

# 建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐

吳淑瓊<sup>1,7,\*</sup> 戴玉慈<sup>2,7</sup> 莊坤洋<sup>3,7</sup> 張媚<sup>2,7</sup>  
呂寶靜<sup>4,7</sup> 曹愛蘭<sup>5,7</sup> 王正<sup>6</sup> 陳正芬<sup>6,7</sup>

SHWU-CHONG WU<sup>1,7,\*</sup>, YU-TZU DAI<sup>2,7</sup>, KUN-YANG CHUANG<sup>3,7</sup>, MEI CHANG<sup>2,7</sup>  
PAU-CHING LU<sup>4,7</sup>, AI-LAN TSAO<sup>5,7</sup>, CHENG G. WANG<sup>6</sup>, CHEN-FEN CHEN<sup>6,7</sup>

- <sup>1</sup> 國立台灣大學衛生政策與管理研究所，台北市仁愛路一段一號  
Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University, No.1, Jen-Ai Road, 1st section, Taipei 100, Taiwan, R.O.C.
  - <sup>2</sup> 國立台灣大學醫學院護理學系  
School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.
  - <sup>3</sup> 私立台北醫學大學公共衛生學系暨研究所  
Graduate Institute of Public Health, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan, R.O.C.
  - <sup>4</sup> 國立政治大學社會系  
Department of Sociology, National Chengchi University, Taipei, Taiwan, R.O.C.
  - <sup>5</sup> 台北縣勞工局  
Bureau of Labor, Taipei Country, R.O.C.
  - <sup>6</sup> 國立中正大學社會福利研究所  
Institute of Social Welfare, National Chung Cheng University, Chia-Yi, Taiwan, R.O.C.
  - <sup>7</sup> 行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組  
Long-Term Care Task Force, Commission for Social Welfare Advancement, Executive Yuan, Taiwan, R.O.C.
- \*通訊作者 Correspondence author. E-mail: scwu@ha.mc.ntu.edu.tw

**目標：**本文說明建構長期照護體系先導計畫的理念、計畫策略、和初步執行結果。該計畫希望能以可負擔的居家和社區式服務協助身心功能障礙者，以達到「在地老化」的目標。**方法：**在2000年行政院核定「建構長期照護體系先導計畫」三年計畫。該計畫選擇嘉義市和台北縣三鶯為實驗社區，於2001年10月分別在兩社區成立社區中心，每一中心配置4-5位照顧經理，一位主任，和一位行政專員，負責推展照顧管理服務、及督導新型服務模式的發展。從2002年1月起，社區開始提供各項居家和社區式服務。**結果：**到2002年7月為止，照顧經理總共替1031位個案擬定照顧計畫，其中，469位個案依據照顧計畫接受服務。除補助兩社區新型服務的開辦費(約1400萬元)外，兩社區補助民眾接受服務的費用共約474萬元。**結論：**初步結果顯示服務提供者有發展居家和社區式服務的意願，但是民眾對此服務並不熟悉，可能造成初始之低使用率。在計畫的補助標準和照顧管理制度的設計下，提供居家和社區式服務的財務負擔並不如預期沉重，但須更長的觀察，才能驗證上述之成果。(台灣衛誌 2004；23(3)：249-258)

**關鍵詞：**長期照護體系、資源發展、財務支持、照顧管理、實驗社區

## A pilot program for the development of long-term care system-concepts and practices

**Objectives:** This report described the conceptual framework, strategic planning and implementation, and preliminary results of the Pilot Program for the Development of Long-Term Care System. The program aimed to achieve "Aging in Place" by making home and community-based services affordable to the disabled. **Methods:** In the year 2000, the Executive Yuan approved a three-year project, the Pilot Program for the Development of Long-Term Care. Chia-Yi City, and the San-Yin Townships of Taipei County were selected as experimental communities. In October, 2001, a community center was established in each experimental community. Personnel included 4-5 care managers, 1 director, and 1 administrative assistant. The main tasks of the center were to carry out care management scheme, and to supervise new long-term care service models being implemented in the communities. Starting in February 2002, home and community based services became available to the disabled in the communities. **Results:** By the end of July 2002, care managers had drawn up care plans for 1,031 disabled residents. Among them, 469 people had used home or community-based services according to a care plan. Subsidies to service providers were at about 14 million NT dollars. Reimbursement for services totaled about 4.74 million NT dollars. **Conclusions:** Initial results had shown that service providers were willing to invest in developing resources for home and community based services. Unfamiliarity with the services had probably initially led to lower than expected level of utilization. Under the current care management and service reimbursement schemes, financial burden of providing home and community based services was not as heavy as anticipated. However, continual observation is needed to confirm initial findings. (*Taiwan J Public Health. 2004;23(3):249-258*)

**Key Words:** long-term care system, resource development, financial support, care management, experimental communities

## 前 言

人口老化是二十一世紀全人類共同面對的問題，因老化而暴增的身心功能障礙者的照顧問題，在上一個世紀末期，已吸引所有先進國家的關注，紛紛投入長期照護政策改革[1-5]，更促使德國和日本分別在1995年和2000年相繼開辦長期照護保險[6-8]，為普及全國長期照護服務而努力。預期在新世紀中，所有開發中國家也將一一跟進，接受長期照護問題的考驗。

台灣目前65歲以上的老年人口約200萬，約佔總人口的9%，由於戰後嬰兒潮即將邁入老年，因此只要再過25年，我國老年人口所佔比率將超過20% [9]，相較於法國費時115年，瑞典費時85年，才使老年人口加倍的速度[10]，我國成長速度之快，明顯可見，其所帶來的長期照護問題，亟需公共政策快速回應。

雖然我國機構式長期照護資源在九〇年代已逐漸成長，目前已將近4萬床，約可容納30%的長期照護需求者[11]，但是由於社區或居家式資源嚴重欠缺；個人或家人必須負擔全部長期照護費用；分歧的行政體系，無法統籌發展有效照顧體系[3,12]，因此造成民眾的照顧與財務困境。眼看老年潮人口即將陸續湧進，公共政策若不積極介入，將衍生重大社會問題。

有鑑於此，行政院社會福利推動委員會於2000年核定「建構長期照護體系先導計畫」（以下簡稱本計畫），並由衛生署與內政部委託台灣大學執行，希望在三年的期程中，研提我國長期照護體系建構之策略藍圖，以引導全國體系之建構。

本計畫參考Kane，Kane和Ladd等對長期照護之定義[13]，界定長期照護的服務對象為具有日常生活活動、工具性日常生活活動、和認知功能等身心功能障礙之人口，希望未來體系建構後，能夠滿足他們的專業治療、生活照顧、和無障礙環境改善等服務的需求。為求體系之先進與適切，本計畫乃參

考歐美國家的經驗，以「在地老化(aging in place)」為我國體系建構之總目標，盡量延長身心功能障礙者留住家庭的時間。

採取「在地老化」目標之原因係基於國際經驗和我國國情。此目標之所以受到先進國家的歡迎，係因他們從六〇年代以後，老人的教育和經濟水準不斷提升，因而不滿於機構集中的照顧方式，對社區獨立自主生活日益嚮往。反觀我國內狀況，也正歷經當年先進國家之變遷，老人的教育和經濟水準正快速提升，又加上我國傳統家庭照顧觀念，對自主生活和社區照顧的嚮往將更為殷切[4, 14]，未來體系建構如不能體認此一趨勢，將無法順應民眾的期望。

在此長期照護體系目標下，本計畫參考吳淑瓊和江東亮[12]提出之長期照護模式架構，從資源發展、經濟支持、組織管理、與服務提供等四大面向規劃體系建構策略，以下簡介各項規劃之理念依據與實驗內容：

### 一、資源發展策略

為具體落實「在地老化」之政策目標，本計畫以社區化、在地化、與多元化理念，規劃資源發展策略，希望能在社區配置完整照顧資源，增進身心功能障礙者留住社區的機會[4,14]。

但觀我國目前無視於社區資源嚴重欠缺，還大量發展機構資源，和理想背道而馳，此一發展態勢如不扭轉，極難實現社區多元化服務之理念。

面對萬事待舉的社區發展工作，本計畫乃參考國外現有社區照顧模式，並考量我國民情，規劃在社區中發展九類照顧模式，包含：照顧住宅、失智症日間照護中心、家庭托顧、居家復健、居家護理、居家服務、喘息服務、緊急救援通報、和居家無障礙環境改善等[4,18,19,25]。其中前四類為新型服務模式，國內從無發展經驗，因此邀集專家製作營運手冊，已提供民間開發的技術支援；後五類服務為社區現有模式，但是過去發展非常緩慢，所以重點在如何破除其發展障礙，例如：調整全民健保居家護理只給付重症插管病人之限制[16,17]，去除社政體系只

投稿日期：91年11月13日

接受日期：93年2月10日

提供低收入或中低收入老人居家服務、緊急救援連線、居家無障礙環境改善等限制[15]，以改善社區資源配置。本計畫並規劃培訓各服務模式所需之管理層級、專業層級、和照顧經理層級人力，儲備長期照護跨專業團隊服務人力。

社區服務的發展需要民間投入，過去數十年來，雖然社區照顧一再受到推崇，但是由於政策一直未將「提供社區式和居家式服務」列為施政重點[20]，因而一直無法發展。本計畫雖規劃發展上述九類服務設施，但是如果不能動員民間投入開發，還是無法發展。因此之故，乃強力營造有利社區發展的四大誘因：(一)在法令上給予新型服務模式發展的彈性空間；(二)製作服務營運手冊以提供技術指導；(三)提供新型服務開辦費，包含：設施設備、修繕、人事費用等之補助；(四)補助民眾接受社區服務，提升購買社區服務能力，籌集社區服務營運所需之基礎財源等。

## 二、服務提供策略

服務的提供策略也以支持「在地老化」目標為規劃原則，因此採「社區優先」和「普及服務」的理念，希望引導民眾在照顧需求發生時，會先尋求社區服務協助，只有在社區無法滿足，才住進機構。但是多年來，我國社區服務在補助辦法的引導下，服務對象一直侷限在低收入或中低收入老人，一般民眾習慣自行付費使用機構服務或僱用外籍監護工[21]，因此本計畫乃探討使用社區服務的經濟誘因，全面補助接受社區服務，但不補助機構服務，希望能提升選用社區服務的意願。

又從國外經驗觀之，服務零散效率不彰是各國社區服務輸送的通病，因此本計畫採用「照顧網絡」的理念，透過社區中心的運作，結合上述九類社區服務模式建立跨專業社區服務網絡，並接通和醫院之出院準備服務間的管道，提供民眾一個無縫隙的連續照顧環境，希能整合多元資源並提升成效。

## 三、組織與管理策略

本項規劃重點在改進過去多頭馬車的行政缺失，並建制有效管理環境，以收資源有效利用與品質持續改善之效。

因而本計畫設計行政整合策略，在中央行政院社會福利推動委員會下成立長期照護專案小組，邀集跨部會(包含：行政院、內政部、衛生署、經建會、主計處)行政主管、實驗社區所在地方政府首長、和學者專家參與，共同決策與推動跨部會整合業務；在地方政府成立實驗社區推動委員會，包含地方政府相關局處主管、當地民間相關代表、和行政院長期照護專案小組中之學者代表，整合跨局處力量，推動實驗社區長期照護系統的建構工作。透過此臨時任務編組模式，希望不論在中央或地方，均能統籌運用衛生署與內政部提撥之補助經費，達到事權統一，目標一致的行政整合效果。

在管理環境的建制方面，採「管理式服務」理念，於社區建置照顧管理制度，以社區中心為單一窗口，其中配置照顧經理(care managers)，讓民眾只要進入窗口，就能在經理的協助下獲得全套服務，包含需求評估、照顧計畫製作、多元服務連結與監測等；又在經理的監控下，可持續監測照顧成本與品質。

## 四、經濟支持策略

本體系所需成本是否在我國可負擔的範圍之內極受關注，因此在經濟支持的策略中，應估算照顧成本，以供我國規劃財務探行制度之參考。為此，本計畫乃先行設計社區服務給付辦法，再行實驗觀察民眾在此辦法下之服務使用行為，進而估算其所需費用。

在付費能力考量下，本計畫十分保守的設計服務的給付範圍。首先分析長期照護對象的整體需求，包含醫療保健、個人與生活的照顧、和住宿伙食等三大部分，其中醫療保健可由全民健保負擔；住宿伙食並非長期照護個案的特別需求，是每一位國民的需



求，應由國民年金支應；因此，長期照護財務規劃，只需負擔個人和生活照顧的部分。

決定此一補助範圍後，本計畫繼而在「需要者導向」之設計理念下，參考丹麥制度[22]，依照個案依賴程度等級設計給付額度，依賴程度越嚴重給付越多，不因其住機構與否而有所差異。採用居家模式的個案，由於不必付出機構龐大的住宿和伙食費用，因此具有「社區優先」的經濟誘因，可引導民眾儘量先以社區服務滿足照顧需求，增進留住家庭之機會。而在全民健保方面，需調整急性後期照護之給付，增加居家復健並擴大目前居家照護之給付，即可增進後續照顧之可近性。

為避免服務的濫用，節約長期照護成本，本計畫採用「自付額」和「守門員(gate-keeper)」等兩項策略，希望民眾因自付部分照顧成本，而不過度使用服務，並在照顧經理把關下，依個案依賴程度專業核定，以達到控制照顧成本之效。

本計畫執行至今已屆兩年，本文將介紹計畫中，各體系策略的執行情形，並檢討其在台灣社會文化之中的推展狀況，供決策、實務、和學術界參考。

## 材料與方法

為推展上述四大體系發展策略，乃挑選城鄉各一社區，實驗各項策略在社區中發展的可行性。實驗社區的挑選的原則為：人口約在10~20萬人左右、社區資源中等、民間參與意願較高、地方政府支持意願高、社區特質和台灣其他地區接近等。結果嘉義市和台北縣三鶯社區獲選為本計畫之實驗社區。

為推動社區業務，設置社區中心，內配置主任和照顧經理，負責承接社區推動委員會和行政院長期照護專案小組所交付的工作，並和研究小組合作進行

為推行有效的社區照護服務，本計畫在進入社區後，先進行前測工作，一方面篩選身心功能障礙個案，交由照顧經理協助與管理他們的照顧需求；另一方面可以瞭解社區中照護需要者的特質，以利服務之推展。在

此同時，也一併發展社區服務資源、建立社區中心的行政作業環境、發展服務資源、照顧管理制度執行環境的建構，以利社區服務的有效推動，支持居家身心功能障礙者的照護，讓他們盡量留住社區。

## 結 果

本計畫團隊從2001年7月進入社區，展開社區建構和介入的準備工作，並繼而提供照顧管理和各項社區服務，簡述如下：

### 一、社區前測工作

於社區介入前進行前測工作，地毯式的搜尋社區中具有身心功能障礙的個案，進行調查訪問，收集社區基礎資料。於2001年8月31日完成前測工作，嘉義市完訪1,424人，三鶯完訪1,031人，合計2,455人，其中247位入住機構，住在社區者共2,208位。搜尋所得個案及其基本資料，均交由社區照顧經理提供照顧管理服務。調查所得資料將於實驗結束後，和介入後調查資料結合，進行介入評估分析。

### 二、社區行政作業環境的建立

行政院的專案小組、兩地方實驗社區推動委員會、兩社區中心均順利成立，以臨時任務編組的方式，確切整合衛生和社政的行政和經費，全力支持實驗社區各項跨領域業務之進行。

在實驗社區推動委員會的支持下，兩實驗社區中心於2001年10月正式掛牌營運，每社區配置6~7位專任人力，負責承辦各項長期照護業務，包含：開發社區資源，執行照顧管理業務，聯繫服務提供者建立社區照顧網絡，補助民眾接受服務，辦理各項溝通、協調、與公關等業務，並協助本計畫進行社區評估等。

### 三、社區照顧資源發展

在政府採購法的規範下，嘉義市和台北縣政府依據本計畫規劃之各項服務標準和補

助辦法，進行9種社區服務模式的招標與甄選作業，徵選民間參與社區資源的發展。招標作業獲得民間響應，九種服務模式均有廠商得標，有些服務模式更見多家競爭的場面，例如：家庭托顧雖只需甄選一家，但每社區均有3~4家參與投標。居家服務、居家照護、喘息服務、居家復健等均由多家廠商共同承接，參與廠商均為我國醫療與社會福利界的非營利組織。

為補助四類新型服務模式的開辦經費，每一社區各編列15,825,500元，實際執行時，因為承辦單位發展規模較原規劃為小，因此使用經費不到原編列額度的一半，嘉義社區核銷7,813,000元，三鶯社區核銷6,245,951元。

本計畫規劃的九類社區服務模式全數都獲得民間的青睞，投入資源開發工作，除了三鶯社區的照顧住宅因無法覓得全為套房格局的建築物而流產外，其餘各服務設施均已陸續開辦。大多數的居家式服務模式在2002年農曆年前後(91年2月)即開始提供服務，而所有服務在社區開辦不到一年，已經大致配置完竣，建制社區多元化長期照護環境。

#### 四、照顧管理制度執行環境的建構

為落實管理式服務提供的理念，乃展開下列照顧管理環境的建構工作：

- (一) 訂定照顧管理作業流程：從收案、評估、核定服務補助額度、擬定照顧計畫、到服務連結與提供等，均清楚訂定作業流程，以作為社區中心、服務提供者、和個案共同遵守之依據。為執行業務所需，並製作各類評估、照會、合約等相關表單與文件。
- (二) 配置人力：每一社區配置4~5名照顧經理，招聘護理師或社工人員擔任之，辦理第一線的照顧管理業務；另外並配置主任和行政專員各一名，協助照顧管理業務之推展，總計每一個社區每月約需30萬元的人事成本。為賦予照顧經理執行業務的能力，於社區開辦前，進行一個月的職前訓練，提升經理的評估個案

需要、擬定照顧計畫、整合社區多元照顧服務網之能力。又為持續提升經理整合跨專業的能力，再組成跨專業諮詢委員會，包含醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師等專家，平時接受經理的諮詢，每月舉辦一次個案討論會，以提供經理在職訓練的機會。

- (三) 組織服務團隊：照顧管理制度的推動需要服務提供者的全力配合，因此由社區中心定期召開服務提供者協調會議，和服務提供者的伙伴關係，共同研商服務提供方式，並協調分配服務區域，建構服務網絡。

#### 五、服務提供情形

照顧經理進駐社區後，即依據前測個案名單，或根據民眾主動通報，馬上展開家戶拜訪工作，一面推廣社區照顧理念，一面替每一位個案做問題診斷與照顧建議，將社區服務引進個案的家裡。

至2002年9月底為止，三鶯社區的照顧經理總共接觸個案1,129位，其中由經理認為有照顧需要而擬訂照顧計畫者499位，但接受經理安排服務者186位，明顯可見，擬訂計畫和接受服務間的差距，接受者只佔37.3%。

嘉義總共接觸個案1,183位，經評定需要而完成照顧計畫532位，接受服務283位，略多於需要者的一半，其接受服務的比率比三鶯高。分析個案不願接受服務安排的原因發現，略多於約四分之一的個案因不願支付自付費用；又有略多於一半的個案自認為不需要而不接受服務。

各類服務的使用狀況，以居家服務的建議與使用最多，將近一半；其次為緊急救援通報，約三成。服務的連結方面，除照顧住宅、日照中心、和家庭托顧等新型服務因才開辦尚未穩定外；其他如居家服務、居家照護、居家物理治療、居家職能治療、緊急救援通報服務等，在經理認為有服務需要的個案中，接受經理建議的比率約五成；機構喘息和居家環境改善的接受率約在三成左右。

各服務接受率的差異表示民眾對各類服務的瞭解與接受程度的差異。

進一步分析服務對象特質，在照顧經理評定有服務需要的1,031位個案中，約近四成(38.2%)是具有5項以上日常生活活動障礙的重度障礙者；略多於兩成(21.1%)為64歲以下的非老人人口，一半領有身心障礙手冊，低收入戶和中低收入各佔11.4%和18.5%，一般戶所佔比率為62.1%。在接受服務的469位個案中，18.1%為64歲以下的非老人，40.3%為具有5項以上日常生活活動障礙人口，約四成為低和中低收入戶，略多於五成爲一般戶人口。從各類服務使用者身份別發現，一般戶使用的百分比很高，在使用居家服務的230位個案中，將近一半(48.8%)爲一般戶，此比率在三鶯更高達65.4%，打破過去大多服務中低收入戶的歷史紀錄。居家照護、居家物理治療、居家職能治療、機構喘息服務的使用者中，爲一般戶者也在八成以上，可見本計畫之服務普及化之證據。

在服務補助費用方面，社區開辦的第一年中，三鶯共核銷1,932,051元，嘉義爲2,809,237元，總計4,741,288元。執行額度不到原編列的一成。

## 討 論

根據前述實驗社區照護體系的建構和服務提供的情形，檢討本計畫各項體系規劃在實驗社區的實際運作經驗於下：

### 一、資源發展策略之檢討

在資源發展策略下，本計畫希望達成兩項任務：引進民間投入社區多元服務模式，以落實社區化與多元化的照顧理念。初步顯示不錯成效，檢討如下：

(一) 九類服務順利發展證實本策略已成功吸引民間資源的投入。

在短短一年的社區介入期間內，實驗社區的服務資源確實蓬勃發展，打破數十年社區不能發展的迷思。由民間資源的投入，展現民間社區參與的活力。由此可知，只要引進開辦經費和開發技術，並提升民眾購買服

務能力以籌措社區服務營運所需財源基礎，社區照顧資源就能在社區中發芽成長。

(二) 新型服務模式的開辦顯示其可能成爲台灣多元照顧資源的成員。

大體而言，各類新型服務理念均受到服務提供者的認同，甘冒風險投入發展；但因測試時間甚短，因此還在搖擺成長之中。對各類模式的發展檢討如下：

1. 居家復健一因不需硬體的配合，因此發展快速。未來推廣重點在於社區復健人力的養成，改變復健師提供服務的習慣，訓練他們從醫院走入社區，在民眾居家環境提供服務。
2. 照顧住宅一此類服務模式的開發因爲必須找尋全棟套房格局的建物，並需承擔入住者的照顧重責，因此是較高難度的投資。嘉義承辦單位因爲覓得歇業婦產科醫院，順利完成設置；台北三鶯則因得標單位無法覓得適當建物而落空，可見找尋合適建物是此類服務開發最大的困難。嘉義照顧住宅只開幕短短三、四個月，其所籌設的22個床位，已經進住11人，佔床率已達五成，初步可見都會區民眾對此模式的接受情形。
3. 失智症日間照護中心一兩個社區的日照中心都才剛開幕，目前面臨中心內照顧方案的開發，和吸引民眾使用的挑戰。
4. 家庭托顧一雖然兩社區均有民間機構承辦，也找到願意提供照顧的家庭，也有願意被照顧的個案，但因爲供需雙方地理位置相隔甚遠，並自付額度過高，因而至今尚未媒合供需提供服務。由此可見，雖然民間能認同這個照顧理念，但其落實發展仍須更多的巧思與努力。

綜合而言，本計畫已經打破過去社區式服務無法開發的迷思，過去民間之所以沒有投入，並非意願的問題，而是未能在社區架構一個合理的執業環境供其發揮。因此在本計畫引進技術支援和財源基礎後，所有服務模式均受到服務提供者的認同，並具體力行，投入開發，已經創造多元社區照顧環境的雛形。但對於新型服務模式仍須給予更多發展的時間，並加強使用者的宣導，增進民



眾的了解，方能落地生根。

## 二、服務提供策略檢討

服務提供策略希望支持「社區優先」和「普及服務」的理念，其是否獲得民眾的認同與接受？服務是否普及到社區全人口？是否減少機構的使用？均為檢討重點。

(一) 服務提供的策略已逐漸獲得民眾的接受與使用。

在進入社區工作後，我們馬上發現，民眾對社區服務的認知十分有限，民眾並沒有選擇多元社區服務的概念。多數人心目中的長期照護協助，是給予金錢補助，幫助他們支付住機構或聘請家庭監護工的費用，因此一開始，照顧經理雖然帶著專業與服務資源走入家戶，並不見得受到歡迎。因此前三個月案量的開發相當緩慢。但之後，由於不斷的宣導與溝通，尤其是照顧經理逐一家訪溝通，接受服務的個案已經逐漸增加，在從91年2月開始到9月的半年多實驗介入中，兩個社區總共收案四百多人接受本計畫提供之服務。

以上服務經驗顯示：(1)民眾偏好金錢補助，無法快速接受服務；(2)民眾對多元社區照顧十分陌生，沒有自己選擇服務的能力；(3)由服務接受度逐漸提升可知，民眾的學習能力很強，但要達到民眾自我選擇多元服務，則需更長的教育時間；(4)民眾才開始熟悉社區服務，尚未達到優先使用的程度，必須更長的介入，才能評估此項任務的成效。

(二) 一般戶佔服務個案的六成以上，顯現已達到服務普及提供的目的。

由照顧經理收案中六成以上為一般戶可知，已經打破我國過去殘補式的福利模式，達到服務普及化的目的。老化社會的來臨，長期照護的需求將更普遍，未來體系規劃已無法避免社區普及服務的設計。

(三) 需要更長時間的觀察與測試才能評估是否減少機構的使用。

在短短的七、八個月中，實驗社區所建制的照顧環境已經協助四百多個家庭，幫忙他們照顧身心功能障礙的家庭成員，其中四

成是具有5項以上日常生活活動障礙，很可能住進機構的重度失能者，有些甚至是獨居的失能者，有些個案因此而不聘用外勞，也有民眾希望從養護中心接回家人。這些實例顯示，社區照顧網絡已初步發揮功能，協助功能障礙者留住社區，但其是否減少機構服務的使用，是否延長失能民眾居住社區的時間，則需更長的觀察時間才能定論。

(四) 調查推估量遠高於實際使用量，給予政策科學研究重要啓示。

過去對身心功能調查研究大都認為社區老人失能比率約在10%左右[23]，本研究前測調查，也得到類似的結果[24]，因此本計畫乃根據此失能比率估算實驗社區所需提供服務的數量與經費。但是當照顧經理進行專業評估，發現需要服務者只剩下一半，這些服務需要者中，願意接受服務安排者不到四成，導致預估和實際使用量間的巨大差距。以上研究和實務之間的落差，是一個嚴肅的議題，學術界和實務界應繼續深入探討其原因，從使用者、給付標準、照顧經理執業狀況、和服務提供者、甚至從調查研究方法等層面深入探究，幫助未來政策規劃。

## 三、組織與管理策略檢討

本計畫希望整合行政組織建立照顧管理制度，以終結多年來我國多頭馬車的行政弱點，統籌資源建立連續照顧體系。本項策略在我國討論多年，但卻一直無法確切實現，本計畫難得一試的機會，其經驗對我國行政組織再造工程，深具意義。

(一) 中央與地方首長的全力支持與授權即可確切實現整合行政組織的功能。

本計畫藉由中央和地方成立專案小組、委員會、和社區中心，由於獲得首長的全力支持，因此確實整合了衛生與社政的經費和行政力量，發展全人照顧體系，涵蓋醫療和社會服務，並可一併照顧老人和64歲以下的身心功能障礙人口。在此組織在造中，讓台灣第一次的具體整合衛生與社政的服務資源，也整合老人和身心障礙者的服務資源，讓所有身心功能障礙者，均能因此而獲得跨

領域、多元、連續的長期照護服務。

(二) 照顧管理制度確切善用資源並提供民眾近便的單一窗口服務。

透過照顧經理的推動，照顧管理制度開始運轉，在短短六、七個月中，組織眾多社區服務提供伙伴，媒合四百多位個案接受服務，對一個從未在台灣測試的服務模式而言，已初步顯現成效。又在照顧經理審慎核定補助額度下，社區服務的使用十分保守，發揮節約成本的效果。

但是在照顧經理評定有照顧需要的個案中，不到五成接受經理安排服務，服務使用量因而未如預期，檢討原因可能是民眾需要更長時間熟悉服務，也可能是經理技術尚未純熟，也可能是補助標準過苛的關係，應繼續觀察檢討。

(三) 整合的行政組織為臨時任務編組，欠缺全國推廣傳承之條件。

目前中央的專案小組、地方的社區發展委員會、和社區中心都是臨時任務編組，並非正式行政體系的一環，因此其行政地位十分脆弱，只要實驗結束，目前所建的統籌功能，馬上瓦解，白費三年的實驗投入。又社區實驗工作大多由研究團隊主導，因此一旦結束計畫，地方將無法承接營運，如不開始轉交地方政府，將阻礙全國的推廣。

(四) 爭取適切的行政和照顧管理人力是落實本項規劃的必要條件。

目前社區中心人力均由研究計畫編列，未來如將其納入正式行政體系之內，必須編制適切人力，並加以培訓養成，才能推動照顧管理業務，否則無法持續發展。

#### 四、財務支持策略檢討

本計畫將長期照護的補助範圍侷限在照顧服務的部分，並佐以「把關員」和「自付額」的設計，其對長期照護成本的影響檢討如下：

(一) 「把關員」和「自付額」的設計已明顯節制民眾服務的使用，達到防止濫用的目的。

在社會保險中，常擔心服務濫用的問題，本計畫「把關員」和「自付額」的設計已明

顯節制民眾使用服務，可供未來支付策略之參考。

民眾的使用額度必須依據經理的核定，增加部分必須自費使用，已達充分控制之效。另外，「不願自付費用」是個案不願接受照顧經理安排服務的主要原因中之一，又接受照顧經理建議服務的比率以低收入戶最高，這些證據顯示，目前「自付額」的額度已可讓民眾感受壓力，而放棄一些服務使用的權利。但是自付額是否過高而帶來民眾接受服務的財務障礙，應加探討。

(二) 侷限在「身體與生活照顧」服務的補助策略，已發揮壓低照顧成本之效。

支付制度設計清楚分離食宿、醫療、照顧等三方面的財務責任，成功的將長期照護的財務責任侷限在照顧服務的部份。根據上述社區執行統計，兩個社區在補助設施設備的花費約1,400萬元左右；在服務費用的補助約474萬元，社區中心執行管理式服務的人事費用平均每月約為30萬元，這些費用，是半年來照顧社區中469位個案的成本。雖然社區介入尚未成熟，以上費用估算尚不足以引用，但由初步數字可見，其比建造相等床位的護理之家的照顧費用相較，低廉甚多。

民眾保守的服務使用行為導致核銷經費不到原編列預算的10%，可見社區式長期照護財務負擔似乎不如預期龐大，對我國長期照護財務規劃是一大鼓舞，如果我們將服務補助侷限於社區式服務，將可控制服務成本於一定範圍之內。但是本實驗只有提供短短半年多的服務，需再觀察更長的時間，方能瞭解民眾真正的使用行為，也才能提出服務提供的成效評估，供財務制度規劃之參考。

綜合上述，本計畫在一年的社區介入工作中，已經初步獲得體系建構策略的測試經驗。照顧網絡在社區運轉開來的事實顯示，本計畫各項體系建構策略均大體可行。因為我們的實驗，在社區內建構了台灣第一個完整的社區長期照護環境，其中確切整合衛生與社政資源，動員民間提供多元社區服務，開辦台灣第一個管理式長期照護制度，建立方便民眾求助的單一窗口，並在短短的七、八個月中，獲得四百多位身心功能障礙者的



認同進而接受服務，這些經驗告訴我們，多年來各界所殷殷期盼的社區照顧體系，在台灣是可行的，讓我們對邁向「在地老化」的目標更具信心。

不可諱言的，本社區照顧體系仍在草創階段，尚未達穩健推廣的程度，未來更應廣邀各界力量，持續推動與改善本實驗方案，在正式的行政體系中，催促跨部會(跨局處)行政組織的建立，爭取適切人力的配置，統合推展的原動力；在資源的發展中，持續新型服務的開發，並延伸到整體照顧服務產業的發展；在服務提供方面，提升照顧管理制度的成效，並建立各項服務品質監控制度；在民眾方面，應加強社區照顧理念的傳播，爭取民眾對社區照顧體系的認同，促進照顧體系的永續經營；在研究方面，還需收集實驗後測資料，進行更完整的社區成效評估，回饋整體制度建構之參考。

為建構理想長期照護體系，我們已在「建構長期照護體系先導計畫」中跨出行動的第一步，更希望得到廣大各界的持續關注、檢視、與建議。本文的介紹與檢討，希望引發各界的迴響，共同為我國「在地老化」的希望而努力。

## 致 謝

本文承內政部和衛生署補助「建構長期照護體系先導計畫」所需經費，以及林文裡和陳亮汝的協助，特此致謝。

## 參考文獻

1. The Royal Commission on Long-Term Care. With Respect to Old Age: Long-Term Care Rights and Responsibilities. UK: Stationery Office, 1999.
2. Gibson D. Aged Care: Old Policies, New Problems. New York: Cambridge University Press, 1998.
3. 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬：配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。台北：行政院研究發展考核委員會，1998。
4. OECD. Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution. In: OECD social Policy Studies No 19. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1996.
5. Fine MD. Coordinating health extended care, and community support services: reforming aged care in Australia. J Aging Soc Policy 1999;11:67-90.
6. Cuellar AE, Wiener JM. Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. Health Aff 2000;19:8-25.
7. Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. Health Aff 2000; 19:26-39.
8. Watanabe R, Lai OK. Aged care service delivery in Japan: preparing for the long-term care insurance scheme. J Aging Soc Policy 2001;13:21-34.
9. 行政院經濟建設委員會：中華民國台灣地區民國91年到140年人口推計。台北：行政院經濟建設委員會，2002。
10. Myers GC. Demography of aging. In: Binstock RH, George LK eds. Handbook of Aging and Social Sciences. 3rd ed. New York: Academic Press, 1990.
11. 吳淑瓊、陳正芬：長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展 2000；92：19-31。
12. 吳淑瓊、江東亮：台灣地區長期照護的問題與對策。中華衛誌 1995；14：246-55。
13. Kane AR, Kane RL, Ladd RC. The Heart of Long-term Care. New York: Oxford University Press, 1998.
14. 吳淑瓊、莊坤洋：在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向。台灣衛誌 2001；20：192-201。
15. 陳亮汝：社區居家身心功能障礙者居家支持服務使用分析。台北：國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2002。
16. 傅子珍：全民健康保險實施第一年居家照護服務利用之初探。高雄：高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文，1996。
17. 曾昭蓉：居家式與機構式照護病人型態及照護費用之比較研究。高雄：高雄醫學院

- 公共衛生研究所碩士論文，1998。
18. Sundstrom G, Thorslund M, Sweden. In: Kosberg JI ed. *International Handbook on Services for the Elderly*. London: Greenwood Press, 1994.
  19. Kono S, Ogawa N, Maeda D. *Aging in Japan*. Tokyo: Japan Aging Research Center, 1996.
  20. 呂寶靜：我國推動福利社區化的省思：從英國社區照顧政策的發展出發。台灣社會福利的發展：回顧與展望。台北：五南圖書，1999；207-41。
  21. 吳淑瓊、莊坤洋、陳亮汝：建構長期照護體系先導計畫：實驗社區介入前的照護需求與自付費用。台灣衛誌2004；23：209-20。
  22. Stuart M, Weinrich M. Home- and community-based long-term care: lessons from Denmark. *Gerontologist* 2001;41: 474-80.
  23. 吳淑瓊、張明正：台灣老人健康照護之現況分析。台灣省家庭計畫研究所台灣老人研究叢刊系列(六)。台大公共衛生研究所暨衛生政策研究中心與台灣省家庭計畫研究所，1997。
  24. 吳淑瓊、呂寶靜、王正、莊坤洋、張媚、戴玉慈：建構長期照護體系先導計畫第二年計畫期中報告。台北：內政部九十一年度建構長期照護體系先導計畫，2002。
  25. 行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組：建構長期照護體系先導計畫問與答。台北：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組，2002。