

行政院及所屬各機關出國報告  
(出國類別：考察)

## 考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書

### 出國人員：

服務機關	職稱	姓名
台灣大學衛生政策與管理研究所	教授	吳淑瓊
台北縣政府	副縣長	曾參寶
衛生署醫政處	處長	譚開元
經建會人力規劃處	處長	林大鈞
內政部社會司老人福利科	科長	陳素春
內政部社會司老人機構輔導科	科長	陳坤皇
衛生署醫政處	技士	陳秀政
嘉義市衛生局醫政課	課長	江武忠
中正大學社會福利研究所	教授	王正
政治大學社會系	教授	呂寶靜
台北醫學大學公衛所	教授	莊坤洋
台灣大學社會系	教授	曹愛蘭
台灣大學護理系	教授	張媚
台灣大學護理系	教授	戴玉慈
建構長期照護體系先導計畫	研究員	陳正芬

出國地區：美國、加拿大及日本

出國期間：九十一年七月二十日至八月三日

報告日期：九十一年九月六日

J4/c09104041

系統識別

號:C09104041

公 務 出 國 報 告 提 要

頁數: 123

含附件: 否

報告名稱:

長期照護參訪

主辦機關:

行政院衛生署

聯絡人/電話:

王玲紅/23210151#507

出國人員:

譚開元 行政院衛生署 醫政處 處長  
陳秀玫 行政院衛生署 醫政處 薦任技士

出國類別: 考察

出國地區: 加拿大 日本 美國

出國期間: 民國 91 年 07 月 20 日 - 民國 91 年 08 月 03 日

報告日期: 民國 91 年 12 月 27 日

分類號/目: J4/公共衛生、檢疫 J4/公共衛生、檢疫

關鍵詞: 長期照護

內容摘要:

摘要為吸取先進國家經驗，以求我國未來長期照護體系之先進有效，本計畫乃於今年七月二十日到八月三日，前往美、加、日三國，考察其長期照護制度。美國考察重點為聯邦政府在奧勒岡州所做的PACE社區實驗計畫，藉以瞭解該實驗如何在節省政府經費下，推展整合連續型的社區長期照護體系；加拿大考察重點為中央、地方、與民間的分工與合作，以及照顧管理模式的運作；日本主要考察他們從2000年開始實施的介護保險制度，希望瞭解其規劃、實施、與結

果評估等。詳細出國報告請見附錄一，以下摘要參訪重點：

一、參訪國家人口老化資訊 美國2000年65歲以上人口有34,991,753人，約佔總人口數的12.4%，推估2010年老人人口將達總人口之13.2%，2020年更高達總人口之16.5%。而在1990s其間，老年族群中成長速度最快的發生在年齡層為85歲以上之族群，此族群從1990年3.1百萬人增加至2000年4.2百萬人，成長率為38%；75-84歲人口成長率為23%；65-74歲人口成長率則少於2%，其人口數僅從18.1百萬人增加至18.4百萬人。加拿大2001年65歲以上之老人有3.92百萬人，其中有430,000為85歲以上之老人，但隨著嬰兒潮人口的老化，老年人口預估2021年將達6.7百萬人，而2041年將更高達9.2百萬人，平均每四人就有一人為老人，而屆時預估將有1.6百萬為85歲以上之老人，這將為總人口之4%，可見其增加之快速。日本於2001年4月65歲以上老人人口約佔總人口數的17.5%，2002年為18.3%，厚生勞動省推估在2010年時65歲老人人口數將達到2,770萬人，2025年時65歲老人人口數將達到3,240萬人，老年人口比例有明顯增加的趨勢。

二、美國參訪重點 美國的長期照護採殘補式之福利制度，和歐洲福利國家考慮全人照顧的原則迥異，因此近年由HCFA支持PACE實驗試辦計畫，希望結合衛生與社會服務，落實社區全人照顧，和本先導計畫精神十分類似，因此本次將其列為美國參訪重點。根據2000年的資料，美國共有24個PACE實驗社區，我們選擇前往奧瑞岡（Oregon）的PACE實驗社區參訪，主要原因是奧瑞岡州的社區照顧體系特別發達，再加上友人引界。奧瑞岡的PACE實驗是由Providence Health Care System承辦，命名為Providence ElderPlace，主要是針對中重度身心障礙者的照顧計畫，希望整合醫療及長期照護的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供全人的照顧，盡量使個案留在社區中，因此ElderPlace 遵行PACE的四點特質發展其服務模式，四點特質為：（1）彈性化-依照個案身體狀況及需求，個別擬定照顧計畫，滿足其需求；（2）完整照顧-於社區中整合醫療及長期照護，以統合、提供、監測個案需求；（3）跨專業團

隊-為提供完整多元服務，於社區中配置跨專業團隊；（4）總額支付制度-彙整醫療長期照護經費，依人頭計算總經費額度，承辦單位必須統籌運用，負擔絕對的財務風險。對消費者個人而言，PACE的服務人員會傾聽個案的個人需要，尊重個案的個別需求，盡量讓個案留住社區中。其實，PACE的收案對象為符合Medicaid入住護理之家標準者，因此為依賴程度相當高的個案，其努力目標為幫助此類重度依賴個案，仍然能夠盡量留住家庭。另外，PACE最吸引人的地方是能夠解決目前美國「健康照護財務與服務提供零散」的大問題，對中重度失能老人、家庭照顧者、健康服務提供者、和決策者而言，都具有極高的意義。除了了解PACE實驗計畫之外，也在參訪四個ElderPlace營運中心（Laurelhurst, Mt. Tabor, Cully, and Glendoveer）過程中，了解ElderPlace的業務，並觀摩其跨專業團隊晨會，以及參觀服務提供單位：照顧住宅（Irvington Village）和成人托顧家庭（adult foster homes）。Laurelhurst, Mt. Tabor, Cully, and Glendoveer這四個ElderPlace營運中心中，前兩個經營日照中心；Cully提供照顧住宅，並對外提供日間照護服務；Glendoveer只提供老人照顧住宅服務，四個中心均設有門診，除社會照顧服務外，提供醫療和復健服務，和他們的「積極照顧（aggressive care）」理念相呼應，給予個案充分的預防、診斷、早期治療、和復健服務之照護，而綜合其業務發現其提供服務有以下四點共同特色：（1）設置跨專業服務團隊，落實健康和社會照顧結合的服務模式；（2）設有診所，配置醫師，提供醫療保健上的監測、預防、與治療；（3）提供復健服務，落實他們積極照顧（aggressive care）的照顧哲理；（4）充分利用日間照顧服務，並配置多輛復康巴士，盡量鼓勵個案走出家庭，每星期接受2-3個半天的日間照顧服務，一方面，讓中心的工作同仁可以隨時發現個案的身心變化；另一方面，增進個案活動的機會，藉以維持個案的身心功能。而以上四個中心每早皆有晨會，其晨會功能主要有：

- （1）各種活動通知；
- （2）新個案的接案討論；
- （3）個案問題報告討論與照顧計畫擬定；
- （4）工作

分派等。參觀服務提供單位中，Irvington Village是ElderPlace合約的服務提供者，是一個照顧住宅(assisted living facility, ALF)，其人力配置為每15位住民配置一名工作人員，其內配有1.5個護理人員，所有服務幾乎都由單位內部自行提供，但技術性護理服務仍由一般的居家護理師前來服務。PACE日間照顧中心經營模式包含以下四點：(1) 強化照顧功能：配置診所、跨專業團隊、復康巴士；(2) 增加來中心的誘因：解決交通問題，增加可近性；(3) 推行積極照顧理念( aggressive care)，鼓勵接受日照與復健服務；(4) 提昇效率：一天分兩班制，一星期兩次，增加服務人數。而成人托顧家庭( adult foster homes)則是Oregon照顧體系相當特別的一種服務設施。照顧對象從輕度到重度的失能老人，最重度的AFH必須由護理人員經營。這些費用對經營者家庭而言，是一大筆收入，此一服務模式給予老人家庭式的照顧，讓經濟弱勢的移民免於淪入受救濟人口，又可節省州政府在照顧上的財務負荷，可說是三贏的策略。綜合美國之參訪心得，歸納出以下三點值得我國借鏡之處：(1) 以民眾需求為導向的策略，發展多元化的服務滿足民眾得需求從服務提供的設計，人力的發展，和管理策略，均可感受其對民眾服務的關懷，一切以提供民眾適切服務為依歸，因此才會致力於多元化服務的發展，以滿足社區多元的需求。

(2) 在二十多年來持續社區化策略下，勵精圖治在1980年代，其實Oregon州政府面臨嚴重的財務危機，當時他們面對正在大量成長的機構照顧財務負荷，因此在順應民眾的社區照顧意願下，毅然投入社區化服務的發展，觀察在過去20多年中，他們的政策方向一致，日積月累，才能有今日開花結果的景象。(3) 彈性的法規，達到動員民間與掌控品質雙贏的成效Oregon州政府法規深具彈性是孕育新型服務的發展的主因，因而能夠落實多元社區照顧網的建構，如每一服務提供者均需立案，但具分級彈性；創新服務模式草創期不受法規限制，給予發展空間與時間，因此為讓社區服務多元與蓬勃，政府瞭解必須民間的充分參與，因此對各種民間投入開發的新型服務模式，鼓勵

有加，給予彈性發展空間。目前我們先導計畫在實驗社區推動的新型服務模式發展，是一個很好的開端，但是各界對其要求十分殷切，要在2年內完成實驗，時間相當緊迫；另外行政管理開始擔憂其法規管理問題，要求儘速訂定管理規範，希望能借鏡Oregon的經驗，給予彈性空間，給予持續發展的空間。

Oregon PACE在管理式服務模式的概念下，整合基層保健、急性住院與門診、社區與居家照護、護理之家服務，展現提供全人照顧並節約成本的功能，又因內配置跨專業團隊，包含醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、語言治療師、照顧服務員、復康巴士司機等，因此管理範圍最廣最深，最能提供連續照顧。在論量計酬的支付制度下，承辦照顧管理單位不宜同時擔任直接服務提供者，因球員兼裁判，無法節約成本，而PACE則採管理與服務提供同時兼辦模式，由於採行論量計酬制度，因此不必擔心財務浪費。

三、加拿大參訪重點加拿大的長期照護建構在醫療體系之下，其特色在於連續照顧(continuing care)體系之建構，有些省份並致力於社區照顧，以減少醫院和護理之家的使用。又其藉由照顧管理制度落實社區連續照顧，結合年金與公共財源支持全體民眾的長期照護，實施地方分權之行政體系，因此可作為實驗社區照顧管理制度之參考。由於加拿大聯邦是一個非常地方分權的政府，所以要發展全國一致的政策比較困難。故加拿大的health care是依據Canada Health Act執行，中央和地方政府各有清楚的職責與功能，加拿大以稅收來支持其全民健保。基本上，對民眾提供health care服務是省政府的責任，聯邦政府提供各省醫療預算的20~25%，聯邦政府對省和特區政府之經費補助係透過加拿大健康暨社會服務移轉方案（主要按人口數計算）及Equalization Transfers（補助較貧乏的地區）來達成。但是在長期照護方面，加拿大政府並未像健康照護一樣，將其列為國家責任，因此大多附在醫療服務之下，其目的為降低住診的使用，以節約日益攀升的醫療支出，雖然是十分消極的目標，但也使加拿大的急性後期的連續性照顧，在世界各國中，算是成效不錯的國家之一。

另外聯邦政府，近年也編列特別預算，鼓勵省政府發展社區照顧服務體系。在多倫多參訪他們省政府委託的一個社區照顧管理中心—CCAC（全名Toronto Community Care Access Centre），發現他們採經費總額制度，將社區照顧經費提撥CCAC，委託其管理全區民衆的社區式長期照護需求，並負擔財務平衡責任。在機構式照顧方面，卻由省政府提供照顧經費，而由CCAC擁有評估進住機構的權利，省政府並在政治介入之下，正在鼓勵民間建造護理之家中，其決策和世界潮流相左，可靜觀其後續發展。參訪了加拿大之健康照護體系、照顧管理及長期照護體系後，對於我國持續性照顧及長期照護體系走向政策有以下建議：（1）透過合理的機制，制訂社會福利經費補助設算標準在地方分權化下，如何讓區域間的或差距縮小是嚴肅的課題。在加拿大，透過Equalization Transfers之機制讓較窮的地方政府獲得較多的補助，可供我國目前在重新檢討社會福利經費補助設算標準的參考。（2）依據功能依賴度和服務需求度為標準提供補助或給付加拿大的社區居家照顧服務主要侷限在減少急性醫院的醫療花費，與我國的情況類似，居家照顧並非全民服務，民衆能得到的免費服務不多，基本上還是認為居家照顧是家庭的責任，一旦家屬沒辦法照顧而送入機構時，則由政府負擔照顧費用（食宿自付）。故將來我國若要對長照提供補助或給付，應以個案的功能依賴度和服務需求度為標準，不應該依居住安排有所不同，否則可能導致個案容易過早入住機構。（3）中央與地方適當之權責分工，落實地方制度加拿大中央政府與地方政府權責明確，完全落實地方制度，中央負責規劃全國一致性之事務，地方則實際執行，地方問題地方自行解決，除非涉及政策，這樣的權責分工，應是我國學習標的。（4）發展監督長期照護機構品質機制，確實管理品質未立案的長期照護機構在加拿大也是存在的，尤其過去多年來加拿大政府控制新機構、新床位的設置，但許多民衆急著要機構照顧，在長照機構安置的等候名單排隊之下等不及就住入未立案機構，這些機構沒有政府的管理，因此照顧品質很差，時有虐待、不良照顧情事

發生，加上老人和失能者是弱勢者，入住機構後大多無力捍衛自己的權益，因此社區對機構品質的督導和代言機制需要發展，這也是我們發展長照體系要顧及的。

四、日本參訪重點日本於2000年4月開始實施介護保險，轟動全球。因此介護保險的準備、實施、以及評估將為本次參訪的重點，以了解其介護保險制度以及保險介入前後面臨之問題與解決，這些經驗將可做為未來政府規劃長期照護相關保險之建議。日本在介護保險開辦以來，面臨了一些問題：（1）支付制度有利機構式服務，鼓勵機構服務的使用；（2）照顧管理者也是服務提供者，利益混淆，影響服務的使用和品質；（3）照護品質缺乏嚴格把關與評估；（4）區域性差異大。這些實施結果之問題同時也值得我國警惕，避免未來規劃時重蹈覆轍。未來我國可以學習日本介護保險之精神與原則，規劃屬於自己的長期照護制度，但在執行方面應注意以下幾點：

（1）政府應有多元化籌措財源的準備日本長期照護保險規模約為其全民健康保險的四分之一，且就日本目前辦理介護保險的經費約為台幣600億元來看，若來推估臺灣開辦長期照護的情形，對臺灣而言，需求規模似乎不是太大的問題。而且日本目前介護服務提供的給付範圍涵蓋社區式及機構式服務，若本著推動在地老化政策，且考量機構式服務的成本較高等因素，而只朝社區式服務的長期照護去辦理，並加入加拿大給付範圍，只侷限在這照顧的部份，財務的負擔似乎不如我們預期沈重。另外，日本介護保險費用25%來自中央政府、12.5%來自縣政府、12.5%來自市町村、50.0%來自被保險人。將來若臺灣欲實施此分擔比例時，仍有待商榷。雖然財務不如預期沈重，但財源的籌措方式應要多元化，因為這不只是國家的責任，個人也有責任。至於政府應如何籌措應負責支付的部分，不論是採用稅收或保險等方式，都應要有明確的方案，如此才能確保財源發展穩定。

（2）訂定給付範圍優先順序日本介護保險給付層面廣泛，共達14項服務之多，且每月服務使用金額上限高達36萬日幣。若臺灣欲實施保險制度，在初期應採較保守的態度，依照國內老人所需的照護程度精算出服務內



容，且不應完全仿造日本給付所有的服務，建議給付內容應採慢慢擴大的方式進行，不要像健保因給付太多而導致虧錢，故未來應在作業系統和財源穩定之後，再考慮擴大提供服務的範圍。(3) 區分照護、飲食及住宿的費用基本上，介護保險的責任應是在照護，而非飲食和住宿。因此在給付上應要區分清楚，並且飲食及住宿費用不應包括在保險給付的範圍，可參考加拿大安大略省對長期照護提出的三個信封理論 (three envelopes theory)，對住宿、休閒治療、及護理和個人照顧服務等三方面之費用，長期照護只負擔照顧服務一個信封即可。(4) 統一行政系統介護保險的行政作業應可和現有的健康保險結合在一起，基本上，醫療的部分已經有全民健康保險的體制，但就行政成本考量(我國的行政成本只佔2.2%，與各國比較是很低的比例)，可將兩部分的行政部門統一，以節約行政成本支出，但在財務上則可以考慮將兩部分的財務獨立，採取各自負責的方式。考察結果發現，三個國家的長期照護服務模式、行政管理、和財務制度，均有可供我國借鏡之處，可引用到我國目前正在推展的照顧服務產業方案，以及未來服務體系以及財務制度之整體建構。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

政院及所屬各機關出國報告  
出國類別：考察)

## 考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書

### 出國人員：

服務機關	職稱	姓名
台灣大學衛生政策與管理研究所	教授	吳淑瓊
台北縣政府	副縣長	曾參寶
衛生署醫政處	處長	譚開元
經建會人力規劃處	處長	林大鈞
內政部社會司老人福利科	科長	陳素春
內政部社會司老人機構輔導科	科長	陳坤皇
衛生署醫政處	技士	陳秀玫
嘉義市衛生局醫政課	課長	江武忠
中正大學社會福利研究所	教授	王正
政治大學社會系	教授	呂寶靜
台北醫學大學公衛所	教授	莊坤洋
台灣大學社會系	教授	曹愛蘭
台灣大學護理系	教授	張媚
台灣大學護理系	教授	戴玉慈
建構長期照護體系先導計畫	研究員	陳正芬

出國地區：美國、加拿大及日本

出國期間：九十一年七月二十日至八月三日

報告日期：九十一年九月六日

## 誌謝

蒙內政部及行政院衛生署補助本小組九十一年度赴美  
國、加拿大及日本三國長期照護體系，敬表謝忱。

於行程安排及洽商聯絡上，深蒙外交部北美司及亞東  
太平洋司、駐西雅圖辦事處、駐加拿大渥太華與多倫多代表  
處、駐日本東京與大阪辦事處等協助本小組九十一年七月二  
十日至八月三日之考察行程，於考察期間又承蒙駐外代表處  
盛情款待及陪同考察，謹此一併誌謝。

## 摘 要

為吸取先進國家經驗，以求我國未來長期照護體系之先進有效，本計畫乃於今年七月二十日到八月三日，前往美、加、日三國，考察其長期照護制度。

美國考察重點為聯邦政府在奧勒岡州所做的 PACE 社區實驗計畫，藉以瞭解該實驗如何在節省政府經費下，推展整合連續型的社區長期照護體系；加拿大考察重點為中央、地方、與民間的分工與合作，以及照顧管理模式的運作；日本主要考察他們從 2000 年開始實施的介護保險制度，希望瞭解其規劃、實施、與結果評估等。以下摘要參訪重點：

### 一、參訪國家人口老化資訊

美國 2000 年 65 歲以上人口有 34,991,753 人，約佔總人口數的 12.4%，推估 2010 年老人人口將達總人口之 13.2%，2020 年更高達總人口之 16.5%。而在 1990s 其間，老年族群中成長速度最快的發生在年齡層為 85 歲以上之族群，此族群從 1990 年 3.1 百萬人增加至 2000 年 4.2 百萬人，成長率為 38%；75-84 歲人口成長率為 23%；65-74 歲人口成長率則少於 2%，其人口數僅從 18.1 百萬人增加至 18.4 百萬人。

加拿大 2001 年 65 歲以上之老人有 3.92 百萬人，其中有 430,000 人為 85 歲以上之老人，但隨著嬰兒潮人口的老化，老年人口預估 2021 年將達 6.7 百萬人，而 2041 年將更高達 9.2 百萬人，平均每四人就有一人為老人，而屆時預估將有 1.6 百萬為 85 歲以上之老人，這將為總人口之 4%，可見其增加之快速。

日本於 2001 年 4 月 65 歲以上老人人口約佔總人口數的 17.5%，2002 年為 18.3%，厚生勞動省推估在 2010 年時 65 歲老人人口數將達到 2,770 萬人，2025 年時 65 歲老人人口數將達到 3,240 萬人，老年人口比例有明顯增加的趨勢。

### 二、美國參訪重點及政策建議

美國的長期照護採殘補式之福利制度，和歐洲福利國家考慮全人照顧的原則迥異，因此近年由 HCFA 支持 PACE 實驗試辦計畫，希望結合衛生與社會服務，落實社區全人照顧，和本先導計畫精神十分類似，因此本次將其列為美國參訪重點。根據 2000 年的資料，美國共有 24 個 PACE 實驗社區，我們選擇前往奧瑞岡（Oregon）的 PACE 實驗社區參訪，主要原因是奧瑞岡州的社區照顧體系特別發達，再加上友人引界。

奧瑞岡的 PACE 實驗是由 Providence Health Care System 承辦，命名為 Providence ElderPlace，主要是針對中重度身心障礙者的照顧計畫，希望整合醫療及長期照顧的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供全人的照顧，盡量使個

案留在社區中，因此 ElderPlace 遵行 PACE 的四點特質發展其服務模式，四點特質為：(1) 彈性化-依照個案身體狀況及需求，個別擬定照顧計畫，滿足其需求；(2) 完整照顧-於社區中整合醫療及長期照護，以統合、提供、監測個案需求；(3) 跨專業團隊-為提供完整多元服務，於社區中配置跨專業團隊；(4) 總額支付制度-彙整醫療長期照護經費，依人頭計算總經費額度，承辦單位必須統籌運用，負擔絕對的財務風險。

對消費者個人而言，PACE 的服務人員會傾聽個案的個人需要，尊重個案的個別需求，盡可能讓個案留住社區中。其實，PACE 的收案對象為符合 Medicaid 入住護理之家標準者，因此為依賴程度相當高的個案，其努力目標為幫助此類重度依賴個案，仍然能夠盡量留住家庭。另外，PACE 最吸引人的地方是能夠解決目前美國「健康照護財務與服務提供零散」的大問題，對中重度失能老人、家庭照顧者、健康服務提供者、和決策者而言，都具有極高的意義。

美國長期照護體系可供我國政策參考借鏡之處如下：

(1) 以民眾需求為導向的策略，發展多元化的服務滿足民眾得需求

從服務提供的設計，人力的發展，和管理策略，均可感受其對民眾服務的關懷，一切以提供民眾適切服務為依歸，因此才會致力於多元化服務的發展，以滿足社區多元的需求。

(2) 在二十多年來持續社區化策略下，勵精圖治

在 1980 年代，其實 Oregon 州政府面臨嚴重的財務危機，當時他們面對正在大量成長的機構照顧財務負荷，因此在順應民眾的社區照顧意願下，毅然投入社區化服務的發展，觀察在過去 20 多年中，他們的政策方向一致，日積月累，才能有今日開花結果的景象。

(3) 彈性的法規，達到動員民間與掌控品質雙贏的成效

Oregon 州政府法規深具彈性是孕育新型服務的發展的主因，因而能夠落實多元社區照顧網的建構，如每一服務提供者均需立案，但具分級彈性；創新服務模式草創期不受法規限制，給予發展空間與時間，因此為讓社區服務多元與蓬勃，政府瞭解必須民間的充分參與，因此對各種民間投入開發的新型服務模式，鼓勵有加，給予彈性發展空間。

Oregon PACE 在管理式服務模式的概念下，整合基層保健、急性住院與門診、社區與居家照護、護理之家服務，展現提供全人照顧並節約成本的功能，又因內配置跨專業團隊，包含醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、語言治療師、照顧服務員、復康巴士司機等；管理範圍最廣最深，最能提供連續照顧。在論量計酬的支付制度下，承辦照顧管理單位不宜同時擔任直接服務

提供者，因球員兼裁判，無法節約成本，而 PACE 則採管理與服務提供同時兼辦模式，由於採行論量計酬制度，因此不必擔心財務浪費。

### 三、加拿大參訪重點及政策建議

加拿大的長期照護建構在醫療體系之下，其特色在於連續照顧(continuing care)體系之建構，有些省份並致力於社區照顧，以減少醫院和護理之家的使用。又其藉由照顧管理制度落實社區連續照顧，結合年金與公共財源支持全體民眾的長期照護，實施地方分權之行政體系，因此可作為實驗社區照顧管理制度之參考。

由於加拿大聯邦是一個非常地方分權的政府，所以要發展全國一致的政策比較困難。故加拿大的 health care 是依據 Canada Health Act 執行，中央和地方政府各有清楚的職責與功能，加拿大以稅收來支持其全民健保。基本上，對民眾提供 health care 服務是省政府的責任，聯邦政府提供各省醫療預算的 20~25%，聯邦政府對省和特區政府之經費補助係透過加拿大健康暨社會服務移轉方案（主要按人口數計算）及 Equalization Transfers（補助較貧乏的地區）來達成。

但是在長期照護方面，加拿大政府並未像健康照護一樣，將其列為國家責任，因此大多附在醫療服務之下，其目的為降低住診的使用，以節約日益攀升的醫療支出，雖然是十分消極的目標，但也使加拿大的急性後期的連續性照顧，在世界各國中，算是成效不錯的國家之一。另外聯邦政府，近年也編列特別預算，鼓勵省政府發展社區照顧服務體系。

在多倫多參訪他們省政府委託的一個社區照顧管理中心—CCAC(全名 Toronto Community Care Access Centre)，發現他們採經費總額制度，將社區照顧經費提撥 CCAC，委託其管理全區民眾的社區式長期照護需求，並負擔財務平衡責任。在機構式照顧方面，卻由省政府提供照顧經費，而由 CCAC 擁有評估進住機構的權利，省政府並在政治介入之下，正在鼓勵民間建造護理之家中，其決策和世界潮流相左，可靜觀其後續發展。

加拿大長期照護體系可供我國政策參考借鏡之處如下：

#### (1) 透過合理的機制，制訂社會福利經費補助設算標準

在地方分權化下，如何讓區域間的或差距縮小是嚴肅的課題。在加拿大，透過 Equalization Transfers 之機制讓較窮的地方政府獲得較多的補助，可供我國目前在重新檢討社會福利經費補助設算標準的參考。

#### (2) 依據功能依賴度和服務需求度為標準提供補助或給付

加拿大的社區居家照顧服務主要侷限在減少急性醫院的醫療花費，與我國的情況類似，居家照顧並非全民服務，民眾能得到的免費服

務不多，基本上還是認為居家照顧是家庭的責任，一旦家屬沒辦法照顧而送入機構時，則由政府負擔照顧費用（食宿自付）。故將來我國若要對長照提供補助或給付，應以個案的功能依賴度和服務需求度為標準，不應該依居住安排有所不同，否則可能導致個案容易過早入住機構。

### （3）中央與地方適當之權責分工，落實地方制度

加拿大中央政府與地方政府權責明確，完全落實地方制度，中央負責規劃全國一致性之事務，地方則實際執行，地方問題地方自行解決，除非涉及政策，這樣的權責分工，應是我國學習標的。

### （4）發展監督長期照護機構品質機制，確實管理品質

未立案的長期照護機構在加拿大也是存在的，尤其過去多年來因加拿大政府掌控新機構及新床位的設置，但許多民眾對機構照護需求十分迫切，在長照機構安置的等候名單排隊等候過久後，改為住入未立案機構；上述照護機構因缺乏政府管理，無法監督服務品質，時有虐待、不良照顧情事發生，加上老人和失能者等弱勢者在入住機構後大多無力捍衛本身權益。因此亟需發展機構品質的督導和代言機制，這也是我們發展機構式長期照護體系不可忽略之重點。

## 四、日本參訪重點及政策建議

日本於 2000 年 4 月開始實施介護保險，轟動全球。因此介護保險的準備、實施、以及評估將為本次參訪的重點，以了解其介護保險制度以及保險介入前後面臨之問題與解決，這些經驗將可做為未來政府規劃長期照護相關保險之建議。

日本在介護保險開辦以來，面臨了一些問題：（1）支付制度有利機構式服務，鼓勵機構服務的使用；（2）照顧管理者也是服務提供者，利益混淆，影響服務的使用和品質；（3）照護品質缺乏嚴格把關與評估；（4）區域性差異大。這些實施結果之問題同時也值得我國警惕，避免未來規劃時重蹈覆轍。

未來我國可以學習日本介護保險之精神與原則，規劃屬於自己的長期照護制度，但在執行方面可供我國政策參考借鏡之處如下：

### （1）政府應有多元化籌措財源的準備

日本長期照護保險規模約為其全民健康保險的四分之一，且就日本目前辦理介護保險的經費約為台幣 600 億元來看，若來推估臺灣開辦長期照護的情形，對台灣而言，需求規模似乎不是太大的問題。而且日本目前介護服務提供的給付範圍涵蓋社區式及機構式服務，若本著推動在地老化政策，且考量機構式服務的成本較高等因素，而只朝社區式服務

的長期照護去辦理，並加入加拿大給付範圍，只侷限在這照顧的部份，財務的負擔似乎不如我們預期沈重。

另外，日本介護保險費用 25% 來自中央政府、12.5% 來自縣政府、12.5% 來自市町村、50.0% 來自被保險人。將來若臺灣欲實施此分擔比例時，仍有待商榷。

雖然財務不如預期沈重，但財源的籌措方式應要多元化，因為這不只是國家的責任，個人也有責任。至於政府應如何籌措應負責支付的部分，不論是採用稅收或保險等方式，都應要有明確的方案，如此才能確保財源發展穩定。

## (2) 訂定給付範圍優先順序

日本介護保險給付層面廣泛，共達 14 項服務之多，且每月服務使用金額上限高達 36 萬日幣。但若臺灣欲實施保險制度，在初期建議應採較保守的態度，依照國內老人所需的照護程度精算出服務項目及內容，建議給付內容採逐步擴大的方式推動，待保險行政作業系統和財源穩定之後，再考慮逐步擴大提供服務的範圍。

## (3) 區分照護、飲食及住宿的費用

基本上，介護保險的責任應是在照護，而非飲食和住宿。因此在給付上應要區分清楚，並且飲食及住宿費用不應包括在保險給付的範圍，可參考加拿大安大略省對長期照護提出的三個信封理論 (three envelopes theory)，對住宿、休閒治療、及護理和個人照顧服務等三方面之費用，長期照護只負擔照顧服務一個信封即可。

## (4) 統一行政系統

參考日本的長期照護保險行政組織，其介護保險的行政作業與其現有健康保險結合；對照我國發展進度，醫療部分已發展全民健康保險體制，但就行政成本考量（我國的行政成本只佔 2.2%，與各國比較是很低的比例），可將兩部分的行政部門統一，以節約行政成本支出，但在財務上則可以考慮將兩部分的財務獨立，採取各自負責的方式。

考察結果發現，三個國家的長期照護服務模式、行政管理、和財務制度，均有可供我國借鏡之處，可引用到我國目前正在推展的照顧服務產業方案，以及未來服務體系以及財務制度之整體建構。



## 美國、加拿大及日本長期照護制度參訪報告

### 目次

壹、目的 .....	8
貳、主辦單位 .....	8
參、協辦單位 .....	8
肆、期程 .....	8
伍、地點 .....	8
陸、參加對象 .....	9
柒、參訪重點 .....	10
捌、參訪報告內容 .....	11
第一章 美國長期照護參訪報告 .....	11
一、前言 .....	11
二、參訪行程 .....	13
三、PACE/ElderPlace 參訪內容紀要 .....	16
四、Oregon 州政府的長期照護政策與管理業務 .....	33
第二章 加拿大長期照護參訪報告 .....	42
一、前言 .....	42
二、參訪行程 .....	43
三、參訪內容紀要 .....	46
四、綜合感想與建議 .....	74
第三章 日本長期照護參訪報告 .....	77
一、前言 .....	77
二、參訪行程 .....	86
三、參訪內容紀要 .....	87
四、日本經驗—我國規劃長期照護體系之參考 .....	114
結論 .....	120
附錄一：日本介護保險之種類、內容及認定程序 .....	126
附錄二：松戶市介護保險保險制度之經營 Q&A .....	195

## 壹、目的

觀摩日本、加拿大、和美國等國家之長期照護體系，並與其學術界、行政界、和服務供應界相關之專家面對面研討，期能深入瞭解參訪國家長期照護體系的規劃、運作、與改革，供本先導計畫規劃與實驗之參考。

參訪重點包含：長期照護之行政運作、長期照護資源的發展、服務提供、照顧管理制度之運作、長期照護保險、資訊管理系統等。

## 貳、主辦單位

國立台灣大學

## 參、協辦單位

內政部、行政院衛生署

## 肆、期程

91年7月20日至8月3日，共計15天。

## 伍、地點

美國波特蘭、加拿大渥太華及多倫多、日本東京。

## 陸、參加對象

行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組委員，以及內政部社會司及行政院衛生署業務代表，共計十五名，名單如下：

服務機關	職稱	姓名
台灣大學衛生政策與管理研究所	教授	吳淑瓊
台北縣政府（實驗社區代表）	副縣長	曾參寶
衛生署醫政處	處長	譚開元
經建會人力規劃處	處長	林大鈞
內政部社會司老人福利科	科長	陳素春
內政部社會司老人機構輔導科	科長	陳坤皇
衛生署醫政處	技士	陳秀玫
嘉義市衛生局醫政課（實驗社區代表）	課長	江武忠
中正大學社會福利研究所	教授	王正
政治大學社會系	教授	呂寶靜
台北醫學大學公共衛生研究所	教授	莊坤洋
台灣大學社會系	教授	曹愛蘭
台灣大學護理系	教授	張媚
台灣大學護理系	教授	戴玉慈
建構長期照護體系先導計畫	研究員	陳正芬



## 柒、參訪重點

### 一、美國參訪重點 (7/21-7/23)

美國的長期照護採殘補式之福利制度，和歐洲福利國家考慮全人照顧的原則迥異，因此近年由 HCFA 支持 PACE 實驗試辦計畫，希望結合衛生與社會服務，落實社區全人照顧，和本先導計畫精神十分類似，可供切磋。因此本次將其列為參訪重點。綜合參訪內容如下：

1. 社區實驗試辦計畫(PACE)之規劃、執行、與評價
2. 州政府對長期照護體系與實驗試辦之行政管理

### 二、加拿大參訪重點 (7/25-7/26)

加拿大的長期照護建構在醫療體系之下，因此其特色在於連續照顧(continuing care)體系之建構，有些省份並致力於社區照顧，以減少醫院和護理之家的使用。又其藉由個案管理制度落實社區連續照顧，結合金與公共財源支持全體民眾的長期照護，實施地方分權之行政體系，均為本次參訪重點。擬參訪詳細內容如下：

1. 中央政府和地方政府在長期照護上的角色與職責
2. 政府和民間的分工與合作
3. 連續照護系統的規劃與推行
4. 跨專業服務模式以及個案管理制度的規劃、實施現況、與成本分析
5. 資訊管理系統的規劃與實務
6. 長期照護服務的支付制度、成本效益分析、與費用控制
7. 個案管理人員的培訓、任用、管理。

### 三、日本參訪重點 (7/29-8/2)

日本於 2000 年 4 月開始實施介護保險，轟動全球。因之此保險的準備、實施、以及評估將為本次參訪的重點。希望參訪的內容包含：

1. 介護保險制度的規劃與實施過程
2. 介護保險和健康保險之間的分工與聯繫
3. 介護保險在中央與地方政府之行政組織與作業
4. 支付制度與支付核定
5. 個案管理制度的執行
6. 人力資源發展策略，尤其是照顧經理與照顧服務員
7. 資訊管理系統之規劃與實務
8. 介護保險實施後之財務評估

## 捌、參訪報告內容

### 第一章 美國長期照護參訪報告

#### 一、前言

##### (一) 參訪動機

本次參訪行程總共 2 星期，實際上也只能有 10 個工作天，分配到美國的只有兩天，爲了能在最短時間內，吸取美國最佳經驗，乃選擇美國非常有特色的 PACE(Program of All-inclusive Care for the Elderly)實驗計畫，進行爲期兩天的參訪。

PACE 是美國近二、三十年來，數十個長期照護相關實驗計畫中，最被肯定的一個服務模式，其爲今日美國聯邦政府 HCFA 支持的實驗計畫，正鼓勵全國各地設站經營。聯邦政府之所以支持，除了 PACE 是歷年來唯一證實可以節省經費來照顧失能人口的計畫，更因其一反過去美國過度機構化的照顧方式，以社區化的全人照顧模式來滿足民衆的需求，因此不但節省經費，又可滿足留住家庭的願望，加上它的營運模式和我們的實驗規劃十分接近，因此十分值得前去取經。

由於美國全國各地已經有 24 個 PACE 中心成立，在選擇時乃諮詢 PACE 總部的 Chris Van Reenen，他建議去 Oregon 的 PACE 實驗中心，係由 Providence Health Care System 經營的 Providence ElderPlace 去參訪。其後我們也發現 Oregon 是全美長期照護社區化最好的一州，評估系統做得很好，健康和長期照護成本也低，因此更加深前去參訪的價值。

##### (二) 參訪重點與過程

在 Chris Van Reenen 的引介下，和 Oregon 的 PACE site 取得聯繫，由他們的品管與服務發展部門經理 Lynette Neal 協助安排行程。爲豐富我們的參訪內容，在聯繫過程中向他們提出我們的計畫簡介、希望參訪的重點（包含：單位開辦過程、服務提供、跨專業服務的運作、品質監控、實驗成效等）、參訪名單等，並清楚地告知我們想要問的問題如下：

##### ■ Development of a PACE site

Motivation of an agency to apply for the development

Expenditure for the development of a PACE site

The process of development

Recruitment and training of staffs

- Operation of a PACE sitte
  - Organization and implementation of interdisciplinary team
  - Services utilization
  - Cost calculation
  - Communication of services providers
  - Quality monitoring system
  
- Evaluation of the performance of a PACE site
  - Evaluation considerations in a site visit
  - Information submitted routinely
  - Evaluation indicators
  - Calculation of capitation rate

在多次的聯繫，以及 Lynette 的熱心幫忙下，終於敲定 ElderPlace 的參訪行程。除此之外，Lynette 熱心的幫忙聯絡州政府 Senior and People with Disability 部門，並安排他們的官員，前來簡介州政府的政策，並和我們對談，讓我們意外的增加一個主題：Oregon 州政府的長期照護業務，更豐富了我們的行程。後來才知道從州政府到 Portland 必須開車一個多小時前來，一共來了六位，真令人感動。更令人感動的是，他們安排一位台灣來的 Paul Hsu，前來協助需要翻譯的團員，他和另一位州政府的同仁，全程陪伴我們，真是熱情，令人感動。因此在這一份報告中，將包含 PACE/ElderPlace 和 Oregon 州政府的長期照護政策與管理等兩個部分。



上圖：Oregon 州政府代表與參訪小組成員合照

## 二、參訪行程

**Taiwan Commission for Social Welfare Enhancement**  
**Pilot Program for the Development of Long Term Care System Tour**  
Providence ElderPlace  
Portland, Oregon

---

### Agenda

#### Sunday, July 21, 2002

- 6:00 pm**            **Introduction and overview of the agenda**  
Lynette Neal, Manager of Quality and Service  
Development, Providence ElderPlace, Portland

#### Monday, July 22, 2002

- 8:30 AM**            **Welcome:** Providence Office Park, Conference Room 295  
1235 NE 47<sup>th</sup> Avenue, Portland  
*Russ Danielson, Chief Executive-Oregon,*  
*Regional Administration, Providence Health System.*  
*Don Keister, Director, Providence ElderPlace, Portland*

**9:00 AM**

**Presentations:**

*ElderPlace in Oregon: History and Context*

*Don Keister*

*PACE and Fee for Service*

*Kenneth Brummel-Smith, M.D. Medical Director,*  
*Providence ElderPlace*

*Quality Improvement Program in ElderPlace*

*Jan Meyer, Quality Improvement Coordinator, Providence*  
*ElderPlace*

- 11:30 AM      Lunch      Providence Office Park**
- 12:30 PM      Tours      ElderPlace Health & Service Centers and Housing.**
- ElderPlace in Laurelhurst, 4540 NE Glisan Street, Portland, Oregon 97213
  - ElderPlace in Mt. Tabor, 6065 E Burnside, Portland, Oregon 97215
  - ElderPlace in Cully, 5119 NE 57<sup>th</sup>, Portland, Oregon 97218
  - ElderPlace in Glendoveer, 13007 NE Glisan, Portland, Oregon 97230
- 4:00PM      Final questions and review schedule for the next day.**

**Tuesday, July 23, 2002**

- 8:00 AM      Morning team meetings at ElderPlace Sites:**
- ElderPlace in Laurelhurst: 4540 NE Glisan Street, Portland, Oregon*
- ElderPlace in Mt. Tabor: 6065 E Burnside, Portland, Oregon*
- ElderPlace in Glendoveer: 13007 NE Glisan, Portland, Oregon*
- 9:00 AM      Leave Sites for meeting at ElderPlace Glendoveer,**
- 13007 NE Glisan Street, Portland, Oregon 97230*
- 9:30 AM      Glendoveer Site ( Room 14).**
- Quarterly Care Plans and Evaluations.**
- Observe interdisciplinary team creating and revising quarterly care plan for participant. Time for discussion about interdisciplinary team function and the ongoing care planning process in the PACE model.*
- 10:30 AM      Tour of Irvington Village and Adult Foster Homes.**
- Group will divided up into small groups for the tour. Members of the Social Work team from ElderPlace Cully amd Mt. Tabor will lead tour of two foster homes.*



**12:00 PM**            **Lunch:** *Providence Portland Medical Center, 4805 NE Glisan Street Board Room*

*Seniors and People with Disabilities  
State of Oregon Officials and Representatives.  
Lydia Lisman, Director  
Cindy Hannum, Assistant Director  
Magan Hornby RN, Manager  
Lynn Hanson, State PACE Coordinator'  
Paul Y, Hsu, Ph.D., CBC Program Specialist*

*After lunch presentations and discussion on Oregon System for Managing Home and Community-Based Care.*

*Oregon relationship to PACE, the future of PACE in Oregon.*

*Relationship between PACE, State and CMS.*

**3:30-**                **Closing Questions and Answers.**

**4:00PM**

### 三、PACE/ElderPlace 參訪內容紀要

Providence ElderPlace 是 PACE 實驗社區之一，在以下的簡介中，將包含 PACE 的背景資料，以及 Providence ElderPlace 的發展營運狀況。

#### (一) PACE 發展沿革

加州 On Lok Senior Health Services 是第一個 PACE 開路先鋒，他所開創的整合管理照顧系統 (integrated managed care system)，是今日各地 PACE 中心學習建構的對象。

On Lok 創立於 1973 年，當時只有提供成人日間健康照護(adult day health care)；1978 年承辦聯邦政府交付的 Medicare 示範計畫，由 Medicare 撥付基層醫療服務 (primary medical services) 的經費，才開始結合急性醫療和慢性照顧服務；1986 年不只運用聯邦政府的 Medicare 經費，並和州政府的 Medicaid 經費結合，以 capitation 的方式統籌支付醫療和長期照護服務。至此，才算第一個 PACE 中心真正成立。國會並在同年核定其他地方複製 PACE model。

對同時具有 Medicare 和 Medicaid 雙重給付資格的美國老人而言，PACE 是利用原有聯邦和州政府照顧經費所做的實驗試辦計畫，並不增加政府任何預算，因此得到州政府的大力支持。更甚者，承辦實驗單位在管理式服務有效統籌與運用經費，能向州政府收取比平均值更低的費用 (平均約在 90-95%之間)，因此不只政府不必增加預算，反而能節約支出。

除此之外，PACE 並給予承辦單位彈性發展與創新空間，全力貫穿與整合各式醫療和長期照護服務，發展連續性的社區式照顧服務網，支持失能老人盡量留住社區。

目前全美共有 24 個 PACE 實驗地點，9 個 pre-PACE (因醫療照護尚未整併進來)，總計照顧人數約在 8 千人左右。由於 PACE 必須整合 Medicare 和 Medicaid 雙重財源，因此目前加入 PACE 實驗個案多為具雙重資格之個案，因此多為低收入戶個案。雖然 PACE 也鼓勵一般非低收入老人的加入，但因其必須自付 Medicaid 的額度，開銷不小，因此成效不彰，這是 PACE 目前所面臨的挑戰。但是不論如何，PACE 已成功的對經濟弱勢族群，做到資源整合和全人照顧的典範。

#### (二) ElderPlace 發展沿革

此次參訪的 Providence Medical Center 在被選為 PACE 實驗計畫之後，於 1988 年 1 月 11 日成立 Providence Adult Day Health Center，提供 40 位個案日託服務，並給予護理、醫療、諮商等服務。之後照顧持續發展，到 1990 年，Providence

Adult Day Health Center (目前稱為 Providence ElderPlace) 獲得聯邦和州政府對 29 位個案之總額給付，才成為真正的 PACE model。至今，ElderPlace 已擴大到 4 個日照中心，並增設住宅服務。

ElderPlace 發展過程中，利用 9 - 18 個月的時間在發展服務資源，並在其後的 12 年間，慢慢的透過公衛人員或醫院轉介，以及個案的口耳相傳，將收案數從 40 人提升到 520 人。

反觀我們的實驗社區，並未預留資源發展時間，於第二年進入社區後，即刻要求一面發展資源，一面陸續收案，各界對其提供案量的期許又十分殷切，如將其與 ElderPlace 發展過程相較，我們似乎對實驗的推廣時效期許過高。

### (三) PACE 的特質

PACE 是對中重度身心功能障礙者的照顧計畫，希望整合醫療和長期照護的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供完整全人照顧，盡量讓個案留住社區，減少個案進機構的機率。

在此目標下，PACE 的發展具有下列四大主要特質：

#### (1) 彈性化(flexibility)

盡量做到照顧個別化的水準，按照每一位個案的狀況與需求，替每一位個案量身製訂照顧計畫，滿足社區居民個別的服務需求，達到留住社區的目標。

#### (2) 完整照顧(all-inclusive care)

在社區中整合醫療和長期照護，配置完整與多元的服務，社區中心可以統合、提供、監測個案的全部需要，包含：預防、基層醫療、急性住院醫療、和長期照護（日間照顧、居家服務、護理之家、交通接送等）。

#### (3) 跨專業團隊(interdisciplinary teams)

為提供完整多元的服務，社區中必須配置跨專業服務團隊，包含：醫師、護理(nurse practitioners, nurses)、社工、物理治療師、職能治療師、語言治療師、照顧服務員、司機等。

#### (4) 總額支付制度(capitated payment)

PACE 採用總額支付制度 (capitation)，彙整醫療和長期照護經費，依人頭計算總經費額度，交給承辦單位統籌運用，提供個案全部的醫療與長期照護服務，並負擔絕對的財務風險。承辦單位在自付盈虧的壓力下，

必須發展節約成本措施，盡量以成本較低、約束較少的社區服務，來取代較昂貴、較多約束的護理之家或醫院住院服務。如此一來，當然能夠做到社區化、去機構化、與節約成本的效果。

在上述四大原則的指引下，PACE 對整個照顧體系而言，可以掌控多元服務，提供全人照顧；尊重個人照顧服務的選擇，強調民眾留住家庭的偏好，把機構服務當作最後的選擇；又在總額制度的設計下，支付制度會優先選擇較便宜的預防性照顧，壓低約束密集性的服務選擇，不但有助於成本的壓低，同時也能滿足服務在地社區化，提升服務品質。

對消費者個人而言，PACE 的服務人員會傾聽個案的個人需要，尊重個案的個別需求，盡可能讓個案留住社區中。而 PACE 中心就像照顧服務旗艦店 (one-stop shopping center) 一樣，個案只要在中心登錄後，即可從中獲得各式各樣的照顧，達到全人照顧的效果。

從以上 PACE 的特質可知，PACE 最吸引人的地方是，他能解決目前美國「健康照護財務與服務提供零散」的大問題，對中重度失能老人、家庭照顧者、健康服務提供者、和決策者而言，具有極高的意義。

#### (四) 收案標準

PACE 是專門針對非常老衰人口的照顧措施，聯邦政府規定其照顧對象為 55 歲以上人口，且符合 Medicaid 規定進住護理之家資格者。據此，Providence ElderPlace 訂定其收案條件為：

- (1) 55 歲以上；
- (2) 居住在其所在社區(Multnomah County)內者；
- (3) 符合 Medicare Part A&B 給付標準者；
- (4) 符合 Medicaid 給付標準者；
- (5) Oregon Medicaid Agency 評估具有進住護理之家資格者。

凡具有上述資格者，經 Providence ElderPlace 收案後，聯邦政府和州政府即將該個案的 Medicare 和 Medicaid 給付額度，撥交 ElderPlace 統籌運用，而個案所需的全部醫療和長期照護服務，則由 ElderPlace 全權負責。在此照顧體系中，個案只需付出約 10% 的自付額，不必再負擔其他照顧費用。

由於 Medicaid 的給付對象為低收入老人，因此一般老人如欲加入，就必需自行負擔這部分的費用。ElderPlace 也積極爭取這類老人的加入，但其困難度可想而知，目前此類個案佔總收案量的 12%。

Providence ElderPlace 從 12 年前開辦，但到 1997 才獲得核准為一個常設單位，目前收案 516 人。據他們估計，在其服務區中，應有約 1,000 位合乎收案資格之個案，因此仍有努力空間。

在此收案條件之下，PACE Program 服務對象均為虛弱或障礙程度相當嚴重的個案，以全國收案狀況觀之，平均每人具有約 8 個慢性問題和 2.7 項 ADL 失能，55% 大小便失禁，45% 為失智症個案，39% 獨居；而 ElderPlace 所收案服務的對象平均具有 3 項 ADL 失能，8 個 IADL 失能，罹患 8 種慢性問題，50% 大小便失禁，55% 罹患失智症，是十分衰弱和失能的一群。

### (五) 服務內容

PACE 提供並管理全部服務，希望能讓虛弱老人維持或恢復其自主生活能力，延長他們住在社區的時間。其提供的服務包含：健康與醫療（疾病預防、急性問題治療）、復健、社會、和個人照顧等。由於提供管理式的服務是 PACE 最大的服務特色，因此配置跨專業服務團隊，先行完整評估個案之需求，製作照顧計畫，再據以指派其自營或合約服務單位之服務，達到服務成本效益完全管控之效。

在 ElderPlace 的參訪中發現，ElderPlace 自己經營四個日間照顧中心，以及少量的老人住宅服務。日照中心提供服務內容十分豐富，除了上述跨專業團隊的評估與計畫服務外，在中心內提供基層診療服務(primary care)、檢驗/X光/藥局、特殊治療、護理服務、社工服務、職能/物理治療、營養服務、團康活動、個人照顧、交通接送等；除此之外，中心會視個案需要，提供居家護理、居家服務、照顧者喘息，及引進護理之家服務、醫院住院服務、其他專科醫療、藥物用品等。最近 ElderPlace 也嘗試自營住宅服務，展現其自營完整全人照顧網的企圖心。

日間照顧中心是 ElderPlace 服務精髓之所在，他們不但把中心經營成一個類似照顧服務的旗艦店一樣，配置各式醫療和長期照護服務，需求者只要來店，服務一應俱全，可免除過去到處奔波還無法購足的煩惱；更重要的是他們在中心配足復康巴士，勤快的把個案接到中心來，平均每個個案一星期來中心兩個半天，因為在他們的照顧理念中，他們認為應該和虛弱失能的老人有頻繁的接觸，才能及時偵測出他們隨時都可能發生的身心變化，早期介入，以防範狀況的惡化。此一照顧理念，不但可以維持或增進個案之身心功能，而且可以預防個案住院或使用更密集的長期照護服務，節約照顧成本，一舉兩得。

另外特殊的發現是，在他們的社區照顧網中，配置相當數量的成人托顧家庭（adult foster home, AFH）服務，目前ElderPlace 照顧的個案中，45%住在托顧家庭之中。和 ElderPlace 主任 Mr. Don 的私下對話中，我們討論到「在地老化」概念落實的困難性，尤其對 ElderPlace 來說，他們照顧的是中重度身心功能障礙者，在美國這些個案絕大多數未與子女同住，要他們真正自己獨居，確實不易，因此他們借用保母托嬰和鄰里相助的理念，鼓勵民眾開放自己的家庭幫忙，照顧身心功能障礙老人，每個家庭可以最多照顧 5 人，讓身心功能障礙老人可以到附近人家中，得到家庭式的照顧，雖然不是住在原來的家裡，但還是在自己熟悉的社區中，過著一般家居生活，滿足「在社區中老化（aging in neighborhood）」的概念。另一方面，提供照顧的家庭，也可獲得為數不少的照顧費用，對家庭經濟的幫助頗巨，據目前 Oregon 的托顧家庭非常多來自羅馬尼亞的移民，由此可知，此項服務措施，是一項「照顧」與「弱勢族群就業」雙贏的策略。

看到 ElderPlace 日間照顧中心蓬勃發展，竟列為其照顧之主軸，更是一大啟發，因為我國衛生署在過去十多年來，對日照中心之發展，對其鼓勵有加，但是至今為止，全國能照顧人數一直在 3,4 百人之間，收案數量更是低落。初步反省其原因為：(1) 中心提供多元化的服務，包含各式醫療和長期照顧，給予個案全人照顧，盡量改善個案的身心問題，讓個案真正感受中心服務的價值，並非只是到中心來「托老」而已；(2) 平均每次來中心半天，一週兩次的安排，在他們的設計下，個案每次來的時間不會過長，同時依需要安排就醫治療，或參與活動，較具意義，因此和我國每天都來的全天托老的精神不一，我國能提供的服務也相當單調有限，是否在此服務模式相異下，而發生的營運差異，應可深入檢討；(3) 復康巴士的交通接送也是原因之一，他們頻繁的穿梭在社區中，免除身心功能障礙者前來中心的交通障礙，也提升日照中心的可近性；(4) 社區中的托顧家庭或其他居家服務照顧設施，也是重要的配合因素，因為在「一週兩個半天」的制度下，社區中必須有其他居家照顧資源配合接手，才能滿足居家老人的需求。以上因素均可作為我國日後推動日間照護服務之參考。

## （六）人力配置

相對應於上述服務模式，ElderPlace 的跨專業團隊人力包含：基層醫療醫師（primary care physician）、護理師/護士、職能治療師、物理治療師、社工師、活動治療師（recreation therapist）、服務助理（service support aide）、spiritual counselor、牙醫師、和司機等。目前他們每一個日照中心約照顧 160-200 名個案，其配置人力約在 35-40 人之間。

在跨專業服務團隊的通力分工與合作下，每一位加入 PACE 的個案，均獲

整體評估，並在團隊所有成員的討論下，完成完整照顧計畫再行提供服務。又依個案需要，中心會動員引進其他相關的特殊檢驗與醫療服務，甚或住院或住護理之家的服務。

目前 ElderPlace 照顧的個案中，80%的個案每個月都可看醫師或 nurse practitioner，一個月平均約兩次；平均每個月接觸社工師 4 次，63%接受職能治療，47%接受物理治療，93%接受活動治療，100%接受營養師的服務。住進護理之家的比率約在 2.6%，而美國此一族群住進護理之家比率約在 20%，可見 ElderPlace 在社區化上之成效。

### (七) 財務

財務整合是 PACE 最大的特色。在合約中，不再分是急性醫療或是長期照護服務財務，完全的整合 Medicare、Medicaid、和私部門的所有財源。如此一來，將原有的醫療和長期照護財源完全整合，完全匯集到 PACE 的承辦單位，讓承辦單位可以完全掌控並彈性的應用這些經費。

PACE 是以論人計酬的方式 (capitation) 支付，每月付給承辦單位每一個個案定額的照顧費用，因此每收取一位個案，他們就可以獲得聯邦政府 95% 的 Medicare 平均支付額度 (相似虛弱情況病人的平均支出)，並獲得州政府 Medicaid 可住護理之家個案的平均支付額度。承辦單位在這些經費下，必須負擔個案的一切醫療與長期照護，不論任何狀況，除原先規定的自付額度外，都不能再向政府或個人要求任何額外的費用。也就是承辦單位在一定的付費額度下，必須對收案對象，負責一切服務需求，而且必須負責到底，不得因為個案密集照顧需求而拒絕任何一個已經收進來的個案。不過為協助承辦單位草創初期的營運財務，於開辦初期，如果虧損達某一額度時，政府會補助承辦單位的盈虧，和承辦單位共同承擔創業期的財務風險。

目前 ElderPlace 每收一位個案，每個月可得的經費如下：

- (1) 2.39 倍 Medicare 每位個案平均費用支出，約 US\$1,200/月 (2.39 倍計算係因為 ElderPlace 收案對象為虛弱到可以住進護理之家的個案，約為 Medicare 個案中給付最多的 15%人口群，因此在風險校正下，給予 2.39 的權數，但較一般身心狀況類似的個案而言，此支付額度只是一般平均支出的 95%左右)。
- (2) 85-95%州政府護理之家費用支出，約 US\$2,000/月。

因此每收一位個案，ElderPlace 每月可得到約美金 3,200 元之經費，此一額度可能是全美 PACE 實驗計畫中最便宜的，紐約每月給付額度超過 6,000 美

元。在此額度下，ElderPlace 負責個案之一切照顧需求。對聯邦或州政府而言，其支付額度為原來平均值的 90-95%；對個案而言，他們可以在一個「旗艦店」得到足夠的服務，並達到居家社區化的偏好；對服務提供者而言，可完全掌控與管理個案的所有照顧服務，達到提供全人照顧的目標。目前 ElderPlace 每年從政府拿到 2 千 4 百萬美元，必須對 516 位失能人口提供全方位的照顧。

承辦單位在此財務機制下，必須想盡辦法，擲節支出，於是提供各種預防服務（例如：97%個案接受感冒預防注射）、快速反應個案變化、優先使用較低成本的照顧方式（例如以居家代替住院）均成為 PACE 主辦單位的服務主軸。

PACE 的財務機制，促成多元社區照顧網的建構，提供中重度身心功能障礙者全人的照顧，對「在地老化」理念的落實，功不可沒。

#### **（八）ElderPlace 的全人照顧**

對老人照護而言，服務零散是傳統的醫療保健照護系統最受詬病的部分，Dr. Ken Brummel-Smith 站在老年醫學專家的立場上，報一位老年病患的案例，說明具有慢性病的老人，在急性發作時，在不同的服務機構轉來轉去，一次又一次的接受不同人員新的評估，但是問題仍然無解。雖然每一類服務機構均能盡其所能，盡責提供服務，但是並不能連貫提供全人整體照顧，因此個案必須在各類服務系統間，受盡折騰，每轉變一項服務，都必須重新來過，一再被「再評估」。

但在加入 PACE 之後，因在同一體系下接受服務，各類服務間緊密聯繫，再加上跨專業團隊的緊密結合，讓個案可以從預防到安寧照護都由 ElderPlace 統一安排，個人不必費心，即能得到連續照顧。

在此全人照顧的執行過程中，更值得學習的是，他們秉持「積極性照顧」的理念，認為就是對虛弱的老人，也應積極訂定照顧目標，才能維持或增進功能，這樣做，也才能預防急性醫療的使用。因此，ElderPlace 不必提出復健成效也可以繼續提供服務，以盡量提升個案之功能。

另外，POLST（physician's order for life sustaining treatment）也是一個值得學習的點子，該格式由醫師填寫，記載個案的狀況及處置，平時放在個案身邊，讓每一個接手提供個案服務的成員，都能瞭解如何處置和注意事項，有助於連續性服務的提供。目前 97% 的 ElderPlace 的個案，均填這個表格，有助於全人照顧服務的連續提供。

#### **（九）品質監控**

因為 PACE 為實驗計畫，因此其成效一直受到監測，在外部，不只必須定



期提送 PACE 總部資料，供整體分析；也要接受州政府的監督。在內部，制定持續品質改善系統，包含：(1) 疼痛管理；(2) 支持性照顧計畫；(3) 憂鬱問題管理；(4) 抗生素使用管理；(5) 傷口照顧；(6) 錯誤用藥報告；(7) 身體約束使用管理；(8) 護理服務授權；(9) 感染控制等。除此之外，對工作同仁和消費者，進行定期的滿意度調查。

### (十) 服務機構參訪簡報

參訪內容包含：(1) 參觀 ElderPlace 的 4 個營運中心 (Laurelhurst, Mt. Tabor, Cully, and Glendoveer)；(2) 觀摩 4 個中心的跨專業團隊晨會；(3) 參觀服務提供單位：照顧住宅 (Irvington Village) 和成人托顧家庭 (adult foster homes)。摘要介紹如下：

#### (1) 四個營運中心簡介

在 4 個營運中心中，前兩個經營日照中心；Cully 提供照顧住宅，並對外提供日間照護服務；Glendoveer 只提供老人照顧住宅服務，四個中心均設有門診，提供醫療和復健服務，和他們的「積極照顧 (aggressive care)」理念相呼應，給予個案充分的預防、診斷、早期治療、和復健服務；另外他們也提供社會活動、午餐、點心，讓在家或在成人照顧家庭中的個案，可以有包括社區活動和健康照顧的機會。因此，四個中心均配置跨專業服務團隊，來提供完整連續的管理式服務。

每一個日照中心約服務 150-200 位個案，其配置工作人力在 35-40 人之間，並配有 6-7 輛復康巴士，接送個案到日照中心來接受服務。由於個案平均每週來中心兩次，每次只來半天（在中心時間約 4-5 個小時），因此一個中心照顧人數可多達 200 人。每個中心都配置一位物理治療助理，兩位職能治療助理，四個中心共用一位物理治療師和一位職能治療師，並聘有一位臨床藥師。

因個案並非每天全日到中心來，而是輪流前來，因此每次來中心的人數約在 30 人左右，當他們來中心的時候，工作同仁幾乎可以做到非常個人化的服務，因而可以深入瞭解他們的問題；再加上中心完整的服務配置，可提供他們所需的各種處置與照顧，對個案而言，前來中心接受照顧的內容十分豐富，提供他們實質的幫助很大，因而大大提升他們前來的意願；對中心而言，一天兩個梯次的服務，增加他們照顧個案的數量，大大降低營運成本，此營運模式可供台灣發展日照中心借鏡。

Glendoveer 提供住宅服務，其服務只針對其住民本身，並不對外提供日間照顧服務。Glendoveer 本來是一家護理之家，但在 Oregon 州政府大力推展社區照顧模式之下，民眾對機構床位需求下降，因而結束營業，轉而經營目前類似照顧住宅模式的服務。Glendoveer 只收容輕度失能，還不需 24 小時技術性護理服

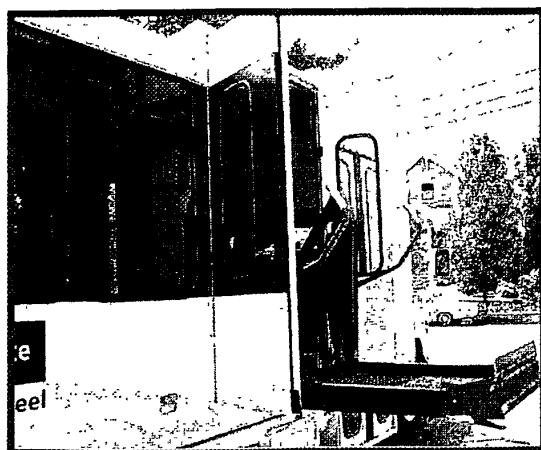
務的個案，個案失能程度如果加重，就轉往成人照顧家庭（adult foster home）照顧。總共有 101 床位，提供伙食和跨專業看視服務。開幕只有短短的六個月，已進住 90 人。此單位對住民的保健預防十分用心，因而能節省後段治療經費，這應該是 ElderPlace 照顧計畫能持續發展的主因之一。



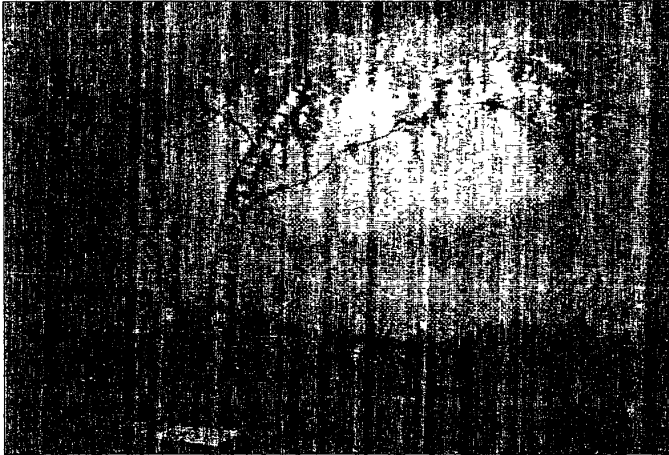
- 左圖：Glendoveer 提供住宅服務的房間內部
- 右圖：個案在日照中心活動情形



- 下圖：各日照中心配置多台復康巴士，接送個案到日照中心來接受服務



在四個中心中，Tabor 十分特別的設有一個 Pioneer Garden，照顧失智症個案，照顧模式也是以跨專業服務的模式，提供失智老人和家庭照顧者支持與照顧。



◎ 左圖及下圖：  
Tabor 為照顧失智症個案設立的 Pioneer Garden，特設計隱藏式的進出口



綜合四個中心的業務，發現他們提供服務的共同特色如下：

1. 設置跨專業服務團隊，落實健康和社會照顧結合的服務模式；
2. 設有診所，配置醫師，提供醫療保健上的監測、預防、與治療；
3. 均提供復健服務，落實他們積極照顧（aggressive care）的照顧哲理；
4. 均利用日間照顧服務，並配置多輛復康巴士，鼓勵個案走出家庭，一方面，讓中心的工作同仁可以隨時發現個案的身心變化；另一方面，增進個案活動的機會，藉以維持個案的身心功能。

## (2) 跨專業團隊晨會 (morning meeting) 觀摩

由於四個中心每天早上都有晨會，因此我們參訪成員兵分四路，分別觀察四個中心晨會的進行情形。晨會由中心的經理（相當於我們的中心主任）主持，中心各領域的工作同仁都參與，約在 20-30 人左右，但有些中心在簡短的報告和整體討論後，會再分小組討論，每一小組約在 10 人以內。綜合參訪委員的觀察，中心晨會的主要功能如下：

- 1.各種活動通知；例如：研討會、讀書會、野餐會等；
- 2.新個案的接案討論：報告個案的狀況與問題，討論未來照顧方式和分派照顧人力等；
- 3.個案問題報告與討論：由負責同仁報告狀況，再透過參與的跨專業成員討論，並達到團隊共識的解決問題與照顧方案。個案討論的範圍，包含：特殊問題、特殊變化、需要轉介變換服務情況、突發意外事件等；討論的內容包含：行為問題、財務問題、健康問題、照顧者的問題、生活照顧問題等，相當的廣泛。這種個案討論方式可以讓參與的團隊成員互相諮詢，互相學習，不但增長同仁偵測問題和照顧的能力，也是落實全人照顧 (holistic care) 非常好的策略；
- 4.工作分派：包含訪視、評估、照顧、交通接送、個案轉介等，印象深刻的是，他們分派方式採自我認養方式，在會議中，先拋出需要做的工作，再徵詢與會同人的認領該項工作，才敲定人力的分派。事後和 Lynette 談話中，他表示，透過此一分派機制，會很公平，而且因為是在眾人之前認養，所以必須自我負責，對工作的推動十分有益；另一方面，可讓大家知道彼此的工作負荷，互相支持。

這次參訪十分感激 Lynette 辛苦安排我們觀摩晨會的進行，因為這個觀摩讓我們真正見識跨專業團隊分工與合作的推動機轉，由下面的實例可以更深入的感受他們的運作：

醫師 Karen 報告一位個案，大腸出血送醫院住進 ICU 已經三天，情況不太好，醫師和家屬談過，若病人無法止血，就不要再進行手術積極治療，只要 comfort care 就好，所以可能要帶回來 ElderPlace 照顧。照顧人員 (careworker) 於是問醫師，個案回來後會需要哪些照顧？需要注意什麼？醫師說明後，大家同意病人回來。接下來，立即由護理人員和照顧人員討論，頭兩天由誰當班，照顧人力如何安排等。這個實例，讓我們觀摩到專業間溝通機制十分暢通，各專業受到彼此的互相尊重，在溝通中，可以減少照顧人員的焦慮不安，可以分派工作，可以發揮各專業的功能，互相支持，並互相學習。

在討論會中，我們另外發現社工師在討論會中十分活躍，有非常多主導會議的機會，詳細打聽後才知道，他們的社工師，均具有碩士學位，並接受老人醫學訓練背景，難怪能具有引導能力，這是我國教育訓練體系必須加強的部分。

### (3) 服務提供單位簡介

#### 1. Irvington Village

Irvington Village 是 ElderPlace 合約的服務提供者，是一個照顧住宅 (assisted living facility, ALF)。今年一月開幕，可收容 104 人，目前已進住 60 人，收容對象為輕度失能，如發生突發緊急狀況需兩人以上協助時，就不能入住。在參訪過程中，發現入住個案的身體狀況差距很大，有許多插管、坐輪椅、拄拐杖等依賴程度較重的個案，但是也有輕到只需飲食的監視，還有自己能自由開車外出的個案。

在房間設備方面，採套房設計，配備無障礙必須設施，可簡單調理食物。在公共空間方面，環境十分寬敞，設有餐廳，提供住民三餐飲食服務，口碑不錯；另設有公共活動空間，除自己使用外，並開放廉價出借其他單位團體使用，如有需要，餐廳也可提供活動時的餐飲，十分方便，是 village 和社區互動的好媒介。在 village 旁邊有一個教堂，生活機能相當方便。

單位內配置 1:15 的人力，每 15 位住民配置一名工作人員，其內配有 1.5 個護理人員，所有服務幾乎都由單位內部自行提供，但技術性護理服務仍由一般的居家護理師前來服務，此一服務配置，和我們去年在英國參觀的照顧住宅不相同，因為英國除了配置一名管理員外，別無專任人力，所需服務均以外包形式進行，目前這個 village 也許和英國的 extra-care house 相似，服務由內部自行提供，因而這些費用會反映在收費之上。後來經詢問州政府 Assistant Director Cindy Hannum 有關照顧住宅的經營模式，他說在 Oregon 有各種營運模式也有類似陽春型，只配備管理員而不自行提供服務的模式，因為 Oregon 州政府的行政理念，要保持照顧模式的彈性，以因應各種需求，增進多元化的選擇。

Irvington 開設在一個黑人居住的地區，經營者一再地強調他們的收費比一般照顧住宅便宜，自費戶需付費用約每月 2,200 元，而美國一般約需 3,000 元。又因他是由非營利組織經營，因此可以接收 Medicaid 的個案，這和一般照顧住宅的服務對象，大多侷限在中上階層人士相左，讓經濟弱勢者，也有選擇照顧住宅的機會，此一觀察，更開拓照顧住宅的服務範圍。

#### 2. Adult Foster Homes (AFH)

AFH 是 Oregon 照顧體系相當特別的一種服務設施，每家 AFH 最多

可以照顧 5 個個案。目前全州大約有兩千多家 AFH，可分三級，照顧對象從輕度到重度的失能老人，最重度的 AFH 必須由護理人員經營。AFH 大多由外來移民經營，80%是羅馬尼亞人，5%是菲律賓移民。

AFH 的收費每人每月吃跟住收費 446 元，照顧費用 900-1,400 元之間，比護理之家便宜很多，約只是護理之家的三分之一。但是這些費用對經營者家庭而言，是一大筆收入，此一服務模式給予老人家庭式的照顧，讓經濟弱勢的移民免於淪入受救濟人口，又可節省州政府在照顧上的財務負荷，可說是三贏的策略。

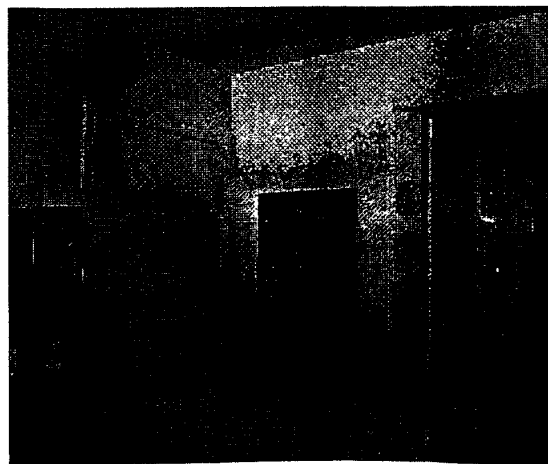
接受我們參訪的這一家是由羅馬尼亞婦女經營，門口掛著招牌，是一棟很新的雙拼平房，前後都有院子。他的格局是一邊為 AFH，另一邊是經營者家人住處，在客廳有一道門相通，通常是關著，所以家人還是有家庭生活的隱私。

共有五個單人房，有一輪椅可以進出的浴室，有洗滌椅。走廊上掛著立案證明，一週菜單、消防練習、房子檢查記錄、AFH 的「家規」、住民行為守則等。規模雖小，管理相當周全，每個房間都有通話設備，可以隨時和照顧者通話。

經營者 Veronica 一再強調住進來的老人就是他自己的家人，他把客廳佈置得很好，放很多漂亮的洋娃娃，有一個餐桌，上面放著四個盤子墊，分別寫上住民的名字，吃飯時一起吃，有固定的位子。Veronica 為住民煮三餐，客廳有一個小櫥櫃，放住民的紀錄，包含：基本資料、家屬資料、給藥記錄、Progressive note（每個月至少記一次）、POLST 表。



- 左圖為托顧家庭 (adult foster home) 外觀，其設計為兩個獨立的門戶，托顧家庭成員及個案的進出可完全獨立，保有各自生活獨立性。
- 下圖為室內空間，其個案與托顧家庭間仍有一門，生活空間（包括起居室、餐廳及廚房）分離。



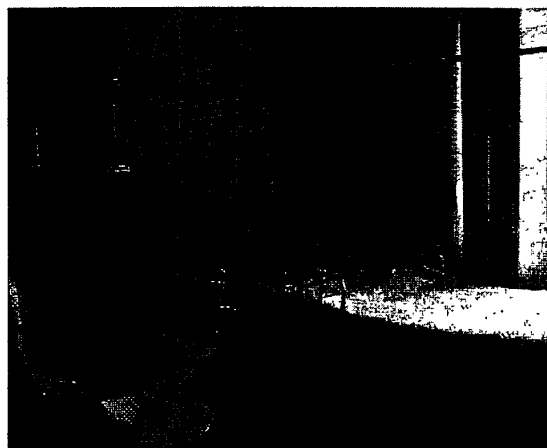
住民入住時，ElderPlace 一定派護理人員陪同，先寫好照顧計畫以指導照顧者如何執行，第二天社工員會來看是否一切順利。入住後一旦發生任何狀況，ElderPlace 的護士或醫師會馬上前來支援，因此照顧者很安心。

對台灣目前實驗社區推展家庭托顧的啓示：第一，州政府的立案規定、完善的執照制度、和明確的法律規範，是其一定品質的保證；第二，ElderPlace 的醫療和社工團隊，給予 AFH 的支持讓經營家庭安心，並能得到所需的專業指導與支持，是確保照顧的安全與品質的另一要素；第三，場所是我國發展的一大挑戰，我們地窄人稠，房價高昂，空間取得不易，如果要和他們擁有一樣的空間，恐怕不是一般台灣家庭所及，在探討家庭托顧的發展政策中，必須深入檢討其可行性和經濟效益。



● 左圖及下圖：

托顧家庭 (adult foster home) 房間布置，從房間陳設可知，住民得保有自己完整獨立的生活空間，且從移位機等設備可發現托顧家庭的服務對象涵蓋中重度行動失能之個案。



## (十一) PACE 的未來

目前 PACE 最大的困境有三：

### (1) 跨專業團隊的組成不易

因為在 PACE 中，專業服務方式改變，例如：醫師的服務，除了要和其他專業配合外，為能配合個案留住家庭，可能必須離開他的診所執業，必須到個案的家中往診，對專業人員而言，是一大改變。

### (2) 個案招募不易

以 ElderPlace 為例，在他的服務區中，約有 1,000 個案合乎收案標準，但他們在經營 10 多年後，大約只抓到一半的個案，如何招募剩下一半的個案是他們的挑戰，可能因為不願意更換他們已經熟悉的醫師；可能不喜歡參加日間照顧服務，因為他們喜歡自己的生活方式，不喜歡太多的介入等。

### (3) 不容易擴大到非 Medicaid 給付個案

對非 Medicaid 給付對象，如要加入 PACE 必須每月自付來自 Medicaid 部分的月費，約 2,000 元美金左右，因此必須有付費能力且願意付費者才會加入。目前 ElderPlace 中，12% 屬此類個案，所佔不多，未來如不能吸引此一部份人口加入，很難擴大 PACE 的涵蓋範圍。

雖然 PACE 有以上的擴展困難，但可見其對低收入人口照顧的持續成長，並由於其在節省成本下，還能改進服務模式，提供虛弱與失能老人完整且連續的服務，將持續受到聯邦與州政府的賞識與支持，Oregon 州政府的官員更表示，當戰後嬰兒潮人口老化時，PACE 將大幅受到老人潮人口的歡迎，屆時其顯著成長是可以預期的事。



## (十二) ElderPlace 和我們實驗區異同比較

### (1) 發展與組織

都是中央和地方政府支持的實驗計畫，但是其委託民間經營，而我們是由地方政府和學界共營，他們因而享有更多的彈性，再加上，他們也經營一個醫療照顧體系，因此，能動員的資源十分豐富。又在 ElderPlace 他們自己提供直接服務，例如：日照中心、居家服務、和住宅服務等，但是我們實驗社區不提供直接服務，只做照顧管理的部分。

在發展過程中，由於其並非美國第一個實驗社區，因此可獲得觀摩學習的機會比我們多，並可得到聯邦政府的指導與諮詢。而我們的社區是台灣第一個發展的社區，一切草創，挑戰更巨。

在發展時程上的比較，我們要求在第一年進入社區時，必須一面發展資源，一面被要求案量的大幅成長。反觀他們在 12 年的努力中，收案 520 人；而我們在還不到一年的時間內，不但發展資源，而且每一社區目前收案量在 100-200 人間，相較之下，應是不錯的成績。

### (2) 收案對象

由他們的收案資格可知，要有 Medicaid 住進護理之家資格者才可列為收案對象，再由他收案狀況分析可知，他們收案比我們依賴度更高，需要的各式服務更為密集。

### (3) 服務內容

ElderPlace 的服務內容從開始的社工服務擴大到與健康醫療的整合，和我們整合社政與衛生的理念相同，但是其整合比我們更深入，他們比我們更積極的整合了急性醫療中的門診和住院服務，以及護理之家服務；另外，我們因為實驗時間很短，只針對社區式照顧的部分，並不引進護理之家服務，因此我們的服務範圍的多元化還不如他們完整。

在照顧管理模式上，我們是由照顧經理（護理或社工專業）擔任評估與計畫，並在每個月舉行跨專業專家指導。他們是由一人擔任評估員收集資料，再回到中心，由中心的跨專業團隊共同討論決定照顧計畫，因此其跨專業的整合，比我們更透徹。

### (4) 人力配置

我們實驗中心只配置照顧經理，執行照顧管理業務，而 ElderPlace 因

自行提供直接服務，因此配置跨專業人力，其專業整合是在單位內部進行，而我們實驗社區則只能由照顧經理以聯繫的方式，擔任各專業聯繫的橋樑，整合成效是否不如他們，應加以檢討。

在人力配置上，他們配置醫師，也是一大特色，他們認為醫師和 nurse practitioner 的參與，的確對個案的健康問題貢獻良多，當然引進醫師並非易事，但仍可供借鏡。

#### (5) 財務

ElderPlace 等於是取得個案全民健保和中低收入戶的長期照護救助費用，再統籌使用，自付盈虧。我們實驗社區的經費來自中央補助，雖編列一些慢性醫療照顧服務的給付，但並未整併全民健保的部分，因此兩者的財務來源不同，當然有上述服務提供內容不同的結果。

在支付制度上，我們實驗社區是採用論量計酬 (fee-for-service)，而他們是採用論人計酬 (capitation)，因此我們的實驗社區並不必負擔財務盈虧的風險。ElderPlace 雖然必須負擔財務盈虧，但是相對的他的資金運用彈性，比我們的實驗社區來得大。

ElderPlace 每收一個個案，可得到聯邦和州政府 3,200 美元的給付，這是一個十分昂貴的代價，雖然他們標榜著這是對可能住進護理之家者的照顧，在美國而言，這是個額度十分便宜，但是成本之高十分明顯，恐怕不是我國財務所能負荷，這是我們在學習 PACE 經驗中，必須納入考量的重要環節。

#### 四、Oregon 州政府的長期照護政策與管理業務

##### (一) 美國 Oregon 州社會服務部(Oregon Department of Human Services) 老人與身心障礙者部門(Senior and People with Disabilities Division, 以下縮寫為 SPD) 特色介紹

###### 1. 老人與身心障礙部門近年來的組織與重要工作變遷

最近二十年來，Oregon 州的老人與身心障礙部門的組織與工作做了不少調整，從這些變化當中發現近年來美國社會工作去機構化的趨勢：

1981 年—老人部門成立醫療與社會福利整合、老人與身心障礙者服務系統整合，在州政府下成立 Senior Services Division (SSD)，專責老人照顧業務。

1981 年—醫療救助(Medicaid) 支付社區長期照護經費。

1981 年—開始實施老人受虐的調查和保護工作。

1984 年—醫療補助和食物券補助(Food Stamp) 業務由成人與家庭服務部門(Adult and Family Services Division, AFS) 轉移至 SSD 部門。

1985 年—成人托顧家庭(Adult Foster Home) 開始立案管理。

1987 年—護理之家的立案與調查工作，由衛生部門轉移至 SSD 部門。

1988 年—照顧住宅(Assisted Living) 開始立案管理。

1990 年—將 SSD 改為老人與殘障部門 (Senior and Disabled Services Division, 以下縮寫為 SDSD)。

1990 年—65 歲以下身心障礙者符合醫療救助與食物券補助資格者的業務由 AFS 轉移至 SDSD 部門

1998 年—身心障礙者州雇用計畫修正通過。

2001 年—為了因應身心障礙人權的提升，將部門名稱再一次修改為老人與身心障礙者部門(Senior and People with Disabilities, SPD)。

## 2. 老人與身心障礙部門的工作信念

上述組織與工作變遷顯示 Oregon 州政府對長期照護的積極態度，與老人與身心障礙者部門主管 Cindy 會談的時候，她特別強調他們推動社區照護的信念是：

1. 設計一個制度讓有照顧意願的人都能成為照顧者，再逐步提供各種訓練，以分級的方式讓照顧服務人員因為經驗和培訓而具備更好的照顧能力。在 Oregon 州照顧服務員還可以申請一位專業的護理人員來教導針對個案的照顧方法，在學習完成之後，經過護理專業人員的簽名認證，照顧服務人員雖然沒有專業證照，但卻可以照顧這名特定的個案。
2. 失能者如果能夠得到親人的照護，那是最理想的照顧方式。為了鼓勵家屬照顧老人或身心障礙者，如果親屬願意扮演照顧者角色，不論是進入失能者家裡與之同住，或提供自己的房子作為成人托顧家庭，其資格限制都特別寬鬆，以鼓勵家屬成為托顧家庭（AFH）。
3. 為了達到去機構化的理想，努力發展社區中各種居家或小團體照護模式，以彈性化、多元化、普遍化做為推動的原則。如 AFH 的模式，托顧家庭可以照顧一人、兩人、三人、四人，最多一直到五人。可以只照顧輕中度失能的老人，也可以照顧重度失能的老人，只要照顧服務者有此能力就行了。

綜合整理 Oregon 州政府近年長期照護推展的哲理如下：第一，遵守需求者導向的原則--從 1980 年開始，老人和年輕的身心障礙者希望能在家裡接受照顧，把護理之家當作最後的選擇，因此社區化成為州政府服務提供的目標，努力向聯邦政府申請補助發展其獨特的社區照顧模式；第二，多元化原則一為達到民眾留住家庭的目標，州政府瞭解多元化服務模式的必要性，因此鼓勵多元化的服務模式的發展，例如：他們發展美國第一個照顧住宅，他們的成人托顧家庭（AFH）更是聞名全美國；第三，彈性化原則一州政府深知資源的發展必須仰賴民間的參與，因此給予民間彈性的創造空間，在發展之初，常鬆綁法規，給予法外空間，許多新型服務模式都是在這個空間下發芽成長；第四，規範不忘彈性原則一為掌控服務品質，州政府對每一項服務均採必須立案的態度，因為才能適度監控，因此就是只收五個個案的成人托顧家庭也必須立案，但為讓經營者能有彈性的營運空間，其規定一般而言十分彈性，例如：成人托顧家庭的立案標準依收案的依賴層級分三類，其所需的人力配備需求不同，讓更多的家庭能夠符合標準，投入照顧行列。

在上述理念下，州政府的老人與身心障礙者部門希望能「協助老人以及各種年齡層的身心障礙者，在社區中得到工作機會及家庭支持以提高生活

品質，並且因而得到更好的選擇機會，促進獨立生活，並且得到生命的尊嚴。」

## (二) 老人與身心障礙部門的業務 (SPD)

SPD 下設有四個行政部門：(1) 證照與照顧品質局；(2) 規劃與方案發展局；(3) 家庭與社區支持局；(4) 就業與財務給付局，分別負責廣泛的計畫，對老人、中年障礙者、小孩、或發展遲緩的成人進行下列業務：

1. 長期照護：對於低收入者 SPD 提供基本需求，並提供全程的選擇；
2. 資格：SPD 工作地點緊鄰政府部門，以確定老人或障礙者能就近取得 Oregon 健康計畫、醫療救助之長期照護、食物券、醫療保險給付、貧窮者醫藥給付等。因此要符合這些計畫之資格，必須是低收入者、沒什麼資源或設備者；
3. 證照：長期照護機構必須取得 SPD 證照，州政府每二年對所有護理之家、社區照顧設施等機構進行訪查；
4. 保護性服務：SPD 針對住在機構中或社區之老人或障礙者進行調查，以瞭解是否有虐待、或忽視事件發生。這項保護性服務已對施虐者給予法律效力及司法體系的制裁。因此已發展預防虐待措施，也產生公共及專業團體；
5. 個案管理：SPD 與當地伙伴提供個案管理服務。個案管理可確保接近或協調社會與健康照顧資源，以強化個案之選擇、獨立及成本效益。個案管理對每一個案皆有接觸，協助安排照顧計畫，以確定個案獲取最需要的服務；
6. 護理服務：護理服務包括評估健康照顧計畫，控管個案在家中、成人托顧家庭或住宅照顧機構所獲取之長期照護服務。護士是獨立體，經由個案經理轉介與委託而簽定契約。這類服務運用教育及委託方式，以支持案主及照顧提供者能極大化案主的健康狀況，儘可能維持獨立性，這些服務皆是在案主居住地提供的；
7. 現金給付：SPD 中主要的現金給付是 General Assistance (GA) 金額不高，每月約 314 美元；
8. 美國資深國民法：SPD 與十八個地區簽約，以執行聯邦美國資深國民法計畫，服務包括：資訊與轉介、交通運輸、家庭照顧者支持、集中定點或送餐到家、就業及法律諮詢服務等；
9. Oregon 獨立生活計畫：對於無法獲取醫療救助服務的老人或失智者，提

供在宅支持性服務，包括：送餐、喘息服務、日間照顧、居家服務、交通運輸及個案管理；

10. 倡導就業計畫 (Employment Initiative, EI): EI 促使障礙者能進入就業市場，這計畫已擴展整個州進行實驗，服務包括：就業訓練、專長訓練、就業登記及其他服務；
11. 障礙者進用計畫：該計畫提供符合醫療救助資格之障礙者，個人只要支付一定比例手續費，即可獲致每月一千美元之工作；
12. 發展障礙者之就業計畫：發展障礙者亦有機會被安排在機構中工作，大多數是可增加其收入或獨立性或典型的工作單位。儘可能依其興趣、技能與能力安排工作，最有價值的活動是具有義工、社會化及創作等活動；
13. 家庭支持：家庭支持計畫的標的家庭是指需照顧家中有發展障礙小孩，基本上幫助家庭評估其需求、發展策略及取得資源。服務範圍由資訊與轉介到財務支持。支付內容包括：適應設施、喘息照顧、交通運輸、特殊營養需求、依賴照顧、住宅改善、諮商、支持團體及專業顧問等；
14. 兒童的集約居家服務：對於需密集醫療或行為障礙之兒童，提供有彈性、親善家庭、文化服務。可利用州政府資源提供公平、適當服務；
15. 二十四小時的住宅服務：該二十四小時服務可促使發展障礙之成人獲致生活品質，服務必需滿足基本的管理、計畫精確、健康、安全與人權標準。提供者皆需是州政府立案且必須符合規定者。

### (三) Oregon 的長期照護服務輸送

為提供多元化的服務，目前 Oregon 配置的長期照護服務類別如下：

- (1) 喘息照顧服務：喘息照顧服務提供家庭或照顧者獲取短暫的休息，在案主家中提供友誼、輕度支持、創作活動及安全看視。不在家中者，則提供團體機構或可過夜之住宅機構。喘息服務使照顧者及被照顧者皆能獲得較健康的生活品質；
- (2) 成人日間照顧：日間照顧可幫助認知失調者維持獨立生活，這些人較難執行家中日常工作、喪失動機或記憶、或需要安全環境與督導；
- (3) 居家服務：大部分老人或障礙者可以選擇在家中接受服務，有 45%是在家中接受服務，大部分服務係由居服員提供，居服員是屬受僱、經

過訓練及由接受照顧者監督。DHS 可決定照顧層次及收費標準。這些服務包括身體、健康照顧及家事服務，有時亦包括護理服務及送餐服務；

- (4) 成人托顧家庭：成人托顧家庭最多照顧五位，提供二十四小時的房間、伙食、個人照顧。此外也視需要提供有計畫的活動及醫療管理、交通運輸、私人房間或護理服務；
- (5) 照顧住宅：照顧住宅是照顧六人以上的私人公寓。完全是無障礙、提供三餐、家事管理及緊急協助。在照顧住宅中提供所需的服務；
- (6) 機構式住宅：收容六人以上之機構，提供房間、伙食及二十四小時的看護；
- (7) 護理之家：提供類似醫院環境的二十四小時照顧。包括技術性照顧、復健、及安寧照顧。機構內必須配置有證照的護理人員；
- (8) PACE：PACE 完全不同於傳統的長期照護模式。它整合長期照護、基礎、急性及預防性照顧，以協助人們維持健康與獨立生活。跨專業團隊包括個案經理、醫師、社會工作者、治療師及其他專業者，一起交換資訊與解決問題；
- (9) 州立社區計畫：對於發展障礙者提供就業與居住服務。目前有三十三個家庭，每一家庭服務三至五人，對於大型機構是一種另類選擇。

為方便民眾接受服務並提升服務效率，Oregon 並設立兩個服務系統，促進各項社區照護服務的輸送：

- (1) 發展障礙者服務中心(Partners in Serving People with Developmental Disabilities)

全州共有超過 30 個服務中心負責評估決定服務需求，安排服務以及監督服務品質。

發展障礙者服務中心由地方政府設置，由地方政府自行辦理或委託民間公益團體辦理，依地方需求發展服務計畫，他們和地方服務提供單位簽訂契約，提供直接服務。

- (2) 老人及身心障礙者服務中心(Partners in Serving Seniors and People with Disabilities)

全州共有 18 個服務中心，又稱為「Area Agencies on Aging」(AAAs)，同樣由地方政府自行設置或委託公益團體設置，有些中心提供服務給老人

和身心障礙者，有些則單獨提供服務給老人。其負責事項與功能和前一類中心相同。

#### (四) 社區人力進用的新理念介紹

社區照顧是人力密集的照顧方式，為提供社區服務人力，並能掌控適切服務品質，Oregon 更是勇於嘗試彈性的人力發展策略，以下介紹他們兩類社區照護人力的進用與管理方案：

##### (1) 消費者自雇服務人員方案 (Client Employed Providers, CEP)

所謂 CEPs 就是指由受照顧者自行雇用服務人員，因此 CEPs 的居服員既非由政府雇用，也不是由公益團體或私營公司雇用，而是直接由受照顧者自行選擇雇用，並自行管理督導。CEPs 的居服員的工作型態有以下四種：

1. 住在受服務者家中—通常一星期至少工作五天，提供 24 小時的照顧服務，薪水以雇主的需求來計算。
2. 全時間照顧服務—通常一天提供四小時以上之照顧服務，每星期提供五至七天，薪水以小時數來計算。
3. 部分時間照顧服務—每星期工作數小時，可以有一個以上的雇主，薪水以小時數計算。
4. 替代照顧服務—本工作只能由 Case manager 指派，來替代原來的照顧服務提供者生病、或渡假時之照顧需求。

雖然實際上 CEPs 是由被照顧者自行雇用居服員，但是州政府也和其他服務模式一樣，盡力執行品質把關的工作，因此州政府對 CEPs 有如下的規範：

1. 認證資格和等級：任何人想要成為 CEPs，都要向老人與身心障礙部門辦公室的 CEP Clerk 提出申請，取得服務員字號 (provider number)，如此才能為 Area Agencies on Aging 工作，也才能領得到工資。申請成為 CEPs 服務員的資格是：(a)維持一個沒有毒品的工作場所；(b)過去沒有犯罪紀錄；(c)其知識、技術和能力足以完成所需之工作。
2. 除了認證之外，CEP Clerk 也提供：(a)職前訓練之資訊；(b)協助申請人得到沒有犯罪前科之證明；(c)執行付款程序；(d)提供最新的 CEPs 名單給需要服務的民眾和個案管理員。



3.設置個案管理員 (case managers) 負責 CEPs 方案之管理：由州政府自行聘用或委託民間團體聘用，負責以下工作：(a)CEPs 工作描述；(b)認定被照顧者的需求與服務工作時數；(c)確認每小時工資；(d)注意雇主需求的改變；(e)接受民眾的申訴與抱怨檢舉，維護服務品質。

CEPs 方案是一個非常新的雇用觀念，從管理層面觀之，讓被照顧者自己去選用和管理居服員，其實有很多好處：(a)滿足被照顧者自立與自主，讓被照顧者有自我管控生活的感覺，是提升生活品質的良策；(b)被照顧者應該是最瞭解自己服務需求的人，尤其自我選用，當然最為恰當，是提升服務滿意度最好的方法；(c)被照顧者是最知道居服員品質的人，因此由其自行監測品質最恰當，可減少政府執行品質管控業務。

但是，相對的要能達到以上目的，被照顧者對長期照護服務必須具備相當的知識與能力，這是目前台灣還相當薄弱的一環，有待我們共同努力。

## (2) 成人托顧家庭 (Adult Foster Home)

是鼓勵一般家庭提供照顧場所與人力的方案，鼓勵他們利用自己家裡的房舍空間，照護五人以下的失能老人或身心障礙者，其房舍必須通過住宅安全檢查，每位被照顧者必須有自己的房間。成人托顧家庭的照顧者可以是一位或多位，但必須取得資格認證。認證分為三級，照顧者可以依經驗之增長和接受在職訓練來提高資格等級。認證每年檢討一次，政府以接受民眾檢舉申訴來維護服務品質。

所有的托顧家庭中提供照顧的成員都需符合下列條件：(a)通過犯罪紀錄檢查；(b)完成基本訓練課程並且通過考試；(c)在體力和智力上足以擔當照顧工作；(d)提供服務的房舍通過住宅安全檢查。

托顧家庭提供的服務內容通常如下：(a)準備三餐，並協助進食；(b)幫助穿衣服；(c)協助清潔衛生；(d)協助排泄；(e)協助走路和上下床；(f)協助行為問題；(g)協助正確用藥；(h)參與各種活動。

在最初的兩個星期中，托顧服務員必須依照被服務者的需求和希望完成一個服務計畫書，被服務者也可以請專業人員和其他家人一起來討論。

從 CEPs 和托顧家庭的例子來看，不論是 CEPs 的受雇於被照顧者，或托顧家庭的自行營業，基本上都免除了勞工福利的成本，如休假、退休金、健康保險等福利。從一方面來看，固然減少了長期照顧的成本，但是另一方面也讓從事照顧服務工作者，其中絕大部分是女人，也承受著非常貧乏的勞動條件。這是一個未來我們在推動社區照護時必須深思的問題。

## (五) 長期照護財務與服務狀況

- (1) Oregon 共有人口 340 萬人，在老人與身心障礙者部門預算當中，88.9% 經費預算用在長期照護方面。其他的預算，如對於等待 SSI 生活補助者的現金補貼佔 4.3%，老人與身心障礙者保護服務佔 2.7%，評估認證需求服務佔 2.1%，Older American Act（主要為交通補助、家庭照顧者支持、送餐到家、法律服務等）佔 1.7%。
- (2) 2000 年預算數額：SPD 部門預算 1,290,773,403 美元（其中來自聯邦政府之補助款為 733,903,753 美元），個案自付額 156,953,273 美元，總支出 1,447,726,676 美元。
- (3) 目前立案的長期照護床數：(a)老人護理之家（NF）13,649 床；(b) 照顧住宅（ALF）9,803 床；(c)托顧家庭（AFH）8,565 床；(d)身心障礙者療養機構（RCF）7,113 床。
- (4) 實際接受服務人數之統計：(a)居家服務 18,043 人，佔 48%；(b)老人護理之家（NF）5,972 人，佔 16%；(c)照顧住宅（ALF）3,914 人，佔 11%；(d)托顧家庭（AFH）5,213 人，佔 14%；(e)身心障礙者療養機構（RCF）1,534 人，佔 4%；(f)其他，如成人日託、Enhanced RCF、特殊住宿等 5,972 人，佔 7%。

## (六) 心得

Oregon 州政府的長期照護政策與管理令人十分佩服，有許多值得我們借鏡之處，感觸最特別的是：

- (1) 以民眾需求為導向的策略，發展多元化的服務滿足民眾得需求

從他們服務提供的設計，人力的發展，和管理策略，均可感受到對民眾服務的關懷，一切以提供民眾適切服務為依歸，因此才會致力於多元化服務的發展，以滿足社區多元的需求。台灣今日處於長期照護起步的階段，我們雖已發展相當數量的護理之家和養護機構服務，但是社區照顧服務卻是十分欠缺，不能讓民眾享有服務選擇的權利，也無怪乎今日外籍監護工盛行的局面，這是我們應該深入檢討的地方。

- (2) 在二十多年來持續社區化策略下，勵精圖治

今日 Oregon 的長期照護並非一日造成，是經過二十多年的努力，才

有今日之成果。在 1980 年代，其實 Oregon 州政府面臨嚴重的財務危機，當時他們面對正在大量成長的機構照顧財務負荷，因此在順應民眾的社區照顧意願下，毅然投入社區化服務的發展，觀察在過去 20 多年中，他們的政策方向一致，日積月累，才能有今日開花結果的景象。在 Assistant Director Cindy 的演說中，她強勢推展社區式服務的雌風，她為落實社區照顧理念的投入，均令人印象深刻且感動。反觀我國老年人口正飛快成長，國家財政也是負荷重重，建構一個財務能夠負擔的照顧體系已刻不容緩，Oregon 化財務危機為轉機的例子，值得借鏡。

### (3) 彈性的法規，達到動員民間與掌控品質雙贏的成效

為讓社區服務多元與蓬勃，州政府瞭解必須民間的充分參與，因此對各種民間投入開發的新型服務模式，鼓勵有加，給予彈性發展空間，例如他們的 AFH 在民間提供 10 多年後才開始立案，納入法規管理，並將其分為三級，讓不同層級的服務提供者都能參與服務的提供，這種彈性的作法值得借鏡。目前我們先導計畫在實驗社區推動的新型服務模式發展，是一個很好的開端，但是各界對其要求十分殷切，要在 2 年內完成實驗，時間相當緊迫；另外行政管理著開始擔憂其法規管理問題，希望能借鏡 Oregon 的經驗，給予彈性空間，給予持續發展的空間。

## 第二章 加拿大長期照護參訪報告

### 一、前言

加拿大的長期照護體系參訪共兩天(91年7月25日和7月26日)，第一天是到加拿大東岸安大略(Ontario)省的渥太華市拜訪其聯邦政府，由聯邦政府的國際事務部門協調各部門的人員來為我們說明，主題包括加拿大的健康照護體系，居家照顧及聯邦、省、特區之間的關係，急性醫療照顧與其他部門之銜接，安寧及臨終照顧，最後也請了一個居家護理的服務提供者介紹他們的服務狀況。第二天則是到1小時飛機旅程外的多倫多市(安大略省)的安大略省衛生處和社區照顧就近中心(communitary care access Center, CCAC)參訪，認識加拿大安大略省的長期照護體系和照顧管理(care management)狀況。雖然時間很短，但對加拿大的醫療與長期照體系有整體的認識，而且透過呂寶靜教授用心安排，我們很幸運地在第二天與四位多倫多大學學者及倡導者對談，得知一些官方參訪所無法獲悉的議題，協助我們對加拿大的照護實況有更客觀、全面的認識。

以下依參訪單位的順序，依序提出報告，每一節是一個主題，先整理加拿大介紹人員提供的口頭報告和書面資料內容，接著再將我方各研究委員和政府官員的心得與感想綜合整理，最後是與我國情況有關的比較及政策建議，彙整成此份參訪報告。



上圖為加拿大安大略省衛生處代表與本參訪小組合照

## 二、參訪行程

Thursday, July 25, 2002

Interests: Canadian Health Care System and Long Term Care system  
Federal-Provincial/Territorial Collaboration  
Acute Care and Interface with Other Sectors  
Home Care and Palliative Care

Ottawa Programme Consultant: Louise Crépault, Health Canada  
Canada International Health Policy and Communications  
Canada International Affairs Directorate  
Health Canada  
Website:<http://www.hc-sc.gc.ca/int>

08:45 - Robert Simms, Senior Programme Consultant, will meet the delegates in the lobby of the Brooke Claxton building, Building # 9, Tunney's Pasture and escort the delegates to their meeting location.  
Meeting Location: Brooke Claxton Building, Room 900 A

09:00 - Mr. Serge Lafond  
10:00 Senior Policy Advisor  
Canada Health Act Division  
Intergovernmental Affairs Directorate  
Health Policy & Communications Branch  
Health Canada  
To discuss: Overview of the Canadian Health Care System

10:00 - Ms. Susan Carbone, Senior Policy Analyst  
10:45 Canada Health Services Division  
Health Care Strategy and Policy Directorate  
Health Policy and Communications Branch  
To discuss: Overview of Home Care and Federal-Provincial/Territorial Collaboration

10:45 - Break  
11:00

- 11:00 - Ms. Diane Lugsdin  
11:45 Manager, Acute Care Technology  
Canada Health Services Division  
Health Care Strategy and Policy Directorate  
Health Policy and Communications Branch  
Health Canada  
To discuss: Acute Care and Interface with Other Sectors
- 11:45 - Lunch Break
- 13:15- Robert Simms, Senior Programme Consultant, will meet the delegates in the lobby of the Brooke Claxton building, Building # 9, Tunney' s Pasture and escort the delegates to their meeting location.  
Meeting Location: Brooke Claxton Building, Room 900 A
- 13:30 - Ms. Sue Morrison  
14:15 Health Manager, Palliative Care Secretariat  
Canada Health Services Division  
Health Care Strategy and Policy Directorate  
Health Policy and Communications Branch  
Health Canada  
To discuss: Overview of Palliative Care
- 14:15 - Ms. Sue Vandeveld-Coke  
15:15 Vice President, Operations, Canada, Ontario  
Victorian Order of Nurses  
110 Argyle Avenue Ottawa, Ontario K2P 1B4  
To discuss: Services offered by the Victorian Order of Nurses  
In-home, Palliative and Extended Care

Friday, July 26, 2002:

Interests: Long-Term Care System in Province Ontario  
Role and functions of care managers in long term care system  
Public-Private Partnerships for Long-Term Care  
Perspectives and viewpoints of scholars and advocates on Canadian long-term care

Toronto Programme Consultant: Ms. Michele Babin  
Ministry of Health and Long-Term Care, Province of Ontario

8:30- Toronto Community Care Access Centre(CCAC)  
11:00 Anne Wojtak  
Manager, Quality & Strategic Initiatives  
Community Care Access Centre Toronto  
250 Dundas Street West 3rd Floor, Suit 305

建構長期照護體系先導計畫-參訪報告書

- 11:30- Ministry of Health and Long-Term Care(1)  
12:30 900 Bay Street, 2nd Floor Queenston Boardroom  
To discuss: Overview of Long-Term Care
- 12:30- Lunch  
13:30
- 13:30 Faculty of Social Work , University of Toronto  
-15:30 discussion with Erine Lightman,Sheila Neysmith,Judith Wahl
- 15:30 Ministry of Health and Long-Term Care(2)  
-16:30 900 Bay Street, 2nd Floor Queenston Boardroom  
To discuss:Public-Private Partnerships for Long-Term Care

### 三、參訪內容紀要

#### (一) Overview of the Canadian Health Care System

Speaker: Mr. Serge Lafond

##### (1) 參訪內容

加拿大聯邦是一個非常地方分權的政府，所以要發展全國一致的政策比較困難。加拿大的 health care 是依據 Canada Health Act 執行，中央和地方政府各有清楚的職責與功能，加拿大以稅收來支持其全民健保。西元 2001 年健康照護總花費共計加幣 1,020 億元 (102 billions)，每位國民花費加幣 3,298 元，占全國生產毛額 9.4%，這些花費有 72% 來自政府，28% 來自私人保險或民眾自付部分。在民間所佔的 28% 中，民眾自掏腰包佔 3/4，而私人保險僅佔 1/4。

聯邦政府的職責主要有以下三項：1. 中央對地方政府之健康照顧提供財務補助；2. 訂定健康照顧的全國性標準（如加拿大健康法案），聯邦政府在法規上的責任是制訂原則（並非品質標準），Health Care Act 給各省必須遵守的五大原則是：公共行政管理、全民性、周延性、接近性及可移動性(public administration、universality、comprehensiveness、accessibility、portability)；3. 透過一年兩次聯邦/省/區衛生處處長或副處長聯席會議之召開，以規畫全國性的健康體系。在服務輸送方面包括：公立醫院（按總額預算）、公私立診所、及獨立開業的醫師（按服務量付費）。在付費方面：使用者無需另外付費；經費來源 85% 來自一般稅收，15% 來自指定用途稅。

基本上，對民眾提供 health care 服務是省政府的責任，聯邦政府提供各省醫療預算的 20~25%，聯邦政府對省和特區政府之經費補助係透過加拿大健康暨社會服務移轉方案（主要按人口數計算）及 Equalization Transfers（補助較貧乏的地區）來達成。也就是說聯邦政府提供的經費有些是無條件提供；聯邦政府在各省之間也擔任平衡的責任，對較窮的省或 territories 提供較大比例的經費（equalization），另外有 dedicated fund 指定撥給政府特別要發展的項目，譬如：資訊化、醫療設備更新等。目前在 health care 的 first priority 是基層醫療（primary care），故為了轉移醫療的重點到基層醫療也提供了 transition fund。

在省和特區之責任方面：1. 在財務方面，分配該省的資源，並資助區域健康主管當局和省的健康服務方案；2. 在規制者的角色，州政府發執照給專業人員，機構設施之設置必須向省政府申請核准立案，且付費給服務提供者；3. 在計畫方面，則共同討論要整個省內的醫療設施設備（如病床數及核子共振器）以及人力資源等（見附表一）。



加拿大自 1990 年開始，全省劃分為數區，在每區成立一個區域健康當局 (regional health authority)，分區的主要目的是要增進醫療健康服務的協調、整合、與持續性，但安大略是三個未分區化的省分之一。區域健康當局之責任為：1. 財務方面，在微視層次分配資源，付費給提供者；2. 在規制者角色方面：負責方案的整合（如健康和社會服務），服務輸送的協調（醫院和居家照顧、醫院和私人診所）；3. 辨認區域的需求及排列需求之優先順位。在地方政府方面，省政府負責資源分配，決定經費應花在醫療的哪些方面，負責對各個醫療區提供經費（見附表一）。

加國的 health care 可稱為英國與美國的混合體。每個人得到的健康照護可大分為兩部分 (dual system)。第一部份是全民（所有具永久居留權者，資格有統一規定）都可以得到的福利 (universal program) 稱之為 medicare 包括必要的醫院服務、必要的醫師服務、有限的牙醫外科服務，沒有自付額；第二部份是其他的給付 (the additional benefits program) 包含處方藥（出院後用藥）、居家照顧、牙科治療、眼科治療、長期照護、復健治療，則只有老年人、低收入戶、失能者、兒童可以得到，其他 2/3 的人口若要有這些給付則需靠私人或工作的保險(見附表二)。

## (2) 心得感想與建議

1. 加拿大採聯邦分權，健保以省為執行單位，每一省的醫療範疇定義不同，中央除訂定政策、援助經費外，並不干涉省業務之執行，故各省差異甚大，施政成敗端視選民投票決定政策去留。
2. 加國的 health care 目前雖有較好的持續性照護，但長期照護仍未歸入全民給付的範圍，社區照護服務的提供僅限於促進急性醫療的效率，減少長期佔床或非計劃性再住院的部分，與我們的全民健保很像。社區內一般失能而需長期照護的人可獲得的免費社區居家照顧的量很有限。另外他們正面臨嚴重的醫師和護理人力的不足，以及城鄉醫療人力差距懸殊的問題。
3. 健康醫療照顧服務與長期照護服務之提供都是地方政府的責任範疇，故想要整合急性醫療照顧和長期醫療照顧服務的省份，則有較大的自主空間來實施創新的方案。
4. 在地方分權化下，如何讓區域間的不正義（或差距）縮小是嚴肅的課題。在加拿大，透過 Equalization Transfers 之機制讓較窮的地方政府獲得較多的補助，也許可供我國目前在重新檢討社會福利經費補助設算標準的參考。
5. 聯邦政府雖負責提供財務補助給地方政府，但地方政府是否不當使用經費甚難監管，但可透過不撥付補助款的方式來要求地方政府改進。地方濫用中央之補助時，中央均有回收之權利，中外皆然。目前補助地方之經費大部分已

改為設算方式，為查核其績效，中央赴地方考核制度乃因應而生，是以在規劃長期照護之同時監督及考核應納入考量。

附表一、加國各級政府醫療照護的功能性職責 (Medicare: Functional responsibility) 一覽表

聯邦政府		
預算／財務方面：	規範方面：	計劃方面：
<p>▷ 經費有條件或無條件撥交省政府或行政特區 (territories)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Canada health and social transfer (CHST)按人頭給各省政府的醫療與社會經費補助，是無條件的。</li> <li>■ Equalization 平衡基金—聯邦政府提供較窮的省分較多的補助，使各省醫療水平趨於一致。</li> <li>■ Dedicated fund—為特定目的，配合某些特定政策提供的經費，如補充某些醫療設備，政府為推動基層醫療，轉移醫療的重點而提供 transition fund，或為提升資訊系統而提供 information technology fund，這些是有條件的，政府會要求受補助的單位報告或追蹤評價以瞭解是否達成某些目標。</li> </ul> <p>▷ 對聯邦健康方案提供經費（如：原住民的醫療經費直接來自聯邦而非省政府）各省的 medicare 經費有 20% ~25%來自聯邦政府</p>	<p>▷ 設定國家標準（如：加拿大健康法案）</p> <p>▷ 設定價格規範</p> <p>▷ 核可藥品（e.g.食物與藥品法案）</p>	<p>▷ F/P/T (Federal/provincial /territorial) 過程 (e.g. 各省衛生部長會議；各省衛生副處長會議)</p>

附表一、加國各級政府醫療照護的功能性職責(Medicare: Functional responsibility)一覽表(續)

省(10個)和行政特區(3個)政府		
預算/財務方面:	規範方面:	計劃方面:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 資源配置(巨視層面 macro level)</li> <li>▷ 對省內各地區的區域醫療當局和省屬健康照顧方案提供經費(funding)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 對醫療服務提供者提供註冊(如:醫師、護理人員)</li> <li>▷ 對醫療機構評鑑(如:醫院、診所、檢驗所、長期照護機構等)</li> <li>▷ 對服務提供者的給付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 基本設備(e.g.床數、核磁共振儀的購置等)</li> <li>▷ 醫療人力資源(如:醫師數、在教育體系中要培養多少各類專業人員、護理人員數等)</li> </ul>
區域健康當局(Regional Health Authorities)(130個)		
預算/財務方面:	規範方面:	計劃方面:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 各省在1990年開始在區域化政策下設置區域醫療當局</li> <li>▷ 在微觀層面做資源配置</li> <li>▷ 對服務提供者提供經費(如醫院、社區健康中心、救護車業者等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 整合各種服務方案(e.g.健康醫療與社會服務的方案)</li> <li>▷ 協調服務輸送(醫院和居家照顧之間,醫院和私人診所之間)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 確認地區內的醫療照顧需求及其優先順序</li> </ul>

附表二、Medicare：加拿大的健康保險系統

■ 省和行政特區的责任 普遍性的方案 (Medicare)

(政府的行政、普遍性、完整性、可近性、可攜帶性)

福利 (Benefits)	資格：	服務輸送：	財源：
▷ 醫療必需的住院服務*	▷ 所有的永久住民都有權享受	▷ 公立醫院 (總額預算)	▷ 預付制度
▷ 醫療必需的醫師服務	▷ 資格是基於同樣的條件	▷ 公立與私人診所	▷ 沒有自付額
▷ 有限的口腔外科服務		▷ 獨立的職業醫師 (論件計酬給付)	▷ 經費有 85% 來自一般稅收 15% 來自特定稅 (dedicated tax)
▷ 福利可攜帶，民眾從一省搬到另一省，同樣可享這些服務			

\*急性、復健與慢性照護

■ 公立的方案由省或行政區執行

附加的福利方案

■ 工作場所提供私人的保險

福利 (Benefits)	資格：	服務輸送：	財源：
▷ 處方藥物	公立的方案	▷ 公部門提供者 (例如：公立護理之家、居家照顧機構等)	公立方案：
▷ 居家照顧	■ 老年人		■ 預付
▷ 牙科照顧	■ 社會救助對象	▷ 私部門提供者 (例如：牙醫師、驗光師、物理治療師等)	■ 扣除額 和 / 或 共付制
▷ 視力照顧	■ 失能者		■ 一般稅和保險費
▷ 協助獨立生活	■ 兒童		私人保險：
▷ 長期照護 (第一類和第二類)	私人保險：		■ 賠償金 / 給付 或預付
▷ 復健服務	■ 受僱者及其眷屬		■ 保險費率
▷ 緊急救護	■ 約佔三分之二的加拿大人口		■ 共付制
▷ 私立醫院住院			■ 扣除額和一生 / 每年的限額
▷ 其他服務			

公立方案與私人保險的花費大約各佔一半

## (二) Overview of Home Care and Federal-Provincial / Territorial Collaboration

Speaker: Ms. Susan Carbone

### (1) 參訪內容

加拿大健康照顧輸送體系包括：1.全國性照顧；2.居家與社區照顧；3.急性照顧；4.長期照護；及 5.基層醫療。其中，居家服務在加拿大之定義係指一系列的服務，促使全部或部分失能者，能夠留在家中生活，期能預防、延緩或替代長期照護或急性醫療的使用。加拿大居家照顧服務的共同特性是 1.定義相同；2.基本的服務有：個案管理、評量、護理、居家支持及自我管理照顧等。而各省歧異處在：1.特殊服務的可獲得性，如職能治療師、物理治療師及語言治療師；2.服務的輸送方式；3.公立/私立的供給者；4.公部門/私部門的經費來源；及 5.在公部門的健康照護經費中所佔的比例等。一般來說，居家和社區服務之項目包括護理服務、藥物、治療、個人照顧、家務服務、餐食服務、交通接送服務、喘息照顧、醫療器材和設備、住宅維修方案；惟各個省對居家服務對象的資格規定、給付水準和付費方式都不同。而通常居家藥物、PT、OT、醫師訪視、醫療用品、交通不在給付範圍。

加國的 home care 的主要功能有三：取代醫院的部分服務、維持健康與功能、預防慢性病的惡化或因合併症再住院。近年來民眾居家照顧大量增加，影響居家照顧需求改變之因素包括：1.對服務需求增加；2.高齡化社會；3.對公部門期待的變遷；4.新個案產生；5.健康服務輸送需求改變；6.現在或未來正式或非正式提供者形成的壓力。

居家照護大多由省府提供經費，榮民和原住民的居家照護經費則完全直接來自聯邦政府。以 2000-2001 年為例，居家照護的總經費約加幣 40 億，約占政府健康照護經費的百分之四，每個省有所不同，差異在 2~5.8% 之間。從 1980 年至 2000 年，居家服務的費用增加約 2 倍。

提供居家服務的人員種類很多：公部門委託的專業人員、非營利和民間部門的受雇員工、委託的工作者和志工。這些人員又可歸類為：有證照規制的專業人員，如護士、物理治療師及職能治療師，和未受規制的工作者包括健康照顧助理、居家支持功能和個人照顧之工作人員。對於照顧服務員的訓練和證照，每一省的要求不同，大多還沒有一定的管理規則或標準。Health Care Act 並不涵蓋 home care 部分，所以得到的經費預算不多，提供的服務也有限。

目前老年人的照顧有 80~90% 還是由家屬負責，家庭照顧者每年總計提供 3718 億小時的照顧（平均每人每週 22 小時，換算金額約加幣 831）。而提供個人支持（照顧）的工作者之平均薪資是每小時約加幣 10.82 元，由此推估，家庭照顧者每年提供無酬但市價值得加幣 4 億元之服務。但加國的政府並沒有對家庭照顧者提供金錢給付。研究顯示他們需要的並非金錢，他們最需要的是

“喘息照顧服務”，好讓他們能得到休息。

居家服務的案主必須經過評量、確定資格、及訂定和輸送服務計畫的階段。以 1997、1998 年為例，計有 120 萬人接受居家服務，目前則有 300 多萬人（加國人口約三千三百萬人）約佔全人口的百分之十，但目前的使用者和從前比較下，年齡較老、獨自居住、收入較低、且有 2-3 種慢性病狀況。由此可知，居家服務使用者的照顧需求上升，因為 1.平均年齡上升（從 64.9 歲增為 67.6 歲）；2.使用居家服務的期間縮短；接受 home care 的人數不斷增加，但平均照顧期間縮短，表示居家照顧服務的對象多是出院後的病人，病人被要求早出院，恢復期不在醫院內，因此取代了住院功能；3.ADL's 和 IADL's 的失能的依賴度上升，及小便失禁的比例也上升。

政策發展的機制乃是透過 FPT（Federal Provincial Territorial）會議。在 FPT 諮詢委員會下設置「連續性照顧之工作小組」之討論。最近出現的相關事件如後：1.2000 年 FPT 之會議主張應發展一個共同的居家和社區照顧之概念架構以因應各省未來的決策和投資；2. 2000 年衛生部長發言：居家和連續性照顧是健康照護服務連續體系之一個主要的部分。加拿大政府將增加加幣 18.9 億元，用現金移轉的方式分配給地方政府用來辦理未來五年期間支持性健康服務；3. 2001 年「加拿大健康照顧之未來」的委員會結論：建議研議政策和方法以確保全民可接近公共資助的健康照顧體系之永續性。

較好的居家照護體系應具下列特性：1.單一或整合協調的窗口；2.標準化、系統評估及照顧授權；3.持續的標準的有系統層次的照顧管理；4.單一行政架構；5.單一的個案分類系統。因此成效評估也應考慮以上所述的特性作為指標。未來居家照護工作的重點包括：1.家庭照顧者；2.看護人員；3.整合；4.品質；5.資訊；及 6.技術。

## （2）心得感想與建議

1. 加拿大的社區居家照顧服務主要侷限在減少急性醫院的醫療花費，與我國的情況類似，居家照顧並非全民服務，民眾能得到的免費服務不多，基本上還是認為居家照顧是家庭責任，一旦家屬沒辦法照顧而送入機構時，則由政府負擔照顧費用（食宿自付），難怪長期照護機構有很長的等待安置名單。將來我國若要對長照提供補助或給付，應以個案的功能依賴度和服務需求度為標準，不應該依他居住安排有所不同，否則可能導致個案容易過早入住機構。
2. 加拿大政府花在健康照顧的費用（佔 GDP 的比例）和其他國家相比，不相上下，但花在 home care 上明顯偏低，此乃與居家服務究竟是不是「醫療上必需的服務」之認定有關，如果不符合此定義，則無法被納入醫療保險的給付範疇時，自然配置到的資源也相對減少。這也是台灣的情形。
3. 加拿大中央政府與地方政府權責明確，完全落實地方制度，中央負責規劃全國一致性之事務，地方則實際執行，地方問題地方自行解決，除非涉及政策，這樣的權責分工，應是我國學習標的。

### (三) Acute Care and Interface With Other Sectors

Speaker : Ms. Diane Lugsdin

#### (1) 參訪內容

加拿大的聯邦政府在 2000 年花費 95 億在健康照顧上，其中最大的開銷項目為：醫院、藥品及醫生的服務（診療）費。自 1990 年開始，大多數的省份實施醫療區域化(regionalization)，將全省劃分為數區(regions)，各區成立區域健康當局(regional health authority)，急性醫院大多由區域健康當局經營，少數由非營利機構經營，但都由省政府提供經費。

自 1990 年醫療改革及區域化實施以來，急性醫療便趨向採用更多的一日手術(day-surgery)、縮短住院日、藉由出院計畫減少病人長期佔床，醫院床數不斷減少，有些醫院關閉、合併或轉型，醫院床數減了三分之一。

研究發現手術量多的醫院，通常病人的手術結果比較好，所以盡量把同類手術集中於某些醫院執行。由於人口老化，從 1995~2000 年，5 年之內全膝關節置換手術(Total knee replacement, TKR)增加了 45.2%，若以年齡調整後，增加率是 33.1%。政府對再住院的情況也開始重視並視為醫療品質的指標，對於非計劃性再住院的定義是：出院後 28 日內因為相關的健康問題再住入醫院，但扣除出院後 12 小時內再住入第二家醫院（視為轉院），病人在出院前死亡或自動出院(signed-out)也不計入。

目前由於醫院關閉、合併和轉型，民眾就醫愈來愈困難，故用急診方式就醫，急診室爆滿，民眾怨聲載道。因此，在急性醫療面臨的課題是急診過度使用，一項對 65 歲以上老人調查顯示，只有 49%的人表示急診時等待時間少於 1 小時，民眾對醫療可近性所感受到的最主要問題是“等待太久”(30%)。造成急診過度使用原因眾多，針對各項原因採行的對策如下：1.使用 prioritization tool，決定看診先後順序；2.增強持續性的照護資源與服務；3.增加民眾對開業醫可近性，因有些單獨執業醫師在夜間假日不看診，民眾沒地方看病，於是衛生處設法協調醫師公會要求醫師增加看診時段，魁北克省便因醫師配合度欠佳，現在正進行立法強制要求醫師增加看診時段；4.普及流感疫苗注射；5.提供民眾急診使用指引。另外還試行由護理師 24 小時值班電話熱線，讓民眾在到急診前先透過電話與護理師談，得到必要的處置指引，以減少急診。因相信預防保健可減少急性醫療照護的需求，近年來推行基層醫療改革工作：聯邦政府提撥基層醫療改革基金，基層醫療改革基金的目的為：1.增加社區式初級健康照顧之組織，針對特定人口群提供周延服務；2.跨專業團隊取向，加強護士和藥劑師角色；3.促進醫院、專科醫師和其他社區服務的較佳連結；4.焦點以健康促進、慢性疾病為主；5.擴大絕對必要性服務(每天 24 小時)的可接近性。



(2) 心得感想與建議

急性醫療照顧和初級預防保健工作及長期照護三者有密切不可分的關連，這也是加拿大政府近年來健康照顧體系的方向：一方面將大量經費投注在基層醫療保健工作上；另一方面，試圖加強社區和居家式服務，以達成「連續性照顧」之目標。

加拿大人民竟然非常有耐心等候使用國家醫療資源，一般手術等候二、三個月，而急診者有一半以上要等一小時才得到處置。這種情形如在台灣，政府部門勢將遭受立法院或民意壓力，而必須在短期間內提出解決辦法。



上圖：加拿大聯邦政府簡報情況

#### (四) Overview of Palliative Care

Speaker : Ms. Sue Morrison

##### (1) 參訪內容

安寧照顧與緩和醫療常被人們交互使用，目前尚無統一定義，但較普遍可接受的定義如下：病人的病情可能惡化，病人及家屬也認為病症不再具有治療效果，為維持其生活品質及減輕病症而提供的一種協調服務。安寧照顧的焦點不是加速或延緩死亡，它是提供減輕病痛或其他壓力、以及整合心理及精神層面的照顧。再者，對病人家屬亦提供支持服務。臨終照顧議題範圍被視為較安寧照顧廣泛，近幾年討論的焦點集中在生活品質。

在加拿大每年大約有 24 萬人死亡，大部分死亡發生在醫院。1998 年，71.2% 的死亡發生在醫院，3.2% 發生在長期照護機構，21.8% 發生在其他福利機構，3.9% 被歸為不知道。由於 90% 的人是因慢性疾病而死亡，死亡前有些病患可能會有一段相當痛苦而極需照顧的期間，因此要求在死亡之前幾個月應加以妥善照顧，促成緩和醫療或安寧療護於各種疾病的末期病患，但安寧緩和療護的個案有 80% 都是癌症患者。

在加拿大，緩和醫療照顧係經急性醫院開始發展，至於居家服務及社區的安寧照護則是後來才發展的，主要是由社區內民間組織來做。在醫院的作法有兩類：1. 設專區；2. 另一類則是成立諮詢小組到各病房內提供醫事工作人員之諮詢。照顧計畫所需經費來源各省互異，大部分是來自捐款。

加拿大大多數的省分之急性醫院都有提供緩和醫療照顧，調查顯示，當一個人到了疾病末期時，假如照顧及支持系統足夠的話，比較希望儘可能留在家中。臨終前的照顧型態，不僅應依個人特性及其狀況而定，尚需考慮居住地點及所需要的照顧服務。因此，有些省也提供居家服務給符合緩和醫療照顧條件的病患，譬如提供一週七天，每天 24 小時的護理服務，或支付在醫院外使用緩和醫療照顧服務的藥品費用。另 BC 省和 Manitoba 省已將緩和醫療界定為居家照顧服務的核心成分。

在加拿大，約 1/3 的長期照護機構之住民入住幾年後都在機構內過世，但緩和醫療照顧在長期照護機構的實施仍在發展中。有些研究結果建議應改善長期照護機構中服務人員的教育和其支持性照顧的內涵，俾使機構能較適當地回應住民此方面的需求。

有關緩和醫療和臨終照顧在未來需加強之策略有：

1. 透過國家政策，以確保加拿大人在臨終前可接受高品質的照顧。2000 年加拿大上議院報告指出應發展臨終照顧的國家策略，2001 年健康與長期照護部成立安寧及臨終照顧秘書處，專責臨終照顧計畫之改善。

2. 透過教育訓練工作，確保有適當的專業人員和其他照顧者可提供服務。
3. 促進大眾對死亡和臨終的認識。
4. 協助家庭處理家人的死亡之悲痛。
5. 從事研究和監管方案，俾有助於發展高品質的緩和醫療照顧。

(2) 心得感想與建議：

在台灣，安寧照護是否要納入長期照護體系的一環，值得再討論。其次，目前安寧照護的居家服務量非常有限。建議長照先導小組成員也許需與國內安寧照護協會之成員進一步對話，以釐清日後我國長期照護體系的走向。

## (五) Services offered by the Victorian Order of Nurses In-home, Palliative and Extended Care

Speaker: Ms. Sue Vandeveldde-Coke

### (1) 參訪內容

加拿大一年之醫療費用支出為加幣 1,025 億，而民間部門的支出有 280 億，佔 27.4%，其中花在社區照顧，花費 41 億，約佔 4%。各省的服務輸送在服務的類型、政府給付範疇的量，以及標準的程度等三方面都有差異。以前社區照顧都是由 NGO 提供，但近年來則允許營利機構加入。目前的供給量中，一半是營利機構所提供；另一半是由非營利機構提供，營利和非營利機構均可參加競標，而政府的責任就是訂定價格和品質控制。

Victorian Order of Nurses (VON) 成立於英國維多利亞女王時代（1897）是超過百年的老機構，由一位女性慈善家邀集一群護理人員開始提供居家照護服務，逐漸發展成今日分支機構遍布全國的非營利居家護理服務組織，年營業額 1 億 9 千萬，有 67 個分支機構，員工 8,529 人。

各省的省政府對居家照護提供的服務種類、給付額度、服務水準都各有不同。VON 的組織任務是：1. 領導社區照顧；2. 提供創新、完整的健康與社會服務；3. 影響健康與社會政策的發展，希望與加拿大人民建立伙伴關係，建立一個健康的社會。他們提供的服務包括：1. 居家護理訪視 (nursing visits)；2. shift nursing，對情況嚴重或需要緩和醫療的個案提供 8 小時全程陪伴護理；3. 居家照顧；4. 各種不同的社區支持方案，如：友善探視、送餐服務、支持團體，支持性住宅等，這些大多由志工服務。Nursing visits 一天以四次為限。VON 雖接受政府委託提供社區照顧，但仍運用大量的志工人力。

VON 對居家護理師的要求包括：1. 獨立工作的能力；2. 有創造力；3. 能作個案和家屬的倡導者，尤其在面對照顧經理時；4. 對社區有 commitment。目前居家護理的趨勢是：1. 專科護理增加，居家護理師需要採分科服務才足以應付個案複雜的狀況；2. 對高科技醫療器材和電腦的依賴；3. 社區內的治安問題，對居家護理師的威脅增加，但至目前為止，護理師在社區訪視很少發生問題；4. 服務的個案嚴重度增加。

VON 的護理師平均一天做 8 個訪視，開車里程 60 公里，電話聯繫 10~15 次，其中有 25~30% 是大學畢業生。目前居家護理所面對的問題有：1. 與急性照顧（醫院）比較，薪資較低；平均年薪 4 萬 5 千元，待遇不如急性醫院的護理師；2. 就業狀況不穩定（特別是 NGO 的雇員，因未得標，機構就得裁員）；3. 教育和再教育標準的不一致性；4. 社區工作環境的安全性；及 5. 護理人力目前遭遇嚴重短缺，護士平均年齡高達 47 歲，年輕人不願進入護理專業。另外，

照顧服務員方面有相當高比率是移民，大多是女性，教育與訓練沒有標準要求，且大多不是正式編制的職位，工作條件不很理想。所以，如何穩定居家護理與居家服務之人力資源乃成爲重要的課題。

在社區照顧服務需要改善的部分包括下列七項：1.根據個案的健康與社會需求建立社區照顧標準；2.穩定的經費來源；3.穩定工作人力；4.改善人員訓練、薪資和繼續教育；5.改善資訊收集，包括有關評估、處置與結果資料；6.提供更多服務模式以供選擇，如在購物中心成立護士診所（nurse clinic）；7.對照顧者提供服務。

(2) 心得感想與建議：

1. 目前台灣雖然護理人力過盛，但可預期社會多元化提供女性就業更多選擇的同時，若護理人員的專業功能未能提升、工作環境不改善，我國在不久將來也會面臨同樣人力不足的問題。
2. 加拿大居家護理所遭遇的問題，如資金不足、人力不穩定、工作人員之工作安全等問題和台灣的現況頗爲相似；至於未來的努力方向也可提供我國參考。
3. 加拿大居家護理一天平均訪視車程 60 公里，訪視 8 位個案，目前在台灣的居家護理師一天訪視通常不超過 6 個個案，造成兩者案量差異的原因是加拿大的居家護理服務給付項目較多，給付條件較寬，訪視頻率較高（一個個案一天最多可接受 4 次訪視），護理師單次訪視所需的時間較短（例如可能只是注射胰島素）；反觀目前台灣的居家護理的個案大多數是靠健保給付，而符合給付條件都是嚴重失能或問題較複雜的個案，每次訪視所需的時間較長（例如更換各類導管、傷口換藥、照顧指導），有些個案同時需要數類護理活動，且一個月通常只有 1~2 次的訪視，在不同的體系，照顧情境不同，不易用單一的統計數字作類比。

## (六) 多倫多社區照顧就近中心參訪 (Toronto Community Care Access Centre)

### (1) 參訪內容

多倫多的社區照顧就近中心 (Community Care Access Center, CCAC) 中之「照顧」係指健康照顧服務，但其中心之任務並不是提供直接服務，而是經由照顧協調者(或稱照顧協調者，即照顧經理 care manager)評量個案需要後連結服務。社區照顧就近中心是一個非營利的公司，但其經費由省政府編列預算，因此 CCAC 必須向州政府負責(accountability)。過去 CCAC 是由社區的 board 選出的主任管理，此一 board 有 17 位成員包含個案、照顧者、各專業代表、社區代表等，但由於經營成效欠佳，去年 12 月起進入全面改組，由政府指派 5~6 名人員組成 board，希望能增進 CCAC 的經營成效，負起財務平衡責任。CCAC 的主要任務是：1.對社區提供長期照護資訊；2.提供服務連結；3.長期照護機構安置。CACC 的照顧協調者也負責民眾需要長期照護機構安置的管理(決定誰可進住機構)，但 CCAC 並不負責機構的費用。換言之，CCAC 只負責有關社區(護理)服務的管理。

在加拿大聯邦對醫療設有全國標準，但對社區服務則無全國標準所以各地區的差異很大。接受 CCAC 服務者必須符合以下條件：1.ADL 功能受損 (只有 IADL 失能，ADL 獨立者不符資格)；2.有醫療保險卡；3.住在安大略省 3 個月以上；4.其住家適合提供服務，安全無虞。

多倫多是大都市，社區照顧的對象中有相當多的遊民、低收入戶和愛滋病患者需要服務。CCAC 服務的對象是年齡 18 歲以上，也不限疾病 (含精神病者)；老人佔多數，佔 50~60%。

CCAC 是一個類似我們實驗社區中心的單位，其中主要的工作人員是照顧協調者，每位照顧協調者約負擔 120 位個案，握有實權評估並決定個案接受的服務，連結合約的服務提供者來提供服務，他們的照顧協調者比我們的照顧經理權限更大，因為連護理之家入住都由他們評估與決定。另外，給照顧協調者按個案數量，每位個案有一定的額度 (capitation) 他要在這個費用範圍內，滿足社區服務需求。CCAC 必須在省給的額度總額內提供社區服務，照顧協調者認為工作內容最大的挑戰是必須在總額度之內提供服務，很怕不夠用，他被評估的方式是看擬出的照顧服務目標有無達成，設有固定的指標 (indicators)。

照顧服務係由 CCAC 向外購買，經由競標而來，目前提供護理照顧有五家公司，其中兩家非營利，三家營利，競標之評選標準中，80%有關品質，20%與價格有關。如何監督服務提供者？設有申訴管道並定期辦理使用者滿意度調查。近年來將受照顧者可得的個人照顧服務時數縮減，從每週最多 15 小時減為 4 小時。

他們對個案是否符合某項服務及評估個案所需的服務量，如有多少小時的居家服務，有其一定的工作指引，以達到各個照顧協調者間的一致性，此類似指引值得本計畫參考。照顧協調者的工作流程為：1.確定 eligibility；2.評量有無健康護理需求；3.研訂照顧計畫；及 4.連結服務。在訂定照顧計畫時，依規定獲得案主的同意。若案主心智耗弱(神智不清)，則經過公共監護人的同意。在聯絡服務時，照顧經理和服務提供者一方面是合作伙伴的關係，但另一方面則存在緊張，因照顧協調者總是希望服務提供者能儘速達成照顧計畫中的預期目標。

照顧協調者每星期約 40%的工作時間作紀錄，和服務提供者聯絡、和監測服務狀況。工作中有 2~3 天(約佔 60%)均是在社區外勤或在社區中的 site office 工作，勤跑社區基層的好處是增加民眾對 CCAC 的認識和服務使用。目前照顧協調者所使用的評量表，每份需費時 1 小時。但目前正朝向電腦化(使用 MDS)，將使評量時間增為 1~2 小時。

CCAC 成立五年，他們仍感到要讓社區的人得知他們單位並不容易，社區介入不易，許多個案仍來自轉介，CCAC 的個案有 65%來自醫院轉介，因此 CCAC 派照顧協調者進駐醫院，與負責出院準備服務的人員合作，在醫院接個案，做個案評估和服務連結，大一點的醫學中心，甚至有 7 位專職的照顧協調者，是一個值得參考的作法。因為醫院感謝他們接受個案，省醫院的錢，因此醫院免費提供辦公室空間。

因為在我們實驗社區的經驗，醫院的出院準備服務做得並不透徹，所以無法完全滿足我們轉介的需求，我們雖派照護經理密切聯繫，效果似不顯著。將近 2/3 的個案來自醫院也可看出此社區 subacute care 的需求的數量，這與國內 home care 大部分是病情慢性及穩定的個案不同。CCAC 也照顧精神病的個案，這是與本計劃不同的，主要因國內精神病醫療(含社區照護)的經費是獨立的，工作人員也由另一系統提供。未來若要籌設類似 CCAC 的系統，應重新思考是否要將社區精神病患照護涵蓋在同一個單位，減少民眾混淆及行政管理的資源。

在安大略省，照顧協調者的背景包括護理、社工、職能治療、物理治療師、和語言治療等專業，至少有兩年以上的工作經驗，在任用前不需特別證照。最近的發展趨勢是每位照顧協調者必須在工作中接受訓練，都需參加大學所舉辦的訓練以獲得證照。目前 CACC 請求 University of McMaster 提供 part time 訓練課程，為期 2~3 年。

安省只有 11,870,000 人口，但有 43 個 CCAC，平均 27,600 人有一個 CCAC，國內一個鄉(鎮，區)的民眾長遠大於這個數目，如果未來長期照護中心要負擔類似 CCAC 的功能可能要多設一些，而且需有足夠的照顧協調者。多倫多市共有 6 個 CCAC，此次參觀的 CCAC 規模相當大，有 280 位全職人員，其中 150 位照顧經理，其中一部份派駐醫院，專做出院個案的評估與照顧計畫。由其報告內容看來，加國的照顧管理的品質監控似乎才在起步。

## (2) 心得感想與建議

### 1. CCAC 的角色非常有趣：

- a. 是介乎政府與民間的角色，由政府授權來界定誰符合資格得到社區照顧的補助，並審查服務提供者單位的資格和服務品質，所以其人員並非公務員，但是有類似公務員的角色。
  - b. 其董事會完全由衛生主責單位指派，所以政府又可以完全控制 CCCA 的運作方向。
  - c. 這種運作方式的好處是政府人員並非站在第一線，期間有緩衝的空間，其照顧協調者可以一方面執行政府的政策，一方面扮演 advocater 的倡導者的角色，溝通雙方面的差距，但如果有更好的效果，其董事會應保留一定比例名額，讓社區團體參與。
2. 個案經理的名稱與工作方式可以參考，如 60% 時間在社區工作，利用電腦連線工作以增進效率，以及 case load，一個個案經理應負責多少個案數都可以參考。
  3. 在年報中發現，CCAC 的財物來自省政府其服務費用中 20% 用於 care management，當問這個比例高或低時，他們說 care management 不是行政費用，而是人民應獲得的服務之一。至於全部 CCAC 的行政費用約 8%，這是和過去概念不同的地方，許多文獻認為 CM 是行政業務，而不是服務內容之一。
  4. 照顧協調者每人的 case load 約 100-120 人，在 BC 省約 300 人，而一般文獻則述在 60-100 人之間，case load 的多寡應和個案的嚴重程度和服務周延度有關，因並未提供 case 的功能程度，因此無從判斷。
  5. 目前由政府主導大計畫，做 minimum data set (MDS) 及電腦化，真是大手筆，本想獲得照顧協調者對 MDS 的執行經驗，但因還在訓練中，無法告知。
  6. 在 CCAC 有負擔財務責任，因此他們會很努力執行業務嗎？這可能要看省政府是否有評估的能力了！

過去 CCAC 的 board of director 共有 17 位 members，來自 provider 和民眾代表，但因省政府希望更強的掌控，因此改為 5 人，並由政府指派，包含經濟方面的醫學家、退休護士等，消費者代表的意義為何？這個 board 的組成可引導整體運作，影響應不小。



## (七) 安大略省 Overview of Long-Term Care- Ministry of Health and Long-Term Care

### (1) 參訪內容

本節介紹者是主管機構服務的 director，安大略省的長期照護機構由省衛生處主管，長期照護機構係照顧無法在自家獨立生活，且需 24 小時護理服務者。機構有三種類型：1.護理之家（361 所、36,115 個床位，大多數是營利機構所經營）；2.慈善機構（68 所，9,033 個床位，大多數是非營利機構）；3.市立老人之家（100 所，165 個床位，公立機構）。這三類機構各自受到三個法案之規制：護理之家法案、慈善機構法案，以及老人之家和修養之家法案。機構的可權責性有三方面：1.每個機構必須遵守相關之立法和規定；2.每個機構和衛生處均訂定有服務同意書，載明經費的金額、角色和責任；3.成立衛生處遵循（compliance）諮詢委員會，每年定期審查機構；此委員會並負責申訴案件的調查，協助機構改進，且必要時對如何懲罰機構提出建議。

安大略省長期照護機構之住民具有下列特姓：1.80 歲以上者佔 69%；2.女性佔 73%；3.住民所需的照顧需求在遽增中，過去 10 年內上升 15%；譬如①78%的住民被界定在中度到重度照顧類；②63%有某種類型的精神異常；③72%大小便失禁；④37%需要經常性鼓勵或餵食；⑤72%在如廁時需要一位或兩位工作人員之協助，氣切/ostomy 或使用失禁的用品。至於人們如何才能進入長期照護設施：1.首先，民眾需向 Community care access center（CCAC）申請，由照顧協調者決定其是否符合資格且管理案主名冊並決定優先順序；2.符合資格的判準如後：①18 歲以上；②安大略省健康保險計劃之被保險人；③需要 24 小時的定期督導，以及④社區服務不足或不適合。

安大略省人口約 1,187 萬人，長期照護床 61,683 床，所有人口的機構床數比率是 0.5%。在 2001 年入住機構人數有 2 萬 6 千人，但排隊等候的名單比入住者更多，已多達 34,848 人。目前已入住者的年齡更高、功能更差，所以平均居住的期間較短，為 1.5~3.0 年。在未入住前，這些民眾的所在位置，一般社區佔 38.28%；急性醫療照顧佔 32.45%；長期照護機構佔 19.47%；慢性照顧病床佔（一般隸屬在醫院） 3.93%；及其他居住方式佔 5.86%。

安大略省長期照護機構提供的服務有：1.基本的庇護所和食物；2.護理服務；3.個人照顧服務由個人支持工作員所提供；4.與生活品質相關的服務包括：休閒活動、治療以及其他服務方案去協助和維持住民的最高層次之功能，並享受人生。

經費方面，安大略省長期照護機構之經費有兩大來源：衛生處的預算及使用者自付的費用。而公立老人之家或非營利機構的護理之家、慈善機構也可能接受社會大眾的捐款。省衛生處的預算在過去四年來，健康與長期照護部相關預算，逐年增加。

1998-1999	13.76 億加幣
1999-2000	13.92 億加幣
2000-2001	15.75 億加幣
2001-2002	16.44 億加幣
2002-2003	18.19 億加幣

以 2002/2003 為例，省對機構的補助以每人每日加幣 104.40 元計算，補助的費用分類為三項（他們稱之為 three envelopes）：1.住宿費用（含住和食，住加幣 41.08 元，食加幣 4.49 元）；2.方案和支持費用加幣 5.35 元；3.護理和個人照顧服務加幣 53.48 元。此三項費用不准流用，營利機構只能從「食和住」此項費用去營利。政府對於機構住民的補助在「服務方案和支持」及「住宿和食物」必須是定額的，至於「護理和個人照顧」項費用的補助則視機構住民需要照顧的層級而定。在使用者付費部分：

1. 住民毋需負擔護理和個人照顧、食物、服務方案和支持性食物，但住民的部分負擔部分是用來支付住宿方面的設施設備。又如果一些額外的服務，如電話和有線電視之裝設，則住民需自付費用。
2. 住宿可分類為「基本的」和「個人偏好的」（又含半私人和私人的）兩類，對於「基本的住宿」之費用收取依入住者的收入（不含資產，且以個人收入而不是全戶收入來計算）而定。最基本的費用約台幣 3 萬元。政府用資產調查方式來決定個人的負擔部分（但每位入住者每個月仍可保留加幣 112 元為零用錢）。至於選擇「偏好的」住宿者，則除了負擔全數的「基本的」費用外，另加「偏好的」住宿所需之費用，政府在此部分不予以補助。過去機構的住房配置多是 4 人 1 間，現在多已朝向單人房或雙人房發展，目前政府補助的標準是放在 4 人 1 間的住房。
3. 住民部分負擔的費用：

住宿的類型	每日	每月
一、長期住宿		
1.基本的	51.53 元	1567.24 元
2.半私人的 （基本的費率每日再加加幣 8 元）	59.53 元	1810.77 元
3.私人的 （基本的費率每日再加加幣 18 元）	69.53 元	2114.74 元
二、短期住宿	30.90 元	N/A

註：依目前的情形來看，住民負擔的起的費用為每日加幣 38 元。

安大略省長期照護設施所面臨的挑戰有：1. CCAC 對長期照護設施住民之安置所負的責任面臨著改革；2. 遽增的經費需求；3. 漸增的轉介案件來自醫院，因醫院目前在重組，一者減少住院的期間，再者減少醫院的病床；4. 未來的五年，病床會過度擁擠；5. 漸增的照顧需求和較複雜的需求；6. 照顧者和被照顧者對健康體系的較高期待；7. 人力資源的缺乏。

近期的發展方面有兩件事值得一提，由此可以看出其政策走向：

1. 2001 年訂頒「Community Care Access Corporations Act」，此法案的重點內容有 a. 政府的一致性和可權責性增加；b. 安大略省創造 41 個法定的 corporations；c. CCAC 的委員會委員和執行主任均由 Community Advisory Councils 所任命，上述委員會提供一個論壇，讓 CCAC、長期照護機構、社會支持服務及醫院間有溝通的機會，俾辨識出，並進一步掃除系統間的障礙。主要的改革在於委託（外包）管理及個案管理。
2. 安大略省於 2002 年 5 月修訂安置協調系統的規定，修訂的目的有下列四項：
  - a. 定等待名冊能較適當地反映出真正想要住進機構的人數。
  - b. 減低 CCAC 和長期照護機構的行政工作。
  - c. 簡化評估量表，降低申請住進機構的延緩，而這延緩的原因是未能及時完成健康評量量表。
  - d. 重視長期照護機構轉型相關議題，確保長期照護再發展的一些過渡性課題可被討論。

## (2) 心得感想與建議：

1. 安大略省 Long-Term Care 主要以護理之家（Nursing Home）的照護為主，護理之家的個案 69% 為 80 歲以上的老人，且大部分是非常需要照顧的，可見老老人人口增加，確實社區照顧的困難度增加而需住入機構。政府預期戰後嬰兒潮人口老化的到來，會需要更多長期照護床而將大量擴床，但預計 5 年內床位供給將呈過量現象。
2. 長期照護機構的病床數和收取費用之金額一方面會影響人們進住機構的意願，另一方面也會影響人們使用社區照顧服務的意願。先導計畫對於國內機構在照顧的發展方向應予以密切注意。其次，目前政府對於機構的補助有必要重新檢討，將補助的重點放置在特定的服務方案上，而不是硬體設備之補助。
3. 在安大略省，長期照護機構有三類且分別由三個法案所規制，不知三類機構的設置標準和收費對象有何不同？機構整修和立案是加國未來努力的方向，為什麼？進一步研究三個法案的內容，也許可以釐清上述的問題。政府對機構的補助分為三類且允許營利機構僅能在「住宿和飲食」項謀利，似乎可保證「護理和個人照顧」的服務提供必須符合政府規定，以確保某種程度的照顧品質，但住宿和食物是機構式照顧的最基本要素，品質亦不容忽視。

4. 他們長期照護的預算是用三個信封 (three envelopes) 理論：(1) 住宿 (2) 休閒治療 (3) 護理和個人照顧服務。相當有趣，比起的二個信封理論 (住宿和照顧) 更精緻一些，但他也說，也許分二個信封就夠了，其分開費用項目是“給付”方便，住和吃不是公眾的責任，而是個人的腰包應付的，公眾給的是治療和照顧，這是我國將來規劃長期照護財務採行制度實應納入參考的。
5. 目前他們的機構床位約每百人 6-7 床，他們在 1998 年的政策希望在 4 年中興建 36,000 床，此舉會令其機構化程度為全世界之冠，令人費解，和 BC 省作法很不一樣。
6. 主講人承認，他們委辦 CCAC 做照顧管理之工作，因此民眾要獲得服務必須經由 CCAC，就是進機構也一樣。CCAC 必須負擔的財務責任，會不會因此把個案推向機構，省得費用的支出，這不是開倒車？但他回答不會，而且進機構是要和個案協商，除非消費者有足夠的能力和認知，能和照顧經理協商，否則還是有過度機構化的可能。
7. 護理之家的費用並非完全由政府負擔，護理及個人照護由政府負擔，但居住及膳食則需自己負擔，並依個人收入決定，安省的長照 (護理之家)，居家護理及急性照護三者由三個不同部門負責經費也各自獨立，可能不希望某一部分佔用過多經費成為財務上的黑洞，尤其一般人多認為護理之家或居家護理使用期間長，會造成永無止境的財務需求，而急性照護使用期間短容易控制，當然這也是以醫師為主的團體所持的看法，由政府整體看來三者的關係密不可分，護理之家或居家護理照顧不好就會造成急性醫療的負擔，如果經營者是同一個人，就會以提高護理之家或居家護理的品質來承擔早期出院的個案及預防可避免的住院 (如因跌倒，肺炎所造成的住院)。長期照護體制下護理之家及居家健康照護的社區式照顧都需經過照顧協調者的評估是一個非常好的一個守門人，但照顧協調者只負責居家健康照護部分的預算而不必負責長期照護部分的，亦造成將個案往護理之家送，以減少 CCAC 財務負擔，安省由今年開始要每位照顧協調者負責一筆自己的預算，上述的現象將成為不可避免的挑戰。Portland 的 PACE program 即在解決這樣的問題。
8. 安大略省的長期照護政策最大的問題是沒有整合，醫院醫療體系，社區照護體系和社會福利體系各自為政，從經費到服務都分開，而由 CCAC 的照顧經理去整合，肯定是非常困難的，這是一個明顯的不值得學習的模式。
9. 加拿大長期照護以醫療保險模式處理，而非以社會福利模式推動，雖然各地差異頗大，但對品質仍然講究，老人在機構得不到關心或照顧，機構仍會面臨被處罰或關閉之待遇。安省現更精密的確認排隊等候進住機構的老人，以反映民眾想入機構的真實數字，並減少長期照護機構。足見機構有其必要，但不是無限制的增加，而且品質不可忽略，西方各國似乎都奉此為圭臬，此一方向台灣應無例外。

## (八) Public-Private Partnership for Long-Term Care Redevelopment –Ministry of Health and Long-Term Care

### (1) 參訪內容：

安大略省長期照護再發展方案 (Public-Private Partnerships for Long-Term Care Redevelopment, 簡稱 3P 計畫) 的緣由：安大略省在 1998 年檢討認為在之前的十年皆管制護理之家 (nursing home, NH) 床位之設立，可能無法因應嬰兒潮世代老化之時需求，故決定大量增設 NH 床位，預定 2004-2006 年完成，以達到 75 歲以上人口每 1,000 有 100 床的比率。1998 年政府宣布要興建 20,000 張長期照護設施的病床，並整建 16,000 床，政府預算 5 億 9,100 萬加幣用於新的二萬床及現有的一萬六千床費用，總經費需求約為 40 億加幣。長期照護床位在五年內將增加 35%，以因應持續增加的需求。但至 2000 年六月進度嚴重落後政府檢討後有新的體認，認為必須更重視政府和民間的伙伴關係。由於政府的財政困難，加上現有的公部門和私部門之間的相互依賴性，以及政府嘗試其他財務、興建採購方式的意願提高中，期望能作為一股改變的原動力。故長期照護再發展計畫於 2000 年春開始積極規劃，採行 3P 計畫 (公-私-伙伴關係)。長期照護服務要擴展，需立基於伙伴關係之建立，包括：公-私、公-非營利單位、公-公等三類關係。對於長期照護再發展方案政府的目標有四項：1.將納稅人的錢發揮到最佳的價值；2.充份運用三類伙伴關係之資源與專家；3.建立一有用的環境，包括成功的伙伴關係、發展財源、可支持且無法替代又可行的長期照護機構；4.發展三類伙伴關係為首要工作。

安大略省為何在長期照護方面採行 3P 策略，乃立基於下列理由：1.政府對於設置優先順序和服務層級仍握有掌控權；2.服務輸送的層次可能相同或較好，但納稅人的費用較少；3.風險分擔在那些有能力管理者身上；4.伙伴關係立基在各部門的優勢上；5.創新的解決方式和專長會呈現，這是超越政府的能力之外；6.新的伙伴之評選是公平的。

在優先順序和服務層級之設置方面：1.政府辨識出長期照護硬體的擴建是當務之急，俾能滿足安大略省人口老化之需求；2.政府透過下列事項的決定來達成過程控管的目標：a.安大略省內的長期照護病床數及設置地點；b.所有長期照護設施的設計標準；及 c.經費的程度；及 3.對於準時達成目標的關注。

在服務輸送層次方面，採用 3P 策略的考量：1.金錢的價值：較好的建物但較低的成本；2.增加效率：時間較快，可輸送的且能如期完成。

採行 3P 策略興建長期照護機構，風險管理的配置如下圖。

政府	共同分擔的	營利/非營利/公立
1. 對於長期照護承諾的實現 2. 床位的妥適配置 3. 設定的準則	1. 人力資源 2. 民眾需求/運用 3. 期程 4. 及時的案主安置 5. 服務輸送 6. 床位和服務的 uptake 7. 科技 8. 資本財的可獲得 9. 營利/虧損	1. 滿意的競爭 (發展、設計和重建) 2. 財務 3. 現金流轉及營運的效率性 4. 稅賦 5. 證照的價值 6. 通貨膨脹及利率

政府對於興建業者之風險分攤管理：興建後未來 20 年內，政府對於興建費用的補助每床每日加幣 20 元。

在選擇新的伙伴關係方面：競標的過程必須公開、公平及可權責性。業者想進入市場勢必相當競爭的。目前的業者中，營利公司佔 51%，非營利機構佔 49%。

在 3P 的策略下，其成效是至 2002 年春季新開放了 6,129 床，且有 7,147 床在興建中。機構負責人成功地與工業結合，建立良好關係，計畫團隊持續鼓勵創意以達目的。計畫已上軌道，並將達到原來的使命與期待。未來，努力的課題有下列五項：1.分擔、緩和與控制風險；2.公私部門合作過程應具彈性與充分協調，以達三贏局面(參與者、使用者、政府)；3.開拓財源策略有待加強；4.成立單一窗口與專家就計畫管理、發展、機構數及財源等議題研商；5.考量三類型伙伴關係是否成功，亦應評估風險及效益。

(2) 感想心得與建議：

- 1.安大略省用私有化(或稱民營化)的策略迅速興建長期照護機構，雖可暫時節省政府大興土木的資本門之支出，但建物完工後，政府對興建費用的補助 20 年，加上屆時再補助進住居民的費用，政府需要負擔的費用不知有否推估？如果床位數供過於求，該如何因應？
- 2.雖然政府透過設計準則的訂頒來管控某種程度的水準，但實際狀況則有待考察。

- 3.興建兩萬個長期照護機構的床位，未來開始提供服務時，勢必須要大量的照顧人力，不知有無人力發展計畫？
4. 3P 政策，和民間合力興建 NH，他們會核定民間的興建計畫，每家不得多於 200 床，有建議興建地點，已達到地理分佈均衡之目的，其目標為 75 歲以上老人 100 床/1,000。
- 5.「就地老化」是長期照護政策的目標，但安大略省在此時仍大量興建機構，而不是將資源轉置在社區照顧上，其作法令人不解。這個政策的決定似乎不被當地的社會學者所接受，我們無法從報告中瞭解的是決策所依據的資料似乎不太有說服力，且其面臨幾項挑戰：
  - a.嬰兒潮世代的老人是否有意願住進護理之家，沒有明顯的證據。現在的趨勢就已經是越來越少人選擇成本高，且老人不喜歡的護理之家，未來的老人會改變嗎？
  - b.目前省政府雖然不必負擔任何籌建經費上的風險，但床位及機構建設完成後，20 年每床皆要付 10.35 元加幣，以資助建設經費，這筆預算佔用未來之經費將使未來的執政者無法再有經費執行其他的長期照護計畫。如果床位超過未來的需求將會造成不可補救的錯誤，而沒有看到明確的證據顯示。進護理之家床位的未來需求有多少，主講者只說如果床太多時，其功能將會是取代一部份老舊的進護理之家，她也承認每 1,000 人 100 床是一個較高的比率，這樣的估計不一定是不正確的，只可惜沒有看到計算基礎令人難以信服，如果加國未來青壯年人口減少，沒有足夠的人可以協助居家照護服務的各項需求，也沒有足夠年輕人與老人同住，也許政府只能以進護理之家應付。
  - c.目前加國聯邦政府在倡導基層醫療及預防保健希望減少依賴度高的老人，這個政策似乎完全沒有考慮此趨勢，也未做適當的銜接。
- 6.所謂 3P 是三方面全贏的策略，政府、民間服務提供者，以及使用者全贏的說法，表面上看起來有道理，其實年輕的納稅人是唯一的輸家。因為在未來 20 年，他們必須額外負擔沈重的支出。

每年 36,000 床\*10.35 元\*365 天=135,999,000 元

這些支出還沒有包含照顧服務等花費，但講者說，他們這樣做在護理之家蓋好之前政府沒有風險，眼前沒有風險，但未來付費的壓力呢？還有，其帶來的過度機構化問題，這是可以學習的策略嗎？

## (九) Faculty of Social Work, University of Toronto

(discussion with Ernie Lightman、Sheila Neysmith、Judith Wahl and Anne E Meadus)

### (1) 參訪內容

這四位學者和倡導者(Ernie Lightman、Sheila Neysmith, Judith Wahl ,and Anne E Meadus)提出一些加拿大的長期照護的負面訊息供我們參考，等於提供一些平衡報導，這些訊息是我們在官方的介紹中絕對聽不到的，也讓我們瞭解每個社會推行某項制度都有好的一面，一定也有一些不欲人知的不好的一面，綜合整理四位的發言重點如下：

Sheila Neysmith認為安大略省的健康和長期照護體系具有下列五項特性：

- a.提供國民健康服務是各省省政府的責任，故各省之間變異很大。
- b.健康照顧(急性醫療)體系和長期照顧(社區照顧)體系不應各自分立，而應整合。在所有的健康照顧費用中，社區照顧只佔 2%。在經費緊縮下，醫院住院的天數縮短，故出院的病人較衰弱，但可獲得的社區照顧(居家服務)時數減少，且不包括工具性日常生活照顧。
- c.截至目前為止，社區照顧仍未是政策的議題，社會大眾仍較關心健康照顧(特別是醫院照顧)的問題。
- d.健康照顧和社會服務兩者仍未整合，除了魁北克省設有 Local Community Services Center 整合健康和社會服務處，其他省的兩個體系都是分立的。

Ernie Lightman:

- a.州政府需負責提供居民「醫療所必需」的服務，但醫療所必需的服務之範疇並不相同。
- b.加拿大的醫療照顧之費用中有 30%是付給營利部門。
- c.個人申請到護理之家的執照後，即可高價轉賣給他人。
- d.自 1994 年後未立案的機構紛紛設立，但政府並未採取任何策略，而任憑其與立案護理之家同步發展。
- e.政府應負責「INSPECT」機構的品質，但此 INSPECT 的功能改為「輔導諮詢委員會」，喪失其「規制者」的角色。



Judith A. Wahl:

- a. 窮人負擔不起社區式照顧服務。
- b. 對評量結果不服者，可提出申訴，但需要為時 6~8 個月才被裁定，在等待期間，老人的需求未能被滿足，生活非常艱困。
- c. 政府規定 40%的長期照護機構需保留給窮人，但仍供不應求。

Anne E. Meadus:

- a. 長期照護機構有三類，在此三類機構中，入住之居民僅需負擔食物和住宿費用，但住在退休社區則需負擔全部之費用，有精神病或行為問題之身心功能障礙者則無處可收容。
- b. 目前接受到住民對機構抱怨的事項有：食物不好、工作者技能不夠、人力配置不足，以及產生傷害等。

(2) 心得感想與建議

1. 四位學者與民間代表一出口，就把政府大罵一頓，他們抱怨護理之家的品質，以及政府的無能，尤其是中央政府。他們批判 MDS 的決策缺點是：
  - a. 它不能適用於加拿大的文化，但礙於版權，所以不能改；
  - b. 因有大量私人營利的護理之家才會需要這個詳盡的評鑑的工具來抓小偷，他們認為非營利機構的機構應會有好的自我約束。他們認為營利機構是垃圾，看來他們是極端社會主義。
2. 社會福利學者理想較高；倡導者團體尤其有此特質，我想他們對政策的批判都很尖銳，也正確，可惜的是無法提出具體的政策建議，其實政策不可能十全十美，倡導團體的意見應被尊重，也應參考，但不一定能被落實。
3. 加拿大的社區照護預算都設在健康醫療照護的預算之下，沒有在獨立預算下設定一定的比率額度。即使政府的社區照護預算增加，但由於醫院政策改變，縮短住院日，過去住院的急性後期個案都回到社區接受照顧，用掉不少社區照護的經費，因此實際上用在有長期照護需求個案的社區照護經費並未顯著增加，社會福利學者認為加拿大事實上沒有明確的長期照護政策。
4. 目前的醫療保險沒有完全給付藥物和社區照顧的部分，所以民眾還沒有得到足夠的照顧。
5. 未立案的長期照護機構在加拿大也是存在的，尤其過去多年來加拿大政府

控制新機構、新床位的設置，但許多民眾急著要機構照護，在長照機構的等候名單下排隊等不及的狀況就住入未立案機構，這些機構沒有政府的管理，因此照顧品質很差，時有虐待、不良照顧情事發生，基於此，The advocacy center for the elderly 因而成立，提供民眾老人免費法律諮詢，甚至協助採取法律訴訟，捍衛民眾權益。老人和失能者是弱勢者，入住機構後大多無力捍衛自己的權益，因此社區對機構品質的督導和代言機制需要發展，這也是我國發展長照體系要顧及的。

6. 加國政府在 1998 年宣稱要新設 2 萬床，翻新 1 萬 6 千舊有長期照護床，採政府補助民間設立興建的方式，在未來 20 年內每床每天可獲政府補助 10.35 元加幣，與談的專家學者認為此一政策是圖利大財團，且設置過多的床位。
7. 從他們的口中，終於弄通了一個可能的邏輯：為何他們要蓋護理之家（NH），因為每一個單位都在推照護個案的責任，醫院推給 CCAC，CCAC 也樂於推給機構，而政客喜歡經營護理之家的事業，因此遊說多蓋護理之家，這個政策就在此狀況下成形，皆大歡喜，公部門不必擔心財務責任，而追求私利的政客高興可以蓋護理之家撈錢，苦的是民眾必須花錢去住護理之家。
8. 加國整體政策哲理只是對所有的人提供健康照護，而不是對所有的人之照護，他們只想提供民眾健康照護，長期照護尤其是社區照顧只是為了下降健康照護的成本而提供一些，本質上，他們並不努力讓每個人都能得到。
9. 加國的作法是介於英國與美國之間，他們一方面想靠向英國，一方面又想靠到美國。因此他們健康照護上學英國的公醫制，一方面又怕太英國化，所以不會把英國社區照護的精神納入，而轉靠美國，不會給太多的長期照護，長期照護只是他們制度中的邊緣服務。總體而言，他們的長期照護是不太發達的。更可悲的是，護理之家的品質問題仍大，社區照護提供不多的狀況下，他們卻學美國花大錢做 MDS。
10. 安大略省對於社區長期照護的補助刪除了「家庭支持」部分，導致一些原本只需要家事服務、交通協助或送餐服務的個案無法在社區中生活，而造成機構的需求增加，而省衛生部並未針對這部分問題做改善，反而以增建機構作為唯一解決方案，這一點很難說服別人，因為增建機構所需的經費大於改善社區照護的品質，所以這些教授，律師的批評很有說服力了。比較理想的作法應該是：a. 檢討目前社區照護方案讓人們無法滿意並且必須住進機構的因素是什麼？b. 讓最脆弱的老人住進機構，讓機構中失能較不嚴重的移往社區，如此來調整機構的需求量，更能節省經費，並且符合「在地老化」的觀念。

11. 對於營利單位的批評在目前民營化的潮流當中，是很重要的思考，其實不只是營利單位，還有「假非營利之名，行營利之實」的單位，在管理上如何才能落實品質的要求，是一個值得進一步探討的課題：a.到底民營化的對象，該不該包含營利單位？b.如何管理才能有效維持服務品質？c.非營利單位的實際經營狀況為何？是否也有假非營利之名，行營利之實。
12. 使用者或團體的監督在多倫多好像不怎麼有力量，在一個人權保護、民主發展都相當有水準的地方，尚且不能有權監督，在台灣其實是更困難的。



上圖：與多倫多大學四位學者對談

#### 四、綜合感想與建議

綜合以上的報告，對我國未來的持續性照顧與長期照護走向和政策有以下數點建議：

- (一) 健康醫療照顧服務與長期照護服務之提供都是地方政府的責任範疇，故想要整合急性醫療照顧和長期醫療照顧服務的省份，則有較大的自主空間來實施創新的方案。
- (二) 在地方分權化下，如何讓區域間的不正義（或差距）縮小是嚴肅的課題。在加拿大，透過 Equalization Transfers 之機制讓較窮的地方政府獲得較多的補助，也許可供我國目前在重新檢討社會福利經費補助設算標準的參考。
- (三) 聯邦政府雖負責提供財務補助給地方政府，但地方政府是否不當使用經費甚難監管，但可透過不撥付補助款的方式來要求地方政府改進之。地方濫用中央之補助時，中央均有回收之權利，中外皆然。目前補助地方之經費大部分已改為設算方式，為查核其績效，中央赴地方考核制度乃因應而生，是以監督、考核在規劃長期照護之同時，監督考核應納入考量。
- (四) 加拿大的社區居家照顧服務主要侷限在減少急性醫院的醫療花費，與我國的情況類似，居家照顧並非全民服務，民眾能得到的免費服務不多，基本上還是認為居家照顧是家庭的責任，一旦家屬沒辦法照顧而送入機構時，則由政府負擔照顧費用（食宿自付），難怪長期照護機構有很長的等待安置名單。將來我國若要對長照提供補助或給付，應以個案的功能依賴度和服務需求度為標準，不應該依居住安排有所不同，否則可能導致個案容易過早入住機構。
- (五) 加拿大中央政府與地方政府權責明確，完全落實地方制度，中央負責規劃全國一致性之事務，地方則實際執行，地方問題地方自行解決，除非涉及政策，這樣的權責分工，應是我國學習標的。
- (六) 在台灣，安寧照護是否要納入長期照護體系的一環，值得再討論。其次，目前安寧照護的居家服務量非常有限。建議長照先導小組成員也許需與國內安寧照護協會之成員進一步對話，以釐清日後我國長期照護體系的走向。
- (七) 目前台灣雖然護理人力過盛，但可預期社會多元化提供女性就業更多選擇的同時，若護理人員的專業功能未能提升、工作環境不改善，我國在不久將來也會面臨同樣人力不足的問題。加拿大居家護理所遭遇的問題，如資金不足、人力不穩定、工作員之工作安全等問題和台灣

的現況頗為相似；至於未來的努力方向也可提供我國參考。

- (八) 長期照護機構的病床數和收取費用之金額一方面會影響人們進住機構的意願，另一方面也會影響人們使用社區照顧服務的意願。先導計畫對於國內機構在照顧的發展方向應予以密切注意。其次，目前政府對於機構的補助有必要重新檢討，將補助的重點放置在特定的服務方案上，而不是硬體設備之補助。
- (九) 他們加國長期照護的預算是用三個信封 (three envelopes) 理論：(1) 住宿 (含食住)；(2) 休閒娛樂和治療；(3) 護理和個人照顧。相當有趣，比起二個信封理論 (住宿和照顧) 更精緻一些，但他也說，也許分二個信封就夠了，其分開費用項目是”給付”方便，住和吃不是公眾的責任，而是個人的腰包應付的，公眾給的是治療和照顧，這是我國將來規劃長期照護財務採行制度實應納入參考的。
- (十) 加拿大長期照護以醫療保險模式處理，而非以社會福利模式推動，雖然各地差異頗大，但對品質仍然講究，老人在機構得不到關心或照顧，機構仍會面臨被處罰或關閉之待遇。安省現更精密的確認排隊等候的老人，以反映民眾想入機構的真實數字，並減少長期照護機構。足見機構有其必要，但不是無限制的增加，而且品質不可忽略，西方各國似乎都奉此為圭臬。此一方向台灣應無例外。
- (十一) 「就地老化」是長期照護政策的目標，但安大略省在此時仍大量興建機構，而不是將資源轉置在社區照顧上，其作法令人不解。這個政策的決定似乎不被當地的社會學者所接受，我們無法從報告中瞭解的是決策所依據的資料似乎不太有說服力，且其面臨幾項挑戰：
1. 嬰兒潮世代的老人是否有意願住進護理之家，沒有明顯的證據現在的趨勢就已經是越來越少人選擇成本高，且老人不喜歡的護理之家，未來的老人會改變嗎？
  2. 目前省政府雖然不必負擔任何籌建經費上的風險，但床位及機構建設完成後，20年每床皆要付加幣10.35元，以資助建設經費，這筆預算佔用未來之經費將使未來的執政者無法再有經費執行其他的長期照護計畫。如果床位超過未來的需求將會造成不可補救的錯誤，而沒有看到明確的證據顯示護理之家床位的未來需求有多少，主講者只說如果床位數太多時，其功能將會是取代一部份老舊的護理之家，她也承認每1,000人100床是一個較高的比率，這樣的估計不一定是不正確的，只可惜沒有看到計算基礎令人難以信服。如果加國未來青壯年人口減少，沒有足夠的人可以協助居家照顧服務的各項需求，也沒有足夠年輕人與老人同住，也許政

府只能以護理之家應付。

3.目前加國聯邦政府在倡導基層醫療及預防保健希望減少依賴度高的老人，這個政策似乎完全沒有考慮此趨勢，也未做適當的銜接。

(十二) 未立案的長期照護機構在加拿大也是存在的，尤其過去多年來加拿大政府控制新機構、新床位的設置，但許多民眾急著要機構照護，在長照機構安置的等候名單排隊之下等不及就住入未立案機構，這些機構沒有政府的管理，因此照顧品質很差，時有虐待、不良照顧情事發生，基於此，The advocacy center for the elderly 因而成立，提供民眾老人免費法律諮詢，甚至協助採取法律訴訟，捍衛民眾權益。老人和失能者是弱勢者，入住機構後大多無力捍衛自己的權益，因此社區對機構品質的督導和代言機制需要發展，這也是我們發展長照體系要顧及的。

(十三) 在安大略省為何政府要蓋那麼多護理之家，因為每一個單位都在推個案，醫院推給照顧管理中心 (CCAC)，CCAC 也樂於推給機構，而政客喜歡經營護理之家的事業，因此遊說政府多蓋護理之家，這個政策就在此狀況下成形，皆大歡喜，公部門不必擔心財務責任，而追求私利的政客高興可以蓋護理之家撈錢，苦的是民眾必須花錢去住護理之家，此種現象，值得警惕。

(十四) 對於營利單位的批評在目前民營化的潮流當中，是很重要的思考，其實不只是營利單位，還有假非營利之名，行營利之實的單位，在管理上如何才能落實品質的要求，是一個值得進一步探討的課題：(1) 到底民營化的對象，該不該包含營利單位？(2) 如何管理才能有效維持服務品質？(3) 非營利單位的實際經營狀況，是否有假非營利之名，行營利之實。

### 第三章 日本長期照護參訪報告

#### 一、前言

##### (一) 人口概況

2001 年 4 月資料指出：日本 65 歲以上人口約佔總人口數的 17.5%，2002 年為 18.3%，可見日本的高齡化成爲一重要問題。厚生勞動省說明目前臥床及罹患失智症的老年人口數，並推估未來 2010 年及 2025 年的成長情形之報告中指出：1993 年，全國 65 歲以上的老人人口共有 1,690 萬人，虛弱的老人有 100 萬人，罹患有失智症且需要長期照護服務但沒有臥床的老人共 10 萬人，臥床的老人共有 90 萬人。全部需要長期照護服務的人數共 200 萬人，佔 65 歲以上老年人口的 11.8%。

在 2000 年時，日本國內老人人口數及需要長期照護的人口數皆有增加的趨勢，全國 65 歲以上的老人共有 2,170 萬人，虛弱的老人有 130 萬人，罹患有失智症且需要長期照護服務但沒有臥床的老人共 20 萬人，臥床的老人共有 120 萬人。全部需要長期照護服務的人數共 270 萬人，佔老年人口的 12.4%。

另外厚生勞動省推估在 2010 年時日本全國 65 歲老人人口數將達到 2,770 萬人，2025 年時 65 歲老人人口數將達到 3,240 萬人，且在 2010 年時老年人的健康情形及長期照護需求情形如下：虛弱的老人有 190 萬人，罹患有失智症且需要長期照護服務但沒有臥床的老人共 30 萬人，臥床的老人共有 170 萬人。全部需要長期照護服務的人數共 390 萬人，佔老年人口的 14.1%。

而在 2025 年時老年人的健康情形及長期照護需求情形如下：虛弱的老人有 260 萬人，罹患有失智症且需要長期照護服務但沒有臥床的老人共 40 萬人，臥床的老人共有 230 萬人。全部需要長期照護服務的人數共 530 萬人，佔老年人口的 16.4%。

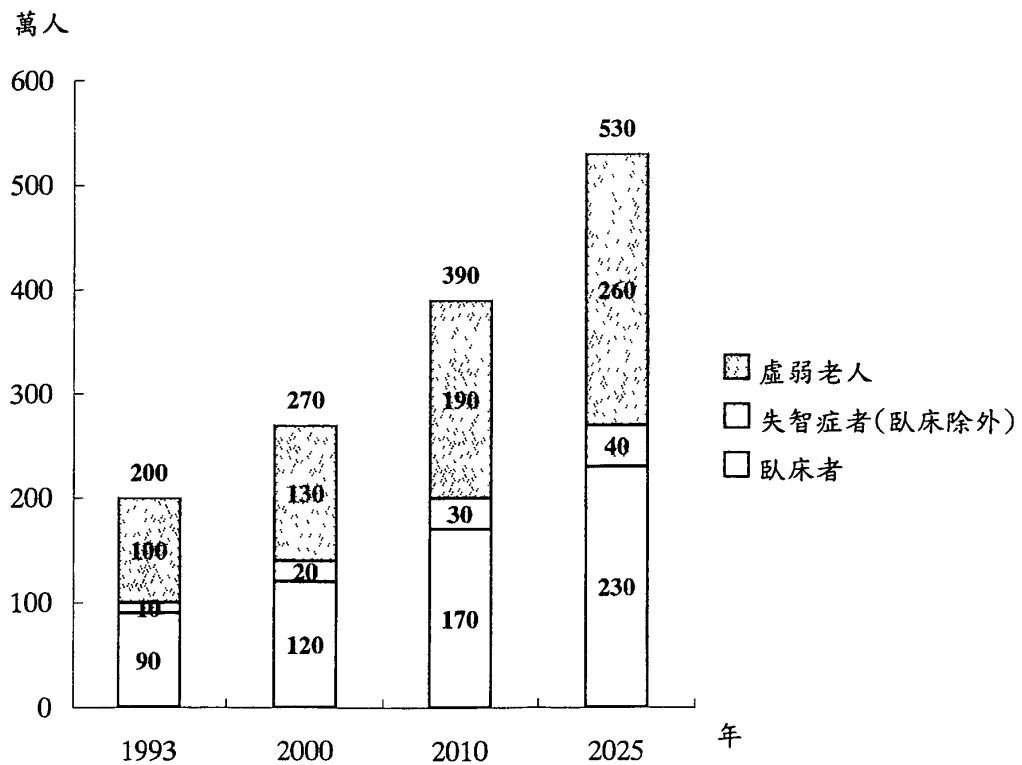
從日本厚生勞動省目前與推估之老年人口數及長期照護利用的分布情形來看，老年人口比例會有增加的傾向，從 2000 年的 2,170 萬名老年人至 2025 年的 3,240 萬名老年人，未來的 25 年日本老年人口將增加 49.3%，而且 65 歲以上老年人對長期照護服務有需求的比例亦有增加的傾向，從 2000 年的 12.9% 至 2025 年 16.4%。

日本身心功能障礙高齡者之統計資料

(單位：萬人)

依身心狀況	1993	2000	2010	2025
虛弱老人數	100	130	190	260
失智症者(臥床者除外)	10	20	30	40
臥床者	90	120	170	230
需要長期照護服務者	200	270	390	530
65歲以上老人人口數	1,690	2,170	2,770	3,240

身心功能障礙高齡者人口數之推估





## (二) 照顧者特性

1995 年，針對日本 65 歲以上臥床的老年人進行調查，有 86.0% 的臥床老人和他的照顧者同住。而有和臥床老人同住的照顧者與失能者的關係為：27.0% 的照顧者為臥床老人的配偶，20.2% 的照顧者為老人的子女，34.2% 的照顧者為老人的子女之配偶，4.5% 的照顧者為老人的其他親屬。主要照顧者與老人兩者的關係主要為老人的子女之配偶（媳婦或女婿）、其次為老人的配偶、再其次為老人的子女。

### 失能者與照顧者之同住情形與兩者關係

同住情形及兩者關係	百分比 (%)
不同住	14.0
同住	86.0
配偶	27.0
子女	20.2
子女之配偶	34.2
其他親屬	4.5

65 歲以上臥床老年人的主要照顧者之年齡分布情形為：39 歲以下的照顧者佔全部照顧者人數的 4.1%，40-49 歲的照顧者佔 15.3%，50-59 歲的照顧者佔 28.1%，60-69 歲的照顧者佔 28.3%，70 歲以上的照顧者佔 24.2%。主要照顧者的年紀仍屬於高年齡化的族群，其中以 60-69 歲者佔最多、70 歲以上的照顧者次之、再其次為 50-59 歲。

### 照顧者的年齡分布

年齡	百分比 (%)
30 歲以下	4.1
40-49 歲	15.3
50-59 歲	28.1
60-69 歲	28.3
70 歲以上	24.2

### (三) 日本之老人介護保險制度之理念

日本厚生勞動省於 2000 年 4 月 1 日開辦介護保險制度，旨在減輕家屬照護上的負擔，並由社會共同支持照護，減除老後的不安，使老人都能老有所終，並將介護保險制度的政策目標訂定如下：

- 1.來社會將呈現高齡化，必須促進建立介護保險制度以提供對長期照護有需求者的支持。
- 2.建立清楚明確的保險制度，讓民眾清楚瞭解分擔給付的關係。
- 3.修正健康、醫療及社會福利三分立的情形，並建立綜合性服務提供民眾選擇。
- 4.將長期照護從健康照護保險中區分出來，並以減少社會機構化為第一步驟。

### (四) 介護保險制度

#### 1.介護保險制度經費介紹

日本介護保險制度之財務來源為政府的稅收及被保險人的保險費用兩種。介護保險為強制性的社會保險，市町村為保險人，全國共有 3,560 個市町村為介護保險之保險人，日本國民從 40 歲開始加入介護保險制度。財務來源方面，有 50% 屬於政府稅收，其中 25% 由中央政府支付、12.5% 由縣市政府支付、12.5% 由各市町村支付；另外 50% 由被保險人負擔，平均每人一個月約繳交 2,900 元日幣，40-64 歲的被保險人繳交的保險費用，由被保險人參加的國民健康保險中央會等全國性單位支付；65 歲以上的被保險人不需要繳交這 2,900 元的保險費用，而是由國家的安定基金支付此費用。當被保險人經由他所居住的市町村認定有介護需求時，再依照顧經理設計的介護服務使用計畫內容，選擇利用社區式或機構式的服務。當被保險人接受介護服務時的費用方面，全部費用的 90% 由市町村給付給服務提供者、10% 由使用者自行負擔並給付給服務提供者。

依被保險人的年齡將其分為：65 歲以上的老人為第一類被保險人、40 歲以上未滿 65 歲者為第二類被保險人，其保費的計算方式及繳費方式做下列介紹：

	65 歲以上者	40 歲以上未滿 65 歲者
保費	按所得核計保險(*因各市區町村的服務內容，保費不同，每月約 3,000 元日幣)	保費因所得或資產而異
繳費方法	領有年金者，由年金中扣除 *65 歲以上老人之保費，至 2000 年 9 月間半年免繳，其後一年中減半	醫療保險和照護保險費合併，按戶由戶長繳納 *原則上保費之半數由雇主負擔。

## 2.服務申請流程

被保險人若有意願使用介護服務時，須到其居住地的市町村辦理手續。首先市町村會針對被保險人的身心狀況進行調查，另外再經由主治醫師評估其健康狀況，接下來由醫師、看護人員及社會福利相關人員依據主治醫師的意見書及被保險人的身心狀況調查結果，來評定被保險人是否有介護需求及對介護服務的需求為何種程度，並將被保險人分成三種類別：可自行照料生活起居、需要支援者、需要介護服務者。被認定為可自行照料日常生活活動的被保險人，可接受市町市提供的服務(不包括介護服務)，服務包括：送餐服務、較輕鬆的家事服務(購物、洗衣服、整理家務等)等服務。而被認定為在日常生活活動上需要協助的被保險人，則屬於需要支援者。若被認定為臥床者或罹患失智症且需要介護服務者，則屬於需要介護者，並且依身心狀況之嚴重程度分成：需要介護一級、需要介護二級、需要介護三級、需要介護四級、需要介護五級等五個程級。並且經由照顧經理設計適合被保險人的介護服務計畫，認定為有需要支援的被保險人只能使用社區式的介護服務；而認定為需要介護一級至五級的被保險人則可以使用社區式或機構式的介護服務。

自申請介護服務之認定至接受介護服務的流程如下：

步驟	工作內容
1. 提出申請	<p>若要利用照護保險之服務，必須先經過認定為需要照護，須向當地政府提出申請書及照護保險證。申請除由本人或家屬提出外，亦可由居家照護支援團體或照護保險單位代辦。</p>
2. 需要照護之認定	<p>由分所主辦人員或受委託之事業單位派人家訪，調查個案之身、心狀況（調查表全國通用）。並且由照顧經理擬訂介護服務計畫意見書，以及主治醫生就醫學觀點，表示對疾病或傷害之意見，如無主治醫生，亦可由公所指定之醫師做診斷。再經由電腦判定是否需要照護。</p> <p>自申請至認定應於 30 日內完成，原則上認定結果每 6 個月更新一次，更新之手續與認定之手續相同。</p>
3. 審查	<p>照護認定審查會依電腦判定結果及主治醫生之意見，由審查會決定申請者需要照護之等級。</p>
4. 介護程級之認定	<p>決定需要照護程度並通知申請人，因應照護之需要分成需要支援及需要介護，需要介護的等級依身體狀況分成下列幾種：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 需要介護一級：基本上具有日常生活能力，沐浴方面則需要部分支援。</li> <li>b. 需要介護二級：自行站立或步行有困難，排泄、沐浴方面需要部分照護。</li> <li>c. 需要介護三級：無法自行站立或步行，排泄、沐浴、穿衣等方面需全部照護。</li> <li>d. 需要介護四級：排泄、沐浴、穿衣等日常生活活動均需照護。</li> <li>e. 需要介護五級：意思傳達困難，生活各方面均需要照護。</li> </ul>
5. 擬定照護服務計畫	<p>可依本人或家屬之意願，選擇照護服務；經由照顧經理代擬照護計畫，也可由自己擬訂服務計畫。擬訂服務計畫時，使用者並不用負擔費用。決定居家或入院居家照護時，照顧經理於聽取本人或家屬之意願後，再與服務提供者連繫之後，擬訂計畫，若要入住介護保險機構，則由機構擬訂服務計畫。</p>

介護保險之被保險人利用服務的條件如下：

<p>六十五歲以上 (第一類被保險人)</p>	<p>不論原因，需要照護或需要支援時，均可接受照護服務。</p>	<p>需要照護情形：因身、心障礙，對於日常生活之基本動作如沐浴、排泄、飲食等，經認定有一段時間(6個月)需要照護者。</p>	<p>因特殊理由，若在申請需要介護以前已接受照護服務者，先全額自行負擔費用，經申請認定合格後，市町村會退還九成費用。</p>
<p>四十歲以上六十五歲未滿 (第二類被保險人)</p>	<p>限於因老化之疾病(初期失智及腦血管疾病、骨質疏鬆症所致之骨折等)而需要照護及支援者。若因交通事故之殘障而需要照護者，介護保險不給付費用。</p>	<p>需要支援情形：因身、心障礙，在一定時間內(6個月)持續地在日常生活活動上有困難。</p>	

3.服務內容

介護保險制度提供的服務項目包括社區式及機構式的服務。社區式的介護服務種類包括：a.居家訪視服務：家訪照護、家訪沐浴照護、家訪復健、來院復健(日間照護)、家訪護理、日間照顧、輔助用具租用等；b.短期機構式服務：短期入院復健、短期入院療養；c.居家療養管理指導；d.失智老人之家；e.補助社福用具購買費；f.住家改裝補助(例：扶手、階梯改建等)費用。機構式的介護服務種類包括：a.照護老人福祉設施(特別養護老人之家)；b.照護老人保健設施；c.照護老人療養型醫療設施：例如：療養病房、失智症療養病房、醫院加強照護服務提供。被保險人依身心狀況評定有介護需求者，可以使用社區式及機構式的照護服務；若評定為只需要支援者，則只能利用社區式的照護服務(失智老人之家照護服務除外)，不能利用機構式照護服務。

介護保險制度提供社區式及機構式的服務，包括下列服務項目：

1. 社區式服務項目及內容

服務項目	服務內容
家訪照護	幫傭、協助照護、家事與處理日常事務。
家訪沐浴照護	以裝有浴槽之沐浴車訪視家庭，幫助沐浴。
家訪復健	物理、職能治療師家訪提供機能復健訓練。
來院復健	日間在老人保健機構或醫療機構接受沐浴、餐飲、機能訓練等服務。
家訪護理	護理人員家訪協助護理工作。
日間照顧	在日間照顧中心接受沐浴、餐飲、機能訓練等服務；當天來回。
輔助用具租用	出租輪椅、病床等社福用具。
短期入院復健	短期入住老人特別養護中心（老人照護機構）接受日常生活之照護與機能訓練。
短期入院療養	短期入住照護老人保健設施或照護療養型設施等，在醫學管理下接受護理、機能訓練、日常生活之照護等。
居家療養管理指導	醫師、牙醫師、藥師等家訪，並指導療養上之管理。
失智老人之家	因失智而需要照護的老人，5-9 人共同生活並接受照護特別設施入院者；在收費老人之家亦可接受照護服務。
補助社福用具購買費	一年補助以 10 萬元為上限，用以購買排泄、沐浴等用具。
住家改裝補助	家中裝設扶梯、去除階梯等小規模裝修（限修改當時居住之房舍）。

2. 機構式服務項目及使用者特性

服務項目	服務對象性質
照護老人福祉設施	日常生活中隨時需要照護，但居家照護有困難時，可以入院接受這項服務
照護老人保健設施	病情穩定，以復健為主，接受醫療及照護以便回家
照護老人療養型醫療設施	需要長時間之療養與照護時入所接受服務

#### 4.保險給付

介護保險制度依被保險人的身心狀況將介護需求分成六個程級，從較少介護需求至較大介護需求依序為：需要支援、需要介護一級、需要介護二級、需要介護三級、需要介護四級及需要介護五級。使用介護服務每個月給付金額的最高額度依被保險人的介護需求程級有不同的規定，以社區式介護服務而言，社區式介護服務中的居家式介護服務之給付金額規定如下：介護需求為需要支援的人，每個月可使用居家式服務的費用最高額度為 61,500 元日幣；需要介護一級的人，每個月可使用費用最高額度為 165,800 元日幣；需要介護二級的人，每個月可使用費用最高額度為 194,800 元日幣；需要介護三級的人，每個月可使用費用最高額度為 267,500 元日幣；需要介護四級的人，每個月可使用費用最高額度為 306,000 元日幣；需要介護五級的人，每個月可使用費用最高額度為 358,300 元日幣。而機構式介護服務保險給付方面，以和樂苑特別養護中心的規定為例，每個月可以使用機構式服務的最高上限金額為（不加其他額外的費用，如：飲食費用等等）：需要介護一級者每個月可使用服務費用的上限為 250,260 元日幣、需要介護二級者的支出上限為 264,390 元日幣、需要介護三級者的支出上限為 278,220 元日幣、需要介護四級者的支出上限為 292,380 元日幣、需要介護五級者的支出上限為 306,210 元日幣。

介護保險費用每個月給付上限之規定

（單位：日圓）

介護程度	社區式服務（居家式）	機構式服務
需要支援	61,500	
需要介護一級	165,800	250,260
需要介護二級	194,800	264,390
需要介護三級	267,500	278,220
需要介護四級	306,000	292,380
需要介護五級	358,300	306,210

註：依不同地區或服務項目在金額上會略有差異

## 二、參訪行程

Monday, July 29, 2002

Tokyo Programme Consultant:

余震輔秘書 (東京辦事處) Tel: (002-81-3) 3280-7907

趙雲華秘書 (東京辦事處) Tel: (002-81-3) 3280-7902

14:30-16:30 說明實驗社區經驗及目前實施情形  
演講者：滋賀縣水口町社會福祉協議會常務理事堀井女士  
地點：法曹會館

Tuesday, July 30, 2002:

13:00-13:20 拜會松戶市長  
地點：千葉縣松戶市役所

13:20-14:50 松戶市介護保險制度說明及交換意見  
地點：千葉縣松戶市役所健康福祉部

15:10-15:50 參訪株氏会社ニチイ學館 (NICHI 公司)  
地點：東京都千代田區神田駿河台 2-9

16:10- 參訪照顧住宅社會福祉老人陽光會  
地點：千葉縣松戶市旭町 2 丁目 270 番地 1

Wednesday, July 31, 2002:

10:00-12:00 參訪國民健康保險中央會  
地點：東京都千代田區永田町 1-11-35 全國町村會館內

14:00-15:30 參訪健康保險組合連合會  
地點：東京都港區南青山 1-24-4 健保會館 別館

Tuesday, August 1, 2002

10:30-12:00 參訪財團法人醫療經濟研究 社會保險福祉會  
地點：東京都港區西新橋 1-5-11

15:00-16:30 參訪和樂苑老人之家  
地點：東京都江戶川區西葛西 8-1-1

Friday, August 2, 2002

10:00-12:00 參訪東村山白十字之家  
地點：東村山市諏訪町 2 丁目 26-1

15:30-17:30 參訪厚生勞動省中央社會保險醫療協議會  
地點：東京都港區六本木 3-16-33



### 三、參訪內容紀要

#### (一) 日本水口町 24 小時在宅照護服務介紹

##### (1) 參訪內容

滋賀縣水口町社會福祉協議會常務理事堀井女士向我們介紹她在水口町推動的"24 小時在宅照護服務"。堀井女士是一位護理人員，過去三十年服務於水口町保健所(相當於台灣鄉鎮衛生所)，曾擔任所長多年。今年三月才轉任現在的工作。茲摘錄其介紹內容如下：

##### 1. 推動"24 小時在宅照護服務"的理由：

- a. 失能者選擇生活場地的自由受限制：失能者若有家人可以照顧，則可以住在家中，或獨居的失能者若能自我照顧日常生活，就可能住在自宅，若無法自我照顧日常生活又獨居或家人不可能協助照顧的失能者就只有住機構一種選擇。
- b. 就業婦女增加：日本 15~60 歲的婦女中 70%在就業，婦女若擔任照顧者就不可能就業，這與女性的人權產生衝突，但是若女性都就業，致使家中沒有可以提供照顧的人，又造成失能者選擇生活場地的人權被剝奪。

基於以上理由，堀井女士決定參考她在 1993 年在丹麥看到的 24 小時在宅照護服務制度，在水口町推動 24 小時在宅照護。1995 年推動時在日本是創舉，最大的阻力來自醫師公會，其他護理人員、社會福利單位也都有人反對，只好一一溝通解決。

##### 2. 水口町 24 小時在宅照護制度的特點：

- a. 每天 24 小時的服務，且 365 天全年無休。
- b. 家訪護士及居家服務員以巡迴的方式，到各個案中提供照護。
- c. 護理人員都備有手機，可隨時以手機聯絡，每一家的訪視約 30 分鐘。家訪護士可協助指導居家服務員。
- d. 家訪護士若發現病人有新增之醫療需求，會加強病人與醫師的聯繫。

##### 3. 水口町 24 小時在宅照護中的分工：

- a. 醫師：負責診斷、治療。
- b. 家訪護理人員：醫療機構聯絡協調，實際家訪。
- c. 居家服務員：訪視在宅個案，提供身體照顧，家事服務。
- d. 保健師：擔任照顧經理，監測照護計畫之執行狀況。在介護保險實施後，不限於保健師，護理人員皆可擔任照顧經理。

#### 4. 家訪護理人員的工作時段及班別：

家訪護理人員的工作時段分為五段，分別為特早：6:00~8:45、白班：8:30~17:15、黃昏：17:00~20:00、小夜：20:00~22:30，大夜：22:00~翌日 6:00。班別則是大夜及特早由同一位擔任，白班一位，黃昏及小夜班同一位，不同的是護理人員在交班時有 15~30 分鐘重疊交接班時間。而大夜班因安全上的考量是兩位工作人員組成一組工作。其他時間則為單獨工作。每個大夜班，每組約需訪視 15~20 人次。每一個地區有一個家訪站是工作人員的辦公室，也有供休息的值班室。

#### 5. 水口町老人照顧的情形：

至 2002 年 4 月為止，水口町共有人口 37,867 人，65 歲以上老人 5,852 人，佔人口的 15.5%。臥床老人 99 人，佔 65 歲以上老人的 1.7%，痴呆老人 73 人，佔 65 歲以上老人的 1.2%。需要照護的老人有 635 位，其中 128 位住在機構，機構住民佔 65 歲以上老人的 2.2%。另外 507 位（佔 65 歲以上者 8.7%）住在自宅，其中 346 位接受至少一種長期照護服務，這些人中有 43 位接受 24 小時在宅照護。主講者指出目前水口町老人住機構比率低於全國平均值。24 小時在宅照護的工作人員包括護理人員：3 位全職、13 位兼職者；居家服務員：8 位全職、25 位兼職者。

#### 6. 水口町 24 小時在宅照護之成效：

- a. 增加留在自宅療養之人數，減少希望住進機構的人數。
- b. 輕度失能者增加及重度失能者減少的原因，主要是降低失能的發生率及減少健康問題，以及及早送醫治療等原因。
- c. 改變民眾對社區化照護模式的看法。

這個方案的支出費用方面，若護理人員的薪資再加上食宿費，以及其他治療與社會活動費用可能不會比住機構節省，但從人性面而言，符合老人（失能者）和家人傾向住在家中的意願，多一種照顧選擇。

#### 7. 水口町 24 小時在宅照護推廣之初的宣導方式：

為宣傳這個新方案，在水口町每個區都辦理推廣座談會，連續辦理三年。第一年，以 30~60 歲的女性為主要對象，因為她們經常是擔任家庭照顧的人。第二年，以可能使用的人為對象。第三年，以男性為對象，因為發現有些男性是阻礙服務利用的因素。

#### 8. 水口町社區老人的健康促進：

這項工作主要由保健、醫療、護理、社工人員一起合作來推動，並訓練 200 位志工擔任健康推廣員，利用宣導方式在各地區教導民眾如何

預防自己情況變差，增加民眾預防的觀念，鼓勵不出門的老人多參與社區的活動，減緩失智的進展，也使臥床老人的比率下降。健康促進的活動也鼓勵民眾多主動參與，並關心社區、改善社區，如：無障礙設施等改善。

9.介護保險實施後要面對的難題：

- a. 自從介護保險實施後，24 小時照護的費用原是由町負擔，改為納入保險給付的制度，因保險給付有上限，個案負擔介護保險規定的 10% 部分負擔，不足的部分則由町的預算中撥支，也就是町政府要從稅收中撥出這筆預算。
- b. 照顧經理從前只有保健師可以擔任，現在多種背景的人皆可經考試認定成為照顧經理，因為各專業學有專攻，可能護理背景的人不了解社工，反之亦然，因此最近開始設置照顧經理督導，來解決這個問題，故亟待培訓照顧經理督導。
- c. 工作人力資源的問題，尤其是醫療方面，因為護理人員待遇偏低，日夜輪班的工作時間皆使人力難以確保，人力不足的後果又威脅到品質的確保。



上圖：行政院衛生署代表致贈禮物給滋賀縣水口町  
社會福祉協議會常務理事堀井女士

## (2) 心得感想與建議

1. 日本的社區健康推廣員是由志工組成，是老人社區照護非常有用的資源，值得學習推廣。在長期照護的預防部分，如何避免合併症及減少功能退化的發生率，對個人和社會都有更積極的意義，而在這類方案的推動中一樣需要醫療與社工的合作，社工人員可以強化民眾的社會網絡系統及社會互助，醫護人員可以指導如何強化健康促進、慢性病控制、功能維持及改善的部分。
2. 照顧經理由考照制度來認定資格，有好處也有壞處。好處是：可以讓很有興趣，且人格特質適合者進入行業；缺點是：也些背景專業可能訓練不足，故即使用考照制度，也應定期更新執照，並要求不斷學習知能。
3. 水口町"24 小時在宅照護"開辦時的構想是要解決傳統的長期照護人力，婦女必須出外就業，而失能者希望住自宅不去住機構，卻缺乏人照顧的問題。這個問題一直是現代社會長期照護的問題，美國 Portland 用家庭托顧(foster care)解決，歐洲一些國家加強社區式的照護及照護住宅，水口町則發展出此種"24 小時在宅照護"，這項服務在成本上可能與護理之家等機構的成本相當，若實際精算包括食宿費用後可能會較貴，也許會造成推廣上的困難，此外，台灣尚未推展過深夜的居家服務，民眾的接受度、居家的安全及工作人員的安全都無從評估，即使真的要學習試辦，還需要許多準備。不過，對失能者而言，可獲得比較人性化的服務，24 小時的在宅照護不只使失能者能住在自宅，使獨居成爲可能的選擇，對失能者的家庭照顧者而言，也可指導各種照顧技巧、照顧問題的諮詢及協助，以減少家庭照顧者的負擔。
4. 在 1994 年之前，日本有四個 24 小時在宅居家服務的專案，但都沒有成功，主要是因爲那些制度中沒有包括護理人員，以致居服員對重大疾病的患者無法處理，夜晚更因求助無門而完全沒有功能，水口町的模式是第一個包含護理人員而且也相當成功的例子。由此也可看出社區中重度失能者的照護實在有需要整合居家服務、社工、醫療及護理等服務，以解決失能者及其家庭的問題。
5. 台灣除了考慮 foster care 的模式外，此種"24 小時在宅照護"也是一種可以考慮的模式，其優於 foster care 的特色是不必干擾到其他的家庭，也不必考慮硬體設備，因爲失能者住的是自宅，其缺點是居家服務員必須四處奔波，不過如果個案住得很密集，其交通就不會花費太多時間。不管哪一種模式，護理人員及居家服務員等照護人力的招募及訓練都不容易，是要面對的問題。

## (二) 松戶市介護保險制度說明及交換意見

### (1) 參訪內容

松戶市是千葉縣的一個縣轄市，有 46 萬多人口，因靠近東京，成為東京工作人口住家的社區，2002 年 4 月老年人口（65 歲以上）佔 13.4%，在日本不算高。在松戶市老人人口約有 62,087 人，經認定符合資格者有 6,122 人，佔老人的 9.86%。以全國為例，符合介護保險資格者約佔老人人口的 12%。松戶市共有照顧經理 133 位，平均每位需負擔 46 位個案的評估與管理，其評估系統是有一份含 85 個項目的評估表，由照顧經理執行評估，然後每週四有醫師及其他團隊成員共同依評估資料作審核，認定個案是否符合介護保險的需要介護程度。

日本介護保險是以市町村為保險人，松戶市也是一個保險人，因各市町村可以有部分自主權，因此松戶市也訂有一套介護制度，基本上此制度是邊作邊改，不是有了共識才做，而是逐漸修改，經過兩年，市公所大致才認為滿意。



上圖：參訪成員與松戶市副市長合照

## (2) 心得感想與建議

1. 他們的資料準備十分完善，有推估數據，也有執行情形，這是我們地方政府應加强的地方。
2. 日本開辦這麼複雜的保險，基層單位能當保險人能力可佳，但也看得出日本十年計劃之成就。因十年持續地投入，一步一步地經營，才能讓基層順利接手。但反觀臺灣要也如此長程延續計畫，幾乎是”不可能”的事，令人戚戚焉。
3. 介護保險資格之認定責任由町政府負責，每個星期二、四召開審查會議判定之。判定的基礎是參考評量表（家訪之調查表）和主治醫師之意見。資格之認定應由公權力為之較為合適。
4. 照顧經理均為市町村委託服務提供的公司之照顧經理擔任，在評估結果的客觀性上令人質疑。
5. 日本介護保險制度由各保險人邊作邊改，這種方式給我們相當的鼓勵，因為新制度的推行一定有許多不周延的地方，如果允許推行的單位有適當的自主權，逐漸修正制度，也許能讓新制度早一點上路，而且可配合實際需求做適當的調整。
6. 在松戶市政府中，高齡者之保健福祉課之工作人員有 800 多位，是人力最多的一課，可見高齡者保健福祉業務之繁重。
7. 松戶市出版五年之「松戶市高齡者保健福祉計畫」，就如同英國在推行社區照顧時，責成各地方政府應訂定年度工作計畫並應出版以告大眾。



上圖：松戶市副市長致歡迎詞

### (三) NICHI 公司

#### (1) 參訪內容

NICHI 公司是一家承辦介護保險服務的服務提供者，在松戶市有 40 幾家照護提供者的公司，NICHI 公司在全國設有 135 個支店，我們參觀的松戶市支店是在介護保險開始前即已設立（已成立 3 年 11 個月），為股票上市的照顧公司，以多元化經營方式，如製作、販賣、租借輔具，但也提供日間照顧服務，是營利組織。

在人力配置方面，職員有 16 位，主任 1 人，諮商員 2 人，護士 2 人，看護 11 人，外接司機和廚工 2 名，人力配置比例頗高。

日間照顧中心能服務 34 位一般個案，10 位失智個案，且有提供交通接送服務，其交通車應能載送乘坐輪椅者。中心共有 6 輛交通車接送個案，每天費用一萬日元（自付 10%）。目前個案平均年齡約 85 歲。日間照顧中心每天使用之人數約 35~37 人，但每位老人並不是每天都來中心，而是視需要每週來 2~3 次，如此的安排方能將日間照顧中心的效用極大化。另外，日間照顧中心中只有二間和室供有午睡習慣者使用，且有靜養室供身體不適者靜養。



上圖：NICHI 公司承辦的日間照顧中心



圖 1：日照中心配合節日舉辦活動的情形



圖 2：日照中心內設備—洗澡機



圖 3：日照中心內設備—無障礙廁所

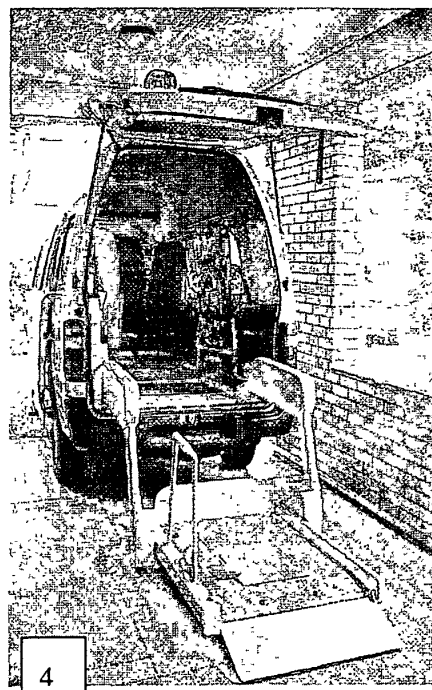


圖 4：日照中心以復康提供交通接送服務



## (2) 心得感想與建議

1. 仍有待澄清之問題：介護保險究竟給付或不給付生活輔具？
2. 營利組織的介入，可能帶動價格的提昇或下降，是我國應深入探討的議題，如何使營利組織與非營利組織共存，公部門的品質評估或標準設定的能力要加強，否則帶來劣幣逐良幣的情況，或導致價格提昇的情況。
3. 如果 NICHI 公司發展一些規格化、標準化的服務型態，如：某些幼稚園連鎖店，會有什麼影響呢？第一個影響是成本會降低，因為一套標準化的經營藍圖就可以套用到所有的新服務據點上，省掉逐一設計、規劃的費用，經營方針也一套，只要在公司中心學習熟練，即可出去開新店，像麥當勞一樣，發展速度會很快，並且也能盡量維持一定品質。
4. NICHI 公司提供照顧服務，其產生的問題應該和台灣目前的私立幼稚園、托兒所問題差不多：a. 因為競爭的關係，而過度”花招”化，在外表宣傳或設備上比炫，反而忽略了真正照顧的本質；b. 可能先壓低價格將其他競爭者淘汰後，再聯合提高價格，操控市場；c. 維持一定數量的公益團體，或公營服務，可能還是相當必要。



上圖：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組召集人  
吳淑瓊教授代表致贈禮物給 NICHI 公司

#### (四) 社會福祉老人陽光會附設照顧住宅

##### (1) 參訪內容

此一照顧住宅屬於日本社會福祉老人陽光會，屬於 multi-level facility，服務的個案有各層級功能因此有多重服務模式，包括：ADL 獨立的照顧住宅 50 床，特別養護 69 床，喘息服務 12 床，居家服務人數 100 名，日間照顧（每日服務人數 30 名），共有 63 名工作人員。

安養部分都是單人房，房間有廁所但無浴室，浴室集中，有單人浴室和公共浴池，這似乎是日本機構特有的部分，可能與其沐浴文化有關，單人房每間約 5-6 坪，隔成兩間臥室 2.5 坪，起居室有小廚房。

特別養護部分多是 4 人房，床非常低大概只有 45 公分高，空間尚稱寬敞，室內設備非常簡單，床與床間以一人高立櫃隔開，除了床和床旁桌外沒有其他設備。傢俱非常的簡單，不像家，倒是較像個醫院或護理之家。特別養護部分共有三層樓，每個出入口都有門禁，需要刷卡進出。



上圖為日本社會福祉老人陽光會附設照顧住宅

## (2) 心得感想與建議

1. 特別養護機構每個出入口都有門禁需要刷卡進出，不知當初的用意為何，但給人非常機構化的感覺。
2. 特別養護部分床的高度方便老人自己上下床，但對於自己不能上下床的個案，床的高度是否需要那麼低值得商榷，工作人員每天要協助完全不能活動者下來坐輪椅，床太低則不利於工作人員之人體工學需求，所以機構是否能夠配置不同高度的床與病人狀況搭配，以方便病人和工作人員，這部分是可以考慮的。
3. 由數字上看，工作人員與床數比非常高，這些工作人員是否也負責居家服務不得而知，服務員在白天 1 人只照顧 3 位院民。住民有那麼多人力照顧，對其功能維護不知有無正面影響，是值得探討的！
4. 社會福祉法人陽光會下除了附設照顧住宅外，也為社區老人提供養護服務、日間照顧、喘息服務、居家服務等，可見在長期照護領域提供多元化的服務(涵括機構式照護和居家式照護)是普遍的趨勢。



圖 1：社會福祉法人陽光會附設特別養護機構的走廊

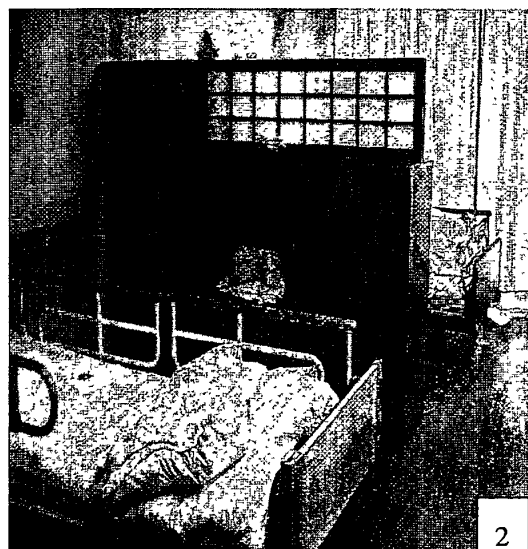


圖 2：寢室內部，床與地面距離很少

## (五) 國民健康保險中央會

### (1) 參訪內容

國民健康保險中央會是由 47 個縣派代表組成。所以中央會在全國各個縣（全國有 47 個縣）之下有支店。目前有 360 萬人接受介護服務，目前 1 年內在介護保險的經費約日幣 4 兆 2 千萬元，而健保的費用則在日幣 30 兆左右。

中央會的功能在解決各地保險人的統籌問題，因此由各地代表組成，以交換意見達成共識，也作為服務提供單位申請與保險人的橋樑，保險人負責收取保費，審定需要介護者的資格，而中央會負責受理服務提供單位申請費用，審核服務費用之申請是否符合照顧計畫，並向保險人收款，交給服務提供單位，中央會可說是在全國各地介護制度中異中求同的一個關鍵角色。也就是給付方式中央統籌辦理，財源則是市町村各自負責，因此市町村可自訂保費費率，也可自行決定貼補保險給付以外的服務，展現地方政府對長期照護的貢獻。

國民健康保險中央會並且負責介護給付等級的請款請求、審查和給付。在請款請求方面，居家護理機構每次提出請款要求，核准後按月給付，第一個月提供服務，翌月 10 日前提出請款，月末前中央會審查完畢，次月向市町村請款，月末拿到錢，約三個月後居家護理機構才得到給付。目前請款要求原則上都以網路電子檔(或磁碟片)申請，只有例外的情況下方才准許用紙版本申請。在給付方面，分為服務本身的費用和行政管理費用兩部分；在審查方面，審查後的結果遭受核退的案件佔所有審查案件的 2%。

國民健康保險中央會一方面接獲服務提供者提出的介護給付請求書和介護給付費請求明細書；另一方面將由市町所提供的保險者資料，照顧經理提出的給付內容及都道府縣提供事業所之資料，相互核對，如果一致則撥款，如果不一致則退回，至於每項服務之費用給付要件均有詳盡的規定。國民健康保險中央會除了審查給付費外，最大的功能應是成為資料管理中心，各町之給付情況可相互比較，供各町調查介護保險之參考。

### (2) 心得感想與建議

1. 國民健康保險中央會對提供者申報費用之核定，只要實際申請量不超過規定則可請款，否則刪除。因此對於服務並無品質評估，只有數字比對。對品質則留給消費者抱怨，消費者的評估則變為十分重要！但是虛弱的老人如何去抱怨呢？

2. 中央會是日本保險人各地方分會的代表組成的一個組織，因為介護保險不是全國共有一個保險人，而是由各市町村成爲保險人，可以看出介護保險考慮到各地方本身的資源及貧富差距。
3. 日本在規劃保險人單位時也曾經經過許多討論，最後決定用縣之下的一級單位市町村爲單位，也允許各地方依財力狀況的不同而在一定範圍內有不同的規劃，全國共有 3,560 個市町村，故可見其個別差異性，中央政府會補助貧窮的地方達到起碼的照護，但不會限制富有的地方提供較多的服務，也呈現出長期照護的範圍相當大，地方自治也許是逃避訂定全國統一標準的最好辦法。
4. 至於地方政府市、町、村在介護資格及等級認定上是否足夠嚴謹，因爲雖然有審查委員會，但只可能做文獻審查，而實際進行個案訪視，填寫 85 項問卷的人力資源，可能大部分委託照顧經理去進行，可能使照顧經理除了設計照護計畫外兼作個案訪視者之角色時，容易造成照顧經理本身利益混淆的問題。
5. 服務計畫沒有經過專業審查的程序，是否真正適合受照顧者需求，是一個疑問，而一般受照顧者家庭資訊並非十分足夠，令人擔心。爲了因應此一問題，厚生勞動部透過增加照顧經理督導及督導培訓來改善工作品質，要留意看看明年日本對此問題檢討之結果。



上圖：參訪小組聽取國民健康保險中央會簡報情形

## (六) 健康保險組合連合會

### (1) 參訪內容

健康保險組合連合會是屬於醫療保險機構，與介護保險可以說沒有直接關係，健康保險組合連合會和介護保險之間的關係，只是代替市町村政府收取 40-64 歲被保險人的介護保險費。針對介護保險制度中之第二類被保險者之薪資收入來收取介護保險費用，每個月每人約繳交日幣 3,000 元(但因雇主負擔 1/2)，故被保險人每年約只需負擔 180,00 元日幣。

健康保險組合連合會在代收各機關團體的健保費並隨同收取受薪者(40-64 歲被保險人)的介護保險費，保險費收取後交由市町村(保險人)支用以提供介護服務，而且各保險人收取保費費率不一，從被保險人收入之 6% -20% 不等，顯示各地方政府對長期照護的給付規劃不一。至於介護保險制度的行政費用則由市町村編列預算。

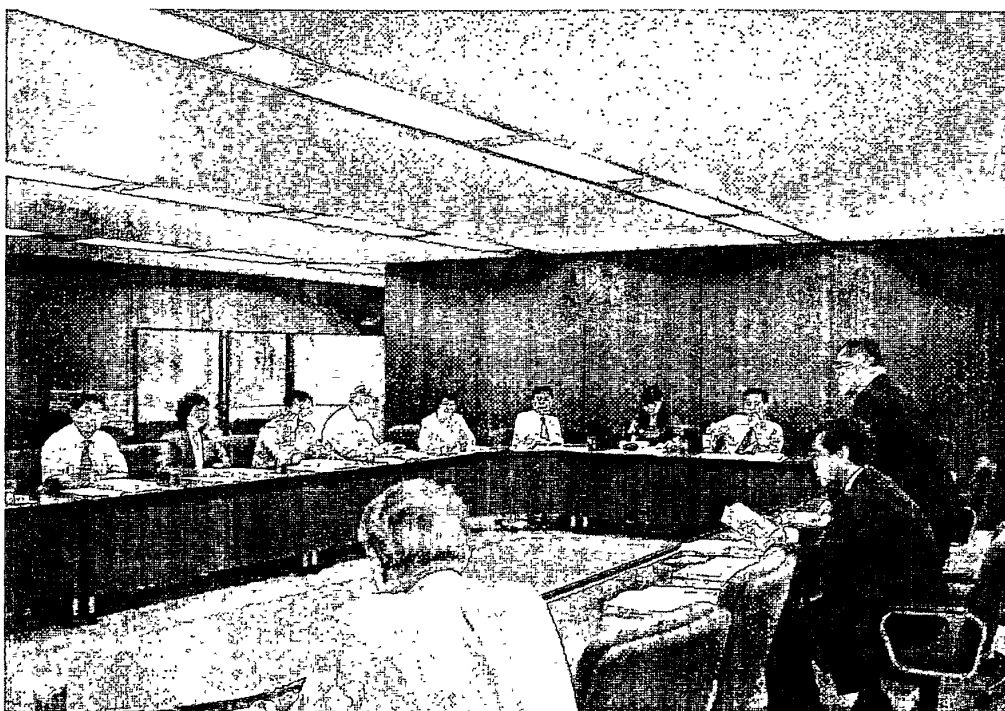
保費費率的算法，基本上是計算服務總需求量的費用，再除回去看每個人平均應繳多少費用，因此並非固定的。

### (2) 心得感想與建議

1. 這個組織是受薪人健康組織的聯合體，是一個醫療保險機構，並不參與介護保險，唯一有關的是代替市町村政府收取受薪人的介護保險費。這種方式可供我國未來推動介護保險時參考，因為我們的健保已經有很好的收費系統。
2. 較特別的是受薪人員繳交介護保險費的費率不是依所住市町村的費率，而是依其薪水多少及其扶養人數而定，所以不是統一費率，這再一次顯現介護保險的規劃依財力狀況而定。由健康保險組合連合會來代收介護保險費用可減少行政費用之成本，但健康保險組合連合會之任務在於保險費率之計算和費用之徵收，但對於介護保險的實施之內涵，並無實質上之影響。
3. 目前介護保險之收支狀況仍是收入高於支出，介護保險之給付制度每三年檢討一次；而醫療保險制度每五年檢討一次，介護保險制度和醫療保險制度應一併檢討，透過協議的過程，讓兩個制度之給付不會相互推諉責任。
4. 介護保險實施之初預期會使醫療保險的支出減少，但是似乎沒有看到明顯的改變，是兩種個案間的灰色地帶難以釐清，還是會上漲更厲害產生抵銷

作用均不得而知，日本將會在明年作檢討，屆時在看其研究報告。

5. 介護保險實施後，醫院的醫療慢性病床並沒有如期般轉為介護病床，或許是因為醫療病床的給付比介護病床高所致。
6. 介護保險之實施，促成對機構之需求大增，因為所繳交的自付額與在宅服務所繳交的自付額相差不大，造成民眾選擇機構服務。
7. 若介護保險給付額每年以 10% 的速度增加，未來將是一個非常沉重的負擔，是一個值得密切注意的發展問題，厚生勞動省準備於實施三年後檢討此問題，是否提供保費，或有其他回應策略，值得密切注意。



上圖：健康保險組合連合會簡報情形

## (七) 財團法人醫療經濟研究。社會保險福祉協會

### (1) 參訪內容

此研究協會成立有九年，屬於財團法人機構，經費由厚生勞動省支持，也設有贊助會員制度以募款，其組織設有所長、副所長、專務理事各一名，共有職員 12 名，下設 5 個部：研究部、國際部、調查部、企劃部、研究總務部。

每年平均進行 30 多項之研究計畫，經費來源來自厚生勞動省，每年之年度經費有 4 億多元日幣，有三分之一經費用在研究案的進行。

而該協會成立之宗旨有：1.調查研究；2.醫療資訊之蒐集、分析和出版；3.教育訓練工作。由其經費和人力規模來評定，其性質較類似國內行政院衛生署的企劃處而不是國家衛生研究院。

該協會報告「介護保險給付項目和給付基準的正當性」，此研究的結論包括：

1. 介護保險實施後使用機構人數快速增加，居家照護提供服務是否足以讓失能者留在社區？尤其對家庭照顧資源較不足者，似乎介護保險提供的服務仍不足以使其留在社區。
2. 機構的房間大多為 4 人房，政策擬鼓勵減少每房居住人數，因為現在住機構的使用者只要付 10% 的費用，所以若增加單人房的設備將會增加成本，是否費用增加的部分該由住民自付？
3. 照顧經理制度的問題：
  - a. 照顧經理報酬太低，有些服務提供者是以照顧計畫按件計酬來支付照顧經理的薪資，當有些照顧計畫只要半小時，有些需費時 2 小時的情況，可能會造成只挑容易的個案做，以得到更多收入。
  - b. 照顧經理的專業水準不足。
4. 使用居家式照顧服務者有 40% 尚未用到許可的滿額度，研究發現會使用滿額者的特性為：需要繁複的照顧、經濟寬裕、家庭照顧力較弱、有突發事件、需住入機構、認定需介護者。



## (2) 心得感想與建議

1. 目前日本使用介護服務的平均費用，只達到規定上限金額的 40%，但此使用狀況已比目前我們實驗社區多，會不會是自付 10% 的原因，或是他們已經歷過 10 多年的倡導（從 1990 年即執行黃金計畫）。
2. 對於介護保險的研究，進行過「給付項目及給付基準之正當性」，除了民眾滿意度之瞭解外，對於民眾自付額的負擔能力之探討也應是重點。
3. 照顧經理的執行用論件計酬，可能有點草率。
4. 目前日本護理之家或養護中心的空間設置，原有之四人房已不符合現在入住者之理想，希望最好能改為個人房，不過個人房所增加的費用可能不是介護保險能負擔的，需由個人自己負擔，這個現象可供國內規劃未來類似單位時的參考。理想與成本間總是有差距，如何取得平衡點是一項挑戰，可以確定的是未來趨勢是走向人數較少的房間。
5. 日本介護服務中的照顧經理之報酬偏低，品質不甚理想，且照顧經理薪資的給付方式是論件計酬。因此，不論一份照顧計畫花多少時間或品質如何，所得報酬皆相同，換言之報酬與品質間完全無關，這造成無法直接由提高報酬來要求品質，是以後我們要發展照護經理制度時須考慮的。
6. 介護保險之實施，對於家庭照顧的功能是增強還是減弱？哪些型態增加？哪些型態減弱？如果機構照顧大量增加，家庭因為得到適當的支持，而更有能力繼續照顧的工作，則老人照顧與家庭關係更形密切。值得進一步探討的問題如下：
  - a. 目前所提供的居家照護，是不是足以滿足家庭的需求？是不是讓年輕的家庭照顧者可以兼顧照顧與工作的角色？或者能讓年老的照顧者體力、心力足以負擔？
  - b. 目前所看到的 Care House 或 Group Home，應該都是類似原始的 AFH，本質上是將老人完全放在另一個住處，對於家庭來說，只需去探望即可，其性質和住在機構完全一樣，只是改變機構的型態，讓大型的機構變成像住家般的小型社區家庭式照顧，也許是未來能滿足現代忙碌無力照顧的小家庭，但又不會住在暮氣沉沉的大型機構的另一種新的選擇。

## (八) 和樂苑老人之家

### (1) 參訪內容

和樂苑老人之家位於東京江戶區，成立於二十多年前，是少數設在都市地區的老人之家，設立當時幸好有區公所願意提供土地，才使得設立成本是社會福利法人所能負擔的。因為市區地價昂貴，當初地基是由江戶區區公所提供（1 坪約 100 萬日幣），由於這種關係此機構對江戶區也有需要回饋的意願，社區對此機構也有很好的支持，機構負責人特別提到和樂苑是 22 年前第一家提供居家服務的，當時這項服務也建立了機構與社區民衆的關係，得到社區的支持。而工作人員也因此看到社區老人的許多需要，與社區的交流越來越多。後來有許多其他區公所也仿效此一模式，對財團法人養護機構提供實質協助，雖不一定能贈地興建，但卻也提供經費購地，使社區內有機構可供區民居住。

和樂苑老人之家在介護保險實施前是接受低收入戶者且需依賴社會福利養護的老人，在 2000 年介護保險開辦後，成為可以收住各種符合保險認定資格、需要養護的老人。對經營者而言，過去的個案是經由政府提供福利照護，個案心存感激，對老人之家的服務或設施不會有太多挑剔。但在介護保險開辦後，個案皆需負擔 10% 的費用，且須繳交保險費用，因此對各項服務品質要求會較多，例如：過去用的四人房就必須改為單人房的趨勢，政府也已經不再核准四人房的機構，也要求單人房。未來和樂苑也會朝向改為單人房努力。因住單人房超出的成本將由個案負擔。

和樂苑服務的個案需符合兩個條件：1.65 歲以上；2.身心障礙。特別照護的對象必須是要介護需求為一級以上者才可利用，目前的 100 位居住老人，平均 84~85 歲；60% 有不同程度的失智狀況；女性 64 位，男性 36 位。尚有 1,400 位在等待名單上。介護保險實施後，照護的對象中失智者較多，因為對嚴重失智者而言，居家照護能提供的照顧仍然有限，住機構是當然的選擇。

和樂苑提供的服務有：1.機構住民之照護；2.居家訪視及服務，目前居家服務 100 位；3.日間照護，目前每天平均 30 位(平均每位一週來 2~3 次)；4.送餐服務；5.提供資訊給個案及家屬；6.醫療照護；7.復健服務。其中醫療照護由一位專任的醫師提供，這在其他社會福利體系的長照機構是不准提供的，因和樂苑在 20 年前即被核准，因此不受限，而且設立的醫療門診可以申請健保給付，也對社區民衆開放。此外，對住民及日間照護的個案所提供的復健服務方面，介護保險或醫療保險都不給付的，可見復建在長期照護中的定位還有待努力。

## (2) 心得感想與建議

1. 老人或身心障礙者機構，除非政府用心提供土地空間，否則只能往偏僻的地方蓋，不符合社區化的需求。日本這種贈地興建或提供經費購地，讓社區內有機構可供民眾居住，這種方式是值得人口稠密的台灣各縣市政府參考。
2. 日本在介護保險未開辦之前，老人福利機構之收容對象以孤苦無依之重症老人為主，由政府補助提供服務，故人們心存感激也較無選擇權，但自介護保險開辦後，人們可自己選擇喜歡的機構，也較敢表達不滿。機構因介護保險制度之給付係按人頭計酬，故需努力爭取案主的使用，市場競爭也許可提升品質。
3. 以和樂苑為例，機構內也設有照顧經理，並制訂照顧計劃，向介護保險申報給付金額。但由服務提供者負擔政府經費支出的守門人角色，是否能充分發揮其功能令人質疑。



上圖：和樂苑內多功能活動室



左圖：和樂苑之櫃臺

## （九）東村山白十字之家

### （1）參訪內容

從新宿出發經過一個多小時的車程，終於到達東山村白十字之家。這個機構成立於 36 年前，由白十字會經營。白十字會是基督教會的一個組織，也是一個社會福祉法人，設立於 1911 年。其下經營多種健康醫療與社會福祉事業，包括：白十字病院、居家照護、送餐服務、日間照顧、特別養護機構等。這個機構的建築最早是用來供結核病患療養，後來才成為老人養護的地方。

白十字之家的建築共有新舊二棟四層樓的建築，特別養護總共可容納 182 床（其中 12 床是供短期入住的，170 床是供長期入住的），其中舊的建築稱為二號館，建於 15 年前，新建築一號館於三年前新建，於去年落成，二號館也同時整建，環境看起來相當整潔，整個房間的採光都非常好。特別養護的對象包括需要介護一級到需要介護五的個案（平均需要介護的程級為 3.5 級），院民中男性 50 人，平均年齡 77.4 歲，女性 120 人，平均年齡 84.4 歲，院民之年齡分布從 62 歲到 102 歲，平均 82.3 歲。據負責人報告，日本大部分的養護機構院民年齡都非常大，且女多於男。

白十字之家另外還提供日間照顧，每日可服務 50 位個案，日間照顧的服務從上午 8 點 30 分到下午 5 點 30 分，機構派車到個案家接送。一般個案平均一週來 1 到 3 次，每次來皆可利用設備完善的浴室沐浴、甚至泡湯。沐浴服務似乎是日本日間照顧中共有的特色。另外還有音樂治療、種植物等各項活動，也有職能治療、物理治療及語言治療的活動，這些治療都是免費提供，不向健康保險申請給付。

在社區的服務方面有社區送餐服務，社區老人可利用電話預定午、晚餐，由社區志工協助送餐服務，一年 365 天都不休息。至於居家服務及居家護理，是由醫院經營提供，故老人之家就不提供。

白十字之家的人員配置是 2.5（床）：1（工作人員）。院民的房間設備情形方面，失智者集中在二號館，皆住四人房，房間都有大型窗戶，光線充足，有洗手台，但沒有廁所，廁所在房間外，是共用的，房間外另有起居活動的空間，參觀時看到的院民失智程度都蠻嚴重的。一號館是其他需養護者，房間有單人房 26 間、二人房 14 間、四人房 16 間，每間有廁所，房間的空間尚寬敞，每床之間有低矮的隔間，不過還是不脫離醫院病房的形式，與近代歐洲護理之家強調家庭式的居住設計完全不同。在房間外有相當大的活動室，可以休息或舉辦活動，旁邊還有一個簡單的爐台及流理台，可以進行烹調的活動，是很貼心的設計。每一層樓都有浴室，浴室空間寬敞，有洗澡輔助的各類輔具。

白十字之家比較特別的是有一間醫務室，有一位專任醫師可以提供院民簡單的診察及醫療保健服務，依規定不得向健康保險申請給付。至於院民疾病之治療則由隔壁醫院的醫師提供，由健康保險給付。另外，有一間靈安室，可供住民臨終後祝禱及安放牌位。



上圖：東山村白十字村的交誼廳



下圖：東山村白十字村的走廊

## (2) 心得感想與建議

1. 雖此設施有為失智症老人的照護設計專區，但是其建物欠設施，看不出其特色。只覺得整個建物光源照明不錯，且窗子很大，當然中庭的設計是關鍵性的因素。
2. 是一個歷史悠久的大型療養機構，和台灣經營較佳的護理之家很類似，其特色是有醫生駐院，可見醫療與社福的結合，還是良好機構必備的條件(針對嚴重失能者而言)，每個房間的醫院化設施還是覺得像在住醫院。
3. 從照顧到墳墓，可說是很完備，但是也有點恐怖，在介紹時完全沒有提到家庭參與情形，也看不到老人參與社區活動的情形，失能的老人不論在家庭或機構都感覺非常悲哀。
4. 依介護保險法的規定，目前是四個人一間，但未來臥房採單人房的主張仍在討論中，因而此項討論設計未來屬於自付額，而其費用將增加 4~5 萬日幣，有些民眾可能負擔不起費用，其次在都會地區用地取得不易，成本將提高。
5. 最難理解的問題是將機構分為三類，政府以不同的設施、人員和補助來分別機構，但在服務對象上卻沒有分別，既然如此，機構何需分成三類？為何不整合成長期照護機構即可？如果要分成有醫生、復健等醫療行為及無醫療行為僅照顧行為，那至少要依照照顧等級區分照顧對象，例如：如無醫療行為的機構，以收容一、二、三級為對象；而有醫療行為的機構，以收容四、五級為對象。或者，讓機構實施連續性服務，依院舍分成 A、B 兩部分，讓受照顧者在身心狀況轉變時，不必轉換機構。但日本又不如此，卻又讓歷史悠久的機構特別可以引介醫療行為，覺得整個制度沒有良好的秩序。

## (十) 厚生勞動省

### (1) 參訪內容

日本自 2000 年 4 月 1 日開辦介護保險以來，65 歲以上加保者有 2,322 萬人，經介護保險認定要介護者佔 13%，其中接受居家服務者有 164 萬人，而接受機構式照護者有 67 萬人。給付的費用中，機構式照護佔 60%，居家式照護佔 40%，由此推算使用居家式照護服務者和使用機構式服務者之費用比為 0.26：1。而居家服務的給付額度依需介護的程度不同而有上限，故機構式照護之給付金額也依等級而有所不同。

照顧經理需經考試獲得執照後才能擔任，目前獲得執照者有 24 萬人，每年舉行一次考試，但目前照顧經理之品質良莠不齊，且照顧經理大多為服務提供者的成員，有球員兼裁判之嫌，目前正透過加強訓練及建立督導員制度來提昇品質。

厚生勞動省的基本政策是朝向社區式照護，機構式服務是希望以照顧失智者為優先，希望住在機構的老人維持只佔老年人口比率的 1.5%，(目前機構床數 314,574 床，而老年人口 2,170 萬人，佔 1.45%)，要達成此一目標，社區照護的資源，資源連結服務輸送和服務品質管理，都需要加把勁，如何改善其照顧管理是一大關鍵。

日本在介護保險施行兩年後的狀況，分別對服務提供者成長情形、民眾利用介護服務現況及政府之介護服務經費支出情形作如下的介紹：

#### 1. 服務提供者成長情形

自從西元 2000 年 4 月之後，社區式服務提供者家數逐漸成長，從西元 2000 年 4 月的 9,185 家增加至西元 2002 年 4 月的 15,008 家，兩年期間內，社區式服務提供者家數增加了 63.0%。機構式服務方面，服務提供者的家數從西元 2000 年 4 月的 19,466 家增加至西元 2002 年 4 月的 23,321 家，這兩年的時間內，機構式服務提供者家數增加了 19.0%。目前社區式服務的提供者家數在日本國內呈現持續成長的情形，但有些私人的提供業者有減少服務的趨勢，而一些屬於地區附設的介護服務因為已經與當地民眾建立良好的信賴關係，所以這些服務提供者較能穩定經營。

服務提供者家數成長情形

(單位：家數)

服務種類	2000年4月	2002年4月
社區式服務提供者	9,185	15,008
機構式服務提供者	19,466	23,321

2.民眾利用介護服務現況

於西元2000年七月隨機抽取日本國內106個市町村進行介護服務費用的調查研究，針對8323位使用介護服務的民眾，所利用的社區式服務平均費用佔保險制度中規定之金額上限的比例分布情形，研究結果指出，需要支援者每個月可使用社區介護服務的費用最高額度為61,500元日幣，而實際上每月只使用最高額度的54.2%；需要介護一級者每個月可使用介護服務的費用最高額度為165,800元日幣，而實際上每月只使用最高額度的54.2%；需要介護二級者每個月可使用介護服務的費用最高額度為194,800元日幣，而實際上每月只使用最高額度的54.2%；需要介護三級者每個月可使用介護服務的費用最高額度為267,500元日幣，而實際上每月只使用最高額度的54.2%；需要介護四級者每個月可使用介護服務的費用最高額度為306,000元日幣，而實際上每月只使用最高額度的54.2%；需要介護五級者每個月可使用介護服務的費用最高額度為358,300元日幣，而實際上每月只使用最高額度的54.2%，而全部實際使用社區式介護服務的費用佔全部社區式介護服務規定之最高額度的43.2%。

不同介護程級之被保險人利用社區式服務費用達上限之情形

需要支援	需要介護 一級	需要介護 二級	需要介護 三級	需要介護 四級	需要介護 五級	平均
54.2%	37.5%	42.6%	43.7%	43.9%	44.6%	43.2%

另外，由下表可看出被保險人（不區分介護程度）利用服務的總費用占規定金額上限比例的分布情形中發現：2001年3月底時，被保險人利用介護服務之平均費用占規定上限金額的90%以上者只佔10.9%，而2002年3月底提昇至13.5%；平均費用占規定上限金額的30%以下者佔41.3%，而2002年3月底降為37.9%，從上述數據顯示，日本被保險人對於介護服務的使用量及費用逐漸地增加，並且越接近可使用服務之上限金額的規定。



被保險人利用介護服務費用佔限定額度之比例分布 (單位：百分比)

比例	2001年3月底	2002年3月底
90% 以上	10.9	13.5
60-90%	17.6	20.0
30-60%	30.2	28.6
30% 以下	41.3	37.9

### 3.政府之介護服務經費支出情形

全國介護服務所支出的費用中，扣除被保險人自付的 10% 費用，以及扣除市町村提供的社會福祉設備的補助費用及住家修建（扶手、階梯改建等）的補助費用，而剩下用在社區式及機構式介護服務的費用支出情形，以下將就社區式及機構式服務分別描述其支出情形。在西元 2000 年 4 月，社區式服務所支出的費用為 600 億元日幣、西元 2000 年 7 月為 1,000 億元日幣、西元 2000 年 10 月為 1,060 億元日幣、西元 2001 年 1 月為 1,000 億元日幣、西元 2001 年 4 月為 1,130 億元日幣、西元 2001 年 7 月為 1,270 億元日幣、西元 2001 年 10 月為 1,360 億元日幣、西元 2002 年 1 月為 1,310 億元日幣、西元 2002 年 4 月為 1,490 億元日幣。在西元 2000 年 4 月，機構式服務所支出的費用為 1,540 億元日幣、西元 2000 年 7 月為 1,970 億元日幣、西元 2000 年 10 月為 2,040 億元日幣、西元 2001 年 1 月為 2,030 億元日幣、西元 2001 年 4 月為 2,000 億元日幣、西元 2001 年 7 月為 2,130 億元日幣、西元 2001 年 10 月為 2,130 億元日幣、西元 2002 年 1 月為 2,140 億元日幣、西元 2002 年 4 月為 2,120 億元日幣。從上述社區式及機構式介護服務的經費支出，可看出日本政府在介護服務的支出費用在機構式服務方面較高。但是從西元 2000 年 4 月社區式服務支出費用與機構式服務支出費用的比例為 1：2.57，至西元 2002 年 4 月兩者的費用比例降為 1：1.42 的數據可看出，雖然日本目前仍以機構式服務為主，但社區式服務的使用已有逐漸增加的趨勢。

社區式及機構式的介護服務費用支出情形 (單位：億元)

	2000 年			2001 年			2002 年		
	4 月	7 月	10 月	1 月	4 月	7 月	10 月	1 月	4 月
社區式服務	600	1,000	1,060	1,000	1,130	1,270	1,360	1,310	1,490
機構式服務	1,540	1,970	2,040	2,030	2,000	2,130	2,130	2,140	2,120

目前日本老年人醫療社會福利政策的實施期間為西元 2000 年到 2004 年，共 5 年的時間，以期老年人能獲得適當的環境。並且提出下列幾項基本目標：

1. 構築有活力的高齡者：二十一世紀為「高齡者的世紀」，為了建立一個有活力的社會，我們必須構築有活力的高齡者，使老年人盡可能擁有良好健康及有正面的生活態度來參與社會。
2. 確保高齡者獨自生活的尊嚴：為了使老年人獲得生活上的尊嚴，及協助家庭提供照護，應提供老年人以住家或社區為主的照護形式，並確保介護服務的質與量。
3. 發展相互支援的社區：發展以社區為主的支持系統，並且不只是介護服務的層面外，亦包括生活各方面的支持，應積極發展社區中心讓社區居民能互相協助，並改善老年人的居住環境。
4. 建立介護服務體系與使用者彼此的信賴：為建立服務提供者及使用者之間的契約機制，應改善使用者的環境並發展健全的介護服務制度，以獲得使用者的信賴。

## (2) 心得感想與建議

1. 在介護保險開辦後，機構使用大量增加，這是一個正在探討的議題。
2. 介護保險借重照顧經理來作為收集資料及訂定照顧計畫的人員，雖然個案屬於需要介護的哪一程級是由市町村公所的審查委員會作最後裁定，但是照顧經理的評估及計畫能力絕對影響整個把關工作。
3. 介護保險開辦支出因需要大量的照顧經理，加上各項政治因素，使報考照顧經理的資格相當寬鬆，日本政府也意識到這個問題，而計畫以照顧經理督導來進行補救。或許是當初未對照顧經理作太嚴格的資格要求，可能是認為市町村審查委員會可以把關，但是如果個案量大，且評估資料不盡完善的話，這個委員會就很難發揮功能。
4. 照顧經理與服務提供者關係密切，也會令人質疑其評估之客觀性。我國未來若要採用照顧經理之制度，這個問題不能不考慮。
5. 對住機構的優先順序是依登記的先後，而非依介護程級或其他個案特性來排序，因此造成許多家屬熱衷於送老人去住機構，也造成機構供不應求，這也是我國要發展保險時要注意的，沒有其他鼓勵社區照護的政策，可能造成鼓勵住機構的現象。

6. 介護保險對於家庭環境比較富裕的老人，算是一個非常有用的幫助，只要繳 10% 的額度即可享有服務，但對於比較貧窮，但還不到社會救助線的老人家庭，可能自付額還是一個很大的負擔，所以通用一致的 10% 自付額是否符合社會正義原則，值得思考（畢竟 50% 保費來自全民稅收）。
7. Care House 和 Group Home 在介護保險實施後，從無到有，快速成立至一千多家，是一個很值得注意的問題，為什麼能夠如此快速發展？與介護保險關係如何？（又與日本近年來經濟衰退、失業率提高是否有關？如何 Care House 很容易成立，是中年人就業、創業的最佳管道，這也值得推動照顧產業時的參考）。
8. 如果介護保險給付額每年以超過 10% 的速度增加，未來將是一個非常沉重的負擔，是一個值得密切注意的發展問題，厚生勞動省準備於實施三年後檢討此問題，是否提供保費，或有其他回應策略，值得密切注意。
9. 有關介護保險服務提供單位，允許股票上市之營利股份有限公司參與，實在是很特別。其實施的原因在於 a.借重民間財團的力量提供服務，減輕政府財政負擔；b.引進市場機制，強調競爭因素。利用營利機構提供服務，品質的監控顯得重要。此種作法是否適合我國推展值得思考。
10. 日本介護保險之參加者，分為兩類型。其一為 65 歲以上者；其二為 40 歲至 64 歲者。前者之保費主要可由其退休年金中扣繳；後者之保費由薪資中扣繳。前者約負擔三分之一的保險費負擔；後者約負擔三分之二的保險費負擔。因為 40-64 歲族群約為 65 歲以上者的 2 倍。由此可見每人負擔的比重幾乎是一樣的，但需思考此種分配是否公平？
11. 日本介護保險之給付範圍有 14 項，唯獨漏現金給付這一項。日本仍認為照顧家人不應得到現金給付，對家庭照顧者的福利影響也很大。

#### 四、日本經驗—我國規劃長期照護體系之參考

我國人口老化的速度和日本相似，行政院經濟建設委員會最新推估資料指出近年來生育率逐年下降，65歲以上人口達到佔總人口數之20%的時間比預期快了6年，老人照護的問題更急迫需要一個明確的方向。

老人照護的責任主要是在政府身上，或是在老人的家人身上，還是屬於個人的責任？政府是否應積極參與主導整個照護政策，還是應任其自由發展，到最後再負擔一切的結果？依照社會發展的趨勢，可預期的會是子女對照護父母的責任感越來越薄弱，且家庭照護的能力及觀念也因為社會逐漸地小家庭化及個人化而削弱，甚至未來台灣的子女不太可能負擔照顧的工作。另一方面，政府基於財務負擔的政治考量，也不太可能完全負擔長期照護。考量往後無法全部依賴家庭或政府來提供照護，故照護責任應分擔在政府、個人或家庭身上。

日本介護保險的確能做到這一點；除了持續依賴家庭照護者外，同時也將照護責任轉往個人及政府身上，經由保險制度來籌措財源，政府和個人各自負擔50%的費用，這確實是一個分擔責任及風險的好方法。

臺灣若採用介護保險，本參訪小組並不建議完全仿造日本模式，日本介護保險的精神和原則可供我們學習，但在執行方面，因考量台灣和日本在價值觀和經濟水準上的差異，應要適度的調整下列幾點：

##### （一）政府應有多元化籌措財源的準備

日本長期照護保險規模約為其全民健康保險的四分之一，且就日本目前辦理介護保險的經費約為台幣600億元來看，若來推估臺灣開辦長期照護的情形，對台灣而言，需求規模及600億元的經費對政府目前的財源似乎不是太大的問題。而且日本目前介護服務提供的給付範圍涵蓋社區式及機構式服務，若本著推動在地老化政策，且考量機構式服務的成本較高等因素，而只朝社區式服務的長期照護去辦理的話，財務方面更是只需要約200億元的經費。

另外，日本介護保險費用25%來自中央政府、12.5%來自縣政府、12.5%來自市町村、50.0%來自被保險人。將來若臺灣欲實施此分擔比例時，仍有待商榷。雖然200億元對政府而言並不困難，但財源的籌措方式應要多元化，因為這不只是國家的責任，個人也有責任。至於政府應如何籌措應負責支付的部分，不論是採用稅收、基金或是彩券盈收等方式，都應要有明確的方案，如此才能確保財源發展穩定。

## (二) 訂定給付範圍優先順序

日本介護保險給付層面廣泛，共達 14 項服務之多，且每月服務使用金額上限高達 36 萬日幣。若臺灣欲實施保險制度，在初期應採較保守的態度，依照國內老人所需的照護程度精算出服務內容，且不應完全仿造日本給付所有的服務，建議給付內容應採慢慢擴大的方式進行，不要像健保因給付太多而導致虧錢，故未來應在作業系統和財源穩定之後，再考慮擴大提供服務的範圍。

## (三) 區分照護、飲食及住宿的費用

基本上，介護保險的責任應是在照護，而非飲食和住宿。因此在給付上應要區分清楚，並且飲食及住宿費用不應包括在保險給付的範圍，可參考加拿大安大略省對長期照護提出的三個信封理論 (three envelopes theory)，也就是涵蓋住宿、休閒治療、及護理和個人照顧服務。有鑑於我國已在規劃國民年金制度，建議從兩個信封角度思考即可。

## (四) 統一行政系統

介護保險的行政作業應可和現有的健康保險結合在一起，基本上，醫療的部分已經有全民健康保險的體制，但就行政成本考量 (我國的行政成本只佔 2.2%，與各國比較是很低的比例)，可將兩部分的行政部門統一，但在財務上則可以考慮將兩部分的財務獨立，採取各自負責的方式。

日本介護保險自 2000 年 4 月開辦以來兩年多，也面臨到一些問題，需要日本厚生勞動省進一步的檢討及修正制度，這些實施結果同時也讓我們得到下列幾點值得思考的方向及重視的問題：

### (一) 介護服務仍以機構式居多

介護保險實施後，醫院的醫療慢性病床並沒有如期般轉為介護病床，因為醫療病床的給付比介護病床高。從西元 2000 年 4 月至 2002 年 4 月期間日本政府在介護服務的費用支出情形來看，目前介護服務的經費使用情形仍以機構式的服務佔大多數。介護服務保險制度的規定中指出，每個月被保險人利用社區式介護服務的費用最高金額上限，依認定的介護需求程度有不同的限制，需要介護一級者每個月使用服務費用的上限為 165,800 元日幣、需要介護二級者的上限為 194,800 元日幣、需要介護三級者的上限為 267,500 元日幣、需要介護四級者的上限為 306,000 元日幣、需要介護五級者的上限為 358,300 元日幣。而被保險人利用機構式介護服務時，每

個月可以使用服務的最高上限金額為：需要介護一級者每個月使用服務費用的上限為 250,260 元日幣、需要介護二級者的上限為 264,390 元日幣、需要介護三級者的上限為 278,220 元日幣、需要介護四級者的上限為 292,380 元日幣、需要介護五級者的上限為 306,210 元日幣。從社區式及機構式介護服務每月使用者自付金額的規定中可看出，需要介護一級及二級者利用社區式服務時需自費的金額比機構式服務少，需要介護三級及四級者利用社區式服務與機構式服務比較起來，需自費的金額差異不大，而需要介護五級者利用社區式服務需自付的費用卻比機構式服務多。介護保險之保險費用的規定容易使得利用者傾向使用機構式服務，因為當被保險人身心狀況較嚴重且需要接受服務時，從兩種服務的自付費用比較來看，機構式服務自付的金額不會比社區式服務多太多或甚至較少，所以可能是造成目前日本以機構式服務為主的原因之一。

從下表針對不同介護程度的被保險人使用社區式及機構式服務的實際使用情形分布可看出，約九成需要介護一級的被保險人是使用社區式的服務，只有一成被保險人使用機構式服務；需要介護二級及三級者同樣地較傾向使用社區式服務；但被認定為需要介護四級的被保險人，只有 45.3% 使用社區式服務、54.7% 使用機構式服務；而介護需求為最嚴重的需要介護五級者，只有 41.9% 使用社區式服務、58.1% 使用機構式服務。從介護保險給付規定及上述數據顯示，確實需要介護一級、二級及三級者因為給付上限規定利用社區式服務時需自費的金額比機構式服務少或差異不大，所以容易使得這三種程度的被保險人傾向使用社區式服務；而需要介護四級及五級者因為規定利用機構式服務時需自費的金額比社區式服務少，所以容易使得這兩種程度的被保險人傾向使用機構式服務。

不同介護程度者使用社區式及機構式服務的分布百分比 (單位：人)

	介護一	介護二	介護三	介護四	介護五
社區式服務	603,957 (89.7%)	353,573 (76.1%)	206,014 (61.5%)	155,391 (45.3%)	134,635 (41.9%)
機構式服務	69,262 (10.3%)	111,225 (23.9%)	129,164 (38.5%)	187,548 (54.7%)	186,377 (58.1%)
合計	673,219	464,798	335,178	342,939	320,972

## (二) 照顧經理與服務提供者利益易混淆，機構式服務使用量漸增

根據日本松戶市之介護服務利用情形的報告中指出，西元 2000 年 4 月松戶市 65 歲以上的人口被認定為需要支援或需要介護的比例為 7.16%、2001 年為 8.67%、2002 年為 9.86%。在這短短三年期間，被認定為需要支

援或介護的人口比例持續地增加，排除 65 歲以上人口健康狀況的變化情形之因素，此比例可看出可能是歸因於認定需要支援或介護服務的步驟之嚴格程度，有可能認定的條件逐漸過於鬆綁、不夠嚴謹。

被保險人被認定有需要介護時，實際上真正有利用服務者佔全部被認定有需要的比例，從西元 2000 年的 75.08% 至西元 2001 年提昇為 79.78% ，由此數據指出被保險人利用服務的意願有增加的傾向，造成這種情形的原因除了本身個人的意願外，也有可能是在介護服務評估的過程中，服務計畫者較積極向被保險人推銷其服務項目，而使得接受服務的比例增加。

日本介護保險制度規定使用服務有一定的金額上限，而且並非每一位使用者皆會利用到規定的金額上限，從松戶市的介護服務費用利用情形為例，發現在西元 2001 年 3 月，利用服務的全部被保險人所使用的平均費用為上限規定金額的 90% 以上者佔 10.9% ；為上限規定金額的 60% -90% 者佔 17.6% ；為上限規定金額的 30% -60% 者佔 30.2% ；為上限規定金額的 30% 以下者佔 41.3% 。而在西元 2002 年 3 月，利用服務的全部被保險人所使用的平均費用為上限規定金額的 90% 以上者佔 13.5% ；為上限規定金額的 60% -90% 者佔 20.0% ；為上限規定金額的 30% -60% 者佔 28.6% ；為上限規定金額的 30% 以下者佔 37.9% 。從上述數據可發現介護服務使用者所花費的金額離保險制度規定的上限的差距越來越小，也代表著使用者所利用的介護資源越來越多，越接近上限的規定。

上述三種數據的變化指出：認定需要支援及介護的比例增加、認定也需要支援或介護者真正有使用服務的比例增加、服務費用佔最高上限金額規定的比例增加。明顯地看出日本使用介護服務的量逐漸在增加，可用來解釋此現象的原因如下：1) 制度越被大眾接受，民眾越來越傾向使用介護保險；2) 照顧經理可能會鼓勵被保險人使用服務，而造成目前日本在介護服務的量與支出費用逐漸地增加；3) 由服務提供者中的照顧經理為需要介護的被保險人設計介護服務利用計畫，這種情況可能會出現因考量自己經營上的利益而容易發生設計不符合被保險人身心狀況的服務，造成資源的浪費；4) 照顧經理在擬定照護計畫上，較願意給民眾多一點服務，但這些服務是否符合被保險人的需求，須深入瞭解才能釐清問題。

### (三) 照護服務品質待考量

從整體日本的介護服務保險系統的規定及服務使用情形來分析，服務提供的流程是由服務提供者中的服務計畫者為被保險人安排需要接受的服務內容，當確定被保險人是需要接受何種程度的介護服務後，送至市町村由市町村審查被保險人的資格，只要利用的介護服務不超過規定中的最高金額上限的話，市町村即允許並給付該費用。所以在決定被保險人應接受何種程度的服務到給付費用的過程中，整個流程市町村並無針對服務計畫

者所設計的安排進行評估，也沒有考慮到該服務是否適合被保險人，如此容易造成被保險人所接受到的服務不符合其需求，或是接受到的服務品質並不妥善。而日本介護保險實施至今，並沒有作系統性的品質或績效評估，其重點尚在提升量，而非品質。下列數點是日本目前在介護服務體系中須面對的問題：(1) 照護經理品質參差不齊，對其擬定的照護計畫又無一定模式可循；(2) 對服務提供者而言，尚未定出詳細的作業標準，對其提供的服務也沒有評估其成效。所以在整體介護服務系統的運作中，除了應對提供服務之業者的品質需嚴格把關及評估外，在服務計畫的安排事宜及保險費用支付的規定上亦應詳盡考量，以確保介護服務的品質。

#### (四) 區域性差異大

根據日本國民健康保險中央會的統計資料提供，針對 2002 年 4 月底全國 47 個縣統計利用社區式及機構式服務的介護費用支出情形。社區式服務支出費用佔全部支出比例最高的順序為：神奈川縣( 50.13% )、東京都( 49.30% )、滋賀縣( 46.28% )；而社區式服務支出費用佔全部支出比例最低的順序為：高知縣( 27.92% )、北海道( 28.29% )、富山縣( 29.69% )。從上述數據顯示，目前日本介護保險實施的情形，不同縣市利用社區式或機構式服務的情形具有區域性，以神奈川縣社區式服務支出費用佔 50.13% 最高，而高知縣的比例為 27.92% 最低，兩者之間相差約 22.0% ，顯示服務利用的情形，具有區域性差異存在。

另外，日本介護保險制度之實施，其內容有地方特色的特殊規範。換言之，資格的認定、服務的提供、保險的給付、組織的規劃、財源的徵收等均由地方政府負責處理，並且容許地方之不同而有些許的調整，地方化的色彩明顯。中央政府僅做全國性基本條件之統一規範，以及成立平衡基金補助(或協調)區域間的差異性。



日本政府針對高齡者之醫療、社會及福利三方面提出幾點未來重要的發展方針：朝著介護服務的完整性發展、改善高齡者的支持系統、改善高齡者的活力、發展社區支持系統、建立服務提供者與使用者之間的良好關係、成立高齡者醫療社會福利基金會。

- 1.介護服務整體發展：藉由介護服務相關人員的訓練、發展相關設施，並加強服務設施品質的改善，以提昇民眾使用介護服務的可近性。
- 2.改善高齡者的支持系統：發展高齡者團體性居住環境，並改善高齡者接受之介護服務的品質，以確保高齡者於介護服務體系中的權利，為高齡者建立有尊嚴的社會。
- 3.改善高齡者的活力：為改善高齡者的活力，推行「有朝氣的高齡者」之計畫。針對高齡者發展綜合性的疾病管理策略，並且建立地區性的復健醫療體系，促使高齡者對生活有正面的態度、介護服務的預防及參與社會。
- 4.發展社區支持系統：整備高齡者居住環境，充實日常生活活動支援的服務，鼓勵建立支持性及照顧性的社區城市。
- 5.發展使用者對介護服務的保護與信賴：鼓勵多樣化的服務提供者參與，並且針對高齡者需求的社會福祉用具進行開發和普及化，改善使用者獲得介護服務資訊的方式及保護使用者的措施，建立能讓使用者信賴的介護服務。
- 6.建立高齡者醫療及社會福祉之基金會：建立基金會以支持醫療及社會福利，發展延長壽命的科學，並推動社會福祉教育課程，進一步促進國際間交流。

## 結論

為吸取先進國家經驗，以求我國未來長期照護體系之先進有效，本計畫乃於今年七月二十日到八月三日，前往美、加、日三國，考察其長期照護制度。

美國考察重點為聯邦政府在奧勒岡州所做的 PACE 社區實驗計畫，藉以瞭解該實驗如何在節省政府經費下，推展整合連續型的社區長期照護體系；加拿大考察重點為中央、地方、與民間的分工與合作，以及照顧管理模式的運作；日本主要考察他們從 2000 年開始實施的介護保險制度，希望瞭解其規劃、實施、與結果評估等。詳細出國報告請見附錄一，以下摘要參訪重點：

### 一、參訪國家人口老化資訊

美國 2000 年 65 歲以上人口有 34,991,753 人，約佔總人口數的 12.4%，推估 2010 年老人人口將達總人口之 13.2%，2020 年更高達總人口之 16.5%。而在 1990s 其間，老年族群中成長速度最快的發生在年齡層為 85 歲以上之族群，此族群從 1990 年 3.1 百萬人增加至 2000 年 4.2 百萬人，成長率為 38%；75-84 歲人口成長率為 23%；65-74 歲人口成長率則少於 2%，其人口數僅從 18.1 百萬人增加至 18.4 百萬人。

加拿大 2001 年 65 歲以上之老人有 3.92 百萬人，其中有 430,000 為 85 歲以上之老人，但隨著嬰兒潮人口的老化，老年人口預估 2021 年將達 6.7 百萬人，而 2041 年將更高達 9.2 百萬人，平均每四人就有一人為老人，而屆時預估將有 1.6 百萬為 85 歲以上之老人，這將為總人口之 4%，可見其增加之快速。

日本於 2001 年 4 月 65 歲以上老人人口約佔總人口數的 17.5%，2002 年為 18.3%，厚生勞動省推估在 2010 年時 65 歲老人人口數將達到 2,770 萬人，2025 年時 65 歲老人人口數將達到 3,240 萬人，老年人口比例有明顯增加的趨勢。

### 二、美國參訪重點

美國的長期照護採殘補式之福利制度，和歐洲福利國家考慮全人照顧的原則迥異，因此近年由 HCFA 支持 PACE 實驗試辦計畫，希望結合衛生與社會服務，落實社區全人照顧，和本先導計畫精神十分類似，因此本次將其列為美國參訪重點。

根據 2000 年的資料，美國共有 24 個 PACE 實驗社區，我們選擇前往奧瑞岡 (Oregon) 的 PACE 實驗社區參訪，主要原因是奧瑞岡州的社區照顧體系特別發達，再加上友人引界。

奧瑞岡的 PACE 實驗是由 Providence Health Care System 承辦，命名為 Providence ElderPlace，主要是針對中重度身心障礙者的照顧計畫，希望整合醫療及長期照護

的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供全人的照顧，盡量使個案留在社區中，因此 ElderPlace 遵行 PACE 的四點特質發展其服務模式，四點特質為：(1) 彈性化-依照個案身體狀況及需求，個別擬定照顧計畫，滿足其需求；(2) 完整照顧-於社區中整合醫療及長期照護，以統合、提供、監測個案需求；(3) 跨專業團隊-為提供完整多元服務，於社區中配置跨專業團隊；(4) 總額支付制度-彙整醫療長期照護經費，依人頭計算總經費額度，承辦單位必須統籌運用，負擔絕對的財務風險。

對消費者個人而言，PACE 的服務人員會傾聽個案的個人需要，尊重個案的個別需求，盡量讓個案留住社區中。其實，PACE 的收案對象為符合 Medicaid 入住護理之家標準者，因此為依賴程度相當高的個案，其努力目標為幫助此類重度依賴個案，仍然能夠盡量留住家庭。另外，PACE 最吸引人的地方是能夠解決目前美國「健康照護財務與服務提供零散」的大問題，對中重度失能老人、家庭照顧者、健康服務提供者、和決策者而言，都具有極高的意義。

除了了解 PACE 實驗計畫之外，也在參訪四個 ElderPlace 營運中心(Laurelhurst, Mt. Tabor, Cully, and Glendoveer) 過程中，了解 ElderPlace 的業務，並觀摩其跨專業團隊晨會，以及參觀服務提供單位：照顧住宅 (Irvington Village) 和成人托顧家庭 (adult foster homes)。

Laurelhurst, Mt. Tabor, Cully, and Glendoveer 這四個 ElderPlace 營運中心中，前兩個經營日照中心；Cully 提供照顧住宅，並對外提供日間照護服務；Glendoveer 只提供老人照顧住宅服務，四個中心均設有門診，除社會照顧服務外，提供醫療和復健服務，和他們的「積極照顧 (aggressive care)」理念相呼應，給予個案充分的預防、診斷、早期治療、和復健服務之照護，而綜合其業務發現其提供服務有以下四點共同特色：(1) 設置跨專業服務團隊，落實健康和社會照顧結合的服務模式；(2) 設有診所，配置醫師，提供醫療保健上的監測、預防、與治療；(3) 提供復健服務，落實他們積極照顧 (aggressive care) 的照顧哲理；(4) 充分利用日間照顧服務，並配置多輛復康巴士，盡量鼓勵個案走出家庭，每星期接受 2-3 個半天的日間照顧服務，一方面，讓中心的工作同仁可以隨時發現個案的身心變化；另一方面，增進個案活動的機會，藉以維持個案的身心功能。

而以上四個中心每早皆有晨會，其晨會功能主要有：(1) 各種活動通知；(2) 新個案的接案討論；(3) 個案問題報告討論與照顧計畫擬定；(4) 工作分派等。

參觀服務提供單位中，Irvington Village 是 ElderPlace 合約的服務提供者，是一個照顧住宅(assisted living facility, ALF)，其人力配置為每 15 位住民配置一名工作人員，其內配有 1.5 個護理人員，所有服務幾乎都由單位內部自行提供，但技術性護理服務仍由一般的居家護理師前來服務。

PACE 日間照顧中心經營模式包含以下四點：(1) 強化照顧功能：配置診所、

跨專業團隊、復康巴士；(2)增加來中心的誘因：解決交通問題，增加可近性；(3)推行積極照顧理念 (aggressive care)，鼓勵接受日照與復健服務；(4)提昇效率：一天分兩班制，一星期兩次，增加服務人數。

而成人托顧家庭 (adult foster homes) 則是 Oregon 照顧體系相當特別的一種服務設施。照顧對象從輕度到重度的失能老人，最重度的 AFH 必須由護理人員經營。這些費用對經營者家庭而言，是一大筆收入，此一服務模式給予老人家庭式的照顧，讓經濟弱勢的移民免於淪入受救濟人口，又可節省州政府在照顧上的財務負荷，可說是三贏的策略。

美國長期照護體系可供我國政策參考借鏡之處如下：

(1) 以民眾需求為導向的策略，發展多元化的服務滿足民眾得需求

從服務提供的設計，人力的發展，和管理策略，均可感受其對民眾服務的關懷，一切以提供民眾適切服務為依歸，因此才會致力於多元化服務的發展，以滿足社區多元的需求。

(2) 在二十多年來持續社區化策略下，勵精圖治

在 1980 年代，其實 Oregon 州政府面臨嚴重的財務危機，當時他們面對正在大量成長的機構照顧財務負荷，因此在順應民眾的社區照顧意願下，毅然投入社區化服務的發展，觀察在過去 20 多年中，他們的政策方向一致，日積月累，才能有今日開花結果的景象。

(3) 彈性的法規，達到動員民間與掌控品質雙贏的成效

Oregon 州政府法規深具彈性是孕育新型服務的發展的主因，因而能夠落實多元社區照顧網的建構，如每一服務提供者均需立案，但具分級彈性；創新服務模式草創期不受法規限制，給予發展空間與時間，因此為讓社區服務多元與蓬勃，政府瞭解必須民間的充分參與，因此對各種民間投入開發的新型服務模式，鼓勵有加，給予彈性發展空間。目前我們先導計畫在實驗社區推動的新型服務模式發展，是一個很好的開端，但是各界對其要求十分殷切，要在 2 年內完成實驗，時間相當緊迫；另外行政管理者開始擔憂其法規管理問題，要求儘速訂定管理規範，希望能借鏡 Oregon 的經驗，給予彈性空間，給予持續發展的空間。

Oregon PACE 在管理式服務模式的概念下，整合基層保健、急性住院與門診、社區與居家照護、護理之家服務，展現提供全人照顧並節約成本的功能，又因內配置跨專業團隊，包含醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、語言治療師、照顧服務員、復康巴士司機等；管理範圍最廣最深，最能提供連續照顧。在論量計酬的支付制度下，承辦照顧管理單位不宜同時擔任直接服務

提供者，因球員兼裁判，無法節約成本，而 PACE 則採管理與服務提供同時兼辦模式，由於採行論量計酬制度，因此不必擔心財務浪費。

### 三、加拿大參訪重點

加拿大的長期照護建構在醫療體系之下，其特色在於連續照顧(continuing care)體系之建構，有些省份並致力於社區照顧，以減少醫院和護理之家的使用。又其藉由照顧管理制度落實社區連續照顧，結合金與公共財源支持全體民眾的長期照護，實施地方分權之行政體系，因此可作為實驗社區照顧管理制度之參考。

由於加拿大聯邦是一個非常地方分權的政府，所以要發展全國一致的政策比較困難。故加拿大的 health care 是依據 Canada Health Act 執行，中央和地方政府各有清楚的職責與功能，加拿大以稅收來支持其全民健保。基本上，對民眾提供 health care 服務是省政府的責任，聯邦政府提供各省醫療預算的 20~25%，聯邦政府對省和特區政府之經費補助係透過加拿大健康暨社會服務移轉方案（主要按人口數計算）及 Equalization Transfers（補助較貧乏的地區）來達成。

但是在長期照護方面，加拿大政府並未像健康照護一樣，將其列為國家責任，因此大多附在醫療服務之下，其目的為降低住診的使用，以節約日益攀升的醫療支出，雖然是十分消極的目標，但也使加拿大的急性後期的連續性照顧，在世界各國中，算是成效不錯的國家之一。另外聯邦政府，近年也編列特別預算，鼓勵省政府發展社區照顧服務體系。

在多倫多參訪他們省政府委託的一個社區照顧管理中心—CCAC(全名 Toronto Community Care Access Centre)，發現他們採經費總額制度，將社區照顧經費提撥 CCAC，委託其管理全區民眾的社區式長期照護需求，並負擔財務平衡責任。在機構式照顧方面，卻由省政府提供照顧經費，而由 CCAC 擁有評估進住機構的權利，省政府並在政治介入之下，正在鼓勵民間建造護理之家中，其決策和世界潮流相左，可靜觀其後續發展。

加拿大長期照護體系可供我國政策參考借鏡之處如下：

#### (1) 透過合理的機制，制訂社會福利經費補助設算標準

在地方分權化下，如何讓區域間的或差距縮小是嚴肅的課題。在加拿大，透過 Equalization Transfers 之機制讓較窮的地方政府獲得較多的補助，可供我國目前在重新檢討社會福利經費補助設算標準的參考。

#### (2) 依據功能依賴度和服務需求度為標準提供補助或給付

加拿大的社區居家照顧服務主要侷限在減少急性醫院的醫療花

費，與我國的情況類似，居家照顧並非全民服務，民眾能得到的免費服務不多，基本上還是認為居家照顧是家庭的責任，一旦家屬沒辦法照顧而送入機構時，則由政府負擔照顧費用（食宿自付）。故將來我國若要對長照提供補助或給付，應以個案的功能依賴度和服務需求度為標準，不應該依居住安排有所不同，否則可能導致個案容易過早入住機構。

### (3) 中央與地方適當之權責分工，落實地方制度

加拿大中央政府與地方政府權責明確，完全落實地方制度，中央負責規劃全國一致性之事務，地方則實際執行，地方問題地方自行解決，除非涉及政策，這樣的權責分工，應是我國學習標的。

### (4) 發展監督長期照護機構品質機制，確實管理品質

未立案的長期照護機構在加拿大也是存在的，尤其過去多年來加拿大政府控制新機構、新床位的設置，但許多民眾急著要機構照護，在長照機構安置的等候名單排隊之下等不及就住入未立案機構，這些機構沒有政府的管理，因此照顧品質很差，時有虐待、不良照顧情事發生，加上老人和失能者是弱勢者，入住機構後大多無力捍衛自己的權益，因此社區對機構品質的督導和代言機制需要發展，這也是我們發展長照體系要顧及的。

## 四、日本參訪重點

日本於 2000 年 4 月開始實施介護保險，轟動全球。因此介護保險的準備、實施、以及評估將為本次參訪的重點，以了解其介護保險制度以及保險介入前後面臨之問題與解決，這些經驗將可做為未來政府規劃長期照護相關保險之建議。

日本在介護保險開辦以來，面臨了一些問題：(1) 支付制度有利機構式服務，鼓勵機構服務的使用；(2) 照顧管理者也是服務提供者，利益混淆，影響服務的使用和品質；(3) 照護品質缺乏嚴格把關與評估；(4) 區域性差異大。這些實施結果之問題同時也值得我國警惕，避免未來規劃時重蹈覆轍。

未來我國可以學習日本介護保險之精神與原則，規劃屬於自己的長期照護制度，但在執行方面可供我國政策參考借鏡之處如下：

### (1) 政府應有多元化籌措財源的準備

日本長期照護保險規模約為其全民健康保險的四分之一，且就日本目前辦理介護保險的經費約為台幣 600 億元來看，若來推估臺灣開辦長期照護的情形，對台灣而言，需求規模似乎不是太大的問題。而且日本目前介護服務提供的給付範圍涵蓋社區式及機構式服務，若本著推動在

地老化政策，且考量機構式服務的成本較高等因素，而只朝社區式服務的長期照護去辦理，並加入加拿大給付範圍，只侷限在這照顧的部份，財務的負擔似乎不如我們預期沈重。

另外，日本介護保險費用 25% 來自中央政府、12.5% 來自縣政府、12.5% 來自市町村、50.0% 來自被保險人。將來若臺灣欲實施此分擔比例時，仍有待商榷。

雖然財務不如預期沈重，但財源的籌措方式應要多元化，因為這不只是國家的責任，個人也有責任。至於政府應如何籌措應負責支付的部分，不論是採用稅收或保險等方式，都應要有明確的方案，如此才能確保財源發展穩定。

## (2) 訂定給付範圍優先順序

日本介護保險給付層面廣泛，共達 14 項服務之多，且每月服務使用金額上限高達 36 萬日幣。若臺灣欲實施保險制度，在初期應採較保守的態度，依照國內老人所需的照護程度精算出服務內容，且不應完全仿造日本給付所有的服務，建議給付內容應採慢慢擴大的方式進行，不要像健保因給付太多而導致虧錢，故未來應在作業系統和財源穩定之後，再考慮擴大提供服務的範圍。

## (3) 區分照護、飲食及住宿的費用

基本上，介護保險的責任應是在照護，而非飲食和住宿。因此在給付上應要區分清楚，並且飲食及住宿費用不應包括在保險給付的範圍，可參考加拿大安大略省對長期照護提出的三個信封理論 (three envelopes theory)，對住宿、休閒治療、及護理和個人照顧服務等三方面之費用，長期照護只負擔照顧服務一個信封即可。

## (4) 統一行政系統

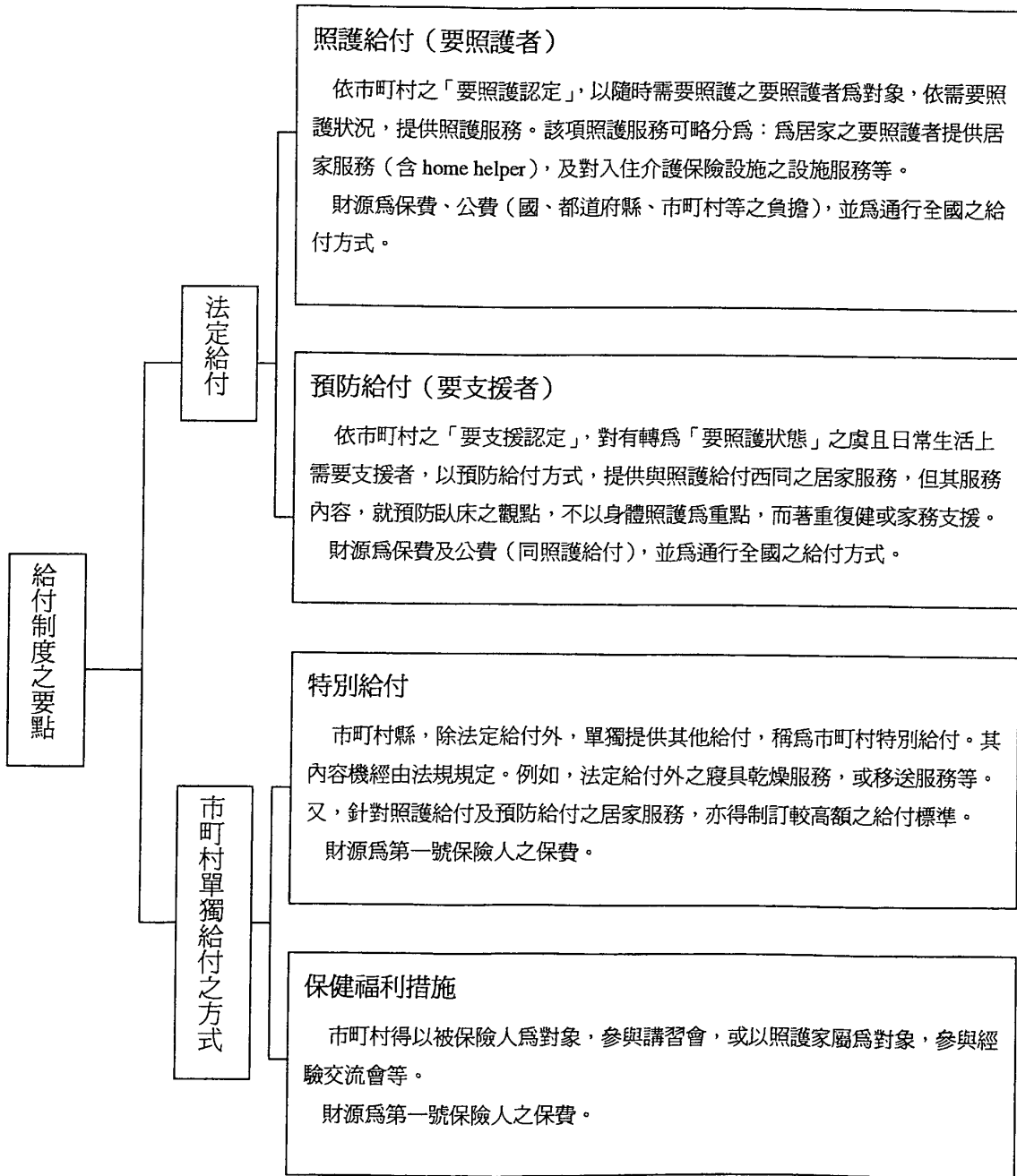
介護保險的行政作業應可和現有的健康保險結合在一起，基本上，醫療的部分已經有全民健康保險的體制，但就行政成本考量 (我國的行政成本只佔 2.2%，與各國比較是很低的比例)，可將兩部分的行政部門統一，以節約行政成本支出，但在財務上則可以考慮將兩部分的財務獨立，採取各自負責的方式。

考察結果發現，三個國家的長期照護服務模式、行政管理、和財務制度，均有可供我國借鏡之處，可引用到我國目前正在推展的照顧服務產業方案，以及未來服務體系以及財務制度之整體建構。

附錄一：日本介護保險之種類、內容及認定程序

<1> 介護保險給付之種類與內容

介護保險之法定給付有：對要照護者之照護給付（服務），及對要支援者之預防給付等。又，作為保險人之市町村，得單獨提供特別給付或保健福利措施等。





## 介護保險給付概要

### ■ 照護給付（要照護者）全國通用

#### ● 居家服務之給付（詳行請參閱「照護服務內容概要」）

##### （1）家訪服務（home help service）：

家訪員（home helper）訪視家庭，提供沐浴、排泄、飲食等之照護及其他日常生活上之支援。

##### （2）家訪入浴照護：

訪問家庭，提供浴池，協助沐浴。

##### （3）家訪護理：

護理人員家訪，提供療養上之照護並協助必要之診療。

##### （4）家訪復健：

物理治療士或職能治療士家訪，實施物理治療或職能療等必要之復健。

##### （5）居家療養管理指導：

醫師、牙醫師、藥師等家訪，實施療養上之管理與指導。

##### （6）日間照護（day service）：

前向日間照護設施，接受入浴、飲食等之服務，日常生活上之照護，及機能訓練。

##### （7）日間復健（day care）：

前往老人照護保健設施或醫院等，接受物理治療、職業治療等必要之復健。

(8) 短期入所生活照護（福利設施之 short stay）：

短期住進短期設施，接受入浴、排泄、飲食等之服務，日常生活上之照護，及機能訓練。

(9) 短期入所療養照護（醫療設施之 short stay）：

短期住進老人照護保健設施、療養型醫療設施等，在護理、醫學等管理下接受照護、機能訓練及其他必要之醫療與日常生活上之照護。

(10) 失智者之共同照護（失智老人之 group home）：

要失智而需要照護者，置於共同生活之環境下，提供入浴、排泄、飲食等之服務，日常生活上之照護及機能訓練。

(11) 特定設施入所者之照護：

為住在收費老人之家、照護利用型老人之家（case house）等之要照護者，按計畫提供入浴、排泄、飲食等之服務，日常生活上之照護、機能訓練，及療養上之服務。

(12) 器材之借用：

器材（輪椅、特殊臥床等）之借用。

(13) 支付居家用器材之購置費用：

支付入浴或排泄用器材（坐式便器、特殊尿器、入浴扶助用器等）之購置費。

(14) 支付居家照護住宅改修費用：

支付住宅之改修（加裝扶手、減除高低差、防滑、順利移動等所需之床及地板材料之更換等）。

(15) 居家照照護支援：

考慮受居家照護者之身心狀況，就利用上述保健醫療服務及福利服務方面，擬定服務計畫（care plan），並且使該計畫確實提供，與服務提供機構協調。

● 設施之給付

(1) 福利照護設施服務：

為特別養護老人之家入所者，依設施服務計畫，提供照護，日常生活服務、機能訓練、健康管理等醫療上之服務。

(2) 保健照護設施服務：

為保健照護老人之家入所者，一設施服務計畫，在護理及醫學管理下，提供照護、機能訓練，及其他必要之醫療與日常生活上之服務。

(3) 療養照護設施服務：

為療養型醫療設施之入所者，依設施服務計畫，在療養、護理及醫學管理下，提供照護、機能訓練，及其他必要之醫療等服務。

● 其他

高額照護服務（詳情請參閱「照護服務費使用者負擔」）：

使用者之負擔相當高額時之給付。

■ 預防給付（要支援者）

有關居家服務之給付，除失智老人共同照護外，均與要照護者之給付相同。  
無設施給付。

■ 市町村特別給付（要照護者及要支援者）

如：寢具之送洗、乾燥、移送服務等。

### 1. 照護服務提供之流程

為提供介護保險給付，被保險人需經市町村之照護認定審查會認定為要照護者或要支援者，並依此向市町村公所提出居家服務之申請，在依照護理經理員（care manager）由服務機構提供服務。又居家服務計畫亦得由要照護者或要支援者本人擬定後，向市町村公所提出。

介護保險設施於提供服務時，依入所會約簽訂改由設施擬定之照護服務計畫設施。

■ 至提供照護服務之流程



## ■ 照護服務提供時應注意事項

### 居家照護之情形

#### (1) 居家服務提供之「居家」範圍

居家服務以居家為主要照護者為對象，提供訪視照護者各項家訪服務。所謂「居家」只要照護者、或要支援者所住之家，與「住宅」同意。

居家若非自宅，為自費入住之收費老人之家或收費老人之家，在介護保險下認定為居家。設施所提供之照護服務（特定設施入所者之生活照護），及其他居家服務、設施亦可提供。

#### (2) 居家服務計畫之擬定

要照護者有意利用居家服務時，通常由專屬照護支援機構之照護支援經理人員(case manager)，擬定居家服務計畫，並依居家服務計畫提供居家服務。居家服務計畫含服務之種類、內容、時期、負責人等。

#### (3) 離島等居家服務有困難之情形

居家服務取得有困難之離島等地區，因無法取得服務機構之照護服務，市町村公所認為必要時，得專案支付居家服務費。

居家服務之取得頗有困難之離島等地區，因人口稀少、服務使用人口不多，服務人力無法維持、交通不便等，使服務提供不符效益，服務機構參與意願亦不高。(以下列舉日本各偏遠離島地區，略)。

### 設施照護之情形

設施服務只有要照護者方可利用。要照護者可入所之介護保險設施雖有下列三種，其中(2)照護老人保健設施，與(3)指定照護療養型醫療設施之入所者，限適用該設施服務基準之要照護者。

介護保險設施需設置照護支援經理員，於提供照護服務時，該設施之照護支援經理員必須為要照護者擬定個別照護計畫，並依計畫提供服務。設施之照護計畫，除服務內容、負責人外，尚有(1)健康上或生活上之問題及解決方案，(2)服務目標達成日期，(3)提供服務時應注意事項等。

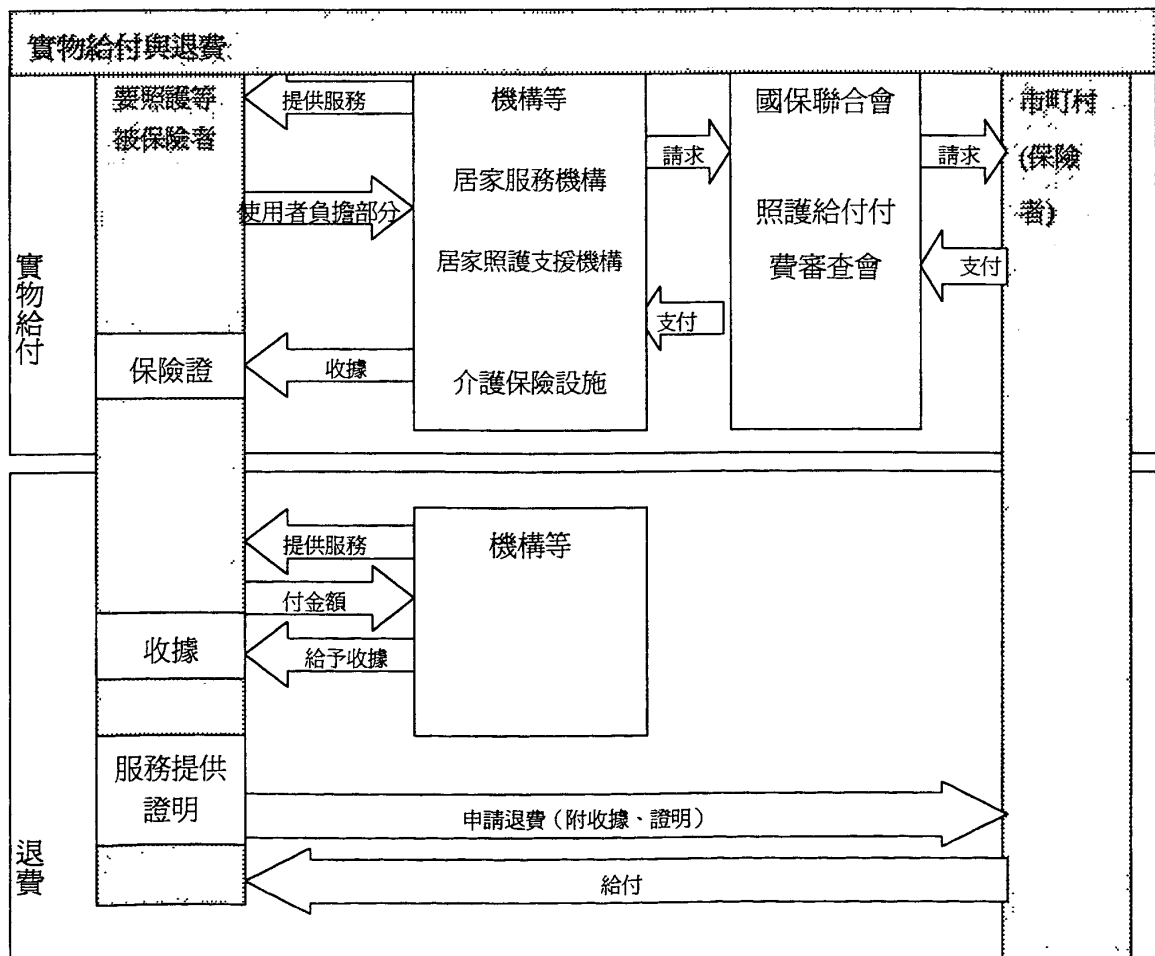
介護保險	(1) 照護老人福利設施 隨時需要照護但居家生活有困難之要照護者。	介護保險	(3) 照護療養型醫療設施 為病情穩定之長期療養病人，像裝有導管等隨時需要醫療管理之要照護者（除適用(1)之要照護者）。
	(2) 照護老人保健設施 病情穩定，雖不需入院治療，但人需要復健、護理照護之要照護者。		介護保險適用之療養病床 病情穩定之長期療養病人中，(1)需要高密度醫療管理 貨機及復健之病人，(2)未滿 40 歲及 40-65 未滿歲 15 種特定疾病以外者。
		醫療保險	

## 2. 照護服務給付方式

居家或設施服務之給付方式，除使用者負擔一成外，由受市町村委託之各都道府縣國保聯合會，直接向服務機構、介護保險設施給付。這種方式，也就是服務機構或設施代表使用者接受給付，稱之為「代理受領方式」。從使用者的立場，並非因接受服務而付費，乃是服務本身直接給付，因此是「實物給付」。

服務機構提供之「實物給付」，則因服務種類而有一定的要件，例如代理受領居家照護服務費之要件等。

另一方面，實物給付以外的部分，則以退費的方式處理。使用者在使用服務時先付出金額，取得服務機構之收據及服務提供證明，持此文件向市町村公所請求退費。市町村公所則將該服務項目之定額退給使用者。



## ①居家照護之處理情形

居家照護服務費：①申請要照護認定之人，②提出保險證，③若接受指定居家照護時為實物給付。但若因服務機構外接受居家服務時，不算為實物給付。又福利用品購置費、住宅改修費、高額照護服務費等以退費方式處理。

### (1) 照護服務計畫界定項下之實物給付

#### ●服務機構擬定照護服務計畫時

被保險人事先就是否「委託擬定照護服務計畫」，向市町村公所提報。此後，若接受「照護服務計畫所提供之服務」時，則為實物給付。

實際運作的方式是服務機構依照戶服務計畫，開出給付管理單給國保聯合會，同時交給使用者服務使用單（若是服務機構，則為服務提供單），使用者依使用單接受給付管理單界定之服務時，則為實物給付。

#### ●要照護者及要支援者本人擬定之照護服務計畫時

要照護者及要支援者，若事先已向市町村提出本身擬定之照護服務計畫時，則為實物給付。此時由市町村開出給付管理單給國保聯合會，而接受該給付管理單界定之服務時，則為實物給付。又短期入所服務很難事先確定時間長短，因此在使用前，請照護經理人員擬定照護服務計畫，並與保險人聯絡，則為實物給付。

### (2) 依照護計畫規定之實物給付

失智者共同生活照護及特定設施入所者之生活照護（低收費老人之家等），可不依照護服務計畫之界定而為實物給付。但特定設施入所者之生活照護（收費老人之家），有時不代理受領，服務機構在取得入所者之同意下，向國保聯合會提報，則可為實物給付。又居家療養管理指導在醫師等認為必要時，方可給付，因此不必依照護計畫之界定，可以為實物給付。



### (3) 市町村之特別給付原則上為實物給付

市町村之特別給付，是市町村依條例提供要照護者或要支援者之特別保險給付。但該向給付乃是介護保險制度下對要照護者所提供之保險給付，應以防止要照護程度之惡化，或轉入要照護狀態為原則。因此未含蓋在照護給付項之下支寢具烘乾、移送服務、紙尿褲等給付亦可以考慮。給付方式以實物給付為原則。

## ②設施照護服務之處理情形

對入住介護保險設施之要照護者，給付設施照護服務費。該服務費支付予設施（代理受領），對要照護者則為實物給付。

另外在要照護認定時，若由市町村指定設施種類，不得支付設施照護服務費予指定外之設施服務。又老人保健照護設施及照護療養型醫療設施，唯有要照護者之醫療需要程度與該等設施之基準符合時，方得給付。

### (1) 照護服務之給付

設施照護服務費中，除提供食物以外之服務，其給付額為設施服務別之基準額（按指定設施服務之照護給付費單位表算單位數後，依地區別乘以每一單位之單價）之九成。實際費用若基於基準額，則為實際費用之九成。

入所者的負擔除食物外，其他服務費用的一成，但①理美容費，②其他在日常生活中一般認為必要之項目，但由入所者負擔較為適當，則不得以日常生活費為保險給付，全額由入所者負擔。紙尿褲費則由保險給付。

### (2) 提供食物之給付

在設施中食物費用，由食物提供費用表算出，但入所者必須每天負擔一定之標準額，其餘部分則以設施服務費給付。標準負擔額由厚生勞動大臣依平均家庭食物費決定，但得以收入情況酌減。

標準負擔額，①除低收入者外，每人每天 780 日圓，②非市町村戶稅課稅對象者為 500 日圓（照護因有繼續性及長期性等特性，考慮老人醫療等長期合理之額度及均衡），③老人年金受領者為 300 日圓。

### （3）特例設施照護服務費

要照護者因緊急或不得以之理由，①在要照護認定申請日前接受設施服務，②未出示保險證而接受服務，市町村公所認為必要時，得以特別設施照護服務費予以退費。

支付額則按社疵照護服務費額度，由市町村決定。

## 3. 照護服務費用之使用者負擔部分

使用介護保險之服務時，原則上費用（按服務種類所定之基準額）之九成由保險給付，一成由個人負擔。實際費用若低於基準額，則實際費用之九成由保險給付，一成由個人負擔。但擬定居家服務計畫之費用，由保險全額給付，無個人負擔。

為考慮低收入者，在介護保險施行時用居家服務之老人，目前訂為三年內 3%，以後遞增，置平成 17 年時為 10%。依殘障者法規用居家服務者，至平成 16 年間為 3%。

為考慮家庭負擔，不使負擔增加，一成負擔之總額若超過一定額度，超過部分得以退費。

### □ 一成以外支付單有需要或可減免之情形

#### ① 在設施中之食物及日常生活費

為介護保險設施之入所者提供之食物，入所者負擔一定之標準額，差額由保險給付。居家服務情況下，使用者赴所或短期入所，其伙食費不為保險給付，使

用者需負擔全額。

理、美容費、教育娛樂費等一般在日常生活中雖認為必要之費用，但由使用者負擔較為適合者，不得為保險給付，需由使用者負擔全額。但紙尿褲費，在設施服務或居家服務間之短期入所服務下，均由保險給付。

### ②使用者要求特別服務之費用

按照護服務之種類，使用者希望接受一定之特定服務。接受特別服務時，超過法定給付之部分（或法定給付外之費用），使用者必須全額負擔。如接受外地機構之居家服務時，機構之交通費等，或在設施中要求單人房或雙人房等。

居家服務項下，使用者若要求超出給付限額之服務時，超出部分由使用者全額負擔。

### ③因災害等特殊情況之減免

因災害等特殊情況，負擔居家服務、設施服務、器材購置、住家改修等費用之一成，一時有困難之要照護者及要支援者，得調高給付率（九成以上十成以下，由市町村決定）。

要照護者及家戶主要收入者，如有下列理由，可認定為一成之負擔有困難：

- ①要照護者、主要收入者，因地震、風水災、火災等使住宅財產受嚴重損害時，
- ②主要收入者：a.死亡，b.身心重大傷害或長期住院，以致收入嚴重減少時，
- ③主要收入之收入，因停業而受到嚴重損失，或失業而嚴重減少時，
- ④主要收入者之收入，因旱災、凍害等使農作物收穫或漁貨嚴重減少時。

## ②高額照護服務費之支付

要照護者或要支援者所接受之居家服務或設施服務，使用者負擔十分高額時，得給付高額照護服務費、高額居家支援服務費。其額度則考慮居家服務或設

施服務必要之費用負擔，對家計可能產生之影響而定之。一般家庭，自行負擔上限為 37,200 日圓，市町村未課稅戶為 24,600 日圓，老人年金受領者為 15,000 日圓。

適用保險給付給付額減額規定之要照護者或要支援者，不得為高額照護服務費給付之對象。

得為高額照護服務費給付之對象，其給付除器材購置、住宅改修費一成之個人負擔不給付外，限於下列各項。

高額照護服務費給付對象等之使用者負擔	
高額照護服務費給付對象之使用者負擔	高額居家支援服務費給付對象之使用者負擔
<ul style="list-style-type: none"> <li>●有關居家照護費之使用者負擔</li> <li>●有關特例居家照護服務費之使用者負擔</li> <li>●有關設施照護服務費（除食物提供所需費用）之使用者負擔</li> <li>●有關特例設施照護服務費（除食物提供所需費用）之使用者負擔</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有關居家支援服務費之使用者負擔</li> <li>●有關特例居家支援服務之使用者負擔</li> </ul>

## (1) 高額照護服務費支付要件

考慮有必要接受長期而繼續性的服務等照護上的特性，規定如下：

### ①依所得訂定之限額

按以下所得區分，參考醫療保險之高額度療養費分配情形，設定如下：

不符合低所得者

市町村非課稅家戶等

### ②家戶全員為非課稅或免課稅者

### ③不減額便成為生活保護受惠者

老人福利年金受領者

市町村非課稅者之老年福利年金受領者

生活保護之被保護者

不減額變成為生活保護受惠者

## (2) 以家戶為單位之上限設定

考慮高額療養費之家戶合計，以家戶為單位設定上限。

①同一戶中有多數之要照護者，家戶全體之負擔額超出上現實予以支付

②個別要照護者之上限為家戶全體負擔額，依個別之自行負擔額分配計算

③老人福利年金受領者，因係個別之減額，家戶若以「市町村非課稅者」之上限，依個別分配之上限額，若超出「老人福利年金受領者」之上限時，適用「老人福利年金受領者」之上限（下表之★）。

又以所得區分成合計計算之家戶，以使用服務該月之第一日為基準日。

參考家戶之上限額即要照護者別之負擔上限、高額服務費（例）

家戶種類	要照護者之構成	高額費前負擔額(日圓)	家戶上限額(日圓)	個別要照護者之負擔上限(日圓)	個別要照護者最終高額服務費(日圓)
低所得以外	要照護者 A	40,000	37,200	$37,200 \times 40,000 / (40,000 + 10,000) = 29,760$	$40,000 - 29,760 = 10,240$
	要照護者 B	10,000		$37,200 \times 10,000 / (40,000 + 10,000) = 7,440$	$10,000 - 7,440 = 2,560$
非課稅	要照護者	30,000	24,600	$24,600 \times 30,000 / (30,000 + 6,000) = 20,500$	$30,000 - 20,500 = 9,500$
	要支援者	6,000		$24,600 \times 6,000 / (30,000 + 6,000) = 4,100$	$6,000 - 4,100 = 1,900$
非課稅 (A 為老人年金受領者)	要照護者 A	30,000	24,600	$24,600 \times 30,000 / (30,000 + 10,000) = 18,450 > 15,000 \rightarrow 15,000 \star$	$30,000 - 15,000 = 15,000$
	要照護者 B	10,000		$24,600 \times 10,000 / (30,000 + 10,000) = 6,150$	$10,000 - 6,150 = 3,850$
非課稅 (A 為老人年金受領者)	要照護者 A	20,000	24,600	$24,600 \times 20,000 / (20,000 + 20,000) = 12,300 < 15,000 \rightarrow 12,300$	$20,000 - 12,300 = 7,700$
	要照護者 B	20,000		$24,600 \times 20,000 / (20,000 + 20,000) = 12,300$	$20,000 - 12,300 = 7,700$
減額則不成為被保護者	要照護者	14,000	15,000	$15,000 \times 14,000 / (14,000 + 6,000) = 10,500$	$14,000 - 10,500 = 3,500$
	要支援者	6,000		$15,000 \times 6,000 / (14,000 + 6,000) = 4,500$	$6,000 - 4,500 = 1,500$

### ③滯納之特別理由

保費滯納或醫療保險費未繳納時，給付之退費及保險給付暫時停付之措施，與一成負擔之減免同樣，在下列情形下不得採行；若已採行，應予解除。

- ①要照護者、主要收入者、因地震、風水災、火災等財產受嚴重損害時；
- ②主要收入者、A.死亡、B.身心重大傷害或長期入院，以致收入嚴重減少時；
- ③主要收入者之收入，因停業而受到嚴重損失，或失業而嚴重減少時；
- ④主要收入者之收入，因旱災、凍害致使農作物收穫或漁獲嚴重減少時；
- ⑤為「生活保護」之被保護者（繳費期間接受生活扶助者除外）。

又，因滯納而不得退費者有，接受原子彈被炸者援護法之一般疾病醫療費給付者，接受精神保健福利法之醫療，或殘障者福利法之校正醫療等公費醫療負擔者。洗腎病人及血友病病人，不得為第一號被保險人（65歲以上）因滯納介護保險費而變更給付方法。

### ④未繳保費者之保險給付

保費徵收權之時效為兩年。徵收權因時效而消滅間之未繳納期間，稱為保費徵收權消滅期間。

經要照護認定之第一號被保險人，如右徵收權消滅期間，依其期間，由市町村規定在一定期間內，①保險給付率降為七成，②高額照護(居家支援)服務費不予給付。

該案要照護者之保險證上蓋上「給付減額」，在七成給付期間內(給付減額期間)結束後，方可除去該項記載，恢復正常情形。給付減額期間之計算方式，在促繳保費的觀點上，保費繳滯期越長，給付減額期間越短；反之亦然。

但，予給付退費情形同，有特別情況時，不採行此項措施。

#### 4.介護保險中優先之公費給付

介護保險中有優先公費負擔醫療給付，凡接受照護給付或預防給付時之使用者負擔部分，為該給付之對象。公費負擔醫療等之給付審查，依照護給付請求書(公費部份或併用或單獨申請)，一律由國保聯完全辦理。國保聯完全處理之公費負擔醫療給付如下表。

尤其在生活保護上，介護保險之給付優先於照護扶助。因此，要照護者或要支援者接受照護扶助時，該給付中之保險給付部分由市町村負擔，餘額由主辦生活保護之負擔都道府縣。

40 歲以上未滿 65 歲未加入醫療保險者，若成為要照護者或要支援者，因不能接受介護保險之給付，其費用全額由生活保護主辦單位負擔。

不論何種情形，在決定介護扶助時，得以使用者之負擔能力，設定使用者之負擔部分。

生活保護若開始或結束於月中，該月中之生活保護費部分，由生活保護主辦單位負擔。此時，以月為單位計算之福利器材借用，則以日為單位，算出其生活保護對象期間之費用。

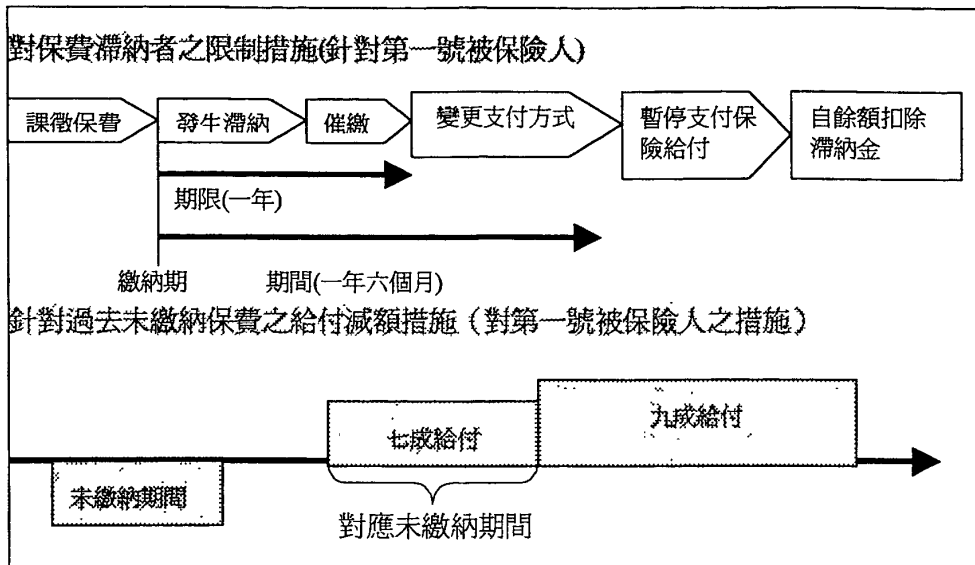


介護保險項下優先之公費負擔					
編號	用其他法令之給付	給付對象	負擔比例	申請方法	
1	結核病防治法第 34 條第 1 項之「一般病患之醫療」	「短期入所療養照護」及「照護療養行醫療設施」	優於保險，至 95%由公費負擔	介護保險與公費一起申請	
2	結核病防治法第 35 條第 1 項之「禁止從業、強制入所病患之醫療」	「家訪護理」及「居家療養管理指導」	保險為優先，使用者負擔部分由公費負擔。得以所得，由本人負擔部分。		
3	精神保健及精神障礙者福利有關法律第 32 條第 1 項之「門診醫療」	僅「家訪護理」	優於保險，95%由公費負擔		
4	殘障福利法第 19 條「更生醫療（校正醫療）」	「家訪護理」、「家訪復健」老人醫療設施以外之「來所復健」及「照護療養行醫療設施」	保險優先，使用者負擔部分由公費負擔。得依使用者負擔能力而有不同負擔比例		
5	原子彈被害者援護有關之法律第 18 條之「一般疾病醫療費之給付」	醫療服務全部。「家訪護理」、「家訪復健」、「居家療養管理指導」、「來所復健」、「短期入所療養照護」、「保健照護老人設施」及「照護療養型醫療設施」	保險優先，餘額由公費全額負擔		
6	昭和 48 年(1973)4 月 17 日厚生省公共衛生局長通告之「關於特定疾病治療之研究」中，為治療研究用之醫療給付	「家訪護理」、「家訪復健」、「居家療養管理指導」、及「照護療養型醫療設施」	保險優先，除定額之個人負擔外，餘額由公費負擔		
7	平成元年 7 月 24 日厚生省保健醫療局長之通告「有關先天性血液凝固因子障礙等之治療研究」中，為治療研究用之醫療給付	「家訪護理」、「家訪復健」、「居家療養管理指導」、及「照護療養型醫療設施」	保險優先，餘額由公費全額負擔		
8	生活保障法第 15 條-2「照護服務」(為保險人時)	全部服務	保險優先，使用者負擔部分由生活保護支付。但本人也可能必須負擔一部份		生活保護單獨申請
9	生活保障法第 15 條-2「照護服務」(為保險人時)	全部服務	全額由生活保護支付。但本人也可能負擔一部份		

## 5.保險給付之限制

雖為介護保險之被保險人，在監獄期間，停止照護給付。①故意犯罪或重大過失，無正當理由不遵守服務使用規定等而成為要照護狀態，或使狀態惡化；②無正當理由不回應市町村之要求不提出有關文件；③滯納介護保險費時，停付保險給付之全部或部分。

停付給付之種類與內容		
停付給付之種類	對象	處分內容
變更給付方式	滯納保費之第一號被保險人為要照護被保險人等時，原則上再該保費應繳納期間限一年內未繳納者	不適用居家照護(支援)服務費、居家照護(支援)服務計畫費、設施照護服務費之實物給付。亦即，以退費方式處理。  在保險證上登記支付變更。
暫時停止支付保險給付	得受領保險給付之第一號被保險人為要照護被保險人時，滯納保費且在該保費應繳納期限一年六個月內未繳納者	暫時停止支付保險給付之全部或部分。受此處分者仍未繳納滯納保費時，得事先通知該被保險人後，從暫時支付之保險給付額中扣除滯納部分之保費。
暫時停止保險給付	得受領保險給付之第二號被保險人為要照護被保險人等時，該被保險人有義務繳納之保費等未繳納時	不適用居家照護(支援)服務費、居家照護(支援)服務計畫費、設施照護服務費之實物給付。亦即以退費方式處理。暫時停止之付保險給付之全部或部分。  在保險證上登記停付保險給付。
給付額減額	第一號被保險人經要照護認定、校正認定後，為「保費徵收權消滅期間」者	除居家照護(支援)服務計畫費及高額照護(居家支援)服務費之支付外，其他給付在依保費徵收權消滅期間設定之期間內，減為 90-70%



## 1 因保費滯納之給付限制

### (1) 支付方法變更

受要照護認定之第一號被保險人(除接受公費負擔醫療者外),自繳納日起一年未繳納照護保費者,市町村便停止服務機構或介護保險設施代領之保險給付(實質給付),並改變支付方法為退費方式。市町村在未滿一年前亦得變更支付方法。

該要照護者之保險證上一般登記有要照護認定結果,同時登記「支付方式變更」。在登記期間將採行退費方式。保險滯納繳清後,或滯納金顯著減少時,取消登記並恢復實物給付。

### (2) 暫時停止保險給付

受要照護認定之第一號被保險人,自繳納日起一年六個月未繳納介護保險費者,保險人得暫時停止全部或部分之保險給付。停付費分不得為滯納額之大部分。

市町村在未滿一年六個月前亦得暫停支付。已接受支付方式變更之處分者,若再度接受暫時停止給付之處分,仍未繳清保費時,在事先通知本人後,

得自暫停之保險給付中，扣除滯納保費。

### (3) 第 2 號被保險人之暫停給付

受要照護認定之第二號被保險人（40-65 歲未滿），若有未繳納醫療保險費之情形，市町村得：①停止代理受領（實物給付），改為退費方式；②暫時停止全部或部分之保險給付。在該被保險人之保險證上登記為「暫停保險給付」，在登記期間停止全部或部分之保險給付而改為退費。繳清滯納醫療保險費後，或未繳額顯著減少時，取消登記並恢復原狀。

為第二號保險人之主要照護者，依醫療保險各法有繳納義務之保費（稅）或分期付款，在繳納期間內未繳納者為未繳納醫療保險費。這一群人所以特別列為對象，因為他們是自負繳納義務之國民健康保險被保險人，也是雇用者保險之專案退休被保險人（工會之員）之故。

## 6. 要照護者之居家照護服務費

要照護者之居家照護服務費，從與居家服務之相互替代性觀點，可區分為九種項目：家訪照護、家訪入浴照護、家訪護理、家訪復健、來院照護、來院復健、短期入所生活照護、短期入所療養照護、福利器材借用等。各項目並訂有支付限額。

### ① 居家照護服務給付標準

居家照護服務有下列規定：

#### ① 家訪照護

照護福利士等家訪要照護者協助沐浴、排泄、飲食等，並提供有關三餐、洗衣、掃除等家事與生活之建議與幫助必要之日常生活。

服務項目則考慮使用者日常生活之狀況與希望，依家訪照護計畫訂定之目標與具體內容執行。

提供服務者，除照護福利士外，修完家訪照護訓練一級、二級、三級課程者（或相當者）亦可擔任，稱為家訪照護員。

## ②家訪入浴照護

以入浴車家訪要照護者，將浴缸搬入家中幫忙入浴，以維持使用者身體之清潔與身心機能之健全。

每次家訪由護理人員一名及照護職員二名為一組。若認為對使用者的身體狀況無大礙，且經主治認可後，亦經由三名照護職員提供服務。

## ③家訪護理

居家護理站、醫院、診所等護理人員家訪，提供療養上之協助或必要之輔助診療。對象為病情安定之要照護者等，且主治醫認為有家訪護理之需要者。服務項目則經與主治醫協商並依家訪計畫，協助療養生活，以維持心身機能之健全及目的。

提供服務者除護理人員外，保健婦、保健士、護士、護理助理、護士助理、物理治療士、職業治療士等亦可。與老人保健家訪護理同。

## ④家訪復健

醫院、診所之物理治療士、職業治療士家訪，提供物理治療、職業治療等必要之復健，以其恢復身心機能並為之處理日常生活。對象及病情安定之要照護者等，並經主治醫認為有在家接受在醫學管理下之復健之必要者。

服務則依醫師指示及家訪復健計畫提供，以減輕或防止使用者之要照護狀態惡化為目的。

家訪實際的服務，由醫院、診所之物理治療士、職業治療士提供。醫師及物理、職業治療士，依據診療結果擬訂家訪復健計畫（考慮使用者之病情與身心狀況、希望與環境等，擬訂服務之目標與具體內容），並對使用者及家庭說明。

### ⑤居家療養管理指導

由醫院、診所、藥局之醫師、牙醫師、藥師等提供療養上之管理與指導（厚生勞動省所規定者）。居家療養管理指導以不能來院之使用者為對象，掌握其身心狀況與環境後，提供療養上之管理與指導。其服務內容依經營基準及照護給付之規定。

服務則依居家療養管理指導服務內容，由醫院、診所之醫師、牙醫師、藥師及醫院、診所之牙科保健士與營養士負責。牙科保健士之服務，可由保健婦、保健士、護士、護理助理等代行。

### ⑥福利用具借用

對身心機能低下，日常生活上有困難之要照護者等，出租福利用具以方便其日常生活或為機能訓練之用。

具體上，由具有專業知識之諮商員，①就福利用具之適當選擇與使用方面提供諮商，並以目錄等說明福利用具之功能、使用方法、費用等，並就個別用具之租用取得同意，②檢查用具之功能、安全性、衛生狀況後租出用具，③此時，應就使用者之身體狀況調整用具，交付說明書；必要時（如電動車椅），由使用者實際操作，指導使用方法，④隨時了解使用情形，必要時並做維修。

諮商員具有福利用具方面之專業知識，除照護福利士外，義肢裝置士、保健婦、保健士、護士、助理護士、物理治療士、職業治療士外，①修習家訪照護養成課程第一級、第二級者，②修習厚生勞動省指定講習會者，③經都道府縣認定等同修習此等課程者均可提供服務。

福利用具借用的範圍			
項目	機能或構造等	項目	機能或構造等
輪椅	限於下列各種： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自動標準型輪椅</li> <li>• 普通型電動輪椅</li> <li>• 照服用標準型輪椅</li> </ul>	扶手	限裝置時不需動工者
		斜坡	為減少台階用，限裝置時不需動工者
輪椅附屬品	靠墊、電動輔助裝置等與輪椅一起使用者。	步行器	補強步行有困難者之步行機能，移動時可以支撐體重者，限於下列各種： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 若為二輪、三輪或四輪，身體前方及左右有把手圍住者</li> <li>• 若有四腳，能以上肢固定而移動者</li> </ul>
特殊床	裝有倒軌或可以裝者，宜具有下列功能： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 能調整背部、腳部之傾斜角度</li> <li>• 能無限段調整床板之高低</li> </ul>		
特殊床附屬品	床墊、側軌與特殊床一起使用者	步行輔助拐杖	木杖、Canadian Crutch、或多節杖等
預防褥瘡用具	限於下列各種： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 送風裝置或具有調整氣壓之空氣床墊</li> <li>• 能以水之水壓等分散體重之全身用床墊</li> </ul>	失智老人徘徊感知器	失智老人走出屋外時，感知器作用，可以通知家人
體位變換器	將氣片等插入身體下面使能讓要照護者輕易變換體位(除為維持體位為目的除外)	移動用吊具(除吊鉤部分)	隨床移動式、固定式等，具有可以吊起身體或支撐體重之裝置，且能使獨立移動有困難者在輪椅及床間移動(除裝置時需改修房屋者外)

### ⑦來所照護

在老人日間照護中心接受入浴、飲食之提供與照護，生活上之諮商、建議、身體狀況之確認、日常生活之協助及機能訓練等。

服務項目以維護使用者之身心機能，解除社會孤立感，及減輕家屬之身心負擔為目的，根據設施規定的機能訓練目標及服務內容等，擬訂來所照護計畫，據以執行。尤其是失智老人等，應依其特性，提供適當的服務。

服務人員方面，照護及日常生活由護理人員、照護人員、生活諮商員；機能訓練方面，由機能訓練指導員負責。

### ⑧來所復健

在老人照護保健設施、醫院、診所等，為身心機能之維護與恢復、獨立生活、接受物理、職業療法等必要之復健。對象為病情安定、且經主治醫認可有必要在上述地點接受醫學管理下之復健者。

服務則依醫師指示、復健目標即服務內容所擬訂之來所復健計畫所提供。尤其是失智老人等，應依其特性提供適當之服務。

服務之提供，依醫師指示，由設施之物理治療士、職能治療士等提供。來所復健計畫由醫師等，於診療或運動機能檢查、作業能力檢查後，共同擬訂。

### ⑨短期入所生活照護、短期入所療養照護

短期入住老人照護保健設施或照護療養型醫療設施等，在該設施中，在護理及醫療管理下，接受機能訓練等必要之醫療與日常生活之服務等。

對象為病情安定且有需要短期入所療養照護之居家要照護者。設施則依使用者之身心狀況、家屬生病、婚喪喜慶、出差等原因，或為減輕家屬之身心負擔，有必要暫時入所時，在療養室或病房提供服務。



服務項目則考慮失智等使用者之身心狀況、病情、希望、醫師之治療方針等而提供。對繼續入所四日以上之使用者，則按服務之目標與具體內容擬定短期入所療養照護計畫，依此提供服務。

#### ⑩失智對應型共同生活照護

對較為安定情況之失智要照護者，可以在少數失智老人共同生活的 group home，接受入浴、排泄、飲食之照護及日常生活上之服務。

入住時，服務機構應根據醫師之診斷書，確定申請人為失智。為不妨礙少數人之共同生活，精神狀態顯著不穩定、行為顯著異常、失智原因之疾病為急性時，不得入住。

服務則依據失智對應型共同生活照護計畫（由 care manager 擬定）而提供，該計畫列有協助之目標與具體服務內容。服務並考慮在家庭式環境下，過一般的日常生活。

#### ⑪特別設施入所者之生活照護

入住收費老人之家及低收費老人之家之要照護者，得在該設施中，依特別設施服務計畫，接受入浴、排泄、飲食等之照護、生活上之諮商與建議、日常生活上之服務、機能訓練、療養等服務。

特別設施服務計畫，則在掌握使用者的問題，並以自立為目的下，擬定服務之目標及完成時期、服務內容、服務提供上應該注意事項等由該設施之 care manager 擬定。

入所時，服務機構應向入所申請人或家屬以文字說明經營規定及使用費用等有關服務選擇方面之資訊，並訂定入所及特別設施入所照護之契約。此時，不得加入有損使用者權查之條款。

## ㉒ 專案居家照護服務費之支付條件

在下列未符合居家照護服務費支付條件之情形下，若市町村認為有必要，得就其居家服務，支付專案居家照護服務費。

- ①在申請要照護認定前，因緊急或不得已理由而拒受指定居家服務者。
- ②接受指定居家服務外之符合一定基準之居家服務者（符合基準居家服務）。
- ③離島等取得服務有困難的地方，或在特定市町村中，接受指定居家服務，或相當之服務者。
- ④因緊急或不得已理由，④未提示保險證而接受指定居家服務，⑤在申請要照護認定前以接受上述②③之服務時。

其支付額以居家照護服務費基準額之久成爲準，由市町村訂之。原則上，支付以退費方式爲之。使用者先付費用全額，隨後由市町村退還保險給付部份。

但，在②③情形下，由市町村判斷，①事先由市町村與服務機構訂定代領契約，並取得使用者之委任，或②以折價券（voucher）方式，按實物給付同樣方法處理。

## ㉓ 不得支付居家服務費之情形

在要照護認定時，若接受指定之服務種類，則對指定處外之服務，不支付居家照護服務費。家訪護理、家訪復健、來所復健及短期入所療養等，唯有主治醫認為有其必要時，方得給付。來所之費用中，以①伙食費、②尿褲費、③其他日常生活中通常有必要，但由使用者負擔較爲適當者，視爲日常生活費，不由保險給付，應由使用者負擔。

在要照護認定時，所謂接受指定之服務種類，指下列情形。

照護認定審查委員會將要照護、要支援等審查及制定結果通知市町村時，①為減輕要照護狀態或防止其惡化必要之療養項目（要支援者則為家事支援項目），②有效而適當利用服務應注意事項等，表示意見。例如：A.經主治醫師診斷，患者有感染性疾病。認為「以入住有適當設備之醫療設施為宜」，B.「目前應給予重點式復健」等情形便是。

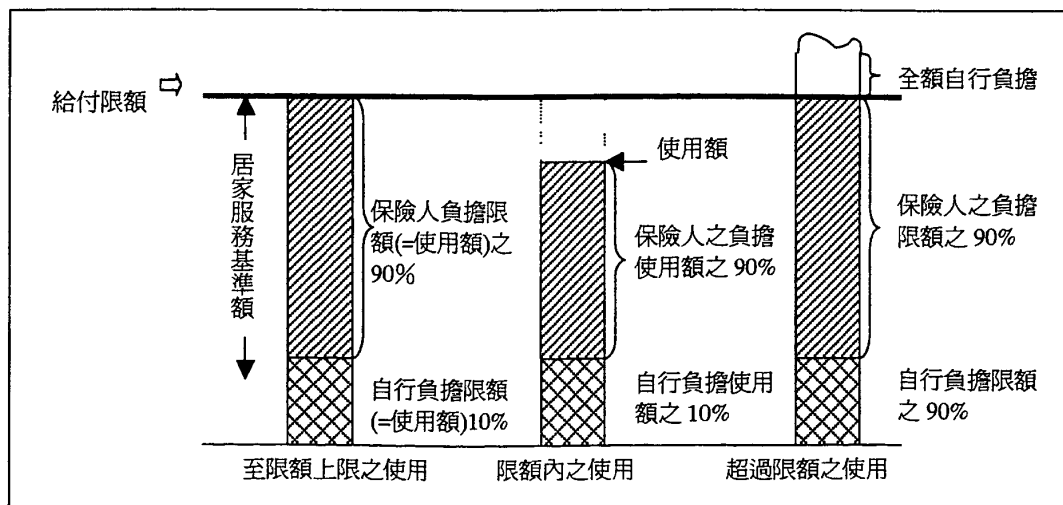
市町村在認定時，將照護認定審查會之意見登記於保險證上，並根據①，指定要照護者或要支援者應接受服務種類。經指定者，指定外之服務項目，原則上不為保險給付（但，也有如「應含有復健之服務等指定方式」）。②則提醒服務機構，作為提供服務時之參考。

#### ④居家服務費之支付限額

要照護者或要支援者不依認定之要照護規定，若無限制使用居家服務時，介護保險制度之財務便將發生破綻。從負擔與給付之公平觀點而言，也不適當，服務的使用也可能因此偏向一部份要照護者，因而發生不公平的現象。

依此觀點，就居家照護給付而言，應設計一套標準的使用方式，基此訂定給付限額，保險給付在給付限額內，依服務內容給付。

超過給付限額之追加服務，在費用由使用者全額負擔之前提下，由使用者自行選擇。

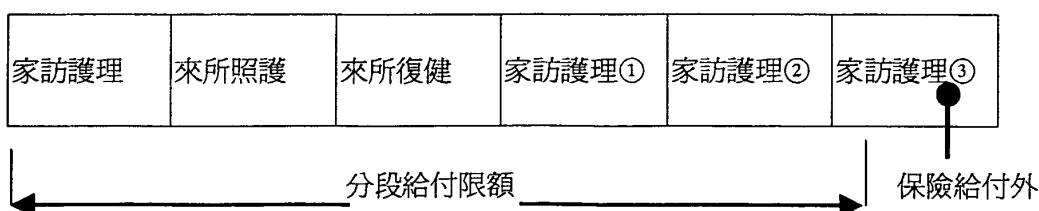


(1) 「分段」給付限額基準額

分段給付限額基準額中之「段」，從居家服務項目之相互替代性觀點，將各個居家服務項目所構成之居家服務「段」，由厚生勞動大臣定其各段給付限額基準額。基準額則按一定管理期間內，以標準方式使用各分段之費用（照護給付費）為標準所定之。

「段」之一如下：超出「分段」給付限額，不為保險給付；又居家療養管理指導、失智對應型共同生活照護、特別設施入所生活照護等為介護保險給予，亦有上限。

分段	段內之服務種類	限額之管理期間
服務段	家訪照護/家訪入浴照護/家訪護理/家訪復健/來所照護/來所復健/短期入所生活照護/短期入所療養照護/福利用具租用	一個月「月單位」



(2) 服務種類給付限額基準數

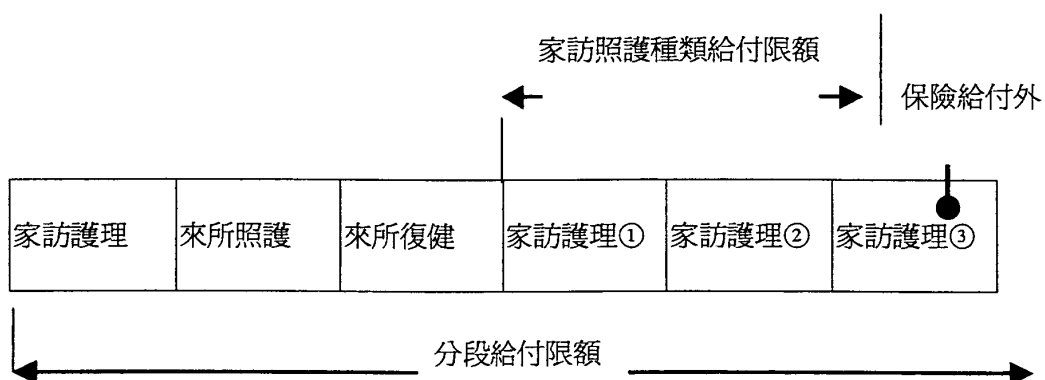
各種居家服務之單一限額，由市町村訂定之，謂之服務種類給付限額基準額。從服務提供體制上，若某項特定之服務提供不足，考慮對公平使用有礙時，得以定之。

得定之服務種類給付限額基準額之服務項目，為「分段」給付限額基準額之居家服務「段」（家訪照護、家訪入所照護家訪護理、家訪復健、來所照護、來所

復健、短期入所生活照護、短期入所療養照護、福利用具租用)等。限額之管理期限有一個月(月單位)。

市町村得選擇服務項目，針對各個服務項目訂定服務種類給付限額基準額。基準額則根據各區段服務之標準使用情形與費用(照護給付費)，並考慮各該市町村之居家服務供需情形，在「分段」給付限額基準額之範圍內定之。

例如，假定對某一使用者，其分段給付限額為 20 萬日幣，市町村所定之家訪照護種類給付限額為 10 萬日幣。使用者若想多利用家訪照護時，得將種類給付限額之全額 10 萬日幣，移做家訪照護，以分段給付限額之餘額 10 萬日幣，接受其他家訪、來所服務。



## 5 居家照護服務計畫費之支付

要照護者接受服務機構所提供之服務時，得支付居家照護服務計畫費。

支付額為基準額之全額(基準額以指定居家照護支援照護給付費單位表，乘以一單位之單價得之)。實際費用若低於基準額，則支付實際費用全額。請領居家照護服務計畫費時，應事先向市町村提出接受委託承辦計畫之意願，並提出保險證接受服務。計畫費以實物給付方式或給付服務機構(代領)。

申請時，應提出服務機構之申請書及保險證等(市町村在保險證上登記服務機構名稱)。

各使用者之居家服務給付限額之管理，則依服務機構根據居家服務計畫制訂

之給付管理表為之，並以下列順序辦理之。

①居家服務計畫之制訂

使用者自行選擇照護支援機構並委託制訂計畫書，並向市町村提出「居家服務計畫制訂委託書」。更換照護支援機構時，應申報之。

照護支援在認定以前，並不知道要照護程度及給付限額，因此擬訂暫定居家服務計畫。經認定後，依要照護程度及給付限額，制訂正式的計畫。

參考/居家照護服務給付限額概要				
給付	內容	給付限額管理		實物給付之要件
		給付限額考慮事項	分段、期限	
居家照護服務費 (1)家訪照護 (2)家訪入所照護 (3)家訪護理 (4)家訪復健 (5)來所照護 (6)來所復健 (7)短期入所生活照護 (8)短期入所療養照護 (9)福利用具租用	Home helper service  家訪護理站、醫療機構  Day service、老人保健設施、 醫療機構之 day care  厚生勞動大臣規定之福利用 具種類之租用  福利設施之短期入所  醫療設施之短期入院	●給付限額應 (1)按居家服務「段」別 (2)以月為單位根據厚生勞 動大臣訂定之期限設定之  ●具體的額度，由厚生勞動 大臣依要照護者狀況別區 段之標準使用情形，並考慮 照護費用計算基準等訂之	居家服務區段（一 個月）	●向保險人提出委 託訂製照護服務計 畫，且所指訂之居家 服務為照護計畫之 項目者 ●被保險人像市町 村提出含該指定照 護服務項目之服務 計畫
(10)失智對應型共同生 活照護	失智老人之 group home	●依照給付費訂定上限	（區段外者）	無須特別手續，均實 物給付
(11)特別設施入所生活 照護	●收費老人之家  ●低收費老人之家（居家照護 對應型低收費老人之家等）			自入所者取得代領 同意，將名簿提報  無須特別手續，均實 物給付
(12) 居家療養管理指 導	醫師之醫學管理、牙醫師之口 腔管理等、家訪藥師管理指導 等			無須特別手續，均實 物給付
居家照護福利用具購 置費	特定福利用具（入浴、排泄之 福利用具等受生勞動大臣所 指定者）購置費	●支付限額以月為單位，由 厚生勞動省所訂定期限 ●具體額度則在考慮通常	12 個月  （不論要照護狀 況，一律定額）	退費

		所需費用後，由厚生勞動大臣訂定		
居家照護住宅改修費	裝置扶手及其他由厚生勞動大臣訂定之住宅修改	●依住宅改修情形，訂定限額 ●具體額度在考慮住宅改修所需費用，由厚生勞動大臣訂定	住宅改修種類：一種 (不論要照護狀況，一律定額)	退費
居家服務計畫費	自指定居家照護支援機構接受居家照護支援(居家照護計畫之擬訂、與機構協商服務)等時			向市町村提出委託制訂照護服務計畫

## ② 專案居家照護服務計畫費之支付

在下列情況下，雖不符合居家照護服務計畫支付條件，若市町村認為有必要，則得以專案居家照護服務計畫費以退費方式支付。支付額依市町村所定之基準額，要照護者無部分負擔。

- ① 自指定居家照護支援機構外之合格一定標準之機構，接受照護支援服務(合於標準之居家照護支援)。
  - ② 離島等取得服務有困難之地區，自指定居家照護支援、合於標準之居家照護支援機構外，接受照護支援服務。
  - ③ 緊急或不得以理由，在未提示保險證下，接受指定之居家照護支援。
- 但①②情形下，與專案居家照護服務費同，得由市町村酌情給予實物給付辦理。

## ③ 居家照護福利用具購置費

居家之要照護者，於購置入浴、排泄用之福利用具(特定福利用具)時，得以退費方式支付居家照護福利用具購置費。支付額則為實際購入額之九成，且一年間以10萬日幣支付額基準額之九成為上限。

得購置之福利用具為不可租用者：①座椅便座，②特殊尿器，③入浴輔助用具，④簡易浴缸，⑤移動用吊鉤等。

居家照護福利用具之購置支付額基準額，乃根據一般購置所需之費用而定，但不論要照護者情況為何，一律為定額。但市町村則得單獨調高限額。

支付則以有助於促進要照護者之自立生活時為之。在同一限額管理期間，除破損或要照護狀況之變化等特殊情形，同一項目只限一次。限額管理期間為一年（自四月一日起 12 個月）。

#### ④居家照護住宅改修費

居家之要照護者若裝置扶手或改修住宅時，得以退費方式，支付居家照護住宅改修費。

支付額為實際住宅改修費之九成，並以 20 萬日幣支付限額基準額之九成為上限。

得支付之住宅改修為：①裝置扶手，②減除階梯，③防滑、為使移動圓滑而改變床或走道之材料，④改門為拉門，⑤改用西式便器，⑥其他與改修工程有關之作業等。

但支付之條件為，要照護者現住之住宅，及考慮要照護者之身心狀況及住宅狀況所必要之改修。而因為在不同狀況之住宅的改修，支付限額基準額上述①~⑥之改修合計為一類。市町村亦得單獨調高基準額。

支付限額之管理，以改修當時所居住之住宅改修費為對象。因此，遷移時得再給支付。

接受住宅改修後，若要照護狀況惡化（例如：上升三級），且市町村認為有必要時，得發給一次之支付限額全額。



## 7. 要支援者之照護服務費

要支援者得與要照護者同樣，在家接受居家服務機構之服務，如：家訪照護等居家服務及福利用具購置費、住宅改修費等以預防給付方式退費。針對居家服務之預付額則與護理給付同，為各項服務基準額之九成，且若符合條件，亦得以實物給付方式為之。

### ①家訪來所服務

[家訪] 家訪照護/家訪入浴照護/家訪護理/家訪復健

[來所] 來所照護（老人 day service center、特別養護老人之家等）

來所復健（老人保健照護設施、醫院、診所等）

[其他] 福利用具租用

### ②居家療養管理指導（提供有關居家家訪診療之資訊、家訪並給予療養上之指導）

### ③短期入所服務（設施中之 short stay service）

短期入所生活照護（老人短期入所設施、特別養護老人之家等）

短期入所療養照護（老人保健照護設施、照護療養型醫療設施之醫院、診所等）

### ④居家式照護服務

失智對應型共同照護（失智老人 group home）

特定設施入所生活照護（收費老人之家、低收費老人之家）

### ①居家支援服務費

要支援者接受服務機構之居家服務（指定居家服務）時，得支付居家支援服務費。

支付額為各項服務基準額之九成。實際費用若低於基準額時，則為實際費用之九成。原則上，居家支援服務費直接負給服務機構。要支援者負擔費用之一成，其餘九成則以實物給付方式為之。

在支援認定時，若接受服務項目之指定，則對指定外之服務，不支付居家支援服務費。

#### ④ 專案居家支援服務費

雖不符合居家支援服務費支付條件，若經市町村認為必要，亦得支付專案居家支援服務費。

- ① 在申請支援認定前。因緊急或不得已理由，已接受指定服務時；
- ② 接受指定居家服務機構以外之符合一定標準之其他服務機構之服務時；
- ③ 離島等不易取得服務之地區，或在某些市町村中，接受指定居家服務或符合標準之居家服務機構以外，得為保險給付之居家服務項目或等同之服務時；
- ④ 因緊急或不得已之理由：A.未提示保險證而接受指定居家服務時，B.在申請要照護認定前，已接受上述(2)(3)之服務時，則以居家支援服務基準額之九成為基準，由市町村訂定，並原則上以退費方式，並與專案居家照護服務費方式，得以實物給付為之。

#### ③ 居家支援服務費等支付限額

要支援者得依其希望、環境、照護者之狀況等，並依支援服務計畫，接受數種居家服務。但各項服務有其支付限額，居家支援服務費與專案支援服務費之合計額，以限額之九成為上限。

支付限額基準額與居家照護費同，有依居家服務區段訂定之區段別支付限額基準額，及市町村在該範圍內依服務項訂定項目別支付限額基準額等兩種。即使超過各別基準額，亦得以限額之九成給付之。

區段別支付限額基準額與居家照護費同，市町村得單獨調高。

#### ④居家支援服務計畫費

要支援者得接受照護支援機構製作居家服務計畫之 care management。要支援者接受該指定居家照護支援時，得支付居家支援服務計畫費。居家支援服務計畫費為基準額之全額，要支援者並無部分負擔。又實際費用若低於基準額，則為實際費用之全額。

將接受製作計畫之意願向市町村提出，市町村將以實物給付方式，直接支付照護支援機構。

所有方式與居家照護服務計畫費同。

#### ⑤專案居家支援服務計畫費之支付

在下列情形下，雖不符合居家支援服務之支付條件，若市町村認為有必要，得以退費方式支付專案居家支援服務計畫費。支付額由市町村根據基準額訂定，要支援者無部分負擔。

- (1) 接受服務機構以外之符合一定標準之服務機構之照護支援服務（合於基準之居家照護支援）時。
- (2) 離島等服務不易取得之地區，接受指定居家照護支援，或符合標準之居家照護支援機構以外之照護支援服務時。
- (3) 因緊急或不得已之理由，在未提示保險證下，接受指定居家照護支援時，其支付方式與專案照護服務計畫費同，得以實物給付方式為之。

## 8.設施照護服務費

介護保險措施有指定老人照護設施、老人保健照護設施，及指定照護療養型醫療設施等三種。此等照護設施中，必須設置照護支援專員(care manager)，為要照護者擬訂設施服務計畫，並依計畫提供服務。又老人保健照護設施及照護療養型醫療設施入所者，限於其需要醫療之程度，與各設施服務項目相符合者。

為入所之要照護者擬訂之設施服務計畫，除服務內容及負責人外，尚包括①健康或生活尚有待解決之問題，②服務之目標及達成時期，③提供服務上應注意事項等。

### 1 設施照護服務費及支付額

設施得自入所者收取費用，因設施而異，但大致包括下列各項：

使用費之部分負擔，照護給付所規定之費用（設施服務費基準額），扣除設施照護服務費（實物給付部分），由使用者負擔（原則上為照護給付費之一成及伙食費標準負擔額）。

使用費退費與設施服務費基準額間，不產生不合理之差額。

下列費用得另外收取：

#### ①入所者選擇個人房、二人房等特別室（療養室、病房）

入所者要求特別伙食

理、美容費

其他日常生活上雖有必要，但經認為由入所者負擔較適當者

在提供服務時，應事先就收費向入所者及家屬說明，並取得入所者同意

## ②介護保險下之日常醫療行爲

入所照護療養型醫療設施之患者，其必要之日常醫療行爲中，下列各項在介護保險中有個別定價：

指導管理費（感染控制指導管理、特定設施管理、特定設施管理個人房加價、特定設施管理二人房加價、初期及入院診療管理、藥物管理指導、特別藥物管理指導加價、醫學資訊提供等）

復健（物理治療、物理治療復健計畫加價、物理治療日常活動訓練指導加價、職能治療、職能治療復健計畫加價、職能治療日常活動訓練指導加價、語言治療、攝食機能療法）

精神科專門療法（精神科職能治療、失智老人入院精神治療）

單純 X-光（單純-X 光攝影、診斷）

其他頻度不高且複雜之醫療行爲，由醫療保險給付。

失智老人療養病房中精神科專門治療之日常必要之醫療行爲，得由介護保險給付。

## ㉔老人福利設施及照護服務

根據老人福利法設置之設施中，特別養護老人之家經申請後，得接受只訂位老人照護福利設施。

低收費老人之家（A 型、B 型、care house）及收費老人之家，經申請後，得接受指定有提供介護保險之特定設施入所生活照護之居家服務機構。設施之認可與過去同，仍根據老人福利法爲之。

介護保險創辦後，依據老人福利法之特別養護老人之家入所，及居家福利服務等，不得以無法利用介護保險者爲對象。

老人日常生活用具之給付等業務，凡介護保險之福利用具租用與購置費項下之用具，不得為給付。

#### ●舊辦法入所者之處理

介護保險法實施當時已入住特別養護老人之家者（舊辦法入所者），在辦法實施後五年內，在入住該老人之家期間，仍認定為要照護被保險人，得支付設施服務費。但舊辦法仍得結束，以舊辦法入所者若要繼續入住時，必須與設施重新訂定入所契約。

五年之緩衝措施旨在保障舊辦法入所者之權益，也為順利轉接至介護保險制度著想。不合要照護者入所者，為退所從之追蹤，得以居家方式處理。

市町村在退所後之追蹤而建立居家服務提供體制同時，也要整頓 care house、老人生活福利中心等，使接受居家服務者也能繼續生活，並以五年後順利轉移為目標。

### ③殘障福利設施、難病對策及照護服務

40 歲以上且未滿 65 歲因特定 15 種疾病而殘障者，65 歲以上之殘障者，除不適用於入住設施者外，均得接受介護保險之服務。此時，對同一項服務原則上適用介護保險，其他服務則照舊。

難病患者一同，得接受介護保險之服務。此時，同一項服務原則上適用介護保險。

### ④照護服務及醫療服務

要照護者，除日常生活上之幫助外，其機能之維持、恢復仍屬重要。有多數病患有使其產生困難之某種疾病。

介護保險在考慮要照護者之身心特性，對照護上必要之醫療服務，仍與給付。

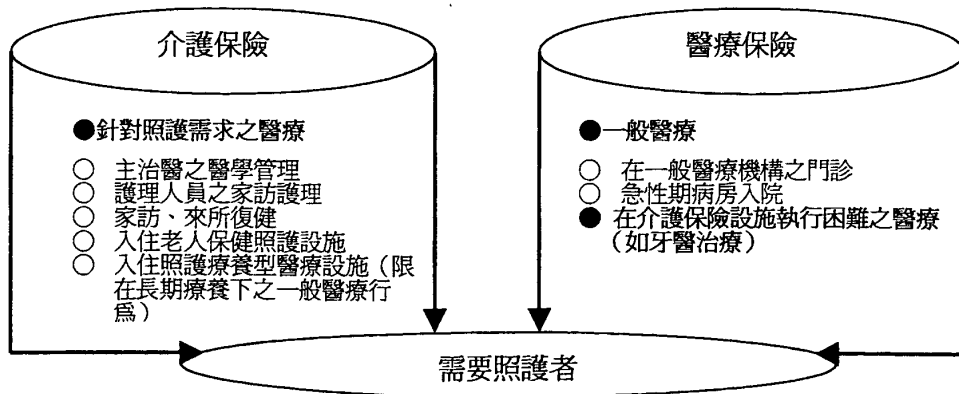
具體而言，凡主治醫之醫學管理、護理人員之家訪護理、家訪復健、來所復健等居家服務外，在醫療機構中之療養病床等，及老人保健照護設施之入院（入所）等醫療服務，得為保險給付。

介護保險與醫療保險給付重複時，以介護保險為優先。

### ●需要急性期醫療時

在接受介護保險服務時，因病情惡化或罹患新病，在一般醫療機構就診，或入院急性病房而需要照護服務以外之急性期醫療時，原則上由醫療保險給付。

在療養型醫療設施中，適用介護保險者為長期療養下日常的醫療行為，由介護保險給付；但在長期療養下，次數不多且複雜之處置、手術等醫療行為，原則上轉至急性病房，並由醫療保險給付。就算在緊急或其他不得已情況下，由介護保險處置，該複雜醫療行為，仍由醫療保險給付。又入院（入所）中，接受介護保險設施提供有困難之服務（牙醫治療等）時，仍由醫療保險給付。



## 介護保險與醫療保險給付之具體區分

	介護保險	醫療保險
設施服務	<p><b>[照護療養型醫療設施]</b> 療養病床 失智老人療養病房 加強照護醫院 (三年之緩衝措施) 限介護保險適用部分(原則上為病房,例外為病室)之入院患者 需要急性醫療時,轉急性病房,由醫療保險給付 介護保險適用之療養床等入院患者之指導管理、復健、單純攝影、創傷處理等長期療養之日常醫療行為</p> <p><b>[老人保健設施]</b> 入所者病情顯著惡化時,因緊急或其他不得已理由,在老人保健照護設施中所做之緊急設施療養費</p> <p><b>[老人照護福利設施]</b> 駐所醫師所做之健康管理與療養指導等 ※具體範圍則將考慮實際情形後,再作檢討</p>	<p>療養病房中,適用醫療保險之入院患者之診療 (40歲未滿或40歲至65歲未滿之特定疾病以外之長期療養) 適用介護保險之入院患者病情惡化但無法轉院時,以介護保險適用部分所做之醫療</p> <p>對適用介護保險療養床之入院患者之透析、人工呼吸之裝著等次數不多且複雜之醫療行為 配合診療之醫療行為</p> <p>其他醫療機構對老人保健設施之入所者通常無法做之處理(如透析)、手術等 自其他醫院之出診與入院費 ※具體範圍則將考慮實際情況後,再作檢討</p>
居家服務	<p><b>[居家療養管理指導]</b> <b>醫師之居家療養管理指導</b> 前往醫院有困難之要照護者,家訪並提供連續性醫療管理下: 向照護計畫製作單位提供資訊 照護服務使用上應注意事項及照護方法之諮詢等</p> <p><b>牙醫師之居家療養管理指導</b> 前往醫院有困難之要照護者,家訪並提供連續性牙醫管理下: 照護服務使用上應注意事項及口腔衛生之諮詢等</p> <p><b>藥事之居家管理指導</b> <b>營養飲食之居家指導</b> <b>牙齒衛生之居家指導</b></p> <p><b>[家訪護理]</b> 對要照護者之家訪護理</p> <p><b>[來所復健]</b> <b>[家訪復健]</b> 對要照護者之 OT、PT 家訪復健</p> <p><b>[短期入所療養照護]</b> ※與設施同</p>	<p><b>臥床老人之居家綜合診療費</b> 依診療計畫之醫學管理 疾病治療之指導 給藥、檢查</p> <p><b>家訪診療費</b> 對疾病之指導管理費 檢查、給藥、處理等</p> <p><b>牙科家訪診療費</b> 對具體疾病之指導 檢查、給藥、補牙等 對要照護者以外之家訪藥事管理指導 家訪營養飲食指導 家訪牙齒衛生指導</p> <p><b>對要照護者以外之家訪護理</b> 對要照護者之家訪護理 急性惡化時之家訪護理 精神難病、癌症末期之家訪護理</p> <p><b>精神科家訪護理</b> 對要照護者以外之家訪復健 ※與設施同</p>



## 9. 照護給付費設定之基本構想

照護給付費之額度，是以服務機構或介護保險設施所在地為考慮之下，試算照護服務所需平均費用額度，並經調查掌握實際情形後訂之。同時也要考慮服務之種類、服務內容及要照護程度等。

因此，家訪照護等之服務，因服務機構所提供之服務內容，其給付費亦不同。至於設施服務，則因入所者之要照護程度不同，其給付費亦不同。

### ① 服務費用算訂之原則

指定居家服務等之照護服務費，在考慮下列各項後，根據厚生勞動大臣所訂之基準訂定之。

家訪來所服務居家管理指導	依服務種類、服務內容、服務機構所在地等算出之平均費用(來所照護，來所復健項下之日常生活除外)
其他居家服務(短期入所等)	依服務種類、要照護狀況區段、服務機構所在地等算出之平均費用(日常生活除外)
指定居家照護支援	服務機構所在地算出之平均費用
設施服務	依服務種類、要照護狀況區段、服務機構所在地等算出之平均費用/伙食之提供則依平均費用

具體上，以照護給付費單位表(指定居家服務、指定居家照護支援、指定設施服務等)，按各服務、設施訂定之單位數，依地區別乘以每單位之單價而得。

地區別之一單位單價以 10 日幣為基準，依①地區之人事費、折價等；②服務種類，在都市多半會調高。居家療養管理指導等服務，在照護給付費方面無地區差。

## ㊦每一單位之單價及地區差

每單位之單價以 10 日幣為基準，至於因處理上之人事費之地區差率，或診療報酬下之入院環境費及地區加給比率等核算出來之單位，則依據地區別單價表。

居家照護服務計畫費，因為缺乏實際提供服務經驗，其費用構成不明，因此在制度初創時就決定不設地區差。在居家療養管理指導方面，對醫師、牙醫師之技術不考慮地區差，並考慮診療報酬之整合性，以不設地區差為宜。另一方面，特定設施入所生活照護，失智對應型共同生活照護等，在考慮與其他服務之均衡下，認為設定地區差較為適當。

## 10. 照護給付支付限額基準額設定上之構想

介護保險下，為不使給付額膨脹，訂有支付限額基準額。支付限額則以單位設定之。

居家服務區段內之照護給付費每一單位之單價，因服務機構所在地及服務種類而異。為使限額內可利用之服務量一定，因此以「單位數」決定支付限額。

	居家服務
服務種類	①家訪照護 ②家訪入浴照護 ③家訪護理 ④家訪復健 ⑤來所照護 ⑥來所復健 ⑦短期入所生活照護(福利設施之短期入所) ⑧短期入所療養照護(醫療設施之短期入所) ⑨福利用具租用
區段支付限額管理期間	一個月
區段支付限額管理方法	依要照護別之單位

支付限額管理外之費用，有①家訪照護中特別地區之家訪照護加給，②家訪入浴照護中特別地區之家訪入浴照護加給，③家訪護理中特別地區之家訪護理加給，④家訪護理中臨終護理(terminal care)之加給，⑤福利用具租用中特別地區之加給，⑥按處理結果計價等。

	要區段支付限額管理之項目	不需區段支付限額管理之項目
經照護給付費等評價之事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 來所服務中入浴、伙食、接送、失智及機能訓練等加給</li> <li>• 夜間、休假日使用服務之費用等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 離島之居家家訪服務加給等</li> </ul>

●特定福利用具、住宅改修之支付限額基準額

- (1) 居家照護福利用具購置費之支付限額基準額，及居家支援福利用具購置費之支付限額基準額，在考慮允許購置使用額度較高之用具，並以共標準價格，設定為 10 萬日幣。

坐式便座、特殊尿器、入浴輔助用具、簡易浴缸、移動梯之吊鉤部分

- (2) 住宅照護住宅改修之支付限額基準額，及居家支援住宅改修之支付限額基準額，為在住宅改修工程中，以標準住宅為準，較為一般性之「扶手」及「減除階梯」等組合之費用為考慮，設定為 20 萬日幣。

裝置扶手、減除階梯、防滑、為使移動圓滑改變床或地板之材料、換成拉門、改裝西式便器等

## <2> 要照護認定之程序等

擬接受介護保險給付之被保險人，必須經過市町村之要照護認定。要照護認定在於判斷照護服務之需要度，亦即「到底需要給予多少程度的照護服務」。

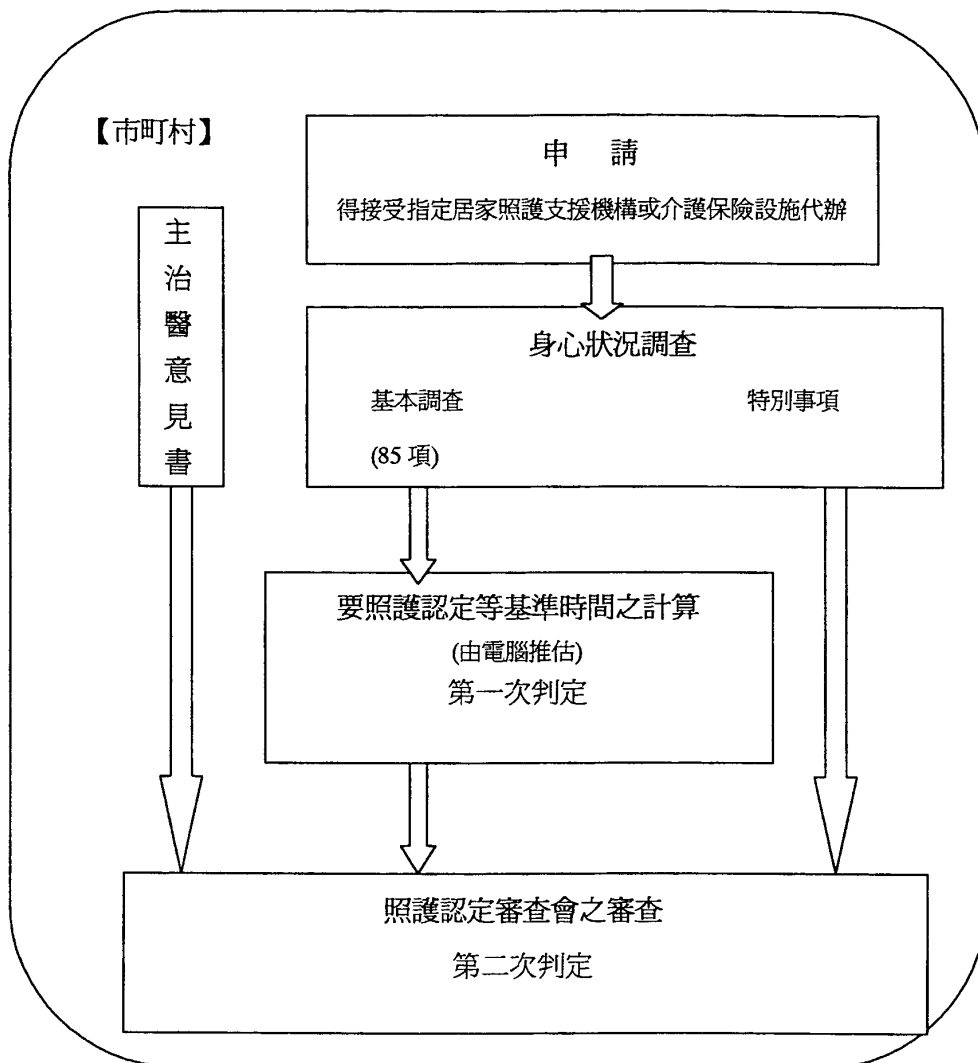
要照護認定，①先由被保險人向市町村提出申請，②接到申請之市町村，先與被保險人面談，就其身心狀況加以了解，並聽取主治醫之意見，③為使要照護需要度之判定公平，根據調查表以電腦先行判定，④再經市町村設置，由保健、醫療、福利等學者專家組成之照護認定審查會審查、判定。

原則上，認定應在申請日起 30 日內辦理。如有特別理由(為調查身心狀況耗費時日)，應在 30 日內通知被保險人預定完成日期及理由，得以延期。

對市町村之認定結果不服時，得向都道府縣之介護保險審查會請求審查。

接受要照護認定中者，若遷移其他市町村，必須在取得新市町村之介護保險被保險人資格 14 日內，認定審查會之審查與判定，便可認定。

申請認定後，在認定前遷址者，申請後，①若尚未接受服務，得在新地址提出申請，②若已接受服務，則由遷址前之市町村辦理認定。





②

①市町村與提出申請之被保險人面談，調查其身心狀況(※1)。調查得委託居家照護支援機構之照護經理員辦理。

②同時，爭取被保險人之主治醫，究其引起身心障礙原因之疾病或傷害情形，表示意見(※2)(如無主治醫，得指定醫師診斷)。但，如不服從調查、診斷時，拒絕其申請。

(※2)

調查應於調查對象在平常情況(調查可能之情況)下進行。本人因感冒而發燒等非平常情況時，請擇期另行調查。

保險人號碼 \_\_\_\_\_ 被保險人號碼 \_\_\_\_\_

認定調查表 (概況調查)

I、調查者(記錄者)

實施日期 年 月 日	實施地點：	在家、設施內、其他( )
記錄者姓名：	所屬機關：	

II、調查對象

過去認定	初次 二次以上 (前次認定 年 月 日)	前次認定結果	不合、要支援、要照護( )
對象姓名：		性別：男、女	出生 年 月 日
住址：			電話：
家屬連絡地址：			電話：
姓名( )	與對象關係( )		

III、就目前接受之服務，勾選並記下頻度

居家服務(記入過去三個月之平均次數，福祉用具租借為調查當日，福祉用具購入指過去6個月間購入數)			
<input type="checkbox"/> 家訪照護(居家幫傭服務)	月 次	<input type="checkbox"/> 福祉用具租用	項目
<input type="checkbox"/> 家訪入浴照護	月 次	<input type="checkbox"/> 短期入院生活照護(特養)	月 次
<input type="checkbox"/> 家訪護理	月 次	<input type="checkbox"/> 短期入院療養照護(老人院、診所)	月 次
<input type="checkbox"/> 家訪復健	月 次	<input type="checkbox"/> 失智對應型共同生活照護	月 次
<input type="checkbox"/> 居家療養管理指導	月 次	<input type="checkbox"/> 特定設施入院者生活照護	月 次
<input type="checkbox"/> 來院照護(日間服務)	月 次	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	項目
<input type="checkbox"/> 來院復健(日間照護)	月 次	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input type="checkbox"/> 公所特別給付	【		】
<input type="checkbox"/> 介護保險外之居家服務	【		】

利用老人設施者		
<input type="checkbox"/> 照護老人福利設施	設施地址	設施名
<input type="checkbox"/> 照護老人保健設施	住址：	
<input type="checkbox"/> 照護療養型醫療設施		
<input type="checkbox"/> 介護保險以外之設施		電話：

IV、對象之主訴、家庭狀況、居住環境、虐待之有無等特別項目請記錄



調查日\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 保險人號碼\_\_\_\_\_ 被保險人號碼\_\_\_\_\_

認定調查表（基本調查）

- 1-1 麻痺等之有無（請○選，可複選） 補記事項→1  
1.無 2.左上肢 3.右上肢 4.左下肢 5.右下肢 6.其他
- 1-2 關節活動範圍有無限制（請○選，可複選） →1  
1.無 2.肩關節 3.肘關節 4.股關節 5.膝關節 6.腳關節 7.其他
- 2-1 睡覺轉身（請○選一項） →2  
1.不抓住也會 2.抓了東西就會 3.不會
- 2-2 起床（請○選一項） →2  
1.不抓住也會 2.抓了東西就會 3.不會
- 2-3 兩腳著地保持坐姿（請○選一項） →2  
1.會 2.用自己手支撐就會 3.有人支撐就會 4.不會
- 2-4 兩腳不著地保持坐姿（請○選一項） →2  
1.會 2.用自己手支撐就會 3.有人支撐就會 4.不會
- 2-5 兩腳保持立姿（請○選一項） →2  
1.不受支撐也會 2.有東西支撐就會 3.不會
- 2-6 步行（請○選一項） →2  
1.不靠東西也會 2.靠了東西就會 3.不會
- 2-7- 移動（請○選一項） →2  
1.自主 2.有人看著(含照護人之指示) 3.部分協助
- 3-1 站起（請○選一項） →3  
1.不靠東西也會 2.靠了東西也會 3.不會
- 3-2 單腳立姿（請○選一項） →3  
1.不支撐也會 2.有支撐也會 3.不會
- 3-3 一般家庭用浴池之進出（請○選一項） →3  
1.自主 2.部分協助 3.全協助 4.未做
- 3-4 洗澡（請○選一項） →3  
1.自主 2.部分協助 3.全協助 4.未做

- 4-1 褥瘡等之有無 (請○選) →4
- |             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| 有無褥瘡        | 1.有 | 2.無 |
| 褥瘡外需處置之皮膚病變 | 1.有 | 2.無 |
- 4-2 一雙手能否抬到胸前 (請○選一項) →4
- |     |         |      |
|-----|---------|------|
| 1.可 | 2.有協助則可 | 3.不可 |
|-----|---------|------|
- 4-3 嚥下 (請○選一項) →4
- |     |                 |      |
|-----|-----------------|------|
| 1.可 | 2.有人看著(含照護人之指示) | 3.不可 |
|-----|-----------------|------|
- 4-4 是否意識到尿意、便意 (請○選一項) →4
- |    |     |      |     |
|----|-----|------|-----|
| 尿意 | 1.有 | 2.有時 | 3.無 |
| 便意 | 1.有 | 2.有時 | 3.無 |
- 4-5 排尿後之處理 (請○選一項) →4
- |      |        |        |       |
|------|--------|--------|-------|
| 1.自主 | 2.間接協助 | 3.直接協助 | 4.全協助 |
|------|--------|--------|-------|
- 4-6 排便後之處理 (請○選一項) →4
- |      |        |        |       |
|------|--------|--------|-------|
| 1.自主 | 2.間接協助 | 3.直接協助 | 4.全協助 |
|------|--------|--------|-------|
- 4-7 食物攝取 (請○選一項) →4
- |      |                 |        |       |
|------|-----------------|--------|-------|
| 1.自主 | 2.有人看著(含照護人之指示) | 3.部分協助 | 4.全協助 |
|------|-----------------|--------|-------|
- 5-1 清潔 (請○選一項) →5
- |             | 1.自主 | 2.部分協助 | 3.全協助 |
|-------------|------|--------|-------|
| 1.口腔清潔(刷牙等) | 1    | 2      | 3     |
| 2.洗臉        | 1    | 2      | 3     |
| 3.整髮        | 1    | 2      | 3     |
| 4.剪指甲       | 1    | 2      | 3     |
- 5-2 衣服穿脫 (請○選一項) →5
- |        | 1.自主 | 2.有人看著 | 3.部分協助 | 4.全協助 |
|--------|------|--------|--------|-------|
| 扣鈕扣    | 1    | 2      | 3      | 4     |
| 上衣穿脫   | 1    | 2      | 3      | 4     |
| 長、短褲穿脫 | 1    | 2      | 3      | 4     |
| 襪子穿脫   | 1    | 2      | 3      | 4     |
- 5-3 寢室清掃 (請○選一項) →5
- |      |        |       |
|------|--------|-------|
| 1.自主 | 2.部分協助 | 3.全協助 |
|------|--------|-------|

- 5-4 口服藥物 (請○選一項) →5
- |      |        |       |
|------|--------|-------|
| 1.自主 | 2.部分協助 | 3.全協助 |
|------|--------|-------|
- 5-5 金錢之管理 (請○選一項) →5
- |      |        |       |
|------|--------|-------|
| 1.自主 | 2.部分協助 | 3.全協助 |
|------|--------|-------|
- 5-6 嚴重遺忘 (請○選一項) →5
- |     |      |     |
|-----|------|-----|
| 1.無 | 2.偶而 | 3.有 |
|-----|------|-----|
- 5-7 對周圍不關心 (請○選一項) →5
- |     |      |     |
|-----|------|-----|
| 1.無 | 2.偶而 | 3.有 |
|-----|------|-----|
- 6-1 視力 (請○選一項) →6
- |               |
|---------------|
| 1.普通(無礙日常生活)  |
| 2.可看到離一公尺之視力表 |
| 3.可看到放在眼前之視力表 |
| 4.幾乎看不見       |
| 5.是否看見無法判斷    |
- 6-2 聽力 (請○選一項) →6
- |                      |
|----------------------|
| 1.普通                 |
| 2.勉強聽到普通聲音，因聽力不好有時聽錯 |
| 3.大聲則勉強聽到            |
| 4.幾乎聽不到              |
| 5.是否聽到無法判斷           |
- 6-3 意思之傳達 (請○選一項) →6
- |              |
|--------------|
| 1.對象能將意思傳達他人 |
| 2.有時無法傳達     |
| 3.幾乎無法傳達     |
| 4.不能傳達       |
- 6-4 對照護人指示之反應 (請○選一項) →6
- |               |
|---------------|
| 1.聽得懂照人之指示    |
| 2.有時聽得懂照護人之指示 |
| 3.聽不懂照護人之指示   |
- 6-5 理解 (請○選一項) →6
- |               |     |      |
|---------------|-----|------|
| 1.能理解每日       | 1.能 | 2.不能 |
| 2.能回答出生年月日及年齡 | 1.能 | 2.不能 |
| 3.能想起調查之前在什麼  | 1.能 | 2.不能 |
| 4.能回答自己名字     | 1.能 | 2.不能 |
| 5.能理解現在的季節    | 1.能 | 2.不能 |
| 6.能回答自己所在地    | 1.能 | 2.不能 |

7. 行動 (請○選一項) →7

1.有被偷等被害想法	1.無	2.偶而有	3.有
2.虛構一番話並四處宣揚	1.無	2.偶而有	3.有
3.能看到、聽到實際不存在的東西	1.無	2.偶而有	3.有
4.又哭、又笑，情緒不穩定	1.無	2.偶而有	3.有
5.夜間失眠或晝夜不分	1.無	2.偶而有	3.有
6.惡言、惡行	1.無	2.偶而有	3.有
7.不斷重複同樣的話、或發出不快聲音	1.無	2.偶而有	3.有
8.發出大聲	1.無	2.偶而有	3.有
9.反抗好言相勸或照護	1.無	2.偶而有	3.有
10.無日的轉動	1.無	2.偶而有	3.有
11.聽著「要回家」，座立不安	1.無	2.偶而有	3.有
12.外出後，無法自行返回醫院、設施、家等	1.無	2.偶而有	3.有
13.喜歡自行外出，無法不隨時盯住	1.無	2.偶而有	3.有
14.蒐集各樣東西，未經許可自取	1.無	2.偶而有	3.有
15.無法處理火或管理火源	1.無	2.偶而有	3.有
16.破壞衣物等	1.無	2.偶而有	3.有
17.做出不潔行爲	1.無	2.偶而有	3.有
18.把不能吃的東西放入口中	1.無	2.偶而有	3.有
19.做出使周圍困惑之性行爲	1.無	2.偶而有	3.有

8. 過去 14 日內接受之醫療 (請○選，可複選) →8

處置內容	1.點滴	2.中心靜脈營養	3.透析
	4.人工肛門處置	5.氧氣療法	6.人工呼吸器
	7.氣管切開	8.疼痛護理	9.經管營養
特別處置	10.監視器檢測(血壓、脈搏、氧氣飽和度等)		
	11.褥瘡處理		
失禁處理	12.導尿管(保險套或導尿管，放置型導尿管等)		

9. 日常生活自主度 (請○選一項) →9

殘障老人之日常生活自主度(臥床度)	正常•J1• J2• A1 •A2• B1• B2• C1 •C2
失智老人之日常生活自主度	正常•I •IIa• IIb•IIIa• IIIb •IV• M

調查日期 年 月 日 保險人號碼\_\_\_\_\_ 被保險人號碼\_\_\_\_\_

認定調查表（特別事項）

1. 有關麻痺、攣縮等之特別事項  
1-1 麻痺之有無 1-2 關節活動範圍是否受限制  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
2. 有關移動之特別事項  
2-1 睡覺轉身 2-2 起床 2-3 兩腳著地保持坐姿  
2-4 兩腳離地保持坐姿 2-5 兩腳站立 2-6 步行 2-7 移動  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
3. 有關複雜動作之特別事項  
3-1 站立 3-2 單腳保持站立 3-3 一般家庭用浴池之進出  
3-4 洗澡  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
4. 有關特別照護之特別事項  
4-1 褥瘡之有無 4-2 一隻手舉到胸前 4-3 嚥下 4-4 尿意、便意  
4-5 排尿後之處理 4-6 排便後之處理 4-7 飲食  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
5. 有關身邊雜務之處理等特別事項  
5-1 清潔 5-2 穿脫衣服 5-3 打掃房間 5-4 服用藥物  
5-5 金錢管理 5-6 嚴重遺忘 5-7 對周圍不關心  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
6. 有關溝通之特別事項  
6-1 視力 6-2 聽力 6-3 意思傳達 6-4 對照護人指示之反應  
6-5 理解  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
7. 有關問題行動之特別事項  
7. 行動  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_
8. 有關特別醫療之特別事項  
8. 過去 14 日中受到之醫療  
( ) \_\_\_\_\_

\*本表不敷使用時，請自行加頁

主治醫意見書 (\*2) < 前 >

主治醫意見書

填寫日期：民國 年 月 日

申請人	姓名	男	聯絡地址：
	出生年月日： 年 月 日	女	
上述有關申請人意見如下。本意見書得利用於照護計畫之擬定			
醫師姓名		電話 ( )	
醫療機構名		FAX ( )	
地址			
(1)最後診療日	民國 年 月 日		
(2)意見書填寫次數	<input type="checkbox"/> 初次 <input type="checkbox"/> 二次以上		
(3)有無他科治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (如有) → <input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整型外科 <input type="checkbox"/> 腦神經外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 婦科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 其他 ( )		

1. 關於傷病之意見

(1)診療名 (特定疾病或為傷害之直接原因之傷病，記入1) 及發病日期	
1. _____	發病日期 (民國 年 月 日)
2. _____	發病日期 (民國 年 月 日)
3. _____	發病日期 (民國 年 月 日)
(2)症狀之安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3)照護後之預後	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(4)為傷害直接原因之傷病，其經過情形及治療 (食給藥) 內容 (最近五個月內有變化及特定疾病，記入其診斷)	

2. 特別醫療 (過去 14 日內所接受之所有醫療)

處置內容	<input type="checkbox"/> 點滴 <input type="checkbox"/> 靜脈營養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門處置 <input type="checkbox"/> 氧氣療法 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 氣管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛護理 <input type="checkbox"/> 經管營養
特別處理	<input type="checkbox"/> monitor 測定 (血壓、心跳、氧氣飽和度) <input type="checkbox"/> 褥瘡處理
失禁處理	<input type="checkbox"/> 導管 (condom catheter, 留置導管等)

3. 關於身心狀況之意見

(1)獨立生活	
● 傷病老人之日常生活自立程度 (臥床度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
● 失智老人之日常生活自立程度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

(2)理解與記憶

- 短期記憶 無問題 有問題
- 表示意見之認知能力 自立 多少有困難 需要看護 無法判斷
- 傳達意志之能力 可傳達 多少有困難 限具體要求 不能傳達
- 飲食 自立或多少能自行飲食 需全面照護

(3)有無行為上問題 (勾在這個項目上)

有 無

(如有) → 幻視、幻聽 妄想 日夜顛倒 惡言 暴力 抵抗照護 徘徊

玩火 不潔 異食 性方面問題 其他 ( )

(\*2) < 後 >

(4)精神、神經症狀之有無

有 (症狀名 ) 無

(有的場合) → 有無專科醫師診斷 有 ( ) 無

(5)身體的狀態

用手 ( 右利 左利 ) 體重: 公斤 身高: 公分

四肢缺損 (部位: 程度: 輕 中 重)

癱瘓 (部位: 程度: 輕 中 重)

肌力減弱 (部位: 程度: 輕 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 輕 中 重)

其他皮膚疾病 (部位: 程度: 輕 中 重)

關節的學縮 肩關節 右 左 股關節 右 左

肘關節 右 左 膝關節 右 左

失調、不穩定運動 上肢 右 左 軀幹 右 左

下肢 右 左

#### 4.關於照護之意見

(1)目前發生機率較高之疾病及其對策

尿失禁 跌倒、骨折 徘徊 褥瘡 肺炎 腸閉塞

易感染性 心臟機能減弱 疼痛 脫水 其他 ( )

對策 → ( )

(2)醫學管理之必要性 (尤其有必要者, 請畫底線)

家訪診察 短期入所療養照護 家訪營養飲食指導

家訪護理 家訪牙科治療 其他 ( )

家訪復健 家訪牙科保健指導

來所復健 家訪藥物管理指導

(3)照護服務 (入浴服務、家訪護理等) 時, 在醫學上應注意事項:

血壓方面 無 有 ( )

嚥下方面 無 有 ( )

熟食方面 無 有 ( )

移動方面 無 有 ( )

其他 無 有 ( )

---

**5.其他事項**

請把下要照護認定時之醫學上意見。如與專科醫師諮商，請同時將其內若、結果記下（亦可檢附資訊提供或身體障礙者申請診斷之副本）。



③

保險人將②之結果通知照護認定審查會，並請求下列事項之審查與判定。

・第一號被保險人(65 歲以上)

是否為要照護狀態，及要照護狀態之區段

・第二號被保險人(40 歲以上 65 歲未滿)

是否為要照護狀態，要照護狀態之區段，即引起其身心障礙之原因為某特定之疾病(※1)。

(※1)

特殊疾病概要	
特定疾病	①所涵蓋疾病②疾病特徵③備註
肌肉萎縮性側索硬化症★	②專司運動之神經細胞變性、消失，開始時手足無力，而後呼吸及嚥下之肌肉及全身肌肉萎縮
後縱韌帶骨化症★	②脊椎之後縱韌帶骨化，引起脊椎或神經根之壓迫，多發於頸椎，以致上肢麻痺、疼痛、知覺麻木
有骨折之骨質疏鬆症	②骨質疏鬆症，其骨組織之組成雖正常，單位體積之骨量減少，多半因老化之內分泌失調引起骨折部位之前腕部、大腿部、腰椎等較多。多發生於停經後之女性③骨質疏鬆症及因外力(含事故等)引起之骨折亦包括在內
症候群★	②站立時低血壓、排尿障礙、發汗減弱等自律神經病狀，加上小腦病狀，似巴金森氏症等中樞神經病狀之神經變性疾病
初老期之失智	①老人痴呆病/Pick 病/腦血管性痴呆/CJ 病等②未滿 65 歲發病，含所有痴呆性疾病而不問期根本疾病之徵候群。發生於初老期，以痴呆為主之腦一次性變性疾病之初老期痴呆，腦血管障礙，Brion 病，傳染病，腫瘤性疾病等徵候群③初老期痴呆乃是腦部因原因不明之一次性變性，含老人癡呆症，Pick 病等。CJ 為特定疾病治療研究機構之對象
脊髓小腦症★	②專司運動之小腦及共相關之神經變性，慢性進行之運動失調(協調運動障礙等)，為原因不明之神經性病變
脊椎管狹窄症	②脊髓通道之椎管因老化而狹窄，神經受壓迫，引發腰痛、腳麻痛、步行障礙③廣泛圍椎管狹窄症為特定疾病治療研究機構之對象

特定疾病	①所涵蓋疾病②疾病特徵③備註
早老症	②早期衰老之症候群，發生白內障、白髮、脫牙、糖尿病、動脈硬化等早老性變化
糖尿病性神經障礙、糖尿病性腎症糖尿病性網膜症	②常見之糖尿病慢性病合併症，發生腎不全、失明、知覺等障礙等重症③為糖尿病嚴重合併症之血管障礙，歸入「閉塞性動脈硬化症」
腦血管疾病	①腦出血/腦梗塞等②因腦血管之病變產生有神經症狀之症候群。因腦血管之血流障礙而引起腦實質壞死之腦梗塞，因腦血管破而引起之腦出血、蜘蛛網膜下出血等均屬之，引發意識障礙、動作障礙等
巴金森病	②安靜時振顫、加面具表情、步行障礙、肌肉僵硬等運動障礙之神經變性疾病
閉塞性動脈硬化症	②因動脈硬化之慢性閉塞性疾病，初發時有間歇性跛足，病情惡化時產生安靜時痛、潰瘍及壞疽
慢性關節風濕	②一種免疫性疾病，引發慢性、多發性關節炎、關節硬化、腫脹、疼痛，醫治關節屈縮、關節將直，影響日常生活③惡性關節風濕為特定疾病治療研究機構之對象
慢性閉塞性疾病	①肺氣腫/慢性支氣管炎/支氣管喘/汎細支氣管炎②氣道狹窄，引發呼氣排出困難之慢性障礙
兩側膝關節或股關節產生顯著變化之變形性關節炎	②變形性關節炎引起膝關節軟骨之退化，骨頭產生變形而引起關節之慢性病、O形腳及肥胖為原因，多發於中年女性

☆特定疾病治療研究機構之對象疾病

④

照護認定審查會查②各項加以審查、判定，並將結果通知保險人(※1)。此時有必要得提出下列意見：

- a. 為減輕被保險人之要照護狀態，或防止其惡化所必要之療養等事項。
- b. 為有效且適當利用居家服務或設施服務應注意事項。

(※1)

文號 _____ ____年__月__日
〇〇市(町村)長
〇〇市 照護認定審查會長
<b>關於要照護認定、要支援認定審查判定之結果</b>
依__年__月__日 號委託，根據介護保險法之規定辦理要照護認定、要支援認定，依〇〇市照護認定審查會結果，判定如附件，特此函知。

**要照護認定、要支援認定審查判定一覽表** (認定審查委員會專用)

編號	第一次判定	第二次判定	變更理由	審查會意見

⑤

保險者依④照護認定審查會判定結果，認定為要照護時，應將結果通知被保險人(※1)，並在保險證上登記下列事項後退還之：

- a. 符合之要照護狀態區段。
- b. ④之 b 中，認定審查會之意見。
- c. 若不認符合要照護條件，應通知其理由，並退還保險證。

(※1)

介護保險 要照護認定、要支援認定結果通知書

文號  
\_\_年\_\_月\_\_日

○○○ ○○市(町村) ○○○先生/女士	○○市(町村)長	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;">印</div>
----------------------------	----------	------------------------------------------------------------------------------------------

台端\_\_年\_\_月\_\_日申請要照護認定、要支援認定，經照護認定審查會做如下審查判定，特此通知。

被保險人號碼		被保險人姓名
--------	--	--------

認定結果

(1)要照護(狀態區段 ) (2)要支援 (3)不符
----------------------------

理由

要照護及要支援時，共同認定期間

認定有效期間	年__月__日至__年__月__日
--------	-------------------

- 認定要支援者，請向○○市(町村)介護保險課提出保險證，但若已提交保險證者不必。
- 雖在認定有效期間內，可得因狀態之變化而改變狀態區段，又亦可申請認定之變更。
- 雖已屆認定有效期間，若認為符合要照護、要支援狀態時，得在有效期間截止 60 日前，申請認定之更新。
- 接受指定服務項目時，得因狀態之變化，申請變更服務項目。
- 照護認定審查會為使服務有效利用所提出之助益事項，已登記於保險證上。

洽詢：○○市(町村)介護保險課 地址 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

若不服時：在接到本通知書之日起 60 日內，得向○○縣介護保險審查會，提出審查申請。

地址 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

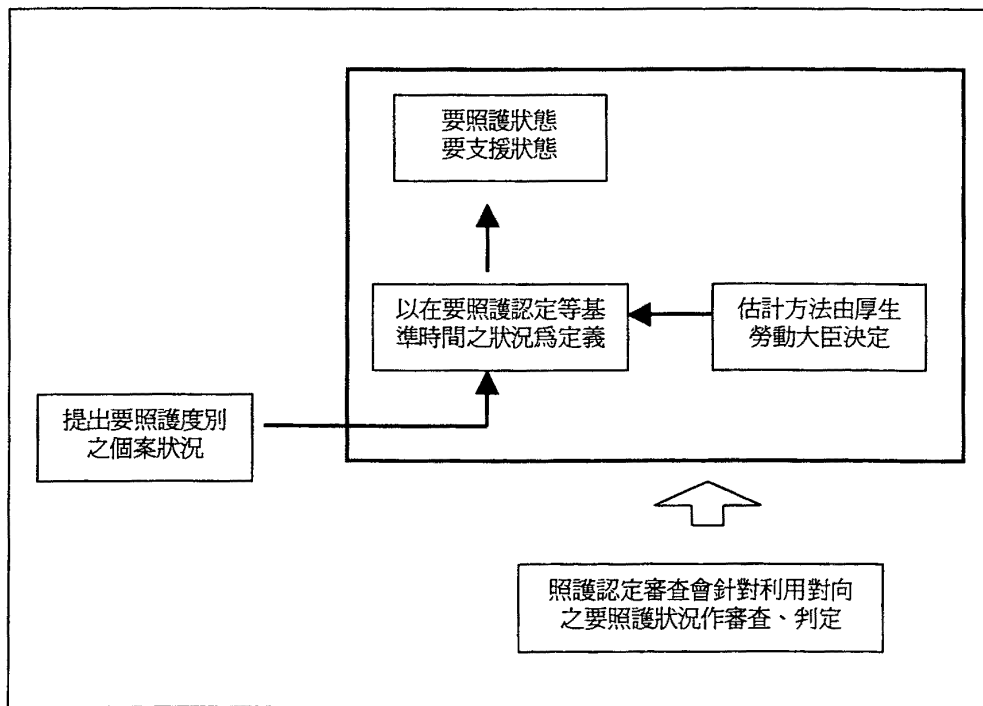
## 2. 要照護、要支援之認定標準

要照護認定旨在判定照護服務之需要度，但該人之病情嚴重情形與要照護度之高低有時未必一致。

例如隨老人失智症（阿茲海默症）之進行，可能發生問題行為。身體狀況較好時，可能因徘徊等問題行為，需要的照護更多。但是因身體上發生問題而臥床必起的人，若加上失智症，在病況上雖然加重，但因無徘徊等問題，照護的總量並不增加。

照護服務需要與否的判定，為客觀而公平起見，使用電腦做第一次判定，據此由照護認定審查會做第二次判定。

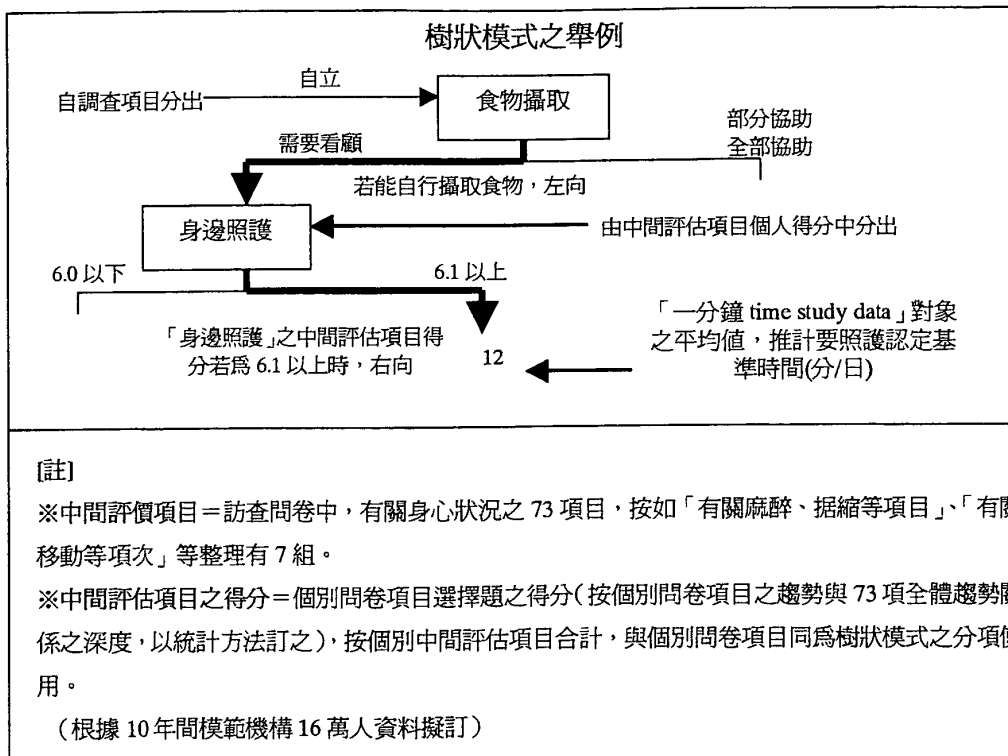
要照護、要支援認定標準



## □一次判定之電腦系統

以電腦做第一次判定，乃根據訪查結果，就 3,400 名入住特別養護老人之家設施之高齡者，在 48 小時內，曾接受哪些照護服務、總共多少時間等調查結果，以「一分鐘 time study data」推計。

因此，對問卷每一項均有選擇答案，再依調查結果，以年齡分組，並從「一分鐘 time study data」中找出該年齡最接近之身心狀況之資料，就該資料推計要照護認定等基準時間。此法稱為樹狀模式。



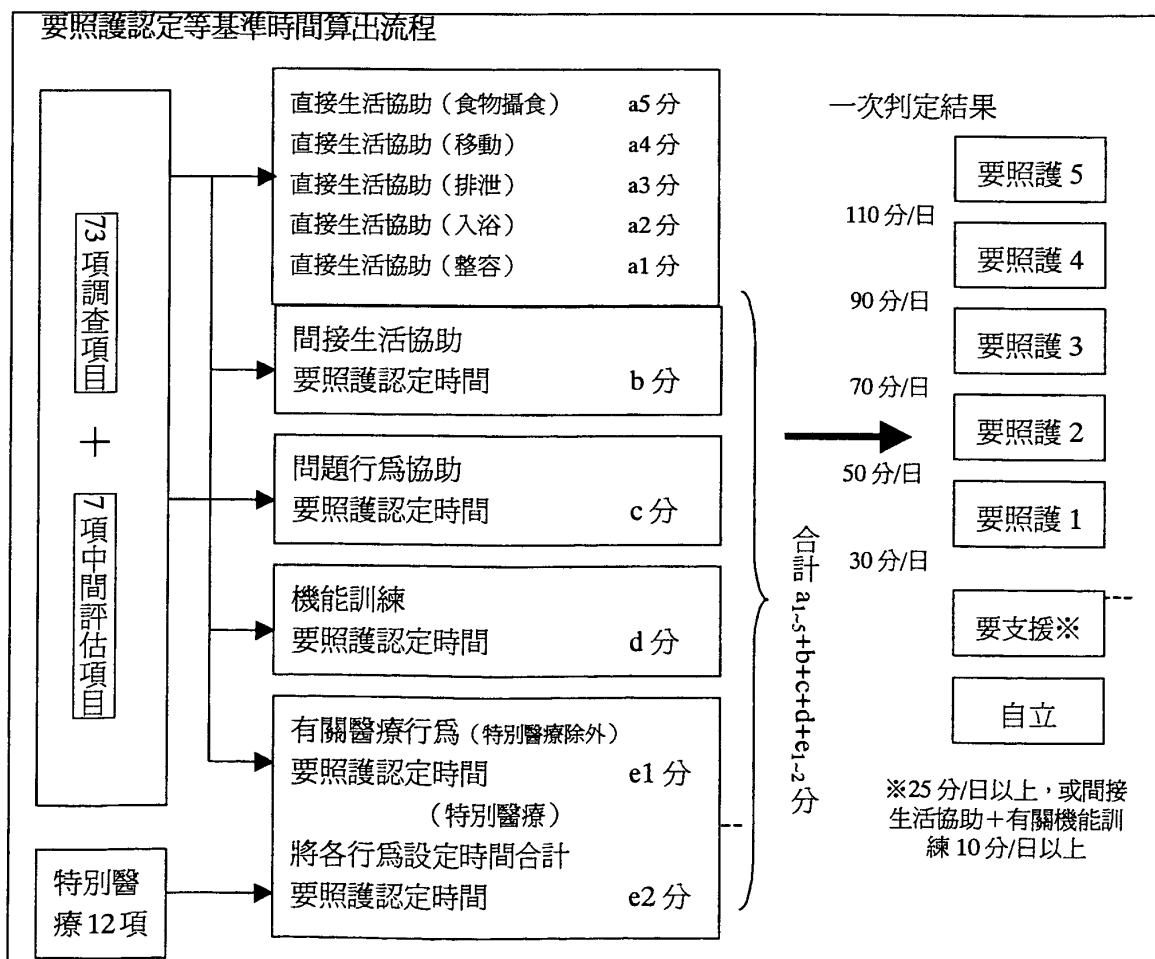
要照護之第一項判定，醫藥照護認定等基準時間進行。此乃根據「一分鐘 time study data」特別方法之時間，與在家庭中實施照護時間不同。

概要照護認定基準時間乃是衡量要照護需要之「尺」，並不與直接、家訪照護、家訪護理等居家照護服務之合計時間有關連。

直接生活協助	直接接觸身體之入浴、排泄、飲食等之照護
間接生活協助	洗衣、日用品整理等日常生活上之幫忙
有關問題行為之協助	徘徊、不潔行為等之對策、處理等
有關機能訓練之協助	吞嚥訓練實施、步行訓練協助等身體機能訓練與協助
有關醫療行為	呼吸管理、褥瘡處理等實施及診療之協助

要照護之第一次判定在決定需要多少照護。其標準如下：

以五級分段之要照護者認定等基準時間	
要支援	30分未滿 ①要照護認定等時間 25分以上，或②間接生活照護，有關機能訓練等二部分之要照護認定基準時間合計為 10分以上
要照護 1	30分以上 50分未滿
要照護 2	50分以上 70分未滿
要照護 3	70分以上 90分未滿
要照護 4	90分以上 110分未滿
要照護 5	110分以上



## ㊦第一次與第二次判定

以照護認定審查會根據第一次判定，從要照護度別所示多數之「狀況例」中，選出與老人住況接近之一項或多項狀況，並依其所屬區段做最後（第二次）判定。此時同時參考主治醫師之意見及訪查員之附註事項、要照護度別之中間評估項目平均得分、「殘障老人之日常生活之程度（臥床度）」、「失智老人之日常生活自主度」等資料。

做最後判定時，若依主治醫師或附註事項特別說明照護手續可能較為繁雜時，得依此變更第一次判定結果。以居家或設施別，或家屬照護者有無等，變更第一次判定結果並不適當。但主治醫師或附註事項因此特別具體說明照護手續可能較為繁雜時，得據此做最後判定。

要照護認定之第一次與第二次判定		
第一次判定 = 估計要照護認定等基準時間：根據一分鐘 time study data 以統計方法估計要照護認定等基準時間		
第二次判定 = 參考主治醫師意見、附註事項內容等，按相接近狀況作判斷		
第一次判定（要照護認定等基準時間之估計額）	狀況例	第二次判定
要照護 5	狀況例 5-1 狀況例 5-2 ... 狀況例 5-N	要照護 5
要照護 4	(B) 有變更 狀況例 4-1 狀況例 4-2 ... 狀況例 4-N	要照護 4
要照護 3	(A) 無變更 狀況例 3-1 狀況例 3-2 ... 狀況例 3-N	要照護 3
要照護 2	狀況例 2-1 狀況例 2-2 ... 狀況例 2-N	要照護 2
要照護 1	狀況例 1-1 狀況例 1-2 ... 狀況例 1-N	要照護 1
要支援	狀況例支-1 狀況例支-2 ... 狀況例支-N	要支援

(A) 第一次判定法為要照護 3，且與要照護 3 之狀況例 3-2 符合或接近，因此不變更。  
 (B) 第一次判定法為要照護 3，但與要照護 4 之狀況例 4-2 符合或接近，因此變更為要照顧 4。



### ③照護服務種類之指定

照護認定審查會將要照護、要支援之審查、判定結果通知市町村時，①為減輕要照護者狀況或防止其惡化所必須之療養等有關事項（要支援時，有關家庭支持事項），及②為有效及適當利用服務應注意事項等，一併陳述意見。

例如可加註①經主治醫師診斷後認為患有可傳染之疾病時，建議「進入有適當設備之醫療設施較妥」，或②「目前應著重於復健之重點利用」等意見。

市町村得於認定時，將照護認定審查會之意見登記於保險證上，並得依據①指定要照護者、要支援者之服務種類（※1）。經認定後，指定外之服務員則上不為保險給付（但得有「必要附帶有復健之服務」等指定方式）。

又②則公服務提供機構在提供服務時之考慮。

#### ●申請變更指定服務

被保險人得向市町村申請變更服務種類。申請時應提出變更服務種類之理由，希望重新只訂之服務種類，或現有服務種類之註銷等，以申請書檢附保險證（第2號被保險人同時提出醫療保險之保險證）提出。

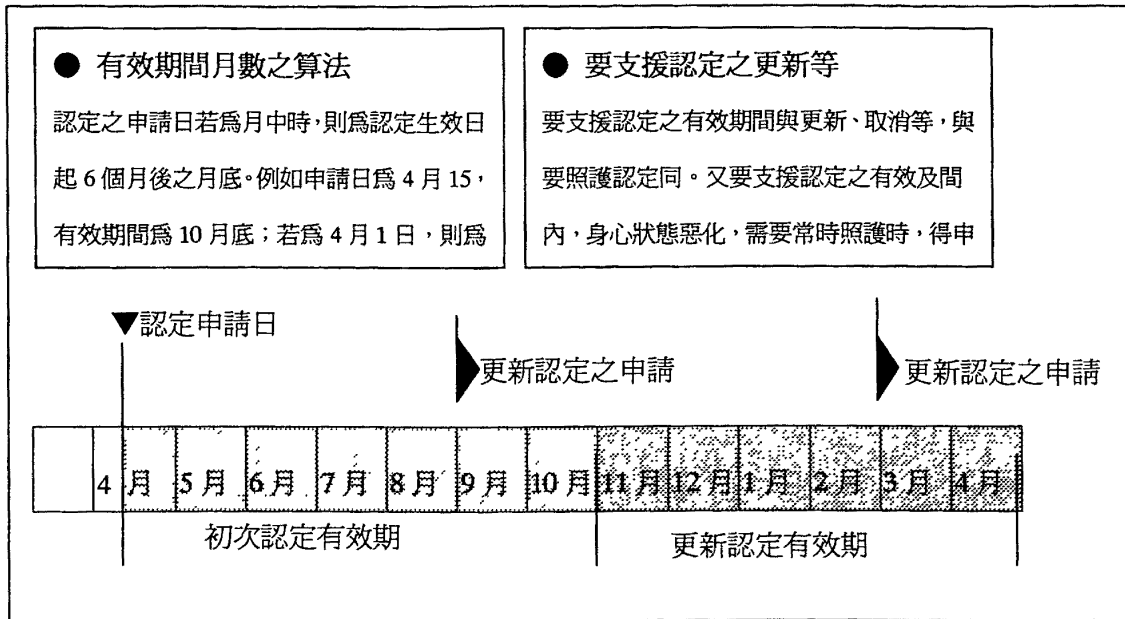
接到申請之市町村，徵詢主治醫師意見後，將其結果通知認定審查會要求針對該被保險人應受之服務種類審查判定，有必要時得變更服務種類。

#### ●指定服務與被保險人選擇服務

市町村根據照護認定審查會之意見而指定服務種類，乃是因為有醫學之需要，或為減輕被保險人之要照護狀況，或防止其惡化所做之特別措施，一般情形下不辦理。

介護保險之理念在於由本人選擇服務種類，服務之利用原則上基於使用者與服務機構、設施間之契約，與向來之制度不同，市町村不得利用職權調整。





①有效期間之縮短或延長

認定審查委員會認為有必要，得將有效期間自 3 個月或 1 年之範圍內，做下列之縮短或延長（延長只限於認定之更新）。

- (1) 在 6 個月有效期間內，根據主治醫師之意見，認為情況之惡化可能性相當高，經照護認定審查會認定時（縮短為 3-5 個月）。
- (2) 經若干次更新認定，經照護認定審查會認為在設施中情況安定時（7-12 個月延長）。

②平成 11 年 10 月-12 年 9 月間要照護認定有效期間之特例

市町村從平衡更新認定業務之觀點，在實施前後 6 個月間（平成 11 年 10 月至 12 年 9 月），將認定有效期間，得依個別被保險人，自平成 12 年月起，在 3 個月到 12 個月範圍內決定之。

#### 4.要照護認定之變更取消

被保險人在認定有效期間內，其身心狀態惡化，以致照護者與所認定之要照護狀態區段不符時，得向市町村申請區段之變更認定。認定之手續與初次認定同。

另一方面，市町村若認為被保險人之照護必要度下降，而與所認定之要照護狀態區段不符時，得辦理區段之變更認定。認定之手續雖與初次認定同，但不必等被保險人提出申請便可逕行辦理。

市町村若認為被保險人以不符要照護者條件，或拒絕參與必要之調查或診斷時，得取消要照護認定。

介護保險 要照護狀態區段變更通知書		文號 __年__月__日
○○○ ○○市(町村) ○○○先生/女士	○○市(町村)長	印
台端之要照護狀態區段業已變更如下：		
被保險人號碼		被保險人姓名
目前要照護區段	今後要照護區段	
認定結果		
變更年月日	__年__月__日	
認定有效期間	__年__月__日至__年__月__日	
● 請向○○市(町村)介護保險課提出保險證		
提出期限：__年__月__日		
但若已提交保險證者不必。		
詢問處：		
○○市(町村)介護保險課	地址	電話
若不服時：		
如對本通知書不服，請於接到本通知書第二日起 60 日內，逕向○○縣介護保險審查會，提出審查申請。		
地址	電話	

## 附錄二：松戶市介護保險保險制度之經營 Q & A

### 1.松戶市介護保險實施有無監督介護保險之組織？

答：(1)介護保險實施之制度如附件。

#### (2)介護保險監督之組織

國、縣對市町村有補助，因此對補助款是否適當執行會有所監督，又業者必須有縣之許可方可執業，執業時發生之問題必要時要受縣之調查與輔導。

### 2.松戶市之人口及長期照護保險資源之介紹，市公所對長期照護有何特別提案或計畫？

答：(1)如下表。

(2)松戶市之長期照護：本是以擬定 2000-2004 年共五年的松戶市高齡者保健福利計畫，目前正在執行中，該計畫包括介護保險事業，該計畫之目的為：

- (a) 增進社區活力：每一市民在高齡時，能發揮潛力維持自立生活，並能自我實現，既使高齡化進展仍能維持社區活力，因此做必要的社會機能之整合。
- (b) 確保社區自立：雖高齡化進展未使人人能確保自立的生活，為促進家庭的介護機能，因此由社區全體來做介護，以維持社區之自立-松戶市高齡者保健福祉。

(2002 年 4 月 1 日當時)

單位 人

總人口	464.224
高齡者人口 (65 歲以上)	62.087 (13.4%)
前期高齡者 (65-74 歲)	40.552 (8.7%)
後期高齡者 (75 歲以上)	21.565 (4.6%)

詳細資料請參見「松戶市高齡者保健福祉」。

### 3.介護保險實施後對市町村有何影響？

答：介護保險制度自 2000.4 開始實施對市町村主要影響如下：

- (1)為提供高齡者完整之介護，對介護保險仍有不足之部分、過去的高齡者福利事業重新檢討，並創辦新的事業。
- (2)介護保險以前，入院（老人院）由市公所決定，該制度實施後，變成入院者與院方之合約關係，因此希望入院者增加，因此對於老人院的施設之檢討有相當大的影響。

**4.介護保險費如何計算，費率如何調整？有無特別的提案或計畫？**

答：

- (1)介護保險費之計算：介護保險開始之 2000 年當年服務使用量低於當初之估計，2001 年雖大幅增加仍低於當初之估計，因此保險費有相當之剩餘，不過保險費是按照 2000-2002 年三年間所需總額來徵收，今後如使用量大幅增加，保險費可能不足，為補足不足部分，該剩餘用作介護給付準備基金，2002.4 當時之準備基金約為日幣五億三千萬。
- (2)保險費率之調整：保險費是以三年間之總額為基礎，其中 17%由該其間之被保險人數(估計)負擔，其金額由市民及醫療保健福利有關代表組成之高齡者保健福利計畫及介護保健事業計畫委員會檢討決定。目前正在開會檢討 2003-2007 年之介護保險計畫，及 2003-2005 年之介護保險費。

**5.Care manager 之培養與雇用。**

答：目前松戶市內有 53 居家照護單位，這些單位共有 133 位 Care manager，Care manager 之培養基本上是都道府縣的業務，但是市町村也依法必須與居家介護單位及服務單位取得聯繫，松戶市有足夠的 Care manager，但是因為介護保險制度剛開始不久，因此有些 Care manager 未做過照顧計畫或經驗不足、或無法應付複雜個案，在品質上還有問題，因此需要進一步的研修或支援，因此 1999 年辦理了三次，以後每年會有六次辦理研修及個案檢討講習會等，此外每天在市公所有 Care manager 之諮商指導等。

**6.日本全國的市町村都有能力辦理介護保險嗎？**

答：

原則上介護保險必須由每一個市町村個別實施，為了經營介護保險需要多項業務，同時市町村是保險人，就必須要做財政上調整並且建立一個服務提供體制，因此，有些市町村可能在個別經營上有困難，便與附近的市町村合辦，如下圖。

總共 63 地區，654 市町村由綜合性合辦，其他市町村之綜合性合辦與部分業務合辦情形請參閱附件資料。

2001 年 11 月 1 日當時

全國的市町村			綜合性合辦			
市/特別區	町	村	社區數	市	町	村
694	1988	566	31	22	177	57

部分事業合辦				市町村相互支援財政			
社區數	市	町	村	社區數	市	町	村
28	16	131	28	4	3	16	7

## 7.市町村實施介護保險面臨的問題及其解決方法？

答：

### (1) 如何使市民瞭解介護保險制度：

介護保險制度與向來得福利制度在想法方面有大幅的改變，因此有必要向市民充分說明，曾舉辦下列說明會：

- 問卷調查 3 次
- 分區市民會議 26 次
- 地區團體等之說明會會議 179 次
- 報紙廣告 24 次
- 對全體高齡者說明約五萬人

### (2) 因為介護認定申請案件過度之集中，以致認定作業延緩：

介護保險制度的說明兩年前便已開始，認定申請也在六個月開始依序辦理認定作業，但制度開始當時，因申請案件過度集中以致認定審查延緩，但服務之給付至申請當時開始，經詳細說明後尚未引起大亂。

### (3) 服務供給量不穩定：

當初認為提供之服務應可應付需求，隨著需求量之增加，對於新加入之業者之情形無法掌握，因此，實行業者供給量之調查以掌握其實際情形，並輔導業者以求供需之平衡。

## 8.與中央政府之合作與經費上之支援情形。

答：

國家在介護保險制度上的主要角色為：對於需要介護之認定保險給付，規範業者之標準，以及決定介護保險制度全面的內容，對整個保險制度的內容需做決定，而國家在財政方面的負擔給付額 25%，以及介護認定事務等補助。

## 9.對殘障者或經濟有困難者有無補助？

答：

- (1) 殘障者之補助：對於殘障且須要介護者其各種補助方法請見附件。
- (2) 經濟有問題者之補助：低收入者之補助在介護保險制度開始前定有居家服務(home helper services)使用費為 3%，在施設之伙食費減免等如附件。

## 10.至目前介護保險費的收支平衡嗎？

答：

保險費收支情形如下表

單位：百萬元

年	歲入決算額	歲出決算額	差額
2000 年	7,195	6,847	348
2001 年	9,466	8,975	491

11.要實施介護保險當時要如何向國民宣導？

答：

透過以下方法宣導：

- (1) 報紙，體育報紙等報
- (2) 一般雜誌，女性雜誌，資訊雜誌廣告
- (3) 電視廣播等之說明或廣告
- (4) 其他：如政府刊物，海報，錄影帶等說明



# 松戶市介護保険制度流程

## 申請至服務利用流程

