

# 行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：考察)

## 考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書

出國人：

服務機關	職稱	姓名
台灣大學	教授	吳淑瓊
內政部	司長	蕭玉煌
行政院經濟建設委員會	處長	劉玉蘭
台北縣政府	副縣長	林萬億
嘉義市政府	主任秘書	陳永豐
內政部	科長	李貴榮
行政院	秘書	賈裕昌
行政院衛生署	視察	車參莉
中正大學	教授	王正
政治大學	教授	呂寶靜
台灣大學	教授	張媚
台北醫學大學	教授	莊坤洋
台灣大學	教授	曹愛蘭
台灣大學	教授	戴玉慈
行政院建構長期照護體系先導計畫專案小組	研究員	呂以榮

出國地區：英國、德國及瑞典

出國期間：九十年三月二十二日至四月八日

報告日期：九十年五月二十九日

## 誌謝

蒙內政部及衛生署補助本小組九十年度赴英國、德國及瑞典考察該三國長期照護體系，敬表謝忱。

於行程安排及洽商聯絡上，深蒙外交部歐洲司暨我國駐英國、德國與瑞典三國代表處協助本小組九十年三月二十二日至四月八日的考察行程，於考察期間又蒙駐外代表處盛情款待及陪同考察，謹此一併誌謝。

## 摘要

綜合英國、德國和瑞典的長期照護制度之參訪結果，簡述其人口老化情形及財政負擔如下：

英國於 2000 年 65 歲以上人口占總人口 16%，平均餘命男性為 79.9 歲，女性為 80.49 歲。英國的長期照護服務主要由主管醫療照護中央層級的國家健康服務部門（NHS）與地方政府社會服務部門（SSD）兩大體系共同負責。國家健康服務部門提供醫療相關服務，財源來自稅收。地方政府社會服務部門的財源則來自地方稅及中央政府的概括性補助。

德國 65 歲以上人口占總人口 16%，平均餘命男性為 73.5 歲，女性為 79.9 歲，根據統計 1992 年德國花費 14.7 兆於長期照護。1994 年 5 月 26 日制定長期照護保險法，自 1995 年 1 月 1 日起開始繳交照護保險費，1995 年 4 月 1 日開始施行居家照護保險服務，1996 年 7 月 1 日則開始正式施行機構式照護保險服務。保險制度係偏向「隨收隨付制」（pay-as-you-go），由勞資雙方各付一半的保險費，保險費率目前為 1.7%，之前有少許的基金準備。

瑞典目前 65 歲以上占總人口 17.2%，女性的平均餘命為 82 歲，男性為 77 歲。老人照護的責任是由三個不同層級的政府部門擔負。在中央政府層級，國會及政府經由立法及財政監督機制來訂定政策目標。在區域（regional）層級，21 個郡政府（county councils）有責任提供健康及醫療照顧。在地方政府層級，瑞典 289 個自治市（municipalities）依法必須滿足老人的社會服務及住宅需求。

此次考察英國、德國及瑞典三國之長期照護體系之重要結論與啟示如下：

### 一、以「在地老化」為目標的

參訪的三個國家均以「在地老化」（Aging in place）為政策目標，近年均以減少機構使用、增進民眾留住家庭為重點，並推行財務改革及服務發展策略，以落實目標。

我國目前社區照顧缺乏穩固基礎、居家支持服務短缺，故應即宣誓「在地老化」之政策目標，積極推展體系建構。

### 二、採用地方分權策略的同時，應避免產生地區別間之過大差異

英國及瑞典之長期照護改革均將長期照護責任下放地方政府，由於鼓勵私部

門加入醫療及社會服務的行列，使得機構式服務的使用率得以降低。但是卻因此形成地方差異，產生長期照護不平等的問題。英國因此制訂國家標準指標，要求全國遵行，否則停撥地方補助款。鼓勵私部門加入醫療及社會服務值得我國參考。

我國從九十年代起，中央對地方政府補助制度改革，原編列於各部會的計畫型補助款均改由行政院統籌提撥補助地方政府。我國可學習英國及瑞典的經驗：第一、中央統籌分配款經費撥交時，要求地方達到國家設定的統一標準；第二，檢討在福利方面的分權程度，避免造成地區別的福利不平等；第三，地方政府應同時負起服務提供和財政平衡之雙重責任。

### **三、結合社政與衛生資源，才能有效提供連續性照護**

英國和瑞典的照顧管理制度只管理社會服務部份，因而造成服務不連續及資源未有效利用之缺失，目前正改革之中。因此我國應繼續研究美國、日本、澳洲的照顧管理制度，並集結國內相關精英，發展衛生與社政整合之照顧管理模式。

2001年4月起英國開始整合社政和衛生業務，其經驗顯示整合並不一定必須透過行政單位的合併，只要將財源統一提撥地方同一個單位(如英國的 primary care trust)，也可達到效果。先導計畫統籌編列衛生與社政補助經費，可說是財政統一之設計，如測試成功，將可推廣全國。

### **四、照顧模式應注重連續、自尊與自主**

英國的照顧住宅 (sheltered housing) 和瑞典服務住宅 (service house) 中，高齡身障者仍然能夠自主獨居。瑞典和德國則發展多層級照顧機構，以防入住者因身體變化而需不斷遷移，為連續、自主服務而努力之設計。因此我國應簡併目前前三類長期照顧機構，並開發服務住宅。

### **五、加強輔助性設備設施以增進失能者的自我照顧及活動能力**

英國的輔具科技及瑞典的身心障礙輔具研發均值得我們學習。建議可以學習瑞典的做法，全國建立輔具回收租借網絡，全面有效提供輔具，以增進失能者常態的生活。

### **六、重視與支持家庭照顧**

考察的三個國家近年均推行支持家庭照顧的策略，以減輕國家財政負擔。建議我國在體系設計之初，即應給予家庭支持，以維繫家庭持續照顧功能。

### **七、應設置有效財務管理制度**

瑞典老人照顧及服務的財源大多數（佔 80 %）是由自治市向當地居民徵收的稅來負擔，一小部分是由中央補助。1999 年，自治市在老人照顧服務的支出超過 600 億克朗。但是向其請問後發現其「國家健康及福利司」提不出相關財務管理分析數字。這提醒我們應同步規劃財務管理制度，以保障財源的有效利用。

德國的長期照護保險設計清楚。費用分為三部份：醫療、個人照顧、和食宿生活費等，醫療服務需求歸疾病保險，身體照顧需求由長期照護保險負擔，生活費用則由個人(年金)負責。和先導計畫之設計不謀而合。

### **八、在中央或地方政府中應設置長期照護委員會，以利業務之推展**

英國 Tinker 教授建議應在中央和地方成立長期照護推動委員會，而不應成立專屬部門，因為如果成立專屬部門，恐其他部門推卸責任，將難做到跨領域統籌之效。這些經驗將可提供政府未來組織再造之參考。

# 考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書

## 目次

<a href="#">一、目的</a>	7
<a href="#">二、主辦單位</a>	7
<a href="#">三、協辦單位</a>	7
<a href="#">四、期程</a>	7
<a href="#">五、地點</a>	7
<a href="#">六、參加對象</a>	7
<a href="#">七、參訪研習內容</a>	8
<a href="#">八、行程簡介</a>	10
<a href="#">九、英國長期照護制度簡介</a>	15
<a href="#">(一) 人口概況</a>	15
<a href="#">(二) 長期照護政策之歷史發展脈絡</a>	15
<a href="#">(三) 長期照護之政策目標</a>	17
<a href="#">(四) 組織架構</a>	18
<a href="#">(五) 改革方向</a>	19
<a href="#">(十) 參訪單位</a>	21
<a href="#">1.英國中央政府衛生部社會照護組 Social Care Group, Department of Health</a>	21
<a href="#">2.英國老人政策中心 Center for Policy on Aging (簡稱 CPA)</a>	22
<a href="#">3. 照顧住宅(sheltered housing)簡介</a>	23
<a href="#">4.牛津郡社會服務局社區照顧課 Oxfordshire County Council, Social Services Departmnet, Community Care Division</a>	24
<a href="#">5.牛津失智中心 Oxford Dementia Centre</a>	24
<a href="#">6.牛津教學護理之家 Guidepost Teaching Nursing Home</a>	25
<a href="#">7.安居閣住宅基金會附設照顧住宅 Anchor Court ( Anchor Sheltered Housing)</a>	25
<a href="#">8. Tinker 教授, 英國倫敦國王學院老人學研究所 Age Concern Institute of Gerontology, King' s College, London, U.K.</a>	26
<a href="#">(十一) 英國經驗—我國規劃長期照護體系之參考</a>	28
<a href="#">十、德國長期照護制度簡介</a>	33

<u>(一) 長期照護保險制度之歷史背景與政策目標</u> .....	33
<u>(二) 長期照護保險制度</u> .....	33
<u>1. 照護人口狀況及服務接受模式</u> .....	33
<u>2. 長期照護保險法源依據與制度</u> .....	34
<u>3. 長期照護保險受益認定與給付基準</u> .....	34
<u>4. 給付申請及審查</u> .....	35
<u>5. 保險給付</u> .....	38
<u>6. 照護服務方式</u> .....	39
<u>(三) 德國長期照護保險施行狀況與影響</u> .....	40
<u>(四) 對德國現有長期照護法規及實務之探討</u> .....	42
<u>(五) 參訪單位</u> .....	44
<u>1. 聯邦衛生部(Bundesministerium fuer Gesundheit)</u> .....	44
<u>2. 「聯邦家庭、老人、婦女暨青少年署」社會役政組</u> .....	46
<u>3. 照護療養所 Johanniterheime Berlin GmbH</u> .....	48
<u>4. AOK 長期照護保險基金會</u> .....	50
<u>5. 德國布蘭登堡「勞工、社會、衛生暨婦女廳」社會局</u> .....	51
<u>(六) 德國經驗—我國規劃長期照護體系之參考</u> .....	53
<u>十一、瑞典長期照護制度簡介</u> .....	57
<u>(一) 人口狀況</u> .....	57
<u>(二) 瑞典之老人照護理念</u> .....	57
<u>(三) 瑞典老人照護之體系</u> .....	58
<u>(四) 老人照顧的財源及支出</u> .....	61
<u>(五) 瑞典老人照護政策之改革(reform) - 改革經過及結果。</u> .....	61
<u>(六) 未來的展望</u> .....	62
<u>(七) 參訪單位</u> .....	63
<u>1. 瑞典國家健康與福利署 The National Board of Health and Welfare</u> .....	63
<u>2. 瑞典皇后蘇薇雅之家 H.H. Queen Silvias Home</u> .....	65
<u>3. 瑞典斯德哥爾摩大學社會工作學系 School of Social Work, University of Stockholm</u> .....	67
<u>4. “Pilträdet”服務之家 (Service House “Pilträdet”)</u> .....	67
<u>6. 斯德哥爾摩護理之家 Stockholm’s Nursing Home (Stockholms Sjukhem)</u> .....	70
<u>7. 瑞典身心障礙研究機構 The Swedish Handicap Institute</u> .....	74
<u>(八) 瑞典經驗—台灣規劃長期照護政策之參考</u> .....	76
<u>十二、參訪英國、德國、瑞典三國長期照護制度之綜合感想與啟示</u> .....	81

## 一、目的

觀摩歐洲國家長期照護體系，並參與工作坊或訓練課程，以深入了解參訪國家長期照護體系的規劃與運作，學習長期照護相關業務之操作技術，供本計畫規劃於實驗我國長期照護體系建構之重要參考。

研習重點包含：長期照護設施的發展與營運、服務的提供、跨專業服務團隊的分工與合作、照顧管理機制的運作、長期照護品質改善措施、長期照護財務、長期照護保險、以及和長期照護相關的各種改革等。

## 二、主辦單位

國立台灣大學

## 三、協辦單位

內政部、行政院衛生署

## 四、期程

90年3月22日至4月8日，共計18天。

## 五、地點

英國、德國、瑞典。

## 六、參加對象

行政院社會福利推動小組長期照護專案小組之十二位研究委員，及內政部、衛生署業務代表各一人，共計十五名，名單如下：

台灣大學衛生政策與管理研究所	教授	吳淑瓊
內政部社會司	司長	蕭玉煌
行政院經濟建設委員會	處長	劉玉蘭
行政院第一組	秘書	賈裕昌
內政部社會司老人福利科	科長	李貴榮
行政院衛生署醫政處	視察	車參莉
台北縣政府（實驗社區代表）	副縣長	林萬億
嘉義市政府（實驗社區代表）	主任秘書	陳永豐
中正大學衛生福利研究所	教授	王正
政治大學社會系	教授	呂寶靜
台灣大學護理系	教授	戴玉慈
台灣大學護理系	教授	張媚
台灣大學社會系	教授	曹愛蘭
台北醫學大學公共衛生所	教授	莊坤洋
建構長期照護體系先導計畫	研究員	呂以榮



## 七、參訪研習內容

### (一) 英國參訪重點 (五天)

英國參訪重點為其長期照護社區化之改革經驗，尤其希望學習其如何提升社區照護的效率與效益，降低對機構式服務的需求等改革過程。希望學習內容如下：

- 1.The Royal Commission on Long Term Care 近年來所推動的各項改革規劃與執行情形。
- 2.長期照護資源民營化的推動過程。
- 3.個案管理制度的實際推展狀況。
- 4.Assisted Living (或 Sheltered Housing) 的發展與服務提供情形。
- 5.長期照護的行政組織與功能(含中央和地方政府，包括社政和衛生單位的合作。
- 6.長期照護設施的品質監控系統實施狀況。
- 7.長期照護財務制度。

### (二) 德國參訪 (五天)

德國參訪重點為其長期照護保險制度，德國於 1995 年開始實施長期照護保險，因此希望能深入了解其其規劃過程、實施現況、未來發展等。希望參訪內容如下：

- 1.長期照護保險制度的規劃與實施過程。
- 2.長期照護保險和疾病保險的分工與聯繫。
- 3.長期照護保險的行政組織與運作。
- 4.長期照護個案需求評估與服務支付制度。
- 5.家庭照護者支持策略。
- 6.長期照護服務中的人力資源發展的實際運作，如社會役、照護服務員訓練等。
- 7.長期照護保險制度建構中的設施資源發展策略。長期照護品質改善策略。

### (三) 瑞典的教育訓練課程 (六天)

瑞典是全世界提供社區式長期照護服務最多且經驗最悠久的國家之一，其長期照護體系均為學習重點，希望能幫忙安排講演和實習課程，以深入了解其社區式長期照護設施的營運、服務的提供和管理、以及政府行政體系之組織與功能等。希望學習內容如下：

- 1.長期照護的財源籌措、給付範圍及費用控制機制等。
- 2.跨專業團隊的合作模式以及個案管理制度之規畫與實施狀況。

- 3.長期照護服務設施的品質評鑑、監控，以及人力的培訓。
- 4.政府（中央與地方）民間非營利組織、民間營利部門的分工與合作。
- 5.急性醫療和長期照護之間的分工與聯繫。
- 6.瑞典政府在 90 年代期間將長期照護業務下放到地方政府的抉擇過程與政府組織再造的過程。
- 7.可能前往參訪與實習
  - (1) 居家服務機構
  - (2) 庇護性住宅( Sheltered Housing)
  - (3) 護理之家
  - (4) city government 地方政府
  - (5) Swedish Institute
  - (6) Stockholm Institute of Gerontology

下圖為參訪成員之合照



## 八、行程簡介

日期	時間	參訪行程說明	
3/22 (四)	09:00 / 19:10	出發:台北(TAIPEI) / 抵達:倫敦(LONDON)	長榮航空(Eva Airways ) BR067
3/23 (五) 英國 (London)	10:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 拜會 Branch: Social Care Group, DOH (Peter Dunn) 英國中央政府衛生部社會照護組 Skipton House 80 London Road London SE1 6LW Tel: 020-7972-4268 ( Fax: 020-7972-4487 )</li> </ul>	
	16:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Center for Policy on Aging (Director: Mr. Daley) 英國老人政策中心 19-23 Ironmonger Row London ECIV 3 QP 總機：0171-2531787</li> </ul>	
3/26(一) 英國 (Oxford)	( 8:00 由 London 出發 ) 9:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Headington Hill Hall Campus, Oxford Brookes University 牛津布魯克斯大學</li> <li>■ Oxford Dementia Center, Guidepost Teaching Nursing home Headington Hill Hall, Oxford, Oxford Brookes University Tel: 01865 485275 Fax: 01865 485278</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Site visit:</li> <li>■ Anchor Housing Trust (sheltered housing, residential care homes) in Oxford 安居閣住宅基金會照顧住宅</li> <li>■ Guidepost Teaching Nursing home 牛津教學護理之家</li> </ul>	
3/27 (二) 英國	10:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Meeting with Prof. A. Tinker, Professor of Social Gerontology, Age Concern Institute of Gerontology, King's College London (venue TBA) Bazalgette Room, 2<sup>nd</sup> Floor, One Great George Street, Westminster, London SW1P 3AA Tel. 020-7665-2323</li> </ul>	
	11:30-12:00	先赴機場辦理登機手續 (車程一小時)	

日期	時間	參訪行程說明	
3/27 (二)	15:15 / 17:35	出發:倫敦(LONDON) / 抵達:科隆(COLOGNE)	英國航空(British Airways) BA928/經濟艙(B)
3/28 (三) 德國(Bonn)	9:30	■ 拜會德國聯邦衛生部 Am Propsthof 78, 53121 Bonn, Tel.49-228-941-1840 ( Fr. Koester-Hoffmann )	
德國(Koeln)	13:00	■ 拜會德國社會役局 Rochusstr. 8-10, 53123 Bonn, Tel.49-228-930-2254 ( Hr. Thiel )	
	18:20 / 19:25	出發:科隆(COLOGNE) / 抵達:柏林(BERLIN)	德國航空(Lufthansa) <b>LH1919</b>
3/29 (四) 德國(Berlin)	9:30	■ 拜會 Johanniterheime Berlin GmbH 照護療養所 Finckensteinallee 125, 12205 Berlin, Tel.49-30-8479-100 (Frau Niedrich)	
德國(Berlin)	14:00	■ 拜會 AOK 長期照護保險基金會(AOK) Wilhelmstr.1, Kreuzberg, Rm.174, Tel.49-30-2531-2236 ( Fr. Poppinga )	
3/30 (五) 德國(Berlin)	10:00	■ 拜會德國布蘭登堡邦「勞工、社會、衛生暨婦女廳」	
	1:00	■ 駐德代表處簡宴(豬腳大餐) 012-49-30-203610、012-49-30-20361128 (周素瑜小姐)	
4/1 星期日	出發:柏林 (BERLIN) / 抵達:斯德歌爾摩 (STOCKHOLM)	10:50 / 12:20	
駐瑞典代表處		012-46-8-7288513 (程組長) 46-708-772-262 (手機)	

日期	時間	參訪行程說明
4/2 (一) 瑞典 (Stockholm)	9:00	<p>■ 拜會瑞典國家健康與福利司 The National Board of Health and Welfare 46-8-555-53261</p> <p>Introductory lecture : <b><u>"Policy, programmes and services in care of the elderly in Sweden"</u></b></p> <p><u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. Ulla Höjgåard, Director, National Board of Health &amp; Welfare</li> <li>- Mr. L. Johansson, Research Leader</li> <li>- Ms. C. Lindencrona, Research</li> <li>- Ms. H. Axestam, Desk Officer</li> </ul>
	14:00	<p>■ Study visit to H.H Queen Silvias home 瑞典皇后蘇薇雅之家 (Tel: 46-8-759-0071)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Day care facility for Alzheimer patients</li> <li>➢ Training site for the "Queen Silvia sisters"</li> <li>➢ Lecture on dementia care</li> </ul> <p><u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. B. Beck Fris, Professor, H.H. Queen Silvia Home</li> </ul>
4/3 (二)	9:00.	<p>■ Seminars and discussions at School of Social Work: 瑞典斯德哥爾摩大學社會工作學系 <b><u>"Research in elder care in Sweden"</u></b></p> <p><u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. A. Lindkvist, Dean</li> <li>- Mr. M. Thorslund, Professor</li> <li>- Mr. N. Ahmadi, Ph.D.</li> <li>- Ms. G.B. Trydegård, Ph.D.</li> <li>- Mr. M. parker, Ph.D</li> </ul>
	13:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Study visit at the service house "Pilträdet" 服務之家</li> <li>■ Site visit in a group home for demented</li> <li>■ Site visit in day care facilities</li> </ul>

日期	時間	參訪行程說明
4/4 (三)	9:00	<p>■ Lectures and discussions at School of Social Work:  <b>“Social Welfare in Sweden”</b>  <u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. E. Jeppsson Grassman, Professor,</li> <li>- Mr. S. Trygg, Professor</li> </ul>
	13:00	<p>■ Residential care for elderly                      (Operated by a private entrepreneur)</p>
4/5 (四)	9:00	<p>■ Study visit Stockholm’s Nursing Home 護理之家  <u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mr. A. Aly, Chief Physician</li> <li>- Ms. I. Nydevik, Head Physician</li> <li>- Ms. E. Spjuth, Head Nurse</li> <li>- Ms. E. Bartholdsson, Head, Nursing Home Care</li> </ul>
	13:30	<p>■ Lecutre and study visit in the Swedish Handicap Institute                      瑞典身心障礙研究機構  <u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mr. T. Lagerwall, Planning Director,</li> <li>- Ms. U-B. Blomquist, Research &amp; Development Officer</li> <li>- Mr. B. Wigström, Project Manager</li> </ul>
	18:30	<p>Dinner hosted by DR. JamesC.Y. Chu,                      Representative of Taipei Mission in Sweden</p>
4/6 (五)	9:00	<p>Lecture and discussions at School of Social Work:  <b>“Training in the field of elderly care”</b>  <u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. E. Gunnarsson, Ph.D.</li> <li>- Ms. K. Ahacic, Ph.D. candidate</li> </ul>
	13:00	<p>■ Summing up discussion(arranged by The National Board of Health and Welfare)  <u>Attending:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. U. Höjgåard, Director, National Board of Health &amp; Welfare</li> <li>- Mr. L. Johansson, Research Leader</li> </ul>

日期	時間	參訪行程說明	
4/7 (六)	10:20 / 12:45	出發:斯德歌爾摩 (STOCKHOLM) / 抵達:維也納(VIENNA)	北歐航空(Scandinavian) <b>SK9409</b>
4/8 (日)	11:35	出發:維也納(VIENNA) / 抵達: 台北(TAIPEI)	長榮航空 (Eva Airways) BR062

## 九、英國長期照護制度簡介

### (一) 人口概況

英國在法令規定上以男性 65 歲以上、女性 60 歲以上為「老人」。於 1995 年七月 65 歲以上人口已達總人口的 16%(920 萬人以上)。預計至 2000 年 65 歲以上人口將占總人口 15.6%。居住安排方面，65 歲以上有 36%獨居 (Johnson, 1994)。

### (二) 長期照護政策之歷史發展脈絡

Peter Dunn<sup>1</sup> 首先聲明他所說的情形只適用於英格蘭 (England)。雖然蘇格蘭 (Scotland)、愛爾蘭 (Ireland) 和威爾斯 (Wales) 大致相似，但執行長期照護的方式並非完全一樣。英國發展長期照護體系的歷史脈絡可參考附表。在 1980 年代早期，由於政府部門放寬資產調查的標準，使低收入戶老人很容易就能得到社會安全系統的補助而住進機構，因此造成當時私立老人之家與護理之家 (sheltered and nursing homes) 快速成長。針對此一時期的發展，此時英國的長期照護機構問題仍多，The House of Commons Select Committee 對此一階段提出的批判為：家庭仍然提供最大多數的長期照護，社區化服務策略並未被明確採納；缺乏良好社區照護的共識；減少提供醫院服務的速度遠快於提供社區照護服務；缺乏適當財務機轉，聯合財務僅是將責任由衛生轉移到社會部門等。1986 年 the Audit Commission 提出 Making a Reality of Community Care 報告，提出現存制度五項長期照護問題：(1) 資源配置不佳；(2) 資金連結需由醫院到社區；(3) 現行政策鼓勵使用私立機構服務的使用，對社會安全政策造成不良的影響；(4) 組織與責任分散於衛生和地方(社會部門)政府間；(5) 人力缺乏規劃及有效的訓練。

英國政府為回應 the Audit Commission 報告，於 1986 年底請 Sir Roy Griffiths 對公共資金在社區照護政策的運用提出建議方案，於 1988 提出 Griffiths Report。該報告指出中央政府未能連結社區照護政策與資源、地方政府責任界定不清、社會安全未依民眾需要補助私人部門造成長期照護的浪費，建議應採公私混合經濟方式以促進選擇和效率。該報告並建議中央應指定一位社區照顧部主管負責社區照護政策；社會服務部門應在社區照護中擔任領導角色，評估需要及協調服務，強調滿足地方的需要；住宅部門應負起社區照顧中提供照顧住宅的責任；衛生部門則應持續社區式的醫療服務，家庭醫師則需提供必要資訊給地方社會服務部門；公私立機構居民則應獲得財務補助；另外希望個人能事先規劃自己的老年生活等改革方案。

英國政府於 1990 年通過 the National Health Service and Community Care Act，並以 Griffiths Report 為藍圖，於 1991 年提出社區照護白皮書。白皮書中明

<sup>1</sup> 此次參訪於英國中央政府衛生部社會照顧組接待者。



定主管機關的責任：評估個人的社會服務（即長期照護）需要評估，據以決定應給的服務；由個案管理師針對個案與照顧者設計服務項目；保障民眾服務的獲得，不僅直接提供，並使民眾有購買能力。此外並增添三項任務：申訴系統（system of complaints）；發展機構照護的監督系統；以及由地方政府負起支付私人部門的長期照護之財務責任，將經費由社會安全預算移轉至地方政府。地方政府對於經費使用於住宅服務上有自由裁量權，如此可以降低許多人進住機構。

表 2 英國社區照護里程碑

年代	法案、報告或改革政策
1957	Royal Commission on Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency (CMND 169) 首次官方出現社區照護一詞
1959	Mental Health Act 主張將精神病患由醫院轉移至社區照顧
1961	Enoch Powell, Minister of Health, 宣稱減少精神病院
1962	Hospital plan for England and Wales, 目標降低住院
1963	出版 White Paper on Health and Welfare
1969	Local Authority Social Services Act 成立個人社會服務部門
1973	The National Health Services Reorganization Act 整合健康及社會服務部門
1974	成立 Joint Consultative Committees, 要求健康當局及社會當局共同合作
1976	DHSS The Way Forward: Priorities for the Health and personal Social Services, 重申此時是政府擴張社區照護預算的時刻
1976	引入聯合財務 (joint finance)
1978	出版 A Happier Old Age, 強調老人的獨立自主、志願部門及非正式 照護的重要性
1981	出版 Care in Action 與 White Paper. Growing Older, 強調社區照護的角色
1982	Comptroller and Auditor General reports 對聯合財務的報告 Treasury HM 發起 Financial Management Initiative
1983	Care in the Community Initiative 指定基金給健康部門作為促進人們由醫院照顧至社區照顧

下頁續

表 2 英國社區照護里程碑(續上表)

年代	法案、報告或改革政策
1985	出版 Progress in Partnership House of Common Select Committee on Social Services 強調精神病患及學習障礙者的社區照顧進展太慢，未能實踐社區照顧政策
1986	Audit Commission 出版 Making a Reality of Community Care Disabled Persons Act 監督地方主管單位及公醫制度的批判性報告
1987	Firth Report on Funding of Residential Care, 檢視地方主管單位、私人及志願部門安養院資金的安排，並建議設立一般評估策略 National Audit Office reports on Community Care Developments，監督中央政府部門的另一批判性報告
1988	Wagner Committee 回顧機構照護之報告 Sir Roy Griffiths reports 批判現存社區照顧政策，激進的改革實踐於 1990 National Health Service and Community Care Act
1989	出版白皮書 Caring for People 政府依據 Griffiths reports 激進的改變地方社會服務部門在社區照顧服務輸送上的角色
1990	National Health Service and Community Care Act 實踐 1989 年白皮書的計畫，各項服務提供分別在 1991、1992、1993 三階段開始實施
1991	社區照護改革第一階段實施

資料來源：Kanpp *et al.*, 1992；Anthea Tinker *et al.*, 1994.

### (三) 長期照護之政策目標

1990 年後的改革目標，於白皮書中強調的總目標為「促進選擇與獨立」，六個次目標則包括：(1)促進社會服務、日間照護與短期臨托照顧的發展，使民眾能夠居住在自己家中；(2)保障服務提供者提供家庭照顧者獲得實用的支持，評估家庭照顧者的需要；(3)服務設計採用需要評估與個案管理，以提供高品質的成套服務，符合個人偏好；(4)促進私人部門發展服務，可與公共服務的品質並駕其驅；(5)明確訂定主管機關責任使更負責任；(6)使經費更有價值的使用。地方政府對選擇服務則應秉持「使保有正常生活」為原則，提供適合民眾偏好的服務(OECD, 1996)。由此可知，英國也是採行「就地老化」(aging in place)的長期照護政策目標。

#### (四) 組織架構

長期照護服務主要由主管醫療照護中央層級的國家健康服務部門 (NHS, National Health Service) 與地方政府社會服務部門(social service department, SSD) 兩大體系共同負責。國家健康服務部門提供醫療相關服務, 如初級醫療、老年醫院、居家護理、社區心理衛生服務等; 地方政府社會服務部門則負責管理與提供部份各類社會福利服務, 如日間照護、送餐服務、家務協助、老人之家等。至於短期臨托與個案管理等則兩體系均有涉入。私人部門亦提供醫療以外的各類長期照護服務(Johnson, 1994)。

目前有關老人照護之項目共有四大項, 包括社區內健康照護、地方政府社區支持服務、機構照護以及住宅服務。

##### 1. 社區內健康照護(Health Care in the Community)

包含家醫科醫師(general practitioners)與社區健康照護(communitary health care) 等兩類服務。家醫科醫師(GP)與國家健康服務部門 (NHS) 中的家庭健康服務當局(Family Health Service Authorities)建立契約, 擔任轉介病患至醫院以及社區內健康服務之工作。一般而言有 72%之家醫科醫師採團隊工作之方式提供服務, 由 3 人以上的 GPs 組成一個團隊, 只有 12%的家醫科醫師是採單獨執業。根據 1992 年統計資料, 每一英國公民皆有一位 NHS 的家醫科醫師, 平均 65-74 歲老人每年看 6 次的家醫科醫師, 75 歲以上 7 次, 而 16-44 歲者只有 5 次, 可見老人對於醫療的需求仍是屬於較高的一群。而社區健康照護服務係包含地段護士、健康訪視者、社區精神科護士、腳科醫師等的團隊服務。

##### 2. 地方政府社區支持服務(Local Authority Community Support Service)

主要由地方社會服務部門提供居家照護(Home Care)、日間照護(Day Care)、社工支持 (Social Worker support)、餐飲以及機構式的短期臨托服務(Residential Respite Care), 其中有 4-7%由私人市場所提供。

居家照護(Home Care)提供的服務範圍包含家務服務(Domestic service), 例如: 清潔、煮飯、洗衣; 個人服務(Personal Service): 如穿衣、盥洗、餵食; 社會服務 (Social Duties): 聊天、與親友聯繫、購物、娛樂等。日間照護(Day Care) 日間照護包含四個部份: 日間留院(Day Hospital)提供復建及護理服務; 社區為基礎的社會服務日間中心 (Community-Based Social Services Day Center) 提供社會式積極家庭照護者之短期臨托照護; Residential Home 中提供日間社會服務中心; 志願組織經營之日間照護。

社會工作支持 (social work support) 大部分由地方當局的社工員提供, 但有一些是志願機構雇用。社工員提供所有年齡層的服務, 相較之下老人並不是優先服務之人口, 且大多是由社工助理人員提供服務, 而非專業社工員提供服務。

餐飲服務由地方當局提供在宅餐飲服務, 亦有部份是由志願組織所提供。

機構內短期臨托服務(residential respite care)提供非正式照護者喘息的機會，由地方健康當局提供短期安置，此種服務有逐年上升之情形。

### 3. 機構照顧

- (1) 醫院：主要由國家健康服務部門提供，但有少部份由私人購買健康保險由私人診所或國家健康服務部門醫院之私人床位提供醫療服務，據估計有 9%之英國公民包含於此種私人保險之中。
- (2) 護理之家：國家健康服務部門只有少數的護理之家，大部分由志願組織或私部門提供。
- (3) 照顧之家 (residential care homes)。

### 4. 住宅服務

有 5%的老人住在機構之中，大多數老人住在社區中自有或承租的住宅，9%住在社區中的照顧住宅。

#### (五) 改革方向

英國主要改革方向為服務社區化，管理分權化，以及經濟混合化。服務社區化乃因應環境趨勢，自 1960 年代後不斷有社區化的改革運動，較為全面的老人照護社區化則為 1990 年後的一連串改革，目前仍處在改革當中。在社區化改革中，採用分權策略將管理責任由地方政府接管，並在 1993 年後將財務責任也移轉到地方政府，一方面期望降低中央財政的壓力，另一方面較能符合地方實際的需要。

而如何整合衛生體系 (National Health Service) 與社會照顧 (Social Care) 是目前重要政策之一，中央設定目標並撥給地方政府經費，要求地方政府專案提供社區照顧，強迫衛政體系 (NHS) 與社會部門工作同仁一起為案主提供服務，在地方成立 Primary Care Trust，將中央之衛生預算及地方的社會福利預算將撥到這個 Trust，尤其統籌提供社區中民眾全人照顧。換言之，也就是以預算為誘因的前提之下，希望體系整合醫療與社會服務提供全面性及居家式的照顧 (stay at Home)。在上述策略下，地方政府發展服務來維持老人健康 (stay healthy) 及繼續住在家中 (stay at home)。中央監督地方政府執行的情況，如果未達成預定目標，下一年度即刪減預算。

但在實施地方分權多年之後，英國國家健康服務部門鑑於該國醫療體系中國家統一醫護標準的缺乏、醫護人力之間明確的專業分工規劃的不足等，決定改革以因應 21 世紀的醫療需求。老人醫護需求方面的改革方向如下：

- (1) 建立統一的、全國性的老人照護標準。
- (2) 全面性加強 65 到 70 歲婦女的乳癌檢測。
- (3) 設立老人個人性照護計畫制度。

(4) 護理之家照護服務使用之免費化。

預定從 2000 到 2004 年間，以 9 億英鎊專款補助「intermediate 照護服務」(類似台灣的急性後期照護)，以降低急性後期病患醫院佔床率、轉介其至護理之家或其他照護機構六週，進行復健或其他健康促進服務，以期使急性後期病人在醫療照護及社區(或居家)照護之間的緩衝期裡得以康復或有能力接受居家式的社區照護。

且中央政府感受到當正式照顧體系服務發展的太過蓬勃時，非正式照顧體系會完全抽身，而政府無法全然負擔照護所需經費。且為降低正式照顧系統的財務負擔，政府鼓勵家人、親戚、朋友、鄰居加入照顧行列，採用的策略包括：(1) 針對照顧者的需要進行評估的權利；(2) 保障照顧者參與決定照顧相關事務的權利，讓照顧者與政府的社會服務是伙伴關係，雖然要維持照顧者與地方政府(local authorities)之間的權利不容易，但必須常監測使兩者權利盡量維持平衡。(3) 對提供服務避免照顧者過度勞累而放棄照顧責任。因此，中央撥款支持家庭照顧體系持續提供照顧。地方政府在評估老人照護需求時，同時必須評估家庭照顧者的需求，並給予支持，製造家庭及非正式照顧體系間的夥伴關係，三年內增加 1 億 4 千萬英鎊的預算來提供喘息服務，支持家庭照顧者。

英國社區照護發展現況如下：

1. 機構：

- (1) 截至 2000 年 3 月底，英國共有 5,800 家照護機構 - 包括私人的護理之家、醫院等。機構總數與 1995、1996 年相近但；與 1999 年相比，照護機構總數下降約 4% 左右。
- (2) 與 1999 年相比，一般護理之家總數下降了 7% 左右。但精神疾病方面的護理養護機構及醫院總數則分別攀升了 8% 與 7%。
- (3) 在過去五年當中，一般護理之家在全部照護機構中的比率由 80% 下降至 74%；精神疾病方面的護理養護機構則由 14% 晉升到 18%。

2. 立案床位：

- (1) 截至 2000 年 3 月底，共有立案床位 193,300 床，與 1999 年相比下降了 4%。從 1999 年到 2000 年，一般養護機構床位減少了 6%，唯有精神疾病方面的護理養護床位上升了 4 個百分點。
- (2) 1999/2000 年總佔床率為 80%。
- (3) 83% 養護機構及醫院住民年齡在 65 以上。其中 2/5 的機構服務使用者年齡超過 85 歲。

3. 人力

- (1) 共 186,900 人，其中 140,400 人為全職人員。
- (2) 51,200 位全職護理人員中，69% 為專業執照護理師

但由於英國政府的健康保險財源來自於稅收，所有的醫療需求都可從健康保險制度免費獲得給付。但隨著老年人口的增加，英國的社會福利制度可以維持多久？此一議題已開始引發討論，因為現在當代人民接受教育的時間較長，開始工作的時間較為延後，但退休時間卻提早，可以工作繳稅的年限比以前短了很多。而當代的年輕人覺得他們負擔的稅率很重，但等他們老年退休之後卻不一定能從政府得到照顧，引發世代間的憎恨情節。

到目前為止政府並沒有計畫未來將提供免費的社會服務，也沒有要推行長期照護保險的打算，而將繼續採用經資產調查式( means-test )的服務給付方式。最近蘇格蘭有意要提供免費的社會照顧服務，但尚未開始執行。此乃由於英國中小企業眾多，雇主強烈反對除現有保險制度之外，再開辦長期照護保險，其拒絕再為員工多付保險費，而其深厚的政治影響力亦與英國長期照護政策的發展取向密切相關。

## (十) 參訪單位

### 1. 英國中央政府衛生部社會照護組 *Social Care Group, Department of Health*

參訪時間：2000 年 3 月 23 日上午

拜會者：衛生部社會照護組 Peter Dunn 先生

英國的衛生政策由中央政府主導，健康醫療方面的支出亦由中央政府給付。長期照護服務主要由主管醫療照護中央層級的國家健康服務部門 (NHS, National Health Service) 與地方政府社會服務部門 (social service department, SSD) 兩大體系共同負責。1991 年所提出的社區照護白皮書將長期照護系統轉為強調「地方權限」的照顧模式。改革後財務責任由地方政府承當，經費則由社會安全預算移轉至地方政府並使民眾有購買能力。國家健康服務部門提供醫療相關服務，如初級醫療、老年醫院、居家護理、社區心理衛生服務等；財源來自稅收。地方政府社會服務部門則負責管理與提供部份各類社會福利服務，財源來自地方稅及中央政府的概括性補助。

英國中央不直接提供服務，也未另設社政部門掌管長期照護議題，與社會照顧相關的中央層級單位即為其衛生部社會照護組。社會照護組的工作包括：

- (1) 負責因應老人及兒童照顧需求，使其得到適當之照顧

- (2) 制訂社會照護政策（亦委任民間機構或學校進行研究計畫）
- (3) 配置預算
- (4) 監督中央政策是否完整落實於地方政府及其他社會服務組織

英國社會照顧政策已採行分散化、地方化多年，目前一趨勢為中央政府衛生部開始制訂一系列的「國家照顧標準」(National Care Standards)，改善地方分權化導致之地區不均等現況，以確保社會照顧品質。

英國中央政府衛生部網址：

<http://www.doh.gov.uk>

英國中央政府衛生部社會照顧組網址：

<http://www.doh.gov.uk/about/glance/social/index.html>

英國中央政府衛生部社會照顧組 SSI（社會服務監督）網址：

<http://www.doh.gov.uk/scg/ssi.htm>



←參訪小組拜會英國衛生部社會照顧組 Peter Dunn 先生

## 2. 英國老人政策中心 *Center for Policy on Aging*（簡稱 CPA）

參訪時間：2000 年 3 月 23 日下午

拜會者：老人政策中心執行長 - Gillian Dalley 博士

1947 年由 Nuffield 基金會成立。鑑於當時英國長期照護機構照護品質及硬體設施之低劣，而成立的私人研究單位。當初的主要工作內容在於引導老人照顧服務提供者按照老人的需求來提供服務。目前其主要工作內容在於研究社會照顧議題、諮議政府老人照護政策決策、進而提升社會照顧實務品質。

目前其主要研究議題為：

- (1) 老年照護政策（以機構式照護為研究主軸）
- (2) 年金政策
- (3) 老年休閒議題
- (4) 健康及照護議題

主要的工作內容則為：

- (1) 研究老人相關議題、諮議政府照護決策（譬如英國中央政府衛生部社會照護組於 2001 年所出版的「國家照護標準」(National Care Standards) 即部分採用老人政策中心的研究結果）。
- (2) 蒐集有關資訊、建立老人學研究圖書資料館。收集老人社會學方面、老人健康議題及行為科學相關的書籍、期刊、報告及統計資料等。
- (3) 出版老人醫學、生物學及照護政策方面相關刊物，”Aging and Society”（”老化及社會”期刊）即為其所發行之專業雜誌。另亦建立電腦光碟資料檔（AgeInfo）。內含全球性老人學研究中心地址、研究議題、老人福利政策議題、最新老人學會議資訊、並提供老人在尋找機構時之諮詢網站等。

網址：<http://www.cpa.org.uk>

### 3. 照顧住宅(*sheltered housing*)簡介

參訪時間：2000 年 3 月 26 日上午

拜會者：牛津布魯克斯大學 Helen Bartlett 教授

英國的照顧住宅(*sheltered housing*)起源有其歷史發展背景，其設立源起是為空出照護機構中的床位，並協助老人從較大的家庭住屋換住到較小的單位。過去照顧住宅的規模約為 30-50 個單位，設備十分簡單，僅包括一間房間、小廚房及簡單衛浴設備，服務對象為年紀大且獨居的長者，但仍具備生活自理能力，還沒有老化到需接受機構照護的程度。

在 1980 年代以後，照顧住宅的型態開始產生變化，原因有三：(1) 老人對住處的要求提高，希望擁有自己專屬的衛浴設備；(2) 部分老人希望自己擁有照顧住宅，以購買代替租用的比例日漸提高；(3) 因為照顧住宅的住戶日漸老化，生活自理功能逐漸衰退，平均年齡為 83-84 歲，為滿足住民的照護需求，單位開始引進多項照護服務，從純粹的住宅服務轉變為加入照顧服務的單位。對於「住宅」與「照顧」是否應分該由不同單位提供服務開始有不同的看法，有人認為「住宅」與「照顧」應由同一經營者提供，方能提供完整服務；但亦有人認為若兩者接由同一單位提供，如果住宅轉手，則住民可能面臨無處可去的困境。目前大多數照顧住宅服務的提供是由照顧管理者 (care manager) 來協調，提供的服務項目包括復健、職能治療、物理治療、居家服務等項目。

在主管機關方面，英國的照顧住宅(*sheltered housing*)不需要註冊，亦不需要主管定時檢查。但若單位因應住民的照護需求提供額外照護後，其必須依照社區照顧 (community care) 的居家照顧標準(*home care standards*)予以檢查。



#### 4. 牛津郡社會服務局社區照顧課 *Oxfordshire County Council, Social Services Department, Community Care Division*

參訪時間：2000年3月26日上午

拜會者：牛津地方政府社會服務局社區照顧課課長 Martin Bradshaw 先生

依照 1990 年英國社區照顧法案之規定，地方政府必須執行社區照顧方案。地方政府的社會服務局（Social Services Department）負責聯絡其他健康、住宅與獨立單位共同參與社區照顧計畫（Community Care Plan）的撰寫。社區照顧計畫內容包括社區照顧的目的，以及決定該地方上服務的優先性及標準、評量的政策、服務對象的資格、服務提供的單位及服務的品質；同時亦需制訂付費標準、或提供現金讓使用者可以自行購買服務。

目前牛津郡總人口為 62 萬人，65 歲至 84 歲的人口約有 7,5000 人，85 歲以上老人約有 11,000 人。社會福利預算中的老人福利預算約有 5200 萬英鎊。地方政府社區照顧局的組織編制包括課長一名，其下有六名管理師（Unit Manager），負責掌控社區照顧預算；另有資深醫師及照顧管理師（Care Manager）數名。照顧管理師又細分為評估案主照顧需求的照顧管理師（Assessment manager）與長期照護管理師（Long-term Care Manager）兩類。迄今，社區照顧課 20 名照顧管理師大約和 400 多家服務提供者簽有合約，為牛津郡老人服務，除了委任局內之照顧管理師（Care Manager）擔任需求評估之外，亦與志願及私立單位簽約、購買服務、計畫套裝服務計畫（Care Package）、持續服務安排、分配照顧資源、整合與評鑑照護實務等。

牛津郡服務提供項目及預算分配概況如下：(1) 核定 6,000 個案之居家環境整修，預算約 150 萬英鎊；(2) 有 3500 人接受居家服務，預算約為 1500 萬英鎊；(3) 日間照顧約有 3,500 處，約 300 萬英鎊；(4) 家庭照顧者喘息服務，約 100 萬英鎊；(5) 養護服務約有 1,100 床，約 1800 萬英鎊；(6) 護理之家約有 600 床，約 1000 萬英鎊等

#### 5. 牛津失智中心 *Oxford Dementia Centre*

參訪時間：2000年3月26日下午

拜會者：牛津失智中心主任 Dawn Brooker 博士

英國牛津失智中心隸屬於失智症服務發展中心（Dementia Services Development Centre, DSDC）。失智症服務發展中心創始於蘇格蘭的 Stirling 大學，之後陸續在英國各大學成立聯盟發展中心。

主要工作在於：

- (1) 促進各聯盟發展中心之間的聯繫與合作
- (2) 增進各聯盟發展中心之間的資源共享、降低地區性競爭
- (3) 與阿爾滋海默協會合作爭取中央政府衛生部門之研究基金

另外，英國牛津失智中心是失智症服務發展中心在牛津布魯克斯大學（Oxford Brookes University）裡所成立的聯盟發展中心。其主要工作內容為：

- (1) 提估失智症患者及其照顧者相關資訊
- (2) 提估諮詢服務
- (3) 提估訓練課程
- (4) 定期舉辦失智症相關會議
- (5) 失智症研究

網址：<http://www.brookes.ac.uk/dementia>。電子郵箱：[dementia@brookes.ac.uk](mailto:dementia@brookes.ac.uk)。

#### **6. 牛津教學護理之家 *Guidepost Teaching Nursing Home***

參訪時間：2000年3月26日下午

拜會者：牛津教學護理之家主任

為牛津布魯克斯大學之附設教學護理之家，由慈善基金會 Guidepost trust 設立。甫於 2000 年 3 月開始運作，設有失智症特殊照護區 20 床，進住者為牛津鎮附近中重度之失智症患者。日後將分開提供失智症日間照護、喘息服務、及教育訓練課程等。

目前護理之家的行政主管為一名資深護理人員，其下有三班輪值之專業護士、護佐及看護員數名。住民與工作人員比例為 2:1。另有簽約的家醫師、職能治療師及物理治療師等。

#### **7. 安居閣住宅基金會附設照顧住宅 *Anchor Court (Anchor Sheltered Housing)***

參訪時間：2000年3月26日下午

拜會者：安居閣住宅基金會副主任 Valerie Good 女士

由安居閣住宅基金會在牛津鎮中心所建的退休老人照顧住宅。安居閣住宅基金會（Anchor Housing Trust）是英國最大的一個為老人提供房屋的非營利組織。目的是在為老人提供適合的支援、照顧及房屋。

該照顧住宅共有 40 個單位，入住者為虛弱或身心功能輕度障礙之老人，強調住民獨立、自主及符合隱私權的生活空間。照顧住宅事實上是提供住民住宅方面的服務。住民日常生活盡量正常化；在住宅內設置管理員一名，其工作內容為早晨問安、平日巡視維修及替老人引進其所需要的服務等。這種成本不高卻又能

保障住民生活品質的服務模式，可供國內參考。



← 圖為照顧住宅內舉辦「午餐俱樂部」的情景，參加成員除單位內住民外，社區內的老人亦搭乘復康巴士到此參與活動。

→照顧住宅的服務對象亦包括失能老人。

圖為 94 歲行動不便的老太太向吳淑瓊



## 8. Tinker 教授，英國倫敦國王學院老人學研究所 *Age Concern Institute of Gerontology, King's College, London, U.K.*

參訪時間：2000 年 3 月 27 日上午

拜會者：Anthea Tinker 教授

Tinker 教授是英國倫敦國王學院老人學研究所的教授，演講的主題包括英國在老人長期照顧上的跨專業團隊分工制度、及輔具科技發展。

### (1) 英國跨專業團隊分工制度及照顧管理

Tinker 教授認為跨專業團隊分工制度應採取下列兩項策略：一為增進各專業人員間的相互彼此之瞭解；第二則應將社政與衛政的財務聯合在一起使用，譬如中央政府可專款補助地方政府促進醫療衛生和社會服務之結合，以增進對老人之照顧。除此之外，建議政府制訂明確的跨專業分工準則。大多數的機構式照顧對住民過度評估，因此應該發展跨專業的共同評估表格以解決過度評估的問題。共同的照護需求評估表格應該還可以降低不同專業間因專業術語不同引起的轉介困難與誤解。

至於在照顧管理方面，Tinker 教授認為應整合一套全國性評量表及管理流

程。至於由誰來擔任照顧管理師，該職務又當隸屬於何類機構等並不重要，因為在照顧管理上應首先考量究竟誰才可以發揮協調的功能，誰最能掌握資源的整合。Tinker 教授的看法是將個案管理的功能附屬在醫療體系之下。但是一般來說，在以醫生為主軸運作的照顧團隊下，其他專業人員的角色和功能將會被貶低。Tinker 教授的看法是不先預設團隊人員的合作模式；醫生、護士或社會服務部的個案管理師都應該可以擔任照顧管理師。

照顧管理師的訓練是一個很重要的議題。要訓練照顧管理師能夠瞭解各個專業，並深入判斷個案之各項需求，再協調服務等，並不是一項簡單的任務。訓練過程應包含各個專業的內容、經濟效益評估、資源的整合、服務運輸流程的確定及照護品質的管控等。

## (2) 輔具科技

在老人及失能者人數日漸增加之際，生活輔具在長期照護體系中的角色愈形重要。生活輔具科技的發展並不在於興建新型的科技住宅，而是在於發展可以在現有住宅內廣泛使用的日常生活功能輔助工具。因此輔具不一定要複雜昂貴的高科技用品。只要是符合失能者的設計，即可輔助其日常生活功能。輔具亦可協助獨居老人，增加其自主性及自我照護能力。

在輔具使用推廣方面，應該重視使用者及其家庭照顧者的使用意願、服務輸送體系中老人對輔具的接納程度（acceptable）、經濟負擔與否（affordable）、輔具之可近性等應是研發輔具時的考量要點。

### (十一) 英國經驗—我國規劃長期照護體系之參考

英國的長期照護制度是雙元制；與醫療相關的部分隸屬於國家健康服務部門，由中央負責，包含的範圍有初級醫療，老年醫院，居家護理，社區心理衛生服務等。但是社會服務的供給則是由地方政府社會服務部門來策劃執行。雙元制的實施造成以下各種問題。

1. 社政和衛政為了節省經費互相推卸責任，最明顯的例子就是超長住院日的狀況。由於醫院經費由衛政單位負擔，因此當社政單位無財源拮据或是無適當床位時，往往導致病人長時間的住院。另一負面影響則是醫院會盡量提早讓病人出院或是轉入社政的長照機構。
2. 整合上的困難。在英國老人的長期照護設施係由不同層級的政府來負責：(一)健康照護乃是由中央政府負責；(二)教育和社會服務係由 county 主責，而(三)住宅和環保則由 district 負責，各權責機關的不同也造成服務整合的不易。
3. 由於各機構有不同的法源基礎與財務來源，造成機構類別複雜且機構間的區分不清楚。這些原因也是整併我國護理之家及老人長期照護機構、老人養護機構的障礙所在。在英國若將老人機構分為三類：(一)照顧住宅 (sheltered housing)，提供服務給不需要密集照護、尚能獨立自主生活者；(二) residential care，則提供入住者個人照護；至於(三)護理之家則是提供入住者技術性護理照顧。在庇護性住宅常設有一位管理員，管理員的角色是扮演好鄰居，查看老人是否安然無恙。但當入住老人的年齡愈增、失能愈嚴重而需要特殊照護服務時，則該機構一方面會增聘工作人力；另一方面則會申請居家服務。此時管理員不再只是扮演門房和安全守護者，而是管理者（資源聯絡者常與社會服務的人員、家醫科醫師以及護士合作）。目前這三類機構功能的分野愈來愈模糊。

為了使地方政府能配合中央政府的政策，整合衛政與社政體系，並增加服務的連續性，故實施「伙伴關係補助專款」(Partnership grants)、 「提升獨立自主方案專款」(Promoting independence grants)，及「直接津貼制」(Direct payment scheme)來促使社區式服務方案供給的增加。中央政府在撥款之後仍需盡監督之責；成效不良者則不能獲得下一年度中央政府的補助款。

社政和衛政的結合，並不一定要經由行政體系的結合，也可以採用目標取向，或是經費取向，採用明確的準則將財務聯合在一起使用。用 multi-agency approach 替代 collaboration，強調不同機構間的協調合作，並增進各專業人員間的相互彼此之瞭解。

- 1) 「伙伴關係補助專款」( Partnership grant ): 必須由社政和衛政單位共同提出申請, 在其申請書中應列出未來兩個單位要如何互相合作、整合其照護資源。中央政府強制要求地方政府提出這一類型的計畫。中央將這類型之計畫列為地方政府的績效之一。為了幫助地方整合服務項目, 中央政府會修改法令, 去除財源, 會計或法令上的限制。
- 2) 「提升獨立自主方案專款」( Promoting independence grants ): 這跟「伙伴關係補助專款」不一樣, 不用由社政和衛政共同申請。它的功用在於給衛政、社政一個共同目標, 藉由一個共同目標來聯繫它們。方案的目的則是在增加老人獨立自主的能力, 延緩機構的使用。
- 3) 「直接津貼制」( Direct payment scheme ): 由政府直接付錢給老人, 任其自由購買服務, 可向社政體系或衛政體系購買。甚至可向親戚、朋友、或鄰居來購買服務。但購買的服務內容需定期的接受個案管理師的監控, 以防範不當使用。

由英國的照護體系可看出它對老人選擇權與自主權的尊重, 這點值得台灣學習。體系中包含了各種機構式、社區式、與居家式的服務, 讓老人有選擇的空間。對服務模式的制定或是硬體的設置也都將老人的意見納入考量。此行參觀的照顧住宅, 在更新其廚房設施時, 老人住民甚至全面參與規劃與施工, 充分尊重老人的自主權。另一範例顯示對自主權的尊重則是在其「直接津貼制」居家服務方案。

對非正式照護者的重視是英國長期照護政策上的另一項優點。目前大部分的長期照護乃是由非正式照護者提供, 英國政府了解非正式照護者的重要性。若要降低社會成本, 減少機構式服務的使用, 則需要增加對照護者的支持, 讓他們能持續地提供照護。因此英國在 1995 年訂頒「照顧者方案」, 中央政府設有照顧者基金, 補助地方政府去推行支持家庭照顧者的措施。反觀國內支持照顧者的措施才正開始, 今後應更積極來推展, 內政部社會司可透過補助獎勵的機制來促使服務供給的增加。更具體來說, 應將支持家庭照顧者的服務措施公然列舉為補助項目。

貫徹就地老化理念也是另一優點。由中央到地方政府, 不論是服務模式的設置或是經費的使用, 其考量重點之一乃是與「就地老化」理念的一致性。以個案管理為例, 它會以居家式或社區式照護為優先考量, 經由居家照護服務, 或是房舍的修繕, 或是輔具科技讓老人仍持續留在家中。這並不是說機構式服務沒有它的存在價值, 只是將機構式服務的角色界定於當社區式或是居家式服務無法滿足個案需求時, 才轉向機構式服務。私人機構在這方面也與政府方向一致, 以安閣住宅基金會( Anchor Housing Trust ) 為例, 它是英國一個大型的連鎖的老人照護公司, 除了興建老人退休公寓、老人住宅設施和老人庇護性住宅外, 對於社區老人提供住屋修繕服務、緊急救援系統服務及居家服務, 實踐「就地老化」目標也是它的重要方案。

為了避免地區性的差異、維持一定的品質，並且讓服務模式更符合當地住民的需求，中央政府逐漸遠離服務提供者的角色而開始扮演規制者的角色。近年來的趨勢是將監督權下放給地方的社會服務部門來執行，一方面分權化，如照顧計畫的訂定、執行和監督；但另一方面則是集權化，將設置標準由中央政府來訂定。然若經仔細的思考，則可瞭解其中的意涵，因在民營化的趨勢下，各類服務供給必定大量增加；但是仍須由中央政府扮演規制者的角色，以保障照護品質。中央政府的角色應放在制訂標準，將實施的責任放在地方政府身上，在中央列出的標準以內，地方政府有自主權決定要如何提供這些服務。優點有服務多樣化，增加選擇性，較符合地方人民的需求，且比較有彈性，可依照需求來調整服務模式。

個案管理制度的實施也是英國的優點之一。以地方政府為例，社會服務主管機關負責個案管理的任務，其步驟如下：(一)轉介進入體制；(二)需求評估；(三)制定照護計畫；(四)評估經費可行性；(五)安排服務；及(六)定期評量照護計畫。有關評量部分，目前並無全國性的評量標準，且甚少是跨專業團隊的評量，否則成本會太高。牛津郡的社會服務部門是將服務契約擬定和個案管理師的職責分工，契約擬定部門設有全職的 12 位員工負責與 400 個以上的廠商訂定契約、監督、終止契約等行政工作。地方政府與服務提供者的關係，也值得我國推行進一步的民營化之參考。在地方政府層次設有 4 個服務管理師 (service / operate managers)，每個服務管理師下設 5-6 單位管理師 (unit managers)，每位單位管理師則負責督導 2-3 位第一線的照顧管理師。由此可知，整個郡有 70-80 位個案管理師和其經理，而整個郡 65 歲以上的人口有 8 萬 6 千人，若有 5% 為失能老人，則每個各管師的個案量大約有 50-60 個，其中包含簡單與複雜個案。

### 與實驗社區的相關性

影響長期照護需求量大小的主要因素為失能老人的數目與其失能程度。目前實驗社區的重點乃在於照護模式的發展與體系建構，並未將失能預防與失能復健納入重點。在參訪完英國後，深深覺得一個完整的長期照護體系應該由降低長期照護需求開始。簡單的說，實驗社區內的方案應可分為三大類：失能的預防、失能時的照護及失能程度的降低。

在預防失能方面，實驗社區應可參考社區健康營造模式。將對象鎖定於老人，經由健康教育，教導有學術根據且有利於健康的預防保健知識（如運動與飲食常識），並透過物理環境的改善，如生活輔具(拐杖)、房屋修繕(浴室防滑措施)等，減低意外事故的發生(如由跌倒造成骨盆腔骨折)。在這方面建議政府應與其他公共衛生、社區營造、或是預防醫學專家共同研擬一套完善的方案。

在降低失能程度方面，一般可以透過職能或是物理治療，或是生活輔具來降低失能程度。目前國內相關專業人員缺乏，如何在實驗社區內建立一套完整的復健體制，將是一大挑戰。由專業人員的培訓，到服務模式的建立，仍有許多待克服的問題。

失能(Disability)的定義乃是無法像一般人一樣執行生活上所必須的基本功能。但若是能經由生活輔具的幫助來執行生活上的基本功能，則不算失能。所以生活輔具在降低失能程度方面，有著很重要的角色。但生活輔具或輔助型科技(assistive technology)的發展並不是興建新型的科技住宅，而是如何在現有的住宅內廣泛使用輔具，輔具之使用必須經由職能治療師，但英國之職能治療師人力短缺，造成輔具推展的障礙。由此，在台灣職能治療師之人力培訓也是重要的議題。此外在輔具使用推廣方面，老人的看法和意願更是值得重視的。

在照護提供方面，實驗社區有許多方面可以參考英國的作法，如照顧住宅，對老人自主權的尊重，對照護者的重視，照護標準的擬定，和加強對失智症的照護與研究。

照顧住宅：實驗社區可以考慮將空的國宅改成照顧住宅。以英國為例，20年前住進照顧住宅的老人多為健康的獨立老人，但經過了這些年他們的健康情形逐漸惡化，目前許多住戶均為失能者，由於住戶特質會隨著時間改變，造成一些經營上的困擾。主要原因是英國在一開始並未明確的訂出照顧住宅的地位及其功用，在實驗社區中應注意這一點。基本上健康且能獨立生活的老人不應住進照顧住宅。在設計上應考量未來30年住民的需求，現在住民的要求和喜好會和30年後的住民不同，設計上應考量到這一點，這是目前英國照顧住宅的一個問題。在規劃新型照護模式設施時，除了以供給者的立場去設計外，更應考慮老人使用者及其家庭照顧者的使用意願，服務輸送體系中服務使用者的接受程度、負擔能力、服務提供與否及服務的可近性等都是關鍵性的因素。在實驗社區內應讓使用者(當地老人)參與一些決策過程，設計一個以老人為主的新設施。照顧住宅的成效會決定於它與其他長照服務的連結度，因此在實驗社區內，照顧住宅與復健或是居家服務的整合是一重點。這個方案，就像其他方案一樣，可能遇到的困難是持續性的問題。這是一個實驗，並無法保證會持續，老人是否願意搬進照顧住宅？

加強對失智症的照護與研究：成立一失智症中心。可參考「牛津失智中心」，其設立之宗旨有：(一)訓練和實務發展；(二)訊息提供和傳播；(三)對照顧和組織之品質改善提供諮詢；(四)研究；及(五)政策倡導。失智症患者的照護對工作人員是一項新的挑戰，英國的學術研究機構已意識到此類人才的缺乏，積極舉辦各項訓練班，值得國內仿效。衛生署應成立類似機構，其實在實驗社區內可另外申請經費建立這種網絡，集合國內對失智者照護有興趣的學者和實務經驗者，共同在社區內發展照護模式，並將其推廣到其他地方，可供教學和研究。在訓練課程方面也包括與失智症照護有關的「建物設計及科技」(Design & Technology)主題，我想如何喚起國內建築專長人才一起投入失智症照護設施之興建也應是努力的方向。此外，相關資料庫之建立和訊息的廣為流傳，對於提升工作人員的知能應是助益良多。該中心每年定期舉辦失智症研討會，建議政府應可補助在第一線提供病患照護的工作人員來參加；或者邀請該中心的工作人員到台



灣舉辦三至五天的訓練工作坊。

重視非正式照護者：將他們的需求納入評估。在實驗社區中的前測與個案管理的規劃，在評估老人需求時，應將照護者的需求一併考量。重點放在如何提昇照護者生活品質與如何幫助照護者持續照顧老人。

建立個案管理制度：由哪一專業人員來擔任個案管理師，並無一致的看法。目前不同專業人員使用不同的評量表，最好能整合成一套單一的評量表；至於由誰來擔任，或隸屬於何類機構，仍有待進一步討論。其他議題如證照，和訓練過程等也尚待討論。英國雖然有個案管理制度，但是實施方法不一，無法為實驗社區提供明確的方向。

## 十、德國長期照護制度簡介

### (一) 長期照護保險制度之歷史背景與政策目標

由於德國人口快速老化使人口結構呈現高齡化之現象，老人慢性病及日常生活功能障礙盛行率較其他年齡層者為高，造成照護成本快速上升，因而造成長期照護服務的財務需求在健康保險與社會救助之間相互推擠，帶來種種的社會問題。這些照護成本在個人無法負擔之下，就轉由社會救助來提供，造成地方及國家龐大的財務壓力，根據統計 1992 年花費於社會救助給付共 42 兆德國馬克，其中長期照護占 34% (14.7 兆)。因此，德國從 1977 年開始倡導將長期照護納入疾病保險的給付範圍。

基督民主黨 (Christian Democratic Party, CDP) 及社會民主黨 (Social Democrats, SPD) 兩大黨歷經 20 年的競爭與協商之後，聯邦勞動社會部長布琉母氏 (Norbert Blum) 考量公共財政、稅收、民眾需求、民間保險不足等問題，於 1990 年大選前，宣稱以一新的社會保險方式提供老人長期照護，亦即在疾病保險下設社會性長期照護保險。德國政府於是在 1992 年提出長期照護保險方案，於 1994 年正式立法通過。從此長期照護保險與健康保險、意外保險、年金保險及失業保險並列，成為德國第五種社會保險。

1994 年 5 月 26 日制定長期照護保險法，自 1995 年 1 月 1 日起實施，其目標如下：

1. 以預防保健與復健服務為優先：為防範需要照護狀態的發生，與改善需要長期照護的狀態，強調預防保健與復健服務的優先性，並應加強其適切的必要措施。
2. 以居家照護為優先：為使需要照護者儘可能長時間留住在家庭環境，應優先考慮提供居家照護，由家屬或鄰居擔任照護工作。
3. 賦予人民選擇的權利與個人責任：長期照護保險旨在援助需要照護者，在可能範圍內能夠自律的生活，惟需要照護者得在各種設施或服務方式中自行選擇，同時被保險人本身也有防範需要照護狀態的發生與改善需要照護狀態的責任。

### (二) 長期照護保險制度

#### 1. 照護人口狀況及服務接受模式

目前德國人口約八千兩百餘萬人，其中 65 歲以上人口占 16%，平均餘命

男性為 73.5 歲，女性為 79.9 歲，失業率高達 13%。1996 年需照護者中僅 0.5-0.7% 六十歲以下，5% 為 60-80 歲者，20% 的長期照護個案來自 80 歲以上的老年人。年齡層 60-70 歲者需長期照護比例為 0.9%，70-80 歲者 8.2%，80-84 歲者 10.7%，年齡層 85-100 歲者需長期照護比例則高達 26.3%，其中 37.4% 住在家中，24.6% 住在機構。

## 2. 長期照護保險法源依據與制度

德國長期照護保險法第一部分為第十一部社會法典「社會長期照護保險法」。與健康保險法相較，長期照護保險法架構約兩大特色為：釐清保險給付受益對象，特別將家庭內照護者涵括在內；私人保險亦在規範範圍之內。

長期照護保險制度由 1995 年 1 月 1 日起分段實施；1995 年 1 月 1 日開始繳交照護保險費，讓長期照護基金有基本的運作額度。1995 年 4 月 1 日開始施行居家照護保險服務，1996 年 7 月 1 日則開始正式施行機構式照護保險服務。選擇延後施行機構式照護保險服務之因在於鼓勵社區式照護、強調「在家老化」理念。

保險制度係採用「隨收隨付制」(pay-as-you-go)，由勞資雙方各付一半的保險費，保險費率目前為 1.7%，保險費計算基礎及其上限，與疾病保險相同。保險費率為一政治決定，乃由當時的聯合執政內閣在政黨協商後，「聯邦勞動暨社會秩序部」研議勞動人口及雇主在既有的四種社會保險保費及所得繳稅義務之下應尚能負荷 1.7% 的費率。基於「權利義務對等原則」，長期照護保險規定在十年的繳費義務期之後方俱給付資格。但在 1995-2004 年間，保險人只要從 1995 起加保，即具長期照護保險給付資格。另外正接受照護服務者及年金受益者，同樣有繳交保費義務。

2000 年一月共有七千多萬名法定長期照護保險被保險人，1998 年十二月則有八百一十三萬多私人長期照護保險被保險人。長期照護保險的保險人即是長期照護基金會(Pflegekasse)，其運作方式與健保基金會(Krankenkasse)相同。兩個基金會共用行政人員，惟財務獨立計算。

## 3. 長期照護保險受益認定與給付基準

給付基準依受保險人之照護需求而定。法定照護需求定義為：「有照護需求者為：因身體、精神、心理疾病或障礙在至少六個月內無法自行處理日常生活所需，而需藉助他人照護者。」由上列定義可知：長期照護需求的認定要項為：(1) 身心疾病或殘障所致；(2) 無法執行日常生活中普通與例行活動；(3) 短期(預計至少達六個月)之內無法復原；(4) 中重程度以上需要定期照護。

給付基準分為三級：

- (1) 第一級照護需求(相當需要照護者)：每日照護時間最少 1.5 小時、

- (2) 第二級照護需求 (重度需要照護者)：每日照護時間最少 3 小時、
- (3) 第三級照護需求(極重度需要照護者)：每日照護時間最少 5 小時。

表 1 德國長期照護給付基準

	照護範圍及頻度	照護時間
第一級照護需求 (相當需要照護者)	身體照護、營養補給、及移動三方面具有一項或營養補給、家事援助最少二項，有每日最少援助一次的必要，以及每週提供若干次家事援助的必要者。	每日最少 1.5 小時
第二級照護需求 (重度需要照護者)	身體照護、營養補給、及移動三方面，在不同時段內，有每日最少援助三次的必要，以及每週提供若干次家事援助的必要者。	每日最少 3 小時
第三級照護需求 (極重度需要照護者)	身體照護、營養補給、及移動三方面，包括夜間在內，有採取 24 小時援助的必要，以及每週提供若干次家事援助的必要者。	每日最少 5 小時

#### 4.給付申請及審查

給付須由使用者或家屬提出申請，由照護基金會加以審查是否符合受益要件；但有關專業審查是交由疾病保險的醫療服務委員會執行。審查重點在於既往病歷、主治醫師所開的診斷書，以及根據家庭訪視調查加以認定，其認定結果最後須由照護基金會裁定。使用者對於照護基金會的裁定不服時，得先提出申復，如仍不服，再向社會法庭提訴。

個案或個案的家人向其所投保之健保/長期照護基金會單位提出申請 健保單位委託中立的「健康保險醫事鑑定服務處」(MDK)執行個案照護需求等級的鑑定 MDK 以量表測試，按鑑定指導原則(Begutachtungs-Richtlinien, BRi)等完成個案鑑並附上所評估之個案照護需求等級 書面之個案鑑定書將提至健保單位，健保單位可接納或駁回 MDK 之鑑定等級 健保單位通知個案結果。

「健康保險醫事鑑定服務處」照護需求評估專員有一套完整的制式評估表格 (Gutachtenformular der MDK)，簡介如下：



<b>3. 疾病或障礙類型及其對ADLs、IADLs之影響</b>					
3.1 肢體功能障礙					
對ADLs/iADLs的影響： 0:無功能障礙， 1:不需他助但費時較久，或需輔具， 2.需協助 3.不能自行活動					
影響方面： 行動 洗澡/穿衣 飲食 排泄					
3.2 內在器官疾病或障礙					
對ADLs/iADLs的影響： 0:無功能障礙， 1:不需他助，費時較久，或需輔具， 2.需協助 3.不能自行活動					
影響方面： 行動 洗澡/穿衣 飲食 排泄					
3.3 感官功能障礙					
對ADLs/iADLs的影響： 0:無功能障礙， 1:不需他助，費時較久，或需輔具， 2.需協助 3.不能自行活動					
影響方面： 行動 洗澡/穿衣 飲食 排泄					
3.4 神經系統功能障礙					
定向感 活動力、活動意願					
心情 記憶 日夜活動節奏					
思考能力 語言溝通能力					
環境適應力 對週遭社會環境之認知程度					
對ADLs/iADLs的影響： 0.無功能障礙， 1.不需他助，費時較久，或需輔具， 2.需協助 3.不能自行活動					
影響方面： 行動 洗澡/穿衣 飲食 排泄					
<b>4. 診斷 (1-3之總結)</b>					
<b>5. 照護需求</b>					
5.1 身體方面					
項目	協助程度 ( 協助 部份代做 完 全代做 一旁注意 給予指令 )			需要協助之頻率	需要協助之時數
擦澡					
沖澡					
泡澡					
刷牙					
梳髮					
刮鬍子					
大小便					
5.2 配膳進食方面					
5.3 活動方面：自行起床與就寢、穿衣及脫衣、走路、站立、爬樓梯、離家並返家					
5.4 家計方面：購物、烹調、打掃、沖洗、更換與清洗衣物、控溫					

6. 總體評估				
不需要長期照護				
需要長期照護	建議列為	第一級	第二級	第三級
	建議接受	居家照護	機構照護	
7. 對長期照護基金會之建議				
個案個人化之照護計劃(care plan)				
7.1 建議採取下列之預防措施/治療方式/復健				
	1保健體操	2職能治療	3物理治療	4語言功能治療 5其他
7.2 輔具/照護輔具 _____				
7.3 技術性協助/屋舍改建措施 _____				
7.4 照護環境之改善/改變				
照護方式及範圍:_____				
對照護者照護實務上的建議:_____				
減輕照護者負擔的建議:_____				

(<http://home.t-online.de/home/carehelix>,2000)

個案照護需求等級需每年更新（此點與照護需求定義相關），或因特殊情況申請更改。照護服務提供單位中之高層護理人員或健康保險醫事鑑定服務處可執行重新鑑定程序。

### 5. 保險給付

長期照護保險給付可分成居家照護、部份機構照護及機構照護三類，給付方式包含現金給付以及實物給付兩種。

#### 1.居家照護給付

(1) 實物給付以需要者本人為服務對象，提供基本照護及家事援助，其費用由照護基金會負擔，人員由社會服務中心派遣。照護津貼是給擔任照護工作之家屬的現金給付，支付標準如下表：

表 2 德國居家照護支付標準

區 分	居家照護服務	照護津貼
第一級照護需求	750 馬克為限	400 馬克
第二級照護需求	1800 馬克為限	800 馬克
第三級照護需求	2800 馬克為限	1300 馬克
特殊嚴重個案	3750 馬克為限	

- (2) 照護者可申請現金給付與實物給付混合方式支給。
- (3) 家屬因生病短暫無法照護時，照護基金會須派人代理，但每年以四週為限，費用以 2800 馬克為限。
- (4) 為減輕照護工作或照護者自立，可支給照護輔助器具如輪椅升降裝置等。
- (5) 補助與照護有關之房屋改造費用（每件以 5000 馬克為限）。
- (6) 提供非正式家庭照護者免費參加照護講習。

## 2.部份機構照護給付

- (1) 日間照護及夜間照護：依照護程度不同，支給月額上限為 750 馬克、1500 馬克及 2100 馬克。
- (2) 短期收容：每年以 4 週支給 2800 馬克為限。
- (3) 機構照護給付：平均每月支給 2500 馬克，最高每月 2800 馬克，但第三級或屬於特殊嚴重案件可放寬至 3300 馬克，但機構中的食宿須自費。

即六項不同的社區式或部分機構式照護給付額度：

	居家照護		代理照護	短托	半機構式日托或夜托
	照護津貼	實物給付			
第一級	400	750	400	2800	750
第二級	800	1800	800	2800	1500
第三級	1300	2800	1300	2800	2100

3.機構式照護 ( stationaere Pflege ) 給付額度則為：

第一級	第二級	第三級
2000 馬克	2500 馬克	2800 馬克， 極嚴重者：3750 馬克

## 6.照護服務方式

簡分為二：( 社區 ) 機動式照護 ( ambulante Pflege ) 機構式照護 ( stationaere Pflege ) 。

其中的 ( 社區 ) 機動式照護 ( ambulante Pflege ) 又可分為：

- ( a ) 實物給付 ( Sachleistung ) : 指的是個案利用居家照護 ( 到宅 ) 服務。
- ( b ) 照護津貼 ( 現金給付 ) ( Pflegegeld ) : 係給予住家內照顧個案的人，此照顧者並不限於個案的近親。



- (c) 混合給付 (Kombi) :若實務給付的利用未達上限，可申請其差額當作照護津貼。
- (d) 代理照護 (Pflegevertretung) : 家庭照顧者一年可有至多四星期的休假，休假期間的照護工作可由他人代理，此項額外支出一年最多2800馬克。
- (e) 日間或夜間照護:指非全日的機構式照護。
- (f) 短期照護:若暫時無法居家成日(夜)間照護，方可申請短期的全日機構式照護，一年內至多有四星期，最高金額2800馬克。
- (g) 照護課程:係提供給家庭內照顧者的學習課程，用以提升其照護品質。
- (h) 其他:提供照護器材、特殊用品(床、墊)及室內改裝費用。

至於非正式家庭照護者，可依照護度及工作量，由長期照護保顯為其負擔年金保險費每月 200 馬克至 600 馬克，並可參加勞災保險，保險費全額由長期照護保險支出。

### (三) 德國長期照護保險施行狀況與影響

#### 1.1998 年照護保險服務使用率

使用不同照護模式之人數與百分比：

	機動式	機構式
第一級個案	60 萬人 ( 50.3% )	17 萬人 ( 36.7% )
第二級個案	51 萬人 ( 38.4% )	20 萬人 ( 41.2% )
第三級個案	15 萬人 ( 11.2% )	12 萬人 ( 22.1% )
總人數	約 120 萬人 ( 1,206,482 人 )	約 50 萬人 ( 509,492 人 )

#### 2. 1995-1998 年德國照護服務使用項目比率

	1995	1996	1997	1998
津貼	83.0%	60.4%	56.3%	53.6%
服務	7.7%	6.8%	6.9%	7.5%
混合給付	7.7%	8.7%	9.1%	9.6%
日間/夜間照護	0.2%	0.2%	0.3%	0.4%
短托/喘息服務	1.3%	0.8%	0.5%	0.5%
機構式照護	-	22.7%	24.6%	25.2%

由 1998 的數據看來：大多數的 ( 74% ) 長照服務對象非機構住民；而受惠的社區居民中又有很大的一部份 ( 76% ) 只支取現金津貼；雖然利用照護服務及

混和給付的人口群有逐漸升高的趨勢，但偏低的服務使用率是否與服務資訊的普及與否、服務的可近性、及德國過高之失業率有關。

### 3.1995-1998 年德國照護保險收支狀況（單位：兆，美元）

	1995 年	1996 年	1997 年	1998 年
照護保險收入	8.20	11.76	15.59	15.65
總支出	4.86	10.62	14.50	15.53
支出細項				
(1)照護津貼支出	2.97(61.11%)	4.34(40.87%)	4.23(29.17%)	4.19(26.98%)
(2)居家服務支出	0.68(13.99%)	1.51(14.22%)	1.74(12.00%)	1.95(12.55%)
(3)日照及短托支出	0.06( 1.23%)	0.12( 1.13%)	0.13( 0.89 %)	0.15( 0.97%)
(4)喘息服務及照顧服務員年 金支出	0.43( 8.85%)	1.04( 9.79%)	1.21( 8.34%)	1.19( 7.66%)
(5)輔具	0.19( 3.91%)	0.39( 3.67%)	0.33( 2.28%)	0.37( 2.38%)
(6)機構照護支出	-	2.64(24.86%)	6.27(43.24%)	6.69(43.08%)
(7)漸進失能者機構照護支出 (developmentally disabled)	-	-	0.13( 0.89%)	0.22( 1.42%)
(8)行政支出	0.53(10.91%)	0.59(5.56%)	0.77( 5.31%)	0.78( 5.02%)
(9)其他	-	-	0.01( 0.07%)	0.02( 0.13%)
總支出	4.86	10.62	14.50	15.53
收支差距	3.36	1.15	0.79	0.12
照護保險總盈餘	2.81	3.96	4.75	4.87

預期照護保險總盈餘將於 2005 年開始減少，而將維持一最低值數年（美金兩兆）。

#### 4. 影響

長期照護保險施行六年以來所帶來的影響可分開拓服務資源、提升照護品質及修法三方面：

##### (1) 在開拓服務資源方面：

照護保險推行之後，的確解決了之前護理之家或是居家服務吃緊的狀況。根據若干調查顯示在照護保險推行後私立的居家服務中心大量興起，其數目由 1992 年的 4,300 家增加到 1999 年的 11,800 家，在提估居家服務方面增加了 60,000 個工作機會。大多數的私立的居家服務中心多為小型化營利團體，與之前的宗教性、非營利居家服務提供者大不相同。目前只有 5%的居家服務者是公立的，49%的居家服務者屬於非營利性團體，46%則屬私人營利團體。直接增加了許多就業

機會。

不僅社區照護服務數目激增，護理之家的數目亦往上揚，譬如由 1992 年的 4,300 家增至 1999 年的 8,100 家。尤其在德東護理之家數目激增，尤其有許多養護機構轉型為護理之家。

(2) 在提升照護品質方面：

在保險推行前期，一份政府對護理之家照護品質的研究指出護理之家的護理人員大多不注重住民的自主性、不鼓勵住民保持或促進其自我照顧能力，並且認為填寫詳細的護理記錄是不必需的。根據『健康保險醫事鑑定服務處』(MDK) 調查指出：大約只有 10%的機構及居家照護提估者照護品質優良，並有一套完整的品質確定系統(QA, quality assurance system)，40%的照護服務提估者以引用該系統，5%的業者照護品質惡劣。於是健保基金會(Krankenkasse)嘗試研發照護品質基本準則(quality guidelines)，此項努力已稍有成效，目前已譬如有全國通定的褥瘡照護準則。

(3) 在修法方面：

鑑於母法弊病，於 1999 年 8 月 1 日修法後正式施行長期照護法修正法規。修法內容如下：

1. 照護津貼之全額取得不受照護者其他生活費/膳養費來源之影響(例如：照顧殘障且有照護需求子女的離婚婦女，其膳養費金額不因領取照護津貼而減少)。
1. 照護津貼不再只給付至個案去世日止，乃延至該月份，照護津貼不另加催討，以降低繁複之催討作業並減少家屬負荷。
2. 規定性的照護服務改由長期照護基金會付費。
3. 有關家屬/居家同住照顧者的照顧津貼申請額度。
4. 提高日間/夜間照護之給付額。將第二級日間/夜間照護之給付的 1,500DM 提高至 1,800 馬克，第三級日間/夜間照護則提高為 2,800 馬克。
5. 申請短期機構照護者不再受申請前十二個月的居家照護限制，如此若照顧者發生臨時意外或疾病，則可直接為接受居家照護的個案申請短期機構照護。

#### **(四) 對德國現有長期照護法規及實務之探討**

1. 有關長期照護法法規方面：

就德國已行之有年的社會保險制度原則而言，長期照護保險制度缺失如下：

- (1) 目前有工作者繳交保費，失業或已退休者的保費則由社會救助代付(一半或全部)，以提供長照支出。繳費者與受益者間之分佈若極不均等(繳費者多於受益者)，則無法因應集體之長照需求財源風險。

- (2) 在疾病（健康）與職災保險中明確規定其財源來自勞動人口群，但長照法並未明確規定長照保險不與老人年金保險搭配，因德國長照保險不採資產調查制（means-tested），照護財源完全來自於勞動人口群，如此薪水勢必得提高，其他社會問題也許將因應而生（諸如失業問題、產業出走等）。
- (3) 另外，德國長期照保險法規定：有需求之被保險人得以公平（與個人差異無關）取得照護福利服務。基本上其照護理念不同英國的注重個案特殊需求而來發展照護計劃的照顧管理。亦即：德國長期照體系中並不存在以個案為中心的照護模式及協助個案自主選定其服務內容的基本照護理念。
- (4) 長照保險法事實上僅以法律規劃照護財源範圍、保險內容制度、適用範圍及長期照護服務工作內容等，並不像醫療網實務中已密切結合醫療與復健等相關資源，得以確定其長期照護專業服務之提供與品質。立法並不足以滿足照護需求，因為相關的資源配搭（如跨專業團隊、個案管理等）與開發（如照護人員之教育、培訓等）亦需列入實務運作與規劃。

## 2. 有關長期照護服務分配部分：

- (1) 長期照護法中對「照護需求」(Pflegebeduerfigkeit)的定義籠統、含括太廣（「有照護需求者為：因身體、精神、心理疾病或障礙在至少六個月內無法自行處理日常生活所需，而需藉助他人照護者。有照護需求者為：因身體、精神、心理疾病或障礙在至少六個月內無法自行處理日常生活所需，而需藉助他人照護者。」），將需要照護的內因性心理疾病患者、精神疾病患者、智障者與內在器官疾病患者列為等同需要長期照護。而有些認知功能障礙者（如失智個案）但無嚴重日常生活障礙者則無法享有照護服務。如此一來，各不同疾病起因的個案所有之特殊照護需求則完全被忽略了。
- (2) 長期照護需求鑑定標準過於侷限：鑑定分為(A)清潔身體,(B)營養,(C)活動及(D)家計方面，實在僅侷限於生活之最基本層次，忽略全人訴求，甚至忽略個案最基本的社會心理層面。
- (3) 約有四十五萬有長照需求者（其需求少於每日一次）無法得到服務，因為他們不被列入三級的照護等級中，如果他們被界定為社會救助範圍，則不能享有長期照護保險制度的中服務與補助。
- (4) 德國推行長期照護保險的原因之一為了解決社會救助的財源壓力，但事實上仍有45%長照保險接受者（2100馬克/月）繼續領取社會救助。
- (5) 長照津貼不足支付實際費用，另外有許多個案介於三個等級之間難以分類。
- (6) 被保險人領取照護津貼的比率太高，津貼並無限制必須使用於購買照護服務，津貼可能被濫用。

(7) 多數接受非正式照顧者（尤其是其家屬）寧願領取津貼，而不接受來自正式照護資源的服務，如此家庭照顧者負擔並未減低。

(8) 疾病基金會與長期照護基金會之間的權責分配有重疊現象。

## (五) 參訪單位

### 1. 聯邦衛生部(*Bundesministerium fuer Gesundheit*)

參訪時間：2000年3月28日上午

拜會者：聯邦衛生部「照護保險基本問題處」處長 Bader 先生

德國聯邦衛生部內設有一「照護保險基本問題署」(Referat fuer Grundsatzfragen der Pflegeversicherung)，處理德國照護保險問題。

德國舊有的健康保險制度已無法承擔長期照護風險，故德國政府在1994年4月決定引進長期照護保險制度。該制度至今已實施六年，其保險開辦分為三階段實施，第一階段乃1995年1月1日開始收費；第二階段同年4月1日開始居家照護之給付；第三階段1996年7月1日機構照護給付。顯然地，前三個月屬於照護基金的累積期。其作法不同於日本去年實施之介護保險的方式，介護保險是開辦即給付，因此政府必須預先提撥基金之數額。從財政的觀點而言，德國政府之負擔較輕。其次，居家給付先於機構給付，主要在於就地老化理念之實踐，以及機構數量不足所致。

保險費率之設定在第一階段時為薪資之1%，惟第三階段實施時調高為1.7%，反映給付範圍擴大之現象。至於費率訂定之考量因素，主要是來自人口老化、身心障礙率、照護成本等影響。惟得到之答案竟然是政治協商的結果，此乃因為不同專家之間的計算邏輯不同，算出結果也不同，無法做為決策依據，最後由國會以政治協商方式決定保險費率。雖然如此，制度運作至今（超過六年）財務上每年都有剩餘，累積之基金不斷增加，1999年還有81億餘額，今年尚有95億餘額。但因德國老人人口將於2010年達到高峰期，預估將有40萬人將申請給付，因此希望此時可以繼續累積基金。

但為了減少保險開辦的阻力及降低資方的經濟負擔，民眾需犧牲一天休假日，勞雇雙方各負擔0.85%費率的保費，全國16邦中有15邦皆採此一制度。但薩克森邦的地方議會不通過該項條文，因為此一休假日與其傳統宗教習俗衝突，因此該邦人民寧可繳費也不願放棄休假，其費率負擔為1.35%（資方負擔0.35%）。顯然照護保險財務責任分攤，雇主之責任較輕。財務機制之設計頗為健全，例如累積之基金降到某一程度時，可調整費率結構。在沒有實施社會保險以前，財務上主要以社會救助方式解決；實施後則以社會保險方式解決。顯然，實施前後之財務邏輯並不相同。

目前照護保險基金之給付，居家照護部分約有 135 萬人，機構則為 85 萬人左右。德國 70 % 人民對此制度尚覺滿意。照顧者津貼發給家人（或鄰居）為主，其性質與就業無異，因此享有各種的職業福利待遇。照護保險給付性質屬於社會性照顧的支出，並非醫療性支付。德國沒有照顧管理制度的設計，如果將來要有的話，也許以家庭醫師較為適當，因為家庭醫師較為瞭解家庭的醫療需求。制度實施初期，約有 80 % 的人希望拿現金給付（目前則降到 71 % 左右）。因為照顧者也漸漸年老，因此選擇機構式照護之傾向越來越明顯。住機構者不一定狀況都很嚴重，例如病情較輕，但獨居的老人也可以住進機構；也有民眾選擇混合模式。其優點是受過訓練的專業人員到案主家中提供服務時，可以教導家庭照顧者照顧技巧。

照護保險推行之後，的確解決了之前護理之家或是居家服務吃緊的狀況。調查顯示在照護保險推行後，目前專業照顧人員約為 13,000 人，8,600 家機構。私立居家服務中心亦大量興起，其數目由 1992 年的 4,300 家增加到 1999 年的 11,800 家。大多數的私立的居家服務中心多為小型化營利團體，與之前的宗教性、非營利居家服務提供者大不相同。目前只有 5% 的居家服務者是公立的，49% 的居家服務者屬於非營利性團體，46% 則屬私人營利團體。根據「健康保險醫事鑑定服務處」（MDK）照護品質評估調查結果，照護保險基金會正在嘗試研發照護品質基本準則（quality guidelines）。

目前照護保險之改革計畫包括兩項：

1. 照護品質法案（The Care Quality Bill）：計畫設定照護品質標準以確保照護品質。希望能設立一第三者（非照護保險基金會人員、非服務提供者）的中立品質評估機制。
2. 失智症照護法案：重點為：
  - （1）一週一次的照護不符合失智患者特殊的活動性及復健性照護需求。
  - （2）失智症患者宜接受居家照護服務。

截至 2001 年初，德國在照護品質標準方面已有全國性的褥瘡照護標準，而失智症患者或其照顧者一年亦得領 900 馬克的照護補助津貼。

德文網址：<http://www.bmgesundheit.de/>

英文網址：<http://www.bmgesundheit.de/engl/english.htm>



←參訪小組拜會聯邦衛生部  
「照護保險基本問題處」  
處長 Bader 先生

## 2. 「聯邦家庭、老人、婦女暨青少年署」社會役政組

( Gruppe fuer Zivildienst im Bundesministeriumj fuer Familie, Senioren, Frauen und Jugend )

參訪時間：2000 年 3 月 28 日下午

拜會者：「聯邦家庭、老人、婦女暨青少年署」社會役政組組長

德國為一徵兵制之國家，國家制訂法律強制男性必須服役，並制定刑罰防止妨礙兵役。但因部分役男對於宗教虔誠信仰，往往造成不惜入獄而服兵役，造成「服刑替代服役」的情況，徒然製造政教緊張衝突，浪費青年人力與國家資源。因此在 60 年代以後，社會役制度提供了多元的役種選擇，並具體保障人民宗教信仰之基本權利。

德國社會役之法源依據為 1994 年 9 月 28 日通過的社會役法( Zivildienstgesetz, ZDG )及 2000 年 6 月 22 日的修正條款。社會役之權責單位為「聯邦社會役政司」，隸屬「聯邦家庭、老人、婦女暨青少年署」。「聯邦社會役政司」目前位於科隆。中央政府每年在社會役方面的支出約為 17 億馬克，95 % 預算用於役男身上，5 % 為行政費用。分別由中央( 即隸屬「聯邦家庭、老人、婦女暨青少年署」的「聯邦社會役政司」)及四萬多個私人慈善團體( 財團法人 )掌管社會役之行政業務。德國在 2001 年 2 月約有社會役男 12 萬人，役期為 11 個月。

由於社會役制度乃是在 40 年前非常急需的情況下建立，因此只設立聯邦政府主管單位，沒有設立分支單位；另一方面，各邦也不同意聯邦政府到各邦設立分支單位。因此，「聯邦家庭、老人、婦女暨青少年署」社會役政組編制極為精簡( 僅 20 人 )，「聯邦社會役政司」直接隸屬其下，編制內成員 300 人。「聯邦社會役政司」管理 90 名區域輔導員、20 個社會役受訓中心及 7 個負責部分社區行政業務的社會役小組。大多數的社會役事務由法人團體組成的管理委員會管理，目前已有 190,000 個工作單位。因為業務量大，因此委託民間任用社會役男的機構管理相關業務，效率良好。

按照規定，役男必須先到發出兵單的單位報告，提出無法服兵役之原因。在 1984 年以前，如果不符兵役，必須經過由牧師、心理師等人員組成的審判會審查；而在 1984 年後，則改為書面審查，役男必須提出的要件包括：書面申請信（載明法律依據）無法服兵役之原因（如宗教或文化因素）警政單位出具之良民證，以及履歷表等。通過審查後，社會役男必須自行找尋服替代役機構，一方面讓役男有選擇服役地點及性質之自由，機構也可先認識役男，於進行工作前之充分溝通。另一方面亦可節省許多行政工作，不必為 10 萬名役男找尋工作單位，且減少服役期間的勞雇糾紛，目前約有 85 % 役男是自己尋找機構，15 % 是由政府分配服役單位。在預算方面，目前是由政府與服役單位共同籌措，政府部門主要負責役男薪資及保險費；服役單位則是負擔役男日常生活費用方面的支出。

社會役男在服社會役之前，必須先過一星期的日常訓練，再依工作類別接受特殊訓練。

目前德國社會役類別仍多著重於疾病照護及殘障服務方面。共分為十一類工作類別：

1. 醫院疾病照護
2. 老人安養機構照護服務（上述兩者合佔約 60 %）
3. 病患輸送、救護車服務（約佔 5 %）
4. 個人化殘障者照顧服務（約佔 5 %）
5. 機動式社會服務（約佔 7 %）
6. 殘障者工藝工廠
7. 殘障者運動、復建、早療等方面
8. 手工工藝方面（約佔 12 %）
9. 園藝及農業方面
10. 總務、採購方面的服務
11. 環保方面（約佔 5 %）

與長期照護較有關的應是醫院疾病照顧、老人安養機構照護服務、個人化殘障者照顧服務、機動式社會服務、殘障者運動、復建、早療等方面的替代役服務類別。將其工作內容分述如下：

1. 醫院疾病照顧服務：包括：
  - (1) 簡易照顧服務（基本照顧服務、協助起床、穿脫衣物、行走、就寢、使用輔具或輪椅等）
  - (2) 身體照顧（洗澡、個人衛生與修飾、協助基本日常活動、清洗病患使用過之器皿等），
  - (3) 鋪床、翻身、照料褥瘡；
  - (4) 準備、分送飲食、協助進食、協助管餵食等；
  - (5) 協助診斷程序：測量體溫、脈搏與呼吸；



- (6) 觀察：手術恢復室觀察、協助手術相關儀器及病患準備。
2. 老人安養機構照護服務：包括：
    - (1) 簡易照顧、身體照顧服務；
    - (2) 文康活動設計；
    - (3) 日常生活服務；
    - (4) 總務、採辦。
  3. 個人化殘障者照顧服務：包括：
    - (1) 身體照顧；
    - (2) 居家服務 (打掃、準備食物)；
    - (3) 日常生活服務(買菜、陪同)；
    - (4) 工作(偕同前往上班地點、工作上之協助)；
    - (5) 協助殘障者休閒方面的需求；
    - (6) 協助殘障者在國外的就學或參訪。
  4. 機動式社會服務：包括：
    - (1) 協助老人及殘障者維繫社會性接觸，免於社會隔離；
    - (2) 居家服務；
    - (3) 身體照顧。
  5. 殘障者運動、復建、早療等方面服務：

包括在復建中心協助中風及心臟病手術患者癒後之復建等。

目前德國替代役的隱憂在於：

1. 徵兵制可能將被募兵制取代：歐盟其他國家如法國、西班牙、荷蘭已決定採募兵制，德國若跟進，屆時就不會再有替代役。因此民間福利團體已開始研商替代役停止後之因應措施。
2. 財務籌措困難：國家財政若緊縮，則難以全額支付替代役費用。
3. 役男工作內容之歧異：工作內容由服役機構決定，雖有一週之役前訓練，但須特殊在職訓練，耗時費事。

德文網址：<http://www.zivildienst.de>

### **3. 照護療養所 *Johanniterheime Berlin GmbH***

參訪時間：2000年3月29日上午

拜會者：柏林 Johanniter 照護療養所主任

Johanniter 基督教修道派起源於十一世紀十字軍東征時期，法國修道士聚集一處照護傷者。十二世紀初期即被教宗承認為獨立自主的教派。由宗教濟世愛人

的基本醫護倫理出發，日漸演變為一教會非營利性質的照護機構。在德國首都柏林的 Johanniter 療養所成立於 1885 年；同年亦成立修女會。由於舊院址於二次世界大戰中受損嚴重，故於 1964 年開始興建占地 29,000 平方米的新院址，目前共包括 110 間老人公寓、118 床單人養護房及 64 床普通慢性醫療病房或是安寧病房。1988 擴建老人公寓、整修現代化衛浴設備、增建無障礙環境及電梯及緊急救援系統。1996 年則因應德國長期照顧保險政策，將其慢性醫療病房改設為長期照護養護機構提供機構式照護。

此外，Johanniter 修道派在 1951 年在柏林成立 Johanniter-Hilfsgemeinschaft (JHG)，這個與療養所平行的單位業務內容範圍內亦提供社區性的照護服務。

柏林 Johanniter 療養所目前提供：

- (1) 老人公寓：12 間套房(34-42 平方米)及 55 間一房一廳的公寓(42-62 平方米)。內含廚房、浴室、陽台、地窖及緊急救援系統。老人公寓住民得享本院一般的宗教活動、社交文化活動及緊急救援服務(不收費)，或是付費用餐、購買藥物治醫療性服務等。療養所亦提供照顧住宅性的服務、照護服務或是簡易之居家服務<sup>2</sup>。  
\*。
- (2) 老人機構式安養服務：包括 83 間單人房及 12 間夫妻房。房內含浴室及陽台，並提供飲食及照護服務。
- (3) 老人機構式養護服務：提供重度照護需求者及昏迷病人全天候的照護。

在服務人員的聘用方面，是由機構管理者依每位入住者所需的照護時數加總後，推算出所需的照護人力之專業背景及人數。Johanniter 療養所之住民身體狀況分佈如下：

- 第 I 級：輕度，行動沒有問題者，佔住民的 20 % -25 %，保險給付 2000 馬克/月。
- 第 II 級：中度，行動有些問題需部分協助者佔 40 %，保險給付 2500 馬克/月。
- 第 III 級：重度，需完全依賴別人照顧者佔 20 %，保險給付 2800 馬克/月。
- 第 IV 級：極重度，如昏迷、植物人，佔住民 5 % 左右，保險給付 3300 元馬克/月。

上述住民的身體失能等級是由「健康保險醫事鑑定服務處」(MDK) 審查核定的，如果住民狀況有變化，則由機構寄送申請轉換等級的資料給「健康保險醫事鑑定服務處」，經核准後才給予新等級的照顧。目前該機構有 170 位住民。工作人員全數為 110 人(清潔工作委外)，照顧人員中至少有 50 位為曾接受專業訓練者，以護理人員及老人照護人員兩類為主。

德國的照護機構並不是像台灣是以住民身體狀況分為護理機構、安養機構、養護機構等類別。而是在同一機構中提供各種層級的服務，呈現多層級照護

<sup>2</sup>長期照護保險並不給付老人公寓的部分。該老人公寓收費標準為一平方公尺 10 馬克，並不含水電費及暖氣費用。

設施的模式；當住民的身體狀況改變時，機構是依照住民的照護需求提供其所需的照護及設施設備，盡可能讓住民留在熟悉的環境當中。

此模式賦予機構負責人較多的裁量權，決定所需購置的設施設備和人力配置。如此的運作模式所需的前提是一套很細緻的需求評量表，該評量表列舉出每位入住者所需協助的項目，及每個項目需要的照顧時數。此一量表係由長期照護保險基金會所訂定，並作為撥款給機構的依據。建議我國可參考此一量表。



← 圖為 Johanniter 療養所內住民之居住環境，其十分強調對外窗戶的設計，提供住民與外界互動的機會。

#### 4. AOK 長期照護保險基金會

參訪時間：2000 年 3 月 29 日下午

拜會者：AOK 長期照護保險基金會部門主任 Henry Kotek 先生

德國的保險制度分為疾病基金保險、失業保險、職災保險、年金保險及長期照護保險五大支柱。長期照護保險之實施，必須有前面四大保險之配套；照護保險之責任定位為社會安全網最後一道防線，必須其他保險先行給付，不足時才由照護保險給付。例如護理之家之病患，其財源必將來自醫療、年金以及照護三方面。例如，假設某建築工人從三樓摔下癱瘓，必須長期照護，則其財源來自職災保險以及其他保險，不足的部分才由長期照護保險給付。

照護保險之給付年資，需繳費滿 10 年，惟制度開辦時之過渡期可採彈性調整。例如，開辦第一年僅需繳費一年即可獲得給付，開辦第二年需繳費兩年才可享受，以此類推。居家照護的給付水準，分為現金（in-cash）及實物（in-kind）兩類，實物給付往往高於現金給付。例如，實物給付的一、二、三、四級給付水準分別為 750、1,800、2,800、3,750 馬克；現金給付之一、二、三級給付水準分

別為 400、800、1,300 馬克。

此外，AOK 長期照護保險基金會亦提供喘息服務，給付水準為一年 2,800 馬克。同時亦提供改善居家環境之補助，一次最高 5,000 馬克。對於日托 (day care) 之補助水準，依嚴重程度每月分別為 750、1,800、2,800 馬克。此補助水準與居家照護實物給付相同，因此被保險人可選擇不同組合，例如三天日托、四天居家。而機構照護之補助水準，依嚴重度分為四級：2,000、2,500、2,800、3,300 馬克。其中被保險人部分負擔百分之二十五，照護保險通常給付機構實際上照顧費用的 75%。關於照顧者之福利，則有照顧津貼發放，以及照顧者每週照顧時數超過 14 小時以上者，照護保險局可替照顧者負擔各項社會保險之保費(視為全職工作)。  
網站：<http://www.aok.de/berl/index.htm> ( <http://www.aokberlin.de> )

#### 5. 德國布蘭登堡「勞工、社會、衛生暨婦女廳」社會局

參訪時間：2000 年 3 月 30 日上午

拜會者：德國布蘭登堡「勞工、社會、衛生暨婦女廳」社會局局長 Peter Schafft 先生、社會救助及長期照護科科長 Ulrich Wendte 先生

德國的邦聯組織可依當地需求由邦長制訂內閣形式，因此各邦組織不太相同。例如柏林共有 18 個廳，而布蘭登堡只有 9 個廳。布蘭登堡邦的長期照護保險等業務由「勞工、社會、衛生暨婦女廳」社會局負責統籌。

地方政府在長期照護上扮演以下的角色：

- (1) 制訂該邦照護政策；
- (2) 進行基礎建設，依照民眾需求，提供一定比例的公立照護單位，確定服務資源不虞匱乏（目前布蘭登堡邦機構照護佔 1/4（其中一半屬於慈善機構，另一半則是私人營利機構），居家照護資源則佔所有照護資源的 3/4）；
- (3) 審核非營利團體及私人照顧公司的登記，並依設置標準和查機構之各項硬體設施，如消防安全、房舍安全衛生、大小空間符合規定等，以達法定要求（目前在布蘭登堡邦之「勞工、社會、衛生暨婦女廳」中，負責醫療保健的人力有 15 人，負責長期照護的有 5 人，另尚有 18 人負責設施建築改善）；
- (4) 與「醫事服務鑑定處」(MDK) 合作進行照護品質監督；

(5) 向中央反映法令政策，以資修法。

德國的五種社會保險法（退休、健康、意外、失業、長期照護）中，只有長期照護保險是東、西德一致，其他保險法則是有所差異。聯邦政府決定開辦長期照護保險時，特別針對德東五邦於 1995 2002 年專案補助其發展長期照護設備，其中 80%（64 億）來自中央聯邦政府之專款補助，20%（16 億）則由該邦自行籌措。因此布蘭登堡邦政府必須向銀行貸款 30 年以完成此方案。



←參訪小組拜會德國布蘭登堡  
「勞工、社會、衛生暨婦女廳」  
社會局

## （六）德國經驗—我國規劃長期照護體系之參考

### 政策探討（一）

德國照護保險的實施有其政治經濟社會的脈絡，在重視社會連結 (solidarity) 的社會，透過保險制度互助的原則來滿足失能者獲得照顧的機制，自然會被社會大眾所接受。

其德國長期照護保險之開辦，乃分為三階段實施。第一階段乃 1995 年 1 月 1 日開使收費；第二階段同年 4 月 1 日開始居家照護之給付；第三階段 1996 年 7 月 1 日機構照護給付。顯然地，前三個月屬於照護基金的累積期。日本去年實施之介護保險，一開辦即給付，因此政府必須預先提撥基金之數額。從財政的觀點而言，德國模式政府之負擔較輕。其次，居家給付先於機構給付，主要在於就地老化理念之實踐，以及機構數量不足所致。

保險費率之設定在第一階段時為薪資之百分之一，惟第三階段實施時調高為百分之一點七，反映給付範圍擴大之現象。至於費率訂定之考量因素，原本以為受到人口老化、殘障率、照護成本等影響，惟得到之答案竟然是政治協商的結果。因為不同專家之間的計算邏輯不同，算出結果也不同，無法做為決策依據。雖然如此，制度運作至今（超過六年）財務上每年都有剩餘，累積之基金不斷增加，似乎協商的結果還不錯。但是，對方告訴我們五至十年後，將進入老人人口高峰期，因此基金將逐漸減少，到時候費率也將跟著調整。

目前照護保險基金之給付，居家部分約有一百三十五萬人，機構則為八十五萬人左右。德國百分之七十的人民對此制度滿意。目前專業照顧人員約為一萬三千人，八千六百家機構。照顧者津貼發給家人（或鄰居）為主，其性質與就業無異，因此享有各種的職業福利待遇。

德國民眾參加照護保險，不需繳納保費，惟需犧牲一天休假。由於休假日與宗教習俗衝突，因此薩克森邦的人民寧可繳費不願放棄休假，其費率負擔為百分之一點三五（雇主則為百分之零點三五）。顯然照護保險財務責任分攤，雇主之責任較輕。財務機制之設計頗為健全，例如累積之基金降到某一程度時，可調整費率結構。在沒有實施社會保險以前，財務上主要以社會救助方式解決；實施後則以社會保險方式解決。顯然，實施前後之財務邏輯並不相同。

保險的實施，較強調權利與義務之間的對等。換言之，享受給付必須繳納保險費，就資源的配置效率而言，保險型財務設計顯然較福利型財務為佳。德國長期照護保險的實施，不僅是為了解決政府財務負擔，同時也可以提高總體福利資源的配置效率。

長期照護保險的給付，性質上屬於社會性照顧的支出，並非醫療性支付。德國沒有照顧管理制度的設計，如果將來要有的話，會是家庭醫師較為妥當。制度實施初期，約有百分之八十的人希望拿現金給付（目前則降到百分之七十一左

右)。因為照顧者也漸漸年老，因此選擇機構式照護之傾向越來越明顯。住機構者不一定狀況都很嚴重，例如獨居老人病情較輕也可以住機構。

### 政策探討（二）

德國長期照護保險制度之營運原則似乎可歸納為下列三項：(一) 自行負擔費用，政府不補助；(二) 籌措足夠的經費後才開始提供給付；(三) 保險費佔每位員工薪資的 1.7%，由僱主和受僱者各負擔一半 (0.85%)；但保險費率可視需要而調整。據德國衛生部表示，長期照護保險開辦後，影響最大的並不是疾病 / 健康保險基金，而是社會救助基金。由此可知，在未開辦以前，民眾長期照護需求的滿足是有三種途徑：(一) 低收入者透過社會救助基金；(二) 一般民眾自掏腰包；(三) 民眾可自行購買私人長期照護保險。在保險實施前二年，政府也曾思考過不同的途徑，譬如鼓勵私人保險之購買人保險費可列舉為所得稅扣除額，但 84 萬人口中，只有 30 萬人購買私人長期照護保險。在規劃我國長期照護制度時，財務制度的規劃是需審慎規劃。用一般稅收來設計制度在台灣是不可行的，採保險制度應是可努力的方向。惟全民健保虧損的情形，讓吾人擔心未來長期照護保險制度的實施。

### 政策探討（三）

二次大戰之後，德國裁減兵役，發現實施社會役乃為最好之方式。實施初期人數不多，惟目前約有十四萬人左右（服兵役人數則為十二萬人左右）。由於德國為徵兵制國家，此為實施之先決條件，若將來改為募兵制，則社會役將停辦。服社會役者之薪資由政府支應，平常生活之吃與住由接受單位負責。其制度之實施與我國社會役最大差異之處在於，採自願之方式而非強迫。例如，若欲參加社會役之年輕人，必須自己與社會福利相關機構洽談，獲得對方允許，再向政府報備即可。由於雙方自行接洽，採自願方式進行，因此未來糾紛將可減少。反觀我國社會役則由政府分發給相關社會福利單位，無論就被分發者及接受者而言，都處被動狀況。因此將來可能發生許多糾紛。德國模式值得為我國社會役借鏡。

### 政策探討（四）

德國的保險體系分為五大社會保險：疾病基金保險、失業保險、職災保險、年金保險、長期照護保險。事實上，長期照護保險之實施，立基於四大保險之支持，這點非常重要。檢視我國目前社會保險推動現況，社會保險的整體之架構並不完整，缺乏國民年金制度的支持，因此未來長期照護保險之推動困難不少。例如，護理之家之病患，其財源必將來自醫療、年金以及照護三方面，才能提供完整的保障，但我國的國民年金仍在研議階段。又例如假設某人因職災癱瘓，成為長期照護的案主，其財源來自職災保險以及其他保險的支持，但我國社會安全網內各保險體系的銜接仍有待努力。

照護保險之設計理念強調權利義務對等原則，需繳費滿十年方具備給付資

格，惟制度開辦時之過渡期可採彈性調整。例如，開辦第一年僅需繳費一年即可享受，開辦第二年需繳費兩年才可享受，以此類推。照護保險之責任定位，屬最後一道防線，必須其他保險先行給付，不足時才由照護保險給付。

居家照護的給付水準，分為現金給付及實物給付兩類，實物給付往往高於現金給付。例如，實物給付一、二、三、四級給付水準分別為 750、1,800、2,800、3,750 馬克；一、二、三級給付水準分別為 400、800、1,300 馬克。此種給付組合頗符合經濟學之理論。換言之，從給付效用的觀點檢視，現金較實物為高。因此，若為維持給付之間的平衡性，亦即在效用相同的情況下，實物給付的額度必須較現金額度為高。

AOK 長期照護保險基金會亦提供喘息服務，給付額為一年 2,800 馬克。同時亦提供改善居家環境之補助，一次最高 5,000 馬克。對於日托（day care）之補助水準，依嚴重程度每月分別為 750、1,800、2,800 馬克。此補助水準與居家照護 in-kind 給付相同，因此被保險人可選擇不同組合，例如三天日托、四天居家。

機構照護之補助水準，依嚴重度分為四級：2,000、2,500、2,800、3,300 馬克。其中被保險人部分負擔百分之二十五，照護保險通常給付機構實際上照顧費用的 75%，其餘的部分則為部分負擔，屬於個人的財務責任。

關於照顧者之福利，有照顧津貼發放，以及照顧者每週照顧時數超過 14 小時以上者，照護保險局可替照顧者負擔各項社會保險之保費（視為全職工作）。

#### 政策探討（五）：

德國目前有 600 個醫療基金會及照護基金會。行政上醫療與照護屬同一組織管理，惟彼此間財務獨立控管。評鑑照護等級的「健康保險醫事鑑定服務處」（MDK）為一獨立之組織，其經費由醫療基金及照護基金共同負擔。「健康保險醫事鑑定服務處」組成初期由醫生掌控，惟現今形成一跨專業組合之團隊，包括護士、社工員、物理治療師、職能治療師、諮商輔導專家等組成。被保險人發生事故時，可向其申請鑑定。例如「健康保險醫事鑑定服務處」判定被保險人身體狀況，其中 30% 應由醫療基金給付，70% 則由照護基金給付，同時其照護等級為第二級。被保險人得到此證明後，再向照護基金會申請給付。此時，照護基金會可就被保險人身體狀況再做複診，確定後即給予給付。

此時，照護基金會依據被保險人居住地附近，有關照護資源分佈之資料，告知被保險人自行聯繫。例如，被保險人附近有哪幾家照護機構，以及居家服務資源中心等資料（同時附其負責人及電話號碼），自行聯絡以取得照護資源，其照護經費則由照護基金會給付。照顧管理在德國並不存在，而是由被保險人與照護機構電話聯繫，彼此諮商協議取得。

由此可知，「健康保險醫事鑑定服務處」並不研擬照護計畫，也不協調聯繫



服務，更遑論評鑑照護品質。如此的運作方式之條件包括下列兩項：(一)市場上有足夠的服務機構可供選擇；(二)老人及其家庭、社會大眾有充分的服務訊息，知道如何做抉擇。另外，值得一提的事是若民眾對「健康保險醫事鑑定服務處」的判定不服，應有途徑可提出抱怨，交由社會法庭仲裁。台灣長期照護制度設計時應將此一機制納入考量，對於各類服務設施之品質控制的權責也委由「健康保險醫事鑑定服務處」來擔任，「健康保險醫事鑑定服務處」到機構抽查評鑑，送交給照護保險基金會，長期照護保險基金會視其報告內容，決定是否有達成服務水準，提供照護保險基金會未來是否續約的參考。責成「健康保險醫事鑑定服務處」擔任品質控制的重責，其優點和限制為何，也需進一步的瞭解。

「健康保險醫事鑑定服務處」與長期照護保險基金會彼此乃為獨立之行政單位，換言之，鑑定單位與給付單位是不同的，避免產生球員兼裁判現象。長期照護基金屬地方性之組織，財務獨立運作，盈虧自行負責。地區性照護資源之提供與分配，差異相當顯著，顯露地方自主性之色彩。雖然如此，機構照護之硬體設備皆由政府編列預算提供，營運採公辦民營方式為之。

#### 政策探討（六）：

德國的照護機構似乎無分等級的做法，這一方面呈現了多層級照護設施的模式；另一方面也賦予機構負責人較多的裁量權，決定所需購置的設備／設施和人力配置。如此的運作模式所建立的基礎是一套很細緻的需求評量表，該評量表列舉出每位入住者所需協助的項目，及每個項目需要的照顧時數。此一量表係由長期照護保險基金會所訂定，並作為撥款給機構的依據。建議可將此量表翻譯成中文以供參考。

#### 政策探討（七）：

中央政府在配合長期照護實施的角色與功能有下列四項：(一)「健康保險醫事鑑定服務處」制度的實施；(二)照護機構硬體設施之興建；(三)間接參與長期照護保險法的立法；及(四)各聯邦政府有自己的社區式照顧政策。

中央政府提供經費給五個德東邦去發展老人照護、身心障礙者及長期疾病者的機構。其補助方式採相對基金方式(中央政府 80%；地方政府 20%)。中央政府的補助動作其時在凸顯地方政府在資源發展方面所扮演的重要角色。而在台灣，中央政府對於長期照護設施嚴重缺乏的縣市，未來在補助方面應採優先補助原則。

## 十一、瑞典長期照護制度簡介

### (一) 人口狀況

瑞典的老年人數在過去十年增加的非常迅速，尤其是當 1940 年代出生的人口開始退休之後。一開始急遽增加的人口族群為 65-7 歲的間的”年輕老人”( young old )，但到 2020 年時，80 歲以上的”老老人”( old old ) 之人數將快速攀升。瑞典老人人口的增加的主因為死亡率降低以及平均餘命的延長。1999 年，瑞典女性的平均餘命為 82 歲，男性為 77 歲。與 1900 年的 55 歲及 53 歲相較之下有顯著地提高。

表：瑞典人口結構分析

年	0-19 歲	20-64 歲	65 歲以上	80 歲以上	總數 ( ×1000 )
1950	29.4 %	60.4 %	10.2 %	-	7,041
1980	26.4 %	57.3 %	16.4 %	3.2 %	8,316
1990	24.6 %	57.7 %	17.8 %	4.3 %	8,590
2000	24.1 %	58.7 %	17.2 %	5.1 %	8,833
2010	24.3 %	57.3 %	18.4 %	5.2 %	9,234
2020	23.1 %	56.2 %	20.7 %	5.1 %	9,466
2030	22.4 %	53.9 %	23.7 %	7.9 %	9,478

資料來源：瑞典統計處 ( 2001 )

### (二) 瑞典之老人照護理念

瑞典的老人照護政策目標是促使老人可以獨立生活，並擁有高品質的生活水準，並強調照顧老人是國家的責任。瑞典國會將老人照顧的政策目標訂定如下：

老人應

- 能對自己的生活擁有自主權
- 能夠在一安全及維持其獨立的環境中逐漸老化
- 獲得尊敬
- 擁有良好的健康照護及社會服務

政策中最重要的一項原則是社會應促使老人儘能夠持續居住於自己家中，提供其所需要的照護及社會服務。而為了達成上述政策目標，良好的住宅、交通服務及居家服務都是其必須具備的條件。

#### (一) 住宅

瑞典大多數老人都是居住在自己家中 ( 約有 92 % )。而當老人因身體狀況變

化而無法持續住在家中時，大多數老人搬到一現代化、具有完善設備的廚房及個人衛浴設備的單位。大多數老人是獨居或是與配偶同住，僅有 2 % 的老人與子女同住。

為了達成「在地老化」的政策目標，政府提供改善房屋設施設備的津貼，透過居家環境的改善，協助老人可以持續住在自己家中，最常改善的項目為移除門檻及重建浴室。

在 2000 年 5 月，議會通過「從病人到公民：身心障礙政策的國家行動計畫」法案（From Patient to Citizen: a national action plan for disability policy）。其政策目標是希望到 2010 年時，所有的公共交通系統都可以讓身心障礙者搭乘。

## （二）交通服務

自治市必須提供無法使用大眾交通工具者之交通服務。此項服務協助身體功能缺損者可以透過搭乘計程車，或是以大眾交通運輸一樣的票價搭乘經特殊設計的交通工具去旅行。1999 年，約有 21 % 的 65 歲以上的老人使用該服務，其中 80 歲以上的老人佔 48 %。

## （三）年金及津貼

一項新的年金制度在 1999 年一月一日實施。這項年金制度的設計是促使每位老人獲得基本的經濟安全保障。這項年金改革計畫包括：所得相關年金（income-related pension）、預存年金（prefunded pension）及最低保障年金（guaranteed pension）。所得相關年金是以個人過去全時工作的所得為計算標準。預存年金（prefunded pension）或保證年金（guaranteed pension）是國家提供沒有所得，或是所得很低的人民基本保障的年金，此一最低保障年金制度乃是源自於國家對於人民福利權的保障。

此外，領取較低年金給付者也可以獲得住宅津貼。這是一項須經過資產調查才能獲得的津貼，以確保所得在某個標準以下的人民可以獲得補助該項給付資格由國家（state）決定。

## （三）瑞典老人照護之體系

### 1. 正式照顧體系

#### 照顧責任

在瑞典，老人照護的責任是由三個不同層級的政府部門擔負。在中央政府層級，國會及政府經由立法及財政監督機制來訂定政策目標。在區域（regional）層級，21 個郡政府（county councils）有責任提供健康及醫療照顧。在地方政府層級，瑞典 289 個自治市（municipalities）依法必須滿足老人的社會服務及住宅需求。

中央層級的國家健康福利司 ( the National Board of Health and Welfare ) ( 負責健康照護議題 ) 以及 21 個郡的行政部門 ( 負責社會服務議題 ) , 都有責任監督、持續評估自治市及各郡提供的服務。

1992 年，老人照顧法案通過，長期照護服務以及老人及失能者之照顧責任完全下放給自治市。其中一項改革重點是將移轉財政責任，自治市可以自定稅率，可以依據當地實際情況調整社會服務的供給量。其最明顯的結果是促使醫院住院率和住院天數的下降。

### **健康及醫療服務法案 ( The Health and Medical Services Act )**

自治市於健康照顧及醫療服務方面的責任是依據 1983 年訂定健康及醫療服務法 ( The Health and Medical Services Act ) 而定。依據此法案，自治市有責任提供健康照顧給社會中每位成員，確保每個人皆能享有高標準的健康照顧。據此，法案要求自治市應將健康照顧及醫療服務提到服務住宅、照顧住宅及護理之家等照顧單位中。且為達成上述目標，自治市也有責任提供復健及支持技術 ( assistive technology ) 。自治市的責任包括聘用擁有訓練及經驗的服務人員來提供服務，醫療服務是由醫師在所有健康照顧服務單位中提供服務，包括服務住宅、照顧住宅及護理之家等各種照顧單位。

### **社會服務法案 ( The Social Services Act )**

依據 1982 年訂定的社會服務法案，賦予瑞典每一位國民在身體需要時，有獲得日常生活協助的權利。依據法案之規定，自治市有責任以個案工作模式—包括需求評估—提供老人所需的社會服務及照顧。此法案未來將規定自治市應努力協助老人在一安全環境、由其自己決定、且具有隱私權的條件下，有能力獨立生活。因此，自治市應提供每個人能繼續居住於自己家中所需的設施設備，包括居家服務、送餐服務及其他社會服務。自治市應透過支持及喘息服務來協助家庭成員照顧老人。法案也要求自治市應提供居住於各種服務住宅、照顧住宅及服務模式中的老人獲得其所需的特殊支持服務。

### **居家服務及居家護理**

居家服務意指在自治市依據社會服務法案 ( Social Services Act ) 到老人家中提供服務及個人照顧。服務包括清潔、洗一服務、購物服務、郵局及銀行服務、以及餐食準備等。個人照顧包括飲食協助、穿換衣物、個人衛生及移動等。針對上述需求，自治市為老人安裝安全警報系統，其系統通常是與住家距離最近的特定住宅 ( special housing ) 連線，當個人需要服務時即可按鈴通知服務單位。1999 年，將近有 8 % 的 65 歲以上老人在自己家中獲得服務，80 歲以上的老人佔 20 %。

1990 年代，愈來愈多人需要大量的照顧服務。居家護理意指在一天中的特定時段提供特定的醫療照顧服務，安寧照護 ( terminal care ) 亦同。這些人中約

有三分之一同時接受居家服務及居家護理照顧。瑞典的自治市中約有半數選擇提供居家護理服務。

### **日間照顧 (Daytime activities) 及短期照顧 (short-term care)**

日間照顧及短期照顧是一項須經資產調查後才能獲得的支持服務。依據社會服務法 (Social Services Act) 及健康及醫療服務法 (Health and Medical Services Act), 日間照顧是針對因高齡罹患失智症、心智功能損傷, 及其他需要治療及復健者於日間提供治療及復健服務。1998 年, 約有 3 % 65 歲以上的老人獲得該項服務。短期照顧則是結合治療、復健和照顧的短期居家服務, 也具有減緩及輪流照顧的目的。1998 年, 約有 3 % 65 歲以上的老人在家接受短期照顧。

### **特定住宅 (special housing accommodation)**

特定住宅包括早期立法分類的服務單位 (service blocks) 老人之家 (old people's homes) 團體住宅 (group housing) 及護理之家 (nursing homes)。依據社會服務法的規定, 自治市必須提供居住於各式住宅中老人所需的照顧服務。1999 年, 約有 8 % 65 歲以上的老人居住在上述特定住宅內, 80 歲以上的老人佔 20 %。

### **照顧管理 (care management)**

瑞典的照顧管理制度 (care management) 在過去即已存在, 近十年來較受重視。照顧管理員乃是擔任各種長期照護服務使用的守門員 (gate-keeper)。目前約有 80 % 的照顧管理員 (care manager) 是社會工作背景, 20 % 是由護理擔任, 也有些自治市將所有照顧管理工作改由護理人員擔任。究竟那一專業背景者較適合擔任照顧管理員, 照顧管理員應具備那些專業訓練, 目前仍有爭議。

斯德哥爾摩大學 (Stockholm University) 目前正進行一項教育先導方案 (educational pilot program), 希望護理人員與社工員共同受訓, 以促使其擔任更好的照顧管理員。

## **2. 私人照顧體系**

1990 年, 有一重要的趨勢是自治市開放老人照顧服務的競爭, 其目的是為刪減老人照顧的成本及提供多元選擇。如今, 私人企業提供的照顧服務約佔 10 %。然而, 老人照顧的財務支出及監督仍是自治市的責任, 不論這些服務是由自治市本身提供或是私人企業提供。

#### (四) 老人照顧的財源及支出

老人照顧是一項沈重的支出，其服務接受者通常只付實際成本中極少的比例。每一個自治市有權利決定其老人照顧的價格；結果，獲得相同照顧類型的服務接受者發現其付出的價格不同，甚至在同一自治市內也出現同樣情況。大多數自治市訂定的服務價格與所得、服務提供模式相關。

老人照顧及服務的財源大多數（佔 80 %）是由自治市向當地居民徵收的稅來負擔，一小部分是由中央補助。1999 年，自治市在老人照顧服務的支出超過 600 億克朗。其中支出比例最高的項目為各式特定住宅中提供的照顧服務，超過 430 億克朗；到老人家中提供照顧服務的支出為 150 億克朗。

#### (五) 瑞典老人照護政策之改革(reform) - 改革經過及結果。

正如前述，瑞典健康與社會照顧服務的提供，從 1970 年代分由兩個行政組織層級負責，21 個郡政府（county governments）負責提供健康與醫療照護；289 個自治市（municipalities）負責提供住宅與社會服務。由於兩類服務分開提供，協調聯繫困難，造成服務無法持續；更甚者，各級政府互相推托，試圖把照顧的責任與成本推給對方，郡政府著重醫院或護理之家的機構式照顧服務，自治市不願意以本身的經費提供居家照護，因而超長住院盛行，老人不但不能回家自己生活，也造成照顧經費的上揚。

二次大戰後至 1980 年代由於有良好的經濟基礎，因此，醫療照護及社會服務大多由公共財政部門來支出，照顧老人的責任由個人或家庭轉移至公共部門。然而全球人口老化現象加上經濟的緊縮，各國皆開始擬定新的社會政策。1992 年通過的老人照顧法案，最主要的改革措施是將所有老人照護服務的提供責任完全轉移到自治市，包括原屬於郡政府管轄的護理之家與居家醫療照護，涵蓋 34,000 床的護理之家與 40,000 位照護人員的轉移。此一轉移工程總共斥資 9 億多元美金。自治市所需的照顧經費由中央依人口與地區的特質提供概括性預算。如此一來，自治市可依當地區老人的需要來提供適切的服務，並在概括性預算的壓力下會量入為出，以最經濟的方式提供服務，並鼓勵私部門加入醫療及社會服務的行列。因此，改革後一年內，醫院超長不適當的使用下降一半，機構式的服務使用也有下降的趨勢，目前全國衛生與福利委員會正在監測長期的影響。

但分析瑞典從 1965 年至 1999 年使用機構式服務及居家式服務的趨勢，發現 90 年代因經濟呈現負成長的情況，政府稅收減少，影響服務提供的情況。雖然瑞典老人人口持續增加，但是服務提供的範圍卻逐漸縮小，尤其是居家式服務涵蓋範圍。顯示服務提供的範圍與速度與老人人口增加的速度不一致。

表：瑞典於 1965 年至 1999 年老人使用機構式服務及居家式服務的趨勢

年代	65 歲以上老人人口之比例	機構式服務涵蓋範圍	居家式服務涵蓋範圍	總數
1965	12.8 %	7.2 %	13.5 %	20.7 %
1975	15.3 %	7.8 %	23.1 %	31.5 %
1985	17.4 %	8.2 %	19.3 %	27.5 %
1995	17.5 %	8.4 %	8.9 %	17.3 %
1999	17.2 %	7.5 %	8.2 %	15.7 %

表：瑞典 75 歲以上老人獲得的照顧來源：1994 年及 2000 年的比較

照顧體系	1994	2000
只有非正式照顧者提供服務	59	66
	<b>72</b>	<b>82</b>
包括非正式照顧者及居家服務	13	16
	<b>41</b>	<b>34</b>
只有居家服務	28	18
總數	100	100
樣本數 (N)	538	642

## (六) 未來的展望

隨著瑞典人口結構持續的改變，意味著社會主要部門—家庭及親屬、勞動市場及經濟活動、年金、照顧及其他服務等方面都必須大力支持老人照護體系。1998 年 12 月，議會通過老人政策，其分析社會未來的老人人口需求，委員會主要的任務是建議未來的老人政策。委員會的工作主要包含下列三方面：健康

而瑞典政府面臨的主要問題為下列三項：

1. 照顧人員的短缺，包括老人科醫師、護理人員、照護助理人員。人員短缺的原因是因照顧工作無法吸引留住人才，人事流動率高。
2. 因人口老化造成的勞動力短缺，此乃因為一般民眾皆提早退休（平均 60.5 歲），稅收也因此減少。
3. 長期老人照護的財政負擔。

## (七) 參訪單位

### 1. 瑞典國家健康與福利司 *The National Board of Health and Welfare*

參訪時間：2000 年 4 月 2 日上午

拜會者：瑞典國家健康與福利部健康照顧及醫療服務司老人課課長 - Ulla Höjård 博士、老人課研究組組長 Lenhard Johansson 博士、老人課研究員 Catharina Lundencrona 博士

瑞典採內閣制。中央之下有 21 個 county councils 負責統管政經事宜，包括教育、環保、文化、公共運輸、財源分配、醫療權責給付等。289 個地方自治市市政府則是直接為民服務、處理民眾事宜的地方政府單位，負責中小教育、社會照顧、兒童福利、老人照顧、道路、水利、能源環保等。地方自治市最主要負責的部分在於健康照顧（包括急性醫療在內）。

瑞典中央政府設有六個部會，其中之一為「健康與社會部」。與其他國家相比，瑞典的國家部門較小，國會及中央政府的決策皆委由各獨立的司來執行行政工作。瑞典「國家健康與福利司」隸屬「健康與社會部」之下，其工作內容包括：

- (1) 監督、評估、統整及追蹤健康、醫療、口腔衛生及社會照顧服務，
- (2) 預防傳染疾病，
- (3) 支援失能者，
- (4) 處理藥物及酒精議題。

其中「老人照顧課」的權責則在於：

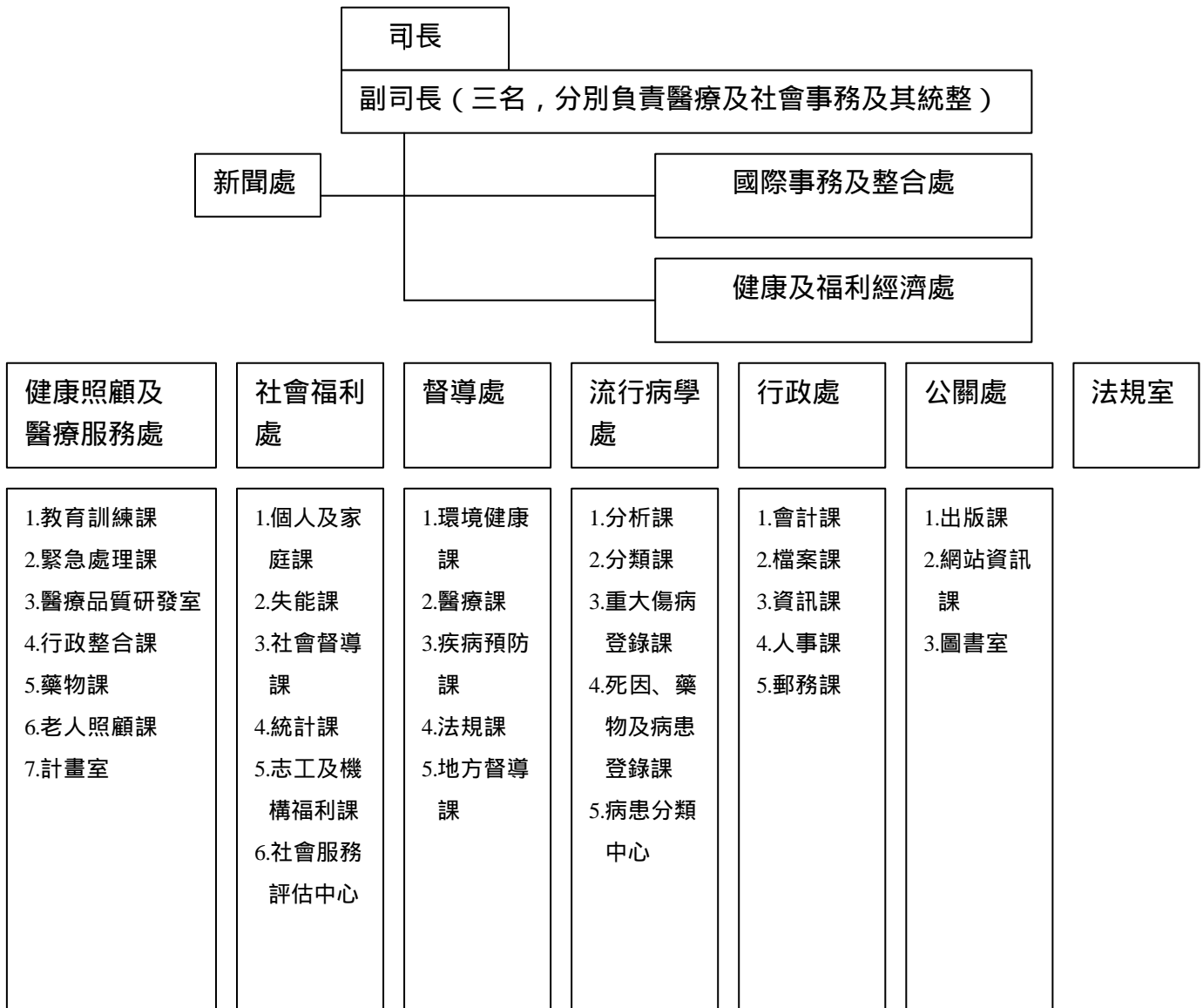
- (1) 追蹤與評估老人照顧服務
- (2) 促進老人照顧品質
- (3) 收集資料與統計分析
- (4) 專業知識之收集與傳播
- (5) 老人照顧指導方針之制訂與建議
- (6) 老人照顧之督導
- (7) 老人照顧法令相關議題

▶ 參訪小組拜會瑞典國家健康與福利司健康照顧及醫療服務處





瑞典「國家健康與福利司」組織架構如下：



網站：<http://www.sos.se>

## 2. 瑞典皇后蘇薇雅之家 *H.H. Queen Silvias Home*

參訪時間：2000 年 4 月 2 日下午

拜會者：瑞典皇后蘇薇雅之家主任 - B. Beck-Friis 男爵夫人暨醫學博士

根據統計 1991 年瑞典在失智照護上的總支出高達 3 兆瑞典幣。鑑於該國失智照護之迫切需求及照護專業人員之短缺，皇后蘇薇雅在 1995 年成立基金會並在斯德哥爾摩近郊皇宮 Drottningholm 附近建立「皇后蘇薇雅之家」，提供失智日間照護及全國失智照護種子教師訓練課程。

該機構為全國唯一，亦是全歐洲第一所採取「問題解決學習法」（「problem-solved learning」）和「以病患為主的學習法」（「patient-based learning」）方式培訓失智症照護人員的單位。參加失智照護種子教師訓練課程的成員資格限定為照護經驗豐富的護佐，受訓為期一年。照護訓練課程之基本理念為加拿大 McMaster 大學所研發的問題解決學習法，旨在觀察及思考病患問題行為之源由及適當之解決之道，提供人性化、尊重病患尊嚴之照護服務；Beck-Friis 博士強調給予失智者適當的照護，一方面不僅可延緩其病情惡化，甚至可以改善其狀況，恢復其活力；雖然照護人員與失智患者溝通不易，但可以經過按摩（皮膚接觸）或繪畫、或音樂等方式刺激病人；且提供失智者刺激時必須恰到好處，不宜太多也不宜太少，且對每位病患的問題有效的策略不同。照顧者必須設法找出適合該為病人的方式。另強調在收病患時，正確的失智症診斷非常重要，不可與其他疾病混淆，讓患者失去治療的機會（其他可治療的疾病）。而仔細評估患者的用藥狀況和調整藥量，也是對失智症患者處理過程中不可忽略的部分。

基本上，學生在「皇后蘇薇雅之家」及 Pauvres Honteux 之友協會學習理論並進行一對一之實務實習，培訓課程理論（1300 小時）與實務（600 小時）並重。畢業後學員賜稱「蘇薇雅護士」（Silvia Sister），將回到原有的工作崗位並教育同事失智照護相關議題，目前已有 27 位 11 畢業生分佈於瑞典國各地。

而除了培訓專業照護人員外，該機構亦致力於推展日間照顧（day care）模式。日間照護模式的優點為促進病患加入社交活動的機會、減輕家庭照護的重單，延後患者住進機構的時間等。該機構目前每天有 2-6 位病人來接受日間照顧服務。

機構的空間設計是以失智症患者的需求為設計導向，例如因失智症患者偏好紅色，故大量使用紅色地毯；並考量患者的趨光性及遊走特性，空間設計為中庭居中，起居室、廚房及休息室等環繞中庭，中庭特地挑高設計，引進大量充足光線，促使有遊走趨向的病患向光源充沛的中庭集中，整體環境非常溫馨且有足夠的空間。



← 圖為皇后蘇薇雅之家之中庭：  
中庭空間設計採取挑高設計，以大片窗戶引進充分光線，以為因應失智症患者趨光的特殊設計，目的是讓有遊走傾向的患者向中庭趨近。

▶ 為皇后蘇薇雅之家的廚房：  
其用色採多採取粉紅、紅色、藍色等亮色系，盡可能營造溫暖的感覺。且藉顏色來分類室內物品，讓失智症患者可以清楚地區分其用途。



← 皇后蘇薇雅之家為表示結成歡迎參訪小組到訪，特地準備我國國旗迎接。

### 3. 瑞典斯德哥爾摩大學社會工作學系 *School of Social Work, University of Stockholm*

參訪時間：2000 年 4 月 3、4、5 日上午

拜會者：瑞典斯德哥爾摩大學社會工作學系主任 A. Lindkvist 博士、M. Thorslund 教授、N. Ahmadi 博士、G.B. Trydegard 博士、M. Parker 教授、E. Jeppsson Grassman 授、E. Gunnarsson 博士、K. Ahacic 博士候選人

瑞典斯德哥爾摩大學社會工作學系的使命簡為下列三項：(1) 教育，(2) 研究及 (3) 政府政策顧問。除培養一般擁有大學學業文憑的社工人員之外，該系目前正進行一項照護管理師先導訓練課程，希望護理人員和社工共同受訓練能擔任更好的照護管理師。目前瑞典 80% 的照護管理師是社工，20% 則由護理人員擔任。社會工作學系從事的一些研究分別是在社會福利制度及政策方面，部分教授亦兼任政府部門顧問，一般而言學術研究十分自由，不受限於政黨或是政策主流。其它的研究議題則含跨疼痛自評、老年疼痛醫護、婦女與老年貧窮、老人照護人力、生命週期回顧、長期健康與活動能力追蹤調查、照護體系發展、正常老化追蹤調查等。

瑞典將成立兩個國家老人學研究中心，其中之一即附屬於瑞典斯德哥爾摩大學之下。該中心將聘請老人醫學、認知心理學、老人社會福利學或老年社會工作學等教授六名，進行跨專業的老人學相關研究。

### 4. “*Pilträdet*”服務之家 (*Service House “Pilträdet”*)

參訪時間：2000 年 4 月 3 日下午

拜會者：服務之家主任 Diosa Marita Lars 女士

此服務之家原屬地方政府所有，建於 1984 年，後轉交一家非營利私人公司經營。此服務之家分為 A、B、C、D、E 五區，每一區收容不同的老人，總共 124 個單位。屬多層級居住照護模式，包含一般的老人公寓、居家服務（清掃住家，洗衣，做飯，洗澡等服務）、提供失明、失聰人的養護及失智症患者的 group homes。其中 75 位住民需要個人照護，總共上班的人力白天 25 名，小夜班 12 15 人，大夜班 4 人，其中護士 4 名。

老人公寓約 20 坪，有一房、一所、一浴廁、一廚房、一陽台。月租 4800 克朗，設有緊急呼叫系統。一般申請入住需等三年，但若老人因疾病住院後失能，由緊急醫療及社會局照護管理師決定轉介後則可直接入住。

失智老人的 group home 配置 8 床。每人一間房間，每兩個房間又組成一個小單位，有小廚房和客廳。失智單位會上鎖，不具個案遊走空間。



← 圖為“Pilträdet”服務之家(service house)外觀。



↑上圖及←左圖為服務之家內住民的房間：左圖為廚房，下圖為臥室，其間所有的擺設皆為住民私人擁有的物品，住民可以隨心所欲布置自己私人空間。住民可以自炊或是選擇服務之家裡的餐廳或送餐服務。



## 5. 老人養護機構 residential home

參訪時間：2000 年 4 月 4 日下午

拜會者：老人養護機構主任

該公辦民營老人養護機構 1994 年開始營運，與政府的訂約一次三年。分為四個單位，每個單位有 7-8 人，三個單位是老人照顧，一個單位是失智症照顧（group home）。在人力配置方面，管理者是一名接受過管理訓練的護理人員。一般老人單位白天有兩位照顧者，小夜和大夜各一位；在失智症單位，三班都各有兩位。護理工作是由社區來的一位社區護士負責。護理人員負責該單位的護理業務，她必須指導或授權照顧服務員執行護理工作，檢查照顧紀錄。該機構有兩位醫師會每週各去一次，復健方面物理治療師每週一次，還有定期音樂活動等。照顧服務員並無專業訓練，僅接受半天職前訓練，並由護理人員提供在職訓練及日常工作指導、監督、授權。

住民平均年齡約 85 歲，月繳租金 5000 克郎，飲食費用 2500 克郎，3000 克郎則屬個人零用。房間一房一衛浴，約 10 12 坪，有像家（homelike）的感覺。



◀此為機構預防乘坐輪椅之  
老人跌落樓梯之設計

▼ 機構為減輕照顧服務人員的體力負荷，椅子皆加裝滑輪，以便讓服務人員可以很容易地移動坐在椅子上的老人。





◀ 機構為提高老人對於環境的熟悉感，其布置物品盡可能採用老人熟悉的生活用品，例如裁縫車。這些布置也可以提供失智住民一個「懷舊角落」。

▶ 瑞典老人多是以手推車作為助行器，其優點是施力點平均、輕巧亦收放容易、提供使用者行走上的安全感、促進其活動意願等，另外它也可發揮購物車的用途。



## 6. 斯德哥爾摩護理之家 *Stockholm's Nursing Home (Stockholms Sjukhem)*

參訪時間：2000年4月5日下午

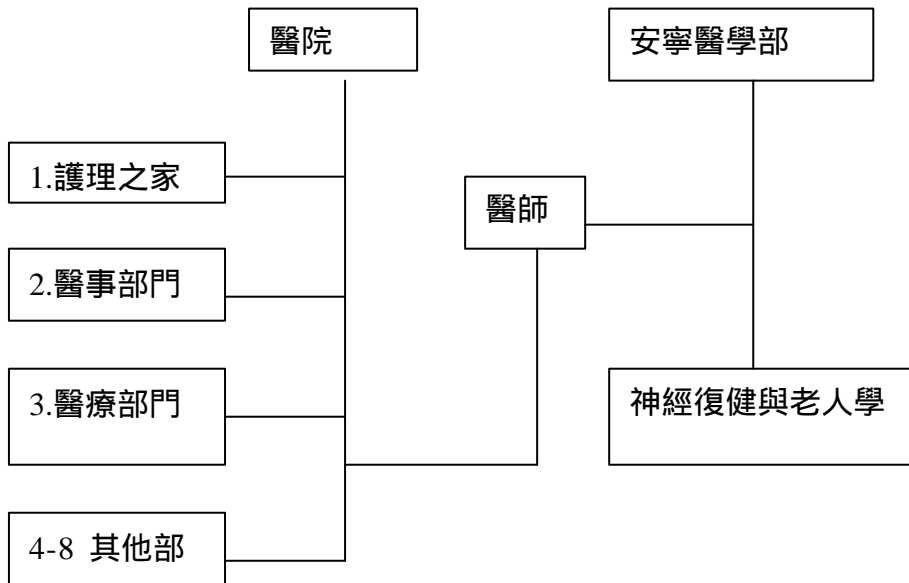
拜會者：斯德哥爾摩醫院暨護理之家院長 A. Aly 先生、護理之家主任 E. Bartholdsson 女士、老人醫學部總醫師 I. Nydevik 女士、護理長 E. Spjuth 女士、職能治療師、物理治療師

“Sjukhem”為該護理之家之名，”Sjuk”在瑞典文中代表著護士、護理。該護理之家成立於1867年，目的在於提供絕症及長期病患者一個像家的環境及人性化的照護。

該護理之家與醫院同屬一基金會；基金會設有董事數名，董事會及院長一名。院長之下設有行政單位、醫院、護理之家及研發部門。研究是該醫療基金會的特色之一，若干老人學、護理、職治及物治教授及安寧醫療專家等皆為其兼任或專任研發人員。

其組織架構分成兩個主要部門，臨床部門和研究發展部門。臨床部門分成居家護理（只對緩和醫療病患）、醫療部門（medical service）和醫事部門

(paramedical unit)。研發部門有老人學、護理學、物治、職治、緩和醫療的教師進行研究並提供各學校的學生前來實習。架構簡圖如下：



護理之家中，兩個單位是專收失智症者，另兩個單位是收一般失能老人。其復健病患都是由 country council 的醫師轉介來的神經疾患需要復健者。主要診斷包括中風、腦傷、巴金森氏症、及脊髓損傷。病患住入後兩週內各專業做好評估，開多專業小組會決定治療目標，定期評估其進展，出院日期和出院後的照護計畫由復健團隊、病患、家屬、社區社工員共同開會商量決定。

- ▶右圖是從住民寢室床鋪的位置朝外看，設計理念是強調住民即使臥床，也可以藉由窗戶與外界互動。
- ▼下圖為住民房間內的設計，電動吊梯的設計從床鋪上方延伸至浴室。







- ◀浴室內的洗手台可配合乘坐輪椅的住民高度隨意調整。
- ▼此為復健區內為乘坐輪椅的住民特殊設計的桌子，四周沒有放置椅子，以便利輪椅進出。桌子亦配合輪椅高度。



- ◀機構內的廚具設施皆為可移動式，可配合乘坐輪椅住民之需求調整高度
- ▼下圖為機構內所使用的易握把柄湯杓 - 不失為日常生活中的一個貼心輔具設計。



- ◀為協助復健區住民積極進行復健運動，機構鼓勵住民種植綠色植物，希望住民從植物發芽成長過程感受生命欣欣向榮的喜悅。亦有寓「現實定向治療」理念於四季更迭之意。



◀圖為機構內新設的水療設備，協助住民進行復健。

但院方不建議參訪小組採用此一復健設施，因水療設備需要耗費大量人力及維護費用。



◀社會司蕭玉煌司長代表參訪小組致贈斯德哥爾摩醫院暨護理之家院長 A. Aly 先生紀念禮物。

## 7. 瑞典身心障礙研究機構 *The Swedish Handicap Institute*

參訪時間：2000 年 4 月 5 日下午

拜會者：瑞典身心障礙研究機構計畫部主任 T. Lagerwall 先生、研發組組長 U. Blomquist 女士、計畫組組長 B. Wigström 先生

該機構是健康與社會部與 country council 聯盟合設的一個公部門組織，主要功能要作為瑞典輔具提供的中央協調統合單位；負責輔具研發，測試輔具、提供輔具相關資訊。此單位與輔具聯合採買中心（SHB）充分合作，使瑞典的失能者的輔具供應和使用達到最好的品質。輔具聯合採買中心負責聯合採購全國所需之輔具，以便使輔具的購置價格合理。

該機構近年設計之主要理念在於「通用設計」(Design for All / Universal Design)。提倡「通用設計」之背景因素在於現代人愈來愈在日常生活中倚賴科技產品，譬如手機、自動轉帳機及交通工具等。但是人類使用科技產品的能力與其健康程度（失能狀況）及年齡等因素相關，而且產品及外在環境有時候也會造成使用上的不方便，譬如在燈光照明不足、噪音、溫度等。目前為止約 15% 的歐洲人至少有一項功能失能，而老人的比例亦在迅速增加中，因此科技產品在設計上應當考量如何來適合所有的人來使用。

「通用設計」是適合所有人 - 不論年齡、健康或者失能 - 的產品或是環境設計，並不需要特殊的設計或是改造，減少特殊多餘的設計及製造費用。另外，「通用設計」亦應考量產品之經濟效益，還有不應讓使用者因使用某項產品而有被歧視的感覺。「通用設計」的產品譬如會報樓層數的電梯，正常人可以搭乘，失明者亦可明瞭電梯所到之樓層數；或是比較矮一點的公用電話，既符合輪椅者使用，又可供一般人通話等。

位於美國北卡州立大學 (North Carolina State University) 的「通用設計研究中心」(The Center for Universal Design) (網址：[www.design.ncsu.edu/cud](http://www.design.ncsu.edu/cud)) 提倡「通用設計」應該符合下列七項原則：

1. 公平性 (對所有使用者提供使用服務、避免對特殊使用族群的歧視、提供所有使用者一致的使用安全性及隱密性)，
2. 彈性 (譬如可以選擇不同的使用功能、可同時讓慣用右手或是左手的人來使用)，
3. 使用簡單方便 (降低複雜度、包括多種語言、提供操作簡訊、縮短操作時間)，
4. 立即可以辨識 (提供不同的使用介面，如圖像式、口語式、觸摸式介面、能凸顯其形式及功能、操作指南簡易)，

5. 使用上不需太多的體力（不需改變身體姿態、降低體力消耗），
6. 產品的大小及所佔用的空間必須適當（掌上型設計、讓坐輪椅者及站立者都能使用、適當的空間），
7. 減低使用上的錯誤出現（減低使用上的危險及發生錯誤、會提供警訊等）。

在輔具的供應系統方面，瑞典每個 country 都有四種中心：包括視覺部門、聽覺部門、骨科部門、輔具中心。以斯德哥爾摩為例，這四個中心各有 25, 50, 40, 40 名工作人員，負責行政、判斷與顧問的工作，以支援各醫院、復健中心、門診的輔具提供業務。需輔具者先經由醫療人員（醫師、治療師、聽語師、護理師，視需要的輔具而定）評估需要，訂處方，取得輔具，訓練失能者使用，追蹤使用狀況，提供輔具維護與所需的服務，失能者不需要再使用時，重新由中心回收提供其他需要者使用。



←圖為中心研發之加長式梳子，設計目的是為協助手部關節活動不便的長者梳理頭髮。示範者為內政部社會司蕭司長

## (八) 瑞典經驗--台灣規劃長期照護政策之參考

### 1. 中央與地方分工問題

瑞典 1992 年進行的福利制度改革(Adel Reform), 將中央與地方重新分工。分散化的社福政策讓中央主要負責全國性的社會保險, 由縣政府負責醫療工作, 而社區照顧服務以及護理之家、老人住宅、照顧住宅、團體家庭等服務都歸地方自治體負責。

瑞典的地方化做得十分徹底, 地方自治體自籌 80%-85%財源, 可以相當自主獨立地發展自己的服務策略和地方特色。將近十年的改革, 凸顯了一些問題: 如(1)老人選擇照顧類型機會增加。(2)充分達到社區化照顧的目標。(3)為國家節省社福經費。(4)非營利部門與營利部門的社會福利組織介入老人照護提供的機會增加。

不過同時也凸顯一些負面問題, 如:(1)地方服務水準差異擴大。(2)服務供給量不足, 產生供需失衡狀態。(3)家庭的照顧責任加重、經濟負擔也加重, 弱勢家庭的受惠品質堪憂。(4)委託民間辦理的服務品質難以掌控。

我國目前正走在分散化之方向, 應留意瑞典分散化所產生的問題。Grassman 教授建議: 在分散化的過程中, 中央政府對弱勢者的福利不宜太快分散到地方, 以免他們受到太大的影響。此外, 地方民眾對社區組織的運作與倡導的力量也深深影響分散化之後人民權益之保障, 沒有有效的地方民主作後盾, 過渡自主的分散化可能造成各地方福利的太大差距。因此, 如何適當的調整中央、縣與地方之分工, 以及如何訂定服務標準讓地方政府有所遵行, 對我國來說都是非常重要的事情。

### 2. 家庭支持網絡

瑞典的社區照護很大部分仍由非正式體系來提供, 1994 年佔 59 % ; 2000 年佔 66 % , 同時使用非正式體系照顧以及居家服務的比例是 72 % ; 2000 年為 82 % 。

瑞典長期以來一直忽略家庭或鄰居親友在非正式體系所扮演的角色, 因為公部門所應對的一直是個人的需求以及對個人所提供的服務, 這樣的思考體系自然而然的就忽略了對家庭的支持和協助。

瑞典中央政府覺查並修改政策, 目前由中央政府補助地方政府約 10 % 的經費來作為倡導家庭支持創新性服務之用。

我國一向把照顧責任歸之於家庭, 更應該特別加強家庭支持服務。只有真正建立完善的家庭支持網絡, 才能實現在地老化的理想。

### 3. 自然產生的多層級機構與服務住宅

瑞典機構式照顧由簡報上看到有三類：老人醫院、護理之家以及老人之家。但是三類都沒有入住標準，進入由照顧管理員把關。當然醫療界十分不以為然，近年來老人慢性病床下降了 30%，並且在繼續下降之中。機構的使用率，也從 1985 年的 8.2 下降到 1999 年的 7.5%。而所看到的機構幾乎都是多層級的機構，因為老人希望穩定的住在熟悉的環境。我國目前所進行的機構簡併計畫方向是正確的。

而另一類服務與租住分開的服務住宅，是此行我們學到的重要概念。老人住宅其實就是老人方便的家，管理員和清潔與維修服務為老人預備一個舒適的居住環境。老人可以在輕微失能的時候就搬進來住，當失能的程度愈來愈嚴重時，各種老人所需要的居家服務隨之而來，讓老人可以長期居住在服務住宅裡而仍然可以得到必要的服務。

參訪之後的感想是，我國可以大大簡併長期照顧設施，只需分為兩類：

一類為老人服務住宅，僅提供適當的安全無障礙房舍讓老人與身心障礙者居住，並依個別需要結合居家服務之提供即可。這一類屬於特別出租住宅，不必稱為機構，也不必規範規模大小，讓進住者自行選擇即可。

如果需要特殊內建的設備，如洗澡床、水療設備等，進住者並且需要 24 小時專業照顧者，較適宜設置長期照護機構，如目前之護理之家。

目前我國長期照護之資源非常有限，應發展一套嚴謹的入住標準與照顧管理制度，讓國家資源能夠公平合理的挹注給最需要的人，不要讓民間團體耗盡心力在機構的立案上，凡是不必要的多餘服務應儘量革除，不必要的管制也儘量革除，以便讓國家資源的分配更公平。

### 4. 專業管理的輔具政策

輔具的提供在瑞典有一套非常完整的管理系統，瑞典身心障礙研究機構主要的功能是做為瑞典輔具提供的中央協調統合單位。此外，它負責輔具研發、測試輔具、提供輔具相關資訊。其任務是讓瑞典失能者所需的輔具得到最好的品質。

至於輔具的採購是由縣層級的政府單位經過專責機構公開招標，之後交給縣層級的輔具中心負責提供出去，交由各醫療機構等人員協助失能者使用，並教導訓練使用者，並追蹤其使用情形。

每個縣都有的輔具中心負責提供輔具的保養和維修，並負責回收輔具。因為輔具雖由政府免費提供，但性質是借用，輔具並不屬於使用者，這樣可以讓輔具更充分的利用。

每個縣都有維修的地方，對使用者來說非常方便；專業訓練和追蹤的過程，也使輔具更能真正發揮功能，並使提供者有機會衡量自己的評估是否正確，提供

的輔具是否恰當，如何改進，對未來研發的方向提出建設性的意見。

總而言之，瑞典對輔具研發、提供與維修、回收再使用建立一個完善的組織架構和網路。目前我國社會福利對失能者輔助輔具的部分只能做到前面的提供，至於在評估處方、追蹤、維修、回收等都沒有建立制度，更談不到研發成為國家重要產業的遠景了。

### 5. 照護人力的發展

瑞典老人照顧的人力，目前大約估計有：護理人員 5000 人，職能治療師 2000 人，物理治療師 1000 人，護理助理員 8-9 萬人，居家服務員 10-11 萬人，個案管理師 3000 人。由各種人力的比例可以看出護理人員、護理助理員、居家服務員是照顧主力。無論是在社區或在機構，大多由護理人員擔負照顧的指導與監督之責。

瑞典目前有照護人力普遍不足的現象，專業及非專業的老人照護人力，包括老年科醫師、老年科護理人員、及護理助理、監護工等都呈短缺現象。基層照護人力不足尤其嚴重，工作者流失率高，學校相關科系招不到學生，其主要原因有：薪水低、工作辛苦，年輕人對照護專業不感興趣。這個人力短缺的困境值得我們參考，應該及早研議人員招募、培訓及留任的議題。

為因應人力不足，瑞典也引進國外人力。但他們對引進外勞的基本態度與我們不同，他們不完全排斥外勞的長久居留，所以要求外勞要學會當地語文後才可以擔任照護人員，以確保外勞能與老人溝通，維持一定的照護品質，外勞在學習語言的期間由社會福利提供生活補助。他們顧慮外勞因語言文化不同可能影響照護品質的人性化考量是值得學習的。

### 6. 人員訓練

長期照護的人力包括專業人員及大量非專業人員，專業人才的培訓主要在大學。在瑞典斯德哥爾摩大學社會工作學系參訪的感想是大學仍以通才教育為主，國內也一樣，為因應長期照護之人才需求及研究需要，宜建議大學：(1)多開設長期照護相關選修課程、(2)設立長期照護學程、(3)開辦長期照護碩士課程、(4)籌設長期照護研究中心。

非專業人力方面主要是基層照顧人員，需求量非常大，不可能在個人背景上有太多限制，最需要的是實務性的職前及在職訓練。瑞典的皇后蘇薇雅之家是一所失智者照護的教學研究示範中心，其機構的功能、在職訓練的課程及教學方法均令參訪者印象深刻，是值得學習的

皇后蘇維雅之家主要提供失智者之日間照護及失智症照護者（主要是護佐）的訓練，其訓練長達一年，理論（佔 1300 小時）與實務（佔 600 小時）並重，希望受訓者成為其薦送機構之種子教師。該機構的訓練採用問題導向學習

(Problem-Based Learning, 簡稱 PBL)的教學法。因此學生透過實際的病人問題去討論學習，由其中瞭解到病人行為表現的原因及該如何處理，進一步深入瞭解失智老人及照護措施的箇中原理，發展出自己的照護能力。

國內在初期長期照護訓練的種子教師人才可以考慮借重與此類機構交流合作，等實驗社區進行一段時間之後，可以考慮在國內發展類似的教學示範機構，培訓照護種子教師人才，以利全國推廣。

### 7. 長期照護的方式及技巧

瑞典的照護服務主要有居家服務、照護住宅、居家護理及護理之家，隨著老人人口的增加，機構容量有限，瑞典的政策是鼓勵老人留在社區，並盡量提供老人所需要的各項服務，因此，雖然老老人比率增加，老人住在社區的比率不減反增，目前已經超過百分之八十。

參觀的集體住宅、照護住宅、或護理之家有一些共同的特點是：(1) 所收住的居民都是依賴程度相當高的，或較嚴重的老人，(2) 設備非常人性化，坪數夠，清潔、明亮、安全、溫馨，居家式的布置裝飾，(3) 尊重住民的個別性、維持其獨立的功能及有尊嚴的生活。(4) 照顧者白天平均一人大約照護 3-4 位住民，有的還儘量安排固定的照顧者照顧固定的住民。這樣的照顧成本可能不是每個地方都負擔得起，不過照顧的理念是值得作為學習及努力的方向。

參觀的兩家照護住宅皆僱用護理背景加上管理(management)訓練的人員來擔任主管的工作，是值得參考的。因為這類住宅雖不是提供給有大量醫護照護的老人，但住民因衰老，失智及慢性病等，這樣的安排，可以協助基層照顧人員(care worker)擬定適當的照護計畫，隨時得到指導及協助。

瑞典的機構式服務中較不足的是沒有一定的品質管制策略及評核標準，服務人員的配置及所需接受的訓練也沒有明確的規範。

瑞典護理之家住民中 80%是失智的老人，所參觀的斯得哥爾摩護理之家主要照護嚴重失智及中風的住民，其照護模式值得參考。

此外，皇后蘇維雅之家對失智老人日間照護的模式及其所提供的出版品資料也值得參考。

### 8. 照護管理 (Care management) 制度

瑞典的照護管理(care management)制度在過去就已存在，近 10 年較受重視，個案管理師(care manager) 主要由地方自治市(municipalities)聘僱，擔任各種長照服務使用的守門人(gatekeeper)，其功能有二：(1)評估個案需求，(2)轉介、協調、安排所需要的服務，並控制長期照護的支出不超過該自治市的預算。這樣的制度有整合各類服務及資源，和控制成本的作用。可惜的是這個制度中所使用



的各項評估標準、使用各項長照服務的資格，及服務品質監控措施，在瑞典還沒有發展得很完善。如果實驗社區要引用個案管理制度，這方面還需參考其他的資料

另一方面，有關個案管理師的素質，瑞典目前有 80%的個案管理師是由社工擔任，20%是護理人員擔任，有些自治市將所有個案管理師改由護理人員擔任。到底由哪一種專業擔任較恰當，目前仍有爭議。過去並沒有專門針對個案管理師的正式訓練課程，斯德歌爾摩大學目前正進行一項教育訓練先導方案，希望護理人員和社工共同受訓練能擔任更好的個案管理師。這點也是未來進行實驗時要事先規劃的。

## 十二、參訪英國、德國、瑞典三國長期照護制度之綜合感想與啟示

由於十分珍惜此次參訪機會，我們事前收集、閱讀、彙整三國長期照護相關文獻，再針對各國發展特色，安排參訪單位與重點，在緊湊行程中，讓我們參訪涵蓋範圍十分完整。另外，為能增進參訪效果，我們也事先擬定討論議題，透過我國駐三國辦事處的協助，先行傳送參訪單位，幫助他們準備資料，很感動的是，瑞典「國家健康與福利司」(National Board of Health and Welfare) 還針對我們的問題，撰寫回應文章，讓我們的討論十分深入。因此，此行收穫相當豐碩，對綜合整理重點如下：

### 一、長期照護政策均以「在地老化」為目標

參訪的三個國家均以「在地老化」(Aging in place)為政策目標，近年的政策改革，均以減少機構的使用，增進民眾留住家庭為重點，推行各種財務改革和服務發展策略，以求目標之落實。

英國和瑞典，均將經費移撥地方政府，由地方政府負責轄內長期照護需求。地方政府為達收支平衡，會盡量增加居家支持服務，降低機構的使用，希望盡可能維持民眾的健康和居家自立生活的能力，讓家庭能留住功能障礙者(keep people stay at home)。又在兩國的照顧管理服務模式中，以居家式服務為最優先之考量，並實施居家照護、房舍修繕、輔具科技的開發與提供，幫助功能障礙者留住社區。更甚者，他們更與住宅政策合作，希望能在住宅中引進所需的服務，盡量延長居家的時間。

德國 1995 年開辦的長期照護保險更是以預防功能障礙為最主要目標，在支付標準中，重度障礙者居家比住機構能得到更高額的給付，表示對居家的絕對支持，希望盡量將功能障礙者留住家庭或社區，也是對在地老化的支持。

看到歐洲這三個古老國家對「在地老化」的努力，慶幸我們先導計畫也採用「在地老化」為政策目標，但是如何落實這個目標，對我們而言，比他們的挑戰更大，因為我國目前缺乏社區照顧基礎，居家支持服務嚴重欠缺，民間發展意願又極為低落，因此公共政策如不積極介入，很難達到成效。

很高興我們的計畫也以發展居家支持服務網絡為主，為實驗社區引進設施發展和服務補助資源，在未來推動過程中，將參考三國經驗，設計有利居家支持服務的補助策略，並合理補助各類居家支持服務設施之發展。

### 二、採用地方分權策略導致的效用與問題

將長期照護責任下放地方政府，是三個國家近年的改革重點。此一改革的主要原因有二：(一)地方政府是最接近民眾的行政單位，因此最能了解民間的需求，由其統籌規劃服務的提供，最能滿足民眾之需求；(二)藉由地方政府承擔財務責任的策略，迫使地方節約成本，降低機構服務的使用。

英國將預算撥交地方，由地方政府在此預算下，負責轄區所有民眾之長期照護需求，此舉，地方必須控制長期照護之成本。瑞典的手段更為激烈，1992 年的責任下放改革，讓地方握有大多數的資源，目前長期照護財源 80% 來自地方自己的稅收，中央只貢獻 20% 的財源，地方分權更是徹底，也難怪「國家健康與福利司」代表一再強調他們有強而有力的地方政府。在此地方分權的運動中，確實看到減少機構式服務使用的效果。

但是，在地方分權的制度下，卻產生地方差異逐漸拉大的後遺症，各地居民接受服務待遇不同，各地方政府對服務品質的監控也不盡相同，產生長期照護不平等的問題。

有鑑於此，英國中央政府(NHS 下的 Social Care Group)剛剛制定完成相關的國家標準(例如：National Standards for Residential Care)，在其撥款地方政府的同時，要求地方政府必須達到國家標準，否則下一年度不能獲得中央政府補助款。在此監督制度之下，希望能縮小區別的差異。相對的，瑞典中央政府對此問題並未有任何具體回應的措施，他們認為地方如果做得不好，民眾會反映在地方選舉之中，執政黨可能會遭受敗選，但是他們也肯定中央制定監督標準的策略，認為這是他們今後的努力重點，但似乎十分無奈於地方權限過於強大，因此對此並不樂觀。

以上國外地方分權化的經驗十分值得我們學習，第一、我國目前正朝地方分權化前進，從今年開始，中央財政劃分法，以統籌分配款方式將經費撥交地方政府使用，各界正在擔憂地方政府能否擅用經費之際，可以學習英國在撥款的同時，要求達到國家標準的策略，以監測地方政府經費的使用情形；第二，由於地方分權容易造成地區別的福利不平等，因此我國應嚴肅檢討在福利方面的分權程度，適度調配中央與地方的分配比率，避免造成過大的地區別差異；第三，我國建造長期照護體系策略，應同時重視長期照護成本的控制，讓地方政府同時負起服務提供和財政平衡之雙重責任。

### **三、結合社政與衛生資源，有效提供連續性照護**

雖然已由數十年的長期照護經驗，分歧的長期照護系統卻仍然阻礙英國和瑞典連續性照護的提供，近年由於服務需求量直線上升，以及財政拮据，因此致力於兩大體系之結合。

德國將疾病保險及長期照護保險由同一基金負責，醫療與長期照護服務給付標準的核定也統一由「健康保險醫事鑑定服務處」評估核定，顯示他們雙方統籌的設計。英國剛開始實施一項新的改革，在地方成立基金會，中央衛生部將該區老人所需的醫療保健經費提撥給此一基金，地方社會局也將社會照顧費用提交此一基金，由其統籌負責老人全部健康與社會照顧需求，但基金會必須達到中央制定的國家標準。瑞典近年將可出院病人的健康照護經費，以及身心功能障礙者之社會照顧經費與責任，交由地方政府統籌，此一策略促進雙方服務的整合與合作，而且削減慢性病床數目，並下降醫院超長住院與長期照護機構式服務的使用。

觀摩此一經驗，更肯定先導計畫跨專業服務模式的設計，整合長期照護相關專業，提供配套服務，應能掌握連續性照護提供。

英國在地方政府設立基金對我國的啟示更大，社政和衛生業務的整合並不一定必須透過行政單位的合併，只要將財源統一提撥地方一個單位，也可達到效果。先導計畫在計畫下統籌編列健康與社會服務補助經費，可說是財政統一之設計，和英國改革理念相同，是先進的做法，希望本計畫的執行，能建立雙方統籌共事之經驗。

#### **四、多層級機構和照顧住宅的發展**

英國的照顧住宅只設置一個管理員，就能讓 40 個單位的輕度失能者安心且自主的居住其間；而在瑞典服務之家中，高齡身障者仍然能夠自主獨居；瑞典和德國的長期照護機構都為滿足入住者身體變遷的需求，而發展成多層級機構，讓我們得到一個結論，在長期照護的機構式設施，只需要照顧住宅和多層級機構就夠了。

由此可知，目前我國衛生署和內政部正在研商機構簡併方案，欲將護理之家、養護機構、長期照護機構簡併為多層級機構，是一個十分正確的方向。另外，應即引進照顧住宅模式，在實驗社區中試辦，一方面更有效的提供服務，另一方面增加失能者另一個自主隱私的服務模式。

#### **五、加強輔助性設備設施以增進失能者的自我照顧及活動能力**

增進失能者自我照顧和活動能力是十分正面的長期照護策略，如何協助失能者自助，讓他們能夠有較正常的生活。因此英國努力引進科技，如利用各種電子電訊科技，但是 Tinker 教授提醒我們，科技產物的參予，必須考量這一輩老人對科技的接受程度。瑞典的身心障礙研究機構更是令人感動，除了研發外，更在全國佈點，提供輔具諮詢，並以借用方式供應輔具，執行回收轉借任務，這是十

分值得我們學習的重點。

我國目前社會福利對中低與低收入戶有輔具補助的措施，衛生署正在試辦的長期照護示範中心也有輔具展示業務，未來建議可以學習瑞典的做法，全國建立輔具回收轉借網絡，全面有效提供輔具，以增進失能者常態的生活。

德國社會役提供服務人力，但相對也必須付出管理費用，社會役每年為德國帶來約 12 萬左右服務人力，每人服務 11 個月，幫助社會福利單位的運作。但是每年政府必須付出 17 億馬克，並編制數百人管理人力，成本代價不低。但是目前社會役也有其隱憂，包含：財源籌措不易、將改採募兵制、役男能提供服務的範圍有限、訓練費時等。我國社會役方才上路，我們的服務期限為德國的兩倍，對於培訓的部份較能掌控，但其他有關經費與管理的問題，也非常類似，希望在實驗社區能收取一些經驗，供未來改進參考。

## 六、重視與支持家庭照顧

由於正式服務體系的發達，對家庭的依賴不如我國，但是近年來，由於財政負擔沉重，因而多像鼓勵或支持家庭照顧策略陸續出爐，例如英國在評估老人需求時，同時評估家庭照顧者需求，再給予支持；德國長期照護保險現金給付家庭照顧者，並將家庭照顧者納入就業保險，增進他們獲得退休年金的機會；瑞典更是由中央提撥地方特殊預算，支持地方開發支持家庭的新型模式，學界也開始大力投入家庭照顧者研究，希望擴大家庭提供照顧的功能。

這些經驗更支持我們先導計畫的子目標「支持家庭提供照顧」的適當性，我國一向將照顧責任歸之於家庭，但是在社經環境變遷下，應給予家庭支持，以維繫他們持續照顧的功能。

## 七、照顧管理策略有待改進

照顧管理式此行參訪的重點，因此一路上，所到之處我們必問這個問題，但是結果令人不盡滿意。

德國並未設有照顧管理制度，這是因為他們醫師護理人力資源充沛，再加上家庭醫師制度完善，因此在病人就醫同時，即可給予諮詢和轉介的服務，故未另設照顧管理制度。

英國和瑞典均設有照顧管理制度，但是在仔細追問之下，才清楚只管理社會服務的部份，並未包含健康照護的部份。但由前述可知，近年來兩國均致力於健康和社會服務的整合，因此未來照顧管理制度勢必受到衝擊，因此他們目前無法這方面的整合的經驗，英國的 Tinker 教授甚至說，如我國能發展成功，將是

他們觀摩的對象。

我們在先導計畫中設計跨專業團隊服務模式，整合健康與社會服務之管理，確實是十分先進的設計。但是在沾沾自喜設計正確的同時，倍感壓力，因為我們正在發展一套先進國家尚未成熟的服務模式。但是這確實是我國躍身國際發展的一大機會，未來將繼續研究美國、日本、澳洲的照顧管理制度，並希望能集結國內相關精英，為我國共創新的照顧技術。

## 八、財務制度之啟示

英國和瑞典因財政日益困難，因此可以看到他們不是減少給付，就是研議提昇效益策略，由其在瑞典看到他們過去因為財源雄厚，一味著力於服務的提供，因此至今管理制度仍然十分鬆散，提不出相關財務管理分析數字，多是他們未來必須發展的部份。雖然這方面他們可供學習的部份不多，但是給我們相當大的啟示，我國正在體制建構的起點，應同步規劃財務管理制度，以保障財源的有效利用。

德國的長期照護保險的開辦主因，是因約有高達 50% 的長期照護需求者淪為低收入或中低收入戶，政府必須負擔沉重的社會救助費用，因此採取保險制度，由個人和雇主共同負擔長期照護之財務負擔。

德國的規劃很清楚的劃分長期照護費用為三部份：醫療、個人照顧、和食宿生活費等，醫療服務需求歸疾病保險，身體照顧需求由長期照護保險負擔，生活費用則由個人(年金)負責。我們先導計畫的財務規劃也是採取這項的責任劃分，在實驗社區的測試中，希能實際測試其可行性。另外，德國的支付制度優先社區服務的設計也可供我借鏡。

## 九、行政組織

如何整合社政和衛生行政體系，是近年來我國一再討論的議題。德國與英國均是分別兩個部門，瑞典則是社衛政合併。在請教英國 Tinker 教授的看法時，她建議應在中央和地方成立整合部門的委員會，她並不贊成成立老人專屬部門，因為老人照顧或長期照顧需要配合的部會眾多，如果成立專屬部門，恐其他部門推卸責任，將難做到跨領域統籌之效。這些經驗將可提供我國未來政府組織再造之參考。