

東海大學企業管理學系碩士班

碩士論文

台灣長期照顧產業人力資源供需之分析
-以台中地區為例

The Analysis of Supply and Demand of Human
Resources of the Long-term Care Industry in
Taiwan-A Case Study in Taichung City

The seal of Donghai University is a circular emblem with a scalloped border. It features the university's name in Chinese characters '東海大學' at the top and 'DONGHAI UNIVERSITY' in English around the perimeter. The year '1955' is inscribed at the bottom. In the center, there is a stylized design consisting of three interlocking rings and a vertical line.

指導教授：周瑛琪 博士

研究生：莊雅琪 撰

中華民國一〇五年六月

論文名稱：台灣長期照顧產業人力資源供需之分析__以台中為例

校所名稱：東海大學企業管理學系研究所

畢業時間：2016年

研究生：莊雅琪

指導教授：周瑛琪

中文摘要

本研究以台中市的長期照顧產業為研究對象，研究內容為該產業的人力供給與需求樣態。在中央政府積極推動長期照顧服務，特別是以財務支持為優先考量的政策思考下，地方政府所面臨的不見得是民眾購買長照服務的財務問題，而更可能是長照人力不足的窘境。換句話說，從制度面來看，長期照顧政策對於長照產業市場的影響，可能大幅增加長照需要，因此，觀察與分析台中市的長照人力現況與未來趨勢，是相當重要的課題。據此，本研究兼採次級文獻法與深度訪談法，作為資料蒐集方法，並以質化資料議題編碼與分析法進行資料分析。

研究結果顯示：1.台中市的長期照護策略已導入預防性照顧的新思維，將重點放在縮減老人失能程度/時間，提升老人生活自理能力與生活品質，力求減少長照體系因照顧重度失能而來的沈重負擔，使長照服務成為有以想像、能夠合理提供；2.老年長照，要追求健康與生活品質，重點是平時預防性的保養，也就是需要「大量、便宜、社區化、支持性、預防性」的長照服務，早早就開始協助老人自理生活；3.機構提供的照護服務應事先規劃以提供老人更妥善的照護。機構經營者可利用不同失能程度與照護需求的類型進行照護人力的最佳配置。本研究並針對研究結果提出兩項實務建議，分別為：由財務面建議長照中心所需之費用區分為四類；以及，建立長照人力培養計畫。

關鍵詞：長期照顧、長照人力供給、長照人力需求、老人失能、生活品質

Abstract

The aim of study is to understand demand and supply of human capital in long-term care industry in Taichung city. Under the progressive promotion of central government, especially with policy thinking of financial supporting priority, local government doesn't need to care recourse of financial status but more human supply in long term care service. In other words, policy measures will make more and more needs of long term care service delivery in market by points of institutional side. Therefore, it is important to get and analyze data for understanding status and trends at now and in future. Thus, the investigation tried to collect secondary data and empirical data by literature method and deeply interview method.

The research findings are as follows:

1. Long-term care policies in Taichung have been introduced into the new thinking of preventive care. This means that the elderly will focus on reducing the degree of disability / time, improve the elderly of daily living and quality of life. This can reduce the burden of taking care of long-term care system from severe disability, so that long-term care services have become to imagine, can reasonably provide.
2. The elderly long-term care, to the pursuit of health and quality of life, focuses on the usual preventive maintenance, which is needed "a lot cheaper, community-based, supportive, preventive," the long-term care services. We should start earlier to assist the elderly take care of themselves.
3. Care service agencies have been in advance planning in order to provide proper care for more residents. Agency operator may use different types of disability and the degree of care needs optimally configured care manpower.

Finally, this study presents two practical suggestions as follows: for necessary costs of long-term care center is recommended by the financial side is divided into four categories. Establishment of long-term care workforce production plan.

Keywords: long term care, demand and supply of human capital, disabled elderly, quality of life

目錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目錄.....	III
圖目錄.....	V
表目錄.....	VI
第一章 緒論	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	3
第三節 研究問題.....	6
第四節 研究流程.....	8
第二章 文獻探討.....	10
第一節 長期照顧基本概念.....	10
第二節 長期照護相關研究.....	23
第三節 長期照顧人力需要與供給推估方法.....	26
第三章 研究架構與方法.....	34
第一節 研究架構.....	34
第二節 研究方法.....	35
第三節 研究對象、範圍與研究限制.....	36
第四章 資料分析.....	38
第一節 研究樣本.....	38

第二節 需求面分析.....	38
第三節 供給面分析.....	42
第四節 小結.....	46
第五章 結論與建議.....	49
第一節 研究結論.....	49
第二節 研究建議.....	53
參考文獻	57
附件一 訪談大綱.....	66

圖目錄

圖 1-1-1 人口老化趨勢的國際比較	3
圖 1-3-1. 研究內容大綱	12
圖 3-1-1 研究架構.....	35
圖 4-2-1 台中市老年人口推估.....	37
圖 4-2-2 台中市托老一條龍計畫.....	44

表目錄

表 1-1-1 行政院經建會對於我國人口變動情形的推估	2
表 1-1-2 2004-2046 年臺灣需要長期照顧之失能人口與所佔比率	4
表 2-2-1 我國長期照顧十年計畫服務項目及補助內容	15
表 2-2-2 各學者對於長期照護之定義比較	16
表 2-2-3 各國對於長期照護之定義比較	17
表 2-3-1 長期照護相關研究	23

第一章 緒論

第一節 研究背景

對大部份 OECD 國家而言，人口老化的問題將在 2010-2050 年衝擊各國的公共政策¹，人口老化現象將因二次世界大戰後出生的嬰兒潮世代進入老年而更明顯。臺灣地區（含澎湖、金門與馬祖）也不例外。我國 65 歲以上老人人口占總人口的比率，在 1993 年已達 7.10%，跨越人口高齡化國家（aging nation）的門檻；到 2014 年 6 月止，高齡者(65 歲以上)比率逐年上升，幼年人口(0-14 歲)比率則因出生率下降而逐年降低；2015 年 12 月底 15-64 歲者計有 1,733 萬 8,445 人占總人口之 74.13%，65 歲以上者 274 萬 9,989 人占 11.85%，0-14 歲者有 330 萬 4,568 人占 14.35%，依賴人口(0-14 歲及 65 歲以上者)對工作年齡人口(15-64 歲者)之扶養比為 35.03%，較上年同期微幅上升 0.18 個百分點；65 歲以上老年人口對 0-14 歲人口之老化指數為 84.14%，較上年同期增加 5.33 個百分點，續呈增加趨勢²。隨著人口老化速度之增加，伴隨而來的是日益嚴重的各種老人問題。以人口推計數據來說，2025 年我國人口中將有五分之一是老人，老人人口比率直逼英國、法國及美國等已發展國家³。

回顧近幾年已開發國家的長期照護政策，就地老化（aging in place）已成為各先進國家長期照護的主要原則，大多數民眾普遍認為老人應盡可能留在家中，避免過度機構化，而是應該盡量讓老人回覆到正常的社會生活，也就是日常生活的正常化（normalization），並加強老人自我照顧的能力，以達到最大的福祉⁴。放眼國內外，家庭一直是長期照護很重要的一環，以美國為例，目前推估約有一

¹ 鄭讚源，社會福利機構與政府之間關係的省思-以我國老人安養護機構為例，新臺灣社會發展學術叢書：長期照護篇，2000 年，頁 269。

² 行政院主計處，老人福利指標統計，2016 年，臺北：行政院。網址 <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=93>，瀏覽日期：2016 年 2 月 27 日。

³ 吳玉琴，臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望，2011 年，中華民國老人福利推動聯盟會訊。

⁴ 長照協會，老人入住機構意願調查，2003 年，臺北：內政部委託調查，頁 23。

千五百萬至二千五百萬位非正式照護者，提供其親人或朋友的照護⁵。在台灣，依據「老人生活狀況調查」⁶目前接受機構照護約為10%，接受居家照顧者約佔90%，其中有百分之七十七點二之慢性病老人，在家由家人照顧。對家庭照顧者而言，其照顧壓力是長期的，照顧壓力是與日俱增的。家庭照顧者常因長期的照顧工作而經驗到身體上、心理或情緒上、社交上以及財務上的衝擊。在就地老化的世界潮流趨勢下，現代國家莫不體認長期照護的照顧工作，國家和家庭有「共同的責任」(shared responsibility)，而共同負擔起照顧之責。因此，推動社區照護成了國家在協助分擔家庭照護責任的重要政策方向。⁷

而長期照護一般可分為機構式照護(institutional care)、社區照護(community care)及居家照護(care at home)。社區照護通常包含送餐服務、日間照護、喘息服務、付費式居家服務、居家護理等及志工服務等。臺灣於2000年成立跨部會長期照護專案小組，推動「建構長期照護體系先導計畫」，在社區建立的多元支持體系則包括九大項目：居家服務、緊急救援系統、居家護理、改善住宅設施與設備、居家照護及喘息服務、照顧住宅、家庭托顧服務、失智症日間照護中心及居家復健⁸。此外，建構社區式的服務體系，一方面讓長期照護需求者可以留在家中，提升其照護品質，另一方面也分擔與減輕家庭照顧者的照顧壓力，維持或改善照顧者的生活品質。然而，長期照護的機構式照護、社區照護及居家照護支持性體系介入後，對家庭照顧者將造成重大影響，除了分攤照護的責任之外，更為重要的是對於照護費用的支出，以及對生活所造成的影響。

換句話說，長期照顧的服務對象為日常生活功能(Activities of daily life，簡

⁵ Chen, Chung-Yu, Ching-Shyh Yeo and Chung-Jen Fu, An analysis of scale of economies and capacity regulation in Taiwanese nursing homes for the elderly, 2012, International Research Journal of Finance and Economics, Vol.88, p.548.

⁶ 行政院內政部，2010年度臺閩地區老人福利機構評鑑實施計畫與評鑑結果，2010年，臺北：內政部。

⁷ 吳玉琴，臺灣老人福利百年軌跡—老人福利政策及措施之省思與展望，2013年，社區發展季刊，第133期，頁148。

⁸ 行政院內政部，長期照顧十年計畫，2007年，臺北：內政部。

稱ADLs)或工具性日常生活功能(Instrumental Activities of Daily Life, 簡稱IADLs)有障礙者。依據2007年行政院核定「長期照顧十年計畫」, 65歲以上老人ADLs失能推估長期照顧服務需求人口數, 2008年為235,138人, 2010年為249,607人, 2015年為301,990人, 2020年為370,256人。為滿足日漸增多的老人人口對於健康醫療與長期照顧需求, 已發展國家無不積極推動長期照顧服務。因此, 一些北歐國家提出「在地老化」的政策目標, 認為長期照護應盡可能讓一般失能老人及身心功能障礙者留在家中, 以提升他們自主與尊嚴的生活品質(吳淑瓊, 2002), 而居家服務提供可滿足在地老化需求。

第二節 研究動機與目的

一、研究動機

雖然老化不等於疾病, 但隨著年齡增加、生理系統的改變、功能的衰退, 使得健康問題和失能的危險性增加(Lueckenotte, 2000), 且老年人的健康問題多屬複雜之病情, 如合併、併發、累積及加成之慢性病居多(李世代, 1998)。根據衛生署統計, 我國2007年總死亡人數為139,376人, 十大死因依序為惡性腫瘤(28.9%)、心臟疾病(9.3%)、腦血管疾病(9.2%)、糖尿病(7.3%)、事故傷害(5.1%)、肺炎(4.2%)、慢性肝病及肝硬化(3.7%)、腎炎與腎症候群及腎性病變(3.7%)、自殺(2.8%)、高血壓性疾病(1.4%)、其他(24.2%)(行政院衛生署, 2008), 在這當中共有七項為慢性疾病; 換言之, 2007年因慢性疾病死亡的人數為88,503人, 佔總死亡人數的63.5%。在身心障礙人口方面, 我國身心障礙人數從1999年的64萬8,852人增加到了2007年的102萬760人, 8年間增加了37萬1,908人(57.3%), 預計2016年將達到72萬餘人, 2026年達95萬餘人, 顯示我國身心障礙人口正快速增加當中(內政部, 2008a; 鄭文輝等人, 2005)。而根據內政部(2006)

身心障礙者生活需求調查性別分析資料顯示，身心障礙者目前居住地點以家庭住宅最多(93.0%)，居住於安養、養護機構者僅占 6.9%，顯示家庭為身心障礙者主要居住及被照顧之處所(內政部，2006)。但社區中失能老年未滿足需求盛行率高達 33.3%~50.4%，此反映出家庭照顧者往往無法滿足失能者(莊坤洋等人，2004)。因此，未來在各相關長期照顧資源上仍需投入相當大的人力。

家庭功能改變亦為影響長期照顧服務需求的因素之一。隨著台灣經濟成長與社會變遷，家庭生活模式逐漸改變，人們生活方式已不再如早期農業時代的三代同堂或四代同堂的大家庭為主，而逐漸改以小家庭制。年輕人由於工作的需要，男女雙方皆需共同負擔家計，受時間、精力所限，成年子女無暇照顧老人，愈來愈感到照料老年人的負擔沉重。雖然大多數成年子女仍然認為照顧老年人是他們的責任，但他們也愈趨感到力不從心，尤其是當他們還承擔著多重責任。因此，形成家中年邁老人無人照料的窘境，此亦將影響老年人的照顧服務需求(陳淑芬，2009)。

由於在急性醫療體系中，慢性疾病病人常長期佔用急性病床，導致浪費急性醫療資源，且全民健保在支付慢性病床的給付制度上，並未嚴格管控急性病床的住院日，不僅助長超長佔用急性病床的問題，並導致偏好使用機構服務的問題發生(吳淑瓊，1998)。然而衛生署於 2009 年 9 月可能實施診斷關聯群(diagnosis related groups, DRGs)，若按照美國以往的經驗，實施 DRGs 後醫院將會鼓勵病人提早出院，此時病人可能並未完全康復，因此急性後期照顧(post-acute care, PAC)或後續醫療照護(post-hospital care, PHC)的需求將應運而生(吳肖琪，2008a)，此可能形成長期照顧相關機構需求持續成長。

除了長期照顧機構數量的成長以外，服務方案更是多元化的發展，如出院準備服務、居家服務、送餐服務以及整合型單一窗口之「長期照顧管理中心」也在 25 縣市陸續開辦，平均一年約提供 24,000 案照顧管理服務(內政部，2008b)。

面對如此多元的長期照顧服務方案，服務人力質與量的供需與培育，儼然已成為當前重要課題之一。

但在長期照顧機構的人力配置，不能僅依據機構設置標準的以床位數做為照顧人力配置之標準，應依據住民分類、照護需求、機構的服務宗旨、理念、照護品質與機構人力成本，來配置適當的照護人力。因此，未來長期照顧機構照護人力的規劃與推估就顯得格外重要。

二、研究目的

由於我國已進入高齡化社會，隨著出生率的降低及戰後嬰兒潮出生之民眾逐漸老化，長期照顧已成為當前各行業爭相研究與開發的領域，但國內在相關學術研究中卻鮮少對於長期照顧相關法規規定之必須人力需求預測做一完整且系統性的報告，目前已發表之文獻大多針對長期照顧之職能治療人力(毛慧芬、紀玢宙、吳淑瓊，2007；羅鈞令、吳錦喻、褚增輝，2004；羅鈞令、毛慧芬、吳明宜，2004)、物理治療人力(胡名霞、許書旋、江秀玲、吳淑瓊，2006；吳成方、李玉春、張禹斌、連倚南，1995；廖華芳、賴金鑫、柴惠敏、楊志良、王榮德，1995)、聽語人力(盛華等人，2007)等對象做推估，相關推估方式為問卷調查、迴歸模式、類神經網路、灰色預測等。以上研究皆非鎖定在法規所規範之護理人員、照顧服務員、與社工師，且運用方式僅限於現有資訊與法規規範來進行分析與預測，較少將臨床工作人員之工作負荷納入考量範疇，故本研究將採用三種人力推估模式，並進行次級文獻分析，以瞭解目前長期照顧機構內護理人員、照顧服務員、及社工人員的實際工作與時間分配情形，以呈現目前長期照顧人力實際需求現況，並推估至 2020 年長期照顧人力需求情形。

基於上述研究背景與動機，本研究將以次級文獻考察與次級資料分析來進行長期照顧人力現況檢視與需求推估，其研究目的的分述如下：

- (一) 探討目前台灣長期照顧人力供需現況。
- (二) 推估未來 10 年（2020、2025）內長期照顧人力需求與供給情形。

第三節 研究問題

從前述可以得知，目前我國正處於推動長照保險的情境下，而主要的規劃者包含了跨部會的行政院內政部、經建會、研考會、衛生署等社政、衛政單位。然而，從關於老人照顧政策的相關文獻可以得知，對老人照顧服務之照顧產業（包含營利的私立機構，以及屬於財團法人的非營利組織）而言，許多政策規劃未能周全務實，例如針對弱勢族群的老人而言，初期老人福利法的經濟補貼標準門檻很高，讓許多現實生活中難於困頓與無助的弱勢老人無法取得救助與補貼，彰顯政策與現實之間的落差。另外，有許多針對老人服務與照顧的社區專案計畫，很容易隨著政黨輪替而中斷，或僅於研究與實驗階段短期執行，無法讓許多有利於老人照顧的方案計畫或實驗型政策長久施行。⁹

其次，政府針對老人福利的預算呈現不增反減的趨勢，更形成老人照顧產業順利發展的絆腳石，例如2013年預算較2012年減少6億元新臺幣，促使許多長期照顧政策與方案無法順利推展，其中又以居家服務方案影響最甚，部分縣市在2010年9月經費早已不足，內政部於同年9月報行政院，動用第二預備金應急，但預備金直到12月下旬才到達地方政府，如此很難順利推動老人福利產業¹⁰。

最後，依據陳燕禎¹¹之研究與彙整結果顯示，老人福利產業正面臨供需落差問題、配套不足問題，以及外籍勞工競爭壓縮本島勞工市場萎縮問題。首先是老

⁹ 吳玉琴，臺灣老人福利百年軌跡－老人福利政策及措施之省思與展望，2011年，社區發展季刊，第133期，頁139-159。

¹⁰ 行政院主計處，老人福利指標統計，2013年，臺北：行政院。網址 <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=93>，瀏覽日期：2014年12月27日。

¹¹ 陳燕禎，福利？市場？臺灣照顧產業政策之初探，2008年，通識研究集刊，第12期，頁91-92。

人福利產業供需落差問題，老人最終還是喜歡接受居家照顧，因此會減少市場需求面，造成供給面欠缺誘因，而自然形成供給面的降低；但即使老人的家屬願意讓家中老人接受機構照顧，也常因為經濟因素、地理因素而未能找到合適的機構式照顧，另外也可能基於社會習俗等面子因素而形成實際上需要加入老人福利產業市場卻裹足不前的狀況。

另外，老人福利產業必須面對另一個困境是相關配套政策措施不足，若以老人的機構式照顧制度而言，一個健全的供給市場需要 70% 的「社區式照顧」，加上 30% 的「機構式照顧」方能穩定整體供給市場，必須要顧及中低收入等弱勢老人族群，方能推動有經濟能力的機構式老人照顧產業；目前臺灣的老人福利產業發展較為蓬勃的僅限機構式的照顧服務組織，社區式照顧機制，雖興勝於一時，但現今卻逐漸降溫，礙於政府推動該方案的補助經費日漸降低而無法與機構式照顧機制進行完善的搭配運作。

另一問題則呈現於老人照顧的勞動規劃政策，依據政府規劃執行的社區照顧產業方案所訂定的自費價格並不親民，所以許多服務需求者仍然借重外籍看護，因為外籍看護的工作成本較本籍看護收費低廉，同時也打算利用外籍看護進行以照顧家中老人為名，行照顧全家老小為實的如意算盤。所以實際上老人福利產業並未真正改善中高齡失業問題，反而促使外籍勞工的需求逐漸增加。臺灣政府當然注意到老人福利產業的問題與困境，因此積極修改老人福利法規，並擬定重新修訂老人福利機構設立標準，希望調整老人福利產業供需市場，並執行監督職責，以便為老人打造健全服務制度。但事實上，依據最新發展現象得知，不但舊的問題尚未解決，且新的問題卻持續浮顯。基於政策與制度的路徑依賴或斷裂的觀點。

這樣的規劃除了是專家、政府官員以及民間代表之綜合規劃之外，對於風險分攤以及代間移轉的人口、社會經濟課題，尚無透過與亞洲地區鄰國的長期照顧

政策比較，分析出各國制度的優缺點，找出未來我國建構長期照顧制度時的方向與內容。基於政策與制度的路徑依賴或斷裂的觀點¹²，本研究主要探討的問題有以下幾點：

- 一、 台中市老人長期照顧政策與福利服務輸送狀況。
- 二、 長期照顧人口需求與供給的推估方法與問題。
- 三、 提出修正我國長期照顧制度，特別是人力資源養成、市場供需法則，以及國家政策介入之建議。

第四節 研究流程

研究步驟與研究報告撰寫內容大綱包含：第一章緒論，敘明研究背景、目的，以及效益；第二章文獻探討，蒐集與分析長期照顧、核心能力、服務品質，以及與照顧需要等相關文獻，以利了解最新的研究趨勢，並藉之建構研究工具；第三章研究設計，說明研究方法、抽樣與調查範圍，以及研究工具制定。第四章資料分析，說明實證分析與次級資料（其他非調查所得之相關資料）探討結果。第五章結論與建議，說明研究結果，以及相關政策意涵。

¹² Streeck, W. and K. Thelen, Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies, 2005, In W. Streeck and K. Thelen eds. Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies. P24-26. NY: Oxford University Press.

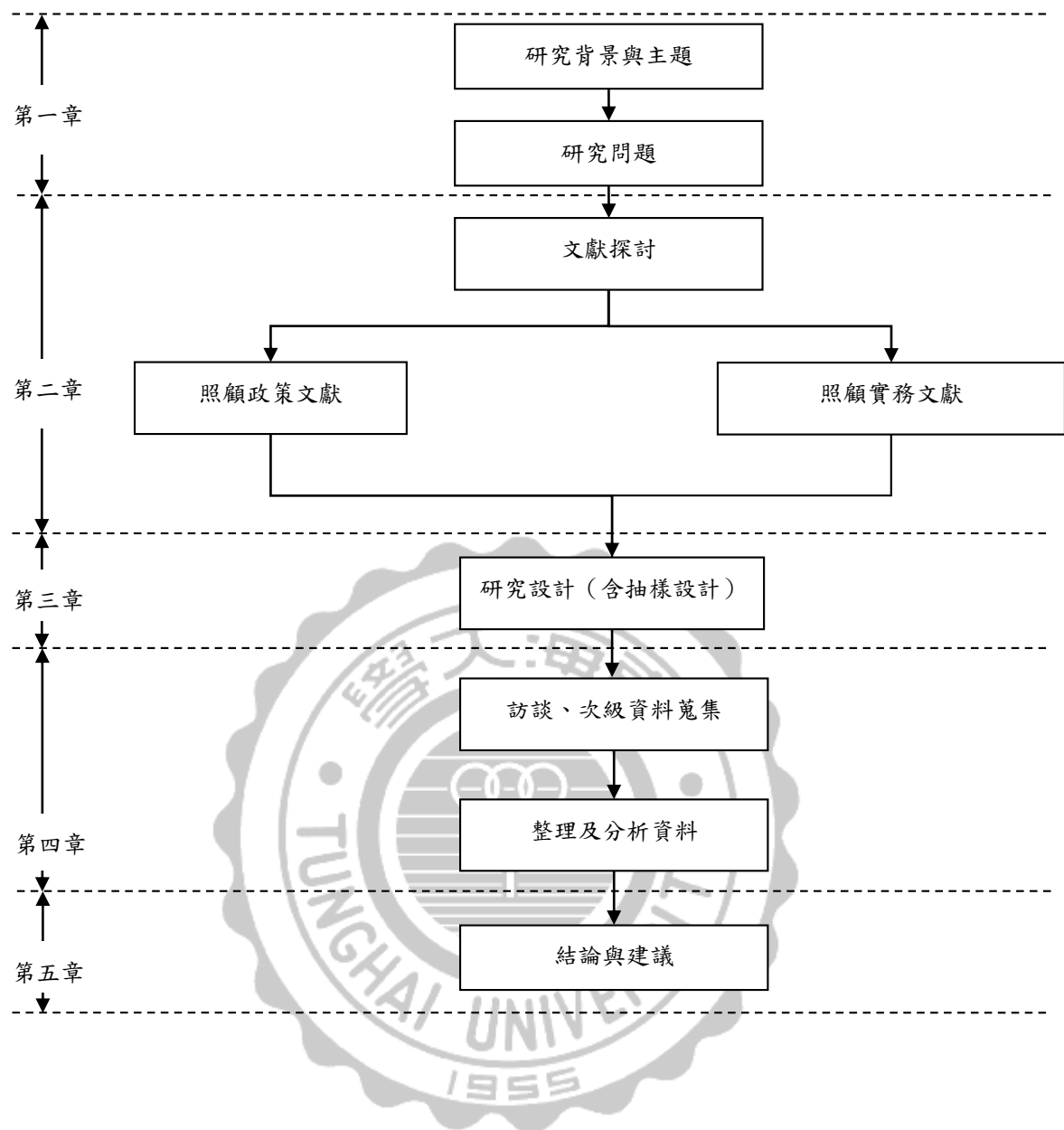


圖 1-3-1. 研究內容大綱

第二章 文獻探討

第一節 長期照顧基本概念

一、高齡化社會

人口老化是現今世界各先進政治經濟體 (advanced political economies) 共同面臨的社會變遷挑戰，只是，西方國家從上個世紀初以來就已經嚴肅面對人口老化的課題；這些國家約有百年來作準備，但我國老人人口則預估在 24 年間(1993 年-2017 年)，將從 7% 爬升至 13.50%，顯見我國老人人口快速增加之趨勢，是由少子化以及高齡化的現象所組成 (詳見表 1-1-1)，一方面，行政院經建會對於 15 歲以上人口成長率的推估，因為自然增加率不斷降低的結果，使得 15 歲以上人口成長率不斷遞減；但是由於平均餘命的增進，從 2007 年的 73.71 歲(男)、79.25 歲(女)到 2014 年的 77.11 歲(男)、83.74 歲(女)，使得老年人口佔全部人口的比率將不斷增加¹³。隨著老人人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照顧服務。¹⁴

¹³ 李明政，老人養護制度的變遷及其影響—台北市士林地區的考察，2004 年，發表於「2004 兩岸四地社會福利研討會」，中華文化社會福利基金會、西北大學主辦。

¹⁴ 行政院主計處，老人福利指標統計，2013 年，臺北：行政院。網址 <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=93>，瀏覽日期：2014 年 12 月 27 日。

表 1-1-1 行政院經建會對於我國人口變動情形的推估

年別	15歲以上 人口成長 率(%)	人口變動率(千分比)			平均餘命(歲)	
		出生	死亡	自然增加	男	女
96	0.95	9.88	6.21	3.67	73.71	79.25
97	0.95	9.79	6.36	3.43	74.20	79.56
98	0.91	9.68	6.42	3.26	75.09	80.72
99	0.91	9.54	6.49	3.05	75.87	81.75
100	0.88	9.35	6.55	2.80	76.22	82.64
101	0.87	9.14	6.53	2.61	76.54	83.04
102	0.58	8.96	6.53	2.44	76.84	83.41
103	0.65	8.79	6.55	2.23	77.11	83.74
104	0.76	8.76	6.56	2.21	77.23	83.43
105	0.77	8.78	6.57	2.22	77.43	83.54
110	0.55	8.23	6.47	2.01	77.54	84.76

資料來源：行政院主計處（2015）。

此外，承上所述，我國人口老化速度遠超過其他先進國家，老人人口所占的比率，從 1993 年的 7%，預估到 2017 年上升到 13.50% 的期間只有 24 年。而且，未來 20 年內，人口老化速度將加快，根據 2006 年 6 月行政院經濟建設委員會公布人口中推估顯示，至 2026 年老人人口比率將達到 20.6%，即每 5 個人中就有 1 位老年人¹⁵。又如圖 1-1-1 所示，預估到 2016 年後，65 歲以上老人之人口數將高於「0-14 歲」兒童人口數。除了老人人口快速增加的趨勢外，老人人口結構呈現長壽化，推估到 2051 年時，75 歲以上人口數占老人人口數的 53.8%，高於 65-74 歲人口數所占的比率。¹⁶

¹⁵ 行政院經建會，長期照護保險規劃報告，2006 年，臺北：內政部。

¹⁶ 行政院經建會，長期照護保險規劃報告，2006 年，臺北：內政部。

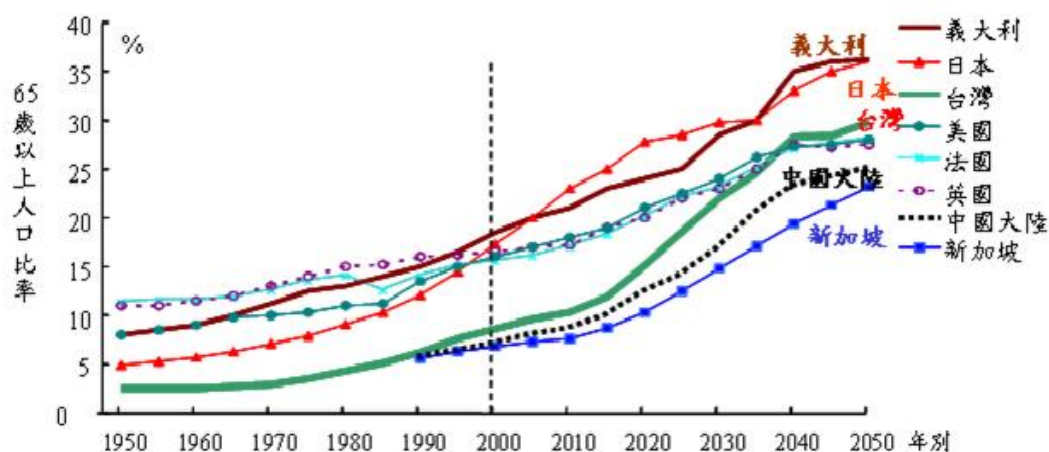


圖 1-1-1 人口老化趨勢的國際比較

資料來源：行政院經建會（2006）。

據估計，我國老年人口中，約有30萬人因日常生活活動或認知功能障礙而需要長期照護，此項需要在未來30-40年間將成長四倍¹⁷。此外，依2014年6月內政部統計月報指出，我國身心障礙者人數已達900,822人。雖然未來醫療科技會進步，但因疾病後遺症而導致的身心功能障礙者卻反而會增加，將不斷加重對長期照護的需求。老人與子女同住比率從1990年70.24%，至2013年下降至63.40%，由此可知社會型態的改變，也代表老人照顧型態的轉變¹⁸。

另外，亦有研究指出¹⁹2026年65歲以上人口比率將達20.44%，即五個台灣人中就有一位是老年人；2041年，將高達30.25%，老年人口扶養比也將上升至50.26%於2008年有256,653人，2046年有759,432人；包含ADL及IADL估計，2008

¹⁷ 張桂霖、張金鵬，老人居住安排與居住偏好之轉換：家庭價值與交換理論觀點的探討，2010年，人口學刊，第40期，頁42。

¹⁸ 行政院主計處，老人福利指標統計，2013年，臺北：行政院。網址 <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=93>，瀏覽日期：2014年12月27日。

¹⁹ 高森永、邱泯科，我國長期照顧服務供需現況與初步推估，2004年，台北：行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組第一年成果報告。

年有447,683人，2046年有1,184,496人；倘包含ADL、IADL、認知及精神障礙者估計，2008年有573,752人，2046年有1,398,628人；只針對65歲以上及ADL失能三項以上者估計，2008年有175,401人，2046年有687,420人；若只包含20歲以上及ADL三項以上者估計，2008年有242,029人，2046年有752,463人（詳見表1-1-2）。

表 1-1-2 2004 年到 2046 年臺灣需要長期照顧之失能人口與所佔比率推估

推估項目	2004		2008		2046	
	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口
20 歲以上 ADL3 項以上	210,672	0.923%	242,029	1.044%	752,463	3.607%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL	366,772	1.606%	417,309	1.800%	1,170,023	5.608%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	408,570	1.789%	465,780	2.009%	1,317,872	6.317%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	464,581	2.035%	524,127	2.261%	1,374,981	6.591%
65 歲以上 ADL3 項以上	151,068	0.662%	175,410	0.757%	687,420	3.295%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL	237,507	1.040%	274,337	1.183%	1,035,075	4.961%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	269,752	1.181%	311,279	1.343%	1,169,219	5.604%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	275,523	1.207%	317,655	1.370%	1,187,973	5.694%
全人口 ADL3 項以上	226,289	0.991%	256,653	1.107%	759,432	3.640%
全人口 ADL3 項以上+IADL	399,208	1.748%	447,683	1.931%	1,184,496	5.678%
全人口 ADL3 項以上+IADL+認知	441,006	1.932%	496,154	2.140%	1,332,346	6.386%
全人口 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	517,574	2.267%	573,752	2.475%	1,398,628	6.704%

資料來源：高森永、邱泯科（2004）。

二、長期照顧基本概念

長期照護包含的服務範圍很廣，而且與醫療、護理等醫學專業間的界線很難切割，所牽涉的人、事、物和環境非常的複雜，包含照護主體、照護客體、家庭支持系統、社區支持系統，以及國家政策干預，實際的照護內容則依據行政院內政部的分類，我國長期照顧十年計畫以及補助內容，包含有照顧服務、居家護理、社區及居家復健、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務、老人餐飲服務、

喘息服務、交通接送服務，以及長期照顧機構服務（請詳見表 2-2-1）。

在過去的相關文獻中，對於長期照顧的界定較常被採用的是 Kane & Kane(1987)的定義：長期照顧乃指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力²⁰；而Weissert則更廣義地定義長期照顧之服務對象包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供。²¹

此外，長期照顧泛指對於因疾病、意外而導致日常功能部分或全部缺乏、喪失者連續供給三個月以上之醫療與個人照顧服務；其特質為以生活照顧為主、醫療照護為輔。由此可知，長期照顧為一持續性、跨專業領域的照護概念，其服務對象主要是以身心功能障礙之失能人口為主。²²



²⁰ 莊朝榮，老人福利與照顧相關產業推廣及營業登記之研究，2004年，臺灣經濟研究院：內政部委託研究報告，頁88。

²¹ 張鳳琴、洪美玫與吳聖良等，日間照護服務的成本及效果初探，1995年，公共衛生，第22期第3卷，頁177。

²² 莊秀美，從老人的類型與照顧需求看「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式的功能，2009年，社區發展季刊，125期，頁188。

表 2-2-1 我國長期照顧十年計畫服務項目及補助內容

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

資料來源：行政院內政部（2007）。

此外，對長期照護相關概念的解讀也會因人、事、時、地、物的不同而有不同的看法。因此，長期照護之定義要達到一定程度的共識相當困難，且因為各專業背景學科不同，而措詞複雜。不過多數國家均認為，長期照護應該涵蓋各項日常生活活動的協助，以協助其日常生活之正常化之過程。以下表 2-2-2 將比較國內外各學者對於長期照護之定義，以及其所涵涉之內容。

表 2-2-2 各學者對於長期照護之定義比較

學者	年份	定義與內容
Brody	1977	長期照護可提供一種或一種以上之服務，目的在使慢性功能障礙民眾的健康及福利維持在最佳的狀態。
Koff	1982	長期照護系統的服務是一種連續性的服務，對各年齡層的老人，因生理或心理的疾病，提供機構與非機構的診斷、預防、治療復健及支持性等服務。
Winn	1982	長期照護是一種範圍很廣服務措施，可滿足缺乏自我照顧能力的民眾長期的社會保護及醫療照顧需求。
Brody	1982	長期照護為罹患慢性病或心理疾病，導致身心障礙而住進各類長期照護機構的人，提供診斷、治療、復健、預防、支持與維護性等一系列服務，期使受照護者達到最佳的身體、心理、社會功能狀態。
Kane	1987	將長期照護服務對象的界定從以「疾病診斷」為依據改為以「功能」程度為指標；並明確指出長期照護的照護期間是「長期」的，意即長期照護是對先天或後天失能者提供一段長時間的服務；提供的服務內容除了健康照護外，更包含了個人照護和社會服務，故長期照護是跨越衛生與社會福利兩大領域。
Weissert	1987	長期照護的目標在增進身體、社會及心理功能，其服務對象包括所有年齡層之人口，具有慢性身體障礙者均為其服務對象，對其提供診斷、治療、復健、支持及維持服務，而這些服務可在機構、非機構及家庭中提供。
Fvashwick	1987	長期照護乃是對暫時性或慢性功能障礙人口，提供一段長時間的健康、社會及住宿服務，使他們儘可能維持最高水準的自主生活能力。
Rosalie & Robter	1987	長期照護是針對生理或心理功能障礙者（Functional Impairment），提供個人健康照護與社會服務。
Evashwick	1987	長期照護係對暫時性或慢性功能障礙的人口，提供一段長時間的

		健康、社會及住宿服務，使他們儘可能維持最佳的自主生活能力。
Somers	1993	長期照護就是在家庭、社區或機構中提供一段長時間的醫學、護理、社會和相關服務，對象為罹患六個月以上的慢性疾病或失能者，包括功能性受損的個案。
藍忠孚等	1993	指出需要長期照護的個案，往往因生理上的失能（disability），而無法執行日常生活功能，認為長期照護旨在提供慢性病或是失能的人口，關於醫療上、個人、社會及心理一段長時間（約六個月）的照顧服務。
徐永年	1995	長期照護體系是一連續性及綜合性的照護服務，其所包括的層面不僅需有醫療體系的醫療服務，更需有生活照護及社會福利的配合。
羅紀瓊等	1995	長期照護是提供慢性病患（生理或心理）或殘障者相關的醫療服務、技術護理及個人照護等長期性、連續性並多樣性的健康服務。其目的在使接受照護者恢復、維持並增進健康或將其疾病和殘障的影響減至最低。
Kane 等	1998	長期照護是當一個人因失能（disability），而經歷一段長時間的功能困難或不能（inability）時，所給予支持連續性的幫助。
陳惠姿	2004	指出長期照護是一系列的照顧服務，依照失能者（失去體能或智能者）所保有的功能，以合理之價格（right cost）在合適之場所（right place）由適當的服務者（right provider）在適當的時段（right timing）提供恰如所需之服務（right level of service）；其目的是為了保有尊嚴，能自主的享有優質的生活。

資料來源：修改自陳重佑（2012）。

此外，各國政府對於長期照護的定義也有所不同，而且這通常與長期照護實質的實務內容差異有密切關係，以下本研究將舉德國、加拿大、美國、英國，以及我國對於長照之定義，及其內涵之比較（請詳見表 2-2-3）。

表 2-2-3 各國對於長期照護之定義比較

國家	定義與內涵
德國	因傷病或殘障事故，致無法執行日常生活之普通及例行活動，需要接受他人持續（至少 6 個月）或更長時間的援助者而言。
加拿大	提供持續性的照顧服務，以協助個人得以獨立居住在自己家裡，若有必要則協調相關機構，使其獲得所需的機構式照護。並提出連續性照護的概念，強調它是一種整合的服務體系，以照護為主，而不是以治療為主。
美國	長期照護服務對象為非機構式的居家與社區式照護，即長期照護提供診

	斷、治療、復健、預防、支持與維護性等一系列服務；服務對象為慢性病或精神病患；服務措施包括機構式及非機構式；服務目的在促進或維持服務對象的身體、心理、社會功能達到最佳狀態。
英國	長期照護必須依個案特殊需求來擬定服務模式，其過程包括發掘個案、轉介、評估、擬定照護計畫、執行照護、監督、與再評值，並且需跨專業團隊的協調合作，才能使個案因持續性照護的提供而獲得滿足。
臺灣行政院衛生署（1995）	在「我國長期照護需求與服務體系之政策分析」報告中指出，長期照護係指針對需長期照護者提供綜合性與連續性之服務，其服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以致社會性之服務，其服務對象不僅需包括病患本身，更應考慮到照顧者的需要。
臺灣台北市政府（1996）	發表「衛生醫療新白皮書」，界定長期照護是對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包含醫療與生活照護之支持系統，主要服務對象為居住於社區或機構中，身體功能障礙且需依賴他人幫忙日常生活的人。具體而言，基本上可包括因疾病、傷害或衰老所引起的生理功能障礙與認知功能損害者。目標是增進或維持身體功能及獨立生活的能力。服務的內涵包含診斷、預防、治療、復健、支持或維持等服務。
臺灣經建會（1998）	服務對象主要針對罹患慢性疾病病患（如自然衰老、中風、老人癱瘓），病情處於穩定狀態，但無法自理日常生活或不能執行日常生活功能，經評估需要長期照護者。

資料來源：修改自莊朝榮（2004）。

因此，從各學者以及各國政府對於長期照護之定義，可以看出，雖在界定服務主體以及照護內容有所差異，但大多是因各國民情、需求的不同，而在制度設計上有出入。但我們仍是可以歸結出幾個長期照護的特點，包含：

- 一、先進國家早已將福利服務轉化為有助於安定全體國民生活的社會保障制度（長期照護服務是「人權」而非「特權」具有公共事務的特性，需政府介），不再限定於保護或救濟弱勢族群的專利。事實上，照護服務社會化不但是「生產性福利（productive welfare）」，所衍生的附加價值直接、間接帶動民間事業，雇用吸收效果更不可小覷。²³
- 二、長期照護具有勞力密集的特性：身心功能異常者所需長期照護的日常生活需求內容非常廣泛，例如：燒飯、洗衣、購物、開車、洗澡...等，都是非

²³ 郭登聰，推動社會福利民營化相關法制的析論，2005年，社區發展季刊，第108期，頁40。

常費時、費力。²⁴

三、所有年齡群民眾都有長期照護的需求：雖然老年是長期照護的主要服務對象；然而，各種年齡的人，只要是身心功能障礙者，都會有長期照護需求。

25

四、長期照護服務是團隊整合性服務體系：長期照護服務需要跨專業醫療團隊服務及半專業與非專業人員參與合作，所以需要醫療保健專業人員，如醫師、護理人員、藥師、物理治療、職能治療、營養師，以及社會福利團體的介入，也需要社會整體環境的配合，如無障礙空間、社會價值觀等。²⁶

五、「個別化」與「人性化」的照護是基本的服務精神：長期照護服務內容極為多樣性和變化性，且具有彈性；因此，長期照護機構或服務提供者，如何提供適切的照護服務是一個重要的問題。²⁷

六、長期照護是「以生活照顧為主，醫療照護為輔」；長期照護服務具有「以生活照顧為主，醫療照護為輔」之特質。其目的是要使照顧者能舒服安全的留在家中或生活於熟悉的社區中愈久愈好；並提升受照顧者的生活品質及促使其家庭生活正常化。也就是說，長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，其主要目的，是促使長期失能的人，能夠處理失能所帶來的不便與困難，而得到最大程度的獨立與自主。所以，長期照顧的主要原因是「失能」，而非任何特定的疾病或傷害；長期照顧所最關心的，是健康或生活品質的維持（wellness），而非疾病的治療（illness）。而這也是稱

²⁴ 陳重佑，我國老人福利機構產業之成本結構與政府補助分析，2012年，國立雲林科技大學管理研究所博士論文，頁88。

²⁵ 陳雪姝、蔡淑玲與黃欽印，長期照顧機構住民醫療利用分析-以中部四縣市為例，2009年，臺灣公共衛生雜誌，第28卷第3期，頁179。

²⁶ 陳燕禎，福利？市場？臺灣照顧產業政策之初探。通識研究集刊，2008年，第12期，頁89。

²⁷ 曾妙慧，居家服務的金錢價值，2012年，發表於「2012臺灣人口學會暨學術研討會」，臺北：政治大學。

為「長期照顧」，而非「長期照護」；稱為「個案」或「案主」，而不稱為「病患」或「病人」的主要原因。²⁸

七、要依需求，使得資源均衡分佈，以達服務的「可近性」與「公平性」。²⁹

八、長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，必須是案主中心的、全人的、在地的、連續的、及時的、完整的，以及多元的。由於是「案主中心的」，所以所有的規劃與設計都是從案主的需求出發，而不是僅從提供者的方便或管理要求來設計，也不是以財務提供者的嚴格規定為依據。由於是「全人的」，是以「獨立、自主的維持」為目的，所以醫療、復健、護理、健康維持、社會、心理、宗教心靈、生活、空間設計、輔助工具及技術...等等各層面的需求，都屬於設計與規劃的範圍。由於是「在地的」，所以要儘量在案主所熟悉的居住環境中（例如：家庭）維持其生活，或是即使在案主進入機構式照顧時，也要儘量將機構的硬體與軟體營造為家庭的氛圍。為了「全人的」與「案主中心」的照顧，長期照顧體系的建構就必須是「連續的」，也就是從健康到失能、再到健康的各個人生階段與轉折之中，都必須要有各種能夠接續的服務。當然，這些服務也必須是「及時的」（在需要的時候能第一時間提供）、「完整的」（身心靈、軟硬體各層面），以及「多元的」（可以由不同部門提供、可以有不同選擇），才能真正地滿足個案各個不同階段的種種需求。³⁰

九、長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，為了能夠滿足前項要求，就必須要有各種整合的機制。在個案層次的整合與轉介，必須要有完整的「個案管理」機制；在服務整合方面，必須有「方案或服務整合」機制（例如機構式、居家式與社區式），以及各種不同專業人員、志工與家

²⁸ 行政院內政部，長期照顧十年計畫，2007年，臺北：內政部，頁67。

²⁹ 行政院內政部，2009年老人狀況調查結果摘要分析，2009年，臺北：內政部，頁3。

³⁰ 行政院內政部，長期照顧十年計畫，2007年，臺北：內政部，頁98。

人之間的「人員整合」機制，和各種不同組織與主管機關之間的「組織與系統整合」機制；在付費方面，必須要有「財務整合」機制；最後，還需要有供給及需求方面的「資訊整合」機制，以及體系內各種次系統校正的「評估及評值」機制。³¹

而長期照護之服務範疇以及服務方式，則可分為：機構式 (institutional-based care)、社區式 (community-based care) 與居家式 (home-based care) 照護等三大模式。除了上述服務模式還包括：長期照護服務組織的特殊、複合型態。

以下，將對長期照護服務模式做介紹。所謂長期照護機構，意指以照護罹患長期慢性疾病且需要醫療護理服務之老人為目的。針對65歲以上老人，無法自我照顧，家人又無法照顧者，提供24小時全天候之照顧。依據中華民國長期照護專業協會及中華民國老人福利聯盟專案計畫決議，將護理之家、養護機構及住宿型身心障礙機構合併統稱為「長期照護機構」，依其醫療照護需求高低，在長期照護機構基本標準上增列「技術性長期照護機構」、「植物人長期照護機構/單位」、「失智者長期照護機構/單位」及「日間長期照護機構/單位」。所謂失智者長期照護機構係指以照顧符合身心障礙者保護法鑑定標準中具有行動能力、重度失智個案為目的之機構。植物人長期照護機構的照顧依身心障礙者保護法鑑定標準，評定為植物人者之機構。日間長期照護機構則是在照顧16歲以上需要長期照顧個案之機構。³²

而社區式照顧模式則是以將長期或定期之技術性醫療護理與一般個人照護服務提供至老人居住之社區中，而非以機構照護方式將老人集中照護。接受社區式服務之老人仍居住在家中，僅部分時間接受治療與照顧；其不須完全離開原來之居住環境，仍可享有熟悉之生活模式，並連結正式（居家護理師或社工）與非正式（如人際網絡資源）之社區支援，協助他們能與平常人一樣，生活於家庭與

³¹ 行政院內政部，長期照顧十年計畫，2007年，臺北：內政部，頁43。

³² 行政院內政部，2010年度老人照顧意願與機構管理調查，2010年，臺北：內政部，頁34。

社會當中，又能得到適切之照護。提供方案包含各種不同之居家醫療、社工、日間照護、喘息服務、個案管理及送餐服務等。此服務除提供居家失能老人本身照護服務外，亦協助家庭非正式照護者來照護老人，以增加老人留住社區之可能。

33

最後，居家式照顧模式則是指直接將服務送至老人家中，老人毋須離開住所即可接受所需服務，主要之提供者為家庭中非正式照護成員。服務內容包含護理照護、個人照護與家事生活照護等。提供方案有醫師到家、送餐服務、在宅服務與居家護理、物理、職能、呼吸等治療。其中在宅服務指社政單位對失能家庭（disable families）提供日常生活之照護服務，包含洗澡、移動、家事服務與心理輔導等。居家式照護方案除協助失能老人得到持續性照護外，並提供家屬習得專業服務技巧，進而舒緩期壓力。³⁴

據上所述，長期照護不僅是個人與家庭的責任，同時也是社會與國家的責任，但是在面臨照顧成本劇增的現象，整體社會所付出的代價，仍是轉嫁於所有民眾，因此，雖然我國的社政體系以及衛政體系，都強調長期照護保險的必要性，但是這仍是必須由整體社會結構所蘊含的配套措施輔助，例如基於血緣連帶的家庭奉養、基於地緣連帶的社區照顧，以及基於公共責任的政府干預，這都顯示了長期照護政策以及長期照護體系建構的複雜性與挑戰性。

至於，本研究所界定的長期照顧居家服務，係由受委託居家服務之服務單位，安排訓練合格的居家照顧服務員，親自至個案家中提供身體照顧服務、家務服務等，協助居家罹患慢性病或無自我照顧能力者，能安穩、自由與獨立於家中生活，或紓解家庭照顧者壓力，並提供案家屬學習照顧的技巧。照顧服務人員係指領有照顧服務員訓練結業證明書、領有照顧服務員職類技術士證或高中（職）以上學

³³ 吳玉琴，臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望，2011年，中華民國老人福利推動聯盟會訊。

³⁴ 吳玉琴，臺灣老人福利百年軌跡－老人福利政策及措施之省思與展望，2011年，社區發展季刊，第133期，頁148。

校護理、照顧相關科(組) 畢業者，由受委託居家服務之服務單位安排，到宅為失能身障者或老人提供直接服務。

第二節 長期照護相關研究

由表 2-3-1 可得知相關之長照研究，此節之文獻探討主要在於討論會影響到使用長期照護服務之影響因子，研究發現，家庭關係良好，經濟所得較高者，實際上較不容易使用長照服務，但是在心態上卻是比較可以接受長期照護。

表 2-3-1、長期照護相關研究

研究者	年份	摘要
李宜真	2000	以 1996 年老人健康及長期照護調查研究，作為探討的資料庫。該研究發現影響老人接受居家照護服務之直接與間接因素，主要為老人的家庭照護人力愈少、對兩代間看法愈密切、知道居家照護者、自覺身體健康狀況愈差及認知健康愈好者，對居家照護接受度愈高。間接影響以男性、年齡愈低、自覺經濟狀況愈好、教育程度愈高、居住鄉村者，對居家照護接受度愈高。
饒嘉博	2004	家庭照顧者就業的影響因子-以嘉義市長期照護實驗介入為例。該文究使用先導計畫長期照護專案小組 2003 年 7-8 月第二次在嘉義市對家庭照顧者的調查研究資料庫進行分析討論。研究發現並非所有的社區支持性的服務皆對照顧者的就業有正面的幫助，需視服務的屬性，特別是取代照顧者人力的服務才能有直接的幫助。長時間的社區支持性服務對照顧者就業幫助愈大可發現「緊急救援」的 Beta 值或邊際影響值都比其他項的服務項的 Beta 值明顯的高，表示緊急救援對照顧者的就業支持力較高。同時使用多項社區支持性服務有助於照顧者的就業。
林坤志	2004	該文研究台電公司之員工對於長期照護之需求。主要發現為： 1、家庭功能逐漸的減弱，對子女的期待，已不在強調「養兒防老」，而是如何去儲備自己的老本。 2、對於機構式照顧，相信它能減少子女照顧的麻煩及可獲得專業的照顧，但對於父母住進機構，仍會擔心被指責為不孝子和覺得缺乏自主及自由，不過不會覺得沒面子。 3、工作對於工作助益，相信工作場所能夠提供照顧辛勞，有同事可以傾吐，舒緩壓力。相對也贊同，如果有照顧失能父母的辛勞經驗，可以增進工作困難的忍受度。但不贊同朋友或鄰居可以提供照顧。

		<p>4、希望父母，失能無法自理時由家庭來照顧；健康能自理父母，則尊重父母自己選擇生活的方式；而自己年老傾向於由機構來照顧。</p> <p>5、對台電福利需求主要是年老生活的照顧，傳統旅遊、子女教育補助需求降低。</p> <p>6、對台電公司如果要規劃老年生活照顧，希望本人和父母均能納入，其照顧的方式，可以透過地區性及公辦民營的方式來蓋一所屬於同仁的安養護機構，最好是無法自理二十四小時養護機構，其次是安養中心，他們並不要求公司由完全來支付，但希望站在企業照顧員工的美意，由勞資雙方來共同分擔。</p>
劉文敏	2004	<p>該文研究一般失能老人使用居家服務之影響因素。研究發現為每月使用居家服務時數的因素會因是否獨居、家庭月收入，失能的依賴程度、罹患關節疾病、中風、有無自費購買服務而有差異，與罹患疾病數多寡無關。有無自費購買服務不因「失能的依賴程度」而有差異，其預測因子為年齡、識字與否、家庭月收入、高使用時數者、若政府不補助費用仍然使用。不補助費用仍會繼續使用服務的變項再家庭月收入、對服務時段較滿意度、提供協助項目數、每週服務次數、自費購買服務時數、每月使用服務時數這六項有差異；在滿意度、年齡、失能依賴程度等變項則無差異。</p>
曾建堯	2006	<p>該研究以觀察法獲得環境特徵與住民行為之資料，並以逐步迴歸及階層分析等方法對所得之資料進行統計分析。本研究之自變項，環境特徵因子分為「公共環境」與「住房環境」；公共環境中包含「安全性」、「感官刺激與活動性」、「舒適度與便利性」、「方向性及辨識性」等四個構面；住房環境則有「安全性」、「個人化」、「舒適度與便利性」、「隱私性」四個構面。「住民行為」則是本研究之自變項，包含「正向行為」及「負向行為」。研究結果顯示，機構的環境特徵的確對住民行為造成影響。首先以住房環境設計來看，「個人化」程度越高，住民的正向行為就會越多。而從公共環境設計來看，雖然其中的單一構面與住民行為都未達到顯著相關，但發現住民的負向行為會因良好的公共環境設計而減少。最後將「住房環境」及「公共環境」因子同時與住民行為進行比較，發現整體公共環境能對住民的負向行為達到顯著的負相關。此外整體環境與正向行為的比較中，住房安全性對住民的正向行為也有負相關存在，原因在於住房安全性越高，可能造成住民自主活動增加，卻減少了住民與他人互動的機會，亦顯示出機構員工往往是被動與住民接觸的，當住民有需求時才會進行協助。實際建議上，研究者認為機構的設計者應改善環境設計因子以增加住民正向及減少負向行為。同時機構仍應增加環境的安全性設計，而機構人員則需更主動積極對住民關心與溝通。未來的研究者也可針對安全性環境進行研究，以佐證本研究之結論。</p>

范立筠	2008	<p>該研究利用國家衛生研究院衛生政策發展中心「2006年臺灣地區民眾健康保險調查計畫」之PHI問卷資料，獲得3002人的訪視對象，探討民眾未來長期照護偏好與購買長期照護保險的意願。研究分析的結果：受訪者的平均年齡為44.8歲，男女性別分佈平均，且多為已婚，約四成沒有工作，教育程度以國中至高中(佔41.5%)及大專以上為主(佔33.3%)，個人平均收入多在5萬元以下(佔86.6%)，家庭平均月收入在5萬元以下(46.0%)。受訪者中曾有罹患疾病的佔41.2%，自覺健康狀況是好的佔42.3%。受訪者中有7.4%過去一年有住院的經驗。過去看西醫的次數以>3次為最多(佔49.6%)，過去六個月自行購買藥品的次數以1次為主(佔50.9%)。</p> <p>有43.6%的受訪者會考慮購買(由政府或民間提供的)「長期照(看)護保險」，影響購買保險的因素包括年齡、婚姻、工作、教育程度、居民地區、經濟收入、罹病經驗、作息改變、自覺健康狀況、住院經驗及門診使用經驗。選擇長期照護的方式以「在子女家，讓子女照顧」所佔比例最高(32.2%)，而未來在長期照護的偏好中，選擇在「專業機構」照護之長期照護保險購買意願比選擇在「居家」照護者高(OR=2.22, 95%CI=1.62~3.04)，選擇由「專業人員」照護比選擇由「家屬」照護的長期照護保險之購買意願高(OR=3.98, 95%CI=2.76~5.75)。</p> <p>根據研究結果顯示，年齡、婚姻及居住地區是長期照護的偏好與長期照護保險的購買意願之主要影響因素。面對老化速度加劇的現實環境，是學界及相關部門當務之急的任務。</p>
王吟史	2011	<p>該文透過對日本長照制度之研究，了解對於在長期照護保險法制度之下，家庭照護者之定位為何？建立社會保險制度後，家庭照護情形如何？是否完全可以由社會保險制度替代？若非如此，則家庭照護者之權益是否受到保障？包含喘息照護服務、經濟性支持、專業人力確保政策方面，法制規定為何？研究結論指出，日本長照制度家庭照護之功能，這對我國未來長期照護保險法制定有所啟示，更能達到改善家庭照護者現況之效果。</p>
李惠玲	2013	<p>該研究採質性訪談方式了解主要照顧者所面臨之困境及長期照護需求。研究發現：現有社會保險因應未來的「疾病慢性化」、「健康問題障礙化」、「照護內容複雜化及照護時間長期化」等老年健康缺口之支援項目不足；而商業保險之理賠條件嚴苛，保障支援項目陽春(僅有現金給付，且金額偏低)及保費負擔沈重，也是無法滿足長期照護需求者及照顧者之需求。文末建議未來商業長期照護險發展之參考方向，如能改變其給付方式(如結合長照服務機構或醫療服務機構等)或針對照顧者所需之資訊與支援，與社會保險相互截長補短，以期長期照護保障能真正符合老年人健康或照顧者之需求，使其發揮最大功能效益。</p>

資料來源：本研究整理自各篇研究論文。

第三節 長期照顧人力需要與供給推估方法

在人力推估相關文獻中，需求(Demand)、與需要(Need)二個名詞經常被交互使用，但其中的定義並不盡相同，在此將二個名詞定義如下(Hall, 1978;Ray, 1983)。需求(demand) 意指「民眾對特定服務質與量的欲望，以實際行動表現出來的要求」。需要(need) 旨在「由專家的觀點，認為必須提供的特定服務之質與量」。因此，需要長期照顧的對象一般以鑑定功能失常，或評估長期照顧需求及其需求類型之依據指標來評估，如日常生活活動能力(Activity of Daily Living,ADLs)；包含吃飯、上下床、穿衣服、上廁所、與洗澡等；以及工具性日常生活活動(Instrumental Activity of Daily Living, IADLs)：包含煮飯、洗衣、做輕鬆家事、購物、理財、外出活動、打電話、與遵從醫囑服藥等；認知功能(cognition)則指記憶、定向、抽象、判斷、計算、及語言能力；至少有一項以上的 ADLs 或 IADLs 功能不全者，即為長期照顧的對象(藍忠孚、熊惠英，1993)。

本節依序對人力配置方式、人力之評估方式、寬放、霍桑效應、及觀察性研究的信度與效度做探討。

一、人力配置方式

有關人力配置根據國內外研究者的歸納，大致可分成四大類：(一)描述法；(二)工業工程法；(三)管理工程法；與(四)作業研究法。

(一)描述法

主要用經驗和判斷來作人員配置，並以多種方法來收集多變項之資料，但這些變項間之關係卻不清楚，最後人員配置的決定取決於有經驗者(如護理主任)之主觀判斷。

(二)工業工程法

工業工程法發展於 1950 年代，借用工業上來增進生產力的方法，其技巧包括時間研究、工作測量、功能分析、工作分配、過程分析工作簡化、及工作抽查等，美國衛生教育福利部在 1960、70 年代美國醫院之護理活動研究均採用此法。

(三)管理工程法

自工業工程法和作業研究法發展出來，其包括工業工程的觀念和技巧(如工作測量、工作簡化)，及作業研究的觀念和技巧(如工作量的變異、病人分類和數學模式之建立)。此法頗為普遍，因其概念對護理及行政人員均具有意義。

(四)作業研究法

較描述法、工業工程法或管理工程法更複雜。此法建立數學模式以描述現有之人員配置型態，此法可經由所建立之模式看出不同的操縱變數或不同之決策對整個情境的影響。經由時代的考驗，作業研究法是廣為接受且符合科學原則之病人分類系統建立方法。

二、人力之評估方式

一般來說，人力工作量之評估方式大致上可分為：(一)自我紀錄法；(二)連續觀察法；(三)工作取樣法(work sampling)；(四)直接照護取樣(direct patient care sampling)；(五)標準資料法(U. S. Department of Health, Education, and Welfare, 1978; 蘇喜，1989；林麗英，1989；陳文哲、葉宏謨，1995；劉奇達，1999)。

(一)自我紀錄法

由工作人員自行記錄其每一時段的工作，並分析統計之，此法雖然經濟但其資料的精確性則較低。

(二)連續或瞬間觀察法

以一對一觀察的方式(一個觀察員來觀察一位工作人員)來對於工作內容作

完整的紀錄。此法所得的資料雖然較完整、精確，卻需要動用到許多的觀察人員，並且較易引起工作人員因受到監視而反感，亦容易形成霍商效應(Hawthorne Effect)。

(三)工作取樣法

以隨機的起始時間、地點，每固定的時間間隔觀察所有的工作人員。此法雖合乎經濟效益，但無法掌握整個長期照顧活動的完整性。

(四)直接照護取樣

用來確定病人所獲得之直接護理時數。研究時可採用觀察員直接觀察法，或自我紀錄法來測定護理活動，觀察員直接觀察法所收集的資料精確度較高，但需較多的時間與經費；工作人員自我紀錄法資料收集快，較節省時間和金錢，但準確度較低(Alward, 1983)。

(五)標準資料法

係將直接由工作衡量(如連續觀察法)所得之測定值或經驗數值，依各長期照顧活動的單元項目分別整理為單元時間標準，以便將該數據應用於同類工作的作業條件上，以獲得某項長期照顧活動的標準時間之方法。

由於考慮到長期照顧機構工作業務繁忙，長期照顧相關人員可能會因為工作上的不便，而導致自我紀錄法所得資料的精確性受到質疑，且由於工作抽樣法無法涵蓋全部的護理活動項目，所以本研究將以次級文獻與資料作為資料收集的依據。

三、寬放

寬放(Allowance)即是因為操作時，某些有關物或人之理由，可能使作業中斷的時間，其訂定可由政策、文獻、專家建議、集體協議以及測量而得知，而測量

方法可分為馬錶連續觀測法以及工作抽查法(劉奇達，1999)。

“正常時間”僅指一位合格勝任的工作人員，以“正常速度”執行該工作所需的時間。但由於操作者可能因為生理或外在因素，而需暫停工作，因此，在一操作週期之“正常時間”決定之後，尚需酌情增加操作週期內外必要之寬放時間，使標準時間之訂定得以合理完成(陳文哲等人，1995)。

一般而言，大致上可將寬放分為私事寬放、疲勞寬放與遲延寬放等三類(Williams, 1977; Barnes, 1980; Meyer, 1982; 陳文哲等，1995；劉奇達，1999)。

(一)私事寬放(Personal Allowance)

私事寬放時間並非影響正常操作時間之因素，而是維持工作人員工作之舒適所需之時間，例如工作中途擦汗、上廁所、喝水、洗手、更衣等。

(二)疲勞寬放(Fatigue Allowance)

操作者在工作中產生生理或心理上的疲勞而減低工作的意願。而無論生理上的疲勞或心理上的疲勞，在同樣的工作中，對每個人所產生的影響並不一致，會因為對象不同，而對寬放的必要性也會有所不同。

(三)遲延寬放(Delay Allowance)

操作者因某些原因導致工作遲延之寬放，其可分為可避免及不可避免兩種。可避免的遲延指由操作者故意造成的遲延，此不應該列入寬放範圍；不可避免的遲延指非操作者所能控制之遲延，如工作途中因同事或主管詢問而停頓、或機器干擾等。

四、霍桑效應

個人或團體察覺到他們正在被觀察，他們也許會改變其行為，這些改變可能是正面的，亦可能為負面的。簡言之，當個人或團體因被觀察而改變其行為，此

即稱為霍桑效應(Hawthorne effect)(楊政學，2005)。一般來說，當觀察者不能隱藏他自己的時候，參與研究者會壓抑他負面的行為，增加期望的行為，因此可能會減少全面的活動。

五、觀察的信度、效度

觀察的信度(reliability)包括三種類型：(一)不同觀察者的相關度；(二)穩定係數，即同一觀察者在不同時間觀察的符合度；(三)信度係數，即不同觀察者在不同時間內觀察的符合度(袁方、林萬億，2002)。一般來說，可用兩種方法評估觀察測量的信度，其一，可用兩個或多個獨立的觀察者是否同意他們對相同事件或者對象的評價作檢視；再者，也可以觀察在一段時間內重覆進行研究所得的結果來評估測量的信度。效度(validation)泛指被紀錄下來的觀察可以正確地反映出他們想要測量的結果。如果兩個或多個觀察者同意他們的觀察結果，表示此觀察有很好的效度(Charles, Eliot, & Louise, 2000)。在實際觀察階段，內在經驗效度則通常會受被觀察者的反應、觀察者本人的價值觀和期望的影響、觀察者本人感官和記憶力的影響...等因素影響(袁方、林萬億，2002)。

六、健康照顧人力推估方法

人力供需研究是人力資源規劃的重要工作，其目的是為平衡人力供給與需求，避免未來可能出現人力供需不平衡的問題，而提供民眾適當且適量的醫療或健康服務更是健康照護人力規劃的最終目標(Hack & Konrad, 1995)。而健康照護人力需求受到許多因素的影響，包括人口組成的改變、國家經濟狀況、慢性病的盛行率、健康保險制度、人們對健康照顧的態度以及對專業的認識(Hack & Konrad, 1995; Morris, 1989);專業自身的定位(Mackinnon, 1985);與健康照顧體系之變化，如人力的利用、績效評估方法、及服務輸送模式的改變等(Johnson et al., 1972; 賴進祥，1995)，因此健康照護人力需求的推估必須考慮到各種影響因素。進行人

力需求推估時通常包含下列各類活動：(一)現況分析，其中可包含工作分析(job analysis)、職位調查、人力調查(manpower inventory)、組織體制的分析；(二)人力供給的推估，其中可包含遞補規劃(replacement planning)、職缺分析；(三)未來人力推估，其中可包含簡單預測法、數量預測法(李振成，2002)。

Bradshaw(1994)提出的需要性理論(needs theory)。認為個人的健康照護需要可分成四個部分：感覺性需要(felt need)、表達性需要(expressed need)、規範性需要(normative need)、與比較性需要(comparative need)。感覺性需要是指個人所感覺到的需要，是個人所需要者，如渴望(desires)與欲求(wants)等；表達性需要是指個人將感覺到的需要透過行動設法滿足，如實際的長期照顧需求等；規範性需要是專家或專業人員根據己身標準所確認出來的需要；比較性需要則是類似族羣間需要的比較，如各個不同羣體或國家做某些特徵為基礎的比較等(Bradshaw, 1994)。

需要評估乃指針對特定服務項目的團體、社區或組羣所做的調查(Polit & Beck, 2004)，其可清楚的反應出該族羣的感覺需要，或提供的服務是否滿足其需要。執行需要評估無法只藉傾聽或憑個人經驗，它必須經由系統性過程，以確認該族羣的需要，並做適當調整以滿足這些需要。

一般而言，在人力推估時方法如下：(一)「由上而下(top-down)」(Rowntree & Stewart, 1976)；(二)「由下而上(bottom-up)」；(三)由前二者組合發展而成的方法(Lyness, 1984; Rodger, Rawlings, & Simpson, 1971)。此外，亦有學者提倡使用工作時數，及評估工作負荷量以進行人力需求推估(Armitage, 1971)。而有關健康照護人力推估方法甚多，隨著目標之差異而有所不同，一般來說，可分為：(一)以需要為基礎(need-based)；(二)以需求為基礎(demand-based)(Hall & Mejia, 1978; Hack & Konrad, 1995)。以需要(need)為基礎的模式通常是根據疾病的流行情形，由「專家」依據疾病特徵來判斷需要之專業服務，例如由全國的失能人口

數或盛行率來推估長期照顧人力需要量，常用的推估方式有固定人口比率、服務目標(service-targets)，此屬由上而下(top-down)的推估方式。以需求(demand)為基礎的模式則是依據人們過去對此項服務的使用情形進行推估，此基礎係對於專業角色及功能十分明確，且其服務之必要性獲得普羅大眾認同者，常用的推估方式有資源成長比率、服務使用率(陳惠姿，2003；羅鈞令，2004)，此屬由下而上(bottom-up)的推估方式。

張媚等人(2005)曾以固定人口比率進行台灣護理人力推估，該研究指出，護理人力未來在社區(非醫院部分)工作之比率有增加的趨勢，如果是因為提供出院病人急性後期的照護，則應當會促成住院日縮短，造成護理人力由醫院移動至社區，這樣的移動並不會對總需求人數造成太大影響；如果是因為預防保健或長期照顧需求增加而增加，則有可能影響到總需求人數(張媚、余玉眉、陳月枝、田聖芳，2005)。

阮子凌(1993)整理相關文獻指出，有關衛生人力需求的方法與研究可使用服務目標進行推估，其方式為以國內衛生服務及衛生狀況較佳(或最佳)地區的比例作為估計的標準，這也較適合衛生狀況良好的國家或地區，在缺乏計畫或研究經費時使用(阮子凌，1993)

Faulkner 與 Goldman(1997)提出精神科醫師人力需求推估的方法可使用服務目標法，換言之，係以特定服務體系要提供足夠的服務所需要的人力為基礎，再推估到廣大的人口羣(Faulkner & Goldman, 1997)。毛慧芬、紀玢宙、吳淑瓊(2007)採專家判定以決定需要接受特定專業健康照護服務之需求，使個案接受到最適當醫療照護的方式，推估長期照護之職能治療人力。該研究指出，因受限於現況職能治療於長期照護發展仍未成熟，無正式法規制度據以提供服務，若以實際使用率做推估將有所偏頗，會導致低估民眾對健康照護需要(毛慧芬、紀玢宙、吳淑瓊，2007)。

陳惠姿(2003)曾利用資源成長比率、與服務使用率進行台灣地區未來長期照護人力供需分析與推估。該研究指出，資源成長比率的訂定依據標準為老人長期照護三年計畫中，衛生署所推估 1997 至 2004 年的老人長期照護資源；服務使用率的成長比率則依據該研究所調查之數據提出假設，其中失能人口數的推估乃奠基於長期照護先導計畫所調查的失能人口結果。研究結果發現，護理人員人力資源呈逐年增加之趨勢，但照顧服務員與社工人員之培訓則需要相當積極進行才能因應需求。

綜觀以上文獻分析發現，在進行健康照護人力推估時，雖大部分研究皆採數學式的推估，但亦有許多研究採用以觀察護理人員對於病患施行各種護理活動所需的時間之總和，以計算得出的標準護理時數作為護理人力推估的參考(徐南麗、王璋，1992；繆珣、林純如、陳秀蓮、黃朱貝，1995)。本研究並不以數學或模型進行實證資料的估計，而是採用次級文獻與資料分析的方式，以了解各種推估之正確性，再加以綜合結論。當然，如果從需要面向進行，使用由下而上的推估基礎時，尚須考量照護人員的工作負荷與病人的依賴情形(Devine, McClean, & Reid, 1993)。因此，經由以上文獻探討，本研究所蒐集的文獻與資料，在需求部分，將同時列入採用固定人口比率，資源成長比率，以及人力政策推估模式同時進行，供給部分，同時列入照顧產業人力現況，教育與訓練體系兩種方式，以期可推敲出在何種時間使用何種模式較為適當符合長期照顧人力工作現況，提升研究結果之準確性。

第三章 研究架構與方法

第一節 研究架構

本研究旨在推估台中市 2017-2022 年的長期照顧人力需求，對象包括護理人員(nurse)、照顧服務員(aide)、社工人員(social worker)、及(care supervisor)，在研究設計上運用次級資料分析。次級資料呈現出推估共包含三種模式，分別為固定人口比率、資源成長比率、及人力政策推估。其中，長期照顧人力工作分析，目的旨在做現況檢視，以瞭解長期照顧人力配置現況是否合適，若是，則以現況來推估 2022 年即能得到較準確之需求人力；反之，則需使用替代或輔助方式以提升正確率。

在供給面，本研究則運用衛生福利部 2011 年所推估的資料，了解未來十年內，台灣教育體系可以培養多少照顧人力，以及，這些具有受訓背景的人力，有多少獲得相關證照的機率，和投入照顧產業的機率，進行與前述服務需要量推估的對照。

次 級 文 獻 與 資 料

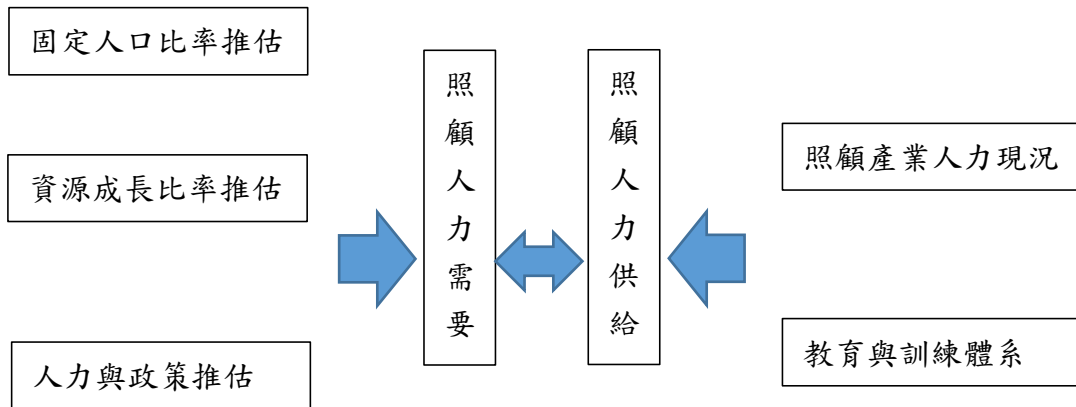


圖 3-1-1 研究架構

第二節 研究方法

一、次級文獻法

本研究首先以次級文獻法蒐集國內外與本研究議題有關之研究，藉以了解最新之研究成果。而相關的文獻搜集則扣緊老人照顧相關議題，以及與本研究相關之人力推估，以及照顧需要，進行過往研究成果之搜集，以利之後建立研究工具。

二、深度訪談法

採用開放式的半結構問卷，依照理論、構面、指標等類屬，進行研究工具的編製，並針對擬定的研究對象所在之母體進行立意抽樣。依據本研究的目的，主要在於照顧服務員的供給，以及案主服務需要之間的關係。由研究者進行實地訪查，以利降低訪員變異。

在質化資料蒐集上，本研究計畫擬定下列方式管控資料品質：次級資料法與深度訪談法將圍繞研究主題進行，而使之擁有研究效度，並與經驗資料分析結果

相加比對，為類似三角交叉方式（triangulation）的效度檢證。

三、研究工具

（訪談大綱請見附件一）



第三節 研究對象、範圍與研究限制

本研究設立之研究對象(問卷填答者)為服務經驗分別為1年以下、1-3年，以及3年以上之照顧服務員與督導。共訪問11位。

因本研究受限於時間因素，無法進行大規模抽樣與調查，可能導致研究推論範圍有限。研究工具的制定可能因文獻探討或著重觀點不同，導致訪談變異。研究者個人因工作經驗與生活經驗，可能對資料的分析結果詮釋有所偏誤。

表 3-3-1 訪談對象

代號	機構規模	職稱
A	129 床	照顧服務員 (照服員)
B	129 床	機構管理者
C	49 床	機構管理者
D	49 床	照顧服務員 (社工人員)
E	100 床	照顧服務員 (照服員)
F	100 床	機構管理者
G	77 床	機構管理者
H	77 床	照顧服務員 (社工人員)
I	46 床	照顧服務員 (護理人員)
J	46 床	照顧服務員 (照服員)
K	46 床	機構管理者

第四章 資料分析

第一節 研究樣本

本研究共訪談 11 位樣本，有 6 位為長照機構為 49 床以下規模，小型安養護機構之照顧服務人員。其餘 5 位為 49-120 床機構人員。

第二節 需求面分析

一、台中市老年人口推估

台中市迄 2015 年七月止，六十五歲以上老人有廿七萬四千多人，其中一般老人廿萬五千多人、衰退老人二萬七千多人、輕中度失能二萬一千多人、中重度失能近二萬人。如果以固定人口比例進行需求推估，則 2017 年（以目前 2016 年資料為基礎）共有 68,000 位老人有長照需要；2022 年有 125,800 位老人有長照需要；2027 年有 183,600 位老人有長照需要。

老年人口未來十年推估成長1.7倍；未來35年成長將近3倍

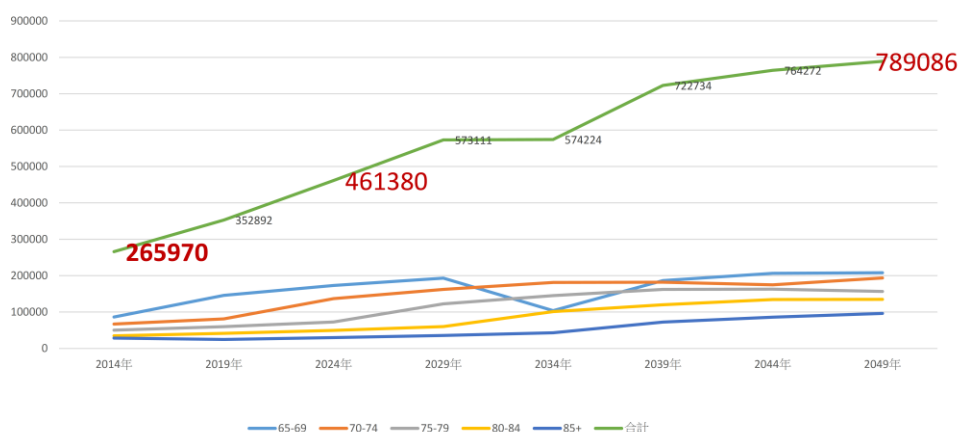


圖 4-2-1 台中市老年人口推估

資料來源：台中市政府（2015）

二、 服務機構的看法

(一) 政策法令規章

本研究發現實務界領導者認為台灣長期照護產業發展的主要政策影響因素如下列：

長期照護草案尚未立法，政府政策部門無法完全落實，所以我們不知道該如何去執行、才能享有更深一層的保障。(S002)

長期照護法案(法規)規則、細則有許多不明確因素，政策搖擺不定，帶給業者許多不確定的未來。(S003)

法規跟執行政策步調不一致，「老人長期照顧草案」規定的是老人長期照顧機構65歲以上才收案入住機構，一般是不會把65歲以下的失能者收案；而實際長期照護是照顧一些不分年齡，不見的都是65歲以上的失能的人，但是社會局卻把65歲以下失能的人安置過來機構。(S007)

目前精神疾病失能者、失智失能者、49歲以下失能者、重大疾病失能者尚未納入長期照護的保護範圍對象，若有上述個案需入住機構，通常我們會先進行評是否符合入住長期照護機構收案對象，但是又礙於台灣能夠收容精神疾病失能者、失智失能者這些地方並不多，再加上失智人口逐年增加。在實務層面中確實有案例存在例如：有些案例是年齡層只差一到兩歲的門檻、有的案例確實生活經濟富裕，日常生活功能狀況OK的，卻能夠有辦法申請外籍看護；但有些老百姓卻因只是附帶法規條件不足，甚至年齡未達到法定條件、日常生活功能狀況確實有長期照護需求，會因為法規規定而無法申請到應有的補助，甚至無法申請到外籍看護，我們的社會福利政策層面應該是要讓那些老百姓獲得更多的保障，這是法規執行層面重大的缺失。(S005)

第一個可及性不夠、第二個可親性不夠、第三個可及性可親性就是因為交通的不便、第四個照顧的資源不足有這種情形發生、第五個進出口通貨膨脹或萎縮、第六個深受近幾年國內GDP的影響。(S009)

(二) 人力供需落差問題

實際上，目前供需落差的問題在於政府對於照顧需要的總體需求沒有進行通盤性的瞭解。同時，也無法掌握所有能夠供給的數量。只是由非營利組織自己作為領頭羊，逼著政府做長照資源盤點。此外，大部分的受訪者都表示，很難聘僱到照顧服務員，這是因為受過訓練的照服員，不見得都會投身這種低薪的勞動市場。

照服員對於長期照顧人力政策方面沒有理解。
(S001)

有需要的人，在經濟方面有極大的負擔，甚至可能負荷不了。(S002)

人力嚴重的缺乏。(S003)

聘請不到人，因為少數人願意進入長照產業。
(S010)

(三) 長期照顧最大的問題

長期照顧的需要應該分階段以及分對象進行。人類衰老的過程來看，65-75歲可能就是退休後，身體慢慢老化，大約在75歲之後，才需要長期照顧的需要，但一旦使用了這個服務，其實就會一直使用到死亡為止。但如果是身心障礙者的長期照顧，就有非常不同的態勢。一般來說，身心障礙者的照顧，還必須區分障礙類別與程度，這對於照顧提供都有非常嚴峻的考驗。這種考驗最大的解決方式，但同時也是最大的問題來源，就是照顧人力的訓練問題。

應注重實務的操作，而不是照本宣科。而且不應該注重幾小時上課時數等，而是要依據個人的實際情況去調整，不然有時候只是在浪費時間（人的學習有分快慢）。（S011）

教育訓練的時間不充分，實質操作的經驗太少。機構會提供定期的在職訓練。（S009）

理論跟現實有落差。在訓練時期拉長，且機構提供在職訓練，增加經驗跟實地操作。（S008）

缺少實戰經驗，訓練時間不充分。機構得再提供在職訓練，以提高照護員的品質，在外籍勞工的部分應該在一開始進行篩選，選擇國文能通者，才不會連基本的溝通都成為障礙。（S007）

（四）長期照顧問題可能解決的對策

受訪者普遍認為，長照問題主要來自於供給面不足。這表示，在勞動力市場中，照顧服務員雖然每年由各大學相關科系畢業，以及接受政府職訓單位委辦照顧服務員訓練結業者相當多，但實際投身產業者卻不到一半。這表示政府對於照顧政策中的工作者，也就是實際照顧服務提供者之價格管制策略應該更為寬鬆。但實際上，照顧服務員的低薪（例如，以時薪計算的照服員，大約落在 120-140 之間）還是來自於職業地位的低落。我們都需要照顧服務，但我們卻無法肯認照顧服務的價值，進而可能貶低照顧服務提供者的職業地位。因此，最積極的解決對策，不外乎增加進入照顧產業勞動市場的誘因。

可以推動新一代年輕人投入長照產業，因為現階段長照人力的照服員都偏向中年婦年，深替足見退化，體力不足，而如果沒有年輕人大量輕人注入，在未來可能產生人力大量短缺。（S005）

機構不定期上課，機構提供在職教育。（S004）

目前希望長照能根據現行法規執行即可，因為新的長照法，業者無法負擔，而且會使照護員或是護理人員人力更加吃緊。政府應有政策使新的一代的年輕人注入長照產業。(S003)

第三節 供給面分析

一、服務供給現況

台中市的機構式服務之安／養護機構，截至 2015 年 12 月 (94.8) 時安養護機構 65 家，安養護床位 4,190 床。社區式服務之日間照顧 (日間托老)。由地方政府編列預算執行內政部 (現為衛生福利部) 補助辦理之日間照顧服務，係以失能老人為對象，惟實務上台中市政府推動之日間照顧服務分別有失能型或健康型。換句話說，從衛生福利部的總體資料進行比對，台中市的日間照顧服務，與 2015 年開始，因托老一條龍計畫方案，其服務人次與人數均大幅增加。根據衛福部 (2016) 的估計，六都的長照人力供給，參照各職業學校與大專院校相關科系、目前民間人力，以及未來少子化趨勢等因素進行等比例推估，截至 2020 年，應可每年增加定額 3%，但續增五年之後，增長率會逐年下降 1%。因此，至 2022 年，以 2016 年為基期，則可增長 16.5%，至 2027 年可增加 24%。

居家式服務之緊急通報專線，截至 2015 年底，共設 9 專線，服務 599 人次；緊急通報點，共設 46 點，服務 723 人次。社區/居家式服務之老人餐飲服務，截至 2015 年底，集中服務方式針對一般老人，服務 988 人，3,257 人次；針對中低收入戶者，服務 686 人，共 2,239 人次。送餐到家服務針對一般老人，服務 966 人，共 7,327 人次；針對中低收入戶老人，服務 127 人，共 3,654 人次。

2013 至 2015 年「加強老人安養服務方案」三年計畫：該方案除加強推動養護機構、日間照顧、居家服務等資源的發展外，並明訂於每一區普設「居家服務

支援中心」以提供居家服務，目前已有 9 個中心。「中低收入老人重病住院看護費補助」：使老人因重病住院聘僱人看護期間，能獲得妥善照顧並減輕其經濟負擔。中低收入老人每人每日補助 750 元，每年度最高補助九萬元；低收入戶老人每人每日補助 1,500 元，每年度最高補助十八萬元。

中央「中低收入老人特別照顧津貼」：對於未接受住宿安置、居家服務、未請看護之中低收入老人，其日常活動功能量表評估為重度以上，需家人照顧者發給特別照顧津貼，每人每月五千元（2015 年 7 月）起該項作業已設算至地方政府，由台中市政府自行辦理。「中低收入老人住宅設施補助改善」：為鼓勵老人留養家中，補助中低收入老人改善、修繕其現住自有屋內衛浴、廚房、排水、臥室等硬體設備，俾維護其居家安全，每戶最高補助新台幣十萬元，已核准補助者，三年內不再補助；租借住宅者需簽約三年以上（2015 年 7 月）起該項作業已設算至地方政府，由台中市政府自行辦理。

中央「居家服務補助」：配合「照顧服務福利及產業發展方案」，已於 2012 年 6 月開辦「非中低收入失能老人及身心障礙補助使用居家服務試辦計畫」，將補助計畫擴及至一般失能國民（中低收入居家服務部份已設算至地方政府，由台中市政府自行辦理）。「建立社區照顧關懷據點實施計畫」：自 2013 年 5 月至 2015 年 12 月止，計畫目標在：(1)落實台灣健康社區六星計畫，由在地人照顧在地人，建立社區自主運作模式；(2)以長期照顧社區營造精神，分三年設置 2,000 個社區照顧關懷據點，提供老人社區化預防照護；(3)結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，建立連續性之照顧體系。台中市共設置 65 個關懷據點，2015 年服務人數達 2,000 人，4,654 人次。

另外，根據衛生福利部（2016）資料顯示，台中市與 2016 年 2 月底止，共有 65 家長照機構，4,190 床位，可收容人數為 3,329 人，收容率為 79.5%。共有

61 家護理之家，5,675 床位。總床數為 9,865。

二、台中市針對老年人口增長的對策

實際上，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。



圖 4-2-2 台中市托老一條龍計畫

資料來源：台中市政府（2015）

因此，建立一個從健康、亞健康至失能長者皆能有多元且連續性的服務體系是必須且急迫的，對此臺中市政府推出「托老一條龍」服務，著重填補亞健康長者之照顧缺口，並以健康促進、活躍老化概念，減少老人失能臥病在床時間，延緩長者進入機構的時間及增加更多健康老人人口數為目標，托老一條龍共分為 4 階段：

第一階段為預防照顧準備期：即是在現有的社區照顧關懷據點的基礎上持續提升質與量去維持老人的生理與心理健康，也希望能從寺廟等傳統網絡推行老人

共餐，期待老人能走出家中。另外，許多老人擁有特殊的經驗與精湛的技藝，但是在退休之後，失去了一展長才的舞台，那些經過歲月錘鍊的美麗靈魂，就像地底待人挖掘的金礦，因此臺中市政府社會局去年時即開設銀髮達人館，讓長者能發揮生活智慧、傳承技藝，促進長輩社會參與的機會。

第二階段為初級預防照顧：透過拓展長青快樂學堂（日間托老所），使長輩白天可在托老所快樂上課，讓需要上班的子女能安心之外，老人也可以在上課中交朋友及活化身心機能，然而托老所的場地難尋，目前正積極運用各級學校空餘校舍辦理托老服務，如於青海國中開辦的長青快樂學堂，創造世代共學與老人福利服務的新典範。

第三階段為次級預防照顧：此為目前老人照顧服務最為缺乏的環節，老人此階段開始面臨生理的衰退進而影響生活品質。今（105）年社會局將於豐原區推動「多功能日間托老中心服務試辦計畫」，對台中市亞健康及輕度失能老人與其家庭，提供具有復原照顧支持的服務模式，依照老人之需求彈性運用，從提升老人的生活自理能力中，維持老人原本的生活樣態，如此可以避免老人因失能進入機構或加重照顧者負擔，讓老人能在社區中生活，並增進家庭照顧能量。另外，為了促進老人社會參與，也提供生活休閒活動、餐飲服務及專案活動等。

第四階段為（一般人認知的）長期照顧服務：此階段的老人因為失能或者失智，難以自理生活，但為了讓老人能持續待在社區中生活，勢必要強化社區化照顧的能量，目前除了日間照顧服務將持續擴點，也將推展多元照顧中心（小規模多機能）服務，此模式突破以往日照中心單純提供日間照顧服務，若需居家服務、喘息服務，日照中心也提供到宅的居家服務以及喘息的臨時住宿服務，使社區中的老人照顧服務更多元彈性，以支持長輩「在地終老」。

第四節 小結

一、台中市的長照政策

台中市的長期照護策略已導入預防性照顧的新思維，將重點放在縮減老人失能程度/時間，提升老人生活自理能力與生活品質，力求減少長照體系因照顧重度失能而來的沈重負擔，使長照服務成為有以想像、能夠合理提供。如此，照顧服務將不再僅是沉重的工作，也不再皆須符合高度專業規格，社區現成人力即有能力因應大部分照顧需求，可望形成「自在老、輕鬆顧」的良性循環，讓各地社區有機會逐步整備符合其需求之長照服務類型及人才。這套規畫的原則是依據被照顧者的需求與失能程度區分為「核心」與「外環」服務，讓便宜的外環服務發揮預防功能，壓縮與延緩昂貴的核心需求，並為社區居民創造在地工作機會、發展社區長照人力與長照服務能量，這就是所謂「社區整體照顧服務」。這樣的照護政策，當執行的效益越好，需要照護的對象人數反而減少，不會有統計數據成長，照護人數當作是業績，而業績被當作是政績的現象發生，這是要納入考量的重要觀念。

二、預防為主，重症照顧為輔

長期照顧的目標，並不是蓋許多醫院式的老人照護中心，而是讓老人在類似原本的居住環境中習慣地生活而又有受到照顧。老年長照，要追求健康與生活品質，重點是平時預防性的保養，也就是需要「大量、便宜、社區化、支持性、預防性」的長照服務，早早就開始協助老人自理生活。相反的，如果台灣缺乏預防性的社區輕度支持服務，而只有提供重度失能者的「昂貴老人機構」，許多老人會因為想省錢而撐撐撐、不去使用任何長照服務，最終因為不當消耗力氣而提早失能、或從輕度失能快速惡化成重度失能，最終導致台灣更多老人、更早開始使用昂貴的機構式照護，也就造成台灣老人與長照政策的雙輸。而從照顧工作者的

角度看，目前國家只發展「重度失能老人機構」，意味著長照工作等於照顧重癱、臥床等重度失能老人的沉重工作，因而國民就業意願低落，導致長照服務高度外勞化，並進一步衍生外勞人權問題。很不幸地，目前中央政府的長照政策的確是走向偏重「重度照護」，而不積極發展預防性支持服務。

三、長照機構可能的策略

對於機構的照顧服務提供者而言，未來於機構中接受長期照護服務者的年齡可能越來越高且合併的失能程度也會更加複雜。所以機構提供的照護服務內容應事先規劃以提供住民更妥善的照護，其次機構經營者可利用不同失能程度與照護需求的類型進行照護人力的最佳配置。

四、需求與供給推估

根據衛生福利部(2016)資料顯示，台中市與2016年2月底止，共有285,853位老人，老年人口比率為10.4%，失能老人數為44,079人，每萬人失能老人床數為2,238床，現有每萬人老人床數為345床。以每25位老人須一名社工員來設算，台中市長照機構共需要180位社工員。以每30位老人須一名照顧服務員來設算，台中市長照機構共需要222位社工員。以收容每49位老人須一名護理人員來設算，台中市長照機構共需要91位社工員。實際設算數仍需按照機構屬性（規模、收容人數等）進行更精確的概算。以2015年來看，目前台中市的長照機構數、收容床位，以及相關服務人力，仍可維持法律規範下的良好品質。但如果依據每年老年人口成長1.698%來計算，在2022年，以每25位老人須一名社工員來設算，台中市長照機構共需要306位社工員。以每30位老人須一名照顧服務員來設算，台中市長照機構共需要377位社工員。以收容每49位老人須一名護理人員來設算，台中市長照機構共需要155位社工員。至於，針對長照人力的需求與供給，本研究從固定人口比率、資源成長比率，以及人力政策，探討人

力需要。並從照顧產業人力現況，以及教育與訓練體系，探討人力供給，詳細如表 4-4-1 所示。

表 4-4-1 台中市長照人力需要與供給

年度	2017	2022	2027
固定人口比率	68,000 人	125,800 人	183,600 人
資源成長比率	基期	16.5%	24%
人力政策	托老一條龍，將老人區分為預防照顧準備期、初級預防照顧、次級預防照顧、長期照顧服務，從而推估服務人力於 2027 年將可增加 16.55%（以 2016 為基期）		
照顧產業人力現況	9,865 床估計服務人力為 658 人（社工員佔 222 人）	724 人（每五年增加 10%）（社工員佔 377 人）	790 人（每十年增加 20%）（社工員佔 532 人）
教育與訓練體系	每年提供 120 場次之訓練體系，訓練 1,200 人次	每年提供 120 場次之訓練體系，訓練 1,200 人次	每年提供 120 場次之訓練體系，訓練 1,200 人次



第五章 結論與建議

第一節 研究結論

對於機構的照顧服務提供者而言，未來於機構中接受長期照護服務者的年齡可能越來越高且合併的失能程度也會更加複雜。所以機構提供的照護服務內容應事先規劃以提供住民更妥善的照護，其次機構經營者可利用不同失能程度與照護需求的類型進行照護人力的最佳配置。

一、需求面結論

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，必須有短、中、長期之階段性規劃，且各階段必須能夠銜接與延續；換句話說，銜接與延續必須有「無接縫」之預期與要求。

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，必須考量長期照顧之特性。尤其是長期照顧雖然一直是人類社會的需求之一，但是整體而言，世界各國長期照顧的經驗還在累積當中，其知識體系在國內外發展的歷史尚短，學術界、專業人員及社會各界對長期照顧的認識也不多。如果要建構一個比較完善的長期照顧體系，以整合他人的長處、避免前人的錯誤，就必須在長期照顧體系建構的初期，按照長期照顧體系的特性來規劃與設計。

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，包括一系列廣泛的健康、醫療及與健康相關的支持性服務：這些服務可能由正式體系提供，也可能由非正式體系提供長期照顧，更理想的方式，則是由正式與非正式體系一起搭配來提供。

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，其主要目的，是促使

長期失能的人，能夠處理失能所帶來的不便與困難，而得到最大程度的獨立與自主。所以，長期照顧的主要原因是「失能」，而非任何特定的疾病或傷害；長期照顧所最關心的，是健康或生活品質的維持(wellness)，而非疾病的治療(illness)。而這也是稱為「長期照顧」，而非「長期照護」；稱為「個案」或「案主」，而不稱為「病患」或「病人」的主要原因。

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，必須是案主中心的、全人的、在地的、連續的、及時的、完整的，以及多元的。由於是「案主中心的」，所以所有的規劃與設計都是從案主的需求出發，而不是僅從提供者的方便或管理要求來設計，也不是以財務提供者的嚴格規定為依據。由於是「全人的」，是以「獨立、自主的維持」為目的，所以醫療、復健、護理、健康維持、社會、心理、宗教心靈、生活、空間設計、輔助工具及技術...等等各層面的需求，都屬於設計與規劃的範圍。由於是「在地的」，所以要儘量在案主所熟悉的居住環境中（例如：家庭）維持其生活，或是即使在案主進入機構式照顧時，也要儘量將機構的硬體與軟體營造為家庭的氛圍。為了「全人的」與「案主中心」的照顧，長期照顧體系的建構就必須是「連續的」，也就是從健康到失能、再到健康的各個人生階段與轉折之中，都必須要有各種能夠接續的服務。當然，這些服務也必須是「及時的」（在需要的時候能第一時間提供）、「完整的」（身心靈、軟硬體各層面），以及「多元的」（可以由不同部門提供、可以有不同選擇），才能真正地滿足個案各個不同階段的種種需求。

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，為了能夠滿足前項要求，就必須要有各種整合的機制。在個案層次的整合與轉介，必須要有完整的「個案管理」機制；在服務整合方面，必須有「方案或服務整合」機制（例如機構式、居家式與社區式），以及各種不同專業人員、志工與家人之間的「人員整合」機制，和各種不同組織與主管機關之間的「組織與系統整合」機制；在付費方面，必須要有「財務整合」機制；最後，還需要供給及需求方面的「資訊整合」機

制，以及體系內各種次系統校正的「評估及評值」機制。

長期照顧體系之建立，與整合性長期照顧服務之提供，既然需要多方面的整合，就必須要由民間與政府合作、機構與社區及家庭合作、專業與志工及家人的合作，以及學術和實務的合作。根據衛生福利部（2016）資料顯示，台中市與 2016 年 2 月底止，共有 285,853 位老人，老年人口比率為 10.4%，失能老人數為 44,079 人，每萬人失能老人床數為 2,238 床，現有每萬人老人床數為 345 床。以每 25 位老人須一名社工員來設算，台中市長照機構共需要 180 位社工員。以每 30 位老人須一名照顧服務員來設算，台中市長照機構共需要 222 位社工員。以 g. 收容每 49 位老人須一名護理人員來設算，台中市長照機構共需要 91 位社工員。實際設算數仍需按照機構屬性（規模、收容人數等）進行更精確的概算。以 2015 年來看，目前台中市的長照機構數、收容床位，以及相關服務人力，仍可維持法律規範下的良好品質。但如果依據每年老年人口成長 1.698% 來計算，在 2022 年，以每 25 位老人須一名社工員來設算，台中市長照機構共需要 306 位社工員。以每 30 位老人須一名照顧服務員來設算，台中市長照機構共需要 377 位社工員。以收容每 49 位老人須一名護理人員來設算，台中市長照機構共需要 155 位社工員。

二、供給面結論（以 2015 年資料為準）

機構式服務之安／養護機構，截至 2015 年 12 月（94.8）時安養護機構 65 家，安養護床位 4,190 床。社區式服務之日間照顧（日間托老）。內政部補助辦理之日間照顧服務，係以失能老人為對象，惟實務上台中市政府推動之日間照顧服務分別有失能型或健康型。

居家式服務之緊急通報專線，截至 2015 年底，共設 9 專線，服務 599 人次；緊急通報點，共設 46 點，服務 723 人次。社區/居家式服務之老人餐飲服務，截至 2015 年底，集中服務方式針對一般老人，服 988 人，3,257 人次；針對中低收

入戶者，服務 686 人，共 2,239 人次。送餐到家服務針對一般老人，服務 966 人，共 7,327 人次；針對中低收入戶老人，服務 127 人，共 3,654 人次。

2013 至 2015 年「加強老人安養服務方案」三年計畫：該方案除加強推動養護機構、日間照顧、居家服務等資源的發展外，並明訂於每一區普設「居家服務支援中心」以提供居家服務，目前已有 9 個中心。「中低收入老人重病住院看護費補助」：使老人因重病住院聘僱人看護期間，能獲得妥善照顧並減輕其經濟負擔。中低收入老人每人每日補助 750 元，每年度最高補助九萬元；低收入戶老人每人每日補助 1,500 元，每年度最高補助十八萬元。

中央「中低收入老人特別照顧津貼」：對於未接受住宿安置、居家服務、未請看護之中低收入老人，其日常活動功能量表評估為重度以上，需家人照顧者發給特別照顧津貼，每人每月五千元（2015 年 7 月）起該項作業已設算至地方政府，由台中市政府自行辦理。「中低收入老人住宅設施補助改善」：為鼓勵老人留養家中，補助中低收入老人改善、修繕其現住自有屋內衛浴、廚房、排水、臥室等硬體設備，俾維護其居家安全，每戶最高補助新台幣十萬元，已核准補助者，三年內不再補助；租借住宅者需簽約三年以上（2015 年 7 月）起該項作業已設算至地方政府，由台中市政府自行辦理。

中央「居家服務補助」：配合「照顧服務福利及產業發展方案」，已於 2012 年 6 月開辦「非中低收入失能老人及身心障礙補助使用居家服務試辦計畫」，將補助計畫擴及至一般失能國民（中低收入居家服務部份已設算至地方政府，由台中市政府自行辦理）。「建立社區照顧關懷據點實施計畫」：自 2013 年 5 月至 2015 年 12 月止，計畫目標在：(1)落實台灣健康社區六星計畫，由在地人照顧在地人，建立社區自主運作模式；(2)以長期照顧社區營造精神，分三年設置 2,000 個社區照顧關懷據點，提供老人社區化預防照護；(3)結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，

建立連續性之照顧體系。台中市共設置 65 個關懷據點，2015 年服務人數達 2,000 人，4,654 人次。

另外，根據衛生福利部（2016）資料顯示，台中市與 2016 年 2 月底止，共有 65 家長照機構，4,190 床位，可收容人數為 3,329 人，收容率為 79.5%。共有 61 家護理之家，5,675 床位。總床數為 9,865。

第二節 研究建議

本研究旨在推估台中市 2015、與 2020 年的長期照顧人力需求，對象包括護理人員(nurse)、照顧服務員(aide)、社工人員(social worker)、及長期照顧管理中心之照顧管理專員(歸為照顧服務員計算)與督導(歸為社工人員計算)。服務機構從找尋個案、接受申請、需求評估、資格認定、服務量的核定、連結服務單位、服務品質監控、申訴等，各個縣市的「長照中心」在個案管理的流程、環節、分工、操作單位的安排或操作責任的歸屬等各方面呈現多元的狀態，這些多元的狀態主要是受到管理機制的整合情形的影響。

整體而言，如果長照服務和輸送的體系所需要的是跨體系、跨部門、和跨專業等的合作和協調，則台中市長照輸送體系目前最大的難題是整合的問題，整合牽涉到許多的層面，追溯到源頭則是法源的基礎，目前長期照顧體系的法源基礎頗為分歧，如：老人福利法、身心障礙者保護法、和其他的法源，缺乏統整的法源；在行政架構上也出現分歧，社政、衛政、和其他系統，服務輸送體系定位、組織、和權責不明確、多頭馬車、各自為政，此外，資源的多頭來源和給付來源的不一，導致資源重疊和分散的現象；再加上政府財政困難，服務資源缺乏，經費和人力不足的問題，顯示整個體系變革上的需要。

目前台中市各長照中心因為沒有掌握服務委託的管理權，嚴重削弱照顧管理師對

於服務提供者的掌控能力，因此建議長期照顧管理中心應具有預算規劃、委託與執行的權力，以利對於服務提供者的掌握。

做為區域性服務資源的整合中心，長照管理中心必須要有相對的財務自主權。目前台中市政府長照服務相關預算依照行政主管機關的科目編列所造成的多頭馬車現象，可以透過開辦保險的方式整合長照的財源。如果採用稅收制，政府如何統整長期照顧的多重法源與財源，將是重要課題。無論採保險制或稅收制，長照服務的財源都必須將決策權力下放到地方層級的長照管理中心。(以蔡英文政府的執政團隊規劃，應屬稅收制。因此，本研究從財務面建議長照中心所需之費用區分為四類：

長照管理中心的經常門與資本門費用：依照一般公務預算編列方式「科目預算」(Targeted Funding and Line Items)進行，提報年度計畫審定後核定。這是傳統政府預算編列方式，金額根據年度計畫提報審定後核定金額，為長照管理中心的經常性運作與資本門費用。

服務設施(含創新服務與既有服務)的資本門：依照資本門預算(Capital Expense Funding)編列，為避免服務擴張的資本門造成預算的膨脹，創新性服務與例行性服務的設施資本門應經中央部會審核後，由「長期照顧發展基金」提供。

例行性服務：由中央政府將現有中央政府長期照顧相關服務預算整合為長期照顧服務科目，依照現有台中市統籌分配款制度，依據論人總額預算原則(以該地區人口學及社經指標推估該區年度總預算)或服務單價基準推估模式預算原則(參照現有服務模式計算服務單價後，依據各區人口特質，依照比例估計需求)，核定給地方執行單位。總額預算(Population Needs Based Funding)可以依照特定服務區塊(服務特性，如社區照顧、機構照顧、住宿服務或依照服務對象，如精神障礙者、老人、失智症患者)編列。地方執行單位再依據類似原則將預算分

配給長期照顧管理中心，由中心依照在地需求，按照中央規定之服務項目決定各項服務之分配比例。財源由中央政府公務預算/長期照顧保險支應。

創新性服務：由中央政府長期照顧服務預算/彩券盈餘中，提撥一定比例編列計畫專案支持創新性服務。由各長照中心提出申請計畫，依照科目預算編列預算。財源可由中央政府公務預算/長期照顧保險/彩券盈餘支應。

至於，長照人力培養計畫方面，本研究提出以下幾個建議。

(一) 引進新勞動者進入照顧服務部門

為增加照顧服務人力的勞動供給，並開拓新的勞動力來源，歐洲許多國家近年召募長期失業或尋職不易者、未就業者從事照顧服務工作；而美國則協助福利依賴者（即接受社會救助之低收入者）接受簡單訓練後輔導參與照顧工作，都有相當的成效。同時，為了解決國內相關勞動力短缺問題，已經有部分國家選擇引進外籍看護工來滿足家庭的照顧需求。另外，也有許多國家採行措施以鼓勵男性勞工進入傳統的照顧領域工作，有效提高照顧服務部門的工作形象與條件。

(二) 提升照顧服務的工作條件

增加照顧服務員與照顧部門的福利與待遇，是提升此部門就業與降低流動率最直接有效的方法。許多國家的經驗顯示，提高照顧工作者的薪資報酬，即有助於提高就業意願，另美國亦透過提供醫療保險或交通補助以吸引勞動者投入照顧行列。此外，有些國家嘗試賦予照顧工作者更多的責任感，以提高照顧工作者的工作動力，也經由適度的競爭來提升工作效率、增加工作滿意度，使照顧工作成為較具吸引力的工作，也更能有效地增加照顧服務人力的供給。

(三) 強化家庭照顧的角色與功能

不管長照制度如何發展，家庭與親屬照顧仍是失能者照顧的主軸，故應瞭解家庭照顧的重要性，並在政策上有效地支持與強化家庭與非正式照顧，提供必要

的支持性服務如喘息服務，即可減少對正式照顧如機構服務的需求。亦有國家提供受照顧者的家庭成員訓練成為家庭照顧助理，並給予薪資報酬，不但將傳統家庭責任外部化，創造更多的工作機會，也會使家庭照顧者的生活更為容易。以上透過強化家庭照顧功能之作法，均能有效減少照顧服務人力不足的壓力。

（四）就業媒合服務

人力資源的充分運用是政府責無旁貸的工作，就業市場的人力供需一旦出現人力不足問題，政府就必須適度透過就業媒合機制與職業訓練體系來加以解決。美國於 1998 年實施勞動力投資法 (Workforce Investment Act, WIA)，透過在每一地方勞動力投資區域建立單一窗口生涯中心服務輸送體系 (One-Stop Career Center Services)，連結區域內可用資源，提供核心、密集、訓練三層次服務，以達成促進就業、維持薪資與技能、減少福利依賴、增進勞動力素質、提升全國經濟競爭力等目標。在 WIA 的經費挹注下，美國部分州政府採取強化職業訓練與就業媒合機制，來解決照顧服務人力不足的問題。

（五）後續研究建議

建議未來研究之方向，可進行全國機構住民的普查以取得正確之照護需求情形，並進一步探討機構住民照護需求類型與照護服務品質間的關係，亦可針對家庭照顧者利用訪談的方式探討。另外可以繼續深入探討在我國目前強調在地老化與住宅照護的政策下，於機構中的住民或家庭照顧者是否真正了解可申請的照護服務內容，或者即使瞭解但是否願意提出申請，以提供政策上能擬定更完善的照護計劃。

參考文獻

一、中文部份

內政部統計處網站 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week10040.doc>。檢索時間 2012 年 11 月 17 日。

王國慶，我國老人福利政策的歷史制度論分析，2005 年，社區發展季刊，第 109 期，頁 52-70。

王湧泉，徘徊在中央集權化與地方分權化的臺灣社會福利體制，2004 年，高雄應用科技大學學報，第 33 期，頁 171-192。

王雲東，社會科學研究法，2009 年，臺北：雙葉。

王增勇、張宏哲、周月清、彭美琪、劉蓉台、湯麗玉，我國長期照顧服務輸送規劃研究，2005 年，臺北：內政部。

台灣行政院，我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫，2007 年，臺北：行政院。

台灣行政院，我國長期照顧旗艦計畫，2014 年，臺北：行政院。

申屠莉、夏進永，解讀公共選擇理論中的經濟人範式，2010 年，浙江學刊，第 5 期，頁 171-177。

行政院內政部，2001 年度臺閩地區老人福利機構評鑑實施計畫與評鑑結果，2001 年，臺北：內政部。

行政院內政部，2004 年度臺閩地區老人福利機構評鑑實施計畫與評鑑結果，2004 年，臺北：內政部。

行政院內政部，2005 年老人狀況調查結果摘要分析，2005 年，臺北：內政部。

行政院內政部，2007 年度臺閩地區老人福利機構評鑑實施計畫與評鑑結果，2007 年，臺北：內政部。

行政院內政部，2009 年老人狀況調查結果摘要分析，2009 年，臺北：內政部。

行政院內政部，2010 年度老人照顧意願與機構管理調查，2010 年，臺北：內政部。

行政院內政部，2010 年度臺閩地區老人福利機構評鑑實施計畫與評鑑結果，2010 年，臺北：內政部。

- 行政院內政部，長期照護服務法草案，2011年，臺北：內政部。
- 行政院內政部，長期照顧十年計畫，2007年，臺北：內政部。
- 行政院主計處，2000年度老人與家庭照顧意願調查，2000年，臺北：行政院。
- 行政院主計處，2010年度老人與家庭照顧意願調查，2010年，臺北：行政院。
- 行政院主計處，老人福利指標統計，2013年，臺北：行政院。
- 行政院經建會，長期照護保險規劃報告，2009年，臺北：內政部。
- 吳玉琴，臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望，2011年，中華民國老人福利推動聯盟會訊。
- 吳玉琴，臺灣老人福利百年軌跡－老人福利政策及措施之省思與展望，2011年，社區發展季刊，第133期，頁139-159。
- 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬，配合我國社會福利制度之長期照護政策研究，1998年，臺北：行政院。
- 呂建德，東亞發展型福利體制能否持續下去？若干的觀察與評論，2005年，發表於台灣社會福利學會，《社會暨健康政策的變動與創新趨勢：邁向多元整合的福利體制》（5月6日-7日），舉辦地點：高雄醫學大學。
- 李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉，臺灣長期照護保險之規劃與展望，2013年，社區發展季刊，第114期，頁26-44。
- 李光廷，日本介護保險改革與德日兩國公共照護制度理念背景比較，2007年，發表於台灣社會福利學會，《建立台灣永續發展的家庭、人口、健康、社區與勞動保障體系：公民權利契約觀點》（5月26-27日），舉辦地點：台北大學。
- 李光廷，日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗，2003年，台灣社會福利學刊，第3期，頁145-197。
- 李光廷、甘崇瑋、邱麒璋，以多樣化就業型態發展居家照護市場的可近性及人力調查研究，2005年，發表於台灣社會福利學會，《社會暨健康政策的變動與創新趨勢：邁向多元整合的福利體制》（5月6日-7日），舉辦地點：高雄醫學大學。
- 李易駿、古允文，另一個福利世界？東亞發展型福利體制初探，2003年，台灣社會學刊，第31期，頁189-241。
- 李易駿、古允文，東亞福利體制初探，2002年，發表於台灣社會學會，《重訪東亞：全球、區域、國家公民研討會》（12月14-15日），舉辦地點：台

中東海大學。

李榮輝、林愛貞、黃育玄、曾貴英、洪信嘉，各國長期照護之探討，2005年，福爾摩莎醫務管理雜誌，第1期第2卷，頁134-144。

李碧涵，市場、國加與制度安排：福利國家社會管制方式變遷，2000年，發表於《全球化下的社會學想像：國家、經濟與社會》學術研討會，臺灣大學社會學系與臺灣社會學社，臺北市，舉辦地點：臺灣大學應用力學所國際會議廳與社會系館，舉辦時間2000年1月15-16日，頁1-21。

杜敏世、李會珍，老人福利機構收費標準評估研究，2003年，內政部委託研究報告。

周月清，殘障照顧與女性公民身分，2003年，見劉毓秀主編，《女性國家照顧工作》，台北：女書文化事業公司，頁93-125。

周月清、傅凱祺、傅立葉，我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目，2005年，臺灣社會福利學刊，第4期第2卷，頁97-138。

周月清、傅凱祺、傅立葉、蔡宜思、高森永、邱泯科等，我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目，2005年，台灣社會福利學刊，第4期第2卷，頁97-138。

周宇翔，日本、南韓、台灣及香港長期照顧政策之分析，2008年，國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

周麗芳與王媛慧，臺灣地區老人照護機構效率之研究，2000年，國立政治大學學報，第81期第1卷，頁131-160。

林萬億，1990年代以來臺灣社會福利發展的回顧與展望，1994年，社區發展季刊，第109期，頁12-35。

邱怡玟，家庭變遷下老年人之長期照顧何去何從，2004年，社區發展季刊，第106期，頁176-185。

邱怡玟，家庭變遷下老年人之長期照顧何去何從，2004年，社區發展季刊，第106期，頁176-185。

長照協會，老人入住機構意願調查，2003年，臺北：內政部委託調查。

長照協會，老人機構調查，2009年，臺北：內政部委託調查。

徐學陶、成之約、辛炳隆、劉黃麗娟、李玉蓮，外籍幫傭及外籍監護工對國內就業之影響，2000年，台北：行政院勞工委員會職業訓練局。

- 張序周，臺北自來水事業處民營化研究：交易成本理論之分析，2005年，國立政治大學社會科學院行政管理碩士學位學程論文。
- 張桂霖、張金鶚，老人居住安排與居住偏好之轉換：家庭價值與交換理論觀點的探討，2010年，人口學刊，第40期，頁41-90。
- 張華榮，控制公共權力非公共進行的路徑分析—以公共選擇理論為視角，2009年，山西高等學校社會科學學報，第21期第5卷，頁39-41。
- 張順教，淺談公共選擇，1992年，經濟前瞻，第28期，頁158-161。
- 張群梅，政府與市場關係的新解讀—公共選擇理論的政府觀分析，2007年，河南大學學報（社會科學版），第47期第2卷，頁84-88。
- 張鳳琴、洪美玟與吳聖良等，日間照護服務的成本及效果初探，1995年，公共衛生，第22期第3卷，頁163-175。
- 曹逸雯，養不起、老不起、住不起，臺灣恐掀銀色海嘯，2012年，華視新聞網，2012年12月25日，取自
<http://news.cts.com.tw/nownews/money/201208/201208031064042.html>（瀏覽日期：2013年12月22日）
- 莊秀美，日本社會福利服務的民營化—「公共介護保險制度」現況之探討，2005年，臺大社工學刊，第11期，頁89-128。
- 莊秀美，從老人的類型與照顧需求看「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式的功能，2009年，社區發展季刊，第125期，頁177-194。
- 莊朝榮主持，老人福利與照顧相關產業推廣及營業登記之研究，2004年，臺灣經濟研究院：內政部委託研究報告。
- 郭登聰，推動社會福利民營化相關法制的析論，2005年，社區發展季刊，第108期，頁38-53。
- 陳正倉編，產業經濟學，2009年，臺北：雙葉。
- 陳伶珠，老人諮詢服務之功能研究，1999年，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 陳建元、施志昌，中橫公路復建政策變遷之分析：公共選擇的觀點。建築與規劃學報，2010年，第10期第3卷，頁221-240。
- 陳重佑，我國老人福利機構產業之成本結構與政府補助分析，2012年，國立雲林科技大學管理研究所博士論文。
- 陳雪姝、蔡淑玲與黃欽印，長期照顧機構住民醫療利用分析-以中部四縣市為例，

- 2009年，臺灣公共衛生雜誌，第3期第28卷，頁175-183。
- 陳敦源，為公共選擇辯護：論公共選擇理論與「公共性」議題在行政學中的相容性，2005年，行政暨政策學報，第40期，頁1-36。
- 陳燕禎，福利？市場？臺灣照顧產業政策之初探，2008年，通識研究集刊，第12期，頁77-100。
- 曾妙慧，居家服務的金錢價值，2012年，發表於2012臺灣人口學會暨學術研討會，臺北：政治大學。
- 曾淑惠，高級中等學校評鑑分析，2002年，技術及職業教育雙月刊，第70期，頁2-9。
- 焦興鎧，規範外籍勞工國際勞動基準之發展—兼論對我國之影響，2012年，月旦法學雜誌，第99期，頁205-221。
- 程遠、張真，上海市區老年人養老意願研究，1999年，市場與人口分析，第4期第5卷，頁33-45。
- 黃宏文，高職評鑑委員專業判斷一致性之研究，2011年，國立臺灣師範大學工業教育研究所碩士論文。
- 黃琢嵩，吳淑芬，劉寶娟，社會福利團體承接政府公設民營服務之省思，2005年，社區發展季刊，第108期，頁147-154。
- 黃源協，身心障礙福利機構經營管理之研究，2003年，社會發展研究學刊，第5期，頁55-92。
- 黃源協主持，老人福利機構公設民營可行性評估之研究，2003年，內政委託研究報告：79。
- 楊志良，由活躍老化觀點建構國民健康新願景，2010年，社區發展季刊，第132期，頁26-40。
- 楊國賜，成人教育與公設民營，2010年，臺北：五南。
- 鄭讚源，社會福利機構與政府之間關係的省思—以我國老人安養護機構為例，2000年，新臺灣社會發展學術叢書：長期照護篇，頁269-300。
- 盧瑞芬、謝啟瑞，醫療經濟學，2000年，臺北：學富文化事業有限公司。
- 盧盟方，政府機構勞動派遣實務之研究—政府機構與派遣服務業之觀點，2008年，元智大學管理研究所碩士論文。
- 賴兩陽，人群服務商業化發展趨勢初探—福利混合經濟的觀點，2007年，社區發

展季刊，第 117 期，頁 73-89。

謝鈞、譚林，城市社會養老機構如何適應日益增長的養老需求，2000 年，市場與人口分析，第 5 期第 6 卷，頁 69-86。

蘇婉伶，臺灣老人照顧產業可行性之研究：以彰化縣推行老人居家服務為例，2006 年，國立臺灣大學國家發展研究所碩士論文。

蘇錦麗，高等教育評鑑：理論與實際，1997 年，臺北市：五南。

蘇麗瓊、陳素春、陳美蕙，社會服務民營化—以內政部所屬社會福利機構業務委外辦理為例，2005 年，社區發展季刊，第 108 期，頁 7-21。

二、英文部份

Arnautou , D, Old age and death. In C. Newnes et al. (Eds.) , 1991, Death , dying and society, England : Lawrence Erlbaum Associates , Inc.

Ben-Ari,A, Israeli professionals' Knowledge and attitudes toward, 1996.

Chack-Kie,W, Conservative Welfare State Systems in East Asia, 2003, Contemporary Sociology, Vol32(2), p.233-234.

Chan, A, Aging in Southeast and East Asia: Issues and Policy Directions, 2006, J Cross Cult Gerontol, Vol.20, p.260-284.

Chen, C.-F. The Long-Term Care Policies in Germany, Japan and Canada: A Lesson for Taiwan, 2005, 台灣社會福利學刊, Vol.5(1), p.49-69.

Chen, Chung-Yu, Ching-Shyh Yeo and Chung-Jen Fu, An analysis of scale of economies and capacity regulation in Taiwanese nursing homes for the elderly, 2012, International Research Journal of Finance and Economics, Vol.88, p.49-58.

Chi, I, Long-Term Care Policy for Elders in Hong Kong, 2001, Journal of Aging & Social Policy, Vol.13(2/3), p.137-153.

Choi, S.-J., & Bae, S.-H, National Policies on Ageing in South Korea. In J. Doling, 2005, C. J. Finer & T. Maltby (Eds.), Ageing Matters: European Policy Lessons from the East, Aldershot, Hants, England Ashgate.

Chou, K.-L., Chow, N.W. S., & Chi, I. A Proposal for a Voucher System for Long-Term Care in Hong Kong, 2005, Journal of Aging & Social Policy,

Vol.17(2), p.85-106.

- Chow, N, Aging and the family in Hong Kong, 2007, *International Journal of Sociology of the Family*, Vol.33(1), p.145-155.
- Chow, N.W. S, Ageing in Hong Kong. In D. R. Phillips (Ed.), 2000, *Ageing in the Asia-Pacific Region: Issues, Policies and future trends*, New York: Routledge.
- Collier, D., & Messick, R. E, Prerequisites Versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption, 1975, *The American Political Science Review*, Vol.69(4), p.1299-1315.
- Cook, S., & Kwon, H.-J, Social Protection in East Asia, 2007, *Global Social Policy*, Vol.7(2), p.223-229.
- Croissant, A, Changing Welfare Regimes in East and Southeast Asia: Crisis, Change and Challenge, 2004, *Social Policy & Administration*, Vol.38(5), p.504-524.
- Daly, M., & Lewis, J, The concept of social care and the analysis of contemporary welfare estates, 2000, *British Journal of Sociology*, Vol.51(2), p.281.
- Degiuli, F, A Job with No Boundaries: Home Eldercare Work in Italy, 2007, *European Journal of Women's Studies*, Vol.14(3), p.193-207.
- Dillard, B., & Feather, B. L, The association between attitudes and job satisfaction, 1991, *Educational Gerontology*, Vol.17, p.209-218.
- Earthy, A, A survey of gerontological curricula in Canada, 1993, *Journal of Gerontological Nursing*, Vol.19, p.7-14.
- Fones, H, Altered images, 1993, *Nursing Times*, Vol.3(85), p.58-60.
- Fox, S. D., & Wold, J. E, Baccalaureate student gerontological nursing experiences : Raising consciousness levels and affecting attitudes, 1996, *Journal of Nursing Education*, Vol.35(8), p.355-384.
- Giardina-Roche, C., & Black, M. E. A, Attitudes of diploma student nurses toward adult clients, 1990, *Journal of Nursing Education*, Vol.29(5), p.208-214.
- Gilbert, N., & Terrell, P, Dimensions of Social Welfare Policy, 2005, Boston: Allyn and Bacon.
- Hillmann, F, Migrant's care work in private households, or the strength of bilocal and transnational ties as a last(ing) resource in global migration. In B. Pfau-Effinger & B. Geissler (Eds.), 2005, *Care and social integration in European societies*,

Bristol: Policy Press.

Holliday, I, East Asian social policy in the wake of the financial crisis: farewell to productivism?, 2005, *Policy & Politics*, Vol.33, p.145-162.

Holliday, I, Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia, 2000, *Political Studies*, Vol.48(4), p.706.

Holliday, I., & Wilding, P, Conclusion. In I. Holliday & P. Wilding (Eds.), 2003, *Welfare capitalism in East Asia :social policy in the tiger economies*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Holliday, I., & Wilding, P, Tiger Social Policy in Context. In I. Holliday & P. Wilding (Eds.), 2003, *Welfare capitalism in East Asia :social policy in the tiger economies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ishikawa, H., & Maeda, D, Development of long-term care for elderly people in Japan, 2000, In D. R. Phillips (Ed.), *Ageing in the Asia-Pacific region :issues, policies and future trends*, New York Routledge.

Kerr, C, *Industrialism and Industrial Man:the problems of labor and management in economic growth*, 1964, New York: Oxford University Press.

Kim, E.-Y., & Kim, C.-y. (2004). Who Wants to Enter a Long-Term Care Facility in a Rapidly Aging Non-Western Society? Attitudes of Older Koreans Toward Long-Term Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2114-2119.

Kim, E.-Y., & Yang, B.-M, Cost-effectiveness of long-term care services in South Korea, 2005, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol.40(1), p.73-83.

Kim, Y.-M. Beyond East Asian welfare productivism in South Korea, 2008, *Policy & Politics*, Vol.36, p.109-125.

Samuelson, P and W. D. Nordhaus, *Economics*, 2010, NY: Palgraph.

Trehan, G, Attitudes toward the care of elderly people : Are they getting better ?, 1990, *Journal of Advanced Nursing*, Vol.15(7), p.777-781.

Wainwright , P, towards an aesthetics of nursing, 2000, *Journal of Advanced Nursing*, Vol.32(2), p.750-756

Wilhite, M. J., & Johnson, D. M, Changes in nursing students' stereotypical attitudes toward old people, 1976, *Nursing Research*, Vol.25(6), p.430-432.

William , R . A . , Lusk , S . L . & Kline , N . W, Knowledge of aging and cognitive styles in baccalaureate nursing students, 1986, The Gerontologist, Vol.26(5), p.545-555.

Won, S.-Y, Long-term Care Policy in South Korea and Japan:From a Gender Perspective, 2007, Paper presented at the The RC19 annual conference.

Woo, D. S, Long-Term Care Policy for Functionally Dependent Older People in the Republic of Korea, 2004, International Social Security Review, Vol.57(2), p.47-62.



附件一 訪談大綱

姓名（代號）：

機構規模：

訪談時間： 年 月 日

訪談者職位：

- 一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？
- 二、您認為目前目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？
- 三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？
- 四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？
- 五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？
- 六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：呂小姐（1）

機構規模（床數）：129

訪談時間：2016年05月11日

受訪者職位：照顧服務提供者

一、您認為目前長期照顧人力政策與落實現況的最大問題是甚麼？照服員對於長期照顧人力政策方面沒有理解。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？有影響，因為規章很多，且人力部分吃緊。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？對於長照的政策沒有加以瞭解。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？不足夠。為什麼？因為所遇到的住民都不同，而且上課是理論，實際落實又是另一回事。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？須持續進修，機構也會提供相關課程，提供照服員上課，以應付各種情況的發生。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在家一對一的照顧，或是小班制的機構一對三，因為這樣照顧品質比較舒適。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：簡小姐（2）

機構規模（床數）：129

訪談時間：2016年05月11日

受訪者的職位：機構管理者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？有需要的人，在經濟方面有極大的負擔，甚至可能負荷不了。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？要遵循法規嚴謹的規範，對於業者來說，是很難經營的，人力成本有很重的負擔。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？政府應依據現況，加深實地探查，再加以規範。以補助方面來講，現況補助最高額為21000元來說，以居住機構式不夠的，有家屬可以家屬補貼，但沒有家屬的（獨自，獨居）老人，應有不同的規範。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠。因為實質上所遇到狀況有各式各樣的情況發生。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？訓練的時間太短。訓練的時間增加，也增加實地照顧住民的機會。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在家照護，一對一的妥善照顧，比較有人性化和尊嚴的生活。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：陳小姐（3）

機構規模（床數）：49

訪談時間：2016年05月12日

受訪者的職位：機構管理者

一、您認為目前長期照顧人力政策與落實現況的最大問題是甚麼？依法執行，但是人力短缺，缺乏。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與組織目標的落實影響是甚麼？人力不足，比例配置太高。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？前希望長照能根據現行法規執行即可，因為新的長照法，業者無法負擔，而且會使照顧員或是護理人員人力更加吃緊。政府應有政策使新的一代的年輕人注入長照產業。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠，因為臨床經驗還是最重要的。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？因為實際經驗不足。機構提供在職訓練，並且需要同事的幫忙。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？規劃在機構生活，但是偏向在機構式小班制（一對二），因為規模越大機構的照顧可能會導致疏失。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：楊小姐（4）

機構規模（床數）：49

訪談時間：2016年05月12日

受訪者的職位：照顧服務提供者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？對於長照政策方面的知識不足。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？沒有太大的影響。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？沒有建議。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠。因為人是活的，所以會有各種不同情況產生。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？經驗不足，訓練的時間不夠充分。機構不定期上課，機構提供在職教育。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在家照護，一對一照顧。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：陳小姐（5）

機構規模（床數）：100

訪談時間：2016年05月12日

受訪者的職位：照顧服務提供者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？人力比例配置太高。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？沒有太大的影響。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？可以推動新一代年輕人投入長照產業，因為現階段長照人力的照服員都偏向中年婦年，深替足見退化，體力不足，而如果沒有年輕人大量輕人注入，在未來可能產生人力大量短缺。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠。因為實際操作不足。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？練習，訓練的時間不夠充分。增加照顧的經驗，實習的機會。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？計畫去養生村度過需要被照護時期。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：張小姐（6）

機構規模（床數）：100

訪談時間：2016年05月12日

受訪者的職位：機構管理者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？人力不足，法律規範較嚴謹，實施上會有困難。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？政府注重文書方面，完美化，不夠注重實地狀況，造成現實之間的落差。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？機構通常在地化，如果政府規劃太多且不符合現況，實施起來不容易，或是應該設立不同法規或政策，而不是一法通用。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠。因為實際操作，經驗不足。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？剛接觸不是很了解狀況，而且是在完全不懂的狀況下學習。機構提供在職訓練，不定期上課，慢慢培養經驗。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在家照護，聘外籍勞工或是去機構選擇單人房照顧。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：黃小姐（7）

機構規模（床數）：77

訪談時間：2016年05月14日

受訪者的職位：機構管理者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？人力嚴重的缺乏。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？人力不足且比例配置高，所以人力成本高。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？政府應該深入探訪勘查，再加以實施規範，而不是一昧修改但沒有考慮到業者的營運狀況，也應該與長照業者共同探討，保障雙方得以生存。還有外籍勞工的問題，且應該有獨自規範關於長照產業外籍勞工的部分，而不是一法適用。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠。因為理論歸理論，真正實地操作又不盡相同且外籍勞工有預言不通的問題。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？缺少實戰經驗，訓練時間不充分。機構得再提供在職訓練，以提高照護員的品質，在外籍勞工的部分應該在一開始進行篩選，選擇國文能通者，才不會連基本的溝通都成為障礙。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在

家照護，一對一照顧，或者機構照護，但是小班制（一對一至二）。



附件一 訪談大綱

姓名（代號）：陳小姐（8）

機構規模（床數）：77

訪談時間：2016年05月14日

受訪者的職位：照顧服務提供者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？人力不足，總人數比例算法偏高。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有（且大於法規）。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？人力不好招聘，且評鑑太複雜又多，造成流動力增加。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？人力配給應做更動（增加或減少），評鑑減少，項目減少。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠，因為訓練不足。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？理論跟現實有落差。在訓練時期拉長，且機構提供在職訓練，增加經驗跟實地操作。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？偏好在家照護或是養生村（人性化對待），因為一般機構無法提供心裡需求，因為社工配給（1:100）

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：蕭小姐（9）

機構規模（床數）：46

訪談時間：2016年05月14日

受訪者的職位：照顧服務提供者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？不清楚政府的相關政策。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？沒有太大的影響

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？沒有去了解。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠，因為住民有時候遇到問題，書本沒有教。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？教育訓練的時間不充分，實質操作的經驗太少。機構會提供定期的在職訓練。

六、老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在家照顧，在家老化，一對一照護。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：葉小姐（10）

機構規模（床數）：46

訪談時間：2016年05月14日

受訪者的職位：照顧服務提供者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？聘請不到人，因為少數人願意進入長照產業。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？除了人力不足，沒有其他太大的影響。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？沒有

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠。因為訓練不足，受訓時期太短，實習接觸太少。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？因為書是死的，而人是活的，有太多種變化。機構重新受訓，並針對真正需求對症下藥。

六、老年化與少子化社會的來臨，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎麼安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？偏好去養生村做養老，以度過自己需要被照護的時期。

附件一 訪談大綱

姓名（代號）：王小姐（11）

機構規模（床數）：46

訪談時間：2016 年 05 月 14 日

受訪者的職位：機構管理者

一、您認為目前長期照顧政策與落實現況的最大問題是甚麼？人力不足，鮮少人願意投入長照產業。

二、您認為目前服務的單位，在人力配置上是否依據法規安排？有。不管是或否，請詳細說明這樣人力的安排，對於組織願景與落實的影響是甚麼？業者沒有利潤，消費者也沒辦法支付。很多中小機構無法適用新的長照法，業者也無法負荷。

三、承上題，您認為是否有可以更改的建議條件，以及依據的理由是甚麼？應該另訂一個法規，完整的配套，內容關於需要照護 24 小時的住民。且外勞的問題也需要重視。

四、您認為，目前長照教育體系或訓練制度，是否能夠提供未來足夠的服務需要？為什麼？不足夠，因為訓練內容，時間太少，需要一些人因設計（人性化），而不是只是完成。

五、承上題，不管是否足夠，您認為最大的問題點出在哪裡？以及，可能的解決方式為何？應注重實務的操作，而不是照本宣科。而且不應該是注重幾小時上課時數等，而是要依據個人的實際情況去調整，不然有時候只是在浪費時間（人的學習有分快慢）。

六、對於老年化與少子化社會的來臨，您認為，除了政府的相關照顧制度建立完善之外，個人可以怎樣進行預先的安排計畫，度過自己可能需要照顧的時期？在

家照護，一對一或是機構的單人套房。

