地方政府進用照顧管理專員、照顧管理督導等人力，其主要核心任務包括：需求評估、擬訂照顧計畫、核定補助額度、連結照顧資源安排照顧服務、持續追蹤個案狀況並監督服務品質、定期複評等。惟依據衛生署查復資料顯示，98年6月底各縣市長期照顧管理中心之照顧管理專員平均每人服務個案量，除新竹縣、嘉義市及連江縣未逾50案外，其餘均逾50案，甚至臺北縣、臺中縣、南投縣及金門縣高達2百餘案。又部分縣市照顧管理專員未能補足，加以流動率高，均導致評估人力不足，無法有效連結服務資源，更增加照顧服務推動之困難。

- 6、多數照顧服務員因薪資偏低且工作辛勞，而未投入長期照顧服務工作：

按照顧服務員係長期照顧服務之第一線工作人員，惟民眾對於照顧服務員之工作內容與範圍，認知偏差，加以勞動條件不佳且薪資所得不高，致其留任意願偏低，或多轉至醫院擔任看護工或至機構任職。依據內政部表示，該部於92年2月13日會銜行政院衛生署公告照顧服務員訓練實施計畫，自92年迄至97年底，領有照顧服務員結業證明書者計有5萬5,846人，惟其中僅4,111人留在居家服務職場工作，9,903人在老人福利機構服務，故持續從事居家服務工作者之比率偏低。復依據衛生署於98年8月28日函復本院巡察審核意見之書面說明顯示，按行政院經建會長期照護保險規劃初步成果，照顧服務員於長期照護保險開辦（100年）時之人力需求為37,298人～54,802人，惟97年供給量為17,561人（惟實際任職於居家服務機構及各類福利機構之人數為9,375人），供需差距顯著，其主要因素為參加訓練及領有丙級技術士證照之照顧服務員並未投入勞動市場。足徵照顧服務員實際從事居家服務工作少，實不利於長期照顧服務之推展，亦恐造成未來長期照護保險制度將面臨人力供給不足之問題。

- 7、原住民多因服務資源不足及無力支付自行負擔費用等困境，以致影響其等對於長期照顧服務之使用狀況：

(1)由於經濟產業結構與就業市場需求之改變，原住民中青壯人口大量外流，原住民老

人留在原鄉，此現象隨著臺灣工業與都市發展變得更加嚴重，導致原住民家庭結構改變、原住民地區人口老化情形相對嚴重³⁰，原有家庭照顧功能亦面臨考驗，傳統由家庭成員負擔照顧老人之功能式微，取而代之為許多原住民獨居老人必須獨力照顧自己，因而產生留在原鄉之老人照顧問題，此均凸顯原住民老人長期照顧需求之迫切與必要。

(2) 惟依據行政院原民會引用相關調查研究指出，原住民族鄉鎮市地區³¹之長期照顧服務相關據點，僅占整體長期照顧服務資源之9.8%，山地原住民鄉之長期照顧服務資源更少，僅2.7%，而一半以上之長期照顧服務項目未設置於山地原住民鄉。況且即使資源據點存在，實質服務並未輸送到位，此由原住民鄉鎮市所接受服務量僅占5.7%，山地原住民鄉鎮市所接受服務量甚至僅1.3%等情可見一斑，顯示原住民鄉鎮市之長期照顧資源相當缺乏，且隨著地區愈偏遠，其服務量隨之下降。

(3) 其次，原住民老人較為偏好社區照顧或居家服務，且期望由在地原住民照顧自己原住民長輩。惟許多需要照顧之原住民因非屬低收入戶或中低收入之邊緣戶，又無力自行負擔部分服務費用，故放棄使用照顧服務之機會。依據相關調查³²指出，我國自98年起全

³⁰ 平地鄉原住民平均每2名工作人口就得扶養一位老人，山地鄉原住民平均每2.8名工作人口扶養一位老人。

³¹ 原住民族鄉鎮市地區，分佈於12個縣市，共計有55個鄉鎮市（包含30個山地原住民鄉及25個平地原住民鄉）。

³² 蔡宛芬、施欣錦，收費式居家服務在原住民鄉可行性探討—以屏東縣原鄉為例，社區發展季刊，126期，98年7月，第226至239頁。

面推行長期照顧十年計畫，採取階梯式之補助原則（除低收入戶外，均由政府與民眾共同分擔費用），此種部分負擔制之居家服務造成原鄉案量急速銳減，亦即除符合全額補助資格者外，其餘大部分需部分負擔之個案均放棄此項服務。進一步分析其原因發現，逾八成個案有照顧需求，惟礙於經濟因素，不得已放棄居家服務，此部分案主中，極高比例係獨居長者，其主要經濟來源為政府每月津貼補助，甚少獲得子女之奧援，甚至許多長者之津貼由其子女所掌握支配，故長者無力且無法負擔部分服務費用。

(4) 此外，依據原民會表示，各地方政府對原住民老人之照顧服務量等資料付之闕如，且重視原鄉程度有所不同，以致影響原住民接受長期照顧服務之品質或數量。又各縣市長期照顧管理中心及社工人員之辦公地點皆設置於縣市中心或都會區，當原住民案主有臨時照護需要時，服務人員須從長期照顧管理中心驅車前往部落，往返皆相當耗時，服務效率易受影響，皆不利於原住民使用服務。

8、長期照顧服務欠缺完善財務機制：

(1) 目前失能老人除可接受「我國長期照顧十年計畫」所提供之各項居家式、社區式及機構式照顧服務補助外，另全民健保提供慢性病床及居家照護給付，社政單位則另提供中低收入老人及身心障礙者相關照顧服務與照顧者津貼，然失能者照顧服務仍有不足，家庭負擔仍然沈重。復目前政府對於長期照顧服務之補助係以低收入戶之重度失能老人

為主要對象，中低收入及一般民眾仍須分別自行負擔10%及40%之費用。在缺乏財源下，高成本支出單由家庭自行承擔，實不可行，甚至部分縣市偏遠地區老人及其家庭經濟狀況普遍較為弱勢，卻未能獲得更多之協助資源，致真正弱勢老人未能獲得妥善照顧，顯未盡公平合理。

(2) 惟依據內政部表示，長期照顧服務補助時數之計算基礎，係由專家學者組成之研究團隊比較各國辦理情形（主要參考德國長期照顧保險制度），而德國長期照顧制度以保險方式辦理，其財源係依保險精算由保險人及被保險人分攤。反觀我國長期照顧計畫現階段係以編列公務預算，由國家稅收補助方式辦理，基於國家財政負擔考量，權衡經費推動各項政務，爰目前依照顧弱勢及滿足基本需求之補助原則辦理等語。顯見我國至今長期照護費用之財務來源尚乏制度化，以致無法有效擴展與健全完整長期照護服務體系。

(三) 綜上，面對我國人口愈來愈高齡化之時代來臨，以及現今家庭照顧能量之日益弱化，無論學界或實務界均已認知必須認真面對接踵而來的失能照顧問題。為能解決家庭照顧之需要，及早規劃完善之長期照顧服務體系已到無法再繼續拖延之地步，故建構普及性且多元化之服務體系乃成為規劃長期照顧服務之主要目標。茲提出相關建議如下：

- 1、長期照顧服務之目的應不僅使因老衰導致身心功能障礙者，能獲得適切之健康照顧服務及增進獨力之生活能力，還需有心靈照顧服務，始

- 能真正維護其失能者之尊嚴，提升其生活品質。
- 2、目前現行長期照顧服務係針對經評估認定達一定程度以上之失能者，始提供相關服務措施，對於未達一定程度者，並未整體考量納入長期照顧服務之範疇，乃採由其他關懷方案因應。參酌日本經驗，該國介護保險制度針對目前仍未達一定程度之失能者，及早給予預防性支持服務，以減緩失能之惡化，並可降低未來照顧成本。爰為防範需要照護狀態之發生，以及改善需要長期照護之狀態，我國長期照顧服務預算宜可考量訂定適當比例，針對未達一定程度之失能中高齡者，及早提供預防性服務。
 - 3、長期照顧服務十年計畫之服務項目及補助內容、標準、次數及時數，宜考量針對不同失能程度、家庭型態及經濟狀況之老人，研訂更具彈性、多元化且符合老人及其家庭實際照顧需求與負擔能力之服務項目及補助標準，以提高有需求之民眾使用長期照顧服務之意願，亦避免需密集照顧或經濟弱勢（如未達低收入戶認定標準之近貧家庭，尤其原住民及農漁民老人）之失能老人因無力負擔自付額或服務時數不足（例如：重度失能老人每月僅能獲得居家服務之補助上限最高90小時，亦即每日僅能接受3小時之居家服務，相較於德國每月補助150小時，我國補助時數容有檢討研議之處），出現放棄使用服務之窘境、或其家人因不堪身心負荷而將其進住機構，以致其等無法獲得妥善之照顧，影響生活品質與尊嚴，亦使在地老化之政策淪為空談。
 - 4、長期照顧服務最大挑戰係需求者需求之多元化

與複雜性，且反覆在家庭、社區及機構之間往返進出，往往非單一社會福利服務提供單位可予以滿足。目前在照顧服務單位明顯不足之情形下，宜檢討修正對於長期照顧服務提供單位及民間團體之相關獎勵及補助措施，尤其山區、離島與偏遠等服務輸送不易之地區，以及最為困難之服務項目，更需增加提供服務之有效誘因及補助機制，以鼓勵更多民間單位參與長期照顧服務資源之推展、建置與輸送。

- 5、建議發展具信度與效度之評估工具，進行失能評估與需求評估（例如：日本對於申請需要照護服務者之認定與審查評估，即有一套綿密運作機制），俾能依其失能程度，擬定服務計畫，提供切合需求之照顧服務。
- 6、儘速規劃充實各縣市長期照顧管理中心之足夠人力，檢討照顧管理專員之任用資格及專業能力，同時因應各地實際需求與人才不易尋覓之困難，適度調整照顧管理專員之任用資格，尤其山地、離島及偏遠地區照顧管理人力之任用資格及配置標準，俾能以適量人力落實個案管理之目標。此外，建議政府可將老人長期照顧發展為一項專精領域，積極培育各類長期照顧服務之專業人力，以及增加照顧服務人力投入與留任之策略與誘因，並加強民眾對於照顧服務人員之正確觀念，以提高專業人力參與服務之意願，進而提升老人照顧品質。
- 7、近年來臺灣地區之人口結構正朝向少子女化進行，未來可預見的是，國民教育學校將面臨入學人數之銳減、高等教育學校將面臨招生不足之困境。爰建議政府可就釋出每一學區之校舍

空間，妥善評估規劃作為老人社區式照顧服務場所（包含失智症老人之日間照護中心）之可行性，高等教育學校亦可轉型發展為老人福祉大學，提供老人照顧服務專業人才之教育與培訓，俾利推動各項多元化之照顧服務方案，使老人毋須離開自己熟悉之環境，得以在社區中生活，真正落實在地老化之政策目標，亦可預防老人急速老化及失能（失智），並避免老人提早入住機構。

- 8、長期照護係高成本、高壓力、綜合性及多面向之工作，財務負擔相當沈重，非個別家庭所能承受。因此，財務規劃係長期照護體系重要內涵之一，如德國及日本均已推動辦理長期照護保險制度，以作為長期照護之財務機制。鑑於我國高齡人口之快速增加、國人平均壽命之逐年提昇及疾病型態之慢性化等趨勢，爰建構長期照護體系之急迫性及必要性與日遽增，政府宜參考國外經驗，儘速建構完整長期照護財務體系，以減輕個別家庭之沈重負擔，並保障民眾老年之生活品質。

七、目前國內對於失智症患者之照顧服務資源相當貧乏，致失智症老人大多居住於家中由家人獨力照顧，影響老人及其家庭至鉅：

- (一) 隨著社會快速高齡化，失智症患者人數亦有快速增加之趨勢，世界各國均面臨同樣考驗，並積極採取因應對策。依據外交部查復資料顯示，德國目前患有失智症之老年人口約1百20萬人，並預估每年將以25萬人之速度增加，至2020年時，德國失智老年人口預計將達1百40萬人，至2050年時，則將達2百萬人。該國政府認為，倘家中有失智老

人需要照顧，將嚴重影響一般家庭生活及增加財務負擔，進而造成社會問題。

(二)我國失智症老人人數變化情形，依據內政部統計資料顯示，近十年來我國身心障礙老人人數以失智症增加速度最快，從88年之6,638人，至97年增加為23,604人，約增加3.5倍。惟前揭數據僅係經鑑定符合身心障礙之老人人數，而在民眾普遍缺乏對於失智症認識之下，其中應存有多種原因之黑數，而有低估之情形。根據民間團體初估，臺灣失智症人口已逾10萬人，且年齡愈高，失智症盛行率愈高。倘政府再未積極採取行動，家庭及社會將面臨龐大之照顧壓力與危機。

(三)照顧失智長者係一條艱辛漫長之路，家屬在摸索、嘗試與忍耐之中，不斷承受壓力及挫折。依據本院實地訪視士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」發現，失智長者常出現角色錯亂之情形，如將兒子誤認為丈夫，不讓兒子與媳婦同睡，使兒子左右為難。另長者易出現幻聽或幻想之症狀及其他精神症狀，如只記得年輕時之事物，或將某處誤認為廁所等情，有時亦會日夜顛倒或有暴力傾向，使家屬身心疲累。失智長者之家屬一方面疼愛其長者，一方面需忍受其等之異常行為，同時亦背負生活上之各種壓力，如工作、經濟等，導致心靈疲憊。如曾有一名個案為每日工作已甚感疲憊，當回到家中時，卻發現失智父親將房內牆壁上塗滿排泄物，當下便對其父親施與暴力，惟事後悔恨交加，該等案例寫實地描繪出失智症老人之家屬所面臨到的身心壓力與矛盾。

(四)惟依據內政部查復資料顯示，國內至今失智症照顧機構仍寥寥可數，目前失智症照顧機構包括：

該部所屬北區及南區老人之家分別設置12床及32床之老人失智照顧床位；台北縣私立翠柏新村老人安養中心參與設置失智症專區1個照顧單元、9個床位；士林靈糧堂、財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會、財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會已申請籌設完成失智症老人團體家屋，可照顧64名失智長者。復查各地方政府所提供之統計資料中，亦無失智照顧型機構。此外，扮演社區式照顧重要角色之失智症老人日間照顧中心亦嚴重缺乏，依據內政部提供之統計資料顯示，目前僅臺北市、高雄市、臺北縣、臺中縣、彰化縣、屏東縣及嘉義市等7個縣市設有1至2家失智症老人日間照顧中心。

(五)再依據本院實地訪視發現，士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」在獲得政府補助之下，每人每月仍須收費3至4萬元，始能勉強支應機構之營運費用。機構亦表示，團體家屋因考量服務長者個別需求不同，故須以1對1或1對多之照顧模式進行，亦須聘用本籍照顧服務員，使長者與照顧服務員能有效溝通及達到適當之服務，故設置成本較高，未來內政部若取消補助，將難繼以提供服務。足見高成本、高難度之失智症照顧工作，不僅使得長期照顧服務提供者望之卻步，一般老人及其家庭亦無力負擔。

(六)綜上，隨著高齡人口之增加，失智症患者亦逐年增加，已成為各國關注之重要議題。復以失智症照護係一漫長且艱辛之過程，隨著不同病程之發展，需處理不同之照護需求。惟目前國內對於失智症患者之照顧服務資源相當貧乏，以致失智症患者大多居住於家中由家人獨力照顧，不僅影響

家庭至鉅，甚至可能加速其等之退化速度或過早機構化。鑑於失智症係全面長期性照護問題，政府宜整體考量並深入研究國人失智症之疾病歷程變化及其衍生之問題與照護需求，同時參考相關文獻資料，發展出符合本土失智症患者之照護需求模式，積極推動失智症老人支持方案，妥善建置適切及適量之居家式、社區式及機構式照顧服務資源，使失智症老人及其家庭隨著不同病程進展，均能獲得妥適之健康與照顧服務。

八、由於國內長期照顧體系尚未健全，致民眾過度依賴外籍看護工照顧家中失能長者，影響照顧服務資源之發展，惟政府仍應正視其等對於現今照顧體系已成為不可避免之一環：

(一)政府基於我國照顧服務資源不足，為因應失能老人及身心障礙者人口增加趨勢所產生之照顧困境與需求，爰於人道考量之下，以補充性原則開放引進外籍看護工。惟由於國內長期照顧服務量能遲未充足，開放外籍看護工後，僱用市場日益擴大，近年政府雖致力推行相關照顧服務方案及措施，惟外籍看護工人數依然逐年成長，依據行政院勞委會網站公布之統計資料顯示，95年外籍看護工為15萬1,391，至97年已達16萬5,898人。

(二)由於外籍看護工僱用成本相對較低，薪資約僅本國照顧服務員的三分之一，並可協助其他家務工作，以致民眾愈來愈依賴外籍看護工照顧家中失能長者，相對壓抑民眾對於國內照顧服務之需求，更加使得民間照顧資源發展不易，相關照護人力不易開發與留任，不利於照顧服務體系之建立。惟臺灣既然已有高達十餘萬名外籍看護工，其等來台協助十餘萬個家庭承擔長期照顧之重

擔，對於現今照顧體系已成為不可避免之一環。

- (三)然外籍看護工家庭僅能就現行長期照顧計畫中非屬身體及日常生活照顧之服務項目申請使用（包括：交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善、居家護理、社區及居家復健等服務），無法享有居家服務及喘息服務，等於社會福利及居家服務員係與外籍看護工相互排斥，無法適度紓緩外籍看護工之負擔。
- (四)綜上，臺灣已有高達十餘萬名外籍看護工，其等對於現今照顧體系已成為不可避免之一環，為確保外籍看護工所照顧之老人能獲得妥善之照顧服務品質，並與其他長期照顧服務體系規範相等，宜將外籍照顧人力納入長期照顧服務體系管理與監督，以提升其等之照顧品質及被照顧者之生活品質，避免造成對於需長期照顧老人及其家庭之變相懲罰。