臺中市老人社區照顧服務體系之研究
成果報告書

受委託單位：國立臺中科技大學
研究主持人：李卓倫
協同主持人：龍紀萱、紀駿輝、陳慈純
研究期程：中華民國 105 年 4 月至 105 年 12 月
研究經費：新臺幣 70 萬元

臺中市政府研究發展考核委員會委託研究
中華民國 105 年 12 月

（本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為本機關之意見）

目次

目次 I
表次 IV
圖次 VI
摘要 VIII
第一章　前言 1
第一節 計畫目標 1
第二節 計畫理論架構 1
第三節 整合照顧的層級與功能 4
第四節 社區服務未來整合對象 4
第五節 臺灣現有社區照顧分類 6
第二章　研究方法與過程 9
第一節 研究背景 9
第二節 研究架構 12
第三節 研究方法 18
第三章　整合照顧理論：訂定老人照顧國家的四個翻轉概念 28
第一節 前言 29
第二節 老化理論的翻轉 30
第三節 健康分級與服務的翻轉 34
第四節 整合照顧層級的翻轉 38
第五節 中期照顧定義的翻轉 43
第六節 由翻轉概念走向整合照顧 50
第四章　生活照顧需求供給評估 52
第一節 生活照顧需求評估：一般人口群基礎 52
第二節 生活照顧需求評估：失能人口群基礎 79
第三節 生活照顧供給評估 81

第五章　專家座談與深入訪談 86

第一節 臺灣社區照顧文獻 86

第二節 專家意見建議摘要 90

第三節 專家意見小結 101

第六章　社區整合照顧政策規劃 104

第一節 健康老化與支持獨立 107

第二節 控制單純長期狀態 110

第三節 與複雜共病一起生活 115

第四節 危急時在居家附近獲得快速支持 120

第五節 良好的急性醫院照顧 125

第六節 出院計畫和出院後支持 132

第七節 傷病後的復健與再能 137

第八節 高品質的護理之家和居家照顧 142

第九節 臨終選擇、控制、照顧和支持 145

第十節 如何現實整合照顧計畫 150

第七章　結論與建議 152

第一節 臺中市老人社區照顧短中長程政策建議 152

第二節 整合照顧與長照 2.0 之比較接軌 157

第三節「老人社區照顧」的計畫執行與政府治理 ... 164

第四節 實踐社區老人整合照顧模式的政治策略 168

參考資料 176

附錄一、專家座談與深度訪談名單 206

附錄二、專家座談會議記錄 207

附錄三、社區關懷據點會議記錄 220

附錄四、快樂學堂會議記錄 235

附錄五、日照中心會議記錄 239

附錄六、多功能日間托老會議記錄 256

附錄七、老人社區整合照顧綠皮書 267

附錄八、老人社區整合照顧中央競爭型計畫預算 ... 294
附錄九、期中審查會議紀錄 297
附錄十、期中報告修改前後對照說明表 301
附錄十一、第 1 次期末審查會議紀錄 312
附錄十二、第 1 次期末審查意見綜理表 317
附錄十三、第 2 次期末審查會議紀錄 324
附錄十四、第 2 次期末審查意見綜理表 328

表次

表 1.1 2015 年前臺灣主要社區照顧內容 7
表 1.2 臺中市 2016 年八月份老人福利統計 8

表 2.1 老人生活照顧服務需求(前 15 項) 10
表 2.2 商業機制與國家服務共通的資通平台功能規格 19
表 2.3 資通平台各使用端展開模組規劃(假設以護理師為領導) 21
表 2.4 參與人員場次規劃 28

表 3.1 不同健康階段所需要的的整合照顧服務 37
表 3.2「整合照顧」的策略與層級 40
表 3.3 中期照顧成員的角色任務 45

表 4.1 區里抽樣結果 55
表 4.2 以臺灣人口分布推估臺中市人口分布 72
表 4.3 最近三年社區照顧提供人次(人數) 73
表 4.4 臺中市生活照顧需求人口推估 75
表 4.5 臺中調查樣本需求分佈 78
表 4.6 2016 臺中人口需求人數推估 78
表 4.7 2021 臺中人口需求人數推估 78
表 4.8 臺中市各年齡層失能人口 79
表 4.9 2016 身心障礙者失能人口推估 80
表 4.10 2021 身心障礙者失能人口推估 80
表 4.11 2016 非身心障礙者失能人口推估 80
表 4.12 2021 非身心障礙者失能人口推估 81
表 4.13 生活照顧需求與社區照顧機構的關聯性 82
表 4.14 社區照顧單位人力配置 83
表 4.15 社區照顧機構需求與供給推估 83

表 5.1 社區照顧關懷據點現存問題 93
表 5.2 快樂學堂現存問題 95
表 5.3 日間照顧中心現存問題 99
表 5.4 多功能日間托老 101

表 6.1 健康老化與支持獨立 110
表 6.2 控制單純長期狀態」跨部門政策建議摘要..... 115
表 6.3 「與複雜共病一起生活」跨部門政策建議摘要.. 119
表 6.4 危急時在居家附近獲得快速支持」跨部門政策建議摘要 124
表 6.5 社區老人醫學整合照顧團隊發展政策建議..... 131
表 6.6 「出院計畫和出院後支持」跨部門政策建議摘要 136
表 6.7 「傷病後的復健與再能」跨部門政策建議摘要.. 141
表 6.8 「高品質的護理之家和居家照顧」跨部門政策建議摘要 145
表 6.9 「臨終選擇、控制、照顧和支持」跨部門政策建議摘要 150

表 7.1 臺中市老人社區照顧短期(第一期三年)計畫.... 153
表 7.2 臺中市老人社區照顧中期(第二期三年)計畫.... 154
表 7.3 臺中市老人社區照顧長期(第三期三年)計畫.... 155

圖次

圖 2.1 協同照顧者研擬照顧計畫讓其他專業參與 11
圖 2.2 整合性照顧內容與優點圖示 11
圖 2.3 制度設計主要架構 14

圖 3.1 整合照顧的十階段分類 36

圖 4.1 一般居家環境整理問卷分布 65
圖 4.2 衣物清洗整燙服務問卷分布 65
圖 4.3 餐飲服務問卷分布 66
圖 4 4 代理服務問卷分布 66
圖 4.5 休閒娛樂問卷分布 67
圖 4.6 醫事服務問卷分布 67
圖 4.7 諮詢服務問卷分布 68
圖 4.8 保險規劃問卷分布 68
圖 4.9 交通服務問卷分布 69
圖 4.10 特別活動規劃問卷分布 69
圖 4.11 500 份問卷分析生活照顧需求數 70
圖 4.12 各大項服務需求問卷分布 71
圖 4.13 所有項服務需求問卷分布 71
圖 4.14 2016 預估需求數 76
圖 4.15 2021 預估需求數 77
圖 4.16 臺中市 2016 年老人社區服務需求 85
圖 4.17 臺中市 2021 年老人社區服務需求 85

圖 7.1 長照 2.0 的目標與策略 157
圖 7.2 長照 2.0 的服務對象 159
圖 7.3 長照 2.0 的服務項目 159
圖 7.4 長照 2.0 的服務總體體系 161

圖 7.5 長照 2.0 的 ABC 服務架構 161
圖 7.6 行政型委員會 171
圖 7.7 獨立型委員會 172
圖 7.8 參與型委員會 173

摘要

一、中文計畫名稱：臺中市老人照顧服務體系之研究
二、英文計畫名稱：
Constructing an Elderly Community Care System in Taichung
三、計畫編號：1050323RRE063
四、執行單位： 國立臺中科技大學
五、計畫主持人（包括共同主持人）：
李卓倫、龍紀萱、紀駿輝、陳慈純
六、執行經費：新台幣 700,000 元整
七、執行開始時間：105/04/14
八、執行結束時間：105/12/26
九、報告完成日期：105/12/26
十、報告總頁數：347
十一、使用語文：中文、英文
十二、報告電子檔名稱：1050323RRE063.DOC
十三、報告電子檔格式：WORD、pdf
十四、中文關鍵詞：
老人照顧、社區照顧、整合照顧、跨部門協調、政府治理
十五、英文關鍵詞：
elderly care, community care、integrated care、intersectoral cooperation、governmence
十六、中文摘要:

本計畫的目標有三：(一)瞭解臺中市老人對於社區照顧服務之需求。(二)因應人口老化趨勢，本市未來 5 年(2021 年)老人社區照顧服務應發展之服務模式及供給量。(三)針對研究發現提出具體建議，以供本局建構完善之老人社區照顧服務體系。主要方法為：(一)文獻探討；(二)專家座談；(三)深度訪談。工作項目則包括：(一)分析臺中市老人對於社區照顧服務之使用現況及需求，蒐集服務提供者及服務使用者之建議。(二)提出臺中市未來 3 年、6

年、9 年之中長程老人社區照顧服務體系應發展之服務模式、供給量及所需人力資源等。

本研究以可以結合「生活照顧」與「健康照顧」的「整合照顧」模式，作為規劃「老人社區照顧」的概念架構，於第三章提出「整合照顧」的理論模型，第四章以次級資料和行政資料推估未來五年臺中市老人各項「生活照顧」面的需求與供給，第五章摘要專家會議和深入訪談對於現有制度的改進措施，第六章以長照 2.0 中廣義的「社區照顧」定義，規劃總體「社區老人整合照顧」的全貌，並依據臺中市政府個跨局處的可能分工進行建議，第七章結論與建議則偏重政治面與行政面對臺中市政府提出本研究觀察所得的具體建議。

針對臺中市政府與長照 2.0 策略的接軌，建議由「服務輸送整合」的核心概念切入確實執行「整合照顧」的所有項目，並且盡量透過補助民間新創產業的方式，才能收事半功倍之效，並成為未來市政府施政的亮點。本報告於最後針對市政府決策高層提出幾點關鍵性的決策建議：(一)儘速改善現有社區照顧服務單位名稱與功能多元所造成民眾難以親近的問題；(二)修改長照政策論述主軸與名稱，由「長期照顧」進展為「老人照顧」再延伸為「老人整合照顧」，以符合老人真正的需求；(三)政府在執行長照 2.0 政策的過程應該進一步與「整合照顧」理念結合，力求施政成果超越中央政策現有的框架格局；(四)處理「整合照顧」中「行政」層級的跨部門整合或「政府治理」問題，落實「整合照顧」理念；(五)儘速引進社區和居家企業的組織創新模式。

十七、英文摘要:

This study aims to construct a sophisticated community elderly integrated care system in Taichung City. For reaching the goal, it is required to explore the demand and supply for community elderly care both in

a current and future terms, to design an expired blueprint of integrated care, and to give an explicit policy recommendation for the officers in Taichung City Government, including some special suggestions of specific political considerations for the Mayer of Taichung CIty. The major methods of this study are literature review, focus-group meetings, and in-depth interviews of experts.

The theoretical base of integrated care is explored in Chater 3 and its empirical system construction in Chapter 6. The estimation and forecasting of the demand for and supply of community elderly care are revealed in Chapter 4. Some explicit recommendations for the current system are also presented in Chater 5. The conclusion and suggestion of this study are revealed in Chapter 7.

The most significant recommendation of this study is to construct the community elderly care system from the viewpoint of integrated care that combines health care and social care together, especially the intersetoral cooperation in the continuum of administrative level, and the integration of care delivery in the same continuum. To do this by encouraging business model brought from private sector would be more efficient than from public sector along. It is also suggested that a major political rhetoric from long-term care to elderly care, and further, to elder integrated care is necessary for clarifying its ultimate value of community elderly care.

第一章　前言

第一節 計畫目標

依據公告計畫目標，本計畫的目標有三：(1)瞭解臺中市老人對於社區照顧服務之需求。(2)因應人口老化趨勢，本市未來 5 年(2021 年)老人社區照顧服務應發展之服務模式及供給量。(3)針對研究發現提出具體建議，以供臺中市建構完善之老人社區照顧服務體系。

另依據公告計畫執行需求，研究團隊組成之專長應包括長期照顧、老人福利等專長。而本計畫主要方法為：(1)文獻探討；(2)專家座談 5 場次；(3)深度訪談 20 名。工作項目則包括：(1)分析臺中市老人對於社區照顧服務之使用現況及需求，包括社區照顧關懷據點、長青快樂學堂、多功能日間托老中心及日間照顧服務等，包含服務模式、人力資源及相關規定等，服務提供者及服務使用者針對社區照顧服務之建議。(2)針對焦點團體、訪談結果及人口老化趨勢之預估，提出本市未來 3 年、6 年、9 年之中長程老人社區照顧服務體系應發展之服務模式、供給量及所需人力資源等，以及對臺中市老人社區照顧服務體系建構之具體建議。不過，公告工作內容第四點特別提及，本研究得就實際研究需求，適切規劃其它研究資料蒐集或分析方法。

第二節 計畫理論架構

由於工業化國家對於原屬於社政部門所提供的社會照顧或生活照顧(social care)，以及原屬於衛政部門所提供的健康服務(health care)，已經逐漸走向同時結合生活照顧與健康照顧的「整合照顧」(integrated care)架構。為避免臺中市政府受限於傳統社政部門與衛政部門獨立運作的傳統模式之中，因此本計畫依據公告工作內容第四點，提出新的研究資料蒐集方法與分析方法，尤其是提出一個最新發展中的「整合服務」理論架構，來執行本計畫。

這樣做看似大規模擴大本計畫的內容，但詳細閱讀計畫內容就可以發現，以整合服務作為理論分析架構，是促使社區照顧服務更具宏觀思維與體系效率的方式。換句話

說，本計畫將針對「臺中市老人社區照顧服務體系」這個議題，進行「整合照顧的趨勢規劃」，因此理論上可將此規劃列為本計畫的副標題。由於傳統的生活照顧(social care)本來就牽涉到較為宏觀的面向，因此本計畫的核心價值，也可以視為是嘗試把現有社區服務的功能擴大，讓健康照顧也可以在這個架構中同時運作。

無論過去臨床上對於「整合照顧」(integrated care)有多少種定義，當人類社會普遍面對老化社會的來臨時，過去所有對於「整合照顧」的定義，都因為無法全面因應老化社會的健康照顧(health care)與生活照顧(social care)，而面臨必須重新定義的政策情境。而且一旦這個定義做了改變，國家或城市的目標就會依循相同的邏輯跟著改變。不過在充分瞭解這個新定義的過程中，必須透過針對健康照顧與生活照顧體系「整合層級」的討論與理解，才能夠全面瞭解在這個新的「整合照顧」的定義中，那一種整合，或是那一個層級的整合，才是臺灣各層級政府下一個 20 年所需要的整合形式。這個問題的重要性，在於「組織整合」一直是過去 20 年「整合照顧」討論的學術重點，但這個「組織」的重點在今天也許已經不再重要了，這個「整合層級」的問題將於下一小節中討論。

整合性照顧可以被視為一項全面性的照顧模式，核心概念是以更有組織性的方式整合社會資源讓社會需求與醫療需求以更協調的方式接軌，以達成真正的全人照顧的世界趨勢。世界衛生組織對於此有以下的定義(WHO, 1996)：「整合性照顧是結合服務輸入端、輸出端，並管理與組織相關診斷、治療、照顧、復健與健康促進的概念。」。由此可知，整合性照顧涉及的範圍相當廣泛，包含了多樣性的概念與定義。可以是全體國民或是特殊族群的照顧，如高齡者、具相同病症之族群等，以及照顧服務提供者與需求者間的整合及協調。因此，整合性照顧制度對於全體國民、老年人口的健康福利制度或長期慢性疾病(如糖尿病或有患有多重合併症患者)、照顧服務提供者與以上的不同類型需求者間的整合及協調上的良好與否，皆有顯著的相關性。

對於整合的方式，整合性照顧必須追求全面性、整體性的整合，以避免照顧服務的項目之間過於獨立或分散，造成照顧需求者落入生活照顧與醫療照顧之間未能銜接上

的裂縫(falling between the cracks)。為避免整合的裂縫產生，整合的決策者必須根據相關證據進行整合決策，而非只針對高成效的方案方案。並依循支持性的臨床研究與具領導性的管理者決策以實踐整合性醫療的資源分配，改善服務對象以獲得良好的結果(Ham & Curry 2011)。

由以上的定義可知整合式照顧(integrated care)有多種含意，傳統管理學理論著重於討論醫療組織的垂直整合(vertical integration)與虛擬整合(virtual integration)。臺灣實施的整合性照顧輸送體系(integrated delivery system, IDS)則強調由醫院協助社區提供巡迴專科醫療與轉診服務，嚴格說來與整合理論並無特殊關連。但隨著人口老化與多重慢性病管理，近年臺灣的整合式醫療強調的是臨床層級的跨科別服務，與前述的學理和實務也多所不同。時至今日，本研究所指的整合式服務也與上述定義完全不同，轉而強調可以在家戶中同時提供的生活照顧(social care)與健康照顧(health care)，以及這樣的整合式照顧體系如何設計在離家戶最近的地方，也就是社區之中，甚至就在家戶內部。因此，結合健康照顧(health care)與生活照顧(social care)，並將此整合照顧輸送進社區或家戶之中，就成為本研究所重新定義的「社區整合照顧」，而這也正是本研究準備定位的新的國家與城市目標，這個國家與城市目標無法由現階段的長期照顧服務法所完全涵蓋。

這個國家與城市目標與長期照顧服務法中所強調的機構式照顧(residential care)並無衝突，因為兩種服務所適用的目標族群並不相同。另一方面，「社區整合照顧」如果提供完善，不但可以大量節省機構式照顧的支出，最重要的是「社區整合照顧」可以提供照顧需求者更好的居住環境、更需要的服務方式、更便利的生活、更周延的健康照顧、更有效率的醫療服務、以及更高的總體生活滿意度。

為了讓審查委員或讀者便於瞭解「整合照顧」的內容與層級，因此以下先大略說明「整合照顧」的層級與功能，然後在研究方法一節中再詳述本計畫所針對的社區照顧內容的設計。

第三節 整合照顧的層級與功能

要達成「整合照顧」的策略非常多元，其層級由最巨觀(macro)到最微觀(micro)的均同時並存(Kodner, Kyriacou, 2000; Hardy, et al, 1999; Leutz 1999)，整合性照顧因此會以不同層級與不同型態的醫療服務形式出現(Kodner & Spreeuwenberg 2002; Ham & Curry 2010)。內容詳本報告第三章整合照顧理論部分。

整合性照顧也可以依據功能加以分類(Kodner & Kyriacou 2000; Hardy et al. 1999; Leutz 1999)，並且可以由總體層級至個體層級整合加以排序，分別為：財務(funding)、行政(administrative)、組織(organizational)、服務輸送(service delivery)、臨床實務(clinical)。而本計畫清楚指出，臺灣目前嚴重欠缺「服務輸送」層級的整合計畫，而此將與「臨床實務」整合密切聯動，因此這兩個層級的整合將作為本研究的重點目標。另一方面，輸送層級也正是社區提供生活照顧與健康照顧最佳的整合層級。其內容同樣詳本報告第三章整合照顧理論部分。

第四節 社區服務未來整合對象

在歐美國家，病人在出院回到社區之前，必然有護理師與社工師進行出院準備的評估，其中護理出院準備著重於臨床上的家屬教育，而社工出院準備則著重於評估社區應該接手的專業單位。非常不幸的是，臺灣社會雖然已經設置周延的社區社會工作專業，但並沒有明確的社區醫療服務可以接手，因此在「整合照顧」的理念下，本計畫有責任在市政府的層級，指出所有臺灣社區所缺乏的健康照顧專業與技術。這種社區健康照顧資源的缺乏，不但使得社區的社會工作專業陷入單打獨鬥的困境，更嚴重的是它會讓出院的病人(尤其是老人)無法回到社區或自己的家戶，因此提出以下這幾項臺灣社會普遍缺乏的健康照顧資源，是本計畫與市政府無法迴避的責任。這三項必須發展的專業工作項目，分別為社區老人醫學的專業配置、社區虛擬病房(virtual ward)的增設、以及遠距照顧(telecare)的搭配，將一併列入本研究的範圍之內。

社區老人學(community gerontology)的理論發展過程中，通常會注意到社區老人醫學(community geriatrics)或介面老人醫學(interface geriatrics)是所有進入和離開急性醫院的老人，以及社區醫療機構兩者之間最重要的接軌者，也是社區老人接近診所的重要轉接者(Olive, et al, 2014)，實證研究顯示這個專業可以降低住院率和增加同日出院率(Fox, et al, 2013)，但是這個專業在臺灣的社區中不但不存在，而且醫學中心對老人醫學專科的訓練也極度有限，有必要列為重點加以探討。

另一個重要而且在臺灣尚未被討論的議題為社區虛擬病房(virtual wards)的概念，社區虛擬病房的組成盡管可以因地制宜，但其目的皆在針對住院的高風險病人提供團隊性的整合照顧服務(Olive, et al, 2014)，證據顯示其效果為高度的病人滿意度以及對急救系統的依賴度降低(Rankin, 2010; Chenore, et al, 2013; Bardsley et al 2013)，許多實施社區虛擬病房的地區通常對此計畫表示滿意，且提供經費的單位通常會繼續支持這樣的計畫(Olive, et al, 2014)。不過也有研究顯示社區虛擬病房無法降低醫療費用或醫院病床使用率(Lewis, et al, 2013)，因此社區虛擬病房的設置，應該主要是基於此舉可以比較滿足病人的需要、可以針對高風險病人提供最接近住家的醫療服務，而非基於節省費用。就整體醫療體系而言，醫院病床即使並非被虛擬病房中的病人所佔據，也一樣會被其他病人所佔據(NHS, 2013)。

不過社區虛擬病房的設置往往也需要遠距照顧(telecare)的配合才能實現，而且遠距照顧本身對於居家老人本身也可以提供其他服務功能，包括跌倒警示、偵測生命徵象、或離開安全警戒範圍等，許多遠距設施可以減少健康照顧和生活照顧的需求(Steventon & Bardsley, 2011)。但必須注意，遠距照顧設施的使用效果，通常只能在總體整合照顧的計畫中發揮其效果，而非在單獨使用的狀況下發揮其效果(Davies & Newman, 2011; Olive, et al, 2014)，這一點和所有目前臺灣在推展遠距照顧的試辦計畫，都有很大的認知差距。

第五節 臺灣現有社區照顧分類

臺灣現有的社區照顧內容如表 1.1 所示，其明顯的特徵如下所述。

第一，服務種類繁多，名稱多元，很難整合為類似「照顧之家」(Care Home)這種單一的社區名稱，這個現象對於一般民眾，尤其是老人而言，會增加其接近(access)的認知障礙，因此教育宣導的成本會上升。假設類似的服務可以在單一名稱的架構下運作，但是允許每一個機構或據點可以有不同的服務內容，但是這個服務內容可以允許各機構或據點再不同的時間調整其服務內容，則可以降低民眾接近時的認知障礙。

第二，所有的醫事人員皆無法在社區照顧機構做執業登記，由法規上嚴格限制屬於社政部門「生活照顧」與衛政部門「健康照顧」兩者的整合，證實多年來政策單位與學術單位所批評兩者無法整合的批評，也偏離離「整合照顧」才是照顧老人最佳管道的老人需求與世界潮流。這個重大弱點無法藉由修改「長照服務法」而獲得修正，而必須回頭修改各類醫事人員法規中有關執業機構或地點的相關規定。新政府「長照 2.0」的內容如果無法及於這個範圍，幾乎可以斷定「長照 2.0」政策將與「整合照顧」脫勾。

第三，由於社政經費有限，其服務範圍與服務人數，遠落後於實際需求的人數，亟需快速敢善，甚至列為中央與地方政府的最優先政策項目,因為面對臺灣老化的速度，已經老化或即將老化的國民，將成為臺灣政策推動緩慢的第一群犧牲世代。此點由表 1.2 的實際服務人數或人次中多少可以見到。

第四，商業機制尚未進入社區服務的機制之中，由於社區照顧對象與內容的涵蓋範圍極為廣大，需要政府作為政策主導單位，引進商業機制以共同解決老人照顧廣大社會需求的規劃就幾乎無法避免。健康保險的服務提供過程，其實就是建立在以商業機制為基礎的社會保險補助模型。

表 1.1 2015 年前臺灣主要社區照顧內容

服務說明	社區照顧關懷據點計畫	日間托老服務計畫(長青快樂學堂)	多功能日間托老中心	日間照顧中心
服務項目	四項服務內容至少提供三項：1.關懷訪視。2.健康促進活動。3.電話諮詢轉介。4.餐飲。	1.生活支持。2.健康促進醫療保健諮詢。3.社會參與、代間教育。4.文康休閒。5.交通接送。6.其他。	1.身心機能活化服務。2.生活休閒活動。3.餐飲。4.社區自治。5.專案。6.創新照顧。	1.生活照顧。2.自立訓練。3.健康促進。4.文康休閒。5.交通。6.家屬教育諮詢。7.護理。8.復健。9.備餐。
服務時間	依各辦理單位訂定服務頻率。	每週五天(包含禮拜六日)，每天至少 6 小時。	提供每週 5 天(含週六日)每天至少 8 小時。	週一至週五每天至少 8 小時服務。
服務對象	居住於社區內年滿 65 歲以上之長者。	居住於社區內年滿 65 歲以上，生活尚能自理之健康及亞健康長者。	年滿 65 歲以上長者或年滿 55 歲以上原住民。	65 歲以上老人、55 歲以上失能原住民、50 歲以上失能身心障礙者、IADL 失能且獨居老人。
服務人數	不限	一班至少 15 人。	30 人	30 人
補助經費來源	衛生福利部社會及家庭署、各直轄市、縣市政府。	衛生福利部社會及家庭署、各直轄市、縣市政府。	臺中市公務預算社政業務-社會福利-老人福利-獎補助 費項下支應。	衛生福利部社會家庭署、各直轄縣市政府
補助項目及標準	衛福部社家署補助開辦設施設備費、充實設施設備費、業務費、志工費、督導費。各縣市編列獎補助費。	衛福部社家署補助服務、專案、設施、行政管理。經常支出經費至少 10%自籌款，資本支出至少 15%自籌款。	1. 開辦設施設備及修繕費。2.充實設施設備及修繕費。3.服務費。4. 專案活動費。5.行政管理費。	照顧服務費、交通費、專業人力、修繕費、辦公室租金、修繕費。
辦理單位	各社區發展協會社團法人、財團法人申請補助經費辦理。	各社區發展協會社團法人、財團法人申請補助經費辦理。	1.非營利之社團法人或財團法人或機構或團體。2.各大專院校。	非營利之社團法人或財團法人或機構或團體。
輔導機制	衛生福利部訂定輔導計畫，責成縣市政府辦理輔導事宜。	縣市政府辦理輔導事宜或委託其他單位。	縣市政府輔導。	輔導新設立失能及失智老人日間照顧中心，透過業務查核、專家輔導及業務評鑑提升服務能量。
考核評鑑	1.每一或二年評鑑一次。2.指標涵蓋空間、宣導、志工、績效、行政、永續創意發展。			1.每年評鑑一次。2.指標包括行政管理、人力資源管理、專業服務、硬體環境、權益保障、創新與發展

表 1.2 臺中市 2016 年八月份老人福利統計

	社區關懷據點	長青快樂學堂	多功能日間托老	日間照顧中心
服務供給人數	246 處	13 間、408 人	1 間、11 人	18 間、590 人
服務受益人次	765457 人次	56147 人次	41 人次	55049 人次

第二章　研究方法與過程

第一節 研究背景

一、 整合照顧的時代意義

人類現今的健康照顧體系主要是在 50 年前所建立的，而其最大的特色就是原則上「一次只看一種疾病」(The King's Fund, 2013)，這對於具有多重慢性疾病的近代老年社會而言，醫療體系與社會體系已經極度不易融合。雖然全民健保卡有晶片儲存功能的設計，以及部分醫院透過資訊系統整合有跨科別用藥的嘗試，但這些系統在世界各國與臺灣都不是非常有效，這個效果在跨越醫療院所或跨越專科別的前提下，更顯得毫無用武之地。

但是，隨著人口老化與少子化所帶來的「雙重老化」現象(Walker & Naegele, 2009)，健康照顧體系的整合已經不足以解決全面性的「照顧」(care)的問題，健康問題如果伴隨身體損傷(impairment)、功能不良(malfunction)、失能(disability)、殘障(handicap)，導致個案對於生活照顧(social care)與健康照顧(health care)同等重要時，結合生活照顧與健康照顧，並且將此類整合性服務(integrated care)可以輸送進入家戶的服務體系，就成為未來 20 年，人類社會所不可或缺的照顧體系。這種原創性的新興照顧體系，將會有別於過去 50 年人類社會的經驗。

在健康照顧方面，假設有一喪偶的獨居老人同時具有肺氣腫、關節炎、糖尿病、以及中等憂鬱，現有的醫療服務體系通同一次只能處理一種問題，即使臺灣擁有周延的家庭醫師制度，設置於社區中的開業醫師通常沒有多餘的時間分配給具有多重健康問題的長者，而且這些長者通常也無法一次說明清楚自己的問題。這些長者在各國都必須大量依賴家人、鄰居、救護車、以及醫院急診室的服務，不但長者所獲得的健康服務需要無法滿足，健康因此將極速惡化。而且社會成本與醫療成本都極為高昂，形成沒有效率的服務體系，未來也將衝擊臺灣的全民健保和長照保險財務。對於這樣的長者，許多國家正嘗試發展健康的「協同照顧者」(coordinator)在家戶中提供「整合性服務」(integrated care)，不過有些國家將其定位在由國家醫療

保健服務提供的社區照顧,相同的概念在臺灣要加以落實，則可能必須同時也依賴私部門市場創新性的自願付費服務，或建立公私部門夥伴關係(public-private partnership)。

在生活照顧方面，依據工業化國家的調查，表 2.1 顯示德國經濟趨勢研究所顯示的老人生活照顧需求。與健康照顧的需求相比較，這些生活照顧項目需求的次數更為頻繁，部分項目是以「每日」(daily)為單位，反而是許多慢性病的回診需求是以「每月」(monthly)為單位。因此，雖然許多計畫的服務內容會同時涵蓋健康照顧與生活照顧，但就「數量」與「需求」而言，顯然生活照顧可能成為多數計畫的主要服務內容，這部份通常由各國計畫實際運作當時實際的市場需求來決定。另一方面，未來政府主辦的長期照護財源無論來自保險或稅收，由於資源有限只會涵蓋依賴等級最重的病人，因此社區照顧與居家照顧計畫通常還會另外設定以「亞健康」老人族群作為主要對象，與未來國家社會保險的對象與內容都將會處於「互補」而非「替代」的狀態。不過由本研究的論述將非常容易發現，整合照顧政策的爭議無論如何都不財源與行政層級，而在服務輸送與臨床內容。

表 2.1 老人生活照顧服務需求(前 15 項)

服務項目	比率	服務項目	比率
緊急服務專線	9.7%	送洗衣物	4.5%
護理服務	8.9%	修繕服務	4.5%
清潔與家庭支持	8.9%	修補衣物及細緻物品	4.2%
提供膳食	6.3%	陪伴老人參與休閒活動	3.9%
代購服務	6.3%	支持填寫表格	3.7%
陪伴就醫	6%	老人年諮詢顧問服務	3.1%
交通接送服務	5.5%	支持財務事項	2.4%
冬天園藝修剪服務	5%		

資料來源：Gfk Wirtschaftstrendforschung (2002)

二、 整合照顧一般模式

以上一小節中所提到同時具有肺氣腫、關節炎、糖尿病、以及中等憂鬱的獨居老人為例，假如有專業社工、護

理師或社區照顧服務員作為「協同照顧者」(coordinator)在社區中或家戶中提供「整合性服務」(integrated care)，他就可以針對該長者健康與生活需要進行照顧計畫(care plan)，該照顧計畫盡量可以讓開業醫師、社工、護理師等其他專業人員可以參與協助，並透過網路取得資料，如圖2.1所示(The King’s Fund, 2013)。

圖 2.1 協同照顧者研擬照顧計畫讓其他專業參與

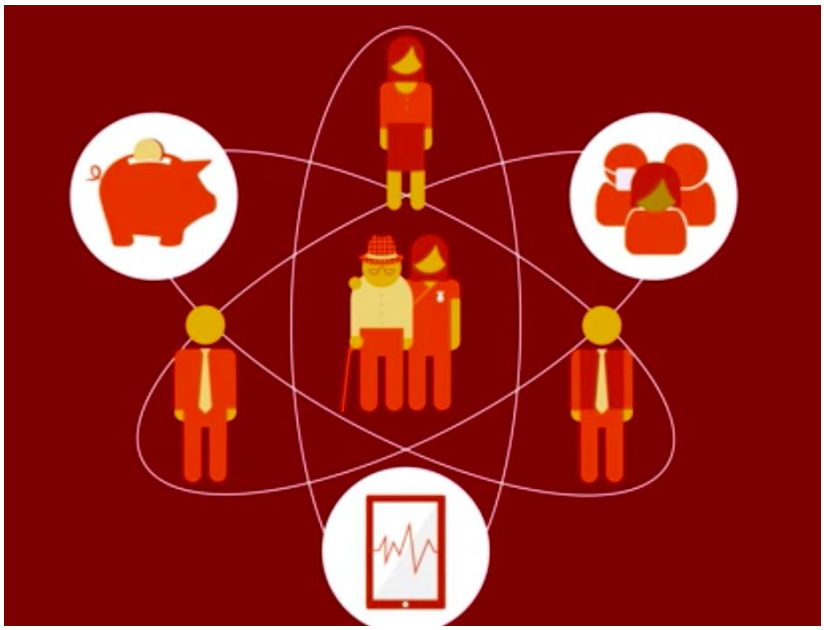

圖 2.2 整合性照顧內容與優點圖示

針對該長者的健康需要，社區照顧照顧員可以協助在家中淋浴間裝置簡單板凳來處理關節炎，裝置呼吸器處理肺氣腫，設置用藥提醒措施處理所有症狀，並親自陪同或請社區志工陪同喝茶買菜等，藉以處理其孤單所帶來的憂鬱。這樣的整合性照顧可以節省社會照顧資源、結合多種健康服務專業、設計家戶照顧計畫、讓開業醫師、護理師、社工、社區志工可以有共同的平台，提供社區與家戶生活協助與健康服務，讓長者在自己社區與家中維持有尊嚴和有品質的生活，延後必須依賴機構的時間，這些優點如圖2.2所示。

社區或居家整合照顧內容一般以健康諮詢、協助醫療、一般生理服務、代理陪伴、協助餐飲等五項為主要核心服務內容，居家環境整理為衍生性服務。這個理念之下社區與居家照顧的第一個特色，在於團體進入長者家戶的第一階段工作，即展開個人健康及家戶需要診斷(need assessment)，與家屬共同規劃照顧內容，強調家屬所能提供的「情感性」社會支持，與團隊所提供專業的「工具性」支持之間的不同，鼓勵家屬認知自己在健康與生活照顧上的重要性。此份照顧計畫(care plan)透過網路虛擬化，讓所有相關專業人員的能一起分享。此外由於各國調查的健康需求中，緊急電話通常是最優先的服務項目，依據經驗，電話諮詢通常僅具有檢傷分類的功能，但它通常也是緊急求救的第一步，以及日常生活熟悉安全感的主要來源。

社區及居家整合照顧計畫的第二階段主要為生理照顧與協助醫療照顧，第三階段為一般生活照顧，包括餐飲、居家環境、交通、休閒活動，第四階段為發生次數較少之保險理財規劃及生活健康領域上下游產品的整合服務。

第二節 研究架構

一、 社區照顧制度設計主軸

現有的科學證據顯示，並不存在單一種類的「最佳」的方式來提供整合性照顧。政府應該避免明確界定什麼該做什麼不該做，而是應該鼓勵創新方法的嘗試與評估機制。這些創新試辦方法必須涵蓋廣大族群（如某縣市的人口）與不同族群（如高齡者、特殊疾病患者或狀況特殊者與需要特殊照顧服務需求者）。由於這是因應現有科學模型的暫

時性的選擇方案，因此可能無法預期本研究可以提出所有制度設計的細節,而僅能就制度設計的原理原則進行討論。但是這些制度設計的原理原則，仍舊必須與學理根據和各國制度實證的科學證據,來加以討論。這個理論分析架構，也將作為本計畫進行專家焦點團體或深入訪談的重點之一，避免專家意見在研究報告中，僅以零碎片段的文字呈現，而缺乏單一的架構來加以表達。而這個架構的本身，當然主要來自文獻探討。

雖然現有的科學證據顯示，並不存在單一種類的「最佳」的方式來提供整合性照顧，但並不代表可以在缺乏基本邏輯架構的前提下，來建置整合照顧系統。而且本研究計畫書的「研究主旨」章節中提及，在整合照顧五個層級的整合過程中，臺灣現階段的發展重點以「服務輸送」(delivery of services)的整合為主軸。因此，本研究的主要架構可以用圖 2.3 來表示如下。在這個設計主要架構之下，未來各社區或地方政府，仍舊可以融入多元的設計理念，針對因地制宜或因應特定需求來進行屬於各地區或特定群體的試辦計畫。

在圖 2.3 中，位於病人身邊提供長期(但不一定是每天 24 小時)居家照顧的「協同照顧者」(coordinator)，為整體體系與架構的起源、核心、與關鍵性角色人物，這個「協同照顧者」是過去 50 年來醫療體系所不存在，但因應老化社會所必須創新的角色。這個「協同照顧者」的理想類型，以目前醫療體系而言最接近的角色可能是公部門的地區護理師。不幸的是大概沒有任何國家有如此龐大的地區護士的政府編制，也因此這個角色，如果發生於公醫制度的國家，就必須與大量的社區志工相互搭配，以解決人力的問題。如果發生在全民健保的國家例如在臺灣，應該是結合以下三種人員所共同擔任的角色：(一)提供社區或居家照顧的護理師；(二)專業的社會工作人員；(三)提供社區或居家照顧的照顧服務員。

經由這三種人員所組成的社區與居家照顧團隊，共同承擔「協同照顧者」的角色，無論以社工或護理師做為團隊領導人，則必須將這個新的社工師或護理師任務，列入大學社工系與護理系的訓練範圍。同時這個團隊的組成來源，社工師、護理師與照顧服務員這兩種人員可以來自公部門政府、私部門非營利或慈善團體、以及私部門營利團

體。而其財務來源可以是政府預算、社會保險服務給付、社會保險現金給付、慈善捐款、或是家戶自費。

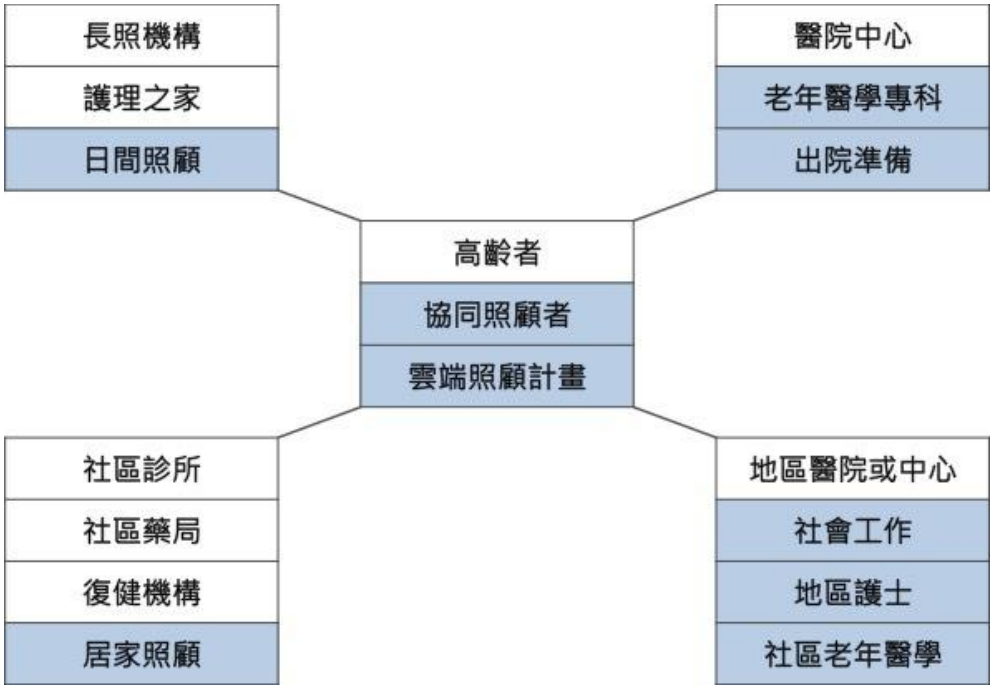

圖 2.3 制度設計主要架構

第二個關鍵性的核心角色，為由「協同照顧者」團隊領導者與部分其他成員，所共同擬定或執行的「雲端照顧計畫」，顯示此一照顧計畫係透過資通平台與其他所有專業進行溝通連結，達成整合性照顧所需要的「連續性」(continuity)與「協同性」(coordination)的要求。不過，如果經由社工師與護理師所擬定的「照顧計畫」屬於病人正式病歷的一部分，在新的立法規範中屬於「敏感性個人資料」，則必須注意其取用必須以病人的書面同意才得以為之。除此之外，此份雲端照顧計畫所需要的資通平台的規格與功能非常多元，至少可以列舉如表 2.4 所示，將於下一小節中說明。這個以病人為核心的社區或居家照顧系統，如果以商業機制來運轉，其功能已經大致完成。但是如果以國家系統建置的觀點而言，還需要周邊至少四大體系的配合才能夠完成，這四大體系與本研究密切相關的部份，在圖 2.3 中均以加上網底色澤的組成來表示。

這四大體系的組成，第一為圖 2.3 右上角的醫學中心體系，它與本研究最相關的部份為老人醫學的專科訓練，

以及出院準備服務，這部份在本研究中可以討論，但比較無法詳述。第二為圖 2.3 右下角的地區醫院或地區健康中心，或是屬於社區的公部門體系如地段護士與社會工作人員，這部份與本研究的相關性最高，所以將在下一節「研究方法」中加以展開描述，另與本研究相關的議題為社區老年醫學的建置，也將列入研究方法的重點討論事項。第三為圖 2.3 左上角的長期照顧機構與日間照顧機構，這部份主要由已經立法通過的長期照顧法所涵蓋，其中的日間照顧則與本研究密切相關，也將深入探討；第四為圖 2.3 左下角的社區私部門機構。包括社區藥局、復健機構、居家照顧服務等，其中與本研究最相關的是部分的居家照顧服務，它可以由公部門、私部門、與第三部門提供。

此外臺中市政府社會局正積極推動 721「托老一條龍」老人照顧政策，即是對不同健康狀態的老人打造多樣化的服務。何謂 721？老人的健康狀態大致可以分為健康、亞健康（或輕度失能）與失智失能，分別佔七成、兩成與一成。在現有的長照服務架構下，資源大多集中在一成的失智失能老人身上，不可諱言的，這一群人需要非常多的協助與資源，但若我們忽視健康與亞健康這近九成的民眾，或者照顧服務不到位，也只會讓進入失能失智的老人不斷增加，促使更多資源需要投入在「善後」的惡性循環之中，老人的生活與照顧品質也難以提升。

當我們建立了多元連續性的服務時，也需要為老人評估與量身打造照顧服務的計畫。然而，臺中市目前雖有長期照顧管理中心中的照管專員負責此項目，但是由於人員編制不足，面對臺中市數萬名的失能老人，僅能做到評量失能程度、核定補助額度的角色，對於照顧計畫的擬定、連結照顧資源等服務則力不從心。有鑑於此，2016 年將於西屯區推動「臺中市西屯區長期照顧實驗區執行計畫」，此是運用民間團體設置單一窗口，以居家服務為基礎，透過服務協調者整合與安排適當的照顧服務項目，使服務提供更具彈性，得以切合使用者需求。

二、 社區整合照顧所需的資通平台

(一) 社區整合照顧資通平台設計理念：社區整合照顧資通平台以「服務輸送」和「臨床實務」兩個層級的整合為主軸，並考量未來功能延展性及與各異質系統的介接共通。建立全方位雲端化居家照顧資通平

台，有效提供居服員執行居家照顧服務輸送，並提供接受服務方反饋機制，確保服務輸送與品質。同時考量服務提供方與接受方的人身安全，減少整體服務流程紙本作業、時程安排、溝通錯失…等人為問題發生機會，提高服務輸送效率與服務品質。平台功能涵蓋服務預定、安排、回報、執行、平價、橫向溝通整合、付費…等作業，都能輕易透過雲端平台進行執行、交流、整合。

(二)社區整合照顧資通平台軟體需求：本計畫的服務流程需要細緻的資通平台加以整合，並於未來服務模式成熟時，藉由資通平台擴展公司規模。此一資通平台的功能列舉如下，其上場服務的時間點，最好與產業營運的時間點一致，亦即服務初始就可以完全或部分到位。其中必須最優先具備的，為預約與接收服務、排班系統、服務時間回報、以及顧客評價。初步規劃社區整合照顧資通平台軟體需求如表 2.4，其展開模組的描述如表 2.5。

(三)社區整合照顧資通平台硬體需求：為確保社區整合照顧資通平台系統運作，規畫將主機環境虛擬化，並尋求國內 IDC 大廠租用虛擬空間與網路頻寬，在確保個人資料與系統安全得前提下，確保系統平台的可用性與穩定性。本平台預計將主系統端及異地備援端主機虛擬化，並建立 HA 機制做到系統端備援，增加系統可用性與安全性。虛擬主機的搬移、負載平衡、實體資源配置，相對於實體主機不論在彈性、設定及管理上方便許多。儲存空間須做到動態調整，系統維運初期，先預留較小的儲存空間。未來服務量提升時需可動態增加儲存空間，以達到資源利用率最佳化。網路頻寬亦應可動態調整，平時維持一定頻寬，當有特定大量資訊平台使用需求時，動態加大頻寬。另一方面，亦須規劃網路環境備援機制，以確保系統功能平台可隨時取用。IDC 須能隨時監控平台資源利用率與效能，定期進行弱點與病毒掃描，並回饋給團隊，以做為後續資源調整規劃之參考。

(四)社區照顧資通平台與外界資訊交換模式：為能實現前面章節所述服務輸送面需求，集中訊息進行接案與轉介、個案或照顧管理、多科別或跨專業團隊合

作、隨叫隨到服務、整合資訊系統。本平台亦須考慮規劃與其他系統的資料交換方式與可行方案。本計畫擬依據「行政院及所屬各級機關政府資料開放作業原則」及「政府資料開放資料集管理要項」，規劃開放資料平台架構、規格、標準，提供符合三顆星評等以上之檔案格式(JSON、CSV、TXT、XML…等)，並提供模組化、標準化之資料存取 API 或 web service 供外界資訊系統介接使用，強化不同單位、廠商開發之資訊系統間的資料整合。

(五)建構資訊交換模式，除了可讓本平台之服務提供者能夠提供更個人化、更完整的服務外，也能將本平台資料開放給外界資訊系統取用，以達到上下游服務整合的需求。另一方面，本平台彙整更完整的資訊，對於後續的資料分析與服務內容質量的提升將發揮更大的效益。

(六)居家照顧資通平台與官方資訊系統整合建置規劃：若未來長照保險上路，居家服務預計也將是給付的一部分。本平台依據前項規劃預留申報費用的接口，視未來健保資訊系統與長照平台開放之接口定義，擬透過 Web service 進行資料交換與介接。Web service 數量、規格、定義視健保局公告而定在長照險未上路前，若有與現行長照十年之整合須要，居家整合照顧資通平台與現行內政部照顧服務管理資訊平台的資料介接與交換，擬透過批次匯入匯出 CSV 或 TXT 檔案的方式，交換與取得各自系統中的資料，避免重複輸入或維護之成本。資料交換之 CSV 或 TXT 欄位內容、交換頻率、方式，將依據官方公告標準而定。

(七)居家照顧資通平台與寬頻通路結合：寬頻服務產業可以在「整合照顧」的下夠下提供專業的居服員派遣，並與第三方專業護理中心合作提供 24hrs 護理諮詢 call canter 服務。為提供專業服務，可採用自建資訊管理系統，串接第三方專業護理中心，部分居服員可配有攜行式生理量測設備以協助服務進行，所有資訊將透過網路界接。而其介面主要包括以下各項。第一、資訊系統：包含中央管理平台、居服員 APP、顧客端 APP 等三大系統。第二、攜行式

生理量測設備。第三、整合第三方衛教中心、健康照顧醫療院所系統。在網路連結方面，終端設備以藍芽傳輸方式，連結智慧生活整合平台，以進行資料傳輸。而多螢智慧裝置(PC/Notebook、phone/pad、TV)則以有線寬頻網路或 4G 無線傳輸方式，將資料上傳到智慧生活整合平台。除此之外，多螢監看身體量測資訊及分析資訊，用戶可透過 PC/Notebook、智慧型手機/平板等多種不同的螢幕裝置隨時關心，即時掌握。

第三節 研究方法

一、 臺中市老人對社區照顧需求與供給之推估

由於本研究的規模並不足以進行家戶訪視來進行需求推估，也不允許針對各式服務供給者進行生產力函數的推估，因此主要遵照公告規格中所提的方法來進行，尤其是依據國內外文獻中，有進行社區服務需求的研究結果來進行文獻模擬推估(literature simulation)。

文獻模擬推估的主要方式，在個體面的需求主要依循下列幾個步驟來進行：(一)依據國內外文獻中，針對社區照顧的有效需求(effective demand)或實際使用量(utilization)的計算，依據各該研究當時各年齡分層的實際使用量作為基準，詳細列出各年齡分層對各類服務的實際使用量;(二)依據國內外文獻中不同年代所發表的數值，或文獻中曾經針對社區照顧需求進行時間推估的計算方式，針對本研究所欲推估的年代進行模擬推估，然而這個推估仍舊以各年齡分層的推估作為基礎；(三)針對不同時間點個年齡分層組合的改變，進行不同年齡層的加權計算，以推估總體的社區照顧需求；(四)考慮本研究因為使用新的「整合照顧」模式所會改變的有效需求或可能的實際使用量進行調整推估。

表 2.2 商業機制與國家服務共通的資通平台功能規格 (假設以護理師為領導)

功能	規格說明
1.客戶服務預約	(1)客戶可以透過手機與通訊面板預約服務時間，預約時間最長以三個月為期限，並可以審視照服員是否已經承接。 (2)客戶取消已經預約的時間必須於一日前為之，取消時照服員會獲得系統通知。 (3)客戶端可以見到公司個別照服員預約時間表，此時間表包括客戶自己與其他客戶已經預約時間，以及尚未被預約時間。 (4)客戶只能由未被預約之時間勾選預約時間，但有需要時可以勾選與其他客戶重疊之時間，重疊之時間轉由護理師安排其他照服員服務，客戶會獲得轉由那一位照服員服務的系統通知。 (5)客戶預約服務地點本公司尚未涵蓋時，仍可填寫，但以系統通知服務未及於該地區，但會儘快設置據點，並記錄客戶資料設點後主動通知。借此估計高需求區域。
2.服務承接排班	(1)責任護理師有權限立即審視客戶點選的需求，並點選承接或轉承接，唯轉承接之前必須與取得客戶之同意。 (2)服務預約與承接訊息均自動進入排班系統進行整合。 (3)責任護理師依個別負責範圍，有權限審視所屬照服員所有排班與轉排班之狀況。
3.服務時間回報	(1)照服員於抵達家戶服務時，當面與客戶於介面點選抵達與離開時間，事前購物或送餐時間當面與客戶點選外加時間數量，外加時間寧可少算不可多算。 (2)時間點選動作需與地點打卡動作同時進行，以確定提供服務時所在位置，購物與購餐之時間計算可以比照辦理。 (3)所有照服員之工作總時間可以自動納入薪資系統計算，年終績效獎金依個別照服員之總工時比例計算。
4.客戶評價	(1)客戶可於接受服務之後立即評價服務品質，要求更換照服員，並提出改進意見。 (2)客戶評價意見依據權責由護理師負責接收判讀、與客戶聯繫並上系統調整排班。 (3)客戶意見應作為全體員工教育訓練之主要內容。
5.人身安全系統	(1)客戶端於接受服務過程的人身安全系統，可同時連結到家屬、大樓管理員、責任護理師、社區守望相助等單位或個人。 (2)服務端於提供服務過程的人身安全系統，可同時連結到家屬、大樓管理員、責任護理師、社區守望相助等單位或個人。
6.連結多重專業家屬	(1)護理師設計個人專屬照顧計畫的內容，以勾選或填寫方式，一次納入資通平台。 (2)居服員服務內容、客戶用藥、主要就醫紀錄、主要健康檢查結果均可分別鍵入相互獨立之系統頁面，但各系統均可與

	主要健康計畫連結。 (3)上述紀錄透過帳號密碼可以由客戶本人、家屬、不同照顧專業同時查詢。
7.緊急專線	(1)可以呼叫護理師或救護車之 24 小時緊急專線，但護理師與救護車為不同專線。 (2)護理師之手機號碼由資通系統播出，而非留給客戶個人。 (3)客戶聯絡居服員之手機流程設計比照辦理，唯緊急電話限由護理師接聽評估。
8.網頁下載繳費	(1)設計公司專屬網頁，網頁風格應與企業識別設計(CIS)一致。 (2)APP 程式可由網頁或其他系統下載。 (3)客戶可於服務前或服務當下以現金或信用卡繳費，唯現金繳費需有收費認證。

表 2.3 資通平台各使用端展開模組規劃(假設以護理師為領導)

規劃重點	平台	簡述	展開項目	簡述
顧客端	Web 手機版	手機版純 Web	顧客註冊與資料管理模組	顧客基本資料建檔 資料修改並留下歷史紀錄 親友及緊急聯絡人資訊維護 代理人機制註記 Email 或手機認證機制
			服務查詢與預約機制	三個月內服務預約 提供顧客相關服務搜尋(兩階搜尋),內容顯示服務介紹,收費方式,等基本資訊 顧客確認後傳送至護理管理端,並於服務前一天以前,隨時停止或改期. 歷史服務查詢 依時序或行事曆呈現預約狀況(申請,審核回覆,取消等狀態)
			訊息溝通模組	提供顧客與護理端以及居服員端文字(不含圖片影音)訊息溝通,並留下歷史紀錄供三方查詢 訊息提醒與確認讀取機制 顧客建議功能
			客戶評價模組	提供顧客與護理端以及居服員端文字(不含圖片影音)訊息溝通,並留下歷史紀錄供三方查詢 訊息提醒與確認讀取機制 顧客建議功能
居家服務員端	Android App	Android App 版本,有可能無網路訊號,所以用 App 離線版本	離線資料庫模組與同步機制	Android SQL Lite 離線儲存機制,儲存文字(不含圖片影音),連線後更新伺服器並同步資料,可手動與自動更新
			GPS 追蹤整合	整合 GPS 資料至 App 中
			伺服器連線加密機制	與伺服器連線加密機制(涉及顧客資料需建置加密機制)
			派班結果查詢並執行與回饋	可查詢當日及週(不含月)排班狀況,可上下切換日期 顯示服務時間,對象,地點,服務內容,並提醒應準備項目. 整合呼叫打卡與服務記錄模組
			排班結果查詢	因為由護理師排班,居服員應可查詢排班結果
			打卡與服務記錄模組	結合 GPS 打卡,並回傳伺服器端 派班資料與當時時間地點結合 服務項目確認介面設計 (無規劃顧客確認機制)

表 2.3（續）資通平台各使用端展開模組規劃(假設以護理師為領導)

規劃重點	平台	簡述	展開項目	簡述
護理管理端	Web	Web 版本	顧客服務申請處理與派班模組	申請案件序列顯示與查詢(不含地圖區域功能) 顯示顧客所在位置(結合地圖)與服務項目 連結基本資料與服務歷程 顯示居服員排班與
			居服員排班模組	由護理師建檔 與派班模組連結整合 需維護居服員上班日 每月工時輔助計算
			評價回饋接收處理記錄	評價接收處理與追蹤機制
品質與資料管理端	Web	基本項目設定	人員管理	護理師,居服員,顧客管理,基本資料與狀態管理
			服務項目設定	服務項目基本檔設定,包含收費預定生效日期的機制
			共用基本維護檔設定	常用項,提醒項等基本檔代碼對應維護,只有停用,無刪除.
		供管理人員查詢報表稽核	客戶評價與建議管理報表	客戶評價管理報表,併建議回饋內容
			護理師居服員客戶資訊報表	護理師居服員客戶資訊報表
			每月收費金額報表列印	收費依據報表,僅統計應收款項,可利用新增正負數服務品項調整總金額,不含沖銷功能
主機服務端	Windows Server	系統基礎架構	資料庫設計	關連式資料庫分析設計
			訊息傳遞與 Logs 機制	訊息傳遞與 Logs 機制
		系統環境架構	SQL Server	SQL SERVER 主機架設與資料調校
				資料庫異地備份機制
			系統環境規劃	IIS 建置規劃
				啟動機制
				對外服務 API 開放與加密機制(SSL)
			Android App	自動更新下載機制

不過在政府的需求推估之中，上述這種針對個體面或服務量需求的推估,必須轉變為總體面或資源需求的推估，才有意義，這種政府對資源需求的推估，有時也被稱之為供給面的推估。而個體面服務量的需求，轉變為總體面供給量的需求，其間轉換的關鍵因素，就在資源的生產力預測。因此對於社區照顧的供給量推估方式為：(一)針對社區照顧所需資源，尤其是人力的生產力進行合理範圍的試算；(二)將個體面的服務需求作為分子，資源的生產力作為分母，進行所需資源的計算；(三)考慮本研究因為使用新的「整合照顧」模式所會改變的資源供給進行調整推估。

基於上述的估算方法以現階段又用的資料而言，都屬於「模擬」(simulation)的階段,談不上「預測」(prediction)甚至「推估」(forecasting)，其間因為充滿太多不確定性(uncertainty)無法以現有的技術有效解決，因此本研究最終採用次級資料分析，以本研究團隊利用本研究以外其他資源所蒐集，最近臺中市隨機 500 位 55 歲以上樣本的「生活照顧」需求作為依據。

二、 專家焦點座談與深入訪談規劃

專家焦點座談進行的地點規劃，以國立臺中科技大學中護健康學院的階梯會議室作為主要場所，若遇階梯會議室有其他使用狀況時，則以其他校園內之會議室作為替選場地安排。專家深度訪談則以本研究團隊成員與各專家約定的地點為主要訪談場所。無論是專家焦點座談或深入訪談的主軸內容，會在本計畫書所描述的主要研究分析架構之下，尋求更為創新的規劃構想，同時針對現有的可能問題提出解決之道，這些問題分述如下

(一) 在社區照顧關懷據點方面的議題至少包括(但不限於)以下的議題。

1、 大部份會成立社區照顧關懷據點始於社區營造的原因，比如說某一里(村)成立社區發展協會在發展社區營造過程中，基於在地服務、關懷的基本精神，鼓勵每個社區自主參與初級預防照顧的服務工作，透過人力培訓(培訓社區志工)，來設置據點提供服務，並運用社區互助支持系統，增進社區關懷意識，也促進長者社會參與，營造永續成長、健康的社區環境。因此第一個議題為關注這個基本精神在各社區中落實的狀況以及改

進與創新之道。

2、 每一里(村)社區發展協會，會結合相關福利資源(例如補助款、募款、學術單位等)，運用人力培訓(如：招募志工等)，由社區提供在地服務，透過社區活動據點辦理，建立社區自主運作模式，提供：(1)關懷訪視、(2)電話問安諮詢及轉介服務、(3)餐飲服務、(4)健康促進(每個據點四項服務選三項即可)等多元服務，建立連續性之照顧體系。因此第二個議題可以討論這些服務的使用現況與缺失改進，或是其他可能的創新服務內容。

3、 目前衛福部補助各社區成立社區照顧關懷據點(除了第一次設立開辦費、設備費外)，其他大都是以評鑑成績來給與補助業務費、志工相關費用(每一據點每年大概在 12 萬~14.5 萬不等)，此推動邁入第 12 年，現況的主要問題在於，自主性高、動員力好的社區，會設想許多新意讓自己的關懷據點辦的有聲有色，但相反的自主性低、動員力差的社區，就呈現有做就好的情形；這樣類似齊頭式的補助對於用心辦得好的社區並不是好事。因此第三的議題應該討論資源分配是否有更有效率的其他補助方式。

4、 有些縣市會由縣府內的承辦單位自己當輔導員/督導員，有些縣市則是委託輔導單位(協會或基金會)來執行，但如何因地置宜的協助每個社區照顧關懷據點能更有效的推動？值得深入探討。舉例而言，是否可以明確列出中央制訂發展願景、經費投入之後希望達到甚麼成效？地方縣市如何輔導？委託單位如何輔導？各社區照顧關懷據點執行的成效評估？如何制訂一套監督成效機制或是改變過去推動社區照顧關懷據點的模式發展創新的營運模式？等等都是值得討論的議題。此外依據目前所訂定的評鑑指標，對於受服務者的需求、滿意度等是否應加強評估？或改變評估指標？並思考如何改變成效評估的方法或是工具？

5、 在臺中市(甚至是臺灣)目前有許多自主性高、動

員力好的社區，他們在推動社區照顧關懷據點的業務時，成效相當良好，這些據點可以串連整個社區與其家庭網絡的連結，讓其在地安老的根基可永續經營與成長。但相反的自主性低、動員力差的社區，同樣的補助經費投入而產出效益就不會太大。我們可以思考的是如何運用社區所凝聚出來的在地力量，加上專業人力的投入做搭配，提供其他的服務項目？

6、 目前推動社區照顧關懷據點的定位就是：(1)關懷訪視、(2)電話問安諮詢及轉介服務、(3)餐飲服務、(4)健康促進，有些社區會安排讓長者唱唱歌、做手工藝、健康促進、或是跟醫院的社區健康部合作每週或每月的衛教講座等方式讓長者參加據點活動。這麼多年下來，除了照顧社會心理層面的問題還有做健康促進延緩老化等，可以思考的是加入醫療層級服務的照顧(護)，解決長者面對身理疾病折騰所帶來的其他因素。這部份可以由本研究所提的「整合照顧」架構來做為檢討的依據之一。

(二) 在日間托老服務(長青快樂學堂)方面的議題至少包括(但不限於)以下的議題。

衛福部「社區照顧關懷據點佈建日間托老中心」計畫在臺中市稱為「長青快樂學堂」，名稱不同但內容一樣。衛福部目前將自主經營性高或是偏鄉地區的社區照顧關懷據點，鼓勵轉型為日間托老中心，有幾個原因：

1、 社區照顧關懷據點經營邁入 12 個年頭，當初服務的那些健康的長者已漸漸退化成亞健康、失能、失智等，希望可以延續性的照顧這些長者。以社區照顧關懷據點為根基實踐預防照顧，激發社區參與照顧能量，進而銜接發展失能老人社區日間照顧服務。

2、 衛福部為加強臺灣長照在地安老核心樞紐，促進社區永續經營提供老人照顧服務，(期待社區居民自主參與，建立使用者付費機制，提供單位自給自主)，並希望達到幾個目的與策略：第一，提升與擴大已有服務經驗之社區的組織能量，增

加據點的服務功能與價值；第二，協助社區設計各式方案課程,以回應高齡化長者的需求;第三，因地制宜的設計課程方案導入，連結回憶經驗、土地情感與文化傳承、增加社會參與，建立歸屬感與自我實踐、4.陪伴據點發展自主營運機制，奠定永續經營基礎，以延續據點服務價值。

3、 希望服務再升級，將原本社區照顧關懷據點的業務再拓展，包含服務時間延長至每週一至週五每天至少 6 小時、提供更多樣服務內容、增加社區的專業人力需求.多補助專業人力費用等。

不過問題仍是執行單位社區發展協會，不管是**理事長、協會幹部、服務人力等礙於人力穩定性、**知識素質、還有受社區營造基底影響，比較著重於社會心理層面，而忽略生理醫療照顧層面等問題，因此到底能不能確實執行這個方案最原始的立意？這些問題與上述社區照顧關懷據點的問題相類似。現在日間托老的改變包括服務時間延長、提供更多樣服務內容、增加社區的專業人力需求等，還是不一定能解決社區式照顧(護)或是奠定在地安老的根基。這些議題同樣的，在本研究所提新的「整合照顧」架構下，可能比較容易找出創新的模式來加以解決。

(三) 在日間照顧及多功能日間托老方面的議題至少包括(但不限)以下的議題。

因日間照顧中心係近年來方開始積極推展的照顧服務項目，目的是為了讓老人在晚年階段仍要盡力保持並延續原有生活活躍的狀況，維持在社會中的地位，並藉由社會的積極參與及互動，保有多元豐富與創造性的生活，希望助於老人對於自我生活滿意度的提高與自我肯定，但這樣的模式對長者來說，是否真能有在地化、社區化的照顧服務的實際感受? 然而，雖然注入相關社會工作專業人員，但現況大多著重於社會心理層面，而忽略生理醫療照顧(護)層面等問題，可探討的是社區式照顧服務還能有何創新性作為?

另外，多功能日間托老服務此種概念強調照顧服務的提供不應僅限於社區內照顧服務提供的據點，

而是要能與老人原有生活社區互相融合，並提供給社區內老人使用，使中心的設置成為老人在日常生活能接觸使用的生活場所，並藉由中心照顧的專業與社區活動的融合，提供老人可從事創新的多樣活動場所與情境，藉以延續既有家庭與社區生活,並能使老人能重新開始進行預防保健,同時提供給社區居民參與的生活據點，但如何制訂一套監督成效機制來檢視這樣的運作模式是否真能讓長者達到個人化的生活照顧服務？

三、 參與人員規劃

除了本研究團隊人員與專家學者之外,「社區照顧關懷據點」自 2005 年起推動至今已經超過 10 年，目前全臺有 2,593 個據點，其中臺中市有 246 處關懷據點、日間托老 13 處、多功能日間托老 1 處、日間照顧服務(含失智)18 處。本計畫將以相互對談的方式或深入訪談的方式，瞭解各社區照顧關懷據點負責人的意見、心得、構想、改進之道、或創意。參與人員與場次的規劃如表 2.4。

表 2.4 參與人員場次規劃

執行內容	社區照顧關懷據點	日間托老(長青快樂學堂)	多功能日托中心	日間照顧中心
專家學者座談會	2 場次	1 場次	1 場次	1 場次
專家學者座談會(受訪者)	各區域承辦人	各區域承辦人、社會處主管	承辦人、社會衛生業務主管	社會衛生業務主管
訪談提綱	1.社區照顧服務體系的組成：據點 12 年運作模式如何改變服務增加功能性。2.社區照顧服務體系的功能未來如何增加供給服務量。3.人力資源需求的分工整合。4.社區照顧服務體系的財源分配。5.社區式照顧服務系統建構整體規劃之其他建議。	1.社區式照顧服務體系組成與轉變。2.社區照顧服務體系的功能：未來如何增加供給服務量。3.人力資源需求的分工整合。4.該試辦計畫結束後之財源分配。5..社區式照顧服務系統建構整體規劃之其他建議。	1.社區式照顧服務體系的組成與改變。2.社區照顧服務體系的功能：未來如何增加供給服務量。3.人力資源需求的分工整合。4..社區式照顧服務系統建構整體規劃之其他建議。	1.照顧服務體系的組成與運作。2.照顧服務體系的功能：未來如何增加供給服務量。3.人力資源需求的分工整合。4.照顧服務體系的財源分配。5.照顧服務系統建構整體規劃之其他建議。
深度訪談提供者	4 人	2 人	2 人	2 人
深度訪談提供者	歷年績優單位之幹部(2 人)、非績優單位之受服務者(2 人)	歷年績優單位之幹部(1 人) 、非績優單位之受服務者(2 人)	歷年績優單位之幹部(1 人) 、非績優單位之受服務者(2 人)	歷年績優單位之幹部(1 人) 、非績優單位之受服務者(2 人)
訪談提綱	1.單位人數規模與編制。2.志工來源及招募方法。3.志工訓練與管理。4.服務提供之效益評估 5.志工人力需求與管理困境。6.其他建議，包含創新作為等。	1.單位人數規模與編制。2.人力來源及招募方法。3.人力訓練與管理。4.服務提供之效益評估。5.人力需求與管理困境。6.其他建議，包含創新作為等。	1.單位人數規模與編制。2.員工來源及招募方法。3.人力/員工訓練與管理。4.服務提供之效益評估。5.人力需求與管理困境。6.其他建議，包含創新作為等。	1.單位人數規模與編制。2.員工來源及招募方法。3.人力/員工訓練與管理。4.服務提供之效益評估。5.人力需求與管理困境。6.其他建議，包含創新作為等。
深度訪談使用者	4 人	2 人	2 人	2 人
深度訪談使用者	歷年績優單位之幹部(2 人)、非績優單位之受服務者(2 人)	歷年績優單位之幹部(1 人) 、非績優單位之受服務者(2 人)	歷年績優單位之幹部(1 人) 、非績優單位之受服務者(2 人)	歷年績優單位之幹部(1 人) 、非績優單位之受服務者(2 人)
訪談提綱	1.受服務者使用現況與滿意程度。 2.提供服務項目之滿意程度。 3.接受服務者身心健康評估。 4.其他建議。	1.受服務者使用現況與滿意程度。 2.提供服務項目之滿意程度。 3.接受服務者身心健康評估。 4.其他建議。	1.使用現況與滿意程度。 2.提供服務項目之滿意程度。 3.身心健康評估。 4.其他建議。	1.使用現況與滿意程度。 2.提供服務項目之滿意程度。 3.身心健康評估 4.其他建議。

第三章　整合照顧理論：訂定老人照顧國家的四個翻轉概念

第一節 前言

面對老化社會的來臨，部分決策者習慣性的把長期照顧(long-term care)掛在嘴邊，似乎只要提到這個名詞，就已經表示政府有在為老人照顧善盡心力，極少有決策者意識到，長期照顧與活躍老化(Active ageing)兩個用詞完全奠基於相互衝突的社會學理論基礎。這個衝突表現在衛生行政與社會行政長年以來各自為政的歷史事實。就算在同屬衛生行政主管的業務範圍之內，長期照顧與活躍老化仍舊無法融合成單一的政策內容。

長期照顧與活躍老化兩者可能必須在「整合照顧」(integrated care)的概念下，才比較容易進行融合，但這並不是容易的事，因為「整合照顧」牽涉到至少五個層級的整合，執政者往往會在「財源」和「行政」的層級上進行冗長的立法辯論，卻忽略了「服務輸送」和「照顧內容」才是可以讓有需求的老人真正獲益的整合層級。這個層級的區分在臺灣 2016 年新政府成立之後的長期照顧政策中可以明確見到。不過「財務」面應該來自一般稅收或保費的爭議，背後真正的企圖牽涉到「行政」面主管機關的歸屬，但本文希望指出這兩者都不是整合層級的重點。

要談老人的「整合照顧」服務，可能必須打破傳統公共衛生「三段五級」的健康階段概念，這樣的階段分類對於老人健康狀態的分類需求過於粗略，不符使用。目前臺灣中央與地方政府提出的各式居家、社區與機構照顧的服務內容，雖然多少都隱含了某些健康狀態或生理依賴狀態的等級區分，但這種分級因為不夠明確，可能導致不同照顧計畫服務對象的不明確、重疊、或甚至忽略特定照顧需求族群。

上述臺灣老人照顧政策的疏失，還牽涉到「中級照顧」定義在國內的臨床照顧專業之間存在嚴重的分歧，導致社區老人醫學、老人精神醫學次專科人才的教育考試任用無法落實，「社區虛擬病房」甚或「居家虛擬病房」的觀念連開始討論的機會都非常渺茫。這些臺灣所面臨老人照顧政策的弱點或盲點，都將於本文中分別進行理論面深入論述。

在 2000 年之前，世界各國政府討論老人政策的重點一般而言有三個：(1)年金改革；(2)健康與長期照顧；(3)勞動力市場;其中近 20 年的討論重點在於年金改革(UNECE 2007)。本文基於議題設定將專注於健康與長期照顧的探討。

第二節 老化理論的翻轉

一、「脫離理論」與「活躍理論」

脫離理論(disengagement throery)起源於 1960 年代(Cumming, et al, 1960; Cumming & Henry, 1961; Cumming, 1963)，此理論假設在「正常老化」(normal ageing)的過程中，老人會主動或被動的逐漸脫離自己與他人的社會關係，其所導致的結果有二，第一是老人與其他社會成員的距離愈來愈遙遠，第二是人際關係與社會連結的基礎會產生巨大轉變，亦即一般社會成員主要以相互依存的角色作為基礎，而老人主要以普遍和類似的情感作為基礎。這個轉變會讓原本屬於成人社會具有功能性的有機體社會連結，轉變為與老人之間的機械性社會連結。而且對於脫離理論而言，這種轉變對整體社會具有功能上的必要性，因為當老人面臨死亡時，個人的離去對社會體系的負面衝擊就可以降到最低,因此老人由相互依存的工作夥伴關係中脫離，對於社會體系的正常運作具有正面的功能。

脫離理論幾乎可以確定屬於社會學理論中典型的結構功能主義，在這個理論中老化或死亡對社會體系是一個潛在的威脅，避免威脅的最好方法就是讓老人脫離重要的社會角色。這樣做除了造福社會之外，脫離社會重要角色對老人也有正面功能，因為重要的社會角色或責任愈少，老人就有愈多的時間自由安排個人導向的生活行程。總括而言，脫離理論認為老人由整個社會逐漸脫離是典型的、無法避免的、甚至對成功老化而言也是必要的。

老年社會學理論中的活躍理論(activity theory)至少可以回溯至 1950 年代(Havighurst & Albrecht, 1953)，這個理論建立在一個 1930 年代的理論假設(Mead, 1934)，認為社會性自我(social self)的形成主要來自與其他社會行動者(social actors)之間的社會互動，任何妨礙持續性社會互動的結構性障礙，例如因為退休而脫離社會互動，都會使個人(老人)感覺挫敗與疏離，因而導致個人對生活

滿足感下降。在活躍理論中，社會活動與個人的社會角色息息相關，所以脫離社會角色會使個人的社會活動減少，進而導致生活滿足感下降。

因此活躍理論可以分解為以下四個基本假設(Lennon, et al, 1972)：(1)角色失去愈多，個人可以參與的活動可能愈少;(2)社會活動愈多,個人獲得社會支持的機會愈多；(3)個人獲得的角色支持愈多，自我概念愈正向；(4)個人自我概念愈正向，生活滿足感可能愈強。透過這樣的分解也因此可以推導出一系列有關社會行為和老化的研究假設。

二、 從「成功老化」到「有生產力的老化」

在 1980 年之前，幾乎所有的研究都傾向於接受 1960 年代社會學脫離理論(disengagement theory)的觀點，認為人本來就會隨著年齡增長自願且自然的脫離(withdraw)過去的角色與社會關係，而且所有老人族群的這個特性是相當一致或同質的現象。為了解決這個無法避免的問題，長期照顧理所當然就是國家老人政策的最優先項目。當國家領導人或政府官員時常將「長期照顧」體系掛在嘴邊時，其背後主導的思維典範其實就是脫離理論。

為了對抗脫離理論，最早衍生出來的觀念就是成功老化(successful ageing)典範(Pfeiffer, 1974; Rowe & Kahn, 1987)，其目標在希望老年人可以維持中年時期的活動方式與價值觀。換句話說，為了使老人維持活動與生活滿意度，老人應該否認老化開始的事實,而以自己中年時期的關係、活動、與角色來取代老年角色(Havighurst, 1954, 1963; Havighurst & Albrecht, 1953)。可惜這樣的老化理論顯然過於理想化，它過度奠基於美國的思考常模，忽略高齡者維持中年時期的生活型態必須克服生物學上的限制(Walker, 2014)，甚至某些來自於經濟、政治與社會結構的限制，其中最明顯的例子就是退休(Walker, 1980)。對於貧窮現象普遍存在於老年族群的國家而言，「成功老化」的觀點是非常有問題的，因此主張要解決老年問題，首先必須探討老年與社會之間的結構性關係，以及社會經濟制度對老年的衝擊(Walker, 1981)，老年的經驗由社會所建構(Jackson, 1998)，社會經濟結構促使老人必須在體力上與經濟上依附別人(Townsend, 1981)。這是有關於老年政策最早提出的批判性觀點與政策建議，而其背景就在貧窮

普遍存在於老年族群中的英國社會。

1980 年代起有關老化的論述進入有生產力的老化(productive ageing)，科學家開始將研究焦點轉移到整個生命歷程的人類發展過程，也因此發現到以曆年計算的年紀並不是預測生命績效或表現的適當變項。退休者除了休閒與家庭之外，還需要其他生產功能來滿足生活(Bass et al,1993)。這個論述適度回應了這個時期決策者對於年金與健康照顧成本的焦慮，以及他們急於提高國家生產力的企圖，導致 1997 年 G8 高峰會議呼籲推動減少勞動參與的不利因素，包括減少兼任員工聘用的限制(Walker, 2014)。「有生產力老化」觀念的弱點是集中於討論財貨與勞務相關的生產力(Morgan, 1986)，或包括培養這些生產力的能力，無論有無報酬(Bass, et al, 1993)，這個觀念傾向於工具性與經濟性的考量，因而深受限制。

也因此，經過「成功老化」和「有生產力的老化」兩個階段的概念之後，透過活躍理論所重新詮釋的「活躍老化」才正式登場，將於下一小節中討論。不過，臺灣的學者專家持續混合使用「成功老化」、「有生產力的老化」、甚至「健康老化」這些專有名詞，已經是不合宜的行為，亟待進行理論訓練和思維方式的改變。

三、「活躍老化」下的老人政策思維

1990 年代在世界衛生組織(WHO)的推動下，新的典範開始關注活躍與健康兩者之間的有機連結(Butler et al, 1990)，以及健康老化(healthy ageing)的重要性(WHO, 1994; 2001)。擴大活動定義的範圍不僅止於勞動市場的活動，強調健康以及將老人視為完整的公民，誠如世界衛生組織所標示的，「我們已經為生命增加了年歲，現在讓我們為年歲注入生命」(Walker, 1993, 1994)。依據世界衛生組織的定義，活躍老化指的是「當人年老時為了促進生活品質，將獲得健康、參與、與安全的機會最適化的過程」(WHO, 2002)，這樣的定義雖然比較強調老人經濟生產活動的潛能，但與「有生產力的老化」概念並不完全一致，而且與 Alma-Ata 宣言對健康的延伸性定義「具有社會及經濟生產力之生活」(socially and economically productive life)也有所不同(WHO, 1978)。而在實質上，它的思想來源顯然直接可以追溯到「活躍理論」，雖然「活躍理論」同時也被批評將所有老人族群的這個特性視為相當一致或同

質的現象，但活躍程度與身心安適狀態的實證連結，至今為止仍舊經得起科學的檢驗(Walker, 2015)。

二次世界大戰之後是建構福利國家的黃金時期，此時歐洲就開始建立老年與公共政策之間的關係，經過 1970 年代工業國家對老年議題的論述，逐漸形成活躍老化的概念。活躍老化是「涉及廣泛又內在複雜的一組概念，也是用來處理人口老化形成全球策略的核心價值」(Stenner et al. 2011)，希望透過這個概念讓老年可以維持健康(這可以降低健康負荷與社會照顧負擔)、持續就業(這可以降低年金成本)、和充分參與社區與政治活動(Walker & Foster 2013)。不過「活躍老化」並不是一個清楚明確的概念，其定義並不精確，過去 10 年對於歐盟和全世界不同地區也都是一個非常新的概念，而其在概念上的演進，主要得力於世界衛生組織(WHO)的努力。雖然它經常被理解為「針對所有年齡層的所有議題」(Walker & Maltby 2012)，但實證調查顯示(Bowling 2008)，43%的英國人認為「活躍老化」指的是身體健康與功能健全，15%認為與社會關係和社會接觸有關。而其在臺灣的實際運作，就連中央到地方所有推動「年齡友善」政策多年的專家，都忽略就在世界衛生組織「年齡友善」操作手冊的第一頁(WHO, 2007)，就明確標示所有「年齡友善」政策都必須以「活躍老化」作為理論指導原則。

在近代民主的實務上，許多國家的運作已經愈來愈強調老人對於公共事務的參與，這個概念不但出現在歐盟「活躍老化」指標中的「社會參與」項目，事實上這個概念可以回推到世界衛生組織的 Alma-Ata 宣言中所提出的「社區參與」原則(WHO, 1978)，雖然 Alma-Ata 宣言與老人健康政策沒有直接關連，但是它的含意解釋值得重複討論。有關社區參與衛生計畫的內容在 Rifkin (1986)和 Zachius & Lysack (1998)已經有很周詳的討論，而且不論在理論上或實務上，社區參與至少有以下三種解讀(Green 2007)：(1)社區民眾對自己的健康負有責任；(2)社區民眾參與健康照顧的決策過程；(3)社區民眾貢獻資源來成就社區自助(self-help)精神。這三種解讀之中，以第三種解釋離基層醫療保健(primary health care)的概念最遙遠，但臺灣剛好選擇第三種路徑作為切入點，來進行社區健康營造、健康城市、年齡友善等計畫，在實質上社區民眾和年長者可以參加這些決策的空間微乎其微。第三種解讀的確可以動員社區提供更多的資源，例如提供房舍或房舍維護資源，

或提供更多的物資和勞力，或是接受訓練之後從事衛生工作。我們必須注意這些社區民眾原本就已經以某種形式在貢獻社區了(例如繳稅或健保費)，而且貢獻資源不見得保證民眾在決策過程中可以享有任何發言權，落實基層醫療保健必須注意我們需要的是那一種形式的社區參與。

老化理論的演進與國家如何看待長期照顧政策有關。推動「成功老化」概念雖然志在對脫離理論，但由於論述方式完全根植脫離理論,因此對於未能成功老化的人而言，這個思維只能強調長期照顧的必要性，這也恰好是臺灣新政府現階段的主要邏輯概念;「有生產力老化」對於長期照顧的概念，不可避免會集中於如何「提供」或「生產」長期照顧；而「活躍老化」則會平等的重視長期照顧的供給者與接受者或需求者，強調給予老人更多的選擇(Ervik & Lindén, 2013)，例如設計一個不會妨礙勞動參與的退休條件，鼓勵老人選擇工作而非提早退休，雖然這種設計比較適用於經濟景氣較佳的時期(Taylor, 2008)。

第三節 健康分級與服務的翻轉

一、「三段五級」預防概念的來源

傳統公共衛生的健康等級分類依據為三段五級，分別為：(一)第一段為預防保健(包括健康促進以及預防服務兩級)；(二)第二段為疾病的治療(包括早期發現早期治療與限制殘障兩級)；(三)第三段為疾病後的功能恢復(復健)。這個三段五級的概念，有其根源和演變過程。醫學發展歷史上第一次出現初級預防(primary prevention)和次級預防(secondary prevention)的概念應該來自美國慢性病委員會(Commission on Chronic Illness, 1957)。當時初級預防定義為「避免疾病發生」，次級預防則界定為「由疾病早期尚未發現到比較嚴重的所有階段中，中止疾病的進程或預防併發症」。健康促進在此文獻中尚未包含在初級預防的概念中，它被視為是保持健康而不是預防疾病的手段，預防疾病仍舊是以特定疾病作為邏輯導向的概念。

五個層級(level)的預防醫學觀念則出現於更早的教科書(Leavell & Clark, 1953)，分別為：(一)健康促進；(二)特定保護；(三)早期發現與治療；(四)限制殘障；(五)復健。此書第二版(Leavell & Clark, 1958)進一步將這五

個層級分為三個「類別」(category)，分別為前兩級屬於第一類(初級預防)，第三級屬於第二類(次級預防)，後兩級屬於第三類(三級預防)。此書第三版則將這種分類界定為「階段」(phase) (Leavell & Clark, 1965)，並且將「限制殘障」列入第二階段的預防。至此，三段五級的概念終於正式成型，這個典範跨越數十年仍舊為不同領域的臨床醫學、公共衛生、和社會科學所接受。其實這個三段五級的概念在不同領域的作者也有時有不同的詮釋空間，包括那一級預防應該歸類到那一個階段，以及各級預防的陳述方式。

二、 整合照顧的十階段分類

然而考慮到老人健康照顧與生活照顧的需求，按照傳統三段五級的分類已經不足以適用，而是依據老人整合照顧需求做分類，分為十個階段，如圖 3.1 所示(Oliver, 2014)。這十個階段的分類總括而言至少有三個特徵：(一)十階段分類可以更詳細區分老化過程中健康與依賴狀態的改變；(二)由下而上的箭頭強調老人照顧的重心應該轉移到預防性的措施、事前主動(pro-active)的照顧或治療、以及盡可能將長者留在比較上方的階段，而不要進入下一個健康或依賴階段；(三)每一個階段都有其相對應的整合照顧措施，這些措施如表 3.1 所示。

圖 3.1 整合照顧的十階段分類

事實上，由於十個階段的老人健康分類具有以上的三個特徵，因此這樣的分類適足以明確標示出包括臺灣在內的世界各工業化國家，在老人照顧政策上的盲點。尤其是當這樣的健康階段與傳統三段五級的概念作對比時，其指導政策的優勢就會更為明確。所以這樣的分類其實是一個老人照顧政策導向的健康分類系統，其設計的目的，與三段五級的預防導向、國際疾病分類的病因學導向、甚至是診斷關連群的醫療資源耗用導向，屬於完全不同的任務型健康分類，並不需要刻意強調其間的可比較性或可轉換性。

表 3.1 不同健康階段所需要的的整合照顧服務

健康階段	需要的整合服務
1.健康長者生活安適	1.處理健康影響因素 2.安適住屋 3.預防社會孤立建立年齡友善社區 4.處理酷熱或嚴寒 5,促進健康生活型態 6.適當處理小毛病並維持個體的獨立性 7.疫苗接種 8.國家篩檢計畫
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.提供連續與協調照顧 2.分析高風險族群 3.社區整合團隊提供個案管理 4.老人及家屬參與照顧計畫 5.提供個人照顧預算並直接支付 6.遠距健康照顧 7.教育家屬與志工 8.確保相同健康狀況的老人與青年獲得相同服務 9.提昇老人普遍健康問題的治療照顧
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.認識虛弱的重要性 2.應用虛弱風險評估尋找個案 3.使用周全老人評估並追蹤虛弱個案 4.促進虛弱老人體能活動 5.預防跌倒 6.提供失智照顧 7.避免不良多重用藥
4.有危機時需要接近有效支持	1.提供連續性基層照顧 2.提供緊急基層照顧 3.提供緊急協同的生活照顧 4.確保救護車隨車人員具備其他照顧功能 5.提供可以減少住院的居家服務 6.使用社區虛擬病房 7.提供高風險老人遠距照顧 8.出院返家評估機制 9.可近的門診服務 10.提供社區老人醫學服務
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.周延老人醫學評估 2.聚焦虛弱老人 3.老人醫學專科病房 4.提供跨科別服務 5.擴大照顧連續性 6.預防可避免的死亡 7.最小化來自醫院的傷害 8.增進失智與精神疾病住院老人照顧 9.聚焦於有尊嚴的以病人為中心的照顧
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.由入院開始提供資深人員的評估準備出院計畫並注意病人在醫院中的動向 2.仔細評估出院能力與出院計畫 3.病人與家屬參與出院計畫 4.加強出院後的評估與支持 5.減少延遲轉診
7.後急性期需要有效的物理治療和職能治療	1.周延的需要評估與客製化 2.實施證據基礎的最佳治療 3.依據結果而非依據時間決定給付內容 4.以家戶為基礎的物理治療與職能治療 5.提供以地區醫院為基礎的物理治療和職能治療 6.尋求創新的替代提供者 7.對職能治療團隊提供訓練 8.成功結束治療或轉介
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.減少可避免的長期照顧個案 2.確保機構住民有良好的醫療與心理照顧 3.分享訊息 4.對機構住民執行周延的跨科別評估 5.對安養機構員工進行訓練與支持 6.以證據基礎架構評估生活品質並促進以關係為基礎的照顧
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.針對工作團隊提供教育訓練與支持 2.確認生命末期病人 3.確保有效評估與事前照顧計畫 4.加強協調與出院計畫 5.確保適當的專業支持性照顧服務 6.支持安養機構住民在機構而非在醫院死亡 7.提供以居家為基礎的服務 8.提供失智的臨終照顧 9.改善醫院的臨終照顧 10.讓病人與家屬參與面對死亡不同階段的處理
10.以個人為中心的整合照顧	1.在任何健康依賴階段都以預防性和預先主動性照顧避免健康狀態進入下一層級 2.在不同社區尋求擴大實施整合照顧的方法

資料來源：Oliver et al. (2014)

表 3.1 依據十個健康階級簡要的列舉各階段所需要發展的整合照顧內容，但表 3.1 的內容暫時無法在本文中全面展開，因為這會使本文變成是一本政策綠皮書或白皮書的規模。但是本文要強調，表 3.1 的整合照顧內容主要著眼於「服務輸送」層級與「臨床照顧」層級的整合服務內容，而且絕大部分的內容在臺灣完全缺乏(例如老人醫學專科病房、社區老年醫學、社區虛擬病房、聚焦於虛弱老人進行特殊處理等)，有部分是存在但尚未到位(例如出院準備、出院後可以銜接的社區健康評估、連續性基層醫療照顧、跨科別服務、客製化需要評估、居家照顧、居家物理治療與職能治療、創新的服務替代者、分享訊息、證據基礎和關係基礎的機構照顧、居家安寧等)。

第四節 整合照顧層級的翻轉

一、 整合性照顧的層級分類

要達成「整合照顧」的策略非常多元，其層級由最巨觀(macro)到最微觀(micro)的均同時並存，整合性照顧因此會以不同層級與不同型態的醫療服務形式出現(Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Ham & Curry, 2010)。整合性醫療涉及的對象可以分為：全體國民、特殊族群的照顧、相同病症之族群、照顧服務提供者與需求者間的整合及協調。這些不同的形態在老年族群中，幾乎所有型態的整合照顧都會出現。

在層級方面,整合性照顧涵蓋健康與社會層級的照顧，我們可以將它分為三種層級。第一為總體層級(Macro level)，服務提供者與專案人員一起以全方位的跨領域服務為目標族群提供整合性照顧服務，相關機構例如美國凱薩醫療機構健康保險基金(Kaiser Permanente)，相當於比臺灣規模更小的全民健康保險與長期照顧保險；又例如美國的退伍軍人衛生行政組織(Veterans Health Administration)，相當於臺灣的榮民總醫院體系自行擔任保險人功能等。第二為中間層級(Meso level)，服務提供者與專案人員對於有相同病症或類似情形而需特殊照顧族群提供整合性照顧服務。例如高齡族群的生理、心理層面的照顧、疾病管制計畫與臨床管理網路。第三為個體層級(Micro level)，服務提供者與專案人員與服務接受者透過

協調、護理計劃與其他方式提供針對個人的個人化照顧服務。整合性照顧的概念，雖然比較容易以個體層級或服務整合的方式呈現，但服務整合必然牽涉到中間層級的組織整合或群體整合，最後也容易牽動總體層級的財務整合或保險給付議題。

二、 整合性照顧的功能分類

整合性照顧也可以依據功能加以分類(Kodner & Kyriacou 2000; Hardy et al. 1999; Leutz 1999)，並且可以由總體層級至個體層級整合加以排序，分別為：財務(funding)、行政(administrative)、組織(organizational)、服務輸送(service delivery)、臨床實務(clinical)。而本文清楚指出，臺灣目前嚴重欠缺「服務輸送」層級的整合計畫，而此將與「臨床實務」整合密切聯動，因此這兩個層級的整合將作為本段敘述的重點。另一方面，輸送層級也正是社區提供生活照顧與健康照顧最佳的整合層級。

其中財務面牽涉不同層級基金的結合(pooling of funds)以及不同層級預付式的論人計酬(capitation)方案。行政面包括責任與功能的集中與分散、跨部門(inter-sectoral)的計畫型態、進行需要評估與資源配置、集體購買與責任委託(commissioning)。組織面議題包括服務的行政代管(co-location)、釋出與移轉同意、跨代理人(inter-agency)計畫與預算、服務結盟或契約、計畫與服務的共同管理、策略聯盟或服務網絡、併購統一或共同擁有。服務輸送面包括聯合訓練、集中訊息進行接案與轉介、個案或照顧管理、多科別或跨專業團隊合作、隨叫隨到服務、整合資訊系統。臨床服務面包括診斷標準設立、單一與周延的評估程序、聯合服務計畫、分享臨床服務記錄、連續性病人監控、決策支持工具(例如實務工作指引)、例行性的病人或家戶接觸與持續支持。

目前臺灣的長期照顧產業與政策，集中於「組織」和「服務輸送」兩個層級的服務，這樣的定位其實已經比傳統的醫療服務內容更為宏觀。傳統的健康服務模式集中於研發臨床服務(clinical)層級的功能，而且尚未完整，尤其完全沒有正式跨入服務輸送(delivery)層級的功能，此點可以在服務面層級的功能已經開始建立的前提之下，逐漸發展輸送體系的整合系統。其他層級的功能也可以在衛

生福利部的計畫之下，進行理論面與實務面的發展工作。

表 3.2「整合照顧」的策略與層級

整合層級	可用策略
財務	1. 不同層級的財源整合 2. 不同層級預付方式的論人計酬
行政	1. 責任與功能的統一或分權 2. 跨部門的連結計畫 3. 需要評估與配置鏈 4. 聯合購買或委託案件
組織	1. 服務的行政代管 2. 出院和轉院協議 3. 跨機構的計畫與預算 4. 聯合服務或服務提供契約 5. 共同管理計畫或服務 6. 策略聯盟或照顧網絡 7. 統一組織、共同產權或併購
服務輸送	1. 人員共同訓練 2. 集中型資訊系統、轉介與接案 3. 個案管理或照顧管理 4. 多專業或跨專業的團隊合作 5. 隨傳隨到的待命服務 6. 整合資訊系統
臨床實務	1. 標準的診斷準則 2. 單一且周延的評估程序 3. 聯合照顧計畫 4. 共享臨床病歷 5. 連續性的病人監測 6. 共同的決策支持工具(例如臨床指引) 7. 例行的病人與家屬接觸和持續支持

資料來源：Kodner & Spreeuwenberg (2002)

三、 組織整合的限制

在管理學領域中的整合，主要牽涉到組織面的整合，這也是過去醫療體系整合理論的探討重點。因此與傳統理論進行比較，可以彰顯目前所討論的整合式照顧與過去所討論的實質差異何在。

在某些狀態下,整合可能只會專注在初級與次級照顧。根據不同的合作方式與整合程度有不同的形式，並可區分為兩種。一、由機構進行整合並提供服務以達成實際性的整合(real integration)。二、機構與服務提供者合作利用虛擬平台與服務組織合作進行整合(virtual integration)。若實體或虛擬的整合發生在同一層級的服

務提供者身上，這則稱之為橫向的整合(horizontal integration)，而服務提供者在不同層級與流程上則是垂直的整合(vertical integration)。

在許多情形下，整合性照顧涉及眾多照顧服務提供者間的合作，但這同樣的也意味著當掌握一筆預算時，扮演整合工作的領導者也必須以整合的方式決定預算最有效配置。組織較為複雜的整合性照顧時，可以透過將工作委任於不同組織並賦予與其相對應的權利。當這樣的行為發生時，臨床工作者與管理部門更能使用預算提供更直接性的服務或是委託代理者提供服務。而這樣的行為即被稱為「製造或購買(make or buy)」的決策。以經濟學的術語而言，當生產成本大於交易成本時，服務外包(或購買)對組織比較有利；當交易成本大於生產成本時，自己製造或生產比較有利。其中前者代表虛擬整合，後者代表實質整合。

但相對的，整合上的缺失的也會對整個照顧模式帶來衝擊。證據顯示，若臨床工作者仍然依循固有的工作模式，組織整合並不會帶來任何改變與益處(Ham & Curry 2011)。這甚至會明顯影響已與其他組織整合，並參與社區改造計畫的社區性健康服務計畫。然而，只有當組織整合能被妥善運用於臨床上的推展，以及社區服務上的整合時，才能具體實現整合計畫的優勢。

相對於組織的整合，另一種整合方式是尋求更有效的組織方法，以提高工作效率。整合不單指是產品間的整合，流程與組織運作的效率也會是整合性服務的一大要點。在社會保險的運作之下，健康照顧與生活照顧不但分別由健康保險與長照保險兩個不同的保險基金作為財源，而且會由非常多元的相關組織提供相關服務，這中間同時牽涉到財源、行政、組織、服務輸送、以及臨床所有層面的整合。如何讓不同的組織，透過契約或其他虛擬方式形成網絡，以提供民眾所需的整合性服務，則是當前迫切的問題。

四、 整合照顧層級對臺灣現階段政策的含意

整合照顧的層級討論，對於臺灣新政府的老人照顧政策具有重大的意義。依據上述整合照顧的層級分類，臺灣的全民健康保險規劃或長期照顧規劃比較接近「財務」與「行政」層級的整合性規劃，而且這兩個層級息息相關。例如全民健康保險規定以繳交保費的方式作為主要財源時，其「行政單位」的隸屬就會是過去衛生署轄下的中央健康

保險局，亦即由衛生行政部門作為主管機關。在全民健保實施的 20 年期間，部分醫療院所雖然進行了部分「組織」層級的整合，包括醫院體系逐漸購買或設立分院、診所組織醫社區療群等，但這三個層級的整合仍舊不可避免的使臺灣的醫療體系，在「服務輸送」與「臨床照顧」這兩個層級，仍舊維持片段與零碎的現況。臺灣民眾繳交保費之後，在接受醫療服務的當下雖然降低「財務障礙」並提升「就醫可近性」，但所接受到的醫療服務內容仍舊維持單一層級與單一科別的片段服務，顯示「輸送」與「服務」兩個層級的整合在全民健康保險實施之後的 20 年期間，並沒有發生，而且它也不是國家醫療體系改革政策的重點。

臺灣老人照顧的推動適逢政權轉移，但新政府的思維重點仍舊放在「財務」面和「行政」面，主張財源來自國家總體稅收中的營業稅與遺贈稅，而與上一任政府所規劃由民眾繳交保費的財源完全不同。而其實質的含意，必須回到「行政」面來理解會比較合理，其理由有二。

第一為新政府認為如果強制民眾繳交社會保險的保費，但長期照顧系統卻尚未到位的結果，容易演變成發放現金給付，然後由民眾自行購買長期照顧服務的景象，而其結果就是有更多的家庭聘請外籍看護，這不是新政府所樂見的長期照顧樣貌，因此主張仍舊以政府稅收來支應比較能夠顧及照顧品質。但是這樣的政策在邏輯上有缺陷，如果無法實施長期照顧社會保險的理由是「長期照顧服務系統尚未周延到位」，則邏輯上新的政策就應該是「如何讓長期照顧體系達到周延目標」，而不會僅僅是「改變財源」這個單一政策選項，或者至少應該交代「如何利用政府預算使長期照顧體系周延到位」，但臺灣新政府政策在手段與目標的連結錄論述尚未完整，尤其是僅以政府預算來設置「深入社區巷弄」的服務據點，仍舊無法結合健康照顧與生活照顧，而且沒有建立「公私部門夥伴關係」的方案，整合照顧在「服務輸送」層級要如何落實尚未清楚。

第二為如果新政府政策在手段與目標連結的邏輯尚未清楚，那另一種可能的論述，就必須回到臺灣長久以來在「行政」面上的爭議，就是長期照顧究竟應該由衛生行政還是社會行政系統主導。例如臺灣前任政府以保費作為「財源」的規劃不可避免的讓「行政」主導權，置於衛生行政系統轄下的中央健康保險署；而新政府以稅收作為財源規

劃可以讓「行政」主導權，暫置於中央所設跨部門的「長期照顧推動小組」，這個跨部會小組根據過去長照十年計畫執行的經驗，主要的規劃與執行部門在社政部門而非衛政部門。

不過本文的立論指出，「財務」、「行政」、「組織」三個層級的整合雖然重要，但除非「服務輸送」與「臨床照顧」的整合能夠到位，否則有需要的老人並無法獲得適切的照顧。以巷弄為據點的社區服務所提供的生活照顧再怎麼周延，如果卡在生活照顧與健康照顧無法適切整合，仍舊會看不出圖 3.1 中整合照顧所標示的「預防老人健康狀態往下一階段進行」、「以病人為核心」、「預防性與事前主動性照顧」等核心價值。

第五節 中期照顧定義的翻轉

一、 中期照顧的概念目標與國際實證

(一) 中期照顧的概念與目標

英國國民保健服務(National Health Service, NHS)於 2000 年開始發展中期照顧(Intermediate Care, IC)，這個改變起因於在老化社會的衝擊之下，現有以疾病為導向的醫療體系運作，無法完善處理老化的健康服務需求，例如多重共病、多重用藥、不典型的疾病表現、身心功能退化與失能等等(李孟智，廖妙淯，2012)，所以許多老人在接受急性醫療之後，如何建立可以整合老年人的復健需求與獨立生活功能訓練的服務輸送體系，就非常重要。

中期照顧的建置目標，是「預防可避免的住院治療、得以提早出院、延緩罹病者或失能者必須進入長期照顧機構的時間」，這個定義雖然與本文「整合照顧」的定義和範圍有所不同，但兩者共享圖 3.1 和表 3.1 中相同的哲學思維與政策目標。英國皇家醫學會(The Royal College of Physicians)認為中期照顧體系的發展除了要具備充足的臨床訓練並提供臨床照顧指引(Martin, 2004)之外，並應擴充訓練老年醫學醫師，由老年醫學醫師帶領的跨專業團隊，在病患出院前評估治療並與社區的治療團隊整

合，持續提供出院後中期照顧(陳亮恭，2007)，這個描述也與表 3.1「整合照顧」第七健康階段中的服務內容描述一致。

中期照顧發展初期，英國老年醫學會定義中期照顧是「健康促進的模式之一，目的是為了協助個案從疾病狀態到復原的過渡時期，盡量延遲從居家慢性病管理進展到機構依賴，或是協助臨終患者盡可能的獲得安適的照顧」(Guise, 2001)，強調服務對象是從醫院到居家的照顧需求者，協助個案從醫療依賴進展至身體功能獨立，目標是恢復個案的健康功能，而不是以出院來界定治療結束。中期照顧服務的資源既不是來自於一般的醫療機構，也不是傳統的基層醫療團隊，而是一種著力於生活功能復原(substitutional care)的全人照顧。美國國家衛生研究院(National Institute of Health, NIH)所出版的醫學主題詞表(Medical subject heading, MeSH)則認為中期照顧是提供急性疾病在治療穩定後，適應居家或門診與傳統的長期照顧機構復原環境的一種健康照顧服務模式(Guise, 2001)。

綜合以上定義,中期照顧功能包括避免再住院、身體功能回復、整合跨專業合作、並有明確時間表的服務(Nancarrow et al. 2005；陳亮恭，2007)，這些內容摘要於表 3.3。提供中期照顧服務的組織型態、領導者、與專業極多樣性，照顧團隊也必需發展人員的訓練、督導考核、混合技術等臨床治理與常規作業流程(Martin et al, 2004)。上述的概念同時銜接老年人整合照顧的架構，盡可能以主動的預防保持老人獨立自主，延緩機構照顧的需求，呼應在地老化的主流價值。

表 3.3 中期照顧成員的角色任務

任務	職責內容
滿足復健需求	1.協助個案在家中就能完成可勝任復健活動計畫 2.可提供全面性的復健需求 3.依使用者期待的照顧方式、生活型態及獨立程度來設計 4.鼓勵個案盡可能依循復健活動計畫
提供個人化的照顧	1.輔助服務使用者滿足所有的照顧需求；例如個人化照顧計畫、運動規劃、領導醫師會議、家訪、灌食、傷口護理等。 2.輔助服務使用者在家中接受生命末期的緩和醫療與照顧。 3.提供個案在家中可以使用到所需的護理服務。 4.協助準備個人化的膳食以及藥物治療。
聚焦於重啟生活能力	1.照顧專業人員應用專業評估輔助個案得以重啟生活功能 2.其中包含個人化照顧、日常生活技能、財務管理。 3.快速啟動居家照顧行動。 4.生活照顧者應聚焦於引導服務需求者以專業指導的計畫復原生活技能，而非僅只是幫忙個案做這些事。 5.提供復原行動以提昇個案獨立生活能力。
跨學科共同照顧	1.照顧團隊應承接各跨領域學科的照顧計畫。 2.跨學科評估團隊應確保執行工作者能夠適當的使用照顧計畫提供服務。
其他	1.依據職能治療和物理治療指引執行每日的治療需求。 2.地段護理師和治療成員依據照顧計畫指引提供服務。 3.提供行政支援。 4.快速反應小組設置常規的健康照顧成員。

資料來源：Nancarrow, et al. (2005).

(二) 中期照顧的國際實證經驗

英國國民保健服務(NHS)制訂中期照護的政策目標，是為了建立從醫院到家戶之間的橋樑，加速急性照顧的出院速度，並提供復原與復健的服務(Pollock, 2000)，尤其是恢復老人生活功能(Pencheon, 2002)。提供中期照顧的機構包括社區醫院、社區護理之家、居家照顧機構、以及其他社區照顧機構(Pollock, 2000)。但想要在體系現存的限制下進行這樣複雜又廣泛的整合，其成效不免受到質疑，例如過去介於基層醫療和專科醫療之間的住院前評估、出院準備計畫、社區醫院或是復健機構等等照顧單位，其設備和功能並不容易透過中

期照顧整合，而跨專業整合的成效，包括醫師與其他臨床專業、生活與健康照顧、以及有執照的專業與非正式照顧人員之間的整合也不容易(Pencheon, 2002)。

不過很快的英國就有政策成果的報告。在組織型態方面，中期照顧單位的專業人員對非專業人員的平均配置比例是 0.95 比 1.00。非專業人員的角色包含跨學科工作、評估復建需求、提供客製化的照顧、協助個案急性病程後的身體功能復原工作。團隊領導人可以是護理師、社工師、物理治療師、專業經理人、居家照顧人員等，其中至少 50%-80%的人員經過認證訓練。監督管理的模式分為單一領導型、團隊督導型、正式或非正式的組織管理三種，但沒有單一典型的組織型態，每個組織的形態都需因地或因人制宜(Nancarrow et al, 2005)。

在服務需求者的選擇偏好方面，輕症個案偏好於家中使用中期照顧，重症個案則偏好選擇以護理人員為主要提供者的機構。個案因為不太清楚復健醫師、職能治療師或是物理治療師之間的差別，所以並不特別偏好是由那一種從業人員領導照顧團隊，加上需求多元與狀況多變，所以提供服務的團隊依據個案需求來提供服務，才是服務品質的關鍵(Dixon et al, 2015)。

如果將合乎中期照顧條件個案隨機分派至社區醫院與綜合醫院，社區醫院提供周全性的中期照顧，綜合醫院提供一般照顧，結果在耗用成本相近的前提下，接受中期照顧者的功能進展較佳(O’Reilly, et al. 2008)，而且在醫療狀態穩定的情況下，轉介至中期照顧的時間愈快愈好(Young, et al. 2007)，甚至應該建立在家戶中可以提供的醫院服務(hospital-at-home) (Young, 2009)。

丹麥有 45%的縣市建置社區中期照顧機構，讓高齡者取得個人化的物理治療和職能治療，在急性醫院與個案家戶之間建立溝通管道並移除照顧障礙，促進復元速度，預防非必要的急性醫院再入院，縮短急性醫院住院天數，盡可能維持高齡長者的獨立生活功能(Martinsen et al. 2015)。

美國老人健康保險(Medicare)發展後急性照護體系，起因於推動診斷關連群(Diagnosis Related Group, DRG)之後，為了樽節急性床位的高昂醫療費用，許多病人被迫盡早出院，亞急性照護(Sub-acute care)可以替代急性病床照顧病患，避免延遲出院，紓解急性病床的成本壓力；急性後照護(Post-acute care, PAC)的設計則是銜接急性醫療，回到社區醫院執行復健工作的連續性照顧服務(Manton et al. 1993；戴桂英等，2006)。

二、 臺灣對中期照顧的引用與發展

上述對於「中期照顧」在文獻上相當一致的定義，並沒有翻轉的必要，需要翻轉的是臺灣引用論述與實務執行的內容，而且由本文的論述可以見到，理論概念的引述可能會實質影響臨床實務的執行。

(一) 臺灣對中期照顧概念的引述

在中期照顧論述的引用方面，英國醫學會雜誌曾論述中期照顧定義到 2004 年都未統一(Melis et al, 2004)，比較有共識的是此策略特別適用於老人「離開醫院到返回家戶」的過程，並且呼籲學界明確界定中期照顧的組成，以促成它在政治上或臨床上的落實。臺灣護理雜誌則曾以專欄介紹美國發展的亞急性照顧(sub-acute care)與急性後期照顧(post-acute care)(吳肖琪，2008)，此文的標題把這兩種照顧標示為「急性醫療與慢性照顧的橋樑」，雖然文中在介紹英國中期照顧時忠實呈現其目標在於銜接「離開醫院到返回家戶」的過程，文中並未強調兩個定義上的微小差距可能引發國家政策目標的重大變異。

臺灣此後許多文獻開始將亞急性照顧、急性後期照顧、中期照顧三種模式混合討論(林麗嬋，2010；李欣慈等，2011；李孟志，廖妙淯，2012)，甚至將這三種模式統一簡稱為中期照顧並標示為「急性醫療與慢性照顧的橋樑」(謝美慧，王秀紅，2011；羅大維等，2012；林麗君等，2013)，雖然仍有文獻將中期照顧的目標界定為「返家」或「獨立生活功能」而非「進入慢性機構」(李威儒等，2010；杜敏世，2010；柯慧青等，2014；陳亮恭，2015)。

臺灣文獻的發展讓中期照顧非常容易被誤解為美國推動的亞急性與後急性照顧，而一旦其目標是「慢性照顧機構」而非「返家」，老年病患轉至護理之家就成為主流(陳亮恭，黃信彰，2007)。

美英兩國醫療體系迴異，各自發展看似相似實則不同的模式。美國老人健康保險(Medicare)於推動住院診斷關聯群(DRG)之後，需要亞急性照顧紓解急性病床的成本壓力，需要急性後照顧銜接急性醫療與社區復原的照顧(Manton et al. 1993；戴桂英等，2006)。而英國則是站在高齡化社會觀點，希望老年人得到跨學科、跨組織整合的復健、復元健康服務以及生活照顧。

(二) 臺灣中期照顧的臨床實務

臺灣發展中期照顧至少可以回溯到 2005 年，當時的衛生署以「醫療發展基金」委託臺灣老年醫學會，推動社區醫院轉型為老人照顧醫院；2007 年臺北榮民總醫院試辦「北區中期照護服務網」；衛生署醫管會於 2009 年至 2012 年利用第六期醫療網計畫，以衛生署立醫院附屬的護理之家作為中期照顧單位(李孟智，2012)。上述榮民醫院與衛生署立醫院兩大體系試辦的中期照顧至少有四項限制：1.在榮民醫院體系內由醫學中心和搭配地區醫院，由高齡醫學團隊執行，病人主要居住於榮民之家，模型外推的程度可能有限；2.衛生署醫院的護理之家依循原有的營運模式加入中期照顧服務，訓練收案者自我照顧技能，進步有限者則持續依賴機構照顧，承接機構的角色與計畫效果均不明確；3.兩大體系為了彰顯計畫效果，在收案初期便嚴格篩選收案對象，或僅著重於發展評估工具；4.承辦機構的社區角色都非常有限，與社區資源的連結很難充分到位。

舉例來說，衛生署在 2009 年推動的中期照顧實驗計畫，共委託七家衛生署立醫院的護理之家執行，收案條件為由醫院出院轉入之新個案，或者是該護理之家的舊案，但有復健、護理、營養等積極專業照顧需求者。其中一間護理之家的統計結果，執行 7 個月共收案 12 人，成功返家 2 人，返家與

否與收案時的嚴重程度並無關聯(杜敏世，2010)。研究指出護理之家承接中期照顧面臨的挑戰，包含醫護專業人力的量能，住民的健康不佳，照顧服務員知識與人力不足，服務需求者的嚴重度、複雜度高且種類多元,相關保險給付未明確等(李欣慈等，2011)。

榮民體系篩選出院榮民的條件為 65 歲以上、急性醫療狀態穩定不需持續使用氧氣、輸液或密集醫療介入、或急性病房住院期間存有急性功能衰退，但排除因特定檢查入住急性病房者(如:白內障手術、心導管檢查或切片檢查等)、末期疾病、惡性腫瘤、經專業評估不具功能回復潛能者。該計畫以周全性老人評估為基礎，顯示照顧前後評估有明顯成效(李威儒等，2010)。雖然中期照顧的長期效益未確認，但相較於護理之家模式，有高齡醫學團隊的社區醫院模式，可能照顧成效較佳。儘管衛生署護理之家以不同專業分別負責傷口護理、復健、和留置管路，但傳統護理之家的輸送流程，畢竟與高齡醫學團隊模式不同。例如護理之家的醫師角色只做定期巡診，中期照顧個案的醫療模式與其他護理之家住民並無不同。

中期照顧必須整合跨專業團隊來發展人員訓練、督導考核、混合技術等常規作業流程與臨床治理規範，但如果以整合的層級來作思考，儘管榮民體系的服務模式已經進入「組織整合」的思維，但臺灣發展中期照顧十年來比較傾向處理「臨床服務」的整合層級，讓更多專業可以到位的「服務輸送」整合仍舊非常薄弱。目前已經發表的本土文獻，幾乎一致在討論「中期照顧」名詞定義的混淆(林麗嬋，2010；李欣慈等，2011；李孟志，廖妙淯，2012；謝美慧，王秀紅，2011；羅大維等，2012；林麗君等，2013)，間接支持國家政策目標所代表的核心價值，潛藏於專業思考方式中對於何謂「中期照顧」定義上的微小差異。

第六節 由翻轉概念走向整合照顧

人類現今的健康照顧體系至少是在 50 年以前所建立的，而其最大的特色就是原則上「一次只看一種疾病」(The King's Fund, 2013)，這對於隨著人口老化與少子化所帶來的「雙重老化」現象(Walker & Naegele, 2009)，健康照顧體系的整合已經不足以解決全面性的「照顧」的問題，健康問題如果伴隨身體損傷(impairment)、功能不良(malfunction)、失能(disability)、殘障(handicap)，導致個案對於生活照顧與健康照顧同等重要時，將「整合照顧」輸送進入家戶與社區的體系，就成為未來不可或缺的新興照顧體系。其主要在避免照顧服務的項目之間過於獨立或分散，造成照顧需求者落入生活照顧與醫療照顧之間未能銜接的裂縫(falling between the cracks)。為避免整合的裂縫產生，整合的決策者必須根據相關證據進行決策，並依循支持性的臨床研究與具領導性的管理者決策，實踐整合照顧(Ham & Curry 2011)。

如果將本文的論述由後往前作回顧，可以得到以下幾點結論。

一、 臺灣已經進入實驗的中期照顧方案，大約相當於 3.1 整合照顧內容的第七個階段，而且臺灣的實驗內容不但離周延的整合照顧價值目標有相當的距離，而且偏向與社區和生活照顧無關的臨床復健，甚至連中期照顧的定義與目標都還陷入辯論，實驗結果很難在社區層級複製擴散。

二、 臺灣對於老人照顧的政策論述，前政府所通過的「長照服務法」著重於「行政」和「組織」層級的規範，新政府的政策仍陷在「財源」與「行政」層級的泥淖中進行政策辯論，這些層級的討論並非不重要，而是離老人照顧的實際需求非常遙遠，必須儘快調整腳步進入「服務輸送」的關鍵層級，才能掌握整合照顧的重點進行深入討論，避免使老人陷入生活照顧或健康照顧之間或之中的任何一個裂縫中，發生原本可以避免的遺憾。

三、 臺灣各級政府所提出的長期照顧方案，背後所隱含的健康或依賴等級都未能符合老人照顧的真實需求，而且生活照顧與健康照顧幾乎仍舊是兩條沒有交集的平

行線，這一點宜以本文表 3.1 所列各階段健康分級所需要的整合照顧，作為列舉檢查項目，標示現有政策缺乏的內容與機應該負責的行政單位，由服務輸送層級的需求回推並落實政府行政組織之間，及服務提供組織之間的協調整合。第四，造成臺灣老人照顧政策存在上述諸多問題的根本原因，在於臺灣的專家學者與決策官員,沒有充分認知到老化理論中「退縮理論」與「活躍理論」的重大區別，以致傾向停留在「退縮理論」而一直強調「長期照顧」體系，而其中最嚴重的是忽略這種論述已經背離「活躍理論」最革命性的思維方式。「活躍理論」的政策思維目標，在於透過整合生活照顧與健康照顧，在家戶

與社區層級提供老人事前主動的照顧和預防項目，使老人的健康狀態與獨立生活功能，盡可能留在比較好的階段，讓老人在居家與社區的生活能維持多久就維持多久。這些核心價值理念，在臺灣的文獻回顧與政策歷史中，僅見到少數專家學者片段的論述或發言，離政策落實與服務輸送到位的階段不但非常遙遠，連實質的政策規劃都尚未見到，亟需具有新思維的政策規劃團隊為國家貢獻心力。

第四章　生活照顧需求供給評估

第一節 生活照顧需求評估：一般人口群基礎

本計畫在生活照顧方面的需求評估以次級資料分析為主，利用研究團隊其他個別研究已經回收之問卷，但資料並未在任何其他計畫與報告中出現的部分，進行現有資料的分析。

一、 需求評估方法

次級資料原始問卷中，與本計畫內容相關的部份如以下所示。除了老人照顧需求之外，問卷預留部分受訪者基本資料與社會經濟指標資料，作為未來分析老人健康不平等的依據。

需求服務項目(可複選)　　(0=無需求,1=有需求)

1．一般居家環境整理

□收納清潔 □倒垃圾 □花草整理 □寵物管理 □修繕 □其它

2．衣物清洗整燙服務

□衣服送洗整燙 □自家洗衣晾衣 □分類整理 □其它

3．餐飲服務

□送餐服務 □到府煮食烹飪 □客製化菜單 □其它

4．代理服務

□採買用品 □代訂票 □代領郵務 □代繳費 □代排隊 □代掛號 □其它

5．休閒娛樂

□陪同散步運動打牌 □居家到府陪伴服務 □旅遊節慶活動參與 □其它

6．醫事服務

□陪同看病 □陪同復健 □吃藥管理 □營養諮詢 □牙齒保健 □其它

7. 諮詢服務專線

□營養健康 □安養機構 □輔具醫療用品 □老朋友專線 □其它

8. 保險規劃

□醫療 □長期照顧 □壽險 □理財年金 □生前契約 □其它

9. 交通服務

□交通接送 □租車服務 □復康社區巴士 □其它

10. 特別活動規劃

□養生健康運動課程 □社區大學長青學院 □芳香療法 □精油按摩

□寵物醫師 □冥想 □宗教活動 □其它

二、 次級資料原始抽樣

本研究所使用次級資料的原始抽樣方法，以兩階段集束抽樣為架構，第一階段的抽出單位為村里，第二階段抽出單位為家戶，也因此本研究有兩階段的抽樣清冊，第一階段的抽樣清冊(sampling frame)為臺中市各里的戶數總計，抽出第一階段中選村里之後，第二階段抽樣清冊為中選村里的地址一覽表。第一階段的抽樣以「抽樣機率與單位大小成比例」的方式抽樣(sampling with probability proportional to size of unit, PPS)，第二階段則自中選村里中隨機抽取足夠的戶數，以中選戶「戶內全查」的方式，訪視相同數目符合資格的樣本。這樣的抽樣方式，會讓各村里中選的機率都不相同，但因為最後各中選村里的訪視人數完全一樣，因此每一位受訪者的抽樣中選機率會全部相同，亦即在達成「等機率抽樣」的前提下，能夠將抽樣變異最小化的一種抽樣方式。

因此本研究所使用次級資料的抽樣步驟如下：(1)設計抽樣的層級與方式，列出抽樣清冊；(2)依據系統抽樣原則，由權臺中依據社區人數多少，按比例抽出 10 個社區，社區愈大中選機率愈大，但為避免人數較少社區也有一定程度的中選機會，以降低估計誤差，因此將

抽樣清冊先依據社區人數多少加以排序，在依據系統抽樣原理，依序抽出中選社區，如此大小社區均保證有中選機會；(3)由中選社區集束抽樣 50 人，並僅訪視年齡 55 以上之個人，總回收樣本數及總訪問人數至 500 人為止，次級資料原面訪調查時間為 2016 年 6 月至 7 月。第一階段抽樣結果如表 4.1 所示，在抽樣清冊中臺中市 55 歲以上總人口數為 632,853 人，如欲抽出 10 個村里，則組距應為 63,285，由 1 至 63,285 隨機抽出第一個亂碼 255，第二個亂碼為第一個亂碼加上組距，依此類推。由於第一個亂碼落於北屯區三光里，因此三光里中選，其餘中選村里依此類推。

表 4.1 區里抽樣結果

里	55 以上人數	累加人數	抽樣數據
北屯區			
三光里	1958	1958	255
三和里	1581	3539	
大坑里	642	4181	
大德里	1455	5636	
仁和里	2351	7987	
仁美里	1674	9661	
仁愛里	424	10085	
水景里	3156	13241	
水湳里	2083	15324	
北屯里	928	16252	
北京里	1055	17307	
北興里	1139	18446	
四民里	501	18947	
平心里	1171	20118	
平田里	1399	21517	
平安里	1631	23148	
平和里	1210	24358	
平昌里	1366	25724	
平陽里	1201	26925	
平順里	805	27730	
平福里	987	28717	
平德里	1666	30383	
平興里	1405	31788	
民政里	370	32158	
民德里	329	32487	
同榮里	1465	33952	
后庄里	2424	36376	
和平里	2079	38455	
忠平里	1040	39495	
東山里	740	40235	
東光里	1316	41551	
松安里	1299	42850	
松竹里	2030	44880	
松和里	1611	46491	
松勇里	1345	47836	
松茂里	1412	49248	
松強里	1170	50418	
軍功里	2888	53306	
陳平里	1202	54508	
新平里	1421	55929	
舊社里	1562	57491	
廍子里	1105	58596	

里	55 以上人數	累加人數	抽樣數據
西屯區			
上石里	832	59428	
上安里	889	60317	
上德里	1139	61456	
大石里	990	62446	
大河里	1089	63535	
大福里	1102	64637	63,540
大鵬里	1376	66013	
永安里	2559	68572	
至善里	857	69429	
西平里	1270	70699	
西安里	1198	71897	
西墩里	1167	73064	
何仁里	1622	74686	
何安里	1437	76123	
何成里	1798	77921	
何明里	1061	78982	
何南里	1224	80206	
何源里	1723	82792	
何福里	1345	84117	
何德里	882	84999	
協和里	1090	86089	
林厝里	895	86984	
逢甲里	1060	88044	
逢福里	1181	89225	
惠來里	2740	91965	
港尾里	1188	93153	
福中里	715	93868	
福安里	540	94408	
福和里	960	95368	
福林里	1486	96854	
福恩里	959	97813	
福雅里	1105	98918	
福瑞里	561	99479	
福聯里	578	100057	
廣福里	578	100730	
潮洋里	673	101944	
龍潭里	1214	102220	
鵬程里	1108	103328	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
太平區			
大興里	697	104025	
中山里	1152	105177	
中平里	1078	106255	
中政里	1005	107260	
中興里	983	108243	
太平里	1720	109963	
平安里	697	110660	
永平里	1028	111688	
永成里	1446	113134	
永隆里	730	113864	
光明里	1042	114906	
光華里	1448	116354	
光隆里	811	117165	
成功里	867	118032	
坪林里	1067	119099	
宜佳里	1430	120529	
德隆里	1299	141294	
興隆里	1002	142296	
東和里	657	125454	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
宜昌里	1065	121594	
宜欣里	1792	123386	
東平里	968	125454	
東汴里	443	124797	
長億里	1438	126892	126,825
建國里	876	127768	
建興里	788	128556	
黃竹里	270	128826	
勤益里	732	129558	
新光里	1883	131441	
新吉里	1274	132715	
新坪里	1466	134181	
新城里	1013	135194	
新高里	1095	136289	
新福里	1507	137796	
新興里	766	138562	
聖和里	532	139094	
頭汴里	661	142957	
豐年里	1424	144381	
福隆里	901	139995	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
北區			
大湖里	826	145207	
中正里	529	145736	
中達里	907	146643	
五常里	454	147097	
六合里	658	147755	
文莊里	1411	149166	
立人里	941	150107	
光大里	728	150835	
育德里	1166	152001	
明新里	864	152865	
明德里	1649	154514	
邱厝里	679	155193	
金華里	766	155959	
金龍里	1619	157578	
長青里	1701	159279	
建成里	1338	160617	
建德里	1161	161778	
建興里	1862	163640	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
健行里	1918	165558	
崇德里	1039	166597	
梅川里	740	167337	
淡溝里	1546	168883	
頂厝里	1234	170117	
新北里	770	170887	
新興里	663	171550	
樂英里	1269	172819	
賴村里	1414	174233	
賴旺里	1226	175459	
賴明里	1090	176549	
賴厝里	1453	178002	
賴福里	1118	179120	
賴興里	1009	180129	
錦平里	734	180863	
錦村里	1157	182020	
錦洲里	1063	183083	
錦祥里	1194	184277	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
豐原區			
三村里	1758	186035	
下街里	322	186357	
大湳里	803	187160	
中山里	359	187519	
中陽里	1622	189141	
中興里	990	190131	
北陽里	3741	193872	
北湳里	879	194751	
民生里	390	195141	
田心里	1834	196975	
圳寮里	430	197405	
朴子里	1087	198492	
西安里	1703	200195	
西勢里	738	200933	
西湳里	2364	203297	
東陽里	536	203833	
東勢里	522	204355	
東湳里	1254	205609	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
社皮里	2595	208204	
南田里	1042	209246	
南村里	1507	210753	
南陽里	2610	213363	
南嵩里	1007	214370	
翁子里	906	215276	
翁明里	577	215853	
翁社里	646	216499	
頂街里	373	216872	
富春里	309	217181	
陽明里	823	218004	
葫蘆里	272	218276	
豐田里	2946	221222	
豐圳里	1019	222241	
豐西里	639	222880	
豐原里	738	223618	
豐榮里	397	224015	
鎌村里	1365	225380	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
清水區			
下湳里	935	226315	
中社里	886	227201	
中興里	189	227390	
文昌里	253	227643	
北寧里	297	227940	
田寮里	756	228696	
西社里	732	229428	
西寧里	529	229957	
吳厝里	404	230361	
秀水里	1293	231654	
東山里	394	232048	
武鹿里	998	233046	
南社里	2084	235130	
南寧里	676	235806	
海風里	409	236215	
海濱里	599	236814	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
高北里	386	237200	
高西里	419	237619	
高東里	442	238061	
高南里	497	238558	
高美里	443	239001	
國姓里	657	239658	
清水里	716	240374	
頂湳里	579	240953	
菁埔里	759	241712	
楊厝里	336	242048	
裕嘉里	447	242495	
橋頭里	2145	244640	
臨江里	537	245177	
靈泉里	387	245564	
鰲峰里	433	245997	
槺榔里	1222	247219	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
大甲區			
大甲里	375	247594	
中山里	1158	248752	
太白里	399	249151	
孔門里	280	249431	
文曲里	386	249817	
文武里	1661	251478	
日南里	1291	252769	
平安里	667	253436	235395
江南里	364	253800	
西岐里	544	254344	
奉化里	532	254876	
孟春里	1104	255980	
岷山里	686	256666	
幸福里	845	257511	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
武曲里	533	258044	
武陵里	384	258428	
南陽里	274	258702	
建興里	460	259162	
頂店里	1257	260419	
朝陽里	485	260904	
順天里	599	261503	
新美里	1114	262617	
義和里	923	263540	
福德里	347	263887	
銅安里	435	264322	
德化里	500	264822	
龍泉里	493	265315	
薰風里	316	265631	
庄美里	691	266322	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
大里區			
大元里	1157	267479	
大里里	1020	268499	
大明里	1131	269630	
中新里	1188	270818	
仁化里	2015	272833	
仁德里	1567	274400	
內新里	2022	276422	
日新里	1180	277602	
永隆里	1445	279047	
立仁里	1264	280311	
立德里	1720	282031	
西湖里	694	282725	
西榮里	1616	284341	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
東昇里	932	285273	
東湖里	2434	287707	
東興里	1967	289674	
金城里	2615	292289	
長榮里	2093	294382	
夏田里	343	294725	
健民里	1213	295938	
國光里	1297	297235	
祥興里	2023	299258	
塗城里	2285	301543	
新仁里	2051	303594	
新里里	2356	305950	
瑞城里	2906	308856	
樹王里	963	309819	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
西區			
三民里	706	310525	
土庫里	1701	312226	
大忠里	1194	313420	
中興里	1242	314662	
公平里	1428	316090	
公正里	1486	317576	316680
公民里	1636	319212	
公益里	925	320137	
公德里	1175	321312	
公館里	1698	323010	
平和里	607	323617	
民生里	643	324260	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
民龍里	995	325255	
吉龍里	2055	327310	
安龍里	1081	328391	
利民里	472	328863	
和龍里	810	329673	
忠明里	1919	331592	
忠誠里	2001	333593	
昇平里	1832	335425	
東昇里	823	336248	
後龍里	1213	337461	
廣民里	577	338038	
藍興里	1218	339256	
双龍里	1098	340354	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
南屯區			
三和里	1190	341544	
三厝里	1023	342567	
三義里	1092	343659	
大同里	1295	344954	
大業里	1596	346550	
大誠里	833	347383	
大興里	1020	348403	
中和里	1393	349796	
文山里	1413	351209	
文心里	861	352070	
永定里	1041	353111	
田心里	1394	354505	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
同心里	1210	355715	
向心里	1222	356937	
南屯里	1802	358739	
春安里	206	358945	
春社里	1579	360524	
惠中里	1471	361995	
新生里	329	362324	
楓樹里	1435	363759	
溝墘里	1263	365022	
黎明里	1600	366622	
豐樂里	2537	369159	
鎮平里	490	369649	
寶山里	901	370550	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
東勢區			
下城里	381	370931	
下新里	671	371602	
上城里	441	372043	
上新里	383	372426	
中寧里	334	372760	
中嶺里	742	373502	
北興里	518	374020	
延平里	858	374878	
明正里	533	375411	
東安里	462	375873	
東新里	747	376620	
南平里	709	377329	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
茂興里	705	378034	
泰昌里	1289	379323	
泰興里	316	379639	
埤頭里	270	379909	
隆興里	571	380480	379925
新盛里	1693	382173	
粵寧里	748	382921	
福隆里	1134	384055	
廣興里	554	384609	
慶東里	741	385350	
慶福里	568	385918	
興隆里	480	386398	
詒福里	650	387048	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
南區			
工學里	1213	388261	
平和里	1135	389396	
永和里	1101	390497	
永興里	1359	391856	
江川里	848	392704	
西川里	1047	393751	
和平里	844	394595	
長春里	796	395391	
長榮里	881	396272	
南和里	1440	397712	
南門里	1205	398917	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
城隍里	1335	400252	
國光里	1386	401638	
崇倫里	1152	402790	
新榮里	973	403763	
福平里	1452	405215	
福順里	1303	406518	
福興里	1153	407671	
德義里	864	408535	
樹義里	2007	410542	
樹德里	1441	411983	
積善里	928	412911	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
沙鹿區			
三鹿里	999	413910	
六路里	884	414794	
公明里	1124	415918	
斗抵里	1240	417158	
北勢里	1088	418246	
竹林里	1937	420183	
西勢里	621	420804	
沙鹿里	390	421194	
居仁里	484	421678	
南勢里	734	422412	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
洛泉里	811	423223	
美仁里	195	423418	
埔子里	922	424340	
晉江里	443	424783	
清泉里	530	425313	
犁分里	318	425631	
鹿峰里	1386	427017	
鹿寮里	1824	428841	
福興里	779	429620	
興仁里	755	430375	
興安里	948	431323	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
霧峰區			
丁台里	697	432020	
中正里	585	432605	
五福里	853	433458	
六股里	743	434201	
北柳里	1138	435339	
北勢里	599	435938	
四德里	737	436675	
本堂里	1895	438570	
本鄉里	748	439318	
甲寅里	1447	440765	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
吉峰里	2677	443442	443250
坑口里	960	444402	
南柳里	517	444919	
南勢里	385	445304	
峰谷里	378	445682	
桐林里	449	446131	
萊園里	391	446522	
萬豐里	892	447414	
錦榮里	405	447819	
舊正里	694	448513	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
后里區			
中和里	706	449219	
仁里里	376	449595	
公館里	661	450256	
太平里	672	450928	
月眉里	566	451494	
后里里	1140	452634	
厚里里	631	453265	
眉山里	997	454262	
泰安里	435	454697	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
義里里	1003	455700	
義德里	854	456554	
墩北里	979	457533	
墩西里	670	458203	
墩東里	1423	459626	
墩南里	946	460572	
廣福里	638	461210	
聯合里	518	461728	
舊社里	554	462282	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
東區			
十甲里	1106	463388	
干城里	941	464329	
合作里	1331	465660	
旱溪里	856	466516	
東門里	1681	468197	
東信里	2250	470447	
東南里	1210	471657	
東英里	1694	473351	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
東勢里	944	474295	
東橋里	1179	475474	
東興里	996	476470	
泉源里	672	477142	
振興里	1104	478246	
富仁里	1573	479819	
富台里	669	480488	
新庄里	1261	481749	
樂成里	672	482421	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
大肚區			
大肚里	715	483136	
大東里	890	484026	
山陽里	461	484487	
中和里	282	484769	
王田里	1255	486024	
永和里	320	486344	
永順里	575	486919	
成功里	307	487226	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
自強里	1032	488258	
社腳里	788	489046	
頂街里	1666	490712	
新興里	759	491471	
瑞井里	1300	492771	
福山里	1092	493863	
蔗廍里	1223	495086	
營埔里	427	495513	
磺溪里	510	496023	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
神岡區			
三角里	773	496796	
大社里	984	497780	
山皮里	297	498077	
北庄里	783	498860	
圳前里	777	499637	
圳堵里	671	500308	
岸裡里	832	501140	
社口里	1936	503076	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
社南里	1435	504511	
神岡里	945	505456	
神洲里	773	506229	
新庄里	1194	507423	506535
溪洲里	867	508290	
豐洲里	2264	510554	
庄前里	602	511156	
庄後里	662	511818	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
潭子區			
大富里	624	512442	
大豐里	1246	513688	
甘蔗里	2004	515692	
東寶里	3142	518834	
家福里	1078	519912	
家興里	1396	521308	
栗林里	1415	522723	
新田里	526	523249	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
嘉仁里	1059	524308	
福仁里	2462	526770	
聚興里	1173	527943	
潭北里	715	528658	
潭秀里	483	529141	
潭陽里	2956	532097	
頭家里	1086	533183	
頭家東	1187	534370	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
烏日區			
九德里	3228	537598	
三和里	1183	538781	
五光里	486	539267	
仁德里	1954	541221	
北里里	472	541693	
光明里	667	542360	
東園里	560	542920	
前竹里	701	543621	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
南里里	378	543999	
烏日里	2319	546318	
湖日里	783	547101	
溪尾里	313	547414	
溪埧里	1210	548624	
榮泉里	1062	549686	
學田里	738	550424	
螺潭里	588	551012	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
龍井區			
三德里	810	551822	
山腳里	1211	553033	
田中里	877	553910	
竹坑里	761	554671	
忠和里	1241	555912	
東海里	1868	557780	
南寮里	414	558194	
新東里	1263	559457	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
新庄里	1521	560978	
福田里	342	561320	
龍西里	524	561844	
龍東里	805	562649	
龍泉里	1709	564358	
龍津里	1385	565743	
龍崗里	668	566411	
麗水里	659	567070	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
大雅區			
二和里	1204	568274	
三和里	1201	569475	
上雅里	1326	570801	569820
上楓里	1359	572160	
大雅里	1230	573390	
大楓里	1052	574442	
六寶里	1707	576149	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
文雅里	1402	577551	
四德里	903	578454	
西寶里	1113	579567	
秀山里	915	580482	
忠義里	1181	581663	
員林里	2046	583709	
雅楓里	869	584578	
橫山里	1087	585665	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
梧棲區			
下寮里	575	586240	
大村里	1312	587552	
大庄里	1837	589389	
中正里	1238	590627	
中和里	190	590817	
文化里	425	591242	
永安里	718	591960	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
興農里	670	592630	
頂寮里	257	592887	
南簡里	1057	593944	
草湳里	1736	595680	
安仁里	783	596463	
福德里	1033	597496	
永寧里	633	598129	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
新社區			
大南里	743	598872	
中正里	479	599351	
中和里	259	599610	
中興里	269	599879	
月湖里	380	600259	
永源里	996	601255	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
協成里	976	602231	
東興里	487	602718	
崑山里	471	603189	
復盛里	597	603786	
新社里	1082	604868	
福興里	497	605365	
慶西里	365	605730	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
大安區			
中庄里	821	606551	
永安里	541	607092	
西安里	514	607606	
東安里	405	608011	
松雅里	289	608300	
南埔里	386	608686	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
南庄里	363	609049	
海墘里	436	609485	
頂安里	307	609792	
福住里	319	610111	
福興里	383	610494	
龜壳里	559	611053	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
外埔區			
三崁里	631	611684	
土城里	547	612231	
大同里	1307	613538	
大東里	1652	615190	
中山里	364	615554	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
六分里	574	616128	
水美里	994	617122	
永豐里	354	617476	
馬鳴里	465	617941	
鐵山里	699	618640	
廍子里	414	619054	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
石岡區			
九房里	442	619496	
土牛里	377	619873	
石岡里	430	620303	
和盛里	435	620738	
金星里	510	621248	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
梅子里	695	621943	
萬安里	511	622454	
萬興里	498	622952	
德興里	548	623500	
龍興里	272	623772	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
中區			
大誠里	817	624589	
大墩里	812	625401	
中華里	656	626057	
公園里	629	626686	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
光復里	818	627504	
柳川里	738	628242	
綠川里	659	628901	
繼光里	595	629496	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
和平區			
中坑里	159	629655	
天輪里	180	629835	
平等里	292	630127	
自由里	369	630496	

里	55 歲以上人數	累加人數	抽樣數據
南勢里	680	631176	
梨山里	715	631891	
博愛里	588	632479	
達觀里	374	632853	

三、 需求評估結果：調查樣本分布

圖 4.1 至圖 4.10 為各類生活照顧的問卷分布結果，這個問卷結果的分佈，可以幫助讀者了解，問卷回收樣本在各類生活照顧上的需求分布，至於臺中人需求人口數的推估，在下一小節中描述。

在一般環境整理方面，需求第一為收納清潔，第二為倒垃圾，三為寵物管理。衣物清洗整燙服務，需求第一為自家洗衣晾衣，第二為衣服送洗整燙，三為其他，其他的意思為衣物清洗整燙服務多數民眾都可自行處理，暫無需求。在餐飲服務方面，需求第一為送餐服務，第二為到府煮食烹飪，三為其他，其他的意思為餐飲服務多數民眾都可自行處理，暫無需求。在代理服務方面，需求第一為採買用品，第二為代掛號，三為其他，其他的意思為代理服務多數民眾都可自行處理，暫無需求。在休閒育樂方面，第一為陪同散步、運動、打牌，第二為旅遊節慶活動參與，三為其他，其他的意思為家屬都會陪同出遊，暫無需求。在醫事服務方面，需求第一為營養諮詢，第二為牙齒保健，三為藥物管理，其他的意思則為家屬會幫忙協助相關事宜，暫無需求。在諮詢服務專線方面，需求第一為盈響健康諮詢，二為老朋友專線，三為輔具醫療用品，其他的意思為訊息由家屬方面得知。在保險規劃方面，需求第一為醫療險，第二為生前契約，三為長期照顧險，其他的意思為自己本身已有相關保險，暫無需求。在交通規劃方面，需求第一為交通接送，第二為復康巴士，三為其他，其他的意思為自行開車或家屬接送，暫無需求。在特別活動規劃方面，需求第一為宗教活動，第二為長青學苑，三為養生健康運動課程，其他意思為暫無活動規劃需求。

不區分生活照顧服務種類，將各生活服務需求依序排列作圖，其結果如圖 4.11 所示。如果將 10 大類服務中的個細項服務種類合併計算，對 10 大類服務有需求的比率如圖 4.12 所示。進一步將 10 大類服務進一步合併為全體樣本對於任何一種服務有需求的比率，其結果如圖 4.13 所示，總計對於所有地查項目的服務項目而言，有任何一種需求的人口比率為 83.2%。

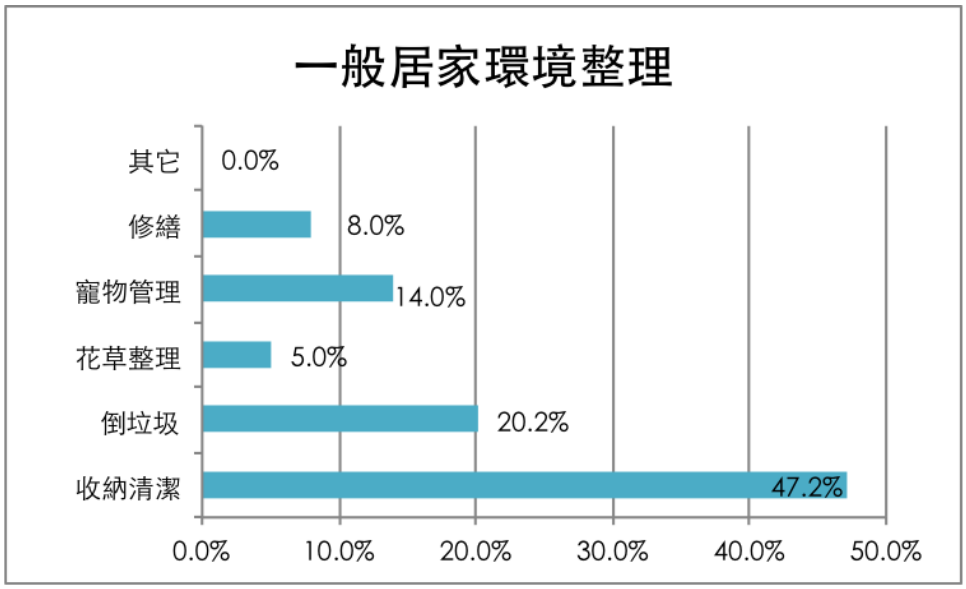

圖 4. 1 一般居家環境整理問卷分布

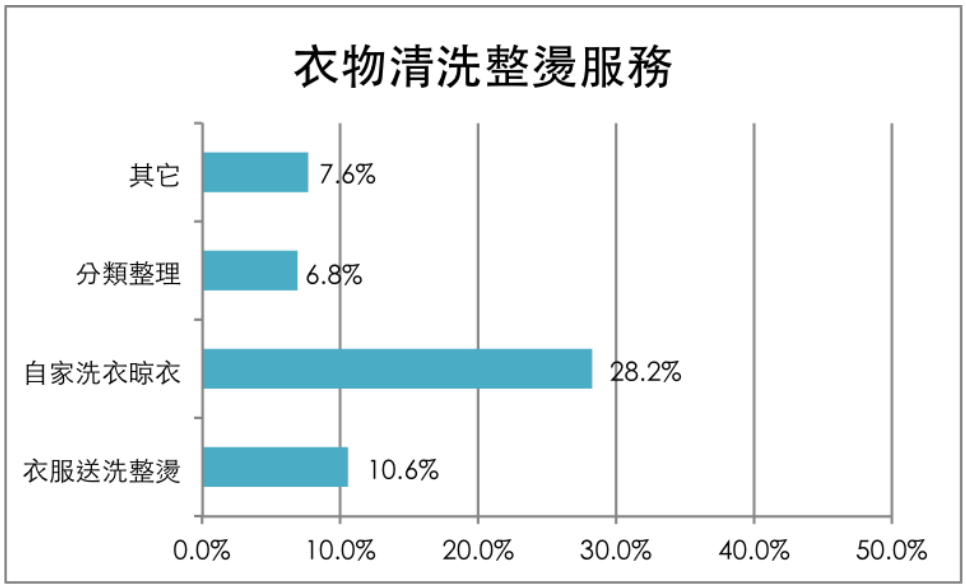

圖 4. 2 衣物清洗整燙服務問卷分布

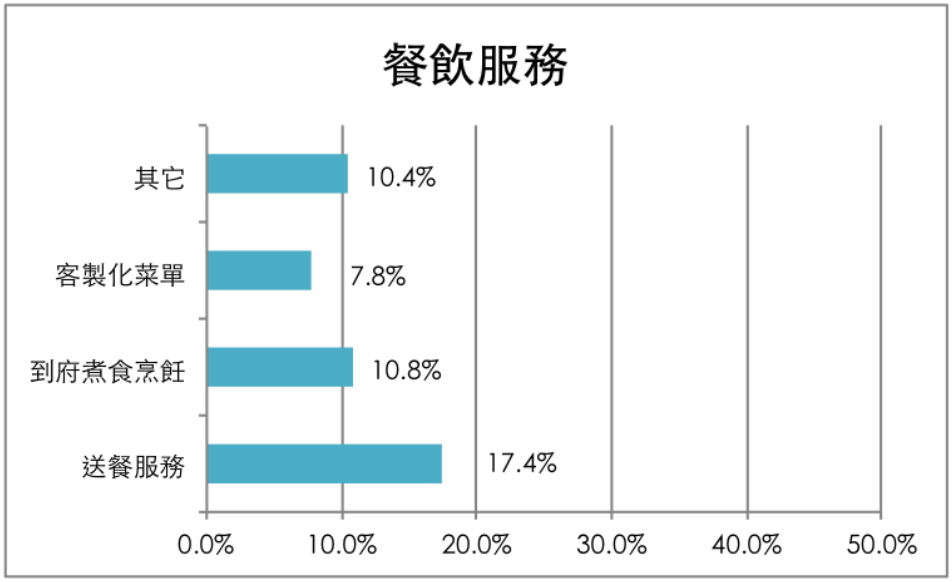

圖 4. 3 餐飲服務問卷分布

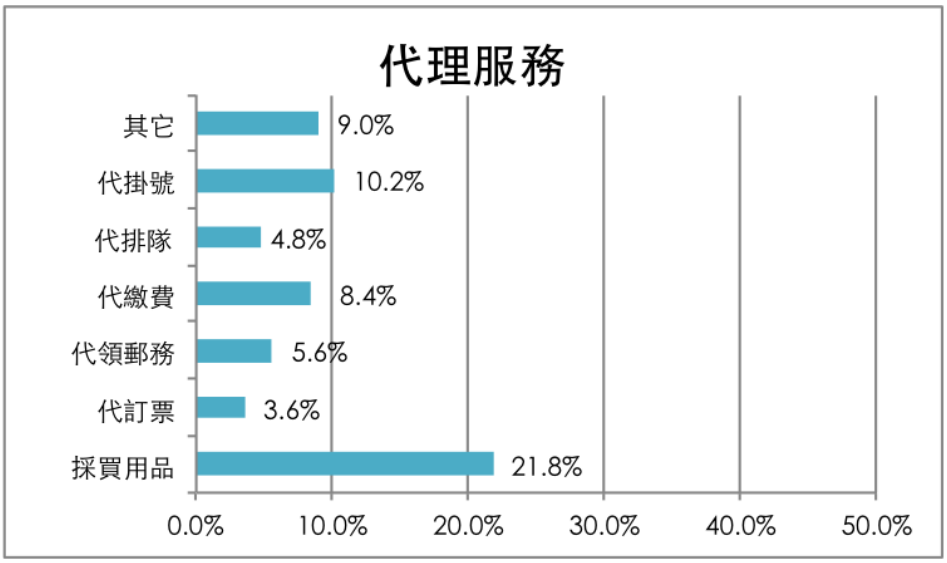

圖 4. 4 代理服務問卷分布

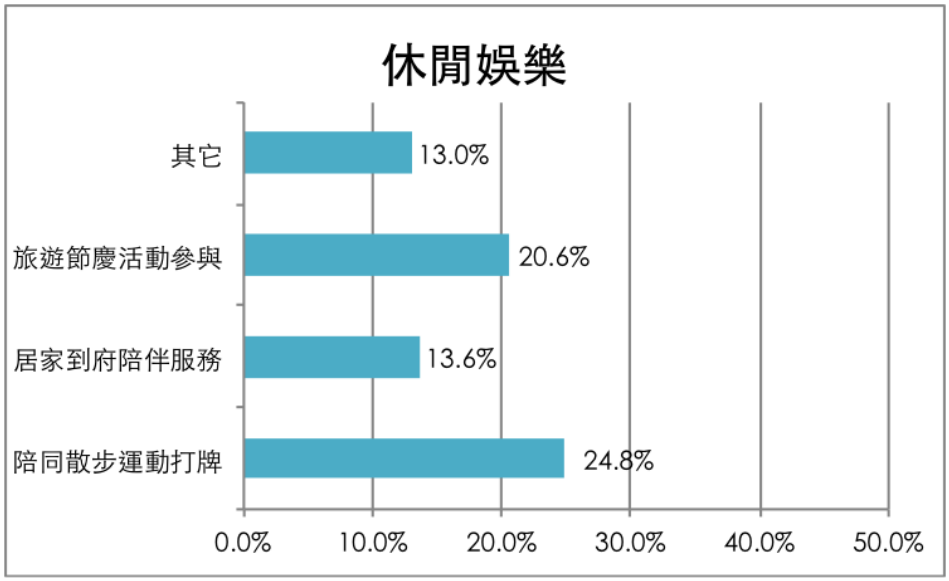

圖 4.5 休閒娛樂問卷分布

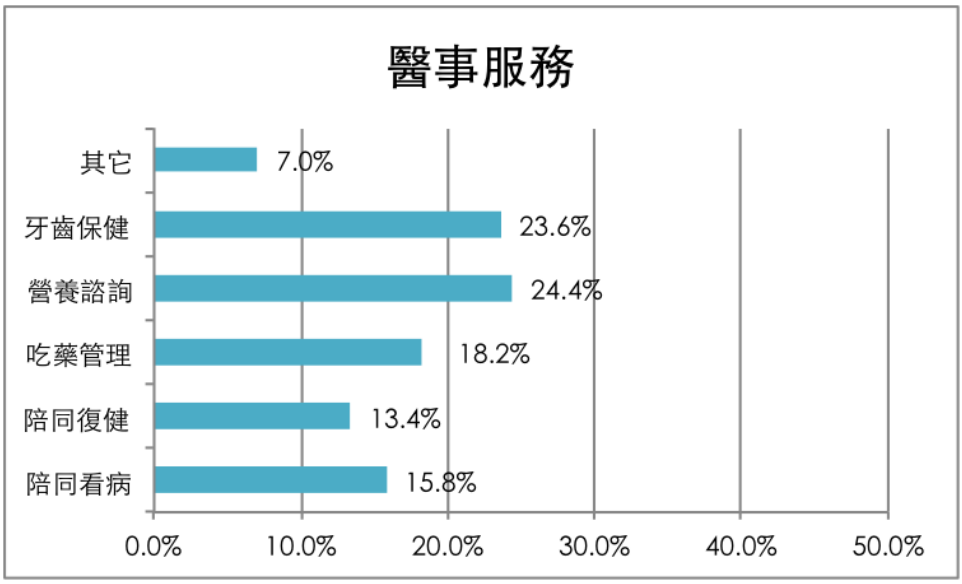

圖 4.6 醫事服務問卷分布

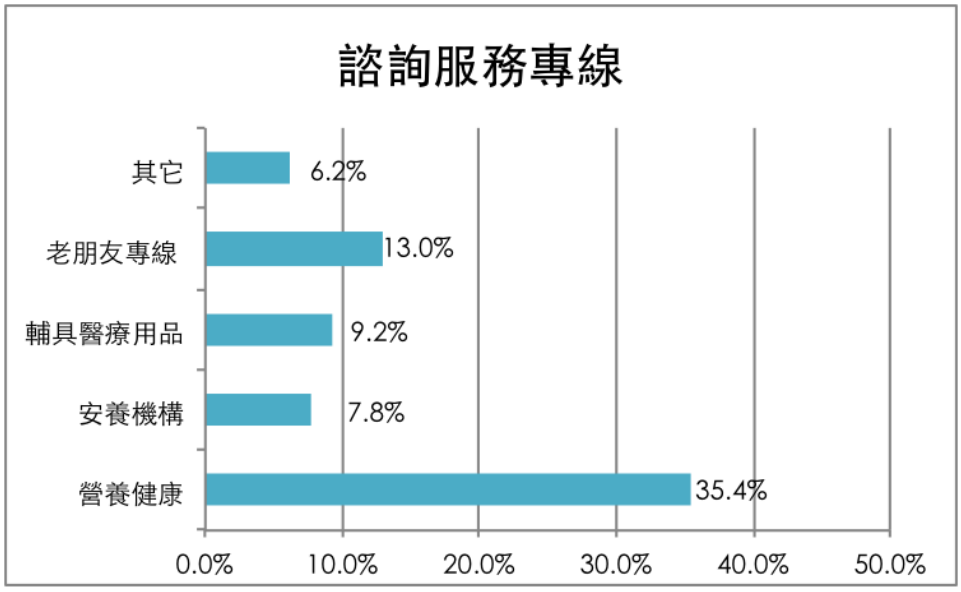

圖 4.7 諮詢服務問卷分布

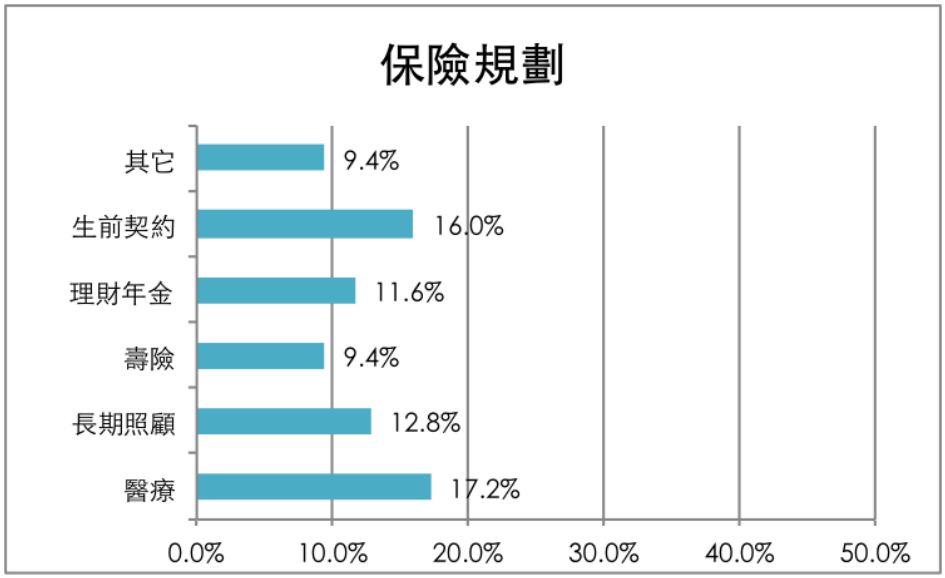

圖 4.8 保險規劃問卷分布

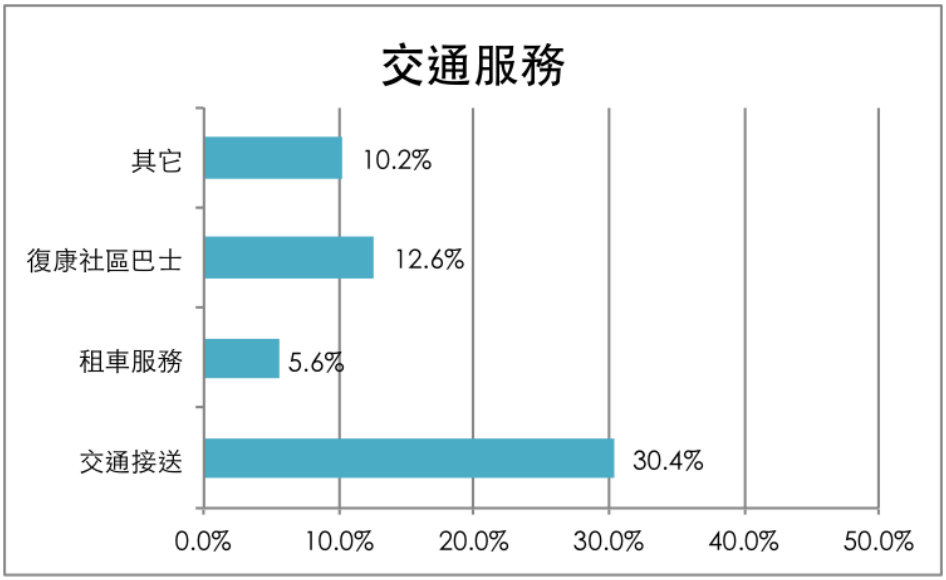

圖 4.9 交通服務問卷分布

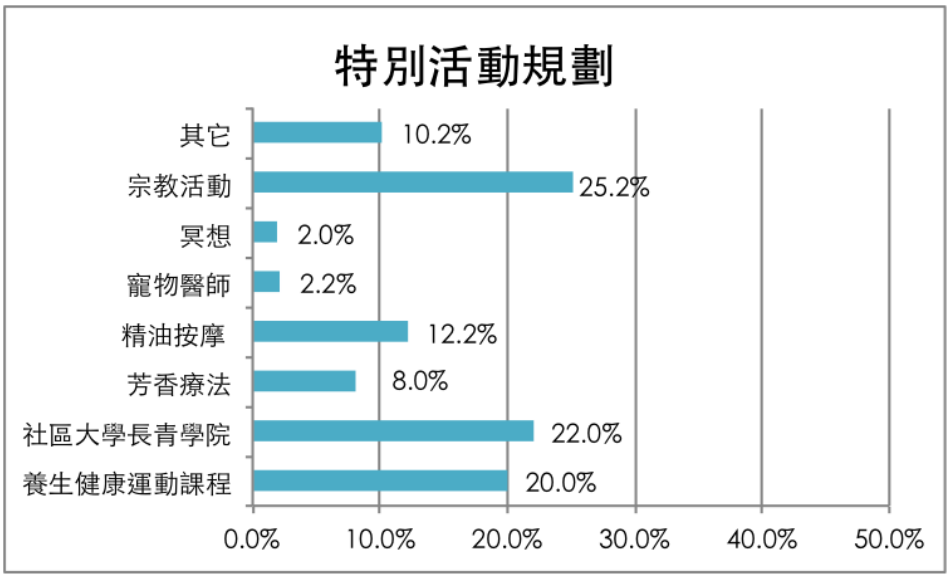

圖 4.10 特別活動規劃問卷分布

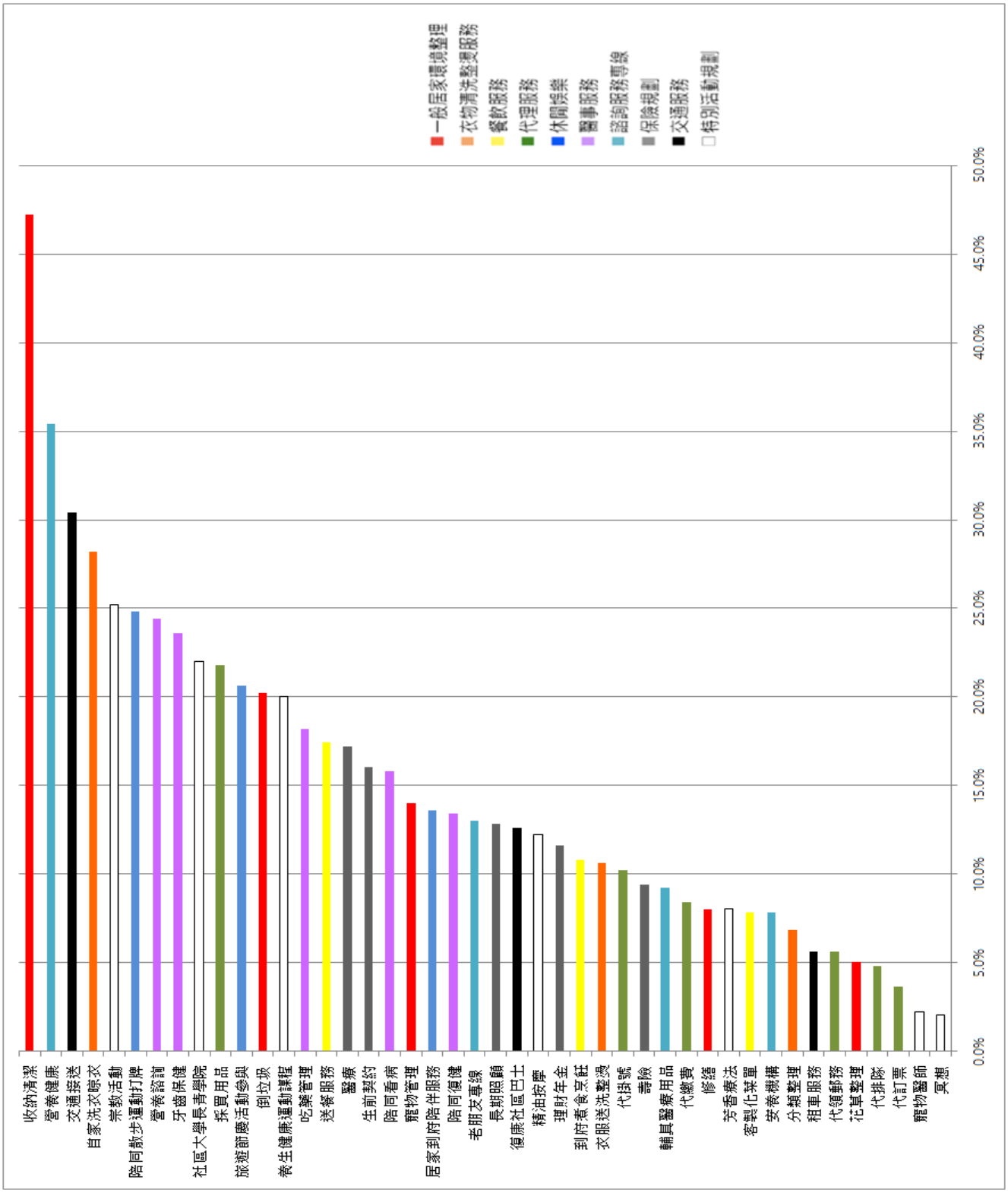

圖 4.11　500 份問卷分析生活照顧需求數

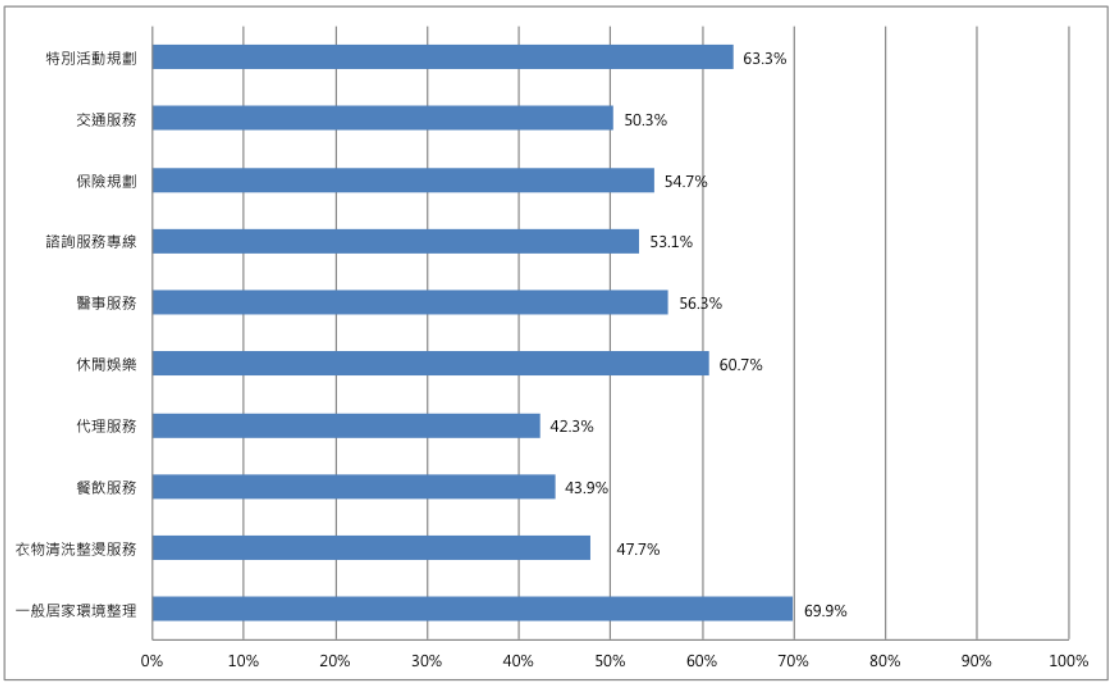

圖 4.12 各大項服務需求問卷分布

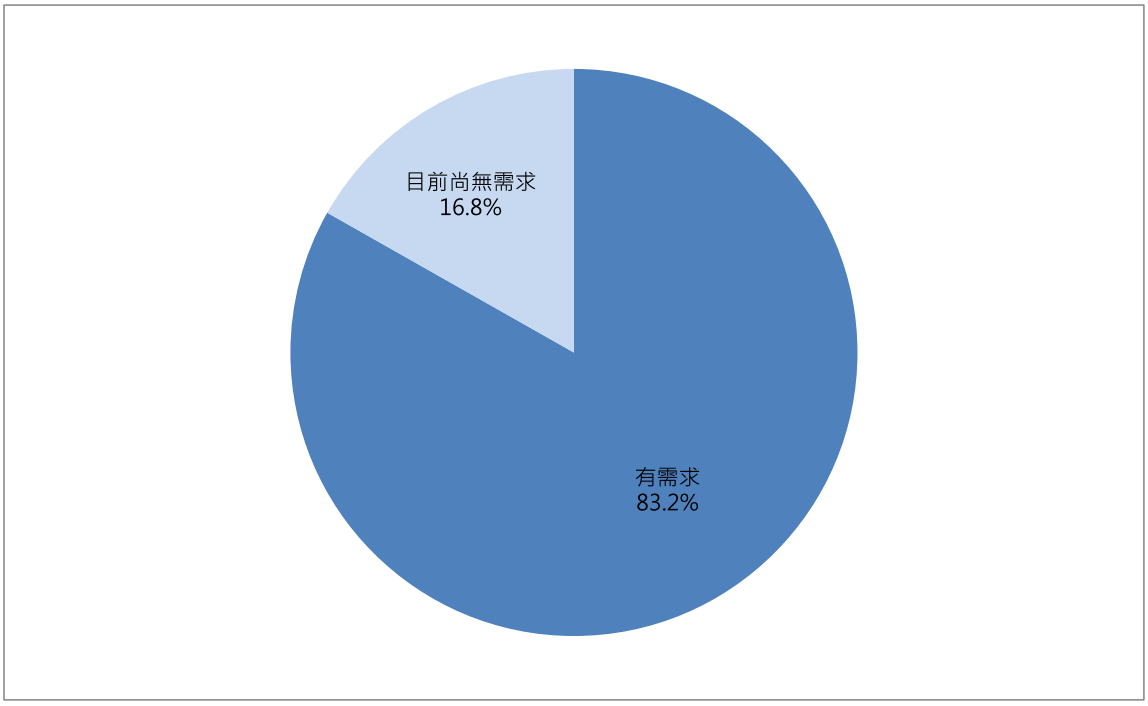

圖 4.13 所有項服務需求問卷分布

四、 需求評估結果：臺中市人口推估

上述問卷調查結果，依據個年齡層的樣本分布，如果分別乘上臺中市 2016 年和 2021 年的個年齡層人口數，便可獲得臺中市對於該生活照顧項目的需求人數，不過臺中市本身並沒有屬於自己的人口推估，因此僅能用國家發展委員會的人口推估作為依據，將全臺灣各年齡層的人口推估成長率，作為臺中市該年齡層的人口成長率，該計算結果如表 4.2 所示。

表 4.2 以臺灣人口分布推估臺中市人口分布

	年齡層(成長率%)							
年份	55-59 (4.18%)	60-64 (9.52%)	65-69 (32.52%)	70-74 (55.45%)	75-79 (-0.29%)	80-84 (18.23%)	85+ (18.19%)	加總
全臺灣 55 歲以上人口分布								
2016	1,757,417	1,554,292	1,117,796	663,849	579,647	389,056	357,806	6,419,863
2021	1,830,838	1,702,261	1,481,287	1,031,927	577,939	459,976	422,889	7,507,117
臺中市 55 歲以上人口分布								
2016	189789	163470	107164	65092	53748	34867	30449	644579
2021	197718	179032	142012	101183	53590	41223	35988	753743

表 4.4 則列出臺中市 2016 年和 2021 年對於各類生活照顧服務的需求人數，在前述圖表中看起來微不足道的樣本需求百分比，經過人口數的乘積計算之後，自然出現大量的人口數量需求(表 4.4 續)，要如何滿足此一為數龐大的生活照顧需求，不是地方政府的力量可以單獨完成，除了家人與非營利團體之外，其他就屬於有生活照顧需求，但沒有生活照顧供給的市場空缺。依據經濟學原理，如果各項生活照顧的社會邊際效益大於提供該項服務的社會邊際成本，商業模式就可以有運作的空間。此一商業模式，屬於營利企業與社會企業可以共同運作的商機。

表 4.3 最近三年社區照顧提供人次(人數)

年份	關懷據點	長青學堂	多功能托老	日間照顧
2014	1,117,839	37,983	--	61,171
	(283,795)	(255)	(--)	(503)
2015	1,239,306	58,216	--	79,833
	(266,683)	(386)	(--)	(601)
2016(至八月)	886,380	56,147	41	56,406
	(172,229)	(408)	(11)	(590)

表 4.4 臺中市生活照顧需求人口推估

各類服務	各年齡層需求樣本人數(%)							2016需求人口	2021需求人口
	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+		
收納清潔	35(42.7%)	41 (53.3%)	61 (51.3%)	33(35.5%)	25(35.7%)	20(58.8%)	17(70.8%)	299,085	349,750
營養健康	30(36.6%)	28(36.7%)	46(38.7%)	28(30.1%)	19(27.1%)	11(32.6%)	10(41.7%)	221,735	259,297
交通接送	20(24.4%)	21(27.3%)	41(34.5%)	24(25.8%)	20(28.6%)	12(35.3%)	12(50%)	193,374	226,131
自家洗衣	20(24.4%)	29(37.7%)	37(31.1%)	23(24.7%)	16(22.9%)	9(26.5%)	4(16.7%)	177,904	208,041
營養諮詢	27(32.9%)	23(29.9%)	28(23.5%)	21(22.6%)	9(12.8%)	10(29.4%)	5(20.8%)	158,566	185,428
宗教活動	25(30.5%)	19(24.7%)	26(21.9%)	26(28%)	10(14.3%)	8(23.5%)	9(37.5%)	158,566	185,428
陪同運動	27(33%)	24(31.2%)	25(21%)	22(23.7%)	7(10%)	6(17.7%)	8%(33.3)	153,410	179 ,397
牙齒保健	21(25.6%)	19(24.7%)	20(16.8%)	17(18.3%)	17(24.3%)	13(34.2%)	10(41.7%)	150,831	176,382
採買用品	11(13.4%)	23(29.9%)	33(27.7%)	17(18.3%)	11(15.7%)	10(29.4%)	4(16.7%)	140,518	164,322
社區大學	22(23.4%)	18(22.7%)	27(22.3%)	18(19.4%)	15(21.4%)	4(11.8%)	3(12.5%)	137,940	161,307
旅遊節慶	26(31.7%)	21(27.3%)	27(22.7%)	17(18.3%)	6(8.6%)	6(17.7%)	3(12.5%)	136,651	159,799
倒垃圾	14(17.1%)	18(23.4%)	26(21.9%)	14(15.1%)	13(18.6%)	10(29.4%)	2(8.4%)	125,048	146,232
健康課程	14(17.1%)	22(28.6%)	28(23.5%)	18(19.4%)	7(10%)	6(17.7%)	2(8.3%)	125,048	146,232
吃藥管理	10(12.2%)	16(20.8%)	21(17.7%)	18(19.4%)	13(18.6%)	6(17.7%)	7(29.1%)	117,313	137,186
送餐服務	13(15.9%)	8(10.4%)	26(21.9%)	12(12.9%)	13(18.6%)	7(20.6%)	8(33.3%)	112,157	131,156
醫療險	12(14.6%)	15(19.5%)	25(21.1%)	17(18.3%)	11(15.7%)	2(5.9%)	1(4.2%)	107,000	125,126
陪同看病	4(4.9%)	12(15.6%)	14(11.8%)	15(16.1%)	13(18.6%)	11(32.3%)	8(33.3%)	99,265	116,081
生前契約	10(12.2%)	20(26%)	21(17.7%)	18(19.35%)	7(10%)	1(3%)	0(0%)	99,265	116,081
到府陪伴	4(4.9%)	10(13%)	21(17.7%)	20(21.6%)	7(10%)	4(11.8%)	3(12.6%)	88,952	104,020
寵物管理	11(13.4%)	13(16.9%)	15(12.7%)	14(15.1%)	8(11.4%)	5(14.8%)	2(8.3%)	87,663	102,513
陪同復健	4(4.9%)	8(10.4%)	17(14.3%)	14(15.1%)	11(15.7%)	5(14.7%)	7(29.2%)	85,084	99,498
老朋友	8(9.8%)	6(7.8%)	20(16.8%)	14(15.1%)	8(11.4%)	4(11.8%)	4(16.7%)	82,506	96,483

表 4.4(續)臺中市生活照顧需求人口推估

各類服務	各年齡層需求樣本人數(%)							2016需求人口	2021需求人口
	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+		
長期照顧	**10(12.2%)**	**6(7.8%)**	**17(14.3%)**	**14(15.1%)**	**6(8.6%)**	**5(14.7%)**	**4(16.7%)**	**79,928**	**93,468**
復康巴士	8(9.8%)	4(5.2%)	20(16.8%)	15(16.1%)	6(8.6%)	6(17.7%)	3(12.6%)	79,928	93,468
精油按摩	13(15.9%)	11(14.3%)	16(13.5%)	12(12.9%)	4(5.7%)	2(5.9%)	2(8.3%)	77,349	90,452
理財年金	8(9.8%)	17(22.1%)	11(9.2%)	15(16.1%)	4(5.7%)	2(5.9%)	0(0%)	73,482	85,930
衣服整燙	6(7.3%)	6(7.8%)	20(16.8%)	8(8.6%)	7(10%)	2(5.9%)	4(16.7%)	68,325	79,900
到府烹飪	6(7.3%)	7(9.1%)	11(9.2%)	14(16.1%)	6(8.6%)	3(8.8%)	6(25%)	68,325	79,900
代掛號	6(7.3%)	8(10.4%)	16(13.5%)	13(14%)	6(8.6%)	1(2.9%)	1(4.2%)	65,747	76,885
輔具用品	5(6.1%)	5(6.5%)	16(13.5%)	5(7.2%)	5(7.1%)	6(17.7%)	4(16.7%)	59,301	69,347
壽險	3(3.7%)	9(11.7%)	16(13.5%)	14(16.1%)	2(2.9%)	1(2.9%)	0(0%)	58,012	67,839
代繳費	4(4.9%)	9(11.7%)	14(11.8%)	6(6.5%)	5(7.1%)	3(8.8%)	0(0%)	52,855	61,809
芳香療法	12(14.6%)	9(11.7%)	6(5%)	8(8.6%)	3(4.29%)	2(5.9%)	0(0%)	51,566	60,302
修繕	9(11%)	11(14.3%)	6(5%)	6(6.5%)	5(7.1%)	2(5.9%)	1(4.2%)	52,030	60,844
客製菜單	6(7.3%)	9(11.7%)	12(10.1%)	5(7.2%)	4(5.7%)	2(5.9%)	0(0%)	48,988	57,287
安養機構	8(9.8%)	2(2.6%)	11(9.2%)	9(9.7%)	5(7.1%)	1(2.9%)	1(4.2%)	47,699	55,779
分類整理	3(3.7%)	3(3.9%)	9(7.6%)	11(11.8%)	4(5.7%)	3(8.8%)	0(0%)	42,542	49,749
代領郵務	6(7.3%)	1(1.3%)	5(4.2%)	8(8.6%)	3(4.29%)	4(11.8%)	1(4.2%)	36,096	42,211
租車服務	9(11%)	3(3.9%)	8(6.7%)	3(3.2%)	3(4.29%)	1(2.9%)	1(4.2%)	36,096	42,211
花草整理	2(2.4%)	5(6.5%)	3(2.5%)	12(12.9%)	2(2.9%)	0(0%)	0(0%)	30,940	36,181

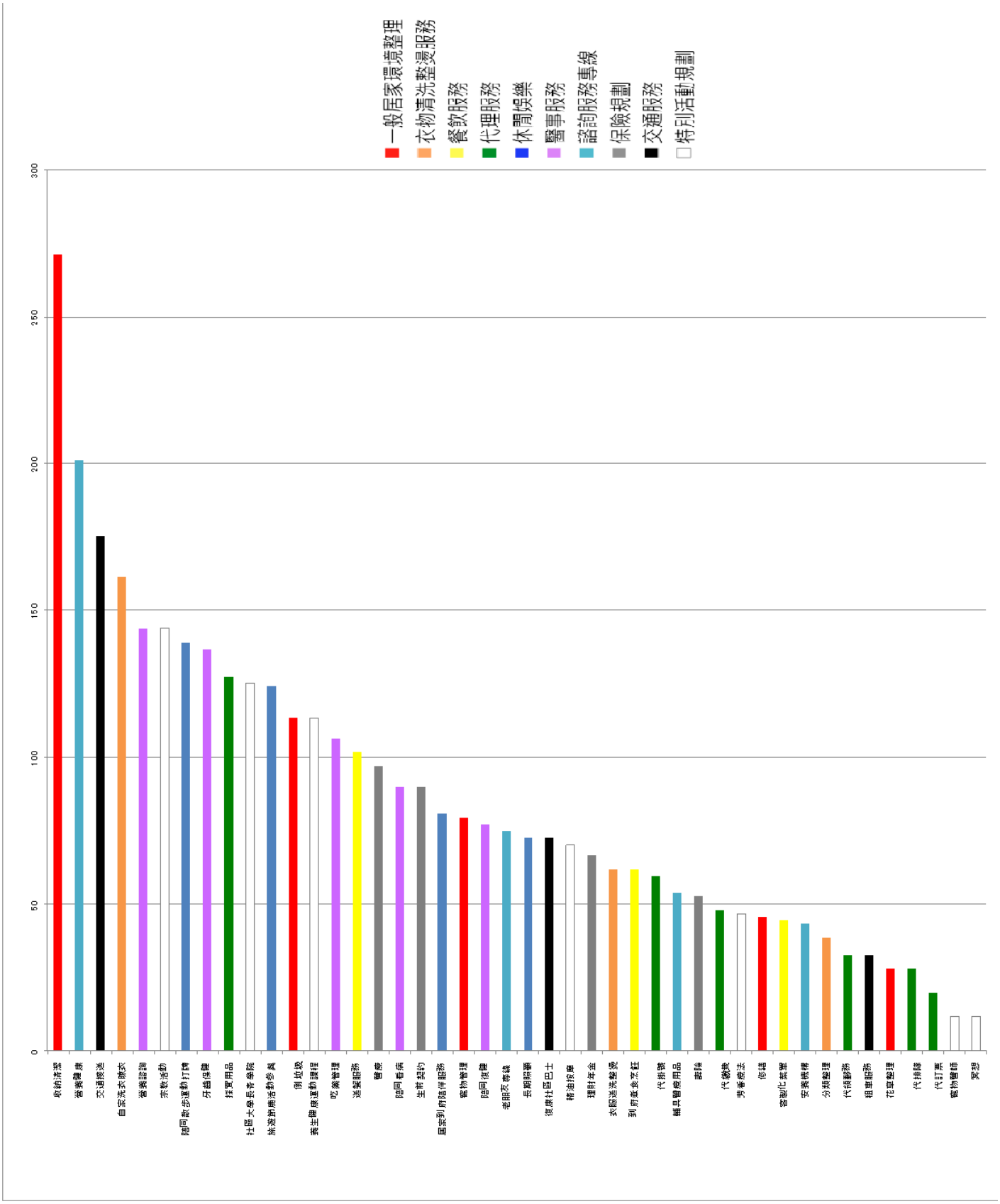

圖 4.14　2016 預估需求數

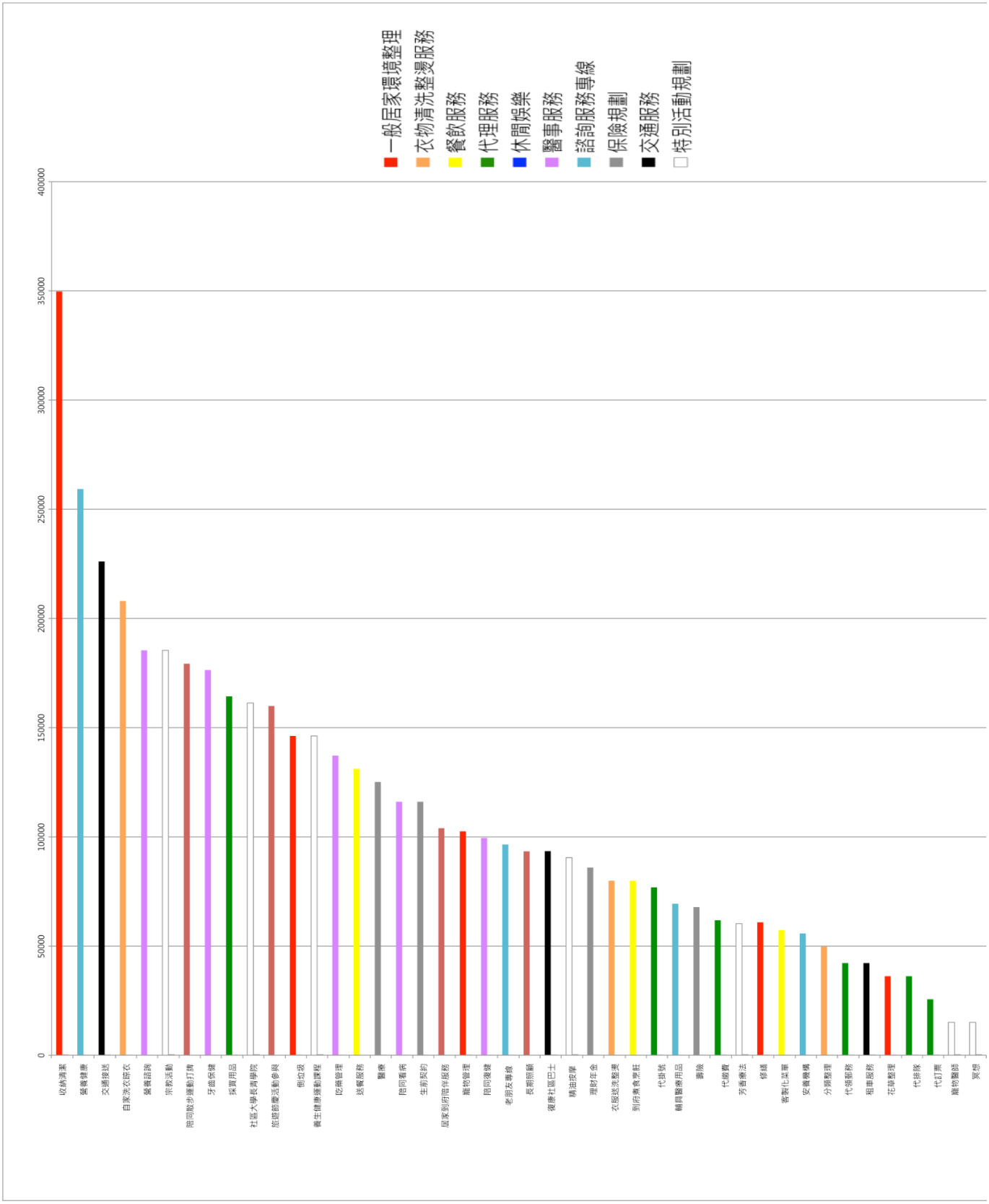

圖 4.15 2021 預估需求數

表 4.5 臺中調查樣本需求分佈

	一般居家清潔	衣物清洗整燙	餐飲服務	代理服務	休閒娛樂	醫事服務	諮詢服務	保險規劃	交通服務	特別活動	調查樣本數
55-59	75.6%	50.0%	42.7%	45.1%	70.7%	61.0%	61.0%	48.8%	50.0%	74.4%	82
60-64	83.1%	55.8%	44.2%	55.8%	74.0%	61.0%	54.5%	61.0%	51.9%	85.7%	77
65-69	73.9%	52.9%	46.2%	45.4%	62.2%	52.1%	59.7%	52.9%	54.6%	58.8%	119
70-74	59.1%	44.1%	43.0%	39.8%	55.9%	52.7%	45.2%	44.1%	48.4%	58.1%	93
75-79	52.9%	38.6%	44.3%	28.6%	50.0%	50.0%	45.7%	40.0%	42.9%	52.9%	70
80-84	76.5%	41.2%	41.2%	38.2%	47.1%	64.7%	50.0%	26.5%	50.0%	44.1%	34
85+	70.8%	37.5%	41.7%	29.2%	45.8%	66.7%	45.8%	20.8%	54.2%	54.2%	24
總計	349	238	219	211	303	281	265	233	251	316	499
(%)	69.9%	47.7%	43.9%	42.3%	60.7%	56.3%	53.1%	46.7%	50.3%	63.3%	99.8%

表 4.6 2016 臺中人口需求人數推估

	一般居家清潔	衣物清洗整燙	餐飲服務	代理服務	休閒娛樂	醫事服務	諮詢服務	保險規劃	交通服務	特別活動	總需求人數
55-59	143499	94895	81008	85637	134241	115725	115725	92580	94895	141185	171273
60-64	135871	91288	72182	91288	121010	99780	89165	99780	84919	140117	154978
65-69	79247	56734	49530	48629	66640	55833	63938	56734	58535	63038	90054
70-74	38495	28696	27997	25897	36396	34296	29396	28696	31496	37795	47594
75-79	28410	20731	23803	15357	26874	26874	24571	21499	23035	28410	39927
80-84	26663	14357	14357	13332	16408	22561	17434	9230	17434	15383	28714
85+	21568	11418	12687	8881	13956	20299	13956	6344	16493	16493	25374
總計	450818	307434	282891	272557	391398	362979	342311	300976	324227	408190	536290

表 4.7 2021 臺中人口需求人數推估

	一般居家清潔	衣物清洗整燙	餐飲服務	代理服務	休閒娛樂	醫事服務	諮詢服務	保險規劃	交通服務	特別活動	總需求人數
55-59	167802	110966	94727	100140	156976	135324	135324	108259	110966	165095	200279
60-64	158882	106749	84406	106749	141504	116679	104266	116679	99301	163847	181225
65-69	92668	66342	57918	56865	77926	65289	74767	66342	68448	73714	105305
70-74	45015	33556	32738	30283	42559	40104	34375	33556	36830	44196	55655
75-79	33221	24242	27834	17957	31425	31425	28732	25140	26936	33221	46689
80-84	31179	16788	16788	15589	19187	26382	20386	10793	20386	17988	33577
85+	25221	13352	14836	10385	16319	23737	16319	7418	19286	19286	29671
總計	527167	359501	330801	318717	457684	424453	400285	351948	379138	477321	627115

如果將前述問卷調查的內容僅以 10 大類服務項目作為分析對象，以之作為推估需求人口數的依據，其結果如表 4.5 至表 4.7 所示。其中表 4.5 為針對 10 大項服務內容的樣本與樣本百分比分佈，依據這個年齡層的需求分佈，回推至 2016 年及 2021 年的臺中市人口最為計算母群體作為年齡層加權標準，計算臺中市老人對 10 大項服務的總體需求，分列於表 4.6 和表 4.7。

依據表 4.6 和表 4.7 的結果，以全體人口為基準的生活照顧總需求人數在 2016 年為 536,290 人，在 2021 年為 627,115 人。這個估計值將可以作為供需評估的重要參考依據。

第二節 生活照顧需求評估：失能人口群基礎

前一節所推估的母群體為所有臺中市 55 歲以上一般家戶民眾，本節將依據傳統長照體系依據 ADL 和 IADL 所定義的失能者需求人數，其失能人口比率如表 4.8 所示，此一比率可以代入臺中市各年齡層失能者的總人口數，以計算失能老人的總人口數。由於 2011 年臺中市 65 歲以上身心障礙人口比率為 32.54%，依據此一比率可以分別推算 2016 年和 2021 年臺中市身心障礙和非身心障礙人口數，再據以推算失能人口數如表 4.9 至表 4.12 所示，總計 2016 年失能人口為 62,439 人，2021 年為 70,686 人。

表 4.8 臺中市各年齡層失能人口

失能項目	年齡分佈		
	65-74	75-84	85+
身心障礙者			
ADLs1-2 項(輕度)	12.68%	17.74%	16.81%
ADLs3-4 項(中度)	6.84%	4.43%	20.38%
ADLs5-6 項(重度)	34.89%	43.96%	32.26%
IADAs 失能獨居	0.00%	1.19%	0.00%
合計	54.41%	67.32%	69.45%
非身心障礙者			
ADLs1-2 項(輕度)	3.06%	8.12%	11.72%
ADLs3-4 項(中度)	1.25%	2.79%	7.42%
ADLs5-6 項(重度)	2.77%	8.29%	22.35%
IADAs 失能獨居	0.00%	0.22%	0.57%
合計	7.08%	19.42%	42.06%

資料來源：衛生福利部(2014)

表 4.9 2016 身心障礙者失能人口推估

	各年齡層2011年失能率			各年齡層2016失能人口			
失能項目	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	總計
ADLs1-2項	12.68%	17.74%	16.81%	3,339	2,403	783	6,525
ADLs3-4項	6.84%	4.43%	20.38%	1,801	600	949	3,350
ADLs5-6項	34.89%	43.96%	32.26%	9,188	5,956	1,502	16,646
IADALs失能且獨居老人	0.00%	1.19%	0.00%	0	161	0	161
總計	54.41%	67.32%	69.45%	14,328	9,120	3,234	26,682

表 4.10 2021 身心障礙者失能人口推估

	各年齡層2011年失能率			各年齡層2021失能人口			
失能項目	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	總計
ADLs1-2項	12.68%	17.74%	16.81%	3,905	2,810	786	7,501
ADLs3-4項	6.84%	4.43%	20.38%	2,106	702	952	3,760
ADLs5-6項	34.89%	43.96%	32.26%	10,745	6,964	1,508	19,217
IADALs失能且獨居老人	0.00%	1.19%	0.00%	0	189	0	189
總計	54.41%	67.32%	69.45%	16,756	10,665	3,246	30,667

表 4.11 2016 非身心障礙者失能人口推估

	各年齡層2011年失能率			各年齡層2016失能人口			
失能項目	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	總計
ADLs1-2項	3.06%	8.12%	11.72%	4,465	6,095	3,023	13,583
ADLs3-4項	1.25%	2.79%	7.42%	1,824	2,094	1,914	5,832
ADLs5-6項	2.77%	8.29%	22.35%	4,042	6,223	5,765	16,030
IADALs失能且獨居老人	0.00%	0.22%	0.57%	0	165	147	312
總計	7.08%	19.42%	42.06%	10,331	14,577	10,849	35,757

表 4.12　2021 非身心障礙者失能人口推估

失能項目	各年齡層2011年失能率			各年齡層2021失能人口			總計
	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	
ADLs1-2項	3.06%	8.12%	11.72%	5,221	7,128	3,035	15,384
ADLs3-4項	1.25%	2.79%	7.42%	2,133	2,449	1,921	6,503
ADLs5-6項	2.77%	8.29%	22.35%	4,727	7,277	5,787	17,791
IADALs失能且獨居老人	0.00%	0.22%	0.57%	0	193	148	341
總計	7.08%	19.42%	42.06%	12,081	17,047	10,891	40,019

第三節 生活照顧供給評估

由於生活照顧需求並不僅侷限於由現有的社區資源來提供，因此本節依據部分假設來推估現有社區照顧機構未來可能的供給量，並標示出與需求量之間的差距。首先，本研究先標示出各種生活照顧需求與現有社區照顧機構之間可能的關聯性，如表 4.13 所示。

表 4.13 生活照顧需求與社區照顧機構的關聯性

生活照顧項目	服務舉例	現有社區照顧機構†			
		關懷據點	長青學堂	多功能日托	日間照顧
一般居家環境整理	收納清潔、垃圾、花草、寵物、修繕			◎	
衣物清洗整燙服務	衣服送洗整燙、自家洗衣晾衣、分類整理			◎	
餐飲服務	送餐、到府烹飪、客製菜單			◎	
代理服務	採買、訂票、郵務、繳費、排隊、掛號			◎	
休閒娛樂	陪同散步運動打牌、陪伴服務、旅遊節慶活動	▲	★	◎	
醫事服務	陪同看病、復健、用藥營養諮詢、牙齒保健	▲	★	◎	◇
諮詢服務專線	營養健康、機構、輔具醫療用品、老朋友專線	▲	★	◎	◇
保險規劃	醫療、長照、壽險、理財年金、生前契約				
交通服務	交通接送、租車服務、復康社區巴士			◎	◇
特別活動規劃	養生健康運動、教育課程、芳療、精油、冥想	▲	★	◎	
其他活動規劃	寵物醫師、宗教活動	▲	★	◎	◇

† 現有照顧機構有提供服務的項目，依據不同機構種類分別以▲★◎◇不同符號標示

個體面需求的表現方式就是「民眾生活照顧需求」的人數或人次,總體面需求的表達方式則為「對資源的需求」,後者則通常視為「應該供給的資源數量」,個體需求與總體需求之間的轉換函數就是生產力函數，但這樣的分析基礎通常是針對單一資源，例如病人、醫師、護理師等等，較少針對單一機構,因為機構的組成方式牽涉不同人力組成、組織方式、人力運用方式等等。但由於本研究規模無法包含問卷調查，因此僅能以市政府一般行政資料做非常初步的試算，而且試算的基礎僅能及於人數而非人次或日次，因此必須注意，以本研究僅能以現有行政資料作為基礎的

計算，僅能作為非常初步的參考。詳細的供需推估，必須蒐集初級資料推估需求函數和生產力函數，才有可能進行資源需求數的轉換。

表 4.14 社區照顧單位人力配置

社區照顧單位	配置專職人力
社區關懷據點	1.政府無配置專職人力，單純據點服務是純義務、志工幫忙，專任人力無。 2.另外有些社區發展協會聘任 1 人做行政事務。 3.基金會附設據點則配置 3~4 位專任人力，其中廚工 1-2 位，社工 1 位，但人事費大致上由募款居多。
長青快樂學堂	學堂專任人力按政府補助標準，基本上一位專職人力。
多功能日間托老	多功能日間托老中心專責人力 1 人、照服員 1 人。
日間照顧服務	1.配置護理師或社工一人可開始日照服務。 2.失智型日照每 6 位長輩配置 1 位照服員，混合型日照每 8 位長輩配置 1 位照服員。 3.平均每單位照服員人力 4～5 人。

表 4.15 社區照顧機構需求與供給推估

	關懷據點	長青學堂	多功能托老	日間照顧	總計
供給面推估					
2016 單位數	246	13	1	19	279
2016 每單位全職人員數	2	1	2	5	--
2016 全職人員數	492	13	2	95	602
2016 至八月服務人數	172,229	408	11	590	173,238
2016 全年預估服務人數	258,344	612	17	885	259,858
每單位平均服務人數	1,050	47	17	47	--
2017 預計單位數	280	22	2	21	325
2021 預計單位數	366	43	5	29	443
2021 預計全職人員數	732	43	10	145	930
2021 預計服務人數	384,300	2,021	85	1,363	387,769
需求面推估					
一般人口照顧需求人數					
2016					536,290
2021					627,115
失能人口照顧需求人數					
2016					62,439
2021					70,686

表 4.14 為社區照顧單位人力配置概況，依此計算表 4.15 中之人員生產力之粗估狀況。依據表 4.15，現有老人

社區照顧單位所能提供的服務人數，2016 年總數為 259,858 人，預計 2021 年總數為 387,769 人。如果依據失能人口為基礎進行需求人數的估算，2016 年需求人口數為 62,439 人，2021 年為 70,686 人。

這樣的計算會出現邏輯上非常矛盾的現象，那就是現在與未來的老人社區照顧供給量遠遠超越現在與未來需求的奇特現象，其原因在於現有社區服務據點的服務對象，並不限於失能老人，因此以失能老人做為需求量的推估基礎非常不切實際，應該改由本研究一開始所使用的，以一般人口調查作為基礎的需求量計算比較合理。

如果以一般人口群最為基礎所計算的老人生活照顧需求，2016 年的總需求人數為 536,290 人，2021 年為 627,115 人，相對於現有的供給量而言，不足人數分別為 2016 年的 276,432 人和 2021 年的 239,346 人，其不足人數分別佔 2016 年供給量的 106.4%和 2021 年供給量的 61.7%。這些不足的部分，只能透過其他管道補足。不過，讀者必須注意這個不足量的計算假設，目前接受社區老人照顧或服務的人，皆屬於本研究所使用問卷調查結果範圍之內被列為「有需求者」。由本研究所使用的問卷調查資料，在各項社區服務項目之中皆列入「其他」的選項供受訪者回答，因此理論上應該可以涵蓋所有服務需求者的計算範圍。

在這個前提之下，2016 年與 2021 年對於老人社區照顧的總需求人數、總供給人數、以及總失能人數的關係極可能如圖 4.16 和圖 4.17 所示。

由於表 4.15 同時提供各社區服務據點或單位目前「每單位平均服務人數」，並以這個單位生產力，作為未來各社區服務據點或單位計算服務人數的基礎，但由於長照 2.0 政策的推動過程，已經逐漸加入診所、社區醫療群、物理治療所、職能治療所、護理之家等等不在表 4.15 之內的機構種類，因此讀者應該注意表 4.15 所列的數字，僅能作為最基本的參考數值。未來老人社區服務的數量、素質、與服務內容，都將隨著「整合照顧」政策大環境的改變而有所變化。

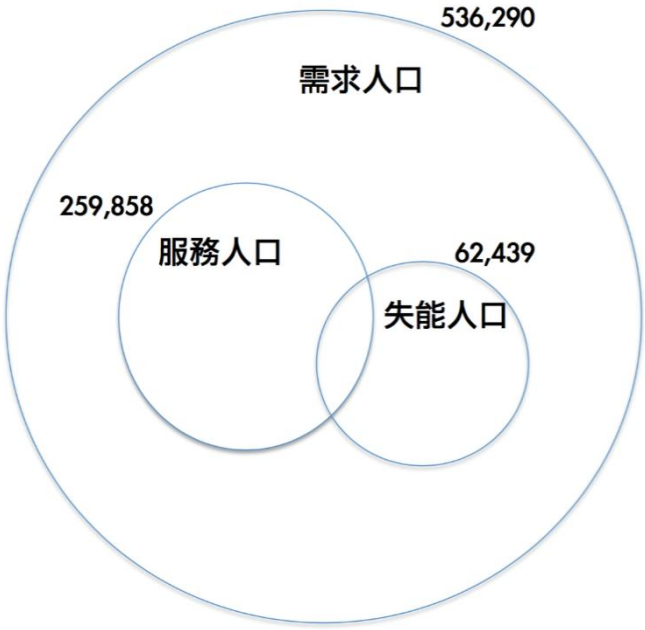

圖 4.16 臺中市 2016 年老人社區服務需求

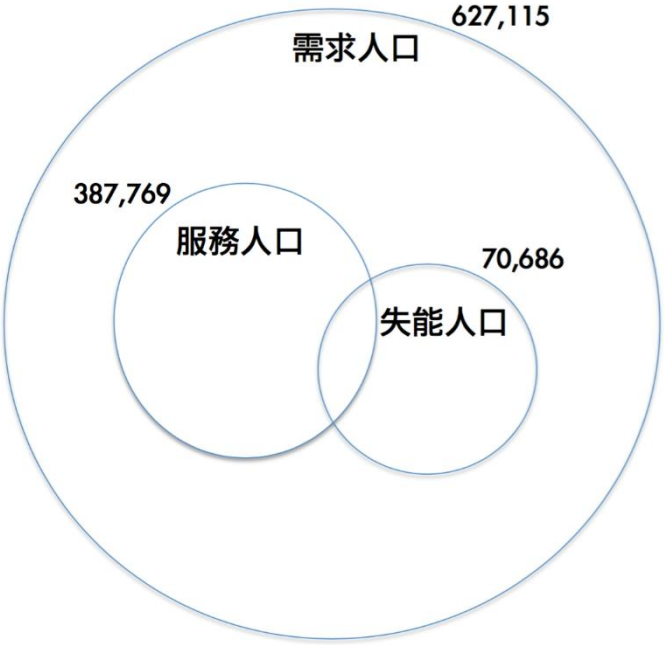

圖 4.17 臺中市 2021 年老人社區服務需求

第五章　專家座談與深入訪談

第一節　臺灣社區照顧文獻

一、 前言

在臺灣探討的日間照顧的文獻之中，作者為了因應廣大讀者的需求，一般都會使用多元的觀點來進行事實陳述或論述主張，這些觀點包括使用者、供給者、政府等等。在諸多的觀點之中，以使用者觀點來進行政策論述的文獻內容相對而言比較稀少，但本研究基於以個案為中心的政策規劃基本價值，本研究在擷取文獻內容時，偏向於以使用者的觀點來擷取文獻內容和敘述因此所衍生的可能政策建議。臺灣目前主要社區照顧內容有四大項：1.社區照顧關懷據點、2.長青快樂學堂、3.多功能日間托老中心、4.日間照顧中心，因高齡化的現象，現代人想於家中養老，故近期也推行居家照顧，其效果，本文將剖悉目前照顧環境是否具有成效。

現今民眾健康需求觀念已翻轉，民眾的健康需求從消極的疾病發生在治療，已轉為積極疾病預防，對於醫療機構所提供的醫療服務也已轉型，醫院不再是等待需要就醫的病人，是也需肩負社區健康促進的任務（張維容、鍾信成，2009），身體照顧服務與家事服務，經過我們抽樣地區問卷調查顯示，需求排行第一為收納清潔，第二為營養健康諮詢，三為交通接送服務，這些需求的對象可不限於「生病」的長者，亞健康、健康老人也是服務對象，但往往政府所提供的服務對象為：「65 歲以上老人」、「50 歲以上(含)之身心障礙者」，且經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADLs）評估進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、如廁等 6 項，達 1 項以上失能者，並未接受機構收容安置、未聘僱看護工或幫傭者、未領有政府提供之特別照顧津貼或其他照顧費用補助者。這對社區一般民眾而言是相當高的門檻，需要服務的人卻往往得不到服務，就算家中有幫傭、外籍，僅此能做基本身體照護、家事服務而已。

世界衛生組織(WHO)，在 1986 年已提出健康城市的概念，「在地化」、「社區化」已經與我們密不可分，以下提到的社區照顧類型皆是這個概念下產物（張維容、鍾信成，2009），

然而機構雨後春筍般的出現，但因新一代人的觀念與以往的觀念已不同，以往長輩希望住在高級機構、有人料理長輩三餐，提供照顧服務等需求，在機構過完於生，現在主推社區型照顧，有社區照顧關懷據點、長青快樂學堂、多功能日間托老中心、日間照顧中心，下面則詳細介紹四種現有社區照顧模式。

二、 臺灣現有社區照顧

(一) 社區關懷據點

社區照顧據點概念可以說是引進英國等先進國家的社區照顧的內容，英國是最早提出「社區照顧」一詞，「社區照顧」(community care)的含義複雜及模糊，它的定義亦難以準確地加以界定，不同學者有不同的見解和定義，不同政府和政策制訂者(policy makers)更可能有不同的執行方式(黃松林，2004)，但這進而也是取代「去機構化」的方案之一，據點服務內容有四大項，有關懷訪視、健康促進、電話問安（諮詢及轉介）、餐飲服務，每個據點需至少提供三種以上的服務，社區據點至今在全臺灣已有 2349 處，多半是在地的民間團體設置據點，讓在地長者，多一層防護（衛生服務部，2016）。

來參加據點的高齡者多半是考量到自己需要健康、心理被關心的需求，關懷訪視就是由志工或護理師到長者家中進行訪視、關心年長者的需求、提供福利相關訊息等，電話問安就是定期以電話聯繫長者，關懷對方，需要時則進行面對面的關懷訪視，而據點餐飲服務是有集中共餐及送餐 2 種，健康促進就是有簡易型醫療服務，如量血壓、體重等，或是各區醫療院所辦理衛教講座、疫苗注射、篩檢及醫師駐診等，還有志工、講師帶領長者做體操、繪畫、歌唱、藝術人文等活動。

(二) 長青快樂學堂

面對我國人口逐漸老化，為了營造老人健康、友善、安全的環境，並且需加緊推動老人相關福利政策，臺中市提供多元化服務措施，以支持性服務補充家庭照顧功能，並強化預防照護功能，實現在地老化之功能，服務內容有文康休閒活動、交通接送服務、健康管理、醫療保健諮詢、餐飲服務、社會資源轉介、各式專案活動等。

(三) 日間照顧中心

初期發展日間照顧是相讓老人接受機構式照護，而後因應老人化社會，這已是社區照護相當重要的一環，也有發展失智老人日間照顧中心（呂以榮，2006）。但服務使用者喪失自我決策權及成果參與，服務者時常不主動提出資訊給高齡者，因為日照收案標準為失能老人，下意識服務提供者會幫忙高齡者做決定，且因觀點的不同，提供的服務有大幅落差，例如服務提供者覺得使用者需要職能治療、語言治療等，但使用者會覺得提供休閒娛樂即可。

(四) 多功能日間托老中心

臺中市第一間照顧健康長輩的日托中心，於 105 年 8 月 19 日正式開幕，彭婉如基金會「元氣學堂」採會員制服務，每周兩天、每周三天的收費各不一，透過飲食、體能、腦力刺激等方法，避免身體功能退化、惡化。另有提供到宅服務，由二度就業的婦女承接簡單的家事服務、陪伴，採採月薪或時薪制的組合式薪資，是指依照自己可工作的時間、能力、交通等同時照顧一個到數個家庭而得到的綜合所得，例如有些人有照顧家人的需求、有些人則有完整的工時、職能可照顧兩個以上的家庭，雙方透過培訓及轉介尋找適合自己的就業方式。

三、 現有社區照顧之主要缺失

(一) 社區關懷據點

關懷據點相關研究日益增加，但對於據點服務規劃與運作方式，不應只偏重服務提供者與政策規劃者的角度，應該以使用者角度來執行（邱泯科、傅秀秀，2014），以使用者的感受（user-sensitivity）為軸心，透過建構機制，協調運作相關資源，將有可即性、可近性與便利性，完整且連續的服務建置在社區中（陳燕楨，1998），若仍只偏重服務提供者與政策規劃者的角度，創造出來的服務不僅不合乎使用者需求，無法解決社會問題，更可能加深社會排除、創造新的福利階級（羅秀華等，2009）。

據點運作的先決條件，應包含以老人的自尊與自主（呂寶靜，2002）為服務規劃指針，具體策略之一即是提升高齡者自我決策（self-determination），達到認

識自我、為自己做決定、為自己決定負責的自我目標的心理歷程，且建議據點提供的學習課程必須符合高齡者需求，教學策略必須靈活多元（陳姵璇，2007）。

因高齡者服務需求不一，故服務提供者常透過經驗將「可用資源」列為「將提供服務的資源」(黃源協，2000)，且使用服務的長者大部分都有淪為配角的經驗，若據點沒有重視長者的經驗，並加以調整服務，長者會長久處於被動服務的狀態，意見不被重視、不能適應，只好選擇離開或拒絕接受服務(邱泯科、傅秀秀，2014)，而服務計畫或方案內容設計包括依據、問題陳述與分析、服務方案、服務對象、目的和目標、服務辦理單位、活動內容、預算、服務評值與資訊管理等(黃松林，2004)。

(二) 長青快樂學堂

臺中市名稱為「快樂學堂」，收案標準為設籍或實際居住臺中市且年滿65歲以上長者或年滿55歲以上原住民，生活能自理或身體亞健康，行動方便之長者（臺中市政府社會局網站）。

課程主軸規劃需由「福利觀點」轉自「學習觀點」，朝終生學習取向邁進，很多大專院校也會有設置樂齡大學、樂齡學堂、長青學苑等，但其課程內容仍偏向手工藝、音樂、舞蹈、藝術、體育等休閒娛樂，未來也可挑戰畢業後之學員擔任課程助教、志工，並安排服務就業，達到學以致用的目標，官方與民間合作模式：由平行單位轉為委託關係，給予民間單位適當空間發揮，教師初期無考核制度，應由寬鬆逐步嚴謹，且鼓勵終身學習，優惠八十歲以上長者與身心障礙者，這也表示須重視緊急救護相關措施這塊，這多半會被相關單位所忽略（楊志和，2010）。

(三) 日間照顧中心

名稱上並未確實分類，因此並無「日間醫院」或「成人日托中心」的稱呼，故簡稱為「日間照顧中心」或「日照中心」，美國政府在日間照顧並無強制設置標準，鼓勵不同類型之日照中心存在於社區當中，而加拿大政府則是與民間業者代表共同制訂「日間照顧服務標準手冊」，但其並非法令，目的不在限制，在於提供業者「服務指南」作為參考依據，且知道日間照顧服務之長者的

消息來源多半來自子女，政府可著重宣導這區塊，會比發放經費至機構更來得有效果（呂以榮，2006）。

第二節 專家意見建議摘要

一、 社區照顧關懷據點

(一) 偏鄉服務量不足

醫療院所會因評鑑所需至市區關懷據點服務，但位於偏鄉地區的關懷據點卻無法被服務到，致使喪失健促服務與醫療服務的功能性，建議政府可硬性規定區域醫院等需綁定服務偏遠地區，不能只有服務市區，或是開放偏遠地區與當地醫療院所合作，如：診所、醫療群，或是偏鄉據點較少，那給付可以多一點，鼓勵非營利組織到編鄉地區服務。

「…有些區域會有的定期來量血壓、關懷訪視，一些是辦活動、衛教，還有是醫院的醫師、護理師來醫治，但很多偏鄉是沒有的，我們都知道這是醫院評鑑的項目之一，這是否可能變成一個制式的規定…」

「…偏鄉據點較少，那給付可以多一點，鼓勵 NPO 去那邊…」

(二) 資源重複

1、 服務提供者：多個據點控訴同地區有多個單位在服務同樣的事情，長輩不勝其擾，例如：某據點於服務地區時間久遠，卻新成立之單位也去之前服務的長輩家處做家訪，長輩抱怨被干擾，還有長輩提出明明不同單位會做相同的事，都有電話問安，關懷、宣導、物資供給等服務，也宣稱家裡物資都快擺不下了，則此建議需做好單位權責及資源分配。

2、 服務使用者：知道補助資源、關懷據點活動的長輩有些並不是真正有需要，相同服務但不同單位

在執行，導致資源重複浪費、多頭馬車。例如：拿貧富證明的卻不是真正的貧戶，也可以領低收入戶還有相關補助，一張「證明」可至不同單位申請補助，「證明」太隨手可得，或是因唱歌活動的都是相同長輩，考量到長者照顧需求後，卡拉 ok 活動暫時停辦，結果來據點的長者大幅減少，才驚覺之前服務到的大多只是喜歡唱歌的長者，並不是真的需要。但此事向超出本研究範圍，故無法提供建議。

「…明明被政府委託執行，到了地點後人卻不再，左鄰右舍說他被政府單位帶去一日遊了…」

「…反覆訪視的問題在我們單位也會被反應，家屬、個案也會去比較、挑人，這個績效也是要評鑑的，他們會覺得我們都做這麼久了，怎麼跑出另一個單位跟我們做相同的事…」

(三) 改善基層服務的專業人力不足問題

不同專業權責也不同，但因基層服務專業人力、知識背景不足，有些屬於侵入性醫療行為，不見得是護理師親自執行造成爭議，社工專業、護理專業、老福專業三者理念、觀點均不同，建議未來能將三者專業納入規範，改善基層服務的專業人力不足問題，如：鼓勵社工專業投入基層工作、護理師在基層關懷據點工作給予職登、老福專業人員納入國考受保障等。

社工可以做護理師該做的醫療行為，像測血糖這種灰色地帶，屬於侵入性醫療行為，此業務需護理師來執行，但據點能量不足，社工或是志工、照服員、均做過此項目，甚至民眾需要的服務並不再服務合約裡，社工依舊要實習生、居服員去做，希望完成個案需求，而護理督導會不准實習生做不該做的事，兩者理念、觀點均不同，這關係到護理人員法，且據點也無法職登，建議雙方可進行溝通協調，其有護理業務之工作就給予職登，也發揮護理真正的功能。

「…民眾需要的服務並不再服務合約裡，社工依舊要實習收、居服員去做，希望完成個案需求，但護理督導會不准實習生做不該做的事…例如量血糖這種侵入性行為的灰色地帶…」

(四) 彈性調整補助經費而非一體適用

對於不同的執行單位服務品質與服務量，應給予不同額度的經費補助並增加運用彈性，而非一體適用，建議深入單位探討不足之地，給予不同額度的補助，學者建議可以用走動式概念，由執行單位統籌全部個案所需要的經費，不是像現況依個案人數給予補助。

大部分專家都提出政府要求品質要好，但經費卻出現不足的狀況，單位有分認真跟不認真，不認真的單位，這些補助或許已經足夠，而認真的據點人數眾多、時數長，例如餐食每月酌收長輩 400 元，400 元除以 20 天，一天是 20 元一餐，其餘不足部分據點自行吸收，建議政府不應覺得有加給便可滿足單位需求，深入單位探討不足之地，據訪談後知道單位依靠補助或是捐獻來維持經濟居多，沒有據點是賺錢的，也更不可能變成企業單位，學者建議可以用走動式概念，應該由單位統籌全部個案所需要的時數給予補助，而不是像現在是依個案人數給補助，一個人不會全部用掉兩小時阿。

「…制度會規定要用完這些時數才能核銷，但這制度需要調整，對主計單位或會不方便，但對人是方便的，要有彈性，機構、日間、據點都要大改革，以前做出健保奇蹟，現在要做出長照奇蹟，現在就是要以需求者的角度看事情…」

綜合上述，有關社區關懷據點現有的問題可以整理如表 5.1。

表 5.1 社區照顧關懷據點現存問題

現有問題	建議可能解決方案
此模式不容易進入偏遠地區	制式規定據點與區域醫院合作健促、醫療活動，配合健康檢查、血糖篩檢等？以及有清楚的醫療 SOP 以及計畫開放偏鄉與地區醫療院所合作
社區資源重複，同一家庭有多個單位關懷訪視，提供的服務多半是不需要服務的長者使用	做好據點資源、物資分配、規劃，避免重複
改善基層服務的專業人力不足問題	政府建立明確的分級制度，擴大據點能量
彈性調整補助經費而非一體適用	政府不應覺得有加給便可滿足單位需求，深入單位探討不足的部份，還有不該以個案量給補助，是以全部服務時數

二、 長青快樂學堂

(一) 何謂亞健康？

專家疑惑何謂「亞健康」,「亞健康」的定義並未被統一，坐輪椅並不代表生活不能自理，專家曾提出有一位頭腦清晰但坐輪椅長者為學員之一，卻頻頻遭上級關切，指控這並不符合收案標準，學員會憂鬱，深怕自己是不是不能來上課了，脊髓損傷患者，會去潛能發展中心，訓練生活自理的功能，充份發揮殘而不廢的精神，早日達成自我重建的目標，進而回歸社會，因此輪椅不能當是指標指標之一，用以具有臨床分類標準的定義來取代亞健康的定義。

且臺北市不限制、不管制地方單位，給民間單位很大空間，在臺北市社會局官網皆可看到單位所刊登的廣告，社會參與及文康活動網頁裡有每年度招生簡章及各式各樣課表的報名簡章。

*「…日托是亞健康，但卻沒有亞健康的指標，希望將來有*明確標準…」

(二) 偏鄉設置點太少

設置點太少，著重於市區發展，偏鄉地區無法被滿足，且學堂與住家路程相聚太遠，失去社區照顧的核心價值，建議是我們有很多社區據點，但快樂學堂的數量很少，不應以廣設快樂學堂為目標，應該是變更為「多功能據點」，很多地點一個禮拜只有一天上午有活動，其餘天數可提供涵蓋快樂學堂的功能。

「…單位與社區距離太遠，我覺得車程 15 分鐘剛好，有些的要半個小時，距離家裡地區太遠反而脫離社區照顧的想像…」

(三) 社區式照顧缺乏專業醫療團隊的投入

專家曾提出單位意外發生時，並無法進行做處理，只能叫救護車，小事情就叫救護車會形成浪費醫療的行為，建議於在地增設醫療團隊，存在於社區地點，不是單一據點設置的人員，而是類似走動式照護團隊，因如果有聘僱醫療專業的人員在單位內，多半會被叫去做非專業的事情，長久下來有突發狀況發生時較難應付，應該是專業醫療團隊需存在於社區之中，處理起事情會有 SOP 流程，會使救護更加專業。

「…日托照顧能量不比日照來的好，我們也會擔憂這個長輩在我們單位發生什麼事，我們卻不能處理…」

(四) 在地老化及回歸社會相關政策

在地化的政策，有一重點是「回歸社會」，建議職能治療師可進行輔佐，可像臺北有職能治療師工會跟日照、日托合作，引進預防失能、促進健康的器材，出院準備只有可轉急復健病房的功能，其餘則是門診復健，這可讓出院準備更完善，出院準備人員跟社工師合作，讓社區據點的社工與醫療院所出院準備中心人員進行連結，讓需出院之病人享受到當地資源。

「…臺北衛生局有一個職能治療師工會跟日照、日托合作，

引進預防失能、促進健康的器材，本縣市想跟進時卻沒有相關單位可進行補助。希望政府可以介紹可促進健康的一些醫療性資源…」

綜合上述,有關快樂學堂現有的問題可以整理如表 5.2。

表 5.2 快樂學堂現存問題

現有問題	建議可能解決方案
設置點太少，著重於市區發展，偏鄉地區無法被滿足，住家與點的距離太長，喪失社區照護的核心	使據點也有快樂學堂的功能，而不是廣設快樂學堂
臺中市收案標準為亞健康，但亞健康的定義不明確，單位收案一坐輪椅長輩，頻頻被關切	用已具有臨床分類標準的定義來取代亞健康的定義
課程主軸多為「福利觀點」,應朝「學習觀點」、「終生學習」	挑戰畢業後學員擔任課程助教、志工，並安排服務就業，達到學以致用的目標
社區式照顧缺乏專業醫療團隊的投入	重視緊急救護相關措施，並且設立醫護相關背景之專業團隊於社區之中
希望能落實長者在地老化、在地關懷、在地安寧，以及回歸社會的醫療訓練政策	比照臺北與職能治療師工會合作，引進預防失能、促進健康的器材及技術，著重出院準備，讓此更完善

三、 日間照顧中心

(一) 建議調整評鑑指標

去除過多的行政程序評鑑、法規會阻礙單位想成立日間照顧中心的想法，想成立於偏鄉，卻礙於法規過於強勢，空間無法因應評鑑需求而退縮，學者也提出評鑑需做全面性的改革、調整,因日照中心評鑑與護理之家、24 小時機構的評鑑雷同，日照是社區照顧的一環，應朝社區發展，甚至政府推動「一鄉鎮一日托」的服務量並不能滿足社會大眾需求，法規上也未曾去推動，導致各單位無法參與。

「…所有評鑑指標重新檢視，日照評鑑其實就是機構小型的縮版…」

「…日照是社區照顧的一環，應朝社區發展，甚至政府推

動「一鄉鎮一日照」的服務量並不能滿足社會大眾需求，法規上也未曾去推動，導致各單位無法參與…」

(二) 執行「小規模多機能」的困難

今年推行的「小規模多機能」的起點在於日間照顧中心收費標準約為每個月 18000 元左右，和 24 小時的機構差距不大，但差別來自 24 小時機構約下午五點後並無什麼醫療行為，人力、行政，大幅縮減，提供了住宿、晚托的服務，而「小規模多機能」提供了住宿，晚托服務，但很多單位都忐忑不安，因為只有大單位有多個機構可進行分工，提供以上之服務，小單位實施「小規模多機能」後，人事將是一大成本。

「…日照轉型為小規模多機能，很多機構會害怕，因為那就是 24 小時的概念…」

「…有三大問題，1.住房率低、需要政策推動 2.照顧成本高，一般機構無法負荷 3.照顧服務員品質普遍偏低…」

(三) 申請復康巴士的資格限制

單位困難是專家提出復康巴士不提供日間照顧中心病患之接送，因日間照顧中心是營利單位而限制修改至復康巴士不提供日間照顧中心病患之接送，因日間照顧中心是營利單位而限制，急性期個案是需前往醫院復健或是進行醫療處置，而家屬日間無空閒時間才會長輩托至日間照顧中心，並無時間做這項動作，這不該以社會角度來解釋事情，長者有需求了為什麼要因是營利單位而限制？而要單位自行在增設交通車是不符合經濟效益的，需要去醫院復健的長輩可能只有一個，卻要耗費一個人力及油資，法規需重新綁定。

「…市府有提供復康巴士的接送服務，也有提供洗腎個案，但是日照被排除了…」

(四)「小規機服務」金錢成本太高

目前日間照顧規範每小時收費 180，中央已調至重症已經提高至一小時 200 元，日照卻沒跟進，雖說是要保護中、低收入戶，可一般戶也是案者之一，創新概念出現需要相當大的培訓還有社會建置，補助款依舊不夠，若能讓單位自訂收費，增加收費的彈性空間、發展多元化服務。

「…需要我們有以上這些觀念卻不能自行訂定收費？政府雖是要保護服務使用者，但對象應是中低收，但一般戶呢？政府經費不足應該以使用者付費來發展，我們就可以多元性發展…」

「…日間照顧是 16200 元一個月，一小時 180，但重度失能補助卻可 90 小時，一小時是 200，等於 18000…」

(五) 建議業務機關統籌宣傳，讓民眾得知該服務訊息

以使用者的服務角度切入，不該單位需因經費的限制而不能發展更多經費的服務。如果不做好日間照顧中心的宣傳、行銷，讓家屬明白這裡的功能，擺脫對外勞的依賴，很多家屬會選擇使用外籍勞工來照顧，會覺得比較划算，且又不是只做照顧長者這部分，還會負責居家的環境、生活照顧。

「…臺北是統一宣導，臺中是給我們補助要我們自行宣導，但這些都不如政府的一支廣告…」

(六) 政府不該以單位的形式固定給予補助

補助採硬式規定，例如日照補助為 30 個收托長輩，政府補助四位照顧服務員、一位社工，但單位收托人數不盡相同，有 56 個收托長輩的單位跟 30 個收托長輩為一個單位的補助一樣是四位照服員、一位社工，56 個收托長輩依照法規是 1：8，餘下 3 位照服員單位要自行聘任，自籌薪資，建議是以收托人數來進行補助，不該以「單位」來硬性規定。

「…我舉例正常單位會收托 30 個長輩，補助四個照服員，但是因為我們場域比較大，我們當初被允許收 56 個長輩，問題就出現了，一樣是補助四個照服員一個社工…」

(七) 日照接送司機需要有職業證照，造成人力招聘困難

未來法規將規定日間照顧中心交通接送司機需要有「職業證照」，但有執照的司機會因薪水太低不願意來日照服務，造成人員招聘上的困難，專家提出司機有**照服員執照**會比有**職業證照**來的有功用，並且有效力，因為司機要輔助長輩上下車、移位等等照顧技巧是一般司機不會的，現在是照服員兼任司機，沒有出過狀況，政府若還是怕長輩危險，建議可以輔導單位照服員去考職業證照，免費幫員工培訓、訓練考取執照，並且有相關補助、獎金制度。

「…錢太少了，他去外面開的話還有 4.5 萬，甚至很多有執照的都不願意載失能長輩，要幫他搬輪椅，搬上搬下，來回時間很長，他載正常者不是就好了，人力招募會變成一大問題…」

「…都是照護員兼著做，也沒出過問題阿，我們一個月如果有當司機的照服員我們加薪一個月 6000 自己吸收欸…」

綜合上述，有關日間照顧中心現有的問題可以整理如表 5.3。

表 5.3 日間照顧中心現存問題

現有問題	建議可能解決方案
評鑑、法規會阻礙單位成立，想成立於偏鄉卻礙於法規、空間無法因應評鑑需求而停擺	評鑑應做全面性修改調整，現今評鑑仍偏向於機構式評鑑，忽略社區性
只有大單位有多個機構可進行分工，提供以上之服務，小單位實施「小規模多機能」後，人事將是一大成本。	研議小規模經濟規模問題
申請復康巴士的資格限制	法規需重新擬定
失能重症補助，中央提高至 200 元/小時，但日照補助仍一樣，卻要有創新服務	日照若為營利單位復康巴士而不接送，那應該讓單位自行訂定收費，發展更多元的服務
政府發放經費給機構自行宣導，大部分民眾還是得透過家屬、公所、里長	政府統一宣導，網頁宣導不足以讓社會大眾所知，先前有拍過一支廣告，那時各單位的洽詢率相當高，雖有發放經費，但功能不比不大
政府以單位的形式固定給予補助，不設想單位收托人數多寡	建議以收托人數來進行補助
日照司機要有職業證照，人力招聘困難	免費培訓、考取職業證照，並提供加給制度

四、 多功能日間托老

(一) 基金會護理師無法職業登記

多功能日托是近期 2016 年 8 月 19 日開幕，由彭婉如基金會接下此業務，有一困難是單位自行無法解決，是護理師無法職登於基金會之下，但是業務上卻規定需做健康評估、護理指導等醫療行為，護理人員法是禁止未職登之護理人員執行，護理人員之業務有：1.健康問題之護理評估 2.預防保健之護理措施 3.護理指導及諮詢 4.醫療輔助行為，老人化的需求以日趨嚴重，現今照護環境卻將自身限制於醫院、機構，且在居家從事護理工作需職登於居家護理所，故護理人員能執行正當醫療行為相當狹隘，但卻希望社區照顧服務能蓬勃發展，這是較矛盾的一點建議修改相關法規。

「…還有護理師不能做職登，有寫公文了，不到兩個禮拜的事，我們也蠻困擾的，業務面又有護理指導這塊卻不能職登…」

(二) 老服系相關學歷畢業生之照顧人力與二度就業者角色衝突

而彭婉如基金會最近在推廣之一項業務為「到宅服

務」服務人員是二度就業婦女,有別於以往的長照單位，核心價值為「互助」，有照顧需求的家庭，經由單位使照顧者在照顧負荷獲得喘息，同時創造婦女二度就業機會,而服務類別像家管,會從事環境整潔、餐食服務等，彭婉如基金會會對二度就業婦女找尋生活轉捩點，現今老人服務事業管理系等相關銀髮族科系大量出現，歷經幾年的培訓卻將學生跟二度就業人員視為同種照顧人力，照服員執照訓練時數為核心課程五十小時、實習課程四十小時（2016，衛生福利部衛生及家庭屬），而學生們卻是要花幾年的時間研讀，這是否不公平？並不是排擠二度就業者，是政府能將彼此該做的業務區隔，讓專業能學以致用，建議大學相關教育系所，研議教育宗旨及教考用目標。

「…我們人員是二度就業的媽媽,畢竟我們是兩性基金會，幫忙到這塊也感覺很好，落實基金會的宗旨…」

(三) 多數長輩未符合交通接送服務資格

單位目前無交通車接送服務，雖是以社區的長輩為主，長輩不大需要接送，但的確會遇到住的較遠的長輩想過來這邊上課，長輩也因交通接送問題，家屬無法配合而不能前來上課，且申請復康巴士交通接送服務，長輩需達一定失能資格，但多功能日間托老型較難符合資格，建議增加交通接送這一項服務，但不必只為特定單位做接送服務，建議是否能結合地方區域資源，地方也有日照、據點，彈性的提供服務，制定新的交通服務模式。

「…交通接送的問題，對因為我們現在沒有交通車，然後我們當然就想說盡量還是以社區的長輩為主，但的確也會讓一些可能住的比較遠的長輩，他沒辦法過來上課…」

「…所謂臺中市政府托老一條龍的這些組織，他們有沒有可能說，我們就是可以有交通接送，讓長輩其實就是比較可以彈性的來上課…」

「…可是其實有一些人，他如果說我朋友在這個社區，雖然我在另外一個社區，我可能會很努力地想要去那個社區參加活動這樣…」

(四)提供失智照顧家庭教育講座、預防宣導

2015 年 8 月國際失智症協會（ADI）發佈全球失智症報告，推估 2015 年將有 990 萬新增失智症案例，平均每 3 秒就有一人罹患失智症，失智症已為社會上一大問題，當一般家庭遇到這情形會無法應變、適應，建議可多多辦理「失智講座」、「預防失智症宣導」、「疾病家屬衛教」，這些幾乎都是失智協會辦理居多，政府較無宣導失智這一區塊。

「…輕度失智的家庭，其實有時候他們會需要蠻多的資訊，在這種剛開始發現失智症，然後不知道怎麼去，去處理啊，然後去怎麼面對啊，所以他們其實很需要一些支持…」

「…因為像說其實我們很多有一些長輩，他們如果我們要去參加活動，我們可能只能去市區的那個失智者照顧協會去上課…」

綜合上述，有關多功能日間托老現有的問題可以整理如表 5.4。

表 5.4 多功能日間托老

現有問題	建議可能解決方案
基金會的護理師無法職登，未職登之護理人員不得從事醫療行為	建議修改相關法規
老服系相關學歷畢業生之照顧人力與二度就業者是衝突的	建議大學相關教育系所，研議教育宗旨及教考用目標
多數長輩未符合交通接送服務資格	結合地方資源（日照、據點），共同制定交通接送服務模式
民眾只能去失智協會接受衛教、教育講座	建議政府多多辦理失智講座，宣導預防失智這一區塊

第三節 專家意見小結

第一，有關「中央、地方收案對象標準是否不一致」這個問題，以臺中市的劃分，長青快樂學堂如同衛生福利部社會家庭署所推動的日間托老計畫，但關於收案對象的標準卻是不一致，但不一致的原因是有規定沒有嚴格執行，還是中央、地方對於名詞解釋不一(如：健康、亞健康長者

的定義為何?)，這點仍需商請中央與地方召開共識會議的釐清，讓第一線執行單位得以依據避免困擾。

第二，有關「臺中市推行托老一條龍具體政策為何」這個問題，目前臺中市政府想仿照托嬰一條龍政策套用在托老一條龍的推行上，但畢竟是不同服務對象，相關執行的法規、條件依據皆需詳細具體告知，讓各單位可以明確讓執行，而非口號空泛跟隨。

第三，在強化社區照顧關懷據點執行單位的服務能量及資源整合方面,社區發展協會是做最基層的在地關懷服務，是希望能落實長者在地老化、在地關懷、在地安養，以及回歸社會醫療的訓練，社區照顧關懷據點應與醫療體系的結合(如：健康檢查、血糖篩檢、衛生教育等)讓服務可以深入且解決基層所欠缺的專業服務，但目前狀況是不同單位，所提供的服務如偏鄉評估、診療個案，個管師追蹤、醫療轉介…等資源重複給予造成浪費,「交通建置服務網絡」與「社區專業醫療網絡」也是一大要點，地方有多個據點、日間照顧中心，並不需要只為單一單位做交通接送服務，是能概括整個社區，像是社區式照顧也缺乏專業醫療人力的投入，發生緊急問題只能 call 119，若是社區中有建置交通團隊與醫療團隊，會比讓分發經費給各單位，讓單位自行處理來的有效力，期待中央、地方整合並發展出一套屬於社區式在地照顧整合的系統。

第四，有關「政策推行中央、地方聯合宣導」的議題，礙於某些地區較偏僻、鮮少人知，若讓執行單位各自宣傳相較之下效益薄弱業不完整，建議中央、地方應聯合宣導，避免大家都各做各的、效益不彰顯，然而，也讓有需求的民眾有一個管道可尋求。

第五，有關「財務自主運作機制」，很多單位計畫礙於經費問題而停擺，人事成本高、資源成本高，而不能去實施原先計畫，政府是否能開放單位能自定收費，讓有利於長輩的身心靈能獲得更大幫助的照顧，規定每小時收費為 180 元可保護到中低收入戶，但收費 180 元可以變成中低收入戶的福利，一般戶可提高收費，讓服務計畫更為多元，能讓單位發展出更有創造性的服務。

第六，有關「簡化行政程序和核銷規範、評鑑指標」，礙於基層執行單位在人力、金錢上的不足，對於繁複的行政程序、核銷、評鑑將是造成許多負擔，建議中央、地方

可簡化這些程序，並建立一個可用的諮詢輔導平台，應可提升服務品質與績效指標呈現的更加完整。

第七，有關中央、地方如何制訂一套監督成效機制、發展創新的營運模式，

有些縣市會由縣府內的承辦單位自己當輔導員/督導員，有些縣市則是委託輔導單位(協會或基金會)來執行，但如何因地置宜的協助每個社區照顧關懷據點能更有效的推動？值得深入探討。舉例而言，是否可以明確列出中央制訂發展願景、經費投入之後希望達到甚麼成效？地方縣市如何輔導？委託單位如何輔導？各社區照顧關懷據點執行的成效評估？如何制訂一套監督成效機制或是改變過去推動社區照顧關懷據點的模式發展創新的營運模式？等等都是值得討論的議題。此外依據目前所訂定的評鑑指標，對於受服務者的需求、滿意度等是否應加強評估？或改變評估指標？並思考如何改變成效評估的方法或是工具？

第六章　社區整合照顧政策規劃

本章將延續表 3.1 所作的陳述，將表中所有項目展開為完整的政策建議，其目的在於建立一個適合老人族群，可以結合「生活照顧」與「健康照顧」的整合照顧體系。在這個體系之中，其政策價值目標非常清楚的標示為「使老人能在社區及家戶中維持獨立生活，與就近獲得所需的生活與健康照顧，而且讓這樣的生活狀態能維持多久就維持多久」。這樣的價值目標陳述，不但符合中央政府的政策目標，而且至少更為明確和容易轉換為政策量化目標。

本計畫的提出有幾個明顯的前提需要說明。

第一，為老人照顧的需要轉換現有的照顧系統，需要非常基礎性的改革工程，其出發點在於必須以老人需要作為所有思考設計的中心點，政策再據此協調老人照顧全部範圍的相關服務，而非只是單一疾病或單一狀態的需要，並且永遠將「事前主動預防」和「支持獨立生活」作為最優先項目，這樣做必須整合所有的服務，在適時適地，以合理的價格，提供老人適質適量的整合照顧。

第二，政策上漸進的和邊際的改變並不足以跟得上老人照顧需要改變的規模與速度，但是本章的政策建議並無法詳細指出，促成或阻礙這個改革的因素為何。相反的，本章的政策建議希望帶給臺灣社區服務的領導者，能夠在超越現有框架與工具的前提下，來思考如何提昇老人照顧。在這樣的前提之下，政府內部的不同單位應該如何分工，只是一個「下位計畫」而非「上位計畫」。

第三，本報告撰寫期間，適逢中央政府的長照 2.0 計畫內容正不斷改版之中，正式的政府書面計畫尚未出現，計畫內容與經費預算也未送立法部門審核，不足以稱為定案的國家政策。但即使如此，本章的內容將指出，本政策建議書與衛生福利部 2016 年 9 月 29 日公布暫行版的簡報內容，計畫精神不謀而合，而且本建議書對於核心價值目標的敘述更為精簡明確，兩者的相關性將於各節中以獨立段落加以說明。

第四，由於透過公部門所能提供的服務與財源無論如何一定有所限制，因此在進行老人照顧計畫時，慎重考量如何引進私部門的商業模式，是值得嘗試的規劃。而且由於有效率的老人照顧產業，在臺灣目前並不存在已經成熟的模式，所以老人照顧產業的商業模式，尤其是居家照顧與社區照顧的

商業模式，絕大部分屬於創新產業，也非常適合相關科系畢業得年輕創業團隊投入，因此透過市政府的青年創業政策，可以緊密結合老人照顧產業的商業模式，市政府在這方面可以發揮功能的不能被過度低估。

以工業化國家的年齡結構而言，1950 年代有 50%的人會在 65 歲之前死亡，現在這個數字已經下降到 15%以下，65 歲的預期壽命約為 20 歲，超過 85 歲者的人數在過去 30 年已經倍增。老化過程不可避免將伴隨複雜的共病、失能與虛弱，而改變所有的照顧需求，其中住院服務需求的高峰出現在 55-84 歲，門診需求高峰在 55-74 歲，社區型健康服務的需求高峰在 74 歲之後，而生活照顧的高峰則出現在 85 歲之後。

工業化國家的生活照顧與健康照顧，幾乎都未能跟上這個變化的腳步，主要醫療體系仍舊以「一次只看一個疾病」作為設計基礎(Beales & Tulloch, 2013; Roland, 2013)。與中年人的健康處理狀況相比較，處理老人一般性問題的經費極低、誘因不高、而且品質不佳(Steel et al, 2008; Melzer et al, 2012)，文獻上有充分的證據顯示年齡主義(ageism)或年齡歧視(age discrimination)到處存在，包括照顧老人時的施惠態度(petronising)和不容易接近治療(Centre for Policy on Ageing, 2009a, 2009b, 2009c)，社區支持老人維持安適、處理危機、和由急性症狀復原的中級照顧能力參差不齊而且一般都不足以因應需求(NHS Benchmarking, 2013)。

本章的政策建議由九個部分所組成，加上最後一個部分作為總體組成(以個人為中心的整合照顧)，如圖 3.1 和表 3.1 所示。但讀者必須小心各組成之間都存在緊密的連結，而且同一個老人照顧團隊也許可以涵蓋不只一個組成。舉例來說，老人隨時都與各種健康狀態共同存活，也可能死於各種健康狀態，因此第九階段中所謂「生命末期」的照顧原則，可以適用於生命的最後幾年、幾個月、或幾週，而不見得只適用於生命的最後幾天(General Medical Council, 2010)。

基於國家財政的壓力，本政策規劃有義務將現存照顧體系集中於高成本、被動反應、和以病床為基礎的老人照顧，轉變為預防性、事前主動因應、和以居家和社區為基礎的老人照顧，並同時側重於「維持安適狀態」與「反應疾病需要」兩者。讀者同時必須注意，在「老人整合照顧」的政策規劃之外，老人關注的議題也同時必須有其他政策規劃予以配合，

這些議題包括：維持居家的整潔、溫馨、並且負擔得起、維持活動力讓生命有意義、對家庭與社會有貢獻、感覺安全和維持獨立性、選擇性、可控制感、個人形象與尊嚴、避免歧視、感覺不會成為家人的負擔、並在適當範圍之內可以照顧他人(Tadd et al, 2010; Personal Social Services Research Unit, 2010; Nazroo & Matthews, 2012)。

這些議題是不同階段老年人的共同心聲，幫助老年人實現這些目標是決策者重要的使命，而老人整合照顧只是實現這些目標眾多策略中的一部分，而且它不能單獨運作。許多社區中的其他成員和夥伴也會幫助老人維持其安適與獨立的狀態，即使在健康照顧的範圍之內，焦點也逐漸透過基層醫療保健來支持「自我管理」，促使老人與其家屬有能力減少產生新的長期照顧需求，或有能力在與現存長期照顧需求的前提下可以過的更舒適(Mathers et al, 2011)，雖然我們知道這樣的社會支持在現實生活中存在的機會不多(Steel et al, 2008; Melzer et al, 2012)。

這份政策建議的主要用途，主要適用於嘗試想要進行跨部門和跨專業領域來提升老人照顧品質與整合的地方政府或地區決策者，而其主要的有效達成管道來自以下幾個方法：(1)在概念上由預防保健到生命末期走一趟「照顧之旅」；(2)尋求不同部會都可以簽署同意的總體政策視野和一些關鍵性的評估標準；(3)政策一啟動就納入老人和其照顧者重新設計照顧模式，檢視所有不同照顧組成之間的銜接、轉換、重疊、和相互依賴；(4)制定一致的個人照顧結果測量，以及對老人照顧整個體系的結果測量指標；(5)建立可以讓老人服務使用者自己評價的結果測量，以瞭解老人的主觀偏好；(6)在所有的服務項目中儘量找到最佳的服務模式，或描述「好的服務模式的大約長相」。

這樣做對於人口結構和財政負擔的衝擊都將非常深遠。而如果本章的政策建議看起來離現狀還非常遙遠，則除了有必要分期分階段制定目標之外，由全國不同社區所正在進行或準備進行的社區服務模式中，找出比較可行和績效較佳的模式，以作為其他社區學習的對象，也是延續本計畫之後就可以立即開始的工作。

第一節 健康老化與支持獨立

此階段的計畫目標在標舉「老年人應該能夠享受長期健康的生活，在家中或社區都有充分的安全感」，雖然「健康老化與支持獨立」計畫中大部分的工作項目目前就已經在執行，但本政策建議書希望強調期跨越局處科室部門的本質，希望促成市政府層級跨局處室的緊密合作，其具體的措施描述如下。

一、 以廣泛的健康決定因素處理健康和安適狀態

科學證據顯示生命晚期的健康與安適狀態，取決於整個生命歷程的健康影響因素，包括教育、貧窮、住屋、就業、生活方式、健康照顧等，所以整個生命過程的干預會對老年健康與安適狀態產生影響，有報告指出地方政府可以貢獻許多有效的措施(Buck & Gregory, 2013)敘述如下。

二、 確保老人住在適合的房屋

房屋適合與否的條件包括地點、負擔能力、大小、產權、和設施，這些因素會決定老年時個案能否住在自己的房屋中。透過新科技的引進，社區的新成屋應該要能滿足老年族群的需要，現存的房屋應該能夠改建為能夠輔助老人生活、提升其獨立性與安全性的環境。「適應與照顧」的套裝方案，可以幫助出院返家老人的恢復過程，甚至幫助老人即使在生命的終點仍舊可以住在自己家中。研究顯示讓些老人留在家中，比起住在長期照顧機構，每年可以節省至少 28,000 英鎊(LaingBuisson, 2008)。

三、 預防社會孤立和建立年齡友善社區

孤獨、社會孤立和社會排斥是老人生病與死亡的重要風險因素(Steptone et al, 2012; WHO, 2002)，與家人正面且支持性的互動對老人的安適狀態有重要貢獻，但 75 歲以上的人擁有這種互動關係的可能性最低(Hoban et al, 2013)，由於孤立與孤獨的成因非常複雜，文獻上有關於如何藉由干預避免社會孤立的證據非常有限，例如群體互動可能優於一對一互動等等的證據，但有限的證據指出有效的安干預以避免孤立與孤獨通常必須結合公共服務、志工、家人、與社區(WHO, 2008)，老人擔任志工也可以促進安適狀態與生活品質(Nazroo & Matthews, 2012)，這些措施都有許多社區案例可以遵循。

四、 因應天候變化

寒帶國家的政府通常需要特別面對嚴寒氣候下比較高的老人死亡率，並列出一些標準作業指引以為因應，特別是針對低收入與有戶外活動限制老人家戶的住屋改善、資源規劃、緊急事故等，這些規劃在亞熱帶的臺灣是否有進行規劃的必要，宜由專家學者開始進行研究。

五、 促進健康生活方式與安適狀態

世界衛生組織(WHO, 2011b)估計，60 歲以上老人超過一半的疾病負荷來自生活型態的改變(Melzer, 2013; Kenfield & Stampfer, 2013)，包括定期運動、戒菸、減少酒精攝取、健康飲食、控制肥胖等(Rizzuto et al, 2012)，運動可以促進平衡感、安適狀態、活動力、認知能力、和骨骼強度(Sherrington et al, 2008; de Vries et al, 2012; Clegg et al, 2013)，這些服務應設置在老人方便的地方。

六、 適當處理可能影響獨立性的小問題

許多老年人往往會有嚴重影響其獨立生活、安適狀態、或社會參與的「小」問題，包括足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等，而其解決措施的可近性和品質剛好差異極大(Collerton et al, 2007; Craig & Mindell, 2007; Barrett et al, 2011; Leamon, 2013; Collerton et al, 2007)，因此地方政府絕不能輕忽這些看起來好像不重要的需求，而應定期檢視其供給狀況和處理照顧過程可能的縫隙。例如簡單的房屋修繕、家具調整、其他實際的支持都能幫助其保持獨立性(Allen & Glasby, 2010)，事前主動儘早發現問題、運用結構性的評估工具、量身定制的干預措施等都極有幫助(Melis et al, 2008)。

七、 疫苗接種

流感疫苗可以挽救老人生命，世界衛生組織(WHO, 2009)對老人流感疫苗解種率的標準是 75%，然而連工業化國家的績效都遠低於這個數字，肺炎疫苗是另一個重要的目標，工業國家老人的接種率大約 75%，地方政府應該注意其接種過程需符合國家與國際的指引標準。

八、 國家篩查計畫

目前的證據顯示有效請英列為優先的篩檢計畫為乳房

篩檢(Independet Breast Screening Review, 2012)和大腸篩檢(Hweitson et al, 2007)，而當務之急是努力讓篩減結果為高風險的人接受進一步的檢查或治療。前列腺篩檢的效益尚未明確，50-69 歲男性前列腺特異性抗原(prostate specific antigen, PSA)檢測、65-74 歲男性腹部主動脈瘤的篩查則剛剛起步。

九、 與長照 2.0 政策的聯結

長照 2.0 政策的計畫目標 3 提及「銜接前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」，實施策略 1 提及「建立以使用者為中心的服務體系」，實施策略 4 提及「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 9 提及「增強地方政府發展資源之能量」。

上述長照 2.0 政策的計畫內容與本節的建議內容可以完全銜接，但相對於本計畫至少存在兩個弱點。第一，長照 2.0 計畫目標中現有價值目標(goal)的描述方式要如何轉換為量化目標(objective)有相當困難；第二，長照 2.0 無法詳實說明那一個策略對應到那一個目標，而且這些策略的說明方式尚未構成可以操作的內容，影響計畫實質理性(substantial rationality)原則對「策略必須聯結目標」的要求。相反的，本政策建議對於目標與策略的聯結會非常清晰且具體。

本研究報告在本節的政策建議內容比長照 2.0 現有版本更為具體、明確、和可操作，陳述方式依據健康依賴等級分類，而且所有內容皆明確對應到本計畫書的總體政策價值目標「使老人能在社區及家戶中維持獨立生活，與就近獲得所需的生活與健康照顧，而且讓這樣的生活狀態能維持多久就維持多久」，以及符合本健康依賴階段照顧的價值目標「老年人應該能夠享受長期健康的生活，在家中或社區都有充分的安全感」。

本計畫所提出政策建議書的第一階段「健康老化與支持獨立」的內容，其計畫目標的達成與策略操作，主要集中於社政、衛政、勞工、和建設四個部門，但與其他市府部門也有密切的相關。本第一階段的計畫內容於市政府各局處室的分工可以摘要於表 6.1 中。表 6.1 中所呈現的內容，市政府個局處室可以就個別方格中的單項業務，單獨發展為一個比較複雜的整體計畫；也可以就數個方格中的

單項業務，加總統整後再發展為一個比較整合性的計畫，這部份屬於管理計畫(management planning)或操作計畫(operational planning)的範圍，基於時間與篇幅皆無法在本研究報告中呈現，本計畫架構主要在呈現政策計畫(policy planning)或方案計畫(programme planning)的內容，兩者的層級並不相同。

	市政府部門分類								
整合照顧	社政	衛政	民政	建設	交通	勞工	教育	文化	研考
處理健康影響因素	改善貧窮與其他弱勢狀況	基層醫療保健衛生教育	提供所需家戶人口資料	評估改善居家建築狀況	年齡友善交通設置	中年老人就業補助	推動健康生活方式	舉辦老年跨代文化活動	資訊部門整合提供訊息
安適住屋	辨識與回報住屋和個案			設計法規研擬修繕措施	居家經常活動場所連結				資訊部門整合提供訊息
預防孤立年齡友善	增加社會網絡連結志工參與	推動世衛組織年齡友善	提供所需家戶人口資料		家經常活動場所連結	兼任工作就業補助	敬老尊老教育融入	舉辦老年跨代文化活動	資訊部門整合提供訊息
處理酷熱嚴寒其他天災	辨識與回報住屋和個案	處理衍生緊急健康問題	鄰里系統啟動整合機制	設計法規研擬修繕措施					
促進健康生活型態	體能促進活動	體能促進活動健康教育		設立社區於老人便處所	家經常活動場所連結		不同年齡基礎衛生教育	增強認知安適能力活動	資訊部門整合提供訊息
處理小毛病維持獨立	發現與轉介病患	地方部門迅速處理問題		房屋修繕與家具調整等	家經常活動場所連結	鼓勵民接創業協助就醫			鼓勵民接創業協助就醫
疫苗接種		流感與肺癌疫苗接種	提供所需家戶人口資料		家經常活動場所連結		基礎衛生教育		
國家篩檢計畫		高風險老人各項篩檢			家經常活動場所連結		基礎衛生教育		

表 6.1 健康老化與支持獨立

第二節 控制單純長期狀態

此階段的計畫目標在「使帶有單純或穩定長期狀態的老人可以過安適的生活，避免不必要的併發症和急性危機」。有效管理老人長期狀況的基本原則其實可以適用於所有年齡層，只要針對目標人口的風險進行分類，就可以引導出個人化的支持設計，隨著風險與複雜度的增加，其範圍由促進健康與生活安適、藉此可以支持自我照顧或分享照顧，到特定的疾病管理、照顧整合方法、個案管理的個人化支持(Roland & Abel, 2012; Goodwin et al, 2010)，其具體措施描述如下。

一、 提供連續性和整合性的照顧

從 2014 年 10 月起全英國在家庭醫師制度的合約中，將 75 歲以上具有複雜和多重狀態的民眾，每一個都交由一位指定的家庭醫師來照顧，這種醫病之間連續性的關係對於提供「以病人為中心」和「跨專業整合」的照顧非常重

要(Roland, 2013; Haggerty, 2012)，這也是病患和家屬一直不斷非常強調的(Ellins et al, 2012; Mangin et al, 2012)。

二、 使用人口的風險分層(risk stratification)

為了幫助中老年人辨識其風險，政府應鼓勵所有 50-74 歲的民眾做年度健康檢查。儘管公共衛生專業極力為年度健檢政策辯護，許多創新政策不能一直等待研究證據到位之後才啟動(Goodyear-Smith, 2013)，但年度健檢對於降低死亡率的證據仍舊非常有限(KrogsbØll et al, 2012)，也有研究顯示年度健檢可以讓健康者繼續維持健康(Iliffe, 2013)。有些服務的提供者會積極主動替 75 歲的長者做健康篩檢，許多專業上的判斷認為年度篩檢值得進行(Clark et al, 2013)，雖然其成本效果的證據尚未確定。

正因為如此，所以有人主張具有明確目標的由高風險族群中尋找個案，顯然會比較有效果，所以可以利用健康照顧和社會照顧的資料庫，以有效的風險分層方法來進行(Nuffield Trust, 2011; Prudy, 2010)。然而這些工具需與明確的證據基礎做連結，才能為每個風險層級中的個案量身設計介入方案，並辨識個案未被滿足的特定需要。

三、 整合在地團隊提供個案管理

社區個案管理的定義是「有目標性的、以社區為基礎的、和積極主動的照顧，包括發現個案、個案評估、和照顧計畫」(Ross et al, 2011)。個案管理作為整個整合照顧計畫的一環最能發揮其功效，包括容易接近基層醫療保健服務、支持健康促進與初級預防、協調以社區為基礎的身體復健(rehabilitation)與能力復健(re-ablement)(Ross et al, 2011; Goodwin et al, 2012)。

四、 讓老人和家屬參與自己的照顧

做好長期健康管理的關鍵，是確定所提供的服務和支持能夠反映個案的狀況及偏好(Coulter et al, 2013)，這個構想在臺灣必須創造出一個新的照顧模式，就是為每個個案安排一位照顧協調者(care co-ordinator)，以事先約診方式，安排老人與家屬共同研擬照顧計畫(Coulter et al, 2013)，這對於有多重長期健康狀況的老年人特別重要，每次僅針對一種慢性狀況進行介入照顧，對個別病患而言可能造成整體上非常混亂的照顧安排。

五、 個人照顧預算和直接支付

就保險學而言這是以「現金給付」取代「實物給付」的概念。「個人照顧預算」在臺灣曾經討論但尚未被全面接受，因為臺灣無論是健康照顧或生活照顧，都是以「服務量」而非「人頭」的概念支付金錢。地方政府可以確保老人及其照顧者可以有「個人照顧預算和直接支付」的選項，以確保某些超出原本給付範圍但非常需要的照顧或支持項目。大多數個人預算的使用者指出，個人照顧預算對他們生活的許多層面都有正面的影響，包括有尊嚴和尊重的支持、維持獨立性、容易掌握支持來源、維持自己與有償照顧者和家人的關係、改善身體功能、個人安全、和接近照顧的機會(Hatton & Waters, 2011)。「以現金代替服務」對於有複雜需要的老人而言效益比較不明顯，但對失能或有心理健康問題的年輕人而言效益比較明顯(Glendinning et al, 2008; Moran et al, 2013)，可能是因為老人家嘗試尋求整合照顧的不確定和焦慮感，會抵消掉其可能的效益，因此各國政府都必須注意到，個人照顧預算在操作良好的前提下，可能成為老年人最需要的支持類型。

六、 遠距健康服務(Telehealth)

遠距健康服務對長期健康影響的現有證據正反兩面都有。最正面的證據指出遠距健康服務對於特定的老人狀況可能具有效果，例如心飢衰竭、糖尿病或慢性肺病(Davies & Newman, 2011)，遠距健康服務對於偏遠和農村地區照顧也有重要功能，目前的實證資料比較集中於照顧協同人員(co-ordinator)與社區虛擬病房(virtual ward)的效果(Goodwin et al, 2013)，以及以家戶為基礎的介入措施可以如何幫助老人可以維持居家的獨立性與自主性功能(National Housing Federation, 2012)。然而並沒有強而有力的證據證顯示距健康服務可以降低住院費用(Steventon et al, 2012)、提升照顧的成本效果(Henderson et al, 2013)、或顯著提升生活品質(Cartwright et al, 2013)。工業化國家目前遇到的普遍問題，包括臺灣在內，通常是遠距健康產業與健康照顧服務，兩方面要如何協調合作的模式目前尚未完全成熟(Barlow et al, 2012)。

七、 提供家屬和志願照顧者支持及教育

工業國家與跨國組織都逐漸認知到，要維持老人獨立性與生活福祉的重要策略之一，就是透過公共力量來支持

非正式的照顧者，此一策略在政策排序上並具有其優先性(WHO, 2012)。各地區層級在健康照顧、生活照顧、心理健康、和地方政府的領導者、以及非政府組織的夥伴成員，都應該審慎瞭解老人照顧者的需要，包括同儕支持、教育、訓練、提供充分訊息、喘息服務等，將這些需要項目納入所有健康和福祉計畫之中，將這些人現有的照顧內容與國家策略相互對照，來支持這些現有的老人照顧者。

八、 確保老人與年輕人在相同狀況下得到相同照顧和支持

年齡有時是提供歧視性照顧的一個正當因素，例如評估某些藥物副作用如何在風險與效益之間求取平衡時，老人就是明顯處於弱勢的族群，對於老人的自我管理和心理治療的效益評估方面，也有充分證據顯示對具有長期狀況的老人極度不公平(Centre for Policy on Ageing, 2009a, 2009b, 2009c)。地方政府在提供老人照顧時應當要注意此點，以免老人處於不利的地位。

九、 改善對於老化常見問題的照顧與治療

在本節的第一段中曾提及，老人可以接近輕微狀況的治療機會比較少而且不穩定，對於老人比較長期也比較嚴重狀況的治療機會也面臨相同的情況(Steel et al, 2008; Melzer et al, 2012)，這些身體狀況包括骨關節炎，心飢梗塞、慢性呼吸道疾病、和非胰島素依賴型糖尿病，儘管國家級的疾病治療指引對於這些疾病治療都有清楚明確的敘述，但臨床監控數據和其他研究均顯示，老人所獲得的服務質量均與臨床指引有顯具的落差(Melzer et al, 2012)。地方政府同樣必須針對這些問題保持僅絕隨時進行評估和管理。

十、 與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「發揮社區民主精神…在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔」，計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務，普及照顧服務體系」，計畫目標 3「銜接前端…減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」，實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 6「提高服務補助效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 8「強化照顧管理

資料庫系統」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

本節所列的業務範圍很明顯的集中在衛生行政部門對於基層醫療體系的整合監督，社會行政部門相對角色責任比較輕微。基層醫療體系的整合基礎，在於以 2003 年試辦至今，大約容納 30%基層醫師的醫療群作為基礎團隊，透過健保署新推出的「居家醫療」引進居家醫療團隊，做為社區醫療基礎，但需注意社區中居家照顧的「生活照顧」部分，「居家醫療」的概念完全無法涵蓋。

社區與居家「生活照顧」的部份由於政府的資源有限，引進並鼓勵民間創業團隊中以「整合照顧」作為創業核心價值的工作伙伴，會是本計畫成敗的核心要素。此部份需要由社政、衛政、勞工、研考四個部門充分合作，爭取中央競爭型經費，仿照臺北市政府的創業計畫補助，但僅針對老人照顧業務並降低資本額補助門檻的相關規定，讓私部門的創意與活力得以發揮，再由市政府資訊部門研擬公私部門研擬整合平台的建置或連結。

表 6.2 控制單純長期狀態」跨部門政策建議摘要

整合照顧	市政府部門分類			
	社政	衛政	勞工	研考
提供連續性與整合性照顧	積極反應老人整合照顧需求	推動家庭醫師計畫老人優先	鼓勵老人照顧創業團隊	鼓勵老人照顧創業團隊
使用人口風險分層	建立與分析社會照顧資料庫	建立與分析健康照顧資料庫		
在地團隊提供個案管理	研擬社區個案管理計畫	研擬社區個案管理計畫	鼓勵老人照顧創業團隊	整合政府民間資通平台
老人與家屬參與照顧計畫	補助個案照顧協調者計畫	補助個案照顧協調者計畫	鼓勵民間創業團隊個案協調	鼓勵民間創業團隊個案協調
個人照顧預算直接支付	規劃現金給付制度	規劃現金給付制度		
遠距健康服務		以證據基礎研擬試辦計畫		
教育家屬與志願照顧者	非正式照顧者教育支持方案	非正式照顧者教育支持方案		
確保老人獲得相同服務	老人生活服務監控研究	老人健康服務監控研究		
改善老人常見問題照顧	研擬常見疾病生活照顧指引	研擬老人常見疾病照顧指引		

第三節 與複雜共病一起生活

此階段的計畫目標在「使生活照顧與健康照顧足以支持帶有複雜多重共病的老人，包括虛弱與失智，儘可能維持其安適與獨立的生活，並避免繼續惡化和產生併發症」。

一、 認知虛弱的重要性

管理虛弱病人是當代健康服務與社會服務的一個關鍵問題，但許多社區可用策略卻經常受到忽視(Clegg et al, 2013)。臨床上虛弱老人身體的可用儲備功能較低，因此即使發生微小的疾病也可能突然導致災難性的功能下降，例如導致老人跌倒、無法移動、突然的認知混淆、或非特異性的恢復遲緩(包括體重減輕、失去胃口、營養不良、身體活動降低等，並通常伴隨脫水、憂鬱、免疫功能下降、和

低膽固醇) (Clegg et al, 2013)。所以辨識誰是虛弱老人並提供支持，這件事本身就非常重要，而不是虛弱所導致的其他身體狀態出現之後才開始變得重要。

「虛弱」(frailty)常見的臨床表現包括以下幾種。第一，非特異症狀：過度疲勞、不明原因的體重減輕、頻繁的感染。第二，跌倒：平衡不穩和步態障礙是虛弱的主要特徵之一，也是導致跌倒的主要因素。突發性跌倒(hot fall)通常是因為輕微疾病影響到維持姿勢平衡所需的步態健全低於所需閾值，自發性跌倒(spntenous fall)則發生在比較嚴重的虛弱者身上，當與維生相關的姿勢體位系統(視覺、平衡、強度)在現有環境中不再符合安全導航功能時，自發性的跌倒會重複發生，而且通常會因為伴隨「害怕跌倒」的心理反應，導致個案下一個發展階段產生嚴重的行動力損傷。第三，譫妄(delirium)：瞻妄有時稱為急性認知混淆(acute confusion)，其特點是發病快速，時好時壞的認知混淆和知覺損傷。譫妄和大腦功能退化有密切相關，約30%的住院老人會有譫妄症狀，長期照顧機構的住民約為15%。第四，時好時壞的失能(fluctuating disability)：這種變動性失能狀況每天都可能不穩定，導致患者無論處在「好」的狀況和「不好」的狀況下，都會需要專業的照顧。

二、 使用虛弱風險評估來尋求個案

一份電子化虛弱指數(Electronic Frailty Index)可以作為快速的評估工具，在沒有這份評估工具的前提下，透過傳統風險評估工具診斷出來，或一位出現問題自行進入照顧體系尋求幫助的老人，均顯示虛弱的評估都需要先經過最初期的篩檢，再加上周延性老人醫學評估(Clegg et al, 2013)。虛弱的評估也有電話訪問版本(Gloth et al, 1999)和面訪版本(Rolfson et al, 2006)可以使用。但任何的個案尋求系統都必須連結到有評估和支援功能的系統，包括個案管理、照顧協調員、接近快速支援、復健、以及對照顧者的支援。臨床上也有一些虛弱的擬似指標(proxies)，例如足不出戶、反復跌倒、或由他人才會得知的「近期發生的行動遲緩」，透過這些觀察可以讓照顧供給單位提高警覺，提供初步評估。另一個又快速又好用的評估方法是「走三公尺所需的時間」，移動速度低於每秒 0.8 公尺代表虛弱的程度增加 32% (Castell et al, 2013)。臨

床虛弱級別的詳細分類則有其他工具可以使用(Rockwood et al, 2005)。

三、 以周延性老人醫學評估來診斷和追蹤虛弱老人

周延性老人醫學評估(comprehensive geriatric assessment, CGA)是一種跨專業的診斷過程，描述虛弱老人個案的醫療、心理、和功能上的能力，以保持一個具有協調性和整合性的長期治療與追蹤計畫(Stuck et al, 2002)。其內容包括：(一)醫學評估：問題清單、共病與疾病嚴重度、病史回顧、營養狀況；(二)功能評估：日常生活基本活動(DAL)、日常生活工具性活動(IADL)、活動或運動狀況、步態與平衡；(三)心理評估：精神狀況(認知)檢驗、情緒或憂鬱檢驗；(四)社會評估：訊息支援需要與財產；(五)環境評估：可用的照顧資源與財務評估、居家安全、交通與遠距健康(Ellis et al, 2011)。

四、 鼓勵虛弱老人增加運動

鼓勵虛弱老人多做運動可以改善虛弱本身和身體功能(de Vries et al, 2012; Theou et al, 2011; Celgg et al, 2012; Sherrigton et al, 2008)，老年人比較可能參加以「活動」而非以「運動」為名的項目，且活動主要聚焦在「福祉」或「獨立性」為名的項目，而不是以「預防跌倒」或其他不良事件為名的項目，並有專業人員支持和包含集體元素的活動(Yardley et al, 2007)。運動計畫可以由任職於當地政府、志願團體、休閒或居家部門的非臨床人員，經過視當的訓練之後來主導活動安排，這樣在經費上可以相對節省。

五、 預防跌倒

世界衛生組織(WHO, 2012)歐洲總部已經把預防跌倒視為面對人口老化的重要策略，老年人口中跌倒是造成住院的首要原因，也常造成長者突發性的入住長期照顧機構，並可能會造成傷害進而導致衰弱、失去自信心和獨立性。隨著年齡和虛弱人口增加，跌倒會越來越普遍(NICE, 2013a; Camereon et al, 2010)，大量證據可以做為預防跌倒的措施提供基礎，這些措施聚焦於避免跌倒的危險因素，例如姿勢不穩、肌肉無力、視力損害、居家的危險和「危險性」藥物(NICE, 2013a)。

六、 提供失智症患者良好照顧

失智症由於影響人數眾多因此成為特別重要的議題，而且預計在未來的 20 年失智人數會倍增(House of Lords, 2013)。地方政府的領導者必須針對失智症的診斷、照顧和支持提出明確的計畫，並監控整個過程是否遵循國家指導方。這個計畫的主要議題包括：(一)當健康狀況開始會造成生活限制問題時，為失智症患者及其照顧者提供早期正確的診斷以及充分資訊和支持;(二)確保失智症的診斷率，以及確診之後到位的服務，包括老人精神醫學專科服務；(三)減少抗精神病的處方藥物；(四)提供失智病患照顧者的教育訓練，尤其是如何支持失智者以及如何尋求照顧系統。

七、 減少不當多重用藥

有多重狀況的老人較有可能使用多種藥物，超過 70 歲的人有約 20%使用至少 5 種藥物，其中 16%的人使用 10 種以上(Milton & Jackson, 2007; Planton & Edlund, 2010; Duerden et al, 2013)。雖然有些情況是合理的，但擔憂來自老人常常因為診斷出次臨床疾病而「醫療化」，服用風險大過效益的藥物(Heath, 2010)。老化不只會導致藥物動力學(藥效和藥物代謝)改變，也會增加藥物禁忌的複雜程度，增加藥物彼此之間和藥物與疾病之間的交互作用(Duerden et al, 2013)，例如某些藥物容易使虛弱老人產生急性譫妄(Young & Inouye, 2007; NICE, 2010)。

臨床醫師在開立處方時必須周延老量藥物、老齡化及疾病之間的交互作用，和老人遵從用藥指示的能力，同時還要優先考慮老人自己對治療目標的優先順序(Duerden et al, 2013)，這些複雜的臨床決策現在已經有一些工具可以協助(Manyemba & Jackson, 2012; Duerden et al, 2013)，加上事前主動的常規檢查與藥物調整都可能有效果，對目前的證據對於醫師調整用藥的效果並不明確。目前可以用的方法是有系統蒐集老人多重用藥資料，將反覆檢討用藥物的效益列入基層醫療處方系統，並利用轉診至醫院的時機來檢驗和調整處方用藥。

八、 與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「發揮社區民主精神…在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔」，計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務，普及照顧服務體系」，計畫目標 3「銜

接前端…減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」，實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 6「提高服務補助效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 8「強化照顧管理資料庫系統」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

本節所列的業務範圍明顯集中於衛政與社政的聯合計畫，基層醫療團隊和民間創業團隊深入家戶與社區的角色也愈來愈重要，部分業務則與建設部門有關，尤其是活動場地與廣泛性防跌設施的基礎建設計畫，這些計畫均與爭取中央政府競爭型計畫經費有密切關連。「與複雜共病一起生活」跨部門政策建議摘要如表 6.3 所示。

表 6.3 「與複雜共病一起生活」跨部門政策建議摘要

	市政府部門分類				
整合照顧	社政	衛政	勞工	研考	建設
認知虛弱的重要性	對民眾與專業人員教育宣導	對民眾與專業人員教育宣導	老人照顧創業團隊深入家戶	老人照顧創業團隊深入家戶	
使用虛弱風險評估尋求個案	爭取中央經費普及篩檢	爭取中央經費普及篩檢	創業團隊結合基層醫療執行	創業團隊結合基層醫療執行	
以周延評估診斷追蹤虛弱者	爭取經費普及跨專業篩檢	爭取經費普及跨專業篩檢	創業團隊結合基層醫療執行	創業團隊結合基層醫療執行	
鼓勵虛弱老人增加運動	爭取中央經費普及老人活動	爭取中央經費普及老人活動	鼓勵民間創業團隊列入服務	鼓勵民間創業團隊列入服務	提升社區活動設施
預防跌倒		跌倒危險因素診斷計畫	鼓勵民間創業團隊列入服務	鼓勵民間創業團隊列入服務	居家社區防跌軟硬體計畫
提供失智症患者良好照顧	爭取中央經費規劃失智照顧	爭取中央經費規劃失智照顧	鼓勵民間創業團隊列入服務	鼓勵民間創業團隊列入服務	
減少不適當的多重用藥		爭取經費由藥業做專業規劃	創業團隊結合社區藥局執行	創業團隊結合社區藥局執行	

第四節 危急時在居家附近獲得快速支持

此階段的計畫目標在「當老人的健康或獨立性迅速惡化時，他們應該能迅速接近緊急照顧，包括接近醫院服務等其他有效措施」，其具體措施描述如下。

一、 提升基層醫療的連續性

在某些實施家庭醫師制度的工業國家有高達 95%的緊急照顧是由基層醫療提供(British Geriatrics Society, 2012b)，基層醫療的連續性可以減少老人急性住院的機會(Goodwin et al, 2013)，但針對非預期住院的研究似乎不支持這種說法(Purdy et al, 2012)。儘管如此，老人及其家屬高度肯定照顧的連續性、熟悉的臨床人員、和協調性的照顧，而非連續性且支離破碎的照顧則會損害照顧品質並且降低病人滿意度(Roland, 2013; Ellins et al, 2012; Haggerty, 2012; Ross et al, 2011)。因此英國的家庭醫師制度近年來，企圖讓每一位老人都有指定的家庭醫師來處理老人複雜的需要，而這些需求過去都是透過轉診才能獲得部分滿足，因為醫院的專業分科又會進一步破壞整合照顧的基本精神。臺灣尚未建立家庭醫師制度，老人照顧連續性的維持更難達成。

二、 緊急接近基層醫療

基層診所並非 24 小時看診，要在緊急時可以接近基層醫療並非易事，但即時接近基層醫療對老人卻很迫切。地方政府的領導者應該要監控當地緊急基層醫療的有效性和一致性，並且定期監控虛弱老人的住院與急診狀況，以預防可避免住院為目標重新設計服務內容。非上班時間的照顧對於退化風險高的老人最為需要，而這些老人必須藉由之前個案發現與風險分級的預防措施來偵測辨識，並且必須配合足夠的家庭支持服務。可使用和可分享的單一紀錄可以提升非上班時間的臨床決策品質，這樣的服務或病歷紀錄在臺灣尚未存在。目前的服務模式必須改變以滿足具有複雜需要的老人,他們的狀況可能在任何時間迅速惡化，需要瞭解其個別狀況的開業醫師提供有效和迅速的支持。

三、 提供緊急且協調的生活照顧

社會工作的專業和能力是跨專業介入的重要元素，例如快速回應病患需求、危機應變團隊、和居家照顧服務。在基層醫療中社會工作專業也應該要能提供上班時間以外

的服務，以穩定病情並提供整合性照顧計畫，以避免臨床上不必要的住院和入住長期照顧機構。建議的標準為一週七天每天 24 小時的單一接近窗口，包括在 2 小時(隔夜則為 14 小時)之內提供跨專業回應。除非需要繼續住院治療，否則應該提供老人一週七天每天 24 小時的出院服務。需要到位的生活照顧服務包括:社會工作評估、居家照顧、配置所需設施、和遠距照顧服務。

四、 確保救護車與其他服務分享照顧策略

如果將救護車人員納入整合照顧臨床路徑的一環，對於讓老人可以盡量留在家中的照顧目標而言，救護車人員就可以發揮重要的作用。讓救護車人員接受進階的醫學半專業訓練，使他們能夠對病人提供初步管理並穩定各種狀況，這些足以嚴重影響住院次數、住院人日、和病人滿意度(Mason et al, 2007)。與當地急性醫療供給者和社區服務者分享照顧計畫，可以大幅減少老人因為跌倒或急性不適必須救護車送醫的頻率(Logan et al, 2010)。地方政府應該要與救護車組織訂定共同照顧計畫，使老年人能夠盡量留在家中。救護車組織則應該檢視他們自己的治理以減少防禦性處置，並確保醫護人員獲得足夠的訓練和支持，以幫助老人持續留在家中。

五、 預防住院的「居家醫院」(Hospital at Home)服務

由衛生與社工專業研擬居家老人的照顧計畫，讓某些原本只能在急性醫院病房提供的服務，可以搬到老人的居家中來提供。證據顯示「居家醫院」服務提升病人和照顧者的滿意程度、降低死亡率和再住院率(Shepperd et al, 2008; Caplan et al, 2012)。地方政府領導者應該考慮為有長期或複雜需要(包括失智症)的老年人建立「居家醫院」的服務，例如肺炎、蜂窩性組織炎和慢性阻塞性肺病均可適用。

六、 使用虛擬或社區病房

虛擬病房的組成很多樣化，但主要的原則是「提供整合健康和生活照顧的服務，給可能住院高風險老人」。證據顯示使用虛擬病房具有較高滿意度，打急救電話的頻率較低(Ranking, 2010; Chenore et al, 2013; Bardsley et al, 2013)。在很多已經實施虛擬病房的地區，基層醫療人員均對其結果印象深刻並持續提供資金。另有證據顯示虛擬病

房並未降低醫院病床利用成本(Lewis et al, 2013)，，雖然它會降低某些特定醫療活動的數量。所以地方政府發展虛擬和社區病房的淵因，是因為它可以滿足地區病人的需要，並提供更靠近居家的照顧機制給高風險老人，而不是為了要節省費用(Lewis et al, 2013)。如果住院上有任何費用減少也都只是中等程度的，而除非其他急性照顧同時減少，否則單純的住院次數減少並不會減少總體的醫療成本，虛擬病房的病人雖然未佔用醫院病床，但其他病人仍會使用這些病床。相同的推論也一併適用於「居家醫院」計畫。

七、 為高風險老人提供遠距照顧(Telecare)

許多科技例如跌倒警示和其他設備，能夠監控老人在家的生命徵候，或老人是否在安全區域內活動，也有些證據顯示其效益(Steventon & Bardsley, 2011)。遠距照顧能讓照顧者和親屬更安心，進而減少健康照顧和生活照顧的需求，但是這個效益的證據目前還很模糊(Davies & Newman, 2011)。遠距照顧科技最可能發揮效果的情境，是讓它成為以社區為基礎之整合照顧計畫的一環，而非單獨使用遠距照顧。地方政府領導者因此應該考慮，對於住進醫院或長期機構具有風險的老人，將遠距照顧做為整合照顧的策略之一，但仍須同時保留其他原本可以使用的其他服務。

八、 出院評估模型

當老人被送到急診室或急救中心時，檢測那些人在適當的支持下就可以出院直接回家，並在家裡完成持續的評估是很重要的。這個方法採用了「出院評估」(discharge to assess)和「入院決定」(dicide to admit)的原則。急性醫療團隊的任務是確保病患需求經過評估、所有急性疾病都已控制和適當治療、同時確定病人接續的照顧和協助需要、然後直接交由能夠到病人家中完成評估並安排服務的專業社區團隊。證據顯示「出院評估模型」可以減少住院率、佔床率、和提高 24 小時內出院率(Fox et al, 2013)。有效的出院評估模型需要在病人一開始進急診時就有及時專業的評估，並具備足夠的能力提供接下來的評估和居家協助。

九、 快速接近門診服務

為有長期健康狀況的人提供更好的早期照顧，包括迅速獲得醫院專科醫師和一般開業醫師的諮詢(Tian et al, 2012; Staples, 2012; Purdy et al, 2012)。對於具有複雜需求和其身體健康退化的老人，無論是使用急性醫院還是社區診所的門診諮詢中，都可以預防其住院或繼續留滯醫院，藉以支持老人可以留在自己家中(de Silva, 2013)。地方政府的領導者應檢視目前醫院門診病人的服務情況，並為老人快速門診服務創造更多空間，讓老人可以獲得一系列的診斷和跨專業的技術。當地的基層醫療、生活照顧、和急診人員都需要熟悉這些門診服務，以提供有效的單一諮詢窗口。

十、 運用社區或界面老年醫學

工業國家對於社區老人醫學和「界面」老人醫學的角色愈來愈關注，這些醫師的服務聚焦於從急性醫院前門回到社區的老人患者。社區老人醫學的角色多元但基本上包括對長期照顧機構住民和地方整合團隊提供支持，提供以社區為基礎的老人門診諮詢。這些角色的創立提供了很好的例子，來說明如何在接近病人的居家附近提供更具反應性的專科諮詢，藉此減少住院次數和增加當日出院人數(Fox et al, 2013)。

十一、與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「發揮社區民主精神…在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔」，計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務，普及照顧服務體系」，計畫目標 3「銜接前端…減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」，實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 6「提高服務補助效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 8「強化照顧管理資料庫系統」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

本節所列的業務範圍明顯集中於衛政與社政的聯合計畫，基層醫療團隊和民間創業團隊深入家戶與社區的角色也愈來愈重要，這些計畫均與爭取中央政府競爭型計畫經費有密切關連。「危急時在居家附近獲得快速支持」跨部門政策建議摘要如表 6.4 所示。

表 6.4 危急時在居家附近獲得快速支持」跨部門政策建議摘要

整合照顧	市政府部門分類			
	社政	衛政	勞工	研考
提升基層醫療的連續性	積極反應老人整合照顧需求	推動家庭醫師計畫老人優先	鼓勵老人照顧團隊協助就醫	建立公私部門整合資通平台
緊急接近基層醫療		配合健保經費建立地方特色	鼓勵老人照顧團隊建立訊息	建立分享照顧資訊整合平台
提供緊急且協調的生活照顧	整合基層醫療與社工的計畫		鼓勵老人照顧創業團隊	建立迅速方便資訊平台服務
救護車分享照顧策略		救護車配置 Wifi 遠端傳輸		
預防住院的「居家醫院」	研擬居家老人照顧計畫	研擬居家老人照顧計畫	鼓勵老人照顧創業團隊接續	鼓勵老人照顧創業團隊接續
使用虛擬或社區病房		家戶社區虛擬病房建置計畫	鼓勵老人照顧創業團隊接續	鼓勵老人照顧創業團隊接續
為高風險老人提供遠距照顧		以證據為基礎逐步建置	鼓勵老人照顧創業團隊接續	鼓勵老人照顧創業團隊接續
出院評估模型	出院老人進行社區資源評估	出院老人進行社區資源評估	鼓勵老人照顧創業團隊接續	鼓勵老人照顧創業團隊接續
快速接近門診服務	監控老人獲得專業門診時間	監控老人獲得專業門診時間	鼓勵老人照顧創業團隊接續	鼓勵老人照顧創業團隊接續
運用社區或界面老年醫學	配合衛生部門提供必要協助	社區老人醫學培訓設置制度	鼓勵老人照顧創業團隊接續	鼓勵老人照顧創業團隊接續

第五節 良好的急性醫院照顧

此階段的目標在「急性醫院照顧必須滿足有複雜共病、虛弱和失智老年患者的需要，有適當的專科醫師投入、降低傷害和病房移轉、提供以病人為中心的貼心照顧」，其具體的措施描述如下。

一、 應用周延性老人醫學評估

老人進入醫院的症狀表現通常不具特異性,例如跌倒、無法行動、神智不清、無法應對等等。這些老人不該被貼上社會因素住院(social admission)、社會心理失調(acopic)、不良於行(off legs)的標籤(Oliver, 2008; Kee & Rippingale, 2009)。明確的證據顯示周延和跨科別的老人評估，可以提高老住院期間的存活率和延緩居家期間的認知功能退化(Ellis et al, 2011)。老人入院後應盡快由跨科系團隊中的資深技術人員,提供周延性老人醫學評估，鑒別出可以改善的醫療健康問題、設定復健的目標、設計出院準備計畫、和出院後所需的支持計畫。

二、 聚焦於有虛弱症狀的老年病人

所有急性醫院都應該於把自己醫院評估和處理虛弱老人的標準，和各該國老人醫學會的治療指引進行比較(British Geriatrics Society, 2012b)。醫療體系應該能辨識誰是虛弱老人以提供具有證據基礎的照顧,例如傷口、跌倒、行動困難、出院計畫、社區支持和安寧照顧計畫。這些計畫背後需要充分教育與照顧虛弱相關的臨床人員，確保其適當的照顧老人臨床技能訓練、照顧老年人的專業人士訓練、並參與常規性的臨床監控。許多國家積極研發新的檢查表來快速辨識虛弱的入院老人，確立目標介入措施，提高品質和最小化住院傷害(British Geriatrics Society 2013c)。

三、 建置老人醫學專科與病房

證據顯示急性老人專科病房可以提供更高品質的照顧，縮短住院天數但成本更低(Baztan et al, 2009; Gonzalez-Montalvo, et al 2010; Ellis, et al 2011)。最能夠發揮周延性老人醫學評估效果的團隊，是在一個以諮詢為主導的專業病房中，由一群跨專科的住院醫師所組成(Ellis, et al 2011)，這樣的描述已經具體勾勒出老人醫學專科病房的具體樣貌。舉例來說，處理中風的專科持

續展現他們拯救生命和提升成效的能力(Chan et al, 2013)，然而更精確的服務模型將會改變，所有的急性醫院都應該要考慮設立急性醫療單位或空間，來評估或處理虛弱老人的問題，讓他們可以加快出院速度(British Geriatrics Society, 2012b)。英國有一家醫院 Poole Hospital 從 2010 年開始設置一個 48 小時之內周轉的急性單位來評估和處理虛弱老人，讓兩天內出院的比率從 20%增加到 36%，並減少了 22%的每月佔床人日(Richards et al, 2013)。服務的領導者應該要考慮醫院是否有足夠的專科病床可以照顧虛弱且需求複雜的老人,以及是否有足夠的老人醫學專科醫師，具有相關專科訓練的護理師和相關的輔助人力，才能為老人提供專業的照顧和評估。

四、 聯繫其他醫療專科針對虛弱老年病人提供到位服務

基於現代醫院的疾病種類，即使某家醫院已經設置有大型的老人醫學專科病房，在這家醫院中很有可能仍有大量的老年病人充斥在整個醫院不同科別的病房之中，因此一個能夠讓全院老人進行評估與連結(older persons' assessment and liaison, OPAL)能夠機動到位的團隊，可以用來提供專業建議、追蹤、和統合老人在醫院治療的整個過程。OPAL 模型在 St Thomas' 醫院(Harari et al, 2007)和 Charing Cross 醫院(Nair et al, 2008; National Hip Fracture Datebase, 2013; Langhorne et al, 1993)在臨床效果和效率的提升有很大貢獻，資料顯示此模式對於處理老人髖骨骨折也提供相當程度的效益(NICE, 2011b; National Hip Frecture Datebase, 2013)。大多數的髖骨骨折的病患都是 80 歲以上、虛弱且有複雜需求，類似的模型同樣可以增進成效、減少併發症、和所短住院天數(Harari et al, 2007; Dhesi & Griffiths, 2012)。

五、 最大化照顧的的連續性

老人的醫院照顧最重要也最困難的使命，在於確保跨科別跨專業照顧的連續性(Royal College of Physicians, 2013)，跨專業團隊的協調需要很好的領導，釐清每一個專業領域與個人的貢獻，誰要為什麼事負責，授權的意義到那裡，以及定期的團隊會議和留下完整的紀錄(Cornwell, 2012)。英國皇家醫學會建議全科主義(generalism)要再次運用在醫院的醫療上，以確保具有多重問題的病患可得到連續性的照顧，並鼓勵老人醫學專科接受更廣泛的訓練

(Royal College of Physicians, 2013)。資深且一致的監督管理可以促進連續性和減少住院天數，在成人普通病房中如果多半是老年病患，一天兩次比起一周兩次的病房巡診，前者可將住院天數減半(Ahmad et al, 2011)。此外減少病人在不同病房之間轉移,也是連續性照顧重要的部分，醫院應該要計畫如何減少病人的病房轉移，特別是在白班以外的時間，並注意減輕連續性照顧對老人的負面影響。

六、 提高安全和預防可避免死亡

醫院必須將更安全老人照顧的列入優先措施，這些安全策略包括預防跌倒、壓瘡、院內感染、醫療疏失、和深層靜脈血栓(Health Foundation, 2013b; Oliver, 2012)。醫院中病情惡化的病人通常會顯現生理病徵，但卻沒有被快速辨識與處理(Keogh, 2013)。可以避免非預期死亡的策略應優先給予具有複雜需要的老人，包含生理預警數值、無法接受重症醫療、常規老人健檢、適當接近高依賴度病床等，也不應以年齡過大為理由拒絕老人使用急診手術、中風溶栓治療、冠狀動脈重建等。跌倒為最常見的成人安全事故，佔全部事故的 30%，值得特別關注，尤其是 80 歲以上的老人。它也是醫院照顧老人的重要指標，一位跌倒可能導致嚴重傷害、死亡、延長住院天數(Healey and Scobie, 2007; Oliver et al, 2010)。良好預防措施可以減少 20%的跌倒率(Healey and Scobie, 2007; NICE, 2013a; Cameron et al, 2012)。

七、 住院傷害最小化

醫院必須留意老人住院期間潛在但可預防的傷害，例如因為臥床所引起的營養不良、瞻妄和行動不良，傳統上這些未被認為與安全議題有關。所有的病人都必須在入院前接受營養不良篩檢(NICE, 2012)，結合住院期間食物攝取和體重變化的常規監控，有需要時並提供額外的營養評估和治療。醫院應該要系統性的辨識瞻妄的高風險群，並採取行動去確保足夠的水分和良好的排便管理，以及避免非必要用藥、控制疼痛、確保聽力和視力的最適化。瞻妄的診斷需使用有效的篩檢工具(Inouye, 2003)，一經診斷出瞻妄病人，醫院應採取行動去發現並治療潛藏的醫療因素，並給予充足燈光與熟悉的照顧人員來減輕可能的影響。

臥床對住院老人可能會導致許多傷害(Knight et al,

2009a, 2009b; Nigam et al, 2009)。健康老人臥床 10 天可能減少 14%腿部和髖部的肌肉強度和 12%的氧氣代謝能力，這相當於損失 10 年的生命(Kortebein et al, 2008)。醫院應該要確保所有病房醫療人員都鼓勵老人盡可能多動多站，對於有行動不良風險的住院老人，應院應每週七天常規紀錄其活動狀態和目的性的介入措施。

八、 改善失智和心理健康住院病人的照顧

相當多住院老人患有失智、瞻妄、憂鬱、焦慮和其他慢性心理健康問題(Royal College of Psychiatrists, 2005)，醫院應該制定失智症和心理健康問題住院病人的照顧策略，包括：(1)辨識住院老人的失智、瞻妄、和心理健康問題；(2)努力達到以人為中心的照顧；(3)更有系統的納入照顧者；(4)教育和訓練醫院人員；(5)打造失智友善的物理環境與病房；(6)發展處理常見問題(例如抗精神病用藥)或行為與心理症狀的臨床路徑；(7)安全出院並發展與社區老人心理健康服務的正式連結；(8)考慮建立處理失智住院病人的跨專科團隊(Royal College of Psychiatrists, 2012)，其效益包括降改善住院天數、照顧品質、和轉診反應時間；(9)加入國家失智治療體系監控醫院的績效。

九、 聚焦於病人為中心的有尊嚴照顧

醫院提供缺乏尊嚴與同情的照顧是一個複雜的議題，從實務面(缺乏人力、缺乏適當訓練、臥床的壓力、相互競爭的優先順序)到文化面(缺乏組織支持與領導、缺乏醫療團隊參與) (Tadd et al, 2011; Cornwell, 2012)。醫院應該要施行以病人為中心提升尊嚴與品質的全院性計畫，包括虛弱和最弱勢的老人。此計畫應包含:(1)明確的領導，將焦點由布告欄轉移至病房，關注病人照顧尊嚴，把原本花在制定書面規則的時間,用來處理病人親身經驗的議題；(2)讓「邀請病患和照顧者建議回饋和提供訊息」成為醫療常規文化和體系的一部分，並利用這個訊息來改善照顧品質；(3)老人和其照顧者全程參與服務內容的設計；(4)透過教育和訓練來儲備足夠的工作能量以滿足人口老化的需求，包括訓練輔助照顧人力；(5)護理人力等級必須與住院病人依賴等級相批配；(6)調控、檢驗、和監控的機制設計盡量開放讓相關人員全面參與。

十、 與長照 2.0 政策的聯結

本段政策建議偏向於醫院體制的建立，與長照 2.0 政策目標雖然沒有直接的關聯，但由於屬於老人健康照顧環節之中臺灣嚴重缺乏的面向，因此是地方政府與中央政府應該積極投入重大資源認真規劃的內容，也因此與長照 2.0 政策的幾項實施策略會有相關，包括實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」、實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」、實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」、實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」、實施策略 10「建立中央政府管理與研發系統」。此外必須注意目前已經在社區開業的老人醫學專科醫師所可以立即發揮的作用，與市政府的執政績效比較會有短期性的關聯，這部份將於不同健康階段的第七、第八、第九階段出現，但主要會在第八階段中詳細描述。

本階段醫院系統之設計，臺灣的地方政府必須注意以下以點：

(一) 老人醫學專科病房之設置，除了照顧老人之外，最重要的還在讓訓練完成的老人醫學專科醫師，可以配置在社區的各個機構之中，回歸長照 2.0 政策中「建立社區為基礎的長照體系」的結語，包括自行開業診所、受聘於家庭醫師醫療群、受聘於衛生所、受聘於地區醫院、以及目前中央及地方政府尚未想像到的社福機構等等，與社區照顧人力密切結合並作為其專業後盾。

(二) 醫院老人醫學專科病房所訓練的專業照顧人力必須包括跨專業團隊，包括老人醫學專科、呼吸治療、語言治療、物理治療、職能治療、營養、護理、社工等，訓練完成之後進入社區的模式也是以跨專業團隊的模式進入社區之中，而其進入社區的模式在臺灣仍有待研究規劃設計。

(三) 醫院在設計老人醫學專科病房的跨專業團隊訓練時，除非是基於教學的目的，否則刻意執行醫院與社區結合的試辦模式並沒有特別的價值，因為普設於社區中的老人醫學團隊，大部分並沒有大型醫院可以最為其後盾，因此與「複製擴散」的先驅計畫目的有所牴觸。

(四) 雖然如此，但嘗試以遠距照顧(telecare)模式或社區虛擬病房(virtual ward)模式，所設計的醫院社

區聯結模式應該納入考。

(五) 本計畫在執行之前應由市政府組織專業團隊赴相關國家專業單位考察。

(六) 本研究強烈建議地方政府應該積極爭取中央政府競爭型預算，列出三個三年計畫來陸續完成，其分期與各期工作項目如表 6.5 所示。

在詮釋表 6.5 的內容時，讀者必須注意以下以點：

(一) 本節所提的醫院設計，僅與表 6.5 中的第一個三年計畫密切相關，但由第二個三年計畫開始，就會牽涉到以下幾個節的規劃內容，其會超越醫院進入社區的內容呈現將會非常強烈，所涉及的中央與地方政府局處室業務項目將會增加。

(二) 表 6.5 雖然為了表達上的方便區分為三個三年計畫，但須注意其計畫期限在時間上並非必然明確切割，而是可以適度重疊，例如出院準備計畫可以列入第二期三年計畫的重點之一，但並不代表第一期三年計畫中不能內含出院準備計畫。

(三) 除了第一期三年計畫僅衛政部門全部和社政部門部分業務牽涉其中外，後續兩期三年計畫所牽涉不同局處室的業務內容，部分已於以上兩節或以下幾節中再列表說明。

表 6.5 社區老人醫學整合照顧團隊發展政策建議

承接醫療院所或社區團隊目標	市政府策略
第一期三年計畫：訓練社區老人醫學專科醫師	
1.依據本計畫內容設置老人醫學專科病房，跨專科整合模式由投標與承接醫院自行設計。 2.除專注於醫院老人專科照顧，同時專注於社區老人專科醫學訓練，訓練內容由醫院設計。 3.試辦結果無論在跨專科整合模式或社區老人專科訓練，均應達全國先驅示範之標準。 4.本計畫應有強勢的社會工作專業介入，與醫療團隊合作，由老人住院開始即密切監控住院時間流程控制與減少病房轉移次數，並預先規劃出院社區資源銜接計畫。 5.同時訓練並規劃呼吸治療、語言治療、物理治療、職能治療、營養等專業在醫院與社區的結合模式。	1.聯合中部五縣市爭取中央競爭型經費，為達成長照 2.0 社區照顧理念，不適合由衛福部系統獨立運作，應由地方政府統籌。 2.複數招標 2 家醫學中心承接，標案規格宜依本節計畫僅規範結果目標，策略由各醫院自行設計不同整合模式。 3.此計畫應該與整體老人健康照顧計畫或長照 2.0 政策結合，由衛生局主政但其他局處室應全力配合。 4.預先設計規劃老人醫學專科、呼吸治療、語言治療、物理治療、職能治療、營養、護理、社工等專業在社區的可能據點與營運模式。 5.與中央政府協調未來社區運作可能的財源。
第二期三年計畫：運作社區老人醫學整合服務模式	
1.規劃並執行社區老人醫學團隊整合服務。 2.規劃並執行適用於社區的老人醫學團隊跨專業合作模式。 3.規劃並執行醫療護理社工等專業充分合作的出院準備計畫，聚焦於出院前後社區資源的評估與銜接，確立社工在此階段的主導地位。 4.規劃並執行社區老人醫學專科與社區老人精神醫學的整合照顧模式。	1.中部五縣市持續爭取中央競爭型經費，達成長照 2.0 社區照顧理念。 2.複數招標醫學中心數增加為 3 家，區域醫院與地區醫院 6 家承接試辦，由各醫院自行設計不同整合模式。 3.複數招標 10 個社區承接社區老人醫學整合照顧團隊計畫，由各社區自行設計不同整合服務模式。
第三期三年計畫：設置社區與居家虛擬病房	
1.延續前兩期規劃目標繼續執行。 2.承接醫療院所與社區及家戶合作，試辦虛擬病房在社區與加護建置的條件、規格、標準等，列入作業手冊中供政府參考。 3.虛擬病房之設置與研究可以在前幾期計畫即開始啟動，但除非醫院已經常規性訓練老人醫學專科醫師，並且已經有足夠的老人醫學團隊普遍進駐社區，否則本計畫無法普及於各社區之中，因此列為第三期規劃重點。	1.中部五縣市持續爭取中央競爭型經費，達成長照 2.0 社區照顧理念。 2.複數招標醫學中心、區域醫院、地區醫院家數視當時可以承接老人醫學訓練和虛擬病房的能量來決定。 3.複數招標 20 個社區承接社區老人醫學整合照顧團隊計畫，由各社區自行設計不同整合服務模式。其中 10 個社區試辦社區及加護虛擬病房的設計與執行。

第六節 出院計畫和出院後支持

此階段的目標在標舉，出院計畫必須在病人住院開始就啟動，而且需要與臨床程序進行標準化的結合，同時老人和其照顧者也能完全且立即地參與自己的出院計畫和目標設定。健康照顧體系與生活照顧體系應共同合作以確保病人診療程序完成就順利離開醫院，且在社區有完善的出院後照顧支持，減少未來再度緊急住院的可能。其具體的措施描述如下。

一、 早期老人評估、確定出院計畫、監控病人流動

醫院應該隨時在病人入院時，設置診斷儀器和跨專業團隊，並和後續服務有清楚聯結。關注不需要收治住院的病人，讓其快速回社區接受評估。對於需要住院者，關注其預計出院日期、清楚的出院標準、在第一時間由正確的團隊安排到正確的病房。此法可有效減少住院率並增加 48 小時內出院率(Fox et al, 2013)。

二、 住院全程的出院準備和隨時安排出院

對於所有臨床年老病人來說，出院計畫應該要被納入到每日病人審查中，持續關注病人是否仍需住院，如果不需要時則安全與即時返家的需要為何。

英國衛生部列出 10 項出院計畫的原則：

(一) 在住院前或住院時就開始安排出院或轉院計畫。

(二) 確認病人出院或轉院計畫的複雜度，並將病人和照顧者狀況列入考量。

(三) 住院 24 小時內建立臨床管理計畫。

(四) 透過有效領導和病房工作交付來協調出院或轉院的照顧過程。

(五) 在住院 24-48 小時內訂定預期的出院或轉院日期，並與病人和照顧者一起討論。

(六) 每天和病人審查討論臨床管理計畫，在出院和轉院的日期上採取必要的行動並更新進程。

(七) 讓病人和照顧者一起討論以便於知情決策，這樣可以創造個人化的照顧路徑和最大化其獨立性。

(八) 注意住院超過七天之病人的照顧連續性。

(九) 在轉院 24-48 小時前使用出院的檢查表確認。

(十) 每天對病人是否出院或轉院做決策。

當國家希望所有住院者都可以在七天內出院時，醫院病房在週末會配置更多醫生諮詢和其他重要的臨床人員，以提高週末的出院率。年老病人的週末出院率遠低於平日，部分是因為週末缺乏社區照顧、資深人員審查、以及因為缺乏醫療審查所引發缺乏標準控管的出院決定。

三、 老人和其照顧者參與出院計畫

由病人和其照顧者共同參與的出院計畫可以減少再住院的機率(Bauer et al, 2009)。報告顯示老人和家屬對出院過程缺乏經驗(Francis, 2013; Ombudsman, 2011; Ellins et al, 2012; Cornwell et al, 2012)，所以醫院應該確保老人和其照顧者在一開始就有和醫院共同確立出院的目標進程、他們的經驗有列入考量、他們在出院計畫有被適當告知並參與。由醫院指派一位臨床人員或照顧協調者，且病人和照顧者知道如何聯繫此人，將會對整個出院準備有所幫助。如果有書面的訊息通知，像是阿茲海默症協會給失智住院病人準備的小手冊，都可以確保個人狀況能與專業人員分享。

四、 確立整合訊息系統和有組織的跨專業溝通

地方政府的領導者應對訊息共享和整合資訊系統制定改革計畫，特別是針對轉接時期(如住院和出院)的訊息計畫。特定出院工作者的角色界定、跨專業的協調照顧團隊、和處理訊息的科技系統，比起一般的出院準備計畫更能提升服務滿意度及老人的生活品質(Cornwell et al, 2012)。

五、 加強出院後評估和支持

老人出院後的綜合性老年醫學評估(CGA)和根據評估結果所設計的適當介入，都能夠減少入住護理之家和醫院的風險(Beswick et al, 2008)。在剛出院時可以提供額外支持的過渡性照顧計畫可以改善老人照顧(Dedhia et al, 2009; Naylor et al, 2004)，地方政府的領導者應該考慮提供特定病人「居家住院」計畫，雖然此計畫並無法節省總體醫療成本。幫助病人早期出院團隊的工作包括提供復健、設備、個人照顧、醫療審查或護理措施、並根據個人需要在有限的期間適時調整，它可以有效減少再住院和改善中風治療結果(Shepperd et al, 2010)。

六、 避免照顧轉移的延遲

病人從急性醫院轉移到社區的健康或生活照顧，延誤的原因很多，包括等待接受評估或等待照顧到位。研究建議某些關鍵動作可以避免照顧轉移延誤的措施包括：

(一) 及早開始安排出院計畫，以便工作人員能在出院前提早聯繫社區的照顧資源。

(二) 落實各方同意的出院計畫，為評估和決策(包括風險評估)訂定時間表和內容，讓不同的專業人員與機構可以合作安排即時出院。

(三) 在安全的情況下確保病人出院後能盡快收到社區照顧。

(四) 實施「出院評估」模型讓老人可以在自家接受照顧需求評估。

(五) 提供高品質照顧和復健讓老人不會依賴醫院或失能。

(六) 從生活照顧和社區服務中發展與病人互動的服務模式。

(七) 加強補助地區的整合照顧團隊，確保病人出院後獲得其他支持來源。

(八) 混合使用健康照顧和生活照顧的預算來減少延遲出院。

七、 與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「發揮社區民主精神…在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔」，計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務，普及照顧服務體系」，計畫目標 3「銜接前端…減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」，實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 6「提高服務補助效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 8「強化照顧管理資料庫系統」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

出院準備計畫與出院後的支持計畫在本政策建議書中，

以獨立章節呈現對臺灣社會而言有其重要的意義，因為這個看似簡單的照顧過程，在臺灣社會正好是完全被忽略的過程,然而每一家醫院都自以為已經善盡出院準備的服務。這樣的認知有嚴重錯誤，基於以下幾個原因。

(一) 針對老人的出院準備計畫，醫院社工能夠介入的時間與範圍非常受限，最多只是提供長期照顧機構名單,其他並無具體作為,這與醫院體系的運作有關，但也表示衛政和社政部門皆未開始積極介入。

(二) 臺灣出院準備計畫未能到位，基於醫院與社區健康照顧與生活照顧資源尚未聯結，病人只在醫療院所之間移動，但社會工作專業未能充分介入，老人出院時並沒有社工介入評估社區資源能否到位，遑論出院後還能持續追蹤支持。

臺灣社區生活照顧資源非常有限，亟需私部門商業機制以公司或社會企業方式進入運作，彌補完全由公部門提供在範圍上與數量上的不足，地方政府可以做的工作首在鼓勵民間商業機制的創新，而非等待中央政府從財源辯論的泥淖中脫困之後，再回過頭來思考「服務提供」這個老人照顧的核心議題。這種等待將犧牲現有老人世代的生活福祉，而且他們生命所剩的時間並不多。

表 6.6 「出院計畫和出院後支持」跨部門政策建議摘要

整合照顧	市政府部門分類			
	社政	衛政	勞工	研考
早期評估出院監控病人流動	社政衛政合作出院支持計畫	社政衛政合作出院支持計畫		
全程出院準備隨時安排出院	社政衛政合作出院支持計畫	社政衛政合作出院支持計畫		
老人和照顧者參與出院計畫	社政衛政合作出院支持計畫	社政衛政合作出院支持計畫		
整合訊息組織跨專業溝通	社政衛政合作出院支持計畫	社政衛政合作出院支持計畫		規劃照顧轉接過程訊息整合
加強出院後評估和支持	社政衛政合作出院支持計畫	社政衛政合作出院支持計畫	鼓勵社區新創老人照顧團隊	鼓勵社區新創老人照顧團隊
避免照顧轉移的延遲	社政衛政合作出院支持計畫	社政衛政合作出院支持計畫		

第七節 傷病後的復健與再能

此階段的目標在使老人有需要時，得到適當且足夠的復健(rahabilation)與再能(re-ablement)以防止永久性失能、完全依賴照顧和支持、可避免住院、和延遲出院，並在決定進入長期照顧前有提供足夠時間進行評估和復原。急性醫院有責任確保住院病人得到足夠的復健服務，但大多數的復健服務可以在醫院以外的環境來提供。

「復健」與「再能」是一連串中期照顧(intermedicate care)中的兩種服務。「復健」是一種避免再度住院或出院後功能走下坡的健康模式，包括物理治療與職能治療。「再能」則主要是一種生活照顧模式，聚焦於促進與最適化獨立功能，而不是解決健康問題(Social Care Institute for Excellence, 2013)。儘管有這些正式定義，術語應用時仍經常互換使用，而許多擁有不同名稱的服務則往往會同時包含兩種服務的元素。

大多數「復健」與「再能」服務都是跟隨於住院結束的後期服務(step-down)，但它們也可以是先期服務(step-up)，旨在提供必要的支持以避免功能衰退或再度住院(Allen & Glasby, 2010)。地方政府領導者應確保有足夠的能量和回應能力以滿足可能從服務獲益之老人的需要，依循實證基礎所推導的標準程序來進行服務分類和描述其回應、結果(包括病人自我回報的結果)、入院標準、住院人日、和符合需要與需求。

一、 共享的整合需要評估和個人照顧計畫

個體目標包括維持活動性、自我照顧、自制性，以及日常生活活動(例如準備食物)，以及恢復自我興趣和社會活動(如探親訪友或步行購物)。這些需要當地的健康照顧、住屋、和生活照顧等團隊一起合作(Pitts et al, 2011; Allen & Glasby, 2010)。跨越健康照顧和生活照顧的共同評估架構，要能引導出個人化的照顧計畫，在此計畫中讓個案及其照顧者成為決策的主要參與者，共享資訊和照顧計畫，並共同設置或整合生活照顧與健康照顧，以確保跨專業和跨機構的工作內容可以既簡化又協調(Allen & Glasby, 2010)。會轉介個案來做復健與再能服務的團隊也需要包含在內,因為他們需要清楚瞭解可用的服務有那些，讓轉介更有效率(Allen & Glasby, 2010; Barton et al,

2006)。

二、 執行有證據基礎的最佳操作方式

應盡量以現有的證據基礎作為臨床標準，國家會根據特定疾病制定程序指引，例如中風和心臟病的復健程序指引(NICE, 2013b, 2013c)。其實並不存在單一的「再能」模式可以主導一切，這方面臺灣必須加快腳步回顧某些工業國家的文獻(Social Care Institute for Excellence, 2013; Department of Health, 2011a)，來進行下一階段的規劃。

三、 以照顧結果進行委託與付費

「復健」和「再能」服務都有時間限制，一般在 6 至 12 週的時間。但基於提供達個別目標所需的支持非常重要，訂約和委任服務時最有效的目標設定，並非時間週期或是工作任務為基礎，而是以個人所希望達成的結果為基礎，因此指標的訂定應考量個人需求，包括「延緩和減少個人對於照顧和支持的需要」。「復健」與「再能」服務應該具有彈性，確保病人準備好後就能立即執行，並且當病人有需要時能接受超出 6 週以上的服務(Rabiee et al, 2009)。論件計酬(lump sum payments)的支付基準可以根據病人需要變化，更有彈性的調整其支持內容(Social Care Institute for Excellence, 2013)。

四、 提供居家復健和再能

居家復健比日間醫院復健便宜一些(Forster er al, 2008)，居家照顧的「再能」也可以減少了長期照顧需要。老人對於醫院外的中級照護表示比較滿意，照顧者也因為老人在離開醫院後接受「再能」的持續照顧而獲益(Wilson et al, 2008; Glendinning et al, 2011; Arksey et al, 2013)。居家復健和再能服務的工作團隊要有合適的技術混合(skills mix)，包括護理師、各類治療師、社工師、和社區精神科護理師，並由資深的臨床醫師領導(Barton et al, 2006)。志願部門的組織也可以提供復健和再能的支持。房屋整修服務能夠確保老人住家是安全的環境，並且能有最大化其獨立性(Wood & Salter, 2012)。

五、 提供以社區醫院為基礎的復健與再能

因急性疾病住院的老人，出院後「復健」與「再能」的設施，配置在社區醫院比其他急性醫院要更有效果

(Young et al, 2007)。地方政府應確保地區醫院有足夠的床位和場所，提供持續的復健，並避免老人再度送進急性醫院。地方政府應注意比較相同人口結構的地區，是否以也提供相同的復健服務。

六、 利用復健與再能的另類提供者

除了急性醫院提供老人的復健與再能服務之外，其他的另類場所還包括當次短期購買的護理之家床位、護理之家附屬設施、新型態的中途之家或養生村等等。這種新型態的機構一般相當常見，但其復健與再能的效果證據並不清楚。在以護理施服務為主導的機構中(例如護理之家)設置進行復健治療，其結果有好有壞。和常規性的治療做比較,證據顯示在護理之家進行復健的生活品質沒有改變、再住院率較低、但死亡率較高、機構總入住人日較長(Griffiths et al, 2007)。

七、 工作人員「再能」訓練

要提供有效的再能服務，提供服務的人員需要先專業培訓和技能，這個技能與一般的居家照顧服務完全不同。這種人員的訓練應聚焦於積極支持老人想為自己做的某些事情上，並且體認到這種支持性的需要，會隨著個人能力與獨立性的恢復而逐漸改變。

八、 由復健與再能轉進成功結局

如果在復健和再能療程結束時，評估其有持續支持的需要，則持續提供服務與維持進步的計畫就非常重要。在實務上，透過復健與再能團隊和接下來要持續提供服務者之間,在轉接開始第一時間就開始協同合作通常效果最好，並且最好在契約中載明前後照顧者彼此的個別責任。當老人狀況沒有達到持續照顧的合格標準時,「再能」團隊就應該提供協助並指導老人及其照顧者，取得可用的志工服務。

九、 與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「發揮社區民主精神…在自己熟悉的環境安心享受老年生活,減輕家庭照顧負擔」,計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務,普及照顧服務體系」,實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 6「提高服務補助

效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 8「強化照顧管理資料庫系統」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

臺灣在前幾年間由衛生福利部致力於發展「中期照顧」(intermediate care)計畫的原始目標，正是本節所建議的內容。不幸的是臺灣已經發展的中期照顧試辦計畫，其服務內容、服務對象、服務場所都局限於特定的範圍，而且試辦計畫的原始設計著重於臨床療效的顯現，而非建立以社區為中心的服務模式，以至於試辦結果的複製擴散能力極度受限。因此，本研究強烈建議臺中市政府，重啟臺灣曾經試辦的「中期照顧」計畫，但必須修改原始設計，讓本節所描述的基本價值和執行項目都能夠一次到位。除了爭取中央競爭型經費之外，更須結合民間新創老人照顧公司的服務內容，來連結社區的復健與再能服務，而非僅能依賴現有的醫療院所或護理之家，導入並鼓勵商業模式進行資源的連結。臺灣中期照顧的經驗顯示，雖然中期照顧的長期效益未確認，但相較於護理之家模式，有高齡醫學團隊的社區醫院模式，可能照顧成效較佳。「傷病後的復健與再能」在市政府跨部門的政策建議摘要如表 6.7 所示。

表 6.7 「傷病後的復健與再能」跨部門政策建議摘要

	市政府部門分類			
整合照顧	社政	衛政	勞工	研考
整合需要評估和個人照顧計畫	協助重啟中級照顧計畫	與社政合作中級照顧計畫	鼓勵新興產業雲端照顧計畫	研擬公私部門虛擬平台介接
執行有證據基礎的最佳操作方式	研擬「再能」臨床指引	復健指引進入社區模式		
以照顧結果進行委託與付費	研擬「再能」論質支付模式	研擬「復健」論質支付模式		
提供居家復健和再能	社政衛政合作居家再能計畫	社政衛政合作居家復健計畫	鼓勵新興產業雲端照顧計畫	研擬公私部門虛擬平台介接
以社區醫院為基礎的復健與再能	社區醫院試辦老人再能計畫	社區醫院試辦老人復健計畫	鼓勵社區新創老人照顧團隊	鼓勵社區新創老人照顧團隊
利用復健與再能的另類提供者	社福機構試辦復健再能計畫	護理之家試辦復健再能計畫	鼓勵社區新創老人照顧團隊	鼓勵社區新創老人照顧團隊
工作人員「再能」訓練	居家社區照顧人員再能培訓	居家社區照顧人員再能培訓		
由復健與再能轉進達到成功結局	試辦六週後再能延長計畫	試辦六週後復健延長計畫		

第八節 高品質的護理之家和居家照顧

雖然有人對於選擇接受長期照顧抱持正面的看法，但仍應強調老人只有在所有治療、復健、和其他替代方法都已經用盡時，再進入護理之家或居家照顧階段。此時住民都應該持續得到高品質的照顧，也就是以個案為中心、有尊嚴、而且能夠接近其他所有必須的健康照顧。其較詳細的工作項目列舉如下。

一、 預防可避免的長照機構入住

地方政府領導者應確保所有老人在決定是否接受長期照顧之前，都接受過周延的需要評估、醫療問題已經適當處理、已接受適當的復健、並已注意盡可能不要直接由急性醫院轉入長期照顧機構。長照機構的替代方案包括加強居家支持、年齡友善住屋、提供老人照顧的住房、對居家照顧者提供支持、和居家臨終照顧等，皆應謹慎考慮優先選擇。老人及其照顧者應充分參與未來照顧地點的決策過程。

在調整「自費」住民之後，應針對長照機構安置率較高的地區進行分析，尋找老人高度安置在長照機構的可能原因，例如是不是當地長照機構的入住門檻較低，其他因素還包括：(一)年齡友善住宅的容量(包括收容所和提供照顧的住房)；(二)可用的協助、利用遠距照顧、照顧與修繕服務；(三)居家照顧的收費和可用度；(四)先期(step-up)與後期(step-down)中級照顧和「再能」服務的可用度；(五)對良好出院計畫和出院後支持的投資；(六)在自家或醫院均有系統的使用周延性老人醫學評估(Beswick et al, 2008; 2010; Ellis et al, 2011)；(七)失智老人專業支持和居家臨終照顧的可用度。

入住長照機構的原因也包括經常跌倒、大小便失禁、失智行為症狀，優先對這些原因做適當的調查和處置可以避免入住長照機構的潛在性。

二、 針對長照機構住民積極委任健康和精神照顧

開業醫師與長照機構的合作不容易到位，接近社區老年醫學的狀況也不穩定(British Geriatrics Society, 2011)。沒有單一的模式能保證在長照機構的環境下，提供高品質的醫療服務，理想的契約模式也不存在，因為長照機構的形式非常多元。無論當地的使用模式為何，地方政

府領導者需要與長照機構諮詢，確保長照機構住民獲得機構主動委託的服務，契約中載明清楚的服務內容與品質標準。這大多包括提供住民事前主動的基層健康照顧、全方位跨專業的專科醫療服務，包括老年醫學、老年精神科醫學、各種專業治療師、輔助專業人員、社區藥師、安寧照顧(British Geratrics Society, 2013b, 2012a; College of Occupational Therapists, 2013)，這些專業人員目前都有在場照機構提供某些服務，但是以一種特別服務的方式出現，而不是以整合跨專業團隊的方式來提供服務。

對於長照機構住民接受委任高品質健康照顧的臨床指引，英國老年醫學會有指引項目與標準(British Geriatrics Society, 2013a)，相同的英國國家標準也有建議(NICE, 2014)重要項目包括：預防跌倒、診斷和管理失禁、事前主動審查和調整用藥、減少精神藥物、更好的臨終照顧。這些指引和可能的提供模式皆有摘要出版(Burns & Nair, 2014)。

三、 訊息分享

當長照機構進來一位新住民時，需要有可轉移的臨床資料幫助健康照顧人員進行事前評估，這對於照顧的連續性非常重要，這也是轉換家庭醫師和其他健康照顧人員時需注意的問題。以社區護理師作為個案管理者，可以在這方面彌補開業醫師服務的不足，並可作為臨床人員與其他社區健康服務(例如社區藥局和心理健康團隊)之間的橋樑。

四、 進行整體評估

證據顯示周延與跨學科評估，可以提升長照機構住民服務水準，此情況和住院治療類似。在長照機構引進一位老人醫學醫師、一位專科護理師、和一位藥師，可以減少住民 16%-43%的醫院入住，佔床人日減少 43%-71% (British Geriatrics Soceity, 2013a)，評估應連續和定期，而不是入院時的一次性事件。

五、 居家照顧人員支持訓練

資料顯示居家照顧人力一年離職率為 42% (Centre for Policy on Ageing and Bupa, 2012)，針對失智症照顧與臨終照顧議題，愈來愈多的證據顯示，訓練可以促成執業登記或未執業登記的人員可以在現場一起學習，而這是促

成照顧品質提昇的重要環節。學習是促成改變的力量，而非僅是取得資格的手段。

六、 使用證據基礎架構評估生活品質並促成以關係為中心的照顧

最好的長照機構品質，來自創造正向社區與提供好的照顧，讓環境、活動、人際關係三者同時併近，提供住民高品質生活(Owen et al, 2006)。

有許多架構可以用來設計高品質的機構式照顧，最周延的架構不僅包含照顧結構與臨床結果，還包括住民與照顧者的關係，以及住民與家人的關係。住民、照顧者、家屬三者均可以透過以下六個構面進行評估：安全感、連續性、歸屬感、效用、成就感、重要性(Nolan et al, 2006)。品質架構需要足夠廣泛到允許個體差異; 沒有任何人對生活品質的定義會相同，即使如此，以證據為基礎的架構提供重要的結構，來評估和改進生活品質和照顧品質。

七、 與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系…在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔」，計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務，普及照顧服務體系」，實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 5「健全縣市照顧管理中心組織定位與職權」，實施策略 6「提高服務補助效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 8「強化照顧管理資料庫系統」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

表 6．8「高品質的護理之家和居家照顧」跨部門政策建議摘要

整合照顧	市政府部門分類			
	社政	衛政	勞工	研考
預防可避免的長照機構入住	居家支持照顧與臨終計畫	居家支持照顧與臨終計畫	鼓勵新興產業雲端照顧計畫	研擬公私部門虛擬平台介接
機構住民積極健康和精神照顧	機構和社區資源的整合計畫	機構和社區資源的整合計畫	鼓勵新興產業雲端照顧計畫	研擬公私部門虛擬平台介接
訊息分享	中央補助地方整合照顧計畫	中央補助地方整合照顧計畫	鼓勵新興產業雲端照顧計畫	研擬公私部門虛擬平台介接
進行整體評估	機構入住前的跨專業評估	機構入住前的跨專業評估	鼓勵新興產業雲端照顧計畫	研擬公私部門虛擬平台介接
居家照顧人員支持訓練	居家照顧人力在職教育計畫	居家照顧人力在職教育計畫	鼓勵社區新創老人照顧團隊	鼓勵社區新創老人照顧團隊
以關係為中心機構照顧品質	定義並量化照顧關係的計畫	定義並量化照顧關係的計畫	鼓勵社區新創老人照顧團隊	鼓勵社區新創老人照顧團隊

第九節 臨終選擇、控制、照顧和支持

這個階段的目標在於使老人在臨終時可以即時獲得他自己期待或需要的照顧，與他們一起討論臨終安排。臨終照護必須是高品質的照顧、支持、選擇和控制，並避免將自然老化的生命歷程「過度醫療化」。

臨終照顧是老人照顧的政府委託事項中的關鍵組成之一(Naylor et al, 2013; Addicott & Hiley, 2011)，地方政府可以善用現存的文件或已經建立好的架構，來提升臨終照顧的品質(Thomas & Paynton, 2013; NICE, 2011a)，這些品質的標準主要有以下幾個。

一、 提供員工訓練及支持

臨終照顧人員需要專業訓練及輔導，以「在正確的時間和場所，針對正確的人提供正確的照顧」。培訓之後的鑑定則是保證品質的嚴厲步驟，包括結果施測、比較監控、證據檔案、獨立訪視或面試。這些照顧技能同樣適用於提供臨終生活照顧者的國家資格認定(Skills for Care, 2013)。

二、 辨識臨終患者

如果可以的話最好在生命的最後幾年就提前確認，以便於討論和規劃照護內容，包括在甚麼情況下可以停止治療。證據顯示早期介入臨終照顧計畫可以增加滿意度和增加居家辭世的可能性(Howie & Peppercorn, 2013; Gomes et al 2013)。證據也顯示辨識臨終患者可以讓他提前接受照顧計畫(Dening et al 2012)。2009 年的統計顯示有 25%辭世的人有登記安寧照顧計畫，這些人獲得比較好的協同照顧(Thomas et al, 2011)。

三、 確保有效評估和提早臨終照顧

癌末轉移病人會收到絕症通知，但臨終病人通常沒有醫師給予明確警訊。討論死亡非常困難，調查顯示 35%的醫師從未與病人開啟臨終照顧的對話(Royal College of General Practitioners and Royal College of Nursing, 2012)。然而一旦醫師懷疑病人可能臨終，就必須開啟對話以幫助患者瞭解病情，並進而評估其身體、心理、社會、和精神上的需要，必要時轉診至社區安寧照顧團隊或其他相關的健康照顧與生活照顧專業人員(Mullick et al, 2013)。提前臨終照顧計畫以引導後面的治療決策，並避免延遲決策的損失非常重要。立法讓臨終者指定一名家庭成員、照顧者或專業人員作為福利上的法定代理人，在必要時代表臨終者作決定。

各國國內和國際之間有越來越多的研究和指引，描述如何善用提前臨終照顧計畫(Thomas & Lobo, 2011)，提前臨終照顧計畫可以協助照顧安排符合病人偏好(Abel et al, 2013)因此必須謹慎處理，主要國際研究發現略低於 3/4 的人希望，如果自己的生命所剩不到一年時可以被完整告知(Harding et al, 2013)。臨終照顧計畫並不是一次性的事件，與患者及家屬溝通是一個持續性的過程。

四、 加強協調與出院計畫

病人在生命最後一年的住院比率是 3.5 次(Lyons & Verne, 2011)，臨終照顧需要一個跨專業團隊可以溝通協調診所和後送醫院以及志工部門，以避免不必要的住院和有效的安排出院後的照顧。強調發展跨領域的整合照顧，社區照顧和基層照顧應以每週 7 天每天 24 小時的方式提供服務，社區以及和初級治療服務被評為是一個重要因素，善用資訊科技系統，尤其是是電子臨終關懷協調系統(Electronic Palliative Care Coordination System, EPaCCS)作為工具，會有助於協調健康照顧和生活照顧來支持更好的臨終照護計畫。

五、 確保專業臨終照護的適當提供

具有領先專業臨終照顧的工業化國家，過去通常注重在支援癌症患者，但現在快速增加的是年老虛弱的非癌症病人。然而民眾接近專業臨終照顧的變異非常巨大(National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2012)，所謂「專業臨終照顧」指「由經過專業臨終照顧訓練的跨專業團隊，提供病人和家屬主動且全方位的照顧」(Tebbit 1999)，然而老人獲得專業臨終照顧的可近性卻比較差，地方政府有必要全面調查臨終照顧的供給分布狀況。

六、 支持長照機構住民在機構而非醫院死亡

許多臨終的長照機構住民會被送到醫院完成死亡程序，這些人在正確的支持下原本可以在長照機構中死亡。地方政府領導者應該投入經費對長照機構進行結構性的改變，讓長照機構可以提前決定和執行臨終照顧計畫，這樣做會顯著提升照顧品質(British Geriatrics Society, 2011)，將在長照機構中臨終的比率由 56%提高到 78% (Gold Standards Frameworks Centre, 2016)。

七、 提供居家臨終照顧

居家照顧包括基層照顧、機構照顧團隊、居家健康照顧、與特定的居家護理。這些團隊和機構都需接受臨終照顧訓練，尤其是罹患失智的老人。居家護理服務可提供周延的臨終照顧，包括出院後的支持、緊急照顧、生活照顧、和情感支持。評估發現臨終居家護理可以減少使用醫院服務，讓更多人在家中辭世(Chitnis et al, 2012)。

八、 提供失智老人臨終照顧

失智老人的臨終照顧則處於兩個極端，不是介入太多(例如管罐餵食和約束措施)就是介入太少(例如不適當的疼痛控制、營養不良和脫水、不適當的情感與社會支持)(Hughes et al, 2007)。其原因包括難以確認失智者何時進入臨終的階段，溝通困難，導致難以準確評估和治療疼痛，和難以確定病人的意願和偏好。

許多地方在針是失智者發展臨終照顧策略(National Council for Palliative Care, 2009)，一個周延的失智臨終照顧至少應該包括以下這些元素：(1)在失智早期就和他們展開對話，提前討論如何安排臨終照顧計畫，如此就可以在他們病情惡化之前清楚表達自己的偏好(Shega et al, 2003)；(2)照顧失智者的工作人員應接受完整的臨終照顧訓練，反之亦然；(3)包括社區護理師或開業醫師作為失智患者的照顧協調者(co-ordinators)，應充分參與患者臨終照顧的安排協調；(4)確實遵循針對失智者發展的跨專業指引，它可以幫助生命最後兩週的失智者，減少抗生素處方和增加疼痛緩解處置(Lloyd-Williams & Payne 2003)。

九、 提升醫院的臨終照顧

病人及家屬投訴醫院的案件中超過一半與臨終照顧有關，而超過一半的人口在醫院辭世(Office for National Statistics, 2013d)，在任何時間點大約 30%的住院患者正處於其生命的最後一年(National Audit Office, 2008)。因此提升醫院老人照顧品質非常急迫，以降低住院人日、快速出院、提升病房中瀕死病人照顧品質。

十、 納入病人與家屬處理瀕死階段

利物浦照顧路徑(Liverpool Care Pathway)」所標示的臨終照顧方法，由 20 個代表患者和專業人員的組織共同聲明發表(Liverpool Care Pathway Consensus Statement, 2012)，但有另一群專業在審視「利物浦照顧路徑」後認為不容易應用，因此發表「多些照顧，少些路徑」(More care, less pathway, 2013)，主張用以條件為基準(condition-specific)的指引來發展個人化的照顧計畫，並強調「利物浦護理路徑」所立基的「優良臨終照顧」原則仍然必須堅持，包括定期評估和處理症狀、使病人舒適的措施、提供心理、社會和精神支持，而最重要的是讓患者及家屬完全參與、定期溝通，並指定一位主責的資深醫

師。

十一、與長照 2.0 政策的聯結

本節政策建議與長照 2.0 相互結合的內容包括：計畫目標 1「建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系…在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔」，計畫目標 2「實現在地老化，提供…多元連續服務，普及照顧服務體系」，計畫目標 4「向後端提供多目標社區式支持服務轉銜在宅臨終安寧照顧…」，實施策略 1「建立以服務使用者為中心的服務體系」，實施策略 4「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」，實施策略 6「提高服務補助效能與彈性」，實施策略 7「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」，實施策略 9「增強地方政府發展資源之能量」。

臨終照顧計畫在臺灣稱為安寧照顧，在各醫院早已普遍設置安寧照顧病房，但實施內容與原則，是否依據本政策建議書的價值與精神在執行，有必要予以評估。另一方面，機構、社區、與居家的臨終照顧，在臺灣則尚未推展，有必要配合健保署支付基層診所居家臨終照顧的時機，一併推展屬於市政府特有的計畫。

表 6.9 「臨終選擇、控制、照顧和支持」跨部門政策建議摘要

	市政府部門分類			
整合照顧	社政	衛政	勞工	研考
提供員工訓練及支持	推動臨終照顧培訓計畫	推動臨終照顧培訓計畫		
辨識臨終患者	社工人員臨終辨識計畫	醫療人員臨終辨識計畫		
確保有效評估和提早臨終照顧		醫療人員臨終照顧啟動計畫		
加強協調與出院計畫		研究老人提前出院計畫指引		研發電子臨終關懷協調系統
確保專業臨終照護的適當提供	確保臨終計畫可近性	確保臨終計畫可近性		
支持機構住民在機構非醫院死亡	教育宣導方案	教育宣導方案		
提供居家臨終照顧		社區醫療群承接居家安寧計畫	促成居家照顧創業團體整合服務	
提供失智老人臨終照顧		研發失智老人臨終照顧指引	促成居家照顧創業團體整合服務	
提升醫院的臨終照顧		醫院臨終照顧指引		
納入病人與家屬處理瀕死階段		發展個人化臨終照顧計畫		

第十節 如何現實整合照顧計畫

不同地區和領域的專家在過去皆已經涉入本政策建議書個分項階段的工作，也都能夠想到方法來促進其專業領域的老人照顧品質，但要全面性的涵蓋所有的內容需要革命性的「服務輸送」整合與大量的「經費需求」，因此不同於之前各階段分小節描述的敘述方式，保留計畫可以落實方法的討論將超出本研究報告的敘述範圍，但將於結論與建議中盡量納入。許多國家對於老人照顧的片段與零碎在

臺灣並無不同，因為不同專業服務之間的協調和轉換極度困難(Ellins et al, 2012; Haggerty, 2012)，所以需要所有專業人員以及地方政府所有局處室啟動這個整合，這是一個全面性系統性的改變(whole-system changes)，而非單一體系單一服務內容的改善，這也是本政策建議書並非針對單一政府局處室撰寫的原因。新的服務輸送方式必須以老人需要為核心，在適時適地以合理的價格提供適值適量的照顧服務，這個團隊中需要醫師、精神健康人員、社工、公共衛生、護理、復健、各類治療師、以及更廣泛的公私和志願部門一起合作，整合照顧計畫所需要的內容與專業團隊，也因此會超越所有前面所提各階段的照顧內容。

因為不存在單一的最佳老人整合照顧模式，因此建議地方政府以跨縣市的區域計畫作為單位，爭取到中央競爭型經費之後，以「複數決標」方式公開徵求醫院、診所、醫療群、護理機構、社福機構、社區協會、民間公司等，針對老人整合照顧計畫努力提出創新構想,予以經費補助。另一方面，社區照顧與居家照顧在臺灣的供給量遠低於需求量，因此有必要透過勞工或研考部門，鼓勵老人照顧的創新型產業，可以在臺灣社會落地生根，彌補政府在經費和創新能力上的不足，這也表示，民間的創新能力有需要以商業模式(business model)的方式導入老人照顧產業，而政府必須很明確的鼓勵這種私人或社會企業一起進入創新產業。

長照 2.0 政策從「整合照顧」的觀點來說，僅討論到五個整合照顧層級中的「財務」、「行政」和「組織」三個層級，這對於老人照顧而言是必要的，但不夠充分，本政策建議書非常明確的將重點擺在「服務輸送」層級來建議，因為這才是「以老人為中心」的思考模式，與長照 2.0 之間屬於互補而非替代性政策。

第七章　結論與建議

第一節 臺中市老人社區照顧短中長程政策建議

表 7.1 至表 7.3 分別呈現臺中市老人社區照顧的端中長程計畫，此一短中長期計畫分別由三個三年計畫所組成。依據政治學的分類，短期計畫屬於操作型計畫(operational plans)，中程計畫屬於策略型計畫(strategic plans)，而長期計畫屬於前瞻性計畫(perspective plans)。不過依據本計畫的性質，並無法完全以這樣的概念來進行區分，因為老人社區照顧計畫的屬性三者都具備，它既是可以操作的具體內容，也是希望改變現狀的策略性規劃，而且他也同時提供長遠的價值願景作為計畫的基礎。

因此之故，本計畫必須兼顧長期願景以提供政策的延續性，以及可以因應短期變化的可變性，其中尤其是必須隨著外在的變化進行修正，這包括可用資源的變化或政治結構的改變。但無論如何，一個理性計畫的先決要件，就是必須先決定計畫的生命週期或計畫時程。

大約由 40 年前開始，絕大部分的政府計畫多半屬於五年計畫或多個五年期的計畫。這種屬於比較長期計畫型態的優點是，他可以為國家引進比較大型的發展計畫，然而大約從 20 年前開始，這樣的規劃期程過於受限，尤其是長期計畫完全無法提供詳細的背景資料來作為計畫基礎，而現狀基礎的訊息又是執行計畫所不可或缺的。這種五年期計畫的另一個弱點是，隨著外在環境的變化愈來愈快的結果，計畫內容很快地就會過時，以至於無法跟上民眾需求的快速改變。

為了改善這樣的弱點，一種新型態的「滾動型計畫」(rolling plan cycle)應運而生(Green, 2007)，其重點在於預先設定長期目標的前提下，每次只提出三年計畫的內容，次年再提出第二個三年計畫以因應外在環境的變動。因此雖然每年都提出一個三年計畫，但每個三年計畫都只往前「滾動」一年。在這樣的計畫中，只有第一年的計畫最為詳細，第二年次之，第三年則僅列舉綱要。本計畫雖然依據功告規格列出三六九年計畫，但實際執行過程仍應以滾動型作為主軸。

表 7.1 臺中市老人社區照顧短期(第一期三年)計畫

長者健康階段	市政府短程執行策略
1.健康長者生活安適	1.著手規劃造成老人健康不平等的計畫與資料搜集，建立基礎資料。¶ 2.著手規劃新成屋滿足老人生活的標準與立法草案。¶ 3.執行「年齡友善城市」策略由參賽得獎展轉變為因應在地老人需要。†¶ 4.尋求基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之先驅性試辦計畫。¶ 5.持續進行疫苗接種與國家篩檢計畫。¶
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.徹底變更 2003 年至今家庭醫師計畫，第一階段進行民眾登記家庭醫師。¶ 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。†¶
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.開始重視和導入老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案。¶ 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。†¶ 3.開始規劃失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。†¶
4.有危機時需要接近有效支持	1.研議引進歐盟標準提升基層醫療照顧連續性，開辦緊急基層醫療。†¶ 2.研議如何銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。† 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。¶ 4.著手研究如何將醫院照顧搬入居家環境，規劃居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。¶
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.設置老人醫學專科病房，跨專科整合模式由投標與承接醫院自行設計。¶§ 2.專注於醫院老人專科照顧、社區老人專科訓練，訓練內容由醫院設計。§ 3.試辦結果在跨專科整合或社區老人專科均應達全國先驅示範之標準。¶§ 4.強勢社會工作專業介入與醫療團隊合作，由老人住院開始即密切監控住院時間流程控制與減少病房轉移次數，預先規劃出院社區資源銜接計畫。†§ 5.同時訓練並規劃呼吸治療、語言治療、物理治療、職能治療、營養等專業在醫院與社區的結合模式。¶§
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.住院早期評估、確定出院計畫、監控病人流動、避免照顧轉移延遲。†¶§ 2.老人和其照顧者參與出院計畫。†¶§ 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。†¶§ 4.加強出院後評估與支持。†¶§
7.有效的物理治療和職能治療	1.全面性委託研究規劃傷病後的社區復健與再能計畫。†¶§ 2.蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。†¶§
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.預防長照機構入住。†¶§ 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。†¶§ 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。†¶§
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。†¶§ 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。†¶§ 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。†¶§ 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。†¶§ 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§
10.以個人為中心的整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。†¶ 2.大量的「經費需求」。†¶ 3.充分的政治優先性與政策規劃。†¶

† 應由社政部門主導之規劃與執行內容。
¶ 應由社政部門協助之規劃與執行內容。
§ 非直接歸類為傳統社區照顧業務但與其密切相關之政策內容。

表 7.2 臺中市老人社區照顧中期(第二期三年)計畫

長者健康階段	市政府中程執行策略
1.健康長者生活安適	1.善用老人資料庫內容持續分析健康不平等原因並持續搜集資料。¶ 2.立法通過新成屋滿足老人生活標準，規劃舊屋改善作業流程與立法草案。¶ 3.執行「年齡友善城市」聚焦於「活躍老化」目標的達成。†¶ 4.擴大實施基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之計畫。¶
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.進行第二階段家庭醫師計畫，落實論人計酬搭配附加支付的支付制度。¶ 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。†¶
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.讓老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案常態化，列入標準臨床指引。¶ 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。†¶ 3.全面推動失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。†¶
4.有危機時需要接近有效支持	1.實際執行歐盟標準提升基層醫療照顧連續性，全面落實基層緊急醫療。†¶ 2.選擇部分地區試辦如何提供銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。† 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。¶ 4.選擇試辦地區實驗將醫院照顧搬入居家環境，執行居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。¶
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.規劃並執行社區老人醫學團隊整合服務。¶§ 2.規劃並執行適用於社區的老人醫學團隊跨專業合作模式。¶§ 3.規劃並執行醫療護理社工等專業充分合作的出院準備計畫，聚焦於出院前後社區資源的評估與銜接，確立社工在此階段的主導地位。†§ 4.規劃並執行社區老人醫學專科與社區老人精神醫學的整合照顧模式。¶§
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.住院全程出院準備和隨時安排出院。†¶§ 2.老人和其照顧者參與出院計畫。†¶§ 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。†¶§ 4.加強出院後評估與支持。†¶§
7.有效的物理治療和職能治療	1.試辦個人復健與再能照顧計畫、居家復健與再能計畫。†¶§ 2.蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。†¶§ 3.規劃以照顧結果進行支付。†¶§ 4.規劃社區醫院為基礎的復健與再能計畫。†¶§
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.預防長照機構入住。†¶§ 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。†¶§ 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。†¶§
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。†¶§ 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。†¶§ 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。†¶§ 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。†¶§ 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§
10.以個人為中心的整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。†¶ 2.大量的「經費需求」。†¶ 3.充分的政治優先性與政策規劃。†¶

† 應由社政部門主導之規劃與執行內容。
¶ 應由社政部門協助之規劃與執行內容。
§ 非直接歸類為傳統社區照顧業務但與其密切相關之政策內容。

表 7.3 臺中市老人社區照顧長期(第三期三年)計畫

長者健康階段	市政府長期執行策略
1.健康長者生活安適	1.善用老人資料庫內容持續分析健康不平等原因並持續搜集資料。¶ 2.通過舊屋適合老人生活標準作業立法，並著手執行。¶ 3.檢討「年齡友善城市」策略與「活躍老化」目標達成間的關聯評估。†¶ 4.普遍執行基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之計畫。¶
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.進行第三階段的家庭醫師計畫，貫徹分級醫療與強制轉診模式。¶ 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。†¶
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.嚴格執行老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案，列入機構評鑑項目。¶ 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。†¶ 3.持續推動失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。†¶
4.有危機時需要接近有效支持	1.以歐盟標準評鑑基層醫療照顧連續性與基層緊急醫療。†¶ 2.全面實施銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。† 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。¶ 4.所有地區實驗如何將醫院照顧搬入居家環境，執行居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。¶
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.延續前兩期規劃目標繼續執行。†¶§ 2.承接醫療院所與社區及家戶合作，試辦虛擬病房在社區與加護建置的條件、規格、標準等，列入作業手冊中供政府參考。¶§ 3.虛擬病房之設置與研究可以在前幾期計畫即開始啟動，但除非醫院已經常規性訓練老人醫學專科醫師,並且已經有足夠的老人醫學團隊普遍進駐社區，否則本計畫無法普及於各社區之中，因此列為第三期規劃重點。¶§
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.住院全程出院準備和隨時安排出院。†¶§ 2.老人和其照顧者參與出院計畫。†¶§ 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。†¶§ 4.加強出院後評估與支持。†¶§
7.有效的物理治療和職能治療	1.執行個人復健與再能照顧計畫、居家復健與再能計畫。†¶§ 2.持續蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。†¶§ 3.執行以照顧結果進行支付。†¶§ 4.執行社區醫院為基礎的復健與再能計畫。†¶§
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.預防長照機構入住。†¶§ 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。†¶§ 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。†¶§
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。†¶§ 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。†¶§ 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。†¶§ 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。†¶§ 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§
10.以個人為中心的整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。†¶ 2.大量的「經費需求」。†¶ 3.充分的政治優先性與政策規劃。†¶

† 應由社政部門主導之規劃與執行內容。
¶ 應由社政部門協助之規劃與執行內容。
§ 非直接歸類為傳統社區照顧業務但與其密切相關之政策內容。

表 7.1 至表 7.3 的標示方式，專注於社政部門的主導性，這樣的標示方式與本報告之前清楚標示主政處室的方式有非常大的不同，這樣的標示是基於兩個主要的考量，其中以第二個考量居於主導地位。

第一，本報告第六章中已經就各細項老人社區照顧相關業務的主管局處室所應該負責的業務詳細列舉，其主要主管的局處室通常是衛生局和社會局,因此在表 7.1 至表 7.3 中，不再重複標註其主政局處以免重複。除此之外，由於表 7.1 至表 7.3 僅列舉各健康狀態之下叫主要項目的相關業務作為標註對象，以精簡表格，因此有部分業務出現有社會局主導又有社會局協助之標註內容，原因在於某些業務在衛生局主導的前提之下需要社會局的協助，而在社會局主導的前提之下也需要衛生局協助。例如「有效的物理治療和職能治療」就臨床而言是由衛生局主導社會局協助的業務，但如何在社區中連結家戶、照顧機構、物理治療和職能治療機構等等資源，卻必須由社會局所主導衛生局協助才能成功，這樣的業務就大項目而言難以區分其主從的關係，因此這樣的標示方法會比較接近現實參作層面的意義。

第二，就臺灣以往的經驗來看，衛生局所主導的臨床業務往往專業度極高，而且需要由具備特殊專業執照的人才能執行,就其表面而言其他專業人員想要介入的機會微乎其微，但就老人社區照顧而言這只是表面上的假象與偏見。醫療臨床人員只有在其專執照專業範圍以內具有自主權(autonomy)，但不同專業之間的聯繫與社區資源的銜接並非醫療臨床人員的專業，反而是社政工作人員的專業，尤其是每個老人、家屬、及其所屬家庭和社區之中擁有何種資源、如何銜接配合、財務補助如何到位等等，完全是社會工作的專業範疇，必須由社政單位主導或協助才有到位的可能。基於臺灣過去重臨床臨床輕社政聯繫的實務經驗,表 7.1 至表 7.3 的標註方式，反而應該強調社政單位在所有的的業務項目之中幾乎都無法缺席，藉此再度強調社政體系整合資源的能力，會是「社區老人整合照顧」能否「站在老人與家屬立場」讓社區資源「落實整合」的關鍵力量。

第二節 整合照顧與長照 2.0 之比較接軌

一、 長照 2.0 的價值目標與實施策略

長照 2.0 政策的計畫內容與本節的建議內容如何銜接，牽涉到臺中市政府內部各局處，尤其是目前主政的社會局針對未來的政策規劃方向。

就計畫目標而言(圖 7.1)，相對於本計畫所提出整合照顧的內容，長照 2.0 政策規劃至少存在兩個弱點。第一，長照 2.0 計畫目標中現有價值目標(goal)的描述方式要如何轉換為量化目標(objective)有相當困難；第二，長照 2.0 的目標陳述邏輯，無法詳實說明那一個策略對應到那一個目標，而且這些策略的說明方式尚未構成可以操作的內容，影響計畫實質理性(substantial rationality)原則對「策略必須聯結目標」的要求。相反的，本政策建議對於目標與策略的聯結會非常清晰且具體。

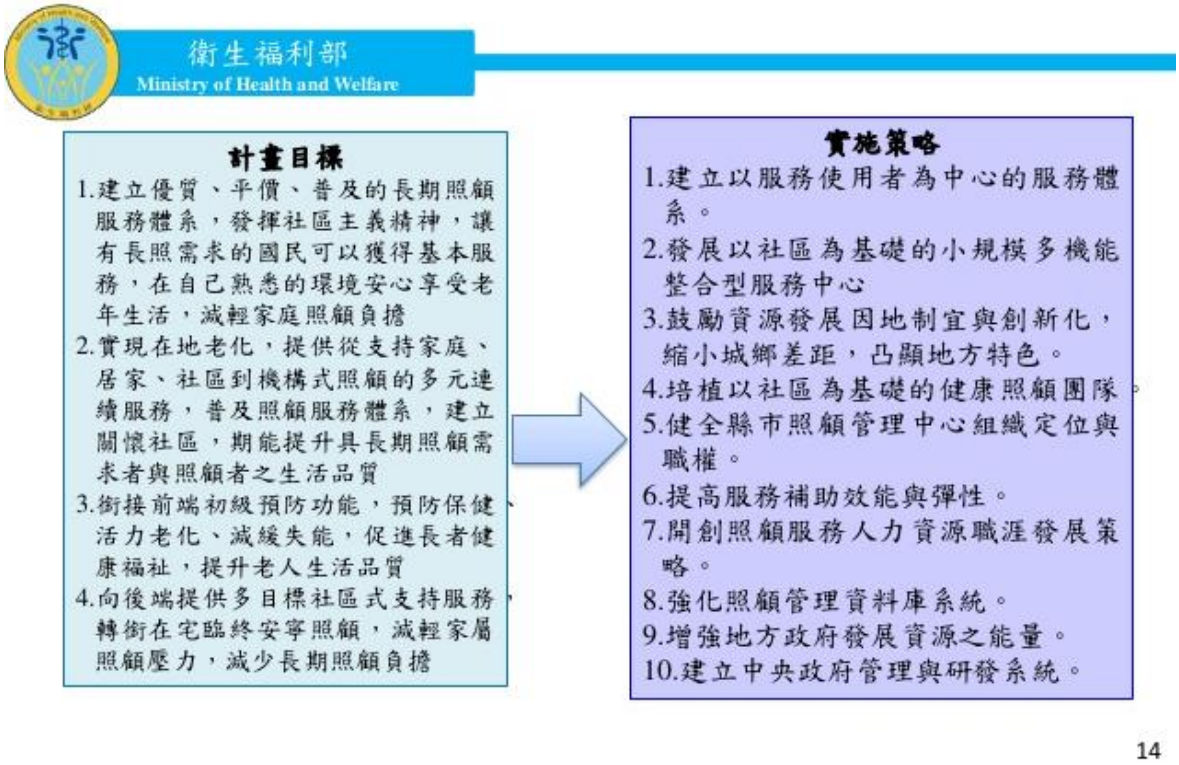

圖 7. 1 長照 2.0 的目標與策略

(資料來源：衛福部，2016)

本研究報告所建議的政策目標，其陳述方式依據健康依賴等級分類，而且所有內容皆明確對應到本計畫書的總體政策價值目標「使老人能在社區及家戶中維持獨立生活，與就近獲得所需的生活與健康照顧，而且讓這樣的生活狀態能維持多久就維持多久」。

儘管如此，臺中市政府相關局處絕對不能輕忽長照 2.0 的第三點計畫目標「銜接前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」，和第四點計畫目標「向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔」，還有第一點實施策略「建立以服務使用者為中心附體系」，以及第四點實施策略「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」。

這樣的陳述已經非常明確彰顯「生活照顧」與「健康照顧」結合為「整合照顧」的必要性，只是其陳述方式尚未及本研究建議的具體和周延而已。而且「以服務使用者為中心」的實施策略，與本研究「以老人為中心」的整合照顧規劃核心理念不但完全一致，也使得本研究無論就理論層級或實務層級，完全無法以「主政局處業務」作為核心來發展研究架構與政策建議。

二、 長照 2.0 的服務對象

圖 7.2 為長照 2.0 政策規劃所描述的，過去與目前政策照顧對象的差異，重點在於無論新舊政策，服務對象的基本條件門檻均為「失能者」或「失智者」，這與圖 7.1 所敘述的「計畫目標」和「實施策略」在邏輯上完全脫節的內容，理應由政策規劃者解釋，本研究暫不多做討論，但可以肯定的是這與整合照顧理論中，強調失能之前就進行「主動性預防照顧以避免失能」的目標是相違背的。

圖 7.2 為長照 2.0 政策規劃中最進步的概念，在於列入虛弱(frailty)的概念，這個概念相對於失能(disability)，具有更多「事前主動性預防」的主張，並且可以因此連結到相對應的生活照顧與健康照顧，這在本計畫政策建議中「處理虛弱老人」章節，已經非常具體呈現其所需的資源連結與服務項目。

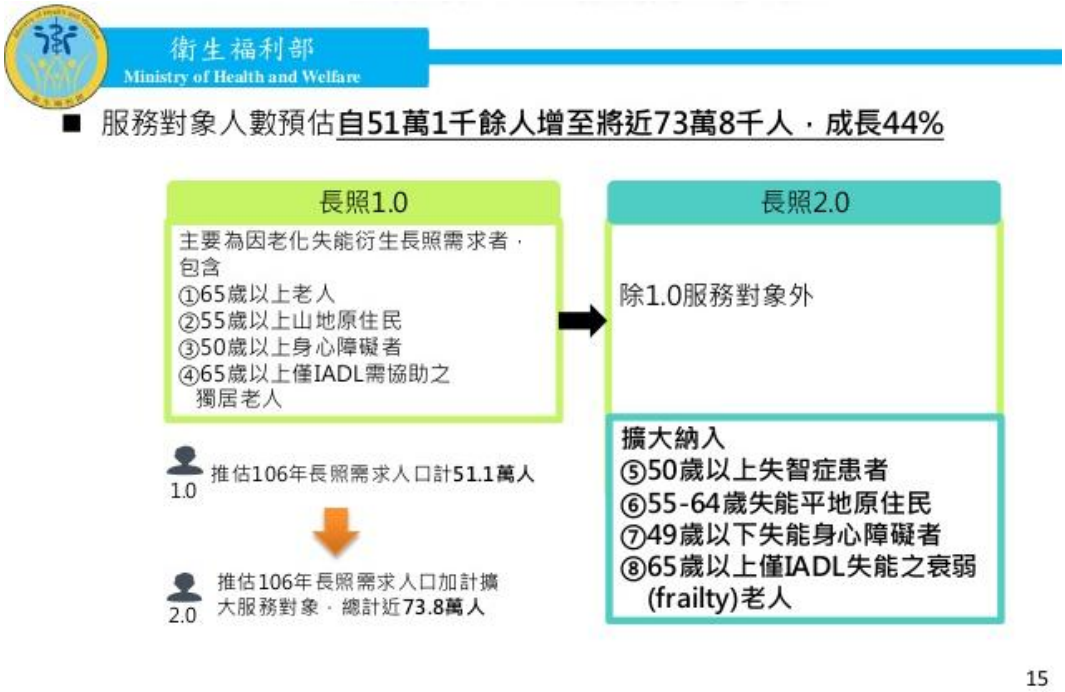

圖 7. 2 長照 2.0 的服務對象

(資料來源：衛福部，2016)

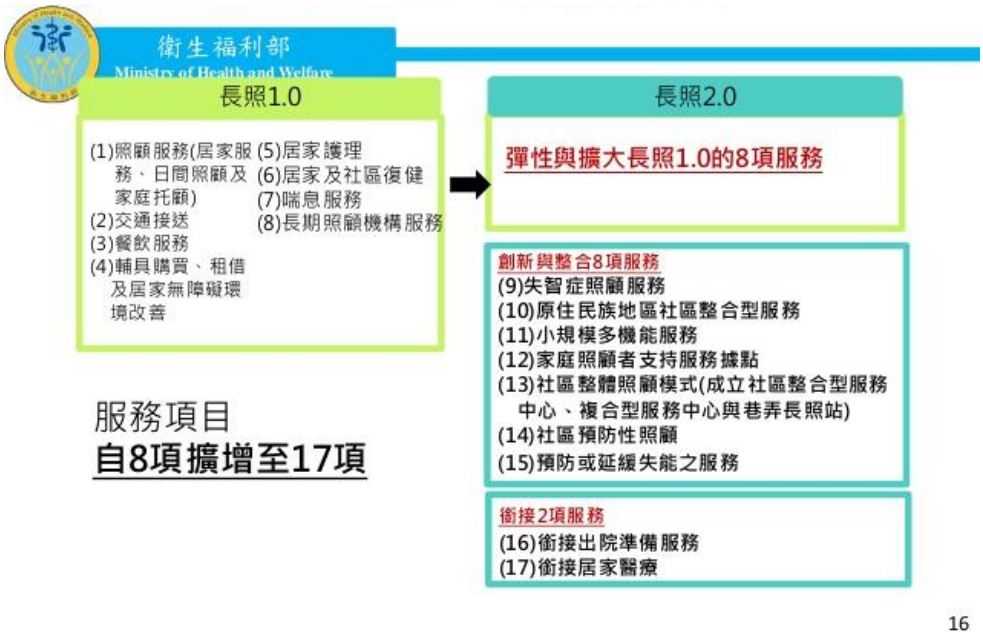

圖 7. 3 長照 2.0 的服務項目

(資料來源:衛福部，2016)

三、 長照 2.0 的服務項目

長照新舊計畫的服務項目如圖 7.1 所示，這 17 項服務以「整合照顧」政策建議書的邏輯，可以區分為四大類：(一)可以納入「生活照顧」範圍的包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧、交通接送、餐飲服務、喘息服務等，但本研究的生活照顧需求調查項目已經遠遠超越這些項目；(二)可以納入「健康照顧」範圍的包括：輔具購買租借、居家護理、居家社區復健、長期照顧機構、預防或延緩失能等，當然，本研究所提出的健康服務項目也已經超越這樣的規劃非常遙遠；(三)同時包括有「生活照顧」與「健康照顧」兩種性質的服務項目包括：失智症照顧服務、原住民地區社區整合型服務、社區預防性照顧；(四)不屬於整合照顧「臨床服務」層級而比較傾向「組織」或「輸送」層級的範圍包括：無障礙環境改善、小規模多機能、家庭照顧者服務支持據點、社區整體照顧模式(旗艦店、專賣店、柑仔店)。

長照 2.0 的服務項目之所以會出現這四種不同概念的組合，關鍵在於「整合照顧」理念是區分「不同健康與依賴等級」與「不同整合照顧層級」(財務、行政、組織、輸送、服務)，並完整結合「生活照顧」與「健康照顧」所構成的理論與實務架構，但是這恰好是長照 2.0 規劃中所嚴重缺乏的。更何況，本研究政策建議書索羅列的服務項目不只遠超過長照 2.0 的範圍，「整合照顧」所強調「服務輸送」體系之間縫隙的銜接，在長照 2.0 中並未特別強調，這會成為老人照顧最致命的政策弱點。

四、 長照 2.0 的服務體系建構

服務體系建構的討論，會逼迫所有的老人照顧政策建構者，必須誠實面對「整合照顧」概念中「服務輸送」體系片段與零碎的問題，但是必須注意這樣的討論千萬不可以誤解為這是「整合照顧」概念中「組織」或「臨床服務」層級的規劃，但是長照 2.0 的規劃剛好陷入這樣的邏輯陷阱之中。

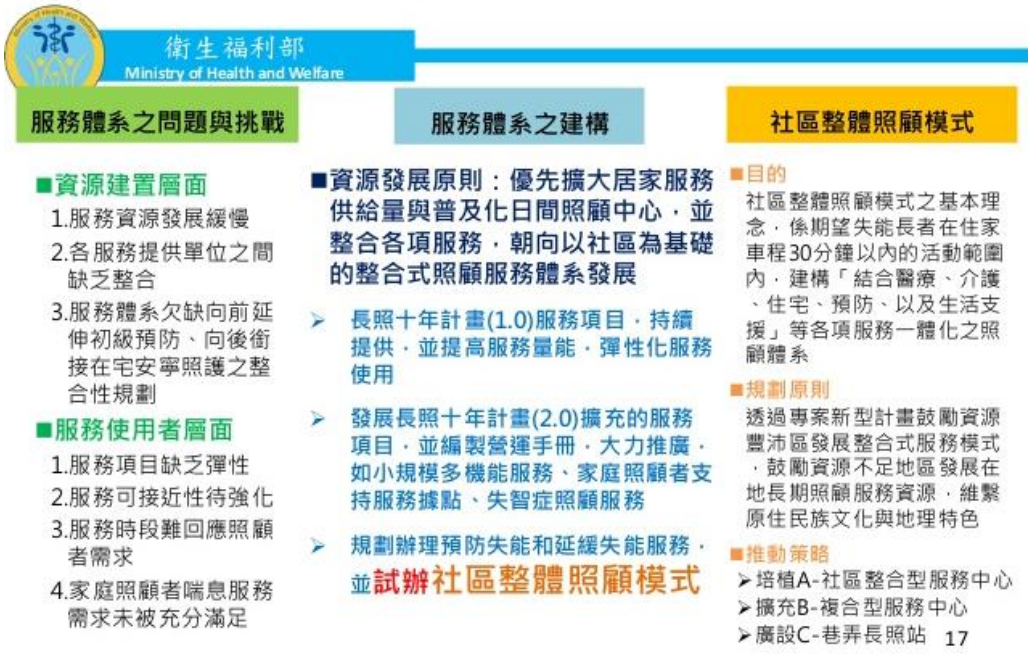

圖 7. 4 長照 2.0 的服務總體體系

(資料來源：衛福部，2016)

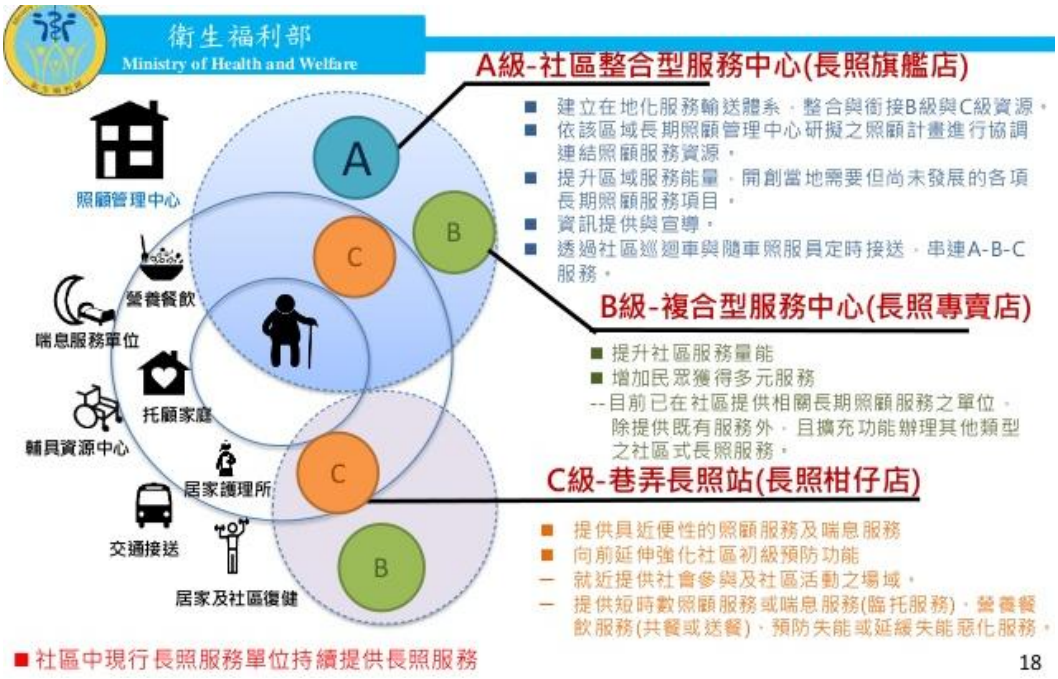

圖 7. 5 長照 2.0 的 ABC 服務架構

(資料來源：衛福部，2016)

長照 2.0 在討論現有制度的問題時，提及供給面有三個問題而需求面有四個問題。站在「整合照顧」理論的邏輯，其中最重要的關鍵在於「各服務提供單位之間缺乏整合」。但是這樣的說法在學理上和實務上都不夠精準，因為這樣的問題診斷，很容易推導出老人照顧體系最需要的是「組織整合」或「臨床服務整合」而不是「輸送體系整合」，結果在本節稍後的討論中就可以見到，長照 2.0 在「發展社區整體照顧模式」的策略上雖然定義不清楚，但方向仍正確；但是，在定義什麼叫做「社區整體照顧模式」時，長照 2.0 開始非常精準的一步一步掉入「組織整合」與「臨床服務整合」的邏輯陷阱之中。

依據長照 2.0 的定義，「社區整體照顧模式」的推動策略，在於推動旗艦店、專賣店、柑仔店三種服務模式，這樣的規劃由「整合照顧」的邏輯來看有兩個主要的弱點：(1)實質的醫療服務並沒有加入整合行列，這種跨部門、跨專業、跨組織、跨服務的「輸送整合」要如何進行，長照 2.0 沒有著墨，而這部分正好是「整合照顧」最強調的亟需補足的弱點；(2)旗艦店、專賣店、柑仔店三種服務模式，最接近的說法是叫做「服務混合」(mixed care)，而其最樂觀的說法是期待在提供這種「服務混合」的過程中，逐漸可以摸索出「服務整合」(care intergration)或「組織整合」(organizational integration)的模式。但是本研究指出，整合照顧(integrated care)的關鍵在於「服務輸送」(delivery)層級的整合，這種失之毫釐差之千里的區別，必須深入本研究中「整合照顧」的理論才能窺探一二。

不過，臺中市政府的所有局處室必須注意，長照 2.0 在定義「社區整體照顧模式」時，已經把機構、社區、居家三種互不隸屬壁壘分明的服務界線整個打破，這從「整合照顧」理論的邏輯推論是必然的結果，因為醫療院所和長照機構的服務目標都是讓民眾回歸家庭和社區，更何況社區醫院、診所、社會福利組織、社區型長照機構、甚至個別家戶，本來就在社區之中，更別提社區(community)在語義學上原本就有多元的解釋空間。依據長照 2.0 對於「社區整體照顧模式」的定義，其目的在於期望長者在住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構「結合醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等各項服務一體化之照顧體系，這種「社區照顧」的定義，不但無法區分「健康照顧」與「生活照顧」，完全呼應本研究「整合照顧」的理論主軸，

而且也讓機構照顧和居家照顧納入廣義的「社區照顧」之中，這樣的解讀才是理解「整合照顧」理論和長照 2.0「社區整體照顧模式」的最佳途徑。

從這個角度而言，硬是要將「醫療照顧」、「機構照顧」、「居家照顧」由原本的、傳統的、狹義的「社區照顧」中進行強烈區切割，已經不符合長照 2.0 對廣義「社區照顧」的定義，而且也會讓理論層級所界定的「整合照顧」四分五裂，讓「整合」理念所建構的社會制度(social institution)和人道主義(humanity)土崩瓦解，絕非具有格局和理性的決策者應有的觀點。但也由於長照 2.0 已經開始強調「以接受照顧者為中心」、「銜接前端初級預防功能和預防保健」、「銜接後端…在宅臨終安寧照顧」、「培植以社區為基礎的健康照顧團隊」、「結合醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等概念，但尚未針對這些概念提出理論依據、核心價值、與總體架構，這個角度而言，本研究所言提的政策建議，其實已經為長照 2.0 完成初步的總體政策、理論、願景、架構、與策略規劃。

五、 臺中市府因應長照 2.0 的策略

臺中市政府針對長照 2.0 的短期與長期策略是一致的，就是確實執行本計畫政策建議書中「整合照顧」所列舉的所有項目，由「服務輸送整合」的核心概念切入，並且盡量透過補助民間新創產業的方式，才能收事半功倍之效。目前的民間非營利組織，其運作方式因為長期接受政府補助與傳統經營習慣，已經很難超脫現有的格局，市政府仍舊可以增加所有現有服務的社區據點，也依據長照 2.0 的規劃增加服務對象以及服務項目，但這些都不可能是市政府未來的施政亮點。

未來市政府施政的亮點，一定是依據現有長照 2.0 所規劃的服務據點、服務對象、服務項目等現有的基礎上，延伸以下幾點施政項目與理念來確立自己的里程碑角色：(一)將長照 2.0 現有的服務項目，加上社區醫療服務，以「服務輸送」的整合作為核心理念，串連所有社區服務；(二)將傳統中所定義的醫院照顧、診所服務、護理機構照顧，全部以「廣義社區照顧」的理念納入「整合照顧」的範圍，實踐「以老人為中心」的社區照顧理念初衷；(三)市府施政者應深刻認知到老人社區照顧的核心價值，不在服務人數多少、服務項目範圍、或組織層級高低，而在所有提供

的「服務輸送」體系可以相互連結，這才是「整合照顧」最核心的概念，「整合照顧」與「社區照顧」是分屬兩種向量的概念，在理論上和實務上都不會相互衝突；(四)大量補助新興創意產業進入社區老人照顧行列，不論是營利企業或社會企業；(五)市政府決策者需有「政治決心」(political will)來實踐本計畫政策建議書中所提的一切「政治技巧」(political skill)，並需有心理準備克服政府組織跨局處室傳統上難以整合、各自為政、本位主義、自我中心等弱點。

第三節 「老人社區照顧」的計畫執行與政府治理

一、 公告規格的達成

依據公告計畫目標，本計畫的目標有三：(一)瞭解臺中市老人對於社區照顧服務之需求。(二)因應人口老化趨勢，本市未來 5 年老人社區照顧服務應發展之服務模式及供給量。(三)針對研究發現提出具體建議，以供本市建構完善之老人社區照顧服務體系。

第一個計畫目標「提出臺中市老人對於社區照顧服務之需求」，已經於第四章第一節中交代以一般人口為基礎的需求推估，於第四章第二節中交代以失能人口為基礎的需求推估。第二個計畫目標「本市未來 5 年老人社區照顧服務應發展之服務模式及供給量」，已經於第四章第三節中完成，詳細的推估內容列於表 4.15 與圖 4.14 和圖 4.15，照顧服務發展模式則以第六章整章描述。第三個計畫目標「提出建構完善老人社區照顧服務體系之建議」，已經於第三章提出建構「整合照顧」理論基礎，於第五章中提出現有社政制度運作問題與改進措施，第六章提出「整合照顧」政策建議整體架構。

除此之外，本研究對於習慣於站在主政業務局處室立場，來思考政策架構的文官體系，為方便其閱讀本報告，進行以下三件工作：(一)對於第三章和第六章中必須由「整合照顧」理論來架構「社區照顧」的觀點，於第三章中交代其學術理論上的依據，再延續第六章說明其實務上的整體連貫性與不可切割性；(二)於第七章第二節以長照 2.0 政策內容所隱含「廣義老人社區照顧」的定義，重新檢討機構、社區、居家的傳統區分，甚至是「健康照顧」與「生

活照顧」在社區層級整合的必要性，透過長照 2.0 的定義，將這些老人照顧均納入「廣義老人社區照顧」的範圍；(三)但為顧及各主政單位汲取本身業務相關內容進行施政參考的可行性，本研究第六章分階段將可能牽涉到的局處業務進行列表明確陳述，並於第七章第一節的中長程計畫建議中，明確標示與「社會政策」主政業務直接相關、間接相關、以及與傳統「狹義社區照顧定義」相關、和適用理論與未來實務中「廣義社區照顧定義」相關的施政內容。

另依據公告計畫執行需求，研究團隊組成之專長應包括長期照顧、老人福利等專長。而本計畫主要方法為：(一)文獻探討；(二)專家座談 5 場次；(三)深度訪談 20 名。其中文獻探討貫穿於研究報告全篇各章節之中，專家座談與深入訪談結論摘要於第五章，會議記錄和深入訪談逐字稿呈現於附錄一至附錄六。

公告工作項目則包括：(一)分析臺中市老人對於社區照顧服務之使用現況及需求，包括社區照顧關懷據點、長青快樂學堂、多功能日間托老中心及日間照顧服務等，包含服務模式、人力資源及相關規定等，服務提供者及服務使用者針對社區照顧服務之建議。(二)針對焦點團體、訪談結果及人口老化趨勢之預估，提出本市未來 3 年、6 年、9 年之中長程老人社區照顧服務體系應發展之服務模式、供給量及所需人力資源等，以及對臺中市老人社區照顧服務體系建構之具體建議。不過，公告工作內容第四點特別提及，本研究得就實際研究需求，適切規劃其它研究資料蒐集或分析方法。

其中工作項目第一項有關現有社區照顧的使用量，已於第四章表 4.4 中呈現最近三年關懷據點、長青學堂、多功能托老、和日間照顧的使用人次與使用人數，並於表 4.15 呈現未來供給和需求的推估。第四章同時呈現範圍更寬廣的生活照顧內容的總需求數量和應該提供的數量，包括目前的需求以及五年之後的需求推估。至於現有制度的缺失則已於第五章作摘要描述，其專家會議記錄及深度訪談逐字稿則列於附錄一至附錄六。

工作項目第二項則於本章(第七章結論與建議)第一節中，將第六章中的政策建議區分為可能的短中長程計畫，但這個計畫期程的執行取決於是政府各部門協調的結果、經費與人力的客觀限制、以及市府決策階層的主觀意願。

換句話說，本研究計畫所提出的政策建議書，屬於「政治技巧」(political skill)層級的描述，而其實現取決於「政治決斷」(political will)的態度與毅力。至於這個政策執行過程所需要的人力或提供量，由於政府能力有限，應該大量鼓勵和應用民間營利企業、社會企業、和非營利組織的力量來滿足老人社區照顧的需求。

二、 跨局處業務與多方合約的政府治理(governmance)

本計畫因「老人社區照顧」牽涉到市政府內部跨局處業務，由具有跨局處業務功能的研考會來統籌辦理，因此罕見的以「三方合約」的方式進行，分別為社會局、研考會、和承接計畫單位三方，對於以「整合照顧」方式來提供「老人社區照顧」具有特殊的意義，因為它在「整合照顧」的層級分類中(表 3.2)屬於「行政」層級應該進行的「跨部門的連結計畫」，它的運作效能會嚴重影響以下所有「組織」、「服務輸送」、「服務內容」等所有層級的績效。

(一) 本計畫執行的政府治理創新模式

這樣的合約方式屬於政府內部「組織創新」的運作形式，完全符合世界衛生組織渥太華憲章(Ottawa Charter)中「健康促進」原則的「組織內部的結構與體系改變」(structural or system change within organisations)組成(WHO, 1986)。世界衛生組織提出這個健康促進原則的關鍵性因素，在於強烈認知到健康影響因素橫跨在生活的所有層面，並且需要政府部門內部進行跨部會、跨局處、跨專業的整合才能成功。這樣的概念盡管進步，但可以想像世界各國政府要進行這樣的工作必定非常困難。

世界衛生組織因此在 11 年之後，繼續在雅加達宣言(Jakarda Declaration)中提出「引導健康促進進入 21 世紀」(Leading Health Promotion into 21st Century)的報告(WHO, 1997)，強調特定組織環境的改變，可以為健康促進周延策略的執行，提供特定的促成機會，組織內部尤其需要新的和多元的網絡來促成跨部門間的合作。再過 8 年，世界衛生組織的曼谷憲章(Bangkok Charter)再次強調健康是牽涉到所有部門的事業，而且健康會進一步決定個人與集體的社會經濟地位和政治發展(WHO, 2005)，因此所有層級(中央與地方)的政府都應該將對抗健康不平等列為緊急議題處理，而處理健

康決定因素的責任落在整體政府身上，包括健康部門和非健康部門。這樣的歷史性描述如果看起來與本報告內容有些熟悉，代表這種跨部門合作的概念在健康部門與社政部門已經是至少 30 年前的古老觀念，但現在列入市政府中加以實踐卻是首次創舉。

(二) 本計畫執行的政府治理議題

本計畫執行單位最後仍舊依循「以老人照顧需求為中心」的理論和實務觀點作為最終判斷依據，以老人社區照顧所需要的「整合照顧」作為分析架構，加上以分期分階段分項目的方式，明確標示計畫中所有業務可能牽涉到的主政局處室，這樣做可以兼顧計畫執行過程、結果、與後續效應等方面的幾個重點，敘述如下。

第一，以老人為中心來規劃社區照顧需求，而不是以各局處室現有業務為範圍，來規劃社區照顧需求，滿足理性計畫的基本學理條件，也呼應長照 2.0 的政策規劃內容，雖然直到本計畫期末報告繳交時，中央政府對於長照 2.0 的政策內涵、理論依據、核心價值、主要策略等仍處於持續摸索的階段。

第二，回應民眾需求，是中央與地方首長執政的首要目標，但是當它不是常任文官系統的首要任務時，表示市政府政務官與事務官之間，甚是是政務官或一級主管內部，在層級間甚至層級內對於施政優先順序沒有共識，這其中隱含政府治理(governmence)的問題，以及文官系統可能偏離基本責任政治原則的缺失。由於這個政府治理的議題，會嚴重影響市政府後續推動「老人社區照顧」必須跨專業、跨領域、跨局處協同合作的計畫本質，因此必須以非常嚴肅的態度，由市政府內部最高的決策當局來誠實面對與解決。

第三，本研究所建議的政策規劃內容，對於老人照顧議題的理論架構清晰程度與涵蓋範圍周延程度，補充了中央目前所規劃的長照 2.0 版本所不足的總體政策、理論、願景、架構、與策略規劃，有助於市政府單獨或聯合周邊縣政府，向中央爭取競爭型計畫經費，成就老人社區照顧試辦計畫的首善地位。尤其是本報告的撰寫方式，已於第四章專章討論社會局現有業務的改善機制，復於第五章提出「整合照顧」計畫的整體架構時，列表陳述市政府各局處室的可能牽涉業務，再於第六章提出

短中長程計畫時標示社政機構可能牽涉的主辦和協辦業務內容，應該已經為主政的社會局釐清其職責範圍與施政目標，以減輕社會局同仁未來可能的業務壓力。

(三) 本研究所建議的政策規劃內容

對於老人照顧議題的理論架構清晰程度與涵蓋範圍周延程度，補充了中央目前所規劃的長照 2.0 版本所不足的總體政策、理論、願景、架構、與策略規劃，有助於市政府單獨或聯合周邊縣政府，向中央爭取競爭型計畫經費，成就老人社區照顧試辦計畫的首善地位。尤其是本報告的撰寫方式，已於第四章專章討論社會局現有業務的改善機制，復於第五章提出「整合照顧」計畫的整體架構時，列表陳述市政府各局處室的可能牽涉業務，再於第六章提出短中長程計畫時標示社政機構可能牽涉的主辦和協辦業務內容，應該已經為主政的社會局釐清其職責範圍與施政目標，以減輕社會局同仁未來可能的業務壓力。

第四節　實踐社區老人整合照顧模式的政治策略

「老人社區照顧」在「長照 2.0 政策」的架構下要成功規劃與執行，必須考量以下幾個政治層面的因素，成功的機會才能大量增加。

一、 名稱與功能多元造成民眾難以親近

現有老人社區照顧單位由於名稱多元和功能多元的程度，僅限於少數的專業人員得以理解，造成一般民眾不容易瞭解也不容易接近的難題。有必要從政治面務實考量，其服務功能可以盡量多元，但應該讓不同機構的名稱盡量統一，增加一般民眾的辨識程度。另一方面，由於「生活照顧」與「健康照顧」必須整合，行政主管機關在社政與衛政在理論與實務上應該也已經整合的前提下，如何設計一個統一的名稱，讓一般民眾一目瞭然，容易接近，但可以在這個名稱之下，讓不同機構擁有不同功能。

例如所有的社區老人照顧機構只有兩種名稱：「護理之家」(Nursing Home)和「老人照顧服務之家」(Elderly CareHome)，前者照顧必須長期或短期留置的失能老人，後者照顧可以在社區和家戶中接受照顧的老人，然後仍舊將

各機構的服務項目在門口告示牌中清楚標示列舉即可。至少，一般民眾只需要認識兩種名稱，就可以大約知道其服務性質，而所提供服務的項目則可以在接近之後進一步瞭解。

又例如也許名稱只有一種，統稱為「照顧之家」(Care Home)，再細分其功能與服務項目等等。但是既然可以通一稱呼為「照顧之家」，其環境佈置與安排就必須像「家園」(Homestead)的外觀與內裝，這個最起碼的標準在臺灣很少符合，建議由臺中市開始進行所有照顧機構「家園」樣式的改造工程。

二、 修改長照政策論述主軸與名稱

現有的長照政策應該依據以下的三段論述加以修改，分別為：由「長期照顧」(long-term care)到「老人照顧」(elderly care)、再由「老人照顧」到「整合照顧」(integrated care)或「老人整合照顧」(elderly integrated care)。

因為「長期照顧」隱涵個人已經失能之後所需的照顧方式，但長期照顧真正的積極意義，在於盡量讓老人避免需要「長期照顧」，因此在名稱上宜以比較廣泛的「老人照顧」，來包括所有的預防保健服務和活躍老化的積極意義，以及所有後續的醫療和生活照顧。另一方面，老人照顧最佳的方式，為結合「生活照顧」與「健康照顧」的「整合照顧」，因此以類似「老人整合照顧」的用語來取代「長期照顧」，在政治修辭學(political rhetoric)上具有積極的含義。

這樣的描述方式比較接近各種理論對老人照顧的要求，在實務上也比較接近現在正在進行中的朝照 2.0 政策的逐步改革方向。例如透過衛生福利部的整合，各試辦地區的衛生局已經開始宣導衛生所、診所、社區醫療群、物理治療所、職能治療所等單位，積極加入長照據點 B 級或 C 級的服務提供，這種「整合照顧」的行進速度，在本研究報告即將繳交但尚未定稿時，在臺灣不同縣市的不同社區，就已經開始如火如荼的擴展，未來其進行組織創新、服務輸送創新、服務內容創新的速度，只會更加快速以因應人口老化的速度，臺灣與整個世界都已經沒有充裕的時間再做等待。

三、 照 2.0 政策應該與「整合照顧」理念結合

長照 2.0 政策規劃與推動至今，並未強調其與「整合照顧」概念的連結，因此也尚未將「整合層級」放在「服務輸送」體系的整合，這樣的老人照顧政策很容易缺乏核心價值和架構主軸，導致「老人社區照顧」體系的混亂。本計畫強烈建議中央與地方層級政府應該儘速導入「整合照顧」理念來指導老人照顧政策的實質內涵。

長照 2.0 計畫的服務項目可以區分為四大類：「生活照顧」類、「健康照顧」類、包括有「生活照顧」與「健康照顧」兩種性質的服務類、不屬於整合照顧「臨床服務」層級而比較傾向「組織」或「輸送」層級的範圍服務。長照 2.0 的服務項目之所以會出現這四種不同概念的組合，關鍵在於「整合照顧」理念是區分「不同健康與依賴等級」與「不同整合照顧層級」(財務、行政、組織、輸送、服務)，並完整結合「生活照顧」與「健康照顧」所構成的理論與實務架構，但是這恰好是長照 2.0 規劃中所嚴重缺乏的。「整合照顧」所強調「服務輸送」體系之間縫隙的銜接，在長照 2.0 中並未特別強調，這會成為老人照顧最致命的政策弱點。另一方面，服務體系建構的討論必須誠實面對「整合照顧」概念中「服務輸送」體系片段與零碎的問題，但是必須注意這樣的討論千萬不可以誤解為這是「整合照顧」概念中「組織」或「臨床服務」層級的規劃，但是長照 2.0 的規劃剛好陷入這樣的邏輯陷阱之中。

四、 「政府治理」與「整合照顧」密切關聯

由於「整合照顧」在本質上牽涉到跨領域、跨專業、跨局處的老人照顧本質，因此政府內部跨局處的治理，與整合照顧的推動息息相關，其推動關鍵在於成立實質上可以跨專業的委員會，以及具有政治敏感度的規劃小組成員來全力推動。並透過跨縣市政府合作，撰寫計畫爭取中央競爭型經費，以收實效，真正落實社區層級的老人整合照顧。

不過要建立這樣的委員會來進行社區老人照顧計畫並不容易，在傳統的政治學理論中至少有三種主要型式(圖 7.6 至圖 7.8)，圖中的 E 代表行政首長(chief executive officer)，P 代表組織計畫部門(planning agency)，L 代表立法部門(legislative branch)，D 代表不同局處室(line department or service agency)，B 代表組織預算

部門(budget agency)，CP 代表市民計畫部門(citizen planning agency)，泛指私部門有能力提出計畫構想的團體或機構，例如大學、專業組織、學生社團、社會運動團體、社會服務組織等等。

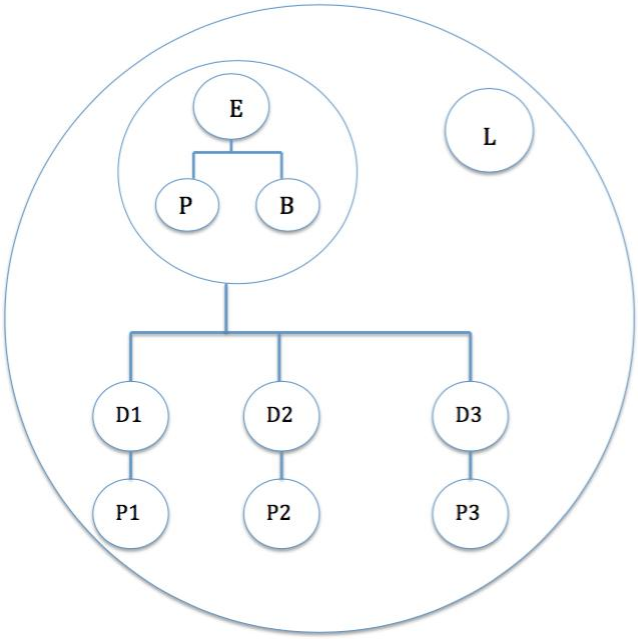

圖 7.6 行政型委員會

圖 7.6 的行政模型屬於傳統計畫部門的組織架構與角色功能，當然也類似臺中市政府中研考會的組織型態(P)。這樣的計畫部門組織型態假設，計畫部門的主要任務在於幫助市政府相關部門，包括市長在內，可以形成自己的政策，而各業務部門底下的計畫單位(P1, P2, P3)，其組織功能也在於幫助各業務單位之內可以形成自己業務範圍之內的政策。這種傳統上通用的行政型組織型態，其最大的優點在於當計畫中心與行政中心合而為一時，其政策落實的可能性最高，而其缺點在於除非行政最高首長擁有夠高的政治決心，否則無法從組織上自動的克服各部會之間各自為政的宿命，而且市民真正的需要未必可以透過這樣的

計畫組織模式獲得充分反映，屬於非常標準的官僚系統(bureaucracy)組織結構。

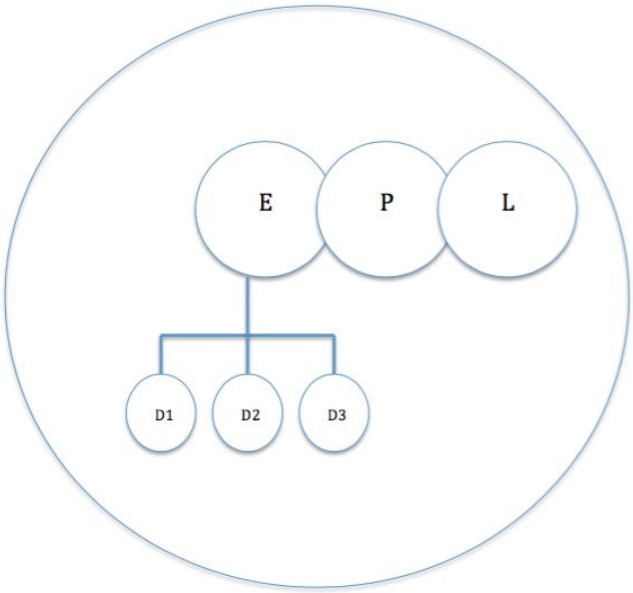

圖 7.7 獨立型委員會

圖 7.7 的獨立型委員會則起緣於對政府官僚系統的不信任，現今的政府官僚體系雛形大約出現年代久遠，隨著政治經濟環境的改變的確有改革必要，而人口老化議題會首先衝擊傳統政府計畫組織型態。獨立型委員會假設政府官員會利用公部門組織來經營私人利益，具有改革意識的市民應該在公共事務上導入理性的力量來對抗政府的腐敗。其組織特色在於：(1)它獨立於民選議會運作以避免腐敗；(2)它獨立於政府組織運作以反應市民對市政的整體視野。其優點在於：(1)計畫內容比較不會只專注在計算現有政治上的可行性；(2)比較不會受限於官員與議員任期的限制可以規劃較長時間；(3)比較有機會對主流政策智慧提出質疑；(4)比較不會受限於現有預算、人員編制、與現存計畫的主流觀念。而其缺點在於委員會決議或建議對於行政與民意機構不構成拘束力，成員通常不具專業知識或對政府運作

不熟悉，但這個缺點與市政府現存委員會的缺點似乎也相當一致。

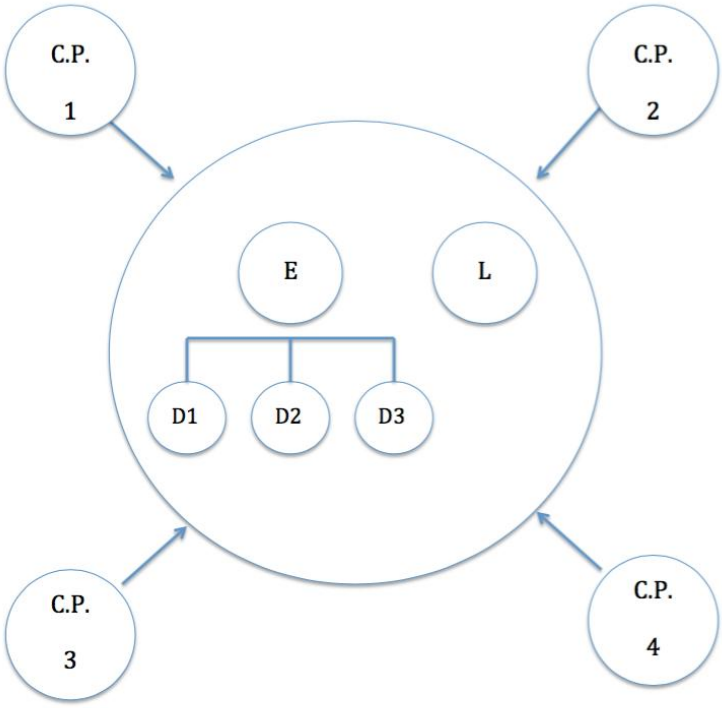

圖 7.8 參與型委員會

如果獨立型委員會的主要目標在追求更為實質的公共利益，行政型委員會的目標就在於提高政策落實的可能，而第三種「參與型委員會」(圖 7.8)的目標則在儘量讓計畫內容可以符合市民的需求，可能是未來進行「老人社區照顧」規劃時比較可行的組織模式。參與型委員會的組織架構假設，透過受影響團體愈多的參與，則政策內容會愈接近民眾的需求。這些市民參與的管道包括：意見調查、焦點團體、公民審議等等。因為不存在單一的公共利益，在多元社會下進行政策規劃的本質，並不是追求公共利益，而是資源重分配的正義概念(redistribution justice)。市民參與的方式不適任可獲不認可政府的方案，而是有資格提出真正的替代方案，這才是「選擇自由」的真實含義。因此計畫者的角色應該分配給不同政黨、社區利益團體、甚至社區鄰里團體。

但是這裡所呈現的「多元價值」並不一定代表不同團

體的利益一定是相衝突的，而是個人與計畫者可能對於相同的利益具有不同的審視觀點，所以計畫的過程應該提供一個透明的檢視過程,讓不同的計畫者與不同的利益團體，可以經由不斷對話的過程相互學習，嘗試讓自己的觀點讓對方瞭解，甚至轉變為相同的觀點，讓原本相互衝突的觀點可以形成社會共識的希望變成可能。

此外,「整合照顧」五個層級中的「行政」層級若能夠進行跨部門的整合,「政府治理」核心理念中的「以民眾為施政重心」的基本公民素養得以落實,「長照 2.0 政策」中「以使用者為中心」的政策概念也變成可以期待。

另一方面,臺中市政府也可以利用已經建立多年的「高齡友善委員會」這個跨部門的平台,將「高齡友善委員會」正式更名為「老人社區整合照顧委員會」以擴大其功能，再重新遴聘適當的委員，並增加此一跨部門委員會的責任功能與開會頻率。畢竟,「年齡友善」(age-friendly)只是老人「整合照顧」概念中第一個健康層級範圍之內的某一項業務而已，目前這個委員會一年只開兩次會的實質貢獻非常有限，白白浪費這個重要的跨部門機制。

針對本研究中大量未被滿足的社區照顧與居家照顧，即使在市政府規劃未來的長照系統中，不但供給無法滿足廣大的需求種類與數量，而且兩者相差的距離非常龐大，其中 2016 年不足數量為現有供給量的 106%，2021 年不足數量為預估供給量的 61%。面對這樣的狀況，衛生福利部雖然已經開始啟動醫事機構承接長照 2.0 社區服務事項，包括診所、社區醫療群、物理治療所、職能治療所等醫事機構，但醫事機構進駐的主要功能在於提供本研究所強調的「整合照顧」，也就是結合「生活照顧」與「健康照顧」的本質改造，而非滿足大量未被滿足的「生活照顧」需求，這部分是政府應該另外設計有效率的民間部門一起參與。

由於臺灣社會各社區中與社會服務相關的機構，過去都已經相當程度的投入資源提供社區老人的生活照顧需求，社區服務據點等機構得設置家數未來雖然仍會增加，但要在現有資源之下創造出更多的生活照顧有其困難，因此對於市政府而言最佳的選擇，就是以較高的獎勵來補助能夠真正落實「老人整合照顧」的企業團隊，無論這個企業的屬性是單純的盈利企業或社會企業，因為對於社區老人整合照顧而言，這兩種企業的核心價值均屬於引進商業模式

來達成社會公益目標，而這裡的「商業模式」所引進的「效率」概念，將與過去社區中社會福利機構「申請政府經費驗收計畫成果」的模式完全不同。政府補助機構驗收成果的模式屬於「管制邏輯」，成本較高成效有限而且無法鼓勵組織創新；釋出經費引進企業「商業模式」屬於「誘因邏輯」，其效率來源為民間源源不絕的組織創新機會。

另一方面，由於臺灣社會屬於提供社區老人整合照顧的企業「商業模式」大部分不成熟或不存在，因此這一類的企業幾乎均會屬於「創業計畫」，如何善用年輕人的創意來貢獻社區老人整合照顧，將會是市政府未來施政的重點之一。少量的新創企業補助如果可以引進老人社區照顧的新創整合模式，極有可能是市政府本身投入時間與經費最少，但透過創新型態的服務模式讓最多老人可以即時獲益的計畫內容，是政治層面需要優先考慮的優質政策內容

參考資料

Abel J, Pring A, Rich A, Malik T, Verne J (2013). The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, vol 3, no 2, pp 168－173.

Addicott R, Hiley J (2011). *Issues facing commissioners of end-of-life care*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/issues-facing-commissioners-end-lifecare.

Ahmad A, Purewal TS, Sharma D, Weston PJ (2011). The impact of twice-daily ward rounds on the length of stay in two general medical wards. *Clinical Medicine*, vol 11, no 6, pp 524－528.

Allen K, Glasby J (2010). *The billion dollar question: embedding prevention in older people's services – 10 high impact changes*. Discussion Paper. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham.

Arksey, Baxter K, Rabiee P, Glendinning C, Wilde A, Forder J, Jones K, Curtis L (2013). *Home care re-ablement services: investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. York: Social Policy Research Unit, University of York. Available at: http://php.york.ac.uk/inst/spru/research/summs/reablement2.php.

Bardsley M, Steventon A, Smith J, Dixon J. (2013). Evaluating integrated and community-based care: how do we know what works? London: Nuffield Trust.

Barlow J, Curry R, Chrysanthaki T, Hendy J, Taher N (2012). Remote Care Plc: developing thecapacity of the remote care industry to supply Britain's future needs. London: Health and CareInfrastructure Research and Innovation Centre. Available at: www.haciric.org/static/pdf/publications/HaCIRIC_%20Remote_Care_Report_061212.pdf.

Barrett A, Savva G, Timonen V, Kenny RA (eds) (2011). Fifty plus in Ireland 2011: first resultsfrom the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). Dublin: The Irish Longitudinal Study onAgeing. Available at:

www.tcd.ie/tilda/assets/pdf/glossy/Tilda_Master_First_Findings_Report.pdf.

Barton P, Bryan S, Glasby J, Hewitt G, Jagger C, Kaambwa B, Martin G, Nancarrow S, ParkerH, Parker S, Regen E, Wilson A (2006). A national evaluation of the costs and outcomesof intermediate care for older people. Birmingham: Health Services Management Centre,University of Birmingham/Leicester Nuffield Research Unit, University of Leicester. Availableat: www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/intermediate-care-older-people.pdf (accessed on 17 February 2014).

Bass, S., Caro, F. & Chen, Y.P. (eds.) (1993). Achieving A Productive Aging Society. Westport, CT: Auburn House

Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M (2009). Hospital discharge planning for frailolder people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence.Journal of Clinical Nursing, vol 18, iss 18, pp 2539–46.

Baztan J, Suarex-Garcia F, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F (2009).Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatalityamong older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BritishMedical Journal, vol 338, b50.

Beswick A, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S (2008).Complex interventions to improve physical function and maintain independent livingin elderly people: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, vol 371, no 9614,pp 725–35.

Beswick AD, Gooberman-Hill R, Smith A, Wylde V, Ebrahim S (2010). Maintainingindependence in older people. Reviews in Clinical Gerontology, vol 20, iss 2, pp 128–53.

Bowling, A. (2008) Enhancing later life: how older people perceive active ageing? Aging and Mental Health 12(3): 293-301.

British Geriatrics Society (2011). Quest for quality – British Geriatrics Society joint workingparty inquiry

into the quality of healthcare support for older people in care homes: a call forleadership, partnership and quality improvement. London: British Geriatrics Society. Availableat: www.bgs.org.uk/campaigns/carehomes/quest_quality_care_homes.pdf.

British Geriatrics Society (2012a). Failing the frail: a chaotic approach to commissioninghealthcare services for care homes. Analysis of data collected by CQC about PCT support for thehealthcare of older people living within nursing and residential care homes. British GeriatricsSociety. Available at: www.bgs.org.uk/index.php/mnupressreleases/1907-cqc-report-toomany-failing-hospitals.

British Geriatrics Society (2012b). Quality care for older people with urgent & emergency careneeds ‘Silver Book’. London: British Geriatrics Society. Available at: www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=207&Itemid=888.

British Geriatrics Society (2013a). BGS commissioning guidance – high quality healthcarefor older care home residents. Supporting documentation. Available at: www.bgs.org.uk/campaigns/2013commissioning/care_home_guidance_fmag.pdf.

British Geriatrics Society (2013b). Commissioning guidance for high quality health care forolder care home residents. Available at: www.bgs.org.uk/index.php/resources-6/bgscampaigns/commissioning2013/2581-commissioning2013-requisite.

British Geriatrics Society (2013c). Frailsafe: a new checklist for the acute care of frail olderpeople. Blog. Available at: http://britishgeriatricssociety.wordpress.com/2013/11/18/frailsafe-anew-checklist-for-the-acute-care-of-frail-older-people/.

Buck D, Gregory S (2013). Improving the public’s health: a resource for local authorities.London: The King’s Fund. Available

at:www.kingsfund.org.uk/publications/improvingpublics-health.

Burns E, Nair S (2014). New horizons in care home medicine. Age and Ageing, vol 43, no 1,pp 2–7.

Butler, T., Oberlink, M. & Schecter, M. (eds.) (1990). The Promise of Productive Aging. New York: Springer. p. 201.

Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N(2012). 'Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals(Cochrane Review)'. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 12, article CD005465.

Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N(2010). 'Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities andhospitals (Cochrane Review)'. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 1, articleCD005465.

Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L (2012). 'Ameta-analysis of "hospital in the home'''. Medical Journal of Australia, vol 197, no 9, pp 512–19.

Cartwright M, Hirani S, Rixon L, Beynon M, Doll H, Bower P, Bardsley M, Steventon A,Knapp M, Henderson C, Rogers A, Sanders C, Fitzpatrick R, Barlow J, Newman S (2013).Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (WholeSystems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reportedoutcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. British Medical Journal,vol 346, f653.

Castell M, Sanchez M, Julian R, Queipo R, Martin S, Otero A (2013) Frailty prevalence andslow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. BMC FamilyPractice, vol 14, p 86.

Centre for Policy on Ageing (2009a). Ageism and age discrimination in mental health care inthe United Kingdom: a review from the literature. London: Centre for Policy on Ageing.

Centre for Policy on Ageing (2009b). Ageism and age discrimination in primary ancommunity health care in the

United Kingdom: a review from the literature. London: Centre forPolicy on Ageing.

Centre for Policy on Ageing (2009c). Ageism and age discrimination in secondary health carein the United Kingdom: a review from the literature. London: Centre for Policy on Ageing.

Centre for Policy on Ageing and Bupa (2012). A profile of residents in Bupa care homes: resultsfrom the 2012 Bupa census. London: Centre for Policy on Ageing. Available at: www.cpa.org.uk/information/reviews/Bupa-Census-2012.pdf.

Chan DK, Cordato D, O' Rourke F, Chan DL, Pollack M, Middleton S, Levi C (2013).Comprehensive stroke units: a review of comparative evidence and experience. InternationalJournal of Stroke, vol 8, no 4, pp 260–4.

Chenore T, Pereira Gray DJ, Forrer J, Wright C, Evans PH. (2013). Emergency hospital admissions for the elderly: insights from the Devon Predictive Model. Journal of Public Health, 35(4), 616–23.

Chitnis X, Georghiou T, Steventon A, Bardsley M (2012). The impact of the Marie CurieNursing Service on place of death and hospital use at the end of life. London: Nuffield Trust.

Clark M, Moreland N, Greaves I, Greaves N, Jolley D (2013). Putting personalisation andintegration into practice in primary care. Journal of Integrated Care, vol 21, no 2, pp 105–20.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert M, Rockwood K (2013). Frailty in elderly people. TheLancet, vol 381, iss 9868, pp 752–62.

College of Occupational Therapists (2013). Living well through activity in care homes: thetoolkit. London: College of Occupational Therapists Limited. Available at: www.cot.co.uk/living-well-care-homes.

Collerton J, Barrass K, Bond J, Eccles M, Jagger C, James O, Martin-Ruiz C, Robinson L,Von Zglinicki T, Kirkwood T (2007). The Newcastle 85+ study: biological, clinical andpsychosocial factors associated with healthy ageing:

study protocol. BMC Geriatrics, vol 7no 14, doi:10.1186/1471-2318-7-14. Available at: www.ncl.ac.uk/iah/research/publication/75732.

Commission on Chronic Illness. (1957). Chronic Illness in the United States, Vol. 1, Prevention of Chronic Illness. Cambridge, MA: Harvard University Press. pp. 1-68.

Cornwell J (2012). The care of frail older people with complex needs: time for a revolution. TheSir Roger Bannister Health Summit, held at Leeds Castle, Kent, November 2011. London:The King’s Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/care-frail-older-peoplecomplex-needs-time-revolution.

Coulter A, Roberts S, Dixon A (2013). Delivering better services for people with long-termconditions: building the house of care. London: The King’s Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-better-services-people-long-term-conditions.

Craig R, Mindell J (eds) (2007). Health survey for England 2005. Volume 1: General health andfunction. The health of older people. Leeds: The Information Centre. Available at: www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB01184/heal-surv-heal-old-peo-eng-2005-rep-v1.pdf.

Cumming, E. & Henry, W. (1961). Growing Old. New York: Basic Books.

Cumming, E. (1963). Further thoughts on the theory of disengagement. International Social Science Journal 15: 377-393.

Cumming, E., Dean, L. & Newell, D. (1960). Disengagement: a tentative theory of aging. Sociometry 23: 23-37.

Davies A, Newman S (2011). Evaluating telecare and telehealth interventions. WSD Action Network (WSDAN) briefing paper. London: WSD Action Network/The King’s Fund.

Davies A, Newman S (2011). Evaluating telecare and telehealth interventions. WSD ActionNetwork (WSDAN) briefing paper. London: WSD Action Network/The King’s Fund. Availableat: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Evaluating-telecare-telehealth-interventions-Feb2011.pdf.

de Vries N, Ravensberg C, Hobbelen J, Olde Rikkert M, Staal

J, Nijhuis-van der Sanden M(2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activityand quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physicaldisability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. Ageing Research Reviews, vol 11, no 1,pp 136–49.

Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson J, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, Howell E (2009).A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from threehospitals back to their homes. Journal of American Geriatrics Society, vol 57, no 9, pp 1540–6.

Dening K, Jones L, Sampson E (2012). Preferences for end-of-life care: a nominal group studyof people with dementia and their family carers. Palliative Medicine, vol 27, no 5, pp 409–17.

Department of Health (2011a). Care services efficiency delivery homecare re-ablement toolkit.London: Department of Health. Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120907090129/http:/www.csed.dh.gov.uk/homeCareReablement/Toolkit/.

Dhesi J, Griffiths R (2012). The older surgical patient: minimizing risk and maximizingoutcomes. Clinical Risk, vol 18, pp 177–81.

Dixon, S., Nancarrow, S. A., Enderby, P. M., Moran, A. M., & Parker, S. G. (2015). Assessing patient preferences for the delivery of different community-based models of care using a discrete choice experiment. Health Expectations,18(5), 1204-1214.

Duerden M, Avery T, Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: making itsafe and sound. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation.

Ellins J, Glasby J, Tanner D, McIver S, Davidson D, Littlechild R, Snelling I, Miller R, Hall K,Spence K, the Care Transitions Project co-researchers (2012). Understanding

and improvingtransitions of older people: a user and carer centred approach. Final report. Southampton:National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme.

Ellis G, Whitehead M, Robinson D, O' Neill D, Langhorne P (2011). Comprehensivegeriatricassessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlledtrials. British Medical Journal, vol 343, d6553.

Ervik, R. & Lindén, S. (2013). Introducing ageing policy: challenges, ideas and responses in Europe. In: R. Ervik, T. S. Lindén (eds.) The Making of Ageing Policy: Theory and Practice in Europe. Cheltenham: Edward Elgar. pp. 1-26.

Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P (2008). Medical day hospital care for theelderly versus alternative forms of care (Review). The Cochrane Collaboration. Available at:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001730.pub2/pdf/standard.

Fox G, Cracknell A, Ismail S, Burns E. (2013). Introducing interface geriatricians in Leeds. British Geriatrics Society Newsletter.

Francis R (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry.HC 947. London: The Stationery Office. Available at: www.midstaffspublicinquiry.com/report.

General Medical Council (2010). Treatment and care towards the end of life: good practice indecision making. London: General Medical Council. Available at: www.gmc-uk.org/static/documents/content/End_of_life_9_May_2013.pdf.

Gfk Wirtschaftstrendforschung (2002) 50plus 2002, Berichtsband I u. II. Nürnberg. [GFK 經濟趨勢研究（2002年）2002年 50plus，報告卷 I u。II，紐倫堡。]

Glendinning C, Challis D, Fernandez J, Jacobs S, Jones K, Knapp M, Manthorpe J, Moran N,Netten A, Stevens M, Wilberforce M (2008). Evaluation of the Individual Budgets PilotProgramme: final report (IBSEN study). York: Social

Policy Research Unit, University of York.
Glendinning C, Jones K, Baxter K, Rabiee P, Curtis L, Wilde A, Arksey H, Forder J (2011).Home care re-ablement services: investigating the longer-term impacts (prospective longitudinalstudy). Available at: www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Reablement.pdf.
Gloth M, Scheve A, Shah S, Ashton R, McKinney R (1999). The Frail Elderly FunctionalAssessment questionnaire: its responsiveness and validity in alternative settings. Archives ofPhysical Medicine and Rehabilitation, vol 80, no 12, pp 1572－1576.
Gold Standards Frameworks Centre. (2016). Evidence that GSF helps reduce hospitalization in all settings (admissions, hospital deaths, hospital bed days, rapid discharges home, re-admission, etc.
Gomes B, Calzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ (2013). Effectiveness and costeffectivenessof home palliative care services for adults with advanced illness and theircaregivers. Cochrane Database of Systematic Reviews, vol 6, article CD007760.
Gonzalez-Montalvo JL, Alarcon T, Mauleon JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martin-Vega A (2010).The orthogeriatric unit for acute patients: a new model of care that improves efficiency in themanagement of patients with hip fracture. Journal of Clinical and Experimental Research onHip Pathology and Therapy, vol 20, no 2, pp 229－35.
Goodwin N, Curry N, Naylor C, Ross S, Duldig W (2010). Managing people with long-termconditions. An inquiry into the quality of general practice in England. London: The King’s Fund.Available at: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/managing-peoplelong-term-conditions-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf.
Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, Dixon J, Ham C (2012). A reportto the Department of Health and the NHS Future Forum. Integrated care for patients andpopulations: improving outcomes by working together. London: The King’s Fund and NuffieldTrust. Available at:

www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrated-care-patients-populationspaper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf.

Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner D (2013). Co-ordinated care for people with complexchronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King’s Fund. Available at:www.kingsfund.org.uk/publications/co-ordinated-care-people-complex-chronic-conditions.

Goodyear-Smith F (2013). Government’s plans for universal health checks for people aged40–75. British Medical Journal, vol 347, f4788.

Green, A. (2007). An Introduction to Health Planning in Developing Countries. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.

Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RG, Ritchie G (2007). Effectiveness ofintermediate care in nursing-led in-patient units(Summary). Cochrane Database ofSystematic Reviews, issue 2, article CD002214.

Guise, J. M. (2001). What is intermediate care?. Women,15, 232-40.

Ham C, Curry N. (2010). Clinical and Service Integration: The Route to Improve Outcomes. London: King’s Fund.

Ham C, Curry N. (2011). Integrated Care: What Is It? Does It Work? What Does It Mean for the NHS? London: The King’s Fund.

Ham, C. & Curry, N. (2010). Clinical and Service Integration: The Route to Improve Outcomes. London: King’s Fund.

Ham, C. & Curry, N. (2011). Integrated Care: What Is It? Does It Work? What Does It Mean for the NHS? London: The King’s Fund.

Hardy, B., Mur-Veeman, I., Steenbergen, M. & Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy 48: 87-105.

Havighurst, R. & Albrecht, R. (1953). Older People. London: Longmans.

Havighurst, R. (1954). Flexibility and the social roles of the retired. American Journal of Sociology 59: 309-311.

Havighurst, R. (1963). Successful ageing. In: R. Williams, C. Tibbitts & W. Donahue (eds.) Process of Ageing, Vol 1, New York: Atherton, pp. 299-320.

Humphries R, Curry N. (2011). Integrating Health and Social Care: What Next? London: King' s Fund.

Iliffe, S. (2013). Encouraging innovative approaches and policies to improve primary care for older people. PowerPoint presentation at conference organised by The King' s Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/audio-video/steve-iliffe-encouraging-innovative-approaches-and-policies-improve-primary-care-older.

Jackson, W. A. (1998). The Political Economy of Population Ageing. Cheltenham: Edward Elgar.

Katikireddi S, Cloud G (2008). Planning a patient' s discharge from hospital. British MedicalJournal, vol 10, 1136.

Kee Y, Rippingale C (2009). The prevalence and characteristics of patients with "acopia". Ageand Ageing, vol 38, no 1, pp 103–5.

Kenfield S, Stampfer M (2013). Healthy behaviours yield major benefits in ageing: poor diet,smoking, and physical inactivity predict disability in previously non-disabled people. BritishMedical Journal, vol 347, f5156.

Keogh B (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts inEngland. Leeds: NHS England. Available at: www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Pages/published-reports.aspx.

Knight J, Nigam Y, Jones A (2009). Effects of bedrest 2: gastrointestinal, endocrine, renal,reproductive and nervous systems. Nursing Times, vol 105, no 22, pp 24–7.

Knight, J, Nigam Y, Jones A (2009). Effects of bedrest: 1: cardiovascular, respiratory andhaematological systems. Nursing Times, vol 105, no 21, pp 16–20.

Kodner D, Kay Kyriacou C. (2000). Fully integrated care for

the frail elderly: two American models. International Journal of Integrated Care 2000 Nov 1; 1. Available from: URL:http://www.ijic.org/.

Kodner D, Kay Kyriacou C. (2000). Fully integrated care for the frail elderly: two American models. International Journal of Integrated Care 2000 Nov 1; 1. Available from: URL:http://www.ijic.org/.

Kodner DL, Spreeuwenberg C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. International Journal of Integrated Care 2(14): 1-6.

Kodner, D.L. & Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. International Journal of Integrated Care. 2000;1. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.11.

Kodner, D.L. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. International Journal of Integrated Care 2(14): 1-6.

Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. International Journal of Integrated Care, 2: e12.

Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC (2012). General health checks inadults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review andmeta-analysis (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 10, articleCD009009.

LaingBuisson (2008). Care of elderly people: UK market survey 2008. London: LaingBuisson.

Leamon S (2013). Number of adults and children certified with sight impairment in England andWales: April 2011–March 2012. London: Royal National Institute of Blind People/MoorfieldsEye Hospital NHS Foundation Trust. Available at: www.rnib.org.uk/aboutus/Research/reports/otherresearch/Pages/sight_loss_statistics_report.aspx.

Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1953). Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. 1st ed. New York: McGraw-Hill Book Company.

Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.

Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1965). Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.

Lennon, B., Bengston, V. & Peterson J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. Journal of Gerontology 27: 511-523.

Leutz W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank Quarterly 1999;77(1):77－110.

Leutz W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank Quarterly 77(1): 77-110.

Lewis G, Georghiou T, Steventon A, Viathianathan R, Chitnis X, Billings J, Blunt I, Wright L, Roberts A, Bardsley M (2013). Impact of 'Virtual Wards' on hospital use: a research study using propensity matched controls and a cost analysis. Final report. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. Southampton: National Institute for Health Research.

Lewis, G., Bardsley, M., Vaithianathan, R., Steventon, A., Georghiou, T., Billings, J., & Dixon, J. (2011). Do 'virtual wards' reduce rates of unplanned hospital admissions, and at what cost? A research protocol using propensity matched controls. International Journal of Integrated Care 11(2), DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.654.

Lewis, G., Vaithianathan, R., Wright, L., Brice, M. R., Lovell, P., Rankin, S., & Bardsley, M. (2013). Integrating care for high-risk patients in England using the virtual ward model: lessons in the process of care integration from three case sites. International Journal of Integrated Care,

13(4). DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.1150.

Lloyd-Williams M, Payne S (2003). A qualitative study of clinical nurse specialists' views ondepression in palliative care patients. Palliative Medicine, 17(4), 334－338.

Logan P, Coupland C, Gladman J, Sahota O, Stoner-Hobbs V, Robertson K, Tomlinson V,Ward M, Sach T, Avery A (2010). Community falls prevention for people who call anemergency ambulance after a fall: randomised controlled trial. British Medical Journal,vol 340, c2102.

Lyons P, Verne J (2011). Pattern of hospital admission in the final year of life. BMJ Supportive& Palliative Care, vol 1, pp 81－2.

Mangin D, Heath I, Jamoulle M (2012). Beyond diagnosis: rising to the multimorbiditychallenge. British Medical Journal, vol 344, e3526.

Manton K.G., Woodbury, M.A., Vertrees, J.C. & Stallard, E. (1993). Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. Health Services Research, 28(3), 269-292.

Manyemba J, Jackson S (2012). Improving the quality and safety of prescribing for olderpatients in hospital. Clinical Risk, vol 18, no 5, pp 182－186.

Martin, G. P., Peet, S. M., Hewitt, G. J., & Parker, H. (2004). Diversity in intermediate care. Health & social care in the community,12(2), 150-154.

Martinsen, B., Norlyk, A., & Lomborg, K. (2015). Experiences of intermediate care among older people: a phenomenological study. British journal of community nursing, 20(2), 74-79.

Mason S, Knowles E, Colwell B, Dixon S, Wardrope J, Gorringe R, Snooks H, Perrin J,Nicholl J (2007). Effectiveness of paramedic practitioners in attending 999 calls from elderlypeople in the community: cluster randomised controlled trial. British Medical Journal, vol 3,no 335(7626), p 919.

Mathers N, Roberts S, Hodkinson I, Karet B (2011). Care planning: improving the lives ofpeople with long term

conditions. London: Royal College of General Practitioners ClinicalInnovation and Research Centre. Available at: www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/clinicalresources/~/media/Files/CIRC/Cancer/Improving%20the%20Lives%20of%20people%20with%20LTC%20-%202012%2005%2009.ashx.

McKeehan, K. M., & Coulton, C. J. (1985). A systems approach to program development for continuity of care in hospitals. Continuity of Care: Advancing the Concept of Discharge Planning. Orlando, Grune and Stratton.

Mead, G. (1934). Mind, Self, and Society. Chicago: University of Chicago Press.

Melis R.J.F., & Parker, S.G. (2004). What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. *British Medical Journal*, 329: 360, Editorial.

Melis RJ, Adang E, Teerenstra S, van Eijken MI, Wimo A, van Achterberg T, van deLisdonk EH, Rikkert MG (2008). 'Cost-effectiveness of a multidisciplinary interventionmodel for community-dwelling frail older people'. Journals of Gerontology. Series A, BiologicalSciences and Medical Sciences, vol 63, no 3, pp 275–82.

Melis, R. J. F., Rikkert, M., Parker, S. G., & van Eijken, M. IJ (2004). What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. BMJ: British Medical Journal, 329(7462), 360-365.

Melzer D, Tavakoly B, Winder R, Richards S, Gericke C, Lang I (2012). Health care quality foran active later life: improving quality of prevention and treatment through information: England2005 to 2012. A report from the Peninsula College of Medicine and Dentistry Ageing ResearchGroup for Age UK. Exeter: Peninsula College of Medicine and Dentistry, University of Exeter.Available at: http://medicine.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/medicalschool/pdfs/Health_Care_Quality_for_an_Active_Later_Life_UpdatedAug2013.pdf.

Milton JC, Jackson SH (2007). Inappropriate polypharmacy: reducing the burden of multiplemedication. Clinical Medicine, vol 7, no 5, pp 514–7.

Moran N, Glendinning C, Wilberforce M, Stevens M, Netten A, Jones K, Manthorpe J,Knapp M, Fernandez JL, Challis D, Jacobs S (2013). Older people’s experiences of cash-forcareschemes: evidence from the English individual budget pilot projects. Ageing and Society,vol 33, no 5, pp 826–51.

Morgan, J. (1986). Unpaid productive activity over the lifecourse. In: Committee on Aging Society (ed.) Productive Roles in An Older Society. Washington, DC: National Academy Press. p. 74.

Mullick A, Martin J, Sallnow L (2013). An introduction to advance care planning in practice.British Medical Journal, vol 347, f6064.

Nair S, Jani B, Dickinson EJ (2008). Translational evaluation of the OPAL acute care model.Age and Ageing, vol 38, no 1.

Nancarrow, S. A., Shuttleworth, P., Tongue, A., & Brown, L. (2005). Support workers in intermediate care. Health & social care in the community, 13(4), 338-344.

National Audit Office (2008). End of life care. Report by the Comptroller and Auditor General.HC 1043 Session 2007–2008. London: The Stationery Office. Available at: www.nao.org.uk/report/end-of-life-care/.

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (2012). Commissioningguidance for specialist palliative care: helping to deliver commissioning objectives. London: NationalCouncil for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Available at: www.ncpc.org.uk/sites/default/files/CommissioningGuidanceforSpecialistPalliativeCare.pdf.

National Council for Palliative Care (2009). Out of the shadows: end of life care for people withdementia. London: the National Council for Palliative Care. Available at: www.mkchs.nhs.uk/assets/_managed/editor/file/End%20of%20Life%20Care/Dementia/NCPC%20Out%20of%20the%20Shadows

%20(dementia).pdf.
National Hip Fracture Database (2013). National Hip Fracture Database: National report 2013.Available at: www.nhfd.co.uk/.
National Housing Federation (2012). On the pulse: housing routes to better health outcomesfor older people. London: National Housing Federation. Available at: www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/OtherOrganisation/OnThePulse.pdf.
National Institute for Health and Care Excellence (2013a). Cardiac rehabilitation services.Manchester: National Institute for Health and Care Excellence. Available at: www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/cardiacrehabilitation/cardiacrehabilitation.jsp.
National Institute for Health and Care Excellence (2013a). Cardiac rehabilitation services.Manchester: National Institute for Health and Care Excellence. Available at: www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/cardiacrehabilitation/cardiacrehabilitation.jsp.
National Institute for Health and Care Excellence (2013b). Falls: assessment and prevention offalls in older people. NICE clinical guideline 161. Manchester: National Institute for Health andCare Excellence. Available at: http://publications.nice.org.uk/falls-assessment-and-preventionof-falls-in-older-people-cg161.
National Institute for Health and Care Excellence (2013c). Stroke rehabilitation: long-termrehabilitation after stroke. NICE clinical guideline 162. Manchester: National Institute forHealth and Care Excellence. Available at: www.nice.org.uk/nicemedia/live/14182/64098/64098.pdf.
National Institute for Health and Care Excellence (2014). Mental wellbeing of older people incare homes. NICE quality standard 50. Manchester: National Institute for Health and CareExcellence. Available at: http://guidance.nice.org.uk/QS50.
National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Delirium: diagnosis, preventionand management. NICE clinical guideline 103. London: National Institute for

Health andClinical Excellence. Available at: www.nice.org.uk/cg103.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2011a). End of life care for adults. NICEquality standard 13. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Availableat: http://guidance.nice.org.uk/QS13.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2011b). Hip fracture: the management ofhip fracture in adults. NICE clinical guideline 124. London: National Institute for Health andClinical Excellence. Available at: http://guidance.nice.org.uk/CG124.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). Nutrition support in adults.Quality standard 24. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Availableat: www.nice.org.uk/guidance/QS24.

Naylor C, Imison C, Addicott R, Buck D, Goodwin N, Harrison T, Ross S, Sonola L, Tian Y,Curry N (2013). Transforming our health care system: ten priorities for commissioners. London:The King’s Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/articles/transforming-ourhealth-care-system-ten-priorities-commissioners.

Naylor M, Brooten D, Campbell R, Maislin G, McCauley K, Schwartz S (2004). Transitionalcare of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. Journal ofAmerican Geriatrics Society, vol 52, no 5, pp 675–84.

Nazroo J, Matthews K (2012). The impact of volunteering on well-being in later life: a report toWRVS. Cardiff: WRVS. Available at: www.royalvoluntaryservice.org.uk/Uploads/Documents/Reports%20and%20Reviews/the_impact_of_volunteering_on_wellbeing_in_later_life.pdf.

NHS Confederation and Royal College of General Practitioners (2013). Making integrated out-of-hospital care a reality. London: The NHS Confederation.

Nigam Y, Knight J, Jones A (2009). Effects of bedrest 3: musculoskeletal and immune systems,skin and self

perception. Nursing Times, vol 105, no 23, pp 16–20.
Nikkel, L. E., Kates, S. L., Schreck, M., Maceroli, M., Mahmood, B., & Elfar, J. C. (2015). Length of hospital stay after hip fracture and risk of early mortality after discharge in New York state: retrospective cohort study. BMJ, 351, h6246.
Nolan M, Brown J, Davies S, Nolan J, Keady J (2006). The Senses Framework: improving carefor older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP)Report No. 2. Sheffield: Sheffield Hallam University. Available at: http://shura.shu.ac.uk/280/1/PDF_Senses.
Nuffield Trust (2011). Choosing a predictive risk model: a guide for commissioners in England. London: Nuffield Trust. Available at: www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/ choosing_predictive_risk_model_guide_for_commissioners _nov11_0.pdf.
O' Reilly, J., Lowson, K., Green, J., Young, J. B., &Forster, A. (2008). Post-acute care for older people in community hospitals: A cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomized controlled trial. Age & Ageing, 37, 513-520.
Office for National Statistics (2013d). National Bereavement Survey (VOICES), 2012. Newport:Office for National Statistics. Available at: www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_317495.pdf.
Oliver D (2008). "Acopia" and "social admission" are not diagnoses: why older people deservebetter. Journal of the Royal Society of Medicine, vol 101, no 4, pp 168–74.
Oliver D (2012). Managing risk in older hospital inpatients. Clinical Risk, vol 18, pp 161–162.
Oliver D, Healey F, Haines TP (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals.Clinics in Geriatric Medicine, vol 26, no 4, pp 645–92.
Oliver, D., Foot, C. & Humphries, R. (2014). Making Our Health and C are Systems Fit for An Ageing Population. London:

King’s Fund.

Ombudsman (2011). Care and Compassion? Report of the Health Service Ombudsman on teninvestigations into NHS care of older people. Available at: www.ombudsman.org.uk/care-andcompassion.

Owen T, National Care Homes Research and Development Forum (eds) (2006). My homelife: quality of life in care homes. London: Help the Aged. Available at: www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/files/myhomelife.pdf.

Pencheon, D. (2002). Intermediate care: Sppealing and logical, but still in need of evaluation. Editorial, British Medical Journal 324: 1347-1348.

Personal Social Services Research Unit (2010). The National Evaluation of Partnershipsfor Older People Projects. Canterbury: Personal Social Services Research Unit. Available at:http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111240.

Pfeiffer, E. (ed.) (1974). Successful Aging: A Conference Report, Durham, NC: Duke University.

Pitts J, Sanderson H, Webster A, Skelhorn L (2011). A new reablement journey.Stockport: Ambrey Associates and Helen Sanderson Associates. Available at:www.helensandersonassociates.co.uk/media/52374/reablementfinalreport.pdf.

Planton J, Edlund BJ (2010). Strategies for reducing polypharmacy in older adults. Journal ofGerontological Nursing, vol 36, no 1, pp 8－12.

Pollock, A. M. (2000). Will intermediate care be the undoing of the NHS? British Medical Journal, 321(7258), 393.

Purdy S (2010). Avoiding hospital admissions: what does the research evidence say? London: TheKing’s Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding-hospital-admissions.

Purdy S, Paranjothy S, Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D,

Brindle P, Elwyn G(2012). Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews.Independent research commissioned by the National Institute for Health Research(NIHR). Leeds: NIHR. Available at: www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/docs/projects/unplannedadmissions.pdf.

Rabiee P, Glendinning C, Arksey H, Baxter K, Jones K, Forder J, Curtis L (2009). Investigatingthe longer term impact of home care re-ablement services. York: Social Policy Research Unit, TheUniversity of York.

Rankin S. (2010). Wandsworth Community Wards: keeping patients healthy at home. Presentation, 17 July. NHS Wandsworth/St George’s Healthcare NHS Trust.

Richards J, Shamel K, Stirling S (2013). The RACE unit: rapid access and consultantevaluation. In Abstracts of work presented to the BGS Autumn Scientific meeting. Available at:www.bgs.org.uk/pdf_cms/admin_archive/2013_autumn_abstracts.pdf.

Rifkin, S. (1986). Health planning and community participation. World Health Forum 7(2): 156-162.

Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang H, Fratiglioni L (2012). Lifestyle, social factors, andsurvival after age 75: population based study. British Medical Journal, vol 345, e5568.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A (2005).A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian MedicalAssociationJournal, vol 173, no 5, pp 489–95.

Roland M (2013). Better management of patients with multimorbidity. British MedicalJournal, vol 346, f2510.

Roland M, Abel G. (2012). Reducing emergency admissions: are we on the right track? BritishMedical Journal, vol 345, e6017.

Rolfson, D., Majumdar, S., Tsuyuki, R., Tahir, A., & Tockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Ednoton Frail Scale. Age and Ageing 35(5): 526-529.

Ross S, Curry N, Goodwin N (2011). Case management: what it

is and how it can best beimplemented. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf.

Rowe, J. & Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. Science 237: 143-149.

Royal College of General Practitioners and Royal College of Nursing (2012). Matters of life anddeath: helping people to live well until they die. London: Royal College of General PractitionersClinical Innovation and Research Centre. Available at: www.rcgp.org.uk/~/media/Files/CIRC/Matters%20of%20Life%20and%20Death%20FINAL.ashx.

Royal College of Physicians (2013). Future hospital: caring for medical patients. A report fromthe Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College ofPhysicians. Available at: www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/future-hospital-commissionreport.pdf.

Royal College of Psychiatrists (2005). Who cares wins: improving the outcome for older peopleadmitted to the general hospital. Guidelines for the development of Liaison Mental HealthServices for older people. London: Royal College of Psychiatrists. Available at: www.rcpsych.ac.uk/pdf/whocareswins.pdf.

Royal College of Psychiatrists (2012). Liaison psychiatry and the management of long-termconditions and medically unexplained symptoms. London: Royal College of Psychiatrists.Available at: www.rcpsych.ac.uk/pdf/Liaison-psychiatry-faculty-report.pdf.

Schachter, M. E., Bargman, J. M., Copland, M., Hladunewich, M., Tennankore, K. K., Levin, A., ... & Chan, C. T. (2014). Rationale for a home dialysis virtual ward: design and implementation. BMC nephrology, 15(1), 33.

Shega J, Levin A, Hougham G, Cox-Hayley D, Luchins D, Hanrahan P, Stocking C, Sachs G(2003). Palliative excellence in Alzheimer care efforts (PEACE): a program

description.Journal of Palliative Medicine, vol 6, no 2, pp 315－20.

Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Wilson AD (2008).Hospital at home admission avoidance (review). The Cochrane Library, no 4. Available at:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007491/pdf.

Shepperd S, McClaran J, Phillips C, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID,Barras SL (2010). Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). CochraneDatabase of Systematic Reviews, no 20, article CD000313. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091507.

Sherrington C, Whitney J, Lord S, Herbert R, Cumming R, Close J (2008). Effective exercisefor the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. Journal of the AmericanGeriatrics Society, vol 56, iss 12, pp 2234－43.

Skills for Care (2013). Skills for Care website. Available at: www.skillsforcare.org.uk/Home.aspx.

Social Care Institute for Excellence (2013). Maximising the potential of reablement. London:Social Care Institute for Excellence. Available at: www.scie.org.uk/publications/guides/guide49/files/guide49.pdf.

Sonola L, Thiel V, Goodwin N. (2013). South Devon and Torbay: Proactive Case Management Using the Community Virtual Ward and the Devon Predictive Model. London: King’s Fund.

Steel N, Bachmann M, Maisey S, Shekelle P, Breeze E, Marmot M, Melzer D (2008). Selfreported receipt of care consistent with 32 quality indicators: national population survey ofadults aged 50 or more in England. British Medical Journal, vol 337, a957.

Stenner, P., McFarquhar, T. & Bowling A. (2011). Older people and ‘active ageing’: subjective aspects of ageing actively. Journal of Health Psychology 16(3): 467-477.

Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J (2012). ‘Social isolation, loneliness, and allcausemortality in older men and women’. Proceedings of the National Academy of

Sciencesof the United States of America, vol 110, no 15, pp 5797–801. Available at: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1219686110.

Steventon A, Bardsley M (2011). Partnership for older people: evaluation of impact on emergency hospital use. London: Nuffield Trust.

Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, Hirani S, Cartwright M, Rixon L,Knapp M, Henderson C, Rogers A, Fitzpatrick R, Hendy J, Newman S (2012). Effectof telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole SystemDemonstrator cluster randomised trial. British Medical Journal, vol 344, e3874.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC (2002). Home visits to prevent nursinghome admission and functional decline in elderly people: systematic review and metaregressionanalysis. Journal of the American Medical Association, vol 287, no 8, pp 1022–8.

Tadd W, Hillman A, Calnan S, Calnan M, Bayer T, Read S (2011). Dignity in practice: anexploration of the care of older adults in acute NHS trusts. PANICOA (Preventing Abuse andNeglect in Institutional Care of Older Adults). London: Queen’s Printer and Controller ofHMSO.

Tadd W, Vanlaere L, Gastmans C (2010). Clarifying the concept of human dignity in thecare of the elderly: a dialogue between empirical and philosophical approaches. EthicalPerspectives, vol 17, no 1, pp 253–81.

Taylor P. (2008). Conclusions: the prospects for ageing labour forces. In: Taylor P. ed. Ageing Labour Forces. Promises and Prospects, Cheltenham: Edward Elgar. pp. 204-218.

Tebbit P (1999). Palliative care 2000: commissioning through partnership. London: NationalCouncil for Hospice and Specialist Palliative Care Services.

The King’s Fund. (2013). Joined-up Care: Sam’s Story. Video published by King’s Fund, London.

Theou O, Stathokostas L, Roland K, Jakobi J, Patterson C, Vandervoort A, Jones G (2011).The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematicreview.Journal of Aging Research, article ID

569194.
Thistlethwaite P. (2011). Integrating Health and Social Care in Torbay. London: King’s Fund.
Thomas K, Clifford C, de Silva D (2011). National snapshot study of end of life care in thecommunity for cancer and non-cancer patients. BMJ Supportive & Palliative Care, vol 1, A5.
Thomas K, Lobo B (2010). Advance care planning in end of life care. Oxford: Oxford UniversityPress.
Thomas K, Paynton D (2013). RCGP commissioning guidance in end of life care: guidance forGPs, clinical commissioning group advisers and commissioners in supporting better care for allpeople nearing the end of their life. London: Royal College of General Practitioners. Availableat: www.rcgp.org.uk/revalidation-and-cpd/~/media/Files/CIRC/EOLC/RCGP-EOLCGuidelines-Apr-2013.ashx.
Tian Y, Thompson J, Buck D, Sonola L. (2013). Exploring the System-wide Costs of Falls in Older People in Torbay. London: King’s Fund.
Townsend, P. (1981). The structure dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century. Ageing & Society 1(1): 5-27.
UNECE. (2007). Proceedings from the 2007 Ministerial Conference on Ageing, León: United Nations Economics Commission for Europe.
Walker A, Aspalter C. (2014). Active Ageing in Asia. London: Routledge.
Walker A, Naegele G. (2009). Social Policy in Ageing Society: Britain and Germany Compared. London: Palgrave MacMillan.
Walker A, Naegele G. (2009). Social Policy in Ageing Society: Britain and Germany Compared. London: Palgrave MacMillan.
Walker, A. & Maltby T. (2012). Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. International Journal of Social Welfare 21(S1): 117-130.
Walker, A. (1980). The social creation of poverty and dependency in old age. Journal of Social Policy 9(1): 49-75.

Walker, A. (1981). Towards a political economy of old age. Ageing & Society 1(1): 73-94.

Walker, A. (1993). Age and Attitudes. Brussels: European Commission.

Walker, A. (1994). Work and income in the third age – an EU perspective. The Geneva Papers on Risk and Insurance 19(73): 397-407.

Walker, A. (2014). A new policy perspective on ageing. In: A. Walker (ed.) The New Science of Ageing. Bristol: Policy Press, University of Bristol. pp. 241-259.

Walker, A. (2015). The concept of active ageing. In: A. Walker & C. Aspalter. (eds.) Active Ageing in Asia. London: Routledge. pp. 14-29.

Walker. A. & Foster, L. (2013). Active ageing: rhetoric, theory and practice. In: R. Ervik & T. S. Lindén (eds.) The Making of Ageing Policy: Theory and Practice in Europe. Cheltenham: Edward Elgar. pp. 27-52.

WHO. (1978). The Alma-Ata conference on primary health care. WHO Chronicle 32: 409-430.

WHO. (1994). Health For All: Updated Targets. Copenhagen: World Health Organization.

WHO. (2001). Health and Ageing: A Discussion Paper. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2002), Active Ageing - A Policy Framework, A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002.

WHO. (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: The World Health Organisation.

Wilson A, Richards S, Camosso-Stefinovic J (2008). Older people’s satisfaction withintermediate care: a systematic review. Reviews in Clinical Gerontology, vol 17, pp 199–218.

Wood C, Salter J (2012). The home cure. London: Demos. Available at: www.demos.co.uk/files/Home_Cure_-_web_1_.pdf?1340633545.

World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for

Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Geveva: WHO.

World Health Organization (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Copenhagen: WHO.

World Health Organization (2005). Bankok Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.

World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation: health equity throughaction on the social determinants of health. Final report of the Commission on SocialDeterminants of Health. Geneva: World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.

World Health Organization (2009). Influenza (Seasonal). Factsheet No 211. World HealthOrganization website. Available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/.

World Health Organization (2012). Strategy and action plan for healthy ageing in Europe,2012－2020. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at:www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.

World Health Organization. (1996). Integration of health care delivery: report of a study group. Geneva, Switzerland: WHO; Technical Report series, No. 861.

Young J, Green J, Forster A, Small N, Lowson K, Bogle S, George J, Heseltine D, Jayasuriya T,Rowe J (2007). Postacute care for older people in community hospitals: a multicenterrandomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society, vol 55, no 12,pp 1995－2002.

Young J, Inouye S (2007). Delirium in older people. British Medical Journal, vol 344, no 7498,pp 842－6.

Young, J. (2009). The development of intermediate care services in England. Archives of Geriatric Medicine, 49(suppl. 2), S21-25.

Young, J., Forster, A., Green, J., & Bogle, S. (2007). Post-acute transfer of older people to intermediate care

services: The sooner the better? Age & Ageing, 36, 589-592.
Zachus, J. D. & Lysack, C. L. (1998). Revisiting community participation. Health Policy and Planning 13(1): 1-12.
王莉婷. (2015). 出院準備服務個案之潛在長期照護需求相關性探討-以北台灣某區域教學醫院為例。國立台北護理健康大學碩士論文。
吳肖琪. (2008). 急性醫療與慢性照護的橋樑--亞急性與急性後期照護. 護理雜誌,55(4), 5-10.
呂以榮（2006）·社區老人對日間照顧服務之認知與使用意願調查·台灣老人保健學刊，2（2），18-32。
呂寶靜 (2002) 老人福利服務。出自：社會工作與台灣社會。台北：巨流出版社。
李世代，張淑卿，譚延輝，胡明霞，呂淑貞，金惠民等(2003)。出院準備服務指引。台北：中華民國護理師公會全國聯合會。
李卓倫. (2015). 櫻友藏居家有限公司創業計畫書. 2015 年教育部 U-START 創業計畫補助. 國立臺中科技大學.
李孟智, & 廖妙淯. (2012). 台灣中期照護的展望. 醫學與健康期刊, 1(1), 1-7.
李欣慈, 曾建寧, & 胡文郁. (2011). 臺灣護理之家提供急性醫療後期照護的挑戰.長期照護雜誌, 15(3), 249-258.
李威儒，劉錦儀，程遠揚，劉力幗，陳亮恭，鄭紹宇。(2010). 以周全性老年評估為核心的本土化中期照護:社區醫師模式成效。台灣老年醫學暨老年學雜誌，5(4)，248-256。
杜敏世. (2010). 中期照護創新服務計畫成果初探. 長期照護雜誌, 14(1), 11-18.
卓春英 (2010) 大高雄社區照顧關懷據點服務模式與服務效能提升之探究。高雄市老人研究發展中心專題研究。
林麗君, 陳惠紋, 余麗華, 周美雲, & 黃玉珍. (2013). 中期照護效益及其相關因素之研究. 醫院雙月刊, 46(5), 32-40.
林麗嬋. (2010). 無縫式照顧服務的關鍵: 亞急性照護. 長期照護雜誌, 14(1), 1-9.
柯涵儀 (2014) 社區照顧關懷據點實施成效評估-以南部某縣市為例。台灣老年學論壇 22 http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF22&CID=1
柯慧青, 劉彩娥, 江蕙娟, 林豐裕, & 胡月娟. (2014). 中期照護模式建置與成效評值. 源遠護理, 8(3), 40-48.
張維容(2009) 以德非法建立醫院內部評估社區健康服務成效之指

標．澄清醫護管理雜誌，5(1)，45-54。
陳亮恭，黃信彰。(2007). 中期照護：架構老年健康服務的關鍵。*台灣老年醫學雜誌，3(1)，1-11。*
陳亮恭. (2015). 高齡醫療服務的發展—由片斷走向整合. 護理雜誌, 62(5), 23-29.
陳姵璇 (2007) 高齡者社區關懷據點參與態度與生活滿意度關係之研究—以高雄縣為例。高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。
陳柏宗 (2014) 日間照顧中心在台灣推展之初探。台灣老年學論壇 22 http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF22&CID=1
陳燕禎（2009）老人服務與社區照顧：多元服務的觀點，台北：揚智出版。
游如玉，陳柏宗，朱麗蓉，許綺玲 (2012) 從個別化的觀點探討老人日間照顧中心服務提供特質之研究—以台南市 YMCA 三間日間照顧中心為例。101 年社會福利實務學術研討會。
黃松林 (1998) 英國社區照顧。南投：台灣省政府社會處。
黃松林 (2005) 如何建立社區照顧關懷據點－理念與實務。社會福利專題研習教材之 11。
黃源協 (2000) 社區照顧服務輸送模式之探討。社會政策與社會工作學刊，4(2)，179-220。
黃源協 (2007) 臺灣社區工作的政策典範與治理-社區照顧關懷據點的省思。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系博士論文
楊志和（2010)·台灣高齡教育的先驅－高雄市長青學苑的起源與發展．高雄師大學報，29 期。
衛生福利部. (2014). 99 年國民長期照顧需要調查(第一階段)，分析日期：2014/11/17。
衛生福利部. (2016). 長照 2.0 政策投影片。2016 年 9 月 29 日公布暫行版。
戴桂英, 吳淑瓊, & 江東亮. (2006). 美國老人醫療保險急性後期照護的發展. 臺灣公共衛生雜誌, 25(5), 323-329.
謝美慧, & 王秀紅. (2011). 中期照護的護理角色與未來發展-護理新契機. 護理雜誌, 58(3), 74-79.
謝振裕，王春展，曾薔霓，盧禹璁。(2013) 社區照顧關懷據點之志願服務人員運用管理探討—以原台南縣為例。嘉南學報 39: 380-396。

羅大維，郭亮君，& 唐憶淨．(2012)．髖關節骨折患者入住中期照護之成效探討．台灣老年醫學暨老年學雜誌，7(1)，20-36．

羅秀華、黃琳惠主編 (2009) 台北都會的社區關懷據點：社區、宗教與專業力的結合實踐，台北：松慧文化。

附錄一、專家座談與深度訪談名單

單位	擔任職務
財團法人弘道老人基金會	單位主管
財團法人老五老基金會	單位主管
臺中市和樂關懷協會	負責人
臺中市和龍愛心關懷協會	負責人
臺中市北區長青社區發展協會	理事長
社團法人台灣省慈心協會	單位主管
財團法人環宇國際文化教育基金會	單位主管
社團法人台灣基督教好牧人關顧協會	負責人、單位主管
財團法人中華基督教福音信義傳道會(新社長青快樂學堂)	單位主管
財團法人彭婉如文教基金會	單位主管
有限責任臺中市居家服務勞動合作社(清水日照)	單位主管
有限責任臺中市居家照顧服務合作社(衛道)	負責人
財團法人臺中市私立真愛社會福利慈善事業基金會	負責人
財團法人全成社會福利基金會	單位主管
育達科技大學社工系	老師
育達科技大學社工系	老師
中山醫藥大學護理系	老師
臺中科技大學老人服務事業管理系	老師
臺南護理專科學校老人服務事業科	老師
弘道老人福利基金會	社工員 服務使用者 x2 人
真愛福利基金會	服務使用者 x2 人
方舟快樂學堂	服務使用者 x1 人
甘霖社會福利基金會（樂多家園）	單位主管 服務使用者 x2 人
財團法人環宇國際文化教育基金會	單位主管 服務使用者 x2 人

附錄二、專家座談會議記錄

第一場專家座談會議紀錄

壹、時間：105 年 7 月 12 日上午 10 時

貳、地點：國立臺中科技大學(民生校區)仁愛樓 4 樓 411 專題討論教室 2

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席單位：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報

問：那大家對於目前位在據點需求量大概是多少，足不足以滿足社區需求，請就這個議題進行發言，如果沒有特別意見的話不用特別發言。

答：老師講的是社區照顧的嗎？

問：是的，今天就是討論社區照顧這塊，對於服務量的需求是否有些不足，或是供需雙方是符合的，如果不符合是那一些項目呢？

答：我們 XX 有 X 個快樂學堂，嗯…我覺得有一個部分還蠻特別的，就是 XX 有承接臺中市長青快樂學堂做日托這塊，但同時也有承接衛福部的日托輔導，但中央跟地方政府定位不一樣，這兩個規定都是亞健康或健康，衛福部並沒有對長輩有太多限制，健康的長輩或慢性病就算是亞健康，最近就有一個比較特別問題，用他舉例來說好了，就是我們長輩裡面有一位是失智症長輩，一為有外籍輔助的，卻一直被臺中市社會局關注，說這樣子的長輩不符合長青快樂學堂的收容對象，長輩怕自己不能再日托了，擔心自己是否不能再這裡了，可以幫忙阿，我也知道臺中市有多功能日托，這就可能比較偏失能的長輩可以，那這定位可能需在重新思考，因為地方跟中央的定位不太一樣，這我們也蠻苦惱的啦。但是臺中市我除了自己本身單位之外，也有承接衛福部照護政策，衛福部對長輩規定沒有太多限制，例如：健康或亞健康皆可，但自身單位有承接失智長輩，卻會被中央持續關切，一直問我們那個案的狀況，希望這點政府定位可以更分明。

答：我們是輔導 XX 區的據點，有個感觸就是說現在社區好像都是各憑醫院本事，因為有些區域會定期來量血壓、關懷訪視，一些是辦活動、衛教，還有地區醫院、大醫院的醫師、護理師來醫治，但很多行政區是沒有的，我們都知道這是醫院評鑑的項目之一嘛，醫院的某個項目，但是是否可能變成一個固定、制式的規定，醫院可不可以一起來做一些事情。再來想分享一下，嗯..我們去年有跟 XX 合作，是 XX 贊助、補助這樣子，合作方

式是 XX 的醫師、社工會去偏鄉、市區評估長輩，還有做檢測，看是需要醫療或是接送、住院、宅配藥物、資源導入，後面就有個管師會去追蹤管理有個好處就是 XX 有補助，不然沒有的話這案子真的很難做。

問： 個管師的背景是？

答：是護理人員，他們會定期跟我們討論，遇到了什麼問題，需要什麼就醫補助，醫院端會近來，這樣真的就是一個很好的合作方式，剛提的是針對社區或需居家部分。另外在延伸剛剛提到的社區還有那一些類似工作，我沒有看到家庭托故者，臺中除了居服、日照、家庭托顧，這三個其實是有各個服務方向，，像居家，就是看一個禮拜需要幾天，親自去家裡，每次都服務三到四小時，但還是都在家，日照的話有很多長輩還有做活動安排，家庭托顧是 1:4，最多四個，包括吃飯、洗澡、翻身拍背、鋪床、帶活動都有，所以其實這三個互相配合狀況是會很好，但其實家托這種需求非常大，事情能做的非常少，因為他限制比較多，空間需要改造，家托收入也不穩定，可能一個月只有一個個案，也沒有替代人力，萬一有事沒人可以幫忙，政府雖然有要求要替代人力，但替代人力通常都在上班也不可以隨時請假，對～所以其實家庭托顧就像社區保母，應該是要被提倡的，有時候海線遇到需要的，我們只能說不好意思，這邊沒有，如果有人要做，我們來督導他，現在臺中只有兩個點，家庭托顧要求其實蠻嚴格的，蠻多家屬需要這一塊的，蠻有趣的一點就是自己的娃娃沒交通車，自己卻都親自去，自己的爸爸媽媽需要娃娃車卻需要別人幫忙，家庭托顧這麼政策是需要被推動的，最後單位托老會迷惘，當他多做會跟日照很像，少做就會覺得長輩待在家泡茶聊天睡覺就好，會不知道到底該怎麼做，會一直在這遊走，可是對象、內容跟時間跟人力到底要做什麼，會不知道到底要怎麼做，多做自己又不是專業人力、日照規格，少做就會覺得在家聊天就好，幹嘛把他送過來，還有市府一直說值在說一條龍但是頭跟尾都不請楚，我們根本不知道怎麼跟著走，做接下來的指示。

答：在做這幾年發覺到社區有太多單位了，導致資源重複，政府既然都給我們承接了，同個社區卻有多個單位訪視關懷，第一次去，這些老人、家屬會覺得 ok，第二次就有點臭臉了，第三次就關門放火了，他們會不耐煩，覺得上午不是來過，下午又來，一個機構去一次，兩個機構去兩次。還有就是剛剛單位有提到的，據點與醫院是否可配合健康檢查、血糖篩檢等？以及有清楚的醫療 SOP，不是只是想要評鑑高分，會有完整的出院準備跟

居家護理還有社區生活照護。我們社區發展協會是做最基層的服務，做在地關懷、老化、安寧，希望能回歸社會的醫療訓練政策，例如：自己拿筷子、自己拿湯尺…等，而不是在機構不健康老化,因為我自己母親去年住進機構也是一直衰退,他 70、80 歲了，機構不會有外出活動那種行程，只會一直反覆感染，他越來越衰退，養顧機構只能送醫，回來後又感染。再來是守望相助隊到後面已經變質了，變成一直捐款、吃飯，沒達到什麼功能，這不知道該怎麼辦。

答：補充一下，這種反覆訪視的問題在我們單位也陸續被反應，不管是電話關懷、居家訪視，一來市長被覺得煩，家屬、個案也會去比較、挑人，再來這個績效也是要評鑑的，單位覺得自己都準備好了，蓄勢待發，但卻已經有人做走了，這個有被單位反應，不然就是有些單位會覺得我們都做這麼久了，怎麼跑出另一個單位跟我們做相同的事。

柒、散會（上午 12 時 5 分）

第二場專家座談會議紀錄

壹、時間：105 年 7 月 12 日下午 1 時
貳、地點：國立臺中科技大學(民生校區)仁愛樓四樓 411 專題討論教室 2
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：(略)
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：
問：請問現在各位遭遇到的困難有哪些？對於社區照顧服務想法與建議？
答：大家好，我們有日照跟快樂學堂，我是覺得收案對象上的部份希望可以做一點篩選啦，日托能量沒有照護能力，只有一個行政人員會老服系背景人力，沒有其他配置了，收案對象的失能可能要去了解一下，最近有個狀況是說失智上精神症狀或空間錯亂行為，所以當地方式沒有相關專業能力在那邊很危險，老師剛剛提到的社區供需能量，雖然說臺中市，就是全省算是不不錯的，規模是 14 還 15 家，這對其他縣市來說是蠻多的，但設立點比較是都市區，偏鄉區域是不夠普及的。
問：如果政策、經費上鬆綁，用感覺的，這些限制會比較好嘛，人力招募有困難嘛？
答：日照是還好，但居服就是很欠人嘛，先講居家，一個區域，以我們舉例，北區、中區大概有 300 個個案，我們照顧人力就是政府訓練的，但這根本不夠，那日照中心比較單純，他是 30 個長輩，失智是 1:6，一般是 1:8，那目前這服務已經慢慢被人知道，但居家服務我不敢講了。
答：我個人觀點是覺得，像是日托明顯不夠，要一鄉鎮一日照，但一個區來講有分一區 20 萬跟 1 萬的，我這邊是覺得有些地方單位與社區距離太遠，坐車要半個小時去上課我覺得太遠，這就不是我們期待的社區照顧了，我覺得車程 15 分鐘剛好，距離家裡地區太遠就反而脫離社區照顧的想像了，我是覺得這跟我們期待上有點落差，不應該為一鄉鎮一個來為目標，這是我的想像啦，還有剛剛所提到照顧能量，我可以理解市府那邊的擔憂啦，那邊編制是一個人力，不管是什麼人力，每個單位都不一樣，而我覺得日托照顧能量不比日照來的好，除非自己單位有能量，不然我們也會擔憂這個長輩在我們單位發生什麼事。
問：你的意思是說專業能力不一定要待在機構，但是有緊急狀況就可以通報、聯繫，有醫療背景的人從旁協助幫忙？

答:嗯嗯,這當然是最理想的阿～畢竟現在醫療體系比較被動封閉，他們比較不會主動跟社福團體做聯繫，頂多辦辦社福講座、衛教，長輩在那邊打瞌睡呵呵。

答：我們覺得比較麻煩的一點就是日托、日照的定義不一樣，日照照顧對象當然簡單點，就失能或失智症，但日托是安排在亞健康，但卻沒有亞健康的指標，我們可以做衰老指標，有些長輩是有可照顧性，他只是無法獨立，而需求是一直變動的，希望將來有明確標準，符合我們的照顧量，希望老師幫忙。像是我們在臺北也有點，也知道臺北衛生局有一個職能治療師工會跟日照、日托合作，非常好，有引進預防失能、促進健康的器材，然後我們想要效訪，卻沒有這一塊欸，本縣市想跟進，希望他們可以介紹醫療資源，時卻沒有相關單位可進行補助之類的。蠻希望政府可以介紹可促進健康的一些醫療性資源，最後一個是客源的醫療轉介沒有辦法跟失智的人合作，現在是跟署立醫院那邊有合作。

答：嗯我們地區較偏僻啦，也很少人知道，我希望市政府可以幫我們宣導，去衛生所那些地方，老人家比較常出現的，因為宣導只會給我們機費，給我們幾萬快要我們自己去宣導，民眾也不太可能去聽，他們不會去注意的，市政府應該要有完整的宣導計畫，因為大家都各做各的，沒有去整合起來。

柒、散會（下午 1 時 45 分）

第三場專家座談會議紀錄

壹、時間：105 年 7 月 12 日下午 3 時

貳、地點：國立臺中科技大學（民生校區）仁愛樓四樓專題教室 2

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席人員：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報：

問：需求量大概是多少，還有所提供，足不足以滿足社區需求，請就這個議題討論。

答：我們 XX 在日照、日托、居服、據點，這些脈絡，從健康到 24 小時需要人照顧的都有，而日托這個問題一直被討論、詢問說日托到底要不要承接亞健康事情，我覺得這跟單位能量不同有關，有些單位有聘照顧服務員，他們就覺得可以，其他是只有社工當主要工作人力的話，亞健康就不適合在日托，還有失智症有分中後期照顧，與其說中央與地方定位不同，是日托的服務對象到底為何卻沒有明確回答，我覺得這也蠻好的，不會限制太多,看單位自己決定可不可以有能量去處理亞健康、健康，其實這也對 NPO 來說是蠻彈性的，這是我想回應的立場。另外主席所說服務量是否有被滿足，答案是肯定、顯著的，肯定沒有！我們的服務區就是沒有，我們 XX 列為偏鄉，日照法定位被鬆綁之前，有一半都是山坡地，建地都被建商弄走了，要走日照的服務的山坡地時，需依據法規標準要走土地變更流程，可能需要二至三年以後耶，農地、農舍都不符合規定，因此現行法規阻礙願意提供服務的單位，我覺得這跟體制沒有整合、連結有關係，中央想推一鄉鎮一日照，相對的但法規沒有同步去推動，其他單位也無法參與這件事情，我們就是卡在這件事情上面。

答：我應該是那個異類，除了失智症日照之外，在 XX 那邊也有成立一個長青照顧據點，那邊是有長期照顧的照專跟護理長職能治療師，XX 有 XX 個里，我們也去查有多少老人在那邊，但盤點當地資源時照顧服務員是不足的，雖然當地有培訓，但是 XX、XX、XX 是同個承辦單位，他們需由外地支援或導致培訓的照服員需要較遠地區做註冊，當地本來想成立一個失智症日照，礙於空間方面，例如消防，法規較嚴謹，提供服務就有受到阻礙，這是我自己的問題，另外我們日照是距離醫院 400 公尺的，從出院準備到居家護理，包括到社區都有，從你想像的到的，我們都有提供長輩這樣的服務,但進入一些偏選地區就距離太遠了，想搭配也無法，這裡還是不足的。

問：你是說成立單位的法條較嚴謹就是了，那你們出院準備的細節是？

答：就是在從入院開始的評估，我是老人醫學科，依照出院的評值，需要的資源轉介、社政經費，還有資源連結，做空間改造、輔具需求，安置就會有分是要居服，還是去幫他復健。

問：醫院的資源當然沒問題，那社區的資源呢？

答：會跟周遭當地不同的居家做社會資源聯繫，會傳真去住家附近的社會資源。

問：如果當地沒有這種資源你們怎麼處理？

答：有個衛生局長照中心窗口可以聯絡，那個照專就是一個外派窗口。

問：這種出院準備很好，我媽媽之前要出院我們都還不會，醫學中心回答我：我們醫院不是教學單位，身為醫師是不是這樣的，要以病人為中心，但是醫學中心本來就不太多社區有聯絡，這蠻可惜的。

答：在跟老師報告一下，量血糖這部份被定義為侵入性醫療，日間照顧服務配置沒有護理師，那有誰可以幫長輩做合法的量血糖測量？居家服務可以幫在居家做測量血糖的動作，可是社會局卻告知我們只有居家服務….。服務輸送的整合是我們自己聘藥師做藥物整合，醫院沒有辦法幫我們做這件事，我們強化長輩的生活自理功能，一個失智長輩的如果功能都 ok，那他就不會變成讓家屬、社會負擔的長輩。

問：你們做到這部份是因為有加入職能治療師跟護理治療嗎？

答：我們引進日本實體服務操作者，教導更加進步的照護方式，例如：以前預防老人跌倒是拉褲子，這個動作會讓長者抗拒覺得被污辱，他們教我們用另一種方式，他們的照顧理念跟我們很不一樣，有翻轉老後照顧的政策，零約束也是其一，看到長輩的成長我們很欣慰。

問：謝謝幫我們提到服務層面。

答：市府有提供復康巴士的接送服務，也有提供洗腎個案，但是日照被排除了，例如我們長輩需要復健服務，他們會拒絕，說我們是營利單位，日照是做生活照顧，其他服務我們無法提供，急性期需要醫療的服務,家屬就是沒時間才會把長輩送到日照，但卻因為這樣必須自己接送，復康巴士只提供居家與醫院的接送，不提供日間照護中心病患接送，這造成諸多不便，這點可否有討論空間？

問：在沒有公部門的補助之下，有沒有辦法永續經營？

答：我們有提供全自費服務，我覺得是不是我們宣傳做的不夠好，

大眾才不知道這個服務，政府是否可幫忙做宣導。

柒、散會（下午五時）

第四場專家座談會議紀錄

壹、時間：105 年 8 月 16 日上午 10 時

貳、地點：國立臺中科技大學(民生校區)仁愛樓 4 樓 411 專題討論教室 2

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席單位：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報

問：各位目前業務上遇到什麼困難？

答：簡單講，我們單位有做居家跟照顧據點，我們單位是居家，跟據點也有配有發現政府對據點這塊期待過高,我們壓力有點大，政府應該做個分級制度，志工就做志工可以做的事，社就社工的，志工做到專業人力的事真的太不可思議了，非專業人力卻要做專業人力的事，據點真的就做到某個階段就好了，資源重複的部份需要被整合。我們也有醫療介入,做社區復健的配合、實驗，但我發現衛政跟社政學的方式並不同，他們要介入的話我們要用很長的時間學習，希望衛社、社政能合併，他們給我的報告書我也看不懂，合併這塊我也想做，我也不理解，還有勞基法的規範我們是用人不得不遵從的，經費一直被裁但勞基法是有營利的項目去規範，變成是認定說我們是賺錢的，但是我們單位是非營利，這點困擾對大家造成很大的困擾，勞基法可不可以用非營利的角度來看，另外繁複的行政手續跟核銷真的造成我們很大的問題，這同樣的問題就不再敘述了，這花費太多人力了，另外以上。

答：聽了 XX 的意見我也來表達一下我個人的淺見，首先我覺得政治問題慧影響到很多問題，大的從國家，小的影響個人，局長換人了，他的人脈、作風、作為會完全不一樣，相同政治問題就是現在我們面對的窘境，再來第二個中央跟地方各部門、局室甚至科室、主辦人跟主辦人，他們的協調都造成我們的困擾，這也是我們沒辦法解決的，幾年前我們已經不碰標案了，做到一半就解約了，因為我們是宗教團體，也不會說不做就不做，我們還是會把它完成，這是我們的立足點，橫跨的部份一直無法解套，我講個例子好了，我們個案有個老人獨居，生病住院後有生命危險，我們要找他女兒，拜託社會局，社會局要我們自行找警察局協尋，我們說你們不用幫我們找嘛？他們說警察局就可以了，而警察局回答是：協尋通報失蹤要等 24 小時，加上你們不是家屬不能做這件事，我們說這個事情這麼緊急室要等多久？星期五星期六星期日星期一，他四天後過世了，在回

報給社會局，也請他們把這件事情納入研討，但最後也不了了之了，所以各部門的整合不是我們小老百姓能做到的，我每當問到首長這些問題，首長都說知道，但他們就是沒辦法，這是我們無法改善的兩點。另外最後我們的老人表面上要對他極致的照顧，所以政府制定了這一條龍的政策，各層次的照顧方案，我講一句老實話，都在規避責任，老人被商品化了，每個階段每個層次都會被送到不同地方照顧，例如我們老人失智了，就一定要被強制送到日照，我們老人不願意去阿，人是有感情的你知道嘛？人是有情感的，不是為了方便照顧你就要送去哪裡哪裡的，為什麼要為了方便照顧老人而把他送去陌生得地方，如果有去銜接的話應該是一樓到二樓，二樓到三樓，這樣一直連接下去的概念，政府都把長照切割了，面對這四個單位，就有四個評鑑，完全不一樣，政府只是讓他活著而已，但未必活的開心，我們要去機構化，要回歸社區，但我們又做不到這些事情，每天見面的老人離開我們這裡之後，我們還是會去看他，他很感動，像衛政是不會跟我們這些單位配合的，他們真的把老人家商品化，我覺得這全部都要重新設計新的照顧模式，銜接要做好。

答：我覺得出現這麼多長照機構不是好事，長者要的是尊嚴、尊重，而核銷跟行政真的會影響到我們真正的值，還有社區據點長輩，失智退化很快，這個禮拜跟上個禮拜差很多，之前還記得我是誰，但現在一下下就忘記了，真的蠻可怕的，看可不可以去做一些衛教宣導失智症部分的

答：我做社區服務有做七年了，做的對象是領補助拿福利的老人，照顧的大多是健康老人，我覺得隨著年紀越來越大，預防醫療真的要做，像我們現在有做行動樂齡，但只是做一些簡單的預防，地區醫院的醫療看是不是能介入？

柒、散會（上午 11 時 30 分）

第五場專家座談會議紀錄

壹、時間：105 年 8 月 16 日下午 1 時

貳、地點：國立臺中科技大學(民生校區)仁愛樓 4 樓 411 專題討論教室 2

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席單位：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報

問：有碰到什麼營運、業務上的困難呢？

答：因為是日間照顧，其實問題不大，主要是行政方面的作業，也期待有市政府有公版的東西，不管是核銷還是生活報告上面我們填上就好，不要評鑑時再做這些繁瑣的東西，又很重複，做完評鑑我就覺得我砍了好多樹，浪費了很多紙張，在來就是需要衛政的協助，我們有在推社區據點照顧，雖經費不足但可藉由在地的力量，讓長輩留在社區不用到機構，社會局與我們在執行的東西有很大的落差，要拿他們的錢就要照著他們規定，我們光做他們行政、核銷就要花很多時間，根本沒有時間做我們想做的事，覺得比較可惜的是社政跟衛政沒辦法結合，我們今年有做一個計畫，XX 里志工隊，針對 X 個里做初篩的動作，不同於以往的關懷問，每月問說吃飽沒，睡的好嘛？這長輩會覺得很煩很無聊，是初篩結果是輕度失智長者，我們就會有評估、小遊戲，讓關懷問安變得有趣、好玩，但因為只能篩檢到 20%的有意願人士，如果跟社政做結合就能做到全面性的篩檢，這是我覺得可惜的地方。

答：我這邊提供的分享就是經費、規範還有資源統整，業務執行上會礙於我們的契約規定，以日間照顧的例子來說好了，日間照顧是 16200 元一個月，一小時 180，但重度失能補助卻可 90 小時，一小時是 200 等於 18000，疑惑的點是中央希望我們有個別性、在地化，還有創新概念出現，這需要相當大的培訓還有社會建置，我們必須統整內部資源結合外地資源，問題是，經費要怎麼來？核銷、行政耗費我們太多能力，需要我們有以上這些觀念卻不能自行訂定收費？政府雖是要保護服務使用者，但對象應是中低收，但一般戶呢？政府經費不足應該以使用者付費來發展，我們就可以多元性發展。再來一點就是規範之下不得不遵守，政府是否可做些開放，我知道政府擔心我們變機構式，但我們的評鑑不就是機構式評鑑嘛？資源整合部分，我們也有做據點，被長輩回饋最深刻的一點是：小姐我比你們還忙欸，禮拜一接受你們電話問安，禮拜二單位關懷三是警政署關

懷，禮拜四消防隊關懷志工宣導，禮拜五私單位、民營單位關懷。他們沒有被整合，第一，我們居家要電話問安，據點也要，為什麼都要做相同的事？我們明明被政府委託，到了地點後人卻不再，左鄰右舍說他被政府單位帶去一日遊了，第二是，我們要離開長輩地點後會被問：你們今天不拿物資給我嘛？有些長輩已接受送餐服務，很多團體還是會送一些物資，很多老人家住屋都是過期產品，這些業務都需要被整合，最近滿床了，原因是做不同以往的宣傳，臺北是統一宣導，臺中是給我們補助要我們自行宣導，但這些都不如政府的一支廣告。

答：有三大造成影響的部份，第一，什麼叫標案？單位跟單位之間因為是要我們敵對嘛？各單位合作關係非常薄弱，第二，評鑑是重點是那一分兩分斤斤計較還是長輩的效能？第三，社會局是管理我們還是管制、限制我們？剛剛所提到中央重政都調到200，為什麼臺中日照一樣是 180，我們單位兩年前要做養生照顧，我們不想再讓長輩做消極醫療，政府卻不要？這一點我蠻疑惑的，核銷也是，光勞健保證明都要整理一個月，非常繁瑣，我們單位也打算月底退出。覺得國外那些不錯的方案，臺灣都不可能做到，因為臺灣都要那個文件、文書、所有核銷東西，那小規模多機能怎麼評鑑？我做過送餐、居服、日照，居服 50 項評鑑評值，送餐 50 項，日照 50，全部都是不一樣的，小規機評鑑 150 項？社政一直再管制我們，曾經有個單位要標標案，流標，原因沒聽過這單位，小單位非常可憐，這邊建議是政府可不可以用一個資源平台，那我們被看見。核銷真的非常麻煩，東西我都自己買了

答：對，應該是要有需求再來日照，而不是每天都來。

答：我想補充兩個問題，第一個問題是補助的不公平比較，政府都是以單位來給補助的，我舉例正常單位會收托 30 個長輩，補助四個照服員，但是因為我們場域比較大，我們當初被允許收 56 個長輩，問題就出現了，一樣是補助四個照服員一個社工，因為我們不是成立一個新的單位，而是擴增至 56 人，如果我一樣只收 30 個長輩，我年底的績效是不好看的，等於我完成率不夠，56 除以 8 等於 7，我們要有七個人，卻只補助四人，剩下三個人力我們要自籌，然後像光田醫院，他們只有 12 個人，一樣有四位一個社工，我覺得不應當以單位來補助人力，應該要以收托人數，如果我是社工，我一定選光田，我評鑑兩三天就弄完了吧。在來第二個問題，我昨天才在跟副市長抱怨，現在政府要日照的司機有職業證照，但是你知道人力聘請上會有多困難嘛？有這些執照的人他們才不願意來日照工作勒，錢太少了，

他去外面開的話還有 4.5 萬，甚至很多有執照的都不願意載失能長輩，要幫他搬輪椅，搬上搬下，來回時間很長，他載正常者不是就好了，人力招募會變成一大問題，甚至我覺得有照服員執照的司機比有職業證照來的重要，長輩需要轉位、移位發生狀況時要怎麼處理，失智長輩會突然暴衝打你，要開車門怎麼辦，你沒訓練過是要怎麼安撫，失智長輩要的是安心，我知道政府會覺得有執照這樣會比較放心，出發點都是好的，但在業務執行上真的有困難。

問：那你們現在呢？

答：都是照護員兼著做，也沒出過問題阿，我們一個月如果有當司機的照服員我們加薪一個月 6000 自己吸收欸，我希望政府可以替我們執行面的去著想，另外在補充一個，我覺得照服員在這個社會地位太低了，很多人看不起照顧服務員的工作，我的照服員還有兩個在念研究所耶，假日還要去進修失智的課程，我們要照服員做這麼多事，卻給不起他們地位跟相當報酬的薪水。

柒、散會（下午 2 時 15 分）

附錄三、社區關懷據點會議記錄

臺中市老人社區照顧服務體系之研究

社區據點深度訪談期中會議紀錄（學者）

壹、時間：105 年 7 月 13 日下午 1 時

貳、地點：育達科技大學社會工作系辦

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席人員：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報：

問：對於社區照顧的建議是？

答：現在照服都是在機構居多，其實如果資歷夠的話可以往據點，其實在據點住點，據點照顧都不會很難，等到真的需要專業的話，可以幫忙提供轉介、做銜接，那也不是一轉介之後就不理了，可以把長輩當朋友，常常去看他。

問：那個就叫已關係為基礎的照顧，那個真的很不一樣，但以商業模式的立場是全部網絡都在你手上了。

答：沒錯，都被我們所吃掉了。

答：我也是希望我們實習生可以這樣，因為不要只學照顧上，其實那真的不難，關係建立真的很重要。

問：這是社區老人醫學所該學的

答：如果我們虛擬病房有做起來，對大醫院會是很大的幫忙，相對也比較輕鬆，立即發現問題立即後送了。

答：還有我們苗栗這邊有個 DOC，在做社區數位學習方面的，是政府補助案，優先長者，然後跟跟甘霖基金會這邊的失智家屋配合，像個家庭，有客廳、廚房，是中重度老人，維持生活功能，不是 24 小時的，也可以與社區據點、協會做結合。

問：需求供給量的部份呢？

答：其實很多據點都不知道他們具體該做的是什麼，可能覺得找老輩來唱唱車就是據點了，他們實際上不知道要幹嘛，像是社區發展協會，他們習慣做社區營造，那很多標案就是他們可以去標的，可能就做些環保什麼的、改個名字叫據點，找認識的長輩來據點，但真正有需要的反而不知道。目前社區發展協會、政府有發放據點經費、補助，但真正的實施用意到底是給需要的長者還是有做就好呢？我們有做社區健康營造計畫，有卡拉 OK 活動的據點，一開始人都很多喔，結果這項活動一取消，一半長輩都不來了，代表這只會服務到愛唱歌的長者，真正有需求的長輩卻不會享受到，這不是據點的宗旨，而留下來的才是真正需要的人，他們真的是想來學東西，有歸餐，有人陪他聊

天，較有垢病的一點是政府找認識的協會來標標案，讓他們可以把經費核銷掉，但做的真的是有幫助到有需要的嘛？

問：剛剛聽你們的重點應該服務的民眾是需要被延緩老化，行動上慢慢退化，而不是功能完全的來這唱歌。

答：不只是功能性阿，據點聯繫會議跳出來講話的都是里長，都說錢太少，但認識的都知道他們到做什麼呵呵，畢竟他們在社區營造拿太多錢了，現在就是基本一個月一萬，大多經費的問題，太少，但我們就是愛莫能助，再來就是人的問題，要協會做這些事，推廣據點的服務人力不足，我們只是專家學者跟志工，能有多少人去做那些事情，在這上面事有這些問題，開聯繫會報時，政府的想法跟社區據點的想法，還有下去輔導的人的想法是三件事，計畫執行上部分都沒有共識啦，他們做的不是政府預期的吧，長輩的 cp 值我們打問號，真正有幫助到他們嘛？

問：純社工跟護理落差是什麼呢。

答：純社工系的人目的在於民眾有來參與活動，有人來就好了，著重社區資源連結，有發下去執行就好了啦，社工是邊做邊看邊想，護理是有目的去執行方向，他們只要民眾有享受到服務，有人參與就好了。

問：做的或許不市民重要的，他們是有做就好，跟我們醫療不一樣，我們是要做 有用的事。

答：對他們而且個案有需求就做，以量取勝，甚至民眾需要的服務並不再服務合約裡，社工依舊要實習生做、居服員去做，希望完成個案需求，但護理督導會不准實習生做不該做的事，會養成長輩予取予求的習慣，護理專業進家戶時是做量血壓、測血糖，詢問醫療相關問題、資訊性傳達功能，社工則安排志工、辦活動，資源連結，想提供有效的服務，而不是有做就好，例如量血糖這種侵入性行為的灰色地，照服員、社工到底該做不該做？

問：你們跟學校有連結嘛？或是有什麼技巧？

答：我們學校有護理跟社工，他們的教育真的有差，我會故意在老人面前罵他們做不再合約的事情，就是要提醒老人不應該叫學生做，我是黑臉的角色，但是社工不一樣，他們就會覺得做一下又沒關係，他們就會很為難，然後應該要提升學生的人文素養而不是技術性的訓練，醫療機構與學生在學時所訓練的重點較不相同，機構著重技術，在學期間學校教導人文方面，包含體貼、真誠，但是大部分不太重視這一塊，而且我們有想要把照顧人力從高職生開始培養，並且往管理層面去進修。

問：那我問一個比較奇怪的問題，護理之家有出院準備嘛？就是回

歸社區。

答：出院就是走啦～通常護理之家一進去都是一輩子的，狀況只會越來越糟，不會變好，家屬或許也不會接回去了啦，如果接回家要改變自己的生活方式，家屬其實很少可以做到的，大家都沒時間啦～

問：好，我拉遠了，那這些現在應該是可以改善的，可以有很大績效的，可以立即給予建議。

柒、散會（下午 2 時）

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
社區據點深度訪談期中會議紀錄（學者）

壹、時間：105 年 10 月 14 日上午 10 時 30 分
貳、地點：臺中中非咖啡廳
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：(略)
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：
問：對於社區照顧有什麼建議
答：以長照來說應整合型照顧，可以用走動式概念單位，應該是要由單位統籌全部個案所需要的時數給予補助，而不是像現在是依個案人數給補助，一個人不會全部用掉兩小時阿，制度會規定要用完這些時數才能核銷，但這制度需要調整，對主計單位或會不方便，但對人是方便的，要有彈性，機構、日間、據點都要大改革，以前做出健保奇蹟，現在要做出長照奇蹟，現在就是要以需求者的角度看事情。
問：我會大方向寫報告，不會只注重政府要的，因為這在回頭看政府要的東西時，問題會很鮮明。
答：李老師有看長照 2.0 的話，制定政策的目標跟執行業務是對不起來的，目標規劃的太美好，長照 2.0 的 ABC 級服務政府說花了三天想出來，但這東西不是三天就能想出來的，應該是小英上任前就該初步規劃了，這要做目標跟現在執行面的對照表會比較清楚、好吸收。
問：我看的出 ABC 級的服務內容不一樣，但我看不出服務人口群的差別。
答：嗯，現在長照重點就是直接去做就對了，因為服務面根本不夠，講 ABC 級沒有用， A 就是日照，推「一鄉鎮一日照」，但日照都還沒做好，怎麼擴？，是要做好在日照在往外擴展，現在要叫縣市做實驗，慢了。
問：覺得一項一項的服務是對應到需求面，蠻清楚，但是名稱上太混亂，ABC 這也讓人混亂。
答：對， ABC 級設定也很怪，分級不明確，應該要統籌所有可以出來的，有些日照可以提供、有些居家，做好分級，什麼單位可以做什麼事，而 A 級是要很強大的醫療體系，到後面可能是醫院，甚至連日照都沒那個能力，日照只有社工、護理人員，團隊沒有強到那邊，要個案一出現就規劃他可能要去日照，但 ABC 級戶不隸屬，B 不一定聽 A，無法調動下面單位，所以我覺得 ABC

級不是重點，而且只有 ppt，還會一直改，重點是建置服務，日照是核心，但日照有關係到土地的限制，這需要各部門統籌，彰化的屬彰就是跟國小合作，現在日照只有政府去看說限制有缺幾間日照，然後政府幫民間取得，讓其經營，長照如何擺脫外勞，ABC 服務不講外勞議題，除非用補助經費，民眾才會覺得外勞比較便宜，我們太依賴外勞，本土體系出不來。

問：外勞這一部分我們在訪視機構不會講的議題，還有補充的嘛？

答：其實每個環節都有涵蓋，長照一條龍就是切割，預防性醫療的 B、C 級比較沒那麼普及，所以才說長照 2.0 只有想法沒有執行，據點在地性強，如果要服務隔壁村里會有隔閡，也違反社區在地的精神，講比較難聽，經費、補助才可以吸引到人，C 級要怎麼去建構，政府只提到最末端，執行面交給縣市做設計，但服務網絡才是根本，不要去看說日本怎樣國外怎樣，我們臺灣就是這樣！這是符合臺灣民情建置出來的，就是要花這些錢，錢不夠就沒有，很多服務網、專頁人力的留任就無法做好。

問：這是未來的議題了，很重要，全民健保當初就是符合臺灣民情的。

答：且壽險業跟保險業之前是要進入老人機構，卻被檔下來了，不給私部門，但效益不大，原因很多小機構 80%是家族經營，也是私部門，但大部分服務不是很好，原因包括給付不夠、管理體系不適當，如果財團可以進來經營，例如國泰、新光，資格是資本額要多少的大公司，他們這麼注重聲譽，服務不會亂來，眼睛遮著，49 床以下私人機構都亂搞，從中找出利潤，沒有品質，社會新聞很多都有私人機構也有被火燒或是跳樓，所以我不覺得單位營利有什麼問題，有些財團法人 NPO(非營利機構)品質並沒有很好，NPO 也有全自費收費的阿，機構式營利我比較支持，我的想法是給你多少給付品質就要到位，政府要求最少錢要達到最大效益，連中央老人科的科長都說不要把媽媽送去老人機構，現在的制度沒辦法把服務品質拉起來，給付必須到位，北中南去精算出單位所需要多少，但有個統一體系不定期稽查，不能像現在這麼寬鬆了。

問：長庚醫院是 NPO，他最賺錢，美國研究非營利跟營利的行為模式都是一樣的，長庚說他們不是營利，是永續經營，大家都要生存阿。

答：是。利潤不是要改善設備而是改善服務，偏鄉據點較少，那給付可以多一點，鼓勵 NPO 去那邊。

問：長照不應該在靠公部門了的意思？

答：其實也已經不能具備議價能力了，只要大家都不去接標案，整

個臺中市都停擺了，中央懂長照實際操作的人太少，對基層了解太少，不能急，無法貼近他們。

柒、散會(上午 11 時 30 分)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
據點深度訪談會期中議紀錄（單位）

壹、時間：105 年 7 月 26 日上午 9 時
貳、地點：XX 基金會 XX 據點
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：(略)
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報

問：是承接據點的？
答：是我是負責 XX 據點的社工員，因為我們這邊是 XX 里，當初取名就是以服務 XX 里這邊的長輩為主要的對象，所以以 XX 做為據點名稱。
問：XX 里在哪裡？
答：就是這個里，很特別的是，隔一條街就是 X 區 XX 里，所以我們這邊是用地理名稱來取名。
問：主要業務為何？
答：我們據點嗎，我們據點服務就是以政府那邊規定的，主要承接 XX 據點，以服務 XX 里的長輩為服務對象，那市政府規定的四項服務就是健康促進活動、關懷訪視、電話問安，我們只有做這三項，但是我們這邊沒有做供餐服務，所以沒有餐飲服務。
問：市政府會給年度目標嗎？
答：因為其實我們每年都要寫計劃書，那裡頭有成效跟建議，年底會檢視成果，我們就會以據點作為明年的計畫，比如包含長輩的人數、在地資源連結、檢視缺點等等或其他不足。
問：所以目標是自己定的，不是政府規定？
答：對的，除了關懷訪視、健促活動、電話問安，期待人數至少要有 10 個人，十位長輩，這個沒有硬性規定，其他部分會由據點本身擬定，畢竟市府有補助經費，當然會希望運用到更多人身上，所以對人數會有最基本要求和期待，其餘的部分就是看社區，我們會分成剛成立的或做一段期間的，再做努力。
問：你碰到最大的困難是什麼？
答：跟其他里不太一樣的地方是我們這邊的長輩教育水平偏高，有 XX、XX、XX，那現在蠻多人會做生涯規劃，在據點未成立之前長輩就有去長青學院，XX 阿等等。那我們期待能有更多人，另外目前這邊長輩一～五在其他地方都有課程安排，我們有想要調整上課時間，可是很多長輩都跟我反應說他們只有下午有空，

那還有其他里的長輩會無法與這邊的長輩有些良好的融合。也面臨到課程規劃要求要動腦、益智的課程，促使身體更健康的規劃安排，期待很高，要求也很高，但是 XX 里距離我們這邊很近，他們會過來這邊參與我們的活動，讓我們做一個融合，不會讓長輩覺得格格不入或挫折是我們努力的方向,例如手工藝，一般長輩都會喜歡很期待，我們這邊長輩卻喜歡桌遊～像我們長輩都去報名桌遊比賽了，像這禮拜就是他們練習時間，但有些長輩不識字，來這邊他就不知道能幹嘛？甚至我們也有請學生來設計，像是拉密這種動腦的。所以不管是在活動設計上或要怎麼融合不同地方的長輩，要怎麼去做挑戰，像是改變活動的時間或模式。像我們這邊有一個奶奶他說他在這邊可以交朋友，可以來學習不然在家也沒事。

問：長輩如何得知這些訊息？

答：目前我們剛來的長輩，我們會請志工多關注長輩跟長輩之間的關係處好的話互動性蠻強的，我們會請志工多觀察和協助那些還沒了解這裡狀況的長輩，那訊息交流是還好，因為他們會做交流，這沒什麼問題，比較需要注意的是人際關係的經營，所以這就是志工很重要的原因，想辦法降低他們的不安全感。

問：志工的招募 ok 嗎？來源呢？

答：期待能有更多啦，因為剛剛有說我們的目標有三大項，雖然來這邊的長輩都很健康,但還是希望志工可以多些,幫忙量血壓，或活動後恢復場地等等。招募希望能有多元性，來源採網路招募，我們弘道官網、FB。

問：年齡分布呢？

答：大概都落在四、五十歲，也有銀髮志工，也有長輩變志工，他們也想做關懷訪視，一～四上課，五當志工，做家訪，他們覺得這樣為人服務很開心。現在也越來越推銀髮志工了呢，65 歲以上長輩退休後想找到生命的價值感，也會當我們志工。

問: part time 有薪水的呢？

答:我們現在 XX 有在推動了,XX 計畫在 XX,我們預計 XX 月份開幕，現在也在招收高齡長輩，就是讓銀髮朋友們二度就業，他可以做正職也可以做兼職，這邊我們知道要規劃的很完善。營運的部分和成本我們一定會規畫好，那我們有些志工是還在工作，我們對志工的要求是希望至少來兩個小時這樣。

問：希望幫忙的外在資源連結呢？

答：我們現在更想努力的方向應該是比較想跟在地里長的關係好一點，現在就是黨派的關連，多多少少還是會影響到我們據點的推動。所以我們也很希望打破這個狀況，因為我們的服務畢竟

沒有完全為了謀利，只是在關係的推動和資訊的往來上要有一些幫助。

問：其餘困難？

答：希望簡化核銷流程，我們並沒有專業人員來處理這些事，我們就必須花時間在這瑣碎的事上，所以希望可以有簡易的核銷，讓有心去服務據點人員專心推動活動、服務長輩才是我們的宗旨！另外我們也很期待，因為據點是預防的第一線，就期待能與長照做些結合，對於長輩的狀況，我們可以馬上做些服務，這些該具備的預防知識，不管做據點還是常照都應該要努力做這塊，讓他能夠無縫接軌，可以避免一些不必要的浪費時間，畢竟有些長輩不能等。我覺得我們一直在推據點是預防照顧，但相關的人員遇到問題時其實還是很驚慌失措的，這點應該還是要多加強。上面的人要先做整合，下面的人才好做事。

柒、散會（上午 9 時 30 分）

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
據點 XX 基金會期末會議紀錄（單位）

壹、時間：105 年 10 月 11 日下午 1 時
貳、地點：XX 里活動中心
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席單位：(略)
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報
問：業務上有遇到什麼困難呢
答：志工方面比較缺乏，我觀察到家庭訪視部分的志工較缺乏，我猜測啦，志工都不想去人家家裡，居家這環境比較複雜。
問：那你們的因應措施呢？
答:只能現在的工作人力下去做,除了做健康促進之外也要做家訪。
問：你們招募人力的方式？
答：是刊登 104 人力網，或是朋友介紹。
問：家訪部分的名單呢？
答：一般都是從里長，里長這邊從衛生局，他們會地毯式搜索有需要的老人。
問：我剛剛看見你們有樂齡大學的廣告，除了這個還有快樂學堂的服務嘛？
答：那是里長承接衛生局 YMCA 樂齡的計畫，禮拜四固定有活動，為期三個月。
問：工作人力有缺乏嘛？
答：工作人員就 6 個，還有接兒少福利，課輔的部份。
問：有資格限制嘛？
答：弱勢、隔代教養、外籍配偶等弱勢族群。
問：長輩就沒限制了吧？
答：65 歲以上就好。
問：長照部分對政府有什麼建議？
答：政府最近在推長照一條龍，想要讓據點也走日照部分，但我們資格會較不符合，日照有牽涉到下午需在這裡休息，繼續下午的課程，但礙於我們場地太小，我們頂多能增加時數而已，106 年的計劃書可能要我們寫這點進去，而且評鑑對各單位是個很大的負擔，也需要很多書面資料，未來聽說要電腦化，這是願景。
問：你們最於社區照顧的有感成效呢？
答：長輩來這裡會找到夥伴，家屬也很開心長輩來這裡，這裡像是個幼兒園。

問：那有提供什麼創新服務嘛？

答:比起其他據點我們課程已經較為豐富了,終身學習這點較注重，另外有手機電腦課，蠻詫異的一點是長者對這堂課很踴躍，手機外,XX 電腦有承接社會局的案子,「臺中市民免費上電腦課」。他們會帶筆記型電腦來，幾位長者就帶幾臺來。

問：那健康衛教的部份是有外來老師嘛？

答：里長介紹，我們跟里長互動蠻熱絡的。

問：未來想增設的服務呢？

答：我們這邊長者平均年齡都比較大，想要再增加健康醫療方面的項目。

問：那專業人力是否較缺乏？

答：對！我們非常需要，政府能有補助這塊更好，冬天也快到了，長輩會有很多問題，我們常常在宣導，你們的健康自己清楚，我能做的只有叫救護車而已。

問：你們有在跟醫院合作嘛？

答：XX 醫院有在做衛教這塊。

問：醫療行為方面呢？

答：還在協商，XX 那邊有做糖尿病篩檢。

問：失智症這部份呢？這蠻重要的

答：沒有，這是未來想增加的。

問：據點的需求量是夠的嘛？。

答：市區夠，但資源都重疊了，偏鄉才真的欠缺，長者申請資源都可以重複申請

問：經費財源的部份呢？

答：我是跨產業來的，認識社福產業後蠻驚訝的，這邊一年才補助 30 萬，寫計畫籌錢來的，長輩都要自費較多，但也是少額的，餐費一個月 400 元，除以 20 天等於 20 塊，你想想在外面可能 20 元一個便當嘛？我覺得政府對社福業補助真的很少，卻要做很多事，幾乎是自籌來的，如果這是民間單位這單位早就不見了，沒有收入，這不是賺錢得工作，成為社會企業很難吧。

問：未來趨勢想走什麼？

答：初期就先從延長時數開始，如果真的要轉日照，空間是一大問題。

柒、散會(下午 2 時 15 分)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
據點深度訪談期中會議紀錄（服務使用者）

壹、時間：105 年 7 月 25 日下午 3 時
貳、地點：XX 基金會 XX 據點
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：白○花、周○林
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：

基本資料

姓名	白○花	周○林
性別	女	男
年齡	73	84
退休金	有	有
生活費	無	無
學歷	專科	高中

問：如何得知這裡呢？
白：以前同事介紹，左鄰右舍也會講阿。
周：衛生局叫我來的
問：感覺怎麼樣呢？，還有其他安排活動嘛？
白：感覺很好阿！很快樂，沒有，只有這裡，週二～週五。
周：對阿快樂，還有華山基金會。
問：怎麼來這裡的呢？
白：走路阿，家住附近而已。
周：走路大概 20 分鐘，我也在附近～
問：華山基金會是怎樣呢？
周：就是找我去旅遊那些的～
問：服務有需要改進的地方嘛？
周：沒有腦筋想。
問：這邊活動是二～五下午，那平常在家都在幹嘛？
白：看電視。
周：在家無聊，我喜歡在外面。
白：外面有朋友阿，就不會無聊，聊聊天，參加據點的活動阿。
答：還喜歡什麼活動？
白：旅遊！去公園體操活動，早上有體操這樣子，有一群人。
問：生活費的部份呢？
周：以前賺的，伸手沒面子！
白：養兒不妨老了啦～～

問：覺得來這裡對家人有什麼幫助？

周：會讓家屬放心去工作、外出，他們都怕我一個人在家，但我也無聊。

白：嗯嗯。

問：想要政府在增設什麼項目？

白：能活動的老人弄一個地方，早中晚都在那邊吃，雲林做的最好，東勢也有，以社區、里為單位，臺中是送餐，不要送餐了，提供我們一個地點可以跟朋友聊天吃飯就好。

問：代間服務有什麼想法？老人跟小孩。

白：不喜歡，自己帶孫子就很累了，有代溝啦，我比較喜歡跟同年記的，聊天都方便，小孩都聽不懂我的話。

周：沒有體力跟他們玩了。

問：機構的看法是什麼？

白：絕對不要去那種地方。

問：日間照顧呢？

白：沒有想這麼遠，都是以後的事了。

柒、散會(下午 3 時 30 分)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
XX 基金會期末據點會議紀錄（服務使用者）

壹、時間：105 年 10 月 11 日上午 11 時 30 分
貳、地點：長榮里活動中心
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席單位： 施 O 金、吳 O 綢
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報

一、服務使用者施 o 金
問：如何得知這裡的呢？
答：有參加各種活動，里長宣導的。
問：生活上有哪些需要照顧呢？
答：「現在」還不需要，以後可能會吧呵呵。
問：哪方面呢？是想要進機構嘛？還是希望政府怎麼幫助你留在社區？
答：不想進機構，我只要陪伴那些就好，外出活動，還有煮飯，做些生活照顧等，寧願選擇居家照顧也不想機構。
問：日照呢？
答：居家還是第一順位，我比較喜歡在家。
問：目前的生活規劃呢？
答：禮拜一去溪頭爬山，禮拜 2.3.4.5 都是來這裡，六日做著交通車前往戶外，去臺北、宜蘭都有，比較喜歡戶外運動，上禮拜去彰化天空橋。
問：想要政府在幫助哪些呢？
答：資源能更多，學習的也好，旅遊的也好，畢竟白天都一個人，希望政府能真的付諸行動，講很多要做什麼事什麼事，但真正拿到我們手上的微乎其微，上層計畫很多，操作面的做不足，像據點都是能出來的長輩，需要被幫助到的還有很多人，還有資源重複的部份，希望真正需要幫助的人能被幫助到，有些拿貧富證明的都還開 BNW,我們以前教書的時候一堆貧戶證明的可以免學費，但是他們實際家庭並沒有很窮。
問：就是不要只是一張證明就能申請，應該全面性的篩檢囉？
答：對，要服務到需要的人。
問：對於服務的優缺點呢？幫助到自身或家人的部份？
答：很好阿，缺點就是服務人員太少了，很辛苦，一些人要照顧這麼多人，像我們參加老人協會的旅遊活動，會員一年一次，一團 40 個人,可是只有一個志工一個導遊一個紅十字會救難人員,

我們不像一般團是好顧的，年紀大了問題比較多。
問：在家的休閒娛樂呢？
答：退休 16 年了，我想到就會寫書法或外出去玩。

二、服務使用者　吳 o 綢
問：奶奶如何得知這裡的呢？
答：媳婦是這裡之前的主任。
問：那生活上需要協助呢地方有哪些，未來想朝哪個方向接受照顧呢？
答：居家比較好，不想去機構，有人帶我外出就好。
問：生活規劃部分呢？
答：就禮拜二三五來據點，禮拜四是參加 YMCA 的活動。
問：除了據點還會去其他地方嘛？
答：我家就在附近，所以也沒有。
問：服務的優缺點呢？需要改善的地方呢？
答：很好阿，學到很多，需要改善的部份就是場地，人很多，空間卻很小
家人很放心我來這裡。
問：還希望政府做哪些部分呢？
答：不要嘴巴關心吧，用行動，還是要政府多幫助基金會，蠻多活動都要自費
問：一個人在家做什麼事？
答：在這邊學的打毛衣、拼布，看電視、去圖書管借書，跟鄰居互動較少，這邊也有學電腦，我也會用 line。
問：跟里長的關係如何？
答：他很帥，對我們又很好，幫助到我們很多。
柒、散會(上午 12 時 30 分)

附錄四、快樂學堂會議記錄

長青快樂學堂深度訪談期中會議紀錄（學者）

壹、時間：105 年 7 月 13 日上午 11 時 30 分

貳、地點：育達科技大學社會工作系辦

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席人員：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報：

一、社區照護類型建議

問：對於快樂學堂建議為何？

答：我覺得是統一，但也不知道到底是不是好事，因為名詞都的太多了，搬家後要送去哪都不大清楚了，然後定義到底是什麼，我現在自己在做也不太清楚那個定義到底是什麼…。

問：要從老人的角度去想，不是機構的功能。

答：如果社區都有這些地方的話到還好，但是 a 區有 b 區沒有，太亂了，這要做個統一，像日照中心很明確，混合性、失智等，我覺得可以比照日照來辦理，不然真的太亂了。

問：這個是像小機構多功能嘛？

答：不一樣，小機是有臨托的服務，讓長輩不需要去護理之家，在日照就可以，現在在推的，名詞統一的部份像「失智學堂」、「瑞智家屋」，重點就是失智的長者，這目標就很明確，但現在麻煩的一點有失智專區，在機構裡面有一區去收失智個案，人力資源是 1:3，但是沒有人來，收不到個案，要把成效做出來，他們要達到哪些目的跟成效市政府要去訂定的，錢不能亂灑，但是成效在哪裡，有些機構是有成效的，送進去要正向改善才是終極目標，而且很多家庭會選擇外勞照顧。

問：補助這一塊呢？

答:真的有需要的人是不知道這些補助的,補助大多是給知道的人，社區就是集合要宣導阿

問：但規則太複雜了，我是家屬都聽不懂了。

答：那我們苗栗真的做的不做，在你要出院十，就有社工介入，讓你知道你可以申請哪些補助，具我所知是中小醫院有做這一塊。

問：反而大醫院無法，他們事情太多了。

答：像失智的話，我們長照中心資料固有個叫 AD8，失智篩選，然後強迫苗栗各醫療院所去山選，只要看門診健保卡會主動跳出來說沒篩選，而你篩選多少是論件記籌的，我協助資料庫建議，

基本上符合年齡就篩了，高風險就是去掛門診。

問：嗯..商業機制可以進來，篩這可能沒多少錢，但是對他們幫助很大。

答：醫生他們會類似義診，做宣傳，這些也是關係建立，之後有事長輩都會來，不是去大醫院，地區醫院都已經去習慣了，醫院就是要賺這一塊，行銷的一部分，一該使 ad8 就是穩問在醫院，到後面就前進社區了，都會幫老人辦好好，資料庫第二年就做到電子化了，插入健保卡就會帶出所有資料，但重點就是要論件記籌，有篩有錢，不見義大醫院去，要中小型醫院。

問：那臺中跟苗栗有什麼不同呢？

答：就是不要侷限現階段收案標準，能多多提倡「新收案標準」的學堂，不再功能正常的長者，例如苗栗有瑞智學堂，是針對社區，老農的，讓老人在白天有事情做，重點是認知課程，收費很便宜，如果勞作的話加 500，1500，有六到八堂課、我不知道臺中有沒有，那是針對失智長者進行認知功能訓練，這可以與社區據點做結合，並且他們有固定教授課程的模式，這項專業不可忽視，以及苗栗這邊是利用就有廢棄校舍、幼稚園，空間再利用，不會特去改，就是增加個無障礙就好，以租借方式。

問：專家座談會有說到照護能力無法因應長者需求。

答：嗯，現階段照護能力確實無法因應長者需求，例如說長者無法克制大小便的時機、或出現不合宜的行為，我們該如何面對，因此需新增有醫療背景的新照護人力，而非現有社工。

柒、散會(上午 12 時)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
長青快樂學堂深度訪談期中會議紀錄（服務使用者）

壹、時間：105 年 7 月 27 日上午 9 時
貳、地點：XX 關懷協會（XX 快樂學堂）B1
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：王〇生
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：

基本資料

姓名	王〇生(銀髮志工+單位長輩)				
性別	男				
年齡	70				
退休金	有	生活費	無	學歷	高中

問：先請問一下基本資料，您的年齡是多少？
答：70。
問：什麼時候開始當老人志工？這做了多久了？
答：已經很久了！之前有在臺中監獄當教誨師，我從那時候開始當志工，那當志工之前，最早是在大雅路那邊的中華傳愛，巡迴各社區的當志工。
問：監獄的教誨師是在做神麼的呢？
答：我們是五六個人一起進去集體教誨，每個人講一段；個別教誨就是問他之前做過什麼？會先給我們一份對方的資料，但現在不會給。我是有宗教信仰啦，就希望可以感化他們。
問：請問最高學歷是念到哪裡？
答：高中。
問：有領退休金嗎？
答：我退休金是勞工階層的，經歷好幾個年代，後來就是勞工階層可以給一些，但不能算是退休金啦，都是一次給。
問：你生活費小孩有給予嗎？
答：沒有。
問：除了來這裡還有去其他地方嘛？
答：禮拜一下午是到北區錦村里當志工，義服是酒駕後繳不出罰款後要做的勞動服務,督導勞役志工,禮拜二~五是快樂學堂志工，我本身是榮民，社會、國家給我太多了，我想回饋給社會！
問：平常還有什麼活動嗎？
答：我禮拜一到禮拜日的活動都排滿了，我跟幾個志同道合也年齡

相仿的好友都喜歡音樂，所以我們有組一個社團，以公益為多，有需要我們的地方我們就會去。

問：在宅老化的建議？

答：不知道，就是有電話問安、交通接送、就醫陪同服務、親自去家中拜訪、到宅陪伴、送餐服務，但現在送餐服務要多設幾個據點。

問：一個月生活費要多少呢？

答：我有領榮民救助金，大概一萬四千多，因為小孩子不會給我零用錢。

問：對於政府還有什麼建議呢？

答：我本身是榮民，有相關補助跟老年規劃，因此不太擔心未來。但我本身是志工，希望政府可以給據點、快樂學堂等經費補助多一點，沒有遇到什麼事情啦，只是可以讓單位更多元化，再增設一些設施。

柒、散會(下午 9 時 30 分)

附錄五、日照中心會議記錄

日間照護中心深度訪談期中會議紀錄（學者）

壹、時間：105 年 7 月 27 日上午 10 時

貳、地點：國立臺中科技大學老服系專題教室 1

參、主持人：李卓倫　副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席人員：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報：

問：因為你對居家這塊最熟。

答：不是不是……。

問：阿不是，是日照。

答：對。

問：你要不要說說你對日照，我想講缺點就好了，講可以改進的地方就好了，建議一下。

答：因為我覺得日照應該是比我們一般家還要再大的家，但現在比較像是小型機構，所以這是一定要做強力的改變。

問：對，進去是沒有家的感覺，我帶我媽媽去看過，他進去第一個反應就是不要，一進去就不要了，我覺得就是因為進去的第一個感覺。

答：其實反而是現在我們在做的失智的單元，失智家屋，失智單元機構單元家屋可以做到日照，所以日照簡單來說應該是有一點像我們以前老舊的公寓，就是客廳在這裡，然後旁邊有餐廳跟廚房，然後這邊就主臥室，大女兒小女兒這樣。那我們把它放大一點，這一區是三五個人，這區也三五個人，然後他們都到中間來，那目前的失智都是單人房，那八到十人在中間一個空間。但我相信日照沒有辦法說只有一個十人，如果我覺得可以的狀況下，可以就這樣，八到十人每個人都有自己的單人房，因為日照重點就不在休息阿，那我們設計的那個家的概念要有。如果說是成本上的考量那我覺得說可以這區一個小家，這區也一個小家，然後有個公共的活動空間，因為我覺得日照他如果要經營下去，他應該是非常廣的、收納的服務對象，就是去機構的，都可以，應該是這樣，所以假設我今天是七十歲，健康的我也來那行動不便的，譬如我們都是七八十歲的，那你真的行動不便我可以帶著你，那我們一起去玩，就是大家都可以有不同的。但我不曉得的是，為什麼身體失能以後醫療就上升那麼高，可你想，那個人放在家裡以後？頂多就是兒子女兒回來時問他：阿，媽～你有吃藥嗎？假設他沒有請外籍或本籍的來照顧他，他就自己一個，可是我覺得有沒有營養師來給你評估，有沒有藥師來給你開藥，有沒有什麼什麼，我覺得重點還是要社工跟照服員就好啦，護理師就有點像公共

護士一樣來幫你量量血壓，幫你做一下健康管理，對，那那個營養評估，我覺得不需要大費周章，就護理師就可以了，護理師可以做很多，然後他做初步的判斷之後，哇這個狀況比較嚴重，這個狀況比較複雜，那我請家醫科的醫師來看看他；哇，這個飲食太特別了都控制不好，營養控制不好飲食控制不好，然後那個血壓也不好，那我希望營養師進來，我覺得甚至連藥師都不需要，為什麼，在醫院藥師也沒有太大的功用，那你覺得這個藥師現在來日照他有甚麼能力？他可以把四五家的要開在一起，哇傻眼，阿我覺得這個工作護理師就可以做了。對，所以我不曉得，他來，你現在來我就要負全責還是怎樣？可以跟家屬講好，你要讓你的爸爸、媽媽、阿公、阿嬤在家？還是讓他們來這裡，跟大家然後很快樂的，然後有一天不小心走了這樣。

問：可是我覺得那個護理師沒有那個專業可以判斷吧。

答：沒有沒有，他一定有初篩的。

問：身邊有人想要用日照，但是後來他們不要是因為日照的錢太少了，他們每個人都只收一萬八，然後就要付這麼多成本，他們覺得成本太高，他們付不起。

答：沒有，因為他現在就等於是，假設機構每個人都收三萬或三萬六，結果你現在給他砍一半只有一萬八，那誰需要？他等於是用機構的標準在做日照，所以你等於是這一套，啊他又不讓你人員留用，所以這也等於這一套，大家都二十四小時，大家都到二十四小時的機構，所以幾乎四點過後機構就沒有太大的功能了，就等於是準備睡覺，就機構，四點過後就準備睡覺了，晚餐都差不多吃完了，五點工作人員就要下班了，所以六點過後機構一直到隔天清晨七點之間其實他不是二分之一的人力，他將近只有到四分之一或五分之一的人力，但是他收全天的費用，這樣你聽的懂意思嗎？但是日照的全天的人力一直到他下班，都跟機構甚至超過機構的高度，結果他的費用不到他的一半，因為他就全部搬過來了嘛！全部你懂嗎？我就跟你說現在日照是小型的機構，但他的人力比或需要負擔的工作或業務不會比機構長，因為機構還有行政能力，但日照沒有，就等於那個護理跟那個社工和照服員他要做所有全部的，他的消防安檢一樣整套都是全部的。所以大部分的，大部分你看到的日照中心，就有點像我們實習，就是說你要去基金會實習那是向基金會或者像真愛協會承接了政府方案，為什麼？因為他這些有補助，所以他自己再接一些他可以自己活下來，而且大部分基金會，尤其是基金會他主要的業務都不在這裡，他是用這個來建立社會形象然後會有捐款或其他資源來，然後你實際在日照，所以這些純私人的日照或者是機構他想要負責，他去賺他一定覺得不值得。這樣這樣你有懂了嗎，我們說三萬塊，三萬塊他二十四小時，他收你一萬八，八小時，很多延期的時間，我知道很多機構會跟你說阿加收多少錢，可是你想想看齁，我們這邊，你假設有三十個日照，可是只有三個人會延後回去，三個人加收一百塊，這樣不平衡阿，日照會有離開的時間，

所以你家人你車子來接的時候，我還是要把你送到出口，那他們倆個怎麼辦？萬一在我轉頭顧你，把你送上車的時候在你上車之前，他們倆個剛好跌倒，那怎麼辦？所以機構號稱他們最少要留下一個人，但其實那個人壓力也很大，對，因為很少日照中心會只在一樓的平面，一樓的平面可以就是家屬來接你，我不管，可以這樣。所以你離開後我的視線，你是交給家屬，我還是在顧他們兩個，但大部分是我必須要把你帶下去，然後他們倆個要乖乖地在這裡。所以有很多日照中心就變成行政主管，等於我離開的時候他在顧這兩個，好樣，你走了，換他，他要走的時候換行政主管在顧他，好我行政人員或行政主管，那最後只剩下這個阿公的時候，我就可以脫身或怎麼樣。所以現在日照要轉型，我們說小規模多機能，很多單位都很害怕，因為那基本上就是24 小時的概念！所以我覺得目前最大的問題是，一定要把所有的評鑑資料重新審核，至少一定要砍二分之一以上，其實這我跟立委有說過，因為我前年去年都做日照的評鑑，那今年因為我要接中央的，時間太多了，所以我就沒有接，因為臺中市將近要八天，上下午這樣，然後我就拒絕了。對，可是那時候吳立委當選立委，但還沒上任的時候，我就有跟他講，我說那個拜託他那個日照中心一定要重新用，那他也贊成啦，對。阿可是我在想他應該沒辦法關心到這麼多，所以你去看那個評鑑指標，所以就是機構跟日照，日照是小型的縮版。

答：我自己的想法是說想做日照，我覺得日照跟日托可以混搭，因為我們日托的個案比較輕？日照的個案比較重，我覺得他可以，我自己覺得我們連續性的照顧的光譜不用切斷，就有點像我們現在機構，我們原本是有老人安養、養護機構，其實早期是有安養，安養就是那種，大陸來的單身的，老人但他行動能力尚可，早期有很多單身的他就住安養，但是沒有辦法，他老了以後，行動越來越差了，他需要養護，那現在還有一些就是他會需要插到兩管，這個都在老人福利機構的範圍之內，所以他是因應收置的個案，他原本就在這但他狀況比較差了之後，他就必須要換個地方，可是有很多長輩他說不喜歡，他說他死都要死在這裡，但我現在就是沒辦法再繼續照顧他。當然機構也有想到說，阿為什麼，我跟他很熟了他的狀況怎麼樣我都知道，結果他現在這樣我就必須要把他送走，我還必須要處理很多，他現在都連在一起。我覺得也是一樣，從離開家只要白天他需要人，我覺得他可以混在一起，而且我覺得不同程度的人在一起他可以比較有互相的幫助。但是有需要克服的是，比較健康的長輩不想跟比他差一點點的一起，但我的意思是說，如果我開始開放健康的長輩在這裡活動，當你開始不行了之後，還可以繼續住下來，而不是我把健康的長輩送過去到那些稍微得在一起，就是我們在阿公阿嬤他們每天在這裡，結果，哇我開始中風了，住了三個月回來，我還可以回來！從這樣開始，從我們大家開始來允許我，再來就換你，再來就換他，然後就會開

始有健康的和不健康的，而不是要求一個機構裡健康不健康的都要分開。我覺得這樣子的。

問：你講到這段讓我想到班傑明的奇幻旅程，班傑明的那個家就有點像老師你講的，就是本來是好好的，但是從頭到尾都是在班傑明他家，他不是還有一個被雷打到那個，會彈鋼琴的他還是會去彈鋼琴，我還沒有看到有擺一臺鋼琴給老人彈的，那個時候有一個人會彈鋼琴他過去彈，哦那個效果很好內。

答：對，有，我在教會的，我現在忘記了，我之前在教會的，我之前在中國有帶學生去參訪，就真的有，我們一上樓就聽到彈鋼琴的。然後學生就問說：诶～今天是有甚麼活動？他說阿沒有，那老人家。不過那是基督教會的，就是因為教會嘛，很多牧師娘都要……。

問：那現在的小機構多功能，意思是想往這個方向走嗎？還是還沒？

答：不是，他是日照，目前，目前政府開放的是日照，日照裡面，因為日照本來就有說休息的空間嘛，中午，對，但是我晚一點才能把爸爸媽媽接回來，所以他就有延時的那個費用，可是有可能我今天去臺北開會趕不回來，那他就住在中心，對，阿可是呢現在我就跟你講說齁，因為他規模太小了，機構會有壓力，我總共白天也才三十個人，現在臨時多一個，或者事先也可以啦，譬如我們家最近辦喜事，對嘛，比較沒有空把阿嬤帶回去晚上還要顧他，因為明天一早人家就要來娶，凌晨三點多可能就要起床去化妝或幹嘛，很忙，所以我事先先跟你講，這三天沒辦法來顧阿嬤，那你們可不可以，可以。那我覺得這樣子的話，要原本像甘霖，原本在臺中就有三個據點，日照如果有人是送到那裏，他才有辦法，現在甘霖他開放到禮拜六也有日照，為什麼，就是因為有人還是六要上班。

問：那這樣子的話就可以學習醫療型的概念，就變成是群體……機構，可能是三到五個群體機構，大家先講好，我們來一起來合作這一塊，那我們的多功能有開放出來，但是呢這幾個機構是有分工的，把那個規模做大，應該也許他們是做這件事情。

助理：德國不是已經做了嗎？

答：不清楚這些。

助理：德國他們就是有點像旅館的概念，老人家要送來就送來，阿沒事的話就回家，就他不會長期要那個案主留在這裡幹嘛的，對，他是這個概念。

答：他們沒有那個開業醫師齁，其實有被要求說一個禮拜七天都要開門，阿他們就用群體去輪流，那未來他們最急著要做那個，什麼在宅安寧的時候他們可能也會用這個去分工。

答：你每次在講在宅安寧時我都會想到我之前教過的課是必修，結果後來說不太重要就變成選修，現在政府，你知道嗎現在長照 2.0 也有在宅安寧，也把安寧加進來。不過沒關係這題外話，我跟你說，沒有一個團體、沒有一個政治

人物不喜歡這樣，所以你可以提幾個概念，像你剛剛說的醫療群，就是把日照的，當然要看要怎麼，因為一定要那個，你看托育一條龍、托老一條龍，林佳龍市長每天都在講，但是每天都在講，但是民眾都矇掉？

答：現在都在講：代間關係。現在是在講代間融合，不只互動喔，還要合再一起。為甚麼，因為只要老人看見小孩，他不用做甚麼他都高興。那所以這裡你可以提一個概念，我們日照要怎麼使用資源尤其是小的資源，要把老人當作老師，我以前在醫院，中國醫藥大學，我們有一門課是：與病人為友。你就是要把病人當朋友，而且是大一上，就是他還沒有被醫生，他還沒有被醫學的概念說我是醫生之前先認識病人，所以他們要先去跟他們與病人為友。那我們有一個理念就是，病人是醫生最好的老師。所以也許老人是這個社會裡面最好的老師。那你剛剛所說的那個群體輪托還有甚麼你剛剛說的甚麼跟目前的旅館，我覺得這個很好。那就可以說，我們現在友善的城市，高齡友善的城市是每個服務業對高齡都友善的。那這樣子的前提就是那個連續性的照顧裡面，就是應該說跟著老人的狀況調整，在我們管理叫作：走動式管理。所以不是你有問題跑過來，我是走到現場去解決你的問題。那我們剛剛說的那個連續性的概念裡面可以怎麼來調整，給日托更好的建議跟新的元素，我覺得你可以把這幾個概念放進連續性照顧裡面。我覺得這個連續性照顧要在不同的階段裡引進不同的，而不是在我們原本的資源裡再去想。你看旅館不在我們想到的資源範圍裡面，想到住就想到醫院、機構，那醫院一定不想阿，我現在都被砍的這麼厲害了，我都已經是血汗了。那個大架構就在高齡友善裡面阿。高齡友善的那些人不就是要友善的再更友善嗎，這應該也是符合新政府的概念阿。

答：沒有，我沒有要去改他，我自己正在寫的這個理論，這件事情那個因果的 Adam Walker，他是唯一一個追蹤的非常詳細的人，他是說過度強調長照，你是在退縮理論 Engagement 那個理論裡面講的，因為 Disengagement 認為老化是不可避免的，而且他最好離開他的位子，以免他突然死亡以後對社會組織產生重大的影響，還有在家庭裡面，你的位子佔的越少越好，這就是一個退縮理論，退縮理論就注定了你後面會有很長一段時間退休之後會失能，這是不可避免的，他就自然而然會強調長照很重要，但是一樣，也是同樣的時代 1950、1960 他本來就有一個活躍理論 Activity theory，現在其實應該要慢慢找到 Activity theory，而且感覺到 Activity theory 是對的，為什麼呢，他本來發現退縮理論不對，他是從一個很巧妙的機緣發現的，因為有人想要去對抗這個退縮理論，他就去推成功老化，我要跟它對抗所以我要成功老化，所以成功老化落伍了你知道嗎，成功老化就是說你已經老了之後需要你還是用中年的心態跟中年的活動方式去對抗，但你總是對抗不了你那個身體有限制，Adam Walker 他還發現說因為那個時代 Adam Walker 在他發

展這個理論的時代，英國有很多老人是平民，那這個就不是只有身體限制，你社會經濟跟文化結構也限制了他成功老化。所以他就改說那你成功老化就不對，你也不能強調有生產力的老化這個也不對，因為有生產力的老化他拖一陣子發現你只是要讓老有生產力而已，那就沒有健康的概念，所以才會從長照走到所謂的成功老化再走到有生產力的老化再走到健康老化最後走到活躍老化，Adam Walker 把這段歷史講得非常清楚，我這次把他寫到文章中，這本裡面，反正就是說你最後還是要用活躍老化，然後我們要讓他幾個東西都到位這樣才可以，那活躍老化就會到你這一關，他就沒有去忽略長照的價值，他沒有要去改變它的定義，但他就是說你要用活躍的概念，讓這一段重新再來過，我覺得整合照顧會涵蓋這一塊，你就長照還是整合照顧，但是整合照顧我就可以好比說涵蓋前面活躍的那一塊，他就可以讓生活照顧跟醫療照顧同時到位。

答：所以我比較贊成是用另外一個，還是用整合照顧或一個新的含長照，他現在是長照往前推，可是就跟人家說我要增加多少預算，人家就說不要啊，而且你去看，他的目前的增加的擴充的人口數還是跟平地原住民跟那個身心障礙者三是失能的，就還是已經落到失能這一塊，但是前面那一塊其實還是有很大的就是讓他這個時間不管什麼人都越來越短，但是你現在不敢跟人家講說你就是個好一點啦，但是其實真的啊所以我也都會跟民眾家屬說要他都不要去，然後每天在家裡憂鬱的死掉還是出去玩的時候就死掉然後又賠了一堆保險費這樣給你，這樣你懂意思嗎，不行啊他這樣很危險不要他跌倒，對我說那看看。

答：這就是你講的那理由的概念，沒有老人團理由沒有老人團啊，然後他就要講說我就派兩個醫生跟護士隨隊啊，怎麼不可以，就派出去啊動作慢一點這樣子啊走路少一點。

答：然後都不要趕啊，沒看到日出就算了啊。本來要去看什麼表演…

答：他就在講說根本沒人做這種團，其實這種團我很早以前就想到了，因為旅行社不接這種團啊，你若家裡面有老一點的，啊家屬如果沒有跟著，拍謝我們不接，我們承擔不起這樣子，這樣子老人就不用出去啊。

答：你就跟他講好啊，那個老人說要，那我最好旅遊的時候死掉，那剛好。

答：啊醫生護士隨隊啊。

答：要要要，因為我們以前我們在醫院都有辦啊，那個癌症小朋友的什麼心臟病童的旅遊啊，醫生就會跟著去，因為他們都不敢出去。

答：啊我去馬祖的時候，其實馬祖人自己也講，他說我們馬祖人也沒有什麼地方好旅遊的都那麼遠，但是我們馬祖這幾個島之間我們總可以自己穿梭一下活動一下吧，你要不要用一些優惠票然後他這個船要不要給我弄好一點，你不要老是那個木頭椅子，弄幾個博愛座，啊博愛座跟其他的座又不一樣，博愛

座是花花椅。

答：可以扶得起來。

答：馬祖在講那個高齡資產就很有趣唷，蠻有創意的，啊所以他們就安排強調旅遊，只是他們旅遊是在草間穿梭這樣子。

答：他可能不坐飛機不坐太長途的，啊一天可以讓他回來休息一下，但是也出去走一走。

答：對啊有唷，我有看一本書講老人的旅遊型態他會慢慢改變，他是越跑越近，不是越跑越遠，但是呢，因為他們待在旅館的時間越來越長，所以旅館的設施跟配備越來越重要，啊越年輕的越不重要，年輕人都在外面，回來可以睡覺就好了，有一點像是棺材的空間就可以了，膠囊對。

答：有啊，城市旅遊他們就是只要一個進去睡的地方。

答：還有呢，老人還有一個特色，就是誰要跟我一起去很重要，我的朋友有沒有一起去很重要，老人旅遊其實有幾個特色，他們有歸納出來。

問：還有嗎?還有諮商還要講的?

答：有吧，你有講到日照還是長照?沒有，因為差不多。

答：就是我覺得可以把這些融合起來。

問：我聊遠一點，你覺得那個剛剛講的長照這樣子會成功嗎?他只是現有的，然後擴展據點。

答：就跟你講說 2.0，我覺得…

問：你覺得是不是還是要回來走整合?

答：當然啊。

答：照顧這一塊，你還是要設置，然後那個我已經從那個北醫的那個，現在在我們中國附設那個陳瑞杰，可是他不會從陳瑞杰那邊已經傳話就是那邊已經傳話回來了，就是吳部長，他在私底下抱怨連萬益，他說連萬益那個東西就是被社政整個拿過去了，你看就生不出來，因為連萬益搞那一套就是你問他就是不要進來不要，連萬益他很聰明唷，他在搞長照 10 年計畫 1.0 的時候，他就沒有歸屬於任何社政處室在管唷，他用的是一個跨部會的叫做委員會唷，但是他這次 10 年計畫 2.0 也是用這個跨部會的委員會，但是他實際操作的時候衛政的人講不了話啊，沒有講話的餘地，啊衛政的就覺得那是你家的事這樣我也輕鬆我也不想說，啊林佳龍那個托老一條龍出來的時候，我也當場那衛生局的意見應該少一點，因為托老一條龍的感覺上都是社政的人的想法，你那個衛生都沒有出來，啊衛生當然就否認啊，沒有沒有我們也參與很多啊。

答：他的參與還是原本的啊，社區健康營造而已啊，衛生所還是做衛生所的啊。

答：他其實沒有參加太多他的意見並沒有融入。

答：所以那時候不是在說我們的，我們的外聘怎麼什麼課程委員會裡面，啊就又

要搞，因為光他們做護理之家跟居家護理所衛生所一些業務其實都做得很多，就已經很忙啊，他們沒他們做就算啦，對對，其實像我覺得對我們的學生其實是一個很大的隱憂耶，因為你不管怎麼樣，還有三年半都是長照 2.0 在主導，那沒有太大的意外是 8 年唷，8 年唷如果沒有太大的意外，應該是可預期的啦，好沒關係你不太樂觀你用三年半就好，但是就算換了另外一批，他也沒辦法在第五年，馬上在整個整合性照顧的概念出來，恐怕會拖到第六年第七年，所以實際執行至少是七年，目前一定在做是七年，然後為什麼我們的老服系的學生要，因為我自己是社工的啊，連萬益的保健都是我們的遣費呀，他們事實上沒錯，這幾年慢慢老服系可以相當於社工系的學生來用，但是你還是好好做你的照護員，我們做個管做督導做整合我們還是會做，因為我們人力很缺，我們還是好好做好這一塊，我不斷地給你加薪，現在是這樣，所以我們現在不管北醫嘛國北護不是有在做那個政策，還是你看現在我們的學生畢業不可能，現在長照要加上個管資就是照管專員那一塊，目前規畫沒有讓我們進來，因為這邊他如果弄得這麼困難，說實在我們也沒有能力進來，都還是太專業的技能，不是初腮的那個概念，除非我想在我覺得會製造因為要提寫和什麼，長照評估下來之後，慢慢走當然第二年，我覺得再這樣下去其實走保險是不可能啦，還是未來還是有可能，保險創造的另外一批所謂的行政能力其實還是以護理轉任為主啦最後，所以只會護理的人力體質不斷的循環，我們如果要轉，轉去做長照保險整合的行政人力，大概如果我們整個課程規畫沒有調整的話，大概就，但是我覺得我現在比較擔心的是我們即使怎麼搶人家不要就是不要你，因為大家都在缺照顧人力，所以我們現在不斷要給各位形象，你要走進去照顧人群的是最好，現在不斷再加照服員的薪水啊，你知道嗎，前兩天還有學生問我說，怎麼辦我可能走不過來這一塊了，那也沒辦法，而且李保金跟連萬益又是非常非常強勢的人，李保金不喜歡醫療這一塊，他在 2007 年跟連萬益在規劃，就…

問：李保金是什麼出身的?

答：就審政府社會處出來的，社政背景。

問：名字我是很熟，人不熟，我常常聽到他的名字。

答：然後他就後來就去政大教書，然後就他原本也不見得是做老人，可自己常開玩笑，啊我就年紀大了。

問：其實社政跟衛政在廝殺還是社工跟護理師在廝殺啦，我們老服永遠被夾在旁邊，因為我們是興起，我們沒有介入他們廝殺的領域，所以…

答：而且我們我們等於說我們這個領域還沒有大好前程出來，因為太新了，所以之前我們不是在說啊我們要找個老師要做老人或長照的，不太可能只有近 10 年年輕的才有辦法，但是他怎麼帶變成檯面上的人，連萬益原本也不是做老人的啊，對啊為什麼，因為在他們唸書那個年代老人根本不是重要的議

題，像以我們社工來說，家暴性侵也是這幾年才開始的，對啊，因為以前哪有什麼家暴，就打就打了，對而且太太只能乖乖地忍氣吞聲啊能怎辦。

問：不只這樣子，現在連打小孩都有人會管。

答：以前是我家的事，我們以前，我以前在上課的時候，我在教兒少保護的時候，那個很多都跟我講說，老師你這樣講下去我們每一個都受虐兒長大的。

問：嘿啊。

答：他說我就被我爸吊在樹上。

問：怎麼才這樣，我們那個鄉下兒子在前面跑老爸後面拿著棍子在追，大家都知道。

答：對，也沒有人會去攔你，因為你在管你小孩。

問：然後以前要是，現在如果有些是認識的老師，帶我的小孩去特別拜託就是特別關照，以前特別關照的意思是我這個小孩很壞要打兇一點，特別關照是這個意思餒，把他管好一點，以前特別關照是給我打。

答：所以其實，其實我們要學習亞洲大學，把那些大佬都先找進去，鞏固他的地位以後，那些大佬走了，就我們現在也許有做老人，可是他根本沒辦法在政府機關…

問：這一塊唷，這一塊從醫師苛刻有關。

答：對，醫師早期不屑…

問：醫生從頭到尾他都不想參與這一塊，我就跟他們講說那個長照的處方籤，等於就是所謂都是從醫師的那個處方籤開出來，你需要幾個月的居家，啊不夠不夠回診，再兩個禮拜好我再開，那就是一個醫師處方耶，啊我們醫生處方從頭到尾沒有我的事，我又不靠那個賺錢，因為我處方出去是你長照機構在賺錢，啊我就從頭到尾都不用管就對了，臺灣的醫生變成這樣子餒，沒有臺灣醫生在想說我怎麼讓臺灣社會變得比較好，啊醫生不管護理人員也就管不了，啊就社工要整個接收，可是不對啊，這樣醫療就缺了啊，所以他又再那邊推長照雜貨店現在怎麼推，如果今天有人我說你今天這條巷弄有 5 個老人需要去看病啦，啊你就派 5 個人載他去看病嗎，你不會啊，你還是在你的雜貨店裡面等著人家來啊，看病是你家的事，你還是沒有到位啊，這兩塊你還是沒有辦法醫，其實讓我回想起哪一件事情你知道嗎，我是 2000 年的時候回國，啊那時候陳世堅老師剛好在做他的博士論文，啊他就跟我講說李老師你可不可以當作我那個訪談對象，他還拿著錄音機那時候我還不太習慣被錄音，啊他的博士論文就是做長照跟衛政做整合嘛，我想說怎麼 2012 年了我還碰到那個 2001 年陳世堅老師在問我的那個問題，老實講我那時候不太關心這個問題，因為那時候剛好全民健保很熱鬧，大家都在忙全民健保的事情，沒有人會想到這一塊，還是又浮上檯面了，結果那個老問題沒有解決還在，啊已經 16、7 年過去了餒。

答：其實上一次，護理人員法修法在就是護理機構的有幾個醫生。想要說他們也可以當護理之家的負責人，因為大家都知道很多護理之家背後的老闆其實還是醫生出資，然後找護理人員當，我那時候第一屆自己不太支持，就像你說的管醫院都管不完了，醫院那麼大那時候醫院整個一直蓬勃在發展，啊你那個顧老人沒什麼賺我不要，其實那時候而且他們覺得老人是一個麻煩的人物，囉囉嗦嗦在醫院不出院的都是這些，一天到晚來。

問：然後我跑出來開業的目的就是為了不要值 24 小時的班，結果我當老闆你又給我弄一個長照機構，啊我又變成又回去 24 小時待命的狀態，不要。

答：所以那時候護理人員非常高興還好不要，對，那結果對社政來說，本來就是社政裡面可以當負責人的，護理人員社工之外，其實還有照服員滿 5 年就可以，連醫生都不在裡面，所以就變成這些有錢的人，你知道我還碰過醫生，醫生自己還回去，他為了讓自己符合這個還會回去當照服員，當然他很快就修完了，對也拿到了，但是他就熬，但是其實他並不是照服員，但是大家都知道他有掛個照服員然後再回來，或者是他去修護理。

問：他就為了當機構負責人。

答：對就自己名正言順，但是其實是自己非常…

問：是只有在中間再請一個人啦…

答：對，但這個是不好的啦，對，但是其實很是真的很奇怪齁，一個照服員以前就是國中畢業，讀了做 5 年，他就是機構負責人。

問：不過至少長照服務法已經是一大進步了，因為原來的長照，這個你們可能都不太知道，這你們不太知道我們在歷史軸外才知道，因為你把那個護理機構的那個設置辦法跟標準那些東西寫在護理人員法裡面，就有一點像是你把那個醫療法塞到醫師法裡面，是莫名其妙的，你醫師法不管醫師的，醫療法不管你醫療還有機構的，啊以前是把護理機構塞到護理人員法裡面，啊現在總算有一個長照通法把它拿出來，那個立法的位階才剛剛才對而已，要不然以前好奇怪唷，就放在那個護理人員法裡面。

答：不過如果日照要比較多元，我覺得他的人力應該，第一個我覺得收費要增加，第二個人力要多元，人一定要多元，但是我比較贊成是那個群體，所以我可以幾個，譬如你去算那個經濟規模，是要 3 個還是 5 個理念，所以我鑽的可能每個只有鑽 1、2 個。

問：對對對對對不要全寫。

答：對，但是我有醫師什麼活動設計師還是什麼齁，藥師還是復健營養師，這邊可以共同，但是他們也不需要鑽，他可能都是這些的資源就好，他們都可以具有他們的專攻，但是他就固定，為什麼，他可以在這裡面做流動，譬如說我醫生自己這邊找 part time 的醫生，這邊也是自己找，這不一樣唷，他們不樣唷，他是 A 唷他是 B 唷，然後他是 C 他是 D 唷，但是他都是醫生，我覺

得不用，就是一個群體的可以用那個醫療群體的醫療群的那個概念下去，然後這樣子一個群裡面，有一起的行政管理員，降低他們所有的行政，但是他不一定，譬如說他不一定全部都要甘陵啦，我就畫區啊，你這個區裡面，把你的那個行政作業標準化或一致化，你就不用花那麼大的精力這樣，我覺得一定要這樣，降低日照中心的行政他直接多時間去面對老人。

問：那這樣子的話，如果成立這個群體的話，那就可以比照醫療群，另外在一筆行動分享，讓他們自己去管他們自己那一群，那那個行政中心就會成立。

答：對，那行政中心可以直屬縣市政府啊，臺中市啊，臺中市政府社會局或衛生局他只要管那個行政中心，他在下去，為什麼，因為現在每個日照中心說他們的行政 loading 太重，可是你的規模還這麼少，我有補助你這個人，又這個這個，然後又有行政費用，太昂貴了，對，所以你看嘛，現在系很多學校都變成學院加系的行政辦公室在一起，為什麼，因為，譬如說，譬如說我們一個人，假設還不夠，但是學校覺得說給你再多一個人又覺得太多，所以呢，那怎麼辦，所以我們就學院，各系，然後院多一個人去支援其他的人，也可以用這樣，所以他會把辦公室就整合在一起，譬如說，一樣 print 只要兩個啊，不然現在每個都一台啊，但是不是，要兩台，為什麼，因為一台壞掉了，萬一怎麼辦，然後你說，不用去向護理系借，護理系說不行啦，我們要印什麼東西，你能怎麼辦，所以就變成這樣，所以一個院下來有 3 系或 5 系，但是我只需要 3 台或 2 台，現在亞大通通都這樣子。

問：中國也這樣子。

答：對，而且經費比較少，教室空出來了，假設啦不好意思假設…

問：辦公室空出來了。

答：對，然後這邊多了一個討論都會研究室或者教室的研究室。

問：然後系主任就不用那麼大一區，系主任就是在那邊有一個位子。

答：你有沒有去看亞大，你像中國現在泰文正也是一小間，他只是因為研究室很大很漂亮，他會去研究室。

問：大家都會留在研究室，其實不會去系主任辦公室，其實，我英國的那個學校，根本沒有系主任辦公室，系主任辦公室就是他原來的辦公室，啊那個系所的辦公室，是只有行政助理坐在那個地方，啊那個是最忙碌的地方。

答：他有分三排，這樣亞大也是一樣，最後一個也是，系主任也是一個位子，喔不用講這個。

問：對，這個沒關係，我們是閒聊。

柒、散會(上午 11 時)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究

樂多家園日間照顧中心期末會議紀錄（單位）

壹、時間：105 年 10 月 5 日下午 2 時 30 分

貳、地點：XX 日照二樓活動空間

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席單位：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報

問：你們名稱叫 XX 稱設計上是有不同考量嘛？

答：想要去除烙印的作用問，是取自 XX 另一個地點，XXXX，讓長輩覺得自己每天是來日托而不是日照中心，給服務對象感官會不一樣。

問：內部規劃也有做改變嘛？

答：有的，我們也有去國外做訪視，環境照顧是很重要的一環，我們也有把想法帶回來，環境應該要是像家，讓長者感覺自在，安撫長者的情緒，燈光也有做研究，活動採取自由的方式，人員配置也有做兩塊，一塊上課、一塊不上課，尊重長輩的想法。

問：補助類型是？

答：日照這塊。

問：失智家屋的運作模式是？

答：因因應小規模多機能，去年就在改建臨宿的空間，一個月會有 8-12 人次住宿 6-8 天，規定是一個長者一個禮拜不能住宿超過三天，也有晚照的服務，5:30-20:00，也提供兩個禮拜一次的週六服務，提供多元喘息時間點，但家屬一開始會使用日照、晚照、臨宿的需求，這時我們就會提醒家屬，家裡的關心很重要，自己想想看如果用這服務後跟長輩時間是否就會變很少，這些服務都是付費服務。

問：社會局經費是含在哪個區塊？

答：日照補助，一部分自己負擔，週六全自費，臨宿是喘息服務的補助。

問：工作人員的安排？

答:如果日照的員工也來晚照的話是絕對不可行的,我們有找 2 個兼職的照服員，蠻多家屬需要晚照的需求。

問：財務狀況會平衡嘛？

答：晚照人數在 5-6，很緊繃，必須要在收多一點人，希望能 9 個人。

問：困難是？

答:補助可以多一點,給足是最好的,需要有多的財源時,我們會寫方案拿補助，不無小補啦,另外希望可以自訂收費,如小規模多機能來講對大家想法裡是虧本的，不符合成本，但是我覺得不要站在經營者的角度，應該是要站在服務需求上，他們真的有這需求。

問：志工方面呢？

答：XX 基金會有自己的單位，不算問題，年齡約滿 65 歲銀髮志工，也有快 80 歲的志工，主要做是做些陪伴工作項目。

問：工作所遇到最大的困難呢？

答：承辦人的主觀想法影響到我們發展服務，可不可以站在使用服務的角度看事情，而不是為了方便，例如我們想做什麼事情，主辦單位會回絕，覺得其他日間照顧中心要比照辦理怎麼辦，我們不能開先例，管理面會有問題，還有核銷部分非常麻煩，我們沒有多餘行政人力來做這塊。

柒、散會(下午 3 時 15 分)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究

日間照護中心深度訪談期中會議紀錄（服務使用者）

壹、時間：105 年 7 月 27 日上午 10 時

貳、地點：XX 基金會日間照護中心 3 樓

參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席人員：王○○梅、王○○昭

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報：

姓名	王○○梅	王○○昭
性別	女	女
年齡	73	84
病史	髖骨開刀	髖骨開刀、腦膜炎
退休金	無	無
生活費	有	有
學歷	小學	初中

問：除了來日照還有哪裡參加活動呢？

梅：只有這裡。

昭：以前有去過南屯春社。

問：那邊是什麼？

昭：老人照顧中心，XX 日照，他們照顧都很肯誠。

梅：誠懇啦！

昭：哈哈對啦

問：還想要增加什麼活動？有什麼可以幫助到你們的？

梅：希望有供晚餐的服務，這邊只有中餐，還要有禮拜六的日照。

問：現在還沒有就對了？

工作人員：之後想增加～

問：對家人幫助很大嘛？

梅：對阿，他們很放心，都放心我一個人來這裡。

昭：兒子、媳婦白天都上班，沒人顧我，我也不能自己開伙燒飯， 來這邊都弄好好的。

問：需要居家的服務嘛？

昭：不需要吧，居家都是一對一，太無聊了，來這裡很快樂～

梅：這個年齡沒有講話腦子會退化，出來比較好。

問：如何得知這裡？

梅：之前腦膜炎開刀後，大女兒請假照顧我，小女兒覺得這不是辦法，起初用網路找到這裡。

昭：之前在南屯是大兒子照顧我，現在小兒子在北屯才找這裡。

問：除了白天來日照，那晚上怎樣呢？
梅：我孫女會買，或是等我兒子他們回來，有時候七點半還沒吃呢！
昭：家人會買。
問：家裡都住這附近嘛？
梅：是阿
昭：不會很遠，但是交通車都會一直轉轉轉，50 分鐘以上就過去了，好累喔，晚上媳婦也剛好到家了，就做菜給我吃。
問：六日的休息活動呢？
梅：沒有阿，等兒子、孫子買飯給我吃，有時候孫子起床都 12 點多了，我快餓扁了。
問：覺得需要改善的地方有哪些？
昭：交通車的問題，我是第一個被載的，七早八早就要出門，但是最後一個被載回家的，坐車好久喔！坐到我腰酸背痛，如果班次多一點就好了。
梅：希望禮拜六、禮拜日還是可以有照常上課，這邊沒有什麼不好的啦～

柒、散會(上午 10 時 30 分)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
樂多家園日間照顧中心期末會議紀錄（服務使用者）

壹、時間：105 年 10 月 5 日下午 3 時 30 分
貳、地點：XX 日照活動空間
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席單位： 葉 o 春、蔡 oo 圓
伍、主席致詞：(略)
問：如何知道這裡的？
葉：人家介紹家人的，在家好無聊。
蔡：區公所介紹的，我也不想在家看媳婦，跟他處不來。
問：生活上哪裡需要協助？
葉:身體不舒服的時候兒子會幫我洗澡、煮飯，兒子很孝順，其他都可以自己來。
蔡：我走路比較慢，煮飯也不行。
問：有接受過這裡的住宿臨托服務嘛？
葉：沒有
蔡：沒有阿
工作人員補充：有的，因為 maruco 有失智，會忘記。
問：那在這邊會提供他什麼服務？
工作人員：五點下課後，吃晚餐，接等等的晚拖服務，八點下課後工作人員陪同聊天、看電視，10 點或累的時候上床睡覺。
問：對於機構有什麼看法？
蔡：我想住去機構，因為跟家裡處的不好，就媳婦咩。
問：你知道機構的定義嘛？
蔡：不知道
問：這邊晚上可以回家，機構不能回家唷～
蔡：齁…那我要想想了，我跟家裡關係沒很好，就是媳婦啦，兒子又聽媳婦的。
葉：我不想，房子我買的，為什麼我要搬走？我買房子給他們住欸，我大兒子對我最好，都會幫我洗澡。
問：呵呵對於日間照顧的優缺點呢？
葉：沒有耶，很好阿，比家裡好，在家裡都要看媳婦的臉色。
蔡：活動很多！我也是要看媳婦臉色，有次他削了蘋果不給我吃欸，我自己拿了就上樓了，很生氣欸。
問：幾歲呢～以前是做什麼的？
蔡：28 年次的。
葉：34 年次。
問：77 歲耶，跟我阿公差不多，所以你會日文囉？
蔡：嗯嗯！我不會寫而已。

葉：公家機關上班，工友，在東勢，我先生也是公務人員，文書那邊的。
問：還有接受其他服務麻？
葉：沒有耶，頂多女兒帶我出遊，我女兒很好很照顧我。

柒、散會(下午 4 時)

附錄六、多功能日間托老會議記錄

多功能日間托老期初深度訪談會議紀錄（學者）

壹、時間：105 年 7 月 26 日下午 8 時

貳、地點：烏日高鐵 紙箱王

參、主持人：李卓倫　副教授　　記錄:秦珮勛

肆、出席人員：(略)

伍、主席致詞：(略)

陸、工作計畫內容簡報：

問：簡短一點請問老師比較新的東西，多功能日托部分，問來由跟會碰到的問題還有改革方案。

答：好我沒有事先做功課所以講的不夠好不要介意呵呵。

問：不用不用。

答：嗯我最近這五六年來就陪伴小機構多功能的單位，最早是 10 幾年前，臺灣宣稱第一個，在 YMCA 裡面，所謂的「德輝苑」，在臺南，主任是我的學生，15 年前陰錯陽差嫁給日本教授，在日本就讀完社會福祉的碩士，後來先生去世，他就回來臺灣，10 幾年前開始推動小機構多功能，但小機構多功能成本很高，剛好 YMCA 有人捐了一筆地，捐一棟房子，大概幾千萬，因為那是教會，機構 30%幾乎都是募款來的，這是第一個問題，那住的單價都比一般單價來得高，推的很不錯，但住房率很慢，大概托了三四年才住滿，一般比較便宜的，比較簡單很快就住滿了，第二就是照護成本很高，因為要強調品質，那就發現到臺灣人比較不致注重品質比較在乎價錢(台語)，第三就是照服員品質也不好，當時訓練都高職畢業訓練三個月就考上執照了，品質他們較沒辦法調，不過最近三年來做的不錯，幾乎都滿床，一個要走一個就進來排隊，成熟度已經完成，當然這裡有牽涉到，他是台南 YMCA，又有教會背景，所以部分人是白領階級，捐款人去世之前又捐了第二筆地，他的老婆是傳教士，就成立了林澄輝社會福利慈善事業基金會，第二波走這樣的照顧路線，我在臺南這三年就被邀請當董事，從無到有，現在已經開幕了，現在 15 個人，總共有 90 床，那最大的問題就是單價很高，要做到一定的品質收費一定很貴，收費也才多地方 3.4 千塊而已，不高啦，我是覺得可以貴到 1 萬，但不急，慢慢收，現在董事長是牧師，他是覺得不要收太貴，太頂級對顧客不好，我是覺得沒關係啦，這市場是存在的，如果你有機會來台南這兩個都帶你去看，第一個機構是留日，一個是退休後又區日本學三個月整套帶回來，我們也找了一個臺灣人去日本當醫生，也是長

照中心老闆請他回來指導，那我覺得這小機構多機能值得推，可是就是價格跟品質是要注意的。

問：政府現在推的，好像跟上面講的不一樣耶～

答：我也沒去涉入，政府喜歡新概念，但是如何執行沒去細想，把它當選舉活動，政治口號，這樣要很久，YMCA15 年了還沒賺錢 30%都是募款。

問：老師先跟你說一下，我在做深度訪談的時候，很多小機構要推都在怕要堆這個，很怕是做不起來。

答：我們有三大問題，第一是成本太高，第二個政府有沒有相關政策，第三政府沒有長照保險，那民眾一定是只比便宜的，願意付這些錢的相對少，臺南 YMCA 現在是可以收到頂級，不對，中高收入顧客。

問：這計畫是研考會，臺中研考會。

答：希望你可以提出跟林萬億不一樣的政策，會被呂建德接受，我在跟我學生討論小機構多功能的，在 email 給你。

柒、散會(下午 8 時 30 分)

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
多功能日間托老深度訪談期末會議紀錄（單位）

壹、時間：105 年 9 月 23 日下午 1 時
貳、地點：XX 基金會 1 樓
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：(略)
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：

問：今天問的比較不會傾向於您所做的業務，是談你所遇到的難題有哪些？還有你想像過的解決方式是什麼？
答：因為我們算是實驗計畫，剛剛看了一下訪談大綱，托老一條龍把這個地方當做社區關懷據點、快樂學堂，照顧一些亞健康的長輩是臺中第一間，那我們 8/19 才開幕，目前收到 8.9 人，人也是會流動，來來去去，也不固定，因為基金會這邊空間也不大,最多只能照顧到 30 人長輩,但是我們基金會有「到宅服務」,人員為二度就業、家管，那這邊就是一個據點，這邊只有三、五兩天，其他天的時候如果家裡有需要，我們也可以去，這邊的服務人員採排班制，如果一個單位四小時的話他可以照顧到 10 個家庭，所以他是整個擴散出來，我們基金會服務量也不希望只服務到這 30 個人。
問：收費標準是？
答：(去拿價目表）針對長輩不同的需求有不同的服務時段。
問：哦哦有平日跟週六。
答：對～我們人員是二度就業的媽媽，畢竟我們是兩性基金會，幫忙到這塊也感覺很好，落實基金會得宗旨，媽媽週六要照顧小孩，所以有出去服務的話薪水較高，他們才願意出來工作。
問：蠻人性化的
答：對阿現在也蠻缺工作人員的，薪資沒有好一點，很難請到人，也有分時薪跟月薪。月薪的話就會一個下午都會在你家打掃煮飯洗衣，時薪就是一週一次，有做有錢，沒做沒錢。
問：要如何拆帳呢？
答：(拿價目表）20900，900 是我們的捐款，家戶自己給家管薪水，我們不經手,工作時段都可以做調整,例如月薪是下午四小時，他上午就可以去五個家庭，一週一次的家庭，領時薪。
問：剛剛都是聽到打掃，那服務需求大概有哪些呢？
答：煮家常菜阿，洗衣、購物、陪診、安全洗澡，年紀大的其實就

是需要有人來家裡幫忙，我也會做會跟家管一起去做和枚的動作,實際看比電話說來的清楚,我們也會叫個案走路給我們看，是否能自理，雙方在來簽約。也會做事前培訓，週一到週五，確定是否會專心做這份工作，基金會也會做中間人，並站在人員這方，會做溝通協調。

問：人身安全呢？

答：第一關是電話，因為我們都會說一些規定，心懷不軌的人就會不耐煩，現場也都是兩個人一起去，如果遇到不對勁，閃！基金會做 10 幾年，都沒發生過意外，那照顧方面的性騷擾當然是會有，畢竟有些是失智長輩，我們也會教導服務人員怎麼去檔他，如果真的太過分，我們也會與家屬進行溝通，因為這已經違反我們基金會的規定，服務人員都喜歡過來我們這邊是因為我們都會保護到他們，到家裡風險真的很高。

問：以你目前運作方式，設想過最大的困難是什麼？需要到政府或名間私部門來幫忙。

答：單純以機構來講，要照顧亞健康長輩，失能情況不一，現在才有 8.9 位長者，很難分組去讓他們上課，程度 ok 的他就會覺得無聊，不 ok 的跟不上就會挫折，活動安排是怎樣才能滿足長輩需求。我們也想著重預防這塊，但長輩都是遇到了事情才會去找資源，政府可加強宣導這塊。

問：這邊環境很好耶！

答：這邊以前是由縣長官邸改建而成，中小學一些閒置空間也能改建，但是還是要看校長意願～

問：所以社會局能夠處理的問題，嗯你說我提出來，社會局會討論說看有沒有辦法解決嗎?

答：因為現在假如說，一個是接送的問題，交通接送的問題，對因為我們現在沒有交通車，然後我們當然就想說盡量還使以社區的長輩為主，但的確也會讓一些可能住的比較遠的長輩，他沒辦法過來上課，因為可能家人要上下班，沒辦法配合時間，那有沒有可能說社會局他們的設計是可以讓我們這邊，甚至說像因為我們附近有，不管是像傳愛日間照顧中心，或者是我們這個元氣學堂，然後甚至是其他的快樂學堂，就是說所謂臺中市政府托老一條龍的這些組織，他們有沒有可能說，我們就是可以有交通接送，讓長輩其實就是比較可以彈性的來上課。

問：就是在你們單位設一個交通接送服務嗎?

答：也不是說專門為我們這邊，因為我覺得專門為我們這邊其實好

像太費工夫，反而是說因為長照 2.0 本來就有設計交通接送的部分，那只是說可能有沒有可能說，就是假如說我們臺中市畢竟目前可能只有少部分有參加那個計畫，那我們這種像說我們這個元氣學堂啊，或者是快樂學堂，我們是沒有辦法有交通車的，所以有沒有可能說結合我們附近的資源。像那個長輩他們好像其實老人好像也可以申請交通接送，但只是說他可能申請的部分是不是他也是要有一定的失能，那所以我在想說有沒有可能說像我們這種所謂的有點失能，亞健康的長輩，他可能並沒有辦法很容易達到那種身心障礙那種程度的交通接送，可是有沒有可能一般的，就是比較一般專門為長輩設計的交通接送是可以符合他們的需求的，這個我覺得社會局可能比較可以處理吧，因為這樣好像也可以算是結合長照 2.0 的計畫。

問：那那個還有問題嗎?

答：我們這附近也有好多社區關懷據點。

問：關懷據點有附接送服務嗎?

答：沒有，那也都是自己，都是社區，可是其實有一些人，他如果說我朋友在這個社區，雖然我在另外一個社區，我可能會很努力地想要去那個社區參加活動這樣。然後，第二個問題的話，就是說我們這邊現在目前，我們是做比較輕度失智的，就是我們這邊所有的長輩比較多都是輕度失智的，但是我覺得這些輕度失智的家庭，其實有時候他們會需要蠻多的資訊，在這種剛開始發現失智症，然後不知道怎麼去，去處理啊，然後去怎麼面對啊，所以他們其實很需要一些支持，那這邊的話可能因為畢竟豐原可能不是在市區，那有時候我們能拿到的資訊也有限啦，所以我不知道說像是針對就是失智者的部分，就像這些輕度失智預防的部分，那社會局有沒有一個比較完整的規劃是，我們不管是我們這些工作人員的訓練也好，或者是家庭支持者的這些團體也好，那是不是有可能說也是可以進駐豐原，讓我們豐原地區是可以好好做這個算是預防失智這一塊。

問：那社會局是要活動辦在你們這邊宣導嗎?

答：其實我也不知道耶，因為這個看他們自己整個的規劃，因為像說其實我們很多有一些長輩，他們如果我們要去參加活動，我們可能只能去市區的那個失智者照顧協會去上課，那像這個的話其實，因為他只有全臺中，像比較有聽到好像也就只有那個

協會有在辦一些家屬的課程，但是他的課程其實有時候，像可能我們輕度的，我們可能一時之間還不需要聽到安寧照顧，那可是她課程有排安寧照顧，對啊，而且是比較單次性的，那可能就比較不符合我們這邊家屬的需求，對啊。

問：那你們 XX 選擇不多就對了?

答：你可以查臺中市真的不多，對啊，資源不像臺北那麼多，那所以其實我覺得很多家屬，他們也是很茫然啊，就是碰到失智症的長輩，對他有時候真的不知道怎麼處理，那有時候也會造成他們照顧非常大的壓力，那當然是我們基金會這邊也是因為準備在籌組家屬團體，那只是說可能我不知道說我哪邊可以尋求更多的資源，因為我問社會局，社會局是說他們也沒有專門針對失智者這一塊，然後問衛生局，他們也沒有，可能是說我反而需要問一些可能相關團體，所以官方並沒有把這些資訊好好的就是讓大家知道，或者是說如果說我要邀請講師，那可能我就找某個基金會，對啊那其實沒有特別的列出來，我是覺得這是我們在目前照顧上面我們有碰到的狀況。

問：就是著重在家屬教育這一塊，而不是只有長輩衛教這樣子?

答：長輩衛教，你對長輩衛教很困難啊，你這個一定是對家屬啊，旁邊的那個照顧者，長輩他本身不會有自覺啦，反而是說你家屬，還有甚至就是我們這些工作人員，是不是大家都有有這樣子方面的知識，就是像臺北他有針對照顧服務員還有開失智者的訓練啊，對啊可是臺中我就沒看到這方面的資訊，再這樣子我們樣做長照其實我們每個人現在我覺得最容易碰到他會什麼原因送過來，就是因為他輕度失智，比較有可能會送過來，我們這邊超過一半以上都是輕度失智啊。

問：你們多功能是社換標準是有強調失智嗎?

答：沒有，就是輕度失能跟輕度失智，只是說如果你家裡輕度失能可能覺得他就算重聽也還好，就算他可能走路比較需要注意可能也還好，但是輕度失智可能是因為他行動能力可能 ok，但是你會覺得他可能會瓦斯爐沒關或者是說他會迷路，更把他放在家裡你都會很擔心的。

問：那你們收個案有收到真的是亞健康的嗎?

答：這樣就算亞健康了啊。

問：你們的定義是這樣輕微的這樣就算亞健康?

答：對啊對啊，就有點居家狀況，然後或者是高血壓糖尿病，那當然是很常見的。

問：那你們這個亞健康的定義你們是從哪裡得到的?

答：亞健康的定義…

答：對因為蠻多地方他們不太懂亞健康的定義到底是什麼。

答：其實我覺得亞健康不是通常都是健康跟說患病的一個中間的階段,那這種概念其實是好像是很廣泛的,因為其實就算是長輩，他如果我們為什麼我們說的這些人，有一些人他的確好像以一般來說 80 幾歲能這樣子算還不錯,可是你會發現他其實他有開始有一些退化，他不管是說可能他記憶力不再那麼好，或者是其實他的高血壓糖尿病他沒有控制，他其實會有一些產生的影響，這些我覺得就已經算是亞健康了。

問：好，那我了解，那主任你還有什麼要跟社會局講的嗎?

答：就是交通的部分有沒有辦法整合，然後還有第二點就是說關於失智者的，就是不管是人員的訓練，或者是家屬支持團體，對這個部分希望說社會局他這邊如果有一些政策規劃上面，那他可以考慮看看這樣，好，這樣可以夠。

柒、散會（下午 1 時 45 分）

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
多功能日間托老深度訪談期末會議紀錄（服務使用者）

壹、時間：105 年 7 月 27 日上午 10 時
貳、地點：XX 基金會 2 樓
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：林 o 梧、李 o 慧（家屬）
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：

姓名	林 o 梧
性別	男
年齡	81
病史	重聽、高血壓、心臟節律器
退休金	無
學歷	小學

問：有在領退休金嗎？
答：沒有，之前是開藥局的
問：所以有藥師執照嗎？
答：以前沒有這種規定。
問：阿公的學歷到哪？
答：國小而已。
問：如何得知彭婉如基金會？
家屬：住附近，之前看到這個名字一開始以為這裡是打太極拳的地方，跟朋友散步時經過這裡，朋友就跟我介紹了，說你爸可以來這邊，我就跟她說這不是太極拳嗎。
問：怎麼會來這？
答：我媳婦帶我來這的。我耳朵比較不好，聽不懂。
問：平常沒在家來這都會幹嘛？
答：看英文。西藥房沒開之後，沒做神麼阿，就參與一些國民黨的選舉啦～阿就沒在做神麼了阿！
家屬：以前都是當選舉總監阿，早上六點就出門拜票阿，晚上才回來。
問：生活上有哪些需要他人協助或照顧？
家屬：只有陪伴而已，一個人在家家人會擔心，吃飯的話還好，因為我朋友有在慈心基金會，訂便當。

阿公：問這個要幹嘛！
家屬：政府要的啦！
問：那早餐是要自己去買嗎？
答：就吃麥片阿。
問：阿公都幾點起床阿？
答:晚上阿差不多八點就要睡了,這樣才可以早起阿！你阿公幾歲？
答：八十歲阿！
問：阿公為什麼不想來了？
阿公：我過去都自己開車來，開車的時間就麻煩啦，長青學苑老人會那個阿,我朋友會載我,還會再載我回來,我這樣比較方便！阿在這邊都要小姑載，阿回去就自己搭計程車。我現在有聽到聲音但都聽不太到，也聽不懂啦！
家屬：他說他聽不太到之後，人際關係就變差了啦。
問：目前除了彭婉如還有哪些？滿意度如何？還是有需改善的地方？
阿公：長青學院，那邊也很好，改善喔….因為我有重聽以上課內容我都聽不懂，我只喜歡運動，只要看人做就好。出國玩啦，坐飛機阿，這次坐飛機去菲律賓，那個空調不好啦，回來之後就聽不到了，阿也醫不好阿，我現在有聽到聲音啦，但就聽不太到啦。
家屬：他以前做那個鮮花貿易啦！
問：那阿公字看得到嗎？
阿公：太小了看不到，要拿放大鏡啦！我現在看新聞很快，大字的看一看這樣。太小的最好都要用放大鏡。
家屬：他說下個月要去那邊上課不要來這邊了啦呵呵。
問：為什麼？
家屬：因為那邊有朋友會一起去上課，都80歲了呵呵，這邊沒有人跟他一起來。
問：參加服務的優缺點？幫助到自己或家人的地方？
問：那希望政府補助什麼嗎？
家屬：他這個是老化導致的重聽阿，我也不知道可以申請什麼。
阿公：你在問什麼？
家屬：政府問你需要什麼幫助啦！需要什麼建議啦！
阿公：要建議什麼？就自己的耳朵不好阿！是要建議什麼？
家屬:他現在就是沒有伴啦。他會去學英文,會寫黑板,可是禮拜　二的課是用講的，阿她聽不到所以就不去了，有朋友可以一起帶他去啦。九點到十一點上課，他們都會一起阿，可是後來有些就走了。

問：那這些活動有些神麼要改善嗎？
家屬：沒有阿我覺得都很好，長青學苑也很便宜就四百塊。他現在也說他什麼都很ｏｋ，目前就居家照護、到宅服務這樣，我來這的目的就是要給他一點一點接受。
阿公：就是剛剛說的我只喜歡運動的項目。
家屬：幫助到我們好多～不用怕他一個人在家了。
問：那阿公怎麼來這裡？
家屬：早上是小叔媳婦帶來，下午沒有人帶就坐計程車。
問：在生活照顧上有無需政府協助的地方，建議政府可以再增加的照顧服務項目？
家屬：他一重聽就失去了人際關係，就不好意思阿，也不敢講這樣。不知道政府除了助聽器還有什麼辦法。

柒、散會（下午3時30分）

臺中市老人社區照顧服務體系之研究
深度訪談期末會議紀錄（學者）

壹、時間：105 年 10 月 18 日下午 4 時
貳、地點：中山醫大護理系系辦
參、主持人：李卓倫 副教授　　記錄:秦珮勛
肆、出席人員：(略)
伍、主席致詞：(略)
陸、工作計畫內容簡報：
問：針對社區照護不同專業的整合方面有什麼看法？
答：目前長照專業學術體系發展分別有護理類、照護類、社工類、物治類、職治類及醫管和老人福利等等相關類別的發展。從正面的方向而言，初期發展具有多元性。 然而在缺乏政府對長照政策全面性的發展架構、方向，亦就無法了解各專業在長照領域共同的核心價值，以及各專業類型所需培育的比例。至使此發展方向變的無同一目標，各自表述，其結果容易便成由業界及民間主導，在社會醫療資源有限的前提下，最終導致資本主義為強勢領導之下，供需之間的較勁與衝突，和失去社會福利的意涵與政府該有的角色。更重要的是，各個專業領域在培育過程中，所要求的嚴謹度及受訓方式及品質要求的水準、難易度均不相同，導致社會成本差異大，工作薪資及工作內涵卻未反應相對的付出，致使人力培育招募及學生畢業後留任上的困難度增加。
問：那目前國家依業界及民間需求走向呢？
答：強調國內照護服務員人力需求及培植，在顧及就業及失業率短期效果的同時，與人員素養及專業培育及要求此等需要長期周延的培育計畫形成頭痛醫頭腳痛醫腳的現況。加上現行教育部及科技部對高階師資皆以研究為單一考核升等標準，而未融合研究與業界合作及服務的結合成效，致使無法真正將此問題作一解決。
問：政府內部整合的問題呢？
答：政策致定上，缺乏了解各專業在長照領域共同的核心價值，而使得政府在發展長期照護政策及架構時，多偏向於主導此政策負責人之專業的本位主義。以實務執行面來看，若機構以社工為主導，多偏向於資源申請、聯結、活動設計等等。對於機構硬體及人力、財務等結構性的考量，無醫務管理類專業的訓練，對於使用者之需求評估及如何貼切及更有效率的申請適合個案的資源，因缺乏護理專業的洗禮，易導致所資源不符合所需，

或未針對需求提出申請。而這些，在政府機關中，亦可一窺其全貌。長照是一跨部門合作與協調的業務，當各部門提出或主導相關議題發展時，是否有人可以以中力的立場統整該部門內自己業務的目標及欲、達目標所需其他部門的配合或未能順利執行的困難事發生在哪些環節上，將這些簡約具體化並居中協調。這樣的領導者及主管在公務體系的特性下，似乎尚未見到跳脫政黨考量，而以國家全體人民為考量的人才培育系統及方式。

問：醫療群進入長照的看法呢？

答：長照服務及醫療均涉及誰提供服務、服務項目、及誰付費的問題。而這些在不同專業體致下油不同財源支出。在跨專業的需求與服務之下，傳統以衛政、或社政、亦或是勞動發署或內政部的劃分方式，對長照的發展及其所遇到的議題若涉及有疾病者及健康人，有或無貢獻勞動力等等多向面因素，需統一同時全面性考量時，將又導致國家資源應用不符合所需，或未針對需求提出部門間合作機制。例如可以以現有家庭醫師試辦計畫為基礎作為規劃思維，配合健保數釋出的居家醫療團隊支付，讓居家照顧體系更為完整。

問：業務執行面呢？

答：家庭及個案之身體評估及照顧計畫均由社工人員評估及申請。雖執行業務時，有些政府委任的醫院會請護理人員一同前往，但是當政府業務需跨縣市執行時，卻因護理人員執照執業登記的問題，而無法提供以業務內容為導向跨區域的服務，反觀社工，是醫療群中唯一無執照考亦無職業登記的一群。這出現兩個問題，第一、專業服務的提供嚴謹卻受限。 第二、社工專業的證照制度的缺乏。試想，導遊都需專業證照，社工這個掌握醫療資源去向的掌舵者卻無具體的分類及證照制度。護理人員執業受到護理人員法及醫療法的規範與保障，臺灣護理依照傳統醫學分類，分為基護、內外科、精神科、婦幼及社區。依其職業區域作執業登記。現今長期照護，若要適當的人力注入系統當中,升級其照護及照顧兩方面專業上的合作及人力的提供,就會需要將此兩方面的制度同時作工作內容的區分及整合，並輔以證照的發展，擴展職業登記方式，除依照其執業區域外，當執業範圍跨多個縣市區域時，是否執業登記在某一政府相關機構或是該專業團體之最上層領導組織，以護理而言，護理師護士公會、長照照護發展中心或衛生福利部。

柒、散會：上午 12 時

附錄七、老人社區整合照顧綠皮書

臺中市「老人社區整合照顧」政策綠皮書

一、 計畫背景

臺灣發展老人整合照顧的政策背景大約可以區分為以下幾個重點。

第一，臺灣已經進入實驗的中期照顧方案，而且臺灣的實驗內容不但離周延的整合照顧價值目標有相當的距離，而且偏向與社區和生活照顧無關的臨床復健，甚至連中期照顧的定義與目標都還陷入辯論，實驗結果很難在社區層級複製擴散。

第二，臺灣對於老人照顧的政策論述，前政府所通過的「長照服務法」著重於「行政」和「組織」層級的規範，新政府的政策仍陷在「財源」與「行政」層級的泥淖中進行政策辯論，這些層級的討論並非不重要，而是離老人照顧的實際需求非常遙遠，必須儘快調整腳步進入「服務輸送」的關鍵層級，才能掌握整合照顧的重點進行深入討論，避免使老人陷入生活照顧或健康照顧之間或之中的任何一個裂縫中，發生原本可以避免的遺憾。

第三，臺灣各級政府所提出的長期照顧方案，背後所隱含的健康或依賴等級都未能符合老人照顧的真實需求，而且生活照顧與健康照顧幾乎仍舊是兩條沒有交集的平行線，這一點宜以老人不同階段健康分級所需要的整合照顧，作為政策上的列舉檢查項目，標示現有政策缺乏的內容與機應該負責的行政單位，由服務輸送層級的需求回推並落實政府行政組織之間，及服務提供組織之間的協調整合。

第四，造成臺灣老人照顧政策存在上述諸多問題的根本原因，在於灣的專家學者與決策官員，沒有充分認知到老化理論中「退縮理論」與「活躍理論」的重大區別，以致傾向停留在「退縮理論」而一直強調「長期照顧」體系，而其中最嚴重的是忽略這種論述已經背離「活躍理論」最革命性的思維方式。「活躍理論」的政策思維目標，在於透過整合生活照顧與健康照顧，在家戶與社區層級提供老人

事前主動的照顧和預防項目，使老人的健康狀態與獨立生活功能，盡可能留在比較好的階段，讓老人在居家與社區的生活能維持多久就維持多久。這些核心價值理念，在臺灣的文獻回顧與政策歷史中，僅見到少數專家學者片段的論述或發言，離政策落實與服務輸送到位的階段不但非常遙遠，連實質的政策規劃都尚未見到，亟需具有新思維的政策規劃團隊為國家貢獻心力。

二、 計畫目標

本計畫的價值目標(Goal)可以標示為「讓老人可以維持獨立生活的能力，並透過社區資源，就近取得可以結合生活照顧與健康照顧的整合照顧，讓老人在熟悉的自我住宅中能住多久就住多久」。

在這種「以老人為中心」作為主要觀點的價值目標之下，不但傳統「生活照顧」與「健康照顧」的區分在社區層級不再重要，甚至傳統生活照顧之中區分機構、社區、居家三種服務的嚴格界線，也都必須在老人日常生活的社區中加以整合才具有意義。

本計畫中採用這個價值目標的定義，不但比目前中央政府推動長照 2.0 政策價值目標的陳述方式更為清楚明瞭，而且也比較容易藉由這樣的價值目標，推導出可以量化的目標(objectives)，例如可以簡單計算每位社區老人可以持續居住在自己住宅的平均年齡，或以比較複雜的方式，用類似生命表計算平均餘命(life expectancy)的方式來計算每個年齡層，可以繼續住在自我住宅的平均餘年(life expectancy for self-residency)，或是反過來計算每位老人死亡之前，平均必須住在醫院或其他機構中的年數，都是可以加以明確量化的重要指標。

三、 臺中市社區老人照顧供需推估

以 500 位臺中市隨機代表樣本所進行的生活照顧需求顯示於圖 1 與圖 2,依據樣本在各年齡層分佈所換算的 2016 年和 2021 年臺中市一般老年人口的各類需求推估則如表 1 和表 2 所示，依據失能人口比率所推估的 2016 年和 2021 年臺中市失能老年人口的各類需求推估則如表 3 至表 6 所示。

表 1. 2016 臺中人口需求人數推估

	一般居家清潔	衣物清洗整燙	餐飲服務	代理服務	休閒娛樂	醫事服務	諮詢服務	保險規劃	交通服務	特別活動	總需求人數
55-59	143499	94895	81008	85637	134241	115725	115725	92580	94895	141185	171273
60-64	135871	91288	72182	91288	121010	99780	89165	99780	84919	140117	154978
65-69	79247	56734	49530	48629	66640	55833	63938	56734	58535	63038	90054
70-74	38495	28696	27997	25897	36396	34296	29396	28696	31496	37795	47594
75-79	28410	20731	23803	15357	26874	26874	24571	21499	23035	28410	39927
80-84	26663	14357	14357	13332	16408	22561	17434	9230	17434	15383	28714
85+	21568	11418	12687	8881	13956	20299	13956	6344	16493	16493	25374
總計	450818	307434	282891	272557	391398	362979	342311	300976	324227	408190	536290

表 2. 2021 臺中人口需求人數推估

	一般居家清潔	衣物清洗整燙	餐飲服務	代理服務	休閒娛樂	醫事服務	諮詢服務	保險規劃	交通服務	特別活動	總需求人數
55-59	167802	110966	94727	100140	156976	135324	135324	108259	110966	165095	200279
60-64	158882	106749	84406	106749	141504	116679	104266	116679	99301	163847	181225
65-69	92668	66342	57918	56865	77926	65289	74767	66342	68448	73714	105305
70-74	45015	33556	32738	30283	42559	40104	34375	33556	36830	44196	55655
75-79	33221	24242	27834	17957	31425	31425	28732	25140	26936	33221	46689
80-84	31179	16788	16788	15589	19187	26382	20386	10793	20386	17988	33577
85+	25221	13352	14836	10385	16319	23737	16319	7418	19286	19286	29671
總計	527167	359501	330801	318717	457684	424453	400285	351948	379138	477321	627115

以一般人口群最為基礎所計算的老人生活照顧需求，2016 年的總需求人數為 536,290 人，2021 年為 627,115 人，相對於現有的供給量而言，不足人數分別為 2016 年的 276,432 人和 2021 年的 239,346 人，其不足人數分別佔 2016

年供給量的 106.4%和 2021 年供給量的 61.7%。不過這個計算假設目前接受社區老人照顧或服務的人，皆屬於本研究所使用問卷調查結果範圍之內被列為「有需求者」。由本研究所使用的問卷調查資料，在各項社區服務項目之中皆列入「其他」的選項供受訪者回答，因此理論上應該可以涵蓋所有服務需求者的計算範圍。在這個前提之下，2016 年與 2021 年對於老人社區照顧的總需求人數、總供給人數、以及總失能人數的關係極可能如圖 3 和圖 4 所示。

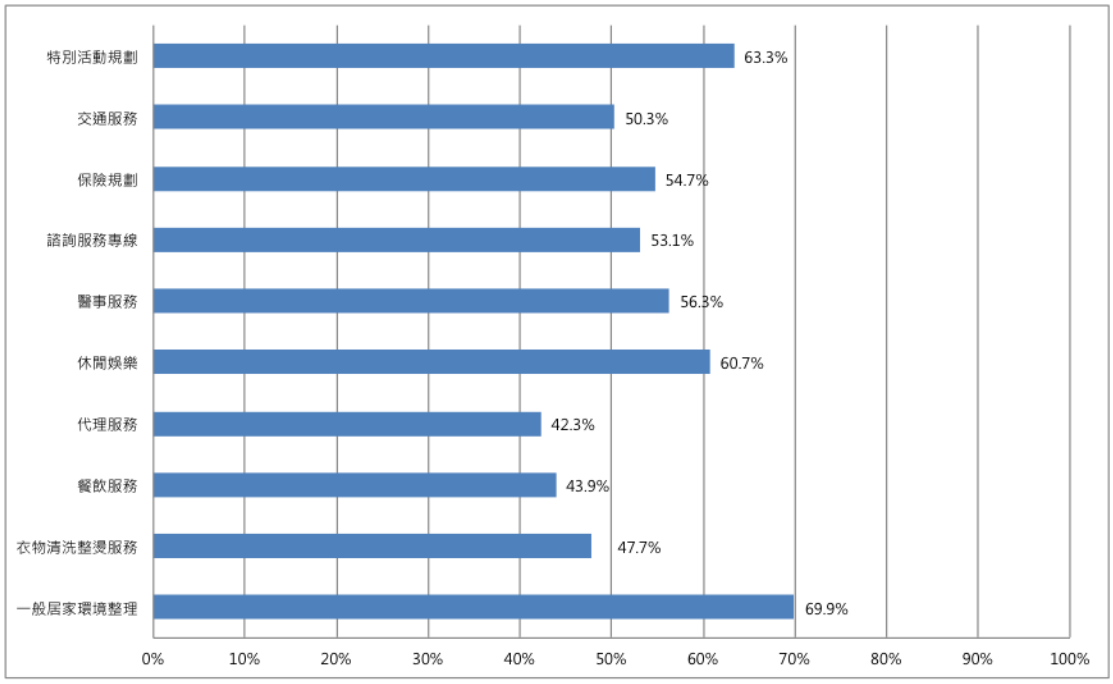

圖 1. 各大項服務需求問卷分布

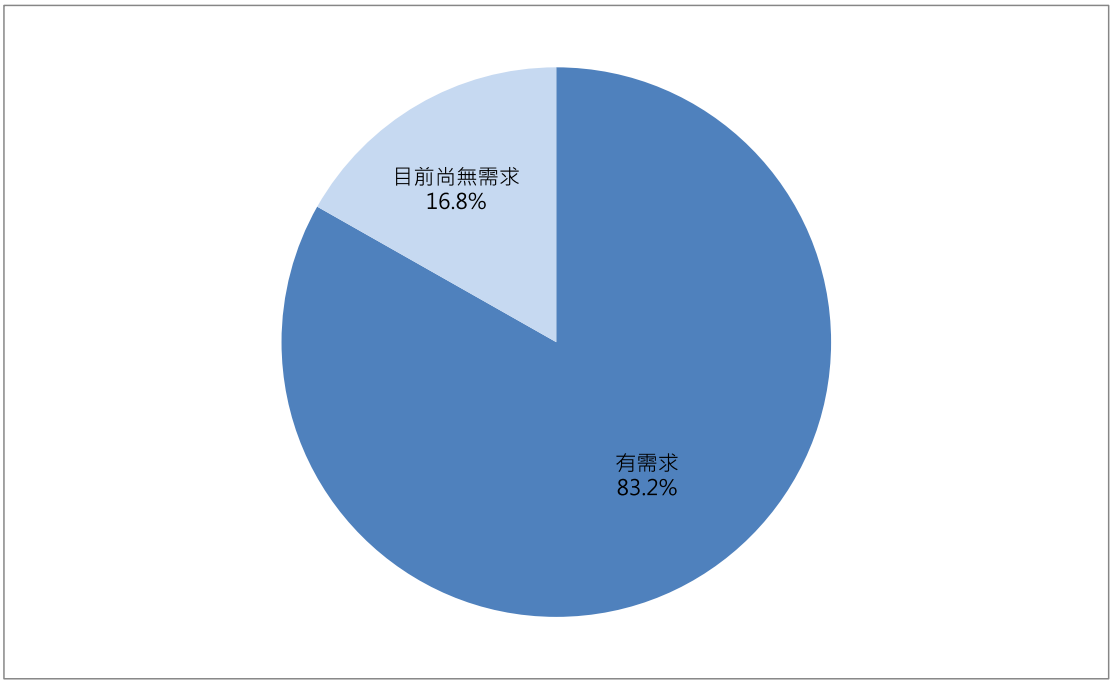

圖 2. 所有項服務需求問卷分布

=

表 3. 2016 身心障礙者失能人口推估

	各年齡層2011年失能率			各年齡層2016失能人口			
失能項目	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	總計
ADLs1-2項	12.68%	17.74%	16.81%	3,339	2,403	783	6,525
ADLs3-4項	6.84%	4.43%	20.38%	1,801	600	949	3,350
ADLs5-6項	34.89%	43.96%	32.26%	9,188	5,956	1,502	16,646
IADALs失能且獨居老人	0.00%	1.19%	0.00%	0	161	0	161
總計	54.41%	67.32%	69.45%	14,328	9,120	3,234	26,682

表 4. 2021 身心障礙者失能人口推估

	各年齡層2011年失能率			各年齡層2021失能人口			
失能項目	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	總計
ADLs1-2項	12.68%	17.74%	16.81%	3,905	2,810	786	7,501
ADLs3-4項	6.84%	4.43%	20.38%	2,106	702	952	3,760
ADLs5-6項	34.89%	43.96%	32.26%	10,745	6,964	1,508	19,217
IADALs失能且獨居老人	0.00%	1.19%	0.00%	0	189	0	189
總計	54.41%	67.32%	69.45%	16,756	10,665	3,246	30,667

表 5. 2016 非身心障礙者失能人口推估

	各年齡層2011年失能率			各年齡層2016失能人口			
失能項目	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	總計
ADLs1-2項	3.06%	8.12%	11.72%	4,465	6,095	3,023	13,583
ADLs3-4項	1.25%	2.79%	7.42%	1,824	2,094	1,914	5,832
ADLs5-6項	2.77%	8.29%	22.35%	4,042	6,223	5,765	16,030
IADALs失能且獨居老人	0.00%	0.22%	0.57%	0	165	147	312
總計	7.08%	19.42%	42.06%	10,331	14,577	10,849	35,757

表 6. 2021 非身心障礙者失能人口推估

失能項目	各年齡層2011年失能率			各年齡層2021失能人口			總計
	65-74	75-84	85＋	65-74	75-84	85+	
ADLs1-2項	3.06%	8.12%	11.72%	5,221	7,128	3,035	15,384
ADLs3-4項	1.25%	2.79%	7.42%	2,133	2,449	1,921	6,503
ADLs5-6項	2.77%	8.29%	22.35%	4,727	7,277	5,787	17,791
IADALs失能且獨居老人	0.00%	0.22%	0.57%	0	193	148	341
總計	7.08%	19.42%	42.06%	12,081	17,047	10,891	40,019

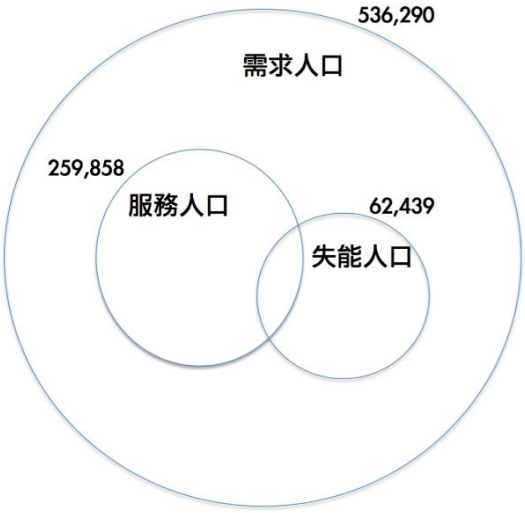

圖 3.臺中市 2016 年老人社區服務供需

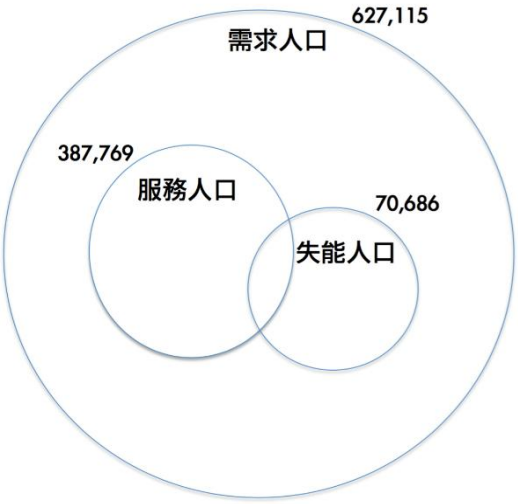

圖 4．臺中市 2021 年老人社區服務供需

四、 計畫理論依據

由於工業化國家對於原屬於社政部門所提供的社會照顧或生活照顧(social care)，以及原屬於衛政部門所提供的健康服務(health care)，已經逐漸走向同時結合生活照顧與健康照顧的「整合照顧」(integrated care)架構。為避免臺中市政受限於傳統社政部門與衛政部門獨立運作的傳統模式之中，因此本計畫提出最新發展中的「整合服務」理論架構來進行規劃。以整合服務作為理論分析架構，是促使社區照顧服務更具宏觀思維與體系效率的方式。

整合性照顧可以被視為一項全面性的照顧模式，核心概念是以更有組織性的方式整合社會資源讓社會需求與醫療需求以更協調的方式接軌，以達成真正的全人照顧的世界趨勢。世界衛生組織對於此有以下的定義：「整合性照顧是結合服務輸入端、輸出端，並管理與組織相關診斷、治療、照顧、復健與健康促進的概念。」。由此可知，整合性照顧涉及的範圍相當廣泛，包含了多樣性的概念與定義。可以是全體國民或是特殊族群的照顧，如高齡者、具相同病症之族群等，以及照顧服務提供者與需求者間的整合及協調。因此，整合性照顧制度對於全體國民、老年人口的健康福利制度或長期慢性疾病(如糖尿病或有患有多重合

併症患者)、照顧服務提供者與以上的不同類型需求者間的整合及協調上的良好與否，皆有顯著的相關性。

對於整合的方式，整合性照顧必須追求全面性、整體性的整合，以避免照顧服務的項目之間過於獨立或分散，造成照顧需求者落入生活照顧與醫療照顧之間未能銜接上的裂縫(falling between the cracks)。為避免整合的裂縫產生，整合的決策者必須根據相關證據進行整合決策，而非只針對高成效的方案方案。並依循支持性的臨床研究與具領導性的管理者決策以實踐整合性醫療的資源分配，改善服務對象以獲得良好的結果。

人類現今的健康照顧體系主要是在 50 年前所建立的，而其最大的特色就是原則上「一次只看一種疾病」(The King's Fund, 2013)，這對於具有多重慢性疾病的近代老年社會而言，醫療體系與社會體系已經極度不易融合。雖然全民健保卡有晶片儲存功能的設計，以及部分醫院透過資訊系統整合有跨科別用藥的嘗試，但這些系統在世界各國與臺灣都不是非常有效，這個效果在跨越醫療院所或跨越專科別的前提下，更顯得毫無用武之地。

整合性照顧如果依據功能加以分類，並且由總體層級至個體層級整合加以排序，分別為：財務(funding)、行政(administrative)、組織(organizational)、服務輸送(service delivery)、臨床實務(clinical)，如表 1 所示。臺灣目前嚴重欠缺「服務輸送」層級的整合計畫，而此將與「臨床實務」整合密切聯動，因此這兩個層級的整合將作為本計畫的重點。另一方面，輸送層級也正是社區提供生活照顧與健康照顧最佳的整合層級。

其中財務面牽涉不同層級基金的結合(pooling of funds)以及不同層級預付式的論人計酬(capitation)方案。行政面包括責任與功能的集中與分散、跨部門(inter-sectoral)的計畫型態、進行需要評估與資源配置、集體購買與責任委託(commissioning)。組織面議題包括服務的行政代管(co-location)、釋出與移轉同意、跨代理人(inter-agency)計畫與預算、服務結盟或契約、計畫與服務的共同管理、策略聯盟或服務網絡、併購統一或共同擁有。服務輸送面包括聯合訓練、集中訊息進行接案與轉介、個案或照顧管理、多科別或跨專業團隊合作、隨叫隨到服務、整合資訊系統。臨床服務面包括診斷標準設立、單一

與周延的評估程序、聯合服務計畫、分享臨床服務記錄、連續性病人監控、決策支持工具(例如實務工作指引)、例行性的病人或家戶接觸與持續支持。

目前臺灣的長期照顧產業與政策，集中於「組織」和「服務輸送」兩個層級的服務，這樣的定位其實已經比傳統的醫療服務內容更為宏觀。傳統的健康服務模式集中於研發臨床服務(clinical)層級的功能，而且尚未完整，雖然有許多試辦計畫針對特定疾病，進行社區整合照顧的實驗計畫,但仍未正式跨入服務輸送(delivery)層級的功能，此點可以在服務面層級的功能已經開始建立的前提之下，逐漸發展輸送體系的整合系統。其他層級的功能也可以在衛生福利部的計畫之下，進行理論面與實務面的發展工作。

表 7.「整合照顧」的策略與層級

整合層級	可用策略
財務	1. 不同層級的財源整合 2. 不同層級預付方式的論人計酬
行政	1. 責任與功能的統一或分權 2. 跨部門的連結計畫 3. 需要評估與配置鏈 4. 聯合購買或委託案件
組織	1. 服務的行政代管 2. 出院和轉院協議 3. 跨機構的計畫與預算 4. 聯合服務或服務提供契約 5. 共同管理計畫或服務 6. 策略聯盟或照顧網絡 7. 統一組織、共同產權或併購
服務輸送	1. 人員共同訓練 2. 集中型資訊系統、轉介與接案 3. 個案管理或照顧管理 4. 多專業或跨專業的團隊合作 5. 隨傳隨到的待命服務 6. 整合資訊系統
臨床實務	1. 標準的診斷準則 2. 單一且周延的評估程序 3. 聯合照顧計畫 4. 共享臨床病歷 5. 連續性的病人監測 6. 共同的決策支持工具(例如臨床指引) 7. 例行的病人與家屬接觸和持續支持

五、 整合照顧設計架構

現有的科學證據顯示，並不存在單一種類的「最佳」的方式來提供整合性照顧。政府應該避免明確界定什麼該做什麼不該做,而是應該鼓勵創新方法的嘗試與評估機制。這些創新試辦方法必須涵蓋廣大族群(如某縣市的人口)與不同族群(如高齡者、特殊疾病患者或狀況特殊者與需要特殊照顧服務需求者)。雖然如此，並不代表可以在缺乏基本邏輯架構下來建置整合照顧系統。因此，本計畫的主要架構可以用圖 5 來表示。在這個設計主要架構之下，未來各社區或地方政府，仍舊可以融入多元的設計理念，針對因地制宜或因應特定需求來進行屬於各地區或特定群體的試辦計畫。

在圖 5 中,位於病人身邊提供長期(但不一定是每天 24 小時)居家照顧的「協同照顧者」(coordinator)，為整體體系與架構的起源、核心、與關鍵性角色人物，這個「協同照顧者」是過去 50 年來醫療體系所不存在，但因應老化社會所必須創新的角色。這個「協同照顧者」的理想類型，以目前醫療體系而言最接近的角色可能是公部門的地區護理師。不幸的是大概沒有任何國家有如此龐大的地區護士的政府編制，也因此這個角色，如果發生於公醫制度的國家，就必須與大量的社區志工相互搭配，以解決人力的問題。如果發生在全民健保的國家例如在臺灣，應該是結合以下三種人員所共同擔任的角色：(一)提供社區或居家照顧的護理師；(二)專業的社會工作人員；(三)提供社區或居家照顧的照顧服務員。

經由這三種人員所組成的社區與居家照顧團隊,共同承擔「協同照顧者」的角色，無論以社工或護理師做為團隊領導人，則必須將這個新的社工師或護理師任務，列入大學社工系與護理系的訓練範圍。同時這個團隊的組成來源，社工師、護理師與照顧服務員這兩種人員可以來自公部門政府、私部門非營利或慈善團體、以及私部門營利團體。而其財務來源可以是政府預算、社會保險服務給付、社會保險現金給付、慈善捐款、或是家戶自費。

第二個關鍵性的核心角色，為由「協同照顧者」團隊領導者與部分其他成員，所共同擬定或執行的「雲端照顧計畫」,顯示此一照顧計畫係透過資通平台與其他所有專業

進行溝通連結，達成整合性照顧所需要的「連續性」(continuity)與「協同性」(coordination)的要求。除此之外，此份雲端照顧計畫所需要的資通平台的規格與功能非常多元，有必要另行設計。這個以病人為核心的社區或居家照顧系統，如果以商業機制來運轉，其功能已經大致完成。但是如果以國家系統建置的觀點而言，還需要周邊至少四大體系的配合才能夠完成。

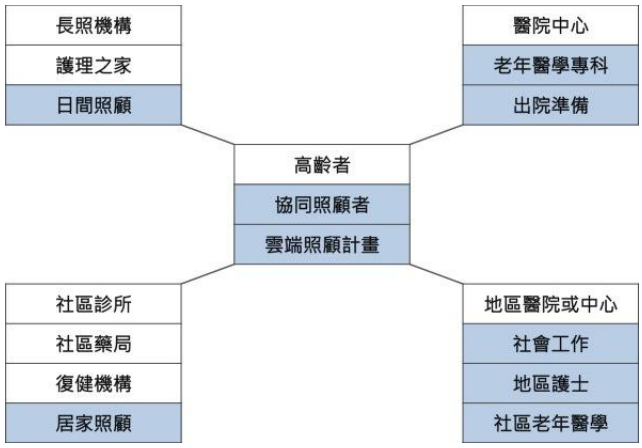

圖 5. 社區整合照顧制度設計架構

這四大體系的組成，第一為圖 5 右上角的醫學中心體系，它與本計畫最相關的部份為老人醫學的專科訓練，以及出院準備服務；第二為圖 5 右下角的地區醫院或地區健康中心，或是屬於社區的公部門體系如地段護士與社會工作人員；第三為圖 5 左上角的長期照顧機構與日間照顧機構，這部份主要由已經立法通過的長期照顧法所涵蓋，其中的日間照顧則與本計畫密切相關；第四為圖 5 左下角的社區私部門機構，包括社區藥局、復健機構、居家照顧服務等，其中與本計畫最相關的是部分的居家照顧服務，它可以由公部門、私部門、與第三部門提供。

六、 整合照顧的分級與內容

考慮老人健康照顧與生活照顧的需求，按照傳統公共衛生三段五級的分類已經不足以適用，而是依據老人整合照顧需求做分類，分為十個階段，如圖 6 所示。這十個階段的分類總括而言至少有三個特徵：(一)十階段分類可以更詳細區分老化過程中健康與依賴狀態的改變；(二)由下而上的箭頭強調老人照顧的重心應該轉移到預防性的措施、事前主動(pro-active)的照顧或治療、以及盡可能將長者

留在比較上方的階段,而不要進入下一個健康或依賴階段；(三)每一個階段都有其相對應的整合照顧措施，這些措施如表 8 所示。

事實上，由於十個階段的老人健康分類具有以上的三個特徵，因此這樣的分類適足以明確標示出包括臺灣在內的世界各工業化國家，在老人照顧政策上的盲點。尤其是當這樣的健康階段與傳統三段五級的概念作對比時，其指導政策的優勢就會更為明確。所以這樣的分類其實是一個老人照顧政策導向的健康分類系統，其設計的目的，與三段五級的預防導向、國際疾病分類的病因學導向、甚至是診斷關連群的醫療資源耗用導向，屬於完全不同的任務型健康分類，並不需要刻意強調其間的可比較性或可轉換性。

圖 6．整合照顧的十階段分類

表 8 依據十個健康階級簡要的列舉各階段所需要發展的整合照顧內容，其詳細內容可以參考臺中市政府委託規劃的技術報告內容。表 8 的整合照顧內容主要著眼於「服務輸送」層級與「臨床照顧」層級的整合服務內容，而且絕大部分的內容在臺灣完全缺乏(例如老人醫學專科病房、社區老年醫學、社區虛擬病房、聚焦於虛弱老人進行特殊處理等)，有部分是存在但尚未到位(例如出院準備、出院後可以銜接的社區健康評估、連續性基層醫療照顧、跨科別服務、客製化需要評估、居家照顧、居家物理治療與職能治療、創新的服務替代者、分享訊息、證據基礎和關係

基礎的機構照顧、居家安寧等)。不過本計畫的提出有幾個明顯的前提需要說明。

表 8. 不同健康階段所需要的的整合照顧服務

健康階段	需要的整合服務
1.健康長者生活安適	1.處理健康影響因素 2.安適住屋 3.預防社會孤立建立年齡友善社區 4.處理酷熱或嚴寒 5,促進健康生活型態 6.適當處理小毛病並維持個體的獨立性 7.疫苗接種 8.國家篩檢計畫
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.提供連續與協調照顧 2.分析高風險族群 3.社區整合團隊提供個案管理 4.老人及家屬參與照顧計畫 5.提供個人照顧預算並直接支付 6.遠距健康照顧 7.教育家屬與志工 8.確保相同健康狀況的老人與青年獲得相同服務 9.提昇老人普遍健康問題的治療照顧
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.認識虛弱的重要性 2.應用虛弱風險評估尋找個案 3.使用周全老人評估並追蹤虛弱個案 4.促進虛弱老人體能活動 5.預防跌倒 6.提供失智照顧 7.避免不良多重用藥
4.有危機時需要接近有效支持	1.提供連續性基層照顧 2.提供緊急基層照顧 3.提供緊急協同的生活照顧 4.確保救護車隨車人員具備其他照顧功能 5.提供可以減少住院的居家服務 6.使用社區虛擬病房 7.提供高風險老人遠距照顧 8.出院返家評估機制 9.可近的門診服務 10.提供社區老人醫學服務
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.周延老人醫學評估 2.聚焦虛弱老人 3.老人醫學專科病房 4.提供跨科別服務 5.擴大照顧連續性 6.預防可避免的死亡 7.最小化來自醫院的傷害 8.增進失智與精神疾病住院老人照顧 9.聚焦於有尊嚴的以病人為中心的照顧
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.由入院開始提供資深人員的評估準備出院計畫並注意病人在醫院中的動向 2.仔細評估出院能力與出院計畫 3.病人與家屬參與出院計畫 4.加強出院後的評估與支持 5.減少延遲轉診
7.後急性期需要有效的物理治療和職能治療	1.周延的需要評估與客製化 2.實施證據基礎的最佳治療 3.依據結果而非依據時間決定給付內容 4.以家戶為基礎的物理治療與職能治療 5.提供以地區醫院為基礎的物理治療和職能治療 6.尋求創新的替代提供者 7.對職能治療團隊提供訓練 8.成功結束治療或轉介
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.減少可避免的長期照顧個案 2.確保機構住民有良好的醫療與心理照顧 3.分享訊息 4.對機構住民執行周延的跨科別評估 5.對安養機構員工進行訓練與支持 6.以證據基礎架構評估生活品質並促進以關係為基礎的照顧
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.針對工作團隊提供教育訓練與支持 2.確認生命末期病人 3.確保有效評估與事前照顧計畫 4.加強協調與出院計畫 5.確保適當的專業支持性照顧服務 6.支持安養機構住民在機構而非在醫院死亡 7.提供以居家為基礎的服務 8.提供失智的臨終照顧 9.改善醫院的臨終照顧 10.讓病人與家屬參與面對死亡不同階段的處理
10.以個人為中心的整合照顧	1.在任何健康依賴階段都以預防性和預先主動性照顧避免健康狀態進入下一層級 2.在不同社區尋求擴大實施整合照顧的方法

第一，為老人照顧的需要轉換現有的照顧系統，需要非常基礎性的改革工程，其出發點在於必須以老人需要作為所有思考設計的中心點，政策再據此協調老人照顧全部範圍的相關服務，而非只是單一疾病或單一狀態的需要，並且永遠將「事前主動預防」和「支持獨立生活」作為最優先項目，這樣做必須整合所有的服務，在適時適地，以合理的價格，提供老人適質適量的整合照顧。

第二，政策上漸進的和邊際的改變並不足以跟得上老人照顧需要改變的規模與速度，但是本章的政策建議並無法詳細指出，促成或阻礙這個改革的因素為何。相反的，本章的政策建議希望帶給臺灣社區服務的領導者，能夠在超越現有框架與工具的前提下,來思考如何提昇老人照顧。在這樣的前提之下，政府內部的不同單位應該如何分工，只是一個「下位計畫」而非「上位計畫」。

第三，本報告撰寫期間，適逢中央政府的長照 2.0 計畫內容正不斷改版之中，正式的政府書面計畫尚未出現，計畫內容與經費預算也未送立法部門審核，不足以稱為定案的國家政策。但即使如此，本政策建議書的內容與衛生福利部 2016 年 9 月 29 日公布暫行版的「簡報內容」，以及 2016 年 11 月 30 日公佈的「長照 2.0 懶人包」的計畫精神不謀而合，而且本建議書對於核心價值目標的敘述更為精簡明確。

第四，由於透過公部門所能提供的服務與財源無論如何一定有所限制，因此在進行老人照顧計畫時，慎重考量如何引進私部門的商業模式，是值得嘗試的規劃。而且由於有效率的老人照顧產業，在臺灣目前並不存在已經成熟的模式，所以老人照顧產業的商業模式，尤其是居家照顧與社區照顧的商業模式，絕大部分屬於創新產業，也非常適合相關科系畢業得年輕創業團隊投入，因此透過市政府的青年創業政策,可以緊密結合老人照顧產業的商業模式，市政府在這方面可以發揮功能的不能被過度低估。

以工業化國家的年齡結構而言，1950 年代有 50%的人會在 65 歲之前死亡,現在這個數字已經下降到 15%以下，65 歲的預期壽命約為 20 歲，超過 85 歲者的人數在過去 30 年已經倍增。老化過程不可避免將伴隨複雜的共病、失能與虛弱，而改變所有的照顧需求，其中住院服務需求的高

峰出現在 55-84 歲，門診需求高峰在 55-74 歲，社區型健康服務的需求高峰在 74 歲之後，而生活照顧的高峰則出現在 85 歲之後。

工業化國家的生活照顧與健康照顧，幾乎都未能跟上這個變化的腳步，主要醫療體系仍舊以「一次只看一個疾病」作為設計基礎。與中年人的健康處理狀況相比較，處理老人一般性問題的經費極低、誘因不高、而且品質不佳，文獻上有充分的證據顯示年齡主義(ageism)或年齡歧視(age discrimination)到處存在，包括照顧老人時的施惠態度(petronising)和不容易接近治療，社區支持老人維持安適、處理危機、和由急性症狀復原的中級照顧能力參差不齊而且一般都不足以因應需求。

技術報告內容中的政策建議由九個部分所組成，加上最後一個部分作為總體組成(以個人為中心的整合照顧)。但讀者必須小心各組成之間都存在緊密的連結，而且同一個老人照顧團隊也許可以涵蓋不只一個組成。舉例來說，老人隨時都與各種健康狀態共同存活，也可能死於各種健康狀態，因此第九階段中所謂「生命末期」的照顧原則，可以適用於生命的最後幾年、幾個月、或幾週，而不見得只適用於生命的最後幾天。

基於國家財政的壓力，本政策規劃有義務將現存照顧體系集中於高成本、被動反應、和以病床為基礎的老人照顧，轉變為預防性、事前主動因應、和以居家和社區為基礎的老人照顧，並同時側重於「維持安適狀態」與「反應疾病需要」兩者。讀者同時必須注意，在「老人整合照顧」的政策規劃之外，老人關注的議題也同時必須有其他政策規劃予以配合，這些議題包括：維持居家的整潔、溫馨、並且負擔得起、維持活動力讓生命有意義、對家庭與社會有貢獻、感覺安全和維持獨立性、選擇性、可控制感、個人形象與尊嚴、避免歧視、感覺不會成為家人的負擔、並在適當範圍之內可以照顧他人。

這些議題是不同階段老年人的共同心聲，幫助老年人實現這些目標是決策者重要的使命，而老人整合照顧只是實現這些目標眾多策略中的一部分,而且它不能單獨運作。許多社區中的其他成員和夥伴也會幫助老人維持其安適與獨立的狀態，即使在健康照顧的範圍之內，焦點也逐漸透過基層醫療保健來支持「自我管理」，促使老人與其家屬有

能力減少產生新的長期照顧需求，或有能力在與現存長期照顧需求的前提下可以過的更舒適，雖然我們知道這樣的社會支持在現實生活中存在的機會不多。

這份政策建議的主要用途，主要適用於嘗試想要進行跨部門和跨專業領域來提升老人照顧品質與整合的地方政府或地區決策者，而其主要的有效達成管道來自以下幾個方法：(一)在概念上由預防保健到生命末期走一趟「照顧之旅」;(二)尋求不同部會都可以簽署同意的總體政策視野和一些關鍵性的評估標準；(三)政策一啟動就納入老人和其照顧者重新設計照顧模式，檢視所有不同照顧組成之間的銜接、轉換、重疊、和相互依賴；(四)制定一致的個人照顧結果測量,以及對老人照顧整個體系的結果測量指標；(五)建立可以讓老人服務使用者自己評價的結果測量，以瞭解老人的主觀偏好；(六)在所有的服務項目中儘量找到最佳的服務模式，或描述「好的服務模式的大約長相」。

這樣做對於人口結構和財政負擔的衝擊都將非常深遠。而如果本份政策建議看起來離現狀還非常遙遠，則除了有必要分期分階段制定目標之外，由全國不同社區所正在進行或準備進行的社區服務模式中，找出比較可行和績效較佳的模式，以作為其他社區學習的對象，也是延續本計畫之後就可以立即開始的工作。

七、 短中長程政策建議

表 9 至表 11 分別呈現臺中市老人社區照顧的端中長程計畫，此一短中長期計畫分別由三個三年計畫所組成。

依據政治學的分類，短期計畫屬於操作型計畫(operational plans)，中程計畫屬於策略型計畫(strategic plans)，而長期計畫屬於前瞻性計畫(perspective plans)。不過依據本計畫的性質，並無法完全以這樣的概念來進行區分，因為老人社區照顧計畫的屬性三者都具備，它既是可以操作的具體內容，也是希望改變現狀的策略性規劃，而且他也同時提供長遠的價值願景作為計畫的基礎。

因此之故，本計畫必須兼顧長期願景以提供政策的延續性，以及可以因應短期變化的可變性，其中尤其是必須隨著外在的變化進行修正，這包括可用資源的變化或政治

結構的改變。但無論如何，一個理性計畫的先決要件，就是必須先決定計畫的生命週期或計畫時程。

大約由 40 年前開始，絕大部分的政府計畫多半屬於五年計畫或多個五年期的計畫。這種屬於比較長期計畫型態的優點是，他可以為國家引進比較大型的發展計畫，然而大約從 20 年前開始，這樣的規劃期程過於受限，尤其是長期計畫完全無法提供詳細的背景資料來作為計畫基礎，而現狀基礎的訊息又是執行計畫所不可或缺的。這種五年期計畫的另一個弱點是，隨著外在環境的變化愈來愈快的結果，計畫內容很快地就會過時，以至於無法跟上民眾需求的快速改變。例如本政策建議書撰寫期間，長照 2.0 政策已經將原本屬於衛政範圍的服務機構，包括診所、社區醫療群、物理治療所、職能治療所等單位納入服務提供單位，外在環境的變化以及人口老化的速度，是逼迫政府必須隨時改變計畫內容以因應外在環境快速變動的最大驅動力量。

為了改善這樣的弱點，一種新型態的「滾動型計畫」期程(rolling plan cycle)應運而生，其重點在於預先設定長期目標的前提下，每次只提出三年計畫的內容，次年再提出第二個三年計畫以因應外在環境的變動。因此雖然每年都提出一個三年計畫，但每個三年計畫都只往前「滾動」一年。在這樣的計畫中，只有第一年的計畫撰寫內容必須最為詳細，第二年僅描述主要計畫目標以及所需的經費預算，第三年則也許僅列舉計畫綱要與重要預算。本計畫雖然依據功告規格列出屬於短中長程的三年計畫、六年計畫、以及九年計畫，但臺中市政府在實際執行過程中，仍應以滾動型作為計畫執行與研擬的主軸架構。

表 9 臺中市老人社區照顧短期(第一期三年)計畫

長者健康階段	市政府短程執行策略
1.健康長者生活安適	1.著手規劃造成老人健康不平等的計畫與資料搜集，建立基礎資料。¶ 2.著手規劃新成屋滿足老人生活的標準與立法草案。¶ 3.執行「年齡友善城市」策略由參賽得獎展轉變為因應在地老人需要。†¶ 4.尋求基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之先驅性試辦計畫。¶ 5.持續進行疫苗接種與國家篩檢計畫。¶
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.徹底變更 2003 年至今家庭醫師計畫，第一階段進行民眾登記家庭醫師。¶ 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。†¶
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.開始重視和導入老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案。¶ 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。†¶ 3.開始規劃失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。†¶
4.有危機時需要接近有效支持	1.研議引進歐盟標準提升基層醫療照顧連續性，開辦緊急基層醫療。†¶ 2.研議如何銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。† 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。¶ 4.著手研究如何將醫院照顧搬入居家環境，規劃居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。¶
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.設置老人醫學專科病房，跨專科整合模式由投標與承接醫院自行設計。¶§ 2.專注於醫院老人專科照顧、社區老人專科訓練，訓練內容由醫院設計。§ 3.試辦結果在跨專科整合或社區老人專科均應達全國先驅示範之標準。¶§ 4.強勢社會工作專業介入與醫療團隊合作，由老人住院開始即密切監控住院時間流程控制與減少病房轉移次數，預先規劃出院社區資源銜接計畫。†§ 5.同時訓練並規劃呼吸治療、語言治療、物理治療、職能治療、營養等專業在醫院與社區的結合模式。¶§
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.住院早期評估、確定出院計畫、監控病人流動、避免照顧轉移延遲。†¶§ 2.老人和其照顧者參與出院計畫。†¶§ 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。†¶§ 4.加強出院後評估與支持。†¶§
7.有效的物理治療和職能治療	1.全面性委託研究規劃傷病後的社區復健與再能計畫。†¶§ 2.蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。†¶§
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.預防長照機構入住。†¶§ 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。†¶§ 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。†¶§
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。†¶§ 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。†¶§ 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。†¶§ 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。†¶§ 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§
10.以個人為中心的整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。†¶ 2.大量的「經費需求」。†¶ 3.充分的政治優先性與政策規劃。†¶

† 應由社政部門主導之規劃與執行內容。
¶ 應由社政部門協助之規劃與執行內容。
§ 非直接歸類為傳統社區照顧業務但與其密切相關之政策內容。

表 10 臺中市老人社區照顧中期(第二期三年)計畫

長者健康階段	市政府中程執行策略
1.健康長者生活安適	1.善用老人資料庫內容持續分析健康不平等原因並持續搜集資料。¶ 2.立法通過新成屋滿足老人生活標準，規劃舊屋改善作業流程與立法草案。¶ 3.執行「年齡友善城市」聚焦於「活躍老化」目標的達成。†¶ 4.擴大實施基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之計畫。¶
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.進行第二階段家庭醫師計畫，落實論人計酬搭配附加支付的支付制度。¶ 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。†¶
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.讓老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案常態化，列入標準臨床指引。¶ 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。†¶ 3.全面推動失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。†¶
4.有危機時需要接近有效支持	1.實際執行歐盟標準提升基層醫療照顧連續性，全面落實基層緊急醫療。†¶ 2.選擇部分地區試辦如何提供銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。† 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。¶ 4.選擇試辦地區實驗將醫院照顧搬入居家環境，執行居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。¶
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.規劃並執行社區老人醫學團隊整合服務。¶§ 2.規劃並執行適用於社區的老人醫學團隊跨專業合作模式。¶§ 3.規劃並執行醫療護理社工等專業充分合作的出院準備計畫，聚焦於出院前後社區資源的評估與銜接，確立社工在此階段的主導地位。†§ 4.規劃並執行社區老人醫學專科與社區老人精神醫學的整合照顧模式。¶§
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.住院全程出院準備和隨時安排出院。†¶§ 2.老人和其照顧者參與出院計畫。†¶§ 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。†¶§ 4.加強出院後評估與支持。†¶§
7.有效的物理治療和職能治療	1.試辦個人復健與再能照顧計畫、居家復健與再能計畫。†¶§ 2.蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。†¶§ 3.規劃以照顧結果進行支付。†¶§ 4.規劃社區醫院為基礎的復健與再能計畫。†¶§
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.預防長照機構入住。†¶§ 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。†¶§ 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。†¶§
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。†¶§ 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。†¶§ 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。†¶§ 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。†¶§ 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§
10.以個人為中心的整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。†¶ 2.大量的「經費需求」。†¶ 3.充分的政治優先性與政策規劃。†¶

† 應由社政部門主導之規劃與執行內容。
¶ 應由社政部門協助之規劃與執行內容。
§ 非直接歸類為傳統社區照顧業務但與其密切相關之政策內容。

表 11 臺中市老人社區照顧長期(第三期三年)計畫

長者健康階段	市政府長期執行策略
1.健康長者生活安適	1.善用老人資料庫內容持續分析健康不平等原因並持續搜集資料。¶ 2.通過舊屋適合老人生活標準作業立法，並著手執行。¶ 3.檢討「年齡友善城市」策略與「活躍老化」目標達成間的關聯評估。†¶ 4.普遍執行基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之計畫。¶
2.有一個或以上的長期狀況但生活安適	1.進行第三階段的家庭醫師計畫，貫徹分級醫療與強制轉診模式。¶ 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。†¶
3.有複雜共病、失智或虛弱	1.嚴格執行老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案，列入機構評鑑項目。¶ 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。†¶ 3.持續推動失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。†¶
4.有危機時需要接近有效支持	1.以歐盟標準評鑑基層醫療照顧連續性與基層緊急醫療。†¶ 2.全面實施銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。† 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。¶ 4.所有地區實驗如何將醫院照顧搬入居家環境，執行居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。¶
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.延續前兩期規劃目標繼續執行。†¶§ 2.承接醫療院所與社區及家戶合作，試辦虛擬病房在社區與加護建置的條件、規格、標準等，列入作業手冊中供政府參考。¶§ 3.虛擬病房之設置與研究可以在前幾期計畫即開始啟動，但除非醫院已經常規性訓練老人醫學專科醫師，並且已經有足夠的老人醫學團隊普遍進駐社區，否則本計畫無法普及於各社區之中，因此列為第三期規劃重點。¶§
6.需要好的出院計畫與出院後支持	1.住院全程出院準備和隨時安排出院。†¶§ 2.老人和其照顧者參與出院計畫。†¶§ 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。†¶§ 4.加強出院後評估與支持。†¶§
7.有效的物理治療和職能治療	1.執行個人復健與再能照顧計畫、居家復健與再能計畫。†¶§ 2.持續蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。†¶§ 3.執行以照顧結果進行支付。†¶§ 4.執行社區醫院為基礎的復健與再能計畫。†¶§
8.需要個人為中心有尊嚴的長照機構照顧	1.預防長照機構入住。†¶§ 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。†¶§ 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。†¶§
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。†¶§ 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。†¶§ 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。†¶§ 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。†¶§ 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§
10.以個人為中心的整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。†¶ 2.大量的「經費需求」。†¶ 3.充分的政治優先性與政策規劃。†¶

† 應由社政部門主導之規劃與執行內容。
¶ 應由社政部門協助之規劃與執行內容。
§ 非直接歸類為傳統社區照顧業務但與其密切相關之政策內容。

八、 執行計畫的政治策略

「老人社區照顧」在「長照 2.0 政策」的架構下要成功規劃與執行，必須考量以下幾個政治層面的因素，成功的機會才能大量增加。

(一) 名稱與功能多元造成民眾難以親近

現有老人社區照顧單位由於名稱多元和功能多元的程度，僅限於少數的專業人員得以理解，造成一般民眾不容易瞭解也不容易接近的難題。有必要從政治面務實考量，其服務功能可以盡量多元，但應該讓不同機構的名稱盡量統一，增加一般民眾的辨識程度。另一方面，由於「生活照顧」與「健康照顧」必須整合，行政主管機關在社政與衛政在理論與實務上應該也已經整合的前提下，如何設計一個統一的名稱，讓一般民眾一目瞭然，容易接近，但可以在這個名稱之下，讓不同機構擁有不同功能。

例如所有的社區老人照顧機構只有兩種名稱：「護理之家」(Nursing Home)和「老人照顧服務之家」(Elderly CareHome)，前者照顧必須長期或短期留置的失能老人，後者照顧可以在社區和家戶中接受照顧的老人，然後仍舊將各機構的服務項目在門口告示牌中清楚標示列舉即可。至少，一般民眾只需要認識兩種名稱，就可以大約知道其服務性質，而所提供服務的項目則可以在接近之後進一步瞭解。

又例如也許名稱只有一種，統稱為「照顧之家」(Care Home)，再細分其功能與服務項目等等。但是既然可以通一稱呼為「照顧之家」，其環境佈置與安排就必須像「家園」(Homestead)的外觀與內裝，這個最起碼的標準在臺灣很少符合，建議由臺中市開始進行所有照顧機構「家園」樣式的改造工程。

(二) 修改長照政策論述主軸與名稱

現有的長照政策應該依據以下的三段論述加以修改，分別為：由「長期照顧」(long-term care)到「老人照顧」(elderly care)、再由「老人照顧」到「整合照顧」(integrated care)或「老人整合照顧」(elderly integrated care)。

因為「長期照顧」隱涵個人已經失能之後所需的照

顧方式，但長期照顧真正的積極意義，在於盡量讓老人避免需要「長期照顧」,因此在名稱上宜以比較廣泛的「老人照顧」，來包括所有的預防保健服務和活躍老化的積極意義，以及所有後續的醫療和生活照顧。另一方面，老人照顧最佳的方式，為結合「生活照顧」與「健康照顧」的「整合照顧」，因此以類似「老人整合照顧」的用語來取代「長期照顧」，在政治修辭學(political rhetoric)上具有積極的含義。

這樣的描述方式比較接近各種理論對老人照顧的要求，在實務上也比較接近現在正在進行中的朝照 2.0 政策的逐步改革方向。例如透過衛生福利部的整合，各試辦地區的衛生局已經開始宣導衛生所、診所、社區醫療群、物理治療所、職能治療所等單位，積極加入長照據點 B 級或 C 級的服務提供，這種「整合照顧」的行進速度，在本研究報告即將繳交但尚未定稿時，在臺灣不同縣市的不同社區，就已經開始如火如荼的擴展，未來其進行組織創新、服務輸送創新、服務內容創新的速度，只會更加快速以因應人口老化的速度，臺灣與整個世界都已經沒有充裕的時間再做等待。

(三) 長照 2.0 政策應該與「整合照顧」理念結合

長照 2.0 政策規劃與推動至今，並未強調其與「整合照顧」概念的連結，因此也尚未將「整合層級」放在「服務輸送」體系的整合，這樣的老人照顧政策很容易缺乏核心價值和架構主軸，導致「老人社區照顧」體系的混亂。本計畫強烈建議中央與地方層級政府應該儘速導入「整合照顧」理念來指導老人照顧政策的實質內涵。

長照 2.0 計畫的服務項目可以區分為四大類：「生活照顧」類、「健康照顧」類、包括有「生活照顧」與「健康照顧」兩種性質的服務類、不屬於整合照顧「臨床服務」層級而比較傾向「組織」或「輸送」層級的範圍服務。長照 2.0 的服務項目之所以會出現這四種不同概念的組合，關鍵在於「整合照顧」理念是區分「不同健康與依賴等級」與「不同整合照顧層級」(財務、行政、組織、輸送、服務)，並完整結合「生活照顧」與「健康照顧」所構成的理論與實務架構，但是這恰好是長照 2.0 規劃中所嚴重缺乏的。「整合照顧」所強調「服務輸送」

體系之間縫隙的銜接，在長照 2.0 中並未特別強調，這會成為老人照顧最致命的政策弱點。另一方面，服務體系建構的討論必須誠實面對「整合照顧」概念中「服務輸送」體系片段與零碎的問題，但是必須注意這樣的討論千萬不可以誤解為這是「整合照顧」概念中「組織」或「臨床服務」層級的規劃，但是長照 2.0 的規劃剛好陷入這樣的邏輯陷阱之中。

(四) 「政府治理」與「整合照顧」密切關聯

由於「整合照顧」在本質上牽涉到跨領域、跨專業、跨局處的老人照顧本質，因此政府內部跨局處的治理，與整合照顧的推動息息相關，其推動關鍵在於成立實質上可以跨專業的委員會，以及具有政治敏感度的規劃小組成員來全力推動。並透過跨縣市政府合作，撰寫計畫爭取中央競爭型經費，以收實效，真正落實社區層級的老人整合照顧。

不過要建立這樣的委員會來進行社區老人照顧計畫並不容易，在傳統的政治學理論中至少有三種主要型式(圖 7.6 至圖 7.8)，圖中的 E 代表行政首長(chief executive officer)，P 代表組織計畫部門(planning agency)，L 代表立法部門(legislative branch)，D 代表不同局處室(line department or service agency)，B 代表組織預算部門(budget agency)，CP 代表市民計畫部門(citizen planning agency)，泛指私部門有能力提出計畫構想的團體或機構，例如大學、專業組織、學生社團、社會運動團體、社會服務組織等等。

(五) 儘速引進社區和居家企業

針對本研究中大量未被滿足的社區照顧與居家照顧，即使在市政府規劃未來的長照系統中，不但供給無法滿足廣大的需求種類與數量，而且兩者相差的距離非常龐大，其中 2016 年不足數量為現有供給量的 106%，2021 年不足數量為預估供給量的 61%。面對這樣的狀況，衛生福利部雖然已經開始啟動醫事機構承接長照 2.0 社區服務事項，包括診所、社區醫療群、物理治療所、職能治療所等醫事機構，但醫事機構進駐的主要功能在於提供本研究所強調的「整合照顧」，也就是結合「生活照顧」與「健康照顧」的本質改造，而非滿足大量未被滿足的「生活照顧」需求，這部分是政府應該另外設計有效率

的民間部門一起參與。

由於臺灣社會各社區中與社會服務相關的機構，過去都已經相當程度的投入資源提供社區老人的生活照顧需求，社區服務據點等機構得設置家數未來雖然仍會增加，但要在現有資源之下創造出更多的生活照顧有其困難，因此對於市政府而言最佳的選擇，就是以較高的獎勵來補助能夠真正落實「老人整合照顧」的企業團隊，無論這個企業的屬性是單純的盈利企業或社會企業，因為對於社區老人整合照顧而言，這兩種企業的核心價值均屬於引進商業模式來達成社會公益目標，而這裡的「商業模式」所引進的「效率」概念，將與過去社區中社會福利機構「申請政府經費驗收計畫成果」的模式完全不同。政府補助機構驗收成果的模式屬於「管制邏輯」，成本較高成效有限而且無法鼓勵組織創新；釋出經費引進企業「商業模式」屬於「誘因邏輯」，其效率來源為民間源源不絕的組織創新機會。

另一方面，由於臺灣社會屬於提供社區老人整合照顧的企業「商業模式」大部分不成熟或不存在，因此這一類的企業幾乎均會屬於「創業計畫」，如何善用年輕人的創意來貢獻社區老人整合照顧，將會是市政府未來施政的重點之一。少量的新創企業補助如果可以引進老人社區照顧的新創整合模式，極有可能是市政府本身投入時間與經費最少，但透過創新型態的服務模式讓最多老人可以即時獲益的計畫內容，是政治層面需要優先考慮的優質政策內容。

附錄八、老人社區整合照顧中央競爭型計畫預算

表 1. 臺中市老人社區照顧短期(第一期三年)計畫

健康階段	市政府短程執行策略	經費需求
1.健康長者生活安適	1.著手規劃造成老人健康不平等的計畫與資料搜集，建立基礎資料。 2.著手規劃新成屋滿足老人生活的標準與立法草案。 3.執行「年齡友善城市」策略由參賽得獎展轉變為因應在地老人需要。 4.尋求基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之先驅性試辦計畫。 5.持續進行疫苗接種與國家篩檢計畫。	5,000,000
2.一個或以上的長期狀況	1.徹底變更 2003 年至今家庭醫師計畫,第一階段進行民眾登記家庭醫師。 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。	10,000,000
3.複雜共病、失智或虛弱	1.開始重視和導入老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案。 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。 3.開始規劃失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。	5,000,000
4.有危機時需要接近有效支持	1.研議引進歐盟標準提升基層醫療照顧連續性，開辦緊急基層醫療。 2.研議如何銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。 4.著手研究如何將醫院照顧搬入居家環境，規劃居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。	10,000,000
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.設置老人醫學專科病房，跨專科整合模式由投標與承接醫院自行設計。 2.專注於醫院老人專科照顧、社區老人專科訓練，訓練內容由醫院設計。 3.試辦結果在跨專科整合或社區老人專科均應達全國先驅示範之標準。 4.強勢社會工作專業介入與醫療團隊合作，由老人住院開始即密切監控住院時間流程控制與減少病房轉移次數,預先規劃出院社區資源銜接計畫。 5.同時訓練並規劃呼吸治療、語言治療、物理治療、職能治療、營養等專業在醫院與社區的結合模式。	15,000,000
6.好的出院計畫與出院後支持	1.住院早期評估、確定出院計畫、監控病人流動、避免照顧轉移延遲。 2.老人和其照顧者參與出院計畫。 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。 4.加強出院後評估與支持。	5,000,000
7.物理職能治療	1.全面性委託研究規劃傷病後的社區復健與再能計畫。 2.蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。	5,000,000
8.長照機構照顧	1.預防長照機構入住。 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。	2,000,000
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。	5,000,000
10.個人中心整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。 2.大量的「經費需求」。 3.充分的政治優先性與政策規劃。	2,000,000

表 2. 臺中市老人社區照顧中期(第二期三年)計畫

健康階段	市政府短程執行策略	經費需求
1.健康長者生活安適	1.善用老人資料庫內容持續分析健康不平等原因並持續搜集資料。 2.立法通過新成屋滿足老人生活標準，規劃舊屋改善作業流程與立法草案。 3.執行「年齡友善城市」聚焦於「活躍老化」目標的達成。 4.擴大實施基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之計畫。	7,000,000
2.一個或以上的長期狀況	1.進行第二階段家庭醫師計畫，落實論人計酬搭配附加支付的支付制度。 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。	12,000,000
3.複雜共病、失智或虛弱	1.讓老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案常態化，列入標準臨床指引。 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。 3.全面推動失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。	7,000,000
4.有危機時需要接近有效支持	1.實際執行歐盟標準提升基層醫療照顧連續性，全面落實基層緊急醫療。 2.選擇部分地區試辦如何提供銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。 4.選擇試辦地區實驗將醫院照顧搬入居家環境，執行居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。	15,000,000
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.規劃並執行社區老人醫學團隊整合服務。 2.規劃並執行適用於社區的老人醫學團隊跨專業合作模式。 3.規劃並執行醫療護理社工等專業充分合作的出院準備計畫，聚焦於出院前後社區資源的評估與銜接，確立社工在此階段的主導地位。 4.規劃並執行社區老人醫學專科與社區老人精神醫學的整合照顧模式。	20,000,000
6.好的出院計畫與出院後支持	1.住院全程出院準備和隨時安排出院。 2.老人和其照顧者參與出院計畫。 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。 4.加強出院後評估與支持。	8,000,000
7.物理職能治療	1.試辦個人復健與再能照顧計畫、居家復健與再能計畫。 2.蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。 3.規劃以照顧結果進行支付。 4.規劃社區醫院為基礎的復健與再能計畫。	6,000,000
8.長照機構照顧	1.預防長照機構入住。 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。	3,000,000
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。†¶§	6,000,000
10.個人中心整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。 2.大量的「經費需求」。 3.充分的政治優先性與政策規劃。	3,000,000

表 3. 臺中市老人社區照顧長期(第三期三年)計畫

健康階段	市政府短程執行策略	經費需求
1.健康長者生活安適	1.善用老人資料庫內容持續分析健康不平等原因並持續搜集資料。 2.通過舊屋適合老人生活標準作業立法，並著手執行。 3.檢討「年齡友善城市」策略與「活躍老化」目標達成間的關聯評估。 4.普遍執行基層醫療介入處理老人足部健康、慢性疼痛、視力和聽力損傷、失禁、營養不良、口腔健康等健康問題之計畫。	4,000,000
2.一個或以上的長期狀況	1.進行第三階段的家庭醫師計畫，貫徹分級醫療與強制轉診模式。 2.持續進行成人健檢計畫、處理高風險族群、社區個案管理、老人與家屬參與健康計劃、遠距健康服務、家屬與志工教育、監控老人常見疾病與照顧公平性。	8,000,000
3.複雜共病、失智或虛弱	1.嚴格執行老人虛弱問題的偵測、認知、與處理方案，列入機構評鑑項目。 2.持續使用虛弱風險評估和周延性老人醫學評估尋求個案、鼓勵虛弱老人增加運動、預防跌倒、減少不當多重用藥。 3.持續推動失智友善社區、失智良好照顧、培養社區老人精神醫學專業。	4,000,000
4.有危機時需要接近有效支持	1.以歐盟標準評鑑基層醫療照顧連續性與基層緊急醫療。 2.全面實施銜接提供緊急且協調的生活照顧方案。 3.確保多功能的救護車服務內容與品質，協助老人持續留在家中。 4.所有地區實驗如何將醫院照顧搬入居家環境，執行居家與社區虛擬病房，結合提供遠距照顧之科技，啟動入院決定與出院評估模型，啟動社區老人醫學。	15,000,000
5.高品質以個人為中心的急性醫院照顧	1.延續前兩期規劃目標繼續執行。 2.承接醫療院所與社區及家戶合作，試辦虛擬病房在社區與加護建置的條件、規格、標準等，列入作業手冊中供政府參考。 3.虛擬病房之設置與研究可以在前幾期計畫即開始啟動，但除非醫院已經常規性訓練老人醫學專科醫師,並且已經有足夠的老人醫學團隊普遍進駐社區，否則本計畫無法普及於各社區之中，因此列為第三期規劃重點。	25,000,000
6.好的出院計畫與出院後支持	1.住院全程出院準備和隨時安排出院。 2.老人和其照顧者參與出院計畫。 3.訊息共享和整合資訊系統改革計畫。 4.加強出院後評估與支持。	4,000,000
7.物理職能治療	1.執行個人復健與再能照顧計畫、居家復健與再能計畫。 2.持續蒐集社區復健與再能的證據基礎資料。 3.執行以照顧結果進行支付。 4.執行社區醫院為基礎的復健與再能計畫。	4,000,000
8.長照機構照顧	1.預防長照機構入住。 2.入住契約載明服務內容與品質標準、進行整體評估。 3.訊息主動分享、人員訓練、證據基礎。	2,000,000
9.生命終期的支持、控制與選擇	1.員工教育訓練、辨識臨終患者、確保臨終照顧品質。 2.確保有效評估和提早臨終照顧、提升醫院臨終照顧品質。 3.加強協調與出院計畫、支持機構而非醫院死亡。 4.提供居家臨終照顧、失智老人臨終照顧。 5.納入病人與家屬處理瀕死階段。	3,000,000
10.個人中心整合照顧	1.革命性的「服務輸送」整合。 2.大量的「經費需求」。 3.充分的政治優先性與政策規劃。	2,000,000