

公務出國或赴大陸地區報告（出國類別：考察）

日本長期照顧業務參訪

服務機關：臺中市政府社會局

姓名職稱：呂建德 局長

蘇淑貞 主任

派赴國家：日本

出國期間：105年7月5日至105年7月9日

報告日期：105年10月5日

目錄

壹、摘要	1
貳、出國人員名單	2
參、目的	3
肆、過程	3
一、行程內容	3
二、參訪單位簡介	4
(一)日本介護保險制度官方及學術交流	4
1.大阪市政府、京都市政府官方交流	4
(1)大阪市政府	4
(2)京都市政府	9
2.京都大學學術交流	14
(二)民間單位參訪	18
1.大阪府立住吉綜合福祉中心	18
2.清潔消毒公司：ROUTE 21	20
3.神戶幸福村	21
4.照護機構：微微風（中譯）	27
5.照護機構：延命莊、清和苑	28
伍、心得	30
陸、建議	35
柒、參考文獻	37
捌、附件	37
附件 1：京都市政府簡報資料	

附件 2：京都大學文學研究科安里和晃教授簡報資料

附件 3：京都女子大學太田貞司教授簡報資料

附件 4：有關照護假之相關報導

壹、摘要

我國於 1993 年老年人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化 (ageing) 社會，估計於 2017 年此比率將超過 14%，成為高齡 (aged) 社會，2025 年將再超過 20%，成為超高齡 (super-aged) 社會。由於人口結構少子化、高齡化趨勢，2010 年老化指數 (或稱老少比) 為 68.4%，即社會中老年跟台灣人口與幼年人口之比約為 1：1.5；2015 年老化指數接近 100%，之後，老年人口將超過幼年人口；2060 年老化指數將高達 441.8%，即老年人口約為幼年人口之 4 倍，臺灣將迅速成為全球最老的國家。日本跟我們一樣面臨高齡化及少子化雙重問題，面對高齡化社會的來臨，目前世界各國皆不斷強調「在地老化」、「社區照顧」之重要性。

目前衛福部推出的長照 2.0 計畫，不但增列服務項目、也擴充服務涵蓋對象約達 73.8 萬人。而長照 2.0 的目標，與國際接軌，同樣希望能在台灣建立優質、平價、普及長照顧服務體系，發揮社區主義精神，實踐在地老化。台中市 105 年 7 月全市總人口為 2,756,256 人，65 歲以上長輩為 292,633 人，佔總人口數 10.62%。人數最高的區分別為北屯區 25,903 人、豐原區 19,814 人、西屯區 19,434 人。但人口比例最高前五名分別為東勢區 18%、新社區 17%、石岡、大安區都是 16%。

從前項人口資料我們可知台中市較台灣其他城市相對年輕，但就高齡人口數及人口比例，都會區或農村特性之區域都有我們應該提高警覺或多以著力之區域，因此因應高齡浪潮來襲，我們更應利用優勢減除劣勢做好在地照顧的準備，以完備宜居城市的願景。

本次日本參訪活動安排於大阪、神戶、京都等地之政府及民間團體，學習考察日本長照保險、長期照顧制度、照顧機構及機構內設施設備清潔消毒之學習參訪點。透過日本地方政府大阪府、京都府公部門交流，瞭解日本介護保險制度之推動細節及財務結構；再到幸福村、住吉綜合福祉中心、微微風、延命莊等不同類型之民間照顧機構，實際考察並瞭解日本在地照顧服務現況及成效；另於京都大學與聽取安里、太田等二位教授對最新介護政策之分享及交流。

此行考察收穫最多的還是在於介護保險政策交流，尤其介護保險的支付費用的來源及分擔及社區型服務輸送架構，例如在支援級服務的評估設有”地區綜合支援中心”提供社區型之諮詢服務，或其保險級”地區密著型之相關服務，更是未來臺灣在推動長照保險及發展長照 2.0 業務，要長出在地、社區化服務輸送體系之架構參考。

貳、出國人員名單

編號	職稱	姓名
1	社會局局長	呂建德
2	主任	蘇淑貞

參、目的

- 一、 瞭解日本介護保險政策及內容，社福及衛生單位對於高齡照顧政策分工、整合，與民間團體的合作策略。
- 二、 與大阪及京都市政府交流日本最新高齡照顧政策。
- 三、 在地老化及社區照顧策略，尤其小規模多機能方案的推動情形。
- 四、 瞭解日本老人照顧機構之設置情形及實務運作狀況。
- 五、 觀摩日本老人照顧輔具設備及清潔消毒。

肆、過程

一、行程內容

天數	日期	預計行程
第一天	7月5日(二)	上午：臺中市政府集合
		14：20 搭乘華航班機飛往日本大阪
		18：05 抵達大阪辦理入境
第二天	7月6日(三)	上午：大阪市政府
		下午：大阪府立住吉綜合福祉中心
第三天	7月7日(四)	上午：ROUTE 21
		下午：神戶幸福村
第四天	7月8日(五)	上午：京都大學
		下午：京都市政府
第五天	7月9日(六)	上午：微微風
		下午：延命莊、清和苑
		21：05 搭乘華航班機抵桃園機場

二、參訪單位及內涵

(一)日本”介護保險制度”官方及學術交流

1.大阪市政府、京都市政府

(1) 大阪市政府

本次參訪由該市福祉局高齡者施策部河野部長、高齡福祉課、介護保險課等人接待及進行相關說明，部長表示於平成 26 年(西 2014 年)，大阪市 65 歲以上高齡者大約 66 萬人，佔總人口數 24.9 %；而依據平成 27 年(西元 2015 年)統計資料，高齡者已攀升至 25.6 %，於 2017 年照顧人力缺口大約不足 3,000 人，並推估至 2025 年高齡化率將達 27%。大阪市的獨居老化情形高於日本的全國平均值。



圖 1 本府衛生局局長、本市長期照顧發展協會蔡理事長向河野部長致贈紀念品



圖 2 參訪團員聽取大阪市高齡政策簡報

大阪府之健康局及福祉局為獨立設置，健康局主要負責市民健康促進業務，福祉局設有生活福祉部、身障者福祉部及高齡者失策部等。福祉局 2015 年之預算數為 5,355 億(日幣)，用於高齡者福祉之預算佔 9.5%(507 億日幣)。自 2000 年 4 月開始實施介護保險制度，每 3 年為 1 期研議修訂相關計畫，目前為第 6 期計畫。該計畫的五個主要內涵分別為

- A. 老年區域綜合保健推廣體系的建立。
 - (A)在宅醫療、介護的推進與整合。
 - (B)充實地域支援的營運。
 - (C)獨居長者的照顧策略。
- B. 失智症的預防宣導與照顧。
- C. 介護照顧的預防促進及自立生活的支援。
- D. 增強了社區整合綜合性照護服務。
- E. 支持多元長者的社區生活方式。

介護保險部分以大阪市，其保險給付 50%為國家、大阪市、大阪府共同負擔之公費；其餘 50%則來自保險費(由被保險人負擔)，而被保險人的負擔比率，第 1 號保險對象(65 歲以上)占 20%，第 2 號保險對象(40~64 歲)占 30%。保險對象為 40 歲以上國民皆須加入介護保險，區分如下：

- (A) 65歲以上老人，為第1號被保險人。
- (B) 40-64歲中，患有癌症(僅限已到沒有恢復可能性的狀況,為2006年4

月起實施的附加條款)、風濕性關節炎、肌萎縮性側索硬化症、後縱韌帶骨化症、伴有骨折的骨質疏鬆症、老年性癡呆症、帕金森氏病、脊髓小腦變性症、脊柱管狹窄症、早衰症、多系統萎縮症、糖尿病性神經障礙(腎病、視網膜病變)、腦血管疾病、閉塞性動脈硬化症、慢性阻塞性肺疾病、變形性關節炎等16種特定疾病者，為第2號被保險人。

	參加者	使用介護保險服務的內涵
第一號被保險者	65 歲以上者	需要介護者 需要援助者
第二號被保險者	40 歲以上至 64 歲 醫療保險加入者	因患有由衰老化所引發的疾病(16 種疾病)，而需要介護或需要援助者

資料來源：大阪市介護保險手冊，2015 年 4 月

介護保險的財務結構，90%是由國家稅收(占 45%)與保險費(占 45%)負擔，而保險對象利用者須自付 10%費用。因民眾對於介護保險所提供的完善給付內容與服務，使用經驗似乎呈現非常滿意的狀態，而導致日本正面臨大量服務的被利用而致財務的壓力，因而，日本政府不得不朝向調升受益者負擔比例的方向前進，自 2015 年 8 月 1 日調升利用者的自付費用比例為 2 成，規定 65 歲以上老年人其年收入所得在 160 萬日圓以上者，單身 280 萬日圓以上者、夫婦 346 萬日圓年以上收入所得以上者，保險對象負擔費用自付比例調升修正為自付 2 成。(大阪市介護保險手冊，2015 年 4 月)。



圖 3 參訪同仁與大阪府福祉局部長
等人合影



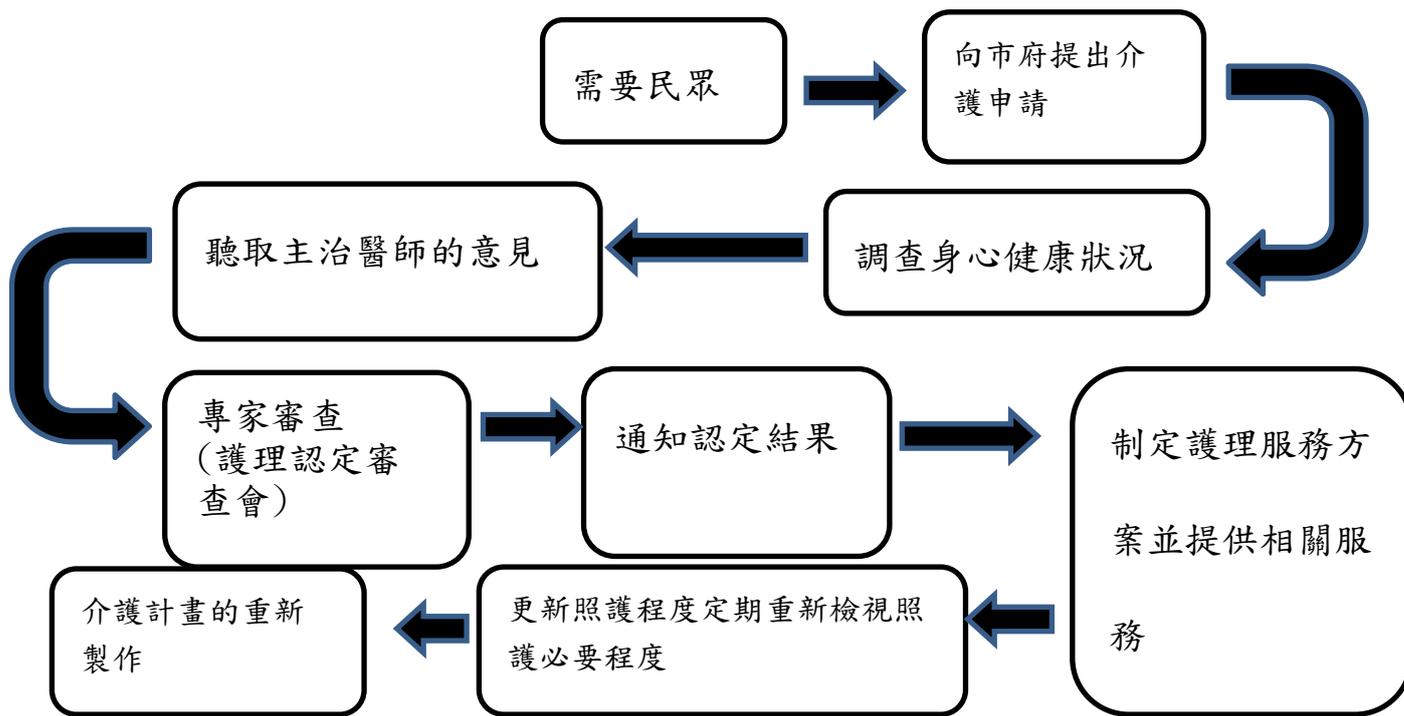
圖 4 參訪同仁與大阪府福祉局部長
等人合影

此外，日本對於支援級的保險服務，依據社會福祉法第 111 條，設有全國社會福祉協議會，並提供日常生活支援事業、福利服務評鑑、服務人力確保等服務；同法第 110 條都道府縣社會福祉協議會，促進地區福利服務如福利資訊的提供、地區社會福利團體的聯繫、合作，福利使用者問題解決、生活福利資金貸款、日常生活自立支援事業，及社福團體的支援，包含人才培育、單位經營支援等；再依同法第 109 條，市村町社會福祉協議會，辦理鄉鎮市地區福利資訊、生活支持、在宅福利事業的運作等輔導及推展。綜上，大阪府社會福祉協議會係依此運作，並由該會定期召開會議，追蹤大版介護保險制度之執行情形及進度。

日本介護保險的護理服務申請流程，詳如下圖。居家護理服務，透過居家護理的援助機構內的護理專員的評估，由保險利用者、家屬與護理負責人共同研商和保險利用者的服務，確定服務次數與種類，並簽訂合同即能享受服務。

另外 1~2 級的預防支援服務，其預防支援服務是由”地區綜合援助中心”來制定與提供相關服務機構的協調，該地區綜合援助中心係設在各市里”地區綜合援助中心運營協會”之下，由主任護理援助專員、社會福利士(社工)及保健員或有地區經驗的護士組成的團隊，提供預防支援服務協助長者在的獨立生活並提供相關服務。

日本介護保險的護理申請流程



(2) 京都市政府

京都市政府之健康局、福祉局已合併為**保健福祉局**。本次參訪由京都市長壽社會部部長、長壽福祉課課長、照護保險課課長等人進行接待及簡報，簡報全文詳如附件 2。根據學術調查的結果顯示，日本的失智症發生率，65 歲以上約佔 15%，失智症高齡者約有 460 萬人，京都市目前失智症高齡者約 6 萬人，推算 10 年後約達 9 萬人。預測 2025 年需要被支援的高齡者會急速增加，因此現在就必須做好萬全準備工作，俾迎接 10 年後的到來，這是要建立「地域總體照顧系統」的原因。

地域總體照顧系統大致是以中學學區為單位，為提供無間斷的醫療、照顧、預防、住宅、生活支援服務，京都市在西元 2013 年針對高齡者進行問卷調查，調查結果 70% 以上需要被照顧者希望能在自宅接受照顧、50% 以上希望在人生末期能在自宅接受照顧。統計資料顯示，1950 年代，在自宅死亡約 80%、醫院死亡約 10%；但近年，約 80% 在醫院死亡，這並不符合高齡者的期待。因此，按照地域總體照顧系統的建構，盡可能讓他們居住在習慣的處所，特別是大多數期待想繼續留住自宅的高齡者。關於長照業務，目前京都市府執行重點如下：

A. 持續推動地域總體照顧系統

京都市以小學學區、中學學區、行政區域、全市區域為單位，地方自治團體 3 年 1 次訂定照護保險事業規劃，目前是第 6 期照護保險事業規劃期間，京都市的地域照顧則是由醫療、照顧、行政部門及與高齡者相關的產業別所組成的會

議，作為地域總體照顧系統的基礎單位原則是以中學學區為單位，市內目前設立 61 所地域總體支援中心（地域包括支援センター;Community General Support Center）營運。地域照顧會議主要是從高齡者個人的案例進行有關地域問題的協議，舉例說明，若高齡者已無法外出購物，其原因如果是身體功能降低的話，這屬個人問題；但如果想在附近購物卻沒有可購物之處，這就不是個人問題，是地域整體的問題。有關這樣的議題，由醫師、護士、藥師、照顧人員等要面對協商的。同時，透過協商，醫療專業人員及照顧專職人員的關係也會因彼此見面開會而更趨密切。

B.強化失智症高齡者及獨居高齡者的地域支援

2015 年 1 月，中央政府訂定「失智症施政（推動）總體戰略」，京都市也因應訂定相關政策。從 2016 年起，開始進行失智症早期診斷、早期介入，初期支援團隊於似失智症早期就與家屬接觸，推薦診療或支援醫療、照護服務的專職團隊，中央也期待在自治體單位推動的內容，擴大於京都市進行示範。另，2017 年 4 月，國際阿茲海默病協會的國際會議暫訂於京都市召開，期待這個會議的召開，能與提升失智症對策與普及有所連結。

此外，京都市政府表示為加強失智症長者的照護，今年開始他們啟動一個失智症篩檢的試辦計畫，透過介護保險服務機制，進行到宅或地域支援中心進行長者失智初篩工作，由地區綜合援助中心之服務團隊進行篩檢工作，初篩確診後則進入其對失智長者服務體系提供服務。

C.充實高齡者生活支援服務

根據 2015 年照護保險法修訂，將一直是由照護保險預防給付給居家服務及日間服務的移轉給地域支援事業。因此，除照護保險外，還必須透過地域自治體提供看護、配膳等生活支援服務。京都市為迎接將從 2017 年起實施，在 2015 年即著手進行高齡者的支援需求調查，同時也對提供生活支援服務的 500 間非營利團體（NPO）機構進行實況調查，並預定在 2016 年度規劃出提供生活支援服務的新體制。

舉例而言，高齡者一般在家裡一個人的生活比較適應而持久，但會漸漸失去與外界的關係，容易閉門不出。照顧預防重視恢復個人機能的訓練，並再加入社會參與的議題。因此，京都市認為充實高齡者與鄰近可以往來的地域自治體內之社交場所，是相當重要的。

D.持續推動第 6 期介護保險計畫

在照顧服務上所支出的費用(保險給付費)狀況，平成 25 年(2013 年)日本全體約 8 兆 5,121 億日圓，平成 26 年(2014 年)攀升至 8 兆 9,005 億日圓，比前年增加 4.6%。而京都市於平成 25 年度為 1,056 億日圓，平成 26 年度 1,115 億日圓，比前年增加 5.6%。因此，京都市的保險給付費用攀升率超出全國平均，主要是因為使用照顧服務的人數增加，從另一個觀點來看，也是因為可使用的照顧服務很充裕。詢問京都市政府民眾如何看待前項繳費較多情形及政府如何向民眾說明？市府表示京都市的保費相較於全國高係因需介護長輩人數較多，對於市民繳交高於

全國平均則表示其提供的服務較為多元，市民需使用服務強度高因此對於保費亦無太多意見。

京都市 65 歲以上老人的照護保險費，基本額是 1 個月 6,080 日圓，超出全國平均 5,514 日圓以上。基本上，目前日本的保險制度是一個照護服務充裕、使用服務多，保險費就變高的機制。至第 6 期保險事業規劃最終年度為止(平成 29 年、西元 2017 年)，京都住宿型照顧機構的目標數量，特別養護老人中心 6,105 床(人)、照顧老人保健機構 4,426 床(人)、失智症高齡者團體住宅 2,299 床(人)。

第 6 期計畫的主要施政是為了建構地域總體照顧系統，充實在地域扎根的小規模多機能服務機構為重點，目前正朝此方向努力推動。小規模多機能定位為「在地老化型服務」，只有住在服務據點所在的市町村住民可以使用，一個據點登錄人數至多為 29 人，期以小規模服務延長原本家庭內所提供的生活環境。京都市現有 75 所小規模多機能機構，1 年計 10,300 人使用，未來京都市仍將強化此類型照顧機構，來穩定需要被照顧的高齡者生活。



圖 5 社會局呂建德局長代表向京都市府同仁表達感謝



圖 6 衛生局徐永年局長代表致贈紀念品表達感謝



圖 7 參訪團員熱烈參與討論



圖 8 參訪團員在京都市府前合影

2.京都大學學術交流

京都大學位於日本京都市左京區，屬國立研究型綜合大學，京都大學前身是日本第 2 所舊制帝國大學－京都帝國大學，亦為京都學派的發源地，也是目前日本第二學府。本次參訪安排由京都大學文學研究科安里和晃教授及京都女子大學太田貞司教授進行講座，簡報全文詳如附件 3、4。

(1)安里教授分享「照顧機器人制度」摘錄內容如下：

日本預估至西元 2030 年，因為高齡化及少子化的雙重影響，造成勞動人力嚴重不足，缺口約達 10 萬多人，且目前日本外籍看護的比例仍偏低僅佔 0.1%，政府的解決之道除了鼓勵離職的介護人力復職，重回職場外，並提供在校生獎學金，俾達鼓勵選擇介護相關科系之效，但即使如此，各校每年約可培養 3 萬名之介護人力，但入校就讀人力卻僅 1.5 萬人(50%)，仍無法解決未來人力不足的問題，日方於是已將民眾觀念改革列為努力的重點。

照顧機構的介護人力，因長期需要搬運被照顧者或幫忙翻身等因素，普遍均有腰痛等困擾，目前已有 5 種型號機器人應運而生（佐賀新聞，2013 年 9 月 24 日），大致工作內容為輔助移動(協助介護人力最費力的工作項目)、失智照顧(加裝特別感應器)、步行支援、入浴如廁、對話溝通等。但目前實際運用「照顧機器人」之照顧機構僅佔 1.3%，主要原因包括操作方式不熟悉、價格高經費不足、會操作機器人的勞動人力不足、照顧內容複雜度高非單一機型可解決、意識型態根深蒂固(多數高齡者仍偏好由真人提供服務)、經營者無法具體評議使用效益

等，都是目前所面臨的問題，仍有待解決。

(2)太田教授分享「地域系統導向的日本最新介護政策」，摘錄內容如下：

日本自 2000 年 4 月開始實施介護保險制度，早期先由採收容照顧集體管理的大型機構照顧模式；逐漸發展為老人與介護保險機構簽約，以在地老化及團體家屋為中心的照顧方式；至 2011 年，演變為與在地社區結合的「地域密合型」服務方式，服務內涵從以機構為照顧中心轉變為以”區域”（即在地）為中心之基礎，其發展目的有二，一方面協助自立；一方面服務提供導向以使用者為主的整合性服務。因此，在以區域為中心的概念下非常強調醫療與社會福利之整合性服務。且 2014 年後前項以地域為中心的整合性服務，透過”醫療介護總合確保法”確認前項提供。另外，正如前面大阪及京都市政府的介紹，還強調 1.失智症篩檢及服務提供宣導、2.推動地域(區域或社區)之居民會議召開 3.充實照顧保險外之生活服務例如陪同就醫、購物等且鼓勵在地住民協助。且 2014 年更於「醫療介護總合確保法」第 2 條首次律定，進一步修正強化保險以外的生活支援，由在地的住民共同參與協助老人購物、就醫等需求，期以居家服務、在地服務，讓老人過自立正常的生活，以取代老人入住機構的需求。

不過，前述以以”區域”（即在地）為中心之基礎之工作開展仍然跟台灣社區照顧面臨一樣的問題，有 1.社區設施設備地轉換與整備 2.在地照顧人才的開發 3.社區居民的參與 4.社區民眾對於社區型照顧的接受度等課題亟需努力解決。

目前全日本共有 1,500 個「以地域為中心」的自治體單位，每個自治體的人

口數不等，分布於 1,000 人至 300 多萬人數之間，而隨著高齡人口增加，介護保險需求也逐年提升，政府以提高保險費、增稅及儘量以提供居家(在宅)服務來因應。太田教授最後並提出，日本目前所推動的「地域系統導向的介護政策」，仍面臨出院後在地化醫療支援體系的提供、政府官員及地域民眾如何有效執行等挑戰(附件 4，太田貞司，2015)。

- 「最新照護措施補充」(附件四)

本日(0708)日本針對”照護休假”有一最新的公布，厚生勞動省明年起標準放寬，照護假即使輕度也能取得。有關家庭裡有被認定為需要被照護者的上班族照護假取得標準，依據厚生勞動省(福利勞動部)8日決定將需要被照護 2-3 級放寬到 1-2 級。明年一月起，即使家屬的需要被照護程度低，步行、用餐等需要適度協助的情況下可以休假。同日由厚勞省專業人士會議報告書中明白指示。現在的標準是，有需要就入住特別養護老人之家的情況。實際狀況是，過去需要被照護 2-3 級程度，但是需要被照護的認定和照護休假的關係未相關。因此受到批評。

這個新標準清楚顯示需要被照護 2 級以上就可以取得休假。即使需要被照護 1 級以下，步行或用餐，穿脫衣物等 12 項目當中符合 (1) 1 項需要全面協助 (2) 複數中的一部分需要協助等課餘取得休假。即使幾乎不需要，無法從外出地點走到家裡的失智症家屬等也含在內。被認定為需要被照護 1 級的人，今年 4 月為止

約 122 萬人。厚勞省也將徹底讓企業瞭解新標準。現行的照護休假，原則上是每
 需要被照護者一位可休假一次取得 93 休假日。根據總務省平成 24 年(2012)年的
 調查顯示，約有 239 萬 9,000 人邊照顧家屬邊工作的人當中，有使用照護休假的
 約 7 萬 6,000 人取得率約達 3.2 %。



圖 9 本府社會局局長與衛生局局長
 於京都大學合影



圖 10 本府社會局局長與衛生局局長
 認真研議



圖 11 團員聚精會神地聽取教授專業
 分析



圖 12 本府社會局、衛生局局長及蔡
 榮晉理事長與安里教授、太田教授合
 影

(二)民間單位參訪

1.大阪府立住吉綜合福祉中心

該中心於西元 1986 年開館，為 2 層樓設施，屬大阪住吉區之地區型綜合服務中心，自 2003 年 4 月由社會福祉法人生活支持協會接受委託經營至今，機構內提供居家服務、日間照顧、短期居住等多項服務，服務對象包括老人、兒童早療與一般身障者等多元服務，接受日本介護保險相關補助，且提供有小規模多機能的照顧機構。



圖 13 住吉綜合福祉中心外觀



圖 14 住吉綜合福祉中心服務 DM



圖 15 參訪同仁與住吉綜合福祉中心原田館長合影(2015.07.06)



圖 16 衛生局徐永年局長及長照協會蔡理事長致贈紀念品感謝館長交流



圖 17 住吉綜合福祉中心廁所無障礙設計



圖 18 住吉綜合福祉中心之逃生滑梯

原田館長表示，該機構設立初期無法取得居民認同，甚至有部分民眾排斥。館長為讓社區居民瞭解、認識機構，安排提供社區學童免費於課後、假日或暑假期間，學習各項才藝課程等並提供相關托兒措施，協助社區居民兒童照顧，也讓民眾藉由服務走進機構，認識機構，並藉此建立與社區民眾之良好互動，取得社區居民認同。

此外，機構內亦積極推動在地志工服務及社會福利等人才培育，目前擔任志工者，也有許多是以前上才藝課程的學童或參加講習課程之學員。且機透過志工服務的過程讓附近住民更瞭解機構性質並進而成為員工，例如該機構副館長本身的孩子就是機構早療的兒童。該機構透過館長志工的經營和培力，不但取得居民認同更獲在地專業人力的投入，因為員工在地化的關係，更能掌握在地的需求，無形也加深機構社區化照顧的經營，值得我們學習。

此外，福祉中心在照顧老人方面的細心，由許多小處可見端倪，舉例來說，於日間照顧的休息區內，除了設有傳統的休息床位外，還添購讓長者休憩放鬆的

電動按摩椅；也眷養著象徵長壽的寵物烏龜；浴室內為考量日本長輩泡澡的傳統習慣，也設有泡澡用的浴池，讓人體會充滿人性化的老人照顧模式；浴所除無障礙設施外，加設桌板方便長輩起身；而為提升身障孩子的未來謀生能力，特別附設有拉麵館提供實作經驗等；消防滑梯也採戶外固定式的實用設計。

2. 清潔消毒公司：ROUTE 21

成立於平成 14 年的 ROUTE 公司，營運項目包括一般貨物運送、介護設備運送、介護設備洗淨消毒及販售(含新品及中古)、家具寢具清潔修繕等，目前全日本共有 3 家分公司，分別位於大阪府(八尾市，本次參訪點)、愛知縣、埼玉縣，總員工數約 50 人，每年營業額共約 7 億(日幣)。而創辦人兼現任社長宮城悟先生，原是位貨車司機，從事空調機具、一般貨物、家具寢具之組裝及運送等工作，有鑑於環保再利用的精神並考量介護產業之需求，而成立此公司，創辦理念為「Speed&Safety」，對照顧機構及輔具中心之設施設備提供組裝、清潔、消毒、運送等多項服務，目前同類型且規模相近的公司在日本僅有 4 家、另較小型者約有 20 家。



圖 19 ROUTE 21 之清潔及裝修作業(



圖 20 參訪同仁與 ROUTE 21 宮城社長

針對照顧機構之電動床、床墊、輪椅等設備，ROUTE 21 係依回收、檢查、洗淨、消毒、修理、保管、交貨等步驟，訂定標準作業流程逐一處理。洗淨過程先以小蘇打與清潔劑混合噴洗，而消毒過程原則採臭氧殺菌處理。每次清潔消毒期程約需 2 至 7 天，而費用則依設備之品項計價，以輪椅為例，每次清潔消毒約需 5,500 日幣、電動床約需 2,700 日幣，惟目前日本介護保險尚未開放補助此費用。依據業者的統計，照顧機構的設備若經過妥適的清消處理，電動床約可延長 7 至 8 年的使用年限、一般床墊則可延長約 2 年，除符合回收再利用的惜物原則，對於照顧機構內交叉感染的預防也頗有助益。

3. 神戶幸福村

幸福村位於日本神戶市北區，土地總面積廣達 205 公頃，為神戶市公有地，其南北寬約 2 公里、東西寬約 1 公里，基地最高處海拔 330 公尺、最低處海拔 60 公尺，山巒高低起伏，景色怡人，其中福利設施區域 46.1 公頃（22.5%），都市公園區域占 158.9 公頃（77.5%）。

該設施神戶市政府於 1971 年開始進行基本構想的檢討，1989 年 4 月開村，之後陸續開放綠色之家、神港園幸福之家、高爾夫球場、明友地域交流之家、明生園、蒲公英之家、藍天露天活動中心、騎馬場、老年大學…等設施，復於 2001 年 10 月開辦神戶重度身心殘疾兒、殘疾者醫療中心（笑眯眯）等。總建設經費為日圓 400 億元，主要經費來源分配為一般財源 156 億（39%）、市債 148 億（37%）、民間法人等資金 40 億（10%）、國縣支出金 37 億（9%）以及其他特定財

源 19 億（5%），由神戶市政府規劃及細部設計，並委由神戶市民福利振興協會經營管理。

幸福村經營目的與理念可歸納為下列 5 點：

- (1) 給身心障礙者和高齡者等身體上具有一定障礙的人提供必要的訓練、護理、指導等綜合性服務，以幫助他們自立和正常參與社會活動。
- (2) 促進身心障礙者、高齡者、兒童、婦女、勞動者等所有市民之間的交流。
- (3) 改善神戶市福利事業，提供相關資訊並開展研究、開發、諮詢等活動。
- (4) 給所有市民提供可以放鬆身心的綠色公園。
- (5) 整合福利、保健、醫療、教育、勞動以及文化體育活動等相關領域的資源，提供更加綜合性的福利服務。

目前幸福村共同營運事業單位包括代表單位-神戶市民福利振興協會（主要為村全體的綜合調整、規劃及管理）、Green House 股份公司（負責住宿設施與野外活動設施的管理營運）、Wellness Supply 股份公司（負責溫泉健康中心的管理營運）、美津野股份公司（室外體育設施的管理營運）以及社團法人神戶騎馬俱樂部（騎馬場的管理營運）。指定期間為 2010 年 4 月 1 日至 2014 年 3 月 31 日，指定管理費每年 11 億 6000 萬日圓（包括修繕費 1 億、計畫管理 5 億多、公園維護 4 億 3,900 萬以及老人大學 1 億多），目前營運尚能收支平衡。部分社會福祉設施是由不同的法人或團體向神戶市政府申請使用，其營運由各機構自負盈虧。

(1) 幸福村區內設施共計 34 處(如下表)，可區分為 3 類，詳如下表：

項次	類別	設施數	內容
1	社會福利相關設施	10	工作之家明友 明友區域交流所 工作之家綠友 綠色之家平成 神戶明生園 神港園幸福之家 笑咪咪醫療中心 湊川附屬醫院 神戶康復醫院 Liha 神戶
2	學習交流設施	7	宿泊館 蒲公英之家 保養中心 露天活動中心 溫泉健康中心 進修館 老人大學
3	戶外體育及娛樂休閒設施	17	露營設施 3 處 運動樂園 草坪廣場 網球場 高爾夫球場 足高爾夫球場 騎馬場 射箭場 日式庭園 果園、藥用植物園

幸福村設施(資料來源：幸福村提供之文宣)

(2) 神戶老人大學位於幸福村東側，於西元 1993 年創校，1995 年 1 月發生阪神大地震時，該大學暫時關閉作為地震救災物資的分配基地，同年 11 月後再度復校，占地約 30,000 平方公尺。目前為第 23 屆，約有學生 1,100

位，入學資格僅限年滿 57 歲，且居住於神戶市市民。創校目的在於提供退休長者社會學習的機會，並延續健康生活，入學學程為 3 年制、每學期僅收 420 位入學生，且沒有學分或學位認證。上課學費為每年 50,000 至 56,000 日幣不等，且材料費交通費都需自費，另計課程大致分為以下 5 類。

項次	課程類別	課程內容	學費(日幣)
1	健康 福祉類	健康營造、照顧技術、體操等	50,000
2	國際 交流類	英文會話、世界歷史、中文、點 字等	50,000
3	生活 環境類	水質、生物、土壤調查等	50,000
4	綜合 藝術類	繪畫、陶藝、園藝等	56,000
5	共通 學習類	合唱團、體育 (打擊樂、射飛鏢、太極)等	-

神戶老人大學學習課程類別(資料來源：幸福村提供之文宣)

神戶大學最值得一提的，是學校鼓勵長輩將所學貢獻社會，因此鼓勵她們出來做志工，因此不同課程類別的畢業生將會投入不同的志願服務工作。

(3) 神港園幸福之家是幸福村內的社會福利設施之一，與幸福村同於 1989 年開幕，是一處針對失智老人的照顧機構。可收容 100 人(床)，設有單人房、3 人房、4 人房等房型，目前計有 86 位女性、10 位男性入住，另有提供短期住宿(20 床)、日間照顧居家服務等，由於目前希望入住但仍在等候的長輩眾多，市府規定經評估為重症而使用居家服務需求度較高者，能優先予以入住，費用則由介護保險給付(民眾需自付 10%)。

神港園幸福之家的規劃是以 10 人為 1 單位照顧區，並以失能狀況予以分級，1、2、3 樓分別各有 2、4、4 個照顧區，1 樓收容較重症的個案，2、3 樓則屬身體機能較好者。住民可在機構內自由走動，機構內還眷養了一隻可愛的陪伴犬「幸太郎」，除了深受入住長者的喜愛，對失智老人的療育也頗有助益。





圖 23 兩位局長研究討論



圖 24 參訪團員認真參與



圖 25 步導的指引



圖 26 止滑墊

(4) 夜宿幸福村

當日團員進住的是幸福村的學習交流場所蒲公英之家，為以負擔看護工作主要任務的女性為中心為大家提供可以學習、交流和放鬆的場所。並為了福利器具的普及，並設有福利器具綜合大廳。5,800 平方公尺 4 層建築，可供 68 人住宿。該設施除住起來溫馨舒適外，另有提供適合身障或失能者的住宿，其相關設施狀況如下圖。



圖 27 有護欄及緊急鈴之床鋪



圖 28 無障礙之浴廁及設施設備

4. 照顧機構：微微風(中譯)

微微風是以公司型態經營的老人照顧機構，在日本已成立 41 年，該機構是以類似便利商店的型態複製經營，總員工數高達 2,226 人，資本額 86 億日幣，目前全國共有 271 處據點，堪稱全國第 1，大阪府內就有 6 處據點。

本次參訪的大阪城南微微風，係以小規模多機能型態經營，為 5 層樓建築，服務項目包括自費老人日間照顧（位於 1 樓，服務量 27 人，人力比員服員為 1:5）、團體家屋(位於 4、5 樓，每樓限收 9 人，共計服務量 18 人，對象為失智症長者)、短期照顧(SHORT STAY)等。在微微風裡有自設的廚房，豐富多元的飲食料理為機構特色，除針對糖尿病、腎臟病住民可特別提供客製化餐點外，也可依住民的吞嚥狀況、鹽分攝取及飲食分量等偏好，特製個別化調理餐食供選擇，同時兼顧長者的飲食習慣及營養狀況，讓高齡者享有活力的老年生活。



圖 29 溫馨的單人房規劃



圖 30 無障礙浴室扶手設計



圖 31 無障礙廁所掛鈴提醒



圖 32 參訪團攝於機構前

5.照顧機構：延命莊、清和苑

以社會福祉法人型態經營的延命莊、清和苑，屬 2 層樓的建築，服務宗旨為「和顏愛語」。延命莊屬自費老人住宅，不收容需使用輪椅住民，機構內附設診所，由醫師定期支援(每週 3 次)，可為老人看診，且 24 小時都有護理人員值班提供服務。

清河苑共規劃 28 室，提供 30 人服務量，計有單人房 26 間、雙人房 2 間，可收容使用輪椅之住民，每間房室內空間約 3 坪，費用均可由長照保險給付，惟電費、伙食均須另計。機構特色如下：

- (1) 單人房設計依長輩習慣規劃西式及和式房間供選擇。
- (2) 養陪伴犬蜜桑(中譯)，讓喜愛寵物的長者也能享有如在家般，與動物共同生活的樂趣與氛圍。
- (3) 為訓練老人自立行走並多活動，鼓勵機構內長者使用步行輔助用品(步行車)，該步行車結合助行器、休息座椅及購物車等 3 大功能，機構內可見許多長者人手 1 台，間接提高了長者步行的樂趣。

(4) 雖是小型機構，卻重視人力培訓，自訂有介護員考評要點及考核表單，並定期實施。



圖 33 清和苑和式的單人房設計



圖 34 中央廚房及餐廳



圖 35 清楚的檔案管理



圖 36 住民的電動床鋪



圖 37 團員積極與機構交流

伍、心得

日本介護保險服務除 1~5 級的照護相關服務外，還有 1~2 級的預防支援服務，其預防支援服務是由”地區綜合援助中心”來制定，與提供相關服務機構的協調，該地區綜合援助中心係設在各市里”地區綜合援助中心運營協會”之下，由主任護理援助專員、社會福利士(社工)及保健員或有地區經驗的護士組成的團隊，提供預防支援服務協助長者的獨立生活並提供相關服務。

不管是 1~5 級的照護或 1~2 級的預防支援服務者都透過小規模多功能提供在地居家護理、短期住宿等服務。此外地域密著型服務，是由市町村公所來管理，落實在地照護精神，與台灣目前。由於要推動的長照 2.0 版的社區照顧主義精神相當接近。此外失智老人亦為其地域密著型服務重點之一。不過，前述以以”區域”(即在地)為中心之基礎之工作開展仍然跟台灣社區照顧面臨一樣的問題，有 1. 社區設施設備地轉換與整備 2. 在地照顧人才的開發 3. 社區居民的參與 4. 社區民眾對於社區型照顧的接受度等課題亟需努力解決。

筆者認為台灣的長照 2.0 要發展與日本地域支援概念一樣的社區主義精神方向一致，並有以下心得：

(一)人力發展是我國長照得以多元發展之鑰

日本跟台灣目前很不一樣的是她們鮮少有外籍照顧服務工作者，是以也有學者提出台灣應該師法日本鼓勵年輕人投入，筆者亦認同為讓我國長期照顧多元在地發展，鼓勵年輕人口投入照顧行列確是重要策略，我們的研究分析發現，104

年 25-29 歲女性就業者 83.08%、失業者 6.68%、照顧家人者 4.06%、求學者占 3.54%，合計為 97.36%。25-29 歲男性就業者 90.08%、失業者 5.29%、求學者 2.12%，合計 97.49%。30-34 歲女性就業者 78.9%、失業者 2.69%、照顧家人者 13.44%，合計 95.03%。30-34 歲男性就業者 92.69%、失業者 4.41%，合計 97.1%。

上述數據顯示，要鼓勵已出校門的年輕人口投入長照，一則必須以勞動條件、工作成就感等因素，與其他行職業種競爭年輕勞動力，二則搭配降低年輕族群失業率策略(20-34 歲失業者共約 24.7 萬人)，導引年輕人口進入長照行列，三則以照顧政策解決女性因照顧負荷無法勞動參與的困境(25-34 歲女性照顧家人者約 16.1 萬人)。

但高齡浪潮快速來襲，向下紮根等待年輕人投入的空檔將是難題。解方應從引燃社區內中高齡者或閒置、可轉型勞動力，透過培訓成為照顧工作救火部隊。根據我們的研究發現，104 年 45-49 歲女性就業者 69.39%、照顧家人者 21.46%，50-54 歲女性就業者 56.4%、照顧家人者 26.87%。相對年輕族群，45-54 歲女性未能投入勞動市場，多是因為照顧家人，若能搭配整體性社區照顧政策，45-54 歲的勞參率開發空間更大。這群人熟悉社區資源與照顧需求，若能善加訓練並提供社區型近便的照顧工作，將能落實長照 2.0 版的社區照顧精神。更能透過照顧工作學習活躍老化生活，期能降低未來的照顧需要率。假以時日，年輕照顧大軍也完成教育整隊加入，當老、中、青之跨世代照顧大軍成形，相信多元的社區照顧才能逐漸因地制宜完備。

(二) 在地老化的整備應該從社區型空間共用開始

目前推出之長照計畫 2.0 版，期待民眾在巷弄即可獲得長照服務，無疑的，服務地點的建置是在地性之服務輸送能否普及、可近的重要關鍵，各縣市政府多面臨這個挑戰。為此，利用學校閒置空間發展長照方案或老幼共托方案，多次受到高度關注，也有成功個案獲得掌聲。此類型方案獲重視原因有三：1.老幼共托確實可行且符合需要。2.校舍空間隨高齡化、少子化調整，節省空間資源。3.學區劃定原則符合長照在地性發展的需要。

但現階段閒置校舍轉型為高齡照顧場域尚未能普及，其遭遇問題如下：

1. 用地問題：教育與社福用地雖都是特定目的事業用地，但使用者多仍需進行變更興辦事業內容。
2. 建物問題:仍有建物年代久遠，無相關建築使用執照，雖有補照的相關規定，補照仍須突破層層行政關卡，曠日廢時。
3. 建管與消防法規類別轉換：大部分學校空間要轉換成高齡照顧場域普遍會面臨此問題，目前部分縣市有固定面積以下免變更之規定。但固定面積恐不符日間照顧中心使用需求；或為符合免變更法規需要縮減收托人數，惟縮減收托人數將影響經營成本。另外當然還有消防的相關設施變更要求，層層卡關。
4. 學校與家長的配合意願：除硬體要合於法規外，還有人們未能接受學校場域內要有高齡設施，面對學校校園開放之意願，及學校家長會抗議…等因尚未建立老化社會觀念或安全疑慮所導致的人為消極不願意配合情事，這也是空

間活用必須面臨的溝通挑戰。

為落實社區主義精神讓長照設施走入巷弄，我們建議對於國中小閒置校舍地利用應該提高其法律的位階，不是目前之教育部「校園活化再利用輔導計畫」、又或是行政院推動之「公共設施閒置空間之活化及防範策略精進措施」等法律位階偏低之計畫，無法有效鬆綁建管、消防相關法規，更可能成為反對者的第一道阻牆。我們具體建議如下：

1. 於與校舍相關之設備基準之法規內明訂老幼共托空間設施或高齡照顧場域設施，前項設施屬於學校的設施內涵之一，新建校舍務必須預留空間，老舊校舍可以修繕空間以符合需求。概念上它就是學校的另一種學科教室。
2. 既然它是學校設施之一部分，建管跟消防依校園設置要求，概念是如果其他教室設施對兒童孩子是安全的，對長者理論上也不會有不安全疑慮。
3. 針對校園老幼共托或高齡照顧的設施加入通用無障礙設施概念規劃，讓長者、孕婦及身障兒童等平等加入社區校園生活。

(三)失智症的篩檢及社區照顧應積極加強整備

臺灣失智症協會依據經建會主計處於 101 年 8 月 24 日發布之「經建會 2012 年至 2060 年臺灣人口推計數報告」之全國總人口成長低推計資料，再加上失智症五歲盛行率推估，民國 120 年失智人口逾 47 萬人，屆時每 100 位臺灣人有超過 2 位失智者；民國 130 年失智人口逾 69 萬人，每 100 位臺灣人有超過 3 位失智者；民國 140 年失智人口逾 85 萬人，每 100 位臺灣人有超過 4 位失智者；民國 149 年

失智人口逾 89 萬人，每 100 位臺灣人有超過 5 位失智者。在未來的 47 年中臺灣失智人口數以平均每天增加 38.1 人的速度在成長，政府及民間都應及早準備。衛生福利部『長期照護服務網計畫(第一期)102-105 年』也述及失智人口快速增加，但照護服務體系尚未建立，服務類型及量明顯不足，且資源分佈不均。即便是長者最後選項的機構型態，目前失智入住機構式專區(或專責)，全國超過半數係由榮譽國民之家建置，且每萬名失能人口僅有 15.56 床。由此顯見，目前在長期照顧機構對失智長者的照顧資源尚如此不足，我們應該師法日本介護保險的發展積極建立社區失智症連續性介入系統，讓失智長輩及早發現，並獲得社區式連續性照顧。

(四)智慧科技在照顧實務上的發展

因應前述老、中、青三代地照顧大軍，我們如何運用科技的智慧照顧減降低照顧壓力及風險，讓照顧工作更為輕鬆，實在是當代智慧科技高度發展的現在，各級政府應該積極獎勵投入，尤其是鼓勵在地性的智慧照顧科技發展，透過獎勵促進產業發展；智慧產業的發展還能帶動照顧產業地投入，是一個在地雙贏的策略。

陸、建議

一、在地化(社區)照顧服務人力之養成與推動

為吸引年輕人投入照顧服務工作，月薪制的模式讓薪資維持穩定對年輕人確是誘因，但值得一提的是，月薪制或提高薪資的誘因有上限。簡單的說，照顧服務員的薪資不可能高於醫生或護理人員的月薪，因此除月薪的誘因外，如何提高工作的友善性與職業地位是另一個努力的方向。

正如日本住吉綜合福祉中心的人力發展，我們如何善用社區志工的力量，讓志工瞭解社區照顧的需要，並適度透過制度設計引導他們加入照顧服務行列，讓人力資源留在熟悉的社區，並將志工人力轉型成為專業照顧者投入勞動市場。

因此我們建議不管對年輕人或社區中高齡，創造社區型照顧服務工作機會，對年輕照服員來說他可以返鄉服務，對中高齡照服員他就是在社區工作，增加工作可近性，也讓工作與家庭照顧的距離拉近，透過社區資源的取得，促進照顧工作友善性。月薪制及社區友善職場的建構，讓社區的照顧人力得以培育並久任，以利社區照顧服務的永續發展。

二、社區型照顧宜因地制宜開展並落實推動

要達到前述社區人力的開發，需要社區的工作機會配搭，因此如何引用日本介護保險的地域支援概念，納入第一層地方自治體即各區公所的力量，共同點燃社區居民對在地老化的共識，並願意投入社區照顧工作，需要透過各區公所加強社區公共參與機制的教育、培力，發掘社區的照顧需要除持續導入社區預防或教

育工作外，如長青學苑、長青快樂學堂或社區照顧關懷據點外，針對社區照顧型之托老所及日間照顧中心等應該加強佈建。

三、失智症的早期發現、社區照顧服務及家庭支持服務推動

目前台灣對失智長者的照顧資源尚不足，我們應該師法日本介護保險的發展積極建立社區失智症連續性介入系統，讓失智長輩及早發現，並獲得社區式連續性照顧。尤其在資源有限的狀況下，多數失智長輩可能沒被發現或在家照顧，我們如何透過區公所或社區發展協會等第一線村里系統，協助家庭瞭解、認識並能辨識失智症長者，因此除失智症初篩機制應該建立外，應建立支持性方案協助長輩於家庭中獲妥善照顧，或得以轉介合宜的照顧體系協助之失智症連續性服務體系。

柒、附件

附件一、京都市政府簡報資料

附件二、京都大學文學研究科安里和晃教授檢報資料

附件三、京都女子大學太田貞司教授檢報資料

附件四：有關照護假之相關報導